

KOTIHOIDOSSA OLEVIEN VANHUSTEN
RAVITSEMUSTILAN ARVIOINTIA JA
KEHITTÄMISTOIMENPITEITÄ LIEKSAN
KAUPUNGISSA

Tarja Marjava



MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

Opinnäytetyön päivämäärä

20.4.2010

Tekijä(t)

Tarja Marjava

Koulutusohjelma ja suuntautuminen

Hoitotyönkoulutusohjelma, sairaanhoitaja

Nimeke

Kotihoidossa olevien vanhusten ravitsemustilan arviointia ja kehittämistoimenpiteitä Lieksan kaupungissa

Tiivistelmä

Opinnäytetyöni tavoitteena oli kehittää vanhusten kotihoitoon erilaisia uusia toimintatapoja arvioida vanhuksien ravitsemustila.

Kartoitin Lieksan kaupungissa tiimi-2 alueella asuvien kotihoidossa olevien vanhuksien ravitsemustilaan vaikuttavia tekijöitä. Kartoituksessa oli mukana 13 ikäihmistä, jotka olivat yli 65-vuotiaita.

Käytin kvalitatiivista ja kvantitatiivista lähestymistapaa.

Tiedot keräsin MNA- lomaketta käyttäen. Tämä lomake on tarkoitettu yli 65- vuotiaiden henkilöiden virhe- ja aliravitsemukseen arviointiin. Mittariin kuuluu sekä seulonta- että arviointiosa.

Keräsin myös kotihoitohenkilöstöltä tietoja vanhusten ravitsemukseen liittyen syy-seuraus diagrammiin.(kalanruotokaavio).

Kartoituksessa saadut tulokset olivat, että vain yhdellä vanhuksella 13:sta oli hyvä ravitsemustila. Riski virhe- ravitsemukseen oli kasvanut suurimmalla osalla vanhuksista. Virhe- tai aliravitsemuksesta kärsi yksi vanhus. Lopuilla 11 vanhuksella oli riski virheravitsemukseen kasvanut.

Tuloksien perusteella voidaan osoittaa, että kotona elävillä vanhuksilla on vaikeuksia pitää hyvää ravitsemustilaa yllä, koska säännöllinen ja systemaattinen kartoittaminen ravitsemustilasta on puutteellinen kotihoidossa.

Jatko toimenpiteitä kotihoidonhenkilökunnalle Mna-mittarin käytön ohjeistus ja lisääminen Mediatri-ohjelmistoon. Nestelistojen ja ruokapäiväkirjan käytön hyödyllisyys kotihoidossa vanhuksien ravitsemustilaa arvioitaessa. Yhteistyön lisääminen ravitsemusterapeutin, keittiöhenkilökunnan, fysio- ja toimintaterapeutin sekä omaisten kanssa.

Asiasanat (avainsana)

vanhus, ravitsemus, kotihoito, kehittäminen

Sivumäärä

17 s. + liitteet 4 s.

Kieli

suomi

URN

Huomautus (huomautukset liitteistä)


Ohjaavan opettajan nimi

Lehtori

Erja Ruotsalainen

Opinnäytetyön toimeksiantaja

Lieksan kaupunki/ kotihoito

| | | |
|---|--|---|
|  MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences | | Date of the bachelor's thesis 20.4.2010 |
| Author(s) Tarja Marjava | Degree programme and option Degree programme of nursing, nurse | |
| Name of the bachelor's thesis Eluating and developing procedures of nutritional state of elderly people in home care in city of Lieksa | | |
| <p>The aim of my thesis was to develop new procedures how to evaluate nutritional state of elderly people who are in home care.</p> <p>In my thesis I charted the factors influencing the nutritional state of elderly people in home care living in team-2 area in the city of Lieksa. The charting included 13 elderly people aged over 65 years. In the charting I used qualitative and quantitative approaches</p> <p>The information was gathered using MNA-form. MNA-form is a form meant to evaluate malnutrition as well as flaws in over 65 years old people's nutrition. This includes both screening as well as evaluating parts.</p> <p>I gathered information also from home care staff regarding nutrition of elderly with help of fishbone chart.</p> <p>The results given by the study was that only one person of 13 had good nutritional state. The risk of flawed nutrition had increased with majority of elderly. One person suffered from malnutrition or flawed nutrition. The rest of the elderly (11 persons) had the grown risk to flawed nutrition.</p> <p>Based on the result it is possible to show that elderly person living at home have difficulties to sustain good nutritional state because regular and systematic charting of nutritional state is inadequate in home care.</p> <p>Further actions for home care staff are the instructions to use MNA-form and adding it to Meriatri-software. Also the practicality of the usage of lists of liquids and meal diary when evaluating the nutritional condition should be taken into consideration. Improving co-operation with dietician, kitchen staff, physiotherapist, occupational therapist as well as relatives is important.</p> | | |
| Subject headings, (keywords) Age people, nutrition, home care , development of | | |
| Pages 17 p. + appendices 4 p. | Language finnish | URN |
| Remarks, notes on appendices | | |
| Tutor Lecturer Erja Ruotsalainen | Bachelor's thesis assigned by Lieksa home care | |

SISÄLTÖ

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO..... | 1 |
| 2 VANHUSTEN RAVITSEMUKSEEN LIITTYVIÄ ONGELMIA..... | 2 |
| 2.1 Aliravitseminen | 2 |
| 2.2 Virheravitseminen | 3 |
| 3 VANHUSTEN HYVÄN RAVITSEMUKSEN TAVOITTEET | 4 |
| 3.1 Ravintoaineiden tarve ja suositus | 4 |
| 3.2 Ruoka ja muistitieto hyvän ravitsemustilan tukijana | 6 |
| 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS..... | 7 |
| 5 TUTKIMUSMENETELMÄT | 7 |
| 6 TULOKSET | 9 |
| 6.1 Hoitohenkilöstön näkemykset..... | 12 |
| 6.2 Havainnointitulokset..... | 12 |
| 7 TULOKSIEN TARKASTELUA JA POHDINTAA | 13 |
| 8 KEHITTÄMISTOIMENPITEITÄ | 15 |
| LÄHTEET | 16 |

1 JOHDANTO

Vanhusten määrä ja erityisesti korkean iän ylittäneiden vanhusten osuus tulee kasvamaan eliniän pidetessä. Tulevaisuudessa Suomessa väestörakenne muuttuu voimakkaasti, koska vanhusväestön kasvu kiihtyy ja vanhusten elinikä pitenee. (Mäki 2007.) Ennusteiden mukaan Suomessa vuonna 2030 joka neljäs suomalainen olisi yli 65-vuotias (Lahti-Koski & Kilkkinen 2000, 20). Väestöön liittyvät muutokset ja ikääntyminen tuovat yhteiskunnalle haasteita, mihin kuitenkin on jo pyritty vaikuttamaan valtakunnallisilla terveystaloudellisilla ohjelmilla. (STM 2001, 4.)

Kotona asuvien iäkkäiden vanhusten elämänlaatuun vaikuttaa hyvä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, joka tarkoittaa suoriutumista päivittäisistä henkilökohtaisista toiminnoista sekä oman elämän hallintaa ja virikkeellistä vuorovaikutusta lähiympäristöön (Heinola 2007, 36).

Hyvän toimintakyvyn perusedellytyksiä ovat monipuolinen ravinto ja sosiaalisesti merkityksellinen ruokailu. Ruokailu on monelle iäkkäille ihmiselle päivän tärkeimpiä tapahtumia. Hyvällä ravitsemustilalla voidaan ehkäistä ikäihmisten monia sairauksia ja nopeuttaa niistä toipumista. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2008, 7.) Kotihoidossa olevat asiakkaat ovat pitkäaikaissairaita, ja heistä monella on taustalla sydän- ja verisuonitauteja sekä diabetes. Lisääntyvänä kansansairautena pidetään myös lihavuutta ja sen tuomia monia ongelmia, kuten tuki- ja liikuntaelinsairauksia. (Aro ym. 2005, 324). Muistihäiriöiset asiakkaat ovat myös lisääntyneet kotihoidossa, mikä tuo haasteita hoitotyön tekijöille. Osa asiakkaista on myös syrjäytyneitä tai ovat vaarassa syrjäytyä omien elämäntapojensa vuoksi.

Opinnäytetyön aiheeksi valitsin kotona asuvien vanhusten ravitsemustilan arvioinnin, koska itse olen työssäni havainnoinut päivittäin vanhusten ruokailua ja siihen liittyviä toimintoja ja riskejä. Köykän (2006, 3) tutkimuksessa käy ilmi, että hyvä ravitsemustila ja sen tukeminen mahdollistaa vanhuksen kotona asumisen. Vanhusten hoidon tavoitteiden painopistealueet on kunnissa selkeästi määritelty; tavoitteena on turvallinen ja itsenäinen asuminen mahdollisimman pitkään.

2 VANHUSTEN RAVITSEMUKSEEN LIITTYVIÄ ONGELMIA

Vanhusten ravitsemukseen vaikuttavat tekijät ovat yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn. Toimintakyvyn ollessa rajoittunut vaikeutuu ruokatarvikkeiden saanti ja ruoanvalmistus. Ravitsemusongelmat ovat kiinteästi yhteydessä sairauksiin ja heikentyneeseen toimintakykyyn (Soini ym. 2003, 3). Tutkimuksien mukaan kotona asuvilla vanhuksilla oli lähes kaikilla IADL eli välinetoimintoihin liittyviä ongelmia, kuten ongelmia liittyen esim. kaupassa käyntiin, ruoanlaittoon sekä kodinhoitoon (Heinola 2006).

Toimintakyvyn alentuessa vanhuksilla ilmenee myös vaikeuksia hengityksessä ja sydämen toiminnassa, jotka lisäävät kuolleisuutta pitkällä aika välillä (Soini ym. 2003,6). Ravintoaineiden ja energian vähäinen saanti johtaa aliravitsemukseen tai virheravitsemukseen. Energian vähentyessä elimistön monien tärkeiden ravintoaineiden, kuten proteiinien, vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti kapenee, minkä seurauksena on huono ravitsemustila. (Aro ym. 2005, 312.)

2.1 Aliravitsemus

Aliravitsemuksessa on kaksi erilaista puutostilaa, marasmus ja kvasiorkor. Marasmuksessa on kyse liian vähäisestä energiansaannista, jolloin rasva- ja lihaskudoksissa on havaittavissa muutoksia. Kvaviorkorissa korostuu liian vähäinen proteiinin saanti. (Uusitupa ym.1995, 888.)

Ikääntyneen aliravitsemuksen syinä voivat olla tietämättömyys, taitamattomuus tai huonot elinolosuhteet. Köykän (2006) tutkimuksen mukaan aliravitsemustilaa on vaikea havaita, koska aliravitsemusta voi olla myös lihavilla vanhuksilla, jotka näyttävät ravitsemustilaan nähden hyvältä, mutta joilta puuttuu tärkeitä ravintoaineita. Vanhukset, jotka saavat riittämättömästi energiaa tai proteiineja, ovat alttiita aliravitsemukselle. Huono ravitsemustila on yhteydessä moniin sairauksiin, esim. erilaisiin lihassurkastumatauteihin, kuten ALS ja MS, sekä lisäksi aivohalvauksen jälkitila, dementiaan, masennukseen sekä muihin mielenterveysongelmiin. (Tilvis ym. 2001,

329.) Alzheimerin taudin ensioireita voi olla laihtuminen (Nuotio ym. 2009, 2671–2676).

Fysiologisia syitä painonalentumiseen ovat maku- ja hajuaistin muutokset sekä ruokahalun heikkeneminen (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2006, 11). Psykologisia muutoksia voivat aiheuttaa puolison kuolema, muistihäiriöt ja alkoholismi. Sosiaaliset syyt liittyvät vanhusten yksinäisyyteen, köyhyyteen ja syrjäytymiseen. Aliravitsemus lisää riskiä lonkkamurtumille ja painehaavoille, jotka puolestaan lisäävät infektioherkkyyttä ja heikentävät muistisairaiden ja läheisten elämänlaatua kokonaisvaltaisesti. Lisäsairauksien ilmeneminen lisää hoidon tarvetta sekä pidentää sairaalassaoloaikaa. Aliravitsemuksen yleisyys on sairaalassa olevilla 32–50 % ja pysyvästi laitoshoidossa olevilla 23–85 % (Ravitsemuskatsaus 2008, 13).

Monet akuutit sairaudet ja leikkaukset ovat yhteydessä huonoon ruokahaluun sairaalajaksojen aikana. Aliravitsemukseen altistavat hampaiden ja suun huono hygienia sekä hammasproteesien käyttöön liittyvät ongelmat. Proteesien huono istuvuus lisää riskiä ihorikoille, joten kovien kuitujen ja kasviksien käyttö rajoittuu päivittäisessä ruokavaliossa. (Suominen ym. 2009, 29.)

2.2 Virheravitsemus

Ylipainoinen ikääntyvä ihminen voi kärsiä huonosta ravitsemustilasta, koska rasvakudoksen alla on monesti liian vähän lihaskudosta. Virheravitsemustila käsittää monien tai useiden suojaravintoaineiden puutosta (Ravitsemuskatsaus 2005, 12).

Vanhuksien virheravitsemuksen taustalla voi olla krooninen sairaus, ruokavalion yksipuolisuus, valkuaisaineiden vähäinen saanti tai saadun energian määrän vähäisyys kokonaisenergiaan nähden. Proteiinin liian vähäinen saanti johtaa lihaskudoksen vähenemiseen, jonka seurauksena ovat tasa-paino-ongelmat ja sen mukana kaatumiset. Virheravitsemuksen syitä vanhuksilla voivat olla myös purentaongelmat, joten syömättä jäävät sitkeät lihat, jotka olisivat proteiinin lähteitä. (Ihanainen ym. 2004, 86–88.)

3 VANHUSTEN HYVÄN RAVITSEMUKSEN TAVOITTEET

Hyvällä ravitsemuksella pyritään vanhusten hyvinvoinnin lisäämiseen sekä sairau-
teen liittyvien oireiden vähentämiseen ja parantamiseen. Ravitsemus ohjeiden tulee
olla hyvin konkreettisia ja yksinkertaisia, koska ruokavaliomuutokset vanhuksilla
pohjautuvat omiin kokemuksiin, mieltymyksiin ja taitoihin. (Nurminen, 2006, 52.)

Tavoitteiden pitäisi olla yksilöllisiä, ja asiakaslähtöisiä, kirjattuina hoito- palvelu-
suunnitelmiin vanhusten terveydentilaa ja toimintakykyä kartoitettaessa. Tärkeää on
varhainen tunnistaminen tilanteissa, joissa vanhuksen painoindeksi on alle 23 tai
laihtumiselle ei löydy heti selitystä. (Nuotio ym. 2009 2671–2676). Vanhuksien ra-
vitsemustilaa pitäisi seurata säännöllisesti, että voitaisiin arvioida niissä tapahtuneet
muutokset varhaisessa vaiheessa (Suominen ym. 2009, 3).

Hyvällä ravitsemuksella pyritään turvaamaan riittävä energian ja ravintoaineiden,
proteiinin ja nesteen saanti. Oikein kohdennettu tiheäenerginen ravinto hidastaa toi-
mintakyvyn heikkenemistä ja parantaa olemassa olevaa toimintakykyä. Liikunnan
merkitystä korostetaan vanhuksien ravitsemustilan hoidossa, sillä liikunta vahvistaa
lihasvoimaa ja lisää ruokahalua, joten se tuo samalla hyvää elämänlaatua ja mielen-
terveyttä. Kansanterveyslaitoksen tilastojen mukaan vanhusten ravitsemus vastaa
melkein tämän hetken suosituksia suolan ja rasvan käyttöä lukuun ottamatta. (Nur-
minen 2006, 20.)

3.1 Ravintoaineiden tarve ja suositus

Tavallisimpia ravintoaineiden puutoksia vanhusväestön keskuudessa on D-
vitamiinin, B 12-vitamiinin, raudan ja foolihapon saannissa. Päivittäinen proteiinin
tarve on 1,0–1,2 g/kg/vrk, joka voi olla suurempikin, jos on meneillään toipilasvaihe
(Suominen 2007, 10). Ravintokuitujen saanniksi suositellaan 25 – 35 g/vrk. Koko-
naisenergian tarpeesta tulee rasvasta n. 30 %, mutta suomalaisilla vanhuksilla eläin-
kunnan rasvoja koskeva suositus (10 %) ylittyy. D-vitamiinien suositus on 10 - 20
µg/vrk. Laitoshoidossa olevat vanhukset altistuvat enemmän D-vitamiinien puutok-
selle siitä syystä, että ulkoilu jää myös valoisana aikana vähäiseksi. (Aro ym. 2005,

317.) B 12-vitamiinin puutoksen syitä ovat imeytymishäiriöt, 15 %:lla vanhuksista on puutteita B 12-vitamiinin saannissa. Kotona ja laitoshoidossa elävillä vanhuksilla on foolihapon puutosta, joka voi ilmetä neurologisina oireina. Raudan puute vanhuksilla liittyy pääosin imeytymishäiriöön ja mahalaukun hapottomuuteen. (Aro ym. 2005, 320.)

Energian tarve muuttuu ikääntymisen myötä, koska aktiivisuus liikkumisessa vähenee. Parkinsonin tautia sairastavat ja levottomasti liikkuvat dementiapotilaat tarvitsevat muita enemmän energiaa. Perusaineenvaihduntaan tulee kiinnittää huomiota, jos ruokahalu on huono (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Energian tarve painokiloa kohtia (Vanhustyön keskusliitto 2007).

| | |
|----------------------------|-------------|
| PERUSAINENVAIHDUNTA (PAV) | 20 KCAL/ KG |
| VUODEPOTILAS PAV+ 30 % | 26 KCAL/ KG |
| LIIKKEELLÄ OLEVA PAV+ 50 % | 30 KCAL/ KG |
| SAIRAUDESTA TOIPUMINEN | 36 KCAL/ KG |

Ikäihmisellä ravintokuidun määräksi suositellaan 25 -35 mg päivässä. Hiilihydraattien osuuden pitäisi olla 55–60 %. Hiilihydraattien osuus yli 65- vuotiailla jää tällä hetkellä alhaiseksi. Kuidun lisääminen päivittäiseen ruokavalioon esim. ruisleipänä ja puuroina lievittää ummetusta ja helpottaa paksusuolen divertikuloositaudin oireistoa. Vitamiinien puutostiloihin alistuvat ne vanhukset, joilla on rajoitteita liikkumisessa. Niillä vanhuksilla, joilla on energian saanti vähäinen, on myös riski sairastua vitamiinien puutostauteihin (Aro ym. 2005, 316). Kalsium on vanhusväestölle tärkeä, koska sen puuttuminen altistaa luukadolle. Nesteiden käytöstä on hyvä pitää päivittäin seuranta, jotta kuivuminen estettäisiin. Kuivumisen fysiologisia oireita vanhuksilla ovat uupumus, ruokahaluttomuus, kuiva suu ja silmät, virtsa voi olla konsentroitunut (tummaa, voimakastuoksuista) sekä lihasvoima on vähentynyt. Nesteen menetystä lisäävät kuume, ripuli ja oksentelu, helle ja diureetit. (Suominen ym. 2009, 27.)

3.2 Ruoka ja muistitieto hyvän ravitsemustilan tukijana

Mäki korostaa tutkielmassaan (2007) vanhuksien turvallisen elinympäristön merkitystä. Turvallisessa ympäristössä he kokevat oman identiteettinsä vahvaksi. Eläminen omassa kodissa, jossa on tutut ihmiset, muistot, omat juuret ovat yhteydessä hyvään elämänlaatuun. Entisajan ruokailutapahtumat olivat perhekeskeisiä ja kiireettömiä nykypäivään verrattuna. Ruokailut perhepiirissä vahvistivat omaa jäsenyyttä yhteisössä, jossa rakkaus ja hellyys olivat läsnä.

Ruokailu ja siihen liittyvät kokemukset ja taidot omaksutaan jo lapsuudessa. Nykypäivän vanhuksilla menneisyys on mukana jokapäiväisissä ruokailutapahtumissa. Ruoka ja ruoka-aineet ovat hyvin kulttuurisidonnaisia. Lapsuuden aikaiseen ruokavaliioon vaikutti asuinpaikan sijainti sekä siellä vallitseva yhteisöllisyys. Eri alueilla kuten Keski-Suomen läänissä, korostuivat ruoka-valio läskisoosi, sianlihakastike, maitoperunat ja jälkiruokina kiisselit ja marjapuurot. Savon alueella yleistä oli perunan ja sienien käyttö. Karjalan alueella ruokien valmistamisessa käytettiin uunia, jossa valmistui lihapadat, kukot ja piirakat. Perinneruokia näiltä alueilta voisi mainita esim. pottilohko, talkkunavelli eli piepo ja karjalainen rusupiirakka. (Nurminen 2006, 55–56.)

Entisajan ja nykyisinkin tärkeitä ruoka-aineita ovat peruna, vilja (puuro, vellit), maito, metsämarjat, kalaa unohtamatta. Vanhuksien mieliruokia ovat perinteisesti olleet erilaiset liha- ja kalakeitot, lihapullat, laatikot sekä paistetut muikut. Eri ruokalajien nauttiminen voi vanhuksissa herättää tunteita, kaipausta menneisyyteen sekä palauttaa mieleen lapsuudenkodin, äidin. Vanhuksia, jotka sairastavat muistisairauksia tai joilla on huono ruokahalu, voidaan auttaa aistien avulla. Ruokailuun liittyvät äänet, kaunis kattaus, ruoan maku ja tuoksut tukevat oman minäkuvan rakentamisessa vielä vanhuudessakin. (Nurminen 2006, 35.)

Nurminen (2006) kannustaa käyttämään perinneruokien nimiä vanhuksien ruokailussa, koska oudot ruokalajien nimet ja termit voivat olla joillekin vaikeita käsittää ja ymmärtää, ja tämä saattaa aiheuttaa epämiellyttäviä tuntemuksia ja lisätä näin ruokahaluttomuutta.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tällä opinnäytetyölläni halusin selvittää Lieksan kaupungin kotihoitotiimi 2- alueella asuvien kotihoidossa olevien vanhusten nykyistä ravitsemustilaa sekä sitä, millaisia uusia toimintatapoja voitaisiin kehittää vanhuksien hyvän ravitsemustilan arviointiin.

5 TUTKIMUSMENETELMÄT

Opinnäytetyössä käytin sekä kvantitatiivista ja että kvalitatiivista lähestymistapaa. Vanhusten ravitsemustilan kartoituksessa käytin siihen tarkoitettua valmista MNA (Mini nutritional assessment)- lomaketta, joka arvioi yli 65-vuotiaiden henkilöiden virhe- ja aliravitsemusta. MNA-mittariin kuuluu seulonta- ja arviointiosa. Arviointiosassa käytin apuvälineenä mittanauhaa ja vaakaa. Lomakkeen täyttämässä ja tietojen keräämisessä auttoivat alueen kotihoidossa työskentelevät sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Seulontaosa koostui 6 kysymyksestä, kuten painosta, painonlaskusta, ruokahaluttomuudesta, puremis- tai nielemisongelmista, stressistä, neuropsykologisista ongelmista. Arviointiosassa kysyttiin lääkkeiden käytöstä, painehaavoista, päivittäisten aterioiden määristä ja nesteiden juonnista. Subjektiiiviset kysymykset kohdistuivat omaan näkemykseen ravitsemustilasta. Kysymykset käsittää vanhuksien koettua omaa terveyttä ja ravitsemustilaa sillä hetkellä. (Nuotio ym.2009, 2671–2676).

Kohderyhmänä tässä kartoituksessa olivat yksin asuvat yli 65- vuotiaat vanhuksset, jotka olivat kotihoidon asiakkaita. Arviointiin osallistui 13 henkilöä, joista naisia oli 6 ja miehiä 7.

Hoitohenkilöstön näkemystä vanhusten ravitsemuksesta kartoitin käyttämällä kalantaruotokaaviota, joka on syy-seuraussuhteita selvittelevä laatutyökalu.

Kaavion avulla keräsin tietoa, mitkä tekijät edistivät tai haittasivat hoitohenkilöstön näkemysten mukaan vanhuksien hyvää ravitsemustilaa. Tiedonantajina oli 12 vanhusten parissa työskentelevää lähihoitajaa, kodinhoitajaa ja kotiavustajaa. Kaavio oli tiimin yhteisissä tiloissa ajalla 1.6.–31.7.2009.

Tiedot keräsin satunnaisesti syyskuun aikana 2009 havainnoimalla tiimi- 2 vanhusten päivittäisiä ruokailutapahtumia. Havainnoista tein muistiinpanoja. Havainnointi tapahtui luonnollisesti heidän päivittäisten ruokatapahtumien yhteydessä. Välitöntä tietoa tuli suoraan vanhuksilta, mielipiteenä ruoan laadusta, erilaisena toiveena. Mielipide ruoasta ilmeni myös ilmein tai elein.

Laadullinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä menetelmällä, jota käytetään laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan ja selittämään kokonaisvaltaisesti tutkittavasta ilmiöstä jossa aineisto luokiteltiin, analysoitiin ja tulkittiin sekä MNA-testin tulokset laskettiin tukkimiehen kirjanpidolla (Hirsjärvi ym. 2009, 156–162).

Vanhusten ravitsemustilan arvioinnin osalta tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sitä, että sillä hetkellä sisäinen validiteetti, mittaustilanne on luotettava ja hyvä. Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että miten tarkkoja mittatulokset ovat ja tuloksien toistettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 226–228).

MNA-lomaketta käytetään monessa ulkomaalaisissa ja kotimaisissa tutkimuksissa arvioitaessa vanhuksien ravitsemustilaa. Havainnoinnin luotettavuutta lisää se, että kokemusta minulla on yli kaksikymmentä vuotta vanhuksien kotihoidosta, joista enemmistö on pitkäaikaissairaita ja muistiongelmaisia vanhuksia.

Työssäni noudatan asianmukaista tutkimusetiikkaa ja että kohderyhmiltä saadut tiedot ovat luottamuksellisia. (Hirsjärvi ym. 2000, 26). Tästä oppinäytetyöstäni on asiakkaille kerrottu, että osallistuminen on vapaaehtoista. Mna-lomakkeet täytetään ja käsitellään nimettömänä. Kerätty tieto ei vaaranna tai loukkaa heidän ihmisarvoaan, koska asiakkailta on itsemääräämisoikeus ja mahdollisuus kieltäytymiseen jokaisessa tutkimusvaiheessa. Tutkittavien asiakkaiden henkilöllisyys ei tule ilmi tässä tutkimuksessa.

6 TULOKSET

Tässä opinnäytetyössäni asiakkaille tehtävän kyselyn otos oli 13 lieksalaisesta kotona asuvaa yli 65-vuotiaille vanhusta, joille tehtiin MNA-ravitsemustilan arviointia kartoittava testi. Naisia oli 6 ja miehiä 7. Demografiset tekijät olivat sukupuoli, ikä ja asuminen. Kartoituksessa lomakkeen seulontaosa tehtiin vain yhdelle naiselle (max.14 pistettä), jolloin hänelle ei tehty arviointiosaa. Lomakkeen arviointiosa tehtiin 12 henkilölle. Kartoituksessa mukana olevien vanhuksien iät olivat 67- 83 vuotta (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Tutkimukseen osallistuneiden ikä- ja sukupuoli jakauma

| | 67 | 69 | 74 | 75 | 80 | 81 | 82 | 83 |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Naisia | | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | |
| Miehiä | 1 | 1 | | | | 1 | | 1 |

Seulonta koostui kuudesta erilaisesta kysymyksestä, joissa selvitettiin ravinnonsaannin vähentymistä, painoindeksiä, painon putoamista, liikkumisesta, psyykkisestä stressiä kolmen kuukauden aikana sekä neuropsykologisia ongelmia.

Kartoituksessa tuli ilmi, että ravinnon saanti oli vähentynyt kolmen kuukauden aikana esim. ruokahaluttomuuden tai puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 5 henkilöllä. Mitään muutoksia sen sijaan ei ollut tapahtunut 8 henkilöllä kolmen kuukauden aikana. (taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana

| Painonlasku | 0 = painon pudotus > 3 kg | 1 = ei tiedä | 2 = painonpudotus 1-3 kg | 3 = ei painon pudotusta |
|-------------|---------------------------|--------------|--------------------------|-------------------------|
| Naiset | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Miehet | 1 | 2 | 3 | |

Liikkuminen vanhuksilla oli niukkaa, koska liikkuminen onnistui vain yhdeksällä henkilöllä sisätiloissa eri sairaustiloista johtuen. Ulkona liikkuminen onnistui vain neljällä henkilöllä. Kotona asuvat ovat pitkäaikaissairaita, mistä johtuen heidän terveydentilansa voi muuttua hyvin äkillisesti, mikä aiheuttaa psyykkistä stressiä. Viisi vanhusta koki, että heillä on psyykkistä stressiä. Kahdeksan henkilöä oli sitä mieltä, että heillä ei ollut nyt stressiä. Neuropsykologiset ongelmat ilmenivät lievänä demensiana kolmella ja depressiona seitsemällä vanhuksella. Kolmella henkilöllä ei ollut ongelmia.

Arviointiosan tein 12 vanhukselle. Kysymykset kartoittivat päivittäisten aterioiden määrää ja annoksia sekä ruokailuun liittyviä ongelmia. Kysyttiin esimerkiksi, kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon lämmin ateria, maitotuotteita ja kasviksia sekä hedelmiä.

TAULUKKO 4. Päivittäiset lämpimät ateriat

| Aterioiden määrä | 0 = 1 ateria | 1 = 2 aterialla | 2 = 3 aterialla |
|------------------|--------------|-----------------|-----------------|
| Naiset | 4 | 1 | 1 |
| Miehet | 2 | 2 | 2 |

Lämpimän aterian kerran päivässä söi kuusi henkilöä, kun taas loput kuusi vanhusta söi joko kaksi tai kolmekin aterialla päivittäin (taulukko 4). Maitovalmisteita (maitoa, juustoa, piimää) käytti yhden annoksen verran yhdeksän vanhusta. Kolme vanhusta ei käyttänyt maitovalmisteita lainkaan. Kananmunaa käytti kaksi annosta tai enemmän viikossa (myös ruoat, esim. laattikoruoat) kaksi vanhusta ja 11 vanhusta ei lainkaan.

Lihaa, kalaa ja linnun lihaa käytti päivittäin 11 vanhusta ja yksi vanhus ei käyttänyt näitä tuotteita ollenkaan. Kasviksia (kaksi tai useampia hedelmiä tai kasviksia) käytti yhdeksän vanhusta, loput kolme vanhusta käytti vähemmän.

Lisäksi kysyttiin päivittäisten nesteiden määrää. Nesteiden juonti rajoittui 3 - 5 lasiin päivässä yhdeksällä vanhuksella. Kolme koki, että he juovat enemmän kuin viisi lasia nesteitä päivässä. Ihon kuntoa ja painehaavaumia selvitettiin myös. Painehaa-

vaumia tai muita ihorikkoja ei ollut yhdelläkään vanhuksella, vaikka liikkuminen oli rajoitettua sairaudesta johtuen.

Edelleen selvitettiin vanhuksien avun tarvetta ruokailun yhteydessä. Päivittäisessä ruokailussa kaksi tarvitsi hieman apua ja 10 vanhusta selviytyi ongelmitta (taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Avuntarve ruokailussa

| Avuntarve | Tarvitsee paljon apua ruokailussa | Tarvitsee hieman apua | Syö itse ongelmitta |
|-----------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Naiset | | 1 | 5 |
| Miehet | | 1 | 5 |

Kaikilta vanhuksilta mitattiin olkavarren keskikohdan ympärystmittaa (OVY cm) ja pohkeen ympärystmittaa (PYM) Kaikilla vanhuksilla todettiin olkavarren ympärystmittan olevan yli 22 cm. Pohkeen ympäryst oli yli 31 cm tai enemmän 11 vanhuksella ja yhdellä alle 31 cm. OVY ollessa alle 21 cm sekä PYM ollessa alle 31 cm mitat merkitsevät riskiä virheravitsemukseen.

Vanhuksilta kartoitettiin omaa näkemystä terveydentilaan verrattuna muihin samanikäisiin. Verrattaessa terveydentilaa muihin samanikäisiin kolme vanhusta koki, että terveys ei ollut yhtä hyvä kuin muilla. Kuusi vanhusta ei osannut verrata terveydentilaansa muihin samanikäisiin. Kaksi arvioi terveydentilansa paremmaksi samanikäisiin verrattuna.

Vanhuksilta kysyttiin heidän näkemystään ravitsemustilasta. Vaikeaa virhe- ja tai aliravitsemusta ei kokenut yhtään. Suurin osa vanhuksista ei tiennyt oliko heillä lievää virhe- tai aliravitsemusta. Kolme arvioi, että heillä ei ollut ravitsemusongelmia.

Kaikki kolmetoista vanhusta asuivat omissa kodeissaan yksinään. Lääkkeiden käyttö johtui heidän pitkäaikaissairauksistaan. Kymmenen vanhusta käytti päivittäin useampaa kuin kolmea reseptilääkettä (taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Päivittäinen lääkkeiden käyttö

| Lääkkeiden käyttö | Kyllä | Ei |
|-------------------|-------|----|
| Naiset | 5 | 1 |
| Miehet | 5 | 1 |

6.1 Hoitohenkilöstön näkemykset

Kotihoidon henkilöstöllä on pitkäaikainen kokemus vanhusten perushoidosta, johon sisältyy esim. ravitsemuksesta huolehtiminen ja seuranta, jos vanhus ei itse siihen kykene. Vanhusten ravitsemustilaa heikentäviksi tekijöiksi arvioitiin ikäihmisten erityistarpeet, vilja-allergia ja laktoosi-intorelanssi. Ravintokuitujen päivittäinen määrä (puurot, kuitupitoinen leipä) arvioitiin vähäiseksi kotihoidossa, minkä koettiin aiheuttavan suolen toimintaongelmia.

Hoitohenkilöstön mukaan oikeanlaisesta vanhusten ruokavaliosta oli tietoa vähän käytettävissä. Osa hoitajista koki epävarmuutta vanhusten ravitsemustilan arvioinnissa. Hoitajien mukaan heillä ei ollut aina mittareita/vaakaa, millä mitata, jolloin arviointi perustui omiin havaintoihin. Nestelistojen ja ruokapäiväkirja pitäminen oli vähäistä tai puuttui kokonaan. Vanhuksien huonolla ruokahalulla nähtiin yhteys huonokuntoisiin hampaisiin.

Edelleen vanhusten ravitsemustilaa heikentävänä tekijänä hoitajat näkivät myös taloudellisen toimeentulon joka on monella vanhuksella niukkaa. Tällä on vaikutusta heidän ruokavaliionsa ja elämänlaatuun.

6.2 Havainnointitulokset

Päivittäinen ruokailu tapahtui vanhuksien omissa kodeissa kotihoitohenkilöstön avustamana. Ruokailuajankohta oli yleensä kello 11–12 ja 16–18 välisenä aikana.

Ruokailu tapahtui hoitohenkilöstön työaikataulujen mukaan. Joidenkin vanhuksien aamupalan nauttiminen tapahtui vasta kello 9 - 10 välille, joten ruokailujen välit olivat lyhyet, mikä lisäsi ruokahaluttomuutta. Monet vanhukset kokivat, että viikoittaisessa ruokavaliossa ei ollut paljon muutoksia. Vanhukset saattoi tuoda ilmi mieliruokien halun esittämällä esim. puuro- tai vellipäiviä. Joku vanhus jätti ruokailun väliin, ruoan ulkonäön, hajun tai vaihtoehtojen vähäisyyden vuoksi.

7 TULOKSIEN TARKASTELUA JA POHDINTAA

Painoindeksin suositus vanhuksilla on 24–29/m² (Soini ym. 2003).

Kartoituksessa ilmeni, että vain yhdellä vanhuksella 13:sta oli hyvä ravitsemustila. Riski virheravitsemukseen oli kasvanut suurimmalla osalla vanhuksista. Virhe tai aliravitsemuksesta kärsi yksi vanhus. Lopuilla 11 vanhuksella oli riski virheravitsemukseen (taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Ravitsemustilan arviointi

| Ravitsemustilan arviointi | | |
|---------------------------|------------------|---------------|
| > 23.5.pistettä | 17–23.5 pistettä | < 17 pistettä |
| 1 | 11 | 1 |

Niiden 11 vanhuksen kohdalla, jotka saivat asteikon mukaan 17–23,5 pistettä, oli ongelmia sekä liikkumisessa että neuropsykologisella puolella. Liikkuminen onnistui sisätiloissa kuitenkin itsenäisesti, mutta ulkona liikkuminen oli vähäistä tai ei ollenkaan. Pitkäaikaissairauksista johtuen kaikilla vanhuksilla oli runsasta lääkkeiden käyttöä päivittäin, jolla oli vaikutusta asteikkoon pistemäärään alentavasti.

Kaikille vanhuksille tuli valmis ateria kerran päivässä kotiin tuotuna, mutta vain 6 henkilöä söi lisäksi toisen lämpimän aterian päivässä. Nesteiden juonti vanhuksilla rajoittui monesti vain ruokailuun tai kahvihetkiin, 3 - 5 lasiin päivässä, mikä on vähän. Vanhuksien janontunne vähenee ja munuaisten toimintakyky heikkenee, mikä altistaa nestetasapainohäiriöille. Nesteiden liian vähäinen käyttö altistaa vanhukset

dehydraatiolle, jonka seurauksena voi olla mm. sekavuutta ja kaatuilua. Hyvän lääkehoidon perusedellytys onkin riittävä nesteiden saanti. (Affman ym. 2009, 101.)

Vaikka vanhusten toimintakyvyn edellytyksenä on monipuolinen ja ravintorikas ravinto, se ei yksin takaa kotona asuvan vanhuksen fyysistä hyvinvointia, tarvitaan myös liikuntaa ja muita aktiviteetteja. Ruokailulla on kuitenkin suuri psykososiaalinen merkitys vanhukselle. Neuropsykologiset ongelmat ja päivittäinen toimintavaje altistavat huonolle ruokahalulle ja sitä kautta heikentyneeseen ravitsemukseen. Monet vanukset eivät osaa itse huolehtia riittävästä ja monipuolisesta ravinnonsaannista, vaan kotisairaanhoidon/kotihoidon on huolehdittava, että vanhus saa riittävän ja monipuolisen päivittäisen aterian.

Lähes poikkeuksetta vanukset käyttävät lääkkeitä erilaisten sairauksien hoitoon. Vuorokausiannokset voivat olla hyvinkin suuria. Monilla lääkkeillä on sivu- ja yhteisvaikutuksena joko ruuansulatushäiriöitä tai ruokahaluttomuutta, mihin on vaikeaa vaikuttaa. Suolentoimintaa voi kyllä tehostaa luonnollisella ravitsemuksella, kuten luumuilla, pellavansiemenillä tai kuitupitoisella ruokavaliolla tai ruuansulatusta voi vilkastuttaa lääkityksellä, mutta usein vaikutus jää lyhytaikaiseksi, koska suoli tottuu nopeasti. Hyvä suun hoito edistää vanhuksien parempaa ravitsemustilaa. Kuivan suun altistavia tekijöitä ovat lääkkeet, vähentynyt syljen erityys, joiden seurauksena suuhun voi tulla erilaisia tulehdustiloja.

Tässä kartoituksessa oleva otos oli suhteessa pieni verrattuna muihin aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin (esim. Köykkä 2006), jossa suurimmalla osalla vanhuksista oli hyvä ravitsemustila. Tässä kartoituksessa suurimmalla osalla riski oli virheravitsemukseen, ja yksi vanhus kärsi jo virhe- tai aliravitsemuksesta, mihin kyllä heti puututtiin. Näistä tuloksista voidaan osoittaa, että kotonaan yksin elävillä vanhuksilla on vaikeuksia pitää hyvää ravitsemustilaa yllä. Vanhuksien ravitsemustilaa ei osata arvioida oikein, koska painon mittaus tapahtuu kotihoidossa satunnaisesti tai harvoin. Painoa ei kirjata tai arvioida systemaattisesti, arvioidaan ainoastaan silmämääräisesti ja havainnoimalla syötyä ruoan määrää. MNA-lomakkeen käyttö oli vain muutamille hoitajille tuttu.

8 KEHITTÄMISTOIMENPITEITÄ

Kehittämisehdotuksiksi esitän seuraavaa:

1. Kartoituksessa olevat tulokset tuovat vahvistusta, että kotihoidossa vanhuksien ravitsemustilaa on syytä kartoittaa säännöllisesti ja systemaattisesti aina jonkin ajan kuluttua. Kehittämiskohteita hoitohenkilökunnalle MNA-MITTARIN KÄYTÖN OHJEITUS JA LISÄÄMINEN ESIM. MEDIATRI-OHJELMISTOON, jossa se olisi luontevasti kaikkien käytettävissä.

2. Vanhusten, joilla nesteiden juonti on vähäistä, olisi hyvä pitää kirjaa NESTELISTOJEN avulla, joka havainnollistaa ja lisää tietoa vanhuksien päivittäisestä nesteiden määrästä. Niiden vanhusten, joilla on havaittavissa ruokahalun muutoksia tai riski virheravitsemukseen olisi tarpeellista pitää esim. RUOKAPÄIVÄKIRJAA.

3. RAVITSEMUSLISÄKOULUTUKSEN tarve nousi esille tässä kartoituksessa. Tämä voitaisiin tehdä YHTEISTYÖNÄ OMAN KUNNAN RAVITSEMUSTERAPEUTIN sekä KEITTIÖHENKILÖKUNNAN kanssa. OMAISTEN JA LÄHEISTEN MUKANA OLO esim. ruokien suunnittelussa keittiöhenkilökunnan kanssa toisi ruokalistaan monipuolisuutta. Vanhuksien kokonaisvaltainen hoito edellyttää hyvää tuntemusta ravitsemustilaan vaikuttavista tekijöitä.

4. FYSIO- JA TOIMINTATERAPEUTIN asiantuntemusta voitaisiin hyödyntää VANHUKSIEN TOIMINTAKYVYN EDISTÄMISEKSI. Tasapainoinen ruokavalio ja liikunta tyydyttävät elimistön tarpeet ja ylläpitää fyysistä, psyykkistä vireyttä. Pienillä ja ennaltaehkäisevillä muutoksilla luodaan kotihoidon asiakkaille hyvää elämänlaatua viimeisille elämän myönteisille vuosille. Näin säästetään ja pienennetään terveydenhuollon suuria kustannuksia.

LÄHTEET

Arffman, Senja, Partanen, Raija, Peltonen, Heidi & Sinisalo, Laura 2009. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki. Edita Prima Oy

Aro, Antti, Marja, Mutanen & Matti, Uusitupa 2005. Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim.

Heinola, Reija 2007(toim). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoiton laatuun. Helsinki. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Saravaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy

Ihanainen, Merja, Lehto, Marjaana, Lehtovaara, Armi & Toponen, Tiina 2004. Ravitsemustieto osaksi ammattitaitoa. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö

Köykkä, Terhi 2006. Kotona asuvien vanhusten ravitsemustilan arviointi- MNA-mittarin (Mini Nutritional Assessment) käyttö. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Lahti- Koski, Marjaana & Kilkkinen, Annamari 2000. Ravitsemuskertomus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 1/ 2001.

Laitalainen, E, Helakorpi, S & Uutela, A 2008. Ikääntyneet pitävät maitoa terveellisenä. Ravitsemuskatsaus. 2, 13.

Mäki, Seija 2007. Tapaustutkimus kotona asuvien ikääntyneiden ruokatalouden hoidosta Kuopiossa ja Siilinjärvellä. Joensuun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Savonlinnan opettajakoulutus. Pro gradu – tutkielma.

Nuotio Maria, Tuominen Pirkko, Hartikainen Sirpa, Lampi Kirsi, Luukkala, Tiina & Jäntti, Pirkko. 2009. Muistihäiriöpotilaan ravitsemustilaa on syytä seurata. Lääkäri-lehti. Duodecim 64(34): 2671–2676

Nurminen, Merjaana 2006. ”Että ei myö nälässä olla”. Etnologinen tutkimus vanhusruokailu tottumuksia sekä heidän suhteestaan ruokakulttuuriin muutoksiin. Jyväskylän yliopisto. Historian ja etnologian laitos. Pro gradu – tutkielma.

Parkkinen, Kirsti & Serti, Päivi 2006. Avain ravitsemukseen. Helsinki. Otava

Ravitsemusterapeuttien yhdistys, 2008. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot. Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. Vammala.

Suominen, Merja. 2005. Virhe- tai aliravitsemuksen voi estää. Ravitsemuskatsaus.2,12.

Suominen, Merja, Finne-Soveri, Harriet, Hakala, Paula, Hakala-Lahtinen, Pirjo, Männistö, Satu, Pitkälä, Kaisu, Sarlio-Lähteenkorva & Sirpa, Soini Helena. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Versio 5.9.2009.

Suominen, Merja & Kivistö Susanna 2007. Ravitsemus osana ikääntyneen hyvää hoitoa. Vanhusten keskusliitto. Vammalan kirjapaino Oy.

Soini, Helena, Juntunen Sirpa, Routasalo, Pirkko, Sandelin, Eeva, Suominen, Merja, Suur-Uski, Irmeli, Virtaniemi, Sirkka & Pitkälä, Kaisu 2003. Pitkäaikaispotilaiden ravitsemustila. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimus.

Sosiaali- ja terveysministeriö.2001:4. Valtionneuvoston periaatepäätös. Terveystieteiden tutkimusohjelma. Helsinki

Tilvis, Reijo, Hervonen, Antti, Jäntti, Pirkko, Lehtonen, Aapo & Sulkava, Raimo 2001. Geriatria. Duodecim. Helsinki.

Uusitupa, Matti, Nuutinen, Lauri 1995. Ravitsemustilan arviointi käytännön potilastyössä. Lääkärilehti. Duodecim 50.(8): 888

LIITE 1(1). MNA-Lomake**Ravitsemustilan arviointi MNA**

Nimi _____ Sukupuoli _____

Ikä _____

_____ Paino (kg) _____ Päivämäärä _____

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen.

Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän, jatka loppuun asti
Finravinto – tutkimusryhmä. 1998. The 1997 Dietary Survey of Finnish Adults.

Publications of the National Public Health Institute B8/1998. Helsinki.

Guigoz Y, Vellas B & Garry P. 1996. Assessing the Nutritional Status of the
Elderly: the Mini Nutritional Assessment as Part of the Geriatric Evaluation.

Nutrition Reviews 4

I SEULONTA

**1. Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen
kuukauden aikana ruokahaluttomuuden,
ruuansulatusongelmien, puremis- tai
nielemisvaikeuksien takia**

0 = erittäin huono ruokahalu

1 = kohtalainen ruokahalu

2 = Hyvä ruokahalu, ei ruokahaluttomuutta

2. Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana

0 = painonpudotus yli 3 kg

1 = ei tiedä

2 = painonpudotus 1-3 kg

3 = ei painonpudotusta

3. Liikkuminen

0 = vuode- tai pyörätuolipotilas, ei käy ulkona

1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona

2 = liikkuu ulkona (myös pyörätuolissa oleva)

4. Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus

0 = kyllä

2 = ei

5. Neuropsykologiset ongelmat

0 = dementia tai depressio

1 = lievä dementia tai depressio

2 = ei psykologisia ongelmia

6. Painoindeksi eli BMI (= paino / pituus²; kg/m²)

0 = BMI <19

1 = 19 BMI < 21

2 = 21 BMI < 23

3 = BMI 23

Seulontapisteet (maks. 14)

12 pistettä Normaali - eri riskiä - ei tarvetta jatkaa testiä

< 12 pistettä Aliravitseminen mahdollinen – jatka testiä

II ARVIOINTI

7. Asuuko haastateltava kotona(ei vanhainkodissa/sairaalassa)

0 = ei

1 = kyllä

8. Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolmea reseptilääkettä?

0 = ei

1 = kyllä

9. Painehaavaumia tai muita haavoja iholla

0 = kyllä

1 = ei

10. Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)

0 = 1 ateria

1 = 2 aterialla

2 = 3 aterialla

11. Sisältääkö ruokavalio vähintään

- yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä
kyllä / ei

12. lihaa, kalaa, tai kanaa joka?

kyllä/ei

13.A)Kuinka usein syötte kananmunia?

(myös ruuissa, esim. laatikot)

- 1.kaksi kertaa viikossa tai useammin
- 2.harvemmin

13B)Kuinka usein syötte palkokasveja esim. hernekeittoa

- 1.kaksi kertaa viikossa tai useammin
- 2.harvemmin

Jos a/b tai molemmat tulisi, vastaus on kyllä

Yht.11-13 kyllä.....kertaa

ei..... kertaa

Pisteet kysymyksiin 11–13

jos kyllä 0 tai 1 kertaa

0 pistettä

jos kyllä 2 kertaa

0.5 pistettä

jos kyllä 3 kertaa

1 piste

14. Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia

0 = ei

1 = kyllä

15. Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu, kotikalja tai vesi)

0=alle 3 lasillista

0,5 = 3 - 5 lasillista

1= enemmän kuin 5 lasillista

16. Ruokailu

0 = syötettävä / tarvitsee ainakin osittain apua

1 = syö itse, mutta hankalaa

2 = syö itse ongelmitta

17. Oma näkemys ravitsemustilasta

0 = kokee syövänsä liian vähän / liian yksipuolisesti

1 = ei osaa sanoa / pieniä ongelmia

2 = kokee syövänsä riittävästi ja monipuolisesti

18. Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin

0=huonompi

0,5 = ei tiedä

1=yhtä hyvä

2=parempi

19. Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)

(Mittaus kyynärlisäkkeen ja olkalisäkkeen puolivälin korkeudella)

0=OVY<21 cm

0,5 = OVY 21–22 cm

1,0 = OVY > 22 cm

20. Säären ympärysmitta (SYM cm)

LIITE 1 (4)MNA-Lomake

(Mittaus istuen, jalka 90 asteen kulmassa, mittanauha säären paksuimmas-
sa kohtassa)

0=SYM<31 cm

1=SYM 31 cm tai enemmän

Pisteet yhteensä II Arviossa (max. 16)

Pisteet yhteensä I Seulonnassa (max 14)

Yhteispisteet (max. 30)

ASTEIKKO:

> 23.5 pistettä

= hyvin ravittu

17 - 23.5 pistettä = aliravitsemusriski

< 17 pistettä

= aliravittu