

# IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS

Ravitsemussuunnitelman laatimisen haasteet kotihoidossa



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sairaanhoitaja, Forssa

Syksy, 2020

Mia Himanen

Satu Koivulahti

---

Tekijä	Mia Himanen, Satu Koivulahti	Vuosi 2020
Työn nimi	Ikääntyneiden Ravitseminen – Ravitsemussuunnitelman laatimisen haasteet kotihoidossa	
Ohjaaja	Leena Lampinen	

---

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aiheena on ikääntyneiden ravitsemussuunnitelman laatimisen haasteet. Ravitsemussuunnitelman merkitys osana ikääntyneen hoitotyötä vaikutti opinnäytetyön aiheenvalinnassa. Työn tilaajana toimi Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä. Teoreettisena viitekehysenä ovat ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteet, hoitotyön prosessin mukainen ravitsemussuunnitelman laatiminen, toteuttaminen sekä arviointi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa ravitsemussuunnitelman tekemisen haasteita kotihoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää ravitsemussuunnitelman laatimista ja toteuttamista. Kokemuksia kartoitettiin avoimella kyselyllä kotihoidon ravitsemusvastaavilta suunnitelman laatimisesta ja toteuttamisesta. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Aineiston keräämistä varten laadittiin avoin kyselylomake, johon ravitsemusvastaavat vastasivat esseemuotoisesti. Kyselyyn vastasi 12 hoitajaa (n=12). Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Aineiston analysoinnissa hyödynnettiin koko aineistoa. Analyysikokonaisuus luokiteltiin neljään pääluokkaan, jotka noudattelevat hoitotyön prosessia.

Hoitajien kokemat haasteet olivat moninaisia. Suurimpana haasteena toistuivat kiire, omaisten kanssa koetut yhteistyöongelmat sekä muiden hoitajien sitoutumattomuus. Asiakkaisiin liittyvistä haasteista nousivat merkittävimiksi muistisairauden vaikutukset, huono taloudellinen tilanne ja vanhat epäterveelliset tottumukset. Haasteita koettiin toimimattoman yhteistyön osalta omaisten ja palveluntuottajien kanssa. Edellä mainitut haasteet toistuivat useasti prosessin eri vaiheissa.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää ravitsemussuunnitelmien kehittämistyössä kotihoidossa esimerkiksi ravitsemussuunnitelman laatimisen prosessin ja toimintatapojen suunnittelussa.

Avainsanat Ikääntyneet, ravitseminen, ravitsemussuunnitelma, kotihoito  
Sivut 42 sivua ja liitteitä 5 sivua

---

Authors	Mia Himanen, Satu Koivulahti	Year 2020
Subject	Nutrition for the elderly – Nutrition Plan Challenges in Home Care	
Supervisor	Leena Lampinen	

---

**ABSTRACT**

The aim of this thesis was to gather nurses' challenges and experiences when making the nutrition plan for the elderly in home care and thus improve and develop the implementation of the plan. The good nutritional state of the elderly is important since it affects the maintenance of functional capacity and holistic well-being. The commissioner of the thesis was FSHKY, the Welfare District of Forssa.

The theoretical part of the thesis discussed the common nutritional features of the elderly and the nutrition plan as a process. The study was conducted qualitatively. The data collection was made on an open questionnaire in an essay format. Twelve caregivers (n=12) responded to the survey. After the data collection, the data was analysed. The full analysis was classified into four main categories according to the nursing process.

The results of this thesis show that the experiences of the nurses were diverse. Among the biggest challenges were the rush, the difficulty of working with relatives and the lack of commitment to the nutrition plan by other nurses. Customer-oriented challenges included memory disease, a poor financial condition and unhealthy habits. The same challenges were present at every stage of the process. In the future, the results of this thesis can be used in the development of making nutrition plans in home care, for example, in the design of new policies.

Keywords the elderly, nutrition, nutrition plan, home care

Pages 42 pages and appendices 5 pages

## Sisällys

1	Johdanto .....	1
2	Ikääntyneet kotihoidossa .....	1
3	Ikääntyneiden ravitseminen .....	2
3.1	Ikääntyneiden ravitsemussuosituksia .....	3
3.2	Erityisruokavaliot .....	5
3.3	Rakennemuunneltu ruokavalio .....	6
3.4	Täydennysravintovalmisteet .....	7
3.5	Vitamiinit ja kivennäisaineet .....	7
4	Lääkehoidon vaikutus ravitsemukseen .....	9
5	Ravitsemusongelmien ehkäisy .....	10
6	Ravitsemustilan arviointi .....	12
6.1	RAI- arviointi .....	13
6.2	MNA-testi .....	13
6.3	Ruuankäyttölomake .....	15
6.4	Energiatarpeen arvioiminen .....	15
7	Ravitsemussuunnitelma .....	16
8	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja toteutus .....	16
9	Tulokset .....	19
9.1	Haasteet asiakkaan ravitsemukseen liittyvän tarpeen arvioinnissa .....	19
9.2	Haasteet suunniteltujen toimintojen laatimisessa .....	22
9.3	Haasteet ravitsemussuunnitelman toteutuksessa kotihoidossa .....	25
9.3.1	Asiakkaisiin liittyvät haasteet .....	25
9.3.2	Haasteet yhteistyössä omaisten ja palvelun tuottajien kanssa .....	28
9.3.3	Hoitohenkilökuntaan liittyvät haasteet .....	30
9.4	Haasteet ravitsemussuunnitelman vaikuttavuuden arvioinnissa .....	33
9.5	Hoitajien tietämys ikääntyneiden ravitsemussuosituksista .....	34
10	Pohdinta ja tulosten tarkastelu .....	35
10.1	Eettisyys .....	35
10.2	Luotettavuus .....	36
10.3	Päätelmät ja kehittämissuositukset .....	37
	Lähteet .....	38

## **Liitteet**

Liite 1 Suostumuslomake.

Liite 2 Saatekirje.

Liite 3 Kyselylomake.

## 1 Johdanto

Ravitsemussuunnitelman laatimisen haasteet kotihoidossa hoitajien kokemana valikoitui opinnäytetyön aiheeksi Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän aloitteesta. Aiheenvalintaan vaikutti kiinnostus aiheeseen sekä aiemmin hankittu osaaminen ikääntyneiden hoitotyöstä. Viime vuosina on korostunut ikääntyneiden ravitsemuksen merkitys toimintakyvyn ylläpidossa ja parantamisessa. Yksilöllisen ravitsemussuunnitelman laatiminen ja toteuttaminen on merkityksellistä ikääntyneiden toimintakyvyn turvaamiseksi.

Aiheenvalinnan jälkeen kartoitettiin yhteyshenkilön kautta opinnäytetyön kohdistetumpaa tarvetta kotihoidon näkökulmasta. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Laadullinen tutkimus toteutettiin esseemuotoisena kirjoitelmana. Kirjoitelman rakenteena toimi hoitotyön prosessin mukaisesti etenevä kysely. Tutkimukseen osallistui 12 kotihoidon ravitsemusvastaavana työskentelevää hoitajaa. Kirjoitelmalla kartoitettiin Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän kotihoidossa työskentelevien ravitsemusvastaavien kokemuksia ja haasteita ikääntyneiden yksilöllisen ravitsemussuunnitelman laatimisessa. Kokemusten pohjalta analysoitiin vastaukset, joissa tulivat esille ravitsemussuunnitelman laatimisen ja toteuttamisen haasteet.

Opinnäytetyön teoreettisena viitekehyksenä ovat ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteet, ikääntyneiden ravitsemuksen arviointi sekä hoitotyön prosessin mukainen ravitsemussuunnitelman laatiminen, toteuttaminen ja arviointi.

## 2 Ikääntyneet kotihoidossa

Kotihoidolla tarkoitetaan palvelua, joka tapahtuu asiakkaan kotona. Kotihoidolla ylläpidetään ikääntyneen toimintakykyä, tuetaan asumisessa ja jokapäiväisissä toimissa selviytymistä.

Ikääntyneellä, jolla toimintakyky on sairauden, iän tai vamman takia alentunut, on mahdollisuus saada kotiin kotihoitoa. Kotihoidon tukipalveluina ovat ateriapalvelut ja siivouspalvelut.

Kotihoidossa on tarkoituksena tukea ihmisiä toimintakyvyn heikentymisen myötä. Kotihoidon asiakkaana voi olla myös nuorempia esimerkiksi vamman tai sairauden vuoksi. He ovat yhtäläisesti oikeutettuja saamaan kotiin kotihoidon palveluita. (Kuntaliitto, 2017)

Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymässä kotihoito on jaettu neljään alueeseen, joissa jokaisessa on oma aluevastaava. Kotihoidon tiimeissä on sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Yksilöllinen hoito perustuu henkilökohtaiseen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaan. Kotihoito voi olla jokapäiväistä tai harvemmin tapahtuvaa avustamista, jokaisesta asiakkaasta ja heidän henkilökohtaisesta tarpeestaan riippuen. Kotihoitoa tarjotaan kahdessa tai kolmessa vuorossa. Kotihoidossa yövuoroista vastaa yöpartio, joka tarvittaessa avustaa asiakkaita kahdestakymmenestä yhdestä eteenpäin. (Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä, 2020)

Ikääntyneistä puhuttaessa tulee huomioida, ettei ikääntyneiden käsite ole yksiselitteinen. Nykyisin eläkeläiset ovat keskimäärin parempikuntoisia kuin ennen. Jopa 80-vuotias voi olla edelleen fyysisesti ja psyykkisesti täysin toimintakykyinen ja hoitaa itsenäisesti jokapäiväiset askareensa, kun taas alle 60-vuotias voi sairauksien tai vamman takia olla täysin ulkopuolisen avun varassa. Suomalaisen lainsäädännön mukaan kuitenkin ikääntyneillä tarkoitetaan yli 65-vuotiaita, mikäli toimintakyky on heikentynyt sairauksien vuoksi. (Terveyskylä, 2019)

Suomessa väkiluvun kasvu on alhaisimmillaan vuoden 1970 jälkeen. Suurten ikäluokkien osuus väestöstä on suurin. (Tilastokeskus, 2019a) Väestön ikääntyessä myös ikääntyneiden palvelutarve kasvaa. Ikääntyneistä yli puolet käyttävät kotihoidon palveluja. Kotihoidon asiakkaiden määrä kasvaa tasaisesti. Asiakkaat ovat entistä heikkokuntoisempia ja tarvitsevat aiempaa enemmän ja monipuolisemmin apua sekä tukea. (Kehusmaa, Alastalo, Hammar & Luoma, 2018)

### **3 Ikääntyneiden ravitsemus**

Ikääntyneellä hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen pienentää terveydenhuollon kustannuksia ja osaltaan auttaa sairauksista toipumista. Hyvällä ravitsemustilalla edesautetaan kotona asumisen mahdollisuutta. Yli 80-vuotiailla ongelmat ravitsemustilan heikkenemisessä ovat huomattavasti lisääntyneet esimerkiksi liian vähäisen energian saannin ja laihtumisen takia. Ikääntyneiden parissa

työskentelevä hoitohenkilökunta on merkittävässä asemassa hyvän ravitsemustilan arvioinnissa ja sen toteuttamisessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, ss. 5–9)

### **3.1 Ikääntyneiden ravitsemussuosituksia**

Ravitsemussuositukset on tehty neljälle erilaiselle ryhmälle. Näissä eroavaisuuksia ovat ikääntyneiden toimintakyvyn taso ja erityispiirteet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 10) Ikääntyneiden ravitsemussuositukset on laadittu vuonna 2010 ja suositusten tavoitteena on parantaa ja tukea ravitsemushoidon toteutusta hoitotyössä. Ikääntyneiden kanssa työskentelevät osaavat tunnistaa keskeiset erot eri elämänvaiheessa olevien iäkkäiden ravitsemustilan arvioinnissa. Suositusten tarkoitus on saada tietoa käytäntöön ohjauksessa, arvioinnissa sekä käytännön työssä. Lisäksi tavoitteena on yhtenäistää käytäntöjä ravitsemuksen toteutuksessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, ss. 5–6)

Ravitsemushoitoa suunniteltaessa on tärkeää huomioida ikääntyneen omat toiveet, tarpeet ja haasteet. Apuna suunnittelussa voidaan käyttää asiaan perehtynyttä henkilökuntaa. Suosituksissa keskeisiä periaatteita ovat ravitsemukselliset tarpeet, säännöllinen arviointi sekä ravitsemushoito. Ravitsemushoidon tavoitteena on turvata riittävä nesteen, ravintoaineiden, energian, kuidun ja proteiinien saanti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 9)

Hyväkuntoisilla ikääntyneillä energiamäärän ja kulutuksen tulisi olla tasapainossa keskenään. Monipuolisella ruokavaliolla, kohtuullisella suolan sekä pehmeiden rasvojen käytöllä voidaan ylläpitää hyvää ravitsemusta. Laihduttaminen tulee toteuttaa hitaasti. Sairauksien aikana mahdollisuus tehostettuun ruokavalioon on huomioitava sekä kiinnitettävä huomiota energian, proteiinien ja ravintoaineiden riittävään saantiin. Liikuntaa sekä lihaskuntaa vaativissa aktiviteeteissa tulee huomioida lisääntynyt energian tarve. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 10)

Kotona asuvilla ikäihmisillä, joilla on sairauksia ja haurastumisriski, tulee huomioida ravitsemuksessa erityisesti painonvaihtelu sekä riittävän tehokas seuranta. Huomiota tulee kiinnittää myös kotona oleviin ruokavaroihin, omaishoidon tukemiseen ravitsemushoidossa sekä



terveellisiin ruokailutottumuksiin. Lievässä toimintakyvyn vajauksessakin on tuettava lihaskuntaa ylläpitävään liikuntaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 10)

Kotihoidon asiakkailla, joilla on toiminnanvajausta ja monia sairauksia, tulee ravitsemushoidossa huomioida heidän omat toiveensa. Omien toiveiden pohjalta suunnitellaan mahdolliset kauppapalvelut tai kotiin tuotavat ateriat. Aterioissa huomioidaan ruuan tuoman mielihyvän vahvistaminen ja psykososiaaliset tekijät. Kotihoidossa pyrkimyksenä olisi mahdollisimman kiireetön ateriointi sekä esteettisyys tarjottavassa ruuassa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 11)

Kotihoidon asiakkailla on usein myös tarpeita hampaiden tai proteesien hoidossa. Omaisten ottaminen mukaan suunnitteluun on tärkeää. Näin saadaan myös heidät sitoutumaan ikääntyneen hyvään ravitsemukseen. Myös kotihoidon asiakkaita kannustetaan lihaskuntaa ylläpitävään liikuntaan oman toimintakyvyn rajoissa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 11)

Ikääntyneillä ravitsemuksen ongelmat johtavat pitkittyessään moniin ongelmiin kuten laihtuminen, iho-ongelmat ja tulehduskierteet. Sairauksista ei toivuta samoin kuin nuorempana ja toimintakyky voi heikentyä pidemmäksi ajaksi. Tämä aiheuttaa myös terveydenhoidolle kustannusten nousua sairaalajaksojen pitkittyessä, koska hoitojen teho on heikentynyt. Virheravitsemuksella on todettu olevan myös vaikutuksia kuolemanriskin kasvamiseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 13)

Ikääntyneiden ravitsemusta tarkasteltaessa on otettava huomioon monia erilaisia asioita. Annoskoko saattaa pienentyä ruokahalun vähentyessä, jolloin proteiinin määrä laskee alle suositeltavan määrän. Ikääntyneellä suositus proteiinin saannille on n. 1,2–1,4 g/kg/vrk ja akuutisti sairastuneet tarvitsevat tätäkin enemmän, jopa 1,5 g/kg/vrk. Proteiinin puute ja vähenevä energian saanti edesauttaa lihaskatoa. Ikääntyneellä, jolla ei ruokavaliassa ole tarpeeksi proteiinia, on vaarana kaatumiset ja infektioiden pitkittyminen. Liian vähäisellä proteiinin saannilla on myös yhteys vähäiseen liikkumiseen, jolloin lihaksiston surkastuminen hankaloittaa liikkumista ja kehonhallintaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 14)

### 3.2 Erityisruokavaliot

Ikääntyneillä voi olla myös erityisruokavaliota. Erityisruokavaliot tulee huomioida ruokailujen suunnittelemisessa sekä ateriapalveluiden tilauksissa. Usein ikääntyneellä on hyvä käsitys omista allergioistaan sekä ruokarajoituksistaan. Hoitajan tulee kuitenkin olla allergioista tietoinen ruokaa tarjotessaan. (Jyväkorpi & Suominen, 2012, s. 33)

Keliakia on autoimmuunisairaus. Keliakiaa sairastaa n. 2,5 % ikääntyneistä. Hoitamattomana sairaus voi aiheuttaa osteoporoosia ja riski sairastua ruokatorven-, maha- tai ohutsuolensyöpään kasvaa huomattavasti. (Puhti, 2020) Keliakiassa ohutsuolen suolinukka on vaurioitunut. Suolinukan vaurioitumisen takia ravintoaineet eivät imeydy suolistoon. Reaktioita syntyy vehnän, rukiin ja ohran gluteenista. Keliakikko voi käyttää kuitenkin kotimaisista viljoista gluteenitonta kauraa sekä tattaria, riisiä, hirssiä, maissia ja muita gluteenittomia viljoja. Keliakia on elinikäinen sairaus, joka pitää huomioida ruokavaliossa. (Jyväkorpi & Suominen, 2012, s. 33)

Diabetes saatetaan todeta vanhuusiällä muiden tutkimusten seurauksena, kuten silmänpohjamuutosten, hermovaurioiden tai munuaismuutosten tutkimuksissa. Oireita diabeteksen puhkeamiselle voivat olla myös suun kuivuminen, kaatuilu, painonlasku, virtsaamisen ongelmat tai erilaiset infektiot. (Helin, 2013, s. 8) Diabeteksen hoidossa suuri painoarvo on ruokavaliossa. Terveellinen suositusten mukainen ruoka on tärkeää. Nopeita hiilihydraatteja, kovia rasvoja sekä sokeria tulisi nauttia vain kohtuudella. Säännöllinen ruokailurytmi auttaa verensokeritasapainossa. Diabeetikko ei tarvitse erityisruokavaliota, vain terveellisten ja tarpeellisten ravintoaineiden saanti on tärkeää. Ruokailujen tulisi tapahtua säännöllisesti ja pitkiä paastoaikoja tulisi välttää. (Jyväkorpi & Suominen, 2012, s. 33)

Laktoosi-intoleranssia sairastettaessa ihminen saattaa sietää pieniä määriä laktoosia. Kuitenkin maitoallergiaa sairastettaessa elimistö ei siedä yhtään maitovalmisteita. Nykyään laktoosipitoiset valmisteet voidaan korvata laktoosittomilla tuotteilla. (Jyväkorpi & Suominen, 2012, s. 34)

Kihti-ruokavaliossa tarkoitus on alentaa veren virtsahappopitoisuutta. Kiteitä syntyy virtsahapon suoloista, jotka voivat kertyä nivelonteloihin. Kihtipotilaalla ruokavaliota on myös keskeistä taudin hoitotasapainon saavuttamisessa. Puriineja sisältäviä ruokia kuten sisäelimet, hiivavalmisteet ja

pienet tuoreet kalat tulisi välttää. Myös vehnänalkiot sisältävät runsaasti puriineja. (Jyväkorpi & Suominen, 2012, s. 35) Kihtiä sairastavan tulisi juoda nesteitä runsaasti. Vuorokaudessa tulisi nauttia keskimäärin noin 2–3 litraa. Alkoholi pahentaa kihtiä sairastavan oireita, joten runsasta alkoholin käyttöä pitäisi välttää. (Puranen & Suominen, 2012, s. 30)

### 3.3 Rakennemuunneltu ruokavalio

Pehmeä, karkea sosemainen, sileä sosemainen ja nestemäinen ruoka ovat erilaisia rakennemuunneltuja ruoan koostumuksia. Rakennemuunnellun ruokavalion haasteina ovat riittävän energiansaannin turvaaminen. Energian- ja ravintoaineidensaanti voidaan turvata lisäämällä ateriaan ruokaöljyä, kermaa, kananmunaa tai täydennysravintojauheita. Näillä saadaan myös makua ruokiin, jotta ravinnosta saadaan maistuvampaa. Usein ikääntyneet, joilla on rakennemuunneltu ruokavalio, laihtuvat helpommin. Rakennemuutetussa ruokavaliossa onkin tärkeää, että ruuasta saadaan maistuvaa ja esteettisesti houkuttelevaa. (Jyväkorpi & Suominen, 2012, ss. 29–32)

Sakeuttamisaineella ruuan ja juoman koostumusta pystytään muuttamamaan kiinteämmäksi. Sakeutusainetta käytetään, kun juominen on haasteellista nesteen liiallisen juoksevuuden vuoksi. Sakeuttamisaineella saadaan hyytelömäisempi koostumus nautittavaan ravintoon. (Jyväkorpi & Suominen, 2012, s. 29)

Pehmeä ruoka pystytään valmistamaan muhentamalla esimerkiksi haarukalla. Pehmeän rakenteen saavuttamiseksi lisänä toimii hyvin vaikkapa ruokaöljy. Karkea sosemainen ruoka on melko lailla samankaltaista kuin pehmeä ruoka. Erona on vain se, että karkeaa sosemaista ruokaa pitää pystyä syömään pureskelematta. Sileä sosemainen ruoka taas on nimensä mukaisesti sileää, ei sisällä paakkuja sekä on koostumukseltaan vanukasmaista. Nestemäinen ruoka on rakenteeltaan ohutta ja tätä pystyy juomaan paksulla pillillä tai käyttämällä nokkamukia. (Jyväkorpi & Suominen, 2012, ss. 29–30)

Tehostettu ruokavalio tulee tarpeelliseksi, kun ikääntyneellä on painonlaskua viimeisen kolmen kuukauden aikana yli 3 kg. Myös leikkausten, jatkuvien infektioiden, akuuttien sairauksien tai

yleisen väsymyksen aikana voi tehostettu ruokavalio olla tarpeen hyvän ravitsemustilan turvaamiseksi. Tehostetun ruokavalion ajatuksena on tarjoilla aterioita pieniä määriä useasti päivän aikana. Energiämäärät aterioilla on runsaammat kuin tavallisessa ruokavaliossa. Ruoka on rikastutettu proteiineilla ja suuremmalla määrällä rasvaa, jolloin saadaan aterian energiamäärä korkeammaksi. Proteiineja tulee olla ravinnossa vuorokaudessa n. 60–80 g. Tämä tarkoittaa 1,5–2 g proteiinia vuorokaudelle yhtä painokiloa kohden. Välipaloilla on iso merkitys tehostetussa ruokavaliossa. (Puranen & Suominen, 2012, s. 32)

### **3.4 Täydennysravintovalmisteet**

Täydennysravintovalmisteiden käyttö auttaa, kun riittävä ravinnonsaanti on uhattuna. Syitä voivat olla sairastuminen, leikkaukset, ruokahaluttomuus tai erilaiset kiputilat. Ravitsemus on uhattuna, mikäli paino on alhainen tai pudonnut yli kolme kiloa kuukauden aikana. Ylipainoiselle hauraus-raihnausoireyhtymä-potilaalle tarvitaan usein energiapitoisen ravinnon sijaan täydennysravintovalmisteita, koska oireyhtymää esiintyy myös ylipainoisilla. Täydennysravintovalmisteet ovat tarpeen, mikäli ikääntynyt käyttää pitkäaikaisesti ja liiallisesti alkoholia. Tehostetun ruokavalion tueksi suositellaan aina täydennysravintovalmisteita, mikäli niille ei ole lääketieteellistä estettä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, ss. 36, 38, 45, 51)

### **3.5 Vitamiinit ja kivennäisaineet**

A -vitamiinin puutoksesta kärsii merkittävä osa ikääntyneistä. A -vitamiinin tehtäviin kuuluu muun muassa epiteelikudosten aineenvaihdunnan ylläpito sekä näköaistimusten synty hämärässä. Hyviä ruuanlähteitä A -vitamiinille ovat kasvikset, perunat, liharuuat sekä kananmuna. (Puranen, Suominen, 2012, s. 51) Jos kuitenkin ikääntyneellä on munuaisongelmia, tulee A -vitamiinilisän kanssa olla varovainen myrkytysvaaran vuoksi. (Räihä, 2012, s. 285)

B -vitamiineja on useita. Niiden yhdistävänä tekijänä on ravinto, josta vitamiineja saa. Liha-, kananmunaruuat, leivät sekä maitovalmisteet ovat tärkeitä ravintolähteitä B -vitamiinille. Myös hedelmistä ja marjoista saa B -vitamiinia. (Puranen & Suominen, 2012, s. 51, 52) Suomessa ei ole varsinaisia suosituksia esimerkiksi B12 -vitamiinille, kun taas Amerikassa suositellaan yli 50 -

vuotiaille B12 -vitamiininlisän käyttöä (Puranen & Suominen, 2012, s. 26). Laitoksissa asuvilla ikääntyneillä on yleistä B1- ja B6-vitamiinin puutokset. (Räihä, 2012, s. 286) B1 -vitamiinin puutos voi aiheuttaa ongelmia hiilihydraattien aineenvaihdunnassa sekä hermojen ja lihasten toiminnassa. (Puranen & Suominen, 2012, s. 51)

C -vitamiini on elimistölle tärkeä vitamiini puolustuskyvyssä, haavojen paranemisessa, tulehdusten ehkäisyssä sekä raudan imeytymisessä. Elimistön reagointi C -vitamiinin puutokseen tai liian vähäiseen määrään, voi ilmetä väsymyksenä, lihaskipuna, ruokahaluttomuutena sekä yleisenä heikkouden tunteena. Vakavammassa C -vitamiinin puutoksissa voi ilmetä verenvuotoina ja anemiana. (Puranen & Suominen, 2012, s. 25) C -vitamiinia tulisi päivässä nauttia 75 mg. C -vitamiinin annostuksessa tulee huomioida myös lisääntyneet tarpeet, esimerkiksi tupakoivilla tai sairastuessa, jolloin joidenkin lääkkeiden vaikutuksesta C-vitamiinimäärä ei ole riittävä. Hyviä vitamiinin lähteitä ovat tuoremehut, hedelmät, marjat sekä kasvikset. (Puranen & Suominen, 2012, s. 25, 52)

D -vitamiini muodostuu erityisesti auringonvalosta, kuitenkin Suomen ilmastossa D -vitamiinia saa ainoastaan kesällä. Ihmisen ikääntyessä auringonvalosta saatu D -vitamiini yleensä vähenee ulkoilumäärän laskiessa. Vitamiinin tasot pystytään määrittelemään laboratoriotesteillä. Jos ikääntynyt kärsii D -vitamiinin vähyydestä, voidaan annosta nostaa suosituksiakin (20 mikrogrammaa) korkeammalle. (Puranen & Suominen, 2012, s. 25, 26) Hyviä D -vitamiinin lähteitä ovat maitovalmisteet, kala sekä ravintorasvat. D -vitamiinilisää suositellaan otettavaksi päivittäiseen käyttöön yli 60 -vuotiaille. D -vitamiinilisällä tavoitteena on vähentää ikääntyneiden kaatuilua sekä osteoporoosia. (Räihä, 2012, s. 286, 28)

E -vitamiinille hyviä lähteitä ovat leivät, viljavalmisteet, pähkinät, avokado, kasvisrasvalevitteet sekä kasvirasvaöljyt (Jyväkorpi & Suominen, 2012, s. 16). E -vitamiinin puutokset ovat melko harvinaisia ikääntyneiden keskuudessa. Tutkimusten mukaan E -vitamiinillakin on immuniteettia parantava vaikutus. (Räihä, 2012, s. 287)

K -vitamiini vaikuttaa veren hyytymistekijöihin. Vitamiini on todella tärkeä ikääntyneille, joilla on antikoagulaatiohoitona varfariini käytössä. (Räihä, 2012, s. 287) Antikoagulaatiohoitona varfariini on yleisin verenhennuslääke. K-vitamiini estää varfariinin vaikutusta, joten ruoasta saatavaa K-

vitamiinia tulee tarkkailla. K-vitamiinin saannin tulisi olla mahdollisimman säännöllinen päivittäin. (Pellikka, 2017)

Kalsiumia tulisi vuorokaudessa saada n. 800 mg. Tämä määrä tulee jo neljällä annoksella maitovalmisteita täyteen. Kuitenkin ikääntynyt, jolla on todettu osteoporoosi, voi nauttia kalsiumia aina 1 500 mg saakka. (Puranen & Suominen, 2012, s. 24) Ikääntyneillä kalsiumin imeytyminen saattaa huonontua D -vitamiinin saannin vähentyessä. Kalsiumlisän ja D -vitamiinin yhteisellä käytöllä on todettu olevan apua murtumien vähenemiseen sekä sekundaarisen lisäkilpirauhasen liikatoimintaan. (Räihä, 2012, s. 288)

#### **4 Lääkehoidon vaikutus ravitsemukseen**

Lyhytaikaisen lääkehoidon vaikutus terveellä ja hyvän ravitsemustilan omaavalla asiakkaalla on vähäinen. Pitkäaikais- ja monilääkitys lisäävät epäedullisten ravitsemusvaikutusten riskiä erityisesti aliravituilla, pahoinvoivilla ja iäkkäillä asiakkailla. (Jyrkkä & Mursu, 2013)

Jyrkän ja Mursun (2013) mukaan lääkkeet voivat vaikuttaa ruokahaluun sekä ruoansulatuskanavan toimintaan. Lääkkeiden vaikutuksista merkittävimpiä on paitsi ikääntymisestä johtuva, myös lääkeaineista johtuva syljenerityksen väheneminen. Syljenerityksen väheneminen vaikeuttaa ruoan pureskelua ja nielemistä. Lääkeaineet saattavat aiheuttaa suuhun pahaa makua ja sen vuoksi syöminen voi tuntua epämiellyttävältä.

Syljeneritystä vähentäviä lääkeaineita ovat esimerkiksi antihistamiinit, opioidit, psyykenlääkkeet, salbutamoli, sytostaatit, verenpainelääkkeet ja parkinson-lääkkeet. Makuhäiriöitä aiheuttavia lääkkeitä ovat muun muassa kortisoni, metformiini, metronidatsoli, terbinafiini ja tsopikloni. (Jyrkkä & Mursu, 2013)

Ruoansulatuskanavaa ärsyttäviä lääkkeitä ovat monet antibiootit, bisfosfaatit, metotreksaatti, rautavalmisteet ja monet tulehduskipulääkkeet. Pahoinvointia aiheuttavia lääkkeitä ovat allopurinoli, asetyylikoliiniesteraasientsyymin estäjät, levodopa, serotonergiset masennuslääkkeet ja sytostaatit. Ripulia voi aiheutua asetyylikoliiniesteraasientsyymin estäjien, antibioottien, laksatiivien, magnesiumin, masennuslääkkeiden ja statiinien käytöstä. Ummetusta voi tulla

antasidien, diureettien, kalsiumkanavan salpaajien, masennuslääkkeiden, opioidien, psykoosilääkkeiden, rautavalmisteiden ja tulehduskipulääkkeiden käytöstä. Muutoksia painoon saattavat aiheuttaa insuliini, kortisoni, masennuslääkkeet, pioglitatsoni, pregabaliini ja psykoosilääkkeet. (Jyrkkä & Mursu, 2013)

Lääkeaineiden ja ravitsemuksen yhteisvaikutuksia tulisi aina arvioida kokonaisuutena ikääntyneen ravitsemusta arvioitaessa. Yhteisvaikutuksia tunnetaan edelleen puutteellisesti. Ikääntyneen lääkehoidossa erityistä vaikeutta aiheuttavat nielemisvaikeudet. Lääkeaineen murskaaminen ruoan joukkoon ei ole suositeltavaa, koska se vaarantaa lääketurvallisuutta ja huonontaa ruoan makua. Lääkemuoto voidaan valita yksilöllisesti, jolloin vaihtoehtoja on monia. (Jyrkkä & Mursu, 2013)

## **5 Ravitsemusongelmien ehkäisy**

Ravitsemuksellisten ongelmien ehkäisyllä varmistetaan ikääntyneiden kokonaisvaltainen hyvinvointi. Ravitsemusongelmat ovat suoraan yhteydessä sairauksiin ja toimintakykyyn. Seikat, jotka edesauttavat ravitsemustilan heikentymistä, voivat olla suunkuivuminen, hammasongelmat tai hampaiden puuttuminen, ruokahalun pienentyminen, syljen erityksen ongelmat sekä maku- ja hajuaiestien heikentyminen. Muita heikentäviä tekijöitä voivat olla pitkäaikaissairaudet kuten syöpä. Monilääkitykset voivat aiheuttaa huonovointisuutta ja ruokahaluttomuutta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 16)

Muita altistavia tekijöitä ravitsemustilan heikentymiselle voi olla muistisairaus. Ikääntynyt vain saattaa unohtaa syömisen, koska hän ei huomaa näläntunnetta. Masennus ja äkillinen tai pitkäaikainen sekavuus aiheuttavat myös osaltaan ravitsemushäiriöitä. Ruokailu ei enää ole mielekäästä tai sekavuus on niin merkittävää, että ikääntynyt ei tunnista ravinnontarvetta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 24)

Runsaalla alkoholin käytöllä on todettu olevan ravitsemuksellisesti heikentävä vaikutus. Alkoholia runsaasti kuluttavan ikääntyneen ruoanlaatu on usein heikompaa. Myös sosiaalisten tilanteiden

muuttuminen ikääntyneellä, kuten leskeksi jääminen tai sosiaalinen eristäytyminen voivat vaikuttaa ruokahaluun ja nautitun ruoan laatuun. (Pölönen, 2016, s. 9)

Hyvällä suunnittelulla saadaan lisättyä syödyn ruuan määrää. Asiakkaan ollessa itse mukana suunnittelussa ja saadessa valita mieleisiään ruokia, tulee aterioista mielekkäämpiä. Kotihoidossa olevilla asiakkailta, jotka saavat ruokapalvelun kautta ruokansa, tulisi kiinnittää huomio ruoan proteiini- ja energiamääriin. Noin kolmasosa päivittäisestä tarpeesta tulisi täytyä näillä aterioilla. Mikäli ruuat kuitenkin jäävät syömättä, tulee asiaan puuttua hyvissä ajoin. Kokonaisenergiämäärä vuorokaudelle tulisi saada täyteen ruokapalvelusta huolimatta. Tämä tarkoittaa välipaloja, mahdollisia lisäravinteita, sekä monipuolista aamu- ja iltapalaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 25)

Ravitsemustilan turvaaminen edesauttaa kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn säilymistä. Ruokailun onnistumista tulisi valvoa ja ongelmiin puuttua. Kotihoidon asiakkailta ruuan syöminen voi usein jäädä muistisairauden tai ruokahaluttomuuden takia. Tässä auttaa jokaisen aterian tarjoaminen ja ruokailusta muistuttaminen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 25)

Isona osana hyvän ravitsemustilan ylläpitoa on päivittäisten aterioiden suunnittelu sekä näiden ajoittaminen. Jokaisen nautitun aterian pitäisi ajoittua niin, että liian pitkiä paastovälejä ei tule. Mikäli yön aikana saadaan 15 tunnin paastoaika, tulee tästä liian pitkä väli nautituille aterioille. Mikäli pitkin päivää saadaan nautittua aterioita tasaisesti sekä lisättyä välipalojen määrää, turvataan tällä riittävä energiansaanti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 28)

Ruoka-annosten kokojen kasvattaminen ei yleensä auta, koska liian iso annos voi myös jäädä syömättä. Ruoka-annosten kokoamisessa kiinnitetään huomiota valikoimaan lautasella, sillä liian monipuolinen valikoima voi aiheuttaa vain hämmennystä. Muistisairas voi tutustakin ruuasta sanoa, että haisee tai maistuu pahalle. Muistisairaahan ennakkoluuloihin tulee suhtautua ymmärtävästi. (Puranen & Suominen, 2012, s. 11)



## 6 Ravitsemustilan arviointi

Ravitsemustilan arvioinnissa on tärkeää selvittää, mikä on asiakkaan tämänhetkinen ravitsemustila. Arvioinnissa selvitetään kehon muutoksia, mahdollista vajaaravitsemusta, toimintakyvyn heikkenemistä sekä kehonkoostumuksen muutoksia. Arvioinnissa selvitetään myös ravintoaineiden saantia sekä kehon muotoa ja kokoa. (Orell-Kotikangas, 2014, ss. 6–8)

Hoitohenkilökunnan on kyettävä arvioimaan ikääntyneen ravitsemustilaa säännöllisesti. Arviointiin voidaan käyttää apuna painonseurantaa, jonka avulla voidaan helposti huomioida painonlasku. Ruokailun seurannalla kyetään tarkkaan laskennalliseen seurantaan. Seuranta voidaan toteuttaa ruokapäiväkirjan muodossa, jolloin voidaan laskea energian- ja proteiinin saanti päivittäin. Ravitsemustilan arviointiin on kehitelty erilaisia seulontamittareita sekä määrittämenetelmiä. Mini Nutritional Assessment (MNA) on validoitu mittari, jota voidaan käyttää apuna yli 65-vuotiailla. Mittarin käyttö ravitsemustilan arvioinnissa on todettu hyväksi ja se on yksi käytetyimpiä arviointimenetelmiä. (Jyväkorpi & Suominen, 2012, ss. 24–25)

Usein haurailta ja ikääntyneillä ihmisillä on puutoksia proteiinin ja kuidun saannissa. Myös tärkeiden ravintoaineiden kuten C, -D- ja E-vitamiinin, foolihapon, sinkin ja kalsiumin saanti on heikentynyt. Tähän voivat olla syynä liian yksipuolinen ravinto ja vähäiset nesteet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 17)

Kokonaisenergiämäärät vaikuttavat suorassa suhteessa siihen, kuinka paljon iäkäs saa tarvittavia vitamiineja. Tutkimustulosten mukaan niillä iäkkäillä, joilla kokonaisenergiämäärä on suurempi, oli myös ravintoaineiden määrä turvatumpi. (Pölönen, 2016, s. 13)

Hyväkuntoinen ja fyysisesti aktiivinen ikääntynyt ei yleensä kärsi vitamiinien puutteesta tai liian vähäisestä energian saannista. Muutoksia ravitsemukseen tulee, kun ikääntyneen toimintakyky heikkenee esimerkiksi pitkän sairauden vuoksi. (Räihä, 2012, s. 285)

Haastattelu sekä ravitsemustilan arviointi ovat haasteellisia muistisairauksista kärsiville. Tilanteisiin on varattava riittävästi aikaa sekä muistisairaana läheisten positiivinen asenne sekä tuki haastattelulle on todella tärkeää. Hoitohenkilökunnan on oltava tietoinen muistisairauden tasosta

sekä kyettävä esittämään kysymykset ikääntyneen ymmärryksen tasoon sopivalla tavalla. Läheinen pystyy täydentämään vastauksia tarvittaessa. (Hupli, Koskenniemi, Leino-Kilpi, Suhonen & Stolt, 2014, ss. 6–8)

## **6.1 RAI- arviointi**

RAI-arvioinnilla voidaan kartoittaa asiakkaan palveluntarve yksilöllisesti. Palveluntarpeen arviointiprosessissa saadaan kokonaisvaltaisesti tietoa asiakkaasta. RAI-arvioinnin pohjalta voidaan laatia yksilöllinen ja tarpeisiin vastaava palvelusuunnitelma. Asiakkaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, vointi, voimavarat ja elämäntilanne selvitetään. Asiakkaan ja hänen läheistensä osallistuminen on tärkeää asiakaslähtöisen hoidon varmistamiseksi. RAI-arviointi etenee tiedon keräämisellä haastattelemalla ja havainnoimalla. (THL, n.d.)

Tiedonkeruuseen kuuluu asiakkaalta saatu tieto sekä lisäksi hänen hoitoonsa liittyvät asiakirjat. Tiedonkeruu tapahtuu moniammatillisesti. Seuraavassa vaiheessa toteutetaan ja kirjataan saadut tiedot ja vastataan kerättyjen tietojen pohjalta RAI-arviointikysymyksiin. Kyseessä on kokonaisvaltainen arviointi, joten asiakkaan vastausten perusteella ohjelma muodostaa herätteitä sekä mittareita. Herätteet kuvaavat asiakkaan voimavaroja ja riskejä. Mittarit antavat tietoa asiakkaan terveydentilasta, toimintakyvystä, voimavaroista sekä yksilöllisistä tarpeista. Arvioinnin seuraavassa vaiheessa hyödynnetään saatuja tietoja palvelu-, hoito- tai kuntoutumissuunnitelmassa ja ohjataan asiakasta palveluiden pariin. Viimeisessä vaiheessa toteutetaan suunnitelman mukaista hoitoa sekä seurataan hoidon toteutumista ja vaikuttavuutta. RAI-arviointi suositellaan suoritettavaksi puolen vuoden välein tai asiakkaan tilanteen muuttuessa. (THL, n.d.)

## **6.2 MNA-testi**

MNA-mittarin osoittama hoidon tarve kytkeytyy hoitotyön prosessiin, jossa ensimmäinen vaihe on hoidon tarpeen arviointi. Vajaaravitsemusriskissä olevan kotona asuvan ikääntyneen hoidossa laaditaan tavoitteellinen ravitsemussuunnitelma sekä hoitotyön toiminnot, joilla tuetaan hyvää ravitsemusta ja toimintakyvyn ylläpitoa suhteessa tavoitteisiin. Suunniteltuja hoitotyön toimia

arvioidaan säännöllisesti suhteessa ikääntyneen yksilöllisiin tavoitteisiin. (Gerontologinen ravitsemus, n.d.a)

MNA-testi eli Mini Nutritional Assessment on validoitu mittari. MNA-testin tavoitteena on tunnistaa yli 65-vuotiaan virhe- tai aliravitsemustila tai riski niiden kehittymiseen. Virheravitsemustilalla tarkoitetaan tilaa, joka johtuu ravintoaineiden puuttumisesta tai niiden liiallisesta määrästä ravinnossa. Aliravitsemuksella tarkoitetaan ruuan pitkäaikaisesta puutteesta aiheutunutta tilaa, jonka oireena voi esimerkiksi olla painon putoamista. (Terveyskirjasto, n.d.)

MNA-testillä seulotaan yli 65-vuotiaan ravinnonsaantia viimeisen kolmen kuukauden ajalta. Mikäli ravinnonsaannissa on ollut muutoksia, tulee hoitajan selvittää haastattelemalla johtuvatko ongelmat ruokahaluttomuudesta, ruoansulatusongelmista tai puremis- tai nielemisongelmista. Tärkeää on myös kartoittaa, kuinka paljon ravinnonsaannissa on ollut muutoksia. (Gerontologinen ravitsemus, n.d.a)

Asiakkaalta tulee selvittää, onko paino pudonnut viimeisten kolmen kuukauden ajalta ja mikäli se on pudonnut, tulee pudonneen painon määrä selvittää. Asiakkaan liikkumista kartoitetaan kysymällä ja havainnoimalla sekä sisällä että ulkona. Apuvälineiden tarve tulee huomioida. Ravitsemukseen vaikuttavat psyykkiset stressitekijät sekä akuutit sairaudet selvitetään viimeisten kolmen kuukauden ajalta. Akuutti sairaus määritellään niin, että hoitoon on vaadittu lääkarissäkäyntiä tai sairaalahoitoa tai krooninen sairaus on pahenemisvaiheessa. MNA-seulonnassa selvitetään neuropsykologiset ongelmat sekä hoitajien oman arvion mukaan muutokset muistissa tai mielialassa. (Gerontologinen ravitsemus, n.d.a)

Seulonnan viimeisessä osassa lasketaan potilaan BMI, tällä saadaan selville iäkkään tämänhetkinen tilanne. Jos painoindeksi on alle 23 kg/m<sup>2</sup> on ravinnon saantiin kiinnitettävä erityisesti huomioita. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 19) Painoindeksi voidaan laskea, kun tiedetään henkilön paino ja pituus. Laskukaava (BMI) on paino (kg) / (pituus (m) x pituus (m)). Yli 70 -vuotiailla lievä ylipaino ja ylipaino suojaa paremmin osteoporoosilta ja lihaskadolta. Ikääntyneille suositellaankin painoindeksiä 24–29 välille. (Jyväkorpi & Suominen, 2012, ss. 24–25)

Seulonnan jälkeen asiakkaan pisteet lasketaan yhteen. Mikäli pisteet viittaavat virhe- tai aliravitsemukseen tai niiden riskiin, tulee siirtyä testin toiseen osaan: arviointiin. (Gerontologinen ravitsemus, n.d.b)

Arvioinnissa kartoitetaan potilaan ympäristöä, elinolosuhteita ja muita tekijöitä, jotka vaikuttavat ravitsemustilaan. Yli 65-vuotiaan ravitsemustilan arvioinnissa kartoitetaan asumismuoto, käytössä olevat reseptilääkkeet, ihon kunnossa tapahtuneet muutokset, aterioiden täysipainoisuus, ruokavalion sisältöä, päivittäistä nesteensaantia, kykyä ruokailla itsenäisesti, asiakkaan omaa näkemystä ravitsemustilastaan sekä terveydentilastaan. Lisäksi asiakkaalta mitataan olkavarren ja pohkeen ympärysmitta lihaskunnan selvittämiseksi. (Gerontologinen ravitsemus, n.d.a)

### **6.3 Ruuankäyttölomake**

Ruoankäyttölomake on kattavampi kuin ruokapäiväkirja. Ruoankäyttölomakkeeseen kirjataan asiakkaan perustiedot, ruokavalio ja avun tarve sekä muita huomioita kuten mahdollinen erityisruokavalio. Ruoankäyttölomakkeeseen kirjataan tarkasti kaikki ruoat ja juomat. Lomakkeeseen kirjataan ruokailuun käytetty aika, ruokalajit jokainen omalle rivilleen. Ruoan määrä kirjataan desilitroina, ruokalusikoina tai teelusikoina, kappalemäärinä, siivuina ja viipaleina. Huomioitavaa on puuron, leivän, juomien ja maitotuotteiden laatu. Jokaiselle riville merkitään kalorit ja proteiinin määrä grammoina. (Gerontologinen ravitsemus, n.d.b)

Ruoankäyttölomakkeessa lasketaan vuorokauden aikana nautittujen proteiinien ja energian määrät. Laskenta tehdään illalla, kun ateriat ovat nautittu. Saatuja tuloksia voidaan verrata olemassa oleviin suosituksiin. (Gerontologinen ravitsemus, n.d.b)

### **6.4 Energiatarpeen arvioiminen**

Energiantarve voidaan arvioida yksilöllisesti. Apuna voidaan käyttää laskukaavaa, jossa pitää tietää henkilön paino sekä aktiivisuustaso. Ikääntyneillä tämä on jaoteltu neljään eri tasoon. Henkilön painon ollessa esimerkiksi 60 kg ja aktiivisuustason levottomasti liikkuva tai iäkäs sairaudesta

toipuva, niin kaloritarve on kiloa kohti 36 kcal. Eli  $36 \text{ kcal} \times 60 \text{ kg} = 2160 \text{ kcal/ vrk}$  arviona energiantarpeesta. (Jyväkorpi & Suominen, 2012, s. 24)

Mikäli ikääntynyt liikkuu itsenäisesti ja ruokailee omatoimisesti, on kaloritarve kiloa kohti 30 kcal, eli tässä laskukaavana sama  $30 \text{ kcal} \times 60 \text{ kg} =$  vuorokaudessa tarvittava kcal-määrä. Laskukaava perustuu siihen, että jokaisen perusaineenvaihdunta on  $20 \text{ kcal/ kg / vrk}$ , tähän lisätään vuodepotilaan kohdalla 30 % eli  $\text{PAV} + 30 \% = 26 \text{ kcal/ kg/ vrk}$ . Liikkeellä oleva, itseruokaileva  $\text{PAV} + 50 \% = 30 \text{ kcal/ kg/ vrk}$ . (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 18)

## **7 Ravitsemussuunnitelma**

Ravitsemussuunnitelma on osa hoitotyön prosessia. Hoitotyön prosessiin kuuluvat hoidon tarpeen arviointi sekä tavoitteet, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus sekä hoidon arviointi. Hoitotyössä kirjaaminen noudattaa hoitotyön prosessimallia. (Anneli, Kinnunen & Liljamo, 2012, s. 14, 15)

Ravitsemukseen liittyvä tarve voi olla ruokahaluttomuutta, nielemisvaikeutta, imeytymishäiriöitä, syömisvaikeuksia tai mahdollinen aliravitsemustila tai sen uhka. Ikääntyneen ravitsemustilan arvioinnin jälkeen voidaan arvioida hoidontarvetta. Hoidontarpeen määrittämisessä hoitava henkilökunta arvioi asiakkaan terveydentilaa kokonaisvaltaisesti. Tarpeen arvioinnissa kartoitetaan asiakkaan hyvinvointia ja terveyttä uhkaavia seikkoja, joita voidaan lievittää hoitotyön toimintojen avulla. (Anneli, Kinnunen & Liljamo, 2012, s. 15, 21)

Hoitotyön toiminnoilla eli auttamiskeinoilla vaikutetaan asiakkaan ravitsemustilaan luomalla yksilöllinen tarpeisiin vastaava suunnitelma ravitsemuksen toteuttamisesta. Hoitotyön toimintojen vaikuttavuutta arvioidaan säännöllisesti asiakkaan seurannalla ja tarkkailulla. (Anneli, Kinnunen & Liljamo, 2012, s. 31)

## **8 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja toteutus**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidossa työskentelevien hoitajien kokemuksia haasteista ikääntyneiden ravitsemussuunnitelman laatimisessa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli

tehdä analyysikokonaisuus haasteista, joita kotihoidossa esiintyy ravitsemussuunnitelman laatimisessa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kotihoidossa työskentelevien hoitajien ravitsemussuunnitelman laatimisen kehittäminen. Tavoitteena oli opinnäytetyön avulla kehittää mahdollisuuksia helpompaan ravitsemussuunnitelman laatimiseen ja toteuttamiseen.

Opinnäytetyössä haettiin vastausta seuraavaan kysymykseen:

Minkälaisia ovat hoitajien kokemat haasteet ravitsemussuunnitelman laatimisessa prosessin eri vaiheissa?

Työelämässä hoitajat kokivat haasteita yksilöllisen ravitsemussuunnitelman laatimisessa.

Opinnäytetyössä kerättiin kokemuksia haasteista kotihoidossa Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän ravitsemusvastaavilta. Hoitajien vastaukset ravitsemussuunnitelmien laatimisen haasteista analysoitiin sisällönanalyysillä. Kvalitatiiviseen eli laadulliseen tutkimukseen osallistuneet hoitajat (n=12) vastasivat laajasti ja selkeästi kysymyksiin. Vastauksissa oli perusteellisesti pohdittu haasteita sekä teoriassa että käytännössä.

Aineistonkeruussa kartoitettiin kokemuksia laadullisella kyselyllä, johon vastattiin esseemuotoisesti. Kokemuksia ravitsemussuunnitelman laatimisesta on ravitsemusvastaavilla, jotka ovat perehtyneet aiheeseen ja osaavat määritellä haasteet omien kokemustensa kautta. Ravitsemusvastaavat (N=14) saivat kirjoittaa kokemistaan haasteista aihealueiden mukaisesti.

Ravitsemusvastaavat tavoitettiin kotihoidon aluevastaavan kautta. Aineistonkeruu toteutettiin niin, että nimettömät kuoret, saatekirje ja kysely toimitettiin Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän yksiköihin.

Kysymykset kyselylomakkeelle oli jaoteltu hoitotyön prosessin mukaisesti. Hoitotyön prosessia ohjaavat hoitotyön tarve, tavoitteet, suunnitellut toiminnot, hoitotyön toiminnot ja säännöllinen arviointi. Lisäksi lomakkeella kysyttiin hoitajien kokemaa tietoon perustuvaa osaamista ikääntyneiden ravitsemussuosituksista. Kysymykset olivat: "Millaisia haasteita olet kokenut

asiakkaan ravitsemustilaan liittyvän tarpeen arvioinnissa?”, “Millaisia haasteita olet kokenut asiakkaan ravitsemukseen liittyvien suunniteltujen toimintojen laatimisessa?”, “Millaisia haasteita olet kohdannut suunniteltujen toimintojen toteutuksessa kotihoidossa?”, “Millaisia haasteita olet kohdannut arvioidessasi asiakkaan ravitsemussuunnitelman vaikuttavuutta?” ja “Millaiseksi koet tietämyksesi ikääntyneiden ravitsemussuosituksista?” (Liite 3.).

Analysointivaiheessa tutustuttiin aineistoon sekä pelkistettiin aineistoa. Aineisto luettiin huolellisesti, teksti skannattiin ja kirjoitettiin Word-tiedostoksi, sisältöä luokiteltiin, eriteltiin ja jäsenneltiin sekä pohdittiin. Aineistoa jäsenneltiin erityisesti hoitotyön prosessin mukaisiin aihealueisiin sekä kokemukset haasteista jaettiin kunkin prosessin vaiheen alle, aineistoa tiivistettiin, sekä lopuksi sisällönanalyysin luotettavuutta arvioitiin. Opinnäytetyössä analysointi tapahtui vastausten sisältöön perustuen. (Janhonen & Nikkonen, 2001, ss. 21–29; KvaliMOTV, n.d.)

Analyysikokonaisuus muodostui neljästä yläluokasta, jotka muotoutuivat hoitotyön prosessin mukaisesti. Yläluokkien alle jäsenyi alaluokkia.

Opinnäytetyö on edennyt aikataulun mukaisesti (Taulukko 1.). Opinnäytetyö aloitettiin syksyllä 2019 aiheenvalinnalla. Aiheen esittely tapahtui ideaseminaarissa lokakuussa 2019, jonka jälkeen opinnäytetyösuunnitelman työstäminen alkoi. Suunnitelmaseminaari pidettiin 12.12.2019. Tutkimuslupaa haetaan hyväksytyin tutkimussuunnitelman jälkeen Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymältä toukokuussa 2020. Kyselylomakkeet toimitettiin ravitsemusvastaaville kesäkuun 2020 aikana. Esseemuotoisen aineiston analysointi aloitettiin heinäkuussa 2020. Lokakuussa opinnäytetyö esiteltiin väliseminaarissa. Marraskuussa opinnäytetyö esiteltiin tilaajalle. Opinnäytetyön valmistumisaikataulu oli joulukuu 2020.

Taulukko 1.

Lokakuu 2019	Aiheen valinta ja ideaseminaari
Joulukuu 2019	Suunnitelmaseminaari
Toukokuu 2020	Tutkimusluvan hakeminen
Kesä- heinäkuu 2020	Ravitsemusvastaavilta aineiston kerääminen

Heinäkuu 2020	Aineiston analysointi
Syyskuu 2020	Haasteiden analyysi ja luokittelu
Lokakuu 2020	Väliseminaari
Marraskuu 2020	Opinnäytetyön esittely tilaajalle
Joulukuu 2020	Opinnäytetyö valmis

## 9 Tulokset

Tulokset olivat laajoja ja moninaisia. Hoitajat kertoivat kokemistaan haasteista ravitsemushoidon jokaisessa vaiheessa. Tulokset luokituivat neljään pääluokkaan hoitotyön prosessin mukaisesti.

### 9.1 Haasteet asiakkaan ravitsemukseen liittyvän tarpeen arvioinnissa

Asiakkaan fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn vajeus toistui useasti ravitsemustilaan liittyvän tarpeen arvioinnissa (Kuvio 1.) Näistä haasteista useimmin mainittu yksittäinen haaste oli asiakkaan muistisairaus. Muistisairauden koettiin hankaloittavan tarpeen arviointia, koska asiakas ei osaa kertoa todenmukaisesti ruokailuistaan eikä ruokailua välttämättä seuraa kukaan. Tarpeen arviointi koettiin lähes mahdottomaksi, mikäli asiakas hoitaa itse ruokailunsa. Haastavaksi koettiin energiantarpeen määrittäminen yksilöllisesti asiakkaan aktiivisuuden mukaisesti. MNA-testi asiakkaan ravitsemustilaan liittyvän tarpeen arvioinnissa mainittiin kyselyssä. MNA-testin laatimisessa haasteena koettiin sen laatiminen uuden asiakkaan kanssa, erityisesti, jos asiakkaalla oli muistisairaus. MNA-testiin viitattiin kyselyissä myös epäsuorasti. Haastavaa oli suorittaa arviointia, jos asiakas ei muistisairaudesta voisi ymmärtää arvioinnin kysymyksiä.

*“Asiakas ei aina ymmärrä arvioinnin kysymyksiä.”*

*“Haastavaa on luotettavan tiedon saaminen asiakkaalta hänen ravitsemuksestaan.”*



*“Tarpeen arviointi on hankalaa todentaa asiakkaan kertoman mukaan, koska emme millään voi tietää ovatko kerrotut asiat totta.”*

Ravitsemustilaan liittyvän tarpeen arvioinnissa toisena yleisenä haasteena mainittiin useasti asiakkaan motivaation puutteellisuus. Asiakasta ei kiinnostanut osallistua ravitsemustilaan liittyvän tarpeen arviointiin tai hän oli haluton jo arviointivaiheessa mahdollisiin muutoksiin ruokavaliossaan.

Muutosvastaisuus nousi vastauksissa jo tarpeen arvioinnissa, eli prosessin alkuvaiheessa, yleiseksi hoitajien kokemaksi haasteeksi. Hoitajat kokivat, että asiakkaan totutut tavat ja toiveet olivat ristiriidassa asiakkaan ravitsemuksellisten tarpeiden kanssa. Yhdessä vastauksessa nousi esille myös omaisten muutosvastaisuus asiakkaan motivaatiota heikentävänä tekijänä.

*“Asiakasta ei kiinnosta/tai ymmärrä arviointia. Ei haluta että puututaan heidän ruokailutottumuksiin.”*

Omaisten osallistuminen arviointilanteissa koettiin haasteeksi, mikäli paikalla oleva omainen ei huomionnut asiakkaan mielipiteitä. Omaisilta kysyttäessä vastaukset tarpeen arvioinnissa saattoivat olla hyvinkin epämääräisiä. Ravitsemustilaan liittyvän tarpeen arvioinnissa haasteeksi koettiin myös jo ennalta omaisten päätäntävalta kaupasta tuotaviin elintarvikkeisiin.

*“Haasteina olen kokenut sen että arviointi tilanteissa on omaisia esim. paikalla ja eivät välttämättä huomioi omaisen mielipiteitä.”*

Muiden hoitajien ja työyhteisön asenne mainittiin yhdessä vastauksessa haasteeksi. Vähättelevä asenne ravitsemuksellisen tarpeen arviointia kohtaan muiden hoitajien osalta koettiin haastavaksi.

*“Myös työkavereiden vähättelevä asenne on haastava (eihän ennenkään ole tollaisia tehty).”*

Asiakkaan virhe- ja vajaaravitsemuksen sekä muiden ravitsemuksellisten tarpeiden tunnistaminen koettiin haastavaksi, mikäli asiakaskäyntejä on harvoin. Aamu- ja päiväkäyntien toivottiin olevan samalla hoitajalla, jotta ruoan menekkiä voisi seurata. Mikäli käynnit saman vuoron aikana ovat eri

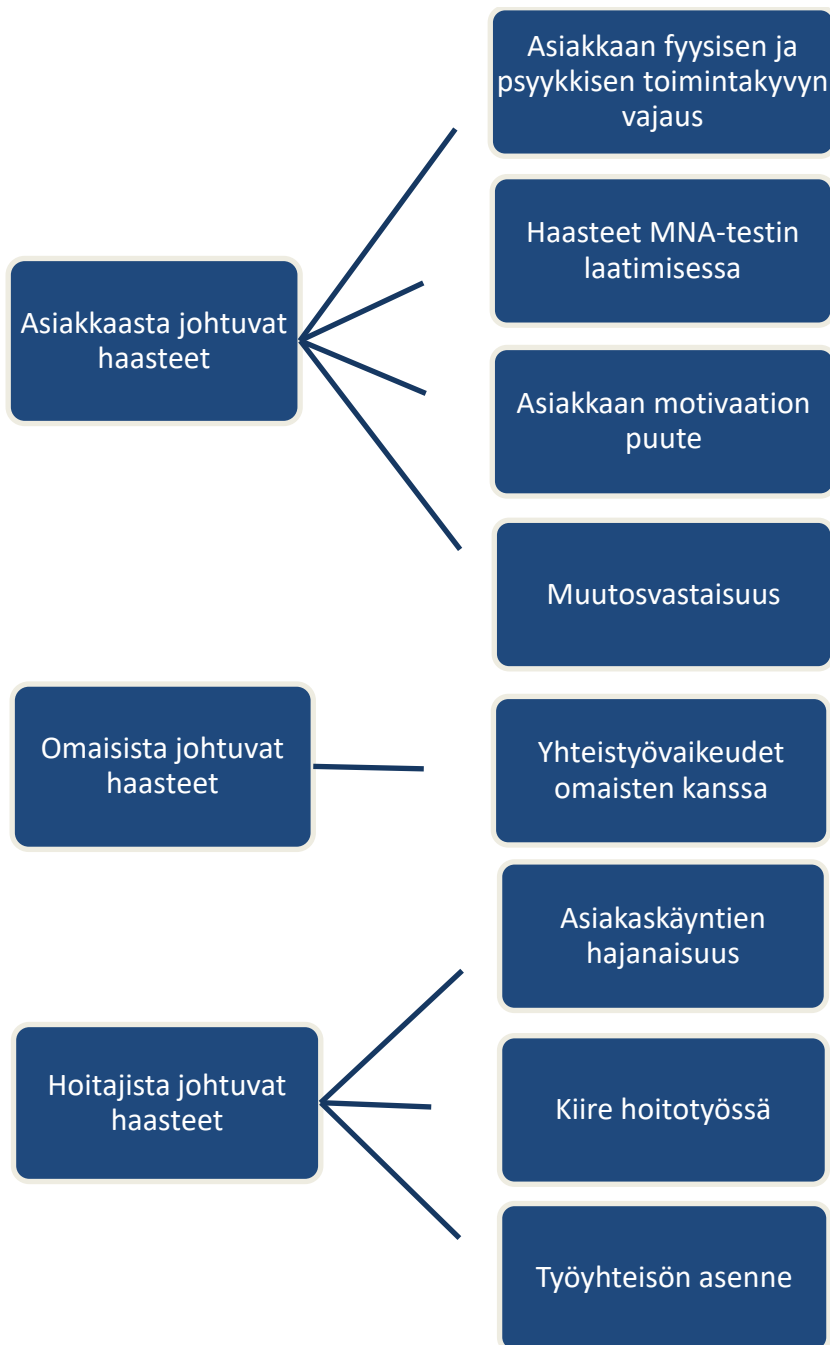
hoitajilla, koettiin, että seuranta ei onnistu. Ravitsemuksellisten tarpeiden arvioinnissa rajoitteena koettiin myös kiire. Tarpeiden arviointi suoritetaan normaalin asiakaskäynnin yhteydessä

*“Jos asiakkaalla käy harvemmin, ei välttämättä osaa arvioida miten tämä on syönyt.”*

*“Asiakaskäynnin tulisi olla aamulla ja päivällä samalla hoitajalla, jotta näkisi onko ruokaa hävinnyt kaapista.”*

*“Kotihoidossa vaikuttava ajan puute ja kiire. Arviointi tehdään normaalin asiakaskäynnin yhteydessä.”*

Tulokset jakautuivat kolmeen luokkaan hoitajien kokemusten mukaisesti. Asiakkaasta johtuviin haasteisiin voitiin luokitella asiakkaan fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn vajauksesta johtuvat haasteet, haasteet MNA-testin laatimisessa, asiakkaan motivaation puutteesta ja muutosvastaisuudesta aiheutuvat haasteet. Seuraavaan luokkaan jakautuivat omaisista johtuvat haasteet, joihin hoitajat nimesivät haasteena toimimattoman yhteistyön omaisten kanssa. Kolmanteen luokkaan jakautui hoitajalähtöiset haasteet, joita olivat asiakaskäyntien hajanaisuus, kiire ja työyhteisön asenne. (Kuvio 1.)



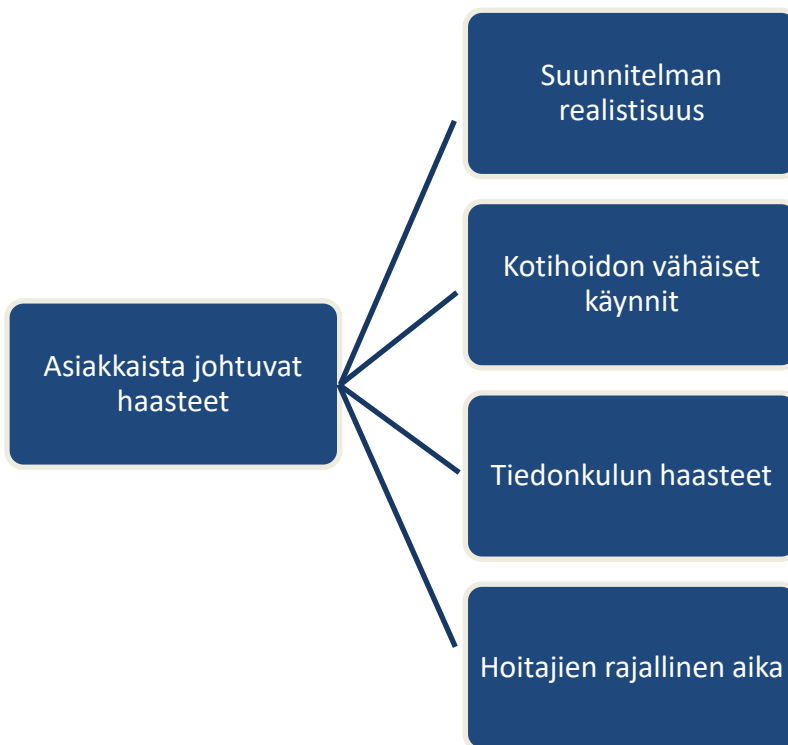
Kuvio 1. Haasteet tarpeen arvioinnissa.

## 9.2 Haasteet suunniteltujen toimintojen laatimisessa

Ravitsemukseen liittyvien suunniteltujen toimintojen laatimisessa koettiin, että niitä ei tehdä, niiden tarve kyseenalaistettiin sekä suunniteltujen toimintojen laatimisen toteuttajaksi miellettiin

yhdessä vastauksessa ravitsemusterapeutti (Kuvio 2.). Ravitsemusterapeutin kanssa toteutettua moniammatillista yhteistyötä ei ole vastausten perusteella.

*“Ravitsemussuunnitelmia ei tehdä. Ehkä ei ole tarvettakaan. Ravitsemusterapeuttia ei ole ikinä näkynyt/kuulunut.”*



Kuvio 2. Suunniteltujen toimintojen haasteet 1.

Haasteeksi koettiin, kenen vastuulla on käytännön asiat kuten kauppa-asiain järjestäminen ja toteuttaminen. Käytännön asioiden toimimattomuus saattoi olla haasteena jo suunnitelmia laatiessa. Suunniteltujen toimintojen laatiminen koettiin helpoksi, mutta sen toteuttaminen käytännössä miellettiin epärealistiseksi. Suunniteltujen toimien laatimisessa haasteeksi mainittiin asiakkaan sekä omaisen tiedottaminen hyvästä ja terveellisestä ravitsemuksesta sekä erilaisista ateriavaihtoehtoista.

*“Suunnitelmia helppo laatia -> toteutus on toinen juttu.”*

Suunniteltujen toimintojen laatimisessa jo lähtökohtaisesti hoitajat kokivat rajoitteeksi asiakkaiden taloudelliset resurssit. Rahan puute ja pienet tulot rajoittivat jo suunnitelmavaiheessa ravitsemuksellisesti monipuolisen ja täysipainoisen ruokavalion suunnittelemista, koska sen toteuttaminen käytännössä olisi mahdotonta.

*“Raha asettaa estettä (monella) mitä voi kaupasta tuoda.”*

*“On vaikea suunnitella/toteuttaa monipuolista ravitsemusta jos ruokaan ei paljoa ole rahaa.”*

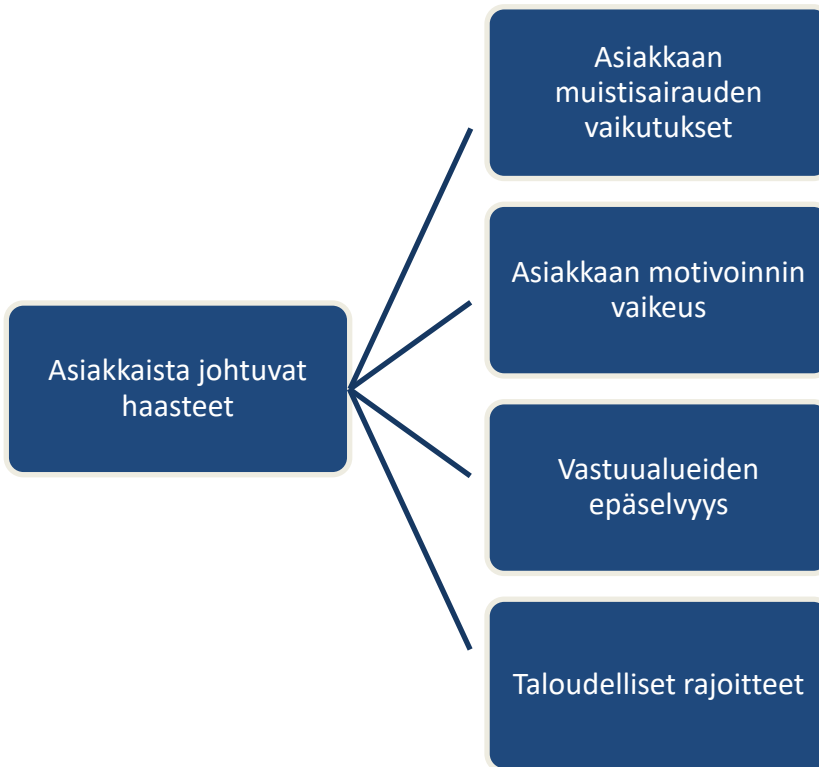
Muistisairauden vaikutus suunnitelmavaiheessa aiheutti haasteita hoitajille, koska oli vaikeaa huomioida suunnitelmassa asiakkaan omia mieltymyksiä ja lempiruokia.

*“Muistisairaana on vaikea joskus kertoa omia mieltymyksiä lempiruokiin.”*

Hoitajat kokivat ongelmalliseksi harvat käynnit asiakkaan luona. Suunniteltujen toimien toteutus ja seuranta koettiin vaikeaksi, jos käyntejä vain yksi vuorokaudessa. Ajanpuute ja kiire vaikuttivat haasteellisesti suunnitelmien laatimisessa. Kiireettömien ruokailutilanteiden suunnitteleminen olivat ajanpuutteen vuoksi vaikeita käytännössä järjestää.

Hoitajat kohtasivat haasteita suunnitelmien laatimisessa asiakkaan haluttomuuden muodossa. Suunniteltujen toimien laatimisen haasteina mainittiin asiakkaiden yksilölliset toiveet ja päivien erilaisuus. Asiakkaat toivoivat eri päivinä eri asioita. Asiakkaan sitoutuminen koettiin toisinaan huonoksi.

*“Asiakkaiden päivät ovat erilaisia ja sitä myöden he haluavat eri asioita eri päivinä.”*



Kuvio 3. Suunniteltujen toimintojen haasteet 2.

### 9.3 Haasteet ravitsemussuunnitelman toteutuksessa kotihoidossa

Kuviossa 3. käsitellään haasteita ravitsemuksen toteutuksessa. Hoitajat kertovat käytännön kokemuksia asioista, jotka nousevat esille ravitsemussuunnitelman toteutukseen päivittäisessä työssä.

#### 9.3.1 Asiakkaisiin liittyvät haasteet

Käytännön toteutuksessa suurena rajoitteena koettiin taloudellisten resurssien puute. (Kuvio 4.) Tutkimukseen osallistuneista hoitajista suurin osa nosti huonon taloudellisen tilanteen haasteeksi ravitsemussuunnitelman toteuttamiselle. Ravintolisien ja lisäravinteiden hankkiminen asiakkaalle saattoi jäädä toteutumatta niiden korkean hinnan vuoksi. Proteiinipitoisen ja ravitsemuksellisesti täysipainoisen ruoan tarjoaminen koettiin vaikeaksi asiakkaiden taloudellisen tilanteen vuoksi. Rahan vähyyden vuoksi myös kauppa-asioinnissa hoitajat kokivat haasteita. Kaupasta ei voinut

tuoda kaikkea tarpeellista. Useita eri tuotteita ei voinut ostaa asiakkaalle kokeiluun, koska ruokaa mahdollisesti menisi roskiin, mikäli asiakas ei niistä pitäisi. (Kuvio 3.)

*“Aina ei ole taloudellisia mahdollisuuksia toteuttaa suunnitelmaa.”*

*“Asiakkaidemme taloudellinen tilanne ei aina ole kovin hyvä.”*

Yksi hoitajien kokemista haasteista ravitsemussuunnitelman käytännön toteutuksesta kotihoidossa oli asiakkaan motivointi hyvään ravitsemukseen. Asiakkaat, jotka kävivät itse kaupassa, ostivat mieltymystensä mukaista ruokaa. Heidän valintansa eivät välttämättä olleet ravintorikkaita. Ruokahankinnat saattoivat olla vanhasta tottumuksesta hankittuja ruokia ja osa näistä ruuista saattoi jäädä syömättä. Asiakkaat kaipasivat hoitajien kokemusten mukaan kannustusta uusien ruokien maistamiseen.

*“Asiakkaalla on omia pinttyneitä jopa vuosia jatkuneita tapoja. Niihin on totuttu ja ne tuntuvat ainoilta oikeilta ja toimineet hyvin.”*

Mikäli asiakkaan ruokahalu on huono, niin hoitajat nostivat tärkeäksi, että asiakas syö sitä, mikä maistuu ravitsemusta miettimättä. Toisinaan asiakkaan ruokahalu oli huono, eikä mikään ruoka maistunut. Ongelmalliseksi asiakkaan hyvinvoinnin kannalta hoitajat kokivat myös pitkän välin aamupuuron ja lounaan välillä.

*“Ruokahalu monesti huono, usein syöminen sitä mikä nyt edes maistuisi, sen suuremmin ravitsemusta miettimättä.”*

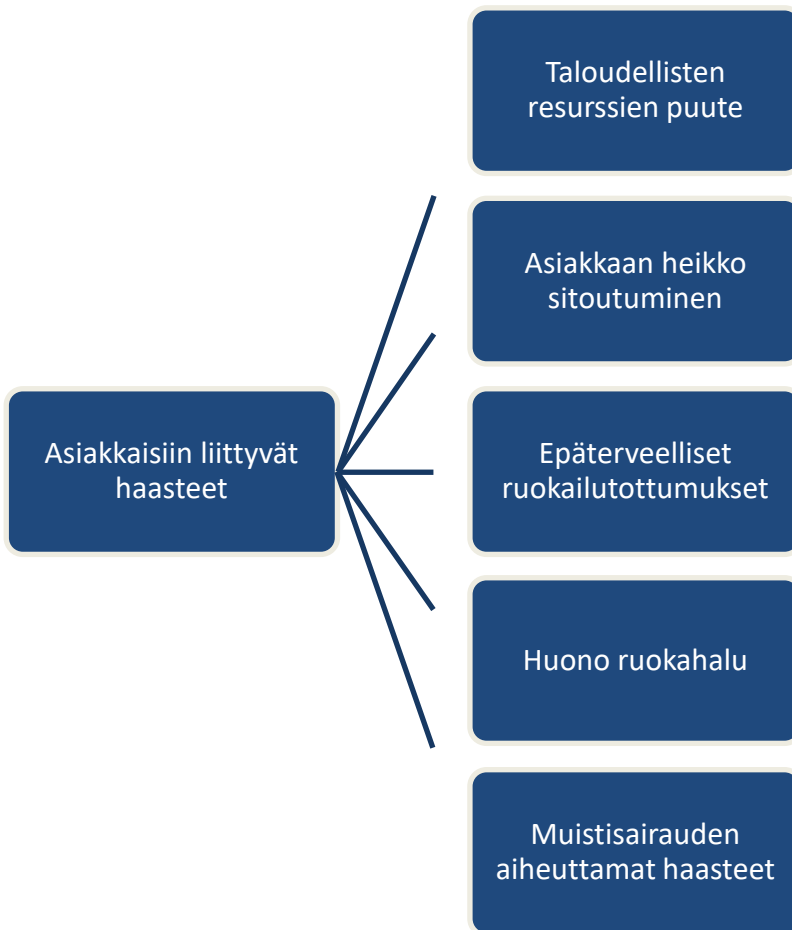
Muistisairauden merkitys hyvän ravitsemuksen toteutumisessa oli hoitajien kokemuksen mukaan suuri. Hoitajat kertoivat, että muistisairaita oli asiakaskunnassa useita. Nälänsäätelyn ongelmat koettiin muistisairaiden osalta haasteelliseksi ravitsemussuunnitelman suunniteltujen toimintojen toteutumisessa. Näistä hoitajat mainitsivat asiakkaan näläntunteen katoamisen, syömisen unohtamisen tai jatkuvan syömisen.

*“Monilla asiakkaillamme on muistisairaus jonka takia normaali näläntunne katoaa, toiset eivät muista syödä ja toiset syövät koko ajan.”*

Muistisairauden vaikutus näkyi myös asiakkaan kognitiivisten taitojen alenemana. Hoitajat kertoivat, että kaikki asiakkaat eivät osaa itse ottaa ruokaa. Hoitajan lautaselle annosteleva ruoka saattoi myös päätyä muualle kuin asiakkaan suuhun. Vaativana koettiin myös vaikeudet ateriarytmissä kuten liian aikainen aamupala ja lounas. Asiakas ei myöskään aina osannut kertoa omista mieltymyksistään.

*“Lautaselle laitettu ateria voi päätyä moneen muuhunkin paikkaan kuin suuhun mm. roskeen/wc-pyttyyn tms.”*





Kuvio 4. Asiakkaisiin liittyvät haasteet.

### 9.3.2 Haasteet yhteistyössä omaisten ja palvelun tuottajien kanssa

Kokemukset vaikeuksista yhteistyössä asiakkaan omaisten kanssa esiintyvät hoitajien kokemissa haasteissa yleisesti. Omaisten sitoutumisen eri asteet asiakkaan monipuolisen ravitsemuksen toteuttamisessa nousivat esille. Hoitajat kertoivat kokeneensa, että omaiset eivät arvostaneet hoitajien neuvoja. Vaikeutta koettiin myös omaisten motivoinnissa. Hoitajat kokivat ravitsemussuunnitelman toteutumisen kannalta merkittävimmäksi toimivan yhteistyön omaisten kanssa. (Kuvio 5.)

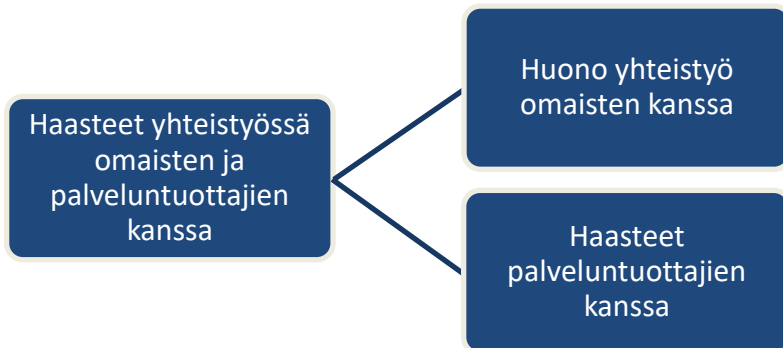
Ruokaostosten laatu ja määrä oli hoitajien kertoman mukaan usein omaisten vastuulla. Omaisten rooli kauppa-asioiden hoitamisessa vaikutti suoraan asiakkaalle tuotavan ruoan laatuun ja määrään. Hoitajat kokivat, että tilanteeseen on vaikea vaikuttaa. Toisinaan omaiset toivat yksipuolisia ruokia, joita asiakas oli aina tottunut syömään. Omaiset huolehtivat useimmiten asiakkaan ruokaostoksista. Osa hoitajista koki, että ruoan määrä oli riittämätön. Hoitajat kokivat turhautumista pyytäessään toistuvasti omaisia tuomaan asiakkaalle lisää ruokaa. Osa hoitajista kertoi, että omaiset eivät anna ostaa monipuolista ruokaa. Ongelmalliseksi hoitajat kertoivat myös valmiit suuret annokset. Omaisten valmistamat ateriat saattoivat olla liian isoja, joita asiakkaat eivät jaksaneet syödä. (Kuvio 5.)

Hoitajat kertoivat, että aina ostetut palvelut eivät toimineet. Toisinaan oikeita tilattuja tuotteita ei ollut tullut. Joidenkin yhteistyökumppaneiden asenne koettiin hankalaksi. Hoitajat kertoivat, että palvelutalon asiakkailla on ruokailumahdollisuus, mutta kaikki asiakkaat eivät ole sitä hyödyntäneet. Ateriapalvelut koettiin hinta-laatu-suhteeltaan huonoiksi. (Kuvio 5.)

*“Palvelutalossa lounasmahdollisuus 7pv/vko, jota kaikki eivät hyödynnä, jolloin kotona syötävä lounas monesti jää yksipuoliseksi verrattuna palvelutalon monipuoliseen ateriaan.”*

*“Toiset omaiset tuovat hyvinkin runsaasti ja huolehtivat vanhuksen ravinnosta. Toisinaan on turhauttavaa jatkuvasti pyydellä tuomaan ruokaa.”*

*“Toimiva yhteistyö omaisten kanssa perusedellytys (he käyvät kaupassa pääsääntöisesti).”*



Kuvio 5. Haasteet yhteistyössä.

### 9.3.3 Hoitohenkilökuntaan liittyvät haasteet

Hoitajat mainitsivat myös ongelmista tiedonkulussa koskien ruokakaupassa asiointia. Hoitajat eivät aina tiedä, mitä ruokatarvikkeita asiakas tarvitsee. Kotihoidon asiakkaiden kauppa-asiointi oli järjestettävä sekä asiointista vastaavaa asiakasta, omaista, hoitohenkilökuntaa tai ammatillista yhteistyötahoa oli tiedotettava terveellisistä elintarvikkeista sekä erilaisista ateriavaihtoehdoista.

Ongelmalliseksi koettiin yhden asiakkaan luona käyvät useat eri hoitajat, jolloin ruokien seuranta oli vaikeaa. Vaativaa ravitsemussuunnitelman toteutuksessa olivat myös epäselvät vastualueet. Aina ei oltu varmoja, kuka käy kaupassa ja tuleeko kaupasta suunniteltuja ruokia.

*“Kauppalappukäytänteitä voisi uudistaa, monta tekijää, aina ei tiedossa mitä pitäisi/voisi tuoda.”*

Hoitajat nostivat esiin, että vaikutusmahdollisuudet asiakkaan hyvään ravitsemukseen olivat rajalliset, mikäli asiakas niitä itse vastusti. Yhdeksi vaikutusmahdollisuudeksi kuitenkin nostettiin kauppakassipalvelun kautta tehdyt tilaukset, joissa hoitaja pystyi vaikuttamaan tilausten sisältöön esimerkiksi lisäämällä tilaukseen proteiinipitoista ruokaa sekä hedelmiä.

Hoitajat kertoivat haasteeksi myös hoitajien sitoutumisen ravitsemussuunnitelman toteuttamiseen. Hoitajat kokivat, että myös heidän omissa asenteissaan olisi parantamisen varaa. Ongelmallisena koettiin, että kaikki eivät noudata sovittuja suunnitelmia.

Kerrottiin, että hoitajat luottavat asiakkaan sanaan toteutuneista ruokailuista, vaikka kyseessä olisi muistisairas. Tällöin ei ole tarjottu ateriala.

*“Sovittujen ”pelisääntöjen” toteutuminen, esim. päivällisen lämmittäminen, jos muistisairas sanoo jo syöneensä ja ettei ole nälkä, jätetään ruoka lämmittämättä/tarjoamati.”*

Ruokailun toteutuminen voi jäädä varmistamatta, mikäli asiakas jätetään ruokailemaan yksin. Hoitajat kokivat asiakkaan ruokailua myönteisesti tukevana sen, että jäivät hetkeksi juttelemaan asiakkaan kanssa. Hoitajat kertoivat, että monesti he tarjoavat, mitä jääkaapista löytyy. Toisinaan jääkaapissa on paljon valinnan varaa, mutta hoitajat eivät niitä tarjoa.

*“Ei välttämättä varmisteta ruokailun toteutumista, jätetään asiakas yksin syömään, jolloin ruoka jää lautaselle/roskiin.”*

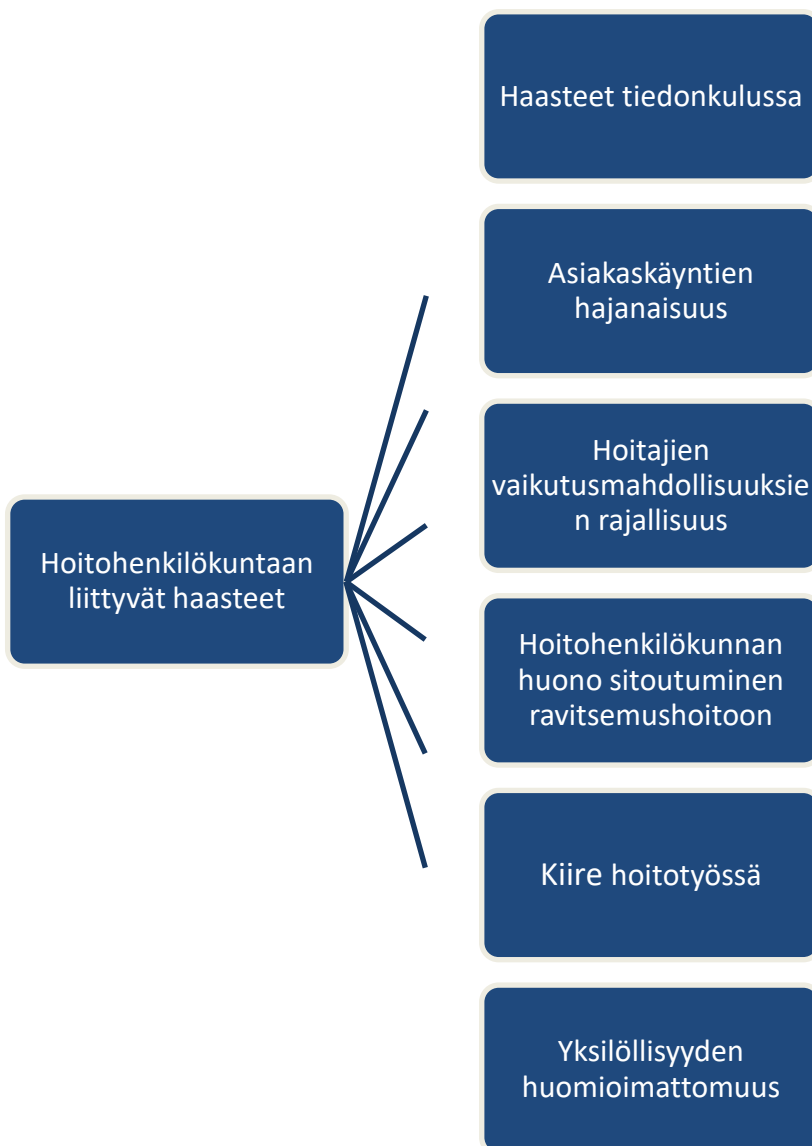
*“Usein auttaa kun malttaa hetken jutella samalla kun asiakas syö. Siinä kun huomaamatta tämän tulee syötyä paremmin.”*

Hoitajien kertoman mukaan yleinen haaste oli kiire. Hoitajien kiire vaikutti kotihoidon asiakkaiden ravitsemussuunnitelman toteutumiseen negatiivisesti. Hoitajat kertoivat, että useimmiten heillä ei ole aikaa jäädä asiakkaan seuraksi ruokailutilanteessa. Aika ja resurssit koettiin rajallisiksi. Koettiin, että asiakaskäynteihin suunniteltu aika ei ollut riittävä. Myös asiakasmäärät koettiin suuriksi. Ajanpuutteeseen vaikuttivat muuttuvat olosuhteet kuten yllättävät ja kiireellisemmät työt. (Kuvio 6.)

*“Työvuoron aikana hoitajalla useita eri asiakas käyntejä, jolloin optimaalista käyntiaikaa mahdoton saada kaikille toteutettua. Käynnit pyritään toteuttamaan niin, että yöpaastot pysyisivät kohtuullisina.”*

*“Kotihoidossa on aika ja resurssit rajallisia ja emme ehdi suunniteltua kauempaa olemaan asiakkailla. Suunniteltu aika ei aina riitä suunnitelmien toteuttamiseen.”*

Asiakkaan huomioinnissa kerrottiin olevan toisinaan vaikeuksia. Kaikki hoitajat eivät kysyneet asiakkaan toiveita kauppalistoja tehdessään, vaan kopioivat aina vanhoja listoja. Hoitajat saattoivat myös kysyä toiselta hoitajalta asiakkaan ruokailutottumuksista.



Kuvio 6. Haasteet toteutuksessa.

## 9.4 Haasteet ravitsemussuunnitelman vaikuttavuuden arvioinnissa

Hoitajat kertoivat kokevansa haasteita ajankäytön kanssa. Kotihoidossa on paljon asiakkaita, joiden ruokailua pitäisi pystyä seuraamaan. Tätä ei kuitenkaan ole mahdollista toteuttaa tiukan aikataulun vuoksi. (Kuvio 7.)

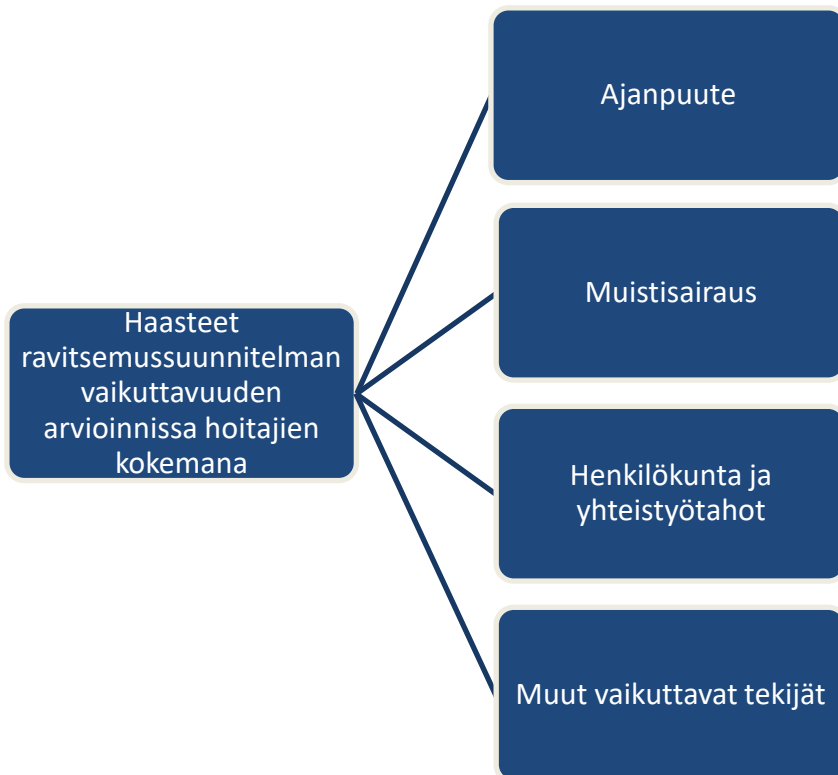
Muistisairaus tuo haasteita myös ruokailun seurantaan ja ravitsemussuunnitelman vaikuttavuuden arviointiin. Lautasella oleva ruoka voi päätyä roskiin. Muistisairas ei myöskään välttämättä osaa kertoa totuudenmukaisesti nautituista aterioista. Arviointi hankaloituu muistisairaiden kohdalla merkittävästi, jos ruokailuja ei päästä seuraamaan. Asiakkaat saattavat myös esittää olevansa paremmassa kunnossa kuin todellisuudessa ovat. Muistisairaiden kohdalla erityisen hyvänä apuvälineenä hoitajat kokivat mittanauhan ja vaa'an. Niiden avulla pystyttiin parhaiten arvioimaan ravitsemussuunnitelman vaikuttavuutta.

Yhtenä hankaluutena ravitsemusvastaavat kokivat muun hoitohenkilökunnan sitoutumattomuuden. (Kuvio 6.) Sovituista asioista ja suunnitelmista ei välttämättä pidetty kiinni. Punnituksia ei tehty asiakkaille sovitusti tai lääkäriltä saadut ohjeet olivat epäselviä. Tiedonkulku yhteistyötahojen välillä on koettu toisinaan ongelmalliseksi sekä toisten hoitajien motivaatio suunnitelman toteuttamiseen puutteelliseksi.

MNA-testin tekeminen uudestaan muutaman kuukauden kulutta koettiin tarpeelliseksi. Normaalisti testi tehdään RAI arvioinnin yhteydessä 6 kuukauden välein. MNA arviointi ja yleistilan seuranta koettiin vaikeaksi, jos asiakkaalle oli käyntejä vain harvoin.

Ravitsemusvastaavien kyselyssä esille tulivat myös muut tekijät, jotka oli huomioitu haasteiksi arviointiin. Esille tulleita asioita olivat painonmuutokset, joiden syynä saattoi olla lääkitys, unenpuute tai muut muuttuneet elämäntavat. Nesteiden kertyminen elimistöön saattaa myös vaikuttaa painonmuutoksiin. Myös asiakkaiden omat ateriarytmit ja ruokailutottumukset vaikuttivat haasteina hoitohenkilökunnalle. (Kuvio 7.) Samat haasteet tulivat esille myös prosessin aikaisemmassa vaiheessa. Yllättävänä vaikeutena hoitajille oli tullut koronakevät.

Ravitsemussuunnitelmat ja niiden arvioinnit olivat unohtuneet, eikä yhteisiä koulutuksia tai tapaamisia päästy järjestämään.



Kuvio 7. Ravitsemussuunnitelman arviointi.

## 9.5 Hoitajien tietämys ikääntyneiden ravitsemussuosituksista

Ravitsemusvastaavat kokivat pääsääntöisesti oman tietämyksen ravitsemusasioissa hyväksi. Vaativaksi koettiin ravitsemusasioiden toteutus. Tietoa koettiin olevan runsaasti, mutta käytännön esimerkkejä tiedon hyödyntämiseen oli rajoitetusti. Vastaajien kokemuksen mukaan muun muassa prosessin monet eri vaiheet ja menetelmät vaikuttivat tiedon siirtämiseen käytäntöön. Hoitotyön prosessin toteuttajien lukumäärä koettiin hankalaksi. Yhteistyötahoja on suunnitelmassa mukana yleensä useita ja jokaisen toiminta vaikuttaa prosessin eri vaiheisiin.

Ravitsemusvastaavien tapaamiset koettiin hyväksi, koulutusta ja lisäluentoja kaivattiin jonkin verran tietämyksen lisäämiseen. Ravitsemusvastaavilla oli omaa mielenkiintoa ravitsemusasioihin ja halua lisätiedon hankintaan.

## 10 Pohdinta ja tulosten tarkastelu

Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa alkuperäinen suunnitelma oli tehdä opinnäytetyö kaksivaiheisena niin, että ensimmäinen vaihe toteutetaan laadullisena tutkimuksena ja toinen vaihe toiminnallisena toteutuksena. Alun perin toisen vaiheen tuotos olisi ollut toiminnallinen opaslehtinen. Suunnitelma kuitenkin muotoutui matkan varrella vastaamaan paremmin työelämän tarpeita. Suunnitelma muuttui niin, että toisen vaiheen valmis toiminnallinen tuotos muotoutui pois.

Työn teoreettisen viitekehyksen rajaaminen oli haastavaa. Tietoa oli käytössä laajalti ja rajaaminen oli tehtävä niin, että liikunnan ja lääkityksen merkitys ravitsemukseen ja toimintakykyyn käsiteltiin kevyesti. Rajaaminen ei kuitenkaan vaikuttanut työn luotettavuuteen. Esseemuotoisissa kyselyissä hoitajat kertoivat konkreettisia asioita, jotka vaikeuttavat ikääntyneen hyvää suunnitelmallista ravitsemushoitoa. Hoitajien esille tuomat kokemukset analysoitiin mahdollisimman selkeästi ja luotettavasti, jotta prosessinomaista hoitotyötä voitaisiin kehittää. Huomioitavaa on, että opinnäytetyössä kysyttiin hoitajilta heidän kokemistaan haasteista. Kyselylomakkeessa ei kysytty hyvin toimivista käytänteistä, hyvistä yhteistyökumppaneista tai onnistumisista.

Kotihoidossa on otettu käyttöön syksyllä 2019 ravitsemushoidon toimintamalli. Mallin mukaan omahoitaja tekee MNA-testin neljän viikon sisään asiakkaaksi tulosta RAI-arvioinnin yhteydessä. Hoitajien kokemien haasteiden mukaan testiä ei joko aina tehdä tai sitä ei mielletä ravitsemussuunnitelman toteutuksen yhdeksi työvälineeksi.

### 10.1 Eettisyys

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistusta noudatettiin tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Aineistonkeruu suoritettiin nimettömästi niin, että nimettömiin kuoriin sai laittaa vastauksen ja kuoren sulkea. Aineisto haettiin sovitusti jokaisesta yksiköstä erikseen. Vastauksia palautui 12 hoitajalta (n=12). Kaksi kyselylomaketta jäi palautumatta. Kuoret avattiin vasta, kun kaikki vastaukset oli kerätty. Kuoret avattiin satunnaisessa järjestyksessä molempien opinnäytetyöntekijöiden ollessa läsnä ja merkittiin peitenimellä "Hoitaja 1", "Hoitaja 2" jne.



Kerätty aineisto skannattiin tietokoneelle ja siitä puhtaaksikirjoitettiin Word-tiedostoksi. (Tietoarkisto, n.d.a.). Tietokoneen käyttö oli suojattu salasanalla. Alkuperäinen aineisto säilytettiin lukollisessa kaapissa. Opinnäytetyön esittelyn ja hyväksynnän jälkeen aineisto tuhottiin paperisilppurilla ja poistettiin kaikki tiedostot. (Tietoarkisto, n.d.b)

Tietolähteinä käytettäviltä hoitohenkilökunnan jäseniltä pyydettiin tietoinen suostumus kirjallisesti tutkimukseen osallistumisesta (Liite 1). Osallistujia informoitiin mahdollisuudesta kieltäytyä tutkimuksesta. Ravitsemusvastaavia lähestyttiin kirjallisesti saatekirjeellä (Liite 2) ja kyselylomakkeella (Liite 3), jotka toimitettiin eri työyksiköihin.

Tutkittavilla henkilöillä oli oikeus tutkimusta koskevan tiedon saantiin ennen kirjoitelmia ja niiden jälkeen. Heillä oli oikeus tietoisesta suostumuksesta antamiseen. Tutkimukseen osallistuvalla hoitajalla oli oikeus anonymiteettiin koko prosessin ajan. Tutkittavilla on oikeus saada tietoa tutkimustuloksista. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2008, ss. 366–368; Vehviläinen-Julkunen & Kankkunen, 2013, s. 218)

## 10.2 Luotettavuus

Koko aineistoa hyödynnettiin analysoitaessa kirjoitelmia. Tulosten vääristymää omien tiedostamattomien ennakoasenteiden vuoksi ehkäistiin hyödyntämällä ohjaavan opettajan ammatillista ja kokemuksellista asiantuntijuutta sekä vertaisarviointia. (Leino-Kilpi ym., 2008, ss. 369–370)

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin noudattamalla tutkimuseettisiä periaatteita. Analyysiprosessin kulku kuvattiin selkeästi ja täsmällisesti. Opinnäytetyön teoriapohja on luotettava ja kattava. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, ss. 197–200)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudessa huomioitiin uskottavuus myös lainaamalla suoraan autenttisesti haastatteluvastauksia. Lainausten pituus pohdittiin tarkasti. Tutkimustulosten luotettavuuden arvioinnissa varottiin holistista harhaluuloa tai virhepäätelmiä. Näitä pyrittiin välttämään luetuttamalla raporttia sekä vertaisesti että ohjaavalla taholla. Tutkimusta arvioitiin esittämällä elävästi ja todenmukaisesti tutkimustulokset.

### 10.3 Päätelmät ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tutkimustuloksia voi hyödyntää kotihoidossa ravitsemussuunnitelmien laatimisen, toteuttamisen ja arvioinnin kehitystyössä. Opinnäytetyössä ilmenneiden haasteiden pohjalta voidaan luoda toimintamalleja, joilla voidaan turvata ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden hyvä ravitsemus.

Kehittämisehdotuksena opinnäytetyön pohjalta nousi koulutuksen lisääminen, yhteistyön lisääminen ja tiedonkulun varmistaminen. Kotihoidossa on otettu käyttöön syksyllä 2019 ravitsemushoidon toimintamalli. Mallin mukaan omahoitaja tekee MNA-testin neljän viikon sisään asiakkaaksi tulosta RAI-arvioinnin yhteydessä. Hoitajien kokemien haasteiden mukaan testiä ei joko aina tehdä tai sitä ei mielletä ravitsemussuunnitelman toteutuksen yhdeksi työvälineeksi. Tutustuimme tutkimukseen, jossa Espanjassa oli hoitajia koulutettu MNA- testin tekemiseen. Tutkimus perustui vain MNA-testiin, mutta tulokset olivat lupaavia sekä lisäsivät hoitajien ravitsemushoidon osaamista laaja-alaisesti. (Fernández-Barrés ym., 2017, ss. 131–141)

Koulutuksen kohdentaminen ja tiedon lisääminen kotihoidossa työskenteleville ravitsemusvastaaville, jotka vievät tiedon työyhteisöön olisi ensiarvoisen tärkeää. Jokaisen työntekijän tulisi sitoutua laadittuihin suunnitelmiin omalla työpanoksellaan. Myös päivittäisellä kirjaamisella kyetään huomioimaan asiakkaan suunnitelmat ja niiden toteutus. Kirjaaminen asiakkaan suunnitelman toteutuksesta, tukee myös työyhteisön toimintamahdollisuuksia. (Laaksonen ym., 2011, ss. 10–11)

Haasteina nousi esiin myös taloudelliset ongelmat. On huolestuttavaa, että hyvän ravitsemuksen esteenä ovat taloudelliset rajoitteet. Moniammatillisen työryhmän hyödyntäminen asiakkaan taloudellisen tilanteen kartoitukseen olisi merkityksellistä. Sosiaalityö voisi olla suuremmassa roolissa osana työnsuunnittelua ja asiakastapaamisia.

Omaisten tuomat haasteet ja voimavarat ovat aina yksilöllisiä. Jokainen perhe tulisi kohdata yksilöllisesti, suunnitelmissa ja toteutuksessa asiakkaan omaisten osallistaminen, hyvä ravitsemuksellinen ohjaus ja tiedonsaanti voisivat olla avuksi myös ravitsemussuunnitelman toteutuksessa.

## Lähteet

Anneli, E., Kinnunen, U-M. & Liljamo P. (2012). FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. THL.

Haettu 20.1.2020 osoitteesta

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas\\_korjattu%20liitteenä%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteenä%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1)

Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (2012). *Ravitsemustiede*. 4. uudistettu painos. Helsinki:

Kustannus Oy Duodecim.

Fernández-Barrés, S., García-Barco, M., Basora, J., Martínez, T., Pedret, R. & Arija, V. (2017). The efficacy of a nutrition education intervention to prevent risk of malnutrition for dependent elderly patients receiving Home Care: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*70(May), 131-141. Haettu 8.10.2020 osoitteesta

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748917300561?via%3Dihub>

Finne-Soveri, H., Hakala, P., Hakala-Lahtinen, P., Männistö, S., Pitkälä, K., Sarlio-Lähteenkorva, S.,

Soini, H., Suominen, M. & Pitkälä, K. (2010). Valtion ravitsemusneuvottelukunta.

*Ravitsemussuositukset ikääntyneille*. Edita Prima Oy: Helsinki. Haettu 13.11.2019

osoitteesta <https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/julkaisut/ikaantyneet.suositus-3.pdf>

Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä. (2020). Kotihoito. Haettu 6.5.2020 osoitteesta

<https://www.fshky.fi/palvelut/ikaantyneiden-palvelut/kotiin-annettavat-palvelut/kotihoito/>

Gerontologinen ravitsemus. (n.d.a). Haettu 25.11.2019 osoitteesta

<https://www.gery.fi/site/assets/files/1253/mna-ohje-uusi.pdf>

Gerontologinen ravitsemus. (n.d.b). Haettu 4.12.2019 osoitteesta

<https://www.gery.fi/site/assets/files/1253/ohjeet.pdf>

- Helin, U. (2013). (42 vuosikerta). Diabetes ja lääkäri. Suomen diabetesliitto. *Erityinen diabetes. Pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten diabeteksen hoidon ongelmia*. Haettu 20.1.2020 osoitteesta [https://www.diabetes.fi/files/2604/Diab\\_ja\\_laakari\\_2\\_13\\_netti.pdf](https://www.diabetes.fi/files/2604/Diab_ja_laakari_2_13_netti.pdf)
- Hupli, M., Koskenniemi, J., Leino-Kilpi, H., Suhonen, R. & Stolt, M. (2014). *Muistipotilaan haastattelu - haaste klinikoille ja tutkijoille*. Tutkiva Hoitotyö 2014:12(1), ss 4–11. Sairaanhoidajaliiton koulutus- ja kustannusyhtiö Fioca Oy.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. (2001). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WSOY, ss. 21–29.
- Jyrkkä, J. & Mursu, J. (2013). *Hyvä ravitseminen tukee iäkkäiden lääkehoidon onnistumista*. Sic!. 2/2013. Fimea. Haettu 4.12.2019 osoitteesta [https://sic.fimea.fi/2\\_2013/hyva\\_ravitseminen\\_tukee\\_iaakaiden\\_laakehoidon\\_onnistumista](https://sic.fimea.fi/2_2013/hyva_ravitseminen_tukee_iaakaiden_laakehoidon_onnistumista)
- Jyväkorpi, S. & Suominen, M. (2012). *Ikääntyneen ravitseminen ja ruokapalvelut – Suunnittelu ja toteutus*. Vanhustyön keskusliitto.
- Jäppinen, A., Kärki, J., Kääriäinen, A., Laaksonen, M., Penttilä, M., Sahala, H. & Tapola-Haapala, M. (2011). *Asiakastyön dokumentointi sosiaalihuollossa. Opastusta asiakastiedon käyttöön ja kirjaamiseen*. THL. Tampere: Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). *Tutkimus hoitotieteessä*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Kehusmaa S., Alastalo H., Hammar T., Luoma M-L. *Kolmasosa vanhuspalvelujen henkilöstöstä työskentelee kotihoidossa – asiakkaista kotihoidossa on yli puolet*. Tutkimuksesta tiiviisti

39, marraskuu 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Haettu 4.12.2019 osoitteesta [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137219/URN\\_ISBN\\_978-952-343-232-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137219/URN_ISBN_978-952-343-232-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Kuntaliitto. (2017). *Kotihoito*. Haettu 28.12.2019 osoitteesta <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/kotihoito>

KvaliMOTV. (n.d.). *Analyysin äärellä*. Haettu 24.4.2020 osoitteesta [https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_1.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_1.html)

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2008). *Etiikka hoitotyössä*. 5.-6. painos. Helsinki: WSOYpro Oy

*Lääketieteen sanasto*. (n.d.). Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodedicim. Haettu 25.11.2019 osoitteesta [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.kotip\\_artikkeli=Itt00123](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.kotip_artikkeli=Itt00123)

Orell-Kotikangas, H. (2014). *Ravitsemustilan arviointi ja vajaaravitsemustilan diagnosointi*. Ravioli kliinisen ravitsemusterapian yksikkö. HUS. Haettu 1.1.2020 osoitteesta <https://docplayer.fi/359496-Ravitsemustilan-arviointi-ja-vajaaravitsemustilan-diagnosointi-25-9-2014.html>

Puhti. (2020). *Keliakia on alidiagnosoitu sairaus*. Haettu 20.1.2020 osoitteesta <https://www.puhti.fi/tietopaketti/keliakia/>

Puranen, T & Suominen, M. (2012). *Ikääntyneiden ravitsemus- Opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoitoon*. Suomen muistiasiantuntijat ry. Helsinki: Trinket Oy.

Pölonen, S. (2016). *Yksilöllisen ravitsemusohjauksen vaikutus yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaan*. Pro-Gradu-tutkielma. Lääketieteenlaitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Ravitsemustiede. Haettu 24.11.2019 osoitteesta [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20161211/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20161211.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20161211/urn_nbn_fi_uef-20161211.pdf)

Silfverberg, P. (n.d.). *Ideasta projektiksi*. Projektinvetäjän käsikirja. Haettu 25.4.2020 osoitteesta [http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta\\_projektiksi.pdf](http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf)

Terveyskylä. (2019). *Ikääntynyt, iäkäs vai vanha?* Haettu 29.12.2019 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/ik%C3%A4-ja-arki/ik%C3%A4%C3%A4ntynyt-i%C3%A4k%C3%A4s-vai-vanha>

Pellikka, M. (2017). *Varfariinihoidon ohjaus*. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Haettu 5.11.2020 osoitteesta [https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=varfariini](https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=varfariini)

THL. (n.d.). *RAIn käyttö hoitotyössä*. Haettu 25.11.2019 osoitteesta <https://thl.fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rain-kaytto-hoitotyossa>

Tietoarkisto. (n.d.a). *Tunnisteellisuus ja anonymisointi*. Aineistohallinnan käsikirja. Haettu 26.4.2020 osoitteesta <https://www.fsd.tuni.fi/aineistohallinta/fi/tunnisteellisuus-ja-anonymisointi.html#milloin-tieto-on-anonyymia-enta-pseudonyymia>

Tietoarkisto. (n.d.b). *Fyysinen säilytys*. Aineistohallinnan käsikirja. Haettu 24.4.2020 osoitteesta <https://www.fsd.tuni.fi/aineistohallinta/fi/fyysinen-sailytys.html#havittaminen>

Tilastokeskus. (2019a). *Väestön ikärakenne*. Haettu 4.12.2019 osoitteesta [https://findikaattori.fi/fi/14#\\_ga=2.63570153.790364957.1575461724-33913489.1575461724](https://findikaattori.fi/fi/14#_ga=2.63570153.790364957.1575461724-33913489.1575461724)

Tilastokeskus. (2017b). *Taloudellinen huoltosuhde*. Haettu 4.12.2019 osoitteesta <https://findikaattori.fi/fi/32>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. (2010). Ravitsemushoito. Haettu 26.11.2019 osoitteesta  
[https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ravitsemushoito\\_netti\\_2.painos.pdf](https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ravitsemushoito_netti_2.painos.pdf)

**Liite 1: Suostumuslomake.****SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUMISESTA**

Hämeen ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutus

Wahreninkatu 11

30100 Forssa

Suostun Hämeen ammattikorkeakoulussa tehtävän opinnäytetyön tiedonantajaksi

Opinnäytetyön aihe

IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS

Ravitsemussuunnitelman laatimisen haasteet kotihoidossa

Opinnäytetyön tekijät

Mia Himanen ja Satu Koivulahti



Opinnäytetyötä ohjaava opettaja

Leena Lampinen

### **Opinnäytetyön toteutus**

Aineisto kerätään kirjallisesti esseemuotoisella kyselyllä. Vastaukset haetaan työyksiköistä kahden viikon kuluttua.

Aineistoa käsitellään eettisesti ja luotettavasti. Aineisto analysoidaan sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi dokumentoidaan kirjalliseen opinnäytetyön raporttiin. Tutkimusvastauksia voidaan lainata autenttisesti.

Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä ja siihen liittyvästä aineiston keruusta. Olen selvillä, että minuun liittyviä tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja ainoastaan tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista. Voin halutessani keskeyttää opinnäytetyöhön osallistumisen ja kieltää minua koskevan tiedon käyttämisen opinnäytetyössä.

\_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Opinnäytetyöhön osallistujan allekirjoitus

**Liite 2: Saatekirje.**



Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Hämeen ammattikorkeakoulusta Forssasta. Teemme opinnäytetyötä ikääntyneiden ravitsemussuunnitelman laatimisen haasteista kotihoidossa. Työmme tilaajana on Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä.

Tarkoituksenamme on kartoittaa ravitsemusvastaavien näkemyksiä ja kokemuksia, joita yksilöllisen ravitsemussuunnitelman laatiminen on tuonut esille. Kokemusten ja tietoperustan pohjalta teemme ohjeistuksen kotihoitoon, josta toivomme olevan hyötyä ravitsemussuunnitelman laatimisessa.

Kyselyyn vastataan esseemuotoisesti, joka on kohdennettu kotihoidossa työskenteleville ravitsemusvastaaville. Kysely toteutetaan nimettömästi, jotta jokaisen henkilöllisyys ja anonymiteetti säilytetään, vastaamisen jälkeen paperin voi laittaa mukana tulevaan kirjekuoreen ja sulkea. Kuoren voi palauttaa esimiehelle, jonka jälkeen aineisto haetaan 2 viikon kuluttua.

Antamianne tietoja käsitellään luottamuksellisesti eikä lopulliseen opinnäytetyöhön tule esille myöskään yksiköiden sijaintia. Ravitsemusvastaavien lukumäärän takia toivomme jokaiselta hetken aikaa, jotta saisimme mahdollisimman kattavasti tietoa ravitsemussuunnitelman laatimisen haasteista.

Mikäli kyselystä tai opinnäytetyöstämme heräsi kysymyksiä toivomme yhteydenottoa pikaisesti.  
Meidät tavoittaa puhelimitse sekä sähköpostilla.

Kiitos osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin

Mia Himanen ja Satu Koivulahti

---

Mia Himanen

Satu Koivulahti

[mia.himanen@student.hamk.fi](mailto:mia.himanen@student.hamk.fi)

[satu.koivulahti@student.hamk.fi](mailto:satu.koivulahti@student.hamk.fi)

045-2714650

040-7364305

---

Ohjaava opettaja Leena Lampinen

[leena.lampinen@hamk.fi](mailto:leena.lampinen@hamk.fi)

**Liite 3: Kyselylomake.**

Kysely on osa opinnäytetyötä, jonka aiheena on IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS – Ravitsemussuunnitelman laatimisen haasteet kotihoidossa.

Vastaathan kysymyksiin esseemuotoisesti mahdollisimman laajasti. Vastauksia voit jatkaa kääntöpuolelle. Vastattuasi laita lomake nimettömään kuoreen yhdessä suostumuslomakkeen kanssa ja sulje kuori.

1. Millaisia haasteita olet kokenut asiakkaan ravitsemustilaan liittyvän tarpeen arvioinnissa?
2. Millaisia haasteita olet kokenut asiakkaan ravitsemukseen liittyvien suunniteltujen toimintojen laatimisessa?
3. Millaisia haasteita olet kohdannut suunniteltujen toimintojen toteutuksessa kotihoidossa?
4. Millaisia haasteita olet kohdannut arvioidessasi asiakkaan ravitsemussuunnitelman vaikuttavuutta?
5. Minkälaiseksi koet tietämyksesi ikääntyneiden ravitsemussuosituksista?