



# AKUUTIN HAIMATULEH- DUKSEN JA SAPPIRAKKO- TULEHDUKSEN HOITO

Perehdytysmateriaali Kuopion yliopistollisen sairaalan  
osastolle 2205

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Jari Tick, Ragnar Paananen, Raimo Liimatainen	
Työn nimi Akuutin haimatulehduksen ja sappirakkotulehduksen hoito. Perehdytysmateriaali Kuopion yliopistollisen sairaalan osastolle 2205	
Päiväys	24.3.2016
Sivumäärä/Liitteet	35/20
Ohjaaja(t) Ensihoidon lehtori Marko Tolonen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala, Gastrokirurgian osasto 2205	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Akuuttiin pankreatiittiin sairastuu Suomessa vuosittain arviolta 70–100 ihmistä 100000 asukasta kohti. Lisäksi sappirakkotulehduksen sairastaa länsimaissa arviolta 10-15 % aikuisväestöstä elämänsä aikana. Molemmat sairaudet vaativat välitöntä sairaalahoitoa, jota annetaan yliopisto- ja keskussairaaloissa ympäri Suomea. Molempien sairauksien hoito vuodeosastolla perustuu riittävään kivun hoitoon sekä nestehoitoon.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä sähköinen materiaali, jota on jatkossa helppo päivittää. Opinnäytetyön tavoite oli perehdytyksen laadun parantaminen, uuden työntekijän sekä opiskelijan toiminnan parantaminen sekä perehdytysprosessin nopeutuminen. Toisena tavoitteena oli kerätä ajantasaista tutkimustietoa gastrokirurgisen potilaan hoidosta, sekä haastatella osaston osastonhoitajaa ja apulaisosastonhoitajaa käytännön tiedon osalta.</p> <p>Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, joka käsittelee molempien sairauksien diagnosointia ja hoitoa. Opinnäytetyön tuloksena valmistui PowerPoint<sup>®</sup> materiaalit Kuopion yliopistollisen sairaalan gastrokirurgian osaston 2205 käyttöön, joka on samalla opinnäytetyön yhteistyökumppani. Materiaalilla pyritään parantamaan osastolla aloittavan uuden työntekijän ja opiskelijan perehdytystä käsiteltyjen sairauksien osalta.</p> <p>Raportin johdannossa kerrotaan toimeksiannosta ja aiheen valinnasta. Tämän jälkeen kerrotaan akuutista pankreatiittista ja sen hoidosta. Lisäksi luvussa esitellään haiman tehtävä ja sen merkitys elimistössämme. Kolmannessa luvussa käsitellään sappikivitaudin sekä sappirakkotulehduksen hoito. Tässä luvussa esitellään lisäksi sappirakon toiminta elimistössämme sekä kerrotaan lyhyesti muista akuuteista vatsakivuista. Opinnäytetyön lopussa kerrotaan prosessin eri vaiheista ja varsinaisesta kehittämistyöstä. Lisäksi arvioidaan tutkimuksen tavoitteen ja tarkoituksen toteutumista. Viimeinen luku sisältää pohdinnan, jossa tuomme esille ajatuksia tutkimuksesta ja kokonaisprosessista: Mitä olemme oppineet ja minkälaisia merkityksiä olemme löytäneet opinnäytetyöllemme. Liitteinä raportissa ovat mukana valmiit PowerPoint<sup>®</sup> -materiaalit, tutkimuslupa sekä tutkimussuunnitelma. Valmiit PowerPoint<sup>®</sup> -materiaalit ovat tehty yhteistyössä osaston 2205 osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa. Lisäksi materiaalien oikoluku ja tietojen oikeellisuus on tarkistettu sekä hyväksytty heidän kauttaan.</p> <p>Jatkotutkimusaiheina voisi vertailla hoitokäytänteitä käsiteltyjen sairauksien hoidosta eri sairaanhoitopiirien kesken. Toisena tutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka paljon sairauksien syntyä voidaan elintapamuutoksilla vähentää. Kuinka iso merkitys ennalta ehkäisyllä ja valistamisella on taudin puhkeamiselle?</p>	
Avainsanat gastroenterologia, haima, sappikivi, pankreatiitti, sappirakkotulehdus, kolekystiitti, perehdytys	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Jari Tick, Ragnar Paananen, Raimo Liimatainen			
Title of Thesis Treatment of acute pancreatitis and gallbladder inflammation. Orientation material for Department 2205 at Kuopio University Hospital			
Date	24.3.2016	Pages/Appendices	35/20
Supervisor(s) Lecturer of paramedics Marko Tolonen			
Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital. Gastrological ward 2205			
<p>Abstract</p> <p>In Finland it's estimated that 70-100 per 100000 inhabitants get acute pancreatitis annually. In addition, 10-15 % of the population in the western countries suffer from cholecystitis over a lifetime. Both diseases require immediate hospitalization, which is given in university and central hospitals around Finland. Treatment of both diseases is founded on adequate treatment of pain and hydration.</p> <p>The purpose of this study was to make an electronic material that is easy to upgrade in the future. objective of this study was to improve the quality of orientation of a new employee, as well as student and orientation process acceleration. The second objective was to collect up to date data on gastro-surgical patient care, as well as interviews with wards head nurse and assistant head nurse.</p> <p>Our thesis is a functional thesis, which deals with diagnostics and treatment of both diseases. As a result of our thesis, Powerpoint® -material was produced for the use of gastrointestinal surgery department 2205 at Kuopio University Hospital, which also is the associate of our thesis. The material aims to improve the orientation of a new employee or a student regarding these diseases.</p> <p>In the introduction of our thesis we tell about the assignment and the selection of the topic. After this, we tell about acute pancreatitis and its treatment. In addition, the chapter describes the function of the pancreas and its role in our bodies. The third chapter deals with cholelithiasis and cholecystitis care. In addition, this chapter describes the function of the gallbladder in the body and also briefly about other acute abdominal pain. At the end of the thesis we will tell you about the different stages of the process and the actual development work. In addition, we evaluate the object and purpose of research realization. The last chapter contains a discussion where we will bring out ideas about our research and the whole process. What have we learned and what kinds of meanings we have found for our thesis. Powerpoint® materials, the trial authorization and the research plan are attached to our report.</p> <p>Completed Powerpoint® materials are made in cooperation with the head nurse and assistant head nurse of department 2205 at KUH. In addition, the proofreading of materials and the accuracy of the information has been reviewed and approved by them.</p> <p>Further research topics could compare the therapeutic practice of the treated diseases among different hospitals. As another research topic it would be interesting to find out how much lifestyle changes can help to reduce these diseases. What kind of role does prevention or raising awareness have in the onset of these diseases.</p>			
Keywords gastroenterology, pancreas, gallstones, pancreatitis, cholecystitis, orientation			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	5
2	AKUUTTI PANKREATIITTI JA SEN HOITO .....	6
2.1	Haima.....	6
2.2	Akuutti pankreatiitti sairautena ja oireet.....	7
2.3	Akuutin pankreatiitin hoito.....	9
3	AKUUTTI SAPPIKIVITAUTI JA SAPPIRAKKOTULEHDUS .....	13
3.1	Sappikivitaudin epidemiologiaa ja oirekuva .....	13
3.2	Sappirakko ja sappikivet.....	13
3.3	Sappikivitaudin ja sappirakkotulehduksen oireet.....	15
3.4	Sappikivitaudin ja sappirakkotulehduksen hoito.....	16
3.5	Lyhyesti muista akuuteista vatsakivuista .....	17
3.6	MET-toiminta ja hälytys .....	17
4	OPINNÄYTETYÖN PROSESSI .....	20
4.1	Kehittämistyö perehdytykseen .....	22
4.2	Hyvän perehdytysmateriaalin kriteerit.....	23
4.3	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite .....	24
5	POHDINTA.....	25
5.1	Opinnäytetyön merkitys yhteistyökumppanille, potilaille sekä meille oppijoina .....	26
5.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	27
5.3	Perehdytysmateriaalin käytön arviointi.....	28
5.4	Oman oppimisen arviointi ja ammatillinen kasvu .....	29
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT.....	31
	LIITE 1: KEHITTÄMISTYÖ PANKREATIITTI .....	36
	LIITE 2: KEHITTÄMISTYÖ KOLEKYSTIITTI .....	41
	LIITE 3: TUTKIMUSLUPA.....	45
	LIITE 4: TUTKIMUSSUUNNITELMA.....	48

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön idea syntyi perioperatiivisen hoitotyön harjoittelujakson pohjalta Ragnar Paanasen ja Raimo Liimataisen suorittaessa harjoittelujaksoa kevään ja syksyn 2015 aikana Kuopion yliopistollisen sairaalan gastrokirurgian osastolla 2205. Huomasimme osaston perehdytyskansiosta uupuvan tieto osastolla hoidettavien sairauksien hoidosta. Päätimme työryhmänä toteuttaa opinnäytetyönä osastolle perehdytysmateriaalin, joka käsittelee osastolla hoidettavia sairauksia. Gastroenterologia on laaja alue, joten rajasimme opinnäytetyön käsittelemään akuutin pankreatiitin sekä sappikivitaudin ja sappirakkotulehduksen hoitoa. Opinnäytetyön tulee olla rajattu mieluummin suppeasti ja syvästi kuin laajasti ja pinnallisesti (Hakala 2004, 31). Rajaamalla opinnäytetyön varmistamme laadukkaan opinnäytetyön ja materiaalin valmistumisen.

Opinnäytetyömme yhteistyökumppani on Kuopion yliopistollinen sairaala (myöhemmin lyhennettynä KYS), joka kuuluu Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin. KYS:aan keskittyy koko Itä-Suomen erikoissairaanhoito, sekä Itä- ja Keski-Suomen erityistason erikoissairaanhoito. Vuosittaisella tasolla KYS:ssa hoidetaan n. 90000 potilasta. Lisäksi poliklinikoilla käy vuodessa n. 360000 potilasta. KYS:n toimintaan kuuluvat myös synnytykset ja kirurgia (Pohjois-Savon Sairaanhoitopiiri, 2013a). Osastolla 2205 hoidetaan pääasiassa päivystyksellisiä ja elektiivisiä vatsaelinkirurgisia potilaita sekä esimerkiksi haimatulehduspotilaita ja epäselviä vatsakipuja (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, 2013a).

Alussa päätimme millainen perehdytysmateriaali palvelisi osastoa parhaiten. Ensimmäisen yhteisen palaverin pohjalta päädyimme sähköiseen materiaaliin, joka on nopea ja helppo päivittää ja sen voi tarvittaessa tulostaa myös paperisena osaston käyttöön. Palaverin pidimme osastolla 2205 osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa. Yhteisen tapaamisen pohjalta rajasimme työmme käsittelemään kahta yleisintä osastolla hoidettavaa sairautta. Saimme tietää, ettei vastaavanlaista perehdytysmateriaalia ole osastolle tehty. Totesimme, että tarve laadukkaalle perehdytysmateriaalille oli olemassa. Työn tavoite on parantaa perehdytyksen laatua sekä nopeuttaa työnsä aloittavien hoitajien perehdytystä.

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi kehittämistyö, joita ovat raporttimme valmiit tuotokset (ks. LIITTEET 1 ja 2). Käytämme opinnäytetyöstämme termiä toiminnallinen opinnäytetyö, mutta kirjoittaessamme tuotoksesta, käytämme termiä kehittämistyö. Toiminnallisella opinnäytetyöllä (practise-based thesis) osoitetaan ammatillinen asiantuntijuus jonkin tuotoksen kautta (Vilka 2006, 123).

Tiedonhankinnan teimme perehtymällä teorian tietoon opinnäytetyössä käsiteltävistä sairauksista. Tästä syntyi opinnäytetyön viitekehys. Haastatteleamalla osaston 2205 osastonhoitajaa ja apulaisosastonhoitajaa saimme lisäinformaatiota käytetyistä hoitomenetelmistä. Opinnäytetyömme kehittämistyön tuotoksena syntyi sähköinen materiaali, joka on digitaalisessa muodossa. Käytännössä tämä tarkoittaa joko Microsoft Office® Powerpoint® (.ppt) tai Adobe Acrobat® (.pdf) -tiedostoja. Pidimme opinnäytetyöstämme osastotunnin 9.3.2016 osastolla 2205.

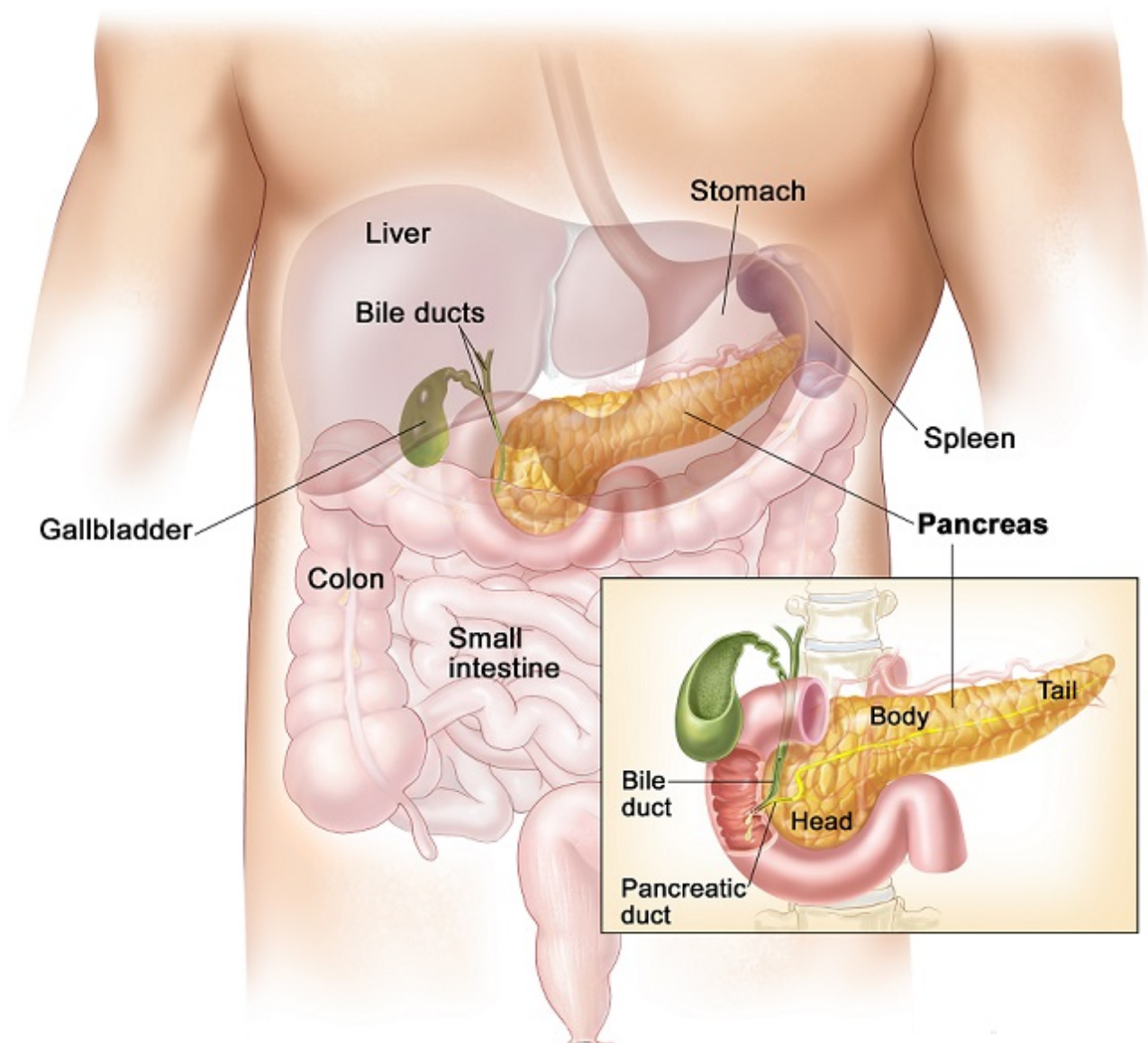
## 2 AKUUTTI PANKREATIITTI JA SEN HOITO

Tässä luvussa kerromme, millainen sairaus akuutti pankreatiitti on ja miten sitä hoidetaan. Aluksi kuvaamme, millainen elin haima on. Kuvaamme haiman toimintaa ja tehtävää, sekä sen merkitystä elimistössämme. Lopuksi avaamme akuutin pankreatiitin epidemiologiaa, jossa kerromme akuutista pankreatiitista sairautena. Siinä käsittelemme taudin esiintyvyyttä, taudin aiheuttajia sekä taudin diagnosointia. Lisäksi esittelemme akuutin pankreatiitin oireet sekä taudin hoidon.

Kerätyn teorian tiedon hyödynsimme suoraan perehdytysmateriaalin tekoon. Halusimme tällä tavalla varmistaa ajantasaisen tiedon käytön heti tuotoksessa. Luvun kappaleet ovat kokonaisuudessaan kirjoitettu niin, että ne olisivat lukijalleen mahdollisimman selkeät ja ymmärrettävät.

### 2.1 Haima

Aluksi kuvaamme, millainen tehtävä haimalla on elimistössä. Haima, latinaksi pankreas, sijaitsee vatsaontelossa poikittain mahalaukun takana pohjukaissuolen ja pernan välissä. Se on aikuisella ihmisellä noin 15–20 cm pitkä ja painaa noin 100 g. Haimassa on eritelty kolme osaa, jotka ovat pää *caput pancreatitis*, runko-osa *corpus pancreatitis* ja häntä *cauda pancreatitis*. Elintä ympäröi ohut fibrokollageeninen sidekudoskapseli. Haima jakaantuu kahteen toiminnalliseen osaan, endokriiniseen eli umpierittävään ja eksokriiniseen eli avoerittävään. Endokriininen osa erittää hormoneja, kuten insuliinia ja glukagonia, joilla on tärkeä tehtävä sokeritasapainon säätelyssä. Se muodostuu Langerhansin saarekkeista, joita on noin 1 % haiman painosta. Eksokriininen osa erittää haimatiehyn kautta suolistoon ruoansulatusentsyymejä. Haimatiehyet yhtyvät sappitiehyisiin ja näiden nesteet purkautuvat pohjukaissuoleen. Haimanesteen entsyymipitoinen neste on emäksistä. Haimaneste suojaa pohjukaissuolen limakalvoa vatsahapolta ja muuttaa samalla pH-tasoa paremmaksi haiman entsyymeille. Haiman erittämät entsyymit pilkkovat rasvoja, hiilihydraatteja ja proteiineja. (Iivanainen, Jauhiainen ja Syväoja 2010, 415–416; Nordback ja Vuoristo 2010, 514–515; Solunetti 2006.)



KUVA 1. Haima (Winslow 2009)

## 2.2 Akuutti pankreatiitti sairautena ja oireet

Käsitlemme tässä kehittämistyössä akuutin pankreatiitin hoitoa osasto-olosuhteissa. Tämän vuoksi opinnäytetyömme teoriaosuudessa on tärkeää tuoda esiin myös taudin epidemiologiaa, joka terminä tarkoittaa sairauksien yleisyyden tutkimista, sekä etiologiaa, joka on oppi tautien yleisyydestä.

Akuutti pankreatiitti, eli äkillinen haimatulehdus, on yleinen sairaus. Sitä ilmaantuu noin 70–100 tapausta 100000 asukasta kohti vuodessa. Kasvaneeseen ilmaantuvuuteen uskotaan liittyvän alkoholin käytön yleistymisen. On myös havaittu maantieteellistä vaihtelua esiintyvyydessä. Alkoholia pidetäänkin yleisimpänä akuutin haimatulehduksen aiheuttajana; se on syynä jopa noin 70 %:ssa tapauksista. (Kempainen, Kylänpää, ja Puolakkainen, 2013, 611.)

Seuraavaksi yleisimpänä taudin aiheuttajana tulee sappikivitauti, jonka osuus on 15–20% kaikista tapauksista. Tällöin yleensä pienikokoinen sappikivi tukkii haima-sappitiehyen ja estää haimanesteen

normaalin virtauksen. Muita aiheuttajia voivat olla raskaus, perinnölliset syyt, lääkeaineet, haiman tai papillin tuumori sekä hypertriglyserimia. (Kempainen ym. 2013, 611; Pulkkinen 2015.)

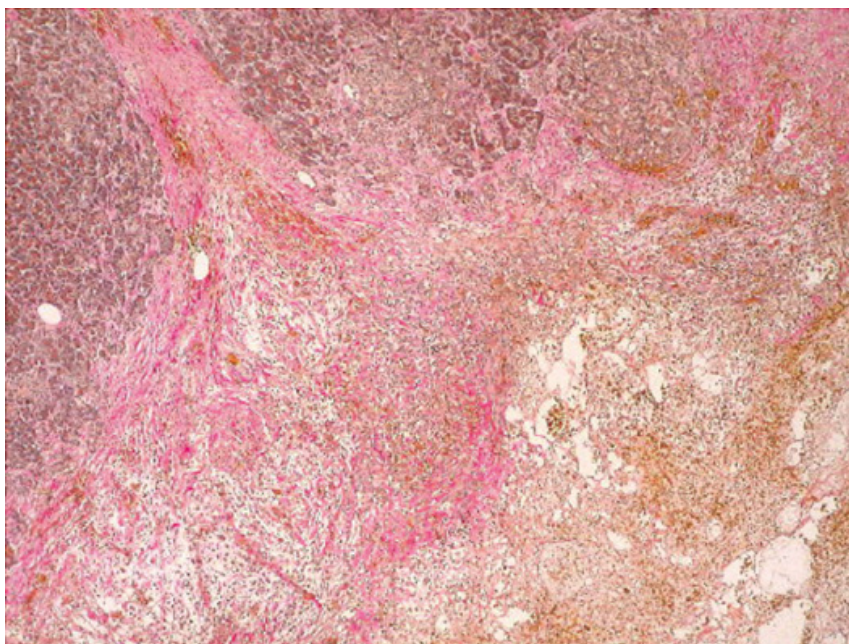
Harvinaisempia akuutin pankreatiitin syitä voi olla mm. pankreatiitin esiintyminen kohonneen P-Tnt-arvon eli plasman troponiini T-proteiinin yhteydessä (Umapathysivam 2014). Tohtori Pulkkinen (2015) kertoo väitöskirjassaan, että noin 20 %:ssa akuuteista pankreatiiteista sairauden aiheuttaja jää selvittämättä. Statiinien käyttö näyttäisi viimeaikaisten tutkimusten perusteella toisaalta nostavan riskiä sairastua akuuttiin pankreatiittiin, kun taas meta-analysointi, eli aiempien tutkimusten pohjalta tehty yhteenveto, on osoittanut statiinien suojaavan akuutilta pankreatiitilta. (Pulkkinen 2015). Statiineilla tarkoitetaan kohonneen kolesterolin hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä.

Pankreatiitin syntyyn liitetään usein alkoholi. Siitä ei ole tarkkaa tietoa, mikä määrä alkoholia laukaisee pankreatiitin. Vuosikymmeniä kestäneissä tutkimuksissa ei ole onnistuttu myöskään löytämään vastausta, miksi ja miten se aiheuttaa akuutin pankreatiitin. Asiassa uskotaan enemmän siihen, että alkoholi herkistää geneettiseltä pohjaltaan alttiit potilaat haimatulehdukselle. (Kempainen ym. 2013, 612).

Pankreatiitti on vakava sairaus ja se voi olla luonteeltaan joko akuutti tai krooninen. Pankreatiitti aiheuttaa patologisia muutoksia haimaan ja ne vaikuttavat koko elimistöön. Diagnosoitaessa akuuttia pankreatiittia jaottelu tehdään kliinisin perustein lievään sekä vaikeaan akuuttiin pankreatiittiin. Kehittyvien muutosten perusteella tulehdus jaotellaan ödemaattiseen sekä nekroottiseen pankreatiittiin. Se, onko nekroosi infektoitunut vai steriili, on myös tärkeä diagnosoida. Lievän akuutin pankreatiitin tunnusmerkkejä ovat vähäiset elimelliset vauriot ja rauhallinen paraneminen. Vaikean akuutin pankreatiitin tunnusmerkkejä taas ovat paikalliset komplikaatiot sekä elimelliset vauriot. (Iivanainen ym. 2010, 457–458; Nordback ym. 2010, 520; Slade 2014.)

Haimatulehduksen oireita ovat ylävatsan kipu, johon liittyy vatsan pullistuminen sekä suoliäänien vaimeneminen. Kipu on kova, puristava ja vyömäinen sekä säteilee yleensä selkään. Palpoidessa eli käsin painellessa vatsa aristaa. Yleensä potilas on kivulias, pahoinvoiva ja oksentelee eikä tavallisista kipulääkkeistä ole apua. Lisäksi kudosten lisääntynyt läpäisykyky aiheuttaa nesteen kertymistä haimaan ja vatsaonteloon. Siitä voi seurata solunulkoisen nesteen vajoisuus, hypovolemia sokki ja hengitysvaikeuksia, mikä näkyy syanoottisuutena. Lisäksi potilaan kylkiin tai navan ympärille voi muodostua hematoomia, näitä kutsutaan Gray-Turnerin tai Cullenin oireeksi. (Iivanainen ym. 2010, 457–458; Puolakkainen 2013.)





KUVA 2. Haimakudosta. Tervettä kudosta vasemmalla ja tuhoutunutta oikealla (Kärkkäinen, Lehto 2012)

Sappipankreatiitti ei oireiltaan eroa alkoholipankreatiitista, mutta taustalla on alkoholin käytön sijasta sappikivitauti. Jos Audit-kysely tuottaa negatiivisen alkoholianamneesin ja laboratoriotesteissä ovat seerumin maksa-arvot ALAT, AFOS ja bilirubiini koholla tai saadaan ultraäänitutkimuksessa vahvistus sappikivistä, sappirakkotulehduksesta tai sappitieobstruktiosta, on aihetta epäillä sappipankreatiittia. (Nordback ym. 2010, 521; Puolakkainen 2013.)

### 2.3 Akuutin pankreatiitin hoito

Keräsimme teoriatietoa akuutin pankreatiitin hoidosta monista eri lähteistä. HavaitSIMME, ettei akuutin pankreatiitin hoitoon löydy varsinaisia Käypä hoito -suosituksia. Lääkäri-seura Duodecim on kuitenkin julkaissut Terveysportti-palvelussa akuutin pankreatiitin hoito-ohjeistuksen (Puolakkainen 2013). Oletamme myös, että hoidolle voi löytyä erilaisia käytänteitä esimerkiksi eri sairaaloiden välillä. Annetussa hoidossa voi toistua samanlaiset hoitotoimenpiteet, mutta eri tavalla toteutettuina. Tähän sairaaloiden väliseen vertailuun emme työssämme ryhtyneet.

Pankreatiitti kuuluu akuutin vatsakivun ryhmään. Erotusdiagnoosin tekee aina lääkäri kliinisen tutkimuksen ja laboratoriotestien perusteella. Haimatulehdusta hoidetaan riittävällä nesteytyksellä, joka tarkoittaa jopa 5 litran nesteinfuusioita vuorokaudessa. Lisäksi on varmistettava riittävä kipujen lääkintä. Joidenkin lähteiden mukaan pahoinvoivalle potilaalle voidaan laittaa myös nenä-mahaletku. Käytännössä tämä on kuitenkin vanhentunut menettelytapa eikä ole enää rutiinikäytössä KYS:n osasto 2205:llä. Akuutin pankreatiitin hoito ei välttämättä vaadi kirurgista toimenpidettä, mutta voi pahimmillaan johtaa haiman poistoon tai vatsanpeitteiden avaukseen ja aukipitämiseen (open-abdomen -hoito) turvotuksen aiheuttaman paineen vähentämiseksi. (Puolakkainen 2013; Tiusanen 2014.)

Akuutin haimatulehduksen eli akuutin pankreatiitin hoito voidaan jakaa lievän tai vaikean haimatulehduksen hoitoon. Tärkeintä hoidossa on ajoissa aloitettu nestehoito ja paasto, toisaalta tavoitteena on myös siirtyä nauttimaan nesteitä ja ravintoa suun kautta mahdollisimman pian. Käytännössä tämä on mahdollista pankreatiittiin liittyvän pahoinvoinnin loputtua. Nesteytys aloitetaan mielellään jo ennen diagnoosin varmistumista. Nestehoidolla pyritään estämään sairauden eteneminen ja parannetaan mikroverenkiertoa kudoksissa. Normaalikokoiselle aikuiselle annetaan neste-, sokeri- ja elektrolyyttitarpeen perustyydytyksen lisäksi ainakin 2000–3000 ml muuta nestettä. Jos kyseessä on vaikeampi tulehdus, voi nestetarve olla vieläkin suurempi. Runsaasta nesteytyksestä johtuen on ensisijaisen tärkeää seurata virtsaneritystä. Tuntidiureesin tavoite on ylittää 100 ml tunnissa. Kun tavoitteeseen päästään, nesteytystä voidaan vähentää. Diureesia seurataan mittaamalla potilaan virtsamäärä. Tämä tapahtuu joko niin, että potilas virtsaa kannuun, josta hoitaja merkitsee muistiin virtsamäärän tai seuraamalla kestokatetripussiin kertyvän virtsan määrää. Kun jaetaan virtsamäärä ajalla, jonka kuluessa se on erittynyt (tunteja), saadaan selville tuntidiureesin määrä. Myös nesteiden nauttimista seurataan käyttämällä nestelistaa. Nestelistaa säilytetään potilaan yöpöydällä, ja siihen merkitään sekä kaikki potilaan suun kautta nauttimat nesteet, että arvio ruoan sisältämän nesteen määrästä. (Iivanainen ja Syväoja 2012, 81- 82; Puolakkainen 2013.)

Kivun seurannassa käytetään potilaan omaa arviota kivun voimakkuudesta käyttäen kipumittaria. Käytetyimpiä mittareita ovat Numeric Rating Scale (NRS) sekä Visual Analogue Scale (VAS). NRS mittarilla potilas ilmoittaa kivun voimakkuuden numerona välillä 0-10. Mittarissa numero 0 tarkoittaa, ettei kipua ole ja numero 10 tarkoittaa sietämätöntä kipua. VAS-mittaria käytettäessä potilas asettaa kiilakuviolle merkin siihen kohtaan, joka kuvaa hänen oman näkemyksensä mukaan kivun voimakkuutta niin, että mitä leveämpi kiila on, sitä voimakkaampi on kipu. Potilaan asetettua merkin kiilakuviolle luetaan mittarin toiselta puolen numeerinen vastine kivulle. Kuten NRS:ssa, käytössä on numerot 0-10. Kaikissa tilanteissa kivun tulisi olla kummankin asteikon mukaan alle 4. (Käypä Hoito 2015; Pudas-Tähkä, S-M, ja Kangasmäki 2010.)

Potilaan kipua lääkitään spasmolyytillä tai vahvalla opiaatilla, kuten petidiinillä tai oksikodonihydrokloridilla. KYS:n osasto 2205:llä käytetään yleensä oksikodonihydrokloridia. Opioidin haittavaikutuksina voi ilmetä hengityksen ja lamaantumista, ruoansulatuskanavan lamaantumista, pahoinvointia, oksentelua, keuhkoputkien ja yleistä sileiden lihasten supistumista, virtsaretenttiota, sekavuutta sekä riippuvuutta. Ei-toivottu haittavaikutus voidaan tarvittaessa kumota naloksonilla. Kotimaassamme opioidit ovat edelleen pääasiallinen lääkehoito akuutin pankreatiitin aiheuttaman kivun hoitoon. Lisäksi spasmolyyttejä käytetään myös edelleen. Ulkomailla opioidien käyttö on vielä yleisempää, esimerkiksi tohtori Sladen (2014) mukaan myös Australiassa opioidit ovat ensisijainen akuutin pankreatiitin kivun hoitoon käytetty lääkeaineryhmä. (Puolakkainen 2013; Slade 2014.)

Pahoinvoivalle potilaalle annetaan tarvittaessa pahoinvointilääkettä, kuten metoklopramidi tai ondansetroni, yleensä kauppanimikkeellä Primperan®, tai Ondansetron®. Lisäksi annetaan vatsansuojälääkkeenä ulkusprofylaksi kuten omepratsoli, kauppanimikkeellä Omeprazol®. Jos potilaalla oksentelu on runsasta, voidaan hänelle laittaa nenä-mahaletku, joskin sen käyttö on vähenemässä. (Kempainen ym. 2013, 620; Tiusanen 2014; Iivanainen ym. 2012, 81.)

Potilaan lämpöä, verenpainetta ja -sokeria, sykettä ja happisaturaatiota seurataan joko monitorilla tai erillisillä mittareilla. Lisäksi laboratoriotutkimuksissa tutkitaan yleensä P- ja U-Amyl (plasman ja virtsan amylaasientsyymi eli haimaentsyymi), B-PVK-T (perusverenkuva ja veren trombosyytit), B-Leuk (veren leukosyytit), P-Gluk (plasman glukoosipitoisuus eli verensokeri), P-Na (plasman natriumpitoisuus), P-K (plasman kaliumpitoisuus), P-Krea (plasman kreatiniinipitoisuus), P-Ca (plasman kalsiumpitoisuus), P-CRP (plasman c-reaktiivisen proteiinin pitoisuus eli tulehdusarvo) ja P-Alat (plasman alaniiniaminotransferaasi, maksa-arvo). (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015; Iivanainen ja Syväoja 2012, 81- 82; Puolakkainen 2013.)

Muina tutkimuksina otetaan tarvittaessa EKG (elektrokardiografia eli sydänfilmi). Lääkäri laittaa tarvittaessa lähetteen kaikututkimukseen ja sappi- ja haimatiehyiden magneettikuvaukseen. Lisäksi lääkäri voi lähettää potilaan varjoainetehosteiseen tietokonekerroskuvaukseen, joka on luotettava kuvantamismenetelmä haimatulehduksen diagnosoinnissa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015; Kempainen ym. 2013, 620; Tiusanen 2014.)

Lievän haimatulehduksen hoitolinjaus on yleensä konservatiivinen. Hoidon perustana on varhain aloitettu suonensisäinen nesteytys. Ensimmäisen vuorokauden nestetarve on noin 5000 ml. Tähän soveltuvat hyvin kirkkaat sokeri-suolaliuokset. Lievässä haimatulehduksessa peroraalinen ravitsemus pyritään aloittamaan, kun pahoinvointi ja oksentelu potilaalla hellittävät. Jos potilaalla todetaan sappikivitauti ja potilaalla on kiviä syvissä sappiteissä, tehdään nopeasti endoskooppinen retrogradinen kolangiopankreatikografia eli ERCP -tutkimus ja sfinkterotomia, joka tarkoittaa haima-sappitiehyen sulkijalihaksen leikkaamista. Toimenpide mahdollistaa sappitiehyen tukkineen sappikiven poistumisen. Sappitiehyiden ollessa vapaat poistetaan sappirakko mahdollisuuksien mukaan jo samalla hoitokäytöllä. (Kempainen ym. 2013, 620; Seppä 2013; Puolakkainen ym. 1992.)

Jos haimatulehdus on alkoholin aiheuttama, täytyy siihen puuttua mahdollisuuksien mukaan esimerkiksi mini-interventiota käyttäen. Mini-interventiolla tarkoitetaan terveydenhuollossa tapahtuvaa alkoholin riskikuluttajan lyhyttä neuvontaa. Sen avulla voi esimerkiksi hoitaja tai lääkäri pyrkiä tukemaan potilasta alkoholin käytön vähentämisessä silloin, kun alkoholin käyttö on runsasta. Mini-interventio sisältää alkoholin kulutuksen kartoittamisen, neuvonnan ja mahdollisesti joitakin seurantaikäyntejä. Lisäksi usein annetaan myös kirjallisia neuvoja potilaalle. Yleensä potilas itse päättää, millaisen tavoitteen hän haluaa itselleen asettaa. Potilaan oma halu muutokseen täytyy huomioida ja sitä tai sen puutetta on myös kunnioitettava. Potilaan toiminnan tai ratkaisujen moralisointia ei mini-interventiolla tehdä. Mini-interventio voi olla akuutti esimerkiksi silloin, kun potilas valittaa masentuneisuudesta, ahdistuneisuudesta, unettomuudesta, sukupuolielämän häiriöstä, sydämen rytmihäiriöistä, epämääräisistä vatsavaivoista, muisti-, tasapaino tai raajojen tuntohäiriöistä tai muusta vastaavasta. Jos humalahakuinen juominen toistuu jokaisena viikonloppuna (vähintään 5 annosta naisille ja yli 7 annosta miehille, kun annos on esimerkiksi 0.33 l keskiolutta) tai jos naisen säännöllinen päivittäiskäyttö on yli 2 annosta ja miehen yli 3 annosta, mini-interventiohoito on todennäköinen. Mini-interventiota on tutkittu maailmalla paljon ja sen on todettu olevan tehokas hoitokeino. Jos lää-

käri tai hoitaja ei mini-interventiota jostain syystä anna, potilaalla on oikeus pyytää neuvontaa epäillessään kulutuksensa ylittävän riskimäärät. (Kemppainen ym. 2013, 620; Seppä 2013; Puolakkainen ym. 1992.)

Vaikeassa akuutissa haimatulehduksessa on olemassa hoitolinjaukset konservatiiviseen hoitoon sekä operatiiviseen hoitoon. Konservatiivisessa hoidossa on tutkittu paljon mikrobilääkeprofylaksian tehoa ja hyötyä. Viimeisimmissä tutkimuksissa on todettu, ettei antibiooteista varhain aloitettuina olisi hyötyä. Asia on vielä kiistanalainen. Tällä hetkellä hoidossa käytetään edelleen antibiootteja. Käytettyjä antibiootteja ovat karbapeneemit. (Nordback ym. 2010, 522–523; Kemppainen ym. 2013, 620–621.)

Jos sappitiehytkivien endoskooppinen hoito on osoitettu turvalliseksi, varhainen ERCP ja sappitiehytkivien poisto parantavat ennustetta ja vähentävät komplikaatioita. Jos haima on osittain nekrotisoitunut, pyritään nekrotisoitunut kudos poistamaan operatiivisesti rikkomalla sitä ja poistamalla kudos. Alueelle jätetään lopuksi kookkaat dreelit, joiden kautta ylimääräinen erite ja neste poistuvat. Jos potilaalla on nekrotisoiva pankreatiitti, on hän aina hypovoleeminen, eli kärsii veren vähydestä elimistössä. Tila voi kehittyä hypovoleemiseksi sokiksi. Hoitavan lääkärin on aloitettava välittömästi aggressiivinen nesteinfuusio, joka tarkoittaa jopa 10–12 litran infuusiota vuorokaudessa suolakeriliuoksia. Yleensä ravitseminen toteutetaan täysin parenteraalisesti (Kemppainen ym. 2013, 621; Terveyskirjasto 2016; Puolakkainen ym. 1992.)

### 3 AKUUTTI SAPPKIVITAUTI JA SAPPIRAKKOTULEHDUS

Tässä luvussa kerrotaan, millaisia sairauksia sappikivitauti ja sappirakkotulehdus ovat ja miten niitä hoidetaan. Aivan aluksi kerromme, millainen sairaus sappikivitauti on, mitkä ovat sen riskitekijät. Lisäksi esittelemme, millaisia oireita tauti aiheuttaa. Kuvaamme sappirakon toimintaa ja tehtävää sekä sen merkitystä elimistössämme. Valotamme myös sappikivien muodostumisen mekanismeja sekä sappikivitaudin että sappirakkotulehduksen hoitoa. Lopuksi käsittelemme lyhyesti muita yleisiä akuutteja vatsakivun aiheuttajia.

Sovelsimme tässä luvussa kerättyä teoriaa suoraan kehittämistyöhömme, jonka kirjallisuudesta löydetty teoria pohjautuu luvussa viitattuihin lähteisiin. Halusimme tällä tavalla muodostaa teoriaosuudesta tiiviin ja kurantin materiaalin. Sappikivitautia emme perehdytysmateriaalissa käsittele, mutta pidimme kokonaisuuden kannalta olennaisena ottaa se tähän mukaan.

#### 3.1 Sappikivitaudin epidemiologiaa ja oirekuva

Varsinaisessa kehittämistyössämme sappikivitauti ei ole saanut isoa roolia. Se johtuu siitä, että kohdeosastolla (2205) hoidetaan enemmän akuuttia sappirakkotulehdusta eli kolekystiittia. Usein sappikivitauti aiheuttaa osastohoitoa vaativaa sairaalahoitoa. Koimme kuitenkin, että on tärkeää tuoda esiin sappikivitaudin epidemiologiaa, jotta kokonaisuus olisi helpommin hahmotettavissa. Lisäksi kerromme tässä luvussa myös taudin etiologiaa.

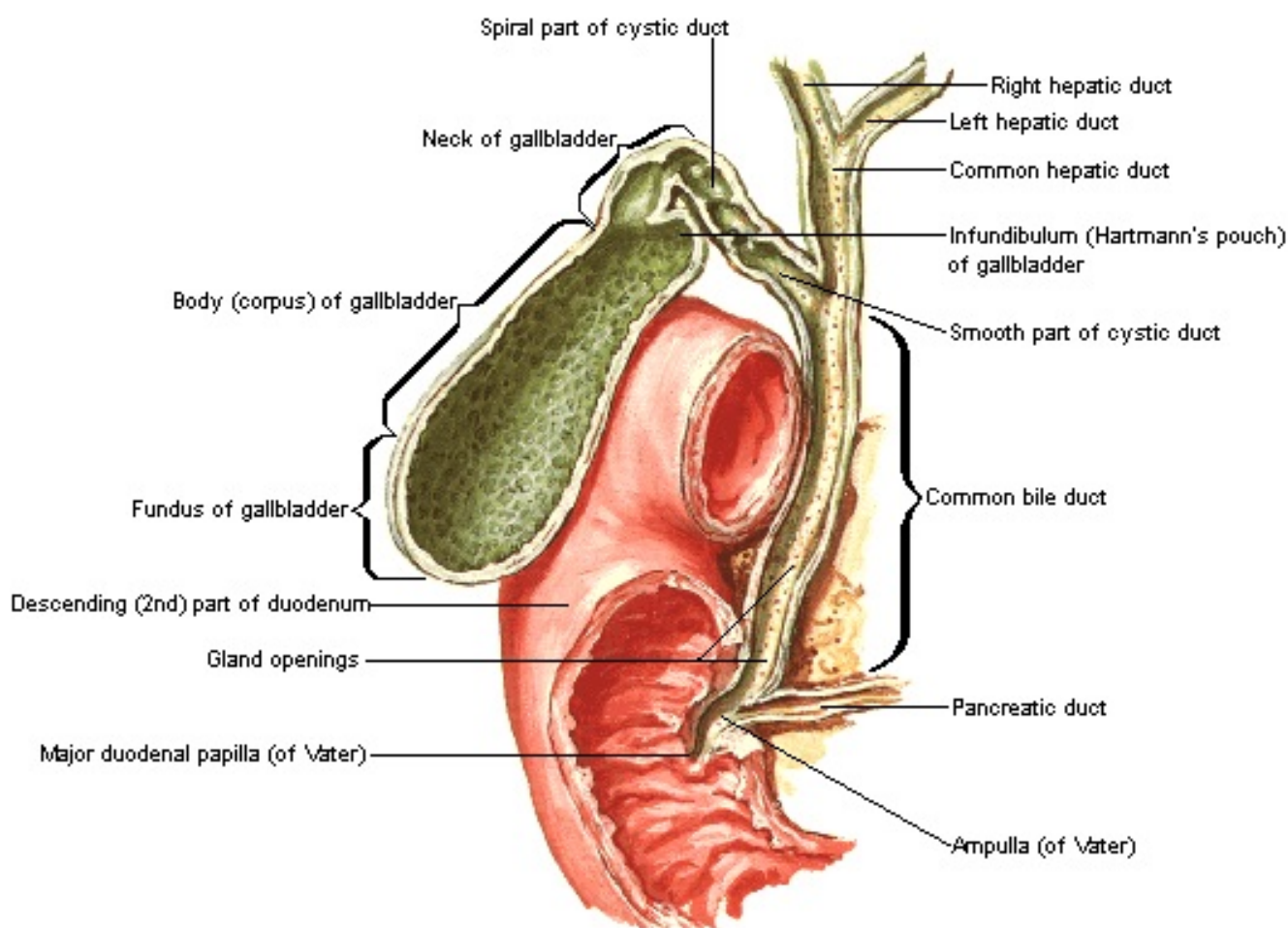
Sappikivitaudin synnyn riskitekijöitä ovat lihavuus, tyypin 2 diabetes mellitus, metabolinen oireyhtymä, liian nopea painonpudotus, ikääntyminen, hypotyreoosi, ileumin sairaudet sekä naissukupuoli. Kolmasosa sappikivipotilaista on oireettomia, mutta tyypillisesti kohtaus alkaa oikean kylkikaaren ja ylävatsan kovalla kivulla. Kipu voi säteillä hartian seudulle ja selkään. Kipuun voi myös liittyä pahoinvointia ja oksentelua. Yli 12 tuntia kestäneeseen sappikipuun liittyy yleensä kuumeilua ja keltaisuutta. Nämä oireet viittaavat yleensä sappirakkotulehdukseen tai kolangiittiin. Sappikivitautia esiintyy isoina vaihteluina eri kansoilla ja etnisillä ryhmillä, esimerkiksi Pohjois-Amerikan intiaaneilla tautia esiintyy enemmän kuin chileläisillä. Siihen vaikuttavat geneettiset tekijät ja monet ympäristötekijät. Länsimaissa tautia sairastaa aikuisväestöstä 10–15%. Eriteltyinä sitä esiintyy 35 %:lla naisista ja 20 %:lla miehistä 75 ikävuoteen mennessä. (Kiviluoto ja Nuutinen 2013, 928; Kellokumpu 2014, 437-438.)

#### 3.2 Sappirakko ja sappikivet

Sappirakko on 30–50 ml vetoinen säkkimäinen sekä päärynän muotoinen elin. Se sijaitsee ylävatsan oikealla puolella maksan alla oikean sekä vasemman maksalohkon välimaastossa niin sanotulla sappipedillä. Tämä yhtymäkohta jossa sappirakko ja maksa kohtaavat muodostuvat sidekudoksesta, joka on täynnä pieniä imusuonia, laskimoita sekä sappiteitä. Sappirakon seinämän paksuus vaihtelee 1-2 mm välillä. Sappirakon pintaepiteeli, lihaskerros sekä lihaskalvo erottuvat seinämästä. Sappirakon tehtävä on toimia maksan erittämän sappinesteen varastona, konsentroida sappinestettä ja an-

nostella sitä suolistoon. Ruokailun yhteydessä sappirakko supistuu ja sen seurauksena sappineste valuu sappitiehyttä pitkin pohjukaissuoleen, jossa se yhdessä haimanesteen kanssa auttaa ravintoainesten ja etenkin rasvojen imeytymisessä. Sappineste myös stimuloi suolen limakalvoa erittämään kolekystokiniiniä, joka kulkeutuu sappirakkoon ja aiheuttaa sappirakon lihaseinämän supistumisen jolloin sappi alkaa purkautua suolistoon. (Kärkkäinen ja Nuutinen 2013; Arstila, Björkqvist, Hänninen ja Nienstedt 2008, 318.)

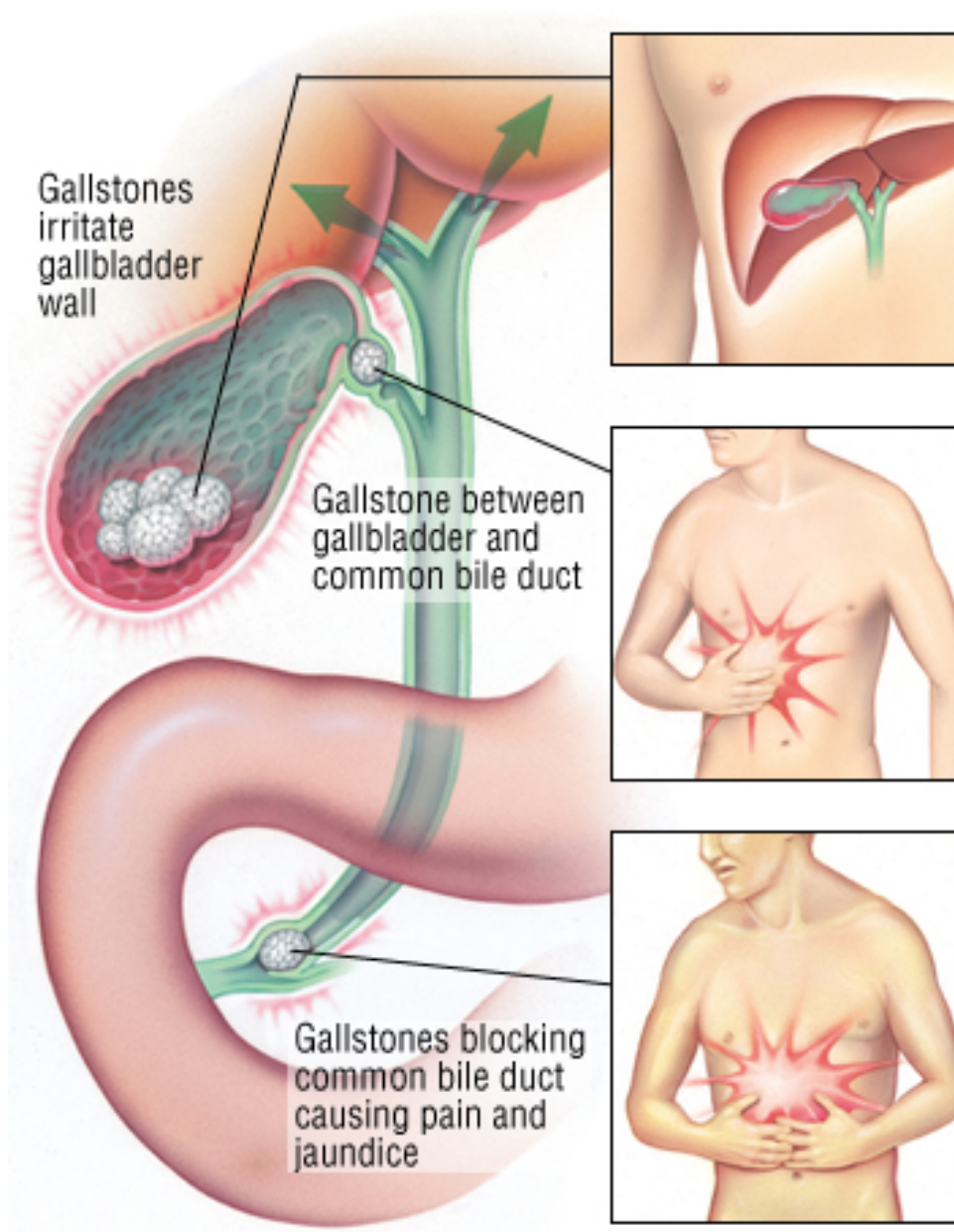
## Gallbladder and Extrahepatic Bile Ducts Sectioned



KUVA 3. Sappirakko (Nika 2015)

Sappikivikohtauksen aiheuttavat sappikivet, jotka koostuvat pääasiallisesti kolesterolista, kalsiumsuoloista sekä proteiineista ja muista aineista. Sappikivet jaetaan koostumuksensa perusteella kolesterolikiviin sekä pigmenttikiviin. Kolesterolikivien synnyn aiheuttavat sappinesteen supersaturaatio kolesterolilla, kiihtynyt kolesterolin kiteytyminen sekä sappirakon tyhjenemishäiriö. Pigmenttikiviä on sekä mustia että ruskeita. Mustien pigmenttikivien syntymiseen vaikuttavat sirppisoluanemia, perinnöllinen sferosytoosi ja bilirubiinikonjugaattien hypersekreetio. Ruskeat kivet syntyvät taas rasvahappojen sekä bilirubiinin kalsiumsuolojen vuorottaisesta sakkautumisesta. Länsimaissa noin 80–90% sappikivistä on kolesterolikiviä. Väitöskirjassaan tohtori Pulkkinen kertoo havainneensa, että

korkean kolesteroliarvon hoitoon käytettäviä statiineja käyttävillä potilailla on sappikiviä vähemmän kuin niillä, jotka eivät statiineja käytä. (Kiviluoto 2010, 503; Kiviluoto ja Nuutinen, 2013, 928-929; Pulkkinen 2015.)



KUVA 4. Sappikivet (Harvard Health Publications 2016)

### 3.3 Sappikivitaudin ja sappirakkotulehduksen oireet

Sappikivitaudin hoidollisia ratkaisuja tehdessä on erotettava taudin kolme eri vaihetta toisistaan. On olemassa oireettomia sappikiviä, kipuoireita antavia komplisoimattomia sappikiviä sekä komplisoitunut sappikivitauti. Yli puolet sappikivipotilaista on oireettomia. Oireettomia potilaita ei tarvitse hoitaa, pois lukien tila, jossa potilaalla on kokonaan kalkkeutunut sappirakko eli ns. posliinirakko. Posliinirakko aiheuttaa huomattavan syöpäriskin ja tulisi sen takia joko poistaa leikkauksella tai hoitaa immunosuppressiivisella lääkityksellä. (Kiviluoto ja Nuutinen 2013, 931; Kellokumpu 2014, 438.)

Komplisoitumattoman kipuoireita antavan sappikivitaudin yleisin oire on oikean lavan seudulle heijastuva kipu. Se rauhoittuu yleensä itsestään kolmen tunnin sisällä, eli silloin on kyseessä sappitieko-liikki. Sitä esiintyy 70–80 %:ssa kaikista oireista. Potilaassa kipu näkyy yleensä niin, että potilas on levoton eikä löydä sopivaa asentoa sekä tuntee usein pahoinvointia ja oksentamisen tarvetta. (Kiviluoto ja Nuutinen 2013, 931.)

Sappirakkotulehdus eli akuutti kolekystiitti johtuu miltei aina sappikiven tai sappilietteen aiheuttamasta obstruktiosta eli tukoksesta sappirakon tiehyessä. Se voi olla myös sappikivitaudin ensioire. Tyypilliset oireet alkavat ajoittaisena kipuna oikeassa kylkikaressa, josta se muuttuu jatkuvaksi. Jos kipu jatkuu yli 12 tuntia, viittaa se vahvasti akuuttiin kolekystiittiin. Lisäksi se aiheuttaa palpaatioarkuutta oikealle ylävatsalle. Tulehdus ilmenee kuumeena, leukosytoosina sekä laskon tai CRP:n nousuna. Kuvantamistutkimusten osalta ylävatsan ultraääni ensisijainen menetelmä. Muita kuvantamisen vaihtoehtoja ovat tietokonetomografia (TT) sekä magneettikuvaus (MRI). (Keski-Oja 2014.; Reunanen, T 2008, 108.)

### 3.4 Sappikivitaudin ja sappirakkotulehduksen hoito

Tämän sairauden teoriataustaa selvittäessä huomasimme myös, ettei sappikivitaudeista tai sappirakkotulehduksen hoidosta ole Käypä hoito -suosituksia. Oletamme, ettei tähänkään sairauteen ole yhtä ainoa oikeaa hoitokäytännettä. Eroja voi syntyä esimerkiksi eri taudinkuvien pohjalta. Lääkäriseura DUODECIM on kuitenkin laatinut mm. lääkärin käsikirjaan ohjeet sappikivitaudin hoidosta (Kellokumpu 2014).

Syynä sappikivikohtaukselle voivat olla esimerkiksi rasvainen ruoka, josta kohtausta voi alkaa 1-3 tunnin kuluttua. Ensisijainen hoidon tavoite on laukaista kohtausta aiheuttama kipu mahdollisimman nopeasti. Lisäksi hoidon tavoitteena on ehkäistä sappirakkotulehdus ja myöhemmässä vaiheessa antaa potilaalle ruokavalio-ohjaus mahdollisten tulevien kipukohtausten ehkäisemiseksi. Hoidon aikana tarkkaillaan kivun ilmaantumista ja mahdollista yhteyttä ruokailuun. Lisäksi tarkkaillaan myös pahoinvointia ja oksentelua, ihon lämpöä, kosteutta ja väriä. Hoidon aikana tehtäviä tutkimuksia ovat vatsan alueen palpaatio, josta voidaan tarkkailla oikean kylkikaaren arkuutta. Lisäksi hoidon aikana kuunnellaan suoliääniä, tarkkaillaan verenpainetta, sykettä sekä lämpöä. Laboratoriokokeista tehdään P-CRP, P-ALAT, P-AFOS, P-BIL, P-AMYL ja B-PVK-T. Lisäksi lääkäri voi laittaa lähetteen ultraäänitutkimukseen.

Kipua hoidetaan tulehduskipulääkkeillä, esimerkiksi diklofenaakki-infuusiolla. Lisäksi lääkehoitoina annetaan pahoinvointilääkettä ja spasmolyyttejä. Olennaista sappikivikohtauksen hoidossa on ravitsemuksen ohjaus, jossa ohjataan aterioinnin säännöllisyyteen ja pienempiin annoskokoihin, lisäksi ohjataan välttämään tiettyjä ruoka-aineita, joita ovat muun muassa suklaa, leivät ja tietyt kasvikset. (Tiusanen 2014.)

Sappirakkotulehdus syntyy tavallisimmin sappikivikohtauksen pitkittyessä. Hoitona ovat muuten samat hoitomenetelmät kuin sappikivikohtauksen hoidossa, mutta lisäksi tulehduksen takia aloitetaan



mikrobilääkitys, potilas on ravinnotta ja nesteytys hoidetaan suonensisäisesti. Joissakin lähteissä mainitaan, että nenämahaletkua voidaan tarvita pahoinvoinnin vähentämiseksi. Käytännössä tämä tieto on nykyään vanhentunutta eikä nenä-mahaletkua enää rutiininomaisesti käytetä. Pahoinvointia hoidetaan ensisijaisesti lääkkeillä. (Tiusanen 2014.)

Tulehtunut sappirakko poistetaan (kolekystektomia) leikkauksella mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Lähtökohtaisesti leikkaus tehdään laparoskooppisesti tai tilanteen sen vaatiessa avoleikkauksena. Päivystyksellisissä leikkauksissa haavan paraneminen on yleensä hitaampaa ja infektiot yleisempiä kuin elektiivisissä, koska leikkauksen puhtausluokka on alhaisempi kuin elektiivisessä ja leikkausalueella on todennäköisesti rajoittunut infektio. Postoperatiivisen hoitotyön kannalta tärkeä havainto on se, että myös eri vuodenaikalla katsotaan olevan merkitystä paranemisprosessin nopeudessa. Päivystykselliset vatsaelinkirurgiset leikkaukset kuuluvat yleensä puhtausluokkiin 2-4. (Tiusanen 2014; Hammar 2011, 25-26; Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri 2015.)

### 3.5 Lyhyesti muista akuuteista vatsakivuista

Joskus vatsakivun oireilulle ei löydy välttämättä selvää syytä, eikä sitä voida yhdistää mihinkään aiemmin mainittuihin sairauksiin. Haluamme tässä luvussa tuoda esiin lyhyesti muutamia akuutin vatsakivun aiheuttajia. Emme käsittele aihetta laajemmin, sillä opinnäytetyömme on rajattu akuutin pankreatiitin sekä sappikivitaudin ja sappirakkotulehduksen käsittelyyn.

Akuutti vatsakipu tarkoittaa kiputilaa, joka alkaa äkillisesti ja joka on hengenvaarallinen välittömästi tai tautitilan kehittyessä. Pääoireena on vatsakipu, joka voi voimistua hitaasti tai alkaa äkillisesti. Mahdollisia tutkimuksia ovat palpaatiot, laboratoriot, skopiat sekä kuvantamistutkimukset. Lääkärin tekemän diagnoosin perusteella päätetään, tutkitaanko potilasta lisää, kotiutetaanko hänet vai vaatiiko tila välitöntä hoitoa, kuten leikkausoperaatiota. Tutkimuksia voidaan käytännössä tehdä vain erikoissairaanhoidon piirissä, terveyskeskuksissa niihin ei yleensä ole mahdollisuutta ja ne aiheuttavat myös riskin tilan pahenemisesta. (Alhava, Höckerstedt, Leppäniemi ja Roberts 2010; Ylikorkala, Tapanainen 2011.)

Yleisiä akuutin vatsakivun syitä ovat intra-abdominaalinen absessi, peritoniitti, suoliston tukkeumat, akuutti appendisiitti, sappikivet tai sappirakon tulehdus ja maha-suolikanavan verenvuoto. Kuten jos osittain ilmeni, leikkausta vaativat akuutit vatsakivut ovat usein laadultaan päivystyksellisiä. Sappirakkotulehduksen ollessa kyseessä, voidaan usein hoitaa ensin tulehdus ja poistaa sappirakko sen jälkeen. Myös gynekologiset vaivat voivat oireilla akuuttina vatsakivuna ja verenvuotona (Alhava, Höckerstedt, Leppäniemi ja Roberts 2010; Ylikorkala, Tapanainen 2011.)

### 3.6 MET-toiminta ja hälytys

KYS:n kirurgian osastolla 2205 hoidettavien potilaiden yleistila voi sairauden takia laskea äkillisesti. Potilaan vointi voi heiketä nopeasti ja muodostua erittäin vaaralliseksi. Huonoimmassa tapauksessa potilas joutuu elottomaksi, jolloin joudutaan aloittamaan elvytys. Kun hoitajalla herää epäily potilaan

voinnin huononemisesta, on konsultoitava omaa lääkäriä asiasta välittömästi. Lisäksi jos potilaan vointi vuodeosastolla heikkenee, tulee tehdä MET-hälytys. Tästä syystä halusimme kertoa tässä luvussa MET -toiminnasta.

MET tulee sanoista Medical Emergency Team. Met -hälytys tarkoittaa lisäavun hälyttämistä puhelimitse. MET-ryhmä tulee kutsua paikalle, jos niin sanotut MET- hälytyskriteerit täyttyvät. MET-hälytyskriteerit käsittävät tietyt potilaan elintoimintojen tilan, joille on annettu tietyt raja-arvot, joiden ylittyessä tai alittuessa on syytä suorittaa MET-hälytys. Näitä elintoimintoja ovat muun muassa hengitystaajuus, happisaturaatio, syketaajuus, verenpaine sekä tajunnantaso. Jos yksikin raja-arvo ylittyy tai alittuu, tulee MET-hälytys tehdä viipymättä. Lisäksi on erikseen mainittu, että hoitajan huoli potilaasta on riittävä syy suorittaa MET-hälytys.

KYS:ssa on MET- ja elvytystoimintaan koulutettu hoitajia vuoteen 2014 mennessä yhteensä 1172. (Pohjois-Savon Sairaanhoidopiiri, 2013c.) KYS:n MET- ja elvytysryhmä toiminnasta vastaa yksinomaan teho-osasto ja sen henkilökunta. MET-toiminta tapahtuu sairaalan sisätiloissa. Sairaalan läheisyydessä ulkona toimitaan 112 hätäkeskustoiminnan kautta.

MET-toiminnasta on tehty ulkomailla joitakin tutkimuksia, ja ainakin Mullinsin ja Psiridesin (Mullins ja Psirides 2016) Irlannissa ja Uudessa Seelannissa sekä Sørensenin ja Petersenin (Sørensen ja Petersen 2015) Tanskassa suoritetuissa tutkimuksissa oli havaittu, että hoitajien MET-koulutusta tulisi lisätä, sillä joissakin tapauksissa MET-ryhmän kutsu olisi voitu välttää ennalta ehkäisevillä toimenpiteillä. Lisäksi havaittiin, että mm. vuorokaudenaika vaikuttaa herkkyyteen kutsua MET-ryhmä. (Mullins ja Psirides 2016; Sørensen ja Petersen 2015.)

KYS:ssa MET- ja elvytystoiminta pyritään pitämään mahdollisimman tehokkaana jatkuvan koulutuksen avulla. Kynnys soittaa MET- tai elvytyshälytys halutaan pitää mahdollisimman matalana. Siitä ei osastolle tule kustannuksia. Sillä pyritään pääasiassa ennaltaehkäisemään se, ettei potilas joudu elottomaksi. Teho-osaston henkilökunnalla on tietynlainen erikoisosaaminen vitaalielintoimintojen tarkkailuun, joten Met-toiminnalla on tarkoitus tuoda myös tietoa ja osaamista osaston käyttöön. Usein sanotaankin, ettei turhaa hälytystä olekaan. Mieluummin ennakoidaan mahdollisia muutoksia kuin, että potilaan tila romahtaa yhtäkkiä. Teho-osastolla on jokaisessa kolmessa vuorossa nimetty aina yksi elvyttäjä sekä MET-hoitaja.

Kuopion yliopistollisen sairaalan Met-ohjeistus:

### **Kriittisesti sairaan aikuispotilaan tunnistaminen (MET-kriteerit)**

#### **Tajunta**

Tajunnan nopea lasku.

#### **Hengitys**

Hengitysvaikeus (Hengitystaajuus yli 30, SpO2 < 90 % lisähapesta huolimatta).

Hengitysvajaus (Hengitystaajuus <8 ).

Vaikeus pitää hengitysteitä auki (Nieluputken tarve, tajunnan madaltuminen).

### **Verenkierto**

Systolinen verenpaine < 90 mmHg toistettuna.

Syketaajuus pitkittyneesti < 40 tai yli 140 / min.

### **Yleistila**

Mikään yllä olevista ei täyty, mutta potilaan yleistila on nopeasti laskenut/romahtanut.

Huoli potilaasta.

**Menettelytapa mikäli jokin yllä olevista täyttyy: Soita MET-PUHELIMEEN**

**P. 81-74050.**

**Samalla hälytetään paikalle virka-aikana hoitava lääkäri ja päivystysaikana ko. erikois-  
alan päivystävä lääkäri.**

(Met -ohje. Parviainen 2016)

## 4 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

Opinnäytetyöprosessi oli osalle ryhmästä jo ennalta tuttu aiemman ammattikorkeakoulututkinnon suorittamisen osalta. Tästä kokemuksesta oli hyötyä opinnäytetyön prosessissa. Prosessin ensimmäinen vaihe alkoi toukokuussa 2015, jolloin idea opinnäytetyöstä syntyi. Silloin opinnäytetyöryhmästämmme sairaanhoitajaopiskelija Raimo Liimatainen suoritti KYS:n gastrokirurgisella osastolla 2205 perioperatiivisen hoitotyön harjoittelua. Kerroimme ideastamme osastolle, josta tuli työmme yhteistyökumppani ja toimeksiantaja. Kehitimme työn ideoita erilaisten ideariihien ja kokoontumisten kautta. Teimme lyhyen työsuunnitelman ja tämän kautta siirryimme kesälomalle. Loppukesästä Ragnar Paananen aloitti oman perioperatiivisen harjoittelujaksonsa osastolla 2205, jolloin projektin seuraava vaihe alkoi. Elokuussa 2015 valmistui lopullinen työsuunnitelmamme. Työsuunnitelma esiteltiin ja hyväksyttiin syyskuussa 2015. Tämän jälkeen sovimme osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa yhteisen palaverin, jossa esittelimme opinnäytetyömme aiheen. Olimme päässeet prosessissa virallisesti kunnolla vauhtiin.

Tutkimussuunnitelmaa varten tarvitaan usein myös tutkimuslupa. Tutkimussuunnitelmaa voi tarvita lupahakemuksen liitteeksi (Vilkkä 2005, 58). Opinnäytetyön tutkimusluvun saamiselle oli selvät ohjeet KYS:n internetsivuilla. Siellä opinnäytetöille oli oma sivunsa, josta löytyi opinnäytetöiden hallinnollinen ohje sekä opinnäytetyön lupahakemus (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2013b). Lupahakemus oli doc -muotoisena, jota pystyi helposti Microsoft Office® Word® tekstinkäsittelyohjelmalla muokkaamaan tarvittavien tietojen osalta. Lupahakemukseen piti tiivistää tutkimuksemme tarkoitus ja tavoite. Lopuksi tulostimme hakemuksen, allekirjoitimme sen opinnäytetyön tekijöinä ja pyysimme siihen ohjaajamme lehtori Marko Tolosen allekirjoituksen. Toimitimme lupahakemuksen liitteenä vielä työsuunnitelman KYS:n opetuksen ylihoitaja Minna Taam-Ukkoselle, jonka kautta lupa tutkimukselle myönnettiin. Tutkimuslupa löytyy raporttimme liitteistä (LIITE 4).

Opinnäytetyön kirjoittaminen tapahtui samanaikaisesti tutkimuksen edetessä. Sen ei katsota olevan vain oma erillinen vaiheensa koko prosessissa. Se katsotaan eräällä tavalla kietoutuvan koko prosessiin alusta loppuun esimerkiksi erilaisina muistiinpanoina, työpapereina ja väliraportteina. (Vilkkä, 2005, 62.) Kirjoitimme jonkin verran muistiinpanoja sekä teimme työpapereita kuten erilaisia mind mappeja (miellekartta). Lisäksi käytimme apuna koululta saamiamme informaation kirjallisuuslisiä aiheeseen liittyen. Informaation käyttö opinnäytetyö alkuvaiheessa oli meille erittäin hyödyllinen, sillä sitä kautta lähteiden käyttö avautui laajemmaksi. Kirjoitimme tekstiä suoraan raporttipohjaan prosessin alkuvaiheessa enemmän yhdessä. Kokoonnuimme fyysisesti alkuun koulumme kirjastossa, mutta koimme ettei aikataulujen sovittaminen onnistunut toivomallamme tavalla. Samoin tapaamiset yhteistyökumppanimme KYS:n os.2205:n kanssa olivat haastavia järjestää niin, että kaikki olisimme päässeet paikalle. Osa tapaamisista järjestettiin niin, että sovimme yhdessä etukäteen asiat, joista haluamme yhteistyökumppanin kanssa keskustella ja paikalle päässeet kirjoittivat tapaamisista muistioita. Keskinäiseen kommunikointiin käytimme runsaasti sähköpostia sekä matkapuhelimissa olevaa Whatsapp® -sovellusta.

Yhteistä aikaa kirjallisen työn tekoon ei juuri löytynyt, mikä hidasti prosessiamme. Kirjoitimme ensin opinnäytetyötämme Microsoft Office® Word®:llä, mutta koimme tiedostojen lähettelyn sähköpostilla vaikeaksi ja sekaannuksia aiheuttavaksi. Päätimme ottaa käyttöön Google Docs® -verkkopalvelun, joka on internetissä toimiva Googlen tarjoama pilvipalvelu-pohjainen tekstinkäsittelyohjelma. Ohjelman avulla jokainen ryhmämme jäsen pystyi kirjoittamaan tekstiä tarvittaessa simultaanisesti, eli jopa samanaikaisesti. Pääsimme ajankohdasta ja toistemme sijainnista riippumatta kirjoittamaan työtä, sekä tarvittaessa kommentoimaan omaa ja toisen muodostamaa tekstiä. Tämä vuorostaan nopeutti sisällön tuottamista ja selkeytti työnjakoa. Myöhemmässä vaiheessa jokainen ryhmästä kirjoitti etukäteen sovittuja osioita itsenäisesti. Oikeinkirjoituksen ja kieliopin tarkistusta tapahtui jatkuvasti, sillä korjasimme samalla toistemme tekstiä sekä arvioimme syötettyjen tietojen laatua ja ajan-kohtaisuutta. Pyrimme tällä tavalla muodostamaan myös mahdollisimman selkeän ja miellyttävän yhteisen kieliasun, jota lukijan olisi helppo seurata.



KAAVIO 1. Opinnäytetyön prosessin eri vaiheista

#### 4.1 Kehittämistyö perehdytykseen

Yleisesti toiminnallisten opinnäytetöiden tavoitteina on tuottaa jokin produktio, kuten esine, opas, ohjekirja, tapahtuma, näyttely, kokous, kongressi tai portfolio. Tavoite on valmistaa konkreettinen tuotos, ei tutkimus (Airaksinen ja Vilka 2004, 6). Opinnäytetyömme on laadultaan toiminnallinen, ja sen tuotteena valmistuu perehdytyksen tukimateriaali KYS:n osasto 2205:n käyttöön. Parhaimmillaan produkti on heti hyödynnettävissä alalla (Airaksinen ja Vilka 2004, 6-14). Toiminnallisen opinnäytetyömme tuotos on kehittämistyö työelämän tarpeisiin ja sen hyödyntämiseen on selvät yhteydet.

Opinnäytetyötämme varten tutkimme ja luimme erilaisia Savonia-ammattikorkeakoulussa tehtyjä opinnäytetöitä. Havaitimme, että useassa opas-tai ohje-tyyppisessä kehittämistyössä oli oppaan pohja hyvin selkeä ja helppolukuinen. Halusimme, että myös omasta työstämme tulee sellainen. Opinnäytetyötä varten kirjoittajan on hyvä perehtyä aikaisempiin tutkimuksiin eli siihen mitä alalta ja aiheesta on kirjoitettu (Kananen 2012, 88). Tuotoksen tekstin sävystä tai tyylistä on hyvä sopia toimeksiantajan kanssa (Airaksinen ja Vilka 2004, 93). Saimme käyttöömmme Kuopion yliopistollisen sairaalaan osaston 2205 osastonhoitajalta virallisen Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin Microsoft Office® Powerpoint®- pohjan, jolle aloimme tehdä työtä. Tausta pohjassa oli mielestämme selkeä ja riittävän yksinkertainen, johon sisältö oli helppo sijoittaa. Valmis pohja nopeutti urakkamme valmistumista.

Opinnäytetyömme kehittämistyön aloitimme marraskuussa 2015. Pääsimme aloittamaan tuotoksen teon yhdessä ja ensimmäinen versio materiaalista valmistui nopeasti. Työmme Powerpoint® - tiedostoa voi osaston 2205 henkilökunnan toimesta tarvittaessa päivittää. Lähetimme ensimmäisen version sähköpostilla osasto 2205:n osastonhoitajalle sekä apulaisosastonhoitajalle, jossa pyysimme heitä perehtymään materiaaliin sekä arvioimaan sitä. Sovimme samalla myös ajan seuraavalle palaverille, joka järjestyi joulukuulle 2015.

Palavereissa saimme hyvää ja rakentavaa palautetta, sekä materiaalin muokausehdotuksia. Suurin yksittäinen muutos oli irrottaa akuutti pankreatiitti omaksi ja sappirakkotulehdus omaksi kokonaisuudekseen. Tämän katsottiin selkeyttävän materiaalin käyttöä ja hyödyntämistä jatkossa. Myös materiaalin alaotsikkona pitämäämme ohjeistusta ei saanut käyttää, koska sen katsottiin liikaa osastolla tehtävää hoitotyötä määritteleväksi. Jouduimme vaihtamaan alaotsikon perehdytysmateriaaliksi. Visuaaliselta puolelta muun muassa fonttikoko katsottiin olevan liian iso, joten lopulliseen materiaaliin sitä muokattiin pienemmäksi. Diojen ulkonäköä muokattiin myös hiukan enemmän yhdenmukaisiksi ja selkeiksi. Keskustelimme myös paljon materiaalimme varsinaisesta sisällöstä. Huomiota kiinnitettiin erityisesti siihen, että mukaan oli sattunut vanhentunutta tietoa mm. nenä-mahaletkun käytöstä sekä akuutin pankreatiitin että sappirakkotulehduksen hoidossa. Lisäksi saimme ohjeeksi muokata materiaalin rakennetta samanlaiseksi kuin Terveysportissa. Tällä tavalla pyrkimys oli luoda mahdollisimman selkeä järjestys esitettävillä asioilla. Järjestyksessä käsittelemme ensin sairauden diagnostiikan, sitten tehtävät tutkimukset kuten laboratorio- ja kuvantamistutkimukset sekä viimeisenä hoidon. Akuutin pankreatiitin oirekuvassa oli myös puutos, jonka korjasimme lopulliseen tuotokseen. Palavereissa selvisi myös se, että osastolla työskentelevä erikoislääkäri Jukka Pulkkinen oli väitellyt

tuoreeltaan tohtoriksi tutkimuksellaan Role of statins in acute pancreatitis and symptomatic cholelithiasis. Hänen väitöskirjaansa käytimme myös lähteenä opinnäytetyössä.

Tässä prosessissa kokonaisuudessa olennaisinta oli oppia hoitotyön teoriasta ja sen soveltamisesta käytännön hoitotyöhön. Jotta saavuttaisimme eräänlaisen moniammatillisen rajapinnan teorian ja käytännön osalta, oli palaverien merkitys onnistuneen lopullisen työn kannalta mielestämme erittäin suuri. Tämän rajapinnan saavuttaminen tarkoitti myös sitä, että muutoksia lopulliseen tuotokseen syntyi paljon. Tämä prosessi opetti meille paljon kriittisen ajattelun, teoretiedon sekä käytännön tiedon yhdistämistä.

Opinnäytetyömme sisältää näyttöön perustuvaa tietoa, jota olemme hankkineet alan kirjallisuudesta sekä erilaisista tietokannoista. Käytössämme olleita sähköisiä tietokantoja sekä tiedonhakuportaaleja olivat mm. CINAHL Complete (Ebsco), Cochrane library, Joanna Briggs Institute EBP Database, Medic, PubMed - international reference database of medicine and allied health care sciences, Terveysportti sekä Oppiportti. Sanotaankin, että alan kirjallisuuteen perehtymällä pyritään tieteessä yleisesti välttämään päällekkäistutkimusta (Kananen 2012, 189).

Katsoimme myös työmme kannalta tärkeäksi sen, että materiaaliin tulee mukaan myös osasto 2205 henkilökunnan niin sanottua hiljaista tietoa ja näkemyksiä vatsaelinkirurgisen potilaan hoidosta sekä toimenpiteistä. Käytännössä hiljaisen tiedon kerääminen tapahtui haastatteleamalla osasto 2205:n osastonhoitajaa ja apulaisosastonhoitajaa. Koko henkilökunnan haastattelututkimusta emme halunneet prosessissa käyttää. Hiljaisella tiedolla (tacit knowledge) tarkoitetaan tietoa, jota hankitaan aistimalla, tekemällä ja harjaannuttamalla käytännön taitoja joko yksin tai myös seuraamalla ja toistamalla toisen tekemistä (Vilka 2005, 179). Tätä hiljaista tietoa hyödynsimme myös suoraan opiskelijoiden Paananen ja Liimatainen työharjoittelujaksolta.

#### 4.2 Hyvän perehdytysmateriaalin kriteerit

Hyvä kirjallinen ohje säästää aikaa ja vaivaa ja voi ehkäistä vahinkojen syntymisen. Ohjeet voivat käsittää tarkkaan rajatun tilanteen tai olla luonteeltaan yleisimpiä. Hyvien ohjeiden kirjoittamisessa on esitettävä tarpeelliset asiat, mutta ei turhia, asiat on esitettävä tarkoitusta parhaiten palvelevassa järjestyksessä, sekä ilmaisutavan pitää olla lukijoille sopiva. Ohjeiden tekijän kannattaa arvioida tavoitteitaan ja miten ohjeet auttavat lukijaansa. Ohjeet kannattaa jakaa yleensä erillisiksi kohdiksi ja esittää ne luetelmana. Kehittämistyömme tuloksena syntyi sähköinen perehdytysmateriaali osaston 2205 käyttöön, jota voimme tässä luvussa yhdistää edellä käytyjen ohjeiden ja oppaiden kriteereihin. (Kankaanpää 2011, 295-297.)

Kehittämistyömme aloitusta helpotti se, että saimme käyttöömmme KYS:n virallisen Power Point® pohjan. Ohjeen kirjoittamista helpottaa, jos työn lähtökohtana on valmis ohjepohja. Valmiiden ohjepohjien lisäksi ohjeiden kirjoittamista helpottavat yhteiset sopimukset esimerkiksi lääketieteellisten termien ja lääkkeiden kaupanimien käytöstä. (Heikkinen ym. 2002, 34.)

Ohjeita tehdessä on noudatettava yleisiä oikeinkirjoitusnormeja. Esimerkiksi teksti, jossa on paljon kirjoitusvirheitä, on hankalaa ymmärtää. On hyvä antaa ohje luettavaksi jollekulle muulle ennen sen julkaisemista. Näin pahimmat virheet voidaan siivota luultavasti pois. Omassa työssämme luimme työryhmänä materiaalia läpi ja lisäksi osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja kävivät läpi tuotoksemme. Mielestämme tämä tarkastus riitti laadun varmistamiseksi materiaalin valmistusvaiheessa. (Hyvärinen 2005.)

#### 4.3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Työmme tavoitteena oli perehdytyksen laadun parantaminen, uuden työntekijän tai opiskelijan toiminnan parantaminen sekä perehdytysprosessin nopeutuminen. Toivomme, että valmistamamme materiaali palvelisi tavoitettamme. On todettu, että ammattipätevyys on ehto laadukkaan hoitotyön toteutumiselle. Perehdytyksellä katsotaan olevan keskeinen merkitys sairaanhoitajan kehittämisessä. Uusilta työntekijöiltä odotetaan lyhyen perehdytyksen jälkeen täysipainoista työskentelyä työyhteisössä. Perehdytyksen tukena on silloin hyvä käyttää kirjallista materiaalia, joka tukee oppimista. (Taurus 2006, 12–13,25.)

Toisena tavoitteenamme oli etsiä riittävästi ajantasaista tutkimustietoa gastrokirurgisen potilaan hoidosta, sekä haastatella osaston osastonhoitajaa ja apulaisosastonhoitajaa ja täten hankkia myös jo aiemmin tekstissä mainittua hiljaista tietoa, jota ei ole saatavilla yleisesti käytetyistä kirjallisuuslähteistä. Tiedonhankinnan ja koostamisen jälkeen tavoitteenamme oli tuottaa laadukas materiaali perehdytykseen tueksi käsittelevistä sairauksista osastolla aloittavalle uudelle työntekijälle tai opiskelijalle. Lisäksi se voi toimia ajantasaisena ohjenuorana potilaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa hoitohenkilökunnalle. Osastolla ei vielä ole tiivistä tietopakettia esim. akuutin pankreatiitti potilaan hoidosta. Tarkoituksenamme oli luoda sähköinen materiaali, jota on helppo päivittää. Tämä takaa sen, että ajantasaisuus työssä säilyy myös jatkossa.

Perehdytyksen laatuun voi työnantaja vaikuttaa ja tällä kehittämistyölle haluamme parantaa osaston 2205 perehdytyksen laatua. Työhön opastuksessa vastuu on aina esimiehellä, vaikka varsinaisena opastajana olisikin vain työtoveri. Tehtävään perehdyttäminen ei koske vain ainoastaan uusia työntekijöitä. Perehdyttämistä tarvitaan myös silloin, kun työtehtävä muuttuu, työntekijä siirtyy uusiin tehtäviin tai palaa työhön pitkän esim. poissaolon jälkeen. (Työterveyslaitos 2015.)

Ryhmämme henkilökohtaisena tavoitteena pidettiin myös oman ammattitaidon kartuttaminen. Opinäytetyön raportissaan opiskelijan pitäisi pystyä osoittamaan tarvitsemansa asiantuntemus, alan teoreettisen tiedon ja ammatillisen taidon yhdistymistä, niin että hän kykenee vakuuttamaan lukijan ammatillisesta asiantuntijuudestaan. (Airaksinen ja Viikka 2004, 7.)



## 5 POHDINTA

Tutkimuksellista ja toiminnallista opinnäytetyötä täytyy arvioida eri kriteerein. Toiminnallisen opinnäytetyön arvioinnin perustan määrittelee kokonaisuus, jonka raportti ja tuotos muodostavat (Airak-sinen ja Vilkkä 2004, 105). Tavoitteen saavuttamisessa jouduimme pohtimaan paljon erilaisia mene-telmiä, yhteisen ajan löytämiseksi, jolloin vain yksinkertaisesti sovimme tiettyjä ajankohtia työn te- kemiseen. Yleensä iltapäivisin meillä oli yhteistä aikaa, jolloin kokoonnuimme kirjoittamaan ja etsi- mään tietoa kirjoista ja muista tietolähteistä. Työn tekeminen oli aluksi hidasta ja vaivalloista, mutta kun asiakokonaisuus selkeytyi ja tietoa löytyi, eteni työ ajoittain nopeasti. Prosessin ongelmien rat- kaisut sujuivat yhteisymmärryksessä ja sovimme, että kaikki etsivät tietoa, mutta vain yksi kirjoittaa työn puhtaaksi perustekstin eli leipätekstin sujuvuuden vuoksi.

Tiedon etsintä ja sen soveltaminen työhömmä hidastui vauhdikkaan aloituksen jälkeen olennaisesti. Luulemme sen kuuluvan prosessiin ja siihen, että varsinainen tieto on eräällä tavalla syventymässä omiin rajauksiimme ja viitekehykseen. Tekstin syntymiseen oli välillä joutunut ottamaan tietoisia taukoja. Oman ajattelun ja jäsentämisen merkitys alkoi korostua entisestään. Ei vain voinut kirjoittaa – oli ajateltava paljon ja kriittisemmin.

Kehittämistyömme tuotoksena syntyi perehdytysmateriaali uuden työntekijän perehdyttämiseen KYS:n osastolle 2205. Tuotoksen suunnittelu ja lopullinen ulkoasu syntyi itse tekemämme työn ja yhteistyökumppanin ohjeiden avulla. Työlle oli selkeä tarve. Uskomme uuden työntekijän tai opiske- lijän perehtyvän jatkossa helpommin hoitoprosessiin. Kiinnostuimme aiheesta koska se oli työelämä- lähtöinen ja perehdytys infoa on jatkossa helppo päivittää ja pitää ajan tasalla. Sovimme, että pe- rehdytys tulisi joko Microsoft Office® PowerPoint® (.ppt) tai Adobe Acrobat® (.pdf) muotoon KYS:n si- säiseen verkkoon.

Onnistuimme tuottamaan ja keräämään ajantasaista tietoa. Laajasta tietomäärästä huolimatta löy- simme sen olennaisen ja tärkeän, jonka laitoimme selkeästi ja tiiviisti helppolukuiselle pohjalle. Läh- dekirjallisuutta löytyi runsaasti, joten käytetyt lähteet saimme valikoitua tarkoin. Teorian ajantasai- suudesta ja luotettavuudesta oli helppo varmistua. Vanha lähde ei aina välttämättä merkinnyt sitä, että sen tieto olisi vanhentunutta. Monesti tieto saattoi olla edelleenkin ajankohtaista.

Vaikka työmme on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka kehittämistyön tuloksena syntyi kaksi tuotosta (ks. LIITTEET 1 ja 2), on työmme nostanut esiin myös mahdollisia jatkotutkimuksen aiheita. Proses- sin aikana selvisi jo aiemmin tekstissä mainittu Käypä hoito -suositusten puuttuminen, joka on mie- lestämme merkittävä ja mielenkiintoinen havainto. Käsitellyistä sairauksista löytyi tietoa Terveyspor- tissa mm. Duodecimin julkaisemissa lääkärin käsikirjoissa, mutta varsinaiset Käypä hoito -suositukset uupuvat edelleen. Se voi johtua siitä, ettei aluetta ole tutkittu vielä riittävästi tai näyttöön perustu- van tiedon määrä on vielä niin pirstaloitunutta, ettei niiden kokoamiseen ole ollut vielä aihetta. Pirs- taloitumiseen uskomme juuri siksi, koska prosessin aikana huomasimme kirjallisuuden ja käytännön ”kentällä” risteävän vielä useassa tilanteessa. Uskomme myös, että eri sairaanhoitopiireillä voi olla käsiteltyjen sairauksien hoidossa eroavaisuuksia. Emme osaa arvioida sitä, ovatko erot merkittäviä

annettujen hoitojen suhteen. Se voisi olla kuitenkin mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe. Tutkimuksessa voisi vertailla hoitokäytänteitä eri sairaanhoitopiirien välillä. Toinen tutkimuksemme aikana esiin noussut ajatus oli se, että miten kolekystiitti ja pankreatiitti potilaat itse kokevat saamansa hoidon vuodeosastolla. Sen voisi toteuttaa anonyymisti kyselytutkimuksena, jossa analysoitaisiin riittäväällä otoksella ja aikavälillä saadut tulokset. Kuitenkaan kyseessä ei olisi asiakastyytyväisyyskysely vaan enemmän hoidon tehokkuuden arviointiin tähtäävä kysely.

Uskallamme väittää, että molemmat sairaudet ovat joko epäsuorasti tai suorasti suurelta osin elintapasairauksia. Pohdimme myös, miten niiden ehkäisyä saataisiin tehostettua. Voisiko esimerkiksi valistavalla ennaltaehkäisyllä olla merkittävä vaikutus sairauksien vähenemisellä? Olisi mielenkiintoista saada tästä enemmänkin tietoa kuten tohtori Pulkkinen on käsitellyt aihetta statiinien käytön näkökulmasta väitöksessään.

Kokemuksena koko ryhmällemme opinnäytetyö oli vaativa, mutta antoisa prosessi. Ryhmädynamiikan ja aikataulujen toimiminen vei paljon aikaa ja resursseja varsinaisesta kirjoittamistyöstä. Opimme paljon toisistamme, työskentelytavoistamme sekä samalla opimme myös paljon itsestämme. Kehittymistä tapahtui monella osa-alueella. Haasteita oli riittävästi, mutta työn edetessä myös monet ongelmat ratkesivat kuin itsestään. Kirjoittamistakaan ei opi kuin kirjoittamalla.

### 5.1 Opinnäytetyön merkitys yhteistyökumppanille, potilaille sekä meille oppijoina

Perehdytysosiossa opinnäytetyömme auttaa yhdistämään teoreettista tietoa käytännön työelämään antamalla ajantasaisen tietopaketin kahden sairauden hoidosta osasto-olosuhteissa. Ohjeistus nopeuttaa uuden työntekijän perehdytysprosessia, sekä selkeyttää uudelle työntekijälle yleisiä hoitolinjoja ohjeistuksessa käsiteltävien sairauksien osastohoidossa. Koska opinnäytetyömme viitekehys käsittelee vain kahden eri vatsaelinkirurgisen sairauden perushoidon, olisi mielestämme tärkeää tehdä vastaava perehdytysmateriaali muistakin osasto 2205:llä hoidettavista sairauksista. Tämä olisi mielestämme mahdollista toteuttaa esimerkiksi opinnäytetöiden muodossa. Tärkeää olisi myös säännöllisesti tarkastaa tuottamamme materiaalin tiedon ajantasaisuus. Tiedon ajantasaisuuden tarkistamisen voisi antaa osastolle harjoitteluun saapuvien uusien opiskelijoiden tehtäväksi, heillä pitäisi olla käytössään tuorein tieto potilaiden hoidosta. Tähän tarkoitukseen voitaisiin osastolla kehittää perehdytysmateriaalin palautelomake.

Potilaat tulevat luonnollisesti hyötymään kehittämistyöstämme siten, että heidän saamansa hoito tulee olemaan mahdollisesti tasavertaisempaa ja -laatusempaa, sillä myös uusilla työntekijöillä tulee olemaan hoitotyössä tarvittavat ajantasaiset tiedot. Myös osastolla pidempään työskennelleiden hoitajien toivotaan tutustuvan tuottamaamme materiaaliin ja mahdollisesti saattaa esim. omaa teoriatietoaan ajan tasalle.

Kaikki opinnäytetyöryhmämme opiskelijat suorittavat prosessin aikana viimeistä syventävää harjoitteluaan. Jari suorittaa harjoittelua omalla työpaikallaan ensihoidossa, josta hänellä on jo usean vuoden työkokemus, Ragnar KYS:n teho-osastolla ja Raimo KYS:n päivystysalueella ja -osastolla.

Olemme kaikki havainneet, että opinnäytetyön tekeminen sekä perehtyminen pankreatiittiin ja kolekystiittiin ovat auttaneet meitä harjoittelussamme. Ragnar ja Raimo ovat hoitaneet kyseisiä sairauksia sairastavia potilaita jo aiemmin, mutta opinnäytetyön ja syventävän harjoittelun myötä niihin on tullut lisää syvyyttä ja näkökulmia. Omaa asiantuntemusta on päässyt käyttämään hyväksi sekä jakamaan tietoa myös hoitajakollegoiden suuntaan.

Perehdytysmateriaalissa ei sinänsä ole mitään uutta, mutta käytännön hoidoissa huomasimme eroja. Ensihoitotilanteet ja esimerkiksi osastolla tapahtuva kivunhoito eroavat osittain toisistaan. Osastolla voidaan käyttää pitkävaikutteisia opiaatteja, koska diagnoosi on jo yleensä olemassa. Ensihoidossa potilaan kivun hoito pyritään toteuttamaan niin, että lääkkeen vaikutusaika olisi mahdollisimman optimaalinen ensihoitokontaktin ajan, eikä se vaikeuta diagnoosin tekemistä hoitolaitoksessa. Potilaan kivunhoitoa toteutetaan mahdollisimman tehokkaasti ja laadukkaasti.

## 5.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöprosessin alussa pohdimme, millaisen työn haluamme tehdä. Aiheen löydyttyä aloimme miettiä, miten saisimme viitekehyksen rajattua järkevästi. Rajaus oli tehtävä tarkasti, jotta opinnäytetyön aiheesta ei tulisi liian laaja. Erikoisalana gastroenterologia kattaa valtavan määrän tietoa, siksi kaikkia aiheeseen liittyviä sairauksia ei ollut syytä lähteä selvittämään. Meille ehdotettiin, että voisimme pureutua vain muutamaiin sairauksiin, jotta työ pysyisi hallituissa raameissaan. Kun olimme saaneet järkevästi rajattua työmme alueen, aloitimme työn teoriaviitekehyksen työstämisen hankkimalla tietoa eri lähteistä. Halusimme tuoda esiin työssämme tuoreimman tutkitun tiedon, mitä aiheesta oli saatavilla. Tämä siksi, että opinnäytetyömme olisi käytössä mahdollisimman hyödyllinen. Käyttämämme lähteet perustuivat tutkittuun tietoon ja olivat tutkimuksellisesti päteviä. Tuottamamme materiaalin uskomme parantavan Kuopion Yliopistollisen Sairaalan osasto 2205 henkilökunnan teoreettisen tiedon pohjaa, sekä parantavan samalla annettavan hoidon laatua.

Luotettavan ja hyvän perehdytysmateriaalin valmistuminen varmistettiin sillä, että käytimme teoriatiedon lähteinä kansainvälistä sekä kotimaista lähdeaineistoa. Lisäksi perehdytysmateriaalimme oikeellisuuden valvonnasta vastasivat osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja, jotka arvioivat samalla materiaalin kehittymistä. Opinnäytetyömme kieliasun tarkastivat äidinkielen opettaja sekä englannin opettaja tiivistelmän englannin käännöksen osalta.

Työmme on tehty hyviä tieteellisiä käytäntöjä noudattaen ja lainsäädännön sallimissa rajoissa. Olemme myös tutustuneet Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETE-NE:n ohjeistuksiin. ETENE käsittelee periaatteelliselta kannalta sosiaali- ja terveysalaan sekä potilaan asemaan liittyviä kysymyksiä, sekä antaa niihin liittyviä suosituksia. ETENE:n toiminta perustuu lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta sekä potilaslakiin. Neuvottelukunnan toiminnan tarkoituksena on edistää potilaan ja asiakkaan ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, perusoikeuksia, yhdenvertaisuutta, hyvää hoidon, hoivan, palvelun ja kohtelun toteutumista sekä oikeudenmukaisuutta sosiaali- ja terveysalalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö.)

Suomen lainsäädäntö määrittää tekijänoikeuslaissa kuvan käyttöoikeudet ja olemme toimineet lainsäädännön mukaisesti merkitsemällä kuvalähteen asiallisesti (Finlex, 2015). Käytämme opinnäytetyössämme kuvia ainoastaan teoreettisessa viitekehyksessä, lopulliseen tuotokseen niitä ei tule. Pyrimme parantamaan työmme selkeyttä ja luettavuutta jättämällä pois valokuvat tai muut grafiikat toimeksiantajan käyttöön tulevasta tuotoksesta.

Opinnäytetyötä tehdessämme pidimme palavereja yhteistyökumppanin sekä opinnäytetyötämme ohjaavan opettajan, lehtori Marko Tolosen, kanssa. Teimme tarkat muistiinpanot palavereista, ja muistiinpanojen pohjalta kehitimme sekä työmme teoriaosuutta että itse kehittämistyötä. Työn teossa tehdyt ratkaisut ja valinnat piti kyetä perustelemaan (Kananen 2012, 164-165). Tekemämme muistiinpanot toimivat ratkaisujemme sekä valintojemme perusteina ja auttoivat myös seuraamaan työmme edistymistä. Tuottamamme perehdytysmateriaalin luotettavuus varmistettiin sillä, että se tehtiin tiiviissä yhteistyössä osaston 2205 osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa. Lähetimme perehdytysmateriaalista heille useita versioita arvioitavaksi ja muokkasimme sitten sisältöä vastaamaan heidän vaatimuksiaan. Lopputuloksena oli tiivis ja helppolukuinen perehdytysmateriaali joka on helppo pitää ajantasalla. Perehdytysmateriaalissamme teksti on loogista ja etenee taudin yleisyydestä ja oireista sekä diagnoosista aina hoitoihin

Opinnäytetyömme luotettavuutta vähentää se, että tuottamaamme perehdytysmateriaalia ei koekäytetty työntekijän perehdytyksessä ennen sen julkaisua. Lisäksi koemme, että käyttämistämme lähteistä löytämämme ristiriitaisuudet saattavat vähentää työmme luotettavuutta. Pyrimme parantamaan luotettavuutta hankkimalla runsaasti teoriatietoa, haastatteluilla hankkimamme hiljaisen tiedon avulla sekä hyödyntämällä harjoittelujaksoilla saamaamme kokemusta osaston työtavoista. Käytimme opinnäytetyömme teoreettisen osuuden tuottamisessa runsaasti synteisiä, sekä ulkomaisia lähteitä. Työn luotettavuutta parantaa se, että kehittämistyömme tuotos on tarkistettu yhteistyökumppanin toimesta ja on hyväksytty heidän osaltaan sellaisenaan kuin se on liitteissä (ks. LIITTEET 1 ja 2).

Olemme kokonaisuudessaan tyytyväisiä prosessiin ja varsinaiseen lopputulokseen eli opinnäytetyöhön ja sen mukana syntyneisiin tuotoksiin. Halusimme työstämme työelämälähtöisen ja sellainen siitä myös mielestämme syntyi.

### 5.3 Perehdytysmateriaalin käytön arviointi

Pidimme kehittämistyöstämme 9.3.2016 osastotunnin KYS:n osastolla 2205. Osastotunnilla esitimme paikalle päässeille hoitajille sekä osaston opiskelijavastaaville tuottamamme perehdytysmateriaalin. Varsinaisesta oppaasta ei kehittämistyössämme ole kyse, sillä yhteistyökumppanimme mielestä kyseessä olisi ollut liian määrävä termi.

Keskustelimme osastotunnilla perehdytysmateriaalin sisällöstä ja tarpeellisuudesta hoitajien ja opiskelijavastaavien kanssa. Vastaanotto oli hyvä ja tuottamamme materiaali sai kehuja. Meille kerrot-

tiin, että perehdytysmateriaali otetaan käyttöön ja se lähetetään jokaiselle uudelle työntekijälle sekä harjoitteluun tulevalle opiskelijalle.

Perehdytysmateriaalia ei koekäytetty, joten täyttä varmuutta sen toimivuudesta ei ole. Oletamme materiaalin olevan kuitenkin hyödyllinen ja toimiva, koska se tehtiin yhteistyössä osaston kanssa. Valitsimme materiaalin muoto sopii hyvin toimeksiantajamme tarpeisiin. Oma arviomme on, että materiaali tulee pysymään käytössä ja sitä laajennetaan sekä kehitetään edelleen. Esitimme myös osastotunnilla, että materiaalin ajantasaisena pitäminen voisi olla hyvä harjoittelun aikainen tehtävä opiskelijalle, tätä yhteistyökumppanimme piti hyvänä ajatuksena.

#### 5.4 Oman oppimisen arviointi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyötä tehdessämme arvioimme jatkuvasti työn luotettavuutta ja eettisyyttä. Syvennyimme akuutin pankreatiitin sekä akuutin kolekystiitin ja sappikivitaudin oirekuvaan, diagnosointiin ja hoitoon. Kokosimme huomattavan määrän tietoa, jota käytimme opinnäytetyömme tekemiseen. Opinnäytetyötä aloittaessamme oli meillä jo jonkin verran tietoa näistä sairauksista ja niiden hoidosta, mutta halusimme perehtyä niihin syvällisemmin. Kokoamamme tieto on käytännössä hyödyttänyt meitä myös työelämässä, tunnemme nämä sairaudet sekä niiden hoidon paremmin ja olemme myös jakaneet hankkimaamme tietoa eteenpäin. Olemme sisäistäneet käsiteltävien sairauksien hoidon kulmakivet sekä osaamme tarvittaessa jakaa tätä tietoa.

Olemme oppineet, että kivun hoito on tärkeä osa akuutin pankreatiitin ja akuutin kolekystiitin hoitoa. Perehtyminen kivun voimakkuuden määrittämiseen sekä kivun hoitoon ja lääkitsemiseen oli hyvää kertausta aiemmin opitulle, lisäksi syy sille, miksi spasmolyyttejä pitäisi käyttää mieluummin kuin opiaatteja, selkeni myös. Opinnäytetyöryhmän kaikki jäsenet tulevat tekemään työtä akuutisti sairastuneiden ja akuuteista kivuista kärsivien potilaiden hoidossa, joten perehtyminen akuutin kivun hoitoon hyödyttää meitä huomattavasti myös työelämässä.

Perehtyminen opinnäytetyössämme käsiteltyihin sairauksiin ja niiden hoitoon opetti meitä myös huomioimaan ja käyttämään hyväksi potilaan omia voimavaroja ja tietämystä. Akuutti pankreatiitti ja akuutti kolekystiitti ovat usein elintapojen aiheuttamia, joten elintapojen muutoksella voi olla suurikin merkitys sairauden uusimisen ennaltaehkäisemiseksi. Osaamme hankkimamme teorian avulla nyt ohjata potilasta paremmin terveempien elämäntapojen suuntaan. Toisaalta opimme myös harvinaisempia syitä näille sairauksille, joten emme enää niin automaattisesti pidä esimerkiksi akuuttia pankreatiittia pelkästään alkoholin aiheuttamana sairautena, eettistä kasvua on täten myös tapahtunut.

Opinnäytetyön kirjoittamisprosessi sekä perehdytysmateriaalin teko opettivat meitä tieteellisen kirjoittamisen sekä oppaan tekemisen saroilla. Molempiin on löydettävissä hyviä oppaita, ja osaamme nyt etsiä tietoa raportin sekä oppaan tekoon ja arvioida osaamistamme paremmin. Perehdytysmateriaalin teko opetti meille myös, millainen on selkeä ja helposti käytettävä opas.

Moniammatillisen yhteistyön osaamisemme kehittyi opinnäytetyö prosessin aikana. Akuuttia pankreatiittia tai akuuttia kolekystiittia sairastavan potilaan hoidossa tarvitaan monen eri alan ammattilaisia. Eri ammattiryhmillä on eri tehtävät, tämä työnjako selkeni opinnäytetyötä tehdessä. Osaamme aiempaa paremmin hoitaa näitä sairauksia itsenäisesti. Prosessissa oli myös mielenkiintoista päästä työskentelemään yhdessä työelämän yhteistyökumppanin kanssa ja päästä kehittämään työelämää. Olemme kokeneet valitsemamme aihealueen tärkeäksi, koska koemme ohjeistuksien olevan hyviä perehdytyksen apuvälineitä.

## LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AIRAKSINEN, Tiina ja VILKKA, Hanna 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

ALHAVA, Esko, HÖCKERSTEDT, Krister, LEPPÄNIEMI, Ari ja ROBERTS, Peter J. 2010. Kirurgia. Verkkookkirja. Julkaisussa Duodecim Oppiportti. Helsinki: Kustannus Oy DUODECIM. [Viitattu 2015-08-31.] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/opk04494>

ARSTILA, Antti, BJÖKQVIST, Stig-Eyrik, HÄNNINEN, Osmo ja NIENSTEDT, Walter 2008. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY. 15.-17. painos.

FINLEX 2015. Tekijänoikeuslaki. Verkkosivu. [Viitattu 2016-01-14.] Saatavissa: [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1961/19610404?search\[type\]=pika&search\[pika\]=tekij%C3%A4noikeus](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1961/19610404?search[type]=pika&search[pika]=tekij%C3%A4noikeus)

GOOGLE 2015. Google Docs. Verkkosivu. [Viitattu 2015-12-11.] Saatavissa: <https://www.google.com/docs/about/>

HAKALA, Juha T. 2004. Opinnäytetyö ammattikorkeakouluille. Tampere: Gaudeamus.

HAMMAR, Anne-Marja 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro OY.

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

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI 2015. Hakemisto lyhenteiden mukaan. Verkkosivu. Helsinki: HUSLAB-liikelaitos. [Viitattu 2015-10-06.] Saatavissa: <http://huslab.fi/ohjekirja/lyhennihakemisto.html>

HYVÄRINEN, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. [Viitattu 2016-03-24.] Saatavissa: [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_hakusana=Millainen+on+toimiva&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_p\\_frompage=haku&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo95167](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=Millainen+on+toimiva&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo95167)

IIVANAINEN, Ansa, JAUHAINEN, Mari ja SYVÄOJA, Pirjo 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Kustannus Oy Tammi.

IIVANAINEN, Ansa ja SYVÄOJA, Pirjo 2012. Hoida ja kirjaa. 7.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KANANEN, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134.

KANKAANPÄÄ, Salli ja PIEHL, Aino 2011. Tekstintekijän käsikirja. Opas työssä kirjoittaville. Helsinki: Suomen yritysikirjat Oy.

KELLOKUMPU, Ilmo 2014. Sappikivitauti. Julkaisussa ALENIOUS, Heidi, ATULA, Sari, JOUSIMAA, Jukka, KATTAINEN, Anna, KUNNAMMO, Ilkka, PELTTARI, Hanna ja TEIKKARI, Martti (toim.) Lääkärin käsikirja. 11.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy DUODECIM. Sivut 437-439.

KEMPPAINEN, Esko, KYLÄNPÄÄ, Leena ja PUOLAKKAINEN, Pauli 2013. Akuutti haimatulehdus. Julkaisussa FÄRKKILÄ, Martti, ISONIEMI, Helena, KAUKINEN, Katri ja PUOLAKKAINEN, Pauli (toim.). Gastroenterologia ja hepatologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy DUODECIM. Sivut 611–623.

KESKI-OJA, Pauli 2014. Akuutin kolekystiitin hoito Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2008-2010. Syventävien opintojen tutkielma. Kirurgian klinikka. Lääketieteellinen tiedekunta. [Viitattu: 2016-01-04.] Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201412192133.pdf>

KIVILUOTO, Tuula 2010. Sappirakko ja sappitiet. Julkaisussa ALHAVA, Esko, HÖCKERSTEDT, Krister, LEPPÄNIEMI, Ari ja ROBERTS, Peter J. 2010. Kirurgia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy DUODECIM. Sivut 501-513.

KIVILUOTO, Tuula ja NUUTINEN, Hannu 2013. Sappikivitauti. Julkaisussa FÄRKKILÄ, Martti, ISONIEMI, Helena, KAUKINEN, Katri ja PUOLAKKAINEN, Pauli (toim.). Gastroenterologia ja hepatologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy DUODECIM. Sivut 928-946.

KÄYPÄ HOITO, 2015. Kipu. Hoitosuositus. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura DUODECIM. [Viitattu: 2016-01-20.] Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=hoi50103](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=hoi50103)

KÄRKKÄINEN, Päivi ja NUUTINEN, Hannu 2013. Sappirakon ja sappiteiden rakenne ja toiminta. Julkaisussa FÄRKKILÄ, Martti, ISONIEMI, Helena, KAUKINEN, Katri ja PUOLAKKAINEN, Pauli (toim.). Gastroenterologia ja hepatologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy DUODECIM. Sivut 923-925.

MULLINS, CF ja PSIRIDES A, 2016. Activities of a Medical Emergency Team: a prospective observational study of 795 calls. Verkkosivu. Dublin, Irlanti: National Maternity Hospital ja Wellington, Uusi-



Seelanti: Wellington Regional Hospital. [Viitattu: 2016-01-20.] Saatavissa:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26673587>

NORDBACK, Isto ja VUORISTO, Matti 2010. Haima. Julkaisussa ALHAVA, Esko, HÖCKERSTEDT, Krista, LEPPÄNIEMI, Ari ja ROBERTS, Peter J. 2010. Kirurgia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy DUODECIM. Sivut 514-532.

PARVIAINEN, Ilkka 2016. MET-ohje. MET-kriteerit kriittisesti sairaan potilaan tunnistamiseksi. Toimintaohje potilaan tukihoidojen aloittamisen nopeuttamiseksi. Hoito- ja tutkimusohje 2013-04674 Julkinen. Tehohoidon osasto. Pohjois- Savon sairaanhoitopiiri.

PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPIIRI 2015. Sairaalainfektion eli hoitoon liittyvän infektion ilmoittaminen. Verkkosivu. [Viitattu 2016-01-06.] Saatavissa: [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Henkilökunta/Sairaalainfektioilmoituksen\\_tekeminen%2848464%29#m%C3%A4%C3%A4ritelm%C3%A4t](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Henkilökunta/Sairaalainfektioilmoituksen_tekeminen%2848464%29#m%C3%A4%C3%A4ritelm%C3%A4t)

POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPIIRI 2013a. Vatsaelinkirurgia. Verkkosivu. [Viitattu 2015-05-25.] Saatavissa: <https://www.psshp.fi/hoitopalvelut/kirurgia/vatsaelinkirurgia>

POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPIIRI 2013b. Opinnäytetyöt. Verkkosivu. [Viitattu 2015-12-11.] Saatavissa: <https://www.psshp.fi/opetus/hoitotyön-opetus/opinnäytetyöt>

POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPIIRI 2013c. MET-toiminta Kysissä. Verkkosivu. [Viitattu 2016-01-19.] Saatavissa: [https://www.psshp.fi/uutiset/-/asset\\_publisher/ItzobiK4GOx1/content/met-toimintakysissa/11427](https://www.psshp.fi/uutiset/-/asset_publisher/ItzobiK4GOx1/content/met-toimintakysissa/11427)

POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPIIRI 2015. Verkkosivu. [Viitattu 2015-05-25.] Saatavissa: <https://www.psshp.fi/sairaanhoitopiiri>

PUDAS-TÄHKÄ, Sanna-Mari ja KANGASMÄKI, Elisa 2010. Kivun arviointi. Verkkosivu. Helsinki: Kustannus Oy DUODECIM. [Viitattu 2016-01-20.] Saatavissa:  
[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=tht00247&p\\_haku=kipumittari](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00247&p_haku=kipumittari)

PULKKINEN, Jukka 2015. Role of Statins in Acute Pancreatitis and Symptomatic Cholelithiasis. Väitöskirja. Jyväskylä: Grano Oy 2015. [Viitattu 2015-12-09.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1937-3>

PUOLAKKAINEN, Pauli 2013. Akuutti haimatulehdus. Verkkosivu. Duodecim Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu: 2015-11-26.] Saatavissa:  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00267&p\\_haku=pankreatiitti](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00267&p_haku=pankreatiitti).

PUOLAKKAINEN, Pauli ja SCHRÖDER, Tom 1992. Akuutin haimatulehduksen hoito. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim Verkkojulkaisu. 1992;108(21):1891. [Viitattu: 2016-01-05.] Saatavissa: [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=45A39391D7731F48000514AE592EECC5?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_p\\_frompage=uusinumero&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo20368](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=45A39391D7731F48000514AE592EECC5?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo20368)

REUNANEN, Timo 2008. Sairaalanasto ja laboratorioarvoja. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

SEPPÄ, Kaija 2013. Lyhytneuvonta (Mini-interventio). Verkkosivu. A-klinikkasäätiö, Päihdelinkki. [Viitattu 2015-12-20.] Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeyömenetelmät-ja-koulutus/lyhytneuvonta-mini-interventio>

SLADE, Susan 2014. Pancreatitis management. Verkkosivu. The Joanna Briggs Institute 2014. [Viitattu 2015-12-04.] Saatavissa: <http://ovidsp.ovid.com.ezproxy.savonia.fi/sp-3.17.0a/ovidweb.cgi?&S=BAFEPDDMMBHFOJBIFNJKJGPFJGAAAA00&Complete+Reference=S.sh.21|3|1>.

SOLUNETTI, 2006. Haima. Verkkosivu. [Viitattu 2016-01-25.] Saatavissa: [http://www.solunetti.fi/fi/histologia/haima\\_1/](http://www.solunetti.fi/fi/histologia/haima_1/)

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ. Sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. Verkkosivu. [Viitattu 2015-12-03.] Saatavissa: <http://etene.fi/etusivu>

SØRENSEN, Emilie M, PETERSEN, ja John ASGER 2015. Performance of the efferent limb of a rapid response system: an observational study of medical emergency team calls. Artikkel. Scandinavian Journal of trauma, resuscitation & emergency medicine. [Viitattu: 2016-01-20.] Saatavissa: <http://www.sjtrem.com/content/23/1/69>

TARUS, Taina 2006. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kuvauksia perehdytyksestään. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Hoitotiede: Hoitotyön johtaminen.

TERVEYSKIRJASTO 2016. Hypovolemia. Lääketieteen sanasto. [Viitattu: 2016-01-05.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=Ilt01258](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt01258)

TIUSANEN, Tytti 2014. Akuuttia haimatulehdusta sairastavan potilaan hoito. Verkkosivu. Duodecim Sairaanhoitajan Käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu: 2015-05-26.] Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk00910&p\\_haku=pankreatiitti](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00910&p_haku=pankreatiitti)

TYÖTERVEYSLAITOS, 2015. Verkkosivu. [Viitattu 2015-10-02.] Saatavissa:

[http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso\\_ja\\_esimiestyo/johtaminen\\_ja\\_esimiestyo/perehdyttaminen/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/johtaminen_ja_esimiestyo/perehdyttaminen/sivut/default.aspx)

UMAPATHYSHIVAM, Kandiah 2014. Acute Pancreatitis (Initial Management). Verkkosivu. Joann Briggs

Institute 2014. [Viitattu 2015-12-04.] Saatavissa: <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.savonia.fi/sp-3.17.0a/ovidweb.cgi?&S=BAFEPDDMMBHFOJBIFNJKJGPFJGAAAA00&Complete+Reference=S.sh.21|5|1>

VILKKA, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

VILKKA, Hanna 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

YLIKORKALA, Olavi. TAPANAINEN, Juha 2011. Naistentaudit. Verkko-oppikirja, Julkaisussa DUODE-

CIM Oppiportti. Helsinki: Kustannus Oy DUODECIM. [Viitattu 2015-08-31.] Saatavissa:

<http://www.oppiportti.fi/op/opk04496>

## LIITE 1: KEHITTÄMISTYÖ PANKREATIITTI



## Akuutin haimatulehduksen eli pankreatiitin hoito

Perehdytysmateriaalia

Materiaalin tarkastanut: Sari Korhonen oh ja  
Tuulikki Holopainen aoh

2.2.16

1

pertriglyseremia

atiittiin

### 3. Nekrotisoivaan pankreatiittiin

ssa tilanteessa hengitysvaikeus, sekavuus ja syanoottisuus

- Hematoomat kyljessä tai navan alueella (Grey-Turnerin tai Cullenin oire)

ääni-tutkimus

- \* Varjoainetehosteinen CT
- \* Sappi- ja haimatiehyeiden magneettikuvaus (MRCP)

dinkivien poisto

- Sopen aiheuttama pankreatiitti vaatii myöhemmin sappirakon poiston (tehdään yleensä 1-2 kk akuutin vaiheen jälkeen)

a)

\* Kivun seuranta (NRS / VAS)

\* Herkästi näyttö lääkärille / soitto MET-puhelimeen

heys ja –

määrä : Audit kysely

- Antaa neuvontaa alkoholinkäytön vähentämiseksi
- Tarvittaessa sosiaalihoitajan konsultaatio

aatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?  
p\\_artikkeli=shk00910&p\\_haku=pankreatiitti](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00910&p_haku=pankreatiitti)







## Akuutin sappirakkotulehduksen eli kolekystiitin hoito

Perehdytysmateriaalia

Materiaalin tarkistanut: Sari Korhonen oh ja  
Tuulikki Holopainen, aoh

seurauksena

sen

atsalla

- Sisäänhengitys voi estyä palpaatiokivun takia
- Yleinen pahoinvointi ja oksentelu
- Kivusta johtuva levottomuus kehossa

kuuntelu

Laboratoriokokeet

- B-PVK-T
- P-CRP
- P-ALAT
- P-AFOS
- P-BIL
- P-AMYL

Radiologiset tutkimukset:

- Ylävatsan UÄ-tutkimukset
- MRCP tai ERCP (samalla hoito)
- TT-kuvaus (harvoin)

n seuranta potilaan voinnin mukaan

- MET-kriteerit

illä vaivat ovat selvästi  
lievemmat kuin ennen leikkausta. Kokeilemalla potilas löytää  
itsellensä sopivan ruokavalion

8-31. Saatavissa: <http://www.oppoportti.fi/op/opk04496>



## LIITE 3: TUTKIMUSLUPA



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Ammattikorkeakoulu- ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoiden opinnäytetyön lupahakemus 1 (3)

Nro \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

**Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Opiskelijoiden opinnäytetyöt KYSissä". Hakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma aineistonkeruulomakkeineen, saatteineen ja rahoitussuunnitelma.**

**HAKIJA**

Opinnäytetyön tekijä(t)

Raimo Liimatainen

@edu.savonia.fi ,

Nimi

Osoite, puh, s-posti

Ragnar Paananen

@edu.savonia.fi ,

Nimi

Osoite, puh, s-posti

Jari Tick

@edu.savonia.fi ,

Nimi

Osoite, puh, s-posti

Opiskelupaikka

 AMK mikä \_\_\_\_\_ muu mikä \_\_\_\_\_

Suoritettava tutkinto

sairaanhoitaja AMK

**OPINNÄYTETYÖ**Opinnäytetyön nimi OPAS VATSAELINKIRURGISEN POTILAAN HOITOON KYS:N OSASTOLLE 2205

Opinnäytetyön lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisusuunnitelma (maksimissaan 300 sanaa)

Ragnar Paananen ja Raimo Liimatainen selvittivät KYS:n kirurgian os.5:llä, osasto 2205, harjoittelussa ollessaan osaston perehdytysmateriaalin laadun. Materiaalissa oli jo vanhentunutta tietoa ja päätimme siksi tehdä opinnäytetyönämme oppaan gastrokirurgisen potilaan hoidosta, joka sopii opiskelijan perehdytyksen lisäksi myös uuden työntekijän perehdytykseen. Suunnittelemamme opinnäytetyön kaltaista opasta ei vielä ole tehty Kuopion Yliopistollisen sairaalan osastolle 2205. Tarve laadukkaalle perehdytykselle on olemassa ja tällä oppaalla haluammekin parantaa perehdytyksen laatua ja tehokkuutta. Teemme opinnäytetyömme yhteistyössä Kuopion Yliopistollisen Sairaalan osaston 2205 kanssa, joka on vatsaelinkirurginen vuodeosasto. Opinnäytetyömme on laadultaan toiminnallinen ja suoritamme sen perehtymällä teoreettiseen tietoon vatsaelinkirurgisen potilaan hoidosta sekä haastattelemalla KYS:n osasto 2205:n henkilökuntaa ja selvittämme, mitkä asiat olisivat heidän näkökulmastaan oleellisia uuden työntekijän ja opiskelijan perehdytyksessä. Tutkimuksemme tuotoksena tulee olemaan PDF-muotoinen materiaali joka voidaan esittää joko digitaalisessa muodossa tai tulosteena. Lisäksi pidämme opinnäytetyöstämme osastotunnin osastolla.

Opinnäytetyössämme käsittelemme KYS:n osastolla 2205 yleisimmin hoidettavia potilaita. Osastolla hoidetaan pääasiassa päivystyksellisiä ja elektivisiä vatsaelinkirurgisia potilaita sekä esimerkiksi haimatulehduspotilaita ja epäselviä vatsakipuja. Käymme läpi potilaan hoitoprosessin siitä hetkestä kun hän tulee osastolle siihen kun hän kotiutuu tai siirtyy jatkohoitoon toiseen sairaalaan tai terveyskeskukseen.

Tavoitteenamme on tehostaa ja mahdollisesti myös nopeuttaa uuden työntekijän tai opiskelijan perehdytysprosessia. Jokainen potilas on yksilö ja tarvitsee yksilöllistä hoitoa, siksi haluamme opinnäytetyössämme tuoda esiin hoitotyön eettisyyden ja potilaslähtöisyyden. On kuitenkin olemassa jo runsaasti tietoa miten eri potilaita hoidetaan ja tuommekin työssämme esille hoidon teoreettisen perustan sekä henkilökunnalta saatua ns. hiljaista tietoa. Tarkoituksenamme on tuottaa laadukas materiaali, jota voidaan pitää ajantasalla joko osaston henkilökunnan toimesta tai uusien opinnäytetöiden muodossa..

2 (3)

Opinnäytetyö on	<input checked="" type="checkbox"/> amk-tutkinto	<input type="checkbox"/> muu,mikä _____
Opinnäytetyön kokonaisaikataulu	1.8.- 31.12.2015	Aikataulu KYSissä 1.8.-31.12.2015
Kustannukset	<input type="checkbox"/> Arvio KYSille koituvista kustannuksista _____ € Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta kustannuksia KYSille	

<b>Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto</b>	
<input type="checkbox"/> annettu	<input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu
Toimikunta _____	Lausunto nro _____ pvm _____
<b>Johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten</b>	
<input type="checkbox"/> annettu	<input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu
	pvm _____
<b>Henkilöstöjohtajan puolto henkilökuntaa koskevia opinnäytetöitä varten</b>	
<input type="checkbox"/> annettu	<input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu
	pvm _____
<b>Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
<b>ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS</b>	
Allekirjoittaneet opinnäytetyöntekijät sitoutuvat noudattamaan palveluyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään valmiin opinnäytetyön yksikköön, jossa tutkimus on tehty, sekä luvan myöntäjälle.	
219 2015	
	
Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus	Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
Ragnar Paananen	Jari Tikka
Nimen selvennys	Nimen selvennys
	
Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus	Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
Raimo Limatainen	
Nimen selvennys	Nimen selvennys
<b>OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT</b>	
	
Ohjaajan allekirjoitus	Ohjaajan allekirjoitus
Marko Tolonen	
Nimen selvennys	Nimen selvennys
Osoite, puhelin, s-posti	Osoite, puhelin, s-posti
marko.tolonen@savonia.fi	
P. 0447856520	

3 (3)

PÄÄTÖS	
<input checked="" type="checkbox"/>	Myönnän tutkimusluvan
<input checked="" type="checkbox"/>	Palveluyksikön /-alueen ylihoitajan päätös nro <u>2/2015</u>
<u>8 19</u> 20 <u>15</u>	<u>M. Puolimäki</u> Allekirjoitus
	<u>Auli Luostarinen</u> Nimen selvennys
YHTEYSHENKILÖ KYSISSÄ (Palveluyksikön /-alueen ylihoitaja)	
<u>Sari Korhonen</u>	<u>Gastroenterologian os. 2205</u>
Nimi	Työyksikkö
<u>sari-helena.korhonen@kuh.fi</u>	<u>0447172292</u>
S-posti	Puhelin

## LIITTEET

 Opinnäytetyön suunnitelma9

sivua

 Rahoitussuunnitelma

sivua

 Muita liitteitä

sivua

Opinnäytetyön ohjaussopimus



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

# VATSAELINKIRURGISEN POTILAAN HOITO

Opas vatsaelinkirurgisen potilaan hoitoon Kuopion Yli-  
opistollisen sairaalan osastolle 2205

TEKIJÄ/T: Raimo Liimatainen  
Ragnar Paananen  
Jari Tick



SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ  
Tiivistelmä

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Raimo Liimatainen, Ragnar Paananen, Jari Tick	
Työn nimi Vatsaelinkirurgisen potilaan hoito – opas vatsaelinkirurgisen potilaan hoitoon Kuopion Yliopistollisen sairaalan osastolle 2205	
Päiväys	Sivumäärä/Liitteet
04.09.2015	
Ohjaaja(t) Marko Tolonen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion Yliopistollinen sairaala	
Tiivistelmä	
Avainsanat Kirurgia	
Perioperatiivinen hoitotyö	

## JOHDANTO

Ragnar Paananen ja Raimo Liimatainen selvittivät KYS:n kirurgian os.5:llä, osasto 2205, harjoittelussa ollessaan osaston perehdytysmateriaalin laadun. Materiaalissa oli jo vanhentunutta tietoa ja päätimme siksi tehdä opinnäytetyönämme oppaan sisäelinkirurgisen potilaan hoidosta, joka sopii opiskelijan perehdytyksen lisäksi myös uuden työntekijän perehdytykseen. Suunnittelemamme opinnäytetyön kaltaista opasta ei vielä ole tehty Kupion Yliopistollisen sairaalan osastolle 2205. Tarve laadukkaalle perehdytykselle on olemassa ja tällä oppaalla haluammekin parantaa perehdytyksen laatua ja tehokkuutta. Teemme opinnäytetyömme yhteistyössä Kuopion Yliopistollisen Sairaalan osaston 2205 kanssa, joka on vatsaelinkirurginen vuodeosasto.

Kuopion Yliopistollinen Sairaala kuuluu Pohjois-Savon Sairaanhoidopiiriin. KYS:aan keskittyy koko itäsuomen erikoissairaanhoido sekä itä- ja keskisuomen erityistason erikoissairaanhoido. Vuosittain KYS:ssa hoidetaan n.90.000 potilasta ja poliklinikoilla käy vuodessa n.360.000 potilasta. Lisäksi KYS:n toimintaan kuuluvat synnytykset ja kirurgia. (Pohjois-Savon Sairaanhoidopiiri)

Opinnäytetyömme on laadultaan toiminnallinen ja suoritamme sen perehtymällä teoreettiseen tietoon vatsaelinkirurgisen potilaan hoidosta sekä haastatteleamalla KYS:n osasto 2205:n henkilökuntaa ja selvitämme, mitkä asiat olisivat heidän näkökulmastaan oleellisia uuden työntekijän ja opiskelijan perehdytyksessä. Tutkimuksemme tuotoksena tulee olemaan PDF-muotoinen materiaali joka voidaan esittää joko digitaalisessa muodossa tai tulosteena. Lisäksi pidämme opinnäytetyöstämme osastotunnin osastolla.

Opinnäytetyössämme käsittelemme KYS:n osastolla 2205 yleisimmin hoidettavia potilaita. Osastolla hoidetaan pääasiassa päivystyksellisiä ja elektiviisiä vatsaelinkirurgisia potilaita sekä esimerkiksi haimatulehduspotilaita ja epäselviä vatsakipuja. Käymme läpi potilaan hoitoprosessin siitä hetkestä kun hän tulee osastolle siihen kun hän kotiutuu tai siirtyy jatkohoitoon toiseen sairaalaan tai terveyskeskukseen.

Tavoitteenamme on tehostaa ja mahdollisesti myös nopeuttaa uuden työntekijän tai opiskelijan perehdytysprosessia. Jokainen potilas on yksilö ja tarvitsee yksilöllistä hoitoa, siksi haluamme opinnäytetyössämme tuoda esiin hoitotyön eettisyyden ja potilaslähtöisyyden. On kuitenkin olemassa jo runsaasti tietoa miten eri potilaita hoidetaan ja tuommekin työssämme esille hoidon teoreettisen perustan sekä henkilökunnalta saatua ns. hiljaista tietoa. Tarkoituksenamme on tuottaa laadukas materiaali, jota voidaan pitää ajantasalla joko osaston henkilökunnan toimesta tai uusien opinnäytetöiden muodossa.

## SISÄLTÖ

JOHDANTO .....	4
1 TUTKIMUKSEN TAVOITE .....	6
2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS .....	6
3 TEORIATAUSTA .....	6
3.1 Päivystykselliset kirurgiset potilaat .....	6
3.2 Elektiiviset gastrokirurgiset potilaat .....	7
3.3 Haimatulehduspotilaat .....	7
3.4 Epäselvät ja akuutit vatsakivut .....	7
4 TUTKIMUSMENETELMÄ .....	8
4.1 Tutkimusmenetelmän valinta .....	8
4.2 Perusteet .....	8
4.3 Aineisto .....	8
LÄHTEET .....	9

## 1 TUTKIMUKSEN TAVOITE

Tavoitteenamme on ensinnäkin perehdytyksen laadun parantaminen, uuden työntekijän tai opiskelijan toiminnan parantaminen ja tehostuminen sekä perehdytysprosessin nopeutuminen.

Lisäksi tavoitteenamme on myös etsiä riittävästi ajantasaista tutkimustietoa vatsaelinkirurgisen potilaan hoidosta sekä haastatella osaston henkilökuntaa ja täten hankkia myös ns. hiljaista tietoa jota ei ole saatavilla yleisesti käytetyistä lähteistä. Tiedonhankinnan ja koostamisen jälkeen tavoitteenamme on tuottaa laadukas materiaali uuden työntekijän tai opiskelijan perehdytystä varten.

## 2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksemme tarkoituksena on tuottaa laadukas perehdytysmateriaali KYS:n osastolle 2205.

Osastolla ei vielä ole yksien kansien välissä olevaa tietopakettia vatsaelinkirurgisen potilaan hoidosta. Tuottamamme materiaalin on tarkoitus olla tukemassa muualta siirtyneen tai vasta työnsä aloittaneen hoitajan tai opiskelijan työhön perehdytystä ja toimia ajantasaisena ohjenuorana potilaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Tarkoituksenamme on luoda materiaali, jota on myös helppo päivittää jolloin ajantasaisuus säilyy vuodesta toiseen.

## 3 TEORIATAUSTA

Vatsaelinkirurgisen potilaan hoito ja hoidon tarve riippuu siitä, millaisen vaivan takia potilas on hoidossa osastolla. Opinnäytetyössämme tuomme esiin erityyppisten potilasmateriaalien hoidontarpeen ja –toteutustavat. Keskitymme KYS:n osasto 2205:llä yleisimmin hoidettaviin potilaisiin, jotta saamme työmme rajattua järkevästi ja pidettyä tuotetun aineiston sekä tarpeeksi laajana että riittävän tiiviinä. Yleisimmät potilaat osastolla 2205 ovat päivystykselliset kirurgiset potilaat, elektiiviset kirurgiset potilaat sekä haimatulehduspotilaat. (Vatsaelinkirurgia, PSSHP)

### 3.1 Päivystykselliset kirurgiset potilaat

Päivystyksellisiä vatsaelinkirurgisia potilaita ovat sappikivipotilaat (hoitona leikkaus tai ERCP), umpilisäketulehdukset ja akuutit suolistopotilaat (Vatsaelinkirurgia, PSSHP). Päivystyksellisissä leikkauksissa haavan paraneminen on yleensä hitaampaa ja infektiot yleisempiä kuin elektiivisissä. On havaittu, että myös vuodenajalla on merkitystä paranemisprosessissa. (Hammar 2011, 25) Huomioimme opinnäytetyössämme kattavasti päivystysleikkauksien hoitotyölle mukanaan tuomat haasteet ja pyrimme tekemään selkeät toimintaohjeet eri tilanteisiin. Päivystykselliset vatsaelinkirurgiset leikkaukset kuuluvat yleensä puhtausluokkiin 2-4 (Hammar 2011, 26).

### 3.2 Elektiiviset gastrokirurgiset potilaat

Elektiivisiä potilaita ovat jotkin sappirakon poistot, tyräkirurgia, peräaukon kirurgia johon liittyy myös suolistoavannekirurgia, syöpäkirurgia, lihavuusleikkaukset sekä muu vatsan seudun tähytyskirurgia. (Vatsaelinkirurgia, PSSHP) Elektiivisissä leikkauksissa komplikaatoriski on päivystysleikkausta pienempi, sillä potilasta on voitu valmistella riittävästi leikkausta varten, mm. infektiot on hoidettu jo etukäteen. Riittävä valmistelu parantaa haavan paranemisen edellytyksiä. (Hammar 2011, 25) Elektiiviset vatsaelinkirurgiset leikkaukset kuuluvat yleensä puhtausluokkaan 1-2, suolistoleikkauksen ollessa kyseessä myös puhtausluokkaan 3 (Hammar 2011, 26).

### 3.3 Haimatulehduspotilaat

Haimatulehduspotilaiden hoito ei parhaimmissa tapauksissa vaadi kirurgisissa toimenpiteitä, mutta pahimmillaan johtaa haiman poistoon tai vatsanpeitteiden avaukseen ja aukipitämiseen turvotuksen aiheuttaman paineen vähentämiseksi. Haimatulehdus, eli pankreatiitti, kuuluu akuutin vatsakivun ryhmään. Erotusdiagnoosin tekee aina lääkäri kliinisen tutkimuksen ja laboratoriotestien perusteella (Puolakka 2013). Haimatulehdusta hoidetaan riittävällä nesteytyksellä joka tarkoittaa jopa 5l nestefuusioita vuorokaudessa, riittävällä kipujen lääkinällä ja jos potilas on pahoinvoiva, laitetaan hänelle nenä-mahaletku (Tiisanen 2014).

### 3.4 Epäselvät ja akuutit vatsakivut

Akuutti vatsakipu tarkoittaa kiputilaa, joka alkaa äkillisesti ja joka on hengenvaarallinen välittömästi tai tautitilan kehittyessä. Pääoireena on vatsakipu, joka voi voimistua hitaasti tai alkaa äkillisesti. Lääkärin tekemän diagnoosin perusteella päätetään, tutkitaanko potilasta lisää, kotiutetaanko hänet vai vaatiiko tila välitöntä hoitoa, kuten leikkausoperaatiota. Mahdollisia tutkimuksia ovat laboratoriotestit, skopiat, kuvantamistutkimukset ja palpaatiot. Tutkimuksia voidaan käytännössä tehdä vain erikoissairaanhoidon piirissä, terveyskeskuksissa niihin ei yleensä ole mahdollisuutta ja ne aiheuttavat myös riskin tilan pahenemisesta. Yleisiä akuutin vatsakivun syitä ovat intra-abdominaalinen absessi, peritoniitti, suoliston tukkeumat, akuutti appendisiitti, sappikivet tai sappirakon tulehdus ja maha-suolikanavan verenvuoto. Kuten jo ilmi tuli, leikkausta vaativat akuutit vatsakivut ovat usein laadultaan päivystyksellisiä. Sappirakon tulehduksen ollessa kyseessä voidaan usein hoitaa ensin tulehdus ja poistaa sappirakko sen jälkeen. (Roberts, Alhava, Höckerstedt ja Leppäniemi 2010) Myös gynekologiset vaivat voivat oireilla akuuttina vatsakivuna ja verenvuotona (Ylikorkala, Tapanainen 2011), nämä hoidetaan kuitenkin muualla kuin vatsaelinkirurgisella osastolla.

## 4 TUTKIMUSMENETELMÄ

### 4.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tutkimusmenetelmämme on toiminnallinen tutkimus. Sovellamme tutkimuksessamme alan kirjallisuudesta ja internetin tietokannoista löytyvää näyttöön perustuvaa tutkimustietoa. Lisäksi haastatelimme osasto 2205:n henkilökuntaa ja selvitämme millainen tieto heidän näkökulmastaan olisi oleellista uuden työntekijän ja opiskelijan perehdytyksessä.

### 4.2 Perusteet

Tutkimuksemme tulee sisältää näyttöön perustuvaa tietoa. Lisäksi katsomme tarpeelliseksi että tuotokseen tulee mukaan myös osasto 2205:n henkilökunnan hiljaista tietoa ja näkemyksiä gastrokirurgisen potilaan hoidosta ja toimenpiteistä, mitä ei suoraan kirjallisuudesta välttämättä löydy.

### 4.3 Aineisto

Tutkimuksen aineisto gastrokirurgisen potilaan hoitotyö, johon liittyy henkilökunnan ammattitaito sekä näyttöön perustuva tutkittu tieto. Aineiston hankinta tapahtuu haastattelemalla henkilökuntaa ja perehtymällä alan kirjallisuuteen sekä tietokantoihin.

## LÄHTEET

Pohjois-Savon Sairaanhoidopiiri[VERKKOSIVU] [VIITATTU 2015-05-25] Saatavissa: <https://www.psshp.fi/sairaanhoitopiiri>

Vatsaelinkirurgia, PSSHP [VERKKOSIVU] [VIITATTU 2015-05-25] Saatavissa: <https://www.psshp.fi/hoitopalvelut/kirurgia/vatsaelinkirurgia>

HAMMAR, Anne-Marja 2011. Kirurgian perusteet. [Helsinki: WSOYpro OY]

PUOLAKKA, Pauli 2013. Akuutti haimatulehdus. [VERKKOSIVU] [Duodecim Lääkärin käsikirja] [Helsinki: Kustannus Oy Duodecim] [VIITATTU: 2015-05-26] Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00267&p\\_haku=pankreatiitti](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00267&p_haku=pankreatiitti)

TIUSANEN, Tytti 2014. Akuuttia haimatulehdusta sairastavan potilaan hoito. [VERKKOSIVU] [Duodecim Sairaanhoidajan Käsikirja] [Helsinki: Kustannus Oy Duodecim] [VIITATTU: 2015-05-26] Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk00910&p\\_haku=pankreatiitti](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00910&p_haku=pankreatiitti)

ROBERTS, Peter J. ALHAVA, Esko. HÖCKERSTEDT, Krister, LEPPÄNIEMI, Ari 2010. Kirurgia. [VERKKO-OPPIKIRJA] [DUODECIM Oppiportti] [Helsinki: Kustannus Oy DUODECIM] [VIITATTU 2015-08-31] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/opk04494>

YLIKORKALA, Olavi. TAPANAINEN, Juha 2011. Naistentaudit. [VERKKO-OPPIKIRJA][DUODECIM Oppiportti][Helsinki: Kustannus Oy DUODECIM] [VIITATTU 2015-08-31] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/opk04496>