

Tiina Pyykönen, Mervi Ollila

Ravitsemustilan kartoitus kotihoidon ateriapalvelujen käyttäjille



Kajaanin AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Kevät 2019



KAJAANIN
AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiivistelmä

Tekijä(t): Pyykönen Tiina & Ollila Mervi

Työn nimi: Ravitsemustilan kartoitus kotihoidon ateriapalvelujen käyttäjille

Tutkintonimike: Sairaanhoitaja (AMK)

Asiasanat: Ikääntynyt, Kotihoito, Ravitsemus, Mna-testi

Tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa Nurmeksen kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilannetta. Rajasimme tutkimuksen koskemaan yli 65-vuotiaita säännöllisen kotihoidon piiriin kuuluvien ateriapalvelujen käyttäjiin. Samalla halusimme selvittää millainen on, Nurmeksen kotihoidon yli 65-vuotiaiden asiakkaiden ravitsemustilanne suhteutettuna ateriapalvelumäärään ja kotihoidon käyntitiheyteen. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa Siun sotelle kotihoidon asiakkaiden hyvinvoinnin lisäämiseksi ja samalla muistuttaa kotihoidon henkilökuntaa ravitsemustilan seuraamisen tärkeydestä. Tutkimuskysymyksiä työssämme oli kaksi. Millainen on Nurmeksen yli 65-vuotiaiden ravitsemustilanne? Millainen on Nurmeksen kotihoidon yli 65-vuotiaiden asiakkaiden ravitsemustilanne suhteutettuna ateriapalvelumäärään ja kotihoidon käyntitiheyteen.

Opinnäytetyössä käytettiin määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyön aineisto kerättiin heinä- lokakuussa 2018 Mini Nutritional Assessment (MNA) testillä. MNA-testi on validoitu maailmanlaajuisesti käytetty ravitsemustilan arviointiin tarkoitettu kysymyssarja, jota käytetään ikääntyneiden (yli 65-vuotiaiden) virhe- ja aliravitsemusriskin arviointiin. Tutkimusaineisto käsiteltiin spss- ohjelman avulla.

Tutkimukseen osallistui 29 kotihoidon asiakasta, jotka kuuluivat säännöllisen kotihoidon ja ateriapalvelun piiriin. MNA-mittarin tuloksien perusteella kotihoidon asiakkaista 27,6 %:lla oli normaali ravitsemustila ja 72,4 %:lla oli riski virheravitsemukselle kasvanut, MNA-testiä jatkettiin silloin arviointiosaan. Arviointiosassa tutkittavista 6,9% sai tulokseksi hyvän ravitsemustilan, 51,7% tutkittavista riski virheravitsemukseen oli kasvanut ja 10,3% tutkittavista kärsi virhe- tai aliravitsemustilasta.

Tutkimustulosten perusteella Nurmeksen kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilanne on huolestuttava. Tutkittavista yli puolet kuuluu ryhmään, jolla riski virheravitsemukselle on kasvanut. Täytynee muistaa, että riski ryhmään kuuluvien henkilöiden on mahdollista pienillä piste- eroilla saavuttaa hyvä ravitsemustila tai aliravittu ravitsemustila. Kotihoito on saanut hyvät ja selkeät ohjeet ravitsemushoidosta opinnäytetyön prosessin aikana. Uskomme, että näitä ohjeita noudattamalla sekä ja ravitsemuksen puheeksi ottamalla ikääntyneen kanssa, ravitsemustilanne voi korjaantua ikääntyneiden osalta. Ristiintaulukoinnissa etsimme ravitsemustilan ja ateriapalvelumäärän välistä yhteyttä. Ravitsemustilalla ja ateriapalvelun määrällä ei ollut havaittavissa yhteyttä toisiinsa. Ateriapalvelu tuli tutkittaville 3-7 kertaa viikossa. Ristiintaulukoimme myös ravitsemustilan ja kotihoidonkäyntimäärien välistä yhteyttä. Tässäkään ei löydetty selkeää yhteyttä ravitsemustilan ja kotihoidonkäyntien määrässä.

Abstract

Author(s): Pyykönen Tiina & Ollila Mervi

Title of the Publication: Nutritional Status of Clients of Home Care Catering Services

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: elderly, home care, MNA test

The purpose of this thesis was to study the nutritional status of Nurmes home care clients who were over 65 years of age and used catering services. At the same time, the nutritional status of over 65-year-old clients of Nurmes home care in proportion to the number of meals and the frequency of home care visits was studied. The aim of this thesis was to produce research-based information for Siun Sote (The Joint Municipal Authority for North Karelia Social and Health Services) to increase home care clients' well-being and, at the same time, to remind the home care staff of the importance of measuring clients' nutritional status. This thesis had the following research questions: what was the nutritional status of over-65-year-old home care clients in Nurmes, and what was the nutritional status of over 65-year-old home care clients in Nurmes in proportion to the number of meals and frequency of home care visits?

This thesis was conducted using the quantitative research method. The data was collected in July-October 2018 with the Mini Nutritional Assessment (MNA) test. The MNA Test is a validated global set of nutritional assessment questions used to assess the risk of malnutrition in the elderly (over 65 years of age). The research material was analyzed with the help of the pspp program.

The study included 29 home care clients who received home care and catering services regularly, usually 3-7 times a week. Based on the results of the MNA meter, 27.6% of the home care clients had a normal nutrition status. 72.4% had an increased risk of malnutrition, which meant that the evaluation section of the MNA test was also completed. The results of the evaluation section showed that 6.9% of the home care clients had a good nutritional status, 51.7% had an increased risk of malnutrition and 10.3% suffered from malnutrition.

Based on the results, the nutritional status of Nurmes home care clients is worrying. More than half of the clients have an increased risk of malnutrition. It must be pointed out, however, that they can reach a good nutritional status – or a poor nutritional status of malnutrition – with small changes in their nutrition. Nurmes home care has received appropriate and clear instructions on nutrition care during this thesis process. By following these instructions and talking to the elderly about nutrition, the elderly's nutritional situation can be improved. Cross-tabulation did not show any connection between nutrition status and number of meals or nutrition status and frequency of home care visits.

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Ravitseminen osana ikääntyneen hyvinvointia	3
2.1 Ikääntyvän ihmisen toimintakykyyn ja elämänlaatuun vaikuttavat tekijät	4
2.2 Kotihoidon asiakas	6
2.3 Ateriapalvelu	8
3 Ikääntyneen ravitseminen	10
3.1 Ravitsemukseen liittyvät fysiologiset muutokset ikääntyneellä	10
3.2 Vajaaravitseminen riskiä lisäävät tekijät	11
3.3 Vajaaravitsemuksen vaikutukset ikääntyneen toimintakykyyn	12
3.4 Vajaaravitsemuksen arviointi	12
4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat	14
5 Tutkimuksen toteuttaminen	15
5.1 Tutkimusaineiston kerääminen	15
5.2 Tutkimusmenetelmä	17
5.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi	17
6 Tutkimustulokset	19
6.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot	20
6.2 MNA-mittarin seulontaosion tulokset	22
6.3 MNA-mittarin arviointiosion tulokset	22
6.4 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset	26
6.5 Ristiintaulukointi	24
8 Pohdinta	26
8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	29
8.2 Jatkotutkimusehdotuksia	31

Lähteet

Liitteet

1 Johdanto

Työmme aiheena oli kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilan kartoitus Nurmeksen alueella. Mielestämme aihe on tärkeä, koska kotihoidon henkilökunta on avainasemassa ikääntyneiden ravitsemuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Työmme aihevalintaan vaikutti molempien opiskelijoiden pitkä työhistoria vanhustenhoidossa. Usein ikääntyneiden hoito painottuu sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin, näin ollen ravitsemus jää vähemmälle huomiolle. Hyvä ravitsemustila on tärkeä osa ikääntyneillä kokonaisvaltaista hyvinvointia, terveyttä sekä sairauksien ehkäisemiseen ja parantumiseen. Sairaanhoitajan kompetensseista työssämme korostuvat kliininen hoitotyö, ohjaus ja opetusosaaminen, asiakaslähtöisyys, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen ja sosiaali- ja terveystalouden laatu ja turvallisuus.

Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa Nurmeksen kotipalvelun asiakkaiden ravitsemustilannetta, joilla on tukipalveluna käytössä ateriapalvelu. Ravitsemussuositukset ikääntyneille on tarkoitettu yli 65- vuotta täyttäneille. Siksi rajaamme oman tutkimuksemme kotihoidon yli 65- vuotiaisiin asiakkaisiin ja jotka kuuluvat säännöllisen kotihoidon piiriin sekä heillä on tukipalvelumuotona ateriapalvelu. Toimeksiantajan toiveena oli ottaa tutkimukseen mukaan ateriapalvelun käyttäjät, koska ateriapalvelun tarkoituksena on varmistaa riittävä ravinnonsaanti kotona asuville ja näin ollen edistää kotona asumista mahdollisimman kauan. Säännöllisellä kotihoidon asiakkaalla tarkoitamme kotihoidon henkilökunnan käyntiä asiakkaan luona vähintään kerran viikossa. Ravitsemustilan kartoituksen välineenä käytämme MNA (Mini Nutritional Assessment) ravitsemustilan arviointi-testiä (Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry 2002, 56-57). MNA-testi soveltuu käytettäväksi laitospotilaan – ja kotona asuville (Liite1).

Työn tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa, jota voidaan hyödyntää Kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilan parantamisessa, edistäen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Ensisijaisesti toivomme tutkimustulosten auttavan ikääntyneitä, kotona asuvia henkilöitä. Hyvällä ravitsemustilanteella on tutkitusti parantava vaikutus henkilöiden elämänlaatuun sekä sairauksien ehkäisyyn ja paranemiseen. Henkilökunnalle toivomme opinnäytetyön antavan ravitsemustilan kartoitukseen liittyvissä asioissa MNA-testin käyttöön ottamisen arki työhön, ikääntyneen kanssa asiasta puheeksi ottaminen sekä tehdä yhteisymmärryksessä ikääntyneen kanssa muutoksia ravitsemustilan parantamiseksi. Yhteiskunnallisesti opinnäytetyömme tukee ikääntyneiden asumista kotona mahdollisimman kauan, joka on taloudellisesti kannattavampaa kuin laitoshoido.

Nurmeksen kaupunki kuuluu Siun soten eli Pohjois- Karjalan sosiaali- ja terveystalvaelujen kuntayhtymän alaisuuteen. Siun soten hyväksyttyjä jäsenkuntia on Heinävesi, Joensuu (kotipaikka), Juuka, Kitee, Kontiolahti, Lieksa, Nurmee, Outokumpu, Polvijärvi, Rääkkylä, Tohmajärvi ja Valtimo (Siun sote, perussopimus, 2016). Siun soten kotihoito jaetaan Joensuun kantakaupungin, Läntisen, Itäisen, Eteläisen ja Pohjoisen alueisiin Pohjoisen alueeseen kuuluvat Nurmee, Valtimo, Lieksa ja Juuka (Siun sote, Toimialueet, 2018). Nurmeksen kotihoito on jaettu neljään eri tiimiin, joita ovat Hannikaisen katu, Keskusta ja Porokylän iso- ja pienikierto. Nurmeksen alueella ateriapalveluita tarvitsee noin 147. Heistä 94 henkilö kuuluu säännöllisen kotihoidon piiriin. Henkilökuntaa Nurmeksen kotihoidossa on noin 40 työntekijää (Salakari Anne- Mari, henkilökohtainen tiedonanto 5.2.2018). Siun soten yhteiset arvot ohjaavat toimintaa asiakkaiden, henkilöstön ja sidosryhmien välillä. Arvot ovat vastuullisuus, välittäminen, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus (Siun sote, Strategia).

2 Ravitsemus osana ikääntyneen hyvinvointia

Vuonna 2012 voimaan tulleen vanhuspalvelulain (L 980/2012) valtakunnallinen tavoite on turvata ikääntyneiden asuminen kotona (Valvira, vanhustenhuolto), jotta kotona asuminen olisi tarkoituksen mukaista mahdollisimman kauan, tulee hyvään ravitsemustilaan kiinnittää tulevaisuudessa enemmän huomioita. Hyvä ravitsemustila ennaltaehkäisee sairauksien syntymistä sekä edistää sairauksista toipumista. Lisäksi hyvällä ravitsemuksella on merkitystä fyysisen aktiivisuuden lisääntymisessä sekä kaatumistapaturmien ehkäisyssä.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2010) on laatinut oppaan ikääntyneiden ravitsemussuosituksista. Suosituksen tavoitteena on selkeyttää iäkkäiden ihmisten erilaisissa elämänvaiheissa ravitsemukseen liittyviä eroja ja ravitsemushoidon tavoitteita (Evira, ravitsemussuositukset,8.) Ikääntyneen ruokavaliossa tulisi kiinnittää huomiota riittävään energian saantiin. Kaloreita päivää kohti tulisi saada vähintään 1500, sekä riittävästi kiivennäisaineita, vitamiineja ja proteiineja. Ruokavalion tulee koostua monipuolisista, maukkaista, värikkäistä ravintoaineista sekä sisältää riittävästi proteiineja lihaskunnan ylläpitämiseksi. Lisäksi tulisi kiinnittää huomioita pehmeiden rasvojen käyttämiseen sekä suolan kohtuulliseen käyttöön. D-vitamiinin käyttöä lisävalmisteena suositellaan käytettäväksi 75-vuodesta ylöspäin ympäri vuoden. Annostus riippuu henkilön ravitsemuksesta, onko käytössä paljon D-vitaminoituja valmisteita ja syökö henkilö kalaa. Paljon D-vitaminoituja tuotteita syövän annostus on 10 mikrogrammaa vuorokaudessa. Jos D-vitaminoituja tuotteita ei ole käytössä niin D-vitamiinilisä on 20 mikrogrammaa vuorokaudessa. (Evira, Ikääntyneet).

Ikääntyneen hyvään ravitsemustilaan vaikuttavat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä monet sairaudet ja niiden hoitoon käytettävät lääkkeet. Monet sairaudet vaikuttavat ravitsemustilaan, kun taas ravitsemustila voi vaikuttaa sairauksiin. Ikääntyneiden ravitsemustilanteeseen vaikuttaa myös luonnollisen vanhenemisen tuomat muutokset.

Mikkelin ammattikorkeakoulun opiskelijan tekemä opinnäytetyö Lieksan kaupungissa on saanut viitteitä kotona asuvien ikääntyneiden huonosta ravitsemustilasta (Marjava 2010). Tutkimus oli ollut kvantitatiivinen. MNA-testi oli tehty 13 asiakkaalle, heille kaikille on tullut ateriapalvelu. Puolet ikääntyneistä kärsinyt huonosta ravitsemustilasta ja yhdellä oli aliravitsemuksen riski korkea. Ateriapalvelu ei näin ollen takaa hyvää ravitsemustilaa.

Satakunnan ammattikorkeakoulun opiskelijan Marjut Riikosen tekemässä opinnäytetyössä (2016) mukaan suunta on ollut sama. Tässä otantoja on ollut 15 joista 11 seulontaosuuden mukaan on ollut normaali ravitsemustila ja 8 asiakkaalle on tehty myös arviointi osuus joista 1 on ollut aliravittu ja 7 riski virheravitsemukselle on kasvanut. Tässä tutkimuksessa ei ole kuvattu ateriapalveluiden käyttäjiä tarkasti. Molemmissa tutkimuksissa on käytetty validoitua MNA-testiä. Kaikille tutkimukseen osallistuville on tehty testin seulontaosuus ja tarvittaessa arviointiosuus.

Pro gradu tasoisia töitä ravitsemustilan kartoituksesta ei ole viime vuosina tehty. Perehdyimme Terhi Köykin Pro gradu tutkielmaan: Kotona asuvien vanhusten ravitsemustilan arviointi, 2006. Tässä tutkimuksessa seulottiin yli 77-vuotiaiden henkilöiden ravitsemustilannetta ehkäisevän kotikäynnin yhteydessä. MNA- mittarin ravitsemusarviointi on tehty 28 vanhukselle. Tuloksissa yksi (3,6%) vanhus on kärsinyt aliravitsemustilasta, hieman alle puolet (42,9%) tutkimukseen osallistuvista olivat aliravitsemusriskiin kuuluvassa ryhmässä, hieman yli puolet (53,6%) tutkimukseen osallistuvista henkilöistä saivat tulokseksi normaali ravitsemustila. (Köykkä, 2006, 44.)

2.1 Ikääntyvän ihmisen toimintakykyyn ja elämänlaatuun vaikuttavat tekijät

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista ohjaa kuntia tukemaan iäkkäiden asumista kotona. Ikääntyneen väestön terveyden, hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi on laadittava suunnitelma, jossa pääpainopiste on kotona asuminen ja kuntoutusta edistävät toimenpiteet (L980/2012.) Kotihoidon asiakkailla hyvän ravitsemustilan merkitys korostuu suhteessa toimintakyvyn ylläpitoon, edistämiseen ja hyvään elämänlaatuun sekä tarkoituksen mukaiseen kotona asumiseen. Heikentynyt ravitsemustila kiihdyttää lihas-katoa, lihasvoima heikentyy ja haurastuu sekä altistaa hauraus- raihnaus- oireyhtymälle (Stranberg, Viitanen, Rantanen & Pitkälä, Terveysportti, Lääkärin käsikirja, Vanhuksen hauraus- raihnausoireyhtymä.) Lisäksi heikentynyt ravitsemustila altistaa monille muille sairauksille ja horjuttaa ikääntyneen itsenäistä selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Hyvä ravitsemus ikääntyneillä on osa henkilön kokonaisvaltaista hoitoa. Hyvä ravitsemustila edistää sairauksista toipumista ja hoitojaksot sairaalassa lyhenevät joka tuo kustannussäästöjä. (Ravitsemushoito, Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin, 13.)

Jokainen henkilö kokee oman terveyden, toimintakyvyn ja elämänlaadun omanlaisenaan. Niihin vaikuttavat eletty elämä, toimintaympäristö, geenit ja oma koettu kyky sel-

viytyä päivittäisistä toiminnoista. Myös ravitsemukseen liittyvät asiat koetaan omanlaisena tuntemuksena. On syytä muistaa, että kaikilla ihmisillä on fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet ikään katsomatta. Siksi, tarkastelemme ravitsemusta näiden kolmen kokonaisuuden kautta. Ikääntyessä ja toimintakyvyn heiketessä nämä asiat korostuvat, jolloin ikääntynyt tarvitsee apua selviytyäkseen arjesta. Apuna ikääntyneen arjessa voi olla kotihoidon henkilökunta, omaiset, naapurit tai ystävät. (Kelo, Launiemi, Takaluoma, Tiittanen, 2015, 27.)

Ikääntyneen toimintakykyyn ja elämänlaatuun vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kolmeen eri osa-alueeseen, joita ovat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset toiminnot. Nämä kaikki osa-alueet vaikuttavat kykyyn selviytyä omassa elinympäristössään. Fyysisiin toimintoihin kuuluvat liikkumiskyky sekä aistitoiminnot. Ikääntyessä fyysinen – ja aistitoiminnot heikentyvät fysiologisten muutosten ja sairauksien myötä. Ravitsemustilanteeseen tämä voi vaikuttaa muun muassa niin, ettei ikääntynyt pääse itse asioimaan ruokaostoksia fyysisten rajoitteiden vuoksi. Aistitoimintojen heikentyessä ravitsemustilanne voi huonontua esimerkiksi maku- ja hajuaistin huonontumisena. Ikääntynyt ei tällöin maista syötyjä ruokia mikä voi johtaa ruokahaluttomuuteen sekä vajaa ravitsemustilaan. Myös esteetön toimintaympäristö voi vaikuttaa pääsyä asioille. Näitä voivat olla kerrostalon rappuset, hissittömyys, pitkät asiointimatkat tai avustajan puuttuminen. Näin ollen ikääntynyt ei välttämättä tiedä mitä tuotteita ruokakaupasta saa hankittua. Tällöin kotihoidon henkilökunta suunnittelee yhdessä ikääntyneen kanssa kauppalistan ja tarvittaessa toimittaa kauppaostokset asiakkaalle. Useassa kunnassa on käytössä kauppalalvelu, josta ikääntyneille toimitetaan ruokaostokset kauppalistan mukaisesti kotiin kauppiaan toimesta. (Kelo ym. 2015, 28.)

Psyykkisiin toimintoihin kuuluvat muun muassa emotiot, kognitio- ja eksistentiaaliset tarpeet. Psyykkisesti tasapainossa oleva ikääntynyt pystyy itsenäisesti ja vastuullisesti suunnittelemaan ja toteuttamaan sekä hallitsemaan tunteiden käsittelyä oman elämän hallinnassa. Kotihoidon asiakkaina on paljon muisti ja psyykkisesti sairaita ikääntyneitä. Heillä voi olla todellisuuden taju hämärtynyt ja eivät näin ollen pysty itsenäisesti hahmottamaan terveellisen ravinnon merkitystä. Kotihoidon henkilökunta ohjaa, kannustaa ja neuvoa sekä tarvittaessa lämmittää aterian ikääntynyttä terveellisen ravitsemuksen pariin. (Kelo ym. 2015, 28.)

Eksistentiaaliset eli hengelliset toiminnot voivat lisääntyä ikääntymisen myötä tärkeiksi ja herkiksi asioiksi. Sosiaalisia toimintoja ylläpitää muun muassa yksinäisyyden ehkäisy, voimaannuttaminen, parisuhde, harrastukset ja sosiaaliset suhteet. (Kelo ym. 2015, 29-30). Yksinäisyyden on todettu vaikuttavan heikentävästi ikääntyneen ravitsemukseen. Ikääntynyt voi tällöin jättää lämpimien aterioiden valmistamisen tai syömisen kokonaan

pois arkipäivistä. Yksinäisyys voi myös vaikuttaa ylensyömiseen, jolloin ikääntynyt syö yli ravitsemustarpeensa. Hengellisyys voi näkyä ikääntyneen ravitsemuksessa ruokarajoituksina. Esimerkiksi ortodoksisilla uskontokuntaan kuuluvilla on vuosittain neljä paastonaikaa. Ortodoksisen seurakunnan internet sivut kertovat paaston säännöistä paaston eri vaiheissa. Paaston ankarammissa ajankohdissa ei ole soveliasta syödä liha, kala, maito, kananmuna, viini tai öljytuotteita. (Ortodoksinen kirkko, Paastonajansäännöt, Isä Serafim). Tässä on syytä muistaa ikääntyneen terveydentilan soveltuvuus paastoamiseen.

Olipa syy mikä tahansa heikentyneeseen toimintakykyyn ja ravitsemuksen heikentyneeseen toteutukseen, kotihoidon henkilökunta on avain asemassa terveellisen ja monipuolisen ravinnon turvaamiseksi. Henkilökunta yhdessä ikääntyneen kanssa opastaa, suunnittelee, toteuttaa ja seuraa ravitsemukseen liittyviä asioita. Kohti terveellisempää ravitsemusta apuna on ateriapalvelun kertominen ja tilaaminen sekä tarvittaessa ruokailussa auttaminen.

2.2 Kotihoidon asiakas

Suomessa vastaa kotihoidon ja – palvelujen lainsäädännön valmisteluista, suunnittelusta ja ohjauksesta sosiaali- ja terveysministeriö. Palveluita tuottavat kunnat kotipalveluna tai kotisairaanhoidona. Nämä voidaan yhdistää kotihoidoksi. (Sosiaalihuoltolaki 710/1982, Terveystenhuoltolaki 1326/2010.) Nurmeksen alueella kotipalvelu ja kotisairaanhoidon yhdistyivät kotihoidoksi 2017 tammikuussa. Kotihoidon palveluita voi saada henkilöt, joiden toimintakyky on alentunut iän, sairauden, vamman, uupumuksen tai muun erityisen perhetilanteen vuoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö, kotihoito ja kotipalvelut.) Myönnettyistä palveluista laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma yhdessä asiakkaan, omaisen tai hänen edustajansa sekä palveluohjaajan kanssa. Viranhaltija tekee hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti palvelu- ja maksupäätöksen asiakkaan tarvitsemista palveluista. (Siun sote, Hoito- ja palvelusuunnitelma, 2017, 5-6.)

Jotta asiakas saa kotihoidon palveluita, tulee asiakkaan, omaisen tai hänen edustajansa ottaa yhteyttä palveluohjaajaan. Palveluohjaajia toimii Siun soten jokaisessa kunnassa. Joensuussa toimiva Joensuun seniorineuvonta Ankkuri ohjaa tarvittaessa oman kunnan palveluohjaajalle. Palveluohjaaja sopii asiakkaan kotiin kotikäynnin, jossa kartoitetaan palveluntarve. Palveluntarve voi olla ohjausta ja neuvontaa tai kotihoidon asiakkuudesta sopiminen. Apuna palvelutarpeen määrittämisessä käytetään erilaisia mittareita kuten WHOQOL- BREF elämänlaatumittari, SPPB- fyysisen toimintakyvyn mittari, RaVa- mit-

tari toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari, MMSE- muistitesti mittari, GDS-15 masennus mittari sekä ADL- mittari joka kertoo päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä. (Siun sote, Palvelutarpeen arvioinnissa käytettävät mittarit, 2017, 5.) Palveluohjaajan kartoituskäynti on asiakkaalle maksuton (Siun sote, 2017,4).

Siun sote on laatinut omat palvelujen myöntämisen kriteerit turvaamaan tasapuolisen kotihoidon omalla alueellaan. Kotihoidon palvelut on tarkoitettu pääsääntöisesti iäkkäille, monisairaille ja muistiongelmaisille, joilla on puutteita selviytyä itsenäisesti tai omaisen turvin päivittäisistä toiminnoista. Sotainvalideille, joiden haitta-aste on vähintään 15 %. Vammaiset, joiden kotona selviytymisestä vastaa vammaispalvelu ja kotihoito yhdessä. Sairaalasta kotiutuville henkilöille kuntoutumisen ajaksikä palvelutarpeen mukaisesti muille henkilöille. Palvelutarpeen myöntämisessä käytetään harkintaa ja asuinpaikka voi vaikuttaa järjestämisen tapaan ja määrään. (Siun sote, kotihoidon palvelujen kohderyhmä, 2017,4.)

Kotihoidon tarkoituksena on tukea asiakkaan hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsestä suoriutumiskykyä ja vahvistaa asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa hänen sosiaali- ja terveystarpeiden sisältöön ja toteuttamistapaan. Kotihoidon tehtävänä on neuvoa, ohjata, toimintakykyä ylläpitävää ja kuntoutumista edistävää toimintaa. Tällä pyritään turvaamaan asiakkaan omassa kodissa tapahtuva sairaanhoito-, hoito- ja hoivapalvelut. (Siun sote, kotihoidon määrittely 2017,3.) Kotihoidon palvelut voidaan jakaa kotona asumista tukeviin palveluihin, tilapäiseen kotihoitoon ja säännölliseen kotihoitoon.

Kotona asumista tukevat palvelut ovat ennaltaehkäisevää ja terveyttä edistävää. Palvelut sisältävät neuvontaa, palveluohjausta, päiväkuntoutusta sekä tukipalveluita kuten ateriat tai turvapalvelut. Tilapäinen kotihoito on tarkoitettu nimensä mukaisesti tilapäiseksi, lyhytaikaiseksi palveluksi, enintään neljäksi viikoksi tarkoitettua kotihoitoa. Tilapäinen kotihoito on kuntoutumista tukevaa palvelua, jolla tuetaan asiakkaan sen hetkistä toimintakykyä ja hyvinvointia mm. postoperatiivisen tilan jälkeen. Säännöllinen kotihoito koostuu asiakkaan tarpeiden mukaista ja toimintakykyä parantavaa tai ylläpitävää hoitoa. Kotihoidon henkilökunta käy tarpeen mukaan viikoittain, päivittäin tai useita kertoja päivän aikana. Säännöllinen kotihoito perustuu aina hoito – ja palvelusuunnitelmaan. (Siun sote, kotihoidon palvelut, 2017, 3.)

Siun soten alueella kotihoidon myöntämiseen on laadittu omat perusteet. Kotihoidon palveluita voidaan myöntää jos: Henkilö on kirjoilla jossakin Siun soten alueen kunnassa tai henkilö on saanut maksusitoumuksen omasta kunnastaan. Asiakkaan Rava- indeksin tulee olla alle 1.7. Rava- indeksin jäädessä alle 1.7 voidaan myöntää, jos asiakkaalla on sairaanhoidollinen tarve tai muissa käytetyissä mittareissa tuloksena on toimintakyvyn

vajausta, ettei kotona pärjääminen ilman ulkopuolisen apua ole tarkoituksen mukaista. Omaisten ja muiden ulkopuolisten auttamiskeinot ovat riittämättömiä ja avun tarve on toistuvaa. Asiakkaalle pystytään takaamaan turvallinen ja inhimillinen kotona asuminen ja hän pystyy sitoutumaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Muistisairaiden kohdalla omaisten ja tai edunvalvojan sitoutuminen hoito- ja palvelusuunnitelmaan on suotavaa laadukkaana hoidon turvaamiseksi. Saattohoidossa edellytetään omaisten/läheisten osallistumista hoitoon. (Siun sote, Palvelujen myöntämisen edellytykset, 2017, 7-8.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan kotihoidon käyntien määrä ja päivät. Kirjataan tuen tarve hygieniasta, ravitsemuksesta, toimintakyvyn ylläpitämisestä ja edistämisestä, kodin hoitamisesta, vaatehuollosta, kodin ulkopuolisesta asioinnista, sairaanhoidollisista tehtävistä, sosiaalisesta kanssa käymisestä sekä muista tehtävistä. (Siun sote, Kotihoidon käynnit, 8-12). Tuen tarve räätälöidään asiakaskohtaiseksi, ylläpitäen asiakkaan omia voimavaroja sekä toimintakykyä. Työntekijä ei tee asiakkaan puolesta asioita, jos asiakas kykenee itse tekemään. Tätä kutsutaan kuntouttavaksi työotteeksi. Tuen tarve ravitsemuksen osalta tarkoittaa asiakkaan ravitsemustilan kokonaisvaltaista seuranta ja ruokailussa avustamista. Kotihoidon henkilökunta valmistaa aamu-, väli ja iltapalan. Tarvittaessa henkilökunta lämmittää valmiita aterioita. Ravitsemukseen kuuluu kauppalistan tekeminen maksimissaan 2x viikossa tai tarvittaessa. Valmiin kauppalistan toimittaminen kauppaan, jossa kaupan henkilökunta kerää ostokset. Kotihoidon henkilökunta hakee sovittuna päivänä niin sanotusti valmiin kauppakassin ja toimittaa sen asiakkaalle kotiin. Henkilökunnan tulee ohjata ja neuvoa asiakkaita terveellisestä ja monipuolisesta ravitsemuksesta sekä erityisruokavalioiden ja niiden noudattamisesta. Henkilökunnan tulee huomioida asiakkaiden energian tarve ja nesteiden saannin huomioiminen. Lisäksi tulee kiinnittää huomioita lisäenergian saamiseen esimerkiksi hellejaksojen aikana sekä eri sairauksien yhteydessä. MNA-testiä tulee käyttää vähintään kerran vuodessa tai tarvittaessa. Painoa tulee seurata 1-3 kuukauden välein tai tarvittaessa. (Siun sote, Tuen tarve ravitsemuksessa, 8).

2.3 Ateriapalvelu

Ateriapalvelu on tukimuoto, jonka tarkoitus on turvata lämpimän aterian turvin riittävä ravitsemus kotona asuville toimintakyvyn heikentyessä (Siunsote, kotiin kuljetettu ateriapalvelu, 13). Ateriapalvelu lienee ensimmäisiä tukimuotoja kotiin annettavista palveluista ikääntymisen tuoman toimintakyvyn alenemisen myötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Kotihoito- kotipalvelut). Kotona asumista tukevia palveluita on kotiin kuljetettu ateriapalvelu, palvelukeskusateria, turvapalvelu, kylvetyspalvelu, seurantasoittopalvelu,

saattajapalvelu ja päiväkuntoutuksen palvelut. Siun sote on laatinut omat kriteerit kotiin kuljetettavista ateriapalveluista. Ateriapalvelu on tarkoitettu kotona asuville asiakkaille, joiden toimintakyky on heikentynyt niin, etteivät he pysty valmistamaan aterioita tai kykene ruokailemaan kodin ulkopuolella olevissa ruokapaikoissa. Toimintakyvyn muuttuessa ateriapalvelua voidaan joko lisätä, vähentää tai lopettaa (Siun sote, Kotiin kuljetettu ateriapalvelu, 13). Ateriapalvelun kokonaisuuteen kuuluu lämmin ateriala, salaatti ja jälkiruoka suunnitellun ruokalistan mukaisesti. Ateriapalvelun kotiin voi saada 3-7 kertaa viikossa. Palvelusta peritään ateriakohtainen –ja kuljetusmaksu kuntakohtaisesti. Nurmeksen alueella valmiin sekä lämpimän aterian kotiin voi saada arkisin maanantaista perjantaihin. Perjantaina jaetaan viikonlopuksi kylmät ateriat lauantaille ja sunnuntaille. Viikonlopun kylmät ateriat asiakas, omainen tai kotihoidon työntekijä lämmittää sovittuina ajankohtina. Mainittakoon, että ateriapalvelun voi saada henkilöt, joiden luona ei käy säännöllisesti kotihoito. Tällöin aterian syömisestä ja lämmittämisestä voi vastata asiakas itse tai omainen. Asiakas ostaa itselleen muut tarvittavat ruokailutarvikkeet kuten aamu- ja iltapalaan tarvittavat ruokatarvikkeet.

24.9.2018 Henkilökohtaisen tiedonannon pohjalta keskustelimme Kyrölän keittiön ruokapalvelun työntekijän Merja Pakkasen kanssa ateriapalveluun liittyen. Kyrölän keittiö kuuluu Nurmeksen kaupungin alaisuuteen. Suurkeittiö valmistaa ruuan Nurmeksen alueen kouluille, päiväkodeille, terveyskeskussairaalaan, palvelutaloihin sekä kotiin kuljetaviin aterioihin. Ruoka on samaa joka paikassa, joskin kotiin ei ole saatavana kasvisruoka-ateriaa. Keittiö valmistaa ateriat valtakunnallisten ravitsemussuosittelujen mukaisesti. Keittiöllä on käytössä ATK-ohjelma, joka pystyy laskemaan tarkkaan aterioiden tarvikkeiden määrän sekä mm. oikean suolapitoisuuden.

Kävimme keskustelua myös mm. erityisruokavalioista ja paljon julkisuudessa keskustelua herättävään ikääntyneen proteiinipitoiseen ruokavalioon. Keittiöltä pystyy tilaamaan erityisruokia erisairauksiin liittyen. Kotihoidonhenkilökunta käyttää tätä hyväkseen annoksia tilatessa. Lisäksi keittiöltä pystyy tilaamaan erikokoisia annoksia sekä proteiinilisällä valmistettuja annoksia. Kotihoidon henkilökunta on hyvin vähän hyödyntänyt isompien annoskokojen tai proteiinipitoisten ruokien tilaamista.

3 Ikääntyneen ravitsemus

Ikääntyneen hyvinvointiin, toimintakykyyn sekä terveyteen ja sairauksiin vaikuttavat ruokailu, ravitsemus ja hyvä ravitsemustila. Hyvällä ravitsemustilalla tarkoitetaan nautitun ravinnon ja ikääntyneen kulutusta vastaava tasapaino (Voutilainen & Tiikkanen 2008,196). Ikääntynyt tarvitsee samoja ravintoaineita kuin nuorempaanakin. Riittävä energian, proteiinin ja vitamiinien saaminen on turvattava toimintakyvyn ja elämänlaadun turvaamiseksi. (Suominen Merja, Terveysportti, lääkärin käsikirja, vanhusten ravitsemushäiriöt). Kotihoidossa ikääntyneen ravitsemustilanteeseen vaikuttavat monet asiat. Ikääntyneellä on itsemääräämisoikeus (19920785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista) joka sanelee reunaehdot ravitsemuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Kotihoidon asiakas itse ohjaa ruokailutottumuksillaan ja tarpeillaan omaa ravitsemustilaa. Kotihoidon henkilökunta neuvoo, opastaa ja ohjaa ja kannustaa oikeaan ja terveelliseen ravitsemukseen.

3.1 Ravitsemukseen liittyvät fysiologiset muutokset ikääntyneellä

Vanheneminen on solu- ja kudostasolla kuivumista, rasvoittumista, hyytymistä ja jäykistymistä. Se on myös apoptoottista solukatoa, jolloin solut kuolevat ohjelmoituneesti tulehdusreaktioita aiheuttamatta. Solukato kohdentuu kaikkiin parenkylielmiin. (Tilvis, Pitkälä, Stranberg, Sulkava, Viitanen 2010, 21.) Kehon koostumus muuttuu ikääntyessä niin, että rasvakudoksen suhteellinen osuus kasvaa ja lihaskudoksen määrä vähenee, luuston mineraalipitoisuus vähenee ja veden osuus elimistössä vähenee. (Hartikainen & Lönnroos, 2008, 212.)

Ikääntyessä ruoansulatuskanavan toiminta heikkenee, suolen peristaltiikka hidastuu ja mahalaukun tyhjenemisaika voi pidentyä. Surkastumismuutokset muutokset suolen limakalvossa yleistyvät ja suolahapon erityksen heikkeneminen voi vaikuttaa suolen mahalaukun puolustusjärjestelmään ja bakteerikantaan. (Tilvis ym. 2010, 40.) Ikääntyessä ruokahalua säätelevä järjestelmä sekä maku- ja hajuaisti heikkenevät, mistä voi olla seurauksena ruokahaluttomuutta. Suun limakalvo ohenee ja syljen erityksen määrä vähenee. Suusta tulee herkästi haavoittuva ja tulehtuva, mikä puolestaan vaikeuttaa ruuan pureskelu. (Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot 2002, 10.)

3.2 Vajaaravitsemus riskiä lisäävät tekijät

Terveysportin lääkärin tietokannan (Vanhusten ravitsemushäiriöt, saatavilla 3.1.2018) mukaan huonosta ravitsemustilasta kärsii 5 -10% ikääntyneistä. Kotihoidon iäkkäillä asiakkailla lähes puolella riski virheravitsemukselle MNA-testin mukaan oli lisääntynyt ja hieman alle 10% ravitsemustila oli heikko. (Heikkinen ym. 2013, 487.) Vajaa ravitsemus voi olla hankalasti tunnistettavissa, koska lihavakin henkilö voi olla aliravittu. Ikääntyneillä energian, proteiinin ja vitamiinien tarve on turvattava hyvän toimintakyvyn ja elämänlaadun turvaamiseksi. Eri sairaudet voivat lisätä näiden ravintoaineiden saantia. Ravitsemus-tilaa kartoittaessa voidaan hyödyntää erilaisia menetelmiä kuten paperinen MNA-testi, laboratoriokokeet sekä ikääntyneen laaja haastattelu.

Sairaudet, kuten syövät, keuhkohtaumatauti, aivohalvaus, Parkinsonin tauti sekä muut nielun ja suun sairaudet ja hampaiden ongelmat, vähäinen liikunta, masennus ja muistisairaudet vaikuttavat ravitsemustilaan ja toisaalta ravitsemustila vaikuttaa niihin. Muistisairauksilla on ja varhaisessa vaiheessa vaikutusta iäkkään ravitsemukseen kongitiivisten toimintojen heiketessä. Riittämättömän ravinnonsaannin seurauksena paino laskee ja ravitsemustila huononee. (Vuottilainen & Tiikkanen. 2010, 197.)

Ikääntyneet käyttävät muita ikäryhmiä enemmän lääkkeitä ja lääkeaineilla voi olla monia vaikutuksia ravitsemustilaan. Lääkeaineiden vaikutuksesta maku -ja hajuaistimukset voivat muuttua ja se vaikuttaa ruokahalua alentavasti. Syljeneritys voi vähentyä ja sillä on vaikutusta pureskeluun, nielemiseen ja ruoansulatukseen. Lääkeaineiden vaikutuksesta mahalaukun ja suoliston limakalvo voi ärsyntyä ja se heikentää ravintoaineiden imeytymistä. Lääkeaineet voivat joko parantaa tai huonontaa ruokahalua. (Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot 2002, 38.) Maku -ja hajuaistin toimintaa muuttavat esim. verenpainelääke kaptopriili ja solunsalpaajat. Jotkut lääkkeet vaikuttavat suoraan ruokahuuun, kuten mahan tyhjenemistä hidastava levodopa ja opioidit. Tämän vuoksi opioidien yleisimpiin haittavaikutuksiin kuuluukin ummetus, joka voi pitkään jatkuessaan pahentaa ruokahaluttomuutta. Lääkkeillä on monia haitallisia vaikutuksia ravintoaineiden imeytymisestä. Antasadit, protonipumpun estäjät ja H₂-salpaajat nostavan mahansisällön pH-arvoa, samalla nämä lääkkeet heikentävät B12-vitamiinin imeytymistä. (Arffman ym. 2009, 59.) Iäkkäiden yleisesti käyttämiä lääkkeitä, jotka aiheuttavat ruoansulatukseen liittyviä oireita ovat: sydänglykosidit, aspiriini, indometasiini, kolkisiini ja laktasiivit (Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot 2002, 41).

3.3 Vajaaravitsemuksen vaikutukset ikääntyneen toimintakykyyn

Ikääntyneiden ihmisten ravinnonsaanti on kiinteässä yhteydessä terveydentilaan ja toimintakykyyn. Jos, ravitsemustila heikkenee, myös immunitetti heikkenee, alkaa infektiokierre, lihaskato kiihtyy ja sairastavuus sekä terveystalvelujen käyttö lisääntyvät. (Tilvis ym. 2011, 352.) Kaikkein vanhemmissa ikäryhmissä ongelmana on huono ruokahalu ja liian vähäisestä energian määrästä johtuva painonlasku. Tämä yhdessä sairauksien kanssa johtaa liikkumisvaikeuksiin ja yleiseen heikkenemiseen. (Vuotilainen & Tiikka-nen. 2010, 197.) Iäkkäiden ihmisten ravitsemusongelmat johtavat pitkittyessään ja hoi-tamattomina virheravitsemuksen noidankehään: toimintakyvyn heikkenemiseen, laihtu-miseen, iho-ongelmiin ja infektiokierteeseen. Sairauksista toipuminen hidastuu tai estyy kokonaan, sairaalassaoloajat pitenevät ja hoitojen teho huononee. Hoitamaton virhera-vitsemus lisää myös kuolleisuutta. (Heikkinen ym. 2013, 486.)

3.4 Vajaaravitsemuksen arviointi

Ravitsemustilan arviointi on oleellinen osa terveydentilan seurantaa. Riskiryhmään kuu-luvat iäkkäät olisi tärkeä tunnistaa, jotta tilanteeseen pystyttäisiin puuttumaan ajoissa. (Hartikainen & Lönnroos. 2008, 220.) Iäkkäiden ihmisten ravitsemustilan arviointia ja aliravitsemuksen tunnistamista varten on kehitetty useita eri mittareita ja testejä. Ikään-tyneille suositeltavin ja sopivin on ESPEN:n (European Society of Parenteral and Enteral Nutrorition) mukaan MNA-testi. MNA-testiä on käytetty sekä akuuttisairaaloiden sekä että pitkäaikaishoidossa olevien ikääntyneiden ja kotona asuvien ikääntyneiden ravitse-mustilan arviointiin. (Tilvis ym. 2010, 353.) MNA-testi sisältää antropometrisiä mittauk-sia, ruokavalion arvioinnin, yleisen toimintakyvyn arvioinnin sekä henkilön oman arvion terveydestään ja ravitsemustilastaan. Mittarin kokonaispisteiden avulla voidaan todeta, onko ravitsemustila hyvä, onko olemassa virheravitsemuksen riski vai onko ravitsemusti-la heikko. (Heikkinen ym. 2013, 487.)

Painonseuranta punnitusten avulla kerran kuussa on yksinkertaisin tapa seurata ravit-semusta. Mitä nopeampia ja suurempia painonmuutokset ovat olleet, sitä suurempi syy on epäillä ravitsemustilan heikkenemistä. (Tilvis ym. 2010, 354.)

MNA- testi (Liite 1) on suunniteltu käytettäväksi koti ja laitoshoidossa oleville ikääntyneil-le henkilöille. Testi koostuu kahdesta osasta. Ensimmäinen osa on seulontaosuus. Siinä käsitellään mm. BMI eli painoindeksi, ruokailutottumukset, painon pudotus, sairastelu. Jos seulontaosuus antaa 11 pistettä tai alle jatketaan testi loppuun. Seulonta osuuden

pistemäärän ollessa 12-14, testiä ei tarvitse jatkaa. Tällöin ravitsemustilanne on normaali. Jatko eli arviointiosuudessa tarkastellaan ravitsemusta tarkemmilla kysymyksillä kuten lämpimien aterioiden määrä päivässä, ruokailun avuntarve, oma näkemys ravitsemustilasta, kasviksien ja hedelmien osuus, olkavarren ja pohkeen ympärysmittan mittaaminen. Kokonaispistemäärään jäädessä alle 17, ikääntynyt todennäköisesti kärsii virhe tai aliravitsemuksesta. Pisteiden ollessa 17- 23,5 riski virheravitsemukselle on kasvanut. Kokonaispisteiden ollessa 23,5- 30 pistettä tarkoittaa hyvää ravitsemustilaa. (Tilvis ym. 2010,476-479.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat

Opinnäytetyömme tarkoitus on kartoittaa Nurmeksen kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilannetta.

Työn tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa, mitä Siun sote voi hyödyntää asiakkaiden ravitsemuksen arvioimiseksi, edistää asiakkaan kokonaisvaltaista hyvin vointia. Haluamme myös selvittää turvaako ateriapalvelun käyttäminen riittävän hyvän ravitsemustilan kotihoidon asiakkaille. Lisäksi opinnäytetyömme muistuttaa kotihoidon henkilöstöä ravitsemukseen liittyvistä asioista kuten MNA-testin tekemisestä. Rajasimme tutkimustaan siten, että tutkimukseen osallistuvan henkilön tulee olla yli 65-vuotias, hän kuului säännöllisen kotihoidon piiriin sekä hänellä on käytössä ateriapalvelu.

Tutkimuksemme tutkimusongelma/kysymys on:

Millainen on Nurmeksen kotihoidon yli 65- vuotiaiden asiakkaiden, säännöllisen ateriapalvelujen piiriin kuuluvien ravitsemustilanne?

Millainen on Nurmeksen kotihoidon yli 65- vuotiaiden asiakkaiden ravitsemustilanne suhteutettuna ateriapalvelunmäärään ja kotihoidon käyntitiheyteen?

5 Tutkimuksen toteuttaminen

Aloitimme opinnäytetyön aiheanalyysillä syksyllä 2017. Aiheanalyysissä luotiin pohjaa tulevalle opinnäytetyölle. Toimeksiantajan kanssa teimme yhteistyötä niin, että otimme huomioon heidän mielenkiinnonkohteet kuten ateriapalvelun käyttäjät. Tässä vaiheessa teimme alustavia hakuja ikääntyneen ravitsemukseen liittyen, muotoilimme alustavasti tutkimusongelmat/kysymykset sekä tutkimuksen tavoitteet ja tarkoituksen. Toimeksiantosopimus allekirjoitettiin hyväksytyn aiheanalyysin jälkeen.

Opinnäytetyön suunnitelma vaiheessa aiheanalyysivaiheen yllä mainittuja asioita tarkennettiin ja laajennettiin. Niistä muotoutui pohja opinnäytetyölle. Suunnitelmavaiheessa selkiytyi kuva määrällisestä tutkimuksesta ja tutkimuksessa käytettävästä mittarin valinnasta. Opinnäytetyön suunnitelmalla haettiin tutkimuslupa Siun sotelta toukokuussa 2018.

Saatuamme tutkimusluvut Siun sotelta kesäkuussa 2018 lähestyimme ensin kotihoidon henkilökuntaa tutkimukseen liittyvissä asioissa. Ensimmäinen vaihe oli kertoa kotihoidon henkilökunnalle opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja eteneminen. Heidän tehtävä oli informoida asiakkaita jotka täyttävät kriteerit. MNA-testit oli tarkoitus tehdä yhdessä opinnäytetyön tekijöiden ja henkilökunnan kanssa asiakkaiden kotona. Tutkimusaineiston keräämisestä on kerrottu seuraavassa luvussa

Asianmukainen tutkittavien informointi lisää tutkimuksen luotettavuutta ja läpinäkyvyyttä. Tutkittavien luottamus siihen, että heitä koskeva tutkimusaineistoja käsitellään vastuullisesti kasvaa. (Kananen 2017, 92.) MNA-testit tehtiin asiakkaiden kotona yhdessä kotihoidon henkilökunnan kanssa kesän ja syksyn 2018 aikana.

5.1 Tutkimusaineiston kerääminen

Tutkimuksen aineiston keräys aloitettiin heinäkuussa 2018. Toimitimme asiakkaiden saatekirjeet, suostumus- ja kyselykaavakkeen (Liitteet 6- 8) ja Mna-testit Nurmeksen kotihoidon neljälle eri tiimeille. Samalla informoitiin kotihoidon henkilökuntaa (Liite 6) saatekirjeen viemisestä asiakkaiden kotiin, vapaaehtoisten osallistujien listaamisesta, Mna- testien tekemisestä ja Mna-testien säilyttämiseen liittyvistä asioista. Saatekirjeitä toimitimme 94 kappaletta. Tarkoituksena antaa kaikille kotihoidon asiakkaille mahdollisuus osallistua tutkimukseen kriteerien täytyttyä. Kriteerit olivat: Yli 65- vuotias, säännöllisen kotihoidon asiakas ja käytössä on ateriapalvelu. Tutkimusaineiston keräämi-

nen tapahtui kaksi eri kertaa. Ensimmäisellä kerralla saimme yhteensä 13 MNA-testiä. Näistä jouduimme hylkäämään 4. Hylkäyksen perusteena oli, ettei kriteerit täyttynyt tai testi oli täytetty puutteellisesti. Toinen kierros tehtiin opettajan kannustamana lisä tulosten saavuttamiseksi. Syys- lokakuun vaiheessa otimme yhteyttä kotihoitoon. He olivat saaneet tiedon, että Siun soten on antanut kirjalliset ohjeet MNA-testien tekemiseen. Sovimme, että opinnäytetyön tekijä tulee auttamaan testien tekemisessä. Opinnäytetyön tekijä kävi 10 päivän aikana tekemässä MNA-testejä jokaisessa neljässä eri tiimissä. Tämä järjestely oli molemmiin puolinen etu. Toisen kierroksen tuloksena saimme suostumuksella varustettuja testejä 23, joista 3 jouduimme hylkäämään kriteerien puuttumisen vuoksi. MNA- testit tehtiin asiakkaiden kotona. Näin ollen saimme kahdella mittauskerralla hyväksytyjä ja suostumuksellisia testejä 29 kappaletta.

Käytimme tutkimuksessa MNA-testiä. MNA- testi on käytössä useissa eri maissa ja se on tarkoin validoitu testi. Testin avulla on mahdollista havaita varhaisessa vaiheessa ikääntyneet henkilöt, joilla on suurentunut virheravitsemuksenriski. MNA-testi jakaa tulokset kolmeen eri ryhmään: virhe- tai aliravitsemuksesta kärsivät, virheravitsemusriskissä olevat sekä hyvään ravitsemustilaan. Lisäksi halusimme tiedon käytetystä ateriapalvelun määrästä sekä kotihoidon käyntien määrästä. Ateriapalvelun määrä ilmoitetaan, ateriapalvelu x viikossa. Kotihoidonkäyntimäärä ilmoitetaan, kotihoidon käyntitiheys x viikossa ja kotihoidon käyntitiheys x päivässä.

Henkilökunnalle kerrottiin ja annettiin kirjalliset ohjeet tutkimukseen osallistuvien kriteerien täyttymisestä, suostumuksen pyytämisestä, kyselykaavakkeeseen vastaamisesta sekä MNA-testien tekemiseen ja säilyttämiseen liittyen. Korostimme tutkimukseen osallistuvien saatekirjeiden viemisestä kotihoidon asiakkaille, joilla on käytössään ateriapalvelu, kotihoito käy vähintään kerran viikossa sekä tutkittavan tulee olla yli 65-vuotias. Lisäksi halusimme korostaa, että tutkimukseen osallistumien on vapaaehtoista. Jos tutkittava antoi suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta, silloin MNA-testin tulosta voidaan käyttää opinnäytetyön tutkimukseen. Helmikuussa 2018 säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli 94, joilla oli käytössä ateriapalvelu. Tarkoituksena oli, että kaikille kriteerit täyttävälle henkilöille toimitetaan saatekirje. Tämän jälkeen tutkimukseen vapaaehtoisesti osallistuvilta pyydettiin suostumus (Liite7) tutkimukseen. Suostumuksen jälkeen tehtiin MNA- testi ja täytettiin kyselykaavake (Liite8) ateriapalvelun ja kotihoidon käyntimäärästä. Tehdyt MNA-testit säilytettiin asianmukaisesti kotihoidon toimistoilla, josta opiskelijat myöhemmin hakivat ne analysoitavaksi.

5.2 Tutkimusmenetelmä

Määrällisen, eli kvantitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat tiedon strukturointi, tiedon mittaaminen, tutkitun tiedon esittäminen numeroin ja kaavioin, tutkimuksen objektiivisuus sekä vastaajien suuri lukumäärä. (Vilkka, 2007, 13). Tiedon strukturoinnilla tarkoitetaan mitattavan tiedon esittämistä arkikielellä. Tässä opinnäytetyössä käytämme hyväksi todettua ja ravitsemus neuvottelukunnan suosittama MNA-testiä. Objektiivisuus tarkoittaa tutkijoiden puolueettomuutta, tutkimustuloksen tulee olla tutkijoista riippumattomia (Vilkka, 2007,13-15). Objektiivisuus näkyi MNA- testejä tehdessä niin, että kunniotimme asiakkaan kotia, käyttäydymme kohteliaasti, puhuimme selkeästi sekä olimme rehellisiä ja avoimia kysymysten suhteen. Määrällisen tutkimuksen keskeinen piirre on esittää tutkimustulokset kaavioin ja numeraalisesti. Kausaalisuhde on syy-seuraussuhde, joka esiintyy tutkittavien asioiden tai ilmiöiden välillä. Voidaan olettaa, että jokin syy selittää tietyn seurauksen. (Vilkka,2007,175). Kartoittavan tutkimuksen tavoitteena on etsiä uusia näkökulmia tutkimustulokseen. Ravitsemustilanseurannasta on tehty useita tutkimuksia. Haluamme kartoittaa nimenomaan Nurmeksen kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilannetta, joilla on käytössään tukipalvelumuotona ateriapalvelu. Nurmeksen alueella ei olla tehty kartoitusta ikääntyneiden ravitsemustilanteesta.

Tutkimuksen muuttuvia asioita ovat tutkittavan ikä, sukupuoli, saatu tulos ravitsemustilanteesta ja ateriapalvelun määrä sekä kotihoidon käyntitiheys. Muuttujat tulee vakioida ennen saatujen aineistojen tietojen syöttämistä ja tallentamista (Vilkka, 2007,14, 111.) Ristiintaulukoinnin avulla voidaan löytää kahden tai useamman muuttujan välisiä riippuvuuksia. Ristiintaulukoinnin menetelmällä voidaan löytää muuttujia jotka selittävät toista muuttujaa. (Vilkka, 2007,129.) Tässä opinnäytetyössä haluamme tutkittua tietoa ravitsemustilasta, kotihoidon käynti tiheyden ja ateriapalvelun määrän välisistä suhteista. Tutkimustulokset määrällisessä tutkimuksessa esitetään taulukoiden, kuvioiden, tunnuslukujen ja tekstin avulla. Nämä auttavat havainnollistamaan ja selkeyttämään saatujen tutkimustulosten ymmärtämistä. (Vilkka, 2007, 135.)

5.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Kerätty tutkimusaineisto tulee tarkastaa ja käsitellä analysoitavaan muotoon, jotta sitä voidaan käsitellä numeraalisesti. Havaintomatriisi eli tutkimusaineisto on taulukko, johon kaikki muuttujia koskevat tiedot syötetään. (Vilkka, 2007, 105.) Palautuneet lomakkeet tulee kerätä yhteen ja tarkastaa tutkimukseen kelpaavaksi. Epäasiallisesti täytetyt kaavakkeet tulee jättää tutkimuksesta pois tutkimuksen luotettavuuden vuoksi. Aineiston

käsittely eli tietojen syöttäminen tietokoneelle tapahtuu tilasto-ohjelmia käyttäen, jolloin tulokset voidaan muuttaa numeraaliseen muotoon. (Vilkka, 2017, 106.) Olemme saaneet koulussa opetusta SPSS-tilastointi ohjelmasta, jota käytämme tässä opinnäytetyön aineistohallinnassa ja tutkimustulosten analysoinnissa. Havaintomatriisi alkaa palautuneiden lomakkeiden numeroinnilla, jolloin lomake voidaan yhdistää tietokoneelle syötettyyn tietoon. Tämä on tärkeä vaihe, jos tutkimuksen edetessä huomataan epäkohtia, voidaan palata tai poistaa kyseinen vastaus tutkimuksesta.

Kerättyämme MNA testit, kävimme testit yksitellen läpi ja tarkastimme lomakkeet ja niiden pistemäärät. Tarkastimme lomakkeiden asianmukaisen täyttämisen ja hylkäsimme 7 tehtyä MNA-testiä. Opinnäytetyön tekijän tehdessä MNA-testejä, lisättiin luotettavuutta kysymällä tutkittavan hoitajalta tulosten luotettavuudesta.

Saatuamme 29 tutkimustulosta, syötimme tiedot SPSS- tilastointi ohjelmaan. Annoimme syötetyille tiedoille otsikot ja arvot, joiden mukaan syötimme tiedot ohjelmaan. Tarkistimme syötetyt tiedot, että oikeat tulokset ovat oikealla henkilöllä. Näin muodostimme havaintomatriisin. Havaintomatriisin pohjalta saimme luotua lukuja ja prosentteja tutkimuksestamme. Näistä luvuista saimme muodostettua taulukot. Taulukoita muodostaessa on pohdittu taulukoiden selkeyttä. Taulukot on viimeistelty Exel- taulukkolaskenta ohjelmalla. Taulukoissa on pääasiassa ilmoitettu frekvenssi eli lukumäärä. Auki kirjoitetussa tekstissä on mainittu suluissa prosentti osuudet. Taulukoinnin tehtyä saimme muodostettua kokonaiskuvan Nurmeksen kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilanteesta.

SPSS -ohjelman avulla teimme ristiintaulukoinnit. Ristiintaulukoinnin tavoitteena oli selvittää kahden eri muuttujan suhdetta toiseen muuttujaan eli syy- seuraus suhdetta. Tässä tutkimuksessa se tarkoitti ravitsemustilan yhteyttä ateriapalvelunmäärään sekä kotihoidonkäyntitiheyteen suhteutettuna.

6 Tutkimustulokset

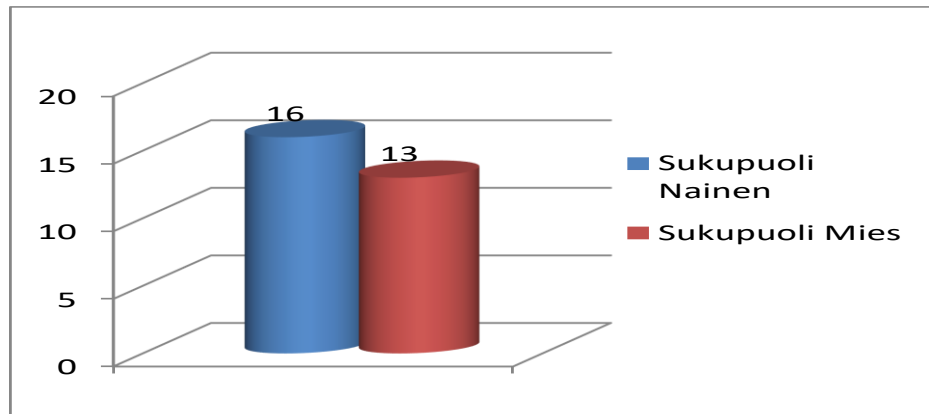
Tutkimustuloksia tarkastelemme tutkimuskysymysten kautta. Opinnäytetyö ensimmäinen tutkimuskysymys oli: Millainen on Nurmeksen kotihoidon yli 65 – vuotiaiden asiakkaiden, säännöllisen ateriapalvelujen piiriin kuuluva ravitsemustilanne? Toinen tutkimuskysymys oli: Millainen on Nurmeksen kotihoidon yli 65 –vuotiaiden asiakkaiden ravitsemustilanne suhteutettuna ateriapalvelumäärään ja kotihoidon käyntitiheyteen?

Mielestämme saimme vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaus on huolestuttava. Yli puolet (51,7%) tutkittavista kuului ryhmään jossa, riski virheravitsemukselle on kasvanut. Aliravitsemuksesta kärsii 10,3% ja hyvään ravitsemustilaan kuului 37,9%. Tuloksissa on syytä muistaa, että pienillä piste-eroilla ravitsemustila voi siirtyä huonompaan tai parempaan suuntaan. Toiseen tutkimuskysymykseen emme saaneet selvää vastausta ristiintaulukoinnissa ravitsemustilan ja kotihoidonkäyntimäärän tai ateriapalvelun välistä yhteyttä. Eli ravitsemustilan ja kotihoidonkäyntimäärällä ei ole selvää yhteyttä toisiinsa. Samoin ravitsemustilalla ja ateriapalvelunmäärällä ei ole selvää yhteyttä toisiinsa. Toisin sanoen asiakkaan ravitsemustilaan ei vaikuta kuinka monesti kotihoito käy viikossa tai kuinka monta ateriapalvelun ateriaa tulee viikossa.

Tutkimustuloksia tarkastelimme useiden muuttujien kautta. Ensin tarkastelemme tutkittavien taustietoja kuten sukupuoli, ikäjakauma, kotihoidon käyntimäärät sekä ateriapalvelunmäärä. Varsinaiset tutkimustulokset on jaettu käytetyn MNA-testin mukaisesti. Käymme tutkimustulokset läpi seulontaosuuden, arviointiosuuden mukaisesti. Lopuksi yhdistimme seulonta ja arviointiosuudet yhdeksi kokonaisuudeksi.

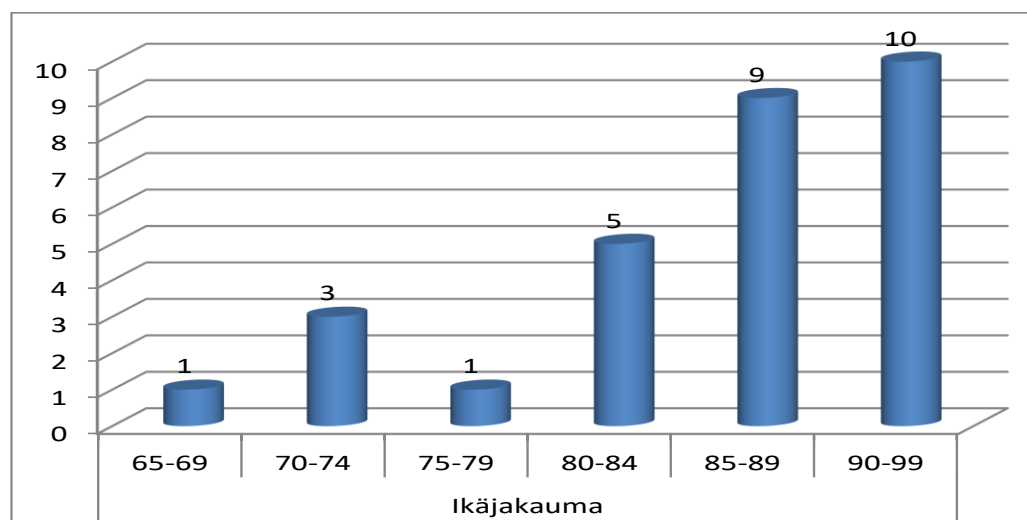
6.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 29 henkilöä. Tutkittavista naisia oli 16 (55,2 %) ja miehiä 13 (44,8 %). Tutkimukseen osallistuvien sukupuoli jakauma oli yllättävän tasainen. Alle olevasta kuviosta voidaan saada selkeä kuva sukupuolijakauman tasaisuudesta.



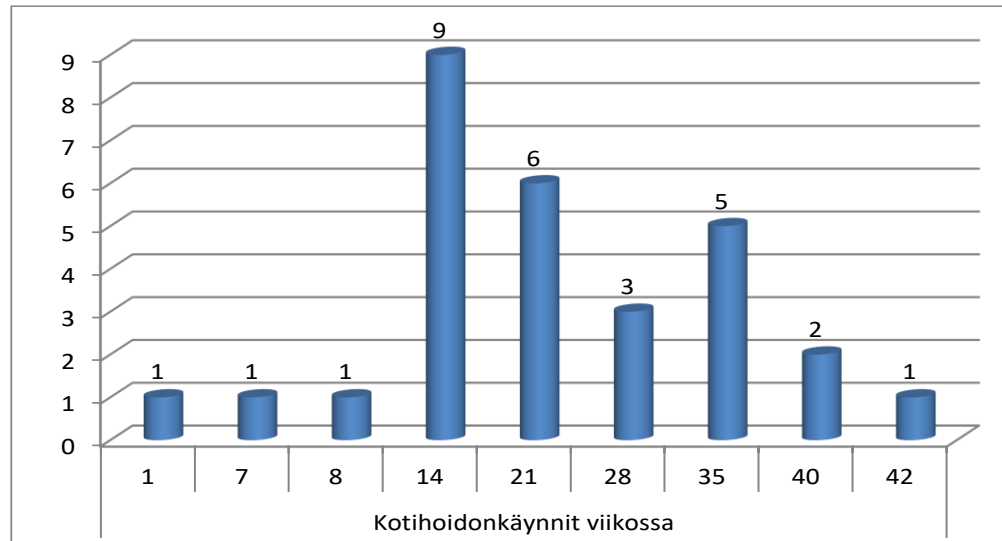
Kuvio 1. Tutkittavien sukupuolijakauma

Ikäjakauma oli välillä 67–93 vuotta. 65–69 vuotiaita oli yksi (3,4 %), 70–74 vuotiaita oli kolme (10,3 %), 75–79 vuotiaita yksi (3,4 %), 80–84 vuotiaita oli viisi (17,2 %), 85–89 vuotiaita oli yhdeksän (31,0 %) ja 90–99 vuotiaita oli kymmenen (34,5 %). Tutkittavien ikä painottui ikävuosiin yli kahdeksankymmentävuotiaisiin.



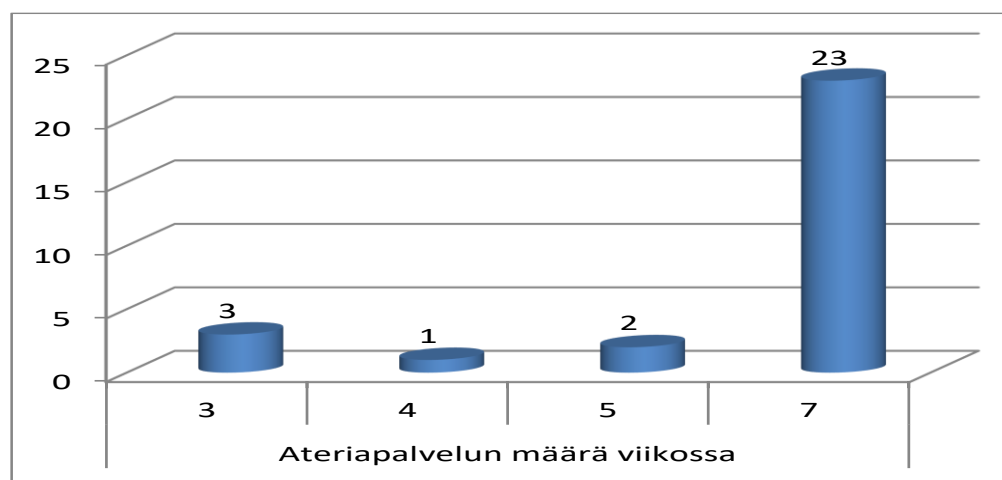
Kuvio 2. Tutkittavien ikäjakauma

Tutkimukseen osallistujilla (29) oli säännölliset kotihoidon käynnit 1- 42 kertaa viikossa. Kotihoidon käyntimäärät 1, 7, 8 ja 42 käyntiä viikossa, näille neljälle käyntimäärälle omaksi prosentti osuudeksi saadaan 3,4 %. Muut kotihoidonkäynti määrät viikossa olivat 14 (31 %), 21 (20,7 %), 28 (10,3 %), 35 (17,2 %) ja 40 (6,9 %).



Kuvio 3. Kotihoidonkäynnit viikon aikana

Tutkittaville tulevien ateriapalvelunmäärä vaihteli 3-7 annosta viikossa. Kotiin kuljetettavan aterian määrät olivat seuraavanlaisia: 3 henkilölle tuli kolme (10,3 %) aterialla viikossa, yhdelle (3,4 %) tuli neljä aterialla viikossa, kahdelle tuli (6,9 %) viisi aterialla viikossa ja seitsemän aterialla viikossa tuli kahdellekymmenellekolmelle (79,3 %).

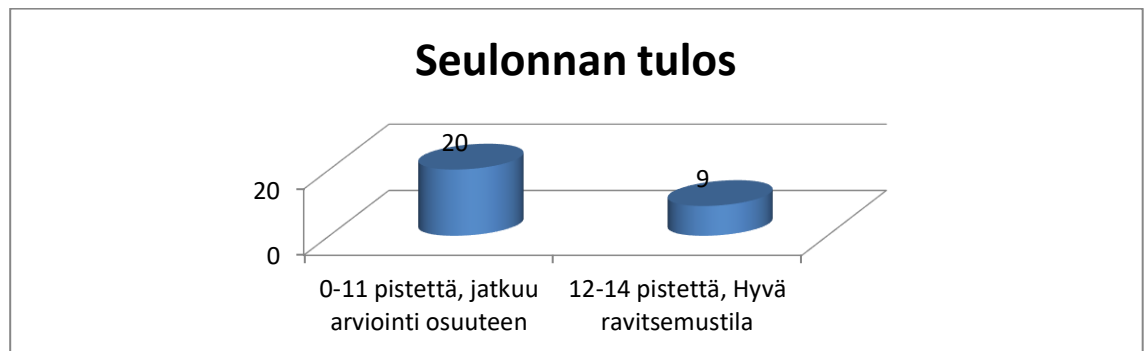


Kuvio 4. Tutkittaville tulevien ateriapalvelun määrät viikossa

6.2 MNA-mittarin seulontaosion tulokset

Seulontaosiossa on 6 kysymystä, joissa selvitetään ravinnonsaannin vähenemistä ja painonpudotusta kolmen kuukauden aikana, itsenäisen liikkumisen tasoa, sairauksia, psyykkisen stressin tasoa ja vastaajan neuropsykologisia ongelmia.

Tutkittavista seulontaosiossa 9 (27,6 %) sai 12-14 pistettä, joka tarkoittaa normaalia ravitsemustilaa. Tutkittavista 20 (72,4 %) sai 11 pistettä tai alle, jolloin riski vajaan ravitsemukseen on kasvanut, tällöin testiä jatkettiin seulontaosioon.



Kuvio 5. Seulonta osuuden tulokset

6.3 MNA-mittarin arviointiosion tulokset

Arviointiosa sisältää 12 kysymystä, joiden avulla selvitetään asumista, lääkkeiden määrää, ruokavaliota, nesteen ja ravinnonsaannin määrää, ruokavalion laatua, ihon kuntoa, omaa näkemystä terveydentilasta ja ravitsemustilasta. Arviointiosassa mitataan myös tutkittavan olkavarren ja pohkeen ympäröimä. Arviointiosuudessa lasketaan pisteet yhteen seulontaosuuden kanssa josta koostuu maksimi pistemääräksi 30 pistettä. As-teikossa on käytössä kolme tasoa: Alle 17 pistettä, henkilö kärsii virhe- tai aliravitsemustilasta, 17- 23,5 pistettä: henkilön riski virheravitsemukselle on kasvanut ja yli 23,5 pistettä: henkilöllä on hyvä ravitsemustila.

Tässä tutkimuksessa osallistujia oli 29 henkilöä, joista jäi seulontaosuuteen 9 (27,6 %). Heillä MNA- testin mukaan on normaali ravitsemustila, joten testiä ei tarvitse jatkaa. Loput 20 (72,4 %) tutkimukseen osallistuvista MNA-testi jatkui arviointiosuuteen koska riski virhe- tai aliravitsemukselle on olemassa. Arviointiosuudessa 3 (10,3 %) henkilöä sai pistemääräksi 0-16,5 pistettä, joka tarkoittaa henkilöiden virhe- tai aliravitsemustilannetta. 15 (51,7 %) henkilöä sai pistemääräksi 17–23,5 pistettä, joka tarkoittaa että, riski vir-

heravitsemukselle on kasvanut. 2 (6,9 %) henkilöä sai pistemääräksi 24- 30 pistettä, joka tarkoittaa henkilöiden hyvää ravitsemustilaa.

6.4 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Kokonaiskuvaa katsottuna MNA- testien tulokset antoivat seuraavanlaista tietoa. Ryhmässä kärsii virhe tai aliravitsemuksesta oli kolme henkilöä(10,3 %), riski virheravitsemukselle oli kasvanut 15 henkilölle (51,7 %) ja hyvän ravitsemustilan osuus oli 11 henkilöä (40,0%) tutkittavista.

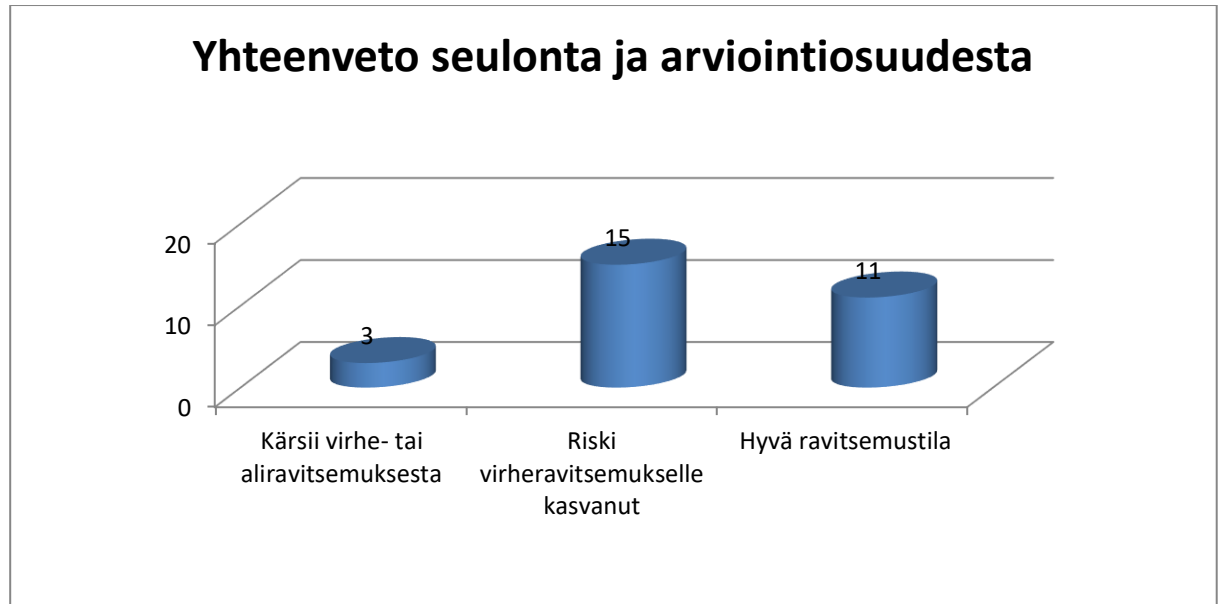
Tutkimuskysymykseen Millainen on Nurmeksen kotihoidon yli 65 -vuotiaiden asiakkaiden, säännöllisen ateriapalvelunpiiriin kuuluvien ravitsemustilanne. Alla olevasta taulukosta näemme, että hieman yli puolet, 51,7 % kuuluvat ryhmään jossa riski virheravitsemukselle on kohonnut. Hyvän ravitsemustilan omaavia oli tutkittavista henkilöistä 40 %, joka on positiivinen tulos. Virhe tai aliravittuja oli 10,3 %, heidän kohdallaan tulisi ryhtyä heti jatkotoimenpiteisiin Siun soten ohjeiden turvin.

AMK- opinnäytetöitä ravitsemustilan kartoituksesta ikääntyneille oli tehty kymmeniä, joista perehdyimme niihin, jotka on kohdistettu kotihoidon asiakkaisiin. Mikkelin ammattikorkeakoulun opiskelijan tekemä opinnäytetyö Lieksan kaupungissa on saanut viitteitä kotona asuvien ikääntyneiden huonosta ravitsemustilasta. MNA- testi oli tehty 13 asiakkaalle, heille on kaikille tullut ateriapalvelu. Puolet ikääntyneistä on kärsinyt huonosta ravitsemustilasta ja yhdellä on ollut aliravitsemuksen riski korkea. Ateriapalvelu ei näin ollen takaa hyvää ravitsemustilaa.

Satakunnan ammattikorkeakoulun opiskelijan Marjut Riikosen tekemässä opinnäytetyössä (2016) mukaan suunta on ollut sama. Tässä otantoja on ollut 15 joista seulonta osuuden mukaan normaali ravitsemustila ja 8 asiakkaalle on tehty arviointiosuus, joista 1 on aliravittu ja 7 riski virheravitsemukselle on kasvanut. Tässä tutkimuksessa ei ole kuvattu ateriapalvelun käyttäjiä tarkasti. Molemmissa tutkimuksissa on käytetty validoitua MNA- testiä. Kaikille tutkimukseen osallistuville on tehty testin seulonta osuus ja tarvittaessa arviointiosuus.

Tekemämme tutkimuksen mukaan Nurmeksen kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilanne on samansuuntainen. Iloksemme saimme huomata, että opinnäytetyön projektin aikana,

Avot- hankkeen myötä Siun sote on laatinut hyvät ja helpot ohjeet ravitsemustilan kartoittamiseksi sekä ravitsemustilan hoitamiseksi. Ohjeet on tarkoitettu kotihoidon henkilökunnan tueksi arvioidessa ikääntyneiden ravitsemusta ja ravitsemustilanteen parantamista.



Kuvio 7. Tutkimuksen tulos tiivistettynä

6.5 Ristiintaulukointi

Ristiintaulukoinnilla pyritään etsimään kahden eri muuttujan välistä syy- seuraus suhdetta. Ristiintaulukoinnin yhteydessä tarkastelimme ravitsemustilan ja ateriapalvelunmäärän välistä yhteyttä. Toisena ristiintaulukoinnin ajatuksena oli tarkastella ravitsemustilan ja kotihoidonkäyntien välistä yhteyttä. Vaikuttaako ateriapalvelun tai kotihoidon käyntimäärät ravitsemustilaan.

Tutkimuskysymykseen Millainen on Nurmeksen kotihoidon yli 65- vuotiaiden asiakkaiden ravitsemustilanne suhteutettuna ateriapalvelumäärään ja kotihoidon käyntitiheyteen on avattu alla olevassa tekstissä.

Tutkittavien ravitsemustila suhteessa ateriapalvelunmäärään tai kotihoidon käyntitiheyteen (Liite 9) ei noussut esille mainittavaa. Tähän vaikuttanee myös suhteellisen pienen otanta tutkimukseen osallistuvista henkilöistä. Kokeilimme myös ristiintaulukointi tehdä niin, että muutimme kotihoidon käyntimäärät ja ateriapalvelunmäärän neljän viikon jak-

soksi. Tämä siksi, että arvelimme jos se olisi tuonut esille yhteyden ravitsemustilaan. Neljän viikon jaksoiksi muutetut tiedot eivät kuitenkaan nostaneet mainittavia seikkoja esille.

Ateriapalvelun määrät 3-7 kertaa viikossa. Esimerkiksi kolme aterialla viikossa tullee ravitsemustilaksi tuli kolmelle henkilölle riski virheravitsemukseen on kasvanut. 7 aterialla viikossa tullee ravitsemustilaksi on tullut hyvä ravitsemustila joista 8 henkilöä on jäänyt jo seulonta osioon ja 2 on arviointiosuuden jälkeen saanut tulokseksi hyvän ravitsemustilan. Riski virheravitsemukseen 7 aterian viikko määrällä on tullut tulokseksi 11 henkilöä. 2 henkilöä on aliravittuja 7 aterian viikko määrällä.

Tästä voidaan päätellä, että tässä tutkimuksessa ateriapalvelun määrä ei takaa hyvää ravitsemustilaa tai ravinnon saantia. Luotettavuutta voi heikentää pieni tutkimukseen osallistuva joukko. Suuntaa antavana tietona tulosta voitaneen kuitenkin pitää.

Kotihoito kävi tutkimukseen osallistuvien luona suurella vaihtelu eroilla. Kotihoidon käynti määrällä viikossa 7, 14, 21 ja 40 saivat tulokseksi hyvän ravitsemustilan. Riski virheravitsemukseen jakautui tasaisesti kaikille käyntimäärille viikossa 1- 42. Aliravittujen luona kotihoito kävi 28 ja 35 kertaa viikossa.

Tästä voidaan päätellä, että kotihoidon käyntimäärät eivät tässä tutkimuksessa vaikuttaneet tutkittavien ravitsemustilaan. Luotettavuutta voi heikentää pieni tutkimukseen osallistuva joukko. Suuntaa antavana tietona tulosta voitaneen kuitenkin pitää.

8 Pohdinta

Työmme tarkoituksena on ollut kartoittaa Nurmeksen kotihoidon yli 65- vuotiaiden ravitsemustilannetta, joilla on käytössään ateriapalvelu. Nurmeksen alueella ei ole aiemmin kartoitettu kotihoidon asiakkaiden ravitsemusta. Käytimme ravitsemustilan kartoitukseen suunniteltua MNA-testiä. Testissä on seulonta ja arviointiosuudet. Seulonta osuuden pisteiden perusteella testiä jatkettiin arviointiosuuteen tai testi loppui. Testin jatkuessa arviointi osuuteen, riski virheravitsemukselle oli olemassa. Testin jääminen seulonta osuuteen, tutkittavan ravitsemus tilanne oli normaali. Arviointiosuuden lopuksi laskettiin pisteet seulonta ja arviointiosuudesta yhteen. Näiden kahden osion yhteenlasketusta summasta sai kolme eri vaihtoehtoa tulokseksi. Hyvä ravitsemustila, Riski virhe ravitsemukselle on olemassa ja Kärsii virhe tai aliravitsemustilasta. Tutkimukseen osallistui 29 henkilöä, näistä 9 (31 %) henkilöä sai suoraan ensimmäisen vaiheen seulontaosuudesta normaalin ravitsemustilan. Loput 20 (72,4 %) henkilöä jatkoi arviointiosuuteen. Arviointi ja seulontaosuuden pistemäärät laskettiin yhteen, joka antoi lopullisen tuloksen. 3 (10,3%) henkilöä sai tulokseksi, kärsii virhe- tai aliravitsemustilasta, 15 (51,7 %) henkilöä sai tulokseksi, riski virheravitsemukselle on kasvanut. 2 (6,9 %) henkilöä sai hyvän ravitsemustilan. Näihin viimeisiin tuloksiin, kun yhdistetään seulontaosuudessa hyvän ravitsemustilan saaneet 9 henkilöä, hyvän ravitsemustilan omaavien osuus nousee 11 henkilöön (40 %). Mielestämme tulokset ovat huolestuttavia.

AVOT-hankkeen myötä tulleiden ohjeiden mukaan toimittaessa uskomme, että hyvän ravitsemustilan omaavat henkilöt jatkavat ruokailu samalla periaatteella kotihoidon kannustaessa. Riski vajaa ravitsemuksesta kärsivien ryhmä hyötyisi niin, että ravitsemustilaa voi parantaa pienilläkin muutoksilla. Lisäksi säännöllinen seuraaminen on tarpeen. Aliravittujen ryhmä hyötyy ohjeista niin, että he saisivat paremman ravitsemustilan ja heidän elämänlaatunsa paranee sekä kotona asuminen mahdollisesti onnistuu kauemmin. Lisäksi tulee muistaa, että kaikille ikääntyneille on tärkeää syödä riittävästi, ravitsevasti ja monipuolisesti koska ravintoaineiden tarve ei vähene, vaikka energian tarve pienenee. Tällöin tulee kiinnittää huomioita ruuan laatuun. Ikääntyneen ruokavaliossa tulee kiinnittää huomiota proteiinin määrään, täysjyvävilja tuotteisiin, suosia hyviä rasvoja, jotka päivä kasviksia, hedelmiä tai marjoja sekä riittävästi nesteitä. Yöpaasto ei saisi ylittää 11 tuntia. (Pölönen Satu, Vajaaravitsemuksen ehkäisyn ja hoidon toimintamallit kotihoidoon, 2018.)

Normaaliravitsemustilan omaavia henkilöiltä paino tulee punnita vähintään kerran kuukaudessa sekä MNA-testi tehdään vuoden kuluttua. Kannustetaan syömään riittävästi, monipuolisesti ja säännöllisesti. Huomioidaan suun terveys. (Pölönen, 2018.)

Alla olevat ohjeet on mukailtu ravitsemusterapeutti Satu Pölösen toimintaohjeista. Henkilöillä, jotka kuuluvat riski vajaaravitsemukseen on kasvanut, on syytä selvittää syy ja puuttua siihen mahdollisimman varhain. Selvitetään vaikuttaako ikääntyneen lääkitys, ruokailun vaikeus, muistisairaudet, masennus, painehaavat tai onko ruokavalio liian yksipuolinen. Pyritään saamaan kokonaiskuva ravitsemuksesta hyödyntäen ravitsemuskyselykaavaketta. Tarpeen mukaan muutetaan ravitsemus tarpeita vastaaviksi kuten lisäämällä energiaa, proteiinia tai kliinisiä ravintolisävalmisteita sekä kysymällä keittiöltä mahdollisuudesta tilata tehostettu ruokavalio. Omahoitajan tulee kirjata hoito- ja palvelusuunnitelmaan ravitsemuksen parantamiseksi käytettävät keinot. Muutoksista tulee keskustella asiakkaan ja hänen hoitoon osallistuvien kanssa. Suun terveyteen tulee kiinnittää huomioita ja tarvittaessa ohjata hammashuoltoon. Painoa tulee seurata vähintään kerran kuukaudessa ja MNA- testi puolen vuoden välein. (Pölönen 2018.)

Alla olevat ohjeet on mukailtu ravitsemusterapeutti Satu Pölösen toimintaohjeista. Henkilöt, jotka kuuluvat ryhmään aliravittu tulee ravitsemukseen puuttua heti. Käydään läpi samat asiat kuin yllä on mainittu. Tässä vaiheessa suositellaan otettavaksi käyttöön kliiniset ravintolisävalmisteet. Pyydetään laboratoriokokeita ravitsemustilan selvittämiseksi, jonka jälkeen konsultoidaan tarpeen mukaan lääkäriä sekä ravitsemusterapeuttia. Ravitsemusterapeutti laatii ravitsemushoitosuunnitelman. Tämän jälkeen omahoitaja kirjaa ne hoito – ja palvelusuunnitelmaan. Paino tulee punnitta vähintään kerran viikossa ja MNA-testi tehdä kolmen kuukauden välein. Lääkärin ja ravitsemusterapeutin lisäkonsultaatiot pyydetään jatkossa tarpeen mukaan. (Pölönen, 2018.)

Mielestämme tutkimus oli antoisaa tehdä ja toivomme, että ikääntyneiden ravitsemustilanteen parantamiseksi kiinnitettäisiin enemmän huomiota. Ikääntyneiden ravitsemustilaa voidaan arvioida säännöllisesti painoa mittaamalla, MNA- testejä tekemällä sekä ottamalla asia puheeksi ikääntyneen kanssa. Yhdessä kotihoidon henkilökunta ja ikääntynyt voivat miettiä pieniä muutoksia ruokavalioon ravitsemuksen parantamiseksi. Kotihoidon henkilökunta on avain asemassa arvioimassa, ehdottamassa muutoksia sekä seuraamassa ravitsemuksen onnistumista, koska vain syöty ruoka ravitsee.

Tutkimuksemme tulokset ovat samansuuntaisia Riikosen (2016) ja Marjavan (2010) tekemien AMK opinnäytetöiden kanssa. Riikosen tutkimuksessa 42 % osallistujista riski vajaaravitsemukselle oli kasvanut ja Marjavan tutkimuksessa 58 %. Toisaalta tutkimukset eivät ole suoraan verrannollisia, koska otannat kummassakin edellisessä tutkimuksessa olivat pienempiä, Marjavan tutkimuksessa oli 13 tutkittavaa ja Riikosen tutkimuksessa 19 osallistujaa. Oma tutkimukseen osallistujien määrä on näihin tutkimuksiin verrattuna varsin suuri 29 tutkittavaa. Kummatikin edellä mainituista tutkimuksista on koh-

dennettu kotihoidon asiakkaille ja Marjavan tutkimus lisäksi myös ateriapalvelun käyttäjille. Marjavan tutkimus oli myös toteutettu SIUN soten alueella Lieksassa.

Tutkimuksen perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että kotihoidon asiakkaiden ravitsemustila on puutteellinen, koska yli 50 % tutkittavista riski virhe -tai vajaaravitsemukselle oli kasvanut. Samoin voimme todeta, että ateriapalvelua ei välttämättä takaa kotihoidon asiakkaille hyvää ravitsemustilaa. Syyt kotihoidon asiakkaiden vajaaravitsemusriskin kasvuun ovat moninaisia.

Kannustamme kotihoidon henkilökuntaa ravitsemustilanteiden puheeksi ottamisen asiakkaan kanssa. Lisäksi toivomme, että MNA- testejä tehdään tarkoituksenmukaisesti. MNA-testi tulee tehdä uuden asiakkaan tullessa kotihoidon piiriin tai asiakkaan tarpeiden mukaan. MNA-testin tuloksen perusteella noudatetaan Siun soten ohjeita ravitsemushoidosta. Uskomme, että näiden ohjeiden noudattaminen parantaa huomattavasti ikääntyneiden ravitsemustilannetta. Kotihoito on saanut ohjeet hyvät ja selkeät ohjeet kotihoidon asiakkaiden vajaa ravitsemuksen ehkäisyyn ja hoitoon syksyllä 2018. Suosittelemme noudattamaan annettuja ohjeita ja toimintamalleja. Ohjeita noudattamalla ikääntyneiden ravitsemustilanne tulee huomioiduksi monesta näkökulmasta katsottuna, parantaen ikääntyneiden ravitsemustilannetta. Ohjeet ovat hyödynnettävissä kaikissa Siun soten kotihoidoissa. Lisäksi olemme havainneet, että ateriat puolitetään lounaaksi ja päivälliseksi. Aterian puolittamisen ymmärtää, koska kaikki eivät jaksaa syödä koko ateriana kerrallaan. Tällöin olisi syytä kiinnittää proteiinin saannin turvaamiseen. Proteiini – ja energialisää voisi kokeilla ravitsemustilan tehostamiseksi. Proteiinia voi lisätä monella eri tavalla mm. leivän päälle laittamalla lisäkinkkusiivun, maksamakkaraa. Esimerkiksi välipalana voi käyttää pähkinöitä tai rahkavalmisteita. Energian lisänä voi käyttää hilloja, kermaa tai sokeria. Lisäksi tulee hyödyntää ateriapalvelun keittiöltä tilattavia isompia annoskokoja tai proteiinilisällä valmistettuja annoksia.

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisessä työssä pyritään aina luotettavaan tietoon. Luotettavuus pyritään varmentamaan mm. siten, että pro gradu, opinnäytetyö ja muut tieteelliseksi tutkimukseksi luokiteltavat työt tehdään noudattaen tieteellistä käytäntöä (Kananen 2017, 90). Olemme työssämme noudattaneet hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimuksessa käytetään tieteellisen tutkimuksenkriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tutkimusmenetelmiä. Tutkimusmenetelmillä tarkoitetaan aineistonkeruuta, analyysi- ja arviointimenetelmiä. (Kananen 2017, 90).

Olemme tutkimustyömme eri vaiheissa noudattaneet hyvän tieteellisen käytännön peruslähtökohtia eli: rehellisyyttä, huolellisuutta, tarkkuutta ja objektiivisuutta. Käytännössä olemme tehneet työmme laadittujen ohjeiden mukaisesti ja huolehtineet tutkimuksen julkaisemisesta noudattaen avoimuutta ja vastuullisuutta. Kunnioitimme muiden kirjoittajien arvoa, käyttämällä lähdeviittauksia työssämme asianmukaisesti. Työmme onnistumiseen ja luotettavuuden toteutumiseen vaikutti ratkaisevasti se, miten hyvin hallitsimme tutkimustyön toteuttamisen teorian ja siksi olemmekin perehtyneet kattavasti tutkimustoiminnan teoriaan. Noudatimme tutkimuksen teon kaikissa vaiheissa hyvää tieteellistä käytäntöä, johon olemme perehtyneet tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksen avulla (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa, 2012.)

Varmistimme tutkimuksen eettisyyden, suojaamalla tutkimukseen osallistujien anonymiteettiä ja tiedotimme heille tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista. Tiedotimme asiakkaita tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta etukäteen lähetetyssä kirjeessä. Lisäksi ennen varsinaista MNA-testin tekemistä kertosimme vapaaehtoisuudesta osallistumisen. Asiakas sai kieltäytyä tutkimuksesta opinnäytetyön vaiheesta riippumatta. Eettisyys korostui opiskelijan tehdessä MNA-testejä. Tämä näkyi mm. niin, että muisti- ja psyykesairailta ei pyydetty suostumusta, jos heidän terveydentilansa oli huomattavasti alentunut. Tällöin MNA- testin tulos jäi kotihoidon käyttöön. Asiakkaan kieltäytyessä antamasta suostumusta tutkimukseen osallistumisesta, häntä ei painostettu suostumuksen antamiseen vaan kunnioitettiin asiakkaan vapaaehtoisuutta osallistumiseen. Myös tällöin MNA-testin tulos jäi kotihoidon käyttöön.

Tutkimuksen eettisyyteen ja luotettavuuteen vaikutimme monella eri tavalla. Aineistoa käsitelimme huolella, emmekä antaneet ulkopuolisten nähdä täytettyjä kaavakkeita, näin suojasimme tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyyden salaamisen. Toimimme annettujen ohjeiden mukaisesti, tarkastimme palautuneet lomakkeet tutkimukseen sopi-

viksi ja numeroimme ne. Palautuneista lomakkeista tarkistimme lomakkeiden tarkoituksen mukaisen täyttämisen sekä pisteiden laskeminen oikein. Tämän jälkeen vakioimme SPSS- ohjelmalla muuttuvat arvot ja annoimme niille otsikot. Tämän jälkeen MNA- testeistä saadut tiedot syötettiin SPSS- ohjelmaan, josta muodostui havaintomatriisi. Saatuaamme 29 hyväksyttyä vastausta, meidän oli helppo tarkastaa useampaan kertaan tietojen syöttäminen, joten palautuneiden lomakkeiden numerointi oli avain asiassa tarkastusten onnistumiseksi.

Tutkimuksessa tavoiteltiin, että saatekirje toimitetaan kaikille 94 kotihoidon asiakkaalle. Tästä muodostui tutkimukselle perusjoukko tutkimukseen osallistuvista henkilöistä. Ensimmäisellä mittauskierroksella saimme kuitenkin vain 9 hyväksyttyä vastausta kotihoidon henkilökunnan toimesta. Toisella kierroksella saimme hyväksyttyjä vastauksia 20 opinnäytetyön tekijän toimesta. Kato tutkimuksessa oli suuri, mutta verrattuna muihin opinnäytetöihin vastausten määrä oli kohtuullisen suuri. Luotettavuuteen tämä kuitenkin vaikuttaa niin, että kaikki halukkaat eivät välttämättä osallistuneet tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuvat valikoitui sattumanvaraisesti. Huomasimme opiskelijan tehdessä MNA-testejä, että ikääntyneet antoivat mielellään suostumuksen, kun näkivät opiskelijan ja asia perusteltiin hyvin. Valitettavasti aikapulan vuoksi emme voineet pitkittää opinnäytetyön prosessia, että olisimme tehneet kaikille asiakkaille kyseisen testin. Haluamme myös korostaa, että kotihoito elää suuressa murroksessa ja heidän työaikansa menee hoito- ja huolenpitotyöhön. Mielestämme yhteistyö sujui kuitenkin hyvin.

Luotettavuutta heikentäviä tekijöitä oli MNA- testin teko hetkellä asiakkaan pituuden mittaaminen. Tämä osoittautui lähes mahdottomaksi tehtäväksi koti olosuhteissa. Näin ollen jouduimme arvioimaan henkilön pituuden. Mittauksessa laskettiin BMI, joten sen jälkeen tuli suhteuttaa tulos pituudesta laskettuun BMI -arvoon.

Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Mittauksen tai tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa siis sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on validius (pätevyys). Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskina mitata (Hirsjärvi ym. 2016, 231). Validius toteutuu tutkimuksessamme sillä, että MNA-testi mittaa juuri sitä asiaa mitä olemme tutkimassa eli testi on tarkoitettu juuri ravitsemustilan kartoitukseen. Reliabiliteetin pyrimme varmistamaan tutkimuksessamme niin, että pyrimme toteuttamaan tutkimuksen tarkasti ja pyrimme saamaan laajan otoksen kyselyyn vastaajiksi ja pyrimme saamaan kyselyyn hyvän vastausprosentin. Ainut varma keino reliabiliteetin varmistamiseksi on uusintamittauksen tekeminen. Käytännössä uusintamittauksen tekeminen on vaikeaa ja kallista, koska määrällisessä tutkimuksessa havaintoyksiköitä on

paljon. Uusintamittauskaan ei takaa aina reliabiliteettia, sillä ilmiö voi muuttua ajan kuluessa. (Kananen 2017, 789.)

Saimme tehdä yhteistyötä toimeksiantajan, tutkimuksen osallistujien, kotihoidon henkilökunnan sekä ateriapalveluita tuottavan henkilöstön kanssa hyvässä, positiivisessa ja rakentavassa hengessä.

8.2 Jatkotutkimusehdotuksia

Perehdyimme tässä opinnäytetyössä ravitsemustilan kartoitukseen, emme ravitsemustilan syyn selvittämiseen. Mielenkiintoista olisi selvittää mistä johtuen riski vajaaravitsemukselle tai aliravitsemukselle on olemassa. Liittykö kohonnut riski vajaaravitsemukseen, miten esimerkiksi suun terveyteen, ruokahaluun, proteiinin määrien riittämättömyyteen tai psykososiaalisiin syihin.

Ehdotamme seuraaville opinnäytetyön tekijöille aiheena mm. ikääntyneiden proteiinin saannin seuraamista ja onko sillä yhteyttä vajaa ravitsemukseen. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää, johtuuko ravitsemustilan aleneminen ateriapuolittamisesta ja sitä kautta johtuvasta energian ja proteiinimäärien alentumisesta. Myös tutkimus ravitsemustilan ja sairauden välisestä suhteesta olisi mielenkiintoinen. Tarkoitamme tällä esim. säärihaava –tai reumapotilaan riittävän energian tai proteiinimäärien saamista ravitsemushoidossa.

Lähteet

Arffman, S., Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H., & Sinisalo, L. (2009). Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki:

Ebeling, P., Ebeling, P., Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., . . . Viitanen, M. (2010). Geriatria (2. uud. p. ed.). Helsinki: Duodecim.

Evira, Ikääntyneet Saatavilla 29.1.2018 <https://www.evira.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemussuositukset/ikaantyneet/>

Evira, Ravitsemissuositukset Saatavilla 29.1.2010
<https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ikaantyneet.suositus-3.pdf>

Hartikainen, S., Hartikainen, S., Lönnroos, E., & Rusanen, S. (2008). Geriatria : Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita. Retrieved from <https://kamk.finna.fi/Record/kajakki.38505>

Heikkinen, E., Heikkinen, E., & Rantanen, T. (2008). Gerontologia (2. uud. p. ed.). Helsinki: Duodecim

Henkilökohtainen tiedonanto, Salakari Anne-Mari, 5.2. 2018

Henkilökohtainen tiedonanto, Pakkanen Merja, 24.9. 2018

Isä Serafim, Paastonajan säännöt, Saatavilla 8.1.2018
http://www.ortodoksi.net/index.php/Paastos%C3%A4%C3%A4nn%C3%B6t_ortodoksissa_kirkossa

Kananen, J. (2017). Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona : Opas opinäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kelo, S., Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M., & Tiittanen, H. (2015). Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Käykkö, T. (2006). Kotona asuvien vanhusten ravitsemustilan arviointi : MNA-mittarin (mini nutritional assessment) käyttö

L 710/1982. Sosiaalihuoltolaki, Saatavilla 5.1.2018
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

L 19920785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, Saatavilla 5.1.2018
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L 1326/2010. Terveystieteiden lakia, Saatavilla 4.1.2018
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

L 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Saatavilla 4.1.2018
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Marjava T. (2010) Kotihoidossa olevien vanhusten ravitsemustilan arviointia ja kehittämistoimenpiteitä Lieksan kaupungissa. Opinnäytetyö, Sairaanhoidaja, hoitotyökoulutus ohjelma, Mikkelin Ammattikorkeakoulu

Pölönen Satu, Vajaaravitsemuksen ehkäisyn ja hoidon toimintamalli Pohjois- Karjalassa, 2018

Ravitsemushoito, Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin, Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010

Ravitsemussuositukset ikääntyneille, Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010

Riikonen M. (2016) *Kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilan kartoitus*. Opinnäytetyö, Sairaanhoidaja, vanhustyön koulutus ohjelma, Satakunnan Ammattikorkeakoulu
<http://kamezproxy01.kamit.fi:2095/sovellukset/tp/hae/#!/hakutulos/ravitsemus>

Sinisalo, L. (2015). Ravitsemus hoitotyössä (2. uud. p. ed.). Helsinki: Edita.

Siun sote, Kotihoidon palvelujen myöntämisen perusteet ja sisältö, Saatavilla 29.1.2018
http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967711/siunsote_ikaihmissen_kotihoidon_myontamisperusteet2017.pdf/22e91a3a-2a6f-417e-9893-7ca4b142c06a

Siun sote, perussopimus, Saatavilla 29.1.2018
http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967036/Siunsote_perussopimus.pdf/cd203e2b-08db-46cb-ae98-f9231ecd7b70

Siun sote, strategia, Turvaamme arkeasi, Saatavilla 3.2.2018
<http://www.siunsote.fi/strategia>

Siun sote, toimialueet, saatavilla 10.2.2018 <http://www.siunsote.fi/toimialueet>

Sosiaali -ja terveysministeriö, Kotihoito- kotipalvelut, Saatavilla 5.1.2018
<http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Terveysportti, Lääkärin käsikirja, Vanhusten hauraus- raihnausoireyhtymä, Saatavilla 3.2.2018 http://kamezproxy01.kamit.fi:2095/dtk/ltk/koti?p_haku=hro

Terveysportti, Lääkärin käsikirja, Vanhusten ravitsemushäiriöt, Saatavilla 3.1.2018
<http://kamezproxy01.kamit.fi:2095/sovellukset/tp/hae/#!/hakutulos/ravitsemus>

Vilkka, H. (2007). Tutki ja mittaa : Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P., Voutilainen, P., Tiikkainen, P., & Hyttinen, H. (2009). Gerontologinen hoitotyö Helsinki: WSOY Oppimateriaalit. Valvira, Vanhustenhuolto, Saatavilla 8.1.2018

<http://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-palvelut/vanhustenhuolto>

Ravitsemustilan arviointi MNA

Nimi _____ Sukupuoli _____ Ikä _____

Pituus (cm) _____ Paino (kg) _____ Päivämäärä _____

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

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

0 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti

1 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman

2 = Ei muutoksia ☐**B. Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana**

0 = painonpudotus yli 3 kg

1 = ei tiedä

2 = painonpudotus 1-3 kg

3 = ei painonpudotusta ☐**C. Liikkuminen**

0 = vuode- tai pyörätuolipotilas

1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona

2 = liikkuu ulkona ☐**D. Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus**0 = kyllä 2 = ei ☐**E. Neuropsykologiset ongelmat**

0 = dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

1 = lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

2 = ei ongelmia ☐**F. Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²)**

0 = BMI on alle 19

1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21

2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23

3 = BMI on 23 tai enemmän ☐Seulonnan tulos (maksimi 14 pistettä) ☐

12 pistettä tai enemmän -> riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut, arviointia ei tarvitse jatkaa

11 pistettä tai vähemmän -> riski virheravitsemukselle on kasvanut, jatka arviointia

Arviointi**G. Asuuko haastateltava kotona**0 = ei 1 = kyllä ☐**H. Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolme reseptilääke**0 = kyllä 1 = ei ☐**I. Painehaavaumia tai muita haavoja iholla**0 = kyllä 1 = ei ☐**J. Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)**

0 = 1 ateria

1 = 2 ateriaa

2 = 3 ateriaa ☐

K. Sisältääkö ruokavalio vähintään		kyllä	ei
-	yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, paimä, viili) päivässä	☐	☐
-	kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot)	☐	☐
-	lihaa, kalaa tai linnun lihaa joka päivä	☐	☐
	0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastausta		
	0,5 = jos 2 kyllä-vastausta		
	1 = jos 3 kyllä-vastausta		☐
L. Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia			
	0 = ei	1 = kyllä	☐
M. 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		☐
N. Ruokailu			
	0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä		
	1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua		
	2 = syö itse ongelmitta		☐
O. Oma näkemys ravitsemustilasta			
	0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus		
	1 = ei tiedä tai lievä virhe- tai aliravitsemus		
	2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia		☐
P. Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin			
	0 = ei yhtä hyvä		
	0,5 = ei tiedä		
	1 = yhtä hyvä		
	2 = parempi		☐
Q. Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)			
	0 = OVY on alle 21 cm		
	0,5 = OVY on 21-22 cm		
	1,0 = OVY on yli 22		☐
R. Pohkeen ympärysmitta (PYM cm)			
	0 = PYM on alle 31 cm		
	1 = PYM on 31 cm tai enemmän		☐

Arviointi (maksimi 16 pistettä)	☐	☐
Seulonta (maksimi 14 pistettä)	☐	☐
Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)	☐	☐
Asteikko:		
1. yli 23,5 pistettä: hyvä ravitsemustila	☐	
2. 17-23,5 pistettä: riski virheravitsemukselle kasvanut	☐	
3. alle 17 pistettä: kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta	☐	

- Ravitsemusarviointi on hyvä tehdä kolmen kuukauden välein, vaikka ravitsemustila olisikin hyvä
- Kun riski virheravitsemukselle on kasvanut, on syytä selvittää seuraavat asiat:
 - Heikentääkö lääkitys ravinnonsaantia?
 - Onko asukkaalla vaikeuksia syömisessä, nielemisessä tai kotona asuulla lisäksi ruoan hankkimisessa?
 - Vaikeuttaako dementia tai masennus ruokailua?
 - Onko ruokavalio yksipuolinen tai epätasapainoinen?
 - Onko asiakkaalla makuuhaavoja?
 - Keskustele havainnostasi lääkärin kanssa ja varmista, että asiakas saa tarvittavan opastuksen ja hänelle sopivan ruokavalion mahdollisine lisineen.
 - Seuraa tilannetta ja tee arvio uudelleen kolmen kuukauden kuluttua.
- Tee sama lisäselvitys kuin kohdassa 2. Selvitä virheravitsemuksen syy, kuten sairauden vaihe tai lisääntynyt ravinnon tarve. Ravitsemustilaan tulee puuttua välittömästi. Kliiniset ravintovalmisteet ovat yleensä tarpeen.

TOIMEKSIANTOSOPIMUS OPISKELIJATYÖNÄ TEHTÄVISTÄ OPINNÄYTETÖISTÄ TAI MUISTA OPPIMISPROJEKTEISTA

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja	Hannele Komu, Siun sote
Työn ohjaaja	Tiina Poranen, Kajaanin Ammattikorkeakoulu
Sähköpostiosoite	hannele.komu@siunsote.fi
Puhelinnumero	013 330 8263

TOIMEKSIANNON TEKIJÄT KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULUSSA

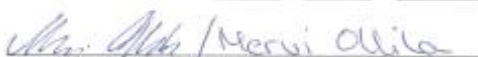
Nimi	Mervi Ollila	Ryhmätunnus	SMM16K2
Sähköpostiosoite	merviollila@kamk.fi	Puhelinnumero	050 4325118
Nimi	Tiina Pyykönen	Ryhmätunnus	SMM16K2
Sähköpostiosoite	tiinapyykonen1@kamk.fi	Puhelinnumero	040 5938610
Nimi		Ryhmätunnus	
Sähköpostiosoite		Puhelinnumero	
Nimi		Ryhmätunnus	
Sähköpostiosoite		Puhelinnumero	

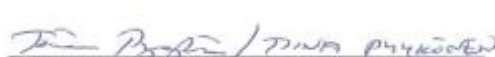
TOIMEKSIANTO

Työstä tehdään	☒ opinnäytetyö ☐ projektitehtävä ☐ kehittämistyö
Toimeksiannon lyhyt kuvaus	Ravitsemustilan kartoitus yli 65- vuotiaille Nurmeksien säännöllisen kotihoidon asiakkaille.
Työn TK-tavoitteet	Tavoite on kartoittaa kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilannetta jota Siunsote pystyy hyödyntämään kotihoita kehitettäessä.
Aikataulu	Kustannuksia ei toimeksiantajalle tule tästä opinnäytetyöstä.
Kustannusarvio ja -vastuu	Opinnäytetyö on valmis marraskuussa 2019
Ohjaava opettaja	Tiina Poranen, lehtori

Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se julkaistaan pääsääntöisesti verkkokirjasto Theseuksessa tai kansitettuna versiona kirjaston kokoelmassa. Jos opinnäytetyön yhteydessä syntyy informaatiota, jota ei voi julkaista, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy.

Päiväys 15.3.2018


Tekijöiden allekirjoitukset


Tekijöiden allekirjoitukset


Tekijöiden allekirjoitukset


Toimeksiantajan allekirjoitus

TOIMEKSIANNON KUVAUS

Tavoitteet Toimeksiantajan kannalta	Saada tutkittua tietoa kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilasta, jota voidaan hyödyntää asiakkaiden hyvinvoinnin edistämiseen.	
Opiskelijoiden oppimisen kannalta	Työn tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa, jota voidaan hyödyntää Kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilan parantamisessa, edistää kokonaisvaltaista hyvinvointia. Opiskelijoiden ammatillinen kehittyminen.	
Liitteet	☒ työsuunnitelma liitteenä ☐ muut liitteet (_____ kpl)	
Keskeiset tuotokset (raportit, suunnitelmat, tuotteet, esitteet, tietokoneohjelmat, tilaisuudet yms.)	☒ sisältyy työsuunnitelmaan	
Sovitut kokoukset ja raportoinnit	Valmis työ esitetään kotihoidon henkilökunnalle ja toimeksiantajalle marras/joulukuun aikana 2018	
Projektin resurssit 1. Toimeksiantaja	Lähetämme valmiin opinnäytetyön kommentoitavaksi noin kuukautta aiemmin.	
2. Opiskelijat	Opinnäytetyöstä tulevat kopiointi,- matka,- ja kansituskustannukset opiskelijat kustantavat itse.	
3. Ammattikorkeakoulun ohjausresurssit	Pyydämme ohjausta opinnäytetyön etenemiseksi vähintään kerran kuukaudessa tai tarpeen mukaan.	
Kustannusarvio ja kustannusvastuu (esim. materiaalit, laitekustannukset, matkakustannukset, puhelin-, postitus- ja kopiointikulut, muut mahdolliset kulut)	Arvio Ei kustannuksia toimeksiantajalle. ☐ mahdollisista kuluista sovitaan työn tekijöiden ja toimeksiantajan kesken tapauskohtaisesti	Vastuu
Muuta (esim. salassa pidettävä aineisto)	MNA-testit kerätään nimettöminä, jolloin tutkittavien henkilöllisyys pysyy salaisena. Opinnäytetyön tehtyämme hävitämme kerätyn aineiston silppurilla.	

Sopimuksessa noudatetaan Kajaanin ammattikorkeakoulun vakioehtoja opiskelijatyönä tehtävistä toimeksiantajalta. Sopimuksia tehdään kaksi kappaletta: toimeksiantajalle ja opiskelijalle. Opiskelija toimittaa kopion toimeksiantosopimuksen 1. sivusta ohjaavalle opettajalle.

Siun sote - Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä	Päätöspöytäkirja Tutkimuslupapäätös	Dnro: 1250/13.00.01.00/2018	1(3)
Toimialueylihoitaja, ikäihmisten palvelut	26.6.2018	3§	

**Ravitsemustilan kartoitus yli 65-vuotiaille Nurmeksen säännöllisen kotihoidon
asiakkaille / Pyykönen Tiina / AMK-opinnäytetyö**

Selostus asiasta	Uusi hakemus.
Päätös	Myönnän tutkimusluvan hakemuksen mukaisesti.
Perustelut	Perustelut ilmenevät tutkimuslupahakemuksesta.
Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu	Siun soten hallintosääntö 3 luku 3 § Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999

Allekirjoitus ja virka-asema

	Halonen Jenni Toimialueylihoitaja, ikäihmisten palvelut
Lisätietojen antaja	Opetus- ja tutkimuskoordinaattori, Mari Matveinen puh. 050 567 8041, mari.matveinen@siunsote.fi
Tiedoksianto Tiedoksiantaja Jakelu	Annettu tiedoksi sähköpostilla 26.6.2018 Kaija Pietarinen Pyykönen Tiina Matveinen Mari

Siun sote - Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä	Päätöspöytäkirja Tutkimuslupapäätös	2(3) Dnro: 1250/13.00.01.00/2018 3§
Toimialueylitoitaja, ikäihumisten palvelut	26.6.2018	

Muutoksenhaku

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kuntalain mukaisen kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

OHJEET KUNTALAIN MUKAISEN OIKAISUVAATIMUKSEN TEKEMISEKSI

Oikaisuvaatimusoikeus

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Päätökseen ei saa hakea muutosta valittamalla tuomioistuimeen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä:

- se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen)
- kuntayhtymän jäsenkunta
- kunnan jäsen.

Oikaisuvaatimusaika

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista.

Oikaisuvaatimus on toimitettava Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän kirjaamoon määräajan viimeisenä päivänä ennen kirjaamon aukioloajan päättymistä.

Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä. Käytettäessä tavallista sähköistä tiedoksiantoa katsotaan asianosaisen saaneen tiedon päätöksestä kolmantena päivänä viestin lähettämisestä, jollei muuta näytetä.

Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi.

Tiedoksisaantipäivää ei lueta oikaisuvaatimusaikaan. Jos oikaisuvaatimusajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arkilauantai, saa oikaisuvaatimuksen tehdä ensimmäisenä arkipäivänä sen jälkeen.

Oikaisuvaatimusviranomainen

Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, on *Siun sote - Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän hallitus*.

Postiosoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
 Käyntiosoite: Tikkamäentie 16, Joensuu, M-talo, 3. kerros.
 Sähköpostiosoite: kirjaamo@siunsote.fi
 Puhelinnumero: 013 330 8285
 Kirjaamon aukioloaika: arkisin 9 – 14.30

Siun sote - Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä	Päätöspöytäkirja Tutkimuslupapäätös	Dnro: 1250/13.00.01.00/2018	3(3)
Toimialueylivoittaja, ikäihmisten palvelut	26.6.2018	3§	

Oikaisuvaatimuksen muoto ja sisältö

Oikaisuvaatimus on tehtävä kirjallisesti. Myös sähköinen asiakirja täyttää vaatimuksen kirjallisesta muodosta.

Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava:

- päätös, johon haetaan oikaisua
- se, millaista oikaisua vaaditaan
- millä perusteella oikaisua vaaditaan

Oikaisuvaatimuksessa on lisäksi ilmoitettava tekijän nimi, kotikunta, postiosoite ja puhelinnumero. Jos oikaisuvaatimus päätös voidaan antaa tiedoksi sähköisenä viestinä, yhteystietona pyydetään ilmoittamaan myös sähköpostiosoite.

Aineistonhallintasuunnitelma

Aineiston kerääminen tapahtuu MNA-testi lomakkeella (Liite7) sekä kyselykaavakkeella (Liite6). Näihin kyseisiin lomakkeisiin emme käytä mitään henkilötietoja jotka voisi yhdistää yhteen tiettyyn henkilöön. Aineiston keräyksen yhteydessä käytämme henkilötunnistena juoksevaa numerointia, jolla voimme yhdistää oikean MNA-testi lomakkeen ja kyselykaavakkeen toisiinsa.

MNA-testi ja kyselykaavake ovat paperisia jotka säilötään asianmukaisella tavalla. Keräämme tehdyt testit yhteen kansioon ja säilytämme sen niin, ettei ulkopuoliset ja perheenjäsenet pääse niitä katsomaan. Aineiston tarkistus ja tietojen vieminen tietokoneelle PSPP ohjelman avulla tapahtuu koulun yleisillä tietokoneilla. Tänä aikana varmistamme, ettei kukaan ulkopuolinen pääse tietoihin käsiksi mm. lukitsemalla ja kirjautumalla tietokoneelta pois, kun poistumme tietokoneelta.

MNA-testi tehdään ikääntyneelle sopivassa paikassa. Paikan tulee olla rauhallinen ja intymiteettiä suojaava. Näin ollen oletamme, että ikääntyneen koti olisi mukavin paikka testin tekemiselle. Näin ikääntyneelle ei syntyisi hankaluutta matkustuksesta. Testit tehdään yhdessä kotihoidon henkilöstön kanssa. Annamme kotihoidon henkilöstölle selkeät ohjeet kaavakkeen mukana, jotta testin tuloksesta tulee luottavampi.

Opinnäytetyön tehtyämme hävitämme kerätyn aineiston. Tähän käytämme paperisilppuria.

Hei!

Saatekirje asiakkaille

Olemme kaksi sairaanhoitaja opiskelijaa Kajaanin ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyön Nurmeksen kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilanteesta. Haemme tutkimukseen yli 65-vuotiaita säännöllisen kotihoidon asiakkaita, joilla on käytössä ateriapalvelu. Tutkimuksen toteutamme yhdessä kotihoidon henkilöstön kanssa Siun soten toimeksiannosta. Siun soten yhteys henkilönä toimii Palvelujohtaja Hannele Komu puh: 013 330 6692.

Käytämme tutkimuksessa MNA- ravitsemus testiä. Testissä kysymme esimerkiksi ravitsemus tottumuksia ja mittaamme vyötärön ympäryksen. Lisäksi punnitsemme painon ja kysymme liikkumisesta sekä sairastamisesta viimeisen kolmen kuukauden ajalta. Testin tekemiseen menee aikaa noin 15-30 minuuttia. Testin avulla saatte selville onko ravitsemustilanne: hyvä, vai onko riski virhe ravitsemukselle kasvanut tai kärsittekö virhe- tai vajaan ravitsemuksesta. Testin tekevät kotihoidon henkilökunta tai opinnäytetyön tekijät asiakkaan kotona.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa tutkimusta. Säilytämme tutkimusmateriaalit luottamuksellisesti ja meitä sitoo vaitiolovelvollisuus. Opinnäytetyön tehtyämme hävitämme tutkimuksessa käytetyt materiaalit asianmukaisesti. Kertomanne asiat ovat luottamuksellisia ja henkilötietojanne emme tarvitse missään vaiheessa tutkimusta.

Jos haluatte lisätietoa tutkimuksesta, kerromme mielellämme lisää. Lisäksi kotihoidon henkilökunta kertoo mielellään tutkimuksesta ja käytettävästä testistä sekä tutkimuksen liittyvistä asioista.

Opiskelija, Tiina Pyykönen
Kajaanin ammattikorkeakoulu
tiinapyykonen1@kamk.fi
Puh: 040 593 8610

Opiskelija, Mervi Olilla
Kajaanin Ammattikorkeakoulu
merviollila@kamk.fi
Puh: 050 432 511

Ohjaava opettaja
Kajaanin Ammattikorkeakoulu
tiina.poranen@kamk.fi
Lehtori Tiina Poranen
Puh: 044 710 1260



Info- kotihoidon henkilökunta

KOTIHOIDON HENKILÖSTÖ



SAATEKIRJEIDEN TOIMITTAMINEN ASIAKKAILLE

- yli 65- vuotias
- kotihoito käy vähintään kerran viikossa
- ateriapalvelu tulee vähintään kolme kertaa viikossa



SUOSTUMUSKAAVAKKEEN TÄYTTÄMINEN

asiakas täyttää suostumus kaavakkeen, 2 kpl



MNA-TESTI/ KOTIHOITO

- tee mna- testi
- kerätkää mna- testi, suostumus ja kyselykaavake samaan paikkaan toimistolle
- opiskelijat hakevat toteutetut kyseiset lomakkeet syyskuussa viikolla 36



OPISKELIJAT:

- opiskelijat pyrkivät tekemään osan Mna-testeistä. Tällöin kotihoito pyytää suostumuksen ja toimittaa suostumukset tiimissä sovittuun paikkaan
 - Tietojen syöttäminen tilastointiohjelmaan
 - Tulosten analysointi
 - Valmis opinnäytetyö marraskuussa 2018
 - Tulosten esittäminen kotihoidolle

OPINNÄYTETYÖN TAVOITE

- Tuottaa tutkittua tietoa jota Siun sote pystyy hyödyntämään asiakkaiden ravitsemustilannetta parannettaessa
 - Turvaako ateriapalvelun käyttäminen riittävän hyvän ravitsemustilan

OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

- kartoittaa Nurmeslaisten yli 65-vuotiaiden säännöllisen kotihoidonasiakkaiden ravitsemustilannetta, joilla on käytössään ateriapalvelu

Suostumuskaavake:

Suostun ravitsemustilan arviointiin, jossa selvitetään kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilannetta Nurmeksen kotihoidon asiakkaana. Olen tietoinen opinnäytetyöstä, sen tarkoituksesta ja tavoitteista

Päivämäärä:_____ Paikka:_____

Allekirjoitus:_____

KYSELYKAAVAKE

Monta valmista ateriala teille tulee viikossa? _____

Monta kertaa kotihoito käy teillä päivässä? _____ Viikos-
sa? _____

[illegible]

Kokonaispistemäärä * Ateriapalvelun määrä Crosstabulation

			<u>Ateriapalvelun määrä</u>				<u>Total</u>
			<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>7</u>	
<u>Kokonaispistemäärä</u>	<u>Jäänyt seulontaan</u>	<u>Count</u> <u>% within Ateriapalvelun määrä</u>	<u>0</u> <u>0,00 %</u>	<u>0</u> <u>0,00 %</u>	<u>1</u> <u>50,00 %</u>	<u>8</u> <u>34,80 %</u>	<u>9</u> <u>31,00 %</u>
	<u>0-16,5p. kärsii virhetai aliravitsemustilasta</u>	<u>Count</u> <u>% within Ateriapalvelun määrä</u>	<u>0</u> <u>0,00 %</u>	<u>1</u> <u>100,00 %</u>	<u>0</u> <u>0,00 %</u>	<u>2</u> <u>8,70 %</u>	<u>3</u> <u>10,30 %</u>
	<u>17-23,5p. Riski virheravitsemuksella on kasvanut</u>	<u>Count</u> <u>% within Ateriapalvelun määrä</u>	<u>3</u> <u>100,00 %</u>	<u>0</u> <u>0,00 %</u>	<u>1</u> <u>50,00 %</u>	<u>11</u> <u>47,80 %</u>	<u>15</u> <u>51,70 %</u>
	<u>24-30p. Hvä ravitsemustila</u>	<u>Count</u> <u>% within Ateriapalvelun määrä</u>	<u>0</u> <u>0,00 %</u>	<u>0</u> <u>0,00 %</u>	<u>0</u> <u>0,00 %</u>	<u>2</u> <u>8,70 %</u>	<u>2</u> <u>6,90 %</u>
	<u>Total</u>	<u>Count</u> <u>% within Ateriapalvelun määrä</u>	<u>3</u> <u>100,00 %</u>	<u>1</u> <u>100,00 %</u>	<u>2</u> <u>100,00 %</u>	<u>23</u> <u>100,00 %</u>	<u>29</u> <u>100,00 %</u>