



Sairaanhoidajan rooli ikääntyneen vajaaravitsemuspotilaan psyykkisessä tukemisessa

Zainure Maimaitiming ja Hanna Nupponen

2022 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitajan rooli ikääntyneen vajaaravitsemuspotilaan psyykkisessä tukemisessa

Zainure Maimaitiming
Hanna Nupponen
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
Marraskuu 2022

Zainure Maimaitiming, Hanna Nupponen

Role of nurse in psychological support of malnourished elderly patients

Year 2022 Pages 38

The purpose of the thesis was to describe the role of a nurse in psychological support of malnourished elderly patients. The objective of the thesis was to take advantage of existing research data on the role of a nurse in psychological support of malnourished elderly patients and utilise this as background material in plastic surgery manual. Changes linked with malnutrition are connected to diseases and normal physiological changes that occur with aging in the body. In the theoretical framework, the reasons behind these changes are studied in more detail.

The study was a literature review in which 10 research articles were selected. The data was collected during the spring and summer of 2022 from the following sources: Medic, PubMed, Finna.fi, Terveysportti, and Cinahl. In addition, manual Google searches were carried out using Google-Scholar software. The articles published in Finnish during 2011-2021 were selected because they corresponded more accurately to our study question.

Based on the results it can be concluded that malnutrition and the risk of malnutrition are common among hospitalized patients in Finland. Treating malnutrition is an important part of a comprehensive treatment plan of the patient since prevalence of malnutrition among hospitalized patients is from 20 up to 50 %. According to the researches identifying the patients in risk of malnutrition, using malnutrition parameters, was partially inadequate among nurses. It is crucial to identify the psychological aspect of the patient which in turn can successfully impact the eating, also the key role of family members should be taken into account during the treatment process. In addition, the mental status of malnourished patients affects the psychological support of these patients. Preventing and treating malnutrition require the ability of a nurse to identify the malnutrition condition of the patient and his/her psychological resources. Affiliated skills and knowledge are required especially in interaction, education, and counselling. Guidance in nursing of a registered nurse is economically significant and maintaining professional skills of healthcare personnel requires education, treatment guidelines and recommendations, as well as functional cooperation.

Keywords: malnutrition, healthcare, aged, psychological support, patient education

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Ikääntyneen fysiologiset muutokset	7
	2.1 Hormonaaliset ja kognitiiviset muutokset	7
	2.2 Ruuansulatuskanavan muutokset	8
	2.3 Ikääntyneiden ravinnontarve	8
3	Vajaaravitsemus ja sen hoidon periaatteet	9
	3.1 Vajaaravitsemusseulat	10
	3.2 Sairaanhoidajan rooli vajaaravitsemuksenhoidossa	11
	3.3 Tehostettu ravitsemushoito	12
	3.4 Enteraalinen ja parenteraalinen ravitsemus	13
4	Potilaan psyykinen tukeminen	14
	4.1 Psyykinen toimintakyky	14
	4.2 Potilasohjaus	15
	4.3 Ohjaussuhteet	15
5	Työelämäkumppanin esittely	16
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	17
7	Kirjallisuuskatsaus menetelmänä	17
	7.1 Aineistokeruumenetelmä	18
	7.2 Aineiston analyysi	20
8	Kirjallisuuskatsauksen tulokset	20
	8.1 Vajaaravitsemuspotilaan tunnistaminen psyykkisen tukemisen lähtökohtana	21
	8.2 Sairaanhoidajan rooli ravitsemushoidon toteutumisessa	21
	8.3 Sairaanhoidajan rooli psyykkisessä tukemisessa	22
9	Pohdinta	23
	9.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkastelu	24
	9.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	24
	9.3 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotus	25
	Lähteet	27
	Taulukot	32
	Liitteet	33

1 Johdanto

80-vuotiaiden määrä nousee vuoteen 2050 mennessä yli 2,5-kertaiseksi verrattuna tämänhetkiseen tilanteeseen. Väestöstä 18 % oli yli 65- vuotiaita vuonna 2011. Ennusteessa elinajan odote on noussut ja nousee vuoteen 2050 miehillä 8,5 vuotta ja naisilla 5,5 vuotta. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 31-32.) Yli 65- vuotiaista ikääntyneistä joka kolmas kertoo kärsivänsä muistiongelmista. Vuosittain muistisairauksiin sairastuu 14 500 henkilöä ja aliravitsemus on yksi muistioireisen toimintakykyä heikentävistä tekijöistä. (Muistisairaudet 2021.) Ravitsemustilan heikentymiseen vaikuttavat muistisairaahan toimintakyvyn ja toiminnanohjauksen heikentyminen sekä mahdolliset käytöshäiriöt ja vaikeudet syömisessä. Näiden lisäksi masennus ja sosiaalisista tilanteista vetäytyminen voi vaikuttaa ongelmiin ruokailussa ja sen valmistamisessa. Sairauden edetessä korostuu riittävä energian ja proteiinin saanti. (Suominen & Lehtisalo 2020.) Sairaanhoidajien osaaminen, ammattitaito ja ravitsemusohjaaminen on onnistuneen ravitsemushoidon taustalla (Aapro ym. 2008).

Vajaaravitsemus liittyy usein sairauteen, mutta siihen voi liittyä myös muita fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä. Vajaaravitsemustila hidastaa sairaudesta parantumista sekä komplikaatioiden riski nousee. Riskipotilaiden tunnistaminen on edellytys hyvälle ravitsemushoidolle, joka tulisi aloittaa mahdollisimman varhain. (Orell-Kotikangas, Antikainen & Pihlajamäki 2014.) Vajaaravitsemus lisää resurssien tarvetta, koska vajaaravitsemuksen takia hoitoajat ovat keskimäärin 3-6 vuorokautta enemmän sekä terveydenhuollon kustannukset kolminkertaiset. Vuosittain arviolta puoli miljoonaa potilasta Suomen sairaaloissa kärsivät vajaaravitsemuksesta. Vajaaravitsemusriskin tunnistaminen ehkäisisi komplikaatioita, ylimääräisiä hoitopäiviä sekä kohdennettu ravitsemushoito olisi kustannustehokasta. (Orell-Kotikangas, Antikainen & Pihlajamäki 2014; THL 2020, 57-58.) Sairaalahoidossa olevista noin 35-50 % kärsivät ravitsemusongelmista. Riskiryhmässä ovat monisairaant, ikääntyneet ja muistisairaudesta tai masennuksesta kärsivät. (Mursu & Jyrkkä 2013.)

Tämä opinnäytetyö tehdään työelämäkumppanille, joka on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eli HUS:in tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosityksikkö. Työelämäkumppani haluaa kirjallisuuskatsauksen, jonka tarkoitus on tuoda tutkimustietoa plastiikkakirurgian käsikirjan taustamateriaaliksi varsinkin uusille sairaanhoitajille ja opiskelijoille. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajan roolia ikääntyneen vajaaravitsemuspotilaan psyykkisessä tukemisessa. Opinnäytetyön tavoitteena on hyödyntää jo olemassa olevaa tutkimustietoa sairaanhoitajan roolista ikääntyneen vajaaravitsemuspotilaan psyykkisessä tukemisessä plastiikkakirurgian käsikirjan taustamateriaaliksi. Tutkimuskysymyksenä on etsiä tietoa siitä, millainen rooli sairaanhoitajalla on ikääntyneen vajaaravitsemuspotilaan psyykkisessä tukemisessä.

2 Ikääntyneen fysiologiset muutokset

Muutokset, jotka liittyvät ikääntymiseen voidaan jakaa sairauksista johtuviin sekä normaaliin vanhentumiseen liittyviin muutoksiin. Sairauksien esiintyminen iän karttuessa onkin lähes normaalia ja ilman sairauksia tapahtuva ikääntyminen on poikkeus. (Heikkinen ym. 2013, 393.) Normaalit vanhenemisen muutokset alkavat tapahtumaan solujen kemiallisten reaktioiden hidastuessa ja kun solun jakaantuminen muuttuu ja jopa loppuu. Vanhetessa myös fysiologiset toiminnot huonontuvat lisääntyvästi, josta johtuu stressinsietokyvyn heikentyminen ja näin sairastumisalttius kasvaa. (Heikkinen ym. 2013, 114.)

Vanhetessa kehon rasvanmäärä kasvaa ja lihasmassa vähentyy sekä vedenmäärä elimistössä vähentyy. Muutokset kehon koostumuksessa liittyvät osittain aktiivisuuden vähentymiseen. (Heikkinen ym. 2013, 129-133.) Lihasmassan vähentyminen ja rasvan määrän lisääntyminen vaikuttaa toimintakykyyn heikentäen sitä, ja nämä liittyvät myös sarkopeniaan eli lihaskatoon ja gerasteniaan eli hauraus-raihnausoireyhtymään. Näillä edellä olevilla syillä on yhteys sairaalajaksojen pidentymiseen ja toipumisen hidastumiseen, kaatumisriskiin sekä kuolemiin. (THL 2020.)

2.1 Hormonaaliset ja kognitiiviset muutokset

Hormonaaliset tekijät ovat osittain yhteydessä ikään ja siitä johtuvaan fyysisen aktiivisuuden vähentymiseen, lihasten toimintakykyyn ja kehon koostumukseen (Heikkinen ym. 2013, 343). Kaikkien hormonien puutoksia ei yleensä korvaushoidolla hoideta paitsi naisten estrogeeni tai estrogeeni ja keltarauhashormoni puutosta vaihdevuosi- ikäisillä. Naisilla hormonikorvaushoidolla on huomattu olevan positiivisia vaikutuksia liikkumiskyvyn ja lihasvoiman vähentymisen ehkäisemiseksi. Vähentynyt aktiivisuus ja ravitsemushäiriö yhdessä vaikuttavat aineenvaihduntaan hidastaen sitä. (Heikkinen ym. 2013, 151.)

Aivotkin ikääntyvät ja kognitiiviset toiminnot muuttuvat. Ikääntyneellä tapahtuu muutoksia monissa eri osissa monimutkaisessa järjestelmässä, kuten autonomisessa hermostossa, keskushermostossa ja hermoradoissa. Toimintahäiriöiden yleisimpiä syitä ovat kuitenkin erilaiset ikääntyneen sairaudet. (Tilvis & Viitanen 2016.) Kognitiiviset toiminnot alkavat muuttumaan ikääntyessä, vaikka eivät normaalista haittaa päivittäisistä toiminnoista selviämistä. Ikääntyessä lisääntyvät muistisairaudet tuovat haasteen uusien tilanteiden oppimiseen ja toimintakykyyn sekä toiminnanohjaukseen. (Heikkinen ym. 2013, 210.) Tutkimukseen aktiivisen elämäntavan vaikutuksesta dementiariskiin osallistuneilta saatiin näyttöä, että dementia riskin ja kognitiivisten toimintojen pientymiseen vaikuttivat kognitiiviset, fyysiset ja sosiaaliset aktiiviteetit. Jatkossa uusia interventioita suunniteltaessa tulisi huomioida aktiivisen elämäntavan yhteys kognitiivisiin muutoksiin. Tutkimukseen osallistuneiden kognitiiviset muutokset olivat vahvempia muistin suhteen. (Küster ym. 2016)

2.2 Ruuansulatuskanavan muutokset

Ruuansulatuskanavaan kuuluvien nielun, ruokatorven, mahalaukun ja suoliston toimintaan vaikutetaan hormonien ja hermoston avulla. Nielemisen vaikeutumiseen vaikuttavat lihasten toiminnan heikentyminen ja nielemisrefleksi, jotka voivat olla hidastuneita jonkin sairauden vuoksi. (Sinisalo 2015, 173.) Ruokahalun heikentyminen johtuu monesta tekijästä. Peristalttiikan hidastuminen altistaa ummetukselle ja kylläisyyden tunnetta aiheuttaa vatsalaukun hidas tyhjentyminen. Lisäksi aistien heikentyminen vähentää ruokahalua ja varsinkin haju- ja makuaistireseptoreiden vähentyminen iän, lääkkeiden tai sairauksien seurauksena. (THL 2020.)

Suun hyvinvoinnista huolehtiminen on ruokailun onnistumisen takia tärkeää. Suun ja hampaiden tai proteesien puhtaanapito helpottaa pureskelua ja syömistä. (Heikkinen ym. 2013, 493.) Lääkkeiden määrän lisääntyminen on yleistä vanhetessa ja jotkut lääkkeet voivat aiheuttaa suun ja limakalvojen kuivumista vähentämällä syljen eritystä (Hartikainen 2002; Honkala 2019). Lääkkeet voivat aiheuttaa myös pahoinvointia ja ummetusta, jotka heikentävät ravitsemuksen toteutumista (Mursu ym. 2013). Heikko ravitsemustila voi vaikuttaa myös suun kudosten muutoksien syntymiseen, kuten tulehdusalttiuden lisääntymiseen sekä sieni-infektion saamisen riski lisääntyy. Ravitsemustilan häiriö voi vaikuttaa syljeneritykseen, jolloin kielessä esiintyy kirvelyä, kieli tarttuu kitalakeen ja näin ruuan nieleminen vaikeutuu. (Heikkinen ym. 2013, 493.)

2.3 Ikääntyneiden ravinnontarve

Perusenergian tarve arvioidaan potilaan liikkuvuuden, iän, sukupuolen, pituuden ja painon mukaan. Ihmisten energiantarve vaihtelee yksilöllisesti ja kun ihminen vanhenee, hänen kehossaan tapahtuu monia biologisia muutoksia. Muun muassa keho painuu kokoon niin, että pituus lyhenee useita senttimetrejä ja lihasmassa pienenee sekä lihasvoima heikkenee, mikä vaikuttaa tasapainoon ja liikkumiseen. Lisäenergiaa tarvitaan silloin, jos potilaalla on todettu kasvanut vajaaravitsemusriski tai vajaaravitsemus, kuumetta, suuria murtumia, palovammoja tai verenmyrkytys eli sepsis. (Haglund, Huupponen, Ventola, & Hakala-Lahtinen 2009, 143, 198.) Ravitsemussuositukset ikääntyneille (Puranen & Suominen 2012, 7.) suosittaa energiantarpeen arvioimista ikääntyneillä taulukon 1 mukaisesti.

Aktiivisuus	Kcal/ paino kg
Perusaineenvaihdunta (PAV)	20
Vuodepotilas (PAV+ 30 %)	26
Liikkeellä oleva itse ruokaileva	30
Sairaudesta toipuva tai levoton ja paljon liikkuva	36

Taulukko 1: Ravitsemussuositukset ikääntyneille (Puranen & Suominen 2012, 7)

Elimistö saa energiaa hiilihydraateista, proteiineista ja rasvoista. Aikuisella energiantarve on suunnilleen 30 kcal/kg/vrk. Elimistössä tapahtuvan aineenvaihdunnan kiihtymisen takana, kuten sairauksista johtuvan stressin takia energiantarve lisääntyy 10-30 prosenttia normaalista kulutuksesta. Potilaan elimistön stressitasoa nostavat eri vaikuttajat, kuten kuume, vammat, tulehdukset ja leikkaukset. Energiansaannin takaaminen voidaan säännöllisesti punnitsemalla arvioida päivittäin. (Aapro ym. 2008, 26-27.)

3 Vajaaravitsemus ja sen hoidon periaatteet

Vajaaravitsemuksella tarkoitetaan tilaa, jossa proteiinin, energian saannin, sekä muiden ravintoaineiden saanti ei vastaa kehon fysiologista tarvetta (Orell-kotikangas ym. 2014). Kehoon aiheutuu haitallisia muutoksia, jos ravinnon saanti on alhaista pitkään. Vajaaravitsemuksen aiheuttamat muutokset kehoon ovat haitallisia ja alttiita tähän erityisesti vanhukset ja lapset. Kehoon kohdistuvat haitalliset muutokset liittyvät kokoon ja koostumukseen sekä johtavat toimintakyvyn heikentymiseen. (Puranen & Suominen 2012, 13.)

Vajaaravitsemus voi johtua erilaisista fyysisistä, psyykkisistä tai sosiaalisista tekijöistä. Energian tai muiden ravintoaineiden tarve voi suurentua, esimerkiksi tulehduksen, palovamman, murtuman ja kuumeen tai imeytymishäiriöiden vuoksi. Jonkun ravintoaineen saanti voi olla liian vähäistä, jos potilaan ruokavalio on kovin rajoittunut tai fyysisen aktiivisuuden laskiessa voi vaikuttaa ruuan määrään vähentymiseen. Ruokahaluun vaikuttavat tekijät ovat usein kroonisia sairauksia, kuten syöpä, reuma, munuaisten-, maksan- tai sydämen vajaatoiminta sekä elämänmuutokset. Sen lisäksi avioero, läheisen kuolema, yksinasuminen, dementia, syrjäytyminen tai päihde- ja mielenterveysongelmat sekä eläköityminen ja ikääntyminen voi muuttaa myös sosiaalista ympäristöä vaikuttaen näin ruokahaluun ja syömiseen. (Sinisalo 2015, 104-105.) Jyväkorven 2016 poikkileikkaustutkimuksen mukaan niillä, joilla on kognitio ja liikuntakyky heikentynyt on myös huonoin ravitsemustila. Tutkimuksen mukaan myös ikä ja asumismuoto sekä naissukupuoli vaikuttivat ravintoaineiden riittämättömään saantiin. Tutkituista myös hyvän ravitsemustilan omaavilla oli proteiinin ja muiden suojaavien ravintoaineiden saanti heikkoa. (Jyväkorpi 2016, 17; 90.)

Vajaaravitsemuksen kliinisessä tutkimuksessa on tärkeää kiinnittää huomiota lihasten kuntoon, ihonalaisen rasvaan määrään ja turvotuksiin. Näiden lisäksi tulisi huomioida muutokset limakalvoihin, ihoon, hiuksiin, kynsiin ja eri elinten toimintaan. Havaitut tiedot saattavat viitata proteiinivajaaravitsemukseen ja siihen liittyvään vitamiinin- ja kivennäisaineen puutteeseen. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 100.)

Potilaan ravitsemustila arvioidaan henkilökohtaisten esitietojen perusteella. Kuten ravinto- haastattelun, eri mittauksen avulla, esimerkiksi paino siinä tapahtuneet muutokset

lähikuukausien aikana, pituus ja kliiniset tutkimukset sekä vajaaravitsemusseuloilla, että silmämääräisesti. Vajaaravitsemusriskin arvioinnissa voi käyttää apuna ikääntyneillä MNA-testiä (liite 1) MUST- testiä (liite 2) ja NRS-2002 (liite 3). (Kupiainen ym.2008, 98.)

3.1 Vajaaravitsemusseulat

Potilaiden vajaaravitsemus ja vajaaravitsemusriski tunnistetuiksi hyödynnetty erilaisia vajaaravitsemusseuloja, jotka perustuvat tutkittuun näyttöön. Menetelmät ovat helppo käyttää ja nopeita. Menetelmissä vajaaravitsemusriskin selvittäminen vie sairaanhoitajan aikaa arviolta vain 3-10 minuuttia. Terveystieteiden tutkimuksessa käytetään NRS-2002- (Nutritionalrisk screening), perusterveydenhuollossa käytetään MUST- (Malnutritionuniversal screeningtool) ja koti- ja laitoshoidossa käytetään MNA- (Mininutritional assesment) -menetelmiä vajaaravitsemusriskin toteutukseksi. (Sinisalo 2015, 105-106.)

Sairaalassa potilaan vajaaravitsemuksen riski tulisi seuloa viimeistään toisena hoitopäivänä. Seulontaa on syytä toistaa viikon välein tai sovitusti. (Nuutinen ym. 2010, 27.) MUST- JA MNA- arviointimenetelmissä mitataan paino ja pituus, joiden avulla lasketaan painoindeksi eli BMI jakamalla potilaan paino pituuden neliöllä eli paino (kg): (pituus (m) x pituus (m)). Ikääntyneillä ihmisillä aliravitsemuksen rajana on alle 17 painoindeksi. Eli yli 60-vuotiaille pidetään suosittelevana 24-29 painoindeksiä (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 99-100.) Sen lisäksi myös selvitetään painonmuutokset viimeisten 3-6 kuukauden aikana ja menetelmiä varten tarvitaan myös tieto potilaan syömästä ruoasta (Sinisalo 2015, 105).

NRS-2002 menetelmä on selkeä ja helposti toteutettavissa, menetelmässä tarvitaan tietoa potilaan iästä ja sairauksien vaikutuksesta. Menetelmässä kerätään potilaalta 0-13 pistettä, jonka mukaan vajaaravitsemuksen riski määrytyy. Kaavake itse kertoo toimintamenetelmistä, miten seulonnan jälkeen on edettävä. Toimintamenetelmäohjeet ovat melko suppeat. (Sinisalo 2015, 215.)

MNA-menetelmä on laaja seulontakaavake, jossa käydään monta kohtaa kattavasti läpi. MNA-menetelmä soveltuu laitoksissa ja kotona asuvien yli 65-vuotiaiden iäkkäiden, vajaaravitsemuksen ja vajaaravitsemusriskin seulontaan. Menetelmään tarvitaan vain tietoa potilaan painosta ja pituudesta. (Aapro ym. 2008, 244-245.) MNA menetelmä on validoitu ja laajasti käytetty, mutta tutkimuksessa on todettu, ettei se kuitenkaan ole täysin spesifinen ja luotettava, eikä aina kerro huonosta energian ja proteiinin saannista ja näin ollen vajaaravitsemuksesta. Pitkässä versiossa muistisairaille tehtäessä ei voida luottaa itsearviointi vastausten laatuun ja vaatii sairaanhoitajalta perehtymistä enemmän. MNA menetelmä tunnisti kuitenkin aliravitsemusriskin toisilla, mutta tämän lisäksi tulisi käyttää muita menetelmiä tunnistamaan alhaista ravintoaineiden saantia varhaisessa vaiheessa ennen aliravitsemus tilaan joutumista. (Jyväkorpi 2016, 90-91, 97.)

MUST-menetelmä vajaaravitsemuksen seulonnassa on yksinkertainen ja nopein sekä antaa kattavat jatkotoimenpideohjeet. Pisteytyksiä lasketaan kolmesta kohdasta: painoindeksistä (BMI), laihtumisesta ja akuutin sairauden tuomasta vaikutuksista. Pisteitä saa asteikolla 0-6. Pisteet laskettuna voi katsoa toimenpiteet, miten MUST-menetelmän mukaan pitää toimia. (Sinisalo 2015, 213.)

3.2 Sairaanhoidajan rooli vajaaravitsemuksen hoidossa

Ikääntyneen vajaaravitsemuksen aikainen tunnistaminen ja ravitsemushoidon aloittaminen on tärkeää ikääntyneen toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitämisessä sekä tukee hoidon onnistumista ja potilaan toipumista (THL 2020, 57-58). Hoitohenkilökunnan mahdollisimman aikainen puuttuminen vajaaravitsemukseen tai sen riskin ennaltaehkäisyyn on tärkeää osa onnistunutta ravitsemushoitoa. Hoitohenkilökunnan tulisi reagoida heti, jos ikääntyneen MNA-testin pisteet viittaavat vajaaravitsemusriskiä tai vajaaravitsemukseen, sekä tulisi reagoida, jos ikääntynyt vähentää syömistään. (Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 109.) Onnistuneen ravitsemushoidon taustalla on hoitohenkilökunnan riittävä ammattitaito sekä ravitsemushoidon asiantuntemus ja kaikkien ravitsemushoitoa toteuttavien hoitajien tulisi ymmärtää sen merkitys kokonaisvaltaisessa hoidossa. Sairaanhoidajan työnkuvaan kuuluu ravitsemusohjauksen antaminen ajantasaisimpaan tietoon tukeutuen. Tietoa tulee olla muun muassa ravitsemuksesta, sairauksista, ruokavalioista, kliinisistä ravintovalmisteista ja ravitsemustilan arvioinnista sekä erityisvalmisteista. Tietämystä pitää olla myös elintarvikelainsäädännöstä ja elintarvikkeiden koostumuksesta ja ravintosisällöstä. (Aapro ym. 2008, 94-97.)

Vaikka sairaanhoidajalla on keskeinen rooli potilaan vajaaravitsemuksen hoidossa, niin kuitenkin hyvä ravitsemushoito edellyttää tiivistä yhteistyötä hoitohenkilökunnan, lääkärin ja ravitsemusterapeuttien, sekä omaisten välillä. Tarpeen mukaan hoitoon liittyy myös muut erityistyöntekijät, kuten puhe- ja fysioterapeutti sekä psykologi. (Sinisalo 2015, 204-205.) Sairaanhoidajan tehtäviin kuuluu myös ravitsemushoidon merkityksen selittäminen potilaalle ja omaisille.

Potilaan motivoiminen muutosten tekoon ravitsemuksessa ja elämäntapamuutoksessa on tärkeää, mutta muistaa ottaa huomioon potilaan oma elämäntilanne. Kuten tavoitteet, mielen-terveys sekä ruokailutottumukset. (Arffman ym. 2009, 122; Puska ym. 2010, 39.) Jyväskylän (2016) tutkimuksessa päästiin johtopäätökseen, että yksilölliset ravitsemusohjaukset vaikuttivat huomattavasti ikääntyneiden elämään. Kotona asuvien muistisairaiden kaatumisalttius vähentyi, ruokavalio ja ravintoaineiden saanti parantuivat sekä elämänlaatu koheni. (Jyväskylä 2016, 97.)

Sairaanhoidajan tehtäviin kuuluu myös potilasasiakirjoissa hoitosuunnitelman ja kirjaamisen ajan tasalla pitäminen. Hoitosuunnitelmassa on tärkeää mainita ravitsemuksen lähtötilanne esimerkiksi painon ja MNA-testistä saatujen pisteiden perusteella. Näiden lisäksi tulee

huomioida ruokavalio, mahdollinen erityisruokavalio sekä ruokailuun liittyvät ongelmat, esimerkiksi avuntarve ruokailussa, annoskoon riittävyden arviointi ja ylimääräiset välipalat. (Puska ym. 2010, 42.) Hoitosuunnitelmaan kuuluu ravitsemustilan seuranta ja arviointi, jota hoitohenkilökunta toteuttaa. Ravitsemustilaa tulee seurata säännöllisesti ja jos potilas syö hyvin vähän, jättää kokonaan syömättä tai oksentelee, syy on selvitettävä ja tilanne hoidettava. Sairaanhoidaja tarkkailee ja tarvittaessa pitää nestelistan sekä ruokapäiväkirjan ajan tasalla. Sen lisäksi hän seuraa ravitsemustilaa punnitsemalla potilaan painon kerran viikossa. Mikäli seurataan nestetasapainoa, tulee potilas punnita päivittäin. Sairaanhoidaja keskustelee ikään-tyneen kanssa ruoan annoskoosta ja riittävydestä, että ruoan koostumuksesta. (Puska ym. 2010, 42.)

Tarvittaessa sairaanhoidaja voi muuttaa ruokatilasta tarvetta vastaavaksi. Tehostetussa ravitsemushoidossa seuranta tulee toteuttaa tiheämmin. Hoitosuunnitelmaan pitää aina myös sisällyttää jatkohoidon suunnitelma, joka ravitsemuksen osalta voi olla painon laskun pysähtyminen tai painon nouseminen. Ravitsemustilan seuranta on tärkeää, jotta ravitsemustilan huonontumiseen voitaisiin ajoissa puuttua. (valtionravitsemusneuvottelukunta 2010a, 42.)

3.3 Tehostettu ravitsemushoito

Tarvittaessa potilaalle aloitetaan tehostettu ravitsemushoito, jolla pyritään turvaamaan riittävä energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saanti. Tehostettua ruokavaliota tarvitaan silloin kun paino on laskenut 3 kuukauden aikana 3 kiloa. Nopean sairastuminen, leikkauksen, infektion tai yleisvoimien heikentyminen voi olla syynä painon laskuun. Tehostetussa ruokavaliossa ruoka on rikastettu proteiinilla eli sen määrä ruoassa on tavallista suurempi ja lisäksi ruoassa on tavallista enemmän rasvaa. Tehostetussa ruokavaliossa on tärkeää tarjota pieniä, energia- ja proteiinitihkeitä annoksia usein. (Puranen ym. 2012, 32.) Tehostetussa ravitsemushoidossa on oleellista saada tarpeeksi energiaa, mutta on myös hyvin tärkeää huolehtia vitamiinien ja kivennäisaineiden riittävästä saannista. Painoa tulee seurata säännöllisesti ja kiinnitetään huomioita mahdollisiin turvotuksiin, jotta saadaan selville riittävä energiasaanti. (Juutilainen & Hietanen 2018, 94.)

Kliiniset täydennysravintovalmisteet ovat osa ravitsemushoitoa, sen tavoitteena on ehkäistä tai korjata jo syntynyt vajaaravitsemus sekä optimoidaan toipuminen esimerkiksi isosta leikkauksesta. Täydennysravintovalmisteet ovat kliinisesti tehokas apu vajaaravitsemukseen. (Hakala 2012.) Kliinisiä täydennysvalmisteita käytetään sairaalassa, hoitolaitoksissa ja kotioloisakin. Täydennysvalmisteet sisältävät kaikkia kehon tarvitsemia ravintoaineita, kuten vitamiineja sekä kivennäisaineita, jotka auttavat palauttamaan kehosta kadonneen energian, voiman ja proteiinit. Kliinisiä ravintovalmisteita on kahdenlaisia: sisällöltään yksipuolisia ja monipuolisia. (Sinisalo 2015, 107.)

3.4 Enteraalinen ja parenteraalinen ravitsemus

Vajaaravitsemuksen hoito aloitetaan huolellisella suunnittelulla: muun muassa potilaan ravinnon ja nesteidentarpeen arvioinnilla sekä potilaalle sopivan eli tarkoituksenmukaisen ravinnonantoreitin valinnalla. Ravinnonantoreittejä on ensisijaisina syödä suun kautta, suoraan ruoansulatuskanavaan eli enteraalisesti ja ravinnon antaminen suonensisäisesti laskimoon eli parenteraalisesti. (Sinisalo 2015, 108-109.) Ravitsemushoidon suunnittelussa huomioidaan myös ikääntyneiden perussairaudet, ruoansulatuskanavan toimintakyky, sekä mahdolliset menetykset haavojen, dreenien eli laskuputkien tai fisteleiden eli onteloiden epänormaalin yhteyden kautta. Suunnittelussa on tärkeää huomioida myös potilaan uskonto, kulttuuri, eettinen tausta ja hänen oma tahtonsa. (Sinisalo 2015, 109-110.) Tarvittaessa ravitsemushoidon lisänä käytetään kliinisiä täydennysravintovalmisteita, kuten Nutridrinkiä (Kupiainen ym. 2008, 133).

Enteraalisen ravitsemuksen toteuttaminen on potilaalle fysiologisesti parempi tapa, koska potilaan suoliston toiminta ja verenkierto säilyvät. Lisäksi se on edullisempaa, helpompaa ja turvallisempaa toteuttaa kuin parenteraalinen ravitsemus. Silloin, kun potilas ei jostakin syystä pysty tai halua syödä normaalisti (taulukko 2) ja hänellä on vajaaravitsemusriski tai vajaaravitsemustila, siirrytään enteraaliseen ravitsemukseen. Enteraalinen ravitsemus tarkoittaa letkuravitsemusta, eli ei suun kautta vaan joko suoraan mahalaukkuun tai ohutsuoleen kautta täydennysravitsemusvalmisteita käyttäen. (Sinisalo 2015, 109.)

Käyttöaiheet	
Syöminen suun kautta ei ole mahdollista tai se on vähentynyt	<ul style="list-style-type: none"> • Ruokahaluttomuus, heikkous, tajuttomuus tai sekavuus • Suun, nielun, ruokatorven leikkaukset, kasvaimet, jälkitalat, tulehdukset ja haavaumat • Sädehoito, solunsalpaajahoito ja näistä aiheutuva pahoinvointi • Neurologiset sairaudet, kuten jotkut kehitysvammaisuuden muodot • Aivoverenkierron häiriö
Ravinnon tarve on tavallista suurempi	<ul style="list-style-type: none"> • Vammat, palovammat • Verenmyrkytys • Syöpä
Ruoansulatuskanavan sairaus	<ul style="list-style-type: none"> • Krooniset tulehdukselliset suolistosairaudet (haavainen paksusuoli) • Suolen osittainen tai kokopoisto • Heikentynyt imeytyminen
Vasta-aiheet	
Mahdolliset vasta-aiheet	<ul style="list-style-type: none"> • Voimakas ripuli tai oksentelu • Vatsan alueen tulehdukset
Ehdottomat vasta-aiheet	<ul style="list-style-type: none"> • Suolen tukos • Verenvuoto suolistosta

Taulukko 2: Enteraalisen ravitsemuksen käyttöaiheet ja vasta-aiheet (Sinisalo 2015, 109)

Toteuttamisen edellytyksenä on, että ruoansulatuskanavassa ei ole rakenteellisia eikä toiminnallisia esteitä, esimerkiksi suolitukos tai ruoansulatuskanavan runsas verenvuoto (Syväoja & Livanainen 2008, 304). Suun kautta syöty monipuolinen ja elimistön ravinnontarpeen tyydyttävä ruoka on ensisijainen tavoite potilaan hoidossa, mutta se ei kuitenkaan aina takaa riittävän ja monipuolisen ravintoaineiden saantia (Sinisalo 2015, 109).

Parenteraalisella ravitsemuksella tarkoitetaan laskimonsisäistä ravitsemusta, eli suoraan verenkiertoon menevää ravitsemusta. Tämä voidaan ottaa käyttöön, mikäli ravinnon antaminen suun kautta tai letkuruokinnalla ei ole mahdollista jostain syystä, kuten suoliston ahtauman, tukoksen, verenvuodon, ripulin, pahoinvoinnin, tajunnan heikkenemisen, ruoansulatuskanavan toimintahäiriöiden tai suurten leikkausten yhteydessä. (Sinisalo 2015, 110.) Suun kautta tai enteraaliseen ruokailuun palataan heti, kun se on mahdollista. Tarvittaessa parenteraalista ravitsemusta voidaan jatkaa pitkään, jopa useampi vuosia ja voidaan lopettaa heti ilman minikäänlaista vieroitusta. Potilaan ikä ei myöskään ole este, mutta munuaisten ja maksan toiminta tulee huomioida. (Bäcklund & Mäkisalo 2014.)

4 Potilaan psyykkinen tukeminen

Hoitoon sitoutumiseen liittyy potilaan sisäiset ja ulkoiset tekijät. Sisäisiä tekijöitä ovat mm. kognitiiviset tekijät kuten muistitoiminnot, tiedon käsittely ja ymmärtäminen. Ulkoisiin tekijöihin kuuluu mm. vuorovaikutuksen kokeminen. (Ahonen ym. 2016, 41.) Ikääntymisen myötä selvästi havaitut ja merkittävät muutokset muistissa keskittyvät työmuistiin ja tapahtumamuistiin, jotka ovat uuden oppimisen tärkeimpiä osa-alueita. Kognitiivisten toimintojen hidastuessa tulee vaikeuksia kohdata tilanteita, joissa tarvitaan muun muassa muistiin tallentamista. (Heikkinen ym. 2013, 225-226.)

Psyykkisten tekijöiden huomioiminen ohjauksessa vaikuttaa potilaan motivaatioon. Psyykkisiä tekijöitä ovat oman terveydentilan ymmärtäminen, aiemmat kokemukset, terveyteen liittyvät uskomukset, odotukset sekä mieltymykset ja tarpeet. Oppimistavoilla ja -valmiuksilla on myös merkitys tässä tilanteessa. Selkeä tavoite, onnistumisen odotukset ja tunnetila lisää potilaan motivaation syntymistä. (Kyngäs ym. 2007, 32.) Ohjauksella osallistutaan potilasta sekä lisätään myös tyytyväisyyttä hoitoon (Eloranta ym. 2011, 15).

4.1 Psyykkinen toimintakyky

Tyytyväisyys omaan elämään ja elämänhallinnan tunne on hyvän psyykkisen toimintakyvyn edellytys ja kuvaa voimavaroja selvitä haasteista (Äijö & Sirviö 2019). Psyykkinen hyvinvointi on tila, mihin tarvitaan elämän mittainen prosessi. Psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttaa elämän aikana saadut kokemukset, biologiset ja psykologiset tekijät sekä ympäristön vaikutus. (Heikkinen ym. 2013, 373.)

Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat seuraavat osa-alueet. Kognitiiviset toiminnot kuten muisti, ajattelu, päätöksenteko taito, oppiminen, mieliala, elämänhallinta ja havainnointikyky. Persoonallisuus, johon kuuluvat luonteenpiirteet, itsensä arvostaminen, sosiaaliset taidot ja minäkuva. Mielenterveyden ja psyykkisen hyvinvoinnin osa-alueeseen kuuluvat tunne-elämä, ihmissuhteet ja myös mieliala. Psykofysiologisiin toimintoihin kuuluvat aistihavainnot ja psyykkeeseen liittyvät lihastoiminnot. Näiden lisäksi asenteet, tarpeet ja motivaatio liittyvät psyykkiseen toimintakykyyn. (Pohjalainen & Heimonen 2009.) Kognitiiviseen suoriutumiseen vaikuttaa emotionaaliset tekijät sekä toiminnanohjaus ja se liittyy kykyyn vastaanottaa tietoa, käsitellä ja varastoida sitä. Toiminnanohjauksen keskeinen osa on tiedonkäsittely, johon normaalissa ikääntymisessä liittyy muutoksia. (Heikkinen ym. 2013, 210.)

4.2 Potilasohjaus

”Ohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä, jossa hoitaja vuorovaikutuksen avulla tukee potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä” (Eloranta & Virkki 2011, 7). Ohjaus perustuu lainsäädäntöön, ammattietiikkaan sekä laatu- ja hoitosuosituksiin. Terveystieteiden eettiset periaatteet ohjaavat terveydenhuollon ammattilaisia ja näissä periaatteissa katsotaan ohjauksen sisältyvän keskeisimpänä menetelmänä hoitotyöhön. Ohjattavan ja ohjaajan välinen vuorovaikutussuhde perustuu keskinäiseen kunnioitukseen. (Eloranta ym. 2011, 11-12.)

Potilaalla on oikeus riittävään tietoon. Ohjauksessa huomioitavaa on lain mukainen yhteisymmärryksessä tekeminen, potilaan itsemääräämisoikeus, johon liittyy kohtelu, yhteinen suunnittelu ja potilaan oikeus tiedonsaantiin. Tiedonsaannilla tarkoitetaan sitä, että potilas saa tiedon terveydentilastaan, hoidon tarkoituksesta, vaihtoehtoista koskien hoitoa ja niiden vaikutuksista. Tieto tulee antaa ymmärrettävästi. (Kyngäs ym. 2007, 16-17; laki potilaan asemasta ja oikeuksista.) Ohjauskeskustelussa tulee huomioida potilaan elämäntilanne, voimavarat ja muut tekijät, jotka vaikuttavat onnistumiseen ja tavoitteiden asettamiseen hoidolle (Kyngäs ym. 2007).

4.3 Ohjaussuhteet

Ohjaussuhteen erilaiset lähestymistavat riippuvat ohjattavasta. Ohjaukseen vaikuttaa erilaiset tekijät kuten ikä ja muistisairaus, jolloin tulee arvioida, pystyykö potilas ottamaan vastuuta omasta tilanteestaan. Vaikeaa dementiaa sairastavalle itsemääräämisoikeuden antaminen on edesvastuutonta. Jokaisessa hetkessä pyritään kuitenkin potilaslähtöisyyteen. (Eloranta ym. 2011, 60-61.)

Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutussuhde on ohjaaja lähtöinen kohtaaminen, jossa ammattilainen osoittaa pätevyyden tilanteiden selittämällä ja asioiden ratkaisemisella. Tavoitteena on saada ohjattava tietoiseksi seurauksista ja syistä. Ohjattavan vastuu omasta tilanteesta jää

yleensä huomaamatta tai vastuu tästä jää antamatta. Tietyissä tilanteissa tälle toimintata-
valle on tarkoituksensa ja se on jopa välttämätöntä ohjattavan elämäntilanteen vuoksi.
(Mönkkönen 2007, 38-52.) Tässä suhteessa on kuitenkin vaarana, että ohjattava kokee syylli-
syyden tunnetta epäonnistumisestaan ja se heikentää ohjattavan hoitomyöntyvyyttä (Routa-
salo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä, 2009).

Asiakaskeskeinen vuorovaikutussuhde korostaa ohjattavan näkökulmaa, joka lähtee ohjatta-
van tarpeista ja niiden paremmasta huomioimisesta. Tässä mallissa ohjattavaa aktivoidaan
tarkoituksenmukaisilla kysymyksillä. Tässä suhteessa korostetaan ohjattavan kuulluksi tule-
mista itseensä vaikuttavista asioista. Ongelmaksi voi muodostua ohjaajan liika myötäeläminen
ja vain aktiivinen kuunteleminen, jolloin asiantuntijuus jää taka-alalle ja ammattilaisen vas-
tuu hämärtyy. (Mönkkönen 2007, 63-65.)

Dialoginen vuorovaikutussuhteessa vastavuoroisuus ohjaajan ja ohjattavan välillä on tasa-ar-
voinen ja kunnioittava. Ohjaaja kunnioittaa ja arvostaa ohjattavaa on edellytys avoimelle
keskustelulle. Luottamusta vaaditaan, jotta mielipiteiden esittäminen olisi turvallista. Tavoit-
teena olisi saavuttaa yhtenäinen ymmärrys asiaa kohtaan, mutta tämä ei kuitenkaan ole pää-
tarkoitus. (Eloranta ym. 2011, 60.)

5 Työelämäkumppanin esittely

Työelämäkumppani on HUS: in tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosityksikkö (TuPla), johon
kuuluu kolme linjaa. Tulosityksikkö toteuttaa HYKS sairaanhoitoalueen perus- ja erityistason
hoidon. HYKS erityisvastuualue kattaa Uudenmaan, Päijät-Hämeen, Kymenlaakson ja Etelä-
Karjalan sekä HUS: in alueen vaativan traumakirurgian. Potilaita tulee läheteillä myös muu-
alta suomesta. Näissä tukielin- ja plastiikkakirurgian yksiköissä hoidetaan ortopediaa, trauma-
tologiaa, käsikirurgiaa sekä plastiikkakirurgiaa tarvitsevia potilaita. Toimintaa on Töölön, Jor-
vin, Peijaksen ja Herttoniemen sairaaloissa. Näillä edellä mainituilla osastoilla hoidetaan
myös ikääntyneitä potilaita ja HUS:in toimintamallina on antaa laadukasta hoitoa kaikille po-
tilaille. (HUS 2022.)

Tukielinkirurgian linja tarjoaa erikoissairaanhoidon tasoista palvelua eri erikoisalueilla. Lin-
jaan kuuluu myös pohjoismaiden yksi suurimmista tekonivelkeskuksista, joka sijaitsee Peijak-
sen sairaalassa. Plastiikkakirurgian linja huolehtii kaikista HYKS alueen plastiikkakirurgiaa vaa-
tivista toimenpiteistä sekä tähän linjaan on keskitetty myös vaativat palovammat ja transsu-
kupuolisten kirurgia valtakunnallisesti. Tähän kuuluu myös huuli- ja suulakihalkiokeskuksessa
hoidettavat potilaat koko Suomen alueelta. Opetus ja tutkimus linja on yksi näistä kolmesta
ja sen tavoitteena on korkeatasoisen opetuksen ja tutkimusten edistäminen. Kehittämällä

opetusta, koulutusta ja tutkimusta tuetaan tukielin- ja plastiikkakirurgian erikoisalojen toimintaa. (HUS 2022.)

Tulevaisuudessa yksiköiden ja henkilöstön yhdistyessä tavoitteena on toimintatapojen yhtenäistäminen. Kuten vuonna 2023 odotettavissa oleva Töölön sairaalan siirtyminen Siltasairaalaan. Hoitotyön käsikirjoja tullaan käyttämään yhtenä keinona yhdistää toimintatapoja ja näitä käsikirjoja varten tarvitaan kirjallisuuskatsauksia, kuten tätä opinnäytetyötä.

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajan roolia ikääntyneen vajaaravitsemuspotilaan psyykkisessä tukemisessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli hyödyntää jo olemassa olevaa tutkimustietoa sairaanhoitajan roolista ikääntyneen vajaaravitsemuspotilaan psyykkisessä tukemisessa plastiikkakirurgian käsikirjan taustamateriaaliksi. Tutkimuskysymys oli, millainen rooli sairaanhoitajalla on ikääntyneen vajaaravitsemuspotilaan psyykkisessä tukemisessä.

7 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Kuvailevat kirjallisuuskatsaukset ovat osa eniten käytetyistä kirjallisuuskatsausten menetelmistä ja sitä kutsutaan usein yleiskatsaukseksi. Kirjallisuuskatsaus soveltui parhaiten laajalajaisen aineiston käsittelyyn. (Suhonen ym. 2016.) Opinnäytetyön tutkimuskysymys oli ” Millainen rooli sairaanhoitajalla on ikääntyneen vajaaravitsemus potilaan psyykkisessä tukemisessä?” Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, koska tämä oli yhteiskumppanin toive opinnäytetyön menetelmäksi.

Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen käytetään pääasiassa alkuperäistutkimuksia. Kuvailevan kirjallisuuskatsaus kuvaa tutkimusaiheeseen liittyvien aikaisempien tutkimuksien laajuutta ja määrää. Tavoitteena on esittää pääasiat, avata ja tulkita tutkimusaiheen näyttöä, joka perustuu sekä määrälliseen että laadulliseen tutkimukseen. Kirjallisuuskatsauksen tärkein tehtävä on teorian, teoreettisen ymmärryksen ja jo olemassa olevan teorian kehittäminen. Se mahdollistaa opinnäytetyössä kokonaiskuvan muodostamisen ikääntyneen vajaaravitsemuksesta ja sen tunnistamisesta. (Suhonen ym. 2016, 8, 23-24.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymykset ja valittu tutkimusaineisto luovat sekä kuvailevan että laadullisen vastauksen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet koostuvat tutkimuskysymysten muodostamisesta, aineiston valitsemisesta, aineistojen yhteisen kuvailun rakentamisesta ja tuotetun tuloksen tarkastelemisesta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aina aineistolähtöistä. Katsauksen ydin on tulosten käsittelyosan laatimisessa. Tavoitteena on

vastata esitettyihin tutkimuskysymyksiin laadullisena kuvailuna hankitusta aineistosta sekä uusien johtopäätösten tekeminen. Kuvailussa eritellään ja yhdistellään tutkimussisältöä tiukasti arvostellen alkuperäistä tietoa muuttamatta. Uusi näkökulma saavutetaan yhdistelemällä tietoa tutkimuskysymysten kannalta tärkeään tietoon. Aineistosta haettu tutkimuskysymysten osalta tärkeää tietoa ryhmitellään johdonmukaisesti. (Salminen 2011.)

7.1 Aineistokeruumenetelmä

Kirjallisuushaussa tarkoituksena on etsiä tutkimuskysymykseen viittaavat vastaukset käyttämällä ensisijaisesti alkuperäistutkimuksia. Tietokantahakuihin käytetään tutkimuskysymyksestä muodostuneiden keskeisten käsitteiden mukaisia hakusanoja.

Sisäänotto- ja poissulkukriteerit määritellään edeltävästi, jotta saatu aineisto on relevanttia ja luotettavaa tietoa. Luotettavuuteen voi vaikuttaa sisäänottokriteereissä oleva maksuttomuus. Tarkkaan suunniteltu hakuprosessi ohjaavat valintoja eri vaiheissa. (Stolt ym. 2016, 25-27.)

Kirjallisuushaku vie paljon aikaa ja uudelleen toistettavuuden takia se tulee raportoida tarkasti, jolloin lisätään kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta ja läpinäkyvyyttä. Sähköisen haun lisäksi kirjallisuuskatsauksessa on hyvä suorittaa manuaalisia hakuja. Tietokanta hakuja varten tulee olla keskeisistä käsitteistä muodostettuja sopivia hakusanoja ja lausekkeita. (Stolt ym. 2016, 25-27.)

Kirjallisuuskatsauksen aineiston keräämistä varten oli laadittu taulukko sisäänotto- ja poissulkukriteereistä (taulukko 3), joita ovat muun muassa vuosiluvun ja tutkimuksen kielen mukaiset rajaukset. Näiden lisäksi etsittiin vain hoito- ja lääketieteellisiä tutkimuksia, väitöskirjoja ja artikkeleita. Tutkimuskysymyksen pohjalta kerättiin sopivia hakusanoja, näiden synonyymejä ja näistä tehtiin erilaisia yhdistelmiä. Lisäksi käytettiin hakufraaseja.

Sisäänotto	Poissulku
Alkuperäistutkimus on tehty 2011-2021 välisenä aikana	Julkaistu ennen vuotta 2011
Vastaa tutkimuskysymyksiin	Ei vastaa tutkimuskysymyksiin
Tutkimus kirjoituskieli on suomi	Kirjoituskieli muu kuin suomi
Alkuperäistutkimus, väitöskirja tai tutkimusartikkeli	Ei tieteellinen julkaisu tai opinnäytetyö
Tutkimus on saatavilla sähköisesti ja ilmaiseksi	Maksullinen

Taulukko 3. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Hakusanoiksi valikoitui tutkimuskysymyksestä tiedonhakanat ravitsemus, vajaaravitsemus, aliravitsemus, ravitsemushoito, ikääntynyt, vanhus, ohjaus ja näiden lisäksi käytettiin sanaa muistisairaus löytämään psyykkiseen puoleen liittyviä tutkimuksia. Haut tehtiin ensisijaisesti suomeksi Medic, PubMed, Finna.fi ja Cinahl tietokannoista sekä näiden lisäksi käytettiin myös Google Scholar -hakupalvelua työhön mahdollisesti sopivien artikkeleiden hakuun. Tehtiin myös lisähakuja englannin kielellä ja todettiin että samoja asioita tuli vastaan, joten niitä ei otettu mukaan tähän kirjallisuuskatsaukseen.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulos	Hyväksytyt	Hyväksytyt	Pv
Medic	Ravitsemus AND ikäänty* AND psyyk*	MAX 10 v vanhat tutkimukset Gradut, Väitöskirja, alkupe- räistutkimus, katsausartik- keli, väitöskatsaus. Suomi	1	1	Ikääntyneiden terveys, elämänlaatu, toimintakyky ja mielen hyvinvointi	20 20
Medic	hoitaja AND potilas AND ohjaus	MAX 10 v vanhat tutkimukset Gradut, Väitöskirja, alkupe- räistutkimus, katsausartik- keli, väitöskatsaus. Suomi	9	1	Potilasohjauksen toimintaedellytyk- set	21 20
Medic	geriatria ikääntynyt iäkäs AND vajaaravitsemus aliravitsemus	Max 10 v vanhat tutkimukset, Gradut, väitöskirja, alkupe- räistutkimus, hoitosuositus, katsausartikkeli, väitöskat- saus Suomi	5	3	Vanhuksen vajaaravitsemuksen arviointi, ehkäisy ja hoito Helsinkiäisten pitkäaikaishoidossa asuvien ikääntyneiden ravitsemus- tila, elämänlaatu ja ravitsemushoito Kun tauti paranee, mutta potilas ei: sairaalahoitoon liittyvä toimintaky- vyn heikentyminen	22 20
Medic	Ravitsemustila, vanhus, ikääntyneet Enteraalinen ravitsemus ravitsem* AND vanhu*	Max 10 v vanhat tutkimukset, Gradut, väitöskirja, alkupe- räistutkimus, hoitosuositus, katsausartikkeli, väitöskat- saus Suomi	9	1	Vajaaravitsemuksen riskin tunnistaminen, hoito, hoidon seuranta ja tiedonsiirto jatkohoitopaikkaan	30 20
Manuaali haut	ikäntyneen ravinnonsaannin tukeminen OR ravitsemusinterventio OR hoitaja ikääntyneen ravinnonsaannin tukeminen	Max. 10 vuotta vanhat julkaisut, suomi		1	Ikääntyneiden ruokatottumukset, ravinnonsaanti ja ravitsemustila suomalaisissa tutkimuksissa	22 20
Manuaali haut	Ravitsemushoidosta vastuussa olevien hoitajien kuvauksia ravitsemushoidosta / kehittämisestä	Max.10 vuotta vanhat julkaisut, suomi	1	1	Ravitsemushoidosta vastuussa olevien hoitajien kuvauksia ikääntyneiden ravitsemushoidosta ja sen kehittämisestä	28 20
Terveys- portti	vajaaravit* / aliravits*/	Max 10 v vanhat hoitotieteelliset artikkelit suomi	19	2	Vaikeasti sairaan ravitsemus Hyödynnä ravitsemushoidon mahdollisuudet	26 20

Taulukko 4: Tiedonhaku

Yllä olevassa taulukossa 4 on esitelty tiedonhaku niiltä osin, jotka hyväksyttiin mukaan opin-
näytetyöhön. Tutkimuksia ja hoitotieteellisiä artikkeleita valikoitui työhömmme yhteensä 10
kappaletta. Tiedonhaussa ilmeni, että parhaimmin tutkimuskysymykseen vastaavat tulokset

saatiin Medic tietokannasta ja manuaalisilla hauilla. Lisäksi terveystieteen artikkelit vastasivat hyvin työmme sisältöön.

7.2 Aineiston analyysi

Aineiston analysoinnin apuvälineenä käytetään kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysiä, se voidaan toteuttaa induktiivisesti. Induktiivinen eli aineistolähteen sisällönanalyysi on kolmevaiheinen prosessi, ja siihen kuuluu aineiston pelkistäminen sitten ryhmittely ja lopuksi tehdään abstrahointi eli luodaan teoreettiset käsitteet. (Axelin, Stolt & Suhonen 2016, 87.)

Pelkistämisen vaiheessa aineistosta karsitaan kaikki opinnäytetyön osalta epäolennainen tieto pois (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Tämä toteutuu muun muassa hakien käytettävissä olevasta aineistosta tutkimuskysymyksiä avulla niitä kuvaavia ilmaisuja, jotka pannaan merkille. Sitteen ryhmittelyn vaiheessa erotetaan erilaisuudet ja yhtäläisyydet osoitusten joukosta. Samaa tarkoittavat asiat kategorisoidaan rakenteellisesti. Alakategoriat yhdistetään siten, että niissä esiintyvät samat asiat ilmenevät yhdessä. Sen jälkeen näille tehdään yläkategoria, joka kuvaa sisältöä. Tähän vaiheeseen kuuluu käsitteellistäminen (abstrahointi). Lopuksi yläkategorioista muodostetaan yhdistävä kategoria kaikkia yläkategorioita kuvaten. (Axelin ym. 2016, 87.)

Tietokantahakuihin käytettiin tutkimuskysymyksestä muodostuneiden keskeisten käsitteiden mukaisia hakusanoja (Stolt ym. 2016, 25-27). Kirjallisuuskatsauksen valikoitua tutkimustietoa on tarkasteltu ja käsitelty kriittisesti. Tutkimustulos on luotu lähdemateriaalin tarkastelun ja tulosten esittelyn perusteella. (liite 4). (Jyväskylän yliopisto i.a.)

8 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Terveys- ja sosiaalihuollon kuluista noin 10 % aiheutuu potilaan vajaaravitsemuksesta. Suomalaisen sairaalapotilaiden keskuudessa vajaaravitsemustila ja vajaaravitsemusriski ovat yleisiä, minkä vuoksi niiden tunnistaminen ja hoitaminen on tärkeää. Väestöä ikääntyy jatkuvasti suuri määrä ja sairaaloissa potilasmateriaali koostuu vaikeasti sairaista. Sairauden aikana elimistön ravintoaineiden ja energian tarve kasvaa entisestään, minkä vuoksi tulee huomioida, että vajaaravitsemus voi johtua ruokahaluttomuudesta eikä pelkästään sairaudesta. (Pihlajmäki, Gylling & Schwab 2012, 1.)

Aineistossa erottuu erityisesti tehostetun ravitsemushoidon positiiviset kustannustaloudelliset vaikutukset sairaalapotilaan hoidossa. Ravitsemushoidon tehostamisen myötä hoitoennuste paranee, jolloin hoitajakso lyhenee ja kustannukset vähenevät. Sairaanhoitajien jatkuva kouluttautuminen ja moniammatillinen tiimityöskentely on tarpeellista. Vajaaravitsemuksen varhainen tunnistaminen, tehostetun ravitsemushoidon vaikuttavuuden arvioiminen ja sen kehittämistarpeet ovat hyvin tärkeitä.

8.1 Vajaaravitsemuspotilaan tunnistaminen psyykkisen tukemisen lähtökohtana

Ikääntyneille tulisi tehdä geriatrinen arviointi, jossa hoidon suunnittelemisen lähtökohtana määritellään psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen puolen toimintakyvyt sekä tunnistetaan osalueiden ongelmat. (Jämsen, Kerminen, Strandberg & Valvanne 2015.) Suominen (2012) mukaan ravitsemuksen heikentyminen tunnistetaan huonosti. Sairauksien lisääntyessä ja toimintakyvyn, avuntarpeen sekä terveydentilan laskiessa ravitsemustila heikkenee. Hyvään psyykkiseen vointiin oli yhteydessä syödyn ruuan määrä. Masennusta sairastavilla ravitsemustila taas oli heikentynyt. Sosioekonomisten erojen vaikutusta ravitsemukseen on tutkittu vain vähän. Yksilöllinen ravitsemushoidon suunnitelma ja toteutus perustuu arviointiin. Ikääntyneen ravinnonsaanti ja ruokatottumukset liittyvät ikään, asumismuotoon, koulutukseen ja sukupuoleen. (Suominen, Soini, Muurinen, Strandberg & Pitkälä, 2012.) Mäkelän (2015) poikkileikkaustutkimuksen mukaan ravitsemushoidon seuranta ja tiedonsiirto jatkohoitopaikkaan ovat tärkeä osa hoidon jatkuvuutta. Tehokkaan ravitsemushoidon toteuttaa yleensä ravitsemushoidon osaava kokenut sairaanhoitaja, joka osaa käsitellä vajaaravitsemusriskimittareita. MNA- menetelmä tunnistaa parhaiten iäkkään vajaaravitsemusriskin, koska huomioi henkisen hyvinvoinnin. Esimerkiksi muistisairaus vaikuttaa ravitsemustilaan heikentävästi, koska muistisairas ei muista syödä tarpeeksi.

Nykyinen ravinnonsaannin tehostaminen ei täsmää tätä eniten tarvitsevien potilaiden tarpeiden kanssa, minkä vuoksi ravinnon saantia tulee tehostaa entisestään.

(Mäkelä 2015.)

Aineiston perusteella on katsottu NRS 2002- vajaaravitsemusriskimittari soveltuvan käytettäväksi sairaalaolosuhteisiin. Riskimittari on helppokäyttöinen ja nopea, mikä helpottaa potilaan ravitsemustilan seuraamista painoindeksiin (BMI), painonlaskun, syödyn ruoan määrän sekä perussairauksien perusteella. Vajaaravitsemusriskin arvio tulee tehdä potilaalle viimeistään toisena sairaalassaolopäivänä. (Mäkelä 2015.) Jämsenin (2015) artikkelissa taas suositellaan käytettäväksi MNA- testin lyhyttä versiota. Sairaanhoitajien mukaan hyvä ravitsemus saadaan aikaan mukavalla ruokailuilmapiirillä, säännöllisellä painon seurannalla sekä täydennysravintovalmisteiden käytöllä. (Jämsen ym. 2015.) Nuotion (2019) mukaan ikääntyneiden eli yli 65-vuotiaiden vajaaravitsemuksen ja vajaaravitsemusriskin tunnistamiseksi on validoitu MNA- testi, jossa huomioidaan paremmin ikääntyneen psykologinen toimintakyky (Nuotio, Hartikainen & Nykänen 2019).

8.2 Sairaanhoitajan rooli ravitsemushoidon toteutumisessa

Vakavan sairauden aikana energian tarve lisääntyy. Potilaista osa on joko aliravittuja tai vajaaravitsemusriskissä olevia jo sairaalaan, minkä vuoksi hoitokäytäntöön tulee automaattisesti kuulua arvio vajaaravitsemusriskistä. Yhtenäiset ja toimivat käytännöt helpottavat ravitsemushoidon seurantaa ja toteutumista sekä vaikuttavuuden arviointia. (Mäkelä 2015, 34, 42.)

Ravitsemushoidon laatua seurataan arvioinnin, toteuttamisen ja vaikuttavuuden kehittämiseksi. Ravitsemushoidon toteutus tulee aina kirjata potilastietoihin. Aineiston mukaan sairaanhoitajien koulutuksella ja vuosittaisilla auditoinneilla voidaan saada merkittäviä tuloksia aikaan ravitsemushoidon kehittämisen kannalta. (Mäkelä 2015, 39-40, 42-43.) Sairaanhoitajien mukaan ravitsemushoitotyön ollessa kokonaisvastuullista, moniammatillista ja ohjauksellista myös omaisten huomiointi on tärkeää. Työnjako, työajat ja vastuukysymykset tekevät ravitsemustyöstä kuitenkin haastavaa. (Haaraniemi 2013, 39, 41; Jämsen ym. 2015.)

Vajaaravitun potilaan hoitoisuus sekä sairaalassaolopäivät lisääntyvät nostaen hoidon kustannuksia, joten on tärkeää taata onnistunut ravitsemushoito potilaalle sen ollessa osa palvelukokonaisuutta. Näin ollen hoitotuloksia ja kustannustehokkuutta voidaan parantaa täsmällisellä ja tehokkaalla ravitsemushoidolla. Aineiston perusteella nähdään, että ravitsemushoitoa tulee edelleen kehittää sekä tehostaa vajaaravitsemusriskipotilaiden varhaista tunnistamista. Kehitysehdotuksena on nostettu esille muun muassa moniammatillisen tiimityön tiivistäminen, vuosittaiset auditoinnit, hoitohenkilökunnan koulutus ja tiedon jakaminen ravitsemushoidosta. (Haaraniemi 2013, 19-20, 52.)

Avaamalla enemmän sairaalavakansseja ravitsemusterapeuteille mahdollistaa ravitsemushoidon hyödyntämisen entistä tehokkaammin. Palveluketjun jatkuvuus varmistetaan tehostetun ravitsemushoidon jatkuvuudella siirryttäessä jatkohoitopaikkaan tai kotiin. Vajaaravitsemustila heikentää hoitoennustetta, toimintakykyä, altistaa infektioille ja pidentää sairaalahoitojaksoa jopa 30-70 %. (Mäkelä 2015; Oksa & Siljamäki-Ojansuu 2014.)

8.3 Sairaanhoitajan rooli psyykkisessä tukemisessa

Lääkärilehden katsausartikkelissa tuotiin esille sitä, että vajaaravitsemuksen ehkäisy on kokonaisvaltaista ja kaikkien hoitohenkilöstöön kuuluvien vastuulla. Muistettava on, että myös omaiset ovat keskeisessä asemassa ravitsemushoitoa toteuttaessa. Huomioitavaa on tunnistaa potilaan psyykinen puoli, joka vaikuttaa syömisen onnistumiseen. Muistisairaat ja deliriumpotilaat tarvitsevat erityisen paljon avustusta. Muistisairaille mukava ruokailuhetki ja miellyttävä tila sekä maistuva ruoka ovat hyvin tärkeitä hyvinvoinnin lisääjiä. (Nuotio, Hartikainen & Nykänen 2019.) Varsinkin muistisairausdiagnoosin saaneet hyötyvät yksilöllisestä, räätälöidystä ravitsemusohjauksesta kuin ”samaa kaikille” ohjauksesta. Omaishoitajien tukeminen ja ohjaaminen parantaa hyvinvointia ja elämänlaatua. Neuvonta ja ohjaus vaikuttaa ruokavalioon parantaen sitä ja kaatumiset vähentyvät toimintakyvyn parantuessa (Jyväkorpi ym. 2020.) Muistin heikentyminen heikentää myös ravitsemustilaa ja näiden yhteys tulee tunnistaa. Pidemmälle edennyt muistin heikentyminen merkitsee myös useammin virheravitsemusta kuin lievä kognition lasku. (Tähtinen 2019.)

Lipponen (2014) tutkimuksessa kuvattiin potilasohjauksen toimintaedellytyksiä hoitohenkilökunnan arvioimana. Tarkastelussa oli tiedot, taidot ja asenne ohjausvalmiuteen, toiminta mahdollisuuksiin ja sen toteuttamiseen. Tutkimuksessa todettiin, että hoitohenkilöstön tiedot olivat keskitasoa niin erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Ohjausosaaminen on taloudellisesti merkittävää ja henkilöstön ammattitaidon ylläpito edellyttää koulutuksia, hoito-ohjeita ja suosituksia sekä toimivaa yhteistyötä. Sairaanhoidajan suoritukseen vaikuttaa hyvät vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaidot sekä positiivinen asenne. Ohjaustoiminnalle on hyvin käytettävissä materiaalia, tutkimustietoa ja kehittämismahdollisuuksia. Ohjaustoimintaa heikensi tilojen, välineistön ja ajan puuttuminen. (Lipponen 2014.)

9 Pohdinta

Aineistosta löytyi hyvin vähän materiaalia potilaan psyykkisen puolen huomiointiin ja sen tunnistamiseen ikääntyneiden vajaaravitsemuspotilaiden hoidossa. Psyykkisen puolen tunnistaminen ja sen huomioiminen liittyy koulutukseen ja osaava sairaanhoitaja tiedostaa ihmisessä olevan fyysinen, sosiaalinen ja psyykinen puoli, joita tulee tarkastella yksinään ja kokonaisuutena. Psyykkisen puolen ongelmien arvioiminen jokaisella ikääntyneellä potilaalla kuuluu sairaanhoitajan työhön. Lisäksi sairaanhoitajan ohjausosaamisella ja moniammatillisuudella on näissä tilanteissa suuri merkitys. Vajaaravitsemuksen syntyminen, sen ennaltaehkäisy ja hoito koostuu monesta eri osasta. Aineiston tarkastelussa nousi esiin hoitohenkilöstön koulutus, resurssit, tilan tunnistaminen, mittareiden käyttö ja käytänteet sekä sairaanhoitajan kokemus, ohjaamisosaaminen ja seuranta. Ikääntyvän toimintakyvyn laskuun vaikuttavat myös diagnosoidut ja diagnosoimattomat sairaudet. Suurimmaksi vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja seurantaan vaikuttavaksi asiaksi nostaisimme sairaanhoitajan roolin ja osaamisen, kuten sairauksien ja niiden vaikutusten tunnistaminen sekä ohjausosaamisessa tulee huomioida potilas yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti huomioiden elämäntavat ja psyykinen jaksaminen, tarvittaessa tulisi mukaan ottaa omaiset.

Aineistossa erottuu erityisesti tehostetun ravitsemushoidon positiiviset kustannustaloudelliset vaikutukset sairaalapotilaan hoidossa. Ravitsemushoidon tehostamisen myötä hoitoennuste paranee, jolloin hoitajakso lyhenee ja kustannukset vähenevät. Sairaanhoidajien jatkuva kouluttautuminen ja moniammatillinen tiimityöskentely on tarpeellista.

Vajaaravitsemuksen varhainen tunnistaminen, tehostetun ravitsemushoidon vaikuttavuuden arvioiminen ja sen kehittämistarpeet ovat hyvin tärkeitä.

9.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkastelu

Potilaan psyykkiseen hoitoon, sitoutumiseen ja motivaatioon vaikuttavat potilaan sisäiset ja ulkoiset tekijät kuten muistitoiminnot ja vuorovaikutuksen kokeminen (Ahonen ym. 2016, 41). Uuden oppimisen kannalta oppimistavoilla ja -valmiuksilla on vaikutusta (Kyngäs ym. 2007, 32). Elorannan ym. (2011) mukaan ohjausosaaminen on yksi keskeisimmistä menetelmistä hoitotyössä ja molemminpuolinen kunnioitus on vuorovaikutussuhteen perusta (Eloranta ym. 2011).

Sairaanhoitajan rooli ravitsemushoidon toteutumisessa sekä vajaaravitsemuksen tunnistaminen, riskin tiedostaminen ja siihen puuttuminen ajoissa on onnistuneen ravitsemushoidon tärkeä osa. (Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 109). Hoitohenkilökunnan osaaminen, ammattitaito ja ravitsemusohjaaminen on onnistuneen ravitsemushoidon taustalla (Aapro ym. 2008, 94-97). Ravitsemustilan seulonta, arviointi ja yksilöllinen ravitsemushoito ehkäisisi virheravitsemuksen syntymistä (Tähtinen 2019). Sairaanhoitaja voi tukea potilaan ravitsemustilan toteutumista eri hoitotyökeinoin esimerkiksi täyttämällä vajaaravitsemusriskin mittareiden huomioiden potilaan perussairauden ja sen aiheuttamat rajoitteet sekä tarkkailemalla potilaan suuta ja hampaistoa sopivien ruokien ja lisäravinteiden tarjoamiseksi. (Haaraniemi 2013, 69; Pihlajamäki, Gylling & Schwab 2012, 1.)

Vajaaravitsemusseuloista MNA- menetelmä on tarkoitettu ensisijaisesti kotona ja laitoksissa asuvien iäkkäiden, yli 65-vuotiaiden vajaaravitsemuksen ja vajaaravitsemusriskin seulontaan. (Aapro ym. 2008, 244-245.) Nuotion (2019) mukaan ikääntyneiden eli yli 65- vuotiaiden vajaaravitsemuksen ja vajaaravitsemusriskin tunnistamiseksi on validoitu MNA-testi, jossa huomioidaan paremmin ikääntyneen psykologinen toimintakyky (Nuotio, Hartikainen & Nykänen 2019). Aineiston perusteella on kuitenkin todettu, että NRS 2002- vajaaravitsemusriskimittari soveltuu parhaiten käytettäväksi sairaalaolosuhteisiin (Mäkelä 2015).

9.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Lainsäädäntö määrittää hyvän tieteellisen käytännön ohjeistuksen rajat. Tutkimuskysymyksen asettelu, tavoite ja aineiston koostaminen sekä tarkastelu ei saa loukata hyvää tieteellistä käytäntöä tai tiedeyhteisöä. Aineiston säilytystä ja esitystä koskevat samat periaatteet. Tutkimuksessa ja tulosten julkaisemisessa tulee noudattaa kriteereiden mukaisia ja eettisiä toimintatapoja kuten avoimuutta, rehellisyyttä ja huolellisuutta. Muiden tutkijoiden työt ja tulokset tulee ottaa asianmukaisesti huomioon. Viittaukset tulee tehdä niin että kunnia saavutuksista menee kyseisille henkilöille. Jokainen tutkija vastaa omasta toiminnastaan, hankituista luvista ja mahdollisesta eettisestä ennakoarvioinnista sekä siitä että noudattaa hyvän tieteellisen käytännön ohjeistuksia. Tutkijan merkitykselliset sidonnaisuudet tulee ilmoittaa tutkimusta tehtäessä tutkittaville ja tutkimuksen julkaisemisessa. (tutkimuseettinen toimikunta 2012, 8-9; Vilkkä 2014, 90-92.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on teorialähtöinen eikä tällöin työhön tarvittu työelämäedustajan mukaan tutkimuslupaa. Kirjallisuuskatsaus ei kohdistunut ryhmään tai henkilöihin eikä näin vaatinut vaitiolo- tai salassapitosopimusta. Opinnäytetyössä huomioitiin yksityisyys eikä työelämäedustajaa mainita tarkennetusti. Ennen aloitusta sovittiin työelämäedustajan kanssa työn oikeuksista ja siitä että opinnäytetyö tulee olemaan julkinen sekä työn täydet käyttämisen oikeudet annetaan työelämäedustajalle. Sidonnaisuuksia ei löytynyt HUS konserniin tai aiheeseen, joten asiaan oli neutraali lähestyminen.

Tutkimuksen reliabelius ja validius yhdessä muodostaa tutkimukselle luotettavuuden. Luotettavuutta voidaan arvioida uusinta otoksilla. Tutkimuskysymyksen määrittäminen tulee olla selkeä, jolloin sitä voidaan tutkia ja aineiston keräämiseksi on valittu sopiva tapa. Kommenttien kerääminen tutkimusaiheesta, teoreettisen viitekehyksen sisällöstä sekä tutkimuksen tuloksista kollegoilta ja ohjaajalta vähentää virheitä ja lisää luotettavuutta. (Vilka 2014, 152-154.)

Kirjallisuuskatsaus menetelmänä oli linjassa opinnäytetyön aiheen kanssa. Teoreettinen tausta kasattiin ajankohtaisesta ja näyttöön perustuvasta materiaalista. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arvioissa on käytetty ajantasaisia hoitotieteellisiä lähteitä, jotka korostavat merkitystään arvioissa. Katsauksessa on hyödynnetty vuoden 2011 jälkeen julkaistuja hoitotieteellisiä tutkielmia ja artikkeleita. Kirjallisuuskatsaus vastaa tutkimuskysymyksiin ja katsauksessa käytetyt artikkelit ja tutkielmat on alun perin hoitotieteiden asiantuntijoiden ja asiantuntijaryhmien käsialaa, tieto on vahvasti näyttöön perustuvaa. Luotettavuuden lisäämiseksi oli tutkimuskysymys muotoiltu mahdollisimman selkeäksi ja teoreettinen viitekehys eritelty mahdollisimman tarkasti kuvaamaan kysymyksen osa-alueita. Rehellisyys, huolellisuus ja luotettavuus näkyy raportoinnin kautta jokaisessa vaiheessa työtä selkeästi työvaiheiden auki kirjoittamisella. Tietokantahaut raportoitiin taulukkona, joka liitetty työhön mukaan, josta on helppo tarkistaa haetut sanat ja lähteet. Aineiston analysoinnissa noudatettiin valittua menetelmää huolellisesti sekä merkittiin alkuperäinen aineisto mahdollisimman tarkasti, jotta sen tarkastelu myöhemmin on mahdollista ja näin mahdollistetaan työn läpinäkyvyys.

Aihe on merkittävä nyt ja tulevaisuudessa sekä kohdistuu sairaanhoitajanrooliin ja osaamiseen. Opinnäytetyö toimii myös työelämän kehityksen pohjana. Opinnäytetyössä käytettiin Laurea ammattikorkeakoulun määrittämiä lähdeluettelo ja tekstiviite ohjeita asianmukaisesti. Opponijien ja ohjaajan kommentit auttoivat huomioimaan virheet ja tekemään tarvittavat korjaukset.

9.3 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotus

Vajaaravitsemusriskipotilaiden tunnistamisessa ja osastojen omissa käytännöissä on edelleen kehitettävää. Tarkasteltujen hoitotuloksien mukaan hoitokäytänteet tehostetusta vajaaravitsemushoidosta ja sen aloituksesta vaihtelevat hoitoyksiköstä riippuen. Syynä tähän on

yhtenäisten ja toimivien hoitokäytäntöjen puuttuminen. Sairaanhoidajan työnkuvaan kuuluu potilaiden suullinen ja kirjallinen ravitsemusohjaus. Potilaan sairaalahoitajakson aikana on tavoitteiden kannalta hyvä seurata ravitsemushoidon vaikuttavuutta ja muutoksia. Hoidon tulee myös jatkaa potilaan kotiuduttua tai siirtyessä jatkohoitopaikkaan. Haasteelliseksi ravitsemushoidon toteuttamisen näkökulmasta koetaan työajat, työjako sekä vastuukysymykset. Tulisi olla valtakunnallinen ja yhtenäinen ohjeistus ohjaukseen käytettävästä ajasta potilaskohteisesti sekä yhtenäinen potilasohje. Jatkotutkimusehdotus olisi tutkia sairaanhoidajan ohjaamisosaamisen vaikutusta, vajaaravitsemukseen ja vajaaravitsemusriskiin muistisairailta ja muita psyykkisiä sairauksia sairastavilla. Kuinka suuri merkitys sairaanhoidajan ohjaamisosaamisella olisi kokonaistilanteeseen ja mahdollisiin säästöihin hoitoaikojen lyhentyessä.

Lähteet

Painetut

Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. 1. painos. WSOY.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallqvist, T., 2016. Kliininen hoitotyö. 6. painos. Helsinki: Sanoma Pro

Arffman, S. Partanen, R. Peltonen, H. & Sinisalo, L. 2009 Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Publishing.

Axelin, A., Suhonen, R., Stolt, M. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto. Grano Oy.

Eloranta, T., Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Tammi

Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L., Hakala-Lahtinen, P. 2009. Ihmisen ravitsemus. Kuopio: WSOYpro Oy.

Heikkinen, E., Jyrkämä, J., Rantanen, T., 2013. Gerontologia. 3. painos. Helsinki: Duodecim

Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2018. Haavanhoidon Periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E., Renfors, T., 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY oppimateriaalit

Kyngäs, H., Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1) 5.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus dialoginen asiakastyö. Helsinki; Edita

Puranen, T., Suominen, M. 2012. Ikääntyneen ravitsemus - opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoitoon. Suomen Muistiasiantuntijat ry. Trinket Oy.

Puska, P(pj)., Hartikainen, T., Innanen, M., Lahti-Koski, M., Lamberg-Allardt, C., Manninen, M., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Särmlä, E., Tanhuanpää, M., Hakala, P., Husu-Kallio, J., Koskinen-Ollonqvist, P., Laitinen, J., Lemström, A., Marniemi, A., Ryytänen, S., Schwab, U., Söderström, M. & Virtanen, S. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki. Edita

Saarnio, J., Laatikainen, T. 2019. Vajaaravitsemus on sekä yksilön että yhteiskunnan ongelma. Lääkärilehti (20), 1239.

Sinisalo, L. 2015. Ravitsemus hoitotyössä. 2. painos. Keuruu: Edita.

Syväoja, P., Livanainen, A. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi. Medineuvo Oy.

Sähköiset

Bäcklund, M. & Mäkisalo, H. 2014. Parenteraalinen ravitsemus - lyhytaikainen ja pysyvä hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2014;130(21):2265-708. Viitattu 13.03.2022.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo11912>

Haaraniemi, E. 2013. Ravitsemushoidosta vastuussa olevien hoitajien kuvauksia ikääntyneiden ravitsemushoidosta ja sen kehittämisestä. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Viitattu 26.6.2022 <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20130280>

Hakala, P. 2012. Tietoa potilaalle: Ikääntyneiden ravitsemus. Duodecim. Viitattu 21.02.2022

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01086>

Hartikainen, S. 2002. Iäkkään monilääkitys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.

118(4):385-391. Viitattu 17.2.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo92787>

Honkala, S. 2019. Lääkkeiden vaikutukset suun terveyteen. Terveyskirjasto. Viitattu

19.2.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/trv00126>

HUS. 2022. Tukielin- ja plastiikkakirurgia. Viitattu 23.3.2022. [https://www.hus.fi/tietoa-](https://www.hus.fi/tietoa-meista/potilashoito-laatu-ja-potilasturvallisuus/tukielin-ja-plastiikkakirurgia#opetus-ja-tutkimus)

[meista/potilashoito-laatu-ja-potilasturvallisuus/tukielin-ja-plastiikkakirurgia#opetus-ja-tutkimus](https://www.hus.fi/tietoa-meista/potilashoito-laatu-ja-potilasturvallisuus/tukielin-ja-plastiikkakirurgia#opetus-ja-tutkimus)

Jyväskylä, S. 2016. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nu-

trient intake, diet quality and quality of life. Viitattu 25.8.2022 [https://helda.hel-](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160518/NUTRITIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[sinki.fi/bitstream/handle/10138/160518/NUTRITIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160518/NUTRITIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Jyväskylä S., Strandberg T., Urtamo A., Pitkälä K., Suominen M., Kokko K. & Heimonen S.

2020. Ikääntyneiden terveys, elämänlaatu, toimintakyky ja mielen hyvinvointi. Katsausartik-

keli. Gerontologia 4/2020, vol. 34, no. 4, s.339-344. Viitattu 20.5.2022 [https://journal.fi/ge-](https://journal.fi/gerontologia/article/view/99624/57593)

[rontologia/article/view/99624/57593](https://journal.fi/gerontologia/article/view/99624/57593)

Jyväskylän yliopisto. Kirjalliset suoritusmuodot. [https://www.jyu.fi/jsbe/fi/opiskelu/ohjeita-](https://www.jyu.fi/jsbe/fi/opiskelu/ohjeita-opiskelijalle/opiskelu/kirjalliset-suoritusmuodot#autotoc-item-autotoc-1)

[opiskelijalle/opiskelu/kirjalliset-suoritusmuodot#autotoc-item-autotoc-1](https://www.jyu.fi/jsbe/fi/opiskelu/ohjeita-opiskelijalle/opiskelu/kirjalliset-suoritusmuodot#autotoc-item-autotoc-1)

Jämsen E., Kerminen H., Strandberg T. & Valvanne J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei: Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Katsausartikkeli. Suomen lääkäri-lehti - Finlands läkartidning 2015, vol. 70, no. 14-15, s. 977-983. Viitattu 22.6.2022.

<https://www-laakarilehti-fi.nelli.laurea.fi/tieteessa/katsausartikkeli/kun-tauti-paranee-mutta-potilas-ei-sairaalahoitoon-liittyva-toimintakyvyn-heikentyminen/>

Küster, O., Fissler, P., Laptinskaja, D., Thurm, F., Scharpf, A., Woll, A., Kolassa, S., Kramer, A., Elbert, T., AF von Armin, C. & Kolassa, I-T. 2016. Cognitive change is more positively associated with an active lifestyle than with training interventions in older adults at risk of dementia: a controlled interventional clinical trial. Viitattu 7.9.2022 <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-016-1018-z.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. Viitattu 10.3.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lipponen K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset tutkimus. Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede; Medical Research Center; Oulun yliopistollinen sairaala. Viitattu 21.7.2022 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

MNA lomake. Ruokavirasto. 2022. Viitattu 24.8.2022. <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-finnish.pdf>

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Societas Gerontologica Fennica, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021. Viitattu 20.04.2022. Saatavilla internetissä: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>

Mursu, J., Jyrkkä, J. 2013. Hyvä ravitsemus tukee iäkkäiden lääkehoidon onnistumista. Fimea. Viitattu 19.2.2022. https://sic.fimea.fi/2_2013/hyva_ravitsemus_tukee_iakkaiden_laakehoidon_onnistumista

Must lomake. Ruokavirasto. 2022. Viitattu 24.8.2022. <https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ravitsemus-hoito/must.versio2.pdf>

Mäkelä, K. 2015. Vajaaravitsemuksen riskin tunnistaminen, hoito, hoidon seuranta ja tiedon siirto jatkohoitopaikkaan. Pro-gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Lääketieteen laitos. Kuopio. Viitattu 26.6.2022 http://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/15911/urn_nbn_fi_uef-20160134.pdf

Nuotio M., Hartikainen S., Nykänen I. 2019. Vanhuksen vajaaravitsemuksen arviointi, ehkäisy ja hoito. Katsausartikkeli. Suomen lääkäri-lehti - Finlands läkartidning 2019, vol. 74, no. 20, s. 1268-1272. (vaatii kirjautumisen) Viitattu 22.6.2022 <https://www-laakarilehti-fi.nelli.lau-rea.fi/tieteessa/katsausartikkeli/vanhuksen-vajaaravitsemuksen-arviointi-ehkaisy-ja-hoito/>

NRS2002. Ruokavirasto 2022. Viitattu 24.8.2022. https://www.ruokavirasto.fi/globalas-sets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ikaantyneet_ty-okalut/nrs2002-lomake_sahkoinen_bmi_skripti_final.pdf

Oksa, H. & Siljamäki-Ojansuu, U. 2014. Hyödynnä ravitsemushoito mahdollisuudet. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 26.6.2022 <https://www.duodecim-lehti.fi/duo11938>

Orell-Kotikangas, H., Antikainen, A. & Pihlajamäki, J. 2014. Sairaalapotilaan vajaaravitsemuksen havaitseminen ja hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2014;130(21):2231-8 Viitattu 12.2.2022 <https://www.duodecimlehti.fi/duo11941>

Pihlajamäki, J., Gylling, H. & Schwab, U. 2012. Vaikeasti sairaan ravitsemus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 26.6.2022 <https://www.duodecimlehti.fi/duo10481>

Pohjalainen, P. & Heimonen, S. 2009. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Ikäinstituutti. Viitattu 26.2.2022 https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait_1-2009-pdf.pdf

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T., Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim 2009;125(21):2351-9. Viitattu 12.3.2022 <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2009/21/duo98401>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus on? - Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Vaasa. Opetusjulkaisu 62. Viitattu 27.3.2022. https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012: 49 170-179. Viitattu 22.6.2022 https://www.gery.fi/site/assets/files/1317/ikaantyneiden_ruokatottumukset_ravinnonsaanti_ja_ravitsemustila_suomalaisissa_tutkimuksissa.pdf

Suominen, M. & Lehtisalo, J. 2020. Muistisairaus ja ravitsemus. Terveyskirjasto. Viitattu 20.4.2022 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01269#s4>

Suominen M., Soini H., Muurinen S., Strandberg T. & Pitkälä K. Ikäntyneiden ruokatottumukset, ravinnonsaanti ja ravitsemustila suomalaisissa tutkimuksissa. Katsausartikkeli, Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012: 49 170-179. Viitattu 22.6.2022

https://www.gery.fi/site/assets/files/1317/ikaantyneiden_ruokatottumukset_ravinnonsaanti_ja_ravitsemustila_suomalaisissa_tutkimuksissa.pdf

THL. 2020. Vireyttä seniorivuosiin - ikääntyneiden ruokasuositus. Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 19.2.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139415/THL_OHJ_4_2020_Vireytt%c3%a4%20seniorivuosiin_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Tilvis, R. & Viitanen, M. 2016. Hermoston ja aivojen vanheneminen. Oppiportti. Viitattu 17.2.2022. <https://www.oppiportti.fi/op/ger00203/do#T8>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 13.3.2022 https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tähtinen, K. 2019. Helsinkiläisten pitkäaikaishoidossa asuvien ikääntyneiden ravitsemustila, elämänlaatu ja ravitsemushoito. Pro Gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Lääketieteenlaitos. viitattu 23.6.2022 https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/20869/urn_nbn_fi_uef-20190548.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vilka, H. 2014. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki; Tammi. Viitattu 13.3.2022 <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Äijö, M. & Sirviö, K. 2019. Iäkkään ihmisen toimintakyvyn tarkastelu suun terveyden edistämisen näkökulmasta. Terveyskirjasto. Viitattu 20.2.2022 <https://www.terveyskirjasto.fi/trv00200>

Taulukot

Taulukko 1: Ravitsemussuositukset ikääntyneille (Puranen & Suominen 2012, 7).....	8
Taulukko 2: Enteraalisen ravitsemuksen käyttöaiheet ja vasta-aiheet (Sinisalo 2015, 109) ...	13
Taulukko 3. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	18
Taulukko 4: Tiedonhaku.....	19

Liitteet

Liite 1: MNA lomake	34
Liite 2: Must lomake	35
Liite 3: NRS 2002	36
Liite 4: Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja hoitotieteelliset artikkelit	37

Liite 1: MNA lomake

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

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

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

Seulonta	
A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia	<input type="checkbox"/>
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	<input type="checkbox"/>
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona	<input type="checkbox"/>
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>
F Painoindeksi eli (BMI) = paino kg / (pituus m)² 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23 3 = BMI on 23 tai enemmän	<input type="checkbox"/>
Seulonnan tulos (välisumma maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila 8-11 pistettä: Riski virheravitsemukselle kasvanut 0-7 pistettä: Virheravitsemus	
Perusteellisempaa arviointia varten jatka kysymyksiin G-R	
Arviointi	
G Asuuko haastatettava kotona 1 = kyllä 0 = ei	<input type="checkbox"/>
H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>
I Painehaavauomia tai muita haavoja iholla 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>
J Päivittävät lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit) 0 = 1 ateria 1 = 2 ateriaa 2 = 3 ateriaa	<input type="checkbox"/>
K Sisältääkö ruokavalio vähintään • yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä • kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) • lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä 0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastaus 0.5 = jos 2 kyllä-vastaus 1.0 = jos 3 kyllä-vastaus	kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia 0 = ei 1 = kyllä	<input type="checkbox"/>
M Päivittäinen nestejuonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu...) 0.0 = alle 3 lasillista 0.5 = 3-5 lasillista 1.0 = enemmän kuin 5 lasillista	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Ruokailu 0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 = syö itse ongelmitta	<input type="checkbox"/>
O Oma näkemys ravitsemustilasta 0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus 1 = on epävarma ravitsemustilastaan 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia	<input type="checkbox"/>
P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin 0.0 = ei yhtä hyvä 0.5 = ei tiedä 1.0 = yhtä hyvä 2.0 = parempi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm) 0.0 = OVY on alle 21 cm 0.5 = OVY on 21-22 cm 1.0 = OVY on yli 22 cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Pohkeen ympärysmitta (PYM cm) 0 = PYM on alle 31 cm 1 = PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>
Arviointi (maksimi 18 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Seulonta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ravitsemustilan arviointiasteikko	
24-30 pistettä	<input type="checkbox"/> Normaali ravitsemustila
17-23,5 pistettä	<input type="checkbox"/> Riski virheravitsemukselle kasvanut
alle 17 pistettä	<input type="checkbox"/> Virheravitsemus

Ref: Velaz S, Wilcox H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its history and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LL, Hanker JD, Selva A, Guigoz Y, Velaz S. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Port Mini Nutritional Assessment (MNA-SP). J Gerontol 2001;56A: M266-271.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-467.
© Société des Produits Nestlé SA, Vevey, Suisse, 2009.
© Société des Produits Nestlé SA, 1994, Revision 2009.
Enemmän tietoa löydät: www.mna-steinli.com -sivulta.

Liite 2: Must lomake

Liite 2. MUST-menetelmä vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa¹.

1. Painoindeksi	2. Laihtuminen	3. Akuutin sairauden vaikutus																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>BMI (kg/m²)</th> <th>Pisteet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>> 20</td> <td>= 0</td> </tr> <tr> <td>18.5-20.0</td> <td>= 1</td> </tr> <tr> <td>< 18.5</td> <td>= 2</td> </tr> </tbody> </table>	BMI (kg/m ²)	Pisteet	> 20	= 0	18.5-20.0	= 1	< 18.5	= 2	+	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Laihtuminen 3-6 kkn aikana</th> <th>Pisteet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 5 %</td> <td>= 0</td> </tr> <tr> <td>5-10 %</td> <td>= 1</td> </tr> <tr> <td>> 10 %</td> <td>= 2</td> </tr> </tbody> </table>	Laihtuminen 3-6 kkn aikana	Pisteet	< 5 %	= 0	5-10 %	= 1	> 10 %	= 2
BMI (kg/m ²)	Pisteet																	
> 20	= 0																	
18.5-20.0	= 1																	
< 18.5	= 2																	
Laihtuminen 3-6 kkn aikana	Pisteet																	
< 5 %	= 0																	
5-10 %	= 1																	
> 10 %	= 2																	
	+	<p>Lisää 2 pistettä, jos potilaan ravinnonsaanti on ollut tai tulee olemaan vähäistä tai jos potilas ei pysty syömään yli viiteen päivään.</p>																
Laske pisteet kohdista 1-3 yhteen																		
4. Vajaaravitsemusriskin arviointi																		
0 pistettä = vähäinen riski 1 piste = kohtalainen riski ≥ 2 pistettä = korkea riski																		
5. Jatkotoimenpiteet																		
<p>Vähäinen riski:</p> <p>Hoida tavanomaisesti.</p> <p>Toista seulontaa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • sairaalassa kerran viikossa • hoitolaitoksessa kerran kuussa • kotihoidossa kerran vuodessa. 	<p>Kohtalainen riski:</p> <p>Seuraa ja tilannetta.</p> <p>Seuraa potilaan ravinnon ja nesteen saantia kolmen päivän ajan. Jos saanti on riittämätöntä, noudata hoitoyksikön käytäntöä.</p> <p>Toista seulontaa</p> <ul style="list-style-type: none"> • sairaalassa kerran viikossa • hoitolaitoksessa vähintään kerran kuussa • kotihoidossa vähintään 2-3 kuukauden välein. 	<p>Suuri riski:</p> <p>Hoida¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsultoi ravitsemusterapeuttia tai -timiä tai hoida paikallisen hoitokäytännön mukaan. - Tehosta ravinnonsaantia energia- ja proteiinipitoisen ruoan ja kliinisten ravintovalmisteiden avulla. - Seuraa ja päivitä potilaan ravitsemushoitosuunnitelmaa <ul style="list-style-type: none"> • sairaalassa kerran viikossa • hoitolaitoksessa kerran kuussa • kotihoidossa kerran kuussa. <p>¹ Ota ravitsemushoidon toteuttamisesta huomioon potilaan ensisij.</p>																
<p>Kaikkissa vajaaravitsemuksen riskiluokissa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoida laustalla olevaa sairautta. Ohjaa ja auta tarvittaessa ruokien valinnassa ja ruokailussa. - Kirjaa vajaaravitsemuksen riskin suuruus ja tarvittava ruokavalio. - Kirjaa lihavuuden aste. Arvioi laihtumisen tarvetta ja ajankohtaa. 																		

¹ Mukailtu Eltan (2003) julkatsusta.

Liite 3: NRS 2002

NRS 2002 -menetelmä vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa¹

Päiväys _____

POTILAAN PERUSTIEDOT				
Potilaan nimi				Henkilötunnus
Pituus (cm)	Nykypaino (kg)	<input type="checkbox"/> punnitus	<input type="checkbox"/> ilmoitus	Painoindeksi BMI (kg/m ²)
				Paino (1-2) 3 kk sitten kg

1 ARVIO RAVITSEMUSTILASTA

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

2 SAIRAUDEN VAIKEUSASTE RAVITSEMUSTILANTEEN KANNALTA

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	3 pistettä	Pisteet
Valkeusaste	Normaali tilanne	Lievä	Kohtalainen	Vakava	
		<ul style="list-style-type: none"> • heikentyneestä yleiskunnosta huolimatta jatkolla oleva potilas • kroonisesti sairas potilas, jolla akuutti komplikaatio • krooninen haava alle 25 cm², painohaava II aste • dialyysihoidto • paikallinen syöpä • lonkkamurtuma, reisivuon murtuma • krooninen keuhkosairaus esim. COPD vakaa vaiheessa • maksalirrosti vakaa vaiheessa • pienkirurgia tulossa tai vastikään tehty • Parkinsonin tauti, MS-tauti, motonaaurintautti kuten ALS • multissairaus 	<ul style="list-style-type: none"> • vuodopotilas • useita vaikeita kroonista sairauksia, monivamma • oastehoitoa vaativa kroonisen sairauden pahenemisvaihe • äskettäinen tai suunniteltu laaja leikkaus, toistuvat leikkaukset • nielontshäiriö • levittynyt syöpä, hematologinen syöpä • vaikea suoliston tulehdussairaus • äskettäinen avohalvaus • vaikea tulehdus, vaikea keuhkokuume • palovamma 20-30 % • painohaava III-IV aste, krooninen haava yli 25 cm² • hengityshoidtoa tarvitseva potilas • vaikea spastisuus ja pakkoliikkeet kuten vaikea Parkinsonin tauti 	<ul style="list-style-type: none"> • tahohoidto • hyvin laaja leikkaus, tulossa lähtökona tai akuutti postoperatiivinen tila • pään alueen vamma • kantasolusairto 	
Merkitse tähän tilanteen mukainen suurin pistemäärä (0-3).					

3 JOS IKÄ ON 70 VUOTTA TAI YLI LISÄÄ YKSI PISTE

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

SEULONNAN TULOS JA TOIMENPITEET ERI RISKILUOKISSA

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

¹ Jens Kondrup on hyväksynyt 25.2.2010 Tampereen yliopistollisen sairaalan alkuperäisestä NRS-2002 -lomakkeesta muokkaaman version käytettäväksi NRS-2002 -menetelmänä. Kela ja THL. Kansallinen koodistopalvelu (<https://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=2483&versionKey=2763>).

Liite 4: Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja hoitotieteelliset artikkelit

Tutkimus ja tekijä	Ravitsemushoidosta vastuussa olevienhoitajien kuvauksia ikääntyneiden ravitsemushoidosta ja sen kehittämisestä. Haaraniemi, Eila	Potilasohjauksen toimintaedellytykset Lipponen, Kaija	Vajaaravitsemuksen riskin tunnistaminen, hoito, hoidon seuranta ja tiedonsiirto jatkohoitopaikkaan. Mäkelä, Katja
Tutkimus julkaistu	Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos 2013 Kuopion yliopiston kirjasto	Oulun yliopisto, 2014 Medic tietokanta	Itä-Suomen yliopisto, lääketieteen laitos 2015 Medic-tietokanta
Teemat	Ravitsemushoidon toteutus ja kehityshaasteet	Potilasohjauksen edellytykset ja henkilöstön kokemukset ohjauksen kehittämisestä.	Vajaaravitsemusriski potilaiden tunnistaminen ja hoitaminen sairaalassa. Ravitsemushoidon seurannan toteutuminen
Tutkittavat	Teema- ja yksilöhaastattelu tutkimukseen osallistui 15 aluesairaalan sairaanhoitajaa.	Aineistoa kerättiin hoitohenkilöstöltä kirurgiselta puolelta vuonna 2003 (n=203) ja perusterveydenhuollon puolelta vuonna 2006 (n=377)	Tutkimukseen osallistui 82 sairaalaoastan potilasta.
Menetelmät	Haastattelun tulokset analysoitu laadullisesti sisältöanalyysillä aineistokohtaisesti	Kolmesta osatutkimuksesta koostuva tutkimus. Strukturoitu kyselylomake, joka analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.	Poikkileikkaustutkimus (potilashaastattelut ja potilastietojärjestelmät), Tulokset analysoitu SPSS menetelmällä tilastollisesti
Päätelmät	Ravitsemushoito ja sen vaikuttavuus ovat tiedossa hoitohenkilökunnalla. Ravitsemushoitoa tulisi vahvasti kehittää eteenpäin esimerkiksi koulutuksilla ja yhteistyön tiivistämisellä	Hoitohenkilöstö koki ohjauksen olevan potilaslähtöistä, mutta enemmän huomiota tulisi kiinnittää ohjausmenetelmien monipuoliseen käyttöön. Kehittämistä olisi tilojen, käytettävän ajan ja välineistön osalta.	Ravitsemushoidon toteutusta tulisi tehostaa vajaaravitsemusriskin arviointi on edelleen puutteellista hoitohenkilökunnan taholta. Tätä tulisi kehittää esimerkiksi koulutuksilla.
Tutkimus ja tekijä	Helsinkiäisten pitkäaikaishoidossa asuvien ikääntyneiden ravitsemustila, elämänlaatu ja ravitsemushoito Tähtinen, Kitta		
Tutkimus julkaistu	Itä-Suomen yliopisto Terveystieteiden tiedekunta, Lääketieteen laitos, Kansanterveystiede ja kliininen ravitsemustiede 2019, Medic tietokanta		
Teemat	Virheravitsemuksen yleisyys pitkäaikaishoidon asukkailla, Saatua ravitsemushoitoa ja näiden yhteys.		
Tutkittavat	Yli 65vuotiaat pysyvästi helsinkiläisissä ympärivuorokautisissa hoitopaikoissa asuvat (n=2417)		
Menetelmät	Strukturoitu kysymyslomake, hoitaja arvioinnit, sairaskertomukset, MNA ja MMSE testit. Tulokset analysoitu SPSS menetelmällä tilastollisesti.		
Päätelmät	Muistisairaudet ja muistitoiminnan heikentyminen on yhteydessä ravitsemustilaan heikentäen sitä. Ravitsemustilan seulonta, arviointi ja yksilöllinen ravitsemushoito ehkäisisi virheravitsemuksen syntymistä.		

Tieteellinen artikkeli ja tekijät	Vaikeasti sairaan ravitsemus Pihlajamäki, Gylling & Schwab 2012.	Hyödynnä ravitsemushoidon mahdollisuudet Oksa & Siljamäki Ojansuu 2014	Vanhuksen vajaaravitsemuksen arviointi, ehkäisy ja hoito Nuotio Maria, Hartikainen Sirpa, Nykänen Irma
Artikkeli julkaistu	Terveysportti/Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2012.	Terveysportti/Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2014.	Suomen lääkärilehti - Finlands läkartidning 2019, vol. 74, no. 20, s. 1268-1272
Kieli	Suomi	Suomi	Suomi
Artikkelin pääteemat	Ravitsemushoidon seuranta vakavasti sairailla potilailla	Vajaaravitsemustila vaikuttaa hoitoennusteeseen ja hidastaa toipumista	Vajaaravitsemus on vanhuksilla yleistä sairaaloissa ja pitkäaikashoidossa. Validoituna mittarina käytetään MNA:ta. Arvioinnin tulisi olla kokonaisvaltaista. Ravitsemusneuvonta ja ravitsemushoito.
Ravitsemushoidon haasteet	Syömisvaikeudet, ravitsemustilan arviointi	Todettu vajaaravitsemus voi pidentää sairaalassaoloaika 30-70 %	Vanhusten syömishäiriöt liittyvät akuutin sairauden yhteydessä. Fyysiset ja psyykkiset sairaudet, monilääkitys sekä muita ikääntymiseen liittyviä asioita.
Päätelmät	Ravinnon tarve on suurentunut sairauden aikana, joten syömisvaikeuksiin tulee reagoida ajoissa	Ravitsemusterapeutteja tulisi olla lisää. Ravitsemushoidon mahdollisuudet tulisi hyödyntää tehokkaammin	Vajaaravitsemusta ehkäisemällä toimintakyky paranee. Seulonnoilla ja ravitsemusneuvonnalla ravitsemus tilanne parantuu. Ravitsemuksen seuranta kuuluu kaikille.
Katsausartikkelit ja tekijät	Kun tauti paranee, mutta potilas ei: sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen Jämsen Esa, Kerminen Hanna, Strandberg Timo, Valvanne Jaakko	Ikääntyneiden ruokatottumukset, ravinnonsaanti ja vajaaravitsemustila suomalaisissa tutkimuksissa Suominen Merja, Soini Helena, Muurinen Seija Strandberg Timo, Pitkälä Kaisu	Ikääntyneiden terveys, elämäntila, toimintakyky ja mielen hyvinvointi Jyväkorpi Satu, Strandberg Timo, Urtamo Annele, Pitkälä Kaisu, Suominen Merja, Kokko Katja, Heimonen Sirkkaliisa
Artikkeli julkaistu	Suomen lääkärilehti - Finlands läkartidning 2015, vol. 70, no. 14-15, s. 977-983	Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012: 49 s.170-179	Gerontologia 4/2020, vol. 34, no. 4, s.339-344
Kieli	Suomi	Suomi	Suomi
Artikkelin pääteemat	Sairaalahoitoon aikana vanhus menettää toimintakykyään ja kuolleisuus nousee vuodessa yli 30 %. Toimintakyvyn laskuun vaikuttaa myös vajaaravitsemus ja masennus. Toimintakyvyn heikentymisen tunnistaminen ja sen ennaltaehkäisy.	Ravitsemus ja toimintakyky liittyvät toisiinsa. Ikääntyneen ravinnonsaanti ja ruokatottumukset ikään, asumismuotoon, koulutukseen ja sukupuoleen liittyen. Ravitsemukseen liittyvät erityishaasteet	Ikääntyvän toimintakyvyn lasku ja siitä johtuvat tilat kuten gerastenia, sarkopenia ja kognitiivinen heikentyminen. Riskitekijänä virheravitsemus ja proteiinien, hivenaineiden sekä vitamiinien vähäinen saanti. Myös vähentynyt liikunta on yksi riskitekijä.
Päätelmät	Vajaaravitsemus on yksi riskitekijöistä, joka vaikuttaa sairaalahoitoon tapahtuvaan toimintakyvyn laskuun. Mm. Vajaaravitsemus jää usein huomaamatta, ellei asiaan kiinnitä erityisesti huomiota. MNA testiä tulisi käyttää vajaaravitsemuksen tunnistamiseksi.	Ravitsemuksen heikentyminen tunnistetaan huonosti. Sosioekonomisten erojen vaikutusta ravitsemukseen on tutkittu vain vähän. Yksilöllinen ravitsemushoidon suunnitelma ja toteutus perustuu arviointiin.	Sairaalahoitojaksojen ja pitkäaikashoidon tarve vähentyvät moniammatillisen arvioinnin ja tukitoimien toteutuksen seurauksena. Ennaltaehkäisy on kustannustehokasta ja elämäntilan parantua muuttavat toimenpiteet vähentyvät.