



Kotihoitohenkilöstön ammatilliset valmiudet asiakkaiden ravitsemuksen ja ruokailun tukemisessa

Kaija Koivula

Opinnäytetyö
Toukokuu 2014
Terveystieteiden koulutusohjelma
Ylempi AMK-tutkinto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Ylempi AMK-tutkinto

KOIVULA KAIJA

Kotihoitohenkilöstön ammatilliset valmiudet asiakkaiden ravitsemuksen ja ruokailun tukemisessa

Opinnäytetyö 65 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Toukokuu 2014

Väestön ikääntyminen asettaa haasteita kotihoidon osaamiselle. Hoitajilta odotetaan laaja-alaista osaamista ja heidän ammattitaitonsa kehittämiseen kohdistuu jatkuvasti haasteita. Ravitsemusosaamisella on tärkeä merkitys hoitajien työnkuvassa. Ikääntyneen hyvä ravitsemustila on merkittävä toimintakyyn ja hyvinvoinnin perusedellytys. Mutta vain syöty ateria ravitsee ja ylläpitää ikääntyneen hyvinvointia.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää hoitajien ammatillisia valmiuksia (tiedot, taidot) asiakkaan ravitsemuksen ja ruokailun tukemisessa kotihoidossa. Hoitajien ammatillisia valmiuksia kartoitettiin kyselyllä. Kyselyyn vastasi yhteensä 40 lähi- ja sairaanhoitajaa neljästä eri kotihoitotimistä Sastamalan sosiaali- ja terveystalouksissa. Opinnäytetyön teoria-osuudessa käsiteltiin ikääntyneen ravitsemusta ja kotihoidon roolia asiakkaan ruokailun tukemisessa. Yleisesti käsiteltiin myös ravitsemukseen liittyviä menetelmiä.

Kyselyn tulokset osoittivat, että erityisen hyvin hallittiin asiakkaan perushoitoon ja –hoivaan liittyvät valmiudet. Ravitsemuksen ja ruokailun tukemisen osalta valmiudet koettiin puutteellisiksi lääkkeiden vaikutuksien, erityisryhmien ja oikeantyyppisen ravitsemuksen osalta. Koulutustarvetta ja –halukkuutta koettiin eniten lääkkeiden vaikutusten, ravitsemushoidon ja erityisryhmien tukemisen osalta.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että ravitsemuksellinen osaaminen on riittämätöntä. Ravitsemushoidon osaaminen osana kokonaisvaltaista hoitotyötä edellyttää ravitsemukseen liittyvää täydennyskoulutusta kotihoidossa. Yhteistyötä omaisten ja keittiöhenkilöstön kanssa pitää tiivistää. Myös hoitajien vaikutusmahdollisuuksia pitää myös jatkossa pohtia. Jatkotutkimuksia tulee tehdä asiakkaiden ravitsemuksen nykytilasta.

Asiasanat: ammatilliset valmiudet, kotihoito, ikääntyneet, ravitsemus

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree programme in Health Promotion

KOIVULA KAIJA

Nurses' professional skills in nutritional and food support of home clients

Master's thesis 65 pages, appendices 3 pages

May 2014

The ageing of population sets many challenges for the municipal home care services. A broad scope of skills is needed in professional home care work. Nutritional care is an important part of everyday work of practical nurses. Healthy nutrition is a crucial part in maintaining physical ability and it is also a requirement for well-being. But only an eaten meal nourishes and creates well-being.

The aim of this study was to describe the professional skills and knowledge of practical nurses in home care work. The level of the knowledge was studied with a structural questionnaire in which there was one open-ended question. Four teams in Sastamala social and health services were selected to participate in the study. The theory part of the thesis handles nutrition and the nutrition problems of elderly people and the role of home care in assessment of client's food usage. The theory generally deals with the methods which have been developed for nutrition and food usage.

According to survey the professional nursing skills required at work are sufficient. The results suggest that the nutritional knowledge of nurses is deficient, especially on general nutritional care. Training is needed especially regarding compatibility of medicines, special clients and good nutrition. Most training was needed and wanted in compatibility of medicines, different areas dealing with nutrition and handling different clients.

As a conclusion, it can be said that there is room for improvement in nutritional skills and knowledge of home care nurses. In order to integrate nutritional care into work, nurses need not only their basic education but also specialized training on nutritional care and also chances to update their knowledge on it. Multioccupational cooperation between nurses, relatives of the elderly people and kitchen staff need to be improved. The results of this study can be used in planning the training of home care nurses. It is also important to evaluate the current nutritional status among elderly people.

Key words: Professional abilities, home care, elderly people, nutrition

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TARKOITUS.....	8
3	LÄHTÖKOHTIA IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUKSEN JA RUOKAILUN TUKEMISEEN.....	9
4	VALTAKUNNALLISET RAVITSEMUSSUOSITUKSET	14
	4.1 Ikääntyneitä koskevia suosituksia ja linjauksia	14
	4.2 Ravitsemussuosituksset ikääntyneille	18
5	KOTONA ASUVIEN IÄKKÄIDEN RAVITSEMUS JA RUOKAILU	22
	5.1 Ikääntyminen ja ravitseminen	22
	5.2 Ikääntyneen ihmisen ravinnontarve	24
	5.2.1 Energiaravintoaineiden tarve	25
	5.2.2 Ravintokuidun tarve.....	27
	5.2.3 Nesteen tarve.....	27
	5.2.4 Vitamiinien ja hivenaineiden tarve	29
	5.2.5 Ruuan rakennemuutos, ruokavalion rikastaminen ja täydentäminen	30
	5.2.6. Erityisruokavaliot.....	31
6	LÄÄKEHOIDON VAIKUTUKSET RAVITSEMUKSEEN	33
7	RAVITSEMUS OSANA IKÄÄNTYNEEN KOTIHOITOTYÖTÄ	35
	7.1 Kotihoidon työntekijöiden ammattitaitovaatimukset ja täydennyskoulutus.....	35
	7.2 Ravitsemuksen seuranta, arviointi ja ravitsemushoito.....	36
	7.3 Hoitajien keinot ja tukitoimenpiteet ylläpitää ja seuranta asiakkaiden hyvää ravitsemustilaa.....	37
8	TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT.....	41
9	HOITAJIEN AMMATILLISET VALMIUDET ASIAKKAIDEN RAVITSEMUKSEN JA RUOKAILUN TUKEMISESSA	42
	9.1 Hoitajien työkokemus	42
	9.2 Hoitajien arviot omista valmiuksistaan hoito- ja hoivatyön eri alueilla	42
	9.3 Hoitajien arviot omista valmiuksistaan ravitsemukseen liittyvissä alueissa.....	44
	9.4 Hoitajien arviot omista valmiuksistaan ikääntyneiden ruokailuun liittyvissä tehtävissä	46
	9.5 Hoitajien arviot valmiuksistaan ja työtavoistaan ikääntyneen ravitsemuksen arvioinnissa, ravitsemushoidossa ja sen toteuttamisessa	47
	9.6 Hoitajien arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa asiakkaan ravitsemukseen ja ruokailuun	49
	9.7 Hoitajien tarve saada ravitsemusaiheista koulutusta ja ohjausta	50
	9.8 Hoitajien halukkuus suorittaa hoidollisia tehtäviä saaden siihen tarvittavantyöpaikkakoulutuksen	51
10	TYÖPAJOJEN TULOKSET.....	53

11 POHDINTA.....	55
11.1 Tutkimustulosten pohdintaa ja johtopäätöksiä	55
11.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	57
11.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	58
LÄHTEET.....	59
LIITTEET	61
Liite 1. Kyselylomake	61

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden osuus kuntien asukkaista lisääntyy voimakkaasti tulevina vuosina. Hyvä ravitsemus on ikääntyvän ihmisen terveen elämän perusta. Kaikkein vanhimpien ja toimintakyvyltään heikentyneiden iäkkäiden ihmisten ravitsemukseen liittyy ongelmia, joiden ratkaisu edellyttää ikäryhmän elämän ja erityistarpeiden tuntemista. Hyvällä ravitsemuksella voidaan ehkäistä tai siirtää sairauksien puhkeamista ja hidastaa sairauksien pahenemista. Hyvin järjestetyt ateriapalvelut tukevat kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään. Ruualla ja ruokailulla on myös tärkeä psykososiaalinen merkitys.

Tiedotusvälineistä, tutkimuksista ja työelämästä saadaan viestiä, että ravitsemushoidon osaaminen ei ole kunnossa. Suuri vaikutus ikääntyneiden ravitsemuksen ja ruokailun tukemiseen on hoitohenkilöstön osaamisella. Iäkkäiden ravitsemukseen ei osata kiinnittää tarpeeksi huomiota aina edes hoitohenkilöstön osalta, vaikka ravitsemuksella on tärkeä merkitys toimintakyvyn ylläpidossa. Kotihoidon henkilöstön ammatilliset valmiudet asiakkaiden ruokailun ja ravitsemuksen suhteen sekä heidän keinonsa tukea pääosin tukipalveluaterioita nauttivien asiakkaiden ruokailua ja ravitsemusta, nousevat tässä opinnäytetyössä tästä syystä keskeisiksi tarkastelun kohteiksi.

Ammatillisia valmiuksia selvitetessä on tärkeää tiedostaa tarkastelun teoreettinen lähtökohta ja työelämävastaavuus, jotta täydennyskoulutuksessa osataan kiinnittää huomio oikeisiin asioihin. Selvittämällä kotihoidon hoitajien ammatillisia tietoja ja taitoja pyritään löytämään ne osa-alueet, joissa työntekijät tarvitsevat ravitsemusosaamisen täydennyskoulutusta. Koulutuksen avulla henkilöstö pystyy vastaamaan työn asettamiin vaatimuksiin. Tutkimuksen tavoitteet ja tarpeet ovat kotihoidolle erittäin tärkeitä osa-alueita. Hoitajien tärkeä tehtävä on ylläpitää ja tukea iäkkäiden hyvää ravitsemustasoa kotihoidossa. Ravitsemukseen ja ruokailuun liittyvän tiedon päivittäminen ja ylläpitäminen koulutuksen keinoin on keskeistä, sillä näihin asioihin panostamalla pystytään tukemaan iäkkäiden toimintakykyä. Samalla tuetaan valtakunnallista ikääntyneiden kotona asumisen haastetta mahdollisemman pitkään ravitsemuksellisin keinoin.

Hyvä ravitsemustila nopeuttaa sairauksista toipumista ja pienentää terveydenhuollon kustannuksia. Joidenkin sairauksien kohdalla se on myös ainoa hoitokeino. Huono ravitsemustila rajoittaa toimintakykyä, lisää sairauksien ja jopa kuoleman riskiä. Myös

kotona asumisen mahdollisuudet ovat paremmat, mikäli ravitsemustila on hyvä. Ikään-
tyneen ihmisen virheravitsemustiloja on vaikeaa ja kallista korjata.. Tämä opinnäytetyö
on iäkkään kotihoitoasiakkaan ravitsemushoidon kehittämisprojekti. Keskeisenä tavoit-
teena on tuoda esille hyvän ravitsemustilan merkityksen tärkeyttä osana kotihoitoasiak-
kaiden kuntouttavaa hoitoa. Opinnäytetyössä selvitetään iäkkäiden asiakkaiden ravitse-
mustilan ongelmakohtia aikaisempien tutkimusten avulla. Tämän opinnäytetyön pohjal-
ta saadaan nostettua esiin kehittämis ehdotuksia ravitsemustilan tehostamiseksi ja toimi-
via käytännön työmenetelmiä kotihoitotyön tueksi. Opinnäytetyön tuloksia on tarkoitus
hyödyntää kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoidon kehittämisessä.

Opinnäytetyö on Tampereen ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen koulutusoh-
jelman ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluva opinnäytetyö ja se toteutetaan
yhteistyössä Sastamalan sosiaali- ja terveystieteiden kanssa.

2 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän työelämälähtöisen opinnäytetyön tavoite on selvittää kotihoitohenkilöstön ammatillisia valmiuksia ravitsemushoidon osalta sekä osaamisen haasteita. Tutkimustehtävässä selvitetään kotihoitohenkilöstön ravitsemusosaamisen nykytilaa, ravitsemusosaamisen ongelmakohtia ja sitä, miten osaamista tulee kehittää osana kotihoitotyötä. Tutkimuksen kohderyhmään kuuluu 45 kotihoitohenkilöstössä työskentelevää lähi- ja sairaanhoitajaa neljästä eri lähihoitoalueen kotihoitotiimistä.

Tutkimuksessa selvitetään kotihoidossa olevien asiakkaiden ravitsemuksen ongelmakohtia aikaisempien tutkimuksen avulla ja pyritään löytämään toimintatapoja ravitsemustilan kohentamiseksi. Keskeisenä tavoitteena on lisätä ymmärrystä ravitsemuksen merkityksen tärkeydestä osana asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa ja auttaa vastaamaan nykyistä paremmin asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin.

Kehittämiprojektin tehtävät ovat:

1. Kartoittaa kotihoitohenkilöstön ammatillisia valmiuksia ravitsemusosaamisessa
2. Selvittää millaisia menetelmiä kotihoitohenkilöstö käyttää ravitsemuksen arvioinnissa
3. Nostaa esiin kehittämistarpeita kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen ja ruokailun tukemisessa

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa Sastamalan sosiaali- ja terveystieteisiin kotihoidossa työskentelevien hoitajien ammatillisista valmiuksista liittyen iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden ravitsemukseen ja valmiuteen antaa heille ravitsemusohjausta. Saatujen tulosten perusteella henkilökunnan ja johdon on mahdollista kehittää yhdessä hoitotyötä ravitsemuksen osalta. Opinnäytetyön teoriaosuus toimii tietopakettina kotihoitohenkilöstölle.

3 LÄHTÖKOHTIA IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUKSEN JA RUOKAILUN TUKEMISEEN

Keskimääräinen elinikä on pidentynyt viimeisen sadan vuoden aikana lähes 30 vuotta. Myös hyvin iäkkäiden määrä ja osuus väestöstä on kasvanut ja kasvaa edelleen. Terveellisten valintojen mahdollistaminen on kustannustehokkain tapa pyrkiä vaikuttamaan väestön terveyteen ja sairastumisen riskitekijöihin. Ravitseminen on keskeinen tekijä monien kansansairauksien ilmaantuvuudessa. Ravitsemuskäyttäytymisellä vaikutetaan terveyteen ja sairastavuuteen sekä niiden myötä kansantalouteen. Palvelujärjestelmän kyky vastata ihmisten ravitsemusta koskeviin terveystarpeisiin ja yhteiskuntapolitiiset päätökset tukevat tai heikentävät väestön terveyttä. (Siljanmäki-Ojansuu ym. 2011, 5.)

Terveyden ja toimintakyvyn säilymisen kaikkein tärkein edellytys on, että ravitsemustila on kunnossa. Hyvä ravitsemustila on erityisesti toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja hyvän olon perusedellytys. Hyvinvointia ja toimintakykyä pidetään yllä arkipäivän toimien, hyvän ja terveellisen ravinnon ja säännöllisen ulkoilun avulla. Hyvällä ravitsemuksella tuetaan jaksamista, ehkäistään tai siirretään monien sairauksien syntymistä, tuetaan kuntoutumista ja sairauksista toipumista. Ruuanlaittoon ja omatoimisuuteen ruokailussa kannustaminen siltä osin kuin se on mahdollista, tukee asiakkaan toimintakyvyn säilymistä, vireyttä, ylläpitää hyvää ruokahalua ja tuo mielekkyyttä ihmisen arkeen. Maittava ruoka ja miellyttävät ruokailutilanteet ovat ihmiselle ilo ja nautinto. Myös kotona asuminen mahdollisuudet ovat paremmat, mikäli ravitsemustila on kunnossa (ETENE-raportti 2008:20, 7).

Ikääntyneiden ihmisten ja terveyden, toimintakyvyn ja elämänlaadun tukemisessa hyvällä ravitsemuksella on keskeinen tehtävä. Ikääntyminen sinänsä ei heikennä ravitsemustilaa, mutta sairastamisen aikana syöminen ja ravinnonsaanti voivat jäädä liian vähäisiksi. Ikääntynyt saattaa laihtua ja menettää ravintoainevarastojaan, joita tarvittaisiin toipumiseen. Kotona asuvien tukeminen on suuri haaste tulevaisuudessa. Miten tuetaan kaupassa käyntiä, kehitetään ateriapalvelua ja varmistetaan ruokailun onnistumista kotona. Se on iso, hyvin haastava ja toistaiseksi hyvin tuntematonkin alue ravitsemushoidossa. Suomen 75 vuotta täyttäneistä 23 % on vanhuspalvelujen piirissä. Heidän ravitsemustilansa on suuresti ammattilaisten vastuulla, mutta ravitsemustietoa ja -apua tarvitsevat myös monet, jotka elävät kotona ilman vanhuspalveluja. Kuka heitä auttaa?

Vanhuspalvelujemme ja niiden suunnittelun perusvelvollisuus on pitää huolta siitä, että ainakin ravitseminen on kunnossa, jos mihinkään muuhun ei ole varaa. Kenenkään ihmisen toimintakyvyn heikkeneminen tai muuttaminen hoitokotiin ei saa olla siitä kiinni, ettei hän saa riittävästi energiaa (Suominen ym. 2010, 5).

Hyvän ravitsemuksen turvaaminen edellyttää, että asiakkaalla itsellään, hänen läheisillään, ja häntä hoitavilla ammattihenkilöillä on riittävät tiedot ikääntymisen vaikutuksista ravinnontarpeeseen. Ravitsemusongelman tunnistamisessa ovat avainasemassa ne työntekijät, jotka ovat lähinnä asiakkaan jokapäiväistä arkea. Henkilöstö tarvitsee taidot päivittäisen ravitsevan ruuan koostamiseen ja menetelmät, joilla seurata asiakkaiden ravitsemustilaa. Työntekijät voivat arvioida asiakkaiden ravitsemustilaa esimerkiksi havainnoimalla, täyttämällä ruokapäiväkirjaa, kyselylomakkeilla. Ateriointi saatetaan jättää osittain ikääntyneen omalle vastuulle. Vähäisellä hoitohenkilökunnalla on kiire, joten monissa hoitoyksiköissä tingitään säännöllisistä ja riittävän tiheistä ruokailuajoista. (Suominen ym. 2010, 26.)

Hoitoyksiköissä ateriaseuranta eli tarkkailu, onko ikääntynyt todella syönyt ruokansa jää valitettavan usein satunnaiseksi. Monet ikäihmiset ovat ylipainoisia, mutta silti heillä voi olla ravintoainetason puutoksia. Hoidossa oleville potilaille on saatettu laatia hyvinkin tarkat ravitsemushoidot, mutta käytännössä ne eivät aina toteudu. Lisäksi tarvitaan tietoa ravitsemispalveluiden mahdollisuuksista. Hoitohenkilöstö tarvitsee koulutusta ravitsemusongelmien tunnistamiseen ja hoitoon. Ravitsemushoidon seuranta ja arviointi ovat osa hoito- ja palvelusuunnitelman toteuttamista. Asiakkaan ruokatalouden hoitoa, syömistä ja ravitsemustilaa tulee seurata yksilöllisesti tehdyn hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan.

Ruoka koostuu ruoka-aineista, kuten leivästä, maidosta, lihasta ja vihanneksista. Niistä koostetaan ateriat. Aterioista muodostuu ruokavalio. Ruokavalioita on erilaisia, kuten sekaruokavalio, kasvisruokavalio ja sairauksien hoitoon käytettävät erityisruokavaliot. Ruoka-aineita kutsutaan myös elintarvikkeiksi ja raaka-aineiksi. Ruoka-aine nimitystä käytetään yleensä puhuttaessa ravitsemuksellisesta sisällöstä ja merkityksestä. Elintarvikkeista puhutaan, kun käsitellään kaupan tuotteita tai kuluttajan ostoskäyttäytymistä. Raaka-ainetermiä käytetään resepteissä ja ruuanvalmistuksessa. (Sinisalo 2009, 13.)

Ihmisen ravitseminen tarkoittaa ruoka-aineista ja juotavista koostuvaa kokonaisuutta. Hyvä ravitseminen sisältää juuri oikeassa suhteessa kaikkia ruoka-aineita ja juotavia. Hyvässä ravitsemuksessa ihminen saa kaikkia tarvitsemiaan ravintoaineita oikeat määrät. Ikääntyneiden ravitsemuksen tärkeimpänä tavoitteena on hyvä ravitsemustila. Se on kunnossa, kun ruuasta saatava energia ja ravintoaineiden määrä vastaa elimistön tarvetta. Hyvä ravitseminen mahdollistaa toimintakyvyn ylläpidon ja jopa edistämisen ehkäisemällä ja siirtämällä sairauksien puhkeamista ja hidastamalla sairauksien pahenemista. Toimintakyvyn säilyminen lisää ikääntyneen elämänlaatua tutkimusten mukaan. (Sinisalo 2009, 13.)

Ravitseminen on aiheena laaja, joten rajaan sen käsittelyn pääasiassa ravitsemuksen arviointiin ja menetelmiin. Ravitsemusta käsitellään Valtion ravitsemusneuvottelukunnan tekemien Iäkkäiden ravitsemussuosituksen (2010) pohjalta ja asiakkaan tilanteeseen soveltuvan ravitsemuksen pohjalta. Hyvä ravitseminen ei koostu pelkästään vain ruuasta. Ravitsemukseen oleellisesti vaikuttavia osatekijöitä ovat ikääntymisen lisäksi sosiaaliset ja psyykkiset tekijät, haju- ja makuaisti, ruokailutottumukset, hampaiden ja suun terveys, sairaudet ja lääkkeet sekä erityisruokavaliot. Sosiaaliset ja psyykkiset muutokset ovat yhteydessä ravitsemukseen.

Ravitsemushoidon tavoitteena on asiakkaan hyvinvointi ja ravitsemustilan paraneminen. Oikeanlaista ruokavaliota tulisi olla tarjolla kaikissa elämäntilanteissa asiakkaan omaa tahtoa kunnioittaen. Sairauden aikana ravitsemuksen merkitys korostuu. Ravitsemushoidon tavoitteena ovat terveyden edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä sairauksien hoito ja niistä toipuminen muuta hoitoa tukien. Ravitsemushoito koostuu asiakkaan ravitsemustilan arvioinnista, johon kuuluvat ravinnon ja ruuantarpeen arviointi, ravitsemushoidon tavoitteiden asettaminen, ravitsemushoidon toteutus, seuranta ja arviointi. Ravitsemushoitosuosituksissa ravitsemushoito tarkoittaa niin terveyttä edistävää ravitsemusta kuin sairaiden ravitsemushoitoakin. (Hyytinen, Mustajoki, Partanen & Sinisalo-Ojala 2009, 5.)

Ravitsemushoidon hyödyt ovat moninaiset. Ravitsemushoito on eräiden sairauksien, kuten keliakian ainoa hoitomuoto. Toisaalta ravitsemushoidon asianmukaisella toteutuksella voidaan ehkäistä monien sairauksien puhkeamista tai sairauteen liittyvien liittämissairauksien puhkeamista. Sen avulla voidaan myös tehostaa muun hoidon vaiku-

tusta. Lääkkeiden käyttöä on mahdollista vähentää tai niiden lääkeaineiden tehoa voidaan parantaa oikean ravitsemuksen myötä. (Hyytinen ym. 2009, 5.)

Viime vuosina tehtyjen tutkimusten mukaan ikääntyneet kärsivät ravitsemusongelmista ja vajaaravitsemuksesta. Nämä aiheuttavat yhteiskunnalle ja yksilölle sairaanhoitokustannuksia ja yksilölle toimintakyvyn menetystä. Vaikka aliravitsemus todetaan tai havaitaan asiakkaalla, käytännössä kuitenkin harvoin asia kirjataan hoitokertomukseen. Jotta aliravitsemusta voidaan ehkäistä ja hoitaa on välttämätöntä tunnistaa aliravitsemuksesta kärsivät asiakkaat ja aliravitsemuksen vaarassa olevat iäkkäät. Vajaaravitsemuksen havaitsemisessa hoitajan rooli on keskeinen, koska hän seuraa asiakkaan/potilaan ruokailun toteutumista ja voinnin kehittymistä. Vajaaravitsemusta ja sen vaaraa kartoittavien testien tekeminen kuuluu usein hoitajien tehtäviin. Jokaisessa toimintayksikössä tulee olla selkeät toimintaohjeet siitä, kuinka vajaaravitsemus tai sen vaaratilanteessa toimitaan. Hoitohenkilökunnan on selvitettävä mistä tilanne johtuu ja miten siihen voidaan vaikuttaa. (Suominen ym. 2010, 26.)

Ammatillisilla valmiuksilla tarkoitan niitä tietoja ja taitoja, joita hoitaja käytännön työssään tarvitsee. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon (lähihoitaja) 2010 mukaan ammattitaitovaatimus on ne asiat, mitä työssä täytyy osata. Näyttötutkintojen eri osissa arvioinnin kohteena ovat lähihoitajan ammattitaitoon kuuluvat tiedot ja taidot eli osaaminen, joka lähihoitajalla työssään pitää olla. (Opetushallitus 2010, 41).

Vappu Salo tutki (2012) kotipalvelutyöntekijöiden iäkkäiden ruokailun ja ravitsemukseen liittyvää koulutustarvetta. Salo toi esille ratkaisuja, joita koulutustarve edellyttää. Tarkastelun lähtökohtana oli etsiä ratkaisuja joko muodollisen koulutuksen kautta tai työssä oppimisen mahdollisuutena.

Merja Suominen tutki (2007) vanhusten ravitsemusta vanhainkotihoidossa laajassa aineistossa (N=2114). Tuloksista selvisi, että virhe- ja aliravitsemus on hyvin yleistä. Yleisin syy virhe- ja aliravitsemukseen oli dementia, heikentynyt toimintakyky, nielemisvaikeudet ja ummetus. Todettiin myös, että tarjotusta ruoasta vain vähän tai alle puolet syövillä oli yhteys virhe- ja aliravitsemukseen. Dementiakotien asukkaiden energian ja ravintoaineiden saanti oli suosituksia matalampi, vaikka tarjottu ruoka sisälsi riittävästi energiaa ja ravintoaineita. Hoitajat tunnistivat aliravitsemuksen huonosti, vain neljäsosa todetuista tapauksista. Lisäksi ravitsemushoidon mahdollisuudet olivat vähäi-

sessä käytössä. Suominen toteaa, että erityisesti kansainvälinen tutkimus osoittaa ravitsemuksen suuren merkityksen ikäihmisten hyvinvoinnin, elämänlaadun ja toimintakyvyn säilymisessä. Suomessa ikääntyneiden ravitsemusta ja ravitsemushoidon mahdollisuuksia on tutkittu melko vähän. Lisätutkimukset ravitsemushoidon ja hoitohenkilökunnan ravitsemuskoulutuksen vaikuttavuudesta ovat tarpeellisia. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että ravitsemushoidosta on hyötyä ikääntyneille ihmisille. Tästä huolimatta vanhuksen ravitsemushoitoa ja -kuntoutusta ei hyödynnetä Suomessa riittävästi.

Helsingin kaupunki on teettänyt tutkimuksen, jossa selvisi, että liki kolmasosalla vanhainkodeissa asuvista ja yli puolilla pitkäaikaisosastolla asuvista yli 65-vuotiaista oli virhe- tai aliravitsemus. Vain kymmenesosalla vanhainkodeilla ja muutamalla prosentilla pitkäaikaisosastolla asuvista oli hyvä ravitsemustila. Nämä tulokset eivät poikkea muissa maissa tehdyistä vastaavista tutkimuksista ja esimerkiksi Ruotsissa tehtyjen tutkimusten tulokset ovat hyvin samanlaiset Helsingin tilanteeseen verrattuna. (Suominen 2008, 53.)

4 VALTAKUNNALLISET RAVITSEMUSSUOSITUKSET

4.1 Ikääntyneitä koskevia suosituksia ja linjauksia

Ikääntyneen ravinto ja liikunta ovat terveyden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyyn kannalta avainasemassa. Terveellisellä ravinnolla ja riittävällä fyysisellä aktiivisuudella voidaan tehokkaasti ehkäistä monia sairauksia ja samalla lisätä toimintakykyä ja parantaa koettua terveyttä. Erittäin ajankohtaista on ravinnon ja fyysisen aktiivisuuden keskeinen merkitys voimakkaasti yleistyvien lihavuuden ja tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä.

Vanhuspalvelulaissa ja laatusuosituksissa tarkoitetaan ikääntyneellä väestöllä vanhuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestönosaa, tällä hetkellä 63+. Vastaavasti iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta (STM 2013:11,10.)

Terveydenhuoltolaki 2011 velvoittaa kuntia panostamaan terveyden edistämiseen, jossa hyvällä ravitsemuksella ja säännöllisellä liikunnalla on merkittävä rooli. Nykyisillä ravitsemusterapiaresursseilla ei voida varmistaa sairauksien hoitoon tarvittavaa ravitsemusohjausta ja – hoitoa, puhumattakaan terveyden edistämiseen tähtäävästä työstä. Perusterveydenhuollossa oli vuoden 2010 lopussa 44 ravitsemusterapeutin tointa, kun suositus perusterveydenhuoltoon on 135 ravitsemusterapeuttia. Myös erikoissairaanhoidon resurssit ovat riittämättömät. (Kosunen 2011/3, 11.)

Valtioneuvosto on asettanut terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon edistämisen pää tavoitteiksi (STM 2008:10, 4-7)

- 1) Terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien määrä kasvaa ja liikunnasta syrjäytyneiden määrä vähenee
- 2) Ravitsemussuosituksen mukaisesti syövien määrä kasvaa kasvien, hedelmien ja marjojen käyttöä lisäämällä samalla kun tyydyttyneen rasvan, suolan ja sokerin saanti vähenee

- 3) Ylipaino ja lihavuus sekä muut ravintoon ja riittämättömään liikuntaan liittyvät terveyshaitat vähenevät
- 4) Terveyttä edistävät ruoka- ja liikuntatottumukset yleistyvät erityisesti huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevilla väestöryhmille

Terveyttä edistävää liikuntaa ja terveellistä ravitsemusta edistetään

- 1) Vaikuttamalla kulttuuriin, elinympäristöön, olosuhteisiin, tuotteisiin ja rakenteisiin
- 2) Varmistamalla, että kaikilla väestöryhmillä on riittävästi tietoja ja taitoja terveyttä edistävän elämäntavan pohjaksi
- 3) Kannustamalla, tukemalla ja ohjaamalla yksilöitä ja yhteisöjä, erityisesti heikoimmassa asemassa olevia

Periaatepäätöksessä on linjattu tavoitteet ja kehittämissuunnitelmat eri ikä- ja väestöryhmille paikallistason päätöksentekoon, muuhun arkiympäristön kehittämiseen, eri ammattiryhmien kouluttamiseen sekä seurantaan ja tutkimukseen. Eri sisältöalueille on tehty konkreettinen toimeenpanosuunnitelma kuluvalle hallituskaudelle. Periaatepäätöksen toteuttamista koordinoivat ja seuraavat sosiaali- ja terveysministeriö ja maa- ja metsätalousministeriö toimialoillaan sekä terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta ja valtion ravitsemusneuvottelukunta neuvoantavina eliminä. (STM 2008:10, 7.)

Eri ammattiryhmien koulutuksessa liikunnan ja ravitsemuksen osalta tavoitteena on, että ammattiryhmillä, joiden työhön sisältyy terveisiin elintapoihin liittyvää ohjausta ja opetusta, on oltava riittävät valmiudet liikunta- ja ravitsemusohjauksen toteuttamiseen. Tavoitteena on myös, että ammattiryhmillä, joilla on mahdollisuus vaikuttaa ruoka- ja liikuntaympäristöön, on riittävästi tietoa terveyttä edistävän liikunnan ja ravitsemuksen merkityksestä ja edistämisen edellytyksistä (STM 2008:10, 18)

Terveyttä edistävän liikunnan ja ravitsemuksen näkökulmaa on vahvistettava kaikessa terveyttä edistävässä elintapaohjauksessa niin terveydenhuoltojärjestelmässä kuin opetus- ja kasvatusalallakin. Terveyttä edistävän liikunnan ja ravitsemuksen opetuksessa tulee olla laajasti hyvinvointia edistävä näkökulma. Myös ruokapalveluhenkilöstön riittävä ravitsemusosaaminen ja sen ylläpito on tärkeää. Perustietojen lisäksi on tärkeää, että ammattilaisilla on riittävät ohjaustaidot ja valmiudet tunnistaa ongelmat. Tietojen ja

taitojen riittävyys ja ajantasaisuus tulee turvata järjestämällä jatkuvaa täydennyskoulutusta (STM 2008:10, 18).

Hallitusohjelma (2011–2015) korostaa hallinnon alat ylittävällä terveyden edistämisen politiikkaohjelmalla, että terveys on sekä ihmisen tärkeimpiä arvoja että tärkeä taloudellisen, sosiaalisen ja inhimillisen kehityksen kulmakivi. Ylipainon vähentäminen asetetaan siinä erityiseksi tavoitteeksi. Hallitusohjelma korostaa myös liikunnan merkitystä sekä suomalaisen terveellisen ja turvallisen ruuan merkitystä ihmisen hyvinvoinnille. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa terveyden edistämisen politiikkaohjelmasta ja toteuttaa sitä yhteistyössä muiden ministeriöiden kanssa. Opetusministeriöiden vastuulla on lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma. (STM 2008:10, 7.)

Kansanterveyslain (66/1972) mukaan kunnilla on vastuu kansanterveystyöstä kuten yksilöihin, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvasta terveyden edistämisestä. Kunnan tulee muun muassa huolehtia asukkaiden terveysneuvonnasta sekä huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisessa kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa.

Ravitsemuksen alalla elintarvikesäädäntö tähtää erityisesti siihen, että elintarvikkeet ovat turvallisia ja kuluttajat saavat niistä riittävästi asianmukaista tietoa. Lainsäädännöstä vastaa maa- ja metsätalousministeriö ja sen valvonnasta Elintarvikevirasto Evira. Terveellinen kansanravitseminen on ensisijaisesti sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla. Ministeriön apuna toimiin kansanterveyslaitos, jossa on laaja-alainen ravinnon ja terveyden välinen asiantuntemus ja tutkimus sekä suomalaisten ravitsemuksen seuranta ja elintarvikkeiden ravintosisällön tietopankki (STM 2008:10, 7-8).

Terveyttä edistää liikuntaa ja terveellistä ravitsemusta sekä niitä tukevia olosuhteita kehitetään ja toteutetaan useilla hallinnonaloilla ja monien toimijoiden työnä. Mukana ovat olleet muun muassa sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, maa- ja metsätalousministeriö, kauppa- ja teollisuusministeriö, liikenne- ja viestintäministeriö, ympäristöministeriö ja monet valtion laitokset. Julkisen sektorin lisäksi järjestöt ja enenevästi myös monet elinkeinoelämän tahot ovat tärkeitä toimijoita terveyttä edistävän liikunnan ja ravitsemuksen kehittämisessä. EU:n Suomen aloitteesta hyväksymä ”Terveys kaikissa politiikoissa” periaate tukee hyvin pyrkimystä edistää väestön liikuntaa ja terveellisiä ruokatottumuksia erilaisissa yhteiskunnallisissa päätöksissä ja toiminnoissa (STM 2008:10, 8).

Kunnallisessa päätöksenteossa on otettava kuntalaisten ravitsemukseen ja fyysiseen aktiivisuuteen vaikuttavat seikat keskeisesti huomioon. Kunta- ja palvelurakenteen uudistuksessa on huolehdittava siitä, että ravitsemus ja liikunta ovat keskeisiä painoalueita ja ne huomioidaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteissa. Päätösten vaikutus kuntalaisten terveyteen tulisi arvioida.

Kuntien tulee turvata laadukkaiden ja suositusten mukaisten ruokapalveluiden järjestäminen kunta- ja palvelurakenteen muutoksessa. Kuntien on osoitettava julkisille ruokapalveluille riittävät resurssit, jotka mahdollistavat ravitsemussuositusten mukaisen ruokatarjonnan niin kouluissa kuin muissakin laitoksissa. Liikunta- ja ravitsemusohjauspalveluiden tarpeen yhä kasvaessa on tärkeää, että perusterveydenhuoltoon osoitetaan lisää resursseja. Kuntalaisille on turvattava riittävä ja ammattitaitoinen ohjauksen määrä ja taso mikä edellyttää, että saatavilla on ravitsemus- ja liikunta-alan ammattilaisten palveluja (STM 2008:8,17).

Pirkanmaalla on tehty alueellinen ravitsemussuunnitelma vuonna 2011 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimesta. Pirkanmaan alueellinen ravitsemussuunnitelma on tarkoitettu työvälineeksi niin terveydenhuollolle kuin kunnan muille hallinnonaloille, kolmannelle sektorille sekä päättäjille ja työntekijöille. Sen tavoitteena on auttaa osaltaan pirkanmaalaisia kuntia selviytymään uuden terveydenhuoltolain mukanaan tuomista tehtävistä. Alueellisessa ravitsemussuunnitelmassa esitettyjen rakenteiden, tavoitteiden ja toimenpiteiden avulla on tarkoitus kehittää ja ottaa käyttöön uusia toimintatapoja ravitsemuspalvelujen ja ravitsemushoidon toteuttamiseksi. Alueellisen ravitsemussuunnitelman tavoitteena on, että ravitsemus väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä nostetaan kunnissa yhdeksi strategiseksi painopistealueeksi. Toiminnan jatkuva laadun parantaminen perustuu seurantaan, arviointiin ja toiminnan kehittämiseen arviointitulosten perusteella. Ravitsemushoito on vaikuttavaa, kun se pohjautuu ravitsemus- ja lääketieteelliseen tutkimustietoon sekä sovittuihin hoitokäytäntöihin ja toteutetaan yksilöllisesti kunkin potilaan tilanteeseen sovellettuna (Siljamäki-Ojansuu ym., 2011, 5).

Sastamalan kaupunki perusti moniammatillisen työryhmän kokoamaan Sastamalan kaupungin ravitsemussuunnitelmaa vuonna 2012 osaksi hyvinvointikertomuksen laadintaa. Työryhmä sai suunnitelman valmiiksi helmikuussa 2014.

4.2 Ravitsemussuositukset ikääntyneille

Suosittelavan ravitsemuksen pohjalla ovat ravitsemussuositukset, jotka tulee huomioida sekä ruuanvalmistuksessa että muussa ruokailussa. Ravitsemussuosituksia laaditaan niin maailmanlaajuisesti kuin kansallisestikin. Ne perustuvat tutkimuksiin eri ravintoaineiden tarpeesta koko elinkaaren aikana. Lisäksi niissä on otettu huomioon laaja tutkimustieto ravintoaineiden vaikutuksista sairauksien ehkäisyssä ja terveyden edistämässä. Ravitsemussuositukset eivät ole pysyvästi samanlaisia, vaan muuttuvat elintapojen ja kansanterveystilanteen muuttuessa sekä uuden tutkimustiedon karttuessa.

Ensimmäiset suositukset terveen väestön ravitsemuksesta julkaistiin vuonna 1941 Yhdysvalloissa. Pohjoismaissa suosituksia on laadittu 1980-luvun alusta lähtien. Suomessa ensimmäiset suositukset julkaistiin vuonna 1987 Valtion ravitsemustoimikunnan toimesta. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan uusimmat, voimassaolevat suositukset on julkaistu tämän vuoden alussa. Suomalaiset ravintoainetaso suositukset perustuvat pääosin pohjoismaisiin ravitsemussuosituksiin, joiden tieteellinen pohjatyö tehdään pohjoismaisista asiantuntijoista koostuvasta työryhmässä.

Ravitsemussuositusten 2014 (Fogelholm ym. 2014, 7-8) mukaan ravintoaineille voidaan esittää kolme ravitsemuksellista viitearvoa:

- 1) Ravintoaineen pienin tarve on se vähimmäismäärä, joka estää puutteen. Sitä vastaava määrä ravintoainetta ei kuitenkaan riitä ylläpitämään hyvää terveyttä ja ravitsemustilaa. Lisäksi yksittäisillä henkilöillä voi esiintyä puutosoireita.
- 2) Ravintoaineen keskimääräinen tarve kuvaa ravintoaineen määrää, joka vastaa väestön tai väestöryhmän keskimääräistä tarvetta.
- 3) Suositeltavaa saantia vastaava määrä ravintoainetta puolestaan tyydyttää ravinnon tarpeen ja ylläpitää hyvän ravitsemustilan lähes kaikilla terveillä ihmisillä.

Eri maiden suosituksissa esitetään joko kaikki kolme arvoa kuten pohjoismaissa tai vain suositeltava saanti, kuten Suomessa. Tarkkojen ravintoaineiden viitearvojen lisäksi useimpien maiden kansallisiin suosituksiin myös ns. ruokasuosituksia. Ne kertovat, minkälaisilla käytännön ruokavalinnoilla suositusten viitearvot saadaan toteutumaan.

Niissä on otettu huomioon väestön ruokatottumukset, elintarviketarjonta ja kansallisen ruokakulttuurin erityispiirteet (Fogelholm ym. 2014, 9).

Ravitsemusneuvottelukunta julkaisi v. 2010 ravitsemussuositukset ikääntyneille. Niissä paneudutaan yksityiskohtaisesti iäkkäiden ravitsemukseen yleisesti sekä huomioidaan kotona asuvien iäkkäiden ravitsemukseen vaikuttavat taustat. Suosituksissa annetaan ohjeita myös ravitsemuksen erityiskysymyksistä, kuten D-vitamiinin saannissa tai laihtumisesta. Ikääntyneiden ravitsemussuositukset ottavat kantaa ali- ja virheravitsemuksen tunnistamiseen tuomalla esiin niihin viittaavia tuntomerkkejä. Lisäksi ohjeissa korostuu painon seurannan merkitys virheravitsemuksen ja sen riskien huomioimisessa. Suositukset ovat konkreettisemmalla tasolla kuin vanhat, ja sisällöllinen jako kotona ja laitoksissa asuviin iäkkäisiin on käytännön kannalta hyvä uudistus. Suositukset antavat jo sinällään ohjeita moniin käytännön työtehtäviin.

Ikääntyneiden ravitsemukseen liittyvät ongelmat ovat toisenlaisia kuin nuorempien. Ikääntyneet ovat terveydeltään ja toimintakyvyltään heterogeeninen ryhmä, ja siksi ravitsemuksen haasteet ja tavoitteet tulee arvioida ja suunnitella yksilöllisesti. Iäkkäät ovat ravitsemuksellisesti haavoittuva ryhmä. Ravinnonsaanti ja ravitsemustila usein heikkenevät sairauksien ja iän. Ruokahalu heikkenee monella iäkkäällä merkittävästi. Vanheneva elimistö, aivot ja vatsalaukku huijaavat ihmistä. Keho lähettää viestejä, että oikeastaan ei ole nälkä, olen syönyt, olen kylläinen ja ruoka maistuu keitetyltä pahlilta eikä sitä tee mielikään. Riski sille, että kuluttaa enemmän kun syö, suurenee iän mukana. Ravitsemusongelmien riski on suurin yli 80-vuotiailla. Heillä liian vähäinen ravinnonsaanti ja laihtuminen ovat keskeinen ongelma pikemmin kuin ylipaino, joka on muun väestön merkittävä terveysriski. Heikon ravitsemuksen riski kasvaa ikääntyessä voimakkaasti kehon muutosten takia. Se, mikä on terveydelle hyväksi, muuttuukin aivan pääläelleen.

Olemme tottuneet ajattelemaan, että hoikkuus on aina hyvästä ja että rasvaprosentin pitää olla pieni. Mutta tilanne muuttuu, kun vuosia tulee lisää. Harriet Finne-Soveri Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta on todennut, että kun tutkitaan 75 vuotta täyttäneitä ja sitä vanhempia, paras elämänennuste on sellaisilla henkilöillä, joiden painoindeksi on jossain 25 ja 30 välillä - joka suomeksi tarkoittavaa sitä, että siinä on tukevat vararenkaat vyötäröllä.

Ikäihmisten ravitsemussuosituksien sisällön ohjeiden osalta voi tiivistää kolmeen väittämään: alipaino on vaarallisempaa kuin ylipaino, aliravitsemus on vaarallisempaa kuin ylipaino ja ruuan terveellisyys on tärkeää, mutta yhtä tärkeää on myös ruuan maittävyys. Ravitsemussuosituksissa ikääntyneelle väestölle on kuvattu ikääntyneiden toimintakykyyn, sairauksiin ja ikään liittyviä eroja ja tavoitteita ravitsemuksen osalta. Suosituksilla pyritään vaikuttamaan siihen, että ikääntyneiden ihmisten ravitsemus nähdään keskeisenä tekijänä hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja terveyden ylläpitämisessä tässä ikäryhmässä. Tavoitteena on hyvien mallien ja käytäntöjen levittäminen sekä vastuiden määrittely eri toimijoiden kesken (Kapiainen 2008:7, 5-6).

Ikääntyneiden ravitsemussuositusten 2010 (Suominen ym. 2010, 57) tavoitteiden toteutumisen kannalta seuraavat asiat ovat tärkeitä:

Ikääntyneille ihmisille on riittävästi tarjolla laadukkaita, helposti saavutettavia ja kustannuksiltaan edullisia ravitsemuspalveluja.

Ikääntyneille palveluita tuottavan organisaation johto huolehtii, että ravitsemussuositusten keskeiset painopisteet otetaan huomioon palveluita tuottaessa.

Ikääntyneiden parissa työskentelevien koulutusta ravitsemukseen liittyvissä asioissa lisätään.

Moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksia varsinkin ruokapalvelun ja hoitohenkilökunnan kesken edistetään.

Ikääntyneiden ravitsemushoidon tarve arvioidaan. Erityisesti sairaustilanteissa ja laihtumisen yhteydessä aloitetaan ravitsemuksen arviointiin perustuva ravitsemushoito. Tehostettua ravitsemushoitoa ja täydennysravintovalmisteita käytetään tarvittaessa, ja ne ovat kaikkien saatavilla maksukyvyistä riippumatta.

Ikääntyneiden ravitsemukseen perehtyneitä ravitsemussuunnittelijoita ja –terapeutteja käytetään hoito- ja ruokapalveluhenkilökunnan tukena ravitsemushoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa.

Äkillisesti sairastuneen iäkkään ruokailusta ja juomisesta huolehditaan päivystyksessä ja poliklinikoilla. Paastoja vältetään.

Lääkkeitä ei sekoiteta ruokaan ja lääkkeet tarjotaan ruokailutilanteen ulkopuolella. Jos ikääntynyt ei kykene nielemään lääkettä, tulee lääkkeen käytön välttämättömyys arvioida uudelleen. Ravitsemustilan heikkeneminen otetaan lääkkeiden annostelussa huomioon.

Ruokapalveluja kehitetään, jotta ne vastaavat laadultaan, rakenteeltaan, maultaan ja ajoitukseltaan ikääntyneiden tarpeita.

D-vitamiinin, 20 mikrogrammaa (800 IU) vuorokaudessa, käyttö varmistetaan.

Ikääntyneille ihmisille tarjotaan laadukkaita, helposti saavutettavia ja kustannuksiltaan edullisia liikuntapalveluja.

Ikääntyneiden ravitsemukseen ei useinkaan kiinnitetä riittävästi huomiota, jolloin ravitsemushoidon mahdollisuudet jäävät käyttämättä. Ravitsemushoidosta hyötyvät eniten sairauksien vuoksi ali- ja virheravitsemukselle altistuneet ihmiset, joiden ravitsemustila pitäisi arvioida säännöllisesti.

Ravitsemustilan heikkeneminen liittyy osin sairauksiin, mutta toisaalta erilaisin toimenpitein voidaan hidastaa sekä painonlaskua että joskus myös toimintakyvyn alenemista. Näitä toimenpiteitä ovat esimerkiksi painonseuranta ja ajoittainen ruokapäiväkirjan pitäminen huonosti syövän vanhuksen kohdalla. Aliravitsemus on meillä häkellyttävän yleistä ikääntyneiden osalla. Ravitsemustutkija Merja Suominen tutkimuksen mukaan yli 65-vuotiaasta perusväestöstä reilusti alle kymmenen prosenttia kärsii vajaaravitsemuksesta, mutta vanhainkodeissa ravitsemustila on selkeästi huono jo neljäsosalla, pitkäaikaissairaanhoidossa yli puolella. Aliravitsemuksen riski on vieläkin suurempi.

5 KOTONA ASUVIEN IÄKKÄIDEN RAVITSEMUS JA RUOKAILU

5.1 Ikääntyminen ja ravitsemus

Ravitsemuksella ja muilla elintavoilla on suuri merkitys ikäihmisen terveydelle. Ikääntyneet ovat eläneet ajan, jolloin ruokavalio on muuttunut niukkuudesta yltäkylläisyyteen. Ihminen ei ole kuitenkaan koskaan liian vanha tehdä muutoksia elintapoihinsa. Hyviä terveystaivakutuksia saavutetaan jo pienilläkin, joka päivittäisillä muutoksilla. Ruokatottumukset muotoutuvat elämän aikana, joskin niiden pohja luodaan jo lapsuudessa. Ruokatottumukseen vaikuttaa kulttuuri ja perinteet. Suomessa on hyvä ja vankka ruokaperinne. (Suominen ja Pitkälä 2010, 213)

Ikääntymiseen liittyy luonnollisia vanhenemismuutoksia, joita ei voida estää ja ne ovat palautumattomia. Luonnollinen elimistön vanheneminen tapahtuu hitaasti, eikä se johdu ulkoisista syistä. Vanhenemisen muutokset ilmenevät kaikissa ihmisissä, mutta perintötekijöillä on merkitystä ennustettavissa olevaan elinikään.

Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset, sosiaaliset ja psyykkiset syyt voivat johtaa negatiiviseen energiatasapainoon. Ylipaino on tavallista juuri eläkkeelle jääneiden keskuudessa, mutta iän karttuessa ja varsinkin sairauksien seurauksena ruokahalu usein heikkenee, syödyn ruuan määrä vähenee ja paino laskee. Ikääntymisen varhaisessa vaiheessa, 55–65 -vuotiaana rasvakudoksen määrä usein kasvaa. 65–75 -vuotiaana kehon rasvattoman kudoksen osuus alkaa vähentyä. Kudosten vähenemistä kiihdyttää kulutusta pienempi energiansaanti. Myös energiantarve pienenee ikääntyessä. Suurin osa energian tarpeen vähenemisestä johtuu fyysisen aktiivisuuden vähenemisestä. Paljon liikkuva iäkäs ihminen kuluttaa energiaa lähes yhtä paljon kuin nuorempikin ihminen. Suojaravintoaineiden tarve ei pienene, joten ruuan laatuun on tärkeä kiinnittää huomiota. Ikääntynyt ihminen tarvitsee runsaasti vitamiineja, kivennäisaineita ja kohtalaisesti proteiinia. (Suominen 2010, 184.)

Kehon koostumus muuttuu ikääntyessä. Tyypillisesti lihasmassa vähenee ja rasvan osuus kasvaa. Perusaineenvaihdunta hidastuu. Energiantarve vähenee, mutta suojaravintoaineita tarvitaan vähintään yhtä paljon kuin aikaisemmin. Liikunnan väheneminen vähentää myös energiankulutusta. Lihaksia tarvitaan liikkumiseen ja päivittäisiin aska-

reisiin. Vahvat lihakset auttavat myös välttämään kaatuilua. Ikäihmisen on vaikea hankkia takaisin kadotettua lihasmassaa. Makutottumukset muuttuvat ihmisen vanhetessa: esimerkiksi makean ja suolaisen maistamiskynnys nousee. Myös sairaudet ja lääkehoito vaikuttavat maun aistimiseen. Ruuansulautus hidastuu. Yleensä toipuminen sairauksista on hitaampaa ikäihmisellä kuin nuoremmilla.

Elimistön vanhetessa ruumiissa tapahtuu monia muutoksia, joista osa on luonnollisesti luonteeltaan negatiivisia: työskentelykapasiteetti laskee, sydämen pumppausteho vähenee, munuaisten toiminta vähenee ja luuston tiheys pienenee. Tämän lisäksi kehon vesimäärä vähenee ja perusaineenvaihdunta hidastuu. Tulehdusalttius kasvaa ja ruumiin kyky toipua muun muassa leikkausten jälkeen heikkenee. Normaalin ikääntymisen vaikutukset ovat kuitenkin yleensä pieniä. Suun terveys vaikuttaa monella eri tavalla ikääntyvän vointiin. Ikääntyessä syljeneritys vähenee muun muassa lääkkeiden vuoksi. Nielimisongelmia voi tulla neurologisten sairauksien yhteydessä. Suun terveydestä tulisi huolehtia päivittäin.

Sairaudet ja lääkitys vaikuttavat ravitsemustilaan. Esimerkiksi tulehdussairauden tai tapaturman aiheuttaman kudoksen vaurion myötä ravintoaineiden kulutus kasvaa, samanaikaisesti ravinnon hankkiminen hankaloituu ja ruokahalu heikkenee. On tavallista, että akuutin sairauden yhteydessä iäkkään ravitsemustila heikkenee nopeasti. Monet lääkkeet vaikuttavat ruokahaluun ja ruuan maistumiseen. Lääkevalintoja ja lääkkeiden oton ajankohtia on hyvä pohtia myös ruokahalun ja ravitsemuksen näkökulmasta. Esimerkiksi pahanmakuisen liuosmuotoisen tai jauhetun lääkkeen antamista aterian alkajaisiksi on syytä välttää. Kuitenkin on hyvä muistaa, että ikääntyminen ei ole sairaus. Mikäli sairauksia (kuten dementia, syöpätaudit, aivohalvaus) ilmenee, on erityistä syytä käyttää monipuolisten ja terveellisen ravitsemuksen tuoma tuki sairauksien hoitoon. (Suominen ja Pitkälä 2010, 213)

Jos ruokahalu on sairauden tai muun takia huono ja syödyt ruokamäärät pienet, niin ruuan tulee ennen kaikkea turvata riittävä energian ja proteiinien saanti. Ruuan tulee olla energia – ja ravintoaine tiheämpää. Ruuan täydentäminen parantaa ravitsemustilaa, jolloin riittää pienen ruoka-annoksen syöminen. Hyvä ruoka tuottaa mielihyvää. Ruokailu on odotettu päivän kohokohta.

Ruulla ja ruuan valmistamisella on merkittäviä, fysiologista ravinnontarpeen tyydyttämistä laajempia vaikutuksia, jotka saattavat jopa korostua ikääntyessä. Hyvä ruoka, ruokaseura ja ruokailuun liittyvät muistot tuottavat mielihyvää. Ruuan hankintaan ja valmistamiseen liittyy tekemistä, joka ylläpitää toimintakykyä aktivoimalla kodin ulkopuoliseen asiointiin ja liikkumiseen. Ateria-ajankohdat myös jäsentävät ja rytmittävät päivää. Ikääntymisen myötä muun muassa perheeseen pieneneminen, leskeksi jääminen, taloudellisen tilanteen muuttuminen ja asunnon vaihto voivat vaikuttaa syömiseen ja ravitsemustilaan. Toimintakyvyn heikkeneminen, riippuvuus muiden avusta ja yksipuolinen ravinto lisäävät virheravitsemuksen riskiä. Iäkkään ravitsemustilaan vaikuttavia tekijöitä on koottu taulukkoon 1. (Suominen ja Pitkälä 2010, 214)

TAULUKKO 1. Ikääntyneen ravitsemustilaan vaikuttavia tekijöitä

<p>Fysiologiset muutokset vähentynyt energian tarve lisääntynyt ravintoaineiden tarve maku- ja hajuaistin heikkeneminen imeytymismuutokset näön ja kuulon heikkeneminen</p>	<p>Sosiaaliset syyt köyhyys sosiaalinen eristäytyneisyys</p>
<p>Psykologiset syyt yksinäisyys dementia puolison kuolema väsymys/apatia alkoholismi vanhuusiän paranoidia</p>	<p>Lääketieteelliset tekijät nielemisvaikeudet imeytymishäiriöt infektiot painehaavat ruokavaliot liian rajoittavat/turhat erityisruokavaliot</p>

5.2 Ikääntyneen ihmisen ravinnontarve

Energian tarve riippuu perusaineenvaihdunnasta (PAV) ja fyysisen aktiivisuuden määrästä. Jossain määrin myös aterian aiheuttama lämmöntuotanto (termogeneesi), lihasmassan määrä, sairaudet ja lääkitys vaikuttavat perusaineenvaihduntaan. Energian tarpeen arvioinnissa on siis otettava huomioon useita seikkoja, eikä yksittäiseen tekijään, kuten ikään perustuvia energian saantisuosituksia voida antaa. Energian tarpeen arvioimiseen tarkoitettut laskentamallit helpottavat energian määrittämistä ja ravitsemuksen yksilöllistä räätälöintiä. (Suominen 2008, 215–216.)

Ikääntyessä liikkuminen vähenee ja sen myötä perusaineenvaihdunnan taso hieman laskee, myös energiantarve pienenee. Runsaasti liikkuvan, levottoman tai aktiivisen ikäihmisen energiantarve voi olla suurempi kuin vähän liikkuvan nuoren aikuisen. Liikkuminen vanhemmalla iällä vaatii enemmän energiaa kuin nuorempana. Vähäinen liikkuminen taas pienentää lihaskudoksen määrää ja samalla siis vähentää perusaineenvaihduntaa ja energian kulutusta. (Suominen 2008, 12.)

Ravinnontarpeen arviointi perustuu kansalliseen ravitsemussuositukseen. Yksilölliseen ravinnontarpeeseen voivat vaikuttaa sairauden aiheuttamat aineenvaihdunnan muutokset, lääkehoito ja osin myös muitakin hoitoja. Ravinnontarve on aina arvioitava yksilöllisesti.

5.2.1 Energiaravintoaineiden tarve

Ihmisen energiakulutuksesta ja ruoka-aineiden energiapitoisuudesta puhuttaessa energian virallinen yksikkö on joule (J). Aiemmin käytettiin mittayksikkönä kaloria (cal), joka on useimmille ihmisille edelleenkin tutumpi käsite. Yksi joule on 0.24 kaloria eli yksi kalori on 4.18 joulea. Koska joule ja kalori ovat pieniä yksiköitä, käytetään useimmiten yksikköinä kilojoulea, kilokaloria tai megajoulea (kJ, kcal, MJ). Energiaravintoaineeksi kutsutaan niitä ruuassa olevia ravintoaineita, joista elimistö saa energiaa. Energiaravintoaineita ovat rasvat, hiilihydraatit, proteiinit ja alkoholi. Kaikki ihmisen saama energia tulee näistä ravintoaineista. (Arffman 2009, 14- 15.)

Ravinnon rasva muodostuu glyserolista sekä kolmesta rasvahaposta. Käytännön merkitystä on lähinnä rasvahapoilla, koska glyseroli toimii ainoastaan rasvahappojen kiinnitysrunkona. Rasvahapot voidaan jakaa kemiallisen koostumuksensa mukaan kolmeen ryhmään: Tyydyttyneet rasvahapot, kertatyydyttämättömät rasvahapot. Välttämättömiksi rasvahapoiksi kutsutaan sellaisia rasvahappoja, joita ihmisen elimistö ei pysty valmistamaan itse, vaan ne pitää saada ruuasta. Välttämättömiä rasvahappoja (linolihappo ja alfa-linoleenihappo) saadaan eniten kasviöljystä ja margariinista. (Arffman 2009, 16- 17.)

Kovaa rasvaa on runsaasti rasvaisissa maitotaloustuotteissa sekä rasvaisessa lihassa ja lihavalmisteeissa. Pehmeää rasvaa on runsaasti kasviöljyssä ja rasvaisissa kaloissa. Eli-

mistö tarvitsee rasvaa energianlähteeksi, mutta myös muihin toimintoihin. (Arffman 2009, 17- 18.)

Proteiinit muodostuvat aminohapoista. Aminohappoja on 20 erilaista, joista aikuiselle välttämättömiä on kahdeksan ja lapsille kymmenen. Välttämättömiä aminohappoja elimistö ei pysty valmistamaan itse, vaan ne on saatava ravinnosta. Aminohappoja tarvitaan elimistössä valmistamaan omia proteiineja, kuten hormoneja, välittäjäaineita ja solun rakennusaineita. Suomalaisten merkittävämät proteiinin lähteet ovat maito-, liha ja viljatuotteet. (Arffman 2009, 18.)

Terveellä aikuisella proteiinin tarve on noin 0.8 g normaalipainokiloa kohden. Suomalaisten keskimääräinen proteiinin tarve on tätä huomattavasti suurempi. Proteiinia tarvitaan kudosten rakennusaineeksi ja uusiutumiseen, sekä entsyymien ja hormonien toimintaan. Lisäksi proteiineja tarvitaan nestetasapainon ja happo-emästasapainon säätelyyn, puolustusjärjestelmän ylläpitämiseen sekä ravintoaineiden kuljettamiseen. Keho tarvitsee proteiinin hyväksikäyttöön riittävästi energiaa, vitamiineja sekä kivennäisaineita. Jos energian saanti on vähäistä, elimistö käyttää proteiinia vain energian lähteenä. (Nuutinen ym. 2010, 33.)

Sairaiden proteiinin tarpeen arviointi on haasteellista, koska eri sairaudet vaikuttavat tarpeeseen eri tavalla. Vajaaravitsemus ja toipilasvaihe suurentavat proteiinin tarvetta. Korkea kuume, tulehdukset, leikkaukset, suuret luunmurtumat sekä palovammat lisäävät proteiinin tarvetta tyypin suuren menetyksen takia. Proteiinin menetys voi vaihdella 0.3-1.2 g painokiloa kohden. Stressiaineenvaihdunnan aiheuttama suuri proteiininmenetys sairauksien akuuttivaiheessa merkitsee huomattavaa lihaskatoa. Suurellakaan proteiinin saannilla (yli 2g/kg) ei pystytä kokonaan ehkäisemään lihaskatoa, ainoastaan vähentämään sitä. (Nuutinen ym. 2010, 33 -34.)

Mikäli potilaalla on sairauden aiheuttamaa stressiä tai aineenvaihdunta on kiihtynyt, lisätään energiantarvetta 10 -30 %:a. Tällaisia tilanteita on esimerkiksi kova kuume, tulehdus tai leikkaus. Potilaan painohistoria kertoo energian saannin historiasta. Energiansaannin sopivuutta voidaan arvioida potilaan painoa säännöllisesti mittaamalla. (Nuutinen ym. 2010, 33.)

5.2.2 Ravintokuidun tarve

Ravintokuitu luetaan hiilihydraatteihin, mutta se ei tuota energiaa elimistölle. Kuitu on kuitenkin oleellinen osa ravintoa, koska sillä on monia vaikutuksia ihmiseen. Kuidun osuus ihmisen hyvinvointiin on herättänyt mielenkiintoa vasta viime vuosina ja sitä tutkitaan aktiivisesti eri puolilla maailmaa. Ravintokuitu on tärkeää suolen toiminnalle. Se sitoo vettä, lisää ulostemassaa ja tekee sen pehmeäksi. Ravintokuitu ei hajoa ruuansulatuksessa, vaan päättyy paksusuoleen lähes muuttumattomana. Siten se ehkäisee ja hoitaa ummetusta. Ruuan sekaan sekoitetulla kuitulisällä saadaan ruokien energiamäärää laskettua, mutta elimistö tulee kylläiseksi entistä paremmin. Nesteiden riittävä nauttiminen yhdessä kuitupitoisten ruoka-aineiden kanssa on hyvin tärkeää. (Suominen ym. 2010, 47.)

Kansanterveyslaitoksen Finravinto2007-tutkimuksessa tutkittiin suomalaisen aikuisväestön ruuankäyttöä ja ravinnonsaantia seurantamenetelmällä. Ravintokuidusta tuli kaikilla miehillä 70 % viljavalmisteista, työikäisillä naisilla 55 % ja ikääntyneillä 67 %. Miehillä lähes puolet ja naisilla runsas kolmannes kuidusta saatiin ruis- ja näkkileivästä. Muun leivän osuus oli n. 8 %. Miehillä 20 % kuidusta saatiin hedelmistä, marjoista ja kasviksista, kun taas naisilla näiden ryhmien osuus oli suurempi, 30 %. Runsaampi täysjyväviljan, kasvisten, hedelmien ja marjojen käyttö korjaisi tämän puutteen.

Ikääntyneiden ravitsemussuositusten mukaan suositus kuidun saannille on 25-35g/vrk. Kuidun parhaita lähteitä ovat täysjyväleipä ja – puurot. Muita kuidunlähteitä ovat kasvikset sekä marjat ja hedelmät. Runsaasti kuitupitoisia hiilihydraatteja sisältävä ruokavalio vaikuttaa edullisesti elimistön sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaan. Liian vähäinen kuidun saanti voi aiheuttaa ummetusta tai ripulia. Nesteiden riittävä nauttiminen yhdessä kuitupitoisten ruokien kanssa on hyvin tärkeää.

5.2.3 Nesteen tarve

Ihminen on suurimaksi osaksi vettä: aikuisella veden osuus kehon kokonaispainosta on n. 60 %. Vesi on elimistön nestetasapainon kannalta välttämätön, sillä kaikki solujen aineenvaihduntaan liittyvät reaktiot tapahtuvat vedessä. Kedon veden määrään vaikuttavat ikä, sukupuoli ja kehon rasvapitoisuus. Lapsen kehon nestetilavuus suhteessa painoon on suuri: veden osuus kokonaispainosta on jopa 80 %. Ikääntyneillä veden osuus

taas on pienempi, noin 50 % kokonaispainosta. (Hovilainen-Kilpinen, Oksanen 2013, 104.)

Elimistö tavoittelee nestetasapainotilaa eli sitä, että elimistöön tulevan ja sieltä poistuvan nesteen määrät ovat yhtä suuret. Neste tulee elimistöön ruuansulatuskanavan kautta tai parenteraalisesti ja se poistuu lopulta elimistöstä virtsana, ulosteena, uloshengityksen kautta sekä hikoiluna. Monet sairaudet, leikkaukset ja traumat vaikuttavat vesinestetasapainoon niin, että elimistön nesteentarve lisääntyy tai vähenee. Lisäksi ruumiin lämpötila, ympäristön lämpötila ja fyysinen aktiivisuus vaikuttavat elimistön vesitasapainoon. (Hovilainen-Kilpinen, Oksanen 2013, 104.)

Elimistön toiminnan edellytyksenä on oikea elektrolyyttien – nesteiden saanti. niiden säätelystä vastaa lähinnä munuaiset. Kaikki elimistön aineenvaihdunnanreaktiot tapahtuvat vedessä. Suurin osa vedestä on solujen sisällä ja noin kolmannes solujen ulkopuolella. Vettä elimistö saa juomalla ja ruokien mukana. Terveen ihmisen elimistö voi toimia pitkäänkin ilman energiaa, mutta ilman vettä sen toiminta häiriintyy nopeasti. (Hujala 2009, 28.)

Runsas veden juonti helpottaa suoliston ja munuaisten toimintaa ja on välttämätöntä jos käytetään lääkkeitä. Hyvä neuvo on juoda lasillinen vettä aina, kun ottaa lääkkeitä ja lisäksi päivän aikana litran kannu vettä. Jotta yöuni ei häiriinny runsaan veden juonnin takia, kannattaa painottaa veden juomista päivän aikana. Riittävä nesteensaanti on välttämätöntä ruuansulatuksen, ravintoaineiden imeytymisen, aineenvaihdunnan, kuona-aineiden poistumisen ja kehon lämpötilan säätelyn takia. Lisäksi nestetasapaino on elintärkeä munuaisten, sydämen, verenkierron ja keuhkojen toiminnan takia. Aikuisten nesteentarve on normaalitilanteissa noin 30 -35 ml/kg. Päivittäin tulisi saada 1-1.5 l nestettä juomalla ja noin litra nestettä ravinnon kautta. Nestetasapainoa arvioitaessa lasketaan veden saanti juomista ja nestemäisistä ruuista. Lisäksi virtsan määrät tulee mitata, sekä mahdollinen ripuli ja oksennukset. (Nuutinen ym. 2010, 34.)

Nestehoidon periaatteena on, että huolehditaan potilaan perusnestetarpeen tyydyttämisestä ja menetetyn nestemäärän korvaamisesta. Nestehukka voi syntyä esimerkiksi oksentelun, runsaan diureesin eli virtsanerityksen tai hikoilun vuoksi. Nesteytys pyritään toteuttamaan suun kautta, koska se on luonnollisin ja helpoin tapa huolehtia riittävästä nesteiden saannista.

Ikääntyneillä on elimistössään suhteellisesti vähemmän nestettä kuin nuoremmilla. Lisäksi ikääntyneet juovat usein liian vähän, joten heillä voi esiintyä elimistön kuivumista. Ikääntyneet ovat kuivumisen suhteen riskiryhmä. Kuivuminen lisää muun muassa kaatumisen vaaraa, ummetusta ja ruokahaluttomuutta. Ikääntyneitä hoidettaessa tulee siten kiinnittää erityistä huomiota siihen, että he saavat riittävästi nesteitä. Nesteen saantia voi tarvittaessa seurata nestelistan avulla. Jos nesteiden antaminen suun kautta ei onnistu, siirrytään enteraaliseen tai parenteraaliseen nesteytykseen. Nesteitä voidaan myös sakeuttaa, jolloin niitä on helppo niellä. (Hovilainen-Kilpinen, Oksanen 2013, 107.)

5.2.4 Vitamiinien ja hivenaineiden tarve

Energiaravintoaineiden lisäksi ruuasta saadaan suojaravintoaineita, joita ovat vitamiinit, kivennäisaineet sekä energiaravintoaineiden yhteydessä käsitellyt välttämättömät rasvahapot ja aminohapot. Vitamiinit ovat kemiallisia yhdisteitä ja kivennäisaineet yksittäisiä alkuaineita. Niitä tarvitaan elimistössä hyvin pieniä määriä, mikrogrammoista milligrammoihin vuorokaudessa. Liian vähäinen saanti voi aiheuttaa puutosoireita ja sairauksia. (Arffman 2009, 20.)

Iäkkäällä matala B12 vitamiinitaso on melko tavallinen löydös. Tämä voi olla seurausta pitkään jatkuneesta riittämättömästä vitamiinin saannista, mutta yleisemmin taustalla on imeytymisen heikentyminen. Koska B12-puute voi aiheuttaa eriasteista neurologisia oireita ja veren kuvan muutoksia, vitamiinitaso on syytä määrittää ainakin dementiatutkimusten yhteydessä sekä neuropattisia oireita ja anemian syytä selvitettyä.

D-vitamiinia saadaan ravinnosta, kuten kalasta, maitotaloustuotteista ja auringon valosta. Suomen oloissa D-vitamiinin saanti on riittämätöntä erityisesti ihmisillä, jotka eivät voi ulkoilla riittävästi. Kaikille yli 60-vuotiailla suositellaan 20 mikrogrammaa D-vitamiinia pimeänä vuodenaikana sekä ympäri vuoden, jos ihminen ei ulkoile. Osteoporoosiriskiryhmään kuuluvien D-vitamiinien (10-20mikrog./vrk) ja kalsiumin (800- 1000 mg/vrk) on tarve suurentunut. (Fogerholm 2014,

Vitamiini- ja kivennäisainevalmisteet sopivat ruokavalion täydentämiseen, jos energian saanti on riittävä, mutta ravinnosta ei silti saada riittävästi suojaravintoaineita. Puutetta voi olla yhdestä, muutamasta tai useammastakin vitamiinista tai kivennäisaineesta. Yksittäisen ravintoaineen tarve tyydytetään sitä sisältävällä vitamiini- tai kiven-

näisainevalmisteella, useiden tarve puolestaan monivitamiinivalmisteella (Tiainen 2009, 114.)

5.2.5 Ruuan rakennemuutos, ruokavalion rikastaminen ja täydentäminen

Iäkkäillä ihmisillä saattaa olla sairauksia, jotka heikentävät puremis- ja nielemiskykyä. Puremis- tai nielemiskykyä voi heikentää muun muassa hampaiden, proteesin tai suu huono kunto, suun, nielun tai ruokatorven sairaudet sekä eräät neurologiset sairaudet, kuten ALS, Ms-tauti ja Parkinsonin tauti. Tällöin tarvitaan helposti purtavia ja nieltäviä aterioita. Rakennemuunnettu ruokavalio voi olla pehmeä, sosemainen tai nestemäinen. (Nuutinen ym. 2010, 72.)

Rakennemuutettua ruokaa tarjotaan vain tarvittava aika, koska ruuan muuntaminen heikentää ruuan ulkonäköä ja nautittavuutta. Kuivasta suusta kärsiville tarjotaan etupäässä pureskeltavaa ruokaa, koska se edistää sylkirauhasten toimintaa. Tarvittaessa käytetään ruokailua edistäviä apuvälineitä, kuten lautasen liukuestettä, erikoislautasia, nokkamukeja, erikoisaterimia. (Nuutinen ym. 2010, 73 -74.)

Pehmeää ruokaa tarvitsevat vanhukset, voiden puremiskyky on heikentynyt. Ruokalajit ovat niin pehmeitä, että ne voidaan lautasella pieniä haarukalla sopiviksi suupaloiksi. Karkea sosemainen ruoka on tarpeen, kun puremiskyky ei riitä pehmeän ruokavalion syömiseen tai muun syyn takia tarvitaan helpommin nieltävää ruokaa. Tässä ruokamuodossa on kaikki pureskelua vaativat ruoka-aineet hienonnettu jo ruuanvalmistusvaiheessa. Makuun, väriin ja lämpötilaan kiinnitetään erityistä huomiota, koska ruuan rakenne on aina samanlainen. Sileä sosemainen ruoka on tarpeen eri syistä johtuvissa nielemishäiriöissä. Ruuasta ei saa irrota nestettä, eikä kokkareita, jotka voisivat joutua henkitorveen. Suositeltavinta on syödä sosemainen ruoka istuen. Jos vanhus pystyy syömään vain vuoteessa, tuetaan pää tyynyillä. Pään tulisi olla hieman rintaa kohti, jotta estetään aspiraation riski. Liian suuri kallistus eteenpäin estää nielemisen. Ruokailun jälkeen ylävartalon tulisi olla koholla 30 -45 minuuttia. Nestemäinen ruoka on rakenteeltaan niin ohutta, että sen voi juoda nokkamukista. Sitä tulisi käyttää vain lyhyitä aikoja maha-suolikanavan leikkauksien jälkeen tai hoidettaessa akuutteja suolistosairauksia. Päivän ruuat tulee jakaa usealle aterialle ja välipalalle, koska muuten kerta-annos nousee liian suureksi. Yhdellä aterialla voidaan tarjota enintään 5-7 dl ruokaa. Jos nestemäistä

ruokaa käytetään yli 3-4 vuorokautta, on täydennysvalmisteiden käyttö välttämätöntä. (Nuutinen ym .2010, 74- 79.)

Rakennemuunnettujen aterioiden ulkonäön saaminen mahdollisemman houkuttelevaksi vaatii aterioiden kokoamisessa huolellisuutta ja taitoa. Eri ruokalajit asetellaan selkeästi erilleen ja niiden tarjoilulämpötilojen on oltava eri ruokalajeille sopivia. Ruokailussa avustava henkilö voi auttaa aterian osien hienontamisessa tai muun muassa pehmeän leivän murentamisessa. Ruokailun yhteydessä hienonnettu ruoka lisää ruokahalua verrattuna ruokaan, joka tulee valmiiksi hienonnettuna. Useiden eri aterian osien jauhaminen yhdessä on ehdottomasti kielletty. Ruokailun avustamisen tulee kestää yhtä kauan kuin varsinaisen syömisenkin. Liika kiire häiritsee ruokailijaa ja hän jättää helposti syömisen kesken. Lääkärin kanssa kannattaa selvittää, ovatko lääkkeet ehdottaman välttämättömiä tai löytyykö muita annostelutapoja. Lääkkeitä ei jauheta. (Suominen ym. 2010, 52.)

Ruuan energia- ja ravintoainetiheyttä voidaan lisätä yksinkertaisilla asioilla. Maitovalmisteista kannattaa valita enemmän rasvaa sisältävät tuotteet käyttöön. Keittoihin, sosemaisiiin ruokiin ja puuroihin voidaan lisätä öljyä tai voita. Leivän päälle voi laittaa reilummin levitettä sekä useamman siivun juustoa. Sokeripitoiset jälkiruuat ja herkutte-
luhetken herkun antavat hyvän lisän päivittäiseen energian saantiin.

Täydennysravintoaineita suositellaan niille ihmisille, joilla on akuutti sairaus, lonkkamurtuma, rakennemuutettu ruoka pitkäaikaisessa käytössä, akuutti tai krooninen haava, leikkauksen jälkitila tai vajaaravitsemus. Leikkauksen, murtuman tai haavan hoidossa kannattaa suosia runsaasti proteiinia sisältäviä tuotteita. Täydennysvalmisteita on useammalla valmistajalla. Yleensä ravinnevalmisteita käytetään 1-3 kpl/vrk. (Hyytinen, Mustajoki, Partanen, Sinisalo-Ojala 2009, 195.)

5.2.6. Erityisruokavaliot

Erityisruokavaliot ovat osa vanhuksen sairauden hoitoa. Sen tarpeellisuutta on kuitenkin aina syytä harkita tarkkaan. Erityisruokavalon tarve on vanhuksilla, joilla on imeytymishäiriö tai aineenvaihdunnan häiriö tai fysiologinen tila, jossa hyötyy erityisruokavaliosta. Ruokavalion noudattaminen saattaa olla hankalaa ja ruokavaliolla voi olla riski

kaventua liian suppeaksi. Erityisruokavaliota suositeltaessa on syytä ottaa huomioon vanhuksen omat ruokamieltymykset ja tottumukset ja pidettävä huolta, että päivittäinen ruoka sisältää vain sallittuja ruoka-aineita sekä turvaa riittävän ravintoaineiden saannin. (Suominen ym. 2010, 48- 49.)

Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot oppaassa (Suominen 2008, 76) neuvotaan, että vanhuksen erityisruokavaliot tulee toteuttaa niin, etteivät ne heikennä ravitsemusta tai huononna elämänlaatua. Erityisruokavaliota käytetään osana sairauden hoitoa. Ruokarajoituksia tulee aina harkita tarkkaan. Ruokavaliion monipuolisuus on aina syytä säilyttää, jotta vanhus saa energiaa ja proteiinia riittävästi. Iäkkäitä hoidettaessa voidaan joutua tilanteeseen, jossa ruokarajoitus ja ravitsemustilan ylläpitäminen voivat joutua ristiriitaan. Näin voi esimerkiksi kun yli 80-vuotiaalla muistisairautta sairastavalla iäkkäällä on kohonnut verenpaine ja veren rasva-arvot. Tässä tilanteessa voi olla hankalaa rajoittaa iäkkään rasvan- ja suolansaantia, koska silloin voi iäkkään ravitsemuksellinen tilanne heiketä huomattavasti. (Suominen ym. 2008, 76.)

Tärkeimmät erityisruokavaliot ja ruokavaliion kesto aika ovat: Tehostettu ruokavalio – käytetään vain tarvittavan ajan, kasvisruokavalio- vain tarvittaessa, vähälaktoositon/ laktoositon ruokavalio- kuukausia/vuosia yksilöllisen laktoosin siedon mukaan, ke- liakia- koko loppuelämän, ruoka-allergiat yksilöllisesti lääkärin ohjeen mukaan. Nämä ovat ruokavaliota ihmisille, joille ei sovi perusruokavalio tai perusruokaan pitää tehdä huomattavia muutoksia. Uusimpien suositusten mukaan lihavuuden, verenpainetaudin, diabeteksen, dyslipidemian, metabolisen oireyhtymän, sappikivitaudin ja kihdin hoidos- sa voidaan ruokavaliiona käyttää perusruokavaliota, jos jokin aineosa aiheuttaa oireita, niin se poistetaan ruuasta. Esimerkkinä kihti-ruokavalio, joka aiemmin hoidettiin rajoit- tamalla monia ruoka-aineosia. (Nuutinen ym. 2010, 86 -87.)

6 LÄÄKEHOIDON VAIKUTUKSET RAVITSEMUKSEEN

Ravintoaineilla ja lääkeaineilla on yhteisvaikutuksia. Ravintoaineet ja lääkkeet vaikuttavat toistensa toimintaan, koska ne imeytyvät, jakautuvat, metaboloituvat ja erittyvät elimistössä samoissa elimissä. Ruoka voi vaikuttaa lääkityksen onnistumiseen, jos se muuttaa lääkkeen imeytymistä, aineenvaihduntaa tai erittymistä. Lääke puolestaan voi vaikuttaa syömiseen ja ravintoaineiden imeytymiseen tai aineenvaihduntaan. Lisäksi mahalaukun täyttöaste, tyhjenemisenopeus ja eri sairaudet voivat muuttaa lääkkeiden ja ravintoaineiden vaikutuksia elimistössä. Näiden syiden takia hoitajien on tärkeää tietää ja tunnistaa tilanteet, joissa yhteisvaikutusta esiintyy tai se on mahdollista. Ruoan ja lääkkeiden yhteisvaikutuksia on myös syytä pohtia huolellisesti, jos ikääntyneen ravitsemustila on huono, hän on alipainoinen, hänellä on pitkäaikainen lääkitys, pahoinvointia, ummetus tai ripulia. (Tiainen 2009, 55.)

Ruoka vaikuttaa lääkkeiden imeytymiseen ja niiden hyväksikäytettävyyteen monilla tavoin. Ruoka voi vaikuttaa mahalaukun tyhjenemisenopeuteen, aiheuttaa fysikaalis-kemiallisia yhteisvaikutuksia tai kilpailla elimistön samoista imeytymisreiteistä. Näiden seurauksena lääkkeiden imeytyminen voi hidastua, lisääntyä tai heiketä. Imeytysvaihe on tärkeä ravintoaineiden ja lääkeaineiden vaikuttavuuden kannalta. Vaikutus korostuu, jos kyseessä on depot tai retard lääke. Ruoka itsessään voi myös muuttaa lääkkeen toimintaa. Esimerkiksi runsas maitotaloustuotteen käyttö nostaa mahan pH arvoa niin paljon, että ohutsuolessa imeytyväksi tarkoitettu lääke hajoaakin jo mahalaukussa. Merkityksellistä on myös se, onko mahalaukku tyhjä vai täynnä lääkkeitä otettaessa, onko ruuassa paljon rasvaa tai onko nautittu alkoholia. Tärkeää on että, hoitajat tietää mitkä lääkkeet pitää ottaa tyhjään mahaan, mitkä ruuan kanssa, milloin ei saa käyttää maitotaloustuotteita. Vähänkään epäselvissä tilanteissa on ravitsemuksen ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista neuvoteltava lääkärin kanssa. (Tiainen 2009, 55 -57.)

Ruuan ja lääkkeiden yhteisvaikutusten lisäksi lääkkeet voivat aiheuttaa monia ongelmia iäkkään ravitsemukseen. Monet lääkkeet lisäävät suun kuivuutta, esimerkiksi trisykliset masennuslääkkeet. Suun kuivuminen taas hankaloittaa syömistä, aiheuttaa kariesta. Nesteenpoistolääkkeet lisäävät yleensä janon tunnetta, joka taas voi vähentää ruuan syömistä. Haju- ja makuasteiin voi tulla muutoksia verenpainelääkkeistä ja sytostaatteista, jotka voivat aiheuttaa ruokahaluttomuutta ja vastenmielisyyttä syömistä kohtaan. Jotkut lääkkeet taas puolestaan vaikuttavat suoraan ruokahaluun, kuten mahan tyhjen-

tymistä hidastavat levodopa ja opioidit. Useat antibiootit aiheuttavat ripulia ja asetyylisalisyylihappo ärsyttää mahalaukkaa. (Tiainen 2009, 59.)

Usein lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutus vaikuttaa enemmän lääkitykseen. Tämä sen takia, että ravinnon saanti on jatkuvaa, mutta lääkkeiden ottaminen harvempaa. Pitkäaikaista tai suuriannoksista lääkitystä käytettäessä on kuitenkin tunnistettava tilanteet, joissa lääkkeiden ja ruuan keskinäiset vaikutukset ovat merkittäviä. Huonokuntoiset iäkkäät ja sairaat ovat herkkiä yhteisvaikutuksille. Koska lääkitys ja ravitsemushoito ovat molemmat tärkeitä vanhuksen hyvinvoinnille, on ratkaisevaa tietää miten nämä kaksi sovitetaan yhteen. (Tiainen 2009, 60 -61.)

7 RAVITSEMUS OSANA IKÄÄNTYNEEN KOTIHOITOTYÖTÄ

7.1 Kotihoidon työntekijöiden ammattitaitovaatimukset ja täydennyskoulutus

Vuonna 2010 voimaan astuneen uuden sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon, (lähihoitaja) opetussuunnitelman mukaan ammattiosaamisen tavoitteena ravitsemuksen osalta on, että lähihoitaja motivoi ja ohjaa potilasta valitsemaan ravitsemussuositusten mukaisen ateriakokonaisuuden niin, että huomioi erityisruokavaliot. Käytännön esimerkkinä tavoitteena on, että lähihoitaja osaa valmistaa ravitsemussuositusten mukaisen ateriakokonaisuuden ja osaa kertoa lautasmallista ja neuvoa miten, keliakkiko valitsee oikeita ruokatarvikkeita. (Hovilainen-Kilpinen, Oksanen 2013, 82–83)

Suunnitelmallinen työskentely on hallinnassa, kun lähihoitaja perustelee monipuolisesti hoito- ja huolenpitotyössä tekemänsä ratkaisut ja toimintansa ammatillisilla tiedoilla ja esittää ongelmatilanteissa realistisia ja rakentavia ratkaisuvaihtoehtoja. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että lähihoitaja tietää keskeiset erityisruokavaliot ja osaa perusteella potilaalle, miksi niiden noudattaminen on tärkeää.

Perushoitoa ja huolenpitotyötä koskevien käsitteiden ja tiedon hallinnan osalta lähihoitajan tulee tunnistaa eri-ikäisten ja taustaltaan erilaisten potilaiden fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja hengellisiä tarpeita sekä voimavaroja monipuolisesti ja luovasti tiedonkeruumenetelmiä käyttäen. Käytännössä tämän voi esittää pitämällä huolta siitä, että ikääntynyt nauttii riittävästi nestettä ja saa kalkkia. Ylipainoista asiakasta voi pyytää piirtämään paperille lautasmallin, jotta saa selville, mistä ruoka-aineista tämän lounas koostuu. Lähihoitajan tulee perustella toimintaansa työtilanteissa asiakas- tai potilaslähtöisesti tiedoilla, erityisruokavalioiden, puhtaanapidon ja vaatehuollon perusteista. Käytännössä tämän voi osoittaa ohjaamalla kotona asuvaa diabeetikkoa käyttämään ateriapalvelua, jotta asiakkaan ravinto olisi tarpeeksi monipuolista. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2013, 82 -83.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöstölaissa (1994/559) todetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilöstön ammattieettisiin velvollisuuksiin kuuluu täydentää koulutuksessa saatuja yleisesti hyväksytyjä ja kokemuspäisiä, menettelytapoja. Käytännössä täydennyskoulutusvelvoite tarkoittaa, että terveydenhuollon työnantajan tulee järjestää työntekijöille vuosittain kolmesta kymmeneen päivään täydennyskoulutusta. Koulutuksen pituus riippuu peruskoulutuksesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvan muuttumisesta.

ta. Terveysthuoltohenkilöstön koulutus voi olla lyhyt- tai pitkäkestoista ammatillista lisäkoulutusta. Täydennyskoulutuksen tavoitteena on ylläpitää ja syventää työntekijän ammatillisia perusvalmiuksia tai se voi tähdätä uusien työtapojen kehittämiseen ja omaksumiseen työn asettamien vaatimusten mukaisesti. (Kivelä, 2006, 41.)

Hoitotyön keskeisenä tavoitteena on varmistaa kaikenikäisten potilaiden monipuolinen ravitsemus. Valtion ravitsemusneuvottelukunta on laatinut ravitsemussuositukset, joiden pohjalta laadukasta ja monipuolista ravitsemusta on helpompi toteuttaa. Ravitsemuskarvoituksella selvitetään potilaan ruokailutottumukset ja ravintoaineiden saanti. Riittävä ravinnonsaanti turvataan suun kautta, enteraalisesti tai parenteraalisesti annettavalla ravitsemuksella. Monipuolista ravitsemusta toteuttaa moniammatillinen työryhmä yhteistyössä potilaan kanssa. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2013, 98.)

Ravitsemuksellinen osaaminen ja ruokailuun liittyvät tukitoimet ovat kotihoidon työntekijöille tärkeitä osaamisalueita. Iäkkäiden kanssa työskentelevien työntekijöiden ravitsemuksellinen osaaminen tulee olla ajan tasalla. Lisäksi sen mukaan hyvä ravitsemustila ja säännöllinen ruokailu pitävät yllä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Ravinnon saannin turvaaminen edellyttää ravitsemuksellisten asioiden tuntemista ja fyysisen, psyykkisen sekä sosiaalisen toimintakyvyn arvioimista ja niissä tapahtuvien muutosten tunnistamisesta. (Routasalo ym. 2008, 33.)

7.2 Ravitsemuksen seuranta, arviointi ja ravitsemushoito

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että ravitsemushoidosta on hyötyä ikääntyneille ihmisille. Ikääntyneiden ravitsemukseen ei useinkaan kiinnitetä riittävästi huomiota, jolloin ravitsemushoidon mahdollisuudet jäävät käyttämättä. Ravitsemushoidosta hyötyvät eniten sairauksien vuoksi ali- ja virheravitsemukselle altistuneet ikääntyneet ihmiset, joiden ravitsemustila pitäisi arvioida säännöllisesti.

Ravitsemustilan arvioimiseksi on olemassa useita eri menetelmiä. Kaikille asiakkaille tehdään haastattelun yhteydessä ainakin silmämääräinen arviointi, mitataan pituus ja paino ja selvitetään painomuutokset viimeksi kuluneen kuuden kuukauden aikana. Lisäksi selvitetään sairauteen liittyviä ruokailumuutoksia. Riskiryhmille, kuten imeytymishäiriöistä kärsiville tai yksinasuville ikääntyneille, pitäisi tehdä tarkempi ravitsemus-

tilan arviointi. Tällöin voidaan käyttää ruuankäytön seuranta, painon seuranta, antropometrisia mittauksia. Useimpiin mittauksiin liittyy rajoituksia ja virheen mahdollisuuksia. Siksi on tärkeää, että ravitsemustilan arvioinnissa käytetään useampaa mittaria samanaikaisesti. (Suominen 2008, 15.)

Iäkkäiden ihmisten ravitsemustilan arviointia ja aliravitsemuksen tunnistamisen varten on kehitetty useita mittareita ja testejä. Kotona asuville ikääntyneille suositeltavin näistä testeistä on MNA-testi (Mini Nutritional Assessment). Sen tavoitteena on löytää ne iäkkäät, joiden riski virhe- ja aliravitsemukseen on kasvanut. Sen perusteella ei voida kuitenkaan tehdä arviota ravinnon laadusta tai yksittäisten ravintoaineiden saannin riittävydestä. MNA-mittari sisältää yleisten taustatietojen lisäksi kysymyksiä ruuan käytöstä, arvion omasta ravitsemus- ja terveydentilasta sekä antropometrisiä mittauksia (pituus, paino, pohkeen ja säären ympäröimä). MNA-mittari löytyy internetistä. Testin tulosta tulkitaan summapistemäärän perusteella: tutkittavan ravitsemustila on joko hyvä, hänellä on aliravitsemuksen vaara tai hän on aliaravittu. (Suominen ja Pitkälä 2010, 225.)

Keskeistä ravitsemushoidossa on mahdollisemman varhainen puuttuminen, riskejä ennaltaehkäisevä ajatusmalli ja moniammatillinen yhteistyö. Iäkkään ravitsemustilan arvioinnin ja hoidon tulisi olla osa sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisen perusrutiinia. Toimiva yhteistyö ruokahuollon kanssa on välttämätöntä. Toiminnan sujuvuuden kannalta riittävän koulutuksen tarjoaminen kaikille ravitsemushoitoon osallistuville on tärkeää. Ravitsemushoidossa on hallittava menetelmät, joilla ravitsemustilaa arvioidaan, on tiedettävä missä ja miten arviointi toteutetaan ja miten havaittuihin ongelmiin puututaan. Hoidon toteutumisen kannalta keskeistä on asiakkaan ohjaus, tukeminen, motivointi ja hänen toiveidensa huomiointi. Ravitsemushoitoon panostaminen lisää iäkkäiden hyvinvointia ja vähentää sosiaali- ja terveystieteiden kustannuksia.

7.3 Hoitajien keinot ja tukitoimenpiteet ylläpitää ja seuranta asiakkaiden hyvää ravitsemustilaa

Hyvä ravitsemustila tulee turvata kaikille. Se on toimintakyvyn ylläpitämisen, hyvinvoinnin ja hyvän olon perusedellytys. Samalla ehkäistään tai siirretään monien sairauk-

sien syntymistä, tuetaan kuntoutumista ja sairauksista toipumista tai niiden kanssa selviytymistä. On mahdotonta toteuttaa sairauden hoitoa ja kuntoutusta asianmukaisesti ellei ravitsemuksesta ole huolehdittu. Asiakkaan itsemääräämisoikeus, arvot ja mahdollisuudet osallistua hoitoon on huomioitava ravitsemushoitoa suunniteltaessa. Maittava ruoka ja miellyttävät ruokailutilanteet ovat ihmiselle ilo ja nautinto.

Jos asiakkaan omat voimavarat huolehtia riittävästä ruokailusta ovat heikentyneet, hän tarvitsee välittömän tuen ja avun. Asiakkaalla on oikeus saada arvio ravitsemustilastaan ja tarpeelliset tiedot ruokavaliostaan. Tarvittaessa hänelle annetaan henkilökohtaista ohjausta ja tukea riittävään ja monipuoliseen syömiseen.

Asiakkaan ruokatalouden hoito ja ravitsemustila sekä ravitsemushoidon tarpeet selvitetään aina osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Ravitsemustila käsittää ruokailun ja ravitsemustilan arvioinnin, ravitsemispalvelujen järjestämisen, ruokailun toteuttamisen, tarvittaessa ravitsemushoidon tehostamisen, ohjauksen ja näiden seurannan. Asiakkaan kanssa keskustellen arvioidaan hänen selviytymistään ruokatalouden hoidosta, johon kuuluvat ruokaostosten teko, ruuanvalmistus, ruokailutilanne ja syöminen sekä keittiöhygienian ylläpito. Asiakkaan omista kokemuksista ja käsityksestä tilanteesta, omaisilta saaduista tiedoista ja hoitohenkilöstön tekemistä havainnoista saadaan riittävät esi- ja tilannetiedot. Ruokatalouden hoidon tavoitteista ja toimenpiteistä sovitaan yhteistyössä asiakkaan kanssa hänen mieltymyksiään kuullen ja itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen.

Kotiin kuljetettavat ateriat turvaavat tavallisesti noin kolmasosan asiakkaan päivittäisestä energian ja ravintoaineiden saannista. Sastamalan sosiaali- ja terveystalouden kotihoidon asiakkaista reilulle 250 asiakkaalle tulee ateriat kotiin ja lisäksi paikanpäällä palvelupisteissä käy ikäihmisiä muutamia kymmeniä aterioimassa. Lisäksi osa kotihoidon asiakkaista ottaa kotiin kuljetetun aterian yksityiseltä palveluntuottajalta. Sastamalan sosiaali- ja terveystalouden kotiin kuljetettavien aterioiden tuottamisesta vastaa paikallinen palveluntuottaja. Ateriat kuljetetaan kotiin kylminä kahtena viikonpäivänä. Aterioiden lämmityksen huolehtii asiakas itse tai tarvittaessa kotihoidon työntekijät asiakaskäynneillään. Yksityiset palveluntuottajat kuljettavat ateriat arkipäivisin asiakkaalle.

Tarpeiden arviointi ja niiden pohjalta luotu ravitsemushoidon suunnitelma ovat kotona asumisen, ravitsemustilan ja toimintakyvyn säilymisen edellytyksiä. Päivän kaikkien aterioiden tarjoaminen kotihoidon asiakkaalle ylläpitää hyvää ravitsemustilaa ja sitä kautta lisää mahdollisuutta itsenäiseen elämään ja toimintakyvyn säilymiseen. Apuna voidaan käyttää kaupan valmisruokia ja pakasteita.

Ruoka voi kuitenkin jäädä syömättä, ruokahalu saattaa olla huono, ruokailuajankohta voi poiketa aterian tuontiajankohdasta tai ruokamieltymykset voivat olla tavanomaisesta poikkeavat. palveluntuottajalta tulevat ateriat voi lämmittää haluamaan ajankohtana, viikonruokalista on vaihteleva, joten siitä voi valikoida haluamansa. Kotiin kuljetettavien aterioiden energia-, proteiini- ja ravintoainetiheyttä voidaan lisätä ja kaikkien tavanomaisten erityisruokavalioiden saanti on mahdollista.

Moni kotihoidon iäkäs asiakas on virheravitsemusriskissä ja muutama prosentti on virheravittuja. Ravitsemustilaa tulee arvioida säännöllisesti. Suositeltavaa on punnitus keran viikossa, sillä silmämääräisesti arvioituna laihtumista tai painonvaihteluita on vaikea havaita. Ravitsemustilan arvioinnissa voidaan käyttää myös siihen tarkoitettua MNA-testiä (Mini Nutritional Assessment), josta saadaan taustatietoja, kun ikääntyneen ravitsemusta pyritään tukemaan. Ravinnonsaanti ja ruokavalio tulisi kuitenkin arvioida ennen kuin ravitsemushoitoa toteutetaan. Hoitajien, omaisten ja muiden läheisten tiedot sairauksista, ruokailutavoista, rajoituksista ja mieltymyksistä ovat lisäksi tarpeen. Näiden arviointien ja tietojen perusteella tehdään ravitsemushoidon suunnitelma. Suunnitelma dokumentoidaan ja ravitsemushoidon suunnittelemisessa käytetään ravitsemusterapeuttia tai –suunnittelijaa konsulttiapuna. (Suominen ja Pitkälä 2010, 225.)

Ikääntyneen ravitsemushoidon järjestämisessä keskeistä on moniammatillinen yhteistyö. Ikääntyneitä hoitavat työntekijät usein yliarvioivat hoidettavien ravinnonsaannin. Ravitsemushoitoon perehtynyttä asiantuntijaa tarvitaan usein ravitsemuksen kokonaisuuden hahmottamiseen ja kouluttajana. Ammatillaiset ovat tutkimuksen mukaan hyötäneet ravitsemuskoulutuksesta, jonka seurauksena he ovat aiempaa paremmin osanneet vastata ikääntyneiden yksilöllisiin tarpeisiin. Sastamalan sosiaali- ja terveystalot ostavat Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä ravitsemusterapeutin palveluita 38 vrk tänä vuonna.

Ravitsemusterapeutin palvelut kohdentuvat pääasiassa yksilöllisiin vastaanottokäynteihin lääkärin läheteellä.

8 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus noudattaa toimintatutkimuksen periaatteita ja siinä erityisesti osallistuvan toimintatutkimuksen periaatteita. Aineiston keruumenetelmänä käytin kyselyä, haastatteluita, työpajoja, konsultointia ja koulutusta. Opinnäytetyön ideavaihe oli syksyllä 2010. Suunnitelman tekeminen on aloitettu alan kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten selvittämällä vuonna 2012 ja tiedonhaku on jatkunut koko opinnäytetyön tekemisen ajan. Kotihoidon ohjaajille suoritin toukokuussa 2013 ryhmähaastattelun kotihoitohenkilöstön ammatillisista valmiuksista ravitsemusosaamisen osalta. Tästä haastattelusta sain apua kyselyn kysymysten laadintaan. Tutkimuksesta on informoitu Sastamalan sosiaali- ja terveystalveluiden johtavia viranhaltijoita ja työelämän ohjaajaa marraskuussa 2012. Projektisuunnitelma oli valmis huhtikuussa 2013.

Aineiston keruumenetelmänä käytin strukturoitua kyselylomaketta, jonka kehitin tätä opinnäytetyötä varten. Kyselylomakkeen tein kesän-alkusyksyn 2013 aikana. Kyselylomake sisälsi pääosin monivalintakysymyksiä, mutta myös avoimen kysymyksen. Kyselyssä käytettiin 5-portaista luokittelua, jotka tulosten analyysissä yhdistettiin 3-luokkaiseksi. Avoimen kysymyksen avulla halusin antaa hoitajille mahdollisuuden kertoa ideoita ja kehittämiskohtia aiheesta. Avoimet kysymykset tuovat tutkimukseen kvalitatiivisen ulottuvuuden. Vastauksista kokosin ehdotuksia, joiden avulla hoitotyönkäytäntöjä voidaan kehittää iäkkäiden ravitsemushoidon tukemisessa. Kyselylomakkeen esitetasin viidellä satunnaisotannalla valitulla kotihoiton työntekijällä. Kysely suoritettiin Äetsän ja Vammalan neljässä kotihoitotiimissä lokakuussa 2013 45 hoitajalle. Kyselyyn vastasi tiimien lähi- ja sairaanhoitajat. Vastausaikaa kyselyn suorittamiseen oli kaksi viikkoa. Kyselyn vastausprosentti 89 % on varsin hyvä, 45 lomakkeesta palautettiin 40 (Katso liite 1).

Kyselyssä kartoitin hoitajien ammatillisia valmiuksia ravitsemuksessa ja ruokailun tukemisessa kotihoidossa. Lisäksi selvitin millaisia menetelmiä hoitajat ravitsemuksen arvioinnissa käyttävät. Kyselyaineiston käsittelin marras- joulukuussa 2013 Tixel-ohjelmalla. Kyselyn tuloksista tehtiin suorat jakaumat ja tulokset esitetään % -osuuksina. Avoimista vastauksista tehtiin yhteenveto. Työpajoissa maaliskuussa 2014 käsiteltiin kyselyn tuloksia ja niissä hoitajilla oli mahdollisuus kommentoida kyselyn tuloksia ja esittää vielä kehittämistarpeita. Työpajoista käydystä keskustelusta tehtiin muistiinpanot ja niiden perusteella yhteenveto.

9 HOITAJIEN AMMATILLISET VALMIUDET ASIAKKAIDEN RAVITSEMUKSEN JA RUOKAILUN TUKEMISESSA

9.1 Hoitajien työkokemus

Kyselyyn vastanneista hoitajista 9:lla (22 %) oli työkokemusta alle 5vuotta, 12:lla (30 %) 5-15 vuotta ja lähes puolella hoitajista eli 19:lla (48 %) työkokemusta oli yli 15 vuotta (Taulukko 2). Työkokemuksen pituudella ja vastaajien arvioilla omista valmiuksistaan olisi mahdollisesti saattanut olla yhteyttä toisiinsa, mutta tässä kyselyssä en voinut tarkastellut niitä kyselyn pienen otosmäärän vuoksi. Työkokemuksen on yleisesti todettu lisäävän työntekijöiden ammatillista varmuutta ja valmiutta.

TAULUKKO 2. Hoitajien työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollossa

Työkokemus	Lkm	%
alle 5 vuotta	9	22
5-15 vuotta	12	30
yli 15 vuotta	19	48
yhteensä	40	100

9.2 Hoitajien arviot omista valmiuksistaan hoito- ja hoivatyön eri alueilla

Kotihoitotyössä hoitajat tarvitsevat ammatillisia valmiuksia selviytyäkseen menestyksekkäästi työnsä asettamista vaatimuksista. Ammatilliset valmiudet antavat työntekijälle pätevyyden toimia ammatissaan. Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkintoon (lähihoitaja) voi kuulua vanhusten kotihoito- ja huolenpito-tutkinnon osa. Se on kaikille valinnainen tutkinnon osa. Ennen tämän tutkinnon osan suorittamista pitää kuitenkin suorittaa hoito- ja huolenpito (20 ov) -tutkinnon osa. Näytön arvioinnissa opiskelijan tulee hallita työprosessin osaaminen, työmenetelmien, työvälineiden ja materiaalin käyttö ja elinikäisen oppimisen avaintaidot. Työprosessin osaamisessa ravitsemuksessa tämä tarkoittaa ravitsemukseen liittyvän tiedon käyttöä kiitettävällä tasolla siten, että opiskelija käyttää työssään apuna tietoa asiakkaan terveellistä ruoasta ja ruokahuollon palveluista. Opiskelijan

tulee osata toimia joustavasti, asiakkaan tilanteen mukaisesti mukaisesta ja antaa yksilöllisesti tietoa asiakkaalle ja hänen läheisilleen (Opetushallitus 2010, Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon näyttötutkinnon perusteet). Halusin selvittää hoitajien omat arviot valmiuksistaan.

Taulukosta 3 voidaan nähdä, miten hoitajat arvioivat tietojaan ja taitojaan kokonaisvaltaisesti asiakkaan hoito- ja hoivatyön alueilla. Vastauksissa ilmenee, että hoitajat arvioivat vahvimaksi valmiudeksi ravitsemuksen ja nesteytyksen arvioinnin. Lähes kaikki (95 %) arvioivat valmiutensa tässä osaamisen alueessa hyväksi tai erittäin hyväksi. Lähes yhtä vahvaksi valmiudet arvioitiin liikunta- ja toimintakyvyn arvioinnissa, hyvät tai erittäin hyvät valmiudet kokivat omaavansa 87 % vastaajista. Hyväksi tai erittäin hyväksi koki likimain ¼ osaa hoitajista valmiutensa mielialan (78 %), suun ja ihon terveyden (77 %), kansansairauksien (75 %), aistitoimintojen (70 %) ja muistihäiriöiden (69 %) arvioinnissa.

TAULUKKO 3. Hoitajien arviot omista valmiuksistaan hoito- ja hoivatyössä. Luokiteltujen vastausvaihtoehtojen % -osuudet, N=40.

Valmiudet	erittäin huonot tai huonot valmiudet	tydyttävät valmiudet	hyvät tai erittäin hyvät valmiudet
Liikuntakyky, toimintakyky	0	13	87
Ravitsemus, nesteytys	0	5	95
Suun ja ihon terveys	0	23	77
Mieliala	5	17	78
Muistihäiriöt	3	28	69
Aistitoiminnot	0	30	70
Kansansairaudet	3	22	75
Lääkkeiden imeytyminen ja vaikutus	5	52	43
Eritysryhmät (kehitysvammaiset, päihdeongelmaiset)	25	60	15

Lääkkeiden imeytymisen ja vaikutuksen arvioinnissa hoitajien valmiuksissa oli selvästi havaittavissa epävarmuutta, koska hoitajista yli puolet (52 %) arvioi valmiutensa tyy-

dyttäväksi ja alle puolet (43 %) valmiutensa hyväksi tai erittäin hyväksi. Lääkehuoltoon liittyvät asiat saatetaan kokea lähihoitajien osalta vielä vaikeiksi, koska työntekijät ovat työskennelleet niiden parissa melko lyhyen ajan. Erityisryhmien hoito- ja hoivatyön osalta valmiutensa koki yli puolet (60 %) tyydyttäväksi, erittäin huonoiksi tai huonoiksi 25 % ja vain muutama hoitaja hyväksi tai erittäin hyväksi (15 %). Tämä voi johtua siitä, että kotihoidon asiakaskunnassa näitä asiakkaita on määrällisesti vähemmän.

9.3 Hoitajien arviot omista valmiuksistaan ravitsemukseen liittyvissä alueissa

Taulukosta 4 selviää hoitajien arvioita valmiuksistaan ravitsemukseen liittyvissä alueissa kotihoitotyössä. Käytännön hoito- ja hoivatyössä näiden valmiuksien osaaminen on erittäin tärkeää, siksi katsoin tarpeelliseksi selvittää laaja-alaisesti valmiuksia tällä osa-alueella.

Valmiutensa hyväksi tai erittäin hyväksi hoitajat kokivat hyvän ruokavalion koostamisessa (87 %), eri ravintoaineiden merkityksessä ruokavaliossa (83 %), ikääntyneen oimien mielipiteiden ja toiveiden huomioimisessa (82 %). Ravitsemukseen liittyvissä palveluksissa (77 %) ja ravitsemussuosituksien hallitsemisessa (70 %) valmiudet koettiin myös vahvoiksi, likimain $\frac{3}{4}$ hoitajista piti valmiuksiaan hyvinä tai erittäin hyvinä.

Vastauksissa oli selkeää hajontaa valmiuksissa, kun hoitajat arvioivat valmiuksiaan muissa ravitsemuksen liittyvissä alueissa. Yli puolet hoitajista koki valmiutensa erityisruokavalioissa (64 %), yhteistyössä ikääntyneen kanssa ravitsemuksen tukemisessa (62 %), ravintotarpeen muutoksen arvioinnissa (60 %) ja yhteistyössä omaisten/läheisten kanssa ikääntyneen ravitsemuksen tukemisessa hyväksi tai erittäin hyväksi. Mutta myös näiden valmiuksien osalta hoitajista yli 30 % arvioi valmiutensa tyydyttäväksi. Tyydyttäväksi valmiutensa arvioi yli puolet hoitajista (57 %) virheravitsemustilan tunnistamisessa ja lääkkeiden vaikutuksien arvioinnissa.

Eniten valmiuksissa koettiin olevan puutteita lääkkeiden vaikutuksessa ravintoaineiden imeytymiseen, koska hoitajista 28 % arvioi valmiutensa erittäin huonoiksi tai huonoiksi. Mielestäni tämä voi selittyä sillä, että hoitajille nämä asiat ovat jääneet ainakin osittain vähäisemmälle painotukselle koulutuksessa. Huomioitavaa on myös, että ravitse-

mustilan arvioinnin (49 %) ja ravitsemusneuvonnan (44 %) valmiudet hoitajista liki puolet arvioi tyydyttäväksi.

TAULUKKO 4. Hoitajien arviot omista valmiuksistaan ravitsemukseen liittyvissä alueissa. Luokiteltujen vastausvaihtoehtojen % -osuudet. N=40

Valmiudet	erittäin huonot tai huonot valmiudet	tydyttävät valmiudet	hyvät tai erittäin hyvät valmiudet
Ravitsemukseen liittyvissä palveluissa	8	15	77
Hyvän ruokavalion koostumus	0	13	87
Eri ravintoaineiden merkitys ruokavaliossa	4	13	83
Ikääntyneen omien mielipiteiden ja toiveiden huomiointi	0	18	82
Erityisruokavaliot	3	33	64
Muutokset ravinnon tarpeessa	0	40	60
Ravitsemussuositukset	5	25	70
Ravitsemustilan arviointi	8	49	43
Virheravitsemustilan tunnistaminen	8	57	35
Lääkkeiden vaikutukset ravintoaineiden imeytymiseen	28	57	15
Ravitsemusneuvonta	8	44	48
Yhteistyö ikääntyneen kanssa ravitsemuksen tukemisessa	5	33	62
Yhteistyö omaisten/läheisten kanssa ikääntyneen ravitsemuksen tukemisessa	12	30	58

9.4 Hoitajien arviot omista valmiuksistaan ikääntyneiden ruokailuun liittyvissä tehtävissä

Kyselylomakkeen kysymyksellä 5. (Liite 1.) kartoitin hoitajien arvioita valmiuksistaan ikääntyneen ruokailuun liittyvissä tehtävissä (taulukko 5).

Liki kaikki hoitajat (97 %) arvioivat omaavansa valmiudet riittävän avun antamiseen ruokailussa hyväksi tai erittäin hyväksi. Vahvoina osaamisalueina pidettiin myös viihtyisän ruokailutapahtuman järjestämistä (80 %), erilaisten välipalojen järjestämistä (80 %) ja yhteistyötä asiakkaan kanssa ruokailussa (80 %), koska valmiudet arvioitiin hyväksi tai erittäin hyväksi.

TAULUKKO 5. Hoitajien arviot omista valmiuksistaan ikääntyneiden ruokailuun liittyvissä tehtävissä. Luokiteltujen vastausvaihtoehtojen %-osuudet. N=40.

Valmiudet	erittäin huonot tai huonot valmiudet	tydyttävät valmiudet	hyvät tai erittäin hyvät valmiudet
Viihtyisän ruokailutapahtuman järjestäminen	0	20	80
Riittävän avun antaminen ruokailussa	0	3	97
Sopivan ruokailuajankohdan järjestäminen	3	35	62
Sopivan ruokailulistan suunnittelu	22	38	40
Ruuan laadunarviointi	10	27	63
Erilaisten välipalojen järjestäminen	0	20	80
Ruuan rikastaminen tarvittaessa	3	39	58
Täydennysravintovalmisteiden käyttäminen	8	42	50
Enteraalisesta ravitsemuksesta huolehtiminen (nenä-mahaletku, gastrostooma/PEG)	36	31	33
Yhteistyö asiakkaan kanssa ruokailussa	0	20	80
Yhteistyö omaisten/läheisten kanssa ruokailun suunnittelussa ja toteutuksessa	12	33	55
Sopivien apuvälineiden käyttäminen	4	33	63
Ruokailuun liittyvä kirjaaminen	5	30	65

Valmiuksissa puutteita ja epävarmuutta koettiin täydennysravintoaineiden käyttämisessä (42 %), ruuan rikastamisessa (39 %), sopivan ruokalistan suunnittelussa (38 %), sopivan ruokailuajankohdan järjestämisessä (35 %), sopivien apuvälineiden käyttämisessä (33%), yhteistyössä omaisten/läheisten kanssa ruokailun suunnittelussa ja toteutuksessa, enteraalisesta ravitsemuksesta huolehtimisessa (31%), ruokailuun liittyvässä kirjaamisessa (30%), koska hoitajista 30 % tai yli arvioi valmiutensa näissä asioissa tyydyttäväksi. Hoitajat kokivat enteraalisesta ravitsemuksesta huolehtimisen (nenä- mahaletku, gastrooma/PEG) kaikkein puutteellisimmaksi valmiudeksi, sillä 36 % arvioi omaavansa erittäin huonot tai huonot valmiudet. Näitä asiakkaita on kotihoidossa erittäin vähän ja pääsääntöisesti sairaanhoitajat vastaavat tämän erityistason osaamista vaativan asiakkaiden hoitotyöstä.

9.5 Hoitajien arviot valmiuksistaan ja työtavoistaan ikääntyneen ravitsemuksen arvioinnissa, ravitsemushoidossa ja sen toteuttamisessa

Kyselylomakkeen kysymysoosassa 6 (Liite 1.) selvitettiin hoitajien valmiuksia ja työtapoja ikääntyneen ravitsemuksen arvioinnissa, ravitsemushoidossa ja sen toteuttamisessa. Yhteistyö-, ohjaus- ja arviointitaidot ovat välttämättömiä valmiuksia asiakastyössä kotihoidossa. Tiedonvälitys tapahtuu paljolti tietokoneen ja kännyköiden välityksellä. Asiakastyön kirjaamista ja tilastointia helpottavat erilaiset ohjelmistot ja testilomakkeet esimerkiksi MNA- ja MMSE-testit (Mini Mental State Examination), jotka ovat hoitajien käytettävissä. Ne lisäävät myös tietojen luotettavuutta, koska useat ohjelmat ja testi edellyttävät yhdenmukaista kirjaamista.

Taulukosta 6 ilmenee, että ikääntyneen painon seuranta vaakaa (97 %) käyttäen sujuu liki kaikilta hoitajilta sekä havainnointi (90 %) hyvin tai erittäin hyvin. Myös hyväkuntoisen asiakkaan ravitsemuksen tukemisen (76 %) hoitajat arvioivat hallitsevansa hyvin tai erittäin hyvin. Puutteellisiksi tai epävarmoiksi valmiudet koettiin kysymysoosion kaikissa muissa kysymyksissä, sillä vain ikääntyneen painon seuranta mittanauhalla (58 %) ja ravitsemukseen liittyvä kirjaus (57 %) ja monisairaana ravitsemuksen seuranta (55 %) arvioitiin hyväksi tai erittäin hyväksi valmiudeksi.

Tyydyttävät valmiudet hoitajista koki omaavansa puolet tai yli puolet psykologisesta tai sosiaalisesta syystä laihtuvan ravitsemuksen tukemisessa. 30 % tai yli 30 % arvioi valmiutensa moniammatillisessa yhteistyössä (46 %), ylipainoisen ravitsemuksen tukemi-

nessa (39 %), monisaira-an ravitsemuksen tukemisessa (35 %), tarvittavien työvälineiden hankinnassa (33 %) tyydyttäviksi. Eniten puutteita valmiuksissa koettiin tarvittavien työvälineiden hankintavalmiuksissa (28 %), psykologisesta syystä laihtuvan ravitsemuksen tukemisessa (28 %), sosiaalisesta syystä laihtuvan ravitsemuksen tukemisessa (23 %), ylipainoisen ravitsemuksen tukemisessa (20 %) ja ravitsemuksen liittyvässä kirjaamisessa (20 %), koska hoitajat arvioivat valmiutensa erittäin huonoiksi tai huonoiksi.

TAULUKKO 6. Hoitajien arviot valmiuksistaan ja työtavoistaan ikääntyneen ravitsemuksen arvioinnissa, ravitsemushoidossa ja sen toteuttamisessa .

Luokiteltujen vastausvaihtoehtojen % -osuudet, N=40.

Valmiudet	erittäin huonot tai huonot valmiudet	tydyttävät valmiudet	hyvät tai erittäin hyvät valmiudet
Ikääntyneen painon seuranta	0	10	90
- havainnointi			
- vaaka	0	3	97
- mittanauha	17	25	58
- ruokailupäiväkirjan käyttö	25	27	48
MNA-testin käyttö	38	35	27
Hyväkuntoisen ravitsemuksen tukeminen	5	19	76
Monisaira-an ravitsemuksen tukeminen	10	35	55
Psykologisesta syystä laihtuvan ravitsemuksen tukeminen	28	50	22
Sosiaalisesta syystä laihtuvan ravitsemuksen tukeminen	23	63	14
Ylipainoisen ravitsemuksen tukeminen	20	39	41
Moni ammatillisen yhteistyö (hoito- ja ruokapalveluhenkilöstön kanssa)	10	46	44
Ravitsemukseen liittyvä kirjaaminen	20	23	57
Tarvittaessa työvälineiden hankinta	28	33	39

9.6 Hoitajien arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa asiakkaan ravitsemukseen ja ruokailuun

Kyselylomakkeen kysymyksillä 7-10 kartoitin hoitajien vaikuttamismahdollisuuksia työhönsä, koulutustarvetta ja – halukkuutta ravitsemukseen liittyvissä asioissa kotihoitotyössä. Kysymys 10 oli avoin kysymys, johon hoitajien oli mahdollisuus laittaa ehdotuksiaan ja ideoitaan ikäänntyneiden ravitsemuksista. Lisää tähän avoimen kysymyksen merkitys ja tuliko vastauksia.

Taulukosta 7 selviää, että parhaiten hoitajat kokivat mahdollisuutensa vaikuttaa työmenetelmien valintaan, sillä 75 % koki vaikuttamismahdollisuutensa joko hyväksi tai erittäin hyväksi. Yli puolet koki työjärjestykseen (62 %), työtahtiin (53 %), työtehtävien sisältöön (52 %) vaikuttamismahdollisuudet hyväksi tai erittäin hyväksi.

Vastausten tulokset ovat selitettävissä sillä, että työtehtävät ovat työntekijää palkatessa jo pitkälti määritelty. Tuloksissa oli positiivista tämän kysymyksen kohdalla kuitenkin se, että 52 % koki vaikuttamismahdollisuutensa työtehtäviin hyväksi tai erittäin hyväksi, tyydyttäväksi 43 % ja vain 5 % erittäin huonoiksi tai huonoiksi. Siihen, missä järjestyksessä teet työsi, kaikki kokivat voivansa vaikuttaa, mikä on hyvä tulos. Vastaajista lähes kaikki (94 %) kokivat voivansa vaikuttaa työn tekemisjärjestykseen. Työtahtiin vaikuttamismahdollisuutensa tyydyttäväksi valmiutensa koki 37 %. Selvää on, että työtahtiin vaikuttaminen ei aina ole mahdollista, koska asiakkaiden määrä ja kunto kotihoidon piirissä vaihtelee sekä lyhytaikaiset työntekijöiden poissaolot (sairauslomat, koulutukset) kuormittavat työyhteisön jäseniä.

Kotihoidossa työntekijöille välttämättömien työvälineiden hankinta saattaa aiheuttaa vaikeuksia, kaikkia työvälineitä ei voida hankkia työntekijän puolelta.

Kotihoidon työntekijöiden toimintaympäristönä on asiakkaan koti, jossa pitkälti toimitaan käyttäen asiakkaan työvälineitä, jotka eivät aina ole riittävän tarkoituksenmukaisia. Lisäksi työergonomiset kysymykset esimerkiksi asiakkaan epäsopiva sänky saattaa aiheuttaa asiakastyössä vaikeuksia tai asiakkaan wc-tila saattaa olla liian ahdas. Täytyy muistaa lisäksi, että aina ei paraskaan asiakkaan ohjaus, opastus tai suostuttelu tuota tulosta.

TAULUKKO 7. Hoitajien arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa työssään asiakkaan ravitsemukseen ja ruokailuun. Luokiteltujen vastausvaihtoehtojen % -osuudet. N=40.

Mahdollisuudet	erittäin huonot tai huonot valmiudet	tydyttävät valmiudet	hyvät tai erittäin hyvät valmiudet
Mitä työtehtäviin kuuluu	5	43	52
Työjärjestykseen	5	33	62
Työtahtiin	10	37	53
Käyttämiin työmenetelmiin	0	25	75
Tarvittavien työvälineiden hankintaan	18	37	45

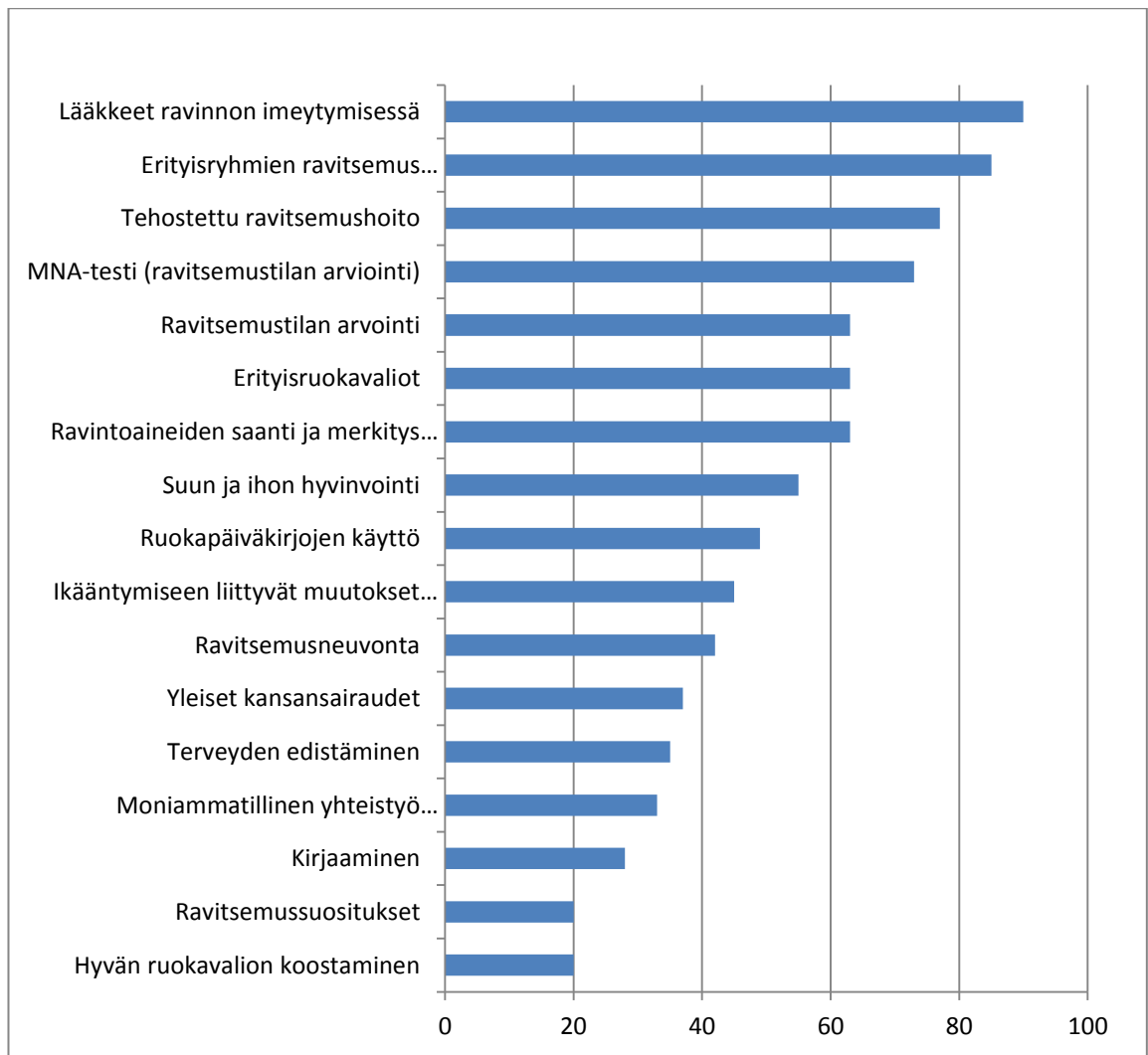
9.7 Hoitajien tarve saada ravitsemusaiheista koulutusta ja ohjausta

Kuviosta 1 selviää kotihoitohenkilöstön nykyosaaminen ja koulutustarve. Kysymyksen tulokset antavat selkeän suunnan, mitä ja millaista koulutusta työntekijät kokevat tarvitsevat työnsä tueksi. Yhteenvedon voidaan todeta, että koulutukselle on tarvetta.

Eniten tarvetta hoitajat kokivat olevan lääkkeiden vaikutuksesta ravintoaineiden imeytymisessä (36), erityisryhmien ravitsemukseen (35), MNA-testin tekemiseen (31) ja tehostettuun ravitsemushoitoon (31). Yli puolet hoitajista koki tarvetta koulutukseen erityisruokavalioissa (26 %), ravitsemustilan arvioinnissa (26 %), eri ravintoaineiden saannissa ja merkityksessä ruokavaliossa (25 %), suun ja ihon hyvinvoinnissa (23 %).

Hoitajien tarve saada koulutusta ja – ohjausta koettiin olevan kunnossa hyvän ruokavalion koostamisen (32), ravitsemussuosituksen (32), kirjaamisen (29), moniammatillisen yhteistyön ammattiryhmien (29), ravitsemisneuvonnan (25), ikääntymiseen liittyvien muutoksissa ravinnon tarpeessa (22), koska yli puolet hoitajista ei kokenut koulutukseen tarvetta näissä asioissa.

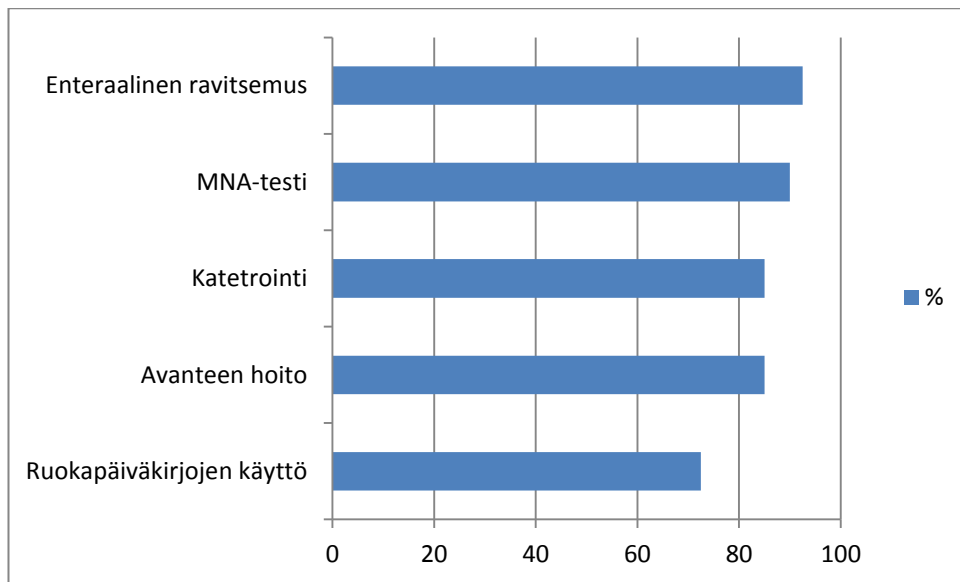
Kysymyksen kohdalla käy ilmi, että ne ovat samansuuntaiset kuin kysymyksien 3-4 (Liite 1) tulokset valmiuksien arvioinnissa hoito- ja hoivatyössä ja ikääntyneen asiakkaan ravitsemukseen liittyvissä alueissa. Tämä on kehittämistyön kannalta tärkeä tulos.



KUVIO 1. Hoitajien tarve saada koulutusta ja ohjausta. Kyllä-vastausten % -osuudet, N=40.

9.8 Hoitajien halukkuus suorittaa hoidollisia tehtäviä saaden siihen tarvittavan-työpaikkakoulutuksen

Kuviossa 2 on kuvattu kotihoidossa työskentelevien hoitajien halukkuutta suorittaa hoidollisia tehtäviä, silloin kun niiden suorittamiseen annetaan tarvittava työpaikkakoulutus. Saaduilla tuloksilla on merkitystä kotihoitotyössä, koska työntekijöiden tulee suoriutua asiakkaiden hoito- ja hoivatyöstä mahdollisemman kokonaisvaltaisesti.



KUVIO 2. Hoitajien halukkuus suorittaa hoidollisia tehtäviä, kun niiden suorittamiseen annetaan tarvittava työpaikkakoulutus. Kyllä-vastausten % -osuudet, N=40.

Innokkaimpia hoitajat (37) olivat enteraalisen ravitsemuksen koulutukseen. Liki yhtä paljon hoitajilla oli halukkuutta MNA-testin tekemisen kouluttautumiseen (36). Myös kiinnostusta katetroinnin (34) ja avanteen hoidon (34) koulutukseen oli paljon. Vähiten kysytyistä täydennyskoulutusaiheista kiinnosti ruokapäiväkirjojen käyttökoulutus (29).

9.9 Hoitajien ehdotuksia ja ideoita ikääntyneiden ravitsemukseen

Kyselylomakkeen viimeisessä kohdassa hoitajilla oli mahdollisuus esittää vapaasti ehdotuksia ja ideoita ikääntyneiden ravitsemukseen. Hoitajista 7 oli vastannut tähän kohtaan. Ehdotuksissa useampi hoitaja toivoi yhteistyötä keskuskeittiön kanssa, jotta ikääntyneille saataisiin perinteisempiä ja maistuvampia ruokia, ruoka-annosten toivottiin olevan myös lämpimiä. Kylmät ruoka-annokset vaikuttivat jonkun hoitajan mielestä epäsiisteiltä. Hoitajat toivat esille myös työajan riittämättömyyden, niiden asiakkaiden kohdalla, jotka itse eivät pysty huolehtimaan ruokailustaan.

10 TYÖPAJOJEN TULOKSET

Työpajoja pidettiin kahdessa kotihoidon tiimissä 25. ja 27.3.2014, osallistujina olivat työvuorossa olevat lähihoitajat, sairaanhoitajat ja vetäjänä toimi opinnäytetyöntekijä. Nämä hoitajat osallistuivat myös opinnäytetyön kyselyn vastaamiseen. Työpajojen tarkoituksena oli esittää opinnäytetyön tulokset ja saada osallistujilta kommentteja miltä tulokset heidän mielestään näyttävät. Lisäksi tavoitteena oli käydä avointa keskustelua tutkimuksen aiheesta, asiakkaiden ravitsemuksen ja ruokailun tukemisesta kotihoidossa.

Työpajan vetäjänä käytin noin tunnin työajan kyselyn tulosten esittämiseen ja toisen tunnin tulosten pohdintaan sekä keskusteluun. Uskon, että tulosten huolellisen henkilökohtaisen esittämisen avulla kehittämistyöhön sitoutuminen on jatkossa helpompaa. Hoitajilla on myös paljon hiljaista tietoa aiheesta, koska he kohtaavat asiakkaat päivittäin ja tämä tieto ei välttämättä tule esille kyselyn tulosten kautta. Tämä tieto on tärkeää välittää johdolle kehittämistyöhön. Tälle tiedolle on tärkeää antaa arvoa, sillä se antaa työlle merkityksen. Molemmissa tiimeissä sain suunnitellun tavoitteen toteutettua.

Hoitajat kokivat kyselyn vastaukset luotettavaksi, vastauksien suhteen ei tullut kysymyksiä tai muuta erityistä havaittavaa julki. Kyselyn vastausten pohjalta käytiin sujuvaa keskustelua hyvässä hengessä, sanoja ”ei ole aikaa”, ”liikaa työtä” tai ”henkilöstöpula” ei puheenvuoroissa käytetty.

Keskusteluissa todettiin yleisesti, että ravitsemuskoulutusta kaivataan esitettyihin aiheisiin. Keskusteluissa nousi esiin tyypillisiä ikääntyneiden ravitsemusongelmia. Aliravitsemus ja ruokailuun vaikuttavat sairaudet, kuten syöpä, muistisairaus tai diabetes, tulivat esille puheenvuoroissa. Ruokailuun vaikuttavat fyysiset tekijät, esimerkiksi huonosti istuvat proteesit, kuiva suu tai nielemisongelmat sekä yksipuolinen ruokavalio, olivat myös yleisiä ravitsemisongelmia. Hoitajat kertoivat näkevänsä päivittäin työssään vajaa- ja virheravitsemukseen johtavia syitä, mutta ovat olleet näissä tapauksissa voimattomia tekemään asioihin muutoksia. Yksi hoitaja kuvasi osuvasti asiakkaan ruokailun olevan luottoasia, hoitajien täytyy luottaa pitkälti asiakkaan sanomisiin syömisestä, ellei muuta tietoa asiasta ole käytettävissä. Uusien ja harvemmin tavattavien asiakkaiden ravitsemus ja ruokailu koettiin ongelmaksi. Itsemääräämisoikeus koettiin suureksi haasteeksi. Asiakkaan kotona työskentely vaatii hienotunteisuutta ja yksityisyyden kun-

nioittamista. Varsinkin muistisairaiden kohdalla joutuu luottamaan enemmän havaintoihin kuin asiakkaan puheeseen. Asiakasta ei voi pakottaa syömään sopivampaa ruokaa tai ottamaan ateriapalvelua. Tiettyyn pisteeseen saakka asiakasta voi houkutella ja suositella sopiviin valintoihin. Lisäksi taloudellinen tilanne koetaan haasteena, jos tiedetään, että asiakkaalla on paljon lääkekustannuksia ja muita taloudellisia menoja.

Omaisiet koetaan hyvänä yhteistyökumppanina, joilta saadaan tarkempaa tietoa asiakkaan ravitsemuksesta ja ruokailutottumuksista. Hoitajat kokivat omaisissa olevan myös niitä, jotka eivät ymmärrä asiakkaan tilannetta. Hoitajat toivat esille myös, että ruoka on monesti ainoita mielihyvän aiheita asiakkaalle, joten suovat asiakkaille herkästi ”herkuteluhetkiä”. Hoitajat toivat esille, että asiakkailta ja omaisilla on paljon vanhentunutta tietoa ravitsemusasioista.. Myös vanhojen uskomuksien koetaan ohjaavan vääränlaiseen ravitsemukseen. Vaikeimmaksi hoitajat kokivat tilanteen niiden asiakkaiden kohdalla, joille käydään jopa useita kertoja päivässä pistämässä insuliinia ja mittaamassa verensokeriarvoja, mutta asiakas syö ohjauksesta huolimatta, mitä haluaa.

Keskustelussa hoitajat toivat esiin ateriapalvelusta tulevien ruoka-annosten ravitsemuksen laatuun ja annoskokoihin liittyviä seikkoja, kuten ruoan rasvaisuutta, liian vähäistä kastikemäärää ja liian isoa annoskokoa. Mieliapiteet tiimeissä kuitenkin näistä vaihtelivat, kuten ruoka-asioissa on tapana. Asiakkaiden mieliruokien saaminen ja ruokien maittavuus yksityisiltä palveluntoimittajilta kerrottiin olevan helpompaa ja parempaa kuin kunnalliselta palveluntuottajalta. Lisäksi lähialueella toimivasta keittiöstä sai ruokia asiakkaille joustavammin, tiedonkulku koettiin helpommaksi ja asiakaspalvelu laadukkaammaksi. Lämmin ruoka-annos houkuttelee asiakasta aloittamaan ruokailun ja näyttää siistiltä. Yhteistyön hoitajat kokivat olleen aikaisemmin helpompaa ja toimivampaa lähialueella toimineen keittiön kanssa.

Vetäjänä koin, että hoitajilla on aitoa halua asiakkaiden ravitsemuksen parantamiseen. Työpajassa kannustin hoitajia tekemään asiakkaille tarvittaessa helppotekoisia ruokia kuten kiisseleitä, puuroja. Työpajojen tulokset olivat merkityksellisiä ja yhteistyötä kannattaa jatkaa tältä pohjalta. Yhdessä keskustellen opimme ymmärtämään toistemme toimintatapoja. Palveluntuottaja vastaa asiakkaan tarpeisiin tilaaja-tuottajamallin pohjalta, joten mitä enemmän olemme kiinnostuneita yhteistyöstä tuottajan kanssa, sitä paremmin voimme kehittää yhteistä prosessiamme.

11 POHDINTA

11.1 Tutkimustulosten pohdintaa ja johtopäätöksiä

Ravitsemushoito on tärkeä osa hoitajan työnkuvaa kotihoidon arjessa. Tämän tutkimuksen päätarkoitus oli selvittää hoitajien ammatillisia valmiuksia asiakkaan ruokailun ja ravitsemuksen tukemisessa kotihoidossa. Hoitajien ammatillisten valmiuksien nykytilan ja koulutustarpeen selvittämisen kautta löydettiin ne osa-alueet, joissa hoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta. Tämän tutkimuksen tarpeellisuus perusteella sillä, että iäkkäiden määrän voimakkaan lisääntymisen myötä yhteiskuntamme on suurien haasteiden edessä vielä useamman vuosikymmenien ajan. Tutkimuksessa tuodaan esille ravitsemukseen ja ruokailuun liittyviä hoitajien koulutuksellisia tarpeita ja toimenpide-ehdotuksia kotihoidossa. Koulutuksen kautta hoitajat pystyvät vastaamaan kotihoitotyön asettamiin vaatimuksiin asiakkaan ravitsemuksen ja ruokailun tukemisen osalta. Ravitsemusasioiden koulutus jää helposti muiden, tärkeämmäksi koettujen asioiden jalkoihin. Ravitsemukseen liittyvää koulutusta on hyödynnetty Sastamalan sosiaali- ja terveystalouksissa tällä hetkellä liian vähän kotihoidossa. Sastamalassa ei ole myöskään omaa ravitsemusterapeutin tointa, vaikka asukkaita on lähes 30 000. Ravitsemusterapeutin työn panos nostaisi kaikkien työyhteisössä työskentelevien ja kuntalaisten ravitsemusosaamista.

Tietoa ravitsemuksesta on tarjolla paljon ja sen rajaaminen teoreettiseen osuuteen oli haastavaa. Tutkimuksen teoreettinen osuus toimii jatkossa hoitajien opetusmateriaalina ikääntyneen ravitsemuksen tukemisesta. Se laitetaan perehdyttämiskansioon ja siksi tein siitä mahdollisemman kattavan. Eri tutkimuksen mittarin eli kyselylomakkeen huolellinen laatiminen kannatti ja koin saavani tutkittavasta asiasta tutkimustulokset selkeästi esille. Tutkittavan ilmiön pilkkominen sitä mittaaviksi, yksiselitteisiksi kysymyksiksi, toi esille hoitajien koulutustarpeet. Kyselyn hyvä vastausprosentti (89 %) ja siihen huolellisesti vastaaminen osoitti mielestäni sen, että hoitajat kokivat tutkittavan aiheen erittäin tärkeäksi työssään. Mielestäni kyselyn ja työpajojen tuloksista välittyy hoitajien aito halu ja tarve kehittää työtään asiakkaiden parhaaksi.

Tämän tutkimuksen kyselyn tulokset osoittivat että, koulutustarvetta ja kehitettävää on monessa aiheeseen liittyvässä asiakkaan ravitsemuksen ja ruokailuun liittyvissä osa-alueissa. Myös kotihoidon esimiesten haastattelussa tuli yleisellä tasolla esille, että ravitsemusosaamista tulee kehittää. Tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi ravitsemuksen

osalta nousi lääkehoidon vaikutukset ravitsemukseen. Lähes kaikki hoitajat kokivat tällä osa-alueella ammatillisissa valmiuksissaan puutteita. Myös koulutustarvetta koettiin samasta asiasta eniten. Kotihoidon asiakkailta on käytössä useita erilaisia lääkkeitä, joten tämän takia ravitsemusta on suunniteltava huomioiden lääkkeiden vaikutukset. Ravitsemus ja lääkitys ovat molemmat tärkeitä asiakkaan hyvinvoinnille, joten asiakkaan hoitoon osallistuvien on tärkeää tietää, miten nämä sovitetaan yhteen. Ravitsemustilan arviointiin, tunnistamiseen ja ravitsemusneuvontaan tarvitaan myös lisäkoulutusta. Eri-tyisryhmien asiakkaiden ravitsemuksen ja ruokailun tukemiseen on myös syytä panostaa. Kotihoidossa on syytä istua alas säännöllisesti pohtimaan yhdessä asiakkaiden ravitsemuksen ja ruokailun haasteita ja etsiä niihin ratkaisuja. Asiakkaan ravitsemustilan arviointiin, ravitsemukseen ja ruokailuun liittyvien asioiden kirjaaminen koettiin ristiriitaiseksi. Hoitajat kokivat tarvetta ja halukkuutta saada koulutusta ja ohjausta asiakkaan ravitsemustilan arviointiin, mutta kirjaaminen ja ruokapäiväkirjojen täyttämistä ei koettu kovin tarpeellisena. Tällä hetkellä MNA-testin tekeminen ja ravitsemusasioiden kirjaaminen osana rakenteista kirjaamista ovat hoitajien käytössä, mutta käytännössä niiden käyttämistä ei hyödynnetä riittävästi.

Aiheen tärkeys ja ajankohtaisuus tuli esille myös työpajoissa, joissa työntekijät saivat vapaasti ottaa kantaa kyselyn tuloksiin. Työpajoihin olisin halunnut käyttää aikaa huomattavasti enemmän, koska koin keskustelut hyvin antoisiksi, asioista päästiin puhumaan käytännönläheisesti. Mielestäni hoitajat ymmärsivät ravitsemuksen merkityksen tärkeyden asiakkaan kokonaishoidossa. Ikäihmisten ravitsemukseen liittyy monenlaisia ongelmia sekä käytäntöjä ja hoitajat esittivät paljon kysymyksiä. Ongelmien ratkaisemisessa tärkeitä asioita ovat hoitajien koulutus ja yleisen tietouden lisääminen ikääntyvien ravitsemuksen erityispiirteistä. Ravitsemuksen merkitystä asiakkaan kokonaishoidossa ei ole ymmärretty riittävästi, esimerkiksi onnistuneen lääkehoidon osatekijänä. Asiakkaan ravitsemustilan arvioinnin tulisi olla osa asiakkaan hoidon kokonaisarviointia. Tarvittaessa se pitää tehdä tarvittaessa hoitajien ja lääkärin yhteistyönä.

Suominen (2007, 11) ja Salo (2012, 175) ovat osoittaneet ravitsemuskoulutuksen tärkeyden hoitajille. Hoitajien pitämät ruokapäiväkirjat ja niiden analysointi sekä ravitsemusasioista keskustelu olivat hoitajien mielestä tehokkaita oppimistapoja. Tämän opin näytetyön tulokset tukevat osaltaan näiden väitöskirjojen tuloksia.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitajat tarvitsevat asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitamiseen ja palvelemiseen ammatillisen peruskoulutuksen lisäksi jatkuvaa koulutusta ja tietojen päivittämistä aiheesta. Tutkimustulokset osoittivat selkeästi ne koulutuksen osa-alueet, joihin hoitajat tarvitsevat ja haluavat koulutusta. Tähän tarpeeseen on helppo vastata järjestämällä koulusta yhteistilaisuuksilla Sastamalan sosiaali- ja terveystalouksissa. Koulutus voidaan käytännössä jakaa teoreettiseen opetukseen ja käytännöllisiä osaamistarpeita tukevaan taidolliseen opetukseen tai ohjaukseen esimerkiksi pienryhmäohjaukseen. Käytännön työ tarjoaa usein oppimisen tilanteita. Selkeä ohjeistus esimerkiksi muistisairaana asiakkaan tai haava-asiakkaan ravitsemustilan arvioinnissa ovat välttämättömiä. Koulutusta tulee järjestää säännöllisesti vuosittain ja sille täytyy olla vankka johdon tuki.

Yhteistyön parantaminen asiakkaan hoitoon ja palveluun kuuluvien toimijoiden kesken on myös jatkossa tärkeä kehittämisen osa-alue kyselyn ja työpajojen tulosten pohjalta. Ravitsemusterapeutti voi tukea ruokapalvelua laadullisesti ja määrällisesti asiakkaan riittävän ruokailun suunnittelussa esimerkkinä: tehostettu ruokavalio, rakennemuutokset, hankalat erityisruokavaliot. Omaiset ja läheiset ovat tärkeitä yhteistyötahoja ja voimavara asiakkaan ravitsemuksen arvioinnissa ja tukemisessa. Omaisyhteistyönä voisi jatkossa olla omaisille tarkoitettuja omaisiltoja, joissa virkistyksen ohella annettaisiin tietoja, keinoja ja motivoitaisiin hyvään ravitsemukseen.

Ravitsemusterapeutin täysipäiväinen toimi olisi tärkeää saada mahdollisemman nopeasti Sastamalaan. Kotihoidossa hänen työnkuvaansa voisi kuulua asiakastyön lisäksi hoitajien koulutus ja ohjaus, ravitsemushoitoprosessin kehittäminen, osallistuminen tiimipalaveriin, konsultaatio, ruokapalvelujen tukeminen, omaisyhteistyö. Kotihoidossa työskentelevien hoitajien laajan työnkuvan takia ravitsemukseen liittyvien asioiden kokonaisvaltainen hallinta on vaikeaa, joten ravitsemussuosituksissa esille tullut ravitsemusvastaavan nimeäminen tiimissä olisi hyvä keino pitää mielessä ja päivittää ravitsemusosaamista kotihoidossa. Myös selkeä ravitsemusohjeistusmateriaali sisäisessä verkossa on hyvä tehdä.

11.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupa Sastamalan sosiaali- ja terveystalouksista. Käytämäni kirjallinen lähdemateriaali oli uudehkoa ja eri lähteiden sisältö, suositukset ja

ohjeet olivat melko yhteneväisiä, mikä vaikuttaa työn teoreettiseen luotettavuuteen. Ravitsemuksesta annetaan kuitenkin säännöllisesti uutta tietoa, joten tämän työn teoreettinen tieto vaatii säännöllistä päivittämistä.

Tutkimus toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, noudattaen eettisiä ohjeita ja sääntöjä. Tutkimuksen teon eri vaiheet ja tulokset on pyritty raportoimaan rehellisesti sekä tuomaan esille myös tutkimukset haasteelliset kohdat.

11.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tämän opinnäytetyön tuloksia voi hyödyntää hoitajien ravitsemuskoulutusta suunniteltaessa, käytännön työelämässä ja jatkotutkimuksien aineistona ainakin Sastamalan sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa. Jatkossa on tärkeää selvittää asiakkaiden ravitsemustilaa, hoitajien ravitsemuskoulutuksen vaikuttavuutta ja seurata miten koulutuksessa olevat asiat on omaksuttu ja viety käytäntöön. Olisi mielenkiintoista tietää mitkä syyt ovat johdaneet ikääntyneiden vajaaravitsemukseen ja millaisilla keinoilla ravitsemuksen tilaa saadaan parhaiten nostettua. Myös ravitsemukseen ja ruokailuun vaikuttavien tekijöiden esimerkiksi leskeytymisen tai yksinasumisen vaikutusta olisi mielenkiintoista tutkia.

LÄHTEET

Arffman, S. 2009. Energia ja ravintoaineet. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H., Sinisalo, L. 2009. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Publishing Oy. 14–17, 18, 20.

Finravinto2007-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 23/2008.
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008B_23.pdf

Fogelholm, M., Hakala, P., Kara, R., Kiuru, S., Kurppa S., Kuusipalo, H., Laitinen J., Marniemi, A., Misiknagas, M., Roos, E., Sarlio-Lähteenkorva, S., Schwab, U. & Virtanen, S. 2014. Suomalaiset ravitsemussuosituksset 2014. Helsinki: Edita Publishing Oy. 7-9, 49.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15 uudistettu painos. Hämeenlinna: Karitan Kirjapaino Oy.

Hovilainen-Kilpinen T. Oksanen H. 2013. Lähihoitajan kirja. Sanoma Pro Oy. 82–83, 98, 104, 107.

Hujala, N. 2009. Suojaravintoaineet. Teoksessa Arffman, S. Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy. 28.

Hyytinen M., Mustajoki P., Partanen R., & Sinisalo-Ojala L. (toim.) 2009. Ravitsemushoito-opas. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 195.

Kapiainen, P. Vanhustyö-lehti 2008:7, 5-6.

Kosonen, H. Keliakia-lehti 2011:3, 10.

Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2006:30. STM. Helsinki. 41.

Jekkonen, T., Muurinen, S. Soini, H., Suominen, M, Suur- Uski, I., Pitkälä, K. Helsinkiläisten iäkkäiden palveluasumisen asukkaiden ravitsemustila 2007. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston tutkimuksia. 2008:2.

Muurinen, S., Soini, H. Suur-Uski, I., Peiponen A, Pitkälä K. Helsinkiläisten laitospainosten ravitsemustila. Helsingin kaupunki, vanhusten laitos- ja asumispalveluyksikkö. Helsinki 2003. 34.

Nuutinen, O., Siljamäki-Ojansuu U., Mikkonen R., 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. 1, 22, 33–34, 72–79, 86–87, 155.

Routasalo, P., Suominen, M, Lehmusoksa, S, Halttunen, T, Linko, L., Rauhala, A, Soini, H. Kotona asuvien tukipalveluateriaa saavien ikääntyneiden turkulaisten ravitsemustila vuonna 2006. Turun kaupungin sosiaalikeskuksen julkaisu nro 1A. Kaupunginkansliain painatuskeskus, Turku, 2008. 33.

- Salo, V. 2012. Kotipalvelun työntekijöiden koulutustarpeet ja ammatillisen kasvun tukeminen iäkkäiden ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen. Väitöskirja. Turun Yliopisto. 175.
- Siljamäki-Ojansuu, U., Pölonen, A., Salminen T & Varjonen- Toivonen M. 2011. Pirkanmaan alueellinen ravitsemussuunnitelma 2011. 5, 7.
- Sinisalo, L. 2009. Ikääntyvät ja vanhukset. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki. Edita Publishing Oy. 18.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:10. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. 4-8, 16, 18.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:11. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 10.
- Suominen, M. 2007. Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. 7.
- Suominen M. 2008. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot. Ravitsemusterapeuttinen yhdistys ry. Vammala. 8, 12–13, 15, 34–35, 53, 57–58, 61–62, 74, 76, 86, 215–216.
- Suominen, M, Sandelin, E., Soini, H., Pitkälä, KH. 2009. How well do nurses recognize their elderly patients' malnutrition Eur J Clin Nutr. 2009; 63(2):292-6. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Sairaalaruokasuositukset.
- Suominen, M. & Pitkälä, K. 2010. Iäkkään ravitsemus. Teoksessa Tilvis, R., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitala, M. Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. 213, 214, 225.
- Suominen M., Finne-Soveri H., Hakala, P., Hakala-Lahtinen P., Männistö, S., Pitkälä K., Sarlio-Lähteenkorva S. & Soini, H. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Publishing Oy. 5, 26, 49, 52, 57.
- Tiainen, A-M. 2009. Ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutus. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy. 55–61.
- Tiainen, A-M. 2009. Vitamiini- ja kivennäisainevalmisteet. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy. 114.
- Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. 2008:20. ETENE-julkaisu. 7.
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Opetushallitus 2008c. Aikuiskasvatus. Saatavissa osoitteessa: www.oph.fi/Aikuiskasvatus Opetushallitus 2008b. Näyttötutkinnot. Saatavissa osoitteessa: www.oph.fi/Näyttötutkintojärjestelmä/Näyttötutkinnot; Aikuisten näyttötutkinto.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Liite 1.

Kotihoitohenkilöstön ammatilliset valmiudet asiakkaiden ravitsemuksen ja ruokailun tukemisessa

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT (1-2)

1. Kuinka pitkä työkokemus sinulla on sosiaali- ja terveydenhuollossa?

- 1 alle 5- vuotta
- 2 5 – 15 vuotta
- 3 yli 15 vuotta

2. Koulutus_____

KOTIHOITOTYÖSSÄ TARVITTAVAT TIEDOT JA TAIDOT(3-6)

Arvioi asteikolla 1-5.

3. Millaisiksi arvioit omat valmiutesi (tiedot ja taidot) seuraavissa hoito- ja hoivatyön alueissa?

	Erittäin huonot	Melko huonot	Tyydyttävät	Melko hyvät	Erittäin hyvät
Liikuntakyky					
Toimintakyky.....	1	2	3	4	5
Ravitseminen ja nesteytys.....	1	2	3	4	5
Suun ja ihon terveys.....	1	2	3	4	5
Mieliala.....	1	2	3	4	5
Muistihäiriöt.....	1	2	3	4	5
Aistitoiminnot (näkö, maku).....	1	2	3	4	5
Kansansairaudet.....	1	2	3	4	5
Lääkkeiden imeytyminen ja vaikutus elimistössä.....	1	2	3	4	5
Erityisryhmät (kehitysvammaiset, päihde-ongelmaiset).....	1	2	3	4	5

4. Millaisiksi arvioit omat valmiutesi seuraavista ikääntyneen asiakkaan ravitsemukseen liittyvistä alueista?

	Erittäin huonot	Melko huonot	Tyydyttävät	Melko hyvät	Erittäin hyvät
Ravitsemukseen liittyvissä palveluista.....	1	2	3	4	5
Hyvän ruokavalion koostumus.....	1	2	3	4	5

Eri ravintoaineiden merkitys ruokavaliossa..	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Ikääntyneen omien mielipiteiden ja toiveiden huomiointi.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Erityisruokavaliot.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Muutokset ravinnon tarpeessa.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Ravitsemussuositukset.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Ravitsemustilan arviointi.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Virheravitsemustilan tunnistaminen.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Lääkkeiden vaikutukset ravintoaineiden imeytymiseen.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Ravitsemusneuvonta.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Yhteistyö ikääntyneen kanssa ravitsemuksen tukemisessa.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Yhteistyö omaisten/läheisten kanssa ikääntyneen ravitsemuksen tukemisessa.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5

5. Millaisiksi arvioit omat valmiutesi ikääntyneiden ruokailuun liittyvissä tehtävissä?

	Erittäin huonot	Melko huonot	Tyydyttävät	Melko hyvät	Erittäin hyvät
Viihtyisän ruokailutapahtuman järjestäminen..	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Riittävän avun antaminen ruokailussa.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Sopivan ruokailuajankohdan järjestäminen.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Sopivan ruokailun suunnittelu.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Ruuan laadun arviointi.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Erilaisten välipalojen järjestäminen.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Ruuan rikastaminen tarvittaessa.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Täydennysravintovalmisteiden käyttäminen.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Enteraalisesta ravitsemuksesta huolehtiminen (nenä-mahaletku, gastrostooma/PEG).....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Yhteistyö asiakkaan kanssa ruokailussa.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Yhteistyö omaisten/läheisten kanssa ruokailun suunnittelussa ja toteutuksessa.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Sopivien apuvälineiden käyttäminen.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
Ruokailuun liittyvä kirjaaminen.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5

6. Arvioi omia valmiuksiasi ja työtapojasi ikääntyneen ravitsemuksen arvioinnissa, ravitsemushoidossa ja sen toteuttamisessa?

	Erittäin huonot	Melko huonot	Tyydyttävät	Melko hyvät	Erittäin hyvät
Valmiuteni käyttää					
Ikääntyneen painon seuranta					
-havainnointi.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
- vaaka.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
- mittanauha.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
- ruokapäiväkirjan käyttö.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5

MNA-testin käyttö.....	1	2	3	4	5
Hyväkuntoisen ravitsemuksen tukeminen.....	1	2	3	4	5
Monisairaahan ravitsemuksen tukeminen.....	1	2	3	4	5
Psykologisesta syystä laihtuvan ravitsemuksen tukeminen.....	1	2	3	4	5
Sosiaalisesta syystä laihtuvan ravitsemuksen tukeminen.....	1	2	3	4	5
Ylipainoisen ravitsemuksen tukeminen.....	1	2	3	4	5
Moni ammatillinen yhteistyö (hoito- ja ruokapalveluhenkilöstön kanssa).....	1	2	3	4	5
Ravitsemukseen liittyvä kirjaaminen.....	1	2	3	4	5
Tarvittavien työvälineiden hankinta.....	1	2	3	4	5

KASVUN JA VAIKUTTAMISEN MAHDOLLISUUDET TYÖSSÄ (7 – 10)

7. Arvioi, millaiset ovat mahdollisuutesi vaikuttaa työssäsi liittyen asiakkaan ravitsemukseen ja ruokailuun seuraaviin asioihin?

	Erittäin huonot	Melko huonot	Tyydyttävät	Melko hyvät	Erittäin hyvät
Siihen, mitä työtehtäviisi kuuluu.....	1	2	3	4	5
Työjärjestykseen.....	1	2	3	4	5
Työtahtiisi.....	1	2	3	4	5
Käyttämiisi työmenetelmiin.....	1	2	3	4	5
Tarvittavien työvälineiden hankintaan.....	1	2	3	4	5

8. Mistä seuraavista ravitsemuksellista aiheista koet tarvitsevasi koulutusta, ohjausta?

	Kyllä	Ei
Terveyden edistäminen.....	1	2
Yleiset kansansairaudet.....	1	2
Eri ravintoaineiden saanti ja merkitys ruokavaliossa.....	1	2
Hyvän ruokavalion koostaminen.....	1	2
Ravitsemussuositukset.....	1	2
Erityisruokavaliot.....	1	2
Suun ja ihon hyvinvointi.....	1	2
Erityisryhmien ravitsemus (syöpäpotilaat).....	1	2
Ravitsemustilan arviointi.....	1	2
Tehostettu ravitsemushoito.....	1	2
Lääkkeiden vaikutus ravintoaineiden imeytymiseen.....	1	2
Ravitsemusneuvonta.....	1	2
Ruokapäiväkirjojen käyttö.....	1	2
MNA-testi (Asiakkaan ravitsemustilan arviointi).....	1	2
Ikääntymiseen liittyvät muutokset ravinnon tarpeessa.....	1	2
Kirjaaminen.....	1	2
Moni ammatillinen yhteistyö ammattiryhmien kesken.....	1	2

Jokin muu, mikä?

9. Ympyröi seuraavista tehtävistä ne, jotka olet valmis suorittamaan, jos saat niiden suorittamiseen tarvittavan työpaikkakoulutuksen.

	Kyllä	Ei
- Ruokapäiväkirjojen käyttö.....	1	2
- MNA-testi.....	1	2
- Enteraalinen ravitsemus.....	1	2
- Katetrointi (sis. katetrienhuuhtelut).....	1	2
- Avanteen hoito.....	1	2

10. Onko sinulla ehdotuksia tai ideoita ikääntyneiden ravitsemukseen?

Sydämellinen kiitos vastauksista!