



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# POTILAAT EIVÄT OLE TÄÄLLÄ SYÖMISTÄ VARTEN!

Sairaanhoitajien kokemuksia ravitsemus-  
hoidon toteuttamisesta ja vajaaravitsemuk-  
sen havaitsemisesta sairaalaolosuhteissa

Iida Alholehto

Mira Mittilä

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2017  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

ALHOLEHTO, IIDA & MITTILÄ, MIRA:

Potilaat eivät ole täällä syömistä varten!

Sairaanhoitajien kokemuksia ravitsemushoidon toteuttamisesta ja vajaaravitsemuksen havaitsemisesta sairaalaolosuhteissa

Opinnäytetyö 45 sivua, joista liitteitä 4 sivua  
Lokakuu 2017

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajan roolia ravitsemushoidon toteuttamisessa sekä selvittää vajaaravitsemusseulonnan käyttämiseen vaikuttavia tekijöitä Hatanpään sairaalassa Tampereella. Tehtävänä oli kartoittaa, miten sairaanhoitaja voi toteuttaa ravitsemushoitoa sairaalaolosuhteissa ja mitkä tekijät vaikuttavat siihen, käytetäänkö NRS-2002-menetelmää vajaaravitsemuksen tunnistamiseen. Työn tavoitteena oli, että vajaaravitsemusriskissä olevat ja siitä kärsivät potilaat tunnistetaan ja heidän saamansa hoito paranee. Tutkimus toteutettiin laadullisella menetelmällä. Aineisto kerättiin kahdessa fokusryhmähaastattelussa. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin, jonka jälkeen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että hoitajat kokevat heillä olevan runsaasti keinoja ravitsemushoidon toteuttamiseen ja vain muutamia asioita, jotka toteuttamista heikentävät. NRS-2002-lomakkeen käyttämiselle sitä vastoin oli vain pari käyttämistä tukevaa tekijää, kun taas käyttämistä heikentäviä tekijöitä oli useita.

Potilaan ravitsemushoitoa edistävinä asioina hoitotyössä mainittiin ruokailutilanteeseen ja ravitsemukseen liittyviä tekijöitä, työyhteisön moniammatillisuus, tiedonjakamiseen liittyvät asiat ja hoitajien ymmärrys riskipotilaista ja vajaaravitsemuksen vaikutuksista. Hoitajat pitivät ravitsemushoitoa tärkeänä osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Ravitsemushoidon vähäinen suunnitteleminen ja ruoanjakotilanne osastolla olivat hoitajien kokemuksia ravitsemushoitoa heikentäviä tekijöitä. NRS-2002-lomakkeen käyttöä tukivat osaston yhteiset toimintatavat sekä lomakkeen helppokäyttöisyys. Heikentäviä tekijöitä puolestaan olivat hoitojakson lyhyt kesto, henkilöstön vaihtuvuus, ammattitaitoon luottaminen lomakkeen sijaan, dokumentointiin liittyvät epäselvyydet, kiire hoitotyössä, epäselvyys tulosten tulkinnassa sekä hoidon jatkuvuuden katkeaminen. Mielenkiintoista tuloksissa oli se, että vaikka hoitajat osasivat nimetä useita vajaaravitsemusriskiryhmiä, he saattoivat silti tulkita seulontaa käytettäessä näistä saadut pisteet virheellisiksi.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että lisäkoulutus ravitsemushoidosta ja seulonnan käyttämisestä olisi ajankohtaista, jotta hoitajat näkisivät seulonnan tärkeämpänä osana potilaan toipumisen sekä ravitsemushoidon onnistumisen kannalta. Koulutuksella voidaan vähentää myös seulonnan virheellistä tulkintaa. Ravitsemushoitoa heikentäviä tekijöitä, kuten ruoanjakamistilannetta osastoilla, tulisi sairaalassa kehittää. Lomakkeen käytön kannalta esimerkiksi yhteisen toimintamallin vakiinnuttamista, dokumentointia ja hoidon jatkuvuutta eri hoitotahojen välillä tulisi kehittää.

---

Asiasanat: vajaaravitsemus, ravitsemushoito, vajaaravitsemusseulonta

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care

ALHOLEHTO, IIDA & MITTILÄ, MIRA:

The Patients are Not Here to Eat!

Nurses' Experiences of Executing Diet Therapy and Screening of Malnutrition at Hospital Environment

Bachelor's thesis 45 pages, appendices 4 pages  
October 2017

---

The purpose of this study was to illustrate nurses' role in executing diet therapy and determine what influences the usage of NRS-2002-screening tool at hospital environment. The aim was to identify patients who are malnourished or in risk of becoming malnourished and provide them with better health care.

The study was qualitative in nature and the data were collected from two focus group interviews. The informants were nurses working in Hatanpää Hospital. The gathered data were analysed by means of an inductive content analysis.

The results show that nurses feel there are various factors that supports the execution of diet therapy whereas only a couple of factors were mentioned that makes the execution more difficult. When it comes to screening of malnourishment, the nurses found multiple reasons that makes the usage of NRS-2002-screening tool difficult. Even though the nurses can name the biggest risk factors that cause malnutrition it seems like the knowledge does not help them to see the screening tool as a useful part of planning patients' nutrition.

Based on this study more training for executing diet therapy and to recognition of malnourishment are recommended to nurses in order to lessen misunderstandings and incorrect interpretations of NRS-2002-screening tool. The hospital and the wards should improve the way they deliver food to patients to ensure every patient gets the diet that promotes one's health and well-being. Similar kind of study could be executed also in home care environment.

---

Key words: malnutrition, diet therapy, screening of malnutrition, malnourishment

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT.....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
3.1	Vajaaravitseminen.....	7
3.2	Vajaaravitseminen sairaalahoidossa.....	8
3.3	NRS-2002-menetelmä .....	10
3.4	Ravitsemushoito.....	11
3.5	Sairaanhoitajan merkitys ravitsemushoidon toteuttamisessa.....	12
4	METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT .....	15
4.1	Kvalitatiivinen menetelmä.....	15
4.2	Aineistonkeruumenetelmä .....	16
4.3	Aineiston analyysi.....	17
5	TULOKSET .....	21
5.1	Ravitsemushoidon toteuttamiseen vaikuttavat tekijät.....	21
5.1.1	Ravitsemushoidon toteuttamista tukevat tekijät.....	22
5.1.2	Ravitsemushoidon toteuttamista heikentävät tekijät.....	24
5.2	NRS-2002-menetelmän käyttämiseen vaikuttavat tekijät hoitotyössä ....	25
5.2.1	Lomakkeen käyttämistä tukevat tekijät hoitotyössä .....	25
5.2.2	Lomakkeen käyttämistä heikentävät tekijät hoitotyössä.....	26
6	POHDINTA.....	30
6.1	Tulosten pohdinta .....	30
6.2	Eettisyys.....	35
6.3	Luotettavuus.....	36
6.4	Kehittämisaalueet .....	38
6.5	Jatkotutkimusehdotukset.....	38
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET .....	42
	Liite 1. NRS-2002-menetelmä.....	42
	Liite 2. Tutkittavan suostumus .....	44
	Liite 3. Kirje haastatteluun saapuvalle hoitajalle .....	45

## 1 JOHDANTO

Vajaaravitsemus on tila, joka aiheuttaa ihmiselle mittavia muutoksia kehon koostumuksessa ja toiminnassa. Vajaaravittu potilas ei saa riittäviä määriä ravintoaineita ja siksi hänen toipuminen toimenpiteestä tai sairaudesta saattaa hidastua. Hänellä on myös suuri riski saada hoidon aikana infektio tai vakava komplikaatio. Jotta ravitsemushoito voidaan kohdentaa riskipotilaisiin, sekä vajaaravitut että potilaat, joille saattaa hoidon aikana kehittyä vajaaravitsemus, tulisi löytää varhaisessa vaiheessa. Potilaan hyvinvoinnin lisäksi tämä on myös yhteiskunnallisesti kustannustehokasta, sillä säästöjä tulee vähentyneestä hoidontarpeesta, ehkäistyistä infektioista ja säästetyistä hoitopäivistä. (Orell-Kotikangas, Antikainen & Pihlajamäki 2014, 2231-2238.)

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Hatanpään sairaalan kanssa. Opinnäytetyössä selvitettiin hoitajien ryhmähaastattelujen avulla ravitsemushoidon toteuttamiseen liittyviä asioita sairaalaolosuhteissa sekä vajaaravitsemusseulonnan käyttämiseen vaikuttavia tekijöitä. Useat ulkomaiset tutkimukset sekä vuonna 2010 ilmestynyt ravitsemushoitosuositus suosittelevat jokaisen sairaalapotilaan seulontaa vajaaravitsemusriskin osalta viimeistään toisena hoitopäivänä. (Jeffries, Johnson & Ravens 2011, 322.; Schimizzi ym. 2013, 143 Orell-Kotikangas ym. 2014, 2234.)

Tutkimukseen osallistuvat osastot hoitavat aikuispotilaita, joten lapsipotilaat rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Seulontamenetelmänä näillä osastoilla on käytössä NRS-2002-menetelmä, joten muita seulontamenetelmiä ei tässä työssä käsitellä. Tavoitteena on, että opinnäytetyön tuloksien kautta vajaaravitsemusseulonnan tekemisen tärkeys tulisi esille ja potilaiden hoidon laatu parantuisi. Hyvä ravitsemushoito on meidän jokaisen ihmisen perusoikeus, myös sairauden ja toipumisen aikana.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajan roolia ravitsemushoidon toteuttamisessa sekä vajaaravitsemusseulonnan käyttämiseen vaikuttavia tekijöitä.

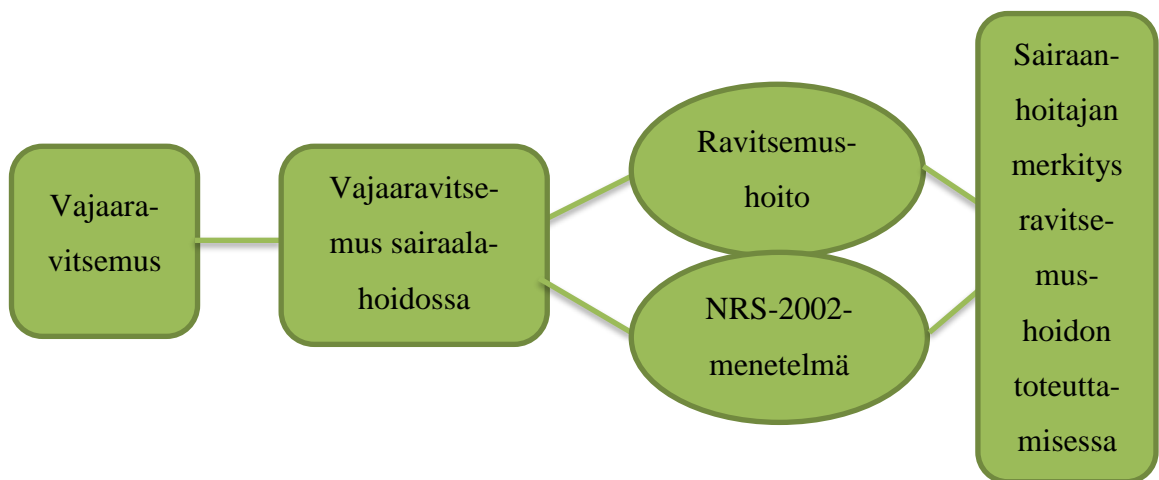
Tutkimuskysymykset:

1. Miten sairaanhoitaja voi toteuttaa ravitsemushoitoa sairaalaolosuhteissa?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat siihen, käytetäänkö NRS-2002-menetelmää vajaaravitsemuksen tunnistamiseen?

Tavoitteena on, että vajaaravitsemusriskissä olevat ja siitä kärsivät potilaat tunnistetaan ja heidän saamansa hoito paranee.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän työn tärkeimpiä käsitteitä ovat vajaaravitsemus, vajaaravitsemusseulonta sekä ravitsemushoito. Lisäksi käsitteitä on avattu hieman laajemmin kertomalla, miten vajaaravitsemus vaikuttaa sairaalahoitoon ja potilaan vointiin ja mikä on sairaanhoitajan rooli ravitsemushoidon toteuttamisessa. Vajaaravitsemusseulontojen osalta käsitellään NRS-2002-menetelmä tarkemmin, koska tämä menetelmä on käytössä osastoilla, joissa tutkimustyöhön tarvittavat haastattelut tehdään. Alla olevaan kuvioon on kerätty opinnäytetyön keskeisimmät käsitteet (kuvio 1).



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeisimmät käsitteet.

#### 3.1 Vajaaravitsemus

Yksinkertaisimmillaan vajaaravitsemus voidaan määritellä minkälaiseksi tilaksi tahansa, jossa ravitsemus on epätasapainossa elimistön tarpeisiin nähden. Ravitsemushäiriöt voivat koskea siten sekä yli- että alipainoisia ihmisiä, joiden ravinnonsaanti ei kohtaa heidän todellisia tarpeitaan. Sairaalahoitossa olevat potilaat kärsivät pääsääntöisesti aliravitsemuksesta välittämättä siitä, ovatko he yli- vai alipainoisia. Vajaaravitsemus voi johtua esimerkiksi sairauden aiheuttamasta taipumuksesta syödä liian vähän, huonosta ruokahalusta, maha-suolikanavan oireilusta tai purekseluun ja nielemiseen liittyvistä vaikeuksista. Vajaaravitsemustilaa voi pahentaa elimistön tulehdustila, infektio tauti tai jokin muu kataboliseen aineenvaihduntaan liittyvä tila, mikä lisää energian, hivenaineiden sekä proteiinien tarvetta. (Tappenden ym. 2013, 148-149.)

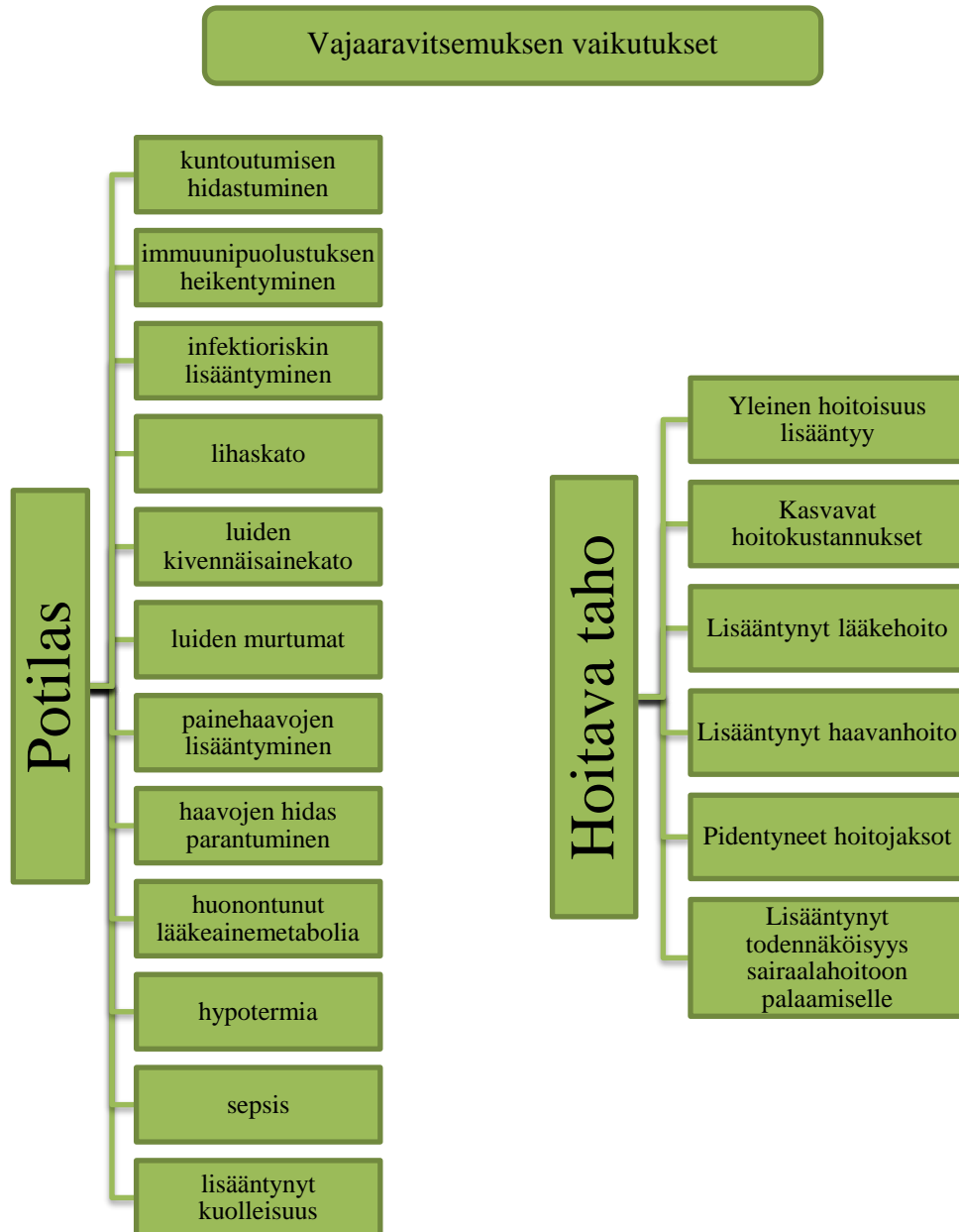
Ravitsemustilan arvioinnin keskeisiä osa-alueita ovat painonlasku, energiansaannin riittävyys, lihaskudoksen ja ihonalaisen rasvakudoksen menetys, nesteen kertyminen sekä käden puristusvoima. Esimerkiksi yli 10%:n painonlasku puolessa vuodessa on merkittävä muutos, mutta ei yksistään kerro vielä riittävästi potilaan ravitsemustilasta, sillä myös nestetasapainon heittälyt voivat vaikuttaa painoon. Koska vajaaravitseminen on aina seurausta riittämättömästä tai virheellisestä ravinnonsaannista, riskipotilaiden energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saanti tulisi selvittää. (Orell-Kotikangas, Antikainen & Pihlajamäki 2014, 2232-2233.)

### 3.2 Vajaaravitseminen sairaalahoidossa

Vajaaravitseminen on kansainvälisesti merkittävä ongelma sairaalahoidossa (Jeffries, Johnson & Ravens 2011, 317). Tutkimustulokset eivät ole pystyneet antamaan tarkkaa lukua, mutta arviolta teollisuusmaissa jopa yksi kolmasosa sairaalaan saapuvista henkilöistä ovat aliravittuja (Tappenden ym. 2013, 147). Suomessa vajaaravitseminen koskettaa arviolta jopa puolta miljoonaa potilasta vuosittain (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2231). Vajaaravitsemuksesta kärsivistä potilaista jopa 70% jää tunnistamatta (Schimizzi ym. 2013, 140). Hoitamattomana ravitsemustilanne usein huononee entisestään sairaalahoidon aikana (Jeffries ym. 2010, 318; Tappenden ym. 2013, 151).

Tutkimusten mukaan hoitamaton vajaaravitsemustila aiheuttaa sekä potilaalle että hoitavalle taholle runsaasti lisäongelmia (Tappenden ym. 2013, 149). Potilaan terveyden kannalta katsottuna seuraamuksia on paljon, muun muassa kuntoutumisen hidastuminen, immunipuolustuksen heikentyminen, infektioriskin lisääntyminen, lihaskato sekä luiden kivennäisainekato ja murtumat, toimintakyvyn heikkeneminen ja kaatumisriskin kasvaminen, painehaavaumien lisääntyminen, haavojen hidastunut parantuminen, huonontunut lääkeainemetabolia, hypotermia, sepsis sekä lisääntynyt kuolleisuus. Myös hoitavaan tahoon vajaaravitsemuksesta kärsivillä potilailla on merkittäviä vaikutuksia. Kustannukset kasvavat yleisen hoitoisuuden lisääntyessä, kasvavina lääke- ja haavahoitotarpeina, pidettyinä hoitajaksoina sekä lisääntyneenä todennäköisyytenä sairaalahoitoon palaamiselle. (Jeffries ym. 2011, 318; Tappenden ym. 2013, 149.) Alla oleva kaavio erittelee vajaaravitsemuksen vaikutuksia potilaan ja hoitavan tahon näkökulmasta (kuvio 2).





KUVIO 2. Vajaaravitsemuksen vaikutukset potilaalle ja hoitavalle taholle.

Ikäihmisillä esiintyy useammin vajaaravitsemusta kuin nuoremmalla väestöllä. Melkein jokaisella yli 80-vuotiaalla on jonkinasteista vajaaravitsemusta. Tämä aiheutuu elimistön luonnollisista muutoksista, jolloin kehon rasvaosuus kasvaa ja lihasvoima heikkenee. Lisäksi vajaaravitsemuksen kehittymistä edesauttavat vanhuusiälle tyypilliset sairaudet sekä heikot psykologiset ja sosioekonomiset olosuhteet. Vajaaravitsemus heikentää myös muiden sairauksien suuntaa ja ennustetta. Oikea-aikainen vajaaravitsemuksen diagnosointi ja sen hoitaminen ajoissa ikääntyneellä potilaalla ehkäisee mm. itsenäisyyden menetystä ja elämänlaadun heikkenemistä, laitostumista sekä sairaalahoidon pitkittymistä. (Knudsen 2012, 7-11.)

Vanhenemisen lisäksi on useita sairauksia, jotka lisäävät aikuisen potilaan riskiä vajaaravitsemukselle. Riskiryhmään kuuluvat esimerkiksi Alzheimer-potilaat sekä tulehduksellista suolistosairautta sairastavat henkilöt (Knudsen 2012, 7-11). Jopa 80 %:lla tulehduksellista suolistosairautta sairastavista on havaittu vajaaravitsemusta sairaalajakson aikana ja pidemmän hoitojakson aikana se saattaa muuttua vallitsevaksi olotilaksi. Lisäksi raskeana olevat naiset sekä erilaisista syömishäiriöistä, etenkin anoreksiasta ja bulimiasta kärsivät, ovat muita alttiimpia ravitsemushäiriöille. (Knudsen 2012, 7-11.) Myös psykiatriset sairaudet, syöpäsairaudet ja -hoidot, aivohalvaus sekä Parkinsonin tauti voivat olla altistavina tekijöinä vajaaravitsemuksen kehittymiselle (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 174-191).

Suurin syy siihen, että vajaaravitsemus jää tunnistamatta on hoitohenkilökunnan ravitsemukseen liittyvä tiedonpuute (Yalcin, Cihan, Gundogdu & Ocakci 2013, 99). Vajaaravitsemuksen tunnistaminen, arviointi ja siitä koituvat seuraamukset jäävät usein aliarvostetuiksi. Sairaalahoitoon tullessa vajaaravitsemus jääkin tunnistamatta keskimäärin 70 %:lla siitä kärsiviltä potilailta. (Schimizzi ym. 2013, 140-141.) Vajaaravitsemus jää helposti huomaamatta, sillä väestön lihoessa myös kroonisesti sairaat ovat yhä useammin ylipainoisia, jolloin vajaaravitsemustila hautautuu herkästi ylipainon alle (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2231). Koska vajaaravitsemuksesta kärsivää potilasta ei pysty tunnistamaan ulkonäön perusteella, tiedon ja ymmärryksen lisääminen hoitajien keskuudessa on keskeinen keino potilaiden ravitsemustilanteen parantamiseen.

### **3.3 NRS-2002-menetelmä**

Potilaan vajaaravitsemuksen tunnistamiseksi on kehitetty monia seulontamenetelmiä, joiden avulla hoitohenkilökunta saa poimittua luotettavasti potilaat, jotka ovat vajaaravittuja tai vaarassa tulla vajaaravituiksi. Menetelmät ovat helppo ottaa päivittäiseen työhön mukaan, sillä ne ovat helppoja ja nopeita käyttää. (Siljamäki-Ojansuu & Peltola 2009, 26-27.) Potilaan ravitsemustilan arviointia tehtäessä otetaan huomioon potilaan pituus, paino ja painossa tapahtuneet muutokset. Myös potilaan ruokailutottumuksilla on suuri merkitys. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2011, 176-178.) Vajaaravitsemusseulonta tulisi tehdä kaikille aikuispotilaille viimeistään toisena hoitopäivänä, jotta riskipotilaiden ravitsemushoito voitaisiin aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Tavoitteena on ehkäistä komplikaatioita ja lyhentää sairaalassaoloaikaa. (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2231-2238.) Jos potilaan hoito jatkuu sairaalan osastolla, NRS-2002- seulonta (Nutrition Risk Screening) tulisi tehdä potilaalle viikon välein (Bäcklund & Pöyhä 2013, 1075).

NRS-2002-menetelmä (liite 1) on aikuisten vajaaravitsemusriskin arviointiin käytettävä menetelmä, jota käytetään sairaalassa toteutettaviin seulontoihin (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27-28). NRS-2002- menetelmän tavoitteena on parantaa sairaalahoidossa olevan potilaan fyysistä ja henkistä hyvinvointia sekä edistää potilaan toipumista. NRS-2002- menetelmän käytön myötä potilaan sairauden ja hoidon aiheuttamat komplikaatiot vähenevät. Menetelmän käyttäminen vähentää myös kustannuksia esimerkiksi potilaiden sairaalassaolovuorokausien vähenemisen myötä. (Jäntti 2012.) Schimizzi ym. (2013) on tutkimuksessaan todennut, että NRS-2002 havaitsee tarkimmin ja herkimmin potilaan vajaaravitsemustilan. NRS-2002 on siten kyseisessä tutkimuksessa todettu sairaalahoitoihin sopivimmaksi seulontamenetelmäksi (Schimizzi ym. 2013, 143). Aikaa sen tekemiseen menee noin 3-10 minuuttia, riippuen hoitajan kokemuksesta ja potilaan kunnosta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27-28). NRS-2002- menetelmä perustuu potilaan iän, sairauden ja ravitsemustilan heikkenemisen perusteella tehtävään arviointiin. Näiden osa-alueiden yhteispisteet lasketaan yhteen, jolloin saadaan tulokset. Yli kolme pistettä on merkki tehostetun ravitsemushoidon tarpeesta. (Nuutinen ym. 2010, 3605-3608.)

### **3.4 Ravitsemushoito**

Sairaalassa ravitsemushoito on tärkeä osa potilaan hoitamista. Ravitsemushoidolla on terveyttä edistävä vaikutus ja se toimii monien sairauksien keskeisenä hoitomuotona. Siihen sisältyy ravitsemustilan ja ravinnon tarpeen arviointi, ravintoanamneesi, tavoitteiden asettaminen potilaan kanssa, hoidon toteutus, ohjaus, seuranta sekä vaikuttavuuden ja laadun arviointi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 16.) Potilasta hoitava lääkäri vastaa potilaan ravitsemushoidosta, mutta ravitsemushoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi on tiimityötä, johon osallistuu mm: ravitsemusterapeutti, hoitajat, omaiset ja sairaalahuoltajat. Ravitsemushoidon suunnittelu pohjautuu vajaaravitsemusseulonnasta saatuihin tuloksiin. (Siljamäki-Ojansuu & Peltola 2009, 35-36.) Potilasta hoitavien tahojen tulee olla tietoisia sairaalassa tarjolla olevista ruokavalioista ja tuotteista, jotta potilas voi

saada itselleen sopivan ravitsemuksen. Ravitsemushoitoa voidaan toteuttaa monella eri tavalla: perusruoalla, erityisruokavaliolla, täydennysravintovalmisteilla sekä enteraalisesti tai parenteraalisesti. Hoito voidaan toteuttaa myös eri tapoja yhdistämällä. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 102-107.)

Ravitsemuksella on suuri merkitys potilaan kuntoutumisen edistäjänä ja on sen vuoksi olennainen osa potilaan hoitoa. Terveiden edistämisen lisäksi se parantaa potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 5.) Potilaan ravitsemushoitoa toteutetaan yleisten ruokavaliosuositusten pohjalta. Ruokavalio muovautuu potilaan sairauden mukaan ja siihen vaikuttavat myös potilaan omat arvot, toivomukset ja asenteet. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on antaa potilaalle mahdollisimman monipuolista tietoa ja tukea ravitsemukseen liittyen, jotta hoito olisi onnistunut. (Sinisalo 2015, 116.) Hyvän ravitsemushoidon tavoitteena on potilaalle mielihyvää tuottava ruokailu, potilaan ravintoaineiden saannin ja energiantarpeen tyydyttyminen, potilaan elämänlaadun kohentaminen sekä toipumisen nopeutuminen (Haglund ym. 2011, 180).

### **3.5 Sairaanhoidajan merkitys ravitsemushoidon toteuttamisessa**

Sairaanhoidajilla on iso vastuu potilaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista sairaalajakson aikana. Siksi on tärkeää, että sairaanhoitaja ymmärtää oman roolinsa myös potilaan ravitsemushoidon kannalta. Hoitajan tulee pitää huoli siitä, että potilas pystyy nauttimaan ruokahetkistä ja saa lisäksi riittävästi ravintoaineita tarjotusta ruoasta (Jeffries ym. 2011, 317-318). Ravitsemushoitoa toteuttaessa on otettava huomioon potilaan mieliruoat sekä mahdollisuuksien mukaan järjestää ruokailu tilassa, jossa ruokailutilanne olisi mahdollisimman kiireetön. Tilan tulisi olla valoisa ja raikas. Myös ruoan esillepanoon on kiinnitettävä huomiota, sillä ruoan ulkonäkö vaikuttaa potilaan ruokailuhaluun. (Aapro ym. 2008, 102-107.) Useilla potilailla on vaikeuksia itsenäisessä ruokailussa, mikä vaikuttaa siihen, että tarjottua ruokaa ei syödä kokonaan (Tappenden ym. 2013, 151). Potilaan mielikuvat sairaalahoidon laadusta ovat vahvasti yhteydessä hoidon aikaiseen ravitsemukseen. Tämän vuoksi hoitotyöllä on tärkeä rooli potilaan ravitsemushoidon tukemisessa ja sen kautta positiivisen hoitokokemuksen luomisessa. (Jeffries ym. 2011, 318.)

Jeffries ym. (2011) ovat tutkimuksessaan määritelleet hoitajan tehtävät potilaan ravitsemushoidossa. Hoitaja on velvollinen tekemään vajaaravitsemusseulonnan hyväksytyllä

seulontamenetelmällä jokaiselle sairaalahoitoon tulevalle potilaalle. Kaksi pistettä tai enemmän saaneet potilaat tulee ohjata ravitsemusterapeutille. (Jeffries ym. 2011, 322-323.) Schimizzin ym. (2013) tutkimustulokset tukevat tätä suositusta, jossa vajaaravitsemusseulonta tulisi tehdä jokaiselle sairaalahoitoon tulevalle potilaalle. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa seulonta tehtiin vain sellaisille potilaille, jotka hoitajat arvoivat vajaaravituiksi, jolloin vajaaravitsemuksen esiintyvyys oli 8% kaikista potilaista. Kun vajaaravitsemusseulonta tehtiin tutkimuksen toisessa vaiheessa jokaiselle sairaalahoitoon saapuvalla potilaalla, vajaaravitsemuksen esiintyvyys kasvoi 32%: n. (Schimizzi ym. 2013, 141-143.) Tämä tulos on hyvä esimerkki siitä, että vajaaravitsemusta ei ole helppoa arvioida ilman siihen tarkoitettuja seulontamenetelmiä.

Jokaisella potilaalla pitää olla sopiva ruokavalio. Jos potilas on vajaaravittu tai riskissä tulla vajaaravituksi, ruokavalio täytyy suunnitella korjaamaan tai ehkäisemään vajaaravitsemustilaa. Tehty ravitsemushoitosuunnitelma pitää olla kirjattuna potilastietoihin samoin kuin tarpeelliset seurannat, kuten esimerkiksi nestelista. Hoitajan tulee arvioida potilaan kyky itsenäiseen ruokailuun 24 tunnin sisällä sairaalaan saapumisesta ja varmistaa ruokailun sujuminen hoitoympäristössä. Huomioon pitää ottaa esimerkiksi fyysiset tai kognitiiviset rajoitteet sekä psyykkiset ongelmat, jotka saattavat vaikuttaa kykyyn tai haluun ruokailua itsenäisesti. Tarvittaessa potilaalle tulee tarjota apua ruokailussa. Tällaista apua voi olla potilaan auttaminen oikeaan asentoon, syöttäminen tai sopivan ruoan tilaaminen. Hoitaja voi kannustaa myös potilaan omaisia auttamaan läheistään ruokailussa. (Jeffries ym. 2011, 322-323.)

Myös tilanteisiin, joissa potilas joutuu paastoamaan, tulee kiinnittää erityistä huomiota. Pitkittyneet tai toistuvat paastot aiheuttavat nopeastikin vajaaravitsemustilan kehittymistä. Potilaalle tulisi tarjota ateria paaston jälkeen niin pian kuin mahdollista. Kokeet ja toimenpiteet pitäisi suunnitella siten, että paastojen määrä on mahdollisimman vähäinen ja paastojen kestot olisivat lyhyitä. (Jeffries ym. 2011, 323-324.)

Hoitaja voi kiinnittää huomioita myös tilanteeseen ja ympäristöön, jossa ruokailu tapahtuu. Ennen ruokailua hoitaja voi huolehtia, että potilas pääsee käymään tarpeillaan, pääsee hyvään asentoon syömistä ajatellen ja pystyy puhdistamaan kätensä. Tilan voi järjestää ruokahalua herättäväksi siistimällä ympäristön ja siirtämällä hoitovälineistöä, kuten wc-istuimen tai virtsapullon, pois näköpiiristä. Kaikki ylimääräinen hoitotoiminta pitäisi lopettaa ruokailujen ajaksi. Hoitajien vastuulla on luoda ruokailulle sellainen ilmapiiri, että

syömisestä voi nauttia. Ravinnosta nauttimiseen vaikuttaa myös hyvän suuhygienian ylläpito. Potilasta pitää neuvoa ja tarvittaessa avustaa suunhoidossa. Hoitaja voi kannustaa potilasta pesemään hampaat vähintään aamuin illoin. Suun terveydessä huomiota tulee kiinnittää mahdolliseen kipuun, turvotukseen, eritteisiin sekä limakalvojen kuivuuteen. (Jeffries ym. 2011, 322-323.)

Jokaisella osastolla tulee olla nimetty ravitsemushoitaja. Tämän hoitajan merkittävien tehtävien on toimia ravitsemuksellisten asioiden johtajana ja varmistaa, että yllämainitut asiat ravitsemuksen suhteen voivat toteutua jokaisen potilaan kohdalla. Hän seuraa koko osaston toimintaa ja kertoo havainnoistaan myös muulle henkilökunnalle. (Jeffries ym. 2011, 323.)

Ravitsemukseen liittyvän tuen ja seurannan tulisi olla jatkuva ja tärkeä osa hoitotyötä. Koska sairaanhoitajilla on iso rooli hoitotyön toteutumisessa, heillä on myös parhaat mahdollisuudet turvata potilaan riittävä ravinnon saanti. Hoitajan vastuulla on tarjota sopivaa ravintoa, seurata syödyn ruoan määrää, arvioida potilaan ravitsemustilaa sekä antaa ravitsemukseen liittyvää neuvontaa ja ohjausta. (Yalcin ym. 2013, 100.) Kaikki ravitsemukseen liittyvät asiat, kuten suunnitellut erityisruokavaliot, esteet itsenäiseen ruokailuun tai ongelmat suun terveyden kanssa, tulisi ottaa puheeksi hoitajien kesken jokaisen vuorovaihdon aikana. Kirjaamisen pitää olla hyvää ja ajantasaista. (Jeffries ym. 2011, 322-324.)

Yleisin syy ravitsemushoidon laiminlyömiseen on puutteellinen tietotaso ravitsemukseen liittyvissä asioissa (Mowe ym. 2008, 198; Yalcin ym. 2013, 100). Hoitotyön ammattilaiset eivät ota ravitsemukseen liittyviä tekijöitä riittävän vakavasti. On osoitettu, että jos tietotaso ravitsemushoidon suhteen on riittämätön, vajaaravitsemuksen seuranta, ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoidon toteuttaminen eivät toteudu asiaankuuluvalla tavalla. (Yalcin ym. 2013, 100.) Kun hoitajan ravitsemuksellinen tietotaso on hyvä, myös hoidon laatu paranee (Mowe ym. 2008, 202).

## 4 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Kvalitatiivinen menetelmä

Koska opinnäytetyö käsittelee hoitajien henkilökohtaisia kokemuksia ja näkemyksiä, tutkimus tehtiin kvalitatiivisella, eli laadullisella menetelmällä. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä kokonaisvaltainen tiedonhankinta: tieto, jota hankitaan, liittyy aina ihmisten omiin kokemuksiin ja merkityksiin (Tuomi 2008, 97). Koska tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää juuri Hatanpään sairaalan hoitajien näkemyksiä ravitsemushoidosta ja vajaaravitsemuksen havaitsemisesta, tämä lähestymistapa sopi tutkimuksen tekemiseen hyvin. Laadullisella tutkimusmenetelmällä voidaan saavuttaa ainutlaatuisia tuloksia, jotka koskevat juuri kyseessä olevaa aineistoa, eikä yleistettävyyttä tavoitella (Tuomi 2008, 97). On kuitenkin muistettava, että myös teoriaa tarvitaan välttämättä laadullisen tutkimuksen tekemisessä. Teoria muodostaa muun muassa tutkimuksen viitekehyksen, joka kuvaa tutkimuksen keskeisiä käsitteitä, niiden välisiä suhteita ja kertoo, mitä tutkittavasta ilmiöstä tiedetään jo valmiiksi. Teoriaa tarvitaan myös metodin, tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden hahmottamiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 18-19.)

Tiedonantajat valitaan tarkoituksenmukaisesti ja tiedonantajien joukko on pieni verrattuna määrälliseen tutkimukseen (Tuomi 2008, 97). Laadullisella tutkimuksella pyritään ymmärtämään tiettyä ilmiötä tai toimintatapaa ja tämän vuoksi on tärkeää, että henkilöillä, joilta tietoa kerätään, on mahdollisimman paljon tietoa tai kokemusta tutkimuskohteesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Koska tietoa haluttiin saada sairaalan hoitajien toimintatavoista ja kokemuksista, olivat he parhaita mahdollisia tiedonantajia tässä tutkimuksessa. Tuomi ja Sarajärvi (2009) esittävät kirjassaan ajatuksen siitä, että opinnäytetyö on vain harvoin tieteellisesti merkittävä, vaan ennemminkin tekijöidensä osoitus oman alansa oppineisuudesta. Tällöin ratkaisevaa ei ole yksinomaan aineiston koko vaan myös tulkintojen kestävyys ja syvyys. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Vaikka opinnäytetyö ei saavuttaisikaan tieteellisesti suurta merkitystä, se pyrittiin tekemään mahdollisimman tarkkaan tieteellisten käytäntöjen mukaisesti, jotta se olisi luotettava ja hyödyllinen työelämäyhteydelle.

## 4.2 Aineistonkeruumenetelmä

Aineisto kerättiin hoitajien ryhmähaastatteluissa, jotka nauhoitettiin myöhempää käsitteilyä varten. Ryhmähaastattelu sopii menetelmäksi silloin, kun halutaan selvittää pienoiskulttuurien merkitysrakenteita tai saada tietoa tutkittavien sosiaalisesta ympäristöstä (Hirsijärvi & Hurme 2006, 61). Paljon käytettyä, ja tässäkin työssä sovellettua, haastattelumenetelmää kutsutaan täsmäryhmähaastatteluksi. Siinä ryhmä koostuu muutamasta valitusta ihmisestä, joiden mielipiteillä ja asenteilla on vaikutusta tarkasteltavaan ilmiöön. Heillä on myös mahdollisuus saada aikaan muutoksia asiaan liittyen. Puheenjohtajana toimii haastattelija, joka pyrkii saamaan aikaan vapaata keskustelua. Hän helpottaa ideoiden vaihtoa ryhmässä, pyrkii saamaan mukaan myös hiljaiset osallistujat sekä ehdottaa siirtymistä toiseen keskusteluteemaan. Keskustelun kulkuun haastattelijan ei tulisi kuitenkaan sekaantua tai selittää annettuja sisältöjä liikaa. Haastattelutilanteessa pitää muistaa huomioida tuloksiin mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä, joita ovat esimerkiksi ryhmädynamiikka ja hierarkia. Nämä asiat voivat vaikuttaa siihen, kuka ryhmässä puhuu ja mitä sanotaan ja sitä kautta vaikuttaa kerättävään tietoon. Haastattelijan tehtävä on helpottaa tilannetta esimerkiksi jakamalla puheenvuoroja, jos haastattelussa on erityisen dominoiva osallistuja. (Hirsijärvi & Hurme 2006, 62-63.)

Mäntyrannan ja Kailan (2008, 1507) mukaan fokusryhmähaastatteluilla on pyritty selvittämään terveydenhuollon ammattilaisten ajattelutapoja sekä toimintatapoja. Myös tämä tutkimus pyrki löytämään vastauksen ammattilaisten tapaan toimia ja ajatella, joten fokusryhmähaastattelu menetelmänä oli soveltuva tiedonhankintaan. Fokusryhmähaastattelua käytetään paljon tutkimuksessa, jonka avulla pyritään parantamaan palveluita, toimintaa ja terveysviestintää (Mäntyranta & Kaila 2008, 1507-1508). Haastattelemalla hoitajia ryhmässä yksilöhaastattelun tai paperisen kyselylomakkeen sijaan toivottiin, että ryhmähaastattelu herättäisi enemmän keskustelua ja sitä kautta monipuolisempia vastauksia tutkimuksen kannalta oleellisiin kysymyksiin. Lisäksi haastattelu itsessään voi innoittaa hoitajia pohtimaan osastoilla enemmän ravitsemushoitoon liittyviä asioita.

Ryhmän koko on hyvä olla 4-10 henkilöä (Mäntyranta & Kaila 2008, 1507). Haastattelija ylläpitää keskustelua ennalta suunnitellun haastattelurungon avulla. Fokusryhmän jäsenet ovat homogeenisiä ammattinsa ja työpaikkansa perusteella, minkä oletetaan myös auttavan keskustelun syntymisessä ja etenemisessä. Toinen tutkijoista keskittyy itse haastattelun ohjaamiseen ja toinen muistiinpanojen tekemiseen sekä nauhoituksen hoitamiseen.



(Mäntyranta & Kaila 2008, 1507.) Tässä tutkimuksessa fokusryhmä oli sama sekä naisille että miehille, sillä aihealueena se ei herätä erityisiä jännitteitä eri sukupuolien välille. Koska keskustelussa nousi esille uusia teemoja, otettiin ne huomioon analysoinnissa ja pohdinnassa.

### 4.3 Aineiston analyysi

Haastattelemalla tehdyn laadullisen tutkimuksen analyysi voi alkaa jo haastattelutilanteessa. Kun tutkija itse toteuttaa haastattelut, hän pystyy samanaikaisesti jo muodostamaan käsityksiä esimerkiksi ilmiöiden useudesta, toistuvuudesta, jakautumisesta tai harvinaisuudesta. Laadullisen tutkimuksen aineisto analysoidaan usein lähellä sen kontekstia ja saatu aineisto säilytetään sanallisessa muodossa. Analysointiin voidaan käyttää induktiivista tai abduktiivista päättelyä. Abduktiivinen päättely perustuu tutkijan ennalta perustamiin johtaviin ajatuksiin, joita hän pyrkii todentamaan aineistonsa avulla. Induktiivisen päättelyn keskiössä on aineistolähtöisyys. (Hirsijärvi & Hurme 2006, 136.) Tässä tutkimuksessa saatu aineisto käsiteltiin induktiivisesti, eli aineistolähtöisesti. Näin saaduista vastauksista voitiin saada mahdollisimman luotettava ja puolueeton vastaus.

Tallennettu aineisto kirjoitettiin tekstiksi, eli litteroitiin. Täsmäryhmähaastattelu ei itsessään edellytä mitään tiettyä analyttistä tutkimustapaa. Tulosten esittämisessä noudatetaan samoja periaatteita kuin muissakin laadullisissa tutkimuksissa: tuloksia ei esitetä numeroina tai prosentteina vaan esimerkiksi luokiteltuina teema-alueina. Tyypillisesti analyysi tuottaa asiaan liittyviä teemoja ja luokkia, jotka nimetään ja joiden sisältö kuvataan. (Mäntyranta & Kaila 2008, 1510-1512.) Kvalitatiivisen tutkimuksen analyysia voidaan ajatella kolmivaiheisena prosessina, johon kuuluu aineiston kuvailu, luokittelu sekä yhdistely (Hirsijärvi & Hurme 2006, 145). Saatuja tuloksia voidaan tukea aineistosta poimituilla esimerkeillä, jotka kuvastavat luokan keskeistä sisältöä. Tärkeää on huomioida, että lainauksista ei ole mahdollista tunnistaa asian esittänyttä henkilöä. (Mäntyranta & Kaila 2008, 1510-1512.)

Vaikka työhön valittu tiedonkeruumenetelmä ei itsessään vaadi yksiselitteistä analysointitapaa, kerätystä aineistosta etsittiin vastaukset tutkimuskysymyksiin sisällönanalyysillä. Valinta perustui siihen, että tämä analysointitapa on tekijöille metodiopinnoissa opetettu

ja siten sillä voitiin saavuttaa mahdollisimman luotettavien tulosten muodostuminen. Sisällönanalyysi on menetelmä, joka mahdollistaa aineistojen analysoinnin systemaattisesti ja objektiivisesti (Tuomi & Sarajärvi, 103). Sisällönanalyysi järjestää aineiston johtopäätösten tekemistä varten. Pelkästään aineiston järjestäminen ei siis riitä tutkimuksen vastausten muodostamiseen, vaan saaduista tuloksista tulee kyetä tekemään mielekkäitä johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi, 103.)

Tämän työn aineisto kerättiin kahdessa ryhmähaastattelussa, jotka pidettiin noin viikon välein toisistaan. Haastatteluihin osallistui yhteensä yhdeksän hoitajaa sairaalan eri osastoilta. Ensimmäinen haastattelu kesti 24 minuuttia 43 sekuntia, toinen 21 minuuttia 49 sekuntia. Litteroimalla aineistoa haastatteluista kertyi yhteensä 17 sivua Word-tiedostona. Alkuperäisilmaisuja lopullisessa sisällönanalyysissä on yhteensä 91.

Induktiivisen sisällönanalyysin voi karkeasti kuvata kolmivaiheisena prosessina, johon kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston redusointi karsii ja pelkistää tutkimusaineistoa siten, että siitä karsitaan kaikki epäolennainen pois. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-111.) Taulukossa 1 on nähtävissä esimerkki aineiston redusoinnista.

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston alkuperäisilmauksien redusoinnista.

<b>Alkuperäisilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>
On se varmaan se ruokailutapahtuma sitte tietysti et mitenkä se, että minkälainen on se ruoka-asento ja mikä onko siinä. Sit selvitetään, onko potilaalla nyt jotain nielemisongelmia tai muita, tarvitaanko apuvälineitä ja tarvitaanko apua vai syökö itte ja onko se.. miten se ruoka menee sille. siinä on paljon tämmösiä ulkoisia tekijöitä myös.	Potilaan yksilöllisten tarpeiden ja haasteiden huomioiminen ruokailutilanteessa
Et siitä on tullu kyllä palautettakin sillain kun että joskus on että tota että kun on antanukki jonku ihan pienen annoksen sillain, että nyt tuli sillain että maistu hyvin, kun ei oo semmosta hirveetä kasaa sitä ruokaa	Ruokahaluun myönteisesti vaikuttaminen annoskoko huomioimalla
Kyllä hyvä ruokailuasento on erittäin tärkeätä ja avustaminen ruokailussa tarpeen mukaan	Asennon ja avuntarpeen huomioiminen ruokailussa.
Ja sit tavallaan antaa sen ajan syödä, että ei oo se että nyt niinku ruoka tulee ja se on kymmenessä minuutissa syötävä vaan että se tarjotin voi olla siinä sitte sen puoli tuntia että se sitte pystytään tiskaamaan vähä myöhemminkin että potilas saa sitte syödä omaan tahtiinsa	Ruokarauhan antaminen
Ettei siinä oo sitten mitään kauheeta hajupotilasta vieressä.	Ruokailuympäristön huomioiminen

Klusteroinnissa pelkistetystä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään luokiksi ja nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Aineisto tiivistyy, kun käsitteistä muodostetaan alaluokkia, ylä-

luokkia, pääluokkia sekä yhdistäviä luokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-111.) Taulukko 2 on esimerkki pelkistettyjen ilmauksien ryhmittelystä, eli klusteroinnista. Tässä vaiheessa luodaan pohjaa tutkimuksen perusrakenteelle sekä alustavia kuvauksia tutkitavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-111).

TAULUKKO 2: Esimerkki pelkistettyjen ilmauksien ryhmittelystä

<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alaluokka</b>
Ruoan ulkonäköön panostamalla ruokahallun lisääminen	Ruokailutilanne osastolla
Ruokarauhan antaminen	
Potilaan herättäminen syömään	

Abstrahointivaiheessa aineistosta valikoidaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja sen perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahointi tapahtuu etenemällä alkuperäisinformaatiosta teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Jo klusterointivaiheen katsotaan kuuluvan osaksi abstrahointia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-111.) Taulukot 3 ja 4 osoittavat, kuinka abstrahointi on toteutettu yhdistämällä muodostettuja alaluokkia sekä nimeämällä niitä teoreettisella tasolla.

TAULUKKO 3: Esimerkki alaluokkien yhdistämisestä yläluokaksi

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
Ruokailutilanne osastolla	Ruokailutilanteeseen liittyvät tekijät
Potilaan avuntarve ruokailussa	
Riskiryhmät	Hoitajien ymmärrys riskiryhmistä sekä ravitsemushoidon merkityksestä
Ravitsemushoidon merkitys	

TAULUKKO 4: Esimerkki yläluokkien yhdistämisestä pääluokaksi

<b>Yläluokka</b>	<b>Pääluokka</b>
Ruokailutilanteeseen liittyvät tekijät	Ravitsemushoidon toteuttamista tukevat tekijät
Hoitajien ymmärrys riskiryhmistä sekä ravitsemushoidon merkityksestä	
Ravitsemukseen liittyvät tekijät	

## 5 TULOKSET

Tulokset kertovat hoitajien omista näkemyksistä ja kokemuksista siitä, minkälaisia mahdollisuuksia heillä on toteuttaa ravitsemushoitoa sairaalaolosuhteissa sekä vajaaravitsemuseulonnan käyttämiseen vaikuttavista tekijöistä. Tulokset on esitetty sisällönanalyysistä saatujen luokkien mukaan siten, että yhdistävät käsitteet muodostavat otsikot ja pääluokat alaotsikot (taulukko 5). Tuloksissa esitetyt sitaatit ovat suoria lainauksia hoitajien haastattelutilanteista.

TAULUKKO 5: yhdistävien käsitteiden muodostaminen pääluokista

Pääluokka	Yhdistävä käsite
Ravitsemushoidon toteuttamista tukevat tekijät	Ravitsemushoidon toteuttamiseen vaikuttavat tekijät
Ravitsemushoidon toteuttamista heikentävät tekijät	
Lomakkeen käyttämistä tukevat tekijät hoitotyössä	NRS-2002-lomakkeen käyttämiseen vaikuttavat tekijät hoitotyössä
Lomakkeen käyttämistä heikentävät tekijät hoitotyössä	

### 5.1 Ravitsemushoidon toteuttamiseen vaikuttavat tekijät

Ravitsemushoidon toteuttamiseen vaikuttavat tekijät jaettiin toteuttamista tukeviin sekä toteuttamista heikentäviin tekijöihin. Ravitsemushoidon toteuttamista tukevat tekijät jaoteltiin ravitsemukseen liittyviin tekijöihin, ruokailutilanteisiin liittyviin tekijöihin, työyhteisön moniammatillisuuteen, tiedonjakamiseen liittyviin asioihin sekä hoitajan ymmärrykseen riskiryhmistä ja ravitsemushoidon merkityksestä. Ravitsemushoidon toteuttamista heikentävinä tekijöinä mainittiin ruoan jakaminen osastolla ja ravitsemusasioiden vähäinen suunnitteleminen.

### **5.1.1 Ravitsemushoidon toteuttamista tukevat tekijät**

#### **Ravitsemukseen liittyvät tekijät**

Potilaan ravitsemuksesta puhuttaessa hoitajat korostivat potilaan yksilöllisiä tarpeita ja näiden tarpeiden pohjalta ravitsemushoidon suunnittelemista ja toteuttamista. Tällaisia asioita olivat esimerkiksi mieliruokien tarjoaminen sekä ruoan rikastuttaminen. Potilaalle voidaan tilata keittiöltä tulevat ateriat runsasenergisinä tai –proteiinisena. Lisäksi esimerkiksi aamupuuroon voidaan lisätä rasvaa tai sokeria ja tätä kautta lisätä ruoan energian määrää.

Täydennysravintovalmisteiden käyttäminen on suuressa roolissa potilaiden ravitsemushoidon toteuttamisessa. Ne koettiin ravintosisällöltään paremmiksi kuin tavanomainen elintarvike (esimerkiksi jogurtti). Suuri ravintoainepitoisuus suhteellisen pienessä määrässä valmistetta koettiin hyödylliseksi esimerkiksi silloin, kun potilaan ruokahalu on huono ja ravinteiden saanti pitää silti turvata. Osaston luonteesta riippuen täydennysravintovalmisteiden käyttäminen saatettiin aloittaa jokaisen potilaan kohdalla myös automaattisesti, esimerkiksi isojen leikkauksien jälkeen. Myös uusia työntekijöitä ohjattiin käyttämään täydennysravintovalmisteita potilaan riittävän ravitsemuksen turvaamiseksi. Hoitajat kokivat täydennysravintovalmisteiden olevan yksittäisenä tekona helpoin ja tehokkain keino tukea potilaan ravinnonsaantia.

#### **Ruokailutilanteeseen liittyvät tekijät**

Ruokailutilanteessa hoitajat kiinnittivät huomiota potilaan ruokailuasentoon ja -ympäristöön, avuntarpeeseen, mahdollisiin terveydellisiin esteisiin, kuten nielemisongelmiin sekä annoskokoon ja ruoan ulkonäköön. Tarvittaessa hoitajat auttoivat potilasta joko tarjoamalla ruokailuun apuvälineitä tai syöttämällä tätä. Annoskokoa potilaan ruokahalun mukaan säätelemällä hoitajat kokivat voivansa vaikuttaa positiivisesti syödyn ruoan määrään. Hoitajat ovat huomanneet, että monille potilaille ruoka ei maita, jos annettu ruoka-annos on liian suuri. Ruoan kauniista asetelusta sekä esimerkiksi voileipien päälle värikkäiden vihannesten laittamisesta hoitajat ovat saaneet potilaita sellaista palautetta, että ruoan ulkonäkö on motivoinut osaltaan potilasta syömään paremmin.

Hoitajat kokivat osastolla tärkeäksi luoda ruokailutilanteesta niin mukava, kuin mahdollista. On osasto- ja potilaskohtaista, syövätkö potilaat potilashuoneissa vai päiväsalissa. Tilanteeseen voi vaikuttaa esimerkiksi potilaan oma tarve rauhalliseen ympäristöön.

Ruoan tarjoilu oikean lämpöisenä, potilaan herättäminen ruoka-aikaan sekä mahdollisuus syödä omaan tahtiin oli hoitajien mielestä tärkeää.

*”Ja sit tavallaan antaa sen ajan syödä, että ei oo se, että nyt niinku ruoka tulee ja se on kymmenessä minuutissa syötävä, vaan että se tarjotin voi olla siinä sitten se puoli tuntia, että se sitte pystytään tiskaamaan vähä myöhemminki, että potilas saa sitte syödä omaan tahtiinsa.”*

### **Työyhteisön moniammatillisuus**

Moniammatillinen yhteistyö koettiin ravitsemushoidon onnistumista tukevaksi tekijäksi. Ravitsemushoidon toteuttamista suunniteltiin hyödyntämällä hoitohenkilökunnan lisäksi ravitsemusterapeutteja ja lääkäreitä. Myös laboratoriotutkimuksia hyödynnettiin osana ravitsemustilan arviointia. Yhteistyö ravitsemusterapeuttien kanssa koettiin hyödylliseksi. Ravitsemusterapeutit voivat tehdä pyynnöstä esimerkiksi tietyille potilasryhmille ohjeistuksia ravitsemushoidon toteuttamiseen tai tarpeen vaatiessa suunnitella yksittäisen potilaan ravitsemusta.

*”Ravitsemusterapeutille tehdään lähete, jonka lääkäri tekee, että meiltä tulee vaan se suositus, että tää ihminen tarvii sen lähetteen. Monta kertaa mä ainakin tilaan jo labroja: albumiinia valmiiksi...”*

### **Tiedonjakamiseen liittyvät asiat**

Hoitajat pyrkivät varmistamaan hoidon jatkuvuutta antamalla jatkohoitopaikalle tietoa ja ohjausta ravitsemushoidon toteuttamisesta. Ravitsemukseen liittyvistä asioista puhutaan myös omaisten ja potilaiden kanssa. Myös hoitohenkilökunta keskenään juttelee ja jakaa tietoa potilaiden ruokailuun liittyvistä asioista.

*”Ja sitten jatkohoitopaikkaan tietysti viedään tieto ja annetaan informaatio, että jos on tarvetta, niin ohjataan sellaiseen parempaan ravitsemukseen ja omaisia tarpeen mukaan.”*

*”Ja potilaiden kanssa, omaisten kanssa, kaikkien kans me puhutaan syömisestä.”*

### **Hoitajan ymmärrys riskiryhmistä sekä ravitsemushoidon merkityksestä**

Haastattelussa hoitajat toivat esille laajasti oman tietämyksensä siitä, minkälaiset potilasryhmät ovat vajaaravitsemuksen riskiryhmässä sekä ravitsemushoidon merkityksestä

hoitotyössä. Hoitajat kertoivat potilaan vajaaravitsemuksen pidentävän hoitajaksoja ja hidastavan paranemista. Hyvällä ravitsemushoidolla he kokivat voivansa tukea potilaan toipumista ja esimerkiksi edesauttaa haavojen paranemista tai leikkauksesta kuntoutumista.

Monilla osastoilla jo potilaiden ikä oli hoitajien mukaan yksi merkittävimmistä vajaaravitsemusta aiheuttavista tekijöistä. Lisäksi esille nostettiin neurologiset sairaudet, muistisairaudet, kroonisista haavoista kärsivät potilaat, syöpäpotilaat, haimapotilaat, alkoholin liikakuluttajat, monisairaat, murtumapotilaat, plastiikkapuolen potilaat sekä monivamma-potilaat.

### **Ruokahalun tukeminen lääkkeellisesti**

Pahoinvointi saattaa heikentää potilaan ruokahalua huomattavasti. Hoitajat kertoivat pystyvänsä tarvittaessa hoitamaan pahoinvointia lääkkeellisesti ennen ruokailua, jotta potilas pystyisi syömään paremmin.

## **5.1.2 Ravitsemushoidon toteuttamista heikentävät tekijät**

### **Ruoan jakaminen osastolla**

Yksi ravitsemushoitoa heikentävä tekijä on ruoan jakamistilanne osastoilla. Potilaille ei tule henkilökohtaisia ruoka-annoksia valmiina keittiöltä, vaan hoitajat jakavat ruoan kärryistä. Hoitajat kokivat ruoanjakamistilanteen muun hoitotyön ohella kuormittavana. Ruokakärryt ovat usein täynnä erilaisia astioita eri ruokavalioiden ja siten riski niiden sekaantumisesta keskenään kasvaa. Kaikkia lisäravinteita ei välttämättä huomata lisätä niitä tarvitsevien potilaiden lautasille. Hoitajat kokivat, että ruoan jakaminen on usein hektistä eikä siihen ole aikaa tai mahdollisuutta paneutua rauhassa.

*”Sitte ku niitä kippoja on siinä parikymmentä pientä kippoa, että missä lukee sitä ja missä lukee tätä, kun on niitä erilaisia ruokavaliota ja dieettejä ja sitä ja tätä...”*

### **Ravitsemusasioiden vähäinen suunnitteleminen**

Hoitajat kertoivat, että kiireisessä tilanteessa ravitsemukseen liittyvät asiat saatetaan ohittaa liian vähäisellä suunnittelemisella. Potilaalta kysytään tämän ruokavalio ja mieltymykset.



myksiä (kuten ruokajuoma, tumma tai vaalea leipä ja niin edelleen), mutta muutoin ravitsemukseen liittyvät asiat saattavat jäädä keskustelematta potilaan kanssa. Tämä korostui etenkin niiden potilaiden kohdalla, joilla hoitajaksot ovat lyhyitä.

Hoitajat kokivat, että eniten ravitsemuksellista huomiota tarvitsevat tulevat huomioiksi, mutta muutoin asia saattaa jäädä sivuun. Hoitajat kokivat, että osastolla ympäristö ja potilaan tilanne ovat usein sellaisia, että ruokailusta huolehtimiseen ei jää riittävästi aikaa.

*”Mitä tästä opimme? Potilaat eivät ole täällä syömistä varten!”*

## **5.2 NRS-2002-menetelmän käyttämiseen vaikuttavat tekijät hoitotyössä**

NRS-2002-menetelmän käyttämiseen vaikuttavat tekijät jakautuivat lomakkeen käyttämisestä tukeviin sekä lomakkeen käyttämistä heikentäviin asioihin hoitotyössä. Lomakkeen käyttämistä tukivat osaston yhteiset toimintatavat ja -ohjeet sekä hoitajien hyvät kokemukset lomakkeesta.

Lomakkeen käyttämistä heikentävinä tekijöinä mainittiin osaston puutteellinen ohjeistus tai toimintatapa, lomakkeen käyttämisen vaikeus epäselvyyksien takia, hoitajakson lyhyt kesto ja henkilöstön vaihtuvuus. Myös hoitajan arviointikykyyn ja ammattitaitoon luottaminen ilman lomaketta, dokumentointiin liittyvät epäselvyydet, kiire hoitotyössä, lomakkeen kokeminen hyödyttömäksi, tulosten tulkitseminen virheelliseksi ja potilaan hoidon jatkuvuus olivat seikkoja, jotka vaikuttivat heikentävinä tekijöinä NRS-2002-lomakkeen käyttämiseen.

### **5.2.1 Lomakkeen käyttämistä tukevat tekijät hoitotyössä**

#### **Osaston yhteiset toimintatavat ja -ohjeet**

Lähes kaikilla osastoilla oli ohjeistus NRS-2002-lomakkeen käyttämisestä. Muutamalla osastolla seulontalomake täytettiin jokaisen potilaan kohdalla tämän saapuessa sairaalaan ja sen jälkeen seuranta toteutettiin potilaan saamien pisteiden perusteella. Joillain osastoista oli hoitajien mukaan hyvä ohjeistus, jota ei välttämättä kuitenkaan täysin noudatettu. Jos osaston yleiseen toimintatapaan kuului seulonnan säännöllinen käyttäminen,

myös yksittäiset hoitajat sitoutuivat siihen aktiivisemmin. Joillain osastoilla oli myös sovittu yhteisestä toimintatavasta, jossa huoneen vastuuhoitaja tekisi potilaan seulonnan, jolloin asia tulisi huomioitua ja työ jakautuisi tasaisesti kaikille.

*”Ja kyllähän se on hirveesti sen osaston profiilin mukaista, et kuinka [vajaaravitsemusseulontaa] käytetään”*

*”Meillä on tarkoitus, että huoneen vastuuhoitaja aina tekisi NRS:n, että se ei tulisi kaikkien kontoilte. Mutta sitten käytännössä kaikki ei niitä kuitenkaan tee”*

### **Hoitajien hyvä kokemus lomakkeesta**

Monella hoitajalla oli NRS-2002- lomakkeen käytöstä positiivisia kokemuksia. Lomake koettiin helppokäyttöiseksi ja yksinkertaiseksi täyttää. On huomattu, että seulonnassa moni potilas "jää kiinni" lisäravitsemuksen tarpeesta, jolloin kokemus seulonnan tarpeellisuudesta lisääntyy. Myös ymmärrys siitä, että potilaan ollessa riskiryhmässä, seulonta tarvitsee jatkotoimena ravitsemussuunnitelman ollakseen hyödyllinen, tuki lomakkeen oikeaoppista käyttämistä.

*”Meidän osastolle se istuu taas hirveen hyvin, kun on aika paljon nielemisongelmaa ja ollaan koettu se hirveen tarpeelliseksi. Loppu viimein löytyy paljon sellasia, jotka jää kiinni ja tarvitsee lisäravitsemusta”*

### **5.2.2 Lomakkeen käyttämistä heikentävät tekijät hoitotyössä**

#### **Osaston puutteellinen ohjeistus tai toimintatapa**

Kaikilla osastoilla ei ollut ohjeistusta NRS-2002- lomakkeen käytöstä. Joillakin osastoilla taas oli seulonnan tekemiseen ohjeistus, mutta ohjetta ei noudatettu ja lomaketta ei käytetty säännöllisesti. Joillain osastoilla lomaketta käytettiin vain kerran vuodessa, kun sairaalassa on ravitsemusterapeutin pitämä vajaaravitsemuksen prevalenssipäivä. Tällöin seulonta toteutetaan jokaiselle tuona päivänä sairaalahoidossa olevalle potilaalle ja tiedot välitetään eteenpäin ravitsemusterapeutille.

*”Meillä se tehdään aika lailla kerran vuodessa, kun on se pakollinen NRS-viikon juttu, että silloin toteutamme sen, silloin taas vähän palautellaan mieleen sitä mitä se on.”*

### **Lomakkeen käyttämisen vaikeus epäselvyyksien takia**

Hoitajat kokivat esitietojen puutteellisuuden olevan merkittävä lomakkeen käyttämistä vaikeuttava tekijä. Jos potilas ei osaa kertoa omaa pituuttaan tai arvioida aiempaa paino-  
aan, luotettavien tulosten saaminen vaikeutuu. Potilaan huono kunto hoitojakson alussa  
voi myös vaikeuttaa punnitsemista, jolloin tarvittavat tiedot jäävät puutteellisiksi.

Lomakkeen sanamuotojen tulkittamisessa on myös ollut epäselvyyttä. Hoitajat eivät ol-  
leet esimerkiksi varmoja, minkälainen aikaväli on kyseessä, kun lomakkeessa puhutaan  
äskettäisestä aivohalvauksesta. Tällaiset tulkinnanvaraiset ilmaukset koettiin tulosten  
luotettavuutta heikentäväksi tekijäksi.

*”Tota, pituus ja tää paino, kun meilläkin on niin paljon semmosia, ettei me  
niitä saada punnittua mitenkään, niin arvioida se. Se ja tota sitten hankala  
mun mielestä näitä kuinka paljon on syönyt, ku meilläki niin paljon potilaita,  
jotka tulee jatkohoitoon jostain ja ne on saattanu olla monta kuukautta jol-  
lain iv-nestehoidolla...”*

*”Semmonen vielä tuli yhtäkkiä mieleen, täällä NRS-kaavakkeessa on esi-  
merkiksi, että on äskettäinen aivohalvaus, niin aina ihmiset kysyy, että mitä  
se tarkoittaa se äskettäinen. Kuinka kauan se on se äskettäinen?”*

### **Hoitojakson lyhyt kesto**

Lyhyet hoitojaksot vaikuttivat siihen, että hoitajat kokivat vajaaravitsemusseulonnan te-  
kemisen turhaksi. Kun potilas viipyy osastolla vain muutaman vuorokauden, koettiin, että  
seulonnan saadut tulokset eivät palvele potilasta tai hoitajia sen hetkisen hoitojakson  
suunnittelemisessa.

*”Meilläkään osastolla ei ole tullut kieltämättä juuri sen takia sitä arkityö-  
hön mukaan, koska on niin lyhyitä hoitojaksoja, tullaan ja mennään ja ei  
olla siten koettu, että se NRS palvelee meidän osaston potilaita ja hoitajia.”*

### **Henkilöstön vaihtuvuus**

Hoitohenkilökunnan tiheä vaihtuvuus koettiin seulonnan aktiivista käyttämistä heikentä-  
väksi tekijäksi. Vaikka itse lomakkeen täyttäminen nähtiin helppona myös uusien työn-  
tekijöiden näkökulmasta, siitä aiheutuvat jatkotoimet, kuten asianmukainen kirjaaminen  
ja ravitsemussuunnitelman tekeminen vaatisivat jo enemmän osaamista. Hoitajat kokivat,  
että heillä ei ole aikaa perehdyttää uusia työntekijöitä aiheeseen riittävän hyvin.

### **Hoitajan ammattitaitoon luottaminen lomakkeen sijaan**

Hoitajat kertoivat arvioivansa potilaiden ravitsemustilaa aktiivisesti ilman erillistä lomaketta. Hoitajat kokivat, että he pystyvät ammattitaitonsa avulla tunnistamaan potilaat, jotka ovat vajaaravittuja ja kertoivat kiinnostavansa asiaan huomiota automaattisesti hoitotyötä suunnitellessaan. Lomakkeen käyttämistä ei tästä syystä nähty hyödyllisenä osana potilaan hoidontarpeen arviointia.

*”Tavallaan en koe ainakaan niinku kannattavaks täyttää tollasta vaan jokin osaa niinku ammattitaitoisesti tehdä sen potilaan kartotuksen.”*

### **Dokumentointiin liittyvät epäselvyydet**

Vajaaravitsemusseulonnasta saatujen pisteiden dokumentointi herätti hoitajissa keskustelua. Kaikilla hoitajilla ei ollut yhteneväistä käsitystä siitä, mihin kohtaan saadut tulokset pitäisi potilastietojärjestelmässä kirjata. Oikean kirjaamispaikan löytäminen koettiin monimutkaiseksi ja järjestelmän toimimattomuus turhauttavaksi. Tämän kautta lisääntyivät myös epäilykset siitä, että saadut tulokset jäävät huomioimatta ja tehty työ on turhaa. Jollain osastolla myös kirjaamiseen tullut ohjeistuksen muutos on vähentänyt ravitsemuskartoituksen systemaattista tekemistä siten, että sitä ei tehdä enää jokaiselle osastohoitoon tulevalle potilaalle.

*”Se pitää hakee, se ei aukea sieltä erikseen. Se ei edes aukea siihen kertomukselle. Sitä ei osata hakea sieltä. Se pitäis jossain olla ihan selkeästi, että se lukema näkyis. Se ei oo kauheen hyvä, se täytyy se tieto osata hakea sieltä. Sitäkin ollaan just puhuttu, et se ei palvele, se vaan jää, kun se tehdään, niin se vaan jää johonkin taustalle.”*

*”Ja sitte ku ne pitää kaikki ajaa tietojärjestelmissä eri kohtiin, klikkailla sieltä ja sitten kun mikään ei toimi ja sitte vaan parempi jättää tekemättä.”*

### **Kiire hoitotyössä**

Hoitajien kiire vaikuttaa vajaaravitsemusseulonnan tekemiseen heikentävästi. Hoitajat kertoivat, että kiireisinä aikoina seulonnan tekeminen systemaattisesti kaikille potilaille vähenee. Hoitajat pyrkivät priorisoimaan työtehtäviään ja kokivat, että seulonta jätetään tällaisessa tilanteessa herkästi tekemättä muiden pakollisten töiden takia.

*”Kun sulla on tällanen määrä aikaa ja tällanen määrä töitä, niin sä et ehdi kaikkee niitä tehdä ja sit ku sä jätät jonkun niistä tekemättä niin tämmönen herkästi sitten jää.”*

### **Epäselyys tulosten tulkinnessa**

Hoitajat kokivat NRS-2002-seulonnan tuloksissa olevan epäselyyksiä. Esimerkiksi korkea ikä ja leikkaustoimenpide nostavat seulonnan perusteella vajaaravitsemusriskiä, vaikka muita ongelmia ravitsemuksen suhteen ei olisikaan. Hoitajat ajattelivat, että tämän kaltaisissa tilanteissa seulonnan saadut pisteet vääristävät tuloksia ja antavat todellista huonomman kuvan potilaan tilanteesta.

*”Se me ainakin ollaan huomattu, kun niitä on tosiaan tehty, että se lukema minkä siitä sitten saa niin on tavallaan vääristynyt, se jo nostaa heti ne pisteet, jos oot leikkauspotilas, vaikka se olis tällanen seuraavana päivänä kotiutuva, siis ihan tällanen lyhytaikainen jakso. Että se lyhytaikainen hetki saattaa näyttää siis huonommalta mitä se sitten oikeasti onkaan.”*

### **Hoidon jatkuvuuden katkeaminen**

Hoitajat ajattelivat, että hoidon jatkuvuus ei ravitsemushoidon osalta toteudu riittävän hyvin. Haasteita koettiin olevan niin potilaan saapuessa sairaalahoitoon kuin sieltä jatkohoittoon tai kotiin lähtiessään. Hoitajat toivoivat, että potilaan ravitsemustilaa arvioitaisiin jo esimerkiksi ennen leikkauspäätöksen tekemistä. Tällöin potilaan ravitsemustila voisi kohentua jo ennen toimenpidettä ja heidän olisi mahdollista jatkaa suunnitelman toteuttamista vielä toimenpiteen jälkeenkin. Tästä syystä hoitajat toivoivat, että vajaaravitsemusseulonnan tekeminen aloitettaisiin jo ensimmäisissä hoitokontakteissa, jolloin heidän olisi helpompi myös seurata tilanteen kehittymistä lyhyelläkin hoitajaksolla. Jatkohoidon kannalta hoitajat epäilivät, että ravitsemustilan eteen tehdyt muutokset ja toimet eivät aina seuraavassa paikassa saa jatkumoa, jolloin myös jo osastolla tehty työ tuntuu turhalta.

*”Ja jatkohoidon kannalta vähän mieltii aina sitä, et jos me nyt täällä todetaan sitä vajaaravitsemusta niin mites sitte jatkossa. Et tokihan me niinku kirjataan niitä asioita, mutta että jääkö se sitte... Miten se tilanne sitte... Mennään sinne kotiin ja se on yhtä huonoo ja onnetonta siellä se syöminen, että joskus mieltii niitä asioita.”*

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajan roolia ravitsemushoidon toteuttamisessa sekä selvittää vajaaravitsemusseulonnan tekemiseen vaikuttavia tekijöitä sairaalaolosuhteissa. Tässä osiossa saatuja tuloksia pohditaan tutkimuskysymys kerrallaan. Tuloksia verrataan jo olemassa olevaan tutkimustietoon. Tulosten pohdinnassa painottuu enemmän hoitotyössä kehittämistä vaativat tekijät.

#### **Ravitsemushoidon toteuttamiseen vaikuttavat tekijät**

Opinnäytetyön ensimmäisenä tehtävänä oli selvittää, miten sairaanhoitaja voi toteuttaa ravitsemushoitoa sairaalaolosuhteissa. Saatujen tulosten perusteella hoitajat kokivat, että heillä on runsaasti tietoa ja keinoja tukea ravitsemushoidon toteutumista, mutta sairaalassa on myös sen toteuttamista vaikeuttavia tekijöitä.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitajat pystyivät huomioimaan potilaan avuntarpeen ruokailutilanteissa sekä muokkaamaan potilaalle tarjottua ravintoa tämän henkilökohtaisten tarpeiden mukaan. Hoitajat kertoivat huomioivansa muun muassa ruokailutilan viihtyvyyden, mahdollisuuden itsenäiseen ruokailuun tai mahdollisen avuntarpeen ruokailussa. Myös Jeffries ym. (2011) on tutkimuksessaan tuonut esille, että hoitajan tulee huolehtia potilaan kyvystä ruokailla ja Tappendenin ym. (2013) tutkimus tukee tätä ajatusta, sillä jos potilaalla on vaikeuksia itsenäisessä ruokailussa, potilas ei välttämättä syö tarjottua ruokaa kokonaan. Aiempi tieto tukee myös hoitajien käsitystä siitä, että ravitsemushoitoa voi toteuttaa monella eri tavalla: perusruoalla, erityisruokavaliolla, täydennysravintovalmisteilla ja sitä voidaan toteuttaa joko enteraalisesti tai parenteraalisesti (Aapro ym. 2008, 102-107).

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että hoitajien mielestä moniammatillisuus on tärkeässä roolissa vajaaravitun potilaan hoidossa. Hoitajat kertoivat suunnittelevansa potilaan ravitsemushoitoa osaston lääkärin ja ravitsemusterapeutin sekä omaisten ja potilaan itsensä kanssa. He käyttivät myös laboratoriokokeita kartoittaessaan potilaan tilannetta. Siljamäki-Ojansuu & Peltola (2009) ovat myös tuoneet esille, että potilaan ravitsemus-

hoito on tiimityötä, jossa ravitsemushoidosta vastaa potilasta hoitava lääkäri, mutta hoidon suunnittelemiseen ja toteuttamiseen osallistuvat myös hoitajat, ravitsemusterapeutit, sairaalahuoltajat sekä omaiset. Hoitajat kokivat yhteistyön ravitsemusterapeuttien kanssa hedelmälliseksi.

Tutkimustulokset osoittavat, että hoitajat pyrkivät varmistamaan hoidon jatkuvuuden antamalla jatkohoitopaikalle tietoa, jos potilaan ravitsemushoidossa on erityistä huomioitavaa. Hoitajat keskustelevat myös omaisten ja potilaan itsensä kanssa ravitsemukseen liittyvistä tekijöistä ja sitä kautta yrittävät turvata riittävää ravintoaineiden saantia myös kotioloissa. Haastavissa tilanteissa hoitajat kokivat, että koko osaston henkilökunta pohtii yhdessä potilaan ravitsemusasioita. Jeffries ym. (2011) toteavat tutkimuksessaan myös, että kaikki ravitsemukseen liittyvät asiat, kuten suunnitellut erityisruokavaliot tai esteet itsenäisen ruokailun kanssa tulisi ottaa puheeksi hoitajien kesken jokaisen vuoronvaihdon aikana. Tämä kehotuksen merkitys korostunee entisestään jatkohoitopaikkaan tai kotihoitoon siirryttäessä. Yalcin ym. (2013) tuovat tutkimuksessaan myös esille, että hoitajan vastuulla on arvioida potilaan ravitsemustilaa sekä antaa siihen liittyvää neuvontaa ja ohjausta.

Hoitajien tietotaso ravitsemushoidon merkityksestä sekä vajaaravitsemusriskiryhmiin kuuluvista potilaista on tutkimustulosten perusteella hyvä aiempaan tutkimustietoon verrattessa. Osastoilla on paljon iäkkäitä ja monisairaita potilaita. Hoitajat kertoivat, että potilaan korkea ikä yhdistettynä perussairauksiin ja sairaalassa tehtyihin toimenpiteisiin nostavat vajaaravitsemuksen riskiä. Lisäksi hoitajat nimesivät omille osastoille tyypillisiä riskiryhmiä, joita ovat esimerkiksi neurologisista sairauksista kärsivät, haava- ja leikkauspotilaat, muistisairaat sekä monivammapotilaat. Hoitajat kertoivat myös potilaan vajaaravitsemustilan pidentävän hoitojaksoja ja hidastavan tämän toipumista ja kuntoutumista. Saadut tulokset ovat yhtäläisiä Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010) sekä Knudsenin (2012) tulosten kanssa, jotka kertovat riskiryhmässä olevan muun muassa ikääntyneet ja ikääntymisen mukana tulevat tyypilliset sairaudet, Alzheimer-potilaat sekä Parkinson-potilaat. Jeffries ym. (2011) sekä Tappenden ym. (2013) ovat tuoneet esille, että potilaan vajaaravitsemus hidastaa haavojen paranemista, heikentää toimintakykyä, pidentää hoitojaksoja ja lisää lääke- ja haavahoitotarpeita. Kun hoitajat tiedostavat riskiryhmään kuuluvat potilaat sekä vajaaravitsemuksen aiheuttamat seuraukset, pystytään riittävästi ravitsemushoitoon panostamaan hyvissä ajoin.

Haastatteluista saadut tulokset osoittavat, että ruoanjakotilanteet osastoilla ovat ravitsemushoidon toteutumista heikentäviä tekijöitä. Hoitajat jakoivat potilaille ruoan itse ruokakärryistä, eli potilaille ei tule valmiita ruoka-annoksia keittiöltä. Hoitajien mielestä ruoanjakotilanne on kuormittava muutoinkin jo kiireisen työn ohella. Tilanteen hektisyyden takia hoitajat kokivat, ettei heillä ole mahdollisuuksia paneutua ruoan jakamiseen rauhassa. Ruoan jakamisesta tekee hankalaa myös se, että ruokakärryssä on lukuisia eri astioita erilaisia ruokavaliota varten, jolloin ruokavaliot saattavat sekaantua. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010) mukaan ravitsemushoito on sairaalassa tärkeä osa potilaan hoitamista sen toimiessa terveyden edistäjänä ja useiden sairauksien keskeisenä hoitomuotona. Haglund ym. (2011) puolestaan tuo esille, että ravitsemushoidon tavoitteena on potilaan mielihyvän lisäksi ravintoaineiden saannin ja energiantarpeen tyydyttyminen, potilaan elämänlaadun kohentaminen sekä toipumisen nopeutuminen. Hoitajat kokivat, että ruokavalioiden oikeanlaista toteutumista helpottaisi, jos keittiöltä tulisi potilaille valmiit ruoka-annokset. Tällöin riski sekaannuksiin ja unohduksiin vähenisi merkittävästi.

Haastatteluista saatujen tulosten perusteella myös ravitsemusasioiden vähäinen suunnitteleminen on ravitsemushoidon toteutumista heikentävä tekijä. Ravitsemusasioiden vähäinen suunnitteleminen korostui etenkin niillä potilailla, joiden hoitajakset ovat lyhyitä. Potilaalle ei koettu lyhyen hoitajakson vuoksi tarpeelliseksi tehdä NRS-2002- seulontaa tai puuttua tämän ruokavaliioon jakson aikana. Potilailta kysytään kylläkin ruokavaliomieltymyksiä, kuten mitä ruokajuomaa haluaa tai ottaako tumman vai vaalean leivän. Usein ravitsemusasioista keskusteleminen jäi tälle asteelle, jos potilaalla ei ole havaittavissa selkeää haastetta ruokailujen toteutumisessa. Ravitsemushoidon suunnittelun täytyisi pohjautua NRS-2002- seulonnasta saatuihin tuloksiin (Siljamäki-Ojansuu & Peltola 2009, 35-36). Tämän perusteella voidaan todeta, että jos hoitajat eivät tee seulontaa säännöllisesti hoitoon tuleville potilaille, ravitsemushoidon suunnittelukaan ei voi toteutua kunnolla.

### **NRS-2002-menetelmän käyttämiseen vaikuttavat tekijät**

Opinnäytetyön toisena tehtävä oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, käytetäänkö NRS-2002-menetelmää vajaaravitsemuksen tunnistamiseen. Tulokset osoittavat, että toisin kuin ravitsemushoidon toteuttamisen suhteen, hoitajat kokivat seulonnan käyttämiselle olevan useita heikentäviä tekijöitä, kun taas sen käyttämistä tukevia tekijöitä oli vain muutamia.



Vajaaravitsemusseulonta tulisi tehdä kaikille aikuispotilaille viimeistään toisena sairaalapäivänä, jotta riskipotilaiden ravitsemushoito voidaan aloittaa hyvissä ajoin (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2231-2238). Tutkimuksen tulosten perusteella vajaaravitsemusseulontaa tehtiin potilaille osastosta riippuen vaihtelevasti. Jotkut osastot tekivät seulonnan kaikille potilaille tulohaastattelun yhteydessä ja jatkoivat seurantaosastohoidon ajan potilaan tarpeen mukaan, joillain osastoilla seulonta tehtiin potilaille kerran ja jotkut osastot puolestaan käyttivät seulontaa vain pakollisena ”prevalenssipäivänä”. Saatujen tulosten perusteella seulonnan käyttämiseen vaikuttaa paljon osaston hoitajien yhteinen toimintamalli sekä hoitajaksojen kestot ja osaston potilasaines. Lomakkeen käyttämistä tuki osastoilla oleva ohjeistus seulonnan tekemisestä. Lähes kaikilla osastoilla tällainen ohjeistus on ja hoitajat kokivat ohjeistuksen selkeäksi. Yhteinen toimintamalli korostui kuitenkin myös ohjeistuksen noudattamisessa, sillä jos osaston yleinen tapa on jättää seulonta ohjeistuksesta huolimatta tekemättä, myös yksittäinen hoitaja jätti sen herkemmin sivuun potilaan hoitoa suunnitellessa.

Siljamäki-Ojansuu ja Peltola (2009) kirjoittavat teoksessaan, että vajaaravitsemuksen seulontamenetelmät ovat helppoja ja nopeita käyttää ja ne ovat helppoja ottaa mukaan päivittäiseen hoitotyöhön. Haastatellut hoitajat kokivat pääsääntöisesti myös, että NRS-2002-lomaketta on helppo käyttää, mikä yksittäisenä tekijänä tukee lomakkeen käyttämistä hoitotyössä. Hoitajat kuitenkin kokivat, että vaikka lomake onkin itsessään helppokäyttöinen, potilaan esitietojen puutteellisuus vaikeutti lomakkeen käyttämistä. Potilaat eivät välttämättä osaa kertoa omaa painoa tai pituuttaan, saati arvioida onko paino pudonnut kuluneiden kuukausien aikana. Jos potilas on huonokuntoinen, punnitseminen ja mitaaminen eivät välttämättä ole mahdollisia, jolloin tarvittavia tietoja ei ole mahdollista kerätä sairaalassakaan. Hoitajat kokivat lomakkeen kysymyksissä olevan myös tulkinnanvaraisuutta, mikä vaikeuttaa lomakkeen käyttämistä. Lomakkeessa mainitaan esimerkiksi äskettäinen aivohalvaus eivätkä hoitajat olleet varmoja, minkälainen aikaväli tässä on kyseessä. Tällaiset tulkinnanvaraiset epäselvyydet heikentävät tulosten luotettavuutta.

Kiire vaikutti hoitajien kokemuksen perusteella vajaaravitsemusseulonnan säännölliseen tekemiseen. Kiireen keskellä hoitajat kertoivat priorisoivansa työtehtäviään ja tässä tilanteessa seulonta on sellainen asia, joka jää helposti tekemättä. Kuten jo aiemmin todettiin, Siljamäki-Ojansuu ja Peltola (2009) ovat esittäneet vajaaravitsemusseulontojen olevan nopeita ja helppoja käyttää päivittäisessä hoitotyössä. Tulosten perusteella voi ajatella,

että koska seulonnan tekeminen ei ole vakiintunut osaksi päivittäistä hoitotyötä osastoilla, hoitajat kokevat sen kiireessä liian työllistäväksi ja aikaa vieväksi.

Tuloksien perusteella voidaan todeta, että vajaaravitsemusseulonnasta saatujen tulosten dokumentoimiseen liittyy epäselvyyksiä. Osastoilla käytettävässä potilastietojärjestelmässä ei ole erikseen kohtaa, johon NRS-2002-seulonnasta saatu tulos kirjattaisiin. Hoitajat kirjasivat saatuja tuloksia potilastietojärjestelmässä eri kohtiin, sillä yhteneväistä käsitystä oikeasta kirjaamispaikasta osastojen välillä ei ole. Tällöin vajaaravitsemusseulonnasta saadut tulokset jäävät helposti huomioimatta ja hoitajille tulee tuntemus, että seulonnan tekeminen on ollut turhaa. Jeffries ym. (2011) mainitsevat, että potilaan ravitsemushoitoon liittyvän kirjaamisen tulisi olla laadukasta ja ajantasaista. Tämä ei kuitenkaan ole mahdollista, jos hoitajilla ei ole yksiselitteistä tietoa siitä, miten ja minne kirjataan. Olisi siis tärkeää sekä potilaan hoidon jatkuvuuden että hoitajien työn mielekkyyden kannalta, että NRS-2002- tuloksille olisi potilastietojärjestelmässä oma kohta.

Hoitajat kokivat, että potilaiden hoidon jatkuvuus seulonnan tekemisen tai ravitsemushoidon aloittamisen ja jatkamisen osalta ei toteudu riittävän hyvin. Joissain tapauksissa ravitsemusasioihin olisi pitänyt kiinnittää jo aiemmassa hoitopaikassa huomiota ja toisissa tilanteissa hoitajat eivät puolestaan voineet olla varmoja, siirtyykö heidän aloittama ravitsemushoito potilaan mukana eteenpäin. Ravitsemusasioiden seurannan kuuluisi olla jatkuvasti mukana potilaiden hoitotyössä (Yalcin ym. 2013). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että katkokset hoidon jatkuvuudessa vähentävät hoitajien intoa tehdä vajaaravitsemusseulontaa potilaille.

Tulokset osoittavat, että hoitajat kokivat henkilöstön suuren vaihtuvuuden NRS-2002-lomakkeen käyttämisestä heikentävänä tekijänä. Pitkään osastoilla työskennelleet hoitajat kokivat, että heillä ei ole aikaa perehdyttää uusia hoitajia ravitsemushoidollisiin asioihin riittävän hyvin. Mowe ym (2008) ja Yalcin ym (2013) mainitsevat, että useasti syy ravitsemushoidon laiminlyömiseen onkin puutteellinen tietotaso ravitsemuksellisissa asioissa. On todettu, että tietotason ollessa riittämätön ravitsemushoidon suhteen, vajaaravitsemuksen seuranta, ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoidon toteuttaminen eivät toteudu asiaankuuluvalla tavalla (Yalcin, 2013, 100). Mowe ym. (2008) mukaan potilaiden hoidon laatu paranee, kun hoitajien tietotaso ravitsemusasioista on hyvä.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että hoitajat kokivat pystyvänsä tunnistamaan ammattitaitonsa avulla ne potilaat, jotka ovat vajaaravittuja ilman erillisiä seulontamenetelmiä. NRS-2002-menetelmää ei tästä syystä nähty hyödyllisenä osana hoidontarpeen arvioinnissa. Aiemmat tutkimustulokset kuitenkin osoittavat, että vajaaravittua henkilöä ei pysty tunnistamaan luotettavasti ilman siihen tarkoitettuja seulontamenetelmiä. Vajaaravitseminen jää helposti huomaamatta, sillä väestön lihoessa myös kroonisesti sairaat ovat yhä useammin ylipainoisia, jolloin vajaaravitsemustila hautautuu ylipainon alle (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2231). Myös Schimizzin ym. (2013) tekemä tutkimus osoittaa, että hoitajien oma arvio vajaaravituista potilaista on selkeästi vähäisempi kuin todellinen esiintyvyys. Kun seulonta tehtiin jokaiselle sairaalahoitoon tulevalle potilaalle, vajaaravittujen potilaiden esiintyvyys kasvoi kahdeksasta prosentista 32 prosenttiin.

Vaikka aiemmin todettiin, että tämän tutkimuksen perusteella hoitajat osasivat nimetä vajaaravitsemuksen riskiryhmiä, tulokset osoittavat myös seulonnan tulosten tulkinnessa olevan epäselvyyksiä asiaan liittyen. Hoitajat kokivat, että esimerkiksi korkeasta iästä tai leikkaustoimenpiteestä saadut pisteet seulonnassa ovat virheellisiä, jos potilaalla ei muutoin ole ongelmia ravitsemuksessa. Hoitajat ajattelivat, että seulonta vääristää potilaan tilanteen todellista huonommaksi eivätkä tästä syystä koe seulonnan käyttämistä hyödyllisenä. NRS-2002-lomake perustuu potilaan iän, sairauden ja ravitsemustilan perusteella tehtävään arviointiin (Nuutinen ym. 2010). Tämän perusteella voidaan todeta, että jo pelkästään korkea ikä tai yksittäinen toimenpide voi lisätä potilaan riskiä vajaaravitsemukseen. Mielenkiintoista onkin, että tässä tilanteessa vaikuttaa siltä, että hoitajien tieto riskiryhmistä ei auta heitä näkemään seulonnasta saatuja pisteitä todenmukaisina tuloksina.

## 6.2 Eettisyys

Etiikassa selvennetään, mitä moraali on ja miten löydetään moraalisiin ongelmiin ratkaisukeinot (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 37). Tutkimusetiikassa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä ja kaikki tutkimuksen tekijät ovat siihen velvoitettuja. Tutkimuksen on tuotettava uutta tietoa tai näytettävä, miten vanhaa tietoa voidaan hyödyntää uudella tavalla. Tutkijalta edellytetään tutkimusprosessin ajalta ja tutkimustulosten esittämisessä tarkkuutta, huolellisuutta ja rehellisyyttä. (Vilka 2015, 41-43.)

Tutkimusaiheen eettiseen pohdintaan kuuluu se, miksi tutkimusta aletaan tehdä ja mitä hyötyä tutkimuksesta tulee olemaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Työtä aloittaessa ja aihetta valittaessa pohdittiin myös tutkimukseen liittyviä eettisiä asioita. Aiheen tärkeyttä on mietitty niin potilaiden kuin hoitajienkin näkökulmasta. Ravitsemusasiat ovat tärkeä osa hoitotyötä ja ne kulkevat mukana jokaisella hoitotyön osa-alueella, joten aihe koettiin hyödylliseksi niin potilaiden hyvinvoinnin kuin tekijöiden oman ammatillisen kasvun kannalta.

Eettinen kestävyys on tärkeä hyvän tutkimuksen laatukriteeri. Laadullinen tutkimus ei ole laadukas, jos etiikkaa ei ole otettu siinä huomioon. Tutkimuksen eettisyyttä tulee arvioida alusta loppuun saakka työtä tehdessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125-127.) Työssä eettisyys on huomioitu jo tutkimuskysymyksiä suunniteltaessa. Työn teossa otettiin huomioon Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ihmistieteisiin liittyvät eettiset periaatteet, jotka on jaettu tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, vahingoittamisen välttämiseen sekä yksityisyyteen ja tietosuojaan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 4-11). Haastateltavien kanssa tehtiin kirjalliset suostumukset (liite 2) tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastateltaville annettiin tietoa etukäteen tutkimuksen aiheesta sekä mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimukseen liittyen. Vastaukset kirjoitettiin kunnioittavaan sävyyn eikä yksittäisiä tiedonantajia tai heidän työyksiköitään ole mahdollista tunnistaa niistä. Hoitajille ei aiheutunut haittaa tutkimukseen osallistumisesta. Kerätty aineisto säilytettiin asianmukaisesti ja se hävitettiin työn tekemisen jälkeen. Hoitajat kohdattiin haastattelussa kunnioittavasti ja tasavertaisina.

### **6.3 Luotettavuus**

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei kykene arvioimaan minkään tietyn ohjeen mukaisesti, sillä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimisesta ei ole ylipäätään yhteneväistä käsitystä. Tutkimus on kuitenkin kokonaisuus ja arvioinnissa sen sisäinen johdonmukaisuus eli koherenssi painottuu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-141.) Työn johdonmukaisuuteen kiinnitettiin huomiota, jotta lukija pystyy ymmärtämään, miten saadut tulokset on muodostettu ja miten ne ovat verrattavissa aiempaan teoretietoon. Tällä tavoin se palvelee parhaimmalla mahdollisella tavalla myös työn tilaajaa.

Laadullinen tutkimus on luotettava, kun tutkimuksen tutkimuskohde ja tulkittu materiaali ovat yhteensopivia, eivätkä teoriamuodostukseen ole vaikuttaneet epäolennaiset tai sattunnaiset tekijät. Tärkein laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, koska arvioinnin kohteena on hänen teot, valinnat ja ratkaisut. (Vilka, 2015, 196-198.) Tutkimukseen liittyvät ratkaisut tehtiin hyvässä yhteishengessä ja rehellisyyttä noudattaen. Työn tekemiseen haettiin ohjausta tutkimuksen eri vaiheissa ja työtä kehitettiin saadun palautteen pohjalta. Kerätty teorian tieto on linjassa tutkimuksen aiheen ja aineiston analyysin kanssa.

Luotettavuuden arviointia tehdään koko prosessin ajan suhteessa teoriaan, analyysitapaan ja tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan, tuloksiin ja johtopäätöksiin. Tutkijan on pystyttävä itse kuvaamaan, perustelemaan, arvioimaan ja dokumentoimaan, miten hän on päätenyt luokittamaan tutkittavien maailmaa juuri niin kuin on tehnyt. Lukijan on päädyttävä samaan lopputulokseen kuin tutkijan. (Vilka, 2015, 196-198.) Sisällönanalyysia on ollut tekemässä kaksi ihmistä, jolloin mahdolliset virhetulkinnat ovat epätodennäköisempiä kuin yksin tehtynä. Tehdystä sisällönanalyysista on annettu esimerkkejä taulukkomuodossa, joiden avulla lukija voi muodostaa paremman käsityksen tulosten syntymisestä. Tiedonantajien lausuntoja ja mielipiteitä on kunnioitettu eikä sanotun tarkoitusta ole muokattu.

Kuten aineistonkeruumenetelmää käsittelevän kappaleen lopussa mainittiin, haastattelussa esiin nousseet aiheet otettiin huomioon analysoinnissa. Ryhmähaastattelu herätti odotettua enemmän keskustelua sairaalassa toteutettavasta ravitsemushoidosta – sen hyvistä puolista ja sitä vaikeuttavista asioista. Tästä syystä toista tutkimuskysymyksistä muokattiin siten, että myös nämä asiat voitiin ottaa työssä huomioon.

Vaikka työssä puhutaan sairaanhoitajan roolista ravitsemushoidossa, haastattelutilanteeseen toivotettiin tervetulleiksi myös lähi- ja perushoitajat. Tämä perusteltiin sillä, että yhteisessä sairaalassa ravitsemushoitoa toteuttavat ja vajaaravitsemusseulontoja tekevät kaikki yllämainituista ammattiryhmistä, joten he kaikki pystyivät antamaan arvokasta tietoa tutkimuksen tulosten kannalta. Haastatteluihin kutsuttiin hoitajia kaikilta niiltä osastoilta, jotka NRS-2002-menetelmää käyttävät. Kaikilta osastoilta ei kuitenkaan saatu osallistujia, joten tältä osin vastaukset ovat voineet jäädä puutteellisiksi.

## 6.4 Kehittämisaalueet

Tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella koko sairaalan sekä yksittäisten osastojen tulisi kehittää niitä osa-alueita sekä ravitsemushoidossa että vajaaravitsemusseulonnan käyttämisessä, jotka työn tekemistä heikentävät. Ravitsemushoidon osalta tämä voisi koskea esimerkiksi ruoan jakotilanteen kehittämistä siten, että riski unohduksiin ja sekaanuksiin pienenee.

Vajaaravitsemusseulonnan kohdalla osastoilla jo olevia ohjeistuksia ja toimintatapoja olisi hyvä vahvistaa entisestään, jotta hoitajat sitoutuisivat niihin entistä paremmin. Kirjaamisjärjestelmää seulonnan osalta voisi kehittää siten, että pisteytys olisi helppo kirjata ja löytää myöhemmin uudestaan. Potilaan kannalta hoidon jatkuvuuden ja riittävän ravitsemustilan turvaaminen lyhyenkin sairauden tai hoitajakson aikana on tärkeää, joten yhteistyötä esimerkiksi kotisairaanhoidon tai toimenpiteistä päättävien poliklinikoiden kanssa tulisi kehittää.

Koska hoitajan hyvä tietotaso parantaa myös sitoutumista ravitsemushoittoon ja seulonnan tekemiseen, jatkokoulutuksia hoitohenkilökunnalle tämän osalta olisi aiheellista suunnitella. Lisäkoulutuksella olisi mahdollista vähentää hoitajien kokemia epäselvyyksiä sekä mahdollisia virheellisiä tulkintoja seulonnan tekemiseen liittyen. Koulutuksella olisi myös mahdollista lisätä ymmärrystä vajaaravitsemusseulonnan merkityksestä potilaan hoidon ja kuntoutumisen sekä hoitotyön suunnittelemisen kannalta.

## 6.5 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimuksen kannalta olisi mielenkiintoista nähdä Hatanpään sairaalassa samankaltainen vertailututkimus vajaaravitsemuksen tunnistamisessa kuin vuoden 2013 Schimizzin ym. tekemässä tutkimuksessa. Tässä hoitajat tekisivät seulonnan tutkimuksen ensimmäisessä osassa vain niille potilaille, joiden arvioi olevan vajaaravittuja ja toisessa osassa seulonta tehtäisiin jokaiselle sairaalaan sisäänkirjatulle potilaalle. Olisi mielenkiintoista nähdä, kuinka suuri ero vajaaravitsemuksen esiintyvyydessä on menetelmien välillä.

Ravitsemushoidon toteuttamista sekä vajaravitsemuksen tunnistamista ja hoitoa olisi hyvä kartoittaa myös kotisairaanhoidon potilaiden ja hoitajien näkökulmasta. Mielenkiintoista olisi tietää, kuinka sairaalasta kotiutuneen potilaan ravitsemushoito sujuu jatkohoitopaikassa tai kotona; onko sairaalassa aloitettu ravitsemushoito saanut jatkoa ja millaisia ravitsemusohjeistuksia kotiutuvat potilaat ja heidän omaisensa saavat sairaalasta.

## LÄHTEET

- Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Bäcklund, M. & Pöyhiä, R. 2013. Kun ruoka ei maistu. *Lääkärilehti* 15 (68), 1075.
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L., Hakala-Lahtinen, P. 2011. Ihmisen Ravitsemus. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. 2009. Ravitsemushoito-opas. 1.painos. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.
- Jeffries, D., Johnson, M. & Ravens, J. 2011. Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care. *Journal of Clinical Nursing* 20, 317-330.
- Jäntti, M. 2012. Yksinkertaisia keinoja vajaan ravitsemuksen tunnistamiseen. Oulun yliopistollinen sairaala. Luettu 26.01.2017.  
[http://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/27544\\_Vajaan\\_ravitsemuksen\\_tunnistaminen\\_2012.pdf](http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/27544_Vajaan_ravitsemuksen_tunnistaminen_2012.pdf)
- Knudsen, J. 2012. Malnutrition: risk factors, health effects and prevention. New York: Nova Science Publishers.
- Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 124, 1507-1513.
- Nuutinen, O., Siljamäki-Ojansuu, U. & Peltola, T. 2010. Vajaan ravitsemuksen riskin seulonta. *Lääkärilehti* 44 (65), 3605-3608.
- Orell-Kotikangas, H., Antikainen, A. & Pihlajamäki, J. 2014. Sairaalapotilaan vajaan ravitsemuksen havaitseminen ja hoito. *Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim* 130 (21), 2231-2238.
- Schimizzi, A., Luccarini, L., Buonomano, M., Giovanna, M., Casuale, M., Rotatori, N., Violini, M., Romagnoli, M., Braconi, M., Appolloni, L., Agostinelli, P. & Fedele, V. 2013. Identification of patients at risk of malnutrition in an internal medicine department. *Nutritional Therapy & Metabolism* 31 (3), 140-144.
- Siljamäki-Ojansuu, U., Peltola, T. 2009. Vajaan ravitsemusriskin seulonta. Teoksessa Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. (toim.) Ravitsemushoito-opas. Jyväskylä: Gummerus. 26-28.
- Sinisalo, L. 2015. Ravitsemus hoitotyössä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.



Tappenden, K., Quatrara, B., Parkhurst, M., Malone, A., Fanjiang, G. & Ziegler, T. 2013. Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care: An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital Malnutrition. *Medsurg Nursing* 22 (3), 147-165.

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. 1.-2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Luettu 18.10.2017. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Yalcin, N., Cihan, A., Gundogdu, H. & Ocacki, A. 2013. Nutrition Knowledge Level of Nurses. *Health Science Journal* 7 (1), 99-108.

**LIITTEET**

## Liite 1. NRS-2002-menetelmä

1(2)

**NRS 2002 -menetelmä****vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa**

Päiväys

\_\_\_\_\_

**POTILAAN PERUSTIEDOT**

Potilaan nimi		Henkilötunnus	
Pituus (cm)	Nykypaino (kg) <input type="checkbox"/> punnitus <input type="checkbox"/> ilmoitus	Painoindeksi BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Paino 3 kk sitten (kg)

**1 ARVIO RAVITSEMUSTILASTA**

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

## 2 SAIRAUDEN VAIKEUSASTE RAVITSEMUSTILANTEEN KANNALTA

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

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

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

## SEULONNAN TULOS JA TOIMENPITEET ERI RISKILUOKISSA

- 0 pistettä: Ei vajaaravitsemuksen riskiä**
- Kirjaa seulontatulokset.
  - Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
- 1–2 pistettä: Vähäinen vajaaravitsemuksen riski**
- Kirjaa seulontatulokset.
  - Motivoi potilasta hyvään ravitsemukseen.
  - Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
- 3–4 pistettä: Kohtalainen vajaaravitsemuksen riski**
- Kirjaa seulontatulokset.
  - Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, tarvittaessa ravitsemusterapeutti).
  - Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
- 5–7 pistettä: Vakava vajaaravitsemuksen riski**
- Kirjaa seulontatulokset.
  - Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, aina ravitsemusterapeutti).
  - Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

## Liite 2. Tutkittavan suostumus

**VAJAARAVITSEMUSSEULONTAAN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT SAIRAALA-  
OLOSUHTEISSA**

Minut on kutsuttu osallistumaan yllämainittuun tutkimukseen ja olen saanut siitä riittävästi tietoa sekä mahdollisuuden esittää tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voin kieltäytyä tai perua suostumukseni milloin tahansa ja syytä ilmoittamatta. Ymmärrän, että kaikki tutkimusta koskevat tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

( ) Haastattelun saa nauhoittaa

Tampereella \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 2017

Tampereella \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 2017

**Suostun osallistumaan tutkimukseen:**

**Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_

tutkittavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

vastaanottajan allekirjoitus

### Liite 3. Kirje haastatteluun saapuvalla hoitajalle

Hyvä Hatanpään sairaalan hoitaja,

olemme Tampereen Ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opin-  
näytetyötä vajaaravitsemusseulonnan tekemisestä sairaalassanne. Työmme tarkoitus on  
selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että seulontaa ei tällä hetkellä tehdä rutiinisti ja  
millä perustein hoitaja valitsee potilaan, jolle seulonta tehdään.

Tulemme haastattelemaan NRS2002-kaavaketta käyttäviä osaston hoitajia. Haastattelut  
ovat täysin luottamuksellisia ja siihen osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelut to-  
teutetaan pienimutoisissa ryhmissä. Hoitajien nimiä tai työyhteisöä ei missään vaiheessa  
kysytä eikä niitä siten tuoda esille missään vaiheessa työtä tehdessä. Nauhoitamme haas-  
tattelun turvataksemme sen, että kaikki mahdollinen tieto hoitajien kokemuksista saadaan  
kerättyä. Nauhoitteita ei tulla luovuttamaan muihin käyttötarkoituksiin.

Haastattelut tehdään \_\_. \_\_. \_\_\_\_ klo \_\_. \_\_.

Vastaamme mielellämme mihin tahansa kysymyksiin, joita herää tutkimukseen liittyen.  
Toivotamme kaikki haastatteluun kutsut lämpimästi tervetulleiksi!

Kiitos.

Lida Alholehto  
[iida.syrjanen@health.tamk.fi](mailto:iida.syrjanen@health.tamk.fi)

Mira Mittilä  
[mira.perala@health.tamk.fi](mailto:mira.perala@health.tamk.fi)