

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2011

Pirita Pennanen, Kristiina Rasimus, Hanna Sipilä & Sanna Tornberg

LONKKAMURTUMAPOTILAAN RAVITSEMUSHOIDON KIR- JAAMINEN ORTOPEDISELLA KUNTOUTUSOSASTOLLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Pirita Pennanen, Kristiina Rasimus, Hanna Sipilä & Sanna Tornberg

LONKKAMURTUMAPOTILAAN DON KIRJAAMINEN ORTOPEDISELLA TUSOSASTOLLA

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää lonkkamurtumapotilaan ravitsemushoidon kirjaamisen nykyhetken tilaa Turun sosiaali- ja terveystoimen ortopedisella kuntoutusosastolla. Tutkimuksen lähtökohtana on Turun sosiaali- ja terveystoimen hanke, jonka tavoitteena on implementoida paikallisesti valtakunnallinen hoitotyön ydintietoihin perustuva rakenteinen kirjaamis-malli. Työmme liittyy myös lääketieteelliseen tutkimusprojektiin ravitsemustilan vaikutuksesta lonkkamurtumapotilaan toimintakykyyn (RavLon).

Teoreettisessa viitekehyksessä esitellään rakenteista kirjaamista ja sen merkitystä hoitotyössä, sekä ravitsemushoidon merkitystä lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksessa.

Tutkimus on kvalitatiivis-kvantitatiivinen ja siinä on käytetty deduktiivista sisällönanalyysia. Käytetty analyysirunko on Pegasos-tietojärjestelmään tehty sovellus HoiData-hankkeessa kehitettyä kirjaamisen arviointilomakkeesta. Tutkimusotanta koostuu 27:n potilaan hoitokertomuksista tammi-maaliskuulta 2010.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Minkälainen ravitsemushoidon hoitosuunnitelma on laadittu?
2. Miten ravitsemushoidon toteutusta on kirjattu?
3. Miten ravitsemushoidon arviointia on kirjattu?

Tutkimustulosten mukaan ravitsemushoitosuunnitelman laatiminen on puutteellista. Hoitotavoite puuttuu useista hoitosuunnitelmista. Ravitsemushoitotyön toimintoa on kirjattu ilman hoitosuunnitelman tai päivittäisen hoitotyön kirjausten ilmaisemaa hoitotarvetta Ravitsemushoidon tulosta ei ole arvioitu hoitotyön yhteenvedoissa. Narratiivisen tekstin kirjaaminen asianmukaisen otsikon alle toteutuu vain jossain määrin. Rakenteinen ravitsemushoitotyön kirjaaminen on vielä ”taimivaiheessa”.

ASIASANAT:

Hoitotyö, dokumentointi, potilasasiakirjat, ravitsemus, ortopedia (YSA)

Pirita Pennanen, Kristiina Rasimus, Hanna Sipilä & Sanna Tornberg

THE DOCUMENTATION OF HIP FRACTURE PATIENT NUTRITION CARE IN THE ORTHOPEDIC REHABILITATION UNIT

This bachelor's thesis examines the documentation of hip fracture patient nutrition in the Orthopedic Rehabilitation Unit within the Turku Municipal Health Care and Social Services Department. The starting point of this study is a Turku Municipal Health Care and Social Services Department project, aiming to implement the Finnish National Nursing Documentation Model locally. This paper is also linked to a medical research project on the effect of nutrition care on hip fracture patient outcomes and daily living skills (RavLon).

Structural documentation, its significance for nursing care, and the importance of nutrition in the rehabilitation of hip fracture patients provide the theoretical framework for this paper.

This study is qualitative and quantitative, using deductive content analysis to approach its sample of 27 medical case histories from January-March 2010. The nursing audit is based on the questionnaire created in the National Development Project of Nursing Documentation in Finland (HoiData) and it has been modified to be applied in the Pegasos health information system.

The research questions are:

1. What type of nutrition care plan has nursing staff developed?
2. How has nursing staff documented the daily nutrition care?
3. How has nursing staff documented the evaluation of nutrition care?

Analysis reveals that the documentation of nutrition care plans is poor. Plans of care are frequently missing care goals. Nurses document nutrition care intervention without a plan of care or a nursing diagnosis shown in daily entries. Nursing summaries do not include evaluation of outcomes. The entry of narrative text in appropriate categories only occurs in some cases. The structural documentation of nutrition care is still in its infancy.

KEYWORDS:

Nursing, Documentation, EHR Electronic Health Record, Nutrition, Orthopedics

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 ELEKTRONINEN POTILASTIETOJÄRJESTELMÄ	9
2.1 Systemaattinen prosessimallin mukainen kirjaaminen	9
2.2 Hoitotyön päätöksenteon prosessimalliin perustuvia luokituksia	10
2.3 Elektroninen potilaskertomus	14
2.4 Hoitokertomus ja hoitotyön ydintiedot	16
3 HOITOTYÖN RAKENTEISEN ELEKTRONISEN KIRJAAMISJÄRJESTELMÄN IMPLEMENTOINTI JA KEHITTÄMINEN	18
3.1 Hoitotyön kirjaamisen arvioinnista	19
3.2 Aikaisempaa hoidon dokumentointiin liittyvää kirjallisuutta	19
4 RAVITSEMUSHOITO OSANA KOKONAISVALTAISTA HOITOTYÖTÄ	21
4.1 läkkäiden ravitseminen	21
4.2 läkkäiden ravitsemustilan mittaaminen	22
4.3 Ravitsemushoito	22
4.4 Geriatriasta ravitsemushoitoa koskevia tutkimustuloksia	23
4.5 Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä	25
4.5.1 Osteoporoosista ja lonkkamurtumapotilaiden ravitsemuksen Käypä Hoito-suosituksesta	25
4.5.2 Ravitsemushoito-ohjeiden tarpeesta	25
4.5.3 Ravitsemushoito henkilöstön kiinnostuksesta systemaattista kirjaamista ja sen kehittämistä kohtaan	25
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	27
6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	28
7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	30
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	33
8.1 Minkälainen ravitsemushoitosuunnitelma on	33
8.1.1 Ravitsemushoidon tarve	33
8.1.2 Ravitsemushoidon tavoite	36
8.1.3 Hoitotyön toiminnot hoitosuunnitelmassa	37
8.1.4 Tarpeiden, tavoitteiden ja toimintojen yhteys hoitosuunnitelmassa	39
8.2 Ravitsemushoidon toteutuksen kirjaaminen	40

8.2.1 Päivittäiset ravitsemushoidon tarpeet	40
8.2.2 Päivittäiset ravitsemushoitotyön toiminnot	42
8.2.3 Hoitosuunnitelman ja hoitopäivien tarveotsikoiden vastaavuus	43
8.2.4 Hoitosuunnitelman ja hoitopäivien toiminto-otsikkojen vastaavuus	43
8.2.5 Narratiivisen tekstin vastaavuus FinCC-luokituksen hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokitusten otsikoihin	44
8.3 Arvioinnin kirjaaminen	45
8.3.1 Hoitotyön tulosten arviointi	45
8.3.2 Hoitotyön yhteenveto	45
9 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA	47
10 POHDINTA	49
LÄHTEET	52

LIITTEET

- Liite 1. FinCC-luokitusten komponentit ja niiden sisältöjen kuvaukset (Liljamo 2008).
- Liite 2. MNA-lyhytversio
- Liite 3. MNA-pitkäversio
- Liite 4. Analyysirunko
- Liite 5. HoiData
- Liite 6. Päivittäiset hoitotyön toiminnot ravitsemushoidon toteutuksessa
- Liite 7. RavLon-kirjaaminen hoitotyön näkökulmasta

KUVIOT

Kuvio 1. Nursing Process model: Standard of Clinical Nursing Practice (Saba 2010).	10
Kuvio 2. Finnish Care Classification (Liljamo 2008).	12
Kuvio 3. CCC-luokituksen rakennekaavio (Saba 2010).	12
Kuvio 4. FinCC-luokituskokonaisuuden hierarkkinen rakenne sekä pää- ja alaluokkien lukumäärät (Liljamo 2008).	14
Kuvio 5. Sähköisen potilaskertomuksen ydintiedot (Häyrinen & Porrasmaa 2007).	15
Kuvio 6. Hoitotyön ydintiedot sähköisessä potilaskertomuksessa.	16
Kuvio 7. Ikääntyneen ravitsemuksen arviointi ja ravitsemushoidon suunnitelma (Suominen 2009).	23
Kuvio 8. Ravitsemushoitoon liittyvän tarpeen kirjaaminen hoitosuunnitelmassa	34
Kuvio 9. Ravitsemushoitoon liittyvää tarvetta koskeva narratiivinen teksti	35
Kuvio 10. Ravitsemushoitotarpeen määrittämisessä käytetyt mittarit (MNA)	36
Kuvio 11. Ravitsemushoitotavoitekirjaukset hoitosuunnitelmassa	36
Kuvio 12. Ravitsemushoidon tavoitteiden saavuttamiseksi kirjatut hoitotyön toiminnot	37
Kuvio 13. Narratiivisen tekstin määrä ravitsemushoidossa mainittujen toimintojen yhteydessä	39
Kuvio 14. Ravitsemushoidon tarpeille/ tavoitteille kirjatut hoitotyön toiminnot	40

Kuvio 15. Hoitopäivien hoidon tarveosiossa mainitut ravitsemushoitoon liittyvien SHTaL-tarveotsikkojen määrät ryhmissä A, B ja C.	41
Kuvio 16. Hoitopäivien hoitotyö-osiossa mainittujen ravitsemushoitoon liittyvien hoitotyön toiminto-otsikkojen määrät ryhmissä A, B ja C.	42

TAULUKOT

Taulukko 1. Hoidon tarveluokituksen otsikoita hoitosuunnitelmassa	34
Taulukko 2. Valitut hoitotyön toiminto-otsikot hoitosuunnitelmassa	38
Taulukko 3. Hoitosuunnitelmaan kirjattujen Ravitsemushoitotarpeiden, tavoitteiden ja hoitotyön toimintojen määrät koeryhmässä A, ei-koeryhmässä B ja vertailuryhmässä C.	39
Taulukko 4. Hoitopäivien hoidon tarve-osiossa Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL) otsikot.	41
Taulukko 5. Hoitopäivien hoitotyön toiminto-osion Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen otsikot.	42
Taulukko 6. Narratiivisen tekstin vastaavuus hoidon-tarve- ja hoitotyön toimintoluokitusten FinCC-otsikoihin	44

1 JOHDANTO

“If you can’t name it, you can’t control it, finance it, teach it, research it or put it into public policy.” Näillä kuuluisilla sanoillaan tohtori Norma Lang korosti (1992) yhtenäisen standardoidun kielen merkitystä ja tarvetta hoitotyölle. (Saba 13.4.2010. Luento.)

Hoitotyötä on perinteisesti kuvattu lähes yksinomaan epävirallisilla, arkikieleen rinnastettavilla ilmaisuilla (Informal language), eikä täsmällinen kieli (Formal language) ole juurtunut hoitotyöhön. Hoitotyön luokitusten kehittämisen tavoitteena on luoda hoitotyöhön yhteinen kieli eli saada aikaan käsitteellisellä tasolla yhteinen näkemys hoitotyön sisällöstä. (Ensio 1999, 195.)

Käyttämällä hoitotyön päätöksenteon prosessimallin mukaisia luokituksia ja tallentamalla tiedot sähköiseen muotoon yhtenäisellä tavalla saadaan kerättyä vertailukelpoista tietoa hoitotyön kuvaamiseksi ja mittaamiseksi. Hoitotyön näkyvyyden varmistaminen ja eri tasoilla tapahtuvan päätöksenteon tukeminen vaativat yhtenäisyyttä tiedon tallentamiseen. Näin vetoaa kansainvälinen sairaanhoitajaliitto ICN (International Council of Nurses) julkilausumassaan. (Saba 13.-14.4.2010. Luento.)

Hyvä ravitsemustila on yksi elämänlaadun, terveyden ja toimintakyvyn edellytys. Erityisesti ikääntyneillä optimi ravitsemustila nopeuttaa sairauksista toipumista ja pienentää näin terveydenhuollon kustannuksia, lisää itsenäisiä vuosia, vähentää laitospäiviä. (Suominen ym. 2009, 3.) Vuonna 2010 Eviran julkaisemat iäkkäitä koskevat ravitsemussuositukset painottavat ikääntymisen eri vaiheiden, sairauksien ja toipumisen huomioonottamista. Lonkkamurtumapotilaan hoidossa korostuu potilaan ravitsemuksen tukeminen ja ravitsemushoidon tärkeys, sillä monipuolinen ravinto on olennaista myös luuston hyvinvoinnille. (Käypä Hoito-suositus. Lonkkamurtumapotilaiden hoito 2006, 371-376; Käypä Hoito-suositus. Osteoporoosi 2006, 3-6.)

Rakenteinen kirjaaminen auttaa tiedostamaan hoidon tarpeita, asettamaan tavoitteita ja valitsemaan käypiä hoitotoimintoja. Ravitsemustilan tärkeys toipumisprosesseissa, erityisesti lonkkamurtumapotilailla, on haaste moniammatill-

selle hoitoyhteisölle sekä myös systemaattisen, rakenteisen ravitsemushoidon kirjaamiselle ja kehittämiselle.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää lonkkamurtumapotilaiden ravitsemushoidon systemaattisen, rakenteisen kirjaamisen nykyhetken tilaa ortopedisella kuntoutusosastolla. Työmme liittyy tutkimusprojektiin ravitsemustilan vaikutuksesta lonkkamurtumapotilaiden toimintakykyyn (RavLon) sekä hoitotyön kirjaamisen kehittämishankkeeseen (HoiDok) Turun sosiaali- ja terveystoimessa.

2 ELEKTRONINEN POTILASTIETOJÄRJESTELMÄ

2.1 Systemaattinen prosessimallin mukainen kirjaaminen

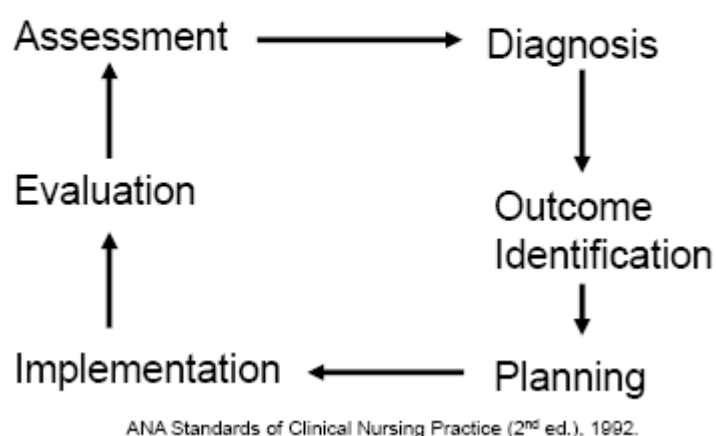
Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. Hoitotyön ja sen kirjaamisen viitekehyksenä on 1970-luvulta lähtien käytetty yleisesti hoitotyön päätöksenteon prosessimallia Maailman terveysjärjestön (WHO:n) kehittämis- ja tutkimusohjelman mukaisesti. (Ensio 2008, 56.) Hoitotyön prosessi muodostaa rakenteen, joka perustuu prosessiajatteluun ja päätöksentekoteoriaan. Tässä kirjaamisen mallissa edetään hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti. Hoitotyön prosessi on kokonaisuus, joka muodostuu hoitotyön suunnitelmasta (hoidon tarpeen määrittely ja tavoitteet), toteutuksesta ja arvioinnista. Hoitotyön suunnittelu perustuu tarveteorioihin, jotka voivat olla hoitajien teoreettisena tausta-ajatteluna. Kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, termistöistä sekä niitä täydentävistä kertovista teksteistä. (Saranto 2008, 14.)

Prosessimallin vaiheiden painotukset eri hoitoympäristöissä ovat vaihdelleet aikojen kuluessa. Hoitotyön päätöksentekoprosessi esitettiin aluksi nelivaiheisena ja se koostui edellä kuvatusti hoidon tarpeen määrittelystä, suunnittelusta, toteuttamisesta ja arvioinnista. Myöhemmin prosessia on alettu kuvata viisivaiheisena, kun hoitotyön diagnosointivaihe erotettiin omaksi vaiheekseen hoidon tarpeen määrittelyssä. (Ensio 2008, 56-57.)

Nykyään käytetään yleisesti American Nurses Associationin (ANA:n) määrittämää kuusivaiheista hoitotyön päätöksenteon prosessimallia, joka on syntynyt systemaattisen kirjaamisen kehittyessä. Ensimmäisenä prosessin vaiheena on hoidon tarpeen arviointi (assessment), jossa kerätään potilasta koskevia tietoja tämän terveydentilan arvioimiseksi. Tarpeen arviointi perustuu potilaan esitietoihin sekä hoitajan suorittamaan haastatteluun, havainnointiin ja mittauksiin. Diagnosointivaiheessa (diagnosis) potilaasta kerätyn tiedon perusteella tehdään yksi tai useampia hoitotyön diagnooseja. Hoitotyön tarpeet eivät rajoitu tiettyihin

sairauksiin ja tauteihin ja eroavat siten lääketieteellisistä diagnooseista. Kolmantena vaiheena prosessissa on hoidon odotettujen tulosten määrittely (outcome identification) eli hoitotyön tavoitteiden laatiminen. Neljännessä eli suunnitteluvaiheessa (planning) laaditaan hoitosuunnitelma ja valitaan hoitotyön toiminnot odotettujen hoitotulosten eli tavoitteiden saavuttamiseksi. Viides prosessin vaihe on toteutusvaihe (implementation), jossa toteutetaan suunnitelman mukaisia hoitotyön toimintoja. Kuudennessa eli arviointivaiheessa (evaluation) tarkastellaan hoitotyön kautta saavutettuja tuloksia. Tätä prosessia kuvataan syklisenä ja jatkuvana. (Saba 13.4.2010. Luento.) (Kuvio 1)

Nursing Process Model: Standard of Clinical Nursing Practice



Kuvio 1. Nursing Process model: Standard of Clinical Nursing Practice (Saba 2010).

2.2 Hoitotyön päätöksenteon prosessimalliin perustuvia luokituksia

Hoitotyön luokituksella (Nursing Classification) tarkoitetaan systemaattisesti hoitotyön päätöksentekoprosessin vaiheiden mukaisesti potilaan hoitokertomukseen kirjattavia, standardoidusti luokiteltuja hoitotyön tarpeita, ongelmia tai diagnooseja sekä hoitotyön toimintoja ja tuloksia (Saba 2007, 17).

Sähköisen hoitokertomuksen tuoma hyöty jää vähäiseksi jos kirjaaminen sisältää pelkästään narratiivista tekstiä. Tällainen kieli ei ole riittävän yksiselitteistä tietojärjestelmiä varten, eikä näin ollen edesauta hoitotyön tietovarantojen kertymistä. (Saba 13.4.2010 Luento.) Hoitotyön luokitusten kehittämisen tavoitteena on luoda hoitotyöhön yhteinen kieli eli saada aikaan käsitteellisellä tasolla yhteinen näkemys hoitotyön sisällöstä (Ensio & Saranto 2004, 34).

Hoidon sähköisessä kirjaamisessa dilemmana on, että hoitotyö perinteisesti keskittyy subjektiivisuuteen kun taas elektroniset potilaskertomukset puolestaan perustuvat standardeihin ja teknologiaan. Hoitotyön dokumentoitavan tiedon tulee olla eksaktia tietoa, mutta myös hoitajien tulkintaa ja päätöksiä. Näin ollen kirjaamisessa tarvitaan yhtenäistä terminologiaa, mutta myös vapaamuotoista, kuvailevaa kieltä. (Goossen 2003, 153-154.)

Rakenteiset ydintiedot ovat ilmaistavissa määrällisesti ja koodattavissa standardoitujen termistöjen avulla. Tietojen rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa, että etukäteen määritellään ainakin otsikkotasoa kirjattavasta tiedosta. (Ensio 2004, 10.) Tiedon koodaaminen mahdollistaa sen linkittämisen ja uudelleenkäytön. Hoitotyö tarvitsee luokitusjärjestelmiä pystyäkseen keräämään, varastoimaan, hakemaan, analysoimaan ja välittämään tietoa omalta alaltaan. (Saba 13.4.2010, luento.)

Hoitotyön päätöksenteon prosessimalliin pohjautuen on kehitetty monia hoitotyön luokituksia. Vanhin näistä on 1970-luvulta peräisin oleva Yhdysvaltalainen diagnosiluokitus NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

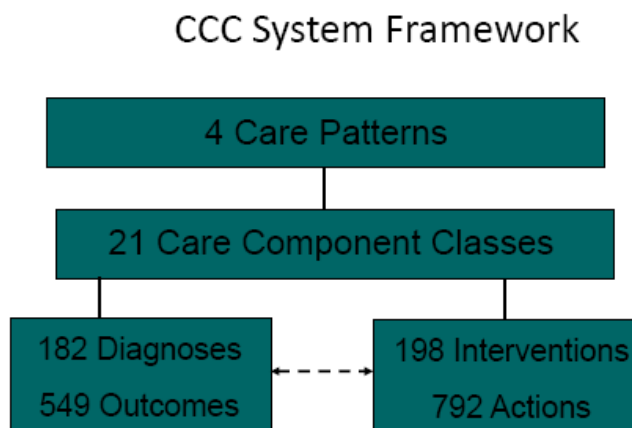
Kaikki hoitotyön päätöksenteon prosessin osat kattavia luokituksia ovat esimerkiksi Yhdysvaltalainen Omaha-System sekä Suomalainen hoitotyön luokituskonaisuus Finnish Care Classification-järjestelmä (FinCC), joka on kehitetty yhdysvaltalaisen, potilaslähtöisen Home Health Care Classification-järjestelmän (HHCC:n) pohjalta (Ensio 2008, 57). (Kuvio 2)



Kuvio 2. Finnish Care Classification (Liljamo 2008).

Home Health Care Classification syntyi Yhdysvalloissa Georgetownin yliopistossa professori Saban työryhmineen toteuttaman laajan tutkimushankkeen tuloksena 1980-luvulla palvelemaan alun perin kotisairaanhoidon resurssien kartoittamista. Tutkimuksen tuloksena syntyi mittari, jonka avulla hoitajat voivat arvioida, dokumentoida ja luokitella antamaansa hoitoa.

HHCC-järjestelmää kehitettäessä sen luokituksia alettiin soveltaa myös sairaalaympäristössä ja järjestelmälle annettiin uusi nimi Clinical Care Classification (CCC). (Kuvio 3)



Kuvio 3. CCC-luokituksen rakennekaavio (Saba 2010).

Kuusivaiheisen hoitotyön päätöksenteon prosessimallin mukainen Clinical Care Classification (CCC)-järjestelmä muodostuu kahdesta koodatusta toisiinsa linkittyvästä luokituskokonaisuudesta, hoidon tarve- ja tulosluokituksesta (CCC of Nursing Diagnosis & Outcomes) sekä hoitotyön toimintoluokituksesta (CCC of Nursing Interventions).

CCC on kolmitasoinen hierarkkinen järjestelmä, jonka molemmissa luokituksissa ylin, käsitteellisesti abstraktein, taso koostuu hoidon osatekijöistä eli komponenteista. Seuraava taso koostuu vähemmän abstrakteista pääotsikoista. Alinta, konkreetteinta tasoa edustavat alaotsikot.

Komponentit eli hoidon osatekijät (Care Component) kuvaavat neljää hoidon osa-aluetta (Pattern of Care), jotka liittyvät potilaan toimintakykyyn (Functional), käyttäytymiseen (Health Behavioral) sekä fyysisen (Physiological) ja psyykkiseen (Psychological) terveyteen.

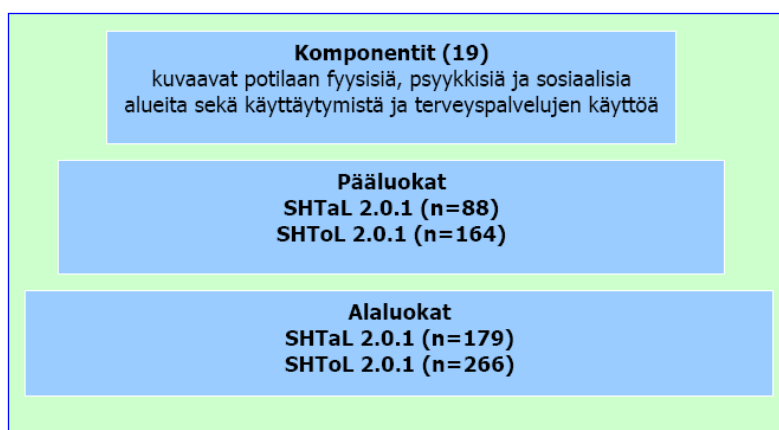
Hoidon tarveluokituksessa (CCC of Nursing Diagnosis and Outcomes) pääluokat kuvaavat konkreettisia potilaan ongelmia ja alaluokat antavat niistä vielä täsmällisemmän kuvauksen. Hoidon tarveluokitus (CCC of Nursing Diagnosis and Outcomes) on hoitotyön diagnoosiluokitus ja se noudattaa standardoitua koodausta ICD-10 (International Classification of Diseases) mukaan.

Potilaan odotettuja tai toteutuneita hoidon tuloksia kuvaamaan käytetään määritteitä ennallaan (Stabilized), huonontunut (Deteriorated) tai parantunut (Improved).

Hoitotyön toimintoluokituksessa (CCC of Nursing Interventions Actions) hoitotyön toiminnot jaetaan hierarkkisesti pää- ja alaluokkiin. Tämän lisäksi hoitotyön toiminnot jaetaan neljään toiminnan alueeseen (Action Type): Arviointiin (Assess), toiminnon suorittamiseen (Perform), opettamiseen ja ohjaukseen (Teach), sekä koordinointiin ja hallintaan (Manage). (Saba 13.4.2010. Luento.)

Clinical Care Classification-järjestelmän pohjalta on Suomessa tehty tutkimus- ja kehittämistyötä 1990-luvulta lähtien Finnish Care Classification luokitusjärjestelmän luomiseksi. Kulttuurisen validaation kautta syntyi sähköisessä potilaskertomuksessa käytettävä kansallinen valtakunnallisen kirjaamisen malli FinCC, joka muodostuu Suomalaisen hoidon tarveluokituksesta (SHTaL 2.0.1), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL 2.0.1) sekä Suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta (SHTuL 1.0)

Sekä Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL 2.0.1) että Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL 2.0.1) ylimpänä tasona ovat identtiset 19 komponenttia. Hoitotyön toimintoluokitus koostuu 267 hoidon tarpeesta, joista pääluokkia on 88 kpl ja alaluokkia 179kpl. Hoitotyön toimintoluokitus koostuu 430 hoitotyön toiminnosta, joista pääluokkia on 164 ja alaluokkia 266. (Kuvio 4)



Kuvio 4. FinCC-luokituskokonaisuuden hierarkkinen rakenne sekä pää- ja alaluokkien lukumäärät (Liljamo 2008).

Finnish Care Classification, kuten Clinical Care Classificationkin on potilaskeskeinen, kokonaisvaltaisen hoitotyön luokitusmalli. FinCC muodostuu 19 komponentista, jotka kuvaavat hoidon osa-alueita eli potilaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia alueita sekä käyttäytymistä ja terveystalvelujen käyttöä. (Ensio 13.4.2010. Luento.) (Liite 1)

Tässä työssä keskitymme ravitsemushoitoon, johon liittyvät komponentit ravitsemus, erittäminen, terveystalvelujen käyttö, päivittäiset toiminnot sekä jatko-hoito.

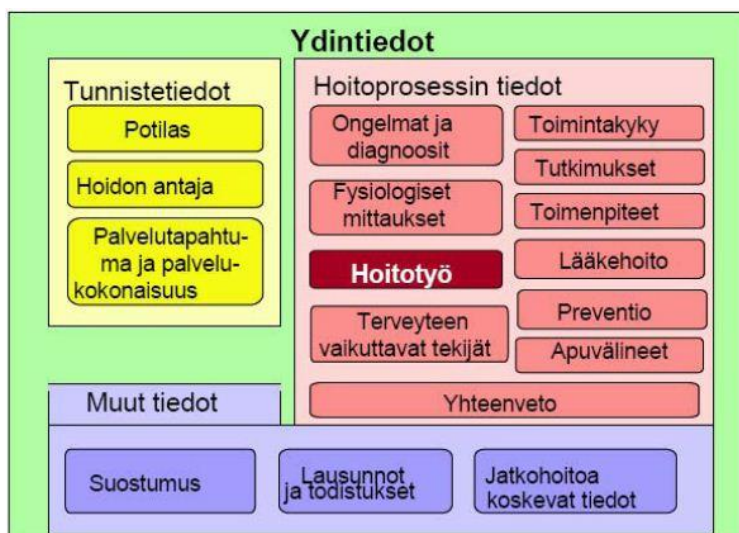
2.3 Elektroninen potilaskertomus

Elektroninen potilaskertomus on moniammatillinen tietokanta, johon on koottu asiakkaan terveyttä, sairautta, hoitoa ja ohjausta koskevat tiedot (Saba 13.4.2010. Luento).

Potilasasiakirjat ovat keskeisessä asemassa sekä terveydenhuollon henkilöstön että asiakkaan oikeusturvan toteutumisessa. Tietosuojan ja tietoturvan toteutuminen korostuu erityisesti silloin, kun potilasasiakirjat ovat sähköisessä muodossa. (Saranto 2008, 33.)

Sähköistä potilaskertomusta säätelevät monet lait ja asetukset kuten laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (L159/ 2007), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/ 1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L559/ 1994), henkilötietolaki (L523/ 1999), laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta, sekä laki vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista (L2009/617).

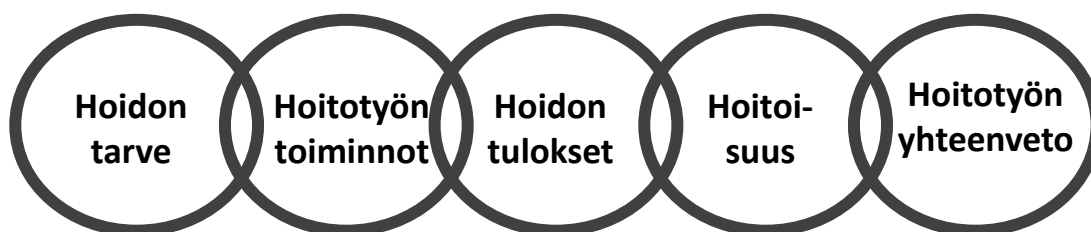
Suomessa on kaikissa elektronisissa potilastietojärjestelmissä oltava ydintietomääräysten mukaiset tietorakenteet vuodesta 2008 lähtien. Tietojen tulee perustua kansallisesti hyväksytyihin termeihin, luokituksiin ja koodistoihin. Rakenteiset ydintiedot voidaan jakaa hallinnollisiin ja potilaan hoitoprosessin tietoihin. Yksi osa-alue sähköisen potilaskertomuksen ydintiedoissa on hoitotyön ydintiedot (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 -> liittymisvelvollisuus; siirtymäaika 3 v. 9 kk). (Kuvio 5)



Kuvio 5. Sähköisen potilaskertomuksen ydintiedot (Häyrinen & Porrasmaa 2007).

2.4 Hoitokertomus ja hoitotyön ydintiedot

Hoitokertomus on potilaskertomuksen osa, johon hoitotyön tiedot kirjataan valtakunnallisesti yhtenäisten ydintietojen avulla. Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. (Liljamo 2008, 4.) (Kuvio 6)



Kuvio 6. Hoitotyön ydintiedot sähköisessä potilaskertomuksessa.

Hoidon tarve

Potilaan yksilöllisen hoidon lähtökohtana on hoidon tarpeen määrittely. Hoidon vaikuttavuuden arviointi perustuu nimenomaan täsmälliselle hoidon tarpeen määrittelylle (Saba 13.4.2010, luento). Hoidon tarpeita voi olla yksi tai useampia ja niillä tarkoitetaan hoitohenkilökunnan kuvausta potilaan terveydentilaan liittyvistä olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisesti ilmenevistä ongelmista, joita voidaan joko poistaa tai lievittää hoitotyön toimintojen avulla. Kansainvälisesti niitä kutsutaan myös hoitotyön diagnooseiksi. (Ensio & Saranto 2004, 36-40.) Tarpeet tulee priorisoida kullakin hoitajaksolla (Saba 13.4.2010, luento).

Hoitotyön toiminnot

Hoitotyön toiminnot koostuvat potilaan hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta. Hoidon suunnittelu- ja toteutusvaiheessa määritetään hoidon tavoitteet ja odotetut tulokset sekä valitaan hoitotyön toiminnot asetettujen hoitotavoitteiden saavuttamiseksi. (Ensio & Saranto 2004, 36-42.) Tavoitteiden tulee olla potilaslähtöisiä, relevantteja sekä niiden tulee olla mitattavissa ja arvioitavissa (Ensio & Saranto 2004, 37-43).

Hoidon tulosten arviointi

Hoidon tulosten arviointivaiheessa verrataan valittujen hoitotyön toimintojen vaikutusta suhteessa arvioituun hoidon tarpeeseen ja asetettuihin tavoitteisiin. Onko potilaan tila siis ennallaan, parantunut tai huonontunut. Arviointia tulee tehdä päivittäin hoidon laadun, vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden kartoittamiseksi. (Clinical Care Classification System 2006.)

Hoitotyön yhteenveto

Hoitojakson päätteeksi laaditaan hoitotyön yhteenveto, joka on terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemä kooste kyseisen hoitojakson kannalta keskeisistä tiedoista. Sitä voidaan hyödyntää jatkohoitopaikkaan lähetettävässä hoitopaltteessa. Yhteenvedossa kuvataan hoitojakson aikaiset hoidon tarpeet, tavoitteet, valitut hoitotyön toiminnot sekä hoidon tulokset. (Tanttu & Ikonen 2007, 114.)

Hoitoisuuden arviointi

Hoitoisuuden arviointi kuuluu myös hoitotyön ydintietoihin. Hoitoisuus tarkoittaa potilaan arvioitua määrällistä ja laadullista riippuvuutta hoitohenkilöstöstä välittömän hoidon aikana. Sitä kuvataan hoitoisuusluokitusten avulla. Ne ovat hallinnollisia potilasluokituksia, joita käytetään henkilöstömitoituksessa ja laadun sekä kustannusten arvioinnissa. (Ensio & Saranto 2004, 12, 44.)

3 HOITOTYÖN RAKENTEISEN ELEKTRONISEN KIRJAAMISJÄRJESTELMÄN IMPLEMENTOINTI JA KEHITTÄMINEN

Hoitotyön kirjaamisen tavoitteena on että tiedot laaditaan siten, että ne voidaan palauttaa muuhunkin kuin alkuperäiseen tietojärjestelmään. Asiakkaan yksilöllinen huomioiminen edellyttää täsmällistä ja turvallista tietoa. Hoitajan kirjaamat tiedot mahdollistavat taustatietojen kanssa hoitopäätöksenteon. Pienikin yksittäinen tieto, esimerkiksi kipu tai aistitilanmuutos voi olla ratkaiseva hoitopäätökselle. Myös hoitopäätökset kirjataan, samoin toimenpiteet. Jotta tallennettua tietoa voidaan käyttää eri tietojärjestelmissä, tarvitaan vakiintunutta kieltä jokaiselta ammattiryhmältä. Yhteinen termistö on sähköisen kirjaamisen edellytys. (Iivanainen 2008, 13.)

Australialaiset tutkijat ehdottavat, että sähköistä kirjaamisjärjestelmää luotaessa tulee kehittää kansainvälisesti kommunikoivaa järjestelmää (Hovenga 2005). Yhdysvaltalainen Nutrition Informatics-yhdistys: Kirjaaminen on osa ravitsemushoitoa ja informaation tulee olla kansainvälisesti ymmärrettävää (Hoggle 2006). Henkilökohtaisen sähköisen terveystietorekisterin etuna on, että se antaa ravitsemustilannetiedot tarvittaessa koko hoitoyhteisölle – ikään kuin sähköinen lääkekortti – erehdyksiä ei pääse tulemaan (Peregrin 2009).

Suomen valtakunnallinen hoitotyön sähköisen kirjaamisen hanke 2005-2008 (HoiDok) ja kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot –hanke 2007-2009 (HoiData) ovat kehittäneet ja standardoineet hoitotyön kirjaamiseen hoitotyön prosessin luokitukset, jotka kuvaavat hoidollisen päätöksenteon kulkua; hoidon tarve (ShTaL), hoitotyön toiminnot (ShToL) ja hoitotyön tulokset (ShTuL) (Tanttu 2010, 4). Paikallisten kehittämisprojektien tarkoituksena on ollut jalkauttaa FinCC-malli alueelliselle tasolle. Näissä puitteissa Turun sosiaali- ja terveystoimelle on laadittu yhteinen hoitonäkemyks keväällä 2008. Lisäksi on laadittu yhteiset kirjaamisen laatuvaatimukset ja kriteerit, joiden mukaisesti kirjaaminen tehdään kaikissa hoitoyksiköissä. Sekä laatuvaatimukset että kriteerit noudatta-

vat valtakunnallisia normeja. Kukin hoitoyksikkö sopii sisällään, miten heidän yksikölleen tyypilliset hoitotyön tiedot on parasta kirjata. (Salmela 11.1.2010, luento.)

3.1 Hoitotyön kirjaamisen arvioinnista

HoiData-hankkeen tavoitteena on ollut kehittää hoitotyön systemaattisen kirjaamisen arviointimalli osaamisen arvioimiseksi ja yhtenäisen kirjaamismallin säilymiseksi. Hankkeessa on testattu hoitotyön systemaattisen kirjaamisen teoreettista osaamista ja sen toteutumista käytännössä. Kirjaamisen arvioinnissa on käytetty mm. potilaskohtaisten kirjaamisten arviointilomaketta, joka on todettu toimivaksi. Hoitotyön prosessinmukainen yhteenveto, joka on nähtävissä samaa potilasjärjestelmää käyttävässä jatkohoitopaikassa on todettu hyödylliseksi erityisesti kotisairaanhoidossa. Keskeiset potilaan hoitotiedot auttavat jatkohoidon suunnittelussa, vähentävät päällekkäisyyttä ja varmistavat hoidon suunnitelmallisuutta. (Tanttu, 2010.)

3.2 Aikaisempaa hoidon dokumentointiin liittyvää kirjallisuutta

Ruotsalaisessa tutkimuksessa pyrittiin kartoittamaan, mikä kannustaa hoitajia kirjaamaan potilaan hoidon tarpeita sähköiseen hoitokertomukseen. Tarpeiden määrittäminen auttaa tutkimuksen mukaan hoitajaa antamaan yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa. Hoidon tarpeen täsmällinen määrittäminen helpottaa myös hoitotyön arviointia sekä optimaalisten hoitotyön toimintojen valintaa. Sähköisessä muodossa olevat tarvekirjaukset nähtiin myös tiedonkulun, ajankäytön ja hoitoketjun toimivuuden kannalta edullisiksi. Hoidon tarpeen määrittely eli hoitotyön diagnoosien tekeminen auttoi hoitajia keskittymään toimenkuvasaan olennaisiin asioihin ja jättämään lääketieteelliset kysymykset taustalle. (Axelsson, Björvell, Mattiansson & Randers 2006, 937-941.)

Müller-Staubin työryhmineen tekemässä kirjallisuuskatsauksessa hoitotyön luokitusten käytön hoidon tarpeiden määrittelyssä todettiin parantavan hoitohenkilökunnan hoidon tarpeiden hahmottamista, hoitotyön suunnittelua sekä lisäävän johdonmukaisuutta hoidon tarpeiden ja valittujen hoitotyön toimintojen välillä.

Luokitusten vaikutus näkyi hoidon dokumentoinnin laadun paranemisena. Hoidon tarpeiden kirjaamisessa oli kuitenkin puutteita ja niiden yhteys potilaiden oireisiin oli niukkaa monissa yksiköissä. Kirjallisuuskatsauksesta ilmenee, että hoitotyön päätöksenteon prosessimallin ja hoitotyön luokitusten käytön opettaminen hoitohenkilökunnalle nostavat kirjaamisen laatua huomattavasti. (Müller-Staub ym. 2006, 514, 529.)

Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa todetaan, että elektroniseen potilastietojärjestelmään siirtymisessä eniten tyytymättömyyttä hoitohenkilökunnan keskuudessa aiheuttivat potilastietojärjestelmien sekä tietokoneiden laiteviat ja häiriöt. Muutosvastarintaa esiintyi myös sähköiseen kirjaamiseen, sillä hoitajat joutuivat nyt tietoisesti opettelemaan uuden kirjaamistavan, joka keskittyi kokonaisvaltaisemmin asiakkaiden tarpeisiin tehtäväkeskeisen kirjaamisen sijaan. (Smith, Smith, Krugman & Oman 2005, 135-136.)

4 RAVITSEMUSHOITO OSANA KOKONAISVALTAISTA HOITOTYÖTÄ

4.1 Iäkkäiden ravitseminen

Hyvä ravitsemustila on edellytyksenä sekä terveydelle, toimintakyvyille että elämänlaadulle jokaiselle, erityisesti ikääntyneille. Hyvä ravitsemustila nopeuttaa sairauksista toipumista ja pienentää näin myös terveydenhuollon kustannuksia. Optimi ravitsemustila mahdollistaa iäkkään kotona asumisen kauemmin kuin jos ravitsemustila olisi puutteellinen. Sairaudet ja ikä heikentävät usein ravitsemustilaa. (Suominen 2009, 3.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on laatinut iäkkäitä koskevat ravitsemussuositukset, jotka ilmaisevat iäkkäiden ravitsemushoidon tavoitteet erityistarpeineen, yhtenäistävät ravitsemushoitokäytänteitä ja opastavat tunnistamaan ravitsemustilan heikkenemisen sekä ohjaavat ikääntyneen ravitsemushoitoa. Ravitsemushoidossa tulee käyttää ikääntyneiden ravitsemushoitoon perehtyneitä asiantuntijoita. (Suominen 2009, 3.)

Iäkkäitä koskevat ravitsemussuositukset painottavat ikääntymisen eri vaiheiden ja erityistilanteiden kuten sairauksien ja toipumisvaiheiden huomioonottamista. Ravitsemustilaa arvioidaan säännöllisesti seuraamalla painoa, erityisesti painonmuutoksia, sekä tarkkaillaan nautitun ravinnon määrää ja laatua. Riittävän energian, proteiinien, ravintoaineiden, kuidun ja nesteen saanti turvataan moniammatillisella ravitsemushoidolla. Yli 60-vuotiaille suositellaan 20 mikrogramman (800 KY) D-vitamiinilisää vuorokaudessa vuoden ympäri. Liikunta lisää mielenterveyttä ja hyvinvointia. Liikuttaessa energian kulutus kasvaa ja tämä mahdollistaa riittävän ravintoaineiden saannin. Erityisen vahvaa tieteellistä näyttöä liikunnan terveyshyödyistä on iäkkään ihmisen hitaan haurastumisen sekä monien sairauksien ehkäisyssä. Liikunnan suotuisaa vaikutusta voidaan pitkälti tarkastella lihaskadon ehkäisyssä kannalta. (Suominen 2009, 37.)

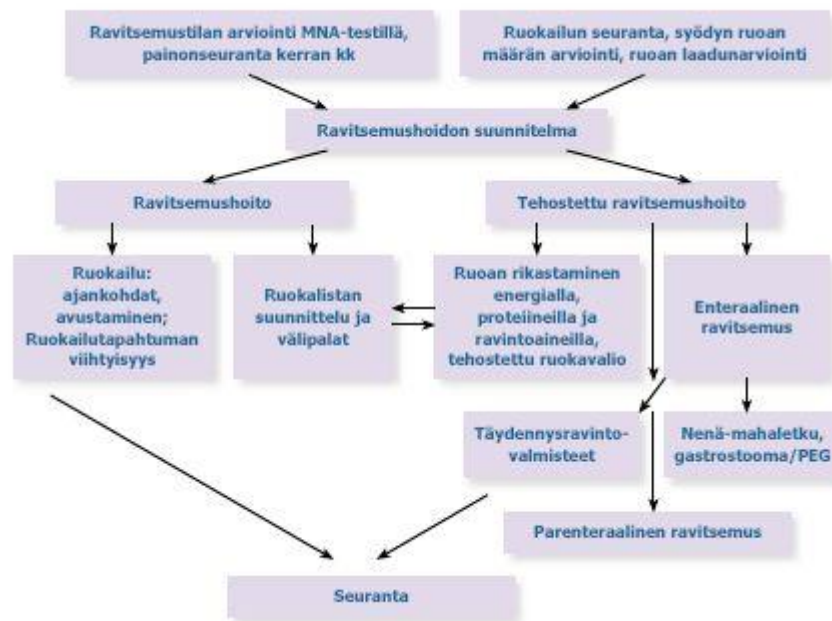
4.2 Iäkkäiden ravitsemustilan mittaaminen

Iäkkäiden ravitsemustilan arvioinnissa käytetään yleisesti MNA-menetelmää (Mini Nutritional Assessment). MNA on ravitsemustilan ja ravitsemusriskin arviointimenetelmä, jossa mitataan potilaan antropometriset suureet sekä selvitetään fyysinen ja psyykkinen terveydentila ja toimintakyky sekä sosiaalinen ympäristö. Biokemiallisia tutkimuksia ei käytetä. Testin vastaukset on pisteytetty yhteispistemäärän perusteella (0-30). Määritellään potilaan tila: MNA > 23,5 ravitsemustila hyvä, MNA 17-23,5 aliravitsemusvaara on olemassa. MNA < 17 merkitsee aliravitsemustilaa. Testistä on olemassa myös lyhytversio (0-14 pistettä). MNA-lyhytversio on niin sanottu seulontaosa. Jos pistemäärä tästä on 12 tai alle, tulee suorittaa myös täydentävä arviointiosa (0-16 pistettä). (Räihä 2005, 321.) (Liite 2 & 3)

Ruokapäiväkirjan käyttö on keskeinen ravitsemushoitomenetelmä. Päivittäisen ruokailun kirjaamisen tavoitteena on ravitsemustottumusten ja ruokailun aiheuttamien tunteiden tiedostaminen. (Partanen 2009, 191.) Myös ikääntyneiden hoidossa yleisesti käytettävän ruokailun seurantalomakkeen avulla voidaan karottaa asukkaan energian ja proteiinin saantia. Seurantalomakepaketti koostuu varsinaisesta ruokailun seurantalomakeesta sekä annostaulukosta. (Suominen 2009, 52.)

4.3 Ravitsemushoito

Ravitsemustilan arvioinnin jälkeen laaditaan ravitsemushoidon suunnitelma. Ravitsemushoito tarkoittaa sekä terveyttä edistävää että sairauden hoitoon tarvittavaa ruokavaliota, jossa riittävän ravinnon saanti turvataan sopivan ruokavaliion, täydennysravintovalmisteiden tai letkuravitsemuksen avulla. (Nuutinen 2009, 8.) (Kuvio 7)



Kuvio 7. Ikääntyneen ravitsemuksen arviointi ja ravitsemushoidon suunnitelma (Suominen 2009).

4.4 Geriatriasta ravitsemushoitoa koskevia tutkimustuloksia

Ruotsissa, Linköpingissä Norra Älvsborgin lääninsairaalassa on vertailtu hoitajien havaintoja vanhusten ravitsemustilasta 1. hoitajien huomioiden perusteella 2. seulontainstrumentin avulla. Tulos osoitti, että hoitajat eivät havainneet kaikkia aliravitsemusriskipotilaita, vaan tarvitsevat seulontaohjelman aliravittujen potilaiden havaitsemiseksi. (Söderhamn 2007.)

Linköpingin yliopiston sairaalassa sekä Jönköpingsin yliopiston terveystieteen laitoksella on tutkittu henkilökunnan asenteita geriatriasta ravitsemushoitoa kohtaan. Koehenkilöitä oli ollut 252. Näistä 53 %:lla oli positiivinen asenne ja 47%:lla neutraali tai negatiivinen ravitsemushoitoa kohtaan. Julkisuudessa korostetaan ravitsemushoidon tärkeyttä geriatriassa hoitotyössä. Hoitohenkilökunnasta miltei puolet piti ravitsemushoitoa merkityksettömänä. Kuitenkin tiedetään, että positiiviset asenteet saattavat estää aliravitsemustilan kehityksen tai alkaneen tilan pahenemisen. (Bachrach-Lindström 2007.)

Yhdysvaltalaisen Houstonin yliopiston ortopedisen kirurgian osaston tutkimus potilaan ravitsemustilan vaikutuksesta ortopedisessa kirurgiassa paljastaa, että luuvaurio sekä ortopedinen operaatio näyttävät olevan yhteydessä potilaan aliravitsemustilaan sekä vastustuskyvyn romahdukseen. Aliravitsemuksen ja syntyvien komplikaatioiden välillä on merkittävä riippuvuus. Potilas, jolla on aliravitsemusta ennen leikkausta, leikkauksen aikana tai sen jälkeen on altis infektiolle. (Jensen 1982, 1263-1272.)

Surreyn ja Readingin yliopistoissa Englannissa on tutkittu potilaan ravitsemustilan vaikutusta kliiniseen lopputulokseen iäkkäille naisille tehdyissä ortopedisissa leikkauksissa. Tutkimus osoittaa, että aliravittujen potilaiden toipumisaika on selvästi pidempi kuin normaaliravitsemuksellisten. Noin puolet (49%) aliravituista käytti tukitelineitä vielä kuusi kuukautta leikkauksen jälkeen, kun taas normaaliravitsemuksellisistä potilaista 11%. Aliravituista potilaista 50% oli tullut leikkaukseen kotoa, siis tullut itsenäisesti toimeen. Kun leikkauksesta oli kulunut puoli vuotta, vain 29% oli pystynyt palaamaan kotiinsa. Tulokset osoittavat ilmeisen yhteyden kliinisen lopputuloksen ja ravitsemustilan välillä. Tämä todistaa ravitsemuksellisen intervention hyödyllisyydestä. (Lumbers 1996, 101-107.)

Ruotsalaisen Umeån yliopiston ortopedisella ja geriatrisella osastolla on tutkittu 157 yli 70-vuotiasta lonkkamurtumapotilasta. Interventiopotilaille oli annettu ravitsemustietoa sekä tarjottu proteiinipitoisia aterioita vähintään neljä päivää leikkauksen jälkeen ja tämän jälkeen päivittäin ainakin kaksi proteiinipitoista lisäruokaa. Interventoryhmällä oli ollut merkittävästi lyhyemmän ajan leikkauksen jälkeistä deliriumia ja makuuhaavojen esiintyvyys oli vähäisempi kuin kontrolliryhmällä. Myös sairaalahoitajakso oli interventoryhmällä lyhyempi. Neljän kuukauden jälkiseurannan aikana koeryhmien toipumisessa ei havaittu eroa. Lonkkamurtumapotilaiden hoito vaatii siis erityistä huomion kiinnittämistä myös ravitsemukseen. (Olofsson 2007.)

4.5 Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä

4.5.1 Osteoporoosista ja lonkkamurtumapotilaiden ravitsemuksen Käypä Hoito-suosituksesta

Monipuolinen ravinto sekä liikunta ovat olennaisia terveydelle, myös luuston hyvinvoinnille. Kalsiumin riittävä saanti hidastaa luumassan vähenemistä menopaussin ohittaneilla naisilla ja saattaa vähentää jo muodostuneitakin murtumia. D-vitamiini saattaa taas estää luun mineraalitiheyden pienenemistä menopaussin ohittaneilla naisilla. Vanhuksilla kalsium ja D-vitamiini vähentävät ilmeisesti reisiluun ja muitakin murtumia sekä miehillä että naisilla. (Käypä Hoito-suositus. Lonkkamurtumapotilaiden hoito 2006, 371-376; Käypä Hoito-suositus. Osteoporoosi 2006, 3-6.)

4.5.2 Ravitsemushoito-ohjeiden tarpeesta

Sosiaali- ja terveysministeriön Uudellamaalla 1997 teettämän selvityksen mukaan terveydenhuoltohenkilöstö näkee ravitsemushoidon tärkeäksi. Palvelujen sekä määrä että laatu vaihtelevat. Useat potilasryhmät jäävät hoidotta. Tarvi-taan koko maan kattava ravitsemushoito-organisaatio. Sairauskohtaiset ravitsemussuositukset tulee laatia valtakunnallisesti. Ravitsemushoidon tehostami-nen edellyttää työntekijöiden lisäkoulutusta, selkeätä työnjakoa, hoidon porrastusta, viestinnän kehittämistä ja laadun seurantajärjestelmää, kuten hoitotyön luokitusjärjestelmää. (Haapa 2002, 3-80.)

4.5.3 Ravitsemushoitohenkilöstön kiinnostuksesta systemaattista kirjaamista ja sen kehittämistä kohtaan

American Nutrition Informatics-yhdistys kannustaa jäseniään: Kirjaaminen on osa ravitsemushoitoa. Jokaisen ravitsemusammattilaisen tulee opetella vähintään peruskirjaaminen niin, että ravitsemuksen asiantuntijat ovat eturintamassa myös ravitsemushoidon kehittämisessä. (Hoggle, 2006.)

Turun Sosiaali- ja Terveystoimen ravitsemuskasvatuksen- ja hoidon strategiaa vuosille 2007-2012 laadittaessa kävi ilmi, että moniammatillista yhteistyötartta- ja halua löytyy ravitsemushenkilöstöltä. Systemaattinen kirjaaminen potilas-tietojärjestelmään koettiin epävarmaksi ja lisätietoa ravitsemuksesta kaivattiin. (Karjalainen 2007.)

Vastuullista tiedonhalua ja kiinnostusta ravitsemushoitotyön systemaattiseen kirjaamiseen löytyy siis niin meiltä kuin maailmaltakin.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän työn tarkoituksena on selvittää lonkkamurtumapotilaiden ravitsemushoitoon liittyvän kirjaamisen nykyhetken tilaa ortopedisella kuntoutusosastolla Suomalaisen hoidon tarveluokituksen sekä Suomalaisen hoidon toimintoluokituksen mukaisesti.

Lisäksi analysoidaan luokiteltuja tarpeita ja toimintoja täydentävää narratiivista kirjaamista.

Tutkimusongelmat

1. Minkälainen ravitsemushoidon hoitosuunnitelma on?
2. Miten ravitsemushoidon toteuttamista on kirjattu?
3. Miten ravitsemushoidon arviointia on kirjattu?

6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Tämä empiirinen, hoitokertomuksiin (n=27) kohdistuva tutkimus on suoritettu tutkimuksena, jonka aineisto muodostuu lonkkamurtumapotilaiden ravitsemushoitodokumentaatiosta Turun kaupunginsairaalan ortopedisella kuntoutusosastolla. Tutkimusryhmiä on kolme. Ensimmäinen ryhmä kuuluu samalla lääketieteelliseen interventioryhmään (RavLon), ja kaksi muuta ryhmää on muodostunut yksinkertaisena satunnaisotantana.

Ryhmä A, joka on samalla lääketieteellinen interventioryhmä (n=9 kpl), kattaa kaikki tammi-maaliskuun 2010 aikana hoidetut, RavLon-projektiin osallistuneet lonkkamurtumapotilaat tutkimusosaston yläkerrassa. Ryhmän B otos (n=9) samalta aikaväliltä koostuu myös yläkerran tutkimusosaston muista potilaista. Ryhmän C, vertailuryhmän, otos (n=9) muodostuu samalta aikaväliltä osaston alakerrassa hoidetuista potilaista. Aineiston hankkimisen ajankohtana osa potilaista näissä kaikissa kolmessa ryhmässä oli kotiutettu, osalla hoitajakso oli vielä kesken. Tutkimusaineisto tammi-maaliskuun ajalta on saatu Pegasos-potilastietojärjestelmän pääkäyttäjän tulostamana. Tutkijat eivät ole vaikuttaneet aineiston valintaan. Potilaiden henkilötiedot aineistossa on poistettu potilaiden anonymiteetin säilyttämiseksi. Opinnäytetyön valmistuttua kirjaukset palautetaan pääkäyttäjälle.

Tutkimuksessa on aineiston analyysissä käytetty sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia menetelmiä. Aineistolle on suoritettu deduktiivinen sisällönanalyysi. Teorialähtöisessä, deduktiivisessä sisällönanalyysissä luokittelurunko voi olla valmis käsitejärjestelmä. Teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen. Aineistosta poimitaan runkoon kuuluvat asiat ja ulkopuolelle jäävistä voidaan muodostaa uusi luokka. Aineisto on kvantifioitu, muutettu luvuiksi ja laskettu määrät. Kvantifiointi tuo tulkintaan selkeyttä, ellei aineisto ole kovin pieni. (Tuomi 2009, 113-122.) Aineiston käsittelyssä on käytetty sekä ristianalyysiä että ristikvantifiointia tulosten luotettavuuden varmistamiseksi. Tässä tutkimuksessa käsitejärjestelmä on Suomalaisen hoitotyön kirjaamisen luokitusjärjestelmä. Analyysirunko muodostuu hoitokertomusten hoitosuunnitelmaosiosta sekä päivittäisistä hoitotyön kirjauksista. Analyysirunko

pohjautuu HoiData-hankkeessa kehitettyyn kirjaamisen arviointilomakkeeseen (Kaila 2008), mutta runko laadittiin kuitenkin erikseen tätä tutkimusta varten siten, että se sopi Pegasos-tietojärjestelmän potilaskirjausten analysointiin (Liite 4 & 5).

Analyysiyksikön määrittäminen ennen analyysin tekemistä on olennaista deduktiivisessa sisällönanalyysissä. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. (Latvala 2003, 25.) Tässä tutkimuksessa on analyysiyksikkönä käytetty Suomalaisen hoitotyön kirjaamislukitusjärjestelmän mukaisia komponentteja sekä pää- ja alaluokkia. Narratiivisia tekstejä analysoitaessa analyysiyksikkönä käytettiin lausetta.

7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen ja etiikan yhteys on monipiirteinen. Tutkimuksessa saadut tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin. Toisaalta taas eettiset näkökulmat vaikuttavat tutkijan tieteellisessä työssään tekemiin ratkaisuihin. Tutkija on vastuussa yhteiskunnalle ja itselleen tutkimuksensa eettisistä ratkaisuista. (Tuomi 2009, 125.) Tutkimusetiikassa on kyse useista valinta- ja päätöksentekotilanteista, joita tutkimuksen tekijän on ratkaistava tutkimusprosessin eri vaiheissa. Valintoja ja päätöksiä tehdessä olemme tuoneet kukin näkökantamme esiin ja sitten sopineet ratkaisusta luokittelureliabiliteetin varmistamiseksi. Tutkimuksen tekemisen eettiset haasteet eivät koske pelkästään tutkimuksen toimijoiden asemaa, vaan koko tutkimusprosessia aina suunnittelusta julkaisemiseen asti. (Kylmä 2007, 137-138.)

Tutkijan on huomioitava useita eettisiä kysymyksiä. Yhtenä kysymyksenä voidaan pitää tutkimusaiheen valintaa, jonka perustelussa tulee ottaa huomioon aiheen merkitys. Näemme elektronisen kirjaamisen olennaisena osana hoitotyötä, osana, joka parantaa sekä potilaan hoidon laatua että hoitohenkilökunnan ja potilaan oikeusturvaa. Lonkkamurtumapotilaan ravitsemushoito on osoittautunut olennaiseksi toipumista edistäväksi tekijäksi. Nämä faktat antavat eettisen valtuutuksen aiheelleemme. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä ja käytettäviä. Näiden periaatteiden tunteminen ja niiden noudattaminen on jokaisen tutkijan vastuulla. Olemme perehtyneet tutkimuksen tekemisen periaatteisiin ja pitäydymme niissä aiheen valinnasta tulosten raportointiin asti. Jotta tutkimus olisi eettisesti kelvollinen, tulee sen noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimustulosten raportoinnin on oltava todenmukaista. (Kankkunen 2009, 172-173.) Tulosten luotettavuuden varmistamiseksi olemme käyttäneet ristianalyysi- ja ristikvantifiointimenetelmiä.

Tieteellisessä tutkimuksessa tulee pyrkiä mahdollisimman luotettavaan tietoon tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa pyritään selvittämään kuinka todenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. (Kylmä 2007, 127.) Onnistuneen tutkimuksen avulla saadaan luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan

validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmasta. Validiteetti viittaa siihen, onko tutkimuksessa mitattu tarkalleen sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti sen sijaan viittaa tulosten pysyvyyteen. Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida sekä mittaamisen että tulosten luotettavuuden kannalta. (Kankkunen 2009, 152, 157.)

Narratiivisten tekstien osalta tutkimusaineisto oli kvalitatiivinen. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden perusasioita ovat metodologinen, käsitteellinen, kontekstuaalinen ja kielellinen perusymmärrys sekä kyky loogiseen ajatteluun. Tutkijalla on laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa suuri rooli. Tarkasteltaessa tuloksia objektiivisesti, tulee erottaa tutkijan havaintojen luotettavuus ja toisaalta niiden puolueettomuus. (Kankkunen 2009, 152, 161; Tuomi 2009 135-136.) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. (Hirsijärvi 2009, 232.) Narratiivisia tekstejä analysoitaessa käytimme ristikvalifiontia reliabiliteetin varmistamiseksi.

Tutkimus tulee suorittaa niin, ettei tutkittavalle aiheudu haittaa tutkimuksesta. Perusvaatimuksia ovat rehellisyys, puolueettomuus ja tulosten käyttökelpoisuus. (Heikkilä 2001, 29-32.) Kuluvan vuoden lokakuun alussa astui Suomessa voimaan uusi laki, jonka tarkoitus on saattaa eettisen ennakkoarvioinnin piiriin lääketieteellisten tutkimuksien lisäksi myös hoitotieteelliset ja muut tutkimukset, joissa jollakin tavalla puututaan yksilön koskemattomuuteen. Laki ei kuitenkaan ulotu potilasasiakirjoihin kohdistuvaan tutkimukseen. (Professori Veikko Launis 2.11.2010 TENK-seminaariesitelmä.) Tutkittavalla on oikeus rehelliseen ja kunnioittavaan kohteluun sekä anonymiteettiin. Tutkittavalta tarvitaan mieluummin myös kirjallinen suostumus tutkimukseen. (Leino-Kilpi 2006, 284-296.) Potilastietojen tulee olla tietosuojattuja. Anonymiteetti on tärkeä ja keskeinen asia tutkimustyössä. (Kankkunen 2009, 179.) Tutkimusmateriaali on saatu Turun sosi- ja terveystoimen hallintopäällikön luvalla Pegasos-potilastietojärjestelmän pääkäyttäjältä. Emme ole vaikuttaneet aineiston valintaan. Potilaiden henkilötiedot aineistossa on poistettu. Työn valmistuttua kirjaukset palautetaan pääkäyttäjälle.

Tämä opinnäytetyö on suoritettu eettisiä periaatteita ja luotettavuussäädöksiä noudattaen. Auktorisoituja lähteitä on käytetty asianmukaisesti painottaen sisältöä ja pyrkien uusimpaan tutkimustietoon. Kotimaisista tietokannoista on käytetty Medic-viitetietokantaa ja kansainvälistä tietoa on haettu käyttämällä PubMed – ja CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) tietokantoja. Painettuja lähteitä on saatu Turun AMK:n ja Åbo Akademin kirjastoista. Hakusanoina on käytetty muun muassa seuraavia: Nursing, Documentation, EHR Electronic Health Record, Nutrition, Orthopedics.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tuloksia käsitellään tutkimusongelmittain. Ensimmäisenä tulee lonkkamurtumapotilaan ravitsemushoitosuunnitelma: Hoidon tarpeiden, tavoitteiden ja hoitotyön toimintojen kirjaaminen luokitusjärjestelmän mukaisesti sekä sitä täydentävä narratiivinen teksti hoitosuunnitelmassa.

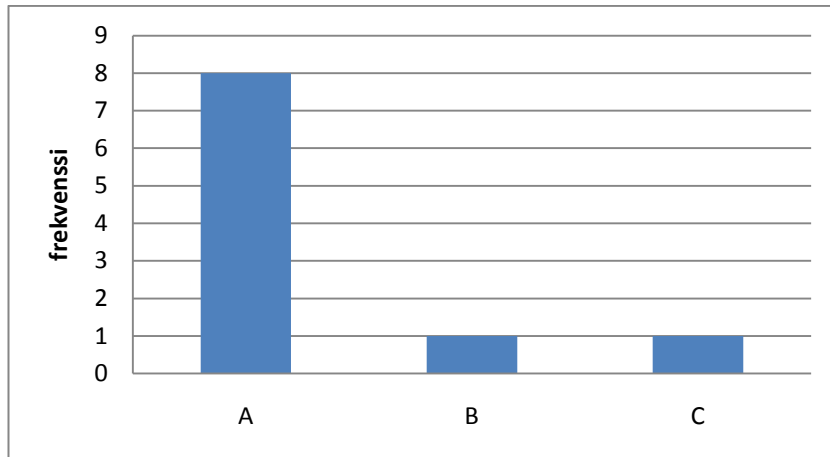
Toiseksi käsittelemme lonkkamurtumapotilaan päivittäisen ravitsemushoitotyön kirjaamista luokitusjärjestelmän mukaan: Hoidon tarvetta ja hoitotyön toimintoja sekä sitä täydentävää narratiivista tekstiä. Lisäksi selvitämme päivittäisen hoitotyön tarpeen ja toimintojen korrelointia ravitsemushoitosuunnitelmaan.

Kolmanneksi käsittelemme hoitotyön tulosten arviointia ja hoitajakson päätteeksi laadittua hoitotyön yhteenvetoa.

8.1 Minkälainen ravitsemushoitosuunnitelma on

8.1.1 Ravitsemushoidon tarve

Hoitokertomuksen hoitosuunnitelmassa on ainakin yksi ravitsemushoitoon liittyvä tarve kirjattu asianmukaiseen kohtaan interventoryhmässä A yhdeksästä potilaasta kahdeksalla. Vertailuryhmässä C sekä ei-koeryhmässä B ravitsemukseen liittyvä tarve on kirjattu yhdelle potilaalle yhdeksästä kummassakin ryhmässä. Yhteensä tarpeita on kirjattu 11 kpl. (Kuvio 8)



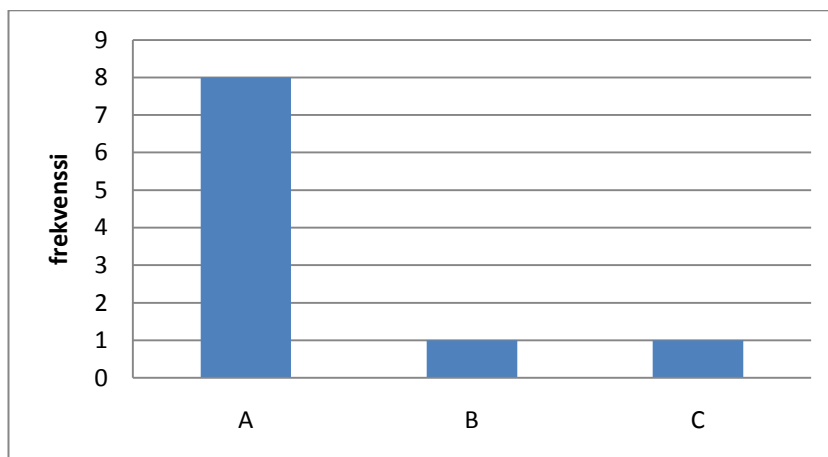
Kuvio 8. Ravitsemushoitoon liittyvän tarpeen kirjaaminen hoitosuunnitelmassa

Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL) otsikoista käytettiin seuraavia otsikoita hoitosuunnitelmassa: (13 kpl) (Taulukko 1)

Taulukko 1. Hoidon tarveluokituksen otsikoita hoitosuunnitelmassa

	Ryhmä A	Ryhmä B	Ryhmä C
Ravitsemus	10		1
Erityisruokavalion tarve	7		
Ruokavalio	1		
Ravitsemukseen liittyvä tiedon tarve	2		1
Erityisruokavalion tarve		1	
Ruoka-aineallergia		1	
Erittäminen	1		
Ulostamiseen liittyvät häiriöt	1		
Yhteensä	12	2	1

Vapaata narratiivista tekstiä ravitsemushoitoon liittyvästä tarpeesta on ryhmässä A jokaisen otsikon alla ja ryhmässä C sekä ryhmässä B kummassakin yhden otsikon alla (Kuvio 9)



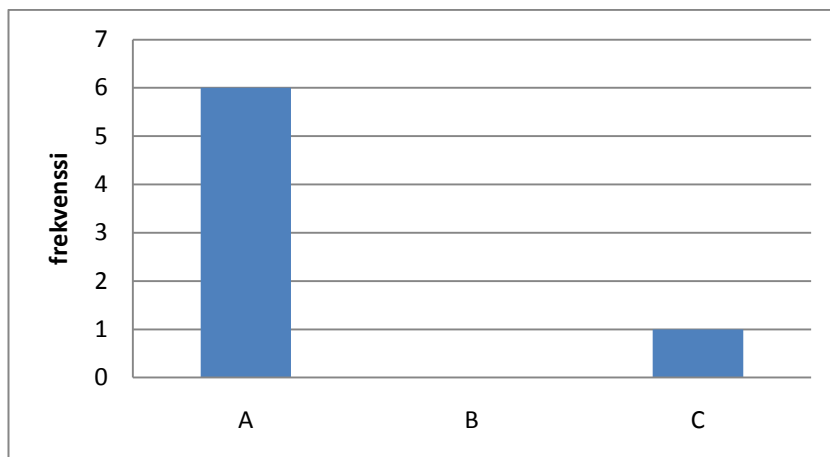
Kuvio 9. Ravitsemushoitoon liittyvää tarvetta koskeva narratiivinen teksti

Hoitosuunnitelmassa ryhmän A tarpeita koskevan narratiivisen tekstin sisältö on analysoituna (SHTa-luokituksen mukaan): Komponentti ravitsemus ja sen otsikot ravitsemuksen muutos, erityisruokavalion tarve ja aliravitsemus

Ryhmän C tarpeita koskevan narratiivisen tekstin sisältö on analysoituna (SHTa-luokituksen mukaan): Komponentti ravitsemus ja sen otsikot ravitsemuksen muutos ja aliravitsemus.

Ryhmän B tarpeita koskevan narratiivisen tekstin sisältö on analysoituna (SHTa-luokituksen mukaan): Komponentti ravitsemus ja sen otsikko erityisruokavalion tarve.

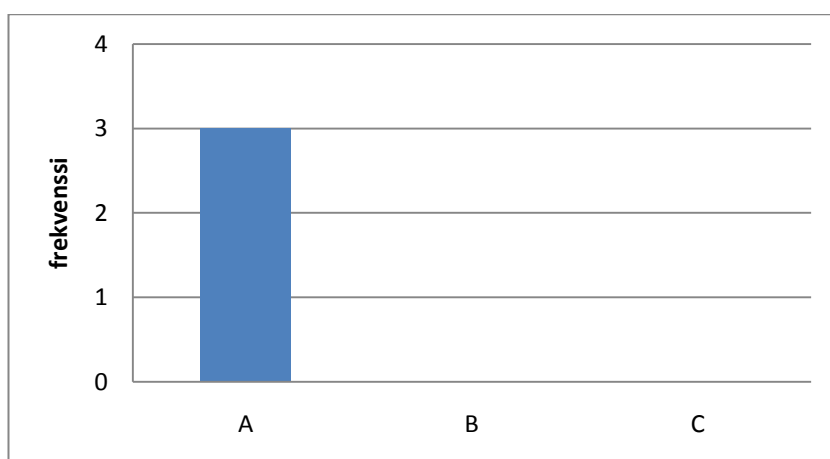
Ravitsemushoidon tarpeen määrittelyssä hoitosuunnitelmassa on mainittu MNA-pisteet Ryhmän A potilaista kuudella ja Ryhmän C potilaista yhdellä. Ryhmän B potilaista ei kukaan ole mainittu tarvemittarin tulosta. (Kuvio 10)



Kuvio 10. Ravitsemushoitotarpeen määrittämisessä käytetyt mittarit (MNA)

8.1.2 Ravitsemushoidon tavoite

Ravitsemushoitoon liittyvä tavoite on kirjattu hoitosuunnitelmaan asianmukaiseen kohtaan ryhmän A potilaista kolmelle. Ryhmän C ja ryhmän B potilaille ei ole kirjattu yhtään ravitsemushoitotavoitetta hoitosuunnitelmaan. (Kuvio 11)

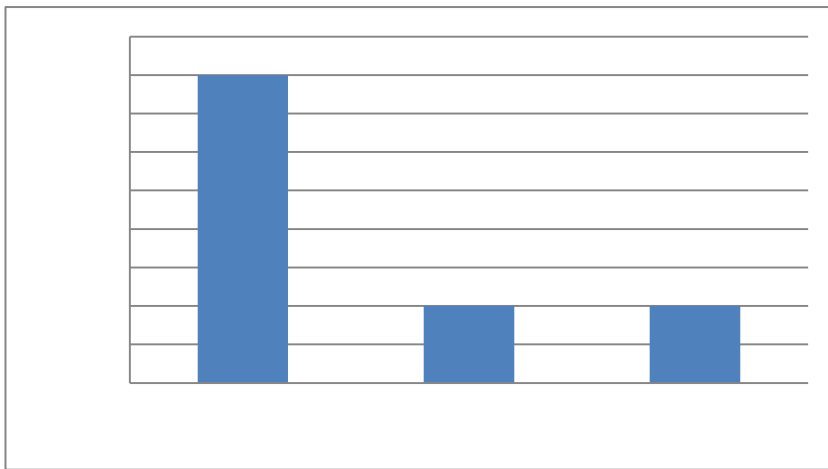


Kuvio 11. Ravitsemushoitotavoitekirjaukset hoitosuunnitelmassa

Tavoitteina on mainittu potilaan ravitsemustilan kohentuminen (4) sekä se että hän ymmärtää hyvän ravitsemustilan merkityksen (3).

8.1.3 Hoitotyön toiminnot hoitosuunnitelmassa

Ravitsemushoidon tavoitteiden saavuttamiseksi on kirjattu hoitotyön toimintoja niille varattuun kohtaan. Ryhmässä A kahdeksan potilaan kohdalla ja ryhmän C ja ryhmän B kohdalla, kummallakin, kahdella potilaalla. (Kuvio 12)



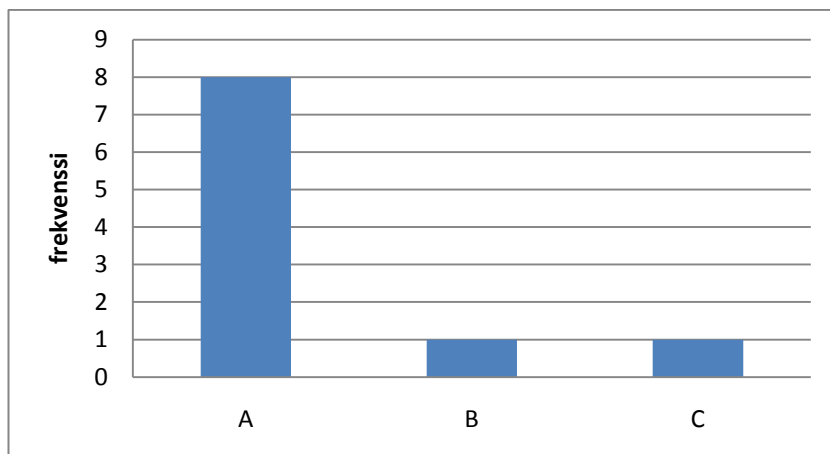
Kuvio 12. Ravitsemushoidon tavoitteiden saavuttamiseksi kirjatut hoitotyön toiminnot

Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) pää- ja alaotsikoista on käytetty 61 toiminto-otsikkoa. (Taulukko 2)

Taulukko 2. Valitut hoitotyön toiminto-otsikot hoitosuunnitelmassa

	Ryhmä A	Ryhmä B	Ryhmä C
Erittäminen	11		
Suoliston toiminnan seuranta	1		
Suoliston toiminnan ylläpitäminen	2		
Suoliston toimintaan liittyvä ohjaus	8		
Ravitsemus	35		5
Ravitsemustilan seuranta	6		2
Ravitsemukseen liittyvä ohjaus	8		
Painon kontrollointi	9		
Ravitsemuskartoituksen tekeminen	2		
Ruokailun seuranta	1		3
Erytysruokavalion toteuttaminen	9		
Päivittäiset toiminnot	4	2	
Ruokailussa avustaminen	1	1	
Ruokailun järjestäminen	1	1	
länmukaisesta ravitsemuksesta huolehtiminen	2		
Yhteensä	89	4	10

Hoitosuunnitelmaan kirjattuja ravitsemushoitoon liittyviä hoitotyön toimintoja on tarkennettu narratiivisella tekstillä ryhmässä A kahdeksalla potilaalla ja ryhmässä C sekä ryhmässä B yhdellä kummassakin. (Kuvio 13)



Kuvio 13. Narratiivisen tekstin määrä ravitsemushoidossa mainittujen toimintojen yhteydessä

Ryhmien A ja C hoitosuunnitelmien tarpeita koskevien narratiivisten tekstien sisältö koskee ravitsemusta ja ryhmän B päivittäisiä toimintoja.

8.1.4 Tarpeiden, tavoitteiden ja toimintojen yhteys hoitosuunnitelmassa

Hoitosuunnitelmassa on kirjattuna viisitoista tarvetta, joista 11 on kirjattu A-ryhmälle ja B- sekä C-ryhmälle kaksi tarvetta kummallekin. Tavoitteita on kirjattu yhteensä kahdeksan, jotka kaikki ovat A-ryhmälle. Hoitotyön toimintoja on kirjattu kaikkiaan 56 kpl, joista A-ryhmällä on 49, B-ryhmällä kaksi ja C-ryhmällä viisi. (Taulukko 3)

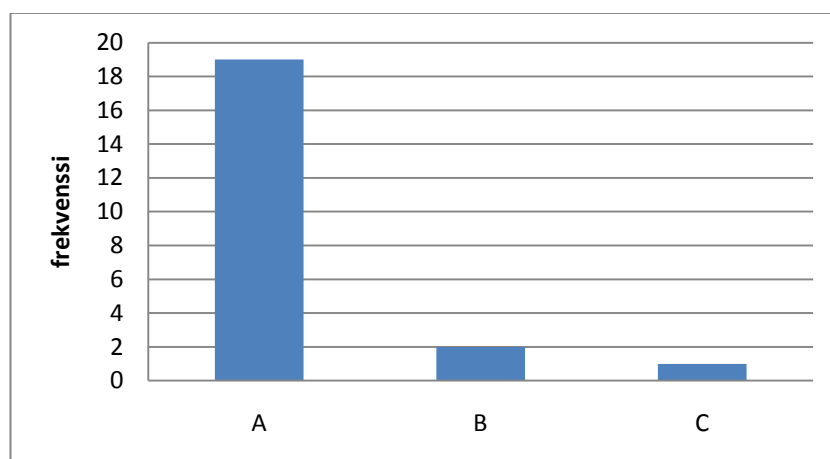
Taulukko 3. Hoitosuunnitelmaan kirjattujen Ravitsemushoitotarpeiden, tavoitteiden ja hoitotyön toimintojen määrät koeryhmässä A, ei-koeryhmässä B ja vertailuryhmässä C.

RYHMÄ	TARPEET	TAVOITTEET	HOITOTYÖN TOIMINNOT	YHTEENSÄ
A	73,3%	100,0%	87,5%	86,1%
B	13,3%		3,6%	5,1%
C	13,3%		8,9%	8,9%
YHTEENSÄ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Hoitosuunnitelmassa ainakin yksi tavoite on laadittu ryhmässä A kolmelle tarpeelle. B- ja C-ryhmissä ei ole merkitty yhtään tavoitetta.

Tarpeiden ja tavoitteiden välillä vallitsee sisällöllinen yhteys ja tavoitteet on ilmaistu potilaassa tapahtuvana muutoksena jokaisessa ryhmän A kolmessa ilmaistussa tavoitteessa. (Esimerkiksi erikoisruokavalion tarve, tavoite ymmärtää hyvän ravitsemuksen merkityksen, ravitsemustilan koheneminen).

Hoitosuunnitelmassa ryhmässä A on 19 ravitsemushoidon tarpeelle/ tavoitteelle kirjattu vähintään yksi hoitotyön toiminto ja ryhmässä B kahdelle sekä ryhmässä C yhdelle ravitsemushoidon tarpeelle/ tavoitteelle. (Kuvio 14)



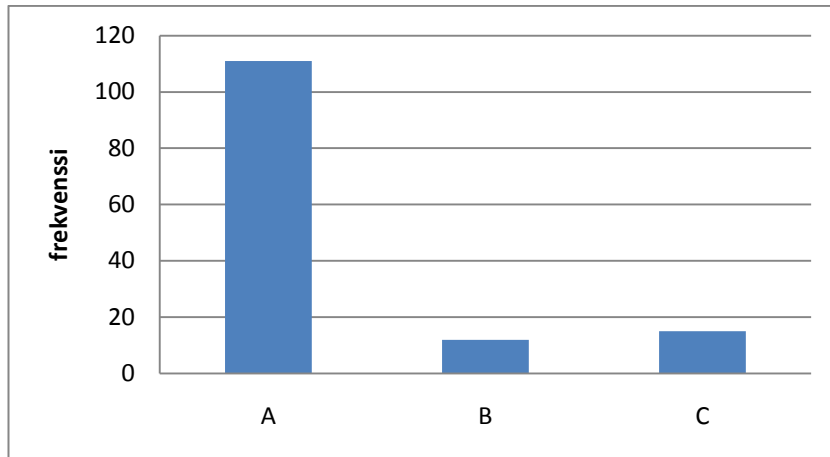
Kuvio 14. Ravitsemushoidon tarpeille/ tavoitteille kirjatut hoitotyön toiminnot

Kaikille tarpeille ja tavoitteille kirjatuilla hoitotyön toiminnoilla on jokaisessa ryhmässä sisällöllinen yhteys joko tarpeeseen ja/ tai tavoitteeseen.

8.2 Ravitsemushoidon toteutuksen kirjaaminen

8.2.1 Päivittäiset ravitsemushoidon tarpeet

Hoitokertomuksen hoitopäivien tarve- osiossa mainitaan otsikkona ravitsemushoitoon liittyvä Suomalaisen hoidon tarveluokituksen mukainen tarve ryhmällä A 111 kertaa ja ryhmällä B 12 kertaa sekä ryhmällä C 13 kertaa. (Kuvio 15)



Kuvio 15. Hoitopäivien hoidon tarveosiossa mainitut ravitsemushoitoon liittyvien SHTaL-tarveotsikkojen määrät ryhmissä A, B ja C.

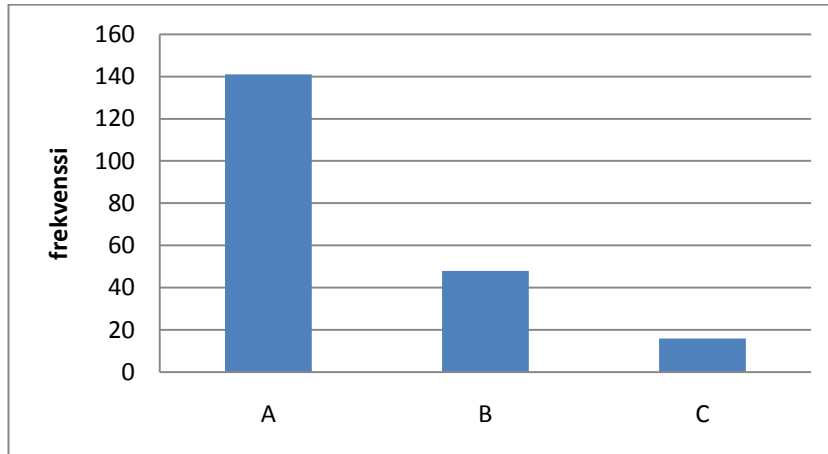
Hoitopäivien hoidon tarve-osiossa käytetyt otsikot olivat seuraavat. (Taulukko 4)

Taulukko 4. Hoitopäivien hoidon tarve-osiossa Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL) otsikot.

	Ryhmä A	Ryhmä B	Ryhmä C
Erittäminen	38	7	
Erittäminen	34	7	
ulostamiseen liittyvät häiriöt	4		
Terveyspalvelujen käyttö	10		
Terveyspalvelujen käyttö	10		
Ravitseminen	54	4	9
Ravitseminen	21	4	9
Erityisruokavalion tarve	23		
ravitsemukseen liittyvä tiedon tarve	7		
ruokavalio	3		
Päivittäiset toiminnot	5		
Päivittäiset toiminnot	5		
Jatkohoito	4	1	4
jatkohoito	1		2
hoidon jatkuvuuden tarve	3	1	2
Yhteensä	111	12	13

8.2.2 Päivittäiset ravitsemushoitotyön toiminnot

Suomalaisen hoitotyön luokituksen toiminto-otsikoista on käytetty A-ryhmässä 133 kpl, B-ryhmässä 50 kpl ja vertailuryhmässä C 16 kpl. (Kuvio 16)



Kuvio 16. Hoitopäivien hoitotyö-osiossa mainittujen ravitsemushoitoon liittyvien hoitotyön toiminto-otsikkojen määrät ryhmissä A, B ja C.

Hoitopäivien hoitotyön toiminto-osion Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen otsikoista on valittu ravitsemushoitoon seuraavia hoitotyön toimintoja (Taulukko 5 & Liite 6)

Taulukko 5. Hoitopäivien hoitotyön toiminto-osion Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen otsikot.

	Ryhmä A	Ryhmä B	Ryhmä C	Yhteensä
Erittäminen	43	40	10	93
Terveyspalvelujen käyttö	8			8
Ravitsemus	81	7	2	90
Päivittäiset toiminnot	5	1		6
Jatkohoito	4	2	4	10
Yhteensä	141	50	16	207

8.2.3 Hoitosuunnitelman ja hoitopäivien tarveotsikoiden vastaavuus

Ryhmän A käyttämistä ravitsemushoidon tarveotsikoista tulevat hoitosuunnitelman tarveluokituksesta erityisruokavalion tarve, ravitsemukseen liittyvä tiedon tarve, ruokavalio ja ulostamiseen liittyvät häiriöt. Suoraan SHTa-luokituksesta (ei hoitosuunnitelmasta) tulevat seuraavat kirjaukset : Erittäminen, terveystalvelujen käyttö, päivittäiset toiminnot, hoidon jatkuvuuden tarve ja jatkohoito. Hoitosuunnitelman ja hoitopäivien toteutus-tarveotsikot vastaavat toisiaan jossain määrin.

Ryhmän B hoitosuunnitelmassa käytetyt tarveotsikot ovat ruoka-aineallergia ja erityisruokavalio. Toteutuksessa käytetyt tarveotsikot ovat Erittäminen, ravitsemus ja jatkohoito. Kirjausta ei ole toteutettu hoitosuunnitelman pohjalta, vaan suoraan SHTa-luokituksesta, otsikot eivät siis vastaa toisiaan.

Ryhmän C hoitosuunnitelmassa on mainittu ainoastaan ravitsemukseen liittyvä tiedon tarve. Toteutuksessa on kirjattu seuraavat tarpeet: Ravitsemus, erittäminen, jatkohoito sekä hoidon jatkuvuuden tarve. Kaikki toteutuksen tarveotsikot ovat suoraan SHTa-luokituksesta eivätkä hoitosuunnitelmasta.

8.2.4 Hoitosuunnitelman ja hoitopäivien toiminto-otsikkojen vastaavuus

Ryhmä A:n kirjaamista hoitosuunnitelman hoitotyön toimintoluokituksesta tulevat ravitsemushoitotoiminnot toteutuvat kaikki, lisäksi suoraan SHTo-luokituksesta tulevat otsikot, jotka ovat komponenteittain luokiteltuina: Erittäminen, terveystalvelujen käyttö päivittäiset toiminnot ja jatkohoito. Hoitosuunnitelman ja toteutuksen otsikot vastaavat toisiaan jossain määrin.

Mikään ryhmä B:n toiminto-otsikoista ei tule hoitosuunnitelmista vaan kaikki tulevat suoraan SHTo-luokituksesta. Vastaavuutta ei ole

Ryhmä C:n hoitosuunnitelman ruokailun seuranta ja ravitsemustilan seuranta-otsikot toteutuvat hoitotyössä, lisäksi on käytetty SHToL-otsikoita erittäminen ja

jatkoahoito suoraan SHTo-luokituksesta. Hoitosuunnitelman ja toteutuksen otsikot vastaavat toisiaan jossain määrin.

8.2.5 Narratiivisen tekstin vastaavuus FinCC-luokituksen hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokitusten otsikoihin

Narratiivinen teksti vastaa hoidon tarve- sekä hoitotyön toimintokohdan FinCC-luokituksen mukaista otsikkoa ryhmän A ravitsemushoidon kirjauksissa täysin kahden potilaan kohdalla ja jossain määrin seitsemän kohdalla. Ryhmän B kirjauksissa narratiivinen teksti vastaa täysin kahdessa ja jossain määrin kolmessa tapauksessa luokituksen mukaisia otsikoita. Neljässä ei ole vastaavuutta. Ryhmän C ravitsemushoidon kirjauksissa narratiivinen teksti vastaa hoidon tarve- ja hoitotyökohtaa täysin yhdessä, jossain määrin kuudessa eikä lainkaan kahdessa tapauksessa. (Taulukko 6)

Taulukko 6. Narratiivisen tekstin vastaavuus hoidon-tarve- ja hoitotyön toimintoluokitusten FinCC-otsikoihin

	KYLLÄ	JOSSAKIN MÄÄRIN	EI	YHTEENSÄ
A	22,2%	77,8%		100,0%
B	22,2%	33,3%	44,4%	100,0%
C	11,1%	66,7%	22,2%	100,0%
YHTEENSÄ	18,5%	59,3%	22,2%	100,0%

Narratiivisen tekstin vastaamattomuus hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokitusten otsikoihin ilmenee kaikissa ryhmissä siten, että tekstissä saatetaan puhua ravitsemuksesta, vaikka otsikkotasolla sitä ei mainita. Narratiivinen teksti ei ole arvioivaa suhteessa hoitosuunnitelman tavoitteisiin eikä tarpeisiin minkään koeryhmän kirjaamisessa. Narratiiviset kirjaukset eivät myöskään arvioi kerta-luontoisesti valittujen hoitotyön toimintojen tulosta (vaikutusta) missään koeryhmässä.

8.3 Arvioinnin kirjaaminen

8.3.1 Hoitotyön tulosten arviointi

Hoitotyön tulosten arviointia ei ole kirjattu hoitosuunnitelmaan tavoitteiden alle, johon se tulisi kirjata, missään kolmessa tutkimusryhmässä.

8.3.2 Hoitotyön yhteenveto

Yhteenveto hoitojaksosta on tehty ryhmässä A viidelle potilaalle. Yhdelle ei ole tehty hoitotyön yhteenvetoa. Hoitojakso on kesken kolmella potilaalla. Ryhmässä B yhteenveto on tehty kahdeksalle potilaalle. Yhden potilaan hoitojakso jatkuu. Ryhmässä C yhteenveto on tehty seitsemälle potilaalle. Kahden potilaan hoitojakso ei ole päättynyt.

Ryhmän A hoitojakson yhteenvedoissa on mainittu ravitsemukseen liittyviä asioita seuraavasti: **Toimintakyky**-osiossa: ”Vatsa toimii päivittäin. Suolessa kovasti ilmaa. Uloste löysää.” **Tulos**-osiossa: ”Ruokahalu huono.1.4. MCT-öljy ruokavalion tehostamiseksi. Aiheutti oksentelua ja ripulointia. Yöllä veriripulointia. Potilas ei nauti juuri mitään. TYKS kir. EA:n selvittelyssä löydöksenä kuumainen virtsatieinfektio. Hoidon jälkeen potilaan vointi OK, ennallaan.” **Jatko-hoito**-osiossa: ”MNA 23 pistettä 24.2. Seuraava mittaus kotona puolen vuoden kuluttua.”

Ryhmässä B hoitojakson yhteenvedossa on mainittu ravitsemukseen liittyviä asioita seuraavasti. **Hoitotoiminto**-osiossa: ”Hieman ylipainoa ja todettu verensokerin olevan koholla. Potilas on motivoitunut elämäntapamuutokseen ja halunnut ruokavalionmuutoksen. Osastolla syönyt D-ruokaa. Kerrottu myös miten lähteä kotona miettimään ruokavalioasioita: Rasvojen laatu, kuitujen lisääminen, kasviksia. Potilaasta tehty jatkolähete ravitsemusterapeutille”.

Ryhmän C potilaiden hoitojakson yhteenvedoissa on mainittu ravitsemukseen liittyviä asioita seuraavasti: **Tulotilanne**-osio: ”Poika auttaa ruokailussa ym.” Hoidon tarve-osio: ”Vaimo laittaa ruoan. Kotihoito käy. Muistutetaan ruokailusta. Ei ateriapalvelun tarvetta. Laittaa itse ruoan. Ystävä hoitaa kauppa-asiat.” Hoito-

tulokset-osio: ”Syöminen edelleen hidasta, mutta saa itse syödyksi. Vatsa toiminut viimeksi 14.4. 2010”. **Toimintakyky**-osio: ”Poika auttaa ruoka-asioissa. Kokee tarvitsevänsä ravitsemukseen seurantaa, koska ei aina muista syödä, ei ole ruokahalua.” **Perustiedot**-osio: ” Poika hoitaa asiat kodin ulkopuolella, kuten ruoka-aineiden hankinnan. Laittavat yhdessä ruoan.”

9 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena selvittää lonkkamurtumapotilaiden ravitsemuskirjaamisen nykyhetken tilaa ortopedisella kuntoutusosastolla.

Tutkimusmateriaalina on yhteensä 27 potilaan hoidon dokumentointi, joka on jaettu kolmeen yhtä suureen ryhmään (n=9). A-ryhmä on samalla myös lääketieteellinen interventioryhmä. B-ryhmä on ei-koeryhmä ja C-ryhmä verrokkiryhmä.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Minkälainen ravitsemushoidon suunnitelma on laadittu?
2. Miten ravitsemushoidon toteutusta on kirjattu?
3. Miten ravitsemushoidon arviointia on kirjattu?

Kvalitatiivis-kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä saadut tulokset osoittavat ravitsemushoitokirjaamisen vähäiseksi ja epävarmaksi.

Hoitosuunnitelmaa ei juurikaan ole laadittu. Poikkeuksena on A-ryhmän hoitotarve-kirjaus 8 potilaalle yhdeksästä. Ei hoitotavoitetta eikä juuri hoitotoimintojakaan ole kirjattu. Komponentteja ja pää- sekä alaotsikoita on käytetty narratiivisesti. Eniten on otsikoista käytetty ravitsemuskomponenttia. MNA-mittari on mainittu usein. Hoitosuunnitelma ei elä ja muunnu päivittäisen potilaan hoitojakson eri vaiheissa.

Ravitsemushoidon toteutuskirjaaminen on toimintopainotteista. Hoidon tulosten arviointi puuttuu. Hoidon tarvetta ei ole mainittu hoitosuunnitelmassa eikä aina päivittäisessä kirjauksessakaan. Lähinnä ryhmän A kirjaukset ovat suosituksen mukaiset. B- ja C-ryhmillä on vain muutamia kirjauksia. Narratiivinen teksti päivittäisen hoitotyön toimintojen kirjaamisessa vastaa vain jossain määrin luokituksen otsikkoa. Toisinaan otsikko ja narratiivinen ovat ristiriidassa keskenään.

Toimintoluokituksen otsikoista on sekä hoitosuunnitelmassa että toteutuksessa kaikissa ryhmissä käytetty otsikkona eniten ravitsemuskomponenttia. Vain päivittäisen hoitotyön toiminnoissa on käytetty ryhmällä B ja C eniten erittämisotsikkoa.

Hoitotyön tulosten arviointia ei ole suoritettu päivittäin. Hoitotyön yhteenveto on laadittu yhtä potilasta lukuun ottamatta kaikilla, joiden hoitajakso on päättynyt. Kuudella potilaalla hoitajakso jatkuu. Yhteenvedossa ei ole yhtään arvioivaa kohtaa ravitsemushoidosta. Yhteenveto ei noudata kaikilta osin hoitotyön systemaattista prosessimallia.

Hoitotyön yhteenvedossa ravitsemushoitoa koskevat kirjaukset liittyvät ravitsemuksellisen jatkohoidon käytännön järjestelyihin ja ovat kirjattuina vaihtelevien otsikoiden alle, kuten hoitotoiminto, jatkohoito, perustiedot, tulotilanne.

Tutkimustuloksista ilmenee että tutkimusryhmien ryhmä A erottuu ryhmien B ja C kirjaamisista. A-ryhmällä on eniten kirjauksia. Ryhmien B ja C kirjatut ovat tasoltaan lähes identtiset ja vähäiset. Ryhmän A kirjaamisen tarkkuuteen saattaa vaikuttaa ravitsemushoitokirjausohje, joka on annettu RavLon potilaiden hoitajille. (Liite 7)

Tutkimustulos ei ole kovin luotettava koska tutkimusmateriaali on hyvin pieni. Yhden henkilön tieto vaikuttaa vinouttavasti lopputuloksiin, etenkin kun tieto on keskiarvosta paljon poikkeava. (Hirsjärvi 2007, 226-228.) Tämä ilmenee toimintoluokituksen otsikoista ryhmien B ja C kohdalla. Komponentti erittäminen tuli yleisimmäksi kahden potilaan pahoinvoinnin vuoksi.

Ravitsemushoidon kirjaamisesta emme ole löytäneet aikaisempia tutkimuksia, joihin voisimme peilata tuloksiamme. Etsimme vertailukohtaa yleisestä hoidon kirjaamistutkimuksesta.

Müller-Staubin työryhmän tekemässä kirjallisuuskatsauksessa hoitotyön luokitusten käyttämisestä apuna hoidon tarpeen määrittelyssä todettiin, että hoidon tarpeiden kirjaamisessa on puutteita ja tarpeen ja oireen välinen yhteys kirjaamisessa on niukkaa monissa yksiköissä. Kirjallisuuskatsauksesta ilmenee myös, että hoitotyön päätöksenteon prosessimallin ja hoitotyön luokitusten opettaminen hoitohenkilökunnalle nostavat kirjaamisen laatua huomattavasti. (Müller-Staub 2006, 514, 529.) Ravitsemushoitokirjaamisen kehittymismahdollisuuksiin antaa toivoa jo pelkistetyn RavLon-ravitsemuskirjaamisohjeen käyttö.

10 POHDINTA

Tämä opinnäytetyö tutkii lonkkamurtumapotilaan ravitsemushoidon kirjaamisen toteutumista ortopedisella kuntoutusosastolla.

Vanhuksilla yleinen lonkkamurtuma on osteoporoosin komplikaatio (Suomessa yli 7000 tapausta vuodessa). Olennaiseksi lonkkamurtumapotilaan toipumista edistäväksi ja pienempään kuolleisuuteen viittaavaksi tekijäksi on osoittautunut potilaan hyvä ravitsemustilanne, erityisesti kalsium ja D-vitamiini ovat osoittautuneet tärkeiksi. (Lüthje 2010.)

Kasvaviin geriatriisiin tarpeisiin tarvitaan uudenlaisia ratkaisuja ja palveluja. Ravitsemuskysymys ei suinkaan ole vähäisimpiä punnittavia. (Hakala 2010.)

Ravitsemushoidon osuus nousee tärkeäksi moniammatillisissa palvelukokonaisuuksissa. Ravitsemushoidon suunnitteluun, toteuttamiseen sekä vaikuttavuuden arviointiin tulee kiinnittää huomiota. Hoidon dokumentointi saa huomion kiinnittymään yksityisen potilaan yksittäisiin tarpeisiin. Systemattinen, rakenteinen kirjaaminen, ohjaa tiedostamaan hoidon tarpeita ja toimintoja, tehostaa hoitotyötä. (Müller-Staub 2006, 514.)

Tekemämme tutkimus osoitti, että ravitsemushoidon kirjaamisessa on vielä epävarmuutta. Varminta dokumentointi on lääketieteellisellä interventoryhmällä jota varten hoitava henkilökunta on saanut kirjallisen ohjeen ravitsemushoitotietojen dokumentointiin. Ohjaamisen merkitys painottuu. Kaikki toiminnot kirjaamisen kehittämisessä, lisäohjeistukset, ohjelmistojen kehittäminen ovat tarpeen. (Karjalainen 2007.) Müller-Staubin työryhmineen tekemästä kirjallisuuskatsuksesta käy ilmi että hoitotyön päätöksenteon prosessimallin ja hoitotyön luokitusten käytön opettaminen hoitohenkilökunnalle nostavat kirjaamisen laatua huomattavasti (Müller-Staub 2006, 514-529).

Joitakin vastustavia ääniä on kuulunut systemaattisen rakenteisen kirjaamisen implementoinnista hoitohenkilökunnan keskuudessa. Muutosvastarintaa perustellaan potilastietojärjestelmien toimimattomuudella sekä koneiden laitevioloilla. (Smith 2005, 135-136.) Suomessa on kuitenkin lakisääteisesti siirrytty FinCC-

luokitusten mukaiseen kirjaamisjärjestelmään. Kirjaamiseen harjaantuneet hoitajat raportoivat että potilaan tarpeiden määrittäminen auttaa hoitajaa antamaan yksilöllistä, kokonaisvaltaista hoitoa. Täsmällinen määrittäminen helpottaa hoidon tarpeen nimeämistä, tavoitteen asettamista sekä hoitotyön arviointia ja optimaalisten toimintojen valintaa. Elektroniset tarvekirjaukset ovat tiedonkulun, ajankäytön ja hoitoketjun toimivuuden kannalta edullisia. Hoitotyön diagnoosien tekeminen auttaa hoitajia keskittymään toimenkuvansa olennaisiin asioihin. (Axelsson 2006, 937-941.)

Ravitsemusterapeuttien liitto Yhdysvalloissa on kehottanut jäseniään pitämään itsensä ajan tasalla ja hankkimaan vähintään perustason valmiudet ravitsemushoidon dokumentointiin moniammatillisissa hoitoyhteisöissä. Liitto kannustaa jopa osallistumaan ravitsemushoitokirjaamisen kehittämistyöhön ja päivittämiseen. (Hoggle 2006.)

Systemaattisen rakenteisen kirjaamisen oppimistarpeeseen ratkaisuna voisi olla lyhytaikainen intensiivinen tehokoulutus. Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan kolmen kuukauden koulutuksen jälkeen kirjaamisen vaikeudet väistyvät ja edut astuvat tilalle. Myös tekniikan suomat mahdollisuudet helpottavat kirjaamistyötä ja antavat enemmän aikaa potilaalle. Tästä tulevaisuuden visiona hoitajien henkilökohtaiset taskutietokoneet. (Saba 13.4.2010. Luento.)

Jatkossa on kiintoisaa nähdä ja tutkia, miten lonkkapotilaan ravitsemushoidon dokumentointi kehittyy ja ravitsemushoito sen kautta. Mielenkiintoista olisi myös nähdä, miten ravitsemushoitokirjaaminen ja sen mukainen ravitsemushoito jatkuu jatkohoito paikassa, kotona tai laitoksessa ja mitenkä siirtymänivel kuntoutusosastolta jatkohoitoon toimii. Lonkkamurtumapotilaat tulevat usein sairaalaan aliravittuina kotoaan ja palaavat hoitajakson päätyttyä jatkohoitoon omaan kotiinsa tai laitokseen. Kirjaaminen voisi olla keino taata opittujen uusien ravitsemustottumusten jatkuminen.

CCC-lärjestelmä, johon Suomeen jalkautettu FinCC-luokitusjärjestelmä perustuu, oli alkuperäiseltä nimeltään HHCC (Home Health Care Classification) eli kotisairaanhoidon luokitusjärjestelmä. Se on mittari, joka kehitettiin tutkimustyö-

nä analysoimalla narratiivisia kotihoidon henkilökunnan kirjauksia. Sen tarkoituksena oli alun perin kartoittaa kotihoidon resursseja sekä tehdä kotisairaanhoidotyön toiminnot näkyviksi.

Suomessa kirjaamisen implementoinnin suunta on ollut päinvastainen, kehitys kulkee sairaalaympäristöstä kotihoitoympäristöön.

Olkoon mottona Norma Langia mukaellen: "If we can name it, we can control it, finance it, teach it, research it or put it into public policy."

11 LÄHTEET

Axelsson, L.; Björvell, C.; Mattiasson, A.-C. & Randers, I. 2006. Swedish Registered Nurses' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing* 15, 936-945.

Bachrach-Lindström, M.; Jensen, S.; Lundin, R. & Christensson, L. 2007. Attitudes of Nursing Staff Working with Older People towards Nutritional Nursing Care. *Journal of Clinical Nursing* 2007 Nov; 16 (11): 2007-14.

Clinical Care Classification system 2006. Background. Viitattu 3.2.2010. <http://www.sabacare.com/About/Background.html>.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Espoo: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. Silverprint.

Ensio, A. 1999. Näkymätön näkyväksi. Hoitotyön suunnitelman kehittämistarve. Teoksessa Saranto, K. & Korpela, M. (toim.) Tietotekniikkaa ja tiedonhallintaa Sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: WSOY.

Ensio, A. 2008. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen, A.-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOYoppimateriaalit Oy.

Goossen, W. 2003. The Nursing Reference Model. Teoksessa Clark, J. (toim.) Naming Nursing Proceedings of the first ACENDIO Ireland/ U.K. Conference held September 2003 in swansea, Wales, U.K. Verlag Hans Huber, Bern.

Haapa, E. & Pölonen, A. 2002. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä issn 11236-2115; 2001:14.

Haggle, L.; Michael, M.; Houston, S. & Ayres, E. 2005. American Nutrition Informatics. *Journal of the American Dietetic Association*. January 2006, 134-137.

Heikkilä, T. 2001. Tilastollinen tutkimus. 5.-6. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Henkilötietolaki 1999/ L523.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hovenga E.; Gard, S. & Heard, S. 2005. Nursing Constraint Models for Electronic Health Records. International Journal of Medical Informatics Vol 74. 2005, 886-898.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Jensen, J.; Jensen, T.; Smith, T.; Johnston, D. & Dudrick, S. 1982. Nutrition in Orthopaedic Surgery. The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume Vol 1982. 64 A No. 9, 1263-1272.

Kaila A. 2009. HoiData-loppuraportti 2007-2009. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 30.11.2009. Viitattu 25.4.2010. <http://www.VSSHP.fi/fi/4519>.

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

Karjalainen, R. 2007. Ravitsemushoito osana kokonaisvaltaista hoitotyötä. Viitattu 10.2.2010. <http://www.tedy.fi/tedy/index.php?>.

Käypä Hoito-suositus. Lonkkamurtumapotilaiden hoito 2006. Helsinki: Duodecim.

Käypä Hoito-suositus. Osteoporoosi 2006. Helsinki: Duodecim.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta annetun lain muuttamisesta 1.10.2010/ 794.

Laki potilaan asemasta oikeuksista 1992/ L785.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007/ L159.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/ L559.

Laki vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista. 2009/L617.

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1999/ L621.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällön analyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2006. Etiikka hoitotyössä 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.

Liljamo, P.; Kaakinen, P.; & Ensio, A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Lumbers, M.; Driver, L.; Howland, R.; Older, M. & Williams, G. 1996. Nutritional status and Clinical Outcome in Elderly Female Surgical Orthopaedic Patients. *Clinical Nutrition* 1996. 15, 101-107.

Lüthje, P. 2010. Lonkkamurtumapotilaat eivät saa asianmukaista osteoporoosihoitoa. *Suomen Lääkärilehti* 1-2/ 2010

Müller-Staub, M.; Lavin, M.-A.; Needham, I. & van Achterberg, T. 2006. Nursing Diagnoses Interventions and Outcomes – Application and Impact on Nursing Practice: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 56 (5), 514-531.

Nuutinen, O.; Mikkonen, R.; Peltola, T.; Silaste, M.; Siljamäki-Ojansuu, U.; Uotila, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2009. Ravitsemushoitosuositus. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 15.4.2010

<http://www.evira.fi/portal/vrn/fi/ravitsemussuositukset/erillisryhmat/ravitsemushoitosuositus>.

Olofsson, B.; Stenvall, M.; Lundström, M.; Svensson, O. & Gustafsson, Y. 2007. Malnutrition in Hip fracture Patients. An Intervention Study. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 16/ 2007, 2027-2038.

Partanen, R. 2009. Ravitsemushoidon menetelmät. Teoksessa Hyytinen M.; Mustajoki, P.; Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. (toim.) Ravitsemushoito-opas. Helsinki: Duodecim.

Peregrin, T. 2009. Personal Electronic Health Records Sharing Nutrition Information across the Health Care Community. *Journal of the American Dietetic Association* Vol 109 No 12/2009 December 2009, 1988-1991.

Räihä, I. 2005. Vanhusten ravitsemus. Teoksessa Aro, A.; Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Saba, V. 2006. Clinical Care classification (CCC) System Manual New York: Springer Publishing Company, LLC.

Saba, V. 2010. Nursing Informatics Workshop. 13.4.2010. Helsinki.

Salmela, M. 2010 luento Hoidon kehittäminen 11.1. Turun Ammatikorkeakoulu.

Saranto, K. 2008. Miksi systemaattista kirjaamista tarvitaan. .

Smith, K.; Smith, V.; Krugman, M. & Oman, K. 2005. Evaluating the impact of computerized clinical documentation. *Computers, Informatics, Nursing* 23.

Söderhamn, U.; Bachrach-Lindström, M. & Ek, A.-C. 2007. Self-Care Ability and Sense of Coherence in Older Nutritional at Risk Patients. *European Journal of Clinical Nutrition* (2008) 62, 96-103.

Suominen, M.; Finne-Soveri, H.; Hakala, P.; Hakala-Lahtinen, P.; Männistö, S.; Pitkälä, K.; Sarlio-Lähteenkorva, S. & Soini, H. 2009. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Viitattu 15.4.2010. <http://www.evira.fi/portal/vrn/fi/ravitsemussuositukset/erillisryhmat/ikaantyneet>.

Tanttu, K. & Ikonen, H. 2008. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tanttu, K. & Sonninen, A.-L. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOYoppimateriaalit Oy.

Tanttu, K. 2009. HoiData-loppuraportti 2007-2009. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 30.11.2009. Viitattu 25.4.2010. <http://www.VSSHPI.fi/fi/4519>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

FinCC-luokitusten komponentit ja niiden sisältöjen kuvaukset (Liljamo 2008.)

KOMPONENTTI	Komponentin sisällön yleiskuvaus
Aktiviteetti	Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset
Erittäminen	Ruansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
Selviytyminen	Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät
Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät
Terveyskäyttäytyminen	Terveysten edistämiseen liittyvät osatekijät
Terveyspalvelujen käyttö	Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät
Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
Ravitsemus	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
Kanssakäyminen	Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät
Turvallisuus	Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit
Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
Psyykkinen tasapaino	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät
Aistitoiminta	Aistien toimintaan liittyvät osatekijät
Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
Jatkohoito	Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät
Elämäntapa	Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät
Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät
Aineenvaihdunta	Endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät

MNA-lyhytversio


 Mini Nutritional Assessment
 MNA®

Sukunimi:		Etunimi:		
Sukupuoli:	Ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Lopullisen seulonnan kokonaispistemäärä.

Seulonta	
A Onko syöminen vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, syöminen on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, syöminen on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia	<input type="checkbox"/>
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	<input type="checkbox"/>
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona	<input type="checkbox"/>
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai depressio 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>
F1 Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²) 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23 3 = BMI on 23 tai enemmän	<input type="checkbox"/>
JOS ET VOI LASKEA BMI:Ä, KORVAA KYSYMYS F1 KYSYMYKSELLÄ F2. ÄLÄ VASTAA KYSYMYKSEEN F2, JOS OLET JO VASTANNUT KYSYMYKSEEN F1.	
F2 Pohkeen ympäröimitta (PYM), cm 0 = PYM on alle 31 cm 3 = PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>
Seulonnan tulos (Maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila 8-11 pistettä: Virhe aliravitsemukselle kasvanut 0-7 pistettä: Aliravittu	

Halutessasi syväemmän arvioinnin, täydennä pidempi MNA® lomake, joka on saatavilla www.mna-elderly.com -sivuilla.

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivuilta.

MNA-pitkäversio

Mini Nutritional Assessment
MNA®

Sukunimi:		Etunimi:		
Sukupuoli:	Ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

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

Seulonta	
A Onko syöminen vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, syöminen on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, syöminen on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia	<input type="checkbox"/>
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	<input type="checkbox"/>
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona	<input type="checkbox"/>
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>
F Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²) 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23 3 = BMI on 23 tai enemmän.	<input type="checkbox"/>
Seulonnan tulos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(välisumma maksimi 14 pistettä)	
12 pistettä tai enemmän:	riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut, arviointia ei tarvitse jatkaa
11 pistettä tai vähemmän:	riski virheravitsemukselle on kasvanut, jatka arviointia
Arviointi	
G Asuuko haastateltava kotona 1 = kyllä 0 = ei	<input type="checkbox"/>
H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>
I Painehaavaumia tai muita haavoja iholla 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:466-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutri Health Aging 2006; 10:466-467.
© Nestlé, 1994, Revision 2006, 16/7200 12/99 10M
Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivulta.

J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit) 0 = 1 ateria 1 = 2 ateriaa 2 = 3 ateriaa	<input type="checkbox"/>
K Sisältääkö ruokavalio vähintään	
• yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä	kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
• kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot)	kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
• lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä	kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastaus 0.5 = jos 2 kyllä-vastausta 1.0 = jos 3 kyllä-vastausta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia 0 = ei 1 = kyllä	<input type="checkbox"/>
M Päivittäinen nestejuonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu...) 0.0 = alle 3 lasillista 0.5 = 3-5 lasillista 1.0 = enemmän kuin 5 lasillista	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Ruokailu 0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 = syö itse ongelmitta	<input type="checkbox"/>
O Oma näkemys ravitsemustilasta 0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus 1 = on epävarma ravitsemustilastaan 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia	<input type="checkbox"/>
P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samankäisiin 0.0 = ei yhtä hyvä 0.5 = ei tiedä 1.0 = yhtä hyvä 2.0 = parempi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Olkavarren keskikohtan ympärysmitta (OVY cm) 0.0 = OVY on alle 21 cm 0.5 = OVY on 21-22 cm 1.0 = OVY on yli 22 cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Pohkeen ympärysmitta (PYM cm) 0 = PYM on alle 31 cm 1 = PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>
Arviointi (maksimi 16 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Seulonta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ravitsemustilan arviointiasteikko

17-23,5 pistettä riski virheravitsemukselle kasvanut
alle 17 pistettä kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta

Analyysirunko

LONKKAMURTUMAPOTILAAN RAVITSEMUSHOIDON KIRJAAMINEN / SISÄLLÖNANALYYSIRUNKO

A. Minkälainen hoitosuunnitelma on?

1. Onko ainakin yksi ravitsemushoitoon liittyvä **tarve** kirjattu sille varattuun kohtaan?

Kyllä Ei

2. Montako ravitsemushoitoon liittyvää tarvetta yhteensä? _____

3. Mitä tarpeita? (Luetellaan otsikot.)

4. Onko ainakin yhden otsikon alla myös vapaatekstiä?

Kyllä Ei

5. Jos on, niin mitä? (Kirjataan kaikki tekstit sanastaunaan.)

6. Onko tarpeen määrittelyssä mainittu jonkin mittarin tulos?

Kyllä Ei

7. Jos on, niin minkä?

8. Onko ravitsemushoitoon liittyvä **tavoite** kirjattu sille varattuun kohtaan?

Kyllä Ei

9. Montako ravitsemushoitoon liittyvää tavoitetta yhteensä? _____

10. Monelleko ravitsemushoitoon liittyvälle tarpeelle on laadittu ainakin yksi tavoite? _____

11. Mitä tavoitteita? (Kirjataan sanasta sanaan.)

12. Onko tarpeiden ja tavoitteiden välillä yleensä sisällöllinen yhteys?

Kyllä Ei Tavoitteita ei ole laadittu

13. Onko tavoitteet yleensä ilmaistu potilaassa tapahtuvana muutoksena?

Kyllä Ei Tavoitteita ei ole mainittu

14. Onko ravitsemushoitoon liittyviä **keinoja** kirjattu niille varattuun kohtaan?

Kyllä Ei

15. Montako ravitsemushoitoon liittyvää keinoa yhteensä? _____

16. Mitä keinoja? (Luetellaan otsikot.)

17. Onko ainakin yhden otsikon alla myös vapaatekstiä?

Kyllä Ei

18. Jos on, niin mitä? (Kirjataan kaikki tekstit sanasta sanaan.)

19. Monelleko ravitsemushoitoon liittyvälle tavoitteelle / tarpeelle on laadittu ainakin yksi keino? _____

20. Onko tavoitteiden / tarpeiden ja keinojen välillä yleensä sisällöllinen yhteys?

Kyllä Ei

B. Toteutuksen kirjaaminen

21. Montako kertaa **Hoidon tarve** -kohdassa mainitaan otsikkona ravitsemushoitoon liittyvä tarve? _____

22. Mitä tarpeita? (Luetellaan kaikki otsikot ja lasketaan niiden määrät.)

23. Montako kertaa **Hoitotyö**-kohdassa mainitaan otsikkona ravitsemushoitoon liittyvä keino? _____

24. Mitä keinoja? (Luetellaan kaikki otsikot ja lasketaan niiden määrät.)

→ 21. ja 23. lasketaan koko hoitajakson ajalta (joka päivältä, aamu- ja iltavuoroista). Otsikko voi olla komponentti-, pääluokka- tai alaluokkatasoinen, ja se voi liittyä muuhunkin komponenttiin kuin ravitsemukseen. Jos samassa työvuorossa ravitsemushoitoon liittyviä tarve- tai toiminto-otsikoita on enemmän kuin yksi, lasketaan ne kaikki erikseen.

25. Vastaako **Teksti** Hoidon tarve- ja Hoitotyö-kohtaa ravitsemushoidon osalta? (Tarkastellaan koko hoitajakson ajalta: joka päivältä, aamu- ja iltavuoroista.)

Kyllä (= täysin) Jossain määrin Ei

26. Jos ei vastaa täysin, niin miten vastaamattomuus pääasiassa ilmenee?

27. Onko toteutuksen kirjaaminen ravitsemuksen osalta kiinteä osa potilaan yksilöllistä hoitotyön suunnitelmaa? Tämä päätellään vertaamalla hoitosuunnitelman tarve- ja keino-otsikoita kysymysten 22 ja 24 osoittamiin toteutuksen tarve- ja keino-otsikoihin.

Kyllä (= täysin) Jossain määrin Ei

28. Onko Teksti ravitsemuksen osalta **arvioivaa** suhteessa hoitosuunnitelman tavoitteisiin / tarpeisiin? (Tarkastellaan koko hoitajakson ajalta: joka päivältä, aamu- ja iltavuoroista.)

Kyllä (= pääasiassa) Jossain määrin Ei

29. Onko Teksti ravitsemuksen osalta arvioivaa suhteessa **kertaluontoisesti** valittujen auttamismenetelmien tuloksiin (= vaikutus)? (Tarkastellaan koko hoitajakson ajalta: joka päivältä, aamu- ja iltavuoroista.)

Kyllä (= pääasiassa) Jossain määrin Ei

Kertaluontoisia hoitotyön toimintoja ei ole valittu

C. Arvioinnin kirjaaminen

30. Onko ravitsemukseen liittyvää **arviointia** kirjattu sille varattuun kohtaan (= hoitosuunnitelmaan tavoitteiden alle)?

Kyllä Ei

31. Onko hoitajaksoista tehty **yhteenveto**?

Kyllä Ei Hoitajakso ei ole päättynyt

32. Onko jokin ravitsemukseen liittyvä asia mainittu yhteenvedossa?

Kyllä Ei Yhteenvetoa ei ole tehty

33. Jos on, niin missä yhteenvedon kohdassa (tarve, toiminnot, tulos) ja mikä?

HoiData-kirjaamisen arviointilomake 1

KIRJAAMISEN ARVIOINTILOMAKE

arviointikohde= yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitajakso/yhteenveto tai pkl-käynti)

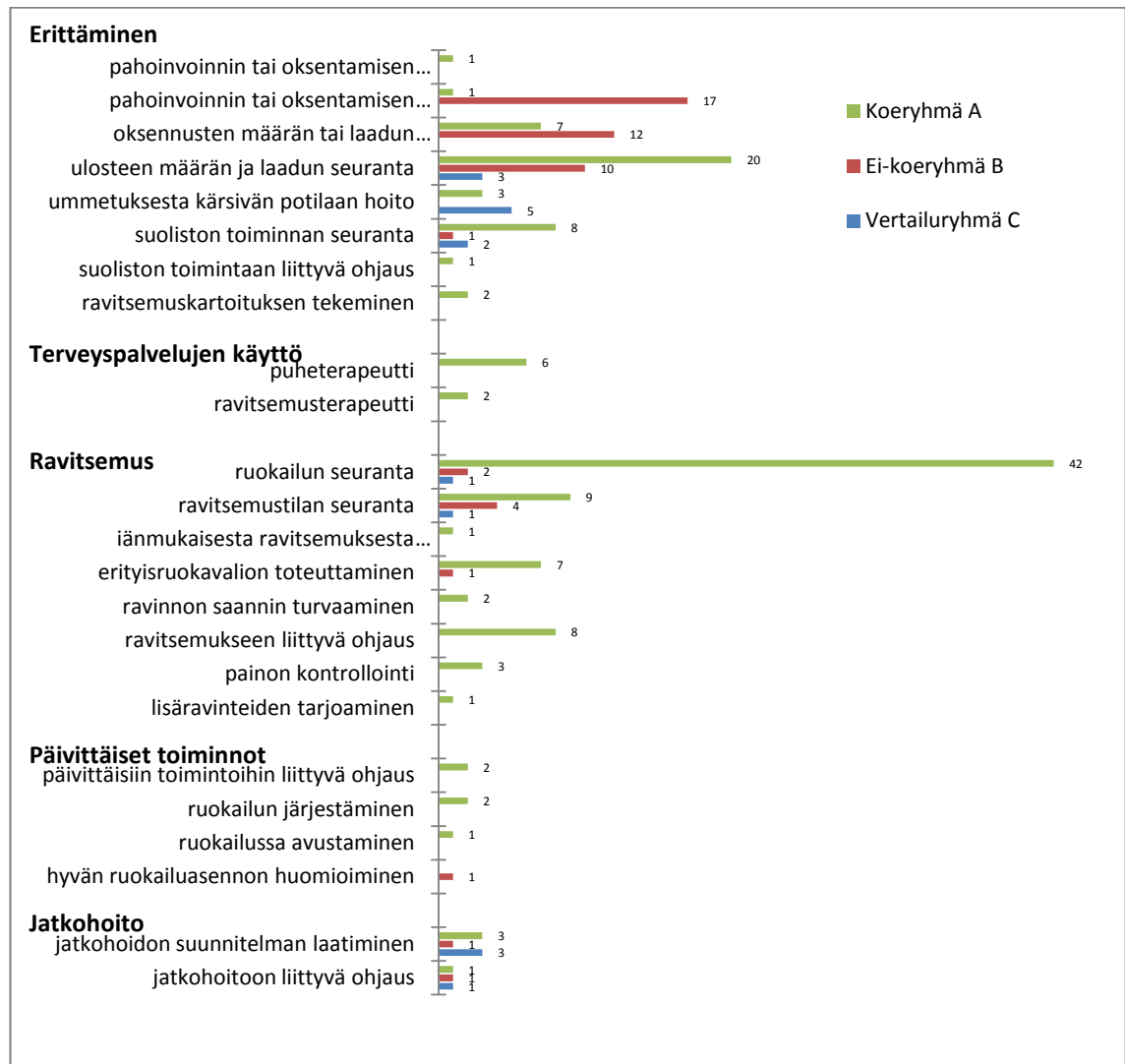
Nro	Arvioitava osio Minimilaatutaso: kohdat 1-2,4-5 ja 13 kirjattu	Kyllä =1	Ei =0
1	Tarve: onko tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?		
2	Tavoite: onko tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan?		
3	Onko valitut auttamismenetelmät kirjattu jo suunnitteluvaiheessa		
4	Toteutus: onko toteutus kirjattu sille varattuun kohtaan?		
5	Tuloksen arviointi: onko arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?		
6	Onko tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?		
7	Onko tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?		
8	Onko tarve ilmaistu potilaan tarpeena?		
9	Onko tavoite ilmaistu potilaan tavoitteena?		
10	Onko toteutuksen kirjaaminen kiinteä osa potilaan yksilöllistä hoitotyön suunnitelmaa?		
11	Onko tulos ilmaistu suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen?		
12	Onko valitun auttamismenetelmän tulos arvioitu / onko valituilla auttamismenetelmillä ollut vaikuttavuutta?		
13	Yhteenveto: onko yhteenveto tehty hoitajaksesta, pitkäaikaispotilaasta < 3 kk tai sarjakäynnistä? <u>Ei koske yksittäistä pkl-käyntiä</u>		

ilmiö/asia löytyy = yksikin maininta riittää täyttämään kyllä-kriteerin

Kohta 8	Kyllä	tarve ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena, tarpeena
	Ei	tarve ilmaistu hoitajan tekemisenä esim. potilaan tiedon tarve kontrolliajasta, jatkohoito, toimenpide
Kohta 9	Kyllä	tavoite ilmaistu potilaan tekemisenä, potilaan toiminta on kuvattu verbinä esim. potilas tekee, tuntee, osaa, hallitsee, ymmärtää, tietää, pärjää, potilaan tilanne pysyy ennallaan
	Ei	tavoite on ilmaistu hoitajan tekemisenä esim. mobiilsointi onnistuu, huomioidaan asentohoito, seurataan haavavuotoa
Kohta 10	Kyllä	toteutus on yhteydessä potilaan yksilölliseen tavoitteeseen esim. avustaminen, auttaminen, seuranta, tarkkailu, ohjaaminen, tukeminen, rohkaiseminen juuri tällä potilaalla HUOM! tässä kirjaus kuuluu olla hoitajan tekemistä
	Ei	hoitajan toiminta on kirjattu irrallisena, rutiinimaisena tekemisenä tai potilaan tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole edes kirjattu esim. annettu ohjelehtinen, keskustelu ravitsemuksesta (ilman tarkempaa sisältöä), muistutettu, kehoitettu potilasta tekemään
Kohta 11	Kyllä	tulos on vertailua suhteessa potilaan tavoitteen saavuttamiseen (ks. kohta 9)
	Ei	tulos on kuvausta hoitajan tekemisestä esim. ohjaus suoritettu, jatkohoito järjestetty, kotiutui taksilla, sai reseptit mukaan
Kohta 12	Kyllä	On kirjattu vähintään yhden auttamismenetelmän vaikutus potilaan näkökulmasta esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30, päänsärky helpottui, keskusteltu ravitsemuksesta, yrittää kokeilla "lautasmallia", epäileväinen vielä onnistuuko
	Ei	On kirjattu auttamismenetelmä ja sen toteutus, mutta ei mainintaa sen tuloksesta esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30, mutta ei ole mainintaa autoiko se potilasta, keskusteltu ravitsemuksesta, mutta ei mainintaa, mikä oli keskustelun tulos

Arja Kaila, Leena Kuivalainen 2008©

Päivittäiset hoitotyön toiminnot ravitsemushoidon toteutuksessa



RAVLON-KIRJAAMINEN HOITOTYÖN NÄKÖKULMASTA

Kaikille Ravlon-tutkimukseen osallistuville potilaille merkitään Hoitotyö-näyttöön Toimenpiteisiin TUTPOT. Selite-kenttään kirjataan Ravlon-tutkimus. Päivämäärä on se, jolloin suostumus on saatu ja allekirjoitettu. Raportin kirjauksen yhteyteen Ravlon- tutkimusta ei mainita.

Tämä merkitään sekä ylä- että alakerran tutkimuspotilaille.

Yläkerta

Tarve:

Kaikille Ravlon-potilaille hoitosuunnitelmaan tarve Ravitseminen > **Erytisruokavalion tarve** potilailla, joilla MNA-pisteissä riski. **Ravitsemukseen liittyvä tiedon tarve** potilailla, joiden MNA-pisteissä ei ole riski aliravitsemukseen.

Hoitotyön diagnoosi-kenttään kirjataan potilaan ravitseminen, syömiseen jne. liittyvää esitietoa. Aina mainittava MNA-pisteiden määrä. ”Kertoo syöneensä huonosti viime aikoina. Sanoo olevansa masentunut. Muisti alentunut, MMSE-pisteet xxx, GDS-pisteet xxxx” .

Tavoite:

Ymmärtää hyvän ravitsemustilan merkityksen

Ravitsemustilan kohentuminen

Suunnitellut toiminnot (= keinot)

Ravitseminen > Ravitsemustilan seuranta. Selite-kenttään kirjataan MNA

Ravitseminen > Ruokailun seuranta. Selite-kenttään kirjataan Ruokapäiväkirja

Ravitseminen > Erytisruokavalion toteuttaminen. Selite-kenttään kirjataan Rikastettu ruoka

Ravitseminen > Ravitsemustilan seuranta > Painon kontrollointi

Ravitseminen > Ravitsemukseen liittyvä ohjaus

Psyykkinen tasapaino > Mielialan seuranta

Potilaan ravitsemustilaa, ruokailua ja siihen liittyvää ohjausta kirjataan arvioivasti päivittäin.

.....

Alakerta:

Ravlon-potilaille tulee hoitosuunnitelmaan tarve aina, jos MNA-pisteiden mukaan on aliravitsemusriski (= Pisteet alle 23,5). Muuten tarve määritellään yksilöllisesti mm. Pahoinvointi, Ruokahaluttomuus, Nielemisvaikeudet, Ravitsemuksen muutos jne..

Hoitotyön diagnoosi-kenttään merkitään MNA-pisteiden määrä ja esitietoa tarpeeseen liittyen.

.....

Kirjausotsikoita:

MNA = Ravitsemustilan seuranta

GDS = Mielialan seuranta

Ruokapäiväkirja = Ruokailun seuranta

Jos potilas haluaa keskeyttää RAVLON-tutkimuksen, merkitään Hoitotyön Toimenpiteisiin TUTPOT selitekenttään päivämäärä, jolloin lopetti.