

Henna Karlsson
Emilia Kokko

TOTAALILARYNGEKTOMIA KOTIHOITO-OHJE

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoidajakoulutus

2023



Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu

Tutkintonimike	Sairaanhoitaja (AMK)
Tekijät	Henna Karlsson ja Emilia Kokko
Työn nimi	Totaalilaryngektomia kotihoito-ohje
Toimeksiantaja	Kuopion yliopistollinen sairaala
Vuosi	2023
Sivut	34 sivua, liitteitä 4 sivua
Työn ohjaajat	Pirjo Oikarinen, Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu ja Tea Simanainen, Kuopion yliopistollinen sairaala

TIIVISTELMÄ

Totaalilaryngektomia eli kurkunpään täydellinen poisto on toimenpide, joka joudutaan tekemään pitkälle edenneen syövän tapauksessa kurkunpään tai kurkunpään lähelle. Totaalilaryngektomiassa kurkunpää poistetaan kokonaan ja henkitorvi liitetään suoraan ompelemalla ihoon. Potilas hengittää loppuelämänsä stooman eli henkitorviavanteen kanssa. Lisäksi potilas menettää toimenpiteen seurauksena äänensä ja hajuaistinsa. Stoomalla pidetään silikonista larytuubia. Larytuubi voidaan vaihtaa liimapohjaan, kun stoomaa ympäröivä iho on parantunut. Totaalilaryngektomian jälkeen hengitysilman kostuttamisesta, lämmittämisestä ja puhdistuksesta eivät enää huolehdi suu ja nenä. Kosteuslämpövaihdin on tarkoitettu tähän tarkoitukseen. Se voidaan kiinnittää larytuubiin tai liimapohjaan. Potilas kokee toimenpiteen myötä suuren elämämuutoksen, sillä stooma tarvitsee päivittäistä huomioimista ja potilaan käyttämät hoitotarvikkeet huolellista puhdistamista ja hoitamista.

Toimenpideaikojen lyhentyessä potilaat joutuvat ottamaan vastuun omasta hoidostaan jo hoidon alusta asti, joten potilaat tarvitsevat laadukasta ohjausta. Potilaalla on lakisääteinen oikeus saada omaa hoitoonsa koskevaa tietoa riittävästi. Suullisen ohjauksen lisäksi potilaat tarvitsevat tuekseen kirjallisia ohjeita.

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen kotihoito-ohje potilaille, joille on tehty totaalilaryngektomia tai he ovat menossa suunnitellusti kyseiseen toimenpiteeseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tukea potilaan kotona pärjäämistä totaalilaryngektomian jälkeen kirjallisen kotihoito-ohjeen avulla. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Kuopion yliopistollisen sairaalan aistielsairauksien osaston kanssa.

Opinnäytetyö sisältää tuotoksen lisäksi teoreettisen viitekehityksen. Teoreettinen viitekehitys sisältää teoretietoa kurkunpääsyövästä ja totaalilaryngektomiasta. Lisäksi teoreettisessa viitekehityksessä kuvataan laadukkaan kotihoito-ohjeen piirteet, sekä selvitetään, mitä vaaditaan onnistuneelta potilasohjaukselta.

Asiasanat: potilasohjaus, hoito-ohje, kurkunpää, kurkunpääsyöpä

Degree title	Bachelor of Health Care
Authors	Henna Karlsson and Emilia Kokko
Thesis title	Home care instruction for total laryngectomy patient
Commissioned by	Kuopio University Hospital
Time	2023
Pages	34 pages, 4 pages of appendices
Supervisors	Pirjo Oikarinen, South-Eastern Finland University of Applied Sciences and Tea Simanainen, Kuopio University Hospital

ABSTRACT

The objective of this thesis was to write a home care instruction for total laryngectomy patient's and support their recovery from total laryngectomy surgery.

Total laryngectomy (complete removal of the larynx) is a surgery that has to be done in the case of advanced cancer in the larynx or near the larynx. In a total laryngectomy the larynx is completely removed, and the trachea is connected directly to the skin by sewing. The patient breathes for the rest of their life with a stoma or tracheal ring. In addition, the patient loses their voice and sense of smell as a result of the surgery.

The thesis was made as a practice-based study. In the theoretical part, laryngeal cancer and total laryngectomy and instructions for total laryngectomy were described and explained. Home care instructions were focused on supporting the patient's life after total laryngectomy surgery.

The home care instruction presented in this study includes basic information about laryngeal cancer and total laryngectomy surgery and guidance on the recovery from surgery. The instruction is aimed at adults, but it is also suitable for children. The focus in the instruction was on recovering after the surgery. The home guide can also be used as support patient guidance with reference to total laryngectomy.

Keywords: patient education, laryngectomy, home care instruction for total laryngectomy, larynx, cancer of the larynx, home care instructions, recovery

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS	6
3	KURKUNPÄÄ.....	6
4	KURKUNPÄÄSYÖPÄ.....	7
4.1	Ilmaantuvuus ja riskitekijät	7
4.2	Oireet ja diagnosointi.....	8
4.3	Hoito.....	9
5	TOTAALILARYNGEKTOMIA.....	10
5.1	Kurkunpään täydellinen poisto	10
5.2	Kotihoito	12
5.3	Kuntoutuminen.....	15
6	POTILASOHJAUS POTILAAN KOTIUTTAMISESSA	16
6.1	Potilasohjaus.....	16
6.2	Kirjallinen ohjausmateriaali.....	20
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	21
7.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	21
7.2	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	22
7.3	Opinnäytetyön toteuttaminen ja tuotos	23
8	POHDINTA.....	25
8.1	Eettisyys ja luotettavuus	25
8.2	Pohdinta opinnäytetyön prosessista	26
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	28
	LÄHTEET	30
	LIITTEET	

Liite 1. Kotihoito-ohje potilaalle totaalilaryngektomia toimenpiteen jälkeen

1 JOHDANTO

Kurkunpään eli larynxin tehtävänä on suojata hengitysteitä ja estää vierasesi-
neiden pääsyn hengitystorveen. Kurkunpää sijaitsee hengitysteiden ja nielun
risteyskohdassa. Kurkunpää mahdollistaa äänen tuottamisen äänihuulten
avulla. Kurkunpään syöpä on tavallisimpia pään ja kaulan alueen pahanlaatui-
sia kasvaimia. Riski sairastua kurkunpääsyöpään lisääntyy merkittävästi jo 50
ikävuoden jälkeen. Tärkein riskitekijä kurkunpäänsyöpää on tupakointi ja run-
sas alkoholinkäyttö (Grénman 2015). Totaalilaryngektomia eli kurkunpään täy-
dellinen poisto on toimenpide, joka joudutaan tekemään pitkälle edenneen
syövän tapauksessa kurkunpäähän tai kurkunpään lähelle. Totaalilaryngek-
tomiassa kurkunpää poistetaan kokonaan ja henkitorvi liitetään suoraan om-
pelemalla ihoon. Potilas hengittää loppuelämänsä stooman eli henkitorviavan-
teen kanssa. Potilas menettää toimenpiteen seurauksena äänensä ja hajuais-
tinsa. Usein jo leikkauksen aikana potilaalle asennetaan puheproteesi. Puhe-
proteesi tulee puhdistaa päivittäin. Proteesin puhdistaminen opetetaan poti-
laalle sairaalassa (Atos s.a.; Haapaniemi 2020.)

Nykypäivänä potilaat ovat yhä kiinnostuneempia oman terveytensä hoidosta.
Toimenpideaikojen lyhentyessä potilaat joutuvat ottamaan vastuun omasta
hoidostaan jo hoidon alusta asti, joten potilaat tarvitsevat laadukasta ohjausta
(Torkkola ym. 2012, 23–24). Potilaalla on lakisääteinen oikeus saada omaa
hoitoonsa koskevaa tietoa riittävästi (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista
17.8.1992/785, 5.§). Sairaanhoidajan potilasohjausosaaminen on yksi tärkeim-
mistä osaamisalueista, jonka avulla pystytään vaikuttamaan potilaan tervey-
teen, hyvinvointiin, sekä tukea potilaan valmiutta sairauden hoitamisessa. Po-
tilasohjausosaaminen edellyttää sairaanhoitajalta opetus- ja ohjausprosessin,
-menetelmien ja -ympäristöjen tuntemista. Ohjaus tulisi pohjautua potilaan tar-
peisiin ja hyödyntää erilaisia menetelmiä kuten kirjallista potilasohjausta
(Tervo-Heikkinen ym. 2018b, 28). Suullisen ohjauksen lisäksi potilaat tarvitse-
vat tuekseen kirjallisia ohjeita. Kirjallisten ohjausmateriaalien käyttäminen on
nykypäivänä erityisen tarpeellista, sillä lyhyet sairaalassaoloajat vähentävät
suullisen ohjaukseen käytettävää aikaa (Kyngäs ym. 2007, 124–126).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen kotihoito-ohje potilaille, jotka ovat läpikäyneet totaalilaryngektomian tai he ovat menossa suunnitellusti kyseiseen toimenpiteeseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tukea potilaan kotona pärjäämistä totaalilaryngektomian jälkeen kirjallisen kotihoito-ohjeen avulla.

Opinnäytetyön tilaajana toimii Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) aistielinsairauksien osasto. Kotihoito-ohje on osastolle toivottu, koska osastolla ei ole vielä kotihoito-ohjetta totaalilaryngektomoidulle potilaalle. Kotihoito-ohjeen tekeminen on hyvin ajankohtaista, koska Suomessa elää useita satoja toimenpiteen läpikäyneitä ja läpikäyviä ihmisiä. Lisäksi leikkaus aiheuttaa paljon muutosta ihmisessä ulkoisesti.

2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Pohjois-Savon hyvinvointialue huolehtii yli 248 000 asukkaan sosiaali- ja terveystoimen ja pelastustoimen palveluista. Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS) kuuluu Pohjois-Savon hyvinvointialueeseen ja se on yksi Suomen viidestä yliopistosairaaloista (Pohjois-Savon hyvinvointialue s.a.). KYS antaa korkeatasoista hoitoa kaikilla lääketieteen erikoisaloilla, se tekee kansainvälistä tutkimusta ja kouluttaa huippuosajia tulevaisuutta varten. KYS on maamme suurin lääkärikouluttaja ja yksi suurimmista terveydenhuoltoalan opetussairaaloista Suomessa (KYS s.a.).

Opinnäytetyön tilaajana toimii Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) aistielinsairauksien osasto. Kotihoito-ohje on osastolle toivottu, koska osastolla ei ole vielä kotihoito-ohjetta totaalilaryngektomoidulle potilaalle. Kotihoito-ohjeen tekeminen on hyvin ajankohtaista, koska Suomessa elää useita satoja toimenpiteen läpikäyneitä ja läpikäyviä ihmisiä. Lisäksi leikkaus aiheuttaa paljon muutosta ihmisessä ulkoisesti.

3 KURKUNPÄÄ

Kurkunpää eli larynx on putkimainen rakenne, noin 6 cm pitkä putki, jonka tehtävänä on suojata hengitysteitä ja estää vierasesineiden pääsyn hengitystörveen. Kurkunpää sijaitsee hengitysteiden ja nielun risteyskohdassa eli kurkunpää yhdistää nielun henkitorveen. Kurkunpää mahdollistaa äänen tuottamisen äänihuulten avulla (Grénman 2015; Sand ym. 2016, 358.) Kurkunpää jaetaan

kolmeen osaan: supraglottinen larynx, glottinen larynx ja subglottinen larynx. Kurkunpään rakenteet äänihuulitasosta kurkunkannen yläreunaan asti kuuluvat supraglottiseen osaan, glottiseen osaan kuuluvat äänihuulet ja niiden alapinta, sekä rakenteet äänihuulen alapinnasta sormusruston alareunaan kuuluvat subglottiseen osaan (Grénman 2015). Supraglottisen osan imunestekierto kulkeutuu pääasiassa kaulan alueelle ja subglottisen alueen imunestekierto kulkeutuu välikarsinan alueelle. Imunestekierto on vähäistä glottisalueella. Imunestekierron huomioimisella on suuri merkitys kurkunpään syövän hoidossa (Nuutinen 2011, 235).

Kurkunpää kuuluu alahengitysteihin henkitorven, keuhkoputkien ja ilmatiehyiden lisäksi. Kurkunpään yläaukolla sijaitsee kimmoisa rusto, kurkunkansi eli epiglottis. Kurkunkansi painautuu nieltäessä taaksepäin, jolloin kurkunpään aukko peittyy ja ruoka ohjautuu ruokatorveen. Kurkunpään tehtävänä on mahdollistaa äänen tuottaminen, sillä äänihuulet kulkevat kurkunpään poikki, henkitorven aukon yläpuolella. Äänihuulten välistä ääniraon suuruutta säädellään jännittämällä tai veltostutummalla äänihuulia kurkunpään pienten lihasten avulla (Sand ym. 2016, 358). Kurkunpää on pienempi naisilla, kuin miehillä. Mitä pidempi kurkunpää on, sitä matalampi ääni muodostuu. Kurkunpää kehittyy murrosiän aikana (Fernández Cabrera ym. 2022). Kurkunpäässä sijaitsee myös kilpirauhasrusto, jota kutsutaan usein aataminomenaksi (Cleveland Clinic 2021).

4 KURKUNPÄÄSYÖPÄ

4.1 Ilmaantuvuus ja riskitekijät

Kurkunpään syöpä on tavallisimpia pään ja kaulan alueen pahanlaatuisia kasvaimia. Kurkunpään syövän suurin ilmaantuvuus on 60–70-vuotiailla ja kurkunpääsyövästä 10 % todetaan alle 40-vuotiailla. Riski sairastua kurkunpääsyöpää lisääntyy merkittävästi jo 50 ikävuoden jälkeen. Vuonna 2010 Suomessa diagnosoitiin 126 uutta kurkunpään syöpää ja vuonna 2012 diagnosoitiin 115. Vuosittain pahanlaatuiseen kurkunpääsyöpään kuolee noin 83 000 ihmistä maailmanlaajuisesti. Kurkunpään pahanlaatuiset kasvaimet ovat yleensä levyepiteelikarsinomia (yli 95 %). Syöpä voi kehittyä mihin tahansa kurkunpään kolmesta rakenteesta: 40 % Suomessa diagnosoiduista uusista kurkunpään syövästä on supraglottisia, 60 % glottisia, ja alle 1 % subglottisia.

Ilmeisesti tupakoinnin vähenemisen myötä kurkunpääsyövän ilmaantuvuus Suomessa on vähentynyt (Grénman 2015; Ilmarinen ym. 2019.)

Tärkein riskitekijä kurkunpäänsyöpää on tupakointi. Tupakointi lisää kurkunpääsyövän riskiä 5–7-kertaiseksi. Tupakointi lisää merkittävästi myös syövän uusiutumisvaaraa, sekä uuden hengitysteiden ja yläruoansulatuskanavan syövän riskiä. Tupakoinnin lisäksi tavallisin riskitekijä on runsas alkoholinkäyttö. Runsas alkoholinkäyttö lisää riskiä sairastua kurkunpääsyöpään on samassa suuruusluokassa kuin tupakoinnissa, 5–7-kertaista. Taustalla arvellaan olevan mahdollisesti alkoholijuomien valmistuksen yhteydessä joutuvat monet kemikaalit. Runsas alkoholinkäyttö ja tupakointi yhdessä vahvistavat toistensa vaikutuksia ja ne nostavat riskiä sairastua kurkunpään syöpään 40-kertaiseksi muuhun väestöön verrattuna. HPV:n (papilloomavirusinfektion) merkitys riskitekijänä on noin 4 % tapauksista (Grénman 2015; Haapaniemi 2020.)

4.2 Oireet ja diagnosointi

Kurkunpään syövän tavallisin oire on äänenkäheys. Nielemiskipu, palan tunne kurkussa, veriyskä tai korvaan säteilevä kipu voivat olla oireina supraglottisessa syövässä. Suurien kurkunpääsyöpien kasvaimet ahtaavat hengitysteitä aiheuttaen hengenahdistusta. Hengenahdistusta esiintyy tyypillisenä ensioireena subglottisessa syövässä. Kyhmy kaulalla voi olla etäpesäkkeen merkki (Nuutinen 2011, 284–285).

Kurkunpään sairauksien diagnosointi perustuu kliiniseen tutkimukseen. Tutkimus voidaan suorittaa peilitutkimuksella tai tähystämällä nenän kautta kurkunpäättä. Jos kurkunpäässä on nähty edellä mainituilla tutkimuksilla muutos tai kurkunpäähän ei ole saatu riittävää näkyvyyttä, voidaan potilas nukuttaa ja tehdä diagnostinen laryngomikroskopia. Laryngomikroskopiassa kurkunpään muutoksista voidaan ottaa näytteitä histopatologisiin ja mikrobiologisiin tutkimuksiin. Erikoissairaanhoidossa kurkunpäättä voidaan kuvata syövän levinneisyyden selvittämiseksi CT-, TT-, PET- sekä magneettikuvauksella (Nuutinen 201, 238, 274).

Suurin osa kurkunpääpääsyövästä todetaan varhaisessa vaiheessa, jolloin kurkunpää voidaan säästää (noin 80 % tapauksissa). Varhain todettu kurkunpääsyöpä, pään ja kaulan alueen hoidon aiheuttama haitta on pienempi ja ennuste parempi, kuin pitkälle edenneen syövän. Tämän takia hammaslääkärit ja terveyskeskuslääkärit ovat avainasemassa pään ja kaulan alueen syöpien hoitotuloksien parantamisessa. Kurkunpääsyöpäpotilaiden merkittävät liittännäissairaudet voivat pitkittää viivettä syöpädiagnoosiin. Esimerkiksi tupakoivien krooninen kurkunpääntulehdus voi aiheuttaa äänenkähäyttää vuosien ajan ennen diagnoosia. Myös runsas alkoholinkäyttö voi lisätä diagnoosin viivettä (Grénman 2015; Ilmarinen ym. 2019.)

4.3 Hoito

Kansainvälisesti vertailtuna kurkunpääsyövän hoitotulokset ovat hyvät Suomessa (Ilmarinen ym. 2019). Hoito valitaan kasvaimen levinneisyyden, ominaisuuksien ja kurkunpään jäljellä olevan toiminnan eli nielemisen, hengittämisen ja puhumisen, perusteella. Hoidon valintaan vaikuttaa myös potilaan terveydentila. Potilaalle tehdään hoitosuunnitelma usean erikoisalojen ammattilaisten kesken. Potilaan hoitoon osallistuu korva-, nenä- ja kurkkutautien lääkäri, patologi, onkologi, plastiikkakirurgi ja suu- ja leukakirurgi. Pään ja kaulan alueen syöpien hoito on keskitetty yliopistollisiin sairaaloihin. Useimmiten hoitona on leikkaus, jos kurkunpään toiminta on kokonaan menetetty. Kemosädehoitoa eli sädehoidon ja solunsalpaajahoidon yhdistelmähoitoa käytetään hoitona, jolloin voidaan mahdollisesti välttää kurkunpään täydellinen poisto. Kemosädehoito on parantanut hoitotuloksia, mutta myös lisännyt haittavaikutuksia. Sen haittavaikutuksia ovat mm. limakalvojen ärtyminen, suun kuivuus, nielemiskipu, makuaiistin häiriöt ja ihon ärsytysoireet. Oireet poistuvat osittain tai kokonaan 6–12 kuukauden kuluessa kemosädehoidon päättymisestä (Haapaniemi 2020; Nuutinen 2011, 274.)

Supraglottinen syöpä diagnosoidaan usein vasta, kun syöpä on edennyt pitkälle. Koska supraglottisella alueella on runsas veri- ja imusuonitus, kaulalla esiintyy 25–35 % tapauksista etäpesäkkeitä diagnosointihetkellä. Tällöin hoito kohdistetaan primaarialueen lisäksi kaulalle. Rajoittuneissa T1–2 -asteen supraglottisissa syöväissä hoitona voi olla kurkunpäänosapoisto. Laajalle eden-

neissä tapauksissa, sekä sädehoidon jälkeen uusiutuneissa syövässä, hoitoksi valitaan kurkunpään täydellinen poisto. Varhaisen vaiheen (T1) glottinen syöpä voidaan hoitaa sädehoidolla tai kirurgisesti täyhystysteitse, ja T2 -asteen syöpä sädehoidon tai kurkunpäänosapoiston avulla. Tällöin kurkunpäänosapoisto toteutetaan täyhystysteitse tai ulkoisella leikkauksella. Kemosädehoitolla hoidetaan laajemmat ja kaulalle metastasoituneet syövä. Kurkunpään poistoa käytetään hoitona, kun syöpä kasvaa kurkunpään ulkopuolelle rustojen läpi tai syöpä uusiutuu kemosädehoidon jälkeen. Subglottinen syöpä käyttäytyy aggressiivisesti ja lähettää herkästi etäpesäkkeitä kaulan imusolmukkeisiin ja välikarsinan alueelle. Subglottiseen syöpään hoitoina käytetään kemosädehoitoa ja tarvittaessa tehdään kurkunpään täydellinen poisto (Nuutinen 2011, 285).

Todennäköisyyteen parantua todetusta kurkunpäänsyövästä vaikuttavat muun muassa syövän luokitus, sijainti ja koko. Lisäksi potilaan ikä ja perusterveys vaikuttavat parantumistodennäköisyyteen. Tupakan polttaminen ja alkoholin juominen vaikuttavat hoidon vasteeseen. Potilaalle voi todetun syövän lisäksi kehittyä toinen syöpäkasvain, jos potilas jatkaa tupakan polttamista ja alkoholin käyttöä. Jos potilaalle joudutaan tekemään totaalilaryngektomia, syövän aste voi muuttua ja tällöin potilas voi tarvita lisää hoitoja (National Cancer Institute 2021).

5 TOTAALILARYNGEKTOMIA

5.1 Kurkunpään täydellinen poisto

Totaalilaryngektomia eli kurkunpään täydellinen poisto on toimenpide, joka joudutaan tehdä pitkälle edenneen syövän tapauksessa kurkunpään tai kurkunpään lähelle. Totaalilaryngektomiassa kurkunpää poistetaan kokonaan ja henkitorvi liitetään ompelemalla ihoon henkitorviavanteeksi eli stoomaksi. Toimenpiteen jälkeen potilas hengittää stooman kautta. Lisäksi potilas menettää toimenpiteen seurauksena äänensä ja hajuaistinsa (Atos s.a.; Cheachir ym. 2014.) Toimenpiteen jälkeen stoomalla on aluksi trakeakanyyli. Toimenpidealueen haavan parannuttua stoomalle vaihdetaan silikoninen tuubi (larytuubi). Larytuubia pidetään ensimmäiset kuukaudet estämään avanteen kuroutumista ja turvaamaan avanteen auki pysymistä. Liimapohjan (kuva 1) käyttöön voi-

daan siirtyä, kun stoomaa ympäröivä iho on parantunut. Tällöin liimapohja korvaa larytuubin (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2023b; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri s.a.).



Kuva 1. Liimapohja.

Usein jo leikkauksen aikana potilaalle asennetaan trakeoesophagaalinen puheproteesi, jotta puhe olisi mahdollista. Puheproteesi asennetaan ruokatorven ja henkitorven väliin. Trakeoesophagaalinen puheproteesi on venttiilin kaltainen, silikoninen proteesi. Potilas pystyy puhaltamaan keuhkojen ilman proteesin kautta ruokatorveen ja edelleen alanieluun, jolloin ääni syntyy ruokatorven yläosassa, seinämien värähdellessä. Perinteinen puheproteesi vaatii stooman sulkemisen sormin, mutta nykyään markkinoilla on automaattisia puheproteeseja, jolloin stoomaa ei tarvitse itse sulkea (Haapaniemi 2020; Nuutinen 315.) Puheproteesi tulee puhdistaa päivittäin. Toimimaton proteesi tulee vaihtaa erikoissairaanhoidon poliklinikalla, koska se aiheuttaa nesteiden pääsyn ruokatorvesta hengitysteihin, jolloin potilaalle voi kehittyä aspiraatiopneumonia eli keuhkokuume (Nuutinen 2011, 286). Toimimattomaan proteesiin on yleensä kasvanut mikrobimassaa, joka estää puheproteesin ruokatorven puoleisen läpän sulkeutumisen. Proteesi vaihdetaan 3–6 kuukauden välein poliklinikan käynnin yhteydessä. Vaihto arvioidaan potilaskohtaisesti (Haapaniemi 2020).

Mikäli puheproteesin asentaminen ei ole mahdollista, potilas voi kommunikoida toimenpiteen jälkeen kirjoittamalla tai erityisellä puhevibraattorilla. Puhevibraattori on vaihtoehtona potilaille, jotka eivät voi käyttää puheproteesia tai ns. ruokatorvipuhe ei onnistu. Puhevibraattorin käyttö vaatii hyvää suun alueen motoriikkaa, sillä puhevibraattoria pidetään leuan alla, jolloin värähtely

siirtyy nieluun, sekä suunpohjaan, jolloin puhe saadaan aikaiseksi. Puhevibraattorilla tuotettu ääni on monotonista, mutta helposti opittavissa (Nuutinen 2011, 315; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri s.a.)

Ennen totaalilaryngektomia toimenpidettä tehdään täydellinen lääkärintarkastus ja siihen voi kuulua muun muassa verikokeita, rintakehän kuvaus sekä EKG, jolla tarkistetaan sydämen rytmi. Ennen toimenpidettä potilas saa ohjeet leikkaukseen valmistautumiseen. Ohjeisiin kuuluu esimerkiksi verenohennuslääkkeiden lopettaminen väliaikaisesti ja paastoaminen yön yli ennen leikkausta. Kurkunpään täydellinen poisto tehdään nukutuksessa. Usein leikkauksen jälkeen sairaalaan jäädään vielä yhdeksi tai kahdeksi viikoksi ja ensimmäisten päivien aikana ravinnon saa nenämahaletkun kautta. Kun potilas saa nielemiskyvyn takaisin, hän voi ruokailla suun kautta (National Cancer Institute 2021). Vaihtoehtoisesti potilaalle voidaan asentaa ennen toimenpidettä PEG-letku (perkutaaninen endoskooppinen gastrostomia) varmistamaan lääkkeiden ja ravinnon annostelua. Potilaiden ravitsemustila on usein huono ja laajat leikkaukset vaikeuttavat ravinnonottoa (Nuutinen 2011, 275). PEG-letku viedään maha-suolikanavaan endoskooppisesti suoraan vatsanpeitteiden läpi. Mahalaukku nostetaan letkun avulla kiinni vatsanpeitteisiin. Huolellinen ravitsemushoidon toteuttaminen edistää kuntoutumista toimenpiteestä sekä säästää terveydenhuollon kustannuksia (Saarnio ym. 2014).

5.2 Kotihoito

Stooma on hyvin herkkä, joten sen päivittäinen hoitaminen on tärkeää. Hyvä päivittäinen hoito estää ärsytystä iholla ja keuhkoissa. Ennen ja jälkeen stooman, larytuubin ja puheproteesin puhdistusta, potilaan tulee pestä kädet huolellisesti vesisaippuapesulla. Stoomasta on suora yhteys hengitysteihin, joten huolellisesta käsihygieniasta huolehtiminen infektioiden ehkäisemiseksi on erityisen tärkeää (University of Arkansas for Medical sciences s.a.).

Stooman ihoalue on rasittunut usein leikkauksen jälkeen ja lisäksi liimapohjan tai larytuubin vaihdot ärsyttävät ihoa. Stoomaa ympäröivä iho on puhdistettava vähintään kerran päivässä lämpimällä vedellä ja miedolla pesuaineella. Pesemisen jälkeen iho taputellaan kuivaksi ja tarvittaessa voidellaan perusvoiteella. Stooman aluetta ei saa hangata, jotta leikkausalueen iho ei mene rikki.

Stooman reunat puhdistetaan esimerkiksi kostealla harsotaitoksella. Jos potilas käyttää liimapohjaa, on ihon alueen puhdistukseen olemassa erikseen stooman puhdistusliinat. Liimapohja asetetaan stooman aukolle ja se tulee vaihtaa 2–3 päivän välein, jotta liimapohja pysyy tiiviinä (Otoplug oy s.a.; Husney 2021.)

Larytuubin peseminen tulee tehdä päivittäin tai tarvittaessa useammin esimerkiksi potilaan limaisuuden vuoksi. Larytuubi irrotetaan stoomalta vetämällä varovasti ylös ja ulospäin. Larytuubi pestään siihen tarkoitetun puhdistusharjan avulla fysiologisessa keittosuolavedessä. Pesemisen jälkeen larytuubi kuivataan huolellisesti. Takaisin stoomaan vietäessä larytuubin voi liukastaa keittosuolavedellä tai Xylocain -geelillä. Pitkäaikaispotilailla, joiden stoomaa ympäröivä iho herkkä, voivat käyttää larytuubin sijasta myös larynxnappia tiivistämään stooman aukkoa. Larytuubia tai -nappia voi käyttää 6 kuukauden ajan, jonka jälkeen se tulee vaihtaa uuteen (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2023b; Otoplug oy s.a.; University of Arkansas for Medical sciences s.a.)

Puheproteesi puhdistetaan 2–4 kertaa päivässä siihen tarkoitetulla harjalla. Puheproteesin puhdistukseen tarkoitettu harja kastellaan vedessä ja viedään varovasti puheproteesin sisälle. Harjaa pyöritellään proteesin varovasti samalla, kun vedetään proteesista ulospäin. Tarpeen mukaan harjaan voidaan suihkuttaa lopuksi sieni- ja bakteerikasvustoa ehkäisevää ainetta (nystatiini) ja viimeistellä lopuksi proteesi pesun. Lopuksi puhdistusharja huuhdellaan huolellisesti (Otoplug oy s.a.).

Totaalilaryngektomian jälkeen hengitysilman kostuttamisesta, lämmittämisestä ja puhdistuksesta eivät enää huolehdi suu ja nenä. Kosteuslämpövaihdin (ns. keinonenä) on tarkoitettu tähän tarkoitukseen (kuva 2). Se voidaan kiinnittää larytuubiin tai liimapohjaan. Kosteuslämpövaihdinta voi käyttää vuorokauden ajan, jonka jälkeen se täytyy vaihtaa uuteen. Jos hengitettävä ilma on epäpuhdasta tai potilas on limainen, voi kosteuslämpövaihtimen vaihtaa useammin (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2023b; Otoplug oy s.a.) Hengitysilman kosteuttaminen on erityisen tärkeää, sillä kuiva hengitysilma altistaa tulehduksille ja karstoittaa henkitorvea. Myös liman yskiminen vaikeutuu. Kosteutta voi ylläpitää juomalla paljon nesteitä ja suihkuttamalla steriiliä suolavettä larytuubiin.

Ilmankosteuttajaa on hyvä käyttää esimerkiksi makuuhuoneessa hengitysilman kostuttamisessa (Husney 2021).



Kuva 2. Keinonenä ja larytuubi.

Totaalilaryngektomian jälkeen potilaalla on pysyvä stooma. Toimenpiteen jälkeen syöminen tapahtuu normaalisti oraalisesti, mutta syöminen voi olla vaikeutunut alanielun tai ruokatorven ahtautumisen vuoksi, koska toimenpiteen aikana monelle potilaalle asennetaan puheproteesi (trakeoesophageaalinen proteesi), joka menee henkitorven ja ruokatorven seinämän läpi (Goepfert 2017).

Uiminen on kielletty toimenpiteen jälkeen. Uudessa vettä voi mennä syvälle keuhkoihin ja aiheuttaa infektioita ja vauriota (Husney 2021).

Suihkussa käydessä stooma voidaan suojata erillisillä suihkusuojilla tai keinonenällä. Saunassa potilaan kannattaa käyttää keinonenää stoomalla, jotta kuuma ilma ei vahingoita keuhkoja (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2023a).

Toimenpiteen jälkeen tulisi olla yhteydessä hoitavaan tahoon, jos toimenpiteen jälkeen ilmenee komplikaatioita. Markmanin (2022) mukaan yleisimpiä komplikaatioita totaalilaryngektomia toimenpiteen jälkeen ovat kilpirauhasen vajaatoiminta, ruokatorven tai henkitorven vauriot. Ganlyn ym. (2005) mukaan muita ongelmia ovat stooman alueella etenkin stooman aukolla, kaulan liikkuamisen rajoittuminen, syömisen, puhumisen ja nielemisen vaikeudet, haavan infektoituminen ja hengitystiehen liittyvät ongelmat.

Goepher ym. (2017) tutkimuksessa selvitettiin 30 päivän ajan komplikaatioita totaalilaryngektomia toimenpiteen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 245 potilasta ja 83 potilaalle tuli komplikaatioita toimenpiteen jälkeen. Suurin määrä komplikaatioita oli haava-alueella (21,6 %) ja 13,9 % joutui takaisin osastolle erilaisten komplikaatioiden vuoksi, kuten postoperatiivisen haavan takia.

5.3 Kuntoutuminen

Potilaan seuranta ja kuntoutus järjestetään hoitavan yksikön toimesta perus- ja erikoissairaanhoidossa. Hoitava yksikkö ohjaa ja tukee potilasta, sekä arvioi kuntoutumista. Kurkunpäänsyövän hoidon jälkeen potilas käy seurantakäynneillä 3–4 kuukauden välein kahden vuoden ajan ja tämän jälkeen puolen vuoden välein. Jos seurantakäynneillä havaitaan uusia muutoksia tai potilaalla on uusia oireita syövän uusiutumiseen liittyen, arvioidaan lisätutkimuksien tarvetta herkästi. Totaalilaryngektomian jälkeen potilas saa puhekommunikaation kuntoutusta erikoissairaanhoidon kautta. Potilas saa taloudellista- ja sosiaalista ohjausta tarvittaessa (Grénman ym. 2015; Haapaniemi 2020.)

Syöpäpotilaan kuntoutuminen alkaa jo potilaan sairastuessa syöpään ja kuntoutuminen on tärkeä osa potilaan hoitoa. Kuntoutuksen tavoitteena on säilyttää ja parantaa potilaan työkykyä, elämänhallintaa, sekä arjesta selviytymistä. Jokaisella syöpää sairastuneella potilaalla on oikeus kuntoutus- ja tukipalveluihin. Sopeutumisvalmennuskurssien tavoitteena on tukea potilasta ja hänen läheisiään sairastumisen jälkeen arkielämässä. Syöpäpotilaan kuntoutuminen tapahtuu moniammatillisena yhteistyönä. Kansaneläkelaitos, syöpäjärjestöt ja terveydenhuollon eri yksiköt tarjoavat kuntoutus- ja tukipalveluita. Syövän seurauksena potilaalla voi olla psyykkisiä-, kognitiivisia- tai kielellisiä vaurioita tai ulkoisia muutoksia, jotka voivat vaikuttaa kielteisesti potilaan minäkuvaan. Kuntoutuksen viivästyminen voi aiheuttaa potilaan itsetunnon heikentymistä ja elämänhallintaa (Ahonen ym. 2019, 157).

Suomen Kurkku- ja Suusyöpäyhdistys ry toimii kurkun- ja suunalueen syöpää sairastuneiden ja heidän läheisten apuna. Yhdistys järjestää sopeutumisvalmennuskursseja, sekä vertaistukitoimintaa, ja tarvittaessa puhekuntoutusta (Suomen Kurkku- ja Suusyöpäyhdistys ry s.a.). Syöpäsäätiö tukee syöpään

sairastuneita, syövän ehkäisyssä ja yrittää vähentää syövästä aiheutuvia haittoja. Syöpäyhdistyksellä on paikallisosastoja, joita löytyy ympäri Suomea, jotka tarjoavat neuvoa ja tukevat syöpädiagnoosin saaneita, diagnoosia odottavia, syöpää epäiltäessä tai jos läheisellä henkilöllä on syöpä (Syöpäjärjestöt s.a.; syöpäsäätiö s.a.)

Bergmann ym. (2020) tutkimuksessa selvitettiin totaalilaryngektomian läpikäyneiden potilaiden elämänlaatua ja mitkä tekijät ovat vaikuttaneet elämänlaadun heikentymiseen toimenpiteen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 95 potilasta, joista 38,9 % koki vointinsa paljon paremmaksi kuin kuukautta ennen syöpädiagnoosia. Tutkimukseen osallistuneista 43,2 %, koki tämänhetkiseen terveydentilansa suhteessa elämänlaatuun hyvänä ja suurin osa osallistuneista koki elämänlaatunsa todella hyvänä, 46,3 %. Kokonaisuudessaan tutkimuksessa 83,2 % potilaista koki elämänlaatunsa hyväksi. Osallistuneet, joilla on trakeaproteesi kertoivat elämänlaatunsa ja äänen tuottamisen olevan parempia verrattuna potilaisiin, jotka käyttävät puhevibraattoria tai ruokatorviääntä. Tutkimuksesta saatiin selville, että potilaat arvioivat nykyisen elämäntilanteensa hyväksi ja kuntoutumisen jälkeen oli merkittävä parannus elämänlaadussa. Elämänlaatua heikentävinä tekijöinä oli tutkimuksessa mieliala, aktiivisuus, kuntoutuminen ja äänihuulten puuttuminen. Äänihuulten puuttuminen oli yksi suurimmista tekijöistä elämänlaatua heikentävänä tekijänä.

Dankerin ym. (2008) tutkimuksessa selvitettiin seksuaalisuuden haasteita, joita voi tulla vastaan totaalilaryngektomia jälkeen. Tutkimukseen osallistui 206 potilasta. Tutkimuksessa saatiin selville, että yli puolella potilaista oli haasteita seksuaalisuudessa toimenpiteen jälkeen. 60 % koki tämän asian olevan iso osa elämänlaadussa. Seksuaalisuuden haasteet eivät olleet yhteydessä sukupuoleen, ikään, koulutukseen, päihteiden käyttöön tai syöpään. Psykologisella ahdistuksella nähtiin olevan vahva vaikutus seksuaalisuuden haasteisiin.

6 POTILASOHJAUS POTILAAN KOTIUTTAMISESSA

6.1 Potilasohjaus

Nykypäivänä potilaat ovat yhä kiinnostuneempia oman terveytensä hoidosta. Toimenpideaikojen lyhentyessä potilaat joutuvat ottamaan vastuun omasta

hoidostaan jo hoidon alusta asti, joten potilaat tarvitsevat laadukasta ohjausta (Torkkola ym. 2012, 23–24). Potilaalla on lakisääteinen oikeus saada omaa hoitoonsa koskevaa tietoa riittävästi (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 5.§). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tulee taata potilaan osallistuneisuus omaan hoitoonsa koskevassa päätöksenteossa. Potilaan tulee saada tietoa ymmärrettävästi terveydentilastaan ja hoitovaihtoehtoista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 5.§). Eloranta & Virkki (2011, 19) määrittelevät ohjauksen olevan ohjattavan ja ohjaajan tasavertaista vuoropuhelua, jossa tietoa, taitoa ja selviytymistä rakennetaan yhdessä. Ohjattava itse määrittää ohjauksen sisällön omista lähtökohdista. Motivoitumisen ja sitoutumisen kannalta on tärkeää, että ohjattava kokee voivansa vaikuttaa muutokseen ja ymmärtää sen merkityksen.

Sairaanhoitajan potilasohjausosaaminen on yksi tärkeimmistä osaamisalueista, jonka avulla pystytään vaikuttamaan potilaan terveyteen, hyvinvointiin ja tukea potilaan valmiutta sairauden hoitamisessa. Potilasohjausosaaminen edellyttää sairaanhoitajalta opetus- ja ohjausprosessin, -menetelmien ja ympäristöjen tuntemista. Ohjaus tulisi pohjautua potilaan tarpeisiin ja hyödyntää erilaisia menetelmiä kuten kirjallista potilasohjausta. Laadukas ohjaus ja riittävä tiedonsaanti mahdollistaa potilaan hoitoon osallistumisen hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Potilaan tulee ymmärtää annettu tieto ja olla mahdollisuus hyödyntää sitä elämässään. Riittävän tiedon perusteella potilas pystyy sitoutumaan hoitoonsa ja ottamaan hoidostansa vastuun. Onnistuneella ohjausprosessilla mahdollistetaan potilaan sitoutuminen hoitoonsa ja turvataan hoidon jatkuvuus arkielämässä. Ohjauksella voidaan myös vähentää potilaan ahdistusta ja pelkoa muuttuneessa elämäntilanteessa ja näin ollen potilaan hyvinvointi ja elämänlaatu voi parantua (Eloranta & Virkki 2011, 15, 25; Tervo-Heikkinen ym. 2018b, 28.)

Laadukkaan potilasohjauksen perusteena on potilaan taustatekijöiden huomiointi ja ohjaustarpeen määrittäminen. Tällöin ohjaaminen perustuu yksilöllisyyden kunnioittamiseen. Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin. Fyysisiin taustatekijöihin kuuluvat muun muassa ikä, sukupuoli, sairaudentyypit ja terveydentila. Ikääntyneen potilaan ohjaamisessa haasteita saattavat olla esimerkiksi fyysiset rajoitteet, heikko näkökyky tai muistisairaudet. Ikääntyneen potilaan ohjaustarve on erilainen, kuin

lapsen tai nuoren. Fyysiset taustatekijät määrittävät, kuinka potilas kykenee ottamaan ohjausta vastaan, joten ohjauksessa tulisi asettaa potilaan ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen, jolloin voidaan arvioida ohjauksen sisältöä. Esimerkiksi vasta diagnosoitu sairaus, voi estää ohjauksen onnistumisen. Ohjauksessa huomioon otettavia psyykkisiä tekijöitä ovat muun muassa potilaan käsitys omasta terveydentilastansa, kokemukset, odotukset, motivaatio. Motivaatio syntyy riittävän selkeästä konkreettisestä tavoitteesta ja onnistumisodotuksista. Sosiaalisiin taustatekijöihin lukeutuvat muun muassa kulttuuriset, etniset, uskonnolliset, eettiset tekijät. Esimerkiksi vieras äidinkieli ja kulttuuriin liittyvät uskomukset ja tabut luovat haastetta ohjauksen onnistumiseen (Kynäs ym. 2007, 28–36).

Ohjaustarpeen arvioiminen tapahtuu avoimella keskustelulla ohjattavan kanssa: mitä potilas tietää sairaudestaan, kuinka kauan potilas on sairastanut. Ohjaustilanteessa ohjattava on oman elämänsä asiantuntija ja ohjaaja terveydenhuollon ammattilainen. Potilaat odottavat ohjaukselta saavansa tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, tutkimuksista ja toimenpiteistä, toipumismahdollisuuksista ja elämäntavoista ja mahdollisista rajoituksista. Ohjauksen arviointia tulee tehdä jatkuvasti ohjausprosessin aikana. Ohjausprosessin viimeisessä vaiheessa potilasohjaus kirjataan objektiivisesti, sekä myös potilaan itsensä kuvaama kokemus kirjataan. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää kirjaamisen, jotta potilaan asema ja hoito voidaan taata. Lisäksi kirjaaminen mahdollistaa hoidon jatkumisen (Eloranta & Virkki 2011, 25–27).

On tärkeää osallistuttaa potilas omaan hoitoonsa alusta asti tarjoamalla tietoa. Liian varhainen tiedon tarjoaminen on tarpeetonta, jos potilas ei pysty ottamaan tietoa vastaan. Esimerkiksi ohjaus, joka käsittelee kotona pärjäämistä, tulee antaa vasta akuuttivaiheen jälkeen. Yhdessä potilaan kanssa suunniteltu ohjausajankohta parantaa potilaslähtöisyyttä. Ohjausta tulisi myös jakaa useampaan ohjauskertaan, koska uuden asian sisäistäminen vaatii useampaa ohjauskertaa (Eloranta & Virkki 2011, 31–32).

Potilasohjaus koetaan usein riittämättömäksi ja tällöin ohjauksen hyöty jää vähäiseksi. Ohjausta ei anneta oikeana hetkenä vaan sitä annetaan usein vasta

kotiutuksen yhteydessä. Potilaat kokevat, että henkilökunnan vähyydestä johdettu kiire vaikuttaa ohjauksen saantiin ja potilaan mahdollisuuteen vaikuttaa hoidon osallistumiseen (Eloranta & Virkki 2011, 16–17).

Maksimaisen (2018) teettämässä tutkimuksessa selviää, että yksi turvattomuuden tunnetta aiheuttava tekijä potilaalle, oli puutteelliset kotihoito-ohjeet potilaan kotiutuessa. Potilaan saaman tiedon ymmärtämättömyyteen vaikutti tiedon niukkuus, tiedonantajan vuorovaikutustaidot, lääketieteellinen sanasto, potilaan korkea ikä, puutteellinen potilasohjaus, ja ristiriitainen tieto eri henkilöiltä. Kotiutukseen liittyen potilaat toivoivat enemmän tietoa jatkotutkimuksista, mahdollisesta seurannasta, jatkohoito-ohjeista, kuntoutuksesta. Kuntoutukseen liittyen toivottiin tietoa arkiaskareisiin liittyen. Potilaat toivoivat myös enemmän tietoa kotiutukseen liittyvistä mahdollisista ongelmista; mihin pitää ottaa yhteyttä, jos kaikki ei menekään suunnitellusti tai oireet pahenevat. Myös potilaan jatkohoidosta vastaava taho jäi epäselväksi. Esiin nousi myös potilaiden tarve tiedolle, ennen toimenpidettä tai leikkausta; leikkauksenkulku, minkälainen vointi leikkauksen jälkeen potilailla on yleensä ollut (Maksimainen 2018, 27–29, 31–38).

Potilaan kotiutuessa ohjauksen tavoitteena on varmistaa hoidon jatkuminen ja potilaan selviytyminen kotioloissa. Ohjaukseen kuuluu jatko- ja kotihoidon varmistaminen ja ohjaaminen, vertaistuesta kertominen esim. erilaiset potilasjärjestöt, potilaalle epäselvistä asioista keskusteleminen sekä ohjauksen arviointi yhdessä potilaan kanssa. Ohjauksen yhteydessä voidaan hyödyntää kirjallisten kotihoito-ohjeiden antamista (Eloranta & Virkki 2011, 43).

Hoitohenkilökunta kokee kiireen vaikuttavan ohjausprosessiin, koska potilaan ohjauksen tarvetta ei keretä tunnistamaan, ohjaukselle ei aseteta tavoitteita ja ohjaustilannetta ei arvioida (Eloranta & Virkki 2011, 16–17). Tervo-Heikkisen ym. (2018a) kyselytutkimuksessa tutkittiin potilasohjauksen taustatekijöiden yhteyttä hoitohenkilökunnan potilasohjausosaamiseen. Taustatekijät olivat aika, näyttöön perustuvuus, potilasohjausta koskevat tiedot, taidot ja potilasohjauksen laatu. Tutkimustuloksissa selviää, että mitä enemmän vastaajat käyttivät aikaa potilasohjaukseen, sitä korkeampina keskiarvoina potilaan kokonaisvaltainen kohtaaminen ja potilasohjauksen toteuttaminen kuvautui. Potilaan kokonaisvaltainen kohtaaminen kuvautui voimakkaammin, kun ohjaajan

omat tiedot ja taidot potilasohjauksesta olivat hyviä tai kiitettäviä. Potilasohjauksen kirjaaminen toteutui kohtalaisesti. Vastaajat, jotka käyttivät aikaa potilasohjaukseen 3–4 tuntia työpäivästään, arvioivat potilasohjauksen kirjaamisen parhaimmaksi. Vastaajat, jotka käyttivät alle tunnin työpäivästään potilasohjaukseen, arvioivat ohjauksen kirjaamisen toteutuneen heikointen (Tervo-Heikkinen ym. 2018a).

Lipposen (2014, 43,45–47) tutkimuksessa tutkittiin potilasohjauksen toimintaedellytyksiä kirurgisessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa, sekä hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämisestä. Tutkimuksessa erikoissairaanhoidossa- ja perusterveydenhuollossa potilaiden ohjaukseen aikaa käytettiin noin kolme tuntia. 77 % erikoissairaanhoidon poliklinikalla työskentelevistä ja 48 % vuodeosastolla työskentelevistä käytti ohjaukseen aikaa enintään kaksi tuntia työvuoronsa aikana. Myös tässä tutkimuksessa potilaan hyvinvoinnin edistämisen taidot oli yhteydessä potilasohjaukseen käytettyyn aikaan. Erikoissairaanhoidossa työskentelevillä oli hyvät potilaan hyvinvointia edistämisen taidot. Vastaajat arvioivat parhaimmaksi taitonsa ohjata potilasta jatkohoitoon sekä potilaan ohjaus itsehoitoon. Perusterveydenhuollossa työskentelevien vastaajien hyvinvoinnin edistämisen taidot olivat hyvät (59 %). Vastaajilla, jotka käyttivät enintään tunnin ohjaukseen, hyvinvoinnin edistämisen taidot olivat huonommat. Tutkimuksessa selviää, että erikoissairaanhoidossa työskentelevistä vastaajista 74 % arvioi ohjaukseen käytettävää aikaa riittämättömänä. Perusterveydenhuollossa työskentelevistä vastaajista 50 % piti ohjaukseen käytettävää aikaa riittämättömänä (Lipponen 2014, 43, 45–47). Sekä Huurteen että Lipposen tutkimukset vahvistavat, että laadukkaaseen potilasohjaukseen tarvitaan riittävästi aikaa ja resursseja.

6.2 Kirjallinen ohjausmateriaali

Suullisen ohjauksen lisäksi potilaat tarvitsevat tuekseen kirjallisia ohjeita. Kirjallisten ohjausmateriaalin käyttäminen on nykypäivänä erityisen tarpeellista, sillä lyhyet sairaalassaoloajat vähentävät suulliseen ohjaukseen käytettävää aikaa. Kirjallisen materiaalin avulla potilas saa tietoa omasta hoidostaan jo ennen toimenpidettä ja potilas voi tukeutua materiaaliin myös itseksensä. Erilaiset kirjalliset ohjeet- ja oppaat ovat kirjallista ohjausmateriaalia (Kyngäs ym. 2007, 124–126). Kirjallisen potilasohjeen avulla potilas pystyy osallistumaan omaan

hoitoonsa ja sitoutumaan hoito-ohjeisiin. Toimiva ja kattava potilasohje auttaa myönteisen hoitotuloksen saavuttamisessa ja motivoi edesauttamaan omaa terveyttä. Kirjallisen potilasohjeen avulla pystytään vastaamaan hoitoon ja toimenpiteisiin koskeviin kysymyksiin. Potilaan tulisi saada kirjallista ohjausmateriaalia oikeaan aikaan. Kirjallinen ohje voidaan antaa potilaalle jo ennen sairaalaan tuloa esimerkiksi poliklinikka käynnin yhteydessä, jos hoidon toteuttaminen vaatii harjoittelua sairaalassa (Rahman ym. 2020, 240; Torkkola ym. 2012, 23.)

Potilasohje välittää tärkeää tietoa sairaudesta ja sen hoidosta potilaalle. Potilaat tarvitsevat tietoa omasta sairaudesta ja sen hoitamisesta, komplikaatioista, sekä sairauteen liittyvästä epävarmuudesta. Potilasohjeen tulee huomioida myös, miten sairaus tai toimenpide vaikuttaa potilaan mielialaa ja sosiaalisiin suhteisiin. Selkeässä ja ymmärrettävässä potilasohjeessa kerrotaan, kenelle potilasohje on tarkoitettu ja mikä on potilasohjeen tarkoitus. Se muodostuu selkokielisyydestä, sisältää lyhyitä kappaleita, ja oikeinkirjoitus on viimeistelty. Koska potilasohje on suunnattu maallikoille, selkokielisen potilasohjeen mahdolliset termit on selitetty yleiskielellä ja lääketieteen termejä tulisi välttää. Liian laajat kokonaisuudet ja huonosti ymmärrettävät ohjeet saattavat heikentää ohjausta ja potilas saattaa ymmärtää ohjeet väärin (Hyvärinen 2005; Kynäs ym. 2007, 124–126).

Lipposen (2014) tutkimuksessa tutkittiin myös potilasohjauksen toimintamahdollisuuksia, joista yksi tutkimuskohde oli käytettävissä oleva ohjausmateriaali. Vastaajat kaipasivat enemmän ohjausta tukevaa materiaalia esimerkiksi potilasohjeita. 70 % vastaajilla oli käytettävissä ajantasaista ohjausmateriaalia perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidossa 63 % ei ollut ohjauksessa tarvittavaa välineistöä. Ohjausmateriaaleja oli enemmän käytettävissä niillä, jotka työskentelivät avohoitoyksiköissä (Lipponen 2014, 47–48).

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

7.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä toimiva potilasohje totaalityöryhmittömien läpikäyneille potilaille ja potilaille, jotka ovat suunnitellusti me-

nossa kyseiseen toimenpiteeseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tukea totaalilaryngektomian läpikäyneen potilaan kotiutumista kirjallisen kotihoito-ohjeen avulla.

Opinnäytetyö sisältää tuotoksen lisäksi teoreettisen viitekehityksen. Teoreettinen viitekehitys sisältää teorian tietoa kurkunpääsyövästä ja totaalilaryngektomiasta. Lisäksi teoreettisessa viitekehityksessä kuvataan laadukkaasti kotihoito-ohjeen piirteet, sekä selvitetään mitä vaaditaan potilasohjaukselta. Opinnäytetyötä ohjasivat seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Mitä vaaditaan onnistuneelta potilasohjaukselta?
2. Minkälainen toimenpide totaalilaryngektomia on potilaalle?

7.2 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi tutkimuksellisen kehittämisen tapa. Toiminnallisessa opinnäytetyössä oma asiantuntijuus näytetään tuotoksella ja tuotokseen liittyvällä raportilla, joka perustelee tuotokseen liittyviä lähtökohtia ja valintoja. Tuotos tehdään tutkimuksellisella otteella (Kostamo ym. 2022, 16). Toiminnallisen opinnäytetyön ominaisuuksia on tehdä konkreettinen ja käytännöllinen tuotos (Vilkka ym. 2004, 10). Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, koska sen virallisena tuotoksena teimme kirjallisen totaalilaryngektomian kotihoito-ohjeen Kuopion yliopistolliselle sairaalalle aistieliinsairauksien osastolle. Kotihoito-ohje on osastolle toivottu, koska osastolla ei ole ollut kotihoito-ohjetta totaalilaryngektomian käyneelle potilaalle. Kotihoito-ohjeesta toivottiin selkeää, kirjallista ohjetta, jota voi käyttää suullisen potilasohjauksen tukena ja antaa potilaalle kotiin mukaan. Osastolle on tehty totaalilaryngektomia potilaan kotiuttamisen muistilista hoitajien käyttöön, joten kotihoito-ohje toimii luonnollisesti tämän lisänä, huomioiden erityisesti potilasnäkökulman.

Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää tuotoksen lisäksi kirjallisen raporttiosuuden. Raporttiosuus sisältää teoriaosuuden, jossa käsitellään teorioita, malleja, tutkimuksia, sekä raportteja, jotka liittyvät tutkimusongelmaan. Näistä laaditaan raporttiosuuteen kirjallinen katsaus. Kirjallisuuskatsauksessa opinnäytetyöhän liittyvät käsitteet selitetään, jotta lukija ymmärtää mistä on kyse (Kana-

nen 2015, 27–29). Raporttiosuudessa kuvataan myös opinnäytetyön syntymistä ja keinoja, jolla tuotos on saavutettu (Vilkkä ym. 2003, 51). Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehitys sisältää teoriatietoa kurkunpääsyövästä ja totaalilaryngektomiasta, ja kuntoutumisesta, koska tarvitsemme näitä teoriatietoja opinnäytetyön tuotokseen. Lisäksi teoreettisessa viitekehityksessä kuvataan laadukkaan potilasohjauksen ja ohjausmateriaalien vaatimuksia.

7.3 Opinnäytetyön toteuttaminen ja tuotos

Opinnäytetyömme prosessi sisälsi suunnitteluvaiheen, toteuttamisvaiheen ja arviointivaiheen.

Suunnitteluvaihe alkoi aiheen miettimisellä syksyllä 2022. Aihetoivomus tuli Kuopion yliopistolliselta sairaalalta, kun tiedustelimme aistinelinsairauksien osastolta aihetoivomuksia. Valitsimme opinnäytetyön aiheen, koska se vaikutti mielenkiintoiselta ja käytännönläheiseltä. Erityisesti osaston tarve ja toivomus kotihoito-ohjeelle vaikutti siihen, että valitsimme tämän aiheen. Teimme opinnäytetyön suunnitelman alkukeväästä 2023 ja se toimi pohjana varsinaiselle opinnäytetyölle. Kun olimme tehneet opinnäytetyön suunnitelman teoreettisen osuuden, meille alkoi muodostua kuva, mitä varsinaisessa tuotoksessa olisi tarpeellista olla. Lisäksi kysyimme tilaajan toiveita tuotokseen, koska tilaajalla on käytännön ohjauskokemusta totaalilaryngektomian läpikäyneen potilaan ohjauksesta ja minkälaisesta kotihoito-ohjeesta potilaalle olisi eniten hyötyä.

Toteuttamisvaiheessa opinnäytetyötä kirjoitettiin opinnäytetyön suunnitelman pohjalta. Toteuttamisvaihe alkoi teoriaosuuden kirjoittamisella, kun löysimme lisää luotettavia tutkimuksia ja lähteitä opinnäytetyön suunnitelmassa olleiden lähteiden lisäksi. Opinnäytetyön teoreettisen viitekehityksen pohjalta teimme tuotoksen eli kotihoito-ohjeen potilaille, jotka ovat käyneet totaalilaryngektomiassa tai heille suunnitellaan kyseistä toimenpidettä. Kotihoito-ohjeeseen on tiivistetty kirjallinen teoriatieto totaalilaryngektomiasta ja lisäksi kotihoito-ohjeen tekemistä ohjasi raporttiosuudessa selvitetty laadukkaan potilasohjausmateriaalin piirteet. Toteuttamisvaiheessa toinen meistä opinnäytetyön tekijöistä kävi kuvaamassa hoitotarvikkeita aistinelinsairauksien osastolla. Lisäksi toteuttamisvaiheessa varmistimme opinnäytetyön tilaajalta ajantasaisimman tiedon ja

osaston toimintatavan, jos lähteissämme oli keskenään ristiriitaista tietoa. To-teuttamisvaiheessa olimme yhteydessä Kuopion yliopistollisen sairaalan eri yhteishenkilöihin varmistaaksemme, että kotihoito-ohjeesta tulee organisaat-ion linjausten mukainen. Tämän jälkeen teimme kotihoito-ohjeen Pohjois-Sa-von hyvinvointialueen valmiiseen ohjepohjaan. Kotihoito-ohjeen sisältö on ha-luttu pitää tiiviinä, ja sisältö on suunniteltu yhdessä tilaajan kanssa. Sisältö on useammassa palstassa, jotta ohje on helposti luettava. Siinä on pyritty huomi-omaan potilaslähtöisyys käyttämällä mahdollisimman selkeää kieltä. Koti-hoito-ohjeen ulkoasu pidettiin yksinkertaisena ja totaalilaryngektomiaan sopi-vana.

Arviointivaihe ajoittui loppukevääseen 2023. Valmis opinnäytetyö ja sen tuotos lähetettiin tilaajalle arvioitavaksi. Arviointivaiheessa opinnäytetyötä ja sen tuo-tosta arvioivat opinnäytetyön tilaaja aistielinsairauksien osastolta ja opinnäyte-työtä ohjaava opettaja. Opinnäytetyötä muokattiin arvioivan opettajan palaut-teiden pohjalta. Opinnäytetyön tilaaja oli tyytyväinen opinnäytetyöhön ja erityi-sesti tuotokseen, joten tuotosta ei jälkeinpäin tarvinnut enempää muuttaa muutamaa lauserakennetta lukuun ottamatta. Tilaaja oli erityisesti tyytyväinen, kun kotihoito-ohjeessa on huomioitu potilaslähtöisyys ja erityisesti tukipalvelui-den huomioiminen. Arviointivaiheessa opinnäytetyötä arvioi myös opponentti, jonka arvioinnin pohjalta opinnäytetyötä voidaan vielä tarvittaessa muokata. Arviointivaiheessa opinnäytetyö tullaan esittämään esitysseminaarissa.

Kotihoito-ohje on tarkoitettu osastolle ennestään tehdyn tarkistuslistan tueksi. Tarkistuslista on tarkoitettu osaston hoitajille ja ohje ensisijaisesti potilaille. Osastolta toivottiin kotihoito-ohjeeseen erityisesti ohjeita kotona selviytymi-seen, tuen tarpeeseen, ja tarvittavia yhteistietoja. Lisäksi olemme hyödyntä-neet teoreettisen raportin tutkimustuloksia tuotosta tehdessä. Kotihoito-ohjetta voi tarvittaessa hyödyntää myös potilaiden läheiset ja kotihoito-ohjeen avulla potilas voi palauttaa mieleensä saamansa potilasohjauksen ja tarkistaa tär-keitä hoitoonsa liittyviä asioita. Kotihoito-ohje on tehty elektroniseen muotoon, ja sitä voi tilaajana toimiva osasto halutessaan jälkikäteen muokata. Kotihoito-ohje voidaan tulostaa kirjalliseksi annettavaksi potilaille tukemaan suullista oh-jausta. Kirjallinen kotihoito-ohje lisää potilasturvallisuutta, koska se tukee suul-lista potilasohjausta. Kotihoito-ohje palvelee juuri totaalilaryngektomia läpikäy-neitä potilaita asiasisällöltään.

8 POHDINTA

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on laatinut suomalaisen tiedeyhteisön kanssa tutkimustieteellisen ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausepäilyjen käsittelemisestä (HTK-ohje). Ohjeen tavoitteena on edistää hyvää tieteellistä käytäntöä. HTK- ohjeen mukaan keskeisiä lähtökoh- tia ovat rehellisyys ja tarkkaavaisuus tutkimustyössä, tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä toimintatapoja tiedonhankinnassa, tut- kimusmenetelmissä ja arvioinnissa. Tutkijoiden tulee ottaa huomioon muiden tutkijoiden työt ja viitata heidän julkaisuihinsa asianmukaisesti. Lisäksi tarvitta- vat tutkimusluvut on hankittu ja mahdollinen ennakoarviointi suoritettu (Tutki- museettinen neuvottelukunta 2012, 4, 6).

Opinnäytetyön tietoperustaa varten tulee löytää parhaat mahdolliset lähteet kyseisestä aiheesta. Lähteiden luotettavuutta lisää, jos saman asian on toden- nut useampi tutkija. Luotettavia lähteiden julkaisijoita ovat esimerkiksi oman alan arvostetut tutkijat, julkaisut, keskeiset teoriat. Lähteitä etsiessä hyödynne- tään oman alan tietokantoja sekä julkaisuja. Lähteiden luotettavuutta voi arvi- oida muun muassa lähteen julkaisuvuoden, tekijöiden ja julkaisualustan avulla (Kostamo ym. 2022, 155).

Opinnäytetyössä luotettavuutta arvioitiin koko opinnäytetyön prosessin ajan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida muun muassa vahvis- tettavuuden, arvioitavuuden, tulkinnan ristiriidattomuuden, luotettavuuden (tut- kitun kannalta) ja saturaation avulla. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää opin- näytetyön prosessin tarkka dokumentoiminen ja tehtyjen valintojen perustele- minen (Kananen 2015, 113). Opinnäytetyötä arvioi useampi eri henkilö kuten tilaaja, opinnäytetyön ohjaaja sekä vertaisarvioija opinnäytetyön prosessin ajan.

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehityksen kirjoittamiseen käytimme kansalli- sia ja kansainvälisiä kirjallista tutkimustietoa. Kokonaisluotettavuutta lisäsi myös se, että opinnäytetyön aikana tutkittiin juuri sitä, mitä oli tarkoitus tutkia.

Lähteiden etsintää käytimme terveysalan tietokantoja esimerkiksi Medic, Duodecim ja Terveysportti. Pyrimme käyttämään ensisijaisia, tieteellisiä ja vertaisarvioituja lähteitä, koska nämä lisäävät lähteiden luotettavuutta. Jouduimme ottamaan mukaan myös lähteitä, joita ei ole vertaisarvioitu, koska opinnäytetyöaiheestamme ei löytynyt vertaisarvioituja lähteitä riittävästi. Pyrimme löytämään teoretietoa lähteistä, jotka olisivat mahdollisimman uusia ja lähteiden julkaisijat tiedossa, jotta lähteiden luotettavuudesta voidaan olla varmoja. Mukaan valikoitui myös vanhempia lähteitä, jotta tietoa löydettiin riittävästi opinnäytetyöhömmme. Tämä saattaa vaikuttaa heikentävästi opinnäytetyön luotettavuuteen. Luotettavuuden varmistamiseksi käytimme useita lähteitä, kuten kirjallisuus- sekä verkkolähteitä, jotta pystyimme varmistamaan myös vanhempien lähteiden luotettavuuden. Opinnäytetyön lähteet on merkitty Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun lähdeviitetekniikalla ja jokaiseen käytettyyn lähteeseen on viitattu asianmukaisesti.

Tämän opinnäytetyön eettisyyttä pystyttiin noudattamaan tekemällä opinnäytetyötä rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Tiedonhankinta oli eettisesti kestävä, joka tarkoittaa, että niiden käyttäminen opinnäytetyössä on kuvattu eettisten ohjeiden mukaan (TENK 2018, 6). Opinnäytetyömme ei kohdistunut ihmisiin, joten emme tarvinneet käsitellä henkilötietoja opinnäytetyötä tehdessämme. Opinnäytetyötä varten hankimme tutkimusluvut Kuopion yliopistolliselta sairaalalta ja sen meille myönsi palvelualueen johtaja. Lisäksi opinnäytetyöprosessimme toteutettiin Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeiden mukaan. Opinnäytetyöhön liittyvän tuotoksen on hyväksynyt sen tilaaja.

8.2 Pohdinta opinnäytetyön prosessista

Kuopion yliopistollisen sairaalan aistinelinsairauksien osastolla ei ole ollut kirjallista kotihoito-ohjetta totaalilaryngektomia potilaille, joten opinnäytetyö on osastolle tuotteena uusi. Kotihoito-ohjetta tullaan hyödyntämään suullisen ohjauksen tukena. Samalla kotihoito-ohje lisää potilaan turvallisuudentunnetta, sillä potilas voi aina tarkistaa kotihoito-ohjeesta hoitoonsa liittyviä ohjeistuksia. Sairaanhoidajan näkökulmasta totaalilaryngektomian kotihoito-ohjeen tekeminen on aiheeltaan tärkeä, koska Suomessa ei ole virallista kotihoito-ohjetta to-

taalilaryngektomia potilaille ja Suomessa on monia, jotka ovat käyneet läpi toimenpiteen tai ovat suunnitellusti menossa siihen. Potilaalle annettava ohjaus on myös merkittävä asia sairaanhoitajan ammatillista osaamista, koska ohjauksen avulla voidaan edistää hoitomyönteisyyttä kuten myös potilasturvallisuutta. Toimivalla kotihoito-ohjeella pystymme edistämään näitä.

Alun perin opinnäytetyön tuotoksen oli tarkoitus olla vapaamuotoinen kotihoito-ohje, mutta tarkemmin tiedosteltaessa selvisi, että Pohjois-Savon hyvinvointialue pyrkii yhtenäistämään potilasohjeita, ja kotihoito-ohje toivottiinkin ennalta määritettyyn pohjaan. Tämän seurauksena jouduimme hieman tiivistämään kotihoito-ohjeen sisältöä ja päädyimme jättämään kuvat hoitotarvikkeista pois. Potilaat saavat osastolta mukaansa myös hoitotarvikeoppaan, josta he pystyvät tutustumaan hoitotarvikkeisiin, joten potilasohjauksen näkökulmasta tarkasteltaessa, kuvien puuttuminen ei aiheuta epäselvyyttä potilaalle.

Myös meille opinnäytetyön tekijöille aihe oli uusi. Totaalilaryngektomia toimenpiteenä on suuri ja vaativa, sekä kuntoutuminen pitkäaikaista, joten myös aihe itsessään oli haastava. Halusimme opinnäytetyön teoreettisiin lähtökohtiin sisällyttää laadukkaan potilasohjauksen ja ohjausmateriaalien vaatimukset, sillä opinnäytetyön tuotos on potilasohje, joten sen käyttämiseksi tulee hoitajan tuntea myös ohjauksen teoriaa. Totaalilaryngektomiasta löytyy varsin vähän suomenkielisiä tutkimuksia, joten tutkimusten etsimisessä ja laadukkaiden lähdetietojen haussa meni aikaa. Vaikka aihe oli meille uusi ja vieras, saimme osaston yhteishenkilöltä tukea opinnäytetyön prosessissa ja pystyimme varmistamaan häneltä osaston hoitokäytäntöjä koskien kyseistä potilasryhmää. Lisäksi toinen meistä kävi tutustumassa hoitotarvikkeisiin, jolloin oli helpompi hahmottaa teoriaa käytännössä. Osaston yhteishenkilö lähetti meille myös hoitajille tarkoitetun tarkistuslistan, jolloin pystyimme tekemään kotihoito-ohjeesta tarkistuslistaa tukevan ohjausmateriaalin. Pystyimme myös tarkistamaan, että potilaalle kirjoitetut ohjeet ovat yhdenmukaisia tarkistuslistan kanssa, eikä potilaan ja hoitajan materiaalit ole ristiriidassa keskenään.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön teoreettisen raportin pohjalta voidaan todeta, että laadukkaan potilasohjaukseen tarvitaan riittävästi resursseja. Riittäviin resursseihin sisältyy muun muassa laadukkaat kirjalliset ohjausmateriaalit (Lipponen 2014, 47–48). Päivittäisessä työssä potilasohjaukseen tulee järjestää riittävästi aikaa, jotta hoitajat kokevat pystyvänsä antamaan potilaalle laadukasta ohjausta. Sekä hoitajat, että potilaat kokevat kiireen vaikuttavan ohjauksen laatuun. Ohjauksen resurssien puute vaikuttaa potilaiden turvallisuuden tunteeseen ja heikentää potilaan hoitoon osallistumista. Tämä taas vaikuttaa potilaan itsemääräämisoikeuteen, sekä potilaslähtöisyyteen. Potilaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen on paremmat lähtökohdat, kun hoitohenkilökunnalla on riittävä osaaminen potilasohjaukseen (Tervo-Heikkinen ym. 2018a; Maksimainen 2018, 27–29, 31–38.) Hoitohenkilökunnan tulee saada siis riittävästi koulutusta potilasohjausprosessista. Toimenpideaikojen lyhentyessä onnistunut ohjausprosessi on avainasemassa potilaan hoidon onnistumiselle.

Totaalilaryngektomia on iso toimenpide potilaalle ja toimenpiteestä kuntoutuminen on pitkä prosessi. Opinnäytetyön raportin tutkimustuloksista selvisi, että totaalilaryngektomia toimenpide vaikuttaa potilaan selviytymiseen arjessa moninaisesti niin fyysisesti, kuin henkisesti. Erityisen äänihuulten puuttuminen nähtiin yhtenä suurimpana elämänlaatua heikentävänä tekijänä, jolloin puheterapetin tarjoama kuntoutus on avaintekijässä potilaan elämänlaadun parantamisessa (Bergmann ym. 2020). Teoreettisessa raportissa selvisi myös, että usealla potilaalla esiintyy seksuaalisuuden haasteita totaalilaryngektomian jälkeen (Danker ym. 2008). Hoitohenkilökunnan antama ohjaus tulisi huomioida myös siis mahdolliset seksuaalisuuden haasteet toimenpiteen jälkeen. Onnistunut potilasohjaus totaalilaryngektomian jälkeen parantaa potilaan kotona selviytymismahdollisuuksia, kuntoutumista ja henkistä hyvinvointia.

Opinnäytetyömme pohjalta tehdyn kotihoito-ohjeen toivomme vaikuttavan positiivisesti potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja parantavan potilaan turvallisuuden tunnetta. Toivomme myös, että kotihoito-ohje tulee käyttöön osastolla, jotta potilaat voisivat hyötyä siitä suullisen ohjauksen lisäksi. Osaston henkilökunta voi myös muokata ohjetta, jos jatkossa näkevät tämän tarpeelliseksi.

Jatkotutkimusehdotuksena esitämme esimerkiksi tutkimusta, miten potilaat kokevat kotihoito-ohjeen vaikuttavan ohjauksen onnistumiseen ja hoidon kokonaistyytyväisyyteen. Jatkossa voi tutkia myös, miten osaston hoitajat kokevat kotihoito-ohjeen tukevan potilaan ohjaamista. Lisäksi jatkotutkimusehdotuksena opinnäytetyölle voisi kehittää erilaisia videomateriaaleja kotihoito-ohjeen rinnalle. Kotihoito-ohjeen voisi tulevaisuudessa tehdä tarvittaessa myös muille kielille kuten englanniksi, ruotsiksi tai venäjäksi.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Buure, T., Ekola, S., Partamies, S., Sulo-saari, V. & Anttila, S. 2019. Kliininen hoitotyö: Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 8. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/314514/duo14796.pdf?sequence=1> [viitattu 8.3.2023].

Atos s.a. Mitä laryngektomia tarkoittaa. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.atosmedical.fi/support/what-is-laryngectomy/?doing_wp_cron=1663423899.2648339271545410156250 [viitattu 17.9.2022].

Cleveland Clinic. 2021. Larynx (Voice Box). WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://my.clevelandclinic.org/health/body/21872-larynx> [viitattu 26.3.2023].

Danker, H., Dietz, A., Kienast, U., Meister, E., Oeken, J., Pabst, F., Schwarz, R., Singer, S. & Thiele, A. 2008. Sexual problems after total or partial laryngectomy. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19029864/> [viitattu 12.4.2023].

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

Fernández Cabrera, A., Sharma, S. & Suárez-Quintanilla, J. 2022. Anatomy, Head and Neck: Larynx. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538202/> [viitattu 1.4.2023].

Ganly, I., Patel, S., Matsuo, J., Singh, B., Klaus, D., Boyle, J., Wong, R., Lee, N., Pfister, D., Shaha, A. & Shah J. 2005. Postoperative complications of salvage total laryngectomy. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.20974> [viitattu 20.4.2023].

Goepfert, R., Hutcheson, K., Lewin, J., Desai, N., Zafereo, M., Heddel, A., Lewis, C., Weber, R. & Gross, N. 2017. Complications, Hospital Length of Stay, and Readmission after Total Laryngectomy. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5862421/> [viitattu 13.4.2023].

Grénman, R., Koivunen, P. & Minn, H. 2015. Kurkunpääsyöpä Suomessa. Lääketieteellinen aikakauskirja 131 (4). 331–337. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12095> [viitattu 8.3.2023].

Haapaniemi, A. 2020. Kurkunpääsyöpä. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00731> [viitattu 8.3.2023].

Husney, A. 2021. Laryngectomy: What to Expect at Home. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://myhealth.alberta.ca/Health/aftercareinformation/pages/conditions.aspx?hwid=zc2636> [viitattu 28.3.2023].

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 121(16).

769–73. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecim-lehti.fi/duo95167> [viitattu 8.3.2023].

Ilmarinen, T., Nieminen, M., Mäkitie, A. & Atula, T. 2019. Pään ja kaulan alueen syöpien varhainen tunnistaminen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 135(20). 447–453. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo14796.pdf> [viitattu 8.3.2023].

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas: Mitä kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2023a. Henkitorviavanneleikkaus. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.sairaanalnova.fi/fi-FI/Potilaalle_ ja_ laheiselle/Potilasohjeet_ ja_ videot/Potilasohjeet/Henkitorviavanneleikkaus\(61232\)](https://www.sairaanalnova.fi/fi-FI/Potilaalle_ ja_ laheiselle/Potilasohjeet_ ja_ videot/Potilasohjeet/Henkitorviavanneleikkaus(61232)) [viitattu 19.4.2023].

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2023b. Kurkunpään poisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.sairaanalnova.fi/fi-FI/Potilaalle_ ja_ laheiselle/Potilasohjeet_ ja_ videot/Potilasohjeet/Kurkunpaan_ poisto\(61327\)](https://www.sairaanalnova.fi/fi-FI/Potilaalle_ ja_ laheiselle/Potilasohjeet_ ja_ videot/Potilasohjeet/Kurkunpaan_ poisto(61327)) [viitattu 8.3.2023].

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

KYS s.a. Tietoa meistä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.psshp.fi/en/tietoa-meist%C3%A4> [viitattu 17.9.2022].

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://julkika oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf> [viitattu 1.4.2022].

Tervonen, H. 2011. Uutta tutkimustietoa kurkunpään toimintaongelmista. *Lääkärilehti*. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/uutta-tutkimustietoa-kurkunpaan-toimintaongelmista/> [viitattu 11.3.2023].

Maksimainen, K. 2018. Potilaiden tyytyväisyys saamansa hoitoon yliopistollisen sairaalan somaattisilla vuodeosastoilla. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -työ. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/20229/urn_nbn_fi_uef-20180900.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 20.3.2023].

Markman, M. 2022. Laryngectomy. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.cancercenter.com/cancer-types/throat-cancer/treatments/surgery/laryngectomy> [viitattu 20.4.2023].

National cancer institute. 2021. Laryngeal Cancer Treatment (Adult) – Patient Version. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/patient/adult/laryngeal-treatment-pdq> [viitattu 28.3.2023].

Nuutinen, J. 2011. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit ja foniatrian perusteet. 4. uudistettu painos. Helsinki: Korvatieto.

Otoplug oy s.a. Laryngektomia. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://trakeostomia.info/laryngektomia/hoito-ohjeet-laryngektomia> [viitattu 26.10.2022].

Pohjois-Savon hyvinvointialue s.a. Mitä hyvinvointialueella tehdään. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://pshyvinvointialue.fi/mita-hyvinvointialueella-tehdaan> [viitattu 7.3.2023].

Rahman, A., Nurul Inayati, N., Said, A., Mohammed S. & Alda Nur Sharini, M. 2020. Emergency department discharge instruction for mild traumatic brain injury: Evaluation on readability, understandability, actionability and content. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2588994X20300579?via%3Dihub> [viitattu 23.3.2023].

Saarnio, J., Pohju, A. & Ahtola, H. 2014. Entraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. Lääketieteellinen Aikauskirja Duodecim 130(21). 2239–44. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo11943#s6> [viitattu 8.4. 2023].

Saint Luke's s.a. Discharge Instructions for Laryngectomy. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.saintlukeskc.org/health-library/discharge-instructions-laryngectomy> [viitattu 23.3.2023].

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., Toverud, K. C., Bjålie, J. G. & Hekkanen, R. 2011. Ihminen: Fysiologia ja anatomia. 2. laitos. Helsinki: WSOYpro.

Souza, FGR., Santos, IC., Bergmann, A., Thuler, LCS., Freitas, AS., Freitas, EQ., & Dias, FL. 2020. Quality of life after total laryngectomy: impact of different vocal rehabilitation methods in a middle income country. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7126368/> [viitattu 20.3.2023].

Suomen Kurkku- ja Suusyöpäyhdistys s.a. WWW-tiedosto. Saatavissa: <https://www.le-invalidit.fi/index.shtml> [viitattu 11.4.2023].

Syöpäjärjestöt s.a. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.syopajarjestot.fi/jarjesto/suomen-syopayhdistys/> [viitattu 31.3.2023].

Syöpäsäätiö s.a. Strategia. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://syopasaatio.fi/tietoa-meista/syopasaation-tarkoitus-missio-ja-arvot/> [viitattu 31.3.2023].

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelemisen Suomessa. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 18.4.2023].

TENK s.a. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk> [viitattu 16.4.2023].

Tervo-Heikkinen, T., Saaranen, T., Miettinen, T. & Vaajoki, A. 2018b. Hoito-työntekijöiden kokemuksia potilasohjauskoulutuksen merkityksestä potilasohjaukselle. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/7739/1567419743274666662.pdf?sequence=2&isAllowed=y> [viitattu 23.3.2023].

Tervo-Heikkinen, T., Saaranen, T., Huurre, J. & Turunen, H. 2018a. Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjausosaamisestaan- kyselytutkimus yliopistollisessa sairaalassa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/xmedia/hle/hle00166.pdf> [viitattu 1.4.2022].

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 14.3.2023].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2020.pdf [viitattu 26.10.2022].

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri s.a. Kurkunpään poistoleikkauksen jälkeinen kotihoito. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Kurkunpään%20poistoleikkauksen%20jälkeinen%20kotihoito.pdf> [viitattu 8.3.2022].

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.–2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy [viitattu 12.4.2023].

Aistinelinsairauksien osasto

Kotihoito-ohje potilaalle totaalityngektomia toimenpiteen jälkeen

Kuvaus:

Totaalityngektomia toimenpiteen jälkeen kotiin annettava kotihoito-ohje.

Tämä kotihoito-ohje on tarkoitettu Sinulle, joka olet käynyt totaalityngektomia toimenpiteessä tai olet menossa kyseiseen toimenpiteeseen. Tässä kotihoito-ohjeessa kerrotaan stooman hoidosta ja mitä Sinun tulisi huomioida toimenpiteen jälkeen. Kotihoito-ohjeen tarkoitus on tukea Sinua omahoidossa toimenpiteen jälkeen. Jos Sinulla herää kysymyksiä, hoitohenkilökunta vastaavat niihin mielellään.

Totaalityngektomiassa kurkunpää poistetaan kokonaan ja henkitorvi liitetään kaulalle henkitorviavanteeksi eli stoomaksi. Toimenpiteen jälkeen hengitetään stooman kautta. Lisäksi toimenpiteen seurauksena hajuaiisti ja ääni menetetään.

Yleistä:

- Hajuaiistin menettämisen myötä, et voi enää haistaa vaarallisiakaan hajua esimerkiksi savua.
- Uiminen on ehdottomasti kielletty toimenpiteen jälkeen lopun elämän ajan!
- Peseytyessäsi huolehdi, ettei stoomaan pääse vettä. Käytä stoomalla tähän tarkoitettua erityistä suihkusuojavaa. Saunoessa pidä stoomalla keinoonää, jotta kuuma ilma ei vahingoita keuhkojasi.
- Kylmällä ilmalla avannetta tulisi suojata esimerkiksi löysällä huivilla.
- Hengitysilman kosteuttaminen on erityisen tärkeää, sillä kuiva hengitysilma altistaa tulehduksille ja karstoittaa henkitorvea. Myös liman yskiminen vaikeutuu. Kosteutta voi ylläpitää juomalla paljon nesteitä ja suihkuttamalla steriiliä suolavettä stoomaan. Ilmankosteuttajaa on hyvä käyttää esimerkiksi makuuhuoneessa hengitysilman kostuttamisessa.
- Toimenpiteen jälkeen puhuminen tapahtuu uudella tavalla puheproteesin tai puhevibraattorin avulla.

Hygienia ja ihonhoito:

Ennen ja jälkeen stooman hoidon, ja hoitotarvikkeiden puhdistusta tulee kädet pestä huolellisesti vesisaippuapesulla. Stoomasta on suora yhteys hengitysteihin, joten huolellisesta käsihygieniasta huolehtiminen infektioiden ehkäisemiseksi on erityisen tärkeää. Hyvää käsihygieniaa tulee noudattaa myös kodin ulkopuolella, kun stoomaa hoidetaan.

Aistinelinsairauksien osasto

Stooman ihoalue on rasittunut usein leikkauksen jälkeen ja lisäksi liimapohjan tai larytuubin vaihdot ärsyttävät ihoa. Stoomaa ympäröivä iho on puhdistettava vähintään kerran päivässä lämpimällä vedellä ja miedolla pesuaineella. Pesemisen jälkeen iho taputellaan kuivaksi ja tarvittaessa voidellaan perusvoiteella. Stooman aluetta ei saa hangata, jotta leikkausalueen iho ei mene rikki. Stooman reunat puhdistetaan esimerkiksi kostealla harsotaitoksella tai ihonsuojapyyhkeillä. Jos käytät stoomalla liimapohjaa, on ihon alueen puhdistukseen olemassa erikseen puhdistusliinoja irrottamaan iholta mahdollista vanhaa liimaa. Liimapohja asetetaan stooman aukolle tiiviisti ja se tulee vaihtaa 1–3 päivän välein, jotta liimapohja pysyy tiiviinä.

Omahoito:

Larytuubin peseminen tulee tehdä päivittäin tai tarvittaessa useammin esimerkiksi limaisuuden vuoksi. Larytuubi pestään siihen tarkoitetun puhdistusharjalla ja puhdistuksessa suositellaan käytettävän fysiologista keittosuolavettä (NaCl). Kotona puhdistukseen voi myös käyttää hanavettä.

Larytuubi irrotetaan stoomalta vetämällä varovasti ylös ja ulospäin. Stooma pyyhitään esimerkiksi kostutetuilla harsotaitoksilla tai ihonsuojapyyhkeillä. Pesemisen jälkeen larytuubi kuivataan huolellisesti. Takaisin stoomaan vietäessä larytuubin voi liukastaa keittosuolavedellä, MCT öljyllä tai xylocain geelillä.

Jos stoomaa ympäröivä iho on herkkä, voi päivällä käyttää liimapohjaa ja yöllä larytuubia, jolloin iho saa levätä yön aikana. Larytuubia voi käyttää 6 kuukauden ajan, jonka jälkeen se tulee vaihtaa uuteen. Sinun hyvä pitää mukanasi aina puhdistettua larytuubia tai larynxnappia käytössä olevan lisäksi.

Puheproteesi puhdistetaan 2 kertaa päivässä siihen tarkoitettulla harjalla. Puhdistukseen tarvitsen harjan, peilin ja hyvän valaistuksen. Puheproteesin puhdistukseen tarkoitettu harja kastellaan vedessä ja viedään varovasti puheproteesin sisälle. Harjaa pyöritellään proteesin varovasti samalla, kun vedetään proteesista ulospäin. Harjaan suihkutetaan lopuksi sieni- ja bakteerikasvustoa ehkäisevää ainetta (Nystatin), jota saa apteekista. Käytä Nystatinia aamun illoin. Lopuksi puhdistusharja huuhdellaan huolellisesti. Puheproteesi vaihdetaan 3-6kk välein korvalääkärin vastaanotolla.

Totaalilaryngektomian jälkeen hengitysilman kostuttamisesta, lämmittämisestä ja puhdistuksesta eivät enää huolehdi suu ja nenä. Kosteuslämpövaihdin (ns. keinonenä) on tarkoitettu tähän tarkoitukseen. Se voidaan kiinnittää larytuubiin tai liimapohjaan. Kosteuslämpövaihdinta voi käyttää yhden vuorokauden ajan, jonka jälkeen se täytyy vaihtaa uuteen. Jos hengitettävä ilma on epäpuhdasta tai Sinulla on limaisuutta, voi kosteuslämpövaihtimen vaihtaa useammin.

Aistinelinsairauksien osasto

Ongelmatilanteet:

- Toimimaton puheproteesi tulee vaihtaa sairaalassa, koska se aiheuttaa nesteiden pääsyn ruokatorvesta hengitysteihin, jolloin voi kehittyä aspiraatiopneumonia (keuhkokuume). Toimimattomaan proteesiin on yleensä kasvanut mikrobimassaa, joka estää puheproteesin ruokatorven puoleisen läpän sulkeutumisen.

Jos puheproteesi vuotaa, voit väliaikaisesti asettaa tulpan kiinni painamalla proteesiaukkoon syömisen ja juomisen yhteydessä. Tällöin et voi puhua samaan aikaan. Sinun tulisi ottaa yhteyttä mahdollisimman pian poliklinikalle, jotta puheproteesi voidaan vaihtaa.

- Jos toimenpide haava-alueella tai hengitysteissä ilmenee infektion merkkejä tai ongelmia, tulisi hoitamaan tahoon olla mahdollisimman nopeasti yhteydessä.

Hoitotarvikkeet:

Sinulle annetaan kotiutussalkku kotiutumisen yhteydessä, jossa on kaikki tarvittavat hoitotarvikkeet kotiin, kunnes saat hoitotarvikejakelusta lisää. Osastolla hoitaja käy salkun sisällön kanssasi läpi ja ohjaa hoitotarvikkeiden käytössä.

Hoitotarvikkeet tilataan Provox life atos medical hoitotarvikelistan avulla potilaan oman kotikunnan hoitotarvikejakelusta. Tarvittavat hoitotarvikkeet kartoitetaan yksilöllisesti osastolla.

Hoitotarvikkeiden tilaamista varten tarvitaan lähete tai hoitosuunnitelma.

Omanalueesi yhteistiedot löydät:

<https://pshyvinvointialue.fi/hoitotarvikejakelu>

Seuranta ja tuki:

Toimenpiteen jälkeen Sinulle tehdään yksilöllinen kuntoutumisen seurantasuunnitelma. Sinulle järjestetään puhekommunikaation kuntoutusta ja lisäksi Sinulla on mahdollisuus saada taloudellista- ja sosiaalistaohjausta. Saat myös seuraavan kontrolliajan osastolta. Tarvittaessa osastolla arvioidaan kotihoidon tarvetta yhdessä Sinun ja läheistesi kanssa.

Osastohoidossa sinua käy tapaamassa sosiaalityöntekijä ja puheterapeutti. Puheterapeutti käy osastolla puheharjoituksia läpi Sinun kanssasi ja Sinulle annetaan seuraava poliklinikka aika osastolta. Halutessasi tukihenkilö voi käydä

Aistinelinsairauksien osasto

tapaamassa Sinua osastolla. Tukihenkilö kertoo muun muassa tuotteista, selviytymisestä ja elämisestä laryngektomian kanssa.

Suomen Kurkku- ja Suusyöpäyhdistys ry toimii kurkun- ja suun alueen syöpää sairastuneiden ja heidän läheisten apuna. Yhdistys järjestää sopeutumisvalmennuskursseja, sekä vertaistukitoimintaa, ja tarvittaessa puhekuntoutusta.

<https://www.le-invalidit.fi>

<https://www.le-invalidit.fi/tukijatieto/tukihenkilot.shtml>

Syöpäsäätiö tukee syöpään sairastuneita. Syöpäyhdistyksellä on paikallisosastoja, joita löytyy ympäri Suomea, jotka tarjoavat neuvoa ja tukea.

<https://syopasaatio.fi>

<https://www.pohjois-savonsyopayhdistys.fi>

Pohjois-Savon Syöpäyhdistys ry
Kuninkaankatu 23b
Kuopio

Yhteistiedot:

Voit olla yhteydessä korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle, jos Sinulla herää kysymyksiä toimenpiteen jälkeen.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka: +358 17172820

Aistinelinsairauksien osasto: +358 17172511

Päivystys: 116 117