

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

2010

Jenni Siik, Tyyne-Maria Virtanen

LONKKAMURTUMAPOTILAAN RAVITSEMUSHOITO HOITAJAN KOKEMANA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jenni Siik, Tyyne-Maria Virtanen

LONKKAMURTUMAPOTILAAN RAVITSEMUSHOITO HOITAJAN KOKEMANA

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata, miten hoitajat mielestään toteuttavat ja kirjaavat lonkkamurtumapotilaan ravitsemushoitoa Turun kaupungin ortopedisilla kuntoutusosastoilla. Tarkoitus on myös kuvata, miten hoitajat kokevat oman tietotaitonsa tason ravitsemushoidossa sekä sen kirjaamisessa. Perusteluna tutkimukselle on toiminut Turun sosiaali- ja terveystoimessa (SOTE) toteutettu lääketieteellinen tutkimus, jossa tutkitaan ravitsemuksen vaikutusta lonkkamurtumapotilaiden toimintakykyyn (RavLon). Toisena hankkeena on ollut HoiDok-projekti joka on ollut SOTE:n kirjaamisen kehittämishanke. Kolmantena hankkeena on ollut mukana RAVTER-hanke joka on Turun ammattikorkeakoulun ja SOTE:n yhteistyössä toteutettu täsmäkoulutuspaketti.

Tämä tutkimus on toteutettu teemahaastatteluna Turun kaupungin ortopedisilla kuntoutusosastoilla 1. ja 2. Molemmilta osastoilta osallistui viisi hoitajaa haastatteluun. Tutkimustulosten analysointi toteutettiin induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä. Osasto 1. oli niin kutsuttu tutkimusosasto, jossa RavLon-potilaat saivat tehostettua ravitsemushoitoa. Myös heidän hoitosuunnitelmansa oli erikseen ohjeistettu ravitsemuksen osalta. Kummankin osaston hoitajat olivat saaneet lisäkoulutusta ikääntyneiden ravitsemuksesta ja ruoankäytön seurannasta.

Tutkimuksellamme pyrimme hakemaan palautetta voimassa oleville hankkeille sekä hoitajille itselleen. Osastojen hoitajat kokivat osaavansa toteuttaa lonkkamurtumapotilaiden ravitsemushoitoa. Toisaalta hoitajat kokivat, ettei ravitsemushoidosta voi olla tietoa tarpeeksi. Ravitsemuksen kirjaaminen ei toteudu osastolla, ellei potilas kuulu RavLon-hankkeeseen. Hoitajat kokivat osaavansa hyvin rakenteellisen kirjaamisen. Eroja osastojen välisissä vastauksissa löytyi. Osasto 1:n (tutkimusosasto) henkilökunta koki tarvitsevänsä enemmän moniammatillista tukea ravitsemuksen toteuttamisessa, kun taas osasto 2:n (vertailuosasto) henkilökunta oli tyytyväisiä tämän hetkiseen osastolla tapahtuvaan ravitsemushoitoon.

ASIASANAT:

(Lonkkamurtuma, ravitsemus, hoitohenkilökunta, kirjaaminen)

Jenni Siik, Tyyne-Maria Virtanen

NUTRITIONAL HEALTHCARE OF PATIENTS WITH HIP FRACTURE NURSES POINT OF VIEW

The purpose of this study was to describe the nurse's capability to provide nutrition care to hip fracture patients, make documentation of nutrition care in Turku's orthopedic rehabilitee wards. The purpose is also described what nurse's knowledge level for nutrition care and documentation was. The basis for this study has been the projects conducted in Turku's municipal health department. The first project involving nutrition care is a medical exam where we study how nutrition care supports the rehabilitation on hip fracture patient (RavLon). The second project involving the documentation in municipal health department and the development of documentation (HoiDok). The third project which has to take a part of is RAVTER-project. Turku's University of applied science and Turku's municipal health department has create this RAVTER precision training packet

This study is carried out through theme interviews. We interviewed Turku's municipal health department orthopedic rehabilitation wards 1. and 2. From both wards we interviewed five nurses. The method that was used in this studies analysis was inductive content analysis. Ward 1. is a so called research ward and there RavLon-patients nutrition care have intensify. Also this same ward nursing plan have intergraded nutrition care and have separated instruction for nutrition care than ward 2. Both wards have had extra training for nutrition care at elderly patients.

The purpose of this research was to study how nurses implement nutrition care and how they describe documentation it. The purpose of this study is also to describe at what level do the nurses themselves evaluate their know-how to be in the nutrition care and documentation of nutrition in the treatment of hip fracture patients?

With this study we aim to get some feedback on what kind of effect this projects have on nurse's work and how the project. All ward nurses thought that they can provide nutrition care to hip fracture patients. Although the nurses felt that knowledge of nutrition cares have never enough. Nutritional documentation not come true at wards, unless the patients belong the RavLon-project. The Nurses thought that they can well used structural documentation. We found also some different between those both wards. Ward 1 nurses thought that they need more multiprofessional support with how to implement nutritional care. Ward 2 told that they are satisfied how nutritional care works in their ward.

KEYWORDS:

(Hip fracture, nutrition, nurses, documentation)

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 RAVITSEMUKSEN MERKITYS SAIRAUDESTA TOIPUMISELLE	6
2.1 Aliravitsemus ja ylipaino ongelmana	6
2.2 Ravitsemushoidon merkitys lonkkamurtumapotilaalle	8
2.3 Ravitsemuksen merkitys osteoporoosin ehkäisyssä	9
3 RAVITSEMUSHOIDON TOTEUTUS	10
3.1 Ravitsemushoidon haasteet terveydenhuollossa	10
3.2 Ravitsemushoitoon liittyvä osaaminen ja ohjaaminen	13
3.2.1 Potilaan ohjaus	13
3.2.2 Potilaan motivointi	16
3.2.3 Hoitajien ravitsemushoidon osaaminen	17
3.3 Ravitsemushoidon systemaattinen kirjaaminen	19
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	21
5 EMPIIRINEN TOTEUTUS	21
5.1 Tutkimusmenetelmät - ja aineisto	21
5.2 Aineiston hankkiminen, käsittely ja analysointi	22
6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	23
7 TUTKIMUSTULOKSET	24
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	29
LÄHTEET	34
LIITTEET	
Liite 1. Teemahaastattelun runko	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on tutkia ravitsemuksen toteutusta ja seurantaan sekä ravitsemuksen dokumentoinnin toteutusta hoitotyössä. Kohteena ovat Turun kaupunginsairaalan ortopedian kuntoutusosastot 1. ja 2. Tutkimuksessa on tarkoitus selvittää kuinka hoitajat mielestään toteuttavat lonkkamurtumapotilaan ravitsemushoitoa ja ohjausta sekä miten he sen kirjaavat. Opinnäytetyö liittyy Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen RavLon-, RAVTER- ja HoiDok-hankkeisiin. RavLon- hankkeessa tutkitaan ravitsemuksen vaikutusta lonkkamurtumapotilaiden toimintakykyyn. RAVTER on täsmäkoulutus hoitohenkilökunnalle ravitsemukseen liittyvässä osaamisessa ja ohjauksessa. HoiDok-hanke on alkanut marraskuussa 2007. Keväällä 2008 on laadittu hoitonäkemyks, joka on yhtenäinen Turun sosiaali- ja terveystoimen sisällä. Hoitonäkemyksen sisältämien asioiden tulisi ilmetä myös hoitotyön kirjaamisessa. Siksi on laadittu yhtenäiset kirjaamisen laatuvaatimukset ja – kriteerit. Näiden tarkoituksena on taata laadukas ja toimiva kirjaaminen. Vaatimukset ja kriteerit vastaavat yhtenäisiä valtakunnallisen kirjaamismallin ideoita.

Nyt 2010 tässä opinnäytetyössä perehdytään ravitsemuksen kirjaamiseen ja tutkimus kohdistuu Turun kaupungin ortopediseen kuntoutusosastoon, joka on mukana lonkkamurtumapotilaan ravitsemushoidon tutkimuksessa. Tutkimusosastolla 1 RavLon-potilaat ovat saaneet tehostettua ravitsemushoitoa, vertailuosaston 2 potilaat eivät. Aineisto koottiin teemahaastattelun avulla, haastattelurunko pohjautuu tutkimusongelmiin. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällyönanalyysillä.

Ravitsemus itsessään on aiheena tärkeä ikäihmisille, mutta varsinkin leikkauspotilaille ravitsemus nousee isoksi osaksi kuntoutushoitoa. Tutkimuksen tavoitteena on antaa palautetta hankkeiden toimivuudesta sekä herättää hoitohenkilökunnassa ajatuksia omasta motivaatiosta, toimintatavoista ja osaamisesta.

2 RAVITSEMUKSEN MERKITYS SAIRAUDESTA TOIPUMISELLE

2.1 Aliravitseminen ja ylipaino ongelmana

Ravitsemuksen merkitys on kokonaisvaltainen ihmisen kehon toiminnalle. Keho tarvitsee energiaa perusaineenvaihduntaan, lämmöntuottoon sekä keholla tehtävään fyysiseen työhön. Perusaineenvaihdunnalla tarkoitetaan jatkuvasti tahdosta riippumattomia tapahtumia kehossa, kuten hengitys ja lämmönsäätely. Sairaudet ja traumat kuitenkin muuttavat energian tarvetta. Liikkuvan ihmisen energian tarve voi laskea vuodelevossa jopa puoleen. Hyvän ravitsemushoidon toteuttamisella on nähtävä merkitys sairaudesta toipumiselle ja kuntouttamiselle. Hyvän ravitsemushoidon toteuttamisen edellytyksenä on energian ja suojaravinteiden saanti, tämä nopeuttaa toipumista ja parantaa vastustuskykyä sekä pienentää komplikaatioiden määrää.(Haglund ym. 2007, 180-182.)

Aliravitseminen on tila, jossa kehosta puuttuu tärkeitä rakennusaineita kuten energiaa, proteiineja, vitamiineja ja mineraaleja. Tällaisessa tilassa keho ei pysty toimimaan täysipainoisesti, jolloin tulee toimintahäiriöitä esimerkiksi ruuansulatuskanavaan, kudoksenkimmoisuuteen, psyykkiseen ja fyysiseen toimintakykyyn sekä vastustuskyvyn alenemiseen.(Brown&Jones 2009, 40-42.) Ravitsemuksen puute on erittäin vakava lääketieteellinen tila, joka altistaa potilasta hoitopäivien pidentymiseen, infektioihin ja pahimmillaan kuolemaan. Ravitsemustilan mittaamiseksi on kehitetty erityyppisiä aliravitsemuksen asteikkoja esimerkiksi Mini Nutritional Assessment, MNA.(Adams ym. 2008, 145–147.) Aliravitseminen ei aina katso potilaan ulkonäköä vaan ylipainoinenkin voi olla aliravittu. Ylipainoisen toimintakykyä saattaa heikentää liiallisen rasvakerroksen alla oleva lihaskato. Ylipaino yleisesti ei ole vanhuksille ongelma, vaan yli 80-vuotialla ongelmana on liianvähäinen energian saanti. (Suominen 2007, 351-352.)

Ylipaino on maamme yleistyvin ravitsemuksen häiriötila, joka lisää kansansairauksien puhkeamista. Naisilla ylipainoa on havaittu enemmän kuin miehillä, ylipaino heikentää työ- ja toimintakykyä. Painoindeksiä seuraten voimme havaita nopeasti potilaan ylipainon. Ylipainoisuuden raja on 25 BMI. Ylipainoon tulisi puuttua perusterveydenhuollossa, jossa siihen yritetään löytää mahdollisimman motivoiva ratkaisu ylipainon hoitoon. Suositeltavaksi terveelliseksi laihdutusmääräksi on arvioitu 5- 10 % potilaan painosta. Tämä vähentää jo huomattavasti sairauksien puhkeamisen riskiä.(Aro 2005, 4-9.)

Huono ravitsemustila aiheuttaa muun muassa fyysisen toimintakyvyn alenemista ja kaatumisalttiuden lisääntymistä. Aliravitsemus on usein syynä immuunijärjestelmän heikentymiselle ja se altistaa usein tulehdukselle, jotka taas hidastavat haavan paranemista. Lääkkeiden ruokahalun heikkenemistä voivat edesauttaa monet lääkkeet tai sairaudet. Ruokahalun heikkenemiseen vaikuttavat myös tilat, jotka vaikeuttavat nielemistä, pureskelua tai pienentävät syljen eritystä ja siten kipeyttävät suun limakalvoja.(Hakala 2005, 15.) Kowankon ym. (1999) tutkimus osoittaa kuinka esimerkiksi haavan paraneminen on yhteydessä ravitsemukseen. Puutteellinen ravitsemushoito on nykypäivän ongelma. Ravitsemushoidon toteuttamista ja osaamista on tähän asti väheksytty. Vaikka ravitsemushoidon osaamisen mittaaminen on vaikeaa, tutkimuksissa on käynyt ilmi hoitajien osaavan ravitsemushoidon perusteet hyvin. Ravitsemushoidon toteuttaminen jää usein puolitiehen.(Kowanko ym. 1999, 217-221.)

Hyvän perusravitsemustilan omaavalla potilaalla on pienempi riski saada leikkauksen aikana komplikaatioita. Pahin komplikaatio jonka pre-operatiivinen aliravitsemus taso voi saada aikaan, on kuolema. Huono ravitsemuksen taso aiheuttaa immuunikatoa, lihasten voimattomuutta ja vähentää niiden elastisuutta, kudosten uusiutumista ja paraneminen hidastuu. Aliravitsemus aiheuttaa myös toimintahäiriöitä monissa elimistön toiminnoissa, esimerkiksi sydämessä, keuhkoissa, munuaisissa ja suolistossa. Tämä antaa potilaalle huonot lähtökohdat toipua leikkauksesta sekä mobilisoitua kotiutettavaksi. Aliravitsemus johtaa pitkiin sairaalahoitojaksoihin, toimintakyvyn pysyvään laskuun, useimpiin toimenpiteisiin ja terveydenhuollon kustannusten kasvuun. Siksi leikkausta ennakoiva

hoitotyö on tärkeää ja potilasta tulisi tavata jo etukäteen. Näin voitaisiin ennalta arvioida ravitsemuksen tila ja mahdollisesti pystyä korjaamaan sitä ohjauksen avulla. (Huckleberry 2004, 671-672.)

2.2 Ravitsemushoidon merkitys lonkkamurtumalle

Lonkkamurtuma ja alaraajamurtumat ovat suurimmat syyt sairaalahoidoille sekä kuolemille. Vanhusten murtumat ovat yksi syy terveydenhuollon suuriin kuluihin, sillä niillä on vakavia lääkinällisiä ja sosiaalisia seurauksia. Murtumien odotettavuus kasvaa viidenkymmenen ikävuoden jälkeen. Lonkkamurtuman riskitekijöinä ovat ikä, miessukupuoli, tumma ihonväri, aikaisempi raajamurtuma, huono tasapaino sekä post-operatiiviset komplikaatiot. Suurimpina komplikaatio ryhminä ovat pneumonia, virtsatieinfektiot ja akuutti sydäntapahtuma. Lonkkamurtuma on aina leikattava murtuma, siksi leikkauspotilaan ravitsemushoidosta huolehtiminen on tärkeää niin ennen kuin jälkeen leikkauksen. Ikääntyneet ihmiset ovat omaluokkansa murtuma ja leikkaus potilaana. Ikäihmiset parantuvat hitaasti isosta traumasta johon lonkkamurtuma luokitellaan. Lonkkamurtuma aiheuttaa ikääntyneille toiminnallisia häiriöitä pitkäksi aikaa. 40-60% vanhuksista menettää kyvyn toteuttaa lonkan rotaatioliikettä ja 55-75% heistä ei pysty elämään enää itsenäistä elämää. Heille usein aliravitsemus ja varsinkin proteiinin puute elimistössä on suurena osa syynä murtumien syntyyn. (Price ym. 2006, 139-140.)

Aliravitsemus on usein lonkkamurtumapotilailla energian, proteiinin, kalsiumin ja D-vitamiinin puutostila. Ravitsemuksen puutostilat ovat usein myös syynä post-operatiivisiin ongelmiin. Tuloksia puutostilojen korjaamiseen ja painon nousuun on saatu tarjoamalla ruokailujen välissä proteiini- ja energiavälipaloja. Lonkkamurtumapotilaiden ruokavalioon on lisätty kalsium sekä D-vitamiinilisät päivittäin ravitsemushoidon tueksi. (Olofsson ym. 2007, 2028-2031.)

Sairaaloiden puutteellinen osaaminen toteuttaa ravitsemushoitoa on muodostunut suureksi ongelmaksi. Ongelma havaitaan, mutta ratkaisuun keinoja ei löydy. Noin puolet sairaalassa hoitoa saavista vanhuksista on aliravittuja. Siksi on tär-

keää saada rohkaistua henkilökuntaa käyttämään korkea energisiä ravintolisiä tavallisen ruuan yhteydessä. Suun kautta annetuilla proteiini- sekä energialisillä on todettu olevan positiivinen ja suora vaikutus ortopedisen potilaan päivittäisten toimintojen toteuttamiseen. (O'Regan 2009, 35.) Naissukupuoli on riski murtumien syntyyn. Yleisesti ottaen murtumat ovat suurimmalta osin yli 80-vuotiaiden naisten murtumia. Vaikka naiset ovat murtumien yleisempiä uhreja, johtuen hormoneista ja osteoporoosista. (Kanis ym 2002) Kuitenkin miehen lonkkamurtumat ovat korkeassa kasvussa, murtumat johtuvat ravintoköyhästä ruokavaliosta eli aliravitsemuksesta. (Carpintero ym 2005). (ks. Olofsson 2007, 2028)

Ikäihmisten ennaltaehkäisevä työ on tärkeää. Vähentynyt lihasmassa ja –voimattomuus altistaa usein ikääntyneitä loukkaantumisille. On todettu että liikunnalla, erilaisilla jumpilla ja tasapainoharjoituksilla on suuri merkitys lonkan ja polven lihasten hyvinvointiin. Ikäihmisille on saatu hyviä tuloksia kunto-ohjelmista. (Miller ym. 2006, 311-320.)

2.3 Ravitsemuksen merkitys osteoporoosin ehkäisyssä

Osteoporoosin haurastuttaa luun sisäistä rakennetta aiheuttaen luun heikkouden, mikä altistaa murtumille. Tautina osteoporoosi on aggressiivinen, järjestelmällinen ja krooninen luustosairaus. Sitä on vaikea todeta ennen murtumaa, sillä murtuma on taudin ensimmäinen oire. Naiset sairastuvat useammin osteoporoosiin kuin miehet. Estrogeenin vähentyminen naisilla heti vaihdevuosien jälkeen kasvattaa taudin kehittymistä. Toissijaisina syinä taudin kehittymiselle voi olla luuston tai elimistön anomaliat sekä suoliston häiriöt. Riskitekijät osteoporoosin syntyyn ovat geneettiset tekijät, hormonit, ikä, sukupuoli, rotu ja murtuma historia. Varsinkin aiemmat pirstalemurtumat lisäävät osteoporoosin riskiä. (Walker 2008, 48-56.)

Osteoporoosin syntyyn vaikuttavat elämäntavat, kuten tupakointi, aliravitseminen, hivenaineiden vähäinen saanti sekä liikunnan puute. Tupakoivilla vaihdevuosisikäisillä naisilla on 2% suurempi riski sairastua osteoporoosiin kuin ei-

tupakoivilla. Hivenaineet, varsinkin D-vitamiini sekä kalsium ovat tärkeitä apuvälineitä osteoporoosia vastaan. D-vitamiini helpottaa suolistossa kalsiumin imeytymistä ja suodattumista. Kalsium on elintärkeä uuden luukudoksen syntyyn. Ennen vaihdevuosien alkua naisen tulisi alkaa nauttia D-vitamiini sekä kalsiumlisiä ja varmistaa näin luun terveys. Fyysinen aktiivisuus myöhästyttää osteoporoosin kehittymistä, tasapaino ja lihasharjoittelut pienentävät kaatumisriskiä ja lisäävät reagoimisaikaa. Vuodehoidossa olevan potilaan luumassan menetys on 1-2% kuukaudessa.(Walker 2008, 48-56.)

Osteoporoosin ehkäisyssä ensimmäisenä tärkeänä muutoksena ovat elämäntavat. Liikuta, varsinkin ennen vaihdevuosia ja vaihdevuosien jälkeen. Liikuntamuotoina suositellaan rauhallista kävelyä tai voimaharjoituksia. Kaatumisen riskien minimoimista edesautetaan muuttamalla ympäristö turvallisiksi. Terveellinen ruokavalio sekä ylipainosta tai alipainosta pääseminen on osa osteoporoosin ehkäisyä. Osteoporoosin hoitoon löytyy myös lääkkeellisiä keinoja, joiden tarkoituksena on vaikuttaa luumassan tiheyteen sekä vähentää murtumia.(Walker 2008, 48-56.)

3 RAVITSEMUSHOIDON TOTEUTUS

3.1 Ravitsemushoidon haasteet terveydenhuollossa

Euroopan Ravitsemus ja Terveysliiton mukaan yksi kolmesta vanhuksesta (yli 65-vuotiaat) tarvitsee sairaalan akuuttihoitoa. Yli 80-vuotiaalla potilaalla on viisi kertaa korkeampi todennäköisyys sairastua aliravitsemukseen kuin alle 50-vuotiailla. Euroopan Ravitsemusliiton mukaan vuonna 1997 tehdyn tutkimuksen tulokset kertoivat potilaiden nälästä osastoilla. Tuloksena oli, etteivät potilaat saaneet ravintoa tarpeeksi sairaalassa. Uuden päivitetyn tutkimuksen (2010) mukaan ravinnon saanti on hyvä, mutta ravinne- sekä energiapitoisuudet ovat alhaiset. Yli kymmenessä vuodessa kehitystä ei ole oikeastaan tapahtunut ja tämä kummastuttaa tutkijoita. (Best 2010, 27.) Ravitsemushoitoon liittyvää tie-

toa on kartoitettu ja sitä on saatavilla jokaiselle. Miksi silti raportoidaan aliravitsemuksesta osastoilla? Ravitsemuksen toteutusta ja tärkeyttä kuulutetaan terveydenhuoltoalan ammattilaisten keskuudessa. Adams ym (2008) tutkimuksessa kävi ilmi että 30 % henkilökunnasta on tietoisia painonlaskun merkityksestä, silti vain 19 % ravitsemusriskin alla olevista potilasta tulee ravitsemuksen aktiivihoidonpiiriin. Samaisessa tutkimuksessa todettiin, ettei dokumentointia näistä riskipotilaista löytynyt ja hoitajat toteuttivat ravitsemushoitoa ilman minkäänlaista seurantaan. Adamsin ym. (2008) tutkimuksessa kävi ilmi, että 137 aliravitusta potilaasta vain yhdellä oli kirjattu aliravitsemus hoidontarpeeksi. Sekä näistä samaisista 137 potilaasta vain 21 potilaalle oli tehty interventio liittyen ravitsemuksen tilaan. (Adams 2008,148.)

Ikääntyminen on monitahoista, mutta päätavoitteena ikääntyneen potilaan hoidossa on tukea potilaan omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Ravitsemuksella on keskeinen merkitys toimintakyvyn tukemisessa. Hoitohenkilökunnan tarvitsee laajentaa näkemystään ravitsemushoidosta sekä aliravitsemushoidosta. Henkilökunta ei saisi keskittyä pelkästään jo valmiiksi syntyneisiin ongelmiin vaan hakea ongelmien taustatekijöitä. Ihanne olisi että pystyttäisiin puuttumaan ravitsemushoidon ongelmatekijöihin ennen kuin ne ilmenevät ongelmiksi. Taustatekijöinä vanhuksen virheravitsemuksessa on toimintakyvyn heikentyminen, suun hyvinvointi, krooniset sairaudet, lääkitys, sosiaalinen eristäytyminen ja masennus. Kun hoitohenkilökunta on tutustunut potilaan ravitsemustaustaan ja kartoittanut mahdolliset ongelmatekijät, pystytään toteuttamaan vanhuksen ravitsemushoitoa. Ravitsemushoidon tulisi olla pitkän tähtäimen hoitoa ja siksi ennalta ehkäisevä työ korostuu perusterveydenhuollossa. Näitä vanhuksia joilla on riski sairastua aliravitsemukseen, pitäisi pystyä seulomaan ja tilanteeseen puuttumaan lääkärikäyntien yhteydessä. Ravitsemustilaan puututtaessa olisi hyvä huomioida psyykkiset sekä sosiaaliset voimavarat. (O'Regan 2009, 36-37.)

Aliravitsemus liitetään usein ravinnon puutteeseen, vaikka useita taustatekijöitä saattaa aliravitsemukselle löytyä. Vanhuksilla joilla on esimerkiksi sydänsairauksia, heillä anoreksia saattaa olla osa sydänsairautta. Tiedetyt sairaudet voivat aiheuttaa vaikeuksia ruokailussa tai ruokahalussa. Hoitajan tulisi osata havaita

sairauksia jotka vaikuttavat ruokailuun, ruuan imeytymiseen, ruokahaluun tai sen tunnistamiseen. Esimerkiksi Parkinsonin tauti, diabetes, reuma, syöpä, dementia, alkoholismi sekä myös stressi voivat aiheuttaa vaikeuksia ruokailussa tai ruokahalussa. Myös monet lääkkeet voivat aiheuttaa aliravitsemusta ja tällaisia ovat esimerkiksi Digoxin sekä mielialalääkkeet. Makuhermoihin vaikuttavia lääkkeitä ovat antihistamiini ja verenpainelääkkeet. (Briggs 2008, 35-26; O'Regan 2009, 36-38.) Dementiapotilaat ovat yleisiä lonkkamurtuman uhreja ja sairaus herkistää myös aliravitsemuksen synnylle. Taudin edetessä potilaat eivät kykene ilmaisemaan omia mieltymyksiään tai kertomaan esimerkiksi ruokailua hidastavasta kivusta suussa. Hoitajan tulee selvittää kyseiset asiat omaisilta tai muista lähteistä sekä tarkkailla potilaan olemusta ruokailutilanteissa. (Archibald 2006, 41-42.)

Moniammatillinen yhteistyö on tärkeä käsite ikääntyneen ravitsemushoidossa. Ryhmä koostuu hoitajista, ruokapalvelu henkilökunnasta, lääkäreistä ja ravitsemusterapeuteista. Hoitohenkilökunnan panostus on tärkeää, koska he ovat se ryhmä jonka täytyisi seurata, havaita ja puuttua nopeasti painon muutoksiin sekä ruokahaluttomuuteen. Ravitsemustilan seurantaan kuuluu painonseuranta, sillä painonlasku ja painon vaihteluiden ehkäisy on tärkeää. Ongelmat ravinnonsaannissa aiheuttavat laihtumista, lihaskatoa sekä toimintakyvyn heikkenemistä. (DiMaria-Ghalili 2005, 42-43.)

Ravitsemushoito jää usein kiireellisillä osastoilla toiselle sijalle verraten muihin hoitotoimenpiteisiin. Ravitsemushoidon toteuttamista ja osaamista on tähän asti väheksytty, vaikkakin on todistettu esimerkiksi haavan paranemisen olevan yhteydessä monipuoliseen ravinnon saantiin. Aliravitsemuksen suurimpana syynä on hoitajien osaamisen taso sekä välinpitämättömyys. Ravitsemushoitoa toteuttaessa on tärkeää huomioida potilaiden yksilöllisyys sekä mieltymykset. Hoitajan tulisi ottaa huomioon potilaiden ravitsemus anamneesi hoitosuhteen alussa ja tunnistaa puutostilan merkit. Ilman hyvää pohjatietoa hoitaja ei pysty toteuttamaan ravitsemushoitoa. Teoriatiedon lisäksi hoitajan on hyvä huomioida ravitsemushoidon konkreettinen toteuttaminen. Siihen kuuluu ruuan esillepano, ruu-

an oikean muoto, ruokailutilan rauhallisuus, ruokailu asento, mahdolliset apuvälineet ja tilanteen kiireettömyys.(Kowanko 1999,219-222.)

Ravitsemushoidon osaamisen mittaaminen on vaikeaa vaikka tutkimuksissa on käynyt ilmi suurimman osan hoitajista osaavan ravitsemushoidon perusteet hyvin. Ravitsemushoidon toteuttaminen jää usein silti puolitiehen. Hoitajien tulisi muistaa, ettei ravitsemushoito koske ainoastaan omatoimisesti syöviä potilaita vaan siihen kuuluvat myös syötettävät, sosemaista ruokaa syövät sekä enteraaliset ravitsemuspotilaat.(Best 2010, 29-31.)

Tässä tutkimuksessa ravitsemushoito määritellään Nuutisen ym. (2009) mukaan. Ravitsemushoito on osa potilaan hoitosuunnitelmaa. Siihen kuuluu potilaan ravitsemustilan arviointi, tavoitteiden teko, hoitotyön toimintojen valinta, toteutus sekä viimeisenä ravitsemushoidon arviointi. Ravitsemushoitoon sisältyy yksilöllinen hoito jossa huomioidaan potilaan omat tarpeet ja toiveet. Ravitsemuksen ohjaaminen on osa ravitsemushoitoa. (Nuutinen ym. 2009, 8, 25.)

3.2 Ravitsemushoitoon liittyvä osaaminen ja ohjaaminen

3.2.1 Potilaan ohjaus

Potilasohjaus on jatkuvasti kehitteillä oleva aihe-alue, sillä avohoidon sekä erikoissairaanhoidon kustannusten lisääntyminen tuottavat tarpeita kehittää potilasohjausta organisaation rajojen ylitse. Sairaalan hoitoaikoja pyritään nykypäivänä lyhentämään ja kotiuttaminen tapahtuu aiemmin kuin ennen. Tämän vuoksi ohjaus on noussut tärkeäksi osaksi hoitoprosessia, potilaalta tulee löytyä tieto ja keinot hoitaa itseään kotona. Palvelu prosessin eri vaiheissa hoitoon ja ohjaukseen liittyvät taidot, asenteet ja tieto tulevat esille. Potilasohjaus on ja tulee olemaan keskeinen alue potilaan hoidossa. Ohjausta on yleisesti kuvattu ohjattavan ja ohjaajan vuorovaikutussuhteeksi. Ohjaustilanteen tavoitteena on aina aktiivinen ja päämäärällinen toiminta, joka aina on kiinni kontekstissaan. (Kääriäinen ym. 2005a,10.) Ohjauksen ensimmäisenä päämääränä on potilaan tukeminen ja potilaan omien voimavarojen kartoittaminen, jotta hän kestäisi hoi-

toonsa liittyvät tilanteet ja kykenisi ottamaan vastuun omasta parantumisestaan. Fyysiset, psyykkiset sekä ympäristölliset tekijät tulee huomioida ohjaustilanteessa. Jotta potilaan ohjaus olisi mahdollisimman tuottoisaa, tulee ohjausta antavalla hoitajalla olla tarpeeksi tietoa ohjattavasta asiasta sekä kykyä havaita potilaan tarvitseman tuen taso. Hyvät kognitiiviset taidot sekä kasvatustieteelliset periaatteet ovat tarpeellisia ohjaajalle. Ohjaustilanteet edellyttävät hoitajilta tietoa sairaudesta, jotta he pystyisivät ohjaamaan potilasta selviytymään arjesta. Hoitajilta vaaditaan myös kykyä luoda loogisia kokonaisuuksia, jotta ohjattava asia on helposti ymmärrettävä. Ohjaajan vahvuuksia on potilaiden ymmärtäminen, aiempi kokemus ohjauksesta, ohjaukseen motivoituminen sekä hyvät vuorovaikutustaidot. (Kyngäs ym. 2005, 12-13.) Onnistunut ohjaustilanne parantaa potilaiden selviytymistä kotona sekä pitkittää aikaväliä potilaan uudesta hoitajaksosta. Yleisen terveydenhuollon velvollisuus on taata kaikille potilaille tasarvoinen hoito. Tällä tarkoitetaan myös tasa-arvoista ohjausta. Ohjauksen toteuttamisella ja sen onnistumisella on selvä yhteys potilaan sairaudentuntoon. On myös todettu että ohjauksen suunnittelu sekä toteutus ovat yleisesti puutteellisia. Arviointitilanteessa potilaat ovat arvioineet ohjauksen onnistumista näistä näkökulmista: hyödyllisyys, kotona pärjääminen, hoitoon osallistuminen sekä tiedon saanti. Osa potilaista kertoi ohjaustilanteita olevan vähän tai sitä ei toteutettu ollenkaan. Potilaat kokivat etteivät saadun ohjauksen perusteella pärjääsi kotona. (Patala-Pudas 2006, 29-30.)

Potilaat odottavat eri ohjaustilanteissa keskimääräisesti kannustusta, kuuntelemista sekä mahdollisuutta keskustella ajatuksista ja murheista. Potilaan toivisivat myös, että ohjaukseen otettaisiin mukaan omaiset tai läheiset jolloin ohjaustilanteesta muodostuisi turvallinen ja tuottava tilanne. Omaisten mukanaolo varmistaa myös turhien väärinkäsitysten synnyn sekä lisää kysymysten esittämistä. Potilaat ovat tunteneet, etteivät kykene keskustelemaan tuntemuksistaan hoitajan kanssa ohjauksen aikana. Potilaat kokivat sairaalassa oloaikana saatua informaatiota hyvänä, ohjausta sai sairaudesta, oireista sekä hoidosta. Potilaat toivoivat syvempää ohjausta sairauden syistä, hoitojen ennusteista, sairauden kulusta sekä hoito vaihtoehtoista. Potilaat kokivat että kotiutumisen yhteydessä ohjaus hoidon jälkeisistä ongelmista oli vajavaista. Ongelmien tunnistam-

minen ja ennalta ehkäisy on tärkeää. Potilaat kokivat, että ohjaus oli kaavamaisista eikä potilaan yksilöllisyys tai elämäntilanne tullut esiin ohjaustilanteessa. Ohjaukseen ei ollut varattu riittävästi aikaa ja paikka oli usein huono. Potilaat eivät pystyneet esittämään omaan sairauteensa tai intimizeettiin liittyviä kysymyksiä ohjauksen aikana. Hoitohenkilökunnan tulisi ottaa enemmän potilaat ja omaiset mukaan hoito prosessin aikana ja että potilas kokisi itse saavansa vaikuttaa päätöksen teolla hoitoonsa. (Kääriäinen, ym. 2005a, 10-12.)

Hoitajien näkökulmasta he ovat yleisesti ottaen kokeneet osaavansa ohjata hyvin hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. Hoitajat kokivat myös kommunikointitaitonsa hyviksi ja uskoivat pystyvänsä luomaan hyvän ja rauhallisen ohjaustilanteen. Hoitajat kokivat hallitsevansa ohjaustilanteissa parhaiten yksilön suullisen ja kirjallisen ohjaamisen. Huomattavasti heikommaksi he arvioivat tieteellisen tutkimustiedon hyväksikäyttämisen sekä rakentavan palautteen pyytämisen ohjaustilanteen päätteeksi. Tutkimuksen mukaan suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että heillä on käytössään uusin ohjausmateriaali sekä välineet. Miinuksena tuli, ettei rauhallisia ohjauspaikkoja ollut tarjolla sekä ajan puute ohjauksessa. Tämä tulee esille myös potilaiden arvioidessa saamaansa ohjausta. (Lipponen 2005, 33-34.)

Hoitotyön tavoitteena on potilaan tukeminen tavoitteellisessa toiminnassa. Ohjauksen perustana ovat potilaan aikaisemmat tiedot, elämäntilanne ja kokemukset. Hoitajan rooli ohjauksessa on opastaa, auttaa ja tukea. Potilaan tulisi ohjauksessa ymmärtää, että hän on oman elämänsä rakentaja. Tarkoituksena on potilaan herättäminen tarkkailemaan elämäntapojansa ja tekemään niihin tarvittaessa muutoksia. Hoitajan tulee tukea ja valvoa häntä näitä muutoksia tehdessä. Ohjaus määritellään aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi. Ohjaus on sidoksissa kontekstiin, jossa ohjattava ja ohjaaja on vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Potilaan kyky suunnitella, toteuttaa ja arvioida korostuvat potilaslähtöisessä ohjausprosessissa, potilaan tulee arvioida omaa toimintaansa yhdessä hoitajan kanssa. Ohjauksen syvimpänä tarkoituksena on hoitajan ja potilaan yhteisesti suunniteltu prosessin muodostaminen ja se johdattaa potilasta edistymiseen ja oman tietoisuutensa löytämiseen sekä vastuun ottamiseen

omasta toiminnastaan. Kääriäisen ym. (2005) tutkimuksen mukaan ohjauksen pitotavassa sekä potilaan näkemysten, tarpeiden ja elämäntilanteen huomioimisessa on esiintynyt puutteita. Tavoitteiden tulisi olla realistisia sekä mitattavissa. Tavoitteet voivat muodostua kognitiivisen eli uuden tiedon, affektiivisen eli uusien arvojen tai psykomotoriikan eli uusien taitojen omaksumisen kautta. Tavoitteita luodessa on hyvä muistaa että niiden saavuttaminen ei aina onnistu, vaikka ne olivatkin realistisia. Tällöin hoitajan tulee keskustella potilaan kanssa etukäteen tavoitteista. Tavoitteiden saavuttaminen motivoi potilasta hoidon jatkamiseen.(Kääriäinen ym. 2005b, 27-29.)

3.2.2 Potilaan motivointi

Potilas tulee ottaa aktiivisesti mukaan omaan hoitoonsa. Keskusteluissa käsitellään asioita hänen hoidostaan sairauksien ilmaantuessa ja varmistetaan potilaan lähtökohdat selviytyä kotona sairauden kanssa. Potilaan kanssa tulee luoda tavoitteita ja päämääriä sairauden hoitoon. Potilaan motivaation tasosta kertoo hänen mielenkiintonsa, ajatuksensa ja mahdolliset kysymykset hoitoihin ja ohjauksiin liittyen. Hoitajalla on potilaan motivoinnissa tärkeä rooli. Rooliin kuuluu tukea ja kannustaa potilasta ja auttaa häntä kuuntelemaan itseään ja miettimään mahdollisuuksiaan.(Kääriäinen ym. 2005b, 29.)

Potilaan motivaatio on keskeinen tekijä hoitotyössä sekä lääketieteessä. Hoitajien työn helpottamiseksi on keksitty erilaisia keinoja saada potilas osallistumaan hoitoonsa. Hoitaja toimii vuorovaikutuksessa potilaan kanssa osoittaen kunnioitusta ja arvostusta potilasta kohtaan ja potilas saa kertoa omista kokemuksistaan sairauden kulussa. Hoitaja tukee potilasta kertomalla omia mielipiteitään ja kokemuksiaan. Näin potilaille tulee myös rohkeutta kertoa omista tunteistaan. Hoitajien on tärkeää luoda turvallinen ja luotettava suhde potilaaseen. Myös potilaskeskeinen kommunikaatio on tärkeää, tällöin hoitaja oppii tuntemaan potilasta. Hoitajat tutustuvat potilaaseen kuuntelemalla ja kysymyksiä esittämällä. Hoitajan ja potilaan välillä tapahtuvassa kommunikoinnissa on keskeistä hoitajan läsnäolo, vain näin hän oppii tuntemaan potilaan tarpeet sekä

motivaation tason. Tämä antaa hoitajalle työkalut auttaa potilasta löytämään keinot omien voimavarojen löytämiseen. Hoitajan tulisi kertoa potilaalle miten hänestä tulisi vastuullisempi omasta hoidostaan, toiminnastaan ja oppimisestaan. Hoitajan tulee ymmärtää potilasta ja olla hänen tukena koko hoitojakson ajan. Hoitajat omalla toiminnallaan avaavat potilaille uusia mahdollisuuksia motivoiden sekä tukien potilaan henkistä kehittymistä. Hoitajien on tärkeää hyödyntää hoitaja-potilassuhdettaan jokapäiväisessä hoitotyössä.(Sahlsten ym. 2009, 490-496.)

3.2.3 Hoitajien ravitsemushoidon osaaminen

Hoitotyön koulutusohjelmien ravitsemuksen opetus on tunnetusti heikko. Erilaiset hoitotyön tilanteet esimerkiksi eri sairauksien aiheuttamat erikoisruokavaliot tai aliravitsemus on haaste hoitajille. Useimmat hoitajat ovat kokeneet ravitsemushoidon tietämyksen puutteelliseksi, hoitajat jättävät ravitsemushoidon erikoisalueet usein myös osaston ravitsemusvastaavalle, sen sijaan että olisi itse motivoitunut hakemaan ongelmastaan tietoa. Muutosta hidastaa, ravitsemushoidon lisäkoulutuksen vaikea saatavuus ja myös tietolähteet työpaikoilla ovat yleisesti vähäisiä.(Peake ym. 2001,226-227) O`Reganin tutkimuksessa on käynyt ilmi, että ravitsemuksesta saatavia tiedon lähteitä tarvitaan osastoille. Tarpeelliseksi on myös katsottu olevan osastolle yhtenäinen ravitsemushoidon linjaus. Tuloksia ravitsemuksen lisäkoulutuksen hyödyllisyydestä on löytynyt; hoitajat ovat kokeneet olevansa osastoillaan valmiimpia mittaamaan ravitsemustilaa ja toteuttamaan hoitoa.(O`Regan 2009, 35-36)

Hoitajien tulisi tunnistaa potilaat joiden ravitsemushoito on puutteellista. Heidän täytyy osata tunnistaa, kuka hyötyisi rikastetusta ravinnosta ja huomioida potilaiden yksilölliset tarpeet. Yksilöllisessä ravitsemushoidossa törmätään ongelmiin halujen ja ravinnonlähteiden suhteen, jotka eivät välttämättä kohtaa. Hoitajat ovat suuressa roolissa ennakoivassa samoin kuin korjaavassa hoitotyössä, ammattimaisuuteen kuuluu myös oma-aloitteisuus ja itsenäinen osaaminen. Ravitsemushoidossa tärkeässä roolissa ovat potilas ja hoitohenkilökunta, jotka

estävät potilaita joutumasta aliravitsemustilan riskiryhmään. Ehkäisevän hoitotyön huomioiminen ravitsemuksen hoidossa on tärkeää. Bachrach-Lindströmin ym. (2007) tutkimuksessa sairaanhoitaja on kykenevä tiedottamaan, järjestämään ja tarjoilemaan ruoan. Ravitsemushoidossa on tärkeää myös asenteet hoitoa ja potilaita kohtaan. Kokeneiden sairaanhoitajien tulisi huomioida asenteet ravitsemushoitoa kohtaan. Hoitajat kantavat suurta vastuuta geriatrisen potilaan hoitotyössä.(Bachrach-Lindström ym. 2007, 2007-2009.)

Kowanko ym. (1999) on tutkinut Australialaisessa tutkimuksessa hoitajien käyttäytymistä, tietämystä ravitsemushoidosta ja siitä miten he toteuttavat ravitsemushoitoa potilaille. Suurin osa hoitajista on ymmärtänyt hyvän ravitsemushoidon yksilölliset periaatteet, osalla hoitajista oli vaikeuksia kuvata osaamistaan ravitsemushoidosta. Terveellisen ruokavalion hoitajat määrittelivät hedelmillä, kasviksilla, leivällä, muroilla, vitamiineilla, mineraaleilla ja rasvoilla. Silti vaikka hoitajilla oli hyvä ravitsemushoidon tietotaito, sen toteutus ei kuitenkaan onnistunut sairaalassa. Hoitajilta kysyttäessä miten he tarkkailevat potilaiden ravitsemustilaa, vastattiin että useat hoitajat keskittyivät ulkonäöllisiin muutoksiin. Kyseisiä muutoksia ovat painon aleneminen, ihon ja hiusten rappeutuminen. Vain yksi tutkimukseen osallistuneista hoitajista huomasi sekä fysiologiset että fyysiset muutokset. Haastattelussa mainittiin hoitajien kannustavan potilaita syömään, mikäli potilaat eivät syöneet tai he eivät pitäneet ruoasta tuodaan tilalle muita vaihtoehtoja. Mahdollista on annosten koko muutokset sekä omaisten tuoma kotiruoka, johon potilas on tottunut. Moni hoitaja tunsu ravitsemushoidon tiedon olevan heikkoa ja toivoivatkin tähän lisäkoulutusta.(Kowanko ym. 1999, 217-222.)

Ravitsemushoitoon on kirjallisuuden perusteella luotu vankka pohja ja se perustuu yksilöllisiin tarpeisiin, Tutkimustasolla on keskitytty hoitajien asenteisiin ruokailutilanteissa sekä ravitsemus ongelmiin. Christensson ym. (2003) tutkimuksessa on käynyt ilmi, että helppohoitoisen syötettävän potilaan ravitsemukseen puuttuminen on helppoa ja tyydytytystä tuottavaa. Kun taas vaikean potilaan hoito koettiin vastemieliseksi. Sairaala olosuhteissa ruokailutilanne on aina erilainen kuin kotona. Hoitajat ajattelevat ruokasalia työympäristöksi ja suorittami-

seksi, joten tällöin helposti jää huomaamatta potilaiden erilaiset tarpeet. Yleistä on, ettei potilasta kannusteta kertomaan ongelmistaan joita mahdollisesti ruokailutilanteessa käy ilmi. Vanhuksen hoidon periaatteena pitäisi taata potilaalle hyvä ja turvallista hoitoa, tällöin hoitajilla tulee olla oikeat asenteet hoitoon. Hoitajan tulisi aina muistaa oma asenne, joka on havaittavissa aina käytöksessä, vaikka ei niin itse haluaisikaan. Christensson ym. (2003) tutkimuksessa todettiin että noin 25% hoitajista ajattelivat ravitsemushoidon sekä syöttämisen toteuttamisesta negatiivisesti. Yleisesti ottaen hoitajat ymmärsivät ravitsemushoidon ja sen toteuttamisen tärkeyden sekä ajattelivat positiivisesti koko prosessista. Hoitajien koulutuksessa on vähän käsitelty tai yritetty muokata ravitsemushoidon toteutuksen ennakoasenteita. Ryhmän toiminta sekä sosiaaliset paineet vaikuttavat positiivisen asenteen syntyyn sekä säilyvyyteen.(Christensson ym. 2003,223-231.)

Hoitajat ovat kokeneet että heillä on hyvä tietämys. Adams ym. (2008) tutkimuksessa kävi ilmi että tietopohja myös lääketieteellisistä riskitekijöistä aliravitsemukseen on hyvä. Kuitenkin tietämyksen ja tiedonkeruun puutteesta raportoitii suurien ravitsemushoidon riskitekijöiden suhteen, kuten hiljainen painon lasku ja ruokahalun katoaminen. Hoitajien kyvyt seurata ravitsemuksen tasoa ovat hyvät, keinona käytettiin painoindeksin mittausta, ulkoista havainnointia, ihon kuntoa sekä ruuan menekkiä. Yleisesti katsoen hoitajat aliarvioivat omaa tietämystä aliravitsemuksen hoidosta mutta hoitajat keskimääräisesti pystyivät 100% varmuudella aloittamaan oikeanlaisen aliravitsemuksen hoidon. Hoitajia verrattiin tutkimuksessa lääkäreihin koska hoitajat kykenivät moninaisemmin korjaamaan aliravitsemusta. Tietotaitoa hoitajilla oli hoidosta enemmän kuin lääketieteen edustajilla. (Adams ym. 2008,144-145.)

3.3 Ravitsemuksen systemaattinen kirjaaminen

Kirjaamista luokitellaan pääkomponentein jotka pohjautuvat FinCC-luokitukseen. Luokitukset ovat Stakesin työryhmän kehittämiä Suomen laajuisesti. Luokitukset ovat kehitetty parantamaan rajojen yli tapahtuvaa hoitoa ja näin ollen auttamaan

hoitajia kirjaamaan prosessinmallin mukaisesti. Hoidon prosessi on jaettu luokitukseen: tarve, toiminta sekä tulos. Näiden kolmen luokituksen alle on luotu pää- ja alaluokat, jotka koostuvat kaikki samannimisessä 19 komponentista eli hoidon sisällön alueesta.(Stakes 2008.)

Potilaan hoidon järjestämisessä ja sen toteuttamisessa on tiedolla ja sen saatavuudella suuri merkitys. Hoitotietojen viiveettömällä saatavuudella varmistetaan potilaan turvallinen hoito. Turvallisuutta luodessa tietojen täytyy olla yhdenmukaisia ja rakenteellisia. Rakenteellisella kirjaamisella tarkoitetaan, että on yhteisesti sovittu mitä kirjataan ja miten kirjataan. Tällä pyritään hoidon kirjaamisen standardointiin, jonka tarkoituksena on edistää hoitotietojen käyttöä. 80-luvulta lähtien suomessa on hoitotyön rakenteellisen kirjaamisenmallina ollut Maailman Terveysjärjestön (WHO) päätöksenteon prosessimalli. Hoitotyönongelmat, tavoitteet, toteutus ja arviointi ovat prosessinmallin rakenteena. Eli rakenteellisella kirjaamisella tarkoitetaan hoitotyön prosessin vaiheiden mukaista kirjaamista, johon kuuluvat myös tarve- ja toimintaluokitukset. Rakenteellinen kirjaaminen antaa mahdollisuudet laajentaa tietoa ja helpottaa sen käsittelyä. Potilaskertomukset ovat elektronisia, siksi niiden täytyy vahvasti perustua rakenteelliseen tietoon. Monitahoisten ammatti ryhmien käyttäessä sähköistä potilasasiakirjaa korostuu olennaisen tiedon löytyminen ja tulkitseminen runsaasta tietomäärästä. Kirjatun tiedon täytyy olla yksiselitteistä ja yhdenmukaista. Rakenteellisen kirjaamisen ansiosta, tietoa pystytään hakemaan nopeasti valmiiksi standardoidun termistö avulla. Sähköinen systemaattinen kirjaaminen avaa monia ovia klinisenhoitotyön tutkimiselle sekä sen kehittymiselle. Lainopillisesti kirjaamisella pystytään todistamaan hoidon toteutuminen eettisesti sekä juridisesti.(Saranto ym. 2008.)

On valitettavaa, etteivät kaikki näe kirjaamisen hyödyllisyyttä, sillä ilman hyvää kirjaamista ei uusia parannuksia perusterveyden huoltoon pystytä toteuttamaan. Hyödyt, jotka hyvä kirjaaminen antaa ovat suuret mutta niitä on edelleen huonosti hyödynnetty. Hoitotieteen tutkimuksissa on käynyt ilmi suuria puutteita ravitsemustilan kirjaamisessa. Näin ollen suuri prosentti aliravittuja potilaita jat-

kaa mahdollisesti toisiin hoitopaikkoihin ilman, että heidän ravitsemuksentilaan puututaan.(Ketola ym. 2009,1877.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksessa on tarkoitus selvittää kuinka hoitajat mielestään toteuttavat ravitsemushoitoa ja – ohjausta ja miten he sen kirjaavat. Olemme määritelleet tutkimusongelmiksemme:

1. Miten hoitajat mielestään toteuttavat lonkkamurtumapotilaiden ravitsemushoitoa?
2. Miten hoitajat kuvaavat kirjaavansa ravitsemushoitoa?
3. Millaisena hoitajat pitävät tietotaitoaan lonkkamurtumapotilaisiin liittyvässä ravitsemushoidossa ja sen kirjaamisessa?

5 EMPIIRINEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmät ja –aineisto

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelu on menetelmänä yksinkertainen. Teemahaastattelun hyötynä on saada hoitajilta omakohtaisia kokemuksia heidän toteuttamastaan ravitsemushoidosta

Teemahaastattelun ideana on kysyä haastateltavilta, mitä mieltä he ovat asiasta jota tutkittiin. Haastattelu toimii eräänlaisena keskusteluna. Se alkaa tutkijan aloitteesta, jossa tutkija johdattelee haastateltavat asiaan. Haastattelun aihepiirit ja teema-alueet on teemahaastattelussa etukäteen määrätty. Menetelmästä puuttuu kuitenkin strukturoidun haastattelun kysymysten tarkka muoto ja järjestys.(Aaltola ym. 2001, 24-43.).

Aineisto kerättiin ortopedisen kuntoutusosastoilta, tutkimusosastolta 1 ja vertailuosastolta 2 ryhmähaastattelutilanteissa. Tutkittavat olivat sattumanvaraisesti

valittu, jotta kukaan ei valikoidu ja kaikki niin sanotusti tasavertaistettiin. Hoitaja aineistossa oli niin sairaanhoitajia kuin lähihoitajiakin. Haastateltavia otettiin kummaltakin osastolta viisi henkilöä. Haastatteluun valittiin kaikki viisi aamuvuoron hoitajaa, haastattelun henkilöt valikoituivat ollessaan työvuorossa haastattelu ajankohtana. Loimme haastattelun kysymykset teemojen mukaisesti (LIITE 1). Teema 1 ja 2 vastaavat tutkimusongelmaan 1, teema 3 tutkimusongelmaan 2 ja kaikki kolme teemaa tutkimusongelmaan 3. Aineiston analysointi tapahtui induktiivista sisällönanalyysia käyttäen.

5.2 Aineiston hankkiminen, käsittely ja analysointi

Ennen aineiston keräämistä anoimme tutkimuslupaa Turun terveystoimen hallintoylihoitajalta. Kävimme osastolla ennen haastattelupäivää selventämässä tutkimuksemme tarkoitusta. Tapasimme osastonhoitajan ja mietimme samalla mihin ajankohtaan ajoittaisimme haastattelupäivät. Haastattelu ajankohtana oli aamupäivä, osastolta osallistui viisi aamuvuorossa olevaa hoitajaa. Haastattelu tilaksi osoitettiin osastojen päiväsalit. Tilana päiväsalit oli rauhaton vaikka ajan-kohta oli rauhoitettu osastolla. Tallensimme haastattelun tallentimelle sekä litteroimme aineiston samana päivänä. Aineiston litteroinnissa emme ottaneet mukaan yskähdyksiä tai muita tilanteeseen kuulumattomia äännähdyksiä, sillä haastattelumme liittyy materiaalin sisällönanalyysiin.

Induktiivinen sisällönanalyysi merkitsee että analyysissä luokitellaan teoreettisen merkityksen perusteella sanoja ryhmiin. Tämä perustuu induktiiviseen päätelyyn, jonka ongelmanasettelu ohjaa. Induktiivista lähestymistä on myös suositeltava käyttää, jos tutkittavasta asiasta ei ole aiempaa tietoa tai tieto on vähäistä. Induktiivisen aineistonanalyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin tavoin vaiheittain. Analysoidessa induktiivisesti raportointi on aina aineistolähtöistä. (Kankkunen ym. 2009, 134-136.) Analysoimme materiaalin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen, sekä molempien tutkijoiden toimesta erikseen välttääksemme vääriä tulkintoja. Näin saimme mahdollisimman luotettavan aineistonanalyysin. Haastattelut kestivät molemmilla osastoilla keskimäärin

25 minuuttia. Litteroinnin jälkeen ryhmittelimme ja abstrahoiimme yksittäiset käsitteet. Käsitteet luokittelimme ryhmiin, aineisto oli kuitenkin niin pieni että se vaikutti myös ryhmien määrään. Ryhmittelyn jälkeen raportoimme aineistolähtöisesti tuloksemme. Tuloksia vahvistettiin autenttisilla ilmauksilla.

6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Luotettavuuden onnistuminen teemahaastattelussa toteutuu riittävällä kysymyksillä, lisäkysymyksillä ja tutkijan on oltava perillä tutkittavasta kohteesta. Luotettavuus pysyy parempana mitä vähemmän on tutkijoita. Haastateltavan luottamuksen saavuttaminen haastattelutilanteessa on tärkeää, koska se on koettu ainutkertaiseksi. Luottamus edesauttaa tutkimusaineiston keräämistä.(Hirsjärvi & Hurme 1995, 129-130.) Teemahaastattelun runko on aikaisempaan lähdemateriaaliin viitaten runsas sekä kattavat. Teimme ennen tutkimushaastatteluja esitestauksen haastattelumateriaaleilla omilla osastoillamme. Totesimme materiaalin toimineen hyvin. Haastattelutilanteessa hoitajille kerrottiin tutkijoiden vaihtolovelvollisuudesta tutkittavaa materiaalia kohtaan.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi sijoittuu tutkimuksen tarkoitukseen, luomaamme asetelmaan, otokseen, aineiston analyysiin ja sen tutkintaan sekä eettisiin näkökulmiin.(Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 166).Ryhmähaastattelun ongelmana on muun muassa: haastateltava voi tahdomattaan tai tahallaan antaa vääriä vastauksia, kuvaileva aineisto saattaa olla epäselvä. Nämä ovat kuitenkin tutkijoista riippumattomia seikkoja. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 63.) Keräsimme aineistomme ryhmähaastattelua käyttäen, anonymiteetti säilyi vaikka haastateltavia osallistui yhteensä kymmenen. Aineiston henkilöitä ei nimellä merkitty. Otoksen koko oli mielestämme riittävä. Otoksen kokoon emme olisi pystyneet vaikuttamaan, sillä hoitajien vahvuus aamuvuorossa oli viisi hoitajaa. Tulokset ovat esitetty siten, ettei haastateltavia pystytä tunnistamaan, asia on huomioitu myös autentisissa ilmaisuissa. Valitsimme tutkimukseen tutkimusosaston sekä vertailuosaston, jotta pystyimme vertaa-

maan eroaako kyseisten hoitajien vastaukset merkittävästi. Tutkimusosaston haastatteluun osallistui viisi hoitajaa. Haastattelutilanteen ilmapiiri oli avoin, haastattelussa ilmeni rikasta vuoropuhelua sekä mielipiteiden vaihtoa. Haastattelu tilanteena oli mielestämme onnistunut, vaikkakin tässä ryhmädynamiikassa kaksi hoitajaa toimi vetoapuna keskustelussa. Vertailuosaston haastattelutilanne oli lähinnä yhden hoitajan vuoropuhelua, jota muut hoitajat myötäilivät. Rikasta mielipiteiden vaihtoa ei saatu aikaiseksi. Yksi hoitajista poistui välittömästi haastattelutilanteen alettua, joten haastateltavaan ryhmään kuului neljä hoitajaa. Kaikkiin kysymyksiin ei saatu vastausta kummaltakaan osastolta sekä hoitajat eivät vastanneet orjallisesti kysymyksiin. Tutkimuksessamme käytetty aineisto tuhottiin paperisilppurin avulla.

Tutkimuksen teoria pohjautuu tutkimuksiin, artikkeleihin sekä kirjallisuuteen. Käyttämämme tietokannat ovat CINAHL, Medic, PubMed sekä Cochrain. Käytimme hakusanoina muun muassa hoitotyö, ravitsemushoito, hip fracture, elder, malnutrition, documentation, motivation, potilasohjaus, nurses attitude, nurses know-how.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimusosastolta 1 osallistui 5 hoitajaa, keski-ikä tällä ryhmällä oli 42 vuotta, työvuosia oli keskimääräisesti kertynyt 20 vuotta. Vertailuosastolta 2 osallistui 4 hoitajaa, sillä yksi poistui välittömästi haastattelun alettua. Keski-ikänsä vertailuosasto oli 36 vuotta, keskimääräisesti työvuosia oli 18 vuotta. Haastateltavien kanssa keskusteltiin ravitsemushoidosta, sen kirjaamisesta sekä niiden osaamisesta hoitoprosessin vaiheiden mukaan. Haastattelun kysymykset pohjautuivat tutkimusongelmiin ja kysymyksiä vei eteenpäin hoitoprosessin mukaan luotu teemahaastattelurunko. Tutkimusongelmamme ovat; Miten hoitajat mielestään toteuttavat lonkkamurtumapotilaiden ravitsemushoitoa?, Miten hoitajat kuvaavat kirjaavansa ravitsemushoitoa?, Millaisena hoitajat pitävät tietotaitoaan lonkkamurtumapotilaisiin liittyvässä ravitsemushoidossa ja sen kirjaamisessa? Emme

saaneet tutkimus- sekä vertailuosastojen haastatteluista vastauksia kaikkiin kysymyksiin.

Tutkimusosaston tulokset

Haastattelussa kävi ilmi, että tutkimusosaston (osasto 1) hoitajat kokevat osavansa herkästi puuttua potilaiden ravitsemustarpeisiin, ravinnon muotoon, lisäravinteisiin ja ruokamieltymyksiin.

”Olen sitä mieltä että ravitsemushoito on automaattista, koen että pystyn antamaan potilaalle hyvää ravitsemushoitoa.”

Hoitajien mielestä tietoa ei ole koskaan tarpeeksi ja ravitsemushoidosta puhuttaessa ja siksi he kaipaisivatkin osastolle tukea ravitsemusterapeutista sekä osaston omasta ravitsemusvastaavasta, jota tällä hetkellä osastolla ei ole. Hoitajat kertoivat tarvitsevansa lisää työvälineitä ravitsemushoidon toteuttamiseen. Varsinaista tuen tarvetta hoitajat eivät koe tarvitsevansa, mutta avainhenkilöitä he kokivat tarvitsevansa lisää. Hoitajat kertoivat myös, että osaston resurssit eivät riitä toteuttamaan tasapainoista ravitsemushoitoa. Ravitsemuksen ohjauksesta hoitajat toteavat sen olevan automaattista tekoa jokapäiväisessä toiminnassa. Ravitsemuksen ohjaukseen ei ole varattu erillistä aikaa tai materiaalia. Hoitajat kokevat, että he pystyvät vastaamaan potilaiden tarpeisiin ohjauksen puitteissa.

Ravitsemuksen mittareita (MNA) on osastolla käytössä vain RavLon-potilailla, mutta muuten käytetään silmämääräistä arviota sekä painon mittausta. Tutkimusosaston hoitajat kokevat pystyvänsä määrittelemään ihmisen ravitsemustilaa seuraamalla potilaan fysiologisia muutoksia. Haastattelussa kävi ilmi, että hoitajien keskuudessa enemmänkin koetaan haasteelliseksi ylipainon hoito kuin aliravitsemuksen hoito.

Lonkkamurtumapotilaan ravitsemuksen tavoitteista hoitajat toteavat, ettei heillä luoda niin sanottuja tavoitteita tai kirjata niitä mutta lonkkamurtumapotilaille aloi-

tetaan automaattisesti osastolle tullessa D-vitamiini-, kalsium- sekä energialisät. Lonkkamurtumapotilaan ravitsemustilaa seurataan tällöin silmämääräisesti. Ravitsemushoidon toteutus keskimääräisesti oli hoitajien mielestä hankala aihe. Hankalana he pitivät tasapainoa potilaan itsemääräämisen ja hoitajan tietotaidon välillä.

”Siinähan on se että miten me hoitajat koetaan ja miten se ihminen kokee..ja se miten me hoitajat halutaan sen toteutuvan, että siinä on paljon ristiriitoja.. toteutuksen suhteen. meidän potilaat on sitä mieltä että heillä tulee aivan liikaa ruokaa täältä mutta suurin osa on sitä mieltä että ja siitä mitä he syövät on aivan liikaa..”

Hoitajat kertoivat ottavansa osastolla huomioon potilaiden asennon ruokaillessa ja nostavansa istumaan kaikki, jotka suinkin siihen pystyvät, koska tämä oli myös kuntoutumisen kannalta tärkeää. Hoitajat kokivat että käsitteenä ravitsemushoito on vaikea ja siitä keskustellaan liian vähän osastolla. Ainoastaan RavLon-potilaiden kautta ravitsemushoito on noussut enemmän esille. Hoitajat kokivat, että parannusta kuitenkin tarvitaan tulevaisuudessa. RavLon-projektin mukana tuomat potilaan automaattiset ravinnelisät sekä tarkkailun voisi hoitajien mielestä ulottaa koskemaan kaikkia osaston potilaita.

Lonkkamurtumapotilaan ravitsemuksen kirjaaminen toteutuu RavLon-potilailla laajasti sekä yhteisten sääntöjen mukaan.

”no niin... RavLon-potilaille sitä tulee joka päivä seurattu ja kirjattua tiettyjen ohjeitten mukaan.. mutta muuten siitä tulee ainoastaan kirjattua jos siinä on jotain poikkeamaa..ja ravitsemus on tietenkin sellainen asia vaikka se on erittäin tärkeä meidänkin potilaita, mutta kyllä sitä melkein tulee paljon muuta kirjattua kuin ravitsemusta. Kirjaamisessa on aina parannettavaa.”

” Kyll mää huomioin jos ruokahalu on parantunut, kyllä määkin kirjoitan usein että on syönyt kaiken puuron, mutta jättänyt tämän ja tämän.. mutta kyllä siihen tarvitsis kiinnittää enemmän huomioo.”

Muiden potilaiden ravitsemuksen kirjaaminen ei toteutunut prosessinvaiheiden mukaan. Osastolla ei tällä hetkellä ole kirjaamisvastaavia, hoitajat kuitenkin kokevat että pystyvät toteuttamaan rakenteellista kirjaamista. Hoitajat myös kertovat pitävänsä rakenteellista kirjaamista tehokkaana ja käyttävänsä mahdollisuuksia hyväksi.

Vertailuosaston tulokset

Vertailuosaston (osasto 2) haastattelussa hoitajat toivat ilmi heidän tarkkailevan silmämääräisesti potilaiden ravitsemuksen tilaa silloin kun potilaat saapuvat osastolle. Hoitajat kertoivat ravitsemusongelma potilailta löytyvän usein tulo-tekstissä ilmoitus virheravitsemuksesta. Hoitajat kokivat potilaiden ravitsemustilan tarkkailun olevan riittävää sekä automaattista. Ravitsemustilaa ja painoa tarkkailtiin silmämääräisesti. Vertailuosaston hoitajat kokivat ravitsemushoidon osalta omaavan hyvät tiedot toteuttaa hyvää ravitsemushoitoa.

”ei varmaan mitenkään automaattisesti olla enää arvioitu, otettu sit asiaksi tietty kun huomaa että on ihan aliravittu niin tilattu rikastettua ruokaa missä on sitä voita ja kermaa käytetty”

”Ravitsemuksentilan arviointi on ihan silmämääräistä, kyllähän meillä se MNA on tiedossa mut se tehdään vaan ravlon-potilaille. ja enemmän huomioidaan ravitsemustilaa jos on jotain haavapotilaita ja enemmänkin haavoja niin niillä enemmänkin kiinnitetään huomiota.”

Haastattelussa kävi myös ilmi hoitajien pystyvän hyvin puuttumaan potilaiden ravinnonmuotoon, mieltymyksiin sekä energian tarpeeseen. Osastolla ei luoda lonkkamurtumapotilaille ravitsemushoidon tavoitteita, eikä osastolla tehdä potilaan ravitsemustilan väliarviointia. Hoitajat kertovat kaiken olevan automaattista sekä toimivan ajatuksen tasolla.

Potilaiden ohjausta ei osastolla tapahdu, hoitajat arvioivat potilaiden itse olevan tarpeeksi tietoisia ravitsemushoidosta ja heillä olevan tiedossa mahdollisen erikoisruokavalion haasteet. Lisäravinteita osastolla on käytössä ja hoitajat koke-

vat hallitsevansa niiden käytön hyvin. Tarpeen tullen energiavalmisteiden tuoteselosteesta saa tukea. Keskimääräisesti ryhmän hoitajat kokevat, etteivät tarvitse tukea ravitsemushoidon toteutukseen, eikä heillä ole ollut ongelmia sen toteutuksessa.

Ravitsemuksen kirjaamista kyseltäessä hoitajat toteavat hallitsevan rakenteellisen kirjaamisen prosessin. Ravitsemuksen kirjaamista ei tapahdu osastolla ennen kuin siinä on ongelmia. Hoitajat kokevat että ravitsemuksesta kirjataan aivan liian vähän. Ravitsemuksen kirjaaminen ei toimi prosessin mukaan, vaan hoitajat kertovat arvioivan ravitsemushoidon toteuttamista tai sen muutoksia omaan muistiinsa perustuen. Osaston kirjaamisvastaavat eivät olleet hoitohenkilökunnan käytettävissä kyseisenä ajankohtana, vastaavien tilalle ei oltu määrätty varahenkilöitä.

”lähinnä sit on kirjannu jos se ei toteudu niinkku pitäs tai sit jos hän on oksentanu niin sit kirjataan. Mut mul on semmonen tunne et tohon varsinaiseen hoitosuunnitelmaan sitä ei laiteta ollenkaan ongelmaks ellei sit oo niinku oikeesti joku ongelma. Ni ei niinku jokaselle jos joku syö hyvin toisena päivänä ja toisena ei ni ei heti kato- ta et se on.

Yhteenveto

Keskimääräisesti hoitajat molemmista ryhmistä kokivat osaavansa toteuttaa lonkkamurtumapotilaan ravitsemushoitoa. Sekä he kokivat pystyvänsä ottamaan huomioon potilaan kuntoutumiseen tarvittavat ravinnon tarpeet. Molemmilla osastoilla potilaalle katsottiin yksilöllisesti ruokavalion muoto ja erityisruokavaliot. Eroja osastojen haastateltavien hoitajien ajatusmaailmasta kuitenkin löytyi. Tutkimusosaston hoitajat olivat avoimempia koulutukselle ja totesivatkin, etteivät tiedä ravitsemushoidosta kaikkea. Kun taas vertailuosastonhoitajat olivat pääpainotteisesti sitä mieltä, etteivät he tarvitse minkäänlaista tukea ravitsemushoidossa. Ohjauksesta molemmat ryhmät nimittivät sen automaattiseksi toiminnoksi, jota osastolla ei tiettyjen kaavojen mukaan toteuteta. Ravitsemuksen kirjaamisen hoitajat myönsivät puutteelliseksi. Kuitenkin he kertoivat koke-

vansa hallitsevan rakenteellisen prosessikirjaamisen hyvin. Tutkimusosaston suhtautuminen ravitsemushoidon toteuttamiseen sekä muutoksiin oli avoimempaa.

Tutkimus- sekä vertailuosastoilla ravitsemushoitoa ei suunniteltu, tavoitteita ei laadittu. Ravitsemushoito perustui osastoilla silmämääräiseen arvioon sekä painon tarkkailuun. Hoitajat kertoivat tiivistetysti arvioinnin tapahtuvan automaationa.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Puutteellinen ravitsemus on nykypäivän ongelmat, ravitsemuksen toteuttamista ja osaamista on väheksytty tähän asti. Kowanko ym. (1999) tutkimuksessa osoitetaan kuinka esimerkiksi potilaan postoperatiiviset fysiologiset muutokset ovat yhteydessä ravitsemushoitoon. Ravitsemushoidon osaamisen mittaaminen on vaikeaa. Samaisessa tutkimuksessa on myös osoitettu hoitajien omasta mielestään osaavan ravitsemushoidon perusteet hyvin, mutta ravitsemuksen toteuttaminen jää kuitenkin vähemmälle. Australialaisessa tutkimuksessa tutkittiin hoitajien käyttäytymistä, tietämystä ravitsemushoidosta ja siitä miten he toteuttavat ravitsemushoitoa potilaille. Suurin osa hoitajista on ymmärtänyt hyvän ravitsemushoidon yksilölliset periaatteet, osalla hoitajista oli vaikeuksia kuvata osaamistaan ravitsemushoidosta. (Kowanko ym. 1999, .219-222.) Tutkimus- sekä vertailuosastolla kävi ilmi että osa hoitajista koki ravitsemushoidon tulevan kokemuksen kautta, sekä toimivan automaationa. Tutkimusosaston hoitajat kokivat, ettei ravitsemushoitoon liittyvää tietoa voi olla koskaan tarpeeksi. Kun taas vertailuosaston hoitajat olivat tyytyväisiä omaan tietotaitoonsa eivätkä kaivaneet lisäkoulutusta.

Hätkähdyttävänä pidimme, kuinka monessa eri maassa raportoitiin samoista ongelmista mihin itse olemme törmänneet työssämme. Olemme pohtineet ravitsemuksen arviointia, toteutusta sekä kirjaamista tutkimuksemme aikana monesta eri näkökulmasta. Päädyimme tutkimustulostemme perusteella siihen johto-

päätökseen, että ravitsemushoito on urautunut paljolti vanhoihin käytäntöihin sekä ohjeistuksiin. Tällä hetkellä terveydenhuollon toimipisteissä vallitsee resurssipula, joka kävi myös ilmi tutkimusosaston haastattelussa. Ravitsemushoito on seikka josta on helppoa tinkiä, sillä ajatusmaailmoissamme ravitsemushoito ei ole korkealla hoitotyötoimintojen hierarkiassa.

Hoitohenkilökunnan panostus ravitsemushoitoon on tärkeää, koska he seuraavat, havaitsevat ja puuttuvat potilaan painon muutoksiin ja ruokahaluttomuuteen. Erilaiset ravitsemuksen mittamenetelmät kuuluvat ikääntyneen potilaan ravitsemushoitoon. Ravitsemushoito osastoilla jää yleensä toissijaiseksi ja sitä toteuttaessa olisi tärkeää huomioida potilaiden yksilöllisyys sekä mieltymykset. Hoitajien tulisi ottaa huomioon potilaan ravitsemusanemneesi. Ilman hyvää pohjatietoa hoitaja ei pysty toteuttamaan ravitsemushoitoa. Hoitajien tulisi huomioida myös ravitsemustilanteissa ruokamuoto, ruokailuasento sekä ruokailuympäristö. (Kowanko 1999,219-222.) Tutkimuksessamme kävi ilmi että molempien osastojen hoitajat seurasivat päivittäin ruuanmuodon mahdollista vaihtumista. Vain tutkimusosaston hoitajat kertoivat ainoan oikean ruokailuasennon olevan istuma-asento, jos vain potilaan vointi sallii tämän.

Yleisesti ottaen hoitajien haasteena ovat eri sairauksien aiheuttamat erikoisruokavaliot, hoitotyön tilanteet sekä aliravitsemus. O'Regan ym. (2009) tutkimuksessa on selkeästi osoitettu, että ravitsemushoidon tiedon lähteitä tarvitaan osastoilla ja lisäksi tarvitaan osastojen välistä yhteistä linjausta ravitsemushoitoon. Tärkeitä ovat hoitajien asenteet hoitoa ja potilaita kohtaan. Hoitajat kantavat suurta vastuuta geriatrisen potilaan hoitotyössä.(O'Regan ym. 2009, 35-36.) Hoitajat kertoivat haastatteluissa, kuinka O'Reganin ym. (2009) tutkimuksessa ilmenneet seikat eivät luo haasteita heille. Molemmilta kuntoutusosastoilta löytyy kattavat tietopankit, joita hoitajat käyttävät tarvittaessa hyödykseen. Tutkimusosastolla hoitajat toivoivat tietopankkien lisäksi saavansa osastolle ravitsemusterapeutteja.

Terveydenhuollon toimipisteet tarvitsisivat uusia keinoja sekä tukea moniammatillisista työryhmistä. Ryhmiin voisi kuulua ravitsemusterapeutteja sekä toiminta-

terapeutteja jotka pystyisivät omalla ammattitaidolla tukemaan potilaan ravitsemushoidon tilaa. Tutkimusosaston haastattelussa kävi ilmi kuinka hoitajat ovat turhautuneita ravitsemushoidon keinojen puutteeseen, ja toivoivat esimerkiksi ravitsemusterapeutin tukea. Myös lääkäreiden motivaatiota sekä tietämystä ravitsemushoidosta tulisi lisätä. Haastatteluissamme kävi ilmi hoitajien turhautuminen potilaiden ravitsemushoidon seurantaan, sillä hoitavat lääkärit eivät aina noteeranneet dokumentointia.

Aliravitsemus lonkkamurtumapotilaalla on usein energian-, proteiinin-, kalsiumin- ja D-vitamiinin puutostila joka helposti johtaa murtumaan. Tuloksia puutostilan korjaamiseen sekä painon nousuun on tavoitettu tarjoamalla ruokailujen välissä ravinnelisiä.(Olofsson ym. 2007,2028-2031.) Kuntoutusosastojen hoitajat aloittivat lonkkamurtumapotilaiden ravinnon saannin rinnalle energia-, kalsium- sekä D-vitamiinilisät. RavLon-potilaat saivat lisäksi automaattisesti välipalat aterioiden välissä.

Olofssonin ym. (2007) tutkimuksessa on käynyt ilmi, kuinka leikkaushaavaa tai potilaan mobilisointia voitaisiin tukea ravinne- hivenaine- sekä vitamiinilisillä. Ravitsemushoidon opetuksen taso on tällä hetkellä suomessa vähäinen sairaanhoitaja- sekä lähihoitajakoulutuksissa. Tämä pitäisi huomioida ruohonjuuri tasolla, sillä ravitsemushoidontiedon puute vaikeuttaa sen ihanteellista toteutusta. Mielestämme ravitsemushoidon toteutuksen motivointi lähteekin lääkäreistä, osastonhoitajista sekä ylihoitajista jotka ovat vastuussa henkilökunnan koulutuksesta sekä potilaiden saamasta hoidosta.

Ohjaus on tärkeä osa hoitoprosessia. Potilaalta tulee löytyä tieto ja keinot hoitaa itseään kotona sairaalajakson päätyttyä. Potilaan ohjaus on keskeinen alue potilaan hoidossa, tätä kuvataan ohjattavan ja ohjaajan vuorovaikutussuhteeksi. Tavoitteena on aina aktiivinen ja päämäärällinen toiminta. Jotta ohjaus olisi mahdollisen tuottoisaa, tulee hoitajalla olla tarpeeksi tietoa ohjattavasta asiasta sekä kykyä havaita potilaan tuen tarvitsema taso. Ohjaustilanteissa potilaat odottavat kannustusta, kuuntelemista ja mahdollisuutta keskustella, myös omaisten läsnäolo toisi lisää turvallisuutta.(Kääriäinen ym. 2005a,10.) Kääriä-

sen ym. (2005a) kuvaillessa näin ohjauksen teoriaa prosessin aikana, kuitenkin kuntoutusosastojen hoitajat eivät toteuttaneet asiaa näin. Hoitajat eivät varanneet ohjaukseen omaa aikaa, vaan hoitajat kertoivat ohjauksen olleen jokapäiväistä sekä automaattista. Ohjaus mielestämme on kiinteässä yhteydessä ravitsemushoidon onnistumiseen.

Rakenteellinen kirjaamisjärjestelmä on luotu yhdistämään ja helpottamaan moniammatillista potilaan hoitoa. Rakenteellisen kirjaamisen ansiosta tietoa pystytään hakemaan nopeasti valmiiksi standardoidun termistön avulla. Rakenteellisella kirjaamisella tarkoitetaan että on yhteisesti sovittu mitä kirjataan ja miten kirjataan, tämä on prosessin vaiheiden mukaista kirjaamista. Prosessin vaiheisiin kuuluu tarve- ja toimintoluokitukset. (Kowanko 1999, 217-222.) Kuntoutusosastojen hoitajat käyttävät jo rakenteista kirjaamista ja he kokivat sen tärkeäksi toiminnoksi. Silti kävi ilmi, että prosessia eikä luokittelua selkeästi käytetty osastoilla. Ainoastaan RavLon- potilailla kirjaamista toteutui valmiin pohjan mukaan. Kirjaamista osastoilla ei koettu ongelmaksi. Haastateltaessa molempien osastojen hoitajia kävi ilmi, etteivät he toteuta ravitsemushoidon tilan arviointia, tavoitteiden luontia, väliarviointia tai hoidon loppuessa ravitsemushoidon loppuarviota. Tästä jää ulkopuolelle tietenkin RavLon-potilaat.

Mielestämme tulos oli pelottava, sillä työssämme käytetyissä lähteissä on todettu kuinka tärkeää hoidon toteutumisen kannalta on potilaan hoitotyön prosessimallin käyttö. Jos hoitajat kuitenkin käyttävät hoitotyön prosessimallia somaattisen hoidon toteutumiseen, miksi sen käyttö ravitsemushoidossa on vaikeaa? Ravitsemushoito nimenomaan vaatii tarkkaa systemaattista kirjausta, sekä seuranta. Ilman tätä potilaalle ei pystytä tarjoamaan onnistunutta ravitsemushoitoa. Hoitajat kertoivat kuinka he silmämääräisesti seuraavat potilaan fyysistä tilaa joka on sidoksissa ravintoon. Hoitajien kuvailemat tavat kirjata ravitsemusta olivat ympäripyöreitä, epätarkkoja sekä epäsystemaattisia.

Kuntoutusosaston toiminta on mielestämme tärkeää potilaiden jatkohoidon kannalta. Se tukee potilaiden itsenäistä selviytymistä kotona. Ikääntyneen lonkka- murtumapotilaan ravitsemushoito kuuluu mielestämme parantumisen sekä kun-

toutuksen apuvälineeksi. Ikääntyneen ravitsemushoidossa on monia piirteitä, jotka puuttuvat muista ikäryhmistä.

Koimme tutkijoina RavLon-tutkimuksen tuoneen tutkimusosastolle uutta innovatiivista ajatusmaailmaa ravitsemushoidon toteutuksesta. Pohdimme mitä tapahtuu ravitsemushoidon hankkeiden jälkeen, palaako osasto ravitsemushoidon suhteen ennalleen vai jääkö osastoille jotain uusia tapoja ravitsemushoidon hoitotyöhön. Positiivista olisi, että osastot päättävät ottaa käyttöön hankkeen luomat ravitsemushoidon mallit ja näin ollen jatkaisivat lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen tuloksellista työtä. Pelkona tässä kuitenkin on että hoitajat lopettavat RavLon- mallin mukaisen ravitsemushoidon toteutuksen motivaation sekä valvonnan puutteen johdosta.

Uskomme RavLon-hankkeen ja RAVTER-hankkeen luovan uudenlaista ymmärrystä hoitajille heidän tietotaidon tasosta sekä ravitsemushoidon osa-alueista. Näin ollen uskomme hankkeen motivoivan hoitajia parempaan ravitsemushoidon toteuttamiseen. Äskeisen lauseen takana kuitenkin kummittelee resurssipuola sekä juurtuneet asenteet ja tavat toimia. Tutkimuksessamme käy myös selville, kuinka rakenteellisen kirjaamisen tukemista tulisi lisätä osastoilla. Näin ollen HoiDok-projektista tullut hyöty ei ole maksimaalista.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimus metodeihin 1. Jyväskylä: Gummerus.

Adams, N.; Bowie, A.; Simmance, N.; Murray, M. & Crowe, T. 2008. Recognition by medical and nursing professionals of malnutrition and risk of malnutrition in elderly hospitalized patients. *Nutrition & Dietetics* Vol. 65: 144-150.

Archibald, C. 2006. Meeting the nutritional needs of patients with dementia in hospital. *Nursing standard* Vol. 20 No. 45: 41-45.

Aro, A. 2005. Lihavuus yleistyy edelleen Ravitsemuskatsaus Vol.2: 4-9.

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* Vol 16 No 11:2007-2015.

Best, C. & Summers, J. 2010. Strategies for nutritional care in acute setting. *Nursing older people* Vol. 22: 27-31.

Briggs, J. 2008. Nursing interventions to minimize undernutrition in older people. *Nursing standard* Vol.22:35-40.

Brown, H. & Jones, L. 2009. The role of dining companions in supporting nursing care. *Nursing standard* Vol. 23 No. 41:40-46.

Carpintero, P.; Lopez, P.; Leon, F., Lluch, M.; Montero, M. & Aquilera, C. 2005. Men with hip fracture have poorer nutritional status and survival than women: a prospective study of 165 patients. *Acta Orthop* Vol 76 No 3: 331-335.

Chen, C. 2005. Framework for Studying the Nutritional Health of Community-Dwelling Elders. *Nursing Research* Vol. 54 No. 1:13-20.

Christensson, L. & Unosson, M. 2003 Towards nutritional nursing care. *Nordic college Caring science* Vol. 17:223-231.

DiMaria-Ghalili, R. & Amella, E. 2005. Nutrition in older adults. *AJN* Vol. 105 No.3:40-50.

Eskola, J. & Suoranto, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Haglund, B.; Huupponen, T.; Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2007. Ihmisen ravitseminen. Uudostettu painos. WSOY: Helsinki.

Hakala, P. 2008. Ikäihmisen hyvä ravitseminen. Ravitsemuskatsaus Vol. 2:8-13.

Hallström, I.; Ellander, G. & Rooke, L. 2000. Pain and nutrition as experienced by patients with hip-fracture. Journal of clinical nursing Vol. 9:639-646.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Huckleberry, Y. 2004. Nutritional support and the surgical patient. Health-Syst. Pharm. Vol. 61:671-679.

Kanis, J. 2002. Osteoporosis III: diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture risk. Lancet Vol 359 No 9321: 1929-1936.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Ketola, E. & Merikallio, J. 2009. Mistä apua terveydenhuollon kehittämiseen. Duodecim. Vol 125:1877-1880.

Kowanko, I.; Simon, S. & Wood, J. 1999. Nutritional care of the patient: Nurse`s knowledge and attitudes in acute care setting. Journal of clinical nursing. Vol. 8:217-224.

Kyngäs, H.; Kukkurainen, M. & Mäkeläinen, P. 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkiva hoitotyö Vol 3:12-17.

Kääriäinen, M.; Kyngäs, H.; Ukkola, L. & Torppa, K. 2005a. Potilaiden käsityksiä heidän saamasta ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö. Vol 3:10-15.

Kääriäinen, M.; Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005b. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö Vol 3:27-30.

Lipponen, K. 2005. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjaus valmiudet. Tutkiva hoitotyö. Vol 3:33-34.

Miller, M.; Whitehead, C.; Bannerman, E. & Daniels, L. 2006. Nutritional supplementation and resistance training in nutritionally at risk older adults following lower limb fracture: A randomized controlled trial clinical rehabilitation. Clinical rehabilitation Vol 20:311-323.

Nuutinen, O.; Mikkonen, R.; Peltola, T.; Silaste, M-L.; Siljamäki-Ojansuu, U.; Uotila, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2009. Ravitsemushoitosisuositus. Valtion ravitsemusneuvottelukunta.

Olofsson, B.; Stenvall, M; Lundström, M.; Svensson, O. & Gustafsson, Y. 2007. Malnutrition in hipfracture patients: An intervention study. Journal of clinical nursing Vol 16 No11: 2027-38:2027-2038.

O`Regan, P. 2009. Nutrition for patients in hospital. Nursing standard Vol 23:35-41.

Patala-Pudas, L. 2006. Sisätautipotilaan ohjaus. Tutkiva hoitotyö Vol 4:29-30.

Price R.; McMurdo, M.; Anderson & A. 2006. A personalized snack-based intervention for hip fracture patients: development, feasibility and acceptability. Journal of Human Nutrition & Dietetics Vol 19 No 2: 139-145.

Peake, H., Stockely, M., Frost, G.2001.What nutritional support literature do hospital nursing staff require. J Hum nutr dietet,14:225-230.

Sahlsten, M.; Larsson, I.; Sjöström, B. & Plos, K. 2009. Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. Journal compilation Vol 23:490-497.

Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2008. Hoitotieteiden systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki:WSOY.

Stakes. 2008. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot-hanke 2007-2008. Viitattu 17.11.2010. www.stakes.fi >luokitukset>hoitotyö>FinnCC-luokitusten käyttöopas.

Suominen, M. 2007. Ravitsemusongelmat yleisiä. Gerontologia Vol 4:351-353.

Walker, J. 2008. Osteoporosis: pathogenesis, diagnosis and management. Nursing standard Vol 22 No. 17:48-56.

Haastateltavan ikä

Työssäolo vuodet

Työsuhteen muoto

Teema 1- Ravitsemushoidon tarpeen määrittely ja arviointi

Mitä ravitsemushoito mielestäsi tarkoittaa?

Miten huomioit potilaan ravitsemushoitoon liittyvän ohjauksen tarpeen?

Miten arvioit potilaan tullessa osastolle hänen ravitsemuksen tarpeensa

Käytätkö ravitsemuksen tarpeen arvioinnissa mittareita, jos niin mitä ja millä perusteella?

Kuvalle miten huomioit arvioinnissa potilaan aikaisempaa ravitsemustaustaa?

Huomioitko ravitsemushoidon toteutuksessa potilaan tarpeet, sekä yksilöllisyyden. → miten se tulee esiin?

Sairaalahoidon päättyessä: miten arvioit ravitsemushoidon tuloksen/vaikutuksen, entä mahdollisen jatkohoidon tarpeen?

Onko ravitsemushoidon tarpeen määrittelyssä tai arvioinnissa jotain hankalaa, jos niin mitä?

Minkälaiseksi koet tieto-taitosi potilaiden ravitsemushoidon tarpeen määrittelyssä ja ravitsemushoidon tuloksen arvioinnissa?

Teema 2- Ravitsemushoidon suunnittelu ja toteutus

Millaisia tavoitteita luot lonkkamurtumapotilaan ravitsemushoidolle sairaalajakson aikana, kuvaile millä perusteella?

Kerro miten huomioit potilaan ravitsemuksen väli-arviointia.

Mitä erityistä tulee ottaa huomioon lonkkamurtumapotilaan ravitsemushoidossa?

Mitä keinoja käytät lonkkamurtumapotilaan ravitsemuksessa?

Miten huomioit potilaan ruokailumuodon?

Kuvaile miten huomioit lonkkamurtumapotilaan ruokailuympäristön ja asennon?

Miten huomioit potilaan ruokailutottumukset?

Onko osastolla käytössä lisäravinteita, miten hallitset niiden tarkoituksellisen käytön?

Miten ohjaat potilaita ravitsemushoidossa, esim. potilaan kotiutuessa?

Onko potilaiden ravitsemushoidon suunnittelussa / toteutuksessa jotain erityisen ongelmallista? Jos on, niin mitä?

Oletko saanut tarpeeksi tukea lonkkamurtumapotilaan ravitsemushoittoon, olisitko toivonut enemmän tukea, minkälaista?

Minkälaiseksi koet tieto-taitosi potilaiden ravitsemushoidon suunnittelussa ja toteutuksessa?

Teema 3- Ravitsemushoidon kirjaaminen

Miten toteutat ravitsemushoidon kirjaamista

Onko kirjaamisen toteutuksessa jotain erityisen hankalaa.

Oletko saanut tarpeeksi tukea ravitsemuksen kirjaamisen toteuttamiseen, olisitko toivonut jotain enemmän, miten koet kirjaamisvastaavien roolin kirjaamisen tukemisessa?

Miten koet ravitsemushoidon kirjaamisen prosessin vaiheiden mukaan?

Miten koet tarve- ja toimintoluokituksen käytön ravitsemushoidon kirjaamisessa?

Minkälaiseksi koet tieto-taitosi potilaiden ravitsemushoidon kirjaamisessa?