

Opinnäytetyö (AMK)  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja  
2011

Jaakko Mikkola, Petri Nevantaus, Pekka Niemeläinen & Perttu Pöntinen

# RAVITSEMUSKIRJAAMINEN ORTOPEDISELLA KUNTOUTUSOSASTOLLA JA SEN JATKOHOITOPAIKOISSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja

Toukokuu 2011 | Sivumäärä 37 + 2 liitettä

Jaakko Mikkola, Petri Nevantaus, Pekka Niemeläinen ja Perttu Pöntinen

## RAVITSEMUSKIRJAAMINEN ORTOPEDISELLA KUNTOUTUSOSASTOLLA JA SEN JATKOHOITOPAIKOISSA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ravitsemuskirjausten tasoa Turun sosiaali- ja terveystoimen ( SoTe) ortopedisella kuntoutusosastolla sekä sen jatkohoitopaikoissa. Tutkimus on osa Turun SoTe:n isompaa HoiDok-hanketta, jonka tarkoituksena on jalkauttaa valtakunnallinen ydintietoihin perustuva rakenteinen kirjaamismalli Turun SoTe:een.

Aineistona käytettiin Turun SoTe:n ortopedisen kuntoutusosaston, joka jakaantuu kahteen eri osastoon, 26 potilaan hoitokertomuksia ravitsemuksen osalta. Tutkimusaineistot otettiin molemmilta osastoilta. Tutkimusosastolta otettiin tutkimusaineistoon kaikki 13 lääketieteelliseen interventioon (Rav-Lon) kuuluvaa potilasta huhtikuun ja marraskuun 2010 väliseltä ajalta. Vertailuosastolta otettiin 13 potilasta tutkimusaineistoon systemaattisella otannalla. Tutkimusosaston hoitohenkilökunta oli saanut erillisen ravitsemuskirjaamista koskevan kirjallisen ohjeen. Aineiston mittarina toimi analyysirunko, joka mittasi neljää kokonaisuutta hoitokertomuksista. Nämä neljä kokonaisuutta muodostivat samalla tutkimuksen tutkimusongelmat, jotka olivat: minkälainen on ravitsemushoidon hoitosuunnitelma?, Miten ravitsemushoidon toteutusta on kirjattu? Miten ravitsemushoidon arviointia on kirjattu? Ja minkälainen on jatkohoitopaikkojen hoitosuunnitelma ravitsemushoidon osalta? Tutkimus suoritettiin kvantitatiivisena tutkimuksena ja aineisto käsiteltiin deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimus- ja vertailuryhmän ravitsemuskirjaukset olivat puutteellisia. Tutkimusryhmän kirjaaminen oli kuitenkin kattavampaa ja parempaa kuin vertailuryhmällä. Jatkohoitopaikkojen hoitosuunnitelmat ravitsemuksen osalta olivat erittäin puutteellisia tai niitä ei ollut tehty.

Tutkimustulokset osoittivat, että jo vähäisellä ravitsemukseen liittyvällä kirjallisella ohjeistamisella on vaikutusta ravitsemuksen kirjaamiseen. Tutkimusryhmän ravitsemuskirjaukset näyttävät olevan parempia saadun kirjaamisohjeen vuoksi. Jotta ravitsemuksen kirjaaminen olisi laadukasta ja yhteneväistä koko Turun SoTe:ssa, voisi olla hyödyllistä laatia koko Turun SoTe:lle yhtenäinen ja kattava ravitsemusta koskeva kirjaamisohje.

ASIASANAT: Rakenteinen kirjaaminen, ravitsemus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Nurse

Spring 2011 | Total number of pages 37 + 2 appendices

Jaakko Mikkola, Petri Nevantaus, Pekka Niemeläinen ja Perttu Pöntinen

## DOCUMENTATION OF NUTRITION IN ORTHOPEDIC REHABILITATION WARD AND IT'S CONTINUATION WARDS

The aim of this research was investigate how documentation of nutrition had been done in Turku`s healthcare system in orthopedic rehabilitation ward and it`s continuation wards. This research is part of a larger project called HoiDok in Turku municipal social services and healthcare department. The aim of HoiDok-project is to get national structured documentation model, which is based on main points of documentation to be part of whole Turku`s healthcare.

The material for this research, which contains 26 patients' (13+13) documentation of nutrition, had been given from Turku`s municipal social services and healthcare department orthopedic rehabilitation ward, which was divided into two different ward. Thirteen patients, who belonged to medical intervention (Rav-Lon), were taken from research ward to research material from April to November in 2010. Thirteen patients were taken from compare ward into the research material with a systematic sample. The personnel in research group had been given literary direction for documentation of nutrition. The material was analyzed with questionnaire form, which measured four different things: what kind of nutritional care plan is? How nutritional care completion has been documented? How nutritional care estimation has been documented? What kind of care plan has been done in nutritional care in continuation wards? The research was made as a quantitative research and the material was analyzed with deductive method.

Nutritional documentations were insufficient in both groups. The quality of documentation was better and more comprehensive in research group than in compare group. Concerning nutrition, care plans for continuation ward`s were insufficient in both groups.

Documentation of nutrition seems to be better in research group because of literary direction. The results indicate that a little literary direction has effect for quality of nutritional documentation. Therefore it would be useful to create collective policy for nutritional documenting concerning whole Turku`s municipal social services and healthcare department.

### KEYWORDS:

Structured documentation, Nutrition

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>7</b>
<b>2 HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN</b>	<b>8</b>
2.1 Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen lähtökohdat	8
<b>2.2. Hoitotyön ydintiedot</b>	<b>9</b>
2.3 Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen	10
2.4 Arvioiva kirjaaminen	11
2.5 Kokemuksia sähköisestä hoitotyön rakenteisesta dokumentoinnista	12
2.6 Eettiset näkökulmat kirjaamisessa	14
<b>3 RAVITSEMUSHOITO</b>	<b>14</b>
3.1 Ortopedisen leikkauspotilaan ravitseminen	15
3.2 Ravitsemushoidon kirjaaminen	17
<b>4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT</b>	<b>19</b>
<b>5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>19</b>
5.1 Tutkimusmenetelmät	19
5.2 Analyysirunko	20
5.3 Aineiston hankkiminen	20
<b>6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>21</b>
<b>7 TULOKSET</b>	<b>23</b>
7.1 Hoitosuunnitelma	23
7.2 Toteutuksen kirjaaminen	27
7.3 Arvioinnin kirjaaminen	29
7.4 Jatkohoito	31
<b>8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>	<b>31</b>
8.1 Ravitsemushoidon hoitosuunnitelma	32
8.2 Ravitsemushoidon toteutuksen kirjaaminen	33
8.3 Ravitsemushoidon arvioinnin kirjaaminen	34
8.4 Jatkohoitopaikkojen hoitosuunnitelmat ravitsemushoidon osalta	34
8.5 Tutkimuksen merkitys ja hyödynnettävyys	35
<b>LÄHTEET</b>	<b>36</b>
<b>LIITE 1 ANALYYSIRUNKO</b>	
<b>LIITE 2 KIRJAAMISOHJE</b>	

## **KUVIOT**

KUVIO 1. Ainakin yksi ravitsemushoitoon liittyvä tarve kirjattu	24
KUVIO 2. Tutkimus- ja vertailuryhmän tehdyt yhteenvedot ja ravitsemukseen liittyvän asian mainitseminen yhteenvedoissa.	30

## **TAULUKKO**

TAULUKKO 1. Ravitsemushoitoon liittyvät keinot hoitosuunnitelmassa (f)	25
TAULUKKO 2. Ravitsemushoitoon liittyvien keinojen vapaatekstit luokiteltuina (f)	26
TAULUKKO 3. Tutkimus- ja vertailuryhmän ravitsemushoitoon liittyvät tarpeet ja kokonaismäärät. (f)	27
TAULUKKO 4. Tutkimus ja vertailuryhmän ravitsemushoitoon liittyvät keinot ja kokonaismäärät. (f)	28

# 1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää ravitsemuskirjausten tasoa Turun sosiaali- ja terveystoimen (SoTe) ortopedisella kuntoutusosastolla sekä sen jatkohoitopaikoissa. Opinnäytetyö on osa Turun SoTe:n isompaa HoiDok-hanketta, jonka tarkoituksena on jalkauttaa valtakunnallinen ydintietoihin perustuva rakenteinen kirjaamismalli Turun terveystoimeen. Potilaan hoidon kirjaamisen kokonaisuuteen sisältyvät hoitosuunnitelma, joka koostuu potilaan hoitotyön tarpeen kartoituksesta, tavoitteiden asettelusta ja hoitotoimintojen suunnittelusta, sekä toteutus ja arviointi; lopuksi potilaan hoidosta tehdään yhteenveto (Tanttu 2007, 4).

Hyvän ravitsemustilan merkitys leikkaustoimenpiteiden yhteydessä on huomattava, sillä hyvän ravitsemustilan on todettu edistävän toipumista ja vähentävän komplikaatioita (Arffman ym. 2009, 209). Tästä syystä ravitsemuksen kirjaaminen on tärkeää hoidon laadun kannalta. Puutteellisiin ravitsemuskirjauksiin tulee puuttua, jotta saadaan parannettua kirjaamisen tasoa ja potilaan hoidon laatua. Hoitohenkilökunnan tulee toteuttaa ravitsemuksen alaisuuteen kuuluva kirjaaminen siten, että hoitotyön prosessin kokonaisuus toteutuu ravitsemuksen osalta ja jatkuu myös jatkohoitopaikassa.

Ortopedisella kuntoutusosastolla toteutetaan lääketieteellinen ravitsemustutkimus 'Ravitsemuksen vaikutus lonkkamurtumapotilaiden toimintakykyyn' (RavLon). Tähän liittyen osastolla on käynnissä myös ravitsemushoidon kehittämishanke (RavTer). RavTer on Turun ammattikorkeakoulun ja Turun terveystoimen yhteistyönä toteuttama täsmäkoulutuspaketti, joka käsittelee ravitsemusohjauskysymyksiä. (Salmela, 2010.) Tämän tutkimuksen tavoitteena oli, että tutkimuksessa saatujen tulosten pohjalta ravitsemushoidon kirjauksia voidaan kehittää entistä paremmiksi. Tutkimustulokset tulevat kertomaan, mihin ravitsemuskirjaamisen osa-alueisiin pitää kiinnittää enemmän huomiota.

## 2 HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN

Valtakunnallinen HoiDok-hanke oli sähköisen hoitotyön dokumentoinnin kehittämishanke. Tarkoituksena oli kehittää yhteinen rakenteinen tapa, jolla kirjataan hoitotyön prosessi ydintietojen mukaan. Tuotettu kirjaamisrakenne liitetään sähköisen potilaskertomuksen moniammatilliseen valtakunnallisesti määriteltyyn kirjaamisalustaan. Tavoitteena oli luoda valtakunnallinen hoitotyön kirjaamisen perusmalli. Hoitotyön ydintietoja voidaan yhdistää perusmallin avulla muihin hoitotyön johtamisen ja toiminnan ohjaamisen tietoihin. Syntyvä tieto yhdistyy jo olemassa olevaan potilaskertomustietoon ja käytössä oleviin tiedonvälitysratkaisuihin. (Kivekäs 2006, 21-22.)

### 2.1 Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen lähtökohdat

Potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa on kirjatulla tiedolla suuri merkitys. Potilastietojen hallintaa varten on kehitetty järjestelmä, johon kuuluvat tietojen tuottaminen, säilyttäminen, jakaminen, ohjeet ja ihmiset toimintojen tekijöinä. Kirjatun tiedon merkitys korostuu erityisesti potilaan päivittäisessä hoidossa. Jotta potilastiedot olisivat nopeasti käytettävissä, vaaditaan kirjaamiseen yhdenmukaisuutta ja rakenteisuutta. Tähän tarkoitukseen on hoitotyön kirjaamista varten olemassa systemaattisuus, joka hoitotyön kirjaamisessa tarkoittaa että on ennalta sovittu mitä kirjataan (sisältö) ja miten kirjataan (rakenne). Näillä kahdella edellä mainituilla tekijöillä tavoitellaan kirjaamiskäytäntöjen vakiointia eli standardisointia. Tarkoituksena on hoitotietojen käyttämisen edistäminen potilaan eduksi. (Saranto ym. 2007, 12.)

Terveystieteen ammattilaisilla hoidon tuottajina on velvollisuus pitää potilasasiakirjoja ajan tasalla. Tätä säätelee potilaslaki, jonka mukaan potilasasiakirjoihin pitää tehdä merkinnät hoidon tapahtumista. Potilasasiakirja tarkoittaa potilaan hoidossa käytettäviä, joko laadittuja tai muualta saatuja asiakirjoja tai tallenteita, jotka sisältävät hänen terveyttään koskevia asioita tai

muita henkilökohtaisia tietoja. Potilaskertomus on aikajärjestyksessä etenevä asiakirja, joka sisältää tiedot potilaan avohoito- ja kotikäynneistä sekä osastohoitojaksoista. Potilaskertomusta seuraa hoitokertomus, joka sisältää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. Kaikki potilastiedot, jotka systemaattisessa kirjaamisessa syntyvät ovat eri ammattiryhmien aikaansaamia, jolloin puhutaan moniammatillisesta yhteistyöstä. (Saranto ym. 2007, 12–13.)

## 2.2. Hoitotyön ydintiedot

Systemaattista kirjaamista varten on määritelty valtakunnallisesti keskeisiä hoitotietoja eli ydintietoja, jotka kirjataan rakenteisesti. Ydintietoja kuvataan termistöillä, joita varten on määritelty sanastot, luokitukset ja nimikkeistöt. Ydintiedot antavat kokonaiskuvan potilaan terveys- ja sairaushistoriasta ja tähän liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta. Ydintietojen kokonaisuus muodostuu hoidon tarpeesta, toiminnoista, tuloksista ja hoitoisuudesta sekä hoitotyön yhteenvedosta. (Saranto ym. 2007, 13.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tuli voimaan 1.7.2007. Olennaisena osana lakiin sisältyy valtakunnallisesti keskitetyn käsittely- ja arkistointijärjestelmän luominen. Tarkoituksena on, että kansaneläkelaitos hoitaisi keskitettyä arkistointipalvelua. Täten eri terveydenhuollon yksiköt voisivat käyttää toisten terveydenhuollon yksiköiden potilastietoja, jos tietojen luovutukseen olisi potilaan suostumus tai laillinen syy. (Salo 2007, 13.)

Sähköisiä potilasasiakirjoja käytettäessä systemaattisuuden merkitys kirjaamisessa korostuu, kun niitä käyttävät useat ammattiryhmät. Sähköisessä rakenteisessa kirjaamisessa voidaan termistöillä hakea luokiteltua tai ryhmiteltyä tietoa käyttämällä luokitusten termejä hakusanoina. Systemaattinen sähköinen kirjaaminen lisää mahdollisuuksia hoitotyön tutkimiseen ja tälle tarpeellisen tiedon kehittämiseen. Tiedon rakenteisuus ja valtakunnallisuus



muodostavat laajat tietokannat, joihin sisältyy yhtenäisellä tavalla määriteltyjä ja kerättyjä hoitotyön muuttujia, mahdollistaen hoidon tuloksellisuuden osoittamisen ja arvioinnin. Tilastotiedon keruu luotettavasti suoraan potilastiedoista on mahdollista sähköisen kirjaamisen avulla. (Saranto ym. 2007, 14–15.)

### 2.3 Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen

Systemaattinen kirjaaminen helpottaa hoitajien hoidollista päätöksentekoa. Sovittu kirjaamisrakenne ohjaa hoitajia siinä mitä ja miten kirjataan. Vakioitu kirjaamiskäytäntö tuottaa potilaasta tietoa päätöksenteon tueksi. Systemaattisen kirjaamisen tarkoituksena on osoittaa konkreettisesti työn tuloksellisuus. (Saranto ym. 2007, 15–16.)

Hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa pohjana ovat hoitotyön ydintiedot. Hoitoprosessin eri vaiheissa hoitotyön sisältö kirjataan valitsemalla luokitukselta luokka ja tätä täydennetään vapaalla tekstillä. Hoitotyön luokittelu jakaantuu hoidon tarpeeseen, hoitotyön toimintoihin ja hoidon tuloksiin. Näistä muodostuu FinCC-luokitus kokonaisuus. Hoidon tarpeessa hoitotyön henkilöstö laatii kuvauksen potilaan terveydentilasta, sekä nykyisistä ja mahdollisista tulevista ongelmista. Näiden tulee olla poistettavissa tai lievitettävissä hoitotoimintojen avulla. Potilaskertomukseen tulee kirjata hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeet. Hoitotyön toimintojen tehtävä on kuvata potilaan hoidon suunnittelu ja toteutus. Hoidon tuloksissa kuvautuvat potilaan tilassa tapahtuneet muutokset ja siinä arvioidaan, miten hoito on vaikuttanut hoidon tarpeeseen. (Tanttu 2007, 4.)

Kirjaamisen sisällön rakenteistaminen tapahtuu luokitusten avulla niin että komponentti kuvaa asiakokonaisuutta, josta ollaan kirjaamassa. Komponentit jakaantuvat pää- ja alaluokkiin. Näiden avulla täsmennetään, mitä ollaan kirjaamassa. Varsinainen kirjaaminen tapahtuu kun on valittu pää- ja alaluokka.

Suunnitteluvaiheessa muodostettaessa hoidon tavoitteita käytetään hoidon tarve luokituksen komponentteja. Hoitotyön toimintoluokituksia käytetään hoidon suunnittelu- ja toteutusvaiheessa. Hoidon toteutuksen kirjaamisen tulisi automaattisesti pohjautua ohjelmistoissa suunniteltuihin toimintoihin. Tällä tavoin saadaan hyödynnettyä hoitosuunnitelmaa ja päästään eroon päällekkäisistä kirjauksista. (Tanttu 2007, 5.)

FinnCC-luokitus sisältää seuraavat komponentit: aktiviteetti, ravitseminen, psyykinen tasapaino, erittäminen, hengitys, aistitoiminta, selviytyminen, verenkierto, kudoseheys, nestetasapaino, aineenvaihdunta, jatkohoito, terveyskäyttäytyminen, kanssakäyminen, elämänkaari, terveyspalvelujen käyttö, turvallisuus, lääkehoito ja päivittäiset toiminnot (Tanttu 2007, 5).

Hoidon systemaattinen kirjaaminen mahdollistaa koko hoitoprosessin sisällön kuvaamisen. Näin mahdollistuu hoidon, hoitoketjujen ja näiden sisältöjen arvioinnin ja laadun kehittäminen potilaan sekä terveydenhuoltosektorin eduksi. Hoitotietojen kirjaamisen yhtenäisyys helpottaa tietojen löydettävyyttä, käytettävyyttä sekä niiden hyödynnettävyyttä hoitoprosessissa. Rakenteistettu ja luokiteltu hoitotyön kirjaaminen moniammatillisessa hoidon kokonaisuudessa palvelee potilaan etua hoidon toteuttamisessa, työn organisoimisessa tuottaen tietoa hoitotyön kehittämiseen, johtamiseen ja kansalliseen vertailevuuteen. Kirjaamismalli mahdollistaa hoito- ja toimintaprosessien kehittämisen parantaen potilaan hoidon jatkuvuutta. (Tanttu 2007,5.)

## 2.4 Arvioiva kirjaaminen

Hoitotyön toiminnassa ja sen kirjaamisessa arvioinnin tulee olla jatkuvaa sekä monipuolista. Hoitotyön prosessin kaikissa vaiheissa suoritetaan arviointia ja siinä tulee huomioida onko potilaan esitiedot kartoitettu tarpeeksi laajasti, onko kaikki mahdolliset tarpeet huomioitu, onko ongelmien tärkeysjärjestys edelleen sama sekä ovatko kaikki auttamiskeinot toimineet tehokkaasti. Hoitotyön auttamismenetelmien tuloksellisuutta arvioidaan suhteessa laadittuihin

tavoitteisiin, mutta myös hoitotyön auttamiskeino ja sen välitön vaikutus ovat arvioitavia asioita koko hoitajakson arvioinnissa. (Hallila 1998, 98–99.) Hoitosuhteen alussa hoidon tarpeen sekä odotettujen hoitotulosten tarkka kirjaaminen edistävät koko hoitoprosessin arviointia. Esimerkiksi hoidon vaikutuksia ei pystytä osoittamaan, jos potilaan tulotilanne ei ole tiedossa eikä hänen vointinsa prosessin alussa. Hoitopäätösten kirjaamisessa korostuu potilaskohtainen, yksilöllinen hoito. Hoitopäätösten kirjaaminen alkaa valitsemalla oikeat tarpeen määrittelyt potilaan tilasta. Potilastietojen analysoinnin jälkeen muodostuvat tarpeet, joiden suhteen määrittyvät hoidon tavoitteet ja hoitotoiminnot. Potilaan tilassa tapahtuvat muutokset määritellään arvioinnissa. Hoitoprosessin vaiheistamisessa yhteenveto on nähty tarpeelliseksi täydentäessä arviointia. Yhteenvedon tuottama tieto on erityisen tärkeää hoitajakson päättyessä tai potilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan. (Ensiö & Saranto 2004, 36–38.)

## 2.5 Kokemuksia sähköisestä hoitotyön rakenteisesta dokumentoinnista

Suomessa Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä otettiin käyttöön vuonna 2006 rakenteisen kirjaamisen pilottimalli muutamissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköissä. Hoitotyön kirjaaminen elektronisesti koettiin mahdollisuutena kehittää yhtenäistä, johdonmukaista ja hoitotyön prosessimallia noudattavaa kirjaamista. Sähköisten asiakirjojen käytön todettiin parantavan tietojen saatavuutta. Sen nähtiin mahdollistavan rakenteisten tietojen monipuolista käyttöä potilaan hoidossa, hoitotyön kehittämisessä sekä tutkimuksessa. Rakenteisessa kirjaamisessa komponenttien käyttö koettiin haastavana ja jopa vaikeana. Erityiseksi haasteeksi koettiin suomalaisen hoitotyön luokituksen käytön oppiminen osana päivittäistä hoitotyön kirjaamista. (Kivekäs 2006, 21–23.)

Suomessa Satakunnan sairaanhoitopiirissä tehdyssä tutkimuksessa kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten taitoja ja asenteita liittyen sähköiseen kirjaamiseen. Tutkimuksessa todettiin, ettei tietoteknisten taitojen

puute ollut merkittävä sähköisen kirjaamisen este. Suurin osa tutkittavista arvioi sähköisen kirjaamisen hyödyttävän potilasta, mutta oman työn kannalta asennoituminen sähköiseen kirjaamiseen oli varauksellisempaa. Huomattavaksi esteeksi sähköiselle kirjaamiselle koettiin puutteellinen tietokonekanta. Tutkimuksessa todettiin sosiaali- ja terveydenhuollon tarvitsevan lisää resursseja tietokoneisiin. Hoitotyön sujuvuuden edistämiseksi on tärkeää, että työtapoja uudistetaan ja langattomia tiedonsiirtovälineitä hyödynnetään. (Kuusisto & Saloniemi 2010, 12.)

Ruotsin puolella on tutkittu standardisoidun hoitosuunnitelman käyttöä hoitajien keskuudessa. Tutkimuksessa tutkittiin standardisoidun hoitosuunnitelman käyttöä kahden eri sairaalan työntekijöiden keskuudessa. Standardisoidun hoitosuunnitelman käytön todettiin hoitajien keskuudessa parantavan heidän kykyään edistää hoidon korkeaa laatua. Eri ammattiryhmien välillä yhteisesti käytetyn standardisoidun hoitosuunnitelman koettiin edistävän hoidon laatua. Potilaiden yksilöllinen hoito ei näytä kärsivän standardisoidusta hoitosuunnitelmasta. Yhtenäisen standardisoidun kirjaamistavan todettiin vähentävän kirjaamisaikaa sekä turhaa dokumentointia. Hoitajat kokivat standardisoidun hoitosuunnitelman helpottavan myös käytännön hoitotyötä heidän omassa työnteossään. (Fogelberg & Wadensten 2008, 2137–2145.)

Toinen Ruotsissa tehty tutkimus osoittaa hoitajien kirjaavan potilaan ravitsemukseen liittyen pahoinvoinnin, oksentelun, syömisen ja juomisen vaikeudet sekä ripulin. Energiansaannin ja painoindeksin kirjaaminen jäi vähemmälle huomiolle. Kaikkia potilaita ei ollut ravitsemuksellisesti määriteltä eikä tärkeitä ravitsemusta mittaavia parametreja ollut dokumentoitu. Tutkimuksessa todettiin, että potilaiden ravitsemuskirjausten tulisi rutiininomaisesti esiintyä enemmän rakenteellisesti. (Persenius ym. 2007, 2125–2136.)

## 2.6 Eettiset näkökulmat kirjaamisessa

Potilaalla itsellä on oikeus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja saada tietoja häntä koskevan hoidon etenemisestä. Tästä syystä kirjatut tiedot ovat tärkeitä potilaan oikeuksien suojelun kannalta. Potilasasiakirjoista tulee selvittää tehdyt tarvittavat toimenpiteet, potilaan tiedotus häntä koskevista hoitopäätöksistä ja hoitovaihtoehdoista. Potilaan oman mielipiteen huomioiminen olisi tärkeää näkyä kirjatussa tiedossa. Juridiselta kannalta kirjaaminen toimii todisteena siitä, että työntekijä on täyttänyt laillisen ja eettisen vastuunsa potilaalle. Laillinen ja eettinen vastuu sisältää lakien, asetusten, sääntöjen ja ohjeiden sekä toimintayksikön toimintatapojen noudattamisen. Potilasasiakirjojen merkinnöissä erityisen tärkeää on kirjaajan tunnistetietojen näkyminen, jotta tiedetään kirjauksen vastuuhenkilö. (Saranto ym. 2007, 15.) Potilaan terveyden- ja sairaanhoitoa varten on olemassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista, jonka 4 a § turvaa potilaan hoidon suunnitelmallisuuden: ”Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

## 3 RAVITSEMUSHOITO

Välttämättömien elintoimintojen aiheuttamaa energiankulutusta kutsutaan perusaineenvaihdunnaksi (Haglund ym. 2007, 11). Sairaus aiheuttaa aineenvaihdunnan kiihtymistä, joka lisää energiantarvetta 10–30 %:lla. Muita energiantarvetta lisääviä tekijöitä ovat esimerkiksi kuume, tulehdus sekä leikkaus. (Nuutinen ym. 2010, 33.)

Oikeanlainen ravitsemus on perusta hyvälle terveydelle, toimintakyvylle sekä elämänlaadulle. Se ehkäisee sairauksia, nopeuttaa toipumista sekä vähentää riskiä lisäsairauksiin. (Nuutinen ym. 2010, 5.) Ravinnon päätehtävänä pidetään yleisesti energian tuottamista, keho tarvitseekin energiaa lihastyöhön, ruumiinlämmön pitämiseen tasaisena, sydämen toimintaan, ruoan sulattamiseen ja verenkierron ylläpitämiseen. Energiaa elimistö saa ruoan mukana tulevista hiilihydraateista, rasvoista sekä osittain myös proteiineista. Näiden lisäksi ihmiskeho tarvitsee noin 50:tä erilaista välttämättömäksi todettua ravintoainetta. (Kylliäinen & Lintunen 2002, 10.)

### 3.1 Ortopedisen leikkauspotilaan ravitsemus

Huuskon (2003, 1432) tutkimuksen mukaan käy ilmi, että yli puolet (53 %) lonkkamurtumapotilaista, jotka ennen murtumaa asuivat sekä liikkuivat itsenäisesti, on toipunut entiselle toiminnalliselle tasolle päivittäisissä toiminnoissaan kolmessa kuukaudessa tapaturmasta. Lonkkamurtumapotilaista 21–33 % kuolee vuoden sisällä murtumasta. Toipumisennustetta heikentää korkea ikä, pitkäaikaissairaudet, heikentynyt toimintakyky, huono ravitsemustila sekä alkuvaiheen delirium.

Leikkauksen jälkeisessä tilassa kudosten ja solujen rakentuminen eli anabolia on runsasta. Kudosvaurioiden korjaamiseen tarvitaan paljon uusia soluja, tämä lisää omalta osaltaan energian tarvetta. (Kylliäinen & Lintunen 2002, 15.) Leikkauksen kohde sekä laajuus määrittävät, paljonko leikkaus vaikuttaa potilaan ravitsemukseen. Ravitsemuksella on suuri merkitys leikkaus toimenpiteiden yhteydessä, sillä hyvä ravitsemustila ennen ja jälkeen leikkauksen edistää toipumista sekä vähentää komplikaatioita. (Arffman ym. 2009, 209.)

Aliravitsemus, häiriöt elektrolyyttitasapainossa sekä kuivuminen ovat yleisiä iäkkäillä lonkkamurtumapotilailla. Ne hidastavat leikkaushaavan paranemista sekä kuntoutumista. Antikolinergiset lääkkeet lisäävät sekavuutta sekä pahoinvointia, jotka osaltaan vaikeuttavat ravitsemustilan ja nestetasapainon korjaamista. Tutkimuksen mukaan lonkkamurtumapotilaiden yleistila, ravitsemustila sekä makuuhaavariski tulee heti sairaalaan saavuttua arvioida. Elektrolyytti- ja nestetasapainoa, happiosapainetta sekä hemoglobiinia tulee seurata säännöllisesti vähintään kahden vuorokauden ajan leikkauksesta. Riittävästä ruokailusta ja nesteytyksestä on huolehdittava. (Huusko 2003, 1432.)

Täydennysravintovalmisteiden käyttö saattaa vähentää komplikaatioita sekä lyhentää sairaalahoitoaikaa (Huusko 2003, 1432). Täydennysravintovalmisteita suositellaan käytettäväksi muun muassa leikkauksesta toipuville sekä lonkkamurtumapotilaille. Proteiinia runsaasti sisältävät lisäravintoaineet vähentävät infektioita, painehaavojen muodostumista sekä komplikaatioiden määrää. Täydennysravintoaineiden käyttö saattaa vähentää sairaalahoitopäiviä, alentaa kuolleisuutta ja parantaa ravitsemustilaa. (Suominen ym. 2010, 36.) Vaikeasti aliravituilla potilailla nenä-mahaletkulla annettu lisäravitseminen saattaa olla hyödyksi. (Huusko 2003, 1432).

Gunnarssonin ym. (2009, 1329–1331) tutkimuksen mukaan potilailla, joille annettiin ravintoa ravitsemuksellisten ohjeiden mukaan, esiintyi leikkauksen jälkeen selvästi vähemmän painehaavoja sekä kipua. Heillä sairaalajakson pituus väheni keskimäärin muutaman päivän. Myös sairaalainfektioiden määrä oli pienempi verrattuna niihin potilaisiin, joille ravintoa oli annettu normaalin osaston käytännön mukaan.

Tehostetulla ruokavaliolla tarkoitetaan tavallista ruokaa, joka on rikastettu suuremmalla energiamäärällä ja proteiineilla. Tehostetun ruokavaliion tarpeellisuutta arvioidaan potilaan kokonaistilanteen pohjalta. Rikastamalla ruokaa pienempään annoskokoan saadaan sisällytettyä suurempi määrä tarvittavia ravintoaineita. Ruuan energiatihyyttä saadaan helposti kasvatettua lisäämällä ruokiin runsaasti rasvaa sisältäviä tuotteita, kuten kermaa ja öljyä. Iäkkäiden ihmisten proteiinin tarve kasvaa, koska keho ei kykene hyväksikäyttämään saamaansa proteiinia yhtä tehokkaasti. Proteiinin suhteellisen osuuden tulisi olla noin 15–20% kokonaisenergiasta. Ikääntyneillä proteiinisuositus on 1-1,2g/kg/vrk, akuutisti sairailta sekä leikkauksesta toipuvilla potilailla tämä tarve on vielä suurempi. (Suominen ym. 2010, 48–49.)

### 3.2 Ravitsemushoidon kirjaaminen

Ravitsemushoidossa seurataan ruuan sopivuutta sekä riittävyttä potilaalle. Potilaan toiveiden sekä ravitsemustilan perusteella annokset suunnitellaan ja muokataan sopiviksi, jotta ruokailutilanne saadaan mahdollisimman mieluisaksi sekä samalla ravitsevaksi. Potilaiden painoa seurataan punnituksilla, joita tehdään potilaan tilanteen mukaan. Ravitsemushoidon eri vaiheet kirjataan potilasasiakirjoihin. Systemaattisella kirjaamisella luodaan edellytykset hoidon onnistumiselle, jatkuvuudelle sekä moniammatilliselle yhteistyölle. (Nuutinen ym. 2010, 42.)

Hyvän ravitsemushoidon onnistuminen edellyttää aina kattavia kirjauksia potilasasiakirjoihin. Hoidon alkaessa tulee kirjata potilaan lähtötilanne, esimerkiksi potilaan ravitsemustila sekä vajaaravitsemuksen riskin arviointi. Ravitsemushoitosuunnitelma sekä ravitsemushoidon tavoitteet tulee kirjata tarkasti heti hoitosuhteen alussa. Ravitsemushoidon toteutuminen sekä seuranta ovat tärkeä osa potilaan päivittäistä ravitsemushoitoa. Kirjaamisissa tulee erityisesti kiinnittää huomiota potilaalle tarjottuun ravintoon sekä siihen



kuinka paljon hän on sitä syönyt. Tarvittaessa potilaalle annetaan ravitsemusohjausta. Ravitsemusohjaus tulee kirjata aina potilasasiakirjoihin, jotta myöhemmin pystytään tarkistamaan, minkälaista ohjausta potilas on jo saanut. (Nuutinen ym. 2010, 42.)

Söderhamin ym. (2007, 2005) tutkimuksessa käy ilmi, että iäkkäillä potilailla aliravitsemus on yleistä. Tämä lisää omalta osaltaan riskejä muihin sairauksiin. Hoitajien puutteellisesta ravitsemuskirjauksesta johtuen kaikkia aliravitsemus riskin potilaita ei huomioitu tarpeeksi.

Hoidon jatkuvuuden kannalta jatkohoitosuunnitelma tulee kirjata erittäin tarkoin. Potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta on haasteellista hänen siirtyminen hoitopaikasta toiseen. Tästä johtuen potilaan ravitsemuksen kirjaaminen on ensiarvoisen tärkeää varsinkin sairauksissa, joissa ravitsemushoito on olennainen osa hoitoa. (Nuutinen ym. 2010, 42–43.)

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää ravitsemuskirjausten tasoa Turun SoTe:n ortopedisellä kuntoutusosastolla sekä sen jatkohoitopaikoissa.

Tutkimusongelmat:

1. Minkälainen on ravitsemushoidon hoitosuunnitelma?
2. Miten ravitsemushoidon toteutusta on kirjattu?
3. Miten ravitsemushoidon arviointia on kirjattu?
4. Minkälainen on jatkohoitopaikkojen hoitosuunnitelma ravitsemushoidon osalta?

## 5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Tutkimusmenetelmät

Määrällisessä tutkimuksessamme käytimme deduktiivista eli teorialähtöistä sisällönanalyysia aineiston käsittelyyn. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan teoriaan. Analyysirungon pohjalta tutkimusaineisto käsitellään ja luokitellaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.) Analyysin alkuvaiheessa loimme yhteisen linjan siihen kuinka kirjauksia tulee analysoida. Kun kaikilla oli yhtenäinen käsitys tutkimusaineiston käsittelystä, siirryimme työskentelemään pareittain. Käsitelimme jokaisen tutkittavan hoitokertomuksen analyysirungon avulla kohta kohdalta. Käsitelimme koko hoitokertomuksen kokonaisuudessaan ennen siirtymistä seuraavaan hoitokertomukseen.

## 5.2 Analyysirunko

Analyysirunko (Liite 1) koostui neljästä osiosta, joiden pohjalta potilaista tehdyt kirjaukset analysoitiin. Analyysirungolla mitattiin, minkälainen on hoitosuunnitelma ravitsemushoidon osalta, miten ravitsemushoidon toteutusta on kirjattu, miten ravitsemushoidon arviointia on kirjattu ja minkälainen on jatkohoitoaikkojen hoitosuunnitelma ravitsemushoidon osalta. Analyysirunko koostui 34 kysymyksestä, joista osa oli avoimia ja osa suljettuja kysymyksiä. Samaa analyysirunkoa (Liite 1) käytettiin aikaisemmassa ortopedisen kuntoutusosaston ravitsemuskirjauksiin kohdistuneessa tutkimuksessa vuonna 2009.

## 5.3 Aineiston hankkiminen

Tutkimusaineisto koostui kahdesta otannasta. Osasto on jaettu kahteen kerrokseen. Kummankin kerroksen hoitajat ovat saaneet lisäkoulutusta ravitsemukseen RavTer-hankkeen myötä. Yläkerta toimi RavLon-tutkimusosastona, jonne oli annettu erillinen kirjallinen ohje tutkimuspotilaiden hoitosuunnitelman kirjaamisesta (Liite 2). Alakerta toimi vertailuosastona, jossa kirjallista ohjetta ei ole.

Tutkimusaineistot otettiin molemmilta osastoilta. Tutkimusosastolta otettiin tutkimusaineistoon kaikki 13 lääketieteelliseen interventioon (Rav-Lon) kuuluvaa potilasta huhtikuun ja marraskuun 2010 väliseltä ajalta. Vertailuosastolta otettiin 13 potilasta tutkimusaineistoon systemaattisella otannalla.

Osaston Pegasos-pääkäyttäjä tulosti tutkimusaineiston tutkijoiden käyttöön. Aineistossa oli potilaiden hoitosuunnitelmat ja päivittäisen kirjaukset, jotka kattoivat koko hoitojakson tulotilanteesta hoidon loppuarviointiin. Lisäksi

aineistoon lukeutui potilaiden jatkohoitopaikan hoitosuunnitelmat, mikäli jatkohoito toteutui SoTe:ssa.

## 6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Potilasasiakirjojen sisältö on terveydenhuollon työntekijöille tarkoitettua informaatiota. Terveydenhuollon työntekijöitä sitoo vaitiolovelvollisuus, sillä potilasasiakirjat ovat salassa pidettäviä. Vaitiolovelvollisuus tarkoittaa, että ammattihenkilö ei saa ammattia harjoittaessaan välittää potilaasta saatuja tietoja ulkopuolisille. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 158.) Hoitotyönohjaaja on saanut terveystieteiden tutkimuskeskukselta luvan rajattujen potilastietojen tulostamiseen Pegasoksesta. Käytimme saamaamme informaatiota ainoastaan tutkimusta varten ja kaikki potilastiedot pidettiin salassa. Potilaiden yksityisyyden suojaamiseksi kirjauksista poistettiin potilaan identifiointitiedot ennen asiakirjojen käsittelyä. Tutkimustulosten valmistuttua on välttämätöntä, että tutkittavien tietosuojaa turvataan, myös tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti tulee säilyttää (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 31). Tutkimuksen valmistuttua kirjat palautettiin hoitotyönohjaajalle, jossa ne hävitetään asianmukaisesti.

Tutkimuksen tärkeimpiä ominaisuuksia ovat pätevyys eli validiteetti ja luotettavuus eli reliabiliteetti. Tutkimusta tehdessä erityisen tärkeää on saada tietoa asiasta, josta ollaan kiinnostuneita. Sisällön validiteetin merkitys on se, että teoriassa määritetty käsite on operationaalistettu kattavaksi määritelmäksi, jolloin tutkimuksessa mitataan teorian edellyttämää asiaa. (Krause & Kiikkala 1997, 68–69.) Tässä tutkimuksessa validiteetin kannalta merkittävin asia oli mittari, jolla aineisto kerättiin. Tutkimuksessa käytetty mittari mittasi niitä asioita, joita asetetut tutkimusongelmat kysyivät. Työssämme käytettyä mittaria on käytetty myös aikaisemmassa opinnäytetyössä, tosin muutamia kohtia on muutettu vielä selkeämmiksi.

Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin ja mittauksen kykyä tuottaa ei-sattumanvaraista tietoa, tällöin tutkimus tuottaa samoja tutkimustuloksia riippumatta siitä kuka tutkimuksen suorittaa (Krause & Kiikkala 1997, 70). Tutkijoilla tulee olla tutkimusaineistosta yhtenäiset tulkinnat, jotta tutkimus on reliabeli. Tutkimusaineiston analysoinnin alkuvaiheessa loimme yhteisen linjan, kuinka tuloksia tarkastellaan. Analysoimme neljän ensimmäisen tutkittavan kirjaukset kaikki neljä tutkijaa yhdessä, jolloin saimme yhtenäistettyä toimintamallimme. Tämän jälkeen toimimme kahden hengen ryhmissä, joten jokaisen potilaan kirjaukset on tutkittu vähintään kahteen kertaan. Tämä pienensi mittausvirheiden mahdollisuutta. Mikäli tulosten analysoinnissa esiintyi ongelmatilanteita, käytiin ne läpi aina koko ryhmän voimin, jotta linja pysyi aina samana. Näillä toiminnoilla pyrittiin minimoimaan tutkijoista johtuvat virheet.

Tulosten yleistettävyyttä viittaa tulosten ulkoiseen validiteettiin. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa usein käytetään harkinnanvaraisia otoksia, joten tulokset eivät ole yleistettävissä koko suomalaisen terveydenhuollon alueelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 158.) Tässä tutkimuksessa oli kaksi eri otantaa. Tutkimusosaston 13:sta lääketieteelliseen interventioon kuuluvasta potilaasta tehtiin kokonaistutkimus. Vertailuosastolta otettiin 13 potilasta tutkimusaineistoon systemaattisella otannalla. Otoksen tulisi olla mahdollisimman kattava sekä kirjava tutkittavien joukko, jotta yleistäminen perusjoukkoon on mahdollista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 80). Vertailuosastolla otoksen koon pienuudesta johtuen tuloksia ei voida varmuudella yleistää edes tälle osastolle. Toisaalta otos oli satunnaisotos, mikä on luotettavuuden kannalta edullinen asia.

Tutkimuksen aineistoa etsiessämme käytimme muun muassa viitetietokantoja Cinahl, PubMed, Medic sekä Arto. Hakusanoina käytimme ravitsemuksen osalta: ravit\*, kuntou\*, ortope\*, nutri\* rehab\* ja orthop\*. Etsiessämme lähteitä rakenteiseen kirjaamiseen käytimme seuraavia hakusanoja: syst\* kirj\*, rakent\* kirj\*, rakent\*, kirjaa\*, structu\* ja documen\*. Lisäksi etsimme artikkeleita manuaalisesti Turun Ammattikorkeakoulun Ruiskadun kirjastosta. Artikkelien

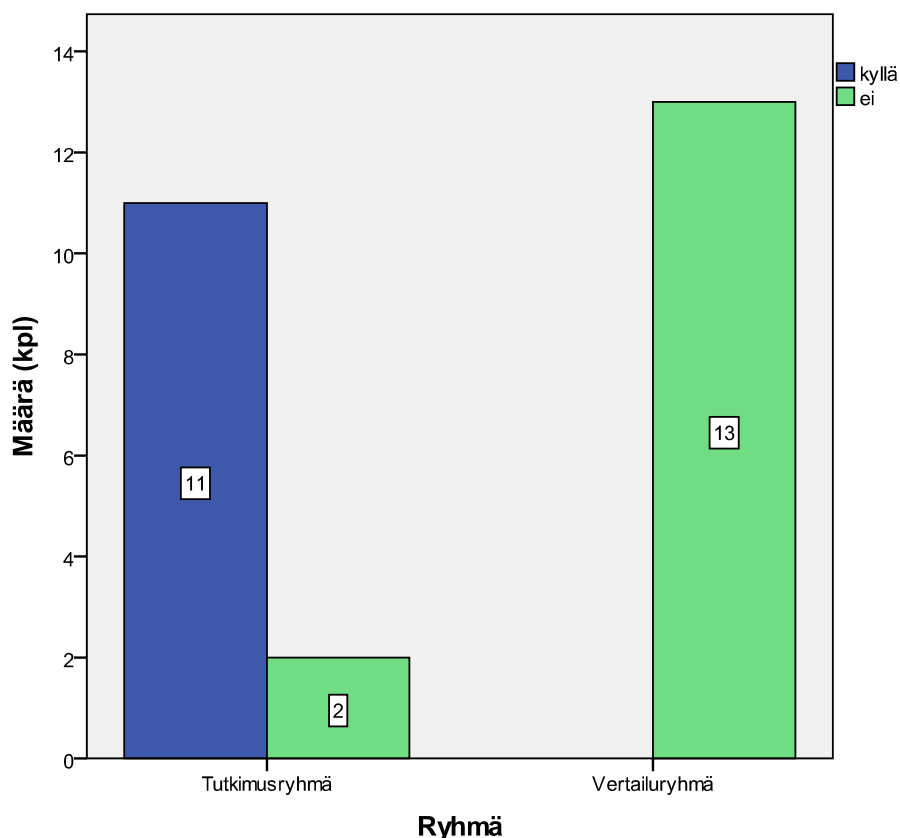
sekä muiden lähteiden kirjoittajien tekstejä ei plagioitu vaan niihin viitattiin selkein lähdemerkinnöin.

## 7 TULOKSET

Analyysirungossa oli kaksikymmentä hoitosuunnitelmaa koskevaa kysymystä, joiden pohjalta verrattiin tutkimusryhmän ja vertailuryhmän hoitosuunnitelmia ravitsemuksen osalta. Tuloksissa huomioidaan FinCC- luokituskokonaisuuden ravitsemusta koskevat komponentit sekä Päivittäisten toimintojen komponentti ruokailuun liittyvän avuntarpeen osalta.

### 7.1 Hoitosuunnitelma

Tutkimusryhmässä kaikille potilaille kahta lukuun ottamatta oli kirjattu ravitsemushoitoon liittyvä **tarve**. Vertailuryhmässä yhdellekään potilaalle ei ollut kirjattu ravitsemushoitoon liittyvää **tarvetta**, kuten kuviosta yksi voi havaita.



**KUVIO 1. Ainakin yksi ravitsemushoitoon liittyvä tarve kirjattu**

Ravitsemushoitoon liittyvät **tarpeet** olivat tutkimusryhmässä ruokavalio (7 kpl), ravitsemukseen liittyvä tiedontarve (2 kpl), erityisruokavalion tarve (2 kpl) ja ravitsemuksen muutos (1 kpl). Tutkimusryhmässä yhdelletoista potilaalle kolmestatoista oli **tarve-kohtaan** kirjattu seuraavanlaista vapaatekstiä: Ravlon-tutkimuspotilas (11 kpl), MNA (4 kpl) ja ruokapäiväkirja (1 kpl). Kummassakaan ryhmässä yhteenkään hoitosuunnitelmaan ei ollut kirjattu ravitsemushoitoon liittyviä **tavoitteita**. Hoitosuunnitelmassa **tarpeen** määrittelyssä ei ollut vertailuryhmällä kirjattu ainoatakaan mittarin tulosta. Tutkimusryhmällä mittarin tuloksia oli kirjattu neljä kertaa (MNA 4 kpl).

Tutkimusryhmässä yhdelletoista potilaalle kolmestatoista oli kirjattu **keinoja**. Verrokkiryhmässä vain yhdelle potilaalle oli kirjattu **keino**, joka oli ruokailun seuranta. Koska Pegasokseen ei voi kirjata **keinoa** ilman **tarvetta**, täytyy tämän tuloksen johtua siitä, että ravitsemukseen liittyvä **keino** oli kirjattu jonkin muun kuin ravitsemukseen liittyvän **tarpeen** yhteyteen. Tutkimusryhmän potilaiden hoitosuunnitelmissa oli kirjattu seuraavat **keinot**: ravitsemustilan seuranta (4 kpl), painon kontrollointi (4 kpl), ruokailun seuranta (5 kpl), erityisruokavalion toteuttaminen (4 kpl), ravitsemukseen liittyvä ohjaus (7 kpl), iänmukaisesta ravitsemuksesta huolehtiminen (4 kpl), erityisruokavalion toteuttaminen (1 kpl), ravitsemuskartoituksen tekeminen (4 kpl), lisäravinnon antaminen (1 kpl), ravinnon saannin turvaaminen (2 kpl). (Taulukko 1.)

**TAULUKKO 1. Ravitsemushoitoon liittyvät keinot hoitosuunnitelmassa (f)**

Tutkimusryhmä	Vertailuryhmä
Painon kontrollointi (4)	Ruokailun seuranta (1)
Ruokailun seuranta (5)	
Erytisruokavalion toteuttaminen (5)	
Ravitsemukseen liittyvä ohjaus (7)	
Ravitsemustilan seuranta (4)	
iän mukaisesta ravitsemuksesta huolehtiminen (4)	
Ravitsemuskartoituksen tekeminen (4)	
Lisäravinnon antaminen (1)	
Ravinnon saannin turvaaminen(2)	
Keinoja kirjattu yhteensä: 36 kpl	Keinoja kirjattu yhteensä: 1 kpl

Vertailuryhmällä ravitsemushoitoon liittyvien **keinojen** alle oli kirjattu vapaatekstiä vain yhdelle potilaalle: *Ravlon-tutkimuspotilas*. Tutkimusryhmällä hoitosuunnitelman **keinojen** vapaatekstiä oli kirjattu kahdeksalla potilaalla yhdestätoista ja nämä tekstit luokiteltiin seuraavasti: 1) ravitsemukseen liittyvä seuranta 7kpl (ruokapäiväkirja, MNA-testi), 2) ravinnon saannin turvaaminen 9kpl (rikastettu ruoka, ravlon-välipalat, välipalat, lisäravinteet, ravintolisä), 3)



syömisessä auttaminen 1kpl, (ajoittain syötettävä), 4) muu 1kpl (apua ja ohjausta tutkimuksen toteutuksessa). (Taulukko 2.)

**TAULUKKO 2. Ravitsemushoitoon liittyvien keinojen vapaatekstit luokiteltuina (f)**

<b>Tutkimusryhmä</b>	<b>Vertailuryhmä</b>
Ravitsemukseen liittyvä seuranta (7)	Ravlon- tutkimuspotilas (1)
Ravinnon saannin turvaaminen (9)	
Syömisessä auttaminen (1)	
Muu (1)	
Vapaatekstiä kirjattu yhteensä: 18 (kpl)	Vapaatekstiä kirjattu yhteensä: 1 (kpl)

Tutkimusryhmän potilaiden hoitosuunnitelmissa oli yhteensä yhdelletoista ravitsemushoitoon liittyvälle tavoitteelle/tarpeelle laadittu ainakin yksi keino. Tutkimusryhmässä yhdellätoista potilaalla oli hoitosuunnitelmassa tavoitteiden/tarpeiden ja keinojen välillä sisällöllinen yhteys. Vertailuryhmässä ravitsemushoitoon liittyville tavoitteille/tarpeille ei voinut olla keinoja, koska tavoitteita/tarpeita ei ollut laadittu.

## 7.2 Toteutuksen kirjaaminen

Tutkimusryhmässä potilaiden päivittäisissä kirjauksissa Hoidon tarve- kohtaan oli kirjattu ravitsemushoitoon liittyvä **tarve** 72 kertaa ja Hoitotyö-kohtaan **keino** 85 kertaa, kun taas vertailuryhmässä **tarve** oli kirjattu vain kahdeksan kertaa ja **keino** yhdeksän kertaa. **Tarpeet** ja **keinot** laskettiin koko hoitojakson ajalta joka päivältä, aamu- ja iltavuoroista. Taulukosta kolme nähdään ravitsemushoitoon liittyvät **tarpeet** ja niiden kokonaismäärät. Taulukosta neljä nähdään potilaiden päivittäin kirjatut ravitsemushoitoon liittyvät **keinot** sekä niiden kokonaismäärät.

**TAULUKKO 3. Tutkimus- ja vertailuryhmän ravitsemushoitoon liittyvät tarpeet ja kokonaismäärät. (f)**

<b>Tutkimusryhmä</b>	<b>Vertailuryhmä</b>
<b>Tarpeet:</b>	
Ravitsemus (32)	Ravitsemus (8)
Ravitsemukseen liittyvä tiedon tarve (12)	
Ruokavalio (11)	
Erityisruokavalion tarve (5)	
Ruokailun seuranta (1)	
Ravitsemuksen muutos (11)	
Yhteensä: 72 kpl	Yhteensä: 8 kpl

**TAULUKKO 4. Tutkimus ja vertailuryhmän ravitsemushoitoon liittyvät keinot ja kokonaismäärät. (f)**

Tutkimusryhmä	Vertailuryhmä
<b>Keinot:</b>	
Ruokailun seuranta (18)	Ruokailun seuranta (2)
Ravinnon saannin turvaaminen (10)	Ravitsemustilan seuranta (1)
Ravitsemustilan seuranta (26)	Ravitsemukseen liittyvä ohjaus (1)
Mieliruokien tarjoaminen (2)	Ravitsemuskartoituksen tekeminen (3)
Hyvän ruokailuasennon huomioiminen (3)	Ravinnon saannin turvaaminen (1)
Lisäravinnon antaminen (2)	Ruokailun järjestäminen (1)
län mukaisesta ravitsemuksesta huolehtiminen (1)	
Ravitsemukseen liittyvä ohjaus(1)	
Ravitsemuskartoituksen tekeminen (5)	
Erityisruokavalion toteuttaminen (1)	
Ruokailun järjestäminen (12)	
Ruokailussa avustaminen (3)	
Lisäravinteiden tarjoaminen (1)	
Yhteensä: 85 kpl	Yhteensä: 9 kpl

Tutkimusryhmässä Hoidon tarve – ja Hoitotyö-kohta vastasivat ravitsemukseen liittyvään tekstiin kymmenellä potilaalla jossain määrin. Näillä kymmenellä potilaalla vastaavuus oli hyvin vaihtelevaa, esimerkiksi Hoitotyö-kohtaan oli valittu otsikoksi ravitsemus, mutta tekstiin ei ollut kirjattu mitään ravitsemuksesta. Kolmella potilaalla ravitsemukseen liittyviä päivittäisiä kirjauksia ei ollut lainkaan. Vertailuryhmässä Hoidon tarve – ja Hoitotyö-kohtaa ei voitu verrata vapaatekstiin koska ravitsemuksesta ei ollut kirjattu juuri mitään.

Tutkimusryhmässä yhdeksällä potilaalla kirjaaminen oli tarpeiden osalta jossain määrin kiinteä osa potilaan yksilöllistä hoitosuunnitelmaa ja kolmen potilaan osalta ei. Keinojen osalta kymmenellä potilaalla kirjaaminen oli ravitsemuksen

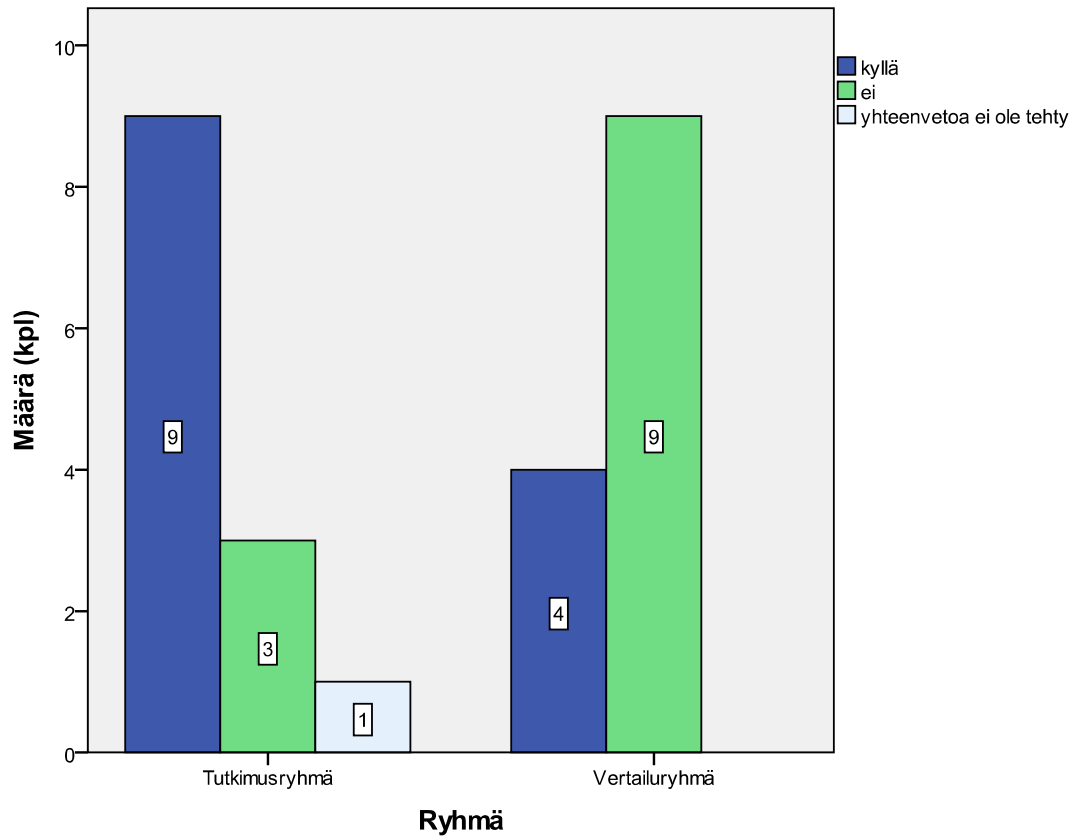
osalta jossain määrin kiinteä osa yksilöllistä hoitosuunnitelmaa ja kahdella potilaalla ei. Tutkimusryhmässä yhdellä potilaalla ei hoitosuunnitelmassa ollut ravitsemukseen liittyviä tarpeita/keinoja. Vertailuryhmässä yhdenkään potilaan hoitosuunnitelmassa ei ollut ravitsemukseen liittyviä tarpeita/keinoja, joten hoitosuunnitelman ja päivittäisten kirjausten otsikoita ei voitu vertailla.

Tutkimusryhmässä kirjaaminen oli seitsemällä potilaalla jossain määrin arvioivaa suhteessa hoitosuunnitelman tavoitteisiin/tarpeisiin. Näillä potilailla päivittäinen kirjaaminen suhteessa hoitosuunnitelman tarpeisiin ravitsemuksen osalta oli hyvin sattumanvaraista. Neljällä potilaalla kirjaaminen ei ollut arvioivaa. Näillä neljällä potilaalla ei ollut vapaateksteissä hoitosuunnitelman tarpeisiin liittyvää arviointia. Kahdella potilaalla hoitosuunnitelmassa ei ollut ravitsemukseen liittyviä tarpeita/tavoitteita. Vertailuryhmässä yhdelläkään potilaalla ei hoitosuunnitelmassa ollut ravitsemukseen liittyviä tarpeita/tavoitteita.

Tutkimus- ja vertailuryhmässä ei ollut valittu kertaluontoisia ravitsemukseen liittyviä auttamismenetelmiä yhdenkään potilaan hoitojakson aikana, joten arviointia ei voitu arvioida.

### 7.3 Arvioinnin kirjaaminen

Ravitsemukseen liittyvää arviointia ei ollut kirjattu sille varattuun kohtaan yhdelläkään potilaalla tutkimusryhmässä eikä vertailuryhmässä. Kuviosta kaksi käy ilmi, että tutkimusryhmässä 12 potilaalle oli tehty hoidon yhteenveto, joista yhdeksässä mainittiin jokin ravitsemukseen liittyvä asia. Vertailuryhmässä kaikille potilaille oli tehty hoidon yhteenveto joista neljässä oli mainittu jokin ravitsemukseen liittyvä asia.



**KUVIO 2. Tutkimus- ja vertailuryhmän tehdyt yhteenvedot ja ravitsemukseen liittyvän asian mainitseminen yhteenvedoissa.**

**Tutkimusryhmän** potilaiden yhteenvedoissa oli mainittu seuraavanlaisia ravitsemukseen liittyviä asioita:

*Jatkohoito: Potilas kuuluu Ravlon-tutkimukseen, ateriapalvelu järjestetty, mukaan laitettu ohjeistus ruokavaliosta ja Ravlon-tutkimus jatkuu seurannalla ja kotikäynneillä.*

*Hoidon tarve: Ravitsemustutkimuspotilas*

*Toimintakyky: Syö itse*

**Vertailuryhmän** potilaiden yhteenvedoissa oli mainittu seuraavanlaisia ravitsemukseen liittyviä asioita:

Jatkohoito: *Ravlon-potilas*

Toimintakyky: *Poika käynyt kaupassa ja laittanut ruokaa, jota potilas itse lämmittänyt*

Päivittäiset toiminnot: *Paino laskenut täällä ollessa, vaikka on hyvä ruokahalu. Seurataan painon kehitystä.*

Toiminnot: *Aluksi ollut syötettävä, pikkuhiljaa kuntoutunut ja alkanut itse syömään*

Tulotilanne: *Osastolle tullessa ollut syötettävä*

Hoitotulokset: *Syöminen edelleen hidasta, mutta saa itse syötyä*

#### 7.4 Jatkohoito

Tutkimusryhmässä kahdelle potilaalle oli tehty jatkohoitopaikan hoitosuunnitelma, joissa ei kuitenkaan ravitsemusta ollut mainittu. Vertailuryhmässä jatkohoitopaikan hoitosuunnitelma oli tehty kuudelle potilaalle, joista vain yhden potilaan jatkohoitopaikan hoitosuunnitelmassa oli mainittu ravitsemus.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan saatuja tuloksia suhteessa tutkimusongelmiin. Tutkimusongelmat sisältyivät käytettyyn analyysirunkoon (liite 1). Analyysirunko jakautui tutkimusongelmien mukaan neljään osaan. Ravitsemushoidon hoitosuunnitelma sisälsi analyysirungosta kysymykset 1–20. Ravitsemushoidon

toteutuksen kirjaaminen käy ilmi kysymyksistä 21–29. Kysymykset 30–34 käsittelevät ravitsemushoidon arvioinnin kirjaamista ja jatkohoitopaikkojen hoitosuunnitelmaa ravitsemushoidon osalta.

### 8.1 Ravitsemushoidon hoitosuunnitelma

Tutkimus- ja vertailuryhmän hoitosuunnitelmissa oli ravitsemushoidon osalta selkeä ero. Tutkimusryhmän potilailla hoitosuunnitelmiin oli tarpeet kirjattu selkeästi kattavammin kuin vertailuryhmässä, jossa tarpeita ei ollut ollenkaan kirjattu. Tämä näkyy myös hoitosuunnitelmaan kirjattujen vapaatekstien osalta. Hoitosuunnitelmien ravitsemushoidon tavoitteiden kirjaaminen ei ollut toteutunut ollenkaan tutkimusryhmässä eikä vertailuryhmässä. Tutkimusryhmän hoitosuunnitelmissa keinojen kirjaaminen ravitsemushoidon osalta oli toteutunut varsin kattavasti, kun taas vertailuryhmän osalta keinojen kirjaaminen oli erittäin puutteellista. Myös keinojen osalta vapaatekstin kirjaaminen oli runsaampaa tutkimusryhmässä kuin vertailuryhmässä. Tutkimusryhmän hoitosuunnitelmissa oli ravitsemushoidon osalta tarpeille laadittu keinoja lähes kaikilla potilailla, kun taas vertailuryhmässä ei ollenkaan. Tutkimusryhmässä tarpeiden ja keinojen välillä oli sisällöllinen yhteys lähes kaikilla potilailla.

Tutkimusryhmän hoitosuunnitelmien kirjaukset ravitsemushoidon osalta toteutuivat kaikissa hoitosuunnitelman laadintaan vaadittavissa osioissa paremmin kuin vertailuryhmässä lukuun ottamatta tavoitteita. Näyttäisi siltä että tutkimusosaston hoitosuunnitelman laadintaan saama kirjallinen ohje (liite 2) on vaikuttanut kirjaamisen tasoon hoitosuunnitelmaa laadittaessa. Ohjeen noudattaminen oli kuitenkin melko orjallista ja hoitosuunnitelmista puuttui ravitsemuksen osalta yksilöllisyys. Näyttääkin siltä, että systemaattinen rakenteinen kirjaaminen on puutteellista kummallakin osastolla huolimatta saadusta kirjallisesta ohjeesta ja koulutuksesta.

Jotta kirjaaminen on yhdenmukaista ja siinä toteutuu rakenteisuus, täytyy hoitotyön kirjaamisen olla systemaattista, eli on sovittu mitä ja miten kirjataan. Näillä toiminnoilla saadaan kirjaamisen sisältö ja rakenne, jolla tavoitellaan kirjaamiskäytäntöjen standardisointia. (Saranto ym. 2007, 12.) Kummassakaan ryhmässä potilaiden hoitosuunnitelmat eivät olleet ravitsemuksen osalta kovin systemaattisia.

## 8.2 Ravitsemushoidon toteutuksen kirjaaminen

Ravitsemushoidon toteutuksen kirjaaminen oli tutkimusryhmässä huomattavasti paremmin toteutettu kuin vertailuryhmässä. Toteutuksen kirjaamisessa hoidon tarve ja hoitotyö kohta vastasivat vapaatekstiä tutkimusryhmän potilailla paremmin kuin vertailuryhmässä. Tarpeiden ja keinojen osalta kirjaaminen oli tutkimusryhmän potilailla melko kiinteä osa yksilöllistä hoitosuunnitelmaa. Vertailuryhmässä kirjaaminen ei voinut olla kiinteä osa yksilöllistä hoitosuunnitelmaa, sillä ravitsemushoidon tarpeita ja keinoja ei ollut kirjattu hoitosuunnitelmaan.

Arvioinnin tulee hoitotyön toiminnassa ja sen kirjaamisessa olla jatkuvaa sekä monipuolista (Hallila 1998, 98–99). Tutkimusryhmän potilailla ravitsemushoidon kirjaaminen oli arvioivaa suhteessa hoitosuunnitelman tavoitteisiin/tarpeisiin useammin kuin vertailuryhmän potilailla. Ravitsemushoidon toteutuksen kirjaaminen oli parempaa ja kattavampaa tutkimusryhmässä kuin vertailuryhmässä.

Kirjaamisen pitäisi olla järjestelmällisesti hoidon ydintietojen mukaan tehtyyn hoitosuunnitelmaan pohjautuvaa (Saranto ym. 2007, 13). Kummassakin ryhmässä toteutuksen kirjaaminen pohjautui tehtyyn hoitosuunnitelmaan vain satunnaisesti. Johtuen puutteellisista hoitosuunnitelmista on toteutuksen kirjaaminen tehty valitsemalla sattumanvaraisia ravitsemukseen liittyviä komponentteja hoitotyön toimintoluokituksesta ohi hoitosuunnitelman.



### 8.3 Ravitsemushoidon arvioinnin kirjaaminen

Ravitsemukseen liittyvää arviointia ei ollut kirjattu tavoitteiden alle hoitosuunnitelmiin kummassakaan ryhmässä. Tutkimusryhmässä hoidon yhteenveto oli tehty kaikille paitsi yhdelle potilaalle ja vertailuryhmässä kaikille potilaille. Tutkimusryhmässä ravitsemus oli hoidon yhteenvedoissa otettu huomioon useammin kuin vertailuryhmässä. Kummassakaan ryhmässä ravitsemusta ei ollut kirjattu järjestelmällisesti hoidon yhteenvedoissa, vaan kirjaukset oli tehty sattumanvaraisesti eri hoidon yhteenvetojen kohtiin.

Hoitotyön auttamismenetelmien tuloksellisuutta arvioidaan suhteessa laadittuihin tavoitteisiin (Hallila 1998, 98–99). Kummassakaan ryhmässä ei ollut laadittu hoitosuunnitelmassa tavoitteita, joten auttamismenetelmien arviointia suhteessa laadittuihin tavoitteisiin ei ole voitu tehdä.

Hoitoprosessin vaiheistamisessa yhteenveto on nähty tarpeelliseksi täydennettäessä arviointia. Yhteenvedon tuottama tieto on erityisen tärkeää hoitajakson päättyessä tai potilaan siirtyessä jatkohoitoonpaikkaan. (Ensio & Saranto 2004, 36–38.) Tutkimusryhmän yhteenvedoissa teksti ei ollut ravitsemuksen osalta arvioivaa yhdenkään potilaan kohdalla. Vertailuryhmän yhteenvedoista kahden potilaan kohdalla teksti ravitsemuksen osalta oli arvioivaa. Esimerkkinä seuraava lause: ”paino laskenut täällä ollessa, vaikka on hyvä ruokahalu. Seurataan painon kehitystä.”

### 8.4 Jatkohoitoonpaikkojen hoitosuunnitelmat ravitsemushoidon osalta

Jatkohoitoonpaikkojen hoitosuunnitelmia oli tehty enemmän vertailuryhmässä, mutta vain yhdessä oli maininta ravitsemuksesta. Myös tutkimusryhmässä oli tehty jatkohoitoonpaikkojen hoitosuunnitelmia, mutta ravitsemusta ei ollut kirjattu

jatkohoitopaikan hoitosuunnitelmaan kertaakaan. Rakenteistetun ja luokitellun hoitotyön kirjaamisen pitäisi palvella potilaan etua hoidon toteuttamisessa (Tanttu 2007, 5). Potilaiden jatkohoitopaikkojen hoitosuunnitelmissa ei ollut hyödynnetty potilaiden hoitokertomuksia ravitsemuksen osalta mitenkään. Tästä johtuen jäi epäselväksi, onko potilaiden hoito ravitsemuksen osalta täysin loppuun saatettu?

Tutkimusryhmässä oli tehty kaksi jatkohoitopaikkojen hoitosuunnitelmaa, mutta ravitsemusta ei ollut kirjattu kummassakaan. Jatkohoitopaikkojen hoitosuunnitelmia oli tehty enemmän vertailuryhmässä, jossa myös ravitsemusta oli kirjattu yhdessä hoitosuunnitelmassa.

### 8.5 Tutkimuksen merkitys ja hyödynnettävyys

Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että kirjaaminen oli puutteellista ja vaihtelevaa ravitsemuksen osalta Turun SoTe:n tutkimukseen osallistuneissa osastoissa. Tämä osoittaa, että tutkimukseen osallistuneissa hoitopaikoissa on edelleen tarvetta lisätä rakenteiseen kirjaamiseen liittyvää koulutusta ja kirjaamisen laadunseurantaa. Tutkimus herättää kysymyksen, miten ravitsemuskirjaaminen yleisesti toteutuu Turun SoTe:ssa? Tutkimustulokset osoittivat, että jo vähäisellä ravitsemukseen liittyvällä kirjallisella ohjeistamisella oli vaikutusta ravitsemuksen kirjaamisen tasoon. Jotta ravitsemuksen kirjaaminen olisi laadukasta ja yhteneväistä koko Turun SoTe:ssa, voisi olla hyödyllistä laatia koko Turun SoTe:lle yhtenäinen ja kattava ravitsemusta koskeva kirjaamisohje.

## LÄHTEET

- Arffman, S.; Partanen R.; Peltonen, H. & Sinisalo, L. 2009. Ravitseminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silverprint.
- Fogelberg Dahm, M. & Wadensten, B.; 2008. Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records – a questionnaire study of clinical nursing. *Journal of Clinical nursing* No. 17, 2137–2145.
- Gunnarsson, A-K.; Lönn, K. & Gunningberg, L. 2009. Does nutritional intervention for patients with hip fractures reduce postoperative complications and improve rehabilitation? *Journal of Clinical Nursing* No. 18, 1329-1331.
- Haglund, B.; Huupponen, T.; Ventola, A.-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2007. Ihmisen ravitseminen. 9., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hallila, L. 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Huusko, T. 2003 *Suomen lääkäri-lehti*. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan kuntoutumiseen liittyvät ongelmat 12/2003, 1431–1434.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kivekäs, E. 2006 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen. *Sairaalaviesti* 2/2006, 21-22.
- Krause, K. & Kiiikkala, I. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Kuusisto, A. & Saloniemi, A. 2010. Taidot, asenteet vai tietokoneet? Sähköiden kirjaamisen esteet sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Tutkiva hoitotyö* Vol.8 No. 4/2010, 12.
- Kylliäinen, S. & Lintunen, M. 2002. Ravitseminen ja terveystieteet. 9. painos. Porvoo: WSOY.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 15.11.2010 Saatavissa <http://www.finlex.fi>.
- Nuutinen, O.; Siljamäki-Ojansuu, U.; Mikkonen, R.; Peltola, T.; Silaste, M-L.; Uotila, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2010. Ravitsemushoito. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Persenius, M.; Hall-Lord, M.; Bääth, C. & Larsson, B. 2007. Assessment and documentation of patients' nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses. *Journal of Clinical Nursing* Vol. 17 No. 16, 2125-2136.
- Salo, P. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.
- Saranto, K.; Ensio, A.; Tanntu, K. & Sonninen, A. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.
- Suominen, M.; Finne-Sovit, H.; Hakala, P.; Hakala-Lahtinen, P.; Männistö, S.; Pitkälä, K.; Sarlio-Lähteenkorva, S. & Soini, H. 2010. Ravitsemussuosittukset ikääntyneille. 36, 48-49. Viitattu 23.11.2010 Saatavissa <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi>.

Söderhamm, U.; Bachrach- Linström, M. & Ek, A-C. 2007. Nutritional screening and perceived health in a group of geriatric rehabilitation patients. Journal of Clinical Nursing Vol. 16 No. 11, 2005.

Tanttu, K. 2007. Loppuraportti HoiDok-hanke, 2007-2009. 4-5. Viitattu 1.11.2010 Saatavissa <http://www.vsshp.fi>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Livonia Print.

## LIITE 1

### LONKKAMURTUMAPOTILAAN RAVITSEMUSHOIDON KIRJAAMINEN / SISÄLLÖNANALYYSIRUNKO

#### A. Minkälainen hoitosuunnitelma on?

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

Kyllä  Ei

2. Montako ravitsemushoitoon liittyvää tarvetta yhteensä? \_\_\_\_\_

3. Mitä tarpeita? (Luetellaan otsikot.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Onko ainakin yhden otsikon alla myös vapaatekstiä?

Kyllä  Ei

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Onko tarpeen määrittelyssä mainittu jonkin mittarin tulos?

Kyllä  Ei

7. Jos on, niin minkä?

\_\_\_\_\_

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

Kyllä  Ei

9. Montako ravitsemushoitoon liittyvää tavoitetta yhteensä? \_\_\_\_\_

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

11. Mitä tavoitteita? (Kirjataan sanasta sanaan.)

\_\_\_\_\_

12. Onko tarpeiden ja tavoitteiden välillä yleensä sisällöllinen yhteys?

Kyllä  Ei  Tavoitteita ei ole laadittu

13. Onko tavoitteet yleensä ilmaistu potilaassa tapahtuvana muutoksena?

Kyllä  Ei  Tavoitteita ei ole laadittu

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

Kyllä  Ei

15. Montako ravitsemushoitoon liittyvää keinoa yhteensä? \_\_\_\_\_

16. Mitä keinoja? (Luetellaan otsikot.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Onko ainakin yhden otsikon alla myös vapaatekstiä?

Kyllä  Ei

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

\_\_\_\_\_

---

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

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

Kyllä

Ei

### **B. Toteutuksen kirjaaminen**

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

Kyllä (= pääasiassa)  Jossain määrin  Ei

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

\_\_\_\_\_

27. Onko toteutuksen kirjaaminen ravitsemuksen osalta kiinteä osa potilaan yksilöllistä hoitotyön suunnitelmaa? (Ts. onko toteutusta kirjattu hoitosuunnitelman pohjalta)? Tämä päätellään vertaamalla hoitosuunnitelman tarve- ja keino-otsikoita (kysymykset 3 ja 16) kysymysten 22 ja 24 osoittamiin toteutuksen tarve- ja keino-otsikoihin.

TARVE: Kyllä (= pääasiassa)  Jossain määrin  Ei   
 KEINO: Kyllä (= pääasiassa)  Jossain määrin  Ei   
 Hoitosuunnitelmassa ei ole ravitsemukseen liittyviä tarpeita /  
 keinoja

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

Kyllä  (= pääasiassa) Jossain määrin  Ei   
 Hoitosuunnitelmassa ei ole ravitsemukseen liittyviä tarpeita / tavoitteita

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

Kyllä  (= pääasiassa) Jossain määrin  Ei

Kertaluontoisia hoitotyön toimintoja ei ole valittu

### C. Arvioinnin kirjaaminen

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

Kyllä  Ei

31. Onko hoitajaksesta tehty **yhteenvedo**?



Kyllä                       Ei                       Hoitojakso ei ole päättynyt

32. Onko jokin ravitsemukseen liittyvä asia mainittu yhteenvedossa?

Kyllä                       Ei                       Yhteenvedoa ei ole tehty

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

---

34. Minkälainen on **jatkohoitopaikan** hoitosuunnitelma ravitsemushoidon osalta? (Kysymykset 1 – 20.)

## LIITE 2

### RAVLON-KIRJAAMINEN HOITOTYÖN NÄKÖKULMASTA

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

Tämä merkitään sekä ylä- että alakerran tutkimuspotilaille.

.....

#### Yläkerta

##### Tarve:

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

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

##### Tavoite:

Ymmärtää hyvän ravitsemustilan merkityksen

Ravitsemustilan kohentuminen

##### Suunnitellut toiminnot (= keinot)

Ravitsemus > Ravitsemustilan seuranta. Selite-kenttään kirjataan MNA

Ravitsemus > Ruokailun seuranta. Selite-kenttään kirjataan Ruokapäiväkirja

Ravitsemus > Erityisruokavalion toteuttaminen. Selite-kenttään kirjataan Rikastettu ruoka

Ravitsemus > Ravitsemustilan seuranta > Painon kontrollointi

Ravitsemus > Ravitsemukseen liittyvä ohjaus

Psyykkinen tasapaino > Mielialan seuranta

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

.....

**Alakerta:**

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

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

.....

**Kirjausotsikoita:**

MNA = Ravitsemustilan seuranta

GDS = Mielialan seuranta

Ruokapäiväkirja = Ruokailun seuranta

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