



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Janika Honkatie, Lada Muurikka

Nenämahaletku hoitosuosituksien käyttö neurologi- silla osastoilla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoito AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Päivämäärä 23.4.2019

Tekijä(t) Otsikko	Janika Honkatie ja Lada Muurikka Nenämahaletku hoitosuosituksien käyttö neurologisilla osastoilla
Sivumäärä Aika	15 sivua Huhtikuu 2019
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja(t)	Liisa Montin, TtT, sh, lehtori
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla nenämahaletkuohjeiden käyttöä neurologisilla osastoilla. Työn tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa neurologisen potilaan hoitotyötä kehitettäessä.</p> <p>Tiedonkeruumenetelmänä oli kysely, jossa 13 suosituslauseketta oli jaettu kolmeen eri osioon. Vastausvaihtoehtoina olivat ”olen käyttänyt suosituslauseketta”, ”en ole käyttänyt suosituslauseketta”, ”en tiedä tästä suosituslausekkeesta”. Kysymykset perustuivat osaston hoitosuosituksiin nenämahaletkun laitosta ja paikan tarkastuksesta. Suosituksia on käytetty niiden alkuperäisessä muodossa. Aihealueet rajoituivat nenä- ja suumahaletkun sijainnin todennettavuuteen, hoitoon ja kirjaamiseen sekä hoitohenkilökunnan tietotaitoon. Kyselyyn vastasi 38 henkilöä. Kaikki vastanneiden kyselylomakkeet sisällytettiin opinnäytetyöhön.</p> <p>Tulosten perusteella hoitohenkilökunta on tuonut esille, että nenä- ja suumahaletkun sijaintiin liittyvät suositukset tunnetaan hyvin ja niitä noudatetaan osastoilla. Eniten kehitettävää oli hoidon ja kirjaamisen osa-alueella, sillä suurin osa hoitohenkilökunnasta ei ollut tietoisia hoitoon ja kirjaamiseen liittyvistä suosituksista. Tietotaidon puolesta hoitohenkilökunta oli hyvin perillä suosituksista ja olivat hyödyntäneet niitä työssään. Opinnäytetyön tuloksia voidaan jatkossa käyttää potilaiden turvalliseen nenämahaletkuhoidon kehittämiseen.</p>	
Avainsanat	Neurologinen hoitotyö, nenämahaletku, hoitosuositus

Author(s) Title	Janika Honkatie ja Lada Muurikka The use of guidelines concerning nasogastric tubes in neurological wards
Number of Pages Date	15 pages April 2019
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Liisa Montin, PhD, RN, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to describe the use of the guidelines of nasogastric tubes in neurological wards. The aim is to improve nursing in neurological wards.</p> <p>Data collection method used in the thesis was a questionnaire including 13 questions with three answer options: "I have used the recommendation", "I have not used the recommendation" and "I do not know about the recommendation". Questions were based on the wards's guidelines of nasogastric tubes. The recommendations were used in their original form. Questions were divided in three dimensions: location authentication, documentation, and nurses' knowhow of the topic. The data was collected from 38 nurses (both registered nurses as well practical nurses).</p> <p>Based on the results it was found out that the guidelines were well known and used. However, some recommendations associated with treatment and documentation were not known. Nurses' knowhow was good. The results of this thesis can be used in future when developing safe nasogastric tube treatments.</p>	
Keywords	Neurological nursing, nasogastric tube, guideline

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Keskeiset käsitteet	1
2.1	Vajaaravitsemuksen riskin seulonta	1
2.2	Enteraalinen ravitsemushoito	2
2.3	Nenämahaletkun asettaminen	3
3	Aikaisempi tutkimustieto	4
4	Näyttöön perustuvat hoitosuositukset	5
5	Opinnäytetyön tarkoitus tavoite ja tutkimuskysymys	6
6	Työn toteutus	6
6.1	Aineistonkeruumenetelmä	6
6.2	Aineistonkeruu	7
6.3	Aineiston analyysi	7
7	Tulokset	8
7.1	Nenä- ja suumahaletkun sijainnin varmistaminen	8
7.2	Hoito ja kirjaaminen	9
7.3	Hoitohenkilökunnan tietotaito	10
8	Pohdinta	11
8.1	Tulosten tarkastelu	11
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus	13
8.3	Opinnäytetyön eettisyys	14
8.4	Johtopäätökset	14
	Lähteet	16

1 Johdanto

Neurologista hoitoa vaativat potilaat kärsivät usein keskushermosto-, ääreishermosto- ja lihassairauksista sekä niiden aiheuttamista oireista. Keskeisiä oire- tai sairausryhmiä ovat epilepsia, MS- tauti, Parkinsonin tauti, huimaus, keskushermoston kasvaimet sekä tulehdukselliset sairaudet. (HUS. Neurologiset sairaudet.) Suurin neurologiaan kuuluva sairausryhmä on aivoverenkiertohäiriöt eli aivoinfarkti ja aivoverenvuoto. Aivoverenkiertohäiriöt voivat aiheuttaa pysyviä, toimintakykyä rajoittavia oireita, kuten halvauksia, puhekyvyttömyyttä ja nielemisenvaikeutta. (Saarnio, – Pohju – Ahtola, 2014.) Nenä- ja suu-mahaletkuravitsemusta käytetään, kun riittävä ravinnon saanti heikentyy tai ei onnistu suun kautta. Yleisimpiä letkuravitsemuksen aiheita voivat ovat; Sekavuus, pahoinvointi tai tajuttomuus, nielemisrefleksin heikentyminen, neurologiset sairaudet, mm. ALS, suun-, nielun tai ruokatorven kasvain tai leikkauksen jälkitila, potilaan ravinnon tarve on jostain syystä kasvanut laaja palovamman, trauman, sepsiksen tai syövän takia ja ravintovarastot ovat pienentyneet tai paino on laskenut yli 5 %. (Perttilä – Castren 2012.)

Nielemisvaikeutta esiintyy aivoverenkiertohäiriöiden yhteydessä runsaasti. Sairastuneista 30–80 % saa jonkinasteisia nielemisen vaikeuksia. (Nielemisvaikeus eli dysfagia. 2011.) Neurologiset sairauden oireet tai nielun ja yläruoansulatuskanavaa ahtaavasta prosessista johtuva nielemisvaikeus ovat yleisimpiä letkuravitsemuksen aiheita (Saarnio ym. 2014). Enteraalisen ravitsemushoidon aloittamiseen vaikuttavat potilaan sairaus, heikentynyt ravitsemustila, suurentuneet ravinnontarpeet sekä aineenvaihdunnan erityistarpeet (Perttilä – Castren 2012).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla nenämahaletkuohjeiden käyttöä neljällä neurologisilla osastoilla. Työn tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa neurologisen potilaan hoitotyötä kehitettäessä.

2 Keskeiset käsitteet

2.1 Vajaaravitsemuksen riskin seulonta

European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) suosituksen mukaan vajaaravitsemusriskin seulonnassa sairaaloissa käytetään (Nutritional Risk Screening) 2002- menetelmää (NRS). Jokaisen potilaan kohdalla toteutetaan vajaaravitsemuksen

riskin seulontaa viimeistään toisena hoitopäivänä. Mikäli potilaalla todetaan vajaaravitsemusriski, niin toimenpiteet tulevat määräytymään riskiluokan mukaan. (Nuutinen ym. 2010: 27-28.).

NRS 2002 -menetelmässä ravitsemustilan heikkenemistä arvioidaan sairauden vaikeusasteen, iän, painoindeksin, painonlaskun sekä ravinnonsaannin avulla. Sairauden vaikeusasteen vaikutusta arvioidaan luokittelemalla sairaudet lievään, kohtalaiseen ja vakavaan. (Mäkelä 2015: 17.)

Vajaaravitsemuksen tunnistaminen ja hoito on tärkeä osa potilasturvallisuutta, joka sitoutuu hyviin hoitokäytäntöihin (Orell – Kotikangas – Antikainen – Pihlajamäki 2014). Laki potilaan asemasta määrittää, että potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä itsemääräämisoikeutta tukevaan kohteluun. Potilaalla on tiedonsaantioikeus omaan hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan. Mikäli potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta, häntä on yhteisymmärryksessä hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 3.)

2.2 Enteraalinen ravitsemushoito

Enteraalisella ravitsemuksella tarkoitetaan ravitsemushoidon toteuttamista ruoansulatuskanavan kautta. Enteraaliseen ravitsemukseen kuuluvat lisäravintovalmisteiden antaminen suun kautta sekä letkuruokinta mahalaukkuun ja ohutsuoleen. (Rautava-Nurmi – Vaula – Sjövall – Vuorisalo – Westergård 2016: 258.) Nenämahaletkun ravitsemushoidon määrääjänä on aina lääkäri. Indikaatio letkuravitsemukseen on potilaan syystä tai toisesta vaikeutunut syöminen. Enteraalisen ravitsemushoidon edellytyksenä on potilaan ruoansulatuskanavan normaali toiminta ja rakenne. (Rautava-Nurmi ym. 2016: 258.)

Enteraalista ravitsemusta verraten parenteraaliseen ravitsemukseen, enteraalisen ravitsemuksen positiivisesta vaikutuksesta mahalaukkuun ja suolistoon. Enteraalisen ravitsemuksen yhteydessä suoliston limakalvot, verenkierto, rakenne ja toiminta säilyvät paremmin. Tapana enteraalinen ravitsemus on eduksi vaikeasti sairaille koska se vähentää infektioriskiä (Perttilä – Castren 2012.)

Vuonna 2016 käyttöön on tullut neurokirurgia- ja neurologiayksikön kehittämä nenämahaletkun laitto ja paikan tarkistus hoito-ohjeet (HUS. 2016). Suositeltavat hoitokäytännöt

ovat esitelty tutkimustuloksien perusteella. Hoito-ohjeen tarkoituksena on kehittää neurologisen potilaan hoitotyötä osastoilla, ennaltaehkäistä vajaaravitsemusta ja samalla edistää potilaan turvallisuutta enteraalisen ravitsemuksen yhteydessä. (Nenämahaletkun laitto ja paikan tarkistus 2016.)

Nenämahaletku on usein tarkoitettu vain lyhytaikaiseen, korkeintaan 6-8 viikon letkuraukintaan suoraan mahalaukkuun. Letkut on valmistettu pehmeistä ja ihoystävällisistä materiaaleista. Letkuravitsemusta pyritään toteuttamaan aina, kun se on vain mahdollista. Ravitsemusmuotoa käytetään myös välittömästi suolileikkausten jälkeen sekä tehohoittoa vaativilla potilailla. Tavoitteena on korjata ja ehkäistä potilaan vajaaravitsemusta ja nopeuttaa täten toipumista. (Saarnio ym. 2014.)

2.3 Nenämahaletkun asettaminen

Ennen toimenpidettä terveydenhuollon ammattilainen keskustelee potilaan kanssa tulevasta toimenpiteestä ja toimenpiteen kulku käydään läpi yhdessä. Potilas tuetaan puoliistuvaan asentoon. Voimakkaasti jännittävälle tai herkälle potilaalle voidaan joskus antaa suun kautta 5-10 mg diatsepaamia. Yleensä esilääke ei kuitenkaan ole tässä toimenpiteessä tarpeellinen. (Ala-Vannesluoma – Ketoja – Oksala 2015: 44.)

Nenämahaletkun oikea syvyys tulee mitata viemällä letkun loppupää miekkalisäkkeen kärjestä korvanlehden kautta nenänpäähän. Potilas voidaan myös suojata ennen toimenpiteen alkua. Puudutegeeliä laitetaan nenäkäytävään ja nenämahaletkun päähän. Letkua työnnetään varovasti vaakasuorassa asennossa sieraimesta sisään pitkin nenän pohjaa, letkun kärki osoittaen alaspäin. Letkun kärjen tunnuttaessa nielun takaosassa, pyydetään potilasta imemään vettä pillin avulla ja nielaisemaan. Nielemisliikkeen mukaisesti työnnetään letkua kohti mahalaukkua. Mikäli potilas aloittaa voimakkaan yskimisen ja letkun toisesta päästä tulee ilmaa, on letku todennäköisesti henkitorvessa ja se on poistettava välittömästi. (Ala-Vannesluoma ym. 2015: 44.)

Nenä- ja suumahaletkun sijainti varmistetaan aspiroimalla mahanestettä ruiskun avulla. Tarkistus voidaan tehdä myös siten, että letkuun viedään ilmaa ja tarkastetaan stetoskooppien avulla vatsasta kuuluvat äänet. Oikea sijainti tarkastetaan joko röntgenkuvalla tai pH-testillä, jolla arvioidaan mahan sisällön happamuus. Kun oikea paikka on varmistunut, kiinnitetään letku teipin avulla nenään tai poskelle. Letkun toiseen päähän kiinnitetään keräyspussi. (Valvira 2016b. Nenä-mahaletkun varmistaminen.)

Valviran sivuille on koottu hyödyllistä informaatiota letkuravitsemuksesta ja sen toteuttamisesta. Ohjeet ovat hoitoalan ammattilaisille, jossa kerrotaan ammattilaisten velvollisuuksista ja potilaan oikeuksien huomioimisesta. (Valvira 2016a. Hyvä ammatinharjoittaminen.)

3 Aikaisempi tutkimustieto

Neurologisten osastojen hoitohenkilökunta on arvioinut omaa ammatillista pätevyyttään kyselyn avulla. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sekä neurologisessa toimintaympäristössä työskentelevän hoitohenkilökunnan ammatillisen pätevyyden tasoa että koetua täydennyskoulutuksen tarvetta. Hoitohenkilökunta on arvioinut ammatillista pätevyyttään keskimäärin hyväksi. Parhaimmaksi osaamiseksi nousi potilaan tilan tarkkailu ja analysointi sekä henkisen tuen tarpeen tunnistaminen ja auttaminen. Heikoimmiksi osa-alueiksi kyselyn perusteella valikoitui kirjaaminen sekä laitehallinta. Eniten täydennyskoulutusta on tarvittu suru- ja kriisihoidon sekä laadunvarmistamisen alueilla. Täydennyskoulutustarpeet liittyivät eniten neurologisen potilaan hoitotyön erityispiirteisiin, hoito toimien hallintaan ja ohjaamiseen. (Mäkipeura – Meretoja – Virta-Helenius– Hupli 2007: 152-161.)

Vajaaravitsemuksen esiintyvyys sairaalapotilailla on 20 - 60 %, kriittisesti sairailta 50 % ja syöpäpotilailla jopa 80 %. Kansainvälisen monikeskustutkimuksen perusteella tutkituista yli 5 000 potilaasta riskipotilaita on 33 %. Suomessa on tutkittu Kuopion (KYS), Tampereen (TAYS) sekä Helsingin (HUS) yliopistollisia sairaaloita. HUS:n selvitysten perusteella 35 % sisätauti- ja kirurgisista potilaista sekä 10 % psykiatrisista psykoosi- ja masennuspotilaista on riskipotilaita. KYS:n selvitysten perusteella gastrokirurgisista potilaista 10 %, sisätautipotilaista 16 % ja keuhkopotilaista 44 % oli riskipotilaita. Muissa sairaaloissa tehtyjen selvitysten perusteella riskipotilaita on 34 %. Tutkimuksen perusteella Suomessa riskipotilaiden arvioitu määrä on noin 500 000. (Orell-Kotikangas ym. 2014.)

Karma ja ym. tutkimuksessaan selvittivät hoitosuosittelujen noudattamista erikoissairanhoidossa. Siinä tarkkailtiin HUS:n toiminnan kannalta merkittävimpiin potilasryhmiin kohdistuneiden suositusten toteutumista. Tutkimustulosten perusteella ilmeni, että suurin osa Käypähoito suosituksista HUS:n ja HYKS:n toimintayksiköissä toteutuvat hyvin ja osa jopa kiitettävästi, eli noin 80-95 %. Tutkimuksen pohdinnassa on mainittu, että hoi-

tosuosituksien käyttöä yksiköissä pidetään hyvinkin tärkeänä. Tutkimustulosten perusteella huolestuttava aihe oli suositellun lääkehoidon huono toteutus sairaalahoitojakson jälkeen. Tutkimusryhmä selvitti, että hoitotieteellisiä suosituksia noudatetaan hoitotyössä vaihtelevasti. Puutteita löytyi potilaiden ohjauksessa sekä kirjaamisessa. (Karma – Roine – Simonen – Isolahti 2015.)

European Society for Clinical Nutrition and Metabolism:n suosituksissa on otettu laajasti huomioon eri potilas ryhmiä. Suosituksissa mainitaan esimerkiksi tehohoito-, leikkaus-, infektio-, geriatria- ja syöpäpotilaita. ESPENin antamat suositukset koskevat enteraalisen ravitsemuksen syitä, toteuttamistapoja sekä siinä käytettyjä valmisteita. Enteraalinen ravitsemus on ensisijaisesti erinomainen keino ennaltaehkäistä vajaaravitsemustilaa. Hoitosuositusten tavoitteena on auttaa hoitohenkilökuntaa suunnittelemaan ja toteuttamaan paremmin enteraalista ravitsemushoitoa. (Castren 2007.)

4 Näyttöön perustuvat hoitosuositukset

Hoitosuositus on tutkimustiedolla perusteltu kannanotto, jonka laatijana on asiantuntijaryhmä. Hoitosuositus ei ole yhden asiantuntijan tai henkilön yksimielinen päätös. Suosituksia ei myöskään pidä laskea määräykseksi tai viranomaisohjueksi, vaan niitä pidetään vain yhtenä välineenä hoitotoiminnan päätöksenteossa. Suosituksen lisäksi potilashoitoon vaikuttavat samalla lailla potilaan omat toiveet, hoitava lääkäri, henkilökunnan kokemukset, hoitavan yksikön erityispiirteet ja henkilöstöresurssit. (Hoitosuositusryhmien käsikirja 2016.)

Näyttöön perustuvat suositukset vaikuttavat niin, että terveydenhuollon palvelut edistyvät oikeaan suuntaan ja antavat hoitohenkilökunnalle perusteellisen lähtökohdan sekä tuen toiminnalle. Jokaisen kehitetyn suosituksen taustalla on ajatus kehittää potilaiden turvallisuutta. Ehdotus suosituksen tarpeesta voi tulla sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselta, että myös potilaalta taikka hänen omaiselta. (Kinnunen ym. 2017: 169.)

Hoitosuosituksen laadinta alkaa silloin kun suosituksen aihe on potilaan terveyden ja hoidon edistämisen kannalta tärkeää. Syitä suosituksen kehittämiseen voivat olla esimerkiksi vanhentuneet toimintatavat, aiheettomat vaihtelut hoitokäytännöissä, uusi tutkimustieto tai haittatapahtumien määrä. (Kinnunen ym. 2017: 171.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus tavoite ja tutkimuskysymys

Työn tarkoituksena oli kuvailla nenämahaletkuohjeiden käyttöä neurologisilla osastoilla. Työn tavoitteena oli hyödyntää saatua tietoa neurologisen potilaan hoitotyötä kehitettäessä.

Tutkimuskysymys on: Minkälaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on nenämahaletkuohjeiden käytöstä?

6 Työn toteutus

Opinnäytetyön perustana on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä. Selitteinä siihen ovat aineistonkeruumenetelmä, joka on kyselyn muodossa sekä opinnäytetyön tarkoitus, jonka tavoitteena on löytää objektiivista tietoa tarkoin rajattuun tutkimuskysymykseen. Kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeisiin osiin kuuluvat myös aiheen aikaisemman tutkimustiedon analyysi, käsitteiden määrittely ja tutkittavien henkilöiden tarkka valinta. Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa numeraalista tietoa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 52-55; 86-87.)

6.1 Aineistonkeruumenetelmä

Kyselylomakkeita käytetään usein aineistonkeruumenetelmänä kvantitatiivisessa tutkimuksessa (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 87). Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä toimi kyselylomake. Kysymykset olivat strukturoituja ja ne omasivat valmiit vastausvaihtoehdot. Vastausvaihtoehdot kysymyksiin olivat: olen käyttänyt suositusta, en ole käyttänyt suositusta, en tiedä tästä suosituslausekkeesta. Lomakkeen yläosassa on lyhyt ohje lomakkeen täyttämiseen. Siinä on pyydetty merkitsemään rastilla valittu vaihtoehto. Taustakysymyksenä oli ammattinimikkeen valinta.

Väittämiä on yhteensä 13 ja ne perustuvat osastoilla oleviin nenämahaletkun hoitosuosituksiin. Hoitosuosituksia ei ole muokattu, vaan niitä on käytetty niiden alkuperäisessä muodossa. Kysymykset on jaoteltu kolmeen osioon, jotka ovat nenä- ja suumahaletkun sijainnin todennettavuus, hoito ja kirjaaminen sekä hoitohenkilökunnan tietotaito.

Ensimmäiseen osioon kuului kolme kysymystä, jotka koskevat nenä- ja suumahaletkun sijainnin varmistamista. Toiseen osioon kuului viisi kysymystä koskien hoitoa ja kirjaimista. Kolmanteen osioon kuuluu viisi kysymystä, koskien hoitohenkilökunnan tietoutta.

6.2 Aineistonkeruu

Opinnäytetyön aihe on tullut HUS:n Neurokirurgian ja Neurologian yksiköistä. Aineisto kerättiin hoitohenkilökunnalta (sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat) neljältä eri osastolta, jokaiselta osastolta yhden kerran. Aineistonkeruu toteutui osastoilla erikseen sovituina ajankohtina.

Kyselylomake oli strukturoitu ja kysymysten järjestys sekä sisältö oli sama kaikille vastaajille. Ennen kyselyn toteutusta osastoille lähetettiin saatekirje. Kirje sisälsi tietoa opinnäytetyön aiheesta sekä kyselystä. Saatekirjeessä kerrottiin, että kyselyyn vastaaminen tapahtuisi työajalla ja lomakkeen täyttäminen kestäisi noin 10 minuuttia. Kyselyyn vastaus tapahtui nimettömänä, eikä yksittäistä vastaajaa voida täten tunnistaa. Aineisto on käsitelty luottamuksellisesti ja tulokset raportoitu kenenkään henkilöllisyyttä paljastamatta. Vastaamalla kyselylomakkeeseen vastaaja antaa luvan käyttää saatuja vastauksia opinnäytetyössä.

6.3 Aineiston analyysi

Henkilökuntaa neljällä eri osastolla oli yhteensä 127. Vastauksia saatiin 38. Aineiston analysointi aloitettiin kerättyjen kyselylomakkeiden tarkastamisella. Kaikki kyselylomakkeet analysoitiin, myös puutteellisesti täytetyt. Kyselylomakkeista saatu aineisto vietiin SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21-ohjelmaan havaintomatriisiksi. Tuloksia tarkasteltiin käyttämällä kuvailevaa tilastotiedettä sekä raportoitiin frekvensseinä että prosenttiosuuksina. Tulokset raportoitiin taulukoita käyttäen. Analyysimenetelmien valintaan vaikutti kyselyssä käytetty mitta-asteikko sekä opinnäytetyön tutkimusongelma.

7 Tulokset

Kyselyn vastaukset saatiin neljältä neurologian/neurokirurgian osastolta. Kyselyyn vastanneiden määrä oli 38 henkilöä. Sairaanhoitajia oli 30 ja lähi-, perushoitajia 4. Neljältä vastanneelta jäi puuttumaan ammattinimike merkintä. Yhteensä neljä kyselylomaketta oli täytetty puutteellisesti. Viiteen väittämään ei ollut vastattu, mutta myös puutteelliset täytetyt lomakkeet analysoitiin.

7.1 Nenä- ja suumahaletkun sijainnin varmistaminen

Tähän osioon kuuluu kolme väittämää, jotka koskevat nenä- ja suumahaletkun sijainnin varmistamista.

Vastanneista 35 henkilöä oli käyttänyt työssään väittämän yksi suositusta. Kolme vastanneista ei ole käyttänyt kyseistä suositusta. Nenä- ja suumahaletkun varmistamista koskevaa suositusta oli hyödyntänyt työssään 19 henkilöä ja 14 vastanneista ei ollut käyttänyt ja neljä vastanneista ei ollut tietoisia tästä suosituksesta. Vastanneista 29 henkilöä olivat hyödyntäneet merkintää röntgenläheteessä väittämässä kolme. Kahdeksan ei ollut käyttänyt ja yksi henkilö ei ollut tiennyt kyseisestä suosituksesta. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Nenä- ja suumahaletkun sijainnin todennus

A. Nenä- ja suumahaletkun sijainnin todennettavuus	Olen käyttänyt suositusta	En ole käyttänyt suositusta	En tiedä tästä suosituksesta
	f	f	f
Väittämä 1: sijainnin varmistaminen (röntgenkuvaus ja mahanesteen aspirointi)	35	3	0
Väittämä 2: sijainnin varmistaminen (mahanesteen pH)	19	14	4

Väittämä 3: sijainnin varmistaminen (merkintä röntgenläheteessä)	29	8	1
--	----	---	---

7.2 Hoito ja kirjaaminen

Tähän osioon kuuluu viisi väittämää, jotka koskevat hoitoa ja kirjaamista.

Vastanneista 19 oli hyödyntänyt työssään dysfagia ja intubaatiopotilaita koskevaa väittämää. Seitsemän ei ollut käyttänyt ja 11 ei ollut tiennyt tästä suosituksesta. Enteraalisen ravitsemushoidon aloitukseen liittyvää suositusta oli hyödyntänyt 22 vastanneista. Kuusi henkilöä ei ollut käyttänyt ja kahdeksan ei ollut tiennyt kyseisestä suosituksesta. Vastanneista 19 oli käyttänyt väittämää, koskien jatkuvaa ravitsemusta. Neljä ei ollut käyttänyt ja 14 ei ollut tiennyt tästä suosituksesta. Vastanneista 36 oli käyttänyt nenä- ja suumahaletkun kiinnitykseen liittyvää suositusta. Vastanneista yksi ei ollut käyttänyt kyseistä suositusta. Vaihtovälin sovittamiseen liittyvää suositusta oli käyttänyt 16 vastaajista. Kyseistä suositusta ei ollut käyttänyt 10 ja vastanneista 11 ei ollut tietoisia tästä suosituksesta. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Hoito ja kirjaaminen

B. Hoito ja kirjaaminen	Olen käyttänyt suositusta	En ole käyttänyt suositusta	En tiedä tästä suosituksesta
	f	f	f
Väittämä 4: nenä- ja suumahaletkuravitsemus hoito (intuboidun ja dysfagiapotilaan ravitsemushoito)	19	7	11
Väittämä 5: nenä- ja suumahaletkuravitsemus hoito (enteraalisen ravitsemuksen aloittaminen)	22	6	8

Väittämä 6: nenä- ja suumahaletkuravitsemushoito (jatkuva ravitsemushoito)	19	4	14
Väittämä 7: nenä- ja suumahaletkuravitsemus hoito (nenä- ja suumahaletkun kiinnittäminen)	36	1	0
Väittämä 8: nenä- ja suumahaletkun hoidon kirjaaminen (vaihtovälin sovittaminen ja kirjaaminen)	16	10	11

7.3 Hoitohenkilökunnan tietotaito

Tähän osioon kuuluu viisi väittämää, jotka koskevat hoitohenkilökunnan tietotaitoa.

Vastanneista 29 oli saanut teoreettista sekä käytännön harjoitusta nenä- ja suumahaletkuhoidon toteutuksessa. Viisi ei ollut käyttänyt ja neljä vastanneista eivät olleet tietoisia tästä väittämästä. Vastanneista 29 oli käyttänyt NRS- mittaria työssään. Viisi ei ollut käyttänyt ja neljä ei ollut tiennyt tästä väittämästä. Väittämää 11 oli käyttänyt vastanneista 35 ja kolme ei ollut käyttänyt. Vastanneista 23 oli käyttänyt väittämää 12, seitsemän ei ollut käyttänyt ja kahdeksan ei ollut tiennyt kyseisestä väittämästä. Hoidon tarkastuslistaa koskevaa väittämää oli käyttänyt yhdeksän ja 12 ei ollut käyttänyt kyseistä väittämää. 16 vastanneista ei ollut tietoisia tästä väittämästä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Hoitohenkilökunnan tietotaito

C. Tietotaito	Olen käyttänyt suositusta	En ole käyttänyt suositusta	En tiedä tästä suosituksesta
	f	f	f

Väittämä 9: hoitohenkilökunnan tietotaito (teoreettinen tieto ja käytännön harjoitus)	29	5	4
Väittämä 10: hoitohenkilökunnan tietotaito (NRS-mittarin käyttö)	29	5	4
Väittämä 11: hoitohenkilökunnan tietotaito (säännöllinen ravitsemustilan arviointi)	35	3	0
Väittämä 12: hoitohenkilökunnan tietotaito (ravitsemusvastaavan nimeäminen ja ravitsemusterapeutin konsultointi)	23	7	8
Väittämä 13: hoitohenkilökunnan tietotaito (tarkastuslistan käyttö)	9	12	16

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Kyselyn tulosten pohdinta on jaettu kolmeen osioon, jotka olivat nenä- ja suumahaletkun sijainnin todennettavuus, hoito ja kirjaaminen sekä hoitohenkilökunnan tietotaito.

Ensimmäisessä osiossa ovat hoitosuositukset, jotka liittyvät nenä- ja suumahaletkun sijainnin todennettavuuteen. Kaikki tämän kategorian väittämät ovat hyvin seurattuja. Tuloksista selviää, että valtaosa vastanneista käyttää paikan varmistuksessa röntgenkuvauksen sekä mahanesteen aspiroinnin yhteiskäyttöä. Sijainnin varmistamisessa käytettyä pH-arvon määrittystä mahanesteestä hyödyntää vain puolet vastanneista. Nenä- ja suumahaletkun sijainnista on aina oltava täysi varmuus. Pahimpana seurauksena väärästä sijainnista voi olla henkitorveen joutunut nenä- suumahaletku, joka puolestaan ai-

heuttaa aspiraation. Keuhkoihin tapahtuva ravitsemus voi johtaa pahimmassa tapauksessa pneumoniaan. Nenä- ja suumahaletku voi myös herkistää potilaan nenän, nielun sekä ruokatorven tulehduksille. (Perttilä – Castren 2012).

Toisen osion hoitoon ja kirjaamiseen liittyviä hoitosuosituksia ovat hyödyntäneet tulosten mukaan puolet vastanneista. Poikkeuksena oli hoitosuositus, joka liittyi nenä- ja suumahaletkun kiinnittämisen potilaan kasvoihin. Kyseistä hoitosuositusta olivat hyödyntäneet lähes kaikki kyselyyn vastanneista. Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitosuositusta, joka ohjaa nenä- ja suumahaletkun vaihtovälin sovittamista sekä sen vaihtopäivän kirjaamista potilaan hoitokertomukseen, ei juuri tunneta. Suomessa ei ole yhtenäisiä ohjeita, jotka määräisivät vaihtamaan nenä- ja suumahaletkut tietyin väliajoin. Syynä tähän voi olla se, että hoitoyksiköissä ei ole tehty tarkkoja linjauksia, milloin nenä- ja suumahaletku tulisi vaihtaa.

Tulosten mukaan hoitoon ja kirjaamiseen liittyviä hoitosuosituksia oli seurattu vähemmän. Kyseessä olivat hoitosuositukset, jotka ohjaavat aina laittamaan nenä- ja suumahaletkun intubaatio- ja dysfagiapotilaille ravitsemuksen turvaamiseksi. Tuloksista Ilmeni myös, että vastaajista 14 ei tuntenut hoitosuositusta, joka ohjaa toteuttamaan enteraalista ravitsemusta jatkuvana infuusiona jaksottaisen sijasta.

On huomioitava, että potilaan hoito tapahtuu moniammatillisessa työryhmässä ja sairaanhoitajat tai lähi- ja perushoitajat eivät tee yksin päätöksiä potilaiden nenä- ja suumahaletkuravitsemus hoidosta. Päätöksen nenä- ja suumahaletku asettamisesta ja enteraalisen ravitsemushoidon aloittamisesta tekee aina lääkäri. Potilaan ja omaisten näkökanta otetaan myös huomioon hoidon toteutuksessa.

Kolmannen osion tietotaitoon liittyviä hoitosuosituksia on hyödyntänyt vastausten perusteella reilusti yli puolet. Tulosten perusteella suurin osa hoitohenkilökunnasta on saanut teoreettista ja käytännön harjoitusta nenä- ja suumahaletkun laitosta. Sama määrä vastanneista käyttää aktiivisesti NRS-mittaria potilaan ravitsemustilan arvioinnissa. Lähes kaikki vastanneista arvioivat potilaan ravitsemustilaa säännöllisesti hoitojakson aikana.

Tietotaito aiheeseen liittyvää hoitosuositusta, joka ohjaa nimeämään ravitsemusvastaavan, joka konsultoi puolestaan ravitsemusterapeuttia on hyödyntäneet yli puolet vastaajista. Toisaalta kahdeksan ei ollut tiennyt tästä hoitosuosituksesta ja seitsemän ei ollut käyttänyt hoitosuositusta. Tähän tulokseen ovat voineet vaikuttaa osastojen omat käytänteet. Osastolla voi olla nimetty ravitsemusvastaava, mutta silti sairaanhoitajista tai

lähi- ja perushoitajista jokainen konsultoi tarvittaessa ravitsemusterapeuttia. Tällöin potilaan ravitsemushoito on varmasti turvattu.

Tietotaito- osion viimeisin hoitosuositus oli vähiten seurattu. Hoitosuositus koskee osastolla olevaa nenä- ja suumahaletkun asennuksen ja käyttöön tarkoitettua tarkastuslistaa. Merkille pantavaa on se, että iso osa ei ollut käyttänyt kyseistä hoitosuositusta ja suurin osa vastaajista ei ollut tiennyt siitä. Kyselytulosten perusteella vastanneista vain yhdeksän on käyttänyt kyseistä hoitosuositusta. Tarkastuslistan käyttö tulisi ottaa osaksi hoitotyötä, jotta erilaisilta komplikaatioilta voitaisiin välttyä ja nenä- ja suumahaletku ravitsemushoito olisi turvallista ja luotettavaa. Tämä tarkoittaa sitä, että jokaisella osastolla tulisi päivittää nenä- ja suumahaletku hoitoa ohjaavat käytänteet.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Työn tulosten luotettavuutta kvantitatiivisessa tutkimuksessa arvioidaan tarkastelemalla validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteettikäsite tarkoittaa sitä, että tutkitaan oikeita asioita tutkimusongelma huomioon ottaen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 152-156.) Reliabiliteettikäsite tarkoittaa tutkimustulosten pysyvyyttä. Reliabiliteettia mitatessa keskeistä on työn ja tulosten sisäinen johdonmukaisuus, pysyvyys ja vastaavuus. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 156-157.) Opinnäytetyön luotettavuutta on pyritty turvaamaan lukemalla ja valitsemalla lähteiksi aihetta käsittelevää kirjallisuutta. Lähteiden oikeaan merkitsemiseen on käytetty Metropolian ammattikorkeakoulun kirjallisen työn ohjeita. Kyselylomakkeiden laadinnassa on huomioitu ulkoasun selkeys ja väittämien, sekä vastausten helppo ymmärrettävyys.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan myös itse tulosten luotettavuuden kautta. Silloin tarkastellaan sisäistä sekä ulkoista validiteettia. Luotettava sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä, että tulokset on saatu systemaattisesti eikä sattumanvaraisesti. Ulkoisen validiteetin avulla voidaan mitata tulosten yleistettävyyttä. Tutkimusta pidetään hyödyllisempänä, jos saatuja tuloksia voidaan soveltaa laajemminkin. (Kankkunen ym. 2009: 157-158.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada mahdollisimman luotettavaa ja totuudenmukaista tietoa sairaanhoitajien sekä perus- ja lähihoitajien kokemuksista nenämahaletkuohjeiden hyödynnettävyydestä. Opinnäytetyön tulokset antoivat vastaukset valittuun tutkimuskysymykseen.

8.3 Opinnäytetyön eettisyys

Eettisyyden noudattaminen tutkimusta tehdessä on tieteellisen toiminnan tärkein osa. Tutkimusetiikka eli normatiivinen etiikka vastaa kysymykseen oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa noudatetaan. Tutkimusetiikka jaetaan sisäiseen ja ulkopuoliseen. Sisäinen etiikka vastaa työn luotettavuudesta ja totuudellisuudesta. Perusvaatimuksena on, että tutkimusaineisto on perusteltu sekä on totuudenmukainen. Tähän liittyy tutkimusaineiston valinta sekä tulosten raportointi. Ulkopuolinen etiikka tarkastelee, miten ulkopuoliset asiat vaikuttavat tutkimusaiheeseen ja sen tutkimiseen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 172-173.)

Eettiset periaatteet velvoittavat tutkijaa suojelemaan tutkittavien yksityisyyttä, mikä tarkoittaa, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, kyselyyn vastanneet henkilöt säilyvät tuntemattomina ja salassapitovelvollisuus toteutuu. Tutkimuseettisesti on myös erittäin tärkeää, mitä tutkittavista kirjoitetaan. Ulkopuoliset lähteet tulee merkitä myös asiallisesti. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 172-173.)

Ennen opinnäytetyön aloittamista haettiin tutkimuslupa. Ennen kyselyn toteutusta osastoille oli lähetetty saatekirje, jossa oli kerrottu, että aineistonkeruussa ei kerätä mitään tunnistetietoja eikä henkilötietorekisteriä muodosteta. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Aineiston käsittelyssä, sekä säilyttämisessä että hävittämisessä on noudatettu ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä suosituksia. Kyselyn toteutumisen jälkeen kyselylomakkeita on käsitelty luottamuksellisesti ja ne hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Saatu aineisto on käsitelty tarkasti ja vastauksia vääristelemättä.

8.4 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tuloksia voidaan osittain rinnastaa aikaisempiin tutkimustuloksiin, sillä suurin osa käypähoito suosituksista HUS:n ja HYKS:n toimintayksiköissä toteutuu hyvin ja osa jopa kiitettävästi, eli noin 80-95 prosenttisesti. Hoitosuosistusten perusteella hoitoyksiköihin on tehty niiden erikoisalaan sopivat hoito-ohjeet. (Karma ym. 2015.)

Tämän työn tulosten perusteella heräsi ajatus, että jokaiselle osastolle voisi suunnitella oman tarkastuslistan nenä- ja suumahaalekun asennukseen ja käyttöön liittyen. Osastot eroavat suuresti toisistaan ja omaavat potilasaineistoon ja potilaan hoitoon liittyviä erityispiirteitä. Hyödyllistä olisi kehittää juuri omalle osastolle suunniteltu tarkastuslista, joka

huomioisi jokaisen osaston ominaispiireet. Suotuisaa olisi ottaa huomioon kaikki hoito-suositukset ja kehittää niiden pohjalta omat hoito-ohjeet tai hoitoketjut, jotka sopisivat ja palvelisivat omaa hoitoyksikköä parhaalla tavalla. Neurologiset osastot voisivat hyödyntää opinnäytetyön tuloksia kehittäessään suu- ja nenämahaletkun käyttöä.

Lähteet

Ala- Vannesluoma, Hanna – Ketoja, Jaakko – Oksala, Niku 2015. Kirurgiset pientoimenpiteet. 9 painos. Tampereen Kandidaattikoulutus Oy.

Castrén, Maaret 2007. Enteraalisen ravitsemuksen suuntaviivat. Duodecim 2007, 123(18):2257–65.

ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) 2006. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. Verkkodokumentti. <<http://espen.info/documents/ENICU.pdf>>. Luettu 8.4.2019.

HUS. Neurologiset sairaudet. Verkkodokumentti. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/neurologia/neurologiset_sairaudet/Sivut/default.aspx>. Luettu 18.11.2018.

HUS. 2016. Nenämahaletkun laitto ja paikan tarkistus. Hoito-ohje.

Hoitosuositusryhmien käsikirja. 2016. Verkkodokumentti. <<https://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti>>. Luettu 19.3.2019.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Karma, Pekka – Roine, Risto – Simonen, Outi – Isolahti, Eija 2015. Näyttöön perustuvien suositusten toteutuminen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Noudatetaanko hoitosuosituksia erikoissairaanhoidossa? Duodecim. Verkkodokumentti. <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/16/duo12384>>. Luettu 31.3.2019.

Kinnunen, Mari-Ulla – Tervo-Heikkinen, Tarja – Hynninen, Nina – Seppänen, Salla – Iivanainen, Ansa – Ahtiala, Maarit – Holopainen, Arja 2017. Näyttöön perustuvan hoitosuosituksen laatiminen – esimerkkinä aikuispotilaan painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen. Hoitotiede 29(3), 169–179.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Mäkelä, Katja 2015. Vajaaravitsemuksen riskin tunnistaminen, hoito, hoidon seuranta ja tiedonsiirto jatkohoitopaikkaan. Verkkodokumentti. <http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20160134/urn_nbn_fi_uef-20160134.pdf>. Luettu 18.11.2018.

Mäkipaura, Jaana – Meretoja, Riitta – Virta-Helenius, Maarit – Hupli, Maija 2007. Sairaanhoitaja neurologisessa toimintaympäristössä. Ammatillinen pätevyys, toiminnan tiheys ja täydennyskoulutuksen haasteet. Hoitotiede: 19(3), 152-162.

Nenämahaletkun laitto ja paikan tarkistus. 2016. Hoito-ohje. HYKS Neurokirurgia ja Neurologia.

Nielemisvaikeus eli dysfagia 2011. Aivoliitto. Verkkodokumentti. <https://www.aivoliitto.fi/files/823/Dysfagia_web.pdf>. Luettu 18.11.2018.

Nuutinen, Outi – Siljamäki-Ojansuu, Ulla – Mikkonen, Ritva – Peltola, Terttu – Silaste, Marja-Leena – Uotila, Heini – Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Verkkodokumentti. <https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemushoito_net_2.painos.pdf>. Luettu 18.11.2018.

Orell-Kotikangas, Helena – Antikainen, Anne – Pihlajamäki, Jussi 2014. Sairaalapotilaan vajaaravitsemuksen havaitseminen ja hoito. Duodecim. Verkkodokumentti. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo11941>>. Luettu 18.11.2018.

Perttilä, Juha – Castrén, Maaret 2012. Ravitsemustiede. Letkuruokinnan käyttöalueet ja vasta-aiheet (verkossa) Kustannus Oy Duodecim. Luettu 6.4.2019

Rautava -Nurmi, Hanna – Vaula, Eija – Sjövall, Sari – Vuorisalo, Sailaritta. – Westergård, Airi 2010. Neste- ja ravitsemushoito. 4. painos. Helsinki WSOY.

Saarnio, Juha – Pohju, Anne – Ahtola, Heikki 2014. Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. Duodecim 2014, 130(21): 2239–44. <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti///duo11943>>. Luettu 10.9.2018

Valvira 2016a. Hyvä ammattiharjoittaminen. Verkkodokumentti. Päivitetty 27.7.2016. <<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen>>. Luettu 10.10.2018.

Valvira 2016b. Nenä-mahaletkun sijainnin varmistaminen. Verkkodokumentti. Päivitetty 17.8.2017 <<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/letkuraavitsemus>>. Luettu 10.10.2019