

Pauliina Kainulainen

RAVITSEMUKSEEN LIITTYVÄN KIRJAAMISEN ANALYSOINTI  
HOITOSUUNNITELMISTA

Hoitotyön koulutusohjelma  
2016

# RAVITSEMUKSEEN LIITTYVÄN KIRJAAMISEN ANALYSOINTI HOITOSUUNNITELMISTA

Kainulainen, Pauliina  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Elokuu 2016  
Ohjaaja: Pirilä, Ritva  
Sivumäärä: 43  
Liitteitä: 3

Asiasanat: Rakenteinen kirjaaminen, iäkkäiden ravitseminen

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida ravitsemukseen liittyvää kirjaamista hoitosuunnitelmista Turun kaupungin Hyvinvointitoimialan pitkäaikaissairaanhoidosta, palveluasumisesta sekä vanhainkodeista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa, miten ravitsemukseen liittyvät systemaattisen kirjaamisen mukaiset luokitukset, tarpeet, tavoitteet sekä toiminnot näkyvät Pegasos-käyttöjärjestelmän hoitosuunnitelmissa vuonna 2012. Opinnäytetyö oli työnantajalähtöinen ja tilaajana oli Turun kaupungin hyvinvointitoimialan vanhusten asumispalveluiden johtaja. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää tarkasteltaessa miten kirjaaminen on parantunut vuodesta 2012.

Tutkimus oli luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Tutkimusaineisto oli sekundaariaineisto hoitosuunnitelmista ja se analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Turun kaupungin Pegasos-pääkäyttäjät poimivat analysoitavat hoitosuunnitelmat satunnaisesti 1146:sta kaupungin asiakkaasta. Otos oli 12,5 % eli analysoitavia hoitosuunnitelmia oli yhteensä 123, joista vanhainkotien hoitosuunnitelmia oli 70, pitkäaikaishoidon 38 ja palveluasumisen 15. Vastauksia haettiin tutkimusongelmiin, jotka olivat: 1. Miten asukkaiden ravitsemukseen liittyvät tarpeet on asetettu hoitosuunnitelmiin? 2. Minkälaisia ravitsemuksellisia tavoitteita hoitosuunnitelmiin on kirjattu? ja 3. Minkälaisia ravitsemuksellisia hoitotoimenpiteitä hoitosuunnitelmiin on kirjattu?

Tässä tutkimuksessa kaikille otoksen asukkaille oli tehty hoitosuunnitelma. Kuudelta tutkimusryhmän asukkaalta puuttui MNA-pisteet tai pisteet olivat vajanaisia, joten niitä ei pystytty käyttämään aineiston analysoinnissa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kirjaaminen oli vuonna 2012 puutteellista ja osalta asukkaista puuttui hoitosuunnitelmissa tarvittavia tietoja osin tai jopa kokonaan. Tavoitteita hoitosuunnitelmiin oli kirjattu kattavasti, mutta niitä ei ollut aseteltu potilaslähtöisesti. Kaupungin asiantuntija-sairaanhoitajien laatimaa kirjaamisohjetta ravitsemussuunnitelman tekemiseksi ei selkeästi ollut käytetty kirjaamisen apuna.

Jatkotutkimushaasteena voisi olla ravitsemuksen kirjaamisen analysointi hoitosuunnitelmista seuraavina vuosina. Näin voitaisiin näyttää toteen, miten koulutukset ja tiedottaminen ovat vaikuttaneet kirjaamisen sisältöön ja laatuun.

# ANALYSIS OF DOCUMENTATION OF NUTRITION IN HEALTH CARE PLANS

Kainulainen Pauliina

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in nursing

August 2016

Supervisor: Pirilä Ritva

Number of pages: 43

Appendices: 3

Keywords: structured nursing documentation, geriatric nutritional

---

The purpose of the research was to investigate the documentation of nutrition in Turku City Welfare division's from long term care, sheltered accommodation and nursing homes. The aim of the thesis was to produce information about how the systematic documentation of nursing and health care classifications, needs, goals and procedures were documented in the Pegasos operating system in 2012. The thesis was employer-driven and client was Turku City Welfare division's head of elders housing services.

The research was qualitative and the method idea was deductive content analysis. The nutritional care plans to be analysed were randomly selected from the 1146 clients of the city's welfare division by the primary users of Turku City's Pegasos operation system. The sample taken was 12,5 % so there were 123 nutritional care plans to analyse, of which 40 were from nursing homes, 38 from long term care and 15 from sheltered accommodation. The purpose was to find answers to the following research problems: 1. How have the nutritional needs of the residents been taken into consideration? 2. What kind of nutritional goals were documented on the care plans? 3. What kind of nutritional care procedures were documented on the care plans?

In this research all the residents in the sample taken had nutritional care plans in place. Six of the residents had either missing or partial MNA-points. Therefore their care plans were not taken into consideration in the results of the research. From the research it became evident that the documentation of nutritional care plans in 2012 had been incomplete and that some of the residents in the research group had incomplete or missing information in their care plans. Nutritional goals were recorded comprehensively in the care plans. However the goals were not patient centered. It was apparent that the nutritional healthcare plan documentation guidance, written by the city's specialist nurses, had not been used.

Further research could be done to analyse how nutritional needs, goals and procedures have been documented in subsequent years. This demonstrating how training and briefing have affected the content and the quality of the nutritional care plans since 2012.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	HOITOTYÖN KIRJAAMINEN .....	7
2.1	Hoitotyön kirjaaminen prosessin mukaisesti .....	7
2.2	Hoitotyön kirjaaminen rakenteisesti .....	8
2.3	Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet .....	11
3	IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS .....	11
3.1	Ikääntyneiden ravitsemusongelmat.....	12
3.2	Ympärivuorokautisessa hoidossa olevan ravitsemus.....	13
3.3	Ikääntyneiden ravitsemustilan arviointi.....	14
3.4	Hyvän ravitsemushoidon toteuttaminen .....	16
3.5	Ravitsemushoidon kirjaaminen.....	16
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT .....	17
5	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN.....	18
5.1	Tutkimusmenetelmä ja analysoitava aineisto .....	18
5.2	Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi .....	19
6	TULOKSET .....	20
6.1	Ravitsemukseen liittyvät tarpeet.....	21
6.1.1	Ravitsemukseen liittyvien tarpeiden kirjaaminen alle 17 MNA- pisteen saaneille.....	21
6.1.2	Ravitsemukseen liittyvien tarpeiden kirjaaminen 17–23, 9 MNA- pisteen saaneille.....	22
6.1.3	Ravitsemukseen liittyvien tarpeiden kirjaaminen yli 24 MNA- pisteen saaneille .....	23
6.2	Ravitsemukseen liittyvät tavoitteet.....	24
6.2.1	Ravitsemukseen liittyvien tavoitteiden kirjaaminen alle 17 MNA- pisteen saaneille.....	24
6.2.2	Ravitsemukseen liittyvien tavoitteiden kirjaaminen 17–23, 9 MNA- pisteen saaneille.....	25
6.2.3	Ravitsemukseen liittyvien tavoitteiden kirjaaminen yli 24 MNA- pisteen saaneille.....	26
6.3	Ravitsemukseen liittyvät toimenpiteet.....	27
6.3.1	Ravitsemukseen liittyvien toimintojen kirjaaminen alle 17 MNA- pisteen saaneille.....	27
6.3.2	Ravitsemukseen liittyvien toimintojen kirjaaminen 17–23, 9 MNA- pisteen saaneille.....	29

6.3.3 Ravitsemukseen liittyvien toimintojen kirjaaminen yli 24 MNA-pisteen saaneille.....	32
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	34
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua .....	34
7.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat ja luotettavuus .....	39
7.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset .....	40
7.4 Oman ammattillisuuden kehittyminen .....	40

LIITE 1: Ravitsemustilan arviointi MNA

LIITE 2: Tutkimuslupa

LIITE 3: Ravitsemussuunnitelman laatiminen Hyvinvointitoimialalla

TAULUKKO 1: Suomalainen hoidon tarveluokitus SHTal versio 2.0.1 ravitsemuksen komponentti

TAULUKKO 2. Painoindeksi

KUVIO 1: Virheravitsemuksesta kärsivien pitkäaikaissairaanhoidon asukkaiden hoitosuunnitelmiin kirjatut ravitsemuksen toiminnot

KUVIO 2: Virheravitsemuksesta kärsivien vanhainkotien asukkaiden hoitosuunnitelmiin kirjatut ravitsemuksen toiminnot

KUVIO 3: Pitkäaikaissairaanhoidon asukkaiden hoitosuunnitelmiin kirjatut ravitsemuksen toiminnot, kun riski virheravitsemukselle on kasvanut

KUVIO 4: Palveluasumisen asukkaiden hoitosuunnitelmiin kirjatut ravitsemuksen toiminnot, kun riski virheravitsemukseen on kasvanut

KUVIO 5: Vanhainkotien asukkaiden hoitosuunnitelmiin kirjatut ravitsemuksen toiminnot, kun riski virheravitsemukselle on kasvanut

KUVIO 6: Pitkäaikaissairaanhoidon asukkaiden hoitosuunnitelmiin kirjatut ravitsemuksen toiminnot, kun hyvä ravitsemustila

KUVIO 7: Vanhainkotien asukkaiden hoitosuunnitelmiin kirjatut ravitsemuksen toiminnot, kun hyvä ravitsemustila

## 1 JOHDANTO

Hoitamattomat ja pitkittyneet ravitsemusongelmat johtavat virheravitsemuksen noidankehään heikentäen ihmisen toimintakykyä ja aiheuttaen mahdollisen infektiokierteen. Sairaalajaksot pidentyvät, toipuminen sairauksista hidastuu tai estyy kokonaan. Hoitamaton virheravitsemus voi pahimmillaan lisätä jopa kuolleisuutta. Ravitsemushoito on parasta aloittaa ajoissa ja sitä voidaan toteuttaa monin eri tavoin. Iäkkäiden parissa työskentelevien on arvioitava päivittäin asiakkaiden ravitsemusta kokonaisuutena: onko ruokahalu hyvä, syökö asiakas päivittäin tarpeeksi kasviksia ja hedelmiä, onko annoskoko oikea. Jo pienillä ruokavalion muutoksilla tai lisäyksillä voidaan saada aikaan paljon myönteisiä vaikutuksia iäkkään terveyteen, jaksamiseen ja elämänlaatuun. Kun ongelmia on jo näkyvissä, tarvitaan tehostettua ravitsemushoitoa. (Puranen & Suominen 2012, 5.)

Hoitotyön kirjaaminen on terveydenhuollon ammattihenkilöiden lainmukainen velvollisuus, joka on määritelty muun muassa potilaslaissa (785/1992). Riittävä tiedon saanti ja sen hyödyntäminen ovat tärkeitä hyvän hoidon ja potilasturvallisuuden edellytyksiä (Ahonen & Koivuniemi 2010, 60).

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on analysoida Turun kaupungin Hyvinvointitoimialan asumispalvelujen vanhainkodin, pitkäaikaissairaanhoidon ja palveluasumisen hoitosuunnitelmia niiltä osin, kuin niihin on kirjattu tietoja asukkaiden ravitsemuksesta. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa, miten ravitsemukseen liittyvät systemaattisen kirjaamisen mukaiset luokitukset, tarpeet, tavoitteet sekä toiminnot näkyvät Pegasos-käyttöjärjestelmän hoitosuunnitelmissa vuonna 2012. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää jatkossa, kun vertaillaan kirjaamisen tasoa tämän hetkiseen tilanteeseen.

Opinnäytetyöni on työntajalähtöinen ja tilaajana on Turun Kaupungin hyvinvointitoimialan vanhusten asumispalveluiden johtaja Kiviniemi.

## 2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Hyvä kirjaaminen on onnistuneen hoidon apuväline. Kirjallista hoitosuunnitelmaa pidetään hoidon ja sen kehittämisen apuvälineenä ja sen vuoksi sen on oltava aina ajan tasalla. Sen avulla kaikki työryhmän jäsenet saavat tiedon siitä, mihin potilaan hoidossa pyritään. Hoitosuunnitelmassa tulee näkyä suunnitelman kaikki eri vaiheet: hoidon tarve, hoidon tavoitteet, suunnitellut toiminnot, hoidon toteutus sekä hoidon arviointi (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 47.)

### 2.1 Hoitotyön kirjaaminen prosessin mukaisesti

Hoitotyön prosessi muodostuu potilaan ongelmista, hoitotyön tarpeesta, hoitotyön tavoitteista, toiminnoista ja arvioinnista. Hoitotyön kirjaaminen tapahtuu siis prosessimallin mukaisesti. Tietojärjestelmät on rakennettu siten, että potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen kirjaaminen on mahdollista kertakirjaamisen periaatteita noudattaen. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 21.)

Hoidon suunnittelu sisältää hoidon tarpeen, hoidon tavoitteet ja suunnitellut toiminnot. Hoitotyön suunnitelman tekeminen alkaa, kun asukas saapuu yksikköön. Hoitotyön suunnitelmaan kuuluvat hoidon tarpeiden arviointi ja priorisointi esitietojen keruun ja oireiden havainnoinnin pohjalta, hoidon tavoitteiden asettaminen sekä toiminnan tai keinojen suunnittelu tavoitteiden saavuttamiseksi. ( Mattila 2012, 12.)

Ensimmäisenä vaiheena on *hoidon tarpeen kirjaaminen*. Hoidon tarve on hoitotyön henkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimintojen avulla. Hoitaja valitsee potilaan hoidon tarvetta vastaavan komponentin joko pääluokan tai alaluokan, jota tarvittaessa voi täydentää vapaalla tekstillä. (Iivanainen & Syväoja 2009, 651; Liljamo ym. 2012, 21.)

*Hoidon tavoitteen kirjaaminen* on seuraava vaihe. Hoidon tavoite asetetaan edellä valitulle hoidon tarpeelle. Tavoite asetetaan suhteessa hoidon tarpeisiin ja siihen, mitä muutoksia potilaan tilassa odotetaan tapahtuvan tai mitä potilas itse toivoo. Tavoitteet

asetetaan tunnistettujen ongelmien poistamiseksi tai vähentämiseksi. (Iivanainen & Syväoja 2009, 652–653 ; Liljamo ym.2012, 21.)

Tavoitteiden asettamisen jälkeen kirjataan *hoitotyön toiminnot*. Toiminnot valitaan tavoitteiden mukaan niin, että ne ovat tarkoituksenmukaisia. Auttamismenetelmiä valittaessa otetaan huomioon hoitotyön periaatteet, henkilökunnan määrä, potilaan itsehoitoisuus ja hoitovälineiden saatavuus. Hoitotyön auttamiskeinoja ovat esimerkiksi ohjaaminen, tukeminen, avustaminen sekä seuranta. ( Iivanainen & Syväoja 2009, 653.)

Viimeisenä hoitotyön prosessin mukaisesti tehdyssä hoitosuunnitelmassa on *hoidon arviointi*. Arvioinnissa kuvataan, miten potilaan hoidon tarpeeseen on vastattu, onko tavoitteet saavutettu ja minkälaisia muutoksia potilaan voinnissa on tapahtunut. Arvioinnissa kerrotaan myös, miten potilas on kokenut hoidon ja olivatko tavoitteet asetettu sopivasti ja realistisesti. Arviointi toimii uuden tarpeenmäärityksen alkuna, ja prosessi jatkuu niin kauan, että kaikki tavoitteet on saavutettu. ( Iivanainen & Syväoja 2009, 654.)

## 2.2 Hoitotyön kirjaaminen rakenteisesti

Valtakunnallisesti yhtenäinen rakenteinen kirjaaminen ja sähköinen potilaskertomus ovat olleet Suomessa tavoitteena jo pitkään. Hoitotietojen systemaattisessa kirjaamisessa potilaan hoito kuvataan sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä ja siinä hoitotyön kirjaaminen jäsennetään hoitoprosessin mukaan. Kirjaamisessa käytetään hoitotyön ydintietoja ja eri vaiheet kirjataan systemaattisesti Finnish Care Classification (FinCC) – luokituskokonaisuuden avulla. Ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot sekä hoidon tulokset. Suomalaisen hoidon tarve- ja toimintoluokitukset sisältävät 17 samanimistä komponenttia eli hoitotyön sisältöaluetta. ( Rautava-Nurmi ym.2012, 45.)

Komponenteista yksi on ravitsemuksen komponentti, joka sisältää hoitotyön toimintoja. Toiminnoilla seurataan, turvataan, ja huolehditaan potilaan ravitsemukseen liittyvistä osatekijöistä. Hoitaja voi suunnitella esimerkiksi potilaan lisäravinnetarvetta



yhdessä potilaan ja moniammatillisen ryhmän kanssa. Joskus tarvitaan ravinnon määrän rajoittamista sekä suunnitellaan ja toteutetaan ravitsemukseen liittyvää ohjausta. (Liljamo ym. 2012,44.)

### Komponentti RAVITSEMUS

<b>Pääloukka</b>	<b>alaluokka</b>
<b>Ravitsemuksen muutos</b>	Ravinnon vähäisyys
<b>Erityisruokavalion tarve</b>	Ruokahaluttomuus
	Nielemisvaikeus
	Syömishäiriö
	Imeytymishäiriö
	Yksipuolinen ruokavalio
	Kyvyttömyys ottaa ravintoa suun kautta
	Ravinnottaolo
	Nälkä
	Aliravitseminen
	Lisäravinteiden tarve
	Ravintoaineiden rajoittamisen tarve
	Ruoka-aineallergia
	Ruokavalio

Taulukko 1. Turun kaupungin käyttämä SHTal 2.0.1 ravitsemus komponentin pää- ja alaluokat

Hoitotyön rakenteisesta ja sähköisestä kirjaamisesta on tehty laajasti tutkimuksia sekä Suomessa että kansainvälisesti. Hoitotyön kirjaamista on tutkittu eri hoitotyön osa-alueiden mukaan sekä tutkimusten toimintaympäristöt ovat vaihdelleet osastoista sairaanhoitopiiriin tasolle. Haavanhoidon kirjaamista tutkittiin Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa (Danielsson-Ojala 2011) ja tuloksissa todettiin, ettei kirjaaminen ollut selkeää ja ymmärrettävää. Haavanhoidosta ei oltu päivittäin kirjattu huomioita tai hoitotoimia. Tutkimusaineisto muodostui niiden potilaiden hoitokertomuksista, jotka olivat olleet sydänleikkauksessa yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2006 ja olivat yli 16-vuotiaita. Tutkimuksessa oli yhteensä 60 potilaan hoitosuunnitelmaa

ja tutkimusmenetelmänä käytettiin retrospektiivistä dokumenttitutkimusta ja tutkimusaineisto analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä, määrällistä sisällön analyysia, jossa tarkasteltiin olivatko kirjaukset selkeitä ja ymmärrettäviä.

Kauppi (2013) tutki kivun hoitotyön kirjaamista ja tutkimuksen tuloksena todettiin, että kirjaaminen oli puutteellista ja se voi olla yksi syy siihen, että kivun hoito leikkauksen jälkeen ei ollut parasta mahdollista. Tutkimuksessa analysoitiin sisällönanalyysillä hoitotyöntekijöiden tekemiä kivun hoitoa koskevia kirjauksia 55:stä sähköisestä potilasasiakirjasta. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että sähköiset kirjaamismenetelmät vaativat jatkokehittämistä, jotta kivun hoitoa voitaisiin parantaa.

Niiranen (2015, 39–44) tutki Hoitotyön kirjaamista hoidon tarpeen määrittelyn osalta. Tutkimuksessa tarkasteltiin erään kaupungin sairaalan vuodeosaston hoitotyön kirjaamista. Tutkimuksessa analysoitiin, miten hoitotyön tarveluokitusta SHTal oli kirjauksissa käytetty. Tulosten pohjalta tutkija nosti esille suosituksia hoitotyön suunnitelman kirjaamiseen: suunnitelmat tulisi laatia yhdessä potilaan kanssa. Tämä parantaisi sitä, että potilaan tarpeet, voimavarat ja oikeudet toteutuvat ja tulevat huomioiduksi. Potilaan tulisi olla tietoinen hoidon tavoitteista ja näin potilas voisi kokea kykenevänsä vaikuttamaan hoitonsa suunnitteluun. Hoidon tarpeet, tavoitteet ja suunnitellut toiminnot pitäisivät olla hoitosuunnitelmissa tärkeysjärjestyksessä. Hoitotyön kirjaamisen opetusta pitäisi lisätä.

Lonkkamurtumapotilaan ravitsemushoidon kirjaamista tutkittiin Turun sosiaali- ja terveystoimen ortopedisellä kuntoutusosastolla (Pennanen, Rasimus, Sipilä & Tornberg 2011, 49–51). Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lonkkamurtumapotilaan ravitsemushoidon kirjaamisen tilaa. Tutkimus oli kvalitatiivis-kvantitatiivinen ja aineiston analyysissa käytettiin sisällönanalyysiä. Tutkimusotanta koostui 27 potilaan hoitokertomuksista. Tutkimustulosten mukaan ravitsemushoitosuunnitelman laatiminen oli puutteellista. Hoitotavoite puuttui useista hoitosuunnitelmista. Ravitsemushoitotyön toimintoja oli kirjattu ilman hoitosuunnitelman ilmaisemaa hoidon tarvetta. Tutkimuksessa todettiin, että ravitsemushoitotyön kirjaaminen oli vielä “taimivaiheessa”.

### 2.3 Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992, 653/2000) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin ne tiedot, jotka ovat potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeellisia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 12 ). Potilasasiakirjoihin tehtävät merkinnät täytyy olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa laadittuja, käytettyjä ja saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia henkilökohtaisia tietoja. ( Hallilla 2005, 16.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004b, 13) julkaisi suunnitelman, jonka tavoitteena oli, että valtakunnallisesti yhteinen ja tietoturvallinen sähköinen potilastietojärjestelmä olisi käytössä kunnallisella terveydenhuollon alueilla vuoteen 2007 mennessä. Kirjaamisessa käytetään yhtenäistä rakenteisesti kirjattua ydintietoa, joka tallentuu tietokantoihin määrättyllä termistöllä. Ydintietoja käyttämällä saadaan helposti ja nopeasti kokonaiskuva potilaan sairaus-terveyshistoriasta sekä potilaan saamasta ohjauksesta sekä mahdollisista hoitotoimenpiteistä. Hoitotyössä ydintietoja ovat hoidon tarve, toiminnot, tulokset, hoitoisuus sekä hoitotyön yhteenveto. ( Pisirici & Shuur 2009, 7.)

## 3 IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS

Hyvällä ravitsemuksella on keskeinen tehtävä ikääntyneiden ihmisten terveyden, toimintakyvyn ja elämänlaadun tukemisessa. Vanheneminen itsessään ei heikennä ravitsemustilaa, mutta ikääntymisen myötä sairastavuus lisääntyy. Sairastuminen vaikuttaa syömiseen ja ravinnon saannin jäädessä liian vähäiseksi seuraa laihtumista sekä menetetään ravintoarvoja, joita tarvittaisiin sairaudesta toipumiseen. Laihtumisen myötä toimintakyky heikkenee. Tällöin sarkopenia eli lihaskato etenee, lihaskunto heikkenee,

alttius tulehduksille lisääntyy ja sairauksista toipuminen hidastuu. (2. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 5; Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 195.)

Ravitsemusalan asiantuntijoista koostuva Valtion ravitsemusneuvottelukunta julkaisee energiasaanti- ja ravintoainekohtaisia ravitsemussuosituksia eri ikäryhmille. Vuonna 2010 se julkaisi ensimmäiset valtakunnalliset ravitsemussuositukset, jotka keskittyvät ikääntyneiden ravitsemukseen. Suosituksia esimerkiksi ympärivuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten ravitsemuksesta on annettu aiemminkin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta pitää tärkeänä, että näitä ravitsemussuosituksia käytetään sekä ravitsemuksen arvioinnissa ja ohjauksessa että itse käytännön hoitotyössä. (2. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 5-6.)

Henkilökunnan asenteita geriatriasta ravitsemushoitoa kohtaan tutkittiin kyselylomakkeilla Linköpingin yliopiston sairaalassa sekä Jöngöpingin yliopiston terveystieteen laitoksella (Bachrach-Lindström 2007). Tutkimukseen osallistui 252 sairaanhoitajaa sekä sairaanhoitajan apulaisia, jotka työskentelivät vanhusten kuntoutusosastolla, klinikoilla sekä vanhainkodeissa. Hoitajille tehdyssä kyselylomakkeessa oli 18 asenneväittämää, jossa käytettiin Likert-asteikkoa. Mitä enemmän hoitajat saivat pisteitä, sitä myönteisemmät asenteet heillä oli ravitsemushoidon suhteen. Tutkimukseen osallistuneista 53 % suhtautui geriatriseen ravitsemushoitoon myönteisesti ja 47 %:n asenteet olivat joko neutraaleja tai negatiivisia. Geriatrisessa hoidossa korostetaan ravitsemushoidon tärkeyttä, mutta tähän tutkimukseen osallistuneista miltei puolet piti ravitsemushoitoa merkityksettömänä. Kuitenkin tiedetään, että hoitajien positiiviset asenteet saattavat estää aliravitsemustilan kehityksen tai alkaneen tilan pahenemisen

### 3.1 Ikääntyneiden ravitsemusongelmat

Vanhetessa ihmisen perusaineenvaihdunta hidastuu lihasmassan pienenemisen seurauksena. Syödyn ruoan määrä yleensä vähenee, jolloin proteiinien, vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti voi jäädä pienemmäksi. Sairaudet heikentävät toimintakykyä ja fyysinen aktiivisuus yleensä laskee, jolloin myös energiantarve vähenee. Kehon ve-

sipitoisuus ja solunsisäisten elektrolyyttien varastot pienenevät vanhenemisen seurauksena, mistä seuraa lisääntyntä häiriötä neste-elektrolyyttitasapainossa. Ravinnon hyväksikäyttöä elimistössä voivat aiheuttaa monet elimistön vanhenemiseen liittyvät muutokset. Siksi on erityisen tärkeätä, että ikääntyvä ihminen saa tarpeeksi vitamiineja sekä kivennäisaineita. Hyvään ravitsemustilaan tulee kiinnittää erityisen tarkkaa huomiota, koska sen avulla voidaan ehkäistä tai siirtää sairauksien puhkeamista tai estää sairauksien paheneminen. (2. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 14-18.)

### 3.2 Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevan ravitsemus

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevilla on usein muistisairaus ja avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa. Hoidettavina on myös vuodepotilaita. Riski virheravitsemukselle on lisääntynyt ja usein potilaiden ravitsemustila on huono. Ympäri vuorokautista hoitoa tarvitsevilla iäkkäillä henkilöillä on ravitsemusongelmana riittävä energian ja proteiininsaanti, jotta voitaisiin ylläpitää jäljellä olevaa toimintakykyä. Mitä enemmän iäkäs tarvitsee hoivaa, sitä suurempi on riittämättömän ravitsemuksen uhka. Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevilla asiakkaila on paljon virheravitsemukselle altistavia sairauksia kuten Alzheimerin tautia ja verenkiertosairauksia. Myös traumausten esimerkiksi lonkkamurtuman jälkitila vaikuttaa heikentävästi ravitsemustilaan. Masennus, kipu, krooninen sekavuus, aistitoimintojen vajeet sekä levottomuus altistavat virheravitsemukselle. (2. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27.)

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevan ikääntyneen riittävästä ravinnonsaannista pitäisi huolehtia ja tarvittaessa tarjoillaan tehostettua ruokavaliota. On tunnistettava ja ehkäistävä tahaton laihtuminen ja sen vuoksi punnitukset on tehtävä säännöllisesti. Arvioidaan potilaan avuntarvetta syömisestä ja tarvittaessa häntä muistutetaan syömisestä. Ateria-aikojen tulisi jakautua tasaisesti päivän aikana. Välipaloja tarjotaan potilaille, tarvittaessa myös yöaikaan. Täydennysravintovalmisteiden antaminen potilaille on tärkeää, mikäli siihen on tarvetta. Ne soveltuvat tilanteisiin, joissa on puutetta energiasta tai jostakin tietystä ravintoaineesta. Täydennysravintovalmisteet ovat usein

sellaisenaan käytettäviä ravintojuomia ja vanukkaita. ( 2. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27–28 ; Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 113; Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 188.)

Kun kyseessä on liikkuva potilas, hänet ohjataan ruokailemaan pöydän ääreen potilasruokasalissa tai päiväsalissa. Ennen vuodepotilaan ruokailua huone tuuletetaan ja sen jälkeen hänet avustetaan mahdollisimman hyvään ruokailuasentoon vuoteessa. Ruokailuun varataan riittävästi aikaa ja ruokailun päätyttyä tiedustellaan ruoan maistumista. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 63.)

### 3.3 Ikääntyneiden ravitsemustilan arviointi

Ikääntyneiden ravitsemustilan määrittäminen on usein vaikeaa. Paino ja painon muutos eivät kerro koko kuvaa ravitsemustilasta kuten nuorilla tai keski-ikäisillä. Syytä painon muutokseen ovat muun muassa nestetasapainon vaihtelu, lihasmassan ja rasvakudoksen osuuden muuttuminen. Ikääntyneen ravinnonsaantiin on syytä kiinnittää huomiota, mikäli painoindeksi on alle 23 kg/m<sup>2</sup> tai, jos paino on pudonnut yli kolme kiloa kolmessa kuukaudessa. Ravinnon saantia on myös seurattava, jos ruokahalu heikkenee sairauden seurauksena tai tilanteissa, missä energian ja proteiinin tarve kasvavat esimerkiksi leikkauksesta tai sairaudesta toipuminen. ( Aro, Mutanen & Uusitupa 2012, 289.)

Painon ja pituuden mittaaminen sekä niiden avulla laskettu painoindeksi (BMI) ovat hyvä ja yksinkertainen tapa arvioida ravitsemustilaa. Painoindeksi lasketaan jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä. Pituuden vaikutus painoon näin ollen korjaantuu ja eripituisille henkilöille saadaan käyttökelpoinen vertailuluku (TAULUKKO 1). Yli 65-vuotiaiden suositeltava painoindeksi on 24–29 ja yli 75-vuotiaiden 25–30. ( Arffman ym. 2009, 106–107.)

<b>painoindeksi kg/ m<sup>2</sup></b>	<b>Tulkinta</b>
Alle 16	Vaikea alipaino

16-18,5	Alipaino
18,5-25	Normaali paino
25-30	Lievä lihavuus
30-35	Merkittävä lihavuus
35-40	Vaikea lihavuus
Yli 40	Sairaalloinen lihavuus

Taulukko 2. Painoindeksi

MNA, Mini Nutritional Assessment-mittari on helppokäyttöinen iäkkäiden ravitsemustilan arviointimenetelmä (LIITE 1). Testin tekemiseen kuluu aikaa noin kymmenen minuuttia. Biokemiallisia tutkimuksia ei tarvita ja testin etuna on se, että se ei mittaa pelkästään antropometrisia suureita eli kehoa tai kehon osia, vaan huomioi myös seikkoja, jotka liittyvät ikääntyvän fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan ja toimintakykyyn sekä sosiaaliseen ympäristöön. MNA-testin herkkyys virheravitsemustilan toteamiseen on 96 % ja tarkkuus 98 %. (Aro ym.2012, 110–111.)

MNA- testi on tarkoitettu yli 65-vuotiaille ja on hyvin validoitu testi. Siinä ikääntyneet jaetaan kolmeen ryhmään: virhe- tai aliravitsemuksesta kärsiviin, virheravitsemusriskissä oleviin ja niihin, joilla on hyvä ravitsemustila. Keskeisiä välineitä arvioinnin tekemisessä on ruokailun seuranta, energian, proteiinin ja ravinnonsaannin arviointi. (2. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 31.)

Testin vastaukset on pisteytetty. MNA koostuu seulonta- ja arviointiosuudesta. Jos seulonnassa tutkittava saa korkean pistemäärän (12 pistettä tai enemmän), ei arviointia tarvitse jatkaa. Muussa tapauksessa vastataan kaikkiin kysymyksiin. Yhteispistemäärän (0-30) perusteella ravitsemustila voidaan luokitella seuraavasti: hyvä ravitsemustila (MNA > 24 ), virheravitsemusvaara on olemassa (MNA 17–23,9) ja virheravitsemustila (MNA < 17 ). (Aro ym. 2012, 290.)

### 3.4 Hyvän ravitsemushoidon toteuttaminen

Potilaiden ravitsemushoidon tarve on yksilöllinen. Tärkeätä on tunnistaa vajaaravitsemuksen riskipotilaat heti hoidon alussa. Kun riskipotilaat on tunnistettu, suunnitellaan tarvetta vastaava ravitsemushoito; tarvitaanko lisäravinteita vai muutetaanko annoskojoja aterioilla. Ravitsemushoidon suunnitteluun ja toteutukseen vaikuttavat esimerkiksi ravitsemushoidon tehostamistarve, sairauteen liittyvät vaatimukset, erityisruokavalion tai rakennemuutetun ruoan tarve, liikapainoisen potilaan laihtumistarve ja sen ajankohtaisuus, uskonto ja eettinen vakaumus. (1. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27.)

Ravitsemussuunnitelma pohjautuu jo olemassa oleviin taustatietoihin, mittareiden tuloksiin sekä hoitajan asukkaalta saamiin tietoihin. Ravitsemussuositukset ovat osa asukkaan yksilöllistä hoidon suunnitelmaa ja kaikki tiedot kirjataan potilastietojärjestelmään. Ravitsemussuunnitelma laaditaan tarveluokituksen mukaisesta (SHTal). Ensin kirjataan tarve, joka jälkeen kirjataan ravitsemussuunnitelman tavoitteet yksilöllisesti. Toiminnoiksi valitaan hoitotyön keinot esimerkiksi erityisruokavalion toteuttaminen. (Iivanainen & Syväoja 2009, 651–654.)

### 3.5 Ravitsemushoidon kirjaaminen

Ravitsemushoidossa seurataan ruoan sopivuutta sekä riittävyttä potilaalle. Annokset suunnitellaan ja muokataan sopiviksi potilaan toiveiden sekä ravitsemustilan perusteella. Potilaiden painoa seurataan punnituksilla sekä BMI-arvoa määritetään potilaan tilanteen mukaan. Ravitsemushoidon eri vaiheet kirjataan potilasasiakirjoihin. Systemaattisella kirjaamisella luodaan edellytykset hoidon onnistumiselle, jatkuvuudelle sekä moniammatilliselle yhteistyölle. Kirjaamiskäytännöistä on tärkeää sopia jokaisessa yksikössä. Ravitsemushoidosta kirjataan potilasasiakirjoihin: lähtötilanne, kuten MNA – testin tulos, erityisruokavalion tarve ja syömiseen liittyvät pulmat. Ravitsemushoidon tavoitteet ja ravitsemussuunnitelma täytyy myös näkyä kirjauksissa. Kirjauksissa tulee näkyä, miten ravitsemushoito on toteutettu, esimerkiksi ruokavalio, an-



noskoko, ylimääräisenä tarjotut ruoat, täydennysravintojuomat ja letkuravitseminen. Ravitsemushoitoa tulee seurata ja kirjata, paljonko potilas on syönyt. Jatkohoidon suunnitelma tulee myös olla kirjattuna. Tarvittaessa potilalle annetaan ravitsemusohjausta. Ravitsemusohjaus tulee kirjata aina potilasasiakirjoihin, jotta myöhemmin pystytään tarkistamaan, minkälaista ohjausta potilas on jo saanut. (1. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 42.)

Söderhamn, Bachrach-Lindström & Ek (2007) tutki Ruotsissa geriatrinen kuntoutuspotilaiden ravitsemustilan seulontaa ja terveyttä. Tutkimuksessa selvitettiin myös hoitajien havaintoja vanhusten ravitsemustilasta. Tutkimuksessa tutkittiin 147 vanhusten kuntoutusosaston potilasta poikittaistutkimuksella. Tutkimustulosten mukaan iäkkäiden potilaiden aliravitseminen oli yleistä. Hoitajien puutteellisesta ravitsemuskirjauksesta johtuen kaikkia aliravitsemusriskin potilaita ei huomioitu tarpeeksi. Hoitajien ravitsemuskirjaaminen oli riittämätöntä ja sen vuoksi potilaiden aliravitsemusriski jäi usein tunnistamatta.

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on analysoida Turun kaupungin, Hyvinvointitoimialan vanhainkodin, pitkäaikaissairaanhoidon ja palveluasumisen yksikön hoitosuunnitelmia niiltä osin, kuin niihin on kirjattu tietoja asukkaiden/potilaiden ravitsemuksesta. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa miten ravitsemukseen liittyvät systemaattisen kirjaamisen mukaiset luokitukset, tarpeet, tavoitteet sekä toiminnot näkyvät Pegasoksen hoitosuunnitelmissa vuonna 2012. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää jatkossa, kun vertaillaan kirjaamisen tasoa tämän hetkiseen tilanteeseen.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten asukkaiden ravitsemukseen liittyvät tarpeet on asetettu hoitosuunnitelmiin?

2. Minkälaisia ravitsemuksellisia tavoitteita hoitosuunnitelmiin on kirjattu?
3. Minkälaisia ravitsemuksellisia hoitotoimenpiteitä hoitosuunnitelmiin on kirjattu?

## 5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Tutkimusmenetelmä ja analysoitava aineisto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on analysoida Turun kaupungin Hyvinvointitoimialan vanhusten asumispalveluiden asukkaiden hoitosuunnitelmia ravitsemuksen näkökulmasta vuodelta 2012. Hoitosuunnitelmiin kuuluvan arvioinnin osuutta ei näistä hoitosuunnitelmista voitu tutkia, koska analysoitavissa suunnitelmissa ei arviointiosuutta ole nähtävissä. Tämä tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen, jossa sekundaariaineisto analysoidaan teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimuksessa käytetään myös määrällistä eli kvantitatiivista lähestymistapaa. Tuloksissa on esitetty määrällisesti kuinka moneella asukkaista on virheravitsemus, riski virheravitsemukseen on kasvanut tai hyvä ravitsemustila. Määrällisessä muodossa esitetään myös kuinka monta kertaa suunnitelmiin kirjattu ravitsemukseen liittyvät tarpeet, tavoitteet sekä toiminnot esiintyvät tutkituissa hoitosuunnitelmissa. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on antaa uusi tapa ymmärtää asioita. Siinä tutkitaan pääasiassa prosesseja ja ilmiöitä, jotka ovat liian monimutkaisia määrällisen tutkimuksen tilastollisille analyyseille. Määrällinen tutkimus sen sijaan mittaa nimensä mukaisesti määriä. Tutkimusmenetelmät jaetaan yleensä laadullisiin sekä määrällisiin lähestymistapoihin, jotka eivät sulje toisiaan pois. Menetelmätarkastelun vastakkainasettelusta on päästy irti ja nykyään jaottelun sijaan keskitytään siihen, mitä tutkittavasta ilmiöstä halutaan saada tietää ja miten tämä tieto saadaan parhaiten esiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54–66.)

Tutkimuksessa käytettiin valmiita aineistoja eli hoitosuunnitelmia. Valmiita aineistoja voidaan käyttää erilaisiin tarkoituksiin kuten sisällön kuvailuun ja selittämiseen. Valmiita aineistoja ovat esimerkiksi omaelämäkerrat, päiväkirjat, kirjeet ja viralliset dokumentit. Voidaan sanoa, että nämä kaikki kuuluvat narratiivisen tutkimuksen piiriin. Narratiivisen tutkimuksen lähtökohtana on kertomusten analyysi. Kertomukset toimivat tiedon välittäjinä ja tuottajina. ( Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 161- 217)

Aineistoa voidaan analysoida monin tavoin ja analyysia ei tehdä vain yhdessä tutkimusprosessin vaiheessa vaan pitkin matkaa. Aineistoa siis voidaan analysoida ja kerätä samanaikaisesti. Tässä työssä käytetään deduktiivista eli teorialähtöistä sisältöanalyysia. Aineistot muodostuvat usein runsaalla ”kuorrukseksi” varustetuista sisällöistä, joiden taakse kätkeytyy ydinasia. Sisällönanalyysin tarkoituksena on paljastaa tekstin ydin ja tehdä siitä tiivistetty kuvaus. Sisällönanalyysi perustuu sisällön luokitteluun. Luokittelun avulla voidaan katsoa aineiston sisään ja ottaa aineisto haltuun. Sisällön analyysi voi tarkoittaa myös sisällön erittelyä, voidaan esimerkiksi laskea ilmiöön liittyvien käsitteiden esiintymistiheyttä ja keskinäisiä kytköksiä. ( Kananen 2012,116.) Tämän tutkimuksen aineistonanalyysissä lasketaan, kuinka monta ravitsemukseen liittyvää tarvetta, tavoitetta ja toimintoa hoitosuunnitelmiin on kirjattu.

Turun kaupungin hyvinvointitoimialalla tehtävät hoitotyön opinnäytetöiden tutkimussuunnitelmat käyvät läpi arviointiprosessin ennen tutkimusluvan myöntämistä. Tutkimusluvan myöntää asianomaisen tulosyksikön johtaja. Anomus (Liite 2) lähetettiin sähköpostitse ja tälle tutkimukselle lupa myönnettiin 9.8.2016.

Opinnäytetyön yhteistyösopimus allekirjoitettiin kohdeorganisaation, ohjaavan opettajan sekä SAMK:n Hyvinvoitiosaamisalueen toimialajohtajan kanssa.

## 5.2 Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi

Tämän opinnäytetyöni tutkimusaineiston luovutti minulle Hyvinvointitoimialan vanhusasumispalvelujen johtaja Kiviniemi. Turun kaupungin Pegasos-pääkäyttäjät

poimivat analysoitavat hoitosuunnitelmat satunnaisesti 1146:sta kaupungin asukkaasta. Otos oli 12, 5 % eli analysoitavia hoitosuunnitelmia oli yhteensä 123, joista vanhainkotien hoitosuunnitelmia oli 70, pitkäaikaishoidon 38 ja palveluasumisen 15. Tutkimuksessa mukana olevien hoitosuunnitelmien jakautuminen eri tulosalueisiin on seuraava: vanhainkodeista (N= 70), pitkäaikaissairaanhoidosta (N= 38) sekä palveluasuminen (N= 15).

Tämän tutkimuksen tutkimusaineisto analysoitiin sekä laadullisesti että määrällisesti. Aineiston analyysirunko muodostui ravitsemukseen liittyvien kirjausten tarpeista, tavoitteista sekä toiminnoista. Hoitosuunnitelmien tarpeet, tavoitteet ja toimenpiteet tallennettiin excel-taulukkoon asukaskohtaisesti omiin sarakkeisiin. Hoitosuunnitelmat numeroitiin ja numero toimi asukkaan tunnistustietona, koska nimiä ei suunnitelmissa ollut näkyvissä. Sarakkeen ensimmäisessä kohdassa on lyhenne, mistä yksiköstä kyseinen asukas on. Seuraavaksi merkittiin asukkaan MNA-pisteitys värikoodeilla; punainen, jos asukkaalla on virheravitsemus, keltainen, jos asukkaalla on virheravitsemuksen riskiä ja vihreä väri, jos asukkaan ravitsemustila on normaali. Kolmanteen sarakkeeseen oli merkitty asukkaan hoitosuunnitelmaan kirjatut ravitsemukseen liittyvät tarpeet, sen jälkeen tavoitteet ja viimeisenä toimenpiteet. Nämä systemaattisen kirjaamisen vaiheet käytiin tarkoin lävitse hoitosuunnitelmista ja lopuksi tehtiin yhteenveto, minkälaisia tarpeita, tavoitteita ja toimenpiteitä hoitosuunnitelmiin oli kirjattu.

## 6 TULOKSET

Tutkimustuloksia on kuvattu tutkimusongelmien mukaisesti. Suoria lainauksia hoitosuunnitelmien kirjauksista esitetään sitateissa todentamaan tuloksia. Tuloksissa eritellään hoitosuunnitelmiin kirjatut ravitsemukseen liittyvät tarpeet, tavoitteet sekä toiminnot asukkaiden palvelumuodon mukaan MNA-pisteityksen mukaisesti. Analysoitavana oli yhteensä 123 hoitosuunnitelmaa, joista vanhainkotien asukkaiden suunnitelmia 70, pitkäaikaissairaanhoidon asukkaiden 38 sekä palveluasumisen asukkaiden

15. Vanhainkodin hoitosuunnitelmista (N= 70) kuudessa ei ollut minkäänlaista tietoa MNA-pisteistä ja kahdelle asukkaalle oli tehty vain MNA- seula eikä jatkettu arviointiin, vaikka pistemäärä olisi sitä vaatinut. Näitä suunnitelmia ei otettu mukaan analysoitaviksi. Muiden yksiköiden hoitosuunnitelmat olivat analysoitaviksi hyväksytyjä.

## 6.1 Ravitsemukseen liittyvät tarpeet

Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää hoitosuunnitelmista ravitsemukseen liittyvien tarpeiden kirjaamisen sisältö. Ensimmäisenä esitetään tulokset niiden asukkaiden ravitsemukseen liittyvien tarpeiden kirjaamisesta, joiden MNA pisteet olivat alle 17, sitten niiden, joiden MNA pisteet olivat 17–23, 9 ja viimeiseksi niiden, joiden MNA pisteet olivat yli 24. Olen jakanut tulokset seuraavan pisteityksen mukaisesti:

### 6.1.1 Ravitsemukseen liittyvien tarpeiden kirjaaminen alle 17 MNA- pisteen saaneille

Pitkäaikaissairaanhoidon asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan 18 asukkaalla oli virheravitseminen. Asukkaille oli kirjattu ravitsemushoitoon liittyvä **tarve**. Ravitsemushoitoon liittyvät tarpeet olivat: lisääntynyt ravinnon tarve (n=3) potilaan heikentynyt selviytymiskyky (n= 3), ravitsemuksen muutos (n=8), ravinnon vähäisyys (n=1), ruokahaluttomuus (n= 1), ruokailuun liittyvä avun tarve (n= 1) sekä syöminen ja juominen (n=1). Hoitosuunnitelmissa tarpeen määrittelyssä kahteen oli merkitty MNA- mittarin tulos.

*“Ravitsemuksen muutos. MNA 11, vuodepotilas, nesteiden nieleminen vaikeutunut”*  
(7)

*“Ruokahaluttomuus. Useimmiten huono ruokahalu. Myös nesteiden antaminen hankalaa”*( 27)

Palveluasumisen asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan yhdellä asukkaalla oli virheravitseminen. Asukkaista yhdellä oli virheravitseminen ja ravitsemushoidon **tarpeeksi** oli kirjattu (n=1) ravitsemuksen muutos.

*“ravitsemuksen muutos. Syö pieniä annoksia ruokaa, ei haluaisi syödä juuri lainkaan”*(1)

Vanhainkotien asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan 17 asukkaalla oli virheravitsemus. Ravitsemushoidon **tarve** oli kirjattu 15 asukkaalle. Tarpeet olivat ravitsemuksen muutos (n=7), ruokavalio (n=1), ruokahaluttomuus (n=4) ja potilaan heikentynyt selviytymiskyky (n=3).

*“ravitsemuksen muutos. Syöminen hankalaa ja kivuliasta. Käytössä nestemäinen maidoton ruoka. Syötettävä.vuodehoidossa”*(25)

*“ruokahaluttomuus. Ajoittain ruoka ei maistu. Hyla-ruokavalio. Ei syö kokoliharuokia”*(26)

#### 6.1.2 Ravitsemukseen liittyvien tarpeiden kirjaaminen 17–23, 9 MNA- pisteen saaneille

Pitkäaikaissairaanhoidon asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan 17 asukkaalla riski virheravitsemukseen oli kasvanut. Asukkaista 15:lle oli kirjattu ravitsemukseen liittyvä **tarve**. Ravitsemushoitoon liittyvät tarpeet olivat ravitsemuksen muutos (n=7), ruokahaluttomuus (n=1), syöminen ja juominen (n=2), potilaan heikentynyt selviytymiskyky (n= 3) ja ruokailuun liittyvä avun tarve (n=2).

*“ravitsemuksen muutos. Käsi vapisee. Nieleminen vaikeaa”*(12)

*“ravitsemuksen muutos. Nesteiden juominen unohtuu usein. Pystyy itse ruokailemaan, kun ruoka tarjoillaan eteen”*(14)

Palveluasumisen asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan 12 asukkaalla riski virheravitsemukseen oli kasvanut. Kolmelle asukkaalle ravitsemushoidon **tarve** oli kirjattu. Ravitsemushoitoon liittyvät tarpeet olivat ruokailuun liittyvä avun tarve (n=1), ravitsemuksen muutos (n=1) ja ruokavalio (n=1). Hoitosuunnitelmissa tarpeen määrittelyssä yhteen oli merkitty MNA- mittarin tulos.

*“Ruokailuun liittyvä avun tarve. Asukkaalla ongelmia syömisen kanssa”*

*“ravitsemuksen muutos. BMI 31.3 MNA 20.1.12 20 pistettä”(2)*

Vanhainkotien asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan 41 asukkaalla riski virheravitsemus oli kasvanut. Kaikkien asukkaiden hoitosuunnitelmiin oli kirjattu ravitsemukseen liittyvä **tarve**. Ravitsemushoitoon liittyvät tarpeet olivat ruokahaluttomuus (n=2), ravinnon vähäisyys (n=1), ravitsemuksen muutos (n=18), potilaan heikentynyt selviytymiskyky (n=14), syömisvaikeus (n=1), aliravitsemus (n=1), ruokailuun liittyvän avun tarve (n=2), päivittäiset toiminnot (n=1) ja erityisruokavalion tarve (n=1).

*”ruokahaluttomuus. Syötettävä ja juotettava. Syöminen ajoittain huonoa”(15)*

*”ravitsemuksen muutos. Ajoittain syö huonosti, herkut maistuvat paremmin”(18)*

### 6.1.3 Ravitsemukseen liittyvien tarpeiden kirjaaminen yli 24 MNA- pisteen saaneille

Pitkäaikaissairaanhoidon asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan kolmella asukkaalla oli hyvä ravitsemustila. Kahdelle asukkaalle oli kirjattu ravitsemukseen liittyvä **tarve**. Ravitsemushoitoon liittyvät tarpeet olivat potilaan heikentynyt selviytymiskyky (n= 1) sekä ravitsemuksen muutos (n=1).

*“ravitsemuksen muutos. Ravitsemussuosituksien mukaan riski virheravitsemukselle kasvanut. Juo hyvin. Ruokahalu huono, ei halua syödä koska kaikki maistuu pahalle. Yritetään löytää lempiruokia”(17)*

Palveluasumisen asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan yhdellä asukkaalla oli hyvä ravitsemustila. Hänelle ei oltu kirjattu mitään ravitsemukseen liittyvää tarvetta.

Vanhainkotien asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan neljällä asukkaalla oli hyvä ravitsemustila. Heille kaikille oli kirjattu ravitsemukseen liittyvä **tarve**. Ravitsemushoitoon liittyvät tarpeet olivat ravitsemuksen muutos (n=3) sekä syömisvaikeus (n=1).

*“syömisvaikeus. Taipumus syödä hotkien. Ei pureskele, ruoka menee helposti henkitorveen”(68)*

## 6.2 Ravitsemukseen liittyvät tavoitteet

Toisena tutkimusongelmana oli selvittää hoitosuunnitelmista ravitsemukseen liittyvien tavoitteiden kirjaamisen sisältö. Ensimmäisenä esitetään tulokset niiden asukkaiden ravitsemukseen liittyvien tarpeiden kirjaamisesta, joiden MNA pisteet olivat alle 17, sitten niiden, joiden MNA pisteet olivat 17–23, 9 ja viimeiseksi niiden, joiden MNA pisteet olivat yli 24. Olen jakanut tulokset seuraavan pisteityksen mukaisesti:

### 6.2.1 Ravitsemukseen liittyvien tavoitteiden kirjaaminen alle 17 MNA- pisteen saaneille

Pitkäaikaissairaanhoidon asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan 18 asukkaalla oli virheravitseminen. Asukkaista 16:lle oli kirjattu ravitsemukseen liittyvä **tavoite**.

Ravitsemushoitoon liittyvät tavoitteet olivat mahdollisimman hyvä ravitseminen (n=1), päivittäisistä toiminnoista selviytyminen (n=1), virheravitsemuksen korjaaminen (n=1), riittävä ravinnonsaanti (n=1), riittävä nesteidensaanti (n=1), riittävä ravitseminen ja nesteytys (n=), painon nousu (n=1), nykyisen toimintakyvyn ylläpitäminen (n=1), riittävä ravinnon saanti (n=1), aliravitsemustilan ehkäiseminen (n=3), sopivat ateriävälit (n=1), vajaaravitsemuksen ehkäiseminen (n=1), ravinnon saannin turvaaminen (n=1), tyytyväinen ja turvallinen olo (n=1), riittävän ravitsemuksen ylläpito (n=1) sekä riittävä, asianmukainen ravitseminen (n=1).

Palveluasumisen asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan yhdellä asukkaalla oli virheravitseminen. **Tavoitteeksi** oli kirjattu hyvä ravitsemustila.



Vanhainkotien asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan 17 asukkaalla oli virheravitse-  
mus. Asukkaista 16:lle oli kirjattu ravitsemushoitoon liittyvä tavoite. Ravitsemushoi-  
toon liittyvät tavoitteet olivat ravinnon saannin turvaaminen (n=2), eri-tyisruokavalion  
toteuttaminen (n=1), riittävä ravinnon saanti (n=1), nykyisen ravitsemustilan säilyttä-  
minen (n=2), päivittäisistä toiminnoista selviytyminen avustettuna (n=1), päivittäisten  
toimintojen turvaaminen(n=2), ruokahalun parantaminen (n=1), aliravitsemustilan en-  
naltaehkäisy (n=1), syö vähintään 2 ateriaa päivässä (n=1), oloa helpottava ravitsemus  
(n=1), riittävä ravitsemus (n=1), ravitsemussuunnitelma (n=1) sekä ravintoaineiden  
saannin turvaaminen (n=1).

#### 6.2.2 Ravitsemukseen liittyvien tavoitteiden kirjaaminen 17–23, 9 MNA- pisteen saaneille

Pitkäaikaissairaanhoidon asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan 17 asukkaalla riski  
virheravitsemukseen oli kasvanut. Asukkaista yhdelle ei ollut kirjattu minkäänlaista  
**tavoitetta**. Ravitsemushoitoon liittyvät tavoitteet olivat: syöminen onnistuu avustet-  
tuna (n=1), ruokahalu parantuu, iänmukainen ravitsemus toteutuu (n=1), aliravitse-  
muksen ehkäiseminen (n=1), potilaan päivittäinen hyvä olo (n=1), oikea ja riittävä ra-  
vinnonsaanti (n=1), riittävä nesteytys (n=1), iänmukainen ravitsemus (n=1), huolehdi-  
taan päivittäisistä tarpeista (n=1), hyvästä ravitsemuksesta huolehtiminen (n=1), itse-  
näinen selviytyminen mahdollisimman pitkään (n=1), riittävä ravitsemus (n=1).

Palveluasuminen asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan 12 asukkaalla riski virhera-  
vitsemukseen oli kasvanut. Asukkaista kolmelle oli kirjattu **tavoite**. Ravitsemushoi-  
toon liittyvät tavoitteet olivat hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen (n=1), hyvä ravit-  
semustila sekä painoindeksi eivät nouse (n=1) sekä laktoosittoman ruokavalion mah-  
dollistaminen (n=1).

Vanhainkotien asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan 41 asukkaalla riski virheravit-  
semukseen oli kasvanut. Kaikille asukkaille kahta lukuun ottamatta oli kirjattu ravit-  
semukseen liittyvä tavoite. Ravitsemushoitoon liittyvät tavoitteet olivat ravinnon saan-

nin turvaaminen (n=5), hyvä ravitsemustila (n=4), päivittäisten toimintojen turvaaminen (n=5), riittävä ravinnon saanti (n=2), ravitsemussuunnitelma (n=6), hyvä perushoito (n=1), saa tarvitsemansa kalorimäärän (n=1), taataan päivittäinen ravinnon saanti (n=1), jäljellä olevan omatoimisuuden ylläpito ohjattuna (n=1), päivittäisistä toiminnoista selviytyminen avustettuna (n=4), Riittävän ravitsemuksen turvaaminen (n=1), pysyy mahdollisimman omatoimisena (n=1), hyvän ravitsemuksen turvaaminen (n=1), riittävä ja monipuolinen ravitsemus (n=2), jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpitäminen (n=3), yksilöllisyyden toteutuminen (n=1), Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen tasapaino ja hyvinvointi (n=1), olemassa olevan ravitsemustilan säilyminen (n=1), sappi oireiden välttäminen (n=1), syö joka aterialla (n=1) ja pysyy mahdollisimman omatoimisena (n=1).

### 6.2.3 Ravitsemukseen liittyvien tavoitteiden kirjaaminen yli 24 MNA- pisteen saaneille

Pitkäaikaissairaanhoidon asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan kolmella asukkaalla oli hyvä ravitsemustila. Kahdelle asukkaalle oli kirjattu ravitsemukseen liittyvä **tavoite**. Ravitsemushoitoon liittyvät tavoitteet olivat päivittäisten toimintojen turvaaminen (n=1) sekä riittävä ravitsemustaso (n=1).

Palveluasumisen asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan yhdellä asukkaalla oli hyvä ravitsemustila. Hänelle ei oltu kirjattu yhtään ravitsemukseen liittyvää tavoitetta.

Vanhainkotien asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan neljällä asukkaalla oli hyvä ravitsemustila. Jokaiselle oli kirjattu ravitsemukseen liittyvä tavoite. Ravitsemushoitoon liittyvät tavoitteet olivat ravinnon saannin turvaaminen (n=2), ravitsemussuunnitelma (n=1) sekä hyvä ravitsemustila (n=1).

### 6.3 Ravitsemukseen liittyvät toimenpiteet

Kolmantena tutkimusongelmana oli selvittää hoitosuunnitelmista ravitsemukseen liittyvien toimintojen kirjaamisen sisältö. Ensimmäisenä esitetään tulokset niiden asukkaiden ravitsemukseen liittyvien tarpeiden kirjaamisesta, joiden MNA pisteet olivat alle 17, sitten niiden, joiden MNA pisteet olivat 17–23, 9 ja viimeiseksi niiden, joiden MNA pisteet olivat yli 24. Olen jakanut tulokset seuraavan pisteityksen mukaisesti:

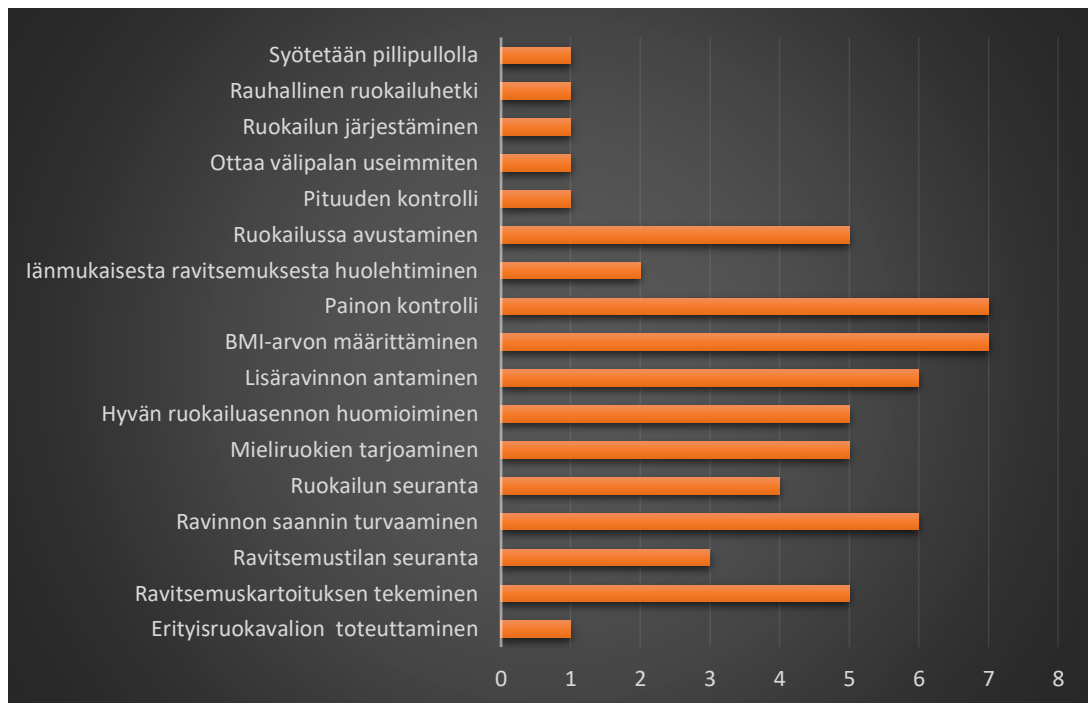
#### 6.3.1 Ravitsemukseen liittyvien toimintojen kirjaaminen alle 17 MNA- pisteen saaneille

Pitkäaikaissairaanhoidon asukkaiden hoitosuunnitelmien mukaan 18 potilaalla oli virheravitseminen. Kaikille asukkaille oli kirjattu ravitsemukseen liittyvä **toimenpide**. (KUVIO 1.) Toimenpiteiden määrä yhtä asukasta kohden vaihteli yhdestä seitsemään. Toimenpiteinä oli kirjattu painon kontrollointi kolmen kuukauden välein, BMI-arvon määrittäminen kolmen kuukauden välein, ravitsemuskartoituksen tekeminen kolmen kuukauden välein, mieliruokien tarjoaminen, ruokailussa avustaminen, ravinnon saannin turvaaminen, ravitsemustilan seuranta, hyvästä ruokailuasennosta huolehtiminen, lisäravinteiden tarjoaminen sekä rauhallisesta ruokailuhetkestä huolehtiminen.

*“ravinnon saannin turvaaminen. Syö avustettuna. Tpe ruoka, juomana mehu. Suolalisä -> matala natriumtaso. Syö hyvin. Nesterajoitus n.1500ml/vrk, josta mehua 1000ml” (11)*

*“ ravitsemustilan seuranta BMI, paino ja MNA 3 kk:n välein” (12)*

*“lisäravinteiden antaminen” (34)*



Kuvio 1. Virheravitsemuksesta kärsivien pitkäaikaissairaanhoidon asukkaiden hoitosuunnitelmiin kirjatut ravitsemuksen toiminnot.

Palveluasumisen hoitosuunnitelmien mukaan yhdellä asukkaalla oli virheravitsemus. Hänelle ravitsemukseen liittyviä toimenpiteitä oli kirjattu kolme kappaletta, ravinnon saannin turvaaminen, ravitsemuskartoituksen tekeminen kolmen kuukauden välein sekä iänmukaisesta ravitsemuksesta huolehtiminen.

*“ravinnon saannin turvaaminen. Asetellaan ruoka houkuttelevasti lautaselle ja motivoitua syömään lautanen tyhjäksi. Pienet annokset, liian isot annokset aiheuttavat vastustusta syömiseen. Kysytään omia toiveita ruuan suhteen ruoanjakotilanteessa tai annetaan itse ottaa ruoka lautaselleen”(1)*

*“ravitsemuskartoituksen tekeminen MNA-arviointi 3 kk välein”(1)*

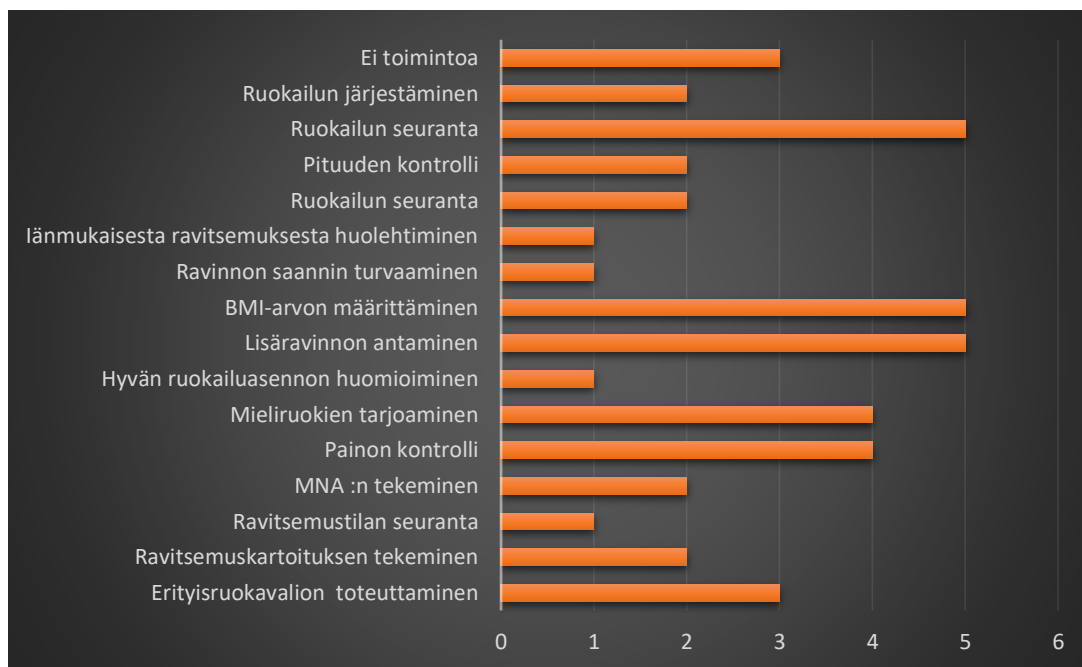
*“iänmukaisesta ravitsemuksesta huolehtiminen. Perunasose rikastettua”(1)*

Vanhainkotien hoitosuunnitelmien mukaan 17 asukkaalla oli virheravitsemus. Kaikille asukkaille oli kirjattu ravitsemukseen liittyvä **toimenpide**. (KUVIO 2.) Toimenpiteiden määrä yhtä asukasta kohden vaihteli yhdestä kuuteen.

*“ravinnon saannin turvaaminen. Syötettävä ja juotettava, sosemainen ruoka”*

*“mieliruokien tarjoaminen. Juo mielellään punaista maitoa ja kaakaota. Pitää lihapöyrästä”(21)*

*“hyvän ruokailuasennon huomioiminen. Etsitään joka kerta hyvä asento, jossa asukkaan hyvä ja turvallinen syöä. ( aspiraatoriski)”(69)*



Kuvio 2. Virheravitsemuksesta kärsivien vanhainkotien asukkaiden hoitosuunnitelmiin kirjatut ravitsemuksen toiminnot

### 6.3.2 Ravitsemukseen liittyvien toimintojen kirjaaminen 17–23, 9 MNA- pisteen saaneille

Pitkäaikaissairaanhoidon hoitosuunnitelmien mukaan 17 asukkaalla virheravitsemuksen riski oli kasvanut. Asukkaista 13:lle oli kirjattu ravitsemukseen liittyvä **toimenpide**. (KUVIO 3.) Toimenpiteiden määrä yhtä asukasta kohden vaihteli nolasta viiteen.

*“ravitsemuksen seuranta. MNA, paino ja BMI 3:n kk välein”(14)*

*“länmukaisesta ravitsemuksesta huolehtiminen. Osittain pehmeä perusruoka, nesteiden juomisesta muistuteltava”(14)*

*“ruokailussa avustaminen. Oma lusikka käytössä, itse syö”(10)*



Kuvio 3. Pitkäaikaissairaanhoidon asukkaiden hoitosuunnitelmiin kirjatut ravitsemuksen toiminnot, kun riski virheravitsemukselle on kasvanut

Palveluasumisen hoitosuunnitelmien mukaan 12:lla riski virheravitsemukseen on kasvanut. Kolmelle asukkaalle oli kirjattu ravitsemukseen liittyvä **toimenpide**. (KUVIO 4.) Toimenpiteiden määrä yhtä asukasta kohden vaihteli nollasta kahteen.

*“ruokailussa avustaminen. Asukas syö sosemaista ruokaa. Ajoittain tarvitsee avustusta syömisessä levottomuuden takia”*(11)

*“ruokailun seuranta. Hoitajat seuraavat päivittäin asiakkaan ruokailua sekä ruokahaluja”*(3)

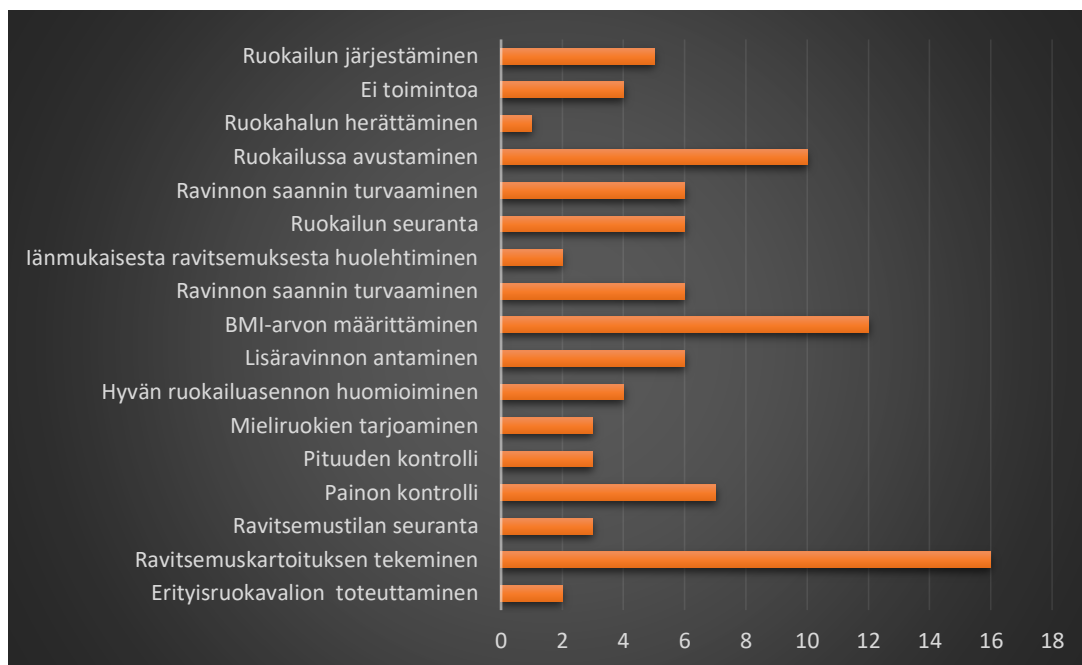


Kuvio 4. Palveluasumisen asukkaiden hoitosuunnitelmiin kirjatut ravitsemuksen toiminnot, kun riski virheravitsemukseen kasvanut.

Vanhainkotien hoitosuunnitelmien mukaan 41 asukkaalla riski virheravitsemukseen oli kasvanut. Vanhainkotien kaikille asukkaille lukuun ottamatta yhtä oli kirjattu ravitsemukseen liittyvä **toimenpide**. (KUVIO 5.) Toimenpiteiden määrä yhtä asukasta kohden vaihteli yhdestä seitsemään. Ravitsemukseen liittyviä toimenpiteitä oli ravitsemuskartoituksen tekeminen kolmen kuukauden välein, ravitsemustilan seuranta, mieliruokien tarjoaminen, ruokahalun herättäminen, lisäravinnon tarjoaminen, painon kontrollointi kolmen kuukauden välein, ruokailussa avustaminen, ravitsemustilan seuranta sekä ruokailussa avustaminen.

*“paino kontrolli x 1 kk”(63)*

*“lisäravinnon tarjoaminen yöaikaan, kun hereillä annetaan ruokaa”(49)*



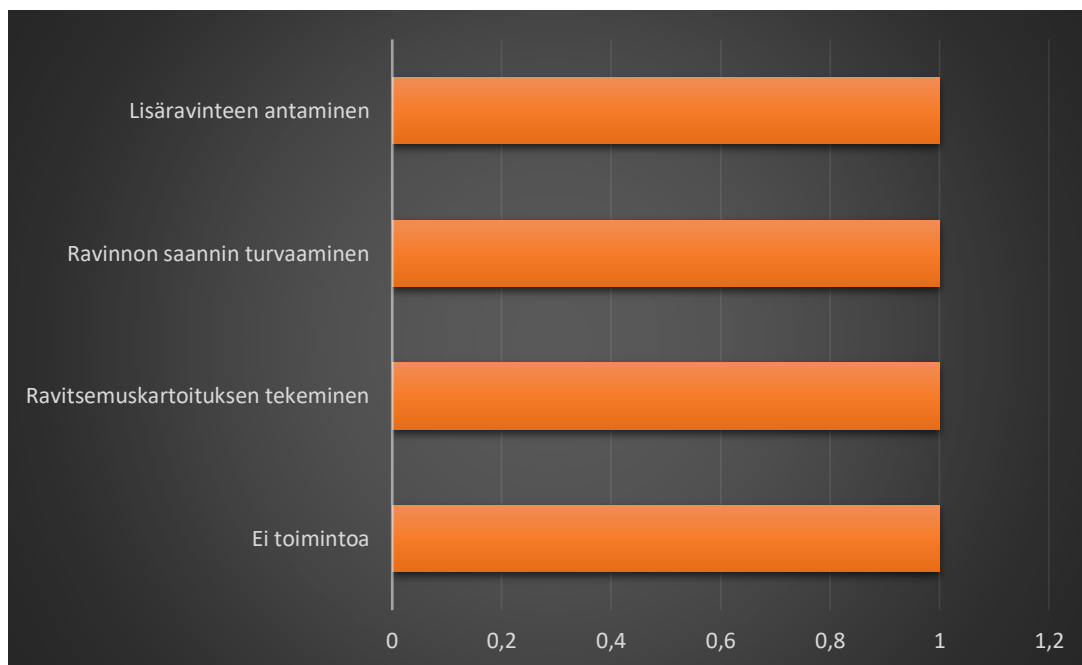
Kuvio 5. Vanhainkotien asukkaiden hoitosuunnitelmiin kirjatut ravitsemuksen toiminnot, kun riski virheravitsemukselle on kasvanut.

### 6.3.3 Ravitsemukseen liittyvien toimintojen kirjaaminen yli 24 MNA- pisteen saaneille

Pitkäaikaissairaanhoidon hoitosuunnitelmien mukaan kolmella asukkaalla oli hyvä ravitsemustila. Heistä kahdelle oli kirjattu ravitsemukseen liittyvä **toimenpide**. (KUVIO 6.) Toimenpiteiden määrä yhtä asukasta kohden vaihteli nollasta kahteen.

*“ravinnon saannin turvaaminen. Todella huono ruokahalu, usein vain siirtelee ruokaa lautasella. Syö soseutettua perusruokaa. Ei anna syöttää”(17)*





Kuvio 6. Pitkäaikaissairaanhoidon asukkaiden hoitosuunnitelmiin kirjatut toimenpiteet, kun hyvä ravitsemustila

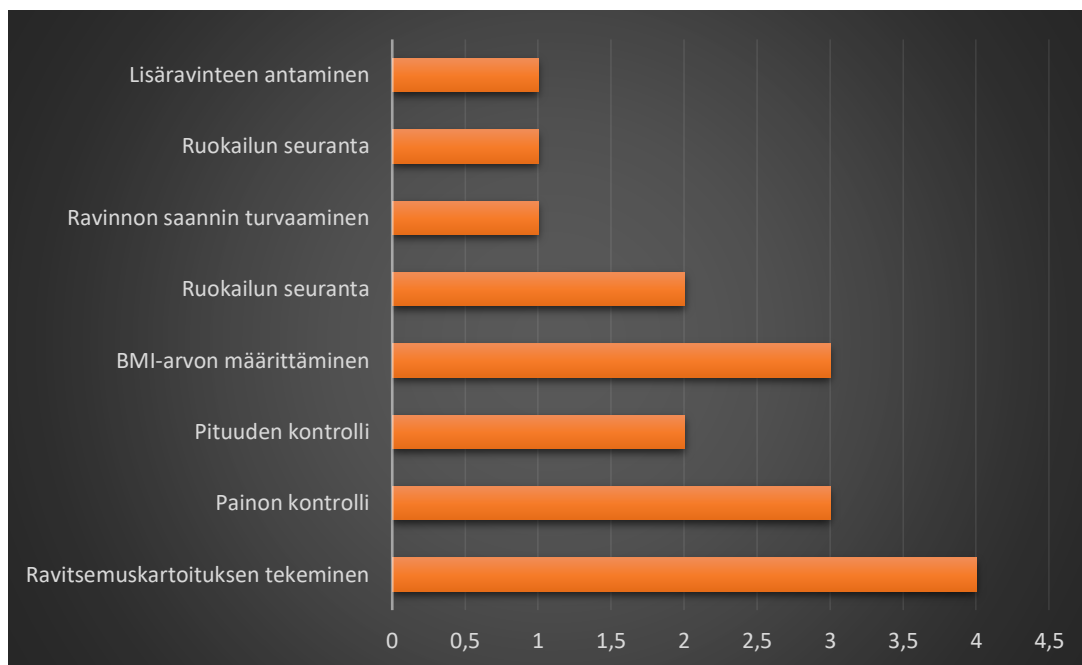
Palveluasumisen hoitosuunnitelmien mukaan yhdellä asukkaalla oli hyvä ravitsemustila. Hänelle oli kirjattu yksi ravitsemukseen liittyvä **toimenpide**.

*“Ruokailussa avustaminen. Syö itsenäisesti. Kaikkiruokainen, kuitenkin, kuitenkin pieniä annoksia. Ruokajuomana maito, kahvi kahvikerma. Ei syö leipää”*(9)

Vanhainkotien hoitosuunnitelmien mukaan neljällä asukkalla oli hyvä ravitsemustila. Heille oli kirjattu ravitsemukseen liittyvä **toimenpide**.(KUVIO 7.). Toimenpiteiden määrä yhtä asukasta kohden vaihteli yhdestä viiteen.

*“ruokailussa avustaminen. Syö itse pöydän ääressä pieniä annoksia”*(48)

*“ruokailun seuranta. Monipuolinen ruoka. Ruokailuajat riittävän usein. Syö itse”*(69)



Kuvio 7. Vanhainkotien asukkaiden hoitosuunnitelmiin kirjatut ravitsemuksen toiminnot, kun hyvä ravitsemustila

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida minkälaisia ravitsemukseen liittyviä kirjauksia Turun kaupungin hyvinvointialueen palveluasumisen, vanhainkotien ja pitkäaikaissairaanhoidon asukkaille on tehty vuonna 2012. Vuonna 2012 Turun kaupungilla oli käytössä FinCC:n Suomalainen hoidon tarveluokitus SHTal versio 2.0.1.

### 7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Opinnäytetyön ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää, miten asukkaiden ravitsemukseen liittyvät tarpeet oli asetettu hoitosuunnitelmiin. Pitkäaikaissairaanhoidon sekä palveluasumisen hoitosuunnitelmiin oli kirjattu kaikille asukkaille tarve, kun MNA-pisteet olivat alle 17. Vanhainkotien asukkaiden tarpeiden kirjaukset olivat

puutteellisia ja kirjauksia puuttui. Tarpeina ei aina oltu kirjattu ravitsemuskomponenttia, vaan potilaan ”heikentyntä toimintakyky”-pääluokkaa. Tarkoituksenmukaista olisi valita varsinkin virheravitsemuksesta kärsivälle asukkaalle hoidon tarvetta vastaava komponentti. Tarpeisiin ei oltu kirjattu kuin kahteen MNA-mittarin tulos.

Asukkaat, joilla riski virheravitsemukseen oli kasvanut, tarpeiden kirjaamiset olivat puutteellisia. Pitkäaikaissairaanhoidon hoitosuunnitelmista tarpeita puuttui asukkailta muutamalta, mutta palveluasumisen asukkaiden hoitosuunnitelmista kirjauksia puuttui yli puolelta. Vanhainkotien jokaiselle asukkaalle oli kirjattu ravitsemukseen liittyvä tarve.

Hyvässä ravitsemustilassa olevien asukkaiden ravitsemuskirjaukset olivat paremmat kuin edellisillä ryhmillä. Pitkäaikaissairaanhoidon sekä vanhainkotien asukkaille oli hoitosuunnitelmiin kirjattu ravitsemuksen tarve. Palveluasumisessa oli vain yksi hyvän ravitsemustilan omaava asukas ja asukkaalta tarve puuttui.

Virheravitsemukseen ei voi puuttua, jos hoitosuunnitelmassa ei tietoa mahdollisesta ongelmasta. Tarpeina ei aina oltu kirjattu oikeaa komponenttia. Tarpeisiin ei oltu eritelty kuin kahteen MNA-mittarin tulos. Mittarin tulokset pitäisivät aina näkyä hoidon tarvetta määriteltäessä, koska esimerkiksi virheravitsemuksesta kärsivälle juuri MNA-mittarin tulos kertoo olemassa olevasta ongelmasta, jolle hoitotyön tarve määritellään.

Opinnäytetyön toisena tutkimusongelmana oli selvittää, minkälaisia ravitsemuksellisia tavoitteita hoitosuunnitelmiin oli kirjattu. Pitkäaikaissairaanhoidon sekä vanhainkotien asukkaille ravitsemukseen liittyviä tavoitteita oli kirjattu hyvin ja kattavasti. Palveluasumisen asukkailta tavoitteita puuttui. Ravitsemuksen tavoitteiden kirjaamiset olivat pääosin hyviä. Tutkimustulosten mukaan ongelmia tavoitteiden kirjaamisessa on siinä, että ne eivät kaikilta osin olleet potilaskeskeisiä. Tavoitteiden tulisi kuvata täsmällisesti, miten potilas selviytyy itsenäisesti tai autettuna. Tutkituissa hoitosuunnitelmissa ei kuvaavaa tekstiä ollut juuri laisinkaan. Tavoitteen tulee alkaa toimintaa kuvaavalla verbillä, jolla ilmaistaan potilaan tekemistä tai toimintaa. Esimerkiksi tavoitteet aliravitsemuksen ehkäiseminen tai riittävä ravitsemus eivät tavoitteena ole riittäviä. Asukkaan ravitsemustilan kohentuminen tai että asukas motivoituu ruokavaliomuutokseen, olisivat parempia tavoitteita.

Kolmantena tutkimusongelmana opinnäytetyössäni oli tutkia, minkälaisia ravitsemuksellisia hoitotoimenpiteitä hoitosuunnitelmiin oli kirjattu. Olen tuloksissa eritellyt kuvioin hoitosuunnitelmiin kirjatut kaikki toimenpiteet. Asukasmäärä pitkäaikaissairaanhoidossa sekä vanhainkodeissa on suurempi kuin palveluasumisessa, joten näillä kahdella edellä mainituilla yksiköillä kirjattujen toimenpiteiden määrä on suurempi. Toiminnot tulisi valita tavoitteiden mukaan niin, että ne ovat tarkoituksenmukaisia. Osassa hoitosuunnitelmia oli kirjattu erittäin hyvin ja monipuolisesti toimenpiteitä, osassa toimenpiteet olivat liian suppeita. Ravitsemuskartoituksen tekeminen kolmen kuukauden välein, painon mittaaminen sekä BMI-arvon määrittäminen oli kirjattu melkein jokaiseen hoitosuunnitelmaan. Näiden mittausten avulla voidaan ravitsemusongelmaan vaikuttaa jo varhaisessa virheravitsemukseen. Myös lisäravinteiden antaminen asukkaille oli kirjattu toimintoihin, mutta kiinnitin huomiota useasti siihen, että tietoja puuttui, miten usein ja mitä lisäravinnetta asukkaalle annetaan. Virheravitsemuksesta kärsiviltä asukkailta puuttui jokaisesta hoitosuunnitelmasta annoskoko ja vain muutamassa oli mainittu, onko käytössä tehoruoka. Monen asukkaan hoitosuunnitelmaan oli avattu jokin toiminto esimerkiksi ruokailun järjestäminen, mutta muuta tietoa ei löydy.

Tulokset kertovat paljon siitä, minkälaista kirjaamisen taso on ollut vuonna 2012. Rakenteinen kirjaaminen oli aluillaan ja koulutuksia oltiin vasta aloittelemassa. Paljon ollaan tultu näistä ajoista eteenpäin ja itsekin kaupungin työntekijänä olen ollut mukana kehitysprosessissa. Yksiköihin valittiin kirjaamisvastaavia, jotka toivat mukanaan uutta tietoa kirjaamisesta. Koen itse, että kirjaamisen taito on tärkeä asia, mutta ei kovin helppoa. Sen vuoksi tarvitaan jatkuvaa kouluttautumista ja innostusta kehittää kirjaamista vanhusten asumispalveluissa. Tämän opinnäytetyöni jälkeen koen ymmärtäväni kirjaamista paremmin.

Asukkaiden hoitosuunnitelmia tutkiessani huomasin, että kyllä hoitajilla yritystä on ollut suunnitelmia tehtäessä. Se on tärkeätä huomata, että vaikka tietoa ei välttämättä ole tarpeeksi, niin silti yritetään kovasti.

Tutkimus osoitti, että ravitsemuskirjaamisessa on vielä paljon epävarmuutta. Varminta kirjaaminen oli vanhainkodeissa ja huonointa palveluasumisen yksiköissä. Vanhainkodit sekä palveluasuminen saivat tietokoneet käyttöönsä vasta vuonna 2010 ja tämä

voi osaltaan vaikuttaa sähköisen kirjaamisen laatuun. Vuonna 2011 Turun kaupungin asiantuntijasairaanhoidajat laativat kirjalliset ohjeet ravitsemussuunnitelman tekemiseksi Hyvinvointitoimialalla. ( LIITE 3). Ohjeissa kerrotaan aluksi, miten MNA-testi tulee tehdä ja, että ravitsemussuunnitelma on tehtävä, jos MNA-pisteet ovat alle 23,5. Kirjaamisen suhteen ohjeistetaan laatimaan ravitsemussuunnitelma Ravitsemuskomponentin alle. Ohjeesta löytyy myös miten ravitsemussuunnitelmaan kirjaataan oikeat tavoitteet sekä toiminnot. Ohje on mielestäni yksinkertainen sekä helposti ymmärrettävissä. Miksi yksiköt eivät ole käyttäneet kyseisiä kirjallisia ohjeita? Ohjeessa kerrotaan myös, ettei ravitsemussuunnitelmaa tarvitse kirjata tarpeeksi, jos asukkaalla hyvä ravitsemustila. Silti nimeenomaan hyvässä ravitsemustilassa oleville asukkaille tutkituissa hoitosuunnitelmissa kaikille oli kirjattu tarve. Onko tässä kohtaa kirjaaminen toteutunut liukuhihna-tyylillä ja sen vuoksi myös näille asukkaille tarve oli kirjattu.

Tulokset kertovat paljon siitä, minkälaista kirjaamisen taso on ollut vuonna 2012. Rakenteinen kirjaaminen oli aluillaan ja koulutuksia oltiin vasta aloittelemassa. Paljon ollaan tultu näistä ajoista eteenpäin ja itsekin kaupungin työntekijänä olen ollut mukana kehitysprosessissa. Yksiköihin valittiin kirjaamisvastaavia, jotka toivat mukanaan uutta tietoa kirjaamisesta. Koen itse, että kirjaamisen taito on tärkeä asia, mutta ei kovin helppoa. Sen vuoksi tarvitaan jatkuvaa kouluttautumista ja innostusta kehittää kirjaamista tulosityksiköissä. Tämän opinnäytetyöni jälkeen koen ymmärtäväni kirjaamista paremmin. Asukkaiden hoitosuunnitelmia tutkiessani huomasin, että kyllä hoitajilla yritystä on ollut suunnitelmia tehtäessä. Se on tärkeätä huomata, että vaikka tietoa ei välttämättä ole tarpeeksi, niin silti yritetään kovasti.

Vertailessani omia tuloksia aiemmin tehtyihin tutkimusten tuloksiin olivat tulokset hyvin pitkälti samanlaisia. Lonkkamurtumapotilaan ravitsemukseen liittyviä kirjauksia on tutkittu opinnäytetyössä vuonna 2011. Tutkimustulosten mukaan ravitsemushoitosuunnitelmien laatiminen oli ollut puutteellista ja hoitotavoite oli puuttunut useista hoitosuunnitelmista. Tutkimustuloksissa on todettu, että parempia tuloksia oli saanut ne hoitajat, joilla selkeät ohjeet miten ravitsemushoitotiedot tulee dokumentoida. Opinnäytetyön tuloksissa kerrotaan, että koulutusta kirjaamisen suhteen tulisi olla enemmän. ( Pennanen ym.2011) Söderhamn, Bachrach-Lindström & Ek tekemässä tutkimuksessa tutkittiin hoitajien havaintoja ravitsemustilasta sekä kuntoutusosaston

potilaiden ravitsemus- sekä terveydentilaa. Potilaista 55 %:lla oli riski virheravitsemukseen kasvanut ja virheravitsemuksesta kärsi 14 %. Myös tässä tutkimuksessa todettiin, että hoitajien ravitsemuskirjaukset olivat puutteellisia ja kirjaaminen oli riittämätöntä ravitsemuksen osalta ja näiden vuoksi aliravitsemusriski jäi usein tunnistamatta. ( Söderhamn ym. 2007.) Hoitotyön kirjaamisen laatua on tutkittu Niirasen tutkimuksessa vuonna 2015. Siinä todetaan, että hoitajien tarpeiden kirjaamiset olivat oleellisia ja, että hoidon tarpeiden määrittelyssä on hyvin otettu huomioon potilaan voimavarat. Tavoitteiden asettamisessa oli kirjattu muun muassa, miten potilas selviytyy omatoimisesta, autettuna ja ohjattuna. Kirjauksista oli jäänyt kuitenkin puuttumaan tieto, kuinka potilas selviytyy autettuna ja ohjattuna. Tavoitteet oli kirjattu selkeästi ja lyhyesti, mutta esimerkiksi tavoite: saa riittävästi ravintoa on lyhyt ja ytimekäs, mutta tässä kohtaa tavoitteessa ei kerrottu mikä on riittävästi tämän potilaan kohdalla. Tässä opinnäytetyössä analysoiduissa hoitosuunnitelmissa on myös käytetty kyseistä tavoitetta. Toimintojen kirjaamisen suhteen Niirasen tutkimuksessa on todettu, että toiminnot olivat hyvin perusteellisia ja laajoja sekä niitä oli avattu vapaalla tekstillä. Tutkimuksen lopussa on todettu, että kirjaaminen on ollut hyvää. Niiranan on todennut, että kirjaamisen osalta on tärkeitä muistaa, että kun hoitaja joutuu miettimään työtään ja potilaan hoitamista tarkemmin myös suunnittelu paranee. Kirjaamisen tason parantuessa saadaan hoitotyö myös näkyvämmäksi entistä enemmän.( Niiranen 2015, 39–43.)

Hoitotyön kirjaaminen on yksi työkalu, jonka avulla saadaan kohdennettua hoidon tarve tehokkaasti. Kirjaamisen avulla turvataan myös potilaan hoidon jatkuvuus. Potilaiden olennaisiin ja tärkeisiin tarpeisiin perustuva sekä riittävän ja yhdenmukainen kirjaaminen turvaa potilaalle laadukkaan hoidon. Kirjaaminen on ammatillisen toiminnan olennainen osa ja toimii samalla myös hoitajien juridisena apuna.( Niiranen 2015, 43.)

## 7.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat ja luotettavuus

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä ja tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Opinnäytetyön kuten kaikkien tutkimusten, tulosten ja johtopäätösten pitäisi olla oikeita, uskottavia ja luotettavia. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten pysyvyyttä eli sitä, että jos tutkimus toistetaan, saadaan samat tulokset. Validiteetti tarkoittaa puolestaan sitä, että tutkitaan oikeita asioita. Tieteellisen tutkimuksen peruspilareita ovat tieteelliset menetelmät ja niiden oikea käyttö sekä käytettävän tiedon luotettavuus. (Kananen 2012, 167–168.)

Validiteetti voidaan varmistaa huolellisella suunnittelulla etukäteen ja tarkoin harkitulla tiedonkeruulla. Analysoitavat materiaalit eli hoitosuunnitelmat on valittu oikeanlaisesta perusjoukosta eli Turun kaupungin Hyvinvointitoimialan kolmesta yksiköstä. Tutkimusta tehdessä olen pyrkinyt tarkkuuteen ja selkeyteen koko prosessin sekä varsinkin tulosten analysoinnin kuvaamisessa, mikä parantaa tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksentekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. Yksi tutkimusetiikan perusteista on, että tutkittava pysyy anonymina. (Hirsjärvi ym.2014, 23–25.) Yhtenä kysymyksenä voidaan pitää tutkimusaiheen valintaa ja mitä aiheen valinta merkitsee organisaatiolle. Itse näen sähköisen kirjaamisen tärkeänä osana hoitotyötä, joka parantaa sekä potilaan hoidon laatua että hoitohenkilökunnan ja potilaan oikeusturvaa. Itselleni iäkkäiden ravitseminen on sydäntä lähellä ja toivoin opinnäytetyön aiheeni koskevan ravitsemusta. Olen toiminut omalla osastollani ravitsemusvastaavana ja sekä monen osaston yhteisenä ravitsemusyhdyshenkilönä. Analysoitavista hoitosuunnitelmista on poistettu asukkaan henkilötiedot ja hoitosuunnitelmien tunnistaminen tapahtuu numerokoodin avulla. Aineisto on opinnäytetyöntekijän hallussa ja vain hän pääsee niitä lukemaan. Kun valmiita aineistoja käytettiin tutkimuksessa, käsiteltiin näitä huolellisesti sekä salassapidettävänä materiaaleina koko tutkimuksen aikana. Opinnäytetyön valmistuttua hoitosuunnitelmat palautetaan hyvinvointitoimialan vanhusten asumispalveluiden johtaja Kiviniemelle.

Hyvinvointitoimialan arviointiryhmä antoi lausuntonsa tutkimussuunnitelmasta ja vanhusten asumispalveluiden johtaja myönsi tutkimukselle luvan.

### 7.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tuloksista saa tietoa siitä, minkälaista kirjaaminen ravitsemuksen osalta on ollut vuonna 2012. Kirjaamisessa on suuresti tultu eteenpäin seuraavina vuosina ja tällä hetkellä kirjaamiskoulutustakin on enemmän tarjolla kuin ennen.

Jatkotutkimuksena voisi olla ravitsemuksen kirjaamisen analysointi uusista hoitosuunnitelmista. Tutkimuksen avulla pystyttäisiin näyttämään miten paljon kirjaaminen on kehittynyt vuodesta 2012.

### 7.4 Oman ammattillisuuden kehittyminen

Halusin toteuttaa tutkimuksen, joka olisi hyödyllinen mutta samalla myös kiinnostava. Lääkäiden ravitsemus on aina kiinnostanut minua, joten organisaation minulle ehdottama tutkimuksen aihe kiinnosti. Ravitsemukseen liittyvät haasteet muuttuvat ikäännyessä ja sen vuoksi niihin täytyy kiinnittää entistä enemmän huomiota. Olen toiminut ravitsemusvastaavana sekä -yhdyshenkilönä muutaman vuoden ajan ja nähnyt sinä aikana monenlaisia ravitsemuksellisia ongelmia. Perehdyin opinnäytetyötäni tehdessäni vielä syvemmin ravitsemusasioihin kuin ennen ja koen tämän olevan hyödyksi sairaanhoitajan tehtävissäni tulevaisuudessa. Ainoa asia, mikä minua mietitytti ennen opinnäytetyöni aloittamista, oli kirjaaminen. Olen aina kokenut sen hankalana ja enkä todellakaan koe, että kirjaaminen olisi minun vahvuuteni. Tämän työn aikana olen joutunut paljon miettimään omaa kirjaamista ja löytänyt siitä paljon puutteita. Opinnäytetyöni valmistumisen jälkeen voin sanoa, että tietoni kirjaamisesta ovat syventyneet ja se tuntuu hienolta. Mitä enemmän aiheeseen perehdyin ja luin tutkimuksia, ymmärsin että kirjaamisen suhteen on vielä paljon tehtävää, jotta sen saisi toimimaan selkeästi.

Opinnäytetyössäni tutkitut hoitosuunnitelmat sain jo vuonna 2015 haltuuni, mutta itse kirjoitusprosessin aloitin vasta keväällä 2016. Halusin keksittyä rauhassa muihin koulutehtäviini, koska tiesin, että kevät 2016 tulee olemaan koulun osalta kiireinen. Lopulta opinnäytetyöni tekeminen sitten etenikin vauhdilla, koska opettajani oli jäämässä



eläkkeelle ja halusin saattaa työni valmiiksi hänen ohjauksessaan. Opinnäytetyötäni tehdessä olin yhteydessä kahteen asiantuntijasairaanhoidajaan, joilla oli asiantuntijuutta kirjaamisesta. Heiltä saadut neuvot ja tiedot olivat tarpeellisia tutkimusta tehdessäni. Hoitosuunnitelmien vieminen koneelle oli todella työlästä ja olinkin kuvitellut sen käyvän nopeammin. Laskin, että aikaa siihen prosessiin meni yli 10 tuntia. Koskaan aikaisemmin en ole tutkimusta tehnyt, joten välillä tuntui paremmalta ”heittää pyyhe kehään” ja luovuttaa. Mutta onneksi en ole luonteeltani luovuttaja vaan haluan aina selvittää tilanteista kunnialla. Perheen, ystävien sekä koulukavereiden tuki on ollut tärkeä. Perhe-elämän ja tutkimuksen tekemisen yhdistäminen on välillä ollut haastavaa, mutta ei mahdotonta onneksi. Vaikka opinnäytetyön tekeminen ei edennytkään aina suunnitelmien mukaisesti, opinnäytetyöprosessi oli opettavainen kokemus, joka kehitti ammatillista osaamistani.

## LÄHTEET

- Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo. 2009. Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Aro A., Mutanen M. & Uusitupa M. 2012. Ravitsemustiede. Keuruu. Otavan kirjapaino.
- Bachrach-Lindström, M.; Jensen, S.; Lundin, R. & Christensson, L. 2007. Attitudes of Nursing Staff Working with Older People towards Nutritional Nursing Care. *Journal of Clinical Nursing* 2007 Nov; 16 (11): 2007-14.
- Danielsson-Ojala, R. 2011. Hoitotyön haavakirjaukset tehohoitopotilailla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu. Otavan kirjapaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. Porvoo. Bookwell oy.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kauppi, O. 2013. Leikkauksen jälkeisen kivun hoidon kirjaaminen potilastietojärjestelmään kirurgisella vuodeosastolla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Tampere. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Liljamo, P., Kinnunen, U. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Niiranen, H. 2015. Hoitotyön kirjaamisen laatu- Kirjaamisen merkitys hoitoisuusluokituksessa. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Pro-gradu-tutkielma.
- Pennanen, P., Rasimus, K., Sipilä, H. & Tornberg, S. 2011. Lonkkamurtumapotilaan ravitsemushoidon kirjaaminen ortopedisellä kuntoutusosastolla. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Pisirici, M. & Shuur, T. 2009. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen Turun terveystoimen pitkäaikaissairanhoidossa. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Puranen, T. & Suominen M. 2012. Ikääntyneen ravitsemus- opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoitoon. Helsinki. Trinket oy.

Ravitsemusterapauttien yhdistys ry. 2009. Erityisruokavaliot – opas ammattilaisille. Helsinki. Dieettimedia oy.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki. Sanoma Pro.

Söderhamm, U., Bachrach-Linström, M. & Ek, A-C. 2007. Nutritional screening and perceived health in a group of geriatric rehabilitation patients. *European journal of Clinical Nutrition* (2008)

1. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki. Edita Prima oy.

2. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vilka H. 2007. Tutki ja mittaa määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.



## Ravitsemustilan arviointi MNA

### Mini Nutritional Assessment MNA™

Nimi:	Sukupuoli:	Ikä:	Päivämäärä:
Paino (kg):	Pituus (cm):	Pohvi-kantapä mitta, cm:	

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän jatka loppuun asti.

Seulonta	
<b>A</b> Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ukkona 2 = liikkuu ukkona	<input type="checkbox"/>
<b>D</b> Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>
<b>E</b> Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma 1 = lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>
<b>F</b> Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus) <sup>2</sup> kg/m <sup>2</sup> ) 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23 3 = BMI on 23 tai enemmän	<input type="checkbox"/>
<b>Seulonnan tulos</b> (maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 pistettä tai enemmän	riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut, arviointia ei tarvitse jatkaa
11 pistettä tai vähemmän	riski virheravitsemukselle on kasvanut, jatka arviointia

Arviointi	
<b>G</b> Asuuko haastatettava kotona 0 = ei 1 = kyllä	<input type="checkbox"/>
<b>H</b> Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolme reseptiä lääke 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>
<b>I</b> Painehaavauomia tai muita haavoja iholla 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>

Ref: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 2004. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*, Supplement 26: 15-24.  
Rubenstein LZ, Haber J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Stratified Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice with Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series: Clinical & Performance Programs, vol. 1. Karger, Birk, in press.

© 1999 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

<b>J</b> Päivittävät lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit) 0 = 1 ateriat 1 = 2 ateriat 2 = 3 ateriat	<input type="checkbox"/>
<b>K</b> Sisältääkö ruokavalio vähintään • yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, paimä, viili) päivässä • kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) • lihaa, kalaa tai innun lihaa joka päivä 0,0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastausta 0,5 = jos 2 kyllä-vastausta 1,0 = jos 3 kyllä-vastausta	kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
<b>L</b> Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedeimiä tai kasviksia 0 = ei 1 = kyllä	<input type="checkbox"/>
<b>M</b> Päivittäinen nestejuonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu, kotikajaja tai vesi) 0,0 = alle 3 lasillista 0,5 = 3-5 lasillista 1,0 = enemmän kuin 5 lasillista	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
<b>N</b> Ruokailu 0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 = syö itse ongelmitta	<input type="checkbox"/>
<b>O</b> Oma näkemys ravitsemustilasta 0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus 1 = ei tiedä tai lievä virhe- tai aliravitsemus 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia	<input type="checkbox"/>
<b>P</b> Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samankäisiin 0,0 = ei yhtä hyvä 0,5 = ei tiedä 1,0 = yhtä hyvä 2,0 = parempi	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
<b>Q</b> Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm) 0,0 = OVY on alle 21 cm 0,5 = OVY on 21-22 cm 1,0 = OVY on yli 22 cm	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
<b>R</b> Pohkeen ympärysmitta (PYM cm) 0 = PYM on alle 31 cm 1 = PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>

**Arviointi** (maksimi 16 pistettä)   ,

**Seulonta** (maksimi 14 pistettä)

**Kokonaispistemäärä** (maksimi 30 pistettä)   ,

### Asteikko

- yli 23,5 pistettä: hyvä ravitsemustila
- 17-23,5 pistettä: riski virheravitsemukselle kasvanut
- alle 17 pistettä: kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta


**Tutkimuksen/opinnäytetyön lupa**

Anomus/päätös

Dnro \_\_\_\_\_

**Anoja/anojen suku- ja etunimet**
Pauliina Anita Kainulainen


---



---



---

**Kotiosoite ja puhelin**
Markulantie 119 B 62
20320 Turku
**Tutkimuksen nimi ja aihe**
Ravitsemukseen liittyvän
kirjaamisen analysointi hoitosuunnitelmissa.
**Tutkimusaineiston koko**
hoitosuunnitelmat 123 kpl


---



---

**Anoja on**

 AMK-opiskelija  Muu tutkija  Henkilökunta 
**Nykyinen työnantaja tai oppilaitos**
Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala / Satakunnan AMK
**Nykyinen virka tai toimi**
Lähihoitaja
**Tutkimuksen kohderyhmät**
hyvinvointitoimialan asumispalvelu-
tulasyksiköiden asukkaat ja hoitosuunnitelmat v. 2012
**Tutkimus on**

 opinnäytetyö, mikä Ravitsemukseen liittyvän kirjaamisen analysointi hoitosuunnitelmissa  
 muu tutkimus, mikä tehtä
**kehittämissä, mikä**


---



---

**Tutkimusmenetelmä** teorialähtöinen sisältöanalyysi, kvalitatiivinen tute
**Tarvittavat resurssit**
-
**Aineiston kokoamisajankohta**
kevät - syksy 2016
**Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta**
Syyskuu 2016
**Ohjaajat** Ritva Pirilä SAMK
**Tutkimussuunnitelman hyväksyminen**
#100
**Päätösnumero**
9,8 2016

 Kyllä 

 Ei 
Kimmo Kivimäki
**Tutkimusluvan myöntäjä**
**JAKELU**

Tutkimuslupa: tutkimuksen vastuhenkilö, luvan saaja, suunnittelu ja riskien hallinta

Tutkimusraportti sähköisenä versiona: tutkimuksen vastuhenkilö, suunnittelu ja riskien hallinta

**RAVITSEMUSUUNNITELMAN LAATIMINEN HYVINVOINTITOIMIALALLA**

Jokaiselle asukkaalle/potilaalle laaditaan hänen tullessaan hoitoon yksilöllinen hoitosuunnitelma.

Ravitsemussuunnitelma pohjautuu jo olemassa oleviin taustatietoihin, mittareiden tuloksiin sekä hoitajan asukkaalta/potilaalta/asiakkaalta saamiin tietoihin. Ravitsemussuositukset ovat osa jokaisen asukkaan/potilaan/asiakkaan yksilöllistä hoidon suunnitelmaa ja kaikki tiedot kirjataan Pegasos- potilastietojärjestelmään.

Jokaiselta asukkaalta/potilaalta kirjataan hänen tullessa yksikköön ja jatkossa kolmen kuukauden välein ja aina tarvittaessa:

**Paino, BMI:**

- o Hosu+Hoitotyö- painike / mittaukset- välilehti / päivämäärä, kellonaika ja arvot

**MNA:**

- o Ensin tehdään erillinen MNA – seulontaosio (Pegasoksessa)
- o Jos pisteet alle 11, tehdään koko MNA (Pegasoksessa)

Kokonaispistemäärän ollessa:

yli 23,5 pistettä: hyvä ravitsemustila

17–23,5 pistettä: riski virheravitsemukselle kasvanut

alle 17 pistettä: kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta

jos pisteet alle 23,5 pistettä tehdään ravitsemussuunnitelma

**Ravitsemussuunnitelma**

- o Laaditaan tarveluokituksen (SHTal) mukaan:
  - o "Ravitsemus" – komponentin, "Ravitsemuksen muutos"- pääluokan alle: kirjaa hoitotyön diagnoosi- kenttään selite asukkaan/potilaan/ asiakkaan yksilöllinen tilanne ja ruokavalio.
  - o Ravitsemussuunnitelman tavoitteet kirjataan yksilöllisesti osatavoitteet huomioiden.
  - o Toimintoluokituksesta (SHToL) valitaan hoitotyön keinot: esimerkiksi erityisruokavalion toteuttaminen, lisäravinteiden tarjoaminen, hyvän ruokailuasennon huomioiminen
  - o Luokitusta käytetään yksilöllisten tarpeiden mukaan laajasti ja monipuolisesti.

**Hoitotyön yhteenveto**

- o Ravitsemussuunnitelman arviointi ja tulokset tulee kirjata hoitotyön yhteenvetoon.