



Outi Kumlin

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden

ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö 2019

IKÄÄNTYNEEN POTILAAN VAJAARAVITSEMUKSEN RISKIN TUNNISTAMINEN TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA JA NRS 2002 -MENETELMÄN KÄYTTÖ



TIIVISTELMÄ

Outi Kumlin

Ikääntyneen potilaan vajaaravitsemuksen riskin tunnistaminen terveyskeskuk-
sen vuodeosastolla ja NRS 2002 -menetelmän käyttö

55 sivua, 2 liitettä

Helmikuu 2019

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, millaiset valmiudet hoitohenkilökun-
nalla on arvioida ikääntyneen potilaan ravitsemustilaa sekä kartoittaa heidän
asenteitaan vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmän käyttöä kohtaan. Tar-
koituksena oli myös lisätä hoitohenkilökunnan tietoa ikääntyneen potilaan va-
jaaravitsemuksesta vuodeosastolla, ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002 -
menetelmän käytöstä. Tavoitteena oli, että hoitajien osaaminen ikääntyneen
potilaan vajaaravitsemuksesta lisääntyy, ja työnantaja voi saadun tiedon perus-
teella kohdentaa koulutusta ja tukea hoitohenkilökunnalle oikealla tavalla.

Tähän kehittämispainotteiseen opinnäytetyöhön kuului ravitsemusseulontapäi-
vä, koulutustilaisuus sekä kyselytutkimus pohjoissavolaisen terveyskeskuksen
vuodeosaston henkilökunnalle. Opinnäytetyön tutkimusosuus toteutettiin kvanti-
tatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin
strukturoitua kyselylomaketta, joka sisälsi myös puoliavoimia kysymyksiä. Ai-
neiston analyysi tehtiin tilastollisin keinoin ja tulokset esitettiin graafisin kuvioin.

Ravitsemusseulonta toteutettiin terveyskeskuksen vuodeosastolla. Potilaiden
vajaaravitsemusriski arvioitiin NRS 2002 -menetelmällä ja tulokset käytiin läpi
vuodeosastolla pidetyssä koulutustilaisuudessa. Seulonnan tuloksia ei raportoi-
tu tässä opinnäytetyössä.

Kyselytutkimukseen vastasi 13 hoitajaa. Tuloksista kävi ilmi, että hoitajat käyt-
tävät useita menetelmiä arvioidessaan potilaan ravitsemustilaa. Suurin osa ko-
kee vajaaravitsemusriskin seulonnan tekemisen hyödyllisenä sekä potilaan hoi-
don että oman työnsä kannalta, ja katsovat sen tekemisen kuuluvan jokaiselle
hoitajalle. Kaikille sairaalapotilaille seulonnan tekemistä ei kuitenkaan katso tar-
peelliseksi kuin alle puolet vastaajista. Lisää koulutusta vajaaravitsemusriskin
seulonnan tekemiseen kaipasivat lähes kaikki hoitajat.

Asiasanat: ikääntynyt, ikääntyneen ravitsemus, NRS 2002 -menetelmä, ravit-
semushoito, vajaaravitsemus

ABSTRACT

Outi Kumlin

Identifying the risk of elderly patient malnutrition in the health center's ward and the use of the NRS 2002 method

55 pages, 2 appendices

February 2019

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Registered Nurse

The purpose of thesis was to determine the ability of the medical personnel to assess the nutritional status of the elderly patient, and to identify their attitudes to the use of the malnutrition's screening method. It was also intended to provide the medical staff with information about the malnutrition of the elderly patient, the nutritional status assessment and the use of the NRS 2002 -method. The objective was to increase the skills of carers as for the malnutrition an elderly patient, and the employer may, on the basis of the information received, target training and support to the care staff in the right way.

This development-oriented thesis consisted of a nutrition screening day, a training session and a survey of the staff in the bed section of the Northern Savo-nia Health Centre. The research portion of the Bachelor's thesis was carried out using the quantitative research method. The data collection method was used as a structured questionnaire, which also contained half-open questions. The analysis of the data was done by statistical methods and the results were presented with graphic patterns.

The nutrition screening was carried out in the health center's ward. Patients risk of the malnutrition was assessed by the method of NRS 2002 and the results were reviewed at a training session in the ward. The results of the screening were not reported in this thesis.

The survey was answered by 13 nurses. The results showed that nurses used several methods of evaluating the patient's nutritional status. most people experience malnutrition screening as a useful part of both patient care and their own work, and consider its conclusion to be part of every caregiver. However, for all hospitalpatients, screening is not considered necessary by half of the respondents. More training for malnutrition screening was needed for almost all the nurses.

Keywords: aged, elderly nutrition, NRS 2002 -method, malnutrition, nutritional care

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 IKÄÄNTYNYT HOITOTYÖN ASIAKKAANA.....	8
2.1 Ikääntynyt.....	8
2.2 Ikääntymiseen liittyvät terveysongelmat.....	9
3 IKÄÄNTYNEEN VAJAARAVITSEMUS HOITOTYÖN HAASTEENA	10
3.1 Vajaaravitsemusriskin tunnistaminen	12
3.2 NRS 2002 -menetelmä	13
3.3 Ikääntyneen ravitsemushoito	15
3.4 Tehostettu ruokavalio	17
3.5 Hoitajien valmiuksia ja asenteita kartoittavat tutkimukset	18
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	19
5 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN KUVAUS.....	20
5.1 Opinnäytetyön tausta ja suunnittelu	20
5.2 Ravitsemusseulonta	22
5.3 Koulutustilaisuus.....	22
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu.....	24
6.2 Analyysimenetelmät ja analyysi	26
7 TULOKSET	27
7.1 Taustamuuttajat.....	27
7.2 Ravitsemustilan arvioinnin keinot.....	28
7.3 Asenteet ravitsemustilan arviointimenetelmiin.....	31
7.4 Yhteenveto tutkimustuloksista	35
8 POHDINTA	37
8.1 Opinnäytetyön prosessin pohdinta	37
8.2 Ammatillisen kasvun pohdintaa.....	39
8.3 Eettisyys ja luotettavuus	41
8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	45
LÄHTEET	47

LIITE 1 NRS 2002-MENETELMÄ	52
LIITE 2 KYSELYLOMAKE	53

1 JOHDANTO

Vajaaravitsemus on tila, jossa ihminen ei saa tarvitsemiaan ravintoaineita optimaalisessa suhteessa tarpeeseensa nähden. Hän saa niitä liian vähän tai epäsuhtaisesti. Vanhus on lapsen ohella altis vajaaravitsemukselle; sairaus ja sen hoito lisäävät tätä alttiutta. Vajaaravitsemus aiheuttaa hoitoaikojen, kustannusten ja inhimillisen kärsimyksen lisääntymistä, myös ennenaikaisen kuoleman riski lisääntyy. Siksi vajaaravitsemuksen mahdollisimman varhainen toteaminen on tärkeää. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 24.) Kirjallisuudessa ravitsemustilaa, joka ei vastaa elimistön tarvetta, kutsutaan virhe-, vajaa- tai aliravitsemukseksi. Virheravitsemukseen voidaan liittää vajaaravitsemuksen lisäksi liikaravitsemus ja aliravitsemus. Aliravitsemus käsittää tilan, jossa proteiinien, energian tai molempien saanti on liian vähäistä ja joka korjautuu parantamalla ravitsemusta (Voutilainen, Fogelholm & Mutanen 2015, 163).

Potilaan hyvään hoitoon kuuluu vajaaravitsemuksen tunnistaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Sairaalapotilaista noin joka kolmas on riskipotilas. Kehittyneissä maissa sairauteen liittyvä vajaaravitsemus on 20–60 prosentilla potilaista. Vajaaravitsemuksen aiheuttamat kustannukset terveydenhuollolle Euroopassa ovat kaksinkertaiset ylipainoon ja jopa kolminkertaiset hyvän ravitsemustilan omaavaan potilaan hoitoon verrattuna. Kustannuksia nostaa useiden tutkimusten mukaan vajaaravitettujen 3–6 vuorokautta pidempi sairaalassa oloaika ravitsemustilaltaan hyväkuntoisiin potilaisiin nähden, ja komplikaatiot kuten keuhkokuume, rytmihäiriöt ja sepsis (Orell-Kotikangas, Antikainen, Pihlajamäki 2014, 2231-2238.) Diagnosoinnin apuna Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN) ohjeistaa European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) suositusten mukaisesti käyttämään ravitsemusseuloja seuraavasti: sairaalapotilaille Nutrial Risk Screening (NRS 2002), avohoidossa Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) sekä ikääntyneille Mini Nutritional Assessment (MNA) (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 28).

lääkkään potilaan vajaaravitsemus on aiheena mielenkiintoinen yleisyytensä ja ajankohtaisuutensa takia. Vanhusten määrä lisääntyy tulevaisuudessa. Tilastokeskuksen mukaan yli 65-vuotiaiden osuus nousee vuoden 2015 vajaan 20 prosentista vuoteen 2030 26 prosenttiin (Tilastokeskus, 2015). Terveyskeskusten vuodeosastoilla suurin osa potilaista on ikääntyneitä (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastot ja data. Tilastot aiheittain. perusterveydenhuollon palvelut. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito vuosina 2015-2016) ja on arvioitu, että ainakin puolella heistä on heikentynyt ravitsemustila (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 12). Vuonna 2016 Suomen terveydenhuoltomenot olivat 20,5 miljardia euroa. Menoista 3,9 miljardia kuului ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaikaishoitoon ja kotihoitoon. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti. Terveystieteidenhuollon menot ja rahoitus 2016). Tulevan sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksen tavoitteena on taasoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten nousua, yksi keinoista on palveluissa ennaltaehkäisyn painottaminen sekä hyvinvoinnin edistäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, sote -uudistuksen ja aluehallintouudistuksen tilannekatsaus 2016).

Opinnäytetyön toimeksiantaja on pohjoissavolaisen terveystieteiden keskuksen vuodeosasto, jossa NRS 2002 -menetelmä ei ole vielä säännöllisessä käytössä. Työn tarkoituksena on selvittää, millaiset valmiudet hoitohenkilökunnalla on arvioida ikääntyneen potilaan ravitsemustilaa sekä kartoittaa heidän asenteitaan vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmän käyttöä kohtaan. Tarkoituksena on myös lisätä hoitohenkilökunnan tietoa ikääntyneen potilaan vajaaravitsemuksesta vuodeosastolla, ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002 -menetelmän käytöstä. Tavoitteena on, että hoitajien osaaminen ikääntyneen potilaan vajaaravitsemuksesta lisääntyy, ja työnantaja voi saadun tiedon perusteella kohdentaa koulutusta ja tukea henkilökunnalle oikealla tavalla.

Opinnäytetyön tekemiseen liittyvät ammatillisen kasvun tavoitteeni ovat kehittäminen potilaan kokonaisvaltaisessa hoitamisessa, tärkeänä osana siinä ravitsemustilan huomioiminen, sekä tutkijataitojen ja kriittisen ajattelun kehittyminen.

2 IKÄÄNTYNYT HOITOTYÖN ASIAKKAANA

2.1 Ikääntynyt

Ikääntynyt ihminen voidaan määritellä monella eri tavalla. Vanhuspalvelulais-
sa ikääntynyt väestö määritellään vanhuseläkeläiseksi (L 980/2012). Kansa-
eläkelaitoksen vanhuuseläke on tarkoitettu 65 vuotta täyttäneille (ennen vuot-
ta 1965 syntyneet) (Kansaneläkelaitos 2016). Iäkäs henkilö määritellään puo-
lestaan henkilöksi, jolla on korkeaan ikään liittyvää toimintakyvyn alenemista
(L 980/2012). Ikääntyneet voi tarkoittaa myös yli 65-vuotiaiden ryhmää, joka
on luonteeltaan heterogeeninen. Tähän ryhmään kuuluu terveytensä, aktiivi-
suutensa, sosioekonomisen asemansa ja etniseltä taustaltaan erilaisia ikään-
tyneitä ihmisiä. (Hyttinen 2010, 42-43.)

Vanhus, ikääntynyt, ikäihminen, eläkeläinen, seniori, ikääntyvä ja niin edelleen,
ovat nimityksiä, joita käytetään ikääntyneistä puhuttaessa, osa nimityksistä voi
olla myös leimaavia (Hyttinen 2010, 43). Tässä opinnäytetyössä vanhuksista
käytetään ikääntynyt sana, sillä ikäalkuiset sanat koetaan ikääntyneiden itsen-
sä mielestä parhaiten kuvaaviksi (Hyttinen 2010, 43). Ikääntyneenä tässä opin-
näytetyössä tarkoitetaan iältään yli 65 vuotiasta, jollei toisin mainita.

Ikääntyneet ovat Suomessa kasvava väestöryhmä. Heistä yli 80-vuotiaiden
joukko kasvaa nopeimmin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjinä
heitä on yhä enemmän. (Voutilainen & Tiikkainen 2010, 8.) Sairaalaan joutu-
essaan iäkäs potilas on vaarassa menettää aiemman toimintakykynsä. Tämä
johtuu siitä, että usein hänen muut sairautensa vaikeutuvat hoidossa olles-
saan. Esimerkiksi sydämen vajaatoiminta voi paheta infektiosta johtuen. Sai-
rastumiseen voi liittyä myös masennusoireita. Noin kolmasosalla potilaista
toimintakyky huononee sairaalahoitoa edeltävästä tilasta, vaikka tulon syynä
ollut sairaus hoidettaisiin. Suuri osa heistä myös kuolee seuraavan vuoden
kuluessa sairaalasta pääsyn jälkeen. (Jämsen, Kerminen, Strandberg & Val-
vanne 2015, 977-983.)

2.2 Ikääntymiseen liittyvät terveysongelmat

Toimintakyvyn heikkenemisen riskitekijöistä yksi on vajaaravitseminen. Muistisairaudet, masennus, vajaaravitseminen, hauraus-raihnausoireyhtymä, inkontinenssi ja kaatumiset ovat yleisiä mutta usein tunnistamattomia subkliinisiä sairauksia ikääntyneillä potilailla. (Jämsen ym. 2015, 977-983.) Hauraus-raihnaus -oireyhtymällä (HRO) tarkoitetaan yleisen terveydentilan heikkoutta, joka ei liity suoraan mihinkään diagnosoituun sairauteen. Se ei ole myöskään normaali vanhenemisilmiö, vaikka sitä tavataan usein ikääntyneillä. Hauraus-raihnaus -oireyhtymän määritelmästä ei ole yksimielisyyttä, mutta siihen katsotaan kuuluvan tahaton laihtuminen, subjektiivinen uupumus, fyysisen aktiivisuuden vähäisyys, heikkous ja hitaus. Virheravitseminen, erityisesti ikääntyneen aliravitseminen, sekä liikkumattomuus ovat tärkeimmät oireyhtymän etiologiset tekijät. (Strandberg 2013, 332-336.)

Ylipainoisella voi myös olla hauraus- raihnaus -oireyhtymä, mikäli ikääntymiseen liittyy virheravitseminen. Ylipainon katsotaan jopa lisäävän lihaskadon vaaraa. (Räihä 2012, 292.) Oireyhtymässä stressin sietokyky on heikentynyt lisäten elimistössä vajaatoimintojen sekä ennen aikaisen kuoleman riskiä. Hoidon kulmakivenä on hyvä ravitseminen, erityisesti proteiinin saannin varmistaminen, sekä lihaskuntoharjoittelu. (Strandberg, Viitanen, Rantanen & Pitkälä 2006, 1495-1502.)

Muistisairaus on usein syynä ikäihmisen laitoshoidon. Monesti siihen liittyy tahatonta painonlaskua, nielemisvaikeuksia, maku- ja hajuaistin muutoksia sekä syömistä hankaloittavia hahmottamishäiriöitä. Mieltyminen makeaan lisääntyy muistisairauden myötä. (Suominen 2013, 490.) Delirium eli sekavuustila on myös yleinen akuutin sairauden yhteydessä. Sairaalan passivoiva ympäristö vuodelepoineen aiheuttavat ikääntyneille lihasmassan, -voiman ja suorituskäytön nopean alenemisen. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on huomioida ja raportoida nämä muutokset, jotta niihin voidaan vaikuttaa. (Jämsen ym. 2015, 977-983.)

3 IKÄÄNTYNEEN VAJAARAVITSEMUS HOITOTYÖN HAASTEENA

Ravitsemustilan tasapaino voi heikentyä ravinnon saannin vähentymisen, tarpeen ja kulutuksen suurenemisen tai aineenvaihdunnan muutoksesta johtuvan ravinnon käyttötavan muuttuessa elimistössä. Jo muutamista tunneista muutama päivään elimistössä tapahtuu energia- ja proteiiniaineenvaihdunnan muutoksia ravintoaineiden puutteen takia. (Uusitupa & Fogelholm 2012, 204.) Vajaaravitsemuksesta (malnutrition) puhutaan, kun ravintoaineiden riittämätön tai virheellinen saanti johtaa haitallisiin muutoksiin kehossa. Yhtenäistä diagnoosia vajaaravitsemukselle ei ole, mutta nykytiedon valossa se voidaan jakaa kolmeen alaryhmään kehon tulehdustilan perusteella. Nälkiintymiseen liittyvä vajaaravitsemukseen kuuluu klassinen nälkiintyminen ja aliravitsemus. Tähän tilaan ei liity tulehdusta ja se voidaan korjata, jos ravinnon, erityisesti energian ja proteiinien saantia lisätään. (Orell-Kotikangas, Antikainen & Pihlajamäki 2014, 2231-2238.)

Krooniseen sairauteen, esimerkiksi syöpään, reumaan tai painehaavoihin liittyvään vajaaravitsemukseen liittyy elimistön lievä tai keskivaikea tulehdustila. Vaikea elimistön tulehdustila puolestaan liittyy akuuttisairauteen tai traumaan liittyvään vajaaravitsemukseen. Sairauteen liittyvä vajaaravitsemus paranee, vain kun potilaan katabolinen eli lihasta hajottava tila ja potilaan sairaus paranevat tai vammautuneen tila vakiintuu. Pelkkä ravitsemushoito ei paranna tilaa, mutta sillä voidaan kuitenkin edistää toipumista ja lisätä hoidoista selviämistä. (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2231-2238.)

Vajaaravitsemus aiheuttaa sekä toimintakyvyn että elämänlaadun heikkene- mistä (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010b 24). Tutkimusten mukaan ikääntyneiden virheravitsemus on yleistä. 5–20 prosentilla kotona asuvista ja jopa 20–60 prosentilla laitos- ja akuuttisairaaloitten ikääntyneistä potilaista on virheravitsemus. Ikääntymiseen liittyvät hormonaaliset ja metaboliset muutokset vaikuttavat ravinnon tarpeeseen. (Räihä 2012, 290.) Kolekystokiniini on parhaiten tunnettu syömisen määrää ja kestoja vähentävä hormoni, ja sen

eritys lisääntyy ikääntyessä. Sen lisäksi että kolekystokiniini välittää tietoa kylläisyydestä keskushermostolle, se myös hidastaa mahan tyhjenemistä. (Räihä 2012, 290; Ukkola 2003, 381-387.)

Ikääntyneen ravitsemustilan heikkenemiseen on useita syitä. Muun muassa pitkäaikainen sairaus, suun tai hampaiden huono kunto, kivut, masennus, lääkkeiden haittavaikutukset ja heikentynyt haju- ja makuaisti sekä kognitiiviset häiriöt ovat yleisiä syitä vajaaravitsemukseen (Räihä 2012, 290-291.) Vajaaravitsemus aiheuttaa sekä toimintakyvyn että elämänlaadun heikkenemistä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 24). Ikääntyneellä se tarkoittaa omatoimisuuden vähenemistä, kaatuilun, anemian ja luukadon lisääntymistä, stressin sietokyvyn huononemista sekä depression ja kognitiivisten ongelmien yleistymistä (Räihä 2012, 291). Se lisää sairaanhoidon kustannuksia hidastamalla potilaan toipumista, alistamalla potilas infektioille, jälkitaudeille ja painehaavoille. Vajaaravitsemus lisää työmäärää ja sen rasittavuutta, lisäksi se aiheuttaa ennen aikaista kuolemaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 24.)

Sairaanhoitaja toimii lähellä potilasta. Hän näkee potilaan päivittäin toisin kuin esimerkiksi lääkäri tai ravitsemusterapeutti. Sairaanhoitajan työhön kuuluu potilaan ravinnon tarpeen sekä vajaaravitsemusriskin arvioiminen kokonaisvaltaisen hoitotyön osana.

Sekä kansainvälisissä että suomalaisissa tutkimuksissa on havaittu puutteita ravitsemustilanteen tunnistamisessa. Ravitsemustilaa ei joko arvioida säännönmukaisesti tai hoitohenkilökunta ei tunnista vajaaravitsemusta. (Suomi-nen 2016; Uusitupa & Fogelholm 2012, 208.). Toistaiseksi ei ole olemassa spesifistä diagnosointimenetelmää ravitsemushäiriön toteamiseksi, siksi kokonaisarvio yhdistettynä seulontamenetelmän käyttöön on paras tapa (Uusi-tupa & Fogelholm 2012, 208). ICD-10 -luokituksesta parhaiten vajaaravitse-muksen diagnosointiin käy E44.0, E44.1 sekä E43.0. (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2231-2238).

3.1 Vajaaravitsemusriskin tunnistaminen

Ravitsemustilan arviointi alkaa esitietojen kartoittamisella. Taustatiedoista selvitetään painon, suorituskyvyn ja ruoansulatuskanavan toiminnan muutokset, sairaudet, hoidot, lääkitykset ja ravintoanamneesi. Kliinisessä tutkimuksessa tarkastetaan ihon, limakalvojen, hiusten ja kynsien kunto sekä elinten toiminta. Antropometriin tutkimuksiin kuuluu painon ja sen muutosten sekä pituuden mittaaminen. (Uusitupa & Fogelholm 2012, 205-206.) Potilaan säännöllinen punnitseminen auttaa huomaamaan painon muutokset, mutta muutoksesta ei voi päätellä väheneekö potilaan rasva- vai lihaskudos (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2231-2238).

Yli 5 prosentin painonlasku 3–6 kuukaudessa tai yli 10 prosentin painonlasku samassa ajassa on merkittävää. Painon muutoksia tarkasteltaessa on muistettava turvotusten mahdollisuus. Vatsa- tai keuhko-ontelossa, sekä ruoansulatuskanavan alueella oleva aineenvaihdunnan ulkopuolinen neste on otettava huomioon painoa arvioitaessa. Antropometriin mittauksiin kuuluvat myös ihopoimu- ja olkavarren ympäryksen mittaaminen. Olkavarren ympärysmittan ollessa aikuisella alle 23,5 cm, voidaan potilaan arvioida olevan aliravittu. (Uusitupa & Fogelholm 2012, 206.)

Spesifiä verikoetta vajaaravitsemuksen osoittamiseen ei ole, mutta tiettyjen valkuaisaineiden, kuten seerumin albumiinin mittaamisella voidaan arvioida ravitsemustilaa. Tällöin on kuitenkin muistettava, että veren albumiinipitoisuuden vaikuttaa moni muukin asia kuin ravitsemus. Lihasten toiminta ja niiden muutokset käyvät myös ravitsemustilan arviointiin. (Uusitupa & Fogelholm 2012, 206.) Käden puristusvoiman mittaus on helppo ja nopea suorittaa, ja sen katsottu korreloivan hyvin sekä lihasmassaan että ravitsemustilaan. Hengityslihasten voiman mittaaminen kuuluu myös ravitsemustilan arviointikeinoihin. (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2231-2238; Uusitupa & Fogelholm 2012, 207).

Muita arviointimenetelmiä ovat muun muassa painoindeksi (BMI, Body mass index) ja sairaalapotilaan ruuankäytön seuraaminen vajaaravitsemusriskissä olevilla potilailla. Jos paino on pudonnut yli kolme kiloa kolmessa kuukaudessa, tai painoindeksi on alle 23 kg/m², tulee ikääntyneen ravinnonsaanti tarkistaa huolella. Kehon koostumusmittauksia voidaan tehdä muun muassa tietokonetomografian, magneettikuvauksen, neutroniaktivaatio- ja ihopoimumittausten sekä bioimpedanssin avulla. Käytännössä näistä käytetään lähinnä ihopoimumittausta ja bioimpedanssia. (Uusitupa & Fogelholm 2012, 207.) Potilaan ravitsemustilan arviointi ja vajaaravitsemusriskin havaitseminen on moniammatillisen henkilöstön tehtävä, johon jokainen osallistuu vastuunsa mukaan (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010b,17).

3.2 NRS 2002 -menetelmä

Vajaaravitsemusriskin seulonta on osa ravitsemushoitoa. Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2010) suosittaa NRS 2002 -menetelmän käyttöä sairaalapotilaan vajaaravitsemusriskin seulontaan. Suositus pohjautu ESPENin ohjeistukseen. Seulonta tulisi tehdä viimeistään toisen hoitovuorokauden aikana. NRS 2002 -menetelmä on helppo, nopea ja luotettava ja aikaa sen tekemiseen menee 3–10 minuuttia. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 27-28.) NRS 2002 -menetelmä jakaantuu potilaan perustietoihin, ravitsemustilan arviointiin, sairauden vaikeusasteen määrittelyyn sekä potilaan ikään (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010b 214). (Liite 1).

Perustietoihin merkitään potilaan henkilötiedot, pituus ja paino joko kysyen tai mitaten, tulosten kohdalle merkitään tapa, jolla tulos on saatu. Painoindeksi (BMI, kg/ m²) lasketaan tai katsotaan taulukosta, sekä paino kolme kuukautta aiemmin kysytään tai katsotaan potilaan sairaskertomuksesta. Jos potilaan tai hänen omaisensa on vaikea muistaa potilaan aiempaa painoa, voidaan kysymyksillä vaatekoon muuttumisesta tai korujen sopivuudesta auttaa potilasta hahmottamaan painonsa muutokset. Ravitsemustilan arviointi tehdään merkitsemällä potilaan BMI. BMI:n ollessa yli 20,5 pisteitä tulee 0, 18,5–20,5

pisteitä tulee 1 ja alle 18,5 pisteitä tulee 2. Laihtuminen edeltävän kolmen kuukauden aikana merkitään seuraavasti, 5–10 % laihtuminen yksi piste, 10–15 % laihtuminen kaksi pistettä ja yli 15 % laihtuminen kolme pistettä. Jos laihtumista ei edeltävän kolmen kuukauden aikana ole tapahtunut, pisteitä ei tule. Ruuan määrä edeltävällä viikolla lasketaan myös ravitsemustilan arviointiosioon. normaali määrä syötyä ruokaa tekee nolla pistettä, yli puolet normaali määrästä yhden pisteen, puolet tai alle puolet tekee kaksi pistettä ja jos potilas on syönyt erittäin vähän, hän saa kolme pistettä. Näistä kolmen osion pisteistä merkitään ylös suurin yksittäinen pistemäärä eli 0–3 pistettä.

Sairauden vaikeusaste ravitsemustilanteen kannalta arvioidaan seuraavasti: normaali tilanne nolla pistettä. Sairauden lievä vaikutus ravitsemustilaan yksi piste, tähän kuuluu esimerkiksi paikallinen syöpä, alkoholi- tai huumeongelma, krooninen, alle 25 cm pitkä haava, sekä potilas, joka on jalkeilla heikentyneestä yleiskunnosta huolimatta. Kohtalainen vaikutus, esimerkiksi vaikea tulehdus, tuore aivohalvaus, painehaava, palovamma ja monivamma tarkoittaa kahta pistettä, ja vakava vaikutus ravitsemustilaan kolme pistettä. Vaikutukseltaan kolmen pisteen sairauksia ovat esimerkiksi pään alueen vammat, anoreksia nervosa ja tehohoitoa vaativat sairaudet. Potilaan ikä huomioidaan NRS 2002 -menetelmässä niin, että 70 vuoden iästä tai sen yli saa yhden lisäpisteen. Maksimi pistemäärä on 7. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010b.) Pisteiden avulla määritetään vajaaravitsemusriski ja neuvotaan jatkotoimenpiteet.

NRS 2002 -seulonnan tulokset ja suositukset jatkotoimenpiteistä ovat seuraavat: 0 pistettä, potilaan ravitsemustila on normaali mittaushetkellä. Seulontatulokset kirjataan ylös ja seulonta uusitaan viikon välein niin kauan kun potilas on hoidossa. 1–2 pistettä, potilaan vajaaravitsemusriski on vähäinen. Seulontatulokset kirjataan ylös ja potilaan ravitsemustilaa seurataan viikoittain niin kauan, kun hän on hoidossa. Potilasta motivoidaan huolehtimaan ravitsemustilastaan. NRS 2002 -menetelmä on mukailtu Kondrupin, Rasmussenin, Hambergin ym. (2003) julkaisusta ja sen suomennos on tehty Tampereen yliopistollisessa sairaalassa 2006. (Sinisalo 2015, 215).

3.3 Ikääntyneen ravitsemushoito

Hyvä ruoka on ihmisille yksi elämän kohokohdista. Se tuottaa mielihyvää, mutta on myös elinehto. Ruokailusta ja ravitsemuksesta huolehtiminen kuuluu potilaan perushoitoon. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007,108.) Euroopan neuvoston julkilausuma (2002) määrittää potilaan oikeudeksi laadukkaan ravitsemushoidon. Sen tavoitteena on turvata potilaalle riittävä energian ja ravintoaineiden saanti sekä mielihyvää tuottava ruokailu. Laadukas ravitsemushoito ylläpitää tai parantaa potilaan ravitsemustilaa ja elämänlaatua, sekä edistää toipumista. Se on näyttöön perustuvaa hoitoa, ja siihen kuuluu laadun arviointi, eri ammattiryhmien yhteistyö ja saumaton tiedonkulku. Omaisten mukaan ottaminen kuuluu olennaisena osana ravitsemushoitoon.

Toimiva ravitsemushoito edellyttää vastuiden selkeää jakamista ja yhteisten tavoitteiden asettamista, sekä riittäviä resursseja. Ravitsemushoidon toteuttamiseen osallistuvista ammattiryhmistä keskeisiä ovat muun muassa ruokapalveluhenkilöstö, lääkärit, hoitohenkilökunta, laitoshuoltajat ja ravitsemusterapeutit. Ravitsemushoitoon osallistuvaa henkilöstöä voi muodostaa tiimin tai ravitsemustyöryhmän, jossa suunnitellaan, arvioidaan ja kehitetään ravitsemusasioita organisoidusti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 16-20.)

Ravitsemukseen liittyvät haasteet ovat ikääntyneellä erilaiset kuin nuoremmilla, mutta myös ikääntyminen on yksilöllistä (Puranen & Suominen 2012, 5; Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010a,14). Suojaravintoaineiden ja nesteen tarve ei vähene ikääntymisen myötä, vaikka energian tarve ja janon tunne vähenevät. Syömisen vähentyessä ruoan laadun merkitys korostuu, samoin kuivumisen estämiseksi riittävä nesteen määrä on tärkeä. (Aejmelaeus ym. 2007, 110,112.) Ruoan oikeaan rakenteeseen kiinnitetään huomiota niin, että ikäihmisen on helppo purra ja niellä ruokaa. Ikääntyessä aistitoiminnot muuttuvat, mieltymys suolaiseen ja makeaan lisääntyy, kun taas hapan ja karvas säilyvät aistimuksina ennallaan. Mieleiset leipärasvat ja juomat, sekä mahdollisuus lisätä suolaa tai sokeria ateriaan parantavat ruokahalua. Ikään-

tyneen ravitsemushoidolla tavoitellaan elämänlaadun ja toimintakyvyn parantamista, sekä ikääntymiseen liittyvien sairauksien etenemisen hidastumista. Vajaaravitsemusriskissä oleva tai vajaaravittu ikääntynyt potilas kuuluu tehostetun ruokavalion piiriin, muuten hän syö perusruokavalion tai muun sopivan ruokavalion ruokaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 155-156.)

Ikääntyneen vähentynyt fyysinen aktiivisuus ja lihaskudos alentavat hieman energiantarvetta. Energiantarve voidaan laskea iän, aktiivisuuden, sukupuolen ja painon mukaan. Vuodepotilaana oleva yli 60 vuotias nainen tarvitsee energiaa 1400–1800 kcal ja mies 1400–2000 kcal, osastolla liikkuva potilaalle lisätään energiaa 200 kcal enemmän. Vitamiineja ja kivennäisaineita ikääntynyt tarvitsee yhtä paljon tai enemmän kuin nuoremmat. D -vitamiinin tarve on 20 mikrogrammaa vuorokaudessa ympäri vuoden, tarvittaessa annetaan lisää kalsiumia. Proteiinia suositellaan ikääntyneelle merkittävästi enemmän kuin muulle aikuisväestölle, 1,5 g/kg tai 15-20 E %. Nesteen suositeltu määrä vuorokaudessa on 1–1,5 litraa, eli 5–8 lasillista vettä, maitoa tai hapanmaitotuotteita, kohtuudella myös mehuja, pirtelöitä ynnä muuta vastavia. Rasvoista kannattaa valita pehmeää rasvaa sisältävät tuotteet. Erityisesti kalassa ja kasviöljyssä olevilla n-3 -rasvahapoilla on paljon terveyttä edistäviä vaikutuksia, kuten veren triglyseridi pitoisuuden aleneminen, tulehdusten väheneminen, sekä ärtyneen suolen aiheuttamat oireet lievittyvät ravintokuiturikkaalla ravitsemuksella. (Räihä 2012, 284-285.)

Ikääntyneen potilaan omatoimisuutta pidetään yllä huolehtimalla hyvästä ruokailuasennosta, niin että hän voi, jos mahdollista, syödä itse. Sairaalassa ruokahalu usein heikentyy, siksi mieliruoat ja juomat, sekä pienet ateriat välipaloinen ovat suositeltavia. Tauko aterioiden välillä ei saa olla pitkä, yöpaasto saa maksimissaan olla 11 tuntia. Jos ikääntynyt ei pysty itse syömään, hänet syötetään. Tällöin huolehditaan, että syöttämiselle on tarpeeksi aikaa, ja että ruokailuhetki on ikääntyneelle miellyttävä. Suun ja hampaiden hoito puhdistamalla tärkeää. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 26-29, 34, 45).

3.4 Tehostettu ruokavalio

Tehostetun ruokavalion tarpeellisuus määritellään ikäihmisen kokonaistilanne huomioiden (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 48). Painon lasku yli 3 kg edeltäneen kolmen kuukauden aikana, akuutit sairaudet tai leikkaukset sekä väsynyt, voimaton olo ja toistuvat infektiot ovat tehostetun ruokavalion indikaatioita. (Puranen & Suominen 2012, 32.) Ravitsemusseulassa saatu kohtalainen vajaaravitsemusriski on myös aihe tehostettuun ravitsemukseen (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 162).

Tehostetussa ruokavaliossa ruokaa tarjoillaan pieninä, energia- ja proteiini-rikasteina annoksina tavallista useammin tasaisesti pitkin päivää. Ateriat jaetaan vähintään kolmeen pääateriaan, ja kolmeen välipalaan. Jos mahdollista, tarjotaan myös myöhäinen iltapala. Aterioiden energiapitoisuutta voidaan lisätä muun muassa valitsemalla runsas rasvaisemmat tuotteet ja lisäämällä öljyä puuroihin, keittoihin ja sosemaisiin ruokiin (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 48.) Maltodekstriinilla eli muunnetulla maissitärkelyksellä saadaan myös lisättyä ruoan energiapitoisuutta. Salaattiin voidaan laittaa öljyä kastikkeeksi. Rasva lisää ruoan maistuvuutta korostamalla aromeja. Proteiini täydennystä saadaan tarjoamalla liha- ja maitovalmisteita sekä aterioilla että välipaloilla, myös proteiinipitoiset täydennysravintojuomat, proteiinivanukkaat ja -soseet ovat hyviä proteiinin lähteitä.

Täydennysravintovalmisteet jaetaan käyttötavan, rakenteen ja ravintosisällön perusteella eri ryhmiin. Jauhemaisia valmisteita käytetään ruoan valmistuksessa tai lisättynä valmiiseen ruokaan tai juomaan. Nestemäisiä voidaan käyttää juomana tai ruoanvalmistuksessa. Valmiit tuotteet käyvät sellaisenaan. On ravintosisällöltään monipuolisia ja yksipuolisia tuotteita, myös sairauskohtaisia tuotteita löytyy. Lisäksi sakeuttajia, kuitulisiä sekä maitomaisia ja mehumaisia ravintojuomia on saatavilla. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 38,232-233.)

Tärkeimpiä valintakriteerejä tuotteita valitessa on maku ja hinta, sillä vain nautittu ravintolisä on kustannustehokasta. Suolaa saa käyttää perusruokavaliota enemmän, jos ikääntynyt sitä kaipaa. Toiveruoat ja mieltymykset otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon. Ruoan käyttöä seurataan seuranta-kaavakkeen avulla. Tehostettu ruokavalio voidaan valmistaa myös erikoisruokavaliona tai rakennemuunnettuna, jolloin ruoka on pehmeää, sosemaista tai nestemäistä. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 38,160-162, 232-233.)

3.5 Hoitajien valmiuksia ja asenteita kartoittavat tutkimukset

Hoitajien valmiuksia ja asenteita kartoittavia tutkimuksia potilaiden vajaaravitsemuksen havaitsemisesta ja ravitsemusseulonnan tekemisestä on tehty melko vähän. Suomisen väitöskirja vuodelta 2007 osoittaa, että hoitajat tunnustivat ikääntyneiden aliravitsemuksen huonosti ja ravitsemuskoulutuksella oli myönteisiä vaikutuksia ikääntyneiden ravitsemustilaan. Hoitajien ravitsemuskoulutuksen tärkeys nousi esiin muissakin aiheesta kirjoitetussa materiaalissa. Pasasen & Laitilan opinnäytetyö vuodelta 2015 tutkii hoitajien valmiuksia, asenteita ja tietotaitoa potilaan vajaaravitsemuksen tunnistamiseen, hoitamiseen ja seurantaan. Tutkimuksen kohderyhmänä on 237 hoitajaa, joista vastanneita 122. 66 % hoitajista koki taitonsa vajaaravitsemuksen tunnistamiseen tyydyttäväksi. 29 % koki taidot hyväksi ja 6 % heikoksi. Tässäkin tutkimuksessa tuli ilmi, että koulutuksen vähäisyys oli tärkeä tekijä vajaaravitsemuksen tunnistamattomuuteen. Hoitajien asenteiden tutkimista ravitsemusseulonnan tärkeydestä ei materiaaleista suoranaisesti löytynyt.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaiset valmiudet hoitohenkilökunnalla on arvioida ikääntyneen potilaan ravitsemustilaa, sekä kartoittaa heidän asenteitaan vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmän käyttöä kohtaan. Tarkoituksena on myös lisätä hoitohenkilökunnan tietoa ikääntyneen potilaan vajaaravitsemuksesta vuodeosastolla, ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002 -menetelmän käytöstä.

Tavoitteena on, että hoitajien osaaminen ikääntyneen potilaan vajaaravitsemuksesta lisääntyy ja työnantaja voi saadun tiedon perusteella kohdentaa koulutusta ja tukea hoitohenkilökunnalle oikealla tavalla.

Oma ammatillisen kasvun tavoitteeni on kehittyä potilaan kokonaisvaltaisessa hoitamisessa, tärkeänä osana siinä ravitsemustilan huomioiminen. Tavoitteenani on myös oppia tieteellisen tutkimuksen tekoa, osata lukea ja etsiä tietoa laajalti ja tulkita sitä lähdekriittisesti.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Kuinka hoitohenkilökunta kokee valmiutensa potilaiden ravitsemustilan arviointiin.
2. Millaiset asenteet hoitohenkilökunnalla on vajaaravitsemusriskin seulontaa kohtaan.

5 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN KUVAUS

5.1 Opinnäytetyön tausta ja suunnittelu

Opinnäytetyön ideointivaihe alkoi lokakuussa 2017 yhteydenotolla pohjoissavolaiseen terveyskeskukseen. Terveyskeskuksesta ehdotettiin vajaaravitsemuksesta opinnäytetyön aiheeksi. Terveyskeskuksen vuodeosaston potilasta suurin osa on ikääntyneitä, näin aihe liittyy läheisesti myös gerontologisiin suuntautumisopintoihin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta suosittaa jokaisen sairaalapotilaan ravitsemustilan arviointiin NRS 2002 -menetelmää viimeistään toisena hoitopäivänä, siksi aihe tuntui kiinnostavuutensa lisäksi myös tärkeältä. Toimeksiantajan toiveena oli terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnan tutustuttaminen NRS 2002 -menetelmään ja rohkaiseminen menetelmän käyttöönottoon osastolla. Hoitohenkilökunnan osaamista ja asenteita haluttiin myös kartoittaa.

Kehittämispainotteisen opinnäytetyön tavoitteena on ohjeistaa, opastaa, järjestää tai järjeistää toimintaa. Opiskelijan ammatillisen osaamisen kehittyminen on myös tavoitteena. (Diakonia -ammattikorkeakoulu 2010, 32-33.) Opinnäytetyön tavoitteissa asetettiin päämääräksi koulutuksen avulla saavutettava tiedon lisääntyminen sekä vajaaravitsemuksesta että NRS 2002 -seulontamenetelmästä. Tavoitteisiin pääsemiseksi opinnäytetyön vaiheet jaettiin neljään osioon, teoriaosuuteen, ravitsemusseulontaan, koulutustilaisuuteen sekä kyselytutkimukseen (kuviokuva 1). Käytännössä tiedon lisääminen hoitohenkilökunnalle tapahtui osastolla pidetyn koulutustilaisuuden kautta. Tavoitteena ollut hoitajien osaamisen ja asenteiden kartoitus tapahtui kyselytutkimuksen avulla. Opinnäytetyösuunnitelma valmistui helmikuussa ja maaliskuussa allekirjoitettiin toimeksiantajan kanssa kehittämishankkeen ja työelämäyhteistyön suunnitelma ja sitoumuspaperi.

Opinnäytetyön tarkoituksena ollut hoitajien tiedon lisääminen ikääntyneen potilaan vajaaravitsemuksesta tarkoitti sitä, että aiheeseen piti perehtyä kirjall-

lisuuden ja internetlähteiden kautta. Tietoa hankittiin kirjoista, ammattilehdistä, internetin tietokannoista sekä keskustelemalla alalla työskentelevien kanssa. Hakusanoina käytettiin ikääntynyt, ikääntyneen ravitsemus, NRS 2002 -menetelmä, ravitsemustilan arviointi sekä vajaaravitsemus. Kysymykset, joihin haettiin tietoa, olivat muun muassa mitä vajaaravitsemus tarkoittaa, miten ikääntyminen ja sairaudet vaikuttavat ravitsemustilaan, miten ravitsemustilaa voi arvioida ja vajaaravitsemuksen tunnistaa, miten hoitajat tunnistavat vajaaravitsemuksen, sekä mitä ravitsemushoito on.

Tietokannat, joita käytettiin, olivat Finna, Medic, Oppiportti ja Terveysportti. Kirjallisista materiaaleista yksi tärkeimmistä oli Valtion Ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemushoitosuosituksukset sekä ikääntyneille että terveydenhuoltolaitoksiin. Materiaalin tuoreus oli yksi valintakriteeri ja se rajattiin 2010 -luvulle ja sitä uudempiin aineistoihin. Tuoreuden perusteella materiaalia löytyi runsaasti, vain hoitajien vajaaravitsemuksen tunnistamisesta löytyi niukasti tietoa. Vanhempaa lähdemateriaalia käytettiin vain muutamassa kohtaa. Hankitusta tiedosta muodostui opinnäytetyön teoriaosuus.

Kyselytutkimukseen tarvittava tutkimuslupa saatiin toukokuussa. Tutkimuksen kohderyhmä oli terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunta. Toimeksiantaja ehdotti tutkimuskysymysten sisällöksi hoitajien asenteiden ja valmiuksien tutkimista suhteessa vajaaravitsemusriskin seulontaan. Potilaiden ravitsemustilan tunnistamiseen on alettu kiinnittää lisääntyvässä määrin huomiota. Alueen keskussairaalan käytäntö potilaiden vajaaravitsemusseulonnasta toivotaan tulevan osaksi myös maakunnassa yleisesti. Toiveena oli selvittää, kuinka hoitajat kokevat valmiutensa potilaiden ravitsemustilan arvioimiseen, sekä millaiset heidän asenteensa ovat ravitsemusseulonnan tekemiseen. Kyselytutkimuksella voidaan löytää hoitajien toiminnassa tai asenteissa kohtia, joihin vaikuttamalla voidaan kehittää ravitsemushoitoa. Toukokuun lopussa osallistuttiin myös osastolla pidettyyn NRS 2002 - vajaaravitsemusriskin seulontapäivään, jolloin osaston potilaat seulottiin ravitsemusterapeutin opastuksella.



Kuvio 1 Opinnäytetyön vaiheet

5.2 Ravitsemusseulonta

Potilaille tehtiin vajaaravitsemuksen riskin seulonta NRS 2002 -menetelmällä. Seulontaan osallistuivat ravitsemusterapeutti, osaston lähihoitaja sekä opinnäytetyön tekijä. Tarkoituksena oli tuoda NRS 2002 -menetelmä käytännössä tutuksi ja kartoittaa potilaiden vajaaravitsemusriskiä. Seulonnassa käytiin läpi osaston kaikki potilaat. Tulokset kirjattiin sekä sähköiseen potilastietojärjestelmään että kirjallisesti. Opinnäytetyön tekijän toimesta tulokset koottiin taulukoiksi ja esitettiin koulutustilaisuudessa Power Point -esityksenä. Seulonnan tuloksia ei raportoitu opinnäytetyössä.

5.3 Koulutustilaisuus

Koulutustilaisuuden suunnittelu alkoi ravitsemusseulonnan tulosten saamisen jälkeen. Tietoa vajaaravitsemuksesta ja ravitsemushoidosta oli kertynyt opinnäytetyön teoriaosuutta tehdessä, ja tämä tieto oli koulutustilaisuuden pohjana. Teoriaosuuteen koottiin tietoa vajaaravitsemuksen määritelmästä, yleisyydestä ja vaikutuksista. Ravitsemustilan arviointi, vajaaravitsemuksen toteaminen, NRS 2002 -menetelmän käyttö ja ikääntymisen vaikutukset ravitsemustilaan käytiin myös läpi. Teoriaosuuden jälkeen oli tarkoitus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa ravitsemusseulonnan tuloksista ja jatkohoitotoimenpiteistä. Koulutusta varten tehtiin kattava Power Point -esitys, joka myös tulostettiin ja jätettiin osastolle materiaaliksi. Muutakin materiaalia, kuten NRS 2002 -lomakkeita ja täyttöohjeita sekä kaaviot seulonnan tuloksista jätettiin luettavaksi. Tilaisuuteen varattiin tunti aikaa.

Koulutustilaisuus järjestettiin elokuussa 2018. terveystieteiden osaston vuodeosastolla. Koulutukseen osallistui osaston kolmestakymmenestä viidestä hoitajasta seitsemän lähi- ja sairaanhoitajaa. Osaston kiireiden takia koulutus pääsi alkamaan kaksikymmentä minuuttia myöhässä, ja näin koulutukseen varattu aika lyheni neljäänkymmeneen minuuttiin. Osa hoitajista joutui myös poistumaan kesken esityksen. Sairaanhoitopiirin ravitsemusterapeutti oli myös paikalla.

Ajan vähyyden takia koulutustilaisuuden luonne muuttui. Alun teoriaosuus ikääntyneen ravitsemuksesta ja vajaaravitsemuksesta jäi pois, ja tätä aihetta sivuttiin keskusteluissa hoitajien kanssa yhdessä. Power Point -esitystä ei myöskään voinut toteuttaa, mutta materiaalin pystyi näyttämään tietokoneelta. Koulutustilaisuudessa käytiin läpi NRS 2002 -menetelmä ja osaston toukokuun ravitsemusseulonnan tulokset. Ikääntyneen ravitsemusta ja ravitsemustilan arviointia käytiin keskustellen läpi. Koulutustilaisuudessa olleet hoitajat osallistuivat aktiivisesti keskusteluun, ja ravitsemusterapeutti osallistui tilaisuuteen tuomalla ammattilaisen näkökulman kyseiseen aiheeseen. Tilaisuus oli lyhyt mutta asiapitoinen.

Koulutustilaisuuden rakentamisen rinnalla alkoi tutkimuksen tarkempi suunnittelu. Suunnittelun pohjaksi etsittiin aikaisempia tutkimuksia aiheesta. Kysymyksiä laadittaessa kokemus kyseisen osaston toiminnasta ja potilasmateriaalista helpotti työtä.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu

Tähän tutkimukseen valittiin menetelmäksi kvantitatiivinen tutkimus, sillä kohderyhmänä oli osaston koko hoitohenkilökunta. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä ovat tyypillisesti lomake- ja internetkyselyt, strukturoidut haastattelut, systemaattinen havainnointi sekä kokeelliset tutkimukset. (Heikkilä 2014, 13).

Määrälliseen eli kvantitatiivisen tutkimukseen kuuluu usein strukturoidut eli suljetut kysymykset. Suljettujen kysymysten etuja ovat nopea vastaaminen ja tulosten helppo käsittely. (Heikkilä 2014, 15, 49.) Tässä kyselytutkimuksessa käytettiin internetkyselyä, jossa kysymykset olivat joko strukturoituja tai sekamuotoisia eli osittain avoimia kysymyksiä. Toimeksiantaja ehdotti kysymysten sisällöksi hoitohenkilöstön osaamisen ja asenteiden tutkimista, ja sen pohjalta muodostettiin tutkimuskysymykset.

Kysymysten tekemisessä auttoi opinnäytetyön teoriaosuuteen etsitty tieto ikääntyneen ravitsemuksesta ja vajaaravitsemuksesta. Esimerkiksi kysymyksessä kolme, jossa hoitajat valitsivat käyttämiään ravitsemustilan arviointikeinoja, osattiin vaihtoehdoiksi laittaa käyttökelpoisimpia keinoja. Myös käytännön kokemus ravitsemusseulonnasta auttoi kysymysten teossa.

Kyselylomake tehtiin Microsoft Forms -ohjelmalla. Kysymysten sisältö muodostui teoriaosuuden pohjalta. Strukturoituja ja sekamuotoisia kysymyksiä oli seitsemän, sekä kahdeksantena oli avoin kysymys ” tuleeko mieleen muuta, mitä haluaisit sanoa potilaan ravitsemustilan arvioinnista.” Teoriaosuutta tehdessä tuli esille, miten monella tapaa potilaan ravitsemustilaa voi arvioida, ja siksi haluttiin kysyä, mitä keinoja hoitajat käyttävät työssään ja jääkö joku keino käyttämättä. Samoin tuli ilmi, kuinka vaikeaa potilaan vajaaravitsemusriskiä on havaita ilman vajaaravitsemusriskin seulontaa. Kysymyksillä pyrittiin

selvittämään, kuinka hoitajat käyttävät vajaaravitsemusriskin seulontamene-
telmää työssään ja kuinka tärkeäksi he sen kokevat. Teoriaosuutta tehdessä
nousi esiin myös, kuinka hoitajat eivät tunnista potilaan vajaaravitsemustilaa,
tämän takia osa kysymyksistä selvitti osaamisen tasoja hoitajien omana ko-
kemuksenaan. (Liite 2).

Strukturoidut ja puoliavoimet kysymykset olivat pakollisia. Saatekirjeessä
mainittiin kysymysten vastaamiseen menevän noin kymmenen minuuttia.
Tutkimuskysely aloitettiin esitietojen kartoittamisella kahdella kysymyksellä.
Kysymykset koskivat koulutusta ja työkokemusta. Näillä kysymyksillä haluttiin
selvittää, onko koulutuksella tai työkokemuksen pituudella merkitystä hoita-
jien kokemaan valmiuteen sekä asenteisiin arvioida potilaan ravitsemustilaa.

Kolmas kysymys kartoitti hoitajien käyttämiä keinoja potilaan ravitsemustilan
arvioimisessa. Kysymyksellä, jossa hoitajat arvioivat erilaisten keinojen tär-
keyttä omassa työssään ravitsemustilan selvittämiseksi, haluttiin selvittää
heidän asenteitaan. Tässä kysymyksessä arviointiasteikko oli erittäin tärkeä/
tärkeä/ kohtalaisen tärkeä/ vähän tärkeä ja tarpeeton.

Loput kysymykset käsittelivät molempia, sekä asenteita että valmiuksia ja
vastausvaihtoehdot olivat monivalintoja, jossa pystyi valitsemaan useamman
vastausvaihtoehdon sekä yksi kysymys, jonka arviointiasteikko oli täysin sa-
maa mieltä/ osittain samaa mieltä/ osittain eri mieltä/ täysin eri mieltä/ en
osaa sanoa. Vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa” antaa mahdollisuuden olla
ottamatta kantaa asioihin, ja osa ihmistä mielellään valitsee tämän vastaus-
vaihtoehdon (Valli 2018, 106-108). En osaa sanoa vaihtoehdon puuttuminen
saattaa myös turhauttaa vastaajia ja aiheuttaa näennäistä reliabiliteetin ko-
hoamista (KvantiMOT 2010). Näistä syistä johtuen en osaa sanoa vaihtoehto
haluttiin säilyttää tässä kyselytutkimuksessa.

Kyselylomake lähetettiin hyväksyttäväksi sekä toimeksiantajalle että ohjaa-
valle opettajalle. Ennen kyselyn lähettämistä vastaanottajille yksi osaston

sairaanhoidajista testasi kyselylomakkeen. Palautteen perusteella lomakkeeseen ei tarvinnut tehdä muutoksia. Kyselylomake lähetettiin syyskuussa sähköisesti vuodeosaston yhteyshenkilölle, joka jakoi lomakkeen sähköpostina kohderyhmälle. Vastausaikaa oli kolme viikkoa.

6.2 Analyysimenetelmät ja analyysi

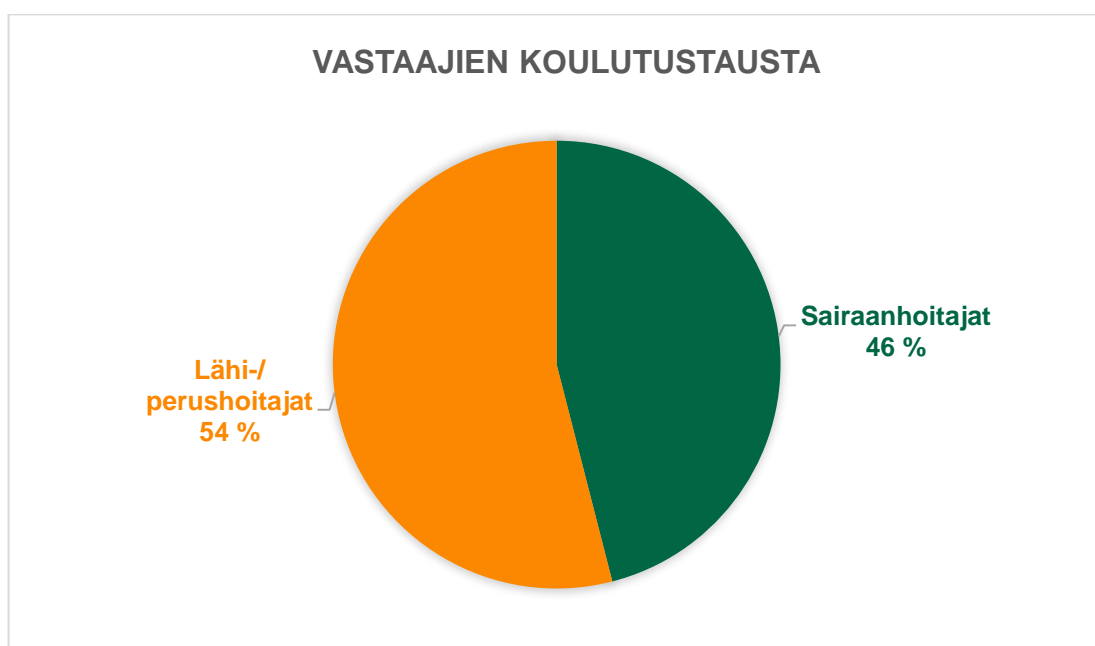
Määrällinen tutkimusaineiston analyysi pohjautuu tilastojen ja numeroiden avulla tapahtuvaan aineiston kuvaamiseen ja tulkintaan (Jyväskylän Yliopisto 2015). Formsin kautta tulleet tulokset pystyttiin liittämään suoraan Excel-taulukkolaskentaohjelman havaintomatriisiin. Strukturoidusta kysymyksistä saadut vastaukset analysoitiin määrällisin menetelmin. Tuloksista muodostettiin frekvenssitaulukko, josta tehtiin suoria jakaumia. Frekvenssijakaumat esitettiin pylväskaavioina.

Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin laadullisiin menetelmiin kuuluvaa sisällönanalyysia käyttäen. Vastauksista etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroja ja vastaukset tiivistettiin kuvaukseen, joka kytki tulokset laajempaan kontekstiin.

7 TULOKSET

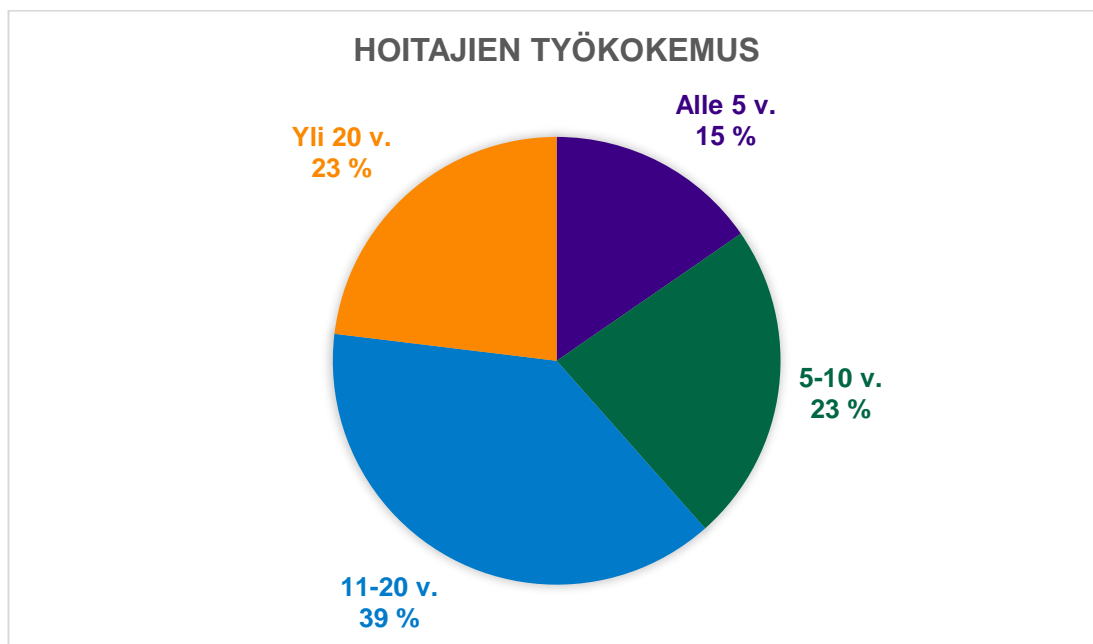
7.1 Taustamuuttujat

Kyselyyn vastasi osaston 35 hoitajasta kolmetoista (N=13), eli 37 prosenttia. Vastanneista kuusi oli sairaanhoitajia (46%) ja lähi-/ perushoitajia 7 (54 %) (Kuvio 2)



Kuvio 2 Vastaajien koulutustausta

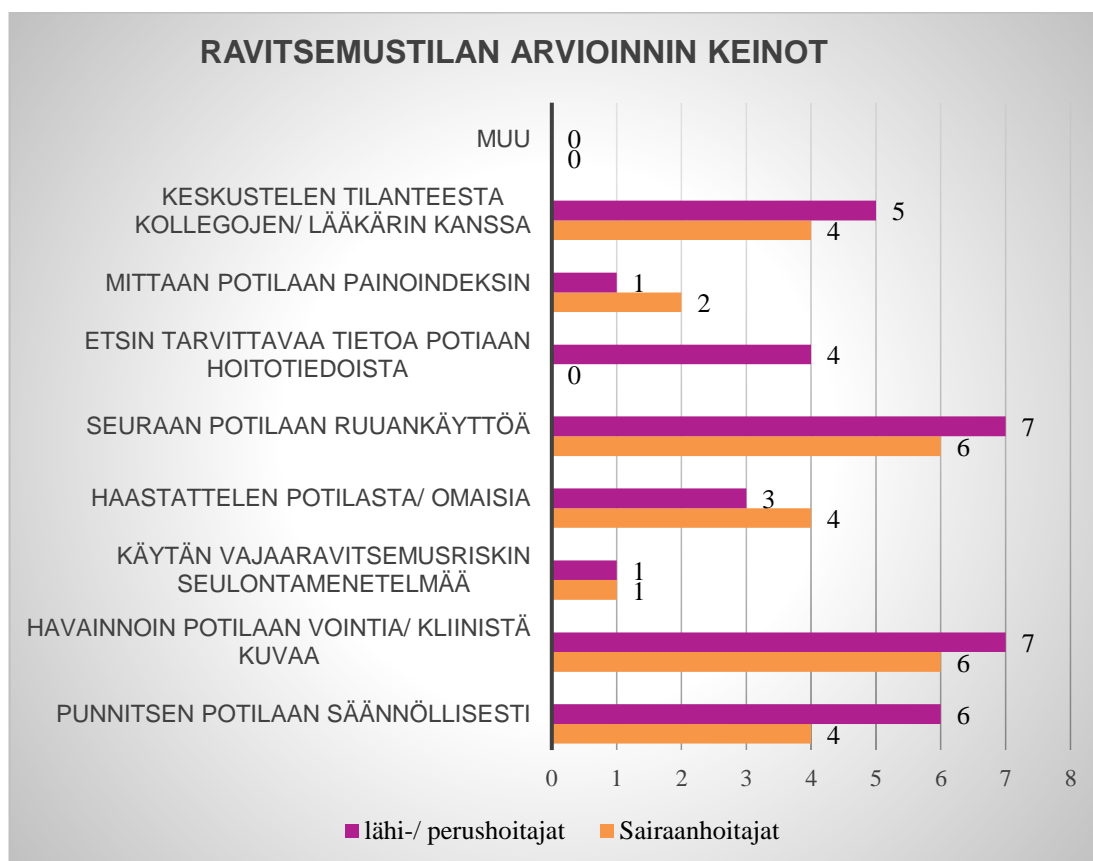
Hoitajien työkokemus jaettiin neljään ryhmään työvuosien perusteella. (Kuvio 3)



Kuvio 3 Hoitajien työkokemus vuosina

7.2 Ravitsemustilan arvioinnin keinot

Kyselytutkimuksessa kartoitettiin hoitajien käyttämiä keinoja potilaan ravitsemustilan arvioinnissa. Keinoja sai valita niin paljon kuin halusi. Keinot, joilla hoitaja voi arvioida potilaan ravitsemustilaa poimittiin kirjallisuuskatsausta varten luetuista materiaaleista. Tällä kysymyksellä haluttiin selvittää, miten monipuolisesti hoitajat käyttävät ravitsemustilan arviointikeinoja hyväkseen, ja jääkö joku keino käyttämättä kokonaan. Kysymys oli monivalintakysymys, jossa kaikki valmiit vastausvaihtoehdot tulivat valituiksi, ainoastaan viimeisenä vaihtoehtona ollut avoin muu- kohta jäi vaille vastauksia. (Kuvio 4)



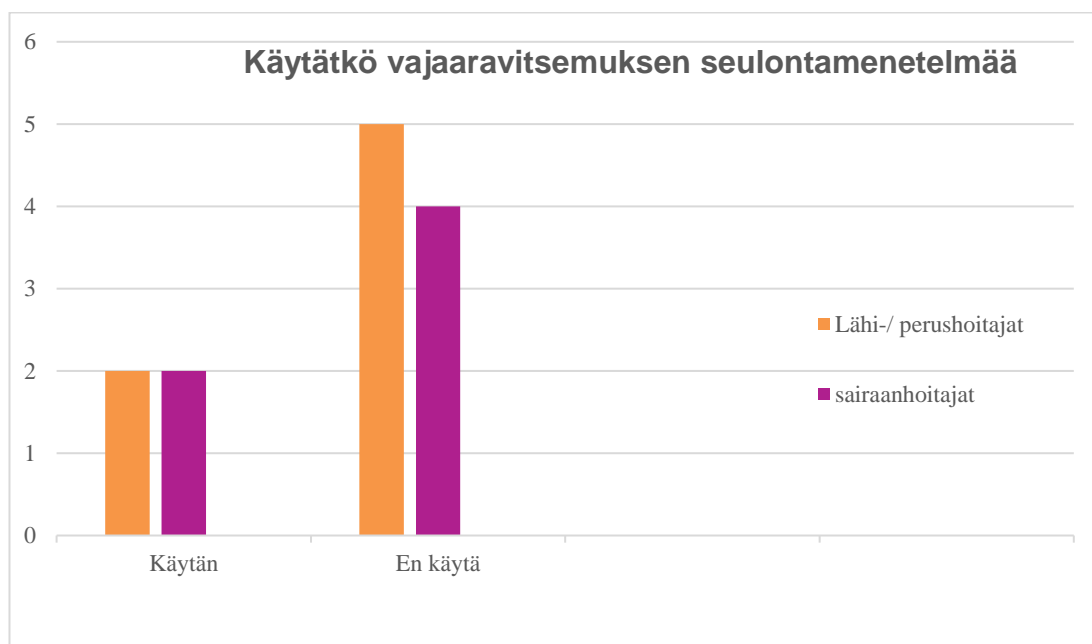
Kuvio 4 Ravitsemustilan arvioinnin keinot

Jokainen hoitaja (n=13) käytti ravitsemustilan arvioinnin keinoina potilaan havainnointia ja ruuan käytön seurantaa. Suurin osa heistä (n=10) käytti potilaan punnitsemista ja kollegojen/ lääkärin kanssa keskustelua (n=9). Potilaan / omaisen haastattelua käytettiin neljänneksi eniten (n=7) ja tarvittavan tiedon etsimistä potilaan hoitotiedoista käytti menetelmänä neljä hoitajaa (n=4). Painoindeksin mittaaminen kuului arviointi keinoihin kolmella hoitajalla (n=3) ja vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmää käytti kaksi hoitajaa (n=2). Kohta: muu, johon olisi voinut kirjoittaa listassa mainitsemattoman keinon jäi tyhjäksi.

Jokainen hoitaja käytti vähintään kolmea eri keinoa selvittääkseen potilaan ravitsemustilaa. Enimmillään keinoja oli käytössä kuusi. Työkokemuksen pituus näyttäytyi keinojen käytön osalta ainoastaan vajaaravitsemusriskin seulonnan käyttämisessä. Kaksi hoitajaa (n=2), yksi lähihoitaja ja yksi sairaanhoitaja käytti vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmää, ja heillä molemmilla

oli lyhin valittavissa oleva työkokemus eli 0-5 vuotta. Koulutustausta näkyi keinojen valinnassa siten, että ainoastaan lähi- / perushoitajat valitsivat keinoiksi tarvittavan tiedon etsimisen potilaan hoitotiedoista (n= 4). Sairaanhoidajista kukaan ei käyttänyt tätä keinoa. (Kuvio 4)

Kysymys neljä kuului, käytätkö vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmää. Kaksi lähi- / perushoitajaa sekä kaksi sairaanhoidajaa vastasivat myönteisesti. Loput vastaajista vastasivat kielteisesti. (Kuvio 5). Kahden hoitajan myönteinen vastaus saattaa kuitenkin olla virheellinen, sillä jatkokysymyksessä kielteisen vastauksen antaneille, nämä kaksi hoitajaa valitsivat vaihtoehdon ”osastolla ei käytetä vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmää”. Sen lisäksi he eivät kolmannessa kysymyksessä vajaaravitsemuksen arvioinnin keinoista, valinneet vaihtoehdoista ”käytän vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmää”. Näistä johtuen vain kahden hoitajan myönteistä vastausta vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmän käyttämisestä voi pitää luotettavana. Työkokemukseltaan hoitajat kuuluivat kaikkiin kategorioihin, paitsi lyhimmän työkokemuksen (0–5 v.) ryhmään.



Kuvio 5 Vajaaravitsemuksen seulontamenetelmän käyttö

Jatkokysymys kielteisen vastauksen antaneille, miksi et käytä, pyrki selvittämään, johtuuko vajaaravitsemusseulan käyttämättömyys syistä, joihin voidaan vaikuttaa esimerkiksi ajan tai taidon puute. (Kuvio 6). Avoimeen vaihtoehtoon, muu syy, yksi lähihoitaja vastasi ”käytetään pitkäaikaispotilaille”.

Syyt vajaaravitsemusseulan käyttämättä jättämiseen	Lähi-/ perushoitajat	Sairaanhoitajat
Osastolla ei käytetä vajaaravitsemusseulaa	3	2
Työnkuvaani ei kuulu vajaaravitsemusseulan käyttö	0	0
Koen ettei ole aikaa käyttää vajaaravitsemusseulaa	0	2
En osaa käyttää vajaaravitsemusseulaa	1	0
Muu	0	0

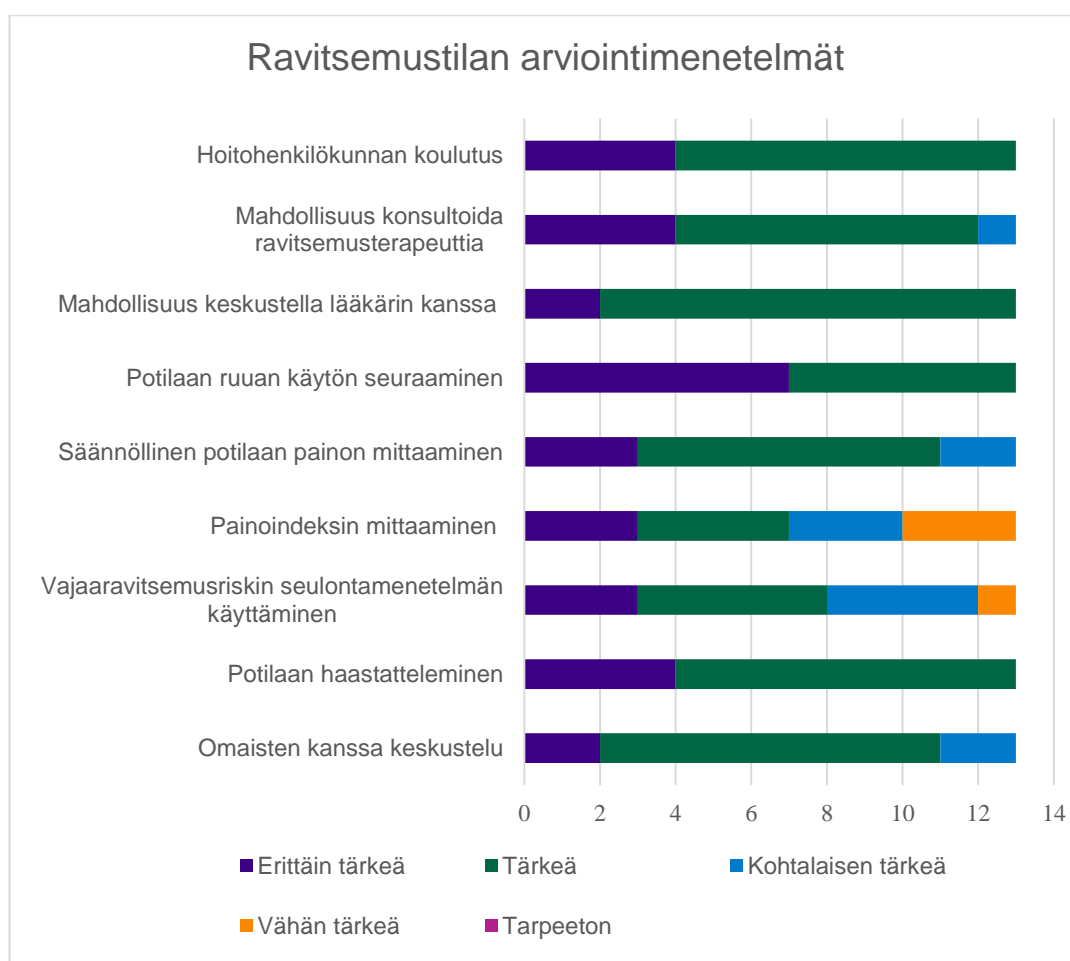
Kuvio 6 Syyt vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmän käyttämättä jättämiseen

7.3 Asenteet ravitsemustilan arviointimenetelmiin

Hoitajia pyydettiin arvioimaan, miten tärkeinä he pitävät työssään erilaisia ravitsemustilan arviointikeinoja. Keinoja oli yhdeksän ja jokainen keino piti arvioida asteikolla erittäin tärkeä / tärkeä / kohtalaisen tärkeä / vähän tärkeä / tarpeeton. Tällä pyrittiin saamaan selville mitkä keinot hoitajat kokevat tärkeiksi arvioidessaan potilaan ravitsemustilaa. Onko jokin keinoista hoitajien mielestä tarpeeton, ja miten tärkeäksi hoitajat mieltävät työssään vajaaravitsemusseulan käytön.

Vastauksissa tärkeimmäksi arviointikeinoksi nousi potilaan ruuan käytön seuraaminen. Toiseksi tärkeimpänä keinona pidettiin sekä henkilökunnan koulutusta, että potilaan haastattelu. Lähes yhtä tärkeänä pidettiin mahdollisuutta konsultoida ravitsemusterapeutteja ja keskustella lääkärin kanssa.

Vähiten tärkeimpänä keinona pidettiin potilaan painoindeksin mittaamista. Lähes yhtä huonoksi ja yhtä paljon mielipiteiden hajontaa saaneeksi keinoksi valittiin vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmän käyttäminen. Loput keinot arvioitiin melko saman arvoiseksi tärkeydessään. Yksikään keinoista ei arvioitu turhaksi. Koulutustausta eikä työkokemuksen pituus tuoneet selviä eroja keinojen arviointeihin, ja siksi kuviossa ei ole eroteltu sairaanhoitajien ja lähi- / perushoitajien vastauksia. (Kuvio 7).



Kuvio 7 Ravitsemustilan arviointimenetelmät ja niiden merkittävyys

Hoitajien mielipiteitä ja asenteita potilaiden ravitsemustilan arviointia kohtaan kartoitettiin väittämällä, joihin vastattiin täysin samaa mieltä / osittain samaa mieltä / osittain eri mieltä / täysin eri mieltä / en osaa sanoa. Väittämät kartoittivat sitä, miten hoitajat kokevat valmiutensa vajaaravitsemusriskin arviointiin ja miten tärkeänä he pitävät vajaaravitsemusriskin seulontaa. ”En

osaa sanoa” vastausvaihtoehto otettiin mukaan, sillä haluttiin antaa mahdollisuus ilmaista, ettei vastaaja osaa sanoa mielipidettään. ”En osaa sanoa” vaihtoehto voi tarkoittaa myös sitä, ettei vastaaja halua ilmaista mielipidettään (Kananen 2008,24). ”En osaa sanoa” vastauksia tuli kolmelta hoitajalta yhteensä kaksitoista.

Ensimmäiseksi hoitajia pyydettiin vastaamaan, osaavatko he arvioida potilaan ravitsemustilaa riittävästi. Koulutustausta tai työkokemuksen pituus ei erotellut vastauksia. Pitkän työkokemuksen omaavat hoitajat vastasivat sekä täysin eri mieltä, että täysin samaa mieltä. Seitsemän hoitajaa (n=7) oli väitteen kanssa joko täysin tai osittain samaa mieltä. Loput hoitajista (n=6) olivat joko osittain tai täysin eri mieltä. Hoitajien vastauksia verrattiin väittämään, tarvitsen lisää koulutusta tai opastusta vajaaravitsemusriskin seulonnan tekemiseen. Suurimmalla osalla vastaukset korreloivat keskenään niin, että kokemus ravitsemustilan arvioinnin osaamisesta ja lisäkoulutuksen tarpeesta vastasivat toisiaan.

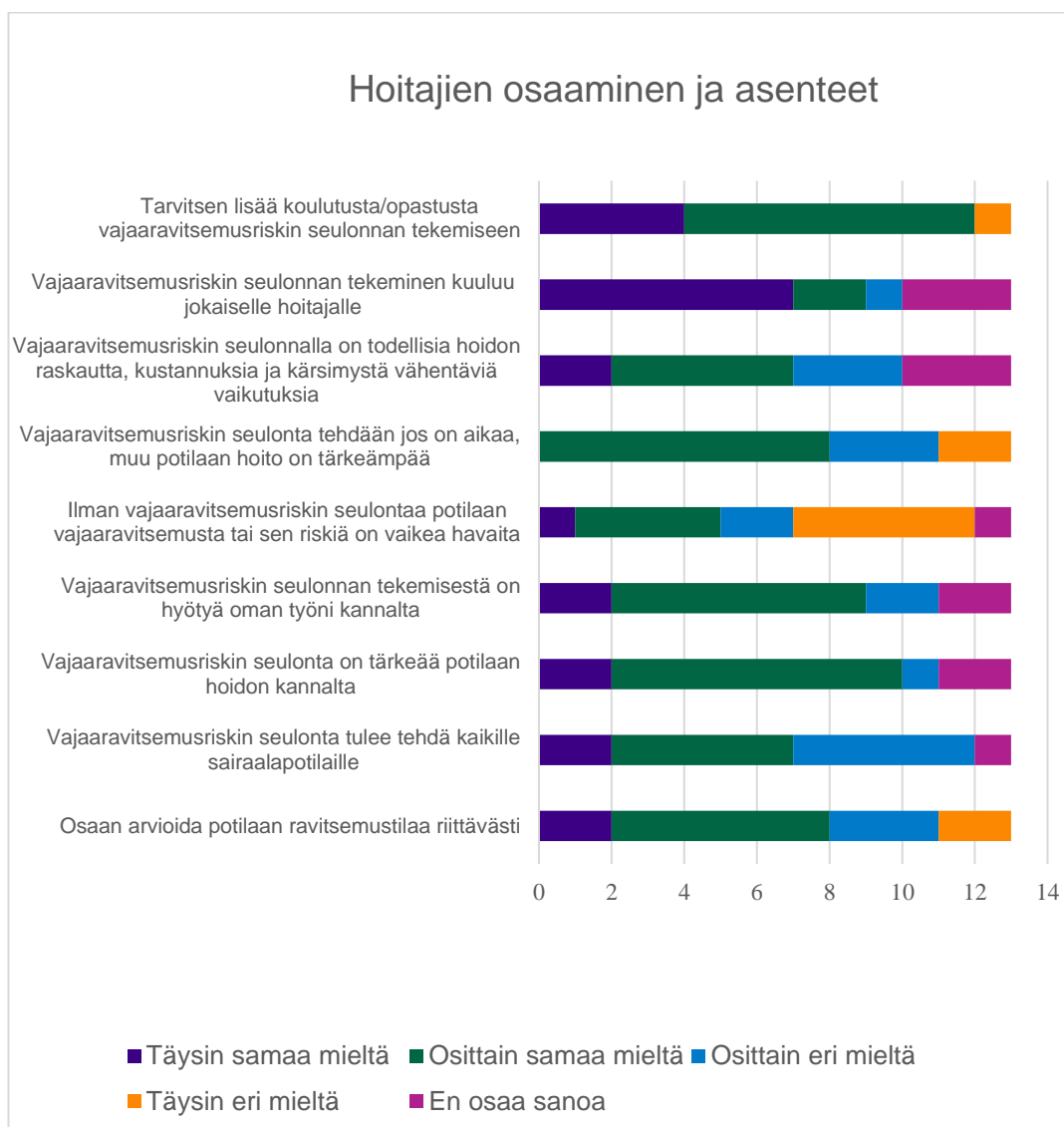
Väittämään ”vajaaravitsemusriskin seulonta tulee tehdä kaikille potilaille”, hoitajat vastasivat: täysin tai osittain samaa mieltä seitsemän hoitajaa (n=7), osittain tai täysin eri mieltä viisi hoitajaa (n=5) ja en osaa sanoa yksi hoitaja (n=1). Tässä, niin kuin ei seuraavissakaan väittämissä koulutustausta tai työkokemus tuonut eroja. Väittämään ”vajaaravitsemusriskin seulonta on tärkeää potilaan hoidon kannalta”, hoitajat vastasivat: täysin tai osittain samaa mieltä yhdeksän hoitajaa (n=9), osittain eri mieltä kaksi hoitajaa (n=2) ja en osaa sanoa kaksi hoitajaa (n=2). Väittämään ”vajaaravitsemusriskin seulonnan tekemisestä on hyötyä oman työni kannalta”, täysin tai osittain samaa mieltä vastasi kymmenen hoitajaa (n=10), osittain eri mieltä kaksi hoitajaa (n=2) ja en osaa sanoa kaksi hoitajaa (n=2).

Väittämän ”ilman vajaaravitsemusriskin seulontaa potilaan vajaaravitsemusta tai sen riskiä on vaikea arvioida” kanssa oltiin eniten eri mieltä. Vastaukset jakaantuivat seuraavasti: osittain samaa mieltä neljä hoitajaa (n=4), osittain eri mieltä kolme hoitajaa (n=3), täysin eri mieltä viisi hoitajaa (n=5) ja en osaa

sanoa yksi hoitaja (n=1). Kukaan ei vastannut täysin samaa mieltä. Väittämän ”vajaaravitsemusseulonnan tekeminen kuuluu jokaiselle hoitajalle” kanssa oltiin eniten täysin samaa mieltä. Kahdeksan hoitajaa (n=8) vastasi täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä oli kaksi hoitajaa (n=2), osittain eri mieltä yksi hoitaja (n=1) ja en osaa sanoa kaksi hoitajaa (n=2). ”Vajaaravitsemusriskin seulonta tehdään, jos on aikaa, muu potilaan hoito on tärkeämpää” väittämä sai vastauksia: osittain samaa mieltä seitsemän hoitajaa (n=7), osittain tai täysin eri mieltä kuusi hoitajaa (n=6). Täysin samaa mieltä ei ollut kukaan. Väitteen ”vajaaravitsemusriskin seulonnalla on todellisia hoidon ras-kautta, kustannuksia ja kärsimystä vähentäviä vaikutuksia” kohdalla täysin tai osittain samaa mieltä oli kuusi hoitajaa (n=6), osittain eri mieltä neljä hoitajaa (n=4), sekä en osaa sanoa kolme hoitajaa (n=3). (Kuvio 8).

Viimeisenä oli avoin kysymys, tuleeko mieleesi muuta, mitä haluaisit sanoa potilaan ravitsemustilan arvioinnista. Vastausten sisältöä ei haluttu rajoittaa muuten, kuin että ne koskisivat ravitsemustilan arviointia. Tällä kysymyksellä haluttiin antaa vastaajille mahdollisuus kertoa omia ajatuksia liittyen potilaan ravitsemustilan arviointiin. Kysymykseen saatiin kaksi vastausta, joista toinen koski vajaaravitsemusriskin ennaltaehkäisyä sairaalassa tarjottavan ruoan avulla ja toinen potilaan ravitsemustilan arviointia. Yhteistyö potilaan kanssa nähtiin tärkeäksi. Näistä kahdesta vastauksesta ei voinut vetää yleisiä johtopäätöksiä, vaan vastauksista etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroja ja yhdistettiin ne aiempaan viitekehukseen.

Vastaukset kuuluivat: ”Minusta olisi hienoa, että sairaalassa tarjottu ruoka vastaisi paremmin vajaaravitsemusriskin eikä aina tarvitsisi turvautua lisäravinteisiin”, ja toinen: ”Potilaan oma arvio, miten näkee oman ravitsemuksen. On paras henkilö kertomaan, jos ruokahalussa tai ruokailussa on ongelmia. Yhdessä keinojen löytäminen asioiden korjaamiseksi.”



Kuvio 8 Hoitajien osaaminen ja asenteet

7.4 Yhteenveto tutkimustuloksista

Tämä tutkimus osoitti, että tutkimuksen kohteena olevalla vuodeosastolla hoitajat tekevät potilaan ravitsemustilan arviointia käyttäen useita eri keinoja. Suurin osa heistä koki osaavansa arvioida potilaan ravitsemustilaa riittävästi. Jokainen vastaaja kertoi käyttävänsä vähintään kolmea eri keinoa. Keinoista eniten käytetty on potilaan voinnin havainnoiminen sekä ruuan käytön seuraaminen. Näitä keinoja käyttivät kaikki hoitajat. Toiseksi eniten käytettiin potilaan punnitsemista ja keskustelua kollegojen kanssa. Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmää ei osastolla käytetty vielä aktiivisesti, vain muutama

hoitaja kertoi käyttävänsä sitä arvioinnin apuvälineenä. Potilaan haastattelu ja hoitohenkilökunnan koulutus sekä mahdollisuus konsultoida ravitsemusterapeuttia koettiin tärkeinä ravitsemustilan arvioinnin onnistumisessa.

Suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että vajaaravitsemusriskin seulonnan tekeminen on hyödyllistä sekä potilaan että heidän oman työnsä kannalta, samalla sen katsottiin kuuluvan jokaiselle hoitajalle. Yhtä vastaajaa lukuun ottamatta kaikki kertoivat tarvitsevänsä lisää koulutusta / opastusta seulonnan tekemiseen. Seulonnalla nähtiin olevan hoidon raskautta, kustannuksia ja kärsimystä vähentäviä vaikutuksia. Vajaaravitsemusriskin seulonnan tekemistä kaikille sairaalapotilaille ei kaikki hoitajat kuitenkaan pitäneet tarpeellisena. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että vajaaravitsemusta tai sen riskiä ei ole vaikea havaita ilman vajaaravitsemusriskin seulontaa. Seulonnan katsottiin olevan tärkeää, mutta muu potilaan hoito koettiin tärkeämmäksi.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Opinnäytetyö on prosessi, joka jatkuu läpi opintojen. Sen pitkäkestoisuus mahdollistaa oivallusten ja ymmärryksen syntymisen, uuden luomisen ja ammatillisen kasvun. Opinnäytetyö palvelee opiskelijan lisäksi työelämää, sillä työelämä tai hanketoimija osallistuu usein opinnäytetyön suunnitteluun. (Diakonia- ammattikorkeakoulu 2016.)

Opinnäytetyön prosessi alkoi yhteydenotolla työelämäkumppaniin. Työelämäkumppanilla, jota tässä opinnäytetyössä kutsutaan toimeksiantaja nimellä, oli kaksi aihe ehdotusta. Näistä vuodeosastopotilaan vajaaravitsemus ja NRS 2002- menetelmän käyttö oli aiheena kiinnostava ja sille oli selkeä tarve toimeksiantajan puolelta. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli pohjois- savolaisen terveyskeskuksen vuodeosasto, jossa NRS 2002- menetelmä ei ollut vielä käytössä. Toiveena oli, että opinnäytetyö toisi menetelmää tutuksi ja auttaisi osastoa ottamaan menetelmän osaksi potilaiden hoitoa. Toiveena oli myös selvittää hoitohenkilökunnan osaamista ja asenteita potilaiden ravitsemustilan arviointia kohtaan.

Opinnäytetyön kohteena ollut terveyskeskuksen vuodeosasto oli tuttu harjoittelun kautta. Vuodeosaston potilaat ovat suureksi osaksi ikääntyneitä, ja siksi opinnäytetyön aiheeksi rajattiin ikääntyneen potilaan vajaaravitsemus, vaikka toimeksiantaja ei sitä suoranaisesti ehdottanut. Omien syventävien opintojen suuntautuessa gerontologiaan, ikääntyneiden vajaaravitsemus tuntui luontevalta. Opinnäytetyöhön kuuluvan kyselytutkimuksen tekemistä myös helpotti osaston henkilökunnan ja käytäntöjen tunteminen.

Prosessin suunnitelmavaiheessa pidettiin tiiviisti yhteyttä ohjaavaan opettajaan, ja aiheen rajaukseen sekä suunnitelman tekoon saatiin paljon tukea ja

ohjausta. Yhteistyö ohjavan opettajan kanssa jatkui läpi opinnäytetyön prosessin sähköpostitse ja henkilökohtaisin keskusteluin. Saadun palautteen perusteella opinnäytetyötä muokattiin tarkoituksenmukaiseen suuntaan. Prosessin aikana opittiin myös perustelemaan omia ratkaisuja. Myös toimeksiantajan kanssa pidettiin yhteyttä useampaan kertaan sähköpostitse. Opinnäytetyön menetelmiä ja tutkimuskysymyksiä tarkennettiin yhteistyössä. Yhteistyö oli ilahduttavan välitöntä ja tukevaa.

Opponenteilta saatiin prosessin aikana palautetta, ja joitakin muutoksia tehtiin niiden pohjalta työn kirjalliseen osuuteen. Seminaareissa opittiin myös lukemaan kriittisesti opinoitavaa työtä, ja antamaan rakentavaa palautetta. Opinnäytetyönprosessiin toi haastetta opintojen aikataulu, joka muunto-opiskelijalla oli lyhyt ja tiivis. Opiskelu kesti puolitoista vuotta, ja opinnäytetyötä oli alettava tekemään heti opintojen alussa. Opinnäytetyö sisälsi myös monta osiota, mukaan lukien teoriaosuuden, koulutustilaisuuden ja kyselytutkimuksen, ja nämä lisäsivät työn haastetta.

Opinnäytetyön ideointi alkoi lokakuussa 2017 ja suunnitelma valmistui helmikuussa 2018. Maaliskuussa allekirjoitettiin toimeksiantajan kanssa kehittämissankkeen / työelämäyhteistyön suunnitelma ja sitoumuspaperi ja toukuu-kuussa saatiin tutkimuslupa. Toukokuun lopussa pidettiin NRS 2002- seulon- tapäivä ja koulutustilaisuus järjestettiin osastolla elokuussa. Koulutustilaisuus- teen osallistujien määrä oli vähäinen, sillä vain osa työvuorossa olevista hoi- tajaista pääsi paikalle työkiireiden takia. Lisäksi ajankohtana ollut perjantai- iltapäivä ei ollut mielestäni paras mahdollinen koulutukseen. Hoitajat, jotka olivat paikalla, osallistuivat aktiivisesti keskusteluun, samoin mukana ollut ravitsemusterapeutti. Osastolle jätettiin koulutusmateriaali tulostettuna. Syys- kuussa toteutettiin sähköinen kyselytutkimus.

Ennen kyselytutkimuksen lähettämistä kohderyhmälle kyselykaavakkeen ky- symyksiä muokattiin ohjaavan opettajan palautteen perusteella ja ne hyväk- sytettiin sekä ohjaavalla opettajalla että toimeksiantajalla. Ennen varsinaista kohderyhmää kyselyn testasi osaston yksi sairaanhoitaja. Sekä toimeksianta-

ja että testaava sairaanhoitaja antoivat positiivista palautetta kysymyksistä muun muassa näin :”napakka, jossa on oleelliset asiat”,” erittäin selkeä ja istuu hyvin meidän työyksikköön”. Palautteessa ei kaivattu muutoksia kyselykaavakkeeseen, eikä niitä sen vuoksi tehty. Vastausaikaa annettiin aluksi kaksi viikkoa, mutta pienen vastausprosentin vuoksi vastausaikaa jatkettiin viikolla. Kolmannella viikolla ei vastauksia enää tullut lisää. Kyselyn tulokset analysoitiin loka- marraskuussa.

Opinnäytetyön prosessi oli mielenkiintoinen kurkistus tieteellisen tutkimuksen tekoon. Se opetti etsimään ja suodattamaan tietoa, lukemaan kriittisesti ja perustelemaan ratkaisunsa. Opinnäytetyön kirjoittaminen opetti myös luomaan lähteistettyä tekstiä. Opinnäytetyön aikana opittiin ja rohkaistuttiin etsimään tietoa muualtakin kuin kirjoista tai internetistä. Käytännön tietoa ravitsemuksesta saatiin sairaanhoitopiirin ravitsemusterapeutilta, ja hyviä vinkkejä miten ravitsemusseulonnan saa toimimaan osastolla ja henkilökunnan innostumaan mukaan toimimaan saatiin tutustumalla erääseen Pohjois-Savon aluesairaalan osastoon. Osastolla on saatu asiasta innostuneen hoitajan ansiosta vajaaravitsemusseulonta luontevasti osaksi osaston toimintaa. Haasteena oli välillä opinnäytetyön tekeminen yksin, sillä työtä oli paljon eikä ketään kenen kanssa jakaa sitä. Haasteena oli myös opinnäytetyön koostuminen useasta eri osiosta, koulutustilaisuudesta ja tutkimuksesta. Toisaalta kompromisseja ei tarvinnut yksin tehdessä tehdä ja aikataulutus oli helppoa oman jaksamisen mukaan.

8.2 Ammatillisen kasvun pohdintaa

Opinnäytetyön tekemisen ammatillisena tavoitteena oli kehittää omaa ammattitaitoa sairaanhoitajana. Ravitsemus on elämälle välttämätöntä ja hyvä ravitsemustila parantaa potilaan elämänlaatua sekä paranemismahdollisuuksia. Sairaanhoitajalla on suuri vastuu, mutta myös mahdollisuus potilaan lähellä toimiessaan huomioida hänen ravitsemustilansa ja mahdollinen va-

jaaravitsemuksen riski, sekä toimia sen mukaan. Tätä opinnäytetyötä tehdessä tietoni ravitsemuksesta ja vajaaravitsemuksesta sekä eri menetelmistä ravitsemustilan tunnistamiseksi lisääntyi valtavasti. Oli mielenkiintoista hankkia tietoa sekä haastattelemalla että kirjallisista lähteistä etsimällä. Prosessin myötä tuli myös halu viedä tietoa eteenpäin, sillä olen havainnut useassa harjoittelupaikassa, ettei ravitsemustilaan kiinnitetä tarpeeksi huomiota, tai vajaaravitsemusriskin seulontaa ei pidetä tärkeänä. Sain huomata myös sen, että sairaanhoitaja, joka on innostunut asiastaan, voi saada koko henkilökunnan mukaan oikeanlaiseen toimintaan potilaan ravitsemustilan tunnistamiseksi.

Opinnäytetyön tekemisen toisena ammatillisena tavoitteena oli lisätä taitoa hoitaa ikääntynyttä potilasta kokonaisvaltaisesti. Ravitsemustila vaikuttaa potilaan vointiin monin eri tavoin ja hyvällä ravitsemuksella voidaan vaikuttaa sekä potilaan hoidon pituuteen että raskauteen. Ei ole samantekevää mitä ravintoa tarjoamme potilaalle tai mitä ja miten paljon potilas lautaseltaan syö. Olen oppinut katsomaan monenlaisia oireita ravitsemustilan näkökulmasta, muun muassa painehaavat ja haavojen paraneminen, sekä yleinen jaksaminen. Ikääntyneellä potilaalla on vielä omat ikääntymiseen liittyvät haasteet.

Kolmas tavoite oli kehittää tutkijan taitojani. Opinnäytetyön tekeminen vaati perehtymistä tieteelliseen tutkimukseen tekoon ja kriittiseen ajatteluun. Luotettavien lähteiden etsimisen ja lähteistetyn tekstin tekeminen kehittyi työtä tehdessä. Myös internetissä toteutetut suomen kielen pajat sekä toiminnalliset pajat olivat tukena. Kirjaston palveluja käytin myös paljon etsiessäni materiaalia kirjallisuuskatsaukseen. Opinnäytetyön tekeminen kehitti kriittistä ajattelua, joka on tärkeää sairaanhoitajan työssä. Sairaanhoitajan on pystyttävä perustelemaan tekemänsä ratkaisut tutkitulla tiedolla ja etsimään tarvittaessa tietoa luotettavista lähteistä.

8.3 Eettisyys ja luotettavuus

Diakonia-ammattikorkeakoulu noudattaa tutkimus- ja kehittämistoiminnassaan hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka laatija on tutkimuseettinen neuvottelukunta. Opinnäytetyön eettisyys tulee esiin tavassa, jolla työn tekijä ja hänen ohjaajansa suhtautuvat työn kohteena tai kanssatekijänä oleviin ihmisiin, ongelmiin ja itse työhön. Eettinen asenne tulee olla heti opinnäytetyön prosessin alkuvaiheessa. Se alkaa aiheen valinnasta, edeten tiedon hankinnan tapoihin, jatkuen aina tulosten käsittelyyn ja soveltamiseen saakka. Eettisyys merkitsee ihmisten kunnioittamista, tasa-arvoisuutta ja oikeudenmukaisuutta sekä rakentavaa kriittisyyttä. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010.)

Opinnäytetyönprosessin jokaisessa vaiheessa kiinnitin huomiota toiminnan eettisyyteen. Heti alussa valitsin avoimen linjan, jossa informoin toimeksiantajaa ja ohjaavaa opettajaa säännöllisesti opinnäytetyön etenemisestä. Prosessin edetessä lähetin toimeksiantajalle sähköpostitse sitoumuspaperin, kirjallisen suunnitelman, tutkimuslupahakemuksen, osastolla tehdyn ravitsemusseulonnan tulokset, kyselytutkimuksen sekä lopullisen opinnäytetyön. Näiden lisäksi kävimme keskustelua opinnäytetyön etenemisestä. Toimeksiantajan kanssa allekirjoitin kehittämishankkeen -tai työelämäyhteistyön suunnitelma- ja sitoumuspaperin. Siinä selitin opinnäytetyön tarkoituksen, tavoitteet, toimenpiteet ja menetelmät.

Anoin opinnäytetyöhön kuuluvan kyselytutkimuksen luvan kyseisen yksikön johtavalta hoitajalta. Lupa-anomuksessa arvioin opinnäytetyön hyödyksi sen, että hoitajat saavat lisää tietoa vajaaravitsemuksesta. Tieto auttaa hoitajia seuraamaan entistä paremmin potilaiden ravitsemustilaa ja tekemään ajoissa tarvittavia muutoksia potilaiden ravitsemukseen. Ajoissa huomattu vajaaravitsemuksen riski parantaa potilaan elämänlaatua, lyhentää hoitoaikaa sekä vähentää inhimillistä kärsimystä. Nämä ovat eettisesti kestäviä, mutta suuria tavoitteita. Luvan saatua laadin kyselytutkimuksen kysymykset hyvää tieteellistä tapaa noudattaen. Tarkoituksena oli tehdä kysely, joka on laadukas ja tuottaa vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Hyvään tutkimukseen kuuluu validius eli pätevyys. Se tarkoittaa sitä, että tutkimus mittaa sitä, mikä on tarkoitus selvittää. Validius toteutuu hyvällä ennakosuunnittelulla ja tarkasti harkitulla tiedonkeruulla. Tutkimuslomakkeen kysymykset tulee laatia niin, että ne mittaavat oikeita asioita ja saavat aikaan mahdollisimman suuren vastausprosentin. Reliabiliteetti eli luotettavuus kuuluu myös hyvään tutkimukseen. Se tarkoittaa tulosten tarkkuutta, sitä etteivät tulokset ole sattumanvaraisia. Hyvän tutkimuksen tunnusmerkkejä ovat myös objektiivisuus, tehokkuus ja taloudellisuus, avoimuus, tietosuojasta huolehtiminen, hyödyllisyys ja käyttökelpoisuus, sekä sovitussa aikataulussa pysyminen. (Heikkilä 2014, 27-30.)

Tutkimusmenetelmän valintaa jouduin pohtimaan pitkään. Tutkimuksen tekijänä tein yksin työtä nopealla aikataululla. Lisäksi työ oli kehittämispainotteinen opinnäytetyö, jossa tutkimus oli vain yksi osa työtä. Määrälliseen tutkimukseen liittyvät strukturoidut kysymykset ja niiden analysoiminen kävivät paremmin nopeaan aikatauluun kuin laadullisen tutkimuksen menetelmät. Toisaalta määrällisen tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu otoksen riittävä koko ja edustavuus, sekä korkea vastausprosentti (Heikkilä 2014,178). Tutkimuksen kohteena ollut perusjoukko koostui 35 hoitajasta ja katsoin sen riittävän kvalitatiiviseen tutkimukseen.

Perusjoukkona ollut vuodeosaston hoitohenkilökunta oli jossakin määrin tuttu harjoittelun kautta. Tämä oli kysymyksiä laadittaessa hyvä, sillä kuten Vilka teoksessa Tutki ja kehitä (2015) toteaa, tuntemus kohderyhmästä on tärkeää. Tuttuuden avulla kysymykset osataan laatia vastaajille tutulla tavalla. Tutuus on toisaalta voinut vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Tutulle ihmiselle ei välttämättä kehtaa kertoa asioista rehellisesti, saattaa kaunistella tai jättää kertomatta kokonaan. Toisaalta harjoittelujakso oli vain viiden viikon pituinen ja siitä oli aikaa lähes vuosi kyselytutkimuksen aikaan. Lisäksi kaikkia hoitajia en ollut tavannut harjoittelun aikana.

Kyselylomake on olennainen tekijä kyselytutkimuksen onnistumisessa. Onnistuneen lomakkeen tunnusmerkkejä ovat mm. selkeys, siistiys ja sopiva

mitta sekä hyvät ohjeet. (Heikkilä 2014,45, 47). Kysymysten perustana tulee olla tutkimussuunnitelma (Vilkkä 2015, 105). Mietin kyselytutkimuksen kysymyksiä tarkasti, sillä halusin luoda lomakkeen, joka on selkeä, houkutteleva, sopivan pituinen ja mittaa oikeita asioita. Sainkin kyselylomakkeesta positiivista palautetta, eikä siitä löytynyt mitään moitittavaa. Tein lomakkeesta yhden sivun pituisen, strukturoitua ja puoliavoimia kysymyksiä sisältävän helposti ja nopeasti täytettävän lomakkeen. Vastaukset tulivat sähköisesti, eikä niistä voinut tunnistaa vastaajan henkilöllisyyttä. Kyselylomakkeen mukana lähetin saatekirjeen, jossa kerroin taustani, kyselyn tarkoituksen, vastaamiseen menevän ajan, vastaajien anonymiteetin säilymisen, sekä kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuuden.

Kyselyyn vastaamisaika oli aluksi kaksi viikkoa, mutta vähäisen osallistujamäärän vuoksi pidensin vastaamisaikaa viikolla. Tämä ei tuonut kuitenkaan lisää vastauksia. Tutkimuksen kohderyhmä oli melko pieni, kolmekymmentäviisi hoitajaa, mutta tarkoitus olikin selvittää juuri kyseisen osaston hoitajien osaamista ja asenteita. Yleistäminen muihin osastoihin ei ollut tarkoituksena. Kyselyyn vastasi kolmetoista hoitajaa osaston kolmestakymmenestä viidestä hoitajasta, eli vastausprosentti oli 37. Sairaanhoidajista vastasi kuusi hoitajaa kuudestatoista eli 38 %, ja lähi-/ perushoitajista vastasi seitsemän hoitajaa yhdeksästätoista, eli 37 %.

Vastausprosenttia voidaan pitää tyydyttävänä, mutta tutkimuksen luotettavuuteen se vaikuttaa heikentävästi. Aikuisväestölle suunnatuissa kyselyissä joudutaan usein tyytymään alle 50 % vastaajamääriin (KvantiMOTV, 2011). Luotettavuuden arvioinnissa pieni vastaajajoukko pitää kuitenkin huomioida, sillä luotettavuuden kannalta vastausprosentin tulee olla korkea. Kadon aiheuttama luotettavuuden heikkenemistä voidaan joltain osin arvioida analysoimalla perusjoukon taustamuuttujien jakaumia, mutta tutkittavien asioiden suhteen analysointi on hankalaa. (Heikkilä 2014, 179.)

Vastausprosentin ollessa 37 % tavoitteena ollut hoitajien valmiuden ja asenteiden kartoitus jäi tämän tutkimuksen osalta koskemaan vain pientä joukkoa

hoitohenkilökunnasta. Tutkimuksen perusteella ei voi luotettavasti sanoa, miten koko hoitohenkilökunta kokee osaamisensa potilaan ravitsemustilan arviointiin ja kuinka he suhtautuvat vajaaravitsemusriskin seulonnan tekemiseen.

En osaa sanoa vastauksia tuli kolmelta vastaajalta yhteensä kymmenen. Jos en osaa vastauksia olisi tullut paljon, se olisi voinut tarkoittaa, että kysymysten laatimisessa on epäonnistuttu. Toisaalta teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin (2018) Valli toteaa en osaa sanoa vastauksen antavan vastaajalle mahdollisuuden olla ottamatta kantaa asioihin. En osaa sanoa vastauksia tuli kaikista vastauksista suhteellisen vähän, 8,6 %. Yhden vastaajan vastauksissa en osaa sanoa vaihtoehto korostui, hän vastasi yhdeksästä väitteestä viiteen en osaa sanoa.

Kysymyksessä käytätkö NRS 2002 -seulontamenetelmää, kahden hoitajan vastaukset olivat ristiriitaisia eikä niitä voinut ottaa huomioon. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta nämä vastaukset huonontavat reliabiliteettia, sillä kolmestatoista vastauksesta vain yhtätoista voi tämän kysymyksen kohdalla pitää luotettavana. Kysymys oli yksinkertainen ja vastausvaihtoehdot käytän/en käytä, joten voi ajatella, että väärä vastaus johtui virhevalinnasta, ei kysymyksen väärin ymmärtämisestä.

Tämän opinnäytetyön yhtenä tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietämystä ikääntyneen potilaan vajaaravitsemuksesta ja NRS 2002 -seulontamenetelmän käytöstä. Tähän tavoitteeseen pyrittiin pitämällä koulutustilaisuus osastolla. Koulutustilaisuus kesti tunnin 40 minuuttia tekijästä riippumattomista syistä, ja ikääntyneen potilaan ravitsemus jouduttiin jättämään kokonaan pois. Koulutuksessa käsiteltiin siten lähes pelkästään NRS 2002 -menetelmää ja keväällä tehtyä ravitsemusseulonnan tuloksia. Tilaisuuden eteen oli tehty paljon työtä ja valmistautumista, ja siinä tilanteessa tuntui, että työ oli mennyt hukkaan. Tavoitteen saavuttamista ei voinut opinnäytetyön tekemisen aikana mitata.

8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Vajaaravitsemuksen riskin tunnistamisella voidaan ennaltaehkäistä vajaaravitsemuksen kehittyminen ja hoidon raskauden lisääntyminen. Kyselytutkimuksen vastauksista tuli ilmi, että hoitohenkilökunta käyttää työssään monipuolisesti ravitsemustilan arvioinnin keinoja ja kokee hyödylliseksi vajaaravitsemusriskin seulonnan tekemisen. Vastauksista kävi ilmi myös se, että NRS 2002 -seulontamenetelmä ei ole käytössä kyseisellä vuodeosastolla järjestelmällisesti, ja sen käyttöön kaivataan lisää koulutusta.

Opinnäytetyöhön liittynyt yhteydenpito terveystieteiden keskuksen vuodeosaston kanssa oli vuoden mittainen. Se sisälsi useita keskusteluja siitä, miten ravitsemusseulonta saadaan osaston toimintaan mukaan. Käytännössä se tarkoitti ensiksi ravitsemusseulontaa osaston potilaille, sen jälkeen koulutustilaisuutta ja lopuksi kyselytutkimuksen hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyöhön liittyen otin yhteyttä sairaanhoitopiirin ravitsemusterapeuttiin ja hän tuli mukaan sekä ravitsemusseulonnan tekemiseen että koulutustilaisuuteen. Opinnäytetyö antoi hoitohenkilökunnalle valmiuksia NRS 2002 -menetelmän tekemiseen vuodeosaston ikääntyneille potilaille ja siten se antoi alkusysäyksen ravitsemusseulonnan ottamiseen osaksi osaston käytäntöä. Myöhemmin sain kuulla, että työ ravitsemushoitoon liittyvissä asioissa osastolla saa jatkoa ensi vuonna.

Kirjallisuuskatsausta tehdessä ilmeni, että hoitajat tunnistavat puutteellisesti potilaan vajaaravitsemuksen ja kokevat tarvitsevansa lisää koulutusta vajaaravitsemuksen arviointiin. Ravitsemuskoulutuksen lisääminen korreloi ikääntyneiden ravitsemustilan paranemisen kanssa. Lisäkoulutuksen tarve tuli esiin myös tässä tutkimuksessa. Tietoa tarvitaan ainakin NRS 2002 -menetelmän käytöstä, jotta menetelmä saadaan osaksi osaston käytäntöjä. Tätä tietoa lisäsi pidetty koulutustilaisuus.

Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisi olla laajempi selvitys siitä, kuinka sairaanhoitajat kokevat osaamisensa potilaan ravitsemustilan arviointiin ja onko NRS 2002 -menetelmän käyttö sairaaloissa Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositusten mukaista.

LÄHTEET

- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. (2007). Erikoistu vanhustyöhön-osaamista hyvään arkeen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit oy.
- Alastalo M. & Borg S. 2010). KvantiMOTV. Numerolukutaito. Tutkimuksen analyysivaihe. Saatavilla 22.9.2018
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/numerolukutaito/analyysi.html>
- Diak (2016). Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki
<http://libguides.diak.fi/tutkehopas>
- Diakonia-ammattikorkeakoulu (2010). Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. (Opas diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten.) C Katsauksia ja aineistoja 17. Saatavilla
https://www.diak.fi/wp-content/uploads/2017/12/Diak_Kohti_tutkivaa_ammattikaytanta_opas.pdf
- Heikkilä, T. (2014). Tilastollinen tutkimus. (9. uud.p.) Porvoo: Edita
- Hyttinen, H. (2010). Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.), Gerontologinen hoitotyö. (1.-2.p.). Helsinki: WSOYpro Oy
- Jyväskylän Yliopisto (2015). Koppa. Määrällinen analyysi. Saatavilla 16.9.2018 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolku/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>
- Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. (2015). Kun tauti paranee, mutta potilas ei – Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Lääkärilehti 14-15 /2015 vsk 70, s. 977-983. Saatavilla <http://www.laakarilehti.fi.anna.diak.fi:2048/tieteessa/katsausartikkeli/kun-tauti-paranee-mutta-potilas-ei-sairalahoitoon-liittyva-toimintakyvyn-heikentyminen/>
- Kela. Henkilöasiakkaat. Eläkeläiset. Kansaneläke. Vanhuuseläke. Saatavilla 1.5.2018 <http://www.kela.fi/vanhuuselake>

- KvantiMOTV. Menetelmätietovaranto. Kyselylomakkeen laatiminen. Saatavilla
<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>
- KvantiMOTV (2010). Menetelmätietovaranto. Mittaaminen. Havaintomatriisi. Saatavilla
<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/havaintomatriisi.html>
- KvantiMOTV. Menetelmätietovaranto. Postikyselyaineisto. Saatavilla
<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/postikysely/postikysely.html>
- L 980/ 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Saatavilla
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Laitila, T. & Pasanen, T. (2015). Vajaaravitsemuksen tunnistaminen, hoito ja seuranta- Kysely hoitajille Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskussairaalassa. (Opinnäytetyö, Jyväskylän ammatti korkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma). Saatavilla
<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/100196/terhi%20ja%20tuulia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Oksa, H. & Siljamäki-Ojansuu, U. Hyödynnä ravitsemushoidon mahdollisuudet. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. 2014: 130(21):2225-7. Saatavilla <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/21/duo11938>
- Orell-Kotikangas, H., Antikainen, A. & Pihlajamäki, J. Sairaalapotilaan vajaaravitsemuksen havaitseminen ja hoito. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. 2014; 130 (21): 2231-8. Saatavilla
<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/21/duo11941>
- Puranen, T.& Suominen, M. (2012). Ikääntyneen ravitsemus-opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoitoon. Helsinki: Suomen Muistiasiantuntijat ry (toim.)
- Räihä, I. (2012). Ikääntyneiden ravitsemus. Teoksessa A. Aro, M. Mutanen & M. Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede (4. uud. p.). Helsinki:

Kustannus oy. Duodecim

- Sinisalo, L. (2015). *Ravitsemus hoitotyössä*. (2. uud. p.). Keuruu: Edita.
- Sosiaali ja terveysministeriö (2016). Soteuudistuksen ja aluehallintouudistuksen tilannekatsaus. Saatavilla <https://docplayer.fi/24663754-Sote-uudistuksen-alueellisen-valmistelun-tilannekatsaus.html>
- Strandberg, T. (2013). Hauraus- raihnausoireyhtymä (HRO) iäkkäissä väestössä. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.), *Gerontologia* (3. uud.p.) (332-336) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Strandberg, T., Viitanen, M., Rantanen, T. & Pitkälä, K. (2006). Vanhuksen hauraus- raihnausoireyhtymä. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 2006; 122 (12): 1495-502. Saatavilla <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2006/12/duo95803>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste (verkkójulkaisu). 2015Helsinki: Tilastokeskus (viitattu: 6.11.2017). Saatavilla http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html
- Suominen, M. (2007) Nutrition and Nutritional Care of Elderly people in Finnish Nursing Homes and Hospitals (Väitöskirja, Helsingin Yliopisto, soveltavan kemian ja mikrobiologian laitos). Saatavilla <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20785/nutritio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Suominen, M. (2013). Ravitsemus. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. (3. uud. p.) (490). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Suominen, M. (2016). Terveysportti. Lääkärin tietokannat. Vanhusten ravitsemushäiriöt. Viimeisin muutos Saatavilla 22.9.2018. terveysportti.fi/anna.diak.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=vanhusten%20ravitsemusongelmat
- Ukkola, O. (2003). Syömisen hormonaalinen säätely. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 2003; 119 (5) (381- 387). Saata

- villa <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2003/5/duo93446>
- Uusitupa, M. & Fogelholm, M. (2012). Ravitsemustilan arviointi. Teoksessa A. Aro, M. Mutanen & M. Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede (4. uud. p.) (204- 208, 289). Helsinki. Kustannus Oy Duodecim
- Taanila, A. (2016) Analysointiosaaminen. Olennaiset datojen analysointitaidot- Excel 2016. Saatavilla <https://analysointi.wordpress.com/>
- Taanila, A. (2014). Olennaiset Excel- taidot. Taulukoita ja pylväitä. Saatavilla <https://excelapu.wordpress.com/2014/03/06/taulukkoita-ja-pylvaita/>
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastot ja data. Tilastot aiheittain. Perusterveydenhuollon palvelut. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito vuosina 2015- 2016. Saatavilla 2.5.2018 <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/perusterveydenhuollon-palvelut/perusterveydenhuollon-vuodeosasto-hoito-vuosina-2015-talous>.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti. Terveidenhuollon menot ja rahoitus 2016. Saatavilla 28.5. 2018 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136604/Tr20_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Vaarto, J. Ravitsemushoitoon kannattaa panostaa terveyskeskuksissa. yleislääkäri 2012; 27:22-23.
- Valli, R. (2018). Aineistonkeruu kyselylomakkeella. Teoksessa R. Valli (toim.), Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 (5. uud.p.). Jyväskylä: PS- kustannus 951-37-5747-2. Helsinki: Edita
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2010b). Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita
- Valtion Ravitsemusneuvottelukunta (2010a). Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita
- Vilka, H. (2007). Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa

VirtuaaliAMK. Tuotantorenkaat. Frekvenssijakauma. Saatavilla

<http://www2.amk.fi/mater/tutkimusmenetelmat/kvantitat/kuvailu/frekv.htm>

Voutilainen, E. Fogelholm, M & Mutanen, M. (2015). Ravitsemustaito (1.-2.p.). Helsinki: Sanoma Pro Oy

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (2010), (toim.) Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Helsinki:WSOY Pro Oy

LIITE 1 NRS 2002-MENETELMÄ

NRS 2002 -menetelmä
vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa¹

Lite 1

Päiväys

POTILAAN PERUSTIEDOT

Potilaan nimi		Henkilötunnus	
Pituus (cm)	Nykypaino (kg)	Painoindeksi BMI (kg/m ²)	Paino 3 kk sitten (kg)
	<input type="checkbox"/> punnitus <input type="checkbox"/> ilmoitus		

1 ARVIO RAVITSEMUSTILASTA

BMI	Laihtuminen edeltävän 3 kuukauden aikana	Ruuan määrä edeltävällä viikolla
<input type="checkbox"/> Yli 20,5 = 0 p.	<input type="checkbox"/> Ei ole laihtunut = 0 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt normaalin määrän = 0 p.
	<input type="checkbox"/> 5–10 % = 1 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt yli puolet = 1 p.
<input type="checkbox"/> 18,5–20,5 = 2 p.	<input type="checkbox"/> 10–15 % (yli 5 % / 2 kk) = 2 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt noin puolet tai alle = 2 p.
<input type="checkbox"/> Alle 18,5 = 3 p.	<input type="checkbox"/> Yli 15 % (yli 5 % / 1 kk) = 3 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt erittäin vähän = 3 p.
Merkitse tähän suurin pistemäärä kohdista BMI, laihtuminen ja ruuan määrä		

2 SAIRAUDEN VAIKEUSASTE RAVITSEMUSTILANTEEN KANNALTA

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	3 pistettä	Pisteet
Vaikeusaste	Normaali tilanne	Lievä <ul style="list-style-type: none"> • heikentyneestä yleiskunnosta huolimatta jalkoilla oleva potilas • kroonisesti sairas potilas, joka on sairaalassa liittämissairauden vuoksi • krooninen haava alle 25 cm² • paikallinen syöpä • alkoholi- tai huumeongelma 	Kohtalainen <ul style="list-style-type: none"> • vuodepotilas • liikkuva potilas, jolla esim. levinnyt syöpä, vaikea suoliston tulehdussairaus, äskettäinen suuri vatsan alueen leikkaus, toistuvat leikkaukset, äskettäinen aivohalvaus, vaikea tulehdus, palovamma, painchaava, laaja krooninen haava, lonkkamurtuma, monivamma, akuutti leukemia 	Vakava <ul style="list-style-type: none"> • tehohoito • pään alueen vammat • kantasolusiirto • laihuushäiriö 	

3 JOS IKÄ ON 70 VUOTTA TAI YLI LISÄÄ 1 PISTE

SEULONTAPISTEET YHTEENSÄ (laske yhteen pisteet kohdista 1, 2 ja 3)

SEULONNAN TULOJA JA TOIMENPITEET ERI RISKILUOKISSA

<input type="checkbox"/>	0 pistettä: Ei vajaaravitsemuksen riskiä <ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/>	1–2 pistettä: Vähäinen vajaaravitsemuksen riski <ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Motivoi potilasta hyvään ravitsemukseen. • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/>	3–4 pistettä: Kohtalainen vajaaravitsemuksen riski <ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, tarvittaessa ravitsemusterapeutti). • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/>	5–7 pistettä: Vakava vajaaravitsemuksen riski <ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, aina ravitsemusterapeutti). • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

¹ Mukailtu Kondrupin ym. (2003) julkaisusta sekä Tampereen yliopistolaisen sairaalan (2007) lomakkeesta.

LIITE 2 KYSELYLOMAKE

POTILAAN RAVITSEMUSTILAN ARVIOINTI JA VAJAARAVITSEMUSRISKIN TUNNISTAMINEN

Toivon että vastaat jokaiseen kysymykseen. Osaan kysymyksistä voit valita useamman vastausvaihtoehdon. Tähdellä merkityt kysymykset ovat pakollisia.

1.Koulutustaustasi *

Yksi vaihtoehto

- 1. Lähihoitaja / perushoitaja
- 2. Sairaanhoitaja

2.Työkokemuksesi hoitoalalla *

Yksi vaihtoehto

- 1. Alle 5 vuotta
- 2. 5-10 vuotta
- 3. 11-20 vuotta
- 4. Yli 20 vuotta

3.Mitä keinoja käytät potilaan ravitsemustilan arviointiin? Voit valita useita vaihtoehtoja

Moni valinta *

- 1. Punnitsen potilaan säännöllisesti
- 2. Havainnoin potilaan vointia ja kliinistä kuvaa (esim. iho, hiukset, jaksaminen)
- 3. Käytän vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmää
- 4. Haastattelen potilasta / omaisia
- 5. Seuraan potilaan ruuankäyttöä
- 6. Etsin tarvittavaa tietoa potilaan hoitotiedoista
- 7. Mittaan potilaan painoindeksin
- 8. Keskustelen tilanteesta kollegojen tai lääkärin kanssa
-

4.Käytätkö vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmää? *

Yksi vaihtoehto

- 1. Käytän
- 2. En käytä

5.Jos et käytä vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmää, miksi et? *

Yksi vaihtoehto

- 1. Osastolla ei käytetä vajaaravitsemusseulaa
- 2. Työnkuvaani ei kuulu vajaaravitsemusseulan käyttö
- 3. Koen ettei ole aikaa käyttää vajaaravitsemusseulaa
- 4. En osaa käyttää vajaaravitsemusseulaa
- 5. Muu

6. Mitä keinoja pidät tärkeänä potilaan ravitsemustilan arvioinnin onnistumisessa? Arvioi keinojen tärkeyttä omassa työssäsi. *

	Erit- tään tär- keä	Tä rkeä	Kohtalai- sen tärkeä	Vä- hän tär- keä	Tar- peeton
1. Hoitohenkilökunnan koulutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Mahdollisuus konsultoida ravitsemusterapeuttia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Potilaan ruuan käytön seuraaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Säännöllinen potilaan painon mittaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Painoindeksin mittaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Vajaaravitsemusriskin seurantamenetelmän käyttäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Potilaan haastattelu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Omaisten kanssa keskustelu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Täy- sin sa- maa mieltä	Osit- tain sa- maa miel- tä	Osit- tain eri mieltä	Täy sin eri mieltä	En osaa sanoa
7. Koen että *					
1. Osaan arvioida potilaan ravitsemustilaa riittävästi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Vajaaravitsemusriskin seulonta tulee tehdä kaikille sairaalapotilaille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Vajaaravitsemusriskin seulonta on tärkeää potilaan hoidon kannalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vajaaravitsemusriskin seulonnan tekemisestä on hyötyä oman työni kannalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ilman vajaaravitsemusriskin seulontaa potilaan vajaaravitsemusta tai sen riskiä on vaikea havaita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Vajaaravitsemusriskin seulonta tehdään, jos on aikaa, muu potilaan hoito on tärkeämpää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Vajaaravitsemusriskin seulonnalla on todellisia hoidon raskautta, kustannuksia ja kärsimystä vähentäviä vaikutuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Vajaaravitsemusriskin seulonnan tekeminen kuuluu jokaiselle hoitajalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tarvitsen lisää koulutusta / opastusta vajaaravitsemusriskin seulonnan tekemiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tuleeko mieleen muuta, mitä haluaisit sanoa potilaan ravitsemustilan arvioinnista?					