

Tara Latvala

Hoitajien saama ravitsemuskoulutus ja kokemus ikäntyneen ravitsemuksen eri osa-alueista

Opas ikääntyneiden ravitsemussuosituksista

Opinnäytetyö

Syksy 2020

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Geronomi (AMK)

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Geronomi (AMK)

Tekijä: Tara Latvala

Työn nimi: Hoitajien saama ravitsemuskoulutus ja kokemus ikääntyneen ravitsemuksen eri osa-alueista: Opas ikääntyneiden ravitsemussuosituksista

Ohjaaja: Kari Jokiranta, lehtori

Vuosi: 2020

Sivumäärä: 57

Liitteiden lukumäärä: 6

Ravitsemuksen seuranta, ohjaus ja hoito ovat yksi tärkeä kokonaisuus ikääntyneen hoidossa. Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tutkia, miten kotihoidon työntekijät ovat saaneet koulutusta ravitsemushoidosta ja -suosituksista kouluttautuessaan ja työskennellessään sosiaali- ja terveysalalla, sekä mikä on heidän tämänhetkinen koettu tietotaitonsa. Tutkimuksessa kartoitettiin myös, millä tavoin ravitsemushoitoon on vaikuttettu ja onko ravitsemuksen seuranta kotihoidon työntekijöiden mielestä riittävä.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos julkaisivat vuonna 2020 ikääntyneille suunnatut ravitsemussuositukset. Opinnäytetyön toinen tarkoitus oli luoda opas ikääntyneen ravitsemussuosituksista kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden käyttöön.

Tutkimuksellisen osuus opinnäytetyössä toteutettiin kyselylomakkeella, joka teetettiin Lapuan kaupungin kotihoidon työntekijöillä. Vastauksia kyselyyn tuli 31 kappaletta (N=31). Kyselylomake koostui strukturoiduista monivalintakysymyksistä ja yhdestä avoimesta kysymyksestä. Määrällinen aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla ja avoin kysymys analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan ravitsemuskoulutus ammattikoulussa ja ammattikorkeakoulussa ei ole riittävällä tasolla. Työntekijöiden tietotaidot ravitsemushoidosta ja -suosituksista olivat heidän mielestään keskinkertaiset. He toivoivat ja ilmaisivat tarvitsevansa ravitsemuskoulutusta lisää. Kotihoidon työntekijät kokivat kuitenkin voivansa vaikuttaa monin tavoin ikääntyneen ravitsemukseen.

Avainsanat: ikääntyneiden ravitsemussuositukset, ravitsemushoito, seuranta, ravitsemuskoulutus sosiaali- ja terveysalalla

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Elderly Care

Author: Tara Latvala

Title of thesis: Nutrition training and experience of caregivers in different aspects of aging nutrition: Nutrition Recommendations for the elderly guide

Supervisor: Kari Jokiranta, lecturer

Year: 2020

Number of pages: 57

Number of appendices: 6

When taking care of the elderly, the monitoring and guidance of nutrition and nutritional treatment are extremely important. The purpose of this thesis was to research how the employees of domiciliary care have been educated in nutritional treatment and its recommendations while working in health care, and what their current knowhow is regarding the subject. In addition, the target was to survey how nurses' competence has been influenced and if there is enough nutritional monitoring in their opinion.

The National Nutrition Council and the Finnish Institute for Health and Welfare published nutritional recommendations for the care of elderly people in 2020. The outcome of this thesis was the creation of a guide for the employees and clients of domiciliary care about nutrition.

The research part of this thesis was carried out using a questionnaire for the employees of the domiciliary care of Lapua. There were thirty-one (N=31) answers to the survey. The survey consisted of structured multiple-choice questions and one open question. The quantitative data was analysed with an SPSS program, and the open question with a qualitative content analysis.

The results showed that there is not enough nutritional education in vocational schools and universities of applied sciences. The knowhow of the employees was mediocre in their opinion. They hoped for more nutritional education and thought that it is also needed. The employees still felt that they could influence the nutrition of elderly people in many ways.

Keywords: nutritional recommendations for the elderly, nutritional treatment, monitoring, nutrition education in the social and health field

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuvio- ja taulukkoluetelo.....	6
1 JOHDANTO	7
2 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUSSUOSITUKSET.....	9
2.1 Energiaravintoaineet	10
2.1.1 Proteiini.....	11
2.1.2 Hiilihydraatit	12
2.1.3 Rasvat.....	13
2.1.4 Neste.....	14
2.2 Suojaravintoaineet	15
2.2.1 Vitamiinit	15
2.2.2 Kivennäisaineet.....	15
3 RAVITSEMUSHOITO	17
3.1 Ravitsemustilan arviointi	18
3.1.1 MNA-testi	19
3.1.2 NRS 2002 -menetelmä.....	20
3.1.3 MUST-menetelmä.....	21
3.2 Ravitsemushoito ja ohjaus kotihoidossa	21
4 RAVITSEMUKSEN SEURANTA	24
4.1 Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma	25
4.2 Kirjaaminen	26
5 RAVITSEMUSKOULUTUS SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA	27
5.1 Ravitsemuskoulutus ammatillisessa koulutuksessa.....	27
5.2 Ravitsemuskoulutus ammattikorkeakoulussa	28
6 TOTEUTUS.....	30
6.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	30
6.2 Opas	30
6.3 Tutkimusmenetelmät ja toteutus	32

6.4 Aineiston analyysi	33
7 TULOKSET	35
7.1 Taustatiedot	35
7.2 Ravitsemuskoulutus sosiaali- ja terveysalan opinnoissa	36
7.3 Saatu ravitsemuskoulutus kotihoidossa työskennellessä	37
7.4 Tietotaidot ravitsemushoidosta	38
7.5 Tietotaidot ravitsemussuosituksista	39
7.6 Koulutustarve ravitsemushoidosta ja ravitsemussuosituksista	40
7.7 Ravitsemusohjaus ja ravitsemushoitoon vaikuttaminen	41
7.8 Ravitsemuksen seuranta	42
7.9 Miten työntekijä on voinut vaikuttaa ikääntyneen ravitsemukseen, ja miten eivät ole voineet.	43
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	45
9 POHDINTA	47
9.1 Luotettavuus	49
9.2 Eettisyys	49
9.3 Jatkotutkimusaiheet	50
LÄHTEET	51
LIITTEET	57

Kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1 Energiaravintoaineiden saantisuositus prosentteina	11
Kuvio 2. Vastaajien ikäjakauma.	35
Kuvio 3. Lisäkoulutuksen toive ravitsemushoidosta ja -suosituksista.....	41
Kuvio 4. Kokemus ravitsemushoitoon vaikuttamisesta.	41
Kuvio 5. Ravitsemuksen seuranta.....	42
Kuvio 6. Koettu ikääntyneen ravitsemushoitoon vaikuttaminen koulutustaustan mukaan.....	42
Kuvio 7. Ravitsemushoitoon vaikuttaminen hoitajien näkökulmasta.	43
Taulukko 1. Proteiinien määrä eri elintarvikkeissa	12
Taulukko 2. Kuitujen määrä eri elintarvikkeissa	13
Taulukko 3. Hyviä ja huonoja rasvoja	14
Taulukko 4. Ravitsemuskoulutus ammatillisen koulutuksen tason perusteella.	36
Taulukko 5. Saatua koulutusta työskenntelyvuosien mukaan.....	37
Taulukko 6. Tietotaidot ikääntyneen ravitsemushoidosta koulutuksen mukaan. ...	38
Taulukko 7. Tietotaidot ikääntyneen ravitsemushoidosta työkokemusvuosien mukaan.....	39
Taulukko 8. Tietotaidot ikääntyneiden ravitsemussuosituksista koulutuksen mukaan.....	39
Taulukko 9. Tietotaidot ikääntyneiden ravitsemussuosituksista työkokemusvuosien mukaan.....	40

1 JOHDANTO

Valtion yksi kärkihankkeista tällä kaudella on ollut tukea ikääntyneen asumista kotona. Tarkoitus on taata ikääntyneille heidän tarvitsemansa apu vuorokauden ympäri kotiin tai kodinomaiseen ympäristöön. (Valvira 4.5.2020.) Ikääntyneellä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä yli 65-vuotiaita. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalviteuista (L 28.12.2012/980) määrittää ikääntyneen olevan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä oleva henkilö, mikä tällä hetkellä on 65 vuotta.

Ikääntyneiden määrän kasvaessa kotiin annettavan hoidon eli kotihoidon merkitys kasvaa. Kotihoidolla tarkoitetaan palvelukokonaisuutta, joka sisältää kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja tukipalvelut. Kotihoito on asiakkaalle kotiin tarjottavaa hoitoa, apua ja tukea, mikä mahdollistaa sairaan, vammaisen tai ikääntyneen henkilön selviytymisen kotona. Kotihoidossa työskentelee kodinhoitajia, kotiavustajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia ja fysioterapeutteja. Kotiin annettavia tukipalveluita ovat muun muassa ateria- siivous-, kuljetus- ja asiointipalvelut, ja niitä voi tuottaa sekä kunta, että yksityiset palveluntuottajat. (Sosiaali- ja terveysministeriö, [viitattu 8.10.2020].)

Hyvä ravitsemuksen seuranta ja ravitsemushoito ovat yksi kotona asumista tukevista keinoista, sillä se parantaa mahdollisuuksia pärjätä pidempään kotona. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020, 6). Tämän vuoksi ikääntyneiden ravitsemuksesta huolehtiminen on ensiarvoisen tärkeää. Huono ravitsemustila voi edistää sairauksien etenemistä ja niiden puhkeamista. Huono ravitsemus lisää myös infektioherkkyyttä, hidastaa haavojen paranemista, pidentää sairaalahoitoa, hidastaa sairauksista toipumista sekä aiheuttaa lihasten surkastumista ja niiden toiminnan heikkenemistä eli sarkopeniaa. (Volkert ym. 2018, 2.)

Huono ravitsemushoito lisää myös terveydenhuollon kustannuksia. On tutkittu, että vajaaravitsemuksesta kärsivien potilaiden sairaalahoito on 20 % kalliimpaa ja hoitokulut kaksi, jopa kolme kertaa suuremmat, kuin hyvässä ravitsemuksessa olevilla saman diagnoosin saaneilla. (Ruokatieto 2013; Oksa & Siljamäki-Ojansuu 2014.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas ikääntyneiden ravitsemussuosituksista, tutkia kotihoidon työntekijöiden saatua koulutusta ravitsemushoidosta ja

-suosituksista heidän koulutautuessaan ja työskennellessään sosiaali- ja terveysalalla sekä kartoittaa heidän tämänhetkistä koettua tietotaitoansa. Otin selville myös, millä tavoin ravitsemushoitoon on vaikutettu ja onko seuranta kotihoidon työntekijöiden mielestään riittävää.

2 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUSSUOSITUKSET

Hyvä ravitsemus on ensiarvoisen tärkeää ikääntyneille, sillä se vaikuttaa monin tavoin ikääntyneen terveyteen. Huolehtimalla iäkkään ravitsemuksesta voidaan välttää uusia sairauksia sekä nopeuttaa toipumista esimerkiksi leikkauksesta (Nuutinen ym. 2010, 5). Hyvällä ravitsemuksella myös taataan toimintakyvyn säilyminen, joka mahdollistaa kotona asuminen pidempään. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 8). Heikentynyt ravitsemustila alentaa vastustuskykyä, mikä lisää riskiä sairastua infektioauteihin sekä nopeuttaa myös lihaskatoa, joka lisää esimerkiksi kaatumisen riskiä. (Tilvis ym. 2016, 355.)

Vuona 2010 valtion ravitsemusneuvottelukunta laati ensimmäistä kertaa Suomessa ikääntyneille suunnatut ravitsemussuositukset. Vuonna 2020 ravitsemussuositukset päivitettiin yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Valtion ravitsemusneuvottelukunta jakaa ikääntyneet eri ryhmiin, joissa jokaisessa painotetaan eri asioita toimintakyvyn mukaan.

Ensimmäinen ryhmä on hyväkuntoiset ikääntyneet, ja siinä ryhmässä painotus on, että ravinnosta satavan energian määrä tulisi suhteuttaa energiankulutukseen. Tämän ryhmän kohdalla korostetaan monipuolisen ruokavalion tärkeyttä huomioiden riittävä proteiinien saanti, rasvojen laatu, sopiva suolan määrä sekä D-vitamiinilisän käyttö. Lisäksi nostetaan esiin suun terveydestä huolehtimisen sekä toimintakykyä ja lihaskuntoa ylläpitävän liikunnan tärkeys. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 20–21.)

Toinen ryhmä on kotona asuvat ikääntyneet, joilla on useita sairauksia ja haurastumisriski. Tämän ryhmän kohdalla korostetaan toki samoja asioita kuin edellisen ryhmän kohdalla, mutta lisäksi myös sitä, että tunnistettaisiin vajaaravitsemukselle ja laihtumiselle alttiit henkilöt ja pyrittäisiin ennaltaehkäisemään haurastumisriskiä. Tämän ryhmän kohdalla huolehditaan siitä, että ikääntyneellä on pieni ruokavara koton ja tuetaan omaishoitajia ruokahuollossa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 21–22.)

Kolmantena ryhmänä on kotihoidon asiakkaat, monisairaant ja ikääntyneet, joilla on toiminnanvajauksia. Heidän kohdallaan edellisten suositusten ohella suositellaan

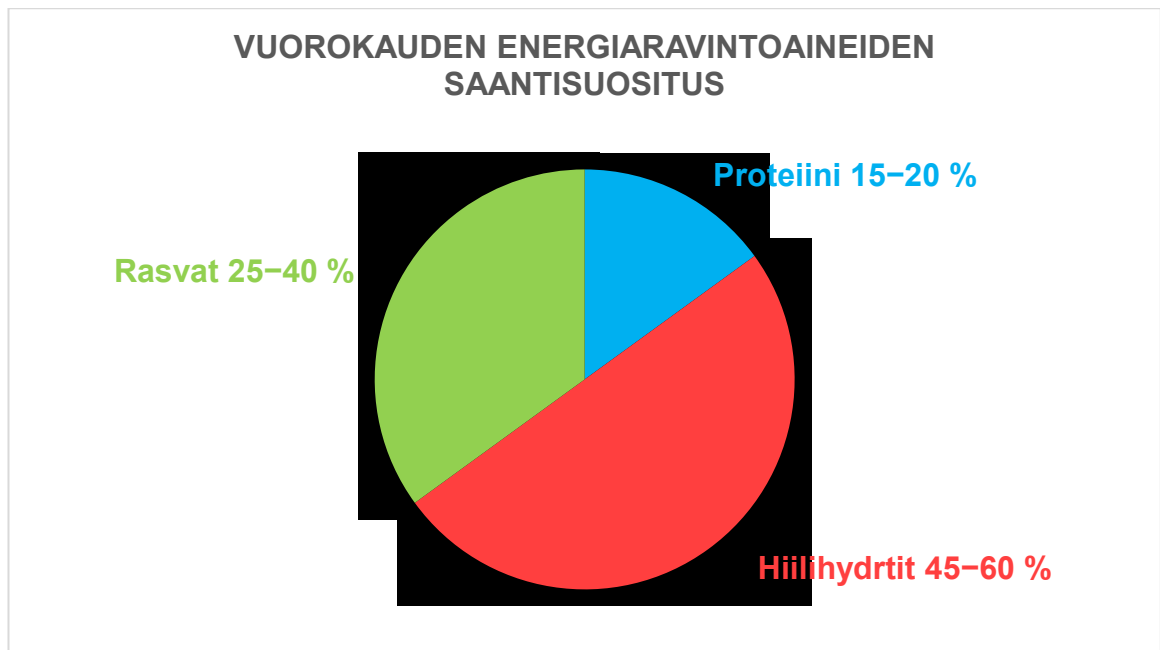
päivittäisen ruokailun suunnittelua, jonka voi tarvittaessa turvata esimerkiksi kauppalpalvelun ja ateriapalvelun avulla. Kotihoidon asiakkaiden kohdalla tulee myös hoitaa suun kuntoa, arvioida sitä, onnistuuko syöminen omatoimisesti ja tarvittaessa muistuttaa syömisestä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 22–25.)

Neljäs ryhmä on ympärivuorokautisessa hoidossa olevat ikääntyneet. Kaikkien edeltävien suositusten lisäksi nostetaan esiin ruokailutilan kodinomaisuuden tärkeys ja se, että hoitava henkilökunta istuu yhdessä ruokailevien asukkaiden kanssa. Riittävästä ravinnonsaannista, syömisestä ja toimintakykyä ylläpitävän liikunnan mahdollistamisesta tulee myös pitää huolta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27–28.)

Viimeinen ryhmä on akuutisti sairaan ikääntyneen ravitsemus. Akuutisti sairastuneen ravitsemukseen tulee kiinnittää huomiota heti sairaalahoidon alettua. Erityisesti riittävään energiansaantiin pitää kiinnittää huomiota, ettei laihtumista tapahduisi, mutta myöskin siihen, että ruokailutilanne olisi mieluisa ja kiireetön. Saattohoidossa olevan ikääntyneen kohdalla ravitsemuksessa ei kiinnitetä huomiota energiansaantiin, vaan tärkeintä on, että syöminen tuottaa mielihyvää. Silloin tarjotaan lempiruokia ja -juomia ja huomioidaan mukava ruokailuasento ja se että, ruoka on helposti syötävässä muodossa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 26.)

2.1 Energiaravintoaineet

Proteiinit, hiilihydraatit ja rasvat ovat energiaravintoaineita eli niistä elimistö saa energiaa toimiakseen. Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveystieteiden tutkimuskeskus (2020, 84) suosittelee vuorokauden energiaravintoaineiden saanniksi rasvaa noin kolmasosan, proteiinia viidesosan ja hiilihydraatteja puolet (Kuvio1). Elimistö tarvitsee toimiakseen myös vitamiineja, hivenaineita ja vettä.



Kuvio 1 Energiaravintoaineiden saantisuositus prosentteina (Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020, 84).

2.1.1 Proteiini

Ikääntyneet tarvitsevat proteiineja enemmän muuhun väestöön verrattuna, sillä niiden hyödyntäminen elimistössä heikkenee iän myötä. Proteiinit toimivat lihasten ja luuston rakennusaineena, ja niitä tarvitaan myös kudosten uudistumiseen ja kasvuun. Proteiinit edistävät myös haavojen parantumista, ylläpitää toimintakykyä ja auttaa ihon kunnon ylläpidossa. Ikääntyneiden tulisikin saada riittävästi proteiineja lihaskadon ehkäisemiseksi ja säilyttääkseen lihasmassan. (Jyväkorpi ym. 2014, 17.)

Yli 65-vuotiaiden saantisuositus proteiinille on 1,2–1,4 g/painokilo/vrk ja toipilaalla 1,5 g/painokilo/vrk, mikä lasketaan sen hetkisen painon mukaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020, 81–82) Hyviä proteiinin lähteitä on muun muassa broileri, kalat ja kananmuna. Taulukossa 1. on kerrottu hyviä proteiinin lähteitä, sekä niiden sisältämä proteiinin määrä sadassa grammassa.

Taulukko 1. Proteiinien määrä eri elintarvikkeissa (Fineli.fi).

Elintarvike	proteiinia g / 100 g
Broilerin koipi uunissa	27 g
Lohi filee uunissa	22 g
Sika-nauta jauheliha	18 g
Pähkinäsekoitus	17 g
Raejuusto	15,8 g
Kananmuna keitetty	13 g
Lihahyytelö	12 g
Maitorahka	10 g – 12 g
Kaurapuuro keitetty maitoon	5 g
Soijajuoma	3 g – 4 g
Täysmaito	3 g

2.1.2 Hiilihydraatit

Tärkkelys, sokerit ja kuidut ovat hiilihydraatteja. Ei ole yhdentekevää, missä muodossa hiilihydraatteja syö, vaan olisi tärkeä kiinnittää huomiota hiilihydraattien laatuun. Jyväkorpi ym. (2014, 21) suosittelee hiilihydraattien lähteeksi kasviksia, marjoja, hedelmiä, pähkinöitä ja täysjyväviljaa. Kasviksia, marjoja ja hedelmiä tulisi syödä vähintään 500 grammaa päivässä.

Kuidussa ei ole energiaa, vaan se on hiilihydraatin sulamaton osa. Kuitu on tärkeää ummetuksen ehkäisyssä ja suoliston bakteerikannan kannalta. Kuidun on myös todettu tasaavan verensokeria ja laskevan veren kolesterolipitoisuutta. (Jyväkorpi ym. 2014, 22.) Hyviä kuidunlähteitä on esimerkiksi täysjyväviljatuotteet, pähkinät ja marjat. Taulukossa 2. on kerrottu hyviä kuidun lähteitä ja kuidun määrä per 100 grammaa. Ikääntyneiden kuitujen saannin vähimmäissuositus on naisilla 25 grammaa vuorokaudessa ja miehillä 35 grammaa vuorokaudessa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020, 83.)

Taulukko 2. Kuitujen määrä eri elintarvikkeissa (Fineli.fi).

Elintarvike	kuitu g / 100 g
Ruispalat	10 g
Kauraleipä 100 % kauraa	8 g
Pähkinäsekoitus	9 g
Luumu, kuivattu	9 g
Muromysli	6 g – 9 g
Siemensekoitus	6 g
Punaherukka	5 g
Parsa keitetty	3,5 g
Lanttu-porkkanaraaste	3 g
Mustikka	3 g

2.1.3 Rasvat

Rasvassa on paljon energiaa ja elimistö käyttää rasvaa energian lähteenä. Rasvalla on myös muita tärkeitä tehtäviä elimistössä

Rasva jaetaan koviin eli tyydyttyneisiin rasvoihin ja pehmeisiin eli tyydyttymättömiin rasvoihin. Elimistö tarvitsee pehmeää rasvaa, sillä siitä saa rasvaliukoisia vitamiineja sekä elimistölle välttämättömiä rasvahappoja, joita elimistö ei pysty itse valmistamaan. Pehmeä rasva myös parantaa hyvän kolesterolin (HDL) ja huonon kolesterolin (LDL) tasapainoa sekä laskee huonon kolesterolin määrää. (Pusa 2020.)

Pehmeä rasva vaikuttaa myös suotuisasti sepelvaltimotautiin, kohonneen verenpaineen ja tyypin 2 diabeteksen hoidossa. Sillä on todettu olevan myös hyviä vaikutuksia ikääntyneiden lihasmassan säilymiseen, luuston kuntoon ja kognition säilymiseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveystieteiden tutkimuskeskus 2020, 84.)

Rasvan laatuun ruokavaliossa kannattaakin siis kiinnittää huomiota. Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveystieteiden tutkimuskeskus (2020, 84) suosittelevat,

että kovaa rasvaa tulisi saada enintään 1/3 ja pehmeää rasvaa vähintään 2/3 vuorokauden rasvan tarpeesta (Taulukko 3). Normaalipainoisen naisen rasvan tarve on noin 60 grammaa ja miehen 85 grammaa vuorokaudessa

Taulukko 3. Hyviä ja huonoja rasvoja (Pusa 2020).

Hyviä pehmeän rasvan lähteitä	Kovaa rasvaa – syö vain maltillisesti
Leivälle margariinia (väh. 60 % rasvaa)	Voi
Rasvattomat ja vähärasvaiset maitotuotteet	rasvaiset maitotuotteet, jäätelö, juusto
öljyt, pullomargariini	kookosöljy
broileri, kalkkuna, kasviproteiinivalmiste, kala (2–3 kertaa viikossa)	Rasvainen punainen liha ja makkara
Pähkinät, mantelit, siemenet	leivonnaiset

2.1.4 Neste

Ihmisen elimistöstä yli puolet on vettä, ja elimistön jokainen aineenvaihduntareaktio tapahtuukin vedessä. Jotta kehomme voisi toimia oikein, täytyy elektrolyytti- ja nestetasapaino olla kunnossa. Tärkeimmät elektrolyytit ovat natrium, kalium ja kloridi, ja niitä on liuenneena elimistön nesteissä. Kloridin ja natriumin tehtävinä on säädellä solujen nestepitoisuutta ja veren plasman vesipitoisuutta. Kalium on mukana elimistön happoemästatasapainon säätelyssä sekä vaikuttaa hermoimpulssien kulkemiseen. Vaikka ihminen pärjää pitkän ajan ilman ruuasta saatua energiaa, häiriintyy sen toiminta nopeasti ilman vettä. (Sinisalo 2015, 24.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2020, 85) suosittelevat, että ikääntyneiden tulisi juoda 1–1,5 litraa nestettä vuorokaudessa.

Hyviä juomia ovat vesi, kivennäisvesi, maito, piimä, mehukeitto, täysmehu ja erilaiset smoothiet. Energian ja proteiinien saantia voidaan lisätä maitopohjaisilla juomilla.

2.2 Suojaravintoaineet

Vitamiinit ja kivennäisaineet ovat suojaravintoaineita, jotka ovat välttämättömiä elimistön toiminnalle. Elimistö ei pysty valmistamaan niitä itse, joten olisi tärkeää syödä monipuolisesti suojaravintoaineiden saannin turvaamiseksi. (Sinisalo 2015, 15–16.) Kliinisen lääketieteen dosentti Antti Aro (2015) kertoo, että kaikkiin suojaravintoaineisiin tulisi asennoitua samanlaisella arvostuksella, sillä kaikkia niitä elimistö tarvitsee toimiakseen oikein. Liiallisesta saannista voi seurata jopa myrkytysoireita ja liian vähäisestä saannista puutostiloja.

Yli 75-vuotiaille suositellaan 20 mikrogrammaa D-vitamiinilisää ympäri vuoden (Ruokatieto 2018). Muiden suojaravintoaineiden lisäämisestä ruokavalioon olisi hyvä keskustella asiantuntijan kanssa.

2.2.1 Vitamiinit

Vitamiinit ovat kemiallisia yhdisteitä, ja ne jaetaan rasva- ja vesiliukoisiin vitamiineihin. Rasvaliukoiset vitamiinit imeytyvät suolesta rasvojen mukana, ja kulkeutuvat proteiineihin sitoutuneina verenkierrossa. Rasvaliukoiset vitamiinit varastoituvat, joten niitä ei ole välttämätöntä saada ravinnosta päivittäin. Rasvaliukoisia vitamiineja on A-, D-, E- ja K-vitamiini. Vesiliukoiset vitamiinit eivät varastoidu elimistöön, joten niiden saanti päivittäin on tärkeää. Vesiliukoisia vitamiineja ovat B-ryhmän vitamiinit ja C-vitamiini. B12-vitamiini poikkeaa muista vesiliukoisista vitamiineista siten, että se varastoituu elimistöön. (Sinisalo 2015, 16.)

2.2.2 Kivennäisaineet

Kivennäisaineet ovat maaperästä lähtöisin olevia alkuaineita, joita elimistömme tarvitsee muun muassa kudosten rakenteisiin sekä aineenvaihdunnan ja entsyymien

toimintaan. Kivennäisaineet jaetaan makro- ja mikrokivennäisaineisiin. Makrokivennäisaineet ovat sellaisia kivennäisaineita, joita elimistö tarvitsee jopa satoja milligrammoja päivässä. Näitä ovat fosfori, kalium, kalsium, magnesium ja natrium. Mikrokivennäisaineet eli hivennaineet ovat sellaisia, joita elimistö puolestaan tarvitsee päivittäin vain muutamista mikrogrammoista pariin milligrammaan. Hivennaineita ovat fluori, jodi, kromi, kupari mangaani, molybdeeni, rauta, seleeni ja sinkki. (Aro 2015.)

3 RAVITSEMUSHOITO

Kansanterveyslaki (L 66/1972) velvoittaa kuntia muun muassa huolehtimaan kuntansa asukkaiden terveyden edistämisestä ja tapaturmien ennaltaehkäisystä. Terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010) on säädetty kuntien velvollisuudesta seurata kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia, kuntien tulee myös järjestää terveysneuvontaa.

Ravitsemushoidon tarkoitus on ennaltaehkäistä vajaaravitsemus, korjata vajaaravitsemus tai säilyttää hyvä ravitsemustila (Sinisalo 2015, 116). Ravitsemushoitoon sisältyy riittävän ravinnon saamisesta huolehtiminen, ravitsemustilan arviointi, ravitsemusohjaus, hoitosuunnitelma, tavoitteet, seuranta sekä arvio siitä, miten hoito on vaikuttanut. (Nuutinen ym. 2010,16).

Nuotio ym. (2019) toteavat järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessaan, että kotihoidon asiakkaista noin 8,8 % kärsii vajaaravitsemuksesta ja 48,9 %:lla on riski vajaaravitsemukseen. Väitöskirjassaan Jyväkorpi (2016, 68–69) vastaavasti kertoo, että Alzheimeria sairastavista kotona asuvista lähes puolet ovat vajaaravittuja.

Vajaaravitsemus on tila, missä elimistö ei saa riittävästi tarvitsemiaan energia- tai suojaravintoaineita eikä tämän vuoksi toimi normaalisti. Vajaaravitsemus jaetaan kolmeen eri tilaan elimistön tulehdustilan mukaan. Mikäli elimistössä ei ole tulehdusta, johtuu vajaaravitsemus nälkiintymisestä, tällöin voidaan puhua myös aliravitsemuksesta. Aliravitsemuksen tila on korjattavissa hoitamalla ravinnonsaanti ja syömistä häirinneet tekijät kuntoon. (Orell-Kotikangas, Antikainen & Pihlajamäki 2014.)

Mikäli tulehdus on lievä tai keskivaikea, on vajaaravitsemuksen syynä tällöin krooninen sairaus. Vaikean tulehdustilan syynä on akuutti sairaus tai trauma. Näiden kohdalla vajaaravitsemus ei korjaannu pelkästään syömällä, vaan se vaatii, että sairauden aiheuttava nopeutunut aineenvaihdunta hidastuu, sairaus paranee tai akuutin vamman saaneen tila tasaantuu. (Orell-Kotikangas ym. 2014.)

Vajaaravitsemukseen johtavia syitä ovat nielemisvaikeudet, pureskeluongelmat, akuutti sairaus, neuropsykiatriset ongelmat, liikkumisvaikeudet, ruuansulatuskanavan ongelmat, lääkkeiden haittavaikutukset, masentuneisuus, yksinäisyys, ruokavaliörajoitukset, heikko taloudellinen tilanne ja ummetus (Volkert ym. 2018, 2,9.) Va-

jaaravitsemuksen seurauksena sairauksista parantuminen ja haavojen parantuminen hidastuu sekä sairastavuus lisääntyy. Vajaaravitut ovat myös infektiokerkempiä sekä alttiimpia esimerkiksi sydämen vajaatoiminnalle, rytmihäiriöille ja maha-suolistonkanavan vuodoille. (Mäkelä 2015, 12.)

Ikääntyneillä on suurentunut riski nestevajaukseen, sillä nesteen määrä elimistössä pienenee ikääntyessä. Ikääntyessä myös janon tunne saattaa pienentyä. (Jyväkorpi ym. 2014, 24) Nestevajaukseen johtavia uhkia on esimerkiksi ikääntyneen huonontunut muisti, jolloin ei muista, milloin ja mitä on syönyt ja juonut. Virtsaamisen tarpeen vähentäminen voi saada ikääntyneen säännöstelemään juomistaan. Liikuntakyvyn lasku voi myös vaikuttaa nesteen saamiseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020, 85-86.) Tietyt ikääntyneiden syömät lääkkeet lisäävät nesteen poistumista elimistöstä. Myös ilmasto, helle, yksinäisyys, huono taloudellinen tilanne ja alkoholi lisäävät nestevajaukseen ajautumisen riskiä. (Ikäheimo & Antikainen 2020.)

Nestevajauksen oireita ikääntyneillä on suun kuivuminen, janon tunne, virtsan värin muuttuminen tummemmaksi ja sen vähentyminen, pääkipu, uupuminen, toimintakyvyn heikkeneminen, ummetus, lämmön nousu, delirium ja kaatuilu. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020, 86). Ensisijaisesti nestevajaus pyritään korjaamaan juottamalla nesteitä suun kautta. Joskus tämä ei kuitenkaan ole riittävää. Silloin turvaudutaan suonensisäiseen nesteytykseen, jonka toteutuksesta on vastuussa lääkäri.

Kotihoidon työntekijöiden onkin hyvä muistuttaa ikääntyneitä nestevajauksen riskeistä, juomisen tärkeydestä ja huolehtia, että mieluisia nesteitä on saatavilla riittävästi. Ikääntyneelle voi laittaa jokaisen tarjoiltavan ruuan yhteyteen laittaa kaksi lasillista juomista tarjolle, esimerkiksi lasillisen vettä ja lasillisen maitoa, ottaen huomioon ikääntyneen mieltymykset. Kannullinen mehua tai vettä pöydällä voi olla myös hyvä keino muistuttaa ikääntyneitä juomisesta.

3.1 Ravitsemustilan arviointi

Ravitsemustilan arviointia käytetään virheellisen ravitsemuksen tunnistamisessa. Ravitsemustilan arviointiin on käytössä useita menetelmiä, kuten mittareita (esimerkiksi MNA-testi, NRS 2002-menetelmä ja MUST-menetelmä), painon muutoksen

seuranta, ravintoanamneesi tai fysikaaliset ja laboratoriotutkimukset. Ravitsemustilan arvion perusteena on painon muutokset. Painoa verrataan mieluiten henkilön aikaisempaan painoon, jotta nähdään painon muutos. Mikäli paino on laskenut ilman laihduttamista ja liikunnan lisäämistä 5 % kolmen ja kuuden kuukauden välisenä aikana, on sen lasku merkittävää. (Aro, Mutanen & Uusitupa 2012, 205–216.)

Ravintoanamneesi on apuväline, jonka avulla voidaan löytää syy vajaaravitsemukseen. Aro ym. (2014, 342) toteavat, että ravintoanamneesissa käydään henkilön kanssa läpi kysymyksiä ruokailutottumuksista, kuten mitä ja miten usein syö ja juo, kuka tekee ruuan, käyttääkö ateriapalveluita, onko erityisruokavalioita, mistä ruuista pitää, onko syömisvaikeuksia sekä oman arvion ruokavaliosta, alkoholin kulutuksesta, käytössä olevista lääkkeistä, terveydentilasta ja liikkumistottumuksista.

Ravitsemustilan arvioinnissa fysikaalisia muutoksia, joihin kiinnitetään huomio, ovat ihon ja limakalvojen kuivuminen, ihon hilseily, hiusten lisääntynyt irtoaminen, lihasten surkastuminen ja ihonalaisen rasvan määrän pienentyminen. Laboratoriotutkimuksissa voidaan ottaa perusverenkuva, elektrolyytit, S-kreatiniini, S-urea, S-albumiini, prealbumiini ja retinolia sitova proteiini. Laboratoriotutkimukset eivät kuitenkaan anna erityistä varmuutta vajaaravitsemuksesta, sillä tuloksiin voivat vaikuttaa tietyt sairaudet, stressi, akuutit vaivat ja infektiot. (Aro ym. 2014, 205-207.)

3.1.1 MNA-testi

MNA®-testin (Mini Nutritional Assessment) kehittäminen alkoi 1989 International Association of Geriatrics and Gerontology (IAG) -kokouksessa Acapulcossa, kun Bruno Vellas (Department of Geriatrics, Toulouse University Hospital, Ransa) ja Yves Guigoz (Researcher at the Nestle Research Centre, Sveitsi) olivat sitä mieltä, että ikääntyneen ravitsemustilan arvioimiseen tulisi kehittää menetelmä. MNA on validoitu 1994. Sitä on käytetty sadoissa tutkimuksissa, ja se on käännetty yli 20 kielelle. MNA-testi on yksinkertainen työkalu ravitsemustilan arviointiin ikääntyneillä. (Vellas ym. 2006, 456.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja THL (2020, 58) suosittelevat käyttämään MNA-testiä seurannassa kotona asuville kotihoidon asiakkaille kaksi kertaa vuodessa, minkä lisäksi he suosittelevat painon punnitsemista kerran kuukaudessa.

Testi on jaettu kahteen eri osa-alueeseen: seulontaan ja arviointiin. Seulontavaiheessa arvioidaan, onko eri tekijöiden vuoksi syöminen vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana, onko paino pudonnut viimeisen kolmen kuukauden aikana ja miten paljon sekä liikkumiskykyä. Seulontavaiheessa arvioidaan myös psyykkisen stressin ja/tai akuutin sairauden esiintymistä, neuropsykologisia ongelmia sekä mitataan painoindeksi pituuden ja painon avulla. Seulonnan vastaukset pisteytetään ja pisteiden mukaan katsotaan, onko riski virheravitsemukselle kasvanut. Mikäli seulontavaiheesta kertyy pisteitä 12 tai enemmän, ei virheravitsemuksen riski ole kasvanut ja näin ollen ei tarvitse jatkaa arviointivaiheeseen. Arviointivaiheessa havainnoidaan ikääntyneen asumistilannetta, reseptilääkkeiden määrä, painehaavojen ja/tai haavaumien tilannetta, lämpimien aterioiden määrää, ruokavalion koostumusta, nesteen määrää, omaa näkemystä ravitsemus- ja terveydentilasta sekä mitataan olkavarren ja pohkeen ympärystä. Kohdat pisteytetään lomakkeen mukaan. Alle 17 pistettä tarkoittaa, että ikääntynyt kärsii vajaaravitsemuksesta. Mikäli pisteitä on 17–23,5, on hänen virheravitsemuksen riski kasvanut. (Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta 2010, 61–66.) MNA-testin kaavake, pisteiden laskeminen ja tulosten tulkinta löytyy liitteestä 1.

Painoindeksi lasketaan paino jaettuna pituuden neliöllä. Helpoin tapa laskea painoindeksi on jakaa paino (kg) kaksi kertaa pituudella (m). Esimerkiksi 168 senttimetriä pitkän ja 65 kilogrammaa painavan henkilön painoindeksi lasketaan seuraavasti: $65 \text{ kg} / 1,68 \text{ m} / 1,69 \text{ m} = 23$.

3.1.2 NRS 2002 -menetelmä

NRS 2002-menetelmä (Nutritional Risk Screening) on Kondrupin ja ESPEN-järjestön työryhmän kehittämä menetelmä vajaaravitsemusriskin arvioimiseksi. Seulonta kaavakkeella tapahtuu kolmen eri indikaation avulla: ravitsemustilan heikkenemisen, sairauden vaikeus ja potilaan ikä. Ravitsemustila mitataan painon laskun, painoindeksin ja syödyn ruuan määrän avulla

. Sairauden vaikeusaste on jaettu neljään tasoon, normaalista vakavaan. 70 vuotta ja sitä vanhempi ikä nostaa pistemäärää. (Nuutinen, Siljamäki-Ojansuu & Peltola 2010.) Kaavakkeessa (liite 2) on ohjeet pisteiden laskuun ja tuloksiin.

3.1.3 MUST-menetelmä

MUST-menetelmä (Malnutrition Universal Screening Tool) on helppo, nopea ja pätevä seulonta menetelmä vajaaravitsemuksen tunnistamiseen (Parsons 2011, 6). Sen on kehittänyt vajaaravitsemuksen konsulttiryhmä, joka toimii Britannian parenteraalisessa ja enteraalisessa ravitsemusyhdistyksen komiteassa. MUST-menetelmän voi toteuttaa kuka tahansa terveydenhuollon ammattilainen, ja sen avulla saadaan nopeasti tieto ravitsemuksen tilasta. Menetelmä perustuu kolmeen eri osoittimeen: painoindeksi, painon lasku ja akuuttisairaus. (Elomaa 2015, 6.) Liitteessä 3 on ohjeet pisteiden laskemiseen ja jatkotoimenpiteisiin.

3.2 Ravitsemushoito ja ohjaus kotihoidossa

Kotona asuvan ikääntyneen ravitsemushoitoa voidaan toteuttaa ensisijaisesti huolehtimalla, että ikääntyneellä on ruokaa kotona. Kotihoidon asiakasta voidaan ohjata käymään esimerkiksi aterioita tarjoavan ravintolan tai palvelutalojen ruokailussa. Mikäli kaupassa tai ruokailemassa käyminen ei enää onnistu, voidaan käyttää ateriapalveluita, ateria-automaattia tai yksityistä palveluntuottajaa ruuanvalmistukseen tai kauppapalveluita. (Tilvis ym. 2016, 357; Hovilainen-Kilpinen ym. 2019, 129.)

Syömisellä on merkittäviä psykologisia ja sosiaalisia vaikutuksia. Sen tarkoitus ei ole ainoastaan tarjota vain pelkkiä ravintoaineita. Ruuan maku ja maun tuntemukset suussa tuottavat mielihyvää, joten suun kautta tapahtuva ravitsemus tulisi olla aina ensisijainen valinta. Ruokahaluun on monia vaikuttavia tekijöitä, kuten syömispaikka, hajut, maku, kalusteet, lämpötila, valaistus, suun terveys, syömisen apuvälineet, ruuan esillepano ja annoskoko. Näitä asioita muuttamalla voidaan vaikuttaa syömismukavuuteen ja näin tukea syömisvaikeuksista kärsiviä. (Volkert ym. 2018, 2-10.)

Ruukonen ja Meurman (2017) korostavat suun säännöllisen tarkistamisen ja hoitamisen merkitystä, sillä suun huono hoito aiheuttaa infektioita, joiden seurauksena yleiskunto voi heikentyä ja riski sairauksien puhkeamiseen kasvaa. Suun pitkään kestänyt infektio lisää syövän, valtimokovettumataudin, kroonisen munuaissairauden, nivelreuman sekä sydän- ja aivoinfarktin kehittymisen riskiä. Suun huonolla

terveydellä on myös huomattu olevan hidastava vaikutus sairauksista paranemiseen. Valitettavasti jotkin yleissairauksiin käytettävät lääkkeet vaikuttavat suun terveyteen vähentämällä syljen eritystä ja aiheuttamalla rikkomia limakalvoille. (Ruokonen & Meurman 2017.)

Kotihoidon työntekijöiden päivittäiseen työhön kuuluu asiakkaan suun ja hampaiden hoito. Hampaat tulisi pestä kaksi kertaa päivässä ja jokaisen inhaloitavan lääkkeen jälkeen. Tehtäviin sisältyy suun limakalvojen ja kielen kunnan tarkistus, hampaiden tai proteesien peseminen tai siinä ohjaaminen, lisäksi on huolehdittava suun ja hampaiden hoidossa käytettävien välineiden kunnosta. Suun kuivumiseen on olemassa suun kosteutusaineita, mutta myös ruokaöljyllä sively suun limakalvoille auttaa. Riittävä juominen, ruuan kunnollinen pureskelu ja alkoholia sisältävien suuvesien välttäminen auttavat kuivan suun hoidossa. (Hovilainen-Kilpinen ym. 2019, 126–127.)

Ruokailun helpottamiseksi, esimerkiksi motoristen tai näköongelmien takia, on olemassa erilaisia apuvälineitä. Niiden valinnassa apua saa toiminta- ja fysioterapeuteilta. Mikäli syömisen apuväline katsotaan tarpeelliseksi, on se henkilölle ilmainen. (Hovilainen-Kilpinen ym. 2019, 130.) Ruokailun apuvälineitä on muun muassa aterimet, joissa on paksumpi kahva otetta tukemaan, pillimukeja, kahvallisista mukeja, liukueste lautasen alle ja lautasen reunaan kiinnitettävä reunus, joka estää ruokaa tippumasta lautaselta. Hyvä valaistus voi auttaa näkemisen ongelmiin. Myös värien kontrastista voi olla hyötyä, esimerkiksi vaaleaa pöytää vasten tummat astiat erottuvat paremmin. Mikäli näkö on todella huono tai asiakas on sokea, on tärkeää että asiakkaalle kerrotaan, mihin kohtaan mikäkin astia on aseteltu ja mitä astiat sisältävät. Joskus ainoa vaihtoehto tukeaa syömistä on asiakkaan syöttäminen.

Volkertin ym. (2018, 11) tutkimuksen mukaan seurassa syömisellä on merkittävä suurentava vaikutus energian saantiin verrattuna yksin syömiseen. Joissain kaupungeissa on olemassa virtuaalisia ruokailuryhmiä kotihoidon asiakkaille, joissa he syövät yhdessä esimerkiksi tabletin välityksellä. (Saarikko 2018). Huonosta ravitsemustilasta kärsivä voi myös hyötyä kotihoidon työntekijän seurasta ruokailun ajan.

Jokaisen asiakkaan kohdalla ruokailuun ja ravitsemukseen liittyvät asiat kirjataan hoitosuunnitelmaan hoitosuhteen alussa sekä vuosittain hoitosuunnitelmaa päivitetäessä. Jokaisesta asiakaskäynnistä kirjataan sähköiseen asiakastietojärjestelmään myös ravitsemukseen liittyvät asiat. Kotihoidon työntekijöiden muita kuin

edellä mainittuja tehtäviä voi olla ruuan valmistus, asiakkaan kannustaminen syömiseen ja omatoimiseen ruuan valmistukseen kunnan mukaan, huolehtiminen ruuan monipuolisuudesta ja terveellisyydestä, asiakkaan ohjaaminen ravitsemussuositusten mukaiseen ateriakokonaisuuteen, aterian lämmittäminen, ateriapalveluiden järjestäminen sekä syöttäminen. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2013, 82; Hovilainen-Kilpinen ym. 2019, 128–129; Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020, 23–24.)

4 RAVITSEMUKSEN SEURANTA

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785) ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 28.6.1994/559) velvoittaa hoitohenkilökuntaa kirjaamaan asiakkaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeen vaatimat tiedot, sekä pitävän tiedot salaisina. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 22.9.2000/812) määrittää, että kotihoidon asiakkaille on tehtävä hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma yhdessä asiakkaan tai häntä edustavan tahon kanssa kunnioittaen hänen toiveitaan ja itsemääräämisoikeuttaan.

Laadukkaan ravitsemushoidon varmistamiseksi ravitsemushoitoon kuuluu seuranta. Sen avulla mitataan ravitsemushoidon vaikutuksia. Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2020, 57–66) kertovat, että tärkeimmät kotihoidon asiakkaan seurannan välineet ovat syödyn ruuan määrän seuraaminen, vajaaravitsemusriskitestin tekeminen puolen vuoden välein, painon mittaaminen kerran kuukaudessa ja vajaaravitsemusriskissä olevan painon punnitseminen kerran viikossa.

Ravinnonsaannin seurantalomakkeita löytyy paljon internetistä ilmaiseksi. Seurantalomakkeille kirjataan päivittäin syödyn ruuan ja juoman määrät. Gerontologinen ravitsemus eli Gery Ry:n ja Valtion ravitsemusneuvottelukunnan kotisivuilta löytyy päteviä lomakkeita ja esitteitä ravinnon saannin arviointiin. Aikaisemmin mainitut ravitsemustilan arvioinnin menetelmät ja testit ovat myös päteviä ravitsemustilan seurannassa.

RAI-järjestelmä (Resident Assessment Instrument) on standardoitu kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä. RAI-järjestelmää käytetään palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien teossa. RAI-arvioinnista kerätään kokonaisvaltaisesti tietoja asiakkaan fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja kognitiivisesta toimintakyvystä, lähipiiriltä saadusta tuesta, lääkkeistä, palveluiden käytöstä sekä asuinympäristöstä. Asiakkaan osallistuminen RAI-arviointiin lisää turvallisuuden tunnetta ja luottamusta sekä osoittaa, että hänellä on oikeus vaikuttaa hoitoonsa. Arvioinnin avulla hoitajat saavat hyödyllistä tietoa asiakkaan kunnosta ja kunnan muutoksista. Näitä tietoja voidaan käyttää hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien pohjana. (Finne-Soveri

2015, 60; THL 1.10.2020.) RAI-arviointi tehdään aina uudelle asiakkaalle asiakassuhteen alussa, puolivuositain ja asiakkaan kunnon oleellisesti muuttuessa. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (L 28.12.2012/980) säättää, että kuntien on otettava RAI-järjestelmä avuksi ikääntyneiden toimintakyvyn arviointiin, mikäli he käyttävät säännöllisesti sosiaalipalveluita. Laki säättää myös, että THL:n on huolehdittava järjestelmä kunnille käyttöön maksutta sekä työntekijöiden koulutus järjestelmän käyttöön. RAI-järjestelmän käyttö on aloitettava kunnissa viimeistään 1.4.2023. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 30.9.2020).

4.1 Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma

Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman tavoite on luoda yksilöllinen asiakkaan voimavaroihin perustuva palvelukokonaisuus. Se tehdään yhdessä asiakkaan tai tarvittaessa asiakasta edustavan tahon kanssa, sillä asiakas on oman elämänsä asiantuntija. Hyvä suunnitelma sisältää palvelujen ja kuntoutuksen tarpeen, tavoitteet sekä tavoitteiden saavuttamiseksi sovitut menetelmät ja palvelut. Seuranta ja kirjattu arviointi sisältyy aina hyvän suunnitelman toteutukseen. (Päivärinta & Haverinen 2002, 13.)

Jokaisella organisaatiolla omat ohjeistukset suunnitelman tekoon. Perinteinen rakenne sisältää ensimmäiseksi esitiedot, kuten asiakkaan henkilötiedot, lähiomaisten tiedot, diagnoosit ja käytössä olevat lääkkeet. Seuraavaksi kartoitetaan hoidon ja tuen tarve asiakkaan kanssa. Hoitoa ja tukea vaativia asioita voivat olla muun muassa lääkehoito, kivunhoito, sosiaalinen tuki ja liikuntarajoituksista johtuva avun tarve. Kun hoitoa ja tukea vaativat asiat on selvitetty, määritellään tavoitteet ja keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Tavoitteiden tulee olla realistisesti saavutettavia, sellaisia, mihin asiakas on valmis sitoutumaan. Suunnitelmassa sovitaan myös, miten usein se päivitetään, miten ja kuinka usein hoidon vaikuttavuutta seurataan, asiakkuuden kestosta, kotihoidon työntekijöiden käyntien määrästä ja suunnitelman päivittämisen ajankohdasta. (Päivärinta & Haverinen 2002, 41–42; Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 16-20; THL 4.6.2020.)

Kotikunnalla on vastuu suunnitelman teosta. Asiakkaalla on myös oikeus kieltäytyä suunnitelman teosta, mutta asiakkaalle on kuitenkin annettava selonteko hänen oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan. Asiakkaalla on silti oikeus palveluiden hakemiseen ja saamiseen, vaikka suunnitelmaa ei ole tehty. (THL 4.6.2020.)

4.2 Kirjaaminen

Lainopillisesti kirjaaminen on todiste siitä, että työntekijä on täyttänyt velvollisuutensa asiakasta kohtaan. Tämä tarkoittaa sitä, että sovitut työt on toteutettu noudattaen lakeja, asetuksia ja työyhteisön toimintatapoja. Kirjaaminen on lisäksi ensiarvoinen keino asiakkaan oikeuksien suojelun kannalta, sillä asiakkaalla on valtuus ottaa osaa hoitoaan koskeviin päätöksiin ja saada tietoa hoidon kulusta. Kirjatun tiedon avulla nähdään myös, miten asiakasta on hoidettu. (Saranto ym. 2008, 15; Nykänen & Junntila 2012, 15.) Kirjaaminen sähköiseen tietokantaan varmistaa myös tiedonkulun eri palveluntuottajille ja ammattihenkilöstölle (Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020, 26).

Hoitotyön rakenteellisella kirjaamisella tarkoitetaan sitä, että hoidosta ja toimintakyvystä kirjataan sähköiseen asiakas- tai potilastietojärjestelmään (esimerkiksi Lifecare, Domacare ja Hilikka) työyhteisössä sovittujen rakenteiden mukaan. Terveydenhuollossa on useita sähköisiä asiakas- ja potilastietojärjestelmiä kirjaamiseen. Tieto kirjataan niihin rakenteellisesti eri näkymien tai otsikoiden alle. Yksi tapa jaotella otsikoihin on hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto sekä hoitoisuus. Tieto kirjataan systemaattisesti näiden määriteltyjen otsikoiden alle. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2013, 18; THL: Kirjaaminen, [viitattu 8.10.2020].)

Ravitsemuksesta kirjataan aina punnittu paino, tehtyjen testien ja mittareiden tulokset (Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020, 36). Ravitsemushoidossa olevasta asiakkaasta kirjataan aluksi syömiseen liittyvät pulmat, erityisruokavalio, ravitsemushoidon tavoitteet ja ravitsemushoitosuunnitelma. Jatkossa kirjataan, miten hoito on toteutunut eli kuinka paljon asiakas on syönyt ja juonut päivittäin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 42.)

5 RAVITSEMUSKOULUTUS SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

Perehdyin ammatti- ja ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmiin ja tutkin, mitä ravitsemusopetusta niistä löytyy ja löytyykö spesifiä ikääntyneisiin kohdistuvaa ravitsemuskoulutusta. Ammattikouluista perehdyin Seinäjoen koulutuskuntayhtymän Sedun ja Espoon seudun koulutuskuntayhtymä Omnian lähihoitajien opetussuunnitelmiin. Tutustumiskohteina olivat pakollinen tutkinnon osa Hoito ja huolenpito sekä syventävistä tutkinnon osista Sairaanhoidon ja huolenpito sekä Vanhustyö. Tarkastelun kohteeksi ammattikorkeakouluista valikoin koulut, joissa on geronomitutkinnon koulutus. Sen lisäksi tutustuin myös sairaanhoitajien opetussuunnitelmiin ja vapaasti valittaviin opintoihin.

5.1 Ravitsemuskoulutus ammatillisessa koulutuksessa

Opetushallitus päättää ammatillisten tutkintojen perusteita yhteistyössä koulutuksen järjestäjien, työ- ja elinkeinoelämän sekä muiden sidosryhmien kanssa. Tutkinnon osat, muodostuminen, ammattitaitovaatimukset ja osaamistavoitteet määrätään tutkinnon perusteissa. Tutkinnot sisältävät pakollisen ja valinnaiset tutkinnon osat. Pakolliset tutkinnonosat takaavat sen, että opiskelijan keskeinen osaaminen ammatista täyttyy ja valinnaiset ovat mahdollisuus osaamisen syventämiseen ja erikoistumiseen eri ammattitehtävissä. (Opetushallitus, [viitattu 4.11.2020].)

Hoito ja huolenpito -opintokokonaisuuteen sisältyy ravitsemussuositukset ja ravitsemushoidon perusteet sekä erityisruokavalioiden huomioiminen asiakkaan ohjauksessa. Sairaanhoidon ja huolenpidon oppimistavoitteista löytyy seuraavia mainintoja: ravitsemuksesta huolehtiminen, ravitsemuksen erityispiirteet sairauksien hoidossa, asiakkaan tai potilaan ohjaaminen ravitsemuksessa, ravitsemuksesta huolehtiminen sekä asiakkaan tai potilaan ohjaaminen terveelliseen ravitsemukseen. Vanhustyön tutkinnon osan oppimistavoitteisiin sisältyy, että opiskelija hyödyntää työssään tietoa perinteisistä ruokailutottumuksista ja ravitsemuksen erityiskysymyksistä, kuten ravitsemussuosituksista ja virheravitsemuksesta sekä auttaa asiakasta huolehtimaan ruokahuollosta ja ravitsemuksesta. (Sedu 2016; Omnia, [viitattu 4.11.2020].)

5.2 Ravitsemuskoulutus ammattikorkeakoulussa

Ammattikorkeakouluilla on opetuksen vapaus, joten he vastaavat itse koulutuksen sisällöstä ja laadusta. Opetus- ja kulttuuriministeriö antaa vain määrällisiä tavoitteita ja tukea koulutuksen kehittämiseen. (Opetus- ja kulttuuriministeriö, [viitattu 4.11.2020].) Ammattikorkeakoululaki (L 14.11.2014/932) määrittää muun muassa opintojen pituuden, opiskelijan kelpoisuudesta ammattikorkeakouluopintoihin, lukuvuoden alkamis- ja päättymisajankohdan ja kurinpidosta. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista (A 18.12.2014/1129) asettaa, että korkeakouluopintoihin sisältyy perus- ja ammattiopintoja, vapaasti valittavia opintoja, ammattitaitoa edistävää harjoittelua ja opinnäytetyö sekä säätää ammattikorkeakoulututkintoon johtavien opintojen tavoitteista, kielitaidosta ja kypsyysnäytteestä.

Seinäjoen ammattikorkeakoulussa geronomeilla iäkkäiden ravitsemusopetus sisältyy kuuden opintopisteen Gerontologian perusteet -opintojaksoon. Sairaanhoidajien opetussuunnitelmassa neljän opintopisteen Kliinisen hoitotyön perusteet 2 -opintojaksoon sisältyy ravitsemushoitoa eri ikäryhmissä. Opintojakson sisältöön kuuluu ravitsemushoidossa ravintoaineiden tarve ja tehtävät elimistössä, ravitsemussuosituksen mukainen ruokavalio terveyden edistämiseksi ja kansansairauksien ehkäisyssä ja eri-ikäisen väestön ravitsemushaasteet. Ravitsemukseen liittyvää koulutusta löytyi vapaasti valittavista Liikunta, ravitsemus ja terveys - hyvinvoinnin peruskulmakivet-, Ruoka ja terveys-, Hyvän ravitsemuksen edistäminen- ja Ravitsemuslaatu-kursseista. (SeAMK 2017; SeAMK 2019; SeAMK 2020.)

Lapin ammattikorkeakoulussa geronomeilla sisältyy ikääntyneen hyvää ravitsemusta kymmenen opintopisteen Ohjaaminen vanhustyössä -opintojaksoon. Sairaanhoidajien opinto-oppaassa ei löytynyt mainintaa ravitsemusopetuksesta eikä myöskään vapaasti valittavissa opinnoissa. (Lapin ammattikorkeakoulu 2020.)

Metropolia ammattikorkeakoulussa geronomiopintoihin sisältyy ikääntyminen ja ravitsemus kymmenen opintopisteen Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen -opintojaksoon. (Metropoli 2019). Sairaanhoidajilla viiden opintopisteen Gerontologinen hoitotyö -opintojakso sisältää ravitsemustilaa mittaavat testit ja niiden tulkinna ja soveltamisen hoitotyössä. (Metropolia 2020.) Vapaasti valittavaa ravitsemusopetusta ei ollut.

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa geronomiopinnoissa viiden opintopisteen ikääntymiseen liittyviä erityiskysymyksiä -opintojaksoon sisältyy ikääntyvien ravitsemusta, joissa käydään läpi, mitä ovat ravintoaineet ja ravintofysiologia sekä miten ikääntyminen vaikuttaa ravitsemukseen. (XAMK, 2020a).

Sairaanhoitajien koulutuksesta löytyy opintojakso Terveysten edistämisen perusteet (viisi opintopistettä), joka sisältää kansalliset, eri ikäryhmille kohdistetut ravitsemussuositukset, miten sovelletaan ravitsemussuositusten sisältöjä asiakkaan arjen ruokavalinnoissa ja ruokailutilanteissa ja miten toteutetaan ravitsemushoitoa ja ennaltaehkäisevää ravitsemusneuvontaa Käypä hoito -suositusten mukaisesti. Gerontologinen hoitotyö (viisi opintopistettä) opintojaksoon sisältyy, miten huomioidaan ravitsemustilan arviointi ja sen merkitys potilaan sairauden hoidossa. (XAMK, 2020b.) Vapaasti valittavissa opinnoista ravitsemuskoulutusta löytyi Avaimet elämäntapamuutokseen osa 3- ja Ravitsemus potilastyössä-opintojaksoista. (XAMK, [viitattu 5.11.2020]).

Satakunnan ammattikorkeakoulussa geronomien viiden opintopisteen opintojakso Liikunta ja ravitsemus ikäihmisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistäjänä sisältää ikäihmisen ravitsemustilan arviointia, ravitsemushoitoa sekä iäkkään ohjaamista hyvään ravitsemukseen. (SAMK, 2020a). Sairaanhoitajilla Hoitotyön auttamismenetelmät (5 opintopistettä) ja vapaasti valittavissa opinnoissa Ravitsemus ja liikunta sisälsivät ravitsemuskoulutusta (SAMK, 2020b; SAMK, [viitattu 5.11.2020]).

6 TOTEUTUS

Ikääntyneiden oikeanlainen ravitseminen on aina ollut mielestäni tärkeä osa hoitoa, mutta jäänyt vaille sen ansaitsemaa huomiota, vaikka sen vaikutukset ikääntyneen kuntoon on tutkitustikin tuntuvia. Koulutuksen alusta alkaen oli selvää, että opinnäytetyöni liittyisi jollain tapaa ravitsemukseen. Luin paljon tutkimuksia, joita ikääntyneiden ravitsemuksesta oli tehty ja huomasin, että ei ollut juurikaan tutkittu sitä, miten hoitajat ovat ravitsemushoitoon saaneet koulutusta ja kuinka hyvin hallitsevat ikääntyneen ravitsemushoidon ja -suositukset.

6.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyöni tarkoitus on kaksiosainen. Ensimmäisenä tarkoituksena ja tavoitteena on työstää opas ikääntyneen ravitsemussuosituksista kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden käyttöön. Opas on mielestäni ajankohtainen, sillä Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ovat päivittäneet ikääntyneiden ravitsemussuositukset tänä vuonna.

Opinnäytetyöni toisena tarkoituksena on kartoittaa strukturoidun kyselylomakkeen avulla, miten kotihoidon työntekijät ovat omasta mielestään saaneet koulutusta ikääntyneen ravitsemushoidosta ja ravitsemussuosituksista kouluttautuessaan sosiaali- ja terveystieteille ja työskennellessään kotihoidossa. Kyselyssä kysyin myös kotihoidon työntekijöiden omaa mielipidettä, miten he hallitsevat ikääntyneen ravitsemussuositukset ja ravitsemushoidon ja kokevatko he voivansa vaikuttaa ikääntyneen ravitsemushoitoon. Minua kiinnosti lisäksi, ovatko kotihoidon työntekijät ohjanneet ravitsemukseen liittyen kotihoidon asiakkaita ja onko seuranta riittävää.

6.2 Opas

Oppaan ja julkaisun sommittelun olisi hyvä olla alusta loppuun asti saman tyylinen. Sommittelun avulla voidaan aikaansaada esteettinen, tasapainoinen ja selkeä opas, mutta loppujen lopuksi ulkoasun estetiikka on yleensä tekijänsä mieltymysten mukainen. Ulkoasun ensisijainen tarkoitus on houkuttaa oppaan vastaanottaja lukemaan se. (Pesonen 2007, 9; Lammi 2008, 30.)

Fontin valinnassa on otettava ensisijaisesti huomioon, että se on helposti luettava. Tasapainoisin kokonaisuus saadaan käyttämällä yhtä fontti tyyppiä koko julkaisussa, mutta mikäli haluaa luoda kontrasteja voi esimerkiksi otsikossa tai kuvatekstissä, käyttää eri fonttia. Julkaisua suunnitellessa kannattaa kokeilla eri fontteja ja näin hahmottaa minkälaisen ilmeen ja mielikuvan ne herättävät. (Pesonen 2007, 29.) On suositeltavaa käyttää pienenäkkösiä enemmän kuin suuraakkosia, sillä ne vievät vähemmän tilaa ja ovat helppolukuisempia. Suurakkoset myös mielletään huutamiseksi. (Lammi 2008, 38.)

Mikäli julkaisussa on paljon tekstiä, sen luettavuutta voi muokata rivivälillä, jakamalla tekstin kappaleihin ja palstoittaa. Ihanteellisin rivin pituus luettavuuden kannalta on 55–60 merkkiä. Pidempää riviä luettaessa silmä helposti eksyy riviltä. Tekstin jakaminen kappaleisiin antaa ulkoasulle kevyemmän vaikutelman. Tekstin tasaaaminen tasapalstaiseksi tekee tekstistä helppolukuisemman ja sommittelusta ryhdikkäämmän. (Pesonen 2007, 34–35.)

Tekijänoikeuslaki (L 8.7.1961/404) määrittää, että kirjallisen tai taiteellisen (esimerkiksi valokuva) teoksen luojalla on tekijänoikeus teokseensa. Teoksen idea, asiiasältö tai muoto eivät kuitenkaan ole suojattuja. Muiden tekstiä käytettäessä tulee se kertoa omin sanoin ja mainittava lähde (Lammi 2008, 249). CC-lisenssillä (Creative Commons) varustettuja kuvia saa käyttää vapaasti kuvan lisenssin ehtojen mukaan. Käytettävään kuvaan tulee aina mainita tekijän nimi. CC0-lisenssillä varustettuihin kuviin ei ole tekijä varannut itselleen mitään oikeuksia, mutta on kumminkin hyvän tavan mukaista merkitä kuvaan tekijän nimi. (Veikkola 2017.)

Aloitin oppaan (liite 4) suunnittelun hahmottelemalla sen paperille, johon suunnittelin, missä järjestyksessä tiedot siellä ovat ja mitä tietoja yleensä ottaen sisällytän oppaaseen. Päädyin toteuttamaan oppaan Word-tekstinkäsittelyohjelmalla, sillä se on entuudestaan minulle tuttu ja hallitsen sen kiitettävästi. Halusin tehdä oppaasta A5-kokoisen, eli käytin A4:ää vaakana. Suunnittelin oppaan niin, että se olisi helppo tulostaa kaksipuolisesti, onhan se taloudellisesti kannattavaa ja jatkokäyttöä ajatellen helpompaa.

Värimaailma tummansini-keltainen on Lapuan kaupungin logosta. Fontiksi valitsin Calibrin, joka on selkeä ja yksinkertainen fontti. Leipätekstissä käytin fonttikokoa 14, ajatellen lukijoiden, lähtökohtaisesti ikääntyneiden, kannalta hieman isomman fontin olevan helpompilukuista. Pysin siihen, että sisältö olisi selkeää ja ymmärrettävää,

niin sanotusti kansankielellä. Halusin oppaan yleisilmeestä asiallisen ja selkeän, joten en juurikaan käyttänyt kuvia. Mielestäni liian pitkät tekstit ja suuri sivumäärä on suuri syy siihen, että lukeminen herpaantuu tai mielenkiinto loppuu, joten rajasin oppaani kaksitoistasivuiseksi, kansi- ja takasivu mukaan luettuna.

6.3 Tutkimusmenetelmät ja toteutus

Opinnäytetyöni lähestymistapa on kvantitatiivinen. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa tietoja käsitellään numeerisesti eli tutkija käsittelee tutkittavia seikkoja ja ominaisuuksia numeroiden avulla ja esittää tulokset numerollisesti, kuitenkin avaten tutkimustulokset sanallisesti. (Vilkkä 2007, 14.) Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän tutkimusaineisto kerätään pääasiassa systemaattisesti havainnoiden, kyselylomakkeella tai valmiita rekistereitä ja tilastoja käyttäen. (Vilkkä 2015, 94). Aineiston keräyksen toteutin kyselylomakkeella, joka on tavallisin tutkimusaineiston keräämistapa.

Tutkimukseni toteutin strukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 5). Strukturointi tarkoittaa sitä, että lomakkeen kysymykset vakioidaan siten, että kaikki ymmärtävät kysymyksen samalla tavoin ja että kysymykset on aseteltu sillä tavalla, että kaikilta voidaan kysyä asiaa samalla tavoin. (Vilkkä 2007, 15.) Mikäli kyselylomake on strukturoitu eli kaikilta kyselyyn vastanneilta kysytään täsmälleen samat kysymykset, kutsutaan sitä survey-tutkimukseksi. (Vilkkä 2015, 94).

Kun kyselylomake on valmis, tulisi se testauttaa muutamalla perusjoukkoa vastaavalla henkilöllä. Testauksen tarkoitus on saada arvioivaa palautetta muun muassa kysymysten selkeydestä, lomakkeen pituudesta, onko kyselyssä turhia kysymyksiä tai tuleeko mieleen jotain oleellista, mikä on jäänyt kysymättä. (Vilkkä 2015, 108.) Näytin kyselylomakkeeni ohjaavalle opettajalle ja vanhustyön johtajalle sekä testautin kolmella lähihoitajalla, jotka työskentelevät vanhustyössä. Palautteen pohjalta kysymys: ”Minkälaiset tietotaidot sinulla on mielestäsi ikääntyneen ravitsemushoidosta ja ravitsemussuosituksista?” eriytettiin kahdeksi kysymykseksi. Vanhustyön johtaja toivoi myös kysymystä, tahdotaanko ravitsemushoitoon ja ravitsemussuositukseen lisäkoulutusta.

Tutkimuksen toteutin Lapuan kaupungille, ja tutkimuksen kohteeksi valikoitui kotihoidon työntekijät, sillä mielestäni heillä on haastavampi vaikuttaa ravitsemushoitoon verrattuna tehostetussa palveluasumisessa työskentelevillä, sillä tehostetussa palveluasumisessa on yleensä taustalla ammattilaiset, jotka suunnittelevat ruokalistat. Tutkimuksen suoritin kokonaistutkimuksena, sillä tutkittava perusjoukko ei ollut suuri. Kotihoidon johtajan kanssa sovimme, että tutkimuksesta rajattiin pois työharjoittelussa olevat opiskelijat. Kokonaistutkimus tarkoittaa sitä, että kun valitaan vastaajia tutkimukseen, otokseen valitaan kaikki tietyn esimerkiksi ryhmän jäsenet. Perusjoukko on se väestöryhmä, mihin tulokset halutaan yleistää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79–80.)

Kyselylomakkeessa oli alussa saatesanat, mutta kävin silti esittäytymässä ja esittelemässä tutkimukseni tarkoituksen kotihoidon työntekijöille. Kyselylomakkeessa on hyvä olla saate, joka kertoo muun muassa tutkimuksen sisällöstä, mihin tietoja käytetään ja mitä henkilötietoja kerätään. Saatteen tarkoitus on motivoida vastaajaa osallistumaan tutkimukseen. (Vehkalahti 2008, 47–48). Kun aineistonkeruu tapahtuu lomakkeella työpaikalla, esitetään saate usein suullisesti lyhyesti informoiden tutkimuksen tarkoituksesta, ei kuitenkaan niin, että luetaan vain kirjallinen saate ääneen. (Vilka 2007, 65.)

Päämääränä oli, että mahdollisimman moni vastaisi kyselyyn ja että siihen vastaaminen olisi nopeaa ja helppoa, joten päädyin toteuttamaan kyselyn paperisena kyselylomakkeena. Kotihoidon johtaja tulosti kyselylomakkeet ja järjesti niille keräyslaatikon. Kysely toteutettiin marras- joulukuussa 2018, heti kun olin saanut tutkimusluvan (liite 6) Lapuan kaupungilta.

6.4 Aineiston analyysi

Ennen tutkimusaineiston analysointia tarkastetaan lomakkeet ja poistetaan epäasiallisesti täytetyt lomakkeet, sen jälkeen aineisto muunnetaan sellaiseen muotoon, että niitä voidaan käsitellä numeraalisesti ja lopuksi tarkistetaan muunnettu ja tallennettu aineisto. (Vilka 2007, 106.)

Tutkimuksen analysointiin käytin SPSS (Statistical Package for Social Sciences)-ohjelmaa. SPSS-ohjelmalla analysoidaan kvantitatiivista aineistoa. Aluksi ohjel-

massa luodaan muuttujamäärittelyt, eli syötetään muuttujien nimet toisin sanoen kyselylomakkeen kysymykset ja muuttujien arvot eli kysymystenvastausvaihtoehdot. Tämän jälkeen syötetään kyselylomakkeiden vastaukset havaintomatriisiin. Ennen kuin aloitin analysoinnin, lähetin tiedoston vielä opinnäytetyön ohjaajalle tarkistettavaksi.

Tutkimuksessa oli mukana yksi avoin kysymys: ”Voisitko kertoa tarkemmin, miten olet, tai et ole voinut vaikuttaa ikääntyneen ravitsemushoitoon?”, jonka analysoin laadullisella sisällönanalyysillä. Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus pyrkii ymmärtämään ilmiötä tutkittavien henkilöiden perspektiivistä, vastaten kysymyksiin mitä, miten ja miksi. Tutkittavaa ilmiötä pyritään ymmärtämään syvällisesti ja tavoitteena on saada ilmiö ymmärrettäväksi. (Vilkkä 2005, 97; Juuti & Puusa 2020, 7.)

Sisällönanalyysi on perusanalysointimenetelmä, jota kyetään käyttämään kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. (Tuomi & Sarajärvi 2017, 140). Sisällönanalyysin tavoitteena on jäsentellä aineisto tiiviiseen muotoon, sillä aineisto on tavallisesti hajanaista. Tiivistämällä ja pelkistämällä aineistoa luodaan selkeä tietoa sisältävä kokonaisuus, minkä jälkeen aineistosta voidaan luoda johtopäätöksiä. Sisällönanalyysin perinteiset vaiheet ovat: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja teemoittelu, sekä lopuksi tulkinta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134; Juuti & Puusa 2020, 260–262.)

Sisällönanalyysin aloitin kirjoittamalla vastaukset kyselylomakkeista Word-tekstinkäsittelyohjelman taulukkoon (Liite 7). Tämän jälkeen luin vastauksia useaan kertaan, yksinkertaistin lauseet ja yhdistin samantyylliset vastaukset omiksi luokiksi taulukkoon. Yhdistämisen jälkeen mietin luokille otsikkoja. Pääluokaksi syntyi ikääntyneen ravitsemushoitoon vaikuttamien hoitajan näkökulmasta. Yläluokiksi muodostui ravitsemustilan seuranta, ravinnonsaannin turvaaminen ja ravitsemukseen liittyvä ohjaus. Ravitsemustilan seurannan alaluokaksi muotoutui seuranta. Ravinnonsaannin turvaamisen alaluokiksi tuli ruuan tarjoilu, huolehtimalla että ruokaa tarjolla, läsnäolo, syömään kannustamien ja fyysiset ongelmat. Ravitsemukseen liittyvän ohjauksen alaluokiksi muotoutui ruuan vaikutus fysiologisiin toimintoihin ja ravitsemussuosituksien.

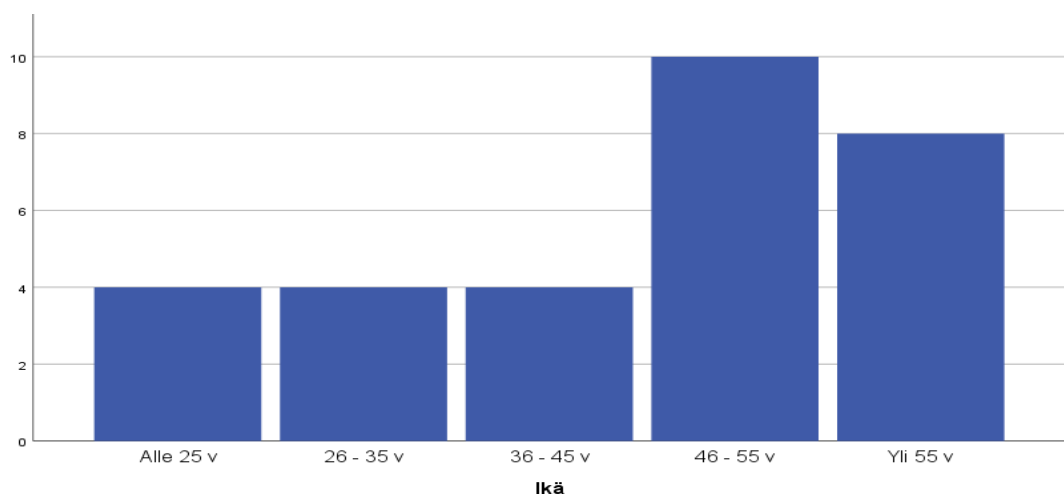
7 TULOKSET

Tutkimukseni tein Lapuan kotihoidon työntekijöille. Kyselylomakkeessa kysyin, miten kotihoidon työntekijät ovat omasta mielestään saaneet koulutusta ikääntyneen ravitsemushoidosta ja ravitsemussuosituksista kouluttautuessaan sosiaali- ja terveysalalle ja työskennellessään kotihoidossa. Kyselyssä kysyin myös kotihoidon työntekijöiden omaa mielipidettä, miten he hallitsevat ikääntyneen ravitsemussuositukset ja ravitsemushoidon ja kokevatko he voivansa vaikuttaa ikääntyneen ravitsemushoitoon. Minua kiinnosti lisäksi, ovatko kotihoidon työntekijät ohjanneet kotihoidon asiakkaiden ravitsemusta ja onko ravitsemuksen seuranta riittävää. Vakituksia ja sijaistavia työntekijöitä oli kyselyn toteuttamishetkellä 31 ja vastauksia sain 31 kappaletta. Yhden lomakkeen jouduin hylkäämään puutteellisten vastausten takia. Vastausprosentiksi muodostui 97.

7.1 Taustatiedot

Vastanneista (N=30) vajaa kolmannes (23 %) oli suorittanut ammattikorkeakoulututkinnon ja loput (77 %) ammatillisen tutkinnon sosiaali- ja terveysalalta. Kyselyyn vastaajista ainoallakaan ei ollut muuta koulutusta.

Vastaajista alle 25-vuotiaita oli neljä, samoin kun 26–35-vuotiaita ja 35–45-vuotiaita. Vastaajista kolmannes (n=10) oli 46–55 vuotta ja yli 55-vuotiaita oli kahdeksan (Kuvio 2).



Kuvio 2. Vastaajien ikäjakauma.

Vastaajista alle viisi vuotta sosiaali- ja terveysalalla työskennelleitä oli kuusi. Kolmella vastaajalla työkokemusta oli 6–10 vuotta. 11–15 vuotta työskennelleitä oli kuusi ja 16–20 vuotta työskennelleitä neljä vastaajista. Yli 20 työkokemusvuotta kerryttäneitä oli kolmannes (n=11).

7.2 Ravitsemuskoulutus sosiaali- ja terveysalan opinnoissa

Kotihoidon työntekijöiltä kysyttiin, miten he ovat saaneet koulutusta ikääntyneen ravitsemushoidosta ja ravitsemussuosituksista kouluttautuessanne sosiaali- ja terveysalalle. Kukaan ei vastannut ei lainkaan. Ammatillisen koulutuksen saaneista 17 prosenttia vastasi saaneensa ravitsemuskoulutusta kiitettävästi, kun taas ammattikorkeakoulun käyneistä ei kukaan. Hyvin koulutusta ammatillisen koulutuksen käyneistä oli saanut yli kolmannes ja ammattikorkeakoulun käyneistä vastaavasti kuudesosa (Taulukko 4).

Vastanneista ammatillisen koulutuksen käyneistä noin kolmannes koki saaneensa ravitsemuskoulutusta tyydyttävästi ja huonosti vajaa kymmenesosa vastaajista. Ammattikorkeakoulun käyneistä yli puolet oli saanut ravitsemuskoulutusta tyydyttävästi ja huonosti neljäsosa vastaajista.

Kun tarkastellaan kumpaakin koulutusryhmää yhteensä, suurin osa (40 %) koki saaneensa ravitsemuskoulutusta tyydyttävästi.

Taulukko 4. Ravitsemuskoulutus ammatillisen koulutuksen tason perusteella.

	Kiitettävästi	Hyvin	Tyydyttävästi	Huonosti
Lähihoitaja, perushoitaja, kodinhoitaja	17 %	39 %	35 %	9 %
Sairaanhoitaja, sosionomi, fysioterapeutti, geronomi	0 %	14 %	57 %	29 %
Yhteensä	13 %	33 %	40 %	13 %

7.3 Saatu ravitsemuskoulutus kotihoidossa työskennellessä

Kysyttäessä, miten olette saaneet koulutusta ikääntyneen ravitsemushoidosta ja ravitsemussuosituksista toimiessasi kotihoidon työntekijänä, viisi vuotta tai vähemmän työskennelleet, eivät kukaan kokenut saaneensa koulutusta kiitettävästi (Taulukko 5). Hyvin koulutusta koki saaneensa kuudesosa ja tyydyttävästi puolet vastaajista. Vastaajista kukaan ei kokenut saaneensa koulutusta huonosti, ja ei lainkaan koulutusta saaneita oli yksi kolmasosaa.

6–10 vuotta työskennelleiden ryhmästä kiitettävästi ja hyvin koulutusta saaneita ei kokenut saaneensa ainutkaan vastaajista. Tyydyttävästi koulutusta oli saanut kaksi kolmasosaa vastaajista ja huonosti kolmannes vastaajista.

11–15 työvuotta sosiaali- ja terveysalalla työskennelleet eivät olleet saaneet kiitettävästi koulutusta lainkaan ja hyvin oli saanut kuudesosa vastaajista. Tyydyttävästi koulutusta oli saanut kolmasosa ja huonosti kuudesosa vastaajista. Ei lainkaan koulutusta saaneita oli tässä ryhmässä yksi kolmasosa.

16–20 vuotta työtehtävissä toimineista kaikki vastaajat olivat saaneensa koulutusta tyydyttävästi. Yli 20 työvuotta kerryttäneistä kiitettävästi ravitsemuskoulutusta kokivat saaneensa liki kymmenesosa ja hyvin kuudesosa vastanneista. Tyydyttävästi koulutusta oli saanut lähes puolet ja huonosti liki kolmannes vastaajista.

Taulukko 5. Saatu koulutus työskentelyvuosien mukaan.

	0–5 v	6–10 v	11–15 v	16–20 v	Yli 20 v	Yhteensä
Kiitettävästi	0 %	0 %	0 %	0 %	9 %	3 %
Hyvin	17 %	0 %	17 %	0 %	18 %	13 %
Tyydyttävästi	50 %	67 %	33 %	100 %	46 %	53 %
Huonosti	0 %	33 %	17 %	0 %	27 %	17 %
En lainkaan	33 %	0 %	33 %	0 %	0 %	13 %

7.4 Tietotaidot ravitsemushoidosta

Tuloksissa korvaan kyselylomakkeessa käytetyn vastauksen ei hyvät, eikä huonot sanalla kohtalainen. Kysyttäessä minkälaiset tietotaidot sinulla on mielestäsi ikääntyneen ravitsemushoidosta, ammattikoulun käyneistä neljä prosenttia vastasi, että tietotaidot ovat erittäin hyvät (Taulukko 6). Melko hyväksi ne kokivat yli puolet vastaajista, ja vajaa kolmannes vastaajista koti tietotaitojensa olevan kohtalaiset. Melko huonoiksi tietotaitonsa koki vajaa kymmenesosa vastaajista.

Ammattikorkeakoulun käyneistä kukaan ei kokenut ravitsemushoidon tietotaitojensa olevan erittäin hyvät tai melko huonot. Melko hyväksi tietotaitonsa koki yli puolet vastaajista, ja vajaa puolet vastaajista tunsivat tietotaitojensa olevan kohtalaiset.

Tarkasteltaessa molempia koulutustaustoja yhdessä koki suurin osa (57 %) vastaajista ravitsemushoidon tietotaitojensa olevan melko hyvät.

Taulukko 6. Tietotaidot ikääntyneen ravitsemushoidosta koulutuksen mukaan.

	Erittäin hyvät	Melko hyvät	Ei hyvät, eikä huonot	Melko huonot
Lähihoitaja, perushoitaja, kodinhoitaja	4 %	57 %	30 %	9 %
Sairaanhoitaja, sosionomi, fysioterapeutti, geronomi	0,0 %	57 %	43 %	0,0 %
Yhteensä	3 %	57 %	33 %	7 %

Verrattaessa ravitsemushoidon tietotaitoja työkokemusvuosiin alle kuusi vuotta työskennelleet kotihoidon työntekijät kokivat tietotaitonsa melko hyväksi kolmasosa, kohtalaisiksi puolet ja melko hyväksi vajaa viidesosa vastaajista (Taulukko 7).

6–10 vuotta sosiaali- ja terveysalalla työskennelleistä tunsivat kaikki tietotaitojensa olevan melko hyvät. 11–15 vuotta työskennelleistä kolmasosa tunsivat tietotaitojensa ravitsemushoidosta olevan melko hyvät, ja kohtalaiseksi ne koki kaksi kolmasosaa.

16–20 työvuotta kartuttaneista kolme neljäsosaa vastaajista tunsivat tietotaitojensa olevan melko hyvät ja neljännes vastaajista koki niiden olevan kohtalaiset. Yli 20

vuotta työskennelleistä tietotaitonsa ravitsemushoidosta koki erittäin hyväksi kymmenesosa. Liki kaksi kolmasosaa vastaajista koki tietotaitonsa melko hyväksi, vajaa viidennes kohtalaiseksi ja lähes kymmenesosa melko huonoiksi.

Taulukko 7. Tietotaidot ikääntyneen ravitsemushoidosta työkokemusvuosien mukaan.

	Erittäin hyvät	Melko hyvät	Ei hyvät, eikä huonot	Melko huonot
0–5 v	0 %	33 %	50 %	17 %
6–10 v	0 %	100 %	0 %	0 %
11–15 v	0 %	33 %	67 %	0 %
16–20 v	0 %	75 %	25 %	0 %
Yli 20 v	9 %	64 %	18 %	9 %

7.5 Tietotaidot ravitsemussuosituksista

Kysyttäessä minkälaiset tietotaidot sinulla on mielestäsi ikääntyneen ravitsemussuosituksista kukaan ei vastannut, että ne olisivat erittäin hyvät. Ammattikoulutuksen saaneista yli puolet koki tietotaitonsa olevan melko hyvät (Taulukko 8) ja kohtalaiset niiden koki olevan yli kolmasosa vastaajista. Melko huonoiksi tietotaitonsa kokivat vajaa kymmenesosa vastaajista.

Ammattikorkeakoulun käyneistä vajaa puolet kertoo tietotaitojensa ravitsemussuosituksista olevan melko hyvät. Yli puolet kokivat tietotaitonsa kohtalaisiksi. Ammattikorkeakoulun käyneistä kukaan ei kokenut, että tietotaidot olisivat melko huonot

Taulukko 8. Tietotaidot ikääntyneiden ravitsemussuosituksista koulutuksen mukaan.

	Melko hyvät	Ei hyvät, eikä huonot	Melko huonot
Lähihoitaja, perushoitaja, kodinhoitaja	52 %	39 %	9 %
Sairaanhoitaja, sosionomi, fysioterapeutti, geronomi	43 %	57 %	0 %
Yhteensä	50 %	43 %	7 %

Verrattaessa koettua tietotaitoa ravitsemussuosituksista työskentelyvuosiin tunti tietotaitojensa olevan melko hyvät kaksi kolmasosaa 0–5 vuotta työskennelleistä vastaajista (Taulukko 9), puolet tunti tietotaitonsa kohtalaiseksi ja melko huonoiksi kuudesosa vastaajista.

6–10 vuotta työskennelleistä kaksi kolmasosaa kokivat tietotaitonsa melko hyväksi ja kolmannes kohtalaiseksi. 11–15 vuotta sosiaali- ja terveysalan työkokemusta saaneista kolmannes kertoi tietotaitojensa ravitsemussuosituksista olevan melko hyvät ja kaksi kolmasosaa kohtalaiset.

16–20 vuotta työskennelleistä puolet vastaajista koki tietotaitojensa olevan melko hyvät ja puolet kertoi tietotaitojen olevan kohtalaiset. Yli 20 vuotta työskennelleistä tietotaitonsa melko hyväksi vajaa kaksi kolmasosaa vastaajista, kohtalaiseksi reilu neljäsosa vastaajista ja melko huonoiksi liki kymmenesosa vastaajista.

Taulukko 9. Tietotaidot ikääntyneiden ravitsemussuosituksista työkokemusvuosien mukaan.

	Melko hyvät	Ei hyvät, eikä huonot	Melko huonot
0–5 v	33 %	50 %	17 %
6–10 v	67 %	33 %	0 %
11–15 v	33 %	67 %	0 %
16–20 v	50 %	50 %	0 %
Yli 20 v	64 %	27 %	9 %

7.6 Koulutustarve ravitsemushoidosta ja ravitsemussuosituksista

Kyselyyn vastaajista 93,3 % (Kuvio 3) toivoi lisäkoulutusta ikääntyneen ravitsemushoidosta ja ravitsemussuosituksista.



Kuvio 3. Lisäkoulutuksen toive ravitsemushoidosta ja -suosituksista.

7.7 Ravitsemusohjaus ja ravitsemushoitoon vaikuttaminen

Kysymykseen, oletko työssäsi ohjannut ikääntyneen ravitsemusta, vastasivat kaikki kotihoidon työntekijät kyllä.

Kysymykseen, koetko voivasi vaikuttaa ikääntyneen ravitsemushoitoon, 90 % vastasi kyllä (Kuvio 4). Ikäjakaumalla ja työkokemusvuosilla ei noussut merkittävää eroa en-vastauksissa, kummassakin ryhmässä oli nolasta yhteen en-vastausta.



Kuvio 4. Kokemus ravitsemushoitoon vaikuttamisesta.

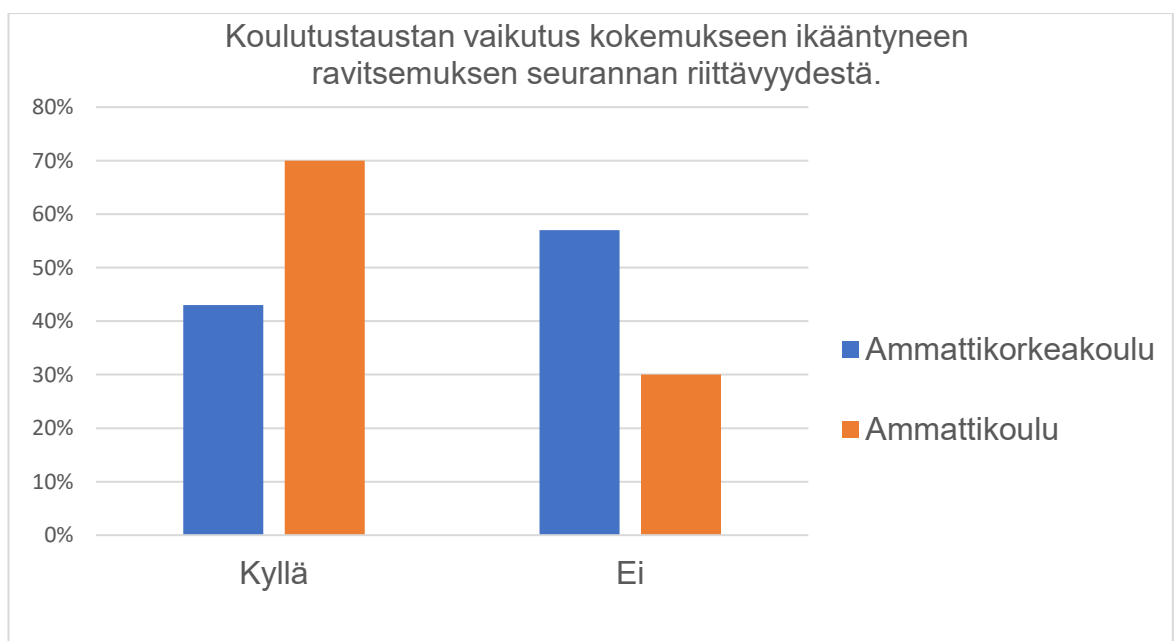
7.8 Ravitsemuksen seuranta

11. Seuraatko ikääntyneen ravitsemusta mielestäsi tarpeeksi kysymykseen kyllä vastasi 63,3 % (Kuvio 5).



Kuvio 5. Ravitsemuksen seuranta.

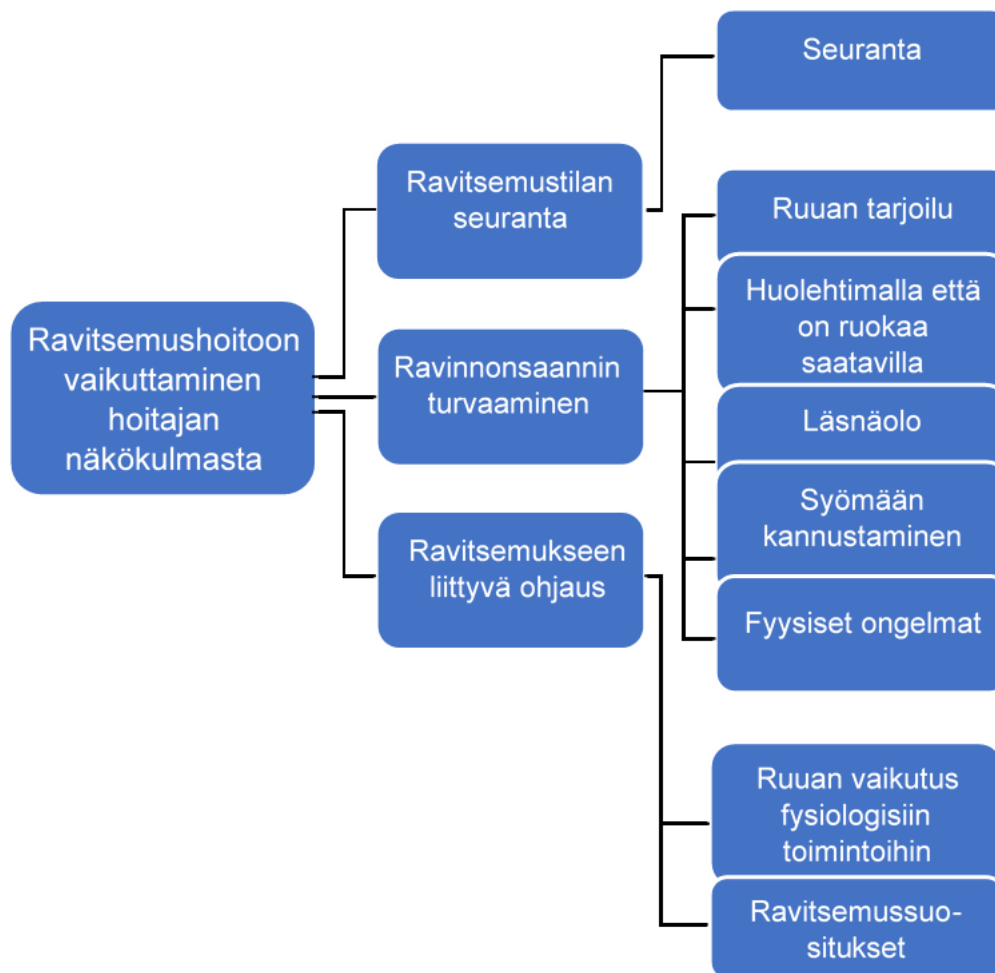
Ammattikorkeakoulun käyneistä 43 % oli sitä mieltä, että ikääntyneen ravitsemusta seurataan riittävästi (Kuvio 6), kun taas samaa mieltä ammattikoulun käyneistä oli 70 %.



Kuvio 6. Koettu ikääntyneen ravitsemushoitoon vaikuttaminen koulutustaustan mukaan.

7.9 Miten työntekijä on voinut vaikuttaa ikääntyneen ravitsemukseen, ja miten eivät ole voineet.

Avoimena tutkimuskysymyksenä oli kysymys, millä tavoin työntekijät ovat voineet tai eivät ole voineet vaikuttaa ikääntyneen ravitsemukseen. Tähän kysymykseen vastasi 24 henkilöä, eli 77 % vastanneista. Vastaukset kuvasivat niitä keinoja, mitä työntekijät olivat käyttäneet ravitsemushoidossa sekä ongelmia, miksi eivät olleet voineet vaikuttaa (Kuvio 7).



Kuvio 7. Ravitsemushoitoon vaikuttaminen hoitajien näkökulmasta.

Ravitsemuksen seurannasta kotihoidon työntekijät kertoivat ongelmaksi sen, etteivät pystyneet seuraamaan, mitä asiakas söi silloin, kun kotihoidon työntekijä ei ollut paikalla. Vain läsnä ollessa he pystyivät seuraamaan tarkemmin syömistä. Yksi keino seurantaan oli tiedustella asiakkaalta, mitä on päivän aikana syönyt.

Ravinnonsaannin turvaamisesta tuli eniten vastauksia. Ruuan tarjoiluun on vaikuttettu tarjoamalla asiakkaalle mieluista ruokaa, lämmittämällä ruokaa, laittamalla

esille välipalaa ja juomista sekä lisäravinteita tarjoamalla. Työntekijät ovat huolehtineet ruuan saatavilla olosta tilaamalla kauppapalvelun ja varmistamalla, että ruokaa on tarpeeksi saatavilla. Vaikuttamisen keinoiksi koettiin läsnäolo asiakkaan luona ruokailun ajan. Vastaajat kertoivat kannustaneensa asiakasta syömään tarjottua ruokaa, innostumaan ruuasta, ja yksi vastasi saaneensa asiakkaan kannustamalla syömään. Ravinnonsaannin turvaamisen ongelmiksi eli siihen, mihin ei voitu asiakkaan ravitsemuksessa vaikuttaa, oli vastaajien mukaan se, ettei tarjottua ruokaa syöty houkuttelusta huolimatta, nielemisen ongelmat, hampaiden ja proteesien huono kunto ja muistiongelmat.

Ravitsemukseen liittyvän ohjauksen keinoja kotihoidon työntekijät vastasivat olleen ruuan vaikutuksista fysiologisiin toimintoihin kertominen. Työntekijät olivat kertoneet ruokavalion merkityksestä Marevan-hoitoon, sekä ruuan merkityksestä haavojen hoidossa. He olivat keskustelleet asiakkaan kanssa ruuan tärkeydestä ja kertoneet ruuan merkityksestä vatsan toimintaan. Ravitsemusohjausta vastaajat olivat tehneet ohjaamalla valitsemaan terveellisiä ruokia kaupasta ja ohjaamalla säännölliseen ruokarytmiin. Työntekijät kokivat etteivät, voineet vaikuttaa aina asiakkaan ravitsemukseen ohjaamalla, sillä asiakkailla on omat tottumukset, joita ei helposti muuteta. Asiakkaiden ravitsemukseen vaikuttamista hankaloitti myös se, että asiakas tai omainen haki ruuat ja se että, useille tulee ateriapalvelusta ruoka.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Sosiaali- ja terveysalalle kouluttautuessa saatuun ravitsemuskoulutukseen liittyvässä kysymyksessä vastauksista ilmeni selvästi ero ammattikoulussa ja ammattikorkeakoulussa saatu ravitsemuskoulutuksen määrä. Ammattikoulun saaneista suurin osa koki saaneensa koulutusta hyvin tai tyydyttävästi, osa myös kiitettävästi. Ammattikorkeakoulun käyneistä vastaavasti suurin osa tunsu saaneensa ravitsemuskoulutusta tyydyttävästi tai huonosti. Myös Suojärvi-Bronin (2017, 33) Etelä-Pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille teettämä tutkimus tukee tutkimustulosta. Sen mukaan yli kolmannes sairaanhoitajista oli saanut ravitsemusopetusta vain jonkin kurssin yhteydessä ja eniten ravitsemusopetusta oli saaneet lähi- ja perushoitajat, terveydenhoitajat ja lääkärit.

Ravitsemusopetuksen määrien ero kävi myös ilmi tutustuessani sairaanhoitajien, geronomien ja lähihoitajien opetussuunnitelmiin. Lähihoitajilla perusopetukseen sisältyi opintojakso ravitsemussuosituksista ja ravitsemushoidosta eri ikäryhmät huomioon ottaen. Sairaanhoitajilla ja geronomeilla ravitsemusopetus sisältyi useimmiten johonkin opintojaksoon.

Kartoitettaessa ravitsemushoidon ja suositusten lisäkoulutuksen toivetta lähes kaikki (93 %) toivoi lisäkoulutusta. Tutkimuksen vastausten perusteella vain yli 20 vuotta työskennelleiden ryhmässä oli vastaajia, jotka kokivat saaneensa ravitsemuskoulutusta kiitettävästi työelämässä. Kaikkien vastaajien, työkokemusvuosiin katsomatta, yli puolet vastasi työelämässä saaneensa ravitsemusopetusta vain tyydyttävästi. Kirvesniemen ja Sundströmin (2014, 36–37) 244 kotihoidon työntekijälle teetetyssä tutkimuksessa lähes kaikki kotihoidon työntekijät toivoivat lisäkoulutusta, koulutustoiveista löytyi myös ravitsemuskoulutus. Lisäkoulutus ravitsemuksesta on tarpeen myös siksi, että kotihoidon henkilökunta pystyisi tarjoamaan hyvää ravitsemuksellista hoitoa ja ehkäisemään vajaaravitsemusta. Mikäli kotihoidon henkilöstö ei pysty antamaan hyvää ravitsemushoitoa kotihoidon asiakkaille, ikääntyneiden hoidon painopisteen siirtyminen kotihoitoon laitoshoidon sijaan ei onnistu. (Pölönen ym. 2017, 570.)

Piltosen (2013, 28) tutkimuksen mukaan osaamisella on useita merkityksiä, niin työntekijälle, työnantajalle kuin asiakkaallekin. Kotihoidon työntekijälle osaaminen

tuot työhyvinvointia, motivaatiota, itsetuottamusta ja varmuutta. Työnantajalle työntekijöiden osaaminen lisää luottamusta, taloudellista kannattavuutta ja hyvää mainetta. Asiakkaille hoitajien osaaminen luo turvallisuutta ja luottamusta. (Pilttonen 2013, 28.) Yli puolet vastaajista (56 %) koki tietotaitojensa ravitsemushoidosta olevan tällä hetkellä melko hyvät. Ravitsemussuosituksista suurin osa tunsi tietotaitojensa olevan joko melko hyvät (50 %) tai kohtalaiset (40 %). Vaikka vain harva koki tietotaitojensa olevan melko huonot, vielä vähemmän niitten koettiin olevan erittäin hyvät. Hassi (2008, 98) toteaa lisensiaatintutkimuksessaan, että kotihoidon työntekijät tarvitsisivat, muiden tieteenalojen lisäksi, lisää tietoa ravitsemushoidosta. Ravitsemuskoulutusta tarvittaisiin spesifisti ikääntyneiden ja muistisairaiden ravitsemushoidosta, sillä tietotaidot tältä osin olivat vajaat. (Hassi 2008, 98).

Kaikki vastaajat tutkimuksessani kertoivat työssään ohjanneet ikääntyneen ravitsemusta. Ravitsemukseen liittyvän ohjauksen keinoja vastauksista kävi ilmi, että he ovat kertoneen ruuan vaikutuksista, tärkeydestä ja merkityksestä. Kotihoidon työntekijät ovat myös ohjanneet asiakasta valitsemaan terveellisiä ruokia kaupasta ja ohjaamalla säännölliseen ruokarytmiin. Pölösen ym. (2017, 570) tutkimuksessa kävi ilmi, että yksilöllinen ravitsemusohjaus voi parantaa ikääntyneen ravitsemuksellista tilaa, esimerkiksi MNA-testin pisteissä ilmeni parannuksia. Tästä syystä ravitsemusohjaus tulisisikin olla kotihoidon asiakkaiden vakiohoitoa. (Pölönen ym. 2017, 571.)

Lähes kaikki (90 %) vastaajista kokivat voineensa vaikuttaa ikääntyneen ravitsemukseen. Vaikuttamisen keinoja on ollut muun muassa läsnäolo ruokailun hetkellä, syömään kannustaminen, mieluisen ruoan tarjoaminen, ruuan lämmittäminen, välipalan ja juomisen esille laitto sekä lisäravinteiden tarjoaminen. Teoriaosuudessa kerroin ravitsemushoidosta ja -ohjauksesta kotihoidossa. Kaikki kotihoidon työntekijöiden vaikuttamisen keinot löytyvät tästä luvusta. On hyvä, että kotihoidon työntekijät ovat kokeneet voivansa vaikuttaa ravitsemukseen, sillä Noposen (2017) tutkimustuloksen mukaan asiakkaan hoitoon vaikuttaminen ja tulosten saavuttaminen lisäävät muun muassa työntekijän työhyvinvointia.

Tulosten mukaan yli puolet (63,3 %) on sitä mieltä, että ravitsemusta seurataan tarpeeksi. Seurannan tekee osaltaan vaikeaksi sen, että syötyä ruokaa on vaikea ajan puutteen ja käyntien vähäisten määrien kohdalla vaikea seurata. Myös Hurri ja Kallonen (2012, 38) tutkimuksessaan toteavat, että kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen seurannassa olisi kehittämisten varaa.

9 POHDINTA

Ravitsemus on ollut minun henkilökohtainen mielenkiintoni aihe, ja olen perehtynyt siihen ja sen vaikutuksiin omaehtoisesti. Olen työssäni ikääntyneiden parissa pyrkinyt voitavani mukaan vaikuttaa hyvään ravitsemukseen ja sen seurantaan. Tehostettuun palveluasumiseen verrattuna kotihoidossa hoidon eri osa-alueet ovat tekijänsä vastuulla enemmän, sillä pääasiassa kotihoidossa työskennellään yksin, joten yhteistyö kollegoiden kanssa on vähäisempää. Tämän takia minulla heräsi mielenkiinto, miten juuri ravitsemuksen eri osa-alueet ovat kotihoidon työntekijöiden hallussa, ja millä tavoin he voivat siihen vaikuttaa. Idea oppaasta kehittyi, kun mietin, olisiko minulla keinoa vaikuttaa kotihoidon asiakkaiden ravitsemustietouteen.

Pohdin myös ravitsemusopetuksen määrä sosiaali- ja terveysalalla, sillä oman opiskelukokemukseni johdosta koin, että ravitsemusopetus on ollut suppeaa. Ammattikorkeakoulussa saamani ravitsemusopetus on ollut jopa valitettavan vähäistä verrattuna ammattikoulussa saatuun. Lähihoitajakoulutuksessa oli kokonainen opintojakso, jossa käytiin läpi ravitsemussuosituksia ja ikääntyneen ravitsemussuosituksien erityispiirteistä. Opintojaksolla syvennyttiin myös ravitsemushoidon keinoihin ja seurannan välineisiin. Ammattikorkeakoulussa ikääntyneen ravitsemushoitoa sivuttiin yhdellä opintojaksolla. Tutkimukseni tulokset viittaavat myös tähän ammattias- teiden väliseen eroon ravitsemuskoulutuksessa.

Kotihoidon työntekijöiltä vaaditaan monialaosaamista ja organisaatiot antavat lisäkoulutusta sen mukaan, minkä osaamista haluavat työntekijöillään kehittää. Ravitsemushoidon ja -suositusten sekä ravitsemuksen vaikutuksista on saatavilla laajasti tietoa. Koulutusta ikääntyneen ravitsemukseen tarjotaan eri organisaatioissa vaihtelevasti, joten joiltain osin syventyminen ikääntyneen ravitsemukseen jää oman mielenkiinnon varaan. Pölösen ym. (2017, 571) tutkimuksessakin todetaan, että työntekijät tarvitsevat ravitsemuskoulutusta kyetäkseen ehkäisemään ikääntyneen aliravitsemusta. Ravitsemusohjaus on tärkeä osa-alue kotihoidon asiakkaan hoitoa, mutta valitettavasti taidot ovat usein vajaat.

Yllätyin positiivisesti, miten moni (90 %) koki voivansa vaikuttaa ikääntyneen ravitsemukseen. Ravitsemukseen koettiin voivan vaikuttaa myös monin eri keinoin. Ravitsemushoito vaatii laaja-alaista osaamista, ja ei ehkä tiedetä, mitä kaikkea siihen sisältyy. Vastaajien kertomista ravitsemuksen keinoista näkee, mitä hoitajat kokivat

vaikuttamisen menetelmiksi. Niitä ravitsemuksen vaikuttamiskeinojen osa-alueita, joita ei ollut mainittu, voisi mahdollisesti kehittää. Esimerkiksi painon punnitsemista ja seulontatestien tekemistä ei mainittu lainkaan.

Kokemukseni mukaan ravitsemuksesta kirjaamisen ja seurannan käytännöt vaihtelevat paljonkin eri organisaatioissa. Toisissa työyksiköissä kirjataan joka päivä tarkasti jokaisen aterian ravinnon ja juoman määrä, syömisen omatoimisuus ja tarvittaessa syömisestä kieltäytyminen. Toisaalta taas toisissa työpaikoissa syömistä ei kirjata ollenkaan tai vaan todetaan, että on syönyt hyvin tai huonosti. Ilman kunnollista seurantaa, mihin kirjaaminen vahvasti liittyy, ei voi huomata tapahtuvia muutoksia ravitsemuksessa. Tutkimuksessani vajaa puolet oli sitä mieltä, että ravitsemusta ei seurata tarpeeksi, ja uskonkin, että ravitsemus ei saa ansaitsemaansa huomiota hygienian, haavojen- ja lääkehoidon rinnalla.

Opinnäytetyötä tehdessäni tärkeimmäksi havainnoksi nousi, miten vähäistä ravitsemusopetus sosiaali- ja terveysalalla on perusopinnoissa. Siihen nähden, miten tärkeä ja ikääntyneiden elämään kokonaisvaltaisesti vaikuttavaa ravitsemus on, ravitsemuskoulutus on huolestuttavan vähäistä. Toivon että, työni herättelee ymmärtämään, miten suuri merkitys ravitsemuskoulutuksella on kotihoidon työntekijöille, sillä koulutuksen ansiosta työntekijöillä on paremmat keinot ohjata ja seurata ikääntyneen ravitsemusta ja näin parantaa ikääntyneen elämänlaatua.

Opinnäytetyö prosessina oli mielenkiintoinen ja antoisa. Erityisesti ammatillisen kehityksen kannalta teoretiedon hakeminen ja lukeminen on ollut kiehtovaa ja kartuttanut osaamistani ikääntyneen ravitsemuksesta. Vaikka olin hankkinut tietoa ravitsemuksesta jo aiemmin, löytyi uusia kiinnostavia tutkimuksia paljon. Opinnäytetyötäni tehdessä olisin välillä toivonut, että olisin voinut toteuttaa sen yhdessä jonkun kanssa. Välillä oli hankalaa muodostaa järkeviä lauseita asiasta, jonka halusin tuoda työssäni esille, ja työpari olisi voinut olla avuksi lauseiden muodostamisessa. Työtäni tehdessä ymmärsin, että aihe olisi pitänyt alun perin rajata tarkemmin ja syventyä syvällisemmin vain tiettyihin tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyöni edetessä huomasin, miten paljon tietoa oli saatavilla, ja rajaaminen tuntui välillä todella hankalalta.

9.1 Luotettavuus

Määrällisen tutkimusmenetelmän luotettavuutta kuvataan yleensä käsitteillä reliaabelius ja validius. Reliaabeliuudella tarkoitetaan mittaustuloksen toistettavuutta, eli yksinkertaisesti sitä, että kaksi tutkijaa pääsee samaan tutkimustulokseen. Validius tarkoittaa sitä, että mittari tai tutkimusmenetelmä on valittu oikein mittaamaan tutkimusongelmaa. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 1997, 216; Hirsijärvi & Hurme 2011, 186.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus voidaan kiteyttää kolmeen käsitteeseen, uskottavuuteen, luotettavuuteen ja eettisyyteen. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimusaineisto on kerätty ja analysoitu asiaankuuluvasti sekä tutkimusta lukevat henkilöt hyväksyvät tutkimuksen tulokset todeksi. Kun tutkija vakuuttaa lukijan ammattitaidostaan valita oikeat menetelmät tutkimusongelman ratkaisuun, tutkimuksen totutukseen ja perustelee menettelytapojaan, puhutaan luotettavuudesta. Eettisyydellä tarkoitetaan, että noudatetaan eettisiä suosituksia koko tutkimuksen teko ajan. (Puusa & Juuti 2020, 305.)

Opinnäytetyöni luotettavuus perustuu käytetyn mittarin huolelliseen suunnitteluun ja testaukseen. Myös tutkimuksen tulokset ovat saman suuntaisia kuin aiemmat aiheesta tehdyt tutkimukset. Koko tutkimuksen ajan olen noudattanut huolellisuutta, aineiston keräämisestä ja analysoinnista aina tuloksien tulkintaan.

9.2 Eettisyys

Koko tutkimuksen teon ajan olen noudattanut ammattikorkeakoulujen rehtorineuvoston (Arene) ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä suosituksia sekä tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Näissä suosituksissa ohjeistetaan muun muassa tutkimuskohteen oikeuksista ja henkilösuojasta, aineiston keräämisestä, suojaamisesta ja tuhoamisesta sekä kerrotaan lainsäädännöstä. (TENK 2012; Arene 2019.)

Opinnäytetyötä varten hankin tutkimusluvan Lapuan kaupungilta. Kyselyyn osallistuminen on ollut vapaaehtoista ja kyselylomakkeessa on ollut saatteena tieto, mihin vastauksia käytetään. Tutkimusaineiston keruussa, säilyttämisessä ja aineiston tuhoamisessa olen noudattanut eettisiä suosituksia.

9.3 Jatkotutkimusaiheet

Kyselytutkimukseni jälkeen kotihoidon työntekijöille on järjestetty ravitsemuskoulutusta, joten seuraavaksi voisi tutkia, mitä vaikutuksia koulutuksella on ollut. Ravitsemuksen seurantaan ei oltu kiittävästi tyytyväisiä, joten seurantaan voisi kehittää toimivia keinoja. Ravitsemusohjauksesta ja erityisesti sen vaikutuksista kotihoitossa ei juurikaan löytynyt tutkimuksia, tätä osa-aluetta kannattaisi tutkia enemmän.

LÄHTEET

A 18.12.2014/1129. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista

Arene. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 16.11.2020]. Saatavana: <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINNÄYTETÖIDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>

Aro, A. 2015. 100 kysymystä ruuasta – kivennäisaineet. [Verkkosivu]. [Viitattu 3.9.2020]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00028

Elomaa, U. 2015. Potilaan vajaaravitsemusriskin seulonta MUST-menetelmällä. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK, Kliininen asiantuntija. Opinnäytetyö. [Viitattu 17.9.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015120419435>

Fineli.fi. Ei päiväystä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämä elintarvikkeiden kansallinen koostumustietopankki. [Verkkosivu]. [Viitattu 1.4.2020]. Saatavana: <https://fineli.fi/fineli/fi/index>

Finne-Soveri, H., Kuusterä, K., Heimonen, S., Lehtonen O. & Noto, A. 2015. Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos ja Muistiliitto.

Hassi, T. M. 2005. Yhteiskunnalliset muutossuunnat ja kotihoidon työntekijöiden osaaminen tulevaisuudessa: vanhustyön asiantuntijoiden käsityksiä yhteiskunnallisista megatrendeistä ja kotihoidossa vaadittavasta osaamisesta. [Verkkajulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus. Lisensiaattitutkimus. [Viitattu 21.11.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-14617>

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 10. osin uud. p. Helsinki: Tammi.

Hovilainen-Kilpinen, H., Niskanen, T., Räisänen, R. & Kari, O. 2019. Kotihoidossa toimiminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Hovilainen-Kilpinen, T. & Oksanen, H. 2013. Lähihoitajan käsikirja. 5. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ikäheimo, T & Antikainen R. 2020. Vanhus ja helle – suojaudu, viilennä, nesteytä. [Verkkoartikkeli]. Lääkärilehti 24–33 (75), 1510 - 1514 [Viitattu 1.9.2020]. Saatavana: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/vanhus-ja-helledash-suojaudu-viilenna-nesteyta/?pub-lic=91f413de270081967518b7d7b0f86a8d>

- Jyväkorpi, S. 2016. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life. [Verkkójulkaisu]. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. [Viitattu: 5.9.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978951-51-2019-9>
- Jyväkorpi, S., Havas, A., Urtamo, A. & Karvinen, E. 2014. Ikäihmisten liikunta ja ravitsemus: opas ohjaustyöhön. Helsinki: Ikäinstituutti.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kirvesniemi, T. & Sundström, A. 2014. Alueellinen kotihoidon osaamiskartoitus. [Verkkójulkaisu]. Kymenlaakso: Kotona kokonainen elämä - Etelä-Kymenlaakson osakokonaisuus 2014 [Viitattu 16.11.2020]. Saatavana: <https://kotona-kokonainenelama.files.wordpress.com/2014/02/osaamiskartoitus-raportti-31-1-2014.pdf>
- Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveyst- ja hoitosuunnitelma. [Verkkójulkaisu]. Tampere: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 9.10.2020]. Saatavana: <https://www.julkari.fi/handle/10024/80180>
- L 8.7.1961/404. Tekijänoikeuslaki.
- L 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
- L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.
- L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.
- L 30.12.2010/1326. Terveysthuoltolaki.
- L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä ikäikäiden sosiaali- ja terveystpalveluista.
- L 14.11.2014/932. Ammattikorkeakoululaki.
- Lammi, O. 2008. Kortit, kirjat & lehdet – Tee julkaisuja Wordilla. Jyväskylä: WSOY
- Lapin ammattikorkeakoulu. 2020. Opinto-opas: Geronomikoulutus. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana: <https://opinto-opas-amk.peppi.lapit.csc.fi/fi/709/fi/3993/KA72G20S/379/year/2020>
- Metropolia. 2019. Opetussuunnitelmat: Vanhustyö. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana: <https://opinto-opas.metropolia.fi/fi/88095/fi/70326/SXC20K2/year/2019>
- Metropolia. 2020. Opetussuunnitelmat: Sairaanhoidotyö. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana: <https://opinto-opas.metropolia.fi/fi/88095/fi/70320/SXO20S2/year/2020>

- Mäkelä, K. 2015. Vajaaravitsemuksen riskin tunnistaminen, hoito, hoidon seuranta ja tiedonsiirto jatkohoitopaikkaan. [Verkkojulkaisu]. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta, lääketieteen laitos, ravitsemustiede. Pro gradu tutkielma. [Viitattu 10.9.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20160134>
- Noponen, H. 2017. Työhyvinvointi hoitohenkilöstön voimavarana. [Verkkojulkaisu]. Vaasa: Vaasan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala, Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 21.11.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017053111583>
- Nuotio, M., Hartikainen, S. & Nykänen, I. 2019. Vanhuksen vajaaravitsemuksen arviointi, ehkäisy ja hoito. [Verkkolehtiartikkeli]. Lääkärilehti 20 (74), 1268 – 1281. [Viitattu 5.9.2020]. Saatavana Fimnet-arkistosta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Nuutinen, O., Siljamäki-Ojansuu, U. & Peltola T. 2010. Vajaaravitsemuksen riskin seulonta. [Verkkolehtiartikkeli]. Suomen lääkärilehti 44 (65), 2605-2608. [Viitattu 17.9.2020]. Saatavana Fimnet-arkistosta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Nuutinen, O., Siljamäki-Ojansuu, U., Mikkonen, R., Peltola, T., Silaste, M-L., Uotila, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2010: Ravitsemushoito: Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita Publishing Oy
- Nykänen, P. & Juntila, K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 8.10.2020]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1
- Oksa, H. & Siljamäki-Ojansuu, U. 2014. Hyödynnä ravitsemushoidon mahdollisuudet. [Verkkolehtiartikkeli]. Duodecim 30 (21), 2225–2227. [Viitattu 15.9.2020]. Saatavana: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/21/duo11938>
- Omnia. Ei päiväystä. Lähihoitaja, opetussuunnitelma. [Verkkosivu]. [Viitattu 4.11.2020]. Saatavana: <https://www.omnia.fi/opiskelijansivut/ammattilliselle-opiskelijalle/ammattilliselle-perusopiskelijalle/opetussuunnitelmat-lahihoitaja>
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. Ei päiväystä. Korkeakoulutus. [Verkkosivu]. [Viitattu 4.11.2020]. Saatavana: <https://minedu.fi/korkeakoulutus>
- Opetushallitus. Ei päiväystä. Tutkintojen perusteet. [Verkkosivu]. [Viitattu 4.11.2020]. Saatavana: <https://www.oph.fi/fi/koulutus-ja-tutkinnot/tutkintojen-perusteet>
- Orell-Kotikangas, H., Antikainen, A. & Pihlajamäki, J. 2014. Sairaalapotilaan vajaaravitsemuksen havaitseminen ja hoito. [Verkkolehtiartikkeli]. Duodecim 130 (21), 2231–2238. [Viitattu 5.9.2020]. Saatavana: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/21/duo11941>
- Parsons, E. 2011. Nutritional care and the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). [Verkkolehtiartikkeli]. British Journal of Community Nursing 16 (5), 16–21. [Viitattu 17.9.2020] Saatavana Ebsco Academic Search Elite -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Pesonen, E. 2007. Julkaisijan käsikirja. Jyväskylä: WSOY

- Piltonen, U. 2013. Toimintamalli kotihoitohenkilökunnan osaamisen kehittämiseksi. [Verkkojulkaisu]. Oulu: Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 21.11.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013120219309>
- Pusa, T. 2020. Rasvan laatu ratkaisee. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2.5.2020]. Saatavana: <https://sydan.fi/fakta/rasvan-laatu-ratkaisee/>
- Puusa, A. & Juuti, P. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. [Verkkokirja]. Helsinki: Gaudeamus Oy. [Viitattu 1.11.2020]. Saatavana: Nextory-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma -opas. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 9.10.2020]. Saatavana: <https://www.julkari.fi/handle/10024/77762>
- Pölonen, S., Tiihonen, M., Hartikainen, S. & Nykänen, I. 2017. Individually tailored dietary counseling among old home care clients - effects on nutritional status. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of Nutrition: Health & Aging 21 (5), 567–572. [Viitattu 21.11.2020]. Saatavana: Ebscohost -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Ruokatieto. 9.10.2013. Sairaalassa potilaan ravitsemus jää usein puutteelliseksi. [Verkkosivu]. [Viitattu 15.9.2020]. Saatavana: <https://www.ruokatieto.fi/uutiset/sairaalassa-potilaan-ravitsemus-jaa-usein-puutteelliseksi>
- Ruokatieto. 11.12.2018. D-vitamiini. [Verkkosivu]. [Viitattu 3.9.2020]. Saatavana: <https://www.ruokavirasto.fi/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravintoaineet/d-vitamiini/>
- Ruokonen, H. & Meurman, J. H. 2017. Suun terveys ja krooniset sairaudet. [Verkkolehtiartikkeli]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 19.9.2020]. Saatavana: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/16/duo13864>
- Saarikko, A. 12.12.2018. Ikäihmisten pitää syödä hyvin. [Verkkosivu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 30.9.2020]. Saatavana: <https://stm.fi/-/ikaihminen-pitaa-syoda-hyvin>
- SAMK. 2020b. Etenemissuunnitelma – Hoitotyö. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana: <https://samkstudyguide.solenovo.fi/curricula/degreeprogrammes/groups/plan?groupid=51647&planId=33610>
- SAMK. 2020a. Etenemissuunnitelma – Vanhustyö. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana: <https://samkstudyguide.solenovo.fi/curricula/degreeprogrammes/groups/plan?groupid=51637&planId=29434>
- SAMK. Ei päiväystä. Vapaasti valittavat opinnot. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana: <https://samkstudyguide.solenovo.fi/optionalstudies>
- Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uud. p. Helsinki: WSOY

- SeAMK. 2017. Opinto-opas: Geronomi. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana: <https://opinto-opas.seamk.fi/index.php/fi/21/fi/76/GERO17/year/2017>
- SeAMK. 2019. Opinto-opas: Vapaasti valittavat opinnot 2019-20. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana: <https://opinto-opas.seamk.fi/index.php/fi/3803/fi/3805/VVO201920/year/2019>
- SeAMK. 2020. Opinto-opas: Sairaanhoidtaja. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana: <https://opinto-opas.seamk.fi/index.php/fi/21/fi/77/SH20/year/2020>
- Sedu. 22.8.2016. Opetussuunnitelma 2016. Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto, lähihoitaja. [Verkkosivu]. [Viitattu 4.11.2020]. Saatavana: <https://www.sedu.fi/loader.aspx?id=b4a9e02a-22bc-4d87-b77f-9e338690dfc0>
- Sinisalo, L. 2015. Ravitsemus hoitotyössä. 2. uud. p. Keuruu: Edita Publishing Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 30.9.2020. Kuntainfo: Vanhuspalvelulain muutokset 1.10.2020. [Verkkosivu]. [Viitattu 6.10.2020]. Saatavana: <https://stm.fi/-/kuntainfo-vanhuspalvelulain-muutokset-1.10.2020>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Ei päiväystä. Kotihoito ja kotipalvelut. [Verkkosivu]. [Viitattu 8.10.2020]. Saatavana: <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>
- Suorajärvi-Bron, R. 2017. Ravitsemuskoulutuskysely sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana: https://www.epshp.fi/files/9660/Ravitsemuskoulutuskysely_sosiaali-ja_terveydenhuollon_ammattilaisille_raportti_060417.pdf
- TENK. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkkosivu]. [Viitattu 16.11.2020]. Saatavana: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- THL (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos). 4.6.2020. Asiakassuunnitelma ja palvelusuunnitelma. [Verkkosivu]. [Viitattu 9.10.2020]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/asiakasprosessi/asiakassuunnitelma-ja-palvelusuunnitelma>
- THL (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos). 1.10.2020. Tietoa RAI-järjestelmästä. [Verkkosivu]. [Viitattu 6.10.2020]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>
- THL. Ei päiväystä. Kirjaaminen. [Verkkosivu]. [Viitattu 8.10.2020]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kirjaaminen>
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) 2016. Geriatria. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. [Verkkosivu]. Helsinki: Tammi. [Viitattu 1.11.2020]. Saatavana: Nextory-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.

- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 7.11.2019]. Saatavana: <https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ikaantyneet.suositus-3.pdf>
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Vireyttä seniorivuosiin: ikääntyneiden ruokasuositus. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 20.4.2020]. Saatavana: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139415/URN_ISBN_978-952-343-472-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Valvira. 4.5.2020. Vanhustenhuolto. [Verkkosivu]. [Viitattu 11.11.2020]. Saatavana: <https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-palvelut/vanhustenhuolto>
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.
- Veikkola, S. 2017. Digitreenit: Näin löydät vapaasti käytettäviä kuvia. [Verkkosivu]. [Viitattu 10.10.2020]. Saatavana: <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2017/01/12/digitreenit-14-vapaasti-kaytettavat-kuvat>
- Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., Soto, M.E., Rolland, Y., Guigoz, Y., Morley, J.E., Chumlea, W., Salva, A., Rubenstein, L.Z. & Garry, P. Overview of the mna® – its history and challenges. [Verkkolehtiartikkeli]. The Journal of Nutrition, Health & Aging 6 (10), 456–465. [Viitattu 20.9.2020]. Saatavana: https://www.researchgate.net/publication/6617786_Overview_of_the_MNA_-_Its_history_and_challenges
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C.C., Sobotka, L., Asselt, D., Wirth, R. & Bischoff, S. C. 2019. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. [Verkkolehtiartikkeli]. Clinical nutrition journal 1 (38), 10–47. [Viitattu 10.9.2020]. Saatavana: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(18\)30210-3/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(18)30210-3/fulltext)
- XAMK. 2020a. Geronomi, monimuoto. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana: <https://opinto-opas.xamk.fi/index.php/fi/30/fi/6789/GEKV20SM/year/2020>
- XAMK. 2020b. Sairaanhoidtaja, päivätoteutus. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana: <https://opinto-opas.xamk.fi/index.php/fi/30/fi/127614/SHKT20SM/year/2020>
- XAMK. Ei päiväystä. Muut valinnaiset opinnot. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana: <https://opinto-opas.xamk.fi/index.php/fi/tarjontakori/fi/SO1009~~KY2017~~VV1000>

LIITTEET

Liite 1. MNA-testi

Liite 2. MUST-kaavake

Liite 3. NRS 2002-kaavake

Liite 4. Opas

Liite 5. Kyselylomake

Liite 6. Tutkimuslupa

Liite 7. Aineiston sisällönanalyysi

Liite 1. MNA-testi

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Sukunimi:		Etunimi:		
Sukupuoli:	ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän jatka loppuun asti.

Seulonta		J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisäisiä puurot ja vellit)	
A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia	0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia	0 = 1 ateriat 1 = 2 aterialla 2 = 3 aterialla	<input type="checkbox"/>
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana	0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	K Sisäitääkö ruokavalio vähintään	
C Liikkuminen	0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona	• yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, pihvi, villi) päivässä • kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) • lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä	kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkisiä stressiä tai akuutti sairaus?	0 = kyllä 2 = ei	0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastaus 0.5 = jos 2 kyllä-vastausta 1.0 = jos 3 kyllä-vastausta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiset ongelmat	0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kakeli tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia	0 = ei 1 = kyllä <input type="checkbox"/>
F Painoindeksi eli (BMI) = paino kg / (pituus m)²	0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23 3 = BMI on 23 tai enemmän	M Päivittäinen nestejuonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu...)	0.0 = alle 3 lasillista 0.5 = 3-5 lasillista 1.0 = enemmän kuin 5 lasillista
Seulonnan tulos (välisumma maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	N Ruokailu	0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 = syö itse ongelmitta
12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila		O Oma näkemys ravitsemustilasta	0 = valkea virhe- tai aliravitsemus 1 = on epävarma ravitsemustilastaan 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia
8-11 pistettä: Riski virheravitsemukselle kasvanut		P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin	0.0 = ei yhtä hyvä 0.5 = ei tiedä 1.0 = yhtä hyvä 2.0 = parempi
0-7 pistettä: Virheravitsemus		Q Olkavarren keikkokohdan ympärysmitta (OVY cm)	0.0 = OVY on alle 21 cm 0.5 = OVY on 21-22 cm 1.0 = OVY on yli 22 cm
Perusteellisempaa arviointia varten jatka kysymyksiin G-R		R Pohkeen ympärysmitta (PYM cm)	0 = PYM on alle 31 cm 1 = PYM on 31 cm tai enemmän
Arviointi		Arviointi (maksimi 16 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G Asuuko haastateitava kotona	1 = kyllä 0 = ei <input type="checkbox"/>	Seulonta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä	0 = kyllä 1 = ei <input type="checkbox"/>	Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I Painehaavaumia tai muita haavoja ihollla	0 = kyllä 1 = ei <input type="checkbox"/>	Ravitsemustilan arviointiasteikko	

Ref. Velaz E, Waters H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2008;10:455-465.
Rubenstein LZ, Harker JD, Selva A, Guigoz Y, Velaz E. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Port Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A:1025-37.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:455-467.
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivustilla.

24-30 pistettä Normaali ravitsemustila
17-23,5 pistettä Riski virheravitsemukselle kasvanut
alle 17 pistettä Virheravitsemus

Liite 2. MUST-kaavake.

1. Painoindeksi	2. Laihtuminen	3. Akuutin sairauden vaikutus																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>BMI (kg/m²)</th> <th>Pisteet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>> 20</td> <td>= 0</td> </tr> <tr> <td>18.5-20.0</td> <td>= 1</td> </tr> <tr> <td>< 18.5</td> <td>= 2</td> </tr> </tbody> </table>	BMI (kg/m ²)	Pisteet	> 20	= 0	18.5-20.0	= 1	< 18.5	= 2	+	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Laihtuminen 3-6 kk:n aikana</th> <th>Pisteet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 5 %</td> <td>= 0</td> </tr> <tr> <td>5-10 %</td> <td>= 1</td> </tr> <tr> <td>> 10 %</td> <td>= 2</td> </tr> </tbody> </table>	Laihtuminen 3-6 kk:n aikana	Pisteet	< 5 %	= 0	5-10 %	= 1	> 10 %	= 2
BMI (kg/m ²)	Pisteet																	
> 20	= 0																	
18.5-20.0	= 1																	
< 18.5	= 2																	
Laihtuminen 3-6 kk:n aikana	Pisteet																	
< 5 %	= 0																	
5-10 %	= 1																	
> 10 %	= 2																	
	+	<p>Lisää 2 pistettä, jos potilaan ravinnonsaanti on ollut tai tulee olemaan vähäistä tai jos potilas ei pysty syömään yli viiteen päivään.</p>																
Laske pisteet kohdista 1-3 yhteen																		
4. Vajaaravitsemusriskin arviointi																		
0 pistettä = vähäinen riski 1 piste = kohtalainen riski ≥ 2 pistettä = korkea riski																		
5. Jatkotoimenpiteet																		
<p>Vähäinen riski:</p> <p>Hoida tavanomaisesti.</p> <p>Toista seulonta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • sairaalassa kerran viikossa • hoitolaitoksessa kerran kuussa • kotihoidossa kerran vuodessa. 	<p>Kohtalainen riski:</p> <p>Seuraa ja tilannetta.</p> <p>Seuraa potilaan ravinnon ja nesteen saantia kolmen päivän ajan. Jos saanti on riittämätöntä, noudata hoitoyksikön käytäntöä.</p> <p>Toista seulonta</p> <ul style="list-style-type: none"> • sairaalassa kerran viikossa • hoitolaitoksessa vähintään kerran kuussa • kotihoidossa vähintään 2-3 kuukauden välein. 	<p>Suuri riski:</p> <p>Hoida!¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsultoi ravitsemusterapeuttia tai -tiimiä tai hoida paikallisen hoitokäytännön mukaan. - Tehosta ravinnonsaantia energia- ja proteiinipitoisen ruoan ja kliinisten ravintovalmisteiden avulla. - Seuraa ja päivitä potilaan ravitsemushoitosuunnitelmaa <ul style="list-style-type: none"> • sairaalassa kerran viikossa • hoitolaitoksessa kerran kuussa • kotihoidossa kerran kuussa. <p>¹ Ota ravitsemushoidon tehostamisessa huomioon potilaan ennuste.</p>																
<p>Kaikkissa vajaaravitsemuksen riskiluokissa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoida taustalla olevaa sairautta. Ohjaa ja auta tarvittaessa ruokien valinnassa ja ruokailussa. - Kirjaa vajaaravitsemuksen riskin suuruus ja tarvittava ruokavalio. - Kirjaa lihavuuden aste. Arvioi laihtumisen tarvetta ja ajankohtaa. 																		

Liite 3. NRS 2002-kaavake.

NRS 2002 -menetelmä
vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa¹

Liite 1

Päiväys

POTILAAN PERUSTIEDOT

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

1 ARVIO RAVITSEMUSTILASTA

BMI	Laihtuminen edeltävän 3 kuukauden aikana	Ruuan 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.

Merkitse tähän suurin pistemäärä kohdista BMI, laihtuminen ja ruuan määrä

2 SAIRAUDEN VAIKEUSASTE RAVITSEMUSTILANTEEN KANNALTA

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

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

<input type="checkbox"/> 0 pistettä: Vajaaravitsemukseen riskiä	<ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/> 1–2 pistettä: Vähäinen vajaaravitsemukseen riski	<ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Motivoi potilasta hyvään ravitsemukseen. • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/> 3–4 pistettä: Kohtalainen vajaaravitsemukseen riski	<ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkärin, hoitajan, tarvittaessa ravitsemusterapeutin). • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/> 5–7 pistettä: Vakava vajaaravitsemukseen riski	<ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkärin, hoitajan, aina ravitsemusterapeutin). • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

Liite 4. Opas.

Ikääntyneiden ravitsemussuosituks



MIKSI

hyvä ravitsemus on tärkeää ikäntyneille:

- Ylläpitää toimintakykyä ja terveyttä
- Parantaa vastustuskykyä
- Nopeuttaa sairauksista paranemista
- Ehkäisee lihaskatoa
- Parantaa elämänlaatua

Tässä julkaisussa kerron miksi eri energiaravintoaineet ovat tärkeitä, mitkä ovat hyviä ravinnon lähteitä, sekä miten paljon olisi suositeltavaa syödä.

Suositukset perustuvat Terveystieteiden tutkimuslaitoksen (THL) ja Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (VRN) antamiin suosituksiin.

Proteiinit, hiilihydraatit ja rasvat ovat energiaravintoaineita, eli niistä elimistö saa energiaa toimiakseen.

Elimistö tarvitsee toimiakseen myös vitamiineja, hivenaineita ja vettä.

PROTEIINIT

MIKSI TARVITAAN: Ikääntyneet tarvitsevat proteiineja enemmän muuhun väestöön verrattuna, sillä niiden hyödyntäminen elimistössä heikkenee iän myötä.

Proteiinit toimivat lihasten ja luuston rakennusaineena, niitä tarvitaan myös kudosten uudistumiseen ja kasvuun.

Proteiinit edistävät haavojen parantumista.

MITEN PALJON: Proteiineja saantisuositus on 1,2–1,4 g painokilo kohden vuorokaudessa.

Hyviä proteiinin lähteitä	proteiinia g/100g
Broilerin koipi uunissa	<u>27g</u>
Lohi filee uunissa	<u>22g</u>
Sika-nauta jauheliha	<u>18g</u>
Pähkinäsekoitus	<u>17g</u>
Raejuusto	<u>15,8g</u>
Kananmuna keitetty	<u>13g</u>
Lisahyytelö	<u>12g</u>
Maitorahka	<u>10g-12g</u>
Kaurapuuro keitetty maitoon	<u>5g</u>
Soijajuoma	<u>3g-4g</u>
Täysmaito	<u>3g</u>

HIILIHYDRAATIT

Tärkkelys, sokerit ja kuidut ovat hiilihydraatteja.

MIKSI TARVITAAN: Kuitu on tärkeää ummetuksen ehkäisyssä ja suoliston bakteerikannan kannalta. Kuidun on myös todettu tasaavan verensokeria ja laskevan veren kolesterolipitoisuutta.

MITEN PALJON: Kuitujen vähimmäissuositus on naisilla 25g ja miehillä 35g vuorokaudessa.

Kasviksia, marjoja ja hedelmiä tulisi syödä vähintään 500g päivässä.

Suosi hiilihydraattien lähteeksi kasviksia, marjoja, hedelmiä, pähkinöitä ja täysjyväviljaa.

Hyviä kuidun lähteitä	kuitu g/100g
Ruispalat	<u>10g</u>
Kauraleipä <u>100%</u> kauraa	<u>8g</u>
Pähkinäsekoitus	<u>9g</u>
Luumu, kuivattu	<u>9g</u>
Muromysli	<u>6g-9g</u>
Siemensekoitus	<u>6g</u>
Punaherukka	<u>5g</u>
Parsa keitetty	<u>3,5g</u>
Lanttu-porkkanaraaste	<u>3g</u>
Mustikka	<u>3g</u>

RASVA

Rasvassa on paljon energiaa ja elimistö käyttää rasvaa energian lähteenä.

MIKSI TARVITAAN: Elimistö tarvitsee pehmeää rasvaa, sillä siitä saa rasvaliukoisia vitamiineja, sekä elimistölle välttämättömiä rasvahappoja, mitä elimistö ei pysty itse valmistamaan.

Pehmeä rasva vaikuttaa suotuisasti kohonneen verenpaineen, sepelvaltimotaudin ja tyypin 2 diabeteksen hoidossa.

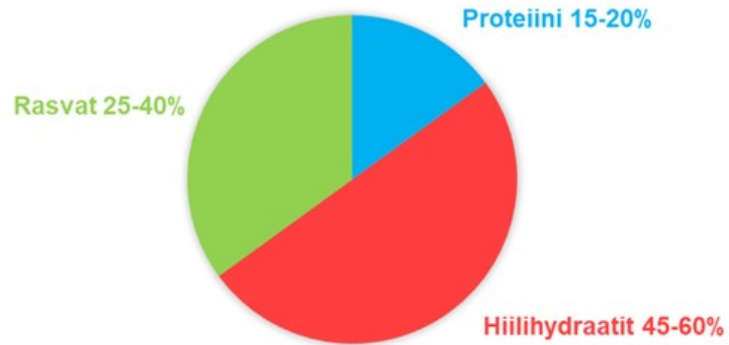
Pehmeällä rasvalla on hyviä vaikutuksia ikääntyneiden lihasmassan säilymiseen, luuston kuntoon ja kognition säilymiseen.

MITEN PALJON: Normaalipainoisen naisen rasvan tarve on noin 60g ja miehen 85g vuorokaudessa.

Kovaa rasvaa tulisi saada enintään 1/3 ja pehmeää rasvaa vähintään 2/3 vuorokauden rasvantarpeesta.

Hyviä pehmeän rasvan lähteitä	Kovaa rasvaa – syö vain maltillisesti
Leivälle margariinia (<u>väh.</u> <u>60%</u> rasvaa)	Voi
Rasvattomat ja vähärasvaiset maitotuotteet	rasvaiset maitotuotteet, jäätelö, juusto
kasviöljyt, pullomargariini	kookosöljy
broileri, kalkkuna, kasvi-proteiinivalmiste, kala (<u>2-3</u> kertaa viikossa)	Rasvainen punainen liha ja makkara
Pähkinät, mantelit, siemenet	leivonnaiset

VUOROKAUDEN ENERGIARAVINTOAINEIDEN SAANTISUOSITUS



©VRN

TÄRPIIT

- Syö säännöllisin väliajoin, 5-6 kertaa päivässä.
- Juo riittävästi: 1 – 1,5 litraa nestettä vuorokauden aikana. Hyviä juomia ovat vesi, kivennäisvesi, maito, piimää, mehukeitto, täysmehu ja erilaiset smoothiet.
- Liiku säännöllisesti kunnon mukaan.
- Pidä huolta suun, hampaiden ja proteesien kunnosta.
- Yli 75-vuotiaille suositellaan D-vitamiinilisää 10–20 µg/vrk ympäri vuoden.

Lähteet

Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Vireyttä seniorivuosiin: ikääntyneiden ruokasuositus

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille.

Tehnyt Tara Latvala

Seinäjoen Ammattikorkeakoulu

Geronomi (AMK)

Liite 5. Kyselylomake.

KYSELYLOMAKE

Arvoisa vastaaja

Olen Seinäjoen ammattikorkeakoulun geronomiopiskelija. Opinnäytetyönäni teen tutkimuksen kotihoidon työntekijöiden tuntemuksista ikääntyneen, yli 65-vuotiaan, kotihoidon asiakkaan ravitsemushoitoon liittyen. Kysely on luottamuksellinen eikä henkilöllisyytenne tule esille missään tutkimuksen vaiheessa.

Toivoisin teidän vastaavan kyselyyn 21.12.2018 mennessä.

Ystävällisin terveisin Tara Latvala

Ympyröi sopivin vaihtoehto

1. Ikä

1. Alle 25 vuotta
2. 26 – 35 vuotta
3. 36 – 45 vuotta
4. 46 – 55 vuotta
5. Yli 55 vuotta

2. Koulutus

1. Ei sosiaali- ja terveysalan koulutusta
2. Lähihoitaja, perushoitaja, kodinhoitaja
3. Sairaanhoidtaja, sosionomi, fysioterapeutti, geronomi

3. Työkokemus ikääntyneiden parissa?

1. 0 - 5 vuotta
2. 6 - 10 vuotta
3. 11 - 15 vuotta
4. 16 - 20 vuotta
5. Yli 20 vuotta

4. Miten olette saaneet koulutusta ikääntyneen ravitsemushoidosta ja ravitsemussuosituksista kouluttauduttaessa sosiaali- ja terveysalalle?

1. Kiitettävästi
2. Hyvin
3. Tyydyttävästi
4. Huonosti
5. En lainkaan

5. Miten olette saaneet koulutusta ikääntyneen ravitsemushoidosta ja ravitsemussuosituksista toimiessasi kotihoidon työntekijänä?

1. Kiitettävästi
2. Hyvin
3. Tyydyttävästi
4. Huonosti
5. En lainkaan

6. Minkälaiset tietotaidot sinulla on mielestäsi ikääntyneen ravitsemushoidosta?

1. Erittäin hyvät
2. Melko hyvät
3. Ei hyvät, eikä huonot
4. Melko huonot
5. Erittäin huonot

7. Minkälaiset tietotaidot sinulla on mielestäsi ikääntyneen ravitsemussuosituksista?

1. Erittäin hyvät
2. Melko hyvät
3. Ei hyvät, eikä huonot
4. Melko huonot
5. Erittäin huonot

8. Haluaisitko lisäkoulutusta ikääntyneen ravitsemushoidosta ja ravitsemussuosituksista?

1. Kyllä
2. En

9. Oletko työssäsi ohjannut ikääntyneen ravitsemusta?

1. Kyllä
2. En

10. Koetko voivasi vaikuttaa ikääntyneen ravitsemushoitoon?

1. Kyllä
2. En


11. Seuraatko ikääntyneen ravitsemusta mielestäsi tarpeeksi?

1. Kyllä
2. En

Voisitko kertoa tarkemmin, miten olet, tai et ole voinut vaikuttaa ikääntyneen ravitsemushoitoon:

Kiitos vastauksestasi!

Liite 6. Tutkimuslupa.

Lapuan kaupunki	Viranhaltijapäätös
Vanhustyönjohtaja	2.11.2018 27 §
Asia	Tutkimuslupahakemus / Tara Latvala
Perustelut	<p>Tara Latvala opiskelee Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikössä vanhustyön koulutusohjelmassa (geronomiopiskelija) ja opiskelu on edennyt opinnäytetyövaiheeseen. Ohjaavana opettajana toimii Kari Jokiranta.</p> <p>Opinnäytetyön aiheena on tutkia Lapuan kaupungin kotihoidon työntekijöiden valmiuksia toteuttaa kotona asuvien ikäihmisten ravitsemushoitoa.</p> <p>Hän hakee tutkimuslupaa kotihoidon työntekijöille toteuttavalle kyselylle. Henkilöiden eettisyys taataan sillä, että kyselykaavakkeet palautetaan nimettöminä ja ne hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Tutkimustuloksia ei tulla käyttämään muuhun tarkoitukseen.</p> <p>Tavoitteena on, että tutkimus antaa konkreettista tietoa kotihoidon työntekijöiden asiantuntemuksesta ja mahdollisesta koulutuksen tarpeesta. Tutkimuksen lisäksi on tarkoitus luoda opas ikäihmisten ravitsemuksen pääkohdista. Kysely on tarkoitus suorittaa marras-joulukuussa 2018 ja opinnäytetyön on tarkoitus valmistua syyskuussa 2019.</p>
Päätös	Myönnetään tutkimuslupa Tara Latvalle edellä mainittuun opinnäytetyöhön liittyen.
	 Sirkka Eväsoja Vanhustyönjohtaja
Jakelu	Tara Latvala Kotihoidon päällikkö

OIKAISUVAATIMUSOHJEET

Oikaisuvaatimusoi- keus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.
Oikaisuvaatimusviran- omainen	Viranomaisen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, viranomaisen nimi ja osoite: Lapuan perusturvalautakunta, Valtuustontie 8, 62100 LAPUA
Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneet päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi (asettamispäivä on päätöksen yläosassa). Asianosaisen katsotaan saaneet päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana ai-

Liite 7. Aineiston sisällönanalyysi

Pääluokka	Ravitsemushoitoon vaikuttaminen hoitajan näkökulmasta							
	Yläluokka	Ravitsemustilan seuranta	Ravinnonsaannin turvaaminen				Ravitsemukseen liittyvä ohjaus	
		Alaluokka	Seuranta	Ruuan tarjoilu	Huolehtimalla että on ruokaa saatavilla	Läsnäolo	Syömään kannustaminen	Fyysiset ongelmat
Pelkistetyt ilmaukset	Se miten syö paikalla ollessa seurattavissa. Seuraamalla. Kysynyt miten on syönyt. - Yksin syödessä ei voi seurata, ei välttämättä syö ollenkaan.	Tarjolle välipalaa ja juomaa. Lisäravinne käyttöön. Terveellisen ja asiakasta miellyttävän ruuan tarjoaminen. Ruuan lämmittäminen.	Tilannut kauppapalvelun. Huolehtinut, että saatavilla on riittävästi ruokaa.	Olemalla läsnä, kun hän syö. Olla paikalla, kunnes on syönyt.	Innostaa mieltymään ruokaan mitä tarjotaan. Syömään kannustaminen. Saanut suostuteltua syömään. -Ei suostu syömään tarjoamisesta huolimatta.	Nielemisen ongelmat tuovat haastetta. Hampaiden/ proteesien kunto aiheuttaa ongelmia. Muistiongelmat.	Marevan hoidon kohdalla ruokavalion merkityksestä puhuminen. Kertomalla ruuan merkityksestä haavojen hoidossa. Keskustelemalla ruuan tärkeydestä. Kertoa ruuan merkityksestä vatsantoiminnan kannalta.	Ohjaamalla valitsemaan terveellisiä ruokia kaupasta. Ohjata säännölliseen ruokarytmiin - Asiakkailla omat tottumukset, joita ei helpolla muuteta. - Asiakas hakee ruuat itse. - Useille tulee ateriapalvelusta ruoka. - Omainen hakee ruuat.