

PEG- POTILAAN HOITOPROSESSI



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Visamäki, sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, kriisityö

kevätlukukausi, 2017

Pia Riipinen

YAMK, sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, kriisityö
Kampus Visamäki

Tekijä Pia Riipinen **Vuosi** 2017

Työn nimi PEG-potilaan hoitoprosessi

Työn ohjaaja Leena Packalén

TIIVISTELMÄ

PEG- potilaan (perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma) hoidon laadun ja turvallisuuden edistämiseksi on Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä (Phyky) perustettu moniammatillinen PEG- prosessiryhmä. Ryhmän toimesta on kehitetty PEG potilaan ohjausta, hoito- ohjeita ja laadittu hoitoprosessi. Hoitoprosessin kehittämisen jälkeen ydinryhmä koki ongelmaksi hoitoprosessin implementoinnin sekä ohjauksen tueksi kehitetyn verkkomateriaalin vähäisen käyttöasteen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli päivittää PEG- potilaan hoitoprosessi ja potilasohjeet ja ohjauksessa käytettävä verkkomateriaali. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla tuottaa tietoa, jonka avulla edistetään hoitoprosessin implementointia.

Opinnäytetyön toteutuksessa on käytetty toimintatutkimuksellista otetta päivitettäessä PEG- potilaan hoitoprosessia, potilasohjeita ja verkkomateriaalia sekä haettu vastausta tutkimuskysymyksiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. Kahden menetelmän käytöllä on edistetty kattavan kuvan saamista tutkimuksen kohteesta.

Tutkimustulosten mukaan PEG- potilaan hoitoprosessin laatimisessa ja implementoinnin edistämässä korostuu johtamisen merkitys, moniammatillisuuden hyödyntäminen prosesseja ja ohjeita kehitettäessä, prosessien toteutumisen arviointi, verkostoitumisen tärkeys muutosagentteja hyödyntämällä sekä henkilöstön että asiakkaiden kouluttaminen monipuolisia menetelmiä käyttäen, sähköisten palveluiden kehittäminen ja potilaspalautteiden hyödyntäminen kehittämistyössä.

Avainsanat PEG- potilas, hoitoprosessi, kehittäminen, toimintatutkimus, kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Sivut 131 sivua, joista liitteitä 44 sivua

Master's thesis Social and health care development and management, crisis intervention
Campus Visamäki

Author	Pia Riipinen	Year 2017
Subject	Gastrostooma patient's treatment process	
Supervisor	Leena Packalén	

ABSTRACT

To promote gastrostooma patients care and safety Päijät Häme Welfare Corporation set up a multiprofessional team. Team developed patient education, care instructions and prepared the treatment process. After the development of the process, the team experienced problem in the process implementation and low capacity in using the guidance material.

The purpose of this study was to update the gastrostooma patient care process, patient instructions and online material. The aim of the study was to produce information that promotes implementation of the nursing process.

Thesis was made with help of two methods. The methods used are functional research method and describing literature review. Functional research method was used in updating care process, patient's instructions and online material. Describing literature review was used to get answer to investigation questions. The material selection was carried out explicitly. Using the two methods has been promoted from a comprehensive picture of research.

The results showed that the preparation of gastrostooma patients treatment process and the promotion of implementations underscore the importance of management, use of multidisciplinary team, the importance of change agents, using variety methods when training the staff and customers, development of electronic services and use of patient feedback in the development.

Keywords Gastrostooma patient, treatment process, development, operational Research, describing literature review

Pages 131 pages including appendices 44 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TUTKIMUKSEN TAUSTA	2
2.1	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	3
2.2	Opinnäytetyön toteutus.....	3
3	VAIHE I OPINNÄYTETYÖN TOIMINNALLINEN OSUUS.....	4
3.1	Toimintatutkimus kehittämisessä	4
3.2	Toimintaympäristön kuvaus.....	7
3.3	Verkko- oppimisalusta Pätevä.....	10
3.4	Potilasturvallisuuden edistäminen.....	10
3.5	Prosessiajattelu sosiaali- ja terveyspalveluissa	12
3.5.1	Prosessijohtaminen	13
3.5.2	Lean filosofia.....	14
3.5.3	Hoitoprosessin onnistumisen arviointi.....	16
3.5.4	Terveystuon organisaatioiden prosessityypit	17
3.5.5	Hoitoprosessin kuvaaminen	17
3.5.6	IMS- järjestelmä.....	18
3.6	PEG- potilas	19
3.6.1	PEG- letkun indikaatiot ja kontraindikaatiot	20
3.6.2	PEG- letkun laittotekniikka	22
3.6.3	PEG- letkun poistaminen	24
3.6.4	Komplikaatiot ja ongelmatilanteet.....	24
3.6.5	Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä käytettävät PEG- letkut	29
3.6.6	PEG- potilaan hoito.....	33
3.6.7	Ihohoito	34
3.6.8	Ravitsemusvalmisteiden laitto	35
3.6.9	Lääkehoidon periaatteet	37
3.6.10	Nielemisen tutkiminen ja kuntoutus	39
3.6.11	PEG- potilaan ohjaus	39
4	YHTEENVETO TOIMINTATUTKIMUKSELLISESTA OSUUDESTA.....	41
5	VAIHE II OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS.....	43
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	44
5.1.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsauksen prosessina	44
5.1.2	Aineiston analyysi.....	46
5.2	Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen toteutus	47
5.2.1	Tiedon keruu.....	48
5.2.2	Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset.....	50
6	PEG- POTILAAN HOITOPROSESSI ASIAKKAAN NÄKÖKULMASTA	53
6.1	Asiakaslähtöisyys.....	53
6.2	Palveluprosessien avoin kuvaaminen	54

6.3	Potilaspalautteet laadun kehittämisessä	55
6.4	Hoitotyön laadukkuuden edistäminen.....	56
6.5	Hoitotyön turvallisuuden edistäminen	56
6.6	Hoitotyön eettisyys	57
7	PEG- POTILAAN HOITOPROSESSI ORGANISAATION NÄKÖKULMASTA	58
7.1	Strategialähtöisyys	59
7.2	Palveluprosessien kuvaaminen	59
7.3	Toiminnan seuranta	60
7.4	Turvallisuuden ja laadukkuuden edistäminen	61
8	HOITOPROSESSIN TOTEUTUMISEN EDISTÄMINEN	62
8.1	Johtamisen merkitys hoitoprosessin implementoinnissa.....	62
8.2	Toimintakulttuurin muutos	64
8.3	Kehittämistyöhön innostuneet kehittäjät ja muutosagentit	65
8.4	Verkostoituminen.....	66
8.5	Potilaspalautteet toiminnan kehittämisessä	66
8.6	Moniammatillisuus.....	67
8.7	Kouluttaminen.....	67
8.8	Sähköisen palveluiden kehittäminen	68
9	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	69
9.1	Tulosten tarkastelu.....	70
9.2	Luotettavuus ja eettisyys	73
9.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	77
	LÄHTEET	79

Liitteet

Liite 1	Tutkimuslupa
Liite 2	PEG- potilaan kotihoito-ohje Phhyky
Liite 3	PEG- potilaan ongelmat kotihoito-ohje Phhyky
Liite 4	Ballongillisen syöttöletkun kotihoito-ohje Phhyky
Liite 5	Ballongillisen syöttöletkun vaihto kotihoito-ohje Phhyky
Liite 6	Ballongillinen syöttönappi kotihoito-ohje Phhyky
Liite 7	Ballongillisen syöttönappin vaihto kotihoito-ohje Phhyky
Liite 8	Duodopa PEG- potilaan kotihoito-ohje Phhyky
Liite 9	Mic Introducer Kit kotihoito-ohje Phhyky
Liite 10	Kirjallisuuskatsauksen eteneminen
Liite 11	Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen eteneminen
Liite 12	Yhteenvedo kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista
Liite 13	Sisällön analyysin eteneminen

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuteen vaikuttavat poliittinen ohjaus ja tahto, arvoperusta sekä yhteiskunnalliset muutokset. Keskeisenä tavoitteena on, että kaikilla kansalaisilla olisi samanlaiset mahdollisuudet terveelliseen ja turvalliseen elämään. (STM 2012.) Päijät Hämeen hyvinvointikuntayhtymä (Phhyky) kehittää hankkeissaan strategista johtamista uudistamalla palvelukokonaisuuksia entistä enemmän prosessinomaiseksi ja asiakaslähtöisiksi (PHSOTEY 2014b; PHSOTEY 2016.) Kokonaisuuksia kehiteltäessä keskeinen kysymys on se, kuinka käytettävissä olevat rajalliset resurssit käytetään. Prosessinäkökulmasta tarkastellaan prosessien sujuvuutta, toimintavarmuutta ja kustannustietoisuutta. (Rissanen – Lammin-takanen 2011, 82 – 83; PHSOTEY 2014b.) Tavoitteena on tarjota asiakkaille laadukkaita ja vaikuttavia palveluita, omistajille tehokasta ja ennakoitavaa toimintaa sekä henkilöstölle hyvinvointia ja ammatillisen kasvun mahdollisuuksia. (PHSOTEY 2014b.)

Yksi paljon palveluita käyttävä asiakas ryhmä ovat PEG- potilaat (perkuutaaninen endoskooppinen gastrostooma). Käypä hoito suositusten mukaan ravitsemusavanneletkun laittoa on harkittava aina, kun potilas tarvitsee yli kuukauden kestävästä letkuravitsemusta. Tavallisin potilasryhmä, joka ravitsemusavanneletkua tarvitsee, ovat neurologiset potilaat. Muita letkun käyttöä edellyttäviä sairauksia ovat ruuansulatuskanavan yläosan tai kaulan kasvaimet. Ravitsemusavannetta suunniteltaessa on potilaalle, hänen omaisilleen ja läheisilleen annettava tietoa ja ohjausta PEG- letkun laitosta, avanteen ja letkun hoidosta, ravitsemuksesta, kustannuksista ja korvauksista. (Espen 2005; Conroy, T. 2009; Käypä hoito 2009; Käypä hoito 2010; Käypä hoito 1/2012; Käypä hoito 11/2012; Käypä hoito 12/2012; Valvira 2016.)

PEG- potilaiden hoidon laadun parantamiseksi ja turvallisuuden edistämiseksi on Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä perustettu prosessiryhmä. Ryhmän toimesta on kehitetty PEG- potilaan ohjausta, hoito- ohjeita ja laadittu hoitoprosessi. Tavoitteena on asiakkaan näkökulmasta potilasturvallisuuden edistäminen niin, että hän saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan, oikealla tavalla oikeiden toimijoiden toimesta ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (Joanna Briggs Institute 2010; PHSOTEY 2013; PHSOTEY 2014b.)

Hoitoprosessin kehittämisen jälkeen ydinryhmä on kokenut ongelmaksi hoitoprosessin, potilasohjeiden ja verkkomateriaalin hyödynnettävyyden vähäisyyden ja rajoittumisen keskussairaalan sisäiseksi. Tässä tutkimuksessa lähdettiin hakemaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla vastausta siihen, mitä hyötyä PEG- potilaan hoitoprosessin käyttöönotosta on organisaatiolle ja asiakkaalle sekä miten mallin käyttöä yhtymän alueella voitaisiin edistää. Hoitoprosessin päivittämisessä huomioidaan hyvinvoin-

tikuntayhtymän uudistuminen 1.1.2017 sekä varaudutaan 1.1.2018 tapahtuvaan ERVA- alue muutokseen ja erityisesti 1.1.2019 voimaan tulevan sote- lain muutoksiin.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA

PEG- potilaan hoito on monen erikoisalan yhteistyötä. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä potilaiden hoitoon osallistuvat hoitoprosessin alkaessa yleislääkäri, keskussairaalassa erikoislääkäreitä erikoisaloittain, puhe- ja ravitsemusterapeutteja, PEG- letkun laittava gastrokirurgi ja PEG- hoitaja. Hoitoprosessin jokaisen lääkärin ja asiantuntijan päätöksillä on vaikutus potilaan hoitoon.

Hoitoprosessin kehittämistä varten on yhtymässä luotu moniammatillinen työryhmä. Ryhmän toiminta alkoi 2011. Alkuvaiheessa toiminnan tarkoituksena oli puhtaasti keskustella PEG- potilaiden hoitopolun vaiheista eri ammattiryhmien näkökulmasta. Keskusteluiden kautta ryhmän jäsenet huomasivat toiminnoissa toisaalta päällekkäisyyttä sekä vastavasti puutteita ja kehittämiskohteita ohjauksessa. Ryhmän aloittaessa PEG- potilaiden hoito oli pirstaleista, minkäänlaista ohjausmateriaalia ei ollut saatavana eikä vastuita ollut määritelty.

Aktiivisen ja innovatiivisen toiminnan tuloksena ryhmä loi PEG- potilaan hoitoprosessin joka linkitettiin yhtymässä silloin käytössä olleeseen portaaliin. Prosessimallin laatimisen lisäksi ryhmän jäsenet loivat Moodle pohjaiseen oppimisalustaan oman sivustonsa. Moodlesta löytyvät kaikki potilasohjeet, koulutusmateriaalit, linkkejä asiantuntijasivustoille, videoita ja kuvia sekä yhteistyökumppaneiden, esim. tuotevalmistajien tiedot.

PEG- prosessiryhmän puheenjohtajana on toiminut alusta lähtien PEG- hoitaja Pia Riipinen. Ryhmä kokoontuu kaksi kertaa vuodessa. Ryhmässä on sovittu, että jokainen ammattialan edustaja tuo prosessimalliin oman erikoisalansa tietämyksen.

Projektin vastuuhenkilö: PEG- hoitaja Pia Riipinen

Ohjausryhmän jäsenet:

- PEG- hoitaja Sanna Anttila
- Ravitsemusterapeutti Päivi Hirviniemi
- Ravitsemusterapeutti Hilikka Keinonen
- Sovellusneuvoja Saija Korkiakangas
- Ravitsemusterapeutti Liisa Kuisma
- Puheterapeutti Maija Koskinen
- Ravitsemusterapeutti Tarja Liukkonen
- Kehittämissuunnittelija Tuija Matikainen
- Puheterapeutti Hanna Kinnunen

- Proviisori Risto Pessi
- Puheterapeutti Kaija Pousi
- Ravitsemusterapeutti Marjaana Puustinen
- Kehittämispäällikkö Aino Tarhala
- Lasten kirurgi Sini Tompuri-Myllynen
- Ravitsemusterapeutti Anu Varjonen
- Gastrokirurgi Juha Virtanen.

2.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on päivittää PEG- potilaan hoitoprosessi, potilasohjeet ja verkkomateriaali. Päivittämisessä hyödynnetään tutkimuksesta saatavaa informaatiota. Prosessimalli linkitetään yhtymän IMS järjestelmään. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla edistetään hoitoprosessin käyttöönottoa yhtymässä sisäisesti ja ennen kaikkea alueellisesti.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä hyötyä PEG- potilaan hoitoprosessista on potilaan näkökulmasta?
2. Mitä hyötyä PEG- potilaan hoitoprosessista on organisaation näkökulmasta?
3. Miten hoitoprosessin toteutumista Phhyky:ssä edistetään?

2.2 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö on toteutettu kaksiosaisena. Ensimmäisen vaiheen menetelmänä on käytetty toimintatutkimusta (Hämeenlinnan ammattikorkeakoulu 2016). Toimintatutkimus on ongelmakeskeistä ja käytännönläheistä kehittävää tutkimusta, jonka kehittämiskohteena ovat organisaation toimintatavat ja tilanteet joissa toimitaan. Kehittäminen tähtää johonkin uuteen toimintaan, joka on parempaa kuin vanha toiminta. Tavoitteena on luoda uusia toimintatapoja käytäntöön näyttöön perustuen. Kehittämis tehtävänä toteutettava tutkimus edellyttää tutkimuslupaa, tutkimuslupa anottiin Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän ohjeiden mukaisesti (liite 1). Ensimmäisessä vaiheessa päivitettiin PEG- potilaan hoitoprosessi ja siirrettiin malli IMS- portaaliin (Integrated Management System). Samalla päivitettiin kaikki hoito-ohjeet ja verkko-oppimisalustassa ollut ohjausmateriaali. Päivittämisessä hyödynnettiin teoriaosuuden tekemisessä käytettyjä tutkimuksia sekä kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella saatua informaatiota. Toiminnallisen osuuden tuotoksista potilasohjeet on esitelty opinnäytetyön liitetiedostoissa. Verkko-oppimisalustaa ja IMS- portaalia on esitelty kuvilla teoriaosuuden lomassa.

Opinnäytetyön toinen osa on tutkimuspainotteinen. Menetelmäksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka sopii hyvin kvalitatiiviseen tutkimukseen. Tutkimuspainotteisuudella tarkoitetaan kuvailevaa kirjallisuus-

katsausta prosessina sekä tutkimustiedon hyödyntämistä toiminnallisen osuuden tuotoksissa. Kirjallisuuskatsauksen avulla lähdettiin hakemaan vastausta tutkimuskysymyksiin. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on sekä prosessi, joka sisältää aineiston hankinnan, että analyysi olemassa olevasta tutkimustiedosta (Stolt – Axelin – Suhonen 2016, 9.) Aineiston valinta toteutettiin eksplisiittisesti. Aineiston eksplisiittinen valinta muistuttaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tapaa raportoida valintaprosessin vaiheet, jolloin kirjallisuuden valinta kuvataan verrattain tarkasti. (Kangasniemi ym. 2013, 295.) Aineisto arvioitiin ja luokiteltiin tutkimuskysymyksiin perustuvien aihealueiden mukaisesti teemoittelemalla.

Opinnäytetyön argumentaation edistämiseksi molemmat menetelmät on kuvattu erillisissä luvuissa. Tutkimustuloksissa, luotettavuudessa ja eettisyydessä on pohdittu opinnäytetyötä kokonaisuutena.

3 VAIHE I OPINNÄYTETYÖN TOIMINNALLINEN OSUUS

Opinnäytetyön toteutuksessa on käytetty rinnakkain toimintatutkimuksellista otetta kehittämässä sekä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Kahden menetelmän käytöllä on edistetty kattavan kuvan saamista tutkimuksen kohteesta. Useamman menetelmän käytöllä voidaan myös parantaa tutkimuksen luotettavuutta. Menetelmätriangulaatio on aikaa ja resursseja vaativa tapa tehdä tutkimusta, mutta se antaa loistavan tilaisuuden laajentaa ja syventää tutkimuskohteesta saatavaa tietoa. (KvaliMOTV.) Opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa käytettiin toimintatutkimuksellista menetelmää PEG- potilaan hoitoprosessin kehittämässä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus toteutettiin osin päällekkäin toimintatutkimuksellisen osuuden kanssa. Tämä rinnakkainen menetelmien käyttö syvensi tutkimustulosten tulkintaa.

3.1 Toimintatutkimus kehittämässä

Keinoja, joilla pyritään vahvistamaan henkilöstön oppimista sekä organisaation että yksilön näkökulmasta, kutsutaan henkilöstön kehittämiseksi. Kehittyminen vaatii osaamisen vahvistamista ja hyvää oppimisilmapiiriä. Kehittymiseen ja oppimiseen vaikuttaa organisaation halu panostaa oppimiseen, ja samalla se luo pohjaa yhteiselle oppimiskulttuurille koko organisaatiossa. Oppimistapahtuma on aina yksilöllinen. Oppimista edistää omaehtoinen itsensä kehittäminen ja tiedon prosessointi. Vastuu oppimisesta on yksilöllä itsellään. Työntekijöiden osaamista ei voi tapahtua ilman, että täydennyskoulutusta kehitetään. Näihin muutoksiin pyrkivät vaikuttamaan työyhteisöt, alan ammatilliset yhdistykset sekä eri alojen järjestöt. (Virtanen Jaana 2017, 30 – 31.)

Keskeisin henkilöstön kehittämisen keinoista on kouluttaminen. Koulutuksia voidaan järjestää työpaikan oman henkilöstön tai ulkopuolisen kouluttajan toimesta. Koulutuksella pyritään aina muutokseen, jota tulisi mitata. Koulutusten tavoitteena tulisi olla uuden oppiminen ja sen siirtäminen työelämään ja työskentelytapoihin sekä tietojen ja taitojen ylläpitäminen ja päivittäminen. Monipuolisten menetelmien käyttäminen kouluttamisessa edistää oppimista. (Virtanen Jaana 2017, 37.)

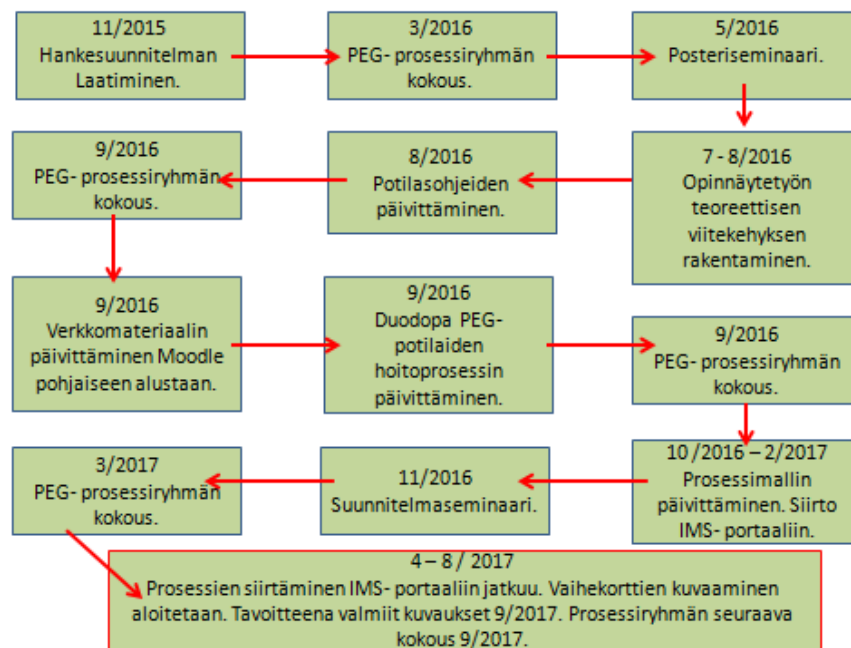
Toimintatutkimuksessa sekä tutkitaan että yritetään muuttaa vallitsevia käytäntöjä. Tutkimuksen avulla etsitään uusia ratkaisuja. Olennaista on se, että tutkittavat eli käytännössä toimivat ihmiset otetaan aktiivisiksi osallisiksi tutkimukseen mukaan. (KvaliMOTV.) Toimintatutkimuksen käsitteen otti ensimmäisenä käyttöön Kurt Lewin 1940-luvulla. Toimintatutkimusta kehittäi edelleen Stephen Corey, jonka mielestä oli tärkeää ymmärtää olemassa olevaa toimintaa ja kehittää sitä, ei niinkään kehitellä yleistettäviä teorioita. 1980-luvulla Donald Schön toi esiin reflektoinnin merkityksen ammatillisessa kehittymisessä ja oppimisessa. Osallistavalla toimintatutkimuksella tarkoitetaan, että tutkimuskohteena olevan yhteisön jäsenet osallistuvat tutkimukseen ja muuttavat yhdessä toimintakäytäntöjä. Osallistava toimintatutkimus on sosiaalinen ja kasvatuksellinen prosessi. Toimintatutkimuksen tarkoituksena on antaa mahdollisuuksia, tilaa ja aikaa uuden tiedon luomiselle. (KvaliMOTV, Jääskeläinen 2013, 64.)

Toimintatutkimus mahdollistaa kliinisen työn kehittämisen etsimällä ratkaisuja ongelmiin. Metodologinen idea on tutkia yhteisöä liikkeessä tai muutoksessa ja muuttaa siten myös yhteisön toimintaa. Toimintatutkimuksessa halutaan tietää, miten asiat ovat ja miten asioiden pitäisi tulevaisuudessa olla. Se on eräänlainen interventio yhteisön toimintaan, jossa tutkija itse on aktiivinen toimija ja vaikuttaja. (Kiviranta 2014, 30–31.) Kehittäminen tähtää uuteen toimintaan, joka on parempaa kuin vanha toiminta (Kiviranta 2014, 30). Kehittäminen on aktiivista toimintaa jolla tavoitellaan muutosta parempaan. Tarkoituksena on nykyisen toiminnan heikkojen kohtien etsiminen ja tietoisuus paremmista toimintatavoista. (Johansson - Sedergren 2014, 54.)

Tässä opinnäytetyössä toimintatutkimuksellisella menetelmällä tarkoitetaan demokraattista dialogia (Jääskeläinen 2013, 66). Menetelmän avulla tutkitaan vuorovaikutuksellista sosiaalista toimintaa, jossa ryhmää ohjaa näkemys yhteisestä toiminnasta ja sen tarkoituksesta (Hiltunen 2017, 43). Tämä näkyy PEG- prosessiryhmän toiminnassa osanottajien välisenä ajatustenvaihtona. Kaikilla on mahdollisuus osallistua keskusteluun, jonka tulisi olla aktiivista. Omien näkökulmien esittäminen on velvollisuus reflektoinnin edistämiseksi. Kehittämisen näkökulmasta on oleellista, että kaikki ymmärtävät mistä puhutaan. Jokaisen tulee ymmärtää, että muilla voi olla parempia perusteluita kuin itsellä. Erilaisia mielipiteitä on siedettävä. Dialogin tuloksena syntyy sopimuksia, jotka voivat johtaa käytännön toimenpiteisiin.

Moniammatillinen työ edellyttää dialogista työtapaa ja taitoa rakentaa eri toimijoiden ajatuksista yhtenäinen toimintatapa. Vastavuoroinen kommunikointi edistää luottamuksellisen suhteen syntymistä. Tärkeää olisi nähdä moniammatillinen yhteistyö voimavarana asiakastyössä. (Kuusiluoma 2017, 8.) Demokraattisen dialogin toteutus perustuu ryhmäkeskusteluihin (Jääskeläinen 2013, 67). Tämän opinnäytetyön toteutuksen aikana ryhmäkeskusteluita oli kolme kertaa. Keskusteluissa käsiteltiin prosessimallissa ilmenneitä ongelmia ja kehittämiskohteita. Kehittäminen on mahdollistunut dialogin kautta ryhmän tapaamisissa. Kehittämisen kohteena on ollut PEG- potilaan hoitoprosessin sekä aliprosessien, kotihoito-ohjeiden ja verkkomateriaalin päivittäminen. Toimintatutkimukselle ominaista on se, tutkija on itse mukana muutosprosessin toteuttamisessa (Hiltunen 2017, 43). Tavoitteena on myös tutkijan oman ammattitaidon ja työkäytäntöjen kehittyminen. Oma asiantuntijuuden kasvu edellyttää refleктоivaa otetta (Jääskeläinen 2013, 70).

PEG- potilaan hoitoprosessin kehittäneeseen ryhmään kuuluu erilaisen koulutuksen saaneita asiantuntijoita, joiden tavoitteena on yhteisen päämäärän saavuttaminen. Moniammatillisen yhteistyön edellytyksenä on osapuolten roolien selkeys, päätöksentekoon osallistuminen ja vastuun kanto (Kuusiluoma 2017, 8). Moniammatillisen yhteistyön edellytyksiä ovat työntekijöiden avoin kommunikaatio ja vuorovaikutus sekä oman näkemyksen ja asiantuntijuuden esiin tuomiseen tarvittava jämäkkyys (Kuusiluoma 2017, 9). Kehittämisen tavoitteena on kaikkien ryhmän jäsenten erityisosaamisen käyttäminen. Toimiva yhteistyö tarkoittaa tehokkaampaa toimintaa. Jokainen ymmärtää oman merkityksensä kokonaisuudessa ja tätä kautta työn tuottavuus lisääntyy. (Kuusiluoma 2017, 10.) Toiminnallisen osuuden aikataulu ja tapahtumat on esitetty alla olevassa kuvassa (kuva 1).

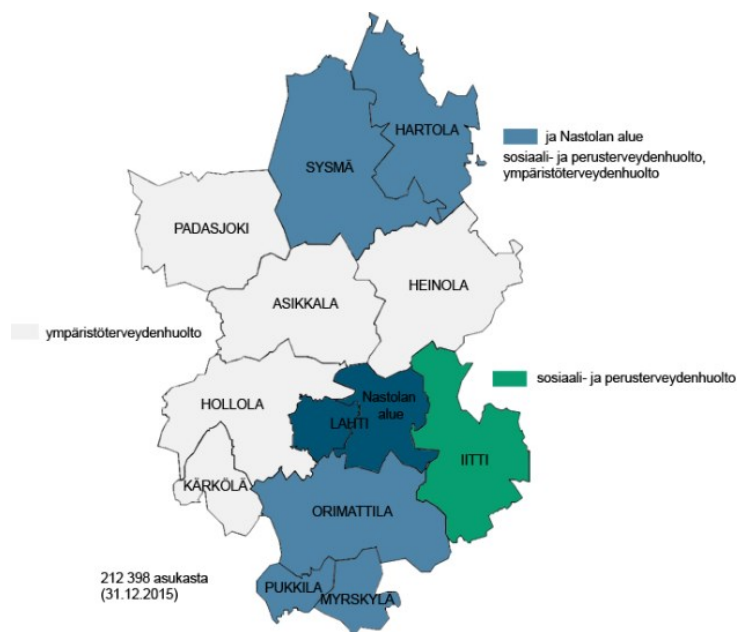


Kuva 1. Toiminnallisen osuuden aikataulu ja tapahtumat.

Toimintatutkimuksessa on olennaista pyrkiä tutkimisen avulla mahdollisimman reaaliaikaisesti erilaisten asiointilojen muutokseen edistämällä ja parantamalla niitä tavalla tai toisella. Yhtä tärkeää on kuitenkin muistaa, että kyseessä on myös tutkimus. Toimintatutkimuksessa tuotetaan aineistoa ja sen pohjalta uutta tutkimuksellista tietoa, vaikka aiotut käytännön muutokset eivät onnistuisikaan. (KvaliMOTV.) Koko prosessin ajan kukin ammattiryhmä vastasi omien ohjeidensa päivittämisestä ja materiaalin siirtämisestä Moodleen. Jokainen myös vastasi materiaalin siirtämisestä IMS- portaaliin. Ammattiryhmien edustajilla oli päivittämisen edistämiseksi myös omia tapaamisia, joita ei ole yllä olevassa kuvassa esitetty. Sekä toimintatutkimuksesta saatua informaatiota että kuvailevan kirjallisuuskatsauksen synteesiä on käytetty tutkimuksen johtopäätöksissä, pohdinnassa ja jatkotutkimuskohteiden laadinnassa.

3.2 Toimintaympäristön kuvaus

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän (Phhyky) toimialat ovat erikoissairaanhoito, sosiaali- ja perusterveydenhuolto, ympäristöterveydenhuolto, akuuttitoiminta ja ensiapu sekä tukipalvelut. Yhtymä koostuu 14:sta jäsenkunnasta, jotka on esitetty alla olevassa kuvassa. Väestöpohja on hieman yli 200 000 asukasta. (PHSOTEY 2014b.) Yhtymän jäsenkunnat on esitetty alla olevassa kuvassa (kuva 2).



Kuva 2. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä (PHSOTEY 2014b).

Erikoissairaanhoito tarjoaa potilaille asiakaslähtöistä, oikea-aikaista ja asiantuntevaa hoitoa, jossa otetaan huomioon potilaan kyky hyötyä suunnitellusta hoidosta. Yhtymä tuottaa alueellisesti ja valtakunnallisesti sovittuja laadukkaita hoitopalveluja. Toiminnan kehittämisessä otetaan huomioon potilailta saatu palaute. Erikoissairaanhoito sitoutuu kehittä-

mään alueellisia yhteistyötapoja ja osallistuu niiden toteutukseen. Henkilökuntaa kannustetaan aktiiviseen yliopistoyhteistyöhön sekä omaan tutkimustoimintaan huippuosaamisen kehittämiseksi ja uuden teknologian hyödyntämiseksi. Henkilöstön osaamiseen ja sen kehittämiseen panostetaan keskeisimpänä menestyvän työyhteisön voimavarana. (PHSOTEY 2014b.)

Yhtymän strategia 2014 – 2018 määrittelee suunnan toiminnan kehittämiseksi. Strategian kulmakiviä ovat asiakaslähtöisyys, ennakointi ja ennaltaehkäisy, yhteistyö sisäisesti ja sidosryhmien kanssa, korkeatasoinen ja kehittyvä osaaminen sekä teknologian hyödyntäminen. Asiakkaille tarjotaan laadukkaita ja vaikuttavia palveluita, omistajille tehokasta ja ennakoitavaa toimintaa sekä henkilöstölle hyvinvointia ja ammatillisen kasvun mahdollisuuksia. (PHSOTEY 2014b.)

Palvelujen tärkein tehtävä on edistää asiakkaiden arjessa pärjäämistä ja toimintakykyä. Voimavarat kohdennetaan toimintaan, joka tuottaa terveyshyötyä ja sosiaalista turvallisuutta. Palvelutuotannon lähtökohtana on erilaisten asiakasryhmien tunnistaminen. Erityistä huomiota kiinnitetään paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tarpeisiin ja kohtaamiseen. Heidän elämänhallintansa turvaamiseksi kehitetään yhdessä muiden toimijoiden kanssa uusia toimintatapoja. Terveyspalveluita uudistettaessa painotetaan avohoitoa ja kuntoutusta. Kunkin asiakasryhmän palvelutarjonnassa otetaan huomioon asiakkaiden omat kyvyt ja mahdollisuudet osallistua hoito- ja palveluprosessiensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. (PHSOTEY 2014a, PHSOTEY 2014b.)

Osaava ja oppiva henkilöstö muodostaa ratkaisevan tärkeän vahvuustekijän yhtymän toiminnalle. Henkilöstön ammatillisen kehittymisen mahdollisuuksiin, työssä jaksamiseen ja joustavaan liikkuvuuteen sekä sisäiseen yrittäjyyteen ja palkitsemiskäytäntöihin kiinnitetään erityistä huomiota. Työtä tehdään hyvällä palveluasenteella ja ilman tarpeettomia raja-aitoja ammattiryhmien välillä. Positiivinen tekemisen meininki näkyy henkilöstön hyvinvointina ja pienenä vaihtuvuutena. Hyvän esimiestyön tulee olla itsestäänselvyys ja johtamisosaamista vahvistetaan järjestelmällisesti. (PHSOTEY 2014a, PHSOTEY 2014b.)

Alueen sosiaali- ja terveyspalveluita tulee kehittää ja johtaa saumattomasti toimivana kokonaisuutena, jossa yhdistetään julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin osaamista ja voimavaroja. Palvelutuotannon ja yhteistyön tehostaminen on tärkeää kiristyvien vaikuttavuus- ja kustannustavoitteiden saavuttamiseksi. Toimintaa uudistetaan entistä enemmän prosessinomaiseksi, ja jokaisella toimintaprosessilla tulee olla selkeä omistaja ja ohjaus. Potilaiden ja muiden asiakkaiden palvelu on sujuvaa eivätkä he havaitse tarkkoja rajoja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. (PHSOTEY 2014a, PHSOTEY 2014b.)

Toimintaympäristön muutos korostaa teknologisten ratkaisujen mahdollisuuksia ja merkitystä. Hallitulla teknologian käytöllä voidaan parantaa palvelua, tehostaa toimintaa ja alentaa kustannuksia. Alueen sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajat voivat hyödyntää yhtenäisiä tietoteknisiä järjestelmiä ja tarjota eri asiakasryhmille laajat mahdollisuudet sähköiseen asiointiin. Tietotekniikan avulla parannetaan myös toiminnan suunnittelua, seurantaa ja raportointia. Tulevaisuussuunnitelmien toteuttaminen edellyttää selkeitä toimintaperiaatteita. (PHSOTEY 2014a, PHSOTEY 2014b.)

Maakunnassa on valmistauduttu valtion sote- ratkaisuun jo usean vuoden ajan. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä muutti nimensä 5.9.2016 Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymäksi. Uusi hyvinvointikuntayhtymä (phhyky) aloitti toimintansa 1.1.2017. Perus- ja erikoistason sosiaali- sekä terveyspalvelut yhdistyvät muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Uuden yhtymän tarkoituksena on koota maakunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen yhdeksi kokonaisuudeksi ja turvata järjestelyllä ihmisten palvelut sekä samalla kehittää niitä entisestään. Samalla yritetään muodostaa erilaisia ja mahdollisesti uusia toimintatapoja, joiden avulla tähdätään etunojassa vuoteen 2019. (PHSOTEY 2016.). Lisäksi yhtymässä varaudutaan siirtymään Tampereen eritysvastuualueelta (Erva alue) Helsingin eritysvastuualueelle 1.1.2018. Näistä yhtymän muutoksista johtuen lukija voi hämääntyä erilaisista lähdeviitteistä. Tässä työssä näkyy viitteinä sekä vanhoja että nykyisiä lyhenteitä, osa lähteistä on luettu PHSOTEY:n aikana ja osa phhyky:n aikana.

Aikaisemmin erikoissairaanhoidon tehtävänä on ollut palveluiden tuottaminen omien jäsenkuntiensa tarpeita vastaaviksi. Sote uudistuksen myötä tilanne tulee muuttumaan. Uudistus tuo mukanaan kilpailua eri palveluntuottajien välille. Kilpailutilanteeseen on jo nyt vaikuttanut potilaiden valinnanvapaus valita hoitopaikkansa, laki astui voimaan 1.1.2014. Palvelumarkkinat ovat nyt suuressa murroksessa, mikä näkyy mm. siinä, että julkisen sektorin palvelutuotantoa siirtyy yksityisten yritysten, kolmannen sektorin sekä kotitalouksien suoritettavaksi. (PHSOTEY 2016.) Asiakastyytyväisyyden edistämiseksi tulee yhtymässä kiinnittää huomiota hoidon laadun, ammattitaidon ja hyvän imagon kehittämiseen. Kehittääkseen asiakkuuspääomaansa yhtymän tulee tuntea ja ymmärtää syvällisesti asiakkaidensa tilanteita ja tarpeita. Tulevaisuudessa tarvitaan entistä enemmän vahvaa asiakasosaamista ja asiakasprosessien kehittämistaitoja. (Immonen 2015, 31.)

Hyvinvointikuntayhtymän työn tuloksena järjestettävät ja tuotettavat palvelut ovat paitsi vaikuttavia myös sellaisia, että ne tuotetaan digitalisaatiota ja muita uusia menetelmiä hyödyntäen mahdollisimman lähellä kuntalaista, usein asiakkaan kotiin. Yhtymä tavoittelee huomattavia rationalisointihyötyjä erityisesti integraation keinoin. Muita keinoja ovat laaja yhteistyö tukipalvelujen ja lääkinnällisten palvelujen järjestämisessä. (PHSOTEY 2016.)

3.3 Verkko- oppimisalusta Pätevä

Hyvä esimerkki yhtymän innovatiivisesta teknologisten ratkaisujen hyödyntämisessä on Moodle- pohjaisen oppimisalustan käyttö verkko-oppimis alustana. Verkko- opetuksen etuja ovat aika- ja paikkajoustavuus, oppija voi itsenäisesti päättää milloin haluaa opiskella ja missä. Oppimisalusta on nimetty Päteväksi. Pätevän teemoja ovat Perehdytys, Hoitotyö ja Lääketiede, Johtaminen, Prosessiosaaminen, Työelämätaidot, Lääkehoidon osaaminen verkossa ja Opiskelijat. Alla kuva Pätevästä PEG- potilaan hoitoprosessin (kuva 3) sisällysluettelosta (www.pateva.fi/).

Johdanto



Sisällysluettelo

1. Ravitsemusavanne potilaan hoitoprosessi
2. Nieleminen
3. Vajaaravitsemuksen riskin arviointi
4. Ravinnontarpeen arviointi
5. Ruoan rakenne
6. Peruslääkevalikoiman täydennysravintovalmisteet
7. Peruslääkevalikoiman parenteraaliset (suonensisäiset) valmisteet
8. PEG-letkun indikaatiot ja laitto
9. Ensiasennus PEG-letku
10. Ballongillinen bolusletku
11. Ballongillinen syöttönappi
12. J-PEG (Ohutsuoli-PEG)
13. Duodopa-PEG
14. Ongelmatilanteet ja niiden hoito
15. Letkuravitsemuksen toteuttaminen
16. Peruslääkevalikoiman letkuravintovalmisteet
17. Lääkkeiden annostelu PEG-letkuun
18. Lasten PEG
19. Henkilökunnan yhteystiedot
20. Tuote-edustajien yhteystiedot
21. Lähteet

Kuva 3. PEG- potilaan hoitoprosessin sisällysluettelo (<https://www.pateva.fi/course/view.php?id=14>).

3.4 Potilasturvallisuuden edistäminen

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän laadunhallinta-, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman tavoitteena on tukea ammattilaisia arjen työssä laadukkaan ja turvallisen hoidon toteutuksessa sekä kehittämisessä (Phhyky 2017). Turvallisuutta ylläpidetään ja kehitetään yhtymässä kokonaisvaltaisesti riskienhallintapolitiikan mukaisesti (kuva 4). Turvallisuusyksikkö on keskeisessä asemassa yhtymän turvallisuuskulttuurin rakentamisessa, ylläpitämisessä ja jatkuvassa kehittämisessä. Turvallisuus-

työtä johtaa kuntayhtymän johtaja ja linjajohto johtosäännöissä todettujen periaatteiden mukaisesti. Turvallisuustyön johtaminen on osa palvelutuotannon johtamista. Turvallisuuden kehittäminen suuressa organisaatiossa on mahdollista ainoastaan toimimalla tiiviissä yhteistyössä henkilöstön kanssa. (PHSOTEY, potilasturvallisuus, <http://infokanava.ad.phks.fi/yhteisetosiot/?cvy=9996&ryhma=716>)



Kuva 4. Turvallinen ja laadukas potilas- ja asiakaspalvelu Päijät-Hämeen Hyvinvointiyhtymässä (<http://infokanava.ad.phks.fi/yhteisetosiot/index.php?ryhma=736&cvy=10004&vy=10004>)

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden, toimintayksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintakäytäntöjä, joilla varmistetaan potilaiden terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen turvallisuus. Potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon oikealla tavalla annettuna eikä hoidosta aiheudu potilaalle estettäviä olevaa haittaa. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan myös sairauksien ehkäisyn, diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen turvallisuutta. Potilasturvallisuus koostuu hoidon ja lääkehoidon turvallisuudesta sekä laiteturvallisuudesta. (PHSOTEY, potilasturvallisuus, <http://infokanava.ad.phks.fi/yhteisetosiot/?cvy=9996&ryhma=716>)

Hoidon turvallisuus tarkoittaa sekä hoitomenetelmien että niiden toteuttamiseen liittyvien prosessien turvallisuutta. Yhtymän toimintojen uudistaminen enemmän prosessimaiseksi edistää potilasturvallisuutta. Erehdysten taustalla ovat useimmiten prosesseihin, toimintatapoihin ja olosuhteisiin liittyvät riskit. Prosesseihin, toimintatapoihin ja ohjeistukseen voidaan lukea kaikki organisaatiossa virallisesti kirjatut käytännöt, kuten PEG- potilaan hoitoprosessi. Potilasturvallisuuden varmistamiseksi tavoitteena tulee olla prosessin kehittäminen riskit minimoiden. Prosesseihin ja toimintatapoihin sisältyviä vaaroja voivat olla:

- ohjeistuksen epäselvyys, puutteellisuus, tulkinnanvaraisuus tai vaikeaselkoisuus
- toimintaohjeen puuttuminen kokonaan tai vaikea saatavuus
- vanhentuneet ohjeet tai eri versioista aiheutuvat ongelmat
- prosessin soveltumattomuus käytäntöön
- toimintatapojen epäyhtenäisyys ja liiallinen vaihtelu (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 2015, 8).

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän johtamisjärjestelmä, arvot ja strategiset tavoitteet luovat perustan riskienhallinnalle (PHSOTEY 2013b, 2). Yhtymän potilasturvallisuussuunnitelman laatimista varten nimettiin Potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan johtoryhmä joulukuussa 2011. Ryhmän tehtävänä on edistää potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan ymmärtämistä osaksi organisaation jokapäiväistä toimintaa (PHSOTEY 2013, 2.) Riskien hallinnassa tulisi miettiä toimenpiteitä toiminnan korjaamiseksi ja riskien pienentämiseksi sekä riskien syntymisen estämiseksi tulevaisuudessa. Toimenpiteiden määrittelemiseksi tulee millä tavalla toimintaa pitää muuttaa. (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 2015.) PEG-potilaan hoitoprosessin kehittäminen voidaan nähdä ennaltaehkäisevänä riskienhallintana. Tästä tutkimuksesta saatava hyöty näkyy prosessin selkeyttämisenä ja kehittämisenä, koulutusmateriaalien ja potilasohjeiden päivittämisenä sekä koulutusmateriaalien laatimisena.

3.5 Prosessiajattelu sosiaali- ja terveyspalveluissa

Sosiaali- ja terveyspalveluissa on pitkään ollut käytössä prosessiajattelu. Prosessi tarkoittaa yleisesti edistymistä. Prosessi on sarja tapahtumia tai suoritettavia toimenpiteitä, joiden avulla saadaan haluttu tulos. (Vuorenmaa 2005, 16–17.) Prosessi on joukko toisiinsa liittyviä toistuvia toimintoja, joiden avulla syötteen muutetaan tuotoksi (JUHTA 2012, 1). Prosessi voi viedä aikaa, tilaa, vaatia resursseja tai asiantuntemusta. Prosessin eri vaiheisiin liittyy päätöksiä, jotka vaikuttavat prosessin seuraavien vaiheiden valintaan, suoritukseen tai mahdollisesti jopa prosessin keskeyttämiseen. (Vuorenmaa 2005, 16–17.) Hoitoprosessilla tarkoitetaan hoitoon liittyvien tarpeiden määrittelyä sekä hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Sosiaali- ja terveydenhuollossa prosessien käyttämisellä edistetään hoidon koordinoitua ja seurantaan sekä hoidon laatua ja vähennetään kustannuksia. Hoitoprosessien käyttö tukee moniammatillista työskentelyä. European Pathway Association (2015) määrittelee hoitoprosessin kartaksi, jota käytetään potilaan hoidon suunnitteluun ja seurantaan. (Heikkinen 2015, 7.)

PEG-potilaan hoitoprosessi saa alkunsa tilanteesta, jossa potilas tarvitsee hoitoa terveydentilaansa liittyvän ongelman vuoksi. Ammatillinen toimija vastaa siitä, että hoitosuhteen alettua potilasta hoidetaan suunnitellusti ja laadukkaasti. Terveydenhuollon ammatillinen toimija määrittelee, tutkii ja diagnosoi potilaan terveydentilaa sekä arvioi hoidon tarvetta tavoit-

teena terveysongelman hoitaminen. Hoito dokumentoidaan potilastietojärjestelmään tarpeellisin ja riittävän laajoin tiedoin. Hoidon kirjaamisessa otetaan huomioon esimerkiksi potilaslain asettamat vaatimukset. Hoidon vaikuttavuuden arviointi on osa prosessia. (Vuokko – Mäkelä – Komulainen - Meriläinen 2011, 29.)

Suomen terveydenhuoltojärjestelmää uudistamis- ja kehittämistarve on valtava. Terveydenhuollon erityispiirteet muodostavat lisähaasteita kehittämistoimille. Prosessit ovat usein monialaisia, toimintatavat ovat usein yksilöllisempiä kuin vakioituja ja käytössä oleva teknologia on monimutkaista. Terveydenhuollon kehittämisen tärkein kohde on palveluprosessit. Prosessien kehittäminen on osoittautunut välttämättömäksi, mutta haastavaksi. Prosesseja on tunnistettu ja kuvattu, mutta sellaista kehittämismenetelmää, jonka henkilöstö olisi ottanut omakseen, ei ole vielä löytynyt. (Mäkijärvi 2010, 9; Vierimaa 2016a.)

3.5.1 Prosessijohtaminen

Prosessien kehittäminen edellyttää johtamista. Prosessijohtamisen taustalla on ajatus arvon luomisesta asiakkaalle. Arvo luodaan tapahtumien ketjussa, jota kutsutaan prosessiksi. (Rantahalme 2010, 13.) Phhyky:n visio ja strategia määrittelee yhdeksi yhtymän keskeiseksi teemaksi palveluiden tuottaman arvon asiakkaalle. Yhtymän keskeisenä toimintaperiaatteena on tukea määrätietoisella johtamisella asiakkaan hyvää palvelukokemusta. (PHSOTEY 2014b.)

Tässä tutkimuksessa asiakkaalla tarkoitetaan PEG- potilasta. Asiakkaiden kasvavien tarpeiden täyttämiseksi vaaditaan palveluilta entistä enemmän asiakaslähtöistä ajattelua. Asiakaslähtöisillä toimintamalleilla edistetään hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta ja asiakkaiden sekä työntekijöiden tyytyväisyyttä (Immonen 2015, 2.) Palveluja tuottavan organisaation on ymmärrettävä asiakasprosessin sekä organisaation omien palveluprosessien välinen yhteys. Näiden prosessien kohdatessa syntyy arvoa asiakkaalle. (Immonen 2015, 9.)

Prosessijohtamisen avulla tunnistetaan ja kehitetään organisaation menestykselle tärkeitä toimintojen ketjuja ja prosesseja. Perusajatuksena on, että organisaation toimintakyky syntyy prosesseissa ja prosessijohtaminen antaa prosessista vastaavalle mahdollisuudet johtaa ja kehittää toimintaa kokonaisuutena. (Johansson – Sedergren 2014, 21.) Johtajuus voi olla prosessijohtamista tai prosessien parantamista. Prosessijohtamista voivat tehdä vain organisaation johtajat. Tämä tarkoittaa prosessien suhteen sitä, että linjaorganisaation johtajat ottavat vastuulleen organisaation tärkeimmät prosessit eli ydinprosessit. (Rantahalme 2010, 17.)

Phhyky:ssä PEG- potilaan hoitoprosessin julkaisu edellyttää, että operatiivisen tulosityksikön johtaja tarkistaa ja hyväksyy prosessin sekä aliprosessit ja kaikki hoito-ohjeet. Prosesseille nimetään omistajat, jotka mallintavat

prosessin ja arvioivat prosessin toimivuutta ja tehokkuutta sekä asetettavat kehittämistavoitteet. PEG- potilaan hoitoprosessin omistavat ohjausryhmän jäsenet. Prosessin parantaminen tarkoittaa toimintatavan muuttamista prosessissa. Ilman toiminnan muuttumista ei voida saada parempia tuloksia. Kehittämistä voi tehdä ilman prosessejakin mutta se ei ole tehokasta. (Rantahalme 2010, 17.)

3.5.2 Lean filosofia

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä prosessien kehittäminen pohjautuu Lean management ajatteluun. Lean filosofia perustuu jatkuvaan parantamiseen ja työntekijöiden arvostamiseen. Lisäksi oleellista on optimoida toimintoihin käytettävä aika poistamalla tai minimoimalla viiveet. (Mäkijärvi 2010, 12.) Lean on Japanin autoteollisuudessa 1950 luvulta alkaen kehitetty ajattelutapa ja johtamisen käytäntö. Lean ajattelun periaatteita ovat:

- määrittele arvo asiakkaan näkökulmasta
- tunnista arvoketju jokaiselle palvelutyypille
- poista arvoa tuottamattomat toimet
- määrittele, organiso ja johda prosesseja
- kehittäminen pyrkimyksenä täydellisyys (kaizen)
- ongelmanratkaisu
- työntekijöiden osallistuminen, tiimityö. (www.pateva.fi.)

Lean Enterprise Institute (2016) määrittelee Leanin seuraavasti: ”Lean on joukko käsitteitä, periaatteita ja työkaluja, joiden avulla asiakkaalle tuotetaan suurin mahdollinen lisäarvo vähimmillä resursseilla hyödyntäen täysin työntekijöiden osaaminen ja taidot.” (www.leanenterprise.org) Terveysthuollossa on ollut tapana määritellä sama asia seuraavasti: oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan, oikealle potilaalle, oikeiden toimijoiden toimesta viiveettä (Mäkijärvi 2010, 12). Lean – ajattelun tarkoituksena Päijät-Hämeessä on parantaa työskentelyolosuhteita, antaa työntekijöille mahdollisuus osallistua kehittämistyöhön, parantaa yrityksen kilpailukykyä, tehdä oikeita asioita ja muuttaa organisaatiota alhaalta ohjautuvaksi (www.pateva.fi).

PEG- potilaan hoitoprosessi liittyy Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän suunnitteluun ja kehittämiseen, Lean filosofiaan sekä potilasturvallisuuden edistämiseen, sen pohjana ovat organisaation visiot, strategiat ja toimintaperiaatteet. (PHSOTEY 2014b; Vierimaa 2016a). Yhtymän tulevaisuusvisiona on vuonna 2018 olla asiakastyytyväisyydessä valtakunnan parhaimpien toimijoiden joukossa (PHSOTEY 2014b). Asiakkaiden tarpeiden täyttämiseksi vaaditaan prosessien kehittämisessä entistä enemmän asiakaslähtöistä ajattelua. Asiakaslähtöisten palvelujen kehittäminen edellyttää, että asiakkaiden toimintatavoista ja haasteista on saatavilla riittävästi tietoa. Palvelujen kehittämisen prosessin jokaisessa vaiheessa tarvitaan asiakasymmärrystä. (Immonen 2015, 10.)

Prosessikuvaukset ovat prosessien johtamisen, hallinnan ja parantamisen väline. Ne auttavat hallitsemaan kokonaisuuksia, jäsentämään prosesseja ja toimijoiden vastuita sekä löytämään toiminnan tehostamistarpeita. Lisäksi prosessikuvauksia käytetään perehdyttämiseen, koulutukseen ja tietojärjestelmien kehittämiseen. Kun prosessit on kuvattu yhtenäisellä tavalla, niihin tutustuminen helpottuu samoin kuin, yhteistyön suunnittelu ja toteuttaminen organisaation sisällä ja yli organisaatorajojen. (Juhta 2012,1; PHSOTEY 2014b.)

Hoitoprosessia voidaan tarkastella, arvioida, tutkia ja seurata asiakkaan, toimijan, toimintayksikön tai koko organisaation näkökulmasta (Tanttu 2007, 15). Tässä tutkimuksessa näkökulmaksi on valittu organisatorinen prosessiajattelu, koska prosessin sujuvuudessa ja etenkin hyödyntämisessä on havaittu puutteita monella tasolla. PEG- potilaan hoitoprosessin päivittämisen tarkoituksena on toiminnan tehostaminen, toiminnan laadun ja palvelutason parantaminen, ongelmatilanteiden hallinta sekä kustannussäästöjen aikaansaaminen. Muutosprosessin läpiviemisessä on hyödynnetty organisaatioissa olevaa kokemustietoa sekä tutkittua tietoa. Strategian mukainen asiakas edellä ajattelu on huomioitu tutkimuskysymyksissä. (PHSOTEY 2014b.)

Hoitoprosessi eroaa hoitoketjusta siten, että hoitoprosessilla tarkoitetaan yhden organisaation sisällä tehtyjä hoitotoimia, jotka tuottavat määritellyn lopputuloksen. Hoitoketju on asiakkaan ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallisesti toteutuva hoitoprosessien kokonaisuus. Hoitoketjut pohjautuvat hoitosuosituksiin, jotka ovat asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimia, tieteelliseen näyttöön perustuvia kannanottoja tietyn taudin tai oirekuvan hoidosta tai tutkimuksen soveltuvuudesta. Valtakunnallisia hoitosuosituksia laativat Lääkäriseura Duodecim, Käypä hoito sekä erikoislääkärijärjestöt. (Palomäki – Piirtola 2012, 11.)

Hoitoprosessin erityispiirre on se, että toteutumassa olevan prosessin tapahtumat muodostuvat edellisten tapahtumien päätöksien pohjalta. Näin ollen toteutuva hoitoprosessi muodostuu prosessin aikana päätöksien perusteella. (Vuorenmaa 2005, 21–22.) Lähtökohtana on asiakkaiden tarpeisiin vastaava kokonaisvaltainen toiminta (Tanttu 2007, 26). Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä se merkitsee asiantuntijoiden välistä yhteistyötä. Asiantuntijoiden osaaminen, sen hyödyntäminen, jakaminen, ylläpito ja johtaminen ovat tärkeitä prosessilähtöisessä toiminnassa. Osaamista tulee jakaa vuorovaikutuksessa yksilöiden välillä, uutta tietoa tulee olla kaikkien saatavilla ja hyödynnettävissä. Yhtymässä tiedon jakamisen välineenä käytetään Moodle pohjaista oppimisalustaa sekä alueellista kouluttamista.

Hoitoprosessissa potilaan siirtymiseen hoitovastuualueelta toiselle liittyy myös informaation siirtämistä. Tämän informaation tarkoituksena on säilyttää aloitetun hoidon jatkuvuus. Tavoitteena on, että päätöksentekoon

tarvittava informaatio siirtyy tietojärjestelmissä esitettävässä datamuodossa. Hoito pitää etukäteen suunnitella, suunnitelmaa on noudatettava ja kontrolloitava, ja tilanteen niin vaatiessa hoitostrategiaa on muutettava. Potilaan edun mukaista on, että lopulliseen hoitoon pyritään suoraan ilman tarpeettomia välivaiheita. (Vuorenmaa 2005, 21–22.)

Yhtymän toiminnassa nähdään yhtenä lähtökohtana asiakaslähtöinen palvelu (PHSOTEY 2014b). Palvelun antajat toimivat prosesseissa, jolloin palvelun jatkuvuuden ja sujuvuuden kannalta toimijoiden itseohjautuvuus ja yhteistyö toimijoiden välillä on tärkeää. Terveydenhuollon palvelujen hallinnassa hoitoprosessin sujuvuuden näkökulmasta oleellista on se, että potilaan hoito jatkuu välittömästi ilman turhia viiveitä hänen siirtymässään esimerkiksi jatkohoitoon terveydenhuollon yksiköstä toiseen. Tämän edellytyksenä on toimintojen koordinointi. (Tanttu 2007, 38.)

3.5.3 Hoitoprosessin onnistumisen arviointi

Prosessin tehokkuutta voidaan mitata ja toimintaa kehittää mittaritiedon perusteella. Toimiva mittari on yksinkertainen, ymmärrettävä, käytännöllinen, oikea-aikainen ja käynnistää tarvittavat toimenpiteet. Mittaustiedon tulisi kertyä osana normaalitoimintaa ja vastuuhenkilöiden pitäisi pystyä vaikuttamaan mitattavaan asiaan. Mittarin tulisi osoittaa kehitys-suunta ja kertoa tavoitteiden saavuttamisesta. Epäonnistuneessa mittaamisessa tarkoitus ja tavoite ovat epäselvät, mittaajajärjestelmän pysyttämiseen ei ole käytetty riittävästi aikaa ja resursseja. Myös motivaatio saattaa olla riittämätön, etenkin jos mittaamisesta ei heti löydy konkreettisia hyötyjä. Lisäksi mittaamiseen liittyvät tietotekniset ongelmat ovat usein suuria. (Uotila - Ojala - Kukko - Nieminen – Tomas 2015, 3465 – 3472; Vierimaa 2016b.)

Mittaaminen ei ole arvo itsessään, vaan sen tarkoituksena on auttaa toiminnan kehittämisessä. Mittarien toimivuutta pitäisi arvioida sen perusteella, voidaanko niiden avulla seurata prosessille annettuja tavoitteita. Koska toiminnan vaikuttavuudelle terveydenhuollossa ei ole optimaalista mittaria, joudutaan tyytymään mittareihin, jotka heijastavat toiminnan onnistumista osittain tai välillisesti. Kun mittaamiseen ja mittariston käyttöön totutaan, mittariston kehittäminen ja muokkaaminen on todennäköisesti helpompaa kuin sen pystyttäminen ensimmäistä kertaa. (Uotila ym. 2015, 3465 – 3472; Vierimaa 2016b.) Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä PEG- potilaan hoitoprosessin arvioinnin mittaamisessa käytetään seuraavia menetelmiä:

- polikliinisten läheteiden määrä
- sisäisten konsultaatioiden määrä
- jonotusaika läheteen saapumisesta toimenpiteeseen
- ensi- ja kontrollikäyntien jakauma
- hoitoaikojen pituus osastoilla
- päivystyskäyntien määrä

- HaiPro eli potilaalle sattuneiden haittatapahtumien seuranta- järjestelmä
- Happy Or Not potilas tyytyväisyys mittari.

3.5.4 Terveydenhuollon organisaatioiden prosessityypit

Terveydenhuollon organisaation prosessit ovat:

1. terveydenhuollon prosessit (health care processes), joihin kuuluvat kliiniset prosessit ja terveydenhuollon palveluprosessit (clinical processes)
2. terveydenhuollon opetusprosessit (health care educational processes)
3. terveydenhuollon tutkimusprosessit (health care research processes).

Terveydenhuollon prosessi kuvaa potilaan ja terveydenhuollon ammatillisen toimijan välistä suhdetta ja sen puitteissa tapahtuvia toimintoja. Kliininen prosessin määrittäminen esimerkiksi hoidon jatkuvuuden ja prosessin hallinnan tarpeista. Se on potilaan kannalta helposti ymmärrettävissä tiettyyn terveysongelmaan liittyväksi toiminnaksi. Tavallaan kliininen prosessi merkitsee kaikkien niiden hoitotoimintojen koordinaatiota, jotka kuuluvat potilaan hoidon kokonaisuuteen. Se kattaa potilaan näkökulmasta kaikki hoitoon liittyvät toiminnot riippumatta hallinnollisista tai organisationaalisista rajoista. Kliininen prosessi muodostaa terveydenhuollon ydinprosessin. (Vuokko – Mäkelä – Komulainen – Meriläinen 2011, 27.)

Kliininen prosessi voi koskea yhtä tai useampaa terveysongelmaa. Kuten muutkin prosessit, kliininen prosessi on riippuvainen hallintoon ja resursseihin liittyvästä toiminnan tuesta eli muista terveydenhuollon prosesseista. Kliinisen prosessin toiminnalla on erilaisia tuen ja tiedon tarpeita, jotka muodostavat selkeitä informaatioalueita. Toiminnan tuen lisäksi terveydenhuollossa voidaan identifioida kaksi toiminnan osa-alueita, jotka leikkaavat kaikkia muita toiminnan osa-alueita. Nämä ovat tietohallinto sisältäen tietoturvan sekä taloushallinto. (Vuokko ym. 2011, 27.)

3.5.5 Hoitoprosessin kuvaaminen

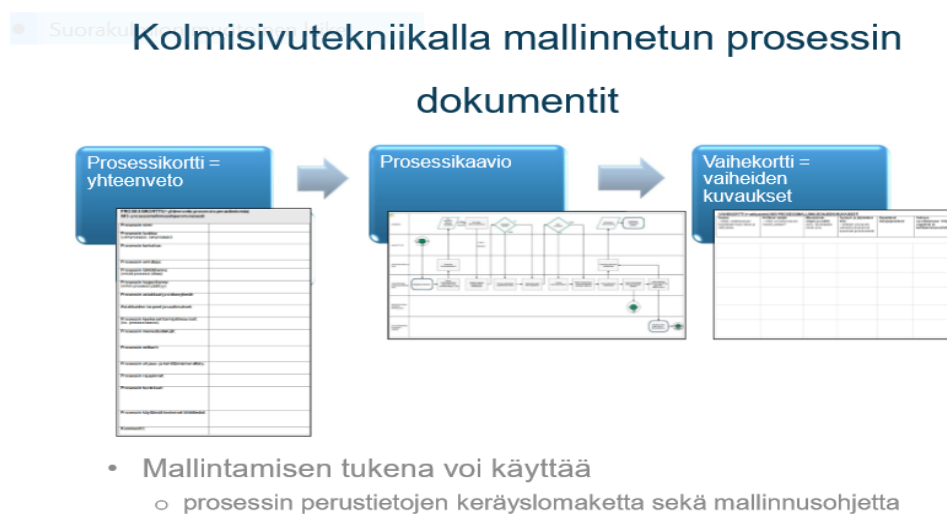
Kun toimintaa tai sen tavoitteita ryhdytään mallintamaan, prosessimallinnus voidaan toteuttaa kuvauksen tarkkuuden suhteen eri tasoilla tai eri toimijoiden näkökulmasta. Esimerkiksi asiakkaan/potilaan, terveydenhuollon ammattihenkilön, johdon tai tietojärjestelmätoimittajan näkökulmasta samat toiminnot voivat näyttää hyvin erilaisilta. (Vuokko ym. 2011, 13.) Prosessien kuvaamisella tavoitellaan entistä parempaa terveydenhoitoa muun muassa hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden lisääntymisen kautta. Potilaan kannalta tämä tarkoittaa voimaantumista ja parempia mahdollisuuksia osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. (Vuokko ym. 2011, 4.)

Prosessikuvaukset ovat työväline niin johdolle, kehittäjille, palveluista vastaaville kuin tieto- ja asiakirjahallinnolle. Organisaation johto ja luottamushenkilöt käyttävät prosessikuvauksia johtamisen, ohjauksen, päätöksenteon ja suunnittelun välineenä. Toimintatapojen kuvaaminen edistää yhteistyötä toisten organisaatioiden kanssa. Prosessikuvauksia käytetään muutosjohtamisen välineenä esimerkiksi organisaatioita yhdistettäessä. Esimiehet hyödyntävät prosessikuvauksia työn kuormituksen mittaamisessa, työnjaon ja vastuiden selkiyttämisessä, resurssitarpeiden, ongelmatilanteiden ja päällekkäisyyksien selvittämisessä sekä uuden työntekijän perehdyttämisessä ja työnohjauksessa. Prosessikuvaukset auttavat palveluiden kehittämisessä, tulosten mittaamisessa, tietoturvariskien kartoittamisessa ja laadun arvioinnissa. (JUHTA 2012, 3.)

Prosessijohtamisen ydintehtävä on kokonaisuuden hallinta. Prosessijohtaminen alkaa prosessien tunnistamisella ja määrittelyllä. Prosessijohtamisen lähtökohtana on tapahtumien tunnistaminen, mallintaminen, toteuttaminen ja kehittäminen. Mallintamisen eli prosessien kuvaamisen avulla pyritään ymmärtämään, mikä on kriittistä toimintaa arvonluonnin näkökulmasta. Onnistuneen mallinnuksen tuloksena asiakas kokee saavansa parempaa palvelua, työntekijät ymmärtävät kokonaisuuden ja oman roolinsa tapahtuma -ketjussa, joka lisää motivaatioita ja yhteistyötä läpi koko organisaation. Asiakkaiden tarpeiden tunnistaminen edistää palveluiden tehokkuutta. (Marttila – Niemi 2015, 27.)

3.5.6 IMS- järjestelmä

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä on käytössä IMS- prosessien kuvaamis – järjestelmä (Integrated Management System), jonka kolmisivutekniikkaa on esitetty alla olevassa kuvassa (kuva 5).



Kuva 5. Kolmisivutekniikka (<https://www.pateva.fi/>)

Järjestelmä tuotekehitys ja asiakastuki sijaitsevat Helsingissä. IMS- toimintajärjestelmän tarkoituksena on tuoda kaikki tarvittava tieto yhteen paikkaan hallintaa helpottaen. Järjestelmä mahdollistaa sen, että kaikki dokumentit löytyvät yhdestä paikasta, asiakirjoilla on selkeät hyväksymiskäytännöt ja vain uusin versio on käytössä. Kuvantamisessa käytettyä kolmisivutekniikkaa on esitetty alla olevassa kuvassa (kuva 5). Prosessit tunnustetaan ja kuvataan karkealta tasolta kohti yksityiskohtaisempia kuvauksia.

IMS- järjestelmässä prosessit kuvataan hierarkkisesti ylätasolta alas, karkeamman tason kuvauksista kohti yksityiskohtaisempia työnkuvia. Prosessikuvaukset kytkeytyvät toisiinsa prosessipuun avulla. Kuvauksiin voidaan linkittää työhohjeita ja lomakkeita, kansioita, mittareita, nettisivuja ja siirtymiä toisiin tietojärjestelmiin. Muutokset versioituvat automaattisesti. (www.pateva.fi.)

Prosessin kuvaukset koostuvat perustiedoista, sanallisesta kuvauksesta ja kaaviosta jotka täydentävät toisiaan. Kuvauksissa tärkeintä on se, että niistä löytyvät tarpeelliset asiat selkeästi ja johdonmukaisesti. Kuvauksista tulee käydä ilmi prosessin kannalta kriittiset asiat. (JUHTA 2012, 5.) Prosesseja kuvattaessa tulee olla selvillä, minkä tason kuvausta laaditaan, ja erityisesti, mitä käyttötarkoitusta varten kuvausta tehdään. Kuvauksen tulee välittää tarpeellinen ja olennainen informaatio. (www.pateva.fi.)

Prosessikaavio on tapa kuvata prosessin toiminnot graafisesti. Prosessin toiminnot, tietovirrat ja tuotteet kuvataan sovitulla symboleilla. Prosessikaavio auttaa ymmärtämään toimintojen järjestystä ja niiden välisiä riippuvuuksia. (JUHTA 2012, 2.) IMS- järjestelmässä käytetään ns. uimarata tyyliä. Uimarata on visuaalisessa prosessin kuvauksessa käytettävä tapa ilmaista eri rooleja. Kukin rooli kuvataan omana uimaratanaan, ja tällöin sille sijoitetut prosessiasteleet kuuluvat tämän roolin vastuulle. (JUHTA 2012, 2.)

3.6 PEG- potilas

Kappaleessa 3.6 kerrotaan mitä tarkoitetaan PEG- potilaalla. Kappaleessa käydään lävitse PEG- letkun indikaatiot ja kontraindikaatiot, laittotekniikka, kerrotaan erilaisista PEG- letkuista ja hoitokäytännöistä sekä ongelmatilanteista ja niiden hoitamisesta. Lisäksi esitellään lyhyesti PEG- potilaan ravitsemus- ja lääkehoidon periaatteita. PEG- potilaan hoitoprosessin vaiheiden ymmärtäminen tukee kliinisen hoitotyön ymmärrystä. Tämän monitieteellisen kappaleen lukemisen jälkeen lukija saa kuvan siitä mitkä tekijät on huomioitava PEG- potilaan hoitoprosessia laadittaessa.

Suosittelun mukaan ravitsemusavanneletkun laittoa, PEG (perkutaaninen endoskooppinen gastrooma), on harkittava aina, kun potilas tarvitsee yli kuukauden kestävästä letkuravitsemusta. Tavallisin potilasryhmä, joka ravitsemusavanneletkua tarvitsee, ovat neurologiset potilaat (Käypä hoi-

to 2010; Käypä hoito 2012c; Atula 2015). Muita letkun käyttöä edellyttäviä sairauksia ovat ruuansulatuskanavan yläosan tai kaulan kasvaimet (Käypä hoito 2012a; Käypä hoito 2012b). Hyvä ravitsemustila parantaa hoidon tuloksia, hoidosta toipumista ja elämänlaatua sekä ehkäisee vajaaravitsemuksesta aiheutuvia komplikaatioita. Ravitsemusavannetta suunniteltaessa on potilaalle, hänen omaisilleen ja läheisilleen annettava tietoa ja ohjausta PEG- letkun laitosta, avanteen ja letkun hoidosta, ravitsemuksesta, kustannuksista ja korvauksista. (Espen 2005; Conroy, 2009; Käypä hoito 2009; JBI 2010, Saarnio, Pohju, Ahtola 2014, 2239 – 44; Ingg – Christensen 2015, 17–21.)

Tässä tutkimuksessa käytetään termiä PEG- letku ja letkuravitseminen. Kirjallisuudessa PEG- letkun synonyymejä ovat ravitsemusavanne, ravitsemusletku, ruokinta- ja syöttöletku ja gastrostooma. Kansankielellä puhutaan myös PEGGY:stä, Mikistä ja ballongillisesta letkusta. Nimet tulevat erilaisista letkumalleista joita käsitellään tarkemmin kappaleessa 3.6.5. Tutkimuksessa käytetään rinnakkain termejä potilas ja asiakas, tällä tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä (Kuntaliitto 2011, 6).

3.6.1 PEG- letkun indikaatiot ja kontraindikaatiot

Jos potilaalla on toimiva ohutsuoli, enteraalinen ravitseminen on aina ensisijainen vaihtoehto. Vajaaravittu tai vajaaravitsemusriskissä oleva potilas on tunnistettava, ja hänen ravitsemushoitoonsa on paneuduttava. (Saarnio – Pohju - Ahtola 2014, 2239 – 44; Rowat 2015, 138 – 145.) PEG- letkun laittoon harkitaan, kun potilas tarvitsee yli kuukauden kestävästä letkuravitsemusta (Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2632 – 34; Rowat 2015, 138 – 145.) Letkuravitseminen on aiheellista, jos potilas ei jaksakaan tai kykene syömään riittävästi ja kun kyseessä on pitkittyvä ongelma. Letkuravitsemuksen tavoitteena on korjata jo syntynyt vajaaravitseminen tai ehkäistä sitä ja optimoida toipuminen. Sairaalapotilaan lyhyehkön ravinnotta olon aiheuttaman energiavajeen voi korvata parenteraalisella ravitsemuksella. (JBI 2010; Simons – Remington 2013, 77; Saarnio – Pohju - Ahtola 2014, 2239 – 44.)

Neurologisesta syystä tai nielun ja yläruoansulatuskanavaa ahtaavasta prosessista johtuva nielemisvaikeus ovat yleisimpiä letkuravitsemuksen aiheita (Käypä hoito 2010; Käypä hoito 2012c; Saarnio – Pohju - Ahtola 2014, 2239 – 44). Tyypillisesti PEG- letkua tarvitsevat potilaat, joilla on esim. aivohalvauksen jälkeinen pitkittynyt nielemisvaikeus tai ruuansulatuskanavan yläosan tai kaulan tukkiva kasvain. Profylaktisesti letku voidaan laittaa ennen solunsalpaaja- ja sädehoitoja. (Käypä hoito 2009; JBI 2010, Käypä hoito 2012a; Käypä hoito 2012b; Käypä hoito 2012c; Lipp – Lusardi 2013; Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2632 – 34.) Indikaatiosta riippuen, PEG- letku voi olla väliaikainen, esim. suusyöpöpotilaille kemosädehoidon aikana tai pysyvä, kuten ALS- sairaudessa.

PEG- letkun laitton indikaatioita Päijät Hämeen hyvinvointiyhtymässä:

- neurologiset sairaudet, joihin liittyy dysfagiaa (aivoinfarkti, ALS, Parkinson)
- lääkehoito (Parkinson)
- suun, nielun, kaulan ja ruokatorven tuumorit, niiden sädehoito ja ko. leikkausten jälkitilat
- traumat, kehitysvammat
- palliatiivinen hoito/saattohoito
- joskus mahalaukun dreneeraamiseksi. (Virtanen 2017.)

PEG- potilaan hoitoprosessissa Phhyky:ssä on selkeästi määritelty mitä PEG- letkun preoperatiivisen vaiheen ohjaus sisältää. Alla olevassa kuvassa (kuva 6) on näkymä Moodlen ohjausmateriaalista liittyen PEG- letkun laittoon. Saatavilla on kirja- kuvakkeen takana tietoa indikaatioista ja kontraindikaatioista sekä laittotekniikasta. Aihealuetta on syvennetty videoilla.

8. PEG- letkun indikaatiot ja laitto



Kuva 6. PEG- letkun indikaatiot ja laitto www.pateva.fi

PEG:n asennuksen vasta-aiheita ovat kookas perna tai maksa sekä runsas askites, merkittävä ylävatsan portahypertensio, hyytymishäiriö, karsinooosi, peritoniitti ja psykoosi. Suhteellisia vasta-aiheita ovat aiempi kirurgia ja vatsanpeitteiden tyrät. Myös maha-suolikanavan akuutit ongelmat, kuten vakava verenkiertohäiriö, suolitukos tai -puhkeama, ovat enteraalisen ravitsemuksen vasta-aiheita. Mahdollinen vatsaontelon paineoireyhtymä pitää laukaista ennen enteraalisen ravitsemuksen aloittamista. (Saarnio – Pohju - Ahtola 2014, 2239 – 44.)

Pitkälle edenneessä taudissa PEG- letkun asentaminen ei hyödytä potilasta vaan altistaa lisäkäsirymyksille. Tuolloin kannattaa panostaa suun kautta annettavaan ravitsemukseen ja sen tuomaan mielihyvään. Samoin muissa vaikeissa sairauksissa, kuten pitkälle edenneen syövän hoidon loppuvaiheessa, ravitsemusletkuista on vain harvoin hyötyä potilaan elämänlaadulle. Vaikeissa sairauksissa on aina huomioitava eettiset näkökulmat,

esim. potilaan käsien sitomista letkuravitsemuksen mahdollistamiseksi on vältettävä. (ESPEN 2005, Saarnio – Pohju - Ahtola 2014, 2239 – 44.) PEG-potilaat voivat kokea letkun epämiellyttäväksi. Letkuruokinta aiheuttaa myös sosiaalista eriytyneisyyttä koska potilaat eivät voi kokea suun kautta ruokailin aiheuttamaa mielihyvää. (Rowat 2015, 138 – 145.)

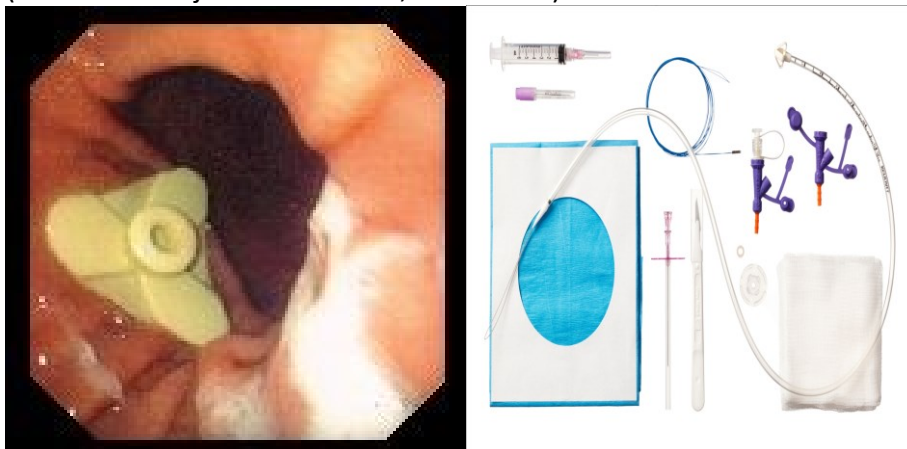
JBI:n suosituksen mukaan ennen PEG- letkun laittoa pitäisi selvittää pystyykö potilas ottamaan suun kautta riittävästi ruokaa, mikä merkitys ruualla on potilaan arvomaailmassa, kliinisen tilan arviointi sekä potilaan suostumus toimenpiteeseen. Potilaalle tulee kertoa ennen toimenpidettä PEG- letkun laittamisesta ja päivittäisestä hoitamisesta. (ESPEN 2005, JBI 2010.)

PEG- letkun kontraindikaatiot Päijät Hämeen hyvinvointiyhtymässä:

- aiempi gastrektomia/ subtotaali gastrektomia
- mahalaukun tyhjenemishäiriö / suolitukos
- mahasyöpä
- ohutsuolifisteli
- runsas askites, karsinoosi.
- graavi obesiteetti
- nopeasti etenevä, parantumaton sairaus, jolla huono ennuste, arvioitu elinaika < kuukausia. (Virtanen 2017.)

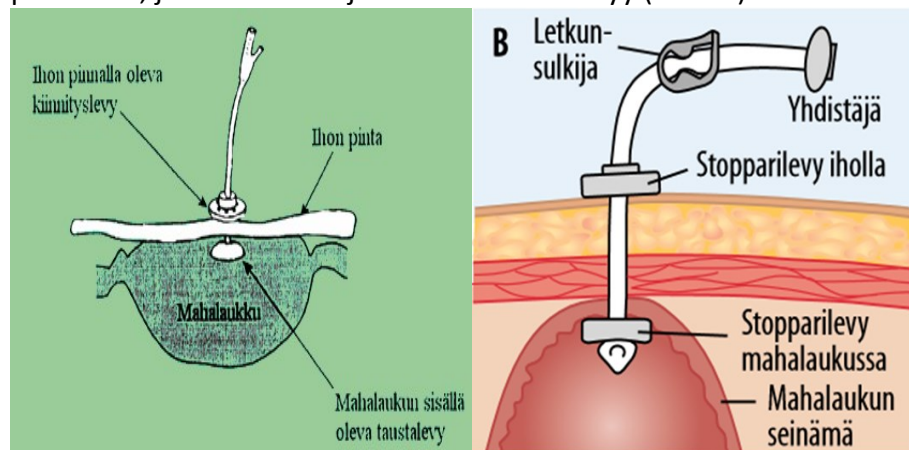
3.6.2 PEG- letkun laittotekniikka

Letkuravitsemus toteutetaan yleensä vatsanpeitteiden läpi joko mahalaukuun (kuva 7) tai ohutsuolen alkuosaan viedyllä letkulla. Sen asennus on invasiivinen toimenpide, johon liittyy komplikaatioita ja kuolleisuutta. Vatsanpeitteiden läpi vietyjen letkujen etuja ovat nenänielun jääminen vapaaksi ja pienempi aspiraatoriski. Tällöin potilas voi tilanteen mukaan syödä myös suun kautta ja letkun kautta täydennetään ravitsemustarve. (Saarnio – Pohju - Ahtola 2014, 2239 – 44.)



Kuva 7. Näkymä ventrikkelin limakalvosta toimenpiteen jälkeen ja toimenpiteessä käytettävä välineistö.

PEG- letkulla tarkoitetaan ravintoletkua, joka viedään vatsanpeitteiden läpi mahalaukkuun. Mahalaukku nostetaan letkun avulla kiinni vatsanpeitteisiin, johon se viikkojen kuluessa kiinnittyy (kuva 8).



Kuva 8. Havainnollistava kuva. Kuvat Pia Riipinen ja Saarnio – Pohju - Ahtola 2014, 2242.

Samalla muodostuu kanava iholta mahalaukkuun. Letkut asennetaan pääosin endoskopia-avusteisesti, jolloin puhutaan PEG:stä (perkutaaninen endoskooppinen gastrostomia). Muut asennusvaihtoehdot ovat minilaparotomiateitse tai laparoskopia-avusteisesti tehtävä asennus. PEG asennetaan yleensä paikallispuudutuksessa ja suonensisäisessä kevyessä sedaatioissa. Lisäksi suositellaan mikrobilääkeprofylaksiaa. (Simons – Remington 2013, 77; Saarnio - Pohju - Ahtola 2014, 2239 – 44.)

Aikaisempi mahalaukun osittainen tai kokopoisto ja mahalaukun toimimattomuus ovat kontraindikaatioita PEG- letkun asettamiselle. Vaihtoehtona käytetään tällöin jejunostomiaa. Perinteisesti jejunostomia tarkoittaa leikkauksen yhteydessä asetettua, vatsanpeitteiden läpi vietyä, ja ohutsuolen seinämään tunnettua letkua, joka mahdollistaa enteraalisen ravitsemuksen. (Saarnio – Pohju - Ahtola 2014, 2239 – 44.)

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä toimenpide tehdään leikkaussalissa. Potilaat saavat mikrobilääkeprofylaksian ennen toimenpidettä. (Lipp – Lusardi 2013; Saarnio – Pohju - Ahtola 2014, 2243.) Toimenpiteessä on 2 kirurgia, instrumenttitoiminta ja anestesiatiimi. Potilas on selällään, sedaation jälkeen tehdään gastroskopia, punktoidaan paikallispuudutuksessa näkökontrollissa steriilisti reitti venrikkeliin, ohjainlanka työnnetään ventrikkeliin ja edelleen suusta ulos, vedetään Ch 14 – 20 PEG-letku ohjainlangalla paikalleen ja kiinnitetään vatsanpeitteisiin. Kontrollitähystys tehdään toimenpiteen yhteydessä tarvittaessa. Toimenpiteen kesto on 5 – 15 min. (Virtanen 2017.) Valtakunnan tasolla on eroavaisuuksia siinä, tehdäänkö toimenpide polikliinisesti vai leikkaussalissa. Polikliinisen toimenpiteen etuna on nopea kotiutuminen ja jatkohoitoon siirtyminen. Tämä edellyttää hyvää jatkohoito ohjausta.

3.6.3 PEG- letkun poistaminen

PEG- letkun poistetaan heti kun se on tarpeeton (esim. nielemisen kuntoutus on onnistunut, kemosädehoidon loputtua nielemisen sujuessa) sekä jos potilaalla on vakavia komplikaatioita kuten avannekanavan laajentumiseen liittyvää jatkuvaa mahasuolikanavan eritteiden ohivuotoa avannekanavasta iholle tai BBS syndrooma. PEG- letkun poistamiseen on olemassa erilaisia tekniikoita. Käytetyin menetelmä on endoskooppinen poisto. Poistamismenetelmään vaikuttavat letkumalli, letkun sijainti (mahalaukku vai ohutsuoli) sekä potilaan ikä. Lapsilla PEG- letkut poistetaan aina endoskooppisesti anestesiassa. (Virtanen 2017.)

Yksi poistamiseen käytettävä menetelmä on letkun katkaiseminen leikkaamalla, tällöin sisähattu jää mahasuolikanavaan ja poistuu elimistöstä itsekseen. Tekniikan riski on sisähattun kiilautuminen suolistoon, tämä johtaa päivystykselliseen leikkaukseen sisästopparin saamiseksi elimistöstä. Phhyky:ssä on pitkään ollut käytössä PEG- letkun poistaminen paikallispuudutuksessa vatsan peitteiden lävitse kokonaisuudessa ulos vetämällä. Toimenpiteen voi suorittaa toimipaikka koulutettu PEG- hoitaja. Poistamisen jälkeen avannekanava sulkeutuu itsekseen muutamassa päivässä kokonaan. (Virtanen 2017.) Avannekanavan umpeutumista hidastavat pitkään käytössä ollut laajentunut avannekanava ja paikallinen infektio. Kanava voidaan tarvittaessa sulkea endoskooppisesti klipsillä. (Rahnemai-Azar, Ata A – Rahnemaiaazar, Amir A – Naghshizadian – Kurtz – Farkas 2014.)

3.6.4 Komplikaatiot ja ongelmatilanteet

Enteraalisen ravitsemuksen komplikaatioiden välttämiseksi rutiinimaisten tarkistuslistojen käyttö olisi tärkeää letkun asennus- ja vaihtovaiheissa. (Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2632 – 34). Terveystieteiden ammattilaisten tulisi olla koulutettuja, jotta potilaiden hoidon turvallisuus ja ongelmien ennalta ehkäisy mahdollistuu (Rowat 2015, 138 – 145). Valvira on käsitellyt tapauksia, joissa PEG-letkun laitto- tai asennusvaiheessa on aiheutunut vakavia, jopa kuolemaan johtaneita komplikaatioita. (Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2632 – 34, Valvira 2016.)

PEG:n asennukseen liittyy sekä komplikaatioita että kuolleisuutta (Saarnio – Pohju - Ahtola 2014, 2239 – 44; Rowat 2015, 138 – 145). Laittoon liittyviä merkittäviä komplikaatioita esiintyy noin 3 %:lla potilaista (Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2632 – 34). Asennukseen liittyviä komplikaatioita ovat sedaatioon liittyvä hengitysvajaus, verenvuoto ja mahalaukun viereisten elinten vaurioituminen. Aspiraatoriskiä riskiä lisää liian syvä sedaatio, neurologiset sairaudet ja suun sekä nielun alueen syöpäsairaus. Verenvuoto syntyy intra-abdominaalisten rakenteiden vaurioituessa. Trombosyyttitaso tulisi olla $> 100 \times 10^9/l$ ja INR $< 1,7$. Antikoagulaatiohoitoa saavan potilaan lääkkeen tauotuksesta huolehditaan, ja

tarvittaessa toteutetaan siltahoito. (Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2632 – 34; Saarnio – Pohju - Ahtola 2014, 2239 – 44; Valvira 2016.)

Varhaisvaiheen komplikaationa voi syntyä peritoniitti, jos laitton yhteydessä ohut- tai paksusuoleen tulee perforaatio. Toimenpiteen jälkeen voi letkun tyven ympärille kehittyä tulehdus (kuva 9). Harvinaisia vakavia infektioita ovat vatsaontelon seinän absessi ja nekrotisoiva faskiitti. PEG-letku irtoaminen pian laitton jälkeen, sidekudoskanavan kehittymättömyys ja mahalaukun seinämän aukon laajentuminen voi aiheuttaa ravintoliuoksen pääsyn vatsaonteloon. Riskiä lisäävät kortisonilääkitys, aliravitsemus ja hyvin korkea ikä. (Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2632 – 34.) Mahalaukun limakalvon ulseraatiota ja abdominaalista tavanomaista voimakkaampaa postoperatiivinen kipua voi myös esiintyä (Rowat 2015, 138 – 145).



Kuva 9. Varhaisvaiheen ongelmia. Kuvat Pia Riipinen.

Yleisimpiä myöhäisvaiheen ongelmia (kuva 10) ovat PEG-kanavan tulehdus, PEG-kanavaa ympäröivän ihon kemiallinen dermatiitti, letkun tukkeutuminen, liukuminen ulos mahalaukusta, hypergranulaatio ja letkun pään hautautuminen ventrikelin limakalvoon eli buried bumper syndrome (BBS). (Simons – Remington 2013, 79; Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2632 – 34; Saarnio – Pohju - Ahtola 2014, 2239 – 44; Rowat 2015, 138 – 145.)



Kuva 10. Myöhäisvaiheen ongelmia, avannekanavan tulehdus ja granulooma. Kuvat Pia Riipinen.

Komplikaatiofrekvenssi vaihtelee potilasaineiston ja käytettyjen määritelmien mukaan. Suomalaisessa aineistossa 23 %:lla potilaista oli 17 kuukauden seuranta-aikana komplikaatio joka ilmentyi kolmasosalle potilaista laitton jälkeisen kuukauden aikana. (Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2632 – 34.)

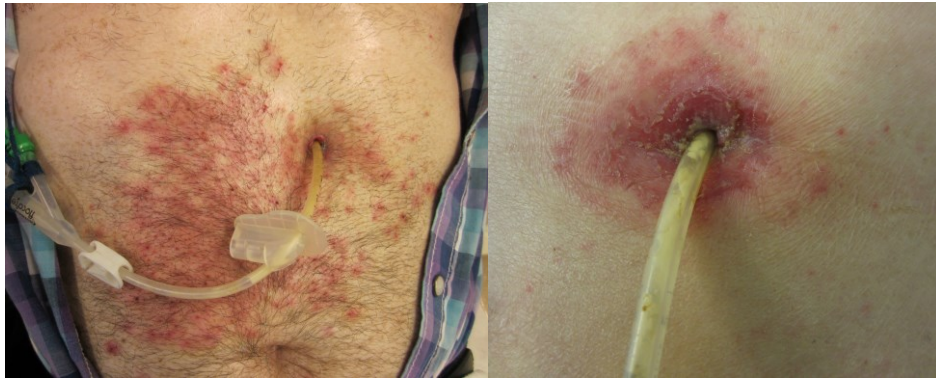
Myöhäistä irtoamista (kuva 11) pyritään ehkäisemään estämällä desorientoituneita potilaita poistamasta PEG- letkua. Avannekanavan muodostuttua ei letkun poisvetäminen aiheuta ravintoliuoksen vuotoa vatsaonteloon, mutta avanne ahtautuu pian letkun tahattoman poistamisen jälkeen, eikä samankokoista letkua pysty laittamaan tilalle ilman kanavan laajennusta. Jos PEG- letku lähtee pois itsekseen, avannekanava voi sulkeutua jo vuorokaudessa. Jotta potilaalle ei tarvitsisi tehdä uutta letkun asennusta leikausaalissa, on kanavaan syytä laittaa väliaikainen letku, esim. virtsakatetri. (Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2632 – 34.)



Kuva 11. PEG- letkun sisähattu on nousut avannekanavaan. Kuva Pia Riipinen.

Vatsahapon aiheuttama peristomaaliekseema (kuva 12) on ongelma, jota voi ehkäistä happosalpauksella ja huolehtimalla, että PEG:n tyven suoja-laatta pysyy paikallaan. Hoito-ohjeiden kertauksen lisäksi laaditaan tehostetun ihonhoidon suunnitelma tapauskohtaisesti. Optimaalisen kireyden säätäminen on avainasemassa ongelman ehkäisyssä ja hoitamisessa.





Kuva 12. Iho- ongelmia. Kuvat Pia Riipinen.

PEG:n avanteen ympärille voi muodostua granulaatiokudosta, joka herkästi vuotaa verta ja limamaista eritettä (kuva 13). Kosteus ihoalueella altistaa ihon vaurioitumiselle.



Kuva 13. Granulooma ja penslaukseen käytettäviä hoitotarvikkeita. Kuvat Pia Riipinen.

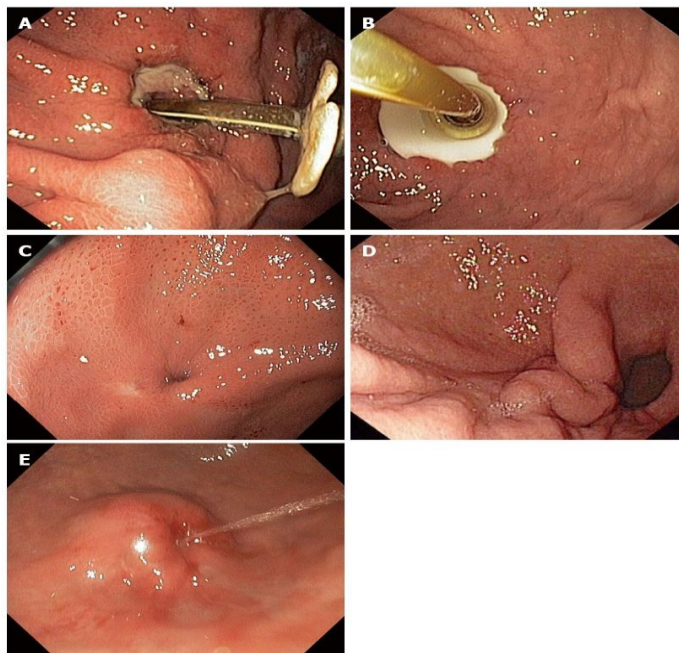
Tätä voidaan hoitaa paikallisesti laapiksella (kuva 14) ja joskus tarvitaan kirurgista poistoa. Granulooman muodostumista edistää mekaaninen (PEG- letku on säädetty liian löysälle, joka mahdollistaa letkun liikkumisen) sekä kemiallinen ärsytys (kosteus juurella). (JBI 2010; Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2632 – 34.)



Kuva 14. Granulooma ennen ja jälkeen Laapispenslauksen. Kuvat Pia Riipinen.

PEG- letkun tukkeutuminen on ehkäistävissä letkun huuhtelulla ennen ja jälkeen lääkkeen ja ravitsemusvalmisteiden laiton. Letkun tukkeumata-paukset voidaan ratkaista huuhtelulla tai käyttämällä ohjausvaijeria. Jos huuhtelu ja mekaaninen puhdistus ei auta, tulee letku vaihtaa uuteen. (JBI 2010.)

Buried bumper syndrome (BBS) tarkoittaa PEG- letkun ventrikkelin limakalvolla olevan "sisähatun" jumiutumista mahalaukun seinämän ja ihon väliin avannekanavaan (kuva 15). Tilanne johtaa ventrikkelin limakalvon ulseraatioon. Potilaalle tulee kipua ja ravitsemusvalmisteiden laitto vaikeutuu. PEG- letku tulee poistaa välittömästi ja laittaa uusi. BBS:n ehkäisyssä "ulkohatun" kireyden optimaalinen säätö on erittäin tärkeää. Jos letkun kireys on liian napakka, pääsee "sisähattu" nousemaan avannekanavaan aiheuttaen ongelman. (Simons – Remington 2013, 79)



Kuva 15. BBS, erilaisia endoskopian yhteydessä otettuja kuvia hautautuneesta hatusta. Kuvat World Journal of Gastroenterology (<http://www.wjgnet.com/1007-9327/index.htm>)

Ongelmatilanteiden hoidossa keskeinen merkitys on potilaiden hyvällä pre- ja postoperatiivisella ohjauksella (JBI 2010). Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä potilailla on oikeus ottaa asiantuntijahoitajaan yhteyttä kaikissa kysymyksissä. Tarkoituksena on laadukas yksilöllinen potilasohjaus. Tavoitteena on potilasturvallisuuden edistäminen niin, että hän saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan, oikealla tavalla oikeiden toimijoiden toimesta ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. PEG-hoitajan toimenkuva on määritelty vastaamaan potilasryhmän tarpeita.

PEG-hoitajan tehtäviin Päijät-Hämeen keskussairaalassa kuuluu:

- PEG-potilaiden pre- ja postoperatiivinen ohjaus
- PEG-syöttöletkujen poistot ja vaihdot, ohjaus toimenpiteiden yhteydessä

- PEG-syöttöletkujen toimintahäiriöiden ja ongelmien hoitaminen
- päivystyksellisten ongelmien hoitaminen virka aikaan
- PEG-potilaan kokonaishoidon koordinointi hoidon jatkuvuuden edellyttämällä tavalla
- hoitokontaktienkirjaaminen sairauskertomukseen
- potilasohjeiden laatiminen ja päivittäminen, sähköisen materiaalin laatiminen ja päivittäminen
- PEG-hoitajapoliklinikan toiminta organisointi ja kehittäminen
- organisaation sisäisen ja ulkoisen koulutuksen järjestäminen
- yhteistyö edustajien kanssa
- julkaisutoiminta (artikkelit, posterit, Moodle)
- yhteyshenkilönä toimiminen sairaanhoitopiirissä keskussairaalan ja avosektorin välillä
- PEG- prosessiryhmän puheenjohtaja
- ALS- ryhmän jäsen
- Duodopa- ryhmän jäsen.
-

Käytännössä kaikkia ongelmia ei koskaan voida ehkäistä, painoarvo ongelmien hoitamisessa tulisikin olla hyvässä ennaltaehkäisevässä potilaan ja läheisten ohjaamisessa sekä ongelmien varhaisessa tunnistamisessa (JBI 2010). Potilaalla ja läheisellä tulee olla mahdollisuus ottaa yhteyttä asiantuntijoihin kaikissa kysymyksissä.

3.6.5 Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä käytettävät PEG- letkut

Ensi-asennusletkussa (kuva 16) PEG-letkun päässä mahalaukussa on joko nappi tai hattu.



Kuva 16. Suomessa yleisesti käytettävä Medan 20 ch ensiasennus PEG-letku. Kuva Pia Riipinen.

PEG-letku on valmistettu silikonista tai polyuretaanista. Mahalaukun puolella on ulosluisumista estämässä ”sisästoppari” ja ulkopuolella ”ulkostoppari”. Nämä pidikkeet estävät letkun luisumista ulos. Ravitsemusvalmisteiden laitto tapahtuu isommasta portista ja lietetyt lääkkeet laiteaan pienemmästä sivuportista. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä käytettävä ensiasennus PEG-letkun kotihoito-ohje löytyy opinnäytetyön

liitteenä (liite 2). Ohjeessa on selostettu keskeiset päivittäiseen hoitamiseen liittyvät asiat. Jokainen potilas saa preoperatiivisen ohjauksen yhteydessä kansion, joka sisältää kotihoito-ohjeen, ongelma ohjeen (liite3) ja hoitotarvikejakelulähetteen sekä Nutrician letkuravitsemuksen ohjekirjasen.

Ensilaiton jälkeen siirrytään ballonkimallisiin letkuihin. Ensiletkun vaihtoa ei pidä tehdä ennen kuin sidekuduskäytävä on muodostunut, tämä kestää 2–4 viikkoa (Simons – Remington 2013, 78, Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2634). Avanteen hyvin muodostunut sidekuduskäytävä voi vaurioitua, jos letkua vaihdon yhteydessä käsitellään liian voimakkaasti. Letkun poisto ja vaihto ballongilliseen malliin tehdään joko endoskooppisesti lääkärin toimesta tai poistamalla letku vatsanpeitteiden lävitse paikallisuudutuksessa ulos vetämällä toimipaikkakoulutetun hoitajan toimesta.

Ballonkimallisen PEG-letkun (kuva 17) vaihtoväli on usein kolme kuukautta (Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2634). Ballongillisen letkun kotihoito-ohje löytyy liitteenä (liite 4), samoin letkun vaihdosta tehty ohje (liite 5). Ballongimallinen nappi (kuva 19) tai letku (kuva 17) on tarkoitettu potilaille joilla PEG on pysyvä. Nappimallisen letkun kotihoito-ohje on esitetty liitteessä kuusi (liite 6) ja napin vaihdon ohje liitteessä seitsemän (liite 7). Nappimallinen vaihtoehto valitaan usein nuoremmille kotona asuville potilaille ja letkumalli ikääntyneille sekä laitoshoidossa oleville potilaille. (Simons – Remington 2013, 78.) Ballongin täytteenä käytetään joka hanavettä tai steriiliä vettä. Veden määrä ballongissa (kuva 18) vaihtelee mallista riippuen.



Kuva 17. Meda 20 ch ballongillinen letku. Kuva Pia Riipinen.



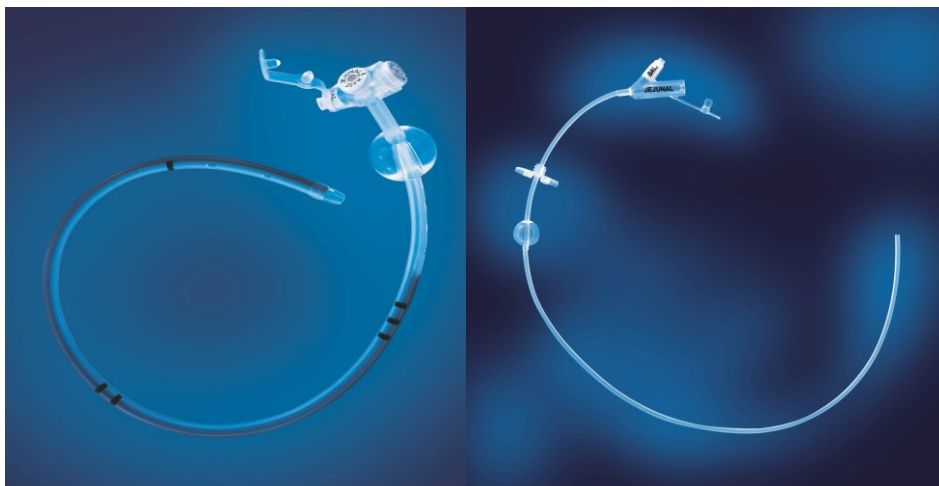
Kuva 18. Ballongillisen letkun veden täyttö porttiin on merkattu veden täyttömäärä sekä letkun paksuus. Kuva Pia Riipinen.



Kuva 19. Ballongillinen Meda Mic Key nappi ja nappiin liitettäviä välisyötötletkuja. Kuva Pia Riipinen.

Jos potilaalle on aikaisemmin tehty mahalaukun osittainen tai kokopoisto tai mahalaukku ei toimi normaalisti, voidaan ravitsemusvalmisteiden laitto toteuttaa Jejunaali eli ohutsuoliletkulla (kuva 20). Letku voidaan asettaa joko mahalaukun kautta ohutsuoleen tai suoraan vatsanpeitteiden lävitse jejunumiin. (Simons – Remington 2013, 78.) Jejunaaliletku voidaan korvata myös nasojejunaaliletkulla. Nasojejunaaliletkun laiton voi tehdä toimenpide radiologi kevyessä sedaatiossa. Jejunaaliletkuina käytettävät yleisimmät vaihtoehdot:

- MIC Trans gastric Jejunal Feeding tube eli MIC TJ. Sallii samanlaisen ohutsuoliruokinnan ja mahalaukun dekompression
- MIC Jejunostomialetku. Kirurginen asennus suoraan ohutsuoleen. Silikonisiivekkeet ankkuroivat letkun suoleen, Dacronista valmistettu cuffi estää letkun liikkumisen
- MIC KEY Low Profile Jejunal Feeding Tube. Jejunaaliletku joka näyttää päällepäin napilta, minimaalinen ihokontakti helpottaa hoitamista
- MIC Jejunal Feeding Tube, ”ulkostoppi” pitää letkun paikoillaan avanteessa, mahalaukun puolella on ballongi, jejunaaliosaa voidaan leikata sopivan mittaiseksi. (Meda.)



Kuva 20. Erilaisia Jejunaaliletkuja. Kuvat Meda.

Pitkälle edenneessä Parkinson taudissa voidaan harkita PEG- letkun kautta ohutsuoleen infusoitavaa levodopan ja kardiopan yhdistelmää Duodopa. (Pekkonen 2008, 402 -9; Käypä hoito 2010). Suomessa Duodopa on 100 %: sti korvattava lääke. Hoidon soveltuvuuden arvioi hoitava neurologi. Lääke annostellaan pumpulla suoraan ohutsuoleen (kuva 21).

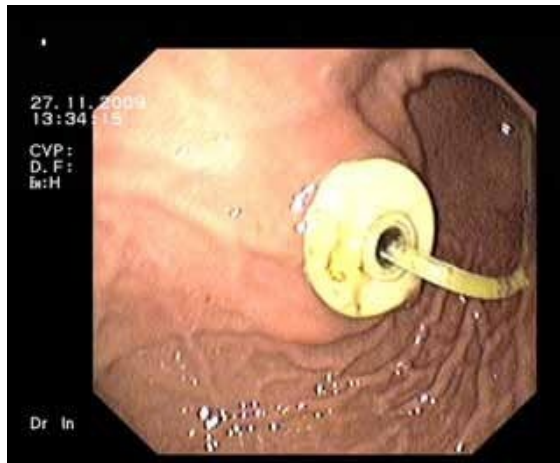


Kuva 21. Kaavakuva Duodopa- hoidosta. Kuva Abbvie.

Pumpun lääkekasetti vaihdetaan päivittäin. Pumppu ja kasetti painavat yhdessä 500 grammaa. Duodopaa käyttävät ovat iältään 47 – 83 vuotiaita. (Pekkonen 2008, 402 -9; Käypä hoito 2010). Duodopa PEG- potilaan kotihoito-ohje on esitelty liitteessä yhdeksän (liite 9). Abbvie on laatinut runsaasti oheismateriaalia ohjauksen tueksi, esim. videoita ja kuvia. Kaikki heiltä saatu materiaali on esitetty Moodlessa ja päivitetään säännöllisesti kerran vuodessa.

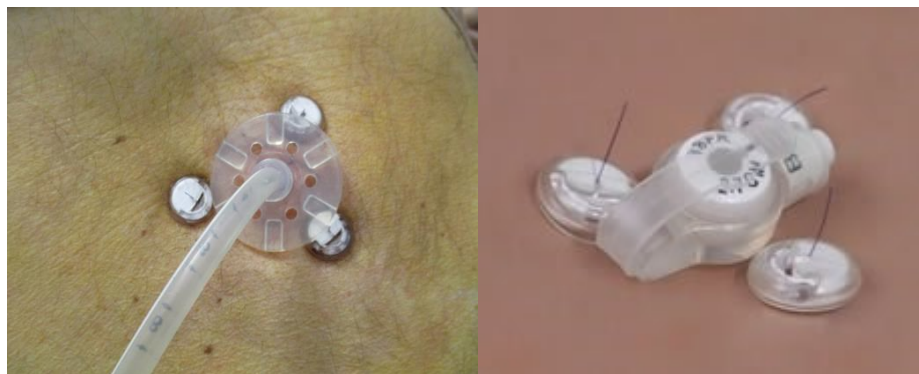
Duodopa- PEG letku on kahden letkun yhdistelmä (kuva 22). Potilaalle laitetaan ensin tavanomainen PEG- letku, jonka lävitse pujotetaan Jejunaaliletku. Jejunaaliletkun pää viedään pihtien avulla ohutsuoleen ligamentum

treizin kohdalle, jossa lääkkeen imeytyminen on optimaalisinta. Lääkepumppu kytketään Jejunaaliosaan.



Kuva 22. Duodopa-PEG- letku, näkymä mahalaukussa. Kuva Pia Riipinen.

Vähemmän Suomessa käytettyä tekniikkaa edustaa Mic Introducer Kit. Avanne tehdään ilman PEG -ensiasennusletkua. Syöttöletkun tai – napin asentamisessa käytetään vatsan päällä ankkuri- nappeja. Napit on kiinnitetty vatsalle pystysuorilla ompeleilla. Ompeleet sulavat itsestään 2 – 3 viikon kuluessa, jolloin napit irtoavat. Vastapuolella mahan sisällä on titaaninen T- ankkuri, joka tipahtaa itsekseen ja tulee ulosteen mukana pois. Vatsan puolella vesitäytteen ballongi. Tuotteeksi valitaan Medan ballongillinen syöttöletku tai Mic Key nappi (kuva 23). Mic Introducer potilaan kotihoito-ohje on esitetty liitteessä numero kahdeksan (liite 8).



Kuva 23. Mic Introducer Kit. Kuvat Pia Riipinen ja Meda.

3.6.6 PEG- potilaan hoito

PEG- potilaan hoito on monen erikoisalalan yhteistyötä. Hoitoketjuun osallistuu potilaan hoitoprosessin alkaessa yleislääkäri, keskussairaalassa erikoislääkäri, puhe- ja ravitsemusterapeutti, PEG- letkun laittava gastrokirurgi ja PEG- hoitaja. Hoitoketjun jokaisen lääkärin ja asiantuntijan päätöksillä on vaikutus potilaan hoitoon. Seuraavissa kappaleissa käydään lävitse keskeisimpiä PEG- potilaan ohjaukseen liittyviä asioita, jotka jokai-

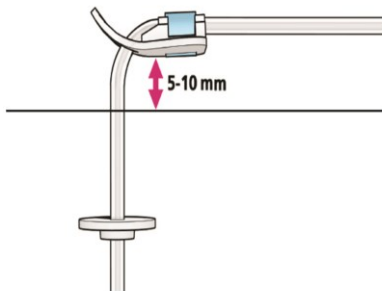
sen näiden potilaiden kanssa työskentelevän tulisi tietää. Potilaan hoitamisen kannalta on tärkeää ymmärtää, minkälainen tuote potilaalle on sekä valitun tuotteen hoitamiseen liittyvät keskeiset asiat. Keskeinen informaatio tuotteista on koottu taulukkoon (liite 10). Taulukkoa voi käyttää kouluttamisen ja ohjaamisen apuvälineenä, tuote informaatio löytyy myös Moodlesta (www.pateva.fi).

3.6.7 Ihonhoito

PEG- letkun päivittäinen hoitaminen on erittäin tärkeää iho- ja letku ongelmien ehkäisyn kannalta (JBI 2010; Simons – Remington 2013, 79). PEG-letku asetetaan toimenpiteessä napakaksi, jotta avannekanavan muodostuminen käynnistyy. Toimenpiteessä asetettua kireyttä ylläpidetään ensimmäiset 3 – 5 vuorokautta. (Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2634). Avannekanavan muodostumista edistää PEG- letkun pyörittäminen avannekanavassa myötä päivään (Simons – Remington 2013, 79), pyörittelyn jälkeen puhdistetaan iho letkun tyvessä ja tarvittaessa asetetaan harsotaitos juurelle. Ihon puhdistuksen voi tehdä suihkussa, vuodepotilailla veteen tai haavanpuhdistusliuokseen kostutetulla taitoksella tai pumpuli tikulla. Kansainvälisessä kirjallisuudessa kehoitetaan tekemän ihon puhdistus steriilisti sekä käyttämään alkuvaiheessa steriiliä taitosta ihon suojana (ESPEN 2005; JBI 2010; Simons – Remington 2013, 79).

Valtakunnallinen käytäntö Suomessa on ollut hanaveden tai haavanpuhdistusliuoksen käyttö. Myös sidosvalinnassa on eroavaisuuksia kansainvälisen ja valtakunnallisen kirjallisuuden kesken. Suomessa yleinen käytäntö on käyttää letkun juurella tavallista epästeriiliä harsotaitosta, erikoistaitoksia käytetään vain iho-ongelmien hoidossa. Tyven voi jättää avohoittoon heti kun pistopuukkoahaava on parantunut. Haavan parantumisessa kestää tavallisesti 1 – 2 viikkoa.

PEG- letkun iholla olevan stopparilevyn optimaalisen kireyden säätö on suuressa roolissa ongelmien ennalta ehkäisyssä. (Simons – Remington 2013, 79; Saarnio - Pohju - Ahtola 2014, 2242). Jos levy säädetään liian kireälle, se vaurioittaa ihoa ja pahimmassa tapauksessa sisästoppari hautautuu ventrikkelin limakalvoon (BBS) tai nousee avannekanavan (kuva 6). Liian löysälle säädetty ulkostoppari mahdollistaa letkun liikkumisen avannekanavassa, mahasuolikanavan eritteiden pääsyn kanavaa pitkin iholle ja ihon vaurioitumisen. Optimaali kireyden säätö (kuva 24) on ulkostopparin sijaitseminen noin 0, 5 cm päässä ihosta. (Simons – Remington 2013, 79; Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2634; Saarnio - Pohju - Ahtola 2014, 2242.)



Kuva 24. Optimaali ulkostopparin etäisyys vatsan iholta. Kuva Abbvie.

PEG- letkun irtoamisen syynä on useimmiten letkun huono kiinnitys vatsalle, joka johtaa letkun irtoamiseen vahingossa esim. potilasta liikutellessa tai sekavan potilaan itsensä repimänä. Ballongi mallisissa letkuissa ja napeissa vesi haihtuu ballongeista keskimäärin 1 – 2 ml viikossa, tämä johtaa viikkojen kuluessa ballongin tyhjentymiseen ja letkun tai napin poistumiseen avannekanavasta. Näissä malleissa tämä ehkäistään viikoittaisella ballongin veden määrän tarkistuksella. Letkun/ napin tahattoman irtoamisen jälkeen avannekanavan voi sulkeutua jopa neljän tunnin kuluessa. Avannekanavan säilyttämiseksi tulee kanavaan laittaa välittömästi joko virtsakatetri (Groundstroem – Heino – Halttunen 2014, 2632 – 34) tai uusi ballongi mallinen vaihtoehto (Simons – Remington 2013, 81).

3.6.8 Ravitsemusvalmisteiden laitto

Ravitsemusavanteen kautta voidaan antaa nesteitä, kliinisiä ravintovalmisteita ja lääkkeitä. Tukkeutumisen estämiseksi PEG- letkua pitää huuhdella aina ennen lääkkeiden ja letkuravintovalmisteiden antamista ja niiden jälkeen. Syöttöletkun toimivuus tarkistetaan aina ennen käyttöä, siten että ruiskuun otetaan noin 10 ml vettä ja vedetään ruiskuun varovasti mahalaukun tai ohutsuolen sisältöä veden sekaan ja sen jälkeen työnnetään ruiskun sisältö takaisin. (Valvira 2016.)

Enteraalisella ravitsemuksella tarkoitetaan letkuruokinnan antamista maha-suolikanavaan. Letkuravitsemuksen tavoitteena on korjata tai ehkäistä vajaaravitsemusta sekä optimoida toipuminen. Siihen voidaan yhdistää tarvittaessa täydentävä parenteraalinen ravitsemus. Letkuravitsemus aloitetaan aina maltillisesti. Ravitsemus suunnitellaan yksilöllisesti arvioimalla potilaan ravinnon ja nesteen tarve. Ravitsemusvalmisteiden laitto voidaan toteuttaa joko enteraalisen syöttöpumpun avulla (kuva 26) tai annos eli bolus ruokinnalla ruiskun avulla (kuva 25). Jejunaaliletkuihin ravitsemusvalmisteet laitetaan aina maltillisesti syöttöpumpun avulla. (Saarnio – Pohju - Ahtola 2014, 2239 – 44.)



Kuva 25. Ravitsemusvalmisteiden laitto ruiskulla, kuva Pia Riipinen.

Toteutustapaan vaikuttavat potilaan yleiskunto, perussairaudet, onko kyseessä mahalauku- PEG vai Jejunaali PEG, potilaan oma toivomus toteutuksesta sekä hoitopaikka. Enteraalinen ravitsemus letkuruokinnan avulla mahasuolikanavaan on fysiologinen reitti ravitsemukselle. Annettaessa ravintoa maha-suolikanavaan huolehditaan myös sen limakalvon ja immunologisen kudoksen hyvinvoinnista. Suoliston limakalvon normaalit toiminnot säilyvät parhaiten enteraalisella ravitsemuksella. (Saarnio – Pohju - Ahtola 2014, 2239 – 44.)

Flocare Infinity -syöttöpumppu

- Pumpun avulla letkuravitsemus on aina
 - Turvallista
 - Käyttömukavaa
 - Luonnollista
 - Helppoa
 - Aikaa säästävää



Kuva 26. Flocare Infinity syöttöpumppu. Kuva Nutricia.

Toimenpidepäivänä letkun kautta laitetaan vettä 4–6 tunnin kuluttua avanneletkun paikalleen laitosta (Simons – Remington 2013, 78). Varsinaisen ravitsemuksen avanteen kautta aloitetaan vasta seuraavana päivänä. Aspiraation ehkäisemiseksi vuodepotilaalla sängyn päädyn tulee olla vähintään 30 asteen kohoasennossa. Pientä lasta voi pitää ruokinnan ajan sylissä. Liikkuvalla potilaalla ravitsemusvalmisteiden laitto on luonnollisinta toteuttaa ruokapöydän äärellä istuma asennossa. (Simons – Remington 2013, 78.)

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä jokainen PEG- potilas tapaa ravitsemusterapeutin ennen toimenpidettä. Kaikille potilaille laaditaan yksilöllinen letkuravitsemussuunnitelma. Suunnitelma tarkistetaan tarvittaessa ja viimeistään kuukauden kuluttua PEG- letkun laittamisesta. Letkuravintovalmisteista saa kaiken päivittäisen tarvittavan ravinnon, lisäksi tarvitaan vettä. Ravintovalmisteet kuuluvat sairausvakuutuslain mukaan kansaneläkelaitoksen (KELAN) korvauksen piiriin. Hoitava lääkäri kirjoittaa korvattavuutta varten B- lausunnon sekä reseptin valmisteista. Ravitsemusvalmisteiden laittoon tarvittava välineistö on potilaalle ilmaista, tätä varten kirjoitetaan hoitotarvikejakelulähete.

Letkuravitsemuksen toteuttamisesta on laadittu ohjeet Phhyky:n Moodleen (kuva 27). Ohjeistus päivitettiin kesällä 2016. Jos PEG- letkun laitto tehdään päivystysaikaan, noudatetaan erillistä päivystysajan letkuravitsemuksen ohjetta.

15. Letkuravitsemuksen toteuttaminen



Yleisohje letkuravitsemuksen aloittamiseen osastolla. Ohjeita letkuravintovalmisteiden valitsemiseen ja annosteluun.

Kuva 27. Letkuravitsemuksen toteuttaminen Phhyky:ssä

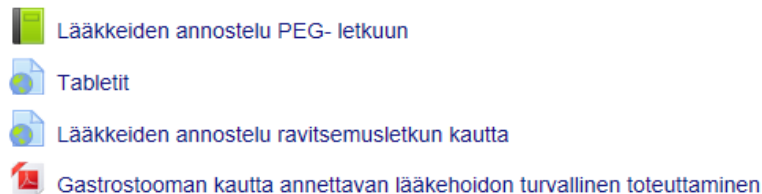
3.6.9 Lääkehoidon periaatteet

PEG- letkun käyttöä lääkkeen annostelureittinä tulee harkita vain silloin, kun mikään muu annostelureitti ei tule kyseeseen. Vaihtoehtoisia reittejä ovat transdermaalinen (iholle annosteltava esim. laastari), sublinguaalinen (kielen alle annosteltava), bukkiaalinen (posken limakalvolle annosteltava), rektaalinen (peräsuolen kautta) ja suonen sisäinen (esim. injektiona) antotapa. (<https://www.pateva.fi/mod/book/view.php?id=452>.)

Lääkkeen antotavasta ja lääke muodosta riippuu, soveltuuko lääke PEG- letkun kautta annettavaksi. PEG- letkun kautta annosteltaviksi sopivia lääke muotoja ovat nestemäiset oraaliset lääkevalmisteet, murskattavaksi soveltuvat tabletit, avattavat kapselit, poretabletit sekä jauheet. Tablettia ei saa puolittaa tai murskata ellei tarkasti tunneta lääkevalmisteen rakennetta. Entero- ja depotvalmisteita ei saa koskaan murskata, ei myöskään hormonivalmisteita tai sytostaatteja. (<https://www.pateva.fi/mod/book/view.php?id=452>.)

Lääkehoitoon liittyvästä ohjeistuksesta vastaavat Phhyky:ssä proviisorit ja farmaseutit. Osastoilla on lääkehoidon turvallisuuden edistämiseksi omat osastofarmaseutit. Alla olevassa kuvassa (kuva 28) on esitetty PEG- potilaan lääkehoito osion sisällysluettelo.

17. Lääkkeiden annostelu PEG- letkuun



Kuva 28. Lääkkeiden annostelu PEG- letkuun www.pateva.fi

Tavallisesti puristetut päällystämättömät tabletit voidaan lähes aina murskata ja liettää veteen. Kotioloissa murskaamiseen voi käyttää tavallista kotikeittiöstä löytyvää huumarta (morttelia) tai apteekissa myytäviä murskaamiseen tarkoitettua laitetta. Työskentelyn päätyttyä murskaamis-/ jauhamisvälineet on aina puhdistettava. Murskattu tabletti tai avatun kapselin sisältö liuotetaan 10 – 15 millilitraan huoneen lämpöistä vettä. Jokainen lääkevalmiste tulisi liuottaa veteen omassa kupissa ja laittaa PEG- letkuun erikseen. Lääkkeitä ei saa sekoittaa ravitsemusvalmistukseen. (<https://www.pateva.fi/mod/book/view.php?id=452>.)

Lääkehoidon käytännön toteutus:

- ravitsemushoito keskeytetään noin puoli tuntia ennen lääkkeen antoa
- potilaan tulee olla kohoasennossa
- lääkkeen käyttökuntoon saattamisen jälkeen (= huolellinen murskaaminen ja hyvä liettäminen), PEG- letku huuhdellaan 30 – 50 ml vettä
- liuotettu lääke vedetään ruiskuun ja laitetaan erillisestä lääkeportista PEG- letkuun, suositeltavaa on käyttää lääkkeiden laitossa 20 ml ruiskuja
- jokainen lääke laitetaan erikseen, lääkkeiden välissä letku huuhdotaan vähintään 10 ml vettä
- lopuksi PEG- letku huuhdotaan hyvin 30 – 50 ml vettä
- jos letkussa ei ole erillistä lääkeporttia, käytetään ravinnon antoporttia
- lääkettä annettaessa on varmistettava, ettei lääkettä laiteta epähuomiossa ballongin täyttö porttiin (<https://www.pateva.fi/mod/book/view.php?id=452>).

Riittämätön huuhtelu lääkehoidon yhteydessä on yleisin syy PEG- letkun tukkeutumiseen. Tämä on ehkäistävissä hyvällä murskaamisella, liettämisellä ja riittävällä huuhtelulla. Jos letku kuitenkin tukkeutuu, voi tuk-

keumaa yrittää huuhtoa lämpimällä teellä (liuottaa tukkeuman pois) tai hiilihappopitoisella juomalla, lisäksi ohjainvaijerin tai endoskopiaharjan käyttöä voi kokeilla. Ellei tukkeuma liukene, on letku vaihdettava (JBI 2010, <https://www.pateva.fi/mod/book/view.php?id=452>, Haka- Jauhainen 2016, 8.)

3.6.10 Nielemisen tutkiminen ja kuntoutus

Nielemisen tutkiminen ja kuntoutus ovat PEG- potilailla keskeisessä roolissa. Nieleminen on monimutkainen tapahtuma, sarja toisistaan riippuvaisia ja yhteisvaikutteisia motorisia liikevasteita. Tarkoituksena on aikaansaada riittävä voima ja paine, jotta nautittu ravinto ja juoma kulkeutuisivat nielusta ruokatorveen. Samalla henkitorvi on suojattu, hengitys pysähtyy nielemisen ajaksi. Usein ensimmäinen merkki nielemisongelmista on aspiraatio joka voi johtaa pneumoniaan. Nielemisvaikeus eli dysfagia on toiminnallinen tila, jossa syömisen nautinto ja / tai ravitsemuksen ja nesteytyksen ylläpito on häiriintynyt (Grother 1997; <https://www.pateva.fi/mod/book/view.php?id=452>.)

Nielemistapahtumaa arvioidaan seulontamenetelmillä ja tarvittaessa kliinisillä ja instrumentaalisilla tutkimuksilla. Seulonnan tavoitteena on tunnistaa nielemisongelmat. Kliinisellä tutkimisella tarkoitetaan puheterapeutin toteuttamaa arviota kasvojen, suunalueen ja kurkunpään motorisista ja sensorisista. Puheterapeutti tutkii kielen ja huulien liikkeiden laajuutta ja voimaa, nielemisen refleksitoiminnan käynnistymistä ja kurkunpään nousuliikettä. Lisäksi tutkimus sisältää aivohermojen toiminnan arvioinnin ja nielemiskokeilut. Instrumentaalisia tutkimuksia ovat radiologinen nielemisfunktio tutkimus ja nasoendoskooppinen FEES- tutkimus (Fiberoptic Endoscopic Evaluation Of Swallowing). (<https://www.pateva.fi/mod/book/view.php?id=452>.)

Nielemisen kuntoutukseen kuuluvat tutkimusten perusteella valitut kompensatiokeinot, lihastoiminnan harjoitukset ja erityismenetelmät. Nielemisen kuntoutus voi kestää viikosta kuukausiin. Nielemisvaikeuden etiologia vaikuttaa kuntoutuksen keston ja tulokseen. Jokaisen potilaan vaikeudet ovat yksilöllisiä. Potilaalle sopivat kompensatiokeinot täytyy aina harkita ja valita yksilöllisesti oirekuva ja tilanteen perusteella. Aspiraatoriskin ollessa suuri, turvataan ravitsemus tavallisesti nenä-mahaletkulla. Nenä-mahaletkun käyttöä ei Käypä hoito suositusten mukaan saisi käyttää kuukautta pidempään. Kuntoutumisen pitkittyessä tai perussairauden edetessä suositellaan PEG- letkun asentamista. (<https://www.pateva.fi/mod/book/view.php?id=452>.)

3.6.11 PEG- potilaan ohjaus

PEG- potilaan ohjausta tapahtuu Phhyky:ssä hoitoprosessin kaikissa vaiheissa useiden asiantuntijoiden toimesta. Ohjauksen sisältöön vaikuttaa

potilaan perussairaus ja hoitopaikka. Monet potilaista ovat huonokuntoisia sairaalapotilaita, jolloin käytännön kliinisestä hoitotyöstä vastaa hoitohenkilöstö. Tällöin on tärkeää, että ajantasaiset ja yksilölliset hoito-ohjeet kulkevat potilaan mukana jatkohoitopaikkaan. Kotona asuvilla potilailla hoidosta vastaavat usein joko omaiset tai kotihoito. Yksin asuminen lisää luonnollisesti ohjauksen haasteellisuutta.

Terveydenhuollon toimintana ohjaus on osa potilaan asianmukaista ja hyvää hoitoa eikä yksikään palveluprosessi ole tyydyttävä, ellei siihen sisällytetä potilasohjausta. Ohjauksella tuetaan potilaan omia voimavaroja, jotta hän selviytyisi hoitoonsa liittyvistä tilanteista ja pystyisi kantamaan enemmän vastuuta omasta toipumisestaan ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Hyvin suunniteltu, toteutettu ja potilaslähtöinen ohjaus vahvistaa potilaan kotona selviytymistä ja vähentää uusia sairaalahoitajaksoja sekä vahvistaa potilaan tiedollisia valmiuksia. (Lipponen 2014.)

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä potilaiden ohjaus tapahtuu vaiheittain hoitoprosessin mukaisesti. Suullisen ohjauksen lisäksi käytävissä on kirjallista ja kuvallista materiaalia sekä videoita. Hyvällä moniammatillisella ohjauksella edistetään potilaan toipumista ja kuntoutusta sekä ehkäistään useimpien ongelmatilanteiden syntyä.

PEG- hoitajan näkökulmasta potilasohjaus edellyttää ajantasaista hoitotieteen, lääketieteen ja farmakologian tuottamaa tutkimustietoon perustuvaa teoreettista osaamista, kliinistä osaamista sekä informaatioteknologian hyödyntämistä. Hoitaja tukee potilaita, perheitä ja yhteisöjä määrittämään, saavuttamaan ja ylläpitämään terveyttä muuttuvissa olosuhteissa ja eri toimintaympäristöissä. Hoitotyö on samanaikaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa.

Potilaita tuetaan itsehoidossa ja oman terveysongelman hallinnassa. Toiminta painottuu potilaan itsehoitovalmiuksien lisäämiseen. PEG- hoitaja ohjaa ja opettaa potilaita, omaisia sekä ryhmiä ja yhteisöjä, henkilöstöä ja opiskelijoita sekä tuottaa itse ohjausmateriaalia kaikkien sidosryhmien käytettäväksi. Hoitaja tunnistaa ja tuo esille hoitotyöhön liittyviä tutkimus- ja kehittämistarpeita. Tutkii, arvioi ja kehittää omaa työtään kriittisesti sekä raportoi ja julkistaa kehittämistoimintaa sekä edistää hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta. Vakava sairastuminen on haaste myös potilaan ja omaisten mielelle. Valtaosa potilaista selviytyy kuitenkin sairaudestaan hyvin myös psyykkisesti. Tärkeintä on hoidollisissa tilanteissa ottaa potilas huomioon ihmisenä, jolla on oma, yksilöllinen tapansa sairastaa. Sairastaminen tuo elämään epävarmuuden. Potilaan tukeminen sujuu automaattisesti hoitotoimia tehdessä ja potilasta sekä omaisia ohjatessa.

4 YHTEENVETO TOIMINTATUTKIMUKSELLISESTA OSUUDESTA

PEG- potilaan hoito on monen erikoisalan yhteistyötä. Hoitoon osallistuu potilaan hoitoprosessin alkaessa yleislääkäri, keskussairaalassa erikoislääkäreitä, puhe- ja ravitsemusterapeutteja, PEG- letkun laittava gastrokirurgi ja PEG- hoitaja. Jokaisen lääkärin ja asiantuntijan päätöksillä on vaikutus potilaan hoitoon. Hoitoprosessin kehittämisessä on huomioitu alueellisen potilastietojärjestelmän käyttöönotto ja varautuminen sote- lain muutoksiin alueellisesti yhtenevien toimintamallien avulla. Tavoitteena on ollut luoda Päijät-Hämeen alueelle Käypä hoito suosituksiin perustuva yhteneväinen toimintamalli.

Hoidon turvallisuus tarkoittaa sekä hoitomenetelmien että niiden toteuttamiseen liittyvien prosessien turvallisuutta. Toimintojen uudistaminen enemmän prosessimaiseksi edistää potilasturvallisuutta. Erehdysten taustalla ovat useimmiten prosesseihin, toimintatapoihin ja olosuhteisiin liittyvät riskit. Potilasturvallisuuden varmistamiseksi tavoitteena tulee olla prosessin kehittäminen riskit minimoiden. Prosessien kuvaamisella tavoitellaan entistä parempaa terveydenhoitoa muun muassa hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden lisääntymisen kautta. Potilaan kannalta tämä tarkoittaa voimaantumista ja parempia mahdollisuuksia osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Prosessikuvaukset auttavat palveluiden kehittämisessä, tulosten mittaamisessa, tietoturvariskien kartoittamisessa ja laadun arvioinnissa.

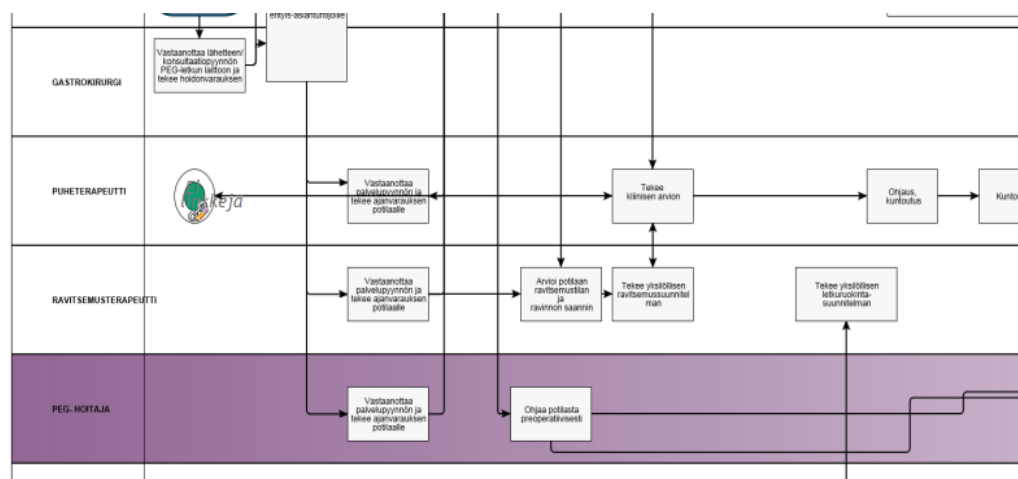
Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä on käytössä IMS- prosessien kuvaamis -järjestelmä. Järjestelmän tuotekehitys ja asiakastuki sijaitsevat Helsingissä. IMS- toimintajärjestelmän tarkoituksena on tuoda kaikki tarvittava tieto yhteen paikkaan hallintaa helpottaen. Järjestelmä mahdollistaa sen, että kaikki dokumentit löytyvät yhdestä paikasta, asiakirjoilla on selkeät hyväksymiskäytännöt ja vain uusin versio on käytössä. PEG- potilaan hoitoprosessi on siirretty IMS- portaaliin.

Tässä tutkimuksessa PEG- Potilaan hoitoprosessi määritellään teoreettiseen viitekehykseen perustuen seuraavalla tavalla:

PEG- potilaan hoitoprosessi on luonteeltaan terveydenhuollon kliininen prosessi. Hoitoprosessi on yksilöllinen asiakkaiden tarpeisiin perustuva tapahtumien ketju. Prosessi on sarja tapahtumia tai suoritettavia toimenpiteitä, joiden avulla saadaan haluttu tulos. Se on ajattelumalli, jota käytetään hoito-ongelman määrittelyssä, hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Prosessi kattaa potilaan näkökulmasta kaikki hoitoon liittyvät toiminnot. Hoitoprosessin kehittämisen tarkoituksena on toiminnan laadun ja palvelutason parantaminen, potilasturvallisuuden edistäminen, ongelmatilanteiden hallinta, toiminnan tehostaminen sekä kustannussäästöjen aikaansaaminen.

Olen koko opinnäytetyön tekemisen ajan toiminut PEG- prosessiryhmän puheenjohtajana ja osallistunut myös ALS- ryhmän ja Duodopa PEG- ryhmän tapaamisiin. Potilashojien ja Moodlen materiaalin päivittämisestä vastasi kukin ammattiryhmä itsenäisesti. Tämä edellytti kaikilta sovitussa aikataulussa pysymistä. Päivitetyn materiaalin implementaation edistämiseksi pidettiin myös osastotunteja ja alueellisia koulutuksia PEG- potilaan hoitamisesta.

Tämän opinnäytetyön valmistumisen aikaan oli PEG- potilaan hoitoprosessin siirtäminen IMS – portaaliin pääosin tehty. 3/2017 pidetyssä prosessiryhmän kokouksessa todettiin, että päivittäminen on aikaa vievä prosessi. Päivitettävää materiaalia oli enemmän kuin mitä alun perin ajateltiin, myös uuden prosessin vaihekorttien kuvaaminen oli ryhmälle uusi asia. Vaihekorttien tarkka kuvaaminen on tehtävä huolella, jotta prosessin vaiheet toteutuvat tarkoituksenmukaisesti. Alla on kuvakaappaus osasta prosessia, kuva auttaa hahmottamaan (kuva 29) ymmärtämään, miltä valmis prosessi näyttää. Jokaisen ”laatikon” sisältö on auki kirjoitettu vaihekortissa. Vaihekortissa on kuvattu tarkasti vaiheen sisältö, vaiheen suorittaja ja vaiheeseen liittyvät riskit. Lisäksi IMS- mallin käyttö mahdollistaa ohjeiden ja linkkien liittämisen vaihekorttien sisälle.



Kuva 29. PEG- potilaan hoitoprosessi IMS- portaalissa

PEG- prosessiryhmän työ hoitoprosessin parissa jatkuu suunnitelmallisesti. Vuonna 2017 pidetään kolme alueellista koulutusta PEG- potilaan hoitamisesta, vajaaravitsemuksen tunnistamiseen liittyvä kartoitus sekä PEG- potilaan ravitsemuksen toteuttamisen alueellinen koulutus. Lisäksi on suunnitteilla osastotunteja aiheeseen liittyen keskussairaalassa.

PEG- prosessiryhmän seuraava kokous pidetään 9/2017. Syksyn kokouksessa viimeistellään vaihekorttien sisällöt ja suunnitellaan vuoden 2018 koulutuksien sisällöt sekä aikataulut. Prosessiryhmän työskentelyssä tul- laan huomioimaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimustulokset. Tutkimustuloksia pohditaan yhdessä ryhmän kanssa syyskuussa 2017.

5 VAIHE II OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

Sosiaali- ja terveyshallintotiede ovat luonteeltaan soveltavia ja monitieteellisiä tieteenaloja, tämä heijastuu tutkimusparadigman monialaisuuteen (Niiranen – Lammintakanen 2011, 122 – 123). Monialaisuuden vuoksi olen pyrkinyt argumentoimaan tutkimuksen ratkaisut perusteellisesti ja järjestelmällisesti, jotta lukijan on helpompi ymmärtää tutkimustuloksia ja prosessia, jolla ne on saavutettu (Kakkuri-Knuuttila – Heinlahti 2006, 8). Metodologiset ratkaisut on valittu tutkittavan ilmiön ehdoilla. Luotettavuuden arviointi mahdollistuu suhteuttamalla tulokset tutkimusongelmiin ja käytettyihin menetelmiin. (KvaliMOTV; Lammintakanen ym. 2012; TENK 2012.)

Metodologiset valintani koskevat tutkittavan todellisuuden luonnetta eli ontologiaa, tutkimuksella saatavan tiedon luonnetta eli epistemologiaa sekä tutkimuksessa käytettäviä menetelmiä eli metodeja (Raunio 1999, 28 – 35; Kakkuri-Knuuttila – Heinlahti 2006, 131). Metodologian pohtiminen alkaa jo tutkimusaiheen valinnalla. Tutkimusaihetta valitessa olen kysynyt itseltäni, mitä tästä aiheesta tiedetään ennestään, mitä siitä on tutkittu, miksi ja miten? Miten lähdän itse tekemään omaa tutkimustani, mitä tietoa haluan ja miten ja lopuksi mitkä ovat tutkimuskysymykset. (Raunio 1999, 24 – 28; Kakkuri-Knuuttila – Heinlahti 2006, 92 – 97.) Kaikkia näitä kysymyksiä ohjaavat myös eettiset valintani tutkijana. Tutkimusprosessin aikana tehtävät ratkaisut ovat merkittäviä tutkimuksen eettisyyden näkökulmasta katsottuna.

Tieteelliseen tutkimukseen kuuluu keskeisenä kysymyksenä tieteellisen metodin arviointi. Tieteellisen tutkimuksen järjestelmällisyys toteutuu vain käyttämällä tieteellisiä menetelmiä. metodi koostuu niistä operaatioista, joiden avulla olen tutkijana tuottanut havaintoja sekä niistä säännöistä, joiden avulla havaintoja muokataan ja tulkitaan. Tarkasti määritelty metodi ja metodisäännöt vähentävät epämääräiseen intuitioon perustuvaa analyysiä, jotka eivät ole tieteen tunnuspiirteitä eivätkä siten tieteessä hyväksyttäviä. (Salminen 2011, 2.) Oleellista on, että metodologiset ratkaisut on valittu tutkittavan ilmiön ehdoilla. Tutkijan oman toiminnan kriittistä analysoimista eli reflektiota tulisi tehdä koko prosessin ajan. Tutkimuksessa arvioinnin tulisi kietoutua tiukasti tutkimusprosessiin. (Raunio 1999, 24 – 28.) .)

Tämä tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen, aineiston keruu menetelmänä on käytetty kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ja analyysi perustuu sisällönanalyysiin. Tyypillistä on, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään hahmottamaan ja ymmärtämään tutkittavaa asiaa tai kohdetta (Alasuutari 2011, 77 – 89). Tarkoituksena on löytää tai tuoda esille PEG-potilaan hoitoprosessin implementoinnin edistämiseksi tosiasioita sen sijaan, että todennettaisiin jo olemassa olevia väittämiä (KvaliMOTV).

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa metatutkimuksiin sekä systemaattisiin ja kuvaileviin kirjallisuuskatsauksiin. Tämän tutkimuksen tiedonkeruumenetelmäksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on etsiä vastauksia kysymyksiin, mitä ilmiöstä tiedetään, mitkä ovat ilmiön keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan aineistolähtöistä ja ymmärtämiseen tähtäävää ilmiön kuvausta. Eettiset kysymykset liittyvät tutkimuskysymyksen muotoiluun ja tutkimusetiikan noudattamiseen katsauksen kaikissa vaiheissa. Luotettavuuskysymykset liittyvät tutkimuskysymyksen ja valitun kirjallisuuden perusteluun, kuvailun argumentoinnin vakuuttavuuteen ja prosessin johdonmukaisuuteen. (Kangasniemi – Pietilä – Utriainen – Jääskeläinen – Ahonen – Liikanen 2013, 291 – 293.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on tieteellisiä periaatteita noudattava itsenäinen tutkimusmenetelmä, jonka tarkoituksena on kuvata valittu ilmiö rajatusti, jäsennetysti ja perustellusti tarkoitukseen valitun kirjallisuuden avulla. Menetelmä tuottaa aikaisempaan tietoon perustuvaa kumulatiivista tietoa. Menetelmän on kritisoitu olevan tieteellisesti epätarkka, tarkoitushakuinen ja aikaisemman tutkimuksen arvioinnin osalta puutteellinen. Suomenkielisessä kirjallisuudessa käytetään nimityksiä kuvaileva, perinteinen, laadullinen tai narratiivinen kirjallisuuskatsaus. (Kangasniemi ym. 2013, 291 – 293; Stolt- Axelin – Suhonen 2016, 8 – 16.)

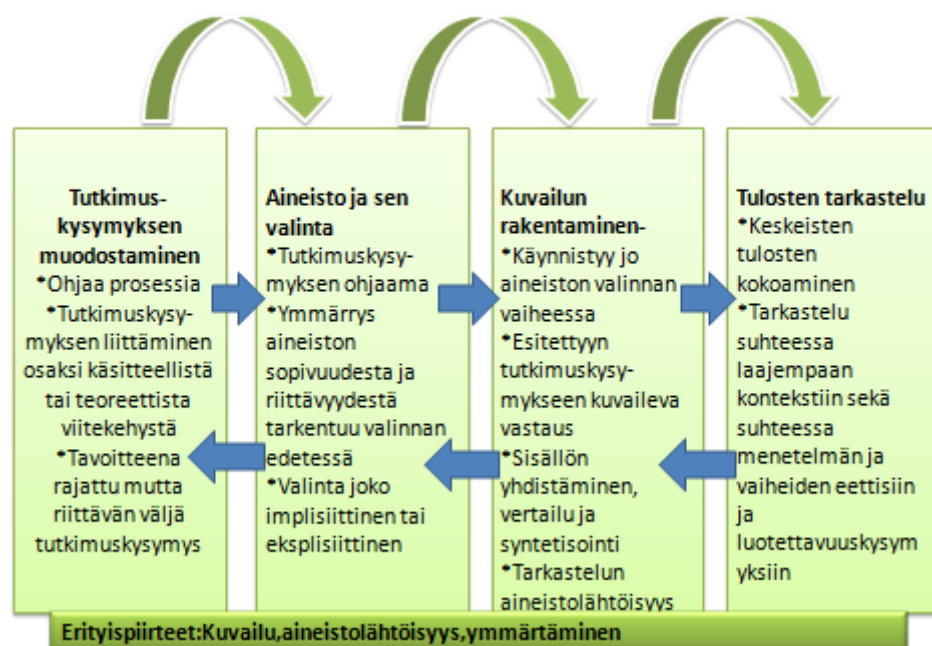
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopii kvalitatiiviseen tutkimukseen hyvin joustavuutensa vuoksi. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan rakentaa kokonaiskuvaa asiakokonaisuudesta. (Salminen 2011, 3.) Tässä tutkimuksessa kirjallisuuskatsauksen avulla haetaan vastausta tutkimuskysymyksiin rakentaen kokonaiskuvaa PEG- potilaan hoitoprosessin edistämisen keinoista. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on sekä prosessi, joka sisältää aineiston hankinnan, että analyysi olemassa olevasta tutkimustiedosta (Stolt - Axelin – Suhonen 2016, 9).

5.1.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsauksen prosessina

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keskeinen ja koko tutkimusprosessia ohjaava tekijä on tutkimuskysymys. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys on usein kysymyksen muodossa, ja valittua kysymystä voidaan tarkastella yhdestä tai useammasta näkökulmasta tai tasosta. Onnistuneen tutkimuskysymyksen edellytyksenä on, että se on riittävän täsmällinen ja rajattu. (Kangasniemi ym. 2013, 295.) Kirjallisuuskatsauksella pyritään kuvailemaan viimeaikaista aihealueeseen kohdistunutta tutkimusta (Stolt- Axelin – Suhonen 2016, 9 – 10). Tavoitteena on tunnistaa, arvioida ja koota yhteen tieteellisesti korkeatasoista tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Pölkki – Kanste – Elo – Kääriäinen – Kyngäs 2012, 336).

Aineiston valintaa ohjaa tutkimuskysymys, tarkoituksena on löytää mahdollisimman relevantti aineisto siihen vastaamiseksi. Aineiston valinnassa tulee esiin menetelmän aineistolähtöinen ja ymmärtämiseen tähtäävä luonne. Aineiston valinta ja analyysi ovat aineistolähtöistä ja ne tapahtuvat osittain samanaikaisesti. Valinnassa kiinnitetään huomio jokaisen alkuperäistutkimuksen rooliin suhteessa tutkimuskysymykseen. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston riittävyyden määrää tutkimuskysymyksen laajuus. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Tämän tutkimuksen aineisto muodostuu aiemmin julkaistusta, tutkimusaiheen kannalta merkityksellisestä tutkimustiedosta. Katsaukseen valittu aineisto haettiin informaation avustuksella elektronisista tieteellisistä tietokannoista ja manuaalisilla hauilla tieteellisistä julkaisuista. Oleellista aineiston valinnassa on, että sen avulla asiaa voidaan tarkastella ilmiölähtöisesti ja tarkoituksenmukaisesti suhteessa tutkimuskysymykseen. Systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta poiketen valittu aineisto ei perustu ainoastaan rajattuihin hakusanoihin ja aika- ja kielirajauksiin, vaan näistä voidaan kesken prosessin poiketa, mikäli se on merkityksellistä tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta. Keskeinen painoarvo on aikaisemman tutkimuksen sisällöllisellä valinnalla, ei niinkään ennalta asetettujen ehtojen mukaisella hakemisella. (Kangasniemi ym. 2013, 296.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheista on havainnollistettu kuvassa 30.



Kuva 30. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet (Kangasniemi – Pietilä – Utriainen – Jääskeläinen – Ahonen – Liikanen 2013, 295.)

Käsittelyosan rakentaminen on menetelmän ydin, jonka tavoitteena on esitettyyn tutkimuskysymykseen vastaaminen aineiston tuottamana laadullisena kuvailuna ja uusien johtopäätösten tekemisenä. Kuvailussa yhdistetään ja analysoidaan sisältöä kriittisesti. Aiemman tutkimuksen tar-

kastelu voi johtaa uuden tulkinnan syntymiseen. Valitusta aineistosta pyritään luomaan jäsentynyt kokonaisuus. (Kangasniemi ym. 2013, 296.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe on tulosten tarkastelu. Se sisältää sekä sisällöllisen että menetelmällisen pohdinnan sekä tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden arvioinnin. Vaikka kuvaileva kirjallisuuskatsaus on kokonaisuudessaan kirjallisuusperusteinen, on olennaista, että se sisältää pohdinnan tuotetusta tuloksesta. Tässä tutkimuksen vaiheessa kootaan ja tiivistetään kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tuottamat keskeiset tulokset ja tarkastellaan niitä suhteessa laajempaan käsitteelliseen, teoreettiseen tai yhteiskunnalliseen kontekstiin. Tarkasteluosassa voidaan kritisoida esitettyä tutkimuskysymystä hyvän tieteellisen tavan mukaisesti, hahmotella tulevaisuuden haasteita ja kysymyksiä sekä esittää jatkotutkimushaasteet ja johtopäätökset. (Kangasniemi ym. 2013, 297.)

Menetelmällisen väljyyden vuoksi tutkijan valintojen ja raportoinnin eettisyys korostuu sen kaikissa vaiheissa. Tutkimuskysymyksen muotoilussa eettisyys tulee esille valitun näkökulman tunnistavassa taustatyössä. Aineiston valinnassa ja käsittelyssä korostuu tutkimusetiikan noudattaminen raportoinnin oikeudenmukaisuuden, tasavertaisuuden ja rehellisyyden kannalta. Eettisyys ja luotettavuus ovat tiiviisti sidoksissa toisiinsa, ja niitä voidaan parantaa prosessin johdonmukaisella etenemisellä tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin. Luotettavuuden kannalta on keskeistä, että tutkimuskysymys on esitelty selkeästi ja sen teoreettinen perustelu on eritelty. (Kangasniemi ym. 2013, 298.)

5.1.2 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen analyysi koostuu kahdesta vaiheesta, havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta (Alasuutari 2011, 39). Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella saatu aineisto on merkitysten muodostama kokonaisuus, joka ikään kuin vaatii tulla ymmärretyksi. Tämä mahdollistaa erilaisuuden ja monentyyppiset ratkaisut. (Tuomi - Sarajärvi 2009, 95–96; Alasuutari 2011, 38 - 48.) Aineiston käsittelyn avulla on tarkoitus valmistautua varsinaiseen analyysiin. Aineiston ensimmäinen käsittely on tapahtunut kirjallisuuskatsauksessa valittaessa tutkimukseen mukaan otettavia artikkeleita. (KvaliMOTV). Laadullisen aineiston analyysi antaa vapauden luoda oma tiensä. Analyysissä tutkija muodostaa näkökulmia ja tiivistää aineistoa etsimällä systemaattisesti vastauksia tutkimuskysymykseen. Analyysimenetelmät ovat tutkijan työskentelyä, valituista näkökulmista ponnistaen. (KvaliMOTV.) Täten jokainen tutkimus on omanlaisensa prosessi, jonka kulkuun ja lopputulokseen vaikuttavat monet tekijät.

Sisällön analyysi voi olla luonteeltaan joko induktiivista tai deduktiivista (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009, 135). Tässä tutkimuksessa käytettiin induktiivista päättelyä. Analyysissä aineisto luokitellaan teemoihin

ja synteesissä pyritään luomaan kokonaiskuva aiheesta. Pyrkimyksenä on paljastaa aineistosta odottamattomia seikkoja (Hirsjärvi – Remes – Saja-vaara 2009, 164). Lähtökohtana on sanojen luokittelu niiden merkityksen perusteella. Luokittelua ohjaa tutkimuksen ongelman asettelu, teemat johdetaan aineistosta tutkimuskysymysten ohjaamina. Aineistosta pyritään luomaan selkeä teoreettinen kokonaisuus informaatiota hävittämättä. Keskeisenä ideana on, että runsas joukko tekstin sanoja luokitellaan muutamiin sisällöllisiin luokkiin. Jokaisella luokalla, joka voi sisältää yhden, useamman tai useita sanoja, fraaseja tai muita tekstin yksiköjä, oletetaan olevan yhteinen merkitys. Analyysiyksikkönä voi olla yksittäinen sana tai lause. (KvaliMOTV.)

Analysointia tehdessä etsittiin vastausta tutkimuskysymyksiin. Sisällön analyysini eteni siten, että luin tutkimukseen valitut artikkelit perusteellisesti useampaan kertaan. Ensimmäisellä lukukerralla tavoitteena oli saada kokonaiskuva artikkeleista, ymmärtää tekstejä ja niiden merkityksiä. Toisella lukukerralla poimin artikkeleista selvästi ilmaistut merkitykselliset ilmaisut. Tarkoituksen on tunnistaa ja muodostaa aineistosta teemoja. Analyysiyksikkönä oli ilmaisun sisällön ymmärtämiseen tarvittava määrä sanoja, enkä rajannut sitä tarkasti yhteen sanaan tai lauseeseen. Analyysiin otin mukaan vain artikkelissa selvästi ilmaistun sisällön enkä lähtenyt tulkitsemaan piilossa olevia viestejä. Tässä on syytä muistaa, että tulkinta on mukana tunnusmerkkien poiminnassa siltä osin, mitkä lauseet tai sanat tutkijana olen ottanut mukaan analyysiin. Poimintaa ohjasivat artikkeleille koko ajan esittämäni tutkimuskysymykset sekä teoreettinen viitekehys.

Tässä tutkimuksessa aineiston koodattiin merkkamalla tekstiin alleviivauksia värikynillä. Näin valikoidut tekstikohdat löytyivät nopeasti. Merkitsemällä samoin koodein tekstikohdat, joissa puhutaan samoista tai samankaltaisista asioista, saadaan aineistoon ryhtiä ja helpotetaan analyysia. Mukaan otetaan joko vain runkoon sopivat asiat tai käytetään myös ”sopimattomia”, joista muodostetaan induktiivisesti uusi kategoria. (KvaliMOTV). Keskeistä on tutkittavan ilmiön kontekstin tunnistaminen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009, 135 - 137).

Tutkimus rakentuu:

- 1) Aiemmistä tutkittavasta aiheesta tehdyistä tutkimuksista.
- 2) Tutkijan omasta ajattelusta ja päättelystä.

5.2 Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen toteutus

Tässä tutkimuksessa aineiston valinta toteutettiin eksplisiittisesti. Aineiston eksplisiittinen valinta muistuttaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tapaa raportoida valintaprosessin vaiheet, jolloin kirjallisuuden valinta kuvataan verrattain tarkasti. (Kangasniemi ym. 2013, 295.) Haut tehdään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoin sähköisesti ja manuaalisesti eri tietokanoista. Hakuja ohjaa tutkimuskysymys, mutta systemaatt-

tisesta kirjallisuuskatsauksesta poiketen valittu aineisto ei perustu ainoastaan rajattuihin hakusanoihin ja aika- ja kielirajauksiin, vaan näistä voidaan kesken prosessin poiketa, mikäli se on merkityksellistä tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta. (Kangasniemi ym. 2013, 295 – 296.)

Mukaan otettavan aineiston keskeisin peruste on sisältö ja sen suhde muihin valittuihin tutkimuksiin. Aineiston kokoamisessa painoarvo on aikaisemman tutkimuksen sisällöllisellä valinnalla. Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto voi olla menetelmällisesti keskenään erilaista, myös lähestymistavat, tieteenalat tai julkaisujen ajankohdat ja foorumit voivat vaihdella. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan käyttää lisäksi muita kuin tieteellisiä artikkeleita, jos se on kirjallisuuskatsauksen kysymyksenasettelun kannalta perusteltua. Aineiston valinnan tukena voidaan käyttää taulukointia, vaikka sitä ei välttämättä raportoida tutkimuksen julkaisussa. (Kangasniemi ym. 2013, 295 – 296.)

5.2.1 Tiedon keruu

Tutkimuskysymysten asettamisen jälkeen päätetään hakutermit, jotka nousevat tutkimuskysymyksistä. Tutkimuskysymykset laadittiin kattavasti, jotta saataisiin kartoitettua viimeisin tutkittu tieto PEG- potilaan hoitoprosessista, sen merkityksestä potilaan ja organisaation kannalta sekä siitä, miten hoitoprosessin käyttöä yhtymän alueella voidaan edistää. Medicissä ja Cochranessa tietoa haetaan lääketieteeseen ja sen lähialoihin liittyvillä asiasanoilla, MeSH termeillä. Ysa on suomalainen yleinen asiasanasto, jolla tietoa haetaan kotimaisista tietokannoista.

Tässä tutkimuksessa aineistoa haettiin MeSH ja Ysa- asiasanoilla sekä vapaa sanahauilla. Samat hakusanat ja sanayhdistelmät toistuivat loogisesti jokaisessa tiedonhaussa tietokannoittain. Hakusanoina käytettiin: PEG- potilas / PEG- letku / syöttöletku / gastrostooma / mahalaukku avanne / letkuruokinta / enteraalinen ravitsemus / gastrostomy / percutaneous endoscopic gastrostomy / feeding tube / tube feeding /hoitoprosessi / hoitoprosessin edistäminen / treatment process / nursing process /the promotion of the treatment process / the promotion of the nursing process. Alla olevassa taulukossa on esitetty tutkimuksessa käytetyt tietokannat on (taulukko 1).

Taulukko 1. Tutkimuksessa käytetyt tietokannat.

TIETOKANTA	SISÄLTÖ
Arto	Uusien kotimaisten artikkeleiden viitetietokanta, joka sisältää tietueita kaikilta tiedon alueilta.
Cinahl	Kansainvälinen hoitotieteen, hoitotyön ja fysioterapian viite- ja tiivistelmätietokanta, joka sisältää terveydenhuollon hallintoa ja koulutusta käsittelevää aineistoa.
Cochrane	Cochrane collaboration yhteistyön tuloksena

	syntynyt tietokantakokoelma, jonka tavoitteenä on laatia systemoituja kirjallisuuskatsauksia tutkimuksista, jotka käsittelevät sairauksien ennaltaehkäisyä, hoidon ja kuntoutuksen vaikeavuutta.
JBI Connect	Aineistoja ja työkaluja tukemaan näyttöön perustuvaa hoitotiedettä ja – työtä. Sisältää mm. systemaattisia katsauksia ja hoitosuosituksia.
Medic	Kotimainen korkeatasoinen ja laaja terveystieteellinen tietokanta, joka sisältää kattavasti suomalaiset lääke- ja hoitotieteelliset julkaisut, väitöskirjat ja opinnäytteet.
Melinda	Monialainen suomalainen tietokanta.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen elektroninen perushaku suoritettiin 11–12/2016 Artoon, Cochraneeen, Cinahliin, JBI Connectiin, Melindaan ja Mediciin. Liitteessä 3 kuvataan tiedonhaku prosessi täydellisesti vaiheittain ja tietokannoittain, käytetyt hakusanat ja hakujen tulokset. Elektronisen tietokantahakujen lisäksi hakuja täydennettiin manuaalisella tiedonhaulla käymällä läpi Hoitotiede – ja Tutkiva Hoitotyö lehtien sisällysluettelot vuosien 2011 – 2016 lehdistä 1/2017. Lisäksi käytiin läpi työhön valikoituneiden tutkimusten lähdeluettelot 2/2017. Saadakseni vastauksen tutkimuskysymyksiini päätin vielä laajentaa hakua 2/2017 hakemalla Theseuksesta YAMK- tutkimuksia, joissa oli tutkittu hoitotyön prosesseja.

Etukäteen laaditut tutkimuksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit helpottavat valintaa. (Stolt- Axelin – Suhonen 2016, 27.) Tutkimukset valitaan analysoitavaksi sisäänottokriteereiden mukaisesti. Sisäänottokriteerit tulee kuvata tarkasti, täsmällisesti ja niiden tulee olla johdonmukaiset tutkittavan aiheen kannalta. Täsmällisillä valintakriteereillä ehkäistään systemaattisia virheitä. (Stolt- Axelin – Suhonen 2016, 27.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa keskeinen painoarvo on aikaisempien tutkimusten sisällöllisellä valinnalla, ei niinkään ennalta asetettujen ehtojen mukaisella hakemisella. Tämän tutkimuksen alkuperäistutkimusten perushaun sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
Valitut tutkimuksen on julkaistu vuosien 2011 – 2016 aikana.	Tutkimus on julkaistu ennen vuotta 2011.
Sekä kansallisissa että kansainvälisissä tutkimuksissa näkökulmana on joko hoitoprosessi johon liittyy PEG- potilas tai hoitoprosessi johon ei liity PEG- potilas, mutta tutkimus tarjoaa informaatiota prosessin kehittämiseen ja/tai edistämiseen.	Hankkeet ja hankeraportit eivät täytä tieteellisen julkaisun kriteereitä. Ammattilehtien artikkelit. Tieteelliset julkaisut jotka eivät

<p>Kansainvälisissä tutkimuksissa tieto on sovellettavissa suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään.</p> <p>Hyväksytään eri metodein tehtyjä tutkimuksia.</p> <p>Tutkimuksen tai tieteellisen artikkelin julkaisukieli on suomi tai englanti.</p>	<p>sovellu suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään.</p> <p>Tieteellistä julkaisua ei ole saatavilla kokonaisuudessaan.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kirjallisuuskatsaukseen valittavat tutkimukset tulisi arvioida arviointikriteerejä käyttäen. Arvioinnin avulla kuvataan valittujen artikkeleiden luotettavuutta ja painoarvoa. Arviointi tulee suorittaa kahden osaavan henkilön toimesta. Molemmat arvioivat tutkimuksia itsenäisesti ja saatuja tuloksia verrataan keskenään. Perusvaiheen opinnoissa yksilötyönä toteutettavassa tutkimuksessa, kuten tässä työssä, voidaan arviointikäytännöstä poiketa. (Stolt- Axelin – Suhonen 2016, 67). Olen tutustunut hoitotyön tutkimussäätiön (HOTUS) laatimaan suositukseen laadullisten tutkimusten kriittisessä arvioinnissa, näkökulmana on tutkimuksen filosofisten lähtökohtien, kysymysten ja käytettyjen menetelmien yhdenmukaisuus ja eettisyys (JBI 2013).

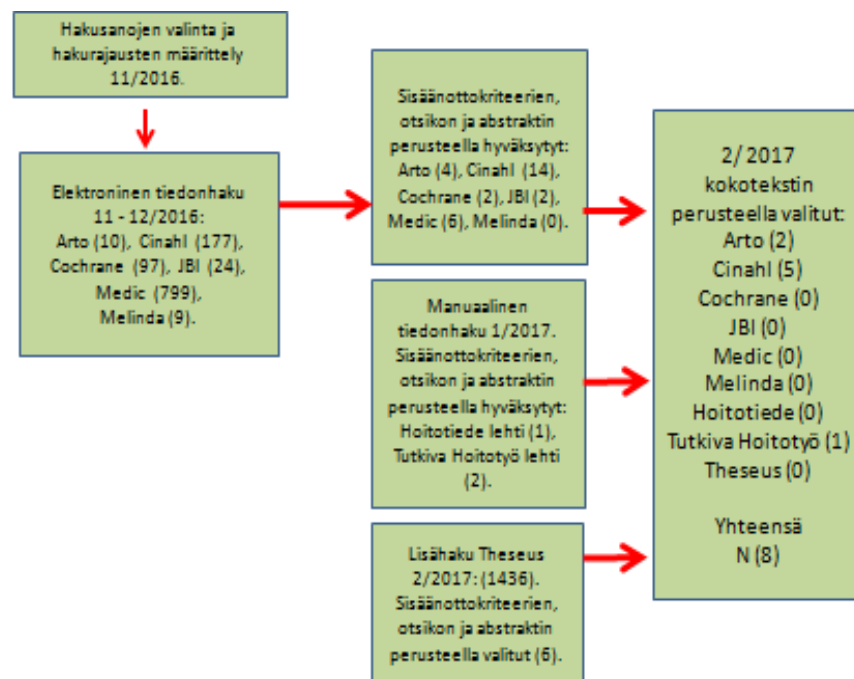
5.2.2 Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tutkimuksen tiedonhaku oli pitkäkestoinen työläs vaihe, täydellinen vaiheittainen hakuprosessi on kuvattu liitteessä 3. Kääriäinen ja Lahtinen (Kääriäinen – Lahtinen 2006, 40, 43) ovatkin artikkelissaan todenneet, että hyvän hakustrategian laatiminen on vaativa prosessi. Kirjallisuuskatsauksen toteutusta on kritisoitu työlääksi sekä aikaa ja henkilöstöresursseja vaativaksi. (Kääriäinen – Lahtinen 2006, 43.) Onnekseni olin varannut tälle tutkimuksen vaiheelle riittävästi aikaa. Hakuprosessia ohjasivat sisäänottokriteerit, tutkimuskysymykset ja metodologiset valintani. Hakusanoina käytettiin kuvaavia sanoja ja sanayhdistelmiä.

Ensimmäisten tiedonhakujen jälkeen haasteeksi osoittautui se, että tutkimuksia nimenomaan PEG- potilaan hoitoprosessista ei juuri löytynyt. Aiheeseen liittyvät tutkimukset olivat pääosin lääketieteellisiä. Hoitotyön alueelta löytyi aihealueesta tutkimuksia, mutta niissäkin näkökulmana olivat enimmäkseen päivittäiseen hoitamiseen, letkuravitsemukseen ja lääkehoitoon liittyvät aiheet. Hoitoprosessin kehittämisen näkökulmasta muille potilasryhmille oli saatavilla informaatiota, mutta nimenomaan PEG- potilaan hoitoprosessi näkökulmaa ei ollut paljon tutkittu.

Ensimmäisen 11–12/2016 suoritetun elektronisen haun jälkeen päätin manuaalisessa haussa keskittyä hakemaan tietoa nimenomaan hoitotyön prosesseihin liittyvistä tutkimuksista. Tutkiva Hoitotyö ja Hoitotiede lehti- en haun jälkeen laajensin kirjallisuushakua Theseuksen puolelle. Theseuksesta löytyikin paljon YAMK- tutkimuksia joissa oli tutkittu prosessien kehittämistä. Näissä tutkimukseeni valikoiduissa opinnäytteissä mielenkiintoni kohteena olivat tutkimusten lisäksi lähdeluetteloiden alkuperäiset tutkimukset. Laadullisen tutkimuksen kriteeristöä noudattaen, en kuitenkaan valinnut analysoinnin kohteeksi Theseuksen tutkimuksia (JBI 2013).

Valinta perusteena painavana argumenttina oli sisäänottokriteerien lisäksi tutkimusten laadullisuus. Huolimatta kirjallisuuskatsauksen työläydestä, kun vauhtiin pääsee, olisin voinut jatkaa hakuja loputtomiin. Johonkin raja on kuitenkin vedettävä. Tutkimuksessa oleellista on tutkimukseen valittavien aineistojen laatu ja niiden vastaavuus tutkimuskysymyksiin, ei niinkään materiaalin määrä. Tiedonhaku ja tutkimusten valintaprosessi on esitetty alla olevassa kuvassa (kuva 31).



Kuva 31. Tiedonhaku ja tutkimusten valintaprosessi.

Tutkimukseen valittiin analysoitavaksi 8 artikkelia, jotka oli julkaistu vuosien 2011 – 2015 välillä. Kaikki artikkelit ovat vertaisarvioituja. Artikkeleista 4 on suomalaisia, joista yksi on julkaistu englannin kielellä. Muiden julkaisumaat ovat Englanti, USA (2) ja Belgia. Artikkeleista 2 kohdistui lapsi PEG- potilaisiin, valitsin ne kuitenkin mukaan koska niistä saatavaa tietoa voidaan hyödyntää myös aikuisten PEG- potilaiden prosessien kehittämi-

sessä. Aineistoa analysoitaessa tavoitteena oli löytää vastaus tutkimuskysymyksiin ja koota synteesi valituista tutkimuksista.

Aineisto arvioitiin ja luokiteltiin tutkimuskysymyksiin perustuvien aihealueiden mukaisesti. Luokittelun apuna käytettiin aineiston koodaamista merkkäamalla tekstiin alleviivauksia värikynillä. Analyysissä pyrittiin etsimään vastauksia tutkimuskysymyksiin sekä erilaisia piilomerkityksiä. Aineistosta oli tunnistettavissa tutkimuskysymyksien alle vastaavat teemat. (Tuomi – Sarajärvi 2009, 93–121; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009, 135 - 137.) Analyysiprosessi alkoi aineiston lukemisen aikana ja syventyi artikkeleiden keskeisen annin kertaamisella. Koodaaminen alkoi toisella lukukerralla jatkuen ja syventyen seuraavilla lukukerroilla. Visuaalisena tutkijana piirtelin aineistosta itselleni lukuisia mind mappeja koodaamisen lomassa. Tutkimuksen luotettavuuden edistämiseksi olen laatinut taulukon analyysiprosessista (liite 13) kokonaisuutena.

Tutkimukseen valitut artikkelit tarjosivat monipuolisen kuvan PEG- potilaan hoitoprosessin kehittämistä substanssiin liittyen sekä kehittämisen ja johtamisen näkökulmasta. Tutkimusten näkökulmia olivat rutiininomainen aliravitsemuksen seuranta ja standardoitu ohjaus, sähköisten terveyspalveluiden kehittäminen, PEG- potilaiden ja läheisten ohjauksen kehittäminen, uuden potilaspalauttejärjestelmän käyttöönoton pilotti, hoitotyön johtajien rooli prosessien kehittämisessä sekä terveyden edistämisen näkökulma. Täydellinen kooste analysoitavista tutkimuksista on esitetty liitteessä numero 12 (liite 12). Alla olevassa taulukossa (taulukko 3) on esitetty analyysiin valittujen tutkimusten, tekijät, julkaisuvuosi ja tutkimuksen nimi sekä julkaisija.

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tutkimuksen tekijä/tekijät, vuosi	Tutkimuksen nimi ja julkaisija
Chapman, Carol - Barker, Mary - Lawrence, Wendy 2014.	Improving nutritional care: innovation and good practice. JAN, Journal of advanced nursing 2014. S 881 – 894.
Jauhiainen, Annikki – Sihvo, Päivi 2015.	Asiakaslähtöisten sähköisten terveyspalvelujen käyttöönotto – malli käyttöönotolle ja vaikuttavuuden arvioinnille. FinJeHeW 2015;7(4), 210 – 220.
Kirk, Lisa - Shelley, Anita - Battles, Maureen 2014.	Educating Parents on Gastrostomy Devices: Necessary Components to Achieve Success. Journal of Pediatric Nursing (2014) 29, 457–465.
Lundgrén-Laine, Heljä- Eloranta, Sini - Danielsson-Ojala, Riitta – Kontio 2015.	Potilaspalautetta QR- koodilla. Käyttöönottopilotti Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. FinJeHeW; 7(2-3), 135 – 148.
Salmela, Susanne - Eriksson, Katie - Fagerström, Lisbeth 2011.	Leading change: a three-dimensional model of nurse leaders' main tasks and roles during a change process.

	JAN, Journal of advanced nursing 2011. S 423 – 433.
Schweitzer, Michelle - Aucoin, Julia - Docherty, Sharron L. - Rice, Henry E. - Thompson, Julie – Dori Taylor, Sullivan 2014.	Evaluation of a Discharge Education Protocol for Pediatric Patients With Gastrostomy Tubes. Journal of Pediatric Healthcare. Sep/Oct2014; 28(5): 420-428.
Toussaint, Emmanuel - Van Gossum, Andre - Asuncion Ballarin, Asuncion - Arvanitakis, Marianna 2015.	Enteral access in adults. Clinical Nutrition 34 (2015). S 350-358.
Wiens, Varpu – Pietilä, Anna-Maija 2012	Terveiden edistäminen pohjoisessa toimintaympäristössä: terveyden edistämisen yhdysheiköiden näkemyksiä. Tutkiva hoitotyö Vol. 10 (2), 2012, 25 – 32

Analyysiprosessin kuvailu perusteellisesti on osa tutkimusprosessin luotettavuuden edistämistä. Tutkimustuloksia on havainnollistettu kuvioilla, nämä auttavat lukijaa ymmärtämään tutkijan ajatuksenkulkua. Sisällön analyysin käyttöä kirjallisuuskatsauksen menetelmänä on kritisoitu. Kirjallisuuskatsauksien kohdalla pidetään mielekkäämpänä ilmaisuna kuvailevan synteessin tuottamista tutkimustuloksista. (Kynäs – Kääriäinen – Elo – Kanste – Pölkki 2011, 146.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopii hyvin kvalitatiiviseen tutkimukseen, jossa pyritään kuvaamaan kokemuksia ja merkityksiä kirjoittamalla kuvailevaa tekstiä. Tutkimustuloksien esittelyssä olen pyrkinyt ymmärryksen kautta hakemaan uusi näkökulmia ja toisaalta vahvistamaan jo olemassa olevaa. Tuloksena on kuvaileva kooste ilmiöstä

6 PEG- POTILAAN HOITOPROSESSI ASIAKKAAN NÄKÖKULMASTA

Phhyky:n strategiassa asiakas edellä – ajattelu on nostettu keskeiseksi elementiksi. Tässä tutkimuksessa asiakkaalla tarkoitetaan PEG- potilasta. Palvelujen tärkeimpänä tehtävänä on edistää asiakkaiden arjessa pärjäämistä ja toimintakykyä. Lähtökohtana on erilaisten asiakasryhmien tunnistaminen. Palveluita uudistettaessa painotetaan avohoitoa ja kuntoutusta. (PHSOTEY 2014b.) PEG- potilaan hoitoprosessin kehittämisen tarkoituksena on ollut nimenomaan tukea potilaiden kotona pärjäämistä ja helpottaa laitoshoidossa olevien potilaiden hoidosta vastaavan henkilökunnan työskentelyä päivitettyillä näyttöön perustuvilla ohjeilla ja verkkomateriaalilla. Teeman keskeinen anti on esitetty kuvassa 32.

6.1 Asiakslähtöisyys

Asiakslähtöisellä ajattelulla edistetään potilaiden osallistumista palveluiden kehittämiseen (Jauhiainen – Sihvo2015, 219). Asiakas tulisikin nähdä aktiivisena ja vastuullisena toimijana ja heidät tulisi ottaa mukaan toimintojen suunnitteluun (Wiens – Pietilä 2012, 27 – 29; Toussaint – Van

Gossum – Ballarin – Arvanitakis 2014, 357; Jauhiainen – Sihvo 2015, 219). Kehittämiseen osallistuminen tulisi nähdä potilasta voimaannuttavana toimintana. Voimaantuminen lisää potilaiden itseluottamusta (Kirk – Shelley – Battles – Latty 2014). Tämä tarkoittaa potilaan ymmärrystä itsehoitovoimistaan ja myös epäonnistumisen hyväksymistä. Voimaantuminen on henkilökohtainen prosessi, johon liittyy vahva vastuullisuus sekä halu ja kyky toimia oikealla tavalla. Tärkeää voimaantumisessa on terveydenhuollon ammattilaisilta saatu kannustava palaute. (Wiens – Pietilä 2012; Kirk ym. 2014.)

Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan myös asiakkaan näkemistä aktiivisena toimijana (Wiens – Pietilä 2012), tämä korostuu varsinkin kotona itsenäisesti pärjäävien PEG- potilaiden kohdalla. Terveydenhuollon ammattilaisten on voitava luottaa siihen, että potilas noudattaa hoitosuunnitelmaa. Ongelmien ennalta ehkäisyn kannalta terveydentilan muutosten seuraamisella kotioloissa on oleellinen merkitys. Onnistuneen ohjaamisen edellytyksiä ovat ammattihenkilöiden riittävä tieto – taito, riittävät resurssit laadukkaaseen ohjaamiseen ja kirjallisen sekä audiovisuaalisen materiaalin käyttö ohjaamisen tukena. (Kirk ym. 2014; Schweitzer – Aucoin – Docherty – Rice – Thomson – Sullivan 2014; Jauhiainen – Sihvo 2015.) Potilaiden yksilölliset tarpeet ohjaamisessa tulee huomioida prosesseja kehitäessä (Chapman – Barker – Lawrence 2014, 888).

PEG- potilaan hoitoprosessin yhtenä tavoitteena on ollut ongelmatilanteiden ratkaisu potilaan kannalta tarkoituksenmukaisesti ja yksilöllisesti. Toiminnan ja ohjauksen oikea aikaisuus ja vastuuhenkilöiden nimeäminen edistävät yksilöllisiä ongelmanratkaisuja. Ongelmien ennaltaehkäisyyn tulisi kiinnittää huomiota. Hyvin suunniteltu moniammatillisesti toteutettu hoitotyö on merkityksellisessä asemassa komplikaatioiden ehkäisyssä. (Kirk ym. 2014, 458; Toussaint ym. 2014, 357.)

Hyvällä ohjauksella tarkoitetaan PEG- potilaan ohjauksen ajoittamista pre- ja postoperatiiviseen ohjaamiseen ja jatkohoitoon ohjaamista. Hyvällä ohjauksella ei pystytä ehkäisemään kaikkia ongelmia. Tavoitteena tulisi olla ongelmien varhainen tunnistaminen sekä päivityksellisten käyntien vähentyminen. Kotona pärjääminen perustuu huolellisesti suunniteltuun jatkohoitoon. (Schweitzer ym. 2014, 425–426.) Potilalla tulee olla hoidosta vastaavien asiantuntijoiden yhteystiedot, joiden puoleen kääntyä ohjeiden kertaamiseen tai ongelmatilanteisiin liittyvissä asioissa (Kirk ym. 2014, 464.) Standardoitu ohjaus ja huolellisesti suunniteltu jatkohoito vähentävät päivityksellisiä käyntejä, tämä on sekä asiakkaan etu että organisaation etu (Kirk ym. 2014, 465).

6.2 Palveluprosessien avoin kuvaaminen

Palveluprosesseissa tulisi määritellä asiakkaan vastuut ja tehtävät sekä arvioida prosessin toteutumista. Vastuiden määrittelyllä edistetään potilaan sitoutumista hoitosuunnitelmaan. Prosessien kehittämisessä poti-

lasपालaute on keskeisessä roolissa. Toimintoja voidaan kehittää vain palautteen avulla. Vaikutukset kohdistuvat yksittäistä prosessia laajemmin koko organisaation toimintaan. (Lundgrén-Laine - Eloranta - Danielsson-Ojala – Kontio 2015, 135.) Velvollisuus kuunnella potilaan näkemyksiä on kirjattu terveydenhuoltolakiin ja potilaslakiin (Lundgrén-Laine ym. 2015, 137).

PEG- potilaan hoitoprosessia on kehitetty saumattomasti toimivaksi kokonaisuudeksi, jossa yhdistyvät moniammatillisen tiimin voimavarat. Potilaiden palvelu on sujuvaa. Työtä tehdään hyvällä asenteella ilman tarpeettomia raja-aitoja eri ammattiryhmien välillä. Hoitoprosessin kuvaamisesta hyötyvät sekä potilaat että terveydenhuollon ammattilaiset. Potilaiden omaa osaamista on vahvistettu yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Prosessin kuvaamisella yhtenäistetään alueellista yhteistyötä. Jatkossa huomiota tulee kiinnittää asiakkaan vastuuden ja tehtävien kuvaamiseen, tämä edistäisi potilaiden vastuunottoa hoitosuunnitelman toteuttamisessa.

6.3 Potilaspalautteet laadun kehittämässä

Potilaspalautteet ovat yksi keino ottaa asiakkaat mukaan hoidon laadun kehittämiseen (Lundgrén-Laine ym. 2015, 135). Potilaspalaute on merkityksellisessä roolissa toiminnan kehittämässä, palautteella voidaan vaikuttaa koko organisaation toimintaan. Potilaannäkökulma tulisi nähdä tärkeänä osana terveystalouden laadun arviointia. Palautejärjestelmien kehittämässä tulee huomioida potilaiden erilaiset mahdollisuudet antaa palautetta. Potilaalle ja läheisille palautteen antamisen tulisi olla mahdollisimman helppoa. (Lundgrén-Laine ym. 2015.)

Lundgren-Laine ym. tutkimuksessa verrattiin erilaisten potilaspalautemenetelmien eroavaisuuksia ja pilotoitiin uutta QR- koodi menetelmää. Phhyky:ssä on käytössä kirjallinen ja sähköinen potilaspalautemenetelmä. QR- koodi ei ole käytössä. Lundgren-Laine ym. tutkimuksen keskeisenä sanomana voidaan pitää sitä, että potilaat näkevät palautteen antamisen tärkeänä osana toiminnan kehittämässä. Organisaatiotasolla tulee kiinnittää huomiota siihen, että asiakaspalautteen merkitys toiminnan ja laadun kehittämälle ymmärrettäisiin paremmin. Potilalle tulee aktiivisesti kertoa palautteen antamisen mahdollisuudesta ja tehdä palautteen antamisesta mahdollisimman helppoa. Tämä tarkoittaa toimintakulttuurin muutosta. (Lundgrén-Laine ym. 2015, 145–147.)

Potilaiden mukaan ottaminen palveluiden kehittämiseen on huomioitu Phhyky:ssä palautejärjestelmien kehittämällä ja potilasraadien perustamisella. PEG- potilaiden kohdalla menetelmien käyttö on ollut vähäistä, tämä johtunee myös siitä, että potilaista suuri osa on monisairaita vuodeosasto- tai palvelukotihoidossa olevia, ja heidän mahdollisuutensa antaa palautetta ovat siksi rajalliset. Näiden potilaiden kohdalla läheisiltä saatu palaute on erittäin merkityksellisessä roolissa.

6.4 Hoitotyön laadun edistäminen

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia, kaventaa terveyseroja sekä vahvistaa hoidon asiakaskeskeisyyttä. Terveydenhuollon toiminnan pitäisi perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. (Kuntaliitto 2011, 7). Systemaattisessa laadun arvioinnissa potilaan näkökulma on tärkeä laadun indikaattori (Lundgrén-Laine ym. 2015, 137). Asiakaslähtöisyys, prosessien kuvaaminen ja palveluiden kehittäminen potilaspalaute huomioiden edistävät hoitotyön laadukkuutta (Wiens – Pietilä 2012; Jauhiainen – Sihvo 2015; Lundgrén-Laine – Eloranta – Danielsson-Ojala 2015).

Hyvälaatuinen terveydenhuolto käyttää resurssit parhaalla mahdollisella tavalla, turvallisesti, tuhlaamatta, korkeatasoisesti ja eniten hoitoa tai ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä tarvitsevien tarpeisiin. Terveydenhuollossa hyvä laatu edellyttää koko henkilökunnan sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin sekä saumatonta yhteistyötä eri toimintayksiköiden välillä. Toiminta on tavoitteellista, arvoperustaista ja asiantuntijuuteen perustuvaa yksilö- ja yhteisötasolla toimivaa. (Wiens – Pietilä 2012, 30–31.)

PEG- potilaan hoitoprosessin on laatinut moniammatillinen työryhmä, hoitokäytännöt ovat samanaikaisesti standardoituja ja yksilöllisiä (Chapman – Barker – Lawrence 2014; Kirk ym. 2014), ohjaus sekä potilasohjeet perustuvat tutkittuun tietoon. Hoito on oikea-aikaista ja asiantuntevaa, potilaiden omaa osaamista ongelmien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa vahvistetaan (Schweitzer ym. 2015). Ongelmien ennalta ehkäisyssä moniammatillisuus ja hyvin suunniteltu ohjaus nähdään tärkeänä hoitotyön laatuun vaikuttavana tekijänä (Toussaint ym. 2014, 357).

6.5 Hoitotyön turvallisuuden edistäminen

Potilasturvallisuus on keskeinen osa hoidon laatua. Potilasturvallisuus tarkoittaa periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. PEG- potilaan hoitoprosessin noudattamisella varmistetaan, että potilasta hoitaa ammattitaitoinen henkilökunta prosessin kaikissa vaiheissa. (Toussaint ym. 2014; Lundgrén-Laine ym. 2015; Schweitzer ym. 2015)

PEG- letku on ravitsemuksen ja / tai lääkehoidon turvaamiseksi yleisesti käytetty vaihtoehto. Turvallisuuden lisäämiseksi, laittoa edeltävästi tulee kiinnittää huomiota potilasvalintaan ja laittotekniikkaan. Potilaalle ja läheisille tulee selkeästi kertoa etukäteen PEG- letkun eduista ja haitoista. Ongelmien ennalta ehkäisy potilasvalinnalla ja näyttöön perustuvalla ohjaamisella on erittäin tärkeää. Moniammatillisen terveydenhuollon henki-

löstön toimesta laaditut hoitokäytännöt ovat oleellisia komplikaatioiden ennalta ehkäisyn näkökulmasta. (Toussaint ym. 2014, 355 - 357.)

Phhyky:ssä turvallisuuteen on kiinnitetty erityistä huomiota. PEG- potilaan hoitoprosessissa potilasturvallisuuteen kuuluvat riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Potilasturvallisuuden parantamiseksi tarvitaan yhteisesti sovittujen, tutkimukseen ja kokemukseen perustuvien käytäntöjen soveltamista. Moniammatillinen toimintatapa, avoin ilmapiiri sekä jatkuva toiminnan kehittäminen ovat olennaisia. Turvallisuuskulttuurin pohja luodaan terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksessa. (Kirk ym. 2014; Jauhiainen – Sihvo 2015.) Jatkossa tulee kiinnittää huomiota jatkohoidon varmistamiseen potilaan siirtyessä toiseen organisaatioon tai kotiin. Yhteneväisten tietojärjestelmien puute on riskitekijä tiedon siirtymisen kannalta.

6.6 Hoitotyön eettisyys

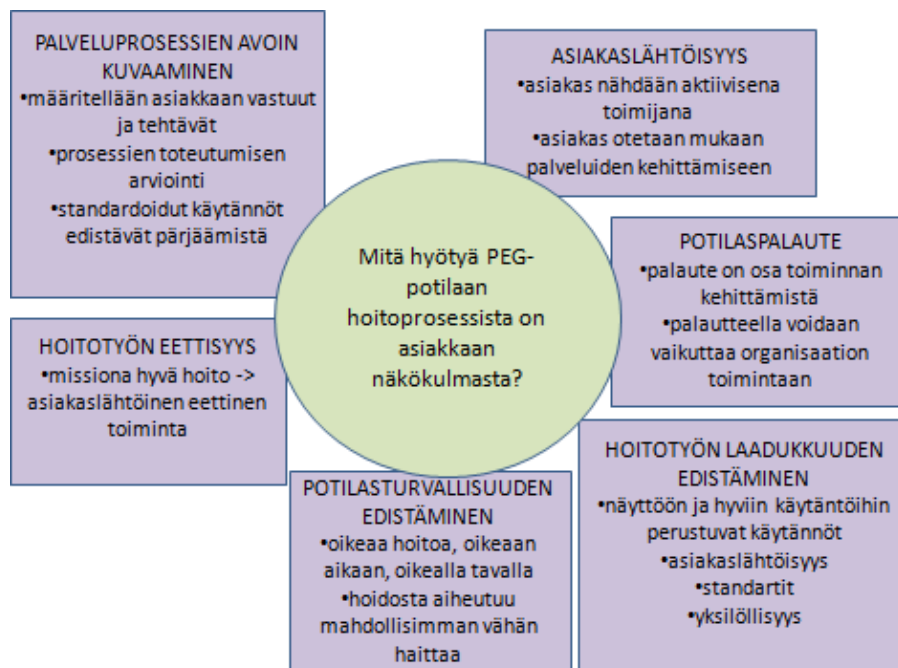
Näyttöön perustuvassa hoitotyössä hoitotyön eettisyyden toteutuminen on oleellista (Salmela – Erikson – Fagerström 2011). Asiakkaan etuna on hoitotyön missio, jossa hyvin toteutettu asiakaslähtöinen hoitotyö koetaan tärkeäksi (Salmela – Erikson – Fagerström 2011, 429). Terveyden edistämisessä jokaisen ammattilaisen sitoutuminen eettisesti korkeatasoiseen toimintaan on tärkeää onnistumisen kannalta (Wiens – Pietilä 2012, 29). Eettiset kysymykset tulisi aina ottaa huomioon ennen kuin PEG- letku laitetaan potilaalle (Toussaint ym. 2014, 350–351, 357). Phhyky:ssä jokaiselle potilaalle pyritään järjestämään preoperatiivinen ohjaus käynti PEG- hoitajalle. Tällä käynnillä potilaalla on mahdollisuus esittää toiveita toimenpiteen ajankohdasta, potilaalla on myös oikeus kieltäytyä PEG- letkun laittamisesta.

PEG- potilaan hoitoprosessissa Phhyky:ssä on huomioitu potilaiden itsemääräämisoikeudet. Potilailla ja läheisillä on oikeus osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon. PEG- potilaiden kohdalla läheisten rooli voi olla joskus erittäin suuri, osa potilaista on niin huonokuntoisia, että heitä ei voida kuulla ennen toimenpidettä, tällöin päätöksenteko vastuu siirtyy omaisille. Näin on luonnollisesti myös lapsi potilaiden kohdalla.

Potilaan itsehoitovalmiuksien edistämisessä terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaan vuorovaikutuksellinen ja luottamuksellinen hoitosuhde nousevat tärkeään asemaan. Näyttöön perustuva hoitotyö edellyttää ammattitaidon kehittämistä. Ammattitaidon kehittämiseksi yhtymässä järjestetään säännöllisesti alueellisia koulutuksia sekä osastotunteja PEG- potilaan hoitamiseen liittyen. Kaikkien kliinistä hoitotyötä tekevien on huolehdittava ammattitaitonsa kehittämisestä. Tämä on edellytys hoitotyön laadun ja potilasturvallisuuden kehittymiselle ja eettisesti korkeatasoiselle hoitotyölle.

PEG- potilaan hoitoprosessissa eettisten periaatteiden noudattaminen on asiakkaan ja potilaan etu. Tämä toteutuu hyvän tekemisenä ja vahingon välttämisenä sekä ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioittamisessa. Merkityksellistä on asiakkaiden ja potilaiden sekä ammattilaisten välinen toista arvostava vuorovaikutus. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet ohjaavat heidän tehtäväänsä sekä kärsimyksen lievittämisessä, väestön terveyden edistämässä ja ylläpitämisessä sekä sairauksien ehkäisemisessä.

Yhteenveto PEG- potilaan hoitoprosessin kuvaamisen eduista asiakkaan näkökulmasta on esitetty alla olevassa kuvassa (kuva 32).



Kuva 32. Mitä hyötyä hoitoprosessista on asiakkaan näkökulmasta

7 PEG- POTILAAN HOITOPROSESSI ORGANISAATION NÄKÖKULMASTA

Tutkimuksessa keskeiseksi elementiksi nousi ajatus PEG- potilaan hoitoprosessimallin eduista organisaation kannalta. Tämä näkökulma on entistä tärkeämpi Phhyky:ssä 1.1.2017 tapahtuneen organisaatio uudistuksen ja 1.1.2019 voimaan tulevan Sote- uudistuksen vuoksi. Prosessin mallintamisella voidaan selkeyttää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjakoa ja yhteistyötä sekä hoidonporrastusperiaatteita, parantaa laadukkuutta ja turvallisuutta, tarkastella prosessien sujuvuutta, toimintavarmuutta ja kustannustietoisuutta. Organisaation näkökulman edistämiseen vaikuttavia tekijöitä on esitetty kuvassa 34.

7.1 Strategialähtöisyys

Toiminnan ja olosuhteiden nopean muuttumisen vuoksi hyvä strategia on menestymisen edellytys. Strategia määrittelee suunnan toiminnalle. Strategiassa kuvataan tavoitteet sekä johdonmukainen toiminta niiden saavuttamiseksi. Lisäksi strategia viestii, millaisena organisaation tulevaisuus nähdään. Menestymisen turvaamiseksi sekä johdon että koko henkilöstön tulee ymmärtää sekä toteuttaa strategiaa ja muutosprosesseja. Suunnitteleamalla ratkaisuja tulevia tilanteita varten, voidaan varautua tulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin. Terveystieteiden alalla laatu ja potilasturvallisuutta edistävät yhtenäiset toimintatavat kirjataan strategiaan. (Salmela – Erikson – Fagerström 2011; Jauhiainen – Sihvo 2015.) Yhtymän strategian avaamiseksi lukijalle olen kuvannut nykyisen strategian elementtejä alla olevassa yhtymän sivustoilta kaapatussa kuvassa (kuva 33). Kuvasta on nähtävissä tässäkin tutkimuksessa nousseita asioita, jotka on otettu huomioon PEG- potilaan hoitoprosessia kehitettäessä. Kuvassa on nimenomaan esitetty tulevaisuuteen orientoituneita kehittämiskohteita, näistä informaatioteknologian hyödyntäminen, yhteistyön merkitys ja asiakkaiden huomiointi palveluita kehitettäessä nousivat myös tutkimustuloksissa esille.

Toimintaympäristö murroksessa

Monet ulkoiset muutostekijät asettavat yhtymän toiminnalle kovia haasteita



Kuva 33. Phhyky strategia ja visio 2014–2018

Strategiaan perustuva asiakaslähtöinen prosessien kehittäminen on hoidon vaikuttavuutta ja palveluiden kustannustehokkuutta edistävää sekä asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä lisäävää toimintaa. Organisaation strategian näkyvyys suhteessa toimintaan PEG- potilaan hoitoprosessissa on huomioitu mallia kehitettäessä.

7.2 Palveluprosessien kuvaaminen

Palveluprosessien kuvaamisen taustalla on yhtymän strategia ja tavoitteet. Kuvaamisessa tulee huomioida asiakkaan näkökulma ja yhtymän sisäinen näkökulma. Asiakkaan näkökulmalla tarkoitetaan palvelun sisällön avaamista asiakkaalle selkeällä ja helpolla tavalla. Henkilöstön kannalta

tarkoitetaan yksikkö- tai potilaskohtaisten toimintamallien kuvaamista ja avaamista muille. Käytössä olevien menetelmien tunnistaminen mahdollistaa niiden kehittämisen. Mallintamisen avulla palvelut pyritään vakioimaan, asiakaskohtainen yksilöllinen vaihtelu tulee kuitenkin mahdollista. (Jauhiainen – Sihvo 2015.)

Prosessien kuvaamisella edistetään tehokkuutta, työtapojen yhtenäistämistä ja tasalaatuisuutta, määritellään vastuut ja tehtävät ja helpotetaan henkilöresurssien kohdentamista. Kuvaaminen tarjoaa perustan toiminnan kehittämiseksi. Prosessit ovat alusta toiminnan johtamiselle, ennustamiselle ja seurannalle. Johtamisen näkökulmasta prosessien toteutumisen arviointi on tärkeää. Arviointia tulisi tehdä prosessin kaikissa vaiheissa. (Jauhiainen – Sihvo 2015; Schweitzer ym. 2015.)

PEG- potilaan hoitoprosessi on kuvattu yhtymän prosessiportaalissa. Malli on esitetty mahdollisimman selkeästi ja sen kehittämisessä on huomioitu myös asiakkaan näkökulma. Asiakkaan roolia prosessin eri vaiheissa on kuvattu omalla uimaradalla. Moniammatillisen henkilöstön rooleja on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi jotta toiminnot ovat vakioitavissa. Näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista on vahvistettu kuvaamalla vaihekorteissa tarkasti mitä kussakin vaiheessa tapahtuu.

7.3 Toiminnan seuranta

Paremmalla ravitsemushoidolla edistetään potilaiden toipumista ja säädetään kustannuksissa (Chapman – Barker – Lawrence 2014, 882). Yksi keino ravitsemushoidon optimoimiseksi on PEG- letkun asennus. Aliravitsemuksen tunnistaminen mittareita apuna käyttäen, tulisi olla osa terveydenhuollon rutiininomaista toimintaa (Chapman – Barker – Lawrence 2014, 882). Ravitsemushoidon tunnistamiseksi ja implementoinniksi tarvitaan riittävästi tietoa, organisatorinen tuki, moniammatillista yhteistyötä, rutiininomaisia mittareita, ennaltaehkäiseviä käytäntöjä sekä innovatiivista toimintaa (Chapman – Barker – Lawrence 2014, 887).

Vaikuttavuuden arviointi voidaan kohdentaa joko koko prosessiin tai lopputuloksiin, myös molempien vaikuttavuutta voidaan seurata (Jauhiainen - Sihvo 2015). PEG- potilaan hoitoprosessissa vaikuttavuuden arviointia ei toteuteta systemaattisesti, yhtymässä on käytössä erilaisia mittareita, PEG- potilaiden kohdalla mittareita ei ole käytetty rutiinimaisesti. Näyttöön perustuvassa työssä on tärkeää arvioida tuloksia. Moniammatillisen ryhmän laatimat ohjeet perustuvat tutkittuun tietoon, näyttöä niiden noudattamisesta ongelmien ennalta ehkäisyssä ja hoitamisessa on olemassa. Arviointi tulisi kohdistaa sekä potilaiden että henkilökunnan tyytyväisyyteen nykyisestä käytännöstä.

7.4 Turvallisuuden ja laadun edistäminen

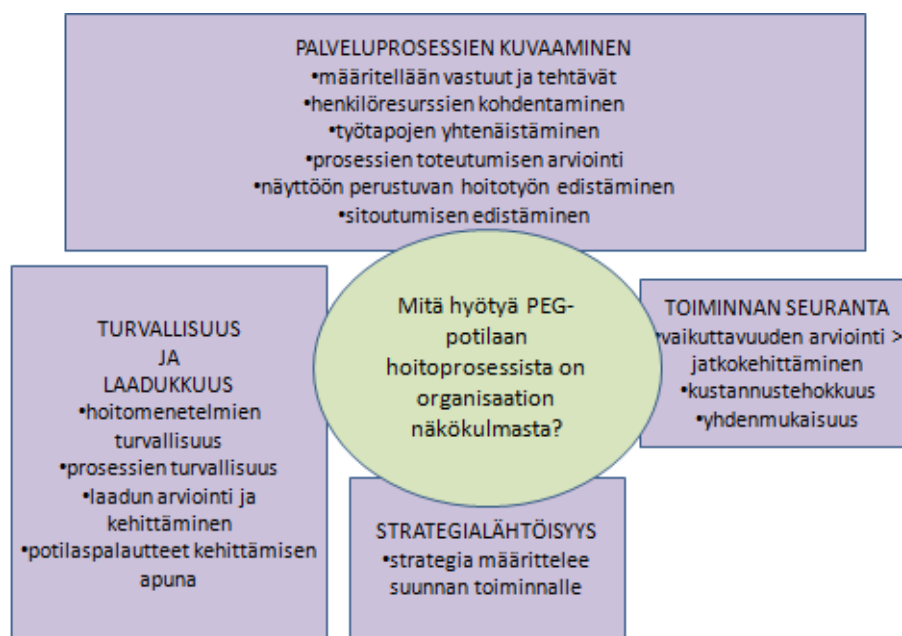
Laadun jatkuva arvioiminen ja kehittäminen tulisi olla pysyvä tavoite terveydenhuollossa (Jauhiainen – Sihvo 2015, 137). Käytössä olevien menetelmien tunnistaminen mahdollistaa niiden kehittämisen (Jauhiainen – Sihvo 2015). Hoitotyön laadun ja turvallisuuden näkökulmaa on avattu potilaan kannalta kappaleessa 7.1.4 ja 7.1.5. Tutkimuksessa nousi esille laatu- ja turvallisuus ajattelu sekä potilaan että organisaation näkökulmasta ja siksi näin tärkeäksi nostaa nämä teemat molempiin kategorioihin. Tavoitteena molemmissa on laadukas ja turvallisesti toteutettu prosessi jonka tuloksena on tyytyväinen hyvin hoidettu potilas.

Organisaation kannalta laadukkuutta ja turvallisuutta edistää toimintojen yhdenmukaistaminen (Jauhiainen – Sihvo 2015). Prosessien kuvaamisella, avaamisella ja kouluttamisella lisätään työntekijöiden tietämystä ja itseluottamusta (Kirk ym. 2014; Schweitzer ym. 2015). Toimintojen ja ohjauksen oikea-aikaisuus edistää laatua ja turvallisuutta (Kirk ym. 2014). Ongelmatilanteissa oleellista on niiden ratkaisu potilaan kannalta tarkoituksenmukaisesti (Toussaint ym. 2014).

Potilaspalautte ja sen hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä tulisi olla osa jokapäiväistä toimintaa. Palautteiden seurannalla tuetaan myös johtamisessa tehtäviä päätöksiä. Laadun ja turvallisuuden jatkuva arvioiminen ja kehittäminen on tärkeää sekä nykyisen toiminnan että tulevaisuuden kehittämisen näkökulmasta. Palautejärjestelmiä tulisi aktiivisesti tarjota potilaille. Tämä edellyttää toimintakulttuurin muutosta, jotta asiakaspalautteen merkitys toiminnan ja laadun kehittämiseksi ymmärrettäisiin paremmin. (Lundgrén-Laine ym. 2015.)

PEG- potilaan hoitoprosessissa toteutuvat strategialähtöisyys, moniammatillisuus, standartit ja näyttöön perustuva hoitotyö. Jatkossa on kuitenkin ehdottomasti kiinnitettävä huomiota potilaspalautte järjestelmän kehittämiseen. Potilaiden mielipiteiden huomiointi tulisi nähdä tärkeänä osana laadukkaiden palveluiden kehittämisessä. Uuden tyyppisillä ratkaisuilla mahdollistetaan erilaisten järjestelmien käyttö ja kattavampi palaute. Manuaalisten, suullisten ja sähköisten järjestelmien käyttö rinnakkain on suositeltavaa. (Lundgrén-Laine ym. 2015.)

Kuvaan 34 on koottu tutkimustulokset teemasta hyöty organisaation näkökulmasta.



Kuva 34. Mitä hyötyä hoitoprosessista on organisaation näkökulmasta

8 HOITOPROSESSIN TOTEUTUMISEN EDISTÄMINEN

Tutkimustulosten perusteella hoitoprosessin käyttöönoton edistämässä on moninaisia keinoja. Aineistosta nousi esille se, että hoitoprosessien luominen ei onnistu, jos edellytyksiä niiden kehittämiseksi ei ole olemassa. Kun edellytykset prosessien kehittämiseksi ovat olemassa, voidaan keskittyä edistämään mallin implementointia, jotta prosessin mukainen ajattelu toteutuu. Yhteenveto hoitoprosessin implementoinnista on havainnollistettu kuvassa 35.

8.1 Johtamisen merkitys hoitoprosessin implementoinnissa

Kaikissa tutkimuksissa korostui johtamisen merkitys prosessien kehittämisessä. Punaisena lankana johtamisen näkökulmasta on mielestäni ajatus siitä, että tarvitaan edellytyksiä luoda prosessi ja sen jälkeen mahdollisuus implementoida malli käytäntöön. Molemmat vaiheet edellyttävät lähiesimiesten ja hallinnon tukea toiminnalle. Johtamiselta edellytetään sekä muutosjohtajuutta että osallistavaa johtamista. Kehittämistyö ei onnistu ilman innostuneita kehittäjiä ja muutosagentteja (Chapman – Barker – Lawrence 2014), heidän mukaansa saaminen prosessin kehittämiseen ja myöhemmin implementointiin on erittäin tärkeää projektin onnistumisen kannalta. Kehittämistyön tulee perustua organisaation strategiaan, jolloin johdolta saatava tuki on perusteltua (Kirk ym. 2014, 461) ja tataan riittävät resurssit prosessien kehittämiseen (Chapman – Barker – Lawrence 2014, 886).

Hoitotyön prosessien kehittäminen edellyttää moniammatillisten tiimien toimintaa, uudenlaista johtajuutta ja kouluttamista käytänteistä. Muutosagenttien kouluttautumisen mahdollistaminen on yksi tärkeimmistä lähijohtamiseen kuuluvista tehtävistä. (Chapman – Barker – Lawrence 2014, 890; Lundgrén-Laine ym. 2015.) Kouluttamisen mahdollistamisella tarkoitetaan sekä koko henkilöstön pääsyä koulutustilaisuuksiin että muutosagentteina toimivien yhdyshenkilöiden syvällisempää kouluttamista (Chapman – Barker – Lawrence 2014, 890). Lisäksi esimiesten tulisi ohjata, motivoida, asettaa normeja ja standardeja, ylläpitää avointa kommunikaatiota, suhtautua avoimesti muiden mielipiteisiin, asenteisiin ja ideoihin, jatkuvasti arvioida faktoja, rohkaista ja delegoida (Salmela - Eriksson – Fagerström 2011, 424).

Muutoksen johtaminen tähtää laadukkaaseen hoitotyöhön erilaisia keinoja hyödyntäen, näitä ovat prosessien ja verkostojen kehittäminen ja hoitotyön kulttuurin johtaminen (Salmela - Eriksson – Fagerström 2011, 431). Johtamisella mahdollistetaan tuen antaminen kehittämistyölle, hyvät työolosuhteet ja sosiaalisen verkoston luominen. Esimiehen oletetaan toimivan roolimallina muutoksen läpiviennissä. Muutos vaatii jatkuvaa oppimista organisaatiokulttuurista, käytännössä tällä tarkoitetaan tekoja, uudelleen muokkaamista, ideointia, arvojen muokkaamista ja motivointia. Yksi motivoinnin keino on palkitseminen palkkausjärjestelmän keinoin. (Salmela - Eriksson – Fagerström 2011.)

Kehittämisen ja muutoksen edellytyksenä ovat riittävät resurssit. Resursseilla tarkoitetaan tässä yhteydessä riittävästi henkilöstöä, aikaa, toimintavälineitä ja mahdollisuutta päästä koulutuksiin sekä kouluttaa muita. (Wiens – Pietilä 2011; Chapman – Barker – Lawrence 2014, 886; Kirk ym. 2014) PEG- potilaan hoitoprosessin implementoinnin haasteena onkin ollut resurssien kohdentaminen oikeudenmukaisesti. Resurssien kohdentamisen tavoitteena on laadukas, turvallinen ja hyvä potilaan hoito. Henkilöstön osaaminen on onnistuneen toiminnan kulmakivi, joten toimintojen ylläpitoon ja kehittämiseen tulee panostaa. Hoitotyön yhtenäiset käytännöt edistävät suunnittelua ja helpottavat resurssien käytön suunnittelua.

Organisaatiokulttuuri vaihtelee organisaation sisällä, jopa lähiesimiesryhmissä. Vaihtelevuus ilmenee asiakaslähtöisen ja ammatillisen toiminnan vaihtelevuutena. Osa kokee saavansa aikaan paljon, osa kokee työnsä kuormittavaksi. Kulttuurin vaihtelevuus vaikuttaa asiakaslähtöiseen työskentelyyn ja yhteisiin tavoitteisiin sekä muutoksen läpiviemiseen. Selkeällä vastuiden määrittelyllä ja kouluttamisella vaikutetaan positiivisesti oppivan organisaation luomiseen (Kirk. ym. 2014, 463). Muutosagenttien toimenkuvien määrittelemättömyys johtuu hallinnollisen yhteistyön puutteesta (Wiens – Pietilä 2012).

Johtamisen näkökulmasta prosessien implementoinnissa oleellista on prosessien kehittäminen johtuen kasvaneista tehokkuus, rationalisointi ja

säästö syistä (Salme – Eriksson – Fagerström 2011). Toimintojen kehittämällä edistetään osaamisen hyödyntämistä kohdentamalla voimavaroja oikein (Wiens – Pietilä 2012). Esimiehet tarvitsevat tutkimustietoa toimintamallien ja työmenetelmien kehittämisestä (Wiens – Pietilä) ja ohjausta siinä, mitä heiltä odotetaan prosessien johtamisessa (Salme – Eriksson – Fagerström 2011).

Uusista prosesseista tulee tiedottaa organisaatiossa ja kaikissa niissä sidosryhmissä joissa palveluita käytetään. Prosessien kehittäminen tarkoittaa myös toimintakulttuurin kehittämistä, tämä ei onnistu ilman johdon tukea. (Lundgrén-Laine ym. 2015, 147.) PEG- potilaan prosessin hyödyntämisessä kliinisessä hoitotyössä on järjestetty koulutusta, sivustoa on markkinoitu yhtymän sisäisessä lehdessä ja viikkotiedotteissa.

PEG- potilaan hoitoprosessin implementoinnin haasteena on ollut resurssien kohdentaminen. Hoitotyön yhtenäisten käytäntöjen tarkoituksena on edistää suunnittelua ja helpottaa resurssien käytön suunnittelua. Optimaaliset henkilöstöresurssit lisäävät hoitajien työtyytyväisyyttä, henkilöstön pysyvyyttä ja parantavat hoitotyön laatua. Henkilöstön vaihtuvuus on lisännyt ohjaamisen ja kouluttamisen tarvetta ydinryhmän jäsenten taholta. Moodlessa olevaa materiaalia ei ole osattu hyödyntää itseohjautuvassa oppimisessa. Tutkimuksen mukaan audiovisuaalisen materiaalin käyttö vähentää ohjeiden virhetulkintaa (Lundgrén-Laine ym. 2015), ongelmana tuntuu olevan ajan puute itseohjautuvaan oppimiseen (Kirk ym. 2014).

Muutos on kompleksinen ilmiö. Lähiesimiehet tarvitsevat ohjausta ja tietoa siinä, mitä heiltä odotetaan prosessien johtamisessa. Johtamisen tulisi tapahtua harmoniassa terveydenhuollon ominaispiirteet huomioiden (Salmela – Eriksson – Fagerström 2011.) Myös PEG- prosessiryhmän jäsenet tarvitsevat tietoa ja tukea kehittäessään hoitoprosessia.

8.2 Toimintakulttuurin muutos

Onnistuneen implementoinnin edellytyksenä on terveydenhuollon organisaatioiden ominaispiirteiden huomiointi (Chapman – Barker – Lawrence 2014, 890). Näyttöön perustuvien käytänteiden toteuttaminen hoitohenkilöstön toimesta edellyttää lähiesimiesten tukea toiminnoille (Chapman – Barker – Lawrence 2014, 891). PEG- potilaan hoitoprosessin taustalla on organisaation kehittäminen. Kehittämisen tavoitteena on parantaa tehokkuutta, turvallisuutta ja toiminnan laatua, edistää työyhteisön ja henkilöstön hyvinvointia sekä lisätä osaamista ja ammattitaitoa. Tämä tarkoittaa yksittäisen henkilön ja organisaation kehittymistä oppivaksi organisaatioksi.

Johtaminen on avainasemassa toimintakulttuurin muutoksien läpiviemisessä (Salmela - Eriksson – Fagerström 2011, 431). Ylhäältä alas (top-down) toimiva johtajuus ei välttämättä takaa uusien käytänteiden im-

plementointia. Hoitohenkilöstön mukaan ottaminen kehittämistyöhön edistää uusien käytäntöjen mukaisia toimintoja (Chapman – Barker – Lawrence 2014, 892). Kattava näyttöön perustuva terveydenhuollon henkilöstön kouluttaminen parantaa hoitotyön tuloksia (Schweitzer ym. 2014, 421) ja on painava argumentti kulttuurin muutoksen läpiviemisessä.

Työelämä on muutoksessa, teknologian käyttö ja sen sovellusten jatkuva kehittäminen muuttaa työtä, tämä johtaa organisaatiokulttuurin muuttumiseen ja edelleen myös johtamiskoulutuksen muuttumiseen. Henkilöstöjohtaminen, muutoksen johtaminen, osaamisen johtaminen ja strateginen johtaminen ovat nykyisyyden ja tulevaisuuden johtamisismejä. Jokaiselta edellytetään myös itsensä johtamista. Digitalisaatio, tekoäly ja automatisaatio tulevat muuttamaan työnkuvia. Ihmisen kyky johtaa itseään korostuu. Työssä on pakko oppia uutta ja kommunikoida (Chapman – Barker – Lawrence 2014). Johtamisen rooli informaatioteknologisten palveluiden kehittämisessä tulee olemaan merkittävä, teknologian tarjoamat mahdollisuudet sekä henkilöstön kouluttamisessa että asiakkaiden ohjaamisessa ja palautejärjestelmien luomisessa ovat valtavat.

PEG- potilaan hoitoprosessi on tehty ammattilaisten kesken organisaation näkökulmasta. Olennaista olisi rakentaa hoitoprosessi asiakkaiden tarpeista lähtien. Painopiste prosessin päivittämisessä tulisi olla enemmän potilaan arjessa selviytymisen pärjäämisen tukemisessa niin, että heidät otettaisiin mukaan palveluiden kehittämiseen. Tämä edellyttää sitä, että potilaiden tavasta toimia on riittävästi tietoa, näin potilaiden toiveet ja tavat saadaan huomioitua kehittämistyössä. Potilaiden mukaan ottaminen palveluiden kehittämisen edellyttää ajattelutavan muutosta (Lundgrén-Laine ym. 2015), palautteen merkitys tulisikin ymmärtää kehittämisen kannalta merkittävänä.

PEG- potilaan hoitoprosessin kehittäminen on jäänyt ydinryhmän keskinäiseksi toiminnaksi, prosessin kehittämisessä ei ole hyödynnetty lähesimpien tai organisaation johdon tukea. Kehittämisyksikön mukana olo ydinryhmässä ei riitä käyttöönoton edistämässä. Prosessimallin mukainen toiminta on myös jäänyt liiaksi organisaation sisäiseksi, toimintamuutos tulisi ulottaa myös perusterveydenhuoltoon ja kotihoitoon. Yksityiset palveluntarjoajat ja kolmas sektori tulee huomioida palveluita kehitettäessä. Potilaiden mukaan ottoa prosessimallin kehittämiseen tulee lisätä.

8.3 Kehittämistyöhön innostuneet kehittäjät ja muutosagentit

Kehittämistyö edellyttää aitoa kiinnostusta uusille asioille (Chapman - Barker – Lawrence 2014). Työhönsä motivoitunut henkilöstö suhtautuu myönteisesti palveluiden kehittämiseen, kokee työn mielekkääksi ja työ on sujuvaa (Jauhiainen – Sihvo). Yhteinen innostus kehittämiselle edistää eettisesti korkeatasoisen hoitotyön toteutumista (Wiens - Pietilä 2012).

Näin tärkeäksi nostaa tämän kokonaisuuden omaksi teemakseen, koska muutoksien läpivienti vaatii valtavasti energiaa. Esimiehet ovat muutoksen alkuun paneva voima (Salmela – Erikson – Fagerström 2011), lisäenergiaa kehittämistyölle saadaan innostuneista kehittäjistä ja muutosagenteista (Chapman - Barker – Lawrence 2014). Muutosagentti on asiaan erityisen positiivisesti suhtautuva esimiehen tärkeä työpari strategian jalkauttamisessa. Tehtävänä on vauhdittaa muutosta omassa vaikutuspiirissään. Näkisin, että koko PEG- potilaan hoitoprosessin kehittänyt ryhmä on omanlaisensa muutos agentti, meistä jokainen edistää käytäntöjen implementointia vastuualuillaan.

8.4 Verkostoituminen

Toimivat verkostot ovat vuorovaikutuksen alustoja. Joustavien verkottuneiden organisaatioiden rooli tulee kasvamaan. Johtamisen kohteena tulee olemaan monenlaisista toimijoista ja yhteisöistä koostuva muuttuva verkosto. (Wiens – Pietilä.) PEG- potilaan hoitoprosessissa verkostoilla tarkoitetaan perusterveydenhuoltoa, kotihoitoa, palvelukoteja, kolmatta sektoria ja yksityisiä palvelun tuottajia. Haasteena tulee olemaan informaatioteknologian monipuolinen hyödyntäminen verkostojen johtamisessa ja toiminnan kehittämisessä (Jauhiainen – Sihvo 2015).

PEG- potilaan hoitoprosessissa ei verkostoitumista ole riittävästi hyödynnetty. Verkostoitumisen edellytyksiä ovat luottamus, sitoutuminen, yhteiset tavoitteet, verkoston kattavuus ja osallistujien pysyvyys. Toimivassa verkostossa vastuunjako ja roolit ovat selkeät. (Kuntaliitto 2014.) Kehittämisen edellytyksenä on oppiminen verkostossa. Tämä edellyttää ydinryhmältä osaamisen johtamista. Toimintatapoina ovat yhdessä tekeminen ja kehittäminen, monialaiset tiimit, ideat ja kokeilut, työssä oppiminen, kysyminen ja tiedon haku sekä jakaminen. Mahdollistajina tietotekniikka ja yhteisölliset työvälineet, ihmisten oppimistaidot sekä johtaminen, joka innostaa ihmiset etsimään uusia ja parempia toimintatapoja. Verkostotoiminnassa jatkuva kehittävä arviointi on tärkeää. Toimiva verkosto hyödyntää palautetta kasvaen kohti uusia haasteita. Hyvällä yhteistyöllä saavutetaan moninkertaiset tulokset.

8.5 Potilaspalautteet toiminnan kehittämisessä

Potilaspalautteen hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä tulisi olla osa jokapäiväistä rutiinitoimintaa. Palautteen antamisen keinoissa kannattaa hyödyntää monimuotoisia menetelmiä, jotta ne palvelisivat mahdollisimman useita asiakkaita. Nykyisin tarjolla on sähköisiä, manuaalisia ja suullisia palautemenetelmiä. Lundgrén-Laine ym. tutkimuksessa testattiin QR- koodin käyttöä palautteen antamisen välineenä. QR- koodin käytön etuna ovat nopeat, reaaliaikaiset ja kustannustehokkaat raportit. (Lundgrén-Laine ym. 2015, 140 – 142.)

Johtamisen näkökulmasta uudet sähköiset palautteen antamisen järjestelmät on todettu kustannustehokkaiksi (Lundgrén-Laine ym. 2015, 145). Uusien menetelmien käyttöönotto edellyttää henkilöstön kouluttamista ja hyviä käytännönläheisiä ohjeita (Lundgrén-Laine ym. 2015, 146). Sähköisten palveluiden kehittämisessä tulee huomioida niiden käytettävyys sekä tietosuojan ja -turvan toteutuminen (Jauhiainen – Sihvo, 216).

8.6 Moniammatillisuus

Moniammatillisten tiimien hyödyntäminen prosesseja laadittaessa on laadun ja turvallisuuden kehittämisessä oleellista (Chapman - Barker – Lawrence 2014; Toussaint ym. 2014, Jauhiainen – Sihvo 2015). Terveystienhuollon ammattilaisten lisäksi tiimeissä olisi hyvä hyödyntää myös tietojärjestelmä asiantuntijoita (Chapman - Barker – Lawrence 2014, 882). Myös asiakkaiden ja läheisten mukaan ottaminen kehittämiseen nähdään tärkeänä (Wiens - Pietilä, 30).

PEG- potilaan hoitoprosessin laatimisessa on hyödynnetty moniammatillista tiimiä. Yhteistyön etuna on toistensa taitojen ja tietojen täydentäminen, sitoutuminen yhteiseen tarkoitukseen ja tavoitteisiin ja yhteisvastuullisuus toiminnasta. Tiimin jäsenten keskinäinen työskentely on sujunut erinomaisesti, ryhmä kokoontuu säännöllisesti kaksi kertaa vuodessa ja järjestää yhdessä alueellisia koulutuksia. Ryhmässä on mukana sairaanhoitajia, ravitsemus- ja puheterapeutteja, kirurgeja, proviisori, kehittämissyksikön jäseniä, tietojärjestelmä- ja prosessi asiantuntija. Sekä lasten että aikuisten PEG- asiantuntijat kuuluvat ryhmään. Jatkuvan tuote-, laite- ja ravitsemusvalmisteiden kehittymisen vuoksi on erilaisten edustajien mukana olo asiantuntijoina ollut oleellista muutosten läpiviennissä.

8.7 Kouluttaminen

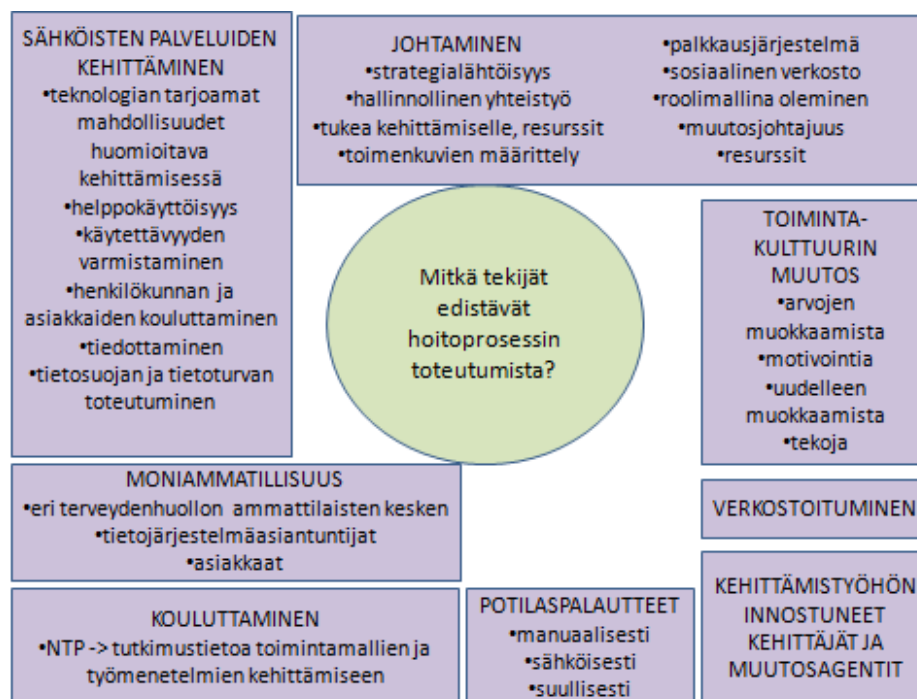
Hoitotyön laadun ja turvallisuuden kehittymisen edellytyksenä on näyttöön perustuvan toiminnan juurruttaminen terveydenhuoltoon (Wiens - Pietilä). Hallinnollisella yhteistyöllä mahdollistetaan koulutuksiin pääseminen, koko henkilöstön kouluttaminen tulisi nähdä tärkeänä, koska potilaita on hoidettavana useilla eri osastoilla (Kirk ym. 2014, 461). Henkilökunnan kouluttaminen vähentää epävarmuutta toiminnoissa ja ohjaamisessa lisäten itseluottamusta omiin taitoihin (Lundgrén-Laine ym. 2015, 146).

Sekä henkilöstön että potilaiden ja läheisten kouluttamisessa tulisi käyttää erilaisia keinoja. Tutkimusten mukaan mitä osallistuvampi oppija on, sitä enemmän hän muistaa tilanteesta jälkikäteen. Kirk ym. tutkimuksessa mainitaan, että luennointi tyyppisestä kouluttamisesta jää mieleen noin 10 % kerrotusta, mutta käytettäessä ohjaamisen apuna videoita ja osallistavaa keskustelua nouse luku 50 – 70 %:iin (Kirk ym. 464).

8.8 Sähköisen palveluiden kehittäminen

Sähköisten terveyspalveluiden ja audiovisuaalisen materiaalin kehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota siihen, kenelle palvelu on tarkoitettu ja miten niitä käytetään osana kokonaisuutta. Informaatioteknologisten palveluiden käyttöönottoa edistävät palveluiden käytettävyys, helppokäyttöisyys, esteettömyys, palvelevuus ja potilasturvallisuus. Uusista palveluista tulee tiedottaa sekä potilaille että henkilökunnalle. (Jauhiainen – Sihvo 2015.)

PEG- potilaiden ohjaamisessa käytetään monipuolisesti erilaisia audiovisuaalisia menetelmiä. Osa potilaista ja läheisistä onkin antanut positiivista palautetta monimuotoisista ohjausmenetelmistä. Ohjaamisessa käytettävä materiaali on yhtymän Moodle pohjaisella sivustolla. Verkko- opetuksen etuja ovat aika- ja paikkajoustavuus, oppija voi itsenäisesti päättää milloin haluaa opiskella ja missä. Ongelmana on, että yhtymän henkilöstö ei ole käyttänyt intranet sivustojen materiaalia hyödykseen toivotulla tavalla. Alla olevassa kuvassa (kuva 35) on esitetty yhteenveto PEG- potilaan hoitoprosessin implementoinnin keinoista.



Kuva 35. Hoitoprosessin implementoinnin edistäminen

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kurt Lewin, jota pidetään toimintatutkimuksen isähahmona, on sanonut että teoria ja käytäntö eivät ole toisistaan erillisiä vastakohtaisia asioita, vaan liittyvät ja limittyvät toisiinsa (KvaliMOTV). Tässä tutkimuksessa on yhdistetty teoriaa, koulutusta ja käytäntöjä. Tavoitteena on ollut tutkimuksella tuotetun tiedon integraatio kliiniseen hoitotyöhön. Tutkimuksesta saatava hyöty PEG- potilaan hoitoprosessin implementoinnissa on kiistaton. Tutkimustulokset prosessin implementoinnin edistämiseksi paljastivat ryhmän toiminnassa puutteita, joihin on jatkossa kiinnitettävä huomiota prosessimallin käytön juurruttamiseksi yhtymässä. Jälkikäteen on aina helppo ”viisastella”, mutta nyt kun katson tutkimustuloksia avoimin mielin, en voi kun ihmetellä, miksi emme ymmärtäneet heti alussa huomioida johdon tukea prosessin kehittämisessä ja implementoinnissa.

Henkilökohtaisena haasteenani koko tutkimuksen tekemisen ajan on ollut sopivasti hyödyntää kliinistä osaamistani ja verkostojani samalla objektiivisuus säilyttäen. Työelämän ohjaajani kehittämispäällikkö Aino Tarhala neuvoi tarkastelemaan aineistoa helikopteri horisontista sopivalta etäisyydeltä tutkimuskysymysten ohjaamana. Vannoutuneena dekkarien ystävänä ajattelin tutkimuksen edetessäni olevani kuin neiti Marple, joka ratkoo arvoitusta ja valitsee johtolangoista ne oikeat saadakseen arvoituksen ratkaistua. Tämä neiti etsivä- ajattelun hyödyntäminen käänsi esiyymmärryksen aiheesta positiiviseksi voimavaraksi.

Toiminnallisessa osuuden onnistumisen takeena oli hyvin toimiva ydinryhmän yhteistyö. Jokainen huolehti omalta osaltaan aikataulussa pysymisestä. Tutkimuksesta saatua informaatiota hyödynnettiin päivittämällä verkkomateriaalia, potilasohjeita ja PEG- potilaan hoitoprosessia. Tutkimustuloksien hyödynnettävyys konkretisoituu myös tavassa pitää alueellisia koulutuksia, luennointi tyypistä kouluttamista tulee jatkossa vähentää ja käyttää ohjaamisessa entistä enemmän apuna audiovisuaalisia menetelmiä. Uusien ohjeiden, verkko-materiaalin päivittämisen ja hoitoprosessin esittelyksi järjestetään yhtymässä vuoden 2017 aikana kolme alueellista koulutusta.

Kirk ym. 2014 tutkimuksessa kehitettiin ohjauksen apuvälineeksi kuvallinen lista sairaalassa käytettävistä erilaisista PEG- letkuista. Tutkimustuloksien mukaan tämä auttoi osastolla ja päivystyksessä työskenteleviä ymmärtämään mistä on kyse. Tutkimustulosten innoittamana tein Phhyky:n käyttöön vastaavan lista (liite 10). Lista on linkitetty verkkopimialusta Pätevään.

Ongelmia ennalta ehkäisevänä toimintana Duodopa PEG- potilaiden letkustojen vaihdot päätettiin alkaa toteuttamaan suunnitelmallisesti päiväkirurgiassa kerran vuodessa, tavoitteena on vähentää näiden potilaiden päivystyskäyntejä liittyen letkustojen toimintahäiriöihin. Toimintamallin

käyttöönottoa edelsi henkilöstön koulutus, uusittu toimintatapa otettiin käyttöön 1/2017. Muilla PEG- potilailla letkustojen vaihdot on toteutettu jo pitkään standardoidusti säännöllisin väliajoin.

Lisäksi päätettiin aloittaa uusi toimintamalli, jossa kaikki PEG- letkut tullaan laittamaan jatkossa päiväkirurgisessa yksikössä. Tämä tulee tarkoittamaan päiväkirurgisen henkilökunnan kouluttamista. Kouluttaminen tulee toteuttaa standardoidusti gastrokirurgin ja PEG- hoitajan yhteistyössä. Koulutuksiin tulee ottaa mukaan myös tuote edustajat. Päiväkirurgian henkilöstö tulee hyötymään koosteessa (liite 10), jossa on kuvattu kaikki yhtymässä käytössä olevat tuotteet.

9.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimustulokset vahvistivat johtamisen merkityksellisyyttä sekä prosessien kehittämisen mahdollistamisessa että prosessien implementoinnissa. Johtamisesta, kehittämishankkeiden läpiviennistä, Lean filosofian integroimisesta terveydenhuoltoon ja prosessien kehittämisestä on tehty aiheiden ajankohtaisuuden ja tärkeyden vuoksi lukuisia tutkimuksia. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella PEG- potilaan hoitoprosessin implementoinnin edistämiseksi tulee:

- lisätä yhteistyötä hallinnon kanssa resurssien takaamiseksi
- lisätä yhteistyötä hoitohenkilöstön kanssa organisaation sisällä ja perusterveydenhuollossa verkostoitumalla ja muutosagentteja hyödyntämällä
- lisätä henkilöstön standardoitua koulutusta käyttämällä monipuolisia menetelmiä
- mitata prosessin toteutumista ja arvioida tuloksia
- hyödyntää informaatioteknologian tarjoamia mahdollisuuksia verkostojen ylläpitämisessä, kouluttamisessa ja ohjaamisessa
- vahvistaa potilaiden osallistumista prosessin ja ohjausmateriaalin kehittämiseen hyödyntämällä asiakas palautteita
- kehittää monimuotoisia palautejärjestelmiä
- vaaditaan toimintakulttuurin muutosta kohti oppivaa organisaatiota.

Johtaminen voidaan määritellä useasta näkökulmasta, PEG- potilaan hoitoprosessin kohdalla johtamisessa on kyse asioiden eteenpäin saattamisesta ja mahdollistamisesta. Herbert A. Simonin sanoin, organisaation hallinnon tehtävänä on saada asiat tehdyksi. Prosessijohtamisessa kokonaisuuden hallinnata on keskeisessä roolissa. Lähtökohtana on tapahtumien ketjun tunnistaminen, mallintaminen ja toteuttaminen sekä kehittäminen tavoitteiden asettaminen. PEG- prosessiryhmän toiminnan tueksi tarvitaan johdon tukea.

PEG- potilaan hoitoprosessin kehittämisen kohdalla voidaan puhua myös innovatiivisesta johtamisesta, joka on Seeckin (Seeck 2012) mukaan ny-

kyisin vallitsevan paradigman asemassa. Innovaatioteoria perustuu ajatuksen jatkuvasta tarpeesta uudistua ja tuoda markkinoille parempia palveluja ja tuotteita. Työntekijät nähdään yksilöinä joilla on tarve kehittää ja uudistaa itseään. Taloudellisen palkitsemisen lisäksi työntekijöitä motivoi halu käyttää asiantuntemustaan ja luovaa potentiaaliaan. Innovaatiivisuuden edellytyksinä ovat organisaation strategia ja rakenne, organisaatiokulttuuri ja tietojohdaminen. (Seeck 2012: 247 – 281.)

Prosessin implementoinnin edistämiseksi tarvitaan muutosagentteja osastoille ja perusterveydenhuoltoon. Erittäin tärkeää olisi kotihoidon henkilöstön ja yksityisten palvelun tarjoajien kouluttaminen. Alueellisen yhteistyön kehittämiseen tulee panostaa suunnitelmallisesti, yhteistyön onnistumiseksi tarvitaan verkostoitumista muutosagenttien kesken. Verkostoitumisen edellytyksiä ovat luottamus, sitoutuminen, yhteiset tavoitteet, verkoston kattavuus ja osallistujien pysyvyys. Toimivassa verkostossa vastuunjako ja roolit on selkeästi määritelty. (Kuntaliitto 2014.)

Tulevaisuudessa informaatioteknologian hyödyntämistä palveluiden kehittämisessä tulee hyödyntää enemmän. Teknologisten innovaatioiden mahdollisuuksia voidaan hyödyntää muutosagenttien ja henkilöstön kouluttamisessa, verkostojen luomisessa ja ylläpitämisessä sekä asiakkaiden ohjaamisessa ja palautejärjestelmien luomisessa. Nopeat tietoverkot ja teknologian kehittyminen mahdollistavat informaation reaaliaikaisen syöttämisen ja esittämisen. Mobiilipäätteiden kehittyminen mahdollistaa informaation siirtämisen kuvana, tekstinä ja äänenä multimediatietokantoihin sekä niiden esittämisen hoitotapahtuman yhteydessä. Reaaliaikaisuuden lisäksi informaation luotettavuus ja turvallisuus tulee huomioida palveluita kehitettäessä.

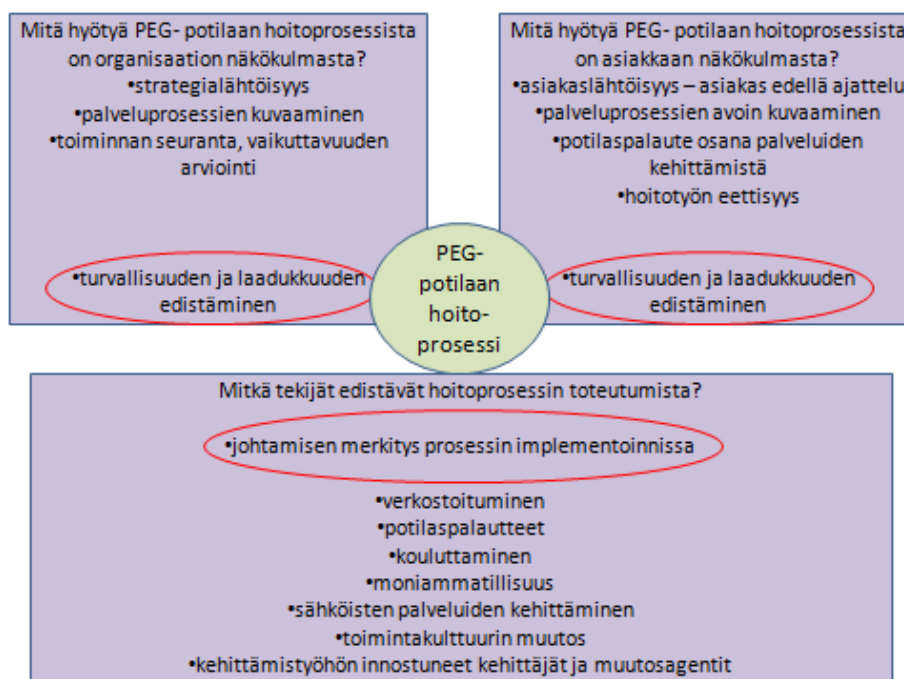
Olennaista olisi rakentaa PEG- potilaan hoitoprosessi asiakkaiden tarpeista lähtien. Standardoidut rutiinit parantavat laatua ja edistävät turvallisuutta, yksilöllisyys tulee kuitenkin huomioida niin, että erilaisille potilaille pitää olla erilaiset palvelut ja toimintatavat. Painopiste pitää siirtää potilaan arjessa selviytymisen prosesseihin, asiakaslähtöiseen palveluajatteluun. Toiminnan tavoitteena pitäisi olla potilaan prosessi, jonka avulla palvelujen tuottaminen saadaan nykyistä tehokkaammaksi ja sujuvammaksi. Potilasturvallisuus edellyttää potilaalta, asiakkaalta ja läheisiltä aktiivista roolia. Heidät tulisi nähdä yhdenvertaisina toimijoina palveluprosessissa.

Tietoa terveydenhuollossa on riittävästi, ongelmana on käytäntöjen muuttaminen. Terveysyhyötyä ei saada, jos käytännöt eivät muutu. Terveystieteiden toimipaikkoihin tulisi luoda uudenlaista kulttuuria, jonka osana työyhteisöissä päivitetään moniammatillisesti tietoja tutkimustiedon perusteella ja sovitaan työnjaosta ja mittareista, joilla muutosten ja toimintojen vaikuttavuutta mitataan. Prosessiosaamisella mahdollistetaan kokonaisuuksien hahmottaminen. Oleellista on riskien tunnistami-

nen, laadukkaan toiminnan turvaaminen ja keskeisten roolien ja vastuiden tunnistaminen.

Palveluorganisaatioiden tehokkuutta mitattaessa tulee tarkasti määritellä mitä tehokkuus on ja miten sitä mitataan. Prosessinäkökulmasta tarkastellaan prosessien sujuvuutta, toimintavarmuutta ja kustannustietoisuutta. Arviointi voidaan luokitella perustuvaksi tarpeisiin, prosesseihin, vaikutuksiin sekä tehokkuuteen. Prosessikeskeisessä lähestymistavassa arvioidaan, mitä tapahtuu, kun prosessi toimii. Prosessien arvioinnissa on kysymys toiminnan toteutumisesta suunnitelman mukaan. Usein prosessit eivät toimi suunnitellusti. Tämän vuoksi on oleellista arvioida prosessin ja toiminnan toteutumista, jolloin yritetään saada selville, ovatko tuotetut palvelut haluttuja. Suunnitelmalliset palvelut ovat edellytys tulosten ja vaikuttavuuden saavuttamiseksi.

Kyvystä sopeutua muutoksiin on tullut organisaation, johtamisen ja työntekijöiden menestymisen keskeinen edellytys. Muuttumattomuus ei ole enää mahdollista millään alalla. Mikä sitten on muutoksen taustalla PEG-potilaan hoitoprosessin implementoinnissa? Olen koonnut kuvaan 36 yhteenedon tutkimuksen keskeisistä löydöksistä. Kuvassa havainnollistuu mielestäni erinomaisesti se, mihin prosessilla pyritään, tavoitteena on sekä asiakkaan että organisaation näkökulmasta hoitotyön laadun ja turvallisuuden parantaminen yhteistyössä asiakkaiden kanssa. Johtamisen merkitys prosessin implementoinnissa korostuu.



Kuva 36. PEG- potilaan hoitoprosessi

Suomessa ei ole paljon tehty PEG- potilaan hoitotyöhön liittyviä tutkimuksia. Vuosikautia on kliinisessä hoitotyössä käytetty apuna 2000 luvulla julkaistua kirjaa: PEG- potilaan hoito-opas henkilökunnalle. Kirjan ovat

kirjoittaneet sairaanhoitajat ja ravitsemusterapeutit yhteistyössä (Hämäläinen – Kiho- Kulmala – Lehesvuori – Naumanen – Pasanen – Paasikivi – Siljamäki-Joensuu 2005). Oppaasta puuttuu kokonaan mm. Duodopa PEG- potilaiden hoitoon liittyvä ohjeistus. Theseuksesta löytyy joitakin AMK- tutkinto tasoisia töitä aiheeseen liittyen, mm. gastrostoomaan kautta annettavan lääkehoidon turvallinen toteuttaminen (Koitola - Suontonen – Vuorilehto 2010), PEG- letkun käyttö: kirjallinen ohje hoitohenkilökunnalle (Rosenqvist 2015), kotiutuvan PEG- potilaan ohjaus: kirjallinen ohje potilaalle (Allonen – Heino 2016), letkuravitsemus laitoshoidossa – ohjeistus hoitohenkilökunnalle (Jauhiainen – Haka 2016).

Käypä hoito suositusten päivittäminen ja ravitsemushoidon tärkeys näkyvät hoito-ohjeiden tarpeen lisääntymisenä. Lääketieteellisiä julkaisuja aiheesta on toki saatavilla. Aiheen ajankohtaisuuden vuoksi on gastrokirurgien kevätpäivillä 2017 aiheena PEG- potilaiden hoitoprosessit Suomessa. Ydinryhmämme kehittämä PEG- potilaan hoitoprosessi on lähetetty tilaisuuteen ja toimii erinomaisena esimerkkinä innovatiivisesta standardoidusta strategiaan perustuvasta toiminnasta.

PEG- potilaan hoitoprosessin laatimisessa ja implementoinnin edistämässä korostuu johtamisen merkitys, moniammatillisuuden hyödyntäminen prosesseja ja ohjeita kehitettäessä, prosessien toteutumisen arviointi, verkostoitumisen tärkeys muutosagentteja hyödyntämällä sekä henkilöstön että asiakkaiden kouluttaminen monipuolisia menetelmiä käyttäen, sähköisten palveluiden kehittäminen ja potilaspalautteiden hyödyntäminen kehittämistyössä.

9.2 Luotettavuus ja eettisyys

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuudesta on kannettu metodikirjoissa huolta. Kirjallisuudessa varoitetaan holistisesta harhaluulosta tai virhepäätelmästä. Tällä tarkoitetaan tutkijan käsitystä johtopäätöstensä oikeudellisuudesta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009, 159). Tässä tutkimuksessa luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimuksen tarkoitukseen, analyysiin, tulkintaan, refleksiivisyyteen ja eettisiin näkökulmiin (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009, 166). Luotettavuuden arvioinnissa on käytetty Lincolnin & Cuban (1981 ja 1985) kehittämiä kriteereitä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009, 160).

Luotettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sitä, miten hyvin se voidaan osoittaa työn raportoinnissa. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi alkaa jo tutkimusaiheen valinnasta. Tässä tutkimuksessa tutkittava ilmiö on tunnistettu ja nimetty selkeästi. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tutkimusta tarkastellaan kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus on keskeistä. Keskeiset luotettavuuskysymykset koskevat tutkijaa, aineiston laatua, aineiston analyysiiä ja tulosten esittämistä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava, ettei aineiston analyysivaihetta ja

luotettavuuden arviointia voida erottaa selkeästi toisistaan. (Kylmä – Juvakka 2007, 127–133; Tuomi – Sarajärvi 2009, 131–146.)

Muiden tutkijoiden työt ja saavutukset on huomioitu asianmukaisella tavalla. Raportointi on tehty yksityiskohtaisesti ja tarkasti, tutkimuksen seuraamisesta on helpotettu taulukoilla ja kuvioilla. Kaikki tulokset on julkaistu. Aineiston analysointi ja tulosten tarkastelu tehtiin rehellisesti ja avoimesti. Aineiston analyysiin on saattanut vaikuttaa oma esiymmärrykseni tutkittavasta ilmiöstä. Lähdemerkinnät on laitettu tarkasti ja oikein esille. (Kylmä – Juvakka 2007, 127–133; Tuomi – Sarajärvi 2009, 131–146.)

Aineiston keruuvaiheen luotettavuuden lisäämiseksi aineiston keruuprosessi on kuvattu selkeästi ja yksityiskohtaisesti. (Tuomi – Sarajärvi 2009, 131–146.) Tutkimusaineisto pyrittiin analysoimaan mahdollisimman objektiivisesti induktiivisella sisällönanalyysillä, kuitenkin huomioiden, että kyse on aina myös tutkijan itsensä tulkinnoista. Kartoituksen uskottavuutta vahvistaa myös se, että tutkittavan ilmiön kanssa oltiin tekemisissä riittävästi. Tutkimuksen luotettavuus kriteerit perustuvat Lincolnin & Cuban määrittelemiin luokkiin, jotka ovat uskottavuus (credibility), siirrettävyys (transferability), riippuvuus (dependability) ja vahvistettavuus (confirmability). (Kylmä – Juvakka 2007, 127–133; Tuomi – Sarajärvi 2009, 136–137.)

Uskottavuuden (credibility) käsite koskee erityisesti aineiston laatua ja tutkijan toimintaa. Keskeistä on, kuinka luotettava tutkijan analyysi aineistosta on. Aineiston luokitteluperusteet on kuvattu. (Kylmä – Juvakka 2007, 127–133; Tuomi – Sarajärvi 2009, 131–146.) Siirrettävyys (transferability) viittaa siihen onko tuloksilla sovellusarvoa. Voidaanko tutkimustuloksia siirtää samanlaiseen yhteyteen tulkintojen pysyessä muuttumattomina? Tämä on kysymys joka on haasteellinen johtuen tutkimuksen sitoutumisesta yhden organisaation tarpeisiin. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan mielestäni hyödyntää terveydenhuollon prosessien kehittämisessä ja erityisesti PEG- potilaiden hoitotyön kehittämisessä. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kontekstisidonnaista, eivätkä tulokset ole sellaisenaan siirrettävissä toiseen ympäristöön. Prosessien implementoinnin näkökulmasta katsottuna tulokset johtamisen osalta laadun ja turvallisuuden edistämiseksi ovat mielestäni hyödynnettävissä ja siirrettävissä terveydenhuollon kontekstissa.

Riippuvuutta (dependability) tarkasteltaessa arvioidaan onko tutkimuksen toteutuksessa noudatettu yleisiä periaatteita, jotka ohjaavat tieteellistä tutkimusta. Tutkimuksessa tehdyt ratkaisut on pyritty kuvaamaan tarkasti, jotta lukija pystyy seuraamaan ja arvioimaan tutkijan päättelyä. Analyysin eteneminen on kuvattu taulukoiden avulla, kuvaileva kirjallisuuskatsaus löytyy täydellisenä liitteestä 3 ja täydellinen analyysiprosessi liitteessä 4. Ratkaisujen ja päättelyn oikeutusta tarkasteltaessa arvioidaan toteutuuko tutkimuksessa vahvistettavuus. (Kylmä – Juvakka 2007, 127–133, Tuomi – Sarajärvi 2009, 131–146.)

Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuus (confirmability) on haasteellista. Tutkimustulosten tulee perustua aineistoon, ei tutkijan käsityksiin tutkittavasta ilmiöstä. Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto oli runsasta ja se oli riittävää aihetta ajatellen. Vahvistettavuutta lisää tutkimuksen tulkintojen tarkastelu teoriataustassa avulla. Vahvistettavuudessa on tärkeää, että lukija pystyy riittävästi arvioimaan tutkimusprosessia. Ratkaisut on esitetty tarkasti, jotta lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä. Luotettavuutta ajatellen keskeiseksi nousee rakennevalidius. Tutkijan on kyettävä esittämään, miten hän on päätenyt luokittamaan ja kuvaamaan tulokset niin kuin hän sen on tehnyt. Menettelytapa on pystyttävä perustelevaan uskottavasti. Tuloksia raportoitaessa voidaan validoida kirjallisuusviitteillä, vahvistusta saadaan myös tarkastelemalla muita vastaavaa ilmiöitä koskevia tutkimuksia. (Kylmä – Juvakka 2007, 127–133; Tuomi – Sarajärvi 2009, 131–146.)

Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009, 172). Hyvän tieteellisen käytännön mukaisia eettisiä periaatteita ovat ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, itsemääräämisoikeus, luottamuksellisuus ja vaitiolovelvollisuus. Tutkimuseettien periaatteena ja oikeutuksen lähtökohtana on sen hyödyllisyys. Tutkimussuunnitelmassa tulee arvioida, miten tutkimuksessa saatua uutta tietoa voidaan hyödyntää. (Kylmä – Juvakka 2007, 137–155; Tuomi – Sarajärvi 2009, 122–130; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, Halkoaho – Hoppo – Timonen – Luoto – Vesalainen – Selander 2014: 22–30.) Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastaa ensisijaisesti jokainen tutkija itse. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Suomessa tutkimuksen eettisyys on turvattu Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti (Israel 2015, 30 – 32). Julistus on laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin, mutta se sopii erinomaisesti myös hoitotieteelliseen tutkimukseen. Julistuksessa kuvataan tutkimustyön perusteluja, otetaan kantaa haavoittuviin ryhmiin, määritellään tutkimussuunnitelmien arviointi eettisissä toimikunnissa ja annetaan ohjeita potilaiden turvallisuuden ja oikeuksien turvaamiseksi tutkimustyössä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009, 173 – 174.)

Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat myös kansallinen ja kansainvälinen lainsäädäntö ja erilaiset ohjeet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) käsittelee terveydenhuoltoon ja potilaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009, 175 – 176). American Nurses Association (ANA) on julkaissut 1995 hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet, jotka soveltuvat erinomaisesti tutkimukseen jossa kohderyhmänä ovat potilaat (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009, 176).

Tässä tutkimuksessa on eettisiin valintoihin kiinnitetty huomiota tutkimusaiheen valinnasta alkaen. Olisi ollut tutkimustulosten kannalta hedelmällistä haastatella PEG- potilaita yhtymän asiakas edellä ajattelun

mukaisesti. Tutkijana koin haastattelun käytön kuitenkin epäeettisenä koska olen yhtymän alueen ainoa aikuisten PEG- hoitaja. Oikeudenmukaisuus tutkimustyössä tarkoittaa, että tutkija ei hyödynnä valta asemaansa (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009, 179). Oma persoonani olisi todennäköisesti vaikuttanut tutkittavien vastauksiin. Lisäksi osalla PEG - potilaita nielemisongelmien lisäksi on myös puheentuoton vaikeuksia, esim. ALS- potilaat, tämä olisi lisännyt haastatteluiden vaikeusastetta.

Olen hakenut kehittämishankkeen suorittamista varten tutkimusluvan (liite 1). Tutkimuksessa esitettyihin valokuviiin olen saanut potilailta suullisesti luvan. Yhtymän lakimiehen mukaan potilaan suullinen lupa riittää kuvadokumenttien käyttämiseen. Olen käyttänyt potilaiden kuvia myös potilasohjeissa ja Moodlen materiaaleissa. Kaikki kuvat on otettu niin, että potilaat eivät ole tunnistettavissa. Yhteistyökumppaneiden kuvien käyttämiseen olen pyytänyt lupaa suullisesti tai sähköpostin välityksellä.

Eettisiä kysymyksiä on mietittävä myös tutkimusraportin laatimisessa. Työssä on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. (Kylmä – Juvakka 2007, 137–155; Tuomi – Sarajärvi 2009, 122–130; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Hal-koaho – Hoppo – Timonen – Luoto – Vesalainen – Selander 2014, 22–30.) Tutkijan ammattitaito edellyttää kunkin tieteenalan tiedollista ja menetelmällistä hallintaa sekä tutkimus-eettisesti kestäviä toimintatapoja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksilla tarkoitetaan epäeettistä ja epärehellistä toimintaa, joka vahingoittaa tieteellistä tutkimusta ja pahimmillaan mitätöi tulokset. Käytännön loukkauksia ovat vilppi tieteellisessä toiminnassa ja piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Vilppi ja piittaamattomuus voivat ilmetä sekä tutkimuksen suunnittelussa ja tekemisessä että tutkimustulosten ja johtopäätösten esittämisessä. Vilppi tieteellisessä toiminnassa merkitsee tiedeyhteisön harhauttamista. Se on väärin tietojen tai tulosten esittämistä tiedeyhteisölle. Vilppiä on myös toisten tutkijoiden tekemän työn anastaminen tai esittäminen omana tutkimuksena. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Hämeenlinnan Ammattikorkeakoulu 2016.)

Olen koko prosessi ajan noudattanut tieteellisen käytännön periaatteita. Tässä tutkimuksessa on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimusaineiston sisältö, keruu ja muuttajat on kuvailtu huolellisesti, tämä on edellytys aineiston käyttökelpoisuuden säilymiselle. Tutkimusaineiston perustietojen huolellinen ja kattava kuvaus on tärkeä luotettavuuden osoitus myös tutkimustulosten raportoinnissa. Tutkimustulokset on julkaistu tiedeyhteisön yleisesti hyväksyttävällä tavalla. Muiden tutkijoiden työn tulokset on huomioitu asianmukaisella tavalla. Olen arvioinut tutkimuksen luotettavuutta Lincolnin & Cuban 1985 määritelmän kriteerien mukaisesti, jotka ovat uskottavuus (credibility), siirrettävyys (transferability), riippuvuus (dependability).

ty) ja vahvistettavuus (confirmability). (Kylmä – Juvakka 2007, 127–133; Tuomi – Sarajärvi 2009, 136–137; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

9.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Kahden tutkimusmenetelmän rinnakkainen käyttö oli vaativa prosessi. Tutkimuksen toiminnallinen osuus onnistui ydinryhmän innovatiivisuuden ja työelämän tutorin ansiosta. Myös oman esimiehen tuki oli tärkeää onnistumisen kannalta. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen hyöty prosessin implementoinnissa on kiistaton. Tutkimuksessa saatiin runsaasti uutta tietoa jota hyödyntämällä voidaan aidosti kehittää PEG- potilaan hoitoprosessin käytön edistämistä.

Prosessimallit ovat tärkeä osa Phhyky:n laatu-järjestelmää. Prosessien mallinnus lisää tietoisuutta nykyisestä toiminnasta mahdollistaen uusien toimintojen kehittämisen. Toiminnan kehittäminen tapahtuu prosesseissa joille on nimetty tarkoitus ja tavoite, vastuut ja velvollisuudet on selkeästi määritelty ja kehittämisessä on huomioitu asiakaslähtöisyys. Tavoitteena on toimintojen tehostaminen, laadun ja palvelutason parantaminen, ongelmatilanteiden hallinta sekä kustannussäästöjen aikaansaaminen. Arvioinnin näkökulmaa PEG- potilaan hoitoprosessin toteutumisen seurannassa on tutkimustulosten mukaan jatkossa kehitettävä.

Ydinryhmä on tehnyt vuosia työtä PEG- potilaiden hoitotyön kehittämiseksi moniammatillisessa tiimissä. Tutkimuksen perusteella ryhmän toiminnassa on kuitenkin kehitettävää. Hoitoprosessi perustuu yhtymän strategiaan, mutta PEG- potilaan hoitoprosessin kehittämistyössä ei ole riittävästi otettu mukaan yhtymän johdolta saatavaa tukea. Kehittämistyön implementointiin vaaditaan jatkossa enemmän resursseja, tämä ei onnistu ilman organisaation johdon tukea. Tuen saamiseksi on tärkeää esitellä tutkimustulokset esimiehille ja ylihoitajille. Työryhmän työn näkyväksi tekemisen edistämiseksi tutkimus tullaan julkaisemaan yhtymän sisäisessä julkaisusarjassa.

Jatkotutkimusaiheet nousevat kirjallisuuskatsauksen tuloksena havaituista PEG- potilaan hoitoprosessin implementoinnin kehittämiskohteista:

1. Hoitohenkilöstön koulutustarpeiden kartoittaminen edistäisi näyttöön perustuvan hoitotyön implementointia. Hoitajien haastattelu nykyisen käytännön eduista ja kehittämistarpeista edistäisi heidän sitoutumistaan prosessin mukaiseen toimintaan. Tämä edistäisi myös organisaatiokulttuurin muutosta kohti oppivaa organisaatiota.
2. Verkostoitumista ja yhteistyötä perusterveydenhuollon, yksityisen- ja kolmannen sektorin kanssa tulisi kehittää. Verkostoitumisen tarkoituksena tulisi olla alueellisen yhdyshenkilö toiminnan käynnistäminen muutosagenttien avulla. Verkostoitumisen käyn-

nistämiseksi tulisi kartoittaa missä yhtymän alueella hoidetaan PEG- potilaita.

3. Potilaiden näkökulmaa PEG- potilaan hoitoprosessin kehittämisessä ei ole huomioitu riittävästi. Asiakasnäkömyksen mukaan ottaminen esimerkiksi haastelemalla PEG- potilaita ja läheisiä on edellytys prosessimallin ja informaatioteknologisten palveluiden kehittämiselle.

LÄHTEET

Abbvie 2016. Työssä on käytetty lähteenä Abbvielta saatuja kuvia Abbvien luvalla. Kuvat on lähetetty opinnäytetyön tekijälle henkilökohtaisesti sähköpostitse. <https://www.abbvie.com/>

Alasuutari, Pertti 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Neljäs uudistettu painos. InPrint. Riika 2011.

Atula, Sari 2015. ALS - Motoneuronitauti (amyotrofinen lateraalisklerosi). Lääkärikirja Duodecim 25.5.2015. Artikkelin tunnus: dlk01093. saatavana http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01093. Luettu 9.10.2016

Chapman, Carol - Barker, Mary - Lawrence, Wendy 2014. Improving nutritional care: innovation and good practice. Journal of advanced nursing 2014. S 881 – 894

Conroy, T. 2009. The prevention and Management of Complications associated with establish Percutaneous Gastrostomy Tubes in Adults: A Systematic Review, JBI Library of Systematic Reviews 2009; 7 (1): 1 - 37.

ESPEN 2005. Guidelines on artificial enteral nutrition - Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG)

Groundstroem, Kaj – Heino, Matti – Halttunen, Jorma 2014. Enteraalisen ravitsemuksen komplikaatioita voi välttää. Suomen Lääkärilehti 41/2014 vsk 69. S: 2632 – 34.

Haka, Hanne-Mari – Jauhiainen Kati 2016. Letkuravitseminen laitoshoidossa, ohjeistus hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyö. Centria ammattikorkeakoulu. Joulukuu 2016

Halkoaho, Arja – Hoppo, Saara – Timonen, Kirsi – Luoto, Kirsi – Vesalainen, Mari – Selander, Tuomas 2014. Eettisen ennakoarvioinnin haasteet terveystieteiden tutkijoille: lausuntohakemusten analyysi tieteenaloittain. Tutkiva Hoitotyö Vol. 12 (1), 2014. S 22 – 30.

Heikkinen, Katja 2015. Tietojärjestelmien yhteentoimivuus rintasyöpöpotilaan hoitoprosessissa. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö. Oulun yliopisto syyskuu 2015.

Higgins, Julian PT – Green, Sally (toim.) 2008. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. The Cochrane Collaboration. www.cochrane-handbook.org/ Version 5.0.1. Luettu 2.8.2016.

Hiltunen, Laura 2017. Prosessit haltuun leanin keinoin. Opinnäytetyö. Liiketalouden ylempi amk- tutkinto. Yrittäjyyden ja liiketoimintaosaamisen koulutusohjelma. Haaga-Helia amk 2017

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Kartanon Kirjapaino Oy, Hämeenlinna 2009.

Hoitotyön tutkimussäätiö HOTUS 2013. Käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. Hyväksytty Hoitotyön suositusten koordinoitiryhmässä. Saatavilla http://www.hotus.fi/system/files/Suosituskasikirja_2013.pdf

Hämeen ammattikorkeakoulu 2016. Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö ja ylempään ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. Versio hyväksytty käyttöön 1.9.2016

Hämäläinen, Eija – Kiho, Eija – Kulmala, Maire – Lehesvuori, Pia - Naumanen, Leena – Pasanen, Eija – Paasikivi, Kaija – Siljamäki-Joensuu, Ulla 2005. PEG- potilaan hoito-opas henkilökunnalle. RTY 2005.

Immonen, Minna-Maarit 2015. Asiakaspalveluprosessien kehittäminen ja palvelumuotoilu. Lahden ammattikorkeakoulu. Liiketalouden ala. Yrittäjyys ja liiketoiminta. YAMK. Syksy 2015

Inggs, Rebecca – Christensen, Martin 2015. To Feed or Not to Feed: Using an Ethical Decision Making Model to Support Patient Choice. Singapore Nursing Journal. Volume 42, No. 3, Sept - Dec 2015, S: 1 - 21

Israel, Mark 2015. Research ethics and integrity for social scientist. Second edition. Printed and bound by CPI Group (UK) Ltd. 2015

Jauhiainen, Annikki – Sihvo, Päivi 2015. Asiakaslähtöisten sähköisten terveyspalvelujen käyttöönotto – malli käyttöönotolle ja vaikuttavuuden arvioinnille. FinJeHeW 2015;7(4), 210 – 220

JBİ (Joanna Briggs Institute) 2010. Perkutaanisen gastrostomialetkun (PEG) haittavaikutusten ennaltaehkäisy ja hoito aikuisilla. Best Practise. (luettu 9.9.2015). Saatavilla: http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-10_0.pdf

JBİ 2013. JBİ kriittisen arvioinnin tarkistuslista tutkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle. Luettu 26.10.2016. Saatavilla http://www.hotus.fi/system/files/JBİ_qari_appraisal.pdf

Johansson, Sinikka – Sedergren, Johanna 2014. Aikuisen päivystysleik-
kauspotilaan hoitoprosessi Länsi-Pohjanmaan keskussairaalassa. Hyvinvointipalvelujen osaamisala/Terveiden edistämisen koulutusohjelman opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto Sairaanhoidaja (Ylempi AMK). KEMI 2014

JUHTA - Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2012. JHS 152
Prosessien kuvaaminen. Versio: 5.10.2012.

Jääskeläinen, Arja 2013. Työyhteisön hyvinvoinnin kehittäminen osallista-
villa menetelmillä. Toimintatutkimus työhyvinvoinnin kehittämisproses-
seissa vanhus- ja vammaispalveluja tuottavissa työyhteisöissä Sallassa.
Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopistokustannus.

Kaakkola, Seppo 2011. Parkinson tauti. Lääkärin käsikirja 27.12.2011

Kakkuri-Knuuttila, Marja-Liisa – Heinlahti, Kaisa 2006. Mitä on tutkimus?
Argumentaatio ja tieteenfilosofia. Gaudeamus kirja. Yliopistokustannus
University Press Finland Ltd. Helsinki. S: 7 – 21, 131 – 179

Kananen, Jorma 2015. Online research for preparing your thesis. A guide
for conducting qualitative and quantitative research online. Suomen yli-
opistopaino Oy, Juvenes Print 2015

Kangasniemi, Mari – Pietilä, Anna-Maija – Utriainen, Kati – Jääskeläinen,
Petri – Ahonen, Sanna-Mari – Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuus-
katsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoito-
tiede 2013, 25 (4), 291–301

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2015. Tutkimus hoitotie-
teessä. 4. painos. Sanoma Pro

Kirk, Lisa - Shelley, Anita - Battles, Maureen 2014. Educating Parents on
Gastrostomy Devices: Necessary Components to Achieve Success. Journal
of Pediatric Nursing (2014) 29, 457–465

Kivinen, Tuula 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon
organisaatiossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 158.
Kuopio

Kiviranta, Jenni-Mari 2014. Salon aluesairaalan tekonivelpotilaan hoito-
prosessin kehittäminen. Turun ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikor-
keakoulututkinto. Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Kuntaliitto 2011. Terveydenhuollon laatuopas. Toimittanut Päivi Koivu-
ranta-Vaara. 1. paino. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2011

Kuusiluoma, Riikka 2017. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ter-
veyskeskussairaalassa. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö. So-
siaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. YAMK. Seinäjoen am-
mattikorkeakoulu

Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskat-
saus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede Vol 18, no 1/-06. S 37 – 45.

Käypä hoito 2009. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Käypä hoito. 20.8.2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä

Käypä hoito 2010. Parkinsonin tauti. Käypä hoito.10.9.2010. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä.

Käypä hoito 2012a. Suusyöpä. Käypä hoito. 9.1.2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseuran Apollonian asettama työryhmä

Käypä hoito 2012b. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito. 28.11.2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä

Käypä hoito 2012c. Selkäydinvamma. Käypä hoito. 18.12.2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Societas Medicinae Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n asettama työryhmä

KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien tietovaranto. Luettu 1.10.2015. Linkki sivustoon:

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima, Helsinki

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Elo, Satu – Kanste, Outi – Pölkki, Tarja 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2011, 23 (2), 138 - 148

Laaksovirta, Hannu 2009. Amyotrofinen lateraaliskleroosi (ALS). Lääkärin käsikirja. 22.6.2009

Lipp, Allyson – Lusardi, Gail 2013. Systematic antimicrobial prophylaxis for percutaneous endoscopic gastrostomy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013

Lipponen, Kaija 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Juvenes Print. Tampere 2014

Louna, Timo 2016. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän strategia ja tulevaisuuden haasteet. Esimiesperehdytys. 2.11.2016

Lundgrén-Laine, Heljä- Eloranta, Sini - Danielsson-Ojala, Riitta – Kontio, Elina 2015. Potilaspalautetta QR- koodilla. Käyttöönottopilotti Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. FinJeHeW; 7(2-3), 135 – 148

Marttila, Päivi – Niemi, Tuija 2015. Prosessimallinnus diabetespalveluissa. Lahden kaupungin Pääterveysasema. Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. YAMK. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Opinnäytetyö

Meda 2016. Työssä on käytetty lähteenä Medalta saatuja kuvia Medan luvalla. Kuvat on lähetetty opinnäytetyön tekijälle henkilökohtaisesti sähköpostitse. <http://www.meda.fi/sairaalatarvikkeet/>

Medical Subject Headings eli MeSH- sanasto. Luettu 1.8.2016. Saatavilla <https://finto.fi/mesh/fi/>

Mäkijärvi, Markku 2010. LEAN- menetelmä Suomalaisessa terveydenhuollossa. Kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA- tutkielma. Tampereen yliopisto 2010

Niiranen, Vuokko – Lammintakanen, Johanna 2011. Hallintotieteen rajapinnoilla - sosiaalihallintotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimuksen alan ja kohteen näkökulmia. Suomalainen Hallinnon tutkimus - mistä, mitä, minne? Hallinnon tutkimuksen seuran juhlakirja, Tampere University Press. S: 113–139

Nugent, Brenda – Lewis, Sian – O’ Sullivan, Joe 2013. Enteral feeding methods for nutritional management in patients with head and neck cancers being treated with radiotherapy and/or chemotherapy. The Cochrane Collaboration 2013

Nutricia 2016. Letkuravitsemus. Luettu 10.10.2016. Saatavilla <http://www.letkuravitsemus.fi/letkuravitsemuksen-aloittamisesta>

Palomäki, Gitta – Piirtola, Heli 2012. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta. YAMK. Tampereen ammattikorkeakoulu

Pekkonen, Eero 2008. Levodopainfuusio ja apomorfiini Parkinson taudin hoidossa. Duodecim 2008; 124 (4): 402-9

Peräaho, Markku – Färkkilä, Matti – Heikkinen, Markku, Leino, Rauli – Niemelä, Seppo – Collin, Pekka 2010. Mahasuolikanavan tähystyksiin liittyvien vuoto- ja tukosriskien hallinta. Suomen Lääkärilehti 2010; 65 (18): 1613 – 1616

PHSOTEY 2013. Potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan suunnitelma. (Luettu 1.3.2016). Linkki suunnitelmaan löytyy osoitteesta: <http://www.phsotey.fi/sivut/?id=32610&vy=9996&jo=1059&ryhma=924>

PHSOTEY 2013b. Riskienhallintapolitiikka. Laajennettu johtoryhmä 12.9.2013. Hallitus 7.10.2013, § 125. Valtuusto 11.11.2013, § 38. (Luettu 3.10.2016)

PHSOTEY 2014a. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän järjestämissuunnitelma 2014 – 2017. (Luettu 16.1.2016). Saatavana verkkojulkaisuna osoitteessa: <http://www.phsotey.fi/sivut/?vy=9987&ryhma=253>

PHSOTEY 2014b. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän strategia 2014–2018. (Luettu 11.1.2016). Saatavana verkkojulkaisuna osoitteessa: <http://phsotey.mbe.donet.fi/>

PHSOTEY 2016. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän suunnittelu. Projektisuunnitelma. Versio 25.8.2016

Pursiainen, Ville – Pekonen, Eero 2012. Levodopainfuusion käyttö edenneen Parkinsonin taudin hoidossa Suomessa vuosina 2006 – 2010. *Duodecim* 2012; 128 (16): 1707 – 15

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2017. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän laadunhallinta-, asiakas- ja potilasturvallisuus – suunnitelma 2017 – 2018

Pätevä. Päijät-Hämeen hyvinvointi yhtymän Moodle pohjainen verkkopäätösopimusalusta, joka sisältää verkkokursseja mm. PEG- potilaan hoitoprosessi, LEAN ja prosessien kehittäminen www.pateva.fi

Pölkki, Tarja – Kääriäinen, Maria – Kanste, Outi – Kyngäs, Helvi – Elo, Satu 2012. Järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten metodologinen laatu: katsaus kansainvälisiin ja kansallisiin hoitotieteen julkaisuihin 2009 – 2010. *Hoitotiede* 2012, 24 (4), 335 – 348

Rahnemai-Azar, Ata A – Rahnemaiazar, Amir A – Naghshizadian, Rozhin – Kurtz, Amparo – Farkas, Daniel T 2014. Percutaneous endoscopic gastrostomy: Indications, technique, complications and management. *World Journal of Gastroenterology*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4069302/>

Rantahalme, Mikko 2010. Sähköisten palveluprosessien kehittäminen julkishallinnossa. LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU. Liiketalouden ala. Yrittäjyyden ja liiketoimintaosaamisen koulutusohjelma. Ylempi korkeakoulututkinto. Master of Business Administration. Opinnäytetyö 2010

Raunio, Kyösti 1999. Positivismi ja ihmistiede sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. *Gaudeamus*, Helsinki

Rowat, Anne 2015. Enteral tube feeding for dysphagic stroke patients. *British Journal of Nursing*, 2015 Vol 24, No 3. S: 138 – 145

Saarnio, Juha – Pohju, Anne – Ahtola, Heikki 2014. Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. *Duodecim* 2014; 130, 2239–44

Salmela, Susanne - Eriksson, Katie - Fagerström, Lisbeth 2011. Leading change: a three-dimensional model of nurse leaders' main tasks and roles during a change process. *Journal of advanced nursing* 2011. S 423 – 433

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisojohtaminen 4. Vaasa 2011

Schweitzer, Michelle - Aucoin, Julia - Docherty, Sharron L. - Rice, Henry E. - Thompson, Julie - Taylor Sullivan, Dori 2014. Evaluation of a Discharge Education Protocol for Pediatric Patients With Gastrostomy Tubes. *Journal of Pediatric Healthcare*. Sep/Oct2014; 28(5): 420-428

Seeck, Hannele 2012. Johtamisopit Suomessa. Kolmas uudistettu painos. Gaudeamus Helsinki University Press. Painopaikka Tallinna Raamattutrukikoda 2012

Simons, Shellie – Remington, Ruth March-April 2013. The Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube: A Nurse's Guide to PEG Tubes. *Medsurg Nursing* March-April 2013. Vol. 22/No. 2. S: 77 – 83

STM 2009. Johtamisella laatua ja työhyvinvointia sosiaalialalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:17. Yliopistopaino, Helsinki 2009. (Luettu 1.9.2015). Saatavana myös verkkojulkaisuna osoitteessa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10778.pdf

STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012 – 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20. Kustantaja: Sosiaali- ja terveysministeriö. AT-julkaisutoimisto Oy. Yliopistopaino Helsinki 2012. www.stm.fi/julkaisut. (Luettu 1.9.2015). Saatavana: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste

Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen Riitta (toim) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Juvenes Print. Turku 2016

Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 2015. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta – opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. Edita Prima Oy, Helsinki 2015

Tanttu, Kaarina 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Vaasan yliopisto 2007

Toussaint, Emmanuel - Van Gossum, Andre - Asuncion Ballarin, Asuncion - Arvanitakis, Marianna 2015. Enteral access in adults. *Clinical Nutrition* 34 (2015). S 350-358

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Toimituskunta Krista Varantola (pj.), Veikko Launis, Markku Helin, Sanna Kaisa Spoof & Sanna Jäppinen (siht) Helsinki. ISBN 978-952-5995-07-7 (pdf). (Luettu 12.1.2016) http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. Painopaikka Hansaprint Oy, Vantaa 2013

Uotila, Jukka – Ojala, Riitta – Kukko, Sanna-Kaisa – Laihonon, Harri - Nieminen, Kari – Tomas, Eija 2015. Mittariston kehittäminen hoitoprosessin arvioimiseksi. *Suomen Lääkärilehti* 50–52/2015 vsk 70. S 3465 – 3472

Valvira 2016. Perkutaaninen endoskooppinen gastrostomia. (Luettu 23.3.2016). Saatavana verkkojulkaisuna osoitteessa <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/letkuravitsemus/perkutaaninen-endoskooppinen-gastrostomia>

Wiens, Varpu – Pietilä, Anna-Maija 2012. Terveiden edistäminen pohjoisessa toimintaympäristössä: terveyden edistämisen yhdyshenkilöiden näkemyksiä. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 10 (2), 2012, 25 – 32

Vierimaa Hannu 2016 a. Prosessien kehittäminen yksiköissä. Luento 16.11.2016. Päijät-Hämeen Hyvinvointikuntayhtymä

Vierimaa Hannu 2016b. Prosessimittarit, kuvaukset, satunnaisvaihtelu. Luento 14.12.2016. Päijät-Hämeen Hyvinvointikuntayhtymä

Virtanen, Jaana 2017. Ensihoidon osaamisen hallintamenetelmät ja osaamisen kehittäminen: kyselytutkimus sairaanhoitopiirien vastuulääkäreille. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö, ensihoitaja YAMK.

Virtanen, Juha 2017. Ylilääkäri, gastrokirurgian erikoislääkäri, Päijät Hämeen hyvinvointiyhtymä. Henkilökohtainen tiedonanto

Vuokko, Riikka – Mäkelä, Matti – Komulainen, Jorma – Meriläinen, Outi 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintaprosessit. Terveystieteiden yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), raportti. Helsinki 2011

Vuorenmaa, Ari 2005. Hoitoprosessin ohjauksen kehittäminen: case Töölön sairaalan ensiapu. Tietojärjestelmätieteen pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto Tietojenkäsittelytieteiden laitos Jyväskylä 2005

Vuori, Jari 2005. Käsitteet ja tieteenalan määrittely kirjassa Vuori Jari (toim.) Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja johtaminen työyhteisöissä. 1. painos. WSOY, Helsinki. S. 8 – 33

Vuoristo, Laura 2015. Tekonivel prosessin tehostaminen Lean strategiaa hyödyntäen. Opinnäytetyö, YAMK. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

World Journal of Gastroenterology (WJG). Luettu 10.10.2016. Saatavilla <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v22/i2/WJG-22-618-g003.htm>

Yleinen suomalainen asiasanasto (YSA). Luettu 1.8.2016. Saatavilla <http://finto.fi/ysa/fi/>

Tutkimuslupa



PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄ

LUPAHAKEMUS Opinnäytetyö tai kehittämishanke Hakemus toimitetaan luvan myöntäjälle Luvan myöntäjä toimittaa hakemuksen tutkimuskoordinaattorille	Saapumispäivä
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

PHSOTEY Dnro: (tutkimuskoordinaattori täyttää)	PHSOTEY sisäisen laskutuksen SL-koodi:
---------------------------------------------------	----------------------------------------

Opiskelija täyttää lomakkeen ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

1. Toteutuspaikka: tulosryhmä ja tulosyksikkö

<input type="checkbox"/>	Ensihoito- ja päivystyskeskus	<input checked="" type="checkbox"/>	Keskussairaala	<input type="checkbox"/>	Kuntoutuskeskus
<input type="checkbox"/>	Päijät-Hämeen laboratoriopalvelujen liikelaitos, Laboratoriokeskus	<input type="checkbox"/>	Peruspalvelukeskus	<input type="checkbox"/>	Tukipalvelukeskus
<input type="checkbox"/>	Yhtymähallinto	<input type="checkbox"/>	Ympäristöterveyskeskus	<input type="checkbox"/>	Sosiaalialan osaamiskeskus VERSO
Yksikkö, jossa opinnäytetyö toteutetaan:					

2. Tiedot opinnäytetyöstä

Opinnäytetyön nimi	PEG- potilaan hoitoprosessi
Oppilaitos	HAMK
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksella puhelin ja sähköposti	Yliopettaja Leena Packalen leena.packalen@hamk.fi
Opinnäytetyön yhdysenkilö/ yhdysenkilöt PHSOTEY:ssä	Kehittämispäällikkö Aino Tarhala
Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus	Tutkimuksen tarkoituksena on päivittää PEG- potilaan hoitoprosessi hyödyntäen kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella saatua tietoa. Tavoitteena on edistää hoitoprosessin käyttöönottoa yhtymässä.
Lyhyt kuvaus toteuttamisesta ja menetelmästä	Fenomenologis-hermeneuttinen, kuvaileva kirjallisuuskatsaus, induktiivinen sisällön analyysi.
Opinnäytetyön aikataulu	Posteriseminaari 5/2016, suunnitelmaseminaari 11/2016, väliseminaari 3/2017, loppuseminaari 5/2017.

3. Opinnäytetyön tekijä / tekijät

Nimi	Pia Riipinen	Koulutusohjelma	YAMK
Osoite	Kulmakatu 1 B 33	Suuntautumisvaihtoehto	Kehittäminen ja johtaminen
Puhelin	044 719 5694 (työ)	Sähköposti	pia.riipinen@phsotey.fi
Nimi		Koulutusohjelma	
Osoite		Suuntautumisvaihtoehto	
Puhelin		Sähköposti	

4. Opinnäytetyön kustannuksista vastaa

<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija/tutkija	jokin muu, mikä ?
<input type="checkbox"/> PHSOTEY:n tulosyksikkö, josta sovittu (pvm ja nimi)	

5. Opinnäytetyön raportoinnista sopiminen

<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön raportti toimitetaan luvan myöntäjälle sekä tutkimuskoordinaattorille
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä järjestetään osastokokous/-koulutus
<input checked="" type="checkbox"/> Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle
<input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä?

6. Opiskelijan/ opiskelijoiden allekirjoitukset

Päiväys 2.12.2016	
Opiskelijan allekirjoitus	Nimen selvennys
<i>Pia Riipinen</i>	PIA RIIPINEN
Opiskelijan allekirjoitus	Nimen selvennys
Opiskelijan allekirjoitus	Nimen selvennys

7. Ohjaavan opettajan / ohjaavien opettajien allekirjoitukset

Päiväys 3.12.2016	
Ohjaavan opettajan allekirjoitus	Nimen selvennys
<i>Leena Paakkalén</i>	Leena Paakkalén
Ohjaavan opettajan allekirjoitus	Nimen selvennys

8. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

<input type="checkbox"/> Myönnetty lupa opinnäytetyöhön/kehittämishankkeeseen hakemuksen mukaisesti		
<input type="checkbox"/> Pyydetään tarkennusta / lisäselvityksiä		
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätty		
Perustelut :		
Aika ja paikka		
Allekirjoitus	Nimen selvitys	Arvo/tehtävänimike

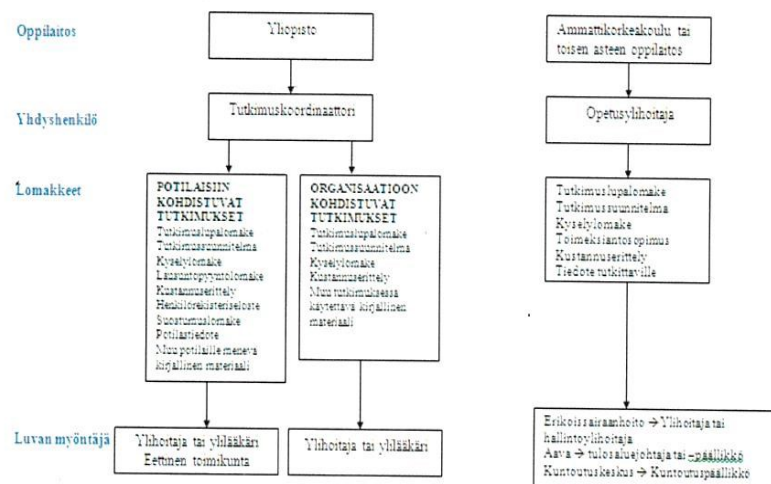
9. Liitteet päivättyinä

<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimus- tai hankesuunnitelma
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyönsä tekijänoikeus. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttö- ja päivitysoikeuden omaan toimintaansa. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.
<input type="checkbox"/> Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta /tutkimussuunnitelmassa tai erillisellä liitteellä)
<input type="checkbox"/> Muut liitteet, mitkä ?

Tutkimuskoordinaattori lähettää kopiot myönnetystä tutkimusluvasta sähköpostitse:

- 1) tutkimusluvasta hakijalle 2) opetusylihoitajalle 3) osastonhoitajalle tai vastaavalle

AMMATTIKORKEAKOULUJEN JA TOISEN ASTEEN SEKÄ HOITOTIETEELLISTEN TUTKIMUSLUPIEN PROSESSIKAAVIO PHSOTEY:ssä:



PEG- potilaan kotihoito-ohje Phhyky

POTILASOHJE



PÄIJÄT-HÄMEEN
sosiaali- ja terveysyhtymä

PEG- SYÖTTÖLETKU**Ensiasennus PEG****Mikä on PEG?**

Syöttöletku eli ravitsemusavanne eli PEG (Percutaneous endoscopic gastrostooma) laitetaan mahalaukuun tähystimen avulla leikkaussalissa. Aikuisille se useimmiten laitetaan kevyessä humautuksessa yhdistettynä paikallispuudutukseen. Vatsanpeitteiden päältä tunnustellaan tähystyskontrollissa kohta, johon tehdään syöttöletkua varten kanava. Toimenpide kestää noin 15 minuuttia. Vatsan ihon päälle jää näkyviin letkua noin 20 cm. Syöttöletkussa on taustalevy ("sisästoppari"), joka pitää letkun mahalaukussa ja kiinnityslevy ("ulkostoppari"), joka jää iholle estämään letkun luisumista.



Avannekanavan muodostuminen kestää 4 - 6 viikkoa. Pistopuukkoahaavan parantuminen kestää 1 - 2 viikkoa.

Milloin PEG?

Silloin, kun potilas ei pysty tai jaksa syödä riittävästi, voidaan ravitsemuksesta huolehtia osittain tai kokonaan letkuravitsemuksen avulla. Letku ei estä syömistä tavalliseen tapaan, vaan sen rinnalla voi syödä ja juoda niin paljon kuin jaksaa tai pystyy.

Seuranta ja ravinto toimenpidepäivänä

PEG-letkun laittamisen jälkeiseen haavakipuun auttaa säännöllinen kipulääkitys. Syöttöletkun toimivuus testataan osastolla laittamalla letkuun sokeriliuosta. Jos vointi on hyvä eikä sairaus ole este suun kautta syömiselle, voi 4 - 6 tunnin kuluttua toimenpiteestä ottaa kevyttä syötävää, esim. velliä, kiisseliä tai jogurttia. Liikkuminen toimenpiteen jälkeen on sallittua voinnin mukaan.

Toimenpiteen jälkeinen päivä

Suun kautta normaali ravinto, jos pystytte nielemään. Letkuravintovalmisteiden antaminen aloitetaan **ravitsemusterapeutin antamien yksilöllisten ohjeiden mukaisesti**. Säännöllisestä kipulääkityksestä huolehtiminen on tärkeää. Liikkuminen voinnin mukaan on sallittua.

PEG- letkun hoito

Syöttöletkun juuri puhdistetaan päivittäin vedellä ja kuivataan hyvin. Tarvittaessa letkun juurelle voi laittaa ohuen sideharsotaitoksen. On normaalia, että letkun juuresta tulee eritystä ensimmäisinä päivinä toimenpiteen jälkeen.



Suihkuun saa mennä toimenpiteen jälkeisenä päivänä. Saunominen ja uiminen ovat mahdollisia viikon kuluttua PEG- letkun laittamisesta. Saunottaessa letku on hyvä suojata PEG- letku pyyheliinalla, jotta se ei kuumene eikä polta ihoa. Uiminen on sallittua, kun iho on terve. Tällöin tulee tarkistaa, että syöttöletkun korkki on kunnolla kiinni.

Ensimmäisinä päivinä letkua pyöritetään varovasti kivun sallimissa rajoissa myötäpäivään. Letkun pyörittelyllä edistetään avannekanavan muodostumista. Ihon päällä oleva **kiinnityslevy löysennetään neljäntenä** toimenpiteen jälkeisenä päivänä, samalla aloitetaan letkun liikuttelu avannekanavassa sisään-ulos. Usein kiinnityslevy on tiukasti letkun ympärillä, siksi letkua on hyvä tukea kädellä levyn alta. Syöttöletkun tulee liikkua kanavassa vapaasti. Ihon päällä olevan kiinnityslevy asetetaan noin 0.5 cm päähän vatsan ihosta, levyn tulee olla vapaasti ihon pinnalla eikä se saa painaa ihoa kuopalle.

Ruokailu

Hoitajat näyttävät ja opettavat Teille, miten letkuravitseminen toteutetaan ja letkua hoidetaan. Letkuravintovalmisteiden käyttö aloitetaan pienellä annoksella ja annosta lisätään vähitellen, kunnes päästään sopivaan käyttömäärään. Yleensä letkuun laitetaan ravintovalmisteita tavallisiin aterioihin. Ruokailun tulee kestää yhtä kauan kuin vastaavankokoisen aterian suun kautta nauttiminen.

Ravitsemuksen anto voidaan toteuttaa annossyöttönä tai jatkuvana tiputuksena. Annostelutapaan ja –nopeuteen vaikuttavat ruoansulatuskanavan kunto, ravitsemustila, syöttöletkun sijainti ja potilaan sairaus. Aspiraatiovaaran pienentämiseksi ravinnon antaminen tapahtuu istuen tai kohoasennossa.

Kohoasennossa tulisi olla vielä noin ½ tuntia aterioinnin jälkeenkin.



Letkuravintovalmisteet sisältävät kaikkia tarpeellisia ravintoaineita oikeassa suhteessa ja ovat sopivia ohuisiin letkuihin. Letkuston tukkeutumisvaaran takia ”tavallisen” ruoan laitto PEG- letkuun on kielletty.

Letkuravintovalmisteet ostetaan apteekista reseptillä. Ne ovat erityskorvattavia.

Lääkitys

PEG- letkun käyttöä lääkkeen annostelureittinä tulee harkita vain silloin, kun mikään muu reitti ei tule kyseeseen. Lääkehoidosta ja PEG- letkuun soveltuvan lääkityksen vaihtamisesta päättää aina lääkäri. Lääkittäessä tulee varmistua siitä, että lääke on tarkoitettu ruoansulatuskanavan kautta annettavaksi. Lääkkeet tulee ottaa hyvin jauhettuina ja veteen sekoitettuina. Letkun huuhtominen ennen ja jälkeen lääkkeen otton on tärkeää, jotta letku ei tukkeudu ja lääkkeet menevät mahalaukkuun.

Korvattavuus

Letkuravintovalmisteita ostetaan apteekista, mitä varten saatte **reseptin** lääkäriltä. Lääkäri kirjoittaa Teille myös Kelaa varten **B-todistuksen**, jonka perusteella valmisteet ovat kiinteän omavastuun jälkeen 72 % korvattavia. Letkuruoka ei ole kalliimpaa kuin tavallinen ruoka.

Letkuravitsemuksessa tarvittavat hoitotarvikkeet ovat potilaalle ilmaisia. Kotikunnan hoitotarvikejakelua varten kirjoitetaan selvitys (**ilmaisvälinejakelukaavake**), jossa mainitaan tuotekoodit, kaupanimet ja arvioitu hoitotarvikkeiden tarve viikossa tai kuukaudessa.

Letkun vaihto

PEG- ensiletkua pidetään vähintään 4 - 6 viikkoa, jotta ravitsemusavannekanava ehtii muodostua ja ensiletkun poisto on turvallista. Ensiletku vaihdetaan uuteen letkuun yleensä 3 kuukauden kuluttua syöttöletkun kunnosta riippuen.

Poistoa varten **varataan aika kirurgian poliklinikalle PEG- hoitajalle.**

Valmiiseen ravitsemusavanteeseen voidaan laittaa ballongillinen syöttönappi tai – letku. PEG-hoitaja näyttää ja ohjaa ballongillisen napin ja letkun toiminnan sekä antaa kirjalliset ohjeet.

Ballongillisten nappien ja letkujen vaihto tapahtuu kolmen kuukauden välein omassa terveyskeskuksessa.

PEG- hoitaja

Yhteystiedot

Lisätietoja ja ohjausta saatte:

Kirurgian poliklinikka, PEG-hoitaja Puh. 044 719 5694 ma - to klo 8.30 - 9.30 ja pe 9.30 - 10.30

Akuutti24 neuvontapuhelin Puh. 03 819 2385 iltaisin, viikonloppuisin ja pyhinä

PEG- potilaan ongelmat ohje Phhyky

POTILASOHJE



PEG- POTILAAN ONGELMATILANTEET

Ongelmatilanteet voidaan jakaa

- 1) ravitsemuksellisiin ongelmiin
- 2) PEG- letkuun liittyviin sekä erilaisiin
- 3) avanne- ja iho- ongelmiin.

Ravitsemuksellisissa ongelmissa otetaan aina yhteys letkuravitsemussuunnitelman tehneeseen ravitsemussuunnittelijaan (esim. vatsavaivat, ripulointi, ummetus, ilmavai- vat, pahoinvointi).

PEG- letkuun liittyvissä kysymyksissä ja ongelmissa sekä iho- ongelmissa yhteys PEG- hoitajaan. Tyypillisimpiä ongelmia:

- PEG- letkun tukkeutuminen (huolellinen huuhtelu, lääkkeiden hyvä murskaami- nen ja liettäminen)
- PEG- letkun irtoaminen (letkun huolellinen kiinnitys)
- Sisästopparin vetäytyminen avannekanavaan (optimaalisen kireyden säätö ja letkun huolellinen kiinnitys)
- PEG- letkun rikkoutuminen (rikkoutuneiden osien uusiminen)
- Rungas erittely ravitsemusavannekanavasta; johtaa yleensä ihon punoitukseen, kipuun ja ihorikkoon (hyvä päivittäinen ihonhoito, optimaalisen kireyden sää- täminen)
- Ravitsemusavannekanavan tulehdus (hyvä päivittäinen ihonhoito, optimaalisen kireyden säätö, letkun huolellinen kiinnitys)
- Granulaatiokudoksen kasvu (optimaalisen kireyden säätö ja letkun huolellinen kiinnitys)

Älkää koskaan epäröikö ottaa yhteyttä PEG- hoitajaan. PEG- hoitaja ohjaa, neuvoa ja kouluttaa potilaita, omaisia sekä hoitohenkilökuntaa.

PEG- hoitaja

Yhteystiedot

Lisätietoja ja ohjausta saatte:

Kirurgian poliklinikka, PEG-hoitaja

Puh. 044 719 5694

ma - to klo 8.30 - 9.30 ja pe 9.30 - 10.30

Akuutti24 neuvontapuhelin Puh. 03 819 2385

iltaisain, viikonloppuisin ja pyhinä

Ballongillinen syöttöletku Phhyky

BALLONGILLINEN SYÖTTÖLETKU

POTILASOHJE



PÄIJÄT-HÄMEEN
sosiaali- ja terveysyhtymä

Päivittäinen ihon ja ravitsemusavanteen hoito

Pesun yhteydessä syöttöletkua ympäröivä iho puhdistetaan (suihkussa tai vedellä / haavanpesuliuksella kostutetuilla taitoksilla), tarkistakaa ettei iholla ole tulehduksen merkkejä.

Puhdistuksen yhteydessä syöttöletkua pyöritellään avannekanavassa kanavan säilymistä ylläpitämiseksi ja kiinnikkeiden muodostumisen estämiseksi

Huolellisen alueen kuivauksen jälkeen voi syöttöletkun juurelle asettaa harsotaitoksen

Syöttöletku tulee asettaa optimaaliselle kireydelle, liikkumavara noin 0.5 cm.

Saunoa, kylpeä ja uida voi normaalisti.

Ballongillisen syöttöletkun pallon nestemäärä tarkistetaan kerran viikossa. Veden vaihtoa voi tehdä itse, omaisen tai kotihoidon toimesta.

Syöttöletku vaihdetaan uuteen kolmen kuukauden välein paikallisessa sairaalassa, omassa terveyskeskuksessa, kotihoidon tai omaisten toimesta. Ennen letkun vaihtoa tulee olla ravinnotta neljä tuntia. Myös mahdolliset iho-ongelmat hoidetaan paikallisessa sairaalassa, omassa terveyskeskuksessa, kotihoidon tai omaisten toimesta. Ravitsemuksellisissa ongelmissa otetaan yhteyttä ravitsemusterapeuttiin.

Kotona pitää aina olla yksi uusi varasyöttöletku. Jos syöttöletku lähtee itsestään pois (ballongi tyhjenee rikkoutumisen vuoksi), tulee tilalle laittaa välittömästi uusi vastaava syöttöletku. Avanneaukko umpeutuu nopeasti, siksi uusi syöttöletku olisi saatava paikalleen parin tunnin kuluessa. Ruokailun voi aloittaa heti letkun vaihtoa jälkeen. Aina ennen ruokailua tarkistetaan syöttöletkun toimivuus vesihuuhtelulla. Huuhtelun tulee olla vaivatonta ja kivutonta.

Syöttöletkun merkki _____

Koko _____

Pallo on täytetty _____ ml _____

REF- / OSTI- koodi _____

PEG- hoitaja

Yhteystiedot

Lisätietoja ja ohjausta saatte:

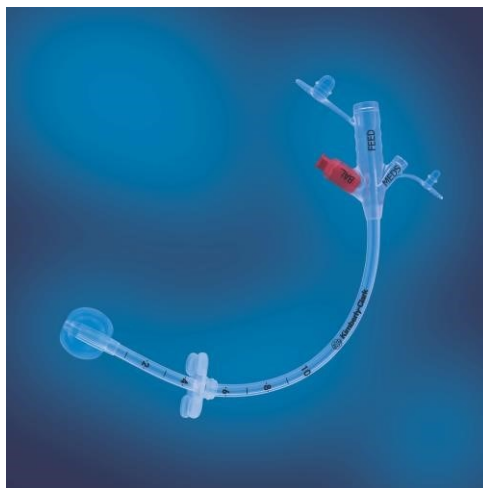
Kirurgian poliklinikka, PEG-hoitaja

Puh. 044 719 5694

ma - to klo 8.30 - 9.30 ja pe 9.30 - 10.30

Ballongillisen syöttöletkun vaihto Phhyky

POTILASOHJE

PÄIJÄT-HÄMEEN
sosiaali- ja terveysyhtymä**BALLONGILLISEN SYÖTTÖLETKUN VAIHTO**

Ballongillisen syöttöletkun vaihto kannattaa tehdä arkiaamuna, jolloin on mahdollista ottaa yhteyttä kirurgian poliklinikan PEG- hoitajaan. Ennen vaihtoa tulee olla ravinnotta neljä tuntia.

Syöttöletkun sivuportti on yleensä värillinen. Porttiin on merkitty vesipallon täyttömäärä (5, 10 tai 20 ml). Sivuportti on tarkoitettu ainoastaan vesipallon tyhjentämistä / täyttöä varten!

Avannekanavan leveys on muodostunut PEG- ensiletkun koon mukaan. Kanavan koon perusteella valitaan oikea frentsikoko (fr) = tarkoittaa syöttöletkun varren halkaisijan kokoa (koko merkitty kotihoito- ohjeeseen sekä hoitotarvikejakelulähetteeseen).



Laittakaa kaikki vaihdossa tarvittavat välineet valmiiksi esille: uusi syöttöletku, 1 tyhjä ruisku vesipallon tyhjentämiseen, 1 ruisku uuden pallon täyttöön, 100 ml ruisku uuden letkun testausta varten, liukastusgeeli (Xylocain), harsotaitoksia, teippiä letkun kiinnitykseen.



1. Puuduta avannekanava Xylocain geelillä.
2. Tyhjennä vanhan syöttöletkun vesipallo työntämällä ruisku sivuporttiin (värillinen) ja vedä pois vesipallossa oleva vesi.
3. Vedä syöttöletku varovasti pois avannekanavasta.
4. Ota uusi bolustuubi pakkauksesta. Varmista, että uuden letkun vesipallo on ehjä (täytä vedellä, tarkista ja tyhjennä). Kostuta letkun kärki liukastusgeelillä tai voiteella. Työnnä bolustuubi varovasti avannekanavaan riittävän syvälle.



Vedä ruiskuun pallon täyttöä varten sopiva määrä vettä (hanavesi). Laita ruisku värilliseen sivuporttiin ja täytä vesipallo.

Ennen käyttöönottoa tarkista syöttöreitin esteettömyys. Ota 100 ml ruiskuun vesijohdovettä noin 50 ml. Laita ruisku syöttöpäähän. Vedä ruiskuun varovasti mahansisältöä veden sekaan (aspiraatio). Kun ilmaa tai mahansisältöä on havaittavissa, työnnetään ruiskun sisältö takaisin.

Syöttöletkun vesipallon nestemäärä tarkistetaan kerran viikossa veden haihtumisen vuoksi.

Syöttöletku vaihdetaan uuteen kolmen kuukauden välein paikallisessa sairaalassa, omassa terveyskeskuksessa, kotihoidon tai omaisten toimesta.



Kotona pitää olla aina yksi varaletku vanhan letkun hajoamisen tai irtoamisen vuoksi. Avannekanava saattaa sulkeutua jopa muutamassa tunnissa.

PEG- hoitaja

Yhteystiedot

Lisätietoja ja ohjausta saatte:

Kirurgian poliklinikka

PEG- hoitaja

Puh. 044 719 5694 ma - to klo 8.30 – 9.30 ja pe 9.30 – 10.30.

Akuutti24 neuvontapuhelin

Puh. 03 819 2385

Iltaisin ja viikonloppuisin

Ballongillinen syöttönappi Phhyky

POTILASOHJE

**BALLONGILLINEN SYÖTTÖNAPPI**

Päivittäinen ihon ja ravitsemusavanteen hoito:

Pesun yhteydessä nappia ympäröivä iho puhdistetaan (suihkussa tai vedellä / haavanpesuliuoksella kostutetuilla taitoksilla), tarkistakaa ettei iholla ole tulehduksen merkkejä.

Puhdistuksen yhteydessä nappia pyöritellään avannekanavassa kanavan säilymisen ylläpitämiseksi ja kiinnikkeiden muodostumisen estämiseksi.

Huolellisen alueen kuivauksen jälkeen voi napin juurelle asettaa harsotaitoksen.

Saunoa, kylpeä ja uida voi normaalisti.

Ravintoliuokset, vesi ja lääkkeet laitetaan nappiin liitettävää syöttöletkua käyttäen. Syöttöletku vaihdetaan uuteen kerran viikossa.

Napin pallon nestemäärä tarkistetaan kerran viikossa. Veden vaihdon voi tehdä itse, omaisen tai kotihoidon toimesta.

Nappi vaihdetaan uuteen kolmen kuukauden välein paikallisessa sairaalassa, omassa terveyskeskuksessa, kotihoidon tai omaisten toimesta. Ennen napin vaihtoa tulee olla ravinnotta neljä tuntia.

Myös mahdolliset iho-ongelmat hoidetaan paikallisessa sairaalassa, omassa terveyskeskuksessa tai kotihoidon toimesta. Ravitsemuksellisissa ongelmissa otetaan yhteyttä ravitsemusterapeuttiin.

Kotona pitää aina olla yksi uusi varanappi. Jos nappi lähtee itsestään pois (ballongi tyhjenee rikkoutumisen vuoksi), tulee tilalle laittaa välittömästi uusi vastaava tuote. Avanneaukko umpeutuu nopeasti, siksi uusi nappi olisi saatava paikoilleen parin tunnin kuluessa. Ruokailun voi aloittaa heti napin vaihdon jälkeen. Aina ennen ruokailua tarkistetaan napin toimivuus vesihuuhtelulla.



Napin merkki _____

Napin koko _____

Pallon on täytetty _____ ml _____

Napin REF- / OSTI- koodi _____

Syöttöletkun REF-/ OSTI- koodi _____

PEG- hoitaja _____

Yhteystiedot

Lisätietoja ja ohjausta saatte:

Kirurgian poliklinikka, PEG-hoitaja

Puh. 044 719 5694

ma - to klo 8.30 - 9.30 ja pe 9.30 - 10.30

Akuutti24 neuvontapuhelin Puh. 03 819 2385

iltaisin, viikonloppuisin ja pyhinä

Ballongillisen syöttönapin vaihto

POTILASOHJE

**BALLONGILLISEN SYÖTTÖNAPIN VAIHTO**

Syöttönapin vaihto tehdään arki-aamuna, jolloin on mahdollisuus ottaa yhteyttä kirurgian poliklinikkaan PEG- hoitajaan. Ennen vaihtoa tulee olla ravinnotta neljä tuntia.

Avannekanavan leveys on muodostunut PEG- ensiletkun koon mukaan. Kanavan koon perusteella valitaan oikea frentsikoko (fr). Se tarkoittaa syöttönapin varren halkaisijan kokoa. Senttimäärä napissa kertoo napin pituuden (= avannekanavan pituus).

Uusi nappi voidaan valita aikaisemman napin pituuden mukaan, jos vatsanpeitteiden paksuus ei ole muuttunut laihtumisen, lihomisen tai lapsilla kasvun vuoksi. Tarvittaessa vatsanpeitteiden paksuus mitataan ns. mittatikulla.

Syöttönapissa on erillinen sivuportti. Sivuportti on tarkoitettu ainoastaan vesipallon tyhjentämistä / täyttöä varten!

Ravitsemusliuosten, lääkkeiden ja veden antoa varten nappiin yhdistetään aina syöttöletku, joka avaa napin takaiskuventtiilin. Takaiskuventtiilin tarkoitus on estää mahalaukun sisällön takaisin virtaus. Syöttöletku huuhdellaan vedellä jokaisen käyttökerran jälkeen ja vaihdetaan uuteen viikon välein.

Ennen käyttöönottoa tarkista aina syöttöreitin esteettömyys. Käytä erillistä syöttöletkua. Ota 100 ml ruiskuun vesijohtovettä noin 50 ml. Vedä ruiskuun varovasti mahansisältöä veden sekaan (aspiraatio). Kun ilmaa tai mahansisältöä on havaittavissa, työnnetään ruiskun sisältö takaisin.

Syöttönapin vesipallon nestemäärä tarkistetaan kerran viikossa veden haihtumisen vuoksi.

Syöttönappiin liitettävä välisyöttöletku vaihdetaan uuteen kerran viikossa.

Syöttönappi vaihdetaan uuteen kolmen kuukauden välein paikallisessa sairaalassa, omassa terveyskeskuksessa, kotihoidon tai omaisten toimesta.

Kotona pitää olla aina yksi varanappi vanhan napin hajoamisen tai irtoamisen vuoksi. Avannekanava saattaa sulkeutua jopa muutamassa tunnissa.

PEG- hoitaja

Yhteystiedot

Lisätietoja ja ohjausta saatte:

Kirurgian poliklinikka, PEG-hoitaja

Puh. 044 719 5694

ma - to klo 8.30 – 9.30 ja pe 9.30 – 10.30

Akuutti24 neuvontapuhelin Puh. 03 819 2385

iltaisin, viikonloppuisin ja pyhinä

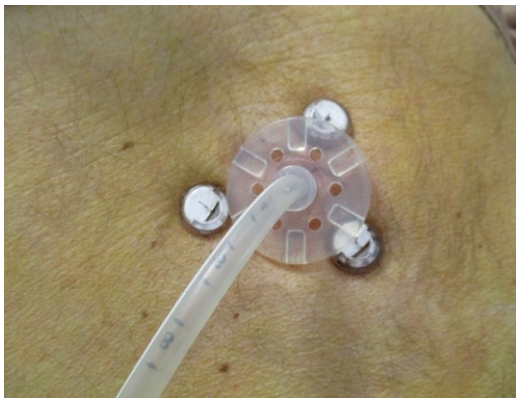
Mic Introducer Kit kotihoito-ohje Phhyky

POTILASOHJE

PÄIJÄT-HÄMEEN
sosiaali- ja terveysyhtymä

Ballongillinen syöttöletku Mic Introducer Kit tekniikka

Teille on laitettu Ballongillinen syöttöletku käyttämällä Mic Introducer Kit- tekniikkaa. Syöttöletkun asentamisessa käytetään vatsan päällä ankkuri- nappeja. Napit on kiinnitetty vatsalle pystysuorilla ompeleilla. Ompeleet sulavat itsestään 2 – 3 viikon kuluessa, jolloin napit irtoavat. Vastapuolella mahan sisällä on titaaninen T- ankkuri, joka tipahuttaa itseksensä ja tulee ulosteen mukana pois.



Päivittäinen hoito

Syöttöletkua pyöritellään avannekanavassa päivittäin kanavan muodostumisen edistämiseksi. Pyörittelyn jälkeen syöttöletkun tyvi ja ympärysiho puhdistetaan ja kuivataan. Lopuksi juurelle asennetaan tarvittaessa suojataitos. Myös ankkuri- nappien tyvet puhdistetaan päivittäin. Ankkuri- nappeja ei saa pyöritellä. Suihkuun saa mennä heti toimenpidettä seuraavana päivänä. Kylpyyn/ uimaan ja saunaan saa mennä vasta kun ankkuri- napit ovat irronneet.



Syöttöletkussa on vatsan puolella vesitäytteinen ballongi. Ballongissa oleva vesi haihtuu tavallisesti 1 – 2 ml viikossa, tämä johtaa viikkojen kuluessa ballongin tyhjentymiseen, jolloin letku tulee ulos vatsasta. Tämän ehkäisemiseksi ballongin veden määrä tarkistetaan kerran viikossa. Ballongin täyttö portissa on merkintä 20 Fr (= syöttöletkun paksuus) ja 7 – 10 ml (=veden määrä Ballongissa).

Ravitsemusvalmisteet laitetaan keskimmäisestä portista. Pieni sivuportti on tarkoitettu lääkehoitoa varten.

Syöttöletkun merkki /

koko _____.

Ballongissa pidetään vettä _____ ml.

Syöttöletku vaihdetaan uuteen **kolmen kuukauden välein**. Ensimmäinen vaihto tehdään keskussairaalassa. Tämän jälkeen vaihdot tehdään paikallisessa sairaalassa, omassa terveyskeskuksessa, kotihoidon tai omaisten toimesta. Ennen letkun vaihtoa tulee olla ravinnotta neljä tuntia. Mahdolliset iho-ongelmat hoidetaan paikallisessa sairaalassa, omassa terveyskeskuksessa tai kotihoidon toimesta.

Letkuravintovalmisteet

Letkuravintovalmisteet ostetaan apteekista reseptillä. Hoitava lääkäri kirjoittaa reseptin valmisteista sekä B- lausunnon niiden erityiskorvattavuudesta. Avaamattomat ravintovalmistepakkaukset säilyvät huoneenlämmössä. Avattu pakkaus säilytetään hyvin suljettuna jääkaapissa.

Ravintovalmisteet laitetaan ravitsemusterapeutin antaminen ohjeiden mukaisesti. Ennen ja jälkeen ravitsemusvalmisteiden laittoa, laitetaan syöttöletkuun vettä. Aina ennen ruokailua tarkistetaan syöttöletkun toimivuus vesihuuhtelulla. Huuhtelun tulee olla vaivatonta ja kivutonta.

Letkuravintovalmisteiden käyttö aloitetaan pienellä annoksella ja annosta lisätään vähitellen, kunnes päästään sopivaan käyttömäärään. Yleensä letkuun laitetaan ravintovalmisteita tavallisiin aterio-aikoihin. Ruokailun tulee kestää yhtä kauan kuin vastavankokoisen aterian suun kautta nauttiminen. Ravitsemuksen anto voidaan toteuttaa annossyöttönä tai jatkuvana tiputuksena. Aspiraatiovaaran pienentämiseksi ravinnon antaminen tapahtuu istuen tai kohoasennossa. Kohoasennossa tulisi olla vielä noin ½ tuntia aterioinnin jälkeenkin.

Lääkehoito

PEG- letkun käyttöä lääkkeen annostelureittinä tulee harkita vain silloin, kun mikään muu reitti ei tule kyseeseen. Lääkehoidosta ja PEG- letkuun soveltuvan lääkityksen vaihtamisesta päättää aina lääkäri. Lääkittäessä tulee varmistua siitä, että lääke on tarkoitettu ruoansulatuskanavan kautta annettavaksi. Lääkkeet tulee ottaa hyvin jauhettuina ja veteen sekoitettuina. Letkun huuhtominen ennen ja jälkeen lääkkeen otton on tärkeää, jotta letku ei tukkeudu ja lääkkeet menevät mahalaukkuun.

Letkuravitsemuksessa tarvittavat hoitotarvikkeet ovat potilaalle ilmaisia. Kotikunnan hoitotarvikejakelua varten kirjoitetaan selvitys (**ilmaisvälinejakelukaavake**), jossa mainitaan tuotekoodit, kauppanimet ja arvioitu hoitotarvikkeiden tarve viikossa tai kuukaudessa.

Ongelmatilanteet

Iho- (punoitus, kuumotus) ja syöttöletku (tukkeutuminen, rikkoutuminen) ongelmissa otetaan yhteyttä PEG- hoitajaan. Ravitsemuksellisissa ongelmissa (ripulointi, huono olo, ummetus) ravitsemusterapeuttiin.

PEG- hoitaja

Lisätietoja ja ohjausta saatte ma - to klo 8:30 – 9:30 ja pe 9.30 – 10.30 kirurgian poliklinikalta PEG- hoitaja puh. 044 719 5694.

Iltaisin ja viikonloppuisin päivystyspoliklinikalta puh. (03) 819 2385 (puhelu ohjautuu Akuutti24 neuvontapuhelinta hoitavalle ulkoiselle palveluntuottajalle).

Duodopa PEG- potilaan kotihoito-ohje Phhyky

POTILASOHJE

**DUODOPA-POTILAAN KOTIHOITO-OHJE**

Pitkälle edenneessä Parkinsonin taudissa voidaan lääkehoito toteuttaa PEG/J- letkun kautta ohutsuoleen.

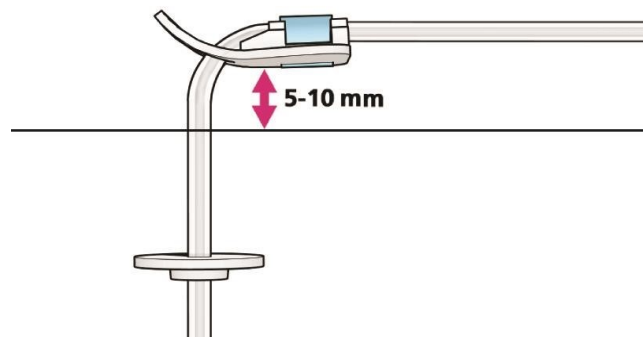
Letkun kautta voidaan lisäksi antaa ravitsemusliuoksia sivuhaaran kautta.



Teille on laitettu ___/___20___ PEG/J- letku Duodopa- lääkkeen annostelua varten.

PEG/J- letkun tuotemerkki_____. Paksuus_____ fr ja sisäletkun paksuus _____ fr.

PEG/J- letkussa on taustalevy ("sisästoppari"), joka pitää letkun mahalaukussa ja kiinnityslevy ("ulkostoppari"), joka jää iholle estämään letkun luisumista.

**Ihon hoito**

PEG/J- letkun juurelta avannekanavasta tulee erityistä ensimmäisinä toimenpiteen jälkeisinä päivinä. Avanteen ympärys ja kiinnityslevyn alla oleva iho puhdistetaan päivittäin vedellä ja kuivataan hyvin. Tarvittaessa letkun juurelle voi laittaa ohuen sideharsoitoksen.

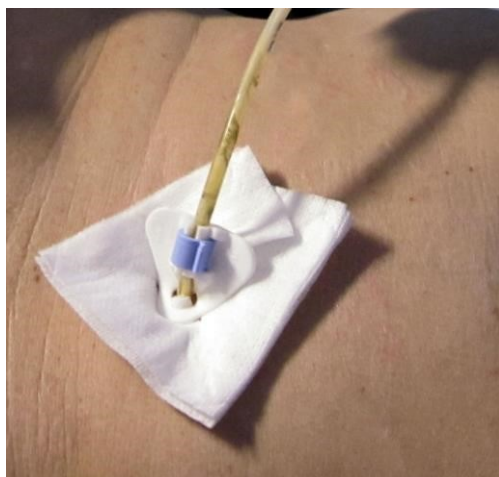
Suihkuun saa mennä toimenpiteen jälkeisenä päivänä. Ennen suihkuun menoa on suotavaa ottaa lisäannos ja vasta annostelun jälkeen irrottaa pumppu suihkuun menoa varten. Saunominen on sallittua 2 viikon kuluttua toimenpiteestä.



14 vuorokauden kuluttua toimenpiteestä iholla olevaa kiinnityslevyä **löysennetään**. Tämän jälkeen PEG/J- letkua työnnetään vatsalaukkuun päin ja varovasti takaisin kunnes tuntuu pieni vastus.

Duodopa PEG/J- letkua **ei saa pyörittää** ympäri avannekanavassa.

Ihon puhdistuksen jälkeen PEG/J- letkun kireys säädetään niin, että ihon ja ”ulkostopparin” väliin jää 5 – 10 mm liikkumavara.



Ongelmat

Yleisimmät ongelmat ovat PEG/J- letkuun liittyviä tai iho-ongelmia.

PEG/J ongelmat:

- Sisäletkun kiertymä, letkun pää solmussa, murtumat letkussa
- Liittimien irtoaminen Iho- ongelmia:
- Erittävä avannekanava (löysällä oleva kiinnityslevy, avannekanava on laajentunut): napakka kiinnitys, liikkumavaran säätö 5 – 10 mm.

- Ihovauriot: aloitetaan tehostettu ihonhoito yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaan.
- Avannekanavan tulehdus: bakteeriviljely, tarv. antibioottikuuri, tehostettu ihonhoito.
- Sidekudoksen liikakasvu eli granulooma (kts. alla oleva kuva): penslaus joko Merkurokromilla tai Laapiksella.



Ottakaa iho- ongelmassa välittömästi yhteys PEG- hoitajaan. PEG- hoitaja laatii yksilölliset hoito- ohjeet ja antaa teille hoitotarvikkeet.

Huuhtelut

PEG/J- letku huuhdellaan joka ilta samasta kohtaa mistä irrotetaan lääkekasetin letku. Huuhtelu tehdään 20 ml ruiskulla. Ruiskun päähän kiinnitetään yhdistäjä (naaras/naaras- liitin) ja täytetään ruisku haalealla hanavedellä. Huuhtelun alussa voi tuntua vastusta, mutta se vähenee huuhtelun edetessä. Vettä laitetaan yhteensä 40 ml eli kaksi ruiskullista.

PEG/J- letkun ja sisäletkun välitila huuhdellaan joka ilta. Huuhtelu tehdään 20 ml ruiskulla. Vettä laitetaan yhteensä 40 ml eli kaksi ruiskullista. Kyseessä on ns. sivuhaara, eli ei se haara mitä kautta Duodopa- lääke annostellaan.

Hoitotarvikkeet

Hoitotarvikkeet ovat potilaalle ilmaisia. Kotikunnan hoitotarvikejakelua varten kirjoitetaan selvitys (ilmaisvälinejakelukaavake), jossa mainitaan tuotekoodit, kaupanimet ja arvioitu hoitotarvikkeiden tarve.

PEG- hoitaja

Yhteystiedot

Lisätietoa ja ohjausta saatte:

Pumpun tekninen tuki päivystää

Puh. 040 715 1000 joka päivä klo 8 - 22

Iho- ongelmassa tulee ottaa yhteyttä PEG- hoitajaan

Puh. 044 719 5694

ma - to klo 8.30 - 9.30 ja pe 9.30 - 10.30

Letkuun liittyvissä ongelmassa yhteys neurologian osastolle tai Akuutti24


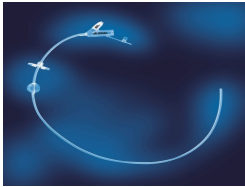
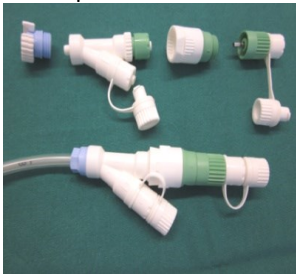

Akuutti24 neuvontapuhelin Puh. 03 819 2385

iltoisin, viikonloppuisin ja pyhinä

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä käytettävät tuotteet

TUOTE	INDIKAATIO HOIDON PERIAATTEET	VAIHTO	YLEISIMMÄT MALLIT
<p>Ensiasesennus PEG- letku</p>  <p>Mahalaukun puolella on ulosluisumista estämässä "sisästoppari" ja ulkopuolella "ulkostoppi". Nämä pidikkeet estävät letkun luisumista ulos.</p> <p>Ravitsemusvalmisteiden laitto tapahtuu isommasta portista ja lietetyt lääkkeet laitetaan pienemmästä sivuportista.</p> <p>Avannekanavan muodostuminen kestää 4 – 6 viikkoa, pistopuukohaavan parantuminen kestää 1 – 2 viikkoa.</p>	<p>Neurologiset sairaudet. Suun, nielun, kaulan ja ruokatorven tuumorit, niiden sädehoito ja ko. leikkausten jälkitilat. Traumat, kehitysvammat. Palliatiivinen hoito/saattohoito. Joskus mahalaukun dreeneraamiseksi.</p> <p>Hoito: 3 vrk säilytetään leikkaussalissa asetettu kireys, 1 x vrk rauhallinen pyörittely avannekanavassa kanavan muodostumisen edistämiseksi, tyven puhdistus vedellä/haavanpesuliuksella, kuivattelu, tarv. Y- taitos juurelle. Letkun kiinnitys ylimääräisen liikkumisen minimoimiseksi.</p> <p>4. pop PEG- letkun löysennys, lisätään liikuttelua aloittamalla rauhallinen sisään – ulos liikuttelu pyörittelyyn lisäksi, tyven puhdistus vedellä/haavanpesuliuksella, kuivattelu, optimaalisen kireyden säätö (liikkumavara noin 0.5 cm), tarv. Y- taitos juurelle. Letkun kiinnitys ylimääräisen liikkumisen minimoimiseksi.</p> <p>PEG- letkun toiminta testataan 4 – 6 tuntia laitosta: G 5 % liuosta 500 ml rauhallisesti tiputtamalla. Ravitsemusvalmisteiden laitto aloitetaan 24 h kuluttua laitosta ravitsemusterapeutin ohjeiden mukaisesti. Ravitsemusvalmisteiden laitto toteutetaan joko annossyöttönä tai pumpun avulla.</p>	<p>Kroonisessa sairaudessa poisto ja vaihto ballongilliseen malliin 3 kuukauden kuluttua laitosta.</p> <p>Kemosädehoidossa ja leikkausten jälkitiloissa, aivoinfarktin jälkitiloissa – > poistetaan kokonaan potilaan toivuttua. Poisto ja ensimmäinen vaihto tehdään keskussairaalassa.</p> <p>Ensiasesennus PEG- letkun poiston/ vaihdon tekee aikuisilla PEG- hoitaja. Lapsilla toimenpide tehdään anestesiassa kirurgin toimesta.</p>	<p>Meda 14 – 20 ch</p>

	<p>Jos PEG- letku on "varalla" odottamassa esim. kekosädehoidon aloitusta, toiminnan ylläpitämiseksi letku huuhdotaan x 1 vrk 50 – 100 ml hanavettä.</p>		
<p>Gastrostomy Feeding Tube eli bolustuubi</p>   <p>Mahalaukun puolella on ulosluisumista estämässä vedellä täytetty ballongi ja ulkopuolella "ulkostoppari". Nämä estävät letkun luisumista ulos.</p>	<p>Vaatii valmiin avannekanavan, suositellaan laitospotilaille.</p> <p>Hoitto: 1 x vrk ballongillisen syöttöletkun löysennys + rauhallinen pyörittely avannekanavassa kanavan ylläpitämiseksi, tyven puhdistus vedellä/haavanpesuliuksella, kuivattelu, optimaalisen kireyden säätö (liikkumavara noin 0.5 cm), tarv. Y-taitos juurelle. Letkun kiinnitys teipillä ihoon ylimääräisen liikkumisen minimoimiseksi.</p> <p>Ballongin veden vaihto x 1 vko (=veden haihtumisen vuoksi).</p>	<p>Vaihto uuteen aina 3 kuukauden välein. Tehdään perusterveydenhuollossa.</p>	<p>Nutricia Flocare 14 – 20 ch</p> <p>Meda 20 – 24 ch</p>
<p>Low Profile Gastrostomy Feeding Tube eli syöttönappi</p>  <p>Mahalaukun puolella on ulosluisumista estämässä vedellä täytetty ballongi ja ulkopuolella napin ulkosa, nämä pitävät napin paikoillaan.</p> <p>Napin oikean koko (paksuun = ch/fr luku) ja pituus (cm) on tärkeää tuotteen istuvuuden vuoksi. Koon valitsemisessa käytetään mittatikkua.</p>	<p>Vaatii valmiin avannekanavan, suositellaan kotona asuville ja nuorille.</p> <p>Hoitto: 1 x vrk napin rauhallinen pyörittely avannekanavassa kanavan ylläpitämiseksi, tyven puhdistus vedellä/haavanpesuliuksella, kuivattelu, tarv. Y-taitos juurelle. Napin oikean koon valinta mahdollistaa sopivan napin kireyden = liikkumavaran.</p> <p>Ballongin veden vaihto x 1 vko (=veden haihtumisen vuoksi).</p> <p>Nappiin liitettävän välisyöttöletkun vaihto x 1 vko.</p>	<p>Vaihto uuteen aina 3 kuukauden välein. Tehdään perusterveydenhuollossa.</p>	<p>Meda, lukuisia eri kokoja vastasyntyneestä aikuiseen.</p> <p>Välisyöttöletkuissa on useita eri vaihtoehtoja.</p>

			
<p>Jejunaali PEG</p> 	<p>Aiempi gastrektomia/ subtotaali gastrektomia. Mahalaukun tyhjenemishäiriö / suolitukos.</p> <p>Hoito: 1 x vrk letkun rauhallinen liikuttelu avannekanavassa sivusuuntaisesti kanavan muodostumisen edistämiseksi / ylläpitämiseksi, tyven puhdistus, kuivaus ja tarv. Y- taitos juurelle.</p> <p>Jejunaaliletkuja EI koskaan saa pyörittää -> koko letku voi kiertyä tai rullautua ventrikkeliin.</p> <p>Ravitsemusvalmisteiden laitto jejunaaliletkuihin toteutetaan aina pumpun avulla.</p>	<p>Vaihto on mallista riippuvainen.</p> <p>Ballongilliset letkut 3 – 6 kuukauden välein.</p> <p>Siivekkeelliset / tunneloidut ovat usein pysyviä.</p> <p>Kaikki jejunaaliletkujen vaihdot tekee gastrokirurgi.</p>	<p>MIC Trans gastric Jejunal Feeding tube eli MIC TJ</p> <p>MIC Jejunosomia-letku</p> <p>MIC KEY Low Profile Jejunal Feeding Tube</p> <p>MIC Jejunal Feeding Tube</p>
<p>Duodopa PEG</p>   <p>Duodopa- PEG letku on kahden letkun yhdistelmä Potilaalle laitetaan ensin tavanomainen PEG- letku, jonka lävitse pujotetaan Jejunaaliletku.</p>	<p>Parkinson lääkehoito</p> <p>Pumpun lääkekasetti vaihdetaan päivittäin. Pumpun ja kasetti painavat yhdessä 500 grammaa.</p> <p>Letkuston hoito: iltaisin lääkehoidon loputtua huuhdotaan jejunaaliletku 2 x 20 ml haaleaa hanavettä. Myös välitilan huuhdotaan 2 x 20 ml haaleaa hanavettä. Huuhtelu tapahtuu naara-naaras liittimen avulla 20 ml ruiskua käyttäen.</p> <p>Toimenpiteessä asetettu kiinnityskireys säilytetään 14 vrk, 1 x vrk haavan kunnon tarkistus, puhdistus, kuivaus, tarv. Y- taitos juurelle, kiinnityslevyn kireys oltava 0.5 – 1 cm, letkuston kiinnitys ihoon kiinni teipillä ylimääräisen liikkumisen</p>	<p>Sisä- ja ulkoletkun vaihto kerran vuodessa päiväkirurgiassa. Tarvittaessa sisäletkun vaihto voidaan tehdä myös vatsaelinkeskuksessa endoskopia avusteisesti.</p> <p>Liittimien vaihto tarvittaessa PEG-hoitajan toimesta.</p>	<p>Abbvie Duodopa PEG, 2 eri kokoa: Sisäletku ch 9/ PEG ch 15 Sisäletku ch 9 / PEG ch 20</p> <p>Paksumpi 20 ch letku on tarkoitettu tilanteeseen, jossa on tarkoitus hyödyntää välitilaa ravitsemusvalmisteiden laittoon.</p>

<p>Jejunaaliletkun pää vietään pihtien avulla ohutsuoleen ligamentum treizin kohdalle, jossa lääkkeen imeytyminen on optimaalisinta. Lääkepumppu kytketään Jejunaaliosaan.</p>	<p>välttämiseksi.</p> <p>Ihohoito 14 vrk kuluttua: ulkoisen kiinnityslevyn avaus ja irrotus ihon pinnasta, letkun työntäminen 2 – 3 cm vatsaan päin ja takaisin, haavan tarkistus + tyven puhdistus ja kuivaus, ulkoisen kiinnityslevyn asennus 0.5 – 1 cm päähän ihosta, tarv. Y- taitos juurelle, letkuston kiinnitys ihoon kiinni teipillä ylimääräisen liikkumisen välttämiseksi.</p> <p>Duodopa-PEG letkustoa EI koskaan saa pyörittää -> jejunaaliletku voi kiertyä, rullautua ventrikkeliin tai irrota liittimistä.</p>		
<p>Introducer Kit</p>  <p>Tekniikassa käytetään joko ballongillista syöttöletkua tai Mic Ke nappia.</p>	<p>Ankkuroidaan vatsalle. Ankkurinapit ja mahan sisäinen titaanikiinnitin tippuvat itsekseen 3 viikon kuluttua.</p> <p>Standardien omainen ihohoito sekä ballongillisen syöttöletkun / napin hoito samojen periaatteiden mukaisesti kuin tavallisessa tekniikassa.</p>	<p>Ensimmäinen vaihto tehdään keskussairaalassa PEG- hoitajan vastaanotolla.</p> <p>Sen jälkeen vaihtuuteen aina 3 kuukauden välein tehdään perusterveydenhuollossa.</p>	<p>Meda Gastrostomy Feeding Tube 20 – 24 ch TAI Meda Low Profile Gastrostomy Feeding Tube</p>

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen eteneminen

TIE-TO-KAN-TA					
Arto	<p>Haku 6.11.2016.</p> <p>Otsikoiden ja tiivistelmien lukemisen jälkeen valittu sisäänottokriteerien perusteella kokotestin lukemista varten jatkoon 4 tutkimusta.</p>	<p>Nursing process -> 6 osumaa -> 4 valittu.</p> <p>Jauhiainen, Annikki – Sihvo, Päivi 2015. Asiakaslähtöisten sähköisten terveyspalvelujen käyttöönotto – malli käyttöönotolle ja vaikuttavuuden arvioinnille. FinJeHeW 2015;7(4), 210 - 220</p> <p>Lamminen, Johanna - Forsvik, Heikki - Voipio, Ville – Lehtonen, Lasse 2015. Decision making process for clinical it investments in a public health care organization – contingency approach to support the investment decision process. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. FinJeHeW 2015;7(2-3) 122 - 134</p> <p>Lundgrén-Laine, Heljä-Eloranta, Sini - Danielsson-Ojala, Riitta – Kontio 2015. Potilaspalautetta QR- koodilla. Käyttöönottopilotti Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. FinJeHeW; 7(2-3), 135 - 148</p> <p>Rosenqvist, Susanne 2016. Sähköisten palveluiden asiakaslähtöisten ratkaisujen kehittäminen Espoon lukioden opiskeluterveydenhuoltoon. Case: SPARKEL- projekti. FinJeHeW 2016; 8(2-3), 107 – 119</p>	<p>Hoito-proses-si AND edistäminen – > tulos 0.</p>	<p>Hoitopro- sessi -> tulos 2 – > mo- lemmat hylätty sisäänotto- kriteerien perusteella.</p>	<p>Gastrostomy OR feeding tube AND process -> 2 osumaa -> molemmat hylätty sisäänottokriteerien perusteella.</p>

	Kokotekstin perusteella valittu 2 tutkimus-ta analysoitava.	Jauhiainen, Annikki – Sihvo, Päivi 2015. Asiakaslähtöisten sähköisten terveyspalvelujen käyttöönotto – malli käyttöönotolle ja vaikuttavuuden arvioinnille. FinJeHeW 2015;7(4), 210 – 220 Lundgrén-Laine, Heljä-Eloranta, Sini - Danielsson-Ojala, Riitta – Kontio 2015. Potilaspalautetta QR- koodilla. Käyttöönottopilotti Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. FinJeHeW; 7(2-3), 135 - 148			
Ci-nahl	Haku 6.11.2016 Otsikoiden ja tiivistelmien lukemisen jälkeen valittu sisäänotto-kriteerien perusteella kokotekstin lukemista varten jatkoon 14 tutkimusta.	Gastrostomy AND treatment process OR nursing process -> 168 osumaa -> 6 valittu. Chapman, Carol - Barker, Mary - Lawrence, Wendy 2014. Improving nutritional care: innovation and good practice. Journal of advanced nursing 2014. S 881 – 894 Fletcher, Jane 2014. Adult enteral device selection: which is the best for the patient? Nutrition, October 2014, S19 – 23 Holmes, Susan 2012. Enteral nutrition: an overview. Nursing Standard. 26, 39, 41-46. Date of acceptance: April 17 2012 Kirk, Lisa - Shelley, Anita - Battles, Maureen 2014. Educating Parents on Gastrostomy Devices: Necessary Components to Achieve Success. Journal of Pediatric Nursing (2014) 29, 457–465 Salmela, Susanne - Eriksson, Katie - Fagerström, Lisbeth 2011. Leading	Hoitoprosessi AND edistäm inen -	Hoitoprosessi -	Gastrostomy tubes -> 9 osumaa -> 8 valittu. Alivizatos, Vasileios - Gavala, Vasiliki - Alexopoulos, Panagiotis - Apostolopoulos, Alexandros - Bajruevic, Slaja 2012. Feeding Tube-related Complications and Problems in Patients Receiving Long-term Home Enteral Nutrition. Indian Journal of Palliative Care / Jan-Apr 2012 / Vol-18 / Issue-1. S 31 - 33 Best, Carolyn 2012. Supporting home Enteral tube Feeding: some considerations. Nutrition, November 2012. S8 – S10 Cunningham, Sarah – Best, Carolyn 2013. Guideline for routine gastrostomy tube replacement in children. Nursing children and young people. December 2013. VOL 25, number 10. S. 22 – 25 Edwards-Jones, Valerie - and Leahy-Gilmartin, Anne 2013. Gastrostomy site infections: dealing with a common problem. Nutrition, May

	<p>change: a three-dimensional model of nurse leaders' main tasks and roles during a change process. <i>Journal of advanced nursing</i> 2011. S 423 – 433.</p> <p>Toussaint, Emmanuel - Van Gossum, Andre - Asuncion Ballarin, Asuncion - Arvanitakis, Marianna 2015. Enteral access in adults. <i>Clinical Nutrition</i> 34 (2015). S 350-358</p>			<p>2013. S 8 – 13</p> <p>Merrick, S. – Farrel, D. 2012. Head and neck cancer patients' experiences of percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: a Q methodology study. <i>European Journal of Cancer Care</i>, 2012, 21, 493–504</p> <p>Rollins, Hazel - Nathwani, Nisha - Morrison, Dennis 2013. Optimising wound care in a child with an infected gastrostomy exit site. <i>British Journal of Nursing</i>, 2013, Vol 22, No 22. S 1275 - 1279</p> <p>Schweitzer, Michelle - Aucoin, Julia - Docherty, Sharron L. - Rice, Henry E. - Thompson, Julie - Taylor Sullivan, Dori 2014. Evaluation of a Discharge Education Protocol for Pediatric Patients With Gastrostomy Tubes. <i>Journal of Pediatric Healthcare</i>. Sep/Oct2014; 28(5): 420-428</p> <p>Vesey, Siobhan 2013. Dysphagia and quality of life. <i>Nutrition</i>, May 2013. S 14 - 19</p>
<p>Kokotekstin perustella valittu 5 tutkimusta analysoitavaiksi.</p>	<p>Chapman, Carol - Barker, Mary - Lawrence, Wendy 2014. Improving nutritional care: innovation and good practice. <i>Journal of advanced nursing</i> 2014. S 881 – 894</p> <p>Kirk, Lisa - Shelley, Anita - Battles, Maureen 2014. Educating Parents on Gastrostomy Devices: Necessary Components to Achieve Success. <i>Journal of Pediatric Nursing</i> (2014) 29, 457–465</p> <p>Salmela, Susanne - Eriksson, Katie - Fagerström,</p>			

		<p>Lisbeth 2011. Leading change: a three-dimensional model of nurse leaders' main tasks and roles during a change process. Journal of advanced nursing 2011. S 423 – 433.</p> <p>Schweitzer, Michelle - Aucoin, Julia - Docherty, Sharron L. - Rice, Henry E. - Thompson, Julie - Taylor Sullivan, Dori 2014. Evaluation of a Discharge Education Protocol for Pediatric Patients With Gastrostomy Tubes. Journal of Pediatric Healthcare. Sep/Oct2014; 28(5): 420-428</p> <p>Toussaint, Emmanuel - Van Gossum, Andre - Asuncion Ballarin, Asuncion - Arvanitakis, Marianna 2015. Enteral access in adults. Clinical Nutrition 34 (2015). S 350-358</p>			
Cochrane	<p>Haku 3.11.2016</p> <p>Otsikoiden ja tiivistelmien lukemisen jälkeen valittu lisätarkistelu kohteeksi 2 tutkimusta.</p>	<p>Nursing process -> 80 osumaa -> otsikoiden ja abstraktin perusteella hylätty kaikki.</p>			<p>Gastrostomy OR feeding tube AND process</p> <p>-> 17 osumaa -> valittu 2.</p> <p>Gomes, Claudio AR Jr, Andriolo, Régis B - Cathy Bennett, Cathy – Lustosa, Suzana AS Matos, Delcio - Waisberg Daniel R – Waisberg, Jaques 2015. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances. Editorial Group: Cochrane Upper GI and Pancreatic Diseases Group. DOI: 10.1002/14651858.CD008096.pub4View/save citation.</p> <p>Yuan, Yong – Zhao, Yongfan – Xie, Tianpeng – Hu,</p>

					<p>Yang 2016. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus percutaneous radiological gastrostomy for swallowing disturbances. Editorial Group: Cochrane Upper GI and Pancreatic Diseases Group. Published Online: 3 FEB 2016 Assessed as up-to-date: 22 JAN 2016 DOI: 10.1002/14651858.</p>
	Kokotekstin perustella valittu 0 tutkimusta analysoitavaksi.				
<p>JB Con- nect</p>	<p>Haku 4.11.2016 Otsikoiden ja tiivistelmien lukemisen jälkeen valittu lisätarkistelu kohteeksi 2 tutkimusta.</p>	<p>Gastrostomy and nursing process -> 0 osumaa</p>			<p>Gastrostomy -> 24 osumaa -> 2 valittu</p> <p>Simpelaere, Ingeborg - White, Anne - Bekkering, Geertruida E - Geurden, Bart - Van Nuffelen, Gwen - De Bodt, Marc 2016. Patient-reported and proxy-reported outcome measures for the assessment of health-related quality of life among patients receiving enteral feeding: a systematic Review protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. S. 45 – 75</p> <p>Chen, Zhili 2016. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: Clinician Information. JBI The Joanna Briggs Institute. S 1 – 6.</p>
	Kokotekstin perustella valittu 0 tutkimusta analysoitavaksi.				
<p>Me- dic</p>	<p>Haku 4.11.2016 Otsikoiden ja tiivistel-</p>	<p>Process -> 799 osumaa -> 314 sopi sisäänottokriteereihin -> otsikoiden ja tiivistel-</p>			

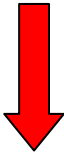
<p>mien lukemisen jälkeen valittu lisätarkisteluun kohteeksi 5 tutkimusta.</p>	<p>män perusteella valittu 4.</p> <p>Malmivaara, Antti – Roine, P. Risto 2013. Hoidon arkivaikuttavuuden seuranta ja edistäminen. Suomen Lääkäriliitto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. 17/2013 vsk 68. S. 1249 – 1253. http://www.julkari.fi/handle/10024/110948</p> <p>Metsäniemi, Päivi – Asikainen, Esa - Punkeri, Matti - Tuominen, Juha 2014. Laadunarviointi vaikuttaa diabeteksen hoitoprosessiin. Suomen Lääkärilehti 33/2014 vsk 69, 1947.</p> <p>Mustajoki, Pertti – Kinnunen, Marina – Aaltonen, Leena-Maija 2014. Katkennut hoitoketju. Suomen Lääkärilehti 15/2014 vsk 69, 1161-1162.</p> <p>Ikonen, Tuija – Mattila, Kimmo – Parkkila, Anna-Kaisa - Turpeinen, Miia – Roine, Risto P. 2016. Terveydenhuollon menetelmien arviointi on yhä tärkeämpää. Suomen Lääkärilehti 20/2016 vsk 71, 1440 – 1441.</p> <p>Partanen, Maija 2011. Vastaanotto toiminnan kustannusvaikuttavuuden arviointi Rautavaaran kunnassa. Pro gradu-tutkielma Kansanterveystiede. Itä-Suomen yliopisto Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos Marraskuu 2011</p>			
<p>Kokotekstin perustella valittu 0 tutkimusta</p>				

	analysoitavaiksi.				
Me-linda	Haku 4.11.2016 Yksikään tutkimus ei vastannut sisäänottokriteereitä, valinta 0. Yhtään tutkimusta ei valittu kokotekstin tarkastelua varten.	Hoitoprosessi AND edistäminen -> 4 osumaa, julkaistu -> yhtään ei valittu.			Gastrostooma -> 5 osumaa, kaikki julkaistu 2005 – 2010 välillä -> ei valintoja.

Manuaalinen haku Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyö lehdistä sisäänottokriteerien mukaisesti.

Manuaalinen haku 1/2017	
Hoitotiede lehti Otsikoiden ja tiivistelmien lukemisen jälkeen valittu lisä-tarkistelun kohteeksi 1 tutkimus.	Mäenpää, Tiina – Suominen, Tarja - Asikainen, Paula 2012. Aluetietojärjestelmän merkitys alueellisen yhteistyöhön, toimintamallien muutokseen ja organisaatiokulttuuriin ammattilaisten ja hallinnon edustajien kokemana. Hoitotiede 2012, 24(2), 125 - 137
Kokotekstin perustella valittu 0 tutkimusta analysoitavaksi.	
Tutkiva Hoitotyö lehti Otsikoiden ja tiivistelmien lukemisen jälkeen valittu lisä-tarkistelun kohteeksi 2 tutkimusta.	Mäenpää, Tiina – Asikainen, Paula - Suominen, Tarja 2012. Potilaan kokemukset alueellisesta yhteiskäyttöisestä tiedosta. Tutkiva Hoitotyö Vol. 10 (3), 2012, 32 – 40. Wiens, Varpu – Pietilä, Anna-Maija 2012. Terveiden edistäminen pohjoisessa toimintaympäristössä: terveyden edistämisen yhdysheikköiden näkemyksiä. Tutkiva Hoitotyö Vol. 10 (2), 2012, 25 – 32.
Kokotekstin perustella valittu 1 tutkimus analysoitavaksi.	Wiens, Varpu – Pietilä, Anna-Maija 2012. Terveiden edistäminen pohjoisessa toimintaympäristössä: terveyden edistämisen yhdysheikköiden näkemyksiä. Tutkiva Hoitotyö Vol. 10 (2), 2012, 25 – 32.

Lisähakuna elektroninen haku Theseus tietokannasta 2/2017

Theseus.fi haku toteutettu 12.2.2017	
<p>Hakusanojen yhdistelmällä löytyi 1 436 osua -> sisäänottokriteerien, otsikoiden ja abstraktien lukemisen jälkeen valittiin tarkastelun kohteeksi 6 YAMK opinnäytettä.</p> <p>Otsikoiden ja tiivistelmien lukemisen jälkeen valittu lisä-tarkistelu kohteeksi 6 tutkimusta.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Kuudesta tutkimuksesta 3 hyväksyttiin teoreettiseen viitekehukseen lähteeksi. Kirjallisuuskatsaukseen analysoitavaksi ei valittu yhtään YAMK- työtä.</p> <p>Immonen, Minna-Maarit 2015. Asiakaspalveluprosessien kehittäminen ja palvelumuotoilu. Case: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä, sydänkeskus. LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU. Liiketalouden ala. Yrittäjyys ja liiketoimintaosaaminen. Ylempi AMK Opinnäytetyö. Syksy 2015.</p> <p>Johansson, Sinikka – Sedergren, Johanna 2014. Aikuisen päivystysleikkauspotilaan hoitoprosessi Länsi-Pohjanmaan keskussairaalassa. Hyvinvointipalvelujen osaamisala/Terveiden edistämisen koulutusohjelman opinnäytetyö Ylempi ammattikorkeakoulututkinto Sairaanhoidaja (Ylempi AMK). KEMI 2014.</p> <p>Kiviranta, Jenni-Mari 2014. Salon aluesairaalan tekonivelpotilaan hoitoprosessin kehittäminen. Turun ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveiden edistämisen koulutusohjelma.</p>	<p>Immonen, Minna-Maarit 2015. Asiakaspalveluprosessien kehittäminen ja palvelumuotoilu. Case: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä, sydänkeskus. LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU. Liiketalouden ala. Yrittäjyys ja liiketoimintaosaaminen. Ylempi AMK Opinnäytetyö. Syksy 2015.</p> <p>Johansson, Sinikka – Sedergren, Johanna 2014. Aikuisen päivystysleikkauspotilaan hoitoprosessi Länsi-Pohjanmaan keskussairaalassa. Hyvinvointipalvelujen osaamisala/Terveiden edistämisen koulutusohjelman opinnäytetyö Ylempi ammattikorkeakoulututkinto Sairaanhoidaja (Ylempi AMK). KEMI 2014.</p> <p>Kiviranta, Jenni-Mari 2014. Salon aluesairaalan tekonivelpotilaan hoitoprosessin kehittäminen. Turun ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveiden edistämisen koulutusohjelma.</p> <p>Marttila, Päivi – Niemi, Tuija 2015. PROSESSIMALLINNUKSEN KÄYTTÖ DIABETESPALVELUISSA . Lahden kaupungin Pääterveysasema. LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU Sosiaali- ja terveysala. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen.</p> <p>Mäkinen, Sanna 2016. ASIANTUNTIJUUS MONIOSAAJAMALLISSA. LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU. Liiketalouden ja matkailun ala Yrittäjyys ja liiketoimintaosaaminen Opinnäytetyö ylempi AMK. Syksy 2016</p> <p>Rönkkö, Pia 2016. Asiakaslähtöisen munasolunsaajien hoitoprosessin kehittäminen lapsettomuuslinikalla. Terveys- ja Hyvinvointipalveluiden kehittäminen ja johtaminen (YAMK). Opinnäytetyö. Lokakuu, 2016</p>

Yhteenvedo kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksista

Tutkimuksen tekijä/tekijät, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeiset tulokset
<p>Chapman, Carol - Barker, Mary - Lawrence, Wendy 2014. Improving nutritional care: innovation and good practice. JAN, Journal of advanced nursing 2014. S 881 – 894. Julkaisumaa Englanti. Vertaisarvioitu.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa menetelmiä jotka edistävät ravitsemustilan rutiinomaista seuranta, jotta tunnustetaan aliravitut potilaat. Tavoitteena oli implementoida tunnistetut menetelmät rutiinomaiseen käyttöön.</p> <p>Laadullinen tutkimus. Menetelmänä ryhmäkeskustelut, jotka nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin, analysoidusta aineistosta muodostettiin teemoja.</p> <p>Ryhmiä oli 9, neljä hoitajista koostuvaa, 3 lääkäreiden ryhmää ja 2 ravitsemusterapeuttien ryhmä, N = 80.</p>	<p>Ammattilaisten tarve kehittää ravitsemuksellista osaamista tulee ymmärtää ja mahdollistaa.</p> <p>Rutiinomaisten mittareiden käyttö aliravittujen tunnistamiseen on suositeltavaa.</p> <p>Organisaatioiden tulisi mahdollistaa menetelmien kehittäminen, jotta potilaiden yksilölliset tarpeet voidaan huomioida.</p>
<p>Jauhiainen, Annikki – Sihvo, Päivi 2015. Asiakaslähtöisten sähköisten terveyspalvelujen käyttöönotto – malli käyttöönotolle ja vaikuttavuuden arvioinnille. FinJeHeW 2015;7(4), 210 – 220. Julkaisumaa Suomi. Julkaistu Finnish Journal of eHealth and eWelfare lehdessä. Vertaisarvioitu.</p>	<p>Kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda malli sähköisten terveyspalvelujen kehittämiseen ja käyttöönottoon.</p> <p>Tavoitteena on yhdenmukaistaa uusien sähköisten palvelujen kehittämistä, helpottaa palvelujen käyttöönottoa sekä auttaa seuraamaan toimintaa ja arviomaan vaikuttavuutta. Mallintamista varten koottiin tutkimus ja teoriatietoa sekä kokemustietoa kehittämishankkeen moniammatilliselta kehittäjäryhmältä (n = 14).</p>	<p>Mallissa korostuvat asiakkaiden ja ammattilaisten yhteistyö, kouluttaminen ja ohjaaminen uusiin palveluihin.</p> <p>Sähköisten terveyspalvelujen käyttö muuttaa niin ammattilaisen kuin asiakkaan toimintaa.</p> <p>Asiakkaan vastuu oman terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisestä kasvaa.</p> <p>Sähköisten terveyspalvelujen käytön vaikuttavuutta arvioidaan monin menetelmin.</p>
<p>Kirk, Lisa - Shelley, Anita - Battles, Maureen 2014. Educating Parents on Gastrostomy Devices: Necessary Components to Achieve Success. Journal of Pediatric Nursing (2014) 29, 457–465. Julkaisumaa USA. Vertaisarvioitu.</p>	<p>Kehittämishankkeen tarkoituksena oli yhtenäistää PEG-potilaiden ohjausta edistämällä hoitajien osaamista.</p> <p>Pitkäkestoinen tutkimus, joka koostui useammasta osasta. Alkukartoitus, koulutus ja loppukartoitus.</p> <p>Jotta tunnistettaisiin ne osat alueet joissa hoitajilla oli kehitettävää, haastateltiin hoitajia N = 100 eri osastoilta.</p> <p>Lisäksi arvioitiin hoitotyön kirjaamista tarkastelemalla potilaspapereita N = 30. Kolmantena menetelmänä oli vanhempien haastattelu N = 12 annetun ohjaamisen sisällöstä ja laadusta.</p>	<p>Hoitohenkilökunnan kouluttamisella ja ohjausmenetelmien kehittämisellä parannetaan hoitotyön ja ohjauksen laatua. Tutkimuksen perusteella järjestelmällisellä standardoidulla ohjauksella saavutetaan vanhempien luottamus ja vanhempien taitot hoitaa lasta kotona itsenäisesti.</p> <p>Hoitohenkilökunnan kouluttamisella ja ohjausmenetelmien kehittämisellä parannetaan hoitotyön ja ohjauksen laatua.</p> <p>Tutkimuksen perusteella järjestelmällisellä standar-</p>

	<p>Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen jälkeen hoitajia koulutettiin ja järjestelmällinen standardoitu ohjaus otettiin käyttöön. Toisessa vaiheessa tutkittiin oliko ohjaus kehittynyt ja systematisoitunut haastattelemalla hoitajia N = 115. Lisäksi toteutettiin jälleen dokumentoinnin arviointi N = 30. Vanhempien haastattelu toteutettiin myös N = 16.</p>	<p>doidulla ohjaamisella saavutetaan luottamus, taitojen lisääntyminen kohottaa itsetuntoa ja edistää hoitoon sitoutumista vähentäen päivystyksellisiä käyntejä.</p>
<p>Lundgrén-Laine, Heljä-Eloranta, Sini - Danielsson-Ojala, Riitta – Kontio 2015. Potilaspalautetta QR-koodilla. Käyttöönottopilotti Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. FinJeHeW; 7(2-3), 135 – 148. Julkaisumaa Suomi. Julkaistu Finnish Journal of eHealth and eWelfare lehdessä. Vertaisarvioitu.</p>	<p>Uuden potilaspalautemenetelmän, QR-koodin käyttöönottopilotti puoleltoista kuukauden mittaisena kokeiluna. Tapaustutkimus, haastattelu, laadullinen tutkimusote.</p>	<p>Potilaspalautteiden prosessi ei toiminut optimaalisella tavalla. Henkilökunnan asenteet palautteita vastaan olivat negatiiviset. Palautteiden antamiseen ei siksi kannustettu. Palautemäärät olivat vähäisiä. QR-koodin etuja ovat: palautteiden reaaliaikaisuus, raporttien erinomainen laatu, kustannustehokkuus.</p>
<p>Salmela, Susanne - Eriksson, Katie - Fagerström, Lisbeth 2011. Leading change: a three-dimensional model of nurse leaders' main tasks and roles during a change process. JAN, Journal of advanced nursing 2011. S 423 – 433. Julkaisumaa Suomi. Vertaisarvioitu.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kuinka hoitotyön johtajat kuvaavat ja mitä he ajattelevat roolistaan prosessien kehittämisessä. Menetelmänä haastattelu, N = 17. Phenomenologishermeuttinen filosofia.</p>	<p>Hoitotyön johtajat tarvitsevat ohjausta ja ymmärrystä siinä, mitä prosessien johtaminen on. Heidän roolinsa on moninainen, sisältäen mm. johtamista, ohjaamista, motiivointia ja tukemista. Erilaisien johtamistyylien käytämisellä edistetään prosessien kehittämistä.</p>
<p>Schweitzer, Michelle - Aucoin, Julia - Docherty, Sharron L. - Rice, Henry E. - Thompson, Julie – Dori Taylor Sullivan, 2014. Evaluation of a Discharge Education Protocol for Pediatric Patients With Gastrostomy Tubes. Journal of Pediatric Healthcare. Sep/Oct2014; 28(5): 420-428. Julkaisumaa USA.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla näyttöön perustuvaa standardoitua ohjausta. Tutkimuksessa käytettiin useita menetelmiä ja kvalitatiivista ja kvantitatiivista analyysiä.</p>	<p>Usein ohjaaminen unohtuu medisiinisissä toimenpiteissä. Ohjaamisen merkitys ymmärretään vasta kun jotain tapahtuu. Yhtenäinen, näyttöön perustuva ohjaustapa parantaa hoitotyön laatua, turvallisuutta ja tyytyväisyyttä.</p>

<p>Toussaint, Emmanuel - Van Gossum, Andre - Asuncion Ballarin, Asuncion - Arvanitakis, Marianna 2015. Enteral access in adults. Clinical Nutrition 34 (2015). S 350-358. Julkaisumaa Belgia.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata käytetyimmät ruoansulatuskanavaan laitettavat vaihtoehtoja aikuisilla, indikaatiot ja potilasvalintaan vaikuttavat seikat, valmistelut, toimenpiteen kulku ja komplikaatiot.</p>	<p>Ongelmien ennaltaehkäisy on erittäin tärkeää. Vaikka ongelmia ei koskaan voida kokonaan ehkäistä, voidaan standardoiduilla käytännöillä vähentää päivystyskäyntejä. Hyvin suunnitellut protokollat ja moniammatilliset tiimit ovat paras keino välttää komplikaatioita ja hoitaa haittavaikutuksia.</p>
<p>Wiens, Varpu – Pietilä, Anna-Maija 2012. Terveyden edistäminen pohjoisessa toimintaympäristössä: terveyden edistämisen yhdysheikilöiden näkemyksiä. Tutkiva hoitotyö Vol. 10 (2), 2012, 25 – 32. Julkaisumaa Suomi. Vertaisarvioitu.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveyden edistämistä Lapin maakunnan terveyden edistämisen yhdysheikilöiden näkökulmasta. Postitse lähetetty aineiston keruu lomake, tekstin sisällön analysointi temaattisella sisällönanalyysillä, N (15).</p>	<p>Terveyden edistäminen on laaja-alaista, olennaista on jokaisen toimijan sitoutuminen eettisesti korkeatasoiseen toimintaan. Asiakkaiden aktiivinen ottaminen mukaan terveyden edistämisen toimintojen suunnitteluun nähtiin tärkeänä. Tulevaisuudessa tarvitaan yhdysheikilöiden verkostoitumista sekä tutkimustietoa terveyden edistämisen toimintamallien kehittämisestä.</p>

Analyysin eteneminen

Aineistosta nousseet merkitykset. ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	TUTKIMUS- KYSYMYS
asiakkaan osallistuminen hoitoon	ASIAKASLÄHTÖISYYS	Potilaan näkökulma	Mitä hyötyä PEG-potilaan hoitoprosessista on potilaan näkökulmasta?
asiakkaan osallistuminen päätöksentekoon			
asiakaslähtöinen kehittäminen			
asiakas nähdään aktiivisena			
vastuullinen toimija			
terveydentilan muutos			
yhteistyön edistäminen lisää vastuun ottoa			
yksilöllisyys			
itseluottamuksen lisääntyminen			
määritellään asiakkaan vastuut	PALVELUPROSESSIEN AVOIN KUVAAMINEN		
määritellään asiakkaan tehtävät			
prosessin toteutumisen arviointi			
hoitosuunnitelman noudattaminen			
standardoidut hoitokäytännöt			
standardoitu jatkohoito			
standardoitu ohjaus			
standartit yksilölliset tarpeet huomioiden			
palaute on osa toiminnan kehittämistä	POTILASPALAUTE		
palaute tärkeä osa kehittämistä			
palautteella voidaan vaikuttaa organisaation toimintaan			
aktivoidaan palautteen antamiseen			
tarjotaan erilaisia vaihtoehtoja palautteen antamiselle			
velvollisuus kuunnella asiakasta			

terveydenhuoltolaki	HOITOTYÖN LAADUKKUUDEN EDISTÄMINEN		
prosessien kuvaaminen			
palveluiden kehittäminen			
moniammatillisuus			
näyttöön perustuva hoito- työ			
oikea aikaisuus			
asiantuntevaa			
standartit			
yksilöllisyys			
turvallisuuden varmistami- nen	POTILAS-TURVALLISUUDEN EDISTÄMINEN		
potilaan suojaaminen			
oikea hoito, oikea paikka, oikea aika			
mahdollisimman vähän haittaa			
ammattitaitoinen henkilö- kunta			
riskien arviointi			
turvallisuuskulttuuri			
missiona hyvä hoito	HOITOTYÖN EETTISYYS		
asiakslähtöisyys			
asiakslähtöinen eettinen toiminta			
asiakkaan ja läheisten kuu- leminen			
Ainestosta nousseet merki- tykset ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	TUTKIMUS- KYSYMYS
määritellään ammattilaisten vastuut ja tehtävät	PALVELUPROSESSIN KUVAAMINEN	ORGANISAATION NÄKÖKULMA	Mitä hyötyä PEG- potilaan hoitopro- sessista on organi- saation näkökul- masta?
henkilöresurssien kohden- taminen			
työtapojen yhtenäistäminen			
prosessin toteutumisen arviointi			
standardoidut prosessit lisäävät tietämystä			
prosessit edistävät sitoutu- misesta			
vaikuttavuuden arviointi	TOIMINNAN SEURANTA		
kehittäminen			

kustannustehokkuus			
yhdenmukaistaminen			
säännöt			
strategia määrittelee suunnan	STRATEGIA-LÄHTÖISYYS		
toiminnan suunta			
tulevaisuuden visio			
hallinnollinen yhteistyö			
prosessit edistävät			
hoitomenetelmien turvallisuus	TURVALLISUUS JA LAADUKKUUS		
prosessien turvallisuus			
prosessien kehittäminen			
laadun arviointi ja kehittäminen			
potilaspalautteet kehittämisen apuna			
Aineistosta nousseet merkitykset ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	TUTKIMUS-KYSYMYS
strategialähtöisyys	JOHTAMISEN MERKITYS	PROSESSIN TOTEUTUMISEN EDISTÄMINEN	Miten hoitoprosessin toteutumista Phhyky:ssä edistetään?
yhteistyön edistäminen			
hallinnollinen yhteistyö			
tukea kehittämiselle			
toimenkuvien määrittely			
organisaatiokulttuuri			
palautteet			
resurssit			
aikaa			
taloudellista tukea			
tuen tarjoaminen muutoksessa			
olkapää, äitihahmo, orkesterin johtaja			
ylimmän johdon tuki			
lähiesimiehen tuki			
hyvät työolosuhteet			
palkkausjärjestelmä			
palkitseminen			
sosiaalinen verkosto			
roolimallina oleminen			
riittävästi aikaa			

riittävästi tietoa			
osallistava johtaminen			
muutosjohtajuus			
kouluttamisen mahdollistaminen			
arvojen muokkaamista	TOIMINTA-KULTTUURIN MUUTOS		
uudelleen muokkaamista			
motivointia			
tekoja			
ideointia			
oppiva organisaatio			
informaatioteknologian hyödyntäminen			
kehittäminen	KEHITTÄMISTYÖHÖN INNOSTUNEET KEHITTÄJÄT JA MUUTOSAGENTIT		
innostus			
muuttaminen			
uuden luominen			
palkitseminen			
kouluttautuminen	SÄHKÖISTEN PALVELUIDEN KEHITTÄMINEN		
kehittäminen yhteistyössä			
käytettävyyden varmistaminen			
uusista palveluista tiedottaminen			
markkinointi			
henkilökunnan kouluttaminen			
asiakkaiden kouluttaminen			
tietosuojan toteutuminen			
tietoturvan toteutuminen			
perusterveydenhuollon mukaan otto kehittämiseen	VERKOSTOITUMINEN		
kotihoidon mukaanotto kehittämiseen			
yksityiset palveluntarjoajat			
kolmas sektori			
oppilaitokset			

velvollisuus kuulla potilasta	POTILAS- PALAUTTEET		
palautteen hyödyntäminen palveluita kehitettäessä			
palveluiden antaminen osa jokapäiväistä rutiinitoimintaa			
manuaaliset palautteet			
suulliset palautteet			
uuden teknologian hyödyntäminen			
QR- koodi			
sähköiset palautteet			
sähköiset reaaliaikaiset palvelut			
sähköisten palveluiden kustannustehokkuus			
mahdollisuus valita mitä palvelua haluaa käyttää			
näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen	KOULUTTAMINEN		
tutkimustietoa toimintamallien kehittämiseen			
tutkimustietoa työmenetelmien kehittämiseen			
henkilöstön kouluttaminen			
muutosagenttien kouluttaminen			
potilaiden opettaminen			
läheisten opettaminen			
informaatioteknologian hyödyntäminen			
mobiilipalvelut			
havainnollistava materiaali			
terveydenhuollon ammattilaisten kesken	MONIAMMATILLISUUS		
moniammatillisuus kehittämisessä			
tuote-edustajat			
moniammatillisuus edistää laatua			
tietojärjestelmä asiantuntijat			
asiakkaat mukaan kehittämiseen			
läheiset mukaan kehittämiseen			