

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Susa Pursiainen
Satu Salmela

LÄHIHOITAJIEN KOKEMUKSIA KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN
RAVITSEMUKSEN TOTEUTTAMISESTA JOENSUUN
KAUPUNGIN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON
YHTEISTOIMINTA-ALUEELLA

Opinnäytetyö
Tammikuu 2017



OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2017
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät
Susa Pursiainen, Satu Salmela

Nimeke
Lähihoitajien kokemuksia kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen toteuttamisesta Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueella

Toimeksiantaja
Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen hoito- ja hoivapalvelut, kotihoito

Tiivistelmä

Suomessa asuvien elinajanodote on viime vuosikymmeninä kohonnut. Ikääntymisen mukanaan tuomat fysiologiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset voivat vaikuttaa toimintakykyä alentavasti, jolloin tuen tarve päivittäisissä toiminnoissa lisääntyy. Ensisijainen tuen ja hoivan muoto on kotiin järjestettävä hoito. Jos kriteerit täyttyvät, kunnan on järjestettävä asianmukaista kotihoitoa. Ikääntymisen tuomat muutokset vaikuttavat ravitsemuksen toteutukseen, mikä on huomioitava myös kotihoidossa.

Tämä opinnäytetyö tehtiin Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen hoito- ja hoivapalvelujen kotihoidon toimeksiantona. Opinnäytetyön tarkoituksena oli laadullisin menetelmin kerätä tietoa kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen toteuttamisesta lähihoitajien näkökulmasta. Aineisto hankittiin teemahaastatteluina viidestä eri kotihoidon yksiköstä Joensuun alueella. Haastatteluihin osallistui kuusi lähihoitajaa. Haastatteluaineistot käsiteltiin sisällönanalyysia käyttäen.

Ikääntymisen mukanaan tuomat muutokset aiheuttavat haasteita ja vaikuttavat ravitsemuksen toteutukseen kotihoidon asiakkailla. Lähihoitajien ammattitaito ja ravitsemuksen toteutukseen liittyvä tieto ovat tärkeä osa asiakkaan onnistunutta hoitoa. Opinnäytetyön tuloksien pohjalta kotihoidon toimintaa ja lähihoitajien koulutusta aiheeseen liittyen voidaan kehittää. Jatkotutkimusaiheena voisi tutkia kotihoidon asiakkaiden omia kokemuksia heidän ravitsemuksensa toteutumisesta.

Kieli
suomi

Sivuja 50
Liitteet 7
Liitesivumäärä 11

Asiasanat
kotihoito, ravitsemus, iäkäs



THESIS
January 2017
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Authors

Susa Pursiainen, Satu Salmela

Title

Experiences of Practical Nurses on Implementation of Nutrition Among Home Care Clients Within Joensuu City Social and Health Care Co-operation District

Commissioned by

Care Services within Joensuu City Social and Health Care Co-operation District, Home Care

Abstract

The life expectancy of the population has increased in Finland during the last decades. Aging-related physiological, psychological and social changes may deteriorate functional ability. The primary form of support and the care for older people is home care. If the client meets the criteria, the municipality must arrange appropriate home care. The changes caused by aging affect the implementation of nutrition, which should also be noticed in the provision of home care.

This qualitative thesis was commissioned by Home Care Services within Joensuu City Social and Health Care Co-operation District. The purpose of the thesis was to collect information from the perspective of practical nurses on the implementation of nutrition among home care clients. Data was gathered through focused interviews in five home care offices in Joensuu. Six practical nurses participated in the interviews. The recorded interviews were analysed by using a content analysis method.

The aging-related changes cause challenges and affect the implementation of nutrition among home care clients. Knowledge related to the implementation of nutrition and the skills of practical nurses are an important part of successful home care. Based on the results of the thesis, further education could be arranged for practical nurses. The results could be used to develop home care. Further studies could explore the implementation of nutrition from the perspective of home care clients.

Language
Finnish

Pages 50
Appendices 7
Pages of Appendices 11

Keywords

home care, nutrition, older people

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Kotihoito	6
2.1	Kotihoito ja sen tehtävät	6
2.2	Kotihoito ja sen asiakkaat Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueella	7
2.3	Kotihoidon asiakkaiden tuen tarve ravitsemukseen liittyen	7
3	Ravitsemus osana kokonaisvaltaista hoitoa	8
3.1	lääkkäiden ravinnontarve ja ravitsemuksen erityispiirteet	8
3.2	Ravitsemukseen liittyviä suosituksia Suomessa	9
3.3	Kotihoidon asiakkaiden hyvän ravitsemuksen tavoitteet	12
3.4	Ravitsemushoito	13
3.5	Ikääntyneiden asiakkaiden ravitsemustilan ongelmat	14
4	Ravitsemustilan arviointi ja seuranta	17
4.1	Hoitajan rooli kotihoidon asiakkaan ravitsemuksen seurannassa ja toteutuksessa	17
4.2	lääkkään ravitsemusongelmien tunnistaminen ja ehkäisy	18
4.3	Ravitsemushoidon laadun kehittäminen	20
5	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	21
6	Opinnäytetyön toteutus	22
6.1	Kvalitatiivinen tutkimus	22
6.2	Teemahaastattelu tutkimusmenetelmänä	23
6.3	Kohderyhmä ja aineiston hankinta	24
6.4	Aineiston käsittely ja analyysi	26
7	Tutkimuksen tulokset	27
7.1	Asiakkaiden ravitsemustilan seuranta ja ongelmat	27
7.2	Lähihoitajan rooli ravitsemuksen toteuttajana kotihoidossa	30
7.3	Asiakkaan ravitsemuksen arviointiin vaikuttavat tekijät	32
7.4	Ravitsemuksen toteuttamiseen liittyviä haasteita kotihoidossa	34
8	Pohdinta	38
8.1	Tulosten tarkastelu	38
8.2	Johtopäätökset	41
8.3	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	42
8.4	Oppimisprosessi	45
8.5	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	46
	Lähteet	48

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Tutkimuslupa
Liite 3	Viranhaltijapäätös
Liite 4	Saatekirje
Liite 5	Suostumus haastatteluun osallistumisesta
Liite 6	Haastattelurunko
Liite 7	Analysointikaavio

1 Johdanto

Suomessa elävien elinajanodote on kohonnut tasaisesti viime vuosikymmeninä. Vuonna 2013 arvioitiin miesten elinajanodotteeksi 77,8 vuotta, kun naisilla vastaava luku oli 83,3 vuotta (Tilastokeskus 2016). Kotona pitkään selvitäkseen monet iäkkäät tarvitsevat asumisensa tueksi erilaisia kunnan järjestämiä palveluja (Aldén-Nieminen, Männistö, Laitalainen, Prättälä & Suominen 2009, 10). Kunnan tehtäviin kuuluu asianmukaisen kotihoidon järjestäminen sitä tarvitseville (Sosiaalihuoltolaki. 1301/2014, 14.§). Kotihoidon sisältö määritellään jokaiselle asiakkaalle yksilöllisesti huomioiden asiakkaan tarpeet ja toimintakyky. Näin ollen kotihoidon rooli asiakkaan ravitsemuksen toteutuksessa ja tarkkailussa vaihtelee. (Pesonen & Rieppo 2013, 2.) Vuonna 2012 laadittu laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveta (980/2012) määrittää 10. pykälässä vanhustenhoitoon liittyvästä asiantunte- muksesta. Pykälän mukaan kunnalla tulee olla käytettävissä erityisosaamista muun muassa lääkehoidon ja geriatrian ohella myös ravitsemuksesta. On todet- tu, että hyvän ravitsemuksellisen tilan ylläpidolla on elämänlaatua parantava ja toimintakykyä tukeva sekä tiettyjen sairauksien etenemistä hidastava vaikutus. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 155). Kotihoidon hoitajien tehtäviin kuuluu tarkkailla asiakkaiden ravitsemustilaa ja ravitsemuksen toteutumista (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 202).

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveydenhuol- lon yhteistoiminta-alueen hoito- ja hoivapalvelujen kotihoidon toimeksiantona. Opinnäytetyön aiheena on lähihoitajien kokemuksia Joensuun kotihoidon asiak- kaiden ravitsemuksen toteuttamisesta. Haastattelu on rajattu lähihoitajiin, koska asiakkaiden kanssa päivittäin työskennellessään he näkevät tilanteen läheltä, tietävät kuinka hoito toteutuu ravitsemuksen osalta ja huomaavat ravitsemusti- lassa tapahtumat muutokset nopeasti. Aihe valittiin, koska se on sairaanhoitajan työssä hyödyllinen ja toimeksiantajalle ajankohtainen. Opinnäytetyö kirjoitettiin vuoden 2016 aikana ennen Siun soten eli Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystal- velujen kuntayhtymän voimaantuloa.

2 Kotihoito

2.1 Kotihoito ja sen tehtävät

Kunnan tehtävänä on järjestää sosiaalihoitolain mukaista kotipalvelua ja kotihoitoa (1301/2014, 14.§). Kotipalvelu ja kotisairaanhoido muodostavat yhdessä kokonaisuuden, jota kutsutaan kotihoidoksi. Sosiaalihoitolain mukaan kotipalvelu on tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsevat tukea alentuneen toimintakyvyn, kuten sairauden tai erityisen perhe- tai elämäntilanteen takia. Kotipalvelun lisäksi on mahdollista saada erilaisia tukipalveluja, kuten ateria- ja siivouspalveluja (19.–20. §.) Kotisairaanhoido tarkoittaa terveyden- ja sairaanhoido, joka tapahtuu palvelua tarvitsevan henkilön kodissa tai kotiin verrattavassa ympäristössä (Terveydenhoitolaki 1326/2010, 25.§). Säännöllisen kotihoidon piiriin kuuluvalta asiakkaalta voidaan periä kuukausimaksua, joka määräytyy hänen maksukyvykkynsä ja tarvitsemiensa palvelujen mukaan. Tilapäisestä kotihoidosta voidaan periä kunnan määrittämä kertamaksu. (Asetus sosiaali- ja terveydenhoitolon asiakasmaksuista 912/1992, 3.§)

Ensisijainen paikka iäkkään hoidon toteutukselle on hänen kotinsa. Tässä opinäytetyössä iäkkäällä tarkoitetaan henkilöä, jonka toimintakyky on alentunut iän mukanaan tuomien muutosten myötä. Kunnan on tarjottava palveluja, jotka edistävät kotona selviytymistä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. 14. §.) Kotihoidon tehtävänä on tukea iäkkäiden ja pitkäaikaissairaiden kotona asumista. Kotihoitopalvelun sisältö arvioidaan jokaisen asiakkaan kohdalla yksilöllisesti. Palvelutarpeen pohjalta tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa palvelun tarve määritellään jokaiselle henkilökohtaisesti. (Karukannas & Pesonen 2016, 2, 4.) Kotihoidon ja sen palvelujen lainsäädännöllisestä puolesta on vastuussa sosiaali- ja terveysministeriö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016).

2.2 Kotihoito ja sen asiakkaat Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueella

Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen hoito- ja hoivapalvelujen järjestämä kotihoito jakautuu useaan alueeseen, jotka ovat Keskusta-alue, Pohjoinen keskusta, Rantakylä-Karsikko, Niinivaara, Kontiolahti, Vaarat-Pyhäselkä, Eno sekä Outokumpu (Joensuun kaupunki 2016a). Kotihoidon palvelujen asiakkaista suurin osa on yli 75-vuotiaita. Kotihoidon tarjoamat palvelut on suunnattu lähtökohtaisesti iäkkäille, pitkäaikais- ja monisairaille, sekä muistiin liittyvistä ongelmista kärsiville henkilöille, joiden kotona selviytyminen on edellä mainituista syistä heikentynyt. Muita kotihoidon palveluja käyttäviä ryhmiä ovat sairaalasta kotiutuvat, vammaiset henkilöt ja sotainvalidit. (Karukannas & Pesonen 2016, 2–3.) Vuoden 2017 alusta lähtien Joensuun kaupungille kuuluneet sosiaali- ja terveystalvet kuten kotihoidopalvelut ja asumispalvelut tuottaa Siun sote, eli Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä (Joensuun kaupunki 2016c; Siun sote 2017).

Säännöllisen kotihoidon piiriin tuleville asiakkaille tehdään yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa kuvataan asiakkaan toimintakykyä sekä hoidossa käytettäviä auttamismenetelmiä. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta käyvät ilmi hoidon tavoitteet ja arviointi sekä asiakkaan omat näkemykset tarvitsemastaan hoidosta. Kotihoitoa toteutetaan kunkin asiakkaan kohdalla yksilöllisesti niin, että toiminta perustuu hoito- ja palvelusuunnitelmaan, jota päivitetään säännöllisesti kolmen kuukauden välein, sekä aina avun tarpeen muuttuessa. (Karukannas & Pesonen 2016, 4.)

2.3 Kotihoidon asiakkaiden tuen tarve ravitsemukseen liittyen

Kotihoidon palveluun kuuluvat ravitsemukseen liittyvät osa-alueet määritellään jokaiselle yksilöllisesti, asiakkaan toimintakyky huomioiden. Kotihoidon työntekijät tarjoavat apua aterioiden lämmittämisessä sekä aamu-, väli- ja iltapalan valmistamisessa, mikäli asiakas ei pysty näistä asioista itsenäisesti huolehtimaan. Jos asiakas ei pysty omatoimisesti hoitamaan ruokaostoksiaan, avustaa kotihoidon työntekijä kauppatilauksen tekemisessä korkeintaan kahdesti viikossa.

Asiakkaita ohjataan ja neuvotaan monipuoliseen ruokavalioon sekä energian- ja nesteensaantiin liittyvissä asioissa. Asiakkaan ravitsemustilaa seurataan MNA -testin avulla vuosittain. (Pesonen & Rieppo 2013, 7.) MNA (Mini Nutritional Assessment) on testi, joka kartoittaa pisteytyksen avulla yli 65-vuotiaiden ravitsemustilaa ja virheravitsemuksen kasvanutta riskiä. Testillä saadaan arvioitua, onko iäkäs virhe- tai aliravitsemuksesta kärsivä, virheravitsemusriskissä oleva vai hyvän ravitsemustilan omaava. Kuitenkaan testin avulla ei pysty päättämään asiakkaan ruokavaliota tai ravintoaineiden saantia. (Lyyra, Pikkarainen & Tiilikainen 2007, 190–191.) MNA -testin ohella painoa tarkkaillaan tarvittaessa painonmittauksilla (Pesonen & Rieppo 2013, 7).

Kotihoidon asiakkailla on mahdollisuus saada myös muita palveluja, jotka auttavat kotona selviytymisessä. Esimerkkinä tällaisista tukipalveluista ovat ateriapalvelu sekä kaupassakäyntiin ja muuhun asiointiin liittyvät palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Ateriapalvelu kuljettaa aterian asiakkaan kotiin. Yksi kotiin kuljetettu ateria sisältää lämmitettävän ruoan, salaatin sekä jälkiruuan. Asiakkaan erityistarpeet huomioidaan ja esimerkiksi ruoan rakenteeseen on mahdollista vaikuttaa. (Joensuun kaupunki 2016b.) Arvion ateriapalvelun saamiseksi tekee sairaanhoitaja tai sosiaalipalveluohjaaja. Arviossa kartoitetaan ateriapalvelua hakevan asiakkaan toimintakykyä. (Joensuun kaupunki 2015.)

Joensuun kaupunki tekee asiakastyytyväisyyskyselyjä tuottamiensa hoito- ja hoivapalvelujen laadusta säännöllisen kotihoidon piiriin kuuluville asiakkaille, heidän omaisilleen sekä hoitohenkilökunnalle. Vuosien 2015–2016 vaihteessa tehtyyn laatukselyyn lisättiin ensimmäistä kertaa mukaan myös ravitsemusta käsittelevä osio. (Pesonen 2015.)

3 Ravitsemus osana kokonaisvaltaista hoitoa

3.1 Iäkkäiden ravinnontarve ja ravitsemuksen erityispiirteet

Iäkkäiden hyvään kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu hyvästä ravitsemustilasta huolehtiminen. Ikääntyessä ihmiselle tulee paljon fysiologisia, psyykkisiä ja so-

siaalisia muutoksia, jotka aiheuttavat haasteita ravitsemukseen liittyen. (Puranen & Suominen 2012, 5–8.) Ihmisen kehonkoostumus muuttuu, kun ikääntyessä elimistön nesteiden solu- ja lihasmassan määrä pienenee ja rasvakudoksen määrä kasvaa (Sinisalo 2015, 95–96). Amerikkalaisen 70–79 -vuotiaalle tehdyn tutkimuksen mukaan sekä miehet että naiset menettävät lihasmassaa ikääntyessään. Tutkimuksessa havaittiin käytettävissä olevan lihasvoiman vähenevän suhteessa nopeammin verrattuna lihasmassaan. (Goodpaster, Harris, Kritchevsky, Nevitt, Newman, Schwartz, Simonsick, Tylavsky, Visser & Won Park 2006, 106.) Ihmisen energiantarve vähenee jo varhaisesta keski-ikästä lähtien, kun perusaineenvaihdunnan taso laskee ja fyysinen aktiivisuus heikkenee (Lyyra ym. 2007, 187). Vaikka energiantarve vähenee, voi suojaravintoaineiden tarve kuitenkin lisääntyä ikääntymisen tuomien sairauksien ja runsaan lääkkeidenkäytön takia (Sinisalo 2015, 96). Huonojen ruokailutottumusten ennaltaehkäisy on tärkeää, koska häiriöitä esimerkiksi elektrolyyttitasapainossa on hankalaa korjata jälkeen päin (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 34).

Aliravitsemuksen riski kasvaa fysiologisten muutosten, sairauksien ja heikentyneen toimintakyvyn seurauksena (Puranen & Suominen 2012, 6–7). Iäkkään ruokahalua vähentävät myös maku- ja hajuaistin sekä ruokahalua säätelevän järjestelmän heikentyminen. Ruoansulatusentsyymien erityis heikkenee ja mahalaukku tyhjenee hitaammin. Myös ruoansulatuskanavan limakalvoilla ja lihaksissa tapahtuu muutoksia, kuten surkastumia, jotka voivat vaikuttaa imeytymiseen ja aiheuttaa ummetusta. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 196.) Siksi iäkkäiden ruokavaliossa olisi erityisen tärkeää kiinnittää huomiota ruoan monipuolisuuteen, kuidupitoisuuteen sekä hyvään laatuun ja makuun.

3.2 Ravitsemukseen liittyviä suosituksia Suomessa

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on laatinut suomalaisia ravitsemussuosituksia pohjoismaisten ravitsemussuositusten pohjalta vuosina 1987, 1998, 2005 ja 2014. Yleisten ravitsemussuositusten tarkoituksena on ohjata väestön ravitsemustottumuksia paremmaksi ja samalla edistää terveyttä. (Arffman, Partanen,

Peltonen & Sinisalo 2009, 62.) Ne sisältävät ravintoaineiden saantisuosituksia sekä suositeltavia ruokavaliintoja. Yleiset ravitsemussuositukset soveltuvat pääasiassa terveille ja fyysisesti kohtalaisen aktiivisille ihmisille ja ne antavat suuntaa terveellisestä ruokavaliosta. Yleisten ravitsemussuositusten lisäksi on laadittu myös tarkennettuja suosituksia eri väestöryhmille. (Sinisalo 2015, 67–68.) Vuonna 2010 Valtion ravitsemusneuvottelukunta on laatinut ensimmäiset kohdennetut valtakunnalliset ravitsemussuositukset ikääntyneelle väestölle. Ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa huomioidaan ikääntymisen aiheuttamia erityistarpeita esimerkiksi energia- ja suojaravintoaineiden osalta. Suosituksissa korostetaan myös ravitsemustilan, ruokailun ja ravinnon saannin yhteyttä ikääntyneiden terveydentilaan, toimintakykyyn ja hyvään elämänlaatuun. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 12.)

Ikääntyneiden ravitsemussuositusten tavoitteena on auttaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä tunnistamaan ikäihmisille ominaisia ravitsemukseen liittyviä erityispiirteitä sekä toteuttamaan tavoitteellista ravitsemushoitoa osana hyvää kokonaisvaltaista hoitoa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 155.) Keskeisiä tavoitteita ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa ovat tiedon lisääminen hoitohenkilöstölle iäkkäiden ravitsemuksen erityispiirteistä, käytäntöjen yhdenmukaistaminen, ravitsemustilan heikkenemisen tunnistaminen ajoissa sekä ravitsemushoidon toteuttaminen käytännön hoitotyössä toimipaikasta riippumatta. Tärkeitä aiheita suosituksissa ovat yksilöllisten tarpeiden huomioiminen, tarpeiden muuttumisen tunnistaminen, ravitsemuksen säännöllinen arviointi, ravintoaineiden riittävän saannin turvaaminen sekä yli 60-vuotiaille lisättävä säännöllinen D-vitamiinilisä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 8–9.) Ikääntyneille kohdennetuissa ravitsemussuosituksissa korostuu etenkin yksilöllisyyden huomioiminen. Koska ihmiset ovat ikääntyessään hyvin eri kuntoisia, ikääntyneiden ravitsemussuositukset on jaoteltu vielä neljään ryhmään toimintakyvyn mukaan. (Puranen & Suominen 2012, 8–9). Omat suosituksensa on hyväkuntoisille ikääntyneille, kotona asuville monisairaille ikääntyneille, kotihoidon asiakkaana oleville monisairaille ja toiminnanvajauksesta kärsiville sekä ympäri- vuorokautisessa hoidossa oleville ikääntyneille (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 10–11).

lökkäiden ateriarytmin tulisi olla säännöllinen ja suositeltava ruokailujen määrä olisi 4–6 ateriaa päivässä. lökkäät syövät usein pieniä annoksia, joten huomiota tulisi kiinnittää erityisesti ruoan energiatiheuteen. Tarvittaessa ruoan energiatheyttä lisätään rasvoilla ja ravintoaineilla, kuten proteiineilla, vitamiineilla ja kivennäisaineilla. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 195.) Jokaisella aterialla olisi hyvä olla proteiinipitoista ruokaa proteiinin saannin turvaamiseksi. Riittävä proteiinin saanti on tärkeää, sillä se edistää lihassmassan säilymistä, suojaa sarkopenialta eli lihaskadolta sekä auttaa painehaavojen ehkäisyssä ja niiden paranemisessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b 17, 36; Kelo ym. 2015, 35.) Esimerkiksi sairastumisen takia vähänkin aikaa kestänyt puutteellinen proteiininsaanti vaikuttaa iäkkäällä heikentäen immuunipuolustusta eli taudinaiheuttajia torjuvaa järjestelmää, sekä vähentäen elimistön solu- ja lihassmassaa (Lyyra ym. 2007, 194). Riittävä proteiininsaanti ylläpitää myös hyvää immuunipuolustusta ja nopeuttaa sairauksista toipumista (Kelo ym. 2015, 35).

Viljatuotteiden ja kalan syömistä suositellaan niiden hyvien ravintoainepitoisuuksien vuoksi. Täysjyväviljatuotteiden hiilihydraateista saatavan energian lisäksi kuitu ehkäisee ummetusta. Suolen toimimisen kannalta myös säännölliset ruokailuajat ja WC:ssä käynnit ovat tärkeitä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 47.) Pitkäkestoiset hiilihydraatit sopivat ikääntyneille lyhytkestoisia hiilihydraatteja paremmin (Kelo ym. 2015, 38). Riittävä nesteiden nauttiminen runsaskuituisen ruoan kanssa on tärkeää (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 47). Maitotuotteita olisi hyvä käyttää 3–4 annosta päivässä kalsiumin saannin turvaamiseksi. Jokaisella aterialla olisi hyvä syödä kasviksia sekä huomioida, että ruoasta saatavat rasvat ovat pehmeitä. Suolaa ruokiin tulee lisätä kohtuullisesti. Saantisuositus suolalle on viisi grammaa vuorokaudessa, mikä täyttyy helposti etenkin, jos ikääntynyt käyttää kaupan valmisteineksiä. (Kelo ym. 2015, 34–35.) Tärkeänä tavoitteena ikääntyneiden ravitsemuksessa olisi myös turvata riittävä D-vitamiinin saanti ympäri vuoden, koska D-vitamiini auttaa luuston rakennusaineina toimivien kalsiumin ja fosfaatin imeytymiseen suolistossa. Riittävä D-vitamiinin saanti voi vaikuttaa hyödyllisesti myös vastustuskykyyn. D-vitamiinin puute heikentää muun muassa kalsiumin imeytymistä ja haurastuttaa luustoa edistämällä D-vitamiinin vapautumista. Suosituksen mukaan

yli 60-vuotiaiden tulisi saada 20 mikrogrammaa D-vitamiinia vuorokaudessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 43.)

Nesteen tarve vaihtelee ja siihen vaikuttavat monet eri tekijät, kuten ikä ja fyysisen aktiivisuuden määrä. Yleinen ohje on nauttia 1–1,5 litraa nesteitä päivässä ruoan sisältämien nesteiden lisäksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014b, 41.) Yleensä riittävän määrän nesteitä saa juomalla aina kun janottaa. Iäkkäillä janon tunnetta säätelevän janokeskuksen toiminta saattaa muuttua niin, että janon tunnetta ei ilmene, vaikka nesteen tarve on yhä yhtä suuri kuin nuoremmilla. Tästä johtuva riittämätön nesteiden nauttiminen onkin yleisin syy kohonneelle veren natriumarvolle eli hypernatremialle. Myös runsas nesteiden menetys voi johtaa hypernatremian syntymiseen. (Mustajoki 2015.) Neste- ja elektrolyytitasapainon häiriöt aiheuttavat elimistön kuivumista (Lyyra ym. 2007, 196). Omaisten ja hoitohenkilökunnan merkitys iäkkään nestetasapainon tarkkailussa on erityisen tärkeä (Mustajoki 2015). Myös toimintakyvyn heikkeneminen ja nielemisongelmat voivat vähentää nautittujen nesteiden määrää (Lyyra ym. 2007, 196).

3.3 Kotihoidon asiakkaiden hyvän ravitsemuksen tavoitteet

Iäkkäillä hyvä ravitsemustila parantaa elämänlaatua, hidastaa sairauksien etenemistä sekä auttaa ylläpitämään toimintakykyä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 155a). Myös kotona asumisen mahdollisuudet ovat paremmat, kun ravitsemustila on hyvä. Kun toimintakyvyn heiketessä myös ruoanlaittotaito heikkenee eikä iäkäs kykene itse hankkimaan ruokaa, kasvaa myös riski virheravitsemukselle. (Ikonen 2015, 217.) Tuloksellinen ravitsemushoito vaatii toteutuakseen riittävästi ravitsemustietoista henkilökuntaa, joka soveltaa tietoaan käytännön hoitotyöhön. Toimivassa ravitsemushoidossa vastuu on jaettu ja moniammatillinen yhteistyö on sujuvaa. Tärkeää apu ravitsemushoidon suunnittelussa on myös ravitsemusasiantuntija, joka tuntee ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 16–21.) Ravitsemusasiantuntijat suunnittelevat ruokavalion ravitsemuksellisesti riittäväksi

huomioiden asiakkaan omat tottumukset ja tarpeet yksilöllisesti (Sinisalo 2015, 206.).

lääkäiden ravitsemushoidon tavoitteena on ehkäistä aliravitsemusta ja ravitsemukseen liittyviä ongelmia turvaten riittävä ravintoaineiden saanti (Puranen & Suominen 2012, 5). Energiansaannin tulisi olla tasapainossa suhteessa sen kulutukseen (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 195). Vaikka energiantarve laskee aiempaan verrattuna, ravintoaineiden tarve pysyy samana, mikä tulee huomioida ravitsemusta toteuttaessa (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016). Iäkkään ruokailussa korostuu usein psykososiaaliset merkitykset. Ruokailuun kannattaa varata riittävästi aikaa, sillä mukava, rauhallinen ruokailutilanne voi saada iäkkään syömään enemmän. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 195.) Oikea-aikainen ja oikein kohdennettu ravitsemushoito sekä ravitsemusongelmien ehkäisy säästävät hoitokustannuksia (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 17).

3.4 Ravitsemushoito

Ravitsemushoito tarkoittaa terveyttä edistävää ravitsemukseen liittyvää hoitoa, jossa ravinnon ja ravintoaineiden riittävää saantia edistetään esimerkiksi sopivalla ruokavaliolla, täydennysravintovalmisteilla, suonensisäisellä tai letkuravitsemuksella. Tavoitteena on parantaa tai pitää yllä potilaan ravitsemustilaa ja nopeuttaa sairauksista toipumista. Se on osana jokaisen potilaan kokonaihoitoa ja siihen kuuluu ravitsemustilan ja ravinnontarpeen arviointi, ravitsemusohjaus, ravitsemushoidon toteutus sekä seuranta ja vaikuttavuus. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 16.)

Ravitsemushoitoon osallistuva joukko on moninainen ja siitä vastaa lääkäri muun hoidon ohella. Sen suunnittelu, toteutus, arviointi ja seuranta ovat moniammatillista toimintaa, johon osallistuu esimerkiksi hoitajia, ravitsemusterapeutteja ja ruokapalvelun työntekijöitä. (Hyytinen, Mustajoki, Partanen & Sinisalo-Ojala 2009, 35–36.) Etenkin kotihoidossa myös iäkäs asiakas itse ja hänen omaisensa ovat merkittävässä osassa ravitsemushoidon toteutuksessa (Ravit-

semusterapeuttien yhdistys ry 2009, 202). Ravitsemushoitoon ei usein kiinnitetä tarpeeksi huomiota, jolloin ravitsemuksen mahdollisuudet terveyden edistämisessä jäävät käyttämättä (Lyyra ym. 2007, 190). Valtion ravitsemusneuvottelukunta on vuonna 2010 julkaissut Ravitsemushoito -suosituksen, jonka tavoitteena on kehittää terveydenhuoltoon yhdenmukaiset ruokailun ja ravitsemushoidon käytänteet osaksi asiakkaan hoitoa ja kuntoutusta. Ravitsemushoidossa huomioidaan erilaiset tilanteet sekä riskit ikäihmisen elämässä ja terveydentilassa, jotka saattavat vaikuttaa ravitsemukseen. Tällaisia ovat esimerkiksi erikoisruokavalion, sosemaisien tai nestemäisen ruoan tarve. Oleellista on seuloa vaajaravitsemuksen riskiä ja arvioida asiakkaan ravitsemustilaa sekä ravinnon tarvetta. (Hyytinen ym. 2009, 35–36.)

3.5 Ikääntyneiden asiakkaiden ravitsemustilan ongelmat

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010) mukaan suurin riski ravitsemusongelmiin kuten liian vähäiseen energiansaantiin, laihtumiseen ja aliravitsemukseen on yli 80-vuotiailla. Erityisen suuri riski on iäkkäillä, jotka tarvitsevat päivittäisiin toimintoihin ja elämiseen toisten avustusta (Lyyra ym. 2007, 10). Iäkkäillä kotihoidon asiakkailla kiinnitetään huomioita erityisesti virhe- ja aliravitsemukseen sekä niille altistaviin ympäristöstä johtuviin, psyykkisiin sekä fysiologisiin, kuten lääkkeitä ja sairauksista johtuviin tekijöihin. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 207.) (Lyyra ym. 2007, 11.)

Aliravitsemus iäkkäällä voi johtua monista tekijöistä ja sen syy on aina selvitetävää. Aliravitsemukseen johtavia tekijöitä ovat esimerkiksi liian vähäinen ravinnosta saatava energian määrä, ruoansulatuskanavan häiriöt tai ravintoaineiden aineenvaihduntaa heikentävä sairaus. (Ikonen 2015, 223.) Virheravitsemuksessa saatu energian määrä on riittävä, mutta ravinnon yksipuolisuuden takia suojaravintoaineita eli vitamiineja, proteiineja ja kivennäisaineita saadaan liian vähän (Lyyra ym. 2007, 10).

Hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen on sitä vaikeampaa, mitä haastavampi perussairaus asiakkaalla on (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 198). Muu-

tokset elämässä voivat vaikuttaa ikääntyneen syömiseen. Esimerkiksi eläkkeelle jääminen, ero, puolison tai läheisen kuolema, yksinäisyys ja muistisairaudet voivat vaikuttaa ruokavalintoihin tai syödyn ruoan määrään. (Sinisalo 2015, 105.) Myös päihde- tai mielenterveysongelmat kuten masennus voivat aiheuttaa ruokailujen laiminlyöntiä, joka johtaa ravitsemustilan heikkenemiseen (Lyyra ym. 2007, 10).

Virhe- ja aliravitsemuksen seurauksena tulevat ongelmat ovat hyvin moninaisia. Usein heikentynyt ravitsemustila voi näkyä myös mielialan laskuna, voimattomuutena tai ruokahalun heikkenemisenä. Aliravitsemuksen tuomia fysiologisia muutoksia ovat lihasten ja hengityksen sekä sydämen toiminnan huonontuminen. (Lyyra ym. 2007.) Vähäisemmätkin ravitsemusongelmat voivat aiheuttaa limakalvomuutoksia, syljenerityksen vähenemistä, sieni-infektioita sekä tulehdusalttiutta lisääviä muutoksia suun kudoksissa (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 207). Heikentynyt ravitsemustila laskee myös vastustuskykyä, lisää infektioherkkyyttä sekä altistaa muille terveysongelmille (Puranen & Suominen 2012, 6). Myös fyysinen aktiivisuus vähenee sekä sairauksien ja haavojen paraneminen hidastuvat (Lyyra ym. 2007, 186–187; Sinisalo 2015, 105). Jos iäkään ravitsemus on pitkään vajanaista, on seurauksena HRO eli haurausraihnaus-oireyhtymä, joka tarkoittaa yleistä ikääntyneen heikkoa terveydentilaa ilman varsinaista taustalla olevaa sairautta (Sinisalo 2015, 95). HRO:ssa oireina on usein tahaton laihtuminen, väsymys, fyysisen aktiivisuuden väheneminen sekä lihasheikkous (Pitkälä, Rantanen, Strandberg & Viitanen 2006, 1497). Korkea painoindeksi tai painon nousu eivät takaa iäkkäällä riittävää ravintoainesten saantia, vaan myös ylipainoinen voi olla aliravittu. Suositeltava painoindeksi yli 65-vuotiaille on 24–29 kg/m² ja yli 75-vuotiaille 25–30 kg/m². (Ikonen 2015, 223; Sinisalo 2015, 97.)

Heikentynyt ravitsemustila voi johtua myös sairauksista tai heikentyneestä toimintakyvystä. Esimerkiksi dementia, Parkinsonin tauti, syöpä, helikobakteerinfektio tai aivohalvauksen jälkitila heikentävät ruokahalua ja voivat johtaa aliravitsemustilaan. (Hiltunen 2009, 3551) Heikentynyt näkö hankaloittaa ruokailutilannetta sekä ruoan hankintaa ja valmistamista (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 196). Lääkitys ja hidastunut aineenvaihdunta saavat usein iäkkäille

aikaan ruoansulatukseen liittyviä ongelmia, kuten ummetusta, joka voi pahimmillaan vähentää ruokahalua huomattavasti. Neurologisista sairauksista johtuva nielun lihasten heikkeneminen voi aiheuttaa nielemisongelmia, joissa vaarana on aspiraatio eli ruoan henkitorveen kulkeutuminen sekä aspiraation myötä tuleva keuhkokuume. Pidemmän aikaa jatkuneena nielemisongelmat voivat aiheuttaa myös vajaaravitsemusta. (Sinisalo 2015, 96, 173.) Väärän kokoinen hammasproteesi voi hankaloittaa ja vähentää tiettyjen kovempien ruokien esimerkiksi kasvisten syömistä, jolloin ruokavalio jää yksipuoliseksi (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 196).

Muistin toimintaa heikentävät sairaudet ovat varsin yleisiä Suomessa. Vuonna 2010 julkaistussa Käypä hoito -suosituksessa kerrotaan yhdellä kolmesta 65 vuotta täyttäneestä olevan muistiin liittyviä ongelmia. Arviolta 70% etenevistä muistiin liittyvistä ongelmista aiheutuu Alzheimerin taudista. (Käypä hoito 2010, 2.) Suomalaisessa neljä vuotta kestäneessä tutkimuksessa seurattiin yli 65-vuotiaiden muistisairautta sairastavien ja heitä hoitavien puolisojen ravitsemuksen toteutumista. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että muistisairautta sairastavien ravitsemuksellinen tila on huonompi kuin heitä hoitavilla puolisoilla. Tutkimuksessa mukana olleista 93% koki, että heillä ei ole ravitsemukseen liittyviä ongelmia. Muistisairautta sairastavien naisten ravintoaineiden saanti jäi usean ravintoaineen kohdalta suositusten alapuolelle. Muistisairailla miehillä tilanne oli parempi ja ravintoaineiden saanti vastasi pääosin suositusten kriteerejä. (Jyväkorpi, Puranen & Suominen 2013, 6–7, 38.)

Tärkeä osa kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelussa on myös lääkityksen ja ravinnon mahdollisten yhteisvaikutusten huomiointi. Lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista on vielä melko vähän tietoa saatavilla, mutta vaikutus voi olla kahdensuuntainen. Lääkitys voi vaikuttaa ravintoaineisiin tai ravinto voi muuttaa lääkeaineen jakautumista ja imeytymistä tai vaikutusta. (Hyytinen ym. 2009, 202–203.) Jotkut lääkkeet voivat heikentää ruokahalua, ohentaa suun limakalvoja, vähentää syljeneritystä, aiheuttaa pahoinvointia sekä haju- ja makuaistin muutoksia (Lyyra ym. 2007, 188). Vähentynyt syljeneritys voi aiheuttaa suun kuivumista, jolloin suu on kipeä ja myös alttiimpi haavoille ja tulehduksille (Sinisalo 2015, 171–172).

4 Ravitsemustilan arviointi ja seuranta

4.1 Hoitajan rooli kotihoidon asiakkaan ravitsemuksen seurannassa ja toteutuksessa

Kotihoidossa hoitajien tehtävänä on seurata asiakkaiden ruokatalouden hoitoa, ravitsemustilaa ja ruokailua sekä varmistaa, että asiakkaat saavat sopivasti ja riittävästi energiaa ja ravintoaineita ruoastaan (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 202). Hoitajan tehtäviin kuuluu ravitsemushoidon toteuttamisen lisäksi myös hoidon merkityksen kertominen asiakkaalle (Sinisalo 2015, 204). Parempikuntoisen asiakkaan ruokatalouden hoitoa arvioitaessa hoitaja seuraa ruokaostosten, ruoan valmistuksen, syömisen sekä keittiöhygienian ylläpidon onnistumista. Näiden perusteella voi arvioida palvelujen tarvetta. (Ikonen 2015, 224–225.) Ravitsemushoito on ehdottoman asiakaslähtöistä ja ravitsemustilan arvioinnissa ja hoidon onnistumisessa myös asiakkaan toiveilla sekä omaisilla on keskeinen rooli. Ravitsemusta ja ravitsemushoitoa on tärkeää suunnitella yhdessä omaisten kanssa. Moniammatillisessa yhteistyössä ravitsemustilan arvioinnin lisäksi hoitohenkilökunnan havainnot asiakkaan syömiskäyttäytymisestä ja lempiruoista ovat tärkeitä ravitsemustilan sekä tarvittavien palvelujen arvioimisessa. (Puranen & Suominen 2012, 40.)

Asiakkaalta arvioidaan avun tarve ruokailussa ja hänen yksilölliset tarpeet ravitsemukseen liittyen kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Riittävä ravinnonsaanti turvataan sopivan ruokavalion ja ravintolisien avulla. Ruokasuunnittelun tulisi vastata asiakkaan yksilöllisiä toiveita. Toimintakyvyn mukaan tarvittaessa järjestetään kauppapalvelu tai ateriapalvelu. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 22, 35.)

Hoitaja voi myös kotikäyntien aikana vaikuttaa omalla toiminnallaan ikääntyneen syömiseen. Kun ikääntyneellä haju- ja makuaisti sekä purentavoima ovat heikentyneet, voi ruoan makua voimistaa ja tarjoilla asiakkaalle mieluuria. Suolan runsas käyttö ei ole suositeltavaa, mutta ruokaa voi maustaa esimerkiksi pippurilla ja yrteillä. (Kelo ym. 2015, 37–38.) Ruoan energia- ja ravintotiheyttä voi lisätä rikastamalla ruokaa esimerkiksi öljyllä ja välttämällä kevyttuotteiden

käyttöä. Vähän syövän asiakkaan ruoan houkuttavuutta voi lisätä tarjoilemalla useita pieniä aterioita tasaisesti päivän aikana (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 34, 36). Ruokailuhetkien houkuttavuutta voi lisätä nätin kattauksen avulla ja tekemällä ruokailusta mukavan rauhallisen hetken (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 203). Hoitajan tulisi myös välttää murskaamasta lääkkeitä asiakkaan ruoan sekaan, sillä lääkkeet voivat muuttaa ruoan makua tai aiheuttaa metallin makua suuhun (Kelo ym. 2015, 37–38).

Ravitsemukseen liittyvä ohjaus ja neuvonta ovat tärkeitä virheravitsemuksen ehkäisemisessä. Neuvonnassa on hyvä muistaa hienotunteisuus, sillä muutokset ruokavaliassa ja elämäntavoissa onnistuvat parhaiten, kun iäkkään kokemuksia kuunnellaan ja arvostetaan. Muutosta on hyvä lisätä vähitellen. Ohjauksessa voi keskustella asiakkaan ja tämän omaisten kanssa tavoitteellisesti esimerkiksi ruokailu- ja liikuntatottumuksista, hyvän ravitsemustilan ylläpitämisestä, lääkityksen vaikutuksesta ravinnonsaantiin, ruoan hankinnasta ja valmistuksesta sekä apuvälineiden tarpeesta. (Ikonen 2015, 226; Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 208.) Toimintakyvyltään heikentyneille soveltuvat ruoanvalmistukseen ja ruokailuun kehitetyt apuvälineet voivat helpottaa itsenäistä syömistä ja lisätä kotona asuvan iäkkään omatoimisuutta. Asiakkaan tilanteen tuntevan hoitajan olisi hyvä kertoa erilaisista apuvälinevaihtoehdoista. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 207.) Saatavilla on esimerkiksi muotoiltuja juomamukeja, paksukahvaisia ruokailuvälineitä, purkkien ja pullojen avaajia, pystykahvaisia veitsiä, joustosankaisia saksia ja ruokaliinoja helpottamaan arkea (Ikonen 2015, 227).

4.2 Iäkkään ravitsemusongelmien tunnistaminen ja ehkäisy

Hyvän hoidon ja ravitsemustilan takaamiseksi on tärkeää, että hoitajat osaavat tunnistaa ja ehkäistä vajaaravitsemuksen riskitekijöitä. Ravitsemustilan säännöllinen arviointi ja seuranta ovat edellytyksinä hyvin toteutuvalle ravitsemushoidolle. (Sinisalo 2015, 106.) Ravitsemustilan arviointi auttaa huomaamaan ajoissa asiakkaat, joilla on riski virhe- tai aliravitsemukselle (Chernoff 2014, 456). Säännöllinen arviointi ja seuranta auttavat ravitsemushoidon suunnittelussa,

käytännön toteutuksessa sekä hoidon onnistumisen arvioinnissa. Ravitsemusongelmien taustatekijät tulee selvittää aina, jos tehtyjen testien tulos viittaa vajaaravitsemukseen tai sen riskiin. (Sinisalo 2015, 106.)

Aliravitsemusta arvioidessa huomioidaan painon lasku, laboratoriomääritykset sekä mahdolliset psyykkiset tai sosiaaliset syyt vähäiselle syönnille (Hiltunen 2009, 3552). Laboratoriomäärityksistä tavallisimmin ravitsemustilan arvioimiseksi selvitetään seerumin albumiini, prealbumiini, transferrini, natrium, kalium, fosfaatti sekä veren hemoglobiini. Muita tarpeellisia selvityksiä ovat B12-vitamiinin, foolihapon, kalsiumin, magnesiumin sekä C- ja D- vitamiinien arvot. (Lyyra ym. 2007, 190.) Yksinkertaisin tapa seurata ikääntyneen ravitsemustilaa on säännöllinen painon seuranta. Sopivasta painon suhteesta pituuteen kertoo painoindeksi (BMI, Body Mass Index, PI), joka saadaan kun jaetaan paino (kg) pituuden neliöllä (m²). (Sinisalo 2015, 101.) Painonmuutosten ollessa nopeita, on syytä epäillä alentunutta ravitsemustilaa (Lyyra ym. 2007, 190). Painon lasiessa tahattomasti yli kolme kilogrammaa kuukauden aikana, tulee ravitsemukseen puuttua. Asiakkaan painoa tulisi seurata kuukausittain, jotta painossa tapahtuvat muutokset havaittaisiin ajoissa. (Puranen & Suominen 2012, 13.)

Yli 65-vuotiailla ravitsemustilaa arvioidaan MNA eli Mini Nutritional Assessment -testillä. MNA -testissä ravitsemustilaa määritellään muun muassa kysymällä asiakkaalta hänen käsitystään omasta terveydentilastaan, arvioimalla lihasmassan ja rasvakudoksen määrää sekä proteiinin- ja nesteensaantia. (Hyytinen ym. 2009, 32.) Jos iäkkään painoa ei saada mitattua, voi MNA -testin lyhyempää versiota käyttää myös ravitsemustilan nopeaan arviointiin (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 30). Hyvämuistisella kotihoidon asiakkaalla syötyä ruoan määrää ja ravintoaineiden saannin riittävyttä voi arvioida myös ruokapäiväkirjalla tai ruokailunseurantalomakkeilla. Huolellisesti täytetystä ruoankäyttölomakkeesta voidaan arvioida energian ja proteiinin saannin lisäksi kalsiumin ja C-vitamiinin saannin riittävyttä. (Puranen & Suominen 2012, 14, 17.) Liian vähäisen nesteytyksen merkit huomattaessaan hoitaja voi ilmaista tarpeen laboratoriomäärityksille. Esimerkiksi kuivat limakalvot, turvonnut kieli, silmien painuminen syvälle, noussut kehon lämpötila, vähentynyt virtsaneritys, ummetus, pa-

hoinvointi ja oksentelu, laskenut verenpaine sekä sekavuus voivat olla merkkejä edenneestä kuivumistilasta. (Chernoff 2014, 437.)

4.3 Ravitsemushoidon laadun kehittäminen

lääkille tulisi olla tarjolla riittävä määrä laadukkaita, edullisia ja saavutettavuudeltaan helppoja ravitsemuspalveluja. Hyvällä laadulla tarkoitetaan asiakkaiden tyytyväisyyttä tilaamansa palvelun saatavuuteen, sisältöön ja toteutustapaan. Ravitsemushoito tapahtuu usein monen eri toimijan yhteistyönä. Yhteiset tavoitteet ja toimintatavat hoidon toteutukselle ovat tärkeitä ravitsemushoitoon osallistuvien toimijoiden, kuten hoitajien, ateriapalvelun ja omaisten kesken. Yhteistyötä tekevien ruokapalvelujen laatua voi kehittää vastaamaan ruoan laadulta, rakenteelta ja maulta kotihoidon asiakkaiden toiveita. Ravitsemushoidon kehittämisen kannalta tärkeää olisi organisaation johdon ja ravitsemushoitoa kehittävien työntekijöiden toimesta suunniteltu ravitsemushoidon seurantajärjestelmä, jonka avulla voidaan valvoa iäkkäiden ravitsemustilaa ja ravitsemussuosituksen toteutumista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 20–22; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 57.)

Kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen ongelmakohdat tulee tunnistaa, jotta kehittämishanke voidaan aloittaa. Ravitsemushoidon laatua tarkastellaan hoitoa järjestävän organisaation toimivuuden sekä hoidon laadun näkökulmasta. Organisaation johdon on järjestettävä riittävästi resursseja tuloksellisen ravitsemushoidon toteutumiseksi. Yksi tapa mitata hoidon laatua ravitsemuksen osalta, on säännölliset asiakaskyselyt. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 20–22.) Asiakaskyselyissä tai haastatteluissa voi mitata kotihoidon laatuominaisuuksien toteutumista, palvelujen sisältöjen riittävyttä, asiakkaan kokemusta saamansa hoidon vaikutuksesta sekä kotihoidon kehittämistarpeita. Asiakaskyselyiden tulosten perusteella voi ryhtyä tarpeellisiin kehittämistoimiin tietyn osa-alueen osalta. (Heinola 2007, 32–33.)

5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli haastatteluaineistoon perustuen selvittää käytännön hoitotyössä toimivien lähihoitajien kokemuksia kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen toteuttamisesta Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueella. Iäkkäiden ravitsemukseen liittyviin erityispiirteisiin on vasta viime vuosina kiinnitetty enemmän huomiota, jonka takia vuonna 2010 on laadittu ikääntyneiden ravitsemussuositukset ohjaamaan iäkkäiden ravitsemushoitoa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 5–6.)

Tutkimuskysymyksinä opinnäytetyössä ovat:

1. Kuinka kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa seurataan?
2. Millainen on hoitajan rooli ravitsemuksen toteuttamisessa?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat asiakkaan ravitsemuksen arviointiin?
4. Millaisia haasteita ja kehityskohteita ravitsemuksen toteuttamiseen liittyy?

Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen hoito ja hoivapalvelujen kotihoito on tehnyt säännöllisesti kyselyitä hoidon laatuun liittyen ja vuonna 2016 valmistuneessa laatukyselyssä oli ensimmäistä kertaa mukana myös ravitsemus (Pesonen 2015). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa lisää tietoa kotihoidon johdolle hoitajien ravitsemusosaamisesta ja käytännössä tapahtuvasta ravitsemushoidosta. Saadun tiedon perusteella kotihoidon laatua voidaan kehittää myös ravitsemuksen osalta puuttumalla mahdollisiin puutteisiin tai epäkohtiin.

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimuksella kerätään ihmisten kokemuksiin, näkemyksiin ja motivaatioihin perustuvaa tietoa. Tällä lähestymistavalla saadaan monipuolisia ja ilmiötä syvällisesti kuvaavia tuloksia. Laadullinen lähestymistapa valitaan, kun aineistoista halutaan löytää samankaltaisuuksia tai eroavuuksia. Laadullisessa tutkimuksessa luodaan ehdotuksia käsitteistä ja päädytään yhtenäiseen käsitteen määrittelyyn. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66–67.) Tutkimuksen tekijän tulee arvioida luotettavuutta koko prosessin ajan. Esimerkiksi omat oletukset aiheesta eivät saa vaikuttaa tutkimuksen etenemiseen. (Vilka 2015, 196–197.)

Laadullinen tutkimus on empiiristä, eli kokemusperäistä. Tutkimuksen raporteissa voidaan hyödyntää haastatteluista saatuja vastauksia ottamalla niistä lainauksia osaksi raporttia. Tämä ei nosta tutkimuksen luotettavuutta, mutta tuo tekstiin lisää elävyyttä. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on kaksisuuntainen ymmärrys, eli haastattelija ymmärtää haastateltavaa ja haastatteluihin perustuva raportti on lukijalle ymmärrettävä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 22, 68–69.)

Laadullista tutkimusta voidaan toteuttaa monella eri menetelmällä, joista käytetyimpiä ovat kysely, haastattelu, havainnointi, sekä erilaisista dokumenteista yhteen koottu tieto. Aineistonhankintamenetelmä valitaan tilanteen mukaan. Menetelmän valintaan vaikuttaa tutkittava ongelma, mutta myös tutkimukseen varatut resurssit, kuten aika ja raha. Tilanteesta riippuen tutkimukseen voidaan käyttää joko yhtä tai tarvittaessa useampaa menetelmää. Tutkimusmenetelmää valittaessa huomioidaan tutkimusasetelma ja pohditaan, minkä tyyppistä tietoa on tarkoituksena saada. Tutkimusasetelman ollessa laajempi, hyviä tiedonkeruunmuotoja ovat havainnointi, keskustelu ja omaelämäkertojen hyödyntäminen. Mitä rajatumpi tutkimusasetelma on, sitä luotettavampaa on siirtyä käyttämään tiedonkeruussa esimerkiksi strukturoituja eli tarkasti etukäteen suunniteltuja kyselyjä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 71.)

Laadulliseen tutkimukseen osallistuvien henkilöiden määrään eli näytteen kokoon vaikuttavat tutkimusresurssit. Aikaa kuluu aineiston hankinnan lisäksi myös sen analysointiin. Yleensä laadulliseen tutkimukseen hankittu aineisto on pieni verrattuna määrälliseen tutkimukseen. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole tuottaa tilastollista tietoa, vaan kuvata tutkittavaa aihetta mahdollisimman totuudenmukaisesti. Tämän takia laadullinen tutkimus korostaa tutkittavan tietoa ja aiheeseen liittyviä kokemuksia. Tutkimusraportista on käytävä ilmi, kuinka tutkimuksessa käytetyt tiedonantajat on valittu. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 85–86.)

Laadulliset menetelmät ovat hyviä esitutkimuksen teossa, koska niiden kautta saatuun tietoon pohjautuen on hyvä lähteä hahmottamaan kvantitatiivisesti eli määrällisesti testattavia aiheita (Alasuutari 2011, 253). Mietittäessä laadulliseen tutkimukseen hankittavan aineiston riittävyttä, yksi mahdollinen mittari riittävyydelle on kylläntymisen eli saturaation saavuttaminen. Tällä tarkoitetaan tilannetta, jossa aineisto alkaa toistaa itseään. Tutkimusongelman kannalta uutta tietoa ei enää ilmene. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 87.)

6.2 Teemahaastattelu tutkimusmenetelmänä

Teemahaastatteluun perustuva tutkimus voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, jotka ovat suunnittelu-, haastattelu- ja analyysivaihe. Suunnitteluvaiheessa kootaan teorian tietoon perustuvat teemat. Haastatteluvaiheessa suunnitellaan kysymykset ja analyysivaiheessa tulkitaan saatuja aineistoja. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 66–67.) Teemahaastatteluun valitut teemat pohjautuvat tietoon, jota aiheesta on jo olemassa (Sarajärvi & Tuomi 2009, 75). Siinä aihetta lähestytään teemojen, ei tarkasti kohdennettujen kysymysten kautta (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48). Pyrkimyksenä on saada vastauksia, jotka ovat merkityksellisiä tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävän näkökulmasta (Sarajärvi & Tuomi 2009, 75).

Haastattelu on joustava tutkimusmenetelmä, koska siinä haastattelija voi esittää kysymyksiä haluamassaan järjestyksessä sekä toistaa tai selventää niitä. Aja tuksena on saada mahdollisimman paljon aiheeseen liittyvää tietoa. Eettiseltä

kannalta tarkasteltuna voi olla perusteltua antaa haastateltavalle tietoa haastattelun tulevasta sisällöstä, kuten esimerkiksi teemoista. Haastatteluun osallistuvat henkilöt pystytään valikoimaan etukäteen. Näin tutkittavaksi saadaan henkilöitä, joilla on kokemuksia ja tietoa tutkittavasta aiheesta. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 73–74.) Ennen varsinaisten haastattelujen suorittamista kysymysten ymmärrettävyys ja toimivuus on hyvä varmistaa esitestaamalla (Vilkka 2015, 130). Haastattelun huonoihin puoliin kuuluu siihen kuluvat resurssit, koska sen toteuttaminen on usein kallista ja aikaa vievää (Sarajärvi & Tuomi, 2009, 74).

6.3 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Toimeksiantajana opinnäytetyölle toimi Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen hoito- ja hoivapalvelut. Joensuu, Outokumpu ja Kontiolahti muodostavat yhdessä yhteistoiminta-alueen, jonka tarkoituksena on taata terveystalvet kaikille Joensuulaisille, Outokumpulaisille ja Kontiolahtelaisille. (Joensuun kaupunki 2016a.) Opinnäytetyö kohdentuu sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen tarjoamaan kotihoitoon. Haastattelun kohderyhmäksi valittiin lähihoitajat, koska he tekevät eniten päivittäistä hoitotyötä kotihoidon asiakkaiden luona. Lähihoitajat toteuttavat perushoivaa ja avustavat asiakkaita konkreettisin keinoin, kuten lämmittämällä ruokaa mikrossa, tai avustamalla kauppatilauksen teossa. Kotikäynneillä he kohtaavat asiakkaat kotiympäristössä ja näkevät, kuinka ravitseminen toteutuu käytännössä.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston määrän sijaan on tärkeämpää keskittyä sisällölliseen laatuun (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110). Kysymyksenasettelussa on tärkeää tuntea kohderyhmä, että aineiston käsittelyssä ei tule virheellisiä tulkintoja, jotka voivat vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen (Vilkka 2015, 130–131). Haastateltavien määräksi valikoitui lopulta kuusi henkilöä, joista kaikki olivat naisia. Ikäjakaumaltaan he olivat 30–60 vuotta. Osallistuneet lähihoitajat valittiin pääasiassa eri kotihoidon yksiköistä Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveystalvetujen yhteistoiminta-alueelta, jotta saatiin kattavasti kokemuksia, eivätkä kokemukset sijoittuneet vain tiettyyn yksikköön. Haastattel-

tavien nimet saatiin ennakkoon tietoon kotihoidon eri yksiköiden yhteyshenkilöitä.

Opinnäytetyöhön valittiin laadullinen lähestymistapa, sillä laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien näkökulma on keskeisessä roolissa (Sarajärvi & Tuomi 2009, 74). Laadullinen näkökulma antoi tässä tapauksessa hoitajien kokemusten kautta oleellista tietoa ja näkökulmia, joita voidaan hyödyntää kotihoidon laadun kehittämisessä. Teemahaastattelu valikoitui aineistonhankintamenetelmäksi, sillä avoimien kysymysten kautta saatiin mahdollisimman rehellisiä ja hoitajien omakohtaisiin kokemuksiin perustuvia vastauksia. Haastattelurunko laadittiin kevään 2016 aikana ja haastattelut suoritettiin kesällä 2016 toimeksiantajan kanssa sovitussa kotihoidon yksiköissä. Haastattelunauhoitteiden litterointi sekä aineiston analysointi tapahtuivat alkusyksyn 2016 aikana.

Esitestauksessa oli paikalla kaksi haastattelijaa, koska kysymykset haluttiin muokata mahdollisimman toimiviksi. Kaksi haastattelijaa mahdollisti työnjaon, jossa toinen haastattelee ja toinen havainnoi tilannetta tarkkaillen kysymysten toimivuutta sekä esittäen tarvittaessa lisäkysymyksiä. Esitestauksessa haastattelurunko todettiin toimivaksi ja siitä saatu aineisto otettiin mukaan opinnäytetyöhön haastateltavan luvalla.

Alun perin suunniteltiin, että kaikissa haastatteluissa olisi paikalla kaksi haastattelijaa. Aikataulujen hankalan sovittamisen takia haastattelupaikat päädyttiin jakamaan ja suorittamaan yksin. Yhteensä haastatteluja tehtiin kuusi, joista yksi oli esitestaus. Haastattelujen kestot vaihtelivat paljon. Lyhyin kesti 15 minuuttia, kun taas pisimpään meni aikaa 43 minuuttia. Litteroidun aineiston määrä vaihteli viidestä sivusta kolmeentoista sivuun. Kuusi haastattelua osoittautui sopivaksi aineiston määräksi, koska niistä saatiin runsaasti aineistoa analysoitavaksi ja opinnäytetyön toteuttamiseksi. Näistä kuudesta haastatteluainestosta löytyi niin yhteneviä kuin eroavia kokemuksia.

6.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Laadullisessa analyysissä on kaksi vaihetta eli havaintojen pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen. Näitä vaiheita on hankala lähteä erottelemaan, koska ne limittyvät päällekkäin. Pelkistämisen ensimmäisessä vaiheessa aineistosta poimitaan kaikki tutkimuksen kannalta merkityksellinen tieto. Tämän jälkeen aineistoa supistetaan yhdistämällä havaintoja. Kun havainnot yhdistetään, saadaan aikaan samaa aihetta käsittelevä kokoava havainto. Pyritään siis löytämään jokin haastatteluaineistoa yhdistävä sääntö. Arvoituksen ratkaiseminen tarkoittaa sitä, että saadusta aineistosta tehdään tutkittavaa aihetta käsittävä merkitystulkinta. Analyysi suoritetaan harvoin katsellen tai kuunnellen alkuperäistä tutkimusaineistoa. Yleensä alkuperäinen tutkimusaineisto muutetaan helpommin käsiteltävään, suppeampaan muotoon. (Alasuutari 2011, 39–40, 44,85.)

Haastatteluista saatua aineistoa voidaan analysoida useiden eri menetelmien avulla. Yksi menetelmä on sisällönanalyysi, jota voidaan käyttää sellaisenaan, tai se voidaan yhdistää osaksi analyysikokonaisuutta. Sisällönanalyysi on tekstianalyysi, jossa etsitään tekstin merkityksiä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 91, 104.) Analyysimenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalysointimenetelmä, jossa kerättyä aineistoa tiivistetään lyhyesti ja yleistävästi kuvailtavaan muotoon. Siinä voidaan tuoda selkeästi esille myös tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet esimerkiksi käsiteluo-okitusten, käsitejärjestelmien, mallien tai käsitekarttojen avulla. Oleellista on erottaa tutkimusaineistosta yhteneväisyydet ja eroavuudet. Sisällönanalyysi auttaa ymmärtämään tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165–166.)

Kun haastattelut oli tehty, kerätty aineisto kuunneltiin ja litteroitiin asiakirjoiksi. Litteroidessa kirjoitettiin kaikki, mitä haastateltava sanoi. Myös kysymykset näkyivät litteroinneissa. Kaikki litteroitu aineisto tulostettiin ja niihin perehdyttiin tarkasti. Vaikka haastattelu eteni teemojen mukaan, silti yhdessä vastauksessa saattoi ilmetä moniin eri teemoihin kuuluvia asioita. Aineiston selkeyttämiseksi valittiin jokaiselle teemalle väri, jonka jälkeen litteroidusta aineistosta ryhdyttiin

etsimään eri teemoihin kuuluvia asioita. Kun kyseiseen teemaan kuuluvat ilmaukset oli merkitty aineistossa samalla värillä, oli myös helpompi hahmottaa ja vertailla vastauksien yhtäläisyyksiä ja eroja. Jokaiselle teemalle tehtiin asiakirja, johon koottiin kaikista haastatteluista opinnäytetyön kannalta oleelliset ilmaukset. Teemoja oli yhteensä neljä, joista jokaisesta tehtiin taulukko. Näihin taulukoihin ryhmiteltiin kunkin teeman alle kuuluvat ilmaukset. Yhdessä taulukossa oli viisi saraketta, joista ensimmäiseen tuli alkuperäinen litteroitu ilmaus, toiseen alkuperäisestä ilmauksesta pelkistetty versio, kolmanteen ilmausta tiiviisti kuvaava alakategoria, neljänteen yläkategoria ja viidenteen sarakkeeseen teema. Taulukoinnin avulla aineistosta etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroja, joiden perusteella saatiin opinnäytetyön tulokset.

7 Tutkimuksen tulokset

7.1 Asiakkaiden ravitsemustilan seuranta ja ongelmat

Lähihoitajilta selvitettiin tutkimuskysymyksellä ”Kuinka asiakkaiden ravitsemustilaa seurataan”, kuinka he tarkkailevat asiakkaiden ravitsemustilaa, millaisia arvioinnin mittareita heillä on käytössään sekä millaisia ongelmia kotihoidon asiakkaiden ravitsemukseen liittyy. Pääkategoriaan ”*Asiakkaiden ravitsemustilan seuranta ja ongelmat*” muodostui yläkategorioiksi: ”**Seurannan keinot yhteneviä lähihoitajien keskuudessa**”, ”**Tutut potilaat tärkeitä onnistuneen seurannan kannalta**”, ”**Kokemukset nestetasapainon onnistumisen suhteen vaihtelevat**” sekä ”**Havainnot suuremmista virheravitsemuksista vähän**”.

Kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilan seurannan keinoista oleellisimpana kaikki lähihoitajat kokivat päivittäisen yleisvoiminnan seurannan. Muina konkreettisine ravitsemustilan seurannan keinoina lähes jokainen mainitsi säännöllisen painon mittaamisen, painoindeksin seurannan sekä MNA -testin tekemisen. Asiakkaan painoa kerrottiin seurattavan noin kerran kuussa, tarvittaessa jopa viikoittain. Ravitsemustilan seurannassa tärkeänä koettiin myös syödyn ruoan määrän konkreettinen seuranta kotikäynneillä. Esimerkiksi jääkaapin sisällön

seuranta päivittäin oli monen mielestä tärkeä osa asiakkaan ravinnonsaannin seurantaa.

”Jääkaappi on ikään kuin lääkekaappi, eli terveydentila sitten helposti hiipuu jos siellä ei oo asiat kunnossa.”(H1)

Ravitsemustilan arviointiin käytettiin RAVA:n ruokailun avun tarpeeseen liittyvää osiota sekä MNA -testiä. Neljä kuudesta kertoi, että asiakkaan ravitsemustilan arviointiin käytetään MNA -testiä. Valtaosa kertoi, että MNA -testi tehdään kyseisen kotihoidon alueen asiakkaille kerran vuodessa, mutta yksi kertoi testiä tehtävän kahdesti vuodessa. MNA -testi koettiin pääasiassa hyvänä keinona ravitsemustilan arviointiin. Yhden lähihoitajan mukaan ongelmana oli, että ei ole tarpeeksi aikaa tehdä testiä.

” No, joo uusille asiakkaille tehdään (MNA) ja kerran vuodessa siihen pyritään... mutta tota ei oo meillä tällä hetkellä keretty niitä tehdä.. Että tosi harmi.”(H4)

Yksi lähihoitajista ei osannut nimetä kotihoidossa käytössä olevia ravitsemustilan mittareita. Testien tekeminen koettiin myös hieman haastavaksi, sillä asiakkaat eivät välillä suostu mukaan testaukseen.

”On meillä jottain (testejä) käytössä, mutta mie henkilökohtasesti en oo...oon parille yrittänyt tehdä...oliko just nyt keväällä. Mutta hyö kieläytyivät, nii ei voi tehdä väkisinkään, mutta voijaanhan tälleen ite niinku arvioija sitten sitä.”(H5)

Kokemukset asiakkaiden ravitsemustilaan liittyvistä ongelmista olivat vaihtelevia. Kaikki nimesivät jonkin verran ravitsemukseen liittyviä haasteita, joita olivat kohdanneet asiakkaillaan kotihoidossa työskennellessä. Kaksi ei ollut havainnut mitään merkittäviä ravitsemuksesta johtuvia ongelmia asiakkailla, vaikka nimesivätkin useita ravitsemukseen liittyviä haasteita. Yhden mielestä asiakkailla oli runsaasti haasteita ravitsemukseen liittyvissä asioissa.

“Ei oo ikinä tullu eikä sattunu että ravitsemuksen takia ois niinku asiakkaalle tullu itessään, että kyllä siinä sitten aina joku muu on taustasy. ”(H5)

“Ei niillä muuta ookkaan ravitsemuksen kanssa kun haasteita. Tällä hetkellä pistetään piipaa-autolla useemmin ku useemmin.”(H1)

“Ihminen alkaa olla desorientoitunut, sekava, sitten ihmetellään et mikä on että...Voipi johtuu ihan siitä kun ei oo syöny, juonu hyvin ja sillä on se virtsatieinfektio.”(H4)

Ravitsemustilassa esiintyviksi ongelmiksi nimettiin aliravitsemus, mutta myös yhtä lailla ylensyönti. Muita ongelmia, joita lähihoitajat olivat työskennellessään kotihoidon asiakkailla havainneet, olivat ruokahalun ja nälän tunteen heikentyminen tai puuttuminen, liian vähäinen juominen, yksipuolinen ruokavalio sekä proteiinivaje. Tärkeänä asiana ravitsemustilan ongelmien havaitsemiseksi koettiin hoitajien säännölliset käynnit samojen asiakkaiden luona. Tällöin hoidon jatkuvuus toteutuisi paremmin ja hoitaja pystyisi seuraamaan tarkemmin asiakkaan päivittäin nautittujen ruokien ja juomien määrää.

Ravitsemustilan seurannassa oleelliseksi asiaksi koettiin täsmällinen kirjaaminen. Kirjaamisen tärkeys korostuu etenkin tilanteissa, joissa hoitajan ja asiakkaan välillä ei ole aiemmin ollut hoitosuhdetta. Kirjaamisen tärkeyttä osana ravitsemustilan seurantaa korostikin neljä lähihoitajaa.

”Yksittäisellä käynnillä on mahdotonta tietää jos ei ole kirjattuna, että jätetty tarjolle vaikka tämän ja tämän verran jotain (juomista). Et onks menny vai ei. Tai jos mie oon yksittäinen kävijä, nii enhä mie voi jääkaappia katsomalla tietää, että mitä sieltä on menny tai onko menny mitään. Se on se info ja yhteistyö.” (H1)

7.2 Lähihoitajan rooli ravitsemuksen toteuttajana kotihoidossa

Pääkategorian *“Hoitajan rooli ravitsemushoidon toteuttajana”* yläkategorioiksi saatiin *“Lähihoitaja ravitsemukseen liittyvien palvelujen tarpeen arvioijana”, “Lähihoitaja asiakkaan motivoijana”* ja *“Lähihoitaja kotihoidon asiakkaan monipuolisen ravinnonsaannin turvaajana”*. Kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen arvioiminen, toteuttaminen ja ravitsemushoitoon osallistuminen koettiin pääasiassa tärkeinä osina päivittäistä kotihoitoa. Päivittäin lähihoitajat auttavat muun muassa aamupalojen ja välipalojen valmistamisessa sekä huolehtivat käynneillään asiakkaille tarjolle riittävästi juotavaa. Ravitsemushoidon toteuttaminen koettiin ajoittain hieman ongelmallisena, sillä ikääntyneiden huonontunut ruokahalu ja muistamattomuus lisäävät riskiä syömisen ja juomisen laiminlyönnille. Kotikäyntien yhteydessä lähihoitajat arvioivat päivittäin asiakkaiden ravitsemustilaa ja tarvittaessa ravitsemukseen liittyvien palvelujen tarvetta. Päivittäistä tilaa seuraamalla arvioidaan esimerkiksi, onko tarvetta selvittää asiakkaan ravitsemustilaa laboratoriomääritysten tai testien avulla, onko tarvetta ruoan rikastamiselle tai lisäravinteille tai tarvitsisiko asiakas käyttöönsä ateriat- tai kauppalpalvelun.

Haastattelussa ilmi tuodut ajatukset ja asenteet ravitsemukseen liittyen olivat erilaisia. Kaksi lähihoitajaa kertoi ravitsemuksen aiheena olevan heille hyvin tärkeä. Toinen heistä koki, että yleisen asenteen mukaan ravitsemusta pidetään tärkeänä osana kotihoidon työntekijän työtä. Yksi kertoi, että hänen kokemuksensa mukaan kaikkien kotihoidon asiakkaiden ravitsemukseen ei puututa, jos sitä ei ole erikseen kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

*“Voi sanoa et tää on suurimmalle osalle sellanen sydämen asia, että jos jollaki on sattunu vahinko, että kahvit loppuu nii vaivihkaa kii-
kutellaa ja sit otetaa takasipäi ettei kukaa jäis ilman.”(H2)*

*“--Että eihän kaikille asiakkaille myö millään tavalla ees puututa ra-
vitsemukseen, että hyö hoitaa sen ite tai omaisten tai muitten kans-
sa, mut kenen kanssa meillä on tämä hoito- ja palvelusuunnitelman
mukaisesti niin tästä ravitsemuksesta huolehditaan.” (H5)*

Kokemukset vaikuttamiskeinoista ja asiakkaan motivoimisesta vaihtelivat. Vaikka haasteita ravitsemusasioissa ilmeni melko paljon, moni koki pystyvänsä vaikuttamaan asiakkaiden ravitsemustilaan melko hyvin ja ravitsemustilan parantamisen keinoja olevan riittävästi. Keinot asiakkaiden valintoihin sekä syömiseen vaikuttamiseksi olivat hyvin käytännönläheisiä ja hoitajan mielikuvituksen käytön tärkeyttä keinojen keksimiseksi korostettiin. Osa koki myös keinojen keksimisen ravitsemustilan parantamiseksi haasteellisena.

”Keinothan on aika vähäiset... Suostuttelemallahan yritetään saaha –mutta eipä sitä oikein voi sitten jos ihminen ei syö, ni pakollahan et syötä että...” (H6)

Konkreettisina keinoina syömiseen motivoimiseksi mainittiin annoskokojen tärkeys, lempiruokien tilaaminen, ruoan esille laittaminen sekä yksilöllinen ja erityisesti käytännönläheinen kannustaminen ja ohjaus. Viisi lähihoitajaa kertoi osallistuneensa asiakkaiden kauppatilausten tekemiseen. Neljä kertoi tietoisesti ohjanneensa asiakkaiden valintoja terveellisemmiksi kauppatilasta tehdessä. Kaikki kertoivat pyrkivänsä tarjoamaan asiakkaalle mahdollisimman mieluisaa ruokaa. Kauppatilaukseen osallistuneet lähihoitajat tekivät tilaukset yhdessä asiakkaiden kanssa huomioiden heidän mieltymyksensä. Puolet toi esille kiinnittäneensä huomiota sopiviin annoskokoihin.

”Sellanen kikka on, et jos tunget pikkulautaselle kamalan kasan ruokaa nii ei kukaan syö sitä, että en mie tuommosta satsia jaksa. Jos sama on isommalla vadilla ni ei se näytäkkää nii isolta. Vähän sellasta suhteellisuuden hämäystä. Pelataan tämmösillä annoskojutuilla.” (H1)

Motivoimisen lisäksi oleelliseksi koettiin erilaiset keinot ja kekseliäisyys ravinnon saannin turvaamiseksi. Neljä kuudesta lähihoitajasta kertoi aliravitun tai niukasti syövän iäkkään kohdalla tärkeintä olevan, että asiakas syö edes jotakin. Etenkin hyvin iäkkäiden aliravittujen kohdalla ruoan terveellisyyttä tärkeämpänä pidettiin maistuvuutta. Lähihoitajat kertoivat esimerkiksi tilaavansa asiakkaille

kaupasta mieliruokia sekä lisäävänsä aamiaisiin ja ateriapalvelun ruokiin runsaammin mausteita, hilloa tai voita tehdäkseen niistä maistuvampia, energiapi-toisempia ja ravitsevampia.

”Kaupasta mie tilaan yleensä asiakkaan mieluisia ruokia vaikka ne ei ihan niin ois aina terveellisiä mejjän näkökulmasta, mutta se et jos hän niinku aina jotakin söis.”(H2)

”—No, mie ainaki ite pyrin vähän sitte maustamaan. Laitan reilusti voita..vaikka lissään vähän jos on maitoo, niinku tuoretta maitoo niin siitä lissään vaikka puuroon ja vähän teen semmoseks niinku maittavammaks että..” (H4)

Muita keinoja monipuolisen ravinnonsaannin turvaamiseksi oli esimerkiksi aterian valmiiksi esille laittaminen, syömisen seuraaminen vieressä, elintarvikkeiden tuoreudesta huolehtiminen ja vanhentuneiden tuotteiden poistaminen sekä vi-tamiinilisän lisääminen päivittäiseen ruokavalioon.

7.3 Asiakkaan ravitsemuksen arviointiin vaikuttavat tekijät

Tutkimuskysymyksellä “Millaiset tekijät vaikuttavat asiakkaan ravitsemuksen arviointiin” haluttiin selvittää, kuinka lähihoitajat kykenevät arvioimaan asiakkaiden ravitsemustilaa ravitsemukseen liittyviin suosituksiin perustuen. Lisäksi ha-luttiin tietää, millaisen käsityksen asiakkaan ravitsemustilasta kotikäynnin yh-teydessä saa. Pääkategorian *”Asiakkaan ravitsemuksen arviointiin vaikuttavat tekijät”* yläkategorioiksi saatiin: ***”Ravitsemukseen liittyvät suositukset”*** ja ***”Kotikäynnin yhteydessä muodostuva käsitys asiakkaan ravitsemustilas-ta”***.

Kaikki lähihoitajat tiesivät, että on olemassa erilaisia ravitsemukseen liittyviä suosituksia, mutta suositusten sisältö ei kuitenkaan ollut tuttu kuin muutamalle. Lähihoitajat toivoivat saavansa aiheesta lisäkoulutusta tai mahdollisuuden tutus-tua suosituksiin työajalla. Erityisesti ikääntyneiden ravitsemussuosituksukset olivat vieraita. Yhdelle ne olivat tuttuja, ja kaksi kertoi joskus kuulleensa suositusten

olemassaolosta. Kolme kuudesta ei tuntenut ikääntyneiden ravitsemussuosituksia. Hoitajat kokivat, että työajalla ei ehdi tutustumaan ravitsemukseen liittyviin suosituksiin.

”Tiedän että ne (ravitsemussuositukset) on muuttunu, mutta millä ajalla mie kerkeen lukemaan sen ihan kokonaan, nii siitä vois tulla meille enemmän vaikka ihan koulutuksen kautta, että käytäs ne pääkohat.”(H3)

”No että ei oo käyty (ravitsemussuosituksia), että ainakin omalle kohdalle olisi semmonen kehittämisen kohde. – Kollega sano, että on varmaan koneella (ikäntyneiden ravitsemussuositukset), mutta ei oo keritty kattoo.”(H4)

Kaikilla kuudella lähihoitajalla oli yhtenevä mielipide kysymykseen *”Saako kotihoidon käynneillä kattavan käsityksen asiakkaan ravitsemustilasta?”* Kaikki kuusi olivat sitä mieltä, että kattavan käsityksen voi saada, jos asiakas on tuttu ja hänen luonaan käydään usein. Kattavaa käsitystä ei välttämättä saa jos asiakkaan luona käydään harvemmin tai kotikäynnin suorittaa sijainen. Kun asiakkaan tuntee, osaa havainnoida voinnissa tapahtuvia muutoksia. Haastatteluai- neistossa korostuivat asiakkaan tunteminen ja molemminpuolisen luottamuksen muodostuminen. Yksi lähihoitaja mainitsi, että kattavaa käsitystä on hankala saada, koska käynnit ovat niin lyhyitä, että siinä ajassa ei ehdi huomioida kaikkea.

”Et kun on tuttuja asiakkaita ja myö niinku tunnistetaan heissä tapahtuvia muutoksia huomattavasti nopeemmin, kun heidän luona käydään säännöllisesti--” (H3)

”Ehkä sellasen (kattavan käsityksen) sitten saa, kenen luona käyvään päivittäin ja useamman kerran päivässä, et se riippuu ihan siitä, miten...miten tapaa sitä henkilöä.” (H5)

7.4 Ravitsemuksen toteuttamiseen liittyviä haasteita kotihoidossa

Tutkimuskysymyksellä *“Millaisia haasteita ja kehityskohteita ravitsemuksen toteuttamiseen liittyy”* selvitettiin, millaisia asioita lähihoitajat kokevat haasteellisina ja missä asioissa olisi tarvetta kehittämiseksi. Pääkategorian *“Haasteet ja kehityskohteet”* alle muodostui kaksi yläkategoriaa: ***”Asiakaslähtöiset tekijät”*** ja ***”Muista syistä johtuvat tekijät”***.

Jokainen kuudesta lähihoitajasta kertoi muistisairauksien aiheuttavan haasteita ravitsemuksen toteutukseen. Muistisairauden takia asiakas saattaa unohtaa syödä tai kieltäytyä syömästä, koska muistelee jo syöneensä. Muistisairaana kertomuksiin täytyy suhtautua varauksella. Kaksi lähihoitajaa toi esille, että välillä asiakkaiden syömistä täytyy myös rajoittaa. Muistisairauden seurauksena janon ja nälän tunteet voivat kadota sekä käytös muuttua aggressiiviseksi.

“Muistisairaus lisääntyy entistä enemmän, kun mennään eteenpäin niin joukko eikun kasvaa. Ja sen myötä tulee se haaste, että miten me ravitaan se muistisairas, joka ei itse muista syöneensä.” (H2)

Lähihoitajien kokemusten mukaan asiakkaiden terveydentila ja perussairaudet vaikuttavat ravitsemuksen toteutumiseen. Esimerkiksi nielemisongelmat voivat vaikeuttaa syömistä. Sairauksien aiheuttama yleiskunnon lasku ja erilaiset tulehdustilat voivat heikentää ruokahalua. Suureksi haasteeksi koettiin iän sekä sairauksien aiheuttaman nälän ja janon tunteen katoaminen. Ruokaan on saatava makua ja tuoksua, jotta se olisi mielisempää. Valmisruoat ja ateriapalvelun ruoka eivät aina maistu asiakkaille, jotka ovat tottuneet syömään itse valmistettua kotiruokaa.

“Välillä tuntuu niin harmilliselta ku huomaa kaikki merkit, mutta ku ei oo nälän tunnetta eikä janon tunnetta niiku jo puhuin siitä. Miten saada motivoituu ja kannustaa.” (H1)

“Tai yleensä sitte vanhuskin kun ei oo nälkä. Kun esimerkiksi valmisruoka ei tuoksu, ei herätä ruokahalua, miten me saadaan mauton, hajuton ruoka menemään. Siinä on haastetta kuule.” (H2)

Kaksi lähihoitajaa kertoi, että asiakkaan juomien nesteiden määrää voidaan kotihoitossa tarkkailla nestelistan avulla. Sen käyttö ei kuitenkaan ole aivan luotettavaa, sillä kaikki nautitut nesteet eivät välttämättä tule merkityiksi listaan. Asiakas voi juoda silloin, kun kotihoiton hoitaja ei ole paikalla, jolloin nesteet saattavat jäädä merkitsemättä. Myös lähihoitajat voivat unohtaa merkitä asiakkaan nauttimat nesteet listaan käyntiensä aikana.

”Toisaalta nestelistojaki vois olla enemmän, mutta käytäntö on osottanu, että meilläkin kun on aika tiukka tahti, niin merkkäako sit jokane sinne. Et siinä on vielä yks haaste, me emme ole kaikki ehkä niin tarkkoja sitä merkkäamassa.” (H1)

”Joillaki on nestelista, mutta sitäki on hirveen vaikee käyttää, koska tota no se et mitä hoitajan käynnin aikana juo, nii sehä siihen on merkattu, mutta juoko muute nii se on vaikee.” (H2)

Neljä lähihoitajaa toi esille ateriapalvelun kautta tulevat annokset, joissa heidän mielestään olisi kehitettävää. Kaksi mainitsi esimerkkinä ateriapalvelun kautta tulevan porkkanaraasteen, joka on rakenteensa vuoksi hankalaa syödä. Myös salaatti ja pasta jäävät monella asiakkaalla syömättä. Kolme koki, että ateriapalvelun ruoat eivät vastaa asiakkaiden mieltymyksiä. Yksi lähihoitaja kertoi ateriapalvelun ruoan olevan ravitsevaa ja herkullisen näköistä, tuoksuista ja vastaavan asiakkaiden tarpeita. Hänen mielestään asiakkaat ovat tyytyväisiä ateriapalvelun annoksiin. Kaikki ateriapalvelun maininneet pitivät ateriapalvelun kautta tulleita ruoka-annoksia terveellisinä. Kehitysehdotuksena mainittiin aterioiden suuntaaminen iäkkäälle väestölle soveltuvammaksi.

“Että siinä on niinku se ruoka ja vanhus, jotka ne ei kohtaa. Sillälaila, että he ei oo tottunu niitä syömään ja se mikä on syömättä oleva ruoka niin se ei ravitse jos se jää siihen kippoon. —Se ois hyvä, et-

tä ateriapalvelu ja myö oltais pikkusen enemmän samassa veneessä.” (H2)

“Salaatit ei kyllä mene. Toisaalta heidän on kyllä aika hankala kun monesti on jotai porkkanaraastetta, jota on vaikee pureksii. – Eikä se pastakaan taida ihan ykkönen olla ” (H1)

Haasteena kaikki lähihoitajat yhtä lukuun ottamatta toivat esille ajan riittämättömyyden. Kotikäynneillä ei ole välttämättä aikaa jäädä seuraksi ruokailun ajaksi. Yksi lähihoitaja mainitsi, että hoitajan läsnäolo ruokailutilanteessa parantaa asiakkaan ruokahalua. Kaksi kertoi kotihoidon käyntien rytmittämisen asiakkaan ruokahalun mukaan olevan haaste. Esimerkiksi aamukierrolla hoitaja käy useamman asiakkaan luona, jolloin aamupalan ajankohta vaihtelee eri asiakkaiden välillä sen mukaan, milloin hoitaja saapuu paikalle. Hoitajan apua ruokailussa tarvitsevat pystyvät ruokailemaan ainoastaan kotikäyntien yhteydessä.

”Ja tietäähän sen jokainen, että maistuuhan se ruoka paremmalta, kun on ruokaseuraa. On joku muukin, joka on siinä, vaikka eihän myö nyt voija alkaa syyä siinä, mutta voitaa vaan olla.” (H2)

“Kun on paljon asiakkaita niin tuolleen ajallisestihan voi huomata sellaset, että myö ei voida olla kaikkien luona puol kaheksan, kaheksan. --Ajallisuus siitä, että keritään niihin ruoka-aikoihin ajoissa, jotta ollaan paikalla silloin kun se on se nälkä. Koska sittenhä se ois jotenki niinku meidän hallinnassa, että nyt vasta syöt kun myö tullaan tähä. ” (H3)

Haasteita ravitsemuksen tarkkailuun ja toteutukseen voi aiheuttaa asiakkaan omat tottumukset sekä tavat toteuttaa ruokavaliota. Jokainen lähihoitaja toi ilmi asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyvät seikat. Lähihoitajien mielestä koti on haasteellinen ympäristö vaikuttaa asiakkaan ravitsemukseen. He kokivat asiakkaan itsemääräämisoikeuden sekä tapojen ja tottumusten kunnioittamisen ko-

rostuvan kotihoidossa työskennellessä. Kaikki olivat olleet tilanteessa, jolloin heidän ja asiakkaan näkemykset ravitsemuksen toteutuksesta erosivat toisistaan. Tällaisissa tilanteissa lähihoitajat kertoivat keskustelun ja motivoinnin olevan vaikuttamisen keinoja. Keskusteleminen ja kannustaminen ovat tapoja päästä asiasta yhteisymmärrykseen.

“Mutta sit jos ihminen on jottain päättäny että hän syöpi ja juopi ja ellää näin nii se on todella hankala sitten saaha sitä muutosta.”

(H5)

Usean lähihoitajan kokemuksista kävi ilmi, että haasteita aiheutuu henkilökunnan vaihtuvuudesta. Sijaiset ja kesätyöntekijät eivät tunne asiakkaita ja heidän tapojaan. Asiakkaiden tunteminen koettiin tärkeäksi tekijäksi onnistuneen ravitsemuksen seurannan ja toteutuksen kannalta. Yksi lähihoitaja pohti, ovatko nuoret kesätyöntekijät riittävän ammattitaitoisia toteuttamaan asiakkaiden ravitsemusta.

”Mutta sitten nyt esimerkiks nyt kesällä kun on huomannu, että kun on näitä mejän kesätyttöjä ja -poikia, että kun on vähän nuorempia, niin on sitten tullu semmosia omia haasteita että...en oo ihan varma että onko ihan hallussa sitten heillä.” (H4)

Lähihoitajat kokivat ravitsemukseen liittyvän tietotaidon osaamisen keskuudessaan hyväksi. Kaikki olivat sitä mieltä, että lisäkoulutus ravitsemukseen liittyvistä aiheista olisi tarpeellista. Ehdotettuja lisäkoulutusaiheita olivat allergiat, saatohoidossa olevan asiakkaan ruokavalio sekä syöpää sairastavan ruokavalioon liittyvät erityispiirteet. Myös ravitsemussuosituksista toivottiin lisäkoulutusta. Koulutuksiin osallistuttaisiin mielellään, jos se vain työnjaon puolesta onnistuisi. Esille nousivat kiire ja kotihoidon työnjakoon liittyvät seikat. Kaikki hoitajat eivät voi osallistua samaan aikaan koulutuksiin, sillä osan on hoidettava asiakaskäynnit. Koulutuksen toivottiin toteutuvan työpaikalla niin, että mahdollisimman moni pääsisi osallistumaan. Moni lähihoitajista toivoi työpaikalla toteutuvaa luennointia ja konkreettista havainnollistamista ravitsemukseen liittyvistä aiheista.

”Sanosin näin, että meillä kaikilla on hallussa se ravitsemuksen tärkeys, mutta että just se uuden tiedon saaminen nopeesti tänne.”
(H3)

Yhdeksi kehityskohteeksi mainittiin moniammatillinen yhteistyö, jota lähihoitajien mukaan on ravitsemuksellisissa asioissa saatavilla varsin vähän. Asiakkaan ravitsemukseen liittyviä kysymyksiä pohditaan lähinnä oman tiimin lähihoitajien ja sairaanhoitajien kesken sekä tarvittaessa lääkärin kanssa. Esimerkiksi ravitsemusterapeutin palveluille olisi käyttöä, jos niitä olisi helpommin saatavilla. Yksi lähihoitaja mainitsi kehityskohteena terveellisestä ruokavaliosta keskustelun ikääntyneiden parissa jo ennen kuin nämä päätyvät kotihoidon asiakkaiksi.

”Meillä on hyvin paljon moniammatillisuutta, esimerkiksi kuntoutuksen ja meillä on fysioterapeutti, mutta tää ravitsemus, tää on kyllä pikkusen oikeesti vähä huonolla tolalla.” (H2)

”Et jos sitä saatas jotenki kamppanjoitua jo ennen ku ne on ees meidän asiakkaana. Et jotenki se terveystietä saatas tapahtumaan jo aikasemmin.” (H3)

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata lähihoitajien kokemuksia kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen toteuttamisesta Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueella. Haastatteluun osallistuneilla työkokemuksen määrä kotihoidossa vaihteli yhden vuoden kokemuksesta lähes kolmeenkymmeneen vuoteen. Kuitenkin useammalla lyhyemmän aikaa kotihoidossa työskennelleellä oli aiempaa hoitoalan kokemusta muualta jo useiden vuosien ajalta. Työkokemuksen määrän suuren vaihtelevuuden vuoksi saatiin näkemyksiä sekä kokeneemmilta että vähemmän aikaa kotihoidossa työskennelleiltä lähihoitajilta. Taustatietojen selvittäminen auttaa ymmärtämään haasta-

teltavan kokemuspohjaa aiheesta (Vilkkä 2015, 131). Haastateltujen lähihoitajien määrä oli vähäinen, joten yleistettäviä päätelmiä ikään tai työkokemukseen perustuen ei pystytty tekemään.

Keinot asiakkaiden ravitsemustilan seurannaksi olivat pääasiassa yhteneviä. Hoitajan hyvä havainnointikyky sekä tietotaito ravitsemusasioista koettiin tärkeinä jokapäiväisessä työssä. Asiakkaan ravitsemustilaa tulisi seurata MNA -testin avulla vuosittain (Pesonen & Rieppo 2013, 7.) Saatujen tulosten mukaan tämä pääasiassa toteutui. Haasteeksi vuosittaisen testaamisen toteutumiselle koettiin ajan riittämättömyys ja asiakkaiden mahdollinen kieltäytyminen. Suuri osa asiakkaiden ravitsemuksen tarkkailusta tapahtui silmämääräisesti asiakkaan ruokailua, syödyn ruoan määrää ja yleistilaa seuraamalla.

Asiakkaiden ravitsemustilassa oli havaittu ongelmia, joista eniten aliravitsemusta. Kotihoidon asiakkaille vuonna 2015 tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että yli 75-vuotiaista 86% oli aliravittuja tai kuului aliravitsemuksen riskiryhmään (Kaipainen, Tiihonen, Hartikainen & Nykänen, 2015, 49–50). Lähihoitajien mukaan ravitsemustilan ongelmista useimmat ovat estettävissä varhaisella puuttumisella. Erityisesti muistisairauksien sekä ruokahaluttomuuden koettiin aiheuttavan haasteita ravitsemuksen toteuttamiseen. Suomen muistiasiantuntijat ry:n (Jyväskylä ym. 2013, 38) hanketta varten toteutetussa tutkimuksessa todettiin muistisairauden usein heikentävän kotona asuvan iäkkään ravitsemustilaa.

Tärkeänä ongelmien havaitsemiseksi koettiin hoitajien säännölliset käynnit ja sen seurauksena hoidon jatkuvuus. Asiakkaan tunteminen oli tärkeää, jotta ravitsemuksessa tapahtuvia muutoksia voi arvioida ja ravitsemusta toteuttaa onnistuneesti. Luotettavan ja onnistuneen ravitsemustilan seurannan kannalta koettiin tärkeäksi, että samat hoitajat hoitaisivat tiettyjä asiakkaita. Myös Sanerman (2009, 175) väitöskirjaa varten tehdyssä tutkimuksessa asiakkaat kokivat hoitajien vaihtuvuuden ja kiireen ongelmallisena. Asiakkaan tarpeiden ja mieltymysten yksilöllinen huomiointi koettiin tärkeänä asiana, minkä myös Pölönen (2016, 25) toteaa Pro-gradu -tutkielmansa tuloksissa. Sijaisena tai harvoin asiakkaan luona käydessä voi olla hankala arvioida ravitsemustilaa kokonaisvaltaisesti ja toteuttaa ravitsemushoitoa yksilöllisesti.

Lähihoitajat kokivat täsmällisen kirjaamisen tärkeäksi osaksi hoidon jatkuvuutta ja onnistunutta ravitsemuksen ja nestehoidon toteuttamista. Vuonna 2006 tehdyssä tutkimuksessa havaittiin kotihoidon työntekijöillä olevan haasteita kokonaisvaltaisessa kirjaamisessa (Grönroos, Perälä & Sarvi, 18). Tämän opinnäytetyön tuloksista voi päätellä, että esimerkiksi nestelistojen käyttö ei ole luotettava keino tarkkailla asiakkaan nauttimien nesteiden määrää, koska nestelistat voivat olla puutteellisesti täytettyjä.

Lähihoitajat kokivat olevansa tärkeässä roolissa asiakkaiden ravitsemuksen toteutuksessa. Tärkeässä osassa pidettiin ammattitaitoa ja kykyä reagoida työssä eteen tuleviin haasteisiin. Kotihoidossa työskentelevät lähihoitajat tarvitsivat hyvää mielikuvitusta ja ongelmanratkaisukykyä puuttuakseen onnistuneesti asiakkaiden heikentyneeseen ravitsemustilaan. Lähihoitajat kokivat omat vaikutusmahdollisuutensa asiakkaiden ravitsemustilaan hyvänä, mutta nimesivät kuitenkin myös useita ravitsemuksen toteutukseen liittyviä haasteita. Ravitsemukseen pyrittiin vaikuttamaan keskustelemalla ja motivoimalla. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin ja tärkeänä pidettiin muutoksien tekemistä yhteisymmärryksessä. Aistien ja purentavoiman heikentyessä ruokahalu voi kadota, jolloin olisi hyvä tarjota mieliruokia (Kelo ym. 2015, 37–38). Erityisesti ruokahalun ollessa heikko, lähihoitajat pitivät ruoan makua terveellisyyttä tärkeämpänä.

Oma sekä muiden kotihoidon hoitajien ravitsemukseen liittyvä tietotaito arvioitiin hyväksi. Kuitenkin osa ravitsemukseen liittyvistä suosituksista oli lähihoitajille vieraita. Jokainen vastanneista oli kuullut ravitsemussuosituksista, mutta ikään tynneiden ravitsemussuositukset olivat suurimmalle osalle täysin tuntemattomia. Ravitsemushoitosuosituksen tavoitteena on kehittää terveydenhuoltoon yhdenmukaiset ruokailun ja ravitsemushoidon käytänteet, joiden toteuttaminen vaatii tutustumista ravitsemushoitosuosituksen sisältöön (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 202). Ravitsemukseen liittyvien suositusten kertaaminen ja aiheeseen liittyvä lisäkoulutus olisivat tarpeellisia kotihoidon hoitajille. Vuonna 2006 kotihoidon työntekijöille tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että työpäivään on hankala sisällyttää alan ammatilliseen materiaaliin perehtymistä. Tutkimukseen osallistuneet jäivät myös kaipaamaan lisää tukea omaehtoiselle opiskelul-

le. (Grönroos ym. 2006, 22) Myös tämän opinnäytetyön tuloksissa todettiin, että omaa ammatillista osaamista on haastavaa kehittää työaikana kiireestä johtuen. Hoitajat olivat valmiita kehittämään omaa ammattitaitoaan työaikana, jos siihen järjestyisi mahdollisuus. Kiireen takia myös asiakkaan ravitsemusasioihin ei pystytty käyttämään niin paljon aikaa, kun olisi haluttu.

Ravitsemushoidon suunnittelu, toteutus, arviointi ja seuranta ovat moniammatillista toimintaa, johon osallistuu esimerkiksi hoitajia, ravitsemusterapeutteja ja ruokapalvelun työntekijöitä (Hyytinen ym. 2009, 35–36). Tuloksista kävi ilmi, että lähihoitajat kaipaavat lisää moniammatillista yhteistyötä sekä koulutusta ravitsemukseen liittyen. Grönroos (2016, 25) toteaa Pro gradu -tutkielmansa yhtenä johtopäätöksenä, että kotihoidon käytössä tulisi olla ravitsemusterapeutti jolta saisi apua ja tukea sekä koulutusta.

Kehityskohteena tuotiin esille ateriapalvelun kautta tulevat ruoat, jotka eivät aina ole sitä, mitä asiakkaat haluaisivat syödä. Haastatteluaineistosta löytyi yhteneviä mielipiteitä siitä, kuinka ateriapalvelun kautta tulevia annoksia voisi kehittää. Moni kotihoidon asiakkaista käyttää ateriapalvelua, joten ateriapalvelun merkitys heidän ravitsemukseensa on merkittävä.

8.2 Johtopäätökset

Lähihoitajat olivat kiinnostuneita ravitsemukseen liittyvistä asioista, ja haastatteluista välittyi heidän innostuksensa aiheita kohtaan. He pitivät aihepiiriä tärkeänä, tunnistivat riskitekijöitä asiakkaiden virheravitsemukselle sekä toivat esille kehityskohteita. Lähihoitajien keinot seurata asiakkaiden ravitsemustilaa olivat yhteneviä. Yleisvoinnin tarkkailua, asiakkaiden tuntemista ja täsmällistä kirjaimista pidettiin tärkeimpinä asioina ravitsemustilan seurannassa.

Hoitajan rooli ravitsemuksen toteuttamisessa oli merkittävä, mutta kiireen koettiin hankaloittavan syvällistä perehtymistä asiakkaan tilanteeseen. Lähihoitajan ammattitaito ja kyky keskustella sekä puuttua asiakkaan ravitsemustilaa uhkaaviin tekijöihin olivat tärkeitä onnistuneen ravitsemuksen toteutuksessa. Kotihoidon työntekijöiden tietämys koettiin olevan hyvällä tasolla, mutta kuitenkin

ravitsemussuositusten sisältö ei ollut kaikille tuttu. Motivaatiota oman ammattitaidon kehittämiseksi ja lisäkoulutautumiselle olisi, jos se onnistuisi työajalla.

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voi tarkastella esimerkiksi uskottavuuden, siirrettävyyden ja vahvistettavuuden näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen eteneminen tulee kuvata niin, että lukija ymmärtää analyysin vaiheet ja luotettavuuteen liittyvät tekijät. Siirrettävyyden kannalta on tärkeää, että osallistujien valinta ja taustat sekä aineiston hankinnan ja analysoinnin kulku selitetään. Tarkasti selitetyn tutkimusprosessin avulla tutkimus voidaan siirtää myös toiseen toimintaympäristöön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.) Opinnäytetyöprosessin kulku pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja saatuja tuloksia verrattiin aiempaan tutkittuun tietoon luotettavuuden lisäämiseksi. Opinnäytetyössä käytettiin luotettavia tutkimustietoon perustuvia, mahdollisimman uusia lähteitä. Käytetyt lähteet olivat pääasiassa enintään 10 vuotta vanhoja ja ainakin 2000-luvulla kirjoitettuja. Lähteet ja viitteet merkittiin selkeästi ja asiallisesti. Näin alkuperäinen tiedon lähde on löydettävissä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 173). Kerätty haastatteluaineisto hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Luotettavuuden lisäämiseksi kysymysten ymmärrettävyys ja toimivuus on hyvä varmistaa esitestaamalla (Vilkkä 2015, 130). Ennen varsinaisia haastatteluja suoritettiin esitestaus yhdessä kotihoidon yksikössä. Lähihoitajat osallistuivat haastatteluun vapaaehtoisesti ja täyttivät kirjallisen suostumuksen, jossa antavat luvan käyttää kerättyä aineistoa valmiissa opinnäytetyössä. Yhteydenotoissa pyydettiin, että haastattelujen toteutukselle järjestettäisiin rauhallinen paikka. Tilan tulisi olla rauhallinen, jotta vuorovaikutus onnistuisi ilman häiriöitä (Hirsjärvi & Hurme 2010, 74). Lähes jokainen kerta rauhallinen ympäristö järjestyi, mikä mahdollisti tilanteeseen keskittymisen. Yksi haastattelu keskeytyi hetkeksi ja huonetta vaihdettiin, mutta saadun aineiston perusteella tämä ei vaikuttanut aineiston laatuun.

Lähihoitajat saivat tutustua teemoihin etukäteen, mikä on tärkeää haastattelun onnistumiseksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Tämä antoi mahdollisuuden valmistautua pohtimalla, millaisia asioita voisi kertoa. Näin pystyttiin saamaan mahdollisimman monipuolisia näkökulmia ja vastauksia esitettyihin kysymyksiin. Opinnäytetyön haastatteluissa huomattiin, että monet olivat miettineet saatekirjeessä annettuja teemoja hyvin tarkasti ja jopa kirjoittaneet muistiinpanoja aiheesta. Osalla muistiinpanot auttoivat jäsentämään ja muistamaan omia ajatuksia.

Haastattellessa ilmeni, että ainakin kaksi lähihoitajista oli pohtinut teemoja työyhteisön kanssa. Tarkoituksena oli saada jokaiselta haastateltavalta oma henkilökohtainen kokemus, joten yhteisen mielipiteen esiin tuominen ei aivan vastannut sitä, mitä haluttiin. Kun haastateltava on keskustellut muiden kanssa aiheesta, ovat hänen omat kokemuksensa voineet muuttua vastaamaan yleisesti vallitsevia mielipiteitä. Tällöin esiin tulleet kokemukset eivät olleet ainoastaan heidän omiaan, vaan kuvasivat myös laajempaa työyhteisöstä kerättyä kokemusta. Teemojen pohtiminen työyhteisössä voi tarkoittaa, että aihetta pidetään tärkeänä.

Kysymykset muotoiltiin niin, että ne antoivat tilaa vastata oman kokemuksen mukaisesti. Lisäkysymysten avulla saatiin tarkempia vastauksia. Kysymyksenasettelussa pyrittiin välttämään johdattelua. Luotettavuuteen vaikuttaa jos kysymyksiin ei ole vastattu rehellisesti, asioita on unohdettu tai jätetty kertomatta. Haastattelu on molemminpuolinen vuorovaikutustilanne, jonka onnistumisen kannalta on oleellista, että kumpikin osapuoli ymmärtää käytettyjen käsitteiden ja ilmaisujen merkityksen (Hirsjärvi & Hurme 2010, 52–53). Ihmisen ilmaisutaidot vaikuttavat siihen, kuinka hyvin hänen ajatuksensa tulevat esille haastattelutilanteessa.

Suomessa on vuonna 1964 tehty Helsingin julistus, joka on kansainvälisesti hyväksytty tutkimuseetiikan ohjeistus. Julistuksen mukaan eri tieteenalojen tutkimuksissa sitoudutaan turvaamaan eettisyyden toteutumista. Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaa American Nurses Association (ANA) 1995 julkaisemat hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet. Tärkeinä arvoina tutkimuseettisissä ohjeis-

sa pidetään tutkittavan hyvinvointia, tutkittavan oikeuksia ja yksityisyyden turvaamista sekä haavoittuvien ryhmien huomiointia. Tutkijan tulee huolehtia tutkittavan riittävät tiedot tutkimuksesta ja suostumus osallistumisesta. Tutkittavalle ei saa aiheutua haittaa tutkimukseen osallistumisesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212–214, 218.)

Tätä opinnäytetyötä tehdessä tutustuttiin tutkimuseettisiin ohjeistuksiin ja noudatettiin hyviä eettisiä periaatteita koko opinnäytetyöprosessin ajan. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeinä eettisinä periaatteina nousevat esille osallistuvien vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus. Haastatteluun osallistuvien lähihoitajien nimet saatiin ennakkoon tietoon kotihoidon eri yksiköiden yhteyshenkilöltä. Tutkimukseen osallistuvalla on oltava tietoinen suostumus tutkimukseen, eli tutkittavan tulee tietää tutkimuksen luonne ja kirjoittaa suostumuslomake. Myös oikeus tutkimuksesta pois vetäytymiseen tulee saattaa tutkittavan tietoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219.) Opinnäytetyötä tehdessä tutkimuksen luonne saatettiin yksiköille tiedoksi yksikön yhteyshenkilön kautta saatekirjeellä (liite 4) sekä haastatteluun osallistuvien lähihoitajien valikoiduttua suostumuslomakkeen yhteydessä (liite 5). Saatekirjeestä selvisi opinnäytetyön sisältö ja käyttötarkoitus sekä siinä annettiin tieto haastattelujen nauhoituksesta. Haastateltaville annettiin tiedoksi saatekirjeessä, suostumuslomakkeessa sekä haastattelutilanteen alussa, että tutkimuksesta sai halutessaan vetäytyä pois missä vaiheessa tahansa.

Haastattelutilanteessa tutkittavilta varmistettiin, että opinnäytetyön sisältö ja käyttötarkoitus ovat tiedossa ja nauhoitettuja aineistoja saa käyttää tutkimuksen teossa. Haastateltavien yksityisyydensuojaa on turvattava koko prosessin ajan (Vilkkä 2015, 47). Lähihoitajien vastauksia käsiteltiin nimettömästi ja luottamuksellisesti. Aineistoja käsiteltiin sattumanvaraisesti numeroituina, eikä osallistuneiden nimet tulleet selville aineistossa tai valmiissa työssä missään vaiheessa. Lähihoitajia ei myöskään ole yksilöity valmiissa opinnäytetyössä niin, että heidät voisi kuvauksien perusteella tunnistaa. Luottamuksellinen aineiston käsittely toteutui säilyttämällä nauhoitteita ja litteroituja aineistoja huolellisesti muiden saavuttamattomissa sekä huolehtimalla, ettei haastatteluun osallistuneiden henkilötietoja tai yksityisasiota paljastu sivullisille.

8.4 Oppimisprosessi

Opinnäytetyön tekeminen alkoi vuoden 2016 alussa, jolloin oltiin yhteydessä toimeksiantajan edustajaan. Alun perin opinnäytetyön toimeksiantona oli kvantitatiivinen tutkimus kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksesta valmiiksi kerättyyn aineistoon perustuen. Aineisto osoittautui otannaltaan suppeaksi ja tutkimuseettisesti opinnäytetyöhön soveltumattomaksi, sillä tutkimukseen osallistuneet eivät olisi tienneet aineiston käytöstä opinnäytetyössä. Toimeksiantajan edustajan kanssa yhteistyössä valittiin uusi ravitsemukseen liittyvä aihe, jonka rajaamisessa saatiin käyttää omaa luovuutta. Tutkimuksen näkökulma päätettiin vaihtaa asiakkaista lähihoitajiin. Lähestymistavaksi valikoitui kvalitatiivinen tutkimus ja tiedonkeruumuodoksi teemahaastattelu.

Selkeä työnjako oli tärkeä osa prosessia, jolloin yhdessä tekemisen lisäksi mahdollistui itsenäinen työskentely omalla ajalla. Teoriapohjan kokoaminen syvensi ymmärrystä aiheeseen ja kehitti kykyä arvioida tiedon luotettavuutta. Tietoperustaa kirjoittaessa saatiin monipuolisesti tietoa ikäihmisten ravitsemuksen erityispiirteiden, ravitsemustilan tarkkailun ja ravitsemushoidon lisäksi myös ravintoaineisiin liittyen. Sairaanhoidajalle tieto ravitsemusasioista on hyvin tärkeää, sillä useimmilla sairaanhoidajan työskentelyalueilla ravitsemukseen liittyviin asioihin kohtaa päivittäin.

Huolellinen perehtyminen laadulliseen tutkimukseen liittyvään teoretietoon lisäsi tietoutta käytetyistä tutkimusmenetelmistä ja opinnäytetyöprosessin vaiheista. Haastattelujen toteuttaminen vaati huolellista haastattelurungon suunnittelua, jolloin oli kiinnitettävä huomiota ymmärrettäviin ja selkeisiin kysymyksiin. Kysymysten muotoilu tuotti välillä hankaluuksia, mutta opinnäytetyöhön valikoituneet kysymykset osoittautuivat toimiviksi. Aineistoa kerätessä sai kokemusta haastattelujen toteuttamisesta. Litterointi osoittautui mielenkiintoiseksi ja mukavaksi vaiheeksi. Aineiston analysointi oli opinnäytetyöprosessin aikaa vievin ja haastavin vaihe, koska materiaalia oli runsaasti. Opinnäytetyöprosessin aikana ymmärrettiin, kuinka paljon huolellista suunnitelmallisuutta, työtä ja aikaa vaatii tuottaa luotettavaa tietoa laadullisen tutkimuksen keinoin.

Haasteita opinnäytetyöprosessin toteuttamisessa aiheutui esimerkiksi aikataulussa pysymisessä. Haastattelut toteutettiin kesällä 2016, mutta niiden aikataulut viivästyivät hieman kotihoidon työntekijöiden kesälomien vuoksi. Viivästys ei kuitenkaan ollut niin merkittävä, että se olisi vaikuttanut opinnäytetyön valmistumisajankohtaan. Opinnäytetyötä kirjoittaessa oppi, että tämän kaltaisissa prosesseissa onnistuminen aikataulun mukaan voi riippua myös ulkopuolisista tekijöistä. Toimeksiantajan edustaja vaihtui opinnäytetyöprosessin aikana. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut opinnäytetyön tekemiseen, sillä opinnäytetyöprosessi eteni ongelmitta. Opinnäytetyön ollessa lähes valmis, voimaan tuli organisatiomuutos, jonka seurauksena kunnan tarjoaman kotihoidon järjestää vuoden 2017 alusta alkaen Siun sote. Muutoksen takia opinnäytetyön hyödynnettävyyttä oli mietittävä laajemmasta näkökulmasta.

8.5 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tuloksia tarkastellessa huomaa lähihoitajien halun oppia uutta ravitsemukseen liittyen. Tuloksia voi hyödyntää järjestämällä kotihoidossa henkilöstölle koulutusta lähihoitajien mainitsemista aiheista. Tuloksista saa hyvän käsityksen siitä, millaisia haasteita ja erityispiirteitä kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen toteuttamiseen liittyy. Kun ravitsemuksen haasteet ja erityispiirteet ovat selvillä, on helpompi ryhtyä toimiin tilanteen kehittämiseksi.

Jatkokehitysmahdollisuutena voisi laatia Joensuun alueella kotihoidossa työskenteleville hoitajille suunnatun ohjelehtisen. Ohjelehtinen voisi perustua ikäänntyneiden ravitsemussuosituksiin sekä ravitsemushoitosuosituksiin. Se voisi sisältää tietoa ravitsemuksen tarkkailusta ja virheravitsemuksen tunnistamisesta, iäkkään nestetasapainosta, lääkityksen vaikutuksista ruokavalioon sekä vinkkejä iäkkään ruokahalun parantamiseksi. Ohjelehtisiä voisi jakaa jokaiseen kotihoidon toimistoon. Koulutusta voisi järjestää ikäänntyneen ravitsemuksen erityispiirteisiin sekä lähihoitajien toivomiin aiheisiin liittyen.

Saman kaltaisen kyselyn, joka tehtiin lähihoitajille, voisi tehdä myös kotihoidon asiakkaille. Kyselyssä asiakkaat saisivat nimetä ravitsemukseensa liittyviä epä-

kohtia ja kehittymismahdollisuuksia. Tulosten avulla voisi selvittää, vastaako asiakkaiden saama palvelu heidän ravitsemukseen liittyvää tuen tarvettaan. Mielenkiintoista olisi myös vertailla lähihoitajien ja kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä ravitsemuksen toteutumisesta. Olisi kiinnostavaa myös vertailla, muuttuuko kotihoito ravitsemusasioiden osalta Siun soten aloitettua vuoden 2017 alussa. Jatkotutkimusehdotuksena voisi selvittää ruokailutottumuksia iäkkäiltä, jotka eivät vielä tarvitse kotihoidon palveluja. Tällaisen tutkimuksen pohjalta olisi mahdollista puuttua havaittuihin epäkohtiin jo ennen kotihoidon palveluihin siirtymistä.

Lähteet

- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- Alden-Nieminen, H., Raulio, S., Männistö, S., Laitalainen, E., Prättälä, M. & Suominen, M. 2009. Ikääntyneiden suomalaisten ateriointi - Ruokapalveluiden seurantaraportti 3. Yliopistopaino.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79979/5572b601-e49d-4196-aeaf-22b5b968a7eb.pdf?sequence=1>. 1.12.2016.
- Arffman, R., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. 2009. Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992.
- Chernoff, R. 2014. Geriatric Nutrition: The Health Professional's Handbook. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Goodpaster, B., Harris, T., Kritchevsky, S., Nevitt, A., Schwartz, A., Simonsick, A., Tylavsky, F., Visser, M. & Won Park, S. 2006. The Loss of Skeletal Muscle Strength, Mass and Quality in Older Adults: The Health, Aging and Body Composition Study. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*. The Gerontological Society of America 61A (10), 1059–1064.
<http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/61/10/1059.full.pdf+html>. 15.11.2016.
- Grönroos, E., Perälä, M.-L. & Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskuksen raportteja 8/2006.
<https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/75005/R8-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>. 10.12.2016
- Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito -Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hiltunen, P. 2009. Vanhusten aliravitseminen ja syömishäiriöt. *Suomen lääkäri-lehti* 64 (42), 3551–3554.
<http://www.fimnet.fi/tietopalvelu.karelia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2009/SLL422009-3551.pdf>. 8.4.2016.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu -Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. 2009. Ravitsemushoito-opas. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.
- Ikonen, E.-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Keuruu: Otava Oy.
- Joensuun kaupunki. 2016a. Kotihoidon toimipaikat.
<http://www.joensuu.fi/kotihoidon-toimipaikat>. 1.12.2016.
- Joensuun kaupunki. 2016b. Ateriapalvelu. <http://www.joensuu.fi/ateria-palvelu>. 1.12.2016.
- Joensuun kaupunki 2016c. Ikäihmisten palvelut. 2016.
<http://www.joensuu.fi/ikaihminen-palvelut> 4.1.2017.
- Joensuun kaupunki. 2015. Myöntämisen perusteet.
<http://www.joensuu.fi/myontamisen-perusteet>. 1.12.2016.
- Jyväkorpi, S., Puranen, T. & Suominen, M. 2013. Ravitseminen muistisairaana kodissa. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry. <https://gery-fi->

- bin.directo.fi/@Bin/77aac2866d02a66479782304b54e02c1/1484999377/application/pdf/187899/loppuraportti.indd.pdf. 5.4.2016.
- Kaipanen, T., Tiihonen, M., Hartikainen, S. & Nykänen, I. 2015. Prevalence of Risk of Malnutrition and Associated Factors in Home Care Clients. *The Journal of Nursing Home Research Sciences* 1, 47–51. <http://www.jnursinghomeresearch.com/all-issues.html?article=45>. 10.12.2016.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karukannas, S. & Pesonen, A. 2016. Kotihoidon palvelujen myöntämisen perusteet ja sisältö Joensuun, Kontiolahden ja Outokummun sosiaali-terveyspalvelujen yhteistoiminta-alueella 1.3.2016 alkaen. Joensuun kaupunki. <http://www.joensuu.fi/documents/11127/174101/Kotihoidon+my%C3%B6nt%C3%A4misen+perusteet/a81efcda-4280-441b-8443-cc8ab6cdca50>. 22.3.2016.
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Käypä hoito. 2010. Muistisairaudet. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50044.pdf>. 5.4.2016.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.
- Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita Publishing Oy.
- Mustajoki, P. 2015. Hypernatremia (kohonnut veren natrium). Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00856. 3.4.2016.
- Pesonen, A. 2015. Kotihoidon asikastyytyväisyyskyselyt. satu.salmela@edu.karelia.fi. 7.12.2015.
- Pesonen, A. & Rieppo, E. 2013. Kotihoidon palvelujen sisältö Joensuun ja Kontiolahden sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueella. Joensuu kaupunki. <http://www.joensuu.fi/documents/11127/174101/Kotihoidon+palvelujen+sis%C3%A4lt%C3%B6/d754fc49-ee5a-4ecd-a064-2bc6575e8553>. 22.3.2016.
- Pitkälä, K., Rantanen, T., Strandberg, T. & Viitanen M. 2006. Vanhuksen hauraus-raihnausoireyhtymä. *Duodecim* 122, 1495 –1502. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95803.pdf>. 1.12.2016.
- Puranen, T. & Suominen, M. 2012. Ikääntyneen ravitsemus -opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoitoon. Helsinki: Gummerus kirjapaino.
- Pölönen, S. 2016. Yksilöllisen ravitsemusohjauksen vaikutus yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaan. Itä-Suomen yliopisto. Lääketieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20161211/urn_nbn_fi_uef-20161211.pdf. 10.1.2017.
- Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2009. Erityisruokavaliot -opas ammattilaisille. Helsinki: Dieettimedia Oy.
- Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja.

- <https://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2007/107325Loppuraportti.pdf>. 10.1.2017.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Sinisalo, L. 2015. Ravitsemus hoitotyössä. Keuruu: Otava Oy.
- Siun sote. 2017. Turvaamme arkeasi. <http://www.siunsote.fi/strategia>. 21.1.2017.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Kotihoito ja kotipalvelu. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>. 22.3.2016.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. läkkäät. <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/suomalaisen-ravitsemus-ja-ruokailu/iakkaat>. 1.12.2016.
- Tilastokeskus. 2016. Elinajanodote. <https://www.stat.fi/org/tilastokeskus/elinajanodote.html>. 30.3.2016.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014. Terveyttä ruoasta -Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.3_es-1.pdf. 1.4.2016.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010a. Ravitsemushoito -Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010b. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: PS-kustannus.

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Joensuun kaupunki, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue, Hoito- ja Hoivapalvelut, kotihoito
Toimeksiantajan edustaja:	Seija Karukannas
Osoite:	Torikatu 18A
Puhelinnumero:	050 5246256
Sähköposti:	seija.karukannas@jns.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1400092 Satu Salmela 1400096 Susa Pursiainen
Puhelinnumero:	Satu: 050 4954763 , Susa: 044 9712863
Sähköposti:	satu.salmela@edu.karelia.fi, susa.pursiainen@edu.karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Lähihoitajien kokemuksia Joensuun kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen toteutumisesta
Toteutusmuoto	Kvalitatiivinen tutkimus, joka perustuu teemahaastattelulla kerättävään aineistoon.
Aikataulu	1.1.2016-31.1.2017
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Opiskelijat kustantavat opinnäytetyöstä aiheutuvat kulut.

Toimeksiantajan sitoumukset	
Toimeksiantaja sitoutuu tekemään yhteistyötä koko opinnäytetyöprosessin ajan ja antamaan opinnäytetyön toteuttamiseen tarvittavia tietoja. Yhteyshenkilönä toimeksiantajan puolelta toimii Anni Pesonen. Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat opiskelijoille.	

Opiskelijan sitoumukset	
Valmis työ esitellään toimeksiantajalle. Opiskelijat toteuttavat opinnäytetyön noudattaen vaitiolovelvollisuutta ja hyviä eettisiä periaatteita. Haastattelua varten haetaan tukimyslupa. Toimeksiantaja saa rinnakkaiskäyttöoikeuden valmiin opinnäytetyön tuloksiin. Haastattelu toteutetaan kesän 2016 aikana ja opinnäytetyö on valmis 31.1.2017 mennessä.	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Helena Ikonen helena.ikonen@karelia.fi

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys 6.6.2016	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvitys <i>Susa Pursiainen Satu Salmela</i> SUSA PURSIAINEN SATU SALMELA
Päiväys 8.6.2016	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvitys <i>Seija Karukannas</i> SEIJA KARUKANNAS

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Päiväys <i>Joulukuun 6.6. 2016</i>	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Helena K. Helena Skonen</i>

Tutkimuslupa



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Haen/haemme lupaa suorittaa opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus

Opinnäytetyön aihe: Lähihoitajien kokemuksia Joensuun kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen toteutumisesta

Tutkimuksen toteutuspaikka/-yksikkö:

4-8 lähihoitajan kanssa soittua yksikköä Joensuun sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöaluetta -alueista.

Tutkimuksen:

- a) kohde/kohdejoukko: Joensuun kotihoidossa työskentelevät lähihoitajat
- b) aineiston keruumenetelmä: Teemahaastattelu
- c) aineiston keruun ajankohta: Kesä 2016

Opinnäytetyön tekijä/t:

Susa Pursiainen
SUSA PURSIAINEN

Satu Salmela
SATU SALMELA

Opinnäytetyön ohjaaja/t:

Helena K.

Helena Kkonen

Työelämäohjaaja:

Anni Pesonen
Anni Pesonen

8/6 2016

Saija Karukannas
Saija Karukannas
hoito- ja hoivapalvelujen johtaja

LIITTEET: - tutkimussuunnitelma
- toimeksiantosopimus

Viranhaltijapäätös

JOENSUUN KAUPUNKI

Viranhaltijapäätös

1

Sosiaali- ja terveyskeskus
Hoito- ja hoivapalvelujen johtaja

8.6.2016 § 5

189/00.01.03/2013

Hakija/asianosainenKarelia ammattikorkeakoulu / Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja
Salmela Satu ja Pursiainen Susa**Asia**

Tutkimuslupa / Karelia-ammattikorkeakoulu

Päätöksen perustelut

Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman sairaanhoitajaopiskelijat Satu Salmela ja Susa Pursiainen hakevat lupaa opinnäytetyöhönsä liittyvää tutkimusta varten.

Opinnäytetyön aihe: Lähihoitajien kokemuksia Joensuun kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen toteutumisesta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on haastatteluaineistoon perustuen selvittää Joensuun kotihoidossa käytännön hoitotyössä toimivien lähihoitajien kokemuksia ravitsemusosaamiseen ja kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen toteutumiseen liittyen.

Tutkimuksen kohde Joensuun kaupungin kotihoidossa työskentelevät lähihoitajat.

Tutkimuksen toteutuspaikka/-yksikkö:

4 - 8 toimeksiantajan kanssa sovittua yksikköä Joensuun sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueelta.

Tutkimuksen aineiston keruumenetelmä on kvalitatiivinen tutkimus, joka perustuu teemahaastattelulla kerättävään aineistoon. Tutkimuksen aineiston keruun ajankohta on kesällä 2016.

Aineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä.

Tutkimus ei aiheuta Joensuun kaupungille kustannuksia.

Opinnäytetyö tulee toimittaa Joensuun kaupungin hoito- ja hoivapalvelujen käyttöön. Työelämäohjaaja kehittämisasiantuntija Anni Pesonen.

Päätös

Myönnän tutkimusluvan opinnäytetyöhön Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman sairaanhoitajaopiskelijoille Satu Salmelalle ja Susa Pursiaiselle liitteenä olevan tutkimussuunnitelman mukaisesti Lähihoitajien kokemuksia Joensuun kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen toteutumisesta.

Toimivallan perusteet

Hallintosääntö 3 § ja 57 §.

Sosiaali- ja terveysjohtajan delegointipäätös 30.5.2016 § 23.

Nähtävänäpito

Päätös asetetaan yleisesti nähtäväksi sosiaali- ja terveyskeskuksessa ennakolta ilmoitettuna aikana 10.6.2016.

Allekirjoitus

Hoito- ja hoivapalvelujen johtaja


Seija Karukannas

Viranhaltijapäätös

JOENSUUN KAUPUNKI

Viranhaltijapäätös

2

Sosiaali- ja terveystieteiden keskus
Hoito- ja hoivapalvelujen johtaja

8.6.2016 § 5

Tiedoksianto

Päätöksen olen tänään antanut tiedoksi : STLTk, opiskelija Satu Salmela, opiskelija Susa Pursianen, Karelia ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjaaja Helena Ikonen, kehittämissiantuntija Anni Pesonen

Päiväys: 8.6.2016

toimistos sihteeri


Seija Solanpää

Lisätietoja: hoito- ja hoivapalvelujen johtaja Seija Karukannas,
p. 050-524 6256

Saatekirje

Hei!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Karelia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä kotihoidon asiakkaiden ravitsemukseen liittyen. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kuinka kotihoidon asiakkaiden ravitsemus toteutuu lähihoitajien näkökulmasta. Tämä opinnäytetyö toteutetaan Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen hoito- ja hoivapalvelujen toimeksiantona.

Haastattelemme tutkimusta varten kotihoidossa työskenteleviä lähihoitajia eri kotihoitoalueilta Joensuussa. Tutkimus toteutetaan teemahaastatteluna, joka nauhoitetaan analysointia varten. Nauhoitteet hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Haastattelusta saatu aineisto käsitellään luottamuksellisesti niin, että osallistujien henkilöllisyydet pysyvät salassa koko prosessin ajan. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja osallistujalla on oikeus peruuttaa tutkimukseen osallistuminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Valmis opinnäytetyö on julkinen asiakirja, joka julkaistaan Theseus- tietokannassa.

Tutkimuskysymyksiämme ovat

1. Kuinka kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa seurataan?
2. Millainen on hoitajan rooli ravitsemuksen toteuttamisessa?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat asiakkaan ravitsemuksen arviointiin?
4. Millaisia haasteita ja kehityskohteita ravitsemuksen toteuttamiseen liittyy?

Haastattelu toteutetaan kesän 2016 aikana. Haastattelussa on läsnä haastatteli- ja haastateltava. Haastatteluympäristöstä pyritään järjestämään rauhallinen ja aikaa haastattelulle varataan yksi tunti.

Ystävällisin terveisin

Satu Salmela

satu.salmela@edu.karelia.fi

Susa Pursiainen

susa.pursiainen@edu.karelia.fi

Suostumus haastatteluun osallistumisesta

Hei tutkimukseen osallistuja!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Karelia-ammattikorkeakoulusta. Teemme laadullista opinnäytetyötä, jossa selvitämme kuinka kotihoidossa työskentelevät lähihoitajat kokevat kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen toteutuvan.

Haastattelemme opinnäytetyötä varten kotihoidossa työskenteleviä lähihoitajia eri kotihoitoalueilta Joensuussa. Tutkimus toteutetaan teemahaastatteluna, joka nauhoitetaan analysointia varten. Nauhoitteet hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Haastattelusta saatu aineisto käsitellään luottamuksellisesti niin, että Teidän henkilöllisyytenne ei tule ilmi missään vaiheessa. Tutkimus toteutetaan noudattaen hyviä eettisiä periaatteita. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja Teillä on oikeus peruuttaa tutkimukseen osallistuminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Valmis opinnäytetyö on julkinen asiakirja, joka julkaistaan Theseus-tietokannassa. (www.theseus.fi)

Haastattelu toteutetaan Teidän työpaikallanne heinäkuussa 2016. Haastattelussa on läsnä yksi haastattelija ja haastateltava. Haastatteluympäristöstä pyritään järjestämään rauhallinen ja aikaa haastatteluun varataan yksi tunti.

Mikäli Teillä on kysyttävää liittyen tutkimukseen, otattehan yhteyttä meihin.

Ystävällisin terveisin,

Satu Salmela ja
satu.salmela@edu.karelia.fi

Susa Pursiainen
susa.pursiainen@edu.karelia.fi

Suostumus haastatteluun osallistumisesta

Minä _____ suostun Satu Salmelan ja

Susa Pursiaisen opinnäytetyötä varten tehtävään haastatteluun ja sen nauhoittamiseen, sekä annan oikeuden käyttää haastattelussa kerättyä aineistoa opinnäytetyössä.

Aika _____

Paikka _____

Haastattelurunko

Tutkimuskysymys	Teema	Kysymys	Tarkentavat kysymykset
	Taustatiedot	Ikä Sukupuoli	Kuinka kauan olette työskennelleet kotihoidossa?
1.	Ravitsemuksen seuranta ja haasteet	Kuinka tarkkailette asiakkaiden ravitsemuksen tilaa? Millaisia haasteita kotihoidon asiakkaiden nestetasapainossa esiintyy? Oletteko itse havainneet kotihoidon asiakkailta virheravitsemusta?	Kuinka usein? Millaisia mittareita käytätte ravitsemustilan arviointiin? Miksi? Mistä johtuvat? Kuinka havaitset? Kuinka tarkkailet? Millaisia tapauksia? Mistä johtuvat? Kuinka niihin puututaan? Millaisia haasteita aiheuttaa?
2.	Hoitajan rooli ravitsemushoidon toteuttajana	Miten osallistutte asiakkaan ravitsemuksen toteutukseen? Millaista ravitsemukseen liittyvää ohjausta ja neuvontaa annatte asiakkaille?	Millaisia keinoja käytätte parantaakseen asiakkaan ravitsemustilaa?
3.	Ravitsemustilan arviointiin vaikuttavat tekijät	Kuinka hyvin koette tuntevanne nykyiset ravitsemukseen liittyvät suositukset? Saako kotihoidon käynneillä kattavan käsityksen asiakkaan ravitsemustilasta?	Oletteko tutustuneet ikääntyneiden ravitsemussuosituksiin? Miksi saa/Miksi ei saa?

Haastattelurunko

4.	Haasteet ja kehityskohteet	Minkä koette suurimpana haasteena ravitsemukseen liittyvissä asioissa kotihoitossa? Koetteko tarvitsevanne lisää koulutusta ravitsemusosaamiseen liittyen?	Asiakaslähtöiset tekijät? Organisaatioon/koulutukseen liittyvät? Mistä aiheista? Minkälaista koulutusta?
----	-----------------------------------	---	---

Analysointikaavio

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
<p>Meilläkin on suurin osa näitä muistisairaita. Nälän tunne katoaa ja janon tunne katoaa, tulee aggressiivista, negatiivista, harhaisuutta, et kaikkee mahdollista siihen. (H1)</p> <p>Muistisauraus lisääntyy entistä enemmän kun mennään eteenpäin niin joukko eikun kasvaa. Ja sen myötä tulee se haaste että miten me ravitaan se muistisairas, joka ei itse muista syöneensä. (H2)</p>	<p>Suurin osa muistisairaita, jolloin nälän tunne katoaa ja käyttäytyminen muuttuu.</p> <p>Muistisairauden määrä kasvaa. Haasteena se kuinka ravitaan muistisairas, joka ei muista syöneensä.</p>	Muistisairaus	Asiakaslähtöiset tekijät	Haasteet ja kehityskohteet
Sit joidenkin kohdalla joudutaan tekeä niin, että kun ei mikään muu mee niin täytyy jotain yrittää jopa lanttulaatikkoa mustikkakeitolla. Tää oli tämmönen ekstriim	Hoitajien on käytettävä mielikuvitusta, jotta asiakkaita saadaan syömään. Ruokiin saatetaan laittaa erikoisia lisukkeita, jotta se	Ruoan maistuminen asiakkaille	Asiakkaan monipuolisen ravinnonsaannin turvaaminen	Hoitajan rooli ravitsemushoidon toteuttajana

Analysointikaavio

esimerkki. (H1)	maistuisi asiakkaalle.			
Erimerkiksi se että yrittää saada ruokaa maistuvammaksi joko rikastamalla sitä esimerkiksi jos se ei maistu. Sit maustaa vaikka kermalla tai voilla tai jollain kun se makuaisti on muutenki niin huono. (H2)	Hoitaja rikastaa ruokaa lisäämällä ruokiin mausteita ja rasvaa, jotta ruoka maistuisi paremmin heikentyneen makuaistin takia.			