



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

IKÄÄNTYNEEN VAJAA- RAVITSEMUKSEN TUNNISTAMINEN JA HOITO

Kysely kotihoidon lähihoitajille

TEKIJÄT: Meeri Savolainen
Riia Väyrynen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Savolainen Meeri, Väyrynen Riia	
Työn nimi Ikääntyneen vajaaravitsemuksen tunnistaminen ja hoito – kysely kotihoidon lähihoitajille	
Päiväys 25.10.2016	Sivumäärä/Liitteet 62/4
Ohjaaja(t) Abdel Hamid Pirkko	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion kaupunki, eteläinen kotihoito	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Suomen ikärakenne muuttuu, laitospaikkoja vähennetään ja ikääntyneitä pyritään hoitamaan mahdollisimman pitkään tutuissa kotiympäristöissään. Tämä asettaa haasteita kotihoidon osaamiselle. Lähihoitajilta odotetaan yhä laaja-alaisempaa osaamista ja ammattitaitoa, joita on kehitettävä jatkuvasti. Ravitsemusosaamisella on tärkeä merkitys hoitajien työkuvassa. Ikääntyneen hyvä ravitsemustila on toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edellytys.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon lähihoitajien osaamista ikääntyneiden ravitsemusta koskien sekä selvittää tunnistamiskeinoja ja toimintatapoja vajaaravitsemukseen liittyen. Tavoitteena oli painottaa aliravitsemuksen ehkäisyn tärkeyttä ikääntyneen hoitotyössä sekä auttaa mahdollisten jatkotoimenpiteiden valinnassa, jotta ikääntyneiden asiakkaiden aliravitsemustapaukset vähenisivät.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Otos käsitti kotihoidon lähihoitajia sekä perus- ja kodinhoitajia. Mittarina käytimme strukturoitua kyselyä, jossa selvitimme lähihoitajien tietämystä ja toimintaa ikääntyneiden asiakkaiden vajaaravitsemustapauksissa.</p> <p>Kyselyn tulokset osoittavat, että kotihoidon työntekijöiden ikääntyneen ravitsemusosaaminen on hyvin vaihtelevaa. Vastaajat kokivat tunnistavansa ikääntyneen vajaaravitsemuksen hyvin tai kohtalaisesti. Vajaaravitsemuksen tunnistamisen yhtenä tärkeimmistä keinoista ja kehittämisohjeista vastaajat kokivat moniammatillisen yhteistyön. Vajaaravitsemuksen laadukkaasti hoidon estäviksi tekijöiksi koettiin asiakkaiden lyhyet käyntiajat sekä työntekijöiden vaihtuvuus. Toimintatapoja kartoittaessa tuloksista käy ilmi, että asiakas ja omaiset otetaan vajaaravitsemuksen hoidossa hyvin huomioon. Kyselyn tulosten mukaan MNA -testin käyttäminen on vähäistä, sillä enemmistö vastanneista käyttää MNA -testiä harvemmin kuin kerran kuukaudessa tai ei juuri koskaan. Opinnäytetyön avulla pyrimme myös lisäämään kotihoidon moniammatillisen työryhmän laatiman vajaaravitsemuksen hoito-ohjeen näkyvyyttä ja käyttöä.</p> <p>Ravitsemushoidon opetukseen olisi syytä panostaa jo koulussa. Hyvänä jatkotutkimuksena olisi selvittää, ovatko nykyiseen lähihoitajakoulutukseen sisältyvät ravitsemusopinnot riittävän laajat tarpeeseen nähden. Vastaajat toivat myös esille lisäkoulutuksen tarpeen ravitsemukseen liittyen, joten sen järjestäminen kotihoidon työntekijöille on hyödyllinen kehittämisohje.</p>	
Avainsanat Vajaaravitsemus, Ikääntyneet, Lähihoitajat	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Savolainen Meeri, Väyrynen Riia			
Title of Thesis Recognition and treatment of malnutrition on the elderly – a questionnaire survey for licensed practical nurses in home care			
Date	25.10.2016	Pages/Appendices	62/4
Supervisor(s) Abdel Hamid Pirkko			
Client Organisation /Partners City of Kuopio (eteläinen alue), home care			
<p>Abstract</p> <p>The structure of age in Finland is changing, institutional care is being decreased and the aim is to nurse elderly in their own home as long as possible. This sets new challenges for the home care regarding know-how. Practical nurses face an increasingly wide array of requirements in knowledge and professional skills, which requires ongoing improvement. The knowledge of nutrition has a considerable significance in the field of practical nursing. A good nutritional status of a senior citizen is required in order to maintain well-being and performance.</p> <p>The purpose of this thesis was to map the nutritional knowledge of practical nurses working in home care regarding the nutrition of the elderly, and to analyze their means of identification and procedures concerning malnutrition. The goal was to emphasize the importance of preventing malnutrition in geriatric nursing and to help in choosing potential follow-ups, so that the malnutrition of elderly clients would decrease.</p> <p>This thesis was executed as a quantitative study. The sample included practical nurses and home aids working in home care. A structured questionnaire was used as a means to study the knowledge and actions of practical nurses regarding malnutrition cases of the elderly.</p> <p>The results of the thesis indicate that the knowledge concerning nutrition of the aged among home care employees varies greatly. The informants experienced that they recognized the malnutrition of an elderly well or moderately well. The informants regarded multi-professional collaboration as one of the most important means of identifying malnutrition as well as suggestions of improvement. According to the informants, the inhibitory factors of high quality nursing were short operating times and the high turnover rate of employees. When studying the procedures, it turns out that the client and relatives are well considered in the treatment of malnutrition. According to the results, the use of the Mini Nutritional Assessment is scarce, for majority of the informants use the Mini Nutritional Assessment less than once in a month or almost never. With the thesis we strive to increase the visibility and use of the treatment instruction of malnutrition, which was composed by the multi-professional team working in home care.</p> <p>At schools the education of nutrition therapy should be invested in. A potential follow-up research would be to analyze whether the study regarding nutrition is extensive enough in current practical nurse education. The informants also brought up the need of additional education, therefore arranging training for home care employees is also a beneficial suggestion of improvement.</p>			
Keywords Malnutrition, Aged, Licensed Practical Nurses			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	IKÄÄNTYNYT JA RAVITSEMUKSEN ERITYISPIIRTEET	8
2.1	Keskeiset käsitteet	8
2.2	Ikääntyneen ravitsemussuositukset	9
2.2.1	Proteiininsaanti	10
2.2.2	Rasvojen saanti.....	11
2.2.3	Hiilihydraattien saanti	11
2.2.4	Vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti	11
2.2.5	Ravintokuidun saanti	12
2.2.6	Nesteensaanti ja alkoholi	13
2.3	Ikääntymisen tuomat ravitsemuksen haasteet	13
2.3.1	Liikunnan merkitys ja lihaskato	14
2.3.2	Muistisairas ikääntynyt ja ruokailu	15
3	IKÄÄNTYNEEN VAJAARAVITSEMUS	17
3.1	Ravitsemustilan sekä ravinnonsaannin arviointi ja seuranta	17
3.2	Vajaaravitsemuksen syyt	19
3.3	Ravitsemushoito	21
4	LÄHIHOITAJIEN RAVITSEMUSOSAAMINEN	23
5	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
6	TYÖN TOTEUTUS JA KUVAUS	26
7	KYSELYN TULOKSET	27
7.1	Vastaajien taustatiedot.....	27
7.2	Vastaajien ravitsemusosaaminen.....	27
7.3	Vajaaravitsemuksen tunnistamiskeinot ja toimintatavat	30
8	POHDINTA.....	36
8.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	36
8.1.1	Vastaajien ravitsemusosaamisen tarkastelu.....	37
8.1.2	Tunnistamiskeinojen ja toimintatapojen tarkastelu	38
8.1.3	Tutkimuksen toteutukseen vaikuttavat tekijät	41
8.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	42
8.3	Ammatillinen kasvu	43

8.4 Tutkimus- ja kehittämissuositukset.....	45
LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	47
LIITE 1. MNA -TESTI	51
LIITE 2: VAJAARAVITSEMUKSEN HOITO-OHJE.....	52
LIITE 3: KYSELY.....	55
LIITE 4. SAATEKIRJE	62

1 JOHDANTO

Ravitsemuksen tarkkailu ja ravitsemushoito tulevat olemaan yhä tärkeämmässä roolissa hoitoalan ammattilaisen työssä. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan vuoden 2008 periaatepäätöksessä esitetään ikääntyneiden ravitsemussuositusten tavoitteena se, että terveydenhuollossa työskentelevät ammattilaiset, mukaan lukien kotihoito, tunnistavat ravitsemustilan heikkenemisen. Myös ravitsemushoidon toteuttamisen osaaminen osana hyvää hoitoa on mainittu tavoitteena. (VRN 2010, 5.)

Hyvä ravitsemustila on iäkkäiden toimintakyvyn edellytys, joka ylläpitää hyvää elämänlaatua ja turvaa päivittäisen elämän sujumisen. Se nopeuttaa sairauksista toipumista ja pienentää terveydenhuollon kustannuksia. (VRN 2010, 8.) Huono ravitsemustila pidentää hoitoaikoja, suurentaa hoidon sekä terveystalvelujen käytön tarvetta (Oksa ja Siljamäki-Ojansuu 2014, 2225 - 2226). Ravitsemustilan on oltava hyvä, jotta ikääntyneen kotona asuminen on mahdollista (VRN 2010, 8).

Ikääntyessä fysiologiset muutokset, sairaudet sekä sosiaaliset ja psyykkiset syyt muuttavat ravitsemusongelmia. Erityisesti iän karttuessa ja sairastelun yleistyessä ruokahalu usein heikkenee, syödyn ruoan määrä vähenee ja paino laskee. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava ja Viitanen 2010, 350 - 353; Heikkinen ja Rantanen 2008, 467 - 472.) Tutkimuksissa on todettu, että aliravitsemusriski lisääntyy iän myötä (Lyyra, Pikkarainen ja Tiikkainen 2007, 185). Esimerkiksi Terveys 2000-tutkimuksessa 65–74 –vuotiaista naisista 33,5 % ja miehistä 22,7 % oli liikapainoisia (BMI eli painoindeksi yli 30), kun taas yli 85–vuotiaista liikapainoisia oli enää naisista 14,5 %:lla ja miehistä 11,3 %:lla. Usein myös nesteensaanti on iäkkäillä liian vähäistä. (Tilvis ym. 2010, 350 - 353.)

Ikääntyneen tahaton painon lasku ja virheravitsemus ovatkin terveyshaittoja, jotka tulisi tunnistaa ja korjata nopeasti. Lähes puolella kotihoidon piirissä olevista ikääntyneistä on lisääntynyt virheravitsemuksen riski ja hieman alle 10 %:lla ravitsemustila on jo huono. Huono ravitsemustila taas lisää sairaalassaolopäiviä ja laitoshoidon tarvetta, joten erityisesti kotihoidossa ravitsemustilan tarkkailua tulisi painottaa. (Tilvis ym. 2010, 350 - 353.)

Tilastokeskuksen väestörakennetilaston (2014) mukaan Suomessa oli vuoden 2013 lopussa 65 vuotta täyttäneiden ja tätä vanhempien henkilöiden osuus koko väestöstä 19,4 prosenttia. Näin ollen lähes joka viides suomalaisista voitiin määritellä ikääntyneeksi. 1970 -luvun puolivälistä 65 vuotta täyttäneiden määrä on kaksinkertaistunut. Koska yli 65 -vuotiaiden osuus Suomen väestöstä on jatkuvassa nousussa, on ikääntyneisiin liittyvän osaamisen tärkeys perusteltua (Tilastokeskus 2009). Erään arvion mukaan vuoteen 2025 mennessä maailmassa on jopa noin 1,2 miljardia yli 60–vuotiaasta (Stanner 2007, 1).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon lähihoitajien osaamista ikääntyneiden ravitsemusta koskien sekä selvittää tunnistamiskeinoja ja toimintatapoja vajaaravitsemukseen liittyen. Tavoitteena on painottaa aliravitsemuksen ehkäisyn tärkeyttä ikääntyneen hoitotyössä sekä auttaa mahdollisten jatkotoimenpiteiden valinnassa, jotta ikääntyneiden asiakkaiden aliravitsemustapaukset vähenisivät. Toimeksiantajana toimii Kuopion eteläisen alueen kotihoito. Opinnäytetyön tuloksia saa käyttää apuna tulevissa tutkimuksissa ikääntyneen aliravitsemuksen hoidon kehittämisessä. Hyödynsaaja on Kuopion kaupungin eteläisen alueen kotihoito, joka saa tärkeää tietoa työntekijöiden toiminnasta ja ravitsemusosaamisesta ja siten kykenee kehittämään toimintaansa. Lisäksi hyötyvät opinnäytetyön tekijät, jotka saavat ajankohtaista ja hyödyllistä tietoa ikääntymisen tuomista muutoksista elimistössä sekä ravitsemussuosituksista, aliravitsemuksen tunnistamisesta ja ehkäisystä.

2 IKÄÄNTYNYT JA RAVITSEMUKSEN ERITYISPIIRTEET

Ikääntyneen ravitsemuksen tavoitteita ovat hyvä ravitsemustila ja elämänlaatu sekä riittävä toimintakyky (Ihanainen, Lehto, Lehtovaara ja Toponen 2010, 85). Suomessa kotihoidon piiriin kuuluu noin 56 000 yli 75-vuotiasta (THL 2015). Heille tarjotaan tarvitsemansa palvelut suoraan kotiin. Ikääntyneistä kotihoidon asiakkaista suuri osa tarvitsee apua ruoan hankinnassa ja sen valmistamisessa. He useimmiten tarvitsevat apua myös ruokailuajankohdissa sekä ruokailussa. (VRN 2010, 23.) Monille ruokailu on päivän kohokohta. Se tulisi suunnitella siten, että ruokailut olisivat ruokahalua houkuttelevia, mielihyvää tuottavia ja vaihtelevia. Monet ikääntyneet ovat tottuneet syömään suomalaista perusruokaa, kuten leipää, kalaa, perunaa, maitoa, puuroa ja juureksia. (Ihanainen ym. 2010, 87.)

Hyvä ravitsemustila on iäkkäiden toimintakyvyn edellytys, joka ylläpitää hyvää elämänlaatua. Se nopeuttaa sairauksista toipumista ja pienentää terveydenhuollon kustannuksia. (VRN 2010, 8.) Huono ravitsemustila pidentää hoitoaikoja ja suurentaa hoidon sekä terveyspalvelujen käytön tarvetta (Oksa ja Siljamäki-Ojansuu 2014, 2225 - 2226). Ravitsemustilan on oltava hyvä, jotta ikääntyneen kotona asuminen on mahdollista (VRN 2010, 8). Ravitsemussuositusten noudattaminen on oleellista ikääntyneen painonlaskun ehkäisyssä (Hakala 2015).

2.1 Keskeiset käsitteet

Opinnäytetyössä esiintyviä käsitteitä selvitämme seuraavissa kappaleissa. **Ikääntyneelle** ei ole yleisesti hyväksyttyä, yhteinäistä määritelmää. Ikääntymisen tuomat muutokset ovat yksilöllisiä. Tämän takia ikävuosien käyttäminen määritelmänä voi olla ongelmallista. (ETENE 2008, 8.) Usein ikääntyneen rajana pidetään 65 vuoden ikää, joka on esimerkiksi kansaneläkelain mukaisen vanhuuseläkkeen raja ennen vuotta 1965 syntyneillä (Kansaneläkelaki 2007, 10 §). Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuosituksessa iäkkäät taas jaetaan ryhmiin kunnon ja toimintakyvyn mukaan (VRN 2010, 10 - 11). Suomen lainsäädäntö määrittelee ikääntyneen tai iäkkään henkilöksi, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi. Ikääntyneeksi määritellään myös henkilö, jolla esiintyy toimintakyvyn heikentymistä korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen takia. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012, 3 §.) Opinnäytetyössä käytämme termiä ikääntynyt, jonka voi luonnehtia synonyymiksi termeille ikääntyvä ja iäkäs. Kaikki edellä mainitut ilmaukset kuvaavat ikääntyvää ihmistä.

Kotihoidon sisältyy sosiaalihuoltoasetuksessa kuvatut **kotipalvelut** sekä terveydenhuoltolain 25 §:n perusteella järjestetty **kotisairaanhoido**. Kotipalveluun sisältyy yksilön ja perheen työapu näiden kotona sekä henkilökohtainen huolenpito ja tukeminen. Kotipalveluun kuuluvat myös tukipalvelut, kuten ateria-, kauppa-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Näitä kotipalveluita ja kotisairaanhoidoa voidaan järjestää tarpeen mukaan yhdistettynä kotihoidoksi. (Väyrynen 2013, 6.) Kuopion kaupungin verkkosivujen mukaan

kotipalvelussa kotiin järjestetään erilaisia palveluja, joilla pyritään tukemaan kotona asumista mahdollisimman pitkään. Palvelun tarve voi johtua vammasta, sairaudesta tai ikääntymisestä. Yleensä asiakkaan toimintakyky ja tarve hoidolle ja palveluille kartoitetaan kotikäynnillä tai muulla tapaamisella asiakkaan kanssa. Kuopiossa säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli vuoden 2014 marraskuussa yhteensä 1090. (Väyrynen ja Kuronen 2015, 8.)

Ali- tai vajaaravitsemuksella tarkoitetaan ruoan pitkäaikaisesta puutteesta aiheutunutta sairaalosta tilaa, joka ilmenee muun muassa painon vähenemisenä ja lapsilla kasvun hidastumisena (Terveyskirjasto 2016a). Aliravitseminen voidaan ryhmitellä proteiinien puutteesta johtuvaan kvasiorkortyyppiseen tilaan tai riittämättömästä energiansaannista johtuvaan marasmus-tyyppiseen tilaan. Usein törmätään näiden tilojen eriasteisiin välimuotoihin. (Aro, Mutanen ja Uusitupa 2012, 291.) Tekstissä käytetään termejä ”vajaaravitseminen” ja ”aliravitseminen”. **Virheravitsemuksen eli malnutrition** Terveyskirjasto taas selittää ”sairaalloisena tilana, joka johtuu yhden tai useamman ravintoaineen suhteellisesta puutteesta tai ylimäärästä ruokavaliossa” (Terveyskirjasto 2016b).

Lähihoitaja on nimikesuojattu hoitoalan ammattitehtävä, jonka edellytyksenä on toisen asteen perustutkinto tai aikaisempi vastaava koulutus (**perushoitaja**). Lähihoitajan koulutusohjelmia ovat ensihoito, vanhustyö, kuntoutus, lasten ja nuorten hoito ja kasvatusta, mielenterveys- ja päihdetyö, sairaanhoito ja huolenpito, suu- ja hammashoito, vammaistyö sekä asiakaspalvelu ja tiedonhallinta. Lähihoitajaa, joka on suorittanut lasten ja nuorten hoidon ja kasvatuksen koulutusohjelman, voidaan kutsua myös lastenhoitajaksi. (TEHY 2016.)

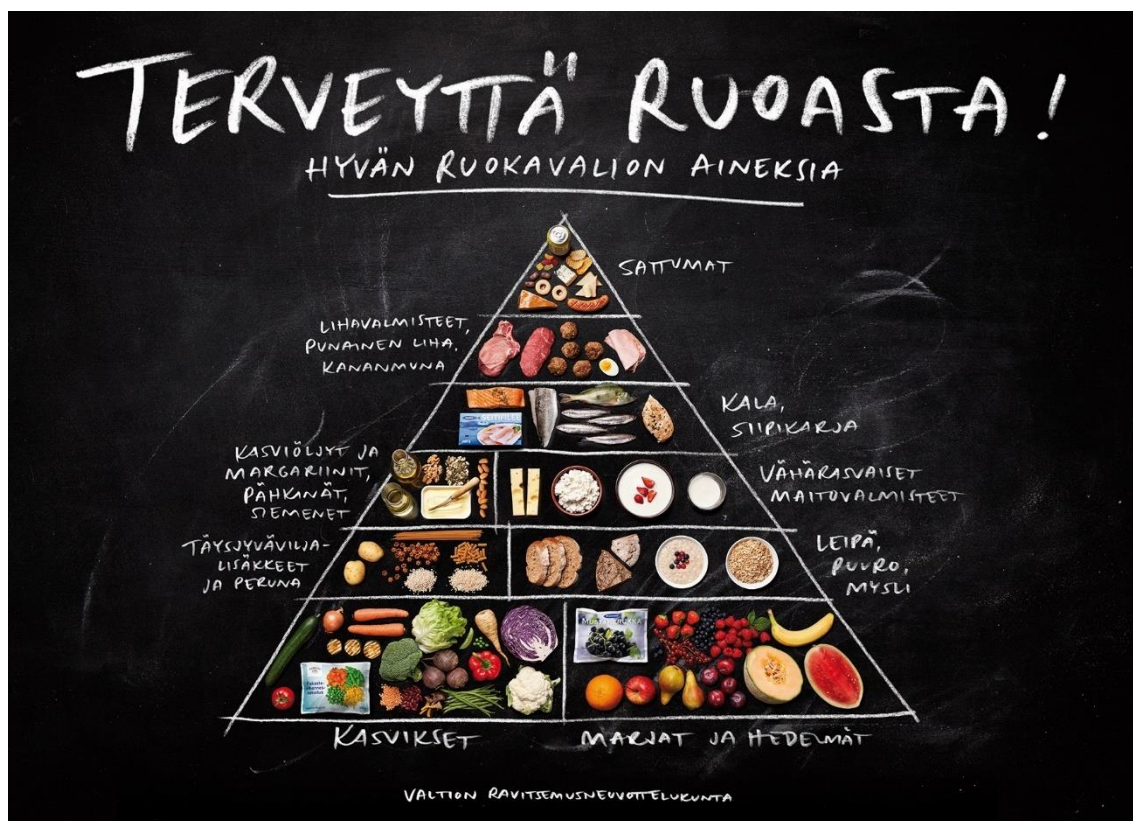
2.2 Ikääntyneen ravitsemussuositukset

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on määritellyt vuonna 2010 ravitsemussuositukset ikääntyneelle kotihoidon asiakkaalle (VRN 2010, 22). Kotihoidon tehtävä on selvittää, kuinka ikääntynyt syö ja millaista apua hän kenties tarvitsee ruokailuun liittyen. Ikääntyneen kotona on hyvä olla pieni ruokavara eli niin sanottu kotivara, jolloin tiukan paikan tullen jotakin syömistä olisi löydettävissä. (VRN 2010, 10.) Akuuteissa sairaustilanteissa ravinnontarve on suurempi ja kotihoidon tehtävä on huomioida ja järjestää tarpeen mukaan tehostettu ruokavalio asiakkaalle. Kotihoidon tulee tarvittaessa järjestää kauppa- ja ateriapalvelu ikääntyneelle. (VRN 2010, 22 - 23.)

Ikääntyneen ruokavalio kootaan ruokakolmion mukaisesti valitsemalla monipuolisesti kasviksia, hedelmiä ja marjoja, täysjyväviljavalmisteita, perunaa ja vähärasvaisia maitovalmisteita sekä vähärasvaista lihaa ja kalaa (Kuva 1). Näistä ruoka-aineista koostuen ikääntyneen päivittäinen energiantarve on vähintään 1500 kcal. Ruokailla pitäisi tasaisin väliajoin, sillä tasainen ateriarytmi pitää nälän loitolla, verensokerin tasaisena ja vireystilan hyvänä. Ikääntyneen tulisi syödä aamupala, lounas ja päivällinen, sekä 1-3 välipalaa. (Ihanainen ym. 2010, 87.)

Yleisesti suomalaisten ruokatottumukset ovat kehittyneet pääasiassa positiiviseen suuntaan, tosin täysjyvävalmisteiden, viljan, kasvien, marjojen ja hedelmien osuus on edelleen vähäinen suoma-

laisten ruokavaliossa. Kasvispainoitteisen ruokavalion suosiminen olisi kuitenkin tärkeää, sillä tutkimukset osoittavat, että se pidentää eliniän odotetta. (Kelo, Launiemi, Takaluoma ja Tiittanen 2015, 34.)



KUVA 1. Terveyttä ruoasta! (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

2.2.1 Proteiinsaanti

Ikääntymisen myötä proteiinin hyväksikäyttö heikkenee, joten sen riittävästä saannista on tärkeää huolehtia (Kelo ym. 2015, 35; Luustoliitto 2013). Proteiini huolehtii muun muassa kudosten kasvusta ja uusiutumisesta, sekä niitä tarvitaan luuston ja lihasten rakennusaineiksi (Luustoliitto 2013). Proteiinin riittävyyttä voidaan selvittää seerumin ja plasman albumiinipitoisuuden mittaamisella. Proteiinin saantisuositus on 1-1,2 g/kg, tämä tarkoittaisi sitä, että 50 - 60 kg painavan henkilön tulisi saada 60 - 80 grammaa proteiinia päivässä. Suhteellinen osuus kokonaisenergian määrästä on suositusten mukaan 15 - 20 %. (Kelo ym. 2015, 35.) Jos energiansaanti on vähäisempää kuin mitä sitä kulutetaan, elimistö alkaa käyttää proteiinia energiatarpeen tyydyttämiseen, eikä sitä silloin riitä kudosten rakennusaineeksi. (Pitkälä, Suominen, Soini, Muurinen ja Strandberg 2005, 5265 - 5270.) Hyviä proteiinin lähteitä ovat liha, kala, hernekasvit, kananmuna ja maitotuotteet. Lisäksi täysjyvävilja, sienet ja pähkinät sisältävät runsaasti proteiinia. (Kelo ym. 2015, 35.)

Proteiinipuutos altistaa ikääntyneen infektiolle, heikentää elimistön immuunipuolustusta ja hidastaa toipumista. Oleellista on muistaa erityisesti, että akuutisti sairastuessa ikääntyneen proteiinin tarve kaksinkertaistuu. Rajoituksia proteiinin saannille taas on asetettava joissakin munuaissairauksissa. (Kelo ym. 2015, 35.)

2.2.2 Rasvojen saanti

Ravintosuositusten mukaan rasvan osuus kokonaisenergian määrästä tulisi olla 25 - 35 %, josta tyydyttyneen eli kovan rasvan osuus on noin 10 % (Aro ym. 2012, 284). Pehmeitä rasvoja tulee suosia. Tarvitsemme ravitsemuksessamme kasviöljyjä, joita ovat rypsi-, rapsi- ja oliiviöljy. Kalan syöminen on tärkeää, sillä se sisältää elimistölle välttämättömiä rasvahappoja. Kala- ja kasviöljyillä on myös muita etuja; ne estävät veren kokkaroitumista ja tulehduksia sekä vähentää masentuneisuutta. (Kelo ym. 2015, 35)

2.2.3 Hiilihydraattien saanti

Ruoan sisältämät hiilihydraatit ovat sekoitus ravintokuituja, yksinkertaisia sokereita ja tärkkelystä. Ravintokuitu ei hajoa ruoansulatuksessa eikä imeydy ohutsuolessa. Elimistö saa hiilihydraateista energiaa. (Leipätiedotus ry 2016a; Ruokatieto Yhdistys ry 2016.) Ne toimivat solujen energianlähteenä ja turvaavat verenkierrossa tasaisen sokeritason (Leipätiedotus 2016a). Ne myös mahdollistavat proteiinin käytön elimistön tärkeisiin tehtäviin ja osallistuvat rasvojen hajottamiseen. (Ruokatieto Yhdistys ry 2016.) Veren punasolut ja aivot käyttävät glukoosia energianlähteenä, joten tasaisen verensokeritason ylläpitäminen on tärkeää niiden toiminnan kannalta. Myös kaikki muut solut voivat käyttää glukoosia energianlähteenä. (Leipätiedotus ry 2016a.)

Ikääntyneen hiilihydraattien saantisuositus on 45 - 60 % ravinnosta (Kelo ym. 2015, 34). Hiilihydraattien määrän sijaan niiden laatuun on tärkeämpi kiinnittää huomiota (THL, 2014). Esimerkiksi kasvikset, hedelmät ja marjat ovat hyviä pitkäkestoisia hiilihydraattilähteitä (Kelo ym. 2015, 34). Lisäksi hiilihydraattipitoiset ruoat, kuten täysjyväleipä, vaikuttavat tasaisesti veren glukoosi- ja insuliinipitoisuuteen. Täysjyväleipä on myös vähärasvaista ja sisältää paljon suojaravintoaineita. (Leipätiedotus ry 2016a.)

2.2.4 Vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti

Vitamiineja ja kivennäisaineita saadaan monipuolisesta ruoasta. Jos energiansaanti on riittämätön, usein myös vitamiinien ja kivennäisaineiden saantisuositus alittuu. Vähentynyt vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti ei kuitenkaan automaattisesti tarkoita puutostilaa, mutta sen mahdollisuus kehittyä kannattaa selvittää. (Kelo ym. 2015, 36.)

Ikääntymisen myötä kalsiumin imeytyminen huononee. Ikääntyneille suositellaan yhden gramman kalkkilisää, sillä se tutkitusti ehkäisee luunmurtumia. D-vitamiinia tarvitaan luuston rakennusaineena ja kalkkiaineenvaihdunnassa (Kelo ym. 2015, 36). Hyviä D-vitamiinin lähteitä ovat kala, metsäsienet, ravintorasvat sekä vitamiinoidut maitovalmisteet (Ihanainen ym. 2010, 86). Ikääntyneellä D-vitamiinin muuttaminen aktiiviseen muotoon munuaisissa heikkenee ja tästä syystä ikääntyneillä D-vitamiinin saantisuositus on suurempi kuin nuoremmilla (Kelo ym. 2015, 36). Yli 60-vuotiaille suositellaan 20 mikrogramman D-vitamiinilisää ympärivuotiseen käyttöön (Kelo ym. 2015, 36; VRN 2010, 43). Pitkäaikainen B12 -vitamiinin puute voi aiheuttaa anemiamia, muistisairautta sekä hermosto-oireita.

Raudanpuutetta ilmenee 1-6 %:lla ikääntyneistä. Raudanpuutteen syynä ei yleensä ole raudan vähäinen saanti, vaan useimmiten syyn aiheuttaja on maha-suolikanavan verenvuoto. (Kelo ym. 2015, 36.)

2.2.5 Ravintokuidun saanti

Ikääntyneen ravintokuidun saantisuositus on 25 - 30 grammaa vuorokaudessa (Aro ym. 2012, 316; Kelo ym. 2015, 34; VRN 2010, 47). Ravintokuidun merkitys liittyy eritoten suolen toimintaan. Ikääntyneellä kuitu helpottaa ummetusta ja ärtyneen paksusuolen sekä paksusuolen divertikuloosi -taudin aiheuttamia oireita (Aro ym. 2012, 284). Parhaiten kuitua saa täysjyväviljatuotteista. Yksi suomalaisten suosikkileivistä, ruisleipä, sisältää runsaasti kuitua. (Aro, 2015.)

Ravintokuidut jaetaan liukoisiin ja liukenemattomiin kuituihin. Liukenevaa kuitua on marjoissa, hedelmissä ja palkokasveissa sekä viljoista kaurassa ja ohrassa. Liukenematonta kuitua on runsaasti muissa viljoissa. Liukoiset kuidut säätelevät glukoosi- ja rasva-aineenvaihduntaa eli sitovat kolesterolia ja tasaavat verensokeriarvoja. Liukenematon kuitu ja sulamaton tärkkelys lisäävät ulosteen massaa, pehmentävät sen rakennetta ja nopeuttavat läpikulkua. Tämä ehkäisee ummetusta. (Leipätiedotus ry 2016b.) Ikääntyneen tulisi syödä noin 8 - 10 annosta alla olevasta taulukosta 1 täyttääkseen päivittäisen kuidun tarpeensa. Jokainen annos sisältää kolme grammaa kuitua. (Eksote 2014, 29.)

TAULUKKO 1. Ummetus helpottuu ruokavalinnoilla (Eksote 2014, 29).

VILJAVALMISTEET JA LESEET (3 g)	KASVIKSET, MARJAT JA HEDEL- MÄT (3 g)	KUIVATUT HEDELMÄT, PÄHKI- NÄT JA SIEMENET (3 g)
Ruisleipäviipale 1 kpl	Porkkanaraaste 2 dl	Rusinat 2,5 rkl
Täysjyväleipä 2 ½ kpl	Vihreä salaatti 3-4 dl	Kuivattu aprikoosi 3 kpl
Ruisnäkkileipä 1 ½ kpl	Kukkakaali 250 g (2-3 dl)	Kuivattu viikuna 1 kpl
Kaurapuuro 2 ½ dl	Keitetyt vihreät pavut 1 ½ dl	Kuivattu luumu 6 kpl
Neljän viljan puuro 3 dl	Keitetty peruna 4 kpl	Pähkinät, manteli 2-3 rkl
Ruispuolukkapuuro 1 dl	Tuoreet ja pakastemarjat 2-3 dl	Pellavansiemenet 1 rkl
Keitetty täysjyväriisi 1½ dl	Appelsiini 1 kpl	Psylliuminsiemenen kuorijauhe ½ rkl (esim. Visiblin apteekista)
Vehnänleseet 1 rkl	Omena, iso 1 kpl	
Kauraleseet 3 ½ rkl		
Sokerijuurikaskuitu ½ rkl		

2.2.6 Nesteensaanti ja alkoholi

Ikääntyneen kehossa on vettä noin 50 - 60 % kehon painosta, määrän jatkuvasti vähentyen iän karttuessa. Nestevajaus saattaa olla ikääntyneellä täten haitallisempi kuin heitä nuoremmilla. Nestetasapaino vaikuttaa kokonaisvaltaisesti elimistön toimintaan muun muassa ruoasulatukseen, ravintoaineiden imeytymiseen ja kuljettamiseen kehossa, lämpötasapainoon sekä verenkiertoon. (VRN 2010, 41.) Ikääntyneen janon tunne saattaa iän myötä vaimentua, joten nestevajaus voi kehittyä nopeasti ja johtaa muihin ongelmiin kuten verenpaineen laskuun ja kaatumisiin. Monet lääkkeet poistavat nestettä elimistöstä ja lisäävät kuivumisen riskiä. (VRN 2010, 41; Hakala 2015.) Lisäksi kahvilla voi olla diureettisia vaikutuksia, joten on muistettava juoda vastaavan verran esimerkiksi vettä kahvin lisäksi. (Kelo ym. 2015, 32.)

Päivittäinen nestetarve on 30 ml painokiloa kohti, mikä suositusten mukaisesti on noin 1 - 1,5 litraa nesteitä eli 5 - 8 lasillista juomaa, ruoasta saaman nesteen lisäksi (VRN 2010, 41; Hakala 2015). Kun iäkäs on tottunut tiettyihin makuihin, turhat rajoitukset voivat heikentää nesteen ottoa. Vesi, maito ja hapanmaitotuotteet, täysmehut, virvoitusjuomat sekä keitot ja jogurttijuomat ovat hyviä nestetarpeen täyttämiseksi. On hyvä totutella juomaan lasillinen vettä tai muuta juomaa esimerkiksi lääkkeen oton yhteydessä. Lisäksi pöydälle tai jääkaappiin voi varata kannullisen vettä tai mehua, joka pitää olla iltaan mennessä juotu. Myös yöksi voi halutessaan varata vesilasin yöpöydälle. Energiaa sisältävät juomat ovat hyvä lisä niukasti syövän ikääntyneen riittävän energia- ja ravintoaineiden saannin takaamiseksi. On hyvä muistaa, että kasvikset, marjat ja hedelmät sisältävät myös nestettä sekä muita hyödyllisiä ravintoaineita. Lämpimän ilman aikaan ja liikkuessa on ikääntyneen huolehdittava riittävästä juomisesta, jotta tämä välttyy lämpöuupumukselta. Nesteiden nauttiminen on syytä painottaa päiväsaikalle, sillä ennen nukkumaanmenoa juotu neste lisää virtsaneritystä yöllä. (VRN 2010, 41 - 42.)

Alkoholi on ikääntyneille erityisen haitallista, koska nestepitoisuus elimistössä vähenee ja aineenvaihdunta hidastuu iän myötä, jolloin alkoholin vaikutus korostuu. Ikääntyminen, sairaudet ja lääkkeiden käyttö altistavat alkoholin vaaroille. Kaatumisalttius lisääntyy ja veren sokeritasapaino ja lääkkeiden vaikutus häiriintyy. Alkoholia voi käyttää, mutta viikoittainen käyttö ei kuitenkaan saa ylittää seitsemää annosta, tai vastaavasti suositellaan korkeintaan yhtä annosta päivässä. (VRN 2010, 44; Hakala 2015.)

2.3 Ikääntymisen tuomat ravitsemuksen haasteet

Ikääntyneiden ravitsemukseen liittyy erityispiirteitä. Iäkkäimpien hyvän ravitsemuksen tavoitteet ovat erilaiset kuin nuoremmilla. Painon lasku ja siten lihaskunnan ja toimintakyvyn heikkeneminen ovat ikääntyneillä hyvin tavallista, varsinkin sairauksiin liittyneenä. Tästä syystä sopivan painon ylläpitäminen on tärkeää ja hauraiden ikääntyneiden kohdalla pieni painonnousu on usein myös toivottavaa. Heikon ravitsemuksen seurauksena etenkin lihaksisto kärsii. (Pitkälä ym. 2005, 5265 - 5270; Mustajoki 2015.)

On hyvä muistaa, että jokainen ihminen ikääntyy yksilöllisesti. Myös energiantarpeen erot voivat olla suuria. Iän myötä energian tarve kuitenkin pienenee vähentyneen liikkumisen seurauksena, näin ollen myös ruokahalu saattaa heikentyä. (VRN 2010, 14.) Vähäinen ja yksipuolinen syöminen tai niukka nesteensaanti voi aiheuttaa iäkkäillä ja haurailta ihmisillä heikentyneitä energian, proteiinin, C- ja D-vitamiinien, foolihapon sekä kalsiumin, sinkin ja kuidun saantia (VRN 2010, 17).

Kehon koostumus muuttuu ikääntyessä niin, että iäkäs on alttiimpi ravitsemushäiriöille ja toiminnallisille muutoksille (Aro ym. 2012, 281 - 282). Perusaineenvaihdunta heikkenee, kun rasvakudoksen osuus elimistössä lisääntyy ja lihaskudoksen määrä, veden osuus sekä luuston mineraalipitoisuus pienenee (Ihanainen ym. 2010, 85; Aro ym. 2012, 281 - 282). Fysiologiset muutokset saattavat aiheuttaa kylläisyyden tunteen nopeampaa tuleamista (VRN 2010, 16). Fysiologisten muutosten ohella myös sosiaaliset, taloudelliset ja psyykkiset tekijät voivat vaikuttaa ikääntyneen ravitsemukseen ja ravitsemustilaan (Ihanainen ym. 2010, 85).

Ikääntyneen painoon tulee aina kiinnittää erityistä huomiota. Joillakin ikääntyneillä energian, tyydytyn rasvan, suolan ja sokerin käyttö voi olla liian suurta, mikä aiheuttaa painonnousua (Kelo ym. 2015, 34.) Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositusten mukaan ikääntyneen kotihoidon asiakkaan painoa on hyvä seurata vähintään kerran kuukaudessa (VRN 2010, 22 - 23). Painonnousua ja huonojen ruokailutottumusten tuomia terveyshaittoja tulisi ehkäistä, sillä liikapainokin hankaloittaa liikkumista ja voi herkästi aiheuttaa alaraajakipuja (Kelo ym. 2015, 34; THL 2016). Liiallisen painon nousun välttämiseksi ja riittävän energiamäärän takaamiseksi ruokavalion energiamäärän tulisi olla sopivassa suhteessa energiankulutukseen nähden. Jos ikääntyneen on tarpeen laihduttaa, tulee laihdutuksen tapahtua hitaasti, koska ikääntyneen elimistö kestää tavallista huonommin rajuja muutoksia. Ravinnon kaloreiden maltillinen vähentäminen ja liikunnan lisääminen ovat turvallisia laihdutuskeinoja. (Mustajoki 2015.) Lihaskuntoa lisäävä liikunta soveltuu myös monisairaille ihmisille, joilla on toiminnanvajauksia. Terveysalan ammattilaisen on aktiivisesti tunnistettava ja ehkäistävä ikääntyneiden asiakkaiden painonvaihtelua (VRN 2010, 22 - 23).

2.3.1 Liikunnan merkitys ja lihaskato

Kun liikkuminen syystä tai toisesta vähenee, myös ruokahalussa tapahtuu usein muutoksia. Liikkumattomuus aiheuttaa yleensä kehon hallinan heikkenemistä, varovaisuutta ja kaatumisia. Ikääntynyt alkaa vetäytyä kotiinsa, kun osteoporoosin eli luukadon eteneminen kiihtyy ja liikuntakyky huononee entisestään. Ikääntynyt ei ulkoile samalla tavalla kuin ennen, jolloin energiankulutuksen ja ravinnon saannin vähenemisen lisäksi myös D-vitamiinin saanti auringosta ja ravinnosta vähenee. Kaupassa käynti ja ostosten teko vaikeutuu ja ruokavalion laatu kärsii. Suppeutunut ruokavalio kiihdyttää lihaskatoa ja lisää tulehdusriskiä. Kotona pysymisen seurauksena usein yksinäisyys, masentuneisuus ja eristäytyneisyys lisääntyvät. (VRN 2010, 14 - 15.)

Neljänkymmenen ikävuoden jälkeen lihasmassalla on taipumusta luontaisesti vähentyä. Elämänaikaiset elintavat vaikuttavat ikääntyneen ravitsemustilaan ja sarkopenian eli lihaskadon syntyyn. Lisäksi

siihen vaikuttavat liikunnan ja ravitsemuksen ohella sairaudet, tulehdustila, perintötekijät ja ikääntymisen tuomat fysiologiset muutokset. Hormonaaliset ja immunologiset muutokset kiihdyttävät myös sarkopenian etenemistä. (VRN 2010, 17; Pitkälä ym. 2005, 5265 - 5270.) Sarkopenian ennaltaehkäisyssä tärkeänä asiana koetaan ympäristötekijöiden lisäksi esimerkiksi vajaaravitsemuksen ehkäisy (Pitkälä ym. 2005, 5265 -5270).

2.3.2 Muistisairas ikääntynyt ja ruokailu

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia sekä tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja (Käypä hoito 2010). Dementiaa puolestaan tarkoitetaan oireyhtymää, ei erillistä sairautta. Dementia ilmenee henkisen toiminnan häiriönä ja muistihäiriönä, jotka vaikeuttavat itsestä selviytymistä päivittäisissä askareissa. (Ihanainen ym. 2010, 89.) Alzheimerin tauti on tavallisin demencian aiheuttaja; sen osuus kaikista demencioista on noin 60 % (Ihanainen ym. 2010, 89; Suvikas, Laurell ja Nordman 2013, 369).

Lontoolaisen King's College Global Observatory for Ageing and Dementia Care toteutti professori Martin Princen johdolla ja Muistiliiton kattojärjestö Alzheimer's Disease Internationalin (ADI) ja Compass Group:n toimeksiantamana raportin "Ravitsemus ja muistisairaudet: tutkimuskoonti". Tässä raportissa käytiin läpi olemassa olevaa tutkimusta ravitsemuksen vaikutuksesta koskien muistisairautta. (Muistiliitto 2014.) Raportissa kerrottiin, että etenevää vajaaravitsemusta ja painonlaskua tavataan lähes vääjäämättä dementiapotilailla, johtuen ravintoaineiden saannin ja sen tarpeiden epätasapainosta. Tutkimukset viittaavat, että dementiaan yhdistetty aivojen surkastuminen voi vaikuttaa aivojen alueisiin, jotka huolehtivat ruokahalun kontrolloinnista ja energiatasapainosta. Aineenvaihdunta on näillä aivojen alueilla huomattavasti alentunut demencianssa. Painonlaskun ja vajaaravitsemuksen aiheuttamat seuraamukset dementiaa sairastavilla ihmisillä ovat kuitenkin hyvin tunnistettuja. Vajaaravitsemuksella ja laihtumisella on merkittävä vaikutus sairauden kulkuun ja ennusteeseen, ne vaikuttavat myös henkilön kognitioon ja toimintakykyyn. (Prince, Albanese, Guerchet ja Prina 2014a, 12 - 13.)

Alkuvaiheen demencianssa esimerkiksi ostosten tekeminen ja ruoanvalmistus eivät välttämättä enää onnistu samalla tavalla kuin ennen. Henkilö saattaa viettää useita tunteja kaupassa etsien tarvitsemaansa ruoka-aineita, eikä silloinkaan välttämättä osaa niitä ostaa. Hänellä saattaa olla ruokakaapeissaan suuret määrät jotakin tiettyä ruoka-ainetta tai jääkaapissa syömättömiä ruokia. Yksin asuvalla muistisairaalla ikäihmisellä tällainen tilanne voi johtaa ruokavalion yksipuolistumiseen, jolloin aliravitsemusriskistä tulee suuri. Muistisairas ikääntynyt tarvitsee säännöllisen ateriarhythmin pysyäkseen virkeänä ja mukana arjen rutiineissa. (Ihanainen ym. 2010, 89 - 90.)

Painonlasku on yleinen ongelma dementiaa sairastavilla. Vajaaravitsemus näissä tapauksissa kuitenkin tulee ja on mahdollista hoitaa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että 20 - 45 % demenciansa kärsivästä laihtuu merkittävästi yhdessä vuodessa ja jopa puolet dementiaa sairastavista ei saa riittävästi ravintoa hoitokodeissa. Ravintolisillä on todistettu teho dementiaa sairastavien painonlaskun pysäyttämiseen ja jopa hoitamiseen. Hoitokodeissa henkilökunnan koulutuksella sekä ruokailutilanteen ja -

ympäristön suunnittelulla voidaan lisätä merkittävästi asukkaiden saamaa kalorimäärää. Oleellista on ruokailutilanteen tekeminen sosiaalisesti tapahtumaksi. (Prince, Albanese, Guerchet ja Prina 2014b, 6.)

Muistisairauden takia tavanomaiset ruokailutilanteet saattavat aiheuttaa hämmennystä, jolloin ikään-
tyneelle on hyvä tarjota ateria yksi ruokalaji kerrallaan. Yksinkertainen kattaus, jossa vain tarpeelli-
set välineet esillä, auttaa ikääntynyttä hahmottamaan paremmin. Värikonstit luovat syvyyttä.
Ruoka-annos on helpompi hahmottaa yksiväriseltä lautaselta, joka on värillisellä pöytäliinalla tai
alustalla. Juomalasiksi olisi paras valita värillinen lasi. Itsenäisen aterioinnin tukemiseksi voi tarpeen
mukaan hankkia erilaisia ruokailun apuvälineitä, kuten liukuesteen lautasen alle tai kulmalusikan.
(Ihanainen ym. 2010, 90.)

3 IKÄÄNTYNEEN VAJAARAVITSEMUS

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan mukaan erityisesti yli 80 -vuotiailla ja toisten avusta riippuvaisilla ikääntyneillä suurin ravitsemuksen riski on liian vähäinen energiansaanti ja laihtuminen. (VRN 2010, 12; Lyyra ym. 2007, 185). Vaikka ylipaino nähdään yleensä terveystriskinä, 70 vuotta täyttäneillä ylipaino jopa vähentää ennenaikaisen kuoleman riskiä. Sen sijaan riskiryhmässä ovat alipainoiset ja hyvin lihavat, kun taas elinajanennuste on suurin lievästi ylipainoisilla. (VRN 2010, 12.)

TAULUKKO 2. Ravitsemustilan heikkenemisen seurauksia (VRN 2010, 18; Lyyra yms. 2007, 187; Hovilainen-Kilpinen ja Oksanen 2010, 116).

RAVITSEMUSTILAN HEIKKENEMISEN SEURAUKSIA:
Sairastavuuden ja kuolleisuuden lisääntyminen
Immuunivasteen heikkeneminen
Tulehduskierre
Lihaskadon kiihtyminen ja väsyminen
Toiminnanrajoitukset ja toimintakyvyn heikkeneminen
Kehon hallinnan heikkeneminen, kaatumiset ja murtumat
Heikentynyt hengityselinten käyttö, vaikeus hengittää ja yskiä, hengitysfunktion huononeminen
Heikentynyt lämmönsäätely, jolloin paleleminen lisääntyy
Apatia, depressio ja itsensä laiminlyönti
Lisääntynyt terveyspalvelujen käyttö: hoidon teho huononee, sairaalassaoloaika pitenee, kustannukset lisääntyvät
Ruokahalun heikkeneminen
Haavojen paranemisen ja leikkauksesta toipumisen hidastuminen

Kotona asuvista ikääntyneistä 5 - 20 %:lla esiintyy aliravitsemusta (Kelo ym. 2015, 37). Moni kotihoidon iäkäs asiakas on virheravitsemusriskissä ja muutama prosentti on virheravittuja. Heikkoon ravitsemustilaan on useita syitä. (VRN 2010, 23.) Tutkimukset ovat osoittaneet, että ikääntynyt tarvitsee lisäravintoa, jos hänellä on infektio, makuuhaava tai painon laskua enemmän kuin 10 % puolessa vuodessa. Iän tuomat fysiologiset muutokset lisäävät aliravitsemuksen riskiä. (Kelo ym. 2015, 37.) Ikääntymiseen liittyvät ruoansulatuselimistön toiminalliset muutokset eivät kuitenkaan ravitsemustilan kannalta ole merkittävän suuria. Suurimmat muutokset liittyvät sairauksiin. (Aro ym. 2012, 282.) Ylläolevassa taulukossa 2 esitellään ravitsemustilan heikkenemisen seurauksia.

3.1 Ravitsemustilan sekä ravinnonsaannin arviointi ja seuranta

Ravitsemuksen arvioinnissa sekä ravitsemushoidon suunnittelussa keskeisiä välineitä ovat ruokailun seuranta, energian, proteiinin ja ravinnonsaannin arviointi sekä muut tiedot ruoan hankkimisesta ja ruokailusta (VRN 2010, 31). Ravitsemustilan perusteellinen arviointi sisältää muun muassa antropo-

metrisia mittauksia (pituus, paino, BMI -mittaus, ihopoimun paksuus), painon seurannan, laboratoriotutkimuksia ja useita erilaisia mittareita ja testejä (Lyyra ym. 2007, 190; Hovilainen-Kilpinen ja Oksanen 2010, 116). Iäkäs tulee ohjata yksilöllisesti juuri hänelle sopivaan ravitsemushoitoon. (VRN 2010, 31.) Ravitsemustilaa voidaan arvioida laboratoriotutkimuksilla verinäytteestä (Taulukko 3). Haasteena on erotella, liittyvätkö laboratoriolöydökset vanhenemiseen, sairauksiin vai vajaaravitsemukseen. (Lyyra ym. 2007, 190.)

TAULUKKO 3. (Hovilainen-Kilpinen ja Oksanen 2010, 116; Eksote 2014, 9.)

LABORATORIOTUTKIMUKSET:	
B-PVK	perusverenkuva
S-Alb	albumiini
S-Prealb	prealbumiini
S-D	D- vitamiini
S-B12-vit	B12- vitamiini
S-Zn	sinkki
S-Na	natrium
S-K	kalium
S-Ca	kalsium
S-TSH	tyreotropiini

MNA -testi eli Mini Nutritional Assessment (Liite 1.) on helppokäyttöinen, yli 65-vuotiaille ravitsemustilan arviointiin kehitetty, useassa maassa hyvin validoitu testi. Sen tekeminen kestää noin kymmenen minuuttia eikä biokemiallisia tutkimuksia tarvita. (Aro ym. 2012, 289.) Testissä ikääntyneet jaetaan kolmeen ryhmään: virhe- tai aliravitsemuksesta kärsiviin, virheravitsemusriskissä oleviin sekä hyvän ravitsemustilan omaaviin. MNA-testin avulla on mahdollista löytää riittävän varhaisessa vaiheessa ne ikääntyneet henkilöt, joilla on ravitsemusongelmia ja ovat näin ollen virheravitsemusriskissä. (VRN 2010, 31.) Testin yksi hyvä puoli on se, että se ei vain huomioi antropometrisia suureita ja ravinnonottoa, vaan se mittaa myös asioita, jotka liittyvät ikääntyneen fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan, toimintakykyyn sekä sosiaaliseen ympäristöön (Aro ym. 2012, 289 - 290).

Eräissä tutkimuksissa suoritettiin kysely Vaasan pääterveysaseman kahden osaston hoitohenkilökunnalla koskien ikääntyneiden vajaaravitsemusta ja sen arviointia. Tutkimuksessa kävi ilmi, että vaikka hoitajilla on melko hyvä tietopohja ikääntyneen ravitsemuksesta ja sen arvioinnista, vain hie-man yli puolet koki osaamisensa riittäväksi ravitsemuksen arvioinnista. Tutkimuksessa myös ilmeni, että vain vajaa 10 % vastaajista käytti MNA -testiä ikääntyneen ravitsemustilan arvioinnissa. Myös suuri osa (90 %) vastaajista koki, ettei testi ole helppokäyttöinen. (Hannelin 2011.)

Ikääntyneen ravitsemustilan määrittäminen on haastavaa, sillä paino ei kuvasta ravitsemustilaa enää samassa määrin kuin nuorilla ja keski-ikäisillä. Tähän syytä on muun muassa lihassmassan ja

rasvakudoksen osuuden muuttuminen sekä nestetasapainon vaihtelu. Lisäksi arviointia hankaloittaa se, että painotaulukot on tehty nuoren ja keski-ikäisen väestön normaali-arvojen mukaan. Ravitsemustilan pahenemisen taustalla on usein useita tekijöitä, jotka tulee ottaa huomioon ravitsemustilaa määritettäessä. (Aro ym. 2012, 289.)

Kuopion kaupungin eteläisen alueen moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu muistihoitaja, kotisairaanhoidtaja, geriatri ja ravitsemussuunnittelija, ovat laatineet vajaaravitsemuksen hoito-ohjeen käytettäväksi MNA -testin teon yhteydessä. Toimintaohjeen tavoitteena on vähentää kotihoidon asiakkaiden aliravitsemustiloja. (Liite 2.)

Helsingissä toteutetussa tutkimuksessa 1043 ikääntyneellä potilaalla suoritettiin MNA -testi, mitattiin BMI -arvo sekä selvitettiin ravitsemushoitoon liittyviä tietoja strukturoidun kyselyn avulla. Tämän jälkeen 53 sairaanhoitajalta tiedusteltiin potilaiden ravitsemustilaa. Tulosten mukaan sairaanhoitajat pitivät 15,2 % potilaista vajaaravittuina, kun MNA -testin tulosten mukaan näitä tapauksia oli jopa 56,7 % (alle 17 pistettä). Vajaaravituiksi sairaanhoitajien toteamat olivat todellisuudessa anorektisia. Lisäksi vain kuudesosa vajaaravitsemuksesta kärsivistä potilaista sai lisäravinteita. Tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitajat tunnistivat ikääntyneiden potilaiden vajaaravitsemuksen heikosti. Johdtopäätöksenä korostetaan ravitsemuskoulutuksen lisäämistä sairaanhoitajilla. (Suominen, Sandelin, Soini ja Pitkälä 2007.)

Eräessä opinnäytetyössä selvitettiin Jyväskylän alueella yhdeksällä vuodeosastolla työskentelevien sairaanhoitajien sekä lähi- ja perushoitajien tietotaitoa, valmiutta ja asenteita tunnistaa, hoitaa ja seurata potilaan vajaaravitsemusta. Strukturoituun kyselyyn vastasi noin puolet 237 hoitajasta. Tuloksissa ilmeni, että alueen terveyskeskussairaalassa ei käytetä säännöllisesti vajaaravitsemuseulaa. Suurin osa (65,57 %) kyselyyn vastanneista hoitajista osasi tunnistaa potilaan vajaaravitsemuksen tyydyttävästi, kun vain noin kolmasosa osasi tunnistaa vajaaravitsemuksen hyvin. (Laitila ja Pasanen 2015.)

3.2 Vajaaravitsemuksen syyt

Ali- ja virheravitsemustilassa energian, proteiinin tai suojaravintoaineiden saanti ei vastaa tarvetta (Ihanainen ym. 2010, 89). Ravitsemuksella on selkeä yhteys terveydentilaan sekä toimintakykyyn, ja siinä voi tapahtua heikentymistä useasta syystä (Kuvio 1). Tyypillisimmin huono ravitsemustila johtuu huonosta ruokahalusta, joilloin nautitun ravinnon määrä on usein tarvetta pienempi ja paino laskee sekä lihaskunnossa tapahtuu heikkenemistä. Muu sairastaminen ja toimintakyvyn heikkeneminen liittyy vahvasti heikentyneeseen ravitsemustilaan. Sen on todettu liittyvän myös yksinäisyyteen, köyhyyteen, masentuneisuuteen, suoliston toimintahäiriöihin, haju- ja makuaistimuutoksiin, alkoholin väärinkäyttöön, monilääkitykseen sekä lonkkamurtumiin. (VRN 2010, 16.) Suun alueen ongelmat, kuten kipu, hampaattomuus, sopimattomat hammasproteesit sekä pureskelun ja nielemisen vaikeus vaikuttavat ravitsemustilaan. Myös vähentynyt syljeneritys ja sitä seuraava suun kuivuminen voi vai-

keuttaa syömistä. Ravitsemustilan heikkeneminen voi olla myös syy suun alueen ongelmiin, sillä silloin tulehdusalttius ja sieni-infektiot lisääntyvät. (Robnett ja Chop 2010, 206 - 207.) Useisiin lääkkeisiin liittyy myös painon laskua (VRN 2010, 16).

Puolison menettäminen kuoleman tai eron takia voi aiheuttaa muun muassa surua, yksinäisyyttä, sosiaalisen tukiverkoston vähyyttä, puutteellista sosiaalista osallistumista, jotka kaikki voivat vaikuttaa ravitsemustilaan. Tuoreessa tutkimuksessa on havaittu, että myös yksinäisyyden tunne on yhteydessä vajaaravitsemusriskiin. Yksinäisyys laskee mielialaa, heikentää fyysistä toimintakykyä ja aiheuttaa kognition alenemista. Tämä voi vaikuttaa ruokahaluun ja ravintoaineiden saantiin. Älyllisten toimintojen heikentyminen yhdistettiin myös vajaaravitsemukseen tai sen riskiin. Kognitiiviset vajaatoiminnot aiheuttavat kykenemättömyyttä ostaa ja valmistaa ruokia sekä myöhemmin syömisestä unohtelua. Ravitsemustekijät voivat suojella kognition heikentymiseltä.

Aiemmassa tutkimuksessa todettiin, että yksin asuvat ikääntyneet ihmiset olivat suuremmalla todennäköisyydellä virheravitsemusriskissä. Voi olettaa, että iäkkäämmät yksin asuvat ihmiset syövät huonommin ja tuntevat olonsa huonommaksi, mikä vaikuttaa heidän arkeensa vähentäen sosiaalisista aktiivisuutta ja lisäämällä avuttomuuden tunnetta. Vajaaravitsemuksen ehkäisemiseksi syömisestä tulisi olla sosiaalinen tapahtuma. (Eskelinen, Hartikainen ja Nykänen, 2016.)



KUVIO 1. Ikääntyneiden virheravitsemuksen syyt (Aro ym. 2012, 290)

3.3 Ravitsemushoito

Ravitsemustilan huononeminen tulisi tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta aliravitsemuksen kehittyminen voitaisiin pysäyttää (Ihanainen ym. 2010, 89). Usein ikääntyneitä hoitavat henkilöt yliarvioivat hoidettavien energiansaantia (VRN 2010, 31). Havaitsemismenetelmänä voi esimerkiksi käyttää seuraavaa: kun ikääntynyt on menettänyt 5 % tai yli kokonaispainostaan kuukaudessa tai yli 10 % kuudessa kuukaudessa, tulisi ikääntyneen ruokahalua ja ruoan saantia edistää (Robnett ja Chop 2010, 204).

Ravitsemushoidon toteuttaminen edellyttää arviointia. Ravitsemustilaa arvioidaan muun muassa MNA -testillä sekä painoa tarkkailemalla. Ruokapäiväkirjan pitäminen vähintään 1 - 3 päivää, jossa erityisesti seurataan energian- ja proteiinisaahtia, on myös yksi ravitsemustilan arviointikeino. Lisäksi omaisten ja muiden läheisten sekä hoitajien antamat tiedot ruokailusta, sairauksista, rajoituksista ja ruokamieltymyksistä on tarpeen tietää. Ravitsemushoidon suunnitelma tehdään näiden arviointien ja tietojen perusteella. (VRN 2010, 31.)

Läheinen voi olla asiakkaan edustaja, asioista huolehtija, hoitoon osallistuja ja kanssakulkija. Läheinen kannustaa asiakasta, pitää yllä toivoa ja uskoa ja huolehtii tarvittaessa lisävasta. Läheisen tuen avulla on mahdollista aktivoida asiakkaan voimavarojen käyttöönottoa. (Kanta-Hämeen keskussairaala 2015, 4.) On siis tärkeää, että ikääntynyt ja hänen lähiomaisensa otetaan mukaan päivittäisen ruokailun toteutuksen suunnitteluun, jotta riittävä ravinnonsaanti pystytään turvaamaan (VRN 2010, 22 - 23).

Ikääntyneen ravitsemustilaa hoidettaessa tulisi huomioida se, ettei ruokailu ole ainoastaan energian ja ravintoaineiden tarpeen tyydyttämistä, vaan siihen liittyy monenlaisia merkityksiä; yhteisöllisiä, sosiaalisia ja kulttuurisia seikkoja. On huomioitava, että myös vajaakuntoiset ja dementiaa sairastavat ikääntyneet ymmärtävät ja kaipaavat ruokailuun eri ulottuvuuksia. Tosin joillekin ruokaan liittyy hyvin negatiivisia merkityksiä ja uskomuksia, jotka voivat ajoittain johtaa turhaan ahdistukseen ja pelkoon ja tästä syystä ruokavalion kaventumiseen. Näitä pelkoja tulisi pyrkiä pienentämään. (Aro ym. 2012, 291.)

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että ikääntyneen ravitsemustilaa voidaan kohentaa varsin yksinkertaisilla keinoilla, mikäli kyseessä ei ole vaikea sairaus tai loppuvaiheen dementia. Olennaista ravitsemustilan parantamisessa on energian ja proteiinin saannin lisääminen sekä energiatarpeen kasvataminen, mikä saavutetaan liikkumisen lisäämisellä. Ruoan rikastamisella, kuten esimerkiksi öljyn, voin tai kerman lisäämisellä ruokaan, voidaan lisätä sen energia- ja proteiinipitoisuutta, ilman että ruoan maku siitä kärsii. Ruoan ominaista rakennetta ei tule muuttaa tarpeettomasti. Virheravitsemustilan uhatessa ei ole enää järkevää neuvoa välttämään kovia rasvoja ja sokeria, vaan kunnioittaa ikääntyneen makutottumuksia. Täydennysravintovalmisteilla voidaan lisätä mm. ruoka-annosten ravintoainepitoisuutta ja niitä voidaan tarjota myös välipalaksi. (Aro ym. 2012, 291 - 292; Ihanainen ym. 2010, 90.)

Ruokahaluttomuus on yleinen ongelma, mutta menetelmiä kohentaa ruokahalua on useita. Liikunnalla ja lihasvoiman lisäämisellä on todettu olevan ruokahalua kasvattava vaikutus, joten säännölliseen arkiliikunnan harrastamiseen tulisi kannustaa. (Aro ym. 2012, 323; Robnett ja Chop 2010, 204.) Uusien reseptien kokeilu, tuoreiden mausteiden ja yrttien käyttäminen sekä seurassa ruoan valmistaminen voi lisätä ruokailun mielekkyyttä ja siten edistää ruokahalua, kuten myös ruokailu seurassa. Apua tulisi tarjota ruokatarvikkeiden saatavuudessa, jos taloudelliset tai maantieteelliset rajoitteet ovat suuret. Lääkärinä kannattaa konsultoida, jos lääkkeiden epäillään vaikuttavan merkittävästi ruokahuon, tai jos ikääntyneellä on syytä epäillä vitamiinien tai kivennäisaineiden puutetta. (Robnett ja Chop 2010, 204.)

Suun terveydellä on olennainen vaikutus ruoasta nauttimiseen ja näin ollen myös mahdollisen vaa- jaaravitsemuksen syntyyn (VRN 2010, 10). Tärkeää on valita sopiva ruoan koostumus. Kostea, pehmeää ja nestemäistä ruokaa on usein helpointa syödä, jos ikääntynyt kärsii nielemisongelmista tai suun kuivuudesta. Kuitenkin on oleellista välttää täysin sosemaista ruokavaliota ja suosia luonnollisesti pehmeitä ruokia, jos vain mahdollista. Kiinteämpien ruokien nielemistä voi helpottaa kastikkeilla tai margariinilla. Ruoka-aineisiin tulisi myös kiinnittää huomiota, jotta riittävä vitamiinien, proteiinien- ja kuidunsaanti mahdollistuu. (VRN 2010, 45 - 47.)

Myös ruoansulatusvaivat johtuen paksusuolen supisteluksen vähenemisestä ja vähentyneestä liikunnasta ovat yleisiä. Näitä ovat ruoansulatuksen hidastuminen, ummetus ja sitä myöten kivulias ulostaminen. Paras ehkäisykeino ummetukseen on kuitupitoinen ruokavali. Lisäksi säännöllinen liikunta tasapainottaa suoliston toimintaa. Riittävästä nesteytyksestä on myös huolehdittava. (Robnett ja Chop 2010, 207.) Tilapäiset suun kautta otettavat lääkkeet ja peräruiskeet ovat apu vaikeaan ummetukseen, mutta nimensä mukaisesti tarkoitettu tilapäiseen käyttöön, eivätkä poista ongelmaa. Pitkäaikaisessa käytössä suoli voi myös tottua niihin, eikä toimi enää ilman lääkkeitä. (Robnett ja Chop 2010, 207 - 208; Mustajoki 2015.)

4 LÄHIHOITAJIEN RAVITSEMUSOSAAMINEN

Lähihoitajan työnkuvaan voi monissa eri tehtävissä kuulua ikääntyneet asiakkaat. Työympäristöstä riippumatta ikääntyneen kanssa työskentely edellyttää lähes aina kuntoutukseen osallistumista sekä voimavaralähtöistä ja toimintakyvyn ylläpitämistä tukevaa tai edistävää työtettä. Myös monialainen yhteistyö on avainasemassa. Ammatilliselta edellytetään työtettä, joka tukee ja edistää asiakkaan liikkumis- ja toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, omatoimisuutta ja elämänhallintaa. Tämän kuntoutumista edistävän työtteen perustana on ikääntyneen ja tämän lähiympäristön voimavarojen hyödyntäminen. Omien voimavarojen tunnistaminen ja käyttäminen kannustaa motivoituneeseen arjessa selviämiseen. (Suvikas ym. 2013; 353, 356.)

Opetushallituksen vuoden 2010 ammatillisen perustutkinnon perusteissa kuvataan sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon sisältö. Se voidaan suorittaa ammatillisena peruskoulutuksena tai näyttötutkintona. Tutkinto muodostuu pakollisista ja vapaasti valittavista tutkinnon osista. Johdannon keskeiset käsitteet -osiossa on mainittu kaikki koulutusohjelmat. Opintoihin kuuluu myös työssäoppimista muun muassa päiväkodeissa, hoitolaitoksissa, kotihoidossa, sairaaloissa sekä asumis-, palvelu- ja kuntoutusyksiköissä. (Opetushallitus 2010, 7; Tredu 2016.) Lähihoitaja työskentelee hoito-, huolenpito-, kasvatus-, ja kuntoutustehtävissä ja edistää toiminnallaan potilaiden terveyttä ja hyvinvointia yksilöllisesti. Pakollisen tutkinnon osiin kuuluu terveyttä ja hyvinvointia koskeva tietämys, johon sisältyy osaaminen toimia asiakkaita koskevien ravitsemussuositusten mukaisesti ja potilaan ohjaus ravitsemussuositusten mukaiseen ruokailuun. (Opetushallitus 2010, 8, 33, 41.)

Sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelman suorittanut osaa suunnitella, toteuttaa ja arvioida asiakkaan ja potilaan sairaanhoitoa, huolenpitoa ja kuntoutumista. Potilaan terveyden, toimintakyvyn ja turvallisuuden edistäminen kuuluvat osaamisalueisiin, kuten myös niitä uhkaavien tekijöiden ehkäisy. Koulutusohjelman ohjausosaamiseen kuuluu ravitsemuksen, terveiden elintapojen ja toimintakykyä edistävän liikunnan tietämys. Myös päivittäisistä toimista selviytyminen ja lääkehoidon toteuttaminen ovat olennaisia osaamisen alueita. (Opetushallitus 2010, 11 - 12.)

Vanhustyön koulutusohjelmaan kuuluu nimenomaan ikääntyneiden ja muistisairaiden toimintakykyä ylläpitävä ja kuntoutumista edistävä osaaminen. Siihen kuuluu ohjaus ja tukeminen päivittäisissä toiminnoissa potilaan yksilöllisyys ja voimavarat huomioiden. Myös fyysisen ja psyykkisen terveyden edistäminen ja terveiden elintapojen ohjaaminen ovat osaamisalueita. (Opetushallitus 2010, 13.) Erityisesti vanhustyön sekä sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelman suorittaneilla on valmiudet kotihoidossa työskentelyyn (Opetushallitus 2010, 12 - 13).

Pakollisen hoito ja huolenpito -tutkinnon lisäksi lähihoitajaopiskelija voi suorittaa valinnaisen vanhus-ten kotihoito ja huolepito -tutkinnon osan. Ammattitaitovaatimuksien listaan sisältyy nimenomaan asiakkaan tai potilaan kotona suoritettavat hoidolliset toiminnot ja osaaminen. Näihin sisältyy muun muassa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn muutosten havainnointi ja haitallisten muutosten ehkäisy. Myös huolehtiminen asiakkaan ruokahuollosta ja ravitsemuksesta mainitaan ammattitaitovaatimuksissa. (Opetushallitus 2010, 163 - 164.)

Käytännössä lähihoitajan tulisi ammattiosaamisen arviointikriteerien mukaisesti esimerkiksi osata valmistaa ravitsemussuositusten mukaisen ateriakokonaisuuden ja kertoa lautasmallista. Ravitsemuksen kannalta lähihoitajan tulisi kyetä myös seuraamaan, että ikääntynyt saa tarpeeksi esimerkiksi nestettä ja kalkkia tai ohjaamaan asiakasta käyttämään ateriapalvelua, jotta tämä saisi riittävän monipuolista ravintoa. (Hovilainen-Kilpinen ja Oksanen 2010, 112.)

Myös vanhuspalvelulaki, joka otettiin käyttöön vuonna 2013, kuvaa vanhustyön ammattilaisen tiettyjä velvollisuuksia. Näitä ovat muun muassa monipuolinen palvelutarpeen arviointi, hoito- ja palvelusuunnitelman käyttö työvälineenä ja suunnitelman toteuttamisessa ikääntyneen osalliseksi ottaminen. (Suvikas ym. 2013; 335.)

5 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon lähihoitajien osaamista ikääntyneiden ravitsemusta koskien sekä selvittää tunnistamiskeinoja ja toimintatapoja vajaaravitsemukseen liittyen. Tavoitteena on painottaa aliravitsemuksen ehkäisyn tärkeyttä ikääntyneen hoitotyössä sekä auttaa mahdollisten jatkotoimenpiteiden valinnassa, jotta ikääntyneiden asiakkaiden aliravitsemustapaukset vähenisivät. Toivomme, että opinnäytetyö ohjaa ja kannustaa työntekijöitä hoitotoimenpiteisiin asiakkaan vajaaravitsemuksen toteamisen jälkeen.

Tutkimuskysymyksiämme ovat:

- 1. Mikä on kotihoidon työntekijöiden osaaminen ja osaamisen käytäntöön soveltaminen ikääntyneen vajaaravitsemuksen tunnistamisessa ja hoidossa?*
- 2. Mitkä ovat kotihoidon työntekijöiden tunnistamiskeinot ja toimintatavat ikääntyneen vajaaravitsemukseen liittyen?*

6 TYÖN TOTEUTUS JA KUVAAUS

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus on menetelmä, josta saatua tietoa tarkastellaan numeerisesti. Määrällinen tutkimusmenetelmä vastaa kysymyksiin *kuinka paljon* ja *miten usein*. Otos käsitti eteläisen kotihoidon lähihoitajat sekä perus- ja kodinhoitajat. Otos, eli havaintoyksiköiden joukko on poimittu perusjoukosta tiettyä otantamenetelmää käyttäen (Vilkkä 2007, 51). Tutkimuksessa saatu tieto ryhmitellään numeeriseen muotoon, jonka jälkeen tutkija tulkitsee tulokset sanallisesti. (Vilkkä 2007, 13 - 14.) Toimeksiantajana toimi Kuopion eteläisen alueen kotihoito.

Mittarina eli määrällisen tiedon keräämisen menetelmänä käytimme strukturoitua kyselyä, jossa selvitimme lähihoitajien tietämystä ja toimintaa ikääntyneiden asiakkaiden vajaaravitsemustapauksissa. Strukturoinnissa oleellista on kysymysten vakiointi lomakkeeseen siten, että kaikki vastaajat ymmärtävät ne samalla tavalla, ja jokaiselle tutkittavalle asialle eli muuttujalle annetaan arvo, esimerkiksi numero tai kirjain (Vilkkä 2007, 14 - 15). Kysymykset olivat luonteeltaan osaamiseen ja työntekijöiden omakohtaiseen kokemukseen liittyviä. Loimme kyselyn Webropol -ohjelman avulla. Kysymykset olivat suljettuja, joihin annoimme monivalintavaihtoehtoja. Joihinkin osioihin oli annettu avoimen tekstin mahdollisuus, jos tarjotut vaihtoehdot eivät sisältäneet vastaajan näkemystä. Kyselyn avulla pyrimme myös auttamaan kotihoiton moniammatillisen työryhmän laatiman vajaaravitsemuksen hoito-ohjeen kehittämisessä (Liite 2).

Tiedonhakuun käytimme sekä kirja- että sähköisiä lähteitä, kuten PubMed-, CINAHL- ja Medic – tietokantoja. Käytettyjä hakusanoja olivat muun muassa: "Vanhukset", "Aged", "Elderly", "Ikääntyneet", "Aliravitsemus", "Vajaaravitsemus", "Malnutrition", "Lähihoitajat", "Licensed Practical Nurses", "Ravitsemustila" ja "Nutritional Status".

7 KYSELYN TULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

Kysely saavutti vakituiset työntekijät ja pidempiaikaiset sijaiset. Kyselyyn vastasi 14 lähihoitajaa. Kyselyn vastaajilta kysyttiin myös valmistumisajankohtaa vuosilukuna. Heistä 11 (79 %) oli valmistunut vuonna 2009 tai sen jälkeen. Kolme vastanneista (21 %) ilmoitti valmistuneensa ennen 2000 –lukua. Taustatiedot on koottu alla olevaan taulukkoon 3.

TAULUKKO 3. Vastaajien taustatiedot.

	n (14)	%
Ikä		
Alle 25 vuotta	1	7
25 – 50 vuotta	10	71
Yli 50 vuotta	3	22
Hoitoalan työkokemus		
Alle 2 vuotta	2	14
2 – 10 vuotta	7	50
Yli 10 vuotta	5	36
Työsuhteen laatu		
Vakituisen työntekijä	9	64
Pitkäaikainen sijainen (>3 kk)	5	36
Saanut ravitsemukseen lisäkoulutusta		
Kyllä	9	64
Ei	5	36

7.2 Vastaajien ravitsemusosaaminen

Kyselyn osaamista käsittelevä osio oli suunniteltu siten, että kyselyyn vastaaja jatkaa esitettyä väittämää mielestään oikealla tai oikeilla vaihtoehdoilla. Viidessä kysymyksessä, joissa oli mahdollista valita vain yksi vastaus, oikeiden vastausten määrä prosentteina oli 51 % (Taulukko 4). Vääriä vastausten osuus näistä kysymyksistä oli siis 49 %. Heikoiten näistä kysymyksistä tiedettiin suositeltu rasvan osuus kokonaisenergian määrästä, jossa oikea vastaus oli 25 - 35 %. Kukaan vastanneista ei valinnut tätä vaihtoehtoa. Eniten oikeita vastauksia tuli väittämään koskien ravintokuidun saantia, jossa tuli valita tärkein menetelmä ravintokuidun saannin turvaamiseksi. Tähän oikea vastaus oli täysviljatuotteiden käyttö, jonka 12 vastaajaa eli 86 % vastaajista valitsi.

Yli 60 -vuotiaiden D-vitamiinilisän oikeaa saantisuositusta käsittelevässä väittämässä kahdeksan vastaajaa 14:sta vastasi oikein, 20 mikrogrammaa. Oikeiden vastausten määrä oli siis 57 %. Vääristä vastauksista kaksi vastasi 10 mikrogrammaa, kolme 25 mikrogrammaa ja yksi 50 mikrogrammaa.

Väittämässä, jossa tiedusteltiin sarkopenian, eli lihaskadon merkitystä, 64 % eli yhdeksän vastaajaa tiesi oikean vastauksen.

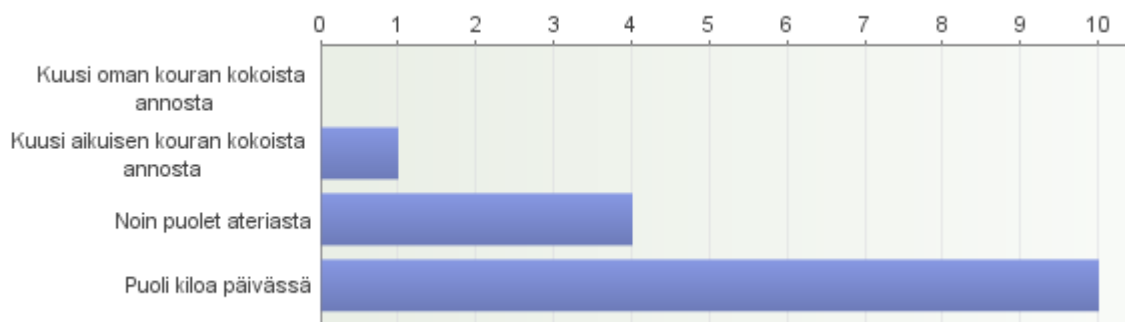
MNA -testin teon ajankohtaa käsittelevässä väittämässä vastauksissa oli selvää hajontaa. Puolet (n = 7) vastaajista valitsi oikean vaihtoehdon, joka on kahden viikon sisällä kotihoidon asiakkaaksi tulosta ja jatkossa puolen vuoden välein. Väärin valitsi yhteensä seitsemän vastaajista.

TAULUKKO 4. Tehtävien 6. – 10. vastausten jakauma.

Väittämä	Oikeita vastauksia		Vääriä vastauksia	
	n	%	n	%
Suosittelun rasvan osuus kokonaisenergian määrästä on	0	0	14	100
Yli 60 –vuotiaiden D-vitamiinilisän saanti-suositus on	8	57	6	43
Ravintokuidun riittävän saannin kannalta tärkeintä on	12	86	2	14
Sarkopenia tarkoittaa	9	64	5	36
MNA –testi tulisi tehdä kotihoidossa (kuinka usein?)	7	50	7	50

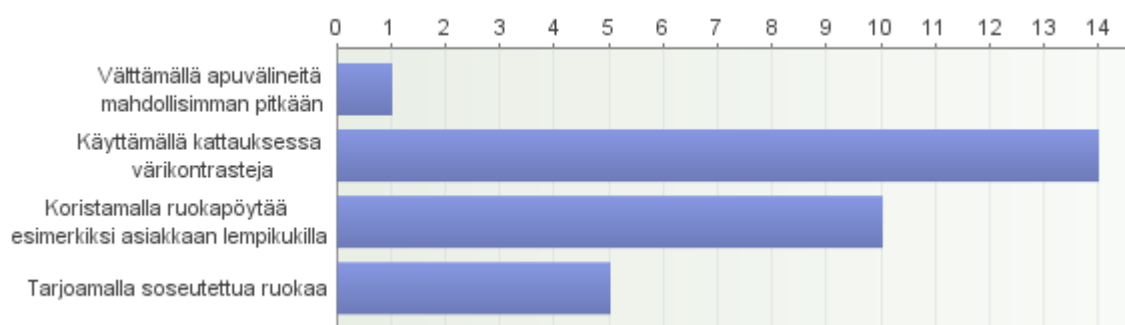
Väittämässä ”Mitkä seuraavista **eivät** ole pitkäkestoisia hiilihydraattilähteitä” oli kolme oikeaa vaihtoehtoa, jotka olivat vaalea leipä, täysmehu ja peruna. Vääriä vaihtoehtoja olivat marjat ja hedelmät, kasvikset ja täysjyväleipä. Sekä vaalean leivän että täysmehun valitsivat 13 vastaajaa, eli 93 % kaikista vastaajista. Kolmannen oikean vaihtoehdon, perunan, valitsi kuitenkin vain yksi vastaajista. Kaksi vastaajista valitsi marjat ja hedelmät lyhytkestoisiksi hiilihydraattilähteiksi. Myös kasvikset valittiin kaksi kertaa. Nämä olivat vääriä vaihtoehtoja.

Kohdassa, jossa tiedusteltiin kasvien sopivaa vuorokausimäärää, oli neljä vaihtoehtoa, joista kolme oli oikein. Näitä olivat kuusi oman kouran kokoista annosta, noin puolet aterialta ja puoli kiloa päivässä. Yksi oli valinnut väärän vaihtoehdon, kuusi aikuisen kouran kokoista annosta. Kukaan ei ollut valinnut vaihtoehtoa ”kuusi oman kouran kokoista annosta”. Neljä vastaajista oli valinnut yhden oikeista vastauksista, ”noin puolet aterialta”. Eniten valittiin vaihtoehtoa ”puoli kiloa päivässä”, joka oli myös oikein. (Kuvio 2.)



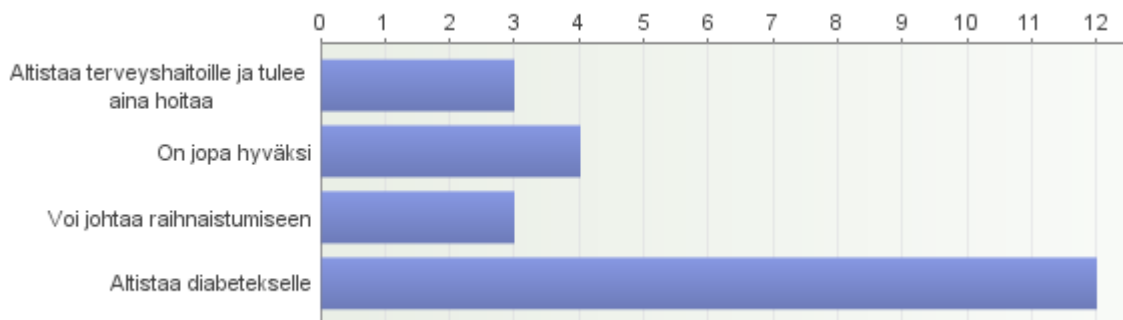
KUVIO 2. Sopiva määrä kasviksia päivässä.

Seuraavaassa väittämässä käsiteltiin keinoja, joilla voi helpottaa muistisairaana ruokailua. Kaikki vastaajista olivat valinneet vaihtoehdon ”värikontrastien käyttäminen kattauksessa”, joka oli oikea vaihtoehto. Tämän jälkeen enemmistö (n = 10) valitsi vaihtoehdon ”koristamalla ruokapöytää esimerkiksi asiakkaan lempikukilla”. Viisi vastaajaa oli valinnut väärän vaihtoehdon ”tarjoamalla soseutettua ruokaa”. Väärän vaihtoehdon ”välttämällä apuvälineitä mahdollisimman pitkään” oli valinnut vain yksi vastaajista. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Muistisairaana ruokailua voit helpottaa.

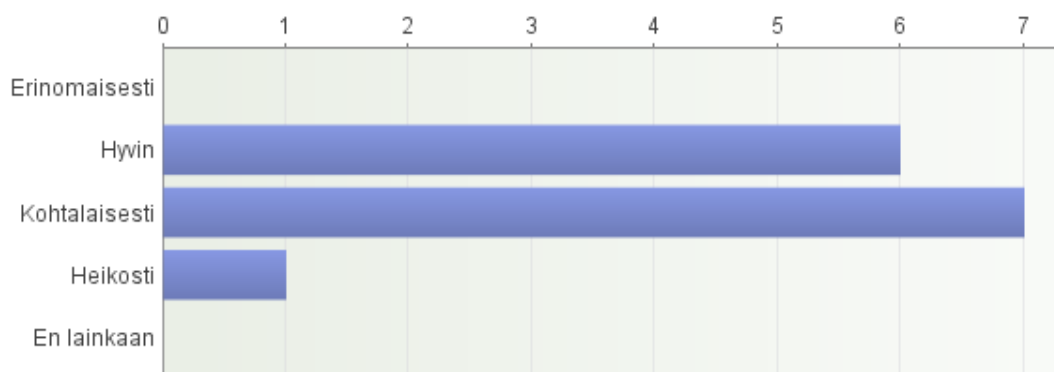
Viimeinen väittämä kyselyn osaamista testaavassa osiossa käsittelee ikääntyneen ylipainon tietämystä. Neljästä vastauksesta kaksi on väärin, joiden mukaan ikääntyneen ylipaino altistaa terveyshaitoille ja tulee aina hoitaa sekä ikääntyneen ylipaino voi johtaa raihaistumiseen. Lievän ylipainon on todettu olevan hyväksi ikääntyneillä, kun taas raihaistumista aiheuttaa alipaino. Molemmat väärät vaihtoehdot oli valinnut kolme vastaajista. Enemmistö vastaajista (n = 12) oli valinnut toisen oikean vaihtoehdon, jonka mukaan ikääntyneen ylipaino altistaa diabetekselle. Toisen oikean vaihtoehdon, ikääntyneen ylipaino on jopa hyväksi, valitsi neljä vastaajista. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Ikääntyneen ylipaino.

7.3 Vajaaravitsemuksen tunnistamiskeinot ja toimintatavat

Vastaajista 43 % koki tunnistavansa asiakkaan vajaaravitsemuksen **hyvin**, 50 % vastanneista **kohtalaisesti** ja 7 % tunsi että tunnistaa vajaaravitsemuksen **heikosti**. Kukaan vastanneista ei kokenut tunnistavansa vajaaravitsemusta erinomaisesti tai etteikö tunnistaisi vajaaravitsemusta lainkaan. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Vajaaravitsemuksen tunnistaminen (n=14.)

Kiire sekä tiedon ja koulutuksen puute ovat vastaajien mukaan ensisijaisia syitä, miksi he eivät tunnista asiakkaan vajaaravitsemusta. Yhteensä 14:sta vastaajasta 71 % koki kiireen olevan syynä huonon vajaaravitsemuksen tunnistamiseen. Kyselyyn vastanneista puolet koki lisäksi tiedon puutteen merkittävänä syynä siihen, ettei ikääntyneen vajaaravitsemusta tunnisteta tarpeeksi ajoissa.

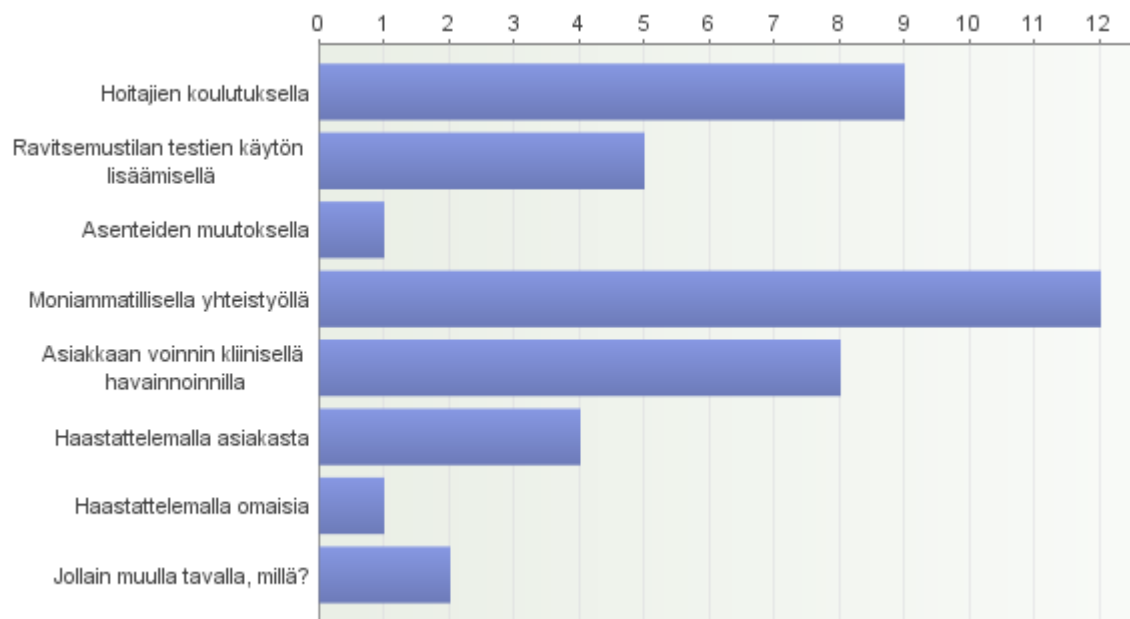
Vajaaravitsemuksen tunnistamisen kannalta **yhteistyö** koetaan tärkeäksi ja vastanneista 93 % kertoo tunnistavansa asiakkaan vajaaravitsemuksen lähes aina tai usein käymällä läpi yhdessä työkaavereiden kanssa. Vastanneista yhteensä 85 % on käyttänyt lähes aina tai usein asiakkaan säännöllistä **punnitsemista ja mittausta** apuna vajaaravitsemuksen tunnistamisessa. Puolet vastanneista käyttää **asiakkaan haastattelemista** ja **laboratoriokokeita** usein apuna vajaaravitsemuksen selvittämisessä. Vastanneista 21 % käyttää asiakkaan haastattelemista harvoin vajaaravitsemuksen mahdollisuutta selvitetessä. Vastaajista 71 % **haastattelee** asiakkaan **omaisia** harvoin ravitsemusasioista ja saman verran vastaajista **keskustelee** harvoin asiasta **lääkärin kanssa**. Vastaajista

43 % käyttää **MNA-testiä** harvoin tai ei ollenkaan apuna asiakkaan vajaaravitsemuksen tunnistamisessa. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Vajaaravitsemuksen tunnistamiskeinot.

	LÄHES AINA	USEIN	HARVOIN	EN KOSKAAN
Käytän MNA- testiä	14%	43%	29%	14%
Punnitsen ja mittaan asiakkaan säännöllisesti	21%	64%	14%	0%
Haastattelen asiakasta	29%	50%	21%	0%
Otan asiakkaalta laboratoriotestit	7%	50%	29%	14%
Etsin tietoa asiakkaan hoitotiedoista	21%	29%	50%	0%
Haastattelen omaisia	14%	14%	71%	0%
Keskustelen asiasta lääkärin kanssa	0%	7%	71%	21%
Keskustelen asiasta muiden lähihoitajien kanssa	57%	36%	7%	0%
Keskustelen asiasta kotisairaanhoidajan kanssa	57%	36%	7%	0%
Keskustelen asiasta ravitsemusterapeutin kanssa	0%	7%	57%	36%

Vastaajien mukaan vajaaravitsemuksen tunnistamista kehitetään parhaiten **moniammatillisella yhteistyöllä** (86 %) sekä hoitajien **koulutuksella** (64 %). Vastaajat eivät kokeneet esimerkiksi omaisten haastattelua tärkeäksi vajaaravitsemuksen tunnistamisen kehittämisen kannalta. (Kuvio 6.)



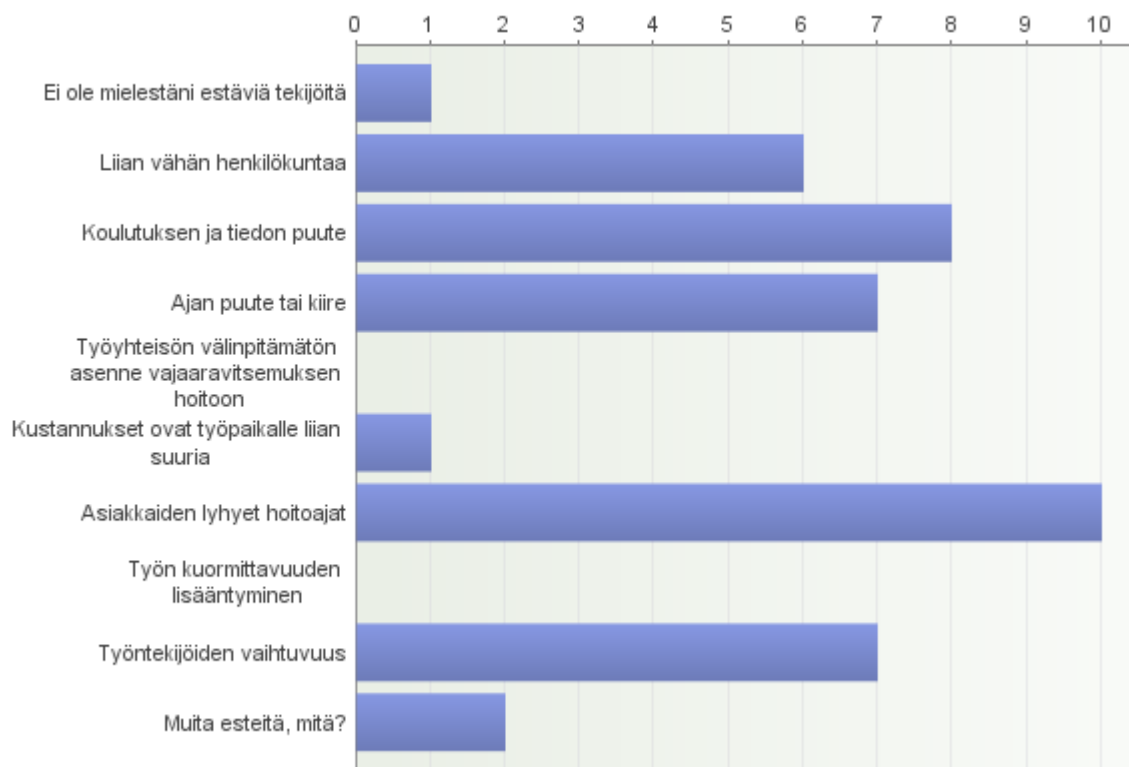
KUVIO 6. Vajaaravitsemuksen tunnistamista kehitetään parhaiten.

Puolet vastanneista käyttää kliinisiä ravintovalmisteita lähes aina vajaaravitsemuksen hoidossa. Vastanneista 93 % kertoo hyödyntävänsä lähes aina tai usein toistensa asiantuntemusta ravitsemusasioissa. Omaisten rooli asiakkaan vajaaravitsemuksen hoidossa koettiin merkityksellisesti; 79 % vastanneista ohjasi usein asiakkaan omaisia ravitsemusasioissa. Vajaaravitun asiakkaan ohjaus koettiin tärkeäksi osaksi vajaaravitsemuksen hoitoa, vastanneista kaikki ohjasivat asiakasta ravitsemukseen liittyvissä asioissa lähes aina tai usein. Vastaajat kertovat harvoin keskustelelevansa ravitsemusterapeutin kanssa suoraan asiakkaan ravitsemuksesta. Kyselyyn vastanneista vain yksi käytti ruokapäiväkirjaa hyödykseen asiakkaan vajaaravitsemuksen hoidossa. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Vajaaravitsemuksen hoito.

	LÄHES AINA	USEIN	HARVOIN	EN KOSKAAN
Tilaan asiakkaalle tehostettua ruokaa	29%	43%	14%	14%
Käytän kliinisiä ravintovalmisteita (Nutridrink, Galogen, Fresubin yms.)	36%	50%	14%	0%
Käytän energia- ja proteiinipitoisia ruokia (voi, öljy, juusto, leikkeleet, kerma yms.)	50%	43%	7%	0%
Konsultoin ravitsemusterapeuttia	7%	7%	57%	29%
Keskustelen sairaanhoitajan kanssa ravitsemushoidosta	29%	57%	14%	0%
Keskustelen toisten hoitajien kanssa asiakkaan vajaaravitsemuksesta	43%	50%	7%	0%
Ohjaan asiakasta ravitsemusasioissa	29%	71%	0%	0%
Ohjaan asiakkaan omaisia ravitsemusasioissa	7%	79%	14%	0%
Käytän ruokapäiväkirjaa hyödyksi asiakkaan hoidossa	0%	7%	43%	50%
Hyödynnän valtakunnallisia ravitsemussuosituksia	21%	43%	36%	0%
Etsin tietoa itsenäisesti, jota käytän hyödyksi asiakkaan hoidossa	14%	43%	36%	7%
Kirjaan hoitosuunnitelmaan ravitsemushoidon tarpeesta	29%	43%	21%	7%

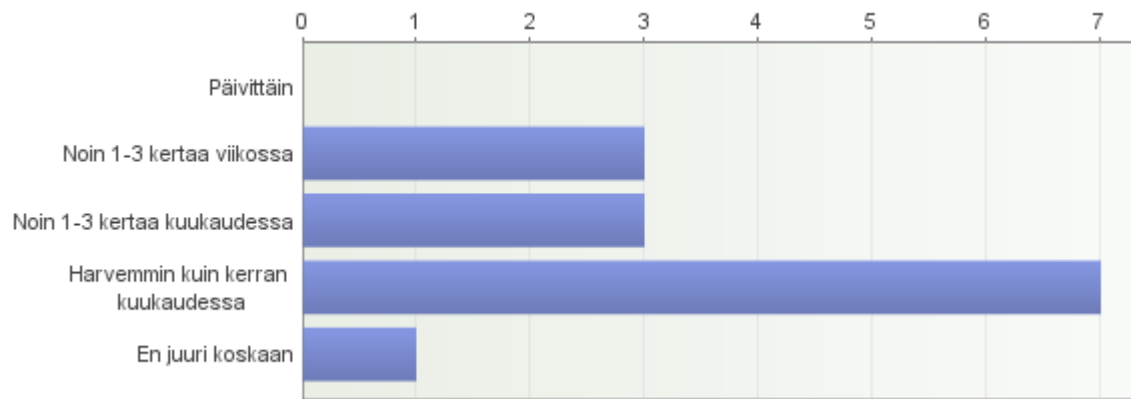
Kyselyyn vastanneet eivät kokeneet, että liian suuret kustannukset työpaikalle tai työnkuormittavuuden lisääntyminen estäisivät laadukasta vajaaravitsemuksen hoitoa. Vastaajien mukaan ruoan laatu ja hinta ovat vajaaravitsemuksen hoitoa ajatellen merkittäviä tekijöitä. Vajaaravitsemuksen laadukkaan hoidon suurimmaksi estäväksi tekijäksi koettiin asiakkaiden lyhyet hoitoajat (71 %). Puolet vastanneista koki, että työntekijöiden vaihtuvuus ja henkilökunnan vähäisyys vaikuttavat vajaaravitsemuksen hoitoon. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Vajaaravitsemuksen laadukkaan hoidon estävät tekijät kotihoidossa.

MNA -testin käyttöön liittyvässä kysymyksessä vastaajista 43 % kertoo käyttävänsä MNA -testiä yhdestä kolmeen kertaan kuukaudessa. Sama määrä kertoo käyttävänsä MNA -testiä harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Vastanneista 14 % ei ole käyttänyt MNA -testiä koskaan.

Vastaajista 21 % kertoi käyttävänsä vajaaravitsemuksen hoito-ohjetta yhdestä kolmeen kertaan viikossa, ja sama määrä vastanneista käyttää ohjeistusta 1-3 kertaa kuukauden aikana. Vastanneista puolet käyttää MNA -testin jälkeistä ohjeistusta harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Vastaajista 7 % ei ole käyttänyt ohjeistusta juuri koskaan. (Kuvio 8.)



KUVIO 8. Vajaaravitsemuksen hoito-ohjeen käyttäminen hoitotyössä.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon lähihoitajien osaamista ikääntyneiden ravitsemusta koskien sekä selvittää tunnistamiskeinoja ja toimintatapoja vajaaravitsemukseen liittyen. Taivotteena oli tiedon tuottaminen kotihoidon työntekijöiden osaamisesta ikääntyneiden vajaaravitsemukseen liittyen ja selvittää ravitsemustilan arvioinnin ja ravitsemushoidon toteutumista kotihoidossa. Huolimatta vastaajien suppeasta lukumäärästä saimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Toivomme, että opinnäytetyö tuo esille ravitsemuksen osana ikääntyneen kokonaisvaltaista hyvinvointia.

8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Kyselyyn vastasi yhteensä 14 hoitajaa. Kyselyyn vastanneista suurimmalla osalla on hoitotyöstä pitkäaikaista työkokemusta. Vain kaksi vastanneista on työskennellyt hoitoalalla alle kaksi vuotta. Käytännön kokemus tuo työotteeseen varmuutta, jolloin työtehtävistä kykenee suoriutumaan jopa rutiniinomaisesti ja voimavaroja riittää myös epäkohtien tunnistamiseen. Esimerkiksi pitkään samojen asiakkaiden kanssa työskennellyt hoitaja tunnistaa uusia sijaisia todennäköisemmin, mikä on poikkeuksellista tietyllä asiakkaalla. Näin äkilliset muutokset esimerkiksi yleiskunnossa tai ravitsemustilassa kenties huomataan paremmin. Toisaalta liika työhön tottuminen voi joissakin tapauksissa "sokeuttaa" ihmisen omalle työlleen, eikä pitkään jatkuvia ongelmia välttämättä havaita. Työkokemusta käsittelevässä kohdassa emme kysyneet kokemusta kotihoidon työstä, vaan yleisesti hoitoalasta. Aiempi työkokemus luonnollisesti vaikuttaa osaamisalueisiin.

Lähes kaikki vastaajista oli yli 25 -vuotiaita. On mahdollista, että asenteet ja hoitokeinot ravitsemukseen liittyen vaihtelevat eri ikäluokissa. Toisaalta näkemykset todennäköisesti vaihtelevat yksilöllisesti esimerkiksi kasvatuksen tai elämäntilanteen vaikutuksesta. Enemmistö vastaajista on valmistunut lähihoitajaksi vuonna 2009 tai sen jälkeen. Koulutuksen ajankohta ja koulukohtaiset erot voivat vaikuttaa ravitsemusosaamiseen. Opetuksessa on vaihtelevuuksia koulukohtaisesti ja sen sisältöä päivitetään jatkuvasti. Myös linjat ja valinnaiset opinnot, joita tarkastellaan pääotsikon "lähihoitajien ravitsemusosaaminen" alla, vaikuttavat suuresti osaamisalueisiin.

Kysymykseen "Oletko saanut ravitsemukseen liittyvää lisäkoulutusta valmistumisesi jälkeen?" vastanneista jopa 64 % oli saanut jonkinlaista lisäkoulutusta ravitsemukseen liittyen. Kyselyssä ei selviä, kuinka pitkäkestoista tai intensiivistä koulutus on ollut. Vastaajista 34 % ei ollut saanut lisäkoulutusta. Tähän syynä voi olla esimerkiksi kiire, tiedotuksen puute tai se, että henkilö kokee ravitsemustietämyksensä olevan riittävä. Voi myös olla, ettei työpaikalla ole järjestetty ravitsemukseen liittyvää lisäkoulutusta näiden henkilöiden työssäolon aikana. Jatkovaa osaamisen päivittämistä ja näyttöön perustuvaa toimintaa pidetään osana hoitoalan ammattilaisen työtä.

Näyttöön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan asiakkaan tai potilaan hoitoa käyttämällä harkitusti parasta saatavilla olevaa ajantasaista tietoa. Tällöin pyritään vastaamaan hoidon tarpeeseen käyttä-

mällä vaikuttaviksi todettuja menetelmiä sekä hoitokäytäntöjä. Oleellista on luotettavan tutkimustiedon tai asiantuntijoiden hyväksymän tiedon käyttäminen sekä työntekijän oman kokemustiedon ja potilaalta/asiakkaalta itseltään tai tämän läheisiltä saadun tiedon hyödyntäminen koskien hoidettavan elämäntilannetta ja resursseja. Näyttöön perustuvan toiminnan tarkoituksena on aina potilaan mahdollisimman hyvä hoito. (Hoitotyön tutkimussäätiö, 2016.) Myös terveydenhuoltolaki velvoittaa laadun ja potilasturvallisuuden suhteen terveydenhuollon henkilöstön toimimaan näyttöön perustuvien sekä hyvien hoito- ja toimintakäytäntöjen mukaisesti. Lisäksi viidennessä pykälässä käsitellään täydennyskoulutusvelvoitetta, jonka mukaan terveydenhuollon henkilöstön on osallistuttava riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen. (Terveydenhuoltolaki 2014.)

Työsuhteen luonnetta kuvailtaessa ilmeni, että vastanneista vakituisia työntekijöitä oli yhdeksän. Pitkäaikaisia sijaisia, joiden työsuhteen kesto on yli kolme kuukautta, oli viisi. Lyhytaikaisia sijaisia ei ole vastaajien joukossa tiedonkulkuvirheen takia. Kyselyn linkki ei saavuttanut lyhytaikaisia sijaisia muun muassa siitä syystä, ettei heillä ollut työsähköpostia. Usein määräaikaisten sijaisten käyntialueet voivat vaihdella jopa päivittäin, jolloin asiakassuhteet jäävät valitettavan lyhyiksi. Tästä syystä epäkohtiin, kuten vajaan ravitsemukseen, puuttuminen vaikeutuu. Tiedonkulku hoitajalta toiselle ei esimerkiksi loma-aikoina ole yhtä sujuvaa työntekijöiden suuremman vaihtuvuuden takia. Tällöin asioita voi jäädä hoitamatta tai huomioimatta. Sijaisten vähäisempi perehtyneisyys asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin voi johtaa tahattomiin laiminlyönteihin esimerkiksi ravitsemuksen osalta. Myös käyntiajat luonnollisesti pitkittyvät perehtymättömyyden takia.

8.1.1 Vastaajien ravitsemusosaamisen tarkastelu

Kyselyssä selvitimme vastaajien ravitsemustietämystä laatimalla kysymykset ikääntyneiden yleisiin ravitsemussuosituksiin perustuen, sillä ne kuuluvat myös lähihoitajien peruskoulutukseen (Opetushallitus 2010, 41). Osio käsitti 11 monivalintatehtävää, joissa oli joko yksi tai useampi oikea vaihtoehto. Kokonaisuutena osiota tarkasteltaessa ilmenee, että vastaajat tietävät ikääntyneen ravitsemuksesta vaihtelevasti. Tarkastelemme seuraavaksi kysymyksiä, joiden vastauksissa esiintyi eniten hajontaa.

Kyselyn ensimmäisessä tieto-osuuteen liittyvässä tehtävässä kysyttiin rasvan osuutta kokonaisenergiämäärästä. Tähän kaikki vastanneista oli arvioinut rasvan osuuden kokonaisenergiämäärästä yleisiä suosituksia pienemmäksi. Ikääntyneen kokonaisenergiämäärästä rasvoja tulisi olla 25 – 35 % (Aro ym. 2012, 284). Ikääntyneiden kanssa työskennellessä on tärkeää tietää osana monipuolista ravitsemusta, kuinka suuri energiantarve on ja kuinka se jakautuu. Sen sijaan tehtävässä ilmeni ristiriitaa kysymyksen ”mitä keinoja käytät vajaan ravitsemuksen hoidossa” kanssa, sillä yli puolet vastanneista kertoi käyttävänsä valtakunnallisia ravitsemussuosituksia hyödyksi ikääntyneen vajaan ravitsemuksen hoidossa. On luonnollisesti ymmärrettävää, että ravitsemussuositusten prosentuaalisten lukujen muuntaminen käytäntöön on haastavaa. Esimerkiksi kuvien avulla voidaan havainnollistaa, kuinka paljon 25 - 35 % rasvaa tarkoittaa käytännössä.

Kyselyn väittämään ”MNA -testi tulisi tehdä kotihoidossa” vastanneista puolet ei tiennyt oikeaa vaihtoehtoa. MNA -testiä (Liite 1.) voidaan pitää hyvin validina testinä vajaaravitsemuksen tunnistamisessa. Työntekijöiden tulee tietää, milloin seuraava testi pitää tehdä asiakkaalle. Tieto tehdyistä MNA -testeistä tulisi olla helposti löydettävissä ja ajantasalla. Vajaaravitsemuksen hoito-ohjeesta (Liite 2), joka on laadittu Kuopion kotihoidon käyttöön, löytyy tarvittava tieto siitä, miten MNA -testin yhteydessä tulisi menetellä. MNA -testin avulla on mahdollista löytää riittävän varhaisessa vaiheessa ne ikääntyneet henkilöt, joilla on ravitsemusongelmia ja ovat näin ollen virheravitsemusriskissä. (VRN 2010, 31.)

Ikääntyneen lisäravitsemuksen tarpeeseen liittyvässä kysymyksessä yli puolet vastaajista ei kokenut lisäravitsemukselle tarvetta, jos ikääntyneellä on makuuhaava tai infektio. Kotihoidossa asiakaskunta on laaja ja muun muassa haavoja hoidetaan paljon. Haavan paranemiseen vaikuttaa olennaisesti ikääntyneen ravitsemustila ja erityisesti proteiinin saanti. Proteiini huolehtii muun muassa kudosten kasvusta ja uusiutumisesta, ja niitä tarvitaan luuston sekä lihasten rakennusaineiksi (Luustoliitto 2013).

Väittämä ”Muistisairaahan ruokailua voit helpottaa (millä keinoin?)” jakoi vastaajien mielipiteitä. Kaikki vastanneista tiesivät, että värikontrastit voivat helpottaa muistisairaahan ruokailua. Suuri osa vastanneista oli myös sitä mieltä, että koristamalla ruokapöytää esimerkiksi asiakkaan lempikukilla voi olla positiivinen vaikutus ruokailun kulkuun. On mahdollista, että muistisairaalla ihmisellä on hahmottamisongelmia ja ruokapöytä olisi tällöin syytä pitää mahdollisimman yksinkertaisena ilman ylimääräisiä häiriötekijöitä. (Ihanainen ym. 2010, 90.) Lievästi muistisairaalla kuitenkin esimerkiksi lempikukat ruokapöydällä voivat luoda miellyttävän, kodinomaisen tunnelman. Tuloksien tarkastelussa havaitsimme, että väittämässä olisi ollut syytä tarkentaa, kuinka vakavasta muistisairaudesta on kyse. Vastanneista 36 % oli sitä mieltä, että tarjoamalla muistisairaalle soseutettua ruokaa voit helpottaa ruokailua. Ikääntyneelle, jonka suu on terve eikä nielemisessä ole ongelmia, on tarpeetonta tarjota soseutettua ruokaa. Muistisairaalla aterian ulkonäöllä on merkitystä ja useimmiten kiinteä ruoka herättää enemmän ruokahalua. (VRN 2010, 45 - 47.)

8.1.2 Tunnistamiskeinojen ja toimintatapojen tarkastelu

Päätimme jakaa kyselyn eri osioihin selvittääksemme vajaaravitsemuksen tunnistamiseen ja hoitoon liittyviä epäkohtia kotihoidossa. Viimeiseen osioon keräsimme vastaajien omia tuntemuksia osaamisestaan ikääntyneen vajaaravitsemukseen liittyen sekä syitä miksi vajaaravitsemuksen tunnistaminen ja hoitaminen on haasteellista.

Enemmistö vastanneista kokee tunnistavansa ikääntyneen vajaaravitsemuksen hyvin tai kohtalaisesti. Vain yksi vastaajista tunnistaa vajaaravitsemuksen omasta mielestään heikosti. Suomisen, Sandelinin, Soinin ja Pitkälän (2007) sairaanhoitajille toteuttamassa tutkimuksessa havaittiin, että osallistujat arvioivat ikääntyneiden potilaiden ravitsemustilan paljon paremmaksi, kuin mitä MNA-

testi tulokset osoittivat. Tutkimuksen johtopäätöksenä mainittiin lisäkoulutuksen tarve. Myös tutkimuksemme vastauksia tarkastellessa voidaan havaita työntekijöiden kouluttamisen tarpeen. Puolet vastanneista koki tunnistavansa vajaaravitsemuksen vain kohtalaisesti.

Vajaaravitsemuksen tunnistamisessa vastaajat ovat käyttäneet monia keinoja. Tärkeimpänä tunnistamiskeinona vastaajat kertovat lähihoitajakollegoiden ja kotisairaanhoidajan kanssa keskustelemisen. Lisäksi enemmistö punnitsee ja mittaa asiakasta säännöllisesti. MNA -testin käyttö on vastaajien kesken suhteellisen vähäistä: kuusi vastaajaa käyttää sitä harvoin tai ei koskaan. Myös Jyväskylässä vuodeosastoilla toteutetussa tutkimuksessa todettiin, että kyselyyn vastannut hoitohenkilökunta ei käytä säännöllisesti vajaaravitsemusseulaa (Laitila ja Pasanen 2015). MNA -testin tulisi olla ensisijainen vajaaravitsemuksen tai sen riskin seulontakeino säännöllisen painon mittauksen rinnalla. Tällä hetkellä MNA -testien tekemisen vastuu on lähinnä asiakkaan omahoitajalla. MNA -testin tekemisen vastuu tulisi kuitenkin siirtää jokaiselle hoitajalle. Jokaisen kotihoidon työntekijän tulisi osata käyttää MNA -testiä.

Omaisiet mielletään tärkeänä osana asiakkaan hoitoa, mutta kuitenkin enemmistö vastaajista ei haastattele omaisia vajaaravitsemusriskiä kartoittaessa. Omaisilla voi olla tärkeää tietoa asiakkaan ajankohtaisesta tilanteesta ja usein läheiset ovat merkittäviä vaikuttajia asiakkaan ruoka-asioiden hoitamisessa ja hankinnassa.

Vastaajat kaipaavat työhönsä enemmän moniammatillista yhteistyötä. Vastaajat eivät keskustele asiakkaan vajaaravitsemuksesta esimerkiksi suoraan lääkärin tai ravitsemusterapeutin kanssa. Ikääntyneen vajaaravitsemuksen hoidon pitäisi olla moniammatillista työtä. Hoitajien tehtäviksi luokituvat muun muassa tarpeenmukaisen ruokavalion tilaaminen, ruokailun käytännön toteutumisen arviointi ja tiedonsiirtäminen muille hoitaville tahoille. Lääkäri on vastuussa asiakkaan kokonaisuhoitosta, ja tämän tulisi olla mukana suunnittelemassa asiakkaan ravitsemushoitoa. Toiminta- ja fysioterapeutit ovat apuna hankkimassa asiakkaalle tarpeen mukaisia apuvälineitä ruokailuun. Sosiaalityöntekijälle voi olla tarvetta esimerkiksi silloin, kun taloudellista tukea tulee arvioida. Ravitsemusterapeutti pystyy tekemään tarkemman arvion asiakkaan ravitsemustilasta ja on mukana ravitsemushoidon suunnittelussa. Lisäksi hoitajien ja läheisten yhteistyö on tärkeää, sillä heidän työpanoksensa asiakkaan ravitsemushoitoon on merkittävä. (Eksote 2014, 22.) Vastaajat kertovat kysymyksen avoimessa vastauksessa, että havainnointi on tärkeä vajaaravitsemuksen tunnistamisen keino. Vastaajat kertovat tarkkailevansa silmämääräisesti asiakkaan ruoan kulutusta sekä ruokailutottumuksia. Myös asiakkaan yleisvointiin kiinnitetään huomiota.

Vastanneiden mukaan vajaaravitsemuksen tunnistamista kehitetään parhaiten moniammatillisella yhteistyöllä (86 %). Vaikka yhteistyö koetaankin tärkeäksi, voidaan esimerkiksi edellisen tehtävän vastauksista huomata, ettei moniammatillinen yhteistyö kuitenkaan täydellisesti toteudu. Työntekijät eivät ole esimerkiksi itse yhteydessä lääkärin kanssa. Enemmistö oli myös sitä mieltä, että hoitajien koulutuksella voidaan kehittää vajaaravitsemuksen tunnistamista. Noin puolet vastaajista koki, että asiakkaan kliinisellä havainnoinnilla voitaisiin tunnistaa vajaaravitsemus paremmin.

Vastanneista vain 36 % oli sitä mieltä, että ravitsemustilan testien käytön lisääminen kehittäisi vajaaravitsemuksen tunnistamista. Vajaaravitsemukseen käytettävät seulonnat ja testit ovat tärkeä osa vajaaravitsemuksen tunnistamista. Täytyy huomioida, ettei vajaaravitsemus ole välttämättä silminnähtävää, myös ylipainoinen ikääntynyt voi olla vajaaravittu. Runsaan rasvakudoksen alla voi olla vaikeaa lihaskatoa, joka heikentää toimintakykyä ja aiheuttaa suuren terveystarpeen. (Pitkälä ym. 2005, 5265). Esimerkiksi akuutin sairauden seurauksena kehittyvät vajaaravitsemus on alkuvaiheessa vaikeasti havaittavissa (Ihanainen 2010, 89).

Runsas enemmistö vastaajista ei kokenut omaisten haastattelemista hyväksi vajaaravitsemuksen kehittämisen apuvälineeksi. Myöskään asenteiden muutokselle ei koeta olevan tarvetta. Tämä on positiivinen tulos, sillä yleisesti myönteinen asenne hoitoalalla edesauttaa vajaaravitsemustapausten tunnistamista ja sen myötä hoitoa.

Kyselyssä myös tiedustelimme, mitä keinoja vastaaja käyttää vajaaravitsemuksen hoidossa. Eniten hoidossa käytettiin kliinisiä ravintovalmisteita ja energiapitoisia ruokia, kuten ruoan rikastamista apuna. Hoitokeinoina käytettiin myös omaisten sekä asiakkaan ohjaamista ravitsemusasioihin liittyen. Näitä keinoja käytti selvä enemmistö. Tämän ja vajaaravitsemuksen tunnistamista selvittävän osion välillä ilmeni selkeä ristiriita. Kun enemmistö vastaajista ilmoitti käyttävänsä tunnistamiskeinona omaisten haastattelua vain harvoin, niin hoitokeinona selkeä enemmistö (79 %) ilmaisi ohjauksensa asiakkaan omaisia ravitsemusasioissa. Ruokapäiväkirjaa eivät vastaajat käytä oikeastaan lainkaan vajaaravitsemuksen hoidossa apuna. Täytettyä ruokapäiväkirjaa kuitenkin tarvitaan, kun konsultoidaan esimerkiksi ravitsemusterapeuttia. Valmiita ruokapäiväkirjapohjia on olemassa runsaasti. (Eksote 2014, 6.)

Käytännössä asiakkaan ruokailusta kirjataan aina jotakin ylös, mutta kirjaukset ovat usein puutteellisia, eikä esimerkiksi syödyn ruoan määrää kirjata tarpeeksi tarkasti. Hoidon toteutus tulisi kirjata mahdollisimman kuvaavasti ja selkeästi, joka tapahtuu sekä SHToL -luokituksen että vapaan tekstin keinoin. Kirjaamisessa pitää näkyä käytetyön hoitotyön toiminnot, mahdolliset muutokset potilaan tilassa tai voinnissa, sekä se, miten potilas koki tilanteen tai osallistui hoitoon. (Hovilainen-Kilpinen ja Oksanen 2010, 16 - 17.) Esimerkki kirjaamisesta: lounaaksi asiakas söi kaksi perunaa, kaksi kauhalista nakkikastiketta, puoli ruokalautasellista salaattia, lisäksi ruisleipäpala kasvirasvavaltitteella ja lasillinen maitoa. Asiakas söi annoksen kokonaan hyvällä ruokahalulla.

Kun kysyimme, mitkä vastaajien mielestä ovat vajaaravitsemuksen hoidon estäviä tekijöitä tällä hetkellä kotihoidossa, suurin osa (71 %) koki asiakkaiden käyntiaikojen olevan liian lyhyitä. Vastaajat nostivat tässä kysymyksessä myös esille jälleen kerran hoitajien koulutuksen ja tiedon puutteen. Yli puolet vastaajista koki sen puutteelliseksi. Puolet vastaajista koki myös, että ajan puute tai kiire sekä työntekijöiden vaihtuvuus olivat vajaaravitsemuksen laadukkaan hoidon estäviä tekijöitä. Vastaajista kukaan ei pitänyt työn kuormittavuuden lisääntymistä tai välinpitämättömyyden asennetta esteenä hyvälle vajaaravitsemuksen hoidolle. Vastaajat toivat avoimessa vastauksessa esille erittäin tärkeän huo-

mion; ruoan laatu ja hinta vaikuttavat suuresti asiakkaiden ravitsemustilaan. Lisäksi ruokapalveluiden ruoan laaduissa ja annosten koossa on merkittäviä eroja. Kaupasta ostettu ruoka voi puolestaan jäädä asiakkailla hyvin yksipuoliseksi.

MNA -testin käyttöön liittyvässä kysymyksessä vastaajista 43 % käyttää MNA -testiä 1-3 kertaan kuukaudessa, 43 % käyttää harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Vastaajista 14 % ei käytä MNA -testiä juuri koskaan. Jos eteläiseen kotihoitoon kuuluu noin 120 asiakasta, joille MNA -testi kuuluisi tehdä puolen vuoden välein, voidaan laskea, kuinka usein MNA -testi tulisi jokaisen hoitajan täyttää keskimäärin kuukauden aikana.

Vajaaravitsemuksen hoito-ohjetta vastaajista puolet kertoo käyttävänsä harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Melkein puolet käyttää kuitenkin kuukauden aikana hoito-ohjetta useaan kertaan. Kesätyöntekijöinä alueella työskennellessämme ei vajaaravitsemuksen hoito-ohje ollut selkeästi näkyvillä, kuten toimiston seinällä tai pöydillä. Hoito-ohjeita saattoi olla huonosti esillä, kuten kansion välissä tai vakituisilla työntekijöillä, mutta esimerkiksi sijaisena ohjetta ei kyennyt hyödyntämään työn ohella.

Erytisen isona ongelmakohtana näemme, ettei MNA -testien tekeminen ole kovinkaan säännöllistä, ja niiden tekeminen oli erityisesti asiakkaan omahoitajan vastuulla. Jokaisen olisi pystyttävä tekemään MNA -testi asiakkaalle. Kesätyöntekijöinä myös näimme, kuinka puuttellista dokumentointi oli rajallisesta ajasta johtuen. Vajaaravitsemusta epäiltäessä ja sen hoidossa olisi tärkeää kirjata ja raportoida asiakkaan ruokailusta ja sen mahdollisesta vähyydestä. Kirjauksista olisi hyvä myös käydä tarkasti ilmi se määrä, jonka asiakas on ateriallaan syönyt.

8.1.3 Tutkimuksen toteutukseen vaikuttavat tekijät

Opinnäytetyömme kyselyn suoritimme heinä-elokuun aikana, joka omalta osaltaan karsi vastaajia pois. Tiedostimme, että otimme riskin kun kysely oli ruuhkaisimpien loma-aikojen aikaan käynnissä. Emme kuitenkaan halunneet tehdä kyselyä kiirehtien, jotta olisimme saaneet sen ennen kesää valmiiksi. Kyselyn vastaajien määrää karsi myös se, että lomalle jääneet työntekijät saattoivat unohtaa töihin palatessaan, että kyselyyn on vielä mahdollisuus vastata, tai vastaavasti ennen lomalle pääsyä he joutuivat tekemään muita työhön liittyviä asioita alta pois ennen lomalle jäämistä. Tällöin aikaa ei välttämättä jäänyt kyselyn täyttämiseen.

Kiire yleisesti vaikutti vastaajien määrään ja kenties vastausten laatuun. Työntekijöillä ei ollut aina aikaa kirjata asiakkaan hoitoon liittyviä perusasioita ylös sähköiseen järjestelmään, joten luonnollisesti sen ajan mikä heille saattoi jäädä, he tekivät ennemmin kirjauksia kuin vastasivat kyselyyn. Lisäksi koimme kyselyn saaneen hieman negatiivisen vastaanoton. Kotihoidossa oli parhaillaan käynnissä optimointi, jota jatkossa on tarkoitus hyödyntää kotihoidon työnjaon suunnittelussa ja työn tehostamisessa. Tämä saattoi hetkellisesti monimutkaistaa alueen lähi- ja kodinhoitajien työntekoa ja saattoi tuoda ylimääräistä jännitettä työpaikalle. Toisin sanoen kysely ei ehkä ollut ensisijaisena vastaajien mielessä. Kiire on myös saattanut vaikuttaa kyselyn vastauksien laatuun. On mahdollista,

että vastaaja on merkinnyt väärän vastauksen tai ei ole ajatuksella paneutunut kyselyyn. Vastaajat vastasivat kyselyyn kotihoidon toimistolla, jossa on vain rajallinen määrä tietokoneita lähihoitajien käytössä vilkkaassa ilmapiirissä.

Kyselyn vastauksissakin voi havaita, että kiire koetaan yleiseksi ongelmaksi hoitotyössä, mutta kyselyn pieni vastausmäärä ei ehkä selittänyt pelkästään työn suurella määrällä. Töitä olisi mahdollisesti pystynyt järjestämään siten, että 10 - 15 minuutin hetkelle kyselyä varten olisi jäänyt aikaa. Yhtenä mahdollisuutena työntekijä olisi voinut merkitä Hilkka-järjestelmän kalenteriin aikaa kyselyn vastaukselle, jolloin aikaa olisi järjestynyt jollekin vuorolle. Myös usein iltavuoron alussa aikaa oli ylimääräisiin tehtäviin riippuen päiväkäyntien määrästä ja iltakäyntien aloitusajasta. Kyselyn vastauksissa on saatettu osittain myös ”kaunistella” totuutta. On myös mahdollista, että vastaajat saattoivat myös tarkistaa asioita internetistä tai työkaverilta kyselyä tehdessä.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyyttä mitataan hyvien tieteellisten käytäntöjen perusteella. Yksityisyyden suoja on tutkimuseettisesti tärkeä periaate. Yksityisyyden suojan yksi merkittävimmistä osa-alueista on tietosuoja, johon kuuluu tutkimusaineiston keruu, käsittely ja tulosten julkaiseminen. Tunnisteellista tietoa sisältävä aineisto tulee suojata huolellisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Opinnäytetyöhön pyrimme löytämään mahdollisimman päivitettyä ja ajankohtaista lähdetietoa. Lähteitä käytäessä huomioimme niiden luotettavuuden ja tarkastelimme kriittisesti niiden sisältöä. Kiinnitimme myös huomiota sivustojen luotettavuuteen, joista haimme teoria- ja tutkimustietoa.

Tutkimusaineiston keräsimme Webropol -ohjelman avulla, minkä avulla pystyimme varmistamaan vastanneiden anonyymiyden säilymisen sillä emme keränneet vastaajilta sellaisia henkilötietoja, joista vastaajan identiteetti olisi tunnistettavissa. Olemme olleet rehellisiä tuloksia analysoidessamme ja pyrkineet yleiseen huolellisuuteen ja tarkkuuteen työssämme sekä tutkimustulosten esittämisessä että arvioinnissa. Olemme pyrkineet tuomaan esille myös tutkimuksen haasteellisia tai virheellisiä kohtia. Kyselyaineisto on säilytetty huolellisesti salasanasuojatulla tietokoneella. Kyselyaineisto poistetaan lopullisesti, kun opinnäytetyö on julkaistu.

Hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti haimme opinnäytetyömme kyselyn suorittamiseen tutkimuslupaa Kuopion kaupungilta. Tutkimuslupan saatuaamme lähetimme eteläisen kotihoidon yhteistyökumppanillemme saatekirjeen, jotka tämä lähetti edelleen eteläisen kotihoidon lähihoitajille noin kuukautta ennen kyselyn alkamista. Näin työntekijät tiesivät etukäteen kyselystä. Lisäksi saatekirjeessä oli yhteystietomme, mikäli vastaajilla ilmenisi kysyttävää, tai jos he kaipaivat muuta yleistä ohjeistusta tutkimukseen liittyen. Saatekirjeessä kerroimme myös tutkimuksen vapaaehtoisuudesta. Kyselyyn vastattiin henkilökohtaiseen työ sähköpostiin lähetetyn linkin kautta. Vastaajat saivat näin itse valita kyselyn vastausajankohdan.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan usein tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Tutkimuksen validius käsittelee sitä, miten tutkija on kyennyt siirtämään tutkimuksessa

käytetyn teorian kyselylomakkeeseen. Tällöin kysymykset ovat ymmärrettäviä ja onnistuneesti käännetty arkikielelle. Validi tutkimus mittaa sitä, mitä oli tarkoituskin. Jos ei ole asettanut täsmällisiä tavoitteita tutkimukselleen, saatetaan tutkia helposti vääriä asioita. Validiteetista kertoo myös systemaattisten eli säännöllisten virheiden puuttuminen. Tutkimuksen validiteettia tulee ajatella mittarin suunnittelun aikana. (Vilkka 2007, 150 - 151; Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 189 - 190.) Tutkimuksessamme luotettavuuteen on voinut vaikuttaa satunnaisvirheet. Kyselyyn vastannut henkilö on saattanut erehdyksissään esimerkiksi painaa väärää vastausvaihtoehtoa, muistanut asian väärin tai ymmärtänyt kysymyksen toisin kuin tutkijat ovat tarkoittaneet.

Tutkimuksen reliabiliteetti arvioi tutkimustulosten pysyvyyttä mittausten välillä, ja ilmaisee tutkimuksen toistettavuuden. Tutkimus on reliabeli, kun mittauksissa saadaan sama tulos riippumatta tutkijasta. Silloin tarkastellaan erityisesti mittaukseen liittyviä asioita, kuten vastausprosenttia ja mittausvirheitä, ja tutkimuksen toteutuksen tarkkuutta. (Vilkka 2007, 149 - 150.) Kyselyyn vastasi noin kolmasosa eteläisen kotihoidon työntekijöistä. Toteutunut otos oli pienempi kuin mitä kuvittelimme, joten tutkimuksessamme ilmenee tietojen puuttumista eli katoa (Vilkka 2007, 59). Emme voi täysin luotettavasti sanoa, olisivatko tulokset muuttuneet, jos kyselyn vastaajamäärä olisi ollut suurempi. Ei ole tiedossa kuinka moni sai kyselyn, koska yhteistyökumppanimme lähetti kyselyn eteenpäin yksikössään, emmekä jälkikäteen saaneet enää vastausta työntekijöiden kokonaislukumäärästä tutkimuksen aikaan. Näin ollen emme pystyneet laskemaan tarkkaa vastausprosenttia. Kysely toteutettiin rajatulle Kuopion kaupungin alueelle, joten tutkimuksen tuloksia ei voi suoraan yleistää koskemaan esimerkiksi koko Kuopion kotihoidon tilannetta. Tutkimuksemme luotettavuuteen vaikutti toteutuneen otoksen määrän lisäksi myös tutkijoiden kokemattomuus mittarin ja kvantitatiivisen tutkimuksen toteuttamisesta. Kyselyyn vastatessa on saattanut tapahtua vilppiä, sillä vastaajat ovat esimerkiksi voineet tarkistaa vastauksia internetistä tai työkaverilta.

8.3 Ammatillinen kasvu

Ammattikorkeakoulututkinnon opintoihin kuuluu ammattikorkeakouluja koskevan asetuksen mukaan perus- ja ammattiopintojen, vapaasti valittavien opintojen ja ammattitaitoa edistävien harjoitteluiden lisäksi opinnäytetyö. Sairaanhoidajan tutkintoon johtavien opintojen laajuus on 210 opintopistettä. Ammattikorkeakouluopintojen tavoitteina tutkinnon suorittaneille ovat laaja-alaiset käytännön perustiedot ja -taidot sekä teoreettiset perusteet toimia oman alansa asiantuntijatehtävissä, valmiudet seurata ja edistää oman ammattialansa kehittymistä, edellytykset oman ammattitaidon kehittämiseen ja elinikäiseen oppimiseen sekä riittävä viestintä- ja kielitaito oman alan tehtäviin ja kansainväliseen toimintaan ja yhteistyöhön. (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 2014, 2 § ja 4 §) Opinnäytetyön toteuttamisesta karttuva teoreettinen ja käytännön osaaminen edistää jokaisen tavoitteen toteutumista.

Opinnäytetyön prosessissa edetään ideasta työsuunnitelmaan, työn toteutukseen ja lopulta tulosten julkistamiseen ja arviointiin. Olennaista on soveltava kehittäminen. Opinnäytetyön opintojakso on 15 opintopisteen kokonaisuus. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016a) Käsittelemme opinnäytetyöstä karttuvaa ammatillista kasvua käyttäen tukena sekä Savonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoidajan

ammattilliset kompetenssit -lomaketta, että ammattikorkeakoulusta valmistuvan yleisiä kompetensseja (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016b, Savonia-ammattikorkeakoulu 2016c).

Yhtenä osaamisalueena ilmaistaan terveyden edistämisen osaaminen. Hoitotyön asiantuntijana sairanhoidajan tulee osata toimia terveyttä edistävästi. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016c, Savonia-ammattikorkeakoulu 2016d) Tähän osaamiseen sisältyy yksilön terveysongelmien ja uhkien tunnistaminen ja ennakointi sekä yksilön ja perheen tukeminen ja aktivointi ottamaan vastuuta terveyden, voimavarojen ja toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämässä hyödyntäen näyttöön perustuvaa tietoa. Lisäksi terveyden edistämisen osaamiseen lukeutuu kyky ohjata ja tukea potilasta ja asiakasta oman terveysongelman hallinnassa ja itsehoidossa. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016c.) Opinnäytetyön taustatutkimustyön ansiosta tekijöille karttui laaja-alainen osaaminen ikääntyneen ravitsemukseen liittyen. Siihen sisältyy ravitsemussuositukset, ikääntyneen ravitsemuksen erityispiirteitä sekä vajaaravitsemuksen tunnistaminen ja hoito. Tämä teoriapohja antaa meille valmiudet ikääntyneen potilaan tai asiakkaan ohjaamiseen ravitsemukseen liittyen sekä kyvyn aktivoida ja tukea potilasta, asiakasta tai läheisiä vajaaravitsemusta ehkäisevään tai hyvää ravitsemustilaa ylläpitävään itsehoitoon.

Ammattikorkeakouluopiskelijan yleisiin kompetensseihin kuuluu oppimisen taidot. Niihin sisältyy kyky kriittiseen tiedon hankintaan, käsittelyyn ja arviointiin. Lisäksi niihin kuuluu oman osaamisen ja oppimistapojen arviointi- ja kehittämisosaaminen. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016b.) Opinnäytetyöprosessin ansiosta tekijöiden osaaminen määrällisen tutkimuksen sekä kyselyn toteuttamisesta lisääntyi, josta kummallakaan ei ollut erityisemmin aikaisempaa kokemusta. Lisäksi laajan kirjallisen työn laatiminen kehitti molempien organisointi- ja työnjako-osaamista, mutta vaati myös kykyä itsenäiseen työntekoon ja tiedonhankintaan. Myös päätöksentekokyky kehittyi, sillä suunnitelmat eivät aina toteutuneet täydellisesti, ja jouduimme tekemään muutoksia ja kompromisseja erityisesti tulosten tarkastelu- ja pohdintavaiheessa. Teimme myös valinnan joidenkin kysymysten pois jättämisestä analyysissä, sillä havaitsimme niiden muotoilussa ja sisällössä virheitä. Yleisten kompetenssien innovaatioosaamiseen kuuluu kyky luovaan ongelmanratkaisuun ja työtapojen kehittämiseen sekä kyky tutkimushankkeen toteuttamiseen soveltaen alan tietoa ja menetelmiä (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016b). Myös näillä osaamisalueilla koimme ammatillista kasvua tutkimusprosessin eri vaiheissa, jota käsittelemme tässä kappaleessa.

Ajankäytön suunnittelu ja yhteensovittaminen oli välillä haasteellista. Silti koimme parityöskentelyn pienine haasteineen positiivisena asiana, sillä se toi syvyyttä ja moniulotteista näkemystä tutkimukseen ja raportointiin. Toinen ihminen kykeni paremmin kyseenalaistamaan asioita, joita toinen ei välttämättä edes osannut huomioida. Tästä esimerkkinä voi mainita työstövaiheessa asioiden toistuvuuden teoriaosuudessa. Kun yksi ihminen kirjoittaa paljon tietoa sisältävää tekstiä, sisällön toistuvuuteen saattaa helposti sokeutua. Kun toinen silmäpari lukee tuotosta, siitä tulee usein miellyttävämpi ja helpollisempi kokonaisuus. Lisäksi toisen osapuolen tuki ja "tsemppaus" mahdollisti työn etenemisen. Molemmat kokivat kehitystä myös kyvyssään antaa rakentavaa palautetta ja kyvyssään työskennellä yhdessä kunnioittavalla asenteella rakentavaa palautetta antaen. Nämä ominaisuudet voidaan yhdistää työyhteisöosaamiseen, johon kuuluu kyky toimia työyhteisön jäsenenä

sekä johtajana, että itsenäisenä työskentelijänä, osaaminen toimia viestintä- ja vuorovaikutustilanteissa sekä kyky tehdä päätöksiä ennakoimattomissa tilanteissa (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016b).

Eettiseen osaamiseen kuuluu kyky toimia oman alan ammattieettisten periaatteiden mukaisesti (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016b). Nämä kuvataan esimerkiksi Sairaanhoidajaliiton esittämässä sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa. Ohjeet tukevat hoitotyön ammattilaisten eettistä päätöksentekoa ja ilmaisevat sairaanhoitajan työn periaatteet ja perustehtävät yhteiskunnassa. (2014.) Opinnäytetyöprosessi on vahvistanut eettistä osaamistamme sekä tutkimus- että käytännön työskentelyssä. Tutkimuksen kannalta voi nostaa esimerkiksi kyselyyn vastaajien odotettua niukemman määrän. Koska vastaajia oli huomattavan vähän, saimme kiinnittää erityistä huomiota heidän anonymiteettinsä säilymiseen. Käytännössä ammattietiikka ilmeni esimerkiksi työkokemuksessamme Kuopion eteläisen alueen kotihoidon työntekijöinä. Koska meillä oli omakohtainen kokemus kyselyn vastaajien käytännön työstä, se helpotti paljon pohdintavaiheessa ongelmakohtien havaitsemista. Toisaalta eettisyyden kannalta saimme ponnistella erityisesti puolueettomuuden säilyttämisessä tulosten julkistamisen ja arvioinnin aikana.

8.4 Tutkimus- ja kehittämis ehdotukset

Ikääntyneet ovat kasvava väestöryhmä Suomessa. Ikärakenne tulee tulevaisuudessa muuttumaan, mikä luo omat haasteensa sosiaali- ja terveystaloukselle. Suomessa laitospaikkoja vähennetään ja ikääntyneistä pyritään huolehtimaan yhä pidempään kotona. Tämä tarkoittaa myös kotihoidon suurempaa työllistämistä.

Ravitsemushoidon opetukseen olisi syytä panostaa jo koulussa. Hyvänä jatkotutkimuksena olisi selvittää, ovatko nykyiseen lähihoitajakoulutukseen liittyvät ravitsemusopinnot riittävän laajat, jota nykyisin työskentely ikääntyneiden parissa edellyttää. Kotihoidon hoitohenkilökunnalla tulisi olla mahdollisuus osallistua jatko- ja lisäkoulutuksiin oman ammattitaidon ylläpitämisen ja kehittämisen vuoksi sekä laadukkaan ravitsemushoidon takaamiseksi. Näyttöön perustuvan ja ajantasaisen lisäkoulutuksen tarjoaminen kotihoidon työntekijöille on näin ollen perusteltu kehittämis ehdotus. Lisäksi olisi hyödyllistä tutkimuksemme tulosten jälkeen selvittää, mikä on eteläisen alueen kotihoidon asiakkaiden todellinen ravitsemustila. Myös kyselyn toteuttaminen näille asiakkaille heidän ruokailutottumuksistaan ja näkemyksistään ravitsemukseen liittyen auttaisi selvittämään, mitkä ovat ongelmakohtia ikääntyneiden ravitsemustilan heikentymisessä.

Opinnäytetyömme kyselyn tulokset tuovat esille asioita, jotka ovat olleet kotihoidon ongelmakohtia ikääntyneiden asiakkaiden vajaaravitsemuksen tunnistamisessa ja hoidossa. Tulosten avulla tiedetään, mitä kotihoito voi tehdä ehkäistäkseen nykyisiä ja tulevia ali- ja virheravitsemustapauksia. Kun aliravitsemustapaukset vähenevät, tulee myös taloudellista hyötyä vähentyneistä hoitokuluista esimerkiksi toistuvien sairaalajaksojen takia. Myös henkilökunnan työ helpottuu, kun asiakkaiden ravitsemustila kohenee.

Toimeksiantajamme toiveesta halusimme tuoda näkyviin vajaaravitsemuksen hoito-ohjetta, joka tukee ravitsemustilan tarkkailun yleistymistä kotihoidossa. Vajaaravitsemuksen hoito-ohje on tarkka ymmärrettävä ohjeistus, josta selviää kuinka toimia MNA -testin tekemisen yhteydessä. Erityisenä ongelmakohtana näemme, ettei MNA -testien tekeminen kotihoidossa ole kovinkaan säännöllistä, ja niiden tekemisestä ovat vastuussa lähinnä omahoitajat. Ravitsemustilan arvioinnin tulisi olla säännöllistä, sillä ikääntyneen toimintakyky ja ravitsemustila saattaa heikentyä myös huomaamatta. Mahdollisena vajaaravitsemuksen hoito-ohjeen kehittämisehdotuksena esittäisimme ohjeen helppolukuisuuden lisäämistä. Jos ohjeen loppuosan toimintamenetelmät testin tuloksesta riippuen olisivat muotoiltu esimerkiksi taulukkomuotoon, se saattaisi selkiyttää sisältöä (Liite 2).

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- ARO, Antti 2015. Ravintokuidun lähde. Terveyskirjasto. [Viitattu:2016-02-01.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00014
- ARO, Antti, MUTANEN, Marja ja UUSITUPA, Matti (toim.) 2012. Ravitsemustiede. 4. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- EKSOTE 2014. Ikääntyneiden ravitsemushoito – ohjeita kotihoidon henkilöstölle. [Viitattu: 2016-10-01.] Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/documents/1089786/da66e93d-10d8-4dc5-acec-fa5e4561dc0f>
- ESKELINEN, Kaisa, HARTIKAINEN, Sirpa ja NYKÄNEN, Irma 2016. Is Loneliness Associated with Malnutrition in Older People? International Journal of Gerontology 43-45 (10) [verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-05-06.] Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1873959816000053>
- ETENE, 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy, 7.
- GERONTOLOGINEN RAVITSEMUS GERY OY 2016. MNA-lomake. [Viitattu: 2016-10-05.] Saatavissa: <http://www.gery.fi/@Bin/176946/MNA-lomake.pdf>
- HAKALA, Paula 2015. Ikääntyneiden ravitsemus [verkkojulkaisu]. Duodecim. [Viitattu: 2015-12-09.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086
- HANNELIN, Eeva-Kaisa 2011. Vanhusten ravitsemuksen arviointi. Opinnäytetyö. [Viitattu: 2016-05-24.] Saatavissa: <https://www.theseus.fi/handle/10024/28830>
- HEIKKINEN, Eino ja RANTANEN, Taina (toim.) 2008. Gerontologia. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim, 467-486.
- HOITOTYÖN TUTKIMUSSÄÄTIÖ 2016. Näyttöön perustuva toiminta. [Viitattu: 2016-09-24.] Saatavissa: <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>
- HOVILAINEN-KILPINEN, Tuula ja OKSANEN, Heli 2010. Lähihoitajan käsikirja. Keuruu: Kustannus-osakeyhtiö Tammi, 112-114.
- IHANAINEN, Merja, LEHTO, Marjaana, LEHTOVAARA, Armi ja TOPONEN, Tiina 2010. Ravitsemustieto osaksi ammattitaitoa. 2.-3. painos. Helsinki: WSOY pro Oy.
- KANKKUNEN, Päivi ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. Uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- KANSANELÄKELAKI 2007. L 2007/568. Finlex. Lainsäädäntö.
- KANTA-HÄMEEN KESKUSSAIRAALA 2015. Läheisen huomioiminen potilaan hoidossa ja tutkimuksessa Kanta-Hämeen keskussairaalassa. [Viitattu: 2016-10-04.] Saatavissa: <http://www.khshp.fi/img/file.php?id=628>
- KELO, Sini, LAUNIEMI, Helena, TAKALUOMA, Matleena ja TIITTANEN, Hannele 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- KUOPION KAUPUNKI. Kotihoito. Sosiaalipalvelut [Viitattu 2016-02-05.] Saatavissa: <https://www.kuopio.fi/web/sosiaalipalvelut/kotihoito>
- KÄYPÄ HOITO 2010. Muistisairaudet [verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-02-14.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>
- LAITILA, Tuulia ja PASANEN, Terhi 2015. Vajaaravitsemuksen tunnistaminen, hoito ja seuranta - kysely hoitajille Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskussairaalassa. Opinnäytetyö. [Viitattu: 2016-05-17.] Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/100196/terhi%20ja%20tuulia.pdf?sequence=1>

- LAKI IKÄÄNTYNEEN VÄESTÖN TOIMINTAKYVYN TUKEMISESTA SEKÄ IÄKKÄIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISTA 2012. L 2012/980. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu: 2016-01-28.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- LEIPÄTIEDOTUS RY 2016a. Hiilihydraatti. [Viitattu:2016-05-03.] Saatavissa: http://www.leipatiedotus.fi/tietoa_leivasta/leipa_ja_vilja_ravitsemuksessa/mita_viljatuotteista_saa/hiilihydraatit
- LEIPÄTIEDOTUS RY 2016b. Liukoinen ja liukenematon kuitu. [Viitattu: 2016-05-03.] Saatavissa:http://www.leipatiedotus.fi/tietoa_leivasta/leipa_ja_vilja_ravitsemuksessa/mita_viljatuotteista_saa/kuitu/liukoinen_ja_liukenematon_kuitu
- LINDELL, Erja, KÄMÄRÄINEN, Pauliina, MATTILA, Heli ja TUOVINEN, Anne 2015.MNA-testin jälkeinen toimintaohje. Kuopion kaupunki. Liite 2.
- LUUSTOLIITTO 2013. Proteiini. [Viitattu: 2016-02-01.] Saatavissa: <http://luustoliitto.fi/luustoterveys/proteiini>
- LYYRA, Tiina-Mari, PIKKARAINEN, Aila ja TIIKKAINEN, Pirjo (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita, 183-197.
- MUISTILIITTO 2014. Muistisairaiden ihmisten aliravitsemus on suuri ongelma. [Viitattu: 2016-10-05.] Saatavissa: <http://www.muistiliitto.fi/fi/alasivut/ajankohtaista/muistisairaiden-ihmisten-aliravitsemus-suuri-ongelma/>
- MUSTAJOKI, Pertti 2015. Ikääntyneen lihavuus – milloin ja miten voi laihduttaa. Duodecim. [Viitattu: 2016-03-20.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01153
- MUSTAJOKI, Pertti 2015. Ummetus. Duodecim. [Viitattu: 2016-03-19.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00092&p_haku=ummetusl%C3%A4%C3%A4ke
- OKSA, Heikki ja SILJAMÄKI-OJANSUU, Ulla 2014. Hyödynnä ravitsemushoidon mahdollisuudet. Duodecim 130 (21): 2225-2227. [Viitattu: 2016-02-01.] Saatavissa:<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11938.pdf>
- OPETUSHALLITUS 2010. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja. Ammatillisen perustutkinnon perusteet [verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-03-20.] Saatavissa: http://www.oph.fi/download/124811_SoTe.pdf
- PITKÄLÄ, Kaisu, SUOMINEN, Merja, SOINI, Helena, MUURINEN, Seija ja STRANDBERG, Timo 2005. Vanhuksen aliravitsemus ja sen hoito. Lääkärilehti. 51-52 (60) [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-03-19.] Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.savonia.fi/tieteessa/katsausartikkeli/vanhuksen-aliravitsemus-ja-sen-hoito/>
- PRINCE, Martin, ALBANESE, Emiliano, GUERCHET, Maëlen ja PRINA, Matthew 2014a. Nutrition and dementia – a review of available research. Executive summary. Alzheimer’s disease international (ADI). [Viitattu: 2016-10-01.] Saatavissa: <http://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/nutrition-dementia-summary.pdf>
- PRINCE, Martin, ALBANESE, Emiliano, GUERCHET, Maëlen ja PRINA, Matthew 2014b. Nutrition and dementia – a review of available research. Alzheimer’s disease international (ADI). [Viitattu: 2016-10-01.] Saatavissa: <http://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/nutrition-and-dementia.pdf>
- ROBNETT, Regula ja CHOP, Walter 2010. Gerontology for the health care professional. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- RUOKATIETO YHDISTYS RY 2016. Hiilihydraatit. [Viitattu: 2016-10-09.] Saatavissa: <http://www.ruokatieto.fi/ruokakasvatus/ruokaketju-ruuan-matka-pelloilta-poytaan/ravitsemus-ja-ruuan-valinta/energiaravintoaineet/hiilihydraatit>

- SAIRAANHOITAJALIITTO 2014. Sairaanhoidajien eettiset ohjeet. [Viitattu: 2016-10-09.] Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2016a. Opinnäytetyö (amk-tutkinnot). AMK-tutkinnot. Opinnäytetyö. [Viitattu: 2016-10-09.] Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/amktutkinnot/Sivut/default.aspx>
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2016b. Yleiset kompetenssit. Osaamistavoitteet. TH13S Hoitotyön koulutusohjelma. Opetussuunnitelmat. [Viitattu: 2016-10-09.] Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/amktutkinnot/Sivut/default.aspx>
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2016c. Sairaanhoidajan ammatilliset kompetenssit. Osaamistavoitteet. TH13S Hoitotyön koulutusohjelma. Opetussuunnitelmat. [Viitattu: 2016-10-09.] Saatavissa: http://webd.savonia.fi/nettiops/Sairaanhoitaja_kompetenssit_TH12S.pdf
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2016d. Koulutuksen lähtökohdat. TH13S Hoitotyön koulutusohjelma. Opetussuunnitelmat. [Viitattu: 2016-10-09.] Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=365&tab=1>
- STANNER, Sarah 2007. Diet and healthy ageing. *Nursing & Residential Care*. 9 (6), 255-258.
- SUOMINEN, M. H., SANDELIN, E., SOINI, H. ja PITKÄLÄ K. H. 2007. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? [Verkkojulkaisu]. *European journal of clinical nutrition*. [Viitattu: 2016-05-17.] Saatavissa: <http://www.nature.com/ejcn/journal/v63/n2/full/1602916a.html>
- SUVIKAS, Annukka, LAURELL, Leena ja NORDMAN, Pia 2013. Kuntouttava lähihoito. Porvoo: Edita, 353-357.
- TEHY 2016. Koulutus ja osaaminen. Työelämäopas. [Viitattu: 2016-03-19.] Saatavissa: <http://www.tehy.fi/fi/koulutus-ja-osaaminen>
- TERVEYDENHUOLTOLAKI 2010. L 2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu: 2016-09-24.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- TERVEYSKIRJASTO 2016a. Lääketieteen sanasto. Aliravitsemus. [Viitattu: 2016-02-05.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt00123&p_haku=Aliravitsemus
- TERVEYSKIRJASTO 2016b. Lääketieteen sanasto. Malnutritio. [Viitattu: 2016-02-05.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt02051
- THL 2014. Hiilihydraatit. [Viitattu: 2016-02-01.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/mita-ruoka-sisaltaa/hiilihydraatit>
- THL 2015. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2014. [Viitattu: 2016-02-01.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>
- THL 2016. Iäkkäät. Suomalaisten ravitsemus ja ruokailu. [Viitattu: 2016-02-10.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/suomalaisten-ravitsemus-ja-ruokailu/iakkaat>
- THL 2016. Suomalaisten ravitsemus ja ruokailu. Iäkkäät. [Viitattu: 2016-02-01.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/suomalaisten-ravitsemus-ja-ruokailu/iakkaat>
- TILASTOKESKUS 2009. Väestöennuste 2009-2060 [verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2015-12-18.] Saatavissa: http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html
- TILASTOKESKUS 2014. Lähes joka viides suomalaisista 65 vuotta täyttänyt [verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2015-01-28.] Saatavissa: http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2013/01/vaerak_2013_01_2014-09-26_tie_001_fi.html
- TILVIS, Reijo, PITKÄLÄ, Kaisu, STRANDBERG, Timo, SULKAVA, Raimo ja VIITANEN, Matti (toim.) 2010. Geriatria. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim, 350-357.

TREDU 2016. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Nuorten koulutus. Koulutukset. [Viitattu: 2016-03-20.] Saatavissa: <http://www.tredu.fi/koulutukset/nuortenkoulutus/ammattillisetperustutkinnot/sosiaali-jaterveysalanperustutkinto.html>

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. [Viitattu: 2016-10-01.] Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

VALTIONEUVOSTON ASETUS AMMATTIKORKEAKOULUISTA 2014. L 1129/2014. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu: 2016-09-25.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141129>

VALTION RAVITSEMUSNEUVOTTELUKUNTA 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Promo Oy.

VALTION RAVITSEMUSNEUVOTTELUKUNTA 2014. Terveyttä ruoasta! Kuva-arkisto. [Viitattu: 2016-03-22.] Saatavissa: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/julkaisut/kuva-arkisto/>

VILKKA, Hanna 2007. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perusteet. Verkkojulkaisu. [Viitattu: 2016-05-24.] Saatavissa: <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

VÄYRYNEN, Riikka 2013. Hilmo-tietoa kotihoidon tiedontuottajille [koulutusmateriaali]. THL. [Viitattu: 2016-02-05.] Saatavissa: http://www.thl.fi/tilastoliite/hilmo/koulutukset/kotihoito_koulutusmateriaali_2013.pdf

VÄYRYNEN, Riikka ja KURONEN, Raija 2015. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2014. [Viitattu: 2016-02-05.] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126302/Tk05_2015.pdf?sequence=1

LIITE 1. MNA -TESTI



Mini Nutritional Assessment MNA®

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

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

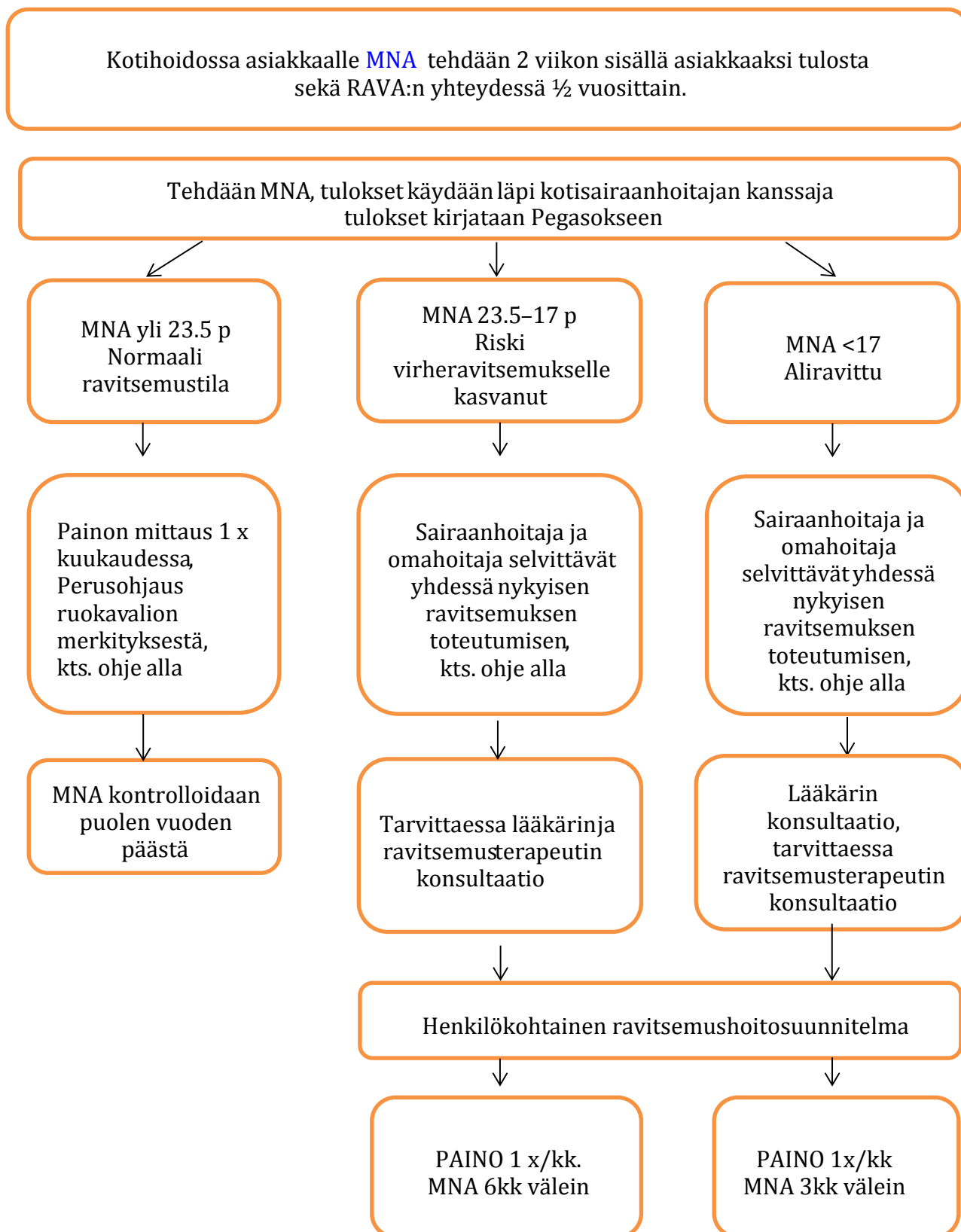
Seulonta		J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja veitit)	
A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, purmia- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia		0 - 1 ateria 1 - 2 ateriaa 2 - 3 ateriaa	
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta		K Sisältääkö ruokavalio vähintään • yhden annoksen maltovalmistelua (malto, juusto, plimä, villi) päivässä kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> • kaksi annosta tai enemmän kananmunia vilkoissa (myös ruuissa, esim. laatikot) kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> • lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> 0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastaus 0.5 = jos 2 kyllä-vastausta 1.0 = jos 3 kyllä-vastausta	
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona		L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampi annokala hedelmää tai kasviksia 0 = ei 1 = kyllä	
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei		M Päivittäinen nestejuonti (esim. kahvi, tee, malto, mehu...) 0.0 = alle 3 lasillista 0.5 = 3-5 lasillista 1.0 = enemmän kuin 5 lasillista	
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia		N Ruokailu 0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 = syö itse ongelmitta	
F Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²) 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23, 3 = BMI on 23 tai enemmän .		O Oma näkemys ravitsemustilasta 0 = valkea viirhe- tai aliravitsemus 1 = on epävarma ravitsemustilastaan 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia	
Seulonnan tulos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (välisumma maksimi 14 pistettä)		P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin 0.0 = ei yhtä hyvä 0.5 = ei tiedä 1.0 = yhtä hyvä 2.0 = parempi	
12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila 8-11 pistettä: Riski virheravitsemukselle kasvanut 0-7 pistettä: Aliravittu Perusteellisempaa arviointia varten jatka kysymyksiin G-R		Q Olkavarren keikkikohdan ympärysmitta (OVY cm) 0.0 = OVY on alle 21 cm 0.5 = OVY on 21-22 cm 1.0 = OVY on yli 22 cm	
Arviointi		R Pohkeiden ympärysmitta (PYM cm) 0 = PYM on alle 31 cm 1 = PYM on 31 cm tai enemmän	
G Asuuko haastatettava kotona 1 = kyllä 0 = ei		Arviointi (maksimi 16 pistettä) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä 0 = kyllä 1 = ei		Seulonta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
I Painehaavauma tai muita haavoja iholla 0 = kyllä 1 = ei		Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Ref. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salvie A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M398-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Enemmän tietoa löydät: www.mna-nutrition.com - sivulta.

Ravitsemustilan arviointiasteikko

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

LIITE 2: VAJAARAVITSEMUKSEN HOITO-OHJE



Normaali ravitsemustila (MNA > 23,5)

Keskustele asiakkaan/ omaisten kanssa ravitsemuksen merkityksestä hyvinvointiin ja kannustetaan ylläpitämään monipuolista ravitsemusta.

- Selvitetään atriarytmi ja ruokailun säännöllisyys (vähintään 4 x pv)
- Varmistetaan, ettei yöpaasto ole liian pitkä
- Huolehditaan, että ravinnosta saa riittävästi energiaa ja proteiinia
- Selvitetään onko nesteitä riittävästi
- Annetaan ohjausta ja neuvontaa liikunnan ja voimaharjoittelun merkityksestä lihaksille ja jaksamiselle
- Ohjataan ja tuetaan asiakasta tarvittaessa ravitsemushoidon toteutumisessa esim. kauppalistan tekeminen yhdessä asiakkaan kanssa
- Kannustetaan terveyden kannalta sopivan painon ylläpitämiseen (BMI 24-29)
- Kirjataan tiedot hoitosuunnitelmaan, päivitetään asiakaskortti ajantasalle, D-3 vitamiini 20µg 1x1 lääkelistalle

Riski virheravitsemukselle kasvanut (MNA 23,5-17)

Sairaanhoitaja, omahoitaja sekä omainen selvittävät yhteistyössä virheravitsemuksen riskiin vaikuttavat syyt.

- Selvitetään ateriarytmi, onko 5 x pv:ssä
- Varmistetaan, ettei yöpaasto ole liian pitkä
- Selvitetään mistä päivittäinen ruokavalio koostuu
- Selvitetään onko energian ja proteiinin saanti riittävä. Pienillä valinnoilla ja muutoksilla ruokavalioon voidaan saada positiivisia vaikutuksia aikaan. Hoitaja voi olla apuna suunnittelemassa kauppaostos listaa asiakkaan kanssa, jolloin voidaan kiinnittää huomiota monipuolisempaan ruokavalioon.
- Selvitetään meneekö nesteitä riittävästi
- Kartoitetaan arkiaktiivisuus ja liikunta
- Selvitetään terveydentilan muutokset
- Selvitetään suolen toiminta
- Selvitetään suun ja hampaiden kunto
- Ohjataan asiakasta tarvittaviin muutoksiin ja annetaan tarvittaessa kirjalliset ohjeet
- Tarvittaessa otetaan käyttöön lisäravinteet ja ohjataan asiakasta niiden käytössä
- Kirjataan MNA tulos toimintakyky mittaristoon ja hoitokertomukseen, tehdään hoitokertomukseen suunnitelma ravitsemuksen parantamisen keinoista ja seurattavista asioita. Seurataan ja arvioidaan toteutuma säännöllisesti ja kirjataan tulokset asiakirjoihin. Päivitetään asiakaskortti ajantasalle.
- Kun nämä selvitykset on tehty, voidaan tarvittaessa konsultoida lääkäriä tai ravitsemusterapeuttia

Aliravittu (MNA <17)

Sairaanhoitaja, omahoitaja ja omainen selvittävät yhteistyössä aliravitsemukseen johtaneet syyt.

- Selvitetään ateriarytmi, onko 5 x pv
- Varmistetaan, ettei yöpaasto ole liian pitkä (alle 11 h)
- Selvitetään mistä päivittäinen ruokavalio koostuu

- Selvitetään onko energian ja proteiinin saanti riittävää. Pienillä valinnoilla ja muutoksilla ruokavalioon voidaan saada positiivisia vaikutuksia aikaan. Hoitaja voi olla apuna suunnittelemassa kauppaostos listaa asiakkaan kanssa, jolloin voidaan kiinnittää huomiota monipuolisempaan ruokavalioon
- Selvitetään meneekö nesteitä riittävästi
- Kartoitetaan arkiaktiivisuus ja liikunta
- Selvitetään suolentoiminta
- Selvitetään suun ja hampaiden kunto
- Selvitetään terveydentilan muutokset
- Ohjataan asiakasta tarvittaviin muutoksiin ja annetaan tarvittaessa kirjalliset ohjeet
- Huolehditaan tehostetusta ravitsemuksesta, otetaan käyttöön lisäravinteet ja ohjataan asiakasta niiden käytössä ja annetaan sen toteuttamiseen konkreettisia ohjeita
- Otetaan laboratoriokokeet **P- ALB, P- K, P-NA, P- KREA, P-T4-V, P-TSH, B-PVK** (Jos ½ vuoden sisään ei ole katsottu, Ohje Geriatri Heli Mattila 3.11.2014)
- Konsultoidaan kotihoidon lääkäriä, joka tekee asiakkaalle kliinisen tutkimuksen sekä perehtyy tutkimustuloksiin
- Tarvittaessa konsultoidaan ravitsemussuunnittelijaa
- Kirjataan MNA tulos toimintakyky mittaristoon ja hoitokertomukseen, tehdään hoitokertomukseen suunnitelma ravitsemuksen parantamisen keinoista ja seurattavista asioista. Seurataan ja arvioidaan toteutunutta säännöllisesti ja kirjataan tulokset asiakirjoihin. Päivitetään asiakaskortti ajantasalle.

Ikääntyneen energian saannin tulee olla vähintään 1500 kcal vuorokaudessa ja ruokavalion monipuolinen, jotta useimpien ravintoaineiden saanti on turvattu.

Ikääntynyt tarvitsee vähintään 70-80 g proteiinin päivässä. Perustarve on 1,3 g/normaalipainokilo, liisääntyneeseen tarpeeseen 1,5-2,0 g/ normaalipainokilo.

LIITE 3: KYSELY

Kysely ikääntyneiden vajaaravitsemuksesta

1. Kuinka kauan olet toiminut hoitoalalla? *

- Alle 2 vuotta
- 2-10 vuotta
- Yli 10 vuotta

2. Minkä ikäinen olet? *

- Alle 25 -vuotias
- 25 - 50 -vuotias
- Yli 50 -vuotias

3. Milloin valmistuit lähihoitajaksi? (vuosiluku) *

0 merkkiä jäljellä

4. Oletko saanut ravitsemukseen liittyvää lisäkoulutusta valmistumisesi jälkeen? *

- En ole
- Kyllä olen

5. Millaisessa työsuhteessa olet tällä hetkellä? *

- Olen vakituinen työntekijä
- Olen pitkäaikainen sijainen (työsuhde yli 3 kk)
- Olen lyhytaikainen sijainen (työsuhde alle 3 kk)

9 **Valitse seuraavissa yksi vaihtoehto.**

6. Suositeltu rasvan osuus kokonaisenergian määrästä on *

- 10-15 %
- 15-25 %

25-35 %

7. Yli 60-vuotiaiden D-vitamiinilisän saantisuositus on *

- 10 mikrogrammaa
- 20 mikrogrammaa
- 25 mikrogrammaa
- 50 mikrogrammaa

8. Ravintokuidun riittävän saannin kannalta tärkeintä on *

- Täysviljatuotteiden käyttö
- Syödä kalaa vähintään kaksi kertaa viikossa
- Hedelmien ja marjojen käyttö
- Juuresten syöminen

9. Sarkopenia tarkoittaa *

- Luukatoa
- Punasolujen ennenaikaista hajoamista
- Lihaskatoa
- Verenkiertohäiriön aiheuttamaa muistisairautta

10. MNA -testi tulisi tehdä kotihoidossa *

- 2 viikon sisällä asiakkaaksi tulosta ja jatkossa puolen vuoden välein
- Kuukauden sisällä asiakkaaksi tulosta ja jatkossa puolen vuoden välein
- 2 viikon sisällä asiakkaaksi tulosta ja jatkossa neljän kuukauden välein

10 Valitse seuraavissa yksi tai useampi vaihtoehto.

11. Mitkä seuraavista eivät ole pitkäkestoisia hiilihydraattilähteitä? *

- Marjat ja hedelmät
- Vaalea leipä
- Kasvikset
- Täysmehu
- Peruna

Täysjyväleipä

12. Alkoholin vaikutus ikääntyneen elimistössä voimistuu, koska *

Kehon nestepitoisuus pienenee

Lihasmassa vähenee

Aineenvaihdunta hidastuu

Ruoansulatus hidastuu

13. Ikääntynyt tarvitsee lisäravintoa, jos hänellä on *

makuuhaava

enemmän kuin 20 % painon laskua puolessa vuodessa

infektio

14. Sopiva määrä kasviksia päivässä on *

Kuusi oman kouran kokoista annosta

Kuusi aikuisen kouran kokoista annosta

Noin puolet aterialta

Puoli kiloa päivässä

15. Muistisairaana ruokailua voit helpottaa *

Välttämällä apuvälineitä mahdollisimman pitkään

Käyttämällä kattauksessa värikontrasteja

Koristamalla ruokapöytää esimerkiksi asiakkaan lempikukilla

Tarjoamalla soseutettua ruokaa

16. Ikääntyneen ylipaino *

Altistaa terveyshaitoille ja tulee aina hoitaa

On jopa hyväksi

Voi johtaa raihaistumiseen

Altistaa diabetekselle

11

Valitse seuraavassa yksi vaihtoehto.

17. Kuinka hyvin osaat mielestäsi tunnistaa asiakkaan vajaaravitsemuksen? *

- Erinomaisesti
 Hyvin
 Kohtalaisesti
 Heikosti
 En lainkaan

12 Valitse yksi tai useampi vaihtoehto.

18. Jos et osaa mielestäsi tunnistaa vajaaravitsemusta hyvin, syynä on: *

- Kiire
 Koulutuksen puute
 Tiedon puute
 Kiinnostuksen puute
 Ei ole luotettavia keinoja

Jokin muu syy, mikä?

13 Valitse jokaiseen vaihtoehtoon mielestäsi totuudenmukaisin vastaus.

19. Millä keinoin tunnistat asiakkaan vajaaravitsemuksen? *

	Lähes aina	Usein	Harvoin	En koskaan
Käytän MNA -testiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Punnitsen ja mittaan asiakkaan säännöllisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haastattelen asiakasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otan asiakkaalta laboratoriokokeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etsin tietoa asiakkaan hoitotiedoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haastattelen omaisia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keskustelen asiasta lääkärin kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keskustelen asiasta muiden lähihoitajien kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keskustelen asiasta kotisairaanhoidajan kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Keskustelen asiasta ravitsemusterapeutin kanssa
- Jollain muulla tavalla, millä? _____

14 Valitse alla olevista vaihtoehdoista ne 3 tapaa, jotka mielestäsi parhaiten auttavat tunnistamaan vajaaravitsemuksen.

20. Vajaaravitsemuksen tunnistamista kehitetään parhaiten: *

- Hoitajien koulutuksella
- Ravitsemustilan testien käytön lisäämisellä
- Asenteiden muutoksella
- Moniammatillisella yhteistyöllä
- Asiakkaan voinnin kliinisellä havainnoinnilla
- Haastattelemalla asiakasta
- Haastattelemalla omaisia
- Jollain muulla tavalla, millä?
- _____

15 Merkitse seuraaviin vastausvaihtoehtoihin, kuinka usein käytät kutakin hoitokeinoa.

21. Mitä keinoja käytät asiakkaan vajaaravitsemuksen hoidossa? *

	Lähes aina	Usein	Harvoin	En koskaan
Tilaan asiakkaalle tehostettua ruokaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käytän kliinisiä ravintovalmisteita (Nutridrink, Galogen, Fresubin yms.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käytän energia- ja proteiinipitoisia ruokia (voi,öljy, juusto, leikkeleet, kerma yms.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konsultoin ravitsemusterapeuttia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keskustelen sairaanhoitajan kanssa ravitsemushoidosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keskustelen toisten hoitajien kanssa asiakkaan vajaaravitsemuksesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohjaan asiakasta ravitsemusasioissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohjaan asiakkaan omaisia ravitsemusasioissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Käytän ruokapäiväkirjaa hyödyksi asiakkaan hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyödynnän valtakunnallisia ravitsemussuosituksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etsin tietoa itsenäisesti, jota käytän hyödyksi asiakkaan hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjaan hoitosuunnitelmaan ravitsemushoidon tarpeesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16 Valitse mielestäsi 3 tärkeintä syytä.

22. Mitkä syyt mielestäsi estävät tällä hetkellä vajaaravitsemuksen laadukkaan hoidon koti-hoidossa? *

- Ei ole mielestäni estäviä tekijöitä
- Liian vähän henkilökuntaa
- Koulutuksen ja tiedon puute
- Ajan puute tai kiire
- Työyhteisön välinpitämätön asenne vajaaravitsemuksen hoitoon
- Kustannukset ovat työpaikalle liian suuria
- Asiakkaiden lyhyet hoitoajat
- Työn kuormittavuuden lisääntyminen
- Työntekijöiden vaihtuvuus
- Muita esteitä, mitä?

17 Valitse seuraavissa yksi vaihtoehto.

23. Kuinka usein käytät työssäsi MNA-testiä? *

- Päivittäin
- Noin 1-3 kertaa viikossa
- Noin 1-3 kertaa kuukaudessa
- Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- En juuri koskaan

24. Kuinka usein käytät vajaaravitsemuksen hoito-ohjetta? (MNA- testin jälkeinen ohjeistus) *

- Päivittäin
- Noin 1-3 kertaa viikossa
- Noin 1-3 kertaa kuukaudessa
- Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- En juuri koskaan

25. Haluatko sanoa vielä jotain?

4000 merkkiä jäljellä

LIITE 4. SAATEKIRJE

SAATEKIRJE

KUOPIO 17.05.2016

Hei lähihoitaja!

Opiskelemme Kuopion Savonia -ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmaa, josta valmistumme pian sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä, jossa kartoitamme kotihoidon lähihoitajien tietämystä ikääntyneen vajaaravitsemuksen tunnistamisesta ja hoidosta.

Tarkoituksenamme on selvittää kyselylomakkeen avulla, kuinka hyvin kotihoidon työntekijät tunnistavat ikääntyneen ravitsemustilan muutoksia ja millainen on osaaminen vajaaravitsemuksen hoitoon liittyen.

Kyselylomakkeen kysymykset osoitetaan Kuopion eteläisen alueen lähihoitajille, myös sijaisille. **Jos et ole valmistunut lähihoitajaksi, sinun ei tarvitse vastata tähän kyselyyn.** Opinnäytetyöstä saadun tiedon avulla toivomme kehittävämme kotihoidon toimivuutta ja parantavamme asiakkaiden terveyttä.

Opinnäytetyön aineiston keräyksen suoritamme kyselylomakkeella, joka tehdään Webropol-kyselytutkimustyökalun avulla. Käsittelemme vastaukset luottamuksellisesti ja käytämme tietoa vain opinnäytetyötämme varten. Tuoksia ei ole mahdollista yhdistää yksittäiseen vastaajaan.

Opinnäytetyön tekemisestä olemme sopineet muistihoitaja Erja Lindellin kanssa. Työmme ohjaavana opettaja toimii lehtori Pirkko Abdel Hamid.

Kyselyyn vastaaminen on tärkeää kotihoidon kehittämisen kannalta. Siksi toivommeikin, että löydät kiireen keskeltä hetken aikaa vastaamiseen. Vastauksesi ovat meille tärkeitä.

Mikäli haluat saada lisätietoa tutkimuksesta, voit kääntyä puoleemme puhelimitse tai sähköpostitse. Vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Vastausaikaa on **31.7.2016** saakka.

Kiitos osallistumisestasi!

Meeri Savolainen

Riia Väyrynen

Pirkko Abdel Hamid

Sairaanhoitajaopiskelija

Sairaanhoitajaopiskelija

Ohjaava opettaja