



Vanhusten ravitsemuksen seuranta kotisairaanhoidossa

Katja Hurri

Joona Kallonen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

KATJA HURRI & JOONA KALLONEN:
Vanhusten ravitsemuksen seuranta kotisairaanhoidossa

Opinnäytetyö 54 sivua, josta liitteitä 13 sivua
Toukokuu 2012

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kartuttaa tietämystä ravitsemuksen seurannasta Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoidossa sekä selkeyttää ravitsemushoidon tavoitteita. Ravitsemustilan seuranta oli tärkeä tuoda esille kotisairaanhoidossa, sillä aihe jää herkästi muiden hoitotoimien varjoon.

Eliniän pidentymisen johdosta, ikääntyneiden määrä kasvaa. Tästä syystä vanhainkotien ja palvelutalojen paikat ovat rajallisia, joten palveluiden kotiin tuomiseen panostetaan enemmän. Kotisairaanhoidon asiakkaiden ravitsemustilan asianmukainen seuranta on osa ikääntyneiden hyvää kotihoitoa. Vanhusten ravitsemustilan seurantaan on viime vuosina alettu kiinnittää enemmän huomiota. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositukset ovat kehitetty auttamaan virhe- ja aliravitsemustilojen ennaltaehkäisyssä. Keskeisiä ongelmakohtia ovat riittävä energian- ja proteiinin saanti, d-vitamiinin saanti ja riittävä ravitsemustilan seuranta.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus ja menetelmänä oli käytössä teemahaastattelu. Aineisto kerättiin haastattelemalla kuutta Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoidon työntekijää. Haastattelut ajoittuivat huhtikuulle 2012.

Haastattelujen perusteella saaduista tuloksista ilmeni, että aihe oli erittäin ajankohtainen ja tarpeellinen. Tuloksien perusteella Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoidossa ravitsemustilan seuranta oli vähäistä, eikä suositusten mukaista. Haastattelujen perusteella ilmeni, ettei suosituksen mukaisiin energian, proteiinien ja d-vitamiinin saantisuosituksiin päästä kaikkien iäkkäiden kohdalla.

MNA – testin tekeminen jokaiselle kotisairaanhoidon asiakkaalle, auttaa saamaan paremman kuvan vallitsevasta ravitsemustilasta. D-vitamiinilisän järjestelmällinen käyttöön otto, sekä energian- ja proteiinin riittävän saannin huomiointi ovat keskeisiä kehityskohtia. Lisäksi Mänttä-Vilppulan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteistyöhön tulisi kiinnittää enemmän huomiota.

Asiasanat: ikääntyneet, ravitsemustila, kotisairaanhoido, arviointi, ravitsemussuositukset

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Care
Nursing

Katja Hurri & Joonas Kallonen:
Monitoring the Nutrition of the Elderly in Domiciliary Nursing

Bachelor's thesis 57 pages, appendices 13 pages
May 2012

The aim of this bachelor's thesis was to increase the knowledge of nutrition monitoring in the domiciliary nursing in Mänttä-Vilppula and to highlight and clarify the goals of nutrition therapy. It was important to highlight the monitoring of the nutritional state in domiciliary nursing, since this subject easily remains in the shadow of other treatments.

Since the average life expectancy has extended, the number of the elderly has also increased. Thus the number of places in retirement homes is also limited, and more investment in bringing the services into people's homes is needed. Appropriate monitoring of the nutrition of the customers in domiciliary nursing is part of good care of the elderly. The nutritional monitoring of the elderly has gained more attention in recent years. The nutrition recommendations of the National Nutrition Council have been developed to help prevent malnutrition among the elderly. Essential problems are the sufficient intake of protein, energy and vitamin D as well as the appropriate monitoring of nutrition.

This bachelor's thesis is a qualitative survey and the method used was a theme interview. Six domiciliary nurses were interviewed at the domiciliary nursing facilities of Mänttä-Vilppula in April 2012.

The results of the interviews show that the topic was extremely timely and useful in Mänttä-Vilppula, since the nutritional monitoring had been left aside and the nutrition was not as to the recommendations. The interviews revealed that the intake of energy, protein and vitamin D was not on the recommended level with all of the elderly.

The systematic implementation of MNA tests with all the customers in domiciliary nursing will help to get a better picture of the current nutritional state. Systematic use of additional vitamin D and sufficient intake of protein and energy are the main objectives of development. In addition, more attention should be paid on cooperation between home help services and domiciliary nursing in Mänttä-Vilppula.

Key words: the elderly, domiciliary nursing, nutrition, monitoring, nutrition recommendations

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TAVOITE TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	7
3	IKÄÄNTYVÄN TERVEYTEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ	8
3.1	Toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä	8
3.2	Virhe- ja aliravitsemukseen vaikuttavia tekijöitä	9
3.3	Ravitsemus ja lääkehoito	10
4	RAVITSEMUSSUOSITUKSET	11
4.1	Ikääntyvän ihmisen ravitsemussuosituksset	11
4.2	Energian saantisuosituksset	11
4.3	Proteiinin saantisuosituksset	12
4.4	Hiilihydraattien ja ravintokuitujen saantisuosituksset	12
4.5	Vitamiinit ja kivennäisaineet	13
4.6	Nestetasapaino	15
5	RAVITSEMUSTILAN ARVIOINTI JA SEURANTA	16
5.1	Ravitsemustilan arviointi	16
5.2	Ravitsemustilan seurannan menetelmät	17
5.2.1	MNA (Mini Nutritional Assessment)	18
5.2.2	MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) ja RAI (Resident Assessment Instrument)	19
6	KOTIHOITO JA KOTISAIRAANHOITO	20
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	21
7.1	Tutkimusprosessin eteneminen	21
7.2	Haastattelun kohderyhmä	21
7.3	Tiedonkeruu	22
7.4	Aineiston käsittely ja analyysi	22
8	TULOKSET	24
8.1	Hoitajien ja asiakaskunnan taustaa	24
8.2	Ravitsemustilan tarkastelua	24
8.2.1	Sairastuneen tai leikkauksesta toipuvan ravitsemus	24
8.2.2	Päivittäinen energian ja proteiinin saanti	25
8.2.3	D-vitamiinilisä	25
8.3	Ruokailu	26
8.3.1	Asiakkaan ruokailuhetki	26
8.3.2	Käytännön apua ruokailuun	26
8.3.3	Ateriavälit	27
8.3.4	Syödyn ruuan määrän arviointi	27

8.4 Ravitsemustilan seurannan apuvälineet.....	28
8.4.1 Käytössä olevat ravitsemustilan seurannan apuvälineet	28
8.4.2 Painon seuranta.....	28
8.5 Virhe- ja aliravitseminen	29
8.5.1 Ravitsemuksen seuranta virhe- tai aliravitsemustilanteessa	29
8.5.2 Hoitajan arvio ravitsemustilasta omien asiakkaiden kohdalla	30
8.6 Lääkkeet ja ravitseminen	30
8.7 Muita esille nousseita asioita	31
8.7.1 Yhteistyö kotipalvelun kanssa.....	31
8.7.2 Kehitysehdotuksia ravitsemustilan tarkkailuun.....	32
8.7.3 Ruuan laatu.....	32
9 POHDINTA	33
9.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	33
9.2 Tulosten tarkastelu	34
9.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	38
LÄHTEET	40
LIITTEET.....	42
Liite 1. Teemahaastatteluaiheet.....	42
Liite 2. Must lomake.....	44
Liite 3. MNA lomake	45
Liite 4. NRS-2002 lomake	46
Liite 5. Ruokailun seuranta lomake 1/(3)	47
lähde: www.ravitsemuskotona.fi Liite 6. Annostaulukko 1/(3).....	49
Liite 6. Annostaulukko 1/(3).....	50
Liite 7. Suostumuslomake ja saate	53

1 JOHDANTO

WHO:n (*World Health Organization*) määritelmän mukaan terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Koska terveys on jatkuvasti muuttuva tila joka muodostuu fyysisen, sosiaalisen ja elinympäristön vaikutteina ja jonka jokainen kokee sen arvojensa sekä asenteensa pohjalta eritavoin. Ravitsemuksen on todettu osallaan vaikuttavan kaikkiin edellä mainittuihin hyvinvoinnin osa-alueisiin. (Lyyra 2007, 184.)

Kotona asuvan iäkkään henkilön hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpitämiseen kuuluu hänen hyvästä ravitsemuksestaan huolehtiminen. Huono ravitsemustila johtaa herkästi terveysongelmiin tai jopa ennenaikaiseen kuolemaan. Terveysten, toimintakyvyn ja elämänlaadun kannalta ravitsemus on keskeisessä asemassa. Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan kotona asuvista yli 75-vuotiasista kolme prosenttia oli aliravittuja, 48 prosenttia riskissä virheravitsemukselle sekä 49 prosenttia hyvässä ravitsemustilassa. (Soini, Routasalo & Lagström 2004.)

Hyvällä ravitsemustilalla voidaan ehkäistä tai siirtää sairauksien puhkeamista ja hidastaa sairauksien pahenemista, sekä edistää kotona asumista ja pärjäämistä (VNR 2010, 12). Tämän vuoksi on tärkeää kiinnittää huomiota ravitsemustilan seurannan toteutumiseen Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoidossa. Kotisairaanhoidon jaksolla kiinnitimme huomiota useiden vanhusten huonoon ravitsemustilaan ja huonoihin ruokailutottumuksiin. Omien huomioiden ja ravitsemustieteen luentojen pohjalta kiinnostus aiheeseen heräsi.

2 TAVOITE TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää vanhusten ravitsemustilan seuranta Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoidossa.

1. Miten kotisairaanhoidon asiakkaan ravitsemustilaa seurataan?
2. Kuinka usein kotisairaanhoidon asiakkaiden painoa seurataan?
3. Miten seurataan kotisairaanhoidon asiakkaiden ruokailua?
4. Miten kotisairaanhoidossa seurataan virheravitsemusta ja aliravitsemusta?
5. Millaisia mittareita ravitsemustilan seurantaan on käytössä kotisairaanhoidossa?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kartuttaa tietämystä ravitsemuksen seurannasta Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoidossa. Lisäksi tavoitteena on tuoda esille ja selkeyttää ravitsemushoidon tavoitteita. Ikääntyneiden ravitsemussuosituksen yhdenmukaistamisen edistäminen Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositusten mukaisiksi, olisi eduksi sekä asiakkaille että hoitohenkilökunnalle.

3 IKÄÄNTYVÄN TERVEYTEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

3.1 Toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä

Vanhentuuessa tapahtuu paljon fysiologisia muutoksia. Solu- ja kudostasolla vanhentuminen tarkoittaa kuivumista, rasvoittumista, hyytymistä ja jäykistymistä. Ihmisen tullessa 75 - 80 vuoden ikään muun muassa sydämen, aivojen ja keuhkojen soluista on kadonnut 20 - 40 prosenttia. (Tilvis ym. 2010, 21.) Yli 65 -vuotiaiden keskuudessa virhe-ravitsemuksen esiintyvyys on vielä alle 10 prosenttia, mutta 80 ikävuoden jälkeen sen ilmaantuvuus kasvaa merkittävästi (VNR 2010, 12).

Ikääntyvän toimintakyvyn keskeinen käsite on päivittäisistä toiminnoista selviytyminen, josta tavallisesti erotellaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Fyysisen toimintakyvyn toimivuus määrittyy pitkälti hengitys- sekä verenkiertoelimistön ja tuki- ja liikuntaelimistön toimivuuden perusteella. Hapenottokyky, lihasvoima, nivelten liikkuvuus sekä kehon eri elinjärjestelmien suoriutuminen ovat fyysisen toimintakyvyn määrittäviä tekijöitä. Psyykkisen toimintakyvyn käsitteeseen sisällytetään kognitiiviset toiminnot, jotka kuvaavat oppimisen ja muistamisen kykyä, erilaisia psyykkistä hyvinvointia kuvaavia tekijöitä kuten depressio, yksinäisyyden tunne, stressi sekä erilaiset psyykkiset selviytymiskeinot. Sosiaalisen toimintakyvyn määritelmä koostuu yksilön ja ympäristön välisestä vuorovaikutuksesta. (Lyyra 2007, 21.)

Ravitsemustilaan ikääntyvällä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky vaikuttaa merkittävästi. Tulee kuitenkin muistaa, että ikääntymisen myötä tapahtuvat muutokset ja niiden kokeminen ovat yksilöllistä ja jokainen kokee ja kohtaa ne eritavoin. Taulukko 1 kuvaa ikääntyneiden painon laskun syitä eritellen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset sekä lääketieteelliset syyt ikääntyvän painon laskuun. (VNR 2010, 37-38.)

TAULUKKO 1. Painonlaskun syitä ikääntyneillä ihmisillä (VNR 2010, 37).

Fysiologiset syyt	Psykologiset syyt	Sosiaaliset syyt	Lääketieteelliset syyt
<p>Muutokset maku- ja hajuaistissa → ruokahalu heikkenee, ruoka ei maistu</p> <p>Maha-suolikanava</p> <ul style="list-style-type: none"> • mahalaukun tyhjeneminen hidastuu • energiaa sisältävät aineenvaihduksen tuotteet (glukoosi ja rasvahapot) viipyvät verenkierrossa aiempaa kauemmin <p>→ <i>kylläisyydentunne lisääntyy ja näläntunne heikkenee</i></p> <p>Suolistohormonit</p> <ul style="list-style-type: none"> • glukakoni-, kolekystokiniini- ja leptiinitasot nousevat • greliinitaso laskee <p>→ <i>energiatasapainon säätely muuttuu</i></p>	<p>Depressio</p> <p>Dementia</p> <p>Puolison kuolema</p> <p>Väsymys/apatia</p> <p>Alkoholismi</p> <p>Vanhuusiän paranoia</p>	<p>Köyhyys</p> <p>Sosiaalinen eristyneisyys</p> <p>Yksinäisyys</p>	<p>Krooninen sairaus</p> <p>Infektiot</p> <p>Painehaavat</p> <p>Imeytymishäiriöt</p> <p>Lääkkeet, jotka vaikuttavat makuaistiin tai ruokahaluun</p> <p>Ruoan ja lääkkeiden yhteisvaikutus</p> <p>Huonot hampaat/kipuja suussa</p> <p>Nielemisvaikeudet</p> <p>Liian rajoittavat/turhat erityisruokavaliot</p>

3.2 Virhe- ja aliravitsemukseen vaikuttavia tekijöitä

Virhe- ja aliravitsemus riski on erityisen suuri toisten avusta riippuvaisilla ikääntyneillä. Yli 65-vuotiasta 5-8 prosenttia kärsii virhe- ja aliravitsemuksesta. (Suominen 2007, 185.) Tavallisimmat virhe- ja aliravitsemustiloihin johtavat ravitsemusongelmat ikääntyneillä ovat liian vähäisen proteiinin sekä energian saannin johdosta aiheutuva laihtuminen sekä aliravitsemus, joka voi johtaa lihaskudoksen menetykseen eli sarkopeniaan. Lihasten osuus kehossa vähenee ikääntymisen myötä, lihasvoima pienenee ja rasvan osuus lisääntyy. Lihaskatoa voi tapahtua, vaikka ikääntynyt henkilö ei olisi aliravittu tai laihtunut. (Hakala 2011.) Heikentyneen ravitsemustilan syyt ovat yksilöllisiä ja voivat ilmetä eritavalla eri henkilöillä (Suominen 2008, 7).

Ikääntyessä ruokahalun heikkeneminen on tavallista, energian tarve vähenee, kun aineenvaihdunta hidastuu. Iän mukanaan tuomat sairaudet heikentävät ruokahalua. Murtumien ja leikkausten jälkitilat ja lääkitys vaikuttavat kaikki osaltaan ikääntyvän ruokahaluun (Hakala 2011). Ravitsemusongelmien, sairauksien ja heikentyneen toimintakyvyn välillä on selkeä yhteys (Suominen 2008, 7). Erilaiset hormonaaliset ja metaboliset muutokset ovat ikääntyessä oleellisia muutoksia, jotka vaikuttavat ravinnon saanti tar-

peisiin. Hidastunut perusaineenvaihdunta, vähentynyt liikunta ja heikentynyt maku- ja hajuaisti, voivat vähentää ruokahalua. (Aro, Mutanen & Uusitupa 2005, 321.)

Suun ja hampaiden ongelmat sekä syljenerityksen väheneminen saattavat tehdä ruokailusta epämiellyttävää ja jopa vähentää ravintoaineiden saantia (Aro, ym. 2005, 314-315). Hammaskato, iensairaudet, limakalvon muutokset ja kuiva suu vaikeuttavat tai estävät ruoan pureskelua. Lisäksi ruokatorven hidastunut toiminta ja mahdolliset nielemisvaikeudet voivat hankaloittaa nielemistä. (Suominen 2008, 10.)

3.3 Ravitsemus ja lääkehoito

Väestön ikääntyessä lääkkeiden käyttö tavallisesti lisääntyy. Ravinto ja lääkeaineet kulkevat samoja reittejä elimistössä imeytyessään, joten ne myös vaikuttavat toisiinsa ja toistensa toimintaan. Lääkityksen onnistuminen on usein tavoitteena, joten lääkkeen aloituksen yhteydessä käydään yleensä läpi ruoka-aineet jotka voivat häiritä lääkkeen imeytymistä, myös yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa käydään usein läpi samassa yhteydessä. Lääkkeiden ja ruoan vaikutus toisiinsa tulee esiin keskeisimmin imeytymiseen vaikuttavien tekijöiden myötä. Lääkkeiden imeytymiseen vaikuttavat useat tekijät, kuten otetaanko lääke ruoan kanssa vai ilman. Lisäksi eri ruoka-aineet vaikuttavat imeytymiseen, maitotuotteet, alkoholi, rasvat ja proteiinit nousevat esille yleisinä imeytymiseen vaikuttavina tekijöinä. (Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 55-56.)

Lääkkeet voivat myös vaikuttaa ravitsemustilaan. Yleisiä lääkkeiden haittavaikutuksia ravitsemustilaan ovat erilaiset ruoansulatuskanavan toiminta häiriöt, kuten ummetus, mahaärskytytys, ripuli, limakalvojen haavautumista ja huonovointisuutta. Lääkkeet voivat vaikuttaa syödyn ruoan pH-arvoon ja saattavat heikentää ravinto-aineiden imeytymistä. Ruoan ja lääkkityksen haittavaikutukset näkyvät enemmän haittoina lääkkityksessä. Ravitsemustilan heikkenemisen taustalla tulee huomioida muitakin seikkoja kuin lääkkitys. Elimistö on tottuneempi käsittelemään ravitsemuksen aiheuttamia muutoksia, kuin lääkkeiden aiheuttamia vaikutuksia, tästä syystä lääkkeiden ja ravitsemuksen yhteisvaikutuksia on tärkeää seurata. (Arffman, ym. 2009, 59-60.)

4 RAVITSEMUSSUOSITUKSET

4.1 Ikääntyvän ihmisen ravitsemussuositukset

Hyvä ravitsemustila on terveyden ja hyvinvoinnin edellytys kaikissa elämänkaaren vaiheissa. Ikääntyneillä hyvä ravitsemustila ylläpitää terveyttä, toimintakykyä ja nopeuttaa sairauksista toipumista. (VNR 2010, 12.) 50 ikävuoden jälkeen elimistössä alkaa ravitsemuksen kannalta uusi vaihe, jolloin lihakset ja luusto heikkenevät ja energian tarve pienenee. Ihmisen ravintoaineiden tarve ei kuitenkaan muutu. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 167.)

Ikääntyneiden ravitsemussuositusten keskeisimmät tavoitteet ovat ylläpitää terveyttä, toimintakykyä sekä elämänlaatua. Ikääntyneiden ravitsemussuositukset ovat suunnattu yli 65-vuotialle. Suositukset koostuvat ohjenuorista, joiden avulla pyritään turvaamaan ravinnonsaanti sekä hyvä ravitsemustila. Ikääntyneen tarpeiden mukaisen ravinnon saannin turvaamisella, ravitsemuksen huomioinnilla ja ravitsemustilan seurannalla pyritään lisäämään ravitsemustilan heikkenemisen tunnistamista, kartuttaa tietämystä ravitsemushoidoista ja sen käytännöistä sekä kaventaa niissä olevia eroja. (VNR 2010, 8-11.)

4.2 Energian saantisuositukset

Ravitsemusneuvottelukunnan suositusten mukaan päivittäisen energiansaannin tulee vastata kulutusta ja kun energian saannin ollessa vähintään 1500kcal ja ruokavalion laatu on hyvä, useimpien ravintoaineiden saanti on todennäköisesti turvattu. (VNR 2010, 14). Energian tarpeen määrittää perusaineenvaihdunta, joka hidastuu vanhetessa. Perusaineenvaihdunnan nopeuden määrittää elimistön rasvatomankudoksen määrä, joten ikääntyessä kehon rasvakudoksen osuuden lisääntyminen hidastaa perusaineenvaihduntaa. (Aro, ym. 2005, 315.)

Energian tarve alkaa vähentyä keski-ikänsä jälkeen, mikäli syöty ruokamäärä on yksipuolinen tai pieni, voidaan ruokavaliota täydentää ravintoaineiden puutteita ennalta ehkäisevästi (Arffman, ym. 2009, 101). Ruokavalion suunnittelussa olisi hyvä ottaa huomioon

asiakkaan mieltymykset, koska se edistää asiakkaan ruokahalua joka lisää syödyn ruoan määrää jolloin ravintoaineiden saanti myös lisääntyy. Ruoasta saatavan voidaan tarvittaessa lisätä, eli ottaa käyttöön niin kutsuttu tehostettu ruokavalio. Tehostetussa ruokavaliossa on tavallista että välipalojen ja pienten aterioiden määrää lisätään, jolloin ruokailujen välit lyhentyvät, pyritään tarjoamaan kolme pää-ateriaa ja kolme välipalaa. Ruoan energia tiheyttä voidaan lisätä esimerkiksi valitsemalla runsaammin rasvaa sisältäviä tuotteita, välttämällä kevyttuotteita, maitovalmisteista voi suosia rasvaisempia tuotteita ja ruokiin lisätä öljyä. (VNR 2010, 48.)

4.3 Proteiinin saantisuositukset

Riippumatta iästä aikuinen ihminen tarvitsee proteiinia 0.8 grammaa painokiloa kohti, mutta on viitteitä siitä, että ikääntyneiden proteiinin tarve olisi suurempi. Tavoitteena voidaan pitää jopa 1.5 grammaa proteiinia painokiloa kohti päivässä tai 20 prosenttia kokonaisenergian määrästä (Wolfe, Miller S. Miller K. 2008). *”Liian niukka proteiinin (valkuaisaineiden) saanti aiheuttaa lihaskatoa, joka heikentää liikunta- ja toimintakykyä sekä kehon hallintaa. Sen seurauksena kaatumis – ja murtumavaara kasvaa ja altistuminen infektioille lisääntyy”* (Hakala, 2011). Proteiinin riittävä saanti on tärkeä seerumin transferrini- ja albumiinipitoisuuksien määrittävä tekijä (Aro, ym. 2005, 315-316).

Silloin kun, elimistön energiansaanti ei ole riittävää käyttää se proteiinia energiasaantia kompensoidakseen. Tästä syystä energiansaannin turvaaminen on tärkeää, jotta proteiinia riittäisi kudosten tarpeisiin. Erityisesti proteiinin saannin merkitys korostuu akuuteissa stressitilanteissa, kuten esimerkiksi sairastuessa tai leikkauksen johdosta. (VNR 2010, 48.)

4.4 Hiilihydraattien ja ravintokuitujen saantisuositukset

Hiilihydraattien suositeltu osuus päivittäisestä ravinnosta tulisi olla 55-60 prosenttia kokonaisenergiasta. Kuidun saanti on tärkeä huomioon otettava seikka ikääntyvän ravitsemuksessa joten kuitujen saanti liittyy oleellisesti suolentoimintaan. Vähentynyt liikunta ja liian vähäinen kuitujen saanti voi johtaa ummetukseen, divertikkeleihin tai erilai-

siin paksusuolen ärtymisestä johtuviin oireisiin. Ravintokuitujen suositeltu osuus ikään-
tyvän ruokavaliosta tulisi olla 25-35 grammaa päivässä. (Aro, ym. 2005, 319.)

Runsaskuituinen ruokavalio vaikuttaa koettuun kylläisyyden tunteeseen lisäävästi. Hy-
viä ravintokuidun lähteitä ovat puurot, täysjyväleipä sekä kasvikset ja hedelmät ja mar-
jat. Ravintokuitujen merkitys korostuu erityisesti ummetuksen hoidossa ja sokeri- ja
rasva-aineenvaihdunnassa, nesteiden riittävä nauttiminen on muistettava runsaskuitui-
tuisen ruokavalion yhteydessä. (VNR 2010, 47.)

4.5 Vitamiinit ja kivennäisaineet

A-vitamiinin saanti ikääntyneillä on todettu jäävän alle suositus rajojen, vaikka se ei
tule merkittävästi esille ikääntyneiden seerumin pitoisuuksien pienentymisenä ja ei näin
ollen aiheuta merkittävää puutostilaa. Liiallinen A-vitamiinin saanti voi ikääntyneillä
usein hidastuneen munuaisten toiminnan vuoksi aiheuttaa jopa myrkytys vaaran. (Aro,
ym. 2005, 316-317.)

B-vitamiinit ovat vesiliukoisia vitamiineja, niiden toiminta on usein yhteydessä aineen-
vaihduun sekä ruoansulatukseen. B1-vitamiinin (tiamiini) puutoksen on todettu li-
säävän väsymystä, ruokahaluttomuutta sekä sekavuutta. Länsimaissa varsinaisen B1-
vitamiin puute on kuitenkin harvinainen. (Aro, ym., 318.) B2-vitamiinin (riboflaviini)
vaikuttaa kehon energian tuotannossa sekä solujen aineenvaihdunnassa, lisäksi se vai-
kuttaa immuunijärjestelmän ylläpitoon sekä ihon ja limakalvojen hyvinvointiin. Kol-
masosalla ikääntyvästä väestöstä on todettu B2-vitamiin puutos. Muiden B-vitamiinien
tavoin B6-vitamiinin puutos (pyridoksiini) heikentää niin ikään immuunijärjestelmän
toimintaa. (Aro, ym. 2005, 318.)

B-12 vitamiinin (syankobalamiini) puute ikääntyneillä on yleinen. *”Yhdellä kymme-
nesosalla yli 65-vuotiaista suomalaisista on todettu B12-vitamiinin puute”* (Salonen,
2011). Pääasiassa ikääntyneillä esiintyvä B12 vitamiinin puute aiheutuu tavallisesti
imeytymisen häiriön johdosta tai riittämättömästä B12-vitamiinin saannista. B-12-
vitamiinin puutos pystytään määrittämään seerumin homokysteeni pitoisuuden suure-
nemisen perusteella. (Aro, ym. 2005, 319.)

Anemia, erilaiset hermoston oireet sekä dementoivien sairauksien yhteys on liitetty B12-vitamiinin puutteesta johtuviksi. B12-vitamiinin puutetta voidaan korjata lisävitamiini valmisteilla ja myös B12-vitamiini injektiot ovat yleinen B-vitamiini tason korjaus muoto, sillä näin voidaan olla varmoja vitamiinin elimistöön pääsystä. (Salonen, 2011.) Foolihappo on B-vitamiini ryhmään kuuluva aine (Aro 2008). Foolihapon puute aiheuttaa anemiaa ja B12-vitamiinin puutteen tavoin neurologisia oireita. Runsas lääkkeiden käyttö sekä sairaudet voivat johtaa foolihapon puutteeseen. (Aro, ym., 319.)

D –vitamiinin saanti ravinnosta on suomalaisilla ollut aina ongelma. D-vitamiini lisän lisääminen päivittäiseen käyttöön on suositeltavaa. Yli 60 –vuotta täyttäneille suositellaan annettavaksi 20 mikro grammaa D-vitamiinia vuorokaudessa ympäri vuoden. (VNR 2010, 43.) D3 vitamiinia suositellaan ensisijaisena D-vitamiini muotona, joka on ihmiselle luontaisempi D-vitamiini kuin D2 vitamiini ja on teholtaan parempi. (THL 2011). D-vitamiinin imeytyminen ja muodostuminen iholla heikkenee ikääntymisen myötä. Erityisesti pimeänä aikana loka-maaliskuussa D-vitamiinilisää suositellaan. Mikäli ulkona liikkuminen on vähäistä ympäri vuoden, on sen hyvä olla käytössä ympäri vuoden. (Suominen 2007, 191.)

Auringossa iholla syntyvää D₃-vitamiinia eli kolekalsiferolia, ei esiinny ravinnossa merkittäviä määriä kuin kalassa, joten sen saanti voi herkästi hankaloitua, etenkin pimeänä talviaikana. D-vitamiinin tiedetään laskevan verenpainetta reniiniin tuotannon vähentävän vaikutuksen johdosta. Luustoon kohdistuvista D-vitamiinin terveysvaikutuksista sekä sen suositeltavista määristä ei ole vielä tarpeeksi näyttöä jotta sen avulla voitaisiin vähentää luukatoa (osteoporoosia), vaikka tiedetään sen estävän aikuisen luun pehmenemistä (osteomalasiaa). (Paakkari 2010.)

E-vitamiinin saanti ikääntyneen väestön keskuudessa jää harvoin alle suositusten. E-vitamiinin antioksidantit vaikuttavat esimerkiksi immunitettiin sekä ihon hyvinvointiin. K-vitamiinin puutostilat ovat myös harvinaisia, lähinnä ikääntyvällä väestöllä ilmenee ongelmia K-vitamiinin imeytymistä vaikeuttavien maksan toiminnan häiriöiden yhteydessä. K-vitamiini vaikuttaa veren hyytymistekijöihin. (Aro, ym. 2005, 318.)

Kalsium on yleisin kivennäisaine, joista ikääntyvällä väestöllä esiintyy puutosta. Kalsiumin puute voi johtaa osteoporoosiin. Kalsiumin saanti on suosituksia pienempää 19-40 prosenttia ikääntyneillä miehillä ja 35-43 prosenttia ikääntyvillä naisilla. Kalsiumin

imeytyminen heikkenee ikääntyessä, vähentynyt D-vitamiinin saanti on kiinteässä yhteydessä kalsiumin imeytymiseen. Ikääntyneiden magnesiumin puutostilat ovat harvinaisia, mukaan lukematta sairaalapotilaita. Raudan saannissa ikääntyvän väestön keskuudessa ei niin ikään esiinny merkittävää puutosta. Vain 3 prosenttia ikääntyneistä esiintyy raudan puutosta. Maha- suolikanavan verenvuodot ovat yleinen raudan puutosta aiheuttava tekijä. Sinkin puutteen tiedetään heikentävän immuniteettiä. Biokemialliset näytöt tästä ovat kuitenkin vähäisiä ikääntyneen väestön keskuudessa. Selenin imeytymisestä tai sen puutteesta ei ikääntyneiden keskuudessa ole tutkimusnäyttöä, sen saanti ei kuitenkaan vanhetessa merkittävästi vähene. (Aro, ym. 2005, 320.)

4.6 Nestetasapaino

Riittävä nesteen saanti on välttämätöntä aineen vaihdunnalle ja fysiologisille toiminnolle. Vettä tarvitaan moniin eri tehtäviin esimerkiksi ravintoaineiden imeytymiseen ja kuljettamiseen kehossa ja aineenvaihdunta jätteen poistamiseen kehosta. Ikääntyneillä kehossa on vettä noin 50 – 60 prosenttia kun vastaavasti vastasyntyneellä vettä on noin 80 prosenttia. Tämän vuoksi nestevajaus on vakavampaa ikääntyneillä kuin nuorilla henkilöillä ja se voi johtaa verenpaineen laskuun ja sitä kautta kaatumisiin. Myös tietyt lääkkeet saattavat lisätä nesteen tarvetta. (VRN 2010, 41-42.)

Juomista säätelee janontunne joka ikääntyessä heikkenee. Munuaiset säätelevät nestetasapainoa vaikuttamalla virtsan määrään. Vettä poistuu elimistöstä myös ihon, keuhkojen ja ruoansulatuskanavan kautta. Menetetty neste saadaan takaisin vain juomalla ja syömällä. Neste tarve on noin 30millilitraa painokiloa kohden, eli noin 60 kiloa painavan henkilön pitäisi saada nesteitä päivittäin noin kaksi litraa. (VRN 2010, 41-42.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta antaakin suositukseksi ikääntyneelle juoda nesteitä yhdestä puoleentoista litraan päivässä, eli viidestä kahdeksaan lasilliseen. Juomiksi suositellaan vettä, maitoa tai hapanmaitotuotteita kuten piimää. Energiatarpeen mukaisesti kohtuudella täysmehuja, mehujuomia, keittoja, virvoitusjuomia, kaakaota, pirtelöitä ja jugurttijuomia, ottaen huomioon omien hampaiden terveyden. (VRN 2010, 41.)

5 RAVITSEMUSTILAN ARVIOINTI JA SEURANTA

5.1 Ravitsemustilan arviointi

Ravitsemustilan arviointi on tärkeässä asemassa käytännön potilastyössä, sillä erilaiset ravitsemushäiriöt tuovat mukanaan lisääntyneen sairastuneisuuden sekä kuolleisuuden riskin (Aro, ym. 2005, 312-313). Ravitsemustilan arviointi on oleellinen osa terveydentilan seurantaa. Huono ravitsemus voi altistaa sairauksille, vaikuttaa sairauksista paranemiseen sekä lisää ennenaikaisen kuoleamisen vaaraa. Mitä aikaisemmassa vaiheessa virheravitsemus tunnistetaan, sitä nopeammin siihen voidaan puuttua. Erityisesti muistisairauksista tai masennuksesta kärsivät, leikkauksista tai murtumista toipuvat tai infektiosta kärsivät, kuuluvat riskiryhmään joiden ravitsemustilaa tulisi seurata tehostetusti. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 219–220.)

Tavallisia kotisairaanhoidon asiakkaiden ravitsemustilan arviointi keinoja ovat asiakkaan haastattelut ja ruokailun havainnoinnit, joiden avulla pyritään arviomaan asiakkaiden selviytymistä. Ravitsemustilaa arvioidessa tulee ottaa huomioon: pituus, paino, painonmuutokset, energiansaanti, liikkuminen, suun terveys, ihonkunto, masennus, muistihäiriöt, muut sairaudet sekä lääkitys. Lisäksi tulee ottaa huomioon asiakkaan ruokatalouden toimivuus ja siinä selviytyminen, kuten esimerkiksi ostosten teko, ruoan valmistus, ruokailutilanteiden ja hyvän keittiöhygienian ylläpidon onnistuminen. (Ikonen & Julkunen 2007, 173-175.)

Antropologiset mittaukset eli painon ja pituuden mittaaminen ja näistä laskettu painoindeksi, BMI (Body Mass Index), ovat hyvä lähtökohta yksinkertaiseen ravitsemustilan seurantaan aikuisilla. Painoindeksi lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä. Näin eripituisten henkilöiden vertailu helpottuu. Painoindeksiä ei tule käyttää voimakkaasta turvotuksesta kärsivien henkilöiden painon arviointiin. (Arffman, ym. 2009, 106.) Vuonna 2001 tehdyn tutkimuksen mukaan, ikääntyneiden suositeltu painoindeksialue tulisi olla välillä 24 - 29 kg/m². Havaittiin, että jos painoindeksi on alle 24kg /m², sairastuvuus ja ennenaikaisen kuoleman riski lisääntyi. (Dey ym. 2001.)

Ravitsemusneuvottelukunnan suositusten mukaisesti painoa pitäisi seurata kerran kuukaudessa säännöllisesti. Mitä nopeampaa ja suurempaa tahaton painonpudotus on, sitä

suurempi syy on epäillä ravitsemustilan heikkenemistä. (VRN 2010, 30.) Säännöllinen viikoittainen tai pari kertaa kuukaudessa tapahtuva painon mittaaminen auttaa huomaamaan painon muutokset ja selvittämään tarvittaessa niiden syitä (Arffman, ym. 2009, 107).

Ravitsemustilaa arvioitaessa paras menetelmä on ravitsemustilanteen kokonaisarviointi (SGA, Subjective global assessment), jossa seurataan painonmuutosta, ravinnonsaantia, sekä ruuansulatuskanavan oireita ja toimintakyvyn muutoksia. Tämän lisäksi se sisältää fyysisiä tutkimuksia ja mittauksia. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 221.) Ikääntyneen ravitsemuksen arvioinnin keskeisiin menetelmiin kuuluu painoindeksin ja tahattoman painonlaskun seuraamisen lisäksi, ruokavalion ja sen energiapitoisuuden, laboratoriotutkimukset ja erilaisten arviointimittarien kriittinen seuranta (Ikonen ja Julkunen 2007, 173).

5.2 Ravitsemustilan seurannan menetelmät

Vanhustenhoidossa on tärkeää havaita vajaaravitsemuksen vaarassa olevat henkilöt mahdollisimman nopeasti, jotta korjaavat toimenpiteet voidaan myös aloittaa mahdollisimman aikaisin. Aikuisten vajaaravitsemukseen on kehitetty useita menetelmiä, kuten MUST (Malnutrition universal screening tool, liite 2), MNA (Mini nutritional assessment, liite 3) ja NRS-2002 (Nutritional risk screening, liite 4). Vanhusten kotihoitoon on kehitetty RAI (Resident assessment instrument), joka on kokonaisvaltainen fyysisen ja psyykkisen tilan sekä kognitiivisten toimintojen ja ravitsemustilan arvioimismenetelmä. (Arffman, ym. 2009, 110).

Ravitsemushoidon toteuttaminen edellyttää aina arviointia. Arvioinnissa on aina vähintään kaksi tekijää: painon seuranta ja MNA -testi. Ruokailun seurantalomake (liite 5) on hyvä apuväline syödyn ruuan määrän arvioimiseen. Käyttökelpoinen apuväline on myös annostaulukko (liite 6) jossa on yleisimpien ruoka-aineiden sisältämät energia-, että proteiini määrät. (VRN 2010, 31.) MNA –testi on erityisesti hyvä testi koti- ja laitoshoidossa oleville yli 65 -vuotiaille, MUST perusterveydenhuollossa ja NRS2002 sairaloissa. Nämä testit tulisi olla käytössä säännöllisesti potilaiden ravitsemustilan seurauksiksi (Arffman, ym. 2009, 111).

5.2.1 MNA (Mini Nutritional Assessment)

MNA on helppokäyttöinen iäkkäiden ravitsemustilan arviointimenetelmä. Testin tekemiseen menee aikaa noin 10 minuuttia eikä verikokeita tarvitse ottaa. Testi on hyvä erityisesti vanhuspotilaiden ravitsemustilan tarkasteluun, koska se ei ota huomioon pelkästään antropometrisiä suureita ja ravinnonottoa, vaan huomioi näiden lisäksi iäkkään fyysistä ja psyykkistä terveydentilaa, sosiaalista ympäristöä sekä toimintakykyä.. Testin tulokset pisteytetään Testin kokonaispistemäärän (0-30) perusteella voidaan ravitsemustila luokitella hyväksi (MNA > 24), aliravitsemuksen vaara olemassa (MNA 17-23,9) ja aliravitsemustila (MNA < 17). (Aro, Mutanen & Uusitupa 2005, 321.)

MNA –testin arvioinnissa on neljä pääkohtaa jotka ovat: antropologiset mittaukset, yleinen arviointi, ravinnon saanti ja potilaan oma arvio. Antropologiset mittaukset käsittävät painoindeksin, painonlaskun ja käsivarren ja pohkeen ympärysmittojen mittaukset. Yleinen arviointi kohdassa käydään läpi asukkaan asumismuodot, lääkitys, sairaudet liikuntakyky ja painehaavat. Ravinnonsaanti kohdassa käydään läpi aterioiden lukumäärä, ruuan laatu, ruokahalu, nesteiden saanti ja omatoimisuus. Potilaan oma arvio on viimeisenä kohtana. Tässä potilas arvioi itse sekä omaa terveydentilaa, että ravitsemustilaa. (Aro, ym. 2005, 321.)

TAULUKKO 2. MNA –testin neljä pääkohtaa.

Antropologiset mittaukset
- BMI
- Painon lasku
- Käsivarren ja pohkeen ympärysmitta
Yleinen arviointi
- Asumismuoto
- Monilääkitys
- Akuutit sairaudet
- Liikuntakyky
- Dementia, depressio
- Painehaavaumat
Ravinnonsaanti
- Aterioiden lukumäärä
- Ruan laatu
- Ruokahalu
- Nesteen kulutus
- Omatoimisuus ruokailussa
Potilaan oma arvio
- Tereyden tila
- Ravitsemustila

5.2.2 MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) ja RAI (Resident Assessment Instrument)

Brittiläinen ravitsemusyhdistys BAPEN (a Standing Committee of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition) kehitti MUST menetelmän 2000 –luvun alkupuolella (Todorovic, Russell & Elia 2011, 4). MUSTissa perustana on potilaan painoindeksi (BMI), tahaton painonlasku sekä akuutin sairauden vaikutus syömiseen. Näiden tietojen pohjalta lasketaan vajaaravitsemusriski ja tehdään päätökset ravitsemushoidon toteuttamisesta. MUSTin hyvä ominaisuus on siihen sisältyvät ohjeet miten toimia, kun löytyy potilas jolla on testin mukaan vajaaravitsemusriski. (Todorovic ym. 2011, 12). Suomessa MUST-testit ovat lähinnä käytössä perusterveydenhuollossa, vajaaravitsemuksen seurannassa hoitohenkilökunnan rooli on keskeisessä asemassa heidän toimiessaan usein testien toimeenpanijoina. (Arffman, ym. 2009, 111.)

RAI-testi (Resident assessment instrument), jonka tuloksen johdosta MNA- ja MUST-testit monesti tehdään, on yleisesti käytössä etenkin vanhusten kotihoidossa. RAI -testillä arvioidaan kokonaisvaltaista fyysistä ja psyykkistä tilaa, sekä kognitiivisia toimintoja ja ravitsemustilaa. RAI -testin avulla arvioidaan ikääntyvän selviytymistä kotona, mikäli testin tulokset viittaavat virhe-, tai aliravitsemukseen tulee asiakkaan ravitsemustilaa kartoittaa tarkempien MNA- tai MUST testien avulla. (Arffman, ym. 2009, 110.)

6 KOTIHOITO JA KOTISAIRAAHOITO

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelujen kokonaisuutta, jossa on näiden kahden lisäksi vielä muita tukipalveluja kuten ateria-, turva- ja kylvetyspalveluja. Kotipalvelu on palvelua jota asiakas voi saada alentuneen toimintakyvyn tai sairauden johdosta. Kotipalvelun työntekijöitä ovat pääasiassa kodinhoitajat, kotiavustajat ja lähihoitajat. Kotipalvelun hoitajat seuraavat asiakkaan vointia ja neuvovat asiakasta palveluihin liittyvissä asioissa. (STM 2011.) Mänttä-Vilppulassa kotihoito toimii yhtenä osana Ylä-Pirkanmaan peruspalvelukuntayhtymää. Sekä Mäntässä, että Vilppulassa toimii oma yksikkönsä (Kotipalvelu, YPEK).

Kotisairaanhoido on asiakkaan kotona tapahtuvaa sairaanhoidollista toimintaa, johon kuuluu näytteiden ottoa, lääkityksen valvontaa ja asiakkaan voinnin seuraamista. Kotisairaanhoidon henkilöstö on pääosin sairaanhoitajia. Laadukas kotipalvelu sekä sairaanhoido perustuvat asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja edistävät kuntoutumista. (STM 2011.) Mänttä-Vilppulassa kotisairaanhoido järjestetään Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yksikön, Ylä-Pirkanmaan terveydenhuoltoalueen toimesta. (Mänttä-Vilppulan terveyspalvelut). Mäntässä on oma yksikkönsä ja Vilppulassa on omansa.

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusprosessin eteneminen

Opinnäytetyön työstäminen aloitettiin syksyllä 2011, tällöin aloitimme teoria-aineiston keruun. Halusimme kerätä kattavasti kirjallisuutta vanhusten ravitsemuksesta ja vanhusten ravitsemustilan seurannasta. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan laatimat ravitsemussuositukset ikääntyneille ovat olleet tärkeä ohjenuora läpityön. Kirjallisia lähteitä olemme keränneet yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kirjastoista, sekä Lahden ja Turun kaupungin kirjastoista.

Opinnäytetyön tavoite tarkoitus ja tehtävät muotoutuivat lopulliseen muotoonsa huhtikuun 2012 aikana, tällöin teoria osuus alkoi myös löytää linjansa. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, siten haastateltavat pystyivät kuvailemaan ikääntyneiden ravitsemustilaa ja sen seuranta.

Tutkimuslupa saatiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä 18.4.2012, jonka jälkeen olimme välittömästi yhteydessä Mäntän ja Vilppulan kotisairaanhoitajiin sopiaksemme haastattelut. Ennen haastatteluja lähetimme haastateltaville suostumuslomakkeen saatekirjeen (Liite 7). Ennen haastattelun tekemistä pyysimme allekirjoituksen suostumukseen. Haastattelut toteutettiin 24. ja 26.4.2012 kasvatusten haastateltavan kanssa. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhoitukset litteroitiin haastattelujen jälkeen osittain samalla viikolla ja osittain seuraavan viikon alussa.

7.2 Haastattelun kohderyhmä

Tutkimukseen osallistui kuusi Mäntän ja Vilppulan kotisairaanhoidon työntekijää. Kolme heistä toimi Mäntän ja kolme Vilppulan toimipisteissä. Työntekijöillä oli kokemusta kotisairaanhoidosta kahdesta kuukaudesta 10 vuoteen ja valmistumisesta oli kulunut kolmesta vuodesta 26 vuoteen.

Kaikki haastattelut olivat yksilöhaastatteluita joissa oli läsnä vain haastattelija ja haastateltava. Toinen opinnäytetyöntekijöistä haastatteli yhtä ja toinen viittä kotisairaanhoidon työntekijää. Ilmapiiri haastatteluissa oli rauhallinen, mutta hieman jännittynyt.

7.3 Tiedonkeruu

Haastatteluteemat muotoutuivat teoriasta. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuositukset ikääntyneille julkaisusta esiin nousi ongelmakohtia joita lähdimme tutkimaan. Teemoiksi nousivat: ravitsemustilan tuntemus, ruuan ja ruokailun seuranta, ravitsemustilan seurannan apuvälineet, painon seuranta, virhe- ja aliravitsemuksen seuranta ja lääkkeet ja ravitsemus.

Kysymyksiä teemojen alle muodostui yhteensä 23 kappaletta. Kysymyksiin haastateltavat saivat vastata vapaasti. Koehaastattelimme muutamaa tutkimusryhmän ulkopuolista terveydenhuoltoalan ihmistä, ja teimme näiden perusteella hienosäätöä haastatteluun ja haastattelukysymyksiin.

7.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Haastattelut litteroitiin saman viikon ja seuraavan viikon aikana haastattelujen tekemisestä. Toinen opinnäytetyön tekijä haastatteli ja litteroi yhden haastattelun ja toinen tekijä haastatteli ja litteroi viisi haastattelua. Kaikki litteroidut haastattelut yhteensä muodostivat 36 sivua, kirjasinkoolla 12 ja rivivälillä 1.5. Saatujen haastattelun perusteella aineistoa oli riittävästi.

Saturaation eli kylläntymispisteen saavuttaminen tutkimuksessa tarkoittaa tulosten toistettavuutta ja sitä että uutta tietoa ei tutkimukseen saada vaikka tehtäisiin lisää haastatteluja (Vilka 2005, 127). Vastauksissa alkoi selkeästi muodostua toistoa ja aloimme saada jo samansuuntaisia vastauksia muutaman haastattelun jälkeen. Olimme tyytyväisiä kuuteen haastatteluun, vaikka jotain lisätietoa olisimmekin saaneet lisähaastatteluja tekemällä. Laadullisen tutkimuksen tekemisessä tarkoituksena on saada tarpeeksi laaja aineisto, eikä suurta määrää aineistoa (Vilka 2005, 109-110).

Haastattelujen tekemisen jälkeen kokosimme taulukkoon alkuperäisen ilmauksen, pelkistimme sen ja jaoinme vastaukset alaluokkiin ja näiden perusteella teimme yläluokat. Yläluokkia kertyi 26 kappaletta ja alaluokkia 59 kappaletta. Taulukko 3 kertoo yhden esimerkin luokittelusta.

Taulukko 3. D-vitamiinin käytöstä asiakkailta.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus	Alkuperäinen ilmaus:
D-vitamiini on käytössä	Lääkehoidollisesti käytössä	D-vitamiini lääkehoidollisesti käytössä	Lääkehoidollisesti D-vitamiinilisiä on meidän asiakkaiden käytössä.
D-vitamiini on käytössä	Laajasti käytössä	Lähes kaikilla d-vitamiini käytössä.	Kyl melkein jokasella asiakkaalla D-vitamiini lisä.
D-vitamiinia ei käytetä riittävästi	Ei tietoa d-vitamiinin käyttäjien määrää	Ei tiedä d-vitamiinin käyttäjien tarkkaa määrää.	Monilla on tätä vitamiini tätä triobe (ei sisällä D-vitamiinia). En tiää siitä yhtään sen enempää. Oisko kaksi asiakasta jolla selkeesti menee D-vitamiini.
D-vitamiinia ei käytetä riittävästi	Ei tietoa d-vitamiinin käyttäjien määrää	Liian vähän d-vitamiinin käyttäjiä	Ei mun mielestä ole tarpeeks. Liian vähän saavat vanhukset D-vitamiinia
D-vitamiinia ei käytetä riittävästi	Puolella käytössä	Puolella asiakkaista d-vitamiini käytössä.	Noin puolella asiakkaista menee suoraan dosettiin.
D-vitamiinia ei käytetä riittävästi	Itsenäisesti ostavat	D-vitamiini vain itse hankittuna käytössä.	Jotkut saa. Itse hankkineet, useimmilla ei ole lääkärin määräämiä.

8 TULOKSET

8.1 Hoitajien ja asiakaskunnan taustaa

Mäntän ja Vilppulan kotisairaanhoidon toimistoissa haastattelimme yhteensä kuutta terveydenhuoltoalan koulutuksen saanutta työntekijää. Kokemusvuosia on kertynyt yhteensä 78 joista on oltu kotisairaanhoidon palveluksessa yhteensä 34 vuotta. Kokemusta on kymmenestä vuodesta aivan tuoreeseen kotisairaanhoidon työntekijään, keskimäärin hoitajilla on 5.7 vuoden kokemus kotisairaanhoidossa.

Asiakkaita on yhteensä noin 180 ja nämä ovat jakaantuneet reilusta kahdesta kymmenestä aina 37 asiakkaaseen hoitajaa kohden. Asiakkaiden iät vaihtelivat noin viidestä kymmenestä lähelle sataan, pääsääntöisesti asiakkaat olivat kuitenkin jo yli 80 –vuotta täyttäneitä. Keskimäärin asiakkaita on 30 hoitajaa kohden. Asiakkaan luona käytetään pääsääntöisesti puolesta tunnista tuntiin kertaa kohti. Aikaa kerrotaan olevan riittävästi, eikä kiirettä mainita missään haastattelussa. Asiakkaita nähdään vähintään kuukauden välein, tarvittaessa useammin.

”joittenkin luona menee pitempään, lähemmäs tunti. Mutta mun täytyy sanoo et mul on aikaa”

8.2 Ravitsemustilan tarkastelua

8.2.1 Sairastuneen tai leikkauksesta toipuvan ravitsemus

Neljä kuudesta hoitajasta kertoo, ettei akuutisti sairaan ruokavalio muutu sairauden myötä mitenkään. Kaksi hoitajaa kertoo lisäravinteiden olevan tarvittaessa saatavilla joissain tapauksissa. Kotipalvelun osuutta korostaa kolme hoitajaa ja mainitsee, että kotisairaanhoidon mahdollisuuden vaikuttaa ruokailuun on vähissä.

”kyllä pitäs, mut ei ehkä varmaan sillee ku pitäs. Kyllä sitä varmaan jonkun verran kotona sitä vajaa ravitsemusta on”

Ravitsemustilan tarkkailua pidetään todella vaikeana tehtävänä kotisairaanhoidossa. Kolme kuudesta kuvailee ravitsemustilan tarkkailua hankalaksi tai jopa vaikeimmaksi asiaksi kotisairaanhoidossa.

”tää on aika vaikea asia tää ravitsemus”

”seuranta ehkä vähän hankalaakin siellä kotona”

8.2.2 Päivittäinen energian ja proteiinin saanti

Puolet hoitajista ei osaa arvioida asiakkaidensa energiamääriä. Kaksi hoitajaa kertoo ateriapalvelua käyttävien asiakkaille tarjolla olevan ruuan sisältämän energian olevan riittävää. Ilman ateriapalvelun aterioita energiamäärän arvellaan jäävän suosituksista. Kaksi mainitsee päivän aterioiden sisältämän energiamäärän olevan riittämätöntä, yksi arvelee sen jäävän tuhanteen kilokaloriin ja yksi kertoo monen asiakkaan syövän vain aamupalan ja puolikkaan lounaan eikä muuta ateriaa päivän aikana.

”semmonen epäily on, että eivät varmaan saa riittävästi”

Viisi kuudesta hoitajasta ei osaa sanoa yhtään proteiinin saannista päivän aterioista. Yksi arvelee sen olevan niukkaa.

”Ei oo tarkkaa tietoa. Keittiö varmaan tietää. Syöminen vähäistä ihmisellä nykypäivänä.”

8.2.3 D-vitamiinilisä

Hoitajat mainitsevat D-vitamiini lisän saannin jäävän suosituksista. Jokaiselle asiakkaalle ei mene D-vitamiini lisää säännönmukaisesti, vaan D-vitamiini lisän saanti on kiinni asiakkaasta itsestään ja lääkärin määräyksestä. Kaikilla hoitajilla ei ole selvillä D-vitamiinin lähteet tai sen saantisuositukset.

”Monilla on tätä vitamiini tätä triobe. En tiä siitä yhtään sen enempää. Oisko kaksi asiakasta jolla selkeesti menee D-vitamiini.”

”no se on järjestäen kaks viiva kolme tablettia per päivä, niin sitä 500 milligrammasta”

8.3 Ruokailu

8.3.1 Asiakkaan ruokailuhetki

Kaikki hoitajat kertovat asiakkaidensa syövän pääsääntöisesti yksin. Hopealinnan palvelutalossa kerrotaan olevan mahdollisuus käydä syömässä toisten kanssa sekä Suomelan rinteessä. Suomelan rinteessä kerrotaan käyvän noin kymmenen asiakasta syömässä päivittäin toisten kanssa. Palvelutalossa syöminen on mahdollista jos kotipalvelu viitsii viedä tai asiakas itse jaksaa sinne kävellä. Yksin syöviä on valtaosa asiakkaista. Joillakin asiakkailla on omaisia lähellä joiden kanssa voivat syödä.

”Suurin osa syö yksin. Kivelässä ja Hopealinnassa on mahdollisuus syödä yhdessä toisten kanssa. Jos ovat sen kuntoisia että pystyvät tai kotipalvelu heidät viitsii lähteä heitä sinne viemään. Paljon on siitä kiinni. Valitettavasti.”

8.3.2 Käytännön apua ruokailuun

Käytännön apua ruokailun järjestämiseksi saa iso osa asiakkaista. Suurimmalle osalle asiakkaista on järjestetty ruokapalvelu. Ruuan tuo Itellan kuljetuspalvelu johon palvelu sitten valitettavasti jää hoitajien kertoman mukaan. Ruoka tuodaan kotiin ja lähdetään pois. Ei varmisteta sitä, että asiakas pääsisi aloittamaan syömisen. Ongelmia muodostaa aterian saaminen esille, muun muassa ateriapalvelun ruokakansia ei välttämättä saada auki itsenäisesti. Kotipalvelu tulee ateriapalvelun perässä ja laittaa esille ruuan joissakin tapauksissa ja varmistaa että asiakas pääsee syömään tilaamaansa ruokaa. Käytännön avun itse ruokailutilanteessa tarjoaa tarvittaessa kotipalvelu.

”Itella vie, kuljettaa ruuan. Jättää ruuan sinne. Ne ei auta, Kotipalvelu käy aukasemassa ruuan ja auttaa ruokailussa alkuun.”

8.3.3 Ateriavälit

”Lounas taitaa olla ainoa mikä tulee syötyä kunnolla. Muu päivän syöminen on heikonlaista ja huonoa”

Aamupalan ja lounaan väli saattaa kahden hoitajan kertomaan mukaan mennä jopa kuuteen tuntiin. Kotipalvelun kerrotaan käyvän joillekin keittämässä päiväkahvit ja laittamassa iltapalaa. Ateriapalvelusta tulee vain yksi lämmin ruoka, jonka osa jakaa kahteen osaan, osa syö kerralla osa syö ruuasta vain puolet ja heittää loput pois. Lounaan ja illan ateriaväleistä ei osata tuntimääräisesti sanoa paljoa, yksi mainitsee että iltapalan ja aamupalan välinen aika voi venyä jopa neljäntoista tunnin mittaiseksi.

”Aamupäivä saattaa venyä pitkiksi. Ateriavälit viittä kuutta tuntia riippuen siitä milloin herää aamulla. Illasta en tiedä mitään.”

”Olen kokenut sen niin että asiakkailla tulee liian pitkiä ateriavälejä”

Lounaan saapuminen on kiinni Itellan kuljetuksesta. Osalle asiakkaista Itella tuo jo kymmenen aikaan ruuan ja viimeiset saavat odottaa lounastaan aina kello neljääntoista asti. Lounas kerrotaan olevan monelle se pääateria ja muun syömisen olevan heikonlaista tai huonoa.

”Aamupala kahdeksalta, ruoka 10-14 välissä. Viiden kuuden aikaan kotipalvelu käy. Neljätoista tuntia varmaan iltapalasta aamupalaan”

8.3.4 Syödyn ruuan määrän arviointi

Yksi kuudesta hoitajasta kertoo, että kotipalvelu tarkkailee syödyn ruuan määrää.

”Kyllähän ne [kotipalvelu] varmaan kattoo et onko syönyt ja jos ei oo niin voi voi sentään”

Kolme kuudesta hoitajasta kertoo, ettei tutkimuksia asiasta ole tehty ja kaksi ei tiedä onko tutkimuksia tehty asiasta. Kaksi kuudesta kysyy asiakkailta ruokailusta ja kertoo

asiakkaiden syövän vain osan ruuasta tai jättävän sen syömättä. Myös koirien, kissojen tai muiden eläinten kerrotaan joskus syövän ateriapalvelujen ruokia.

”en tiedä onko tutkimusta tehty asiasta. Huomaan jos asiakkaat jättää kokoajan syömättä tai löytyy vanhat roskiksesta tai kissa tai koira syö. Jotkut sanoo että en syö tuota ruokaa.”

8.4 Ravitsemustilan seurannan apuvälineet

8.4.1 Käytössä olevat ravitsemustilan seurannan apuvälineet

Viisi hoitajaa kuudesta kertoo, ettei mitään ravitsemusseurannan apuvälineitä ole käytössä. Yksi mainitsee tässä yhteydessä painon mittauksen olevan ainoa käytössä oleva keino. Kukaan ei kerro käyttäneensä MNA-testiä tai jotain muuta ravitsemustilan seurantaan kehitettyä testiä. Puhetta sellaisten käyttöön otosta on ollut, mutta tekoihin ei vielä olla päästy. Kotipalvelun kerrotaan jossain tapauksissa käyttävän ruokapäiväkirjaa, mutta säännönmukaista tämän toiminnan ei kerrota olevan. Kotisairaanhoidon puolella ei myöskään ruokapäiväkirjaa ole käytetty.

”Ei.. Tuota jossain vaiheessa oli, että niitä pitäis ottaa käyttöön. Ei tehdä mittauksia meillä kotisairaanhoidossa.”

”Mun mielestä ei mitään. Ei kyllä oo. Ruokapäiväkirjoja saattaa jollakin olla, mutta niitäkään meillä ei hirveästi ole käytetty”

8.4.2 Painon seuranta

Painoa seurataan hyvin. Kaksi kuudesta kertoo suihkupäivän olevan myös punnituspäivä. Osalla asiakkaista painoa seurataan heidän omilla koti vaaoillaan, osalla lääkärin vastaanotolla.

”Painoseurantaa on. Pesupäivä on puntaripäivä”

”Periaatteessa suihkupäivinä pitäis seurata, joillakin saattaa unohtua. Kerran kuussa pitäis ottaa paino. Jos joku epäselvä ni sitte vielä tiheämmin.”

Painoa seurataan myös niiltä jotka haluavat sitä omasta halustaan seurattavan ja lääkärin määräyksenä sydämen vajaatoiminnan vuoksi. Uuden lääkärin kerrotaan myös haluavan entistä ahkerammin seurata asiakkaiden painoa kontrolloidummin. Ravitsemustilan seuranta ja painon seuranta on myös valitettavasti silmämääräistä painon arviointia, ei varsinaista punnitusta. Kaksi kertoo säännöllisten ja järjestelmällisen punnitusten puuttumisesta.

”Sitä seurataan. Voi tulla lääkäriltä määräyksenä. Mutta ei aleta ottaa kaikilta painoa. Ulkoista painon arviointia, ei sitä aloteta niin et kaikilla olis painonseuranta.”

8.5 Virhe- ja aliravitsemus

8.5.1 Ravitsemuksen seuranta virhe- tai aliravitsemustilanteessa

Ravitsemustilan seuranta asiakkaalla jolla on todettu virhe- tai aliravitsemustila on jonkin verran. Kaksi hoitajaa kertoo ruokailua parantavia liuoksia otettavan käyttöön tai ehdotettu asiakkaalle. Joillekin asiakkaille ravintolisien ostaminen ei tule kyseeseen taloudellisten seikkojen vuoksi.

”Painoa mitataan ja keskustellaan miten ruoka on maistunut ja millaisia määriä on mennyt. Ruokahalua parantavia liuoksia on otettu käyttöön ja tarpeen mukaan energialisiä. Asiakkaan oma päätös onko he valmiita apteekista niitä hankkimaan.”

Kesällä nestetasapainon kanssa kerrotaan olevan ongelmia ja sairaalaan pitää joissakin tapauksissa lähteä nestetankkaukseen.

”Monta kertaa asiakas lähtee sairaalaan kun heillä on nesteytystila ”ihan päin honkia”. Sitten nestelista. Ei muuta ravitsemustilan seuranta.”

Yksi hoitaja kuudesta kertoo ravitsemuksen tarkemmasta tarkastelusta ja ruokailun valvonnasta.

”Ruokailua aletaan seuraamaan. Saatetaan olla paikalla koko ruokailun ajan, että varmasti asiakas syö. Johtaa joka ruokailun valvontaan.”

8.5.2 Hoitajan arvio ravitsemustilasta omien asiakkaiden kohdalla

Seudulla on todettu olevan riskiä aliravitsemukseen. Omien potilaiden kohdalla neljä kuudesta kertoo että aliravitsemus on todellista myös heidän potilaidensa kohdalla. Heikkoja ja muistisairaita potilaita on paljon ja varsinkin heidän keskuudessaan saattaa aliravitsemusta olevan. Yksi kertoo sitä varmasti olevan, mutta varmuudella ei voida kertoa koska sitä ei olla mitattu tai etsitty.

”Varmaankin aliravitsemusta on. Mut ei oo mitattu. Ei voi tietää. Mut sitä varmaan on. Vallankin näistä meidän muistisairaista vois löytyä jos ettis, mitattas.”

Yksi hoitaja kertoo hänellä olevan vain yhden potilaan jolla olisi ravitsemuksessa häiriö. Vain yksi hoitaja kertoo, ettei aliravittuja asiakkaita ole, mutta mainitsee samalla ravitsemustilan arvioinnin olevan kotisairaanhoidon vaikeimpia asioita.

”No en mä ihan aliravittua tässä näe. Ravitsemustilan arviointi kotisairaanhoidossa vaikeimpia asioita.”

8.6 Lääkkeet ja ravitsemus

Kotisairaanhoidon lääkärin kerrotaan seuraavan vuosikontrollissaan lääkkeiden vaikutuksia.

”Kotisairaanhoidon lääkärit vuosikiertoillaan seuraa lääkitystä. Saattaa olla, toki seurataan, ilman muuta seurataan joo. Muisti sairairaat vois ahmii vaikka kuinka paljon, et toki ilman muuta.”

Laboratorio kokeiden tulosten perusteella seurataan tiettyjä arvoja muun muassa suola arvoja tai INR- arvoja. Joidenkin arvojen kerrotaan heittelevän muun muassa asiakkaan runsaan marjojen syönnin vuoksi. Kolme kuudesta hoitajasta kertoo, ettei lääkitysten ja

ravitsemuksen suhdetta mitenkään merkittävästi seurata. Yksi kertoo kuitenkin sen olevan tärkeää ja mainitsee että pitäisi enemmän kiinnittää huomiota.

”Ei varmasti. Vaikka pitäis. Ei tuu kyselyä eikä kiinnitettyä huomiota siihen. Hyvin vähäistä se seuraaminen on.”

8.7 Muita esille nousseita asioita

8.7.1 Yhteistyö kotipalvelun kanssa

Vain yksi kuudesta kertoo yhteistyön toimivan, vaikka hänkin toivoo yhteistyötä olevan enemmän. Palavereita kotipalvelun kanssa pyritään pitämään muutaman viikon välein. Ennen yhteistyö oli toiminut paremmin, mutta kolmen hoitajan mukaan uusien kotipalvelun esimiesten kerrotaan hankaloittaneen yhteistyötä. Yhteistyön kerrotaan toimivan muun muassa "pitkäpiimäisesti", "vähäiseksi" ja "vastakkain-asetteluksi". Yksi sanoo suoraan, ettei yhteistyö toimi mitenkään.

”Ei oikeestaan yhtään mitenkään. Tosi surullista mutta totta.”

”Isompia palavereja kahden viikon välein yritetty ja pyritty pitämään. Nyt kun tuli näitä uusia esimiehiä kotipalveluun ni se on takkusempaa kuin aikaisemmin. Ennen oli heidän helppo ottaa yhteyttä. Nyt ei ole yhtä sujuvaa kuin aikaisemmin.”

Raporttien saanti asiakkaista on huonoa ja tieto asiakkaan siirtymistä sairaalaan osastolle ei välttämättä tavoita kotisairaanhoidoa.

”Säännöllisiä palavereja kotipalvelun kanssa. Yhteistyötä tarvittais enemmän. Yhteistyö aika vähästä loppujenlopuksi on. Ei saada raporttia mitä kotipalvelu havaitsee. Ei säännöllisesti mitään.”

8.7.2 Kehitysehdotuksia ravitsemustilan tarkkailuun

Kehitysehdotuksia on ravitsemustilan tarkkailuun. Ravitsemustilan seuranta-kaavakkeita peräänkuuluttaa muutama hoitaja. Ruokailun miellyttävyyttä ja makuja parantamalla ravitsemustilaa kohentaisi kaksi hoitajaa. Ehdotettuja asioita on myös syömisen ja syömättä jättämisen mittaaminen, ruokailutilanteeseen valvontaa, ja henkilökohtaisempaa ateriaa. Suun kunnon parantamista ja ravitsemusterapeutin palveluiden käyttämistä toivotaan myös lisäävän.

”Ne kaavakkeet olis hyvä. Terve maalaisjärki käyttöön. Miellyttävämmäks ruokailua, ruokaan vähän suolaa tai voita tai kermaa.”

”Seuranta tarvitaan lisää kotisairaanhoidon ja lääkäreiden osalta. Ravitsemusasiat jääneet taka-alalle. Ravitsemusterapeutin palveluita ei olla käytetty.”

”Olis vähän enemmän aikaa siihen ruokailutilanteeseen. Suun hoito jäänyt. Kuinka monen hampaat esimerkiksi pestään joka ilta?”

8.7.3 Ruuan laatu

Ruuan laatua kuvaillaan monissa kohdissa haastattelua heikoksi ja ruuan määrään ei olla tyytyväisiä. Ruoka on kaikille asiakkaille samanlaista, eikä yksilökohtaista ateriasuunnittelua ole. Asiakkaan henkilökohtaisia tarpeita ei näin ollen pystytä täyttämään haastatteluissa saamien tietojen mukaan edes sairauden vuoksi.

”Joku mies sanoo et se on liian pieni annos heille, joku joku sanoo et he syö vaan osan siitä ja perunat on semmosia et ne ilmeisesti jo aikaisemmin kuoritaan ja on vakuumis- ta ja ne on vähä semmosia kumiperunoita jotka pomppii..”

”Aika huonoa palautetta on saanu siitä ruuasta niinku näiltä asiakkailta ketkä osaa ite kertoo. Siihen on lätkästy mm.. Mut se ei kuulemma kauheesti houkuttele syömään. Vaan se on semmonen läntti sitä tätä ja tota ja suurinpiirtein valmiiks pureskeltu.”

”Asiakkaat ite puhuu et ku se ei ole hirveen esillelaittoa se ruoka, vaan se on jauhettua väritöntä mössöä se ruoka, vaan ei maistu senkään takia sitten.”

9 POHDINTA

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Hirsjärvi & Hurme (2010, 20) kirjoittaa, että ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa tärkeimpinä eettisiin periaatteisiin kuuluu informointiin perustuva suostumus, luottamus, seuraukset ja yksityisyys. Haastateltaville lähetettiin suostumushaastatteluun lomake (Liite 7) ennen haastatteluun lähtemistä, missä informoitiin haastattelusta ja sen sisällöstä. Katsomme että olimme informoineet riittävästi haastattelun sisällöstä ja sen teemoista ennen haastattelun tekemistä, jotta haastateltava voisi antaa suostumuksensa asianmukaisen informaation pohjalta. Haastateltavat sekä haastattelun toimeenpanijat allekirjoittivat kirjallisen sopimuksen ennen haastattelua. Sopimus kertoi osallistujien vapaaehtoisuudesta, henkilöllisyyden salassa pitämisestä ja mahdollisuudesta keskeyttää haastattelu syytä mainitsematta. Lisäksi esille tuotiin haastattelun nauhoittaminen ja nauhoitteen hävittäminen työn valmistuttua. Haastattelut toteutettiin haastateltavan valitsemassa paikassa kahden kesken, rauhallisessa ympäristössä.

Haastatteluaineiston luotettavuus on riippuvainen aineiston laadusta. Jos vain osaa haastateltavista on haastateltu tai tallenteiden kuuluvuus on huonoa, tai litterointi noudattaa eri sääntöjä alussa ja lopussa tai jos luokittelu on sattumanvaraista, haastatteluaineistoa ei voida sanoa luotettavaksi. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 185.) Haastattelimme yhtä lukuun ottamatta kaikkia Mäntän ja Vilppulan kotisairaanhoitajina työskenteleviä hoitajia. Tallenteet olivat hyvälaatuisia ja litterointi noudatti samaa periaatetta läpi prosessin. Luokittelu on tehty samalla tavalla läpi aineiston. Omasta mielestämme aineiston ja tulosten vastaavuus on hyvä ja voimme sanoa tuloksia luotettaviksi ja aineistoon sopiviksi.

Nauhoitukset litteroitiin haastattelijan toimesta ja monen tarkistuskerran jälkeen nauhoitukset tuhottiin asianmukaisesti. Puhtaaksikirjoitetuista haastatteluista ei voida tunnistaa haastateltava mikä takaa anonymiyden. Näin pyrimme säilyttämään luottamuksen mahdollisimman hyvin.

9.2 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kartuttaa tietämystä ravitsemuksen seurannasta Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoidossa. Haastatteluiden perusteella voidaan sanoa kotisairaanhoidon henkilökunnan tiedostavan ravitsemustilan seurannan tärkeyden. Käytännön ravitsemussenseuranta Mäntän ja Vilppulan kotisairaanhoidossa on kuitenkin melko lapsenkengissä. Haastattelujen perusteella vaikuttaisi siltä, että ravitsemustilanseurantaan oltaisiin valmiita panostamaan enemmän, mutta se on tähän asti vaan jäänyt vähemmälle huomiolle. Kotisairaanhoidontyöntekijät vaikuttivat aidosti olevansa huolestuneita asiakkaidensa ravitsemustilasta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kotisairaanhoidon asiakkaiden ravitsemus tilaa seurataan. Arffman, ym. (2009, 110) kirjoittaa kirjassaan että, vanhus-tenhoidossa on tärkeää havaita vajaaravitsemuksen vaarassa olevat henkilöt mahdollisimman nopeasti, jotta korjaavat toimenpiteet voidaan myös aloittaa mahdollisimman aikaisin. Nopeita ja helppoja keinoja ovat ravitsemustilan arviointiin kehitetyt testit, kuten MNA tai MUST. Kotisairaanhoidon asiakkaiden ravitsemuksessa olisi toivottavaa lisätä yksilöllisyyden huomioon ottamista.

Tavoitteenamme oli myös selvittää kuinka usein kotisairaanhoidon asiakkaiden painoa seurataan. Ravitsemusneuvottelukunnan suositusten mukaisesti painoa pitäisi seurata kerran kuukaudessa säännöllisesti (VRN 2010, 30). Säännöllinen viikoittainen tai pari kertaa kuukaudessa tapahtuva painon mittaaminen auttaa huomaamaan painon muutokset ja selvittämään tarvittaessa niiden syitä (Arffman, ym. 2009, 107).

Painoa seurataan kotisairaanhoitajien kertoman mukaan hyvin, painoa seurataan muun muassa suihkupäivinä. Painoa seurataan myös niillä asiakkailla jotka omasta halustaan tahtovat sitä seurattavan, lisäksi lääkärin määräyksenä sydämen vajaatoiminnan vuoksi. Uuden lääkärin kerrotaan myös haluavan entistä ahkerammin seurata asiakkaiden painoa. Haastatteluissa kävi ilmi, että ravitsemustilan ja painonseuranta olisi usein pelkästään silmämääräistä painon arviointia eikä varsinaista punnitusta.

Halusimme selvittää lisäksi kuinka kotisairaanhoidon asiakkaiden ruokailua seurataan. Valtionravitsemusneuvottelukunnan ohjeen (2010, 24) mukaan ruokailun kokonaistilanteeseen on kiinnitettävä huomiota ja suunniteltava päivän ateriat yhdessä asiakkaan

kanssa. Jos ikääntyneellä on mahdollisuus valita ruokansa, lisääntyy syödyn ruuan määrä. Tavoitteena on tarpeiden mukainen, asiakkaan itsenäisyyttä tukeva ravitsemus. Suosituksessa sanotaan että ”ateriapalvelu pitää suunnitella osana ravitsemusta” ja ”erityisesti on syytä miettiä ruokahaluun vaikuttavia seikkoja”.

Haastattelujen perusteella kotisairaanhoidon asiakkaiden kerrotaan ruokailevan pää-asiassa yksin, poikkeuksena palvelutalossa asuvilla ja asiakkailla joiden omaiset asuvat lähellä kerrotaan olevan mahdollisuus ruokailla yhdessä muiden kanssa. Yhdessä ruokailun mahdollisuuksia tulisi kotisairaanhoidajien mielestä kehittää. Erityisesti palvelutalossa asuvista asiakkaista vain pieni osa käy syömässä yhteisissä tiloissa. Hoitajat uumoilivat tämän johtuvat osin siitä, että heidän on hankala päästä ruokailutilaan omin avuin. Yhteisiin ruokailu hetkiin olisi hyvä Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoidossa panostaa enemmän. Lisäksi ruokailun miellyttävyyteen olisi hyvä kiinnittää huomiota kotisairaanhoidajien ja kotipalvelun toimesta. Ruokailun miellyttävyyden uskotaan vaikuttavan ravitsemustilaan positiivisesti. Käytännön apua ruokailun järjestämiseksi saa iso osa asiakkaista, joten ruokailun miellyttävyyttä voitaisiin samalla pyrkiä ottamaan huomioon.

Koska tavallisimmin virhe- ja aliravitsemustila ikääntyneillä johtuu liian vähäisestä energian ja proteiinien määrästä (Hakala 2011), olimme erityisen kiinnostuneita siitä ovatko kotisairaanhoidon piirissä työskentelevät tietoisia omien asiakkaidensa ravitsemuksesta. Ikääntyneiden ravitsemuksessa yksi kipukohta ovat sairaudet. Sairaudet vaikuttavat ruokahaluun ja syödyn ruuan määrä pienenee. Myös murtumat ja leikkausten jälkitilat vaikuttavat ikääntyneen ruokahaluun. (Hakala 2011).

Yhden kysymyksemme aiheena oli akuutisti sairaan ravitsemus ja halusimme kysymyksellä saada tietoa siitä, miten akuutisti sairaan vanhuksen ruokavaliota muutetaan joko akuutin sairauden tai leikkauksen johdosta. Suominen (2008, 7) mainitsee, että ravitsemusongelmien, sairauksien ja heikentyneen toimintakyvyn välillä on selkeä yhteys. Akuutisti sairastuneen tai leikkauksen jälkitilassa olevan potilaan ravinnon tarpeen tiedetään muuttuvan ja tällöin ruokailun ja ravitsemustilan seurannan merkitys korostuu.

Virhe- ja aliravitsemuksen riskin tiedetään olevan erityisen suuri muiden avusta riippuvaisten ikääntyneiden keskuudessa. (Suominen 2007, 185.) Yleisiä virhe- ja aliravitsemustilan aiheuttajia ikääntyneellä ovat energia ja proteiini köyhä ruokavalio. Ikääntyneen energian- ja proteiinin saantisuosituksen täyttymisestä emme saaneet tarpeeksi tietoa, sillä kotisairaanhoidajat eivät juuri osanneet arvioida asiakkaidensa energian- ja

proteiinin saantia. *Liian niukka proteiinin (valkuaisaineiden) saanti aiheuttaa lihaskatoa, joka heikentää liikunta- ja toimintakykyä sekä kehon hallintaa. Sen seurauksena kaatumis- ja murtumavaara kasvaa ja altistuminen infektioille lisääntyy”* (Hakala, 2011).

Proteiinin- ja energian saanti suositusten määrät eivät nousseet esille, mutta kotisairaanhoidajat uumoilivat, etteivät suositukset useimpien asiakkaiden kohdalla täyty. Lisäksi energian- ja proteiinin saannin yhteydessä ongelma-kohtana nousee esille, se etteivät useat asiakkaista välttämättä syö kaikkia päivän aterioita, tai syövät vain osan tuoduista ruoista. Syödyn ruoan seurantaan voisi jatkossa kiinnittää lisää huomiota, myös ruoan rikastamista voisi energia- ja proteiini vajeeseen jäävien asiakkaiden kohdalla harkita herkemmin.

Kotisairaanhoidajien haastattelussa ei käynyt ilmi virhe- ja aliravitsemustilojen huomiointiin kiinnitettävän erityistä huomiota. Ikääntyneiden lisääntynyt riski virhe- ja aliravitsemukseen Ylä-Pirkanmaan alueella, ei ollut yleisesti saavuttanut haastateltujen kotisairaanhoidajien huomiota. Muilta osin vastaukset koskien virhe- ja aliravitsemustilojen seuranta ovat monenkirjavia, mainitaan painon ja ruokailun seuranta sekä lisäravinteiden käyttöön otto. Virhe- ja aliravitsemuksen huomioon ottamista olisi hyvä kehittää, sillä tämän hetkinen tietämys ja hoitokäytännöt virhe- ja aliravitsemuksen hoidossa olivat puutteelliset. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ohjeista voisi olla apua virhe- ja aliravitsemustilojen seurannassa ja tunnistamisessa.

Ikonen & Julkunen (2007, 173-175) kertoo, että tavallisia kotisairaanhoidon asiakkaiden ravitsemustilan arviointi keinoja on haastattelut ja ruokailun havainnoinnit. Ravitsemustilaa arvioitaessa pitää ottaa muun muassa seuraavat seikat huomioon: pituus, paino, painon muutokset, energiansaanti ja lääkitys. Lisäksi tulee ottaa huomioon asiakkaan ruokatalouden toimivuus ja siinä selviytyminen

Kysyimme haastateltaviltamme minkälaisia ravitsemustilan seurannan apuvälineitä heillä on käytössään. Tarkoituksemme oli myös kysyä kuinka usein nämä mittarit ovat käytössä, mutta vastaukset ensimmäiseen kysymykseen karsivat tarpeen kysyä jälkimmäistä kysymystä. Ravitsemustilan seurannan apuvälineistä saimme kotisairaanhoidajien haastattelujen perusteella melko vähän tietoa. Haastattelussa kävi ilmi, ettei ravitsemustilan seurannan apuvälineitä ole painon mittausta lukuun ottamatta käytössä. Lisäksi kävi ilmi kotisairaanhoidonhenkilö kunnalle hiljattain järjestetty koulutus ikääntyneiden ravitsemus-

sesta. Kotisairaanhoidonhoitajien mukaan MNA-testien järjestelmällinen käyttöön otto on suunnitteilla. MNA-testien järjestelmällinen käyttöön otto olisi suositeltavaa, sillä se olisi helppo keino kotisairaanhoidolle kehittää asiakkaidensa ravitsemustilan seuranta, joka on tällä hetkellä jäänyt vähemmälle huomiolle.

Eräillä lääkkeillä on ruokahaluun vaikuttavia ominaisuuksia (VRN 2010, 22), ja ne voivat suoranaisesti myös laskea painoa (VRN 2010, 16). Koska näin on niin, ravitsemustilaa pitäisi erityisesti lääkemuutosten yhteydessä kiinnittää erityistä huomiota. Kotisairaanhoidotajien haastatteluissa esiin tulee, ettei lääkitysten ja ravitsemuksen suhdetta mitenkään merkittävästi seurata. Lääkkeillä tiedetään olevan vaikutusta ruokahaluun, mutta muutoksia ruokailuun tai ruokaan ei kuitenkaan tehdä.

Olisi tärkeää huomioida lääkkeiden vaikutus ravitsemustilaan ja sen seurantaan olisi Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoidossa jatkossa hyvä kiinnittää enemmän huomiota. Haastattelujen perusteella saimme vain vähän tietoa kotisairaanhoidon keinoista huomioida lääkitysten vaikutuksista ravitsemustilaan.

Yli 60 –vuotta täyttäneille suositellaan annettavaksi 20 mikro grammaa D-vitamiinia vuorokaudessa ympäri vuoden. (VNR 2010, 43.) Haastattelujen perusteella saimme riittävästi tietoa D-vitamiinilisien käytöstä kotisairaanhoidossa. Haastateltavien mukaan osalla potilaista on käytössä D-vitamiini lisiä, mutta niitä ei ole käytössä kaikilla järjestelmällisesti. D-vitamiinin merkitys osana ikääntyvän ravintoa tunnetaan, mutta suositusten mukainen annostus vaikuttaa osalla hoitajista olevan epäselvä, joten se olisi hyvä selvittää. Järjestelmällinen D-vitamiinilisän antaminen kotisairaanhoidon asiakkaille olisi hyvä aloittaa, sillä se on helppo ja edullinen keino edistää ikääntyvän terveydentilaa.

Koska Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoido ja kotipalvelu on eri toimijoiden valvonnassa, on yhteistyön toimivuus ensiarvoisen tärkeää asiakasturvallisuuden vuoksi. Haastattelujen perusteella voidaan todeta, ettei kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyö toimi. Kotipalvelun esimiestehtävissä tapahtuneiden muutosten kerrotaan olevan keskeinen yhteistyön toimimattomuuteen vaikuttanut seikka. Yhteistyön kehittäminen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä, olisi huomion arvoinen asia.

9.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Ikääntyvän hyvän ravitsemustilan seuranta ja ylläpito voi ennalta ehkäistä sairauksia ja ylläpitää toimintakyvyn säilymistä. Ravitsemustila on osa ikääntyvän hyvinvointia, näin ollen sen seuranta kuuluu osana ikääntyneen kotisairaanhoidon. Kotisairaanhoidajien haastatteluissa kävi ilmi että ravitsemustilanseuranta kotihoidon asiakkaiden keskuudessa on ajankohtainen ja tarpeellinen aihe. Kotisairaanhoidajat vaikuttivat olevan vilpittömästi kiinnostuneita kehittämään ravitsemustilanseurantaa. Haastatteluissa kävi lisäksi ilmi että kotisairaanhoidajat olisivat halukkaita parantamaan asiakkaidensa ruokailua ja ravitsemustilaa tekemällä pieniä panostuksia.

Tämän opinnäytetyön uskomme olevan ennen kaikkea hyödyllinen muistutus kotisairaanhoidajille ravitsemustilan seurannan tärkeydestä. Olisi toivottavaa että siihen kiinnitettäisi jatkossa enemmän huomiota. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositukset ikääntyneille ovat hyvä ja tiivis ohjenuora kenen tahansa ikääntyneen hoidossa osalliseksi olevalle.

Verrattaessa haastatteluista saatuja tuloksia Valtion ravitsemusneuvottelukunnan asettamiin tavoitteisiin, voidaan todeta, että kotisairaanhoidon ravitsemustilan seurannassa ja ruokailun tukemisessa on kehittämisen varaa. Asiakaslähtöisyyteen ja yksilöllisten tarpeiden huomiointiin tulisi kiinnittää lisää huomiota. Suunnitelmallisuus asiakkaiden ruokailun tukemisessa kotona, sekä ruokailuun ja ravitsemustilaan liittyvien ongelma-kohtien tunnistaminen, vaikutti Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoidossa jääneen osittain epähuomioon.

Tilannetta voisi korjata järjestelmällisellä ravitsemustilan seurannan käynnistämällä, jo säännöllinen MNA -testien käyttöönotto voisi tuoda esille virhe- ja aliravitsemusriskissä olevat asiakkaat. MNA -testi on nopea ja helppo keino ravitsemustilan kartoitukseen. MNA -testien käyttöönotto ja niiden säännöllinen käyttö olisi hyvä aloittaa kotisairaanhoidon asiakkaille. Kotisairaanhoidajat vaikuttivat olevan kiinnostuneita testin käyttöönotosta, he kyllä kertoivat kuulleensa lomakkeista, mutta niiden käyttöön ottoa ei ole tapahtunut.

Asiakkaiden avun tarve ja ruokailujen miellyttävyyden edistäminen ovat seikkoja joita kotipalvelu ja kotisairaanhoido voisivat yhdessä kehittää. Ikääntyneiden ruokailun miellyttävyyteen voitaisiin kiinnittää enemmän huomiota ja tuoda esille sen tärkeys.

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyö vaikuttaa haastattelujen perusteella olevan heikoilla jäillä. Yhteistyötä ja keskinäistä kommunikaatiota tulisi siis kehittää, jotta ravitsemuksen seurantaan tulisi kiinnitettyä huomiota enemmän. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyötä voisi parantaa avoimella keskustelulla ja yhteistyötä lisäämällä.

D-vitamiinin saannin seuranta olisi kotisairaanhoidon asiakkaila helppo toteuttaa ja tehdä D-vitamiini lisien annosta järjestelmällistä asiakkaiden keskuudessa. Erityisesti koska D-vitamiinin tarve ikääntyneillä on tiedostettua ja sen lisääminen lääkitykseen on helppoa ja edullista.

Painon seuranta kotisairaanhoidon asiakkaila vaikuttaa olevan osittain järjestelmällistä ja seurattua. Enemmän tarvitaan järjestelmällistä painon seuranta, ja oikeasti punnittaisiin asiakkaita pelkän visuaalisen painonmuutosten arvioinnin sijaan. Painon seuranta ja sen muutoksiin reagointi on tärkeää ikääntyvän ravitsemustilan huomioinnissa.

Energian- ja proteiinin riittävä saantiin ja sen seurantaan olisi hyvä kiinnittää lisää huomiota. Ateriapalvelusta voisi selvittää ruokien energia- ja proteiini pitoisuuksia. Lisäksi olisi hyvä selvittää saako ruokia energia- ja proteiini rikastettua. Ateriapalvelun toimivuutta, asiakkaiden, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tyytyväisyyttä siihen olisi jatkossa hyvä tutkia, sillä siinä vaikuttaisi olevan useita ongelmakohtia. Hyvä tutkimusaihe olisi myös säännönmukaisen MNA – testien tekeminen jokaiselle kotisairaanhoidon asiakkaalle ja niiden tulosten julkituonti.

LÄHTEET

Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. 2009. Ravitseminen hoitotyössä. Edita. Helsinki.

Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. 2005. Ravitsemustiede, 2 painos Kustannus Oy Duodecim, Helsinki

Aro, A. 2008 Folaatti ja foolihappo. Luettu 7.4.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00043

Dey, D.K., Rothenberg, E., Sundh, V., Bosaeus, I. & Steen, B. 2001. Body mass index, weight change and mortality in the elderly. A 15 y longitudinal population study of 70 y olds. European Journal of Clinical Nutrition. 55:482–92

Hakala, P. 2011. Ikääntyneiden ravitseminen. Luettu 5.4.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. Helsinki

Ikonen, E. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Edita. Helsinki

Kotipalvelu. Kotipalvelun esittelysivusto. Luettu 10.4.2012.

<http://www.ypek.fi/palvelut/kotipalv.html>

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Edita. Helsinki

Mänttä-Vilppulan terveysterveyspalvelut. Kuntayhtymän internet-sivusto. Luettu 10.4.2012.

http://www.manttavilppula.fi/sosiaali_ja_terveys/terveyspalvelut/

Paakkari, I. 2010. D-vitamiini. Duodecim. Luettu 10.4.2012

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01044

Salonen, J. 2011. B12-vitamiinin tai foolihapon puutos. Duodecim. Luettu 7.4.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00788

Soini, H., Routasalo, P. & Lagström H. 2004 Kotona-asuvien, säännöllistä kotipalvelua saavien ravitsemustila.

STM. 3.1.2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Luettu 20.3.2012.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

Suominen, M. 2008. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot –opas iäntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. Dieettimedia Oy. Vammala.

THL Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Tiedote: D-vitamiinivalmisteiden käyttösuositukseen muutoksia. Luettu 26.2.2012.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=23892

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. Duodecim. Helsinki

Todorovic, V., Russell, C. & Elia, M. 2011. The 'MUST' Explanatory Booklet, a Guide to the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for Adults. Baben. Luettu 23.4.2012. http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf

Tuovinen, A. & Lönnroos, E. 2008. Iäkkään ravitseminen. Kirjassa Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Edita. Helsinki.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Tammi

VRN Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemussuosituksia ikääntyneille. Luettu 16.2.2012. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Wolfe, R., Miller, S. & Miller, K. 2008. Optimal protein intake in the elderly. Clinical Nutrition 27:675–684

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastatteluaiheet

Hoitajan taustatiedot:

Kauanko olet ollut sairaanhoitajana?

Kauanko olette työskennellyt kotisairaanhoidossa?

Kotisairaanhoidon asiakaskunta:

Monta asiakasta teillä on?

Paljonko aikaa teillä on käyttää asiakkaan luona / kerta?

Ravitsemustila:

Paljonko arvioit asiakkaan saavan energiaa päivän aterioista?

Paljonko arvioit asiakkaan saavan proteiinia päivän aterioista?

Saako asiakas D-vitamiini lisää?

Akuutisti sairaan ravitsemus, muuttuuko ruokavalio?

Ruokailu:

Onko ruokailuajat säännöllisiä?

Minkä mittaisia ovat ateriat välit?

Miten syödyn ruuan määrää arvioidaan?

Syökö asiakas yksin vai onko mahdollista syödä yhdessä muiden kanssa?

Onko ruokailuhetki asiakkaan mielestä miellyttävä? Onko tätä kysytty/seurattu?

Onko ruokailuun saatavissa käytännön apua?

Ruokailun seurannan apuvälineet:

Mitä ruokailun seuranta apuvälineitä teillä on käytössä?

Kuinka usein mainitsemasi mittarit ovat käytössä?

Oletko tehnyt MNA-, tai muun ravitsemuksen arviointi testin asiakkaillesi? Kuinka usein?

Paino

Kuinka usein asiakkaan painoa (BMI) seurataan?

Onko painon seuranta järjestelmällistä ja suunniteltua?

Virhe- ja aliravitsemus

Jos asiakkaalla on todettu virhe tai aliravitsemusta, miten tämä huomioidaan ravitsemuksen seurannassa? (Tiivistyykö seuranta? Ravintolisät?)

Lääkkeet ja ravitsemus:

Onko runsaalla lääkityksellä vaikutusta asiakkaanne ruokahuiluun?

Muuta:

Haluaisitko lisätä vielä jotain?

Liite 2. Must lomake

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

Liite 3. MNA lomake



Mini Nutritional Assessment MNA®

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

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

Seulonta		J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisäitä puurot ja vellit)	
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	0 - 1 ateria 1 - 2 ateria 2 - 3 ateria	<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	K Sisäitäkö ruokavalio vähintään	
C Liikkuminen	0 - vuode- tai pyörätuolipotilas 1 - pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 - liikkuu ulkona	• yhden annoksen maitovalmistetta (maito, juusto, pihvä, viili) päivässä kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus?	0 - kyllä 2 - ei	• kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	
E Neuropsykologiset ongelmat	0 - dementia tai masennus 1 - lievä dementia 2 - ei ongelmia	• lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	
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 .	0.0 - jos 0 tai 1 kyllä-vastaus 0.5 - jos 2 kyllä-vastausta 1.0 - jos 3 kyllä-vastausta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Seulonnan tulos (välisumma maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annokela hedelmiä tai kasviksia	0 - ei 1 - kyllä <input type="checkbox"/>
12 pistettä tai enemmän: riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut, arviointia ei tarvitse jatkaa		M Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu...)	
11 pistettä tai vähemmän: riski virheravitsemukselle on kasvanut, jatka arviointia		0.0 - alle 3 lasillista 0.5 - 3-5 lasillista 1.0 - enemmän kuin 5 lasillista	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arviointi		N Ruokailu	
G Asuuko haastatettava kotona	1 - kyllä 0 - ei <input type="checkbox"/>	0 - tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 - syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 - syö itse ongelmitta	<input type="checkbox"/>
H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä	0 - kyllä 1 - ei <input type="checkbox"/>	O Oma näkemys ravitsemustilasta	
I Painehaavaumia tai muita haavoja iholla	0 - kyllä 1 - ei <input type="checkbox"/>	0 - vaikea virhe- tai allravitseemus 1 - on epävarma ravitsemustilastaan 2 - ei ravitsemuksellisia ongelmia	<input type="checkbox"/>
		P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin	
		0.0 - ei yhtä hyvä 0.5 - ei tiedä 1.0 - yhtä hyvä 2.0 - parempi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Q Olkavarren keikkokohdan ympärysmitta (OVY cm)	
		0.0 - OVY on alle 21 cm 0.5 - OVY on 21-22 cm 1.0 - OVY on yli 22 cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		R Pohkeen ympärysmitta (PYM cm)	
		0 - PYM on alle 31 cm 1 - PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>
		Arviointi (maksimi 16 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Seulonta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Ravitsemustilan arviointiasteikko	
		17-23,5 pistettä <input type="checkbox"/> riski virheravitsemukselle kasvanut	
		alle 17 pistettä <input type="checkbox"/> kärsii virhe- tai allravitseuksesta	

Ref. Velaz B, Wilens 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, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A: M398-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-467.
© Nestlé, 1994, Revision 2006. 187200 12/99 10M
Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivulta.

Liite 4. NRS-2002 lomake

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

1 ARVIO RAVITSEMUSTILASTA

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

2 SAIRAUDEN VAIKEUSASTE RAVITSEMUSTILANTEEN KANNALTA

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	3 pistettä	Pisteet
Vaikeusaste	Normaali tilanne	Lievä <ul style="list-style-type: none"> • heikentyneestä yleiskunnosta huolimatta jalkeilla oleva potilas • kroonisesti sairas potilas, joka on sairaalassa liitännäissairauden vuoksi • krooninen haava alle 25 cm² 	Kohtalainen <ul style="list-style-type: none"> • vuodepotilas • liikkuva potilas, jolla esim. levinnyt syöpä, vaikea suoliston tulehdussairaus, äskettäinen suuri vatsan alueen leikkaus, toistuvat leikkaukset, äskettäinen aivohalvaus, vaikea tulehdus, palovamma, 	Vakava <ul style="list-style-type: none"> • tehohoito • pään alueen vammat • kantasolusirto • laihuushäiriö 	

3 JOS IKÄ ON 70 VUOTTA TAI YLI LISÄÄ 1 PISTE

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

SEULONNAN TULOS JA TOIMENPITEET ERI RISKILUOKISSA

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

¹ Mukailtu Kondrupin ym.(2003) julkaisusta sekä Tampereen yliopistollisen sairaalan (2007) lomakkeesta.

Liite 5. Ruokailun seuranta lomake 1/(3)

Taustatiedot		Osasto	
Henkilön nimi tai tunniste	Ikä	Päivämäärä	Viikonpäivä
Ruokavalio		Avun tarve ruokailussa	
<input type="checkbox"/> Kiinteä <input type="checkbox"/> Pehmeä <input type="checkbox"/> Sosemainen <input type="checkbox"/> Nestemäinen		<input type="checkbox"/> Ei tarvitse apua <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua <input type="checkbox"/> Syötettävä	
Erityisruokavalio:			

1. Aamupala	Kello _____	Syödyn ruoan määrä kirjataan: dl, tl, kpl, g, viip.	Energia (kcal) katso annostaulukko	Proteiini (g) katso annostaulukko
	Ruokalaji, esim kaurapuuro tai pala leipää, 2 tl rasvaa			
Puuro/ velli				
Mehukeitto				
Leipä				
Levite marg. voi (rasva%)				
leikkeleet (rasva%)				
Lisäke (kylmä)				
Juomat				
maito (rasva%)				
mehu, kahvi tai tee				
sokeripala (kpl)				
Muu				
YHTEENSÄ				

Ruokailun seurantalomake 2/(3)

2. Lounas	Kello _____	Syödyn ruoan määrä kirjataan: dl, tl, kpl, g, viip.	Energia (kcal)	Proteiini (g)
	Ruokalaji, esim lihakeitto			
Pääruoka				
Lisäke (lämmin)				
Leipä				
Levite/ leikkeleet				
Leipärasva (%)				
Juomat, mehu				
Maito (rasva%)				
Salaatti				
Salaatinkastike				
Jälkiruoka				
Muu ¹				
YHTEENSÄ				

3. Iltapäiväkahvi	Kello _____	Syödyn ruoan määrä kirjataan: dl, tl, kpl, g, viip.	Energia (kcal)	Proteiini (g)
	Ruokalaji			
Leipä/ kahvileipä				
Levite/ leikkeleet marg. tai voi (rasva%)				
Lisäke				
Juomat, mehu kahvi tai tee, sokerip. (kpl)				
Muu				
YHTEENSÄ				

Ruokailun seurantalomake 3/(3)

4. Päivällinen	Kello	Syödyn ruoan määrä kirjataan: dl, tl, kpl, g, viip.	Energia	Proteiini
	Ruokalaji		(kcal)	(g)
Pääruoka				
Lisäke (lämmin)				
Leipä				
Levite/ leikkeleet				
Juomat, maito (rasva%)				
mehu				
Lisäke (kylmä)				
Jälkiruoka				
Muu				
YHTEENSÄ				

5. Iltapala	Kello	Syödyn ruoan määrä kirjataan: dl, tl, kpl, g, viip.	Energia	Prot. (g)
	Ruokalaji		(kcal)	
Leipä				
Levite/ leikkeleet (rasva%)				
Juomat, maito (rasva%)				
mehu				
Lisäke (kylmä)				
Muu				
YHTEENSÄ				

6. Kaikki päivän ateriat yhteensä	Energia (kcal)	Proteiini (g)

lähde:

www.ravitsemuskotona.fi

Liite 6. Annostaulukko 1/(3)

Ruokalajit	Puolikas perusannos tai kpl	Energia (kcal)	Prot. (g)	Kokonainen perusannos	Energia (kcal)	Prot. (g)
Puurot ja vellit						
puuro (veteen keitetty)	½ lautasellinen (1 dl)	45	1,3	1 lautasellinen (2 dl)	90	2,6
puuro (maitoon keitetty)	½ lautasellinen (1 dl)	90	3,4	1 lautasellinen (2 dl)	160	6,8
öljyisiä puuroon				1 rkl (13,5 g)	120	0
mehukeitto puuroon				0,5 dl	25	0
Pääruoat						
jauhelihapihvi	1 kpl	150	8,7	2 kpl (á 60 g)	300	17,4
jauhelihakastike	0,5 dl	65	5,1	1 dl (100 g)	130	10,2
pyörykät	1 kpl (30 g)	73	5,1	4 kpl (120 g)	290	20,5
lihakastikkeet (sika, nauta, broileri, maksa)	1 dl	143	9,7	1,5 dl	215	14,5
keitot (liha, makkara)	1 dl	60	3,9	1 lautasellinen (2 dl)	120	7,8
hernekeitto	1 dl	92	7,9	1 lautasellinen (2 dl)	185	15,8
kalakeitto	1 dl	75	5,2	1 lautasellinen (2 dl)	150	10,3
laatikot	100 g	110	7,5	200 g	220	15,0
liha- ja kalapataruoat	1 dl	105	7	1 lautasellinen (2 dl)	210	14
kalapala				½ - 1 kpl (120 g)	180	25
pääruokaohukaiset	á 25 g	47	1,5	5 kpl (125 g)	200	7,5
nakit	á 30 g	74	3,5	4 kpl (120 g)	295	14
riisipuuro (maitoon)	1 dl	83	3,3	1 lautasellinen (2 dl)	165	6,6
kyljykset (sika, leivitetty)				1 kpl (125 g)	400	17
kasvisvuogat	100 g	80	4,7	200 g	160	9,4
wokit	100 g	80	9,3	200 g	160	18,6
sosekeitot (maitoon)	1 dl	40	0,9	2 dl	80	1,8
kiusaukset	100 g	150	5	200 g	300	10
grillimakkara				1 kpl (100 g)	240	11,6
maksapihvi				120 g	155	25
Lisäkkeet (lämmin)						
peruna	1 kpl (60 g)	50	1	2 kpl	100	2
perunasose (maidosta)	1 dl (100 g)	90	2,1	1,5 dl	135	3,2
riisi	1 dl (80 g)	98	1,8	1,5 dl	145	2,6
makaroni	1 dl (65 g)	60	2	2 dl	120	4

Annostaulukko 2/(3)

ruskea kastike	0,5 dl	40	0,4	1 dl	80	0,8
vaalea kastike	0,5 dl	55	2,4	1 dl	110	4,7
lisäkekasvis				50 – 80 g	20	2,2
Leikkeleet/ levitteet						
leikkelemakkarat	1 viip. (15 g)	30	2	2 viip.	60	4
kinkkuleikkele	1 viip. (15 g)	20	3,4	2 viip.	40	6,8
juusto	1 viip. (10 g)	35	2,5	2 viip.	70	5
sulatejuustoviipale (Aamu- pala)				1 viip. (18 g)	55	3,3
maksamakkara	1 viip. (15 g)	33	1,7	2 viip. (30 g)	65	3,4
voi	3 g	22	0	1 nappi (6 g)	45	0
margariini (60 %)	3 g	15	0	1 nappi (6 g)	32	0
margariini (40 %)	3 g	10	0	1 nappi (6 g)	22	0
margariini (80 %)	3 g	21	0	1 nappi (6 g)	42	0
kananmuna	1 viip. (8 g)	12	1	55 g (kokonainen)	80	6,9
Jälkiruoat						
kiisseli/ mehukeitto	1 dl	50	0	1,5 dl	75	0
rahkat ja hyvät	1 dl	160	3,9	1,5 dl	240	5,9
hedelmäsalaatti	1 dl (70 g)	35	0,4	1,5 dl	55	0,6
pannukakku				1 pala (85 g)	125	5,4
vispipuuro	1 dl (100 g)	65	1,2	1,5 dl	100	1,8
suklaa- ja sitruunavaahto yms.	1 dl	140	5,2	1,5 dl (75 g)	210	7,8
marjahillolisä	1 rkl (17 g)	33	0			
jäätelöpuikko	n. 40 g/ kpl	100	1,7			
jälkiruokaohukaiset	18 g/ kpl	32	1,3			
Lisäkkeet (kylmä)						
tuoresalaatit				1 dl	8	0,6
peruna- ja punajuurisalaatit (majonneesilla)	0,5 dl	68	0,6	1 dl	135	1,2
kurkku				4 viip.	≈ 0	0,1
tomaatti				2 viip. (30 g)	6	0,2
salaatinkastike (öljypohjai- nen)				1 rkl (n. 14 g)	44	0

Annostaulukko 3/(3)

omena				1 kpl (200 g)	65	0,4
banaani	puolikas	60	0,9	1 kpl (150 g)	120	1,7
Leivät ja leivonnaiset						
ruisleipä (n. 30 g)				1 viip.	54	1,8
seka- ja hiivaleipä (n. 30 g)				1 viip.	60	1,9
kahvikakku				1 viip. (á 25 g)	90	1,4
pulla (viipale)				1 kpl/ viip. (á 30 g)	85	2,2
keksit	1 kpl/ 8 g	35	0,6	1 kpl/ 15 g (iso)	50	1,2
täytekakkupala (pieni)				1 kpl (40 g)	80	1,5
karjalanpiirakka				1 kpl (60 g)	135	2,7
Juomat						
maito/ piimä, rasvaton	1 dl	34	3,3	1 lasi (1,5 dl)	51	5
maito (1 %)	1 dl	40	3,3	1 lasi (1,5 dl)	60	5
maito, kevyt (1,5 %)	1 dl	46	3,2	1 lasi (1,5 dl)	69	4,8
maito, täys (3,5 %)	1 dl	63	3,2	1 lasi (1,5 dl)	95	4,8
piimä (2,5 %)	1 dl	51	3,2	1 lasi (1,5 dl)	77	4,8
täysmehu (appelsiini)	1 dl	45	0,3	1 lasi (1,5 dl)	68	0,5
sekamehu	1 dl	57	0	1 lasi (1,5 dl)	86	0
kahvi tai tee	kahvikuppi 1,1dl		0,3	muki 1,7 dl	≈ 0	0,5 / 0
sokeripala kahviin tai tee- hen	1 kpl (3 g)	12	0	2 kpl	24	0
sokeri (kide)	1 tl (4 g)	16	0	1 rkl (12 g)	50	0
kerma kahviin (19 %)	2 tl (10 ml)	20	0,2	1 rkl (15 ml)	30	0,3
maito kahviin	rasvaton 1 rkl (15 ml)	5	0,5	kevyt 1 rkl (15 ml)	7	0,5
Muut						
kermavaahto	1 rkl (7 g)	25	0,1	0,5 dl (25 g)	90	0,5
makeiset						
jogurtti				1 kpl (150 g)	107	4,2
viilit (rasvaa 2 %)				1 kpl (200 g)	100	5,8
viilit (1 %)				1 kpl (200 g)	80	6,6
karamelli	1 kpl (3 g)	10	0			
suklaakonvehti	1 kpl (8 g)	34	0,4			
Nutridrink/ Ensini				1 tetra (2 dl)	300	6,0 / 4,0
Fortimel/ Forticreme				1 tetra (2 dl)	200	20



Liite 7. Suostumuslomake ja saate

Suostumuslomake saate

1/(2)

TIEDOTE

24.4.2012

Hyvä sairaanhoitaja / terveydenhoitaja!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on selvittää vanhusten ravitsemustilan seuranta Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoidossa.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla kaikkia Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoidon sairaanhoitajia, jotka haluavat osallistua opinnäytetyön tekemiseen. Haastattelu nauhoitetaan ja litteroidaan haastattelun jälkeen. Haastattelu vie aikaa noin 30 minuuttia ja haastattelu pyritään tekemään teille sopivassa ja rauhallisessa paikassa kahden kesken.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus –tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaan mielelläni.

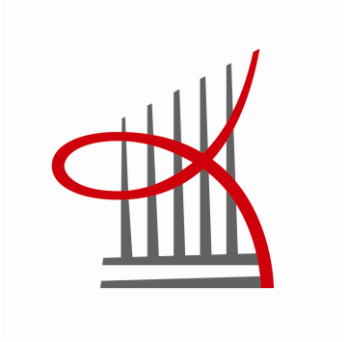
Katja Hurri ja Joonas Kallonen

Joonas Kallonen

Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu

joona.kallonen@piramk.fi / 050 3464996

SUOSTUMUS**Vanhusten ravitsemuksen seuranta kotisairaanhoidossa**

Olen saanut kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoitus on selvittää vanhusten ravitsemustilan seuranta Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoidossa, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Haastateltavan allekirjoitus

Nimen selvennys

Suostumuksen
vastaanottaja:

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys