



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KOTIUTUVAN PEG-POTILAAN OHJAUS

Kirjallinen ohje PEG-potilaalle

Veera Allonen

Iida Heino

Opinnäytetyö
Lokakuu 2016
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus
VEERA ALLONEN & IIDA HEINO:
Kotiutuvan PEG-potilaan ohjaus
Kirjallinen ohje PEG-potilaalle

Opinnäytetyö 58 sivua, joista liitteitä 16 sivua
Marraskuu 2016

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden käyttöön. Oppaan tarkoituksena oli toimia vuodeosaston hoitohenkilökunnan apuvälineenä PEG-potilaan ja tämän omaisen ohjauksessa, kun potilas kotiutuu perukutaanisen endoskooppisen gastrostooman (PEG) kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli oppaan avulla tukea hoitohenkilökunnan antamaa ohjausta kotiutusvaiheessa sekä edistää PEG-potilaan selviytymistä kotona. Opas suunnattiin ensisijaisesti PEG-potilaalle, joka kotiutuu PEG:n kanssa. Oppaan tekemisessä käytettiin tieteellisiä lähteitä ja erilaisia päteviä ohjeistuksia. Oppaan tarkastamisesta ja hyväksymisestä vastasi Tampereen Hatanpään puistosairaalan eräiden vuodeosastojen hoitohenkilökunta. Opas tallennetaan Tampereen kaupungin hoitohenkilökunnan käyttämään sähköiseen intraan.

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä olivat PEG ja sen hoito, ohjaus osana hoitotyötä, PEG-potilaan ohjaus sekä kirjallinen ohje. PEG on täyhystyksellisesti tehty ravitsemusavanne. Mahalaukkuun viedyn letkun kautta toteutetaan ja ylläpidetään pitkäaikaista enteraalista ravitsemusta. PEG-letku on aiheellinen, kun potilas tarvitsee yli kuukauden kestäväää letkuravitsemusta. Käyttöaiheita PEG-letkulle ovat esimerkiksi erilaiset neurologiset sairaudet, suun ja kaulan alueen syövät sekä niiden leikkaus- ja sädehoito. PEG-letku voidaan laittaa myös ravitsemuksen tueksi silloin, kun ravitsemus suun kautta ei ole riittävää.

Potilasohjaus on keskeinen osa hoitotyötä. Potilasohjauksella tarkoitetaan käytännön opastuksen antamista suullisesti ja kirjallisesti. Ohjauksella pyritään edistämään potilaan toimintakykyä ja sitoutumista omaan hoitoonsa. Laadukkaaseen ohjaukseen kuuluu suullisen ohjauksen tueksi kirjallinen ja kuvallinen materiaali, kuten opas.

Asiasanat: ravitsemusavanneletku, letkuravitsemus, potilasohjaus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

ALLONEN, VEERA & HEINO, IIDA:
A Written Discharge Instructions a PEG Patient

Bachelor's thesis 58 pages, appendices 16 pages
November 2016

Patient education means the process where a health care professional gives information to a patient of his health status. Patient education can be spoken or written or both at the same time. Patient education advances a patient's understanding and commitment to his own treatment.

The purpose of this study was to produce a guide for the rehabilitation services of the city of Tampere. The purpose of this guide is to serve as a tool for ward nursing staff with a PEG patient and his excellent guidance when the patient is able to go home with a PEG. The aim of this study was to produce a compact and simple guide about a PEG tube use and daily care. Scientific sources and different sorts of valid sources of guidelines were used when compiling the instruction. Some of Tampere city Hatanpää park hospital nursing staff is responsible for viewing and approving the instructions. The digital guide will be saved to the intra and it could be printed.

Key words: nutrition stoma tube, tube nutrition, patient education

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	PEG.....	7
3.1.1	PEG:in hoito.....	9
3.1.2	Ravitsemus PEG-letkun kautta	14
3.1.3	Lääkkeenanto PEG-letkun kautta.....	18
3.2	Ohjaus osana hoitotyötä.....	21
3.2.1	Suullinen ohjaus	22
3.2.2	Kirjallinen ohje.....	23
3.3	PEG-potilaan ohjaus	24
3.3.1	PEG:in käytön ohjaus.....	25
3.3.2	Psyykinen tukeminen	28
3.3.3	Sosiaaliturva.....	29
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	31
4.1	Tuotokseen painottuva opinnäytetyö	31
4.2	Opas PEG-potilaalle	31
4.3	Opinnäytetyön aikataulu	32
5	POHDINTA.....	34
5.1	Toiminnallisen opinnäytetyön prosessi.....	34
5.2	Eettisyys ja luotettavuus	35
5.3	Tuotoksen pohdinta ja kehittämismahdollisuudet	36
	LÄHTEET	38
	LIITTEET	41
	Liite 1. Opas PEG-potilaalle kotiin	41

1 JOHDANTO

PEG eli perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma on ravitsemusavanneletku, joka vatsanpeitteiden läpi asetetaan mahalaukkuun ja jonka avulla toteutetaan ja ylläpidetään pitkäaikaista enteraalista ravitsemusta (Joanna Briggs Institute 2010, 1). Enteraalinen ravitsemus tarkoittaa letkuruokinnan ja täydennysravintovalmisteiden käyttöä, jonka avulla turvataan ravinnonsaanti potilaille, jotka eivät kykene tai pysty syömään riittävästi, mutta joiden ruoansulatuskanava toimii yhä (Castrèn 2007, 2257). PEG-letkun käyttöä on vuonna 1980 ensimmäisenä kuvannut Gaudeder. Aristide Auguste Stanislas Verneuil esitteli tämän alun perin kirurgisena gastrostomiana jo sata vuotta aikaisemmin. (Joanna Briggs Institute 2010, 1.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden käyttöön. PEG-letkun kanssa eläminen muuttaa potilaan ravitsemustottumuksia ja minäkuva. PEG-letku on välttämätön potilaan pitkäaikaisen ravitsemuksen turvaamiseksi.

Sairaanhoitajan on tiedettävä enteraalisen ravitsemuksen lähtökohdat ja sen toteutustavat. Enteraalisessa ravitsemuksessa tulee huomioida ravitsemuksen tarve sekä mahdolliset komplikaatiot. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa ja tietää nämä, sillä PEG-letkuja voi tavata monilla eri potilasryhmillä. PEG-potilaita on hoidossa monilla eri osastoilla, joten heidän ravitsemuksestaan tietäminen on tärkeää hoidon, ohjauksen ja sosiaalisen tukemisen kannalta.

Opinnäytetyömme kautta kehitämme myös omaa ohjausosaamistamme PEG-potilaalle. PEG-ohjeita potilaalle on niukasti, joten opinnäytetyömme on tarpeellinen. Valitsimme aiheen, sillä halusimme tehdä tuotokseen painottuvan opinnäytetyön.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä opas Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden käyttöön. Oppaan tarkoituksena on toimia vuodeosaston hoitohenkilökunnan apuvälineenä PEG-potilaan ja tämän omaisen ohjauksessa, kun potilas kotiutuu PEG:in kanssa.

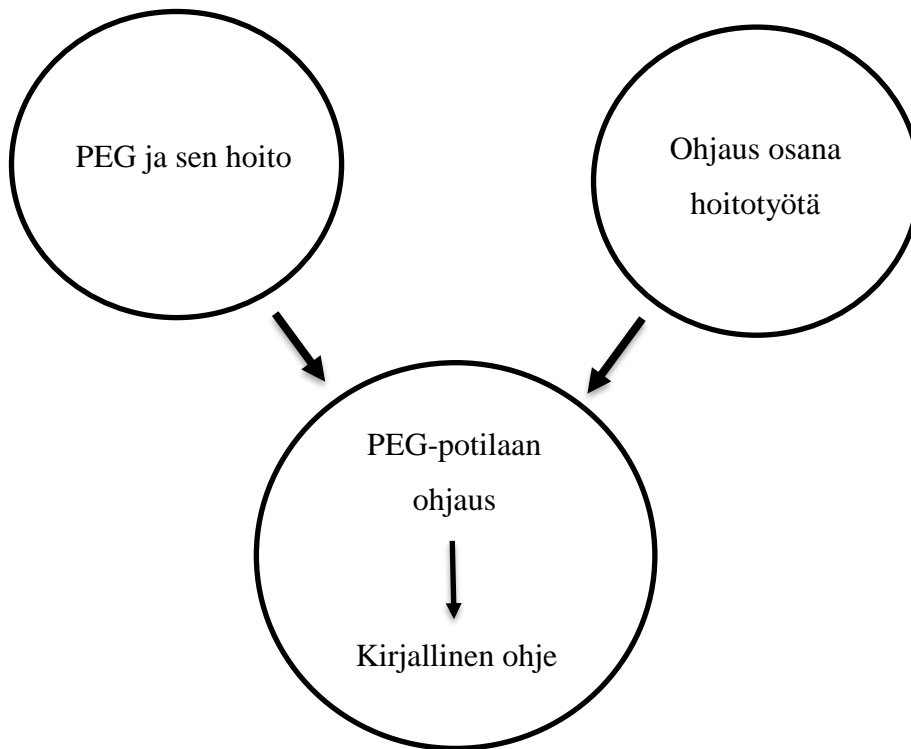
Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Mikä on PEG?
2. Mitä PEG-potilaan ohjaus sisältää?
3. Millainen on laadukas opas?

Opinnäytetyön tavoitteena on oppaan avulla tukea hoitohenkilökunnan antamaa ohjausta PEG- potilaalle ja hänen omaisilleen kotiutusvaiheessa sekä edistää PEG-potilaan selviytymistä kotona.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Keskeiset käsitteet ovat PEG ja sen hoito, ohjaus osana hoitotyötä, PEG-potilaan ohjaus ja kirjallinen ohje (Kuvio 1).



KUVIO 1. Keskeiset käsitteet

3.1 PEG

Perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma (PEG) on vatsanpeitteiden läpi mahalaukuun viety ravitsemusavanneletku (Hämäläinen ym. 2005, 8). PEG:in kautta voidaan ylläpitää enteraalista ravitsemusta potilailla, jotka eivät pysty syömään suun kautta mutta ruuansulatuskanava toimii (The Joanna Briggs Institute 2010, 1). PEG:in kautta voidaan antaa ravitsemusta, nesteitä ja lääkkeitä. PEG:in laittoa tulee harkita silloin, kun potilas tarvitsee yli kuukauden kestävästä letkuravitsemusta. (Groundstroem, Halttunen & Heino 2014, 2632–2633.) Yleisimpiä käyttöindikaatioita PEG:lle ovat neurologiset oireet, suun ja kaulan alueen kasvaimet ja syöpähoidot, dementia ja immuunipuutostilat. (Rahnemai-Azar 2014, 13–41; Valvira 2014.)

Ensimmäisenä tulisi arvioida potilaan suun kautta otettava ravitsemus, toiseksi ruoan merkitys potilaalle, kolmanneksi potilaan kliinisen tilan arviointi ja viimeiseksi potilaan oma suostumus toimenpiteeseen ja sitoutuminen PEG:in hoitoon. PEG-letkua ei tulisi asentaa, mikäli siitä ei ole potilaalle fysiologista hyötyä tai potilas on liian huonokuntoinen. (Joanna Briggs Institute 2010, 1–2.) Esimerkiksi pitkälle edenneessä dementiassa tai pitkälle edenneen syövän hoidon loppuvaiheessa PEG:in asentaminen altistaa lisäkärsi- myksille fysiologisen hyödyn sijaan. Maha-suolikanavan akuutit ongelmat kuten verenvuotohäiriö ja suolitukos ovat vasta-aiheita PEG:in asentamiselle. Muita vasta-aiheita ovat muun muassa vatsaontelon paineoireyhtymä ja mahalaukun osittainen tai täydellinen lama. (Ahtola, Pohju & Saarnio 2014, 2239–2244.) Muita huomioon otettavia asioita ennen PEG-letku laittoa ovat verihitule- ja verenhyytymistasot, jotka tulisivat olla kunnossa sekä veren hyytymistä estävä lääkitys tauotetaan kolme vuorokautta ennen toimenpidettä ja aloitetaan uudestaan seuraavana päivänä toimenpiteestä (Valvira 2014).

PEG asennetaan potilaalle paikallispuudutuksessa tai yleisanestesiassa gastrokopian ja punktion avulla. Ennen toimenpidettä potilaalle annetaan antibiootti sekä tarvittaessa rauhoittava lääke ja kipulääke (Tiusanen 2013, 215). Sormenpainalluksen avulla etsitään sopiva paikka PEG:lle (Valvira 2014). Pienen viillon kautta vatsanpeitteiden läpi mahalaukkuun viedään johtovaijeri, johon PEG-letku kiinnitetään ja vedetään paikalleen. PEG-letkun päähän mahalaukkuun kiinnitetään joko nappi tai hattu, joka myöhemmin vaihdetaan ballonkiin. (Valvira 2016.) Ballonki on vedellä täytettävä pallo, jonka avulla letku pysyy paikoillaan vatsan sisäpuolella (Nurminen 2014, 28). Iholle asetetaan taitos ja suojalaatta, joka pitää letkun paikoillaan (Valvira 2016). PEG-letku katkaistaan ja siihen kiinnitetään syöttöportti (Tiusanen 2013, 215). Letku voidaan vaihtaa ensimmäisen kerran aikaisintaan 2–4 viikkoa laitton jälkeen, jolloin sidekudoskäytävä on tarpeeksi muodostunut. Letku voidaan vaihtaa uuteen syöttöletkuun tai -nappiin. (Nurminen 2012, 28–29.) Tämän jälkeen PEG-letku vaihdetaan noin kolmen kuukauden välein (Groundstroem, Halttunen & Heino 2014, 2632–2633). Gastrokopiamenetelmä on edullisempi ja nopeampi kuin leikkauksella asetettu gastrostomialetku (The Joanna Briggs Institute 2010, 1).

Vaikka PEG on toimenpiteenä suhteellisen yksinkertainen, asentaminen ei ole riskitöntä. PEG-letkun asennuksen yhteydessä merkittäviä komplikaatioita esiintyy noin kolmella prosentilla potilaista (Valvira 2014). Toimenpiteeseen liittyvä mortaliteetti eli kuolleisuus on erittäin pieni, lähes olematon, mutta lieviä komplikaatioita esiintyy noin 70 prosentilla

potilaista (Seikku & Remes 2005, 269). PEG:in asentaminen ei ole päivystystoimenpide (Valvira 2016).

3.1.1 PEG:in hoito

PEG:in toimivuuden ja käyttötarkoituksen sekä komplikaatioiden välttämisen kannalta on tärkeää hoitaa ja seurata PEG-letkua ja sen ympäröivää ihoa päivittäin. PEG-letkua käsiteltäessä on huolehdittava hyvästä käsihygieniasta ja ennen syötön aloittamista on varmistettava, että letku on paikoillaan. Ravitsemusavanteen eli gastrostooman ympärillä oleva iho, letkun juuri ja kiinnityslevyn alunen tarkastetaan päivittäin sekä kaikki kuivuneet eritteet ja ravintoainevalmistetahrat poistetaan kostutetuilla vanupuikoilla ja iho kuivataan. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 263–264.) Ravitsemusavanteen ympäröivää ihoa voidaan puhdistaa myös steriilillä fysiologisella keittosuolaliuoksella, joka ei ärsytä ihoa tai aiheuta kirvelyä. Etenkin, jos eritteet gastrostoomalla ovat kuivuneet, niin niiden kostuttaminen ennen poistoa fysiologisella keittosuolaliuoksella voi olla tarpeen. (Hämäläinen ym. 2005, 40.)

Päivittäisen PEG:in hoidon yhteydessä tarkistetaan, ettei gastrostooman ympäristössä näy merkkejä tulehduksesta eli punoitus, turvotus, kuumotus sekä erite (Rautava-Nurmi ym. 2014, 264; Hämäläinen ym. 2005, 41). Infektoitunut gastrostomian juuri aiheuttaa kipua ja arkuutta. Bakteeriviljelyn avulla voidaan toteuttaa sopiva antimikrobilääkitys. MRSA-näytteet (metisilliinille resistentti *Staphylococcus aureus*) tulisi ottaa suun ja nielun lisäksi myös gastrostoomalta sairaalahoidossa. (Hämäläinen ym. 2005, 39; Tiusanen 2013, 215.) Syöttöletkua pyöräytetään päivittäin ja tarkistetaan, ettei se ole tarttunut kiinni mahalaukuavanteeseen. Kiinnityslevyn kireys tulee olla oikea eli vapaasti ihon pinnalla eikä se saa painaa ihoa kuopalle. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 264; Hämäläinen ym. 2005, 41.) Suojalaatan kireyttä voi vähentää 3-5 päivän kuluttua PEG-letkun laitosta ja letkua on hyvä pyöräyttää päivittäin varovasti, mutta kuitenkin vähintään kerran viikossa (Groundstroem ym. 2014, 2633; Rautava-Nurmi ym. 2014, 264). Letkun tyveen iholle asetetaan taitos ja PEG-letkun suojalaatta, joka estää letkun liikkumisen edestakaisin (Groundstroem ym. 2014, 2633–2634).

PEG-letkun toiminnan varmistamiseksi tulee PEG-letkua hoitaa päivittäin, myös silloin, vaikka PEG-letkua ei käytetä joka päivä (Hämäläinen ym. 2005, 44). PEG-letkun tukkeutumista ehkäistään huuhtelemalla letkua aina ennen sekä jälkeen lääkkeiden ja ravintovalmisteiden nauttimisesta. PEG-letkun huuhteluun voi käyttää huoneenlämpöistä vesi-johtovettä tai steriiliä vettä. Ruiskuttamalla letkuun vettä 20 millilitraa ja aspiroimalla takasin, varmistetaan, että mahan sisältöä tulee letkuun ja ruiskuun, jolloin syöttö voidaan aloittaa. Jokaisen syötön jälkeen letkua huuhdellaan 20–50 millilitralla vettä. Huuhtelu toteutetaan myös aina lääkkeiden annon yhteydessä. (Rautava- Nurmi ym. 2014, 264.) PEG-letkun ja -napin säännöllinen vaihtaminen vähentää tukkeutumisvaaraa, mutta kotona voi tukkeumaa yrittää poistaa huuhtelemalla letkua vedellä tai hiilihapollisella juomalla, kuten esimerkiksi Coca-Colalla tai harjalla, joka on tarkoitettu PEG-letkun puhdistukseen. (Hämäläinen ym. 2005, 44.)

PEG-letkun asentamisen jälkeen on mahdollista, että gastrostooman seudulla ilmenee haavakipua ensimmäisen vuorokauden aikana, joka voi jatkua pitempäänkin. Tällöin säännöllinen kipulääkitys on tarpeen sekä tarkistus kiinnityslevyn liiallisesta kireydestä. (Hämäläinen ym. 2005, 39; Tiusanen 2013, 215.) Suihkussa voi käydä seuraavana päivänä PEG-letkun asettamisesta. Saunominen ja uiminen ovat mahdollista noin viikon kulluttua toimenpiteestä. Saunottaessa olisi hyvä suojata PEG-letku märällä pyyhkeellä, jotta letku ei kuumene ja polta ihoa. Uudessa tulee varmistaa, että syöttöletkun korkki on kiinni ja iho on varmasti terve. (Hämäläinen 2005, 41.)

PEG:in yleisimmät haittavaikutukset, jotka liittyvät niin ravitsemukseen, letkuun tai gastrostoomaa ympäröivään ihoon, aiheuttavat paikallisia tulehduksia, ihon hankaumia sekä PEG-letkun tukoksia. (Hämäläinen ym. 2005, 44–49.) Säännöllinen puhdistaminen ja haavasidosten vaihto sekä varmistaminen, että letku on kiinni, ovat ennaltaehkäiseviä hoitomenetelmiä. (Joanna Briggs Institute 2010, 2–3.) Hyvästä PEG:in hoidosta huolimatta voi enteraalisen ravitsemuksen yhteydessä tulla esiin erinäisiä komplikaatioita. Yleisin komplikaatio PEG-letkun käytössä on syöttöletkun tukkeutuminen (Groundstroem ym. 2014, 2632). Tutkimusten mukaan tukkeutuneiden PEG-letkujen vähentyneen esiintymisen syynä on hyvän perushoidon ja kokeneen hoitohenkilökunnan hyvä hoito. Mahdolliset tukokset ovat suurimmaksi osaksi johtuneet siitä, että huuhtelu laiminlyödään ennen ja jälkeen lääkkeen ja ravinnon annon. (Joanna Briggs Institute 2010, 2–3.)

PEG-potilaalla saattaa ilmetä iho-ongelmia, jotka on syytä selvittää ja hoitaa. Runsaasti erittävä gastrostooma voi johtua liian pitkästä PEG-napista, PEG-letkun ballonkin rikkoutumisesta, löysällä olevasta kiinnityslevystä, veden haihtumisesta ballongista, PEG-kanavan laajentumisesta, PEG-letkun noususta kanavaan tai potilaan laihtumisesta. PEG-letkun juuresta tuleva erite ärsyttää ja kuivattaa ihoa, jolloin iho on hyvä suojata ihonsuojakalvolla, silikonivahtosidoksella tai hydrokolloidilevyllä ja suojalevyn päälle tulee laittaa eritettä imevä sidetaitos. (Hämäläinen ym. 2005, 47.)

Iholla ja gastrostooman ympärillä voi myös olla märkäistä eritettä, kosketusarkuutta sekä punoitusta ja potilas on kuumeinen, jolloin on kyse tulehduksesta. Märkäistä ja erittävää gastrostoomaa hoidetaan hyvin imevällä ja ohuella sidoksella, jota tulisi vaihtaa usein. Tulehtunutta gastrostoomaa tulee suihkutella päivittäin ja kuivata huolellisesti, myös ilmakylpy on suotavaa. Bakteeriviljely eritteestä otetaan tarvittaessa, jonka perusteella lääkäri voi määrätä antibioottilääkityksen tarpeen mukaan. PEG-letkun vaihtaminen tulehduksen yhteydessä on kannattavaa, sillä se nopeuttaa tulehduksen paranemista. Kipulääkitys on otettava huomioon, jos PEG-potilas tällaista tulehduksen yhteydessä tarvitsee. (Hämäläinen ym. 2005, 47–48.)

Vatsahapon aiheuttama peristomaaliekseema eli ihottuma syntyy, kun vatsalaukun sisältö joutuu kosketuksiin ihon kanssa. Tätä ongelmaa voi ehkäistä happosalpauksella ja huolehtimalla, että PEG:in tyven suojalaatta pysyy paikallaan. PEG:in aukon eli stooman ympärille voi muodostua granulaatiokudosta, joka herkästi vuotaa verta. Granulaatiokudos eli sidekudoksen liikakasvu on elimistön oma keino yrittää korjata leikkaushaavaa. PEG-letkun kiinnityslevyn oikea kireys voi estää granulaatiokudoksen muodostumista. Granulaatiokudosta voidaan hoitaa paikallisesti lapiksella eli hopenitraattia sisältävä tuotteella, jota laitetaan granulaatiokudokselle, mutta joskus tarvitaan kirurgista poistoa. Laapisaine on syövyttävää, jolloin se ei saa koskea PEG-letkuun eikä terveeseen ihoon. Laapistus tulee tehdä vaiheittain, jos granulaatiokudosta on koko gastrostooman ympärillä. Laapistettu kohta saa hetken kuivahtaa, jonka jälkeen siihen tulee laittaa sidetaitos. Tarvittaessa ihoa tulee myös rasvata perusvoiteella, joka suojaa gastrostooman ympäristöä. (Groundstroem ym. 2014, 2634; Valvira 2014; Hämäläinen ym. 2005, 48.)

Rikkoutunut iho voi johtua runsaasti erittävän PEG:in juuresta etenkin, jos ihoa ei ole suojattu. Tällöin rikkoutunut iho on arka, kipeä, vetistävä ja iho hylkii hoitolevyjä. Rikkoutunutta ihoa voi hoitaa samalla tavalla kuin erittävää gastrostoomaa, mutta lisäksi ihoa

voidaan kahden viikon ajan penslata eli sivellä jotakin lääkeainetta, kuten esimerkiksi metyleenisiniliuosta, joka on antiseptinen aine, jota käytetään haavan hoidossa. Ihonhoitolevyä tulisi vaihtaa kerran viikossa, sillä liian usein vaihdettu ihonhoitolevy saattaa ärsyttää myös ihoa. (Hämäläinen ym. 2005, 47.)

Tyypillisiä PEG-letkun komplikaatioita ovat infektiot kuten esimerkiksi abskessi eli märkäpesäke ja faskiitti eli pehmytkudoksen tulehdus. Muita tyypillisiä komplikaatioita ovat peritoniitti eli vatsakalvon tulehdus, varhainen irtoaminen, ravintonesteen vuoto peritoneaalitilaan, aspiraatiopneumonia eli hengitysteihin joutuneen nesteen aiheuttama keuhko-kuume, myöhäinen irtoaminen sekä letkun pään hautautuminen ventrikkelin limakalvoon eli buried bumper oireyhtymä. (Groundstroem ym. 2014, 2632; Joanna Briggs Institute 2014, 2–3.) PEG-letkun vaarallisin komplikaatio on vatsakalvon tulehdus. Vatsakalvon tulehdus syntyy, kun laitton yhteydessä ohut- tai paksusuoleen tulee vaurio tai perforaatio eli puhkeama. Tulehdus voi syntyä myös, jos mahalaukun seinämän aukko laajenee, jos sidekuduskanavaa ei kehity letkun ympärille tai jos PEG-letku irtoaa pian sen laitton jälkeen, jolloin voi ravintoliuosta joutua vatsaonteloon. (Valvira 2014; Groundstroem ym. 2014, 2634.)

Muita vakavampia PEG-letkuun liittyviä komplikaatioita ovat fisteli eli kahden ontelon tai ontelon ja ihopinnan välinen epänormaali yhteys, verenvuoto vatsaonteloon, verenmyrkytys sekä PEG-letkun liukuminen ulos, paikallinen tulehdus ja mahan sisällön vuotaminen (Joanna Briggs Institute 2014, 2–3). Mahalaukun sisältö voi vaurioittaa ihoa, mutta se voi myös joutua hengitysteihin PEG-letkun laitton yhteydessä. Mahalaukun sisällön joutumista hengitysteihin edesauttavat voimakas rauhoittava lääkitys, suun sekä nielun alueen syöpäsairaudet ja neurologiset sairaudet. Mahalaukun sisältöä voi joutua hengitysteihin myös letkuravitsemuksen syöttöjen yhteydessä. (Valvira 2014.)

PEG-letkun irrotessa tulee gastrostoomalle väliaikaisesti asettaa esimerkiksi virtsakatetri, sillä stooma alkaa umpeutua muutamassa tunnissa (Rautava-Nurmi ym. 2014, 264). Gastrostooma umpeutuu kokonaan noin viikossa (Valvira 2014). Gastrostooma ahtautuu vuorokauden aikana jo niin paljon, ettei samankokoista letkua saada laitettua tilalle, ellei kanavaa laajenneta. PEG-letkun myöhäistä irtoamista pyritään ehkäisemään estämällä desorientoituneita eli aikaan ja paikkaan tiedostamattomia potilaita poistamasta letkua. PEG-letku voi irrota myös kiinnittyessä esimerkiksi vaatteeseen. (Groundstroem ym. 2014, 2634; Valvira 2014.)

Rikkinäiseen PEG-letkuun ei saa laittaa lääkkeitä, ravintovalmisteita eikä vettä. Jos on syytä epäillä, että PEG-letku on rikkoutunut, tulee ottaa yhteys hoitavaan lääkäriin uuden PEG-letkun asentamista varten. (Hämäläinen ym. 2005, 45.) Gastrostoomaan voidaan vaihtaa ensiletkun jälkeen PEG-nappi tai pallollinen PEG-letku aikaisintaan 4–6 viikon kuluttua tämän ensiletkun asentamisesta. PEG-letku voidaan poistaa myös aikaisintaan 4–6 viikon kuluttua. Yleensä lääkäri poistaa PEG-letkun, mutta tämän voi tehdä myös PEG-hoitaja ensiletkun kohdalla. Potilaan tilanne ja PEG-letkun malli ratkaisee PEG-letkun poistotavan. (Tiusanen 2013, 216.)

Gastrostooman ahtautuessa niin, ettei aiemmin käytetyn kokoista letkua tai nappia saada mahtumaan, tulee ottaa yhteys toimenpideyksikköön, jolloin gastrostoomaan asennetaan pienempi letku tai stoomaa laajennetaan. Jos PEG-letku on siirtynyt mahalaukusta ihonalaiseen kudokseen, tulee letkuravitsemus heti keskeyttää. PEG-letkun siirtymistä on syytä epäillä, jos ravintovalmiste ei tipu kunnolla ja potilaalla on kipuja vatsalla. Tällöin otetaan yhteys hoitavaan lääkäriin ja tarkistetaan varjoaineen avulla röntgenkuvauksella PEG:in sijainti. (Hämäläinen ym. 2005, 45.)

Eräessä pitkäaikaisessa satunnaistutkimuksessa verrattiin 26 PEG-potilaan PEG-letkun vaihtamista rutiinimaisesti kuukausittain sekä PEG-letkun vaihtamista tarvittaessa kuuden kuukauden ajan. Tutkimuksessa verrattiin PEG-letkun vaihdon tiheyttä, gastrostooman sijaintipaikan tulehdusten esiintymistä, antibioottikuureja sekä kuume- ja oksenusjaksoja. Ainoa ero näiden kahden tutkimusjakson aikana oli, että kuukausittain rutiinimaisesti PEG-letkun vaihdossa oli noin kolme kertaa enemmän PEG-letkun vaihtoja kuin tarvittaessa vaihdettavaan ajanjaksoon. Gastrostooman sijaintipaikan tulehdusta pidettiin todennäköisenä, jos siinä esiintyi märkäistä eritettä tai punoitusta sekä turvotusta ja kipua. Nämä tunnistetut organismit eli eliöt gastrostoomalla olivat *Staphylococcus aureus*, *Protetus mirabilis* ja *Klebsiella pneumoniae*. Tutkimuksessa selvisi, ettei PEG-letkun materiaalilla (silikonikatetri ja polyuretaanikatetri) ollut merkitsevää eroa pitkäikäisyydessä tai PEG-letkun sijaintipaikan tulehduksissa. Tutkimuksen mukaan PEG-letkujen tukkeutumista esiintyi 6 prosentilla tutkittavista ja nämä tukkeumat hoidettiin joko huuhtelulla tai letkun vaihtamisella. (Joanna Briggs Institute 2010, 2–3.)

PEG-letkun hoidon lisäksi on tärkeä huolehtia suuhygieniasta, sillä huonosti hoidettu suu lisää infektioriskejä. Koko enteraalisen ravitsemushoidon aikana tulee kiinnittää huomiota suun limakalvojen kuntoon, kuivumiseen ja vahingoittumisen estoon ja pyrkiä korjaamaan limakalvovaurioita. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 264.) Syljeneritys vähenee ja hampaiden reikiintyminen voi lisääntyä, jolloin hammasplakin poistaminen ehkäisee ientulehduksia, hammaskiven muodostumista sekä reikiintymistä (Hämäläinen ym. 2005, 42). Hyvän suuhygienian hoitoon kuuluu janon tunteen vähentäminen, suun raikastaminen ja puhdistaminen (Rautava-Nurmi ym. 2014, 264). Ainoastaan hampaiden pinnat tulee harjata kahdesti päivässä käyttäen pehmeää hammasharjaa. Limakalvojen ollessa kuivat ja kipeät voivat ne helposti vuotaa verta. Hammastahna tulisi käyttää herkälle suulle tarkoitettua hammastahnaa ja rikkinäisen suun hampaiden harjaus voidaan korvata esimerkiksi suun kostutusgeelillä tai suuvedellä. Jos potilaalla on käytössä hammasproteesit, tulee niitä hoitaa proteesien puhdistukseen tarkoitettulla tahnalla. Proteesit on myös hyvä poistaa yöksi ja säilyttää omassa säilytyskotelossa puhdistettuina. (Hämäläinen ym. 2005, 42.)

3.1.2 Ravitsemus PEG-letkun kautta

Enteraalisella ravitsemuksella tarkoitetaan ruoansulatuskanavan kautta toteutettavaa ravitsemusta. Enteraalista ravitsemusta ovat ravitsemuksen anto suun kautta sekä letkuravitsemus. Letkuravitsemusta voidaan toteuttaa nenämahaletkun, PEG-letkun tai ohutsuoleen viedyn PEJ:in kautta. (Castrén 2007, 615–617.) Letkuravitsemuksesta käytetään myös nimikettä tehostettu ravitsemushoito (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2010, 194). Enteraalisen ravitsemuksen toteuttamiseksi potilaan ruoansulatuskanavan tai sen osan tulee toimia ja imeyttää ravinteita. Enteraalinen ravitsemus on parenteraalista eli muuta reittiä kuin ruoansulatuskanavaan annettavaa ravitsemusta fysiologisempaa ja edullisempaa. Enteraalinen ravitsemus pitää suolen normaalia toimintaa yllä ja estää infektioiden syntyä. Enteraalinen ravitsemus myös pitää haiman ja maksan toimintaa yllä paremmin kuin parenteraalinen ravitsemus. (Castrén 2007, 615–617.) Enteraalinen ravitsemus on myös parenteraalista ravitsemusta turvallisempaa vähäisemmän komplikaatioriskin vuoksi (Haglund ym. 2010, 195).

Letkuravitsemuksen lisäksi potilas voi syödä ja juoda myös suun kautta, ellei sairaus sitä estä. Aina potilas ei jaksa tai pysty saamaan vuorokautista energiantarvettaan syömällä suun kautta, jolloin letkuravitsemusta käytetään turvaamaan riittävä ravinnonsaanti.

(Nutricia 2013, 5.) Lääkäri määrää PEG:in laittopäivänä toteutettavan ravitsemuksen. Laittopäivänä PEG:iin voidaan laittaa vettä tai sokeriliuosta pienissä määrin. Tyypillisesti ravitsemus PEG-letkun kautta aloitetaan vuorokauden päästä asennuksesta. PEG-potilaan ravitsemuksen suunnittelevat lääkäri, hoitohenkilökunta ja ravitsemusterapeutti. (Tiusanen 2013, 216.)

Ravitsemusavanteeseen annosteltava ravinto on kliinistä ravintovalmistetta. EU-direktiivin mukaan kliinisten ravintovalmisteiden tulee sisältää tarpeeksi kivennäisaineita ja vitamiineja. Letkuravintovalmisteissa on riittävä ravintosisältö, sopiva energia-proteiinisuhde, sopiva vesipitoisuus, matala osmolaalisuus eli liuenneiden molekyylien ja ionien määrä on vähäinen liuotinkilossa sekä pieni viskositeetti eli sitkaus. Valmisteet ovat myös steriilejä ja vähälaktoosisia. (Castrén 2007, 618–624.) Reseptin saatuaan potilas ostaa ravintovalmisteet itse apteekista. Ravintovalmisteet ovat erityiskorvattavia. Letkuravitsemus ei tule normaalia ruokavaliota juurikaan kalliimmaksi. Ravitsemusavanteeseen ei saa annostella itse tehtyjä ruokia, sillä niiden ravintosisältö ei ole usein riittävää ja letku tukkiutuu helposti. Kahvia tai teetä voidaan nauttia PEG-letkun kautta, mikäli potilas haluaa. Öljy haurastuttaa syöttöletkua. Öljyä ei tule laittaa letkuun pelkästään, vaan se tulee sekoittaa aina letkuravitsemukseen. (Hämäläinen ym. 2005, 26–27.)

Ravintoainevalmiste valitaan potilaan tarpeiden mukaan. Yleisin käytetty ravintovalmiste on polymeerinen perusvalmiste, jossa energiaa on 1 kcal/ml. Ravitsemuksen kannalta merkittäviä sairauksia sairastavilla potilailla voidaan käyttää erityisindikaatioihin suunnattuja valmisteita. Vähäenergisiä aloitusvalmisteita käytetään tyypillisesti potilailla, jotka ovat aliravittuja tai saaneet pitkään vain parenteraalista ravitsemusta. Aliravituilla potilailla kertyy usein nestettä ja kudosturvotusta elimistöön letkuruokinnan alkuvaiheessa, jonka vuoksi ravitsemus on aloitettava hyvin rauhallisesti. (Castrén 2007, 619–628.) Runsasenergiset valmisteet taas sopivat potilaille, joiden energiantarve on suurentunut ja potilaille, joilla on nesterajoitus (Hämäläinen ym. 2005, 26). Immunovalmisteet ovat vastustuskykyä edistäviä runsasenergisiä valmisteita (Haglund ym. 2010, 197). Pelkkä letkuravitsemus ei tue potilaan vuorokauden nesteentarvetta. Yleisenä ohjeena voidaan pitää, että potilaan tulee saada ravitsemuksen lisäksi vettä noin 1/3 annetun letkuravintovalmisteen määrästä. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 191.)

Ravitsemusavanne on useimmiten potilaan ensisijainen ravitsemusreitti (Ahtola, Pohju & Saarnio 2014, 2244). Ravintovalmiste annostellaan PEG-letkuun joko siirtoletkustolla

tai ruiskulla (Henttonen ym. 2012, 263). Ravintovalmiste voidaan annostella PEG-letkuun joko kerta-annoksina tai jatkuvana infuusiona (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 191). Ravintovalmistepakkaukseen liitetään siirtoletku, jonka toinen pää kiinnitetään ravitsemusavanneletkuun. Mikäli potilaalla on käytössä PEG-nappi, tulee nappiin kiinnittää erillinen syöttöletku ennen siirtoletkua. Ravinnonsiirtoon voidaan käyttää syöttöpumppua.

Annossyöttö on vaihtoehto potilaille, jotka eivät kärsi annossyötön tuomista sivuvaikutuksista ja joilla mahalaukun tyhjeneminen on normaalia. Annossyötössä ravintoainevalmistetta nautitaan 4–8 kertaa vuorokaudessa. Annossyöttöön käytetään sama aika, kuin vastaavan annoksen syömiseen kuluisi suun kautta. Ravintoainevalmistetta annetaan aluksi 50–100 millilitraa kerralla, jonka jälkeen annosta suurennetaan potilaan olon mukaan. Suurin kerta-annos voi olla korkeintaan 400 millilitraa. Kerta-annokseen tulee laskea mukaan myös huuhteluviesien määrä. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 192.)

Jatkuva infuusio on paremmin siedetty kuin annossyöttö, joka aiheuttaa potilaalle helpommin täyttymisen tunnetta, oksentelua, vatsankouristelua ja ripulia (Castrén 2007, 618). Jatkuvaa infuusiota käytetään eritoten potilailla, joilla on suurentunut aspiraatoriski tai mahan tyhjentymisen hidastuminen. Jatkuvaa infuusiota käytetään myös potilailla, jotka ovat hengityskoneessa sekä potilailla, joilla on todennäköinen suoliston limakalvon atrofia eli surkastuma. Infuusion aloitusnopeus on 25–50 millilitraa tunnissa. Tämän jälkeen infuusionopeutta nostetaan asteittain kahdeksan tunnin ajan. Infuusionopeus saa olla korkeintaan 200 millilitraa tunnissa. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 192.)

Ennen ravitsemuksen aloittamista varmistetaan syöttöletkun oikea sijainti aspiroimalla ruiskuun mahansisältöä. Mikäli mahansisältöä tulee ruiskuun, letku on oikeassa paikassa ja ruiskun sisältö palautetaan mahaan. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 192). Mikäli potilaalla on käytössä PEG-letku, tarkistetaan lisäksi, onko letkun sijainti pituusmerkintöjen perusteella samassa paikassa kuin ennen (Nutricia 2013, 13). Ennen ravitsemuksen aloitusta on tärkeää desinfioida kädet. Syöttö- ja siirtoletkusto huuhdotaan noin 20–50 millilitralla vettä ennen ja jälkeen ravitsemuksen. (Hämäläinen ym. 2005, 33.) Ruokailun aikana ja 1–2 tuntia ruokailun jälkeen potilaan tulisi olla puoli-istuvassa asennossa aspiraatoriskin välttämiseksi. Letkuravitseminen on aina aloitettava hitaasti sivuvaikutusten välttämiseksi. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 192.)

PEG-letkun kautta tapahtuvaan ravitsemukseen liittyy erilaisia ongelmia. Ongelmat voivat liittyä ravintoaineen imeytymiseen tai enteraalisen ravitsemuksen toteutustapoihin. Yleinen ongelma on mahansisällön aspirointi henkitorveen. Potilaan aspiroitua mahansisältöä henkitorveen, ravintovalmisteiden antaminen tulee välittömästi keskeyttää ja imeä potilaan hengitystiet tarvittaessa. Hidas ravintovalmisteiden tiputus ja kohoasento vähentävät aspiraatiovaaraa. Aspiraatiot altistavat pneumonialle eli keuhkokuumeelle. (Hämäläinen ym. 2005, 45.)

Ravitsemukseen liittyviä ongelmatilanteita ovat myös ilmavaivat, jotka aiheutuvat potilaan liikkumattomuudesta ja jatkuvasta makuuasennosta, jolloin ilmaa kerääntyy suolistoön. Jalkeilla olevaa potilasta kannustetaan liikkumaan ja vuodepotilasta tai pyörätuolipotilasta käännetään vasemmalle kyljelle. Myös PEG-letkun korkin voi avata, jolloin ilma nousee ylöspäin ja poistuu letkun kautta. (Hämäläinen ym. 2005, 46; Castrèn 2001, 1237.) Oksentelu on merkinä siitä, etteivät suoli ja mahalaukku toimi kunnolla. Tällöin mahalaukun retentio eli mahalaukuun jääneen ravinnon määrä tulee tarkistaa. Retentio tarkistetaan liittämällä ruisku PEG-letkuun ja vetämällä mahansisältöä ruiskuun. Jos ravintovalmisteiden retentio on yli 200 millilitraa, ravintovalmisteiden anto tulee keskeyttää muutamaksi tunniksi ja varovaisesti aloittaa uudelleen tauon jälkeen. Ravintovalmisteiden tiputusnopeuden hidastaminen, kohoasento, vuorokausiannoksen pienentäminen ja pahoinvointilääke voivat vähentää oksentelua ja pahoinvointia. (Hämäläinen ym. 2005, 46.)

PEG-potilaalla nestemäisen ravitsemuksen johdosta ulosteen koostumus muuttuu usein kiinteästä löysäksi. Ripuliksi luokitellaan vuorokauden aikana kolme vetistä ulostetta, jotka ovat tilavuudeltaan yli 200 millilitraa (Castrèn 2001, 1237). Ripulille voi PEG-potilaalla olla monta syytä, mutta se voi johtua esimerkiksi liian nopeasta ravintovalmisteiden annoksen määrän nostosta tai liian nopeasta tiputusnopeudesta, kontaminoituneesta eli saastuneesta ravintoliuoksesta, lääkkeistä, infektiosta, kylmästä ravintovalmisteesta, antibiooteista tai potilaan perussairauksista. Ripulia voidaan hoitaa laskemalla ravintovalmisteiden tiputusnopeutta tai vaihtaa valmiste kuitupitoiseen letkuravitsemusvalmistukseen, sillä kuitu normalisoi suolen toimintaa. Lääkkeiden vaihtaminen voi olla myös tarpeen. Ripulin helpottamiseksi tulee myös poissulkea Clostridium difficile- infektio. Enteraalista ravitsemusta tulisi ripulista huolimatta jatkaa, sillä se nopeuttaa suolen limakalvon uusiutumista ja näin lyhentää samalla ripulin kestoa. (Hämäläinen ym. 2005, 46; Castrèn 2001, 1237.) Ummetuksen syinä voivat taas olla riittämätön vedensaanti, jolloin

tulee tarkistaa, että PEG-potilas saa riittävästi nestettä ravintovalmisteiden lisäksi. Suolen toimintaa lamaava lääke sekä liikunnan puute ja vähäkuituinen ruokavalio voivat olla ummetuksen syitä. Letkuravitsemus tulisi tällöin suunnitella kuitupitoisemmaksi ja jos tämäkään ei auta, niin voidaan kokeilla laksatiiveja. (Hämäläinen ym. 2005, 46; Castrèn 2001, 1237.)

Hyper- tai hyponatremian eli kohonneen tai madaltuneen veren natriumpitoisuuden riskien vuoksi veren elektrolyyttitasapainoa on hyvä seurata. Hypernatremia voi johtua elimistön kuivumisesta ja tällöin letkuravitsemuksen lisäksi tarvitaan lisänestettä. Jokaisen PEG-potilaan kohdalla nesteen määrä arvioidaan huolellisesti ja yksilöllisesti. Vaikka letkun huuhteluissa käytetään vettä, sitä voi olla tarpeellista antaa myös erikseen. PEG-potilas voi myös olla liikanesteytetty, jolloin se näkyy esimerkiksi turvotuksina. Tällöin nestetasapainon seuranta on aiheellista, jolloin potilaan painon seuranta on myös tärkeää. (Hämäläinen ym. 2005, 47; Castrèn 2001, 1237.)

PEG-potilaalla voi esiintyä veren runsastyyppisyyttä eli atsotemiaa, jos potilas saa letkuravitsemuksen kautta liikaa proteiinia. Hoitona on vesimäärän lisääminen ja proteiinimäärän vähentäminen ravinnosta. (Hämäläinen ym. 2005, 46.) Veren kohonnutta glukoosipitoisuutta eli hyperglykemiaa voi ilmetä PEG-potilaalla ravintovalmisteiden vuoksi, jos ne eivät sisällä tarpeeksi kuitua tai rasvoja. Tällöin letkuravitsemukseen tulisi lisätä kuituja ja rasvoja tai hoitaa korkeaa verensokeria insuliinilla ja hidastaa tiputusnopeutta. Hyperglykemia hidastaa mahalaukun tyhjenemistä, joka taas voi aiheuttaa retentiotaipumusta ja siten aspiraatiovaaraa. (Hämäläinen ym. 2005, 47.) Diabetesta sairastavalta PEG-potilaalta on tärkeää mitata verensokeria säännöllisesti ja glukoosia tulee antaa suunnilleen sama määrä kuin suunniteltu letkuravitsemusmäärä. Letkuravitsemusta ei tule keskeyttää ilman hiilihydraattien korvausta, jos insuliinia on potilaalle annettu. (Hämäläinen ym. 2005, 47.)

3.1.3 Lääkkeenanto PEG-letkun kautta

Turvallinen lääkehoito tarkoittaa onnistunutta lääkehoitoa, joka edellyttää, että lääkevalinta on oikea sekä lääke on määrätty oikein perusteiden ja lääkärin antamien määräysten ja ohjeiden mukaisesti. Turvallinen lääkehoito kattaa vaikuttavuuden arvioinnin ja lääkehoidon prosessin asianmukaisen dokumentoinnin. Lääkehoitoa toteuttaessa tulee varmistaa

lääkemääräys sekä valmistaa lääke tarvittaessa käyttökuntoon ohjeiden mukaisesti, jotta oikea potilas saa oikean lääkkeen ja annoksen, oikeassa muodossa, oikeana ajankohtana sekä oikeaa annostelutekniikka käyttäen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 36–37.) Turvalliseen lääkehoitoon kuuluu myös lääkehoidon arviointi ja mahdollisten poikkeamien dokumentointi. Lääkehoidossa tulisi huomioida, että se toteutetaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaan tulee tietää lääkkeen käyttötarkoituksen ja ohjeet lääkkeen käytöstä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 34–40.) Lääkehoidon toteuttamisessa PEG-letkun kautta tulee huomioida, että lääkkeet menevät oikeaan paikkaan. Joissakin PEG-letkuissa on erillinen lääkeportti. Jos erillistä lääkeporttia ei ole, niin annetaan lääkkeet suoraan ravintovalmisteelle tarkoitettusta syöttöportista. Lääkkeitä ei tule koskaan laittaa ballonkiventtiiliin, joka on tarkoitettu ainoastaan pallon veden vaihtamiseen sekä lisäämiseen. (Nurminen 2012, 29; Hämäläinen ym. 2005, 37–38; Castrén 2001, 1236.)

Tärkeä osa hoitotyön kokonaisuutta on lääkehoito, joka perustuu potilaan, lääkärin ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön väliseen yhteistyöhön (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 36–37). Lääkehoitoa voidaan toteuttaa myös PEG-potilaalla, vaikka suun kautta lääkkeen antaminen ja ottaminen eivät onnistuisi

Lääkkeenjako- ja antotilanteessa tulee noudattaa aseptista työskentelytapaa eli kädet pestään, desinfioidaan ja käytetään tehdaspuhtaita käsineitä. Lääkkeet liuotetaan esimerkiksi 15 millilitraa lämmintä vettä ja jokainen lääke tulee liuottaa erikseen. Liuotettu lääke vedetään ruiskuun, jonka liitos on yhteensopiva PEG-letkun kanssa ja lääkeruisku yhdistetään PEG-letkuun ja lääke annetaan ohjeiden mukaisesti. Jokaisen lääkkeen välissä letkua huuhdellaan noin 10–20 millilitralla vettä, jolla varmistetaan, että aiemmin annettu lääke on saatu huuhdeltua pois letkusta eikä näin synny yhteensopimattomuutta. Lopuksi letku huuhdellaan 20–50 millilitralla vettä ja näin varmistetaan, ettei letku tukkiudu. (Saano 2013, 207.) Ennen lääkehoidon toteuttamista PEG-letkun kautta tulee selvittää, mitä lääkkeitä saa jauhaa ja mitä ei, sillä tablettimuotoisia lääkkeitä ei saa laittaa PEG-letkuun kokonaisina. Esimerkiksi entero- ja depotvalmisteita, resoriblettejä, hormonivalmisteita ja sytostaatteja ei saa jauhaa. (Saano 2013, 207; Hämäläinen ym. 2005, 37.)

PEG-letkun kautta voidaan antaa myös enteraalisesti käytettäviä nestemäisiä tai liuotettuja lääkeaineita (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 208). Suolessa hajoavien ja pitkävaikutteisten entero- ja depotvalmisteiden imeytymisominaisuudet on tärkeä tietää, koska näiden imeytyminen vaihtelee enemmän kuin tavallisten tablettien. Lääkeaineen päästyä

verenkiertoon on sen sitä ennen tunkeuduttava maha-suolikanavasta suolen seinämän kalvojen läpi. Lääkeaineen rasva- tai vesiliukoisuus, molekyylikoko ja ionisoitumisaste ruoansulatuskanavan happamuudeltaan erilaisissa osissa vaikuttavat lääkeaineen kykyyn imeytyä ohutsuolen seinämän kalvojen läpi ja vaikuttaa kohdekudoksessa. Jos aine hajoaa mahalaukussa tai suolessa, niin vaikuttavan aineen pääsy verenkiertoon voi vähentyä tai estyä. Vaikuttavan aineen pääsyä verenkiertoon saattavat vaikuttaa potilaan ruokavalio ja muu lääkitys sekä samanaikaisesti käytettävien lääkeaineet saattavat aiheuttaa yhteisvaikutuksia. (Nurminen 2012, 63.)

Ennen PEG-letkuun annostelua jauhemaiset peroraaliset eli suun kautta tarkoitetut lääkkeet liuotetaan valmistajan ilmoittamalla tavalla. Tabletit ja kapselit vaihtelevat valmistustekniikoiltaan muista kiinteistä lääkevalmisteista, joten niiden annostelu PEG-letkuun on syytä varmistaa apteekista, ellei lääkevalmisteen paketista löydy ohjeita. PEG-letkuun annosteltaessa lääkkeitä tulee varmistaa, että annetaanko lääkkeet ravintovalmisteen jälkeen vai tyhjään vatsaan. Lääkkeitä ei tule sekoittaa ravintovalmisteen joukkoon eikä niitä saa sekoittaa keskenään. Lääkkeen antaminen PEG-letkun kautta riippuu lääkevalmisteen lääkemuodosta ja ennen kaikkea valmistustekniikasta, jotta lääke voidaan antaa syöttöletkun kautta niin, että se säilyttää tehonsa. Valmistajan ohjeet huomioon ottaen nestemäiset peroraaliset lääkkeet voidaan antaa sellaisenaan. (Hämäläinen ym. 2005, 37–38; Castrén 2001, 1236.)

Ruokailu voi viivästyttää lääkeaineiden imeytymistä hidastamalla mahan tyhjenemistä, koska suurin osa lääkeaineista imeytyy vasta ohutsuolessa. Tyhjään mahaan ottaminen tarkoittaa, että ruokailusta on kulunut vähintään kaksi tuntia ja seuraavaan ruokailuun on vähintään 1-2 tuntia. (Nurminen 2012, 67.) Ravitsemus tulee keskeyttää vähintään 30 minuutin ajaksi, jos lääke tulee antaa tyhjään mahaan PEG-letkua käytettäessä (Saano 2013, 207).

Lääkehoidon toteutuksessa PEG-potilaalla on hyvä huomioida, että opiaatit ja sympatomiimetit lamaavat suolta ja hidastavat peristaltiikkaa eli suolen supistumisliikettä. Suolen motiliteettiä eli liikkuvuutta ja mahalaukun tyhjentämistä hidastavat trisykliset masennuslääkkeet sekä atropiini ja antihistamiinit. Tärkeä huomio PEG-potilaan lääkehoidossa, jos PEG-potilaalla on käytössä varfariinilääkitys, sillä varfariinista ole olemassa nestemäistä muotoa. (Castrén 2001, 1236; Hämäläinen ym. 2005, 37–38.)

3.2 Ohjaus osana hoitotyötä

Ohjauksella tarkoitetaan käytännöllisen opastuksen antamista ja ohjauksen alaisena toimimista (Kettunen, Laitinen-Väänänen, Mäkelä & Vänskä 2011, 15). Ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa. Jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuutena on antaa ohjausta. Etenkin hoitajat pitävät potilaiden ja omaisten ohjausta merkittävänä osana omaa työtänsä. Alati lyhenevät hoitajakset ovat haaste hoitotyössä riittävälle ohjaukselle. Ohjauksen merkitys on kasvanut, mutta aikaa ohjaukselle on vähemmän. (Kyn-gäs ym. 2007, 5–25.)

Potilasohjausta ohjaa myös lait. Terveydenhuollon ammattilaisella on velvollisuus antaa potilaalle selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja hoitovaihtoehtoista. Selvitys on annettava potilaan ymmärryksen mukaisesti. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 5§.) Tämän lain lisäksi asianmukaista hoitoa täydentävät hoitosuositukset. Lait antavat ohjaukselle velvollisuuden ja mahdollisuuden tapahtua. (Kääriäinen 2007, 25.)

Hoitotyössä ohjaus on tavoitteellista toimintaa, joka tapahtuu tasa-arvoisessa vuorovai-kutuksessa hoitajan ja potilaan välillä. Ohjauksella pyritään edistämään potilaan kykyä parantaa tilannettaan haluamallaan tavalla. Ohjauksella autetaan potilasta ottamaan vas-tuuta omasta tilanteestaan ja löytämään omia voimavarojaan. Hoitaja tukee potilasta päätöksenteossa, mutta ei tee ratkaisuja potilaan puolesta. Hoitaja toimii ohjauksen asiantun-tijana, kun taas potilas on oman elämänsä asiantuntija. Ohjaus lähtee aina potilaan tar-peista ja on sidoksissa potilaan ja hoitajan taustatekijöihin, kuten ikään, motivaatioon ja arvoihin. (Kyn-gäs ym. 2007, 25–26.) Ohjauksen tulee olla yksilöllistä ja potilasta moti-voivaa (Hämäläinen ym. 2005, 19). Hyvä ohjaus edistää terveyttä ja voi parhaimmillaan parantaa potilaan elämänlaatua ja jopa vähentää masennusta (Kyn-gäs ym. 2007, 73).

Hyvä ohjaaja osaa ottaa selvää potilaan ennakkotiedon asiasta ja tietää, mitä potilaan olisi hyvä tietää lisää. Hyvä ohjaaja myös tunnistaa parhaan tavan, jolla potilas omaksuu tietoa itselleen. Ohjausta voidaan antaa eri menetelmin. Ohjausta voidaan antaa muun muassa yksilö-, ryhmä- ja puhelinohjauksena. Arvioiden mukaan potilaat muistavat jopa 90 pro-senttia ohjauksesta silloin, kun ohjaus on ollut audiovisuaalista. Laadukkaassa ohjauk-sessa tulisi siis käyttää suullisen ohjauksen tukena kirjallista tai kuvallista materiaalia. Suullisen ohjauksen ja muun ohjausmateriaalin tulee tukea toisiaan, eivätkä ne saa olla ristiriidassa. (Kyn-gäs ym. 2007, 73.)

3.2.1 Suullinen ohjaus

Ohjausta annetaan useimmiten suullisena, sillä vuorovaikutus on ohjauksen lähtökohta. Yksilöohjaus on oppimisen kannalta tehokkain ja potilaiden pitämä menetelmä. Yksilöohjaus mahdollistaa potilaslähtöisen ohjauksen ja vapaamman ilmapiirin. Ryhmäohjaus toisaalta säästää ohjaajan aikaa ja on taloudellisempi vaihtoehto. (Kyngäs ym. 2007, 74.) Ohjauksen tavoitteet asetetaan ennen ohjauksen aloittamista yhdessä potilaan kanssa. Tavoitteiden tulisi olla konkreettisia ja saavutettavissa sekä sopusoinnussa potilaan henkilökohtaisen elämän kanssa. Ristiriitaiset tavoitteet heikentävät hoidon onnistumista. (Kyngäs ym. 2007, 75.)

Cokmanin, Evansin ja Reynoldsin (1998) mukaan on olemassa kolme erilaista ohjaustapaa. Hyväksyvä tapa on vaihtoehto silloin, kun potilas on epävarma ja tunteet ovat pinnassa. Hyväksyvässä tavassa ohjaaja kuuntelee, nyökyttelee hyväksyvästi ja osallistuu vain kysyäkseen tarkennusta. Konfrontoivassa tavassa ohjaaja pyrkii osoittamaan potilaan puheen ja tekojen välisiä ristiriitoja. Konfrontoivaa tapaa käytetään ikään kuin herättämään potilas tosiasioihin. Katalysoivassa tavassa ohjaaja tekee avoimia kysymyksiä potilaan tilanteesta. Tavoitteena on auttaa potilasta selkiyttämään informaatiota ajattelun, päätöksenteon ja toiminnan pohjaksi. (Kyngäs ym. 2007, 43.) Motivoivassa ohjauksessa ohjaaja ilmaisee empatiaa, mutta tuo ilmi ristiriidan nykytilanteen ja tavoiteltavan tilanteen välillä. Motivoiva ohjaaja välttelee väittelyä ja tukee potilasta muutokseen. (Kyngäs ym. 2007, 49.)

Onnistunut ohjaus perustuu aktiiviseen kuunteluun. Hyvä kuuntelija kannustaa potilasta ilmaisemaan itseään ja osoittaa kiinnostuksensa potilaan asioihin. Tarkentavien kysymysten tekeminen on osa aktiivista kuuntelemista. Aktiivisessa kuuntelussa ohjaaja osaa eritellä kuultuaan ja tiivistää sisällöstä olennaisimmat hoitoon liittyvät seikat. Kuullun erittelyllä ohjaaja selkiyttää potilaan ajatuksia ja tiivistämällä kuultuaan potilas ymmärtää miten ohjaaja on ymmärtänyt hänen puheensa. Hyvä kuuntelija osaa erottaa potilaan käyttämiä perustelemisen keinoja ja arvioida puheen luotettavuutta. Ohjaaja tukee potilasta arvioimaan omia perustelujaan tuomitsematta, vaikka ohjaaja olisikin potilaan kanssa eri mieltä. Onnistunut ohjaus perustuu myös potilaan tilanteen ennakkotuntemukseen. On tärkeää tunnistaa potilaan aiempi taustatieto aiheesta, mitä hän haluaa oppia aiheesta ja

mikä on hänelle paras tapa oppia. Kun potilaalla on tarpeeksi tietoa, hän pystyy itse arvioimaan, mikä on hänelle hyväksi. Ohjaajan on myös tunnistettava omat taustatekijänsä, jotka vaikuttavat ohjaustilanteen syntymiseen. Hyvä ohjaaja luo tilanteen luottamukselliseksi ja rohkaisee potilasta kertomaan omat ajatuksensa. (Kyngäs ym. 2007, 48, 79–81.)

3.2.2 Kirjallinen ohje

Kirjallisella ohjeella tai oppaalla tarkoitetaan kirjallista ohjausmateriaalia, jota voidaan käyttää suullisen ohjauksen tukena. Kirjallisen materiaalin potilas saa useimmiten kotiin. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Materiaalin tulee tukea suullista ohjausta, eivätkä ne saa olla ristiriidassa (Kyngäs & Hentinen 2009, 115). Kirjallisten ohjeiden käyttö on lisääntynyt vähentyneiden ohjausmahdollisuuksien vuoksi. Potilailta myös nykyään odotetaan entistä parempia itsehoitovalmiuksia. Kirjallinen ohje voidaan lähettää potilaalle jo ennen hoitajakson alkua hyvän valmistautumisen ja hoidon onnistumisen takaamiseksi. Kirjallinen ohje luo potilaalle turvaa, sillä ohjeeseen voi tukeutua suullisen ohjauksen jälkeen. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Hyvä kirjallinen ohje voi auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa (Kyngäs & Hentinen 2009, 115).

Hyvä kirjallinen ohje on selkeä ja ymmärrettävä. Kielen tulee olla selkeää ja maallikon ymmärrettävissä. Mikäli ohjeessa käytetään lääketieteellisiä termejä, niiden tarkoitus tulee avata lukijalle. Ohjeen tulee vastata kysymyksiin mitä, missä, miksi, miten ja milloin. Kirjallisesta ohjeesta tulee ilmetä ohjeen tarkoitus ja kenelle ohje on suunnattu. (Kyngäs ym. 2007, 126–127.) Hyvä ohje puhuttelee potilasta. Ohjeen lukijan on ymmärrettävä ensisilmäyksellä, kenelle ohje on tarkoitettu. Puhuttelevan otsikon lisäksi heti ensimmäisestä virkkeestä tulee ilmetä, mistä ohjeessa on kysymys. Asioiden kertominen tärkeysjärjestyksessä on suositeltavaa ja lukijaa arvostavaa. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34–39.)

Potilasohjeessa käsitellään usein terveydentilaan liittyviä asioita. Fyysisen vaivan käsittelyn lisäksi hyvässä ohjeessa käsitellään ihmistä myös psykososiaalisena kokonaisuutena, kuten miten sairaus voi vaikuttaa mielenterveyteen ja aiheuttaako sairaus sosiaalisia ongelmia. Potilasohjeesta tulee löytyä hoitopaikan yhteystiedot ja myös yhteystiedot lisätiedon hankkimiseen. Opetettavan asian sisältö tulisi esittää vain pääkohdittain. Tärkeitä asioita voidaan painottaa lihavoimalla sanoja ja käyttämällä erilaista väritystä.

(Kyngäs ym. 2007, 126–127.) Hyvällä jäsentelyllä ja muotoilulla voidaan selkeyttää ohjeen ydinsanomaa. Tekstinkäsittelyohjelmilla voidaan käyttää erilaisia kirjaisintyypppejä, -värejä ja -kokoja. (Jämsä & Manninen 2000, 57.) Hyvän kirjallisen ohjeen kirjaisintyyppi on selkeä ja kooltaan vähintään 12. Tarpeeksi lyhyet kappaleet rytmittävät tekstiä ja helpottavat lukemista. Yhdessä tekstikappaleessa käsitellään vain yhtä asiaa kerrallaan ja virkkeet pyritään pitämään lyhyinä. (Kyngäs ym. 2007, 126–127.)

Selkeyttä voidaan lisätä myös kuvilla ja kaavioilla. (Kyngäs ym. 2007, 126–127.) Tuotteen esteettisyydellä voidaan herättää asiakkaan kiinnostus ja lisätä asiakkaan sitoutumista tuotteeseen (Jämsä & Manninen 2000, 103). Hyvin valitut kuvat ja kuvatekstit helpottavan ohjeen luettavuutta ja ymmärrettävyyttä. Kuvien käytössä kuitenkin tärkeää on muistaa tekijänoikeudet, sillä valmiit kuvat ovat suojattu tekijänoikeuksilla. Kuvien käytölle on aina kysyttävä lupa kuvien omistajalta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 41–42.)

3.3 PEG-potilaan ohjaus

Gastrostoomaa suunniteltaessa on PEG-potilaalle, hänen omaisilleen ja läheisilleen annettava tietoa ja ohjausta PEG-letkun laitosta, gastrostooman ja letkun hoidosta, ravitsemuksesta, korvauksista ja kustannuksista (Tiusanen 2013, 215). Kirjallinen ja suullinen ohje tai esite PEG-letkun hoitamisesta ja käsittelystä vähentää toimenpiteen jälkeisiä haittavaikutuksia PEG-potilaalla. Selitys PEG-letkusta on hyödyllinen sekä PEG-potilaalle, että hänen hoitajalleen, jotta hoitaja osaa ohjata PEG-potilasta laadukkaasti. (Joanna Briggs Institute 2010, 2–3.)

Laadukkaaseen PEG-potilaan ohjaukseen kuuluu perusteellinen selittäminen potilaalle, mikä on PEG-letku ja miksi potilaalle sellainen asennetaan. Laadukas ja onnistunut ohjaus tulisikin aloittaa jo ennen PEG-letkun asentamista kertomalla potilaalle PEG-letkusta ja sen tarkoituksesta. PEG-letkun asennuksen jälkeen laadukkaaseen ohjaukseen kuuluu PEG:in hoidon ohjaus. PEG-potilas tulisi ottaa heti alusta lähtien mukaan omaan hoitoonsa sekä PEG:in hoitamiseen. Tällöin PEG-potilaan omatoiminen PEG:in hoito on sujuvampaa ja PEG-potilaalle tulee varmempi olo suoritua itsenäisesti PEG:in hoidosta myös kotona. (Eloranta & Virkki 2011, 19.)

PEG-potilaan ohjauksessa on tärkeää kertoa sekä suullisesti että kirjallisesti mahdollisista komplikaatioista ja ongelmatilanteista, jotta potilas osaa toimia näissä tilanteissa oikein (Hämäläinen ym. 2005, 44). PEG-potilaan oppimisen ja asiaan sitoutumisen kannalta keskeistä on motivaatio. Motivaatio vaikuttaa tietoiseen ja tiedostamattomaan käyttäytymiseen ja se saa ihmisen toimimaan asetettua tavoitetta ja päämäärää kohti. Motivaatio sisältää päämäärän, jota tavoitellaan. Ohjaustilanteessa ohjaajan tehtävänä on auttaa PEG-potilasta muodostamaan tavoite sekä löytämään keinot päämäärän saavuttamiseksi. Ohjaustilanteessa PEG-potilaalla voi olla jo mielessään tavoite, jolloin ohjaajan tehtävänä on huolehtia, että tavoite on riittävän konkreettinen ja mahdollinen saavuttaa. Tavoitteen tulisi olla arvioitavissa sekä realistinen. PEG-potilaan tavoitteen tulisi olla myös positiivinen ja asteittain etenevä, jolloin se on myös aikaan saavutettavissa. Tavoitteen tulee olla myös ymmärrettävistä muotoiltu ja PEG-potilaalle merkittävä. (Eloranta & Virkki 2011, 62–63.)

3.3.1 PEG:in käytön ohjaus

PEG-potilaan tulee tietää mitä päivittäinen PEG:in hoito sisältää, vaikka PEG-potilas ei itse PEG:iä päivittäin hoida ja tällöin PEG-potilaalle tulee kertoa, että PEG:iä tullaan hoitamaan päivittäin sen toimivuuden varmistamiseksi. Aina ennen PEG-letkun tai sen ympäröivän ihon käsittelyä tulee pestä kädet, mikäli ne ovat likaiset sekä desinfioida. PEG-letkua käsiteltäessä on hyvä käyttää suojakäsineitä. (Hämäläinen ym. 2005, 44.)

Tärkeintä PEG:in käytön ohjauksessa on sen päivittäisen hoidon ohjaus. Ohjattavalle kerrotaan, että PEG-letkun päivittäinen hoito ehkäisee PEG-letkun tukkeutumiselta, mikä on yleisin komplikaatio PEG-potilaalla. Ohjauksen yhteydessä ohjattava voi itse tehdä samalla, kun ohjaaja kertoo mitä tehdään. Ensimmäisenä ohjattava arvioi, miltä PEG-letku ja PEG:iä ympäröivä iho näyttää. Ohjattavalle kerrotaan, mistä tunnistaa mahdollisen tulehduksen PEG:llä eli esiintyykö siinä punoitusta, eritystä, kuumotusta tai kipua. Mikäli PEG:llä on tulehdukseen viittaavaa, niin tällöin ohjataan ohjattavaa ottamaan yhteyttä lääkäriin, jolloin tulehduksen hoitaminen voidaan aloittaa. (Hämäläinen ym. 2005, 44–48; Tiusanen 2013, 216.)

Ohjattavalle ohjataan, että PEG:in juurta tulee huuhdella päivittäin huoneenlämpöisellä vedellä tai fysiologisella keittosuolaliuoksella ja kuivata tämän jälkeen taputellen. PEG:in erittäessä on hyvä laittaa PEG:in juurelle puhdas taitos suojaksi. Seuraavaksi ohjattava

kokeilee, että liikkuuko PEG-letku hyvin kanavassaan. Ohjattava ohjaa, että PEG-letkua voi pyöräyttää ja liikuttaa edes takaisin varovasti. Mikäli PEG-letku liikkuu, niin PEG-letku on paikoillaan, mutta jos PEG-letku ei liiku, niin tällöin gastrostooma on voinut ahtautua, jolloin ohjattavaa ohjataan ottamaan yhteyttä lääkäriin. Ohjattava ohjataan myös tarkastamaan PEG:in suojalaatan kireys. Suojalaatta tulee olla vapaasti ihon pinnalla eikä se saa painaa ihoa kuopalle. (Hämäläinen ym. 2005, 44–48; Tiusanen 2013, 216.)

PEG-letkun paikan tarkistamisen jälkeen PEG-letkua huuhdellaan 20–50 millilitralla huoneenlämpöisellä tai steriilillä vedellä. Ohjattava vetää ensin PEG-letkun pään kanssa sopivaan ruiskuun veden, liittää ruiskun pään PEG-letkun päähän ja avaa PEG-letkun klipsin ja ruiskuttaa veden PEG-letkuun tasaisella vauhdilla. Ohjaaja ohjaa tunnustelemaan, että onko PEG-letkussa vastusta, kun sitä huuhdellaan ja mikäli huuhtelu ei onnistu, niin PEG-letku on mahdollisesti tukkeutunut, jolloin tukkeumaa voi yrittää poistaa huuhtelemalla PEG-letkuun hiilihapollista juomaa esimerkiksi Coca-Colaa tai käyttämällä PEG-letkulle tarkoitettua harjaa. Jos PEG-letkun tukkeuma ei poistu näillä keinoilla, niin ohjataan ohjattavaa ottamaan yhteyttä lääkäriin. Pallollisen PEG-letkun balloonin veden määrä tulee tarkistaa säännöllisesti, esimerkiksi kerran viikossa. (Hämäläinen ym. 2005, 44–48; Tiusanen 2013, 216.)

Ennen letkuravitsemuksen syötön aloittamista ohjataan ohjattavaa tarkistamaan PEG-letkun toimivuus ja PEG-letkun oikea sijainti ruiskuttamalla vettä 20–50 millilitraa samalla tavalla kuin huuhtelun yhteydessä, mutta lisäksi aspiroimalla eli vetämällä ruiskuun takaisin. Mikäli ruiskuun tulee mahansisältöä, niin syöttö voidaan aloittaa. PEG-letkun oikea syvyys tarkistetaan katsomalla PEG-letkusta numero, joka kertoo PEG-letkun oikean syvyyden ja paikan. Ohjataan, että syötön tulee kestää vähintään 15 minuuttia ja jokaisen syötön jälkeen PEG-letkua huuhdellaan 20–50 millilitralla vettä sen tukkeutumisen ehkäisemiseksi. Ohjataan, että letkuravitsemuksen syötön yhteydessä PEG-potilaan tulee olla istuvassa tai puoli-istuvassa asennossa, jotta letkuravitsemusvalmiste lähtisi liikkeelle mahalaukusta suoleen. Ohjattavalle ohjataan syötön aikana tapahtuvista mahdollisista komplikaatioista, jotka tulisi tunnistaa. Ensimmäisenä on syötön aikana esiintyvä mahdollinen kipu vatsalla ja toisena on, että letkuravitsemusvalmiste ei tipu kunnolla, jolloin ohjataan keskeyttämään letkuravitsemus välittömästi ja ottamaan yhteyttä lääkäriin. (Hämäläinen ym. 2005, 45; Rautava-Nurmi ym. 2014, 264; Tiusanen 2013, 216.)

PEG-potilaan lääkehoidossa ohjataan varmistamaan lääkehoidon ohjeet, sillä letkuravitusvalmiste kuten normaali ruokailu vaikuttaa lääkeaineiden imeytymiseen. Mikäli lääke tulee antaa PEG-potilaalle tyhjiin vatsaan, niin edellisestä ruokailusta tulee olla kestänyt vähintään 1–2 tuntia ja seuraavaan ruokailuun tulee olla myös vähintään 1–2 tuntia. Mikäli ruokailu on jo aloitettu, niin tulee se keskeyttää 30 minuutin ajaksi, jolloin lääkkeet voidaan antaa ohjeiden mukaisesti. (Nurminen 2012, 67; Saano 2013, 207.) PEG-potilaan lääkehoidon yhteydessä tärkeintä on ohjata se, miten lääkkeet annetaan PEG-letkuun, jos PEG-potilas ei pysty lääkkeitä suun kautta ottamaan. Ohjattava ohjaa, että lääkkeitä ei saa koskaan laittaa PEG-letkuun kokonaisina ja jos PEG-letkussa on erillinen lääkkeenantoportti, niin tulee tätä käyttää ainoastaan lääkkeiden antamiseen. (Castrèn 2001, 1236; Hämäläinen ym. 2005, 37–38; Saano 2013, 207.)

Ohjaaja ohjaa tarkistamaan, mitkä lääkkeet voi jauhaa ja liuottaa veteen. Ohjauksessa on tärkeä painottaa, että jokainen lääke tulee liuottaa erikseen, jotta vältetään mahdollisilta lääkkeiden yhteis- ja sivuvaikutuksilta. Ohjataan, että jokainen lääke liuotetaan 15 millilitraan kädenlämpöistä vettä ja vedetään jokainen lääke omaan ruiskuun, joka on yhteensopiva PEG-letkun pään kanssa. Tärkeää ohjauksessa on ohjata huuhtelevaan PEG-letkua 10–20 millilitralla huoneenlämpöistä vettä jokaisen lääkkeen välissä, jolla varmistetaan, että aiemmin annettu lääke on saatu huuhdeltua PEG-letkusta eteenpäin. Ohjataan ohjattavaa huuhtelevaan PEG-letkua vielä 20–50 millilitralla huoneenlämpöistä vettä lääkkeiden annon lopuksi letkun tukkeutumisen ehkäisemiseksi. (Castrèn 2001, 1236; Hämäläinen ym. 2005, 37–38; Saano 2013, 207.)

PEG-potilaalla saattaa ilmetä iho-ongelmia tai muita mahdollisia komplikaatioita, jolloin ohjaajan on tärkeää ohjata näistä yleisimmät ja mitä näissä tilanteissa tulisi tehdä ja kuinka tulisi toimia. Ohjaaja ohjaa, että PEG-potilaan gastrostooma voi erittää ja tämä erite usein ärsyttää ja kuivattaa ihoa, jolloin ihoa tulisi huuhdella kuten PEG:in päivittäisen hoidon yhteydessä ja suojata imevällä sidoksella. PEG-potilaalla voi päästä vatsahappoa iholle, joka aiheuttaa peristomaaliekseemaa, jolloin on syytä varmistaa hoito-ohjeet hoitavalta yksiköltä. Peristomaaliekseemaa hoidetaan usein happosalpauksella ja huolehtimalla, että PEG:in suojalaatta pysyy paikoillaan. Ohjaaja ohjaa, että granulaatiokudoksen muodostuminen PEG:in aukon ympärillä voi olla mahdollista ja tämä tällöin vuotaa herkästi verta. PEG-potilaan ihoa ohjataan rasvaamaan ihoa perusvoiteella, joka suojaa gastrostooman ympäristöä. (Groundstroem ym. 2014, 2634; Hämäläinen ym. 2005,

47–48; Valvira 2014.) Ohjaajan on hyvä muistaa kertoa, että lääkäriin voi ottaa yhteyttä, jos tuntuu, ettei iho-ongelmien hoitaminen kotona onnistu tai ne tuntuvat vaativilta.

PEG-potilaan ohjauksessa kerrotaan, että PEG:in hoitoon liittyy myös PEG-letkun tai -napin vaihto. Vaihto tapahtuu usein kolmen kuukauden välein sekä aina tarvittaessa. Ohjaaja kertoo, että PEG-letkun irtoaminen on mahdollista, jolloin gastrostoomaan on hyvä laittaa väliaikaisesti esimerkiksi virtsakatetri, sillä gastrostooma ahtautuu nopeasti. PEG-letkun irrotessa tulee ottaa yhteyttä lääkäriin, jotta uusi PEG-letku voidaan asentaa. (Groundstroem ym. 2014, 2634.)

PEG-potilaan ohjauksen yhteydessä ohjaaja mainitsee, että PEG-potilas voi käydä suihkussa normaalisti PEG-letkun kanssa ja uiminen ja saunominen ovat mahdollista noin viikon kuluttua PEG-letkun asentamisesta. PEG-potilaan tulisi suojata PEG-letku saunottaessa esimerkiksi märällä pyyhkeellä, ettei letku kuumene ja polta ihoa sekä uידessa tulisi varmistaa, että PEG-potilaan PEG-letkun korkki on kiinni ja ihon varmasti terve. (Hämäläinen ym. 2005, 41.)

PEG-potilaalle ja ohjattavalle tulee painottaa suuhygienian tärkeyttä PEG-letkun hoidon lisäksi. Mikäli PEG-potilaan ravitsemus tapahtuu pääsääntöisesti PEG-letkun kautta, niin PEG-potilaan syljeneritys vähenee ja suun limakalvot kuivuvat. PEG-potilaan hampaiden reikiintyminen lisääntyy ja PEG-potilaalla saattaa ilmetä ientulehduksia. Tällöin ohjataan ehkäisemään näitä vähentämällä PEG-potilaan janon tunnetta ja raikastamalla sekä puhdistamalla PEG-potilaan suuta säännöllisesti. PEG-potilaan hampaat tulee harjata säännöllisesti kahdesti päivässä käyttäen pehmeää hammasharjaa ja herkälle suulle tarkoitettua hammastahnaa. (Hämäläinen ym. 2005, 42; Rautava-Nurmi ym. 2014, 264.). PEG-potilas voi käyttää myös kostutusgeeliä tai suuvettä, jos hampaiden harjaus ei onnistu. Jos PEG-potilaalla on hammasproteesit käytössä, niin tulee näitä hoitaa ja puhdistaa säännöllisesti proteeseille tarkoitettulla tahnalla. (Hämäläinen ym. 2005, 42.)

3.3.2 Psykkinen tukeminen

PEG-potilaan sairastuessaan tai muutoin eläessään vaikeaa vaihetta saattaa hän uupua, jolloin ensimmäinen askel toipumiseen ja itsensä hoitamiseen saattaa olla ulkopuolisen antama asiallinen lisätieto siitä, mikä tilanne on. PEG-potilas ymmärtää asioita paremmin

ja siihen liittyviä toipumismahdollisuuksia ja hoitomenetelmiä, kun uudet asiat saavat nimen ja määritelmän. Liian nopea ja asiantuntijakeskeinen tieto saattaa ahdistaa potilasta entisestään. (Ekström, Leppämäki & Vilén 2008, 69–71.) Hoitohenkilökunnan tulee osata arvioida potilaan kykyä käsitellä ja vastaanottaa tietoa, jotta tiedosta tulisi asiakkaan elämäntilannetta tukevaa. Arviointiin kuuluu haastattelun ja havainnoinnin lisäksi asiakkaan omien näkemysten ja voimavarojen huomiointi. PEG-potilaan oma näkemys ja hänen ymmärrykselleen muokattu tieto on tärkeää. Hoitohenkilökunta voi antaa erilaisia näkökulmia elämäntilanteen tarkasteluun, mutta myös samalla tarkentaa todellisuutta. PEG-potilaalle tieto sairaudesta ja sen mukana tulevista hoidoista saattaa saada asiakkaan miettimään omia tarpeitaan ja kehityshaasteitaan. Kehityshaasteita voivat olla PEG-potilaan omien toiveiden, haaveiden, tarpeiden ja voimavarojen suhde ympäristön vaatimuksiin ja odotuksiin. (Ekström ym. 2008, 69–71.) Jokainen PEG-potilas reagoi omalla tavallaan sairauteensa ja sen myötä PEG-letkuun ja muuttuneeseen kehonkuvaan. Keho, sairaus, ihmissuhteet ja kokemukset ovat kaikki yhteydessä toisiinsa. Tällöin olisi hyvä, että PEG-potilas itse määritteli kokemuksensa sairauden ja kehon välillä sekä sen, miten PEG-potilas kokee ympäristön vaikuttavan häneen ja hänen kokemuksiinsa. (Broom 2010, 191–194.) Mikäli PEG-potilas ei kykene kommunikoimaan sanoilla, niin puheterapeutin läsnäolo kommunikoinnin turvana olisi aiheellista.

Psyykkisesti väsyneelle PEG-potilaalle on merkittävää toisen ihmisen kannustus ja pienetkin hetkittäiset positiiviset tunnetilat antavat voimaa taistella vaikeuksia ja epäreilulta tuntuvia asioita vastaan. Uskon ja toivon säilyttäminen auttaa antamaan PEG-potilaalle voimaa hoitaa itseään. Toivo voi sisältää realistisia tavoitteita, mutta myös haaveita ja unelmia, jotta PEG-potilas voi uskoa huomiseen ja tulevaisuuteen ja täten muiden ihmisten tukeen ja omaan selviytymiseen. (Ekström ym. 2008, 69–71.)

3.3.3 Sosiaaliturva

PEG-potilaalla on oikeus saada kliinisistä ravintovalmisteistä erityiskorvausta, jos letkuravitsemuksen tarve PEG-potilaalla on useita viikkoja. Korvaus voidaan maksaa, kun lääkkeiden hintalautakunta eli Hila on vahvistanut valmisteelle korvattavuuden ja PEG-potilaalla on Kelan myöntämä korvausoikeus kliinisiin ravintovalmisteisiin. PEG-potilas hakee korvausoikeutta lääkärin kirjoittamalla B-lääkärinlausunnolla Kelasta. Korvausoi-

keuden myönnettyä PEG-potilas saa uuden Kela-kortin, josta löytyy merkitty korvausoikeuden numero, jonka avulla apteekki saa ajantasaiset tiedot asiakkaan korvausoikeuksista Kelalta. Kliiniset ravintovalmisteet ostetaan reseptillä apteekista ja reseptissä tulee olla kliinisen ravintovalmisteen nimen lisäksi pakkauskoko ja -muoto. (Kela 2016; Hämäläinen ym. 2005, 50–51.)

PEG-potilaalle maksetaan korvausta 50 euron alkuomavastuun täyttymisen jälkeen. Valtioneuvosto on asettanut kliinisiä ravintovalmisteitä tarvitsevat vaikeat sairaudet, joiden hoitoon käytettävistä kliinisistä ravintovalmisteista voidaan maksaa korvaus. PEG-potilas, joka tarvitsee päivittäin kliinisiä ravintovalmisteita, on valtioneuvoston ja Kelan mukaan korvausnumeroltaan 504 ja jonka korvaus on 65 prosenttia alkuperäisestä ravintovalmisteen hinnasta. (Kela 2016.)

PEG-potilaalla on oikeus lisäkorvaukseen, jos saman kalenterivuoden aikana alkuomavastuu kliinisistä ravintovalmisteista korvaamatta jääneiden ja korvauksen perusteena olevien kustannusten yhteismäärä ylittää vuosiomavastuun eli 610 euroa. Tällöin lisäkorvaus on 100 prosenttia 2,50 euron ylittävältä osalta. Tämä laki on tullut voimaan 1.1.2016. (Kela lakipalvelu 30.12.2015/1656.)

Hoitotarvikkeet saa kotikunnan hoitotarvikejakelusta ilmaiseksi, joita varten PEG-potilas on saanut selvityksen, jossa mainitaan hänen käyttämänsä syöttö- ja siirtoletku sekä hoitovälineet, joita yleisimmin ovat ruiskut ja sidetaitokset. Selvityksessä ilmenee myös tuotekoodit, kauppanimet ja arvioitu tarve viikossa tai kuukaudessa. Mikäli potilas tarvitsee syöttöpumpun kotiinsa, niin sen hankkimisesta sovitaan erikseen hoitopaikan tai kotikunnan kanssa. Usein syöttöpumpun saa lainaksi kotiin joiltakin yrityksiltä tai hoitopaikasta. Syöttöpumpun ohjeet tulevat kyseessä olevan laitteen mukana. (Hämäläinen ym. 2005, 50–51.) Korvattavuuden ja tukkuhinnan hakeminen tapahtuu Lääkkeiden hintalautakunnan hakemuslomakkeen avulla, joka löytää heidän internet-sivustolta (Lääkkeiden hintalautakunta 2015).

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on yksi ammattikorkeakouluissa tehtävän opinnäytetyön muoto. Toiselta nimeltään samaa tapaa kutsutaan myös toiminnalliseksi opinnäytetyöksi. Toisten opinnäytetyyppien sijaan tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä ei tehdä tutkimusta. Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tavoitteena on opastaa, ohjeistaa ja järjeistää toimintaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä on kaksi osaa, jotka ovat opinnäytetyön raporttiosuus sekä tuotos tai toiminta (Pohjannoro & Taijala 2007, 15).

Yleensä opinnäytetyön tuotoksena luodaan ohje tai toteutetaan tapahtuma. Toteutustapana voi olla esimerkiksi vihko, portfolio, kirja, kotisivut tai johonkin tilaan järjestetty tapahtuma. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Tuotokseen painottuvalla opinnäytetyöllä voidaan kehittää esimerkiksi eri alojen käytäntöjä ratkaisemalla ongelmia (Hakonen 2012). Aihe tuotokseen painottuvaan opinnäytetyöhön lähtee usein työelämän tarpeesta. Työelämästä toimeksiannettu opinnäytetyön aihe lisää kirjoittajan vastuuta omasta opinnäytetyöstään sekä opettaa projektinhallintaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 17.)

4.2 Opas PEG-potilaalle

Ohjelehti on tyypillinen informaation välittämisen muoto terveysalalla. Ohjeen asiasältö riippuu kohderyhmästä, ohjeen tarkoituksesta ja laajuudesta. Ohje voi olla tarkoitettu tukemaan suullista ohjausta tai tarkoitettu asiakkaan käyttöön ilman ammattihenkilön ohjausta. (Jämsä & Manninen 2000, 56.)

Useilla organisaatioilla on käytössään oma visuaalinen tyyli, jolla he yhtenäistävät painotuotevalikoimaa ja näin auttavat asiakasta tunnistamaan organisaation. Visuaalinen tyyli on myös osa organisaation imagoa. Toisaalta organisaatioille tyypilliset visuaaliset tyylit vaikeuttavat uusien tuotteiden visuaalista laadintaa. (Jämsä & Manninen 2000, 57.) Potilasohjeet luovat myös kuvaa organisaation johtamistavoista ja hoitoideologioista (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34).

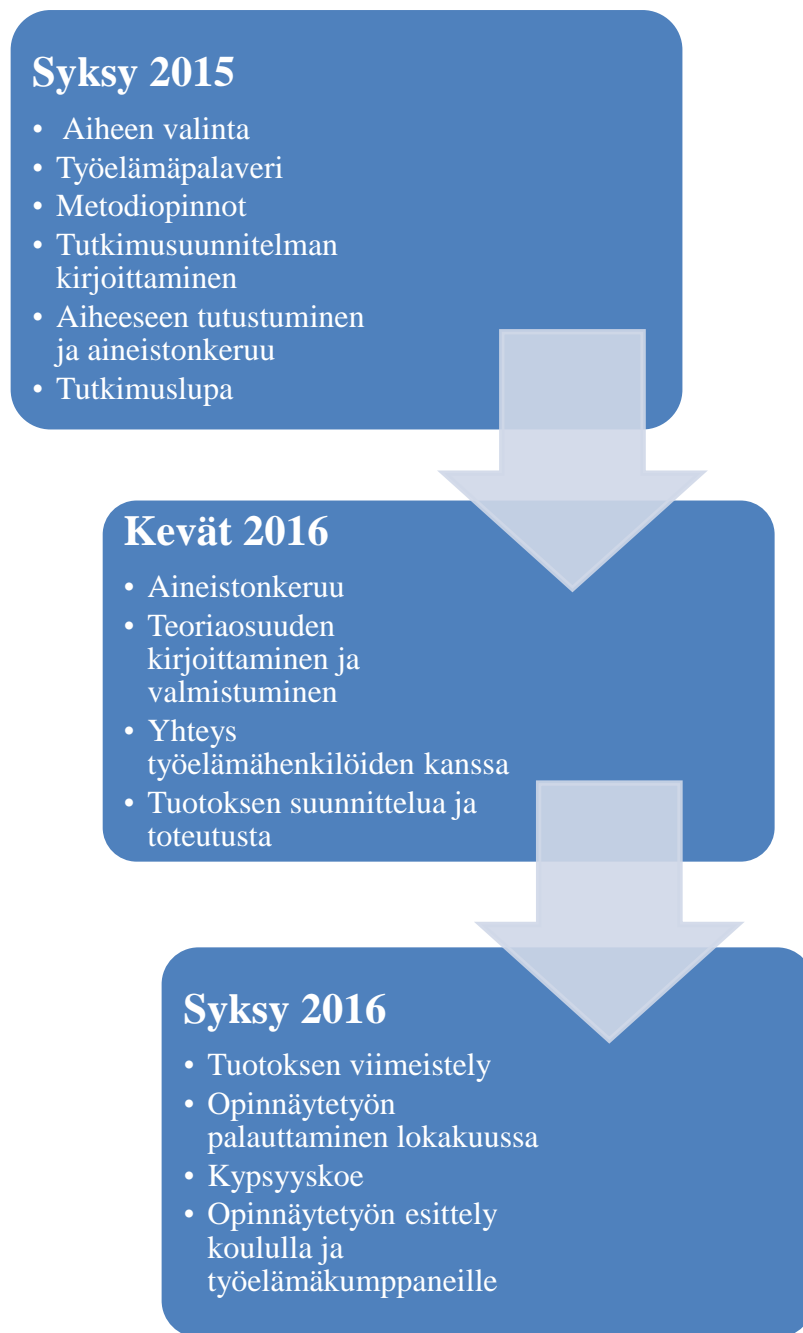
Tämän työn tuotoksena tulee olemaan kirjallinen ohje, joka on tarkoitus antaa PEG-potilaalle hänen kotiutuessaan sairaalasta. Ohje tulee myös olemaan hoitajien ohjauksen apuväline. Ohje toteutetaan työelämäkumppanien toiveiden mukaisesti. Työelämäkumppanien toiveena on yksinkertainen ja selkeä ohjevihko, jossa on mahdollisimman paljon kuvilla havainnollistettuja ohjeita. Ohjeita on toivottu muun muassa ruokailun aloittamisesta ja lopettamisesta, asennon tärkeydestä ruuan tiputuksen aikana, lääkkeiden ottamisesta PEG:in kautta, retention tarkistamisesta, huuhtelun ohjaamisesta, PEG:in yleisestä hoidosta sekä ongelmatilanteissa toimimisesta. Koska kyseiseltä osastolta potilas saa mukaansa erillisen ohjeen syöttöpumpun käytöstä, emme käsittele aihetta oppaassamme.

4.3 Opinnäytetyön aikataulu

Opinnäytteen toteuttaminen aloitettiin syksyllä 2015. Valitsimme aiheen, sillä halusimme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön ja aihe kiinnosti meitä molempia. Ensimmäisen työelämäpalaverin pidimme lokakuussa 2015, jossa täsmensimme aihetta ja työelämäkumppanien tarpeitaan tuotokselle. Työelämäpalaverissa kävi ilmi, että heillä olisi tarvetta kirjalliselle ohjeelle, joka voidaan antaa potilaalle tämän kotiutuessa ensimmäistä kertaa PEG:in kanssa. Ohje tulisi myös käyttöön hoitajille suullisen ohjauksen tueksi. Opinnäytetyön suunnitelma valmistui joulukuussa 2015, jonka jälkeen saimme tutkimusluvan opinnäytetyön tekemiselle.

Opinnäytetyön raporttiosuutta kirjoitimme kevään 2016 aikana. Aikatauluksi sovimme, että saamme teoriaosuuden kirjoitettua valmiiksi toukokuussa. Kun olimme saaneet raporttiosuuden kirjoitettua lähes valmiiksi, olimme uudestaan yhteydessä työelämäkumppaneihin vielä täsmentääksemme heidän tarpeitaan oppaan sisältöön. Työelämäkumppanit toivoivat yksinkertaista ohjetta kotiutuvalle PEG-potilaalle, jossa olisi mahdollisimman paljon kuvilla havainnollistettuja ohjeita PEG:in käytöstä. Tuotoksen suunnittelun ja toteutuksen aloitimme toukokuussa 2016 ja opas valmistui alkusyksyn aikana. Opinnäytetyö palautettiin lokakuussa. Kypsyysnäytteeseen osallistumme marraskuussa ja valmiin opinnäytteen esittelemme koululle ja työelämäkumppaneille joulukuussa.

Opinnäytetyön aikataulu esitellään Kuviossa 2.



KUVIO 2. Opinnäytetyön aikataulu

5 POHDINTA

5.1 Toiminnallisen opinnäytetyön prosessi

Toiminnallinen opinnäytetyö on kehittämistyö, joka kehittää, ohjeistaa, järjestää tai järjestelee työelämässä käytännön toimintaa. Toiminnallisella opinnäytetyöllä on yleensä toimeksiantaja. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapana voi olla esimerkiksi kehittämissuunnitelma, jokin tuote tai projekti, kirja, opas, video tai jonkin tilaisuuden tai tapahtuman suunnitteleminen ja järjestäminen. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää kaksi osaa, joita ovat opinnäytetyön raportti sekä toiminnallinen osuus. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen tulee pohjautua ammattiteorialle ja sen tuntemukselle, joten tällöin toiminnallisen opinnäytetyönraportin tulee sisältää teoreettisen viitekehyksen. Toiminnallisen opinnäytetyön raportoinnin tulee täyttää tutkimukselle asetetut vaatimukset, joita voi hyödyntää toiminnallisen opinnäytetyön prosessissa. (Lumme ym. 2015.) Vaatimuksina ovat se, että toiminnallisen opinnäytetyön on tuotettava jotakin, jota ei ole ennen tuotettu. Opinnäytetyöstä on myös oltava hyötyä muille sekä sen on annettava riittävät perusteet julkiselle keskustelulle. Opinnäytetyön on myös määriteltävä tutkimuskohde siten, että lukija sen kykenee tunnistamaan. (Vilka 2015, 30-33.)

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalvelut ja työyhteisöhenkilönämme toimi Tampereen Hatanpään erään vuodeosaston hoitohenkilökunta. Toiminnallisen opinnäytetyön prosessi alkoi tutkimusprosessin mukaisesti ensimmäisestä vaiheesta eli ideatasosta. Ideatasolla saimme opinnäytetyömme aiheen toimeksiantajaltamme ja samassa selvisi tutkimusmenetelmä, sillä toimeksiantajamme määritteli valmiiksi, että tarkoitus oli tuottaa opas eli menetelmä on toiminnallinen opinnäytetyö. Työyhteisöpalaverissa saimme selville toimeksiantajamme painopisteet, strategian ja arvot, joita hyödynsimme ja noudatimme tuottaessamme opinnäytetyötämme. Toimeksiantaja toivoi oppaasta visuaalista opasta, jossa olisi yksinkertaiset ja lukijalle helposti ymmärrettävissä olevat ohjeet. Ideatasolla keräsimme aineistoa ja määrittelimme teoreettisen viitekehyksen ja keskeiset käsitteet, joiden avulla saimme alun opinnäytetyön raportin laatimiselle. Sitoutumistasolla teimme tutkimussuunnitelman, jonka perusteella saimme tutkimusluvan. Kolmannella tasolla eli toteutuksessa hankimme lisää aineistoa, jota luokittelimme ja tulkitsimme. Määrittelimme, mikä on olennaista tietoa meidän opinnäytetyössämme. Kirjoittamistasolla kirjoitimme opinnäytetyömme prosessia

sekä kehittelimme tuotostamme. Kävimme itse valokuvaamassa tuotokseemme eli oppaaseen kuvia visualisoidaksemme opasta. Lähetimme oppaan ensimmäisen version toimeksiantajallemme arvioitavaksi, jotta saisimme mielipiteitä oppaan sisällöstä ja ulkonäöstä. Opinnäytetyömme viimeinen vaihe eli tiedottaminen sisälsi opinnäytetyöraportin sekä tuotoksen esittämisen. Tiedottamisen osuudessa toimivat mukana vertaisarvioijat sekä toimeksiantaja, jolloin opinnäytetyötä arvioidaan sen hyödynnettävyyden ja sisällön osalta. (Vilkkä 2015, 57–85.)

5.2 Eettisyys ja luotettavuus

Vaikka toiminnallinen opinnäytetyö ei ole tutkimus, on työtä tehdessä silti oleellista käyttää tutkivaa asennetta. Tutkivalla asenteella tarkoitetaan kirjoittajien valintojen joukkoa, perustelua ja tarkastelua aiheeseen liittyen. Toiminnallisen opinnäytetyön lähteet sekä viitekehys tulee olla peräisin kyseisen alan kirjallisuudesta. Toiminnallisen opinnäytetyön raportin tunnuspiirteitä ovat argumentointi, ammattialan erikoiskielen käsitteiden määrittely, tiedon varmuusasteen ilmaiseminen, sanavalintojen täsmällisyys, raportin rakenteen johdonmukaisuus sekä lähteiden käyttö ja niihin viittaaminen tekstissä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 81, 154.) Tässä opinnäytetyössä kaikkia näitä tunnuspiirteitä on noudatettu ja työn tavoitteena on ollut luotettavuus sekä eettisyys.

Olemme käyttäneet opinnäytetyössämme paljon suomalaisia luotettavia lähteitä ja pyrkineet käyttämään aina ajankohtaisia lähteitä. Olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman paljon primaarisia eli ensikäden lähteitä. Olemme käyttäneet paljon Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin erilaisia artikkeleja. Duodecim on Suomen suurin tieteellinen yhdistys (Duodecim 2016). Lääketieteellisten artikkelien lisäksi olemme myös käyttäneet paljon hoitotyön lähteitä, muun muassa tuoreita oppikirjoja. Tuoreita hoitotyön lähteitä koskien PEG:iä löytyi hyvin vähän. Ulkomaisina lähteitä olemme käyttäneet Joanna Briggs Institutea sekä lisäksi yhtä tutkimusta. Olemme käyttäneet työssämme Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeita.

Yhtenä työn luotettavuuden merkinä voidaan siis pitää lähdekritiikkiä. Lähdekriittisyys on muun muassa arvioida lähteen aitoutta, primaarisuutta, riippumattomuutta sekä kirjoittajan taustan selvittämistä. Lähteen kirjoittajan ammattitaitoa voi arvioida muun muassa selvittämällä kirjoittajan arvostettavuus tiedepiireissä. Kirjoittajan käyttämät arvo-

valtaiset lähteet sekä oikein merkityt lähdeviitteet kertovat ammattitaitoisuudesta. (Mäkinen 2006, 128–129.) Myös lähteen ikä on osa luotettavuutta, sillä riippumattomuudesta huolimatta hoitosuosituksot muuttuvat ja teknologia kehittyy.

Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Tampereen sairaala- ja kuntoutuspalveluiden erään vuodeosaston kanssa. Yhteistyökumppaneiden nimeä ei ole työssä erityisesti suojeltu, sillä lähteenä on käytetty ainoastaan kirjallisuutta eikä esimerkiksi henkilöhaastatteluja. Tuotoksessa oleviin kuviin valitun henkilön henkilöllisyyttä ei pysty kuvien perusteella selvittämään. Työssä on siis käytetty riittävää yksityisyydensuojaa työn luonteeseen nähden. Opinnäytetyömme tuotoksen tekijänoikeudet siirtyvät yhteistyökumppaneille, kun luovutamme työmme heidän käyttöönsä. Olemme antaneet oikeuden laittaa työn Tampereen kaupungin sähköiseen intraan, Loraan, josta hoitohenkilökunta voi sen ladata. Tarpeen mukaan työtä voi muokata vapaasti. Luotettavuuden merkinä tämä opinnäytetyö palautetaan arvioitavaksi plagiointitunnistuspalveluun Urkundiin, joka tarkistaa, ettei työssä ole käytetty plagiointia.

5.3 Tuotoksen pohdinta ja kehittämismahdollisuudet

Työmme tarkoituksena oli tuottaa opas Hatanpään puistosairaalan eräiden vuodeosastojen käyttöön. Opas annetaan potilaalle kotiutumisvaiheessa ja opas toimii myös hoitajien apuvälineenä ohjauksessa. Saimme opinnäytetyön aiheen vuodeosaston henkilökunnalta, sillä he kokivat oppaalle olevan tarvetta eikä vastaavaa opasta heillä ollut käytössä. Työelämäpalaverissa kävimme läpi, millaista sisältöä oppaassa tulisi olla. Koska opas on lyhyt, rajasimme aiheet pieniin mutta tärkeisiin pääkohtiin. Olemme pyrkineet vastaamaan täysin osaston ilmoittamiin tarpeisiin asiasisällöllä. Opas siis tulee toivottavasti toimimaan osastolla hyvin ja ohjausta tekevät hoitajat kokevat saavansa hyötyä oppaasta.

Toivomme, että opas tavoittaa PEG:in saaneen potilaan ja oppaasta saadun tiedon avulla hänen voi olla helpompi sitoutua hoitoonsa. Koska sairastuminen aiheuttaa usein epävarmuutta, on tärkeää, että sairastunut ja hänen omaisensa saavat riittävästi tietoa, joka on ymmärrettävässä muodossa. Tiedonsaaminen voi tutkimusten mukaan rohkaista osallistumaan omaan hoitoon ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Riittävä tiedonsaanti vähentää ahdistusta ja pelkoa liittyen sairauteen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 24.)

Saimme vapaat kädet oppaan visuaalisuuteen. Halusimme tehdä oppaasta ajattoman ja neutraalin. Yhteistyökumppaneiden toiveena oli saada oppaaseen paljon kuvia. Kävimme ottamassa kaikki kuvat itse ja pyrimme laittamaan oppaaseen mahdollisimman paljon kuvia. Kuvaustilanteessa oli mukana osaston henkilökuntaa, jotka auttoivat miettimään millaisia kuvia oppaassa olisi hyvä olla. Myös tekijänoikeuksien kannalta omien kuvien ottaminen oli järkevää.

Koemme onnistuneemme tuotoksessa tavoitteiden mukaisesti. Aikaa oli käytettävissä riittävästi ja työelämäyhteistyö toimi hyvin. Konkreettiset toiveet ja ehdotukset yhteistyökumppaneilta edesauttoivat oppaan tekoa. Kun opas on ollut osaston käytössä riittävän kauan, nähdään, onko opas tarkoituksen mukainen ja miten sitä voisi kehittää. Oppaan kehittäminen tapahtuisi hoitohenkilökunnan sekä potilaiden käyttökokemusten pohjalta. Paremmat ATK- ja kuvankäsittelytaidot olisivat mahdollistaneet oppaan visuaalisemman ulkonäön.

LÄHTEET

- Ahtola, H., Pohju, A. & Saarnio, J. 2014. Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. Duodecim 130.
<http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/xmedia/duo/duo11943.pdf>
- Broom, B. 2010. Sairaus täynnä merkityksiä. Kokemukset ja merkitykset fyysisen sairauden aiheuttajina. Tampere: PT- kustannus.
- Castrén, M. 2007. Enteraalinen ravitsemus. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. 2.-3.painos. Helsinki: Duodecim.
- Castrén, M. 2007. Enteraalisen ravitsemuksen suuntaviivat. Duodecim. 123. 2257-2265.
www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96763.pdf Luettu 22.1.2016 Luettu 20.1.2016
- Castrén, M. 2001. Miksi letkuruokinta ei onnistu? Duodecim 117, 1233-1239. Luettu 10.2.2016. www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/xmedia/duo/duo92320.pdf
- Duodecim. 2016. Luettu 4.9.2016. www.duodecim.fi
- Ekström, L., Leppämäki, P. & Vilén, M. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Groundstroem, K., Heino, M. & Halttunen, J. 2014. Enteraalisen ravitsemuksen komplikaatioita voi välttää. Suomen lääkärilehti 41/2014 69, 2632-2634. Luettu 20.1.2016.
www.laakarilehti.fi/pdf/SLL412014-2632.pdf
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A. & Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitsemus. Helsinki: WSOY.
- Hakonen, P. 2012. Toiminnallisen opinnäytetyön erityispiirteitä. Päivitetty 3.9.2012. Luettu 25.4.2016. <https://wiki.metropolia.fi/pages/viewpage.action?pageId=57182852>
- Hämäläinen, E., Kiho, E., Kulmala, M., Lehesvuori P., Naumanen, L., Paasikivi, K., Paasanen, E. & Siljamäki-Ojansuu, U. 2005. PEG-potilaan hoito-opas henkilökunnalle. Dieettimedia Oy.
- Inkinen, R. & Volmanen, P. 2016. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. Luettu 20.7.2016
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kela. 2016. Lääkkeet ja lääkekorvaukset. Kliiniset ravintovalmisteet. Luettu 11.2.2016.
www.kela.fi/laakkeet-ja-laakekorvaukset_kliiniset-ravintovalmisteet.

Kela lakipalvelu. 2016. Sairasvakuutuslaki. 21.12.2004/1224. Korvaus kliinisestä ravintovalmisteesta ja perusvoiteesta. 7 § (16.11.2012/622). Luettu 11.2.2016.
<http://plus.edilex.fi/kela/fi/lainsaadanto/20041224/L5P7M2>

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopisto. Oulun yliopistollinen sairaala. Luettu 13.5.2016.
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>

Lumme, R., Leinonen, R., Leino, M., Falenius, M. & Sundqvist, L. 2015. Monimuotoisen/toiminnallinen opinnäytetyö. Luettu 23.8.2016.
<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html viitattu 20.7.2016>

Lääkkeiden hintalautakunta. 2015. Lomakkeet ja ohjeet – kliiniset ravintovalmisteet. Luettu 11.2.2016. www.hila.fi/fi/hakeminen_ ja_ ilmoitukset/korvattavuus_ ja_ tukku-hinta/kliiniset_ravintovalmisteet;jsessionid=fcded094a9dcaad1d0307517d41a

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nurminen, M-J. 2012. Lääkehoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Nutricia. 2013. Letkuravitsemuksen kotihoito-opas. Newprint Oy.

Pohjannoro, H. & Taijala, B. 2007. Näkökulmia toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Tampereen ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Opettajankoulutuksen kehittämishanke.

Rautava- Nurmi, H., Westergård A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2014. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Rahnemai-Azar, AA., Rahnemaiazar, AA., Naghshizadian, R., Kurtz, A. & Farkas, D. 2014. Percutaneous endoscopic gastrostomy: Indication, technique, complications and management. Word Journal of Gastroenterology. Luettu 24.1.2016
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4069302/

Remes, V. & Seikku, L. 2005. Tavallisimmat aikuisten gastrointestinaaliset stomiat. Käyttöaiheet ja ongelmat. Suomen lääkärilehti 3/60. Luettu 12.2.2016.
www.fimnet.fi.elib.tamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL32005-265.pdf

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamista sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki. Luettu 12.2.2016. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113244/opp_0532_laakehoito_verkko_korjattu.pdf?sequence=1

The Joanna Briggs Institute. 2010. Perkutaanisen gastrostomialetkun (PEG) haittavaikutusten ennaltaehkäisy ja hoito aikuisilla. JBI-suositus. 14/10. Luettu 25.1.2016 www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-10_0.pdf

Tiusanen, T. 2013. Ravitsemusavanneletku. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim.

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

Valvira. 2014. Letkuravitseminen. Luettu 24.1.2016 www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/letkuravitseminen

Valvira. 2016. Perkutaaninen endoskooppinen gastrostomia. Päivitetty 27.1.2016. Luettu 8.2.2016. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/letkuravitseminen/perkutaaninen-endoskooppinen-gastrostomia>

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: PS- kustannus.

LIITTEET

Liite 1. Opas PEG-potilaalle kotiin

