

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

2013

Reetta Kiikeri

RAVITSEMUSHOIDON OSAAMINEN ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoitaja (ylempi AMK) | Kehittäminen ja johtaminen

2013 | sivuja 76 + 6 liitettä

Ohjaaja: Raija Nurminen

Reetta Kiikeri

RAVITSEMUSHOIDON OSAAMINEN ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Hyvä ravitseminen edistää terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Se ehkäisee sairauksia, edistää toipumista sekä vähentää lisäsairauksien vaaraa. Aliravitseminen tai sen riski ovat yleisiä sairaalahoidossa olevilla potilailla. Kotimaassa ja ulkomailla tehdyissä tutkimuksissa on todettu sairaalapotilaiden hoidossa puutteita aliravitsemuksen tunnistamisessa ja ravitsemushoidossa.

Tämä kehittämisprojekti oli osa Hoi-Pro-projektia (Tulevaisuuden sairaala – hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015). Kehittämisprojektiin liittyvä tutkimus koski Turun yliopistollisen keskussairaalan entistä sisätautien klinikkaa, joka on vuoden 2013 alusta jakautunut kahdelle toimialueelle: medisiiniselle toimialueelle ja sydänkeskukseen. Kehittämisprojekti toteutettiin osittain yhdessä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) ravitsemustyöryhmän kanssa.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin Delfoi-menetelmän sovellusta. Ensimmäinen kierros muodostui ravitsemushoitoon liittyvistä aiemmista tutkimuksista, tämänhetkisistä suosituksista ja ohjeistuksista. Toinen kierros toteutettiin tietokonevälitteisenä kyselynä (n=88) ja kolmas kierros asiantuntijapaneelina (n=10). Kyselyyn vastasivat sisätautien klinikan eri yksiköiden esimiehet, sairaanhoitajat ja perushoitajat. Kyselyn tulokset analysoitiin sekä tilastollisesti että sisällön analyysillä.

Kyselyn tulokset olivat yhteneväiset aiempien tutkimusten kanssa. Aliravitsemuksen seulontamenetelmät eivät olleet tuttuja, ravitsemushoidon kirjaaminen tapahtui harvoin suositusten mukaisesti ja VSSHP:n omat ohjeet ja suositukset olivat vähäisessä käytössä. Kehittämistyö kohdennettiin ravitsemusyhdyshenkilötoimintaan, heidän osaamisensa lisäämiseen sekä tehtäväkuvauksen määrittämiseen.

Projektin tuloksena syntynyt osaamiskartta voidaan jatkossa käyttää ravitsemushoidon osaamisen määrittämisen ja kehittämisen työvälineenä eri toimintayksiköissä. Ravitsemusyhdyshenkilön rooli- ja tehtäväkuvaus toimii osana yhdyshenkilötoiminnan kehittämistä, johon jatkossa kuuluvat säännölliset tapaamiset ja koulutukset.

ASIASANAT:

Ravitseminen, ravitsemushoito, osaaminen, osaamiskartta

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health care | Development and Leadership -program

2013 | pages 76 + 6 pages of appendices

Instructor: Raija Nurminen

Reetta Kiikeri

KNOWLEDGE OF NUTRITIONAL CARE IN SPECIALIZED HEALTH CARE SETTING

Good nutrition improves health, function and quality of life. It prevents illnesses, improves recovery and decreases the danger of additional diseases. Malnourishment or the risk for it is common for hospitalized patients. Studies in Finland and abroad have shown deficiencies on hospitalized patients care in recognition of malnourishment and nutritional care.

This development project was a part of Hoi-Pro-project (the Future Hospital – Nursing development project 2009-2015). The conducted study involved the former Internal Medicine's Unit, which from the beginning of 2013 has been divided into two divisions: Medicine division and the Heartcentre. The development project was partly conducted together with the Nutritional work group of the Southwest Finland Hospital District.

An application of the Delfoi Method was used as the research method for the project. The first round was formed of previous studies on nutritional care, current recommendations and guidelines. The second round was implemented as an electronic survey (n=88) and the third round as an expert panel (n=10). The results of the study were analyzed both statistically and qualitatively.

The results of the survey were consistent with previous studies. The malnourishment screening methods were unknown, the documentation of nutritional care was rarely carried out according to current recommendations and also the District's own guidelines and recommendations were rarely used. The developmental part of the project was targeted to the function of nutrition liaisons, adding to their nutritional care knowledge and defining their duties.

The produced knowledge map of nutritional care can be used as a tool for defining and developing the needed nutritional care knowledge in different hospital units. The role and duty description of nutrition liaisons will function as a part of developing the liaison system in the future.

KEYWORDS:

Nutrition, nutritional care, knowledge, knowledge map

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	7
1 JOHDANTO	8
2 KEHITTÄMISPROJEKTI	9
2.1 Kehittämiprojektin lähtökohdat	9
2.2 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoite	10
3 KOHDEORGANISAATIO	12
3.1 Organisaation kuvaus	12
3.2 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin organisaatiomuutos	13
4 OSAAMINEN	16
4.1 Osaamisen määrittely	16
4.2 Osaamisen hallinta ja johtaminen	17
4.3 Osaamisen kehittäminen ja osallistava toiminta	19
4.4 Osaaminen hoitotyössä	20
5 RAVITSEMUS JA RAVITSEMUSHOITO	23
5.1 Ravitsemus	23
5.2 Ravitsemushoito ja sen merkitys	24
5.3 Ravitsemushoito osana kokonaisvaltaista potilashoitoa	26
6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS	30
6.1 Empiirisen tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	30
6.2 Empiirisen tutkimuksen toteutus	30
6.2.1 Tutkimusmenetelmä	30

6.2.2 Aineiston keruu ja kuvaus	31
6.3 Aineiston analyysi	35
7 KYSELYN TULOKSET	38
8 RAVITSEMUSHOIDON OSAAMINEN	50
8.1 Ravitsemushoidon osaamisen eri osa-alueet	50
8.2 Ravitsemushoidon vastuualueet	53
8.3 Ravitsemushoidossa tarvittava perus- ja erityisosaaminen	54
8.3.1 Poliklinikkahoitotyön perus- ja erityisosaaminen	56
8.3.2 Toimenpidehoitotyön perus- ja erityisosaaminen	57
8.3.3 Vuodeosastohoitotyön perus- ja erityisosaaminen	57
8.4 Ravitsemushoidon osaamisen kehittäminen osallistavan johtamisen menetelmin	58
9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	65
9.1 Empiirisen tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	65
9.2 Tuotetun tiedon merkitys ja hyödyntäminen	66
9.3 Jatkokehittämissuhteet	67
10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	69
LÄHTEET	74

LIITTEET

- Liite 1. Tyks:n organisaatiokaavio 2013
- Liite 2. Kyselylomake
- Liite 3. Saatekirje
- Liite 4. Asiantuntijajapaneelin valmis materiaali
- Liite 5. Toimeksiantosopimus
- Liite 6. Riskianalyysi

KUVAT

Kuva 1. Esimerkki kyselyn vastausvaihtoehdoista	31
Kuva 2. Esimerkki asiantuntijapaneelin etukäteismateriaalista	33
Kuva 3. Esimerkki kyselyn tulosten taulukoinnista	34
Kuva 4. Esimerkki osaamiskartan ensimmäisen vaiheen yhdestä osiosta	36
Kuva 5. Ravitsemusyhdyshenkilön rooli- ja tehtäväkuvaus	62

KUVIOT

Kuvio 1. Vastaajat toimipisteittäin	38
Kuvio 2. Vastaajien työaika vuosina	38
Kuvio 3. Vastaajat työyksiköittäin	39
Kuvio 4. Vastaajat työtehtävittäin	39
Kuvio 5. Ravitsemustilan seulontamenetelmien käyttö	41
Kuvio 6. VSSHP:n ravitsemuskäsikirjan käyttö	43
Kuvio 7. VSSHP:n ravitsemushoitomallin käyttö	44
Kuvio 8. VSHHP:n ohjepankin käyttö	44
Kuvio 9. Muiden tietolähteiden käyttö	45
Kuvio 10. Ravitsemushoidon merkityksellisyys	46
Kuvio 11. Ravitsemushoidon toteutuminen	46
Kuvio 12. Oma ravitsemushoidon osaaminen	47
Kuvio 13. Toteutusmalli Silfverbergin projektikäsitettä mukaillen	68

TAULUKOT

Taulukko 1. Energiatarpeen arviointi	25
Taulukko 2. Avoimien kysymysten vastausmäärät	35
Taulukko 3. Kyselyyn vastanneiden taustatietoja	37
Taulukko 4. Ravitsemushoidon tulotilanne	40
Taulukko 5. Ravitsemushoidon kirjaaminen	42
Taulukko 6. Ravitsemushoidon vastuut ja tehtävät	52
Taulukko 7. Ravitsemushoidon osaamiskartta eri toimipisteittäin	54
Taulukko 8. Kehittämisehdotukset	66

KÄYTETYT LYHENTEET

Tyks	Turun yliopistollinen keskussairaala
VSSH	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
T-pro	Tyks:n toiminnan ja organisaation muutos
Hoi-Pro	Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015
Vajaaravitsemus	Vajaaravitsemus tarkoittaa energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saannin puutetta, ylimäärää tai epäsuhtaa niiden tarpeeseen nähden, mistä aiheutuu haitallisia muutoksia kehon kokoon, koostumukseen, toimintakykyyn tai hoitotulokseen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 24,256).

1 JOHDANTO

Euroopan neuvoston vuoden 2002 julkilausuman mukaan kaikilla potilailla on oikeus laadukkaaseen ravitsemushoitoon. Toimiva ravitsemushoito edellyttää vastuiden määrittelyä ja sujuvaa yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. Ravitsemushoidon suunnittelussa otetaan huomioon ravitsemustila, lääketieteelliset ja eettiset tekijät sekä potilaan oma tahto. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 16-17.)

Kotimaisten ja ulkomaisten tutkimusten kautta on saatu tietoa ravitsemushoidon puutteista ja aliravitsemuksen esiintyvyydestä sairaalapotilailla. Nämä aiheuttavat kustannuksia muun muassa pidentyneinä hoitoaikoina ja lisääntyneenä infektioalttiutena (Elia ym. 2005). Potilaan kokonaisuhoitoon tulee aina sisältyä arvio ravitsemustilasta ja mahdollisesta tehostetusta ravitsemushoidosta (Aro, Mutanen & Uusitupa 2012, 605-606)

Tämä kehittämisprojekti oli osa Hoi-Pro-projektia (Tulevaisuuden sairaala - hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015). Projektin tarkoituksena oli laatia osaamiskartta, joka sisältää ravitsemushoidon perus- ja erityisosaamiskuvaukset hoitotyön eri toimintayksiköissä (poliklinikalla, toimenpideyksikössä ja vuodeosastolla).

Kehittämisprojektin tuloksena muodostettiin ravitsemushoidon osaamiskartta sekä kehitettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) ravitsemusyhdyshenkilötoimintaa määrittelemällä yhdyshenkilön rooli- ja tehtävät.

2 KEHITTÄMISPROJEKTI

2.1 Kehittämiprojektin lähtökohdat

Sairaalahoidossa olevilla potilailla esiintyy merkittävästi aliravitsemusta (Meijers, Scholl, Van Bokhorst – de van der Schueren, Dassen, Janssen & Halfens 2009; Vanderwee, Clays, Bocquaert, Gobert, Folens & Defloor 2010; Suominen 2007; Suominen, Muurinen, Routasalo, Soini, Suur-Uski, Peiponen, Finn-Soveri & Pitkälä 2005). Ravitsemushoidon puutteita esiintyy esimerkiksi lonkkamurtuma -, diabetes- ja tehohoitopotilailla (Avenell & Handoll, 2010; Joffe, Anton, Lequie, Vandemeer, Tjosvold, Larsen & Hartling 2009; Perman, Ciapponi, Crivelli, Garrote, Loudet & Perman 2009; Lassen, Kruse & Bjerrum 2005). Hoitotyössä puutteita on havaittu ravitsemushoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Puutteina ovat olleet aliravitsemuksen tunnistaminen ja hoito (Wentzel Persenius 2008; Suominen 2007; Suominen, Muurinen, Routasalo, Soini, Suur-Uski, Peiponen, Finn-Soveri & Pitkälä 2005), ravitsemushoidon kirjaaminen (Mattinen 2007) ja ravitsemustieto (Schaller & James 2005). Sairaalahoidossa olevien potilaiden ravitsemushoidon tehostaminen vähentää potilaan sairaalassaoloaikaa ja tuo kustannussäästöjä, kun sairauksista toipuminen nopeutuu ja hoitoaika lyhenee (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 5).

Ravitsemushoidon toteuttaminen on osa kokonaisvaltaista ja laadukasta hoitoa ja hoitotyötä. Jokaisen potilaan vajaaravitsemusriski tulee seuloa viimeistään toisena hoitopäivänä. Ravitsemushoito suunnitellaan potilaan yksilöllisten tarpeiden, tavoitteiden ja näkemysten perusteella. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 27,30.)

Ravitsemushoidon osaamisen kehittämisen taustalla olivat osaamisen kuvaamiseen, osaamisen johtamiseen sekä osallistavaan kehittämiseen liittyvät menetelmät (Toikko & Rantanen 2009, 90; Viitala 2008; Hätönen 2005, 9, 27). Perustehtävän mukainen ydinosoaminen määrittellään organisaation vision, strategian ja tavoitteiden kautta ja se voidaan jakaa eri yksiköiden tasolla osaamisalueiksi ja osaamisiksi (Sydänmaanlakka 2007, 131-133). Kehittämiprojekti

perustui Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiaan ja tavoitteisiin. VSSHP:n strategisena tavoitteena on kehittää ja ylläpitää koko henkilöstön sekä erikoissairaanhoidon vaatimaa osaamista. VSSHP:ssa henkilöstön tarvittava osaaminen on jaettu osaamisen viitekehyksen mukaisesti kliiniseen osaamiseen, ammatilliseen vastuuseen, vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamiseen, opettamiseen ja ohjausosaamiseen, johtamis- ja päätöksenteko-osaamiseen sekä uudistumis- ja kehittämisosaamiseen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012c, 8; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010a, 4; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Satakunnan sairaanhoitopiiri 2010b, 7; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2006, 12.) Kehittämisprojektissa osaamisella tarkoitetaan ravitsemushoidon osaamisen kehittämistä ja ylläpitoa.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Turun yliopistollisen keskussairaalan (Tyks) sisätautien klinikalla alkoi kesällä 2011 ravitsemushanke. Hanke toteutui Raison sairaalan sisätautien vuodeosastolla, jossa keskityttiin vanhusten vajaa-ravitsemuksen seulontaan, ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Tämä kehittämisprojekti oli osa ravitsemushanketta ja koski Tyks:n sisätautien klinikkaa kokonaisuudessaan. Kehittämisprojekti oli myös osa VSSHP:n HoiPro-projektia, jonka yhtenä tavoitteena on tuottaa osaamiskuvauksia tulevaisuuden eri toimialueille. Kehittämisprojekti tuotti tietoa ravitsemushoidon osaamisesta erikoissairaanhoidossa. Kehittämisprojekti liitetään VSSHP:n uuden sydäntoimialueen (sydänkeskuksen) osaamiskuvauksiin, mutta on käytettävissä myös uudella medisiinisellä toimialueella.

2.2 Kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoite

Kehittämisprojektin pitkän ajan tavoite oli hoitohenkilökunnan ravitsemushoidon osaamisen ja potilaiden saaman ravitsemushoidon laadun parantaminen Tyks:n sisätautien klinikalla.

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli laatia osaamiskartta, joka sisältää ravitsemushoidon eri osaamisalueet jaoteltuna VSSHP:n osaamisen viitekehyksen mukaisesti sekä ravitsemushoidon perus- ja erityisosaamiskuvaukset hoitotyön

eri toimintayksiköissä (poliklinikalla, toimenpideyksikössä ja vuodeosastolla). Osaamiskarttaa käytetään jatkossa ravitsemushoidon osaamisen määrittämisen ja kehittämisen työvälineenä.

Kehittämiprojektin välittömiä tavoitteita ovat

1. Tunnistaa ravitsemushoidon osaamisen eri osa-alueet
2. Tunnistaa ravitsemushoidon eri vastualueet
3. Määrittää ravitsemushoidon perus- ja erityisosaaminen hoitotyön eri toimintayksiköissä (poliklinikalla, toimenpideyksikössä ja vuodeosastolla)
4. Kehittää ravitsemushoidon osaamisen kehittäminen osallistavan johtamisen keinoin

Kehittämiprojektin tuloksena kuvataan ravitsemushoidon osaamisen osaamiskartta, vastualueiden määrittely sekä ravitsemusyhdyshenkilöiden rooli- ja tehtäväkuvaus.

3 KOHDEORGANISAATIO

3.1 Kohdeorganisaation kuvaus

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluja Turun yliopistollisessa keskussairaalassa, neljässä aluesairaalassa ja kahdessa psykiatrisessa sairaalassa, joissa on yhteensä noin 1370 sairaansijaa. Sairaanhoitopiirillä on noin 6500 vakinaista työntekijää. VSSHP järjestää laissa säädetyt erikoissairaanhoidon palvelut omalla toimialueellaan ja huolehtii lain mukaisten erityistason sairaanhoitopalvelujen saatavuudesta erityisvastuualueellaan. Erityisvastuualueeseen kuuluu Varsinais-Suomen lisäksi Satakunta ja vuoden 2013 alusta myös Vaasan sairaanhoitopiiri. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012e.)

Sairaanhoidon järjestelyt ovat Suomessa muutoksessa useasta syystä. Uudet jatkuvasti kehittyvät hoitomahdollisuudet merkitsevät uusia, parempia hoitotapoja. Suurten ikäluokkien vanhetessa monien sairauksien ilmaantuvuus väestötasolla suurenee ja tästä johtuen potilaiden lukumäärä lisääntyy. Hoitomenetelmien kehitys tuo parempia hoitotuloksia, mutta samalla myös kustannuspaineita. Työn vaativuudesta johtuen ammattitaitoisen henkilökunnan merkitys korostuu. (Korvenranta & Särkkä 2010, 5.)

Tulevaisuuden sairaalassa toteutetaan organisointimallia, jonka peruseriaate on tuoda potilaan ympärille mahdollisemman paljon tarvittavia resursseja, kuten lääkäreitä, hoitajia, laitteistoa ja tietoa. Tavoitteena on hoitamisen johtaminen. Potilaslähtöisten palvelujen uusi tuottamistapa parantaa laatua, terveyshyötyjä, toiminnallisuutta ja kustannustehokkuutta. Kun potilas osallistuu yhä enemmän hoitoonsa, paranevat laatu, tulokset, hoidon vaikuttavuus ja kustannustehokkuus. (Korvenranta & Särkkä 2010, 6.)

T-PRO-hankkeen (Tyks:n toiminnan ja organisaation muutos – T-Pro) tavoitteena on järjestää sairaanhoitopalvelujen tuotanto potilaslähtöisesti ja yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. Tavoitteena on, että potilasryhmän hoitoon kohdistettu

prosessi muodostaa toiminnallisen ja hallinnollisen kokonaisuuden, johon kuuluvat myös tukipalvelut. (Korvenranta & Särkkä 2010, 10.)

T-pro-hankkeen visio:

”T-sairaala on asiakkaiden, henkilökunnan ja omistajien arvostama prosessiohjatun sairaanhoidon huippusairaala. Uudet toimintatavat, hoidon laatu ja tulokset tekevät T-sairaalaista halutun ja turvallisen sairaalan.” (Korvenranta & Särkkä 2010, 10.)

Tyksen ja koko sairaanhoitopiirin toimintatapaa muutettiin voimassa olevan strategian mukaisesti vuosina 2011–2012 tukemaan entistä enemmän potilaslähtöistä hoitamista, jossa tärkeänä tavoitteena oli hoitotapahtumien kokonaisuuksien hallinta ja johtaminen entisen yksikkökeskeisyyden sijaan. (Korvenranta & Särkkä 2010, 4.) VSSHP:llä on käynnissä myös Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015 (Hoi-Pro). Se on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun (Turun AMK) yhteinen projekti, joka on osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin T-sairaalan toiminnan kehittämisen hanketta (T-Pro hanke), jonka keskeisenä tavoitteena on suunnitella sairaalan palvelut toimialuekohtaisesti. (Kummel 2012, 3.)

3.2 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin organisaatiomuutos

Tyks siirtyi käyttämään uutta organisaatiomallia 1.1.2013 alkaen. Siinä on kahdeksan toimialuetta ja kaksi palvelualuetta (Liite 1). Toimialueet ovat lasten ja nuorten klinikka, medisiininen toimialue, naisten klinikka, neuron toimialue, operatiivinen toiminta ja syöpätaudit, sydänkeskus, tules (tuki- ja liikuntaelinsairaudet) toimialue sekä vatsaelinkirurgian ja urologian klinikka. Palvelualueita ovat asiantuntijapalvelut ja totek (toimenpidepalvelut, tehohoito ja kivun hoito). Medisiinisellä toimialueella toimivat kaikki vanhan sisätautien klinikan erikoisalajat (poislukien sydänsairaudet) sekä uutena muun muassa ihosairaudet ja kliininen fysiologia. Sydänkeskuksen toimialueella hoidetaan kaikki sydänsairauksiin liit-

tyvä, kuten rytmihäiriöt sekä sydän ja rintaelinkirurgia. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2013.)

Kehittämiprojektin empiirisen osan toimintaympäristön organisaatiomalli muuttui ennen projektin valmistumista. Kehittämiprojekti koski aiempaa sisätautien klinikkaa, joka on VSSHP:n uudessa organisaatiomallissa jaettu sydän- ja medisiiniseen toimialueeseen. Uusi medisiininen toimialue pitää sisällään akuutin sisätautihoidon, endokrinologian, gastroenterologian, hematologian, ihoklinikan, infektioaudit, keuhkosairaudet, nefrologian ja reumatologian erikoisalajat (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2013). Projektin empiirinen osa toteutui ennen organisaatiomuutosta ja projektin tuloksia tullaan käsittelemään aiemman organisaatiomallin mukaisesti. Projektin tuloksia voidaan kuitenkin hyödyntää molemmilla uusilla toimialueilla.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sisätautien tulosyksikköön kuului Tyks:n sisätautien klinikka. Fyysisesti klinikka oli jakautunut Paimion yksikön (reumatologia) ja Turun yksikön (endokrinologia, gastroenterologia, hematologia, infektioaudit, kardiologia, nefrologia ja reumatologia) välillä. Potilaita hoidettiin sekä poliklinikoilla, toimenpideyksiköissä että vuodeosastoilla. Osastopotilaista suuri osa saapui hoitoon ensiapupoliklinikan kautta. Erikoispoliklinikat hoitivat sisätautipotilaita, jotka vaativat erityistä diagnostista ja hoidollista osaamista, jota ei muualla voinut antaa. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012e.)

Organisaatiomuutoksen myötä ravitsemushoidon organisointi muuttui osittain. Aikaisemman käytännön mukaisesti ravitsemushoidon päävastuu pysyi edelleen hoitavalla yksiköllä. Yksikön lääkäriellä on vastuu potilaan kokonaishoidosta, johon ravitsemushoito kuuluu osana. Yksikön esimiehellä on vastuu henkilökunnan ravitsemushoidon osaamisen ylläpitämisestä, jotta hoito toteutuu määräysten ja suositusten mukaisesti. Ravitsemusterapeutit ovat mukana ravitsemushoidossa ja potilashoidossa konsultaatioiden muodossa sekä toiminnan ylläpitämisessä muun muassa suunnittelemalla eri ruokavalioita ja kehittämällä organisaation ravitsemukseen liittyviä suosituksia. Ravitsemusterapeutit olivat

vanhassa organisaatiomallissa jaoteltuna eri klinikoiden alaisuuteen. Uudessa organisaatiomallissa asiantuntijapalveluiden alle muodostettiin ravitsemusterapeuteille oma yksikkönsä (Liite 1).

4 OSAAMINEN

4.1 Osaamisen määrittely

Osaamisella tarkoitetaan yksilön, tiimin, ryhmän, organisaation tai verkoston osaamista, joka muodostuu tiedoista, taidoista, kokemuksesta sekä ihmisten mahdollisuudesta ja kyvystä yhdistää osaamisiaan (Nurminen 2011, 32). Osaamisessa yhdistyvät tietojen ja taitojen monipuolinen ja luova käyttäminen, ajattelun taidot, kyky organisoida työtä ja työskennellä ryhmässä, oppimaan oppimisen taidot, kyky joustaa ja mukautua muutoksiin ja toimintaa samalla kehittäen (Hätönen 2005, 12). Osaaminen on ammatillista perus- ja erityisosamista, jossa teoretiedon hallinta, käytännöllinen osaaminen ja sosiaaliset vuorovaikutustaidot kohtaavat (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010b).

Osaamiskäsitettä määriteltäessä usein käytetään rinnakkain kompetensstermiä (engl. competence). Myös kvalifikaatio (engl. qualification) ja taito (engl. skills) liitetään usein suomenkielen osaamistermiin. Kompetenssi on käsitteenä laajempi kuin tiedot ja taidot ja sitä voidaan kutsua myös ammattitaidoksi. Ammattitaito määrittyy yksilön ominaisuuksien ja asenteiden sekä työn osaamisvaatimusten kautta. Hyvä ammattitaito voidaan määrittää monipuoliseksi ja kokonaisvaltaiseksi kyvyksi suoriutua työtehtävistä ja hallita omaa työtään. Työtehtävien hyvä hallinta mahdollistaa tehtävistä suoriutumisen itsenäisesti, sisältää vastuullisuuden työsuorituksesta ja tuloksista ja tuottaa onnistumisia myös muutostilanteissa. (Rantanen & Isopahkala-Bouret 2010, 14-15; Hätönen 2005, 13; Viitala 2008, 112-113.)

Osaaminen on oppimisprosessin tulos, jota voi kehittää ja harjoitella. Osaamisen kehittäminen sisältää uuden oppimisen ja vanhan poisoppimisen. Poisoppimisella tarkoitetaan tietoisesti tiettyjen asioiden siirtämistä sivuun, etteivät ne ohjaa käyttäytymistä. Osaaminen on kyky toimia ja käyttää tietoja, taitoja, asenteita, kontakteja ja kokemuksia. Hyvä osaaminen johtaa hyvään suoritukseen, joka johtaa erinomaisiin tuloksiin. Joskus osaaminen on tiedostamatonta. Jos

henkilö ei tiedosta osaamistaan, hän ei ehkä osaa hyödyntää sitä riittävästi. (Sydänmaanlakka 2004, 150-151.)

VSSHP:n strategiassa vuosille 2007–2015 on täydennyskoulutuksen alle kirjattuna organisaation osaamisen johtaminen. Siinä määritellään, että osaamisen johtaminen on suunnitelmallista. Johtamiseen tulee sisältyä osaamiskartoitukset sekä strategia- ja tarvelähtöisten koulutusten suunnittelu, toteutus ja seuranta. Tavoitteena on ylläpitää ja kehittää henkilöstön osaamista ja erikoissairaanhoidossa tarvittavia tietoja ja taitoja. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Satamkunnan sairaanhoitopiiri 2010b; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2006, 12.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin perusarvojen mukaisesti ravitsemushoitoa tulee toteuttaa näyttöön perustuen, potilaslähtöisesti, tehokkaasti, laadukkaasti sekä potilaan terveyttä ja hyvinvointia edistäen. Henkilökunnan ravitsemushoidon osaamista tulee kehittää ja ylläpitää sekä heidän työhyvinvointiaan edistää muun muassa osallistamalla heitä hoitotyön kehittämiseen ja uudistamiseen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010a; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2006, 5.)

4.2 Osaamisen hallinta ja johtaminen

Työelämässä tällä hetkellä on osaamiseen liittyen useita uudistumisen ja muuttumisen haasteita. Henkilöstön eläkepoistuman myötä henkilöstön riittävyys tulee olemaan yksi tulevaisuuden suurimmista haasteista. Potilaslähtöisyyteen, laatuun, vaikuttavuuteen ja tuloksellisuuteen liittyvät osaamisvaatimukset vaativat tulevaisuudessa henkilöstöltä yhä enemmän teknologia- ja palveluosaamista, monikulttuurisuuden hallintaa, arvo-osaamista, yhteistyöosaamista sekä omaan alaan liittyvää erityisosaamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 23; Nurminen 2011, 8-9.)

Osaamisen arviointi tuo esiin osaamisen tilan vahvuuksineen ja heikkouksiineen. Osaamisen arvioinnin avulla saadaan selville missä ovat suurimmat osaamispuutteet suhteessa organisaation tavoitetilaan. Arviointi näyttää suuntaa kehittämiselle, antaa perusteita rekrytointi- ja urasuunnittelulle ja joskus jopa

organisaation strategian muutokselle. Osaamisen johtamisen tärkein osa on organisaatiossa toimivien ihmisten osaamisen tason nostaminen ja vaaliminen sekä sen tehokas hyödyntäminen. (Viitala 2008, 16.)

Henkilöstön osaaminen varmistetaan kehittämällä henkilöstöä eri keinoin. Kehittämisen tavoitteena on yksilön ja organisaation työsuorituksen ja tuloksellisuuden sekä työhyvinvoinnin parantaminen ja sen osaamisen turvaaminen, jota tarvitaan palvelun varmistamiseksi. Tulevaisuuden osaamistarpeita ennakoidaan tekemällä muun muassa osaamiskartoituksia ja osaamisen kehittämissuunnitelmia. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2008, 1; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010a, 8.)

Osaamisen kuvaaminen tuottaa yhtenäisen käsityksen organisaation kokonaisosaamisesta ja antaa tietoa tarvittavasta osaamisesta organisaation eri tasoilla ja eri tehtävissä. Osaamisen kuvaamisen tavoitteena on saada organisaation tarvitsema tulevaisuuden osaaminen näkyvään muotoon esimerkiksi osaamistasokuvausten kautta, jotta pystytään suunnittelemaan ja toteuttamaan yksilö-, ryhmä- ja organisaatiokohtaisia kehityssuunnitelmia ja -arviointeja. (Hätönen 2005, 9, 27.)

Osaamisen johtaminen on yksilön, ryhmän ja organisaation osaamisen ylläpitoa ja lisäämistä siten, että organisaation tavoitteet saavutetaan vision mukaisesti. Osaamisen johtamisen tavoitteina ovat organisaation rakenteiden, järjestelmien, toimintamallien ja kulttuurin kehittäminen niin, että ne tukevat osaamisen kertymistä ja jakamista organisaatiossa. Johtaminen perustuu organisaation visioon, strategiaan ja tavoitteisiin. Onnistuneen osaamisen johtamisen tulokset näkyvät toimintatapojen kehittymisenä, parempina palveluina ja lopulta parantuneena tuloksena (esimerkiksi hoidon laatuina). (Sydänmaanlakka 2004, 133; Viitala 2008, 38.)

Osaamisen johtaminen on osaamisen ylläpitoa, lisäämistä ja kehittämistä, jotta organisaation strategia ja tavoitteet voidaan saavuttaa. Organisaation johdon tärkein tehtävä on luoda oppimista edistävä ilmapiiri ja oppimisen mahdollistaminen työssä. Osaamisen johtamisen tarkoituksena on turvata organisaatiossa

nyt ja tulevaisuudessa tarvittava osaaminen. Työntekijä vastaa itse oman ammattitaitonsa kehittymisestä ja ajan tasalla pitämisestä, kun taas esimiehet omissa yksiköissään mahdollistavat sen esimerkiksi antamalla työaikaa ja tiedonhankintamahdollisuuksia. (Viitala 2008, 23-24, 38, 50; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 67.)

4.3 Osaamisen kehittäminen ja osallistava toiminta

Kehittäminen on konkreettista toimintaa, jolla tähdätään määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. Kehittämisen tavoite on muutos, joka on parempi tai tehokkaampi kuin aiempi toimintatapa. Lähtökohtana voi olla nykyisen toiminnan ongelmat tai uusi visio tai strategia. (Toikko & Rantanen 2009, 14-16.) Tässä työssä ravitsemushoidossa havaitut puutteet toimivat kehittämisen lähtökohtana ja ravitsemushoidon osaamisen kehittyminen tavoitteena.

Osallistavassa kehittämistoiminnassa pyritään oppimaan toisilta. Konkreettisen kehittämisprosessin lisäksi on tärkeää kiinnittää huomiota myös organisointitapoihin, johtamiskulttuuriin ja koulutukseen. Kehittämistoiminta edellyttää henkilökunnan aktiivista osallistumista ja vuorovaikutusta. Henkilökunnan osallistaminen on mahdollisuuksien tarjoamista, kun taas osallistuminen on mahdollisuuksien hyödyntämistä. (Toikko & Rantanen 2009, 89-90, 95.)

Osallistava toiminta on tärkeä osa hoitotyön ammattimaista johtamista. Se luo hoitotyöhön johtamisrakenteen, jonka avulla ammatilliseen toimintaan liittyvää päätöksentekovoimaa delegoidaan organisaatiossa työskenteleville ammattilaisille. Osallistava johtaminen antaa hoitohenkilöstölle mahdollisuuden vaikuttaa omaan työhönsä sekä organisaation muihin toiminta-alueisiin. Osallistavan toiminnan on todettu parantavan työolosuhteita, työilmapiiriä, henkilöstön ja johtajien välistä vuorovaikutusta sekä tiedottamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 34-35.)

Työntekijän näkökulmasta kehittämistyöhön osallistumista voidaan tarkastella jaetun asiantuntijuuden käsitteen avulla. Jaettu asiantuntijuus soveltuu etenkin laajojen ja moniammatillisten verkostojen toiminnan kehittämiseen. Asiantunti-

jan toimintaan kuuluvat oppiminen ja taidot, joiden avulla asiantuntija osaa yhdistää tietoa käytännön ongelmien ratkaisemiseen ja ammatilliseen kehittämiseen. Jaetulla asiantuntijuudella tarkoitetaan prosessia, jossa ryhmän jäsenet voivat ratkaista monimutkaisia ongelmia asiantuntijuuttaan ja kokemuksiiaan jakamalla sekä yhteiseen tavoitteeseen sitoutumalla. Asiantuntijaryhmä kykenee ratkaisemaan ongelmia paremmin kuin ryhmän yksittäiset toimijat erikseen ja asiantuntijuus kehittyy asiantuntijoiden verkossa. Verkostoituminen tukee yksittäisten henkilöiden ja organisaation oppimista. Työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksien kehittäminen on tärkeää, koska niiden yhtenä työn hallinnan osatekijänä on todettu vähentävän työn suurien vaatimusten haittaavuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 34-35.)

4.4 Osaaminen hoitotyössä

Opetusministeriö on vuonna 2006 määritellyt, että sairaanhoitajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu osaamisesta, johon kuuluvat kymmenen eri osa-alueita: eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö sekä lääkehoito. (Opetusministeriö 2006, 64.)

Hoitotyön perustana on, että sairaanhoitajien toiminta perustuu tietoon ja osaamiseen ja tuottaa potilaalle turvallista hoitoa (Sairaanhoitajaliitto 2012). Hoitotyön osaaminen on määritelty ammatillisena perusosaamisena sekä kliinisenä osaamisena, joka sisältää kliinisen perusosaamisen ja kliinisen erityisosaamisen. Ammatillinen perusosaaminen on työrooliin liittyvää, kaikille yhteistä ja yksiköstä riippumatonta. Kliininen osaaminen on työyksikköön kohdennettua ja kaikille yhteistä. Se jaetaan kliiniseen perusosaamiseen (työyksikössä tarvittavaa ja siellä kaikille yhteistä) ja kliiniseen erityisosaamiseen (vaativaa hoitotyön kliinistä osaamista työyksikössä). (Nurminen 2011, 32.)

VSSH:n hoitotyön toimintaohjelmassa todetaan henkilöstön osaamisen olevan keskeinen tekijä pyrittäessä hyvinvoivaan henkilöstöön (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010a). Osaamisen kehittäminen on myös yhteydessä henkilöstön

pysyvyyteen. Hoitajien työpaikkaan ja ammattiin sitoutumisen tunnetta vahvistaa, jos työssä on mahdollisuus hyödyntää osaamistaan, kehittyä ja oppia uutta sekä saada ammattitaitoa edistävää koulutusta. Työntekijät odottavat, että he voivat työssään hyödyntää kykyjään ja tyydyttää tarpeitaan. (Juuti & Vuorela 2004, 18-19; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 67.)

Schaller & James (2005) totesivat australialaisessa tutkimuksessaan, että hoitajien ravitsemustietous oli vähäistä tai kohtalaista. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön toimintaohjelman mukaan henkilökunnan ravitsemushoidon osaamista tulee kehittää ja ylläpitää sekä heidän työhyvinvointiaan edistää muun muassa osallistamalla heitä hoitotyön kehittämiseen ja uudistamiseen. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin perusarvojen mukaisesti ravitsemushoitoa tulee toteuttaa näyttöön perustuen, potilaslähtöisesti, tehokkaasti, laadukkaasti sekä potilaan terveyttä ja hyvinvointia edistäen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010a; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2006, 5.)

Ravitsemusosaamista on aiemmin määritelty yleisen ravitsemustietouden, ravitsemushoidon vastuiden ja asenteiden sekä ravitsemustieteen kautta (Salo 2012; Kim & Choue 2009; Schaller & James 2005). Tässä tutkimuksessa ravitsemushoidon osaaminen ja empiirisen osan tietokonevälitteinen kysely perustuvat Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuosituksiin vuodelta 2010 ja niiden mukaiseen ravitsemushoidon vastualueiden määrittelyyn, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin osastopotilaan ravitsemushoitomalliin sekä sairaanhoitopiirin perusarvojen mukaiseen potilashoittoon (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010a, 5; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010b).

5 RAVITSEMUS JA RAVITSEMUSHOITO

5.1 Ravitseemus

Hyvä ravitseemus edistää terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Se ehkäisee sairauksia, edistää toipumista sekä vähentää lisäsairauksien vaaraa (Valtion ravitseemusneuvottelukunta 2010a, 5; Ravitseemusterapeuttien yhdistys 2006, 54). Kaikilla potilailla on oikeus laadukkaaseen ravitseemushoitoon. Tavoitteena on, että potilas saa energiaa ja ravintoaineita tarvettaan vastaavasti ja ruokailu tuottaa mielihyvää. (Valtion ravitseemusneuvottelukunta 2010a, 16.)

Sairaalapotilaiden kohdalla on tehty tutkimusta muun muassa potilaiden ravitseemustilaan, aliravitsemuksen esiintyvyyteen sekä diabetesta sairastaviin ja tehohoitoa vaativiin potilaisiin liittyen (Avenell ym. 2010; Vanderwee 2010; Joffe ym. 2009; Meijers ym. 2009; Perman ym 2009; Lassen ym. 2005).

Asiayhteydessä käytetään usein myös osittain päällekkäisinä termeinä aliravitsemusta, virheravitsemusta ja vajaaravitsemusta. Aliravitsemuksessa ihmisen energian tai proteiinin saanti on riittämätön tarpeeseen nähden. Vajaaravitseminen tarkoittaa energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saannin puutetta, ylimäärää tai epäsuhdassa tarpeeseen nähden. Virheravitsemuksessa jonkin ravintoaineen saanti on epäsuhdassa muihin verrattuna. (Aro ym. 2012, 204; Valtion ravitseemusneuvottelukunta 2010a, 24.)

Hyvän ravitseemustilan ylläpitäminen on helpompaa kuin aliravitsemustilassa olevan potilaan ravitseemustilan korjaaminen. Aliravitsemustilan korjaaminen tai sen synnyn estäminen on tärkeää elimistön häiriöttömälle toiminnalle. Perustaudista riippumatta kokonaishoitoon tulee aina sisältyä myös arvio potilaan ravitseemustilasta ja mahdollisesta tehostetusta ravitseemushoidosta. (Aro ym. 2012, 527.)

Valtion ravitseemusneuvottelukunnan suositusten mukaan jokaisen potilaan vajaaravitsemusriski tulisi seuloa viimeistään toisena hoitopäivänä. Ravitseemushoidon toteuttaminen on näin ollen osa kokonaisvaltaista ja laadukasta hoitoa ja

hoitotyötä. Ravitsemushoito tulee suunnitella potilaan yksilöllisten tarpeiden, tavoitteiden ja näkemysten perusteella. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 27, 30.)

Suomessa kansallisella tasolla ravitsemushoidon linjauksia on tehnyt Valtion ravitsemusneuvottelukunta, joka on moniammatillinen työryhmä. Ohjeistuksia ja suosituksia on tehty muun muassa ikääntyneille, lapsille, opiskelijoille, raskaana oleville ja imettäville sekä sairaaloihin ja hoitoalalle. Näitä ohjeistusta suositellaan käytettäväksi sellaisenaan eri terveydenhuollon yksiköissä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2013; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 5.)

Ravitsemustila kuvastaa yksilön tai väestön ryhmän terveydentilaa, johon vaikuttavat ravintotekijöiden saanti ja hyväksikäyttö. Ravinnon niukka saanti tai sen hyväksikäytön häiriöt johtavat fysiologisten toimintojen häiriöihin, kuten raudan puute anemiaan. (Aro ym. 2012, 204.)

Kotimaisissa ja ulkomaisissa tutkimuksissa on saatu yhteneväisiä tuloksia siitä, miten yleistä aliravitsemus on. Meijers ym. (2009) totesivat hollantilaisessa tutkimuksessaan, että sairaaloissa 23.8 % potilaista oli aliravittuja, kotihoidossa 21.7 % ja vanhainkodeissa 19.2 %. Vanderwee ym. (2010) totesivat belgialaisessa tutkimuksessaan, että vanhusten osastoilla sairaaloissa 33 % oli aliravittuja ja 43 % olivat aliravitsemusriskissä. Suominen ym. (2005) totesivat tutkiansaan helsinkiläisten terveyskeskuksen pitkäaikaisosastojen potilaiden ravitsemustilaa, että 29 %:lla oli aliravitsemustila ja 60 %:lla riski virheravitsemukselle oli kasvanut.

5.2 Ravitsemushoito ja sen merkitys

Ravitsemushoito on terveyden edistämistä sekä sairauden hoitoa tai ehkäisyä ruokavalion avulla. Ravitsemushoitoon kuuluvat ravitsemustilan ja ravinnon tarpeen arviointi, ravintoanamneesi, tavoitteiden asettelu mahdollisuuksien mukaan potilaan kanssa, ravitsemushoidon toteutus, ravitsemusohjaus ja seuranta sekä vaikuttavuuden ja laadun arviointi. Toimiva ravitsemushoito edellyttää vastuiden määrittelyä, sujuvaa yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä sekä saama-

tonta tiedonsiirtoa eri toimijoiden välillä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 16, 255.) Ravitsemushoitoa ja sen tuloksia on tutkittu pitkäaikaishoitolaitosten, vanhainkotien ja yleisesti vanhuspotilaiden kohdalla. Hoito- ja ruokapalveluhenkilökunnan ravitsemuskoulutuksella oli myönteinen vaikutus iäkkäiden dementiakodin asukkaiden ravitsemukseen. (Suominen 2007; Suominen ym. 2005.)

Ravitsemustilan heikkeneminen ja vajaaravitsemus johtavat heikentyneeseen lihasvoimaan, altistavat infektioille, lisäävät leikkauskomplikaatioita ja voivat vaikuttaa lääkeneiden tehoon vaikuttamalla niiden imeytymiseen ja jakautumiseen elimistössä. Vajaaravitsemus lisää työmäärää, hoitoaika, kuolleisuutta ja kustannuksia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 24; Pitkälä ym. 2005, 5266.) Ravitsemushoidon tehostaminen tuo kustannussäästöjä, kun sairauksista toipuminen nopeutuu ja hoitoaika lyhenee (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 57; Elia ym. 2005).

Suomisen (2007) mukaan hoitohenkilöstö tunnistaa vajaaravitsemuksen huonosti ja tehostetut ravitsemushoitomallit ovat huonosti käytettyjä. Wentzel Pereniuksen (2008) tutkimuksessa ravitsemustilan arviointia ei suoritettu kaikille potilaille ja suositusten mukaisesta hoidosta poikettiin. Bavelaar, Otter, Van Bodegraven, Thijs & Van Bokhurst (2008) totesivat tutkimuksessaan, ettei arviointeja ja interventioita tehty tarpeeksi kenenkään terveydenhuollon ammattilaisen toimesta missään hoidon vaiheessa.

Ravitsemustilan arvioinnin eli tiedonkeruun tavoitteena on tunnistaa ne potilaat, joilla on aliravitsemusriski tai jotka ovat aliravittuja. Tyypillisiä potilasryhmiä ovat vaikeasti yleissairaat potilaat, monet syöpäpotilaat, yksin asuvat vanhukset, psyykkisesti sairaat, anoreksiaa potevat, alkoholistit ja imeytymishäiriöitä sairastavat potilaat. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2002, 11.) Monet nielemisvaikeuksia aiheuttavat sairaudet, kuten aivohalvauksen jälkitila ja Parkinsonin tauti, liittyvät aliravitsemukseen. Myös hampaattomuus ja suun kuivuminen voivat vaikeuttaa syömistä ja heikentää siten ravitsemustilaa. (Pitkälä, Suominen, Soini, Muurinen & Strandberg 2005, 5266.)

Ravitsemushoidossa enteraalinen ravitsemus on ensisijainen ravinnonantomuoto. Ruoansulatuskanavaa on pyrittävä hyödyntämään sen toimintakyvyn säilyttämiseksi. Suoliston villusrakenne kärsii jo muutaman päivän paastosta, ravintoaineiden imeytymiskyky heikkenee ja suolen rakenne kärsii mahdollistaen bakteerien liikakasvun. Enteraalinen ravitsemus voidaan toteuttaa joko suun kautta tai letkuravitsemuksena. Letkuravitsemus toteutetaan nenämahaletkun avulla tai ravitsemusavanteen (PEG) kautta. Parenteraalista ravitsemusta käytetään antomuotona, jos enteraalinen ravitsemus ei ole mahdollinen tai yksistään riittävä tai esimerkiksi leikkausta edeltävästi aliravitun potilaan ravitsemustilan parantamiseksi. Antomuotoja voidaan käyttää myös rinnakkain. (Aro ym. 2012, 527-528.)

Ravitsemushoidon lähtökohtana on yksilöllinen ravinnon ja nesteentarpeen arviointi. Perusenergian tarve arvioidaan potilaan liikkuvuuden, sukupuolen, iän, pituuden ja painon mukaan (vrt. taulukko 1). Lisäenergiaa tarvitaan, jos potilaalla on esimerkiksi aliravitsemustila, kuumetta, suuria murtumia, palovammoja tai sepsis. Keskimääräinen vuorokautinen energian tarve aikuisilla on 25-40kcal painokiloa kohti. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2010, 198.)

Taulukko 1. Energiatarpeen arviointi (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 18)

Energian tarvetta voidaan arvioida seuraavasti:	kcal/paino kg
Perusaineenvaihdunta (PAV)	20
Vuodepotilas (PAV+30 %)	26
Liikkeellä oleva/itse ruokaileva * (PAV+50 %)	30
Sairaudesta toipuva tai levoton ja paljon liikkuva	36
	*esim. 30kcal x 60kg = 1800kcal/vrk

5.3 Ravitsemushoito osana kokonaisvaltaista potilashoitoa

Ravitsemushoito on hoitoprosessi, joka sisältää neljä eri vaihetta: tiedonkeruu, toteutus, arviointi ja jatkohoito. Tiedonkeruun tulee sisältää vähimmillään tämänhetkisen painon, BMI:n, viimeaikaiset painonmuutokset sekä syömisvaikeudet. Suomalaisissa ohjeistuksissa jokaisen potilaan hoidossa tulee käyttää vajaaravitsemuksen riskiseulontaa. Ohjeistuksen mukaan hoidon suunnittelun ja tiedonkeruun tulee tapahtua heti hoidon alussa, viimeistään kahden vuorokauden kuluessa hoidon aloituksesta, koska ravitsemusongelma voi vaikuttaa hoidon kulkuun hoidon alusta alkaen tai se voi kehittyä hoidon aikana. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 5, 27.)

VSSHPI:llä on intranet-sivuillaan ravitsemuskäsikirja, jossa yhtenä osana on osastopotilaan ravitsemushoitomalli vuodelta 2010 (alun perin tehty Tyks:n keuhkoklinikalle). Siinä on kuvattu taulukkomuodossa, mitä ravitsemushoidon tulisi pitää sisällään potilaan tullessa osastolle, osastohoidon aikana, ennen kotiutumista tai jatkohoitoon siirtymistä sekä tehostetun ravitsemushoidon sisältö. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012a; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012b.)

Suomalaisten ohjeistusten mukaan ravitsemushoidon suunnittelee joko hoitohenkilökunta tai vaikeammissa tapauksissa (kuten vajaaravitsemus) moniammatillinen tiimi (lääkäri, ravitsemusterapeutti jne.) ja se tulee kirjata potilastietojärjestelmään (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 18).

Ravitsemushoidon suunnittelu alkaa vajaaravitsemusriskin mittaamisella. Painon mittaaminen ja BMI (Body Mass Index) – arvon määrittäminen on avainasemassa ravitsemushoidon suunnittelussa ja vajaaravitsemuksen havaitsemisessa eli sen tulee tapahtua heti hoitajakson alussa. ESPEN:in (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) vuoden 2002 suosituksen mukaan vajaaravitsemuksen riskin seulontamenetelmänä käytetään sairaaloissa NRS-2002 – menetelmää (Nutritional Risk Screening), avoterveydenhuollossa MUST-menetelmää (Malnutrition Universal Screening Tool) ja yli 65-vuotiaille MNA-menetelmän seulontaosaa (Mini Nutritional Assessment). NRS-2002 ja

MUST – menetelmillä riskin seulonta vie aikaa keskimäärin 3-10 minuuttia. MNA-seulontaosa vie aikaa muutaman minuutin ja arviointiin yhdistettynä 10–15 minuuttia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a,28.) Hollantilaisessa interventiotutkimuksessa (Kruizenga, Van Tulder, Seidell, Thijs, Ader & Van Bokhurst 2005) saatiin tuloksia aikaan ottamalla käyttöön aliravitsemuksen seulontatesti SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire) sairaalaan sisäänoton yhteydessä. Sairaalahoidon pituus lyheni, kun aliravitsemukseen puututtiin heti hoidon alussa. VSSHP:ssa on ohjeistusten mukaan käytössä NRS-2002-menetelmä. NRS-2002-lomakkeessa käytetään muun muassa potilaan BMI-arvoa, laihtumista edeltävien kolmen kuukauden aikana, ruokahalua ja sairauden arvioitua vaikeusastetta kuvaamaan potilaan vajaaravitsemusriskiä. NRS-2002-menetelmä antaa tulokseksi numeraalisen luvun vajaaravitsemuksen riskistä. Tämä seulontamenetelmä on tuotu osaksi potilastietojärjestelmää (potilaskertomuksen esitieto-osaa) vuonna 2012. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012a.)

Ravitsemushoidon toteutukseen kuuluvat ravitsemustilan seuranta vähintään viikoittaisella painon mittaamisella ja tarvittaessa päivittäisellä ruoka- ja kalori-määräseurannalla. Ravitsemushoidon tehostamisen keinoja ovat ylimääräiset välipalat, toiveruoat, täydennysravintovalmisteet, letkuravitseminen ja parenteraalinen ravitseminen. Näitä voidaan tarvittaessa käyttää samanaikaisesti. Vajaaravitsemuksen riskipotilaalle suunnitellaan tehostettu ruokavalio. Siinä ruoka-annokset ovat tavanomaista pienemmät, mutta ne sisältävät runsaasti energiaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 37.)

Jos toivottua tulosta ei valitulla ravitsemushoidolla saada, tulee tehdä uusi ravitsemustilan arvio ja hoidon suunnittelu ravitsemusterapeutin kanssa. Hoidon arviointi tapahtuu hoidon toteutuksen kautta päivittäin sekä tietyin väliajoin esimerkiksi vajaaravitsemuksen seulontamenetelmää käyttäen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 37-40.)

Lassen ym. (2005) totesivat tutkimuksessaan, ettei suurin osa potilaista hahmottanut ravitsemusta osaksi hoitoaan sairaalassaoloaikanaan. Ravitsemushoitoon oleellisena osana kuuluu potilasohjaus. Ohjauksen lähtökohtana ovat tar-

vittava ravitsemushoito, potilaan tarpeet ja toiveet, muutosvalmius, ruokatottumukset ja elämäntilanne. Ohjauksen tavoitteena on tukea potilasta ottamaan vastuuta terveydestään ja sairautensa hoidosta sekä antaa tähän valmiuksia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 39.)

Mattinen (2007) on selvityksessään todennut hoitohenkilökunnan kirjaavan ravitsemushoitoon liittyviä asioita potilasasiakirjoihin vain 50-60 %:n frekvenssillä. Ohjeistusten mukaan ravitsemushoidosta potilasasiakirjoihin tulee kirjata hoitoprosessin mukaisesti lähtötilanne, tavoitteet, suunnitelma, toteuttaminen, seuranta, potilasohjaus sekä jatkohoidon suunnitelma. Hoidon onnistuminen ja jatkuvuus edellyttävät ajantasaista kirjaamista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 42.)

Suomalaisen ohjeistuksen mukaan ravitsemushoidosta tulee tehdä selvitys jatkohoitoa varten ja jokainen ammattiryhmä vastaa omalta osaltaan ravitsemushoidon jatkuvuudesta. Tiedon välittäminen jatkohoitopaikkaan on tärkeää hoidon jatkuvuuden kannalta, koska vajaaravitsemuksen hoito on usein pitkäaikaisista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 42-43.)

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS

6.1 Empiirisen tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Empiirisen tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä osaamista erikoissairaanhoidossa tarvitaan ravitsemushoidon toteutuksessa. Tavoitteena oli ravitsemushoidon toteutuminen ohjeistusten mukaisesti nyt ja tulevaisuuden hoitotyössä. Tavoitteena oli luoda osaamiskartta siitä, mitä osaamista hoitotyön eri toimintayksiköissä ravitsemushoidon toteuttamisessa tarvitaan.

Tutkimustehtävä:

Millaista osaamista tarvitaan ravitsemushoidon toteuttamiseksi poliklinikalla, toimenpideyksikössä ja vuodeosastolla?

6.2 Empiirisen tutkimuksen toteutus

Tutkimus toteutui kolmivaiheisena prosessina, jossa ensimmäinen vaihe koostui aiemman tiedon keräämisestä ja muokkaamisesta toisen vaiheen kyselymuotoon. Kolmannessa vaiheessa kyselyssä saatu tieto vietiin asiantuntijoiden arvioitavaksi ja muokattavaksi. Prosessin aikana tuotettiin tietoa siitä, mitä osaamista ravitsemushoidon toteutukseen tarvitaan. Tulokset esitellään projektin empiirisen tutkimuksen ja koko projektin osalta erikseen.

6.2.1 Tutkimusmenetelmä

Kehittämiprojektin tutkimusmetodiksi valittiin Delfoi-menetelmän sovellus, jossa asiantuntijoiden osaamisen, mielipiteiden ja kokemuksen kautta luotiin yksimielinen mielipide ravitsemushoidon osaamistarpeista (Kuusi 2002, 205-214).

Delfoi-menetelmällä tuotetaan tietoa tulevaisuudesta asiantuntijoiden subjektiivisen osaamisen kautta. Asiantuntijoiden vahvan asiaosaamisen, intuition ja havaitsemiskyvyn kautta luodaan yksimielinen tulevaisuuden tiedon malli. Asi-

antuntijoiden osaaminen otetaan huomioon sekä yksittäisinä vastaajina että yksimielisyyden muodostavana asiantuntijapaneelina. (Metsämuuronen 2006, 293-296.)

Delfoi-tekniikka toimii tiedonhankintakierrosten kautta. Kierrokset voivat olla kysely-, haastattelu- tai asiantuntijapaneelimuotoisia. Tarkoituksena on saada riittävä yksimielisyys eli konsensus tutkimuskysymykseen. (Metsämuuronen 2006, 293-296.)

VSSHP:ssa on aiemmin tutkittu soveltavan Delfoi-menetelmällä sairaanhoitajien osaamista muun muassa yhteispäivystyksessä, akuutin sepelvaltimotautipotilaan hoitotyössä, rytmihäiriö- sekä vajaatoimintapotilaan hoitotyössä (Huhtala 2011; Kurki 2011; Meritähti 2011; Johansson 2012). Myös tämän kehittämissuorituksen empiirisessä osassa Delfoi-tekniikkaa käytettiin soveltaen. Osaamista tutkittiin sekä sairaanhoitajien että perushoitajien näkökulmasta. Tutkimus koostui kolmesta kierroksesta, jotka olivat esiselvitys, kysely ja asiantuntijapaneeli

6.2.2 Aineiston keruu ja kuvaus

Delfoin ensimmäisen kierroksen aineisto muodostui aiemmista tutkimuksista, voimassa olevista suosituksista, asetuksista ja ohjeistuksista (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012b; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010; Opetusministeriö 2006). Aineiston pohjalta muodostettiin kyselylomake (Liite 2). Kysely toimi Delfoin toisena kierroksena ja toteutettiin tietokonevälitteisenä kyselyinä (Webropol®). Delfoin kolmas kierros oli asiantuntijapaneeli, jossa kyselyn kautta saadun aineiston, asiantuntijoiden kliinisen kokemuksen ja voimassa olevien suositusten perusteella määriteltiin ravitsemushoidon perus- ja erityisosaaminen eri toimintayksiköissä sekä ravitsemushoidon eri vastualueet.

Tietokonevälitteinen kysely

Aineisto kerättiin strukturoituna kyselyinä. Kyselyn otoksena oli sisätautien klinikan hoitohenkilökunta eli lähiesimiehet, sairaanhoitajat ja perushoitajat (N=304). Otoksen valinta kattamaan koko hoitohenkilökunta perustuu Valtion ravitse-

musneuvottelukunnan suosituksiin, joissa koko hoitohenkilökunnalla on omat vastuu- ja toiminta-alueensa ravitsemushoidon toteutumisessa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 18).

Kysely muodostettiin ensisijaisesti vuoden 2010 Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemushoitosuositukseen perustuen. Muina lähteinä käytettiin muun muassa aiempia ravitsemukseen liittyviä tutkimuksia, VSSHP:n omia ravitsemukseen liittyviä ohjeistuksia sekä Opetusministeriön hoitohenkilöstön osaamismäärittämiä (Opetusministeriö 2006). Kysymysten vastausvaihtoehdot olivat sanallisia ja perustuivat useuteen eli kuinka usein jotain tiettyä asiaa tehdään tai se otetaan huomioon vastaajan omassa työssä (kuva 1). Muutamassa kysymyksessä käytettiin Likert-asteikkoa, jota käytetään erityisesti asenne- ja motivaatiomittareissa (Metsämuuronen 2006, 60). Nämä kysymykset mittasivat vastaajien omia mielipiteitä ja asenteita ravitsemushoitoon ja sen toteutumiseen. Kyselyssä kysyttiin myös neljällä kysymyksellä vastaajien taustatietoja saadun tiedon analysointia varten. Taustatietokysymyksiä olivat työtehtävä, työyksikkö, työaika vuosina ja potilashoitoon osallistuminen. Yhteensä monivalintakysymyksiä oli 110 kpl, joista neljä oli taustatietokysymystä, Likert-asteikollisia 3 kpl ja avoimia kysymyksiä 2 kpl.

Kuva 1: Esimerkki kyselyn vastausvaihtoehdoista

Työyksikössäni potilaan ravitsemushoito sisältää		en tunne asiaa	ei tarvita yksikössäni	kuukausittain tai harvemmin	viikoittain	päivittäin	joka potilaan kohdalla
	Ravitsemustilan arvioinnin	3	3	12	12	38	20

Kehittämiprojekti ja kysely esiteltiin sekä Tyks:n että Paimion sisätautien yksiköiden osastonhoitajien kokouksissa ennen kyselyn lähettämistä vastaajille. Tutkimusprosessin ja tulosten puolueettomuuden parantamiseksi, lähetettiin kysely sisätautien klinikan Tyks:n ja Paimion yksiköiden ylihoitajien sihteerien kautta toimintayksiköiden esimiehille, jotka toimivat kyselyn vastaajina oman henkilökuntansa ohella (vrt. Vilkkä 2007, 16). Tietokonevälinen kysely lähetettiin www-linkkinä saatekirjeessä (Liite 3) ja lähiesimiehiä pyydettiin välittä-

mään se eteenpäin omalle henkilökunnalleen ja vastaamaan myös itse kyselyyn.

Tiedot kyselyn anonyymiteettisuojasta lähetettiin uudestaan lähiesimiehille vastausaikana ilmenneiden tähän liittyvien kysymysten vuoksi. Kysely lähetettiin uudelleen lähiesimiehille kahden viikon kuluttua uusintaviestinä vastausprosentin nostamiseksi. Kokonaisvastausaika kyselyssä oli yksi kuukausi.

Asiantuntijapaneeli

Delfoi-menetelmän sovelluksen kolmas kierros muodostui asiantuntijapaneelityöskentelystä 10.12.2012. Asiantuntijapaneeliin valikoitui VSSHP:n ravitsemustyöryhmän lääkäriedustaja, sisätautiklinikan ravitsemusterapeutti, kehittämisylivoitaja (ravitsemustyöryhmän jäsen) sekä viisi hoitotyön asiantuntijaa klinikan eri toimintayksiköistä (vuodeosastoilta ja poliklinikalta). Panelisteista yksi oli ollut aiemmin mukana asiantuntijana määrittämässä hoitotyön osaamistarpeita. Aikataulullisten ongelmien vuoksi toimenpideyksiköistä ei paneeliin saatu edustajaa, mutta toimenpideyksikön kanssa keskustelu käytiin varsinaisen paneelikeskustelun jälkeen 19.12.2012.

Ravitsemustyöryhmän lääkäri edusti ravitsemuksen lääketieteellistä osaamista, ravitsemusterapeutti konsultoivaa erityisosaamista ja kehittämisylivoitaja hoitotyön suunnittelu- ja kehittämisosaamista. Asiantuntijapaneelin hoitotyön asiantuntijat valikoituivat sisätautien klinikan toimintayksiköiden esimiesten kautta, joille pyyntö paneeliin osallistumisesta lähetettiin. Osallistujaksi paneeliin esimiehiltä pyydettiin ravitsemuksesta kiinnostunutta hoitotyön asiantuntijaa eli kyseeseen tulivat sekä sairaanhoitajat että perushoitajat. Paneeliin osallistui kolme sairaanhoitajaa ja kaksi perushoitajaa yhteensä viidestä eri toimintayksiköistä. Lisäksi mukana oli kehittämisprojektin työelämämentori, joka toimi paneelin sihteerinä ja teki tarkentavia kysymyksiä käsitellyn asian jäädessä epäselväksi. Työelämämentori ei osallistunut itse paneelityöskentelyyn.

Paneeliin osallistujat saivat etukäteen tutustuttavaksi viittauksen Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemushoitosuosituksiin sekä projektipäällikön tekemän etukäteismateriaalin, jonka avulla osaamisen eri tasot määriteltiin. Etu-

käteismateriaali oli koottu Delfoin sovelluksen toisen kierroksen kysymyksistä, tuloksista sekä eri suosituksiin, asetuksiin ja ohjeistuksiin perustuvasta ravitsemushoidon osaamisen jaottelusta (kuva 2). Etukäteismateriaaliin oli marginaaliin liitetty kirjainlyhenteinä ne lähteet, joihin osaamisen tason väittämä perustui. Osaaminen oli myös jaettuna poliklinikalla, toimenpideyksikössä ja vuodeosastolla tarvittaviin osaamisiin.

Kuva 2: Esimerkki asiantuntijapaneelin etukäteismateriaalista

Perusosaaminen (useita kertoja päivässä, päivittäin, viikottain)					
Eriyisosaaminen (kuukausittain tai harvemmin)					
Osaamista ei tarvita (ei tarvita työyksikössäni)					
HOITOHENKILÖKUNTA	PKL	TMP	VO		
kys6 Ravitsemustilan arviointi			OK		1 RI,RA,OM
kys7 Seulontamenetelmän käyttö					1 RI,RA
kys8 BMI		?			1 RI,RA
kys9 Ravinnon tarve (kalorimäärä)					1 RI,RA
kys10 Ravinnon muodon arviointi		?	OK		1 RI,RA
kys11 Ruoka-aineallergiat			OK		1 RI,RA
kys12 Ruokailutottumukset			OK		1 RI,RA
kys13 Viimeaikainen ruokahalu			OK		1 RA
kys14 Painonkehitys			OK		1 RA
kys15 Kulttuurierot					1 OM,RA,RH
kys16 Ruokavaliotivomukset			OK		1 RA
kys17 Ruoan toivottu annoskoko			OK		1 RA
kys18 Yksikön ruokailuajat			OK		1 RI,RA

Paneeli alussa puheenjohtajana toiminut projektipäällikkö kävi läpi lähettämässä materiaalin värikoodit, lyhenteet ja merkinnät, jotta kaikki osallistujat ymmärtäisivät tiedon samalla tavalla. Materiaali oli paneelin ajan koko ajan näkyvässä tilan dataprojektorin kautta heijastettuna valkokankaalle käsittelyn helpottamiseksi. Materiaali käytiin läpi rivi kerrallaan ja osanottajat ottivat kantaa siihen, onko tietty osaaminen omassa toimintayksikössä perus- vai erityisosaamista vai tarvitaanko osaamista lainkaan. Sihteeri kirjasi tehdyt päätökset materiaalissa jo käytettyinä värikoodeina taulukkoon (vrt. kuva 2). Paneelityöskentely kesti noin 1,5 tuntia ja erikseen pidetty toimenpideyksikön asiantuntijoiden kanssa keskustelu kesti tunnin. Paneelin lopputulokset lähetettiin osallistujille sähköpostitse kommentoitavaksi ja korjattavaksi jälkepäin. Uusia korjauksia tai kommentteja ei enää panelisteilta tullut.

6.3 Aineiston analyysi

Tässä kehittämissuorituksessa kyselyn aineiston analysointiin käytettiin kvantitatiivisen aineiston osalta Excel®- ja SPSS®-tietokoneohjelmia sekä kvalitatiivisen aineiston (avoimien kysymysten) osalta sisällön analyysiä.

Kyselyn tulokset siirrettiin Webropol®-ohjelmasta Excel®-ohjelmaan, jossa ne taulukoitiin kysymyksittäin, työtehtävittäin (sairaanhoidtaja/perushoitaja) ja toimipisteittäin. Näistä laskemalla etsittiin > 70 % yksimielisyyksiä vastaajien mielipiteissä eli konsensusta (kuva 3) (Keeney,S., Hasson,F. & McKenna,H. 2006, 210). Tätä nimenomaista prosenttilukua käytettiin kuvaamaan vastaajien yksimielisyyttä muissakin VSSHP:lle tehdyissä osaamiskartoituksissa (ks. Huhtala 2011; Kurki 2011; Meritähti 2011; Johansson 2012).

Kuva 3: Esimerkki kyselyn tulosten taulukoinnista

TMP				VO				
1	2	3	4 - 6	1	2	3	4 - 6	
12,50 %	12,50 %	50,00 %	25,00 %	2,53 %	2,53 %	10,13 %	84,81 %	kys6
28,57 %	42,86 %	28,57 %	0,00 %	46,48 %	12,68 %	15,49 %	25,35 %	kys7
0 %	0 %	87,50 %	12,50 %	6,58 %	28,95 %	46,05 %	18,42 %	kys8
25,00 %	25,00 %	25,00 %	25,00 %	1,28 %	3,85 %	32,05 %	62,82 %	kys9
0 %	75,00 %	12,50 %	12,50 %	0,00 %	0,00 %	5,06 %	94,94 %	kys10
0,00 %	25,00 %	37,50 %	37,50 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %	kys11
0,00 %	0,00 %	50,00 %	50,00 %	2,53 %	0,00 %	22,78 %	74,68 %	kys12
0,00 %	12,50 %	25,00 %	62,50 %	1,27 %	1,27 %	10,13 %	87,34 %	kys13
0,00 %	12,50 %	37,50 %	50,00 %	3,80 %	2,53 %	21,52 %	72,15 %	kys14
0,00 %	12,50 %	37,50 %	50,00 %	0,00 %	2,53 %	35,44 %	62,03 %	kys15
0,00 %	37,50 %	62,50 %	0,00 %	1,27 %	0,00 %	8,86 %	89,87 %	kys16
12,50 %	62,50 %	25,00 %	0,00 %	1,27 %	3,80 %	16,46 %	78,48 %	kys17
0,00 %	50,00 %	25,00 %	25,00 %	0,00 %	1,28 %	2,56 %	96,15 %	kys18

Kyselyssä oli kaksi avointa kysymystä, joissa kysyttiin millä tavalla vastaaja haluaisi lisätä omaa ravitsemushoidon osaamistaan ja oliko muita kommentteja kyselyyn liittyen. Kysymyksiin tuli yhteensä 41 vastausta. Suurimpaan osaan vastauksista ei tullut kysymyksen asettelun mukaista vastausta eli miten itse haluaisi osaamistaan lisätä, vaan siihen oli vastattu mitä osaamisen vahvistusta toivoisi saavansa. Kumpaankin kysymykseen tuli samankaltaisia vastauksia, joten vastaukset ja kommentit molempiin kysymyksiin käsiteltiin yhdessä sisällön analyysin keinoin. Kaikki vastaukset luettiin läpi useaan kertaan ja niistä muodostui neljä pääkategoriaa: koulutuksen tarve, riittävä resursointi, moniam-

matillisen yhteistyön lisäämisen tarve ja yleiset kyselyyn liittyvät asiat (taulukko 2).

Taulukko 2. Avoimien kysymysten vastausmäärät

Vastauskategoria	Vastauksien määrä
Koulutuksen tarve	26
Riittävä resursointi	5
Moniammatillisen yhteistyön lisääminen	5
Yleiset kyselyyn liittyvät asiat	5

Asiantuntijapaneelin työskentelyä varten muodostettiin vastaajien mielipiteistä (konsensuksista) ja voimassaolevista suosituksista etukäteismateriaaliksi taulukko (kuva 2). Vastaajien mielipidettä verrattiin voimassa oleviin suosituksiin ja jos ne olivat yhteneväiset, kirjattiin se taulukkoon ok-merkillä. Kaikista kysymyksistä ei yhteneväistä mielipidettä vastaajien ja suositusten välillä saatu ja nämä kysymykset kirjattiin taulukkoon ?-merkillä. Asiantuntijapaneeli otti kantaa kaikkiin kysymyksiin.

Asiantuntijapaneelin työskentely oli puheenjohtajavetoista. Etukäteismateriaali käytiin läpi kohta kohdalta keskustellen. Jokainen kysymys käytiin läpi kaikkien toimintayksiköiden näkökulmasta. Määrittämällä osaamisen taso (perus- tai erityisosaaminen) muodostui asiantuntijapaneelin lausunto ravitsemushoidon osaamistarpeista (Liite 4).

Paneelityöskentelyn aikana keskustelua herättivät kyselyssä käytetty useuden kautta tehty osaamisen tarpeen määrittely. Joissakin vastausvaihtoehdoissa ei useus toiminut parhaana osaamisen määrittäjänä. Paneelityöskentelyn tuloksena vuodeosastolla tarvittavaan osaamiseen ei tullut suuria muutoksia verrattuna kyselyn tuloksiin. Toimenpidehoitotyön kohdalla muutoksia tuli jonkin verran ja

eniten poliklinikkahoitotyön kohdalla. Paneelissa korostui erityisesti poliklinikan hoitotyön edustajan rooli. Poliklinikalta oli kyselyyn tullut vain kolme vastausta, joten etukäteisyhteenvetoa poliklinikan hoitotyön osaamistarpeisiin ei voitu tehdä. Näin ollen edustaja joutui ottamaan kantaa kaikkiin kohtiin erikseen. Myös muut edustajat ottivat kantaa ja auttoivat pohdinnassa. Vuodeosastoilta paneelissa oli neljä hoitajaa.

Kehittämisprojektin yhtenä tuloksena ravitsemushoidon osaamisesta luotiin osaamiskartta (kuva 4), jonka muodostamisen ensimmäisessä vaiheessa yhdistettiin VSSHP:n osaamisen viitekehys (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011), kehittämisprojektin kyselyn eri osiot ja kysymykset (Taulukko 6) sekä asiantuntijapaneelin lausunto (liite 3). Lopulliseen osaamiskarttaan liitettiin mukaan myös eri toimipisteet (Taulukko 6).

Kuva 4: Esimerkki osaamiskartan ensimmäisen vaiheen yhdestä osiosta

VSSHP:n osaamisalue	Kyselyn osaamisalue	Osa huomioida hoitotyössä
AMMATILLINEN VASTUU	Kirjaamisosaaminen	Tulotilanteen kirjaaminen
		Hoidon tavoitteiden kirjaaminen
		Hoitosuunnitelman kirjaaminen
		Päivittäisen toteutumisen kirjaaminen
		Hoidon arvioinnin kirjaaminen
		Hoidon ohjauksen kirjaaminen
		Jatkohoidon suunnittelun kirjaaminen
		Tekninen osaaminen
	Rakenteisen kirjaamisen käyttö	
	Oberonin käyttö	
	WebMyslin käyttö	
	Apteekin tilausjärjestelmän käyttö	
	Logistiikkakeskuksen tilausjärjestelmän käyttö	
	VSSHP:n ravitsemuskäsikirjan käyttö	
	VSSHP:n ravitsemushoitomallin käyttö	
	Eettinen osaaminen	Eettiset kysymykset
	Itsemääräämisoikeuden huomiointi	

7 KYSELYN TULOKSET

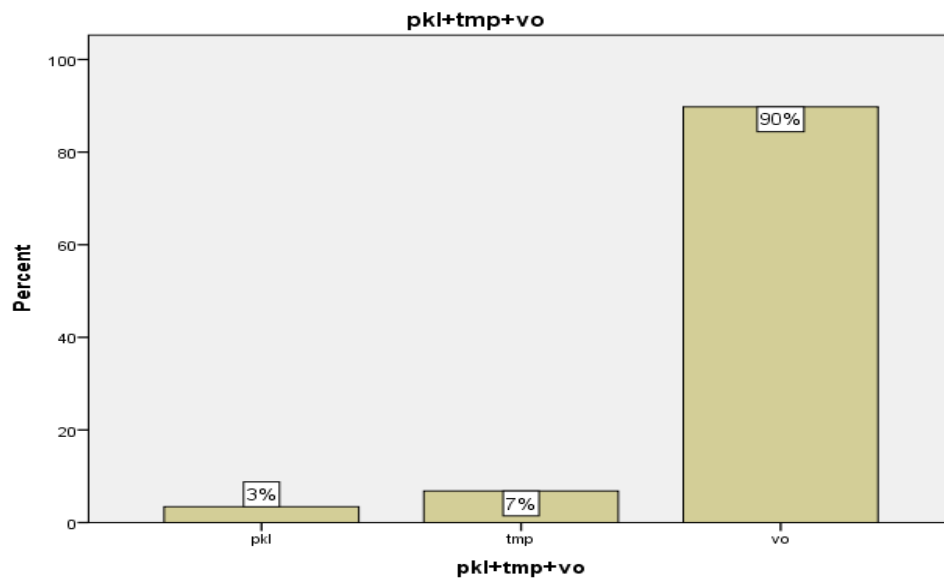
Kyselyn vastaajajoukko (N) oli 304, vastaajia (n) oli 88, jolloin vastausprosentiksi tuli 28.9. Kysely lähetettiin kaikille valituissa yksiköissä potilashoidossa työskenteleville ammattiryhmille, kuten hoitajat, jalkahoitajat, röntgenhoitajat ja lääkintävahtimestarit. Kyselyyn vastanneet kuuluivat osastonhoitajien, apulaisosastonhoitajien, sairaanhoitajien ja perushoitajien ammattiryhmiin (taulukko 3). Suurin osa vastanneista oli sairaanhoitajia (70 %). Vastaajissa oli yhtä paljon viisi - yhdeksän vuotta ja yli 15 vuotta töitä tehneitä (n. 35 %). Työyksiköistä eniten vastaajia oli vuodeosastoilta. Kahdesta yksiköstä vastauksia ei tullut lainkaan.

Taulukko 3: Kyselyyn vastanneiden taustatietoja

		lukumäärä	%
työtehtävä (n=86)	osastonhoitaja	5	6%
	apulaisosastonhoitaja	3	3%
	sairanhoitaja	60	70%
	perushoitaja	18	21%
Työaika vuosina (n=88)	0-4	14	16%
	5-9	31	35%
	10-14	13	15%
	yli 15 vuotta	30	34%
Työyksikköni/kotiosastoni (n=88) pkl = poliklinikka tmp = toimenpideyksikkö vo = vuodeosasto	011 (vo)	12	14%
	012 (vo)	23	26%
	013 (vo)	4	5%
	014 (vo)	7	8%
	015 (vo)	10	11%
	016 (vo)	1	1%
	017 (vo)	10	11%
	018 (pkl)	2	2%
	082 (vo)	12	14%
	020 (pkl)	1	1%
	022 (tmp)	4	5%
	026 (tmp)	2	2%
	027 (tmp)	0	0%
	150 (tmp)	0	0%

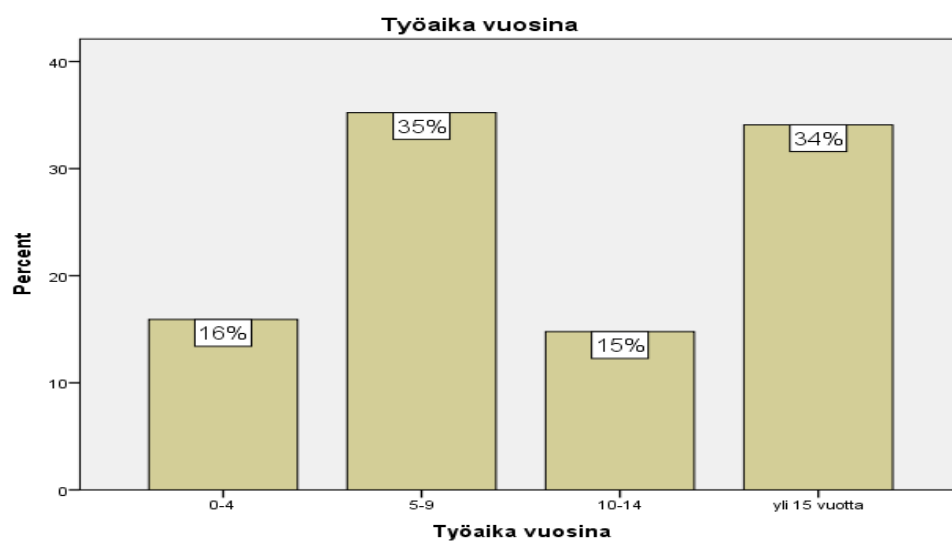
Kyselyn tuloksia käsiteltiin asiantuntijapaneelissa toimipisteittäin eli eri yksiköt jaoteltiin poliklinikka-, toimenpide- ja vuodeosastotoimipisteisiin. Suurin osa vastauksista tuli vuodeosastoilta. (kuvio 1).

Kuvio 1. Vastaajat toimipisteittäin (n = 88)

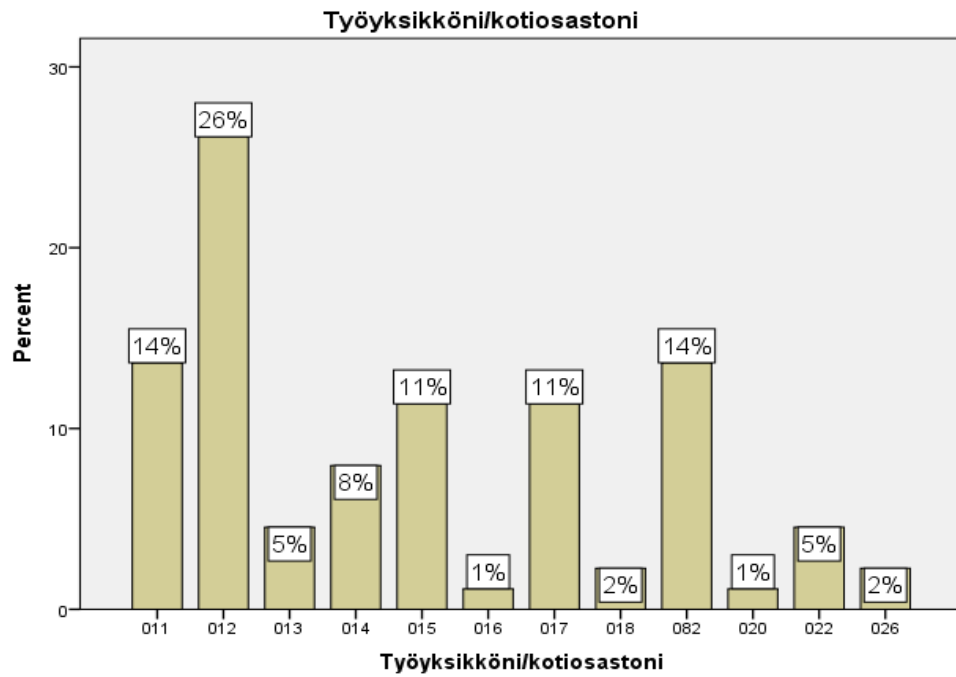


Alla ovat kuviot työajan, työyksikön ja työtehtävien jakautumisesta vastaajien kesken (kuviot 2-4).

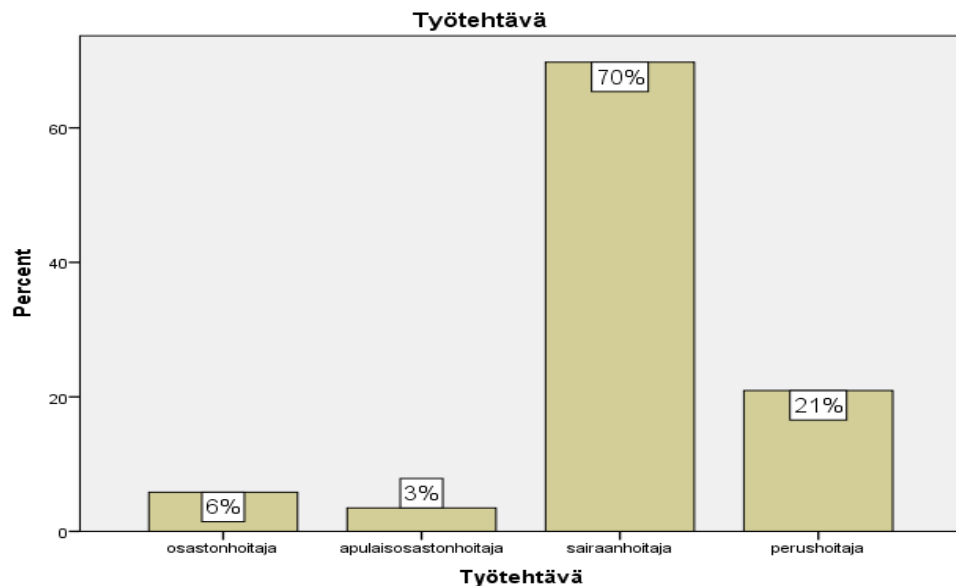
Kuvio 2. Vastaajien työaika vuosina (n = 88)



Kuvio 3. Vastaajat työyksiköittäin (n = 88)



Kuvio 4. Vastaajat työtehtävittäin (n = 86)



Kysely sisälsi 114 kysymystä, joista taustatietokysymyksiä oli neljä. Kolme kysymystä kyselyn lopussa oli Likert-asteikollisia mielipidekysymyksiä muun muassa siitä miten omasta mielestä ravitsemushoito tällä hetkellä toteutuu. Muissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot olivat sanallisessa muodossa, kuten usein tai ei tarvita yksikössäni.

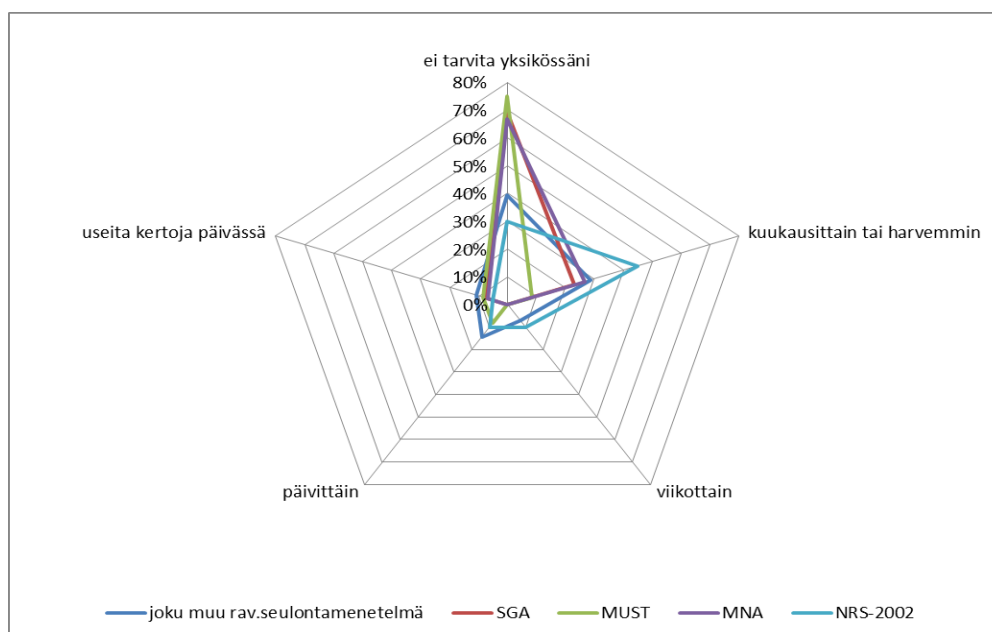
Ravitsemushoito alkaa potilaan tullessa hoitoon, jolloin tulotilanteella ja vajaaravitsemuksen tunnistamisella on suuri merkitys (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 22). Kyselyn mukaan hoitohenkilökunta teki ravitsemustilan arviota päivittäin tai joka potilaan kohdalla, mutta kuitenkin BMI:n tai ravitsemustilan seulontamenetelmiä käytettiin harvoin tai niille ei koettu tarvetta (taulukko 4).

Taulukko 4: Ravitsemushoidon tulotilanne

TULOTILANNE		%
Ravitsemustilan arviointi (n=88)	en tunne asiaa	3 %
	ei tarvita yksikössäni	3 %
	kuukausittain tai harvemmin	14 %
	viikoittain	14 %
	päivittäin	43 %
	joka potilaan kohdalla	23 %
Seulontamenetelmän käyttö (n=83)	ei tarvita yksikössäni	25 %
	kuukausittain tai harvemmin	27 %
	viikoittain	25 %
	päivittäin	13 %
	joka potilaan kohdalla	10 %
BMI (n=85)	ei tarvetta yksikössäni	27 %
	kuukausittain tai harvemmin	53 %
	viikoittain	8 %
	päivittäin	11 %
	joka potilaan kohdalla	1 %

Suosituksen mukaan potilaan tullessa hoitoon, tulisi ravitsemustilan seulontamenetelmää käyttää vajaaravittujen tai sen riskissä olevien potilaiden tunnistamisessa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 22). Kyselyn tulosten mukaan vajaaravitsemuksen eri seulontamenetelmiä ei tunnettu tai koettu tarpeelliseksi. Mikään Suomessa käytössä olevista seulontamenetelmistä (NRS-2002, MNA, MUST, SGA tai jokin muu) ei ollut suurimmalla osalla vastaajista käytössä edes viikoittain tai niille ei nähty tarvetta (kuvio 5). Ohjeistuksen mukaan tämä kuitenkin kuuluisi jokaisen potilaan hoitoon (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 27). Osaamisen lisääminen erityisesti menetelmien käytössä olisi tärkeää, jotta vajaaravitsemuspotilaat tai sen riskissä olevat tunnistettaisiin heti hoidon alussa.

Kuvio 5: Ravitsemustilan seulontamenetelmien käyttö



Ravitsemushoito on hoitoprosessi, jossa kirjaamisella on suuri merkitys (taulukko 4). Kyselyn mukaan hoitajat kirjaavat potilaan tulotilanteesta eniten viikoittaisella tasolla, hoidon tavoitteita ja suunnitelmaa kirjataan eniten kuukausittaisella tasolla, mutta hoidon toteutuksesta kirjataan päivittäin. Ravitsemushoitoa arvi-

oidaan kuukausittain tai harvemmin potilashoidossa. Ravitsemushoidon ohjauksesta hoitohenkilökuntaa kirjaa viikoittain. Jatkohoidon suunnittelusta kirjataan kuukausittain tai harvemmin.

Ravitsemushoidon kirjaamisessa oli puutteita kyselyn tuloksia verrattaessa Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksiin. Kirjaaminen toteutui parhaiten hoidon toteutusvaiheessa esimerkiksi seurantalistojen käytössä ja potilasohjauksessa. Tulos on yhteneväinen Mattisen (2007) tulosten kanssa. Hoidon jatkuvuuden kannalta yksi ravitsemushoidon kirjaamisen tärkein kehittämiskohde olisi jatkohoidon varmistaminen sekä hoitajien että lääkäreiden puolelta.

Taulukko 4: Ravitsemushoidon kirjaaminen

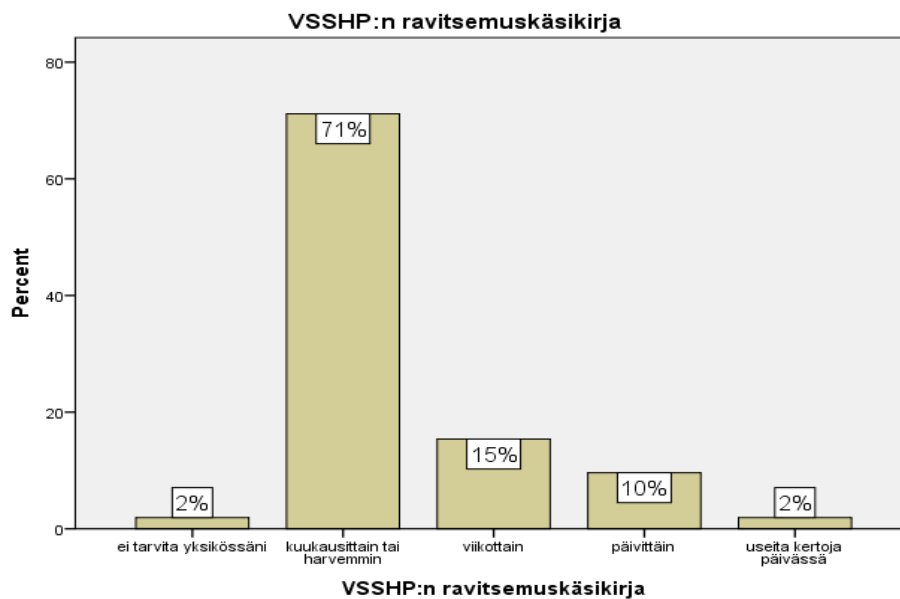
	ei tarvita yksikössäni	kuukausittain tai harvemmin	viikoittain	päivittäin	useita kertoja päivässä
tulotilanne kirjaus (n=85)	4,8 %	22,6 %	34,5 %	28,6 %	9,5 %
tavoitteet kirjaus (n=85)	10,8 %	44,6 %	26,5 %	16,9 %	1,2 %
suunnitelma kirjaus (n=85)	10,3 %	44,9 %	30,8 %	12,8 %	1,3 %
päivittäinen toteutus (n=87)	4,6 %	10,3 %	11,5 %	41,4 %	32,2 %
arviointi tietyin välein (n=85)	9,9 %	44,4 %	35,8 %	6,2 %	3,7 %
ohjauksen kirjaus (n=86)	3,6 %	28,6 %	41,7 %	23,8 %	2,4 %
jatkohoidon suunnittelun kirjaus (n=84)	6,2 %	56,2 %	31,2 %	5,0 %	1,2 %

Kyselyn tulokset ja kansainväliset tutkimukset ovat ristiriidassa esimerkiksi siinä, miten ravitsemushoidon arviointi ja suunnittelu toteutuvat potilashoidossa. Kyselyn mukaan ne ovat osa kokonaishoitoa joka potilaan kohdalla tai päivittäin, kun taas Wentzel Perseniuksen (2008) ja Bavelaar ym. (2008) mukaan arviointia tai interventioita ei suoritettu potilashoidossa tarpeeksi tai suositusten

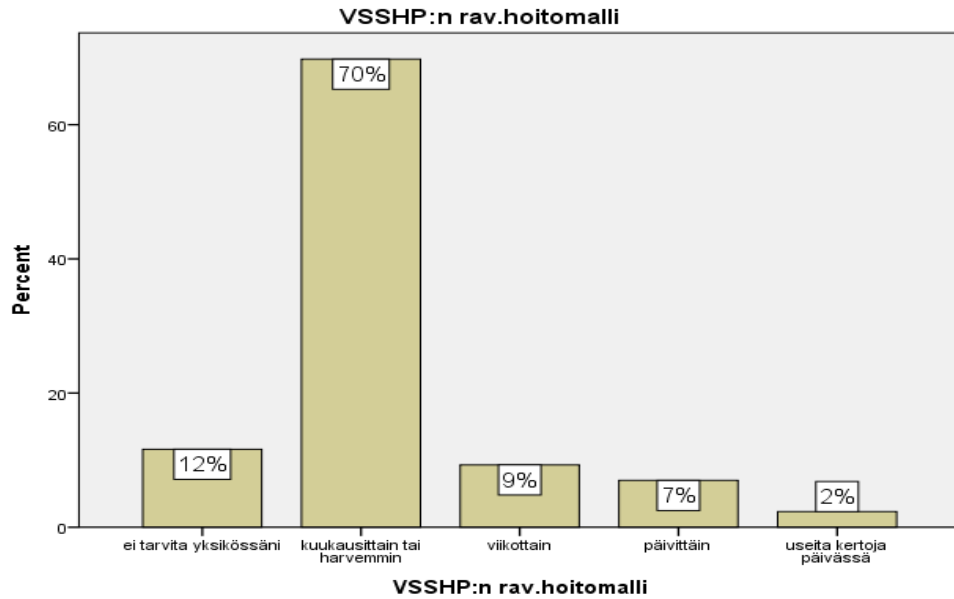
mukaisesti. Ristiriita voi johtua siitä, millaisia asioita tutkimuksissa on tutkittu (esim. ravitsemustilan seulontamittarien käyttöä tai ravitsemushoidon suunnittelua yleisellä tasolla). Se voi myös johtua siitä, ettei suositusten mukaista hoidon kulkua tunneta ja näin ollen ajatellaan nykykäytäntöjen olevan riittäviä.

VSSHP:llä on intranet-sivuillaan ravitsemuskäsikirja, jossa yhtenä osana on osastopotilaan ravitsemushoitomalli vuodelta 2010 (alun perin tehty Tyks:n keuhkoklinikalle). Siinä on kuvattu taulukkomuodossa, mitä ravitsemushoidon tulisi pitää sisällään potilaan tullessa osastolle, potilaan ollessa osastolla, ennen kotiutumista tai jatkohoitoon siirtymistä sekä tehostetun ravitsemushoidon sisällöstä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010b.) Kyselyn tulosten mukaan noin 70% vastaajista käyttää ravitsemushoitomallia ja ravitsemuskäsikirjaa potilashoidossa kuukausittain tai harvemmin (kuviot 6 ja 7).

Kuvio 6. VSSHP:n ravitsemuskäsikirjan käyttö (n = 87)

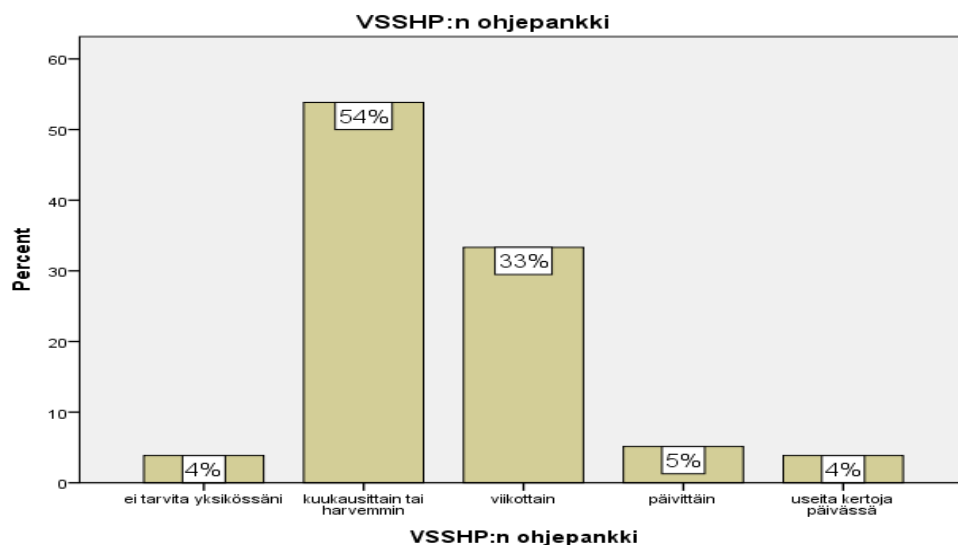


Kuvio 7. VSSHP:n ravitsemushoitomallin käyttö (n = 86)



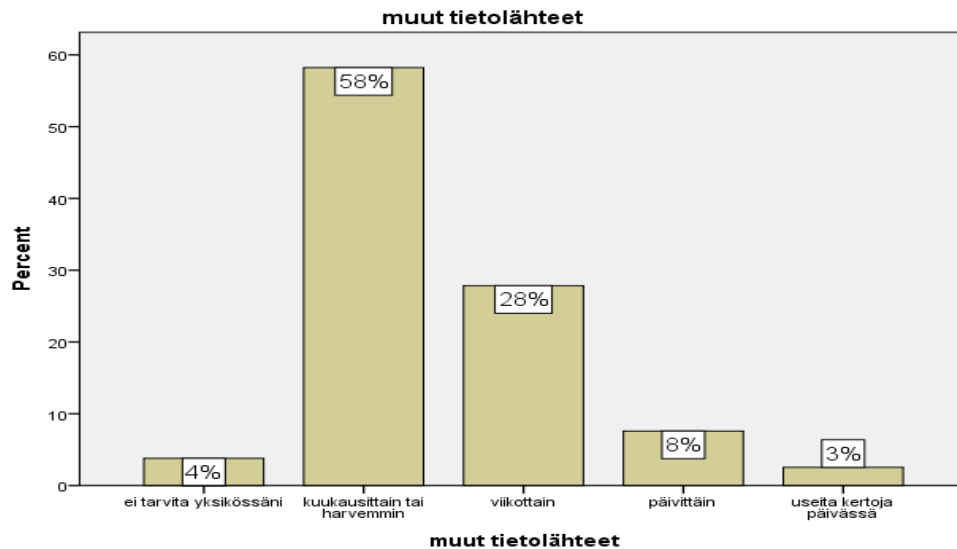
Tieto olemassa olevista ohjeista ja suosituksista oli kyselyn mukaan puutteellista. VSSHP:n ravitsemuskäsikirjaa, ravitsemushoitomallia ja ohjepankkia käytettiin eniten kuukausittain tai harvoin (ks. kuviot 6-9). Näihin tietolähteisiin on koottu suuri määrä ravitsemukseen ja ravitsemushoitoon liittyvää ajankohtaista tietoa. Avoimissa kysymyksissä toivottiin myös ajankohtaista tietoa omaan yksikköön ja tässä organisaation omiin ohjeistuksiin tutustumisen voi olla apuna.

Kuvio 8. VSSHP:n ohjepankin käyttö (n = 87)



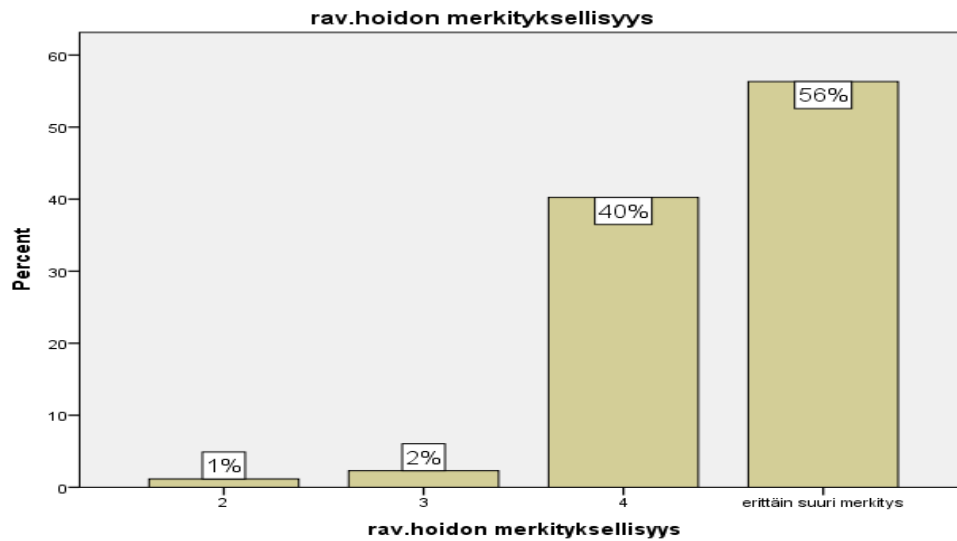
Tietolähteiden käytöllä ravitsemushoidossa on suuri merkitys, erityisesti potilasohjaukseen liittyen. VSSHP:n omien ravitsemushoidon ohjeiden ja hoitomallien käyttö oli kyselyn mukaan melko harvassa. Samoin ulkopuolisten tietolähteiden kuten Terveystietokannan käyttö (vrt. kuvio 9).

Kuvio 9. Muiden tietolähteiden käyttö (n = 86)



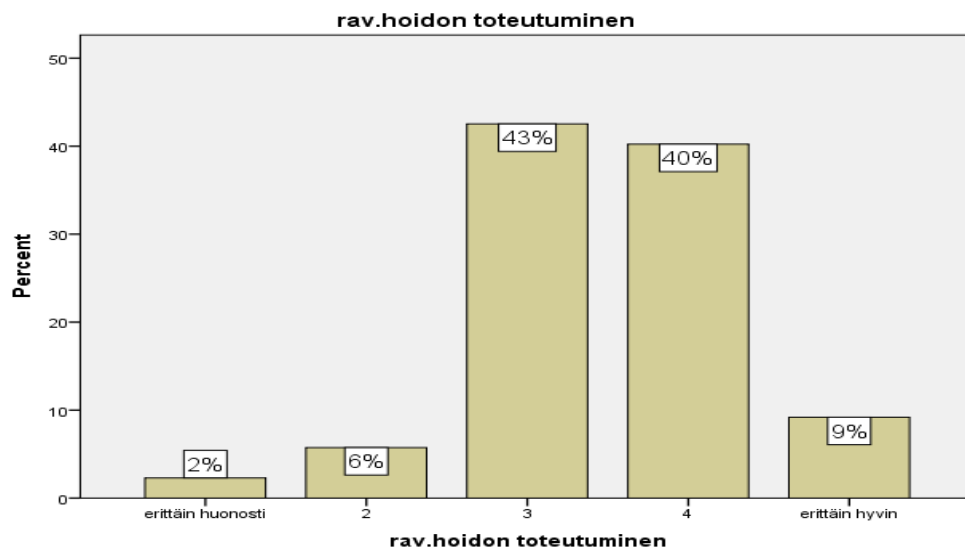
Kyselyn Likert-asteikolliset kysymykset käsittelivät sitä, miten tärkeäksi osaksi kokonaishoitoa ravitsemushoito koettiin, miten ravitsemushoito toteutuu tällä hetkellä ja mikä on oman ravitsemushoidon osaamisen taso (kuviot 10-12). Vastausvaihtoehdot olivat 1 (erittäin huonosti) ja 5 (erittäin hyvin) välillä. Ravitsemushoito koettiin merkitykselliseksi osaksi potilaan kokonaishoitoa (kuvio 10). Keskiarvoksi tuli 4.52.

Kuvio 10. Ravitsemushoidon merkityksellisyys (n = 87)



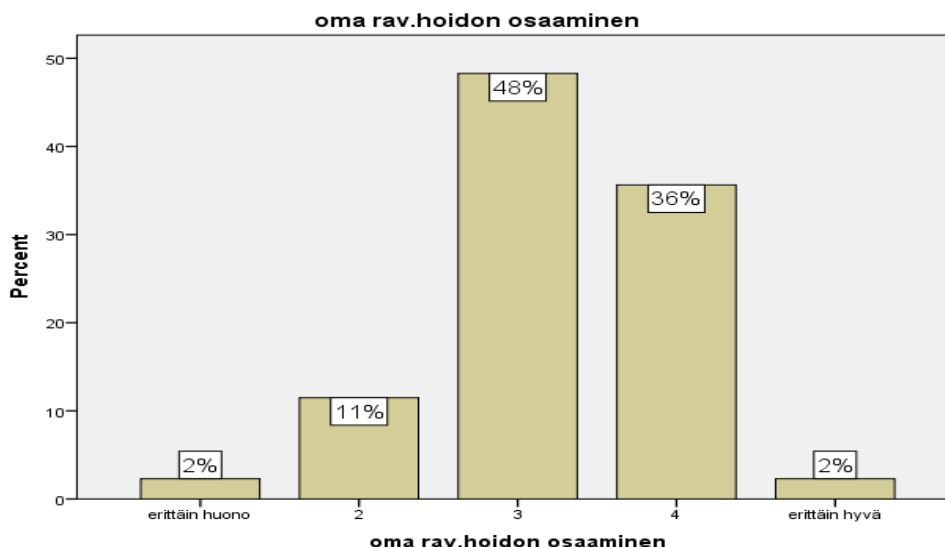
Ravitsemushoidon koettiin toteutuvan tällä hetkellä omassa työyksikössä melko hyvin (kuviot 10 ja 11). Keskiarvoksi tuli 3.48.

Kuvio 11. Ravitsemushoidon toteutuminen (n = 87)



Ravitsemushoito koettiin tärkeäksi osaksi potilaan hoitoa ja oman osaamisen taso tunnistettiin melko realistisesti. Nämä ovat hyvät lähtökohdat ravitsemushoidon osaamisen parantamiseen. Oma ravitsemushoidon osaaminen koettiin näistä Likert-asteikollisista kysymyksistä heikoimmaksi (kuviot 10 ja 11). Keskiarvoksi tuli 3.24.

Kuvio 12. Oma ravitsemushoidon osaaminen (n = 87)



Avoimien kysymysten vastauksissa koulutuksen tarve nousi vastauksissa esiin lukumäärältään suurimpana. Koulutusta toivottiin muun muassa diabetesta sairastavien ravitsemuksen, kalori- ja hivenaineisiin ja potilasohjaukseen liittyen.

”Haluaisin ymmärtää paremmin erikuntoisten ihmisten ravitsemustilaa vaikuttavia asioita.”

”Tietoisuus erilaisista vaihtoehdoista kun potilas ei pysty normaalisti ruokailemaan tai kun tavallinen ruoka-annos ei sovi potilaalle.”

Eniten toivottiin koulutusta, ravitsemusterapeuttien luentoja ja uusimman tiedon saamista omaan yksikköön.

”Ravitsemusasiiantuntijan opastusta, luentoja kaipaavat, sillä potilaalle opettaminen pohjautuu omaan kokemukseen ja tiedonhankintaan.”

”Ajoittain toistuvat osastotunnit ravitsemushoidosta ja uusimmista suosituksista olisivat tarpeellisia.”

”Teemaluentoja osastotunnilla (ravits. terapeutti, suuhygienisti ym.)”

Riittävä resursointi hoitotyössä nousi esiin erillisenä vastausryhmänään. Ajan puute koettiin yhdeksi tärkeimmistä syistä ravitsemushoidon puutteisiin. Myös oman ajan käyttäminen oman osaamisensa lisäämiseen koettiin vääräksi. Hoitotyössä pitäisi vastaajien mukaan olla aikaa myös opiskelemiseen.

”Haluaisin lisää tietoa ravitsemushoidon kaikilta osa-alueilta, mutta käytännön hoitotyössä on täysin mahdotonta edes yrittää lisätä potilasohjausta, sillä jo tällä hetkellä resurssit ovat liian pienet. Kaikki aika menee pakollisten työtehtävien hoidossa ja sydänasioista potilaalle ohjaamiseen. Jotta potilaita voitaisiin hoitaa kokonaisvaltaisesti, vaatisi se lisää henkilökuntaa osastolle.”

Moniammatillisen yhteistyön lisääminen koettiin tärkeäksi. Erityisesti ravitsemusterapeutin palveluja kaivattiin yksiköissä ja useamman ammattiryhmän yhteistyötä kokonaisvaltaisen potilashoidon toteutumiseksi.

”Jatkohoidon turvaamista ravitsemuksen suhteen. Haluaisin lisätä yhteistyötä yhteistyökumppaneiden kuten Turun kaupunki, kotisairaanhoidot, Raision kaupunki yms. kanssa.”

Loput vastaukset luokiteltiin yleisiksi kyselyyn liittyviksi, koska ne eivät liittyneet mihinkään edellä mainituista ryhmistä. Vastauksissa kuvailtiin oman yksikön toimintaa ja mihin ravitsemushoito siellä keskittyy (esim. potilasohjaukseen). Kyselyn kysymykset koettiin liian yksityiskohtaisiksi tai vastausvaihtoehdot epäsoviviksi juuri omaan yksikköön.

”Haluaisin kritisoida vastausvaihtoehdot ” ei ole tarpeen osastollamme”. Moneen kohtana olisin halunnut vastata, että ei käytetä meillä, mutta olisi varmaan tarpeen.”

8 RAVITSEMUSHOIDON OSAAMINEN

8.1 Ravitsemushoidon osaamisen eri osa-alueet

Ravitsemushoidon osaaminen jaettiin VSSHP:n osaamisen viitekehyksen mukaisesti osa-alueisiin, jotka ovat kliininen osaaminen, ammatillinen vastuu, vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen, opettaminen ja ohjausosaaminen, uudistumis- ja kehittämisosaaminen sekä johtamisosaaminen (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011).

Ravitsemushoidossa tarvittava kliininen osaaminen

Ravitsemushoidon kliiniseen osaamiseen kuuluvat taustatekijöiden huomiointi, ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoidon toteutus. Taustatekijöiden huomiointi koostuu muun muassa BMI:n laskemisesta, ruokailutottumusten, kulttuuriin liittyvien asioiden sekä ruoka-aineallergioiden selvittämisestä. Nämä perustuvat ravitsemushoidon tulotilanteen selvittämiseen, toteutukseen sekä sairaanhoitajan monikulttuurisen hoitotyön ja kliiniseen hoitotyön osaamiseen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b; Opetusministeriö 2006.)

Ravitsemustilan arviointiin kuuluvat muun muassa ravitsemustilan arviointi, ravitsemustilan seulontamenetelmän käyttö, energiatarpeen arviointi sekä laboratoriotulosten arviointi ja seuranta. Nämä kuuluvat ravitsemushoidon osaamiseen tulotilanteen selvittämisen kautta ja ne ovat osa sairaanhoitajan kliinistä osaamista (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a; Kondrup, Allison, Elia, Vellas, & Plauth. 2003; Opetusministeriö 2006.)

Ravitsemushoidon toteutukseen liittyvään osaamiseen kuuluvat muun muassa eri ruokavalioiden toteutus, ravitsemuksen seurantalistojen käyttö, suun terveyden huomiointi, lisäravinteiden käyttö sekä nenämahaletkun ja perifeerisen kanyylin asettaminen, käyttö ja poisto. Nämä kaikki liittyvät sairaanhoitajan kliini-

seen osaamiseen ja hoitohenkilökunnan vastuuseen ravitsemushoidossa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a; Opetusministeriö 2006.)

Ravitsemushoidossa tarvittava ammatillinen vastuu

Ravitsemushoidon ammatilliseen osaamiseen ja vastuuseen kuuluvat suosituksen mukainen kirjaaminen (kirjaamisosaaminen), tekninen osaaminen ja eettinen osaaminen. Kirjaaminen ja sähköinen dokumentointi ovat osa VSSHP:n hoitotyön toimintaohjelman kehittyneen infrastruktuurin ja hoitotyön laadun tavoitteita (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010a). Kirjaaminen ja dokumentointi kaikissa ravitsemushoidon prosessin eri vaiheissa ovat sairaanhoitajan päätöksenteko-osaamista (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a; Opetusministeriö 2006, 66). Tekninen osaaminen, kuten potilastieto- ja erilaisten tilausjärjestelmien käyttö osana ravitsemushoitoa, on osa sairaanhoitajan päätöksenteko-osaamista. Ravitsemushoidossa tarvittava eettinen osaaminen, kuten potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, on osa sairaanhoitajan eettistä toimintaa. (Opetusministeriö 2006, 66.)

Ravitsemushoidossa tarvittava vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen

Ravitsemushoidon yhteistyöosaamiseen kuuluvat muiden asiantuntijoiden konsultoinnit (esimerkiksi työtoveri, lääkäri ja ravitsemusterapeutti). Osaamisvaatimus perustuu Opetusministeriön sairaanhoitajan ammatillisiin osaamisalueisiin sekä Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksiin ikääntyneiden ravitsemuksesta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 40-41; Opetusministeriö 2006, 66.)

Vuorovaikutusosaamiseen ravitsemushoidossa kuuluvat siihen liittyvien psyykkisen ja sosiaalisen merkityksien huomiointi (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 40-41, Arffman ym. 2009). Esimerkkinä on se, miten ateriointi vaikuttaa anoreksiapotilaan hoitoon tai miten aterialla avustaminen voi olla potilaalle sosiaalinen kontakti hoitohenkilökuntaan.

Ravitsemushoidossa tarvittava opettaminen ja ohjausosaaminen

Ohjausosaamisella on ravitsemushoidolla suuri merkitys. Ohjauksessa tulee osata käyttää kirjallista materiaalia ohjauksen apuna, ohjata myös potilaan omaista, osata ohjata suullisesti ja käytännössä (esimerkiksi hiilihydraattilaskenta aterian ääressä) sekä käyttää tietolähteitä ohjauksen tukena (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010a; Opetusministeriö 2006, 65; Laki potilaan asemasta ja oikeudesta).

Ravitsemushoidossa tarvittava johtamis- ja päätöksenteko-osaaminen

Ravitsemushoidossa hoitohenkilökunta tarvitsee päätöksenteko-osaamista. Ravinnon muodon arviointi tapahtuu ensisijaisesti hoidon alussa, mutta potilaan voinnin muuttuessa myös koko hoitoprosessin aikana. Hoidon alussa hoitohenkilökunta arvioi, onko enteraalinen ravitsemus potilaalle mahdollinen vai tarvitaanko parenteraalista ravitsemusta. Hoitohenkilökunta valitsee lääkärin kanssa yhteistyössä potilaalle parhaiten sopivan letkuravintovalmisteen. Hoidon aikana hoitohenkilökunta arvioi muun muassa seurantalistojen tietojen avulla suonensisäisen nesteytyksen tarpeen sekä mikä suonensisäinen neste olisi potilaalle paras vaihtoehto (huomioiden potilaan perussairaus ja nykytilanne). (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a.)

Ravitsemushoidossa tarvittava uudistumis- ja kehittämisosaaminen

Uudistumis- ja kehittämisosaaminen koostuu tässä kehittämisprojektissa kyselyn Likert-asteikollisista sekä avoimista kysymyksistä. Ravitsemushoidon koettu merkitys (miten tärkeä osa kokonaishoitoa ravitsemushoito on ja miten se toteutuu) sekä kehittämis- ja kehittämisehdotukset (oman osaamisen kehittäminen) muodostavat tämän osion.

Ravitsemushoito koettiin merkitykselliseksi osaksi potilaan kokonaishoitoa ja sen keskiarvoksi tuli viisitasoisella asteikolla 4.52. Ravitsemushoidon tämän

hetkinen kokonaistoteutus toimi vastaajien mielestä samalla asteikolla keskiarvolla 3.48. Oman ravitsemushoidon osaamisen vastaajat arvioivat keskiarvolla 3.24.

Oman osaamisen kehittämisen osio analysoitiin sisällön analyysillä, jossa nousivat esiin erityisesti lisäkoulutuksen tarve sekä kiire, joka estää potilaan kokonaisuhoitoon toteutumisen toivotulla tavalla. Toisaalta haluttiin lisätä moniammatillista yhteistyötä ja potilaan kokonaisvaltaisen hoidon tarve tunnistettiin.

8.2 Ravitsemushoidon eri vastualueet

Ravitsemushoidon vastuukysymykset kaikilla organisaatiotasoilla on kuvattu Valtion ravitsemusneuvottelukunnan toimesta. Ravitsemushoidon hoitohenkilökunnan vastuut ja tehtävät jakautuvat eri ammattiryhmien välillä alla olevan taulukon mukaisesti (taulukko 6).

Taulukko 6: Ravitsemushoidon vastuut ja tehtävät (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 17).

Ammattiryhmä	Tehtävät
Lääkäri	Vastuu potilaan ravitsemushoidosta osana muuta hoitoa Vajaaravitun ja vajaaravitsemuksen riskipotilaan ravitsemustilan arviointi sekä hoidon suunnittelu, arviointi, seuranta ja potilaan motivointi
Osastonhoitaja	Ravitsemushoidon kokonaisvastuu
Hoitohenkilökunta	Vajaaravitsemuksen riskin seulonta Ravinnontarpeen arviointi ja yksilöllinen ruokailaus Potilaan avustaminen ruokailussa tarvittaessa Ravinnonsaannin ja painon seuranta Ravitsemusohjaukseen osallistuminen Tiedonsiirto jatkohoitopaikkaan

Kyselyssä vastuukysymyksiä käsiteltiin ravitsemushoidon eri vaiheiden ja useuden kautta (esim. kuinka usein ravitsemushoidon suunnittelu kuuluu sairaanhoitajalle). Ravitsemushoidon osaamiseen kaikki hoidon eri vaiheet kuuluivat perusosaamisen tasolle (esim. sairaanhoitajan tulee osata konsultoida ravitsemusterapeuttia hoidon alussa). Kyselyllä haettiin vastausta siihen, miten vastuu on tällä hetkellä yksiköissä jaoteltuna verrattuna ohjeistukseen.

Asiantuntijapaneelissa keskustelua herätti se, että pitäisikö ravitsemushoidon vastuualueet määritellä osaamisen vai useuden näkökulmasta. Osaamisen näkökulmasta kaikki ravitsemushoidon vaiheet (suunnittelu, toteutus, arviointi ja jatkohoito) kuuluvat perusosaamiseen perus- ja sairaanhoitajille sekä lääkärille. Useuden kautta määriteltynä kyselyn tulokset olivat ristiriidassa Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ohjeistuksen kanssa. Esimerkiksi ravitsemushoidon arviointi ei kyselyn mukaan kuulunut lääkärille joka potilaan kohdalla vaikka se ohjeistusten mukaan kuuluu jokaisen potilaan hoitoon. Myöskään ravitsemusterapeutin rooli hoidon suunnittelussa ei tullut kyselyssä esiin. Hoitohenkilökunnan rooli ravitsemushoidossa oli selkeämpi kyselyn mukaan. Hoitohenkilökunnalla on suuri rooli koko ravitsemushoitoprosessin ajan.

Kyselyn vastauksiin ovat todennäköisesti vaikuttaneet vastaajien ammattiryhmä ja se, miten he näkevät ja kokevat sekä mitä he tietävät toisen ammattiryhmän työstä. Osaltaan tähän vaikuttaa myös potilashoidon dokumentointi. Jos asia ei ole kirjattuna potilastietoihin (esim. potilaan ravitsemustilan arviointia lääkärin teksteissä), toisen ammattiryhmän edustaja ei tiedä onko asiaan kiinnitetty huomiota vai ei. Dokumentoinnin lisääminen voisi toimia yhtenä ravitsemushoidon parantamisen keinona.

8.3 Ravitsemushoidossa tarvittava perus- ja erityisosaaminen

Perus- ja erityisosaaminen kuvattiin osaamiskartassa (taulukko 7) toimipisteittäin värikoodeilla yhdistämällä VSSHP:n osaamisen viitekehys (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011), kehittämisprojektin kyselyn eri osiot ja kysymykset sekä eri toimipisteet. Perusosaaminen eli kaikilla hoitajilla kyseisessä

yksikössä tarvittava osaaminen kuvattiin osaamiskartassa vihreällä värillä. Eri-tyisosaaminen kuvattiin keltaisella värillä. Erityisosaamiseksi määriteltiin sellainen osaaminen, jota ei tarvita usein tai että yksikössä riittää muutaman hoitajan asiantuntijuus asiassa. Punaisella värillä kuvattiin sitä osaamista, jota kyseisessä yksikössä ei tarvita tai joka ei ammattiryhmälle kuulu (esimerkiksi sentraalisten kanyylien käyttö ei kuulu perushoitajalle).

Toimipisteet jaoteltiin vuodeosasto -, poliklinikka- ja toimenpideyksiköihin. Ravitsemushoitoon liittyvän hoitotyön katsottiin olevan näissä yksiköissä niin erilaisia toisiinsa verrattuna, ettei niitä voitu yhdistää.

Taulukko 7. Ravitsemushoidon osaamiskartta eri toimipisteittäin

Perusosaaminen (useita kertoja päivässä, päivittäin, viikoittain)

Erityisosaaminen (kuukausittain tai harvemmin)

Osaamista ei tarvita tai ei tarvita työyksikössäni



VSSHP:n osaamisalue	Ravitsemushoidon osaamisalue	Ravitsemushoidon tehtävät	PKL	TMP	VO
KLIININEN OSAAMINEN	Ravitsemushoitoon vaikuttavien taustatekijöiden huomiointi	BMI:n laskeminen ja seuranta	Green	Yellow	Green
		Ruoka-aineallergioiden huomiointi	Green	Green	Green
		Ruokailutottumukset	Green	Red	Green
		Viimeaikainen ruokahalu	Green	Yellow	Green
		Kulttuurierot	Green	Green	Green
	Ravitsemustilan arviointi	Ravitsemustilan arviointi	Green	Green	Green
		Painonkehitys	Green	Yellow	Green
		Ravitsemustilan seulontamenetelmän käyttö	Yellow	Red	Green
		Yleisvoinnin seuranta	Green	Green	Green
		Lab-tulosten arviointi ja seuranta	Green	Green	Green
	Ravitsemushoidon toteutus	Energiatarpeen arviointi	Yellow	Red	Green
		Painon seuranta	Green	Red	Green
		Ruokavaliotivomukset	Red	Red	Green
		Ruoan toivottu annoskoko	Green	Red	Green
		Ravitsemusseurantalistojen käyttö	Green	Red	Green
		Suun terveyden seuranta	Green	Yellow	Green
		Suun hoito	Red	Red	Green
		Asentohoidon huomiointi	Red	Green	Green
		Omatoimisuuden edistäminen	Red	Red	Green
		Nielemisvaikeuksien huomiointi	Green	Green	Green
		Tehostetun ruokavalion toteuttaminen	Yellow	Yellow	Green
		Toiveruokien tarjoaminen	Red	Red	Green
		Lisäravinteiden käyttö	Yellow	Red	Green
		Ravinnottaolon toteuttaminen	Red	Green	Green
		Nesteytyksestä huolehtiminen ravinnottaolon aikana	Red	Green	Green
		Ravitsemuksen tarpeen huomioonottaminen ravinnottaolon aikana	Red	Green	Green
		NML asettaminen, käyttö ja poisto (sairaanhoitaja/perushoitaja)	Red	Green	Green
		PEG-bolusletkun käyttö ja huolto (sairaanhoitaja/perushoitaja)	Red	Yellow	Green

		Perifeerisen kanyylin asettaminen, käyttö ja poisto (sairaanhoidaja/perushoitaja)								
		Sentraalisen kanyylin käyttö, huolto ja poisto (sairaanhoidaja/perushoitaja)								
AMMATILLINEN VASTUU	Suositusten mukainen kirjaaminen (kirjaamisosaaminen)	Tulotilanteen kirjaaminen								
		Hoidon tavoitteiden kirjaaminen								
		Hoitosuunnitelman kirjaaminen								
		Päivittäisen toteutumisen kirjaaminen								
		Hoidon arvioinnin kirjaaminen								
		Hoidon ohjauksen kirjaaminen								
		Jatkohoidon suunnittelun kirjaaminen								
	Tekninen osaaminen	Mirandan käyttö								
		Rakenteisen kirjaamisen käyttö								
		Oberonin käyttö								
		WebMyslin käyttö								
		Apteekin tilausjärjestelmän käyttö								
		Logistiikkakeskuksen tilausjärjestelmän käyttö								
		VSSHP:n rav.käsitteiden käyttö								
		VSSHP:n rav.hoitomallin käyttö								
	Eettinen osaaminen	Eettiset kysymykset								
		Itsemääräämisoikeuden huomiointi								
VUOROVAIKUTUS- JA YHTEISTYÖOSAAMINEN	Konsultointi (yhteistyöosaaminen)	Työtoverin/kollegan konsultointi								
		Lääkärin konsultointi								
		Rav.yhdyshenkilön konsultointi								
		Rav.terapeutin konsultointi								
		Toimintaterapeutin konsultointi								
		Puheterapeutin konsultointi								
		Fysioterapeutin konsultointi								
	Toisen asiantuntijan konsultointi									
	Psyykinen ja sosiaalinen merkitys (vuorovaikutusosaaminen)	Sosiaalisen merkityksen huomiointi								
		Psyykkisen merkityksen huomiointi								
Kirjallisen materiaalin käyttö										
OPETTAMINEN JA OHJAUSOSAAMINEN	Ohjausosaaminen	Suullisen ohjauksen käyttö								
		Omaisohjauksen käyttö								
		Käytännön ohjauksen käyttö								
		VSSHP:n ohjepankin käyttö								
		Muiden tietolähteiden käyttö								
		Ravinnon muodon arviointi								
PÄÄTÖKSENTEKO- JA JOHTAMISOOSAAMINEN	Ravitsemushoidon päätöksentekiosaaminen	Enteraalisen ravitsemuksen mahdollisuuden arviointi								
		Parenteraalisen ravitsemuksen tarpeen arviointi								
		Suonensisäisen nesteytyksen tarpeen arviointi								
		Suonensisäisen nesteytyksen laadun arviointi								
		Sopivan letkuravitsemusvaihtoehdon valinta								
		Rav.hoito osana muuta hoitoa								
UUDISTUMIS- JA KEHITTÄMISOOSAAMINEN	Ravitsemushoidon koettu merkitys	Kokonaistoteutuminen								
		Oman osaamisen arvio								
		Kehittämisen ja kehittämisehdotukset								
		Oman osaamisen kehittäminen (avoimet kysymykset)								

8.3.1 Poliklinikkahoitotyön perus- ja erityisosaaminen

Polikliinisessä hoitotyössä ravitsemushoidon perusosaamisessa korostuivat ravitsemushoidon suunnittelu, arviointi ja jatkohoito. Ravitsemushoidon suunnittelu koostui kaikista suunnittelun vaiheista, kuten ravitsemustilan arvioinnista, ruokailutottumusten selvittämisestä, viimeaikaisen ruokahalun selvittämisestä ja tarvittavien konsultaatioiden järjestämisestä. Erityisosaamiseksi suunnittelussa määriteltiin seulontamenetelmän käyttö, ravinnon tarpeen ja kalorimäärän määrittely, ravintotilausjärjestelmän ja apteekin tilausjärjestelmän käyttäminen.

Ravitsemushoidon toteutus polikliinisessä työssä koostui kirjaamisesta ja potilasohjauksesta perusosaamisena. Potilasohjauksessa käytettiin kaikkia ohjauksen keinoja, kuten suullista ja kirjallista ohjausta sekä eri tietokantojen käyttöä. Ohjauksessa vain käytännön potilasohjaus, kuten hiilihydraattilaskenta tai opeuslounas, määriteltiin erityisosaamiseksi polikliinisessä hoitotyössä. Erityisosaamiseksi sairaanhoitajille määriteltiin perifeerisen ja sentraalisen kanyylin käyttö. Perushoitajille nämä määriteltiin ei tarvittavaksi - osaamiseksi. Toteutuksesta jäi polikliinisessä työssä pois muun muassa omatoimisuuden edistäminen (esim. syöttäminen), toimenpiteiden tekeminen (esim. nenämahaletkun tai PEG-letkun käyttö), suun hoito ja asentohoito. Ei tarvittavaksi - osaamiseksi määriteltiin myös sosiaalisen merkityksen ja psyykkisen voinnin huomioiminen ruokailutilanteessa.

Kirjaaminen ja konsultointi olivat arviointi- ja jatkohoidon suunnitteluvaiheessa perusosaamista. Yleisvoinnin, suun terveyden, laboratoriotulosten ja painon seuranta määriteltiin perusosaamiseksi.

8.3.2 Toimenpidehoitotyön perus- ja erityisosaaminen

Nykyhetkessä toimiminen (esimerkiksi nesteytyksestä huolehtiminen) korostui toimenpideyksikön hoitotyön ravitsemushoidon osaamisessa, mutta kaikki ravitsemushoitoprosessin vaiheet olivat näkyvissä. Ravitsemustilan ja yleisvoinnin arviointi, laboratorio-tulosten seuranta, enteraalisen tai parenteraalisen ravin-

nonmuodon arviointi sekä allergioiden huomiointi nousivat ravitsemushoidon suunnittelussa ja lähtötilanteen kartoittamisessa perusosaamiseksi toimenpideyksiköissä. Hoidon toteuttamisessa ravinnotta olon toteuttaminen, nesteytyksestä huolehtiminen sekä potilasohjaus määriteltiin perusosaamiseksi. Jatkohoidon suunnittelussa nousi esiin hoitotyön kirjaaminen. Ei tarvittavaksi - osaamiseksi määriteltiin ravitsemushoidossa muun muassa painon seuranta, ruokavaliotoivomukset, seurantalistojen käyttö ja konsultoinnit.

8.3.3 Vuodeosastohoitotyön perus- ja erityisosaaminen

Vuodeosastolla tapahtuvassa hoitotyössä suurin osa ravitsemushoitoprosessin eri vaiheista oli miltei kokonaisuudessaan perusosaamista, jota jokaisen tulisi hallita. Tulotilanteen arviointi oli kokonaisuudessaan perusosaamista, kuten esimerkiksi ravitsemustilan arviointi, seulontamenetelmän käyttö (NRS-2002), kirjaaminen sekä ruoka-aineallergioiden ja – rajoitteiden selvittäminen. MNA-seulontamenetelmän käyttö (suunnattu vanhuspotilaille ja on vaihtoehto NRS-2002-menetelmälle) luokiteltiin erityisosaamiseksi, jota jokaisen ei tarvitse osata vuodeosastolla. Muiden seulontamenetelmien käyttö luokiteltiin ei tarvittavaksi - osaamiseksi. Ne ovat joko suunnattuja ensisijaisesti avohoitoon tai vaativat erityiskoulutuksen ennen käyttöönottoa.

Toteutusvaiheessa kirjaaminen potilastietojärjestelmään ja WebMysli®-ruokaohjelman käyttö luokiteltiin perusosaamiseksi, kun taas eri tilausjärjestelmien käyttö luokiteltiin erityisosaamiseksi, koska niiden käyttö ei ollut jokapäiväistä ja oli usein tiettyjen työntekijöiden vastuualueena, kuten logistiikka-keskuksen tilausohjelman käyttö.

Toisten työntekijöiden sekä muiden yksiköiden ja asiantuntijoiden konsultoiminen ravitsemushoitoon liittyvissä kysymyksissä luokiteltiin perusosaamiseksi vuodeosastolla. Ohjaus luokiteltiin kaikilta muilta osin perusosaamiseksi, mutta käytännön ohjaus (kuten opetuslounas ja hiilihydraattilaskenta) luokiteltiin erityisosaamiseksi, jolloin riittää se, että muutama henkilö yksikössä tämän osaa ja hallitsee.

8.4 Ravitsemushoidon osaamisen kehittäminen osallistavan johtamisen menetelmin

Tässä kehittämistyössä osallistavaa johtamista käytettiin ravitsemushoidon osaamisen kehittämisessä usealla eri tavalla. Asiantuntijaluennot, benchmarking, kahden organisaation vertailu ja ravitsemusyhdyshenkilötoiminnan kehittäminen olivat keinoja, jolla pyrittiin lisäämään ravitsemushoidon osaamista. Osallistava johtaminen näkyi erityisesti ravitsemusyhdyshenkilöiden rooli- ja tehtäväkuvauksen muodostamisessa, minkä avulla hoitohenkilökunta muun muassa aktivoituaan itse kehittämään oman yksikkönsä toimintatapoja.

Benchmarking

Benchmarking on oman toiminnan, käytäntöjen ja prosessien vertaamista alan parhaisiin käytäntöihin ja muutosten toteuttamista tehtyjen havaintojen perusteella. Sitä voidaan myös kutsua tavaksi luoda uusia ideoita ja tapoja kehittää prosesseja sekä mahdollisuudeksi oppia muiden kokemuksista. (Qualitas Forum 2013.)

Ravitsemushoitoon liittyen kehittämisprojektissa tehtiin benchmarking Tukholman Karoliiniseen sairaalaan lokakuussa 2012. Benchmarking toteutui viiden viikon aikana opiskelijavaihdon yhteydessä havainnoinnin, haastattelun ja käytäntöön työhön osallistumisen keinoin. Ravitsemushoidon vertailu kahden eri maan kulttuurin ja käytäntöjen välillä tuotti paljon uutta tietoa, jota hyödynnettiin käytännössä omassa organisaatiossa.

Ravitsemushoidon vertailua

Karoliinisessa sairaalassa Tukholmassa on VSSHP:ä kaksi kertaa suurempi sairaanhoitopiiri, jos verrataan esimerkiksi hoitopaikkojen ja työntekijöiden määrää (Karolinska Sjukhuset 2012, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012d).

Karoliinisessa sairaalassa työskentelevän ravitsemusterapeutti Lena Martinin mukaan sairaalassa toimii ravitsemusterapeuttiklinikka (Dietistkliniken), jossa työskentelee 60 dietistiä (ravitsemusterapeuttia). Heidän pääasiallinen tehtä-

vänsä on antaa yksilöllistä ravitsemushoitoa ja – neuvontaa sekä ohjata ja opettaa hoitohenkilökuntaa ja opiskelijoita mutta myös kehittää ja parantaa ravitsemushoitoa sekä tehdä tutkimusta ravitsemuksen alalla. Osalla klinikoista ravitsemusterapeutin työnkuvaan kuuluu säännöllinen osaston lääkärin kiertoon osallistuminen kerran viikossa. (Martin 2012.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sisätautien klinikan ravitsemusterapeutti Isotuvan mukaan koko piirissä toimii yhteensä kuusi ravitsemusterapeuttia. Vuoden 2012 loppuun asti he ovat kuuluneet eri klinikoiden ja ravintokeskuksen alaisuuteen, mutta organisaatiomuutoksen yhteydessä vuoden 2013 alusta he tulevat toimimaan asiantuntijapalvelujen yhteydessä omana yksikkönään. (Isotupa 2012.)

Suomalaiset ja ruotsalaiset ravitsemushoitoon liittyvät ohjeistukset ovat yhteneväiset muun muassa hoidon suunnittelun ja tiedonkeruun osalta eli näiden tulee tapahtua heti hoidon alussa ja viimeistään kahden vuorokauden kuluessa hoidon aloituksesta. (Andersson, Sörensen & Wester 2010; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 27). Jos näiden selvitysten perusteella esiin nousee ravitsemuksellinen riski, tulee molemmissa maissa potilaalle tehdä tarkempi ravitsemusselvitys, joka sisältää ravitsemusanamneesin ja – statuksen, kliiniset oireet ja merkit sekä suosituksen ravitsemusterapeutin konsultaatiosta (Andersson ym. 2010; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 18).

Karoliinisen sairaalan gastrokirurgian klinikalla potilaan sisäänkirjausrutiineihin tarvittavan päivittäisen kalorimäärän laskeminen kuului käytössä olevan laskukaavan mukaisesti edellä mainittujen tiedonkeruun vähimmäisvaatimusten lisäksi. Päivittäin tarvittava kalorimäärä kirjattiin potilastietojärjestelmään ja siihen verrattiin seurantalistojen kautta saatua tietoa potilaan päivittäin saamasta kalorimäärästä. Kalorimäärätavoitteiden toteutumista seurattiin lääkärin kierroilla päivittäin. (Martin 2012.) VSSHP:ssä kalorimäärän arvio ja ruokavalion tilaus perustuvat hoitohenkilökunnan arvioon ja potilaan mieltymykseen (iso vai pieni annos). Tarkkoja kaloritarpeita ei lasketa tai kirjata potilastietojärjestelmään.

Karoliinisessa sairaalassa voitiin tarvittaessa päivittäin käyttää kaloriseurantalomaketta, jonka kautta saatiin tarkka lukema potilaan saamasta kalorimäärästä (jokaisen aterian ja elintarvikkeen kalorimäärä on tiedossa). VSSHP:n ravitsemuskäsikirjan kautta on saatavilla ravitsemuksen seurantalomake, jonka avulla voidaan kuvata kuinka paljon potilas syö ruoka-annoksesta (koko annos, puolet jne.), mutta tällä ei päästä päivittäisiin tarkkoihin kalorimääriin. (Martin 2012; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012a).

Karoliinisessa sairaalassa ravitsemusterapeutit olivat mukana lääkärin kierroilla kerran viikossa, heiltä sai konsultaatioapua tarvittaessa ja he olivat mukana kehittämässä ravitsemushoitoa ja kouluttamassa henkilökuntaa (Martin 2012). VSSHP:ssa ravitsemusterapeuttien lukumäärän vuoksi säännöllinen lääkärin kiertoihin osallistuminen ei ole mahdollista ja konsultaatioihin saattaa olla jonoa. Ravitsemusasioita ja – hoitoa kehitetään oman työn ohella ravitsemusprojekti- ja työryhmässä. (Isotupa 2012.)

Ruotsissa ravitsemushoidosta ja sen kulusta tulee hoitajakson päätyttyä tehdä ravitsemusepikriisi, jonka ravitsemusterapeutti kirjoittaa. Suomalaisen ohjeistuksen mukaan ravitsemushoidosta tulee tehdä selvitys jatkohoitoa varten ja jokainen ammattiryhmä vastaa omalta osaltaan ravitsemushoidon jatkuvuudesta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 43).

Asiantuntijaluennot

Ravitsemushoidon osaamista kehitettiin TYKS:n sisätautien klinikalla tarjoamalla kyselyyn osallistuneille yksiköille mahdollisuutta osastotuntiin (koulutukseen), jonka aikana käytiin läpi ravitsemushoidon tärkeimmät vaiheet, kehittämistyön kyselyn tuloksia ja vertailukohteena ollutta Karoliinisen sairaalan ravitsemushoitomallia. Osastokoulutusten tavoitteena oli lisätä yksiköiden tietoisuutta ravitsemushoidon merkityksestä osana potilaan kokonaisuhoitoa, mitä osa-alueita ravitsemushoitoon kuuluu sekä mitkä osaamisen kehittämiskohteet kyselyn perusteella nousivat esiin. Osastotunteja pidettiin viidessä eri yksikössä yhteensä kuusi kertaa. Osastotuntien lisäksi saman sisältöistä luentoa käytettiin VSSHP:n alueellisessa koulutuspäivässä 15.11.2012, jonka aiheena oli vanhuksen vajaa-

ravitsemus ja sen tunnistaminen. Koulutuspäivä oli tarkoitettu koko VSSHP:n henkilökunnalle.

Ravitsemusyhdyshenkilötoiminnan kehittäminen

VSSHP:ssä toimii ravitsemusyhdyshenkilöjärjestelmä. Jokaisessa yksikössä on nimetty yksi - kaksi yhdyshenkilöä. Ravitsemusyhdyshenkilöillä ei ollut yhteistä tehtäväkuvausta. Yhteistyössä VSSHP:n ravitsemusterapeuttien kanssa muodostettiin kehittämistyöhön liittyen ravitsemusyhdyshenkilöiden rooli ja tehtäväkuvaus (kuva 5). Rooli- ja tehtäväkuvaus muodostettiin yhdistelemällä Karoliinisen sairaalan ravitsemusyhdyshenkilön toimenkuvaa ja VSSHP:n sairaalahygieniayhdyshenkilön toimenkuvaa. Muodostetussa kuvauksessa korostuu ravitsemusyhdyshenkilön asiantuntijuus, osaaminen ja oma kiinnostus ravitsemukseen liittyviin asioihin sekä niiden kehittämiseen.

Kuva 5. Ravitsemusyhdyshenkilön rooli- ja tehtäväkuvaus

Ravitsemusyhdyshenkilön rooli ja tehtävät	
Jokaisessa yksikössä tulisi olla nimettynä yksi tai kaksi ravitsemuksesta kiinnostunutta ja motivoitunutta ravitsemusyhdyshenkilöä.	
Ravitsemusyhdyshenkilöiden tavoitteena on kehittää oman yksikkönsä toimintaa niin, että potilaat saavat laadukkaan, turvallisen, terveyttä edistävän ja sairautta hoitavan ravitsemushoidon koko sairaalahoidon ajan ja, että hoidon jatkuvuus varmistetaan myös sairaalahoidon jälkeen.	
Koska ravitsemushoito on moniammatillista yhteistyötä, yhdyshenkilöt kehittävät oman yksikkönsä lisäksi eri yhteistyötahojen välistä toimintaa sekä huolehtivat tiedottamisesta.	
Osa ravitsemusyhdyshenkilöistä on nimettynä ravitsemustyöryhmään, joka vastaa kokonaisuudessaan ravitsemushoidon kehittämisestä.	
Tehtävät	Toiminta/menetelmät
Oman yksikön ravitsemushoito- ketjun tunteminen	Tuntee ravitsemushoidon kulun osastolla ja toiminnan eri yhteistyötahojen kanssa (esim. asiantuntijakonsultaatiot) Tuntee ravintopalveluiden ja webmysli-ohjelman toimintaperiaatteet Toimii esimiehen kanssa asiantuntijana osastojen ja ravintopalveluiden välisestä yhteistyöstä sovittaessa Perus- ja erityisruokavaliotuntemus omalla erikoisalalla
Tiedottaminen	Uusista asioista ja muutoksista tiedottaminen omassa yksikössä
Opetus ja ohjaaminen	Oman yksikön työntekijöiden opetus ja ohjaaminen Oman yksikön uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytys ravitsemushoitoon ja ruoantilausohjelmaan Oman yksikön koulutustarpeen arviointi ja osallistuminen koulutuksen järjestämiseen yhdessä asiantuntijoiden kanssa
Kouluttautuminen	Ravitsemusyhdyshenkilötapaamiset (sis. webmysli-koulutukset) Ravitsemuskoulutukset
Kehittäminen	Oman yksikön käytäntöjen tarkastelu ja arviointi Oman yksikön käytäntöjen kehittäminen

Karoliinisessa sairaalassa toimii ravitsemusvastuuhoitaja-järjestelmä. Jokaisessa yksikössä on nimetty vastuuhoidaja, joka joissain klinikoissa saa vastuualueeseen liittyvän palkanlisän. Näissä yksiköissä vastuuhoidajuuteen liittyy kirjallisen ravitsemushoidon kehittämissuunnitelman tekeminen, toteutus ja arviointi vuosittain esimiehen valvomana ja tarkastamana. Vastuuhoitaja tekee neljännesvuosittain ”pistokokeita” potilastietojärjestelmään omassa yksikössään seuratakseen sitä, miten organisaation antamat ohjeistukset toteutuvat ja antaa tästä palautteen yksikköön. Karoliinisen sairaalan tavoitteena on tehdä >75 %:lle potilaista ravitsemustilan arvio 24 tunnin sisällä sairaalaan tulosta. (Karolinska Sjukhuset 2012; Martin 2012.)

Yhdyshenkilötoiminnasta ei VSSHP:ssa saa erilliskorvausta vaan se on yleensä yksi yksikön vastuualueista (kuten esimerkiksi kipu tai hygienia), jotka jaetaan henkilöstölle kiinnostuksen mukaan esimiehen toimesta. Vastuualueesta huolehditaan oman työn ohella eli yksiköstä riippuu, kuinka paljon työaika siihen pystyy käyttämään. Oikean henkilön valinta vastuualuetta hoitamaan korostuu. Yhdyshenkilön rooli- ja tehtäväkuvauksen myötä vastuun määrä kasvaa ja omalla kiinnostuksella on suuri merkitys.

Rooli ja tehtäväkuvaus on lisätty VSSHP:n ravitsemuskäsikirjaan helmikuussa 2013 ja siinä kuvataan yhdyshenkilön tehtäviksi muun muassa kouluttaminen, tiedottaminen ja asiantuntijana toimiminen (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012a). Yhdyshenkilöroolin selkeyttäminen ja vahvistaminen antavat hoitajalle mahdollisuuden kehittää omaa työtään ja yksikön toimintatapoja. Yhdyshenkilötoimintaa kehitetään jatkossa niin, että säännölliset tapaamiset ja koulutustilaisuudet otetaan käyttöön kevästä 2013 alkaen. Vuoden 2013 suunnitelmissa on ravitsemushoitoon tarvittavien atk-taitojen lisääminen, uuden munuaisruokavalion esittely, vajaaravitsemuksen seulonnan käytännön sovellukseen tutustuminen (Rasion ravitsemusprojektin esittely) ja yhdyshenkilötoiminnan vakiinnuttaminen, motivoiminen ja yhteishengen luominen.

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Empiirisen tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset otettiin huomioon kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Tutkimukselle saatiin kohdeorganisaatiosta lupa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kanssa tehtiin kehittämisprojektin toimeksiantosopimus (Liite 5). Kehittämisprojektiin liittyvälle tutkimukselle pyydettiin lupa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä ja puolto Turun yliopistollisen keskussairaalan sisätautien klinikan ylihoitajilta. Tutkimukseen osallistuvien vapaaehtoisuus, anonymiteetti ja yksityisyys sekä se, ettei tutkimuksesta ole haittaa osallistujalle taattiin kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuudella, taustatietokysymysten yleisyydellä sekä sillä ettei vastaajaa pystynyt vastauksesta tunnistamaan. (vrt. Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 2004; Burns & Grove 2011.) Tutkimukseen osallistuvat saivat tiedon tutkimuksesta sähköpostitse saatekirjeen muodossa (Liite 2), jossa korostettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja anonymiteettia. Tutkimusprosessin ja tulosten puolueettomuuden parantamiseksi kysely lähetettiin ylihoitajien sihteerien kautta esimiehille, jotka myös toimivat kyselyn vastaajina oman henkilökuntansa ohella (Vilkkä 2007, 16).

Kysely (survey) toteutettiin standardoituna aineiston keruuna, jossa tietyllä kliinikalla ravitsemushoitoon osallistuvat ammattihenkilöt muodostivat kyselyn otoksen. Kyselytutkimuksella kerättiin laaja tutkimusaineisto eli ravitsemushoitoon liittyviä eri asioita kysyttiin suurelta määrältä hoitotyön ammattilaisia. Saatu tieto analysoitiin tietokonepohjaisten ohjelmien avulla. Saadun tiedon luotettavuutta lisää se, että tieto tuli aidosta toimintaympäristöstä, jossa vastaajat toteuttivat ravitsemushoitoa omassa työssään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 193-195.)

Kehittämisprojektia arvioitiin sen vahvuuksien, heikkouksien ja kliinisen merkityksen näkökulmasta kaikissa tutkimuksen vaiheissa (vrt. Burns & Grove 2011). Tutkimuksen luotettavuutta lisäävät kyselyn perustuminen aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuskatsaukseen sekä sen esitetaus, johon osallistui kolme hoitajaa.

Esitestauksen perusteella kyselyä tarkennettiin vastausvaihtoehtojen ja kysymysten muotoilun osalta.

Tutkimuksessa saatua aineistoa käytettiin vain tutkijan toimesta. Aineisto ja siitä tehdyt johtopäätökset raportoitiin rehellisesti ja avoimesti. Aineisto säilytetään ja hävitetään tieteellisesti hyväksytyjen ohjeiden mukaisesti. (Vrt. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002).

9.2 Tuotetun tiedon merkitys ja hyödyntäminen

Kehittämiprojektin tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää osaamiskartan kohdalta yksikkö ja - yksilökohtaisesti osaamistarpeiden ja – puutteiden tunnistamiseen. Ravitsemushoidon osaamisen kuvaaminen ja osallistavan johtamisen keinoin tuotetut käytännöt (osastokoulutukset ja ravitsemusyhdyshenkilötoiminnan kehittäminen) ovat tuoneet näkyvämmäksi ravitsemuksen ja ravitsemushoidon merkitystä. Ravitsemushoidon osaamispuutteiden esiin tuominen ravitsemustyöryhmän tietoisuuteen ja yksikkötasolla ovat tuoneet näkyvyyttä asialle.

Käytäntöjen kehittäminen ja muuttaminen ovat lähteneet käyntiin, kun VSSHP:ssä on otettu käyttöön sähköinen vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä (NRS-2002) syksyllä 2012. Yhdyshenkilötoimintaa on kehitetty aloittamalla säännölliset tapaamiset ja tiedon jakaminen VSSHP:n sisäiseen intranettiin perustetun yhdyshenkilösivuston kautta.

Henkilökuntaresursseja, kuten ravitsemusterapeuttien määrää, ei suurella todennäköisyydellä olla lisäämässä VSSHP:ssä kustannussyistä. Näin ollen toimintaa on kehitettävä ja tehostettava muilla keinoilla. Osallistavan johtamisen ja delegoimisen keinoilla saadaan henkilökunta itse osallistumaan kehittämistyöhön ja käytäntöjä muutettua heidän osaamistaan hyväksikäyttäen. Ravitsemusyhdyshenkilöiden rooli ja tehtäväkuvauksen laatiminen antavat ravitsemustyöryhmälle ja ravitsemusterapeuteille mahdollisuuden kehittää ja aktivoida yhdyshenkilötoimintaa olemassa olevien resurssien sallimissa rajoissa.

9.3 Jatkokehittämisehdotukset

Kehittämisprojektin toivotaan toimivan alkuna ravitsemushoidon osaamisen kehittymiselle. Osaamisen lisäämistä ja ylläpitämistä varten tarvitaan jatkokehittämistoimenpiteitä kaikilla organisaatiotasolla. Alla on koottuna jatkokehittämisehdotuksia taulukkomuotoon (taulukko 8).

Taulukko 8. Kehittämisehdotukset

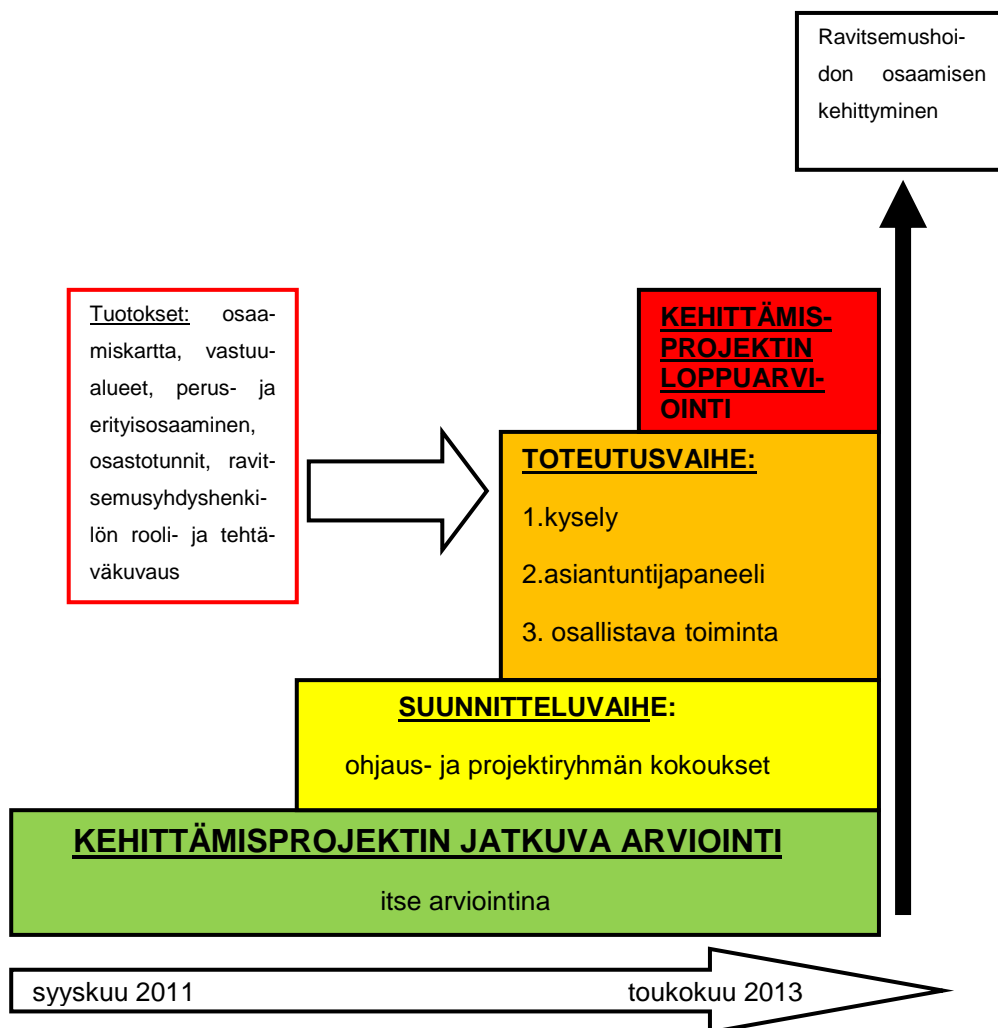
Organisaatiotaso	Kehittämiskohde
Organisaatio (ravitsemusterapeutit, ylihoitajat, ylilääkärit)	Ravitsemushoidon kehittymisen seuranta (esim. uusi kehittämistyö kehittämään eri seurantamuotoja, kuten esimerkiksi kirjaamisen ”pistokoe”, jolla seurattaisiin kuinka usein NRS-2002 on osana potilaan hoitoa)
	Kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen ja ohjeistuksen laatiminen (esim. miten rakenteista kirjaamista käytännössä käytetään ravitsemushoidon kirjaamisessa)
	Yhdyshenkilötoiminnan kehittäminen
Yksikkö (esimiehet)	Yksikön yhdyshenkilön tukeminen ja motivoiminen ravitsemusvastuualueen hoitoon roolija tehtäväkuvauksen mukaisesti
	Yksikön käytäntöjen kehittäminen yhdessä yhdyshenkilön kanssa (esim. miten NRS-2002 saadaan osaksi kaikkien potilaiden hoitoa)
	Osaamisen varmistaminen eri keinoin (esim. ravitsemusterapeutin luennot yksikössä)
	Kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen (esim. ravitsemushoidon kirjaaminen osana hoitotyön yhteenvetoa jatkohoitopaikkaan tiedoksi)
Yksilö (yksikön nimetty ravitsemusyhdyshenkilö)	Yhdyshenkilön tehtävien toteuttaminen roolija tehtäväkuvauksen mukaisesti
Yksilö (hoitohenkilökunta)	Oman osaamisen lisääminen (esim. tutustamalla ajankohtaisiin ohjeistuksiin tutustuminen VSSHP:n ravitsemuskäsikirjan kautta)
	Oman ravitsemushoidon osaamisen arviointi säännöllisesti (esim. kehityskeskustelujen yhteydessä)

Organisaatiotasolla ravitsemushoidon ja sen osaamisen kehittämisessä tarvitaan toimia monessa eri muodossa. Yhdyshenkilötoiminnan kehittäminen ja vakiinnuttaminen osaksi VSSHP:n toimintaa sekä ravitsemushoidon kirjaamisen edistäminen lisäävät ravitsemushoidon näkyvyyttä ja tätä kautta osaamista. Yksikötasolla painopiste on ravitsemushoidon kehittämisen resurssoinnilla. Yhdyshenkilö tarvitsee sekä esimiehen tukea että aikaa kehittämistyölle. Myös muun henkilökunnan tarvittavan ravitsemushoidon osaamisen varmistaminen on tärkeää eri keinoin, kuten asiantuntijaluentojen muodossa.

Yksilötasolla ravitsemusyhdys henkilön tulisi toimia vastuualueensa rooli- ja tehtäväkuvauksen mukaisesti. Ravitsemusyhdys henkilöiden oman osaamisen vahvistaminen aktiivisen yhdys henkilökunnan kautta tuo tiedon ja siitä saatavan hyödyn lähemmäksi potilasta. Yhdyshenkilöiden toiminta oman yksikön toiminnan kehittäjänä voi lisätä muun henkilökunnan osaamista ja parantaa potilashoitoa. Yksilötasolla muu hoitohenkilökunta tulisi myös sitouttaa kehittämään omaa osaamistaan esimerkiksi kannustamalla tiedonhankintaan organisaation ohjeistukseen liittyen sekä arvioimaan omaa ravitsemushoidon osaamisensa tasoa esimerkiksi esimiehen kanssa käytävissä kehityskeskusteluissa.

10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Kehittämishanke toteutui suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheina kuvion 13 mukaisesti.



Kuvio 13: Toteutusmalli Silfverbergin projektikäsitettä mukaillen (Silfverberg 2005, 5)

Projektin suunnittelu

Projektin suunnitteluvaihe koostui ohjaus- ja projektiryhmän kokouksista sekä itsenäisestä työskentelystä. Kokouksissa suunniteltiin, määriteltiin ja visioitiin kehittämissuunnitelman tavoitteita ja menetelmiä syksyn 2011 ja syksyn 2012 välisenä aikana. Projektin tutkimuksellisen osion kysely muodostettiin Valtion ravit-

semusneuvottelukunnan (2010) ravitsemussuosituksiin ja vastuualuemäärittelyyn sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin osastopotilaan ravitsemushoitomalliin ja sairaanhoitopiirin perusarvojen mukaiseen potilashoittoon perustuen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012b; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010a, 5.)

Suunnitteluvaiheessa projektin yhtenä tavoitteena oli yksikkökohtaisten koulutussuunnitelmien laatiminen yhdessä yksiköiden lähiesimiesten kanssa ravitsemushoidon parantamiseksi. Tähän tehtiin muutoksia projektin aikana, kun ravitsemusyhdyshenkilöiden toiminnan kehittämisen tarve nousi esiin tarpeellisempaan kuin koulutussuunnitelmat. Yhdyshenkilötoimintaa kehittämällä saadaan tieto ja osaaminen jaettua yksiköihin osallistamalla ja vastuuttamalla henkilökuntaa itse kehittämään omaa työtään. Toiminnan kehittämisen alku oli yhdyshenkilön rooli- ja tehtäväkuvauksen laatiminen.

Toteutusvaihe

Toteutusvaiheessa ravitsemushoidon osaamisen eri osa- ja vastuualueet kartoitettiin tutkimuksellisen osion tietokoneperustaisen-kyselyn (Webropol®) avulla. Moni asia vaikutti kyselyn vastausprosentin jäämiseen matalaksi. Kyselyn ajankohdaksi muodostunut kesäkuu 2012 oli ajallisesti hankala, koska siihen sijoittui sekä kesälomakauden alku että kesätyöntekijöiden perehdytys. Vastausprosenttiin vaikutti myös hoitotyön kiire, joka tuli esiin kyselyn avoimien kysymysten vastauksissa. Kyselyt ja hoitotyön kehittäminen koettiin tärkeäksi, mutta ajanpuutteen vuoksi näihin ei ehditty vastaajien mukaan keskittymään. Kyselyn aikana saatiin myös palautetta kyselyn anonymiteetin varmistamisesta ja asiasta käytiin keskustelua sähköpostitse ohjausryhmän jäsenten kanssa, minkä jälkeen anonymiteetin pitävyyydestä tiedotettiin sähköpostitse yksiköiden esimiehille.

Ravitsemushoidon keskeistä merkitystä potilaan kokonaishoidolle ei ymmärretty, jolloin kyselyyn vastaamista ei katsottu tärkeäksi. Kysely voitiin kokea myös pitkäksi ja hyvin yksityiskohtaiseksi. Tämä oli kuitenkin jo tiedossa kyselyä muodostettaessa ja se oli osittain tarkoituksellista. Ravitsemushoidon puutteista

tiedettiin aiemman tutkimustiedon kautta jo se, ettei suuri osa siihen liittyvistä asioista ollut tiedossa tai käytössä. Yksityiskohtainen kysely toimi projektissa tiedonkeruumenetelmänä sekä vastaajan tiedon ja osaamisen lisääjänä.

Projektin käytännön soveltamisen osio toteutettiin henkilöstöä osallistavin menetelmin (osastotunnit, henkilöstön osallistaminen, rooli- ja tehtäväkuvauksen laatiminen ja esitleminen, toiminnan aloituksen suunnitteleminen ym.). Osastotunteja (koulutuksia) tarjottiin kaikille kyselyyn vastanneille 14 yksikölle. Koulutuksia kutsuttiin pitämään viidellä eri sisätautiklinikan osastolla yhteensä kuusi kertaa marras-joulukuussa 2012. Osastotuntien tavoitteena oli tuoda ravitsemustietoutta suoraan käytännön työn tekijöille. Osallistujilta saatu palaute oli hyvää ja osastotunnit koettiin tarpeelliseksi, joten useammassakin yksikössä kouluttaminen olisi voinut lisätä tietoutta entisestään.

Ravitsemusyhdyshenkilötoimintaa suunniteltiin yhdessä VSSHP:n ravitsemusterapeuttien, ravitsemuskeskuksen edustajien ja henkilökunnan edustajien kanssa. Yhdyshenkilön rooli- ja tehtäväkuvaus hyväksyttiin VSSHP:n ravitsemustyöryhmän kokouksessa 23.11.2012. Kuvaus liitettiin osaksi VSSHP:n ravitsemuskäsikirjaa helmikuussa 2013 ja siitä pidettiin koulutus yhdyshenkilöille 13.2.2013.

Projektiorganisaatio

Kehittämiprojektin organisaatio koostui projektipäälliköstä, ohjausryhmästä ja projektiryhmästä. Projektipäälliköllä oli kokonaisvastuu projektista ja sen sisäisestä johtamisesta. Projektipäällikön tehtävänä oli saavuttaa tavoitteet annetuilla resursseilla (vrt. Pelin 2008, Ruuska 2008, Silfverberg 2007). Kehittämiprojektin ohjausryhmä koostui kehittämisylivoitajasta, sisätautien klinikan ylivoitajasta, koulun edustajasta sekä työelämämentorista. Ohjausryhmä ohjasi projektin tavoitteen asettelua, teki tarvittavia rajoituksia (esim. mihin henkilöstöön aineiston keruu kohdistuu) ja hyväksyi projektin aikataulusuunnitelman.

Projektiryhmä muodostuu asiantuntijoista, jotka osallistuvat projektityöskentelyyn projektipäällikön määrittelemien tehtävien mukaisesti (Pelin 2008, 66; Ruuska 2008, 150). Kehittämiprojektin projektiryhmän ajateltiin projektin alus-

sa muodostuvan klinikan osastonhoitajista, kun tarkoituksena oli muodostaa yksikkökohtaiset koulutussuunnitelmat. Projektin edetessä muutostarve tuli kuitenkin ilmeiseksi ja projektiryhmän kokoonpano muuttui. Yhdyshenkilötoiminnan kehittämistä suunniteltiin yhdessä projektiryhmän kanssa, joka koostui VSSHP:n ravitsemusterapeuteista sekä ravintokeskuksen ja osastojen edustajista (yhteensä yhdeksän henkilöä). Yhteisiä tapaamisia oli syksyn 2012 ja kevään 2013 aikana viisi.

Riskianalyysi

Riskianalyysi (Liite 6) tehtiin kehittämisprojektin eri vaiheisiin liittyen projektisuunnitelmavaiheessa. Selkeät ongelmakohdat olivat nähtävissä heti projektin alusta alkaen ja niihin oli mahdollisuus vaikuttaa. Aikatauluun liittyvien riskien kohdalla osa toteutui, kuten lupaprosessiin kulunut aika, minkä vuoksi kyselyn toteutus jäi kesälomakaudelle. Tämä vaikutti osaltaan vastausmäärään.

Ohjaus- ja projektiryhmiin liittyvistä riskeistä suurin oli aikataulujen yhdistäminen, mutta projektin aikana kaikki tarvittavat tapaamiset ja palaverit saatiin pidettyä. Tapaamisia pidettiin yhdessä ryhmänä sekä yksilötapaamisina, jos ryhmän aikataulut eivät sopineet yhteen. Tiedonkulku projektin aikana oli hyvää ja toimi eri viestintämuotojen kautta, kuten sähköposti ja henkilökohtainen tapaaminen.

Työmäärän kasvu ja sen rajaaminen sekä motivaation ylläpitäminen olivat projektin riskejä, joita pyrittiin kontrolloimaan erityisesti suunnitelmallisuudella ja aikataulutuksella. Aikaa myös pohdinnalle, reflektiolle ja uusien ideoiden muodostumiselle tarvittiin projektin aikana. Liian tiukka aikataulu olisi voinut tätä projektin osaa haitata. Realistisen suunnitelman pitämisessä apuna olivat työelämämentorin tapaamiset ja tilannekartoitusten pitäminen.

Arviointi

Projektin arviointivaihe toteutui jatkuvana koko prosessin läpi lähinnä itse arviointina. Jatkuvaa palautetta ja arviointia saatiin ohjausryhmältä, työelämämen-

torilta, projektiryhmältä sekä osallistavan toiminnan yhteydessä henkilökunnalta ja ravitsemusterapeuteilta.

Projekti onnistui kokonaisuudessaan hyvin. Alkuperäisestä suunnitelmasta poikettiin muuttamalla projektiryhmän kokoonpanoa ja kehittämällä ravitsemushoitoa, joka ei ollut alun perin projektin tavoitteena. Projekti on tuottanut myös käytäntöön suoraan hyödynnettäviä ohjeita ja suosituksia (ravitsemusyhdyshenkilön rooli- ja tehtäväkuvaus). Näiden työstäminen yhdessä projektiryhmän kanssa on lisännyt ravitsemusterapeuttien tietoisuutta käytännön hoitotyön haasteista ja mahdollisuuksista sekä kehittämishalua, joka näkyy yhdyshenkilötoiminnan käynnistymisenä.

LÄHTEET

- Andersson, M., Sörensen, K. & Wester, A. 2012. Vårdhandboken: Nutrition. Inera AB. Viitattu 9.12.2012 http://www.vardhandboken.se/Kategori/Omv%C3%A5rdnad_och_behandling
- Arffman, P. Partanen, R. Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.). 2009. Ravitseminen hoitotyössä. Edita: Helsinki.
- Aro, A. Mutanen, M. & Uusitupa, M. 2012. Ravitsemustiede. 4. painos. Helsinki: Duodecim
- Avenell, A. & Handoll, H. 2010. Nutritional supplementation for hip fracture aftercare in older people. Cochrane Review; Jan 2010.
- Bavelaar, J. Otter, C., Van Bodegraven, A. Thijs, A. & Van Bokhorst – de van der Schueren, M. 2008. Diagnosis and treatment of (disease-related) in-hospital malnutrition: the performance of medical and nursing staff. Clinical Nutrition. Jun. 27(3):431-438.
- Burns, N. & Grove, S. 2011. Understanding nursing research. Building an evidence-based practice. Elsevier Saunders.
- Elia, M., Stratton, R., Russell, C., Green, C. & Pan, F. 2005. Report on malnutrition in the UK. The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic consideration for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults. BAPEN (the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition)
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitseminen. 10. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Huhtala, S. 2011. Sairaanhoidajan osaaminen sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoitotyössä. Opinnäytetyö (YAMK). Turun ammattikorkeakoulu.
- Hätönen, H. 2005. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Isotupa, S. 2012. Henkilökohtainen tiedonanto. Turun yliopistollinen keskussairaala.
- Joffe, A., Anton, N., Lequier, L., Vandemeer, B., Tjosvold, L., Larsen, B. & Hartling, L. 2009. Nutritional support for critically ill children. Cochrane Review; Apr 2009.
- Johansson, P. 2012. Sairaanhoidajan osaaminen rytmihäiriöpotilaan hoidossa. Opinnäytetyö (YAMK). Turun ammattikorkeakoulu.
- Juuti, P. & Vuorela, A. 2004. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. 2.painos. Juva: PS-kustannus.
- Karolinska Sjukhuset. 2012. Nutritionsguide 2012. Tukholma: Norrmalmstryckeriet AB.
- Keeney, S.; Hasson, F. & McKenna, H. 2006. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. Methodological Issues In Nursing Research. Journal of Advanced Nursing 53(2), 205–212.
- Kim, H. & Choue, R. 2009. Nurses' positive attitudes to nutritional management but limited knowledge of nutritional assessment in Korea. International nursing review. Sep 45(3):333-339.

Kondrup, J., Allison, S.P., Elia, M. Vellas, B. & Plauth, M. 2003. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*(2003) Aug 22(4): 415–421.

Korvenranta, H. & Särkkä, M. 2010. TYKSin toiminnan ja organisaation muutos – T-pro hanke-suunnitelma. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Kruizenga, H., Van Tulder, M., Seidell, J., Thijs, A., Ader, H. & Van Bokhorst – de van der Schueren, M. 2005. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. *American Journal of Clinical Nutrition*. Nov. 82(5): 1082-1089.

Kummel Maika. 2012. Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 (Hoi-Pro). Turun ammattikorkeakoulu. Projektisuunnitelma.

Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2008. Kunnallisen henkilöstön osaamisen kehittämistä koskeva suositus sekä työ- ja virkaehtosopimus ammattiyhdistyskoulutuksesta. Yleiskirje 18/2008. Viitattu 15.2.2013

<http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/ajankohtaista/yleiskirjeet/2008/Sivut/1808-Kunnallisen-henkiloston.aspx>

Kurki, J. 2011. Sairaanhoitajan osaaminen akuutin sepelvaltimotautipotilaan hoitotyössä: osaamisen kuvantamismalli. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 1457-1917:34..

Kuusi, O. 2002. Delfoi-menetelmä Teoksessa Kamppinen, M., Kuusi, O. & Söderlund, S. Tulevaisuuden tutkimus. Perusteet ja sovellukset. Helsinki: Kirjakas.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta. 23.4.2004/295.

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992 5 & 6 §

Lassen, K., Kruse, F. & Bjerrum, M. 2005. Nutritional care of Danish medical inpatients – patients' perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Sep. 19(3):259-267.

Martin, L. 2012. Ravitsemusterapeutin henkilökohtainen tiedonanto. Gastrocentrum, Karolinska Sjukhuset.

Mattinen, A. 2007. Ravitsemusohjaus hoitotyössä: ammattikorkeakoulun rooli terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien ravitsemushoidon osaamisessa. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 9:1457-7941. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Meijers, J., Schols, J., Van Bokhorst – de van der Schueren, M., Dassen, T., Janssen, M. & Halfens, R. 2009. Malnutrition prevalence in the Netherlands: results of the annual dutch national prevalence measurement of care problems. *British Journal of Nutrition*. Feb. 101(3):417-423.

Meritähti, T. 2011. Triagehoitajan erityisosaamisen yhteispäivystyksessä. Opinnäytetyö (YAMK). Turun ammattikorkeakoulu.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nurminen, R. (toim.) 2011. Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa –hanke. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 113. Tampere: Juvenes Print.

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmän muistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 15.2.2013 <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

- Pelin, R. 2008 Projektihallinnan käsikirja. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Perman, M., Ciapponi, A., Crivelli, A., Garrote, V., Loudet, C. & Perman, G. 2009. Prescribed hypocaloric nutrition support for critically ill adults. Cochrane Review; Jul 2009.
- Pitkälä, K., Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S. & Strandberg, T. 2005. Vanhuksen aliravitsemus ja sen hoito. Suomen Lääkärilehti 51-52, 5265-5270.
- Qualitas Forum .2013. Laadun työkalut, benchmarking. Viitattu 29.1.2013. <http://www.qualitas-forum.fi/Laadunty%C3%B6kalut/Benchmarking/tabid/107/Default.aspx>
- Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2002. Ravitsemus ja ruokavaliot. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Rantanen, T. & Isopahkala-Bouret, U. 2010. Näkökulmia ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tuottamaan osaamiseen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2006. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot. Vammala: Vammalan Kirjapaino OY.
- Ruuska, K. 2008. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät ja vuorovaikutus. 7. painos. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Salo, V. 2012. Kotipalvelun työntekijöiden koulutustarpeet ja ammatillisen kasvun tukeminen iäkkäiden ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen. Turun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Schaller, C. & James, E. 2005. The nutritional knowledge of Australian nurses. Nurse Education Today. Jul. 15(5):405-412.
- Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi: Projektin vetäjän käsikirja. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki: Yliopistopaino.
- Suomen Sairaanhoidajaliitto. 2012. Sairaanhoidajan työ ja kehittäminen. Potilasturvallisuus. Viitattu 17.12.2012 http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/potilas_turvallisuus/
- Suominen, M. 2007. Nutrition and nutritional care of elderly people in Finnish nursing homes and Hospitals. Väitöskirja. Maatalous-metsätieteellinen tiedekunta, soveltavan kemian ja mikrobiologian laitos. Helsinki: Helsingin yliopisto. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-806-128-4>
- Suominen, M., Muurinen, S., Routasalo, P., Soini, H., Suur-Uski, I., Peiponen, A., Finn-Soveri, H. & Pitkälä, K. 2005. Malnutrition and factors associated with it among aged residents in all nursing homes in Helsinki. European Journal of Clinical Nutrition 59, 578-583.
- Sydänmaanlakka, P. 2004. Älykäs johtajuus: ihmisten johtaminen älykkäissä organisaatioissa. Helsinki: Talentum.
- Sydänmaanlakka, P. 2007. Älykäs organisaatio. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Hyvä tieteellinen käytäntö –ohje 2002. Viitattu 13.4.2012 http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010a. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Edita: Helsinki.

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

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2013. Ravitsemussuositukset. Viitattu 6.2.2013 <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset/erillisryhmat/>

Vanderwee, K., Clays, E., Bocquaert, I., Gobert, M., Folens, B. & Defloor, T. 2010. Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: a Belgian cross-sectional, multi-centre study. *Clinical Nutrition*. Aug. 29(4):469-4776.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2006. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007-2015.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2010a. Hoitotyön toimintaohjelma vuosille 2010-2015.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2010b. TYKSin erityisvastualueen opetus- ja koulutuspolitiikka – strategisen tason suunnitelma vuosille 2010-2015.

VSSHP; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012a. Ravitsemuskäsikirja. Santra (VSSHP:n sisäinen intranet).

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012b. Ravitsemuskäsikirja: osastopotilaan ravitsemushoitomalli. Santra (VSSHP:n sisäinen intranet)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012c. Tehrään porukal. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstöpoliittinen toimintaohjelma 2012-2015.

VSSHP; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012d. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tilinpäätös ja toimintakertomus vuodelta 2011. Saatavilla <http://www.vsshp.fi/fi/7294>

VSSHP; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012e. Yleisesittely. Viitattu 29.1.2013. <http://www.vsshp.fi/fi/esittely>

VSSHP; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2013. TYKS:lle uusi organisaatio 1.1.2013. Viitattu 29.1.2013. http://www.vsshp.fi/fi/vsshp_viikonkirjoitukset/vsshp_viikonkirjoitus

Viitala, R. 2008. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Ota-van kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Wentzel Persenius, M. 2008. Nutritional Nursing Care: Nurses' interactions with the patient, the team and the organization. Väitöskirja. Samhälls- och livsvetenskaper, avdelning för omvårdnad. Karlstad: Karstadin yliopisto.

Julkaisemattomat lähteet:

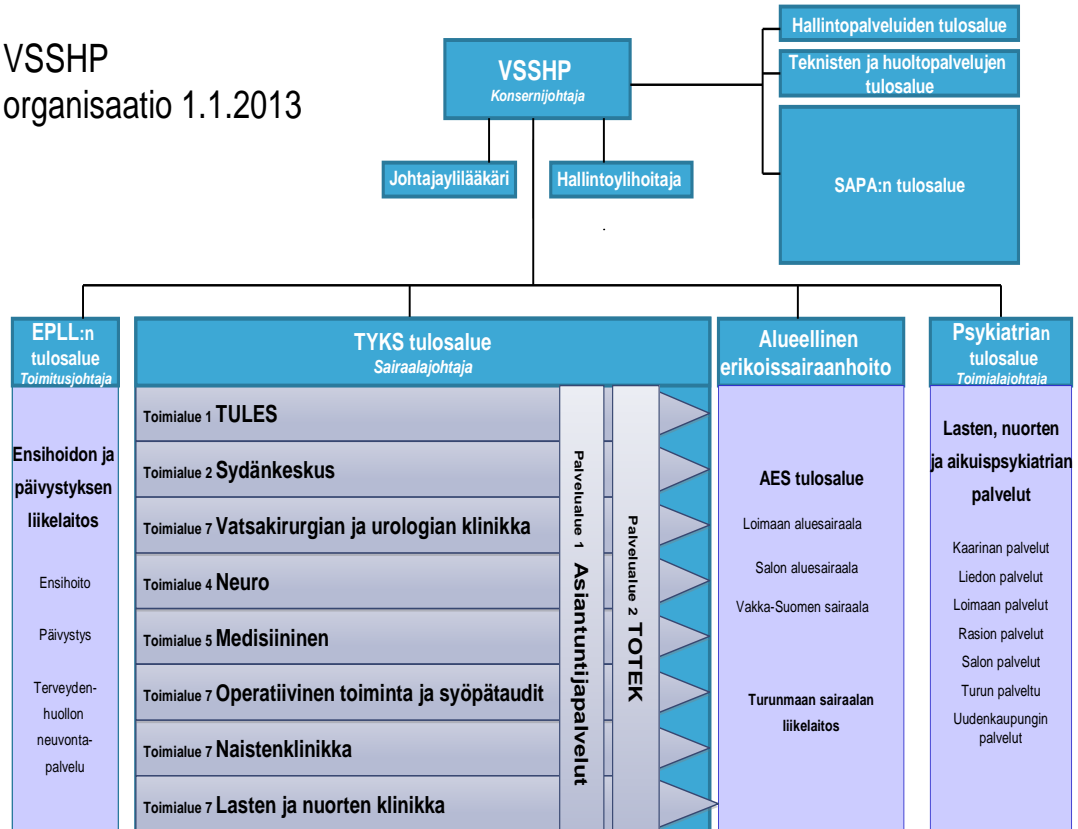
VSSHP; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2011. VSSHP:n osaamisen viitekehys.

Liite 1. Tyks:in organisaatiokaavio 2013



"Potilaskeskeisesti toimien – talouden realiteetit ymmärtäen"

VSSHP
organisaatio 1.1.2013



VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI v 11.9.2012 EGENTLIGA FINLANDS SJUKVÅRDSDISTRIKT

Liite2. Kyselylomake

Ravitsemushoidon osaaminen erikoissairaanhoidossa

Vastaa kysymyksiin oman työtehtäväsi näkökulmasta

1. Työtehtävä

- osastonhoitaja
- apulaisosastonhoitaja
- sairaanhoitaja
- perushoitaja
- muu, mikä? _____

2. Työaika vuosina

- 0-4 vuotta
- 5-9 vuotta
- 10-14 vuotta
- yli 15 vuotta

3. Osallistutko potilashoittoon

- päivittäin
- viikoittain
- harvoin tai en ollenkaan

4. Työyksikköni/kotiosastoni

- 011
- 012
- 013
- 014
- 015
- 016
- 017
- 018
- 082
- 020
- 022
- 026
- 027
- 150

5. Työyksikössäni potilaan ravitsemushoito sisältää

	en tunne asiaa	ei tarvita yksikössäni	kuukausittain tai harvemmin	viikoittain	päivittäin	joka potilaan kohdalla
ravitsemustilan arvioinnin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ravitsemustilan seulontamenetelmän käytön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BMI:n (Body Mass Index) laskemisen ja seurannan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ravinnontarpeen arvioinnin (esim. tarvittava kalorimäärä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ravinnonmuodon arvioinnin (esim. pehmeä tai nestemäinen ruokavalio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ruoka-allergioiden selvittämisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ruokailutottumusten selvittämisen (esim. kuinka paljon, usein ja mitä potilas syö kotona)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
viimeaikaisen ruokahalun selvittämisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
painonkehityksen selvittämisen viimeisen 6kk aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kulttuurierojen vaikutuksen huomioon ottamisen ravitsemuksessa (esim. ruokavaliorajoitukset)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ruokavalioitovomusten selvittämisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ruoan toivotun annoskoon selvittämisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yksikön ruokailuajoista tiedottamisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Työyksikössäni potilaan ravitsemushoidon suunnittelu (esim. ruokavalion määrittely) kuuluu

	ei tarvita yksikössäni	ei kuulu työtehtäviini	kuukausittain tai harvemmin	viikoittain	päivittäin	joka potilaan kohdalla
perushoitajalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sairaanhoidajalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkärille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yksikön ravitsemusyhdyshenkilölle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ravitsemusterapeutille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Työyksikössäni potilaan ravitsemushoidon toteutus (ruokavalion tilaaminen, potilasohjaus) kuuluu

	ei tarvita yksikössäni	ei kuulu työtehtäviini	kuukausittain tai harvemmin	viikoittain	päivittäin	joka potilaan kohdalla
perushoitajalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sairaanhoidajalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkärille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yksikön ravitsemusyhdyshenkilölle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ravitsemusterapeutille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Työyksikössäni potilaan ravitsemushoidon arviointi (kirjaaminen, hoidon suunnittelu) kuuluu

	ei tarvita yksikössäni	ei kuulu työtehtäviin	kuukausittain tai harvemmin	viikoittain	päivittäin	joka potilaan kohdalla
perushoitajalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sairaanhoitajalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkärille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yksikön ravitsemusyhdyshenkilölle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ravitsemusterapeutille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Työyksikössäni potilaan ravitsemushoidon jatkohoidosta huolehtiminen (tiedon välitys seuraavaan hoitopaikkaan, potilaan ohjaus kotiin lähtiessä) kuuluu

	ei tarvita yksikössäni	ei kuulu työtehtäviin	kuukausittain tai harvemmin	viikoittain	päivittäin	joka potilaan kohdalla
perushoitajalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sairaanhoitajalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkärille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yksikön ravitsemusyhdyshenkilölle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ravitsemusterapeutille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Työyksikössäni käytän

	en tunne asiaa	ei tarvita yksikössäni	kuukausittain tai harvemmin	viikoittain	päivittäin	useita kertoja päivässä
Miranda-potilastietojärjestelmää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rakenteista kirjaamista ravitsemushoidon apuna (esim. eri otsikot)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oberon-potilastietojärjestelmää (esim. ajanvaraus ravitsemusterapeutille)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
WebMysli-ruokatilausjärjestelmää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
apteekin tilausjärjestelmää (esim. letku- ja lisäravinteet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
logistiikkakeskuksen tilausjärjestelmää (esim. potilasoppaiden tilaus, letkuravitsemustarvikkeiden tilaus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Työyksikössäni kirjaan potilastietojärjestelmään

	en tunne asiaa	ei tarvita yksikössäni	kuukausittain tai harvemmin	viikoittain	päivittäin	useita kertoja päivässä
tulotilanteen ravitsemuksen suhteen (esim. paino, viimeaikainen ruokahalu, ravinnontarpeen arviointi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ravitsemushoidon tavoitteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ravitsemushoitosuunnitelman	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ravitsemushoidon päivittäisen toteutumisen (esim. nestelistamerkinnot, ruokailun seuranta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ravitsemushoidon arvioinnin tietyin väliajoin (esim. viikottain)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ravitsemushoidon ohjauksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkohoidon suunnittelun ravitsemuksen suhteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Työyksikössäni konsultoin potilaan ravitsemushoitoon liittyvissä asioissa

	en tunne asiaa	ei tarvita yksikössäni	kuukausittain tai harvemmin	viikoittain	päivittäin	useita kertoja päivässä
työtoveria omassa yksikössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yksikön lääkäriä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yksikön ravitsemusyhdyshenkilöä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ravitsemusterapeutteja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
toimintaterapeutteja (esim. omatoimista ruokailua helpottavat välineet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
puheterapeutteja (esim. nielemisvaikeudet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fysioterapeutteja (esim. hyvän ruokailuasennon löytäminen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
toista asiantuntijaa (esim. toista osastoa, ravintokeskusta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Työyksikössäni osaan potilashoidossa

	en tunne asiaa	ei tarvita yksikössäni	kuukausittain tai harvemmin	viikoittain	päivittäin	useita kertoja päivässä
seurata potilaan ravitsemustilaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
käyttää NRS-2002-ravitsemustilan seulontamenetelmää (suositeltu käytettäväksi sairaalapotilailla)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
käyttää MNA-ravitsemustilan seulontamenetelmää (suositeltu käytettäväksi yli 65-vuotiaille)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
käyttää MUST-ravitsemustilan seulontamenetelmää (suositeltu käytettäväksi avoterveydenhuollossa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

käyttää SGA-ravitsemustilan seulontamenetelmää (suositeltu käytettäväksi munuais-, syöpä- ja kirurgisille potilaille)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
käyttää jotain muuta ravitsemustilan seulontamenetelmää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
seurata potilaan yleisvointia ravitsemukseen liittyen (ihon, hiusten ja kynsien väri ja kunto, muu yleistila)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
seurata painoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
arvioida laboratoriokokeiden tuloksia ravitsemukseen liittyen (verenkuva, albumiini-, vitamiini- ja hivenainetasot)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
seurata ravitsemustilaa erilaisten seurantalistojen avulla (esim. nestelista, ruokapäiväkirja)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
seurata suun terveyttä (esim. suun kuivuus, proteesien istuvuus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoitaa potilaiden hampaita, proteeseja ja suun limakalvoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
toteuttaa ruokailua edistävää asento- hoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
edistää potilaan omatoimisuutta ruokailun suhteen (esim. motivoida ruokailemaan itse, avustaa tarvittaessa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ottaa huomioon nielemisvaikeuksien merkitys ruokailuun (esim. sopivan ruokavalion tilaaminen, ruokailussa avustaminen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ottaa huomioon ruokailutilanteen sosiaalinen merkitys potilashoidossa (esim. ohjausmahdollisuus, muiden potilaiden kanssa keskustelu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ottaa huomioon ruokailutilanteen vaikutus potilaan psyykkiseen vointiin (esim. mitä tunteita ruokailu herättää)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
käsitellä ravitsemushoitoon liittyviä eettisiä kysymyksiä (esim. saattohoitopotilaan ravitsemus, pakkosyöttäminen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ottaa huomioon potilaan itsemääräämisoikeus ravitsemuksen suhteen (esim. ravinnosta kieltäytyminen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Työyksikössäni ravitsemushoidon osaamiseen kuuluu

	en tunne asiaa	ei tarvita yksikössäni	ei kuulu työtehtäviin	kuukausittain tai harvemmin	viikoittain	päivittäin	useita kertoja päivässä
potilaan sairauteen liittyvät ruokavali- orajoitusten (esim. proteiini- tai suolarajoitteiden) huomioon ottaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
perusenergiatarpeen erojen huomioon ottaminen erilaisilla potilasryhmillä (vuodepotilas, yli- tai alipainoinen, aliravittu, infektio- tai haavapotilas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
arvioida onko enteraalinen ravitsemus potilaalla mahdollinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaan parenteraalisen ravitsemuksen tarpeen arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
suonensisäisen nesteytyksen tarpeen arviointi suhteessa ravitsemukseen (esim. saako potilas juotua tarpeeksi nesteitä suun kautta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
suonensisäisen nesteytyksen laadun valinta suhteessa ravitsemukseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tehostetun ruokavalion toteutus (ravin- tokeskuksen tuottama palvelu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
toiveruokien tarjoaminen potilaalle tarvittaessa ravintokeskuksen listalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lisäravinteiden käyttö ravitsemuksen tukena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ravinnotta olon toteuttaminen tarvit- taessa (esim. tutkimuksia varten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nesteytyksestä huolehtiminen ravin- notta olon aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ravitsemuksen tarpeen huomioon ottaminen ravinnotta olon aikana (esim. parenteraalinen ravitsemus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaalle sopivan letkuravitsemusvaih- toehdon valinta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nenämahaletkun asettaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nenämahaletkun käyttäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nenämahaletkun poistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PEG-bolusletkun vaihtaminen (balongi- kiinnitteinen PEG-letku)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PEG-letkun käyttäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PEG-letkun huoltaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PEG-letkun poistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
perifeerisen kanyylin asettaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
perifeerisen kanyylin käyttäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
perifeerisen kanyylin poistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

sentraalisen kanyylin käyttäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sentraalisen kanyylin huoltaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sentraalisen kanyylin poistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Työyksikössäsi osaan käyttää

	en tunne asiaa	ei tarvita yksikössäni	kuukausittain tai harvemmin	viikoittain	päivittäin	useita kertoja päivässä
VSSH:n intranetistä löytyvää ravitsemuskäsikirjaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VSSH:n intranetistä löytyvää osastopotilaan ravitsemushoitoa ravitsemushoidon tukena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Työyksikössäni käytän potilaan ravitsemusohjauksessa

	en tunne asiaa	ei tarvita yksikössäni	kuukausittain tai harvemmin	viikoittain	päivittäin	useita kertoja päivässä
kirjallista materiaalia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
suullista ohjausta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
omaisen tai läheisen ohjausta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
käytännön ohjausta (esim. opetuslounas, hiilihydraattilaskenta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VSSH:n intranetistä löytyvää ohje-pankkia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
muuta tietolähteitä ja viitekantoja (esim. Terveysportti)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Miten merkityksellisenä koet potilaan ravitsemushoidon osana muuta hoitoa?

	1	2	3	4	5	
ei merkitystä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	erittäin suuri merkitys

18. Miten ravitsemushoito kokonaisuudessaan mielestäsi toteutuu työyksikössäsi tällä hetkellä?

	1	2	3	4	5	
erittäin huonosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	erittäin hyvin

19. Miten arvioisit omaa ravitsemushoidon osaamistasi tällä hetkellä?

	1	2	3	4	5	
erittäin huono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	erittäin hyvä

20. Millä tavalla haluaisit lisätä omaa osaamistasi ravitsemushoidon osalta?

21. Muita kommentteja?

Kiitos vastauksistasi!

Liite 3. Saatekirje

Ravitsemushoidon osaaminen erikoissairaanhoidossa

14.6.2012

Hyvä terveydenhuollon ammattilainen

Kohteliaimmin pyydän Sinua vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on saada tietoa siitä, minkälaista ravitsemushoidon osaamista Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sisätautien erikoissairaanhoidossa tarvitaan. Tutkimuksen tarkoituksena on saadun tiedon perusteella kuvata tarvittava ravitsemushoidon perus- ja erityisosaaminen. Tämän aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämissprojektiin (Hoi-Pro). Lupa aineiston keruuseen on saatu 21.5.2012 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä.

Sinun vastauksesi ovat arvokasta ja merkityksellistä tietoa. Vastaamalla kyselyyn olet mukana ravitsemushoidon osaamisen kuvaamisessa ja määrittelyssä. Kartoittamalla ravitsemushoidon osaamista saamme työmme ja osaamisemme näkyväksi.

Vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaukset tullaan käsittelemään anonymisti ja kyselyn tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäisen vastaajan näkemykset ole tunnistettavissa. Kyselyn täyttäminen vie aikaa n. 15 minuuttia. Kysely on mahdollista keskeyttää välillä ja jatkaa myöhemmin.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytetyöhöni. Opinnäytetyöni ohjaaja on Raija Nurminen, yliopettaja, Turun AMK/terveysala (raija.nurminen@turkuamk.fi , puh.nro 0449074582)

Kyselyyn pääset alla olevasta linkistä:

<http://www.webpolsurveys.com/S/BFC9B5E7E88BB36A.par>

Vastaathan 30.6.2012 mennessä.

Vastauksistasi etukäteen kiittäen

Reetta Kiikeri

Ylempi AMK tutkinto

Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

reetta.kiikeri@students.turkuamk.fi

0405158154

Liite 4. Asiantuntijapaneelin valmis materiaali

Perusosaaminen (useita kertoja päivässä, päivittäin, viikoittain)	
Erityisosaaminen (kuukausittain tai harvemmin)	
Osaamista ei tarvita (ei tarvita työyksikössäni)	

HOITOHENKILÖKUNTA	PKL	TMP	VO
kys6 Ravitsemustilan arviointi			
kys7 Seulontamenetelmän käyttö			
kys8 BMI			
kys9 Ravinnon tarve (kalorimäärä)			
kys10 Ravinnon muodon arviointi			
kys11 Ruoka-aineallergiat			
kys12 Ruokailutottumukset			
kys13 Viimeaikainen ruokahalu			
kys14 Painonkehitys			
kys15 Kulttuurierot			
kys16 Ruokavaliotoivomukset			
kys17 Ruoan toivottu annoskoko			
kys18 Yksikön ruokailuajat			
kys39 Mirandan käyttö			
kys40 Rakenteisen kirjaamisen käyttö			
kys41 Oberonin käyttö			
kys42 WebMyslin käyttö			
kys43 Apteekin tilausjärjestelmän käyttö (Osti)			
kys44 Logistiikkakeskuksen tilausjärjestelmän käyttö			
kys45 Tulotilanteen kirjaaminen			
kys46 Ravitsemushoidon tavoitteiden kirjaaminen			
kys47 Ravitsemushoitosuunnitelman kirjaaminen			
kys48 Ravitsemushoidon päivittäisen toteutumisen kirjaaminen			
kys49 Ravitsemushoidon arvioinnin kirjaaminen			
kys50 Ravitsemushoidon ohjauksen kirjaaminen			
kys51 Jatkohoidon suunnittelun kirjaaminen			
kys52 Työtoverin konsultaatio			
kys53 Lääkärin konsultaatio			
kys54 Osaston ravitsemusyhdyshenkilön konsultaatio			
kys55 Ravitsemusterapeutin konsultaatio			
kys56 Toimintaterapeutin konsultaatio			
kys57 Puheterapeutin konsultaatio			
kys58 Fysioterapeutin konsultaatio			
kys59 Toisen asiantuntijan konsultaatio (esim. toinen yksikkö)			
kys60 Ravitsemustilan seuranta			
kys61 NRS-2002 käyttö			
kys62 MNA käyttö			
kys63 MUST käyttö			
kys64 SGA käyttö			
kys65 Jonkun muun seulontamenetelmän käyttö			
kys66 Yleisvoiminnan seuranta			
kys67 Painon seuranta			

kys68 Lab-tulosten arviointi			
kys69 Ravitsemustilan seuranta seurantalistojen avulla			
kys70 Suun terveyden seuranta			
kys71 Suun hoito			
kys72 Asentohoidon toteutus			
kys73 Omatoimisuuden edistäminen			
kys74 Nielemisvaikeuksien huomioiminen			

kys75 Sosiaalisen merkityksen huomioiminen ruokailussa			
kys76 Psykkisen voinnin huomioiminen ruokailutilanteessa			
kys77 Ruokailuun liittyvien eettisten kysymysten käsittely			
kys78 Itsemäärämisosoikeuden huomiointi			
kys105 VSSHP:n ravitsemuskäsikirjan käyttö			
kys106 VSSHP:n ravitsemushoitomallin käyttö			
kys107 Kirjallisen materiaalin käyttö ohjauksessa			
kys108 Suullinen ohjaus			
kys109 Omaisen ohjaus			
kys110 Käytännön ohjaus (esim. opetuslounas)			
kys111 VSSHP:n ohjepankin käyttö			
kys112 Muiden tietokantojen käyttö (esim. Terveysportti)			

Liite 5. Toimeksiantosopimus (pdf)



II Opinnäytetyön toimeksiantosopimus

Kehittämiprojektin nimi

RAVITSEMUSOSAA MINEN ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoitteet

SELVITTÄÄ MITÄ OSAAMISTA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA TARVITAAN RAVITSEMUKSEN OSALTA JA MUODOSTAA TULOKSISTA OSAAMISKARITA.

Kehittämiprojektin tavoiteaikataulu

Kehittämiprojekti toteutetaan 3.5.2011 - 31.5.2013 välisenä aikana, ellei myöhemmin kirjallisesti toisin sovita

Kehittämiprojektin ohjaajat ammattikorkeakoulussa:

Nimi: RAIJA NURMINEN PIRKKO ROUTAJALO
Virka-asema YLIOPETTAJA TKT YLIOPETTAJA TKT

Sopimusehdot

Turun ammattikorkeakoulu sitoutuu ohjaamaan työelämän kehittämiprojektia opetustyönä. Ammattikorkeakoulu nimeää jokaiselle opiskelijalle henkilökohtaisen opettajatuutorin kehittämiprojektin ohjaukseen. Projektisuunnitelman ja raportin arviointiin osallistuu myös toinen ammattikorkeakoulun opettaja. Kehittämiprojektiin sisältyvä tutkimuksellinen ja pedagoginen ohjaus on opiskelijan taustaorganisaatiolle maksutonta.

Kehittämiprojektin taustaorganisaatio sitoutuu omalta osaltaan kehittämiprojektiin ja mahdollistaa työyhteisössään opiskelijan kehittämistoiminnan suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin. Opiskelijalle nimetty työelämämentori tukee kehittämiprojektin toteutusta työelämässä. Taustaorganisaatiosta pyydetään kirjallinen palaute opinnäytetyöstä sen valmistuttua.

Kaikki yhteistyökumppanit vastaavat kehittämiprojektiin liittyvistä kuluista omalta osaltaan (esim. matka-, materiaali-, ATK-kustannukset). Opinnäytetyö on lähtökohtaisesti julkinen. Tekijänoikeuksista sovitaan tarvittaessa erikseen. Kehittämiprojektin kaikissa vaiheissa noudatetaan eettisiä periaatteita.

Tätä sopimusta on tehty yhtäpitävät kappaleet kaikille osapuolille (3 kpl).

Päiväys 17.1.2012

Reetta Kiikeri
Opiskelija
Reetta Kiikeri
Koulutusnäällikkö

Juulia Klubi
Työelämämentori
Juulia Klubi
Toimeksiantajan edustaja

Liite 6. Riskianalyysi

Riskianalyysi

Projektin vaihe	Riski	Varautuminen ja toimenpiteet
<u>Projektin tavoitteeseen ja rajaukseen liittyvät riskit:</u>	Tavoitteiden realistisuus Projektin laajuus	Tapaamiset ohjaus- ja projektiryhmän kanssa koko projektin ajan <ul style="list-style-type: none"> - projektin tavoitteiden selkeä määrittely - projektin tarve organisaatiossa
<u>Projektiorganisaatioon liittyvät:</u> Projektipäällikkyyden Ohjausryhmä Projektiryhmä	Motivaation ylläpitäminen koko prosessin ajan Ryhmien jäsenten aikataulujen yhteensovittaminen voi olla ajoittain vaikeaa	Motivaation ylläpitäminen säännöllisten tapaamisten ja selkeän aikataulutuksen avulla Tapaamisten ajoituksen suunnittelu ja järjestäminen riittävään ajoissa
<u>Aikatauluun liittyvät:</u> Lupa-asiat Työmäärä Aineiston keruu	Lupahakuprosessin aikataulu ja vaatimukset Arvioidun työmäärän kasvu suhteessa käytettävissä oleviin resursseihin Osanottajien tavoittaminen Vuosilomien sijoittuminen tutkimuksen kanssa samanaikaisesta	Työn aloittaminen ajoissa Ohjeistuksen tarkka seuranta Työmäärän ennakointi Työn tekemisen mahdollistaminen esim. opintovapaan muodossa Asiantuntijoiden käyttö ongelmatilanteissa Kyselyn esitilaus Lupaprosessin aloitus riittävään ajoissa Aineiston keruun sijoittaminen vuosilomakauden (kesän) ulkopuolelle
<u>Talouteen liittyvät:</u> Kustannusten nousu	Työmäärän kasvu Aikataulun pitävyys	Projektin tavoitteissa pysyminen Työn suunnittelu Asiantuntijoiden käyttö
<u>Ohjaukseen ja kommunikaatioon liittyvät:</u> Tiedonkulku, valvonta, työtavat, etäisyydet	Tieto ei tavoita kaikkia Itsenäinen työtapo Aikataulussa pysyminen	Viestintäkanavien toimivuuden varmistaminen (esim. sähköpostit ja puhelut) Säännölliset tapaamiset työelämämentorin kanssa Asiantuntijoiden käyttö