



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Vajaaravitsemusmittari NRS-2002 käyttö haavapotilaan hoidossa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa

Grundström, Päivi
Sassi, Harri

2015 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Vajaaravitsemusmittari NRS-2002 käyttö haavapotilaan hoidossa
erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa

Grundström, Päivi
Sassi, Harri
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2015

Päivi Grundström, Harri Sassi

Vajaaravitsemusmittari NRS-2002 käyttö haavapotilaan hoidossa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa

Vuosi	2015	Sivumäärä	41
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli NRS-2002-mittarin hyödyntäminen haavapotilaiden hoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää tarkistuslista vajaaravitsemuksen huomiointiin Lohjan sairaalan kirurgian osasto 3 A:lle ja motivoida hoitajia käyttämään listaa mahdollisimman monen potilaan kohdalla, jotta tieto potilaan vajaaravitsemuksesta ja hoidon suunnittelusta siirtyisi potilaan mukana perusterveydenhuoltoon. Opinnäytetyö oli osa 5 Star Partnership -hanketta, jonka pyrkimyksenä oli alustaa sähköisten palvelujen käyttöön laittamista sekä soveltuvien palvelumuotojen kehittämistä sähköiseen asiointiin Lohjan sairaanhoitoaluiden kanssa.

NRS-2002-vajaaravitsemusmittarin tarkoituksena on huomioida vajaaravitsemus mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Hoitotyön ammattilaisella on tärkeä rooli vajaaravitsemuksen riskin huomaamisessa.

Tämä opinnäytetyö tehtiin juurruttamisen kehittämistoiminnan menetelmää käyttäen. Nykytilannetta kuvattiin kyselylomakkeita käyttäen. Kyselylomakkeisiin vastasivat kirurgian vuodeosasto 3:n ja Lohjan terveyskeskusosasto 5:n hoitajat. Aineisto analysoitiin laadullisella sisälönanalysilla.

Nykytilanteen kuvauksessa tuli esiin, että hoitajat eivät juurikaan käyttäneet NRS-2002-mittaria kirurgian vuodeosasto 3A:lla, ja näin ollen potilaiden mukana siirtyvä tieto vajaaravitsemuksesta ja sen hoidosta perusterveydenhuoltoon oli puutteellista. Terveyskeskusosasto 5 käyttää NRS-2002-mittaria aktiivisesti, ja he kokivat tärkeässä asiassa informaation puuttaneen.

Kyselylomakkeiden perusteella kehittämiskohteita ilmeni NRS-2002-mittarin riittävässä käytössä, tiedonkulussa yksiköiden välillä ja hoitajien motivaatiossa käyttämään mittaria.

Kehittämiskohteeksi valikoitui haavapotilaan vajaaravitsemuksen hoitoon tarkistuslistan kehittäminen kirurgian osasto 3A:lle. Tarkistuslistaa olisi hyvä käyttää tukena hoitotyössä, jotta vajaaravitsemusriskissä olevat potilaat löydettäisiin mahdollisimman aikaisessa vaiheessa ja potilaan tärkeät tiedot kulkisivat yksiköiden välillä.

Lista otetaan käyttöön vuoden 2015 alussa kirurgisella vuodeosastolla. Käyttökokemusten arviointi on osa seuraavaa kehittämisprojektia.

Asiasanat: vajaaravitsemus, NRS-2002, haavapotilas, vajaaravitsemusmittari, haava

Päivi Grundström, Harri Sassi

The usage of the NRS-2002 malnutrition meter in the treatment of a chronic wound patient in special and basic health care

Year	2015	Pages	41
------	------	-------	----

The aim of this thesis was to utilise the NRS-2002 meter in the treatment of chronic wound patients. The purpose of the thesis was to develop a checklist for Lohja Hospital Surgical Ward 3A and motivate the nurses to use the list with as many patients as possible, so that the information would pass onto basic health care with the patient. The thesis was a part of the 5 Star Partnership Program, whose endeavour was to ground the institution of electronic services and the development of suitable electronic services for Lohja Hospital Area.

The purpose of the NRS-2002 malnutrition meter is to take notice of malnutrition as early as possible. A nursing professional has an important role in noticing the risk of malnutrition.

This thesis was made by using the development of dissemination method. The current state analysis was made by using questionnaires, which were answered to by nurses of Lohja Hospital's Surgical Ward 3A and Lohja Health Centre Ward 5. The material was analysed using qualitative content analysis.

The current state analysis revealed that the nurses of Surgical Ward 3 did not use the NRS-2002 meter very much, which resulted in a situation where the information passed on with the patient to basic health care was insufficient. Health Centre Ward 5 uses the NRS-2002 meter actively and they experienced a lack of information in an important matter.

On the basis of the questionnaires, the development objectives were the sufficient usage of the NRS-2002 meter, the communication between units and the nurses' motivation to use the meter.

The development of a checklist for the treatment of a chronic wound patient in Surgical Ward 3A was selected as the development object. The checklist would be helpful to use as aid in nursing, so that the patients under the risk of malnutrition would be discovered as early as possible, and that the important information regarding the patient would pass between units.

The checklist will be introduced in Surgical Ward 3A in early 2015. The evaluation of user experience is a part of the next development project.

Keywords: malnutrition, NRS-2002, chronic wound patient, malnutrition meter, wound care

1	Johdanto.....	6
2	Kehittämisympäristö.....	7
	2.1 Kehittämisympäristön kuvaus	7
	2.2 Lohjan kirurgia osasto 3.....	7
	2.3 Kirjaaminen HUS:issa	8
	2.4 Lohjan terveyskeskus osasto 5	9
	2.5 Kansallisenmallin mukainen hoitotyön kirjaaminen.....	10
	2.6 Projektin tavoite	12
3	Kehittämistoiminnan tietoperusta	12
	3.1 Lakisäätteiset, kansalliset ja kansainväliset määräykset ja suositukset	12
	3.2 Tutkimus ja teorian tieto	13
	3.2.1 Ravitsemussuositukset.....	13
	3.2.2 Vajaaravitseminen	14
	3.2.3 NRS-2002 vajaaravitsemusmittari	15
	3.2.4 Haava ja haavanhoito.....	16
4	Kehittämistoiminnan menetelmät	18
	4.1 Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä.....	18
	4.2 Haastattelu- tai kysely tiedonkeruumenetelmänä	21
	4.3 Tiedonkeruuaineiston sisällönanalyysi.....	21
	4.4 Eettisyys kehittämistoiminnassa.....	22
5	Kehittämistoiminnan toteutus	23
	5.1 Nykytilanteen kuvaus NRS-2002-vajaaravitsemusmittarin käytöstä terveyskeskuksen osastolla.....	23
	5.2 Nykytilanteen kuvaus NRS-2002-vajaaravitsemusmittarin käytöstä Lohjan sairaalan osasto 3A:lla	25
6	Uusi toimintatapa	26
	6.1 Toimintatavan kuvaus	26
	6.2 Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet.....	28
7	Opinnäytetyön loppuarviointi	29
8	Lähteet.....	31
9	Kuvat	34

1 Johdanto

Opinnäytetyömme aiheena oli NRS-2002-vajaaravitsemusmittarin hyödyntäminen haavapotilaiden hoitoon. Työn pääpaino oli Lohjan terveyskeskuksen osasto 5:llä ja Lohjan sairaala kirurgian osasto 3A:lla ja miten saadaan hoitosuunnitelma paremmaksi ja hyödylliseksi. Opinnäytetyön tavoitteena oli haavapotilaiden hyvä ravitsemus ja vajaaravitsemuksen huomioon otaminen hoitotyössä. Ja miten mittarin tulos siirtyisi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Kehittämistyön kohderyhmänä oli vajaaravittu haavapotilas. Kehittämiskohteena päätettiin toteuttaa tarkistuslista, joka helpottaa hoitajien työtä havainnoitaessa vajaaravitsemusta haavapotilaalla. Lohjan kirurgian osasto 3A ja terveyskeskus osasto 5 ovat tilanneet tämän työn. Potilasesimerkkinä oli vajaaravittu haavapotilas, josta teimme tarkistuslistan, joka helpottaa hoitajien työtä havainnoidessa vajaaravitsemusta. Opinnäytetyömme on osa Five Stars Partnership -hanketta, joka on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja ammattikorkeakoulujen yhteistyöhanke. (Nordplus Horizontal 2013.)

Five Stars Partnership -hankkeen tarkoituksena on kehittää hoitotyön sähköisiä palveluita yhdessä työyhteisöjen kanssa potilaan hyväksi. Hankkeen tavoite on arvioida, testata ja juurruttaa pedagogista mallia; yhdessä kehittämisen mallia, jonka prosessi perustuu Learning by Developing- malliin (LbD), joka on kehitetty Laurea-ammattikorkeakoulussa. Päämääränä on kehittää Nordic/Baltic malli kehittämispohjaisesta oppimisesta. (Laurea 2013.)

Potilaan ravitsemustila on tärkeä osa hyvää potilaan hoitoa. Kun ravitsemustila on kunnossa, potilaan toipuminen ja hyvä hoidon kulku on mahdollista. Aikainen reagointi vajaaravitsemukseen ja sen ennaltaehkäisy helpottavat muun hoidon onnistumista. On tärkeää puuttua siihen, jos potilas syö liian vähän tai ei ollenkaan. Vajaaravitsemustestin tulos kertoo vajaaravitsemuksesta tai sen vaarasta. (Arffman, Partanen&Peltonen 2009, 109.)

Ravitsemussuosituksia laaditaan sekä maailmanlaajuiseen että kansalliseenkin käyttöön. Suositukset perustuvat tutkimuksiin, jotka on tehty eri ravintoaineiden tarpeesta koko ihmisen elinajan aikana. Niissä on myös huomioitu laaja tutkimustieto siitä, miten ravintoaineet vaikuttavat sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen. Ravitsemussuosituksien muuttuvat sen mukaan miten ihmisten elintavat ja kansanterveystilanne muuttuvat sekä kun saadaan uutta tutkimustietoa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.) On tärkeää, että erikoissairaanhoidossa ja vanhustenhoidossa huomataan mahdollisimman varhain ne potilaat, joilla saattaa esiintyä vajaaravitsemusta, jotta ravitsemustilanheikkenemisen ehkäisy tai sen paran-

taminen voidaan aloittaa ajoissa. Vajaaravitsemus voi johtua esimerkiksi fyysisistä, psyykkisistä tai sosiaalisista syistä. (Arffman ym. 2009, 110.)

On kehitetty monia menetelmiä aikuisten vajaaravitsemuksen seulontaan, kuten NRS-2002 (Nutritional risk screening.). NRS-2002-menetelmässä huomioidaan myös potilaan ikä ja sairauden vaikutukset ravinnon tarpeeseen. Tämä menetelmä sopii sairaaloiden käyttöön. Hoitajalla on suuri rooli silloin, kun täytyy havaita vajaaravitsemusta. Hoitaja on se, joka seuraa potilaan vointia ja ruokailun toteutumista. Hoitajan täytyisi aina raportoida, jos potilas syö liian vähän tai ei yhtään, koska asiaan täytyy puuttua ajoissa. (Arffman ym. 2009,111.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa käytetään useita erilaisia vajaaravitsemuksen riskin seulontamenetelmiä.: Sairaaloissa on käytössä NRS-2002-menetelmä, avoterveydenhuollossa käytetään MUST-menetelmää ja yli 65-vuotiaille MNA-menetelmän seulontaosaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27-28.)

2 Kehittämissympäristö

2.1 Kehittämissympäristön kuvaus

Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä HUS Lohjan sairaalan ja Lohjan terveyskeskus osasto 5:n kanssa. Kehittämissympäristönä on Lohjan terveyskeskus vuodeosasto 5 ja Lohjan sairaala kirurgian vuodeosasto 3A.

2.2 Lohjan kirurgia osasto 3A

Lohjan sairaala kirurgian vuodeosasto 3A on päivystävä kirurginen vuodeosasto (38 sairaansijaa), jossa hoidetaan urologisia, vatsaelinkirurgisia, ja korva-, nenä- ja kurkkutautien ja yleiskirurgisia potilaita sekä haavapotilaita, kirurgisiatulehdus ja tutkimus-potilaita. Potilaat tulevat osastolle joko elektiivisesti jonosta kutsuttuna Leiko- potilaana tai päivystyspoliklinikan kautta. (Opiskelijan perehdytysopas 2013, HUS Lohjan sairaala.)

Leikkauspäivän aamuna Leiko-potilaat tulevat suoraan sairaalan leikkausyksikköön ja vuodeosaston henkilökunta hakee potilaat vuodeosastolle vasta leikkauksen jälkeen. Elektiivisiä ja päivystysleikkauksia suoritetaan viikonloppuisin ja arksin. Potilaiden arvoitu hoitoaika on 4,1 vuorokautta. (Opiskelijan perehdytysopas 2013.)

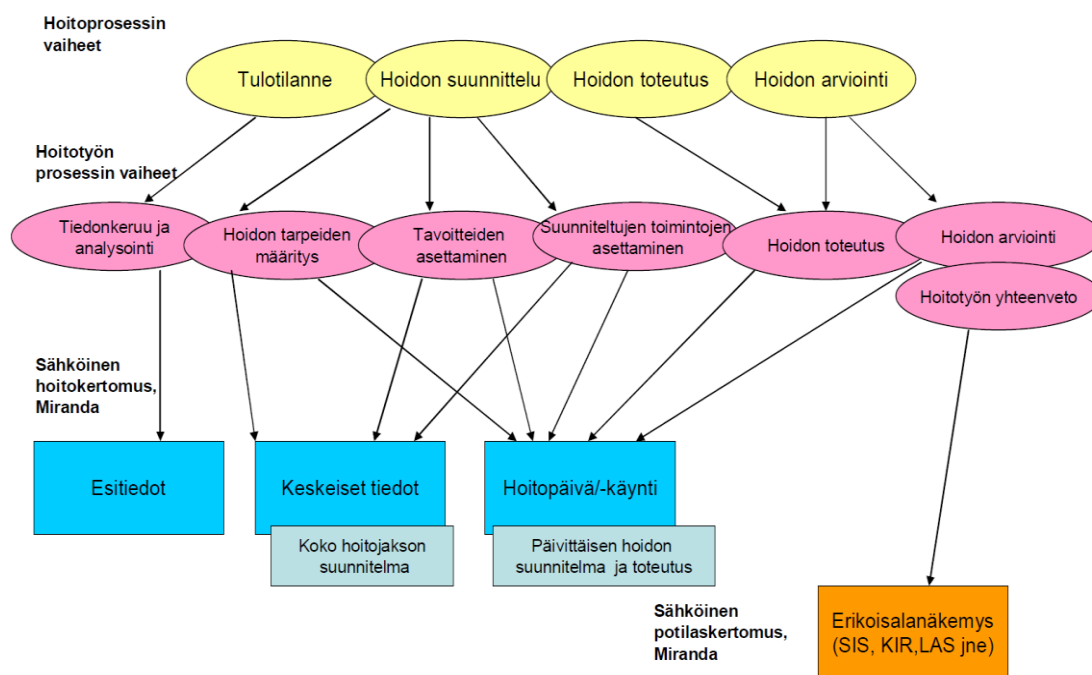
Ravitsemusterapeutin työnkuva on ohjata ja neuvoa potilaita erityisruokavalioissa. Laskea ruokapäiväkirjoja. Kouluttaa hoitohenkilökuntaa ja ohjata tarvittaessa hoitohenkilökuntaa potilaan ravitsemusasioissa. Tehdä tarvittaessa uutta ohjausmateriaalia. Toimia ravitsemus

asiantuntijana työyhteisössä. Lohjan sairaalassa on ravitsemustyöryhmä. He kokoontuvat muutaman kerran vuodessa. Lohjan sairaalan ravitsemusryhmän tehtävänä on edistää ravitsemusta hoitotyön osana (Opiskelijan perehdytysopas 2013, HUS Lohjan sairaala.

2.3 Kirjaaminen HUS:issa

Kirjaamisen rakenteena on ollut jo pitkään hoitajilla hoitotyön päätöksenteon prosessimalli. Suomeen tuli 1978 WHO:n hoitotyön prosessimalli kehittämistyön ja hoitotyön kehittämishojelman kautta. Hoitoprosessin eri vaiheet moni ammatillisessa työssä sisältyvät hoidon arvioinnin, hoidon suunnittelun, hoidon toteutuksen ja tulotilanteen. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2007.)

Moniammatillisen hoitoprosessin ja hoitotyön prosessin eri vaiheet näkyvät kuvassa 1.



Kuva 1: HUS (Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa 2010)

Moniammatillinen työryhmä kehitti päivittäisille merkinnöille sellaisen rakenteen, joka noudattaa hoidon prosessia. Eri ammattiryhmien on myös helpompi ymmärtää sitä. Moniammatillinen hoitokertomus on otsikkorakenne perustason päivittäisille merkinnöille. Sen avulla on mahdollista dokumentoida potilaan välittömään hoitoon liittyvä tieto ja siihen pystytään lisäämään ammattikohtaisia luokituksia. (Pohjanvuori 2007.)

Yliopistosairaalat ovat kehittäneet 2000-luvun alussa erikoissairaanhoidon varten moniammatillisen hoitokertomuksen eli rakenteen (eli otsikot) hoidon jokapäiväisille merkinnöille (Eronen ym. 2005).

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä käytettiin ensimmäisenä moniammatillista kirjaamismallia, mutta siitä luovuttiin 2008, koska hoitotyön kansallisen kirjaamismallin käyttöönotto saatiin päätökseen. Nykyään tämä kirjaamismalli on käytössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) sekä Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (TAYS). Potilaan esitiedoille ja hoitajakson suunnittelulle on omat otsikkonsa. (Nykänen & Junntila 2012.)

2.4 Lohjan terveyskeskus osasto 5

Lohjan terveyskeskukseen kuuluu yhteensä kuusi vuodeosastoa, joista neljä sijaitsee Lohjan keskustan terveysasemalla, Lohjan Tynninharjun terveysaseman yhteydessä on yksi, osasto 5. Pusulan terveysasemalla on yksi vuodeosasto. Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastot tekevät yhteistyötä omaisten lisäksi erilaisten vanhusten asumisyksiköiden vanhainkotien, kotihoidon, Lohjan sairaalan sekä muiden hoitoon liittyvien sidosryhmien kanssa. (Opiskelijan perehdytysopas 2013, Lohjan terveyskeskus osasto 5.)

Lohjan terveyskeskus vuodeosasto 5 on aloittanut toimintansa 2007. Osastolla on 30 potilaspaikkaa. Potilaat ovat etupäässä vanhuksia, joilla on erilaisia pitkäaikaissairauksia ja /tai yleistilan ja toimintakykyä heikentäviä sairauksia. Potilailla voi olla mm. kiputiloja, akuutteja infektiosairauksia ja haavoja sekä muistihäiriöitä. Potilaat tulevat leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen osastolle. Lisäksi on lyhytaikaisia hoitoja esim. lääkehoitoja tai verensiirtoja. Potilaat tulevat osastolle joko päivystyksen kautta kotoa tai lähetteellä kotihoidosta, hoitolaitoksesta tai sairaalasta. Hoitoaika vaihtelee yhdestä vuorokaudesta jopa kuukausiin. Lohjan terveyskeskuksessa käytetään kirjataamisessa kansallisenmallin mukaista hoitotyön kirjaamista. (Opiskelijan perehdytysopas 2013, Lohjan terveyskeskus osasto 5.)

Lohjan terveyskeskusosasto 5:llä on kaksi hoitajaa, jotka ovat ravitsemusvastaavia. Lohjan sairaalan ravitsemusryhmän tehtävänä on edistää ravitsemusta hoitotyön osana, kuten myös terveyskeskus puolella.

Ravitsemusterapeutin työnkuva on ohjata ja neuvoa potilaita erityisruokavalioissa, laskea ruokapäiväkirjoja, kouluttaa hoitohenkilökuntaa ja ohjata tarvittaessa hoitohenkilökuntaa potilaan ravitsemusasioissa, tehdä tarvittaessa uutta ohjausmateriaalia sekä toimia ravitsemus asiantuntijana työyhteisössä.

2.5 Kansallisenmallin mukainen hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön kirjaaminen on tärkeä osa hoitotyötä. Tällä hetkellä sairaalat ovat siirtyneet sähköiseen kirjaamiseen, mutta myös manuaalista kirjoittamista käytetään yhä. Hoitotyön sähköisellä kirjaamisella on ollut myönteinen vaikutus siihen, että hoitosuunnitelmia voidaan kuljettaa mukana hoitotyössä ja samalla kirjaamaan nopeasti hoitotoimenpiteet ylös. (Ensio & Saranto 2004,33.)

Rakenteisen kirjaamisen oletetaan parantavan potilastietojen laatua terveydenhuollon organisaatioiden ja potilastietojärjestelmien sisällä. Laatu paranee, kun tietojen kirjaamisesta tulee yhdenmukaisempaa, ja tietojen löytyminen ja niiden hyödyntäminen helpottuu. Potilaskertomuksien rakenteen ja niiden käytön täytyy olla valtakunnallisesti yhteisesti sovittuja, jotta ne ovat yhdenmukaisia. Ne eivät saa olla erilaisia, sillä kertomuksia pitää pystyä käyttämään eri terveydenhuollon toimipaikoissa ja organisaatioissa. Monet potilastietojärjestelmät ja niiden eri versiot vaikeuttavat tietojen käyttöä. (Lehtovirta & Vuokko 2014.)

Terveydenhuollon eri toimihenkilöiden (muut paitsi lääkärit) tekemät päivittäiset merkinnät tallennetaan hoitokertomuksen HOKE-näkymälle. Jokaisen ammattiryhmän omia termistöjä ja vapaamuotoista tekstiä hyödynnetään merkinnöissä. Esimerkiksi kättilöt, terveydenhoitajat, sairaanhoitajat ja perushoitajat kirjaavat lisäksi hoitokertomukseen hoitosuunnitelman. (Lehtovirta & Vuokko 2014.)

Potilaan hyvän hoidon laatua parantaa sähköisen potilaskertomuksen rakenteisuus, kun se pyrkii noudattamaan hoitosuosituksia, kun tiedot potilaasta ovat laadukkaampia kuin aiemmin ja paremmin löydettävissä. Ajantasainen tiedon saatavuus parantaa ja lisää potilasturvallisuutta. Potilaan oikeusturvaa parantaa potilastietojen muuttuminen sähköiseen kirjaamisen muotoon, tietoja pystytään seuraamaan tarkemmin kuin paperiversioissa ja tämä vähentää tulkintaepäselvyyksiä. (Lehtovirta & Vuokko 2014.)

Potilaskeskeistä kirjaamismallia voidaan edistää ja hyödyntää keskeisimmillä hoidollisilla tiedoilla, kuten lääkitys, riskitiedot, diagnoosit, tutkimukset sekä hoito- ja terveystuunnitelma omiksi asiakirjoikseen. Nämä asiakirjat kuuluisi olla aina ajan tasalla terveydenhuollossa toimivien henkilöiden keskuudessa potilasturvallisuutta ajatellen. Potilastietojen yhteenvedot tarjoaa tiedonhallintapalvelu, jonka arkistoon on toteutettu potilastiedon toimintamalli. Valtakunnallisista sähköisistä palveluista terveydenhuollon ammattilainen tarkastaa potilaan viimeisimmät tiedot ja täydentää niitä tarvittaessa omassa työympäristössään. Oman organisaation päivitetty tieto tallennetaan potilasasiakirjoihin sekä potilastiedon arkistoon oman organisaation rekisteriin. Tällä pyritään tilanteeseen, missä potilaan keskeisiä hoitotietoja käyte-

tään potilaskeskeisesti aikaisemman organisaatiokeskeisyyden sijaan. (Lehtovirta & Vuokko 2014.)

Suomalainen hoidon tarveluokitus (HTaL versio 3.0) on jaoteltu komponenteittain. Komponenttien nimien jälkeen on lyhyet sisällön kuvaukset, jotka on merkitty kursivilla, ja sen jälkeen komponenttien sisältöjen tarkemmat kuvaukset. Jokaisen komponentin kohdalla on yritetty kuvata ja avata olennaiset käsitteet ja erityisesti ne käsitteet, jotka on mahdollista tulkitä eri lailla. Sisällön kuvauksen jälkeen esitetään olennaiset komponentin sisältämät ala- ja pääluokat taulukkoon koottuna. Pääluokka on vasemmalta ensimmäisenä asettelussa ja se on lihavoitu. Alaluokat ovat pääluokan alla normaalina tekstinä. Joidenkin pää- ja alaluokkien kohdalla on tarkentava selitys, ja niiden tarkoitus on valottaa ja havainnollistaa luokan varsinaista käsitettä tai termiä. Hoidon tarve tarkoittaa hoitohenkilöstön laatimaa kuvausta potilaan terveydentilaan liittyvistä, nykyisistä tai tulevaisuudessa tulevista mahdollisista ongelmista. Niitä voidaan karsia tai lievittää eri hoitotoimintojen avulla. Yleensä pää- ja alaluokan termit riittävät sellaisenaan hoidon tarpeen kuvaamiseksi, mutta tarpeen mukaan hoitajan on mahdollista täydentää omalla vapaalla tekstillä tai tarkentaa valitsemaansa SHTaL:n pää- tai alaluokkaa. (FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas 2012, 26.)

Hoidon tarveluokitusta ja hoitotyön toimintoluokitusta käytetään potilaan päivittäisen hoidon rakenteiseen kirjaamiseen vuodeosastoilla ja poliklinikoilla perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa. Kumpaakin luokitusta pystytään käyttämään yksikseen, mutta suurin hyöty saadaan niiden samanaikaisesta käytöstä. Potilaan voinnista ja sen muutoksista saadaan johdonmukainen kokonaiskuva, kun hoidon tarvetta ja annettua hoitoa esitetään eri vaiheissa toiminto- ja tarveluokitusten avulla. Suomalainen hoidon tarveluokitus SHTaL ja Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus SHToL rakentuvat kummatkin 17 komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta, ja molemmat komponentit sisältävät muuttuvan määrän pää- ja alaluokkia.

(Hoitotyö - Tarveluokitus 2013.)

Toimintoluokituksiin kirjataan valitut suunnitellut hoitotyön toiminnot, joilla pyritään saavuttamaan tavoitteet, joita potilaan hoito tarvitsee. Toiminto ja tarveluokituksia täydennetään vapaalla tekstillä. Komponentteja käytetään myös hoitotyön tavoitteiden ja arvioinnin kirjaamisessa. Potilaan saamaa hoitoa ja sen toimivuutta kirjataan hoitotyön tarpeen perusteella, eli ovatko odotetut tai toteutuneet hoitotyön tulokset vaikuttaneet potilaaseen. Hoitotyön tulosluokitusasteikko on kolmiportainen, eli parantunut, ennallaan tai huonontunut. Näillä arvioidaan potilaan tilaa. Kirjattaessa hoitotyön sisältöä hoitoprosessin eri vaiheissa käytetään luokituksesta valittavaa luokkaa, johon voi myös kirjoittaa vapaata tekstiä. (Ensio & Saranto 2004, 44-46; Jokinen 2005, 26-27.)

Hoitotyön yhteenvetoa tehdään potilaan hoidon aikana, ja se annetaan hänelle sekä luvan kanssa jatkohoitopaikkaan. Hyvä yhteenveto sisältää hoitotyön ydintiedot ja lääke- ja jatkohoidon tiedot. Niitä pystytään täydentämään rakenteisesti vapaalla tekstillä sekä hoitotyön luokituksilla. Hoitotyön yhteenveto pitää sisällään myös ne esi- ja perustiedot, jotka ovat potilaan kannalta tärkeitä. Potilaslähtöisyys, potilaan kunnioittaminen ja yksilöllisyys huomioidaan kirjaamisessa. (Kärkkäinen 2007, 89.)

Potilaan tärkeimmät tiedot on koottu potilasyhteenvetoon, joka on Tiedonhallintopalvelun kokoama. Tämä auttaa hahmottamaan kokonaistilannetta ja helpottaa pääsyn asiakirjoihin mahdollisimman nopeasti, mistä yhteenvedolla peräisin oleva tieto on katsottavissa. Osa näistä tiedoista yhteenvedossa on sellaisia, mitä voi rajata muillakin tavoilla kun päivämäärän mukaan. Mm. vanhat diagnoosit ja pienet toimenpiteet voidaan rajata pois. Yhteenveto ei ole kirjaamiseen käytettävä tieto. Potilastietojärjestelmässä siihen voidaan tehdä toiminnallisuus, mikä antaa mahdollisuuden esim. saman lääkityksen uudelleen määräämisen tai tutkimuksen helposti. Laadukkaaseen hoitotyön yhteenvetoon kuuluu sen jatkuva, tarkka ja joka päiväinen kirjaaminen. Koko hoitohenkilökunnan pitäisi osata laatia yhteenveto potilaan hoidosta kirjatun tiedon perusteella, eikä yhteenvedon tekeminen saisi jäädä vain omahoitajan vastuulle. Sähköisen hoitotyön yhteenvedon tavoitteena on parantaa hoito- ja toimintaprosessien toimintaa käytännössä. Kun tieto kulkee ongelmitta, potilaan hoidon jatkuvuus on turvattu organisaatiossa ja organisaatioiden välillä. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 71.)

2.6 Projektin tavoite

Five Stars Partnership on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja ammattikorkeakoulujen yhteistyöhanke. Hankkeen tarkoituksena on kehittää hoitotyön sähköisiä palveluita yhdessä työyhteisöjen kanssa potilaan hyväksi. Samalla lisätään hoitohenkilökunnan e-osaamista ja tuotetaan mm. uusia toimintatapoja ja välineitä. Tavoitteena on valmistella sähköisten palvelujen käyttöönottoa ja sähköiseen asiointiin soveltuvien palvelumuotojen kehittämistyötä Lohjan sairaanhoitoalueen eri yksiköiden kanssa. Hankkeessa mukana olevat yksiköt toimivat kehittäjänä ja pilottiyksiköinä. (Nordplus Horicontal 2013.)

Tavoitteena on saada kirurgian vuodeosasto 3A:n hoitajat käyttämään aktiivisesti NRS-2002-vajaaravitsemusmittaria ja opinnäytetyön tuotoksena syntyneen uuden toimintavan käyttöönotto kyseisellä osastolla, ja sen juurruttaminen työyhteisöön tarkistuslistan avulla.

3 Kehittämistoiminnan tietoperusta

3.1 Lakisääteiset, kansalliset ja kansainväliset määräykset ja suositukset

Hoitohenkilökuntaa opastaa asetuksissaan terveydenhuoltolaki, jotta henkilökunta voi toimia lainmukaisesti. Laissa sanotaan, että terveyden edistäminen ja sen ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä keventäminen täytyy olla työntekijöiden tavoitteena. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 2014.)

Arviointi potilaan ravitsemuksesta ja vajaaravitsemuksen torjumiseen pyrkivät toimenpiteet sisältyvät sosiaali- ja terveydenhuollon jokapäiväisiin tehtäviin, ja niitä pitää valvoa. Asianmukaiset vajaaravitsemusriskin arvioinnissa tarvittavat menetelmät tulee olla henkilöstöllä. (Suositukset vajaaravitsemuksen torjumiseksi 2013.)

Terveydenhuoltolain yhdeksännessä pykälässä on määritelty potilastietorekisteri ja potilastietojen käsittely. Tämän lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista käsittelyä sähköisesti. Lailla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä, jotta voidaan tuottaa terveydenhuollon palveluja potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä potilaan tiedonsaantimahdollisuuksien parantamiseksi (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Myös asiakastietojen säilyttäminen, käytettävyys sekä käytön ja luovutuksen seuranta on määritelty terveydenhuoltolain neljännessä sekä viidennessä pykälässä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Potilasasiakirjoihin terveydenhuollon ammattilaisen tulee merkitä suunnittelun, toteuttamisen, seurannan, hoidon järjestämisen turvaamiseksi tarpeelliset tiedot (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 12§).

Potilasasiakirjoihin pitää merkitä tarpeelliset tiedot potilaasta, jotta voidaan turvata hyvän hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteutus ja seuranta. Tietojen täytyy olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Merkintöjä tehtäessä voi käyttää pelkästään yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä lyhenteitä ja käsitteitä. Lainsäädäntö määrittelee ne viranomaiset tai organisaatiot, jotka ovat vastuussa potilastietojen sähköisen käsittelyn toimivuudesta ja turvallisuudesta. (STM:n asetus 298/2009 7§.)

Kansaneläkelaitos huolehtii arkistointipalvelusta, jossa säilytetään potilasasiakirjoja, potilasasiakirjojen luovutusta varten hakemistopalvelusta ja potilaan tiedonhallintapalvelusta. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 14§.)

3.2 Tutkimus ja teorian tieto

3.2.1 Ravitsemussuositukset

Uusitussa pohjoismaisissa ravitsemussuosituksissa (NNR 2012) kiinnitetään nykyään enemmän huomiota ruokavalion kokonaisuuteen, eri ruoka-aineiden laatuun ja merkitykseen ravintoai-

neiden lähteenä sekä yhteyttä terveyteen kuin yksittäisiin ravintoaineisiin. Monien asiantuntijoiden yhteistyönä syntyneet suositukset käsittävät myös ravintoainekohtaiset saantisuositukset. Niissä annetaan myös suositukset riittävään fyysiseen rasitukseen, joka vähentää sairauksia, jotka johtuvat huonoista elintavoista. Pohjoismaisten suositusten tavoitteena on edistää terveyttä ja vähentää tauteja, joihin on mahdollista vaikuttaa oikealla ravitsemuksella. Suositusten perustana on vahva tutkimusnäyttö. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2013.)

Pohjoismainen Ministerineuvosto järjesti 3.10.2013 tilaisuuden Kööpenhaminassa, missä julkaistiin uusien pohjoismaisten ravitsemussuositusten keskeiset huomiot. Suositukset ovat perustana ravitsemustieteen opetukselle ja ne luovat pohjan Pohjoismaiden kansallisille ravitsemussuosituksille. Pohjoismainen Ministerineuvoston alainen työryhmä on ollut ohjaamassa uudistustyötä. Ravitsemussuosituksia suunnitellaan sekä maailmanlaajuiseen ja kansalliseen käyttöön. Suositukset perustuvat tutkimuksiin eri ravintoaineiden tarpeesta koko elinajan aikana, ja niissä on huomioitu suuri määrä tutkimustietoa ravintoaineiden vaikutuksista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2013.)

Ravitsemuspolitiikkaa ei voi määritellä selkeästi ja Suomessa ei ole omaa ravitsemuspolitiikkaa. Sitä on kuitenkin mahdollista pitää osana maatalous-, terveys- ja kuluttajapolitiikkaa. Elintarvikeyrityksillä ja järjestöillä on myös omat suunnitelmansa ravitsemusta ja ruokaa varren. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2013.)

Ravitsemuspolitiikan tärkeimpänä tehtävänä on suojata ja edistää väestön terveyttä ja parantaa ihmisten elämälaatua sekä vähentää sairauksia oikean ruokavalion ja hyvien elämäntapojen avulla. Ravitsemuspolitiikan kaksi osaa ovat tavoitteet ja toimenpiteet. Tavoitteet ovat väestön terveyteen pyrkiviä päämääriä, ja ne on annettu ravitsemussuosituksina. Ravitsemuspolitiikka on horisontaalista toimintapolitiikkaa. Ravitsemuspoliittisten toimenpiteiden toteutuminen on kytköksissä yhteiskunnan muihin tavoitteisiin, sen aikaisista arvoista ja ruokaketjua käsittelevistä tavoitteista. (Ravitsemuspolitiikka Suomessa 2013.)

3.2.2 Vajaaravitsemus

Ravitsemustilan arvioinnilla on tärkeä asema potilastyössä. Vajaaravitsemus lisää komplikaatioiden määrää, sairauksia ja kuolleisuutta sekä pitkittää hoitoaikaa. Ravitsemushäiriön ehkäisy ja parannus vähentävät sairastuvuutta ja kuolleisuutta sekä estävät esimerkiksi leikkausten jälkeisiä komplikaatioita. Vajaaravitsemuksesta kärsii jopa 20-50 % sairaalapotilaista. Potilaan ravitsemushäiriötä ja siihen liittyvää kokonaisriskiä on helpoin arvioida tekemällä potilaan tilan kokonaisarviointi, ja siinä voidaan hyödyntää eri seulontamenetelmiä. Ravitsemustilan häiriintymiseen on kolme syytä: ravinnon saannin väheneminen, kulutuksen ja tarpeen lisääntyminen tai ravinnon käyttötavan muuttuminen elimistössä aineenvaihdunnan muuttuessa.

Ravintoaineiden puute elimistössä aiheuttaa jo tunneissa ja päivissä energia- ja proteiiniainneenvaihdunnan muutoksia. (Aro & Mutanen 2012, 208.)

Vajaaravitsemuksen huomaa tavallisesti henkilön laihtumisesta. Pituus, paino ja painoindeksi eivät ole ainoita vajaaravitsemuksen havaitsemisen välineitä. Jos saa liian vähän energiaa, proteiineja ja suojaravintoaineita, se heikentää elämänlaatua, lisää tulehdussairauksien saamisen riskiä ja hidastaa paranemista. (Vajaaravitsemus 2013.)

Vajaaravitsemus on tavallista, sillä sairaalaan tulevista potilaista 30-60 %:lla tavataan vajaaravitsemusta. Pitkäaikaissairaanhoidossa olevista potilaista 55 % on aliravittuja, 29 % vanhainkodin asukkaista ja 12 % kroonisesti sairaista. (Vajaaravitsemus 2013.)

Vajaaravitsemus tulee huomata aikaisin, seulontamenetelmällä on mahdollisuus löytää riski vajaaravitsemukseen luotettavasti. Seulomalla voidaan erottaa henkilöt, joilla ei ole riskiä aliravitsemukseen. Seulontamenetelmää on helppo ja nopea käyttää sekä henkilöstö voi käyttää sitä päivän toiminnoissa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa käytetään vajaaravitsemuksen seulontamenetelmää ESPEN'IN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) suositusten (2003) mukaan ja yksi menetelmistä on NRS 2002. (Ravitsemushoito 2010, 28.)

Normaali- tai ylipainoisellakin saattaa olla huono ravitsemustila ja sen aiheuttamia ongelmia. Jotta elimistö toimii kunnolla ja terveyttä pystyy ylläpitämään, täytyy kehon saada tarpeeksi ravintoaineita ja energiaa. Ravinnonsaannin puutteellisuus voi johtua imeytymishäiriöistä, lisääntyneestä ravintoaineiden tarpeesta tai huonosta syömisestä. Puutteellisuuteen vaikuttavat esimerkiksi imeytymiseen vaikuttavat suolistosairaudet tai leikkaukset, tulehdukset, murtumat ja palovammat. Myös psyykkiset tekijät, syömisvaikeudet tai sairaus saattavat olla syitä vajaaravitsemukseen. (Arffman, Partanen & Peltonen 2009, 112.)

Olisi hyvä, jos kaikissa sairaaloissa ja hoitolaitoksissa olisi toimiva ravitsemusryhmä, joka koostuisi eri yksiköiden ja ruokapalveluiden henkilöstöstä. Työryhmään kuuluisivat lääkäri, ravitsemusterapeutti, hoitaja ja ruokapalvelusta ravitsemuspäällikkö tai suunnittelija. Ryhmässä olisi myös johtotason henkilöitä ja potilashoitoon osallistuvia. Ryhmä kootaan paikallisten tarpeiden mukaisesti, esimerkiksi yhteinen työryhmä terveyskeskuksen vuodeosastolle tai hoitokodille. (Ravitsemushoito 2010, 1.)

3.2.3 NRS-2002 vajaaravitsemusmittari

NRS-2002 on menetelmä, jolla arvioidaan potilaan vajaaravitsemukseen altistumisriskiä eri riskiluokkien kautta. Arvioinnin tekeminen kestää noin 3-10 minuuttia. Tässä menetelmässä on kolme seulontakohtaa, joiden pisteet lasketaan yhteen ja nämä pisteet kertovat potilaan

NRS-2002-menetelmän seulontatuloksen (liite 1). Potilaan ravitsemustila ja sairauden vaikeusaste ravitsemustilanteen kannalta ovat arviointikohteena. Jos potilas on yli 70-vuotias, siitä annetaan myös pisteitys. (Ravitsemushoito 2010, 28-29.)

3.2.4 Haava ja haavanhoito

Haava on ehjän ihon tai sen alla olevien kudoksien rikki menemistä. Haava voi ulottua ihonalaiseen rasvaan, lihakseen, luuhun, hermo- ja verisuonirakenteisiin ja sisäelimiin. Ulkoiset tekijät tai sisäiset sairaudet voivat saada aikaan haavoja. Krooniset haavat voivat olla hankalia pitkäkestoisuutensa ja vaikean hoidettavuutensa takia. Ne liittyvät yleensä erilaisiin sairauksiin ja joihinkin ulkoihin tekijöihin. Pienikin haava saattaa muuttua suureksi ja tulla kalliiksi, jos se ei parane tai kehittyä muita komplikaatioita, esimerkiksi infektioita. (Hietanen & Juutilainen 2012, 12.)

Potilaan ravitsemustila on tärkeä tekijä haavojen paranemisessa. Jos ravitsemustila on huono, haavojen paraneminen hidastuu ja infektioalttius lisääntyy. Muun muassa vajaaravitsemus on yksi tärkeimmistä asioista painehaavojen huonossa paranemisessa ja synnyssä. Ihanteellisen ravitsemushoidon ehtona on se, että potilaan ravitsemustila arvioidaan kaikissa yksiköissä sovitulla menetelmällä. Koska vajaaravitsemus on tavallista, kaikilta riskipotilailta pitäisi arvioida ravitsemustila. Ravitsemustilan määrittäminen on oikeastaan aika helppoa, mutta sitä ei käytännössä usein käytetä. Syynä siihen on, että hoitoketjussa ei ole sovittu, kuka on vastuussa ja missä kohdassa hoitoa se suoritetaan. Vajaaravitsemuksen tai riskin arvioinnissa on tärkeää tietää potilaan painohistoriikki ja paino. Pitää huomata myös se, että vajaaravittu voi olla lihavakin, jos potilaan ravinto on ollut liian yksipuolista. (Hietanen & Juutilainen 2012, 83.)

Vajaaravitsemus kehittyy silloin, kun henkilö saa vähemmän energiaa, kivennäisaineita, proteiineja ja vitamiineja kuin hän niitä tarvitsisi. Niukka ravinnon saaminen, ravinnon heikko imeytyminen tai ravinnon suurentunut tarve voivat olla syynä vajaaravitsemukseen. Haavapotilaan ravinnon tarpeellisuutta lisäävät ravintoaineiden menetys haavaeritteen mukana sekä uudiskasvun muodostuminen. (Haavapotilaan ravitsemus 2013.)

Ravitsemus vaikuttaa hyvinkin paljon ihon kuntoon. Kudoksissa ja elimistössä tapahtuu fysiologisia ja rakenteellisia muutoksia sekä vastustuskyky huonontuu, kun henkilöllä on vajaaravitsemusta. Oireena on väsymys ja toimintakyvyn aleneminen. Ne voivat johtaa masennukseen ja sekavuustilaan pahimmillaan. Terveystieteiden ammattilainen pystyy tunnistamaan potilaan ravitsemustilan ja antamaan neuvoa sekä ohjamaan henkilön ravitsemusterapeutille, jos tilanne sitä vaatii. (Haavapotilaan ravitsemus 2013.)

On tärkeää, kun potilaalla on haava, niin sitä tunnistettaessa tutustutaan myös potilaaseen. Potilaan tekemän itsehoidon ja hoitajan tekemän haavahoidon suunnitelman pohja on, että potilas ja haava muodostavat kokonaisuuden. (Vuolo 2009, 31.) ysteemiset eli potilaaseen liittyvät tekijät ja paikalliset haavaan liittyvät asiat vaikuttavat haavan paranemiseen. Ysteemisiä tekijöitä ovat esimerkiksi kudoksen hapen ja ravinnon saanti, ylipaino, tupakointi, ikääntyminen, ravitsemustila sekä lääkkeet. Paikallisia tekijöitä ovat esimerkiksi haavainfektiio, heikentynyt verenkierto, haavan kuollut kudoks, mekaaniset tekijät, haavan happamuusaste, lämpötila, sijainti ja koko. (Hietanen & Juutilainen 2012, 39-49.)

Haavan diagnosointi on tärkeää, jotta haava saadaan hoidettua oikein. Kliinisen tutkimuksen, lisätietojen ja haavaluokitusjärjestelmän käyttö auttavat saamaan haavadiagnoosista mahdollisimman tarkan ja oikean. Haavaluokitukset tarkentavat diagnoosia ja ne auttavat suunnittelemaan hoitoa ja seuraamaan hoitovastetta. Haavaryhmille, akuuteille, pitkäaikaisille haavoille ja ulkopuolisten tekijöiden aiheuttamille haavoille on omat luokitukset ja mittarit. (Hietanen & Juutilainen 2012, 65-66.)

Haavan paraneminen tapahtuu vaiheittain, paraneminen ja sen vaiheet ovat helposti tunnistettavissa. Edellytyksenä haavan paranemiselle on verenkierto haava-alueella. Haavan paranemisprosessin ensimmäinen vaihe on inflammaatio eli tulehdusvaihe. Tämä vaihe alkaa kun haavaan vuotanut plasma ja veri joutuvat kosketuksiin kudoksen kanssa, näin tapahtuu hyytymistapahtuma. Vuotoa hillitsee verisuonten supistuminen, verihiutaleiden kerääntyminen vauriokohtaan, hyytymisketjun käynnistyminen ja sitä seuraava hyytyminen. Alle 20 minuuttia kestävä verisuonten supistumisen jälkeen vahingoittuneesta kudoksesta ja rikkoutuneista soluista vapautunut histamiini sekä muut välittäjäaineet aiheuttavat laajenemisen verisuoniin. Tästä seurauksena on turvotusta, kipua ja verenkierron lisääntymisestä johtuvaa punoitusta haavan alueella. Paranemisprosessin toisessa vaiheessa on solujen nopea lisääntyminen ominaista, vallitsevina soluina fibroblastit. Haavan pohjassa alkaa noin 36 tunnin päästä kasvaa uusia verisuonia, nämä mahdollistavat sidekudoksen muodostumisen. Haava-alueen supistuminen ja reunojen lähestyminen alkavat parin päivän kuluttua haavan synnystä. Muutamana tunnin kuluttua haavan synnystä alkanut pintasolukon yhteen kasvaminen kirurgisessa haavassa sulkee ihon pinnan noin 24-48 tunnin kuluttua. (Hammar 2011, 22-23.)

Kolmas vaihe eli kypsymisvaihe alkaa, kun haava on täyttynyt sidekudoksella ja haavan epiteelisaatio on loppunut. Kypsymisvaiheessa löyhä sidekudos korvautuu tiiviillä arpikudoksella, tällöin kollageeni vahvistuu ja kiinteytyy ja haava saavuttaa lopullisen vetolujuuden. Kypsyminen voi kestää viikoista yli vuoteen. (Hammar 2011, 22-23.)

Keskeiset periaatteet haavan hoidossa ovat hoidon kokonaisvaltaisuus, potilaslähtöisyys, hoitolinjojen yhdenmukaisuus ja jatkuvuus hoidossa. Paranevan haavan arvioimiseen kuuluu tun-


nustelu, havainnointi. haavan koon arviointi, mittaaminen ja kirjaus. Kun valitaan sopivia haavanhoitotuotteita, noudatetaan pitkälti VKPM-väriluokitusta, tehokas kivunhoito on aina muistettava haavanhoidossa. (Hammar 2011, 32.)

AVOIMEN HAAVAN VPKM -VÄRILUOKITUS HELPPERI

Epiteelikudos
VAALEANPUNAINEN
Ihon uloin kerros (epidermis).
Hoitoperiaate:
Suojaa ohutta ihon uudiskudosta, joka on herkkä vaurioitumaan.



Granulaatiokudos
PUNAINEN
Terve, pienijäinen uudiskudos, joka on edellytys haavan paranemiselle.
Hoitoperiaate:
Huolehdi kosteustasapainosta. Granulaatiokudos tarvitsee kostean paranemisympäristön, mutta liiallinen kosteus on haitallista.



Fibriinikate
KELTAINEN
Kuollut kudos, joka voi olla pehmeää tai sitkeää. Katteen väri riippuu haavan kosteudesta.
Hoitoperiaate:
Pehmitä ja/tai poista fibrinikate.



Nekroottinen kudos
MUSTA, RUSKEA
Kuollut kudos, joka voi olla pehmeää tai kovaa. Nekroosin väri riippuu haavan kosteudesta.
Hoitoperiaate:
Pehmitä ja/tai poista nekroottinen kudos.



AVOIMEN HAAVAN VPKM -VÄRILUOKITUS HELPPERI

Hypergranulaatiokudos
Granulaatiokudoksen liikakasvu, mikä estää haavan epitelisoitumisen. Kudoksen väri on tumman- tai vaaleanpunaista ja se voi kasvaa ihon tason yläpuolelle.
Hoitoperiaate:
Poista mekaanisesti (kauha tai kyretti), laapista ja suojaa ilmavalla sidoksella.



Luu ja jänne
Haavan pohjalla oleva luu tuntuu kovalta instrumenttiin. Terve jänne on kellertävää, symmäästä kudosta.
Hoitoperiaate:
Pida kosteana, koska luu ja/tai jänne ei saa kuivua. Konsultoi lääkäriä.



Iskeeminen haava
Esiintyy yleensä jalkaterässä. Raajassa on huono valtimoverenkierto.
Hoitoperiaate:
Pida kuivana. Ei melaanista puhdistusta, jos nekroosi on kuiva ja sen alla ei tunnu hyllymistä (fluktaatiota). Konsultoi lääkäriä.



Diabeetikon jalkahaava
www.kaypahoito.fi / Diabeetikon jalkaongelmat

Infektoitunut haava
Paraneminen hidastuu tai pysähtyy. Haavaympäristössä esiintyy turvotusta, punoitusta ja kuumotusta. Haavaeritteen koostumus muuttuu, lisääntyy ja haisee. Kipu saattaa lisääntyä.
Hoitoperiaate:
Poista infektoitunut ja kuollut kudos. Konsultoi lääkäriä.



Haavanhoidon tiheys ja puhdistusmenetelmä sekä haavanhoitotuote valitaan haavassa olevan kudostyyppin syyden ja haavaeritteen määrän mukaan. Suoiaa haavamnäristöä ja haavan reunat kosteudelta

Kuva 2: Avoimen haavan väriluokitus (Suomen haavanhoitoyhdistys 2013)

4 Kehittämistoiminnan menetelmät

4.1 Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä

Juuruttaminen on käytännön työprosessien kehittämisen menetelmä ja oppimisprosessi. Siinä tapahtuvat samanaikaisesti uuden toimintatavan tuottaminen ja sen käyttöönotto. Juurruttamisessa käytännön tiedon ja tutkimustiedon vertailussa saadaan uutta tietoa ja siitä muodostuu osaaminen. Käsitukset todellisuudesta, ihmisistä, tiedosta, oppimisesta ja muutoksesta ovat menetelmän pohjana. (Ahonen, Hyttiäinen & Partamies 2012, 21.)

Juuruttamisen perustana ovat muutosprosessi, vuorovaikutus ja johtajuus. Muutosprosessissa vuorovaikutus on tärkeää, koska sen avulla muutos on mahdollista toteuttaa. Esimerkiksi työntekijöiden sitoutumattomuus ja vastarinta täytyy ratkaista vuorovaikutusta käyttäen. Johtajuudella mahdollistetaan se, että työryhmä ja työyhteisön jäsenet voivat viedä kehittämisprosessia eteenpäin. (Ahonen ym. 2012, 24.)

Kehittämistyön tavoite on uuden asian tuottaminen, kuten jotain mikä parantaa, tehostaa tai helpottaa työntekoa. On tärkeää, että uudet toimintatavat tai välineet otetaan käyttöön nopeasti. Useimmiten oletetaan, että ne siirtyvät automaattisesti käyttöön. (Ahonen ym. 2012, 30.)

Työyhteisön muutosprosessi kulkee koko ajan mukana juurruttamisprosessissa. Muutos on prosessi, joka on psykologinen ja yksilöllinen. Siinä tulevat esiin selviytyminen ja epävarmuus. Muutosprosessi on silti koko työyhteisölle sama luopumis- ja uuden omaksumisprosessi. (Ahonen ym. 2012, 30.)

Erilaiset oppimiskäsitykset liittyvät eri visioihin ihmisestä ja heidän oppimiskehityksestään. Päämääränä on se, että oppimisen jälkeen ihminen muuttaa toimintatapojaan. Juurruttamisessa on myös sama ajatus pohjalla. Ihmisryhmän tarkoituksena on muuttaa toimintaansa ja ymmärtää, miksi muutos pitää tehdä ja siten he voivat tehdä muutoksen. (Ahonen ym. 2012.)

Henkilökunnan välinen vuorovaikutus mahdollistaa sen, että henkilökunta kykenee sitoutumaan muutokseen. Esimiehen ja työryhmän tulisi tukea uuden toimintatavan käyttöönottoa ja myös huomioida sen hyödyt työyhteisössä. Esimies on mukana suunnittelemassa muutoksen toteutusta, sen seuranta ja juurruttamista työyhteisössä. Mahdolliset muut yhteistyössä olevat työyhteisöt on otettava huomioon tarkasteltaessa kehittämistyön kokonaisuutta sekä vertaisoppimisen ja siirtovaikutuksen mahdollisuutta. Uusi toimintatapa saattaa tuoda esiin lisää muutettavia asioita, joten niihin tulisi reagoida. Voi käydä niin, ettei uusi toimintatapa juurru ja silloin tulisi arvioida prosessia ja pohtia, miten muutoksia pystyisi toteuttamaan toisella tavalla. (Ahonen ym. 2012.)

Juuruttamisen prosessi on esitelty kuvassa 3 ja prosessiin kuuluu seitsemän vaihetta. Ensimmäinen vaihe alkaa siitä, kun ymmärretään, miksi muutos olisi syytä tehdä. Työyhteisö, organisaatio ja monet ulkoiset tekijät esimerkiksi yhteiskunnalliset muutokset voivat aloittaa muutoksen. Nykytilanteen kartoitus kuuluu toiseen vaiheeseen. Se kartoitetaan sanallisesti työryhmän johdolla. Toisen vaiheen päämäärä on saada hiljainen tieto muutettua näkyväksi tiedoksi, jota voidaan sitten käyttää apuna kehittämistyössä. (Ahonen ym. 2012, 24-26.)



Kuva 3: (Juurruttaminen ja sen vaiheet ammattikorkeakoulun ja työelämän välisessä kehittämisessä 2012)

Kolmannessa vaiheessa kehittämiskohdetta varten etsitään, tunnistetaan ja yhdistetään ekspliittistä tietoa. Vaihe on mahdollista toteuttaa muun muassa tiedonhaun työpajoina, ja niitä ohjaavat informaattikot ja opettajat. Tiedon hakemisella on tarkoitus perustella toimintaa. Tiedonhaku on apuna henkilöille, jotta he pystyvät erittelemään tietoa siten, että kaikki työryhmän henkilöt osallistuvat aktiivisesti tiedon jäsentämiseen sen sijaan, että opettaja on pelkästään tiedonjakajana. Neljännessä vaiheessa hyödynnetään edellisten vaiheiden tietoja. Kun verrataan hiljaista ja ekspliittistä tietoa, työryhmää pystytään motivoimaan ymmärtämään muutoksen tarpeellisuus. Ekspliittisen tiedon tulisi olla uutta ja näyttöön perustuvaa. (Ahonen ym. 2012, 24-26.)

Uuden toimintatavan muodostamista käsittelee viides vaihe. Työyhteisön jäsenten ajatuksesta voi syntyä uusi toimintatapa, mikä syntyy tutkittuun ja teoreettiseen tietoon. Uutta toimintatapaa arvioidaan kuudennessä vaiheessa, jossa arvioidaan hyviä puolia toimintatavassa. Muutoksen toteutus tapahtuu seitsemännessä vaiheessa, johon kuuluu seuranta, toteutus ja juurruttaminen. Suunnittelu tapahtuu esimiehen johdolla, kuinka juurruttamisen toteutuminen tapahtuu työryhmässä. Uusia muutostarpeita voi syntyä, kun kehitetty toimintatapa otetaan käyttöön, joten niihin huomattuihin muutostarpeisiin pitäisi myös reagoida. Uusi toimintatapa ei ehkä juurru työyhteisöön, silti olisi tärkeää muutosprosessin arviointi paremman toimintatavan löytämiseksi. (Ahonen ym. 2012, 24-26.)

4.2 Haastattelu- tai kysely tiedonkeruumenetelmänä

Teemme kehittämistyötä, missä hyödynnämme laadullisia menetelmiä. Opinnäytetyömme sisältää kyselyjä tiedonkeruumenetelmänä.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään useimmiten kyselylomakkeita aineistonkeruumenetelmänä. Muita aineistonkeruumenetelmiä ovat muun muassa havainnointi ja haastatteleminen. Kyselylomakkeen voi täyttää itse. Lomakkeen suunnitteleminen on kriittisin vaihe kvantitatiivisessa tutkimuksessa, koska lomakkeen pitää olla sisällöltään tutkimusilmiötä riittävästi mittaava ja tarpeeksi tarkka. (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 173.)

Kysely sopii tilanteeseen, jossa tutkittava aihealue tunnetaan ennestään hyvin, mutta halutaan varmistaa, että aihealue pitää paikkansa. Esimerkiksi terveydenhuollossa halutaan tietää tarkasti, mitkä asiat sen toiminnassa ovat tärkeitä potilaille. Kehittämistyössä kysely sopii hyvin esimerkiksi lähtötilanteen selvittämiseen tai loppuvaiheessa kehittämistyössä saavutettujen tulosten arviointiin. Kyselyn suunnittelussa on voi olla monta vaihetta. Ensiksi pitää tarkkaan suunnitella, mitä tietoa tarvitaan. Myös kyselyn analysointi on suunniteltava huolellisesti jo ennen kyselyn toteuttamista. Kyselyjen tulisi pohjautua olemassa olevaan tietopuustaan, jonka käsitteet muutetaan mitattaviksi muuttujiksi. Kysymysten pitää olla selkeitä ja helposti vastattavissa. Kyselyissä on oleellista perusjoukon ja otoksen määrittäminen, jotta kyselystä voidaan tehdä johtopäätöksiä ja pohtia tulosten yleistettävyyttä. Tulokset ilmaistaan yleensä erilaisina jakaumina ja tunnuslukuina. Kyselyjen luotettavuuden arviointiin liittyvät käsitteet validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti kertoo, miten tutkimuksessa käytetty mittari- tai tutkimusmenetelmä mittaa tutkittavan ilmiön ominaisuuksia (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009,41.)

Reliabiliteetti kertoo, miten luotettava ja uudelleen käytettävä mittaus- tai tutkimusmenetelmä mittaa haluttua ilmiötä. Reliabiliteetin yhteydessä ilmoitetaan usein mittavirhe. Reliabiliteettia arvioidaan esimerkiksi toistomittauksella. (Hiltunen,2009.)

4.3 Tiedonkeruuaineiston sisällönanalyysi

Tutkijan valinnat ovat tutkimusprosessin alkuvaiheessa riippuvaisia siitä, miten aineistoa käsitellään ja tutkitaan. Tutkimuksen ydinasia on kerätyn aineiston analyysi ja tulkinta sekä johtopäätösten tekeminen. Tähän tähdätään heti tutkimuksen alkuvaiheessa. Analyysivaiheessa tulee selväksi, millaisia vastauksia tutkija saa ongelmiin. On mahdollista, että analyysivaiheessa tutkija huomaa, että ongelmat olisi pitänyt asettaa toisella tavalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 221.)

Normaalisti ajatellaan, että aineisto on kasattu ja toteutettu ja sen jälkeen tehdään analyysi. Tämän kaltainen käsitys tutkimusaineiston analyysistä sopii mainiosti sellaiseen tutkimistyöhön, missä aineisto on poimittu strukturoidulla asteikkomittareilla tai lomakkeilla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 223.)

Aineistoa voidaan analysoida monella tavalla. Analyysitavat on mahdollista jakaa kahdella eri tavalla. Tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa käytetään monesti selittämiseen pyrkivässä lähestymistavassa. Laadullista analyysiä ja päätelmien tekoa käytetään ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa. Tavallisimmat analyysimenetelmät ovat teemoittelu, tyypittely, sisällönerittely, diskurssianalyysi ja keskusteluanalyysi. Laadullista aineistoa pystyy kuitenkin käsittelemään myös tilastollisten tekniikoiden avulla. (Hirsjärvi ym. 2013, 224.)

Induktiivisen tai deduktiivisen sisällönanalyysin avulla analysoidaan laadullista aineistoa. Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi kyetään kuvaamaan kolmivaiheiseksi hankkeeksi. Pelkistäminen eli redusointi on ensimmäinen vaihe. Epäolennainen osa karsitaan pois, josta tässä vaiheessa analysoitava tieto voisi olla vaikka haastattelu. (Hirsjärvi ym. 2013, 224.)

Informaatiota tiivistetään tai siitä otetaan jotain pois. Klusterointi eli aineiston ryhmittely on toinen vaihe. Siinä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi ja siitä etsitään yhtäläisyyksiä ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat käsitteet muodostavat oman luokkansa ja se nimetään sen sisältöä kuvaavalla termillä. Abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luonti on kolmas vaihe. Abstrahoinnissa erotellaan olennainen tieto muusta tiedosta ja tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Kielellisistä ilmauksista muodostuu teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111-112.)

Validiteetti esittää sen, kuinka hyvin tutkimistyössä toteutettu tutkimismenetelmä tai mittari mittaa tietyn tutkittavan ilmiön jotakin ominaisuutta. Reliabiliteetti kertoo, miten toistettavasti ja luotettavasti käytetty mittaus- tai tutkimusmenetelmä mittaa jotain tiettyä ilmiötä. Reliabiliteettia kanssa ilmoitetaan usein mittavirhe. Sitä voidaan arvioida muun muassa toisjaksolla. (Hiltunen 2009.)

4.4 Eettisyys kehittämistoiminnassa

Etiikassa on kyse hyvästä ja pahasta sekä oikeasta ja väärästä. Sillä perutellaan oikeita ja vääriä toimintoja. Opinnäytetyössä eettisiä kysymyksiä tulee esiin eri kohdissa työn tekoa ja sen julkaisemisessa. Tiedonhankintaan ja julkaisuun liittyvät tutkimuseettiset kysymykset ovat yleisiä ja hyväksytyjä. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.)

Tutkimustyön etiikka opinnäytetyössä noudattaa hyvää tieteellistä näyttöä ja tarkkuutta tutkimuksen suorittamisessa. Kerätty aineisto on luotettavaa ja aineistona käytetyt viittaukset säilyvät alkuperäisen tutkijan ilmaisuina. Alkuperäiset aineistot, tulokset ja havainnot sekä lähdeviitteet on tarkasti esitetty. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 78.)

Hyvää tieteellistä käytäntöä voidaan loukata monin tavoin. Erityisesti tiedonhankintatavat aiheuttavat ihmistieteissä eettisiä ongelmia. Lähtökohtana tutkimuksessa tulee olla ihmisen kunnioittaminen. Ihmisten itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan antamalla ihmiselle mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. On myös selvitettävä, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy ja millaista tietoa heille annetaan. Epärehellisyyttä on vältettävä tutkimustyön kaikissa vaiheissa. Hyvän tutkimuksen tekeminen niin, että eettiset näkökohdat tulevat tarpeeksi ja oikein huomioon otetuksi, on työläs tehtävä. (Hirsjärvi ym. 2013, 25.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

Kehittämistoiminnan toteutus alkoi Ravitsemus projektin palaverilla 23.10.2013. Palaverissa oli läsnä kirurgian vuodeosaston osastonhoitaja, terveyskeskus vuodeosaston osastonhoitaja ja ylihoitaja. Sekä Laurean lehtori ja opiskelijat. Palaverissa kävi ilmi, että kirurgian vuodeosastolla suurin haaste on saada hoitajille motivaatio tekemään ravitsemussuunnitelmaa, niin että sitä voidaan hyödyntää perusterveydenhuollon vuodeosastolla.

Halusimme tietää miten osastot käyttävät NRS-2002-mittaria. Selvitimme kyselylomakkeella Lohjan sairaalan osasto 3A:n ja terveyskeskus osasto 5 hoitajilta, mitä mieltä he ovat NRS-2002-mittarista. Laadimme heille kyselylomakkeen, josta toivoimme saavamme tietoa miten NRS-2002-mittaria osastolla hyödynnetään. Mitä hyötyä siitä on, mikä on tärkeää ja toimiiko se. Haastattelun antamat tulokset esittelimme Sairaalan kirurgian osasto 3 A:lle. Kohderyhmänä meillä on haavahoitopotilaat, joilla on todettu NRS-2002-mittarilla vajaaravitsemusriski.

Käytimme hyväksi laadullista tiedonkeruumenetelmää saadaksemme tietoa NRS-2002-mittarin käytöstä ja tarpeellisuudesta osastoilla. Lupa työllemme haettiin Lohjan kaupungin perusturvajohtajalta. Lähetimme anomuksen Laurean ohjeistuksen mukaan marraskuussa 2013. Myöntävä päätös tuli 8.11.2013.

5.1 Nykytilanteen kuvaus NRS-2002-vajaaravitsemusmittarin käytöstä terveyskeskuksen osastolla

Lohjan terveyskeskusosasto 5:llä NR -2002-ravitsemusmittaria käytetään aktiivisesti ja tunnollisesti. Ravitsemusmittari on ollut jo käytössä n. vuoden ja hoitajat ovat ottaneet tämän positiivisesti vastaan. Mutta kuitenkin päätimme laatia kyselylomakkeen mittarin käytöstä.

Hoitotyöntekijöiden kyselyyn (Liite 3) vastasi yhteensä kahdeksan hoitotyöntekijää. Kyselyssä oli neljä kysymystä joihin tuli vastata kyllä tai ei, sekä lisäksi heillä oli mahdollista kirjoittaa vapaata tekstiä perusteluksi vastaukselle. Kysymyksiin oli vastattu ja kommentoitu seuraavalla tavalla:

<p>1. Miksi on tarpeellista selvittää haavapotilaan ravitsemustila?</p>	<p>Vastaukset osoittivat, että vastanneet hoitotyöntekijät olivat samaa mieltä siitä, että hyvä ravitsemushoito on tärkeä osa potilaan kokonaisuhoitoa. Vastauksena oli mm.: Tukee potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Lääkärin olisi hyvä ottaa huomioon lääkitystä miettiessään hoitokustannukset, tehokkaan hoidon, hoitoaika lyhenemisen, potilaan elämänlaadun paranemisen sekä sen, että itse haavan paraneminen edistyy.</p>
<p>2. Oliko NRS-2002-lomakkeen täyttäminen mielestäsi haastavaa? Jos vastasit haastavaa, tarkenna miksi</p>	<p>Viisi hoitajista, vastasi ei ja kolme kyllä. Hoitajien mielestä lomakkeen täyttäminen oli haastavaa, kun kyseessä oli muistamaton potilas. Mutta muuten he kokivat, että lomakkeen täyttäminen oli helppoa, kun tutustuivat papereihin hyvin.</p>
<p>3. Kirurgian vuodeosastolta tulee haavapotilas. Miten hyödynnät hoitotyön yhteenvedossa kerrottua vajaaravitsemuksen mittauksen arvoa ja jo tehtyä ravitsemussuunnitelmaa tehdessäsi hoitosuunnitelmaa potilaalle?</p>	<p>Vastauksena saatiin muun muassa: ”Seurataan suunnitelman toteutumista ja tarvittaessa sitä muutetaan.” ”Mittarin käyttö vertailussa, nähdään onko tila muuttunut.” ”Potilaan ravitsemusta seurattava, tarvittaessa ravintolisät käyttöön.” ”Jo tehtyä suunnitelmaa voi seurata ja toteuttaa”</p>
<p>4. Kerro hyötyjä NRS-2002-lomakkeen käytöstä potilaan hoidossa? Kerro kehitettävissä asioita miten vajaaravitsemuk-</p>	<p>Ravitsemukseen tulee kiinnittää enemmän huomiota. Ravitsemussuunnitelma tulee kirjata hoitosuunni-</p>

sen mittauksen arvo ja ravitsemussuunnitelma saadaan osaksi potilaan hoitosuunnitelmaan?	telmaan. Mittausarvo tulee olla hyvin merkittynä. Saadaan selville potilaan ravitsemustilanne, tehdään tarve hoitosuunnitelmaan. Otettava NRS-2002-mittari osaksi potilaan tulo- haastattelua ja mikäli aiheitta seurantaan, toteutetaan sitä ja tarvittaessa ohjataan. Tarvittaessa ohjataan kotiin myös ravitsemusseuranta
--	--

Taulukko 1: Kyselyn tulokset NRS-2002-menetelmästä Lohjan terveyskeskusosasto 5

5.2 Nykytilanteen kuvaus NRS-2002-vajaaravitsemusmittarin käytöstä Lohjan sairaalan osasto 3A:lla

Kävimme pitämässä osastotunnin Lohjan sairaalan osasto 3 A: lla 4.3.2014. Kerroimme NRS-2002 mittarista ja tuloksista, mitä saimme terveyskeskus osasto 5:selta. Esityksen jälkeen päädyimme yhteisymmärryksessä tekemään myös osasto 3 A:lle samantyyppisen kyselyn kuin teimme Lohjan terveyskeskusosasto 5:lle.

Osastotunnilla kävi ilmi, että heillä on ravitsemusmittari NRS-2002-mittari, mutta mittarin käyttö on osastolla vähäistä. Hoitajat kokevat, että oma kokemus vajaaravitsemuksen huomaamisessa on parempi kuin NRS-2002-mittari. NRS-2002-mittari on yritetty ottaa käyttöön vuosi sitten, mutta ongelmana on tämä, että hoitajat eivät käytä aktiivisesti sitä. Tavoitteena on aktivoida hoitajia käyttämään mittaria.

Annoimme aikaa kyselyyn vastaamiseen noin 2 viikkoa. Lomakkeita palautettiin 23 kappaletta (Liite 4), mikä oli positiivinen asia. Kyselylomake sisälsi seuraavat kysymykset ja niihin vastattiin seuraavanlaisesti:

1. Miten vajaaravitsemuksen hoito toteutuu osastolla?	Haavapotilaalle annetaan lisäravinteita, proteiinirikas ruoka, tarvittaessa yhteys ravitsemusterapeuttiin. Kysytään potilaan toiveita.
2. Minkälaisia tietoja laitatte hoitosuunnitelman yhteenvedoon, koskien vajaaravitsemusta ja haavanhoitoa?	Ruokavalio, lisäravinteiden tarve, paino, pituus. Painepatjan käyttö. Haavapotilaalle huomioidaan potilaan lisääntynyt proteiinin tarve ja suunnitellaan ruokavalio ja lisäravin-

	teet. Ohjelmointi, lisäravinteiden annosta.
3. Mitä asioita pitää ottaa huomioon hoitosuunnitelmassa, kun tehdään	Potilaan paino, onko paino laskenut. Potilaan tausta/sairaudet. Mahdolliset allergiat, erityisruokavaliot. Missä haava on ja millä hoidetaan. Potilaan toimintakyky, yleiskunto
4. Koetko tarpeelliseksi että mittarilla olisi otsikko hoitosuunnitelmassa	9 kokee tarpeelliseksi 12 ei koe tarpeelliseksi 2 ei osaa sanoa
5. Käytätkö NRS-2002 mittaria työssäs?	Suurin osa vastaajista ohitti koko kysymyksen. Kaksi ei vastausta ja kolme kyllä vastausta

Taulukko 2: Kyselyn tulokset NRS-2002-menetelmästä Lohjan sairaalan osasto 3 A :lta

6 Uusi toimintatapa

6.1 Toimintatavan kuvaus

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli NRS-2002-ravitsemusmittarin hyödyntäminen haavapotilaiden hoidossa. Työn tuotoksena kehittyi idea tarkistuslistasta, jonka tarkoituksena on herättää hoitajia heidän työssään vajaaravitsemusriskissä olevien haavapotilaiden hoidossa. Tarkistuslista tehtiin mahdollisimman helposti ymmärrettäväksi.

Ravitsemushoidon toteutukseen, arviointiin ja suunnitteluun osallistuvat eri ammattiryhmät ja heidän tehtäväkuvansa mukaisesti. Omaiset ovat myös tärkeässä osassa ravitsemushoidon onnistumisessa. Ravitsemushoito on potilaslähtöistä. (Ravitsemushoito 2010,17.)

Juuruttamisen menetelmällä tehdyn opinnäytetyön ajatuksena on luoda jotain uutta sekä kehittää jotain jo käytössä olevaa (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 30).

Teimme kyselyn Lohjan terveyskeskus osasto 5:n hoitajille. Kyselyn jälkeen analysoimme vastaukset ja esittelemme ne Lohjan sairaala osasto 3 A:lle. Haluamme tuoda esille NRS-2002-mittarin hyvät puolet, miksi sitä kannattaa käyttää hyväksi. Ravitsemustilan seurannassa osastolla on tärkeimmässä asemassa hoitohenkilökunta. Eettiset ohjeet ohjaavat henkilöstöä työssään esimerkiksi parantamaan potilaiden elämänlaatua ja lisäämään heidän voimavarojaan.

Tarkistuslistasta toivottiin Lohjan sairaalan kirurgian vuodeosasto 3 A:lta mahdollisimman helppolukuista ja sellaista jossa tieto olisi tiivistettynä. Koska osastolla vajaaravitsemusmittarin NRS-2002 käyttö ei ole lähtenyt käyntiin toivotulla tavalla. Osastolla vajaaravitsemuksen riskiä arvioidaan, mutta arvio perustuu lähinnä hoitajan kokemukselliseen tietoon. Uuden toimintatavan myötä osastonhoitaja toivoo, että NRS-2002-mittarin käyttö olisi aktiivisempaa osaston hoitohenkilökunnan keskuudessa. Lohjan kirurgian vuodeosasto 3 A ottaa tarkistuslistan koekäyttöön vuoden 2015 alussa. Emme pysty arvioimaan tarkistuslistan hyötyä osastolla aikataulun takia.

Tarkistuslista hoitotyöntekijöille jotka työskentelevät potilaiden kanssa joilla on todettu vajaaravitsemusriski NRS-2002-mittarin perusteella:

<p>Ensisijaisesti huomioi tekijät jotka haittaavat syömistä, huomioi myös oireet ja syyt.</p>	<p>Vaikuttavia tekijöitä on mm. pahoinvointi, ummetus, kiputilat, ripuli. Voi olla että syöminen ei onnistu omatoimisesti tai ruoan nieleminen on vaikeaa.</p>
<p>Hyvä suunnitelma potilaan ravitsemushoidon toteutumiseksi.</p>	<p>Nestelista, konkreettinen ravinnonseuranta, Potilaan kannustaminen syömään maitovalmisteita. Liha-, kala- ja broileriruokia. Aterian yhteydessä maidon tai piimän juominen. Aterioihin lisätään rasvaa. Huomioi allergiat! Annoskoon tarkistaminen. Potilaalle tilataan runsas proteiininen ja energinen ruokavalio. Täydennys ravintovalmisteiden aloitus 1-3 pulloa vuorokaudessa. Konsultaatio ravitsemusterapeutilta</p>
<p>Proteiinin ja energian tarve arvioidaan tavoitepainon mukaan.</p>	<p>Tavoitepainon BMI 23 mukaan proteiinin tarve on 1.2-1.5g/kg Perusenergiantarve/akuuttivaihe tehohoidossa 20-25 kcal/kg/vrk Vuodepotilas/toipilasvaihe tehohoidossa 25-30 kcal/kg/vrk Painehaavat/jalkeilla olevat potilaat 30-35 kcal/kg/vrk Vajaaravitsemustila/toipilas/alipaino</p>

	35-40 kcal/kg/vrk Tavoitepainon BMI 23 mukaan proteiinin tarve on 1.2-1.5g/kg Laske potilaan BMI hoitotyön kirjaamisohjelmalla?
Tarkka seuraaminen ravitsemushoidon ja suunnitelman toteutumisesta.	Seurataan painoa säännöllisesti päivittäin/viikottain. Seurataan ravintoa mitä potilas syö vuorokaudessa.
Potilaan motivointi hyvän ravitsemushoidon ja ravitsemustilan tärkeydestä.	Hyvä ja tarpeellinen ravitsemus edesauttaa haavojen paranemista, edistää toipumista, lihaskudos ei pääse pienemään.
Vajaaravitsemusriskin arviointi säännöllisesti.	Viikottain tai kun siirretään potilas toiseen hoitopaikkaan. Tärkeää on että ravitsemushoitosuunnitelma merkitään hoitokertomukseen. Ravitsemushoitosuunnitelma liitetään potilasasiakirjoihin potilaan vaihtaessa hoitopaikkaa.

Taulukko 3: Tarkistuslista

6.2 Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet

Kehittämistyölle pitää antaa mahdollisimman kattavat toimintamahdollisuudet. Henkilöstölle täytyy antaa tilaa ja aikaa mietiskellä tuloksiaan ja toimintaa. Tämä on tärkeä asia kehittämistyön kannalta, näin saadaan tietoa siitä mitkä kehittämistyön tulokset ovat käytettävissä. Toiminnan kehittämiseen ja käyttöön ottoon kuluu oma aikansa. (Peltola & Vuorento 2007, 83-87.)

Kehittämistyöstä tulleiden tulosten hyväksi käyttäminen ja juurruttaminen työyhteisöön riippuu esimiehistä ja organisaatiosta ja siitä työyksiköstä mihin kehittämistyö on tehty. Johdon sitoutuminen kehittämistyöhön auttaa saatujen tulosten juurruttamista osaksi työyksikön toimintatapaa. Kehittämistyön alusta alkaen johdon kanssa pitäisi tehdä yhteistyötä onnistuneen kehittämistyön menestykseksi. (Peltola & Vuorento 2007, 83.)

Kirurgian vuodeosaston 3 A:n osastonhoitaja toivoo, että tarkistuslistasta tulisi hyvä työkalu hoitajille hoitotyössä ja he ottaisivat NRS-2002 mittarin käyttöön aktiivisesti. Se helpottaisi huomaamaan vajaaravitsemusriskissä olevat potilaat mahdollisimman aikaisin ja turvaamaan heille oikean hoidon. NRS-2002 mittarin käyttö on nopeaa ja helppoa. Mitä enemmän hoitajat

NRS-2002 mittaria käyttävät, sen rutiininomaisemmaksi sen käyttö tulisi osana hoitotyötä ja takaisi potilaille mahdollisimman hyvän hoidon.

7 Opinnäytetyön loppuarviointi

Arviointia tehdessä pitää tietää mikä on tarkoitus arvioinnille, kenelle se tehdään, mistä näkökulmasta arvioidaan ja millaisia tuloksia odotetaan syntyvän. Arviointia toteutetaan työntekijän hyvinvoinnin ja oppimisen, työyhteisön yhteisen työskentelyn, asiakkaiden hyödyn ja yhteiskunnan hyvinvoinnin ja alueen menestymisen näkökulmista. Mikäli arviointi prosessia voidaan suorittaa niin toimintaprosessi täytyy kuvata ensin teoriassa. Teoreettista tietoa verrataan kerättyyn aineistoon ja näitä vertaamalla pyritään tunnistamaan kehittämiskohteet. (Ahonen & Ora-Hyytiäinen 2009, 46–47.)

Tarkoitus on luodulla tarkistuslistalla auttaa hoitajia huomaamaan vajaaravitsemusriskissä olevat potilaat mahdollisimman ajoissa ja toteuttamaan tarvittavat toimenpiteet vajaaravitsemuksen estämiseksi ja sen hoitamisessa.

Uuden toimintatavan juurruttaminen jatkuu työyhteisössä. Juurruttamisen prosessi käynnistettiin opinnäytetyön aikana, mutta koska juurruttaminen vaatii työyhteisössä aikaa, uutta toimintatapaa ei voitu siksi saattaa valmiiksi. Uuden toimintatavan omaksuminen vaatii oman aikansa työyhteisössä.

Lopputuloksen ja kehittämis työn arviointi ei tapahdu vain oletuksen perusteella, siinä tulee hyödyntää hiljaista tietoa sekä organisaation, työyhteisön ja yksilön osaamista. Se tarkoittaa sitä, ettei ulkopuolelta voida tuoda jotain aivan uutta ja velvoitettavaa työyhteisöön. Kun arvioidaan tulee arvioinnissa käyttää neuvottelevaa ja kunnioitettavaa asennetta. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 46.)

Olemme saaneet Lohjan kirurgian vuodeosasto 3 A :n osastohoitajalta positiivista palautetta kehittämistämme tarkistuslistasta, mutta he ottavat sen siellä käyttöön 2015 alussa. Lohjan terveyskeskus vuodeosasto 5:n henkilökunta on ottanut tarkistuslistan käyttöön ja käyttävät aktiivisesti NR2- 2002-mittaria.

Lohjan terveyskeskus osasto 5:llä on otettu tarkistuslista myönteisesti vastaan. Hoitajat käyttävät NRS-2002-mittarin tuloksia hyväksi ja tiedostavat, mitä ravintoa potilas tarvitsee. Esi-merkkinä ohessa, miten pitää toimia, kun potilas tulee osastolle. Eli potilas saapuu osastolle, hänelle tehdään saman päivän aikana NRS-2002-mittaus. Mittarin tulos huomioidaan hoitosuunnitelmaa tehtäessä.

Hoitohenkilökunta on tyytyväinen tarkistulistaan, ja se on heidän mielestään hyvä työkalu päivittäisessä hoitotyössä.

8 Lähteet

- Arffman, S., Partanen, R., Peltonen & H. Sinisalo, L. 2009. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita.
- Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. 2012. Ravitsemustiede. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Ensio, A. & Saranto, K. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen 2004,33. Sipoo:Silverpprint.
- Eronen M. & Uimonen M. & Kärkkäinen O. & Kokkonen P. 2005. Moniammatillisen hoitokertomuksen rakenne. Loppuraportti. Versio 1.1, 10-16.
- Haho, A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. Sairaanhoidajalehti 12, 38-39.
- Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: Wsoypro Oy.
- Hietanen, H. & Juutilainen V. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma pro Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki:Tammi.
- Kärkkäinen O. 2007 . Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä:Gummerus Kirjapaino Oy.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2006. Etiikkaa hoitotyössä. Helsinki: Wsoy.
- Nordplus Horizontal 2013. Application 5 Stars partnership. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. Kehittämistyön menetelmät, 2009, 49.
- Opiskelijan perehdytysopas 2013, Lohjan terveyskeskus osasto 5.
- Opiskelijan perehdytysopas 2013, HUS Lohjan sairaala.
- Partamies, S. & Ahonen, O. 2012. Oppiminen juurruttamisessa. Teoksessa Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla, tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Laurea julkaisut. 2012. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Pohjanvuori M. (2007). Sähköinen moniammatillinen hoitokertomus. Teoksessa: Hopia H., Koponen L. (2007).
- Ravitsemushoito 2010, viitattu 14.10.2013, 28. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.
- Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Saranto, K. & Sonninen, A. 2008. Systemaattisen kirjaamisentarve. Helsinki: Wsoy.
- Saranto K, Ensio A, Tantt K & Sonninen AL. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: Wsoy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuolo, J. 2009. Wound care made incredibly Easy! Iso-Britannia Lippincott. Williams & Wilkins.

Liljamo, P., Kinnunen U & A. Ensio, 14, FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas 2012. Viitattu 15.8.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-675-5>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, Finlex 2013. Viitattu 12.12.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Haavapotilaan ravitseminen 2013. Viitattu 13.12.2013, <http://www.shhy.fi/koulutus/hoito-ja-toimintaohjeet/121-haavapotilaan-ravitseminen-3>.

HoiDok - valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005-2008. 2008. www.vsshp.fi/fi/dokumentit/11202/HoiDok-I-vaiheen-Loppuraportti.

Hoitotyön kirjaaminen 2012. Viitattu 12.12.2013. <http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17734&contentlan=1>

Hoitotyö - Tarveluokitus 2013. Viitattu 12.12.2013. <http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-viewpage.xhtml?classificationKey=218>

Nykänen, P. & Junntila, K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti 2012. Viitattu 28.8.2014. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e63ed18f-68ca-4cfd-ac0a-fe8187528ffa>

Jokinen, T. 2005. Standardoitu terminologia hoitotyön toimintojen kirjaamisessa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 16.11.2014. <http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/TainaJokinengradu.pdf>

Peltola, U. & Vuorento, M. 2007. Juurruttamisen edistäjät ja estäjät. Kokemuksia työllistymis- ja palvelujen kehittämishankkeista. Kuntoutussäätiön työselosteita 33/2007. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 20.10.2014. http://www.kuntoutussaatio.fi/files/172/Juuruttamisen_edistajat_ja_estajat.pdf

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 7.12.2013. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Viitattu 12.12.2013. <http://www.uef.fi/fi/stj/hoitotyon-terminologiat>

Suomen haavanhoitoyhdistys 2013. Viitattu 4.9.2014.

<http://www.shhy.fi/hoito-ja-toimintaohjeet/>

Suosituksset vajaaravitsemuksen torjumiseksi. The European Nutrition for Health Alliance. Viitattu 7.12.2013.

http://nutriciafi.nutricia.fi/upload_dir/docs/Suosituksset_vajaaravitsemuksen_torjumiseksi.pdf

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326. Viitattu 25.11.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

J. Lehtovirta & R. Vuokko 2014. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014. Viitattu 15.10.2014.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1

Vajaaravitseminen 2011. Viitattu 14.10.2013. <http://www.vajaaravitseminen.fi/nutriaction2011>

Vajaaravitseminen 2013. Viitattu 12.12.2013.

<http://www.vajaaravitseminen.fi/vajaaravitseminen/tunnista-vajaaravitseminen>

L. Hiltunen. Validiteetti ja reliabiliteetti Graduryhmä 2009. Viitattu 13.11.2013.

http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2013. Viitattu 13.10.2013.

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ajankohtaista?bid=3680>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta, Ravitsemuspolitiikka Suomessa 2013. Viitattu 13.10.2013.

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemuspolitiikka/>

9 Kuvat

Kuva 1: Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa 15

Kuva 2: Suomen haavahoitoyhdistys 18

12. Kuviot

Kuvio 1: Juurruttaminen ja sen vaiheet ammattikorkeakoulun ja työelämän välisessä kehittä-
misessä.....22

Liite 1 NRS-2002-ravitsemusmittari

Päiväys

POTILAAN PERUSTIEDOT

Potilaan nimi			Henkilötunnus
Pituus (cm)	Nykypaino (kg)	Painoindeksi BMI (kg/m ²)	Paino 3 kk sitten (kg)
	punnitus ilmoitus		

1 ARVIO RAVITSEMUSTILASTA

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

2 SAIRAUDEN VAIKEUSASTE RAVITSEMUSTILANTEEN KANNALTA

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

		• alkoholi- tai huumeongelma		
--	--	------------------------------	--	--

3 JOS IKÄ ON 70 VUOTTA TAI YLI LISÄÄ 1 PISTE	
--	--

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

SEULONNAN TULOS JA TOIMENPITEET ERI RISKILUOKISSA

0 pistettä: Ei vajaaravitsemuksen riskiä

- Kirjaa seulontatulokset.
- Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

1-2 pistettä: Vähäinen vajaaravitsemuksen riski

- Kirjaa seulontatulokset.
- Motivoi potilasta hyvään ravitsemukseen.
- Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

3-4 pistettä: Kohtalainen vajaaravitsemuksen riski

- Kirjaa seulontatulokset.
- Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, tarvittaessa ravitsemusterapeutti).
- Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

5-7 pistettä: Vakava vajaaravitsemuksen riski

- Kirjaa seulontatulokset.
- Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, aina ravitsemusterapeutti).
- Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

Liite 2 Ravitsemushoitosuositus 2013

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	3 pistettä
Paino ennen laihtumista	Laihtumisen aste	Laihtumisen aste	Laihtumisen aste	Laihtumisen aste
Kg	< 5 %	5 - 10 %	10 -15 %	> 15 %
	Painon menetys (kg)			
34 kg	< 1,70	1,70 - 3,40	> 3,40	> 5,10
36 kg	< 1,80	1,80 - 3,60	> 3,60	> 5,40
38 kg	< 1,90	1,90 - 3,80	> 3,80	> 5,70
40 kg	< 2,00	2,00 - 4,00	> 4,00	> 6,00
42 kg	< 2,10	2,10 - 4,20	> 4,20	> 6,30
44 kg	< 2,20	2,20 - 4,40	> 4,40	> 6,60
46 kg	< 2,30	2,30 - 4,60	> 4,60	> 6,90
48 kg	< 2,40	2,40 - 4,80	> 4,80	> 7,20
50 kg	< 2,50	2,50 - 5,00	> 5,00	> 7,50
52 kg	< 2,60	2,60 - 5,20	> 5,20	> 7,80
54 kg	< 2,70	2,70 - 5,40	> 5,40	> 8,10
56 kg	< 2,80	2,80 - 5,60	> 5,60	> 8,40
58 kg	< 2,90	2,90 - 5,80	> 5,80	> 8,70
60 kg	< 3,00	3,00 - 6,00	> 6,00	> 9,00
62 kg	< 3,10	3,10 - 6,20	> 6,20	> 9,30
64 kg	< 3,20	3,20 - 6,40	> 6,40	> 9,60
66 kg	< 3,30	3,30 - 6,60	> 6,60	> 9,90
68 kg	< 3,40	3,40 - 6,80	> 6,80	> 10,20
70 kg	< 3,50	3,50 - 7,00	> 7,00	> 10,50
72 kg	< 3,60	3,60 - 7,20	> 7,20	> 10,80
74 kg	< 3,70	3,70 - 7,40	> 7,40	> 11,10
76 kg	< 3,80	3,80 - 7,60	> 7,60	> 11,40
78 kg	< 3,90	3,90 - 7,80	> 7,80	> 11,70
80 kg	< 4,00	4,00 - 8,00	> 8,00	> 12,00
82 kg	< 4,10	4,10 - 8,20	> 8,20	> 12,30
84 kg	< 4,20	4,20 - 8,40	> 8,40	> 12,60
86 kg	< 4,30	4,30 - 8,60	> 8,60	> 12,90
88 kg	< 4,40	4,40 - 8,80	> 8,80	> 13,20
90 kg	< 4,50	4,50 - 9,00	> 9,00	> 13,50
92 kg	< 4,60	4,60 - 9,20	> 9,20	> 13,80

94 kg	< 4,70	4,70 - 9,40	> 9,40	> 14,10
96 kg	< 4,80	4,80 - 9,60	> 9,60	> 14,40
98 kg	< 4,90	4,90 - 9,80	> 9,80	> 14,70
100 kg	< 5,00	5,00 - 10,00	> 10,00	> 15,00
102 kg	< 5,10	5,10 - 10,20	> 10,20	> 15,30
104 kg	< 5,20	5,20 - 10,40	> 10,40	> 15,60
106 kg	< 5,30	5,30 - 10,60	> 10,60	> 15,90
108 kg	< 5,40	5,40 - 10,80	> 10,80	> 16,20
110 kg	< 5,50	5,50 - 11,00	> 11,00	> 16,50
112 kg	< 5,60	5,60 - 11,20	> 11,20	> 16,80
114 kg	< 5,70	5,70 - 11,40	> 11,40	> 17,10
116 kg	< 5,80	5,80 - 11,60	> 11,60	> 17,40
118 kg	< 5,90	5,90 - 11,80	> 11,80	> 17,70
120 kg	< 6,00	6,00 - 12,00	> 12,00	> 18,00
122 kg	< 6,10	6,10 - 12,20	> 12,20	> 18,30
124 kg	< 6,20	6,20 - 12,40	> 12,40	> 18,60
126 kg	< 6,30	6,30 - 12,60	> 12,60	> 18,90

Liite 3

Kerro meille oma mielipiteesi NRS 2002 - lomakkeen käytöstä. Ympyröi kokemuksesi pohjalta sopivin vaihtoehto ja tarkenna vastaustasi vapaalla tekstillä

Kysely hoitotyöntekijöille Tk 5

Kerro meille oma mielipiteesi NRS 2002 - lomakkeen käytöstä. Ympyröi kokemuksesi pohjalta sopivin vaihtoehto.

1. Miksi on tarpeellista selvittää haavapotilaan ravitsemustila?

KYLLÄ

EI

Perustelut: _____

2. Oliko NRS 2002 - lomakkeen täyttäminen mielestäsi haastavaa, Jos vastasit haastavaa, tarkenna miksi.

KYLLÄ

EI

Perustelut: _____

3. Kirurgian vuodeosastolta tulee haavapotilas. Miten hyödynnät hoitotyön yhteenvedossa kerrottua vajaaravitsemuksen mittauksen arvoa ja jo tehtyä ravitsemussuunnitelmaa tehdessäsi hoitosuunnitelmaa potilaalle?

4. Kerro hyötyjä NRS 2002 - lomakkeen käytöstä potilaan hoidossa? Kerro kehitettäviä asioita miten vajaaravitsemuksen mittauksen arvo ja ravitsemussuunnitelma saadaan osaksi potilaan hoitosuunnitelmaan?

Liite 4

Lohjan sairaala osasto 3A: kyselylomake

1. Miten vajaaravitsemuksen hoito toteutuu osastolla?

2. Minkälaisia tietoja laitatte hoitosuunnitelman yhteenvedoon, koskien vajaaravitsemusta ja haavanhoitoa?

3. Mitä asioita pitää ottaa huomioon hoitosuunnitelmassa, kun tehdään suunnitelma vajaaravitsemus ja haavahoitopotilaalle?

-

4. Koetko tarpeelliseksi että mittarille olisi oma otsikko hoitosuunnitelmassa?

Liite 5

Tarkistuslista hoitotyöntekijöille jotka työskentelevät potilaiden kanssa joilla on todettu vajaaravitsemusriski NRS-2002-mittarin perusteella:

<p>Ensisijaisesti huomioi tekijät jotka haittaavat syömistä, huomioi myös oireet ja syyt.</p>	<p>Vaikuttavia tekijöitä on mm. pahoinvointi, ummetus, kiputilat, ripuli. Voi olla että syöminen ei onnistu omatoimisesti tai ruoan nieleminen on vaikeaa.</p>
<p>Hyvä suunnitelma potilaan ravitsemushoidon toteutumiseksi.</p>	<p>Nestelista, konkreettinen ravinnonseuranta, Potilaan kannustaminen syömään maitovalmisteita.</p> <p>Liha-, kala- ja broileriruokia. Aterian yhteydessä maidon tai piimän juominen. Aterioihin lisätään rasvaa.</p> <p>Huomioi allergiat!</p> <p>Annoskoon tarkistaminen. Potilaalle tilataan runsas proteiininen ja energinen ruokavalio. Täydennys ravintovalmisteiden aloitus 1-3 pulloa vuorokaudessa.</p> <p>Konsultaatio ravitsemusterapeutilta</p>
<p>Proteiinin ja energian tarve arvioidaan tavoitepainon mukaan.</p>	<p>Tavoitepainon BMI 23 mukaan proteiinin tarve on 1.2-1.5g/kg</p> <p>Perusenergiantarve/akuuttivaihe tehohoidossa 20-25 kcal/kg/vrk</p> <p>Vuodepotilas/toipilasvaihe tehohoidossa 25-30 kcal/kg/vrk</p> <p>Painehaavat/jalkeilla olevat potilaat 30-35 kcal/kg/vrk</p> <p>Vajaaravitsemustila/toipilas/alipaino 35-40 kcal/kg/vrk</p> <p>Tavoitepainon BMI 23 mukaan proteiinin tarve on 1.2-1.5g/kg</p> <p>Laske potilaan BMI hoitotyön kirjaamisohjelmalla.</p>
<p>Tarkka seuraaminen ravitsemushoidon ja suunnitelman toteutumisesta.</p>	<p>Seurataan painoa säännöllisesti päivittäin/viikottain. Seurataan ravintoa mitä potilas syö vuorokaudessa.</p>
<p>Potilaan motivointi hyvän ravitsemushoidon ja ravitsemustilan tärkeydestä.</p>	<p>Hyvä ja tarpeellinen ravitsemus edesauttaa haavojen paranemista, edistää toipumista, lihashudos ei pääse pienenemään.</p>

