

Nopea toipuminen lihavuusleikkauksen jälkeen

Fast track- toimintamallin mukainen potilasohjausvihko lihavuusleikkauspotilaalle
Oulun yliopistollisen sairaalan osastolle yhdeksän

Elisa Nevala & Jenni Niskala

Sosiaali- ja terveystieteiden opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

KEMI 2013

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU, Sosiaali- ja terveysala

Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyön tekijä(t):	Elisa Nevala, Jenni Niskala
Opinnäytetyön nimi:	Fast track- toimintamallin mukainen potilasohjausvihko lihavuusleikkauspotilaalle Oulun yliopistollisen sairaalan osastolle yhdeksän
Sivuja (joista liitesivuja):	74 (22)
Päiväys:	20.04.13
Opinnäytetyön ohjaaja(t):	Anja Mikkola ja Hannele Paloranta
<p>Oulun yliopistollisen sairaalan osastolla yhdeksän oli tarve saada Fast track -toimintamallin mukainen potilasohjausvihko lihavuusleikkauspotilaille. Opinnäytetyön tekijät valitsivat opinnäytetyön aiheen perioperatiivisen suuntautumisvaihtoehdon mukaan.</p> <p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin projektityönä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä Fast track- toimintamallin mukainen potilasohjausvihko Oulun Yliopistollisen sairaalan osasto yhdeksän käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli edesauttaa Fast track-toimintamallin käyttöönottoa osastolla yhdeksän ja yhdenmukaistaa hoitohenkilökunnan toimintaa sekä nopeuttaa potilaan kuntoutumista. Nopealla kuntoutumisella edesautetaan potilaiden nopeaa kotiutumista. Opinnäytetyön tuotos on potilasohjausvihko, joka tulee potilaiden käyttöön.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaosuus käsittelee lihavuutta, lihavuuden liitännäissairauksia, lihavuusleikkauksen leikkausmuotoja, käyttöön otettavaa nopean kotiutumisen ja kuntoutumisen Fast track -toimintamallia sekä potilasohjausta. Opinnäytetyön teoriaosaan etsittiin tietoa kirjallisuudesta, lehdistä ja internetistä. Teoriaosuutta varten saatiin tietoa eri alojen asiantuntijoilta. Asiantuntijoiden haastatteluiden, kotimaisten ja kansainvälisten tutkimusartikkeleiden sekä muun aiheeseen liittyvän aineiston perustalta luotiin kokonaisvaltainen teoriakokonaisuus, joka toimi potilasohjausvihkon pohjamateriaalina. Opinnäytetyön arvointia tapahtui koko opinnäytetyön työstämisen ajan. Potilasohjausvihkon arvioi yhteistyöorganisaatio.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksena syntyi laadukas ja yhteistyöorganisaation tarpeiden mukainen potilasohjausvihko lihavuusleikkauspotilaille.</p>	
Asiasanat: lihavuus, Fast track, ohjaus hoitotyössä, lihavuusleikkaus	

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES, Social Services and Health
Care

Degree programme:	Degree programme in Nursing
Author(s):	Elisa Nevala, Jenni Niskala
Thesis title:	A patient education booklet according to the Fast-track method for the obesity surgery patients to be used at Oulu University Hospital Department Nine
Pages (of which appendixes):	74 (22)
Date:	20.04.13
Thesis instructor(s):	Anja Mikkola ja Hannele Paloranta
<p>There was a need in Oulu University Hospital to get a guidance leaflet according to Fast track -method for weight loss surgery patients. The makers of scholarly thesis chose the topic of the scholarly thesis according to the operative orientation of their studies.</p> <p>This scholarly thesis was carried out as project work. The meaning of scholarly thesis was to make a patient guidance leaflet according to Fast track -method for the use of Oulu University Hospital ward number nine. The purpose of scholarly thesis was to help the introduction of Fast track –method in ward number nine and to standardize the operation of staff and speed up the rehabilitation of the patient. Fast rehabilitation helps the fast homecoming of the patients. The output of scholarly thesis is a patient guidance leaflet, which is meant for the use of the patients.</p> <p>Theory part of scholarly thesis is about fatness, sicknesses connected to fatness, different weight loss surgery methods, the introducing of fast homecoming and rehabilitation Fast track –method and patient guidance. Knowledge to scholarly thesis was searched from literature, magazines and internet. Knowledge to theory part was received from experts of different fields. Based to experts´ interviews, domestic and international research articles and other material associated with the topic was created a overall theory whole, which acted as base material of the patient guidance leaflet. Evaluation of scholarly thesis was going on all the time scholarly thesis was made. Patient guidance leaflet was evaluated by cooperation organization.</p> <p>As result of scholarly thesis a quality and made according to needs of cooperation organization patient guidance leaflet for weight loss surgery patients came in to being.</p>	
Keywords: obesity, Fast track, nursing care, surgical treatment of obesity	

SISÄLLYS	
TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT.....	3
SISÄLLYS.....	4
1 JOHDANTO.....	5
2 LIHAVUUS.....	7
3 KIRURGIA LIHAVUUDEN HOITOKERÄINÄ.....	12
3.1 Lihavuusleikkauksen leikkausmenetelmät.....	14
3.2 Lihavuusleikkauksen valmistautuminen ja sen jälkeiset seurannat OYS:ssä.....	16
3.3 Lihavuusleikkauksen pitkääikaistulokset.....	18
4 FAST TRACK -TOIMINTAMALLI.....	22
4.1 Fast track – toimintamallin mukainen anestesia OYS:ssä.....	23
4.2 Varhainen liikkelle lähtö Fast track -toimintamallissa.....	24
4.3 Leikkauksen jälkeinen ravitus Fast track -toimintamallissa.....	25
4.4 Leikkaustekniset menetelmät Fast track -toimintamallissa	26
5 POTILASOHJAUS.....	27
5.1 Vuorovaikutuksen taustatekijät.....	28
5.2 Hoitoon sitoutuminen ja potilaiden motivaatio.....	30
6 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN.....	32
6.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet.....	32
6.2 Projektin rajaus ja liittymät.....	33
6.3 Projektin organisaatio ja ohjaus.....	33
6.4 Projektin dokumentointi ja tiedottaminen.....	34
6.5 Projektin toteuttamisen ja työstämisen kuvaus.....	35
6.6 Projektin arviointi ja luotettavuus.....	39
7 EETTISET NÄKÖKOHDAT.....	42
8 POHDINTA.....	46
LÄHTEET.....	48
LIITTEET.....	52

1 JOHDANTO

Nykypäivänä myös hoitotyössä pyritään yhä enemmän tehokkuuteen ja kustannusten vähentämiseen. Sairaalajaksoja pyritään lyhentämään sekä potilaat kuntouttamaan ja kotiuttamaan entistä nopeammin. Kirurgiassa otetaan jatkuvasti käyttöön uusia nopeaan kuntoutumiseen ja kotiutumiseen tähtääviä toimintamalleja, joista yksi ajankohtaisimmista on Fast track toimintamalli. Fast track toimintamalli otetaan käyttöön Oulun Yliopistollisen sairaalan (OYS) osastolla yhdeksän gastrokirurgisten potilasryhmien kohdalla porrastetusti syksyn 2012 ja kevään 2013 aikana. (Scheinin 2006, hakupäivä 23.8.2012; Kellokumpu 2012, hakupäivä 1.9.2012.)

Potilasohjauksen tärkein tavoite on saada potilaat ymmärtämään tulevien toimenpiteiden ja hoitolinjojen tarkoitus. Potilaalla on ohjaustilanteessa hyvä tilaisuus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Onnistunut potilasohjaus on vuorovaikutuksellista toimintaa hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista oikeuttaa potilaita saamaan tietoa heitä itseään koskevasta hoidosta. Lisäksi potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi on potilaiden mielipiteitä kuunneltava ja heidän on saatava osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Hyvä potilasohjaus on osa onnistunutta hoitoa, mutta se ei ole aina itsestäänselvyys. Hyvän potilasohjauksen merkitys kasvaa mitä lyhyemmästä hoitajaksosta on kyse. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:5-6; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208-216; Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 41-43; Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-7.)

Fast track -toimintamallin onnistumisen kannalta on tärkeää, että jokainen hoitoketjuun osallistuva työskentelee samansuuntaisesti tavoitteen eteen. Tämä tarkoittaa kirurgien, anestesia- ja sairaanhoitajien, fysioterapeuttien sekä potilaiden saumatonta yhteistyötä. Tämän vuoksi, on tärkeää saada myös potilaat motivoitua osallistumaan omaan hoitoonsa ja edesauttamaan kuntoutumistaan. Fast track -toimintamallilla pyritään nopeuttamaan potilaan toipumista leikkauksesta, minimoimaan leikkaukseen liittyvät komplikaatiot sekä nopeuttamaan potilaan kotiutumista. (Scheinin 2006, hakupäivä 23.8.2012; Kellokumpu 2012, hakupäivä 1.9.2012.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin projektityönä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä Fast track- toimintamallin mukainen potilasohjausvihko Oulun Yliopistollisen sairaalan

osasto yhdeksän käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli edesauttaa Fast track- toimintamallin käyttöönottoa osastolla yhdeksän ja yhdenmukaistaa hoitohenkilökunnan toimintaa sekä nopeuttaa potilaan kuntoutumista. Nopealla kuntoutumisella edesautetaan potilaiden nopeaa kotiutumista. Opinnäytetyön tuotos on potilasohjausvihko, joka tulee potilaiden käyttöön.

Molemmat opinnäytetyöntekijät ovat kiinnostuneet suuntautumisvaihtoehtona periooperatiivisesta hoitotyöstä. Opinnäytetyöntekijät päättivät että opinnäytetyö tehdään projektina. Yhteistyöorganisaatioksi valikoitui Oulun yliopistollisen sairaalan osasto yhdeksän, jossa toinen opinnäytetyöntekijöistä oli keväällä 2012 harjoittelussa. Lihavuusleikkauspotilaat ovat ajankohtainen aihe hoitotyössä. Opinnäytetyön teoriaosuus käsittelee lihavuutta, lihavuuden liitännäissairauksia, lihavuusleikkauksen leikkausmuotoja, käyttöön otettavaa nopean kotiutumisen ja kuntoutumisen Fast track -toimintamallia sekä potilasohjausta.

Potilasohjausvihko on suunnattu lihavuusleikkaukseen tuleville potilaille. Ohjauskusteluissa osastolla päädyttiin tekemään potilasohjausvihko vain lihavuusleikkauspotilaille. Potilasohjausvihko sisältää tietoa Fast track -toimintamallista ja potilaan osuudesta sen toteutumisessa, lihavuusleikkausmuodoista sekä ravitsemusterapeutin ohjeistuksen. Potilasohjausvihko ei sisällä liikuntaohjeistusta, koska Oulun seudun ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelijat tekevät parhaillaan opinnäytetyön lihavuusleikkauspotilaiden liikunnasta. Potilasohjausvihkon ravitsemusosuuden tekee Oulun Yliopistollisen sairaalan ravitsemusterapeutti Terhi Jokelainen.

2 LIHAVUUS

Lihavuudella tarkoitetaan sitä, että kehon rasvakudosta on normaalia suurempi määrä. Lihavuus johtuu siitä, että energiankulutus on pienempi suhteessa ruoasta saadun energian määrään. Energian kulutuksen väheneminen johtuu yhteiskunnallista muutoksista. Tänä päivänä ei ruumiillista työtä tehdä eikä arkiliikuntaa enää harrasteta yhtä paljon kuin ennen. Istumatyö, autolla ajaminen ja television katselu ovat eräitä syitä lihavuuden lisääntymiseen. Kaloreiden saantia ovat lisänneet ruoan suuri rasva- ja sokerimäärä. Lihavuutta edistävät myös kiireiseen elämäntapaan kuuluvat stressi, unettomuus ja erilaiset psyyken häiriöt. (Mustajoki 2011a, hakupäivä 23.8.2012.)

Lihavuutta voidaan arvioida BMI:n (body mass index) eli painoindeksin avulla. Lihavuutta luokitellaan painoindeksillä siten, että BMI: 18,5- 25 kg/m² tarkoittaa normaalia painoa, BMI: 25- 30 kg/m² tarkoittaa ylipainoa tai lievää lihavuutta, BMI: 30- 35 tarkoittaa merkittävää lihavuutta, BMI: 35- 40 kg/m² vaikea- asteista lihavuutta ja BMI: yli 40 kg/m² sairaalloista lihavuutta. Lihavuutta voidaan arvioida myös vyötärön ympärysmittan avulla. Painoindeksillä luokitellaan painoa ja lihavuutta. Painoindeksi saadaan laskutoimituksella, jossa paino (kilogrammoissa) jaetaan pituuden (metreissä) neliöllä eli kg/ m². Liikapainon on sovittu kansainvälisesti alkavan arvosta 25 kg/ m², sillä sen ylittämisen on todettu lisäävän riskiä sairastua moniin eri sairauksiin. Kansainvälisesti hyväksytty BMI 30 kg/m² on lihavuuden raja- arvo, jonka ylittäminen suurentaa selvästi sairastuvuusriskiä. (Taulukko 1.) (Ikonen, Anttila, Gyllin, Isojärvi, Koivukangas, Kumulainen, Mustajoki, Mäklin, Saarni, Saarni, Sintonen, Victorzon & Malmivaara 2009, 36; Mustajoki 2011a, hakupäivä 23.8.2012; Pietiläinen, Saarni, Fogelholm, Hakala, Keinänen- Kiukaanniemi, Koivukangas, Kukkonen- Harjula, Laine, Marttila, Pekkari- nen & Rissanen 2011, hakupäivä 23.8.2012.)

Taulukko 1. Lihavuusluokat body mass indexin avulla (Ikonen ym. 2009, 36).

Painoindeksi (kg/m ²)	Lihavuusluokka
18,5 - 25	normaalipaino
25 - 30	lievä lihavuus
30 - 35	merkittävä lihavuus
35 - 40	vaikea-asteinen lihavuus
40 -	sairaaloinen lihavuus

Lihavuutta arvioidaan myös vyötärön ympärysmittan avulla. Se antaa käsityksen keskivartalolihavuudesta. Vatsaonteloon ja sisäelinten ympärille kertynyt rasvakudos ilmenee vyötärön ympärysmittan suurenemisena. Vatsaonteloon ja sisäelinten ympärille varastoitunut rasva on paljon vaarallisempaa kuin ihonalaisrasvakudos. Se on terveydelle hyvin haitallista ja se lisää sairastumisriskiä moniin eri sairauksiin. Merkittävä vyötärölihavuus on kyseessä kun vyötärön ympärysmitta ylittää miehillä 100 cm:n ja naisilla 90 cm:n raja-arvon. (Mustajoki 2011a, hakupäivä 23.8.2012; Pietiläinen ym. 2011, hakupäivä 23.8.2012.)

Lihavuus aiheuttaa monia eri sairauksia ja lisää merkittävästi sairastumisriskiä eri sairauksiin ja oireyhtymiin. Lihavuuteen liittyviä sairauksia ovat muun muassa tyypin 2 diabetes, kohonnut verenpaine, uniapnea, kantavien nivelten nivelrikko, sydän- ja verisuonisairaudet, veren rasvojen häiriöt ja hedelmättömyys. Riski sairastua esimerkiksi tyypin 2 diabetekseen on ylipainoisilla kaksinkertainen ja lihavilla kolmi- nelin- kertainen. Yölliset, uniapneasta johtuvat hengityskatkokset huonontavat unta, mikä aiheuttaa väsymystä päivällä. Lihavuus altistaa sepelvaltimotaudille ja on merkittävä riskitekijä aivoinfarktille. Lihavuus aiheuttaa myös erilaisia mielenterveysongelmia ja päivittäisiä toimia, kuten liikumista. (Mustajoki 2011c, hakupäivä 12.9.2012; Pietiläinen ym. 2011, hakupäivä 23.8.2012.)

Tyypin 2 diabetes voi olla vuosia täysin oireeton tai vähäoireinen, jonka vuoksi se todetaan usein vasta lisäsairauksien esimerkiksi silmänpohjan verisuonimuutosten toteamisen jälkeen. Tyypin 2 diabeteksessa esiintyy jo vuosia ennen sairastumista insuliiniresistenssiä, jolla tarkoitetaan insuliinin tehottomuutta. Insuliiniresistenssi ja insuliinin erityksen häiriintyminen ovat tyypillisiä piirteitä tyypin 2 diabetekselle. Insuliiniresistenssissä insuliinin säätelemän sokerin (glukoosin) siirtyminen verestä soluihin on häiriintynyt. Koska insuliinin vaikutus on heikentynyt rasvakudoksessa, haiman täytyy tuottaa insuliinia tavallista enemmän sokerin siirtymiseksi soluihin. Pitkällä aikavälillä tämä aiheuttaa sen, että haiman insuliinia tuottavat solut väsyvät, ja diabetes puhkeaa. Vuosien kuluessa haiman insuliinin tuotanto heikkenee edelleen ja jossain vaiheessa tarvitaan hoidoksi insuliinia. Tyypin 2 diabeteksessa insuliiniresistenssi jatkuu silloinkin, kun haiman kyky tuottaa insuliinia loppuu kokonaan. Tämän seurauksena tyypin 2 diabeteksen insuliinihoidossa tarvitaan yhä suurempia insuliinimääriä. (Ilanne- Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane 2009, 31- 32; Mustajoki 2011c, hakupäivä 12.9.2012.)

Tyypin 2 diabetes todetaan tavallisesti aikuisena ja vielä toistaiseksi diabetekseen sairastuneet ovat olleet useimmiten yli 35- vuotiaita. Valtaosa, noin 75 % suomalaisista diabeetikoista sairastaa tätä diabetestyyppiä. Tyypin 2 diabeteksen lisääntyminen liittyy vahvasti lihavuuteen. Muita tyypin 2 diabetekselle altistavia tekijöitä ovat perimä, vyötärölihavuus, liikunnan vähäisyys, kohonnut verenpaine ja valtimosairaudet. Tyypin 2 diabeteksella on vahva perinnöllinen taipumus ja se esiintyy yleensä suvuittain. Kuitenkin harvoin perinnöllinen taipumus johtaa diabeteksen puhkeamiseen, jos henkilö pysyy normaalipainoisena ja liikuntaa harrastavana. (Ilanne- Parikka ym. 2009, 30- 31; Mustajoki 2011c, hakupäivä 12.9.2012; Tarnanen, Groop, Laine & Puurunen 2011a, hakupäivä 12.9.2012.)

Uniapnealle luonteenomaisia piirteitä ovat kuorsaus ja toistuvat, unenaikaiset hengityskatkokset. Tutkimusten mukaan aikuisista miehistä 4 % ja aikuisista naisista 2 % kärsii obstruktiivisesta uniapneasta. Obstruktiivisesta uniapneasta puhutaan silloin kun unen aikaiset hengityskatkokset johtavat unen häiriintymiseen, päiväväsyykseen ja muihin oireisiin. Ylähengitystiet voivat uneen liittyvän lihasten rentoutumisen vuoksi ahtautua osittain tai kokonaan. Täydellinen ylähengitysteiden tukkeutuminen aiheuttaa toistuvia hengityskatkoksia, valtimoveren happipitoisuuden vähenemistä ja havahtumisia unesta. Obstruktiivinen uniapnea vaatii aina hoitoa. Suomessa arvioidaan olevan noin 100 000 uniapneapotilasta ja heistä kaksi kolmasosaa on ylipainoisia. Sairaus on yleinen lihavilla ja tärkein uniapnealle altistava tekijä onkin ylipaino. Normaalipainoisilla obstruktiivisen uniapnean taustalla on useimmiten ylähengitysteiden luisten rakenteiden poikkeavuus. (Kinnula, Brander & Tukiainen 2005, 684- 686; Tarnanen, Brander, Anttalainen & Helin- Salmivaara 2010, hakupäivä 3.1.2013; Mustajoki, Fogelholm, Rissanen & Uusitupa, 2006, 34; Saarelma 2012, hakupäivä 21.11.2012.)

Hengityskatkokset johtuvat ylempien hengitysteiden tukkiutumisesta. Hengityskatkokset voivat kestää muutamasta sekunnista jopa yli puoleen minuuttiin. Uniapnean oireita ovat muun muassa katkonainen yöuni, päiväväsytys, aamupäänsärky, mielialahäiriöt ja muistihäiriöt. Obstruktiivinen uniapnea lisää sairastumisriskiä verenpainetautiin, sydän- ja aivoinfarktiin. Hoitamaton uniapnea lisää riskiä kuolla sydän- ja verisuonisairauksiin 3- 6- kertaisesti. Uniapnea lisää myös onnettomuusriskiä. (Kinnula ym. 2005, 684- 686; Tarnanen ym. 2010, hakupäivä 3.1.2013; Mustajoki ym. 2006, 34; Saarelma 2012, hakupäivä 21.11.2012.)

Keskeistä uniapnean hoidossa on laihdutus, joka korjaa huomattavasti uniapnean oireita. Keskvaikeassa ja vaikeassa obstruktiivisen uniapnean hoidossa voidaan käyttää ylähengitysteiden ylipainehoitoa (CPAP, continous positive airway pressure). CPAP- hoito on aiheellinen, jos uniapnean oireet rajoittavat merkittävästi potilaan fyysistä tai psyykkistä elämänlaatua tai toimintakykyä. (Kinnula ym. 2005, 684- 686; Tarnanen ym. 2010, hakupäivä 3.1.2013; Mustajoki ym. 2006, 34; Saarelma 2012, hakupäivä 21.11.2012.)

Lihavuuden ja kohonneen verenpaineen yhteys on tiedetty jo yli 60 vuotta ja se on varmistettu lukuisten tutkimusten avulla. Arviolta joka toinen merkittävästi lihava (BMI vähintään 30 kg/m²) kärsii kohonneesta verenpaineesta. Suurimmalla osalla lihavista kohonnut verenpaine laskee painon putoamisen myötä. Eräiden arvioiden mukaan kolmen kilogramman painonpudotus laskee systolista verenpainetta (sydämen supistuksen aikainen verenpaine) 5- 7 mmHg (elohopeamillimetri) ja diastolista verenpainetta (sydämen lepovaiheen aikainen verenpaine) 3- 4 mmHg. Laihtumisella on myös hyödyllisiä vaikutuksia veren rasva- arvoihin ja sokeriaineenvaihduntaan. Suurentunut veren kolesterolimäärä on merkittävä valtimotaudin riskitekijä. Suurentunut veren kolesterolimäärä lisää riskiä sairastua sydäninfarktiin ja aivohalvaukseen ja siksi suurentunutta veren kolesterolimäärää pyritään pienentämään. Veren kolesterolin määrään vaikuttaa etenkin ravinto. (Mustajoki ym. 2006, 29; Mustajoki 2011b, hakupäivä 22.11.2012; Mustajoki 2012a, hakupäivä 22.11.2012.)

Sepelvaltimotauti johtuu sepelvaltimoiden kaventumisesta ja ahtautumisesta. Sepelvaltimot ovat sydämen pinnalla olevia valtimoita, jotka kuljettavat hapettunutta ja ravinteikasta verta sydämeen. Sepelvaltimot ahtautuvat valtimotaudin (ateroskleroosi) vuoksi, jonka seurauksena veren kulku suonessa häiriintyy. Ateroskleroosissa valtimoiden ohuen sisäpinnan alle alkaa kertyä pääasiassa veren kolesterolista koostuvaa ainesta. Kolesterolikertymää kutsutaan plakiksi. Vuosien kuluessa kolesterolikertymä kasvaa ja pullistuu sisäänpäin ja alkaa tukkia valtimoa. Sen seurauksena valtimon veren virtaus huononee. Sepelvaltimotauti lisää riskiä sairastua moniin vaarallisiin sairauksiin, joista yleisimmät ovat sydäninfarkti ja aivohalvaus. (Mustajoki 2012a, hakupäivä 22.11.2012; Mustajoki 2012b, hakupäivä 24.1.2013.)

Tärkeimmät sepelvaltimotautia aiheuttavat tekijät ovat lihavuus, tupakointi, suurentunut veren kolesteroli, kohonnut verenpaine ja diabetes (sokeritauti). Sepelvaltimotaudin etenemistä voidaan tehokkaasti estää tupakoinnin lopettamisella, kohonneen verenpaineen

hoidolla, suurentuneen veren kolesteroliarvon pienentämisellä ja liikunnan lisäämisellä. (Mustajoki 2012a, hakupäivä 22.11.2012; Mustajoki 2012b, hakupäivä 24.1.2013.)

Artroosia eli nivelrikkoa esiintyy eniten polvissa, lonkissa, sorminivelissä ja selkärangan välisissä nivelissä. Nivelrikolle ominaista on nivelen rustopinnan vaurioituminen ja nivelruston osittainen tuhoutuminen nivelpinnoilta. Vaurioitunut nivelrustokudos ei parane ennalleen ja muutokset etenevät vuosien aikana. Nivelrikolle tyypillinen oire on jomottava kipu, joka pahenee liikkuesssa ja lievittyy levossa. Alaraajan nivelrikossa kävely sekä tasaisella maalla, kuin portaissa vaikeutuu. Edenneessä nivelrikossa esimerkiksi tuolista, sängystä ja wc- istuimelta nouseminen on vaikeaa. Pitkälle edenneessä nivelrikossa, jopa sukkiin ja housujen pukeminen on vaikeaa. Nivelrikon tunnettuja vaaratekijöitä ovat ikääntyminen ja geeniperimä. Alaraajojen nivelrikon tärkein vaaratekijä on lihavuus. Lihavan nivelrikkopotilaan on tärkeää pudottaa painoaan lihasharjoittelun ja vähäenergisemmän ruokavalion avulla. (Bäckmand & Vuori 2010, 116- 118; Pohjolainen 2012, hakupäivä 27.11.2012.)

3 KIRURGIA LIHAVUUDEN HOITOKAINONA

Tehokkain tapa vaikea-asteisen – ja sairaalloisen lihavuuden pysyvään hallintaan on leikkaushoito. Ruotsissa tehdyn laajan tutkimuksen mukaan (Swedish Obese Subjects Study) laihtumista tapahtui leikkaushoidon avulla huomattavasti enemmän kuin konservatiivisen hoidon verrokeilla. Kun konservatiivisilla hoitokeinoilla ei pitkälläkään aikavälillä saavuteta tarvittavaa hyötyä, tulee harkita kirurgista hoitomuotoa. Kirurginen hoito tulee olla aina viimeinen vaihtoehto painonpudotukseen. Leikkaushoidon ei ole osoitettu pienentävän kokonaiskuolleisuutta, mutta leikattujen elämänlaatuun sekä sairastuvuuteen se on vaikuttanut myönteisesti. Leikkaushoitoa tulisi keskittää suuriin yksiköihin, joissa leikkauksia tehdään paljon ja joissa on käytettävissä moniammatillinen tiimi, jolloin komplikaatiot vähenevät. Potilaat tulee motivoida ja valmistella tulevaan elämänmuutokseen huolella. Potilaiden tulee olla motivoituneita ja tiedostaa oman motivoitumisen tärkeys, sillä usein paino lähtee uudelleen nousuun parin vuoden kuluttua toimenpiteestä kun potilaat palaavat vanhoihin epäterveellisiin elämäntapoihin. (Sjöström, Lindroos, Peltonen, Torgerson, Bouchard, Carlsson, Dahlgren, Larsson, Narbro, Sjäström, Sullivan & Wedel 2004, hakupäivä 31.8.2012; Sane 2006, 1261; Sane 2009, hakupäivä 31.8.2012; Tarnanen, Pietiläinen, Hakala, Koivukangas, Kukkonen – Harjula, Marttila, Rissanen & Saarni 2011b, hakupäivä 20.8.2012; Pekkarinen 2012, hakupäivä 20.8.2012.)

Lihavuusleikkausten määrä on jatkuvassa kasvussa niin Suomessa kuin maailmalla. Suomessa lihavuusleikkauksia on laajennettu vuosi vuodelta uusiin yksiköihin. Vuonna 2011 Suomessa tehtiin yhteensä 1047 lihavuusleikkausta, kun vuonna 2009 lihavuusleikkauksia tehtiin vajaa 700. Tärkeää on kuitenkin keskittää toiminta sellaisiin yksiköihin, joissa on käytettävissä moniammatillinen tiimi, jotta potilaalle voidaan taata mahdollisimman hyvä hoito. (Finnish obesity treatment expert group 2011, hakupäivä 4.9.2012.)

Lihavuusleikkauksen leikkauskriteerit perustuvat yleisesti yhdysvaltalaiseen National institutes of Health kokoukseen vuonna 1991. Kirurgiaa lihavuuden hoitokeinona tulee harkita lähtökohtaisesti potilailla, joiden painoindeksi on yli 40kg/ m² (sairaanloisen liha) tai potilailla, joiden painoindeksi on 35,0 – 39,9 kg/ m² (vaikea – asteinen lihavuus) ja potilailla on lisäksi lihavuuteen liittyvä vakava liitännäissairaus, kuten tyyppin

kaksi diabetes, vaikea verenpainetauti, nivelrikko tai uniapnea (taulukko 2). Lihavuuden tulee olla kestänyt vähintään viisi vuotta. Potilaiden tulee olla iältään 20 – 60 – vuotiaita. Lihavuuskirurgiaa voidaan harkita, kun konservatiivisista hoitokeinoista ei ole saatu riittävää hyötyä, eikä painonpudotus onnistu edes painonhallintaryhmän avustuksella. Ennen kuin potilaille suositellaan lihavuuskirurgiaa, vaaditaan konservatiivisen hoidon epäonnistumista. (Cummings, Overduin & Foster-Schubert 2004, hakupäivä 3.1.2013; Sane 2006, 1263; Koivukangas, Heikkinen, Saarnio & Savolainen 2008, 395; Ikonen ym. 2009, 52; Sane 2009, hakupäivä 31.8.2012; Tarnanen ym. 2011b, hakupäivä 20.8.2012.)

Taulukko 2. Lihavuusleikkauksen leikkauskriteerit ja vasta-aiheet (Sane 2006, 1263).

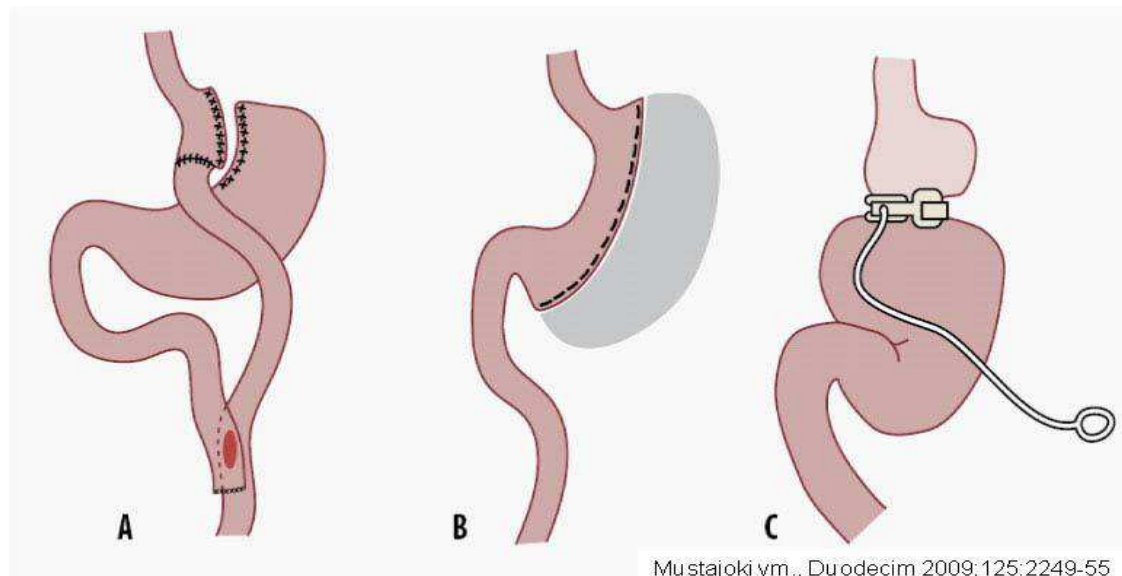
Leikkauskriteerit	Vasta-aiheet
- Painoindeksi yli 40kg /m ² tai	- Ruoansulatuskanavan sairaudet
- Painoindeksi 35 – 39.9kg /m ² ja potilaalla vakava liitännäissairaus, joka vaatii laihutumista	- Alkoholismi
- Ikä 20 – 60 vuotta	- Vaikea syömishäiriö
- Lihavuus jatkunut yli viisi vuotta	- Muut psyykkiset sairaudet
- Konservatiivisen hoidon epäonnistuminen	- Tulehduskipulääkkeiden runsaskäyttö

Päätös leikkauksesta syntyy parhaimmillaan yhteispäätöksellä eri ammattiryhmien edustajien kesken. Leikkauspäätöksestä vastaavat kirurgi ja sisätautilääkäri. Potilaiden tulee olla motivoituneita leikkaushoidon jälkeiseen elämäntapamuutokseen, jotta paino ei lähde uudelleen nousuun parin vuoden kuluttua, jolloin potilaat yleensä palaavat leikkausta edeltäviin huonoihin ruokailu – ja liikuntatottumuksiin. (Sane 2006, 1263; Koivukangas ym. 2008, 395; Ikonen ym. 2009, 52; Sane 2009, hakupäivä 31.8.2012; Tarnanen ym. 2011b, hakupäivä 20.8.2012.)

Lihavuuskirurgian vasta-aiheita ovat muun muassa alkoholismi, vaikeat syömishäiriöt, psyykkiset sairaudet, epäsosiaalisuus, runsas tulehduskipulääkkeiden käyttö sekä ruoansulatuskanavat sairaudet. Ennen lihavuusleikkausta tulee selvittää mahdolliset vasta-aiheet ja mahdollisuuksien mukaan hoitaa niitä. Ruoansulatuskanavan sairaudet voidaan hoitaa ja syömishäiriöisille voidaan toteuttaa lihavuuskirurgiaa rajatuissa määrin. Ahmimishäiriöiset saavat usein hyviä tuloksia mahanlaukun ohitusleikkauksesta. (Sane 2006, 1263; Koivukangas ym. 2008, 395; Sane 2009, hakupäivä 31.8.2012; Tarnanen ym. 2011b, hakupäivä 20.8.2012.)

3.1 Lihavuusleikkauksen leikkausmenetelmät

Suomessa on käytössä kolme erilaista lihavuusleikkauksen menetelmää, jotka kohdistuvat mahalaukuun ja suoritetaan yleensä laparoskooppisesti (kuva 1). Lihavuusleikkauksen menetelmien ensisijaisena tarkoituksena on rajoittaa syötävän ravinnon määrää. Mahalaukun ohitusleikkauksella (Roux – en – Y gastric bypass, RYGB) vaikutetaan myös ravinnon imeytymiseen, koska myös osa ohutsuolen alkuosaa ohitetaan. Yleisimmän lihavuusleikkauksen menetelmän, mahalaukun ohitusleikkauksen, lisäksi Suomessa on käytössä mahalaukun kavennusleikkaus (Sleeve gastrectomy, SG) ja mahapantaleikkaus (Gastric banding, GB), mutta näitä menetelmiä ei enää juuri käytetä. (Ikonen ym. 2009, 48, 50, 51; Mustajoki, Koivukangas, Gylling, Malmivaara, Ikonen & Victorzon 2009, 2252–2253; Tarnanen ym. 2011b, hakupäivä 20.8.2012.)



Kuva 1. Suomessa käytössä olevat kirurgiset lihavuuden hoitomenetelmät. Mahalaukun ohitusleikkaus (A), Mahalaukunkavennusleikkaus (B) ja Mahapantaleikkaus (C) (Mustajoki ym. 2009, 2253).

Mahalaukun ohitusleikkaus on nykyisistä leikkaustekniikoista yleisin lihavuusleikkauksen muoto Suomessa. Mahalaukun ohitusleikkaus suoritetaan tähystysmenetelmällä, sillä se edesauttaa nopeaa kuntoutumista. Mahalaukun ohitusleikkauksella rajoitetaan syödyn ravinnon määrää, jolloin energian saanti vähenee ja potilaat laihtuvat. (Ikonen ym. 2009, 48; Sane 2009, hakupäivä 31.8.2012; Pekkarinen 2012, hakupäivä 20.8.2012.)

Mahanlaukun ohitusleikkauksessa ruoansulatuskanavaa muunnetaan niin, että mahalaukun yläosaan muotoillaan pieni pussi (noin 20ml), jonka kautta ruokatorvesta tuleva ravinto siirtyy suoraan ohutsuolen tyhjäänsuoleen, jejunumiin. Ravinto ohittaa suurimman osan mahalaukkuun sekä pohjukaissuolen ja (pienen) osan myös jejunumia. Mahalaukun ohitusleikkauksen tärkein vaikutusmekanismi on rajoittaa syötävän ravinnon määrää. Lisäksi mahalaukun ohitusleikkauksella vaikutetaan kylläisyshormonien erittymiseen suolistossa. Useimmiten mahalaukun ohitusleikkauksessa on vaikutusta myös ravinnon imeytymiseen, sillä ohutsuolen alkuosa ohitetaan. Ravinto kohtaa sappi- ja haimanesteen vasta yhteisessä osassa ohutsuolta. Mahalaukun ohitusleikkaus on pysyvä, eikä ruoansulatuskanavaa pystytä leikkauksen jälkeen enää palauttamaan normaaliksi tai tutkimaan tavanomaisin keinoin tähystys – tai varjoainekuvauksilla. (Martikainen, Torpström, Pääkkönen, Harju, Alhava & Gylling 2004, 2333; Sane 2006, 1262; Koivukangas ym. 2008, 394; Sane 2009, hakupäivä 31.8.2012; Mustajoki ym. 2009, 2253; Ikonen ym. 2009, 48; Tarnanen ym. 2011b, hakupäivä 20.8.2012; Pekkarinen 2012, hakupäivä 20.8.2012.)

Mahalaukun kavennusleikkaus poikkeaa mahalaukun ohitusleikkauksesta niin, että potilaiden normaalia ruoansulatuskanavaa ei muuteta. Mahalaukun kavennusleikkaus kohdistuu mahalaukkuun ja nimensä mukaisesti siinä kavennetaan mahalaukkuun niin, että mahalaukusta poistetaan pystysuunnassa suurin osa, jolloin jäljelle jää hihamainen säiliö. Ravinto kulkee tavanomaista reittiä, mutta mahalaukun tilavuus on vain pienempi. (Ikonen ym. 2009, 51; Sane 2009, hakupäivä 31.8.2012.)

Mahanpantaleikkauksella pyritään mahalaukun ohitusleikkauksen tavoin rajoittamaan syödyn ravinnon määrää asentamalla mahalaukun yläosan ympärille säädeltävissä oleva panta. Toisin kuin mahalaukun ohitusleikkauksessa kulkee ravinto edelleen tavanomaista ruoansulatuskanavaa pitkin. Mahapanta asennetaan laparoskooppisesti eli tähystämällä. Mahapantaa voidaan säätää vatsaontelon etuseinään kiinnitetystä säiliöstä tulevan kanavan kautta syöttämällä mahapantaan enemmän nestettä tai poistamalla sitä. Mahapantaa voidaan kiristää, jollei potilas laihtu tarpeeksi. Mahanpantaleikkauksesta potilaat toipuvat suhteellisen nopeasti eikä leikkaus ole peruuttamaton vaan ruoansulatuskanavan voi tarvittaessa purkaa ennalleen. Tyytymättömiä ollaan kuitenkin pitkän aikavälin tuloksiin, sillä painon pudotus ei ole ollut toivottavaa. (Martikainen ym. 2004, 2333–2334; Sane 2006, 1262; Koivukangas ym. 2008, 394; Sane 2009, hakupäivä 31.8.2012.)

3.2 Lihavuusleikkaukseen valmistautuminen ja sen jälkeiset seurannat OYS:ssa

Oulun yliopistollisessa sairaalassa leikattavat lihavuusleikkauspotilaat käyvät kartoituskäynnillä poliklinikalla. Tämän poliklinikkakäynnin tarkoituksena on kartoittaa potilaiden terveydentilaa ja sulkea pois mahdolliset vasta-aiheet lihavuusleikkaushoidolle. Potilailta otetaan verikokeet viikkoa ennen poliklinikalle tuloa omassa terveyskeskuksessa. Poliklinikkakäynnillä lihavuusleikkauspotilaat tapaavat kirurgin, anestesia- ja sairaanhoitajan sekä mahdollisesti fysioterapeutin. (Venkula 14.9.2012, haastattelu; Koivukangas 20.2.2013, haastattelu.)

Poliklinikka käynnillä kirurgi kertoo lihavuusleikkauspotilaille lihavuusleikkauksesta ja siihen liittyvistä riskeistä ja arvioi heille sopivimman leikkausmenetelmän. Kirurgi tekee lihavuusleikkauspotilaille poliklinikkakäynnillä mahalaukun täyhystyksen, jolla suljetaan pois erilaisia maha-suolikanavan sairauksia, kuten refluksitauti, helicobakteeri-tulehdus, syövät ja samalla tarkastetaan mahalaukun kunto. Poliklinikkakäynnillä kirurgi tekee päätöksen lihavuusleikkauksesta ja antaa arvion lihavuusleikkaus ajankohdasta. Leikkausajankohta riippuu pudotettavan painon määrästä sekä ENE (erittäin niukka energinen dieetti) dieetin pituudesta. Sairaanhoitajan kanssa keskustellaan toimenpiteen kulusta, potilaan motivoinnista, yleisestä jaksamisesta ja kuntoutumisesta. Sairaanhoitaja antaa yleisohjeet nopeasta kuntoutumisesta ja kotiutumisesta. (Venkula 14.9.2012, haastattelu; Koivukangas 20.2.2013, haastattelu.)

Oulun Yliopistollisessa sairaalassa lihavuusleikatuille varataan kontrollikäynnit erikoissairaanhoitoon kaksi -, kuusi -, kahdeksan, – ja 12 kuukautta leikkauksen jälkeen, jonka jälkeen seurannat jatkuvat perusterveydenhuollossa vuosittain. (Taulukko 3.) Kahden kuukauden kontrollissa lihavuusleikkauspotilaat tapaavat ravitsemusterapeutin sekä tarvittaessa kirurgin. Kuuden kuukauden kontrollissa lihavuusleikkauspotilaat tapaavat heidät leikkauksen kirurgin. Kahdeksan kuukauden kontrollissa ravitsemusterapia muuttuu ryhmäterapiaksi. 12 kuukauden kontrollissa lihavuusleikkauspotilaat tapaavat sisätautien erikoislääkärin ja ravitsemusterapeutin yksilöterapiassa. Vuoden kuluttua lihavuusleikkauksesta kontrollikäynnit siirtyvät avoterveydenhuoltoon, jossa lihavuusleikkauspotilaita seurataan verikokein vuosittain. (Venkula 14.9.2012, haastattelu; Koivukangas 20.2.2013, haastattelu; Koivukangas 26.2.2013, sähköpostiviesti.)

Taulukko 3. Lihavuusleikkauksen jälkeiset seurannat. (Venkula 14.9.2012, haastattelu, Koivukangas 26.2.2013, sähköpostiviesti).

Kahden kuukauden kontrolli	Kuuden kuukauden kontrolli	Kahdeksan kuukauden kontrolli	12 kuukauden kontrolli
- Verikokeet	- Verikokeet	- Verikokeet	- Verikokeet
- Ravitsemusterapeutin tapaaminen	- Kirurgin tapaaminen	- Ravitsemusneuvonta	- Sisätautilääkärin tapaaminen
		muuttuu ryhmämuotoiseksi ohjaukseksi	

Ennen jokaista kontrollikäyntiä lihavuusleikkaukspotilaat käyvät avoterveydenhuollossa antamassa verinäytteet kutakin kontrollikertaa varten. (Taulukko 4.) Ensimmäisen vuoden kontrollikäyntien tarkoituksena on potilaiden tukeminen painonpudotuksessa, lääkeyhdistelmän muokkaaminen sekä haittavaikutusten varhainen havaitseminen. Ensimmäisen vuoden jälkeen huomio kiinnitetään erilaisten puutostilojen seuraamiseen sekä painon kohoamisen estämiseen. (Venkula 14.9.2012, haastattelu; Koivukangas 20.2.2013, haastattelu; Koivukangas 26.2.2013, sähköpostiviesti.)

Taulukko 4. Lihavuusleikkauksen jälkeen otettavat verikokeet. (Koivukangas 26.2.2013, sähköpostiviesti.)

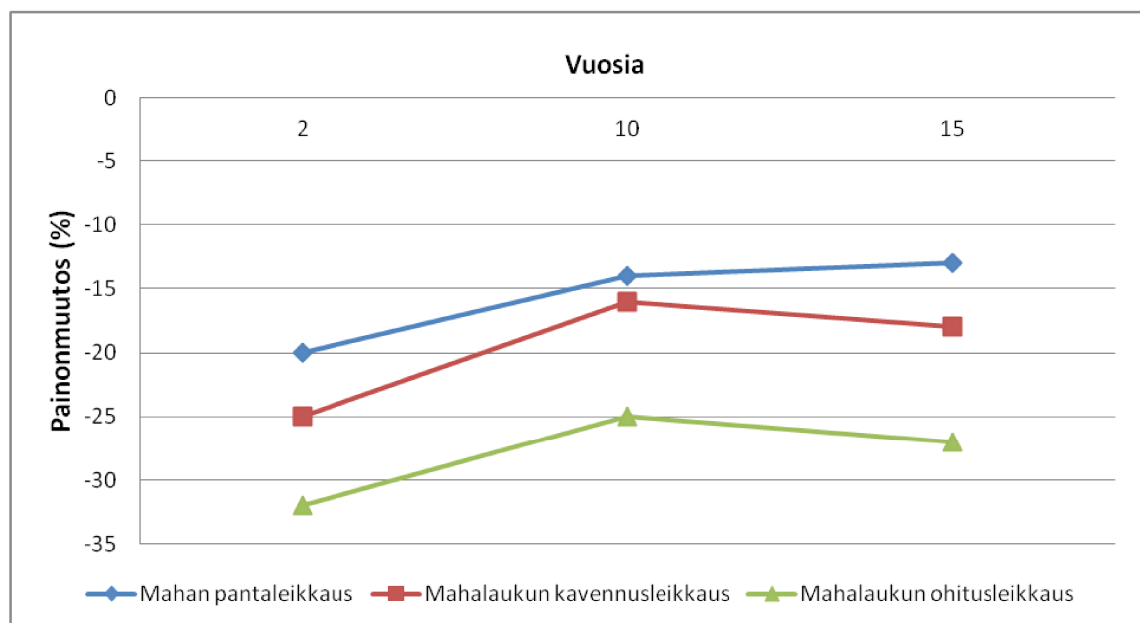
Kahden kuukauden seurannan verikokeet	Kuuden kuukauden seurannan verikokeet	12 kuukauden seurannan verikokeet
B – PVK + T	B -PVK + T	B -PVK + T
P -K	P-K	P -K
P-Na	P-Na	P- Na
P-Alb	P-Alb	P- Alb
P-ALAT	P-Ca	P -ALAT
P-Ca	P-Mg	P-Ca
P-Mg	fP- Gluk	P-Mg
fB-B1-Vit	fP-Kol	P-Pi
	fP-Kol-HDL	fP- Gluk
	fP-Kol-LDL	fP -Kol
	fP-Trigly	fP -Kol-HDL
	fE-Folaat	fP -Kol-LDL
	B -HbA1c	fP-Trigly
	S -D-25	fE -Folaat
	S-B12-Vit	B -HbA1c
	fB-B1-Vit	S -B12-Vit

Vuosittain potilaita seurataan perusterveydenhuollossa. Käynneillä seurataan yleistä ravitsemustilaa, painon laskua, liitännäissairauksien lääkehoidon tarvetta, nestetasapainoa sekä tarkastellaan vitamiinien riittävää imeytymistä. Potilailta otetaan perusverenkuva, plasman elektrolyytit, Seerumin B 12- vitamiinipitoisuus, seerumin D-vitamiinipitoisuus, punasolujen folaattipitoisuus, glukoositasapaino, seerumin rasva arvot, seerumin

maksa-arvot ja lisäksi prealbumiini runsaasti laihtuneilta. (Sane 2009, hakupäivä 31.8.2012.)

3.3 Lihavuusleikkaushoidon pitkäaikaistulokset

Pitkällä aikavälillä leikkaushoito on tehokkain tapa saavuttaa huomattava painonlasku. Painonlaskua tapahtui leikkaushoitoa saaneilla eniten yksi – kaksi vuotta leikkaushoidon jälkeen, jonka jälkeen paino lähti taas hieman nousuun. Laajassa SOS – tutkimuksessa (Swedish Obese Subjects) Ruotsissa vertailtiin leikkaushoidon saaneita konservatiivisen hoidon vertailuryhmään. Tutkimuksesta selvisi, että mahalaukun ohitusleikkattujen paino oli laskenut kaksi vuotta leikkauksen jälkeen 32 % ja kymmenen vuoden kulluttua paino oli vähentynyt 25 % verrattuna lähtöpainoon. Mahalaukun kavennusleikkauksen vastaavat luvut olivat 25 % ja 16 %, sekä mahanpantaleikkauksen 20 % ja 14 %. (Kuva 2.) (Cummings ym. 2004, hakupäivä 3.1.2013; Sane 2006, 1263–1264; Sjöström, Narbro, Sjöström, Karason, Larsson, Wedel, Lystig, Sullivan, Bouchard, Carlsson, Bengtsson, Dahlgren, Gummesson, Jacobson, Karlsson, Lindroos, Lönroth, Näslund, Olbers, Stenlöf, Torgerson, Ågren & Carlsson 2007, hakupäivä 11.9.2012; Koivukangas ym. 2008, 395–397; Tarnanen ym. 2011b, hakupäivä 20.8.2012.)



Kuva 2. Pitkän aikavälin painon muutokset lihavuusleikkauksen jälkeen (Sjöström ym. 2007, hakupäivä 11.9.2012.)

Maggardin ym. meta-analyysin mukaan lihavuusleikkauspotilaille laihtumista oli tapahtunut mahanohitusleikkauksella 41 kilogrammaa ja mahanpantaleikkauksella 35 kilogrammaa yli kolme vuotta kestäneillä seurantajaksoilla. Buchwald ym. meta-analyysissä puolestaan lihavuusleikkauspotilaat olivat laihtuneet 62 % ylipainostaan, kun potilaille suoritettiin mahanohitusleikkaus. Mahanpantaleikkaus potilaiden laihtuminen ylipainosta oli puolestaan 47 %. (Buchwald, Avidor, Braunwald, Jensen, Pories, Fahrenbach & Schoelles 2004, hakupäivä 3.1.2013; Sjöström ym. 2007, hakupäivä 11.9.2012; Maggard, Shugarman, Suttorp, Maglione, Sugerman, Livingston, Nguyen, Li, Mojica, Hilton, Rhodes, Morton, Shekelle 2005, hakupäivä 3.1.2013.)

Tyypin 2 diabeteksen lääkehoidon tarve vähenee lihavuusleikkauksen jälkeen kahden vuoden ajaksi, jolloin suurin osa diabeetikoista ei tarvitse lääkitystä ja heidän verensokerinsa normalisoituu. Maggardin meta-analyysin mukaan tyypin 2 diabetes parani 64 – 100 %:lla ja Buchwaldin mukaan tyypin 2 diabetes parani kokonaan 76 %:lla. Sjöström ym. suorittaman Sos-tutkimuksen (Swedish Obese Subjects Study) mukaan tyypin 2 diabetes parani kahden vuoden kuluttua leikkauksesta leikkaamattomiin verrokkeihin nähden 86 %:lla ja vielä kymmenen vuoden kuluttua se pysyi poissa 75 %:lla potilaista. (Buchwald ym. 2004, hakupäivä 3.1.2013; Maggard ym. 2005, hakupäivä 3.1.2013; Tarnanen ym. 2011b, hakupäivä 20.8.2012.)

Lihavuusleikkaus potilaille tulisi puhua sairauksien paranemisesta ja leikkaushoidon vaikutuksista niiden oikeilla nimillä. Tyypin 2 diabeteksen paranemisen sijaan tulisi puhua ennemminkin taudin remissiosta. Tauti voi olla poissa parin vuoden ajan, mutta tilannetta tulee tarkkailla avoterveydenhuollossa säännöllisesti. Kaikilta tyypin 2 diabetes ei parane, ja lääkityksen tarve voi myös uusiutua. Sjöströmin ym. Sos-tutkimuksen (Swedish Obese Subjects Study) mukaan diabetes lääkityksen lopetti 72 % kahden vuoden aikana, mutta noin joka toinen aloitti sen uudelleen kymmenen vuoden kuluttua leikkauksesta. (Pekkarinen 2012, hakupäivä 20.8.2012.)

Kohonnut verenpaine parani 66 %:lla Buchwaldin meta – analyysin mukaan. Sos-tutkimuksen mukaan kahden vuoden kohdalla verenpaine oli alhaisempi konservatiivisiin verrokkeihin nähden. Buchwaldin mukaan uniapnea parani 88 %:lla potilaista. Mahanohitusleikkauksen jälkeen veren rasva – arvojen häiriöt paranivat peräti 94 %:lla. (Buchwald ym. 2004, hakupäivä 3.1.2013; Sjöström ym. 2007, hakupäivä 11.9.2012.)

Leikkauksen jälkeiset komplikaatiot jaetaan varhaisiin (alle 30 vuorokautta leikkauksen jälkeen) ja myöhäisiin (yli 30 vuorokautta leikkauksen jälkeen). Varhaiset haittavaikutukset ovat suurilta osin samanlaisia kuin vatsanalueen leikkausten komplikaatiot yleensä. Tavallisimpia ovat verenvuodot, keuhkokuume ja keuhkoveritulpat sekä suoli-saumojen infektoitumiset. (Ikonen ym. 2009, 88, 93, 104.) Yleisiä varhaisia komplikaatioita ovat haavainfektiot, haavaumat ja ummetus. Haavainfektiot ovat yleisimpiä avoleikkauksissa kuin laparoskooppisesti suoritetuissa leikkauksissa. Aikaiset haavainfektiot nostavat haavatyran riskiä. (Virji & Murr 2006, hakupäivä 25.9.2012.) Kuopiossa tehdyssä tutkimuksessa varhaiskomplikaatioita olivat aivoinfarkti, keuhkokuume, hengitysvajaus, saumavuoto, verenvuodot ja haavainfektiot. (Martikainen ym. 2004, 2335).

Mahalaukun ohitusleikkauksen jälkeen potilailla voi ilmetä dumping -oireyhtymä. Dumping – oireyhtymän oireita ovat kivuliaisuus, pahoinvointi, oksentelu, ripuli tai ummetus, ilmavaivat, yleinen heikotus, hypoglykemia tuntemukset, kasvojen ja kaulan alueen punoitus sekä sydämen tykytys. Dumping-oireista kärsiviä potilaita kehoitetaan välttämään puhtaita sokereita, juomista aterioiden yhteydessä sekä lisäämään ravintoon kuituja, hitaita hiilihydraatteja sekä proteiineja. (Martikainen ym. 2004, 2336; Virji & Murr 2006, hakupäivä 25.9.2012; Pekkarinen 2012, hakupäivä 20.8.2012.)

Mahalaukunohitusleikkauksen myöhäiskomplikaatioilla tarkoitetaan yli 30 vuorokautta leikkauksen jälkeen ilmeneviä oireita. Myöhäiskomplikaatioita voivat olla sappikivitauti, pitkään jatkunut oksentelu, ravintoaineiden imeytymishäiriöt sekä dumping -oireyhtymä. Mahalaukunohitusleikkaus, nopea laihtuminen ja mahdollinen oksentelu aiheuttavat yhdessä vakavia imeytymishäiriöitä. Yleisimmin puutoksia ilmenee B12 -vitamiinista sekä D -vitamiinista. Tarvittaessa tulee tehdä myös luuntiheyden määrittäminen. (Sane 2006, 1265; Virji & Murr 2006, hakupäivä 25.9.2012; Ikonen ym. 2009, 88, 99; Pekkarinen 2012, hakupäivä 20.8.2012.)

Yleisiin myöhäiskomplikaatioihin kuuluvat myös mahapussin haavaumat sekä suoliston tukokset, jotka voivat aiheutua sisäisistä tyristä. Mahapussin haavauman oireita voivat olla veriuloste, oksentelu ja vatsakipu. (Ikonen ym. 2009, 100; Koivukangas 26.2.2013, sähköpostiviesti.) Lihavuusleikkauksen jälkeen potilailla ilmenee usein vatsavaivoja. Vatsakipujen tai oksentelun pitkittyessä potilaat tulee ohjata kirurgiseen arvioon heidät leikkaukseen yksikköön. Mahalaukun ohitusleikkauspotilailla ilmenee muita herkemmin hypoglykemiaa, joten lihavuusleikkauspotilaille suositellaan nopeasti imeytyvien

hiilihydraattien nauttimisen vähentämistä ja hitaasti imeytyvien hiilihydraattien suostamista ruokavaliiossaan. (Koivukangas 26.2.2013, sähköpostiviesti.)

Lihavuusleikkaus potilaat tarvitsevat tukea uudenlaisen ruokailutottumusten omaksumiseen ensimmäisten kuukausien ajan. Lihavuusleikkaus pienentää syötävän ruoan määrää sekä nopeuttaa kylläisyyden saavuttamista. Potilaille tulee kertoa tarkasti lihavuusleikkauksen vaikutuksista ravitsemukseen, tällä tarkoitetaan varhaista kylläisyyden tunnetta, näläntunteen pienenemistä ja makuaistimusten voimistumista. Lihavuusleikkauksen jälkeen potilailla ilmenee usein oksentamista, joka johtuu liian suurista ravinnon kerta-annoksista. Oksentelun lisäksi potilailla voi esiintyä vatsakipuilua. Oksentelun ja vatsakipuun jatkuessa pitkään tulee potilaat viipymättä ohjata kirurgisiin jatkotutkimuksiin. (Koivukangas 26.2.2013, sähköpostiviesti.)

4 FAST TRACK -TOIMINTAMALLI

Tanskalainen kirurgi Henrik Kehlet kehitti nopeutetun ja tehostetun hoitomallin, jota kutsutaan nykyään Fast track -toimintamalliksi. Fast track -toimintamallilla pyritään nopeuttamaan potilaan toipumista leikkauksesta, vähentämään leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita ja lyhentämään sairaalassa oloaika eli nopeuttamaan potilaan kotiutumista. Fast track -toimintamallissa keskeistä on suolilaman ehkäisy, mahdollisimman vähäinen keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden käyttö, kirurgisen trauman ehkäisy, tulehdusvasteen minimointi, aikainen suun kautta tapahtuva ravitseminen, aikainen liikkeellelähtö, optimaalinen anestesia, nestehoito, kipulääkitys sekä tärkeimpänä potilaan motivoiminen nopean kotiutumisen hoitomalliin. (Scheinin 2006, hakupäivä 23.8.2012; Kairaluoma 2007, hakupäivä 24.1.2013; Australian Safety & Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical 2009, hakupäivä 24.1.2013; Kitching & O'Neill 2009, hakupäivä 4.1.2013; Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski- Tallqvist 2012, 126-127; Kellokumpu 2012, hakupäivä 1.9.2012.)

Fast track -toimintamallissa potilaat saavat informaatiota leikkauksesta, leikkauksen jälkeisestä hoidosta, kivun lievityksestä ja mobilisaatiosta eli liikkeelle lähtemisestä. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että tällainen tieto voi vähentää potilaan ahdistusta, kipulääkkeiden tarvetta ja sairaalassa oloaika. Kun potilaat kotiutuvat nopeammin, voidaan säästää erikoissairaanhoidon kustannuksissa. Fast track -toimintamallin tärkeimpiä osalualueita ovat koko hoitoryhmän osallistuminen potilaan leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen sekä potilaan motivoiminen ja kannustaminen. Tämä edellyttää kirurgin, anestesia- ja fysioterapeutin, ravitsemusterapeutin ja sairaanhoitajan tiivistä yhteistyötä ja yhdenmukaisia toimintatapoja. Tärkeää on potilaan riittävä tiedon saanti ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. (Scheinin 2006, hakupäivä 1.9.2012; Kitching & O'Neill 2009, hakupäivä 4.1.2013; Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski- Tallqvist 2012, 126–127; Kellokumpu 2012, hakupäivä 1.9.2012.)

Kirurgisen haavan tulehtumisriskiä voidaan vähentää leikkausteknisin ja lääkinnällisin keinoin. Fast track -toimintamallin keskeisiin osalualueisiin kuuluvat myös tehokas leikkauksen jälkeinen kivunlievitys sekä varhain aloitettu suun kautta tapahtuva ravitseminen ja varhainen mobilisaatio eli liikkeellelähtö. Potilaiden kotiutumisen edellytyksenä ovat seuraavanlaiset kriteerit: potilaiden tulee pystyä syömään ruokaa, niin ettei heille tule pahoinvointia, heidän tulee kyetä liikkumaan omatoimisesti ja kivun tulee olla hallitta-

vissa suunkautta otettavalla kipulääkityksellä. Suolentoiminnan tulee olla normalisoitunut ja virtsaaminen onnistuu spontaanisti. (Scheinin 2006, hakupäivä 23.8.2012; Kitching & O'Neill 2009, hakupäivä 4.1.2013; Ahonen ym. 2012, 126–127; Kellokumpu 2012, hakupäivä 1.9.2012.)

4.1 Fast track – toimintamallin mukainen anestesia OYS:ssa

Fast track kirurgiassa käytetään anestesia-aineita, joiden vaikuttavuutta voidaan hyvin arvioida ja joiden vaikutusaika on mahdollisimman lyhyt. Tämän tyyppisiä anestesia-aineita käyttämällä varmistetaan potilaan nopea herääminen ja toipuminen. Väsyttävää esilääkitystä tulisi Fast track kirurgiassa välttää, mutta tilanteessa, jossa potilas jännittää toimenpidettä kovasti, rauhoittava esilääkitys voidaan antaa. Esilääkkeenä ei tulisi käyttää lääkkeitä, joiden väsyttävä vaikutus kestää tunteja vielä leikkauksen jälkeenkin. Pitkävaikutteisten rauhoittavien lääkkeiden käyttöä ei suositella, koska ne voivat aiheuttaa potilaan toipumisen ja varhaisen mobilisaation eli varhaisen liikkeelle lähtemisen viivästymisen. Oulun yliopistollisessa sairaalassa pahoinvoinninestolääkitys annetaan lihavuusleikkauspotilaille rutiinisti, jotta potilaiden toipuminen leikkauksesta ei vaikeutuisi. (Tuovila 18.9.2012, sähköpostiviesti; Kellokumpu 2012, hakupäivä 1.9.2012.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa valtaosa vatsaleikkauksista tehdään yleisanestesiassa (nukutuksessa), koska leikkaus vaatii hyvän lihasrelaksaation. Vatsaleikkauksien yleisanestesia koostuu hypnootista eli uniaineesta, opiaatista eli kipulääkkeestä ja liharelaksantista. Kattava lääkevalikoima mahdollistaa nykyään monien eri lääkkeiden käytön lihavuusleikkauksien anestesoissa. Oulun yliopistollisessa sairaalassa lihavuusleikkauspotilaiden anestesiassa käytetään tavallisimmin hypnoottina propofolia, opioidina remifentaniilia ja lihasrelaksanttina rokuronia. Anestesian ylläpitoon käytetään uniaineena desfluraani- kaasua, kipulääkkeenä remifentaniilia ja lihasrelaksanttina rokuronia. Anestesian ylläpidossa voidaan käyttää myös propofoli-infuusiota tai sevofluraani- kaasua ja kipulääkkeenä alfentaniilia yleisimmin käytetyn remifentaniilin lisäksi. Rokuronia käytetään lihavuusleikkauksien lihasrelaksanttina, koska sen vaikutus alkaa nopeasti ja sen kesto pystytään hyvin ennustamaan. Rokuronin vaikutus voidaan myös tarpeen tullen kumota täysin vastalääkkeellä. Rokuronin sijasta lihasrelaksanttina voidaan käyttää myös vekuronia tai cisatrakuuria. (Tuovila 18.9.2012, sähköpostiviesti.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa Fast track leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa lihavuusleikkauspotilaille suositellaan käytettäväksi peruskipulääkkeitä kuten parasetamolia ja joskus tulehduskipulääkkeitä. Jos potilaalla ilmenee kovia kipuja leikkauksen jälkeen, voidaan potilaalle tarjota voimakkaampaakin lääkitystä. Lihavuusleikkauspotilaat leikataan pääsääntöisesti tähytysmenetelmällä, jonka jälkeinen kipu on yleensä maltillista. Kipu hidastaa leikkauksesta toipumista ja aikainen mobilisaatio eli nopea liikkeelle lähteminen saattaa viivästyä voimakkaan kivun vuoksi. Mikäli potilaalla ilmenee voimakasta leikkauksen jälkeistä kipua, voidaan se tarvittaessa hoitaa vahvemalla kipulääkityksellä. Epiduraalipuudutusta käytetään kivunhoitona lihavuusleikkauksissa ainoastaan silloin, jos leikkaus tehdään avoleikkauksena. Epiduraalipuudutuksen laittaminen sairaalloisesti lihavalle potilaalle on haastavaa ja heillä on lisääntynyt riski saada komplikaatio epiduraalipuudutuksesta. (Tuovila 18.9.2012, sähköpostiviesti.)

4.2 Varhainen liikkeelle lähtö Fast track -toimintamallissa

Varhainen liikkeellelähtö parantaa hengitystä, kudoksen hapensaantia ja lihastoimintoja. Varhaisen mobilisaation on todettu myös nopeuttavan suolen toiminnan palautumista. Varhaisen liikkeellelähdön on todettu ehkäisevän keuhko- ja laskimoveritulppariskiä. Fast track -toimintamallin mukaan potilas tulee siirtää heräämöstä vuodeosastolle mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen, jotta potilas pääsisi mahdollisimman pian liikkeelle. Potilaiden tulisi olla jo leikkauspäivänä noin kaksi tuntia poissa vuoteesta. Jos potilaan huono vointi estää leikkauspäivänä aloitettavan varhaisen mobilisaation, tulee hoitajan huolehtia, että potilaan varhainen mobilisaatio käynnistyy ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Hoitajan tulee varmistaa, että potilas liikkuu ja istuu tarpeeksi, mikä tarkoittaa noin 6- 8 tuntia päivässä. (Kairaluoma 2007, hakupäivä 24.1.2013; Australian Safety & Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical 2009, hakupäivä 24.1.2013; Kitching & O'Neill 2009, hakupäivä 4.1.2013; Kellokumpu 2012, hakupäivä 1.9.2012.)

Hyvällä kipulääkityksellä varmistetaan varhainen liikkeellelähtö. Potilaan varhaiseen mobilisaatioon ja kuntoutumiseen kuuluvat myös muut päivittäiset toiminnot kuten ruokailut tuolilla istuen, omatoimisesti suoritettut pesut wc:ssä tai tuolilla istuen. Potilaiden tulee tehdä omatoimisesti ja säännöllisesti (esimerkiksi hoitajan tai fysioterapeutin) heille ohjattuja harjoituksia. Kaikissa edellä mainituissa toiminnoissa korostuu potilaiden

oma vastuu ja motivaatio kuntoutumisesta. (Kairaluoma 2007, hakupäivä 24.1.2013; Australian Safety & Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical 2009, hakupäivä 24.1.2013; Kitching & O'Neill 2009, hakupäivä 4.1.2013; Kellokumpu 2012, hakupäivä 1.9.2012.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa lihavuusleikkauspotilaat käytetään heti leikkauksen jälkeen heräämössä jalkeilla. Lihavuusleikkauspotilaiden kohdalla virtsatiekatettrin käyttöä vältetään nopean mobilisaation edistämiseksi. Jos virtsatiekatetri joudutaan kuitenkin laittamaan, pyritään se poistamaan jo heräämössä, mutta viimeistään leikkausiltana osastolla. Tällä edistetään lihavuusleikkaus potilaan varhaista liikkeelle lähtemistä ja kuntoutumisen edistymistä. (Koivukangas 20.2.2013, haastattelu.)

Leikkauspäivän iltana lihavuusleikkauspotilaat saavat liikkua osastolla vapaasti tunte-
mustensa mukaisesti. Suositeltavaa olisi kuitenkin, että potilaat liikkuisivat noin kaksi tuntia leikkauspäivän iltana. Liikkuminen nopeuttaa paranemista ja vähentää veritulppariskiä. Ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä lihavuusleikkauspotilaat saavat liikkua normaalisti ja suositeltavaa on, että he liikkuisivat noin kahdeksan tuntia päivän aikana. Fysioterapeutit ohjeistavat lihavuusleikkauspotilaita muun muassa oikeanlaisessa vuoteesta ylösnousutekniikassa ja muissa kuntoutumista edistävissä toiminnassa. (Koivukangas 20.2.2013, haastattelu.)

4.3 Leikkauksen jälkeinen ravitsemus Fast track -toimintamallissa

Varhain, leikkauksen jälkeen aloitettavan enteraalisen eli suun kautta tapahtuvan ravitsemuksen on todettu tehostavan haavan paranemista ja vähentävän infektioita. Varhain aloitettu enteraalinen ravitsemus myös ylläpitää lihasten voimaa ja ehkäisee väsymystä ja laihtumista. Liian vähäinen suun kautta tapahtuva ravitsemus aiheuttaa lihasten kiihtymistä ja lisää kataboliaa eli hajottavaa aineenvaihduntaa. (Kairaluoma 2007, hakupäivä 24.1.2013 Kitching & O'Neill 2009, hakupäivä 4.1.2013.)

Lihavuusleikkauspotilaat saavat Oulun yliopistollisessa sairaalassa leikkausiltana heräämössä pieniä määriä nesteitä. Leikkauspäivänä osastolla lihavuusleikkauspotilaat saavat syödä nesteitä ja liemiä maksimissaan kolmen desilitran verran. Ensimmäisestä leikkauksen jälkeisestä päivästä lähtien lihavuusleikkauspotilaiden ravinnon määrää ei ole

enää rajoitettu, mutta heidän tulee noudattaa ravitsemusterapeutin ohjeita liittyen ravinnon koostumukseen ja kerralla syödyn ruoan määrään. Lihavuusleikkauksen jälkeisestä päivästä lähtien lihavuusleikkauspotilaat saavat aamulla ja illalla maitohappobakteerikapselin sekä ruokailujen jälkeen ksylitolipurukumin pureskeltavaksi osastohoidon ajan. Maitohappobakteerikapselin ottamisella ja ksylitolipurukumin pureskelemisellä nopeutetaan ruoansulatuskanavan toimintaa. (Koivukangas 20.2.2013, haastattelu.)

4.4 Leikkaustekniset menetelmät Fast track -toimintamallissa

Leikkausmenetelmällä on merkitystä potilaan kotiutumisessa ja kuntoutumisessa. Vähemmän invasiiviset eli kajoavat leikkausmenetelmät vähentävät potilaan leikkauksen jälkeistä kipua ja lyhentävät sairaalassa oloaikaa verrattuna avoleikkausmenetelmiin. Tutkimuksilla on osoitettu laparoskooppisen eli täyhystysleikkausmenetelmän olevan hyödyllisempi vaihtoehto verrattuna avoimeen leikkausmenetelmään. Laparoskooppinen leikkausmenetelmä on askeleen lähempänä Fast track kirurgiaa kuin avoleikkausmenetelmä. Laparoskooppisessa kirurgiassa leikkauksen jälkeinen kipu on lievempää ja leikkaukseen liittyvät komplikaatiot ovat vähäisempiä. Tuoreessa LAFA- tutkimuksessa todettiin laparoskooppisesti leikattujen potilaiden kotiutuvan nopeammin kuin avoimella menetelmällä leikatut potilaat. Pienempään kudostraumaan liittyen, laparoskooppinen leikkausmenetelmä ei heikennä elimistön vastustuskykyä yhtä paljon kuin avoleikkausmenetelmä. Pienempi kudostrauma voi vähentää esimerkiksi leikkauksen jälkeisiä infektioita. (Scheinin 2006, hakupäivä 23.8.2012; Kairaluoma 2007, hakupäivä 24.1.2013; Kitching & O`Neill 2009, hakupäivä 4.1.2013; Kellokumpu 2012, hakupäivä 1.9.2012)

5 POTILASOHJAUS

Ohjausta määritellään potilaiden ja hoitohenkilökunnan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka pohjautuu heidän taustatekijöihinsä sekä tapahtuu vuorovaikutteisena potilasohjaustilanteena. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208-216; Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-7.) Potilailla on oikeus saada tietoa heitä itseään koskevasta hoidosta ja lisäksi potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi on potilaita kuunneltava ja heidän on saatava osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:5-6).

Potilasohjaus saa kokonaan uuden käsitteen, kun ohjaustilannetta tarkastellaan tilana ja dialogina. Molemmat osapuolet tuovat ohjaustilanteeseen omat odotuksensa ja näkemyksensä. Tällöin on tärkeää muistaa ottaa huomioon myös toisen osapuolen kokemus tilanteesta. Jotta päästäisiin mahdollisimman tehokkaaseen ja molempia osapuolia palvelemaan yhteistyöhön, tulee hoitohenkilökunnan arvostaa potilaiden asiantuntijuutta heidän omaa elämää koskevissa asioissa, kun taas potilaiden tulee arvostaa hoitohenkilökunnan asiantuntijuutta hoitotyöstä. Tämä arvokas vuorovaikutusmahdollisuus saadaan kuitenkin usein pilattua jo ennen kuin se saadaan kunnolla edes alkamaan. Hoitohenkilökunnan puolelta tämä tarkoittaa sitä, että potilaat mielletään objekteiksi, jotka vain ottavat annetut tiedot vastaan. Tällainen ylenkatsova asiantuntijarooli johtaa väistämättä vuorovaikutuksen lamaantumiseen, jolloin potilaiden asiantuntijuus omasta itsestään jätetään kokonaan hyödyntämättä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208-216; Mannström-Mäkelä 2005, 31-33; Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-7; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Reinfors 2007, 25–26, 38.)

Ohjaustilanne on luonteeltaan suunniteltua, mutta ei kaavamaista. Ohjaustilanteen tulee olla joustava, jotta vuorovaikutus onnistuu mahdollisimman tehokkaasti. Onnistunut ohjaustilanne on sellainen, missä potilaat ja hoitaja suunnittelevat yhdessä ohjauksen sisältöä, hoidon tavoitteita sekä pohtivat keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. On tärkeää, että potilaat tuntevat, että heitä kuunnellaan ja että heidän mielipiteillään on merkitystä. Toimivaa vuorovaikutusta ei synny, mikäli molemmat osapuolet eivät tee tilaa aktiiviseksi tuomalla omaa asiantuntijuuttaan ohjaustilanteeseen mukaan. Ohjaustilanteessa potilaiden ja hoitohenkilökunnan suhde tulee olla tasa-arvoinen. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208-216; Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 27-31; Mannström-Mäkelä 2005, 31-33; Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-7; Kyngäs ym. 2007, 25–26, 38–40.)

5.1 Vuorovaikutuksen taustatekijät

Ohjaustilanteeseen vaikuttavat useat tekijät. Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin sekä sosiaalisiin ominaisuuksiin ja lisäksi ympäristötekijöihin. Nämä tekijät voivat joko edesauttaa ohjauksen perillemenoa tai vaikeuttaa sitä. Jotta ohjaustilanteet muodostuisivat potilaille yksilöllisiä tarpeita vastaaviksi, on selvitettävä heidän taustatekijöitensä, kuten heidän mahdollisuutensa sitoutua terveyttä tukevaan toimintaan. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 29; Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-7; Kyngäs ym. 2007, 26.)

Yksi merkittävimmistä haasteista potilaiden kannalta on runsas tiedonmäärä. Suullinen ohjaus aiheuttaa usein tärkeimpien asioiden unohtumisen. Parasta on käydä ohjaustilanteessa uudet asiat läpi kootusti ja tiivistetysti sekä antaa potilaille mahdollisuus aineistoon perehtymiseen myöhemmin kirjallisen ohjeen kautta. On tärkeää, että suullinen ja kirjallinen ohjeistus ovat yhdenmukaisia, eikä niissä ilmene ristiriitaisuuksia potilaita hämmentämään. (Torkkola ym. 2002, 29.) Oppimistyyllillä tarkoitetaan ihmisen kykyä vastaanottaa tietoa ja ymmärtää sitä. Asiakkaat sisäistävät tietoa eri tavalla. Visuaalisesti suuntautunut ihminen oppii ja sisäistää tietoa parhaiten näkemällä ja katselemalla. Ohjauksessa visuaalisesti suuntautuneelle henkilölle kannattaa näyttää kuvia ja antaa kirjallista materiaalia, koska teksti ja sen lukeminen on hänelle tärkeä oppimisväline. Oppimista tapahtuu myös kuulemalla ja kokemalla asioita. (Kyngäs & Henttinen 2009, 91-92.) Sisällöltään hyvin laadittu ja ohjausta tukeva kirjallinen materiaali voi auttaa asiakasta sitoutumaan omaan hoitoonsa. Epävarma ja motivaatio-ongelmallinen asiakas saa täsmällistä ja oikeaa tietoa kirjallisesta materiaalista. Tämä voi auttaa asiakasta käsittelemään omaa tilannettaan ja voi auttaa häntä sitoutumaan hoitoonsa. (Kyngäs & Henttinen 2009, 115.)

Ohjaukselle jää nykyisin yhä vähemmän aikaa, joten kirjallisen materiaalin merkitys korostuu. Asiakas voi tarkastella suullisessa ohjauksessa saatuja tietoja kotonaan kirjallisen materiaalin avulla. Näin asiakas voi saada tukea myös omalle ajattelulle. Kirjallista materiaalia voidaan antaa myös etukäteen, jolloin asiakas tutustuu materiaaliin, jota käsitellään myöhemmin ohjauksessa. Hoitoon sitoutumisen kannalta tätä voidaan pitää merkityksellisenä, koska asiakkaalle jää rauhallista aikaa perehtyä ohjausasioihin. Asiakas voi myös pohtia rauhassa sitä, miten hän järjestää asiat omassa elämässään. Kun asiakas on ehtinyt miettiä asioita ennen ohjausta, niin asioiden puheeksi ottaminen ja

niistä keskusteleminen on helpompaa. Hoitoon sitoutumista tulee tukea vain sellaisella kirjallisella materiaalilla, joka on sopivaa ohjaustilanteeseen. Materiaalin sisällön on tuettava muuta ohjausta, oli se suullista yksilöohjausta tai ryhmäohjausta. (Kyn­gäs & Henttinen 2009, 115.)

Hoitohenkilökunnan asiantuntijuus sekä henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat ohjaustilanteen sujuvuuteen. Hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävä tietoperusta potilaiden ohjaustilanteita varten. Tällöin he voivat vakuuttaa potilaat tiedon luotettavuudesta sekä esittää asiakokonaisuudet sopivasti tiivistetysti ja johdonmukaisesti kunkin tilanteen vaatimalla tavalla. Henkilökohtaiset ominaisuudet korostuvat ohjaustilanteessa, kuten äänenkäyttö ja ärtymys voivat tulla esille tahattomankin voimakkaasti. Ohjaustilanteen tulee olla rauhallinen, jotta potilaille tulee vaikutelma kiireettömyydestä. Tällä osoitetaan arvostusta potilaita kohtaan. (Torkkola ym. 2002, 29–30; Kääriäinen & Kyn­gäs 2006, 6-7.)

Vuorovaikutuksen alkuvaiheessa kiinnitetään huomio puheen kuuntelun sijasta eleisiin ja ilmeisiin. Kun yleiskuva vuorovaikutuksesta selkiytyy, siirrytään kuuntelemaan mitä toisella osapuolella on oikeasti sanottavanaan. Tämä korostuu varsinkin tuntemattomien henkilöiden kohtaamisissa. Hoitohenkilökunta voi vaikuttaa potilaiden käyttäytymiseen sanattomalla viestinnällään. Potilaille voi tulla heti ensi hetkellä vaivaantunut ja halveksittu olo tai potilaille voidaan luoda ohjaustilanteen alusta lähtien arvostettu ja merkityksellinen olo. Eleet ja liikehdintä kertovat vuorovaikutustilanteessa enemmän kuin sanat. Suullinen ja kehollinen viestintä tulee olla samansuuntaista, sillä potilaat luottavat tällöin enemmän sanattoman viestinnän sanomaan. Ensivaikutelman muodostavat pukeutuminen, siisteys, puhetyyli, äänensävy, puheen sisältö sekä tilankäyttö. (Silvennoinen 2004, 26–27; Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 32.)

Lihavuusleikkausta ennen annettavan potilasohjauksen tarkoituksena on antaa potilaille tietoa leikkauksesta, hoidosta ja sen tavoitteista. Selkeä suullinen ja kirjallinen ohjeistus kannustavat ja motivoivat potilaita osallistumaan omaan hoitoonsa leikkauksen jälkeen. Ohjeistuksen ja yhteisten keskustelujen avulla voidaan lievittää potilaiden jännittyneisyyttä ja pelkoa leikkausta kohtaan. Potilaat saavat myös tietoa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta ja toipumisesta. Esikäynnin yhteydessä (prepoliklinikka käynti) potilaat saavat mahdollisuuden keskustella leikkauksesta ja nukutuksesta leikkaavan kirurgin ja

anestesia- ja lääkehoitoon kanssa. (Kellokumpu 2012, hakupäivä 1.9.2012; Scheinin 2006, hakupäivä 23.8.2012.)

5.2 Hoitoon sitoutuminen ja potilaiden motivaatio

Asiakkaiden huono hoitoon sitoutuminen on kasvava terveydenhuollon ongelma. Asiakas voi edistää terveyttään ja hyvinvointiaan sitoutumalla hoitoon tai terveellisiin elintapoihin. Hoitoon sitoutuminen riippuu ihmisen motivaatiosta, tahdosta ja kyvystä muuttaa toimintaansa hoidon vaatimalla tavalla. Myös hoidossa kohdatut esteet ja tuki vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Hoitoon sitoutumisella voidaan säästää yhteiskunnallisissa kuluissa, koska tarvitaan vähemmän esimerkiksi sairaalahoitopäiviä tai sairauslomapäiviä. Hoidon tuloksellisuudesta puhutaan tällä hetkellä paljon ja keskeisin toimenpide parantaa sitä on parantaa hoitoon sitoutumista. Väestön ikääntyessä lisääntyvät erityisesti elintapoihin liittyvät sairaudet, joten terveellisiin elintapoihin sitoutuminen on tärkeää. (Savikko & Pitkälä 2006, hakupäivä 19.2.2013; Kyngäs & Henttinen 2009, 11.)

Hoitoon sitoutumista ja sen merkitystä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Asiakkaan kannalta hoitoon sitoutumisen merkitys on erilainen kuin yhteiskunnan tai terveydenhuollon näkökulmasta tarkasteltuna. Sitoutuminen hoitoon ja terveellisiin elintapoihin merkitsee asiakkaan kannalta parempaa terveyttä ja toimintakykyä ja sitä kautta parempaa elämänlaatua. Hoito saattaa edellyttää kuitenkin elämän uudelleen jäsentämistä, uuden oppimista, elintapojen muutosta ja jopa taloudellisia uhrauksia. Asiakkaan näkökulmasta kyse on siitä, miten hän sovittaa uudet vaatimukset jokapäiväiseen elämäänsä. Lisäksi on huomioitava, että hoidon terveystulokset eivät näy välittömästi, vaan ne saattavat näkyä vasta vuosien kuluttua. Terveydenhuollossa hoitoon sitoutuminen vaikuttaa hoidon tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen. Hoitotuloksen kannalta merkittävä asia on se, miten asiakas hoitaa itseään. Yhteiskunnan kannalta hoitoon sitoutuminen parantaa työ- ja toimintakykyä, lisää työssäolovuosia ja säästää hoitokustannuksissa. Hoitoon sitoutumisella on suuri taloudellinen merkitys. (Savikko & Pitkälä 2006, hakupäivä 19.2.2013; Kyngäs & Henttinen 2009, 23- 24.)

Motivaatio on merkittävä tekijä hoitoon sitoutumisessa. Motivaatioon vaikuttaa muun muassa se, miten tärkeäksi henkilö kokee asian ja miten tärkeinä hän näkee elämässään asetetut tavoitteet ja niiden saavuttamisen ja arvioiko hän kykenevänsä saavuttamaan

ne. Luottamus omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin on tärkeä hoitoon sitoutumiseen vaikuttava tekijä. Motivaation näkökulmasta on tärkeää, että asiakas saa suunnitella omaa hoitoansa ja osallistua päätöksentekoon sen suhteen. Asiakkaan on helpompi sitoutua hoitoonsa kun päätökset hoidosta on tehty yhdessä ammattilaisen kanssa. (Kyngäs & Henttinen 2009, 29, 88.)

6 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

6.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

Projektista syntyvä tuotos on kuvattava tarkasti jo projektisuunnitelmaan. Vaikka projektin tavoitteet määritellään jo projektin suunnitteluvaiheessa, tulee projektisuunnitelmaan asetetut tavoitteet selvittää yksityiskohtaisesti. Koko projektisuunnitelma perustuu tavoitteiden määrittelyyn. Tavoitteiden tarkoitus on kartoittaa, mistä projektissa on kyse. (Kettunen 2009, 100–101.)

Projektin tarkoituksena ja tavoitteena on aina konkreettinen lopputuotos, joka on tarpeellinen. Projektia työstettäessä on tärkeää noudattaa aikatauluja ja kustannussuunnitelmia, jotta projektin tavoitteet täyttyvät. Tavoitteisiin johtava projekti on tarkasti rajattu ja määritely. Rajaus ja määrittely estävät projektin laajenemisen liian suureksi resursseihin nähden. Menestyvällä projektilla on selkeät tarkoitukset ja tavoitteet, joilla pystytään johdonmukaisesti etenemään tavoitteita kohti. (Huotari & Salmikangas 2006, hakupäivä 13.6.2012; Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 7-8.)

Hyvät tavoitteet ovat selkeät ja konkreettiset. Projektin työstämiseen kuuluvat ajalliset ja myös toteutukselliset tavoitteet. Tavoitteet voivat olla haastavia, mutta toteutettavissa kovalla työllä. Tavoitteet on tärkeää konkretisoida, jotta päämäärästä saadaan selkeä ja yksiselitteinen. (Ruuska 2006, 250- 251; Silfverberg 2007, 81–82.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin projektityönä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä Fast track- toimintamallin mukainen potilasohjausvihko Oulun Yliopistollisen sairaalan osasto yhdeksän käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli edesauttaa Fast track- toimintamallin käyttöönottoa osastolla yhdeksän ja yhdenmukaistaa hoitohenkilökunnan toimintaa sekä nopeuttaa potilaan kuntoutumista. Nopealla kuntoutumisella edesautetaan potilaiden nopeaa kotiutumista. Opinnäytetyön tuotos on potilasohjausvihko, joka tulee potilaiden käyttöön.

6.2 Projektin rajausta ja liittymät

Rajauksella tarkennetaan projektin sisältöä ja sen tarkoituksena on helpottaa projektin suunnittelua sekä toteuttamista. Rajauksen yksi tärkeimmistä tehtävistä on pitää projektin koko maltillisena. Rajaukset selventävät projektin tekemistä ja projektin sisältö selkenee. Rajaukseen vaikuttavat merkittävästi projektin aikataulut sekä kustannussuunnitelmat. Tärkeää on pyrkiä löytämään päällimmäiset tekijät, jotka ovat lopputuotteen kannalta merkittäviä. (Ruuska 2008, 186–187; Kettunen 2009, 111–112.)

Potilasohjausvihko on suunnattu lihavuusleikkaukseen tuleville potilaille. Potilasohjausvihko tuotetaan Fast track- toimintamallin mukaisesti. Fast track -toimintamalli otetaan käyttöön osastolla yhdeksän kaikkien potilasryhmien kohdalla. Ohjauskeskusteluissa päädyttiin tekemään potilasohjausvihko vain lihavuusleikkauspotilaille. Potilasohjausvihko sisältää tietoa Fast track -toimintamallista ja potilaan osuudesta Fast track – toimintamallin toteutumisessa, lihavuudesta sairautena, lihavuusleikkausmuodoista sekä ravitsemusterapeutin ohjeistuksen. Keskusteluissa pohdittiin tutkinnallista osuutta, esimerkiksi potilashaastattelut, mutta työ rajattiin projektiksi. Potilasohjausvihko ei sisällä liikuntaohjeistusta, koska Oulun ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelijat tekevät opinnäytetyön lihavuusleikkauspotilaiden liikunnasta. Potilasohjausvihkon ravitsemusosuuden teki Oulun Yliopistollisen sairaalan ravitsemusterapeutti Terhi Jokelainen.

6.3 Projektin organisaatio ja ohjaus

Projektin ohjaus ja organisointi on sen onnistumisen kannalta välttämätöntä. Projektiryhmän jäsenet keskustelevat ja ideoivat yhdessä projektin eri vaiheista. Keskusteluissa pyritään löytämään ongelmakohtiin ratkaisuja. (Paasivaara ym. 2008, 105- 109; Kettunen 2009, 103.) Opinnäytetyöntekijät työstivät opinnäytetyötä yhdessä. Opinnäytetyöntekijät pitivät muistioita etenemisestään, jotta he pystyivät informoimaan toisiaan opinnäytetyön etenemisestä.

Projektin valmistumisen kannalta on tärkeää, että organisaation jäsenet ovat tiiviisti mukana projektin erivaiheissa. Organisaation jäsenistä puhuttaessa tarkoitetaan projektin tilaajia, tekijöitä sekä ulkoisia ohjaajia. Ulkoisella ohjauksella tarkoitetaan projektiin suoranaisesti liittymättömien tahojen osallistumista projektin kulkuun. Projektin edetessä

projektisuunnitelmaa kehitetään ja muutetaan yhdessä projektiorganisaation jäsenten kanssa, jotta edetään johdonmukaisesti kohti päämäärää. Projektin organisoitumisella tarkoitetaan sitä, että kuka vastaa mistäkin projektin osasta eli mikä on tehtävänjako kyseisessä projektissa. (Paasivaara ym. 2008, 105- 109; Kettunen 2009, 103.)

Opinnäytetyötä tehdessä tuli ottaa vastuu siitä, että potilasohjausvihkosta tuli sen tilaajan toiveiden mukainen. Opinnäytetyön tekijöiden tuli huolehtia opinnäytetyön suunnittelusta sekä sen valmistumisesta aikataulun mukaisesti. Opinnäytetyön edetessä käytiin ohjauskeskusteluita yhteistyöorganisaation, Oulun Yliopistollisen sairaalan osasto yhdeksän kanssa, joiden yhteydessä käytiin läpi opinnäytetyön etenemistä. Opinnäytetyön tekijät sopivat keskenään yhteisiä tapaamiskertoja, jolloin työstettiin opinnäytetyötä ja käytiin yhdessä läpi jo työstettyä materiaalia. Opinnäytetyön tekijät helpottivat työskentelyään pitämällä kalenteria, johon kirjattiin uudet yhteiset tapaamisajat. Kalenteriin kirjattiin myös aihealueet, joita työstettiin. Aihealueiden kirjaamisella välttyttiin päällekkäiseltä työskentelyltä.

Potilasohjausvihkon sekä opinnäytetyön lääketieteelliset osuudet hyväksyttiin ohjausryhmän lääkäreillä. Opinnäytetyön ohjausryhmään kuuluivat kirurgi Vesa Koivukangas, anestesia lääkäri Mari Tuovila, osastonhoitaja Mervi Ollikainen, opiskelijakoordinaattori Pia Liljamo, sairaanhoitajat Päivi Venkula ja Eija Kairamo sekä ravitsemusterapeutti Terhi Jokelainen. Opinnäytetyön ohjauskerroilla käytiin ohjaajien kanssa läpi tuotettua teoriaa ja opinnäytetyön etenemistä. Kun opinnäytetyön työstämisessä tuli eteen kysymyksiä, järjestettiin opinnäytetyön ohjaajien kanssa tapaaminen, jolla mahdollistettiin työn sujuva eteneminen. Opinnäytetyön opponetit olivat sairaanhoitajaopiskelijat Terhi Skarp ja Mari Vähämäki. Opinnäytetyön ohjaajat olivat Anja Mikkola ja Hannele Paloranta.

6.4 Projektin dokumentointi ja tiedottaminen

Projektista laaditaan tilaajalle menevän tuotoksen lisäksi niin kutsuttu sisäinen dokumentaatio, joka jää projektiryhmän käytettäväksi mahdollisia jatkoprojekteja varten. Ohjeistuspalavereissa päätetään siitä, mitä dokumentteja projektin aikana on tuotettava. Dokumentoinnin on hyvä sisältää projektin aikana ilmenneet ajatukset ja erilaiset havainnot. Dokumentoinnille hyvä sijainti on mahdollisimman monen

ulottuvilla, jotta se ei jää esimerkiksi projektipäällikön hyllylle lojumaan. Koska dokumentointi suoritetaan projektin lopuksi, jää se yleensä melko vajaaksi. Dokumentointiin on kuitenkin syytä paneutua huolella sillä sitä voidaan hyödyntää mahdollisissa jatkotutkimuksissa. Lisäksi hyvin tehty dokumentointi vähentää turhia vikailmoituksia ja yhteydenottoja tilaajan ja tekijän välillä. (Ruuska 2008, 240-242; Kettunen 2009, 183-184.)

Opinnäytetyö julkaistiin Internetissä Theseus tietokannassa. Potilasohjausvihko tuli Oulun yliopistollisen sairaalan osasto yhdeksän käyttöön ja potilasohjausvihko tallennettiin Oulun Yliopistollisen sairaalaan Intranettiin, josta se on tarvittaessa saatavilla. Opinnäytetyön teoriaosuutta työstettäessä opinnäytetyöntekijöiden tuli pitää huolellisesti muistiota, jonka avulla oli helppo selvittää opinnäytetyön etenemistä. Yhteispalavereissa käytiin huolellisesti teoriaosuutta läpi muistion pohjalta, joten muistion tuli olla kattava. Näin pystyttiin kyseenalaistamaan ja tarkastamaan työstettyä teoriaa. Muistioon kirjoitettiin ylös kaikki mieltä askarruttavat asiat, jotta niihin voitiin yhdessä löytää vastaus.

6.5 Projektin toteuttamisen ja työstämisen kuvaus

Ajatus yhteisestä opinnäytetyöstä syntyi opinnäytetyön ryhmäohjauksessa keväällä 2012. Opinnäytetyötä tuntui helpommalta ryhtyä työstämään kahdestaan kuin yksin. Opinnäytetyölle yritettiin löytää yhteistyöorganisaatio, jolla oli tarvetta opiskelijoiden toteuttamalle opinnäytetyölle. Aihetta kyseltiin sähköpostitse Länsi-Pohjan keskussairaalaan sekä tutustuttiin Oulun Yliopistollisen sairaalan opinnäytetyöpankkiin, mutta sopivaa aihetta ei tuntunut löytyvän. Alusta alkaen oli selvää, että opinnäytetyö toteutetaan projektina. Lopulta löytyi kiinnostavia aiheita Oulun Yliopistollisen sairaalan opinnäytetyöpankista, jonka jälkeen oltiin yhteydessä opiskelijakoordinaattori Pia Liljamoon. Sopiva aihe löytyi ja yhteistyöosastona toimi sama osasto yhdeksän, jossa toinen opinnäytetyön tekijöistä suoritti parhaillaan kirurgisen hoitotyön harjoittelua.

Ensimmäinen opinnäytetyön suunnittelukäynti Oulun Yliopistollisen sairaalan osastolle yhdeksän sovittiin toukokuulle 2012. Ensimmäiseen ohjauskeskusteluun osallistuivat opinnäytetyöntekijöiden lisäksi osastonhoitaja Mervi Ollikainen ja kaksi opinnäytetyön

ohjaajaa, sairaanhoitajat, Päivi Venkula ja Eija Kairamo. Ohjauskeskustelussa käytiin läpi osaston tarpeet ja toiveet opinnäytetyön tuotoksen osalta. Ohjauskäynnillä opinnäytetyön teoriaosuutta rajattiin ja samalla suunniteltiin ohjausryhmän jäseniä. Tässä vaiheessa kaikki jäi vielä suunnittelu- ja keskusteluasteelle.

Toisen opinnäytetyön ohjauskäynnin yhteydessä opinnäytetyöntekijät viettävät päivän prepoliklinikalla tutustumassa lihavuusleikkauspotilaiden ohjauskeskusteluihin. Prepoliklinikalla opinnäytetyöntekijät saivat tietoa lihavuusleikkauspotilaiden leikkaukseen liittyvistä valmisteluista ja suunnitelluista tapaamisista eri ammattiryhmien edustajien kanssa.

Seuraava opinnäytetyön ohjauskäynti sovittiin kesäkuulle 2012, jolloin opinnäytetyösuunnitelmaa oli jo aloitettu kartoittamaan, jotta alkavasta opinnäytetyöstä olisi muotoutunut jo selvä kuva ja valmisteltu oikeanlaisia kysymyksiä ohjauskäyntiä varten. Tapaamisessa opinnäytetyön rajaus selkeytyi huomattavasti, kun selvisi, että fysioterapeuttiopiskelijat ovat Oulun seudun ammattikorkeakoulusta tekemässä samaan aikaan lihavuusleikkauspotilaille liikkumisopasta. Lihavuusleikkauspotilaat tapaavat ravitsemusterapeutin omassa kunnassaan ennen leikkauspäätöksen syntymistä, sillä leikkauskriteereihin kuuluu painonpudottaminen. Ravitsemusterapeutin osuus rajautui myös opinnäytetyön ulkopuolella. Tapaamisessa selvisi ohjausryhmän henkilöitä, joilta olisi mahdollista saada materiaalia opinnäytetyötä varten. Ohjausryhmän lääkärit, kirurgi Vesa Koi-vukangas ja anestesialääkäri Mari Tuovila, tarkastaisivat lääketieteelliset osuudet.

Kesäkuussa opinnäytetyösuunnitelma saatiin valmiiksi ensimmäistä arviointikertaa varten, joten se palautettiin opinnäytetyön ryhmäohjauskurssin järjestäneille opettajille. Seuraavaksi päästiin etenemään tulevaan opinnäytetyöhön. Heinä- ja elokuun ajan etsittiin teoriaa ja tutustuttiin osastolta saatuun materiaaliin, jotta saataisiin mahdollisimman hyvät lähtökohdat teorian työstämiseen. Tämän jälkeen työstettiin teoriaosuutta opinnäytetyötä varten. Viimeisessä opinnäytetyön luokan ryhmäohjauksessa syyskuussa, opinnäytetyösuunnitelma palautettiin ja opinnäytetyön tekijöille annettiin ohjeita opinnäytetyösuunnitelman tarvittavista muutoksista.

Opinnäytetyösuunnitelman edelleen työstämisen jälkeen se palautettiin opinnäytetyön ohjaajille, jotka nimettiin syyskuussa 2012. Samalla työstettiin varsinaisen opinnäyte-

työn teoriaosuutta eteenpäin. Syyskuussa osallistuttiin Fast track -koulutukseen Oulun Yliopistollisessa sairaalassa, josta saatiin materiaalia opinnäytetyön teoriaosuutta varten. Opinnäytetyön tekijät saivat materiaalia anestesia- ja lääketieteellisen sairaalan anestesiaosaston lääkäri Mari Tuovilalta sähköpostitse opinnäytetyötä varten. Anestesia- ja lääketieteellisen sairaalan anestesiaosaston lääkäri Mari Tuovila myös tarkisti anestesiaa koskevan tekstin sekä opinnäytetyöstä, että potilasohjausviikkosta.

Projektisuunnitelma palautettiin opinnäytetyön ohjaaville opettajille ja ensimmäinen palaute annettiin sähköpostitse, sillä opinnäytetyöntekijät olivat jo lähteneet käytännön harjoitteluun. Tarkoituksena oli kuitenkin työstää opinnäytetyösuunnitelma valmiiksi mahdollisimman pian, jotta se voitaisiin viedä luettavaksi Oulun yliopistolliseen sairaalaan. Opinnäytetyösuunnitelmaa työstettiin ja muutoksia tehtiin, jonka jälkeen seuraavalla käynnillä 16.11.2012 saatiin opinnäytetyösuunnitelma takaisin ja muutamalla muutoksella se olisi hyväksyttävästi valmis. Muutoksia tehtiin ja opinnäytetyösuunnitelma oli valmis vietäväksi osastolle sovittuun ohjauskeskusteluun 23.11.2012, johon osallistuivat osastonhoitaja Mervi Ollikainen ja toinen opinnäytetyön ohjaajista sairaanhoitaja Eija Kairamo. Ohjauskeskustelussa käytiin läpi potilasohjausviikon sisältöä ja sovittiin seuraava tapaaminen helmikuulle 2013, johon osallistuivat kirurgi Vesa Koivukangas ja sairaanhoitaja Eija Kairamo.

Opinnäytetyön ohjaajien kanssa koululle oli sovittu uusi tapaaminen 5.12.2012, jolloin käytiin läpi tuotettua teoriaa, jotta joululoman aikana voitiin tehdä muutoksia ja työstää opinnäytetyötä jälleen eteenpäin. Opettajilta saatu palaute motivoi työstämään opinnäytetyötä taas eteenpäin, oli aika siirtyä teorian työstämisestä tarkastelemaan myös muuta opinnäytetyöhön kuuluvaa. Opinnäytetyön tuotosta, potilasohjausviikkoa, alettiin tehdä suunnitelmasta oikeaksi versioksi.

Joululomalla 2012 toinen opinnäytetyön tekijöistä työskenteli osastolla ja kävi tuolloin ohjausryhmään kuuluvien asiantuntijoiden kanssa keskustelua potilasohjausviikon sisällöstä. Tammikuussa potilasohjausviikkosta saatiin aikaiseksi alustava versio ja se vietiin osastolle arvioitavaksi. Seuraava tapaaminen osastolle sovittiin 20.2.2013, jolloin opinnäytetyön tekijät saivat potilasohjausviikkosta palautetta ja muutosehdotuksia kirurgilta ja sairaanhoitajilta. Ohjauskeskustelussa osastolla päätettiin, ettei vihkossa tulla käyttämään sanamuotoa Fast track, vaan sen sijasta puhutaan nopeasta kuntoutumisesta ja kotiutumisesta. Ohjausryhmän mielestä ulkomaankielinen termi, Fast track, hämmen-

tää potilaita liaksi. Tämän jälkeen muutokset tehtiin ja potilasohjausvihko vietiin osastolle koekäyttöön.

Ohjaavien opettajien kanssa sovittiin ohjauskeskustelu 6.2.2013, jossa tarkasteltiin opinnäytetyötä, sillä potilasohjausvihko oli vielä koekäytössä osastolla. Potilasohjausvihkosta sovittiin, että se tuodaan seuraavaan ohjauskeskusteluun.

Pääsiäisenä 2013 saatiin osastolta potilasohjausvihkosta palautetta niin potilailta kuin osastonhoitajalta ja kirurgilta sähköpostitse. Osastonhoitajan ja kirurgin muutosehdotukset olivat lähinnä verbi -ja kieliopillisia muutoksia. Potilaat olivat olleet tyytyväisiä potilasohjausvihkoon, mutta kaipasivat ravitsemusterapeutilta vinkkejä ruoan maustamiseen, joten viesti välitettiin eteenpäin.

Viimeinen ohjauskeskustelu ohjaavien opettajien kanssa tapahtui 3.4.2013, jolloin saatiin viimeisiä muutosehdotuksia ja neuvoja opinnäytetyötä ja potilasohjausvihkoa varten. Valmis ja osaston tarpeita vastaava potilasohjausvihko luovutettiin osastolle 8.4.2013, jonka jälkeen osastolta saatiin kirjallinen arviointi opinnäytetyöstä sekä potilasohjausvihkosta. Opinnäytetyöntekijät työstivät vielä useina päivinä opinnäytetyötä, jotta se saatiin palautusvalmiiksi 26.4.2013 mennessä.

Yhteistyö ja yhteydenpito osasto yhdeksän kanssa onnistui erittäin hyvin. Moniammatillisesta tiimistä oli paljon hyötyä opinnäytetyöhön, koska opinnäytetyö sisälsi niin hoitotieteellisiä kuin lääketieteellisiä osa-alueita. Osastolta yhdeksän opinnäytetyön ohjaajat olivat opinnäytetyön tekijöihin yhteydessä sähköpostitse, jonka keinoin kerrottiin opinnäytetyön edistymisestä ja sovittiin tarvittavista tapaamisista

Ohjaavien opettajien kanssa yhteistyö sujui erinomaisesti. Molemminpuolista ymmärrystä löytyi, kun sovittiin tapaamisaikoja ja niiden mahdollisia muutoksia. Ohjaavilta opettajilta oli erittäin tärkeää saada opinnäytetyösuunnitelmasta palautetta sähköpostitse, jotta pystyttiin työstämään sitä eteenpäin kun yhteistä ohjauskeskusteluaikaa ei tuolloin tuntunut vain löytyvän. Opinnäytetyön ohjauskeskusteluissa saatiin oikeanlaista ohjausta, jonka avulla opinnäytetyö pystyi etenemään. Jokainen ohjauskeskustelu toi uutta intoa opinnäytetyön työstämiseen, joten ne osoittautuivat tärkeiksi sujuvan projektityökentelyn kannalta.

6.6 Projektin arviointi ja luotettavuus

Projektin arvioinnilla tulee aina pyrkiä edesauttamaan projektin toimintaa. Projektia tulee arvioida sen koko elinkaaren ajan. Projektin arviointi voidaan jakaa päätyyppien mukaan: väliarviointiin ja loppuarviointiin. Väliarvioinneilla voidaan tarkkailla projektin etenemistä ja loppuarvioinnilla tarkastellaan projektista valmistuvaa tuotosta sekä projektin toteutumista kokonaisuudessaan. Hyvä tapa edesauttaa meneillään olevan projektin kehittymistä oikeaan suuntaan, on tuottaa väliarviointi. Kriittisellä väliarvioinnilla väärään suuntaan jatkunut tai liian suureksi paisuva tai suppeaksi jäämässä oleva projekti saadaan hyvin toteutetulla väliarvioinnilla sysätyä takaisin oikeaan suuntaan. Projektin loputtua, voidaan arviointia saada niiltä tahoilta, joihin projektin tulos vaikuttaa. Loppuarvioinnilla saadaan selville, onko projekti saavuttanut suunnitellut tavoitteensa määrättyssä ajassa, projektisuunnitelman mukaisella budjetilla ja muuttanut toimintaa tarkoituksen mukaisesti, sekä kuinka tyytyväisiä eri tahot ovat projektiin kokonaisuudessaan. Loppuarvioinnissa tulee arvioida projektin tulosten luotettavuutta ja tavoitteiden täyttymistä. (Silfverberg 2007, 120–121; Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 127–128; Paasivaara ym. 2008, 142–143.)

Arviointi voidaan jakaa ulkoiseen arviointiin ja itsearviointiin. Itsearvioinnin merkitys on kasvanut suuresti. Itsearviointi tarkoittaa, että projektityöntekijät itse arvioivat omaa toimintaansa projektin aikana. Parhaimmillaan itsearviointia tapahtuu niin projektin aikana kuin sen lopettamisvaiheessakin. Puolueetonta arviointia haluttaessa käytetään projektin arviointiin itsearvioinnin lisäksi ulkopuolista tahoa. Projektiin suoranaisesti liittymätön ulkopuolinen arvioija voi tuoda projektiin uutta erilaista näkemystä, joka itse projektityöntekijöiltä on voinut jäädä huomaamatta. (Silfverberg 2007, 121–122; Paasivaara ym. 2008, 141.)

Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyön tekijät saivat väliarviointia opinnäytetyötä ohjaavilta opettajilta sekä yhteistyöorganisaation ohjausryhmän jäseniltä. Väliarvioinneissa esitettyjen parannusehdotuksien avulla opinnäytetyön tekijät saivat palautetta opinnäytetyön edistymisestä ja pystyivät tekemään opinnäytetyöhön muutoksia. Opinnäytetyön tuotosta, potilasohjausvihkoa, arvioitiin koekäytöllä, jonka toteutti Oulun yliopistollisen sairaalan osasto yhdeksän hoitohenkilökunta. Hoitohenkilökunta esitteli potilasohjausvihkon lihavuusleikkauspotilaille heidän ollessaan lihavuusleikkauksen jälkeen osastol-

la yhdeksän. Koekäytön perusteella opinnäytetyön tekijöiden oli mahdollista tehdä potilasohjausvihkoon tarvittavia muutoksia, jotta se palvelisi yhteistyöorganisaation tarpeita. Opinnäytetyön loppuarvioinnin tekivät opinnäytetyön ohjanneet opettajat sekä potilasohjausvihkon osalta yhteistyöorganisaatio. Opinnäytetyön tekijät tekivät itsearvioinnin opinnäytetyön edetessä sekä sen päätyttyä.

Opinnäytetyön tavoitteiden saavuttamista voitiin arvioida siten, että potilasohjausvihko ja sen sisältö ovat yhteistyöorganisaation toiveiden mukaisia. Potilasohjausvihkon tuli sisältää kattavasti lihavuusleikkaukseen liittyviä tärkeitä asioita. Potilasohjausvihkoa arvioitiin osastolla yhdeksän lihavuusleikkauspotilailla toteutetulla koekäytöllä. Jo leikkauksessa käyneet potilaat kertoivat mielipiteitään potilasohjausvihkosta ja sen sisällöstä heitä hoitavalle hoitohenkilökunnalle. Osasto yhdeksän hoitohenkilökunta kertoi lihavuusleikkauspotilaiden olleen tyytyväisiä potilasohjausvihkon sisältöön. Lihavuusleikkauspotilaiden mukaan potilasohjausvihko oli sisällöltään ymmärrettävä ja se sisälsi kattavasti kaiken tarvittavan tiedon.

Opinnäytetyötä arvioitiin koko sen toteutuksen ajan opinnäytetyön tekijöiden, yhteistyöorganisaation ja opinnäytetyötä ohjaavien opettajien toimesta. Opinnäytetyön edetessä opinnäytetyön tekijät arvioivat keskenään toistensa tuottamaa teoriaosuutta, kohtia mitkä tekevät opinnäytetyöstä luotettavan sekä yleistä toimimista ja osallistumista osana opinnäytetyön tekoa. Tärkeää oli arvioida opinnäytetyön edetessä täyttyvätkö sille asetetut tavoitteet. Opinnäytetyön ohjaajat arvioivat säännöllisesti opinnäytetyön etenemistä, opinnäytetyön sisältöä sekä loppuvaiheessa potilasohjausvihkoa ja opinnäytetyötä kokonaisuutena. Yhteistyöorganisaation ja opinnäytetyötä ohjaavien opettajien väliarvioinneilla opinnäytetyö pysyi ennalta suunnitelluissa rajoissa. Arviointia potilasohjausvihkosta saatiin ravitsemusterapeutilta, kirurgilta, sairaanhoitajilta, osastonhoitajalta ja anestesia-ääkäriltä. Arviointien pohjalta potilasohjausvihkoon saatiin lisää luotettavuutta.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyö eteni koko ajan suunnitellun aikataulun mukaisesti. Opinnäytetyöhön suunniteltuun budjettiin ei tullut muutoksia, sillä kulut pysyivät opinnäytetyön suunnitelman mukaisissa matka- ja tulostuskuluissa. Lihavuudesta, lihavuusleikkauksista sekä potilasohjauksesta löytyi paljon tutkittua materiaalia, joten teoriaosuudesta oli helppo saada luotettavaa synteisiä opinnäytetyön teoriaosuuteen. Fast track -toimintamallista puolestaan on saatavilla vähemmän suomenkielistä tieteellistä

materiaalia, mutta ulkomaalaisten lähteiden avulla myös Fast track osuuteen saatiin luotettavuutta. Opinnäytetyössä käytetyt julkaisut valittiin niin, että ne olivat mahdollisimman tuoreita tieteellisiä julkaisuja monipuolisista lähteistä. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että moniammatilliseen ohjausryhmään kuuluvilta yhteistyöorganisaation ohjaajilta saatiin päivitettyä ja luotettavaa tietoa tieteellisten julkaisujen tueksi. Ohjausryhmän jäsenet myös tarkistivat teoriaosuuden opinnäytetyön ja potilasohjausvihkon osalta. Potilasohjausvihkoa koekäytettiin ohjausryhmän toimesta osastolla yhdeksän, sen potilasryhmän kohdalla jolle se oli suunnattu. Näin potilasohjausvihkoa pystyttiin vielä työstämään niin, että se palvelisi käyttäjäryhmäänsä tarkoituksensa mukaisesti. Opinnäytetyön tekijät saivat myös osallistua Oulun yliopistollisessa sairaalassa järjestettyyn seminaariin, josta opinnäytetyön teoriaan saatiin lisää ajankohtaista materiaalia. Opinnäytetyön teoriaosuutta arvioivat myös opponentit.

Potilasohjausvihkosta saatiin osastolta yhdeksän kirjallinen arviointi viikkoa ennen opinnäytetyön palauttamista. Arvioinnissa ehdotettiin vielä muutoksia ulkoasuun ja tätä kautta luettavuuteen. Opinnäytetyön tekijät tekivät vielä muutoksia ulkoasuun kirjallisen arvioinnin saannin jälkeen ja toimittivat uuden käyttöönotettavan version potilasohjausvihkosta osastolle yhdeksän. Kiireellisen aikataulun vuoksi osastolta ei enää ehditty antaa uutta kirjallista palautetta.

7 EETTISET NÄKÖKOHDAT

Lihavuuden leikkaushoito herättää erilaisia mielipiteitä ja tunteita niin kansalaisten, median kuin terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Keskustelu lihavuuden riskitekijöistä ja merkityksestä puhuttaa monia yhteiskunnassa. Vaikeassa tai sairaalloisessa lihavuudessa leikkaushoidon on todettu vaikuttavan lihavuuteen tehokkaasti, mutta se ei poista lihavuuden yhteiskunnallisia syitä eikä ratkaise lihavuusongelmaa kansanterveyden tasolla. Lihavuusleikkausmäärät ovat suuressa kasvussa ja lihavuusleikkauksesta mahdollisesti hyötyvien määrä on moninkertainen leikkausmahdollisuuksiin nähden. Keskustelu lisäresurssien käytöstä lihavuudenleikkaushoidossa onkin hyvin ajankohtainen ja tarpeellinen. (Ikonen ym. 2009, 148.)

Lihavuus huonontaa niin fyysistä, henkistä kuin sosiaalistakin elämänlaatua. Lihavuuden aiheuttamat henkiset ongelmat näkyvät muun muassa itsetunnossa, seksielämässä, ulkonäössä ja työelämässä. Ennakkoluulot -ja käsitykset lihavia ihmisiä kohtaan syntyvät jo lapsuudessa. Tutkimuksissa on todettu kuusivuotiailla lapsilla olevan kielteisiä asenteita lihavia lapsia kohtaan. Lapset pitivät lihavia lapsia muun muassa tyhminä, liikkaisina, rumina ja laiskoina. Lihavuuteen liittyvä häpeä jatkuu läpi nuoruuden aikuisuuteen asti. Lihavat kokevat syrjintää ja kielteisiä ennakkoluuloja. Syrjintä ja kielteiset ennakkoluulot ovat stressitekijöitä, jotka voivat vaikuttaa haitallisesti henkiseen hyvinvointiin ja aiheuttaa esimerkiksi ahdistuneisuutta ja masennusta. (Fabricatore & Wadden 2003, hakupäivä 19.2.2013; Kaukua 2006, hakupäivä 19.2.2013.) Lihavia syrjitään yhteiskunnassa monella eri tavalla, mutta on epäselvää miten lihavuusleikkaushoidon lisääntyminen vaikuttaisi syrjintään tai tasa- arvoon. Lihavuuskirurgian eettisyyttä tarkasteltaessa tulee huomioida lihavuusleikkausten vaikuttavuuden lisäksi lihavuuden syitä ja seurauksia sekä muita lihavuuden hoitokeinoja. (Ikonen ym. 2009, 148.)

Lihavuusleikkausten leikkaustekniset menetelmät eivät ole uutta ja mullistavaa teknologiaa. Sen sijaan uutta on niiden käyttäminen laajamittaisesti vaikean tai sairaalloisen lihavuuden hoidossa. Näin ollen lihavuuskirurgian keskeiset eettiset haasteet eivät liity itse leikkaustoimenpiteeseen vaan enemmän lihavuuteen yleensä ja lihavuuden hoitokeinoihin. Lihavuuskirurgian eettistä arviointia hankaloittaa kahden erilaisen lihavuutta koskevan ajattelutavan näkemykset: Lihavuutta pidetään yksilön omista valinnoista johtuvana tilana ja ominaisuutena, johon liittyy vahvasti yksilön oma vastuu. Ajattelutapaan liittyy syrjintää ja ennakkoluuloisia käsityksiä lihavan ihmisen luonteenlaadusta.

Toisen ajattelutavan mukaan vaikea tai sairaalloinen lihavuus on vakava sairaus tai sitä pidetään vakaville sairauksille altistavana riskitekijänä. Näin ollen vaikea tai sairaalloinen lihavuus tulisi hoitaa kuten muutkin sairaudet. (Ikonen ym. 2009, 149- 150.)

Lihavuuden syihin, seuraamuksiin ja hoitoihin liittyy vahvasti myös eettiset kysymykset: Onko lihavuus yksilön omista valinnoista johtuva ominaisuus, josta yksilö on itse vastuussa? Jos on, niin tulisiko tämän vaikuttaa lihavuuden hoitojen tarjontaan ja rahoitukseen? Kysymysten taustalla on varsin yleinen ajattelutapa oikeudenmukaisuudesta. Sen mukaan yksilön omista valinnoista esimerkiksi elintavoista johtuvaa terveyden eriarvoisuutta pidetään vähemmän ongelmallisena kuin sattumasta tai yhteiskunnallisista syistä johtuvaa terveyden eriarvoisuutta. Siis kärjistettynä: tulisiko kirurgisesti ja yhteiskunnan varoin hoitaa ongelmaa, joka periaatteessa ratkeaisi sillä, että yksilö söisi vähemmän ja liikkuisi enemmän? Samankaltaista keskustelua voidaan käydä myös tupakan ja alkoholin aiheuttamista sairauksista. (Ikonen ym. 2009, 150.)

Vaikka lihavuus liittyy keskeisesti yksilön elämäntapoihin ja valintoihin, on tärkeää pohtia, kuinka paljon ihmiset voivat käytännössä vaikuttaa näihin elintapoihin ja kuinka oikeudenmukaisessa ympäristössä ihmiset tekevät elintapoihinsa liittyviä valintoja. Ruokailu- ja liikuntatottumukset ja -mahdollisuudet liittyvät kiinteästi ihmisten sosioekonomiseen ympäristöön. Huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä on erilaiset mahdollisuudet pitää itsensä normaalipainoisina kuin paremmassa asemassa olevilla. Myös perinnöllisyydellä on oma merkityksensä lihavuuteen liittyen. Elintavat muovautuvat monimutkaisesti yksilön perimän, sosioekonomisen ympäristön ja yksilön valintojen seuraamuksena. Puhtaasti yksilön vastuulle kuuluvia elintapoja tai niistä aiheutuvia sairauksia ei voida selkeästi erottaa muista terveysongelmista. (Ikonen ym. 2009, 151.)

Terveydenhuollon etiikassa tärkeä periaate on se, ettei ihmisiä hoideta eri tavoin terveysongelman syystä riippuen, vaan tarjotaan apua sitä tarvitseville tasa- arvoisesti. Laki velvoittaa jokaista terveydenhuollon ammattilaista toimimaan terveydenhuollon eettisten periaatteiden mukaisesti. Terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan mukaan terveydenhuollon tehtävänä on edistää kansalaisen terveyttä, ehkäistä sairauksia ja lievittää kärsimystä. Terveydenhuollon eettisiä periaatteita on kuusi, jotka ovat: potilaan oikeus saada hyvää hoitoa, potilaan ihmisarvon kunnioitus, potilaan itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia sekä yhteistyötä edistävä

ilmapiiri ja keskinäinen arvonanto. Vaikka lihavuus antaa kuvan itse aiheutetusta tilanteesta, se ei ole terveydenhuollon eettisyyden kannalta kovin merkittävä. Vaikka lihavuutta ei pidettäisi sairautena, se lisää riskiä sairastua moneen muuhun sairauteen. Itse aiheutettujen sairauksien erottelu muista sairauksista ei ole käytännössä mahdollista. Elintavat ovat mukana useimmissa kansantaudeissa ja liikenneonnettomuuksien uhrin hoidetaan yhteiskunnan varoin onnettomuuden syistä riippumatta. (Lahtinen 2006, 7; Ikonen ym. 2009, 151.)

Lihavuus ei ole pelkkä fyysisen terveyden ongelma, vaan se voi vaikuttaa yksilön elämänlaatuun ja ihmisarvoiseen elämään haitallisesti lihavuuteen liittyvien psykologisten ja sosiaalisten haittojen vuoksi. Ihmisarvon ja ihmisoikeuksien kannalta merkittäviä seikkoja ovat lihavien ihmisten leimaaminen, negatiiviset ennakkokäsitykset ja syrjintä. Lihavuuden perusteella voidaan virheellisesti olettaa ihmisellä olevan monia muitakin negatiivisia ominaisuuksia kuten laiskuus, aikaan saamattomuus ja heikko luonne. Tämä voidaan selittää sillä, että usein yhteiskunnassa oletetaan painonhallinnan olevan merkki ihmisen omasta kontrollista, ja lihavuuden näin ollen osoittavan puutteen tai ongelman ihmisen itsekontrollissa ja luonteessa. Painoon liittyvä syrjintä yhteiskunnassa ja siitä johtuva psykososiaalinen kärsimys on yksi tehokkaiden lihavuushoitojen käyttöä puoltava tekijä. Lihavuuden leikkaushoito voi auttaa leikkaukseen haluavan saavuttamaan ihmisarvoisen elämän, joka mahdollistaa omien arvojen toteuttamisen. (Ikonen ym. 2009, 153- 154.)

Potilaiden itsemääräämisoikeus ja sen kunnioitus on yksi tärkeimmistä terveydenhuollon arvoista. Itsemääräämisoikeuden toteutumisen edellytyksenä on, että potilas saa riittävästi tietoa lihavuusleikkauksen seurauksista ja potilaalla on kyky ymmärtää, mitä tämä hänen kannaltaan merkitsee. Tiedon saanti on lihavuuden leikkaushoidossa erittäin tärkeää, koska leikkauksessa on kyse pääosin peruuttamattomista toimenpiteistä, jotka aiheuttavat pysyviä muutoksia elimistöön. Leikkaukseen tulevalle on tärkeää myös informoida, että pysyvät muutokset vaativat onnistuakseen elinikäisiä elintapojen muutoksia. Pelkkä tiedon jakaminen lihavuusleikkaukseen tulevalle potilaalle ei riitä, vaan on varmistettava, että potilas todella ymmärtää, mitä leikkauksesta seuraa. Leikkaukseen tulevien potilaiden on myös ymmärrettävä, että hänen tulee sitoutua hoitoon. (Lahtinen 2006, 6- 7; Ikonen ym. 2009, 155.)

Lihavuusleikkaukseen tulevan potilaan tulee voida luottaa siihen, että lihavuuden leikkaushoito on juuri hänelle paras vaihtoehto ja että leikkaustiimi on ammattitaitoinen ja toiminta noudattaa lääketieteen eettisiä periaatteita. Potilasohjauksessa on eettisestä näkökulmasta huomioitava potilaan näkemys ja kokemus, jotka velvoittavat hoitajaa toimimaan potilaan parhaaksi yhteistyössä toisten saman ja muiden terveydenhuollon ammattikunnan edustajien kanssa. Terveydenhuollon ammattilaisen tulee toimia lakien ja asetusten velvoittamalla tavalla ja tältä perustalta sitoutua huomioimaan ja kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa, yksityisyyttä ja vakaumusta. (Lahtinen 2006, 6- 7; Ikonen ym. 2009, 155.)

8 POHDINTA

Lihavuuden leikkaushoito herättää paljon keskustelua mediassa, terveydenhuollossa ja kansalaisten keskuudessa. Lihavuusleikkauksissa käytettävät kirurgiset menetelmät eivät sisällä niin sanotusti erikoistekniikkaa, mutta niiden käyttö lihavuuden hoitokeinona on varsin uutta. Lihavuus on Suomessa kasvava kansanterveydellinen ongelma. Lihavuuden ja siihen liittyvien liitännäissairauksien hoitamiseen käytetään runsaasti yhteiskunnan varoja. Suomessa ei ole tehty vielä paljon tutkimuksia lihavuusleikkauksista ja niiden vaikutuksista, mutta ulkomaalaisia tutkimuksia aiheesta jo löytyy. Lihavuusleikkauksia ei maassamme ole vielä tehty kauan aikaa, mutta lihavuusleikkausta tarvitsevien määrä kasvaa kokoajan.

Fast track -toimintamallilla tarkoitetaan nopeaa kuntoutumista ja kotiutumista. Fast track -toimintamalli pohjautuu vanhaan menetelmään, mutta sitä on alettu vasta viime vuosina hyödyntämään Suomessa ja Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Oulun yliopistollisessa sairaalassa osastolla yhdeksän Fast track -toimintamallia on otettu käyttöön porrastetusti vuoden 2012 kesästä lähtien. Vuoden 2012 aikana osastolla yhdeksän on Fast track -toimintamallia sovellettu hoitotyössä, mutta virallisesti Fast track -toimintamalli tulee käyttöön kunkin potilasryhmän kohdalla, kun heitä koskeva Fast track -toimintamallinmukainen potilasohjeistus saadaan valmiiksi.

Oulun yliopistollisen sairaalan osastolla yhdeksän oli tarve saada Fast track -toimintamallin mukainen potilasohjausvihko lihavuusleikkauspotilaille. Osastolla yhdeksän ei lihavuusleikkauspotilaille ollut vielä tehty uuden toimintamallin mukaista potilasohjausvihkoa. Opinnäytetyö haluttiin tehdä projektimuotoisena, koska työllä haluttiin saada aikaiseksi konkreettinen lopputuotos. Lihavuusleikkauspotilaiden potilasohjausvihkon puuttuminen teki opinnäytetyön aiheesta tarpeellisen ja työelämälähtöisen. Opinnäytetyön teoriaosuus rajattiin niin, että sen pohjalta pystyttiin rakentamaan toimiva potilasohjausvihko lihavuusleikkauspotilaiden käyttöön. Potilasohjausvihkosta saatiin yhteistyöorganisaation toiveita vastaava, ytimekäs ja opinnäytetyön tavoitteita vastaava kokonaisuus. Opinnäytetyö saavutti sille asetetut tarkoituksen ja tavoitteet.

Opinnäytetyön edetessä tehtiin yhteistyötä koululla ohjaavien opettajien sekä Oulun yliopistollisen sairaalan osasto yhdeksän ohjaavien sairaanhoitajien, kirurgin, anestesia lääkäriin ja ravitsemusterapeutin kanssa. Jokaiselta eri alan ammattilaiselta saatiin asiantun-

tevaa tietoa ja materiaalia teoriaosuutta varten. Moniammatillisella yhteistyöllä lisättiin opinnäytetyön luotettavuutta.

Opinnäytetyötä tehdessä ammatillinen kasvu näkyi muun muassa ryhmätyöskentely taitojen ja tiedon käsittelyssä. Yhteistyö sujui hyvin opinnäytetyöntekijöiden välillä välimatkasta huolimatta, koska opinnäytetyölle oli asetettu yhteiset tavoitteet, jotka auttoivat opinnäytetyön päämäärän saavuttamisessa. Tavoitteet ja päämäärä helpottivat myös työn rajaamista sekä aikataulujen sopimista. Opinnäytetyön teoriaosuutta jaettiin alussa opinnäytetyöntekijöiden kesken, mutta teoriaa arvioitiin ja pohdittiin yhdessä ennalta sovitulla yhteistapaamisissa.

Oppimiskokemuksena projektityöskentely oli kummallekin opinnäytetyöntekijälle uusi kokemus. Ulkopuolisina projektin tekijöinä täytyi opinnäytetyöntekijöiden hakea erilaisia lupia työn etenemiseksi, kuten hankkeistamissopimus, tutkimuslupa ja allekirjoittaa tekijänoikeuslomake. Opinnäytetyön teoriaosuudesta tuli laaja, ja se sisälsi asiaosuuksia, joista kummallakaan opinnäytetyöntekijällä ei ollut aikaisempaa tietoa tai kokemusta.

Jatkotutkimusaiheita opinnäytetyölle on tutkia onko Fast track -toimintamallin mukainen potilasohjausvihko nopeuttanut potilaiden kotiutumista. Lisäksi tutkimusaiheena voi olla myös se, miten potilasohjausvihko on otettu käyttöön osastolla yhdeksän.

LÄHTEET

- Ahonen, Outi & Blek-Vehkaluoto, Mari & Ekola, Sirkka & Partamies, Sanna & Sulo-saari, Virpi & Uski- Tallqvist, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö. 1., painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Australian Safety & Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical 2009. Brief review: Fast-track surgery and enhanced recovery after surgery (ERAS) programs. Hakupäivä 24.1.2013. <http://www.surgeons.org/media/299206/RPT_2009-12-09_Enhanced_Patient_Recovery_Programs.pdf>
- Buchwald, Henry & Avidor, Yoav & Braunwald, Eugene & Jensen, Michael & Pories, Walter & Fahrbach, Kyle & Schoelles, Karen 2004. Bariatric surgery, A systematic review and meta-analysis. Hakupäivä 3.1.2013 <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=199587>>
- Bäckmand, Heli & Vuori, Ilkka 2010. Terve tuki- ja liikuntaelimestö. Opas tule- sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: Yliopistopaino.
- Cummings, David & Overduin, Joost & Foster-Schubert, Karen 2004. Gastric Bypass for Obesity: Mechanisms of Weight Loss and Diabetes Resolution. Hakupäivä 3.1.2013. <<http://jcem.endojournals.org/content/89/6/2608.long>>
- Fabricatore, N. Anthony & Wadden, A. Thomas 2003. Psychological Functioning of Obese Individuals. Hakupäivä 19.2.2013. <<http://spectrum.diabetesjournals.org/content/16/4/245.full.pdf+html>>
- Finnish Obesity Treatment Expert Group 2011. Hakupäivä 4.9.2012. <www.foteg.fi>
- Heikkilä, Asta & Jokinen, Pirkko & Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen, avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Huotari, Jouni & Salmikangas, Esa 2006. Projektinhallinnan perusteet. Hakupäivä 13.6.2012. <http://homes.jamk.fi/~huojo/opetus/IIZT4010/IIZT4010_2.pdf>
- Ikonen, Tuija S & Anttila, Heidi & Gyllin, Helene & Isojärvi, Jaana & Koivukangas, Vesa & Kumulainen, Tuija & Mustajoki, Pertti & Mäklin, Suvi & Saarni, Samuli & Saarni, Suoma & Sintonen, Harri & Victorzon Mikael & Malmivaara, Antti 2009. Sairaanloisen lihavuuden leikkaushoito. Helsinki: Yliopistopaino Oy.
- Ilanne- Parikka, Pirjo & Rönnemaa, Tapani & Saha, Marja- Terttu & Sane, Timo 2009. Diabetes. 6., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kairaluoma, Pekka 2007. Fast track -kirurgian anestesiologiset periaatteet. Hakupäivä 24.1.2013. <http://finnest.fi/files/fasttrack_pka.pdf>
- Kassara, Heidi & Paloposki, Sanna & Holmia, Silja & Murtonen, Irja & Lipponen, Varpu & Ketola, Marja-Leena & Hietanen, Helvi 2006. Hoitotyön osaaminen. 2., uudistettu painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Kaukua, Jarmo 2006. Terveysteen liittyvä elämänlaatu ja lihavuus. Hakupäivä 19.2.2013. <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spape=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo95739>
- Kellokumpu, Ilmo 2012. Nopeutetun hoidon malli- kolorektaalikirurgian toinen vallankumous. Hakupäivä 1.9.2012. <http://www.terveysportti.fi.ez.token.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo10403&p_haku=nopeutetun_hoidon_malli>
- Kettunen, Sami 2009. Onnistu projektissa. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro.
- Kinnula, Vuokko & Brander, Pirkko E. & Tukiainen, Pentti 2005. Keuhkosairaudet. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Kitchin, Andrew J. & O'Neill, Sarah S. 2009. Fast-Track surgery and anaesthesia. Hakupäivä 4.1.2013. <<http://ceaccp.oxfordjournals.org/content/9/2/39.full.pdf+html>>
- Koivukangas, Vesa, kirurgi, Oulun Yliopistollinen sairaala. Haastattelu 20.2.2013.
- Koivukangas, Vesa, kirurgi, Oulun Yliopistollinen sairaala. Lihavuusleikkauksen postoperatiivinen seuranta. Sähköpostiviesti jenni.niskala2@edu.tokem.fi 26.2.2013.
- Koivukangas, Vesa & Heikkinen, Timo & Saarnio, Juha & Savolainen Markku 2008. Sairaalloisen lihavuuden kirurginen hoito. Duodecim vol 124, 395.
- Kyngäs, Helvi & Henttinen, Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria & Poskiparta, Marita & Johansson, Kirsi & Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2005. Potilasohjaus vuosina 1995-2003 tehtyjen hoitotieteellisten tutkimusten mukaan. Hoitotiede 4/2005, 208-216.
- Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 10/2006, 6-7.
- Kääriäinen, Maria & Lahdenperä, Tiina & Kyngäs, Helvi 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3/2005, 27-31.
- Lahtinen, Mari 2006. Potilaohjauksen eettisen lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (Toim.) Potilaohjauksen haasteet 2006. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Maggard, Melinda & Shugarman, Lisa & Suttorp, Marika & Maglione, Margater & Sutherland, Harvey & Livingston, Edward & Nguyen, Ninh & Li, Zhaoping & Mojica, Walter & Hilton, Lara & Rhodes, Shannon & Morton, Sally & Shekelle, Paul 2005. Meta-Analysis: Surgical treatment of obesity. Hakupäivä 3.1.2013. <<http://annals.org/article.aspx?articleid=718311#t2-13>>
- Mannström-Mäkelä, Leena 2005. Ideoita, innostusta ja uusia ajattelutapoja -Miten päästä tuloksekkaaseen vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa. Sairaanhoitaja 11/2005, 31-33.
- Martikainen, Tarja & Torpström, Jaana & Pääkkönen, Matti & Harju, Jukka & Alhava, Esko & Gylling, Helena 2004. Mahalaukun ohitus laihdutusleikkauksena – Alkuvaiheen kokemuksia Kuopiosta. Duodecim vol 120, 2333.
- Mustajoki, Pertti 2011a. Diabetes (sokeritauti). Hakupäivä 23.08.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00011&p_haku=>>
- Mustajoki, Pertti 2011b. Kolesterolit. Hakupäivä 22.11.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00035&p_haku=kolesterolit>>
- Mustajoki, Pertti 2011c. Lihavuus. Hakupäivä 12.9.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042&p_haku=lihavuus>>
- Mustajoki, Pertti 2012a. Sepelvaltimotauti. Hakupäivä 22.11.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077&p_haku=sepelvaltimotauti>>
- Mustajoki, Pertti 2012b. Valtimotauti (ateroskleroosi). Hakupäivä 24.1.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00095&p_haku=sepelvaltimotauti>>
- Mustajoki, Pertti & Fogelholm, Mikael & Rissanen, Aila & Uusitupa, Matti 2006. Lihavuus. Ongelma ja hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mustajoki, Pertti & Koivukangas, Vesa & Gylling, Helena & Malmivaara, Antti & Ikonen, Tuija S. & Victorzon, Mikael 2009. Lihavuuden asema terveydenhuollossa

- kaikki vaihtoehdot käyttöön, sairaanloisen lihavuuden leikkaushoito. Duodecim vol 125, 2252-2253.
- Niemi, Terttu & Nietosvuori, Lenna & Virikko, Helena 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.
- Paasivaara, Leena & Suhonen, Marjo & Nikkilä, Juhani 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Suomen Sairaanhoidtajaliitto ry.
- Pekkarinen, Tuula 2012. Lihavuusleikkauspotilaan seuranta. Hakupäivä 20.8.2012. <http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto3_1.pdf>
- Pietilä, Anna-Maija & Länsimies- Antikainen, Helena 2008. Etiikkaa monitieteisesti: Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Pietiläinen, Kirsi & Saarni, Suoma & Fogelholm, Mikael & Hakala, Paula & Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka & Koivukangas, Vesa & Kukkonen- Harjula, Katriina & Laine, Merja & Marttila, Jukka & Pekkarinen, Tuula & Rissanen, Aila 2011. Lihavuus (aikuiset) Käypähoito. Hakupäivä 23.08.2012. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi24010>>
- Pohjolainen, Timo 2012. Nivelrikko (atroosi). Hakupäivä 27.11.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00673>
- Ruuska, Kai 2006. Terveystenhuollon projektinhallinta. Helsinki: Talentum.
- Ruuska, Kai 2008. Pidä projekti hallinnassa. 7. uudistettu painos. Helsinki: Talentum.
- Savikko, Nina & Pitkälä, Kaisu 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. Hakupäivä 19.2.2013. <http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tab/avaa?p_artikkeli=tab00120>
- Saarelma, Osmo 2012. Uniapnea, unenaikaiset hengityskatkot. Hakupäivä 21.11.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00712&p_haku=uniapnea>
- Sane, Timo 2006. Lihavuuden leikkaushoito. Duodecim vol 122, 1261-1266.
- Sane, Timo 2009. Lihavuuden leikkaushoito. Hakupäivä 31.8.2012. <http://www.terveysportti.fi.ez.tokem.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=lihavuus%20kirurgia>
- Scheinin, Tom 2006. Fast track- kirurgiaa laadusta tinkimättä. Hakupäivä 23.8.2012. <<http://www.fimnet.fi.ez.tokem.fi/cl/laakarilehti/pdf/2006/SLL62006-545.pdf>>
- Silfverberg, Paul 2007. Ideasta projektiksi. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Silvennoinen, Markku 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Sjöström, Lars & Lindroos, Anna-Karin & Peltonen, Markku & Torgerson, Jarl & Bouchard, Claude & Carlsson, Björn & Dahlgren, Sven & Larsson, Bo & Narbro, Kristina & Sjöström, Carl David & Sullivan, Marianne & Wedel, Hans 2004. Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 years after Bariatric Surgery. Hakupäivä 31.8.2012. <http://www.helpforobesity.info/images/swedish_bariatrics_study.pdf>
- Sjöström, Lars & Narbro, Kristina & Sjöström, David & Karason, Kristjan & Larsson, Bo & Wedel, Hans & Lystig, Ted & Sullivan, Marianne & Bouchard, Claude & Carlsson, Björn & Bengtsson, Calle & Dahlgren, Sven & Gummesson, Anders & Jacobson, Peter & Karlsson, Jan & Lindroos, AnnaKarin & Lönroth, Hans & Näslund, Ingmar & Olbers, Torsten & Stenlöf, Kaj & Torgerson, Jarl & Ågren, Göran & Carlsson, Lena 2007. Swedish Obese Subjects Study. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. Hakupäivä 11.9.2012. <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa066254>>
- Tarnanen, Kirsi & Brander, Pirkko & Anttalainen, Ulla & Helin- Salmivaara, Arja 2010. Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla). Hakupäivä 03.01.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00097&p_haku=obstruktiivinen_uniapnea>

- Tarnanen, Kirsi & Groop, Leif & Laine, Merja & Puurunen, Marja 2011a. Diabetes-uhka terveydelle, Käypä hoidon potilasversiot. Hakupäivä 12.9.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00066>
- Tarnanen, Kirsi & Pietiläinen, Kirsi & Hakala, Paula & Koivukangas, Vesa & Kukkonen-Harjula, Katriina & Marttila, Jukka & Rissanen, Aila & Saarni, Suoma 2011b. Aikuisten lihavuus: Käypähoito -suositus 2011. Hakupäivä 20.8.2012. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi24010>>
- Torkkola, Sinikka & Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Tammi.
- Tuovila, Mari, anestesialääkäri, Oulun Yliopistollinen sairaala. Re: Opinnäytetyö. Sähköpostiviesti jenni.niskala2@edu.tokem.fi 18.9.2012.
- Venkula, Päivi, sairaanhoitaja, Oulun yliopistollinen sairaala. Suullinen haastattelu 14.9.2012.
- Virji, Ayaz & Murr, Michel 2006. Caring for Patients After Bariatric Surgery. Hakupäivä 25.9.2012. <<http://www.aafp.org/afp/2006/0415/p1403.html>>

LIITTEET

- Liite 1. Hankkeistamissopimus
- Liite 2. Tutkimuslupahakemus
- Liite 3. Potilasohjausvihko

Liite 1.

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän hankkeistetun opinnäytetyön tekemisestä.

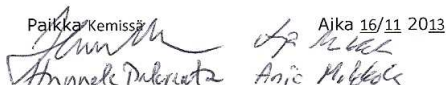
Toimeksiantaja			
Nimi	Oulun Yliopistollinen sairaala		
Osoite	Kajaanintie 50		
Puh.	PL 21, 90029	Sähköpostiosoite	mervi.ollikainen@ppshp.fi
Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja			
Nimi	Mervi Ollikainen, Päivi Venkula, Eija Kairamo		
Osoite			
Puh.	081 315 2565	Sähköpostiosoite	eiinimi.mukunimi@ppshp.fi
Oppilaitoksen tiedot			
Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu			
Opinnäytetyön ohjaajan nimi	Hannele Paloranta ja Anja Mikkola		
Nimi			
Osoite			
Puh.		Sähköpostiosoite	hannele.paloranta@tokun.fi anja.mikkola@tokun.fi
Opinnäytetyön tekijä(t) (nimi, koulutusohjelma, yhteystiedot)			
Elisa Nevala ja Jenni Niskala			
Opiskelijanatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot:			
Opinnäytetyön nimi/aihe	Fast Track- toimintamallin mukainen potilasohjausviikko lihavuusleikkauspotilaalle Oulun yliopistollisen sairaalan osastolle yhdeksän		
Työn aikataulu	Valmistuminen huhtikuu 2013		
Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa	Projektitöntekijät itse		
Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa			

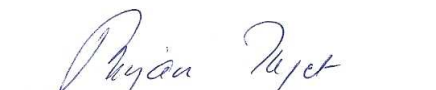
Opinnäytetyön hankkeistusta koskevat tiedot:

- Toimeksiantaja maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemisestä ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- Opinnäytetyön ohjaukseen osallistuu nimetty työelämän edustaja ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia ja tästä on sovittu kirjallisesti ennen opinnäytetyön aloittamista.

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty 2 kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka Kemiissä Aika 16/11 2013

 AMK:n edustaja


 Toimeksiantajan edustaja

Liite 2 1(2).

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin
kuntayhtymäLUPA TUTKIMUKSELLE/OPINNÄYTETYOLLE
(täytettävä koneella)

operatiivinen tulosalue		24719 (os.9) vastuuyksikkönro		DIAARINRO: 50/2013		
Tulosalue / vastuualue						
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Niskala Jenni Elisabet			Henkilötunnus 100588-114V		
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu			Nykyinen virka / toimi / opiskelija opiskelija		
	Kotiosoite Moisionkatu 6			Postinro ja -paikka 94700 Kemi		
	Puhelin toimeen	Puhelin kotiin 0440330138	Sähköpostiosoite jenni.niskala2@edu.tokem.fi			
	Suoritettu tutkinto		Suoritusvuosi	Suorituspaikka		
2. Tutkimusprojektiä tai tutkimusta koskevat tiedot (Diaarinro) Katso hallinto-keskuksen tiedote 15/2009)	Tutkimusprojektin lyhyt nimi Fast track -toimintamallin mukainen potilasohjausvihko lihavuusleikkauspotilaille					
	Tutkimus on	<input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> salainen		Tutkimusaika kevät 2013		
	Pääkaavanumero 901		Tutkimuksen luonteen määrittely projekti/ muu tutkimus			
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja					
	Anoja on		<input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija		Anoja osallistuu potilastyöhön <input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei	
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päätutkija Anja Mikkola ja Hannele Paloranta, sekä sairaanhoitaja Päivi Venkula ja Eija Kairamo					
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät Osasto 9, sh:t Päivi Venkula ja Eija Kairamo, kirurgi Vesa Koivukangas, anestesialääkäri Mari Tuovila, rt Terhi Jokelainen					
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteenä)					
	Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite					
	Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys mitä <input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta sairaalalle kustannuksia					
Ulkopuolinen rahoitus		Rahoittaja		Sopimuksen nro		
<input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain						
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> KEVO		Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE)				
Päivämäärä 24.1.2013 Anojan allekirjoitus ja nimen selvennys Jenni Niskala Jenni Niskala						
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat				lähetyspäivä	vastaus saatu
	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta					
Luvat	<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen tmk / <input type="checkbox"/> Ilmoitus kansallisesta lausunnosta					
	<input type="checkbox"/> TUKIJA ¹⁾					
	<input type="checkbox"/> Fimea ²⁾ <input type="checkbox"/> Johtajayll./laitoksen joht./STM/THL ³⁾ <input type="checkbox"/> VALVIRA ⁴⁾					

4. PÄÄTÖS	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta	
	Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä	
	Päätöksentekijä <input checked="" type="checkbox"/> tulosalueen johtaja / vastuualueen johtaja / ylihoitaja <input type="checkbox"/> johtajayllilääkäri / hallintoylihoitaja <input type="checkbox"/> hallitus	
	Päivämäärä 21.2.2013	Allekirjoitus Jenni Niskala

LOMAKKEEN SÄILYTYS
- Tutkija alkuperäinen (tutkimuksen ajan)
- Päätäjä (arkistointi)

¹⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen tutkimuseettinen toimikunta ²⁾ Fimealta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. ³⁾ Rekisteritutkimukset ⁴⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote 5/2009 (luvat).

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin
kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE/OPINNÄYTETYOLLE
(täytettävä koneella)

operatiivinen tulosalue		24719 (os.9) vastuuyksikkönro	DIAARINRO: <i>50/2013</i>	
Tulosalue / vastuualue				
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Nevala Elisa Kaarina		Henkilötunnus 260788-228F	
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu		Nykyinen virka / toimi / opiskelija opiskelija	
	Kotiosoite Isokatu 86 a 115		Postinro ja -paikka 90120 Oulu	
	Puhelin toimeen	Puhelin kotiin 0405858944	Sähköpostiosoite elisa.nevala@edu.tokem.fi	
	Suoritettu tutkinto		Suoritusvuosi	Suorituspaikka
2. Tutkimusprojektiä tai tutkimusta koskevat tiedot (Diaarinro) Katso hallinto-keskuksen tiedote 15/2009)	Tutkimusprojektin lyhyt nimi Fast track -toimintamallin mukainen potilasohjausvihko lihavuusleikkauspotilaille			
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> salainen		Tutkimusaika kevät 2013	
	Pääkaavanumero 901		Tutkimuksen luonteen määrittely projekti/ muu tutkimus	
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja			
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija		Anoja osallistuu potilastyöhön <input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei	
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päättökijä Anja Mikkola ja Hannele Paloranta, sekä sairaanhoitaja Päivi Venkula ja Eija Kairamo			
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät Osasto 9, sh:t Päivi Venkula ja Eija Kairamo, kirurgi Vesa Koivukangas, anestesia lääkäri Mari Tuovila, rt Terhi Jokelainen			
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteestä)			
	Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite			
	Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys mitä <input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta sairaalalle kustannuksia			
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain		Rahoittaja	Sopimuksen nro	
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> KEVO		Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE)		
Päivämäärä 24.1.2013 Anojan allekirjoitus ja nimen selvennys Elisa Nevala <i>Elisa Nevala</i> Elisa Nevala				
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat			
	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta			lähetyspäivä
Luvat	<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen tmk / <input type="checkbox"/> Ilmoitus kansallisesta lausunnosta			vastaus saatu
	<input type="checkbox"/> TUKIJA ¹⁾			
	<input type="checkbox"/> Fimea ²⁾ <input type="checkbox"/> Johtajayll./laitoksen joht./STM/THL ³⁾ <input type="checkbox"/> VALVIRA ⁴⁾			

4. PÄÄTÖS	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Soviattu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta	
	Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä	
	Päätöksentekijä <input checked="" type="checkbox"/> tulosalueen johtaja / vastuualueen johtaja / ylihoitaja <input type="checkbox"/> johtajaylläkäri / hallintoylihoitaja <input type="checkbox"/> hallitus	
	Päivämäärä <i>21.2.2013</i>	Allekirjoitus <i>Elisa Nevala</i>
	LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija alkuperäinen (tutkimuksen ajan) - Päätäjä (arkistointi)	

¹⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen tutkimuseettinen toimikunta ²⁾ Fimealla ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. ³⁾ Rekisteritutkimukset ⁴⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote 5/2009 (luvat).



**POHJOIS-POHJANMAAN
SAIRAANHOITOPiIRI**
Oulun Yliopistollinen sairaala

**POTILASOHJAUSVIHKO LIHAVUUSLEIKKAUKSEEN
TULEVALLE**

Oulun yliopistollinen sairaala osasto 9



Liite 3 2 (19)

SISÄLLYS

SISÄLLYS.....	2
1 Tervetuloa Oulun Yliopistolliseen sairaalaan kirurgiselle osastolle yhdeksän.....	3
2 Lihavuusleikkaus (Mahalaukun ohitusleikkaus).....	4
3 Leikkausta edeltävä käynti Oulun yliopistollisen sairaalan Leiko osastolla	5
4 Leikkausvalmistelut.....	6
5 Leikkauspäivänä	7
6 Leikkauspäivän iltana osastolla.....	8
7 Ensimmäinen leikkauksen jälkeinen päivä.....	9
8 Kivun hoito.....	9
9 Haavanhoito.....	10
10 Kotiutuminen.....	11
11 Ravitseminen ja ruokailu.....	12

Liite 3 3 (19)

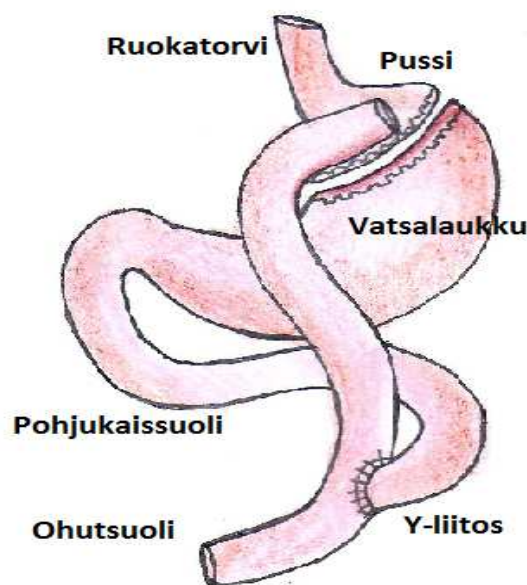
1 Tervetuloa Oulun Yliopistolliseen sairaalaan kirurgiselle osastolle yhdeksän

Teille on suunniteltu leikkaus ja sen jälkeinen jatkohoito toteutetaan OYS:in pehmytosakirurgisella osastolla yhdeksän. Jotta toivutte leikkauksen jälkeen mahdollisimman hyvin, on tärkeää, että ennen leikkausta hoitate itseänne ja valmistaudutte leikkaukseen hoitohenkilökunnan tuella saamienne ohjeiden mukaisesti.



2 Lihavuusleikkaus (Mahalaukun ohitusleikkaus)

Mahalaukun ohitusleikkaus tehdään nukutuksessa ja pääsääntöisesti tähystysmenetelmällä. Leikkauksessa vatsalle tehdään 4-6 kpl noin yhden senttimetrin pituisia viiltoja, joiden kautta vatsaonteloon saadaan vietyä leikkau välineet sekä optiikka. Vatsaontelo täytetään ilmalla ja leikkaava kirurgi suorittaa toimenpiteen tähystyskameran ja tähystysinstrumenttien avulla. Mahalaukun ohitusleikkauksessa ruoansulatuskanavaa muunnetaan niin, että mahalaukun yläosaan muotoillaan pieni pussi (noin 30-50 ml), jonka kautta ruokatorvesta tuleva ravinto siirtyy suoraan ohutsuoleen. Ravinto ohittaa suurimman osan mahalaukusta sekä pohjukaissuolen. Pienellä osalla potilaista leikkaus joudutaan muuttamaan avoimeksi leikkaukseksi turvallisuussyistä johtuen, jolloin vatsalle tehdään keskiviilto. Leikkauksen jälkeen painoa pystyy pudottamaan vuoden aikana tavallisimmin 40 – 70 kg. Painonpudotus on yleensä pysyvä, vaikkakin paino tavallisimmin kohoaa hiukan 2-4 vuoden kuluttua leikkauksesta. Lisää tietoa leikkauksesta www.lile.fi



3 Leikkausta edeltävä käynti Oulun yliopistollisen sairaalan Leiko osastolla

Leikkausta edeltävällä käynnillä tapaatte teidät leikkaavan kirurgin, anestesia­lääkärin, sairaanhoitajan ja fysioterapeutin. Kirurgi kertoo teille leikkauksesta ja siihen liittyvistä riskeistä ja arvioi teille sopivimman leikkauksen menetelmän. Samalla käynnillä yleensä myös tähytetään mahalaukku. Leikkausta edeltävällä käynnillä teidän tulee kertoa mahdollisista sairauksistanne ja lääkityksestänne kirurgille. Sairaanhoitajan kanssa keskustellaan leikkaukseen liittyvistä asioista ja leikkauksen jälkeisestä hoidosta. Anestesia­lääkäri kertoo nukutuksesta ja leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Leikkausta edeltävällä käynnillä tapaatte myös fysioterapeutin, joka ohjaa liikkumisessa ennen ja jälkeen leikkauksen. Fysioterapeutti ohjeistaa teitä oikeassa ylösnousutekniikassa vuoteesta noustessanne. Näillä tapaamisilla on tarkoitus varmistaa leikkauksekelpoisuutenne. Käynnin yhteydessä saatte yleensä leikkausajan tai arvion leikkauksajankohdasta.

HUOM!! OTTAKAA MUKAANNE LEIKKAUSTA EDELTÄVÄLLE KÄYNNILLE TÄYTTÄMÄNNE ESITIETOLOMAKE JA HENKILÖTIETOLOMAKE!

4 Leikkausvalmistelut

Leikkausta edeltävänä päivänä saatte syödä ja juoda vapaasti klo 24.00 asti. Tämän jälkeen teidän tulee olla syömättä ja juomatta, jotta nukutuksen yhteydessä mahalaukku olisi tyhjä. Mikäli teillä on verenohennuslääkitys, se tauotetaan lääkärin ohjeiden mukaisesti ennen leikkaukseen tuloa. Älkää käyttäkö omega-3 valmisteita leikkausta edeltävän kuukauden aikana.

Leikkausta edeltävänä iltana teidän tulee käydä suihkussa ja kiinnittää huomiota erityisesti navan huolelliseen puhdistamiseen, näin vähennetään ihon bakteeri pitoisuutta ja siten vältetään haavatulehduksia. Tarvittaessa ihokarvat poistetaan vatsanalueelta osastolle tullessanne, ennen leikkaukseen menoa. Ihokarvojen poistolla estetään ihokarvojen joutuminen haavaan ja näin haavojen parantuminen nopeutuu. **Huom! Älkää poistako itse ihokarvoja ennen sairaalaan tuloa. Näin vältetään ihon ärsytystä ja mahdollisia haavoja.**

Liite 3 7 (19)

5 Leikkauspäivänä

Leikkauspäivän aamuna tulette **Oulun yliopistolliseen sairaalaan Leiko osastolle, sisäänkäynti B1**. Ennen leikkaukseen menoa teille puetaan tukisukat ehkäisemään laskimotukoksien syntymistä. Lisäksi saatte puettavakseen leikkausvaatteet.

Vointianne seurataan leikkauksen jälkeen heräämössä tavallisimmin muutamia tunteja. Nopean toipumisen onnistumiseksi teitä käytetään vointinne salliessa jalkeilla jo heräämössä. Heräämössä teille annetaan pieniä määriä nestettä suun kautta ja mahdollisesti leikkaussalissa laitettu virtsatiekatetri poistetaan. Vointinne salliessa hoitaja hakee teidät osastolle yhdeksän.

6 Leikkauspäivän iltana osastolla

Leikkauspäivän iltana osastolla hoitaja auttaa teidät vuoteesta ylös ja liikkuu saatte vointinne mukaan. Tehokas kivunhoito nopeuttaa leikkauksesta toipumisessa, koska kivuttomana pystytte liikkumaan paremmin. Tämän vuoksi on tärkeää, että kerrotte kivuistanne hoitohenkilökunnalle ja pyydätte tarvittaessa kipulääkettä. Leikkauspäivän iltana saatte pistoksen ihonalaiskudokseen vatsan alueelle. Pistoksella ehkäistään laskimotukoksia.

On erittäin tärkeää, että olette mahdollisimman paljon poissa vuoteesta oman vointinne mukaan. Pystyasento ja liikkuminen tehostavat hengitystä ja verenkiertoa sekä suolen ja rakon toimintaa. Liikkumisella voitte vaikuttaa suuresti toipumiseenne leikkauksen jälkeen. Tavoitteena on, että elintoiminnot palautuvat normaaleiksi mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Tavoitteena on, että kävelette, seisotte tai istutte noin kaksi tuntia leikkauspäivän iltana. Liikkuminen nopeuttaa paranemista ja vähentää veritulppariskiä. Halutessanne voitte ottaa mukanne osastolle omat kengät sekä mukavat olovaatteet. Vuoteessa ollessanne voitte ehkäistä laskimotukosten syntymistä tekemällä nilkkojen ojennus- koukistus liikkeitä (pumppausliike), joka tehdään 20 toistoa peräkkäin joka tunti. Hengityksen tehostamiseksi teitä ohjeistetaan tekemään pulloonpuhallus harjoituksia, joista saatte ohjeistuksen fysioterapeutilta.

Oikealla tekniikalla pääsette vuoteesta ylös mahdollisimman kivuttomasti ja mahdollisimman vähän haavaan rasittaen. Kääntykää vuoteessa ensin kyljelleen ja antakaa jalkojen laskeutua vuoteen reunan yli ja tämän jälkeen työntäkää itsenne kädelle auttaen istumaan.

7 Ensimmäinen leikkauksen jälkeinen päivä

Mikäli teiltä ei heräämössä ole poistettu virtsatiekatetria, poistetaan se viimeistään ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä aamuna. Kipulääkitys jatkuu ennallaan. Tarkoituksena on, että liikutte ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä noin 8 tunnin ajan.

8 Kivun hoito

Leikkauksen aikana teille pumpataan ilmaa vatsaan, mikä voi aiheuttaa palleaärsytystä, joka säteilee olkapäähän. On tärkeää, että kerrotte hoitajille, mikäli teillä on kipuja. Sairaalassa ollessanne teiltä tullaan kysymään kivun voimakkuutta VAS -asteikkoa käyttäen. VAS – asteikko on 0-10, jossa nolla tarkoittaa, ettei teillä esiinny kipua ollenkaan, kun taas kymmenen kuvaa pahinta mahdollista kipua. Kivun tunne on yksilöllistä, joten on tärkeää, että se hoidetaan hyvin sillä kipu hidastaa toipumista. Saatte tämän potilasohjausvihkon mukana VAS -mittarin kotiinne, jotta voitte tutustuta siihen ennen sairaalaan tuloa.

9 Haavanhoito

Toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä saatte käydä suihkussa. Leikkaus-
haavoilla on itsestään sulavat ompeleet. Haavalaput otetaan pois ennen
suihkuun menoa ja haavoja saa suihkuttaa normaalisti. Haavat tulee kuivata
kevyesti pyyhkeellä painellen. Haavoja ei tarvitse suojata enää siteillä jos
haavat ovat siistit eivätkä ne eritä. Jotta haavat paranisivat hyvin, välttää
niiden turhaa koskettamista. Peskää kädet ja muistakaa käyttää käsidesin-
fektioainetta aina ennen ja jälkeen kun koskette haavoja.

Kotiutuessanne teidän tulee seurata haavoja säännöllisesti. Haavojen tuleh-
duksen merkkejä ovat mm. haavan punoitus, turvotus, erittäminen, kova
kipu, ruumiinlämmön nousu. Mikäli teille ilmestyy edellä mainittuja oireita
ottakaa yhteys kotikuntanne terveyskeskukseen. Saunaan saatte mennä vas-
ta viikon kuluttua leikkauksesta.



10 Kotiutuminen

Leikkauksen jälkeen kotiudutte heti kun vointinne sen sallii ja kotiutuskriteerit täyttyvät. Tavoitteena on, että kotiudutte toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä, mutta osa potilaista voi kotiutua jo ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Kotiutuskriteerit sisältävät itsenäisen ruokailemisen, liikkumisen ja wc-käynnit. Kotiutuessanne saatte mukanaan tarvittavat lääkeresepit mahdollisista kipulääkkeistä ja vitamiinivalmisteista. Sairauslomaa kirjoitetaan yleensä 4 viikkoa. Leikkauksen jälkeen teillä on kontrollikäyntejä seuraavasti, 2-3 kuukauden kuluttua teillä on ravitsemusterapeutin yksilökäynti. Kuuden kuukauden kuluttua leikkauksesta teillä on kirurgin vastaanotto. Kahdeksan kuukauden kuluttua leikkauksesta teillä on ravitsemusterapeutin ryhmätapaaminen. 12 kuukauden kuluttua leikkauksesta teillä on sisätautilääkärin vastaanotto ja ravitsemusterapeutin yksilökäynti. Tämän jälkeen teidän veriarvoja seurataan vuosittain omassa terveyskeskuksessanne.

Toipumiseen ja painonhallinnan kannalta liikunta on jatkossa tärkeä osa päivittäistä elämää. Saatte fysioterapeutilta ennen kotiutumista ohjeita liikunnan aloittamiseen sekä sopiviin liikunta määriin. Teidän oma motivaatio ja aktiivisuus ovat kuitenkin kotiutumisen jälkeen merkittävässä asemassa laihtumisen kannalta.

11 Ravitseminen ja ruokailu

Mitä ruokailussa on hyvä huomioida leikkausta edeltävästi?

Lihavuusleikkauksen tavoitteena on pysyvä laihtuminen, joten myös elintapojen tulee muuttua pysyvästi. Ruokailutottumusten muutos kannattaa aloittaa hyvissä ajoin ennen leikkausta. Säännöllinen ateriarytmi, pienet annokset sekä terveyttä edistävät ruokavalinnat ovat laihtutuksen ja painonhallinnan perusta.

Lihavuusleikkaukspäätöstä edeltävällä ravitsemusterapeutin arvio- ja ohjauksikäynnillä olette saanut yksilöllisiä neuvoja siitä, mitä muutoksia teidän on hyvä tehdä ruokailussanne jo ennen lihavuusleikkausta.



Erittäin niukkaenergiainen ruokavalio ennen leikkausta

Niukkaenergiasta ruokavaliota (ENE-dieetti) toteutetaan leikkausta edeltävästi tavallisesti kolmen viikon ajan tai lääkärin arvion mukaan pidempäänkin. Näin toteutettu laihduttaminen pienentää maksan kokoa ja edistää leikkausturvallisuutta.

ENE-dieetin aikana on tarpeen tehdä muutoksia diabetes-, verenpaine- ja verenohennuslääkityksessä. Olkaa yhteydessä hoitopaikkaanne tarpeellisten lääkemutosten osalta. ENE-dieetin aikana verensokeria, verenpainetta ja TT-INR-arvoa (Marevan-lääkitys) seurataan tavanomaista tiheämmin.

Saatte ohjeet ENE-dieetin ja myös leikkauksen jälkeisen ruokailun toteutusta varten ravitsemusterapeutin ryhmä- tai yksilöohjauskäynnillä muutamaa viikkoa ennen leikkausta.

Ruokailun aloitus osastolla

Suun kautta tapahtuva ravitseminen aloitetaan vähitellen. Leikkauspäivän iltana saatte juomista (vettä / laimeaa mehua) pieniä määriä. Yleensä jo toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä saatte syödä vapaasti neste-, liemi- tai soseruokaa. Alkuun ateriakoko on varsin pieni ($\frac{1}{2}$ – 1 dl), joka syödään noin 30ml (2 ruokalusikallista) annoksina, pitäen aina 10 minuutin tauot annoksien välillä. Pienellä annoskoolla ja lyhyillä tauoilla pyritään ehkäisemään pahoinvointia ja ruoansulatusvaivoja. Leikkauksen jälkeisenä päivänä saatte maitohappobakteerikapselin aamuin illoin suoliston tasapainottamiseksi. Annamme aterioiden jälkeen purukumin pureskeltavaksi, jotta suolen toiminta käynnistyisi paremmin.

Ruokailu kotona leikkauksen jälkeen

Ruoan tulee olla soseutettua tai pehmeää noin kuukauden ajan leikkauksesta. Tämän jälkeen voitte siirtyä vähitellen syömään normaalirakenteista ruokaa.

Monipuolinen terveyttä edistävä ruokavalio varmistaa hyvinvoinnin leikkauksen jälkeen. Erityisesti riittävään proteiinin saantiin tulee kiinnittää huomiota nopeaan laihtumiseen liittyvän lihaskadon ehkäisemiseksi. Runsaasti rasvaa ja sokeria sisältävä ruoka sekä energiapitoiset juomat lihottavat samalla tavoin kuin ennenkin. Ruokavaliota täydennetään loppuelämän ajan vitamiini- ja kivennäisainevalmisteilla.

Leikkauksen jälkeen ruoka kulkeutuu tavanomaista nopeammin ohutsuoleen. Tämä voi aiheuttaa huonovointisuutta eli ns. dumping-oireita (sydämen tykytys, hikoilu, heikotus, vatsavaivat, pahoinvointi ja ripuli). Herkimmin dumping-oireita aiheuttavat runsaasti sokeria sisältävät ruoat ja juomat. Pienet ateriat tiheästi, huolellinen ruoan pureskelu, hidas ruokailu, juominen ensisijaisesti aterioiden välillä sekä sokeripitoisten ruokien ja juomien vähäinen käyttö ehkäisee dumping-oireita.

Jotkut ruoat ja juomat, kuten käristetty ruoka, tuore ruis- ja vaalea leipä sekä hiilihappopitoiset juomat saattavat aiheuttaa vatsavaivoja. Jos jokin ruoka-aine aiheuttaa toistuvasti vaivoja, kannattaa se jättää pois käytöstä. Myös makumieltymyksissä, ruoan mieliteossa ja nälän kokemisessa tapahtuu yleensä muutoksia.

Liite 3 15 (19)

Leikkauksen jälkeen saatte tukea ja ohjausta ruokailuunne ravitsemusterapeutin yksilö- ja ryhmäohjauksikäynneillä, jotka toteutuvat noin 2-3 kk, 8 kk ja 12 kk leikkauksesta.

Leikkauksen jälkeen ravitsemustilaanne seurataan verikokeiden ja ruokapäiväkirjanpidon sekä painoseurannan avulla. Vuoden jälkeen leikkauksesta ravitsemustilan seuranta siirtyy perusterveydenhuoltoon.



*”Ei ole olemassa muureja
on vain siltoja
ei ole olemassa
suljettuja ovia
on vain portteja
joiden läpi kuljetaan
sähkövin silmin
huulilla varjoja syvempi hymy
kohti paikkaa
missä virrat kohtaavat
kuin janoavat suut”*

-Tommy Tabermann-



Potilasohjausvihkon ovat laatineet opinnäytetyönä Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Elisa Nevala ja Jenni Niskala. Potilasohjausvihko tuotettiin Oulun yliopistollisen sairaalan osasto yhdeksän käyttöön. Potilasohjausvihkon sisältöä ja ulkoasua ohjasivat kirurgian erikoislääkäri Vesa Koivukangas, osastonhoitaja Mervi Ollikainen, sairaanhoitajat Eija Kairamo ja Päivi Venkula sekä ravitsemusterapeutti Terhi Jokelainen.

Potilasohjausvihkon on hyväksynyt osaston yhdeksän osastonhoitaja Mervi Ollikainen sekä muut potilasohjausvihkon työstämistä ohjanneet henkilöt.

Potilasohjausvihkossa käytetyt kuvat on otettu kaikille vapaassa käytössä olevasta clip artista (www.office.microsoft.com/fi-fi/images). Kuvien käyttöoikeudet on tarkistettu.

Yhteystiedot

Oulun yliopistollinen sairaala osasto 9

p. 08-3152894