

Sirpa Korhonen ja Sanna Kåla

RUOANKÄYTÖN SELVITYSLOMAKKEEN KÄYTTÖÖNOTTO
SALON KOTIHOIDOSSA

Vanhustyön koulutusohjelma

Geronomi

2011

RUOANKÄYTÖN SELVITYSLOMAKKEEN KÄYTTÖÖNOTTO SALON KOTIHOIDOSSA

Korhonen, Sirpa ja Kåla, Sanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Lokakuu 2011
Ohjaaja: Teeri, Sari
Sivumäärä: 39
Liitteitä: 7

Asiasanat: ravitseminen, kotihoito, ruoankäytön selvityslomake

Opinnäytetyömme tavoitteena oli testata, miten MNA-seulontaosuuden eli lyhyt-MNA:n jatkoksi kehitetty ruoankäytön selvityslomake soveltui kotihoidon työntekijöiden työvälineeksi. Tutkimuskysymykset olivat 1) miten MNA-seulontalomakkeen jatkoksi kehitetty ruoankäytön selvityslomake koettiin Salon kotihoidon työntekijöiden työvälineenä, sekä 2) missä määrin Salon kotihoidon työntekijät saivat tietoa ruoankäytön selvityslomakkeen avulla asiakkaan päivittäisestä ruoankäytöstä. Opinnäytetyössä käytimme kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Otokseen valittiin Salon kotihoidon kahdeksan tiimiä. Tiimien hoitajille järjestettiin neljä samanlaista infoiltapäivää, joissa heidät ohjeistettiin lyhyt-MNA- sekä ruoankäytön selvityslomakkeen täyttöön. Ruoankäytön selvityslomakkeesta kerättiin mielipiteet hoitajien kyselyllä (N=42), josta saatiin tutkielman aineisto. Opinnäytetyö toteutettiin alkuvuodesta 2011.

Opinnäytetyön teoria osuudessa käsitellään ikääntyneen ravitsemusta, ravitsemusongelmia, asiakkaan ruoankäyttöä sekä kotihoidon roolia asiakkaan ruoankäytön tukijana. Teoriassa käsitellään yleisesti myös ravitsemukseen ja ruoankäyttöön kehitetyjä menetelmiä sekä selostetaan MNA eli Mini Nutrition Assessment ja ruoankäytön selvityslomake.

Hoitajien kyselyn vastaukset osoittivat, että he saivat riittävästi tietoa asiakkaan ruoan käytöstä. Vähintään puolet oli täysin tai lähes täysin sitä mieltä, että he saivat tietoa kerralla syödyn ruoan määrästä, ruokailun ongelmista, ateriarytmistä, ruoan sisällöstä, nesteen ja proteiinien saannista, rasvan laadusta, lisäravinteista, suolen toiminnasta ja alkoholin käytöstä. Vastaajista vähintään puolet oli myös sitä mieltä, että ruoankäytön selvityslomake sopii kotihoidon työvälineeksi.

SURVEY OF FOOD USAGE FOR SALO'S HOME CARE EMPLOYEES

Korhonen, Sirpa ja Kåla, Sanna
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in geriatric care
October 2011
Supervisor: Teeri, Sari
Number of pages: 39
Appendices: 7

Keywords: nutrition, home care, survey of food usage

The goal of our thesis was to test how survey of food usage, which was developed as a continuation of the MNA-filtering aka short-MNA, would fit as a tool for home care employees. The research questions were 1) how did the MNA-forms follow up study about food usage cope as a tool amongst the employees in Salo's home care, and 2) to what extent did the employees of Salo's home care received information with the survey about the client's daily food usage. The thesis, we used a quantitative, or quantitative research methods. Eight teams of Salo's home care were selected to participate in the study. Four similar info meetings were arranged for the teams' nurses, where they were given instructions on how to fill in the short-MNA- and the food usage survey. Opinions of the food usage survey were collected with an inquiry from the nurses (N=42), which gave the material for the study. The thesis was carried out in the beginning of 2011.

The theory part of the thesis handles the nutrition and nutrition problems of the elderly, client's food usage and the home care's role as a researcher of client's food usage. The theory also generally deals with the methods that have been developed for nutrition and food usage and explains the MNA-form, which stands for Mini Nutrition Assessment, and the food usage form.

The feedback received from nurses' inquiry showed that they received enough information about their client's food usage. At least half agreed fully or nearly fully that they got information about the amount of food consumed at once, the problems with eating, food rhythms, the contents of food, the gaining of liquids and proteins, the quality of fat, supplementations, bowel movements and alcohol usage. From the analysis at least half also agreed, that the food usage form fits as a tool for the home care.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS.....	6
2.1	Ikääntyneen ruoankäyttö.....	7
2.2	Ikääntyneen ravitsemusongelmat.....	8
2.2.1	Virhe-, vajaa- ja aliravitsemus	8
2.2.2	Miksi on tärkeä puuttua iäkkään virheravitsemukseen?	9
2.3	Kotihoidon työntekijä asiakkaan ruoankäytön tukijana.....	10
2.4	Ravitsemustilan arviointimenetelmiä	12
2.4.1	MNA eli Mini nutritional assessment	13
2.4.2	Ruoankäytön selvityslomake.....	15
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	16
4	HOITAJIEN KYSELYLOMAKE	17
5	OTOS.....	18
6	AINEISTON KERUU	18
7	AINEISTON ANALYYSI	21
8	TULOKSET	22
8.1	Taustatiedot.....	22
8.2	Ruoankäytön selvityslomakkeen kysymysten ymmärrettävyys	22
8.3	Vastaajien mielipiteet ruoankäytön selvityslomakkeen käytettävyydestä.....	23
8.3.1	Asiakkaan kerralla syödyn ruoan määrä	23
8.3.2	Asiakkaan ruokailun ongelmat.....	24
8.3.3	Asiakkaan ateriaritmi	25
8.3.4	Asiakkaan ruoan sisältö.....	25
8.3.5	Asiakkaan riittävä nesteen saanti	26
8.3.6	Asiakkaan riittävä päivittäinen proteiinin saanti.....	27
8.3.7	Asiakkaan käyttämän rasvan laatu	27
8.3.8	Asiakkaan käyttämät lisäravinteet.....	28
8.3.9	Asiakkaan suolen toiminta	29
8.3.10	Asiakkaan alkoholin käyttö	29
8.4	Ruoankäytön selvityslomakkeen sopivuus kotihoidon työvälineenä	30
9	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	32
10	POHDINTA.....	33
	LÄHTEET	37
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Nykyinen Salon kaupunki muodostui vuonna 2009, kun seudun kymmenen kuntaa yhdistyivät. Yhdistymisen jälkeen on Salon kaupungin vanhuspalvelujen ja kotihoidon käytäntöjä yhtenäistetty. Salon kotihoidossa asiakkaan palvelut perustuvat hoidon ja palvelun tarpeen arvioon ja palveluita myönnetään yhtenäisin kriteerein.

Salon kotihoito on tarkoitettu henkilölle, joka ei itsenäisesti pysty omaistenkaan avun turvin asumaan kodissaan. Asiakas tarvitsee hoivaa, huolenpitoa, sairaanhoitoa sekä seurantaa ja apua arjen toiminnoissa päivittäin tai vähintään kerran viikossa. Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa käytetään monipuolisia arviointimenetelmiä. (Salon kotihoidon palvelukuvaukset 2011.)

Huomioitavaa on ollut, että kotihoidon asiakkaan ruoankäytön selvitystä ja painonkehityksen arviointia ei ole järjestelmällisesti tehty ennen kuntaliitosta. Ravitsemuksen osalta kotihoidon tehtäviin kuuluu säännöllisen kotihoidon asiakkaan ohjaus ja neuvonta terveellisen ja monipuolisen ravitsemuksen toteutukseen (Salon kotihoidon palvelukuvaukset 2011).

Kyselimme Salon kaupungin vanhuspalveluiden johtajalta opinnäytetyön tekemisen mahdollisuutta vanhuspalveluihin. Hän kertoi, että Salon kaupungin kotihoidon piirissä olevien ikääntyneiden ruoankäyttöön on kehitteillä lomake, ja ehdotti, että ottaisimme Salon kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen ravitsemusterapeuttiin yhteyttä. Ikääntyneen ravitsemus aiheena kiinnosti meitä ajankohtaisuutensa vuoksi.

Keväällä 2010 osallistuimme ensimmäiseen vanhusten ravitsemuksen ohjausryhmään, jossa mietimme, miten etenemme opinnäytetyön kanssa ja mikä on työn tuotos. Ensimmäisellä kerralla sovittiin opinnäytetyön ohjausryhmästä, joka ohjasi meitä opinnäytetyön etenemisessä. Opinnäytetyön ohjausryhmään kuuluivat ravitsemusterapeutti ja kaksi vanhuspalveluiden asiantuntijaa.

Opinnäytetyön aiheemme koskee MNA-seulontaosuuden eli lyhyt-MNA:n jatkoksi kehitettyä ruoankäytön selvityslomakkeen testausta ja järjestelmällistä käyttöönottoa Salon kotihoidossa. Tavoitteena on lisäksi ohjeistaa kotihoidon työntekijät kyselyn pohjalta nousseiden virheriski- sekä aliravitsemuksessa olevien asiakkaiden ohjaamiseen valmiiden ohjeiden avulla. Opinnäytetyö tehdään Salon kaupungin vanhuspalveluiden käyttöön.

Tämän työn teoriaosuudessa käsittelemme ikääntyneen ravitsemusta, ruoan käyttöä sekä kerromme ravitsemuksen ja ruoankäytön seulontamenetelmistä. Ravitsemus käsittelee ikääntyneen ravinnontarpeen, ravitsemusongelmat, ravinnon ja nesteen riittävän saannin turvaamisen sekä ravitsemustilan arvioinnin ja hoidon. Hyvässä ravitsemustilassa henkilön nauttima ravinto ja elimistön tarvitsemien ravintoaineiden kulutus ovat tasapainossa, huonossa ravitsemustilassa taas päinvastoin. (Antikainen ym. 2009, 195–210.) Ruoankäytöllä tarkoitetaan ruoan valmistusta, ruokailua sekä ateriatilanteita (Soini 2009, 196).

2 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS

Ikääntyneen ravitsemukseen on viime vuosina kiinnitetty huomiota yhä enemmän ja se on kiinteästi yhteydessä ikääntyneen terveydentilaan ja toimintakykyyn (Suominen & Pitkälä 2010, 350, 352). Täysipainoinen ravinto on siis perusedellytys niin terveelle kuin sairaalle henkilölle ja se turvaa riittävän ravintoaineiden saannin (Antikainen 2009, 11; Fieandt von ym. 2006, 10). Hyvä ravitsemustila ylläpitää ikääntyneen ihmisen toimintakykyä, ehkäisee sairauksia ja niiden komplikaatiota (Suominen & Pitkälä 2010, 350, 352). Ikääntyneen ravitsemuksella on hyvä turvata riittävä energian, proteiinin, ravintoaineiden, kuidun ja nesteen saanti. D-vitamiinilisää on suositeltavaa käyttää yli 60-vuotiailla. (Sarlio-Lähteenkorva ym. 2009, 231.)

Valtioneuvoston liikuntaa ja ravintoa koskevassa periaatepäätöksessä on esitetty muun muassa, että ikääntyneiden ravitsemustilan seuranta sisällytetään palvelujärjes-

telmän toiminnan tavoitteisiin. Keskeistä on, että ikääntyneille on riittävästi tarjolla laadukkaita ja helposti saavutettavia ravitsemuspalveluja esimerkiksi ateriapalveluja. (STM 2008:10; Sarlio-Lähteenkorva ym. 2009, 230.) Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi on tärkeää edistää toimia, joilla turvataan ikääntyneille mahdollisuus syödä ravitsemussuositusten mukaista ruokaa. Ikääntyneille sopivia ruokapalveluja sekä ravitsemustilan seurantaan tulee parantaa, jolloin ravitsemuksesta huolehtiminen on osa hyvää hoitoa ja huolenpitoa. (STM 2008:10; Suominen ym. 2010, 25.)

2.1 Ikääntyneen ruoankäyttö

Säännöllinen ateriointi ja iäkkään oman ruokailurytmin kunnioittaminen tuo turvaa ja jatkuvuutta ikääntyvän arkeen. Se rytmittää päivää ja luo mahdollisuuksia jopa sosi-aalisiin kontakteihin. (Aldén-Nieminen ym. 2009, 3; Suominen ym. 2010, 25.) Ateria voi olla päivän kohokohta, jota odotetaan (Fieandt von 2006, 11). Ikääntyneen kanssa on hyvä yhdessä suunnitella ruokailun kokonaistilanne ja päivän ateriat. Syödyn ruoan määrä yleensä lisääntyy, kun itse voi valita, mitä syö. Suunnittelussa tulisi huomioida ikääntyneen tottumukset, toiveet ja taloudelliset mahdollisuudet. (Suomi-nen ym. 2010, 24.)

Suosittelavaa on, että ikääntyneelle sopivia ja kooltaan pieniä aterioita tulee tarjota lyhyin väliajoin. Lisäksi aktiiviseen syömiseen ja juomiseen on hyvä kannustaa. Ruokailutilanne luodaan miellyttäväksi ja ympäristö viihtyisäksi. (Sarlio-Lähteenkorva ym. 2009, 231.) Ruoka saattaa ikääntyneellä kuitenkin jäädä syömättä, jos ruokahalu on huono, ruokailuaika poikkeaa totutusta tai ruokamieltymykset ovat tavallisesta poikkeavat (Suominen ym. 2010, 25).

Ikääntyneet suosivat usein perinteistä kotiruokaa, joita ovat laatikkoruoat, peruna- ja kastikeruoat sekä keitot ja kalaruoat. Kypsä ja selkeä ruoka, joka on valmiiksi pienenä paloina ja pehmeää, maistuu ikääntyneelle. Mausteita olisi hyvä olla tarjolla. Vä-lipalojen merkitys korostuu, kun aterioiden tulee jakaantua tasaisesti koko päivälle, eikä yöpaastokaan saisi ylittää yli 11 tuntia. (Suominen ym. 2010, 34, 35.) Välipalo- jen on hyvä sisältää proteiineja, joita ikääntyneet usein saavat niukasti (Suominen ym. 2010, 34, 35). Varsinkin voileivät kuuluvat osana ikääntyneiden ruokavalioon.

Niiden avulla voidaan seurata esimerkiksi sitä, kuinka paljon ruokaa on tullut syödyksi. (Suominen 2005, 4.) Muita hyviä proteiinipitoisia välipaloja ovat maitorahkat, vanukkaat sekä täydennysravinteita voidaan käyttää tarvittaessa (Suominen ym. 2010, 34, 35).

Pohjolaisen ym. (2011, 7,8) tutkimuksessa kuvattiin 75 vuotta täyttäneiden Helsingin keskustassa asuvien henkilöiden terveydentilaa, toimintakykyä ja elintapoja sekä niiden yhteyttä sosioekonomiseen asemaan. Elintapamuutoksia tarkastelleiden kansallisten tutkimuksen mukaan suomalaiset muun muassa syövät terveellisemmin, mutta käyttävät alkoholia enemmän kuin pari vuosikymmentä sitten. Ikääntyneen lisääntyneen alkoholinkäytön toteaa myös Sulander (2009, 157) artikkelissaan ja FINRISKI 2007-terveystutkimus tulokset kertovat varsinkin naisten keskuudessa alkoholin käytön lisääntyneen (Peltonen ym. 2008, 4).

Pohjolaisen ym. (2011, 7,8) tutkimuksen mukaan hieman yli kolmannes vastaajista oli syönyt vihanneksia, juureksia, marjoja tai hedelmiä lähes joka päivä. Naiset söivät niitä hieman useammin kuin miehet. Vajaa 10 % kyselyyn vastanneista ei ollut syönyt lainkaan vihanneksia, juureksia, marjoja tai hedelmiä viimeisen viikon aikana. Myös Soinin tutkimuksessa, johon osallistui vajaa 200 yli 75-vuotiasta, havaittiin, että kolmannes osallistujista söi hedelmiä ja vihanneksia suosituksia vähemmän (Rauha 2005, 3). Lisäksi Pohjolainen ym. (2011, 7,8) selvittivät sitä, mikä päivittäisissä toiminnoissa on vaikeinta. Tutkimuksen mukaan eniten vaikeuksia tuottaviin päivittäisiin toimintoihin kuului ruoan valmistus.

2.2 Ikääntyneen ravitsemusongelmat

2.2.1 Virhe-, vajaa- ja aliravitseminen

Virheravitseminen tarkoittaa ravitsemustilaa, joka johtuu ylimäärästä ruokavaliossa tai yhden tai useamman ravintoaineen suhteellisesta puutteesta. Ihminen voi siis olla huonosti ravittu, vaikka hän söisi määrällisesti enemmän ruokaa. Vaikka iäkäs olisi lihava, riski kasvaa, koska rasva korvaa usein lihasmassaa, mikä heikentää ikäänty-

neen toimintakykyä. (World Food Programmen [www-sivut](#); Nestlé nutrition Institutin [www-sivut](#).)

Vajaaravitseminen on sairaallosien tila, joka on aiheutunut ruoan pitkäaikaisesta puutteesta ja ilmenee mm. painon vähenemisenä. Erityisen alttiita vajaaravitsemukselle ovat vanhukset. Riski kasvaa erityisesti silloin, jos asiakas on riippuvainen toisen avusta. Tämän takia on tärkeää löytää riittävän varhaisessa vaiheessa virheravitsemusriskissä olevat ikääntyneet henkilöt. (Nuutinen ym. 2010, 3605; Suominen ym. 2010, 24, 31.)

Aliravitseminen voi myös olla virheravitsemusta eli puutteellista tai virheellistä ravitsemusta. Aliravitseminen viittaa erityisesti energian ja proteiinin riittämättömyyden saantiin. (Nuutinen ym. 2010, 3605.) Aliravitsemuksen vaaratekijöitä ovat toistuvat hoitotaksot tai pitkäaikainen sairaus, imeytymishäiriöt, huomattava yli- tai alipaino, leikkaukset, anoreksia, kohonnut aineenvaihdunnan taso ym. (Fieandt von 2006, 13). Nuutisen ym. (2010, 3605) sekä Suominen & Pitkälän (2010, 352) tutkimuksen mukaan esimerkiksi sairaalapotilaista kärsii vajaaravitsemuksesta 20 – 50 % ja kotihoidossa lähes puolella on vajaaravitsemusriski sekä lähes 10 %:lla ravitsemustila on huono.

2.2.2 Miksi on tärkeä puuttua iäkkään virheravitsemukseen?

Iäkkäiden kohdalla on erityisen tärkeää puuttua ravitsemukseen, koska tilanteet yleensä huononevat nopeasti ja uutta tilaisuutta varhaiseen puuttumiseen ei mahdollisesti enää tule (Bäckmand & Vuori 2010, 33). Yksipuoliset ruokavalinnat, huono ruokahalu ja ruoan pieni annoskoko viittaavat riittämättömyyden ravinnonsaantiin (Nuutinen ym. 2010, 3606).

Ikääntymiseen liittyvät psyykkiset ja sosiaaliset tekijät pahentavat usein vielä heikentyntä ravitsemustilannetta. Heikentynyt ravitsemustila liittyy moniin sairauksiin, kuten dementiaan, aivohalvaukseen, Parkinsonintautiin ja masennukseen. Esimerkiksi Parkinsonintaudissa avun tarve ruokailussa ja suun sekä nielun sairaudet lisäävät virheravitsemuksen riskiä. (Suominen & Pitkälä 2010, 352.) Ikääntyneen ruokahalua

voivat huonontaa myös muut asiat. Näitä ovat esimerkiksi haju- ja makuaistin heikkeneminen, huonot hampaat tai irtoproteesit, monilääkitys, runsas alkoholin käyttö, leskeksi jääminen, yksinasuminen, pääasiallisesti sisätiloissa oleskelu tai taloudelliset vaikeudet. (Parkkinen & Sertti 2008, 151, 181.)

Yli 80-vuotiailla keskeinen ravitsemuksen riski on liian vähäinen energiansaanti, laihtuminen ja ruokavalion monipuolisuuden ja laadun heikkeneminen (Sarlio-Lähteenkorva ym. 2009, 230). Huonon ruokahalun ja esimerkiksi muistisairaana ikääntyneen runsaan energiankulutuksen vuoksi energian saanti voi jäädä vähäiseksi. Erityisesti kesäaikaan ja sairastaessa tulisi kiinnittää huomiota myös riittävän nesteen saantiin. Pidätyskyvyn ongelmat usein vähentävät nesteiden nauttimista. (Suominen ym. 2010, 24.) Lisäksi huonosti liikkuvat ikääntyneet säännöstelevät juomistaan, jotta säästyisivät käymästä yöllä wc:ssä (Sinisalo 2009, 101).

Tutkimusten mukaan virheellinen ravitsemus voi huonontaa potilaan elämänlaatua, vaikeuttaa toipumista sekä lisätä hoidon kustannuksia ja terveydenhuoltohenkilöstön työmäärää (Nuutinen ym. 2010, 3605). Esimerkiksi Tanskassa on arvioitu, että vanhusten ravitsemushoidolla säästettäisiin vuodessa 67 miljoonaa euroa (Hiltunen 2009, 3552). Englannissa aliravitsemuksen kustannukset olivat arviolta yli 10 % julkisista terveydenhuoltomenoista (Suominen 2011, 4).

Virheellinen ravitsemus aiheuttaa siis taloudellisia kustannuksia yhteiskunnalle. Ikääntyneet, joilla on aliravitsemus, tarvitsevat mahdollisesti terveys- ja sosiaalipalveluja sekä sairaalahoitoa enemmän, sekä heidän hoitonsa on raskaampaa omaishoitajille. (Nestlé Nutrition Institute www-sivut.) Suomessa ei hoitamattomasta vajaaravitsemuksesta johtuvia kustannuksia ole juurikaan tutkittu (Suominen 2011, 4).

2.3 Kotihoidon työntekijä asiakkaan ruoankäytön tukijana

Hopeapaperi-raportti, joka kertoo eurooppalaisten vanhenemiseen liittyviä sairauksia käsitelleestä kokouksesta, ehdottaa, että ” vanhuksia tulee rohkaista ylläpitämään hyviä ravintotottumuksia. Heidän ravitsemustilansa tulee arvioida, ja heille tulee suosittaa asianmukaisia ravitsemukseen liittyviä toimenpiteitä. Kaikille terveydenhuollon

ja hoivan piirissä toimiville tulee antaa koulutusta ravitsemushoidosta.”.(Cruz-Jentoft ym. 2009, 4.)

Hoitotyön käytännön kehittämiseksi on määritelty linjauksia myös muun muassa Kansallisessa hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmissa vuosille 2004–2007 sekä 2009–2011 (STM 2003; 2009). Niissä näyttöön perustuva toiminta nähdään keskeiseksi tarkasteltaessa hoidon laatua ja vaikuttavuutta. Tavoite- ja toimintaohjelmien mukaan hoitotyö perustuu usein rutiineihin, käytännön kokemukseen ja auktoriteetteihin eikä tutkittuun tietoon. Moniammatillisessa osaamisessa on keskeistä mm. toimintatapojen luominen ja uuden tiedon hyväksi käyttäminen (Kuusela ym. 2010, 96).

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan uusimpien suositusten tavoitteena on, että kotihoidon työntekijät tunnistavat käytännön työssään ikääntyneen ravitsemustilan heikkenemisen. Suominen ym. (2005, 582) toteavat, että esimerkiksi vanhainkodeissa sairaanhoitajat usein merkittävästi yliarvioivat asiakkaiden todellista ruokailua ja ravinnonsaantia. Suosituksena on, että iäkkään ravitsemustila arvioidaan säännöllisesti terveys-, hoiva- ja tukipalveluissa, ja että hoitotyöntekijät osaavat toteuttaa ravitsemushoitoa osana hyvää hoitoa (Suominen ym. 2010, 9).

Kuntien vastuulla on huolehtia, että kotihoidossa huolehditaan asiakkaan ravitsemuksen arvioinnista, mahdollisesta ravitsemushoidosta sekä asiakkaan D-vitamiinin käytöstä. Vastuu suositusten toimeenpanosta on kaikilla, jotka työskentelevät ikääntyneiden kanssa. Toimiva moniammatillinen yhteistyö edistää perusterveydenhuollon ammattilaisten mahdollisuuksia terveyttä edistävän toiminnan toteuttamiseen ja tukee osaamista. Yksilöiden terveysvalintoihin vaikuttaminen on merkittävä osa perusterveydenhuollon henkilöstön päivittäistä työtä. (Pietilä ym. 2009, 10.)

Kotihoito tarvitsee siis laaja-alaista osaamista ravitsemuksen osalta (Kuusela ym. 2010, 101). Pietilä ym. (2009, 10) toteavat, että henkilöstön osaamisessa on tärkeää kiinnittää huomiota nimenomaan varhaisen puuttumisen taitoihin. Tällöin työntekijät ovat ratkaisevassa asemassa iäkkään painon, sen muutoksen ja ruoankäytön seurannassa, sillä he tekevät muita ammattiryhmiä useammin asiakaskäyntejä. Kotikäyntien yhteydessä he pystyvät seuraamaan tiiviisti asiakkaan tilannetta ja arvioimaan, miten

hän selviytyy esimerkiksi ruokailusta. (Suominen ym. 2010, 9; Eloranta ym. 2009, 136.) Elorannan ym. (2009, 136) tutkimuksessa kotihoidontyöntekijät huolestuivat, jos asiakas jätti esimerkiksi ruoan syömättä. Soinin tutkimuksessa taas todettiin, että esimerkiksi ateriapalvelun käyttäjistä lähes 70 % jättivät ainakin osan ateriastaan myöhemmin syötäväksi. (Rauha 2005, 3.)

Asiakkaan ruoankäytön seurannassa tärkeässä osassa ovat myös omaiset tai muut läheiset, jotka tuntevat asiakkaan ruokailutavat, mieltymykset ja rajoitukset (Pietilä ym. 2009, 10). Ravitsemushoidon konsultointiapuna on hyvä käyttää ikääntyneen ravitsemukseen perehtynyttä ravitsemusterapeuttia (Suominen 2011, 6, 10).

2.4 Ravitsemustilan arviointimenetelmiä

Ikääntyneen toimintakyvyn arviointi edellyttää moniammatillista yhteistyötä, jossa hyödynnetään monen ammattilaisen asiantuntemusta. Kaikki toimenpiteet tähtäävät kuitenkin ikääntyneen hyvinvointiin. Hyvän toimintakyvyn tueksi on hyödynnettävissä eri osa-alueita mittaavia arviointijärjestelmiä. Mittareiden ja arviointijärjestelmien valintaan tarvitaan myös monen alan ammattilaisia. Mittarit eivät kuitenkaan koskaan riitä yksin. (Voutilainen 2009, 124.) Hyvä mittari ja yhtenäinen asteikkojen käyttö helpottaa myös tiedonvälitystä esimerkiksi työntekijöiden välillä (Tilvis, 2010, 88).

Ikäkkään ihmisen toimintakyvyn arviointia tulisi toteuttaa hänelle tutussa ympäristössä, ikääntyneen päivärytmin yhteydessä ja tutulla tavalla. On muistettava, että toimintakyvyn arviointi on kokonaisuus, johon liittyy useampi toiminto, esimerkiksi; taloudellinen tilanne, ruoan ostaminen, ruoan laittaminen ja ruokailu. (Voutilainen 2009, 124.)

Ruoankäytön seurannassa on hyvä käyttää ravitsemustilan ja syödyn ruoan määrän arviointiin kehitettyjä menetelmiä (Suominen ym. 2010, 9). Hyvä seulontamenetelmä on helppokäyttöinen, nopea, hyvin toistettavissa ja soveltuu eri henkilöstöryhmien käyttöön päivittäisessä työssä (Nuutinen ym. 2010, 3605).

Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmät perustuvat tutkimusnäyttöihin, ja ne tunnistavat vajaaravitsemusriskin luotettavasti. Seulonnan tarkoituksena on tunnistaa ne aikuiset, jotka hyötyvät ravitsemushoidosta. Aikuisten vajaaravitsemus riskin seulontaan on kehitetty NRS 2002-menetelmä, jossa ravitsemustila arvioidaan sen heikkenemisen, sairauden vaikeuden ja iän perusteella. (Nuutinen ym. 2010, 3605, 3606.)

Toinen aikuisen vajaaravitsemusriskin kartoitukseen kehitetty menetelmä on MUST-menetelmä. Menetelmä tunnistaa vajaaravitsemusriskissä tai aliravitsemuksessa olevat aikuiset. Vajaaravitsemuksen kriteereinä pidetään MUST-menetelmässä alentunutta painoindeksiä, tahatonta laihtumista (3 – 6 kk sisällä) sekä akuutin sairauden vaikutusta ravinnonsaantiin. (Nuutinen ym. 2010, 3605, 3606.) Lisäksi yli 65-vuotiaille tarkoitettu Mini Nutritional Assessment eli MNA (kts. luku 2.4.1) on kehitetty nimenomaan ikääntyneen virheravitsemusriskin seulontaan (Nestlé Nutrition Institute www-sivut).

Ruoankäytön mittaamisessa voidaan käyttää myös erilaisia menetelmiä, tosin tällöin on tiedettävä, mitä tietoa haetaan. Menetelminä voidaan käyttää laboratoriotestejä, ruokapäiväkirjaa ja ruoankäytön haastattelua tai pidemmän aikavälin ruoankäyttöä, esimerkiksi 24 tunnin ruoankäyttö haastattelua tai edellisen kuukauden, puolen vuoden tai vuoden aikana mitattua ateriarytmiä. Ikääntyneen ruokavalio voi muuttua päivittäin tai eri ajanjaksojen mukaan, annosmäärät voivat olla erilaisia ja mittausmenetelmillä on myös omat rajoitteensa. Ruoan käytön mittaaminen näillä menetelmillä vie aikaa ja on kohtuullisen kallista. (Männistö & Pietinen 2005, 38–42, 45.)

2.4.1 MNA eli Mini nutritional assessment

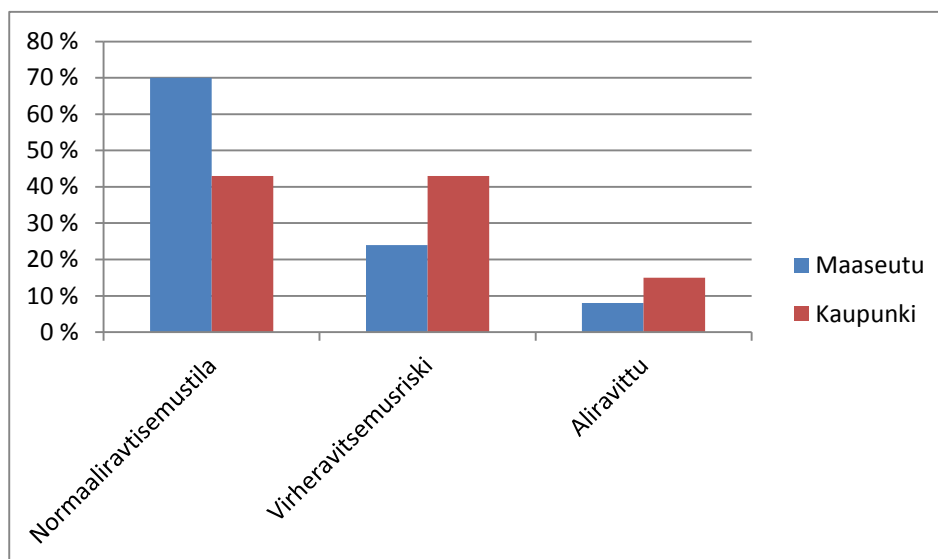
Useassa maassa kehitetty ja validoitu MNA eli Mini nutritional assessment on mittari, joka tunnistaa yli 65-vuotiaiden henkilöiden virheriskiravitsemuksen tai aliravitsemuksen (Nestle Nutrition Institute www-sivut). Mittari soveltuu yli 65-vuotiaiden koti- ja laitoshoidon perustoimintaan, ja sitä tulisi käyttää säännöllisesti asiakkaiden ravitsemustilan arviointiin ja seurantaan (Partanen, 2009 s. 111). MNA on yksinkertainen ja luotettava testi. Sitä on laajasti käytetty myös muistihäiriöisten potilaiden

keskuudessa. (Suominen ym. 2009, 293.) Tämän testin avulla on mahdollista löytää varhaisessa vaiheessa sellaiset ikääntyvät, joilla on virheravitsemusriski (Suominen ym. 2010, 31).

Mittaria on käytetty useissa ravitsemukseen liittyvissä tutkimuksissa. Esimerkiksi Soinin (2004) tutkimuksessa selvitettiin kotisairaanhoidon potilaiden ravitsemustilaa, ravitsemukseen liittyviä ongelmia, niiden hoitoa sekä MNA:n ominaisuuksia tässä väestössä. Soinin (2004) tutkimuksessa käytettiin lisäksi siihen tutkimukseen erikseen strukturoitua kyselylomaketta, jolla kerättiin tietoa mm. syömiseen ja ruoansulatukseen liittyvistä ongelmista, ruokavaliosta sekä ateriapalvelusta. MNA:ta ei voi käyttää näiden tietojen kartoittamiseen (Nestlé Nutrition Institute [www-sivut](http://www-nutrition.com)).

MNA koostuu kahdesta osasta, lyhyt-MNA (Liite 1) eli seulonta- sekä arviointiosuudesta. Seulontaosuudessa kysytään asiakkaalta hänen syömisensä ongelmista, liikkumisestaan, neuropsykologisista ongelmistaan sekä painonsa putoamisesta ja selvitetään hänen painoindeksinsä eli BMI. Arviointiosuus on jatkoa seulontaosuuteen. Tämän avulla selvitetään tarkemmin ikääntyneen virheriskiravitsemus tai aliravitsemuksen tila. (Nestlé Nutrition Institute [www-sivut](http://www-nutrition.com).)

Kuvio 2 kuvaa tähän opinnäytetyöhön valittujen kotihoidon tiimien haastateltujen asiakkaiden ravitsemustilaa MNA pisteiden mukaan jaoteltuna sekä kaupunki- että maaseutualueisiin. Asiakkaalla on normaali ravitsemustila, jos hän sai osiosta pisteet 12–14. Virheravitsemusriskiä on epäiltävä, jos asiakas saa 8–11 pistettä, ja aliravitsemustilaa, jos pisteet jäävät seitsemän tai alle. Ruoankäytön selvityslomake täytettiin, jos asiakas sai 11 pistettä tai vähemmän.



Kuvio 2. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden lyhyt- MNA pisteytykset sekä niiden vertailu kaupunki- ja maaseututiimien kesken.

2.4.2 Ruoankäytön selvityslomake

Lyhyt-MNA:n jatkoksi kehitetty arviointiosuus on koettu käytännössä puutteelliseksi ja työlääksi, eikä sen avulla pystytä selvittämään esimerkiksi sitä, mitä asiakas syö kotona. Tästä on herännyt tarve kehittää lyhyt-MNA:n jatkoksi ruoankäytön selvityslomake työvälineeksi kotihoitoon. (Liite 2)

Ravitsemusterapeutti Tuulikki Vanhapelto työsti yhteistyössä Espoon, Kirkkonummen ja Porvoon terveyskeskusten ravitsemusterapeuttien sekä Salon vanhuspalveluiden kanssa lyhyt-MNA jatkoksi ruoankäytön selvityslomakkeen. Kyselylomakkeen tarkoituksena on selvittää kotihoidon asiakkaiden ruoankäyttöä, jos lyhyt MNA: mukaan asiakkaan riski virheravitsemukselle on kasvanut tai asiakkaalla on testin mukaan aliravitsemustila. Ruoankäytön selvityslomaketta esitestattiin ennen varsinaista opinnäytetyön aloittamista, kevään 2010 aikana kotihoidossa kuudelle asiakkaalle.

Ruoankäytön selvityslomake on tarkoitettu kotihoidon työvälineeksi. Se täytetään, jos lyhyt-MNA:sta asiakas saa 11 pistettä tai vähemmän. Ruoankäytön selvityslomakkeella kerätään muun muassa asiakkaan taustatietoja ruoan hankinnasta, ruokailusta ja sen mahdollisista ongelmista sekä syödyistä päivän aterioista ja ateriarhythmis-

tä. Lisäksi lomakkeessa kysytään maitotuotteiden ja leivänpäällysrasvojen, ravintolisien sekä alkoholin käyttöä. Lomakkeen lopussa vastaaja voi täydentää lisätietoja muuta huomioitavaa -kohtaan.

Kyselylomakkeiden jatkoksi ravitsemusterapeutit ovat työstäneet lisäksi toimintaohjeet kotihoitoon lyhyt-MNA:sta saatujen pisteytysten sekä ruoankäytön selvityslomakkeen vastausten mukaan.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli testata lyhyt-MNA jatkoksi kehitettyä ruoankäytön selvityslomaketta Salon kotihoidon työntekijöiden työvälineenä. Kuten aikaisemmin todettiin, valtakunnallisen linjauksen mukaan ikääntyneen ravitsemusasiat tulee huomioida.

Salon kotihoitoon haluttiin löytää hyvä käytäntö virhe- ja aliravitsemustilan tunnistamiseen ja puuttumiseen. Näistä edellä mainituista tekijöistä johtuen on kehitetty ruoankäytön selvityslomake. Opinnäytetyön tuottaman tiedon pohjalta voidaan yhtenäistää Salon kotihoidon työkäytäntöjä. Siitä saatua tietoa voidaan jatkossa hyödyntää kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä.

Tutkimusongelmat:

1. Miten MNA-seulontalomakkeen jatkoksi kehitetty ruoankäytön selvityslomake koettiin Salon kotihoidon työntekijöiden työvälineenä?
2. Missä määrin Salon kotihoidon työntekijät saivat tietoa ruoankäytön selvityslomakkeen avulla asiakkaan päivittäisestä ruoankäytöstä?

4 HOITAJIEN KYSELYLOMAKE

Hoitajille tarkoitettu kyselylomake laadittiin ruoankäytön selvityslomakkeen pohjalta. Lomakkeella kerättiin taustatietoja vastaajien iästä, sukupuolesta, työhistoriasta kotihoidossa, työsuhteen laadusta sekä ruoankäytön selvityslomakkeen kysymysten ymmärrettävyydestä. Hoitajien kyselylomakkeella pyrittiin saamaan selville kotihoidon työntekijöiden mielipiteitä ruoankäytön selvityslomakkeen käytettävyydestä kotihoidossa.

Kyselylomakkeella kysyttiin, saivatko vastaajat riittävästi tietoa kerralla syödyn ruoan määrästä, ruokailun ongelmista, ateriarytmistä, ruoan sisällöstä, nesteen ja proteiinien saannista, rasvan laadusta, lisäravinteista, suolen toiminnasta ja alkoholin käytöstä. Sillä kysyttiin myös mielipidettä, sopiiko ruoankäytön selvityslomake vastaajan mielestä kotihoidon työvälineeksi. Vastausvaihtoehdot muodostettiin Likertinasteikolla ja ne olivat täysin samaa mieltä, osin samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, osin eri mieltä sekä täysin eri mieltä. Jokaisen kysymyksen jälkeen vastaajilla oli mahdollisuus perustella mielipiteensä. Kysymyslomakkeen lopussa oli yksi avoin kysymys, johon vastaajat saivat kommentoida koko lomakkeen ja tutkielman sisällöstä (Liite 5).

5 OTOS

Tutkielman otos valittiin opinnäytetyön ohjausryhmän kanssa syksyllä 2010. Siihen valittiin Salon Läntisen kotihoidon ja Kuusikon alueen kotihoidon tiimit. Läntiseen kotihoitoon kuuluvat Ollikkala, Rumpali, Lukkari sekä Pirita. Salon vanhuspalveluiden kotihoidon tilastot osoittavat, että vuonna 2011 tammikuussa näiden neljän tiimin asiakkaina oli yhteensä 165 säännöllisen kotihoidon asiakasta. Kuusikon alueen tiimejä ovat Kisko, Kiikala-Suomusjärvi (Kisu), Kuusjoki ja Pertteli. Kotihoidontilastot osoittavat, että vuonna 2011 tammikuussa tiimin asiakkaina oli yhteensä 181 säännöllisen kotihoidon asiakasta. Otokseen valituissa tiimeissä oli vuoden 2011 ti-

lastojen mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkaita yhteensä 346 asiakasta. Tämä luku sisältää myös alle 65-vuotiaat säännöllisen kotihoidon asiakkaat.

Edellä mainitut kotihoidon alueet valittiin eri kriteerillä. Ensimmäiseksi valittiin alueellisesti erilaiset tiimit eli maaseutu- ja kaupunkitiimit. Toisena kriteerinä oli, että tiimien asiakkaat olivat toimintakyvyiltään keskimääräisesti samankuntoisia. 11.10.2010 tehdyn poikkileikkauksen mukaan Kuusikon alueen keskimääräiset ravaindeksit olivat 1,9 ja Läntisen kotihoidon alueen ravaindeksit olivat 2,0. Tiimien työntekijöiden määrä Kuusikon alueella oli 50 kotihoidon työntekijää ja Läntisen kotihoidon alueella 43 työntekijää.

6 AINEISTON KERUU

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin keväällä 2010. Kokoonnuimme ensimmäisen kerran toukokuussa vanhuspalveluiden ravitsemuksen ohjaustyöryhmän kanssa ja siinä päätettiin testata opinnäytetyönämme ruoankäytön selvityslomaketta kotihoidon työvälineenä.

Työtämme on ohjannut syksyn 2010 ja kevään 2011 aikana kolmihenkinen opinnäytetyön ohjausryhmä, jossa on ollut ravitsemusterapeutin lisäksi kaksi vanhuspalveluiden asiantuntijaa. Kokoonnuimme ohjausryhmän kanssa viisi kertaa. Tutkimussuunnitelma valmistui vuoden 2010 marraskuussa, jonka jälkeen haimme tutkimuslupaa Salon vanhuspalveluiden johtajalta ja se myönnettiin 25.11.2010 (Liite 6 ja 7).

Tiimien työntekijät ohjattiin tiimikohtaisesti lyhyt-MNA:n ja ruoankäytön selvityslomakkeen käyttöön tammikuussa 2011 ennen kyselyjen toteuttamista. Infotilaisuuksia järjestettiin neljä, ja niissä kävi yhteensä 38 työntekijää (Taulukko 1).

Taulukko 1. Infotilaisuuteen osallistuneiden määrät

4.1.2011 Salon kaupungin Valtuustosali	14 osallistujaa
10.1.2011 Salon kaupungin vanhainkoti Kajalakoti	4 osallistujaa
11.1.2011 Salon kaupungin vanhainkoti Hintta	11 osallistujaa
12.1.2011 Salon kaupungin Kiskokoti	9 osallistujaa

Ensimmäisessä infotilaisuudessa oli ohjausryhmästä mukana vanhuspalveluiden asiantuntija ja ravitsemusterapeutti. Infotilaisuuksissa ohjeistettiin työntekijät lyhyt-MNA:n, ruoankäytön selvityslomakkeen sekä hoitajien kyselylomakkeen täyttöö. Kyselylomakkeet käytiin yhdessä kohta kohdalta läpi. Lyhyt-MNA:sta tarvitaan painoindeksiä varten asiakkaan pituus ja paino. Infotilaisuuksissa harjoiteltiin demispan (=senttimäärä rintalastasta ranteeseen) mittaamista mittanauhan ja valmiin kaavan avulla (Liite 3). Tätä laskentakaavaa käytetään ainoastaan siinä tapauksessa, jos asiakkaasta ei tiedetä aikaisempaa pituutta ja hänen mittaaminen ei onnistu seisten tai vuoteella maaten.

Ravitsemusterapeutin läsnäolo oli tärkeää, kun ohjeistettiin ruoankäytön selvityslomakkeen täyttöä. Ravitsemusterapeutti ohjeisti muun muassa lomakkeen päivän ateriat – kohtaa sekä keskustelua aiheutti muun muassa asiakkaan käyttämän rasvan laatu. Vanhuspalveluiden asiantuntijan mukana olo oli myös tärkeä, kun pohdittiin tiimien vaakojen hankintaa sekä lyhyt-MNA:n tulosten kirjaamista Effica-potilastietojärjestelmään. Tiimit ohjeistettiin kirjaaman saatu lyhyt-MNA:n tulos GER-lehdelle, jota Salon vanhuspalveluissa tullaan käyttämään Salon kaupungin vanhuspalveluiden virallisista mittareista saatujen tulosten kirjaamiseen.

Infotilaisuuksissa selvitettiin myös opinnäytetyön aikataulu ja jaettiin tarvittava materiaali. Tiimeihin jaettiin mittanauhat, valmiit BMI taulukot, lyhyt-MNA:n sekä ruoankäytön selvityslomakkeet, hoitajien kyselylomakkeet ja tarvittavat ohjeet kyselyihin ja saatekirje (Liite 4). Työntekijöille jaettiin tilaisuudessa myös lyhyt-MNA:n ja ruoankäytön selvityslomakkeen jatkoksi kehitetyt toimintaohjeet, joihin tarkempi perehtyminen jäi työntekijän vastuulle. Digitaalista materiaalia hankittiin infotilaisuuksien jälkeen niihin tiimeihin, joissa sitä ei ollut.

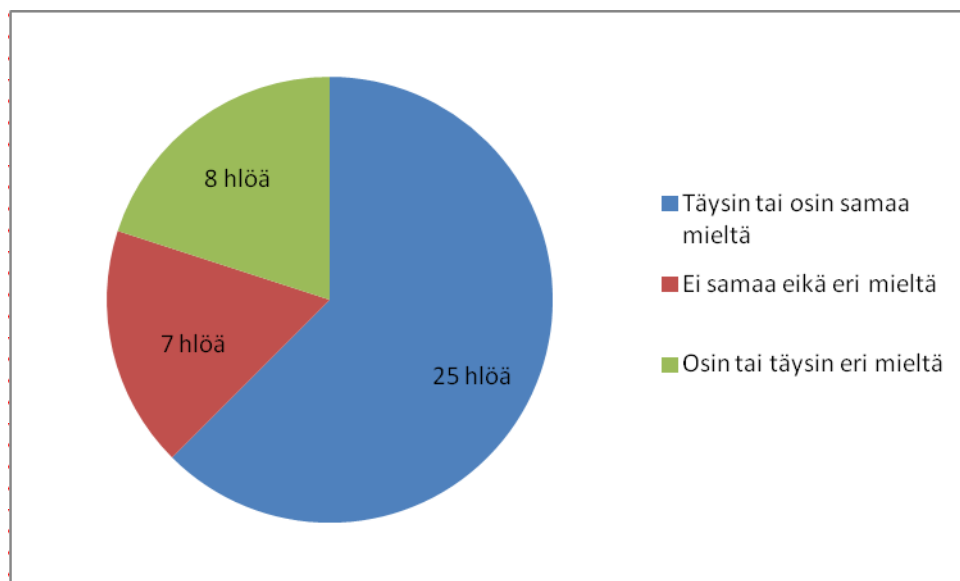
Kotihoidon työntekijöiden tekemät asiakkaiden haastattelut oli suunniteltu toteutettavaksi kahden viikon aikana tammikuussa 2011. Ensimmäisessä infotilaisuudessa päätettiin jatkaa haastattelua viikolla, jolloin kyselyjen haastatteluun oli aikaa kolme viikkoa. Tiimien työntekijät arvioivat henkilökohtaisesti ruoankäytön selvityslomakkeen käytettävyyttä kotihoidon työvälineenä heille tarkoitettulla erillisellä strukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselyt palautettiin opinnäytetyöntekijöille haastattelujen jälkeen.

Opinnäytetyön tekijät halusivat saada tietoa siitä, saivatko hoitajat riittävästi ohjeistusta lomakkeiston täyttöön. Työntekijöille tarkoitettussa kyselylomakkeessa tätä kysyttiin (Kuvio 3). Täysin tai osin samaa mieltä oli yli puolet vastaajista. Hyvänä ohjauksissa pidettiin seuraavia asioita:

- *Hyvät kirjalliset ohjeet*
- *Jos en olisi ollut mukana luennolla, jossa käytiin MNA kyselyn kohdat läpi, olisi ollut hankalaa aluksi täyttää.*
- *Annetut ohjeet olivat helposti ymmärrettäviä*
- *Eri näkemyksiä & keskustelua*
- *Saatu tarvittava ohjaus.*
- *Laput selkeät, työkavereilta apua.*
- *Luento oli selkeä ja kysymällä asiat selvisi.*

Kritiikkiä tuli seuraavasti:

- *Kiire, annettiin vain lappu käteen, ja menoks*
- *Koulutuksessa/infossa olleet selittivät asian vain pikaisesti läpi*
- *Oli vähän hässäkkää ja ohjaukset jäivät vähälle...*
- *Tämän lomakkeen olemassa olo jäi kyllä hämäräksi.*
- *Työkavereilta, en ollut ”koulutuksessa”.*
- *En päässyt varsinaiseen infotilaisuuteen itse.*



Kuvio 3. Saivatko kotihoidon työntekijät riittävästi ohjausta lomakkeiden täyttöön.

Tilaisuuksissa sovittiin yhteisesti, että kotihoito seuloo lyhyt-MNA avulla jokaisen säännöllisen kotihoidon asiakkaan, joita oli yhteensä 346 asiakasta. Tarvittaessa he täyttivät ruoankäytön selvityslomakkeen asiakkaasta. Taulukoitaessa lyhyt-MNA:n pisteitä, opinnäytetyön tekijät pudottivat alle 65-vuotiaat säännöllisen kotihoidon asiakkaat pois, koska MNA-mittari on validoitu yli 65-vuotiaille ikääntyneille (Nestlé Nutrition Institute www-sivut). Kotihoidon työntekijöiden täyttämistä asiakkaiden kyselylomakkeista hyväksyttiin 232 asiakasta, joista 97 asiakkaalle lyhyt-MNA:n pisteiden perusteella täytettiin ruoankäytön selvityslomake. Haastatelluista kotihoidon asiakkaista 176 oli naisia ja 56 miehiä.

7 AINEISTON ANALYYSI

Opinnäytetyössä käytimme kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Hoitajien kyselyllä saadun aineiston analysointi aloitettiin helmikuussa 2011. Aineistosta muodostettiin muuttujia ja vastaukset koodattiin numeroiksi. Aineisto vietiin Excel-taulukoon ja käsiteltiin Tixel-ohjelmalla.

Hoitajien kyselylomakkeessa kysymysten vastaukset oli muodostettu Likertin-asteikoilla, joissa vaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, osin samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, osin eri mieltä ja täysin eri mieltä. Analyysivaiheessa yhdistettiin vastauksista ”täysin samaa mieltä ja osin samaa mieltä” olevat vaihtoehdot sekä ”osin eri mieltä ja täysin eri mieltä” olevat vaihtoehdot keskenään. Vastaukset olivat siis yhdistämisen jälkeen ”täysin tai osin samaa mieltä” sekä ”osin tai täysin eri mieltä”. Omaksi kohdaksi jätettiin ”ei samaa eikä eri mieltä”. Hoitajien kyselylomakkeen jokaisen kysymyksen jälkeen oli perustele – kohta sekä kyselylomakkeessa oli myös yksi avoin kysymys. Näihin saadut kommentit olemme lainanneet suoraan tähän raporttiin. Halusimme tuoda kommentit sellaisina, kuin ne oli perusteluihin ilmaistu.

8 TULOKSET

8.1 Taustatiedot

Hoitajien kyselyn täytti 42 työntekijää, joista kaikki olivat naisia. Vastaajista noin puolet oli iältään 40–59-vuotiaita. Kyselyyn vastanneista 25 oli koulutukseltaan lähihoitajia. Hoitajanimikkeellä vastanneita oli 10 henkilöä, sairaan- tai terveydenhoitajia vastanneista oli 6 henkilöä ja hoivatyöntekijöitä 2 henkilöä.

Vakituisessa työsuhteessa vastaajista oli 32 henkilöä ja sijaisia 11 henkilöä. Vastaajista 15 työntekijää oli työskennellyt yli kymmenen vuotta, seitsemän alle 10 vuotta, 14 alle viisi vuotta ja loput seitsemän työntekijää alle vuoden.

8.2 Ruoankäytön selvityslomakkeen kysymysten ymmärrettävyys

Hoitajien kyselylomakkeen avulla selvitettiin, olivatko ruoankäytön selvityslomakkeen kysymykset ymmärrettäviä. Tämän kysymyksen kohdalla vastausvaihtoehdot olivat seuraavat: kysymykset olivat erittäin ymmärrettäviä, hyvin ymmärrettäviä, ymmärrettäviä, huonosti ymmärrettäviä tai erittäin huonosti ymmärrettäviä. Kaikkien

vastanneiden mielestä lomakkeen kysymykset olivat vähintäänkin ymmärrettäviä. Vastaajilla oli mahdollisuus perustella tätä kysymystä.

Hyvänä pidettiin seuraavia asioita:

”Eriteltyjä osa-alueita, voi vapaasti kirjoittaa asioista”

”Selkeät vastausvaihtoehdot helpottavat vastaamista”

”Selkeää suomenkieltä (hymiö).”

”Kysymykset sellaisia, että niistä voi päätellä ravitsemuksen tilasta.”

Kritiikkiä saivat seuraavat asiat:

”Kysymykset ymmärsivät hyvin, mutta välillä vaikea silti vastata, koska asiakkaat pääosin omatoimisia, mutteivät välttämättä muista asioita oikein.”

”Joihinkin kysymyksiin oli hankala vastata, kysymys niin laaja.”

”Sijoittelu hivenen sotki ymmärrettävyyttä”

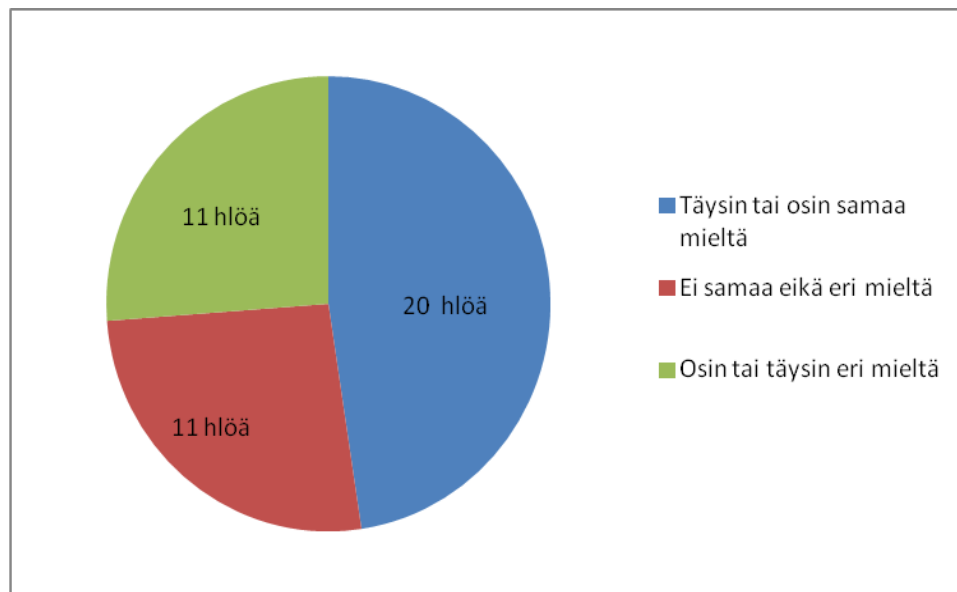
”Joihinkin kysymyksiin kaipasi enemmän vaihtoehtoja”

”Hieman välillä voi tavallaan antaa vääränkin arvon suhteessa asiakkaan ruokailuun + painoon.”

8.3 Vastaajien mielipiteet ruoankäytön selvityslomakkeen käytettävyydestä

8.3.1 Asiakkaan kerralla syödyn ruoan määrä

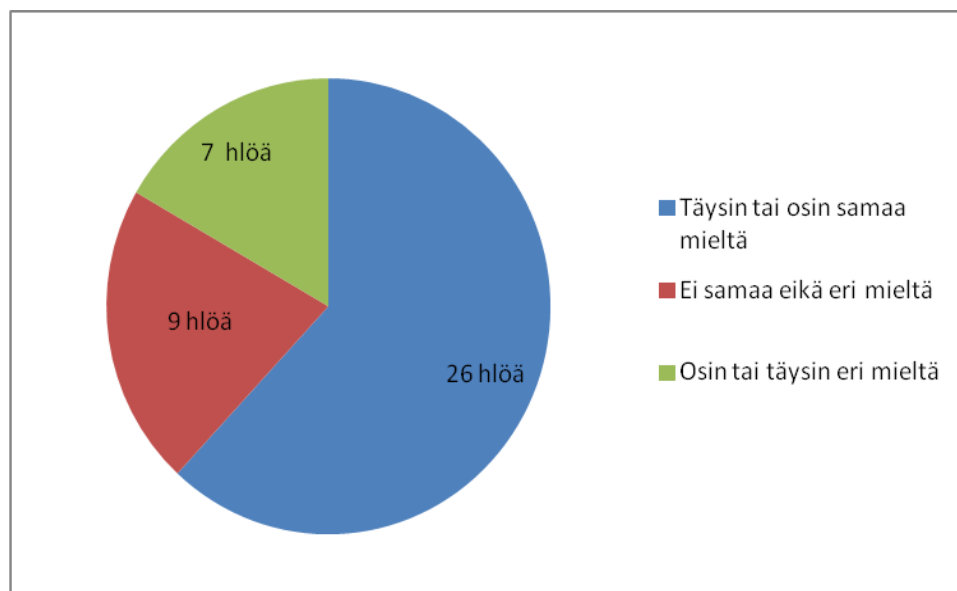
Vastaajista noin puolet oli osin tai täysin sitä mieltä, että he saivat lomakkeella riittävästi tietoa kerralla syödyn ruoan määrästä. Osin tai täysin eri mieltä oli neljäsosa vastaajista, ja loput vastaajista eivät osanneet sanoa mielipidettään. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Sain riittävästi tietoa kerralla syödyn ruoan määrästä.

8.3.2 Asiakkaan ruokailun ongelmat

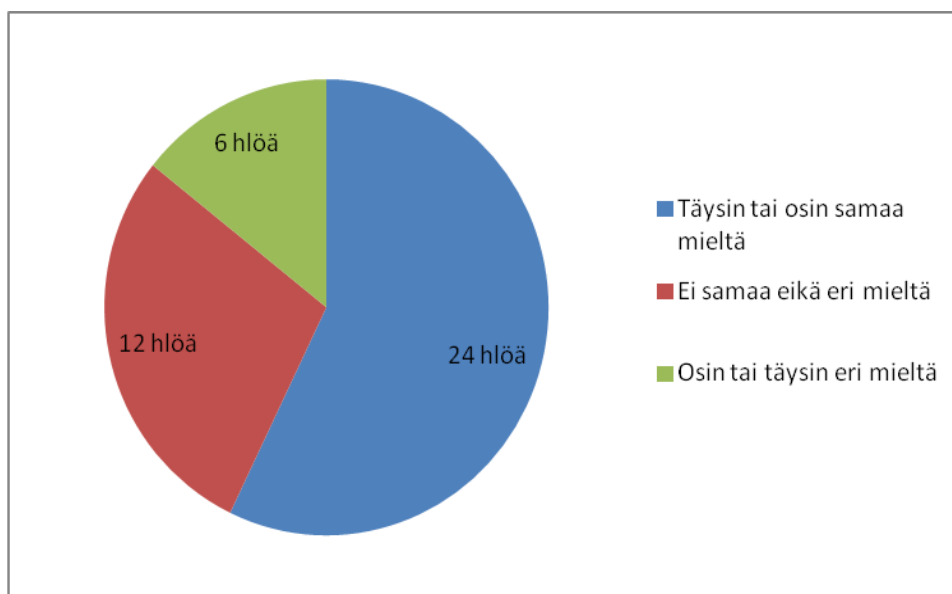
Vastaajista yli puolet oli täysin tai osin sitä mieltä, että lomakkeella sai tiedon asiakkaan ruokailun ongelmista. Osin tai täysin eri mieltä oli kuudesosa vastaajista, ja loput vastaajista eivät ilmaisseet mielipidettään. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Sain riittävästi tietoa asiakkaan ruokailun ongelmista.

8.3.3 Asiakkaan ateriaritmi

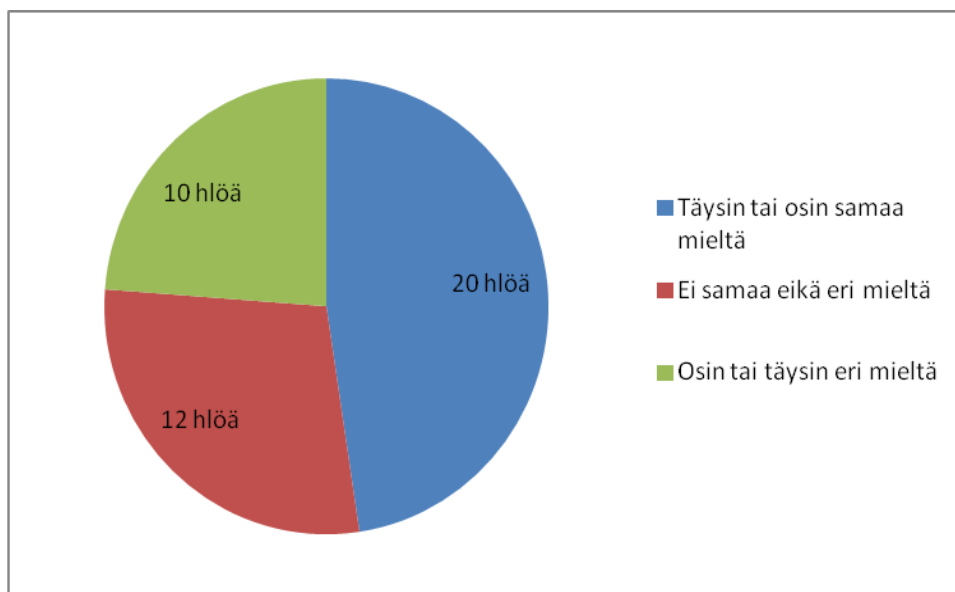
Vastaajista yli puolet koki, että he saivat riittävästi tietoa asiakkaan päivän ateriaritmistä. Osin tai täysin eri mieltä oli seitsemäsosa vastaajista. Neljäsosalla vastaajista ei ollut mielipidettä kysymykseen. (Kuvio 7)



Kuvio 7. Sain riittävästi tietoa asiakkaan päivän ateriaritmistä.

8.3.4 Asiakkaan ruoan sisältö

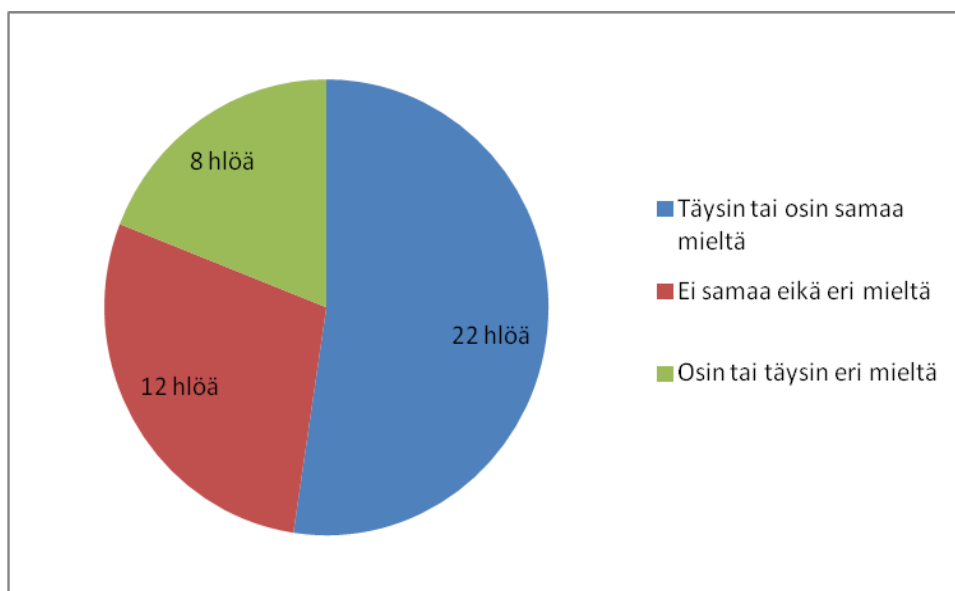
Vastaajista vajaa puolet koki, että he saivat riittävästi tietoa asiakkaan ruoan sisällöstä. Osin tai täysin eri mieltä oli neljäsosa vastaajista ja neljäsosalla ei ollut mielipidettä asiaan. (Kuvio 8)



Kuvio 8. Sain riittävästi tietoa asiakkaan ruoan sisällöstä.

8.3.5 Asiakkaan riittävä nesteen saanti

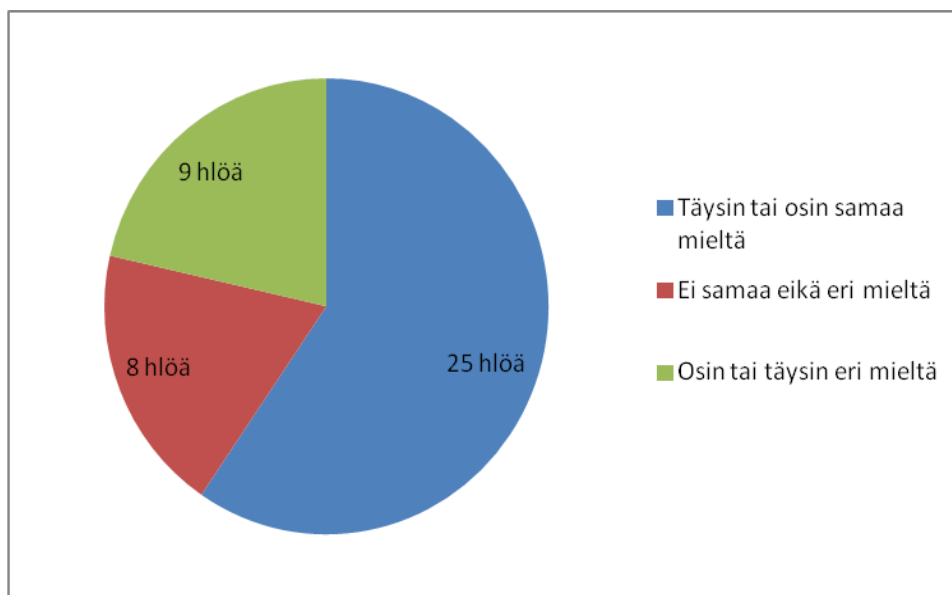
Riittävästi tietoa asiakkaan päivittäisestä nesteen saannista koki saaneensa yli puolet vastaajista. Osin tai täysin eri mieltä oli vastaajista vajaa neljäsosa ja neljännellä osalla ei ollut mielipidettä asiaan. (Kuvio 9)



Kuvio 9. Sain riittävästi tietoa asiakkaan päivittäisestä nesteen saannista.

8.3.6 Asiakkaan riittävä päivittäinen proteiinin saanti

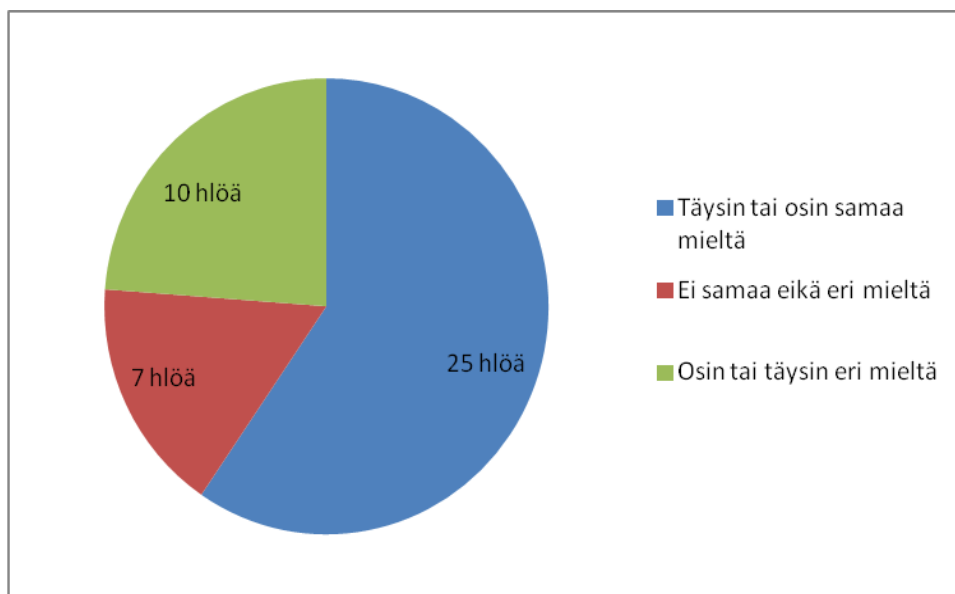
Asiakkaan päivittäisestä proteiinin saannista koki yli puolet vastaajista saaneensa riittävästi tietoa. Osin tai täysin eri mieltä oli heistä neljäsosa, ja loppuilla ei ollut mieltä asiaan. (Kuvio 10)



Kuvio 10. Sain riittävästi tietoa asiakkaan proteiinin saannista.

8.3.7 Asiakkaan käyttämän rasvan laatu

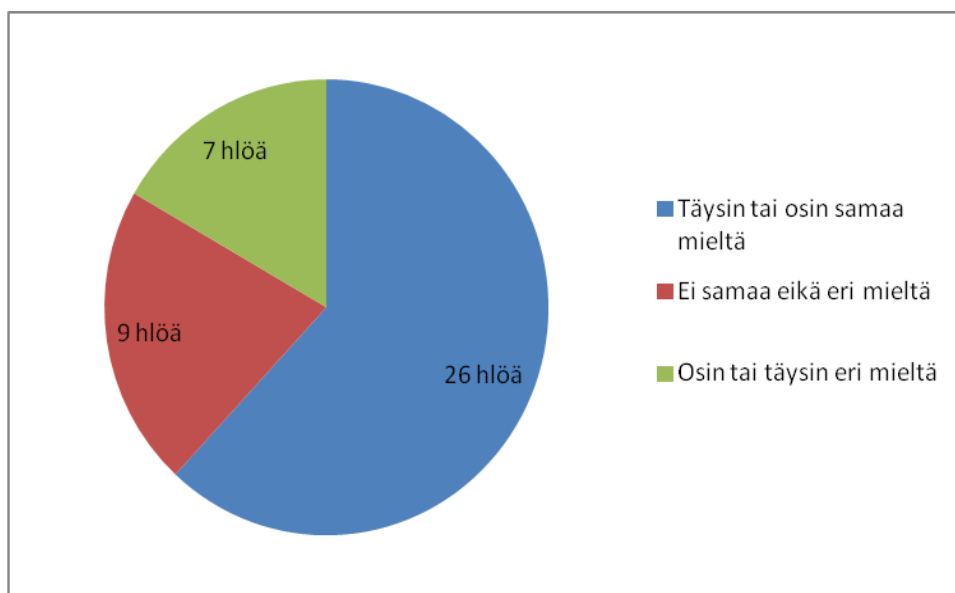
Asiakkaan käyttämän rasvan laadusta lomake antoi riittävästi tietoa yli puolelle vastaajista. Osin tai täysin eri mieltä oli neljäsosa vastaajista, ja ei samaa eikä eri mieltä oli vajaa neljäsosa. (Kuvio 11)



Kuvio 11. Sain riittävästi tietoa käytetyn rasvan laadusta.

8.3.8 Asiakkaan käyttämät lisäravinteet

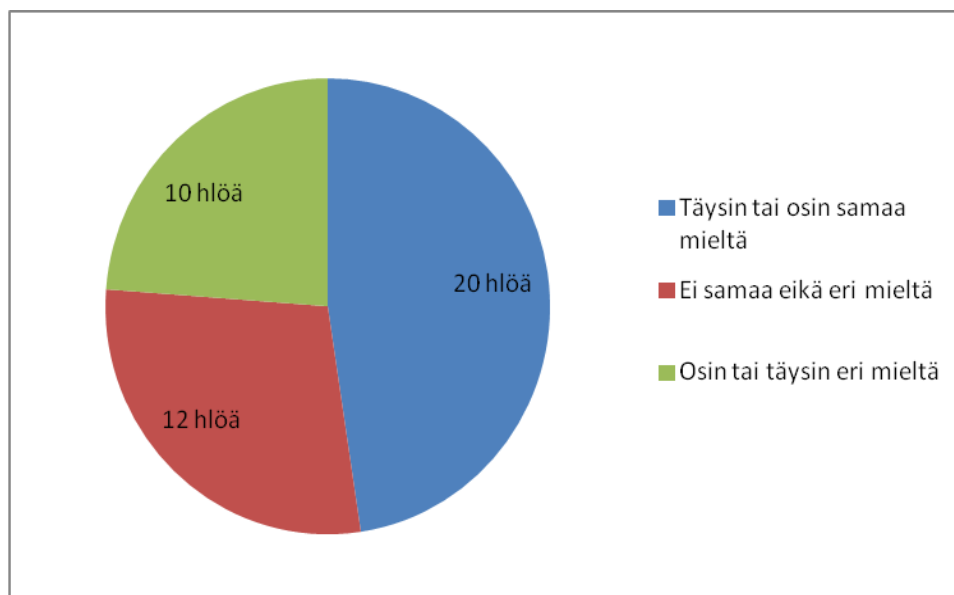
Asiakkaan käyttämistä lisäravinteista sai riittävästi tietoa suurin osa vastaajista. Tietoa olisi kaivannut lisää kuudesosa, ja loput eivät esittäneet mielipidettään. (Kuvio 12)



Kuvio 12. Sain riittävästi tietoa asiakkaan käyttämistä lisäravinteista.

8.3.9 Asiakkaan suolen toiminta

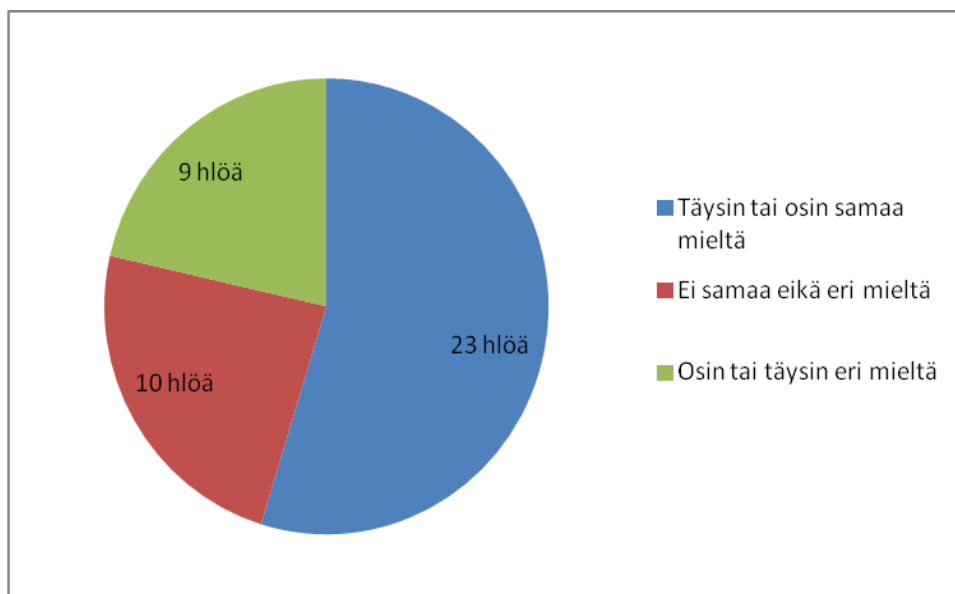
Suolen toiminnasta sai riittävästi tietoa lomakkeen avulla vajaa puolet vastaajista. Neljäsosa heistä oli sitä mieltä, että lomakkeen avulla ei saanut riittävästi tietoa asiakkaan suolen toiminnasta. Loput vastaajista eivät ilmaisseet mielipidettään. (Kuvio 13)



Kuvio 13. Sain riittävästi tietoa asiakkaan suolen toiminnasta.

8.3.10 Asiakkaan alkoholin käyttö

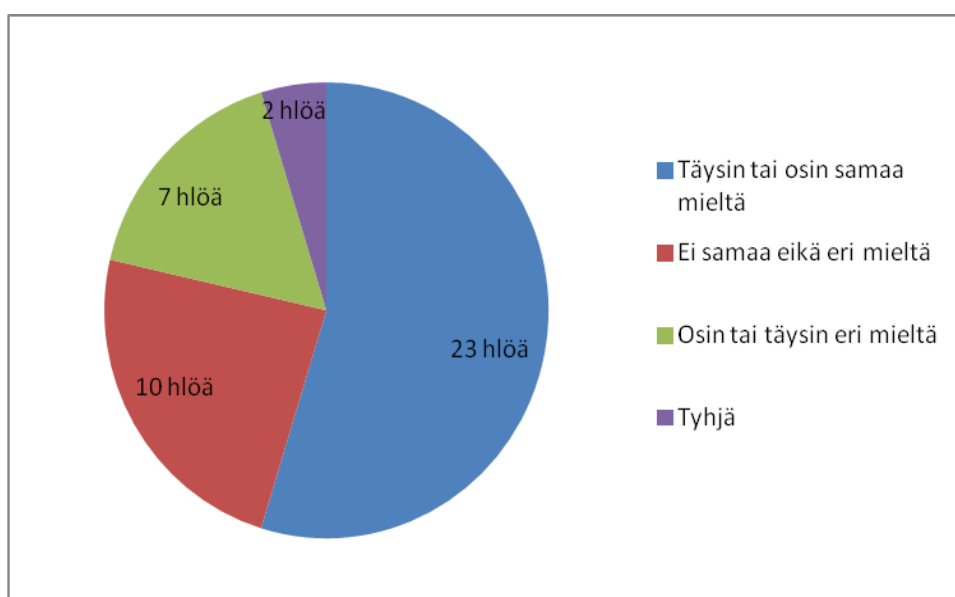
Asiakkaan alkoholin käytöstä sai riittävästi tietoa yli puolet vastaajista. Neljäsosa heistä oli sitä mieltä, että ei saanut riittävästi tietoa ja loput ei osannut sanoa mielipidettään. (Kuvio 14)



Kuvio 14. Sain riittävästi tietoa asiakkaan alkoholin käytöstä

8.4 Ruoankäytön selvityslomakkeen sopivuus kotihoidon työvälineenä

Hoitajien kysely tiivistyy viimeiseen kysymykseen, jossa kysyttiin, sopiiko lomake kotihoidon työvälineeksi. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että lomake sopii työvälineeksi. Kuudesosan mielestä lomake ei sovi kotihoidon työvälineeksi, ja neljäsosalla ei ollut mielipidettä asiaan. Kaksi työntekijää jätti tähän vastaamatta. (Kuvio 15)



Kuvio 15. Mielestäni lomake sopii kotihoidon työvälineeksi.

Vastaajilla oli myös mahdollisuus kommentoida lomakkeen sopivuutta kotihoidon työvälineenä. Myönteistä palautetta tuli seuraavasti:

”Saa heti käsityksen, miten asiakas syö, jos ne on pistetty koneelle ylös.”

”Jatkossa tulee käytettyä ja pystytään kartoittamaan tilanne”

”Kyllä tästä nyt joitakin olennaisia tietoja asiakkaan ruokahuollosta saa.”

”Näin tulee seurattua edes välillä asiakkaiden syömistä ja painoa.”

”On helpompi kysellä asiakkaan ruuista kun on joku plakaatti”

”Koska siinä huomaa, mitä puutteita ehkä on ravinnon saannissa ja määrässä.”

”Perusravitsemuksen seurannassa tämä kysely sopii hyvin (hymiö).”

”Ali/yliravitsemuksen tilaa voidaan tarkkailla.”

”Tulee huomioiduksi asiakkaan ravinnon laatu ja määrä.”

Vastaajien perusteluissa oli myös kritiikkiä, joka kohdistui osittain lyhyt- MNA:n:

*”Osista ei saa ihan täyttä käsitystä ruokailusta/todellisuudesta. Myös jossakin koh-
taa vaihtoehto puuttui.”*

*”Ei voi ihan kokonaan luottaa asioihin, ei anna todellista kuvaa asiakkaan tilantees-
ta”*

”Jos asiakas syö hyvin, mutta ollut sairaalassa, tulee heti nolla pistettä.”

*”Ehkä liian tarkoituksenhakuinen, esim. vähänkin muistamaton, joka ei pääse ylös
sängystä itse, sitten hänellä on jo riski virheravitsemuksen, vaikka syö hyvin.”*

”Ei sovi. Se ei anna todellista kuvaa asiakkaan voinnista/syömisestä”

Lomakkeen lopussa kysyttiin yksi avoin kysymys, johon vastaajat saivat antaa palau-
tetta lomakkeesta. Vastauksissa ilmeni, että osa työntekijöistä koki lomakkeen hy-
väksi, koska sen avulla voidaan seurata asiakkaan ruoan käyttöä ja miettiä, mitä sen
hyväksi voi kotihoidon työntekijä tehdä.

*”Tämä testi oli hyvä, koska siinä tulee mietittyä, mikä on asiakkaan päivän saldo
ruokailun suhteen. Kun todetaan aliravitsemusta olevan, silloinhan täytyy miettiä,
mitä tilanteen eteen tehdään. Eli millä tavoin me hoitajat me tähän asiaan voitaisiin
vaikuttaa ja parantaa tilannetta.”*

Kysymykseen koskien asiakkaan alkoholin käyttöä, kommentoitiin

”Alkoholin käyttömäärä jäin kaipaamaan kohtaa; ei käytä alkoholia!”

Yksi vastaajista koki, että lomakkeen täyttö vie aikaa ja yhden mielestä lomake käy työvälineeksi vain, jos kotihoito hoitaa sekä ostokset että ruoan annon. Vastaajan mielestä on mahdotonta tietää mitä asiakas syö, jos kotihoito tekee vain aamu- ja iltakäynnin ja omaiset käyvät asiakkaalle muuten kaupassa. Osa haastatelluista asiakkaista oli kokenut kyselyn yksityisasioiden uteluna. Palautetta tuli myös siitä, että osa kyselyn ohjeista oli unohtunut, koska infotilaisuudesta oli aikaa. Opinnäytetyön tekijät saivat palautteissa kiitosta myös omasta vaivannäöstä.

”Lomakkeen täyttö aikaa vievää. Käy työvälineeksi vain, jos kotihoito hoitaa sekä ostoksen että ruoan annon. Silloin kun omaiset käyvät kaupassa ja kotihoito tekee es. aamu- ja iltakäynnin on mahdotonta tietää, mitä/milloin asiakkaat syövät. Osa asiakkaista koki kyselyn yksityisasioiden uteluna.”

”Seulontakysymyksien vaihtoehdoissa voisi olla vastausvaihtoehtoja. (Laitoin hie- man täydennyksiä, kun en ollut varma vastauksesta).”

”Kiitos vaivannäöstä!”

”Osa ohjeista unohtui, koska yhteistilaisuudesta oli aikaa.”

9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Vanhuspalveluissa esiteltiin ruoankäytön selvityslomaketta kuudella asiakkaalla keväällä 2010 ja tämän pohjalta tehtiin lomakkeeseen pieniä muutoksia. Tutkimuslu- pa saatiin vanhuspalveluiden johtajalta. Otosta valittaessa huomioitiin tiimien asia- kasmäärät, Rava-pisteet sekä maantieteelliset sijainnit. Otokseen valittiin keskimää- räisesti työntekijä- ja asiakasmäärältään samankokoiset tiimit sekä maaseutu- ja kau- punkialueet.

Luotettavuutta lisäsi myös se, että infotilaisuuksia järjestettiin riittävästi ja tiimit saivat ohjeet sähköpostitse ja paperiversiona. Ohjeiden mukana oli saatekirje, jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja tekijät. Tarvittaessa opinnäytetyön tekijöiltä sai vielä lisätietoa. Luotettavuutta lisäsi myös opinnäytetyön ohjausryhmän taustatuki.

Kotihoidon työntekijät haastattelivat asiakkaat, eivätkä opinnäytetyön tekijät saaneet tietoa asiakkaista. Kotihoidon työntekijöillä siis oli jo olemassa oleva hoitosuhde asiakkaaseen. Kotihoito merkitsi kyselylomakkeet numeroilla, ja asiakkaan nimi oli tiedossa vain omassa tiimissä. Luotettavuutta lisäsi vielä se, että ruoankäytön selvityslomakkeita kokeiltiin 97 asiakkaalle.

Hoitajien kyselylomake käytiin yhdessä ohjausryhmän kanssa läpi ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista ja tehtiin tarvittavat korjaukset. Kysymykset oli tarkoitettu muodostaa siten, että työntekijöiden oli mahdollista vastata ympyröimällä oma mielipide asteikosta. Asteikkona käytettiin Likert-asteikkoa, joka on kyselylomakkeissa yleisesti käytetty vastausasteikko. Asteikossa on joukko näkökantoja, jotka ilmaisevat sekä kielteistä että myönteistä asennetta kyseiseen kohteeseen, ja vastaajat arvioivat niitä yleensä viisiportaisella asteikolla (Hirsjärvi ym. 2009, 200).

10 POHDINTA

Kotihoidon asiakasmäärät tulevat tulevaisuudessa kasvamaan, jos sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositukset toteutuvat. Tällöin myös kotihoidossa käytettävät mittarit tulisi olla nopeasti asiakkaan kanssa toteutettavissa olevia työvälineitä. Opinnäytetyömme osoitti, että lyhyt-MNA:n jatkoksi kehitetty ruoankäytön selvityslomake on hyödynnettävissä kotihoidon työvälineenä. Hoitajien kyselyyn vastanneiden työntekijöiden vastauksista kävi ilmi, että asiakkaan ruoankäytön seurlontaan on kaivattu työvälinettä. Aikaisemmat ruoankäytön arviointimenetelmät esimerkiksi laboratorio-testit, ruokapäiväkirjat ja pidemmän aikavälin ruoankäyttöä seuraavat menetelmät, ovat todettu aikaa vieviksi sekä kalliiksi. (kts. kohta 2.4).

Opinnäytetyömme osoittaa, että ruoankäytön selvityslomakkeen avulla on mahdollista selvittää kokonaisvaltaisesti kotihoidon asiakkaan ruokailua ja ruoankäyttöön liittyviä asioita kotihoidon käyntien yhteydessä. Se on täytettävissä helposti ja nopeasti. Lomakkeen avulla ei ole tarkoitus laskea yksityiskohtaisesti esimerkiksi proteiinin päiväannoksia tai energian saantia. Sen tarkoitus on herätellä kotihoidon työntekijää selvittämään asiakkaan ruoankäyttöä sekä käynnistämään jatkotoimenpiteet. Tämän työn teoriaosuudessa myös todettiin, että ikääntyneiden alkoholin käyttö on lisääntymässä. Kotihoidon asiakkaan alkoholin käyttö ja sen puheeksi otto on koettu usein hoitajien mielestä vaikeana. Kuitenkin tässä lomakkeessa olevan kysymyksen avulla alkoholin käytöstä kysyminen tuntuu luontevalta.

Hoitajien kyselyn perustelut ja kommentit olivat pääasiallisesti positiivisia, useamassa vastauksessa todettiin, että tämän kyselyn avulla työntekijä jäi miettimään asiakkaan ravitsemuksen tilaa ja sitä, miten itse voi asiaan vaikuttaa. Tällöin kotihoidon työntekijä toteuttaa juuri sitä, mitä esimerkiksi Hopeapaperi-raportti sekä kansallinen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma suositaa, toimia asiakkaan ruoankäytön tukijana. Kritiikkiä sisältävät vastaukset koskivat taas sitä, miten voidaan seurata asiakkaan ruoankäyttöä, jos kotihoito käy vain aamulla ja/tai illalla ja asiakas on esimerkiksi muistamaton. Järjestetyissä infotilaisuuksissa sama aihe nousi esiin ja jo silloin todettiin yhteisesti, että tällöin olisi mahdollisesti mietittävä, tarvitaanko asiakkaalle lisätä palveluja. Ruoankäytön selvityslomakkeen avulla myös omaiset voivat ymmärtää asiakkaan ruoankäytön tärkeyden, jos lomake jätetään esimerkiksi kotihoidon asiakkaalle kotiin täytettäväksi.

MNA on NRS 2002 ja MUST:in ohella ainoa hyvin testattu seulontamenetelmä, joka sopii ikäihmiselle. Kotihoidossa on myös säännöllisen kotihoidon asiakkaina alle 65-vuotiaita, joilla saattaa esiintyä virheriskiravitsemus tai aliravitsemustila. Opinnäytetyössämme otokseen valittujen tiimien työntekijät haastattelivat kaikki säännöllisen kotihoidon asiakkaat, myös alle 65-vuotiaat. Nämä alle 65-vuotiaat asiakkaat opinnäytetyöntekijät poistivat, kun laskettiin lyhyt- MNA:n pisteitä. Haastateltavista alle 65-vuotiaista asiakkaista löytyi kuitenkin lyhyt-MNA:n mukaan myös virheravitsemusriskissä ja aliravitsemuksessa olevia asiakkaita. Pohdimme, mitä virheravitsemuksen seulontaan tarkoitettuja mittareita heidän kohdallaan tulisi käyttää. Ruoankäytön selvityslomake toimisi kuitenkin myös heidän kohdallaan, lomakkeelle ei ole määritelty ikäraja.

Tätä työtä tehdessämme opimme paljon ikääntyneiden ravitsemuksesta, ravitsemusongelmista sekä ruoankäytöstä. Liikunnan ammattilaisina olemme oivaltaneet, että ravitsemuksella on suuri merkitys muun muassa ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitämisessä ja lihasvoiman harjoittamisessa. Ikääntyneitä kohdatessamme olemme kiinnittäneet enemmän huomiota heidän ruoankäyttöön ja painoon.

Opinnäytetyön alusta alkaen meillä oli mukana opinnäytetyön ohjausryhmä, joka antoi henkilökohtaista ohjausta työn tekemiseen. Ennen opinnäytetyön aloittamista kävimme ruoankäytön selvityslomaketta yhdessä läpi ravitsemusterapeutin kanssa ja saimme kommentoida lomakkeen kysymyksiä. Ravitsemusterapeutti muokkasi ruoankäytön selvityslomaketta näiden pohjalta.

Ennen infotilaisuuksia kävimme vielä lomakkeen kysymyksiä yhdessä läpi, ja ravitsemusterapeutti kertoi jokaisen kysymyksen tarkoituksen. Samalla pohdimme, mitä tietoa näillä haettiin ja mitä mahdollisia lisäkysymyksiä infotilaisuuksissa saattoi tulla esille. Tutkimusluvan saatuaamme järjestimme tarkoituksella neljä samansisältöistä infotilaisuutta, johon odotimme mahdollisimman monen tutkimukseen osallistuvan hoitajan läsnäoloa. Ennen viimeistä infotilaisuutta, muistutimme vielä tutkielmaan osallistuneita tiimejä infotilaisuuden tärkeydestä. Hoitajien kyselyn vastauksista ilmeni, että infotilaisuuteen olisi hyvä ollut osallistua kaikki ne työntekijät, jotka haastattelivat asiakasta ja testasivat ruoankäytön selvityslomaketta.

Saatuamme hoitajien kyselylomakkeet analysoitavaksi, pohdimme olivatko muuttamat vastaajat ymmärtäneet Likertin asteikon vastausvaihtoehdot väärin. Kirjalliset perustelut kysymyksiin olivat positiivisia, mutta mielipiteet asteikolla olivat negatiiviset. Keväällä 2011 tulosten valmistuttua kävimme kertomassa tutkielman tuloksia vanhusten ravitsemuksen ohjausryhmälle. Jatkossa on tarkoitus kertoa tulokset myös kotihoidon tiimien ravitsemusvastaaville.

Opinnäytetyön tekeminen on kestänyt melkein puolitoista vuotta. Suurimmat haasteet ovat työn tekemisessä olleet löytää aiheeseen sopivia lähteitä sekä opinnäytetyöntekijöiden yhteisen ajan löytäminen. Lähteiden haussa käytimme ammattikorkeakoulun kirjastoja, internet-lähteitä, kirjaston lähteitä sekä muutamia ravitsemusalan ammattilaisia. Yhteisen ajan löytymiseen taas käytimme Skype-yhteyttä ja Crossloop-pohjaa. Jonkin verran meitä auttoi myös se, että kesäkuusta 2011 toi-

mimme samassa työpisteessä ja meillä oli mahdollisuus jäädä töiden jälkeen tekemään työtämme.

Jatkotutkimuksen aiheena olisi hyvä selvittää, miksi kaupunkialueella on suuremmat virheravitsemusriskit ja aliravitsemustilat kuin maaseutualueella. Tähän kiinnitimme huomion, kun taulukoimme lyhyt-MNA:n pisteet. Jäimme miettimään sitä, että kaupungissa asuminen ja kauppojen läheisyys ei välttämättä lisää asiakkaan ruoankäyttöä.

LÄHTEET

Aldén-Nieminen H, Raulio S, Männistö S, Laitalainen E, Suominen M & Prättälä R. Ikääntyneiden suomalaisten ateriointi – Ruokapalveluiden seurantaraportti 3. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos — Raportti 7/2009.

Antikainen A, Hakala P, Herranen-Kallio M, Kauppinen M, Kosonen A-L, Kylliäinen S, Mikkonen R, Nuutinen T, Paasikivi K, Peltola T, Sammallahti K, Schwab U, Siljamäki-Ojansuu U, Suominen M, Varjonen A, Viholainen H-M, Viitala H, Viljanen R, Voutilainen H & Ylönen T. 2009. Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 7. uud.p. Vammalan Kirjapaino Oy.

Bäckmand H & Vuori I. 2010. Terve tuki- ja liikuntaelimestö, opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Bäckmand H & Vuori I (toim). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki:Yliopistopaino. s. 33

Cruz-Jentoft A.J, Franco A, Sommer P, Baeyens J.P, Jankowska E, Maggi A, Ponkowsky P, Rys A, Szczerbínska K & Milewicz A. Artikkelin Hopea-paperi. Raportti eurooppalaisesta vanhenemiseen liittyviä sairauksia käsitellestä kokouksesta. 44/2009 vk 64. s. 4

Eloranta S, Arve S & Routasalo P. Artikkelin Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. Gerontologia 3/2009. s. 136

Fieandt von R, Hakala P, Herranen-Kallio M, Ylönen T, Kylliäinen S, Larjosto M, Linjama H, Louheranta A, Majander H, Mikkonen R, Nuutinen T, Orell-Kotikangas H, Paasikivi K, Schwab U, Siljamäki-Ojansuu U, Suominen M, Viitala Hanna, Viholainen H—M, Viljanen R & Voutilainen H. 2006. Ravitsemus ja ruokavaliot. Louheranta A. (toim.). Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 6.uud.p. Vammalan Kirjapaino Oy. s. 10, 11, 13

Hiltunen, P. Artikkelin Vanhusten aliravitsemus ja syömishäiriöt. Suomen lääkärilehti 42/2009, vsk 6.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uud.p. Helsinki:Tammi.

Kuusela M, Hupli M, Johansson K, Routasalo P & Eloranta S. 2010. Artikkelin Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Hoitotiede 2010, 22.s. 96, 101

Männistö S & Pietinen P. 2005. Ruoankäytön tutkimusmenetelmät. Teoksessa Ravitsemustiede. Aro A, Mutanen M & Uusitupa M. (toim.) 2. uud. p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. s. 38–42, 45

Nestle Nutrition Institute. MNA eli Mini Nutrition Assessment. Viitattu 11.8.2011><http://www.mna-elderly.com>.

Nuutinen O, Siljamäki-Ojansuu, U & Peltola, T. Vajaaravitsemusriskin seulonta. Suomen lääkirilehti 44/2010, vsk 65. s. 3605, 3606

Parkkinen K & Serti P. 2008. Avain ravitsemukseen. 2. p. Keuruu:Otavan Kirjapaino Oy.

Partanen R. 2009. Vajaaravitsemuksen arviointi, seuranta ja hoito. Teoksessa Ravitsemus hoitotyössä. Arffman S, Partanen R, Peltonen H & Sinisalo L. (toim.). 1.painos. Helsinki:Edita Prima Oy.s. 111

Peltonen M, Harald K, Männistö S, Saarikoski L, Peltomäki P, Lund L, Sundvall J, Juolevi A, Laatikainen T, Aldén-Nieminen H, Luoto R, Jousilahti P, Salomaa V, Taimi M & Vartiainen E.2008. Kansallinen FINRISKI 2007-terveystutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B34/2008. Helsinki. Viitattu 21.9.2011><http://www.ktl.fi>

Peltonen M, Kennet H, Männistö S, Saarikoski L, Lund L, Sundvall J, Juolevi A, Laatikainen T, Aldén-Nieminen H, Luoto R, Jousilahti P, Salomaa V, Taimi M & Vartiainen E. 2008. Kansallinen FINRISKI 2007 – terveystutkimus. Tutkimuksen toteutus ja tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 34/2008. Helsinki:Yliopistopaino.

Pietilä A-M, Varjoranta P & Matveinen M Artikkel Perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä - arvoperustasta toiminnan kehittämiseen. Tutkiva Hoitotyö. vol 7 (3), 2009. s. 10

Pohjolainen P, Sulander T ja Karvinen E. Artikkel Helsingin keskustassa asuvien ikäihmisten terveys, toimintakyky ja elintavat. Gerontologia 25 (1), 2011. s. 7, 8

Rauha, M. 2005. Ruokahalu on hyvän ravitsemuksen avain. Nutricia Clinical Oy:n tiedotuslehti.Viitattu21.9.2011> http://nutriciafi.nutricia.fidocs/News_maaliskuu.pdf.

Salon kotihoidon palvelukuvaukset 30.5.2011

Sarlio-Lähteenkorva S, Finne-Soveri H, Hakala, Hakala-Lahtinen P, Männistö S, Pitkälä K, Soini H & Suominen M. Artikkel Ikääntyneen ravitsemus kuntoon – uudet suositukset viitoittavat tietä. Gerontologia 4, 2009. s. 230, 231

Sinisalo, L. 2009. Ikääntyvät ja vanhukset. Teoksessa Ravitsemus hoitotyössä. Arffman S, Partanen R, Peltonen H & Sinisalo L. (toim.). 1.painos. Helsinki:Edita Prima Oy. s. 101

Soini, H. 2009. Ikääntyneen hyvä ravitsemus. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Voutilainen P & Tiikkainen P (toim). 1. – 2.p. Helsinki:WSOYpro Oy. s. 196

Soini, H. 2004. Nutrition in patients receiving home care. Turun yliopiston julkaisuja. Turku:Painosalama Oy.

STM 2003:18. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007.

STM 2008:3. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto.

STM 2008:10. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä. Terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. Valtioneuvoston periaatepäätös.

STM 2009:18. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 – 2011.

Suominen M. 2005. Ikäihmisen ravitsemusopas. Turun yliopisto & Vanhustyön keskusliitto. Paino-Kaarina.

Suominen, M. 2011. Kotihoidon asiakkaiden ravitsemustila. NutriAction 2011. Viitattu 11.8.2011>

http://www.vajaaravitsemus.fi/assets/files/Raportti_NutriAction_170211.pdf.

Suominen M, Finne-Soveri H, Hakala P, Hakala-Lahtinen P, Männistö S, Pitkälä K, Sarlio-Lähteenkorva S & Soini H, 2010. Ravitsemussuosituksat ikääntyneille, Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, Helsinki:Edita Prima Oy.

Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, Soini H, Suur-Uski I, Peiponen A, Finne-Soveri H & Pitkälä KH. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European Journal of Clinical Nutrition* (2005) 59. s. 582

Suominen M & Pitkälä K. Ikääntyneen ravitsemus. Ikääntymismuutokset ja ravitsemus. 2010. Teoksessa Geriatria. Tilvis R, Pitkälä K, Strandberg T, Sulkava R & Viitanen M (toim.) 2. uud.p. Porvoo:WS Bookwell Oy. s. 350, 352

Suominen M, Sandelin, Soini H & Pitkälä K. 2009. Artikkelit How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *European Journal of Clinical Nutrition* (2009) 63.

Sulander T. Artikkelit Alkoholi maistuu yhä useammalle ikääntyneelle ihmiselle. *Gerontologia* 3/2009. s. 157

Tilvis R. 2010. Geriatrien arviointi. Teoksessa Geriatria. Tilvis R, Pitkälä K, Strandberg T, Sulkava R & Viitanen M. (toim.). Porvoo:WS Bookwell Oy. s. 88

Voutilainen P. 2009. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Voutilainen P & Tiikkainen P. (toim.) 1. – 2. p. Helsinki:WSOYpro Oy. s. 124

World Food Programme. Maailman ruokaohjelma WFP. Aliravitseminen ja virheravitseminen. 2011.Viitattu 20.9.2011>fi.wfp.org/n%C3%A4lk%C3%A4aliravitseminen



Mini Nutritional Assessment MNA®

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

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Lopullisen seulonnan kokonaispistemäärä.

Seulonta	
A Onko syöminen vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, syöminen on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, syöminen on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia	<input type="checkbox"/>
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	<input type="checkbox"/>
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona	<input type="checkbox"/>
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai depressio 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>
F1 Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus) ² kg/m ²) 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23 3 = BMI on 23 tai enemmän	<input type="checkbox"/>

JOS ET VOI LASKEA BMI:Ä, KORVAA KYSYMYS F1 KYSYMYKSELLÄ F2.
ÄLÄ VASTAA KYSYMYKSEEN F2, JOS OLET JO VASTANNUT KYSYMYKSEEN F1.

F2 Pohkeen ympärysmitta (PYM), cm 0 = PYM on alle 31 cm 3 = PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>
Seulonnan tulos (Maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila 8-11 pistettä: Virhe aliravitsemukselle kasvanut 0-7 pistettä: Aliravittu	

Halutessasi syvemmän arvioinnin, täydennä pidempi MNA®-lomake, joka on saatavilla www.mna-elderly.com -sivulla.

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/09 10M
 Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivuilta.



Vanhuspalvelut

Ravitsemusterapia 2010

RUOANKÄYTÖN SELVITYS KOTIHOIDON ASIAKKAILLA

Asiakkaan nimi _____

Osoite _____

Syntymäaika _____ puh. _____

Ruokaostokset tekevät _____**Ateriapalvelu** käyttää ☐ ei käytä ☐ **Ateriointi yhteisruokailupisteessä** kyllä ☐ ei**Jos käyttää, montako kertaa / vko** _____**Kerralla syödyn ruoan määrä palveluateriasta**kaikki ☐ noin ½ ruoasta ☐ maistamisannos tai ei mitään ☐**Erityisruokavalio**

mikä? _____

Ongelmat ruoanvalmistuksessa ja syömisessäruokahaluttomuutta ☐ puremisongelmia ☐ nielemisongelmia ☐

tarvitsee apua ruoanvalmistuksessa/ ruoan lämmittämisessä/ ruokailussa jos, niin millaista

Ruoan rakennetavallinen ☐ pehmeä ☐ sosemainen ☐ sileä sosemainen (nielemisongelmiin) ☐ nestemäinen ☐**Milloin rakennemuunnetun ruoan tarve on viimeksi tarkistettu** k/v _____/_____**Päivän ateriat**

maitoa,	lihaa/	leipää/	kasviksia/ makea
juustoa ym.	kalaa/	puuroa/	marjoja/ leivon-
maitovalm.	munaa/	muroja	hedelmiä nainen
	leikkelettä		

aamupala klo _____

lounas klo _____

päiväkahvi/-tee klo _____

päivällinen klo _____

iltapala klo _____

muut välipalat klo _____

Mieliruokat ja -juomat

Maidon/ maitovalmisteiden päivittäinen käyttökäyttää ☐ ei käytä ☐

maitoa/piimää/viiliä/jogurttia _____ dl / pv, juustoa _____ viipaletta / pv

Leivänpäällysrasva rasva% _____ %, käyttömäärä (arvio) _____ tl/pv**Juominen**

vesi/kivennäisvesi/makuvesi _____ lasillista / pv

mehu/virvoitusjuoma/kotikalja _____ lasillista / pv

maito/piimä _____ lasillista / pv

kahvi/tee _____ kupillista / pv

Suolen toimintaa edistävien valmisteiden käyttö

- Ruoka-aineet, mikä/mitkä _____
- Valmiste/lääke, mikä _____

Ruoan täydentäminen (energia, proteiinit)

- Kotoisin keinoin (ravintorasvat/kermat/täysmaito ym.) kyllä ☐ ei ☐
jos täydennetty, niin millä _____
- Täydennysravintojauheella (esim. Nutrison/Resource Energiajauhe) kyllä ☐ ei ☐
jos täydennetty, niin millä _____

Täydennysravintojuomat käyttää ☐ ei käytä ☐

- Jos käyttää täydennysravintojuomaa,
valmisteen nimi _____
käyttömäärä päivää tai viikkoa kohden _____ tölkkiä / pv _____ tölkkiä / vk

Vitamiini- ja/tai kivennäisainevalmisteiden käyttö käyttää ☐ ei käytä ☐valmisteen/valmisteiden nimet _____ annos/pv _____
_____ annos/pv _____**Alkoholin käyttö (olut, siideri, viini, väkevät)**noin kerran/kk tai harvemmin ☐2-4 kertaa/kk ☐2-3 kertaa/vk ☐4 kertaa viikossa tai useammin ☐**Alkoholin käyttömäärä yleensä päivässä / yhdellä kerralla**1 annos ☐2 annosta ☐3 annosta tai enemmän ☐**Muuta huomioitavaa** _____

Lomakkeen täyttäjä _____ puh _____

Työntekijä/omainen _____

Terveyskeskusravitsemusterapeutit: Salo, Espoo, Kirkkonummi, Porvoo

PITUUDEN MITTAUS:

1. Pituus selvitetään luotettavasti aiemmista tiedoista, potilaalta itseltään tai omaiselta, esim. tiedossa olevan passin / sotilaspassiin kirjattu pituus, tai
2. Mitataan pituusmitalla pystyasennossa, ellei potilas ole voimakkaasti kumara, tai
3. Mitataan potilaan maatessa tasaisella vuoteella selällään mahdollisimman suorassa, tai
4. Mitataan puolikas demispan pituus ja käytetään muuntotaulukkoa pituuden saamiseksi. Puolikas demispan mitataan keskisormen ja nimettömän tyvestä rintalasta keskikohtaan
5. Muuntotaulukko:
Naiset: Pituus senttimetreissä = $(1,35 \times \text{puolikas demispan senttimetreissä}) + 60,1$
Miehet: Pituus senttimetreissä = $(1,40 \times \text{puolikas demispan senttimetreissä}) + 57,8$

(Lähde: Suominen M, Finne-Soveri H, Hakala P, Hakala-Lahtinen P, Männistö S, Pitkälä K, Sarlio-Lähteenkorva S & Soini H, 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille, Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, Helsinki:Edita Prima Oy.)

SAATEKIRJE

Hei!

Olemme Sanna Kåla ja Sirpa Korhonen. Opiskelemme geronomeiksi, Satakunnan ammattikorkeakoulussa, Porissa. Opinnäytetyön tarkoituksena on testata lyhyt-MNA:n jatkoksi tehtyä ruoankäytön selvitys – lomaketta Salon kotihoidon työntekijöiden työvälineenä. Opinnäytetyö tehdään Salon vanhuspalveluiden käyttöön.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää,

- Miten lyhyt MNA- seulontaosuus ja ruoankäytön selvitys – kysely otetaan käyttöön Salon kotihoidon työntekijän työvälineeksi asiakkaan ravitsemustilan tunnistamiseksi?
- Miten Salon kotihoidon työntekijät kokevat ruoankäytön selvitys – lomakkeen kotihoidon työvälineenä?

Tutkimuksen otokseen valittiin Salon läntisen ja Kuusikon kotihoito. Tiimien työntekijät ohjataan kyselyiden toteuttamiseen tammikuussa (viikolla 1 ja 2). Kysely toteutetaan kahden viikon aikana (viikolla 3 ja 4). Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tutkimukseen, johon tämä saate- ja kyselykirje liittyy. Aineisto käsitellään nimettömänä ja palautetaan analyysin jälkeen tiimiin, jotka huolehtivat aineiston hävittämisestä tarvittavien kirjausten jälkeen. Aineisto analysoidaan kevään 2011 aikana. Opinnäytetyö valmistuu syksyllä 2011.

LIITE 5

Toivomme, että kommentoit **ruoankäytön selvitys** -lomaketta sekä **sen täyttöö** ja kerrot **mielipiteesi** siitä. Vastaa ystävällisesti seuraaviin kysymyksiin. (Ympyröi vastauksesi)

Sukupuoli

1. nainen
2. mies

Ammatti

1. Sairaanhoidaja/Terveystenhoitaja
2. Hoitaja
3. Lähihoitaja
4. Hoivatyöntekijä
5. Muu _____

Olen iältäni

1. 18 – 29
2. 30 – 39
3. 40 – 49
4. 50 – 59
5. 60 -

Olen

1. vakituksessa työsuhteessa
2. sijainen

Olen työskennellyt kotihoidossa

1. alle 1 vuotta
2. 1 – 5 vuotta
3. 5 – 10 vuotta
4. yli 10 vuotta

Ruoankäytön selvitys -lomakkeen kysymykset ovat mielestäni

1. erittäin ymmärrettäviä
2. hyvin ymmärrettäviä
3. ymmärrettäviä
4. huonosti ymmärrettäviä
5. erittäin huonosti ymmärrettäviä

Perustele: _____

Ympyröi omaa käsitystäsi parhaiten vastaava vaihtoehto.

Vaihtoehdot ovat: 1. Täysin samaa mieltä, 2. Osin samaa mieltä, 3. Ei samaa eikä eri mieltä, 4. Osin eri mieltä, 5. Täysin eri mieltä.

Ruoankäytön selvitys – lomakkeen avulla sain riittävästi tietoa asiakkaan:

kerralla syödystä ruoan määrästä	1	2	3	4	5
ruokailun ongelmista (ruoanvalmistus ja syöminen)	1	2	3	4	5
päivän ateriaritmiä	1	2	3	4	5
ruoan sisällöstä	1	2	3	4	5
päivittäisestä nesteen saannista	1	2	3	4	5
proteiinin saannista (esim. maitotuotteet)	1	2	3	4	5
käytetyn rasvan laadusta	1	2	3	4	5
lisäravinteista	1	2	3	4	5
suolen toiminnasta	1	2	3	4	5
alkoholin käytöstä	1	2	3	4	5
Sain riittävästi ohjausta lomakkeen täyttöön	1	2	3	4	5

Perustele: _____

Mielestäni lomake sopii kotihoidon työvälineeksi

1 2 3 4 5

Perustele: _____

Mitä muuta palautetta haluat antaa?

Kiitos vastauksistasi, ne ovat meille tärkeitä!

Sanna Kåla ja Sirpa Korhonen

Geronomi-opiskelijat

Sirpa Korhonen ja Sanna Kåla
Vanhustyön koulutusohjelma/Geronomi
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Pori

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

10.11.2010

Vanhuspalveluiden johtaja
Hannele Lyytinen

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Opiskelemme geronomeiksi Satakunnan ammattikorkeakoulussa, Porissa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on testata ruoankäytön selvitys – lomaketta Salon kotihoidon työntekijöiden työvälineenä.

Opinnäytetyötämme ohjaavat Salon terveyskeskuksen ravitsemusterapeutti Tuulikki Vanhapelto, itäisen kotihoidon aluejohtaja Tuula Suominen sekä hoivatyönjohtaja Outi Korpelainen. Ohjaavana opettajanamme toimii koulun yliopettaja Sari Teeri.

Tarkoituksena on perehdyttää kotihoidon tiimien työntekijät tammi-kuussa 2011 lyhyt MNA:n ja ruoankäytön selvitys -lomakkeen käyttöön. Kysely toteutetaan kahden viikon aikana. Tiimien työntekijät arvioivat henkilökohtaisesti lomakkeiston käytettävyyttä kotihoidon työvälineenä heille tarkoitettulla erillisellä kyselylomakkeella Molemmat kyselyt palautetaan opinnäytetyöntekijöille tilaisuudessa, jossa tiimit jatko-ohjeistetaan lyhyt MNA:n pohjalta ravitsemusriski arviointi – kotihoidon toimintaohje kaavion mukaisesti. Kyselyt käsittelemme nimettömänä, ilman tunnistettavia henkilötietoja.

Tutkimusmenetelmänä käytämme strukturoitua kyselyä ja aineisto analysoidaan kevään 2011 aikana tilastollisesti. Raportti valmistuu syksyn 2011 aikana ja se luovutetaan Salon vanhuspalveluiden käyttöön sekä Satakunnan ammattikorkeakoululle, Porin yksikköön.

Ystävällisin terveisin

Sirpa Korhonen

Sanna Kåla

SALON KAUPUNKI

VIRANHALTIJAPAAOTOS

Vanhuspalveluiden johtaja

25.11.2010

§ 3

Tutkimuslupa / Korhonen Sirpa ja Kåla Sanna

Sirpa Korhonen ja Sanna Kåla opiskelevat geronomeiksi Satakunnan ammattikorkeakoulussa. He anovat tutkimuslupaa opinnäytetyötään varten.

Opinnäytetyön tarkoituksena on testata ruoankäytön selvitys -lomaketta Salon kotihoidon työntekijöiden työvälineenä.

Raportti valmistuu syksyn 2011 aikana ja se luovutetaan Salon vanhuspalveluiden käyttöön.

Päätöksen peruste

Salon kaupungin hallintosääntö § 16

Päätös

Myönnän tutkimusluvan ruoankäytön selvitys -lomakkeen testamiseen Salon kotihoidon työvälineenä.



Hannele Lyytinen
Vanhuspalveluiden johtaja

akelu

Sirpa Korhonen
Sanna Kåla
Kotihoidon esimiehet