

Meri Lindgren

Tehostetun ravitsemushoidon toteutuminen Sotkamon terveystieteiden sairaalassa

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Kevät 2018



KAJAAIN
AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiivistelmä

Tekijä: Meri Lindgren

Työn nimi: Tehostetun ravitsemushoidon toteutuminen Sotkamon terveystieteiden sairaalassa

Tutkintonimike: Sairaanhoidtaja (AMK)

Asiasanat: Ravitsemus, vajaaravitsemus, sairaalapotilas, tehostettu ravitsemushoito

Tutkimusten mukaan noin joka kolmas sairaalapotilas on vajaaravitsemuksen riskissä. Vajaaravitsemus on yksi syy potilaan hitaammalle paranemiselle ja leikkauksista toipumiselle. Se lisää myös komplikaatioiden riskiä. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan tekemien ravitsemushoitosuosituksien avulla pyritään yhdenmukaistamaan potilaiden ravitsemushoitoa. Tämän opinnäytetyön toimeksi-antajana oli Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Kainuun soten) Sotkamon terveystieteiden sairaala. Kainuun sotessa alkoi vuonna 2016 Vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy ja hoito Kainuussa –hanke, jossa Sotkamon terveystieteiden sairaala oli yhtenä pilotointikohteena. Hankkeen päämääränä on ollut, että Kainuun soten toimijat oppivat tunnistamaan asiakkaat ja potilaat, joilla on vajaaravitsemuksen riski.

Vajaaravitsemuksen riskipotilaiden ravitsemushoitoa tehostetaan. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten tehostettu ravitsemushoito toteutuu Sotkamon terveystieteiden sairaalassa. Tavoitteena on auttaa kehittämään vajaaravitsemuksen riskipotilaan ravitsemushoitoa ja sen toteuttamista. Opinnäytetyö oli tapaustutkimus, missä olen kuvannut kolmen vajaaravitsemuksen riskipotilaan ravitsemushoitoa. Ravitsemushoidon seurannan menetelmiä opinnäytetyössäni oli ruokailunseuranta, painonseuranta sekä tapausten kuvaaminen aiemman näyttöön perustuvan tiedon pohjalta.

Tutkimuskysymyksenä opinnäytetyössä oli: Miten suunniteltu ravitsemushoito toteutuu Sotkamon terveystieteiden sairaalassa? Kuvaamani kolmen potilastapausten kohdalla tehostettu ravitsemushoito oli toteutunut hyvin monessa suhteessa. Vajaaravitsemuksen riski oltiin seulottu ja potilaiden ravitsemusta oltiin tehostettu toimintaohjeiden mukaan. Potilaille oltiin tarjottu runsasenergistä ja -proteiinista ruokaa sekä säännöllisesti täydennysravintovalmisteita. Kahden potilastapausten energiansaanti oli suositusten mukaisella tasolla ja toiselta näistä potilaista sitä pystyi arvioimaan painonseurannankin avulla. Tarjottu proteiinin määrä ei vastannut arvioitua suositusta. Kolmannen potilaan energian- ja proteiinin saantia en pystynyt tässä opinnäytetyössä laskemaan muuttuneen tilanteen vuoksi. Opinnäytetyön aikana huomattiin myös, että yksilön tarpeen mukainen ruokatilaus onnistuu Sotkamon terveystieteiden sairaalassa. Opinnäytetyön potilastapausten perusteella ravitsemushoidon seuranta Sotkamon terveystieteiden sairaalassa voisi olla säännöllisempää.

Opinnäytetyön valmistuttua Sotkamon terveystieteiden sairaalalla on mahdollisuus kehittää potilaiden, erityisesti vajaaravitsemuksen riskipotilaiden, ravitsemushoitoa. Tutkimusaineistoa selatesani huomasin, että iltapala oli usein melko kevyt, esimerkiksi vain mehukeittoa. Kehittämiseksi ravitsemushoitoon liittyen voisi olla juuri iltapalan kehittäminen. Keittiöltä voisi tulla osastolle iltapala, joka tarjottaisiin kaikille potilaille automaattisesti. Iltapala voisi olla proteiini- ja energiapitoinen, jolloin potilaille tarjottua proteiinin määrää saataisiin myös nostettua. Myös ravitsemushoidon seuranta voisi kehittyä.

Abstract

Author: Lindgren Meri

Title of the Publication: Implementation of Intensified Nutritional Therapy in Sotkamo Health Centre Hospital

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: nutrition, malnutrition, inpatient, intensified nutritional therapy

According to research, about every third inpatient is at the risk of malnutrition. Malnutrition is one of the reasons for patients' slower healing and recovery from surgeries. It also increases the risk of complications. The National Nutrition Council has made nutritional recommendations which aspire to standardize the nutritional therapy of patients. The commissioner of this thesis was Sotkamo Health Centre Hospital which operates under Kainuu Social and Health Care Joint Authority. Sotkamo Health Centre Hospital has been a pilot location for a Kainuu Social and Health Care Joint Authority project called Vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy and hoito Kainuussa (Prevention and Treatment of Malnutrition in Kainuu). The goal of the project is to promote the recognition of clients and patients at the risk of malnutrition.

Nutritional therapy is intensified for patients at the risk of malnutrition. The purpose of this thesis was to describe how intensified nutritional therapy was implemented in Sotkamo Health Centre Hospital. The aim was to help to develop the dietary and nutritional therapy of patients at the risk of malnutrition. This thesis was a case study in which the nutritional therapy of three patients, all of whom were at the risk of malnutrition, was studied by monitoring their nutritional intake and weight and describing the cases using evidence-based information.

The intensified nutritional therapy of the three patients was implemented well in many ways. The risk of malnutrition had been recognized, and the patients' nutrition had been intensified accordingly. Their diet had been enriched with energy, protein and nutritional supplements. The energy intake of two patients was at the recommended level. The energy intake of one of these patients was improved by monitoring her weight. The offered amount of protein did not correspond with the estimated recommendation. The protein or energy intake of the third patient could not be estimated because his diet had changed. Patients' individual dietary needs can be met in Sotkamo Health Centre Hospital. However, based on the patient cases, nutritional therapy could have been monitored more regularly in Sotkamo Health Centre Hospital.

This thesis provides Sotkamo Health Centre Hospital with a chance to develop the intensified nutritional care of patients, particularly that of patients at the risk of malnutrition. Monitoring of nutritional therapy could be one thing to develop. Also the evening snack was often very light including only berry pudding. An idea for developing nutritional therapy could be to improve the evening snack and regularly offer every patient evening snacks high in protein which would also increase patients' daily intake of protein.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	IHMISEN RAVINNONTARVE.....	3
3	SAIRAALAPOTILAAN RAVITSEMUSHOITO	4
3.1	Sairaalapotilaan vajaaravitsemus	4
3.2	Vajaaravitsemuksen seulonta.....	5
3.3	Vajaaravitsemuksen seuranta	6
3.4	Tehostettu ravitsemushoito	7
3.5	Vajaaravitsemuksen hoito Sotkamon terveyskeskussairaalassa	7
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS	9
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS TAPAUSTUTKIMUKSENA.....	10
5.1	Tutkimusasetelma	10
5.2	Tiedonhankinta.....	11
6	TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU	14
6.1	Potilastapaus 1.....	14
6.2	Potilastapaus 2.....	17
6.3	Potilastapaus 3.....	20
7	OPINNÄYTETYÖN POHDINTA	23
7.1	Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset	23
7.2	Luotettavuus	25
7.3	Eettisyys.....	28
7.4	Ammatillinen kasvu ja kehitys.....	29
	LÄHTEET	32

LIITTEET

Liite 1: Ruokailunseurantalomake

Liite 2: Tiedonkeruulomake

Liite 3: Tiedote opinnäytetyöhön osallistuvalla potilaalla

Liite 4: Suostumus opinnäytetyöhön

1 JOHDANTO

Noin joka kolmas sairaalapotilas on vajaaravitsemuksen riskipotilas. Vajaaravitseminen hidastaa potilaan paranemista, leikkauksista toipumista sekä lisää komplikaatioita ja kuolleisuutta. (Ortell-Kotikangas 2014.) Valtion ravitsemusneuvottelukunta on tehnyt ravitsemushoitosuosituksen, joiden avulla pyritään yhdenmukaistamaan potilaiden ravitsemushoitoa. Hyvä ravitsemushoito vaikuttaa potilaan kokonaishoitoon ehkäisten sairauksia ja edistää toipumista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 5.) Ravitsemushoitosuositus on tarkoitettu henkilökunnalle käytettäväksi sairaaloihin, terveyskeskuksiin, vanhain-, palvelu- ja hoitokoteihin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 7-8.)

Ravitsemushoitoon kuuluu vajaaravitsemusriskin seulonta, ravitsemustilan arviointi sekä ravitsemushoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27). Potilaalla voi olla ravitsemusta heikentävä tila heti sairaalaan tullessa tai kehittyä sairaalassaolon aikana. Vajaaravitsemuksen riski on sen vuoksi tarkoitus arvioida heti hoidon alussa sekä säännöllisesti sen aikana. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 5.) Mikäli potilaalla on vajaaravitseminen tai hän on sen riskissä, hän tarvitsee tehostettua ravitsemushoitoa. Tehostettua ravitsemushoitoa toteutetaan ensisijaisesti potilaan ruoansulatuskanavaa hyödyntäen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 36.)

Opinnäytetyöni toimeksiantajana on Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Kainuun soten) Sotkamon terveyskeskussairaala. Vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy ja hoito Kainuussa –hanke on aloitettu Kainuun sotessa syksyllä 2016 ja Sotkamon terveyskeskussairaala oli hankkeen yhtenä pilotointikohteena. Hankkeen päämääränä on, että Kainuun soten toimijat oppivat tunnistamaan asiakkaat ja potilaat, joilla on vajaaravitsemuksen riski. Vajaaravitsemuksen riskin tunnistaminen on tärkeää, koska vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy on huomattavasti helpompaa kuin vajaaravitsemuksen hoito. Merkittävässä vajaaravitsemuksen riskissä ovat iäkkäät sekä sairaalapotilaat. (Kainuun sote.)

Sotkamon terveyskeskussairaalassa on hankkeen myötä alettu tekemään jokaiselle potilaalle viimeistään toisena hoitopäivänä vajaaravitsemusriskin seulonta NRS2002-menetelmällä. NRS2002, nutrition risk screening, on vajaaravitsemuksen seulontamenetelmä, minkä avulla on tarkoitus havaita sairaalapotilaiden vajaaravitseminen tai vajaaravitsemusriski (ESPEN 2002, 417). Hankkeen alettua osastolla tehtiin alkuseulonta, jolloin potilaista 37,9 %:lla oli kohtalaisen ja 41,4 %:lla potilaista oli vakava vajaaravitsemuksen

riski. 34-paikkaisella osastolla hankkeen aloituspäivänä oli siis 23 potilasta vajaaravitsemuksen riskissä. Hankkeen jälkeen osastolla on annettu tehostettua ravitsemushoitoa vajaaravitsemuksen riskipotilaille. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten tehostettu ravitsemushoito toteutuu Sotkamon terveyskeskussairaalassa. Tavoitteena on auttaa kehittämään vajaaravitsemuksen riskipotilaan ravitsemushoitoa ja sen toteuttamista Sotkamon terveyskeskussairaalassa. Opinnäytetyö oli tapaustutkimus, missä kuvaan kolmen vajaaravitsemuksen riskipotilaan tehostettua ravitsemushoitoa. Ravitsemushoidon kuvaaminen opinnäytetyössäni perustuu ruokailun- ja painonseurannalle sekä aiempiin näyttöön perustuviin julkaisuihin.

Oma osaamiseni sairaanhoitajana on kehittynyt opinnäytetyöprosessin myötä paljon. Prosessissa painottuu kliinisen hoitotyön osaaminen, koska ravitsemushoito kuuluu siihen osaamisalueeseen (Eriksson 2015, 39). Ravitsemushoidon osaamiseen kuuluu suomalaisten ravitsemussuositusten tunteminen, joka on ollut tärkeää myös opinnäytetyötä tehdessä. Asiantuntijuuteni on kehittynyt ja olen oppinut tuntemaan ravintoaineiden tarpeen ja tehtävän. Olen myös oppinut ravitsemushoidon merkityksen terveyden edistämässä, sairauksien ehkäisyssä ja paranemisessa sekä ravitsemustilan arvioinnin ja sen merkityksen potilaan hoidolle.

2 IHMISEN RAVINNONTARVE

Ihmisen ravinnontarve on yksilöllinen ja siihen vaikuttaa monta asiaa. Ravintoaineiden ja nesteen tarvetta voi lisätä tai vähentää muun muassa sairaudet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 33.) Ruokahalu saattaa heikentyä erityisesti ikääntyneillä, kun heidän energiankulutuksensa laskee. Näin ollen ravintoaineiden saanti voi jäädä liian pieneksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 14.) Tehostettu ruokavalio on suunniteltu vajaaravitsemuksen riskipotilaille ja se sisältää runsaasti energiaa ja proteiinia (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 37).

Myös energiantarve on yksilöllinen asia. Potilaan riittävää energiansaantia voidaan arvioida painohistorian avulla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 33.) Valtion ravitsemusneuvottelukunta on ravitsemushoitosuosituksissa (2010, 33) antanut suuntaa antavat tavoitteet energiansaannille. Niissä aikuisten energiantarve on noin 30 kcal/painokiloa kohden vuorokaudessa vuodepotilailla tai vähän liikkuvilla normaalipainoisilla, 35 kcal/kg/vrk alipainoisilla ja 25 kcal/kg/vrk ylipainoisilla. Määrät ovat nämä, kun painoindeksin tavoitteena on 21-23 kg/m². Kuume, tulehdus, leikkaus tai vamma lisäävät energiantarvetta 10-30 prosentilla. Ikääntyneiden energiantarvetta on arvioitu seuraavasti Suomen ja Jyväskylän oppaassa (2012, 13): Vuodepotilaan energiantarve on 26kcal/kg/vrk, liikkuvan itse ruokailevan ikääntyneen 30 kcal/kg/vrk ja sairaudesta toipuvalla iäkkäällä 36 kcal/kg/vrk.

Terveen aikuisen proteiinin tarve on noin 0,8 grammaa painokiloa kohden vuorokaudessa. Vajaaravitsemus ja toipilasvaihe sekä erityisesti korkea kuume, tulehdukset, leikkaukset, murtumat ja palovammat kuitenkin lisäävät potilaan proteiinin tarvetta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 33.) Ikääntyneiden proteiinin saantisuositus on 1-1,2g/kg/vrk. Akuutin sairauden, luunmurtuman tai esimerkiksi infektion yhteydessä proteiinin tarve on iäkkäällä jopa 1,5-2 g/kg/vrk. (Suominen & Jyväskylä 2012, 13.) Proteiinien tehtäviä elimistössä ovat muun muassa toimia kudosten rakennusaineena ja uusiutumisessa, entsyymien ja hormonien toiminnassa, happo-emästasapainon ja puolustusjärjestelmän säätelyssä ja ravintoaineiden, kuten raudan, kuljetuksessa. Proteiini toimii myös energianlähteenä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 34.)

3 SAIRAALAPOTILAAN RAVITSEMUSHOITO

Ravitsemushoitoon kuuluvat vajaaravitsemuksen riskin seulonta, ravitsemustilan arviointi sekä ravitsemushoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27). Vajaaravitsemuksen riskin seulotaan hoitojakson alussa ja sovitusti sen aikana. Seulonnan tuloksella saadaan selville, onko potilaalla vajaaravitsemuksen riski. Sen perusteella potilaan ravitsemushoitoa tehostetaan ja ravitsemustilaa aletaan arvioidaan ja seuraamaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 39.)

Vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy ja hoito Kainuussa hankkeen alkaessa, Sotkamon terveyskeskussairaalassa tehtiin alkuseulonta kaikille potilaille NRS2002 -menetelmällä. Silloin potilaista vain 20,7% ei ollut vajaaravitsemuksen riskissä. Näin ollen vajaaravitsemuksen riskipotilaita on merkittävä osa terveyskeskussairaalan potilaista. Vajaaravitsemuksen riskipotilaiden ravitsemushoito on tärkeää, sillä vajaaravitsemusta on helpompi ennaltaehkäistä kuin hoitaa (Kainuun sote). Yli 5000 potilaan kansainvälisessä tutkimuksessa vajaaravitsemuksen riskipotilailla oli komplikaatioita enemmän ja pidempi sairaalassaoloaika, kuin riskittömällä potilailla. Vajaaravitsemusriski oli tutkimuksessa seulottu NRS2002 -menetelmällä. Esiintyneitä komplikaatioita olivat muun muassa pneumonia, sydämen rytmihäiriöt, sepsis ja mahasuolikanavan verenvuodot. Tutkimuksissa on myös osoitettu, että vajaaravituilla potilailla on 3-6 vuorokautta pidempi sairaalassaoloaika kuin potilailla, joilla on hyvä ravitsemustila. Sairaalahoidon kustannukset voivat jopa kolminkertaistua vajaaravitsemuksen vuoksi. (Ortell-Kotikangas 2014.)

ESPEN (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) ja ASPEN (The American Society for Parenteral and Enteral nutrition) suosittelevat vajaaravituille ja vajaaravitsemuksen riskipotilaille kohdennettua ravitsemushoitoa. Vain lääkäri tai ravitsemusterapeutti voivat todeta vajaaravitsemuksen. Kuitenkin hoitohenkilökunta voi arvioida vajaaravitsemuksen riskin seulonnalla. Ravitsemushoito on moniammatillista yhteistyötä ja jokaisella ammattiryhmällä on siinä tärkeä rooli. (Ortell-Kotikangas 2014.)

3.1 Sairaalapotilaan vajaaravitsemus

Vajaaravitsemus tarkoittaa tilaa, jolloin ravintoaineiden saanti ei vastaa kehon fysiologista tarvetta (Ortell-Kotikangas 2014). Energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden puutos,

ylimäärä tai epätasapaino aiheuttavat vajaaravitsemusta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 24.) Se aiheuttaa kehon koostumuksessa ja sen toiminnassa haitallisia muutoksia. (Ortell-Kotikangas 2014.) Noin 30% kaikista sairaalapotilaista on vajaaravittuja. Potilaalla voi olla vajaaravitsemus jo ennen sairaalajaksoa tai se voi kehittyä sen aikana. (Kondrup 2003, 415.)

Vajaaravitsemuksesta on potilaan paranemiselle paljon haittaa. Se huonontaa potilaan elämänlaatua ja vaikeuttaa toipumista, sekä altistaa leikkausten jälkeisille komplikaatioille, painehaavoille ja infektioille. Se voi myös vaikuttaa lääkaineiden imeytymiseen muuttamalla niiden tehoa ja jakautumista elimistössä. Vajaaravitut potilaat ovat usein väsyneitä ja voimattomia, sekä lisäksi heillä on usein huono ruokahalu. Vajaaravitsemus heikentää toimintakykyä ja elämänlaatua. Vajaaravitsemuksen ehkäisy on keskeistä potilaiden hoidossa, sillä sen ehkäisy on helpompaa kuin hoito. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 24.) Ylipainoon verrattuna, vajaaravitsemus aiheuttaa Euroopassa terveydenhuollolle kaksinkertaiset kustannukset (Ortell-Kotikangas 2014).

Vajaaravitsemus luokitellaan kolmeen alaryhmään kehon tulehdustilan perusteella. Mikäli tulehdustilaa ei ole, vajaaravitsemus on nälkiintymiseen liittyvää. Jos tulehdustila on lievä tai keskivaikea, kuten painehaava tai syöpä, vajaaravitsemus liittyy krooniseen sairauteen. Jos tulehdustila on vaikea, kuten laaja palovamma, vajaaravitsemustila on akuuttiin sairauteen tai traumaan liittyvä. (Ortell-Kotikangas 2014.) Vajaaravitsemus ei usein ole seurausta vain yhdestä asiasta, vaan monesta tekijästä. Syitä ovat esimerkiksi ruokavaliinnat, jotka johtavat ravinnonpuutokseen tai sairaus, joka nostaa ravinnonsaannin tarvetta tai vaikuttaa ravinnon imeytymiseen. Ravinnon puutteellisuuden syyt voivat olla fysiologisia, sosiologisia, psykologisia tai patologisia. (Evans 2005.) Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemushoitosuosituksissa (2010) on mainittu kolme asiaa, jotka altistavat vajaaravitsemukselle: vähäinen ruokamäärä, sairauden aiheuttama kudostuho ja kiihtynyt aineenvaihdunta sekä imeytymishäiriöt.

3.2 Vajaaravitsemuksen seulonta

NRS2002, nutrition risk screening (ESPEN, 2002) on vajaaravitsemuksen seulontamenetelmä, joka on suositeltu sairaaloihin. Seulontamenetelmällä on tarkoitus havaita sairaalapotilaiden vajaaravitsemus tai vajaaravitsemusriski. (ESPEN, 2002, 417.) NRS 2002 -menetelmällä vajaaravitsemuksen seulontaan menee aikaa noin 3-10 minuuttia (Valtion

ravitsemusneuvottelukunta 2010, 18). NRS 2002 -menetelmä pisteyttää potilaan vajaaravitsemusriskin kolmella perusteella: potilaan heikentynyt ravitsemustila, sairauden aineenvaihdunnallinen vaikutus ja potilaan ikä (Ortell-Kotikangas, 2014).

Seulonnessa potilaan heikentynyttä ravitsemustilaa kuvaa potilaan painoindeksi, laihtuminen kolmen kuukauden sisällä tai syödyn ruoan määrä edeltävällä viikolla. Ravitsemustilasta saa yhteensä 0-3 pistettä. Sairauden aiheuttamassa aineenvaihdunnan muutosten kohdassa on neljä kohtaa: normaali, lievä, kohtalainen ja vakava tila. Kohdassa annetaan pisteet 0-3. Mikäli potilaan ikä on yli 70, potilas saa siitä vielä yhden pisteen. Yhteensä NRS 2002 -seulonnessa voi saada 0-7 pistettä. Mikäli potilas saa nolla pistettä, hänellä ei ole vajaaravitsemuksen riskiä. Jos potilas saa 1-2 pistettä, hänellä on vähäinen vajaaravitsemuksen riski. 3-4 pistettä tarkoittavat kohtalaista ja 5-7 pistettä vakavaa vajaaravitsemuksen riskiä.

3.3 Vajaaravitsemuksen seuranta

Vajaaravitsemuksen riskipotilaan ravitsemustilan arvioinnissa on tärkeässä osassa ruoankäytön ja ravinnonsaannin arviointi (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 32). Toisin kuin monia muita elämäntapoihin liittyviä asioita, ruokavaliota on vaikea mitata tarkasti. Ruoankäytön seurantaan käytettyjä tapoja ovat muun muassa ruokapäiväkirja ja suora havainnointi. Ruokapäiväkirja on yksi käytetyimmistä seurantataavoista. Sen voi tehdä joko punnitsemalla tai arvioimalla syödyn ruoan määrän. (Jyväkorpi 2016, 35.) Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2010, 32) on suunnitellut lomakkeen, johon voi arvioida potilaan syömän ruoan silmämääräisesti.

Vuode- tai laitoshoitoon menevät potilaat tulee punnita ja tieto kirjata, jotta voidaan arvioida potilaan ravitsemustilaa (Saarnio 2014). Potilaan painoa tulisi seurata säännöllisesti, koska sen avulla pystytään arvioimaan energiansaantia. Painohistoria kertoo potilaan energiansaannin riittävydestä kulutukseen nähden. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 33.) Potilaan mahdolliset turvotukset ja neste vatsaontelossa tai keuhkoissa on otettava huomioon, kun arvioidaan painonmuutoksia (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 30).

3.4 Tehostettu ravitsemushoito

Vajaaravitut ja vajaaravitsemuksen riskipotilaat tarvitsevat tehostettua ravitsemushoitoa. Ensisijaisesti ravitsemushoitoa tehostetaan ruoansulatuskanavan kautta, eli enteraalisesti. Tehostetun ravitsemushoidon tapoja ovat muun muassa toiveruoat, välipalat, täydennysravintovalmisteet ja tehostettu ruokavalio. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 36.) Vajaaravitun potilaan tulee syödä säännöllisesti 2-3 tunnin välein. Yöpaasto, eli aika ilta- ja aamupalan välillä, saa olla enintään 10-11 tuntia (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 37). Tehostettu ruokavalio sisältää enemmän energiaa ja proteiineja kuin tavallinen ruokavalio. Ravinnonsaannin tueksi tarjotaan usein myös täydennysravintovalmisteita, joiden käyttö tutkimusten mukaan nopeuttaa toipumista ja on kustannustehokasta. (Saarnio 2012.) Mikäli potilaan ravitsemushoito ei onnistu tarpeeksi hyvin ruoansulatuskanavaa hyödyntäen, tulisi ravitsemushoitoon ottaa lisäksi käyttöön joko letkuraavitseminen tai suonensisäinen ravitsemus (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 37).

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on suositellut (2010, 38), että osastot ja ruokapalvelut laatisivat yhteistyössä toiveruokien ja välipalojen listan, josta ruokahaluton potilas voisi valita mieleisiään ruokia. Tehostetun ruokavalion annokset ovat tavallista pienempiä, mutta ne sisältävät enemmän energiaa ja proteiinia. Maltodekstriini, rasvalisät ja runsasrasvaiset elintarvikkeet tuovat annoksille energiaa lisää. Proteiinia lisätään tarvittaessa myös täydennysravintovalmisteilla. Täydennysravintovalmisteita on monia; jauhemaisia, nestemäisiä, valmiita juomia tai välipaloja. Täydennysravintovalmisteet voivat sisältää yhtä tai useampaa ravintoainetta. Valmisteita voidaan lisätä ruokiin ja juomiin sekä ruokapalvelussa, että osastolla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 38.)

3.5 Vajaaravitsemuksen hoito Sotkamon terveystieteiden sairaalassa

Sotkamon terveystieteiden sairaala oli syksyllä 2016 Vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy ja hoito Kainuussa -hankkeen yhtenä pilotointikohteena. Hankkeen mukana Sotkamon terveystieteiden sairaalaan tuli toimintamalli potilaan vajaaravitsemuksen riskin tunnistamiseen, hoitoon ja seurantaan. Potilaiden vajaaravitsemuksen riski on ohjeistettu arvioimaan viimeistään toisena hoitopäivänä NRS2002-menetelmällä. Seulontatuloksen pisteet merkitään Lifecare -potilastietojärjestelmään ja pisteiden perusteella suunnitellun toimintamallin hoitaja kirjaa Lifecare -järjestelmään potilaan hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelmaan kirjataan potilaan ruokailussa avustamisen tarve, potilaan ruokavalio sekä säännöllisesti tarjottavat täydennysravintovalmisteet sekä viikoittainen painonseuranta. Mikäli

potilas saa seulonnasta tuloksen kohtalainen tai vakava vajaaravitsemuksen riski, hänen ravitsemushoitoaan tehostetaan. Toimintamallin mukainen ravitsemushoidon tehostaminen tarkoittaa sitä, että potilaalle tilataan ruoaksi runsasenerginen ja -proteiininen REPRO-ruoka, hänelle tarjotaan täydennysravintovalmisteita, sekä ravitsemushoitoa seurataan.

Sotkamon terveystieteiden keskuslaitoksen ruoan valmistaa keittiö Apaja. Vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy ja hoito Kainuussa -hankkeen alkaessa, myös Apajan henkilöstöä on koulutettu, miten ruokaa rikastetaan runsasenergisiksi tai -proteiiniseksi. Energiaa potilaan ravitsemukseen saadaan muun muassa lisäämällä ruokaan jauhemaista hiilihydraattisisä, margariinia, öljyä tai kuohukermaa. Lääkäri voi määrätä potilaalle annettavaksi myös rasvalisää, mikä annetaan lääkemukissa potilaalle muiden lääkkeiden ohella. Proteiinia saadaan lisättyä ravitsemukseen esimerkiksi täydennysravintovalmisteilla, joita osaston hoitajat voivat tarjota potilaalle. Tällä hetkellä tarjottavat täydennysravintovalmisteet ovat käyttövalmiita juotavia tai syötäviä valmisteita. Eri täydennysravintovalmisteet sisältävät eri määriä energiaa ja proteiinia. Hoitajan on arvioitava täydennysravintovalmisteista, mikä soveltuu potilaalle parhaiten.

Sotkamon terveystieteiden keskuslaitoksen ravitsemushoidon seurantaan kuuluu painon ja ruoankäytön seuranta. Vajaaravitsemuksen riskipotilailta seurataan painoa kerran viikossa ja seuranta on ohjelmoitu hoitosuunnitelmassa aina tietylle päivälle. Ruoankäyttöä seurataan ruokailunseurantalomakkeella, joka on muokattu Valtion ravitsemusneuvottelukunnan tekemästä ruokailunseurantalomakkeesta Sotkamon terveystieteiden keskuslaitosalle sopivaksi (Liite 1). Lomaketta päätettiin muuttaa, sillä terveystieteiden keskuslaitos tarvitsee suurempaa aluetta nesteiden merkintään. Nesteiden merkitsemiselle on tehty oma alue aterioidenseurannan alapuolelle, johon merkataan tuodut ja juodut nesteet. Lomakkeessa on siis aterioidenseuranta, kohta johon voi merkitä lisätietoja ruokailuun liittyen sekä nestelistä.

Hoitojakson päätyttyä hoitaja kirjaa hoitotyön yhteenvetoon, että potilaalle on tehty vajaaravitsemuksen riskin seulonta, mitkä pisteet hän on saanut ja että hänelle on osastolla tarjottu runsasenergistä ja -proteiinista ruokaa. Näin tieto tehostetusta ravitsemushoidosta siirtyy mahdolliseen jatkohoitoon.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten tehostettu ravitsemushoito toteutuu Sotkamon terveyskeskussairaalassa.

Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa kehittämään vajaaravitsemuksen riskipotilaan ravitsemushoitoa ja sen toteuttamista Sotkamon terveyskeskussairaalassa.

Tutkimuskysymys:

- Miten tehostettu ravitsemushoito toteutuu Sotkamon terveyskeskussairaalassa?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS TAPAUSTUTKIMUKSENA

Opinnäytetyöni tutkimusstrategia on case- eli tapaustutkimus. Erikssonin ja Koistisen (2005, 4-5) mukaan tutkimuksen lähestymistavaksi kannattaa valita tapaustutkimus, jos 'mitä-', 'miten-' ja 'miksi-' kysymykset ovat tutkimuksen keskeisellä sijalla. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata, miten tehostettu ravitsemushoito toteutuu Sotkamon terveyskeskussairaalassa. Tapaustutkimuksessa tavoitteena on tyypillisesti kuvata ilmiötä yksittäisen tapauksen tai pienen joukon kautta (Hirsjärvi ym. 2013, 130-131). Tällaisessa tutkimuksessa kuvattava ilmiö on tässä hetkessä ja tutkimus toteutetaan luonnollisessa ympäristössä (Kananen 2013, 54). Laine, Bamberg ja Jokinen (2008, 10) kirjoittavat, että tapaustutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä tutkittavasta tapauksesta ja tapaukseen liittyvistä olosuhteista. Oman opinnäytetyöni tavoitteena on auttaa kehittämään vajaaravitsemuksen riskipotilaan ravitsemushoitoa ja sen toteuttamista Sotkamon terveyskeskussairaalassa. Tapaustutkimuksen avulla lisätään ymmärrystä tehostetusta ravitsemushoidosta.

Tapaustutkimus yhdistää usein määrällisen ja laadullisen tutkimuksen piirteitä, koska tutkimusongelmaa ei pystytä ratkaisemaan yhdellä tutkimusmenetelmällä (Kananen 2013, 23, 56). Eri tutkimusmenetelmien käyttö vahvistaa ja täydentää aineistoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 78). Suomisen ja Jyväkorven (2012, 25) mukaan ravitsemuksen arvioinnissa käytetään seuraavia keinoja: painonseurantaa, vajaaravitsemusriskin seulontaa sekä ruokailunseurantaa. Omassa opinnäytetyössäni potilaan vajaaravitsemuksen riski on jo seulottu, joten arvioin ravitsemustilaa ruokailun- ja painonseurannalla. Opinnäytetyölleni sain tutkimusluvan Kainuun sotelta 20.11.2017.

5.1 Tutkimusasetelma

Otoksen määrä opinnäytetyössäni oli laadulliselle tutkimukselle tyypillinen, eli pieni. Laadullisessa tutkimuksessa korostuvat kokemukset, tapahtumat ja yksittäiset tapaukset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110.) Tapaustutkimuksessa tutkimuskohteena on usein tapahtumakulku tai ilmiö, mitä tarkastellaan yhden tai useamman tapauksen kautta (Laine, Bamberg & Jokinen 2008, 9). Opinnäytetyössäni ilmiönä on tehostettu ravitsemushoito, mitä kuvaan kolmen potilastapauksen kautta.

Tehostettua ravitsemushoitoa annetaan kohtalaisen ja vakavan vajaaravitsemuksen riskipotilaille, joten potilastapauksiksi opinnäytetyöhöni valikoitui kolme näistä potilaista. Sotkamon terveyskeskussairaalassa ravitsemusvastaavana olevan hoitajan kanssa sovimme tapaamisen, missä kävimme opinnäytetyön suunnitelmaa yhdessä läpi. Hän katsoi potilaista potentiaaliset tapaukset opinnäytetyölle. Samalla viikolla pääsin pyytämään potilailta lupaa tutkimukseen osallistumiseen (liite 3 & 4). Kaikki potilaat suostuivat mielellään tapauksiksi opinnäytetyöhöni. Erikssonin ja Koistisen mukaan useamman tapauksen tutkimuksessa tulisi kiinnittää huomiota tapausten väliseen tasapainoon ja monimuotoisuuteen. Tapausten on tarkoitus kehittää ymmärrystä, jonka avulla voi muokata teoriaa tai käsitejärjestelmää. (2005, 22-23.) Opinnäytetyöhön valittiin kolme erilaista potilasta, mikä antoi opinnäytetyölle laajuutta. Kaikki kolme potilasta olivat vähän eri syistä vajaaravitsemuksen riskissä. Yhdellä potilastapauksista oli reisiluunmurtuma, yksi oli aliravittu ja kolmas oli sekä aliravittu, että syöpäpotilas. Kaikki potilastapaukset olivat iäkkäitä, yli 70-vuotiaita.

Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen raja ei ole aina selkeä. Laadullisessa tutkimuksessa voi olla luokituksia ja kategorioita, kuin myös määrällisen tutkimuksen tuloksia voi tulkita myös sanallisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 75.) Omassa opinnäytetyössäni tutkimusmenetelmä laadullinen, mutta se sisältää myös määrällisen tutkimuksen piirteitä. Tutkimusmenetelminä opinnäytetyössäni olivat ruokailunseurantalomake sekä antropometrisistä mittauksista pituus, paino sekä painoindeksi.

5.2 Tiedonhankinta

Opinnäytetyöhön kuuluvat ruokailun- ja painonseuranta päästiin toteuttamaan heti potilailta saatujen suostumusten jälkeen. Ruokailusta kerättiin tutkimustietoa Sotkamon terveyskeskussairaalassa käytössä olevalla ruokailunseurantalomakkeella (liite1). Suominen ja Jyväkorpi (2012) suosittelivat teoksessaan, että ruokailun seuranta tulisi tehdä 1-3 päivän ajan. Omassa opinnäytetyössäni seuranta tehtiin viikon ajan. Vajaaravitsemuksen riskipotilaille on aloitettu tehostettu ruokavalio jo heidän hoitonsa alussa. Hoitajat täyttivät ruokailunseurantalomakkeet silmämääräisesti. Näin ollen aineiston kerääminen oli laadullista tutkimusta, havainnointia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114). Osastolla pyysin hoitajia keräämään potilastapauksieni ruokailunseurantalomakkeet henkilökunnan tilassa olevaan muovitaskuun. Ruokailunseurantalomakkeet viikon ajalta tulivat myös kaikki talteen. Se, mitä tarjottiin iltapalalla, merkittiin opinnäytetyön aikana lo-

makkeen lisätieto-kohtaan, mistä ohjeistin osaston hoitajia ennen seurannan alkua. Tiedonkeruulomakkeen (liite 2) olin tehnyt opinnäytetyöhön itse. Nämä lomakkeet sain täytettyä yhdessä osaston hoitajien kanssa. Tiedot lomakkeelle kerättiin Lifecare-potilastietojärjestelmästä. Tiedonkeruulomakkeen teko opinnäytetyössäni perustui teoriatietoon siitä, mitkä asiat vaikuttavat potilaan ravitsemushoittoon esimerkiksi potilaan perussairaudet ja sairaalassaolon syy.

Vajaaravitsemus on energian, proteiinin tai muiden ravintoaineiden saannin epäsuhdaa, ylimäärää tai puutetta. Siitä aiheutuu haittaa kehon koostumukseen, potilaan toimintakykyyn tai hoitotulokseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 24.) Opinnäytetyössäni keskityin energian ja proteiinin saantiin, koska tehostetussa ruokavaliossa näitä on pyritty lisäämään.

Sotkamon terveystieteiden sairaalalle ruoan valmistaa keittiö Apaja, jonka nettisivuilla on ilmoitettu ruokien ravintoainesisällöt. Tarjotun energian ja proteiinin määrän olen laskenut niiden arvojen mukaan. Ruokien ravintoarvojen laskemiseen kului opinnäytetyössäni yllättävän paljon aikaa. Keittiö Apajan nettisivuilla on ravintoainearvot aamupalalle, lounaalle ja päivälliselle. Ilmoitettu ruokajuoma on rasvaton maito. Olen opinnäytetyössäni muuttanut ruokajuoman sitä mukaa, mitä potilas ruokailunseurantalomakkeen mukaan on juonut, esimerkiksi piimää tai maitoa. REPRO-ruokaa syöville potilaille tarjotaan täysmaitoa ruokajuomaksi ja täydennysravintovalmisteita yksilöllisesti, jotka olen huomionut ravintoarvoja laskiessani. Apajan keittiöpäälliköltä sain ohjeen, miten heillä keittiössä rikastetaan REPRO-ruoat ja olen lisännyt rikastamisen myötä tulevan energian ja proteiinin määrän potilaalle päivittäin tarjotun ruoan arvoihin. Iltapalaksi tarjottujen ruokien arvot olen laskenut Finelin avulla. Fineli on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämä elintarvikkeiden kansallinen koostumustietopankki (www.fineli.fi). Apajan nettisivuilla ilmoitetut ruoat ovat annoskoossa M. Kahdella tapauksella opinnäytetyössäni on kuitenkin S-kokoiset annokset. M-kokoisista annoksista olen laskenut S-koon annoksen Perusruokavalioiden annostelu ravintokeskuksessa -ohjeen mukaan, jonka sain myös Apajasta.

Ruokailunseurantalomakkeilla sain tietoa potilaan ruoankäytöstä viikon ajalta. Ruokailunseurantalomakkeen nestelistalta sain ylös potilaille tarjotut täydennysravintovalmisteet ja ruokajuomat. Seurannalla sain arvioitua energian ja proteiinin määrän, jonka potilas on syönyt. Ruokailunseurantalomakkeella on kohdat lähes kaikki, yli puolet, alle puolet, alle ¼ tai ei mitään, joiden perusteella kerroin aterian energian ja proteiinin määrän 100%, 75%, 50% tai 25%.

Ruokailun seurantalomakkeella arvioitiin siis, miten paljon potilas on tarjotusta ruokamäärästä syönyt. Tuloksia tarjotusta ja syödystä energian ja proteiinin määrästä vertasin Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010) suosituksiin energian ja proteiinin saannista sairaalapotilaalle. Energian ja proteiinin määrien laskeminen ja toisiinsa vertaaminen oli opinnäytetyössäni määrällistä tutkimusta. Määrällisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat muun muassa numeerinen mittaaminen ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteleminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 62).

Potilaan energiantarpeen arviointi on lisäksi hyvin yksilöllistä ja energian saannin riittävyttä tulisivatkin sen vuoksi arvioida säännöllisellä punnitsemisella (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 33). Ikääntyneille on omat ravitsemussuosituksensa, esimerkiksi sairaudesta toipuvan tai levottoman ja paljon liikkuvan energiantarve on ilmoitettu olevan 36 kcal/painokilo (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010,18). Ravitsemushoitosuosituksissa ikääntyneille (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010) ei kuitenkaan ilmoitettu, mikä on tavoite painoindeksi, minkä mukaan kilokaloreita painokiloa kohden lasketaan. Arvioin tilannetta ja päädyin käyttämään Valtion ravitsemusneuvottelukunnan Ravitsemushoitosuositusten (2010) mukaisia energiantarpeen määriä. Suositukset on kuitenkin tarkoitettu sairaaloille, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Proteiinin saannin tavoitteena tehostetussa ruokavaliossa on perusruokavalion yläraja, eli 20 % energiasta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010,100). Ravitsemushoitosuosituksissa ikääntyneille (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010) on kerrottu, että ikääntyneiden normaali proteiinintarve on 1-1,2g/painokilo/vrk, mutta akuutisti sairaalla tätäkin enemmän. Suosituksissa ei kuitenkaan kerrota tavoitepainoindeksiä, jonka mukaan arvo pitäisi laskea, joten opinnäytetyössäni arvioin proteiinintarpeen määrän siten, että se on 20% kokonaisenergiasta.

Potilaan painoa ja sen muutoksia seurasin käytössä olevan Lifecare-potilastietojärjestelmästä. Myös pituus ja painoindeksi löytyivät sieltä. Merkitsin tiedot yhdessä osastolla työskentelevän hoitajan kanssa tiedonkeruulomakkeelle. Painonseuranta tein kolmelta viikolta, jolloin mittauskertoja osastolla oli neljä: tulopaino ja paino viikon välein. Vajaaravitsemuksen riskin potilailta seurataan painoa kerran viikossa ja sen mittaavat hoitajat. Painon seuranta on helppo ja nopea tapa seurata potilaan ravitsemustilaa (Suominen & Jyväkorpi 2012). Paino mitataan kevyissä sisävaatteissa ilman kenkiä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 28). Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010, 33) mukaan potilaan painohistoria kertoo energian saannin riittävydestä tai ylimäärästä kulutukseen nähden. Energiansaannin sopivuutta pystyy arvioimaan potilaan painoa säännöllisesti mittaamalla.

6 TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU

Tapaustutkimuksessa lähtökohtana on siis kerätä mahdollisimman monipuolinen aineisto ja kuvata tutkimuksen kohde perusteellisesti. Aikaisempien tutkimusten hyödyntäminen voi kuulua tapaustutkimukseen. (Laine, Bamberg & Jokinen 2008, 10) Tiedonkeruumenetelmillä pyrin saamaan mahdollisimman hyvän kuvan potilaan ravitsemuksesta. Seurantalomakkeiden tulokset olen esittänyt opinnäytetyössä graafisesti ja tapauskohtaisesti. Tulosten esittäminen graafisesti on vaikuttavaa ja se antaa lukijalle helposti kuvan yleisestä jakaumasta (Vilkkä 2007, 138). Lisäksi olen ottanut huomioon aiempia tutkimuksia aiheesta, jotka liittyvät potilaiden ravitsemushoitoon ja sen vaikutuksiin sairaalassa. Näillä keinoilla olen kuvannut tapausten kautta mahdollisimman hyvin Sotkamon terveyskeskussairaalan tehostettua ravitsemushoitoa.

6.1 Potilastapaus 1

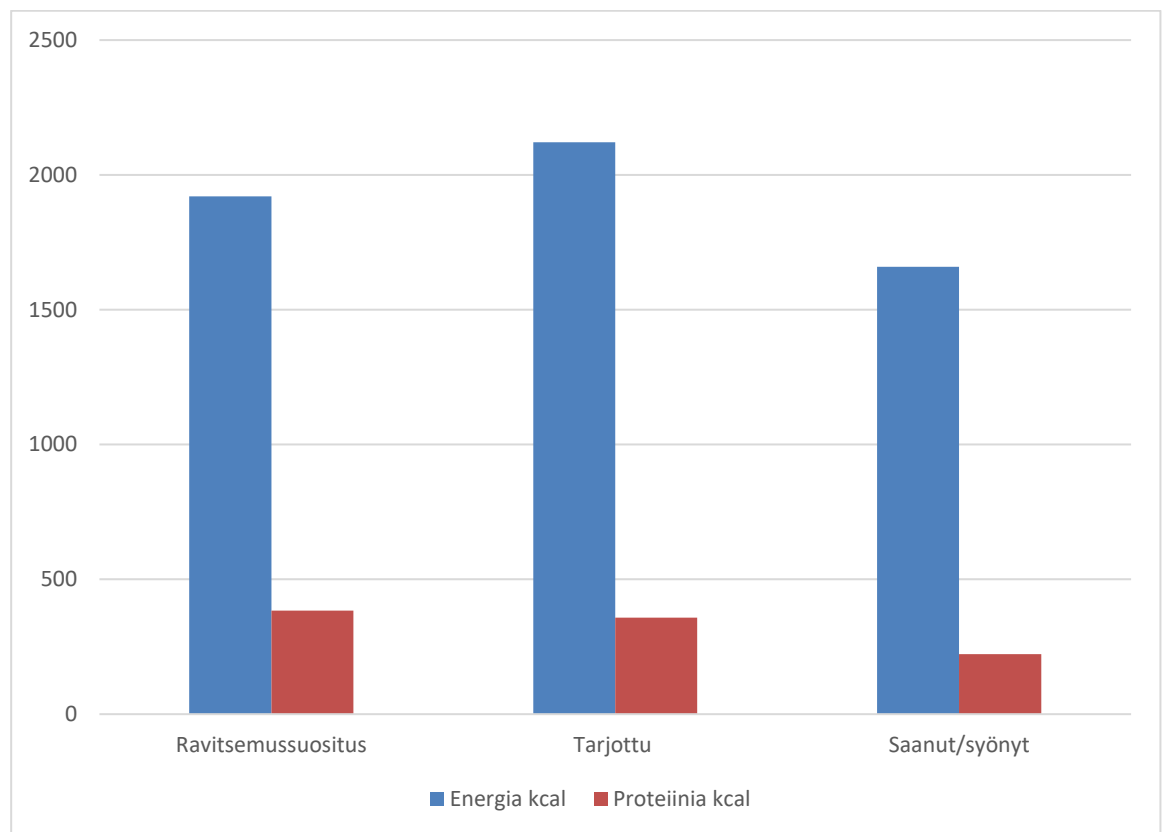
Ensimmäinen potilastapaus opinnäytetyössäni on 82-vuotias nainen, joka on sairaalassa reisiluun murtuman vuoksi. Ruokailutilanteessa hän on omatoiminen. NRS2002- seulonnan perusteella hän on vajaaravitsemuksen riskissä, joten hänelle tarjotaan runsasenergistä ja- proteiinista, REPRO-ruokaa. Perussairauksina potilaalla on nivelreuma, verenpainetauti, kilpirauhasten vajaatoiminta, sydämen vajaatoiminta ja krooninen eteisvärinä.

Potilaan pituus on 170cm ja tulopaino 77,9kg. Painonseurantaa ei ole jatkettu osastolla, eli muut painotiedot puuttuvat. Potilaan painoindeksi on 26,96. Valtionravitsemusneuvottelukunnan mukaan (2010, 33) ikääntyneiden suositeltava painoindeksialue on 24-29 kg/m². Potilaan painohistoria kertoo energian saannin riittävydestä tai ylimäärästä kulutukseen nähden. Energiansaannin sopivuutta pystyy arvioimaan potilaan painoa säännöllisesti mittaamalla. (2010, 33.) Tässä tapauksessa energiansaannin riittävyyttä ei pysty arvioimaan painotietojen mukaan, sillä potilasta ei ole punnittu säännöllisesti.

Potilaalle tarjottiin sairaalassa M-kokoisia annoksia. Saadun energian määrää laskiessani olen ottanut huomioon potilaan ruokajuoman ja tarjotut lisäravintovalmisteet, jotka näkyivät ruokailunseurantalomakkeissa. Ruokailunseurantalomakkeita tämän tapauksen kohdalla oltiin täytetty Ruokailu aterioittain -kohdassa siten, että yhdeltä päivältä viikon seurannassa oli merkintä jokaisen aterian kohdalla. Täten en pystynyt laskemaan syödyn

ruoan määrää kuin yhdeltä päivältä. Syödyn ruoan määrä piti olla opinnäytetyössäni keskiarvo koko viikolta, mutta nyt se on vain arvo yhdeltä päivältä. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositusten (2010, 33) mukaisesti arvioin potilaan energiantarpeeksi 30kcal/painokilo/vrk, kun tavoitepainoindeksi on 22kg/m², joka on keskiarvo suosituksen tavoitepainoindeksistä. Suositus on tarkoitettu aikuiselle vuodepotilaalle tai vähän liikkuvalla. Tällöin potilaan energiantarpeeksi tulisi 30kcalx64kg=1920kcal/vrk. Proteiinintarpeen olen opinnäytetyössä arvioinut olevan 20% kokonaisenergiasta. Tässä tapauksessa proteiinin tarvetta voisi arvioida Suomisen ja Jyväkorven (2012, 13) mukaan myös 1,5-2g painokiloa kohden. Jos tavoitepainoindeksi tässäkin lukemassa olisi 22kg/m², niin suositeltu proteiinin saanti voisi olla jopa korkeampi, kuin olen nyt opinnäytetyössäni kuvannut.

Taulukko 1. Ensimmäisen potilastapauksen energian ja proteiinin saantiarvot ravitsemussuosituksen, tarjotun ja syödyn ruokamäärän mukaan.



Taulukossa 1 on ravitsemussuosituksen mukaan tehty arvio juuri tämän potilaan suositelusta energian ja proteiinin saantimäärästä. Keskimmaisiet pylväät kuvaavat laskemaani arviota potilaalle tarjotusta energian ja proteiinin määrästä. Oikeanpuoleiset pylväät kuvaavat potilaan syömää määrää, jonka olen arvioinut ruokailunseurantalomakkeiden avulla. Taulukosta nähdään, että tämän arvion perusteella potilaalle tarjotun energian

määrä on ollut riittävä. Lisäksi tarjotun proteiininkin määrä on lähes suositusten mukainen. Syöty ruoan määrä puolestaan on suosituksia alempi sekä energiassa, että proteiinissa.

Tehostetussa ravitsemushoidossa käytetään runsaasti proteiinia sisältäviä täydennysravintovalmisteita (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 38). Potilaalle on ruokailunseurantalomakkeen mukaan tarjottu täydennysravintojuomia päivittäin. Keskiarvoisesti nämä valmisteet ovat lisänneet energiansaantia noin 270kcal/päivä ja proteiinin saantia noin 18,2g. 18,2g proteiinia on esimerkiksi tässä tapauksessa 1/3-osa saadusta proteiinin määrästä ja 270kcal 1/6-osa saadusta energiasta.

Osteoporoosin Käypä hoito -suosituksissa (2018) kerrotaan, että yksilön murtumavaaraa tulee arvioida myös muut vaaratekijät, joista yksi on vajaaravitsemus. Suominen ja Jyväskylä (2012, 13) kertovat, että proteiineja tarvitaan lihaskunnon ja voiman ylläpitämiseen. Lisäksi ne ovat välttämättömiä rakennusaineita myös luustossa. Sen vuoksi murtumat lisäävät proteiinintarvetta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 33 ja Suominen & Jyväskylä 2012, 13). Tällä potilastapauksella on reisiluun murtuma, joten tehostettu ravitsemushoito hänen kohdallaan on tarpeellinen.

Tässä potilastapauksessa tarjottu energiamäärä oli arvioidun suosituksen mukaan riittävä. Energiantarpeen arviointiin käytettävää painonseurantaa ei kuitenkaan oltu tehty, joten en voi sanoa oliko energian saanti oikealla tasolla. Syödyn ruoan määrää pystyin laskemaan vain yhdeltä päivältä vajaiden ruokailunseurantamerkintöjen vuoksi. Proteiininmäärä oli juuri alle arvioimani suosituksen mukainen. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemushoitosuosituksen (2010, 38) mukaisesti ruokaa rikastettiin tälle potilaalle sekä keittiössä, että osastolla. Mielestäni sillä oli tässä tapauksessa suurestikin merkitystä, sillä ilman rikastamista ja täydennysravinteiden tarjoamista potilaalle tarjotun ruoan energian ja proteiinin määrä ei olisi ollut riittävä.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on laatinut Ravitsemushoitosuosituksissa (2010, 55) ravitsemushoidon laatukriteerit, joista en tutkinut opinnäytetyössäni kaikkia kohtia. Tältä potilastapaukselta oli toteutunut laatukriteereistä vajaaravitsemuksen riskin arviointi ainakin kerran osastolla olon aikana. Hänen ravitsemushoitoaan oltiin myös tehostettu tilaamalla REPRO-ruoka ja tarjoamalla säännöllisesti täydennysravintovalmisteita. Laatukriteerit eivät kuitenkaan tämän seurannan aikana toteutuneet ruokailun-, eikä painonseurannassa, joiden avulla ravitsemushoidon toteutumista voisi seurata.

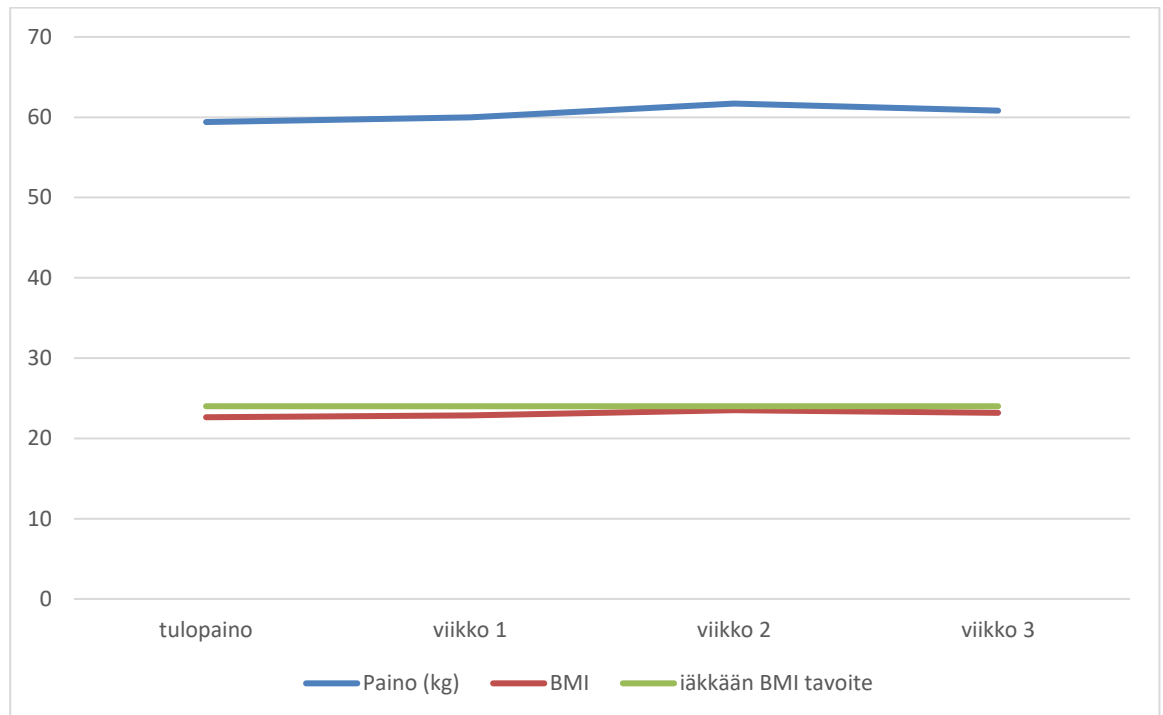
6.2 Potilastapaus 2

Toisena potilastapauksena opinnäytetyössäni on 76-vuotias nainen, joka tuli alun perin osastolle reisiluun murtuman vuoksi ja tällä hetkellä odottaa hoitopaikkaa hoitokotiin. Ruokailutilanteissa hän on omatoiminen. Perussairauksina hänellä on Alzheimerin tauti, verenpainetauti, hyperkolesterolemia (veren normaalia suurempi kolesterolipitoisuus), nivelreuma ja nivelrikko.

Potilaan paino- ja painoindeksitiedot ovat kuvattu seuraavassa kaaviossa. Kuten kaaviosta nähdään, potilaan painoindeksi on hoidon alussa ollut hieman alempana, kuin iäkkäällä on painoindeksitavoitteena. Painoindeksi oli hoidon alussa 22,63 ja kolmannella seurantakerralla 23,17. Ikääntyneen suositeltu painoindeksialue on 24-29 (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010,33). Potilaan paino seurannan alussa oli 59,4 kg ja seurannan lopussa 60,8 kg. Potilaan energiansaannin sopivuutta pystyy arvioimaan potilaan painoa säännöllisesti mittaamalla (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 33). Tässä potilastapauksessa painon seuranta oli suoritettu säännöllisesti viikon välein ja siinä oli tapahtunut lievää nousua. Voidaan siis painohistorian perusteella ajatella, että potilaan energiansaanti on ollut sopivaa.

Kyseisellä potilaalla on Alzheimerin tauti. Hiltusen kirjoittaman artikkelin (2009) mukaan muistisairaus johtaa usein laihtumiseen, koska levottomuus ja sekavuus lisäävät energiankulutusta ja vähentävät syömistä. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010, 184) mukaan muistisairaahan henkilön ravitsemuskuntoutuksen tavoitteena on laihtumisen ehkäisy. Opinnäytetyössäni olevan potilastapauksen painohistoria, on siinäkin mielessä positiivinen, että muistisairauteen liittyvää painonlaskua ei ainakaan näinä seurantaviikkoina ole ollut.

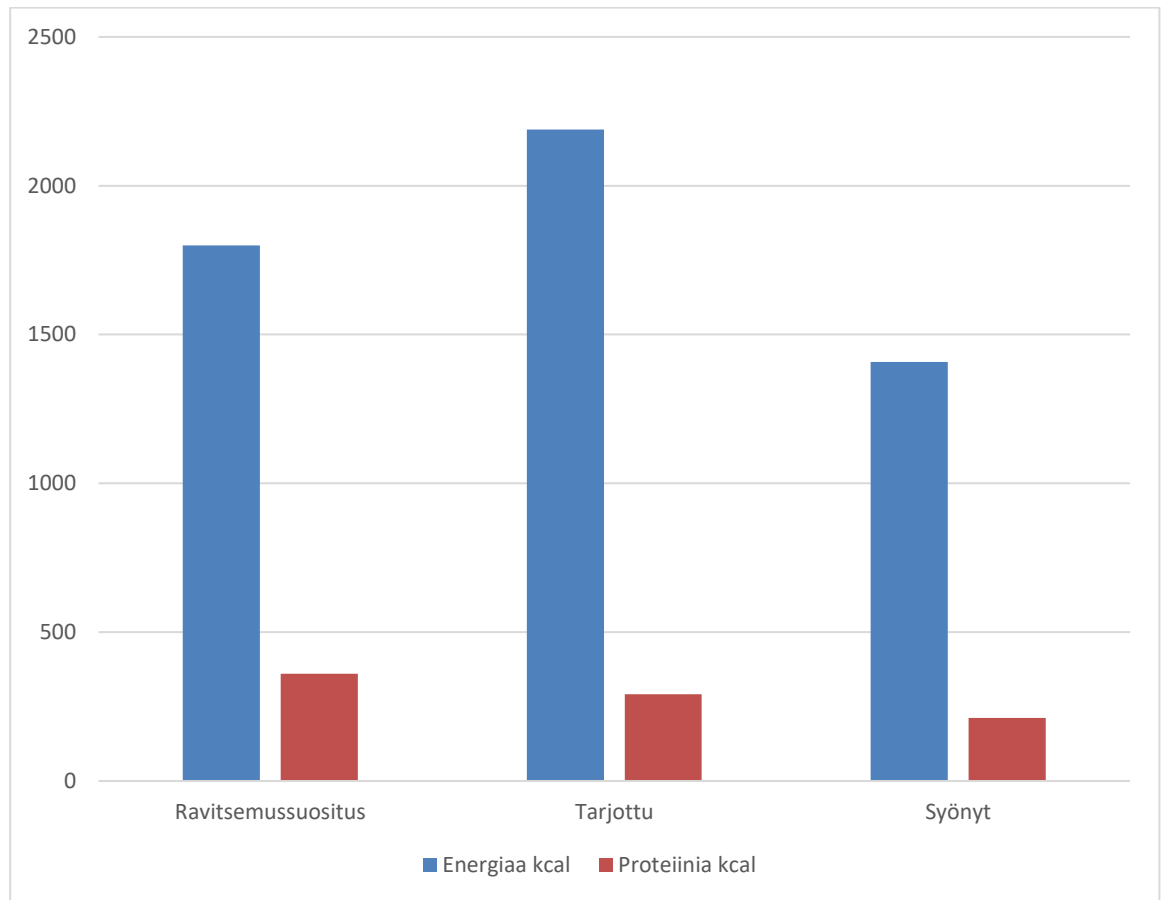
Taulukko 2. Toisen potilastapauksen painon ja painoindeksin kehittyminen, sekä tavoite BMI.



Tämän potilastapauksen ruokien annoskoko oli S. Myös hänelle tarjottiin Sotkamon terveyskeskussairaalassa runsasenergistä ja –proteiinista ruokaa. Saadun energian määrää laskiessani olen ottanut huomioon, että potilaan ruokajuomana on ollut maito, joka vaajaravitsemuksen riskipotilailla on täysmaito. Lisäksi olen huomionnut energian- ja proteiinin saannissa annetut täydennysravintovalmisteet. Ruokailun seurantalomakkeita tämän tapauksen kohdalla oltiin täytetty kokonaan kahdelta päivältä viikon seurannassa. Saadun energian ja proteiinin määrän olen laskenut näiden päivien keskiarvosta.

Suosittelua energiantarvetta mietimme tässäkin tapauksessa yhdessä ravitsemusterapeutin kanssa. Ravitsemussuosituksissa ikääntyneille (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 18) liikkeellä olevan ja itse ruokailevan energiantarve on 30kcal/painokilo. Ravitsemushoitosuosituksissa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 33) vuodepotilaan tai vähän liikkuvan normaalipainoisen energiantarve on sama, kun tavoitepainoindeksi on 21-23 kg/m². Päädyin siis käyttämään tuota lukua energian saantisuositukseksi. Proteiinin saantisuositus on laskettu tehostetun ravitsemushoidon suosituksen mukaan olevan 20% kokonaisenergiasta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 100). Proteiinin saantisuosituksesta tulisi sama, jos sen laskisi 1,5g/painokilo, joka on suositus dementiaa sairastavalle (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 184).

Taulukko 3. Toisen potilastapauksen energian ja proteiinin saantiarvot ravitsemussuositusten, tarjotun ja syödyn ruoan mukaan.



Taulukossa 3 vasemmalla on kuvattu tämän potilastapauksen energian ja proteiinin saantisuositukset, keskellä on kuvattu hänelle tarjottu proteiinin ja energian määrä osastolla ja oikealla hänen syömänsä osa näistä. Tarjottu energiamäärä ylittää suosituksen, mutta potilaan syövä määrä alittaa sen. Potilaan syövä määrä on kuitenkin kuvaus vain kahdelta päivältä. Painon seurannan mukaan voidaan arvioida potilaan saaman energian määrän olleen sopiva. Arvioitua suosituksen mukaiseen proteiinin määrään ei ylletty tarjotussa eikä syödyssä määrässä. Tarjottu proteiinin määrä on noin 20% vähemmän ja syöty määrä 40% vähemmän kuin suositeltu määrä. Potilas on ruokailun seurantalomakkeen mukaan saanut kuutena päivänä viikon seurannassa. Keskiarvolta täydennysravintovalmisteet ovat lisänneet muista ruoista saatuun energian määrään noin 210 kcal ja proteiinia 11g. Syödyistä määrät täydennysravintovalmisteiden energia on 15% ja proteiini 20%.

Muistisairaiden tiedetään olevan proteiini- ja energia-aliravitsemuksen vaarassa. Esimerkiksi Alzheimerin tautiin liittyy yleisesti laihtuminen. Aliravitsemuksen tiedetään olevan yhteydessä nopeammin laskevaan toimintakykyyn. (Nuotio, Tuominen, Hartikainen, Lampi,

Luukkala & Jänntti, 2009.) Toimintakyvyn heikkeneminen liittyy lihaskatoon, mikä on vanhuksilla vielä nopeampaa kuin nuoremmilla potilailla. Riittävä proteiinin- ja energiansaanti ehkäisee lihaskatoa ja näin myös toimintakyvyn laskua. (Jämsen, Kerminen, Strandberg & Valvanne 2015.) Jos muistisairaalla potilaalla jää usein ruoka syömättä pitäisi hoitohenkilöstön arvioida mistä tilanne johtuu. Muistisairaudessa ruokailun sujumiseen liittyy monta asiaa: Tarvitseeko potilas apua ruokailussa? Pystyykö hän keskittymään ruokailuun? Onko hänellä purenta tai nielemisvaikeuksia? (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 187.)

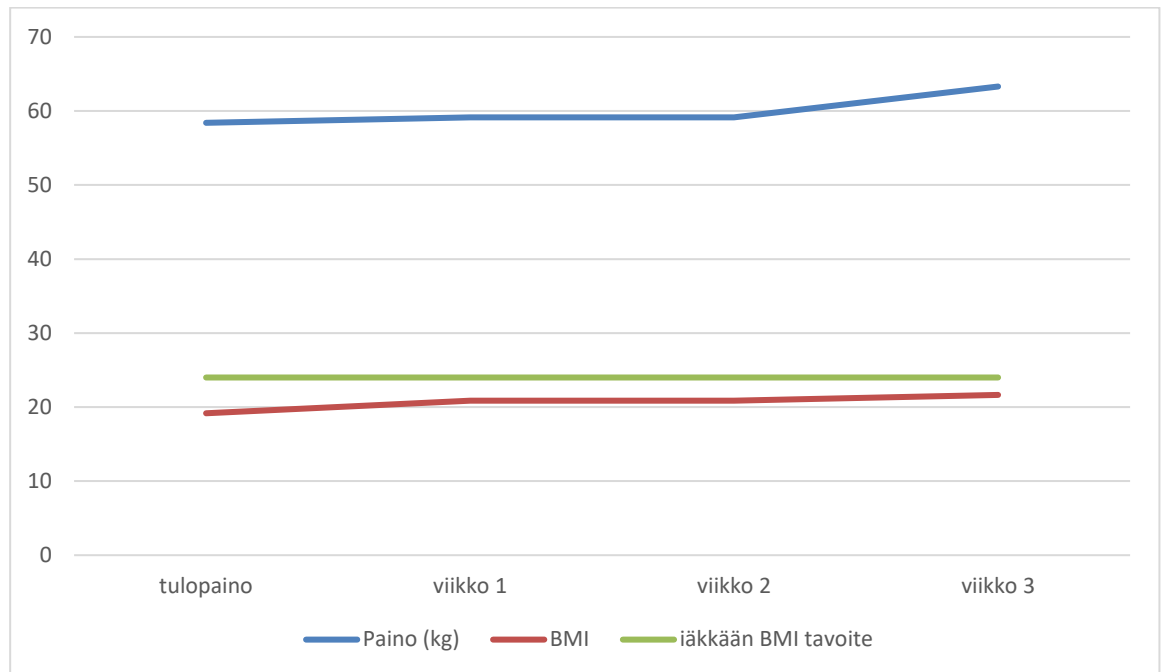
Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010,55) ravitsemushoidolle asettamista laatuksiteereistä tämän potilastapauksen kohdalla toteutuu moni asia. Vajaaravitsemuksen riski on arvioitu potilaalta ainakin kerran hoitojakson aikana ja hänelle ravitsemustaan on vajaaravitsemuksen riskin mukaan tehostettu. Potilaan ravitsemuksen tilaa on seurattu säännöllisesti punnitsemalla hänet. Potilasruokailua ei oltu seurattu säännöllisesti ruokailunseurantalomaketta täyttäen.

6.3 Potilastapaus 3

Kolmantena potilastapauksena opinnäytetyössäni on 81-vuotias mies. Hän tuli osastolle kotona pärjäämättömyyden vuoksi. Ruokailutilanteissa hän oli omatoiminen. Perussairauksina hänellä oli aorttaläpän ahtauma, valtimonkovettumatauti, krooninen eteisvärinä, metastasoitunut eturauhassyöpä.

Potilaan painotiedot on kuvattu alla olevassa kaaviossa, jossa näkyy myös hänen BMI ja iäkkäiden ihmisten suositusten mukainen BMI. Potilas on alipainoinen, koska BMI painon seurannan alussa oli 19,17(Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 31). Hänen painonsa painon seurannan aikana on ollut noususuuntainen, joka voi kertoa riittävästä energiansaannista kulutukseen nähden. Potilaan tulopaino on ollut 58,4 ja painon seurannan kolmannella punnituskerralla 63,3. Painon muutokseen saattaa vaikuttaa myös turvotukset (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 30). Edennyttä syöpää sairastavilla turvotus, esimerkiksi raajoissa on yleistä (Riikola & Hänninen 2012).

Taulukko 4. Kolmannen potilastapauksen painon ja painoindeksin kehittyminen, sekä tavoite BMI.



Potilastapaukselle tarjottiin runsasenergistä ja -proteiinista ruokaa opinnäytetyöhön kuuluvan seurannan aluksi, mutta kolmantena seurauspäivänä ruoka vaihdettiin velliksi potilaan toiveen mukaan. Syövän oireet saattavat vähentää ruokahalua, jolloin ruokahaluttomalle potilaalle tilataan toiveruokia mahdollisuuksien mukaan. Syöpäpotilailla ravitsemushoidon tavoitteena on kuitenkin turvata riittävä ravinnon ja nesteensaanti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 178.) Koska potilaan ruokavalio on muuttunut kesken tutkimuksen, en laskenut tarjottua enkä syötyä energian tai proteiinin määrää. Ruokailuseurantalomaketta oltiin tämän potilaan kohdalla täytetty viiden päivän ajalta kokonaan viikon seurannassa.

Arvioin kuitenkin potilaalle suositellun energian ja proteiinin määrän. Energian saantisuosituksen laskin alipainoisen potilaan tarpeen mukaan, 35kcal/painokilo kun tavoitepainoindeksi on 21-23 (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 33). Sairaudesta toipuvan iäkkään energian saantisuositus on lähes sama, 36kcal/painokilo (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 18). Tehostetussa ruokavaliossa proteiinin saannin tavoitteena on perusruokavalion yläraja eli 20 % energiasta. Tällöin potilaan energian saantisuositus $65\text{kg} \times 35\text{kcal/painokilo} = 2275\text{kcal/vrk}$ ja proteiinin saantisuositus 113,75g. Nestelistan mukaan potilaalle tarjottiin viitenä päivänä viikon aikana täydennysravintovalmisteita. Näistä hän on keskimäärin saanut viikon aikana energiaa 227kcal ja proteiinia 14g. Runsaasti

proteiinia sisältävät täydennysravintojuomat ovat hyvä tapa lisätä ruokavalion proteiinin määrää (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 38).

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan laatimista ravitsemushoidon laatukriteereistä (2010, 55) toteutuu tämän potilastapauksen kohdalla moni asia. Potilaan vajaaravitsemuksen riski on arvioitu ainakin kerran osastolla ja hänen ravitsemustaan on tehostettu sen mukaan. Potilaan painoa on seurattu melko säännöllisesti, yksi punnituskerta oli jäänyt seurannan aikana välistä. Potilaan ruokailua oltiin seurattu lomakkeiden avulla paremmin, kuin muiden potilastapausten. Ruokailunseurantalomake oltiin täytetty kokonaan viitenä päivänä seitsemästä.

7 OPINNÄYTETYÖN POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, miten tehostettu ravitsemushoito toteutuu Sotkamon terveystieteiden keskuslaitoksen sairaalassa. Tavoitteena oli auttaa kehittämään vajaaravitsemuksen riskipotilaan ravitsemushoitoa ja sen toteuttamista. Hirsjärven ym. (2009, 263) mukaan pohdinnassa tarkastellaan tutkimustuloksia suhteutettuna taustakirjallisuuteen ja tutkimustehtävään. Tarkoituksena on arvioida tulosten merkitystä, luotettavuutta ja käytettävyyttä.

Tutkimuskysymyksenä oli, miten suunniteltu ravitsemushoito toteutuu Sotkamon terveystieteiden keskuslaitoksen sairaalassa? Opinnäytetyö oli tapaustutkimus, jossa käsiteltiin kolmea tapausta. Tapausten ravitsemushoitoa arvioitiin ruokailun- ja painon seurannan avulla. Lisäksi tapauksia on kuvattu aiemman näyttöön perustuvan tiedon avulla.

7.1 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset

Ravitsemushoidon seuraaminen ei toteutunut näiden tapausten välillä tasapuolisesti. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010, 18) mukaan hoitohenkilökunnan tehtävänä on seurata potilaan ravinnonsaantia ja painon seurantaa. Kainuun sotien vajaaravitsemushankkeen myötä ravinnonsaantia on ohjattu seuraamaan ruokailun seurantalomakkein. Ruokailun seurantalomakkeita oltiin aterioiden osalta täytetty epäsäännöllisesti. Opinnäytetyössä painon seuranta oli jostakin syystä jäänyt yhden potilaan kohdalla. Tulopainoa lukuun ottamatta paino oli jäänyt seuraamatta. Kahdella muulla potilastapauksella painoa oltiin seurattu opinnäytetyön aikana. Painon seuranta on tärkeä osa potilaan ravitsemushoitoa, koska sillä arvioidaan energiansaannin riittävyttä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 94).

Energian ja proteiinin saantisuosituksia vertaan tässä pohdinnassa vain kahden ensimmäisen potilastapauksen osalta, koska kolmannen potilaan ruokailua en pystynyt seuraamaan. Proteiinin saantisuositus oli molempien potilaiden kohdalla korkeampi kuin tarjottu määrä. Ruokailun seurantalomakkeita tarkastelemalla, potilaat eivät syöneet kaikkea tarjottua ruokaa, joten potilaiden syönnön määrä jäi proteiinin saantisuosituksessa vielä alemmas. Jyväkorven (2016, 9-10) mukaan vähäinen proteiinin saanti lisää haurastumisen riskiä, kiihdyttää lihaskatoa ja heikentää vastustuskykyä. Hänen mukaansa

ruokavalion heikko laatu, riittämätön proteiinin ja muiden suojaravintoaineiden saanti oli yleistä kaiken kuntoisilla ikääntyneillä. Proteiinipitoisten täydennysravintovalmisteiden tarjoaminen näille potilastapauksille näytti olevan tässä opinnäytetyössä tärkeä proteiinin lähde.

Energiantarvetta on vaikea arvioida ilman painonseurantaa. Toisen potilastapauksen kohdalla voidaan painonseurannasta nähdä, että paino on pysynyt hyvin samana hoitajakson ajan. Energian saanti oli tarjotussa ruoassa korkeammalla kuin suosituksissa. Potilaan painonseurannassa sitä voidaan kuitenkin pitää hyvänä asiana. Koska ruoka on ollut energiapitoisempaa, potilaan paino on pysynyt samalla linjalla, vaikka hän ei ole syönyt kokonaisia annoksia.

Opinnäytetyöni oli tapaustutkimus, millaisessa tutkimuksen lähestymistavassa tarkoitus ei ole yleistää tietoa. Pää tarkoituksena tälle tutkimustyypille on tuottaa yksityiskohtaista ja täsmentävää tietoa tutkimuksen aiheesta. (Eriksson & Koistinen 2005, 34.) Näiden tapauksen kohdalla kuitenkin tehostettu ravitsemushoito oli toteutunut hyvin monessa suhteessa. Vajaaravitsemuksen riski oltiin seulottu. Seulonnan tuloksen perusteella potilaille oltiin tilattu runsasenerginen ja -proteiininen ruoka. Ruokailunseurantalomakkeiden nestelistan perusteella näille kaikille kolmelle potilaalle oltiin myös tarjottu täydennysravintovalmisteita. Opinnäytetyön aikana huomattiin myös kolmannen potilastapauksen kohdalla, miten yksilöllinen ruokatilaus, hänen kohdallaan velliruoka, onnistuu Sotkamon terveyskeskussairaalassa. Ravitsemushoidon seuranta Sotkamon terveyskeskussairaalassa voisi olla säännöllisempää, koska opinnäytetyössä huomattiin, että kaikkia kirjauksia seurantaan liittyen ei oltu tehty. Seurannan avulla pystytään suunnittelemaan potilaan ravitsemushoitoa sekä antamaan ravitsemusohjausta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 32).

Opinnäytetyön valmistuttua Sotkamon terveyskeskussairaalalla on mahdollisuus kehittää potilaiden, erityisesti vajaaravitsemuksen riskipotilaiden ravitsemushoitoa. Proteiinin lisääminen ruokavalioon sekä ravitsemushoidon seuranta, olisivat hyviä kehittämisen kohteita. Opinnäytetyötä tehdessäni näin potilastapausten ruokailunseurantalomakkeilta, että iltapalaa oltiin tarjottu melko niukasti. Iltapala saattoi olla esimerkiksi vain soppamukillinen. Ravitsemushoitoa voisi kehittää esimerkiksi iltapalan suhteen. Voisiko keittiöltä tulla osastolle päivittäin iltapala, joka tarjottaisiin kaikille potilaille automaattisesti? Iltapalana voisi olla esimerkiksi jokin maitopohjainen velli, rahka tai muu proteiinipitoisempi välipala,

jolloin päivittäistä proteiinin saantiakin saataisiin nostettua. Myös erikseen tarjotuilla välipaloilla voisi lisätä proteiinin saantia. Opinnäytetyön aikana potilaille ei oltu tarjottu ylimääräisiä välipaloja.

Ravitsemushoidosta on myös mahdollista tehdä jatkotutkimuksia, jotka voivat liittyä esimerkiksi ravitsemushoitoon hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyössäni tuli esille, että ravitsemushoidon seuranta ei ole säännöllistä. Jatkotutkimus voisi liittyä esimerkiksi siihen aiheeseen, että mitkä asiat hoitajien työssä vaikuttavat ravitsemushoidon toteutumiseen. Myös potilaiden näkemys siitä, millaiseksi he kokevat ravitsemushoidon, olisi hyvä tutkimusaihe. Opinnäytetyössäni ruokailunseurantalomakkeista selvisi, että potilaat eivät syö kaikkea tarjottua ruokaa. Hakalan (2015) mukaan ikääntyminen ja sairaudet heikentävät ruokahalua. Myös suun sekä hampaiden ongelmat, kuten vähentynyt syljeneritys, purenta- ja nielemisvaikeudet vaikuttavat syödyn ruoan määrään. Tällaisista syömiseen liittyvistä ongelmista voisi tehdä tutkimuksen ja kartoittaa, miten ravitsemushoitoa voitaisiin niiden osalta parantaa.

Opinnäytetyötä tehdessäni heräsi mieleeni kysymys, onko proteiinin ja energian saantisuosukset kohdillaan perusruokavaliossa? Perusruokavalion M-koon annoksista laskiesani aamiainen, lounas ja päivällinen sisälsivät energiaa keskimäärin 1420 kcal ja proteiinia 62g. Näihin arvoihin lisätään iltapalalla tarjottujen ruokien energian ja proteiinin määrä. 62 grammaa proteiinia on 62-kiloisen terveen iäkkään proteiinin saantisuositus. Riittääkö perusruokavaliossa proteiinin saanti esimerkiksi 85-kiloiselle iäkkäälle potilaalle, vaikka hän ei olisikaan hoitoon tullessaan vajaaravitsemuksen riskissä?

7.2 Luotettavuus

Opinnäytetyössäni potilastapausten määrä on laadulliselle tutkimukselle tyypillinen ja ravitsemushoidon seuranta Sotkamon terveystieteiden sairaalassa tehtiin havainnoiden, eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Sen vuoksi käytän luotettavuuden arvioinnissa laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerejä, jotka ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuutta lisää se, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää ne. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,198.) Omassa tutkimuksessa pyrin selkeyttämään tuloksia taulukoilla ja sillä, että esitin tulokset tapauksina potilaskohtaisesti. Opinnäytetyön raportoinnissa otin huomioon myös aiempia näyttöön perustuvia julkaisuja asioista, jotka vaikuttavat ravitsemushoitoon ja sen toteutumiseen.

seen. Opinnäytetyössä pyrin antamaan laajan, mutta selkeän kuvan tehostetusta ravitsemushoidosta ja sen toteutumisesta. Siirrettävyys kertoo siitä, miten hyvin tulokset voisivat olla siirrettävissä eri tutkimusympäristöön (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,198). Olen mielestäni kuvannut tutkimuksen kulun huolellisesti, joten olisi mahdollista, että se siirrettäisiin myös eri tutkimusympäristöön. Tutkimus kuitenkin koskee tiettyjä potilastapauksia, jolloin tutkimustulokset eivät olisi välttämättä lähellekään samat.

Käytössäni olleiden tutkimusmenetelmien luotettavuutta on hyvä pohtia. Energian ja proteiinin tarve on hyvin yksilöllistä ja laskemani suositukset opinnäytetyössä ovat arvioita. Ruokailunseurantalomakkeen täyttö perustuu hoitajien tekemälle silmämääräiselle havainnoinnille. Ruokailun seurantalomakkeelle merkitään, onko potilas syönyt lähes kaiken, yli puolet, alle puolet vai alle neljäsosan tai ei mitään. Potilas on saattanut syödä annoksesta esimerkiksi vain perunat, mutta sitä ei erikseen lomakkeelle kuulu merkitä. Ruokailunseurantalomake on kuitenkin luotettava lomake ravitsemuksen seurantaan, sillä se on sairaalaan tarkoitettu ja Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosittelema. Mielestäni ruokailunseurantalomakkeen käyttö tässä opinnäytetyössä oli tarpeeksi tarkka ja luotettava tutkimusmenetelmä. Ruoan punnitseminenkin on yksi vaihtoehto ruoankäytön seurannassa, mutta hoitajien tai opinnäytetyön tekijän resurssit ei mielestäni riitä niin tarkkaan ruokailunseurantaan opinnäytetyön laajuudessa tutkimuksessa.

Potilaan painoon vaikuttaa myös monta asiaa, esimerkiksi turvotukset. Potilailta, joilla on turvotuksia, pyritään tietenkin vähentämään niitä, jolloin potilaan paino luonnollisesti laskee. Turvotukset haittaavat potilaan painon seurantaan ravitsemuksen kannalta, sillä painonlasku johtuu turvotusten häviämisestä, eikä välttämättä liian vähästä energian saannista. Potilastapauksia valitessamme opinnäytetyöhön pyrimme välttämään potilaita, kennellä on turvotusta, jolloin painonseurannasta olisi hyötyä ravitsemustilan seurannan kannalta. Opinnäytetyön tuloksissa olen kuitenkin ottanut huomioon mahdollisten turvotusten muodostumisen painonseurannan aikana. Punnitsemisen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että hoitaja voi olla eri ja hoitajien työtavat voivat vaihdella. Sotkamon terveyskeskussairaalassa punnitseminen tapahtuu aamupesujen jälkeen. Tällöin virtsarakko on tyhjä ja potilas ei ole vielä syönyt aamupalaa. Punnitseminen tehdään aina samalla vaa'alla, jolloin tulokset eivät puntarin vuoksi vaihtelevat. Potilailta riisutaan kengät punnitsemisen ajaksi. Yleisesti kaikilla potilailta on kevyet sairaalavaatteet päällensä, jolloin vaatteiden paino ei muutu.

Ravitsemushoidon seurantamenetelmät opinnäytetyössäni ovat luotettavia, koska niitä käytetään tavallisestikin työelämässä, kun arvioidaan potilaan ravitsemuksen tilaa. Suomisen ja Jyväkorven (2012) mukaan ravitsemuksen arvioinnissa käytetään seuraavia keinoja: painonseurantaa, vajaaravitsemusriskin seulontaa sekä ruokailun seurantaa (25). Vajaaravitsemuksen riskin seulonnan ovat tehneet hoitajat ja seulontatuloksen perusteella opinnäytetyöhöni valikoituu vajaaravitsemuksen riskipotilaita. Opinnäytetyön luotettavuutta parantaa myös se, että olen saanut Kainuun sotella työskentelevältä lailistetulta ravitsemusterapeutilta neuvoa opinnäytetyön aikana esimerkiksi energian- ja proteiinintarpeen arvioinnissa ja teoreettisen viitekehyksen asianmukaisuudessa.

Opinnäytetyössäni aineiston havainnoi ja kirjasi Sotkamon terveyskeskussairaalan hoitajat ja osa kirjauksista oli puutteellisia. En kuitenkaan olisi lähtenyt tekemään opinnäytetyötä myöskään siten, että itse olisin ollut havainnoimassa ruokailua tai painoja, koska se ei olisi ollut mahdollista. Oma aikani ei olisi sellaiseen riittänyt. Se, että kaikkia kirjauksia seurantoihin ei oltu tehty, kertoo myös ravitsemushoidon toteutumisesta. Opinnäytetyön seurantaa olisi voinut tehdä pidempään, jolloin tehtyjä kirjauksia olisi voinut olla enemmän.

Työni luotettavuutta lisää luotettavat lähteet. Olen käyttänyt paljon aikaa tiedonhaunprosessiin. Tietokantoja, joista olen hakenut tietoa, ovat muun muassa Terveysportti, EBSCO-portaali, Medic ja Melinda. Tietoa hakiessani olen käyttänyt hakusanoja, kuten "malnutrition", "nutritional screening", "enteral nutrition", "elderly patient", "NRS2002", "vajaaravitsemus", "ravitsemushoito", "tehostettu ravitsemushoito", "ravitsemussuositukset" ja "sairaalapotilas". Tiedonhaussa löytyi paljon lähteitä, joista olen omaan opinnäytetyöhöni pyrkinyt ottamaan mahdollisimman luotettavia lähteitä. Lähteissä minulla on muun muassa Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja ESPEN. ESPEN (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) on eurooppalainen tieteellinen järjestö, jonka työhön osallistuu muun muassa tutkijoita, lääkäreitä ja ravitsemuksen asiantuntijoita. Opinnäytetyössäni olen käyttänyt lähteinä paljon myös kirjastosta lainattuja kirjoja. Kirjoissa olen pyrkinyt hakemaan mahdollisimman uusia painoksia. Osa lähteistä on kuitenkin jonkin verran vanhempia, koska niistä ei ollut uudempaa painosta olemassa. Aiempia tutkimuksia opinnäytetyössäni on vähän, koska en löytänyt tutkimuksia samanlaisella asetelmalla, kuin oma työni oli. Käytin aiempien tutkimusten hakuun pal-

jon aikaa koko opinnäytetyöprosessin aikana. En kokenut opinnäytetyössäni, että luotettavuutta lisäisi se, että vertaisin oman työni tuloksia tutkimukseen, jossa sairaalassa ei ole tehostetun ravitsemushoidon mallia käytössä.

7.3 Eettisyys

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen ovat Tutkimus hoitotieteessä -kirjassa (2013, 211-212) maininneet kahdeksan asiaa, jotka vaikuttavat tutkimuksen eettisyyteen. Heidän mukaansa tutkimusetiikka on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Ensimmäinen eettinen vaatimus tutkijalle on, että tutkijan on aidosti oltava kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta. Toiseksi on tunnollisuuden vaatimus, jonka mukaan tutkijan on perehdyttävä tunnollisesti valitsemaansa aiheeseen, jotta tieto olisi niin luotettavaa, kuin mahdollista. Kolmas eettinen vaatimus on vilpin välttäminen. Vaaran eliminoiminen, tulee huomioida tutkimusta suunniteltaessa. Sellaista tutkimusta, jossa on vaaran tai vahingon pelko, ei saa tehdä. Ihmisarvon kunnioittaminen on eettisissä vaatimuksissa viidentenä. Tutkimus ei saa loukata kenenkään ihmisarvoa. Sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus ovat eettisissä vaatimuksissa viimeisinä. Tutkijan täytyy suhtautua toisiin tutkijoihin arvostavasti.

Sain itse olla mukana miettimässä opinnäytetyöni aihetta, joten aiheeksi valikoitui sellainen, josta olen kiinnostunut. Koen opinnäytetyön olevan sekä Sotkamon terveyskeskussairaassa, kuin myös yhteiskunnallisesti tärkeä. Opinnäytetyöni ei ole aiheeltaan ketään henkilöä loukkaava. Olen paneutunut valitsemaani aiheeseen hyvin ja käyttänyt siihen paljon aikaa. Tietolähteet, joita käytin opinnäytetyössä, ovat harkittuja ja luotettavia. Olen opinnäytetyöni aikana saanut tukea ja toiminut opettajien sekä Sotkamon terveyskeskussairaalassa työskentelevien henkilöiden kanssa. Olen toiminut opinnäytetyöprosessin aikana heitä kohtaan kollegiaalisesti arvostaen

Opinnäytetyöhön osallistuvien henkilöiden yksityisyys on mielestäni iso eettinen asia tutkimuksessani. Tutkittavien henkilöllisyys ei saa paljastua tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille, eikä tutkittavien henkilöllisyys saa olla pääteltävissä valmiista raportista. Tutkimusluvan ja sen yhteydessä olevan saatekirjeen (liite 3) avulla kerroin tutkittavalle, miten hän tutkimukseen liittyy, mitä hänen potilastiedoistaan käytetään ja miten hänen

henkilöllisyyttään suojataan. Tutkittavien anonymiteetista huolehtimalla varmistetaan opinnäytetyön luottamuksellisuutta (Mäkinen 2006, 116). Opinnäytetyöhön osallistuneet tutkittavat tiesivät, että osallistuminen on vapaaehtoista. Kerroin saatekirjeessä, miten he tulisivat olemaan osallisina opinnäytetyön kulkuun. Potilaat saivat saatekirjeen itselleen ja yhteystietoni, mikäli heille heräsi vielä kysymyksiä opinnäytetyöhön liittyen. Suojasin opinnäytetyöhön osallistuvien potilaiden henkilöllisyyttä siten, että tutkimuslomakkeet olivat osastolla tallessa enkä vienyt niitä sieltä pois niin, että potilaiden henkilöllisyys lukisi niissä. Nimesin tutkimuslomakkeisiin potilaat numeroilla. Aineiston keräämisessä tulee huomioida anonyymiyden takaaminen, luottamuksellisuus ja aineiston asianmukainen tallentaminen ja hävittäminen. (Hirsjärvi 2013, 27.) Lomakkeet, jotka eivät enää kuulu potilaan hoitoon, tullaan hävittämään asianmukaisesti esimerkiksi silppurilla, kun opinnäytetyö on valmis. Opinnäytetyötä raportoitaessa olen kiinnittänyt huomiota siihen, että potilas ei ole tunnistettavissa.

7.4 Ammatillinen kasvu ja kehitys

Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio (2015) ovat määritelleet valtakunnallisesti yhte-näiset osaamiskuvaukset teoksessa Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Teok-sessa osaamisalueet on jaettu kompetenssien mukaisesti. Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä prosessi ja olen kehittänyt sen aikana monella eri kompetenssialueella.

Ammattikorkeakoulujen yhteisissä kompetensseissa (Eriksson ym. 2015, 14) on itsensä kehittäminen. Itsensä kehittämiseen kuuluu muun muassa oman osaamisen arviointi, omien oppimistapojen kehittäminen, oppimisen jakamiseen työyhteisössä ja oman oman toiminnan suunnittelu, organisointi ja kehittäminen. Itsensä kehittämisen taidot ovat opinnäytetyöprosessin mukana kehittyneet koko ajan. Olen tehnyt opinnäytetyön yksin, joten oman toiminnan suunnittelulla ja organisoinnilla sekä oman osaamisen arvioinnilla on ollut tärkeä osa työn edetessä. Opinnäytetyön esityksen lisäksi tulen esittämään opinnäytetyön vielä Sotkamon terveyskeskussairaalan työntekijöille, joten oppimisen ja-kaminen työyhteisöön tulee tapahtumaan.

Opinnäytetyötä tehdessäni olen ottanut huomioon työn eettisiä puolia. Olen osannut soveltaa oman alan arvoja ja eettisiä periaatteita. Olen ottanut muut huomioon työtä tehdessäni ja vastannut omasta toiminnastani ja osaan toimia eettisen osaamisen kompetenssin mukaisesti (Eriksson ym. 2015, 15).

Viestintä ja vuorovaikutus osaaminen on kehittynyt opinnäytetyöprosessissani. Vaikka tein opinnäytetyön yksin, olen saanut tukea sekä koulun, että toimeksiantajan puolesta. Viestintä ja vuorovaikutus osaaminen sisältää toisten kuuntelemisen sekä asioiden esittämisen kirjallisesti, suullisesti ja visuaalisesti (Eriksson ym. 2015, 15). Opinnäytetyön aikana olen esittänyt työni sekä suunnitelmavaiheessa, että raportointivaiheessa tämän kompetenssin mukaisesti.

Ammattikorkeakoulujen yhteisistä kompetensseista myös kehittämistoiminnan osaaminen on ollut isossa merkityksessä opinnäytetyöprosessin aikana. Kehittämistoiminnan osaamiseen kuuluu, että osaa hankkia ja käsitellä oman alansa tietoa sekä kykenee tiedon arviointiin ja kokonaisuuksien hahmottamiseen (Eriksson ym. 2015, 15). Teoreettista viitekehityksessä, opinnäytetyön toteutuksessa sekä pohdinnassa on tarvinnut käsitellä oman alan tietoa ja muodostaa tiedosta selkeä kokonaisuus. Kehittämistoiminnan osaamiseen kuuluu myös tutkimustoiminnan perusteet ja menetelmät, mitkä ovat tulleet tutuksi opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyön myötä ongelmanratkaisukyky sekä kehittämistarpeen tunnistamisen on myös kehittynyt.

Eriksson ym. (2015, 35-47) ovat kuvanneet yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan ammatillisen vähimmäisosaamisen keskeiset sisällöt. Näistä osaamisalueista, mielestäni eniten kompetensseista opinnäytetyössäni painottuu kliinisen hoitotyön osaaminen, johon ravitsemushoito sisältyy (Eriksson 2015, 39). Ravitsemushoitoon kuuluu suomalaisten ravitsemussuosituksen tunteminen, joiden tunteminen oli tärkeää myös opinnäytetyöni tekemisessä. Opin tuntemaan ravintoaineiden tarpeen ja tehtävän sekä ravitsemushoidon merkityksen terveyden edistämässä, sairauksien ehkäisyssä ja paraneemisessa. Asiantuntijuuteni on kehittynyt myös ravitsemustilan arvioinnissa ja sen merkityksestä potilaan hoidossa.

Laatu ja laadunhallinnan -kompetenssi tulee opinnäytetyössäni myös esille. Kyseiseen kompetenssiin kuuluu muun muassa hoitosuositukset. (Eriksson 2015, 46.) Opinnäytetyössäni selvitettiin miten Sotkamon terveyskeskussairaalassa tehostetussa ravitsemus-

hoidossa tarjotut ravintoarvot vastaavat ravitsemushoitosuosituksia. Opinnäytetyöni auttaa kehittämään Sotkamon terveystieteidenkeskuksessa tapahtuvan ravitsemushoidon toteutumista.

Osaamiseni näyttöön perustuvassa toiminnassa ja päätöksenteossa kehittyi opinnäytetyöni aikana. Osaamiseen tässä kompetenssissa kuuluu, että ymmärtää näyttöön perustuvan tiedon käsitteen ja merkityksen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Osaamiseen kuuluu myös, että osaa lukea ja arvioida kriittisesti tieteellisiä julkaisuja. (Eriksson ym. 2015, 42.) Opinnäytetyössäni nämä taidot kehittyivät, kun opinnäytetyöhöni hankin ja käsittelin tietoa. Asiantuntijuuteni sairaanhoitajaksi kehittyi, kun opinnäytetyöprosessin aikana arvioin kriittisesti tietoa ja lähteitä. Sosiaali- ja terveysalalla toiminta perustuu näyttöön perustuvalla tiedolla ja niin myös opinnäytetyössäni. Näyttöön perustuvaa tietoa käytin opinnäytetyöni teoriapohjana.

LÄHTEET

- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. (2015.) Sairaanhoidajien ammatillinen osaaminen. Bookwell Oy, Porvoo.
- Eriksson, P. & Koistinen, K. (2005). Monenlainen tapaustutkimus. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.
- Evans, C. (2005). Malnutrition in the elderly: A multifactorial failure to thrive. *The Permanente Journal*, 9(3), 38.
- Hakala, P. (2015.) Ikääntyneiden ravitseminen. Duodecim; Lääketieteellinen Aikakauskirja.
- Hiltunen, P. (2009). Vanhusten aliravitseminen ja syömishäiriöt. *Lääkärilehti* 64, 3551-3554.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2013). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Jyväkorpi, S. (2016). Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life. Academic dissertation. University of Helsinki.
- Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. (2015). Kun tauti paranee, mutta potilas ei – Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. *Lääkärilehti* 70, 977-983.
- Kainuun sote. Vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy ja hoito Kainuussa. Viitattu 25.3.2017 http://sote.kainuu.fi/vajaaravitsemuksen_ennaltaehkaisy
- Kananen J. (2013). Case-tutkimus opinnäytetyönä. Suomen yliopistopaino – Juvenes Print.
- Kankkunen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä (3. uud. p. ed.). Helsinki: Sanoma Pro.
- Kondrup, J. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415-421.
- Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. (2007). Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus.
- Mäkinen, O. (2006). Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nuotio, M., Tuominen, P., Hartikainen, S., Lampi, K., Luukkaala, T. & Jäntti, P. (2009). Muistihäiriöpotilaan ravitsemustilaa on syytä seurata. *Lääkärilehti* 64, 2671-2676.

Orell-Kotikangas, H. (2014). Sairaalapotilaan vajaaravitsemuksen havaitseminen ja hoito. *Duodecim; Lääketieteellinen Aikakauskirja*, 130(21), 2231.

Riikola, T. & Hänninen, J. (2012). Kuolevan potilaan oireiden hoito. *Duodecim; Lääketieteellinen Aikakauskirja*.

Saarnio, J. (2014). Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. *Duodecim; Lääketieteellinen Aikakauskirja*, 130(21), 2239.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. (2018). Osteoporoosi. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 5.3.2018. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi24065#s18>

Suominen, M., & Jyväkorpi, S. (2012). Ikääntyneen ravitsemus ja ruokapalvelut: Suunnittelu ja toteutus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

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

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. (2010). Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita.

Vilka, H. (2007). Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi

Liite 1

Ruokailun seuranta aterioittain ja nestelista





Päiväys

Potilaan perustiedot

Potilaan nimi	Viikonpäivä
Ruokavalio/ruoan rakenne	
Annoskoko XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>	

Ruokailu aterioittain

Täyttöohje: Merkkää, kuinka paljon potilas söi tarjotusta ateriasta.

	Lähes kaikki 	Yli puolet 	Alle puolet 	Alle 1/4 tai ei mitään 
Aamupala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lounas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päiväkahvi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päivällinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iltapala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Täydennysravintovalmistus	Tuotu ml		Juotu ml	
Syömiseen liittyviä huomioita ja muut syömiskerrat:				

Nestelista (pieni lasi 150 ml, iso lasi 200 ml, nokkamuki 200 ml, jälkiruokakulho 150 ml, keittokulho 200 ml, teekuppi 150 ml, kahvikuppi 100/150 ml)

Klo	Nesteen laatu	Tuotu	Juotu	Oksentanut



Liite 2

Tiedonkeruulomake

Meri Lindgren, Kajaanin AMK, Opinnäytetyö: Tehostetun ravitsemushoidon toteutuminen Sotkamon terveyskeskussairaalassa.

Tutkittava: _____

Päivämäärä: _____

Sukupuoli	
Ikä	
Avuntarve ruokailussa	
Sairaalassaolon syy	
Perussairaudet	
Pituus	
Tulopaino & BMI	
Paino 1vko & BMI	
Paino 2vko & BMI	
Paino 3 vko & BMI	

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUVALLE POTILAALLE

Tehostetun ravitsemushoidon toteutuminen Sotkamon terveyskeskussairaala- lassa, Kajaanin ammattikorkeakoulu

Opiskelen Kajaanin ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyötä, jonka toimeksiantajana on Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän Sotkamon terveyskeskussairaala. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten tehostettu ravitsemushoito toteutuu Sotkamon terveyskeskussairaalaissa. Opinnäytetyössä ravitsemushoidon toteutumista tutkitaan ruokailun- ja painon seurannalla. Tämän tiedote kertoo osallistumisestanne opinnäytetyöhön ja tiedotteen lopussa on suostumuslomake opinnäytetyöhön.

Opinnäytetyöhön osallistuminen

Pyydän teitä osallistumaan tutkimushenkilöksi opinnäytetyöhöni. Osallistuminen on vapaaehtoista. Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa kehittämään vajaaravitsemusriskin potilaan ravitsemushoitoa ja sen toteuttamista Sotkamon terveyskeskussairaalaissa. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät ovat ruokailun- ja painon seuranta. Jos päätätte osallistua tutkimushenkilöksi, pyydän lupaa käyttää tämän hoitojakson tietojanne seuraavista asioista: sukupuoli, ikä, perussairaudet, tämän hetkinen syyne olla sairaalassa, osastolla tapahtunut painon- ja ruokailun seuranta sekä mahdollisesti ruokailussa tarvitsemanne avuntarve.

Opinnäytetyöhön osallistuminen on luottamuksellista ja henkilöllisyytenne ei tule paljastumaan missään vaiheessa tutkimusta. Tutkimusaineistoon ei kirjoiteta nimeänne eikä henkilötunnustanne. Myös opinnäytetyötä raportoitaessa kiinnitetään huomiota siihen, että kenenkään tutkimushenkilön henkilöllisyys ei ole tunnistettavissa.

Opinnäytetyössä ruokailuanne seurataan viikon ajan osastolla käytössä olevalla ruokailun seurantalomakkeella. Painoa seurataan osastolla viikon välein. Seurannan suorittavat osaston hoitajat. Opinnäytetyöhön tarvittavat tiedot, kuten perussairaudet, kirjataan erilliselle paperilomakkeelle potilastiedoistanne. Teidän ei siis tarvitse erikseen tehdä opinnäytetyöhön mitään, muuta kuin antaa lupa käyttää edellä mainittuja tietojanne.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä on käynyt läpi opinnäytetyön suunnitelman ja antanut opinnäytetyölle tutkimusluvan. Lisätietoa opinnäytetyöstä saatte sen tekijältä, Meri Lindgreniltä.

Yhteystiedot

Sairaanhoitaja-opiskelija, Meri Lindgren

Kajaanin ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

merilindgren1@kamk.fi

Opinnäytetyön ohjaava opettaja, Anna-Leena Eklund

anna-leena.eklund@kamk.fi

Liite 4

Suostumus opinnäytetyöhön

Tehostetun ravitsemushoidon toteutuminen Sotkamon terveyskeskussairaalassa, Kajain ammattikorkeakoulu

Minua on pyydetty yllä mainittuun opinnäytetyöhön tutkimushenkilöksi. Minua on tiedotettu tutkimuksesta ja ymmärrän mitä opinnäytetyöhön osallistuminen tarkoittaa.

Suostun opinnäytetyöhön tutkimushenkilöksi

Allekirjoituksella vahvistan osallistumiseni tähän opinnäytetyöhön

Paikka ja aika

Allekirjoitus