

Avannepotilaan kotiuttaminen kirurgiselta vuodeosastolta



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Lahdensivu, hoitotyön koulutusohjelma

Syksy 2017

Anniina Ojanen & Asisa Jafari

Hoitotyön koulutusohjelma
Lahdensivu

Tekijät Anniina Ojanen & Asisa Jafari **Vuosi** 2017

Työn nimi Avannepotilaan kotiuttaminen kirurgiselta vuodeosastolta

Työn ohjaaja Merja Vanhanen

TIIVISTELMÄ

Tulehduksellisten suolistosairauksien ja suolistosyöpien määrä on kasvussa. Yhtenä hoitomuotona käytetään avannekirurgiaa. Hoitotyön ammattilainen voi kohdata avanneleikatun missä tahansa terveydenhuollon yksikössä, joten heillä tulisi olla valmiudet toimia niissä tilanteissa. Myös avannepotilaan kotiuttamiseen sisältyy erityispiirteitä, joista työntekijän on hyvä olla perillä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli avata avannetta käsitteenä ja kertoa sen hoidosta. Opinnäytetyö käsittelee lisäksi sitä, mitä hyvä kotiuttaminen sisältää ja mitä erityisesti avannepotilaan kotiuttamisessa tulisi huomioida. Työn tarkoituksena oli opintokäynnin pohjalta tuottaa muistio työn tilaajalle. Opinnäytetyön tilaajana oli Hämeen ammattikorkeakoulu ja sen yliopettaja.

Opinnäytetyö tehtiin toiminnallisena, ja koostui kirjallisesta raportista sekä muistiosta. Opinnäytetyön tietoperusta on kerätty alan kirjallisuudesta ja julkaisuista sekä opintokäynnillä tehtyjä muistiinpanoja hyödyntäen.

Tilaaja oli tyytyväinen muistioon. Opinnäytetyötä tilaaja voi jatkossa käyttää esimerkiksi opetusmateriaalina ja myös muut voivat hyödyntää sitä siihen tarkoitukseen. Työtä voi käyttää myös oppaana hoitohenkilökunnalle sekä tietopakettina avannepotilaille ja heidän omaisilleen.

Avainsanat Avanne, hyvä kotiuttaminen, avannepotilaan kotiuttaminen, potilaan ohjaus

Sivut 32 sivua, joista liitteitä 2 sivua

Degree Program in Nursing
Lahdensivu

Authors Anniina Ojanen & Asisa Jafari **Year** 2017

Subject Stoma Patient's Discharge from a Surgical Ward

Supervisor Merja Vanhanen

ABSTRACT

The most common reasons for a stoma surgery are inflammatory bowel diseases and bowel cancer. Nursing staff can encounter a patient with a stoma at any health care unit and they should have competence to act in those situations.

The aim of this Bachelor's thesis was to open up a concept of a stoma and tell about its treatment. The thesis also covered discharge of a patient, especially a patient with stoma, and what a successful discharge includes. The objective of this thesis was to write a memorandum based on a study admission held in the ward 5A of Kanta-Häme Central Hospital and participants' conversation about discharging of patients.

This thesis was practice based and the theory was based on the study admission and the conversation. Data of the thesis was gathered from different sources for example literature and publications. At the start of the thesis is an introduction about digestive system and how it works. In addition, there is knowledge of the stoma and its treatment. The thesis also imparts discharge of patients and what it includes as well as forms of support. At the end of the thesis there is a reflection of the working process of this thesis and a narration of the study admission.

The commissioner of the thesis was Häme University of Applied Sciences and one of its teachers. The commissioner was satisfied with the memorandum and the thesis could be used for example as an educational material in the future. This thesis can also be used as a guide for the nursing staff and as an informative package for the stoma patients and their families.

Keywords Stoma, successful discharge, discharge of a stoma patient, guidance of a patient

Pages 32 pages including appendices 2 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	3
3	RUOANSULATUSSELIMISTÖ JA SUOLISTO	4
4	AVANNE	6
4.1	Avanteiden jaottelu.....	7
4.2	Suoliavanteet.....	8
4.2.1	Paksusuoliavanne	8
4.2.2	Ohutsuoliavanne	9
5	AVANTEEN HOITO.....	10
5.1	Avannesidoksen vaihto	11
5.2	Ihohoito.....	13
5.3	Ravitsemus	14
6	KOTIUTTAMINEN	15
6.1	Avannepotilaan hoitoprosessi.....	15
6.1	Avannepotilaan onnistunut kotiuttaminen.....	16
6.2	Potilaan ohjaus.....	16
7	AVANNEPOTILAAN TUKEMINEN.....	18
7.1	Minäkuva ja seksuaalisuus	18
7.2	Tuen muodot.....	19
8	OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	21
8.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	21
8.2	Opinnäytetyön tilaaja.....	22
8.3	Opintokäynti.....	22
9	POHDINTA.....	25
9.1	Luotettavuus ja eettisyys	26
9.2	Opinnäytetyön prosessin aikana opitut asiat	26
	LÄHTEET	28

Liitteet

- Liite 1 Opintokäynnin muistio
- Liite 2 Potilaan kotiutus ja siirtotoimien tarkistuslista

1 JOHDANTO

Avanneleikkaus on suuri muutos potilaan elämässä. Avanne vaikuttaa potilaan minäkuvaan, varsinkin jos avanne jää potilaalle pysyväksi. Avanneleikatun kotiuttamisessa on monia asioita, jotka tulee ottaa huomioon. Potilaan tulee saada riittävästi juuri hänelle soveltuvaa ohjausta ja tietoa, tukea muutoksen keskellä sekä hänen tarpeidensa pohjalta suunnitellut jatkopalvelut. Näin hänelle annetaan parhaat mahdollisuudet sopeutua muutokseen ja palata normaalin elämän pariin.

Avanne eli latinaksi ”stooma” on eritteiden ulostuloaukko. Siinä tuodaan leikkauksella suolen pää vatsan pinnalle avanteen aukon muodostamiseksi eli luodaan keinotekoinen yhteys maha- suolikanavan ja ihon välille. Avanteen avulla suolen sisältö tai virtsa pääsevät poistumaan kehosta vatsapeitteiden päälle kiinnitettävän avannesidoksen kautta. (Ahonen, Blek-Vehkoluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013, 529.)

Rajasimme työmme avannepotilaan kotiuttamiseen kirurgiselta vuodeosastolta, koska avanteet ovat melko yleisiä ja niihin voi törmätä lähes missä tahansa terveydenhuollon työpaikassa. Hoitohenkilökunnan on tärkeää osata avanteen hoidon perusteet silloin, kun he hoitavat avanneleikattuja erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon yksiköissä.

Suoliavanneleikkaukseen johtavista syistä merkittävimpiä ovat syöpä ja tulehdukselliset suolistosairaudet. Avanne itsessään ei ole sairaus, vaan se on yksi tapa hoitaa sairautta. Avanne parantaa huomattavasti potilaan elämänlaatua, kunhan sen aiheuttaman muutoksen oppii ensin hyväksymään, ja huolehtimaan siitä oikein. (Ahonen ym. 2013, 529.)

Keskitymme opinnäytetyössämme suoliavanteisiin, koska ne ovat avanteista yleisimpiä, ja niiden määrä lisääntyy jatkuvasti. Esimerkiksi vuonna 2008 Suomessa tehtiin 2931 avanneleikkausta, joista 1157 tehtiin Crohnin taudin tai haavaisen koliitin vuoksi, ja loput muista sairauksista johtuvista syistä. (Forsström 2010.)

Opinnäytetyössämme keskitymme kartoittamaan opintokäyntimme pohjalta avannepotilaan kotiuttamisen ja potilassiirron haasteita, sillä potilaan kotiuttaminen on olennainen osa hoitotyötä ja sen tulisi sujua ongelmitta. Tavoitteenamme on myös määritellä, mitä kuuluu avannepotilaan onnistuneeseen kotiutukseen. Tekemämme opintokäynnin pohjalta kirjoitamme myös muistion työn tilaajalle.

Raportin alussa kuvaamme ruoansulatuselimistön perusrakennetta ja kerromme avanteista sekä niiden hoidosta. Sen jälkeen pohdimme sitä, mitä

onnistunut kotiuttaminen sisältää ja millaisia erityispiirteitä juuri avannepotilaan kotiuttamisessa on. Lopuksi pohdimme opintokäynnillä esiin tulleita aiheita ja opinnäytetyön prosessia.

Työn tilaaja on Hämeen ammattikorkeakoulu ja Hämeen ammattikorkeakoulun yliopettaja, jonka työnkuvaan kuuluu myös vertaistapaamisten järjestäminen Kanta-Hämeen keskussairaalan osastojen ja eri organisaatioiden välillä. Työmme avulla tuomme esiin vertaistapaamisten hyötyjä ja haittoja. Muistion opintokäynnistä teemme yliopettajalle.

Työtämme voi käyttää opetusmateriaalina esimerkiksi ammattikorkeakoulussa, hoitohenkilökunnan oppaana avannepotilaan hoidossa sekä tietopakettina avannepotilaalle ja hänen omaisilleen.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena on perehtyä avannepotilaan kotiuttamiseen sairaalan kirurgiselta vuodeosastolta. Halusimme selvittää, millaisia asioita sairaanhoitajien pitää huomioida ja tehdä avannepotilasta kotiutettaessa, jotta kotiuttaminen tai potilaan siirto jatkohoitopaikkaan tapahtuisi ongelmitta. Siirrymme itse pian työelämään, jossa tulemme kohtaamaan nämä vaatimukset ja odotukset omakohtaisesti, ja sen vuoksi meidän tulee olla perillä siitä, mitä onnistunut kotiuttaminen ja siirto jatkohoitopaikkaan edellyttää.

Tavoitteenamme on määritellä, mitä kuuluu avannepotilaan onnistuneeseen kotiutukseen kirurgiselta vuodeosastolta. Lisäksi pohdimme opintokäynnillä esiin tulleita aiheita ja sitä, miten ne liittyvät hyvään kotiutukseen.

Tilaajan toiveena on saada muistio (Liite 1) tekemästämme opintokäynnistä Kanta-Hämeen keskussairaalan osasto 5A:lla pidetystä vertaiskäynnistä ja sen sisällöstä. Pyrimme myös käydyn keskustelun pohjalta pohtimaan opinnäytetyössämme mahdollisia vastaan tulevia haasteita kotiuttamisen yhteydessä.

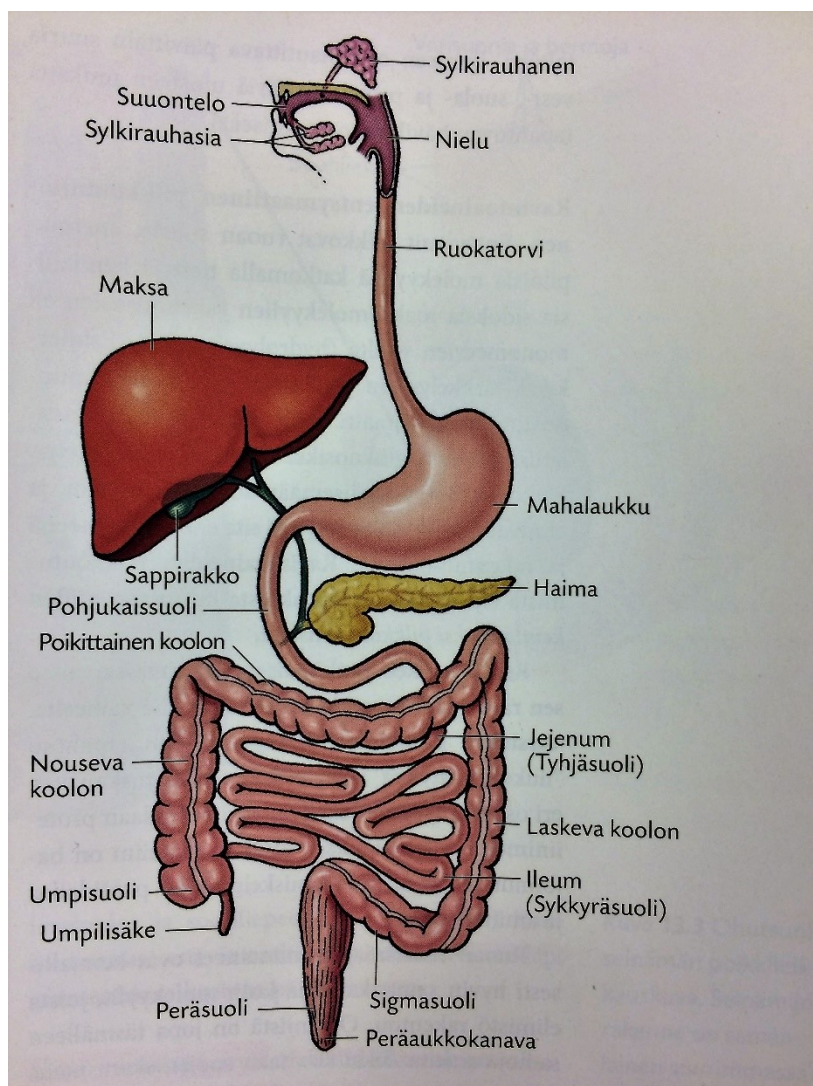
Opinnäytetyön kysymykset:

1. Mitä kuuluu avannepotilaan hyvään kotiuttamiseen?
2. Mitä haasteita kotiuttamisessa/potilassiirroissa vertaiskäynnin perusteella voi tulla vastaan?

3 RUOANSULATUSELIMISTÖ JA SUOLISTO

Avanteen tarkoituksen ymmärtämiseksi, on hyvä omata perustiedot ruoansulatuselimistöstä ja sen toiminnasta. Ruoansulatusjärjestelmän tehtävä on muokata ravintoaineet elimistölle sopivaan muotoon, ja se ulottuu suuontelosta peräaukkoon. (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie & Tåverud 2013, 380-381.)

Ruoansulatukseen osallistuvat suuontelo, nielu, ruokatorvi, mahalaukku, sappirakko, pohjukaissuoli, ohutsuoli, umpilisäke ja -suoli, paksusuoli, sigmoidisuoli, peräsuoli sekä peräaukko. Lisäksi ruoansulatuskanavaan kuuluvat apuelimet, kuten hampaat, kieli, suuret sylkirauhaset ja maksa, joka varastoi ravintoaineita (Kuva 1). (Sand ym. 2013, .)



Kuva 1. Ruoansulatuselimistön rakenne (Sand ym. 2013, 381.)

Ruoansulatuskanavassa limakalvo on sisimpänä suolen seinämässä ja herakalvo ulkopinnalla. Herakalvo on osa laajaa vatsakalvoa (peritoneum),

joka vähentää suoliston liikkeiden aiheuttamaa kitkaa. Ruoansulatuskanavan seinämissä on pieniä rauhasia, jotka erittävät ruoansulatusnesteitä ja limaa. (Sand ym. 2013, 380-408; Hokkanen & Liuokkonen 2003, 18-20.)

Sekä ruoansulatuselimistön alussa, että lopussa tapahtuu täyttö- ja tyhjennysrefleksejä, esimerkiksi nielemisessä, ulostamisessa ja oksentamisessa. Ruoansulatuskanavan yläosan varastopaikkana toimii mahalaukku. Sinne muodostuu vuorokauden aikana 2-3 litraa väriltään kirkasta mahanestettä, joka koostuu muun muassa ruoansulatuskanavan seinämien pienten rauhasien erittämästä limasta, suolahaposta ja entsyymeistä. Mahalaukusta ruokamassa siirtyy sopivina annoksina ohutsuoleen. (Sand, ym. 2013, 387-403.)

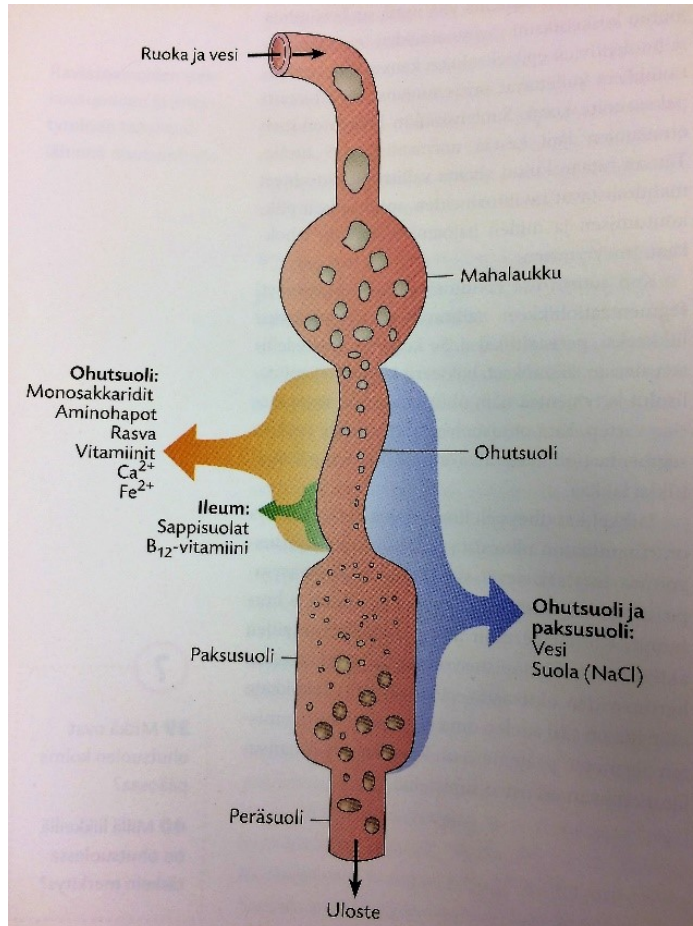
Ruoansulatuskanavassa on kahden tyyppisiä liikkeitä: peristaltiikka ja segmentaatio. Peristaltiikkaliikkeet kuljettavat ruokamassaa eteenpäin ja segmentaatioliikkeet vaivaavat suolensisältöä edestakaisin sekoittaen ruoansulatusnesteet ruokamassaan sekä saattaen uudet ravintoa absorboivat epiteelisolut kosketuksiin ruokamassan kanssa. Näiden liikkeiden myötä suolen seinämän supistusrenkas siirtyy eteenpäin ja siirtää samalla ruokaa edemmäs. Samalla ruokamassasta siirtyvät esimerkiksi elimistölle tarpeelliset ravintoaineet suolen seinämän läpi elimistön hyödynnettäväksi. (Persson, Berndtsson & Carllson 2008, 28-29; Sand, ym. 2013, 387-388.)

Muokkautunut ruokasula kulkeutuu mahalaukusta pohjukkaissuolen kautta ohutsuoleen. Ohutsuoli on kolmesta kuuteen metriä pitkä ja voidaan jakaa pohjukkaissuoleen (duodenum), tyhjäsuoleen (jejunum) ja sykyräsuoleen (ileum). Ohutsuolen jälkeen on paksusuoli ja niiden välissä on ohutsuolen ohut läppä (valvular Bauhini), joka estää paksusuolen sisällön pääsyn ohutsuoleen. Päivittäin suolistoon kulkeutuu noin puolitoista litraa ruokaa ja nesteitä sekä kahdeksan ja puoli litraa ruoansulatuskanavan nesteitä ja sylkeä. Niistä suurin osa imeytyy ohutsuolessa ja noin litran verran kulkeutuu paksusuoleen (Kuva 2). (Persson ym. 2008, 24; Berndtsson, Hultén, Palsenius 2000, 11-12; Sand, ym 2013, 408-416.)

Ohutsuoli muuttuu vatsaontelon oikealla puolella nousevaksi paksusuoleksi (colon ascendens), jonka jälkeen on poikittainen paksusuoli (colon transversum) ja laskeva paksusuoli (colon descendens). Paksusuoli on noin 1,4 metriä pitkä ja toimii varastona ohutsuoletta kulkeutuvalla ainekselle, mutta se myös imee ravintomassasta vettä, natriumia, vitamiineja ja mineraaleja sekä poistaa sulamattoman ruokamassan ja kaasun suolistosta (Kuva 2). Paksusuolen loppuosassa on sigmasuoli, peräsuoli eli rectum ja peräaukko, anus. Peräaukkokanavassa, johon maha-suoli-kanava päättyy, sijaitsee peräaukon sisemmät sekä ulommat sulkijalihakset. (Persson ym. 2008, 25-30; Sand, ym. 2013, 417-419; Solunetti 2006; Leppäluoto, Lätti, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri & Vierimaa 2015, 251.)

Suolistossa on aina jonkin verran suolikaasua (flatus). Sen on arveltu syntyvän muun muassa bakteerien aineenvaihdunnasta ja osittain vereen

liuennneiden kaasujen erittymisestä suoleen. Pääosin mahalaukussa oleva kaasu on kuitenkin nieltyä ilmaa. Suolikaasuja on ohutsuoleen verrattuna enemmän paksusuoleessa ja sen poistuminen tapahtuu pääasiassa epiteelisoluihin imeytymällä, jonka lisäksi vähäinen osa suolikaasusta poistuu mahalaukusta röyhtäyksinä tai peräaukon kautta. (Sand ym. 2013, 417–418.)



Kuva 2. Ruoansulatuelimistön toimintaa (Sand ym.2013, 410.)

4 AVANNE

Avanne tarkoittaa kirurgisin menetelmin tehtyä eritteiden ulostuloaukkoa. Aukon kautta suolen sisältö tai virtsa kerääntyy vatsanpeitteiden päälle kiinnitettävään avannesidokseen. Avanteet voidaan jakaa rakenteen ja toiminnan mukaan, sekä sen perusteella onko kyse pysyvästä vai väliaikaisesta avanteesta. Avanteet on nimetty sen mukaan, missä kohtaa suolistoa ne sijaitsevat. (Persson ym. 2008, 59; Finnilco ry 2017, 9-10; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2009, 505.)

Paksusuoliavanne eli kolostooma on yleisin avanne Suomessa. Muita meillä yleisiä avanteita ovat ohutsuoliavanne eli ileostooma ja virtsaavanne eli urostooma. (Finnilco 2017, 9–11.)

4.1 Avanteiden jaottelu

Väliaikainen avanne tehdään tilanteissa, joissa suolen vahingoittunut osa on poistettu ja jäljelle jääneen osan on parannuttava ennen osien yhdistämistä. Yksipiippuisia avanteita kutsutaan pääteavanteiksi. Niissä ainoastaan suolen tuova pää on nostettu vatsanpeitteiden läpi ihon pinnalle. On mahdollista, että tällöin suolen distaaliselle eli kauempana sijaitsevalle osalle annetaan aikaa parantua. Jos avanne on pysyvä, on mahdollista, että suolen loppuosa on poistettu ja peräaukko suturoitu eli ommeltu kiinni. (Ahonen, ym. 2013, 529; Lewis, Heitkemper, McLean, Dirkse, Ruff, O’Brien, Graber & Bucher 2007, 1069.)

Loop-avanteessa eli lenkkiavanteessa sekä suolen tuova että vievä pää on nostettu vatsanpeitteiden päälle ja osaa suolenseinämästä ei ole katkaistu. Loop-avanteella pyritään säilyttämään osa suolenseinämän jatkuvuudesta. Se on usein väliaikainen ja sen sulkeminen on pääteavanteen sulkemista helpompaa. Kaksipiippuisessa avanteessa suolen lenkki on nostettu ihon pinnalle ja halkaistu avanteeksi, jolloin molemmat suolenpäät näkyvät. Kaksipiippuisesta avannetta käytetään muun muassa suojaamaan alempana suolistossa olevaa saumaa tai lievittävänä hoitokeinona esimerkiksi syöpäpotilailla. (Elfving 2016; Ahonen, ym. 2013, 529; Lewis, ym. 2007, 1069.)

Suoja-avanne tarkoittaa suolisauman eli suoliliitoksen läheisyyteen tehtyä avannetta. Suoliliitoksessa suolen päät liitetään yhteen esimerkiksi silloin, kun suolesta poistetaan osa. Suoja-avanteen tarkoituksena on paljastaa hengenvaarallinen suolisaumalekaasi eli sauman mahdollinen pettäminen. (Iivanainen & Syväoja 2008, 66–67.)

Katetriavanteessa GI-kanavasta eli ruoansulatuskanavasta tai virtsateistä on mekaaninen yhteys kehon ulkopuolelle. Esimerkiksi gastrostooman (mahalaukkuavanne/peg) avulla voidaan huolehtia enteraalisesta ravitsemuksesta katetrin välityksellä suoraan ruoansulatuskanavaan. Pyelostoomalla tarkoitetaan munuaisaltaaseen vietyä katetria ja urostoomia eli virtsa-avanteita on erilaisia tilanteesta riippuen. Virtsa-avanteita tehdään esimerkiksi syövän aiheuttaman virtsanpidätyskyttömyyden ja epämuodostumien vuoksi. Urostooma voi olla katetroitava kontinentti eli pidätyskykyinen avanne tai avanteeksi vatsanpeitteiden päälle nostettava virtsanjohdin tai -rakko. Useimmiten urostoomassa kuitenkin käytetään ohut- tai paksusuolta osana avannetta. (Iivanainen ym. 2008, 66–67.)

4.2 Suoliavanteet

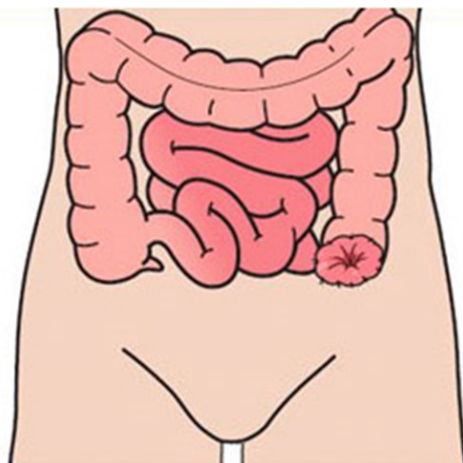
Suoliavanteita on erityyppisiä. Opinnäytetyössämme keskitymme suoliavanteisiin ja niiden hoitoon, sillä niiden hoito on keskenään samankaltaista ja suoliavanteet ovat avanteista yleisimpiä ja tunnetuimpia.

Paksusuoliavanteita on kahdenlaisia eli yksipiippuisia (pääteavanne) ja kaksipiippuisia (lenkkiavanne). Paksusuoliavannetyypit ovat transversosotooma (poikittainen paksusuoliavanne), sigmoideosotooma (paksusuolen loppuosan avanne) ja kekosotooma (umpisuolesta ihon pintaan tehty avanne). Yleensä ne tehdään vatsapeitteiden päälle vasemmalle puolelle, napa- lonkkaluulinjan alapuolelle. (Elfving 2016; Ahonen ym. 2013, 529–530.)

Ohutsuoliavanteita on myös yksi- ja kaksi piippuisia sekä väliaikaisia ja pysyviä. Niitä ovat jejunosotooma, ileosotooma ja loop-ileosotooma. Ohutsuoliavanteita tehdään oikealle alavatsan alueelle. (Ahonen ym. 2013, 529–530.)

4.2.1 Paksusuoliavanne

Pysyvä paksusuoliavanne tehdään, kun potilaalla on peräsuolisyöpä, neurologisiin sairauksiin liittyvä vaikea suolen toimintahäiriö tai ulosteen pidätyskyvyttömyys, joka ei reagoi hoitoon. Pysyvä paksusuoliavanne voi sijaita poikittaisen paksusuolen loppupäässä vasemmalla, laskevassa paksusuolella tai sigmasuolen alueella. Suolenpää on paksusuoliavanteessa yleensä noin 2-3cm koholla ihotasosta (Kuva 3). Väliaikainen paksusuoliavanne tehdään yleensä paksusuolen perforoitumisen eli suolen puhkeamisen, suolitukoksen tai suolen umpipussien eli divertikuliittien takia. Sillä pyritään rauhoittamaan vatsaontelon tilannetta. Se suljetaan yleensä noin kolmen kuukauden kuluttua avanteen teosta. (Elfving 2016; Sirviö 2014.)



Kuva 3. Paksusuoliavanne (avanne.fi 2015.)

Kaksipiippuinen avanne avannesaumalla eli transversostooma on tilapäinen ja se tehdään poikittaiseen paksusuolen osaan. Kyseinen avanne tehdään suojaamaan leikkauksessa tehtyä suoliliitosta. Suoli nostetaan lenkinä vatsapeitteiden läpi ihon päälle ja avannesauvan tuella kannatellaan paikoillaan. Kirurginen lääkäri tekee toimenpiteen. Transversostooma muodostuu kahdesta avanteesta, jotka ovat liitoksissa toisiinsa. Erite, joka tulee avanteesta, on aluksi löysää, mutta ajan myötä se kiinteytyy normaalin ulosteen näköiseksi. Lisäksi avannepotilaan ulosteen haju on kitkerämpi kuin normaalin ulosteen. (Persson ym. 2008, 65-66; Ahonen ym. 2013, 530.)

Tavallisin paksusuoliavanne on sigmoidostooma. Kyseinen avanne tehdään silloin, kun poistetaan suuri osa perä- tai paksusuolta. Se osa paksusuolesta, joka on jäänyt jäljelle, tuodaan vatsanpeitteiden päälle avanteeksi (kuva 3). Sigmoidostooma voi olla tilapäinen, jos paksusuolen osien yhdistämistä pidetään suuririskisenä leikkaushetkellä tai jos paksusuolen sairas osa poistetaan ja terveen osan annetaan rauhassa parantua. Tämän avannepotilaan erite on aluksi löysää ruokavalion takia, mutta palatessaan normaaliin ruokavalioon uloste normalisoituu. (Ahonen ym. 2013, 530.)

Paksusuoliavanteista harvinaisin on kekostooma. Avanne tehdään paksusuolen alkuosaan, umpisuoleen, oikealle alavatsaan. Se voi olla ihon alapuolella tai sen tasossa, siksi sen sidonta on haasteellinen. Erite on ihoa ärsyttävää, väkevää ja löysää. (Elfving 2016.)

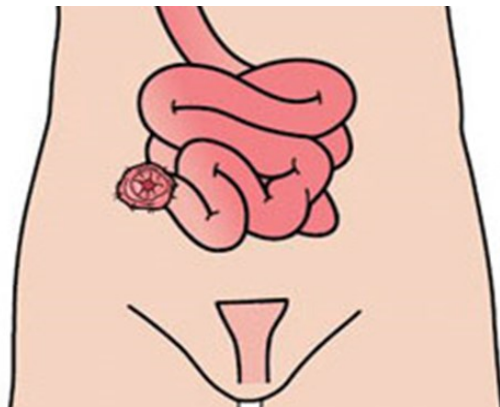
Paksusuoliavanneleikkauksen jälkeen suolen toiminta alkaa yleensä viidentenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Avanne tuottaa ulostetta säännöllisesti kerran tai kaksi vuorokaudessa ja on kokostumukseltaan kiinteää. (Elfving 2016.)

4.2.2 Ohutsuoliavanne

Pysyvä ohutsuoliavanne tehdään, jos koko paksusuoli, peräsuoli ja mahdollisesti peräaukko joudutaan poistamaan jonkin tulehduksellisen perussairauden takia. Näitä sairauksia ovat esimerkiksi Crohnin tauti ja haavainen koliitti. Muita syitä voivat olla esimerkiksi sädeauriot, kasvaimen aiheuttama suolentukkeuma tai multippeli paksusuolensyöpä. Väliaikaista ohutsuoliavannetta käytetään muun muassa perianaalisen Crohnin taudin hoitona, useiden suolistoon kohdistuvien leikkausten välissä tai trauman jälkeen. Yleensä ohutsuoliavanne tehdään avoleikkauksella ja se pyritään tekemään sellaiseen paikkaan, että mahdollisimman paljon suoliston imeytymispinta-alaa jää jäljelle. (Sirviö 2014; Finnico 2017, 10.)

Ohutsuoliavanteet ovat joko kaksi- tai yksipiippuisia. Kyseiset avanteet sijaitsevat alavatsan alueella oikealla puolella (kuva 4). Koska paksusuolen tehtävänä on imeyttää suuri osa suolensisällön vedestä elimistöön, on ohutsuoliavanteen erite löysempää kuin uloste ja lisäksi kitkerän hajuista

sekä ihoa ärsyttävää. Suolenpää on yleensä noin 3-4cm koholla ihon tasosta. (Elfving 2016; Ahonen ym. 2013, 530.)



Kuva 4. Ohutsuoliavanne (avanne.fi 2015.)

Avanne, joka tehdään ohutsuolen viimeiseen kolmannekseen, on ileostooma. Leikkauksessa poistetaan yleensä peräsuoli ja koko paksusuoli. Tämä avanne on yksipiipainen. Loop-ileostooma on avanne, joka tehdään nostamalla ohutsuolen loppuosasta ohutsuolilenkki vatsapeitteiden päälle. Kyseinen avanne tehdään suojaamaan alemmas suolistoon tehtyä suolisaumaa, jotta suolenosa saa toipua rauhassa ennen sen käyttöönottoa uudestaan. Tämä on kaksipiipainen ja yleensä väliaikainen. (Ahonen ym. 2013, 530; Persson ym. 2008, 61–62.)

Jejunostooma on harvinainen ohutsuoliavanne. Se tehdään ohutsuolen keskiosaan ja vain jos ohutsuolen loppuosaa on vaurioitunut. Jejunostooma sijaitsee oikealla navan yläpuolella. Se on joko yksi tai kaksipiipainen. Sen erite on juoksevaa, syövyttävää ja erittäin runsasta. (Ahonen ym. 2013, 530.)

Ohutsuoliavanteessa suolen toiminta alkaa lähes välittömästi leikkauksen jälkeen. Sen toiminta on säännöllistä ja jatkuvaa, ulostetta voi tulla jopa useita litroja vuorokaudessa. Suoli toimii useita kertoja vuorokaudessa ja uloste on löysää ja polttaa ihon herkästi. (Elfving 2016.)

5 AVANTEEN HOITO

Avanteen hoidon tulee olla asiantuntevaa ja huolellista, jotta komplikaatiot vältettäisiin. Potilaan ohjauksen ja neuvonnan tulee olla kokonaisvaltaista. Potilasta ohjeistetaan ja opastetaan avanteen toiminnasta, avanesidosten vaihdosta sekä ihon hoidosta. Ohjaus tapahtuu suullisesti ja kirjallisesti kattaen sen, mikä avanne on, miten sitä hoidetaan sekä potilaan tukemisen uuteen tilanteeseen totutellessa. Myös potilaan omaiset huomioidaan ja otetaan mukaan ohjaukseen, jos potilas siihen suostuu. (Iivainen, ym. 2008, 68–70.)

Hoidon kaikissa vaiheissa on tärkeää huomioida aseptinen toiminta, jotta infektioita ei pääse syntymään. Avanteen hoidossa huomioidaan henkilö- ja käsihygieniä, hoitoympäristön ja välineiden puhtaus sekä aseptisten periaatteiden ja työjärjestyksen noudattaminen. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 87–89.)

Potilaan on tärkeää tietää, mitkä asiat kuuluvat avanteen normaaliin toimintaan ja mitkä merkit ovat hälyttäviä. Avanteen hoidossa on tärkeää tarkkailla, että avanne ei ole kaventunut, vetäytynyt, eloton tai ulos työntynyt (tyräytynyt). Uudestaan on leikattava, jos avanne menee nekroosiin. Avanteen limakalvoon verenkiertoon ja väriin tulee kiinnittää huomiota. Hemoglobiinipitoisuuden alentuessa avanteen limakalvo on vaalea ja tumman punainen väri on taas merkki verenkiertohäiriöstä. Jos avanne on eloton, silloin kyseessä on nekroosi (kuolio). Lisäksi avanteen paranemista arvioidaan, ettei avanne mene obstruktion (tukkeudu), stenoosiin (ahtaudu) tai striktuuraan (kuroudu). Heti leikkauksen jälkeen avanne on turvoksissa, mikä on normaalia. (Coco ym.2011, 218.)

5.1 Avannesidoksen vaihto

Avannetta hoidetaan vaihtamalla avannesidos riittävän usein. Vaihtoväli on yleensä yhdestä päivästä neljään päivään, kuitenkin niin usein ettei ulostetta pääse valumaan sidoksen alle ja iholle. Avannesidoksia on yksi- ja kaksiosaisia. Kaksiosaisessa sidoksessa on erikseen ihonsuojalevy, joka kiinnitetään avanteen ympärille sekä siihen liitettävä pussi. Yksiosaisessa sidoksessa ne ovat valmiiksi kiinni toisissaan. Pusseja on tyhjennettäviä ja umpinaisia. Ulosteen ollessa hyvin juoksevaa, käytetään yleensä tyhjennettävää pussia. (Sirviö 2014; Finnico 2017, 14; Persson ym.2008, 69–70.)

Avannesidoksen onnistumiseksi ympäröivän ihon on oltava terve. Avannepussin pohjalaatta irrotetaan varovasti yläreunasta alkaen ja painamalla iho irti levystä. Ihon puhtaudesta ja yleiskunnosta huolehditaan avannetta hoidettaessa. Iho pestään haalealla vedellä ja ympäröivä iho kuivataan huolellisesti taputtelemalla. Jos avanteen toiminta sen sallii, suositellaan ilmakylypyjä. Avannesidos kiinnitetään kuivalle ja puhtaalle iholle tarkasti mitatun sabluunan eli mallipohjan mukaan. Sidoksen tulisi ympäröidä avanne tiiviisti niin, ettei ihoa näy (Kuva 5). Pohjalaatta kiinnittyy paremmin, jos sitä lämmittää hetken aikaa ihoa vasten. Jos suolen sisältöä pääsee iholle, vaihdetaan koko sidos uuteen. (Sirviö 2014; Finnico 2017, 14–18; Persson ym. 2008, 72.)



↑ Avanne puhdistetaan ja kuivataan iho huolellisesti.



↑ Paina sormilla renkaan ympäri varmistaaksesi pussin kiinnittymisen.

keet valmiiksi ennen avanteenhoitoa.

Tarvitset:

- roskapussin
- kuivia pyyhkeitä/paperia pyyhkimiseen/kuivaamiseen
- lämmintä vettä pesemiseen
- uuden pussin ja ihonsuojalevyn
- sakset ihonsuojalevyn leikkaamista varten (jos on leikattava ihonsuojalevy)
- muuta (omien tarpeiden mukaan)



↑ Mittaa avanteesi koko. Jos avanteesi on epätasaisen tai ovaalin muotoinen, leikkaa pienillä, terävillä saksilla ihonsuojalevyn reikä sopivan kokoiseksi. Voit myös muotoilla sitä sormenpäilläsi. On tärkeää, että ihonsuojalevyn reikä vastaa avanteen kokoa olematta kuitenkaan liian tiukka.

← Keskitä ihonsuojalevy avanteen ympärille ja laita paikoilleen. Paina ihonsuojalevyä keskeltä reunoille päin kunnes olet varma, että se on hyvin ihossa kiinni. Varmista, että sulkija on kiinni ennen kuin kiinnität pussin ihonsuojalevyyn.



↑ Tarkista vielä, että pussi on varmasti ihonsuojalevyssä kiinni. Tee tämä varovasti.

Kuva 5. Avannesidoksen vaihto (Finnilco.fi 2014.)

Avanteen vaihtoväli on yksilöllinen ja vaihtelee tilanteen mukaan. Vaihtoväliin vaikuttavat esimerkiksi avanne- ja sidostyyppi, ulosteen tai virtsan koostumus sekä suolen toiminta. Joskus sidos pitää vaihtaa päivittäin, välillä sidos kestää jopa neljä päivää. Avanne kannattaa yleensä vaihtaa aamuisin ennen aamiaista, jolloin ulostetta tai virtsaa tulee vähiten. Jos sidoksen vaihtaa illalla, kannattaa ruokailua välttää ennen sitä, sillä ruokailu kiihdyttää suolen toimintaa. Sidoksen vaihtoon kannattaa varata riittävästi aikaa, jotta tulos on kunnollinen. Lisäksi ennen avannepussin vaihtoa, tulisi kerätä tarvittavat välineet valmiiksi, että vaihto sujuisi ongelmitta (Taulukko 1). (Sirviö 2014; Finnilco 2017, 15.)

Tarvittavat välineet	Tarvikkeiden määrä
Avanepussi	1
Suojalevy	1
Tehdaspuhtaat hanskat	1 pari
Mittari levyn sopivan aukon leikkamiseen	1
Puhdistusliina/paperi	Muutama tarpeen mukaan
Ihonsuojavoide	Tarpeen mukaan
Sakset	1
Roskapussi	1

Taulukko 1. Avanepussin vaihtoon tarvittavat välineet (Coco ym. 2011, 214.)

Luontevin paikka kotona sidoksen vaihtoon on kylpyhuone tai wc. Sidoksen voi tarvittaessa vaihtaa vaikka vaelluksella, sen ei tarvitse rajoittaa elämää. Sidokset säilytetään huoneenlämmössä ja valolta suojattuna. Aina kannattaa olla varasidos mukana. Käytetty sidos on sekajätettä eli ne hävitetään kotitalousjätteen mukana. Sidos laitetaan pieneen muovipussiin ja wc:ssä omaan kannelliseen roskikseen, joka pitää hajut sisällään. (Sirviö 2014; Finnilco 2017, 15–16.)

Avanteen hoitoon on olemassa myös muita tarvikkeita, kuten ihonsuojarenkaat, jotka suojaavat, vahvistavat ja tasoittavat pohjalevyn alaista ihoa esimerkiksi silloin, kun iho on ärtynyt tai avanne vetäytynyt. Suojalevyn avulla avannesidos kiinnittyy paremmin ja vuotoriski pienenee. Tiivistepastan avulla voidaan myös tasoittaa ihoa, jolloin avannesidoksen kiinnitys helpottuu. On myös olemassa talkkia ja erilaisia jauheita suojaamaan haa-vaista ja kosteaa ihoa sekä edesauttamaan sidoksen kiinnittymistä. Avanneaukon ihon suojaukseen on mahdollista käyttää ihonsuojakalvoa. Sitä käytetään rikkoutuneelle iholle ja se suojaa myös avannesidoksen liima-aineilta. Avanepussin tuottamia hajuja voi häivyttää esimerkiksi lisäämällä pussiin muutaman tipan hajunpoistajaa. (Finnilco 2017, 15.)

5.2 Ihonhoito

Ihonhoito painottuu ongelmien ennaltaehkäisyyn. Avannetta ympäröivää ihoa tarkkaillaan ja hoidetaan. Hoidon pääkohdat on lyhennetty ilmaisuksi VIP: vesi – ilma – puhtaus. Avannetta ympäröivä iho voi joskus punoittaa mekaanisesta ärsytyksestä, ja ulosteen tai virtsan päästessä kosketuksiin ihon kanssa esimerkiksi huonosti kiinnittyneen avannesidoksen seurauksena. Iho-ongelmia voi myös aiheuttaa avanteen sijainti tai ihon herkistyminen esimerkiksi pesuaineelle. Lisäksi ihoon voi tulla joskus kosketusallergiaa tai hiivasieni-infektio. Ihoa hoidetaan oireenmukaisesti ja tarvittaessa tulee kääntyä avannehoitajan tai lääkärin puoleen. Ongelmat ovat samankaltaisia kaikissa avannetyypeissä. (Coco ym.2011, 218; Finnilco 2017, 18.)

Yleisimmät iho-ongelmat johtuvat eritteen pääsystä iholle. Usein siihen auttaa se, että tarkistaa pohjalevyn aukkokoon ja tiivistää sitä tarvittaessa ihonsuojarenkaalla ta pastalla. Pohjalevyn liiann tiheä vaihtaminen voi aiheuttaa ihon pintakerroksen kuoriutumista eli stripping-ilmion. (Persson ym. 2008, 110; Finnilco 2017, 18.)

Avanteen ympäröivän ihon kuivuessa rasvataan sitä nopeasti imeytyvällä hajusteettomalla voiteella. Ylimääräinen rasva imeytetään esimerkiksi talouspaperiin, jotta sidos tarttuisi kunnolla ihoon kiinni. Avannesidoksen keräyspussi voi joillain aiheuttaa kosketusallergiaa, jolloin voidaan käyttää kankaista suojapussia. Punoittavaa ja ärtynyttä ihoa voi rauhoittaa sitä suihkuttamalla ja antamalla iholle mahdollisuuksien mukaan ilmakylpyjä. (Finnilco 2017, 18.)

5.3 Ravitsemus

Avannepotilaan ei tarvitse noudattaa erikseen mitään erityistä ruokavaliota. Tärkeää on monipuolinen ja tasapuolisesti eri ravintoaineita sisältävä ruokavalio. Avanneleikkauksen myötä suolisto muuttuu ja elimistön sopeutuminen uuteen tilaan vie puolesta vuodesta kahteen vuoteen riipuen siitä, mikä osa suolistosta on leikattu. Useissa sairaaloissa on mahdollista saada henkilökohtaista ravitsemusterapeutin ohjausta. (Coco ym. 2011, 212–213; Finnilco 2017, 21; Persson ym. 2008, 143.)

Rauhallinen ruokailu sekä kunnollinen pureskelu ovat tärkeitä. Huonosti sulavia ruokia on pilkottava pienemmäksi ja vältettäviä ruoka-aineita on useita. Kaikkea voi periaatteessa syödä vähän, mutta yksilöllisiä eroja on. Sopivan ruokavalion löytää kokeilemalla. Kuitenkin esimerkiksi pellavansiemenet, sitrushedelmien lohkot, kuivat hedelmät ja pähkinät sekä kova-kuoriset marjat ovat ruoka-aineita, joita kannattaa välttää. Riittävä juominen on tärkeää. Siten vähennetään erinäisiä ongelmia avannetyypistä riipuen. (Coco ym. 2011, 212–213; Sirviö 2014.)

Avanneleikatun on hyvä saada runsaasti kuituja ravinnosta, sillä ne vaikuttavat myönteisesti suoliston bakteerikantaan. Parhaita kuidun lähteitä ovat täysjyvävalmisteet, kasvikset, marjat ja hedelmät. Jos avanneleikatulla on suolistoavanne, kasviksia ei tulisi syödä suuria määriä raakoina, vaan ne tulisi keittää, kypsentää tai hienontaa esimerkiksi smoothien joukkoon. Myös marjat on parempi syödä soseina tai mehuina, sillä siemenet voivat olla haitallisia. Esimerkiksi tomaatit olisi hyvä syödä paseerattuna tai mehuna, sillä niiden kuoret ja siemenet lisäävät suolen tukkeumariskiä. (Finnilco 2017, 21–22.)

Varsinkin ohutsuoliavannepotilas menettää ulosteeseen runsaasti nestettä ja suolaa, koska niiden pääasiallinen imeytymispaikka eli paksusuoli on poistettu. Ohutsuoliavanneleikatun tulisikin juoda normaalia enemmän, ainakin 2-3 litraa nesteitä ja muutakin kuin vettä. Esimerkiksi laimennettu mehu sopii hyvin. Myös riittävään suolan saantiin tulisi kiinnittää

huomiota. Paksusuoliavannepotilaalla voi esiintyä helposti ummetusta. Kuitupitoinen ruokailu ja normaalia runsaampi juominen pehmittävät ulostetta. Virtsatieavannepotilas voi syödä normaalisti noudattaen samoja ohjeita kuin muut avannepotilaat. (Coco ym. 2011, 212–213.)

6 KOTIUTTAMINEN

Kotiuttaminen sanana kuvailee potilaan kotiutusta sairaalan vuodeosastolta hoitohenkilökunnan näkökulmasta, kun taas kotiutuminen kuvaa osastolta kotiin lähtemistä potilaan näkökulmasta. Kotiuttaminen sisältää potilaan kotiin tai jatkohoitopaikkaan siirtymisen lisäksi kotiuttamisen valmistelun. Siihen kuuluvat muun muassa potilaan ohjaaminen, omaisten informoiminen, tarvittavien kotihoidon apujen järjestäminen, lääkityksen tarkistaminen sekä kyydin järjestäminen potilaalle. (Opintokäynti 2017.)

Potilaan kotiutusprosessin suunnitteleminen alkaa potilaan tullessa sairaalaan. Tulevaa kotiuttamisen mahdollista ajankohtaa arvioidaan mahdollisimman pian, kun potilas on tullut osastolle hoitoon. Potilaan kotiuttamisen onnistumiseksi moniammatillinen yhteistyö ja sujuva avoin yhteistyö potilaan omaisten kanssa on tärkeää. Tiedonkulku on tärkeässä osassa onnistunutta kotiutusprosessia. (Eloranta & Virkki 2011, 35–44.; Jalonen 2014, 11–19; Opintokäynti 2017.)

6.1 Avannepotilaan hoitoprosessi

Osastovaihe on jaettu kolmeen osaan: akuuttivaihe, oireiden ja sairauden syyn selvitys- vaihe sekä selviytyminen ja muuttunut elämäntilanne. Siksi osastovaiheessa on tärkeää huomioida potilaan sekä omaisten tuen tarpeen ja mahdollisesti muuttuneen tilanteen ymmärtämiseksi tulevaisuutta varten. Hyvään kotiuttamiseen kuuluu myös huomioida potilaan sen hetkinen kyky vastaanottaa ohjausta ja tietoa jatkotoimista. Lisäksi potilaalle on kerrottava ennen kotiuttamista, missä ja miten tarvittava hoito jatkuu. (Eloranta & Virkki 2011, 35–44.; Pöllä & Ruuska-Kujala 2012, 8–14.)

Avannepotilaan leikkauksen jälkeen pitää kiinnittää huomiota avanteen toimintaan ja sen vitaliteettiin. Ennen potilaan kotiuttamista, pitää varmistaa, että potilas kykenee vaihtamaan avannesidoksen sekä hoitamaan avannetta. Potilaan tulee osata avanteen ongelmatilanteet sekä kaikki muut avanteeseen liittyvät asiat. Avannehoitajan pitää keskustella potilaan kanssa ja varmistaa hänen osaamisensa ennen kotiutumista. Lisäksi potilaan kannustaminen avaneyhdistyksiin liittymiseen ja avun pyytämisen ovat tärkeitä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 70.)

6.1 Avannepotilaan onnistunut kotiuttaminen

Potilaan onnistuneen sairaalasta kotiuttamisen ja sitä seuraavan hyvän jatkohoidon edellytyksenä ovat hoito- ja palveluverkoston yhteistyö ja viiveetön tiedon kulku. Vaikka suurin osa potilaiden kotiuttamisista onnistuu hyvin, on sairaalan ja jatkohoitopaikan tiedon kulussa ja yhteistyössä puutteita, jotka vaikeuttavat potilaan kotiuttamista sekä kotona selviytymistä ja myös aiheuttavat turhaa työtä hoitohenkilökunnalle. Kotiuttamisprosessin selvittäminen on tarpeellista, jotta kaikki hoitoon osallistuvat tahot voivat olla asettamassa koko prosessille yhteisiä asiakaslähtöisiä tavoitteita. (Eloranta & Virkki 2011, 35–44; Pöllä & Ruuska-Kujala 2012, 8–14.)

Hyvässä kotiuttamisessa potilasta koskevat oleelliset tiedot siirtyvät hänen mukanaan yhteistyötaholle. Onnistuneessa kotiuttamisessa potilas on saanut suullisen ohjauksen lisäksi myös kaikki jatkohoito-ohjeet ja lääkelistan kirjallisina mukaansa hoitohenkilökunnalta jatkohoittoa varten. (Pöllä & Ruuska-Kujala 2012, 8–14; Opintokäynti 2017.)

Yksi turvallista kotiuttamista tukeva hoitotyön keino on hoitoneuvottelujen järjestäminen tarvittaessa potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kesken. Niiden avulla yhdistetään moniammatillisen verkoston tavoitteet ja toteutus järkeväksi kokonaisuudeksi. Kun potilas pärjää kotona turvallisesti itse tai tarvitsemansa järjestetyn avun avulla, silloin sairaalan vuodeosastolta hoitohenkilökunta voi katsoa kotiutusprosessin päättyneeksi. (Eloranta & Virkki 2011, 35–44; Jalonen 2014, 11–19.)

Asiakaslähtöinen suunnittelu, potilaan avun tarpeen arvioiminen, potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, potilaan tarvitsemien palvelujen järjestäminen sekä tarvittavien tietojen siirtyminen ovat potilaiden kotiutusprosessin onnistumisessa huomioitavia asioita. Lääkemuutoksien tekemättä jättäminen ja potilaan tarvitsema tukipalvelun aktivoimatta jättäminen voidaan pitää riskeinä potilasturvallisuuteen. Potilaan kotiutuessa tavoitteena olisi myös, että kaikki kirjallinen potilaan hoitoon liittyvä tieto siirtyisi kerralla, joka jo suurimmilla paikkakunnilla tapahtuukin. (Eloranta & Virkki 2011, 35–44; Pöllä & Ruuska-Kujala 2012, 8–14; Opintokäynti 2017.)

Avannepotilaan hyvä ohjaus ja tukeminen ovat erittäin tärkeitä, jotta itsehoito onnistuisi. Hän tarvitsee tukea ja ohjausta uuteen tilanteeseen sopeutumiseen, avanteen toiminnan ja ihon kunnon seuraamiseen sekä avannepussin vaihtamiseen. (Coco, Lahti & Simola 2011, 212.)

6.2 Potilaan ohjaus

Potilaan hyvä ohjaus on tärkeä osa potilaan kotiuttamista, sillä hyvän kotiuttamisen onnistumiseksi on tärkeää keskittyä potilaan ohjaukseen huolellisesti. Potilaan hyvään ohjaukseen kuuluu sekä suullinen että kirjallinen ohjaus. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2011, 309.)

Avannepotilaan ohjauksessa on kolme eri vaihetta. Vaiheet ovat järjestyksessä orientoitumis-, työskentely- ja lopettamisvaihe. Orientoitumisvaihe alkaa ennen leikkausta ja jatkuu leikkauksen kolmanteen tai neljänteen päivään. Orientoitumisvaiheessa sopeudutaan ajatukseen avanteesta, suunnitellaan hoitoa ja asetetaan tavoitteet. Orientoitumisvaiheen jälkeen alkaa työskentelyvaihe, jolloin opetetaan potilasta hoitamaan avannetta itsenäisesti, annetaan tietoa ja tukea sekä vastuu omasta hoidosta siirretään hänelle itselleen. Viimeinen vaihe on lopettamisvaihe, jossa varmistetaan, että asetetut tavoitteet on saavutettu. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2011, 309.)

Itsenäisen avanteen hoitamisen lisäksi hoitotyön tavoitteena on, että potilas sitoutuu hoitoon, osaa havaita ilmenevät ongelmat ja osaa hakea apua tarvittaessa. Tavoitteena on myös, että suolen limakalvo-ongelmien välttämiseksi pyritään hyvään ihonhoitoon, jotta avannetta ympäröivä iho säilyy ehjänä. (Coco ym. 2011, 212.)

Hoitajan tehtävänä on ohjata avannepotilasta selkeästi ja rauhallisesti. Potilaalle on kerrottava, mikä avanne on ja miten toimitaan erilaisissa tilanteissa. Potilaalle kerrotaan, että avanteen pituus on noin 1-4 cm ja värittään se on normaalisti vaaleanpunainen. Lisäksi potilaan on hyvä tietää, että avanteen liian kovaa käsittelyä ja kuumalla vedellä huuhtelua pitää varoa, koska avanteen limakalvolla ei ole hermoja tai kiputuntoa. Avannesidoksen vaihtamisessa potilaalle kerrotaan, että sidoksen vaihtoväli on yksilöllinen. Jotkut vaihtavat sidoksen joka päivä, toiset taas harvemmin. Joillekin voi riittää sidoksen vaihto kahdesta kolmeen kertaan viikossa. Potilas oppii ajan kuluessa tietämään itselleen sopivan vaihtovälin. (Coco ym. 2011, 212.)

Hoitotarvikkeiden hankkimisessa potilasta ohjaa hoitaja osastolla tai avannehoitaja. Potilaalle kerrotaan esimerkiksi, mistä hän voi tarvikkeita hankkia, miten ja kuinka paljon. Hoitotarvikkeet ovat ilmaisia potilaalle ja niitä saa oman kotipaikkakunnan terveysasemalta tai hoitotarvikkejakelusta avannehoitajan tai lääkärin läheteellä. Hoitotarvikkeita saa kerralla noin kolmeksi kuukaudeksi. Joillain paikkakunnilla tuotteet toimitetaan kotiin sovittuna ajankohtana. Joissain kunnissa tuotteet taas lähetetään kotiin postitse tai haetaan sovitusta jakelupisteestä. Jos avannesidos ei enää sovi esimerkiksi sen takia, että avanteen koko on muuttunut, kannattaa ottaa yhteys avannehoitajaan. Uusien tuotteiden saamiseksi tarvitaan yleensä uusi lähete avannehoitajalta. (Coco ym. 2011, 212; Finnico 2017, 14.)

Potilaalle on hyvä kertoa, että avannesidos ei estä mitään normaaliin elämään liittyvää toimintaa. Sen kanssa voi myös käydä suihkussa, uida ja sauna. Potilasta on myös hyvä kannustaa liikkumaan jo pian leikkauksen jälkeen. Usein leikkauksen jälkeen moni pelkää aloittaa aktiivista liikuntaharrastusta, koska ei tiedä, mikä on turvallista. Ohje avanneleikatun liikuntaan on käyttää harkintaa ja maalaisjärkeä. Potilaan ohjaukseen kuuluu myös

ruokavalio- ja seksuaalineuvonta. (Coco ym. 2011, 212; Finnilco 2017, 16–25.)

Ohjauksen yhteydessä hoitajan on tärkeää rohkaista potilasta kertomaan vaikeista aiheista sekä tunteista. Potilaan omatoimisuutta voidaan edistää ja jännitystä rauhoittaa voimavaraistumista tukevalla potilasohjauksella. Se tarkoittaa tiedostavan potilaan terveyden tukemista hoitoon liittyvissä ongelmissa ja elämän hallinnassa. Sillä edistetään potilaan tiedonsaantia, jonka hoitohenkilökunta välittää ja tarkistaa. Tällä tavoin potilaan mahdollisuudet osallistua hoitoon ja päätöksentekoon vahvistuvat. (Elomaa, Eloranta, Johansson, Rasmus & Vähätalo 2010, 5.)

7 AVANNEPOTILAAN TUKEMINEN

Muuttuneeseen minään tutustuminen ja totuttelu voi viedä aikaa. Uusi minäkuva tulee vähitellen omaksi. Vaikka avanneleikattu tiedostaakin, että leikkaus oli tarpeellinen elämänlaadun parantamiseksi tai elämän säilyttämiseksi, voi silti tuntea katkeruutta ja vihaa siitä, mitä omalle keholle on tehty. Tärkeää on muistaa, että se on vain tunne, ei todellisuus. Aika ja kokemus antavat tilaa eheytymiselle ja uuden tilanteen hyväksymiselle. (Coco ym. 2011, 213; Finnilco 2017, 30.)

Oma kehonkuva samoin kuin seksuaalisuus ovat helposti haavoittuvia alueita, jonka takia hoitajan on tärkeää keskustella potilaan sekä hänen perheensä kanssa aiheesta ja ohjata tarvittaessa asiantuntijan luokse. Ihmisen suhde omaan kehoon on muotoutunut aikuiseksi kasvun ja elämän kokemusten myötä ja leikkaus muuttaa minäkuva. (Coco ym. 2011, 213; Swan 2011, 24.)

7.1 Minäkuva ja seksuaalisuus

Seksuaalisuus on elämään kiinteästi liittyvä kokonaisuus. Seksuaalinen hyvinvointi ei riipu siitä eläkö parisuhteessa ja harrastaako seksiä vai ei. Siihen vaikuttavat suhde omaan kehoon ja kyky kohdata sekä jakaa tunteita. Ulkoinen minäkuva muuttuu leikkausarven ja avannepussin myötä. Myös sisäinen minäkuva muuttuu, kun suoliston osan poistamisen myötä tulee muun muassa virtsaamisvaivoja. Se, että jälleen pystyy nauttimaan seksuaalisuudestaan ja omasta kehostaan, sekä niin halutessaan, rakastelusta, vaatii paljon avoimuutta, tunteiden läpikäyntiä, rohkeutta ja kärsivällisyyttä. Se kuitenkin on mahdollista ja vaivan arvoista. (Sirviö 2014; Coco ym. 2011, 213; Finnilco 2017, 29.)

Sairaus ja leikkaus vaikuttavat aina jollain tasolla parisuhteeseen. Jos kumppanit ovat oppineet keskustelemaan, selviytymään kriiseistä ja kunnioittavat toisiaan, he selviävät asiasta usein jo totutuin keinoin. Kaikissa

parisuhteissa ei kuitenkaan osata tai haluta ymmärtää toisen ajatuksia ja tunteita. Silloin ongelmat ovat usein pitkäaikaisempia. Uuden elämäntilanteen aiheuttama kriisi ja potilaan itsetunnon lasku sekä epäselvyys omasta minäkuvasta voivat rasittaa parisuhdetta. (Persson ym. 2008, 194; Finnilco 2017, 30.)

Avanneleikatun on hyvä kuulla, että avanne ei vaikuta hedelmällisyyteen ja lapsen saamisen mahdollisuuteen. Stressi voi vaikuttaa elämään henkisesti ja fyysisesti, siksi esimerkiksi erektiohäiriöt ovat tyypillisiä avanne- ja sen kaltaisen toimenpiteen yhteydessä. Potilaan on tärkeää kuulla tästä, jotta hän osaa suhtautua tilanteeseen ja käsitellä asiaa. (Coco ym. 2011, 213; Persson ym. 2008, 191–199.)

7.2 Tuen muodot

Tärkeimpänä tuen muotona nimetään usein emotionaalinen tukeminen. Sillä tarkoitetaan kuuntelemista, rohkaisua, empatian osoittamista ja potilaan tunteiden oikeuttamista. Yleensä emotionaalisen tuen tarpeet liittyvät terveyden, toimintakyvyn sekä omatoimisuuden ylläpitämiseen. Lisäksi hoitajalta saatava aika, lohdutus ja tulevaisuuden uskon vahvistaminen ovat osa potilaan emotionaalisen tuen tarvetta. Emotionaalisella tuella autetaan potilasta ymmärtämään ja kohtaamaan omia tuntemuksiaan sekä käsittelemään tunteitaan avoimesti ja hallitsemaan negatiivisiä ja kielteisiä tunteita. Hoitosuhteen tulisi perustua molemminpuoliselle luottamukselle ja jatkuvuudelle, jolloin potilaan on helpompi tuoda esille tuen tarpeitaan. (Mäkisalo-Roponen 2011; Mattila 2011, 18–25.)

Tavoitteena on tukea potilaalla jo olevia voimavaroja sekä samalla auttaa häntä ratkomaan päivittäisen elämän ongelmia sekä synnyttää voimaantumisen kokemus. Myös tiedollinen tuki on merkittävässä osassa. Tiedollisen tuen tarpeet liittyvät usein tietoon avanteesta ja sen hoidosta. Potilas tarvitsee tilanteeseensa sopivaa suullista ja kirjallista tietoa sekä asioiden perustelua. Potilaat ovat usein huolissaan myös perheenjäsentensä selviytymisestä ja tarvitsevat tukea parisuhteen ylläpitämiseen sekä lasten reaktioiden ja tunteiden käsittelyyn. (Mäkisalo-Roponen 2011, 199; Mattila 2011, 25–35.)

Potilaan perheen ja läheisten huomioiminen ohjauksessa sekä tukeminen ovat tärkeä osa potilaan hoitoa. Heidät tulisi ottaa mukaan ainakin osaan ohjaustilanteista tai heille tarjota erikseen ohjausta ja tukea sen mukaan, miten potilas ja perhe haluavat. Omaisten ohjaaminen ja tiedon jakaminen heille kuuluvat potilaan hoitoon, sillä siten he ymmärtävät paremmin potilaan tilannetta ja heidän on helpompi sopeutua muutokseen sekä ymmärtää potilasta ja hänen tunteitaan. Perheen tukeminen muutoksessa on tärkeää, sillä mitä enemmän läheinen kokee saavansa tukea, sitä useammin hän osallistuu. (Paavilainen 2013; Persson ym. 2008, 181–183.)

Sosiaalinen verkosto on tärkeä tuki uuteen elämäntilanteeseen totutuksessa. Se koostuu yleensä potilaan ympärillä olevasta tukijoukosta, kuten vanhemmista, puolisoista, sisaruksista, omista lapsista ja ystävistä. Sosiaalinen tukeminen tapahtuu kuuntelemalla, päivittäisissä toiminnoissa auttamalla tai esimerkiksi kertomalla potilaalle avanteeseen liittyvistä asioista. Vertaistuki on kuitenkin välillä paras tuen muoto uudessa elämäntilanteessa. (Mikkola 2006, 24–25.)

Vertaistuella tarkoitetaan samanlaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten tukea ja kokemusten jakamista. Sen perustana on vastavuoroisuus ja tasa-arvoisuus. Moni vasta sairastunut tai muun elämänmuutoksen kohdannut saattaa kokea yksin jäämisen tunteita erityisesti, jos ei voi käsitellä asiaa lähipiirissä. Vertaistukea järjestetään sekä koulutettujen vapaaehtoisten voimin, että ammatti-ihmisten ohjaamana erilaisten järjestöjen ja seurakuntien toimesta. (Yli-Pirilä 2014.)

Vertaistuen avulla potilas saa päivittäiseen elämään tarvittavaa tietoa, tukea ja voimavaroja. Ne edistävät hänen arjessa selviytymistään sekä kuntoutumista. Vertaistuen on koettu helpottavan vaikeista asioista ja tunteista puhumista sekä kuulluksi ja ymmärretyksi tulemistä. Lisäksi siitä on apua kokemusten jäsentämisessä. Kokemusten perusteella vertaistuki lievittää ahdistusta, antaa toivoa, helpottaa rasittavaa elämäntilannetta ja rohkaisee hankkimaan ammattilaisen apua oman tilanteen helpottamiseksi. (Yli-Pirilä 2014.)

Avannepotilaille vertaistukea järjestää Finnilco ry eli valtakunnallinen avanne- ja vastaavasti leikatuille ja anaali-inkontinenssipotilaille tarkoitettu järjestö. He tarjoavat myös sopeutumisvalmennuskursseja. Kurseja toteutetaan yksilö- ja ryhmämuotoisina leikatuille ja heidän läheisilleen. Kurseilla tarjotaan tietoa muun muassa avanteen hoidosta, avannetarvikkeista, ruokavaliosta ja henkisestä sopeutumisesta. Kurssit ovat maksuttomia ja niitä järjestetään vuodessa yleensä kuusi kertaa. (Sirviö 2014; Kurssit n.d.)

8 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

Opinnäytetyöprosessimme alkoi syksyllä 2016, jolloin aiheenamme oli tulevan sairaanhoitajan osaaminen avoterveydenhuollossa. Työmme ei kuitenkaan edennyt, koska olimme vaihdossa ja aiheemme oli hyvin laaja. Emme myöskään tiedäneet, mistä sen voisi aloittaa. Lisäksi opinnäytetyön työstäminen oli haastava maapallon toiselta puolelta.

Aloimme etsiä uutta aihetta ja saimme sähköpostitse ehdotuksen nykyisestä aiheestamme. Sähköpostissa kerrottiin aiheen käsittelevän potilaan kotiuttamista opintokäynnin pohjalta. Opintokäynti oli moniammatillinen vertaistapaaminen, joka järjestettiin Kanta-Hämeen keskussairaalan osasto 5A:lla tammikuussa 2017. Keskustelun aiheena oli kotiuttaminen ja sen haasteet. Tarkoituksenamme oli tehdä muistiinpanoja keskustelusta ja koostaa niistä muistio.

Tilaaajallamme oli paljon toiveita opinnäytetyön sisällön suhteen ja tapaa-misissamme tuli uusia toiveita. Jouduimme lopulta rajaamaan aihetta ja päädyimme avannepotilaan kotiuttamiseen. Aiheeseen päädyimme, koska avannepotilaita on usein kirurgisilla vuodeosastoilla ja heitä tulee myös muualla työskennellessä vastaan. Aihe on ajankohtainen ja jokaisen hoitotyön ammattilaisen tarvitsee tietää jonkin verran avannepotilaan hoidosta ja kotiuttamisesta.

Aloimme kerätä teoriatietoa kesällä 2017 ja kirjoittaa opinnäytetyömme teoriapohjaa. Tietoa etsimme kirja- ja internetlähteistä. Rajoitimme haun alle kymmenen vuotta vanhoihin lähteisiin, jotta tieto olisi mahdollisimman ajankohtaista ja paikkansa pitävää. Aiheen rajasimme käsittelemään avannetta ja avannepotilaan kotiuttamista. Aiheestamme löytyi hyvin tietoa, mutta vaikeuksia aiheutti se, että suurin osa tiedoista oli kirjoitettu yli kymmenen vuotta sitten. Työ kuitenkin eteni hyvin, koska meillä oli yhteiset tavoitteet ja päämäärä.

8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on tehdä toiminnallinen tuotos tilaajalle. Tuotos voi olla muun muassa esitteen, hoito-ohjeen tai toiminnallisen tuokion tekeminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä voidaan luoda ratkaisuja olemassa olevaan ongelmaan. (Vilka & Airaksinen 2003, 51.)

Yleensä toiminnallinen opinnäytetyö tehdään toimeksiantajalle eli tilaajalle. Kun työlle on saatu tilaaja, voidaan aloittaa työstämään työtä toimeksiantajan kanssa yhdessä. Näin työlle saadaan näkökulmaa myös työelämästä ja samalla myös opinnäytetyön tekijän työelämän taidot pääsevät kehittymään. Opinnäytetyön aiheen on hyvä olla yhteydessä tekijän omiin mielenkiinnon kohteisiin opiskeltavalta alalta. (Vilka & Airaksinen 2003, 52.)

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, sillä tuotimme muistion opintokäyntimme pohjalta tilaajalle. Toimeksiantajamme on Hämeen ammattikorkeakoulu. Työstimme työtämme toimeksiantajamme toiveiden pohjalta, vaikka jouduimmekin rajaamaan aihetta selkeämmäksi kokonaisuudeksi. Työllemme eli kirjoittamallemme muistiolle oli tilaajalla selkeä tarve, sillä siitä he näkevät, mitä asioita tapaamisessa käsiteltiin ja saivat kuvan siitä, oliko tapaaminen hyödyllinen osallistujille ja kannattaako niitä jatkaa myös tulevaisuudessa.

8.2 Opinnäytetyön tilaaja

Opinnäytetyömme tilaaja on Hämeen ammattikorkeakoulu ja Hämeen ammattikorkeakoulun yliopettaja. Yliopettaja työskentelee jaetusti Hämeen ammattikorkeakoulussa sekä Kanta-Hämeen Keskussairaalassa. Hänen työhönsä kuuluu muun muassa vertaistapaamisten järjestäminen, jollaiseen osallistuimme sekä yhteydenpito ja yhteistyö näiden kahden laitoksen välillä. Hän on myös opiskelijavastaava Kanta-Hämeen Keskussairaalassa.

Opinnäytetyömme toimeksiantajina ovat Hämeen ammattikorkeakoulu sekä ammattikorkeakoulun yliopettaja, koska järjestetyistä vertaistapaamisista tarvitaan kirjallista tietoa (Liite 1) sekä pohdintaa tapaamisten hyödyistä ja tarpeellisuudesta. Opinnäytetyöllämme tuomme esiin näitä tapaamisia ja niiden tarvetta.

Hämeen ammattikorkeakoulu pystyy myös hyödyntämään kirjoittamamme opinnäytetyötä opetuksessaan. Siitä löytyy ajankohtaista tietoa niin avanteista ja niiden hoidosta, kotiuttamisesta että vertaistapaamisten ja yhteistyön hyödyistä.

8.3 Opintokäynti

Opintokäynti oli tammikuussa 2017. Tapaaminen pidettiin Kanta-Hämeen keskussairaala osasto 5A:lla. Paikalla oli osasto 5A:n, Hämeenlinnan- ja Riihimäen terveyskeskuksen työntekijöitä sekä Hämeen ammattikorkeakoulun kaksi yliopettajaa ja sairaanhoitajaopiskelijaa.

Tapaamisen tarkoituksena oli tarjota mahdollisuus keskustella kotiuttamisesta ja kotiuttamisen haasteista. Keskustelun aiheena oli kotiuttamisprosessi ja miten se eri paikoissa tapahtuu. Lisäksi puhuttiin siitä, millaisia haasteita ja kehittämideoita eri organisaatioilla kotiuttamisesta on.

Tapaaminen alkoi paikallaolijoiden esittäytymisellä sekä osasto 5A:n ja sen toiminnan esittelemisellä. Osasto 5A on gastro- ja urologisille potilaille tarkoitettu osasto, jossa on 40 vuodepaikkaa. 45 prosenttia potilaista on päivystyspotilaita. Osastolla on myös avannehoitaja, joka osallistuu avannepotilaiden kotiuttamiseen ja ohjaa heitä ennen kotiuttamista.

Osastolla oli kokeilussa osastokoordinaattorin toimi, jonka toimintaa myös esiteltiin. Osastokoordinaattorin toimenkuva kattaa potilaiden ja hoitajien sijoittamisen, potilaspaikkojen järjestämisen, puhelimeen vastaamisen, päiväkävijät eli potilaat, jotka tulevat osastolle tutkimuksia varten päiväksi, potilaiden kuljettamisen tutkimuksiin ja monta muuta asiaa. Osastokoordinaattorina työskentelee joku aamuvuoron sairaanhoitajista ja vuoro kiertää työntekijöiden kesken. Osastokoordinaattori on koettu osastolla hyödylliseksi sekä selkeyttänyt työnjakoa. Koska kokeilu on saanut hyvin myönteistä palautetta, aiotaan osastokoordinaattorin toimenkuva vakiinaistaa osaksi osaston käytänteitä.

Pääasiassa keskustelu käsitteli sitä, miten potilassiirrot jatkohoitopaikkaan toteutetaan osasto 5A:lla. Mielenkiintoa herätti, miten lääkehoitoon liittyvät asiat potilassiirtojen yhteydessä toteutetaan, sillä lääkelistoja on harvoin päivitetty potilaan saapuessa jatkohoitopaikkaan. 5A:n työntekijät kertoivat osastolla työskentelevien lääkäreiden juuri vaihtuneen ja yrittävänsä tässä yhteydessä ottaa käyttöön uusia toimintatapoja, kuten sen, että lääkärit automaattisesti päivittäisivät potilaiden lääkelistat potilasta kotiuttaessaan.

Osallistujia puhutti lisäksi se, että jatkohoitopaikkaan ilmoitus potilaan siirtymisestä saadaan usein vasta sinä päivänä, kun potilas siirtyy. Tämän syyksi nimettiin muuttuvat tilanteet ja se, että myös osasto 5A:n hoitajille tieto tulee usein vasta samana päivänä eikä heillä tämän takia ole mahdollisuutta ilmoittaa asiasta aiemmin tai suunnitella kotiuttamista tai potilassiirtoa aiemmin. Tähän osallistujat pohtivat yhdessä ratkaisuja, jotta tieto saataisiin välitettyä aiemmin ja kotiuttamista pystyttäisiin suunnittelemaan jo aikaisemmassa vaiheessa. Ehdotuksena oli muun muassa tiedustelu lääkäriltä potilaan mahdollisesta kotiuttamispäivästä heti hoidon alkuvaiheessa, jolloin potilasta ehdittäisiin valmistella siirtoon tai kotiuttamiseen jo etukäteen ja tieto pystyttäisiin välittämään myös omaisille ja jatkohoitopaikkoihin.

Alue-Effican käyttöönottoa osallistujat pitivät hyvänä muutoksena, jonka ansiosta heidän tiedonhakunsa helpottuu, tieto on ajantasaista ja muille töille jää enemmän aikaa. Keskustelua herätti osasto 5A:n potilaan kotiutus- ja siirtotoimien tarkistuslista, jonka osallistujat saivat tarkasteltavakseen (Liite 2), kun kysyivät osastolta, onko kotiutettaville ja siirrettäville potilaille jotain ohjetta, jota seurata. Tarkistuslista koettiin hyvin tehdyksi ja kattavaksi ja siitä uskottiin olevan suuri apu kotiutusten yhteydessä.

Kiinnostusta herätti tapaamisen aikana se, millä perusteella osasto 5A:lla katsotaan, voiko potilas kotiutua. Tärkeimmiksi kriteereiksi nimettiin, että potilas pärjää apuvälineillä ja pienen avun turvin sekä että vatsa toimii ja virtsaus sujuu. Jos potilaan toimintakyky mietityttää, järjestetään hänellä jatkohoitopaikka, josta hän voi myöhemmin kotiutua voinnin ja toimintakyvyn parannuttua.

5A:n edustajilta kysyttiin myös saavatko he paljon palautetta kotiutuksiin tai potilassiirtoihin liittyen. He kertoivat sitä tulevan harvoin ja sen silloin käsittelevän huonoja ohjeita kotiuttamisen yhteydessä tai sitä, että pape-reiden saanti kesti. Välillä kotiuttamisista tuli HaiPro- ilmoitus kotihoidolta, kun heille ei oltu muistettu ilmoittaa potilaan kotiuttamisesta.

Tapaamiseen osallistujat olivat miettineet kysymyksiä jo etukäteen ja lisää tuli keskustelun aikana. Keskustelu eteni pitkälti siten, että muiden organi-saatioiden edustajat kyselivät kysymyksiä osasto 5A:n osallistujilta ja he vastailivat kysymyksiin. Näiden kysymysten pohjalta heräsi keskustelua ja myös kritiikkiä toimintamalleista ja käytänteistä eri organisaatioissa, poh-dintoja siitä, miten toimintaa voitaisiin parantaa ja mietteitä siitä, voitai-siinko jonkun käyttämää mallia hyödyntää myös toisten osallistujien työ-paikoilla.

Tapaamisessa keskustelu oli vilkasta ja ajatuksia herättävää. Tunnelma oli lämmin ja yhteisöllinen. Keskustelu sai osallistujat pohtimaan kotiuttami-seen liittyviä kysymyksiä syvemmin ja uusilta näkökannoilta sekä herätti ajatuksia ja ideoita. Tapaaminen antoi heille myös mahdollisuuden antaa palautetta siitä, miten he käytännössä kokivat potilassiirtojen onnistuneen erityisesti osasto 5A:n ja muiden toimijoiden kesken, mutta myös muiden toimijoiden välillä.

Koimme vertaistapaamisen osallistujille hyödylliseksi. Siinä he kuulivat, mi-ten kotiuttaminen tapahtuu eri paikoissa ja saivat ideoita siitä, miten pa-rantaa omaa kotiuttamistaan tai potilassiirtojaan. Tapaaminen myös antoi osallistujille mahdollisuuden keskustella ja vaihtaa ajatuksia siitä, mitä si-sältyy onnistuneeseen kotiuttamiseen ja miten siihen voitaisiin päästä. Ta-paaminen tarjosi mahdollisuuden ajatusten vaihtoon ja omien toiminta-mallien arviointiin sekä kehittämiseen, josta varmasti olisi hyötyä myös muissakin asioissa kuin vain kotiuttamisessa.

Opinnäytetyön kirjoittajille tapaaminen oli myös hyödyllinen, sillä se sai meidät pohtimaan omaa suhtautumistamme kotiuttamiseen ja mielti-mään, missä meillä olisi parantamisen varaa. Erityisesti tarkistuslistan koimme hyödylliseksi, sillä siinä on mainittu kaikki oleelliset kohdat, jotka tulee huomioida potilaan kotiuttamisen yhteydessä. Huomasimme myös, että kotiuttamisessa voi olla erilaisia käytänteitä, kaikki eivät noudata sa-maa kaavaa. Mielenkiintoista oli myös kuulla, millaisia kriteereitä osasto 5A:lla on käytössä, että he uskovat potilaan olevan siirto- tai kotiuttamis-kuntoinen.

9 POHDINTA

Opinnäytetyömme toiminnallisena osana teimme muistion opintokäynnin pohjalta. Osallistuimme yhteen Kanta-Hämeen keskussairaalassa järjestettyyn tapaamiseen, joita järjestää Hämeen ammattikorkeakoulun yliopettaja eri organisaatioiden keskeen. Tapaamisen tarkoituksena oli tarjota mahdollisuus keskustella kotiuttamisesta ja kotiuttamisen haasteista. Keskustelun aiheena oli kotiuttamisprosessi ja miten se eri paikoissa tapahtuu.

Rajallisen ajan vuoksi jouduimme miettimään, miten rajaisimme aiheen. Päätimme keskittyä avannepotilaan kotiuttamiseen sekä siirtoon jatkohoitopaikkaan. Avannepotilaat ovat yleinen potilasryhmä kirurgisella vuodeosastolla ja heitä tapaa myös muissa hoitopaikoissa, jonka takia aihe kiinnosti meitä. Teimme muistion tapaamisesta kirjoittamiemme muistiinpanojen pohjalta ja kirjoitimme teoriaosuuden avanteesta, avannepotilaan kotiuttamisesta sekä siitä, mitä hyvä kotiuttaminen sisältää.

Toiminnallinen opintokäynti eri organisaatioiden työntekijöiden kanssa sujui hyvin. Vertaistapaamisessa osallistujat kuulivat, miten kotiuttaminen tapahtuu eri paikoissa ja saivat ideoita siitä, miten parantaa omaa kotiuttamistaan tai potilassiirtojaan. Lisäksi Kanta-Hämeen keskussairaalan sairaanhoitaja kertoi osastokoordinaattorin toimenkuvasta. Siihen kuuluu potilaspaiikkojen sekä hoitajien työnjaon suunnittelu, uusien potilaiden vastaanottaminen sekä puhelimeen vastaaminen. Hän myös avustaa tarvittaessa muita hoitajia. Kokeilu on selkeyttänyt ajankäyttöä ja ollut myönteinen kokemus, jonka takia sitä jatketaan.

Muistion tekeminen oli välillä haasteellista, koska vertaistapaamisessa keskusteltiin 5A osastokoordinaattorin toimenkuvasta enemmän kuin kotiuttamisesta. Lisäksi opinnäytetyön tilanneella opettajalla oli paljon odotuksia ja toiveita, kuten että kirjoittaisimme opintokäynnin pohjalta potilaan kotiuttamisesta vuodeosastolta ja vertailisimme perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kotiuttamisen eroja, joka on hyvin laaja aihe. Pitkän harkinnan ja opintopiirissä saamiemme ehdotusten jälkeen päätimme keskittyä avannepotilaan kotiuttamiseen ja siirtoon jatkohoitopaikkaan kirurgiselta vuodeosastolta.

Vertaistapaamisessa jaettiin osallistujille osasto 5A:n potilaan kotiutus- ja siirtotoimien tarkistuslista, jonka ajankohtaisuutta pohdimme. Tarkistuslista on mielestämme hyvä ja tukee hoitajia potilaan kotiuttamisen ja siirron yhteydessä. Tarkistuslistassa on huomioitu monia tärkeitä asioita muun muassa ohjauksen antaminen ja varmistaminen, että potilas on nämä ohjeet ymmärtänyt. Lisäksi lista ohjaa tarkistamaan, mitä kaikkea potilaalle annetaan osastolta mukaan kotiuttamisen yhteydessä. Tarkistuslistassa ei sinänsä puutu mitään, se on kuitenkin hyvä tarkistaa ja päivittää ajantasaiseksi säännöllisin väliajoin, koska käytännöt muuttuvat hieman

jatkuvasti. Esimerkiksi osastonkordinaattorin tehtävät kotiutuksen suhteen on uusi muutos osasto 5A:lla. Vertaistapaamisessa esiin nousseet asiat ja tarkistuslista kotiuttamisesta ovat yhteneviä kirjoittamamme teorian kanssa. Teoriatieto myös tukee mielipidettämme siitä, että tällaiset vertaistapaamiset ovat hyödyllisiä ja parantavat kotiuttamisen käytänteitä entisestään.

9.1 Luotettavuus ja eettisyys

Kirjoittaessamme opinnäytetyön teoriaosuutta mietimme lähteiden valintaa tarkoin. Tarkka raja oli, että lähteiden julkaisuvuoden tulee olla tältä vuosituhannelta. Pyrimme siihen, että lähteemme olisivat alle 10 vuotta vanhoja ja mitä tuoreempia, niin sitä parempi. Lähteiden tiedot varmistimme oikeiksi tarkistamalla ne useista eri lähteistä. Olimme myös lähdekriittisiä ja hyväksyimme tiedon vain niiltä internetsivuilta ja niistä kirjoista, jotka tiesimme luotettaviksi.

Eettisyyttä pohdimme tehdessämme muistiota. Emme halunneet nimetä tapaamisen osallistujia nimeltä, koska muistion tekemisessä ei ollut tarkoitus tuoda esille työntekijöiden henkilökohtaisia tapoja vaan pohtia kotiuttamista yleisesti. Lähetimme muistion myös opinnäytetyön tilanneelle yliopettajalle hyväksyttäväksi ennen, kun laitoimme sen työmme liitteeksi.

9.2 Opinnäytetyön prosessin aikana opitut asiat

Opinnäytetyön tekeminen kehitti kokonaisuudessaan meitä ammatillisesti. Opinnäytetyötä tehdessämme saimme todella arvokasta kokemusta vertaistapaamiseen osallistumisesta ja eri organisaatioiden toimintatavoista. Opimme myös tekemään muistion tapaamisesta muistinpanojen pohjalta.

Olemme kehittyneet tiedon etsinnässä ja tietomme sekä osaamisemme on vahvistunut avannepotilaan hoitotyöstä ja kotiuttamisesta. Opimme avannetyypit ja mitä niiden hoitaminen sisältää. Tämän työn avulla tietomme lisääntyi avannepotilaan hoitopolusta sekä heidän tukemisestaan.

Tämän työn sekä muistion tekemisestä ja opintokäynnille osallistumisesta tulee olemaan meille paljon hyötyä tulevaisuudessa. Ennen tämän työn tekoa meillä ei ollut paljoakaan tietoa avanteista ja potilaan kotiuttamisen haasteista. Tämä työ ja sen tekeminen on antanut meille uusia työvälineitä, joiden avulla pystymme työelämässämme tukemaan ja ohjaamaan avannepotilasta paremmin. Meillä on myös valmiudet huomioida heidän kotiuttamiseensa ja potilassiirtoihinsa liittyvät erityispiirteet paremmin. Huomasimme ja opimme myös yhteistyön merkityksen ja tarpeellisuuden hoitotyössä opintokäynnin avulla. Tehdessämme opinnäytetyötä opimme suunnitelmallisuutta ja yhteistyötä eli miten suunnitellaan ja tehdään

työtä mahdollisimman sujuvasti työparin kanssa sekä opimme huomioimaan toistemme mielipiteet työskennellessämme ja sovittamaan ne samaan työhön ehjäksi kokonaisuudeksi.

LÄHTEET

Ahonen, A., Blek-Vehkoluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. (2013). *Kliininen hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. (2011). *Sairaanhoito ja huolenpito*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Avanne.fi 2015. Avannetyypit. Haettu 22.08.2017 osoitteesta <http://avanne.fi/avannetyypit/>

Coco, K., Lahti, L. & Simola, R. (2011). *Hoito ja huolenpito*. Helsinki: WSOY pro Oy.

Elfving, H. (2016). Duodecim, sairaanhoitajan tietokannat. Ohutsuoli- ja paksusuoliavannepotilaan hoito. Haettu 9.9.2017 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti>

Elomaa, L., Eloranta, S., Johansson, K., Rasmus, M. & Vähätalo, M. (2010). *Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. Tutkiva hoitotyö 8 (1)*.

Eloranta, T. & Virkki, S. (2011). *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Tammi

Finnilco (2017). Avanneopas. Finnilco ry. Haettu 24.8.2017 osoitteesta <http://finnilco.fi/tietoa/avanneopas/>

Finnilco.r.fi. (2014). Information om stomi, j-påse och tarminkontinens. Haettu 22.08.2017 osoitteesta <http://docplayer.se/4627335-Information-om-stomi-j-pase-och-tarminkontinens.html>

Forsström, J., Palanteri, S. (2010). Somaattinen erikoissairaanhoito 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti. Haettu 07.09.2017 osoitteesta http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr05_10.pdf

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen K. (2009). *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. Porvoo: WSOY.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. (2008). *Hoida ja Kirjaa*. Keuruu: Tammi.

Jalonen, M. (2014). Turvallinen kotiutus porin perusturvan kotihoidossa. Terveiden edistäminen. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Haettu 24.8.2017 osoitteesta https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/77506/jalonen_mari-anna.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Kurssit (n.d.) Finnilco ry. Haettu 26.8.2017 osoitteesta <http://finnilco.fi/ajankohtaista/kurssit/>
- Lewis, S., Heitkemper, M., Dirksen, S., O'Brien, P. & Bucher, L. (2007). *Medical Surgical Nursing Assessment and management of clinical problems*. St. Louis: Mosby elsevier.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. (2010). *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY pro.
- Mattila, E. (2011). Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja. Haettu 27.8.2017 osoitteesta <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence>
- Mikkola, L. (2006). Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Väitöskirja. Haettu 27.8.2017 osoitteesta <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13414/9513927288.pdf?sequence>
- Mäkisalo-Roponen, M. (2011). *Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Tammi.
- Opintokäynti (2017). Vertaistapaaminen sairaanhoidon ammattilaisten kesken Kanta-Hämeen Keskussairaalan osasto 5A:lla.
- Paavilainen, E. (2013). Potilaan ja läheisten ohjaus. Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri. Haettu 9.9.2017 osoitteesta http://www.epshp.fi/files/6152/Potilaan_ja_laheisten_ohjaus.pdf
- Persson, E., Berndtsson, I. & Carlsson, E. (2008). *Stomi- och tarmopererad -ett helhetsperspektiv*. Pozkal, Poland: Studentlitteratur
- Pöllä, P. & Ruuska-Kujala, H. (2012). Kotiutukset erikoissairaanhoidosta. Terveystieteiden edistäminen koulutusohjelma. Laurea ammattikorkeakoulu. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Haettu 24.8.2017 osoitteesta <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/46906/Kotiutukset%20erikoissairaanhoidosta.pdf?sequence=1>
- Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E., Bjålie, J. & Toverud, K. (2013). *Ihminen – Fysiologia ja anatomia*. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Sirviö, P. (2014). Duodecim, sairaanhoitajan tietokannat. Avannepotilaan hoito. Haettu 16.6.2017 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti>

Solunetti (2006). Paksusuoli. Haettu 15.6.2017 osoitteesta <http://www.solunetti.fi/fi/histologia/paksusuoli/>

Swan, E. (2011). Colostomy, management and quality of life for the patient. British Journal of Nursing. Haettu 1.9.2017 osoitteesta <http://web.a.ebsco-host.com.ezproxy.hamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=16340215-5ee7-4af9-bbd0-e47defceec39%40sessionmgr4006>

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Tammi

Yli-Pirilä, P. (2014). Vertaistuki. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim 2015. Haettu 26.8.2017 osoitteesta http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03440&p_haku=vertaistuki

Opintokäynnin muistio

Hämeen Ammattikorkeakoulu	Muistio
Opintokäynti	24.1.2017
Kotiutusyhteistyön palaveri	
Aika	Ti 24.01.2017 klo 13:45-15:00
Paikka	Kanta-Hämeen keskussairaala osasto 5A (5.krs)
Läsnä	Kolme osasto 5A:n työntekijää Hämeenlinnan terveystieteiden työntekijä Neljä Riihimäen terveystieteiden työntekijää Hämeen ammattikorkeakoulun kaksi yliopettajaa ja kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa
1 5A:n osaston esittely	45 prosenttia potilaista on päivystyspotilaita. Osastolla on 40 paikkaa, josta on 30 paikkaa gastroenterologisille ja 10 paikkaa urologisille potilaille. Osaston henkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajia, perushoitajia ja osaston farmaseutti. Keskimääräinen hoitoaika on 3,5 vuorokautta ja vaihtuvuus on suurta.
2 5A:n osastokoordinaattorin toimenkuva	Suunnittelee potilaspaikat sekä hoitajien työajan. Ottaa vastaan uudet potilaat ja vastaa puhelimeen. Avustaa tarvittaessa muita hoitajia. Kokeilu on selkeyttänyt ajankäyttöä ja ollut myönteinen kokemus, jonka takia sitä jatketaan.
3 Kotiuttamisen suunnittelu	Potilaan kotiutus- ja siirtotoimien tarkistuslista. (Liite 2.) Kaikille yli vuorokauden osastolla oleville potilaille tehdään hoitotyön yhteenveto ja jatkohoitosuunnitelma. Ennen kotiuttamista/potilassiirtoa kotiutusohitaja arvioi potilaan jatkohoidon tarpeen. Siirto terveystieteiden tapahtuu lääkärin läheteellä.
4 Potilassiirron ja kotiuttamisen haasteet	Hoitotyön yhteenvetöjen tekeminen vie aikaa. Kotiuttamisen suunnittelu etukäteen on ollut vaikeaa, jonka takia kotiuttamisesta ja potilassiirrot menevät iltapäivään. Ei ole ollut aikaa potilaiden valmisteluun siirtoon/kotiuttamiseen sekä omaisten informointiin. Nyt lääkärit vaihtuneet ja yritetään muuttaa toimintamallia. Tieto potilaan siirrosta jatkohoitopaikkaan vasta samana päivänä. Lääkäri eivät ole päivittäneet lääkelistoja aina ennen potilaan siirtymistä. Osa potilaista palaa seuraavana päivänä takaisin osastolle. Kotiutuuko liian aikaisin?
5 Potilassiirtojen vahvuudet	Yhteinen Effica poistanut tarpeen aluehauulle. Tieto ajantasaista ja helposti saatavissa. Riihimäellä on kotisairaala. Tietoisuus toiminnasta ja kysyntä ovat lisääntyneet. Osastolla on kotiuttamisesta/siirrosta tarkistuslista. (Liite2.) Jokainen saa epikriisin sekä hoitotyön yhteenvedon mukaan siirron ja kotiuttamisen yhteydessä. Osastolle tulossa uusi ohjelma (Bumerangi), joka mittaa juuri kotiutettujen palaamista osastolla. Hoitotyön eri toimijat tapaavat toisiaan Hämeen ammattikorkeakoulun yliopettajan organisoimissa kehittämissalavereissa. Siellä heillä on mahdollisuus vertaiskeskusteluun ja -tukeen sekä ideoiden ja ajatusten jakamiseen. Lisäksi he voivat pohtia yhdessä ratkaisuja esille nouseviin kysymyksiin ja ongelmiin.

Potilaan kotiutus—ja siirtotoimien tarkistuslista
Kanta-Hämeen keskussairaalan oma tekemä



POTILAAN KOTIUTUS- JA SIIRTOTOIMIEN TARKISTUSLISTA
täytetään kotiutusta tai laitossiirtoa suunniteltaessa ja toteutettaessa
Potilaan nimi

X	pvm	tekijä	Kotiutus- ja siirtotoimet
			Hoitohenkilökunta ilmoittaa aina jatkohoidon tarpeesta siihen yksikköön johon hoito on suunniteltu. Tieto tavoitekotiutus- / siirtopäivästä ilmoitetaan jatkohoitoon hoitajakson alussa. Ilmoittamista ei anneta asiakkaan tai omaisen tehtäväksi, vaikka he sitä ehdottaisivat.
			Potilaan palvelutarpeen kartoitus aloitetaan jo tulotilanteessa
			Kotihoidon piirissä olevat potilaat: Sovittu kotihoidon kanssa jatkohoidosta. Potilaat, jotka eivät ole aiemmin olleet kotihoidon piirissä: Aloitettu palveluiden tarpeen arviointi kotiutushoitajan tai palveluohjaajan kanssa <ul style="list-style-type: none"> • konsultoitu kotiutushoitajaa tai • soitettu palveluohjaajalle • kartoitettu tukipalveluiden tarve
			Kotiutuksesta / siirrosta tiedotettu <ul style="list-style-type: none"> • kotiutushoitajalle (vaativat kotiutukset, uudet tai lyhytaikaista paikkaa tarvitsevat potilaat) osastonsihteerille • sairaalahuoltajille • erityistyöntekijöille (fysioterapeutit, kuntoutusohjaaja jne.)
			Kotiutus- / siirtopäivä sovittu <ul style="list-style-type: none"> • potilaan kanssa • omaisen kanssa • kotihoidon kanssa, mikäli kotiutus edellyttää vastaanottajaa kotiin (kellonai-ka)
			Annettu jatkohoitopaikkaan / kotihoidolle <ul style="list-style-type: none"> • raportti siirtävästä potilaasta
			Hoitotyön yhteenveto tehty HOIYHT ja SH lehdelle
			Lähete välinejakeluun tehty kartoitettu apuvälineiden tarve kerrottu, mistä välineet saa sovittu, kuka apuvälineet varaa/hakee
			Kotihoito-ohjeet ja lääkitys käyty läpi potilaan kanssa <ul style="list-style-type: none"> • tarkistettu, että ohjeet on ymmärretty • selvitetty kuka hakee potilaalle lääkkeet • selvitetty milloin lääkkeet haetaan ja kenen toimesta ne annostellaan ja sen perusteella arvioidaan yksilöllisesti kotiin annettavien lääkkeiden tarve • ohjattu tarvittaessa lääkedosetin hankintaan
			Hoito-ohjeet tulostettu ja annettu potilaalle
			Potilaan kanssa keskusteltu kotiutuksesta / siirrosta
			Potilaalle annettu mukaan <ul style="list-style-type: none"> • voimassa olevat reseptit, lääkelista ja Marevan-ohje • omat lääkkeet • muut henkilökohtaiset tavarat • tutkimuksiin valmistautumisohjeet ja kontrolliajatsairauslomtodistukset • todistus matkakorvausta varten • tarvittava, välttämätön hoitovälineistö (avannetarvikkeet, katetrit, DM-tarvikkeet jne.)
			Potilaalle on kerrottu, mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteessa <ul style="list-style-type: none"> • annettu palveluohjauksen yhteystiedot • varattu palveluohjaajan kotikäyntiaika
			Siirtokuljetus tilattu / sovittu <ul style="list-style-type: none"> • omainen hakee • taksi tai ambulanssi

Tätä listaa ei arkistoida!