



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

POTILASOPAS MUNUAISENSIIRRON SAANEELLE JA HÄNEN LÄHEISILLEEN

TEKIJÄT: Niina Aalto
Riitta Aho
Janne Virmanen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma			
Työn tekijä(t) Niina Aalto, Riitta Aho ja Janne Virmanen			
Työn nimi Potilasopas munuaisensiirron saaneelle ja hänen läheisilleen			
Päiväys	14.9.2017	Sivumäärä/Liitteet	53 / 1
Ohjaaja(t) Tiina Mäkeläinen ja Annikki Jauhiainen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala, munuaispoliklinikka			
Tiivistelmä			
<p>Opinnäytetyön aiheena oli potilasohjaus munuaisensiirron saaneelle ja hänen läheisilleen. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena kehittämistyönä toimeksiantajan tarpeesta. Kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen potilasopas Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) munuaispoliklinikalle munuaisensiirron saaneille potilaille. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ajankohtaista ja laadukasta ohjausmateriaalia munuaispoliklinikan käyttöön. Oppaan tavoitteena oli parantaa potilasohjausta munuaisensiirron saaneelle, yhtenäistää ohjauksen sisältöä ja lisätä potilasturvallisuutta sekä hoitoon sitoutumista.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaosuuden aineisto koottiin kirjallisuuskatsauksena monipuolisesti kirjallisuudesta ja tutkimuksista. Opinnäytetyöraporttia kirjoitettiin samanaikaisesti tiedonhaun kanssa. Opasta kehitettiin yhdessä poliklinikan henkilöstön kanssa ja siihen pyydettiin näkökulmaa munuaisensiirron saaneelta. Opas toteutettiin yhteistyössä poliklinikan henkilöstön toiveiden mukaisesti. Opas annetaan sähköisenä versiona toimeksiantajalle oppaan kuvittamista ja taittamista varten.</p> <p>Oppaasta tuli selkeä ja ytimekäs tietopaketti munuaispoliklinikan henkilöstön käyttöön. Opas toimii muistin tukena potilaalle munuaisensiirron jälkeen. Oppaaseen on koottu keskeisimmät asiat munuaisensiirron jälkeen tapahtuvasta hoidosta. Oppaasta välittyy positiivisuus ja toiveikkuus paremmasta elämästä.</p> <p>Jatkotutkimuksena voisi selvittää, miten opas toimii käytännössä. Miten henkilöstö on ottanut oppaan käyttöön ohjauksen tukena ja ovatko potilaat kokeneet oppaan hyödylliseksi. Tulevaisuudessa oppaan voisi tehdä sähköiseksi versioksi ja siitä voisi tehdä älylaitteisiin soveltuvan mobiilisovelluksen.</p>			
Avainsanat Potilasohjaus, hoitoon sitoutuminen, potilasohje, munuaisensiirto, munuaissairaudet			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Niina Aalto, Riitta Aho and Janne Virmanen			
Title of Thesis A guide for a patient and his/her family, after receiving a kidney transplant			
Date	14.9.2017	Pages/Appendices	53 / 1
Supervisor(s) Tiina Mäkeläinen and Annikki Jauhiainen			
Client Organisation /Partners Kidney outpatient clinic at the Kuopio University Hospital			
<p>Abstract</p> <p>The topic of thesis was a guide for a patient who has received a kidney transplant and their relatives. The thesis was carried out as a functional development work to the need of the sponsor. It was the purpose of the development work to produce a written patient guide for kidney outpatient clinic at the Kuopio University Hospital (KYS). The aim of the thesis was to produce timely and high-quality guidance material for use in the kidney clinic. The guide's goal was to improve patient guidance, present the varied content of previous studies in a coherent way, to increase patient safety and commitment to the care.</p> <p>The theoretical part of the thesis was compiled from literature and research as a literature review. We wrote the thesis report simultaneously with information retrieval. The guide was developed in conjunction with the staff of the outpatient clinic and they were asked about a perspective on kidney transplantation. The guide was implemented in co-operation with the wishes of the outpatient staff. The Guide is provided as an electronic version to the Principal for illustrating and folding the Guide.</p> <p>The guide became a clear and concise information pack for the kidney clinic staff. The guide serves to support the memory of the patient after the kidney transplant. The guide summarizes the most principal issues after the kidney transplant. The guide is conveyed by the positive and hopefulness of a better life.</p> <p>A further study could find out how the guide's activities work. How the staff has taken the guide to support the guidance and whether the patients have experienced a useful guide. In the future, the guide could be made into an electronic version and it could be made of a mobile application suitable for intelligent devices.</p>			
<p>Keywords Patient education as topic, patient education handout, patient guide, kidney transplantation, and kidney diseases</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	POTILASOHJAUksen MERKITYS.....	8
2.1	Ohjaus osana potilasturvallisuutta.....	8
2.2	Ohjaus hoitotyössä.....	9
2.3	Hoitoon sitoutuminen.....	11
2.4	Potilasohjeet työvälineenä ja tiedonvälittäjänä.....	11
3	MUNUAISET JA VAJAATOIMINTAA AIHEUTTAVAT MUNUAISSAIRAUDET	13
3.1	Akuutti munuaisten vajaatoiminta.....	14
3.2	Krooninen munuaisten vajaatoiminta.....	16
3.2.1	Diabeettinen munuaistauti.....	17
3.2.2	Glomerulonefriitti.....	17
3.2.3	Munuaisten monirakkulatauti.....	18
3.2.4	Pyelonefriitti.....	18
3.3	Erilaiset dialyysihoidot.....	18
4	MUNUAISENSIIRRON PERUSTEET	20
4.1	Vasta-aiheet munuaisensiirrossa.....	20
4.2	Munuaisten luovutus.....	21
5	MUNUAISENSIIRRON JÄLKEINEN HOITOTYÖ	23
5.1	Munuaissiirtopilaan seuranta.....	23
5.2	Hyljintä eli rejektio.....	24
5.3	Hyljinnäesto- eli immunosuppressiolääkitys.....	25
5.3.1	Siklosporiini ja takrolimuusi.....	26
5.3.2	Mykofenolaattimofetiili ja atsatiopriimi.....	27
5.3.3	Kortikosteroidit.....	27
5.4	Muut komplikaatiot.....	28
5.4.1	Infektiot.....	28
5.4.2	Sydän- ja verisuonisairaudet.....	29
5.4.3	Syövät.....	29
5.4.4	Luusto-ongelmat.....	30
5.5	Elämä munuaissiirteen kanssa.....	30
5.5.1	Psykososiaaliset muutokset.....	30

5.5.2	Seksuaalisuus ja raskaus munuaisensiirron jälkeen.....	32
5.5.3	Rokotukset	32
5.5.4	Matkustaminen	33
5.5.5	Terveelliset elämäntavat.....	33
6	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	35
6.1	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät	35
6.2	Tiedonhaku	36
6.3	Työn eteneminen.....	37
6.3.1	Suunnittelu- ja työstövaihe	37
6.3.2	Viimeistelyvaihe	38
6.3.3	Valmis tuotos.....	38
7	POHDINTA	39
7.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	39
7.2	Ammatillinen kehittyminen	40
7.3	Jatkokehittämissuositukset	41
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	42
	LIITE 1: POTILASOPAS.....	47

1 JOHDANTO

Potilasohjaus korostuu hoitotyössä. Lyhentyneet hoito- ja sairaalassaoloajat, informaatiotekniikan kehittymisen myötä tiedon saannin helpottuminen, potilaiden vaatimukset laadukkaampaan hoitoon sekä heidän asemansa vahvistuminen oman hoitonsa aktiivisena toimijana ja vastuunkantajana nostavat potilasohjauksen merkitystä. (Kyngäs ym. 2007, 5–7.) Asiantuntevalla ja motivoivalla potilasohjauksella voidaan lisätä hoitoon sitoutumista. Tämä on erityisen tärkeää, koska väestö ikääntyy ja samalla pitkäaikaisesti sairaiden määrä kasvaa. Hyvä hoitoon sitoutuminen on myös taloudellisesti kannattavaa, koska on osoitettu, että sillä saadaan aikaan parempia hoitotuloksia ja lyhyempiä hoitajaksoja. Huono hoitoon sitoutuminen on myös merkittävä tekijä, miksi potilasohjaukseen tulee panostaa ja kiinnittää huomiota kaikilla terveydenhuollon osa-alueilla. On arvioitu, että noin kolmannes sairaalahoidosta johtuu huonosta hoitoon sitoutumisesta. (Kyngäs ja Hentinen 2009, 11–13.)

Laadukkaalla ohjauksella on edistävää vaikutus potilaan terveyteen. Se on havaintojen mukaan edistänyt potilaan toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa, kotona selviytymistä ja itsenäistä päätöksentekoa. Samoin potilaan mieliala on parantunut. (Kyngäs ym. 2007, 145.) Näillä tekijöillä on vaikutusta pitkäaikaissairauden hoitoon ja loppuelämään vaikuttavaan elinsiirtoon, esimerkiksi tässä työssä käsiteltyyn munuaisensiirtoon.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2014) on verkkosivuillaan kuvannut potilasturvallisuutta seuraavalla tavalla:

- *Hoitoa, josta ei koidu vaaraa potilaille vahingon, erehdyksen, unohduksen tai lipsahduksen vuoksi*
- *Hoitoyksikön periaatteita, käytäntöjä ja hyviä prosesseja, joilla riskejä ja vaaratilanteita ennakoidaan ja estetään*
- *Inhimillisten virheiden ehkäisyä - voimme estää yli puolet vahingoista*
- *Yhdessä oppimista ketään syyllistämättä*
- *Yhteinen asia - kuuluu jokaiselle potilasta hoitavalle.*

Määritelmässä ei suoranaisesti puhuta potilasohjauksesta, mutta jokaiseen kohtaan ohjauksen voi hyvin liittää. Näin ollen potilasohjaus on yksi keskeisiä tekijöitä myös potilasturvallisuudessa.

Munuaisten eri sairaudet voivat johtaa vajaatoimintaan ja lopulta munuaisensiirtoon. Terveet munuaiset kykenevät säätelemään erittyvän virtsan määrää tehokkaasti. Munuaistaudissa suola- ja nestetasapainon säätely heikkenee. Valkuaisaineen kertyminen elimistöön eli proteiuria muun muassa johtaa munuaisten vajaatoimintaan. Munuaisten vajaatoiminnan aiheuttaman uremian eli virtsamyrkytyksen takia aktiivihoidossa vuoden 2011 lopussa oli Suomessa 803 potilasta miljoonaa asukasta kohden. Luku on matalampi kuin monessa muussa maassa. 1990-luvulla tämä määrä kaksinkertaistui, mutta nyt tilanne on vakiintunut. Diabeteksen ja kohonneen verenpaineen hyvä hoito on parantanut munuaistaudin ennustetta ja siten dialyysihoidon tarve on alkanut vakiintua. (Helin 2014.)

Munuaisensiirtoa odottavia dialyysihoidossa olevia potilaita on Suomessa noin 350 henkilöä. Munuaisen siirtoja tehdään Suomessa kuitenkin vain noin 200 vuosittain. Siirrännäisistä on siis pulaa. Odo-

tusaika munuaisensiirtoon on noin vuosi, mutta odotusaika on pidentymässä koska sopivia luovuttajia ei ole riittävästi. Yli puolet siirännäisistä toimii vielä kymmenen vuoden jälkeen. Suomessa siirännäisten saanti on hyvä muihin maihin verrattuna. Pääasiassa Suomessa tehtävistä munuaisensiirroista, noin 95 prosenttia, tehdään aivokuolleilta potilailta, mutta eläviä omaisluovuttajia tarvittaisiin lisää kasvaneen tarpeen vuoksi. Munuaisensiirtotoiminta on Suomessa osaavaa, yksistään Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa (HYKS) on tehty yli 6000 siirtoa vuodesta 1964 lähtien. (Munuais- ja maksaliitto s.a. d.)

Munuaisensiirtoon Meilahden sairaalaan lähtee Kuopion yliopistollisesta sairaalasta (KYS) vuosittain henkilöitä vaihteleva määrä. Osa henkilöistä jotka lähtevät munuaisensiirtoon KYS:sta voivat olla ympäristökuntien sairaaloiden, kuten Varkauden ja Iisalmen, dialyysiyksiköiden potilaita. Vuoden 2016 aikana Kuopiosta on lähtenyt munuaisen siirtoon 22 potilasta ja kombisiirtoon, jossa siirretään munuaisen lisäksi myös haima, yksi potilas. Jälkihoito ja -kontrollit tapahtuvat Kuopiossa munuaispoliklinikalla, jonne potilaat siirtyvät parin kolmen viikon päästä leikkauksesta. (Sirkka 2016-12-12.)

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen kehittämistyö "Potilasohje munuaissiirron saaneelle ja hänen läheisilleen". Opinnäytetyössämme kuvataan pitkäaikaisia munuaissairauksia, munuaisensiirtoon johtavia syitä sekä munuaisensiirron jälkeiseen hoitoon ja selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kirjallinen potilasopas annettavaksi munuaisensiirron saaneille. Samalla munuaispoliklinikan henkilöstö saa oppaan käyttöönsä ohjauksen tueksi. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa potilasohjauksen laatua, luoda turvallisuuden tunnetta potilaille ja auttaa hoitohenkilöstöä potilasohjauksen kehittämisessä. Työn toimeksiantajana ja tilaajana toimii Kuopion yliopistollisen sairaalan, KYS:n munuaispoliklinikka 3114.

2 POTILASOHJAUKSEN MERKITYS

Potilasohjausta voidaan pitää terveydenhuollon ammattilaisen antamana ohjauksena, valmennuksena, kasvatuksena tai koulutuksena potilaalle. Ohjauksella voidaan pyrkiä potilaan johtamiseen, johdattamiseen tai hänen toimintaansa vaikuttamiseen. Nykykäsityksen mukaan ohjaus kuitenkin pyrkii edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. (Kyn-gäs ym. 2007, 25.) Tämän käsityksen mukaan ohjauksen lähtökohtina pidetään asiakaslähtöisyyttä, ohjattavan ja ohjaajan jaettua asiantuntijuutta sekä ohjattavan ja ohjaajan vastuullisuutta. (Kyn-gäs ja Hentinen 2009, 77).

Potilasohjausmenetelmiä on monia. Hoitajan tehtävänä on tunnistaa jokaisen potilaan kohdalla hänelle oikea menetelmä, jotta ohjaaminen on tuloksellista. Arvioiden mukaan näkemisen ja kuulemi-sen muistaminen poikkeaa hyvin merkittävästi toisistaan. Näiden aistien yhdistäminen auttaa muis-tamaan lähes kaiken ohjaamisesta. Ohjaamisessa tulisi käyttää monia eri ohjausmenetelmiä. Sanalli-sen ja kirjallisen ohjauksen tukena joidenkin potilaiden kohdalla on hyvä käyttää kuvamateriaalia tai rytmittää asiakokonaisuuksia esimerkiksi kolmen sarjoihin. (Kyn-gäs ym. 2007, 73–74.)

Vuorovaikutusta potilaan kanssa pidetään ohjauksen kulmakivenä. Sen vuoksi ohjausta annetaan useimmiten suullisesti. Yksilöohjaus on kaksisuuntaisena vuorovaikutustilanteena usein tehokkain menetelmä oppimisen kannalta. Potilaat arvostavat yksilöllistä ohjaamista, koska silloin ohjaus läh-tee potilaan tarpeista aktivoiden ja motivoiden potilasta sitoutumaan omaan hoitoonsa. Yksilöoh-jauksessa vallitsee myös vapaampi ilmapiiri, jolloin palautteen antaminen on helpompaa. (Kyn-gäs ym. 2007, 73–74.) Ryhmäohjausta käytetään usein erilaisissa terapioissa ja terveyden edistämiseen liittyvissä asioissa, jolloin ohjaus saadaan jaettua samanaikaisesti isommalle kohdejoukolle. Ryhmä-ohjaus voi toisinaan olla tuloksellisempaa kuin yksilöohjaus. Esimerkkinä voisi olla potilaalle ja hänen läheisilleen annettava ohjaus toimenpiteeseen valmistautumisesta ja siitä toipumisesta, jolloin oh-jaus tulee samanaikaisesti kaikille, ja ryhmässä voi herätä askarruttavia asioita enemmän kuin yksi-löohjauksessa. (Kyn-gäs ym. 2007, 104–107.)

2.1 Ohjaus osana potilasturvallisuutta

Potilasturvallisuus on laaja käsite ja sen määritelmä vaihtelee hyvin paljon sen mukaan, kenen näkö-kulmasta asiaa tarkastellaan. Kun puhutaan potilasturvallisuudesta, sen ymmärretään käsittävän ter-veydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita sekä toimintoja, joilla tarkoitetaan turvallisuutta hoidossa ja potilaan suojaamista vahingoittumiselta. Potilasturvallisuuteen kuuluvat hoidon turvallisuus sekä lääke- ja laiteturvallisuus. Näissä kaikissa osa-alueissa vaikuttavat inhimilli-set tekijät, koska on kyse ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta. Inhimillisiä virheitä ei perinteisesti sallita terveydenhuollon kulttuurissa, niitä valitettavasti sattuu yhtenäen. Näihin inhimillisiin virheisiin vaikuttaa moni asia. Nykypäivänä työkuorma ja stressi näkyvät kiireenä, ja näillä tekijöillä usein seli-tetään unohduksia ja potilasturvallisuutta heikentäviä asioita. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa ja Pen-nanen 2011, 11–17.)

Ihmisen tarkkaavaisuus sekä muisti ovat rajallisia, ja ne vaihtelevat hyvin paljon yksilöittäin. Muistin varaan ei välttämättä kaikkea voi jättää, ja sen vuoksi onkin kehitetty erilaisia muistia tukevia tekniisiä ratkaisuja, tarkistuslistoja ja ohjeita. Potilasohjeet ovat osaltansa parantamassa potilasturvallisuutta ja laatua hoitotyössä. Ohjeiden avulla saadaan samansisältöinen ohjaus jokaiselle potilaalle ja näin varmistetaan potilaan tietoisuutta sairaudesta tai tulevasta toimenpiteestä. Samalla lisätään turvallisuuden tunnetta potilaalle. Tiedon avulla potilas pääsee vahvistamaan sietokykyä hoidosta mahdollisesti aiheutuvaa haittaa tai poikkeamaa varten. (Helovuo ym. 2011, 75–85.)

Hoitotyössä hoidon turvallisuus on ikivanha toteutusperiaate, joka koskee potilaan hoitotyötä ja hoitotyön toimintoja kokonaisuudessaan. Turvallisuus hoitotyössä syntyy ennaltaehkäisyn ja tiedonvälityksen kautta. Terveystieteiden ammattilaisten tulee tiedonvälityksen lisäksi varmistaa potilaan oman tiedon oikeellisuus ja tukea häntä käyttämään tietoa hyväkseen omassa hoidossaan. Ohjaus on tiedonvälitystä ennaltaehkäisystä, sairauden hoidosta ja mahdollisista hoidoista aiheutuvista riskeistä. Turvallisuuden näkökulmasta riskeistä kertominen potilaan hyvinvoinnista tai sairaudesta on perusteltavampaa, kuin kertomatta jättäminen turhan stressin ja huolen suojeluna. Tieto on tavoiteltavaa, jotta potilas osaa auttaa itseään ennakoimalla ja estämällä riskejä omalla toiminnallaan. Toisin sanoen potilasta itseään voidaan pitää turvallisuuden osatekijänä. (Leino-Kilpi 2009, 173–174.)

2.2 Ohjaus hoitotyössä

Ohjaus hoitotyössä on tiedonvälitystä terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välillä eri viestintätekniikoita hyväksi käyttäen. Monesti perinteisen ohjauksen antaminen käsitetään tapahtuvan välittömässä vuorovaikutustilanteessa vastaanotolla. Nykyään kuitenkin ohjaamisen suunnitelmallisuus ja tehostaminen korostuvat hoitoaikojen lyhentymisen, ohjauksen antajien kirjavuuden ja potilaan itsemääräämisoikeuden vuoksi. Tästä johtuen ohjauksessa käytetään monenlaista ohjaamista tapaamisista, puhelinkeskusteluihin ja kirjallisiin ohjeisiin. Ohjausta annetaan myös hoidon eri vaiheissa hoitoa edeltävästi ja hoidon jälkeisenä aikana. (Kyngäs ym. 2007, 5–17.)

Kaikkea terveydenhuollon toimintaa, myös ohjaamista ohjaavat eri lait ja suositukset. Vaikka laeissa ei suoranaisia viitteitä hoitotyön ohjaamiseen löydykään, ne antavat yleisluonteisempia määräyksiä terveyteen liittyvissä perustehtävissä. (Kyngäs ym. 2007, 13–17.) Esimerkkinä mainittakoon Suomen perustuslain (11.6.1999/731) luvun 2 mukaan kansalaisten perusoikeuksista seuraavat; yhdenvertaisuus, oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, sivistykselliset oikeudet, oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin, oikeus työhön ja elinkeinovapaus sekä oikeus sosiaaliturvaan. Edellä mainitut perusoikeudet eivät suoranaisesti viittaa terveydenhuoltoon, vaan yleisemmin linjauksia kansalaisten hyvinvointiin.

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) luvussa 2 antaa täsmällisempiä viittauksia oikeuksista ja velvollisuuksista potilaan asemassa olevalle. Laki ohjaa pykälässä viisi terveydenhuollon henkilöstöä antamaan selvityksen potilaalle liittyen hänen terveydentilaansa, hoitoonsa ja sen vaikutuksesta sekä muista potilaan hoitoonsa liittyvistä seikoista, jotka vaikuttavat päätöksentekoon

hänen hoitamisessaan. Kuitenkin lakia sovelletaan yhdessä muiden lakien, kuten perustuslain, kuntalain, kansanterveystien ja erikoissairaanhoidon kanssa laadultaan hyvän ja tasa-arvoisen terveyden- ja sairaanhoidon järjestämiseksi. (Kyngäs ym. 2007, 13–17.)

Potilas on oman itsensä ja sairautensa paras asiantuntija. Tähän asiantuntijuuteensa potilas tarvitsee ohjausta ja ajantasaista tietoa terveydenhuollon asiantuntijoilta. Nykyään tietoa on saatavilla helposti internetistä, mutta aina tiedon oikeellisuudesta ei voi mennä takuuseen. Hoitajalla on vastuu tunnistaa ohjaustilanteessa potilaan tarvitsema tieto ja hänen taitonsa vastaanottaa sekä ymmärtää annettu informaatio. Ohjaus tulisi antaa siten, että ohjaustilanteessa potilas tuntisi olevan pulman aktiivinen ratkaisija ja siten tuntisi itsensä asiantuntijaksi tilanteessa. Tällä tavalla potilas motivoituu ja sitoutuu paremmin oman sairautensa hoitamiseen. (Kyngäs ym. 2007, 25–38.)

Ohjaustilanne on tasa-arvoinen keskustelu, mutta hoitajan on tarpeen valmistautua ja suunnitella tilanne etukäteen. Haastetta hoitajalle lisää potilaiden erilaisuus ja ohjauksen lähtökohdat, jotka voivat olla hyvin erilaisia riippuen niin potilaan kuin hoitajan taustatekijöistä. Tyypillisesti ohjaustilanteita ohjaa jokin tunne ja sen vuoksi tilanne voi muuttua keskustelun aikana hyvinkin paljon. Hoitajan on arvioitava koko tilannetta ohjauksen ajan, jotta ohjaus olisi tarkoituksenmukaista ja potilaan ymmärtämää. Potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät sekä ympäristötekijät vaikuttavat merkittävästi siihen, miten ohjaustilanne tulisi hoitaa ja miten se etenee. Nämä taustatekijät vaikuttavat myös potilaan motivoitumiseen ja suhtautumiseen hoitajan antamaan ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 25–38.)

Ohjausta annettaessa on syytä kiinnittää huomiota potilaan omaisten tai läheisten tiedon tarpeeseen. Ohjattavan ikä vaikuttaa usein siihen, haluaako potilas läheisiä mukaan ohjaustilanteeseen. Vanhuksilla jatkoahoito on usein omaisten vastuulla, joten he voivat ottaa omaiset mukaan ohjaustilanteeseen. Nuorille voi tulla holhottu tunne, jos ohjeistus annetaan vain vanhemmille. Nuorilta on kysyttävä, haluavatko he vanhempiaan lainkaan ohjaustilanteeseen. Lapsen kohdalla taas on otettava huomioon lapsen ikä- ja kehitystaso. Vanhempien läsnäolo on välttämätön lapsipotilasta ohjattaessa ja ohjeistuksesta keskustellaan ensin perheen kanssa yhdessä. Tarvittaessa ohjauksesta keskustellaan vielä vanhempien kanssa kahden kesken. (Torkkola, Heikkinen ja Tiainen 2002, 32–33.)

Oral (2014) kertoo Theseuksessa julkaistussa opinnäytetyössään munuaissiirtopotilaiden kokemuksia ohjauksesta ja sen merkityksestä. Tutkimukseen osallistuneet potilaat kertoivat seuraavien osa-alueiden vaikuttavan ohjauksen onnistumiseen: ”potilaan etukäteistieto munuaissiirtoleikkauksesta, potilaan positiiviset asenteet, potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen hyvä ja luottamuksellinen suhde, riittävä ohjaus ja tuki sekä vertaistuki”. Kaiken kaikkiaan tutkimukseen osallistuneet potilaat pitivät ohjausta merkityksellisenä osana hoitoprosessissa ja munuaissiirrosta selviytymiseen. Tutkimuksessa haastatelluista neljä potilasta piti suullista ohjausta parempana ja kuusi potilasta piti kirjallista ohjausta parempana. Haittaavina tekijöinä haastateltavat pitivät muun muassa potilaiden erilaisia pelkoja, huonoa fyysistä kuntoa, perussairauksia, ohjauksen riittämättömyyttä ja sen ymmärtämättömyyttä, hoitoon pääsyn pitkittymistä ja hoitohenkilöstön kokemattomuutta sekä huonoa käyttäytymistä.

2.3 Hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutumisen kannalta ohjaukselle on asetettava realistiset ja konkreettiset tavoitteet yhdessä potilaan tai ryhmän kanssa. Tällä tavoin se on tuottoisaa ja potilaan saavutettavissa. Tavoitteita asetettaessa on tärkeää ottaa huomioon potilas ja hänen omat näkemyksensä aktiivisesti kuuntelemalla. Hoitajan apu voi olla tarpeen potilaan asettamien tavoitteiden selkeyttämisessä. Mikäli tavoitteet on asetettu liian suuriksi, on vaarana jäädä pääsemästä niihin. Mikäli asetettu tavoite osoittautuu liian suureksi, voi hoitaja auttaa tavoitteen arvioinnissa esittämällä potilaalle kysymyksiä, joiden avulla tavoitteiden saavuttaminen konkretisoituu. Hoitajalla on päävastuu ohjauksen suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista, mutta potilaalla on oltava mahdollisuus osallistua ohjaukseen tasavertaisena edistääkseen hoitoon sitoutumistaan. Hoitoon sitoutuminen edellyttää myös sitä, että potilas pitää ohjausta merkityksellisenä asiana. Paras tulos saavutetaan siten, että ohjaus tehdään tasavertaisessa vuorovaikutuksessa yhdessä potilaan kanssa hänen tarpeisiinsa sopivaksi suunnitellen. (Kyngäs ym. 2007, 75–79; Kyngäs ja Hentinen 2009, 76–81.)

Hoitoon sitoutuminen on ennen kaikkea potilaan toimintaa oman sairautensa hoidossa, mutta yhtä lailla se koskee terveydenhuollon henkilöstöä. Pitkäaikaisissa sairauksissa tai pysyvissä tilanteissa hoito on pikemminkin mielekästä ja joustavaa päätöksentekoa ja toimintaa kuin kaavamaisista ohjeiden noudattamista. Hoidon tavoitteena on pitkäaikainen terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen tai hoito ja kuntoutus. Pysyvä tilanne tai pitkäaikainen sairaus aiheuttaa muutoksen tarvetta työ- ja vapaa-ajan käytössä sekä muutoinkin elämänrytmissä ja tapahtumissa. Ohjeiden noudattamisen omaksuminen joustavaksi toiminnaksi vie aikaa. Tästä syystä hoitoon sitoutuminen on hyvä ajatella prosessina, joka etenee tavoitteellisesti omaehtoiseen sitoutumiseen hoidossa. (Kyngäs ja Hentinen 2009, 16–18.)

Hoitoon sitoutuminen merkitsee potilaalle terveyttä ja toimintakykyä. Nämä vaikuttavat suoraan parempaan elämänlaatuun ja siten lisääntyviin elinvoimaisiin elinvuosiin ja turvallisuuteen. Näistä asioista on kiistatonta näyttöä tutkimuksellisesti ja kokemuksellisesti. Hoitoon sitoutuminen vaatii potilaalta tietynlaisia uhrauksia ja tavoitteiden asettamista. Koska nykyään elämänrytmi on kiireistä ja stressaavaa, voi tavoitteiden asettaminen olla haastavaa. Potilas voi joutua tekemään merkittäviä muutoksia elämäntavoissa, ajallisia ja taloudellisia uhrauksia, opettelemaan uusia asioita ja näkemään asioiden eteen vaivaa enemmän kuin aikaisemmin. Tärkeää on tiedostaa se, että tavoitteiden saavuttamiseen voi kulua aikaa, jopa useita vuosia. (Kyngäs ja Hentinen 2009, 23.)

2.4 Potilasohjeet työvälineenä ja tiedonvälittäjänä

Potilasohjeista puhuttaessa tulee helposti mielikuva viestinviejästä, ettei varsinaista ohjausta tarvitsisi tehdä. Potilasohjeella on kuitenkin paljon suurempi merkitys. Potilasohjeet sisältävät neuvojen lisäksi tietoa terveydenhuollon järjestämisestä ja itse sairaudesta sekä sen hoidosta. Potilasohjeet toimivat myös työvälineenä terveydenhuollon ammattilaisille ohjaustilanteissa sekä muistin tukena potilaalle ja heidän läheisilleen. (Torkkola ym. 2002, 11.) Hyvä potilasohje pitää sisällään selkeästi

kuvattua ja havainnollisesti esitettyä tarkistettua faktatietoa sairaudesta tai sairauden hoidosta. Toisin sanoen potilasopas on viestimisen väline. On tärkeää kiinnittää huomiota siihen, miten oppaassa oleva tieto on kerrottu. On merkityksellistä, ymmärtääkö lukija kirjoitetun tiedon oikealla tavalla. Tärkeää on pohtia, miten yksityiskohtaista ja laajaa tietoa oppaaseen on aiheellista kirjoittaa. (Torkkola ym. 2002, 12–15.) Hyvärinen (2005) mukaan potilasopas olisi hyvä kirjoittaa juonen tavoin, jolloin lukijan olisi helpompi ymmärtää ohjeita. Yksinkertaisimmillaan juoni voi olla asioiden kertomista tärkeysjärjestyksessä, aikajärjestyksessä tai aihepiireittäin. Olipa järjestys mikä tahansa, ohjeet tulee olla perusteltuja. Perustelut olisi hyvä esittää niin, että ohjauksesta aiheutuisi potilaalle mahdollisimman vähän haittaa arjessa.

Potilasohjetta tehdessä tulee ottaa huomioon oppaan lukija. Useimmiten opasta lukee maallikko. Oppaassa on hyvä käyttää paljon yleiskieltä, jolloin oppaan lukija ymmärtää asian hyvin. Otsikointiin on hyvä kiinnittää huomiota ja kirjoittaa otsikot tietoa antaviksi. Hyvin laaditut otsikot ja sisällysluettelo helpottavat tiedon hakemista ja keventävät lukemista. Tekstin pituus on merkittävä tekijä siinä, miten asian saa tuotua esille. Lyhyesti esitetty asia on aina miellyttävämpi omaksua, mutta aina se ei ole mahdollista. (Hyvärinen 2005.) Helposti ymmärrettävä tieto auttaa potilasta varautumaan tuleviin tilanteisiin ja hoitoihin. Samalla se antaa mahdollisuuden tutustua ohjeisiin sekä hoitoon liittyviin asioihin etukäteen sekä tekemään tarvittaessa kysymyksiä askarruttavista tai muuten potilaalle tärkeistä asioista. Luettelomainen ohje toimii myös hyvänä tarkistuslistana, onko potilas valmistautunut tilanteeseen ohjatun mukaisesti. Ohjeissa on käytettävä täsmällisiä ilmaisuja esimerkiksi aikojen suhteen, koska toisille ilmaisu ”edellisenä iltana” voi tarkoittaa aikaa joka alkaa iltakuudelta ja toisille iltakymmeneltä. (Torkkola ym. 2002, 23–26.)

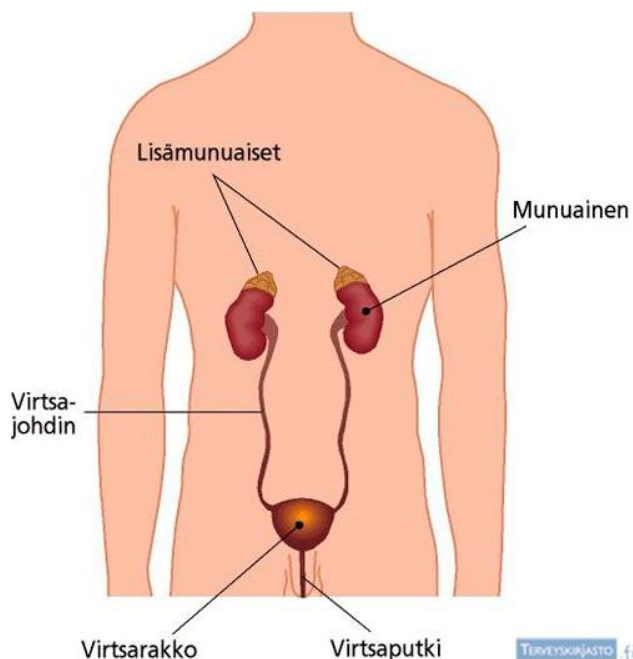
Ohjauksen antajalla tulee olla hyvä asiantuntijuus, eikä suullinen ohjaus saa olla ristiriidassa kirjallisen ohjeen kanssa. Ohjaajan persoona vaikuttaa myös ohjauksen onnistumiseen: miten ohjaaja osaa jäsentää opetettavan asian, miten hän huomioi ohjattavan oppimiskyvyn ja millä tavoin ohjaaja käyttäytyy ohjaustilanteessa. Yleensä ohjausta antavat monet terveydenhuollon ammattilaiset. Tällöin tulee varmistaa, että kaikkien asiantuntijoiden antama ohje on samansuuntaista ja toisiaan täydentävää. Hyvin laadittu potilasohje toimii ohjauksen antajalle myös työvälineenä. Ohjausta annettaessa on otettava huomioon potilaan sairauden laatu. Vakavan sairauden kohdatessa on hoitajalla oltava herkkyyttä tunnistaa potilaan tunnetiloja ja edetä ohjauksessa sen mukaisesti. Onnistunut ohjaus vaatii oikean ajankohdan ohjaukselle potilaan vastaanottokyvyn mukaan sekä mahdollisimman rauhallisen ja häiriöttömän tilan, jolla taataan potilaan yksityisyys. (Torkkola ym. 2002, 29–30.)

3 MUNUAISET JA VAJAATOIMINTAA AIHEUTTAVAT MUNUAISSAIRAUDET

Munuaisten tärkeimpänä tehtävänä elimistössä on veren puhdistaminen. Elimistöstä poistuvat aineenvaihdunnassa muodostuvat kuona-aineet ja elimistölle vieraat aineet. Merkityksellistä on se, etteivät elimistölle tärkeät aineet poistu virtsan mukana. Peruseriaate on yksinkertainen, mutta puhdistus perustuu monien eri mekanismien vuorovaikutukseen. Prosessi on kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa munuaistiehyisiin suodattuu suuri määrä plasmaa verestä. Elimistön tarvitsemat aineet imeytyvät toisessa vaiheessa takaisin vereen. Mitä elimistö ei tarvitse, poistuu se virtsana. Toinen tärkeä tehtävä munuaisilla on pitää solunulkoisen nesteiden määrää ja ionipitoisuuksia vakaana. Nesteiden ja suolojen saanti ihmisellä vaihtelee ja munuaisten avulla elimistö selviytyy tästä vaihtelevuudesta. Munuaisissa muodostuu erytropoietiinia, joka on punasolujen tuotantoa stimuloiva hormoni. Jos munuaisissa on toimintahäiriötä, punasolujen tuotanto vähenee ja voi kehittyä anemia. (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad ja Toverud 1999, 376–378.)

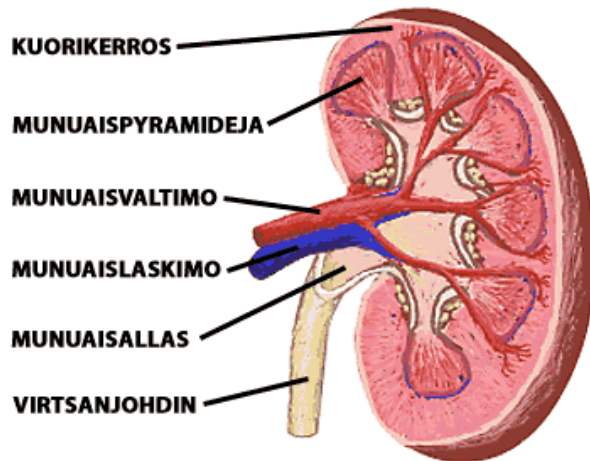
Munuaisissa muodostuva reniini-entsyymi osallistuu verenpaineen säätelyyn aldosteronin erityksen säätelijänä. Reniinin tuotannon häiriöt altistavat verenpaineen nousulle. Korkea verenpaine voi olla sinänsä syy munuaisten toiminnan häiriöille. Munuaiset osallistuvat myös kalsiumaineenvaihduntaan yhdessä lisäkilpirauhashormonin eli PTH:n eli parathormonin kanssa. Kalsiumaineenvaihdunta on osa luustoaineenvaihduntaa. Munuaisten toiminnan häiriöt vaikuttavat luustoaineenvaihduntaan. (Bjålie ym. 1999, 154–159.)

Munuaisia on ihmisillä kaksi ja ne sijaitsevat vatsaontelon takaseinämässä selkärangan molemmin puolin alimpien kylkiluukaarien suojassa (kuva 1). Ne ovat pavun muotoiset ja noin 11 senttimetrin pituisia. Munuaisista lähtevät virtsajohtimet virtsarakkoon. Samasta kohdasta munuaisportin kautta kulkevat myös munuaisvaltimo ja munuaislaskimo. (Bjålie ym. 1999, 376–378.)



KUVA 1. Munuaisten sijainti (Terveyskirjasto 2013.)

Munuaisen rakenne muodostuu kuorikerroksesta ja ydinosasta. Ytimessä on 10–15 lohkoa eli munuaispyramidia. Lohkon kärki työntyy munuaisaltaaseen, joka on munuaisen keskellä munuaisportin vieressä (kuva 2). Munuaispyramideissa on nefroneja, joissa virtsanmuodostus tapahtuu. Nefroni muodostuu hiussuonikeräsestä eli glomeruluksesta ja munuaistiehyestä eli tubuluksesta. Kummassakin munuaisessa on noin miljoona nefronia. (Bjälle ym. 1999, 376–378.)



KUVA 2. Munuaisen rakenne (Tampereen kaupunki 2011.)

Munuaisen toiminnan seurannassa tärkeitä mitattavia asioita ovat kreatiniini-, urea- ja fosfaattipitoisuudet. Kreatiniini on lihasten aineenvaihduntatuote. Kreatiniinipitoisuus suurenee 24–48 tunnin kuluessa vaurion alusta. (Ahonen ym. 2014, 611–615.) Urea on valkuaisaineiden typpiainevaihdunnan tuote, joka syntyy maksassa. Elimistö ei pysty hyödyntämään sitä ja se poistuu elimistöstä munuaisten kautta. Urean määrä veressä suurenee pitkälle edenneessä munuaisten vajaatoiminnassa. (Eskelinen 2016.) Fosfori on ihmiselle tärkeä ravintoaine. Suurin osa elimistön fosforista on fosfaatteina. Veren korkea fosfaattipitoisuus lisää verisuonten kalkkeutumista ja on merkittävä sydän- ja verisuonitautien aiheuttaja munuaisten vajaatoiminnassa. (Lamberg-Allardt 2012.) Munuaiskerästen eli glomerulusten suodatusnopeutta, GFR-arvoa mitataan myös. Se kertoo munuaisen toimintakunnon. Terveillä munuaisilla se on yli 90 millilitraa minuutissa ja lievässä vajaatoiminnassa 60–89 millilitraa minuutissa. Jos potilaalla ei ole muita merkkejä munuaissairaudesta, tällä ei ole merkitystä. Vaikeassa vajaatoiminnassa suodatusnopeus on 15–29 millilitraa minuutissa. Perustutkimuksessa verinäytteestä tutkitaan fP-Krea eli plasman kreatiniinipitoisuus, fS-Krea eli seerumin kreatiniinipitoisuus sekä tehdään virtsan perustutkimus. Virtsan perustutkimuksessa tutkitaan proteiinin määrää eli proteinuriaa ja veripitoisuutta eli hematuriaa. Nestetasapainon seuranta kuuluu vajaatoimintaa selvittäviin tutkimuksiin. (Ahonen ym. 2014, 611–615.)

3.1 Akuutti munuaisten vajaatoiminta

Akuutti munuaisten vajaatoiminta, toiselta nimeltään munuaisvaurio, aiheuttaa äkillisen munuaisten toiminnan heikkenemisen hyvin lyhyellä aikavälillä. Toiminta voi heikentyä tuntien tai päivien kuluessa. Tilanne johtaa kuona-aineiden kertymiseen elimistössä sekä suola-, neste- ja happo-emästasa-

painon muuttumiseen. Akuutti vajaatoiminta voi johtua muun muassa kuivumisesta, tietyistä lääkkeistä, varjoaineista, sokista, myrkytyksestä, verenvuodosta ja sepsiksestä. Myös munuaissairaudet ja infektiot voivat johtaa akuuttiin munuaisvaurioon. Akuutin munuaisvaurion syntyyn vaikuttaa useimmiten monia samanaikaisia tekijöitä. (Ahonen ym. 2014, 609–610.)

Akuutissa munuaisvauriossa alkuvaiheen oireet johtuvat yleensä vajaatoiminnan aiheuttamasta perussyystä. Kuivuminen on yksi näistä perussyistä. Seerumin suurentunut kreatiinipitoisuus, vähenevä virtsantulo eli oliguria ja anuria ovat yleisiä oireita. Oliguriassa virtsaa erittyy vähemmän kuin 30 millilitraa tunnissa. Virtsamäärien vähetessä elimistöön kertyy turvotusta ja tästä vakavimpia seurauksia on keuhkopöhö. Munuaisten toimiessa huonosti elimistöön kertyy valkuaisaineiden hajoamistuotteita, ja tästä on seurauksena uremia eli virtsamyrkytys. Uremian oireita ovat pahoinvointi, oksentelu, sekavuus ja vatsakipu. Uremia voidaan todeta seerumin ureapitoisuudesta, joka nousee. Kaliumin erityis virtsaan vähenee ja elimistöön kertyy kaliumia. Tämä hyperkalemia voi aiheuttaa sydämeen vakavia rytmihäiriöitä. Akuutin munuaisvaurion jälkeen munuasiin voi jäädä vaurioita, jotka myöhemmin johtavat krooniseen munuaisten vajaatoimintaan. (Ahonen ym. 2014, 610–613.)

Anuria on tilanne, jossa potilaalla erittyy virtsaa vähemmän kuin 100 millilitraa vuorokaudessa. Se on päivystyksellinen tilanne, jossa anurian syyt on selvitettävä nopeasti. Yleisimpiä syitä ovat vaikeat yleistilan häiriöt, joissa verenpaine laskee. Sellaisia voivat olla esimerkiksi sokki, myrkytys, sepsis, voimakas kuivuminen tai sydämen vajaatoiminta. Anuria voi johtua myös vaskulaarisista syistä eli verenkiertoon liittyvien häiriöiden aiheuttamista komplikaatioista. Näitä ovat munuaisvaltimoiden tromboosi tai embolia sekä aortta-aneurysma. Myös munuaislaskimoiden trombi voi aiheuttaa akuutin vajaatoiminnan. Anurian syy voi olla myös itse munuaisissa. Erilaiset tulehdukset munuaisissa kuten munuaiskerästulehdus, nefropatia, pyelonefriitti ja tubulusnekroosi voivat johtaa virtsaamattomuuteen. Suuriin kudostraumoihin, maksavaurioihin ja sidekudostauteihin saattaa liittyä anurian vaara. (Salo 2013, 145–146.)

Akuutin munuaisvaurion hoito keskittyy perussyyn hoitamiseen eli vaurion aiheuttaman syyn hoitoon. Nesteytys annetaan laskimonsisäisesti keittosuolaliuoksella eli NaCl-liuoksella 15 millilitraa painokiloa kohden tunnissa, kunnes hypovolemia helpottaa ja virtsaneritys alkaa taas. Nestehoidon tarkoituksena on saada ennalleen verivolyyymi, nestevolyyymi, elektrolyyttitasapaino ja kudosten energiansaanti sekä hapetus. Potilaalle laitetaan kestopatetri. Tuntidiuresin seuranta on tärkeää. Sen on oltava yli 50 millilitraa tunnissa. Akuuttia munuaisvauriota aiheuttavat tai sitä pahentavat lääkkeet pitää jättää tauolle. (Ahonen ym. 2014, 612–613.) Akuuttia munuaisvauriota koskevan Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan lääkehoidosta ei ole apua itse akuutin munuaisvaurion hoidossa. Tilanteessa, jossa potilaalla on keuhkopöhö tai sen uhka, annetaan nesteen poistoon furosemidia laskimonsisäisesti. Akuutin munuaisvaurion jälkeen munuaisissa on usein vaurioita, jotka myöhemmin voivat johtaa krooniseen munuaisten vajaatoimintaan. (Ahonen ym. 2014, 612.)

3.2 Krooninen munuaisten vajaatoiminta

Krooninen munuaisten vajaatoiminta on yleensä etenevä sairaus, mutta etenemisen vauhti voi vaihdella paljon. Ahosen ym. (2014, 613) mukaan tämä munuaisia vähitellen tuhoava tauti saattaa kestää jopa vuosia. Kroonista vajaatoimintaa sairastavien määrä on lisääntynyt länsimaissa viime vuosina. Syynä tähän pidetään lisääntyntä diabetesta, hypertensiota eli kohonnutta verenpainetta ja obeseettia eli liikalihavuutta sekä väestön ikääntymistä. (Mustonen ja Pasternack 2013, 153.) Heliinin (2014) mukaan munuaisten vajaatoiminta altistaa sydän- ja verisuonitaukeille. Näitä tauteja esiintyy munuaispotilailla moninkertaisesti muuhun väestöön verrattuna. Munuaistautiin liittyvä suola- ja neste-epätasapaino altistaa nesteen kertymiselle ja siten rasittaa sydäntä ja voi johtaa sydämen vajaatoimintaan. Nykyään diabeteksen ja verenpaineen hyvä hoito on parantanut vajaatoiminnan ennustetta ja dialyysihoidon tarve on vakiintumassa. Krooninen munuaisten vajaatoiminta ilmenee monesti potilaalla pitkäaikaissairauden liitännäissairautena. Glomerulonefriitti ja tyypin 1 ja 2 diabetes ovat yleisimpiä krooniseen vajaatoimintaan johtavia sairauksia.

Kroonisessa vajaatoiminnassa molemmat munuaiset ovat vaurioituneet. Toimivien nefronien määrä on vähentynyt niin paljon, että munuaiset eivät kykene suoriutumaan tehtävästään normaalisti. Verenpaine ja proteinuria eli valkuaisaineen kertyminen elimistöön hoitamattomana voivat nopeuttaa vajaatoiminnan etenemistä. Alkuvaiheessa yleensä kehittyy lieväasteinen anemia. Erytropoietiinin tuotanto vähenee jo lievässä vajaatoiminnassa. Nefronien vähentyessä kreatiniinin ja urean määrä veressä lisääntyy. (Ahonen ym. 2014, 613–615.)

Potilaalla on paljon erilaisia oireita. Aiemmin mainitun uremian oireina voi esiintyä lisäksi iho-oireita, verenvuotoja, suonenvetoja jaloissa sekä levottomat jalat -oireita. Kun proteinuria etenee, veren proteiinimäärä pienenee ja neste siirtyy verenkierrosta kudoksiin. Samoin suolan erittymisen vähentyminen aiheuttaa turvotusta. Virtsan määrä aluksi lisääntyy (polyuria), mutta vajaatoiminnan edetessä virtsamäärät vähenevät ja virtsa väkevöityy. Yleisenä oireena on kohonnut verenpaine ja se aiheuttaa potilaalle päänsärkyä sekä epämääräistä hengenahdistusta ja sydänoireita. Rasva-aineen vaihdunnassa voi ilmetä häiriöitä ja se saattaa lisätä sepelvaltimotaudin riskiä. Fosforin kertymisen vuoksi valtimoissa tapahtuu kalkkeutumista. (Ahonen ym. 2014, 616.)

Kroonista vajaatoimintaa sairastavan hoitotyö keskittyy taudin etenemisen hidastamiseen sekä metabolisten eli aineenvaihdunnan häiriöiden ja niistä johtuvien oireiden hoitoon. Hoito aloitetaan yleensä konservatiivisella hoidolla eli tässä tapauksessa hoidetaan oireita ja liitännäissairauksia. (Ahonen ym. 2014, 617.) Ruokavalio on tärkeä osa hoitoa. Munuaisruokavaliolla eli rajoittamalla proteiini- ja fosfaattimääriä sekä suolan, energian ja kaliumin saantia pyritään hidastamaan vajaatoiminnan etenemistä. Tärkeää on pyrkiä välttämään ylipainon aiheuttamat haittavaikutukset elimistön toiminnolle. Ruokavaliolla pyritään estämään myös lisäkilpirauhasen liikatoiminta, josta voi aiheutua luusto-ongelmia. (Jännti 2008, 114–116.) Nesteen saanti on sopeutettava taudin etenemisvaiheeseen. Alussa virtsan erityys on runsasta, joten nesteen saannista on huolehdittava. Lääkehoidolla hoidetaan korkeaa verenpainetta. Tavoitteena on normaali verenpainetaso eli normotensio (130/85 mmHg eli hopeamillimetriä). Tavoitetasoon vaikuttaa myös proteinurian määrä. Jos virtsan proteiinitaso on

koholla, verenpaine tavoite on hieman alhaisempi. Diabeetikolla on tärkeää verensokeriarvojen hyvä tasapaino. Dialyysihoitoon siirrytään vasta sairauden edetessä. (Ahonen ym. 2014, 617.)

Krooninen munuaisten vajaatoiminta on yleensä traumaattista ja aiheuttaa potilaalle laajan elämänsä kriisin. Psykkinen ja sosiaalinen tukeminen on tärkeä osa hoitoa ja se tulisi suunnata sekä potilaalle ja hänen läheisilleen. Tuttu henkilökunta tukee potilasta ja luo turvallisuuden tunnetta. Liikunnan ohjaus parantaa myös potilaan toimintakyvyn säilymistä. Säännöllinen ja tarkka seuranta on oleellinen osa hoitoa. (Ahonen ym. 2014, 617.)

3.2.1 Diabeettinen munuaistauti

Diabeettinen munuaistauti eli nefropatia on yksi vakavimmista diabeteksen komplikaatioista. Se on yleisin munuaisten vajaatoiminnan kautta dialyysiin eli keinomunuaishoitoon johtava aihe. Diabeettinen nefropatia on syy munuaisensiirtoon kolmanneksella siirtojonoon tarjottavilla potilailla (Salmela 2013, 165). Viidesosalla tyyppin kaksi diabetesta sairastavilla on jo taudin toteamishetkellä mikroalbuminuria eli pientä valkuaisaine-eritystä virtsaan. Toisin sanoen munuaisten toiminnassa on jo häiriöitä. (Linnanvuo 2008a, 46–47.) Vajaatoimintaan sairastuneita tyyppin kaksi diabeteksessa vuosittain on Suomessa ollut Munuaistautirekisterin (2014) mukaan 17 yhtä miljoonaa asukasta kohden. Määrä on vuosituhatvaihteen jälkeen hieman laskenut. Tyyppin 1 diabetesta sairastaville nefropatia kehittyy noin 30 prosentille, kun diabetes on kestänyt 15–20 vuotta (Linnanvuo 2008a, 46). Vajaatoiminnan takia uusia hoidettavia on ollut vuosittain noin 13 yhtä miljoonaa asukasta kohden tyyppin yksi diabeteksessa (Munuaistautirekisteri 2014).

Varhaisoireina tyyppin 1 diabeettisessa nefropatiassa ovat kohonnut verenpaine ja mikroalbuminuria. Myöhemmin kehittyy proteinuria ja se voi olla runsasta aiheuttaen turvotuksia ja nefroottista oireyhtymää. Potilailla on monesti jo aiemmin todettu silmänpohjissa pienten valtimoiden muutoksia eli retinopatiaa. Taudissa munuaisten hiussuonikeräset vaurioituvat. Pahetessaan se johtaa munuaisten vajaatoimintaan. Kakkostyyppin diabeteksessa nefropatia ilmaantuu myöhemmällä iällä. Silloin munuaistaudin syntyyn vaikuttavia tekijöitä on useampia. Verenpaine tauti on yleinen. Diabeteksen aiheuttama aineenvaihdunta on jatkunut jo vuosia ja mikroalbuminuria todetaan jo taudin toteamishetkellä. Mikroalbuminuria on myös sydän- ja verisuonitautien riskitekijä. Potilaalla todetaan usein myös metaboliseen oireyhtymään johtavia riskitekijöitä. Näitä ovat keskivartalolihavuus ja dyslipidemia eli rasva-aineenvaihdunnan häiriöt. (Linnanvuo 2008a, 46–47.)

3.2.2 Glomerulonefriitti

Munuaiskerästulehdus eli glomerulonefriitti kolmanneksi yleisin diagnoosi uusilla dialyysi- ja munuaissiirtopotilailla. Glomerulonefriitti on immunologinen sairaus, jossa elimistö reagoi erilaisiin vieraisiin ja sisäisiin antigeneihin kehittäen toimintahäiriöitä munuaisissa. Se voi olla vain munuaisissa ilman liitännäissairauksia esiintyvä tauti. Toisaalta se voi liittyä systeemisiin sairauksiin, esimerkiksi verisuonitulehduksiin. Munuaiskerästulehduksia on IgA-nefropatia, nefroottiseen oireyhtymään kuuluvat lapsilla esiintyvä Minimal change -glomerulonefriitti (MCD), membranoottinen glomerulonefriitti

(MGN), pesäkkeinen ja jaokkeinen munuaiskeräsaurio (FSGS) sekä membranoproliferatiivinen glomerulonefriitti (MPGN). Tyypillistä taudille ovat hematuria eli verivirtsaisuus ja proteinuria. Pitempään jatkuneessa taudissa löydöksinä ovat lisäksi verenpaineen nousu ja suurentunut kreatiinipitoisuus. (Linnanvuo 2008a, 51–53.)

3.2.3 Munuaisten monirakkulatauti

Polykystinen munuaistauti eli monirakkulatauti on aikuisilla esiintyvä perinnöllinen tauti ja oireilee yleensä 30–50 vuotiailla. Suomessa tämä diagnoosi on dialyysipotilaista noin 10 prosentilla. Munuaisten siirtojonoon tarjottavista potilaista on monirakkulatauti noin 18 prosentilla (Salmela 2013, 165). Rakkulataudissa munuaisissa sekä muissa elimissä kuten maksassa, haimassa ja pernassa on rakkuloita, jotka voivat vuotaa tai puhjeta. Puhkeamiset aiheuttavat makroskooppista hematuriaa eli silminnähtävää verivirtsaisuutta. Potilaalla voi olla kuumetta ja infektio on mahdollinen. Hän voi olla myös hyvin kivulias. (Mustonen ja Pasternack 2013, 157.)

Munuaisiin kehittyä jo vastasyntyneillä kystan aiheita, jotka aikuisiässä lisääntyvät ja suurenevat vieden tilaa terveeltä munuaiskudokselta. Varhaisena oireena ilmenee verenpaineen nousua. Munuaisten koko myös suurenee aiheuttaen ylävatsalla kipua ja täyttymisen tunnetta. Yleensä puolet potilaista tarvitsee dialyysihoitoa 60 ikävuoteen mennessä. Monirakkulatautia sairastavilla ovat aivoverisuonten pullistumat yleisempiä kuin väestössä yleensä. Tauti diagnosoidaan ultraäänitutkimuksella. (Linnanvuo 2008a, 53–54.)

3.2.4 Pyelonefriitti

Bjålien ym. (1999, 394) mukaan pyelonefriitti on bakteerin aiheuttama tulehdus munuaisaltaassa ja munuaiskudoksessa. Bakteerit tulevat virtsateihin virtsaputken kautta ja nousevat vastavirtaan munuaisaltaaseen asti. Aluksi se leviää munuaisytimen alueelle, jonka tehtävänä on osmoottisen paineeron luominen kuorikerroksen ja ytimen välille ja näin mahdollistaa virtsan väkevöityminen. Lievänä se ei tämän takia aiheuta muuta ongelmaa kuin heikentää kykyä väkevöidä virtsaa. Hoitamattomana se aiheuttaa munuaisvaurioita ja toistuvana eli kroonisena pyelonefriitti yleensä johtaa hitaasti etenevään munuaisten vajaatoimintaan (Parpala 2013, 123–127).

3.3 Erilaiset dialyysihoidot

Vajaatoimintapotilasta hoidetaan munuaispoliklinikalla ja on tärkeää tunnistaa ajoissa tulevat dialyysi- ja munuaisensiirtopotilaat. Ennen dialyysihoitoon eli keinomunuaishoitoon siirtymistä potilas siirtyy predialyysivaiheeseen ja yleensä predialyysipoliklinikan seurantaan. Hoidon tavoitteena tässä vaiheessa on muun muassa munuaistaudin etenemisen hidastaminen, munuaisten lisävaurioiden välttäminen ja oireiden kartoittaminen ja hoitaminen. Lisäksi on tavoitteena valmistaa potilas aktiivihoidoihin kuten dialyysiin ja munuaisensiirtoon. Tarkoituksena on dialyysihoidon aloituskohdan optimointi sekä ohjauksen avulla potilaalle tiedon antaminen kaikesta sairauteen liittyvästä ja tulevasta muutoksesta. Tavoitteena on myös mahdollisen muutoksen aikaansaaminen potilaan toiminnassa.

Potilas saa ohjausta ja tukea omahoitoon ravitsemusterapeutilta. Hänet ohjataan tarvittaessa fyysioterapeutille keskustelemaan terveellisistä elämäntavoista ja liikunnan merkityksestä. Potilaalla on mahdollisuus saada ohjausta sosiaaliturvaa koskevissa asioissa sairaalan sosiaalityöntekijältä. On suositeltavaa, että potilaan läheinen on mukana ohjauksessa. Munuaisensiirron edellytykset tutkitaan predialyysivaiheen aikana ennen siirtymistä dialyysihoitoihin. Samoin valitaan potilaan omaan elämään ja sairauteen sopiva dialyysihoitomuoto. (Hyväri 2008a, 68–70.)

Erilaisia dialyysimuotoja ovat sairaalassa tapahtuva hemodialyysi, kotona tapahtuva hemodialyysi ja peritonealidialyysi, joka tehdään useimmiten kotona. Dialyysihoito aloitetaan, kun GFR on alle 10–15 millilitraa minuutissa tai jos potilaan vointi tai ravitsemus sitä edellyttää. (Hyväri 2008a, 70–71.) Hemodialyysissä potilaan verestä puhdistetaan kuona-aineita, poistetaan ylimääräistä nestettä ja tasataan happo-emästasapainoa eli hoidetaan munuaisen normaalia tehtävää. Keskeisin osa tätä hoitoa on dialyysaattori, jonka kautta veri kulkee dialyysin aikana ja jossa veren puhdistaminen tapahtuu. Hemodialyysiin tarvitaan hemodialyysi- ja dialyysivesilaitteisto. Potilaalle suunnitellaan veritietä, joista yleisin on ranteen alueen valtimon ja laskimon yhdistäminen. Tätä kutsutaan AV-fisteliksi eli Arteria-Vena-fisteliksi. Se on potilaalle turvallisin infektioiden kannalta ja tukkeutumisriski niissä on pienin. Kotona tapahtuva hemodialyysihoito tapahtuu samalla periaatteella kuin sairaalassa. Hoitoa opetellaan ensin sairaalassa, jossa on kodinomaiset tilat opetustiloina. Kotiin järjestellään tilat, jossa on saatavilla sähköä, vesi (esimerkiksi pesukoneliitäntä) ja viemärinti. Samanlainen laitteisto kuin sairaalassa tarvitaan sekä tilaa erilaisille hoitovälineille. (Kylmäaho ja Mukka 2008, 76–88.)

Peritonealidialyysissä vatsakalvo toimii puoliläpäisevänä suodattimena puhdistuksen aikana. Vatsakalvo on sileäpintainen kalvo, jonka seinänmyötäinen lehti on vatsan sisäseinämässä kiinni. Toinen lehti on kiinnittynyt vatsaontelon elinten ulkopinnalle. Näiden väliin jää ontelo, joka on normaalisti tyhjä. Vatsaonteloon asennetaan pysyvä katetri. Dialyysinesteenä käytetään yleensä glukoosia. Nestestä imeytyvä glukoosi voi johtaa painon nousuun. Peritonealidialyysihoitotapoja on useampia. Jatkuva vatsakalvodialyysi eli CAPD, automaattinen vatsakalvodialyysi eli APD ja IPD eli jaksottainen vatsakalvodialyysi, joka tehdään terveyskeskuksessa. Yleensä potilaan munuaisten toiminnan tason ja potilaan voinnin perusteella valitaan erilaisten tapojen yhdistelmä. Potilaan ohjauksella ja koulutamisella on suuri merkitys. Tämä dialyysimuoto on yleensä omatoiminen ja se on helppo oppia ja toteuttaa myös matkoilla. (Hyväri 2008b, 90–100.)

4 MUNUAISENSIIRRON PERUSTEET

Munuaisten vajaatoiminnan edetessä pitkälle on edessä dialyysihoito ja sen jälkeen mahdollinen munuaisensiirto. Parhaana hoitomuotona pidetään huonosti toimivan munuaisen korvaamista siirteellä. Siirre parantaa useita uremiasta ja dialyysistä johtuvia liitännäissairauksia kuten anemia, hypertensio ja luustoaineenvaihdunnan ongelmat. Onnistunut ja oikein ajoitettu munuaisensiirto johtaa erittäin hyvään kuntoutumiseen. Mahdollisimman monelle pitäisi pyrkiä tekemään munuaisensiirto. (Linnan-vuo 2008b, 110.)

Ensimmäinen munuaisensiirto tehtiin Suomessa 1964. Kaikki elinsiirrot on keskitetty Helsingin yliopistolliseen sairaalaan. Siirrettävä elin saadaan yleensä aivokuolleelta tuntemattomalta luovuttajalta. Munuaisensiirroissa luovuttajan voi toimia myös elävä luovuttaja. Tällöin on yleensä kyseessä potilaan lähisukulainen. (Munuais- ja maksaliitto s.a. a.)

TAULUKKO 1. Elinsiirrot Suomessa (Munuais- ja maksaliitto s.a. a.)

Siirretty elin	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	1.1.– 31.8.2016
Munainen	180	175	177	199	189	240	245	179
Maksa	48	50	56	52	49	59	77	37
Sydän	13	22	18	22	21	24	25	19
Keuhko	13	15	23	26	15	15	24	17
Sydän-keuhko	-	-	-	1	-	2	-	-
Haima (haima-munainen)	-	2	1	8	10	15	17	15
Ohutsuoli	-	1	-	2	1	-	3	-
Yhteensä	254	265	275	310	285	255	391	

Vuonna 2012 Suomessa oli 2 600 munuaissiirteiden saanutta elossa olevaa potilasta, joilla siirre oli toimiva. Samaan aikaan dialyysihoidossa oli 1 782 potilasta. Näistä 20 prosenttia eli noin 356 potilasta odotti siirrettä. Ensimmäisen munuaissiirteiden keskimääräinen odotusaika on yksi vuosi. Vuosittain 200 uutta potilasta ilmoitetaan munuaisensiirtojonoon. Munuaisensiirtojonoon tullaan aina keuhkomunuaishoidon kautta. Munuaissiirteiden saa vuosittain 175–250 potilasta ja näin ollen he poistuvat jonosta. Viime vuosina siirteiden saaneiden määrä on noussut (taulukko 1). Lisäksi ilman siirtoa menehtyy 10–30 potilasta vuosittain. (Salmela 2013, 165.)

4.1 Vasta-aiheet munuaisensiirroissa

Oleellista munuaisensiirroissa on luovuttajan ja vastaanottajan hyvä kudossopivuus. Potilaalle tehdään tarkat siirtokelpoisuustutkimukset ennen siirtojonoon pääsyä. Tutkimukset voivat kestää useita kuukausia. Niiden aikana määritellään kudostyyppitys, tehdään maksakokeet, infektiöseulonta, vatsan alueen ja sydämen ultraäänitutkimukset sekä keuhkoröntgenkuvaus. Kudostyyppityksessä selvitetään ABO-veriryhmä sekä kudosten HL-antigeenin ominaisuudet. Luovuttajan ja saajan veriryhmä pitää

olla toisiinsa sopiva ja hyvä HLA-yhteensopivuus vähentää riskiä saada hyljintäreaktioita sekä parantaa siirtotuloksia. (Linnanvuo 2008b, 110–111.) Ristikoe tehdään silloin, kun elimen luovuttaja on tiedossa. Siinä potilaan verestä saatu seerumi sekoitetaan luovuttajavalkosoluihin. Luovuttajan ja vastaanottajan kudokset sopivat yhteen ja tulos on negatiivinen, kun seerumi ei reagoi luovuttajan valkosolujen kanssa. (Munuais- ja maksaliitto s.a.h.) Hampaiden ja ihon tulee olla kunnossa tulehdusriskin minimoimiseksi. Hampaisto kuvataan ja hampaiden sekä suun terveyden tarkistaa hammaslääkäri. (Järvinen 2012, 4.)

Suurimman vasta-aiheen munuaisen siirrolle muodostavat korkea ikä ja vaikeat sairaudet. Hoitamaton ja aktiivinen infektio, vaikea valtimoverisuonitauti, maksan toiminnan häiriö sekä potilaan kyvyttömyys noudattaa hoito-ohjeita muodostavat esteen siirrolle. (Linnanvuo 2008b, 110–111.) Jotkut munuaissairaudet voivat uusia siirteessä jo muutaman päivän kuluessa, esimerkiksi IgA-nefropatia. Syövän onnistunut hoito ja sen jälkeen 2–5 vuoden tauditon aika voivat mahdollistaa munuaisensiirron. Yläikärajaa munuaisen siirrolle ei ole. 70 vuotta täyttäneiden potilaiden soveltuvuus arvioidaan hyvin tarkasti. Munuaistautien liitännäissairaudet pitäisi olla tämän ikärajan saavuttaneilla mahdollisimman vähäiset. Liitännäissairauksiin kuuluvat sepelvaltimotauti, diabetes ja obesiteetti. Jos potilaalla on oireileva sepelvaltimotauti tai alaraajojen verenkiertohäiriö, ne on tutkittava kunnolla ja hoitettava ennen siirtoa. Tupakointi on iso riskitekijä, mutta ei ole este munuaisensiirrolle. (Salmela 2013, 165.)

4.2 Munuaisten luovutus

Suomessa yli 90 prosenttia munuaisista saadaan aivokuolleilta luovuttajilta. Eläviltä luovuttajilta tulee noin 10 prosenttia. Yläikärajaa luovuttajalle ei ole. Käytännössä kuitenkin yli 70-vuotiaita luovuttajia ei ole. Luovuttajan tietyt sairaudet ovat este luovutukselle. Hoitamaton sepsis, hepatiitit B ja C sekä HIV ovat vasta-aiheita. Samoin pitkäaikainen diabetes ja maligniteetti eli syöpäsairaus sekä munuaissairaudet ovat esteitä munuaisen luovutukselle. Aivokuolleen luovuttajan verenkierto pidetään koneella toiminnassa ja jos se romahtaa, elinluovutus ei silloin onnistu. (Salmela 2013, 166.)

Suomessa on tavoitteena lisätä munuaisensiirtoleikkauksia elävältä luovuttajalta. Lapsille tehdyissä siirroissa on viime vuosina ollut luovuttajana toinen vanhemmista noin 30 prosentissa siirroista. Munuaisen luovutuksessa vakavia riskejä ei ole viimeaikaisten tutkimusten mukaan. Luovutusleikkaukseen liittyvät riskit ovat samanlaisia kuin muissakin leikkauksissa liittyen haavakipuun, tromboembolisiin komplikaatioihin ja infektiin. Munuaisen luovuttajan ennuste on hyvä. He elävät yhtä terveen ja pitkän elämän kuin verrokkit ja heidän elämänlaatunsa on yhtä hyvä. (Mäkelä ym. 2103.)

Luovuttamisen pitää perustua vapaaehtoisuuteen. Suomen laki määrittelee asiaa seuraavasti:

Täysi-ikäinen henkilö, joka kykenee päättämään hoidostaan, voi luovuttaa uusiutumattoman elimen tai uusiutumattonta kudosta vain lähiomaisensa tai muun läheisensä sairauden tai vamman hoitoa varten.

Elimen tai kudoksen irrottamiseen tulee olla Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston lupa. (Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä 2.2.2001/101, § 4.)

Samassa laissa luvussa 4, pykälässä 9 todetaan, että kuolleen ihmisen elimiä, kudoksia ja soluja voidaan irrottaa, jos ei ole tiedossa eikä ole syytä olettaa vainajan elinaikanaan kieltäneen elinluovutusta. Lisäksi laissa määritellään tilanteet, joissa vainaja on alaikäinen tai ei ikänsä ja kehitystasonsa tai sairauden, mielenterveyden tai muun häiriön vuoksi ole kyennyt tai voinut muodostaa omaa käsitystä elintensä, kudostensa tai solujensa luovutuksesta. Tällöin luovutus voidaan tehdä, ellei hänen huoltajansa, lähiomaisensa tai läheisensä sitä vastusta.

5 MUNUAISENSIIRRON JÄLKEINEN HOITOTYÖ

Munuaisensiirto parantaa merkittävästi potilaan eliniän odotetta ja elämänlaatua. Dialyysihoidojen sitovuus jää pois ja munuaiset pystyvät hoitamaan tehtävänsä paremmin kuin ennen siirtoleikkausta. Työkyky kohenee yleensä siirron jälkeen. Tähän asiaan on jo dialyysihoidojen aikana kiinnitettävä huomiota esimerkiksi siten, että dialyysihoidot suoritetaan kotona yöaikaan, jotta työnteko mahdollistuu. Vaikka elämänlaatu paranee dialyysihoidojen poisjäämisen vuoksi, siirteen kanssa eläminen tuo mukanaan elinikäisen voimakkaan hyljinnänestolääkityksen ja sen mukana niiden isotkin haittavaikutukset. (Ahonen ym. 2014, 637–638.)

On mahdollista myös, että siirre ei ala toimia heti leikkauksen jälkeen. Tällöin tarvitaan vielä dialyysihoidoa. (Järvinen 2012, 8.) HD- ja PD-katetrit poistetaan noin kuukauden kuluttua leikkauksesta, kun siirteen toiminta on vakiintunut (Sirkka 2017-03-22). Jos siirretty munuaisten on elävältä luovuttajalta, se alkaa toimia yleensä heti leikkauspäivänä. Aivokuolleen luovuttajan munuaisen toiminnan alkamiseen vaikuttaa kylmäiskemia-aika eli elimen aika kehon ulkopuolella ilman verenkiertoa sekä luovuttajan ikä. Noin 30 prosenttia potilaista tarvitsee aluksi dialyysihoidoa. (Salmela 2013, 166–167.)

Munuaisensiirron jälkeen potilas on elinsiirtoyksikössä keskimäärin 3–4 viikon ajan ja siirtyy sitten oman alueen keskussairaalaan (Björk 2013, 3). Ensimmäisen kuukauden ajan tarkastuksessa on käytävä viikoittain, sen jälkeen kahden viikon välein seuraavat kaksi kuukautta. Tämän jälkeen siirrytään kuukausittaiseen käyntiin ensimmäisen vuoden ajan, jonka jälkeen käyntejä on 3–4 kuukauden välein. (Heiro ja Koskinen 2012, 1717.) Alkuvaiheen seuranta on tiivistä varsinkin ensimmäisen puolen vuoden aikana. Seurannan tavoitteena on riittävän ajoissa huomata munuaisfunktion huonontuminen tai komplikaatiot, jotka viittaavat immunosuppressioon. (Pasternack ja Salmela 2012, 629.)

5.1 Munuaissiirtopotilaan seuranta

Munuaisensiirron jälkeen on tärkeää siirrännäisen toiminnan seuraaminen, hylkimisen ja mahdollisten komplikaatioiden ennaltaehkäisy sekä niiden hoito. Nestetasapainon seuranta on tärkeässä osassa heti leikkauksen jälkeen. Virtsan muodostumisen alkaminen voi viedä useamman viikon. Tällä ei kuitenkaan ole vaikutusta siirteen myöhemmälle toiminnalle. Virtsaneritystä seurataan ensimmäisen vuorokauden aikana tunnin välein. Mikäli munuaisen erittämä virtsamäärä on pieni, on nesteen saantia rajoitettava. Puolestaan suuressa virtsan erityksessä riittävästä nesteen saannista on huolehdittava, jotta potilas ei pääse kuivumaan. Ensimmäisten päivien aikana nesteen saanti tapahtuu suu-nessa olevan kanyylin kautta. Virtsakatetria pidetään leikkauksen jälkeen noin viiden päivän ajan. Näin saadaan tarkka määrä erittyvästä virtsasta. (Järvinen 2012, 7–8.) Mikäli katetrisaatio kestää pidempään, rakkohuuhteluita on useita tai on muita virtsarakon manipulaatioita, ne altistavat virtsatieinfektioille (Pasternack ja Salmela 2012, 625). Verenpaineen seuranta kuuluu leikkauksen jälkeiseen seurantaan. Siirrännäisen toiminta, nestetasapaino ja leikkausalueen verenvuodot vaikuttavat verenpaineeseen. (Järvinen 2012, 7.)

Heti munuaisensiirron jälkeen aloitetaan kortikosteroidilääkitys, joka ensimmäisinä päivinä annetaan suonen sisäisesti. Aloitettava kortikosteroidilääkitys nostaa verensokeria. Tämän vuoksi verensokerin mittaaminen on rutiinitoimenpiteitä leikkauksen jälkeen. Diabetesta sairastavien insuliinin tarve lisääntyy. Potilaalle, jolla ei ole diabetesta, voidaan joutua antamaan insuliinia. Verensokeri kuitenkin tasaantuu kortikosteroidiannosten pienentämisen myötä, ja verensokeria seurataan tarvittaessa. Kivunhoito kuuluu siirtoleikkauksen jälkeiseen hoitoon. Kipuja vähentämällä mahdollistetaan potilaan asennon vaihto, riittävä hengitystoiminta ja yskiminen. (Järvinen 2012, 8.)

Jälkihoidon osana ovat hylkimisoireiden seuranta ja hoito leikkauksen jälkeisinä päivinä. Oireita voivat olla lämmön nousu, siirrännäisalueen arkuus, virtsamäärien pienentyminen sekä yleinen sairauden tunne. Hylkimisen seurantaan kuuluvat myös laboratorio sekä paksuneulanäytteellä otetut koheet. Liikkeelle lähtemistä suositellaan mahdollisimman pian, voinnin salliessa jo seuraavana päivänä operaatiosta. Tämä ehkäisee mahdollisten verisuonitukosten syntyä. (Järvinen 2012, 8.)

5.2 Hyljintä eli rejektio

Hyljintä on merkityksellinen komplikaatio munuaisensiirron jälkeen. Hyljintä voidaan luokitella kolmeen eri ryhmään, jotka ovat hyperakuutti, akuutti ja krooninen hyljintä. Nämä kliiniset tilat ovat esiintymisajaltaan kuin myös luonteeltaan hyvin toisistaan poikkeavia. (Pasternack ja Salmela 2012, 619.) Munuaisensiirron jälkeen on uusi munuainen saajan elimistölle vierasta kudosta. Elimistön oma puolustusjärjestelmä käynnistää hyökkäyksen sitä vastaan. (Munuais- ja maksaliitto s.a. c.) Hylkimisreaktiot ovat pienemmät, mikäli siirre on elävältä luovuttajalta (Järvinen 2012, 8). Mahdollisimman tehokkaaseen immunosuppressioon (immuunivasteen heikentäminen siirteen suojelemiseksi lääkkeen tai säteilyn avulla) tulee hyljinnän hoidossa aina pyrkiä, mutta hoito on osattava suhteuttaa kokonaistilanteeseen. Mikäli rejektio tulee silloin, kun potilaalla on jo immunosuppression aiheuttamia ongelmia, esimerkiksi immunosuppression aiheuttama vakava infektio, on puntaroitava hyljinnän hoitoon ja hoitamatta jättämiseen liittyviä riskejä. (Pasternack ja Salmela 2012, 621.)

Hyperakuutin rejektion alkamisajankohta on heti siirrännäisen verisuoniyhteyden palauttamisen jälkeen, jos kudoksen antigeenit ovat yhteen sopimattomat. Siirre on poistettava saman tien, ettei potilas kuole. (Ashley 2015.) Syynä siihen on jo ennen siirtoa kehittyneet HLA-vasta-aineet. Myös veren ABO-sopimattomuus mahdollistaa hyperakuutin hyljinnän. Hyperakuutti rejektio on hoitoresistenssi ja tällöin siirrännäinen tuhoutuu välittömästi. Hyperakuutti rejektio on onneksi erittäin harvinaisen ja se voidaan välttää ristikoikkeella. (Pasternack ja Salmela 2012, 619–621.)

Akuutti rejektio ilmenee useimmiten ensimmäisen puolen vuoden kuluessa siirtoleikkauksesta. Tavallisimmin akuutti rejektio on niin sanottu sellulaarinen rejektio eli pääsääntöisesti soluvälitteisten mekanismien aiheuttama. Se ilmenee yleisimmin 3–5 viikon kuluessa siirron jälkeen ja mahdollisia oireita ovat virtsantulon vähentyminen, kreatiniinipitoisuuden suurentuminen plasmassa sekä proteiuria. Siirteen turpoaminen, arkuus, kuumeilu, yleinen sairauden tunne ja verenpaineen kohoaminen voivat kertoa akuutista rejektioista. Nykylääkityksellä ne eivät kuitenkaan ole aina esiintyviä oireita.

Jos immunosuppressiivista lääkitystä vähennetään liiallisesti tai lääkehoito muuten ei ole toteutunut suunnitellusti voi tämä käynnistää akuutin rejektion. Virusinfektioilla on myös yhteys akuutin rejektion käynnistymiseen, tärkeimpänä voidaan mainita sytomegalovirus (CMV), joka kuuluu herpesviruksiin. (Palsternack ja Salmela 2012, 620.) CMV- ja herpesinfektioiden ehkäisemiseksi elinsiirtopotilaille usein aloitetaan 3–12 kuukauden ajaksi valgansikloviiri- tai asikloviiriprofylaksia eli ennaltaehkäisevä lääkitys. Kestoon ja lääkkeen valintaan vaikuttavat siirrettävä elin ja se, onko luovuttajalla ja vastaanottajalla CMV-vasta-aineita. (Heiro ja Helanterä 2016.)

Akuuttiin rejektioon käytetyin hoito on steroidihoito, jolla noin 80 prosenttia akuutin rejektion saaneista paranee. Toteuttamiskeinoja on monia. Suomen käytäntönä on ollut antaa suoneen metyyli-prednisolonia viitenä peräkkäisenä päivänä oman kaavan mukaan. Suurin osa akuuteista rejektioista hoituu silloin, kun diagnoosi saadaan ajoissa ja hoidon aloittaminen ei viivästy. (Pasternack ja Salmela 2012, 622.)

Krooninen rejektio on merkittävä tekijä munuaissiirteiden menetykseen. Munuaissiirteissä siirteiden munaiskeräsmuutoksien on havaittu olevan kroonisen hyljinnän erityispiirre. (Koskinen ym. 2004, 1401.) Kroonista rejektiota sanotaan tilaksi, jossa siirrännäinen ikääntyy ennenaikaisesti ja toiminta huononee vähitellen. Tila on ilmeisemmin monista eri tekijöistä johtuva. (Palsternack ja Salmela 2012, 620.) Kroonisen hyljinnän syntyminen on hieman epäselvää, mutta patologistesti siirteessä on havaittu verisuonten seinämien paksuuntumista, fibroosia ja lopulta kudostason hypoksiaa eli vähentynyttä hapensaantia. Tämä johtaa siirteiden menettämiseen. Munuaissiirteissä krooninen hyljintä tapahtuu yleensä 10–20 vuoden kuluessa niin, ettei prosessiin pystytä vaikuttamaan. Tiedetään kuitenkin, että siirtovaiheen viive ja siirteessä aktivoituvat latentit, yleensä herpes-ryhmän virusinfektiot ovat nopeuttavia tekijöitä. (Arstila 2011, 9.)

Luovuttajan korkea ikä voi vaikuttaa kroonisen rejektion syntyyn. Immunosuppression tehostaminen ei paranna kroonista rejektiota. On tärkeää, että siirteiden toiminnan huononemiseen johtavat syyt, jotka pystytään hoitamaan, ovat suljettu pois. Oikeaan diagnoosiin pääsyä helpottaa kaiku- ja dopplertutkimus sekä siirteiden biopsianäytteen asiantuntevien tulkitsijoiden käyttö. (Palsternack ja Salmela 2012, 620.) Krooniseen rejektioon ei hoitokeinoja juuri ole. Parhaita keinoja välttää tilan kehittyminen ovat pyrkimys mahdollisimman lyhyeen kylmäskemia-aikaan ja akuuttien rejektioiden hyvä hoito. Myös nefrotoksisia lääkityksiä tulisi välttää. Kroonisen rejektion kudostason muutokset ovat useimmiten pysyviä, mutta muutokset eivät ole kovin nopeita ja potilaalla on mahdollisuus selviytyä siirtomunuaisella yllättävän pitkään. (Pasternack ja Salmela 2012, 622.)

5.3 Hyljinnänesto- eli immunosuppressiolääkitys

Munuaisensiirron onnistumiselle edellytyksenä on hyljinnänesto- eli immunosuppressiolääkitys. Estolääkitys aloitetaan jo toimenpiteen yhteydessä, ja se jatkuu siirteiden koko toiminnan ajan. Aluksi estolääkitys toteutuu kolmoisilääkityksenä, johon kuuluvat 1) kalsineuriinestäjänä tunnetut siklospo-

riini tai takrolimuusi, 2) mykofenolaatti ja 3) glukokortikoidi. Mikäli siirteen saanut suunnittelee raskautta, raskauden aikana atsapriotiinilla korvataan vasta-aiheinen mykofenolaatti. (Helanterä, Saha ja Koskinen 2010, 2603.)

Immunosuppression tasoa arvioidaan jatkuvasti munuaissiirtopotilaan seurannassa. Voimakkaimmillaan seuranta on heti siirron jälkeen, jotta akuuttia hyljintää ei pääse syntymään. (Helanterä ym. 2010, 2063.) Elävältä luovuttajalta saadun siirteen kohdalla käytetyt lääkemäärät ovat pienempiä, sillä leikkaus on ollut mahdollista suunnitella etukäteen ja munuaisen elimistöstä irrallaan olo aika on ollut lyhempi (Järvinen 2012, 8). Lääkityksen keventäminen aloitetaan jo muutaman ensimmäisen vuorokauden aikana, jolloin pyritään vähentämään mahdollisia lääkkeen haittavaikutuksia (Helanterä ym. 2010, 2063). Pitkäaikaislääkityksen tarkoituksena on löytää jokaiselle käytössä olevalle lääkkeelle pienin mahdollinen annos, joka estää akuutit hyljinnät. Mahdollisesti aiemmin tapahtuneen immunoisoitumisen aste potilaalla vaikuttaa valittavaan lääkeyhdistelmään. (Pasternack ja Salmela 2012, 617.)

Kalsineuriinin estäjillä farmakokinetiikka eli lääkeaineen jakautuminen ja imeytyminen potilaan elimistössä on yksilöllistä. Säännölliset mittaukset jäännöspitoisuuksista ovat välttämättömiä, jotta oikean annoksen löytäminen mahdollistuu. Mykofenolaatin farmakokinetiikka vaihtelee myös yksilöllisesti, jonka seurauksena plasman mykofenolihapon jäännöspitoisuudet olisi määriteltävä. Glukokortikoidilla on useita haittavaikutuksia, mistä johtuen niistä pyritään pääsemään eroon mahdollisimman nopeasti, 6–18 kuukauden kuluessa. (Helanterä ym. 2010, 2603.)

Munuaisensiirron hyljinnän estämiseksi hoidossa on löydettävä tasapaino. Lääkityksen pitää estää riittävästi hyljintää, mutta samaan aikaan ei aiheuttaisi potilaalle mahdollista infektiota tai syöpätaudin riskiä. (Pasternack ja Salmela 2012, 617.) Hyljinnänestolääkkeillä on lisäksi vaikutus elimistön yleiseen vastustuskykyyn. Tästä johtuen osa virustulehduksista, esimerkiksi vesirokko voi mahdollisesti ilmetä rajumpana. (Munuais- ja maksaliitto s.a. b.) Munuaisensiirron saaneelle potilaalle uutta lääkitystä suunniteltaessa on aina huomioitava hyljinnänestolääkitys ja sen haittavaikutukset muiden lääkkeiden kanssa (Heiro ja Koskinen 2012, 1718). Myös hampaiden kunnosta leikkauksen jälkeen on pidettävä huolta, sillä hyljintälääkitys altistaa suun limakalvojen vaurioitumiselle (Järvinen 2012, 13).

5.3.1 Siklosporiini ja takrolimuusi

Siklosporiini ja takrolimuusi ovat kalsineuriinin inhibiittoreita eli estäjiä (Pasternack ja Salmela 2012, 617). Niiden tarkoitus on estää valkosolujen aktivoitumiseen tarvittavien välittäjäaineiden vapautumista. Siten ne estävät hyljintäreaktiota. Molemmat lääkkeistä soveltuvat tulehduksellisten sairauksien kuten munuaissairauksien tai reuman hoitoon. Lääkkeen annoskoot ovat yksilöllisiä ja määräytyvät veren lääkepitoisuuden perusteella. (Munuais- ja maksaliitto s.a. b.)

Siklosporiinin antaminen aloitetaan oraalisesti eli suun kautta ennen siirtoleikkauksen aloitusta ja lääkitys jatkuu välittömästi siirron jälkeisenä päivänä. Jäännöspitoisuutta seuraten pyritään mahdollisimman nopeasti päästä tavoitteelliseen pitoisuuteen. Siklosporiinilla on niin akuutteja kuin kroonisia nefrotoksisia (munuaisille myrkyllisiä) ominaisuuksia. Heti munuaisensiirron jälkeen herkässä vaiheessa isot annokset siklosporiinia voivat hidastaa siirännäisen toiminnan käyntiin lähtemistä tai vaikuttaa negatiivisesti jo käynnistyneeseen munuaisfunktioon. Akuutti nefrotoksisuus saadaan korjaantumaan yleensä lääkennoksen pienentämisellä. (Pasternack ja Salmela 2012, 618). Siklosporiinin yleisimmät haittavaikutukset ovat ihokarvoituksen lisääntyminen, turvotus ikenissä, käsien tärinä sekä päänsärky (Munuais- ja maksaliitto s.a. b.).

Takrolimuusin immunosuppressiivisen tehon tiedetään olevan voimakkaampi kuin siklosporiinin. Lääkkeen antotapa on suun kautta ja anto aloitetaan preoperatiivisessa vaiheessa ja jäännöspitoisuutta seurataan verestä. Takrolimuusi muistuttaa siklosporiinia mutta näitä kahta lääkettä ei saa antaa samanaikaisesti niiden synergisen vaikutustavan vuoksi. Lääkkeen akuutit ja krooniset nefrotoksiset ominaisuudet muistuttavat pitkälti siklosporiinin ominaisuuksia. (Pasternack ja Salmela 2012, 618.) Takrolimuusin haittavaikutukset ovat lievempiä kuin siklosporiinin (Munuais- ja maksaliitto s.a. b.).

5.3.2 Mykofenolaattimofetiili ja atsatiopriimi

Mykofenolaattimofetiili kuuluu uuden polven hyljinnänestolääkkeisiin. Se vähentää valkosolujen jakautumista sekä hyljintäreaktiota. Huomattavina haittavaikutuksina voidaan mainita mahavaivat ja ripuli. Markkinoilla on samaan lääkeaineryhmään kuuluva mykofenolihappovalmiste, joka erilaisen liukenemisominaisuutensa ansioista on joidenkin potilaiden kohdalla paremmin siedetty. (Maksa- ja munuaisliitto s.a. b.) Tämän lääkkeen käyttöä rajoitetaan raskauden aikana, sillä lääkettä käyttäneillä naisilla on ilmennyt raskauden aikana keskenmenoja ja syntyneillä lapsilla on todettu synnynnäisiä epämuodostumia (Potilaan lääkärilehti 2015).

Atsatiopriimi on kuulunut munuaisensiirtopotilaan säännölliseen lääkitykseen 2000-luvun alkuun saakka, jonka jälkeen mykofenolaatti on syrjäyttänyt sitä. Se on kuitenkin edelleen peruslääkityksenä niillä, joille munuaisensiirto on tehty vuosikymmeniä sitten sekä niille, joille mykofenolaatti ei käy maha- ja suolikanavaa ärsyttävien haittavaikutuksien takia. (Pasternack ja Salmela 2012, 619.) Atsatiopriimin vaikutus perustuu solujen jakautumisen ja tulehdusreaktioiden estämiseen. Haittavaikutukset lääkellä ovat lieviä. Kuten muutkin hyljinnänestolääkkeet myös atsatiopriimi voi mahdollisesti lisätä virustulehdusriskiä sekä aiheuttaa lievää anemiaa. (Munuais- ja maksaliitto s.a. b.)

5.3.3 Kortikosteroidit

Kortikosteroidit ovat osa munuaisensiirtopotilaan peruslääkitystä sekä hyljintää estävässä ylläpito-hoidossa, että akuutin hyljinnän hoidossa. Kortikosteroidin vaikutus perustuu tulehdusta estävään ominaisuuteen ja se on akuuttia rejektiota hoidettaessa edelleen korvaamaton. Kortikosteroidin haitta-

vaikutukset munuaisensiirtopotilaalle ovat huomattavat, mutta ne vaihtelevat yksilöllisesti. (Pasternack ja Salmela 2012, 617.) Huomattavimmat ovat ruokahalun lisääntyminen, painonnousu, osteoporoosi, ohentunut iho, poskien turpoaminen sekä mielialan vaihtelut (Munuais- ja maksaliitto s.a. b).

Ylläpito-hoidon tarkoitus on tulla toimeen mahdollisimman pienellä annoksella. Lääkitysten kehittymisestä johtuen voidaan jo varhain siirtyä vuoropäivälääkitykseen. Viime vuosina on myös pyritty kokonaan pois kortikosteroidihoidosta viimeistään toisena vuonna munuaisensiirron jälkeen. Kortikosteroidin vieroitus tapahtuu tiiviissä seurannassa mahdollisen hyljinnän vaaran takia. (Pasternack ja Salmela 2012, 617.)

5.4 Muut komplikaatiot

Munuaissiirtoon liittyvät erityisongelmat ovat transplantaationkirurgien eli elinsiirtokirurgien ja nefrologien (munuaistauteihin erikoistuneiden) erikoisalaa (Pasternack ja Salmela 2012, 622). Transplantaatiokirurgit vastaavat seurannasta kolmesta viikosta kolmeen kuutauteen. Tämän jälkeen nefrologit siirtyvät vastuuseen siirännäisen seurannasta. (Helanterä ym. 2010, 2601.)

Munuaisensiirron saaneiden määrä on jatkuvassa nousussa. Sairaanhoidon eri tahoilla olisi syytä olla tuntemusta siirtopotilaiden tyypillisiin ongelmiin liittyen. (Pasternack ja Salmela 2012, 622.) Keskeisiä komplikaatioita aiheuttavat seuraavissa kappaleissa käsitellyt infektiot, sydän- ja verisuonisairaudet, syövät sekä luusto-ongelmat.

5.4.1 Infektiot

Hyljinnänestolääkityksen tiedetään lisäävän infektiotilaa. Se vaikuttaa pääasiassa soluvälitteiseen immuunipuolustukseen, joka puolestaan lisää virusinfektioiden ilmaantumista. (Helanterä ym. 2010, 2604.) Potilaan henkeä uhkaavista vaikeuksista juuri infektiot ja niistä aiheutuvat komplikaatiot ovat yleisimpiä heti munuaisensiirron jälkeen. Merkittävimpinä, kuolintilastoissa, munuaisensiirtopotilaan kohdalla voidaan mainita keuhkojen infektiot ja eri alkuperää olevat septiset infektiot. (Pasternack ja Salmela 2012, 624.) *Pneumocystis carinii*-keuhkokuumeen ehkäisemiseksi kaikille munuaisensiirron saaneille annetaan kuuden kuukauden ajan trimetopriimisulfaa tai pentamidiini-inhalaatioita (Linnan-vuo 2008b). *Pneumocystis carinii*, nykyisin *pneumocystis jiroveci*, on sieni, jonka on todettu aiheuttaneen keuhkokuumetta elinsiirto- ja syöpäpotilailla jo 1960-luvulta lähtien (Laakkonen, Porkka ja Anttila 2016).

Immunosuppressioon on yhdistetty useimmat munuaisensiirron jälkeiset infektiot (Pasternack ja Salmela 2012, 624). Myös immunosuppressiosta johtuen mahdollisen infektion oireet voivat peittyä (Heiro ja Koskinen 2012, 1718). Taudinaiheuttajiin kuuluvat yleisimpiä infektiota aiheuttavat bakteerit, virukset, sienet ja alkueläimet, jotka elimistön puolustuskyvyn ollessa normaali eivät juuri aiheuta infektiota. Infektioiden esiintyminen on yleisempää niillä potilailla, jotka ovat joutuneet saamaan

intensiivistä hyljintähoitoa akuuttien rejektioepisodien vuoksi tai joiden immunosuppressio on pitkään ollut runsaampaa. (Pasternack ja Salmela 2012, 624.) Ensimmäisen vuotena siirron jälkeen kaikki infektiot olisi syytä hoitaa erikoissairaanhoidossa. Tämän jälkeen, mikäli siirteen toiminta on sujunut ongelmitta, voidaan lievät infektiot kuten kuumeeton virtsatietulehdus, ylähengitystietulehdus tai poskiontelotulehdus hoitaa avoterveydenhuollossa. (Heiro ja Koskinen 2012, 1718.)

5.4.2 Sydän- ja verisuonisairaudet

Munuaisten vajaatoiminta kuuluu sydän- ja verisuonisairauksien itsenäiseen riskitekijään. Useimmiten munuaisensiirtopotilaalla on useiden vuosien kestoinen munuaistauti ja vaihtelevan kestoinen dialyysihoito. Hyljinnänestolääkitys vaikuttaa usein epäedullisesti verenkiertoelimistöön. Myös keskimäärin neljännes Suomessa munuaissiirteen saaneista ovat diabeetikkoja. On osattava kiinnittää huomiota sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyyn erityisesti siirtopotilaan kohdalla. Painonhallinnan, liikunnan, terveellisten elämäntapojen ja tupakoimattomuuden tärkeyden esiintuominen on suotavaa. Myös asetyylisalisyhapon käyttö on suositeltua. (Helanterä ym. 2010, 2605.)

Hypertension esiintyminen siirron jälkeen useimmilla potilailla on normaalia. Tärkeänä tavoitteena voidaan pitää verenpaineen alentamista siirteen ennusteen kannalta. Ennen siirtoa ollut hypertensio voi mahdollisesti jatkua vaikkapa omien munuaisten reniinin ylituotannon ilmiönä. Yleensä kuitenkin se on suhteessa siirteen toiminnan häiriöihin. Heti siirron jälkeen se mahdollisesti liittyy siirteen toimimattomuuteen. Tämä yleensä johtuu elimistön liiallisesta nestekuormasta, akuutista rejektiosta tai siklosporiinin aiheuttamasta akuutista munuaistoksisuudesta. Näiden korjaaminen pystyy normalisoimaan verenpaineen. Monesti kuitenkin tarvitaan verenpainelääkitystä. Tällöin käytössä ovat ACE:n estäjät, angiotensiinireseptorin salpaajat ja kalsiuminestäjät. Mikäli myöhemmin ilmaantuu hypertensio voi se johtua siirteessä uusiutuvasta perustaudista, siklosporiinin aiheuttamasta vauriosta, kroonisesta rejektiosta tai valtimoahtaumasta siirteessä. (Pasternack ja Salmela 2012, 628.)

Hyljinnänestolääkkeistä kortikosteroidit, siklosporiini ja takrolimuusi voivat altistaa potilaan diabetekselle joka kehittyy munuaisen siirron jälkeen. Mikäli potilas on ylipainoinen yli 45-vuotias ja sukurasituksen perusteella on alttius tyyppin 2 diabetekselle, insuliinihoitoinen diabetes saattaa jäädä pysyväksi. Joissain tapauksissa tila korjaantuu oralisella lääkkeellä tai ruokavalion muutoksella ja painontarkkailulla. (Pasternack ja Salmela 2012, 626.) Siirron jälkeen ilmenevä diabetes on pitkälti taudinvaltaan sekä hoidoltaan tyyppin 2 diabeteksen tapainen insuliiniresistensseineen (Helanterä ym. 2010, 2606).

5.4.3 Syövät

Munuaisensiirto lisää riskiä sairastua syöpään ja kokonaisriski on kolminkertaistunut iältään vastaavaan väestöön verrattuna (Pasternack ja Salmela 2012, 627). Syöpäriskin lisääntyminen johtuu hyljinnänestolääkityksestä (Munuais- ja maksaliitto s.a. f). Tähän kuuluvat tietyt syöpätyypit, erityisesti lymfooma ja Kaposin sarkooma mutta ihon levyepiteelisyöpä, non-Hodginin lymfooma, vulvan sekä perineumin syövät ja munuaissyöpä ovat myös mahdollisia (Pasternack ja Salmela 2012, 627).

Mitä pidempään immunosuppression varassa eläminen on jatkunut, sen tärkeämmäksi muodostuu potilaan tarkka seuranta. Säännölliset dermatologiset, stomatologiset ja gynekologiset seurannat tulisi kuulua potilaalle. Munuaisensiirron saaneen syövän hoito ei ole helppoa. Kaposin sarkooma ja non-Hodgkinin lymfooma paranevat usein immunosuppression vähentämisellä tai lopettamisella. Muissa syöpälajeissa noudatetaan samoja hoitoperiaatteita kuin immunokompetenttien potilaiden kohdalla. (Pasternack ja Salmela 2012, 627.)

5.4.4 Luusto-ongelmat

Munuaisensiirtoon tulevilla potilailla on yleensä krooniseen munuaistautiin liittyvä luu- ja mineraalaineenvaihdunnan häiriö. Ensimmäisten 3–6 kuukauden aikana munuaisensiirrosta luuntiheys pienee nopeasti. Tähän voidaan pitää suurimpana syynä glukokortikoidilääkitystä ja sen suuriannoksisuutta. Mikäli potilaalla on todettu vaikea osteoporoosi ennen siirtoa, on mahdollista suunnitella lääkitys kokonaan ilman glukokortikoidia. Myös siklosporiinilla sekä takrolimuusilla on luuston aineenvaihduntaan liittyviä epäedullisia vaikutuksia. (Helanterä ym. 2010, 2607.)

Kaikille suositellaan kalsiumkarbonaatti-D-vitamiinivalmistetta, ainoastaan todettu hyperkalsemia estää sen. Kun munuaisensiirtopotilasta verrataan terveeseen väestöön, on siirtopotilaalla moninkertainen luunmurtumariski. Murtumariskiin vaikuttavat lisäksi ikä sekä sukupuoli (Helanterä ym. 2010, 2707.)

5.5 Elämä munuaissiirteen kanssa

Pitkäaikaisseurannan tarkoituksena on kiinnittää huomio erityisesti verenpainetautiin, dyslipidemiaan, sokeritasapainon hoitoon sekä mahdollisten syöpätautien kehittymiseen, sillä nämä kaikki vaikuttavat eloonjäämiseen. Toimivasta siirteestä huolimatta munuaissiirtopotilaan tarve pysyvään seurantaan ei katoa minnekään. Seurannassa on kiinnitettävä huomiota psykososiaalisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat täysipainoiseen elämään ja elämänlaatuun munuaisensiirron jälkeen. (Pasternack ja Salmela 2012, 629.)

Seurannan lisäksi tulee huomioida myös psykososiaaliset vaikutukset, joita munuaisensiirto voi aiheuttaa. Elämäntilanne muuttuu jälleen. Munuaisensiirroilla on omat vaikutuksensa raskauteen ja sen suunnitteluun. Terveellisillä elämäntavoilla on myös merkittävä osuus hyvän elämänlaadun ylläpitämisessä. Näistä vaikutuksista kerromme tarkemmin seuraavissa luvuissa.

5.5.1 Psykososiaaliset muutokset

Munuaisensiirtoon liittyy paljon erilaisia tunteita, joiden käsittelyyn voi tarvita apua. Elinsiirto herättää myös paljon erilaisia kysymyksiä, joihin ei saa vastausta koskaan. Esimerkiksi siirteen alkuperä askarruttaa. (Rajasuo 2017-04-24.) Psykososiaalisen tuen tarkoitus on ehkäistä ja lievittää odottamattomien, äkillisten ja vakavien traumaattisten tapahtumien johdosta aiheutuneita seurauksia. Tukea voidaan antaa henkilölle, joka itse kokee sitä tarvitsevansa tai jolle ammattihenkilöstö on sitä

suositellut ja ohjannut palvelun käyttäjäksi. Psykososiaalisella tuella tarkoitetaan aina ammatillista tukea, jonka tarkoituksena on helpottaa traumaattisesta kriisistä johtuvaa suru- tai stressireaktiota, tukea apua tarvitsevan työ- ja toimintakykyä sekä auttaa palaamaan kriisin jälkeiseen normaaliin elämään. (Salon mielenterveysseura mieli s.a.)

Onnistunutta munuaisensiirtoa seuraa elämänmuutos, josta psykososiaaliset ongelmat voivat syntyä. Haasteita munuaisensiirron jälkeen saattaa asettaa takana ollut pitkäaikainen sairaus, joka voi vaikeuttaa sopeutumista entiseen tai sitä vastaavaan työhön sekä työkykyiseksi kuntoutuminen. Monen nuoren kohdalla pitkä sairaus on voinut estää koulunkäynnin sekä valmistumisen ammattiin. Siitäkin johtuen munuaisensiirtopotilaan seuranta on erikoissairaanhoidon piirissä. (Pasternack ja Salmela 2012, 629.)

Ihmisen toimintakyky on jaettu fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Munuaispotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa mukana olevien on pyrittävä ymmärtämään hänen erilainen tilanteensa ja näin ollen tuettava toimintakykyä. Toimintakyvyllä tarkoitetaan yleensä henkilön valmiuksia selviytyä jokapäiväisistä toiminnoista kotona, työssä sekä vapaa-aikana. Toimintakyky riippuu ihmisen ominaisuuksista ja suhteesta ympäristöönsä. (Hyväri 2008c, 158–159.)

Fyysisiksi ominaisuuksiksi luetaan esimerkiksi ihmisen sen hetkinen terveydentila ja liikuntakyky. Psyykkisiin ominaisuuksiin kuuluvat kognitiiviset (tiedolliset kyvyt) ja mielenterveys. Vuorovaikutussuhteiden luominen ja osallistuminen sosiaaliseen toimintaan ovat puolestaan sosiaalisia ominaisuuksia. Psyykkinen ja sosiaalinen liittyvät lujasti toisiinsa ja näin voidaan puhua ihmisen psykososiaalisista ominaisuuksista. (Hyväri 2008c, 159.)

Ihmisen ominaisuudet sekä ympäristö voivat mahdollisuuksien mukaan joko rajoittaa tai lisätä hänen toimintakykyään. Ympäristön tukemisesta huolimatta voivat psykososiaaliset ongelmat lamauttaa tai rajoittaa ihmisen toimintakykyä. Puolestaan voimakkaat psykososiaaliset ominaisuudet edesauttavat selviämään suurista ympärillä olevista esteistä. (Hyväri 2008c, 159.)

Kuntoutuminen on suunnitelmallista, monialaista ja pitkäjänteistä toimintaa. Sen tavoite on auttaa ja tukea ihmistä kuntoutuksessa. Kuntoutus on osa kokonaisvaltaista munuaissairaanhoidon hoitoa. Sillä luodaan pohja potilaan kyvyille hallita elämäänsä ja hyvinvointiaan ja tukea työ- ja toimintakykyä. Lähtökohtaisesti käytetään potilaan ja hänen läheisten olemassa olevia voimavaroja ja vahvuuksia. Niiden perusteella luodaan kuntoutumistavoitteet. Kuntoutumisen onnistumiseen vaikuttavat potilaan oma motivaatio, halu muutokseen ja vastuun ottaminen. Tavoite on aina kuntoutujan voimaannuttaminen elämään, joka on hänen omien mahdollisuuksien mukainen. Keinoina voidaan käyttää tiedon lisäämistä, vertaiskokemuksia ja niistä oppimista sekä arjessa kiinni pitämistä. (Hyväri 2008c, 159–160.)

Munuaisensiirron saaneen potilaan on mahdollista saada myös vertaistukea. Vertaistuella tarkoitetaan, että saadaan yhteen ihmisiä, joita yhdistää yhteinen elämäntilanne, sairaus tai vamma. Jokai-

nen tukee toista tasavertaisesti ja luottamuksellisesti. (Hyvis.fi 2014.) Samanlaiset kokemukset tuovat toivoa kuntoutumisen eri vaiheissa ja tämä lisää keskinäistä ymmärrystä. Pelkoa leimautumisesta ja yksinäisyydestä voi helpottaa toisten kuntoutujien selviytymistarinat. Myös kokemusten jakaminen poistaa pelkoa ja lievittää ahdistuneisuutta. (Mielenterveyden keskusliitto s.a.) Vertaistuki on tarkoitettu täydentämään terveydenhuollostsa ja läheisiltä saatavaa apua (Munuais- ja maksaliitto s.a. e).

5.5.2 Seksuaalisuus ja raskaus munuaisensiirron jälkeen

Miehillä mahdollinen dialyysin aikainen seksuaalinen kyvyttömyys korjaantuu usein munuaisensiirron jälkeen. Kykyjen palautuminen vie kuitenkin oman aikansa ja lääkitys voi omalta osaltaan vaikuttaa esimerkiksi erektio-ongelmiin. (Järvinen 2012, 17.) On tutkittu, että miehillä voi olla vaikeuksia saada orgasmi sekä siemennesteen määrä voi olla vähäistä. Tämän ovat useat miespotilaat kokeneet turhauttavana. Naisilla munuaisensiirron jälkeen emättimen kuivuus, haluttomuus ja kyvyttömyys saada orgasmi on mahdollista. Näistä johtuen yhdynnän jälkeiset virtsatieinfektiot voivat olla yleisiä. (Martel, Rice, Crooks, Ko ja Muehrer 2015, 253.)

Naisilla, jotka ovat hedelmällisessä iässä, kuukautiset palaavat normaaliksi. Raskaus ei kuitenkaan ole riskitön äidille eikä lapselle hylkimisenestolääkityksen takia, sillä hylkimisenestolääkitys läpäisee istukan. Äidin mahdollisia riskejä ovat siirännäisen toiminnan huonontuminen, hylkiminen ja verenpaineen nousu. (Järvinen 2012, 17–18.) On tutkittu, että mahdollisuus raskausmyrkytykseen on suurempi munuaisensiirteeseen saaneella (Majak ym. 2016). Tutkimukset ovat osoittaneet, että raskauden läpikäyneet naiset ovat menettäneet siirännäisen muita nopeammin. Lapselle riskejä puolestaan ovat keskosuus, pieni paino syntyessä sekä synnynnäiset viat ja tulehdukset. Mikäli raskauteen kuitenkin päädytään, ovat edellytykset sille oltava kunnossa. Munuaisensiirrosta on oltava aikaa vähintään kaksi vuotta sekä hoitavan lääkärin kanssa on asiasta keskusteltava hyvissä ajoin. Imettäminen ei ole mahdollista, sillä hyljinnänestolääkitys siirtyy äidinmaidosta lapseen. Isäksi tulon esteitä ei ole, ainoastaan mykofenolaattimofetiili lääkitystä käyttävälle on suositeltu pidättäytymistä isäksi tulon ensimmäisen puolen vuoden ajan munuaisensiirrosta. (Järvinen 2012, 17–18.)

5.5.3 Rokotukset

Rokotusten suhteen elinsiirtopotilaat muodostavat oman ryhmänsä. Elinsiirtopotilailla säilyy oma immunologinen muisti eikä rokotusohjelmaa tarvitse muuttaa kokonaan. (Suomen rokotepalvelu s.a.). Yleisenä sääntönä voidaan pitää, että inaktivoituvia mikrobeja tai niiden puhdistettuja antigenejä voidaan antaa turvallisesti elinsiirtopotilaalle. Elinsiirtopotilaan rokotussuositukseen kuuluvat seuraavat rokotteet, joita ovat meningokokkikonjugaattirokote, hemophilus influenzae tyyppi B, difteria ja tetanus, influenssa rokote, A ja B -hepatiitti, vesirokko ja HPV-rokote (vain alle 26 vuotiaille). Nämä rokotteet pyritään antamaan ennen elinsiirtoa, mutta ne ovat mahdollista antaa myös jälkeenpäin, mikäli ne ovat jääneet antamatta. Osa rokotteista annetaan tietyissä tilanteissa vain tarvittaessa. On myös muutamia ei vasta-aiheisia rokotteita, joiden antaminen perustuu tapauskohtaiseen päätökseen riskiarvioinnin perusteella. (SataDig 2015).

Elinsiirron jälkeen käyttöön tulee immuunijärjestelmää hillitsevä ja sammuttava lääkitys, jolloin rokotteen ottaminen siinä vaiheessa voi olla tehotonta. Elävät heikennetyt virusrokotteet voivat olla vasta-aiheisia eikä niitä saa antaa. (Suomen rokotepalvelu s.a.). Eläviä heikennettyjä viruksia sisältäviä rokotteita ovat BCG (Bacillus Calmette- Guerin), MPR (tuhkarokko, sikotauti, vihurirokko) tai rokotteita, jotka sisältävät näitä viruksia. Oraalista poliorokotetta (OPV) ei myöskään saa antaa elinsiirtopotilaiden perheenjäsenille. Isorokko-rokote, keltakuume-rokote, oraalinen lavantautirokote sekä vyöruusu-rokote kuuluvat myös vasta-aiheisiin rokotteisiin. Vyöruusu-rokotetta suositellaan annettavaksi ennen siirtoa, mikäli potilas ei ole immuunipuutteinen. (SataDig 2015).

Yleensä rokotteita voidaan antaa useita samalla kerralla. Pyrkimyksenä on kuitenkin ryhmittää rokotukset niin, että aikaa rokotusten välillä olisi kuukauden verran. Tiheä rokottaminen voi mahdollisesti heikentää rokotusten tehoa. (SataDig 2015).

5.5.4 Matkustaminen

Munuaisensiirron saaneen henkilön tulee välttää matkustamista trooppisiin maihin 6–12 kuukautta siirron jälkeen. Elinsiirron jälkeinen immunosuppressiivinen lääkitys on voimakkaimmillaan ensimmäisinä kuukausina siirrosta ja se altistaa infektioille. Hyljintäreaktion hoidossa immunosuppressiota joudutaan tehostamaan ja se myös altistaa infektioille. Sytomegaloviruksen aiheuttama infektio lisää muiden infektioiden esiintymistä. Matkustamista voidaan harkita siinä vaiheessa, kun immunosuppressio-ongelmat on hoidettu ja immunosuppressio-astetta on voitu madaltaa. (Anttila ja Seppänen 2016.)

Siirteen saaneen tulee noudattaa yleisiä suosituksia malarian estolääkityksessä. Mahdolliset hyljinnänestolääkityksen yhteisvaikutukset malarian estolääkityksen kanssa on tarkistettava huolellisesti. Hygienia- ja ruokavalio-ohjeita on syytä noudattaa erityisen tiukasti matkailijan ripulitaudin ehkäisemiseksi. Yleisesti ennaltaehkäisevää mikrobilääkitystä ei suositella kuin lyhytkestoisille matkoille alueelle, jossa ripulitautiriski on erityisen suuri. Jos infektion oireita matkalla esiintyy, on syytä hakeutua herkästi sairaanhoitoon jo ensioireissa. (Anttila ja Seppänen 2016.)

5.5.5 Terveelliset elämäntavat

Munuaisensiirron jälkeen elämään tulee hyljintälääkityksen myötä muitakin asioita. Ruokavalioon on syytä kiinnittää huomiota, sillä kortikosteroidilääkitys yleensä nostaa painoa (Björk 2013, 5). Ensimmäiset 1–8 viikkoa siirron jälkeen ruokavalion tulisi olla runsasproteiininen (1–1,5 grammaa/kilogramma/vuorokausi) ja tilanteen vakiinnuttua riittää yleisen saantisuosituksen mukainen proteiini-määrä (0,8–1 grammaa/kilogramma/vuorokausi) perustarpeen kattamiseksi (Jänntti 2008, 119). Hyljinnän estolääkityksestä johtuvien haittavaikutusten ruokavaliohoito on yksilöllistä (Kylliäinen 2009, 129). Siirrännäisen toiminta saattaa vaikuttaa siten, että joidenkin kohdalla määrätään mahdollinen munuaisruokavalio. Muuten pyritään noudattamaan voimassa olevia, sen hetkisiä ravintosuosituksia. Joitakin ruoka-aineita kuten greippiä tai garambolaa tulee välttää, sillä ne vaikuttavat lääkepitoisuuks-

siin. Luontaistuotteita ei saa käyttää ilman lääkärin lupaa. (Björk 2013, 5.) Siirteen saaneilla luustokartoitus on tärkeää, koska 20–40 prosenttia munuaissiirteen saaneilla esiintyy yleisiä kalsium- ja luusto-ongelmia. Luustoa rasittavat aikaisemmat luustotaudit, glukokortikoidilääkitys ja metaboliset muutokset. Yleisiä ovat myös veren rasva-arvojen häiriöt ja nämä ovat usein monitekijäisiä. Sen vuoksi lipidi- eli rasva-arvojen hoitoa ruokavaliolla tarvitaan. Vähäsuolainen ruokavalio (alle 5 grammaa päivässä) on tarpeen myös siirteen saannin jälkeen, koska normaali verenpaineetaso säästää siirrettä. Runsas kasvisten ja vähärasvaisten maitotuotteiden käyttö on myös mahdollista tässä vaiheessa ja ne edesauttavat myös verenpaineen hoidossa. (Kylliäinen 2009, 129.)

Liikunta auttaa ylläpitämään terveyttä, sekä fyysistä jaksamista että henkistä hyvinvointia. Siirron jälkeen potilas voi hiljalleen oman jaksamisen mukaan lisätä liikunnan kestoja ja kuormittavuutta. Lajeja, joissa iskut alavatsaan ovat mahdollisia, ei suositella. Kävely on varsinkin alkuun kaikille sopeva ja helppo liikuntamuoto. (Järvinen 2012, 17.) Liikunta on tärkeää munuaispotilaalle ja munuaissiirron saaneelle, koska se vaikuttaa myönteisesti verenpaineeseen, parantaa keuhkojen ja sydämen toimintaa sekä vaikuttaa edullisesti veren rasva-arvoihin ja sokeritasapainoon. Samalla se auttaa painonhallinnassa. Liikunnan harrastaminen tukee potilaan psyykkistä hyvinvointia. Yhteisissä liikuntahetkissä muiden kanssa on mahdollisuus saada samalla vertaistukea. (Pakonen 2008, 132.)

Hyljinnäestolääkkeet kuormittavat maksaa ja sen vuoksi alkoholinkäytön tulee olla kohtuullista. (Björk 2013, 5.) Naisilla kohtuukäytöllä tarkoitetaan enintään yhtä annosta ja miehillä kahta annosta korkeintaan viitenä päivänä viikossa (Munuais- ja maksaliitto s.a. g) Tupakointi huonontaa keuhkojen toimintaa ja näin ollen leikkauksesta toipuminen on hitaampaa. Tupakoinnin vaikutukset näkyvät myös verenkierrössä ja ovat samalla haitallista siirteen toiminnalle. (Järvinen 2012, 14.)

6 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

Esittelemme tässä luvussa toiminnallisen opinnäytetyömme kehittämisprosessin. Selitämme myös mitä toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa. Kerromme opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta. Opinnäytetyömme prosessi lähti liikkeelle keväällä 2016. Valmis aihe löytyi KYS:n opinnäytetyöpankista ja ensimmäinen tapaaminen sovittiin yhteistyökumppanin kanssa toukokuulle 2016. Kesän aikana tilanne muuttui opinnäytetyötä tekevän opiskelijan osalta ja ryhmän kokoonpano uudistui syyskuussa 2016. Nykyisellä kokoonpanolla aloitimme muodostamaan suunnitelmaa sekä aikataulutusta. Opinnäytetyön teoriaa työstimme syksyn ja alkutalven ajan. Opinnäytetyömme tuotoksena syntyvän oppaan kirjoitusprosessi alkoi maaliskuussa 2017. Saimme oppaasta palautetta yhteistyökumppanilta ja teimme oppaan heidän toiveiden mukaisesti.

Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla alasta ja kohderyhmästä riippuen ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje tai opastus käytännön toimintaan, ympäristöohjelma tai jonkin tapahtuman toteuttaminen kuten messuosaston tai konferenssin järjestäminen. Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehtona tutkimukselliselle opinnäytetyölle. (Vilka ja Airaksinen 2003, 9–10.) Opinnäytetyömme on toiminnallinen kehittämistyö, jonka lopullisena tuotoksena on konkreettinen potilasopas. Opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen, tutkimuksellisella otteella asiantunteva, käytännönläheinen halliten riittävällä tasolla alan tietoja ja taitoja (Vilka ja Airaksinen 2003, 9–10).

Opinnäytetyö on monelle opiskelijalle käyntikortti ja mahdollisuus tuoda esille koulutuksen tuoma ammattitaito, jota työnantajat arvostavat. Toiminnallinen opinnäytetyö on samalla erinomainen keino luoda suhteita työelämään, koska toiminnalliselle opinnäytetyölle on suositeltavaa hankkia toimeksiantaja. Hyvän opinnäytetyön aiheen idea nousee opinnoista ja sen valinnassa on mahdollista käyttää aikaisempia yhteyksiä harjoittelupaikkoihin tai luoda uusia yhteyksiä työnantajiin. Opinnäytetyön avulla opiskelijat näyttävät osaamistaan laajemmin ja pääsevät soveltamaan taitojaan työelämän mahdollisuuksiin. (Vilka ja Airaksinen 2003, 16.)

6.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät

Opinnäytetyömme tarkoitus on kirjoittaa asiasisältö potilasohjeeseen munuaisensiirron saaneelle potilaalle ja hänen läheisilleen. KYS:n munuaispoliklinikan hoitajilla on ollut potilasohjaustilanteissa asiasisältörunko, jonka mukaan ohjaustilanteet ovat toteutuneet. Hoitajat ovat kokeneet, että he haluavat saada yhtenäisen tietopakettien rungon ympärille, jotta ohjaus olisi laadukkaampaa ja tasa-laatuista. Ohjeen voi antaa myös potilaalle muistin sekä arjen tueksi. Torkkola ym. (2002, 29) toteavat potilasohjeen olevan usein välttämätön suullisen ohjauksen tukena. Tällä tavoin potilas voi palata ohjeisiin ja palauttaa mieleen ohjauksen sisältöä itselleen sopivana aikana. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa laadukasta ohjausmateriaalia ja ajankohtaista tietoa munuaisensiirron saaneen ohjaukseen KYS:n munuaispoliklinikalle.

Opinnäytetyön tehtävänä on rajata täsmällisesti olemassa olevaa teoriatietoa kohderyhmän tarpeisiin potilasoppaan muodossa. Oppaaseen koottu tieto pohjautuu hoitohenkilöstön sekä potilaiden

tarpeisiin. Teoreettinen viitekehys määrittellään osittain näiden tarpeiden myötä. Potilasoppaassa kuvataan tiiviinä tietopakettina munuaisensiirron saaneelle ja hänen läheisilleen tärkeimmät pääkohdat, jotka potilaan tulee ottaa huomioon munuaisensiirron jälkeen. Oppaassa esitellään munuaispoli-
klinikan arvot, toimintaperiaatteet ja tarvittavat yhteystiedot sekä vertaistukea tarjoavat tahot. Oppaassa otetaan huomioon omaisten rooli potilaan arjessa. Asioita tarkastellaan myös potilaan näkökulmasta munuaisensiirron saaneen asiakkaan kertomana niin sanottuna kokemusasiantuntijana.

6.2 Tiedonhaku

Tiedonhaun keskiössä oli potilasohjaus ja munuaisensiirron jälkeinen aika. Lisäksi olemme hakeneet tietoa munuaisista ja munuaissairauksista. Opinnäytetyön kirjoittamisen tueksi etsimme vastaavalaisia opinnäytetöitä Theseuksesta ja Google Scholarista, jotta saimme paremman käsityksen toiminnallisen opinnäytetyön rakenteesta. Lähteinä olemme käyttäneet paljon oppikirjoja niiden luotettavuuden ja asiasisällön vuoksi. Oppikirjoja olemme löytäneet pääasiassa Savonia ammattikorkeakoulun kirjaston hakupalvelu Finnan kautta ja muiden kirjastojen hakupalveluiden kautta.

Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkijat noudattavat eettisesti kestäviä ja yleisesti hyväksytyjä tiedonhankintamenetelmiä, jotka tutkijoiden tulisi hallita hyvin. Hyvä tieteellinen käytäntö tiedonhankinnassa on tiedon hankinta oman alan tieteellisestä kirjallisuudesta sekä asianmukaisista tietolähteistä. (Vilka 2015, 41–42.) Olemme noudattaneet työssämme hyvää tieteellistä käytäntöä. Työmme on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa. Teorian monipuolisuuden ja luotettavuuden vuoksi olemme käyttäneet myös ulkomaisia lähteitä ja tiedonhaun lähteinä olivat Medic ja Chinal tietokannat. Ulkomaalaisia lähteitä löytyi runsaasti ja opinnäytetyössä käyttämämme lähteet valitsimme tekstiin liittyvän tarpeen ja yhdistettävyyden pohjalta. Ulkomaalaisista lähteistä löytyi paljon samaa kuin kotimaisista ja näitä vertailemalla ja yhdistelemällä pääsimme tekstin sisällön suhteen haluttuun lopputulokseen luotettavuuden kannalta. Asiasanoja haettiin suomalaisesta lääketieteen asiasanastosta FinMeSh:stä. Hakusanoina käytimme ”hoidonohjaus”, ”potilasohjaus”, ”potilasohjeet”, ”munuaisensiirto”, ”munuaistaudit” ja ”munuaiskomplikaatiot”, ”patient education as topic”, ”patient education handout”, ”kidney transplantation”, ”kidney transplantation and sex ja kidney diseases”. Rajaamalla hakutuloksia vuosiluvulla löysimme uusimpia tutkimuksia, esimerkiksi vuosien 2015–2017 aikana julkaistuja. Suuri osa lähteistä on julkaistu vuoden 2010 jälkeen ja näin ollen luotettavasti tuoretta tietoa.

Tiedonhaku prosessina oli haastavaa. Tiedonhaussa oli osattava tarvittaessa laajentaa tai rajata hakua päästäkseen haluttuun lopputulokseen. Sanojen katkaiseminen sekä merkkien käyttäminen olivat tärkeässä osassa tiedonhakua. Hakutuloksina saimme aiheeseen liittyviä opinnäytetöitä, artikkeleja sekä nettisivustoja. Lähteiksi valitsimme mahdollisimman tuoreita teoksia ja julkaisuja. Joitakin oppikirjoja ei kuitenkaan ollut uudempana versiona, joten niissä käytimme uusinta mahdollista. Näistä esimerkkinä Torkkolan, Heikkisen ja Tiaisen (2002) Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Myös Vilkan ja Airaksisen (2003) Toiminnallinen opinnäytetyö, oli lähteenä ja teoksesta emme löytäneet uudemmaa painosta. Kun työ eteni pidemmälle, tiedonhaku laajeni. Tällöin oli osattava pitää mielessä

rajattu alue, jotta kirjoitettu teksti säilyi järjestelmällisenä sekä aiheeseen liittyvänä. Opiskelun aikana olleiden tiedonhakukurssien tärkeys sekä merkitys ovat mielestämme korostuneet tätä työtä tehdessä ja kokonaiskuvasta on tullut konkreettinen.

6.3 Työn eteneminen

Suunnittelimme työn etenemistä suuntaa antavan aikataulun ja SWOT-analyysin avulla. Aikataulun mukaan voidaan hyvin erottaa kehittämistyön **lineaarinen malli**, jossa opinnäytetyömme etenee perättäisinä vaiheina hyvin kaavamaisesti. Todellisuudessa kuitenkin varsinainen työskentely noudatti enemmänkin **spiraalimallia**, joka on lähempänä sosiokulttuurista mallia. Siinä otetaan huomioon kehittämistoiminnan inhimilliset, sosiaaliset ja kulttuuriset piirteet, koska niitä ei voi sivuuttaa työskentelyssä. Spiraalimallin voi kokea haastavaksi siksi, että kehittämistoimintaan osallistuu eritavoin ajattelevia, tuntevia sekä kokemuksiltaan ja taustoiltaan erilaisia ihmisiä. Toisaalta ajateltuna tämä on rikkaus ja voimavara työn monipuolisuuden tueksi. Mallissa tunnustetaan ja tunnustetaan ihminen oppijana ja luovana toimijana. Näissä kahdessa edellä mainituissa malleissa on paljon samankaltaisuutta ja sen vuoksi voidaan tämän opinnäytetyön eteneminen nähdä **konstruktiivisen mallin** mukaisena. (Salonen 2013, 13–16.)

Kehittämishankkeessa voidaan hyvin erottaa eri vaiheita: aloitusvaihe, suunnitteluvaihe, esivaihe, työstövaihe, tarkistusvaihe, viimeistelyvaihe ja valmis tuotos. Seuraavassa luvussa kuvaamme opinnäytetyömme suunnittelu- ja työstövaiheen, viimeistelyvaiheen ja valmiin tuotoksen. Tarkistusvaihetta emme erikseen käsittele, koska sen voidaan ajatella kuuluvan jokaiseen vaiheeseen. (Salonen 2013, 16–18.)

6.3.1 Suunnittelu- ja työstövaihe

Opinnäytetyön suunnittelu käynnistyi syksyllä 2016 aihekuvauksen tekemisellä. Aihekuvauksen tarkoituksena oli antaa kuva työstä, jota teemme. Siinä esiteltiin alustavaa tietoperustaa, jonka pohjalta lähdemme työtä tekemään. Varsinainen suunnitteluvaihe käynnistyi marraskuussa, jolloin aloitimme tiedonhaun opinnäytetyötä varten. Tiedonhaku koostui asioista, jotka koimme tärkeinä potilaalle munuaisensiirron jälkeen. Suunnitteluvaiheessa oli mukana tilaajan edustaja, KYS:n munuaispoliklinikan henkilöstö, jonka toiveiden mukaisesti suunnittelimme opasta. Yhteisissä tapaamisissa tilaajan edustajan kanssa kävimme oppaaseen tulevaa asiasisältöä läpi. Vaihdoimme ajatuksia ja toiveita oppaan suhteen usein myös sähköpostin välityksellä työn edetessä. Oppaan ulkoasussa ja sisällössä kunnioitimme tilaajan näkemystä sekä toiveita. Sen pohjalta kokosimme aihealueet teoriaosuuteen.

Toteutimme kirjoittamisprosessia pääasiallisesti omalla ajallamme käyttäen hyväksi tekstinkäsittelyohjelmien verkko-ominaisuuksia. Tällöin pystyimme seuraamaan työn etenemistä ja kirjoittamaan tekstiä samaan tiedostoon. Suunnitelman edetessä pysähdyimme aika ajoin arvioimaan tekstin sisältöä yhteisissä tapaamisissa. Arviointia pyysimme ja saimme myös toimeksiantajan edustajalta sekä opinnäytetyön ohjaavalta opettajalta, mikä koettiin voimavarana prosessin läpiviemiseen.

6.3.2 Viimeistelyvaihe

Varsinainen oppaan tekeminen ja opinnäytetyön raportin kirjoittaminen ajoittuivat viimeistelyvaiheeseen. Opasta tehdessä olimme tiiviissä yhteydessä toimeksiantajaan oppaan asiasisällön ja ulkoasun tiimoilta. Pääasiallisesti tiedonvaihto tapahtui sähköpostin välityksellä pitkien välimatkojen ja opintojen vuoksi. Teimme oppaasta useita erilaisia versioita, joita kävimme läpi toimeksiantajan kanssa. Viimeisimmän version saatuaamme lähes valmiiksi pyysimme potilaan näkökulmaa oppaan sisällöstä. Potilaan näkökulmaa kertoi henkilö, jolle on tehty aikaisemmin munuaisensiirto. Hän piti opasta hyvänä ja yksinkertaisen selkeänä, mutta toivoi kiinnitettävän huomiota henkisen jaksamiseen ja sen tukemiseen. Hänen mielestään siitä puhutaan liian vähän, ja hän olisi kaivannut omalla kohdallaan asiaan kiinnitettävän huomiota. Yhdessä toimeksiantajan kanssa olimme samaa mieltä siitä, että potilaan esiintuomat ehdotukset olivat tarpeellisia ja tärkeitä. Otimme huomioon parannusehdotukset ja lisäsimme aiheesta tietoa oppaaseen.

Oppaan ulkoasua varten tulostimme koevedoksia lopullisen oppaan hahmottamisen helpottamiseksi. Aluksi mietimme lisäävämmme erilaisia symboleja rytmittämään oppaan sisältöä. Keskusteltuamme asiasta toimeksiantajan kanssa päädyimme heidän toiveestaan vaihtoehtoon lisätä kuvia elävöittämään opasta. Oppaan kuvitukseen ehdotimme kuvia, joista välittyi iloisuus, toiveikkuus ja tasapainoisuus. Ehdotusta pidettiin hyvänä. Toimeksiantaja ehdotti kuvituksen toteuttamista heidän toimestaan siten, että munuaispoliklinikan sihteeri kuvittaa oppaan. Opinnäytetyön kieliasun viimeistelyn teimme kesällä 2017 ja lopullisen version työstä lähetimme lopulliseen tarkistukseen elokuun alussa.

6.3.3 Valmis tuotos

Tässä opinnäytetyössä tehty potilasopas on merkittävä munuaisensiirron saaneille ja heidän läheisilleen, KYS:n munuaispoliklinikan hoitohenkilöstölle ja meille työn kirjoittajille tulevana sairaanhoitajina. Munuaisensiirtopotilaat saavat ajantasaista ja tärkeää tietoa sisältävän oppaan hoidon tueksi leikkauksen jälkeiseen hoitoprosessiin. Samoin opas toimii potilaan läheisille tukena ja muistina, mitä kaikkea munuaisensiirto aiheuttaa potilaalle.

Terveydenhuollon henkilöstö KYS:n munuaispoliklinikalla saa oppaan käyttöön potilasohjauksen tueksi. Oppaan avulla potilasohjaus tulee olemaan samansisältöinen kaikille potilaille, vaikka ohjausta antava hoitaja vaihtuisi. Samalla opas toimii muistin tukena ohjausta antavalle. Näin ohjaus lisää hoidon laatua ja potilasturvallisuutta.

Prosessin aikana tapaamisissa toimeksiantajan kanssa meille muodostui kuva potilasohjeesta, joka sisältää tärkeää ja monipuolista tietoa tiiviisti kerrottuna potilaalle munuaisensiirron jälkeen. Lopullisena tuotoksena eli produktiona potilasopas munuaisensiirron saaneelle on kuitenkin pelkistetty potilasohje. Opas taitetaan toimeksiantajan tyylin ja värimaailman mukaisesti A5 kokoon ja kokonaissivumäärä oppaassa on kahdeksan. Oppaan kuvituksesta vastasi munuaispoliklinikan sihteeri. Opas löytyy opinnäytetyön liitteenä (liite 1).

7 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastelemme opinnäytetyötämme luotettavuuden ja eettisyyden näkökulmasta. Pohdimme millä tavoin opinnäytetyömme vaikuttaa ammatilliseen kasvuun ja mitä kaikkea opinnäytetyö prosessina on meille antanut. Arvioimme työtämme sekä työskentelyämme kriittisesti ja tarkastelemme lopputulokseen vaikuttaneita tekijöitä.

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyössä otimme eettisyyden ja luotettavuuden huomioon koko prosessin ajan. Tietoa etsimme ja haimme luotettavista tietolähteistä ja sen oikeellisuutta arvioimme kriittisesti. Tietoa haimme luotettavuuden tueksi useista lähteistä ja samalla varmistimme tiedon oikeellisuuden. Luotettavuutta arvioimme myös lähteen julkaisuvuoden sekä lähteen asiantuntijuuden mukaan. Opinnäytetyön keskiössä olivat potilaat, joita varten potilasopas tuotettiin.

Opinnäytetyön tekijöinä kannoimme eettistä vastuuta läpi opinnäytetyön tekemisen. Pyrkimyksenä oli pitää kiinni sovitusta aikatauluista sekä kiinnittää huomiota tuotetun työn sisältöön. Asetimme yhteiset tavoitteet opinnäytetyön valmistumisen ja arvioinnin suhteen, joita jokainen pyrki noudattamaan ja kunnioittamaan. Rehellisyys asioiden etenemisen suhteen on tärkeää, näin ei pääse syntymään tilanteita, jotka voisivat olla vaaraksi työn etenemiselle. Osallistuimme kaikki vastuullisesti työn kirjoittamiseen ja pystyimme osoittamaan vilpittömää kiinnostusta sekä paneutumista koko prosessin ajan, kuitenkin omat voimavarat huomioiden. Käytimme hyväksi toistemme vahvuusalueita kirjoittamisprosessissa. Vaikka välillä meinasi itse kullekin tulla uupumusta kirjoittamisen suhteen, kannustimme toisiamme jatkamaan. Välillä oli haasteellista saada työn tekijöiden kesken yhteistä aikaa järjestymään, mutta koimme sen erittäin tärkeäksi työn etenemisen kannalta. Asumme kaukana toisistamme, joten hyödynsimme yhteydenpidossa sekä työskentelyssä nykytekniikkaa kuten ryhmäpuhuita Messengerin välityksellä ja työskentelyä tekstinkäsittelyohjelman online-ominaisuuksia hyväksi käyttäen. Lupa-asiat oli myös oltava kunnossa opinnäytetyötä tehdessä. Luvan saanti vei oman aikansa ja sen vuoksi varsinaisen oppaan tekeminen ja sen hyväksyttäminen toimeksiantajalla meni suunniteltua myöhemmäksi.

Ohjauksen eettisyys tarkoittaa tiedon perusteltavuutta sekä tietoa oikeina käsityksinä ja teorioina. Ohjattavia potilaita ei voida pitää samanarvoisina tiedon saannin ja sen käsittämisen suhteen. Internetin tuomat mahdollisuudet lisäävät ohjaukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä sekä haasteita nykypäivänä ja tulevaisuudessa vielä enemmän. Ihminen haluaa olla oman elämänsä asiantuntija ja hakee usein omatoimisesti terveystietoa eri tietolähteistä. Hoitajia ohjaa heidän oma ammattietiikkansa, mutta ammattietiikka ei anna ohjeita läheskään kaikkiin tilanteisiin. Ohjaustilanteiden tuleekin olla kaikille ohjausta saaville samansisältöistä, ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa. Vain tällä tavoin hoitaja voi varmistaa ohjauksen luotettavuuden kaikille potilaille. Ohjaustilanteessa on myös otettava huomioon eettiset näkökulmat. Jotta asiakkaan yksityisyys, hänen itsemääräämisoikeutensa ja oikeutensa hallita omaa elämäänsä toteutuisivat, hoitajan on ohjaustilanteissa tunnistettava omat voimavaransa sekä eettisyys. Ohjaustilanteessa potilas on mukana osapuolena, jolla on vähemmän

vastuuta. Hänellä on kuitenkin vastuu oman terveytensä edistämisestä ja siihen liittyen kertomisesta tilanteestaan totuudenmukaisesti. Potilaalla on oikeus saada hoitoon liittyvä tarvittava apu ja tieto. (Kyngäs ym. 2007, 153–157.)

Luotettava tieto sisältää seuraavia ominaisuuksia: objektiivisuus, toistettavuus ja testattavuus, julkisuus, kriittisyys, edistyvyys ja autonomisuus (Kananen 2012, 163–164). Työssämme näkyy objektiivisuus siten, että emme ole kirjoittaneet omia mielipiteitämme. Tietomme julkisuus toteutuu, koska tuotoksiamme käytetään ohjauksen tukena KYS:n munuaispoliklinikalla sekä valmis työmme julkaistaan Theseus tietokannassa. Kehittämistyön edistyvyys näkyy mahdollisimman tuoreiden aineistojen käyttönä (Kananen 2012, 163–164). Tässä työssä käytetty teoretieto on muodostettu kriittisesti arvioiden lähteiden luotettavuutta ja sopivuutta työhömmme. Etsimme samasta asiasta tietoa useasta eri lähteestä. Huolehdimme luotettavuudesta käyttämällä alkuperäisiä julkaisuja aina kuin on ollut mahdollista. Tiedon paikkansa pitävyys on todennäköisintä, kun etsitään tietoa useammasta lähteestä ja käytetään alkuperäisiä julkaisuja mahdollisuuksien mukaan (Vilka ja Airaksinen 2003, 72–73). Teorian paikkaansa pitävyyttä varmistettiin myös antamalla työ luettavaksi asiasta tietävälle taholle eli yhteistyökumppanille. Tiivis yhteistyö toimeksiantajan ja ohjaavan opettajan kanssa vahvisti käsitystämme oppaan luotettavuudesta. Osasimme näin ollen työstää opinnäytetyötä oikeaan suuntaan. Huomioimme heidän toiveensa ja parannusehdotuksensa opinnäytetyön ja oppaan sisällön suhteen. Lisäksi toimeksiantajan puolesta munuaispoliklinikan sairaanhoitajat, lääkäri ja sihteerit hyväksyivät oppaan teoriasisällön. Oppaan luki ja arvioi myös henkilö, jolle on aikaisemmin tehty munuaisensiirto. Tällä tavoin saimme huomioitua oppaan sisältöä potilaan näkökulmasta, ja tämä lisää myös osaltaan oppaan luotettavuutta.

7.2 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyön tekijöinä saimme kattavan näkemyksen ja kokemuksen potilasohjauksesta sekä siitä, mitä kaikkea ohjauksessa tulee ottaa huomioon. Samoin tulivat tutuiksi munuaissairaudet, niihin johtavat syyt ja hoitopolku munuaisensiirron jälkeen sekä samalla koko kirjoittamisen prosessi. Opimme tekemään potilasohjeita, hakemaan tietoa laajasti ja kattavasti sekä raportoimaan siitä. Potilasohjaus tulee olemaan sairaanhoitajan työssä entistä tärkeämmässä roolissa, joten tästä opinnäytetyöstä tulee varmasti olemaan hyötyä sairaanhoitajan ammatissa meille kaikilla osa-alueilla.

Opimme hyvin prosessin aikana hyvän suunnitelman laatimisen merkityksen. Jossain vaiheessa suunnitelman työstäminen tuntui kohtuuttoman suurelta, mutta loppujen lopuksi saimme huomata sen olevan tarpeen lopputuloksen kannalta. Suunnitelmavaiheessa tulee olla selkeä käsitys lopullisesta työstä ja tässä työssä erityisesti käsitys potilasohjeesta. Meille potilasohjeen tarkoitus ja merkitys eivät olleet aivan selkeitä heti suunnitelman alkuvaiheessa. Sen vuoksi suunnitelmavaihe vei arviointia pidemmän ajan ja sitä työstettiin vielä loppuvaiheessa intensiivisesti.

Kirjoittamisprosessissa on hyvä olla selkeä työnjako, kun tekijöitä on useampi. Aikataulun realistinen laatiminen on tärkeää, jotta kirjoittaminen etenee hallitusti kokonaisaikataulun mukaan. Sovimme yhdessä aikataulua eri vaiheille työn edetessä esimerkiksi saadaksemme työmme kommentoitavaksi

ohjaajalle. Prosessin aikana tulee pitää yhteisiä tapaamisia ja käydä läpi jokainen aikaansaatu vaihe sekä pohtia, mitä pitää vielä tehdä. Kriittinen suhtautuminen omaan sekä toisen tekemään työhön on välttämätöntä. Omalle kirjoittamiselle sokaistuu, eikä itse näe kirjoittamassaan tekstissä epäkoh-
tia. Oikoluimme ja korjasimme säännöllisesti toistemme tekstiä, eli toimimme toisillemme ohjaajina ja opponenteina positiivisen palautteen kautta. Hyvän ryhmähengen löytyminen ja sen ylläpitäminen ovat tärkeitä työn etenemisen ja oman jaksamisen kannalta. Kirjoittaminen prosessina on pitkä, ja se herättää välillä niin negatiivisia kuin positiivisiakin tunteita. Näinä hetkinä ryhmän toimivuus ja luottamus jäsenten kesken ovat avainasemassa, jotta työ etenee ja valmistuu ajallaan.

Potilasoppaan ensimmäistä versiota esitellessämme toimeksiantajalle huomasimme, että meillä oli sisällöstä erilainen näkemys. Tämän tapaamisen jälkeen ymmärsimme selkeästi heidän tarpeensa ja oppaan tarkoituksen. Toimeksiantaja oli tarkoittanut oppaan sisällöksi huomattavasti suppeampaa ja lyhyemmin kuvattua tietoa, mitä olimme tuoneet esille. Näiden näkemyserojen välttämiseksi meidän olisi pitänyt tehdä tiiviimpää yhteistyötä toimeksiantajan kanssa sekä selvittää ja määritellä paremmin lopullisen oppaan tavoitteet ja vaatimukset toimeksiantajan näkökulmasta. Lopputuloksena opinnäytetyö on kattava ja monipuolinen tietopaketti liittyen munuaisensiirtoon johtavista syistä, sen jälkeisestä hoidosta ja potilasohjauksesta. Potilasoppaasta tuli käytännönläheinen, ytimekäs ja tilaa-
jan toivomusten mukainen. Olemme tyytyväisiä tekemäämme työhön.

7.3 Jatkokehittämissuhteet

Jatkokehittämissuhteita oppaalle voisivat olla sen toimivuuden arviointi sekä käyttäjien kokema hyödyllisyys ja käytettävyys. Toimivuuden kannalta kiinnostavaa olisi tietää potilaiden kokemuksia oppaasta ja siitä, mitä oppaassa on ehkä liikaa tai liian vähän. Lisäksi potilasohjeiden sisältöä, eroja sekä yhtenäisyyksiä eri sairaanhoitopiirien välillä olisi hyvä vertailla.

Tulevaisuudessa oppaasta voisi tehdä sähköisen version ja mahdollisesti mobiilisovelluksen. Nykyään lähes kaikilla on käytettävissä tietokone, tabletti ja/tai älypuhelin joiden avulla tieto on saatavilla helposti. Näiden laitteiden avulla ihmiset hakevat tietoa paljon internetistä sekä käyttävät erilaisia mobiilisovelluksia. Sähköisen oppaan päivittäminen on helpompaa ja taloudellisempaa. Tiedon määrä voi olla suurempi, kuin paperisessa versiossa ja tieto kulkisi myös aina mukana. Mobiilisovellukseen voisi sisällyttää ajanvarausmahdollisuuden ja yksilöllisen seurantaohjelman.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- AHONEN, Outi, BECK-VEHKALUOTO, Mari, EKOLA, Sirkka, PARTAMIES, Sanna, SULOSAARI, Virpi ja USKI-TALLQUIST, Tuija 2014. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- ANTTILA, Veli-Jukka ja SEPPÄNEN Mikko 2016. Immuunipuutteiset. Matkailijan terveysopas [verkoartikkeli]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2017-02-22.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/ktl.mat?p_artikkeli=mat00192#s5.
- ARSTILA, Petteri 2011. Immuunijärjestelmän kehitys [verkkodokumentti]. [Viitattu 2016-12-1.] Saatavissa: <http://dSPACE2.lib.helsinki.fi:8082/dikk/bitstream/handle/2455/137902/Immuunij%C3%A4rjestelm%C3%A4nkehitys.pdf?sequence=1>.
- ASHLEY, Caroline 2015. Drugs commonly used for kidney transplantation. Journal of Renal Nursing [digilehti] Jan2015; 7(1): 6-13. (8p). [Viitattu 2017-03-16.] Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=554aae99-a1c7-449a-a528-1fe245878abf%40sessionmgr103>
- BJÄLIE, Jan G., HAUG, Egil, SAND, Olav, SJAASTAD, Oystein V ja TOVERUD, Kari C. 1999. Ihminen Fysiologia ja anatomia. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- BJÖRK, Å. 2013. Munuaisensiirtoon lähdeettäessä [verkkajulkaisu]. Potilasohje. Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä. [Viitattu 2016-12-06.] Saatavissa: <https://www.kpsph.fi/sivu/media/Munuaisensiirtoon+l%C3%A4hdett%C3%A4ess%C3%A4.doc/format-pdf/path-L3Zhci93d3cvc2l2dS9yYXBpZGZpcmUvbWVkaWEvZG9jdW1lbnQvZG9jcw==>.
- ESKELINEN, Seija 2016. Urea (P-urea). Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2017-03-07.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03122
- HEIRO, Maija ja KOSKINEN, Petri 2012. Elinsiirtopotilas perusterveydenhuollossa. Ajankohtaista lääkärin käsikirjasta. Duodecim [digilehti], 128:1717–21. [Viitattu 2016-12-5.] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10453.pdf>.
- HEIRO, Maija ja HELANTERÄ, Ilkka 2016. Elinsiirtopotilas perusterveydenhuollossa. Lääkärin käsikirja [Verkkajulkaisu.] Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2017. [Viitattu 2017-12-5.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01381&p_haku=pneumocystis%20carinii.
- HELIN, Karri 2014. Munuaisten vajaatoiminnan vaikutus sydänsairauteen. Duodecim [digilehti]. [Viitattu 2016-12-04.] Saatavissa: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00340#s4.
- HELOVUO, Arto, KINNUNEN, Marina, PELTOMAA, Karolina ja PENNANEN, Pirjo 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioa Oy.
- HELÄNTERÄ, Ilkka, SAHA, Heikki ja KOSKINEN, Petri 2010. Munuaissiirtopotilaan seuranta [verkoartikkeli]. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2010:126:2601-8. [Viitattu 2016-12-06.] Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2010/22/duo99198>.
- HYVIS.FI 2014. Vertaistuki [verkkosivusto]. Terveyttä ja hyvinvointia. [Viitattu 2017-01-04]. Saatavissa: <http://www.hyvis.fi/etelasavo/fi/jarjestot/Sivut/Vertaistuki.aspx>.
- HYVÄRI, Tuija 2008a. Predialyysivaihe. Julkaisussa: ALAHUHTA, Maija, HYVÄRI, Tuija, LINNANVUO, Marjatta, KYLMÄÄHO, Risto ja MUKKA, Heikki (toim.) Munuaissairaanhoidon hoito. Helsinki: Edita, 68–75.
- HYVÄRI, Tuija 2008b. Peritoneaalidialyysi. Julkaisussa: ALAHUHTA, Maija, HYVÄRI, Tuija, LINNANVUO, Marjatta, KYLMÄÄHO, Risto ja MUKKA, Heikki (toim.) Munuaissairaanhoidon hoito. Helsinki: Edita, 90–106.
- HYVÄRI, Tuija 2008c. Munuaissairaanhoidon toimintakyky ja kuntoutuminen. Julkaisussa: ALAHUHTA, Maija, HYVÄRI, Tuija, LINNANVUO, Marjatta, KYLMÄÄHO, Risto ja MUKKA, Heikki (toim.) Munuaissairaanhoidon hoito. Helsinki: Edita, 158–178.

- HYVÄRINEN, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Duodecim [digilehti]*, 121:1769–73. [Viitattu 2016-11-22.] Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>.
- JÄNTTI, Merja 2008. Munuaispotilaan ravitsemus. Julkaisussa: ALAHUHTA, Maija, HYVÄRI, Tuija, LINNANVUO, Marjatta, KYLMÄÄHO, Risto ja MUKKA, Heikki (toim.) *Munuaissairaanhoidon hoito*. Helsinki: Edita, 114–131.
- JÄRVINEN, Tarja 2012. Sinulle, joka odotat munuaisensiirtoa [verkkodokumentti]. Munuais- ja maksaliitto. [Viitattu 2016-12-06.] Saatavissa: http://www.muma.fi/files/600/Sinulle_joka_odotat_munuaisensiirtoa.pdf.
- KANANEN, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- KOSKINEN, Petri, NYKÄNEN, Antti, TIKKANEN, Jussi, SIHVOLA, Roope, KREBS, Rainer ja LEMSTRÖM, Karl 2004. Onko krooninen hyljintä voitettavissa? Elin- ja kudossiirrot. *Duodecim [digilehti]*. 120:1401-9. [Viitattu 2016-11-30.] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94330.pdf>.
- KYLLIÄINEN, Sirkku 2009. Ruokavalion yksityiskohdat kroonisen munuaistaudin eri vaiheissa. Julkaisussa: HYYTINEN, Mila, MUSTAJOKI, Pertti, PARTANEN, Raija ja SINISALO-OJALA, Laura (toim.) *Ravitsemushoito-opas*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 115–134.
- KYLMÄÄHO, Risto ja MUKKA, Heikki 2008. Hemodialyysi. Julkaisussa: ALAHUHTA, Maija, HYVÄRI, Tuija, LINNANVUO, Marjatta, KYLMÄÄHO, Risto ja MUKKA, Heikki (toim.) *Munuaissairaanhoidon hoito*. Helsinki: Edita, 76–89.
- KYNGÄS, Helvi ja HENTINEN, Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- KYNGÄS, Helvi, KÄÄRIÄINEN, Maria, POSKIPARTA, Marita, JOHANSSON, Kirsi, HIRVONEN, Eila ja RENFORS, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- LAACKONEN, Juha, PORKKA, Kimmo ja ANTTILA, Veli-Jukka 2006. *Pneumocystis jirovecii* -infektiot [verkkoartikkeli]. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2006;122(18):2259-66. [Viitattu 2017-03-18.] Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2006/18/duo96005>.
- LAKI IHMISEN ELIMIEN, KUDOKSIEN JA SOLUJEN LÄÄKETIETEELLISESTÄ KÄYTÖSTÄ. L 2.2.2001/101. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-12-06.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010101>.
- LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUDESTA. L 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-11-14.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- LAMBERG-ALLARDT, Christel. 2012. Fosfori on sekä ravintoaine että lisäaine – onko liikasaanti haitallista? [Verkkosivusto.] Helsingin yliopisto. Elintarvike- ja ympäristötieteiden laitos. Tutkimus. [Viitattu 2017-03-07.] Saatavissa: http://www.helsinki.fi/elintarvike-ja-ymparisto/puheenvuoro/cla_29102012.html
- LEINO-KILPI, Helena 2009. Tieto edistää potilaan turvallisuutta. Julkaisussa: KINNUNEN, Marina ja PELTOMAA, Karolina (toim.) *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 173–180.
- LINNANVUO, Marjatta 2008a. Munuaistaudit. Julkaisussa: ALAHUHTA, Maija, HYVÄRI, Tuija, LINNANVUO, Marjatta, KYLMÄÄHO, Risto ja MUKKA, Heikki (toim.) *Munuaissairaanhoidon hoito*. Helsinki: Edita, 36–67.
- LINNANVUO, Marjatta 2008b. Munuaisensiirto. Julkaisussa: ALAHUHTA, Maija, HYVÄRI, Tuija, LINNANVUO, Marjatta, KYLMÄÄHO, Risto ja MUKKA, Heikki (toim.) *Munuaissairaanhoidon hoito*. Helsinki: Edita, 110–113

- MAJAK, Guri B., SANDVEN, Irene, LORENTZEN, Bjørg, VANGEN, Siri, REISÆTER, Anna V., HENRIKSEN, Tore, MICHELSEN, Trond M., LORENTZEN, Bjørg, REISAETER, Anna V. 2016. Pregnancy outcomes following maternal kidney transplantation: a national cohort study. [Verkkoartikkeli.] Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. [Viitattu 2017-03-16.] Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=8ffa6cc5-1399-4f8a-ad8d-bc6f3ad56e92%40sessionmgr4009&vid=0&hid=4109&bdata=Jmxhbmc9Zmkmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=118169856&db=ccm>.
- MARTELL, Jessica, RICE, Elizabeth I., CROOKS, Natasha K., KO, Dami ja MUEHRER, Rebecca J 2015. What are patients saying about sex after a kidney or simultaneous kidney/pancreas transplant? [Verkkoartikkeli.] Progress in Transplantation, Sep2015; 25(3): 251–256. 6p. [Viitattu 2017-03-16.] Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d4dd32b7-bc83-439d-8129-230eca536a1c%40sessionmgr101&vid=1&hid=125>.
- MIELENTERVEYDEN KESKUSLIITTO s.a. Vertaistoiminta [verkkosivusto]. [Viitattu 2017-01-04.] Saatavissa: <http://mtkl.fi/palvelut/vertaistoiminta/>.
- MUNUAIS- JA MAKSALIITTO s.a. a. Elinsiirrot suomessa [verkkosivut]. Munuais- ja maksaliitto ry. [Viitattu 2016-11-27.] Saatavissa: http://www.muma.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/elinsiirrot/elinsiirrot_suomessa.
- MUNUAIS- JA MAKSALIITTO s.a. b. Hyljinnäestölääkitys [verkkosivusto]. Munuais- ja maksaliitto ry. [Viitattu 2016-11-28.] Saatavissa: http://www.muma.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/elinsiirrot/hyljinnan_estaminen/hyljinnanestolaakitys.
- MUNUAIS- JA MAKSALIITTO s.a. c. Hyljinnän estäminen [verkkosivusto]. Munuais- ja maksaliitto ry. [Viitattu 2016-11-30.] Saatavissa: http://www.muma.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/elinsiirrot/hyljinnan_estaminen.
- MUNUAIS- JA MAKSALIITTO s.a. d. Munuaispotilaan opas. Munuaisensiirto [verkkosivusto]. Munuais- ja maksaliitto ry. [Viitattu 2016-11-28.] Saatavissa: http://www.muma.fi/munuaispotilaan_opas/munuaispotilaan_opas/munuaisensiirto.
- MUNUAIS- JA MAKSALIITTO s.a. e. Vertaistuki [verkkosivusto]. Munuais- ja maksaliitto ry. [Viitattu 2017-01-04.] Saatavissa: http://www.muma.fi/tukea_jaksamiseen/vertaistuki.
- MUNUAIS- JA MAKSALIITTO s.a. f. Munuaisen siirron haitat [verkkosivusto]. Munuais- ja maksaliitto ry. [Viitattu 2017-01-29.] Saatavissa: http://www.muma.fi/munuaispotilaan_opas/munuaispotilaan_opas/munuaisensiirto/munuaisensiirron_haitat.
- MUNUAIS- JA MAKSALIITTO s.a. g. Ruokavalio munuaisen- ja maksansiirron jälkeen [verkkosivusto]. Munuais- ja maksaliitto ry. [Viitattu 2017-02-27.] Saatavissa: http://www.muma.fi/files/1017/Ruokavalio_munuaisen_ja_maksansiirron_jalkeen_2painos.pdf
- MUNUAIS- JA MAKSALIITTO s.a. h. Kudossopivuus [verkkosivut]. Munuais- ja maksaliitto ry. [Viitattu 2017-03-09.] Saatavissa: http://www.muma.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/elinsiirrot/kudossopivuus
- MUNUAISTAUTIREKISTERI 2014. Vuosiraportti 2014 [verkkosivusto]. Munuais- ja maksaliitto. [Viitattu 2017-03-08.] Saatavissa: http://www.muma.fi/files/2135/Munuaistautirekisteri_Vuosiraportti_2014.pdf
- MUNUAISVAURIO (akuutti) (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Anestesiologiyhdistyksen, Tehohoitolääketieteen alajaoksen ja Suomen Nefrologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 24.01.2017). Saatavilla internetissä: <http://www.kaypahoito.fi>
- MUSTONEN, Jukka ja PASTERNAK, Amos 2013. Krooninen munuaisten vajaatoiminta. Julkaisussa: TAARI, Kimmo, AALTOMAA, Sirpa, NURMI, Martti, PARPALA, Teija ja TAMMELA, Teuvo (toim.). Urologia. Helsinki: Duodecim, 153–164.

- MÄKELÄ, Satu, HONKANEN, Eero, ISONIEMI, Helena, JALANKO, Hannu, KOSKINEN, Petri, KYLLÖNEN, Lauri, LEMPINEN, Marko, MÄKISALO, Heikki, TERTTI, Risto, SALMELA, Kaija ja SAHA, Heikki 2013. Munuaissiirto elävältä luovuttajalta: luovuttajan ja vastaanottajan kriteerit. Katsausartikkeli. *Duodecim*. 2013; 129:1893–1900. [Digilehti.] [Viitattu 2016-12-06.] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11222.pdf>.
- ORAL, Eliisa 2014. Munuaissiirtoon valmistautuminen. Munuaissiirron saaneiden ohjauskokemuksia ohjaustarpeista ja ohjaukseen vaikuttavista tekijöistä. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2016-28-11.] Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/76829/Oral_Eliisa.pdf?sequence=1.
- PAKONEN, Pirjo 2008. Munuaispotilaan liikunta. Julkaisussa: ALAHUHTA, Maija, HYVÄRI, Tuija, LINNANVUO, Marjatta, KYLMÄÄHO, Risto ja MUKKA, Heikki (toim.) Munuaissairaahan hoito. Helsinki: Edita, 132–142.
- PARPALA, Teija 2013. Virtsatietulehdukset ja infektiohyfyys. Julkaisussa: TAARI, Kimmo, AALTOOMAA, Sirpa, NURMI, Martti, PARPALA, Teija ja TAMMELA, Teuvo (toim.). *Urologia*. Helsinki: Duodecim, 119–136.
- PASTERNAK, Amos ja SALMELA, Kaija 2012. Munuaisensiirto. Julkaisussa: PASTERNAK, Amos (toim.) *Nefrologia*. Porvoo: Bookwell Oy, 603–631.
- POTILAAN LÄÄKÄRILEHTI 2015. Hylkimisreaktion estoon tarkoitetun mykofenolaatin käytöstä raskauden aikana varoitetaan. Suomen lääkäriiliitto. [Viitattu 2016-11-30]. Saatavissa: <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/hylkimisreaktion-estoon-tarkoitetun-mykofenolaatin-kaytosta-raskauden-aikana-varoitetaan/>.
- RAJASUO, Kirsi 2017-04-24. Opinnäytetyö [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Riitta Aho, Niina Aalto ja Janne Virmanen. [Tulostettu 2017-04-24.]
- SALMELA, Kaija 2013. Munuaisensiirto. Julkaisussa: TAARI, Kimmo, AALTOOMAA, Sirpa, NURMI, Martti, PARPALA, Teija ja TAMMELA, Teuvo (toim.) *Urologia*. Helsinki: Duodecim, 164–170.
- SALO, Jaakko 2013. Anuria. Julkaisussa: TAARI, Kimmo, AALTOOMAA, Sirpa, NURMI, Martti, PARPALA, Teija ja TAMMELA, Teuvo (toim.) *Urologia*. Helsinki: Duodecim, 145–146.
- SALON MIELENTERVEYSSEURA MIELI s.a. Psykososiaalinen tuki. [verkkosivusto]. Salon mielenterveysseura. [Viitattu 2017-01-04.] Saatavissa: <http://www.ssmts.fi/kriisikeskus/alisivu2/>.
- SALONEN, Kari 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72 [verkkojulkaisu]. Turun ammattikorkeakoulu. [Viitattu 2017-04-25.] Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>.
- SATADIG 2015. Infektioyksikkö. Elinsiirtopotilaan rokotussuositus. [verkkosivusto]. Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaanhoidollisten palveluiden liikelaitos. [Viitattu 2017-01-29.] Saatavissa: <http://www.satadiag.fi/ammattilaiselle/ohjeet/Infektioyksikko/Elinsiirtopotilaan%20rokotussuositus.pdf>.
- SIRKKA, Tiina 2016-12-12. Kuopion yliopistollinen sairaala. Opinnäytetyö [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Janne Virmanen. [Tulostettu 2016-12-12.]
- SIRKKA, Tiina 2017-03-22. Kuopion yliopistollinen sairaala. Opinnäytetyö [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Janne Virmanen. [Tulostettu 2017-03-22.]
- SUOMEN PERUSTUSLAKI L 11.6.1999/731. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-11-14]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P6>.
- SUOMEN ROKOTEPALVELU s.a. Krooniset sairaudet ja rokottaminen. [verkkosivusto]. Suomen rokotepalvelu Oy. [Viitattu 2017-01-29.] Saatavissa: <https://www.rokotepalvelu.fi/fi/rokotustarve/krooniset-sairaudet-ja-rokottaminen>.

TAMPEREEN KAUPUNKI 2011. Munuaispotilaan hoitotyö. Tampereen kaupungin koulumateriaalisivut [verkkosivut]. [Viitattu 2017-01-06.] Saatavissa: http://koulut.tampere.fi/materiaalit/munuais/aineisto/perustietoa_rakenne.html.

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2014. Mitä on potilasturvallisuus? [verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-11-22.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>.

TERVEYSKIRJASTO 2013. Munuainen ja virtsatiet. Lääkärikirja Duodecim-kuvat. [Verkkosivut.] [Viitattu 2017-01-06.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00236.

TORKKOLA, Sinikka, HEIKKINEN, Helena ja TIAINEN, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

VILKKA, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

VILKKA, Hanna ja AIRAKSINEN, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

LIITE 1: POTILASOPAS

**Tervetuloa Kuopion yliopistollisen sairaalaan
Munuaispoliklinikalle**

Opas munuaisensiirtopotilaille



YHTEYSTIEDOT

Munuelopoliinikka 3114

Kaartilasraaja, rakennus 2

D-ovi, 4. kerros

Puhelinnumerot

Sähköitt 017 174 139

Sähköittotaja 044 7178043

TOIMINTA-ARVOMME

- Ihmisenäön kunnioittaminen
- Yhteistyötoiminta
- Turvallisuus
- Vuokruullisuus
- Omatoimisuus

LUPAAMME

- Hyvää kohtelua
- Riittävästi tietoa ymmärrettävällä tavalla
- Sujuvaa palvelua
- Läheiselle mahdollisuuden osallistua hoitoon

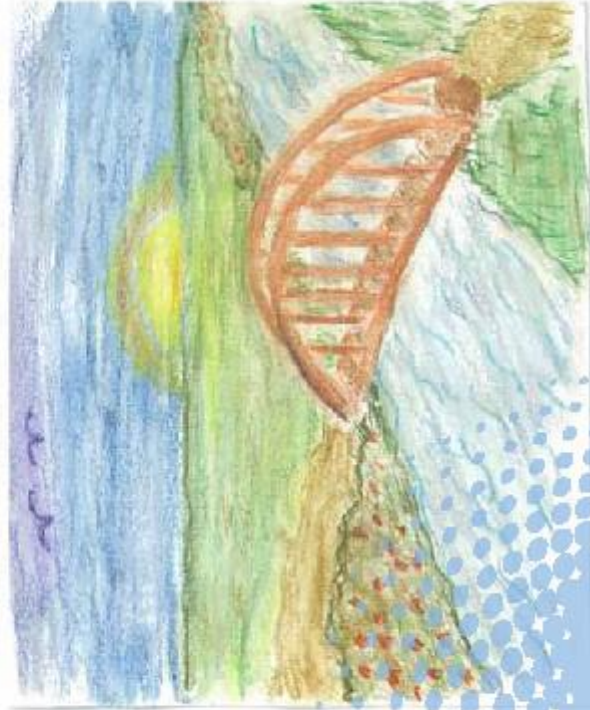


OMATOIMISUUS

- Tulee munuaispoliittikalla kirjautumalla Kela-kortilla Kaarlehteen alakerrassa olevalle ilmoittautumisautomaatille.
- Munuaispoliittikalla mittaat verenpaineesi sekä painosi.
- Voit tilata Kela-takin osaston puhelimella.

AJANKARVAUS

- Perustamatta jätetytä käynnistä voidaan peria asetuksella säädetty makuu.



HAJUUSTEET

- Voimakkaiden hajusteiden käyttöä tullee välttää esiintyvien tulleissa, koska ne saattavat aiheuttaa allergisia reaktioita muille henkilöille.

INFEKTIÖIDEN EHKÄISY JA HOITO

- Vältä leija väljyyksiä ja kanssakäymistä flunssaa tai muita tartuntatauteja sairastavien kanssa munuaissairtoleikkauksen jälkeisenä kuukautena.
- Kuumteen noustessa tai infekttioon viittaavien oireiden ilmaantumista lähdä viipymättä lääkäriin arvioon.
- Huolehdi ihosi kunnosta ja suojaa ihoasi aurinkolta.
- Hoida hampaista säännöllisesti ja käy hammaslääkärin tarkastuksessa.
- Muista hyvä käsihygienial

HOITOOIN SITOUTUMINEN

- Munuaissairuuden jälkeen seuranta tapahtuu KYSin munuaisspoliittikalla joko lääkäriin vuorokauttokohtain tai soittosalla.
- Poliittikalla seurataan voittoa, siirtomunuaisten toimintaa sekä lääkeainepitoisuutta.
- Aikaa seuranta on viikottaisista ja harvoin viikollista.
- Käynnillä säännöllisesti laboratoriotarkastus ja lääkäriin vastaanotolla sekä ottamalla hyönteisestolääkkeitä ohjeen mukaan varmistat siirtomunuaisten toiminnan ja hyvinvoinnin.

LÄÄKITYS

- Hyönteisnestelääkkeitä on yhteisvaikutukalta muiden lääkkeiden kanssa. Käytä vain lääkäriin Särulle määrättyjä lääkkeitä!
- Huolehdi, että lääkekortilla on aina ajan tasalla.

TOIMINTAOHJEET SAIRASTUMISTILANTEISIIN

- Jos sinulle tulee oireita, jotka viittaavat infekioon tai hyökkäykseen tai terveydentilassasi ilmenee joltain poikkeavasta, ota välittömästi yhteyttä KY:in munuaisten poliklinikalle tai päivystykseen.

ROKOTUKSET

- Ota kausi-influenssarokote vuosittain ennen epidemia-kauden alkua. Rokote on sinulle ilmainen ja saat sen omasta terveyskeskuksesta.
- Myös muiden rokotusten ajan tasalla pitäminen on tärkeää.



KUNTOJUTUS JA TYÖ

- Munuaissairaan jälkeen työelämään paluu tapahtuu noin puolen vuoden kuluessa. Onnistunut munuaissairauselinto mahdollistaa työkyvyn ennalliseen palautumisen.
- Voit ottaa yhteyttä sairaalan sosiaalityöntekijään ja hänen avullaan kartoittaa mahdollisuutesi kuntoutukseen ja työssä jatkamiseen.

HENKISEN JAKSAMINEN

- Munuaissairaan jälkeinen uusi elämäntilanne ja hyllinnäiselintotilanteet voivat aiheuttaa muutoksia tunne-elämässä. Elintilinto harottaa paljon kysymyksiä ja siihen liittyy paljon erilaisia tunteita.
- On tärkeää, että keuhkoeläet psyykkisistä voimista ja jaksamisesta avoimesti puhuen, ystävien tai hoitohenkilökunnan kanssa. Voit kysyä tukea myös potilasjärjestöiltä.

VERTAISTUKI

- Munuais- ja maksaliiton Pohjois-Savon alueryhdytys on munuais- ja maksasairauksiin sairastuneiden ja heidän omaistenne etu-, palvelu- ja yhdyssuhteijärjestö.
- Lisätietoa saat osaston henkilökunnalta ja liiton [www-avullita](http://www.psmumma.fi) osoitteesta

<http://www.psmumma.fi>



PALAUTE

- Voit kertoa suoraan muruosastopolitiikan henkilökunnalle toivomukset ja molitukset sekä asiat, jotka ovat toteutuneet hyvin. Kirjallista palautusta voit antaa sairaanhoitopiirin verkkosivujen kautta esittöesssä <http://www.psshp.fi>

HAIPRO

- Potilasturvallisuuden vaarantavasta tapahtumasta voi tehdä ilmoituksen joko osastolta saatavalla paperilomakkeelle tai esittöesssä <https://www.sveanik.fi/haiopro441/potilasilmoitus/> potilasilmoitus.ssp

MUISTENPANOJA





DIALYYSIOGASTON POTILASOPAS
Teesi: Niina Aalto, Riitta Aho, Janne Viikari
Kuvat: Anja Korhonen
Teksti: Susanna Lämsävuori
Paino: KYS Monistamo
05.2017

