



Vanhuspsykiatrisen potilaan ravitsemustilan arviointi

- Toimintamallin kehittäminen

Essi Jalonen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2021
Sosiaali- ja terveysalan
ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
Mielenterveys- ja päihdetyö

JALONEN, ESSI

Vanhuspsykiatrisen potilaan ravitsemustilan arviointi
-Toimintamallin kehittäminen

Opinnäytetyö 66 sivua, joista liitteitä 10 sivua
Marraskuu 2021

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää toimintamalli vanhuspsykiatrisen potilaan ravitsemustilan arvioimiseen vanhuspsykiatrian osastolla. Tarkoituksena oli kuvata hoidossa olevien ikäihmisten ravitsemustilan arvioinnin nykytilaa hoitotyön näkökulmasta ja tunnistaa ravitsemustilan arvioinnin haasteet. Tavoitteena oli tuottaa vanhuspsykiatrian osaston hoitohenkilökunnalle toimintamalli ikäihmisten ravitsemustilan arvioimiseksi.

Opinnäytetyö tehtiin toimintatutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla vanhuspsykiatrian osaston hoitohenkilökuntaa. Haastattelut toteutettiin ryhmämuodossa teemahaastattelun avulla. Aineistosta tehtiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Teoreettisen viitekehyksen ja haastatteluiden tulosten pohjalta rakennettiin alustava toimintamalli vanhuspsykiatrisen potilaan ravitsemustilan arviointiin. Toimintamallia työstettiin yhdessä henkilökunnan kanssa kolmella osastotunnilla, joiden välissä toimintamallia testattiin käytännössä. Toimintamalli kuvaa hoitajan ja lääkärin tehtävät potilaan hoitojakson eri vaiheissa.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että toimintamallin hyödyntäminen edesauttaa vanhuspsykiatrian osaston potilaiden ravitsemustilan arviointia sekä hoidon ja ohjauksen saamista. Toimintamalli tukee ja ohjaa niin uusia kuin vanhoja työntekijöitä ravitsemustilan arviointiin. Ravitsemustilan arvioinnin huomioiminen edistää kokonaisvaltaisuuden ja yhdenmukaisuuden periaatteen toteutumista psykiatrisessa hoidossa. Toimintamallia tulee jatkossakin arvioida, kehittää ja päivittää tarpeen mukaan.

Ravitsemuksen tiedetään vaikuttavan mielenterveyteen, jonka vuoksi jatkossa voi olla hyödyllistä tutkia, millä tavoin ravitsemus huomioidaan psykiatrian avohoidossa. Psykiatrisen sairauksien myötä ruokavalio yksipuolistuu ja ylipainoinenkin voi olla virheravittu, jonka vuoksi on hyvä tehdä lisää tutkimusta myös ylipainoisten ravitsemustilasta. Kokonaisvaltaisen hoidon näkökulmasta tarvitaan lisää tutkimusta ja toimintamallien kehittämistä, jotka edistävät tämän periaatteen toteutumista psykiatrialla.

Asiasanat: ravitsemustila, toimintatutkimus, mielenterveys

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Expertise and Development
Mental Health and Substance Abuse

JALONEN, ESSI:

Evaluation of a Geropsychiatric Patient's Nutritional State-
Developing of the Operations Model

Master's thesis 66 pages, appendices 10 pages
November 2021

The purpose was to develop an operating model for assessing the nutritional status of patient in the geriatric psychiatric department. The aim was to describe the current state of nutritional assessment and identify the challenges of nutritional assessment. The aim was to provide an operating model for the nursing staff.

The thesis was conducted as an action research. The data were collected through group thematic interviews and the data were content analyzed. The operating model was developed based on theoretical underpinnings and from the results of thematic interviews.

In conclusion, the operating model improves the assessment of nutritional status as well as care and guidance of an elderly psychiatric patient. The operating model can be used for orientation, and it promotes the implementation of holistic and consistent care in psychiatric care. The operating model must be evaluated and developed in the future.

Nutrition has an impact on mental health and further research could be done on how nutrition is considered in psychiatric outpatient care. There could be done research on the nutritional status of overweight people because they can also be malnourished. From the perspective of holistic care, more research and development of operating models could be needed.

Key words: nutritional state, action research, mental health

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	9
3	TARKOITUS, TUTKIMUSKYSMYKSET JA TAVOITE	10
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	11
4.1	Ikääntyvien ravitseminen.....	11
4.2	Ikääntyvien ravitsemushoitoon liittyvät suositukset	13
4.3	Ravitsemustilan arvioinnin menetelmät.....	16
4.4	Ravitseminen ja mielenterveys.....	20
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	23
5.1	Toimintatutkimus	23
5.2	Tutkimusaineiston keruu	25
5.3	Tutkimusaineiston analyysi	26
6	HOITOHENKILÖKUNNAN HAASTATTELUIDEN TULOKSET	29
6.1	Osaston toimintatavat ravitsemustilan arvioinnissa toimintatutkimuksen alkaessa	29
6.1.1	Esitietojen selvittäminen	31
6.1.2	Ravitsemustilan arviointimenetelmät	31
6.1.3	Ravitsemustilan seulontamenetelmän vähäinen käyttö	32
6.1.4	Moniammatillinen yhteistyö.....	32
6.2	Potilaaseen liittyvät ravitsemustilan arvioinnin haasteet.....	33
6.2.1	Potilaan yksilölliset tekijät	33
6.2.2	Puutteellinen tiedonsaanti	34
6.3	Osaston toimintaan liittyvät ravitsemustilan arvioinnin haasteet...	34
6.3.1	Hoitotyön kuormittuneisuus	35
6.3.2	Toimintatapojen vähäisyys	35
6.4	Tietotaidon kehittämiskohteet.....	36
6.4.1	Ravitseminen- teeman esille nostaminen	36
6.4.2	Ravitsemustiedon lisääminen	37
6.5	Toimintatapojen kehittämiskohteet.....	37
6.5.1	Ravitsemushoidon kirjaamisen kehittäminen.....	38
6.5.2	Yhtenäisten toimintatapojen muodostaminen	39
7	RAVITSEMUSTILAN ARVIOINNIN TOIMINTAMALLI	40
7.1	Toimintamallin kehittäminen.....	40
7.2	Toimintamallin kuvaus.....	41
8	POHDINTA	44
8.1	Luotettavuus.....	44

8.2 Eettisyys.....	46
8.3 Tulosten tarkastelu.....	47
8.3.1 Haastatteluiden tulosten tarkastelu.....	47
8.3.2 Toimintamallin tarkastelu.....	49
8.3.3 Johtopäätökset, jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset.....	51
LÄHTEET.....	53
LIITTEET.....	57
Liite 1. Taulukko kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista.....	57
Liite 2. Tietoon perustuva suostumuslomake.....	60
Liite 3. Teemahaastattelun runko.....	62
Liite 4. Toimintatutkimuksen vaiheet.....	63
Liite 5. Vanhuspsykiatrisen potilaan ravitsemustilan arvioinnin toimintamalli	64
Liite 6. Ravitsemuksen esitietolomake	66

LYHENTEET JA TERMIT

NRS 2002	Nutritional Risk Screening
MNA	Mini Nutritional Assessment
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
TAYS	Tampereen yliopistollinen sairaala
THL	Terveystieteiden tutkimuskeskus
VRN	Valtion ravitsemusneuvottelukunta

1 JOHDANTO

Terveyden ja hyvinvoinnin edellytyksenä pidetään hyvää ravitsemustilaa, jolla tarkoitetaan hyvää tasapainoa ravintoaineiden saamisessa (VRN 2010, 16; Voutilainen, Fogelholm & Mutanen 2015, 163). Sen katsotaan ylläpitävän terveyttä, parantavan elämänlaatua ja ehkäisevän kansansairauksia (VRN 2010, 16). Kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin kuuluu olennaisena osana myös mielenterveys ja mielen hyvinvointi, sillä mielenterveys vaikuttaa usein heikentävästi ruokavalintoihin ja ruokavalion laatu puolestaan saattaa heikentää mielen hyvinvointia (Sinisalo 2015, 201; Haarni, Viljanen & Hansen 2017, 6).

Ikääntyneillä keskeinen elämänlaatua heikentävä tekijä on vajaaravitsemus, jossa elimistö ei saa riittävästi ravintoaineita ja elimistön toiminta heikentyy (Voutilainen ym. 2015, 163; Nuotio, Hartikainen & Nykänen 2019). Suomessa ikääntyneistä sairaalaan tulevista potilaista 40–65 % on aliravittuja, kun taas Alankomaissa ja Saksassa vastaava luku vaihteli 33–56 % välillä (Vanderwee 2010; Sinisalo 2015, 9). Yleisesti vajaaravitsemuksen on todettu pidentävän sairaalahoittoa 30–70 %:lla (Oksa & Siljamäki- Ojansuu, 2014).

Tutkimukset osoittavat, että ikääntyneiden ravitsemustilan tunnistaminen terveydenhuollossa on heikkoa ja tiedetään, että sairaiden ikääntyneiden ongelmana on usein energia- ja proteiininivajaus (Schwap 2020; Suominen 2021). Terveydenhuollossa hoitohenkilökunta on avainasemassa ikääntyneen ravitsemushoidon toteuttamisessa ja hyvän ravitsemuksen turvaamiseksi tarvitaan moniammatillista yhteistyötä (VRN & THL 2020, 60). Ammattilaisten ravitsemusosaamisesta tulisi huolehtia säännöllisillä koulutuksilla ja yksiköissä tulee olla selkeät toimintaohjeet vajaaravitsemuksen tai sen vaarassa olevien hoitoon (Sinisalo 2015, 106; VRN & THL 2020, 67).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää toimintamalli vanhuspsykiatrian osastolle ravitsemustilan arvioimiseen. Toimintamalli nopeuttaa aliravittujen tai aliravitsemuksen riskissä olevien potilaiden tunnistamista ja aikaista puuttumista. Opinnäytetyö tehtiin toimintatutkimuksena, jossa osallistettiin hoitohenkilökuntaa toimintamallin kehittämiseen. Toimintatutkimukseen osallistuminen saattaa lisätä

osallistujien tietoa ja ymmärrystä ikääntyneiden ravitsemustilan monipuolisista vaikutuksista (Suojanen 2004).

Opinnäytetyön tekijä työskentelee yksikössä, jonne työ tehtiin. Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen ja työn tarpeellisuus oli nostettu esille yksikön lääkärin toimesta. Yksikkö oli saanut eduskunnan oikeusasiamiehen taholta tarkastuksen yhteydessä suosituksen parantaa ikääntyneiden mielenterveyspotilaiden ravitsemustilan arviointia. Lisäksi toimialueen työhyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä laadun ohjausryhmän ryhmän jäsen on tuonut esille ravitsemustilan seuraamisen ja mittaamisen olevan osa laadukasta psykiatrasta sairaalahoitoa.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Opinnäytetyö tehtiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä psykiatrian toimialueella, Vanhuspsykiatrian osastolla. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän omistaa 23 jäsenkuntaa, joiden alueella asuu yhteensä yli puoli miljoonaa asukasta. Sairaanhoitopiiri tuottaa jäsenkunnilleen vaativan erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon palveluja. Toimintaa ohjaavat eettiset periaatteet; hyvä hoito, ihmisen kunnioittaminen, osaamisen arvostaminen ja vastuullisuus. (TAYS 2020b.)

Psykiatrian toimialueella tutkitaan ja hoidetaan potilaita, joilla on erilaisia psykiatrisia oireita tai häiriöitä (TAYS 2021). Vanhuspsykiatrian osasto on keskittynyt hoitamaan ikääntyviä ihmisiä, joilla on erilaisia mielialahäiriöitä, äkillisiä psykoottisia häiriöitä ja erilaisia sekavuustiloja (TAYS 2020a). Osastolla tehdään tutkimusta ja erotusdiagnostiikkaa yhdessä moniammatillisessa työryhmässä. Hoitoon tullaan läheteellä ja hoidon alussa laaditaan yksilöllinen tutkimus- ja hoitosuunnitelma yhdessä lääkärin, omahoitajan, potilaan ja läheisten kanssa. Hoitoaika vaihtelee muutamasta päivästä muutamaa kuukauteen. (TAYS 2020c.)

3 TARKOITUS, TUTKIMUSKYSMYKSET JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää toimintamalli vanhuspsykiatrisen potilaan ravitsemustilan arvioimiseen vanhuspsykiatrian osastolla. Tarkoituksena oli kuvata hoidossa olevien ikäihmisten ravitsemustilan arvioinnin nykytilaa hoitotyön näkökulmasta ja tunnistaa ravitsemustilan arvioinnin haasteet. Tavoitteena oli tuottaa vanhuspsykiatrian osaston hoitohenkilökunnalle toimintamalli ikäihmisten ravitsemustilan arvioimiseksi. Selkeä toimintamalli auttaa tunnistamaan aliravitut tai aliravitsemuksen riskissä olevat potilaat sekä nopeuttaa potilaan hoidon tai ohjauksen saamista.

Tutkimuskysymykset:

1. Millä keinoin hoitohenkilökunta arvioi ikäihmisten ravitsemustilaa vanhuspsykiatrian osastolla tutkimushetkellä?
2. Millaisia haasteita vanhuspsykiatristen potilaiden ravitsemustilan arvioimisessa on?
3. Millainen on toimintamalli, jolla hoitohenkilökunta voi arvioida vanhuspsykiatrian osastolla hoidossa olevien potilaiden ravitsemustilaa?

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön aiheeseen perehdyttiin kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten kautta. Aiheesta tehtiin kirjallisuuskatsaus, jossa haettiin tutkimuksia ikääntyneiden ravitsemustilan arvioimisesta sekä ravitsemuksen yhteydestä mielenterveyteen. Tietokantahaku suoritettiin Cinahl, Medic, Medline, Nursing & Allied Health Database ja Pubmed tietokantoihin. Lisäksi tehtiin manuaalista tiedonhakua. Hakusanat muodostettiin opinnäytetyön aiheen käsitteistä, ravitsemus, ravitsemustila, vanhus ja mielenterveys. Sanoista muodostettiin englanninkieliset vastineet MeSH- sanaston mukaisesti; nutrition assessment, aged ja mental health. Mukaan valittiin tutkimuksia, jotka koskivat ikääntyneitä, yli 65- vuotiaita. Tutkimuksista piti olla saatavilla tiivistelmä ja koko teksti. Tutkimuksista rajattiin pois maksulliset, yli kymmenen vuotta vanhat tutkimukset sekä muut kuin suomen tai englanninkieliset tutkimukset. Vertaisarvioitujen alkuperäistutkimusten laatu arvioitiin JBI- arviointikriteeristön mukaisesti (Hotus hoitotyön tutkimussäätiö n.d.). Laadunarviointi on kuvattu liitteessä 1.

Kirjallisuuskatsauksen myötä havaittiin, että ikääntyneiden ravitsemuksesta ja sen arvioinnista on tehty hyvin tutkimusta. Tutkimuksissa pääpaino on enemmän pitkäaikaishoidon puolella kuin sairaalassa. Tutkimusta on tehty vähemmän ravitsemuksen vaikutuksista mielenterveyteen. Mielenterveyteen liittyen löytyy muutamia kansainvälisiä tutkimuksia, mutta ei kotimaisia tutkimuksia viimeisen kymmenen vuoden ajalta.

4.1 Ikääntyvien ravitsemus

Hyvä ravitsemustila auttaa ehkäisemään sairauksia ja toipuminen sairauksista nopeutuu. Lisäksi hyvä ravitsemustila edistää ikääntyneiden kotona asumista, mutta myös kohentaa vireystilaa ja elämänlaatua. (Scwab 2020.) Ikääntymisen myötä ihminen kokee paljon fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia. Muutokset vaikuttavat ikääntyneen ihmisen ravinnontarpeeseen, ruokavalintoihin ja syömiskäyttäytymiseen. (Sinisalo 2015, 95.) Ravinnontarpeen keskeisin muutos

on energiantarpeen väheneminen, johon vaikuttaa ikääntyneen fyysisen aktiivisuuden ja lihaskudoksen väheneminen. (VRN 2010, 156; Sinisalo 2015, 96).

Ikääntyneen ruokahalun vähenemiseen voivat vaikuttaa fyysiset muutokset, kuten vapina ja liikkeiden hidastuminen, maku- ja hajuaistin muutokset, syljenerityksen vähentyminen sekä muutokset suun limakalvoilla ja hampaissa. Aineenvaihdunta hidastuu ikääntyessä, joka vaikuttaa ravintoaineiden imeytymiseen ja aiheuttaa ruuansulatuksen ongelmia. Ruokahalua voivat myös vähentää lääkitykset ja psyykkinen tila. Ruokahalun vähenemisen myötä ravinto muuttuu helposti yksipuoliseksi. (Sinisalo 2015, 96–97.) Myös janon tunnistaminen voi heikentyä, jonka vuoksi nesteiden saamiseen tulee kiinnittää huomiota. Nestevajaus on haitallista ja se lisää mm. kaatumisen riskiä. Tiedetään myös, että monilla lääkkeillä on nestettä poistava vaikutus, joka näin ollen lisää nestevajauksen mahdollisuutta. (Schwab 2020.) Edellä mainittujen fyysisten muutosten lisäksi ikääntyneiden ravitsemukseen voi vaikuttaa ravinnon saamiseen liittyvät ongelmat, joita voivat olla taloudelliset ja avun saamisen vaikeudet (Suominen 2021).

Ravinnon riittävydestä kertoo yksilön ravitsemustila ja voidaan puhua virheravitsemuksesta, jos elimistö saa joko liikaa tai liian vähän ravintoaineita. Virheravitsemus aiheuttaa muutoksia painoon, kehon koostumukseen ja elimistön toimintakykyyn. Liikaravitsemus on yksi virheravitsemuksen muoto, jossa ravintoa on saatu pitkäaikaisesti liikaa. Paino nousee, kun ravintoa saadaan enemmän kuin kulutetaan. Vajaaravitsemuksessa elimistön toiminta heikkenee ravintoaineiden niukkuuden vuoksi ja aliravitsemuksessa energian, proteiinien tai molempien saanti on elimistön tarpeisiin nähden riittämätön. (Voutilainen ym. 2015, 162–163.) Vajaaravitsemuksen riski kasvaa iän myötä ja vajaaravitsemuksen vaarassa olevien ikääntyneiden tunnistaminen aikaisessa vaiheessa on tärkeää, jotta tilanteeseen pystytään puuttumaan ajoissa (Sinisalo 2015, 97). Huonolla ravitsemustilalla on useita seurauksia. Se lisää sairastavuutta ja kuolleisuutta, hidastaa sairauksista toipumista, heikentää elimistön puolustuskykyä ja haavojen parantumista sekä kasvattaa sepsisriskiä. Myös kaatumis- ja murtumisriski lisääntyy, kun lihaskato kiihtyy ja lihasten toiminta sekä voima heikkenee. Lisäksi se lisää terveyspalveluiden tarvetta ja pidentää sairaalajaksoja. (Suominen 2021.)

Belgiassa on tutkittu ikäihmisten aliravitsemuksen esiintyvyyttä sairaalahoidossa. Ikäihmisten aliravitsemuksen esiintyvyys sairaalahoidossa todettiin olevan Belgiassa kansainvälisellä tasolla. Aliravitsemuksesta kärsi 33 % ja aliravitsemuksen riskissä oli 43 % tutkittavista. Aliravitsemukseen todettiin vaikuttavan nielemisvaikeudet, makuaistin heikentyminen ja siirtyminen hoitokodista sairaalaan. (Vanderwee ym. 2010.)

Kirjallisuudessa puhutaan paljon aliravitsemuksesta, mutta Correia (2018) huomioi tutkimuksessa myös ylipainoiset. Tutkimuksessa tunnistettiin, että myös ylipainoisten ravitsemustilassa on usein puutteita ja tietoisuutta asiasta olisi tärkeää lisätä. (Correia 2018.) Boaz ym. (2013) ovat tutkineet sairaalassa työskentelevien sairaanhoitajien ravitsemustiedon ja asenteiden suhdetta iäkkäiden sairaalapotilaiden ravitsemushoitoon ja ruokailuun liittyen. Tulokset osoittivat, että sairaanhoitajat tunnistivat ravitsemuksella olevan merkittävä positiivinen yhteys terveyteen ja sairauksiin, mutta he kokivat suhteellisen merkityksettömäksi ravitsemustilan arvioinnin ja asianmukaisen ruokavalion tarjoamisen. Tutkimuksesta kävi ilmi, että sairaanhoitajat kokivat ravitsemusneuvonnan kuuluvan työtehtäviin, mutta ravitsemustilan arvioiminen ei kuulunut. Tutkimustulosten valossa Boaz ym. näkivät tarpeen hoitohenkilökunnan ravitsemusosaamisen parantamiselle. (Boaz ym. 2013.)

Sinisalo (2015) on listannut pääkohtia, joita tulisi huomioida ikäihmisen ruokailussa. Ruokailussa hyödynnetään iäkkäälle tuttuja ruoka-aineita ja ruuan on oltava helposti syötävää ja maistuvaa. Ravinnon tulisi sisältää runsaasti valkuaisaineita, suojaravintoaineita ja kuitua, mutta vain vähän rasvaa. Lisäksi on huolehdittava riittävästä nesteiden saamisesta. (Sinisalo 2015, 98.)

4.2 Ikääntyvien ravitsemushoitoon liittyvät suositukset

Ikääntyneiden ravitsemushoidossa on olennaista huolehtia riittävästä ruuan määrästä, mutta myös ruuan monipuolisuudesta ja vaihtelevuudesta. Ikääntyneet tarvitsevat useita ja kohtuullisen kokoisia aterioita päivässä, koska ikääntyneet tule-

vat helpommin kylläisiksi. Suosituksen mukaisesti ikääntyneille tarjotaan 5 ateriaa päivässä; aamupala, lounas, välipala, päivällinen ja iltapala. (VRN 2010, 155–156.)

Energiantarve on yksilöllinen, mutta yleensä ikääntyneellä se on 1500–1900 kcal/vrk. Energiantarpeeseen vaikuttaa yksilön lihasmassan määrä, fyysinen aktiivisuus ja hormonaaliset tekijät. Ikääntyvien energiantarve voi olla hyvinkin pieni, erityisesti vähän liikkuvilla. (VRN & THL 2020, 79.) Vuodepotilaiden tai vähän liikkuvien sekä alipainoisten ja lihavien energiantarve määrät on esitetty taulukossa 1. On huomioitavaa, että sairaudet lisäävät energiantarvetta 10–30 %. (VRN 2010, 33.) Energian ja proteiinien tarve lisääntyy, kun tulehdustilassa elimistö ryhtyy pilkkomaan rasvoja ja erityisesti proteiineja. Tulehdustilan elimistössä voi aiheuttaa niin leikkaus, luunmurtuma, palovamma tai infektio. (Voutilainen ym. 2015, 164.)

TAULUKKO 1. Energian tarve (VRN 2010, 33).

Vuodepotilaat tai vähän liikkuvat	30 kcal/ kg/ vrk
Alipainoiset	35 kcal/ kg/ vrk
Lihavat	25 kcal/ kg/ vrk

Proteiinien tarve on esitetty taulukossa 2. Proteiinin määrä on 15–20 % energiantarpeesta (VRN & THL 2020, 79). Proteiinien riittävällä määrällä vähennetään ikääntyneiden lihaskatoa sekä turvataan lihaskunnon ja toimintakyvyn säilymistä. Lisäksi proteiinien avulla ylläpidetään ihon kuntoa ja sairauksista toipuminen ja haavojen paraneminen nopeutuu. (Jyväkorpi ym. 2014, 17.)

TAULUKKO 2. Proteiinien tarve (VRN 2010, 34; Suominen 2021).

Normaali tarve	0,8 g/ kg
Lisääntynyt tarve	1–2 g/ kg
Ikääntyneiden tarve	1,2–1,4 g/ kg

Ravintoaineiden saamisesta on myös tärkeää huolehtia, erityisesti jos energiansaanti on niukkaa. Ruokavaliota voi tarvittaessa täydentää vitamiini- ja kivennäisainevalmisteilla ja kliinisillä ravintovalmisteilla. (VRN & THL 2020, 79.) Riittävä D-vitamiinin ja kalsiumin saaminen ehkäisee kaatumisia ja luuston haurastumista. (Schwab 2020). Elintarvikkeisiin on ryhdytty lisäämään D- vitamiinia, koska sitä on harvassa ruoka-aineessa. Ruuan lisäksi D- vitamiinia saadaan auringonvalosta ja ikääntyneillä ihon kyky muodostaa D- vitamiinia auringonsäteistä heikkenee merkittävästi. (Voutilainen ym. 2015, 129–130.) Mikäli ikäihminen ei saa ravinnosta riittävästi D- vitamiinia, suositellaan alle 75- vuotiaalle D- vitamiinilisän käyttöä loka- maaliskuun välisenä aikana, annoksella 10 mikrogrammaa/vrk. Ja yli 75- vuotiaille puolestaan D- vitamiinilisää ympärivuoden 10–20 mikrogrammaa/ vrk. Ikääntyneiden kalsiumin vuorokausisuositus on 800 mg/ vrk. Kalsiumravintolisä valmistetta suositellaan otettavaksi, mikäli maitotuotteiden käyttö ruokavaliossa on vähäistä. (Schwab 2020.)

Ravitsemuksessa tulee kiinnittää huomiota myös riittävään kuidun saamiseen, koska se edistää ikääntyneen suolen toimintaa. Ikääntyneillä ravintokuidun vähimmäismäärän suositukset ovat naisilla 25 g/ vrk ja miehillä 35 g/ vrk. Ruokavaliassa suositetaan täysviljavalmisteita, juureksia, vihanneksia, marjoja ja hedelmiä, pähkinöitä ja siemeniä. Terveysten ylläpitämisen näkökulmasta suositellaan, että ravinnossa käytetään riittävästi pehmeitä rasvoja ja vältettäisiin kovia rasvoja. Pehmeiden rasvojen käyttö vaikuttaa positiivisesti kolesteroli- ja triglyseridipitoisuuksiin sekä glukoosiaineenvaihduntaan, mutta auttaa myös kohonneen verenpaineen hoidossa ja sepelvaltimotaudin ehkäisyssä. (VRN & THL 2020, 81–82.)

Edellä mainittujen lisäksi kiinnitetään huomiota riittävään nesteiden saamiseen ja suolan käyttöön. Ruokien mukana saadun nesteen lisäksi nesteitä suositellaan juomaan vuorokaudessa 1–1,5 litraa (VRN & THL 2020, 85). Nesteillä on vaikutusta ruuansulatukseen, ravintoaineiden imeytymiseen ja kuljettamiseen sekä kuona-aineiden poistumiseen elimistöstä (Jyväkorpi ym. 2014, 24). Iäkkäiden nesteen tarpeeseen vaikuttavat fyysinen aktiivisuus, ikä ja ympäristön lämpötila. (VRN & THL 2020, 84). Ikääntymisen myötä elimistössä nesteen suhteellinen määrä vähenee, jonka myötä he ovat alttiimpia nuoria vakavammalle nestevajaukselle (Jyväkorpi ym. 2014, 24). Nestevajauksesta kertovia merkkejä ovat jano ja kuiva suu, vähentynyt virtsaamisen tarve ja väritykseltään tumma virtsa sekä

päänsärky, väsymys, toimintakyvyn lasku, kehon lämpötilan nousu, ummetus, sekavuus, huimaus ja kaatuilu. Nesteiden saamista voidaan joutua myös rajoittamaan, mikäli ikääntyneellä on sydämen tai munuaisten pitkälle edennyt vajaatoiminta. Suolaa suositellaan käytettäväksi kohtuudella, enintään 5 g vuorokaudessa ja suositellaan käytettäväksi nimenomaan jodioitua ruokasuolaa, jotta ikääntyneiden riittävä jodin saanti turvataan. (VRN & THL 2020, 84, 86, 87.)

Jyväkorpi (2016) havaitsi väitöskirjassaan, että ikääntyneiden ihmisten keskuudessa oli yleistä ruokavalion heikko laatu, riittämätön proteiinien ja suojaravinteiden saaminen. Sama havainto tehtiin ikääntyneen kunnosta riippumatta. Edellä mainittuja tekijöitä ikääntyvien ruokavaliossa pystyttiin parantamaan yksilöllisesti toteutettujen ravitsemusinterventioiden avulla. (Jyväkorpi 2016.)

4.3 Ravitsemustilan arvioinnin menetelmät

Kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu osana ravitsemushoito, jonka avulla ylläpidetään ravitsemustilaa sekä ehkäistään ja hoidetaan vajaaravitsemusta tai muita ravitsemuksen ongelmia (Sinisalo 2015, 101). Ravitsemushoito on moniammatillista työtä, johon eri ammattiryhmät osallistuvat oman tehtävänsä mukaisesti. Lääkäriin, osastonhoitajaan, hoitohenkilökunnan ja ravitsemusterapeutin tehtävät on avattu kuviossa 1. (VNR 2010, 17–18.) Kokonaisvaltaiseen ravitsemushoitoon puolestaan kuuluu ravitsemustilan arviointi ja seuranta. (Sinisalo 2015, 101.)

Lääkäri	Osastonhoitaja	Hoitohenkilökunta	Ravitsemusterapeutti
<ul style="list-style-type: none"> Vastuu potilaan ravitsemushoidosta Vajaaravitun ja vajaaravitsemuksen riskipotilaan ravitsemustilan arviointi sekä hoidon suunnittelu, arviointi, seuranta ja potilaan motivointi 	<ul style="list-style-type: none"> Kokonaisvastuu ravitsemushoidon toteutuksesta 	<ul style="list-style-type: none"> Vajaaravitsemusriskin seulonta Ravinnontarpeen arviointi ja yksilöllinen ruokatilaus Ruoanjakelu ja tarjoilu yhdessä sairaalahuoltajan kanssa Potilaan avustaminen ruokailussa tarvittaessa Ravinnon saannin ja painon seuranta Palautteen pyytäminen potilaalta Ravitsemusohjaukseen osallistuminen Tiedonsiirto jatkohoitopaikkaan 	<ul style="list-style-type: none"> Vajaaravitun ja vajaaravitsemuksen riskipotilaan ravitsemustilan arviointi sekä ravitsemushoidon suunnittelu, arviointi ja seuranta yhteistyössä lääkärin ja muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Ravitsemusohjaus sovituille potilaille ja omaisille Ravitsemuskoulutus ja -konsultointi Ravitsemushoidon kehittäminen

KUVIO 1. Ammattiryhmien tehtäväkuvia ravitsemushoidossa (VNR 2010, 18).

Ravitsemustilan arvioimiseen käytettävien menetelmien käyttö on osa terveydenhuollon perustoimintaa, joita tulee käyttää säännöllisesti. Hoitohenkilökunnalla tulee olla selvät toimintaohjeet menetelmien käyttöön ja heidän tulee tietää tuloksista aiheutuvat toimenpiteet. Ravitsemustilan seuranta ja arvioiminen on osa hoitajan työtä. Hoitaja havainnoi ruokailujen toteutumista ja raportoi ruokailussa havaitsemistaan muutoksista. (Sinisalo 2015, 106.)

Merkittävässä osassa ravitsemustilan kokonaisarviointia on esitietojen kerääminen. Keskeistä on selvittää yksilön sairaudet ja niihin annettava hoito, mutta myös syömiseen vaikuttavat tekijät. Ravinnonsaantia heikentäviä tekijöitä ovat ruokahaluttomuus, syömisongelmat, nielemisvaikeudet, oksentelu ja ripuli. (VRN 2010, 30.) Lisäksi haastatteleamalla kartoitetaan ruokavalio sekä ikääntyneen kyky valmistaa ja hankkia ruokaa (Suominen 2021).

Ravitsemustilan arvioimisen ja seurannan yksinkertaisin lähtökohta on painon ja pituuden mittaaminen, jonka avulla lasketaan ihmisen painoindeksi (Sinisalo 2015, 101). Painoindeksin avulla voidaan tehdä tulkintaa ravitsemustilasta (kuviot 2) (VRN 2010, 30). Painon säännöllinen mittaaminen edesauttaa huomaamaan muutokset ravitsemustilassa ja tahaton painonlasku on aina hälyttävää (Sinisalo 2015, 102; Schwab 2020).

Aikuiset		Ikääntyneet (yli 70v)	
• < 16	Vaikea alipaino	• < 22	Alipaino
• < 20	Alipaino		
• 20- 24,9	Normaalipaino	• 22- 23,9	Lievästi alentunut paino
• 25- 29,9	Lievä lihavuus		
• 30- 34,9	Merkittävä lihavuus	• 24-29	Normaalipaino
• 35-39,9	Vaikea lihavuus		
• yli 40	Sairaalloinen lihavuus	• yli 29	Ylipaino

KUVIO 2. Aikuisten ja ikääntyneiden painoindeksien tulkinta (VRN 2010, 31).

Painon ja painoindeksin lisäksi ravitsemustilasta saadaan tietoa laboratoriokokein, mutta tulosten tulkinnassa on huomioitava mahdolliset sairaudet, infektiot ja nestetasapaino (Voutilainen ym. 2015, 165; TAYS Intra 2020). Perusveren kuvan avulla saadaan tietoon mahdollinen anemia, joka voi johtua joko raudan tai B-12 vitamiinin puutteesta. Veren seerumista mitattava natrium, kalium, hemoglobiini, kreatiini ja albumiini kertovat puolestaan nestetasapainosta. (VRN 2010, 32.) Lisäksi virheravitsemuksesta voidaan saada tietoa havainnoimalla ulkoista olemusta. Muutoksia voi näkyä hiuksissa, ihossa ja limakalvoilla. Kuihtunut ja kuiva keho sekä silmien painuminen ja poskien lommelalle meno kertovat lihas- ja rasvakudoksen vähentymisestä, joka johtuu energian tai proteiinien vähäisyydestä. (Sinisalo 2015, 103.) Rasvakudoksen vähentymistä on mahdollista arvioida käsin kokeilemalla ihopoimuun paksuutta, muun muassa olkavarresta tai lavalta. Lihasen pieni koko ja kiinteyden puuttuminen voivat viitata vajaaravitsemuksen aiheuttamaan lihasten surkastumiseen (TAYS Intra 2020). Nestevajauksen voi havaita kuivasta kielestä ja suusta, mutta pullottava vatsa voi puolestaan kertoa ylimääräisestä nesteen kertymisestä (Sinisalo 2015, 103; TAYS Intra 2020).

Ravitsemustilan arviointiin on myös kehitetty useita mittareita (Nuotio ym. 2019). Kaikissa seulontamenetelmissä pisteytetään eri osa-alueet ja kokonaispistemäärä kertoo vajaaravitsemus riskistä, jonka perusteella toimenpiteet määräytyvät (VRN 2010, 29). Huomioitavaa on, että mittarit eivät arvioi ikääntyneiden energia- ja proteiinivajasta (Nuotio ym. 2019).

Yli 65- vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin on kehitetty Mini Nutritional Assessment (MNA)- menetelmä, jossa arvioidaan painoindeksi, painonlaskua ja ravinnonsaantia. Menetelmästä on olemassa lyhyt ja pitkä versio. Lyhyt versio käsittää fyysisen aktiivisuuden ja henkisen hyvinvoinnin arvioimisen. Pitkä versio käsittää lisäksi lääkkeiden määrän, painehaavojen ilmaantumisen, ruokailun ja ruokavalion laadun sekä olkavarren ja pohkeen ympäröimien arvioimisen. (Nuotio ym. 2019.) Lyhyen MNA- version toimivuutta on tutkittu niin, että painoindeksin määrittäminen korvattiin pohkeen mittauksella. Dent ym. (2017) totesivat menetelmän tarkkuuden säilyvän, vaikka painoindeksi korvataan pohkeen mitalla. Painoindeksin korvaamista pohkeen mittauksella suositeltiin käytettäväksi sairaalassa ajankäytöllisistä syistä. Lisäksi tulokset osoittivat lyhyen MNA:n olevan nopea ja tarkka tapa aliravitsemuksen seulontaan sairaalassa olevilla iäkkäillä potilailla. (Dent ym. 2017.) Myös Kaburagi ym. (2011) ovat tutkimuksessaan todenneet MNA-menetelmän olevan hyödyllinen ja kattava ravitsemustilan arvioimismenetelmä japanilaisille hoitokodissa asuville ikääntyneille ihmisille (Kaburagi ym 2011). Kuitenkin Jyväkorpi (2016) väitöskirjassaan totesi, että MNA-menetelmä tunnistaa heikosti ikääntyneet, joilla on ravinnossa vähän energiaa ja proteiinia (Jyväkorpi 2016).

Suomessa valtion ravitsemusneuvottelukunta ohjaa, että sairaalassa käytetään Nutrition Risk Screening (NRS2002) -menetelmää (VRN 2010, 28). NRS 2002-menetelmä sopii käytettäväksi kaikenikäisille ja se ottaa huomioon sairauden ja iän. Menetelmässä saa lisäpisteen 70- vuotta täyttäneet. (Nuotio ym. 2019.) Edellä mainittujen lisäksi ikääntyneiden vajaaravitsemuksen seulontaan on olemassa Malnutrition universal screening tool (MUST) -menetelmä sekä Geriatric Nutrition Risk Index (GNRI) (Nuotio ym. 2019). MUST-menetelmä soveltuu käytettäväksi perusterveydenhuollossa, jossa lasketaan painoindeksi ja huomioidaan painonmuutokset edeltävän 3–6 kuukauden ajalta ja tarkastellaan ravinnonsaannin määrää. (Sinisalo 2015,106.)

Ravitsemuksen seulontaan tarkoitettuja MNA-, MUST- ja NRS 2002 – menetelmiä testattiin Holst ym. (2013) tekemässä tutkimuksessa, joka suoritettiin sairaalahoitokodissa olevilla yli 65- vuotiailla potilailla. Tutkimuksessa todettiin, että menetelmien välillä oli suurta vaihtelua aliravitsemusriskin tunnistamisessa. Tutkijat to-

tesivat johtopäätöksessään, että NRS 2002 – menetelmää suositellaan sairaalahoidossa oleville ikääntyneille potilaille. (Holst ym.2013.) Myös Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ohjeistaa tekemään sairaalassa NRS 2002- seulonnan kaikille osastohoitoon tuleville potilaille 48 tunnin kuluessa ja uusimaan seulonnan viikon välein tai sovitusti (TAYS Intra 2021).

Villalon ym. 2011 ovat tutkimuksessaan selvittäneet New Brunswickissä terveydenhuollon ammattilaisten käsityksiä ja käytäntöjä ravitsemusseulonnasta sekä tutkineet ravitsemusseulonnan esteitä. Tulokset osoittivat poikkeavuuksia menetelmien käytössä ja harvat käyttivät seulontatyökaluja, vaikka seulonta koettiin tärkeäksi. Osallistujat raportoivat seulonnan esteiksi ajan ja resurssien puutteen sekä asiakkaiden lyhyen hoitoajan. (Villalon, Laporte & Carrier 2011.)

4.4 Ravitsemus ja mielenterveys

Ravitsemuksella on vaikutusta mielen hyvinvointiin ruuan antaman mielihyvän kokemuksen kautta, mutta ruoka antaa myös energiaa ja ylläpitää elimistön fyysistä hyvinvointia (Haarni ym. 2017, 60). Toisin sanoen mielenterveydellä on vaikutusta fyysiseen terveyteen sekä toisin päin. Hyvä ravitsemustila tukee ikääntyneiden itsenäisyyttä ja aktiivisuutta, joka puolestaan on yhteydessä ikääntyneen hallinnan tunteeseen. Mikäli ikääntynyt menettää hallinnan tunteen, voi tämä heikentää itseluottamusta ja johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen ja masennukseen sekä laskea ikääntyneen arvostuksen ja elämän mielekkyyden tunnetta. (Tamminen & Solin 2013, 39–41.)

Ghimire ym. (2018) olivat tutkineet Nepalissa ikääntyneiden elämän tyytyväisyyttä suhteessa ravitsemukselliseen ja henkiseen hyvinvointiin. Tulosten mukaan elämän tyytyväisyys laski heikentyneen ravitsemustilan ja mielenterveyden vuoksi. Tutkimuksessa havaittiin, että masennuksella ja aliravitsemuksella oli merkittävä yhteys elämän tyytyväisyyteen. (Ghimire ym. 2018.) Kaburagi ym. 2011 tutkimustulokset osoittivat, että iän myötä masennus vaikuttaa kriittisesti ravitsemustilaan.

Hallit ym. (2020) puolestaan havaitsivat tutkimuksessaan, että lisääntyneellä ahdistuksella on vaikutusta huonompaan ravitsemustilaan. Tutkimuksessa arvioitiin libanonilaisten ikääntyneiden mielenterveyden ja ravitsemuksen suhdetta kotona ja hoitokodissa asuvien välillä. Tulosten mukaan hoitokodeissa asuvilla ikääntyneillä esiintyi enemmän aliravitsemusta ja masennusta kuin kotona asuvilla. (Hallit ym. 2020.)

On myös huomionarvoista, että ravinteiden saanti ja energiatasapaino vaikuttavat mielialahäiriöiden kehittymiseen. Ravintoaineista erityisesti B- vitamiinien heikentyneen saannin on katsottu olevan keskeistä masennuksen kehittymisessä. Ikääntyneillä masennuksen lisääntyvään esiintyvyyteen ovat olleet vaikuttamassa yhdessä huono ruokavalio, tulehdustilat, liikalihavuus, vatsansisäinen rasva ja metabolinen oireyhtymä. Ikääntyneiden ahdistus- ja masennusoireet sekä unihäiriöt voivat lisääntyä suurilla kofeiinimäärillä. Lisäksi alkoholilla on merkittävä vaikutus uneen ja mielialaan. Runsas alkoholikäyttö ja siihen liittyvä hivenaineiden puutos puolestaan aiheuttaa sekavuutta, ärtyneisyyttä ja aggressiivisuutta. (Harbottle 2019.)

Yleisesti psyykkisillä sairauksilla on monenlaisia vaikutuksia ravitsemukseen ja yleisimpiä niistä ovat ruokahalun katoaminen ja yksipuolinen ruokavalio. Psykkisesti sairastuneen voimavarat usein heikentyvät, joka vaikuttaa heikentävästi henkilön kykyyn huolehtia itsestään ja hyvästä ravitsemuksesta. (Sinisalo 2015, 201–202.) Skitsofreniaa sairastavilla ruokahaluun voivat vaikuttaa pelot pilaantuneesta tai myrkytetystä ruoasta ja vakavasti masentuneilla ruokahaluttomuus aiheuttaa laihtumista. (VRN 2010, 175; Sinisalo 2015, 202). Kun ruokahalu on pitkään heikko ja ravintoaineiden saaminen heikentyy, myös psyykkinen vointi ja fyysinen jaksaminen heikentyvät. Tilanteesta voi muodostua noidankehä ja vaikutukset voivat olla pitkäaikaisia sairauden kestäessä vuosia tai koko eliniän. (Sinisalo 2015, 202.)

Laihtumisen lisäksi osalla voi esiintyä runsasta painonnousua. Esimerkiksi epätyypillistä masennusta sairastavilla jonkin myönteisen tapahtuman myötä ruokahalu voi lisääntyä tai esiintyä jopa ahmimisjaksoja, joista voi seurata runsasta painonnousua (Sinisalo 2015, 202). Painonnousua voivat aiheuttaa myös useat psyykelääkkeet, joilla on ruokahalun säätelyä häiritsevä vaikutus. Painonnousu

puolestaan heikentää lääkehoitoon sitoutumista sekä lisää psykososiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Painonnousun mahdollisuudesta on puhuttava lääkityksen aloitusvaiheessa ja painonhallintaa tuettava mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. (VRN 2010, 175.)

Psyykkisesti sairaan ravitsemushoidolla tavoitellaan potilaan halukkuutta ja kykyä huolehtia terveyttä edistävästä ruokavaliosta sekä tavoittaa yksilöllisesti sopiva paino makumieltymyksiin sopivalla ruokavaliolla ja liikunnan avulla (VRN 2010, 175.) Ravintosuositukset ovat samat kuin muullekin väestölle ja tarvittaessa käytetään ravintoainevalmisteita (Sinisalo 2015, 202).

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Toimintatutkimus

Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen mukaisesti lähestymistavaksi valikoitui toimintatutkimus, koska sen tuottaman tiedon avulla kehitetään käytäntöjä. Käytännössä toimintatutkimuksessa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja. Tutkimuksen toteutus pohjautuu vuorovaikutukseen, joka tarkoittaa toimintaympäristön huomioimista ja yhteistyötä toimintaympäristössä työskentelevien kanssa. (Heikkinen 2008, 16–17.) Tutkimuksen työnjaossa huomioidaan, että asiantuntemus ja osaaminen tulee hyödynnettyä. Tutkimuksessa osallistujien mukana oleminen tulee olla vapaaehtoista. Toimintatutkimus pyrkii lisäämään kaikkien osallistujien ymmärrystä tutkimusaiheesta. (Suojanen 2004.)

Toimintatutkimus on prosessi, jossa tutkimuksen vaiheet muodostavat spiraalimaisen kehän. Tutkimus aloitetaan tutkimuksen suunnittelusta, niin kuin mikä tahansa tutkimusprosessi. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2008, 78.) Suunnitteluvaiheessa orientoidutaan toimintatutkimuksen kohteeseen tutkimukseen osallistujien kanssa ja täsmennetään tutkimuksen lähtökohdat sekä tavoitteet (Suojanen 2004). Tämän opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa aiheesta käytiin keskustelua yksikön lääkärin, hoitohenkilökunnan ja esimiesten kanssa. Tutkittavaan aiheeseen perehdyttiin kirjallisuuden ja kirjallisuuskatsauksen avulla, jonka avulla laadittiin tutkimuksen teoreettinen viitekehys. Tutkittavasta aiheesta laadittiin tutkimussuunnitelma aikatauluineen, jonka avulla anottiin tutkimuslupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä helmikuussa 2021. Osastonhoitaja ja toimialueen kliininen asiantuntija tarkistivat tutkimussuunnitelman ennen tutkimusluvan anomista.

Suunnitteluvaiheeseen kuului myös tutkimusaineiston keruu haastattelemalla vanhuspsykiatrian osaston hoitohenkilökuntaa. Aineistosta tehtiin analyysi ja tuloksista tehtiin yhteenveto. Haastatteluiden tulosten, aiempien tutkimusten sekä valtakunnallisten ja sairaanhoitopiirin ohjeistusten perusteella laadittiin alustava toimintamalli ravitsemustilan arvioimiseen. Haastatteluiden tulosten yhteenveto sekä alustava toimintamalli annettiin tarkasteltavaksi ensin osastonhoitajalle

sekä toimialueen kliiniselle asiantuntijalle, jonka jälkeen dokumentit jaettiin sähköisessä muodossa henkilökunnan tarkasteltavaksi ja kommentoitavaksi sekä sähköpostitse että opinnäytetyötä varten perustetulle Teams- keskustelualustalle. Alustava toimintamalli esiteltiin osastotunnilla ja toimintamallia tarkennettiin yhdessä henkilökunnan kanssa.

Suunnitteluvaihetta seuraa toimintavaihe, jossa suunniteltu toiminta suoritetaan tavoitteiden ja laaditun suunnitelman mukaisesti (Suojanen 2004). Tämän opinnäytetyön toimintavaiheeseen kuului laaditun toimintamallin testaaminen käytännössä. Sähköpostin ja Teams- alustan avulla henkilökuntaa muistutettiin tasaisesti toimintamallin hyödyntämisestä. Toteutuksessa yhteistoiminnallisuus on tärkeää. Toteutuksessa painottuu kokeilevuus ja joustavuus. Toimintavaiheeseen kuuluu olennaisesti jatkuva havainnoiminen ja reflektointi, jonka avulla kerätään tietoa toteutuksen jälkeen tehtävää arviointia varten. Arviointi- ja reflektointivaiheessa analyysin ja tulkitsemisen avulla muodostetaan aineistosta selkeä kokonaisuus. (Suojanen 2004.) Reflektointivaiheessa syntyneet ajatukset siirretään toteutuksen uudelleen suunnitteluun (Heikkinen ym. 2008, 79). Reflektiovaihe käsitti toimintamallin tarkastelun osastotunneilla ja reflektion kautta toimintamallin muuttaminen ja tarkentaminen kuuluivat puolestaan suunnitteluvaiheeseen. Toimintamallia tarkasteltiin yhteensä kolmella osastotunnilla ja niiden välissä tapahtui toimintamallin testaaminen. Osastotunneilla henkilökunnan kanssa käydyistä keskusteluista tehtiin yhteenvetoja ja yhteenvedot jaettiin henkilökunnalle sähköpostitse ja Teams- alustalle. Lisäksi henkilökunnalla oli koko toimintamallin kehittämisen ajan mahdollisuus jakaa kommentteja ja kehittämisideoita aiheeseen liittyen sähköpostitse tai Teams- alustalla olevaan ravitsemus- ryhmään, jolloin jo toimintavaiheessa tapahtui arviointia ja reflektointia.

Suunnittelu-, toiminta- ja reflektiovaiheet vuorottelevat kehässä, mutta vaiheita voi olla haasteellista erottaa toisistaan, kun todellisuudessa vaiheet menevät liimittain (Heikkinen ym. 2008, 80). Tutkimuksen reflektointi todentaa toimintatutkimuksen onnistumista (Suojanen 2004). Toimintatutkimuksen vaiheiden määrä ei ole olennaista vaan kokonaisuuden toteutuminen ja tutkivan työotteen omaksuminen (Heikkinen ym. 2008, 82). Toimintatutkimuksen vaiheet on kuvattu liitteessä 4.

5.2 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla vanhuspsykiatrian osaston hoitohenkilökuntaa. Haastattelu on aineistonkeruumenetelmänä joustava, koska se mahdollisti haastattelun aikana tietojen tarkennukset, selvennykset ja väärinkäsitysten oikaisut (Tuomi & Sarajärvi 2018, 63). Haastatteluiden toteutus vaihtelee yksilö-, pari- ja ryhmähaastatteluiden välillä, mutta ryhmähaastattelun käytössä on useita etuja (Huovinen & Rovio. 2008, 110).

Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina, joita järjestettiin yhteensä neljä. Haastatteluihin osallistui yhteensä 13 hoitajaa. Kolmeen ryhmähaastatteluun osallistui kolme hoitajaa ja yhteen haastatteluun neljä hoitajaa. Haastatteluiden kesto vaihteli 19–52 minuutin välillä. Yhteen ryhmähaastatteluun oli tavoitteena saada 3–5 osallistujaa, mutta toimintayksikön vaihtelevien tilanteiden ja kiireen vuoksi viiden hoitajan osallistuminen ei ollut mahdollista. Ryhmähaastattelu mahdollisti samanaikaisen tiedon saamisen useilta vastaajilta, ryhmä tuki ujoja ja arkoja sekä ryhmässä käytävä keskustelu auttoi asioiden muistamista (Huovinen & Rovio. 2008, 111).

Kaikki neljä ryhmähaastattelua toteutettiin teemahaastatteluina. Toimintatutkimuksessa on yleisesti käytetty teemahaastattelua aineiston keräämiseen, koska tämä on ajankäytöllisesti järkevää ja tukee tutkijaa havainnoimaan muutoksia. Teemahaastattelussa aihepiiri valittiin etukäteen ja haastattelussa edettiin teema-alueiden mukaisesti. (Huovinen & Rovio. 2008, 109–110.) Kun haastattelun tavoitteena oli saada mahdollisimman paljon informaatiota tutkittavasta aiheesta, annettiin osallistujille etukäteen tiedoksi haastattelun teemat (Tuomi & Sarajärvi 2018, 63). Toimintayksikön hoitohenkilökunnalle esiteltiin opinnäytetyötä osastokokouksessa ja tämä kirjattiin ylös kokousmuistioon. Osaston hoitohenkilökunnalle lähetettiin sähköpostitse kutsu opinnäytetyöhön osallistumiseen ja liitteeksi laitettiin opinnäytetyön tiedote, tietoon perustuva suostumus ja teemahaastattelun runko (liite 2 ja liite 3). Tiedote ja tietoon perustuva suostumus käytiin osallistujien kanssa lävitse ennen haastatteluiden aloitusta. Osallistujille painotettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja mahdollisuutta keskeyttää osallistuminen koska tahansa. Kaikkia osallistujia pyydettiin täyttämään tietoon perustuva suostumus. Teemahaastattelussa ohjattiin ja tuettiin osallistujia keskustelemaan

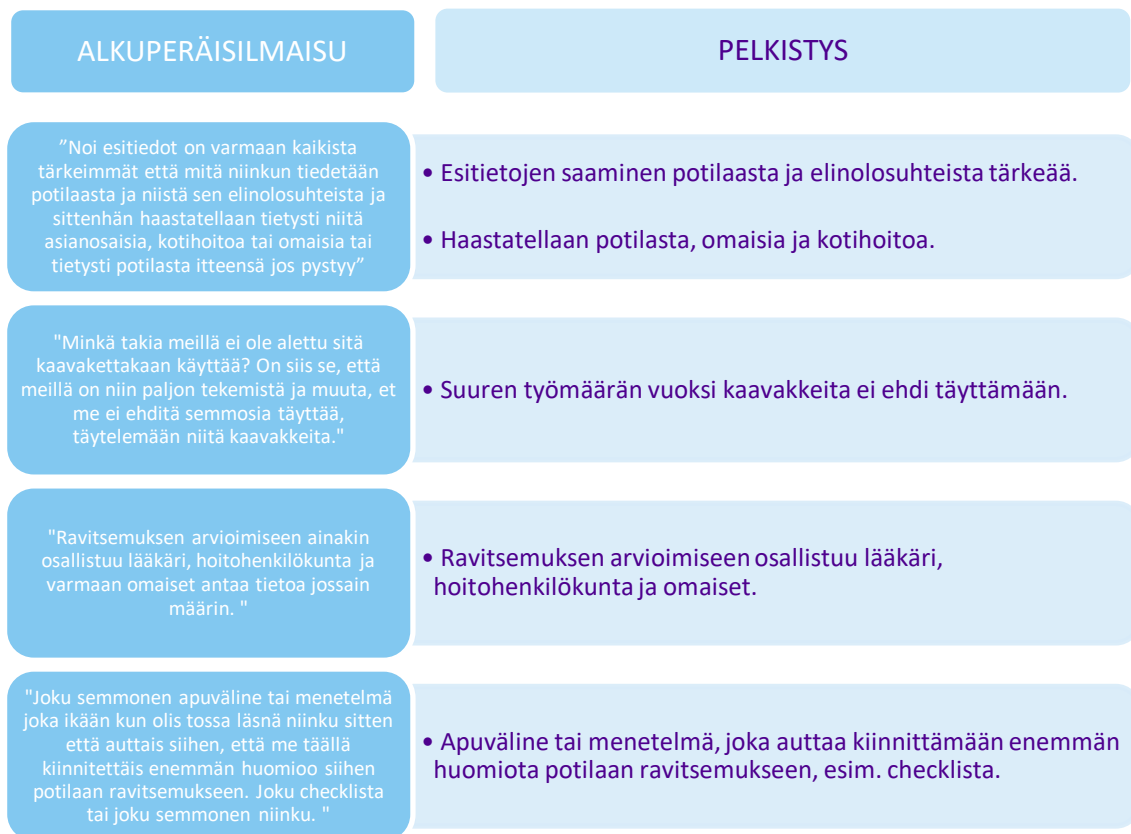
tutkittavan aiheen teemoista (Hirsijärvi & Hurme 2015, 61). Haastattelijana toimi opinnäytetyön tekijä ja haastattelut nauhoitettiin osallistujien luvalla.

5.3 Tutkimusaineiston analyysi

Nauhoitetut haastattelut litteroitiin eli kirjoitettiin auki sanasta sanaan, jonka jälkeen aineistosta tehtiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Hoitotieteessä aineistolähtöinen sisällönanalyysi on yleisesti käytetty analyysimenetelmä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015,167). Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jonka tarkoituksena on luoda aineistosta tiivis ja selkeä sanallinen kuvaus (Tuomi & Sarajärvi 2018, 89). Tavoitteena ymmärtää tutkittavien näkemystä aiheesta (Vilkkä 2015, 163).

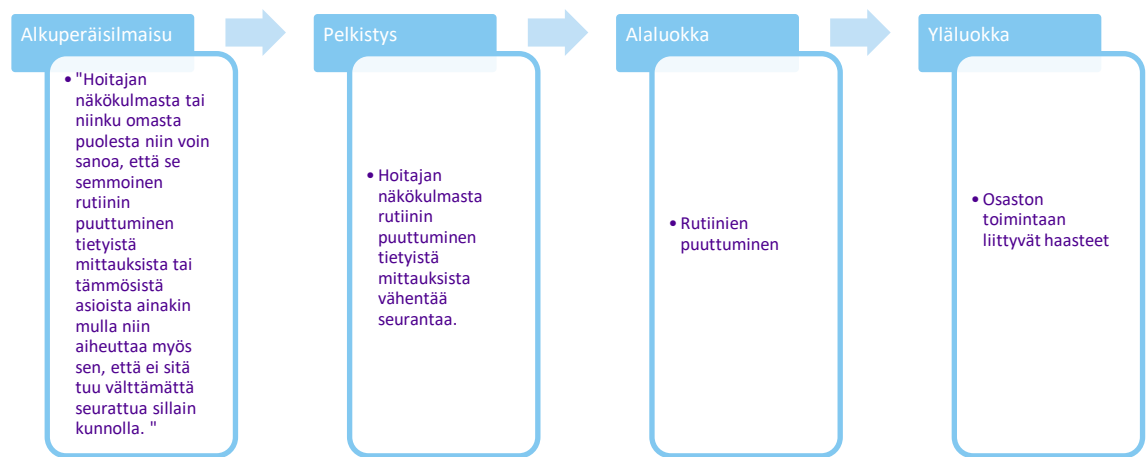
Aineistolähtöinen sisällönanalyysi koostui pääpiirteissään kolmesta vaiheesta; aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Analyysin aloitusta edelsi analyysiyksikön määrittäminen, jota ohjasi tutkimustehtävä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 91.) Analyysiyksiköksi määriteltiin tämän työn ennalta määritellyt kolme teemaa.

Aineiston redusointivaiheessa kirjoitettiin auki analysoitava aineisto eli aineistosta karsittiin epäolennainen pois tiivistämällä ja pilkkomalla aineisto osiin. Aineistosta haettiin tutkimustehtävään vastaavia ilmaisuja ja nämä koodattiin värikoodein teemojen mukaisesti. Alkuperäiset ilmaisut muutettiin kuvaaviksi pelkistyksiksi, joita aineistosta löydettiin yhteensä 160 kappaletta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 92.) Kuviossa kolme on esitetty esimerkkejä alkuperäisilmausujen pelkistämisestä.



KUVIO 3. Esimerkkejä pelkistyksistä.

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin niin, että pelkistyksistä haettiin samankaltaisuuksia. Samankaltaisuudet ryhmiteltiin ja yhdisteltiin omiin luokkiin, joista muodostettiin alaluokkia. Alaluokat nimettiin samankaltaisia pelkistyskäsitteitä kuvaavalla käsitteellä ja alaluokista yhdisteltiin yläluokkia ja samansisältöisiä yläluokkia edelleen yhdistelemällä muodostettiin aiheesta pääluokkia. Pääluokat vastasivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Pääluokkien avulla kuvattiin aineistosta nousevaa ilmiötä ja valikoidusta tiedosta muodostettiin teoreettiset käsitteet. Käytännössä aineistosta nousseiden käsitteiden avulla muodostettiin kuvaus tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 92–94.) Kuviossa 4 on kuvattu esimerkki aineiston analyysistä yhden alkuperäisilmaisun kautta.



KUVIO 4. Esimerkki aineiston analyysistä yhden alkuperäisilmaisuuden kautta.

6 HOITOHENKILÖKUNNAN HAASTATTELUIDEN TULOKSET

6.1 Osaston toimintatavat ravitsemustilan arvioinnissa toimintatutkimuksen alkaessa

Vanhuspsykiatrisen potilaan ravitsemustilaa arvioidaan vanhuspsykiatrian osastolla moniammatillisena yhteistyönä, esitietojen selvittämisen ja ravitsemustilan arviointimenetelmien avulla. Tämä tutkimus osoitti, että ravitsemustilan seulontamenetelmän hyödyntäminen oli vähäistä. Osaston toimintatavat ravitsemustilan arvioinnissa toimintatutkimuksen alkaessa on esitetty taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Ravitsemustilan arvioinnin toimintatavat vanhuspsykiatrian osastolla toimintatutkimuksen alkaessa.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Haastatteleminen	Esitietojen selvittäminen	Osaston toimintatavat ravitsemustilan arvioinnissa toimintatutkimuksen alkaessa
Elinolosuhteiden kartoitus		
Ravitsemustottumusten kartoitus		
Perussairauksien huomioiminen		
Fyysisten tekijöiden huomioiminen		
Psyykkisten tekijöiden huomioiminen		
Laboratoriotutkimukset	Ravitsemustilan arviointimenetelmät	
Tulopainon mittaaminen		
Painon seuranta tarpeen mukaan		
BMI:n määrittäminen		
Ravitsemuksen ja nesteytyksen seuranta		
Ruokailujen kirjaaminen		
Havainnointi		
Vajaaravitsemuksen seulontalomakkeen käyttö vähäistä	Ravitsemustilan seulontamenetelmän vähäinen käyttö	
Lääkärin arviointi	Moniammatillinen yhteistyö	
Hoitajan toiminta		
Toimintaterapeutin toimintakykyarvio		
Fysioterapeutin havainnot		
Psykologin haastattelun ohessa tulevat tiedot		
Sairaalahuoltajien havainnot		
Omaisten tiedot		
Kotihoidon työntekijöiden näkemykset		

6.1.1 Esitietojen selvittäminen

Potilaiden esitietoja selvitetään vanhuspsykiatrian osastolla haastattelemalla potilasta ja tukiverkostoon kuuluvia henkilöitä. Esitiedot käsittävät elinolosuhteiden ja ravitsemustottumusten kartoittamisen. Lisäksi osallistujien mukaan ravitsemustilan arvioimisessa huomioidaan potilaan perussairaudet, fyysiset ja psyykkiset tekijät. Fyysisillä tekijöillä tarkoitettiin mm. hampaiden kuntoa tai nielemisvaikeuksia ja psyykkisillä tekijöillä mm. masennuksen vaikutusta ruokahaluun.

”.. esitiedot on varmaan kaikista tärkeimmät, että mitä tiedetään potilaasta ja niistä elinolosuhteista ja haastatellaan tietysti niitä asianosaisia, kotihoitoa tai omaisia tai tietysti potilasta itseensä jos pystyy.”

6.1.2 Ravitsemustilan arviointimenetelmät

Ravitsemustilan arvioinnin apuna osastolla käytetään erilaisia menetelmiä. Laboratoriokokeita otetaan osastohoitoon tullessa, joista osa kertoo potilaan ravitsemustilasta. Ravitsemustilan arvioinnin lähtökohtana pidettiin painon mittaamista. Paino mitataan jokaiselta osastolle tulevalta potilaalta, jonka jälkeen painoa seurataan tarpeen mukaan ja yleisimmin lääkärin ohjeistuksen mukaisesti. Tullessa potilaan painoindeksi BMI määrittyy, kun tiedot kirjataan hoitotaulukkuun.

” No säännönmukaisesti paino mitataan alkujaksosta ja yleensä jos sen jälkeen mitataan niin aika lailla lääkärin määräyksestä. Onko se sitten painon laskun tai painon nousun takia todennäköisesti. Mutta säännönmukaista seurantaa ei rutiinina oo.”

Osana potilaiden ravitsemustilan arviointia, seurataan potilaiden ravitsemusta ja nesteytystä potilaskohtaisesti tarpeen mukaan. Potilaiden ravitsemuksen seuranta käsittää ruokailujen kirjaamisen hoitopäivällä ja nesteytyksen seuraaminen nestelistan pitämisenä. Lisäksi osallistujat arvioivat ravitsemustilaa havainnoimalla esimerkiksi potilaan ulkoista habitusta, yleisvointia ja merkkejä elimistössä. Esimerkkejä elimistössä havaittavista merkeistä olivat kuiva iho, hiusten huono kunto ja laikut kynsissä.

”Ulkoinen habitus ensimmäinen tai helpoin tapa tunnistaa, että onko jotain pielessä, näyttää liian laihalta, liian kuivuneelta tai voipuneelta.”

6.1.3 Ravitsemustilan seulontamenetelmän vähäinen käyttö

Vajaaravitsemuksen seulontalomakkeen olemassaolo tunnistettiin osallistujien keskuudessa, mutta sitä ei osallistujien mukaan juuri käytetä tai käytetään harvoin. Yksi osallistujista kertoi tehneensä tämän joskus lääkärin pyynnöstä.

” Onhan se vajaaravitsemus se testikin, mutta harvemmin sitä tulee kyllä tehtyä, että joskus on tehty sitäkin.”

6.1.4 Moniammatillinen yhteistyö

Osastolla potilaiden ravitsemustilaa arvioidaan moniammatillisena yhteistyönä, jota ensisijaisesti tekevät lääkärit ja hoitajat. Toimintaterapeutti osallistuu tarvittaessa. Fysioterapeutin ja psykologin koetaan tekevän huomioita ravitsemuksesta haastatteluiden myötä. Lisäksi koetaan, että sairaalahuoltajat tuovat helposti havaintojaan esille hoitohenkilökunnalle.

”Hoitaja ja lääkäri täällä osastolla ensisijaisesti. No toimintaterapeutti sitten varmaan tarvittaessa.”

”Kyllähän noi erityistyöntekijätkin kanssa osallistuu, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti. Kyllä hekin tekee huomioita kun haastattelevat potilaita.”

Potilaiden ravitsemuksesta saadaan tietoa potilaiden omaisilta ja omaisten koetaan tuovan herkästi huoltaan esille. Omaisia haastatellaan, jos henkilökunnalla herää huolta potilaan ravitsemuksesta. Omaisten lisäksi tietoa ravitsemuksesta saadaan kotihoidolta.

6.2 Potilaaseen liittyvät ravitsemustilan arvioinnin haasteet

Osallistujat kuvasivat potilaaseen liittyviä haasteita ravitsemustilan arviointiin, joita olivat potilaan yksilölliset tekijät ja puutteellinen tiedonsaanti (taulukko 4.).

TAULUKKO 4. Potilaaseen liittyvät ravitsemustilan arvioinnin haasteet vanhuspsykiatrian osastolla.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Potilaan kuva hyvästä ravitsemuksesta poikkeava	Potilaan yksilölliset tekijät	Potilaaseen liittyvät ravitsemustilan arvioinnin haasteet
Psyykkisen voimnin vaikutukset		
Fyysisten sairauksien asettamat rajoitukset ravitsemukseen		
Ylipainoiset potilaat		
Puutteelliset tiedot potilaan ravitsemuksen toteutumisesta ennen sairaalahoitoa	Puutteellinen tiedonsaanti	
Omaisilta ei saa kysyä		
Ei omaisia		
Omaisista ei tavoita		
Omaisten kuva hyvästä ravitsemuksesta poikkeava		

6.2.1 Potilaan yksilölliset tekijät

Osallistujien mukaan ravitsemustilan arvioimisessa on löydettävissä potilaaseen liittyviä haasteita. Haasteissa nousi esille potilaan yksilölliset tekijät. Potilaan kuva hyvästä ravitsemuksesta saattaa olla poikkeava. Potilaan psyykkisellä voimilla koettiin olevan vaikutusta potilaan ravitsemukseen ja sen arvioimiseen. Potilaalta voi olla vaikea saada luotettavaa tietoa ja ravitsemukseen voi liittyä myrkytysarhoja. Lisäksi potilas voi olla yhteistyöhaluton.

”No se heidän kykynsä esimerkiksi sitten totuuden mukaisesti kuvata ja kertoa sitä omaa kotitilannetta tai esimerkiksi jos siinä ei oo ketään omaisia tai kotihoitoo ketä haastatella, et potilas on ilman apuja itteeseen asustellu niin hyvin hankalaa ehkä saada sellaista todenperäistä käsitystä siitä, että miten siellä kotona on ravitsemuspuoli hoidettu.”

Potilaiden fyysisten sairauksien asettamat rajoitukset koettiin haasteena. Hoitajilla ei ole aina riittävästi tietoa, mitä potilaat voivat tai miten heidän pitäisi syödä. Tunnistettiin, että usein potilas itse saattaa tietää ravitsemuksen rajoitukset tai tarpeet paremmin kuin hoitaja. Ylipainoiset potilaat koettiin myös haasteena, joiden kohdalla aliravitsemus on vaikeampaa havaita.

”.. jos on tosi ylipainoinen ja sitten helposti aattelee, että tämä ihminen saa kaikkea ravintoo, mutta voi olla silti aliravittu.”

6.2.2 Puutteellinen tiedonsaanti

Tiedonsaaminen koettiin myös puutteelliseksi. Osallistujat kokivat, että tiedot potilaan ravitsemuksen toteutumisesta ennen sairaalahoitoa voivat olla puutteellisia. Koettiin, että potilaiden omaisten kuva hyvästä ravitsemuksesta saattaa olla poikkeava. Tiedon saamisen puutteita esiintyy, jos potilaalla ei ole omaisia, omaisia ei tavoita tai omaisilta ei saa kysyä tietoja.

6.3 Osaston toimintaan liittyvät ravitsemustilan arvioinnin haasteet

Osaston toimintaan liittyviä haasteita olivat hoitotyön kuormittuneisuus ja toimintatapojen vähäisyys (taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Osaston toimintaan liittyvät ravitsemustilan arvioinnin haasteet.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Työtehtävien suuri määrä	Hoitotyön kuormittuneisuus	Osaston toimintaan liittyvät ravitsemustilan arvioinnin haasteet
Ravitsemus ei prioriteetti		
Ruokailun seurantaan ei aina aikaa		
Ruokailutilanteiden levottomuus		
Ylimääräiset häiriötekijät		
Potilaiden moniongelmaisuus		
Lyhyet hoitojaksot	Toimintatapojen vähäisyys	
Rutiinien puuttuminen		
Vähäinen kirjaaminen		
Aukot tiedonkulussa		
Apuvälineiden ja menetelmien puute		

6.3.1 Hoitotyön kuormittuneisuus

Hoitotyön kuormitusta kuvattiin työtehtävien suurella määrällä ja ravitsemusta ei koettu prioriteettina. Osallistujien mukaan potilaiden ruokailun seurantaan ei aina ole aikaa, ruokailutilanteita kuvattiin joskus levottomiksi ja tilanteissa koettiin paljon häiriötekijöitä. Arvioimiseen koettiin vaikuttavan potilaiden moniongelmaisuus ja joidenkin kohdalla lyhyet hoitojaksot.

”Meidän rutiini painottuu siihen, että lähdetään heti kartoittamaan sitä psyykkistä voimaa mikä on ongelmana ja mitä sillä tehdään ja ravitsemustilanne arviointi ei oo mitenkään korkeemmalla prioriteetillä ainakaan tällä hetkellä. Sen takia siihen ei varmaan mitään lomakkeitaakaan tällä hetkellä rutiinisti käytetä.”

6.3.2 Toimintatapojen vähäisyys

Osaston toimintatapoihin liittyen tunnistettiin rutiinien puuttumisen ravitsemustilan arvioimisesta. Menetelmiä ja välineitä ei koettu olevan riittävästi tai välineet olivat epäkunnossa. Ravitsemuksen kirjaaminen tunnistettiin vähäiseksi ja tiedonkulussa koettiin olevan aukkoja.

”...hoitajan näkökulmasta tai niinku omasta puolesta niin voin sanoa, että se semmoinen rutiinin puuttuminen tietyistä mittauksista tai tämmösistä asioista ainakin mulla niin aiheuttaa myös sen, että ei sitä tuu välttämättä seurattua sillain kunnolla.”

” Että kun me seurataan hoitajien kesken, me kommunikoidaan eikä kirjata koneelle. Kyllähän tää niinkun sinänsä meillä toimii, mutta ei-hän tämä hoitavalle lääkärille välity tämä meidän keskustelu.”

6.4 Tietotaidon kehittämiskohteet

Vanhuspsykiatrian osastolla henkilökunta nosti esiin tarvetta kehittää tietotaitoa. Tietotaidon kehittämiskohteiksi nousivat ravitsemus- teeman esille nostaminen ja ravitsemustiedon lisääminen (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Tietotaidon kehittämiskohteet vanhuspsykiatrian osastolla.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Ravitsemuksen tärkeys	Ravitsemus- teeman esille nostaminen	Tietotaidon kehittämiskohteet
Ruokailutilanteet hoitotilanteita		
Koulutus, luento tai info	Ravitsemustiedon lisääminen	
Psykoedukatiiviset ryhmät		
Keskusteluryhmät		
Vertaistukiryhmät		
Oma- apupiste potilaille		
Ravitsemuspäiväkirja		

6.4.1 Ravitsemus- teeman esille nostaminen

Vanhuspsykiatrian osaston ravitsemustilan arvioimisen yksi kehittämisen näkökulma oli ravitsemus- teeman esille nostaminen. Koettiin myös tarpeelliseksi muistuttaa, että myös ruokailutilanteet ovat hoitotilanteita.

”.. sen ottais sen tärkeeks teemaks tämän ihmisen tämän ravitsemus.”

6.4.2 Ravitsemustiedon lisääminen

Ravitsemustiedon lisääminen niin potilaiden kuin henkilökunnan kohdalla nähtiin yhtenä kehittämiskohteena. Henkilökunnalle ehdotettiin järjestettäväksi koulutusta, luentoa tai infoa aiheeseen liittyen. Potilaiden ravitsemustietoa voitaisiin lisätä osastolla psykoedukatiivisten ryhmien, keskustelu- ja vertaistukiryhmien avulla sekä järjestämällä potilaille osaston tiloihin oma- apupiste. Haastatteluissa tuli esille myös, että ravitsemuspäiväkirjasta voisi joidenkin potilaiden kohdalla olla hyötyä.

”Nii ja voi niitä keskusteluryhmiä.. joku ryhmä vois olla semmonen vertaistukiryhmä, kun pidetään kaikista päihteistä ja muista niin vois jostain ravinnostakin joskus.”

6.5 Toimintatapojen kehittämiskohteet

Tietotaidon lisäksi vanhuspsykiatrian osastolla koettiin tarvetta kehittää toimintatapoja, joka käsittää ravitsemushoidon kirjaamisen kehittämisen ja yhtenäisten toimintatapojen kehittämisen (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Toimintatapojen kehittämiskohteet vanhuspsykiatrian osastolla.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Ravitsemuksen päivittäinen kirjaaminen hoitopäivälle vuorokohtaisten potilaiden kohdalla	Ravitsemushoidon kirjaamisen kehittäminen	Toimintatapojen kehittämiskohteet
Ravitsemuksen kirjaaminen vähintään kerran päivässä		
Ravitsemuksen seuraaminen ja kirjaaminen hoitjakson alussa viikon ajan		
Pienessä ruokasalissa ruokailevien ravitsemuksen kirjaaminen yhden hoitajan vastuulle		
Kirjaamisen avulla tiedon siirtyminen myös muille ammattiryhmille		
Kyselykaavake	Yhtenäisten toimintatapojen muodostaminen	
Tarkistuslista		
Rutiinit		
Toimintamalli		
Tavat potilasruokailun edistämiseen		

6.5.1 Ravitsemushoidon kirjaamisen kehittäminen

Osallistujien mukaan ravitsemushoidon kirjaamisessa olisi kehitettävää. Ehdotettiin, että ravitsemuksen päivittäiseen kirjaamiseen tehtäisiin tarkennuksia, jonka avulla tieto siirtyisi myös muille ammattiryhmille. Ehdotettiin, että ravitsemuksen seuranta ja kirjaamista tehtäisiin hoitjakson alussa viikon ajan. Lisäksi osallistujien mukaan jokainen hoitaja voisi huolehtia ravitsemuksen kirjaamisesta hoitopäivälle vuorokohtaisten potilaiden kohdalla tai kirjaus tehtäisiin vähintään kerran päivässä. Poikkeuksena tästä käytännöstä muutama osallistuja ehdotti, että pienessä ruokasalissa ruokailevien ravitsemuksen kirjaaminen olisi sen hoitajan vastuulla, joka kyseisessä ruokasalissa ruokailua valvoo.

”.. vois olla yks keino, että jos siitä tarvis tavallaan merkata tai sovitais näin, että joka vuorossa ainaki jossain kohti, aamu tai iltavuorossa, niin edes joku merkintä olis.”

6.5.2 Yhtenäisten toimintatapojen muodostaminen

Ravitsemustilan arvioimiseen kaivattiin selkeää toimintamallia ja rutiineja erilaisiin mittauksiin ja toimintatapoihin. Osallistujat kaipasivat työskentelyn tueksi tarkistuslistaa ja kyselykaavaketta. Kyselykaavakkeen uskottiin helpottavan hoitajan arvioinnin tekemistä ja ohjaisi oikeiden kysymysten kysymiseen.

”.. joku semmonen apuväline tai menetelmä joka ikään kuin olis tossa läsnä. Auttais siihen, että me täällä kiinnitettäis enemmän huomioo potilaan ravitsemukseen.”

”.. mä varmaan ite ehkä kaipaisin jotain kyselyä tai sellaista, että voisi haastatella potilasta. Niin ja missä olis muitakin osioita kuin esimerkiksi vaan tää ravitsemus vaan niinkun sit toki liittyy muitakin asioita, että miten ihminen saa ruokansa jostain kaupasta, että jos hän ei siihen itse pysty, niin kuka sille tuo ja onks hän siinäkin sitä mieltä, että hän saa hyvin monipuolista ruokaa. Et siinä olis niinku muitakin asioita olis otettu huomioon, joita älyäis kysyä siinä siltä potilaalta siin hetkessä. Ja sitten joka kertois hoitohenkilökunnalle enemmän sitä totuutta kuin mitä välttämättä potilas itse ymmärtää.”

Haastatteluissa nousi esille kehittämistarve potilaan ruokailun edistämiseen, jolla tarkoitettiin yksilöllisyyden parempaa huomioimista, potilaiden tarpeiden ja toiveiden huomioimista. Kiinnitettäisiin huomiota ruuan esille panoon ja ruuan määrään lautasella, joilla osallistujat kokevat olevan merkitystä ruokahaluun.

7 RAVITSEMUSTILAN ARVIOINNIN TOIMINTAMALLI

7.1 Toimintamallin kehittäminen

Vanhuspsykiatrian osaston ravitsemustilan arviointiin tehtiin alustava toimintamalli teoreettisen viitekehyksen ja henkilökunnan haastattelujen tulosten pohjalta, jonka jälkeen toimintamallia kehitettiin yhteistyössä osaston henkilökunnan kanssa. Toimintamallia tarkasteltiin yhteensä kolmella osastotunnilla.

Ensimmäisellä osastotunnilla henkilökunnalle esiteltiin sekä haastatteluiden tulokset että alustava toimintamalli. Toimintamallia täydennettiin yhdessä osaston henkilökunnan kanssa. Tarkennettiin ravitsemuksen kirjaamista ja todettiin, että hoitojakson alussa kirjataan tehostetusti ravitsemuksen toteutumista osastolla viikon ajan. Viikon koettiin olevan riittävä aika kerätä tietoa potilaan ravitsemuksesta, jona aikana uskottiin myös yhteistyön hoitajan ja potilaan välillä löytyneen. Samalla sovittiin, että viikon seurannan aikana jokaisen potilaan kohdalla tehdään NRS 2002- aliravitsemusriskin arviointi. Lisäksi sovittiin arviointilomakkeen ja lisätoimien tarkastelusta yhdessä lääkärin, hoitajan ja potilaan kanssa potilaan hoitojakson toisen viikon lääkärin tapaamisella. Aliravitsemusriski sovittiin arvioitavaksi uudelleen 2–3 viikon kuluttua, mikäli potilaan aliravitsemusriski todetaan kohtalaiseksi tai vakavaksi. Todettiin, että toimintamallia päivitetään kirjaamisen osalta kirjaamisalustan vaihtumisen yhteydessä. Toimintamalli päätettiin ottaa käyttöön heti osastotunnin jälkeen ja toimintamalli jaettiin henkilökunnalle sähköpostilla ja Teams- alustalle. Lisäksi toimintamallista jaettiin paperiset versiot henkilökunnan kansliaan ja seulontalomakkeita sekä esitietolomakkeita lisättiin kaavakkeille tarkoitettuun lokeroon.

Toisella osastotunnilla käytiin jälleen lävitse toimintamallia. Osastotunnilla todettiin, että käyttöönotossa koettiin haasteita työyksikön haastavan tilanteen vuoksi. Toimintamallissa todettiin olevan paljon tuttuja työtehtäviä, mutta toimintamallin uskotaan muuttavan toimintaa systemaattisemmaksi. Lisäksi käytiin keskustelua ja pohdintaa potilaiden ravitsemuksesta, muun muassa lisäravinteiden maistumisesta ja runsasenergisten ruokien käytön vähäisyydestä. Toimintamallin mukainen aliravitsemusriskin seulonta lisättiin myös osaston tulotilanteen muistilistalle.

Lisäksi koettiin tarpeelliseksi tarkistaa seulonnalle oma havaintorivi potilastietojärjestelmän hoitotaulukosta. Osastotunnin jälkeen henkilökuntaa tiedotettiin ajantasaisesta tilanteesta sähköpostitse.

Kolmannella osastotunnilla myös kerrattiin toimintamallia ja käytiin yleistä keskustelua potilaiden ravitsemuksesta sekä pohdittiin ylipainoisten potilaiden ravitsemustilan arviointia. Todettiin toimintamallin käyttöönoton vaativan aikaa, mutta aliravitsemusriskin seulonnat hiljalleen lisääntyneet. Henkilökunta koki omahoitajien olevan avainasemassa ja tämä haluttiin kirjata toimintamalliin. Kirjaamista tarkennettiin seulontatulosten ja mahdollisten lisätoimien kohdalta. Lisäksi havaittiin puute seulontatulosten läpikäymisestä lääkärintapaamisilla, johon pohdittiin yhteistä toimintatapaa. Toimintamallin mukaista toimintaa päädyttiin osastolla jatkamaan. Toimintamalliin tehtyjen muutosten jälkeen koko henkilökunnalle laitettiin sähköpostitse kaavio päivitetystä toimintamallista (liite 5.) ja vaihdettiin kansliaan uudet paperiset toimintakaaviot.

7.2 Toimintamallin kuvaus

Toimintamalli rakennettiin tässä tutkimuksessa aiemmin mainittujen valtakunnallisten ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ohjeistusten, aiempien tutkimusten ja tämän tutkimuksen haastatteluissa tulosten pohjalta. Ohjeistuksista löytyy yksikkökohtaisesti määriteltäviä osa-alueita, joista sovittiin yhteisesti osastotunneilla.

Toimintamallista tehtiin selkeä kaavio (liite 5). Ravitsemustilan arviointia tehdään yhteistyössä lääkärin kanssa, joten yhteistyön selkiyttämiseksi toimintamallissa on eritelty hoitajan ja lääkärin tehtävät. Toimintamalli on jaettu kolmeen osioon ja osiot ohjaavat toimintaa hoitojakson alussa, aikana ja lopussa. Kaikissa vaiheissa korostetaan hoitojakson omahoitajan roolia ravitsemustilan arvioinnissa.

Hoitojakson alussa hoitajan tehtävänä on kerätä esitietoja ja tehdä klinisiä havaintoja hoitoon tulevan potilaan ravitsemuksesta niin potilaalta itseltään kuin potilaan omaisilta. Halutessaan hoitaja voi käyttää apunaan esitietolomaketta (liite 6.). Tämänkaltaisen lomakkeen tarve nostettiin esille haastatteluissa ja esitieto-

lomake rakennettiin teorian pohjalta. Osastolle tullessa myös kartoitetaan potilaan allergiat tai muut ruokarajoitukset ja hoitajan tehtävänä on tilata potilaalle sopiva ruokavalio. Jokaiselta potilaalta mitataan tullessa paino ja pituus. Kun tiedot syötetään potilastietojärjestelmään, määrittää tämä automaattisesti potilaan BMI:n eli painoindeksin. Painoindeksin avulla puolestaan määritellään potilaalle painon seurantatiheys, josta ohje toimintamallin kaaviossa (liite 5). Lisäksi hoitaja kirjaa painon seurantatiheyden ylös potilaan määräyksiin. Hoitojakson ensimmäisen viikon aikana hoitaja seuraa ja kirjaa tehostetusti potilaan ruokailujen onnistumista, jonka jälkeen hoitaja tekee NRS 2002- vajaaravitsemusriskin seulonnan ja kirjaa tuloksen potilaan hoitokertomuksen keskeisiin tietoihin. Vajaaravitsemusriskin arviointia ja yleisesti ravitsemustilannetta tarkastellaan lähtökohtaisesti yhdessä hoitojakson toisen viikon lääkärintapaamisella. Samalla arvioidaan potilaan ravitsemukseen liittyvien lisätoimien tarve.

Hoitojakson aikana hoitajan tehtävänä on huolehtia painon seurannasta hoitojakson alussa määritellyn tiheyden mukaisesti. Hoitojakson aikana jatketaan myös ruokailun seuraamista ja kirjaamista, jos ensimmäisen viikon aikana ravitsemuksessa on havaittu ongelmia tai potilaalla todetaan kohtalainen tai vakava vajaaravitsemuksen riski. Hoitojakson aikana myös uusitaan vajaaravitsemuksen riskiarvio 2–3 viikon kuluttua ensimmäisestä arvioinnista, mikäli potilaalla on todettu vajaaravitsemus tai sen riskin. Hoitaja tehtävänä on myös huomioida potilaan yksilölliset tarpeet ruokailuissa ja antaa ohjausta tarpeen mukaan ravitsemukseen liittyvissä asioissa. Lisäksi potilaille pyritään mahdollistamaan osallistuminen ravitsemusta koskevaan psykoedukatiiviseen ryhmään, jota kehitetään osana potilaiden ryhmätoiminnasta vastaavien foorumissa.

Hoitojakson lopussa hoitajan tehtävänä on varmistaa, että potilaan ravitsemustiedot siirtyvät jatkohoitoon ja kirjaa nämä hoitajan tekemään hoitotyön yhteenvehtoon. Lisäksi hoitajan on hyvä varmistaa potilaan kotiututuessa potilaan ravitsemuksen toteutuminen ja arvioida mm. ateriapalvelun tarvetta.

Lääkärin tehtäviin kuuluu laboratoriokokeiden määrääminen, seuranta ja tulkinta koko hoitojakson ajan. Lääkärin tehtäviin kuuluu myös hoitajan testien tulosten seuranta ja tulkinta sekä lisätoimien arvioiminen yhdessä hoitajan kanssa. Lisäksi lääkäri tekee tarvittaessa konsultaatiopyynnön ravitsemusterapeutille. Lääkärin

tehtävä on myös turvata ravitsemushoidon jatkuvuus jatkohoitopaikkaan, arvioida hoitojakson jälkeisten lisätutkimusten ja kontrollikokeiden tarve sekä määrätä nämä. Edellä mainitut asiat lääkäri myös kirjaa hoitojakson loppuarvioon eli epikriisiin.

8 POHDINTA

8.1 Luotettavuus

Toimintatutkimuksen luotettavuutta suositellaan arvioitavaksi viiden periaatteen avulla, joita ovat historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. Nämä periaatteet limittyvät keskenään, jonka vuoksi arviointia ei ole syytä tehdä kriteeri kerrallaan vaan arvioidaan kokonaisuutta. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 149.) Edellä mainittuja periaatteita noudatettiin opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa ja opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin periaatteiden mukaisesti.

Toimintatutkimuksen historiallinen jatkuvuus ottaa huomioon tutkittavan ilmiön lähtökohdat ja historian, joita voidaan tarkastella yhteiskunnallisesta tai toimintaympäristön näkökulmasta (Heikkinen & Syrjälä 2008, 149–150). Toimintatutkimuksen tarve nousi esille huomautuksesta parantaa vanhuspsykiatrisen potilaan ravitsemustilan arviointia. Tutkittavan ilmiön lähtökohtia ja toimintahistoriaa vanhuspsykiatrian osastolla kartoitettiin haastattelemalla osaston henkilökuntaa. Yhteiskunnallinen näkökulma huomioitiin perehtymällä kirjallisuuteen ja tutkittuun tietoon tutkittavasta ilmiöstä. Historiallisen jatkuvuuden periaatteen noudattaminen mahdollistaa myös syy- seuraussuhteiden tarkastelemisen, kun tutkimusraportti esitetään ajallisesti etenevänä kertomuksena (Heikkinen & Syrjälä 2008, 151). Tämän toteutumisen edistämiseksi opinnäytetyön raportti rakennettiin kronologisessa järjestyksessä tutkimuksen etenemisen mukaisesti. Tutkimuksen myötä kehitetty toimintamalli päätettiin ottaa osaksi osaston käytäntöä ja kehitystä jatketaan myös toimintatutkimuksen päättymisen jälkeen.

Reflektiivisyys luo perustan toimintatutkimukselle, koska uuden kehittäminen vaatii reflektoivaa otetta aiempaa toimintaa kohtaan. Reflektio lisää ymmärrystä tutkittavasta aiheesta, joka auttaa toiminnan kehittämisessä. Reflektiivisyyden periaatteen mukaisesti huomioidaan tutkijan merkitys ja rooli tutkimusprosessin eri vaiheissa. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 152, 154.) Opinnäytetyön tekijä työskentelee vanhuspsykiatrian osastolla, jolloin omakohtainen kokemus lisää opin-

näytetyön tekijän ymmärrystä tutkittavasta aiheesta. Kokemuksen vuoksi opin-
näytetyöntekijä myös toimi aktiivisena ryhmän jäsenenä koko toimintatutkimuk-
sen ajan. Tutkimuspäiväkirjan avulla opinnäytetyön tekijä reflektoi omaa toimin-
taa ja tutkimusta. Reflektiivisyyden periaatteen huomioiminen tuo tutkimukselle
myös läpinäkyvyyttä (Heikkinen & Syrjälä 2008, 154), jota pyrittiin edistämään
raportoimalla tutkimuksen eri vaiheet avoimesti ja selkeästi.

Luotettavuutta arvioidaan myös dialektisuuden periaatteen avulla, joka vaatii yh-
teistyötä ja moniäänisyyttä tiedon muodostamisessa. Tieto on väitteiden ja vas-
taväitteiden muodostama lopputulos. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 154–155.) Toi-
mintatutkimuksen haastatteluissa osaston henkilökunnasta halukkaat pääsivät
tuomaan äänensä esille tiedon muodostamisessa. Sisällönanalyysin avulla haas-
tatteluista muodostuneesta aineistosta rakennettiin moniääninen yhteenveto.

Toimintatutkimuksen käytännön vaikutusten arvioimisen avulla tarkastellaan luo-
tettavuutta toimivuusperiaatteen mukaisesti. Arvioiminen käsittää niin hyödyt kuin
osallistujien voimaantumisen. Lisäksi toimivuusperiaatteen näkökulmasta on tär-
keää kuvata kehittämistyön vahvuudet ja heikkoudet. (Heikkinen & Syrjälä 2008,
155–157.) Toimintatutkimuksen aikana kehitetty toimintamalli tukee systemaat-
tista toimintaa vanhuspsykiatrisen potilaan ravitsemustilan arvioinnissa, mutta
toisaalta se osittain lisää työntekijöiden työmäärää. Toimintamallin kehittämiseen
ja käyttöönottoon muodosti paineita eduskunnan oikeusasiamiehen tarkastuksen
myötä annettu suositus. Kehittämistyö toteutettiin kesäaikana, joka toi omat
haasteet kehittämiseen. Suurimmat haasteet olivat osaston kuormittuneisuus
sekä hoitajien, että lääkäreiden kesälomat. Lisäksi toimintamallin työstämisen ai-
kana osastonhoitaja vaihtui. Osastolla haastava tilanne ajoi henkilökunnan prio-
risoimaan työtehtäviään. Työn kuormittuneisuus saattoi vaikuttaa laskevasti hen-
kilökunnan osallistumiseen niin toimintamallin kommentoimiseen kuin testauk-
seen, vaikka henkilökunnan aktiivisuutta tuettiin muistuttamalla aiheesta sähkö-
postilla ja Teams- alustalla. Pääasiallinen kehittäminen tapahtui osastotunneilla,
jolloin toimintamallin kehittäminen saattoi jäädä pinnalliseksi. Toimintamallin im-
plementoiminen on aikaa vievää ja toimintatutkimuksen rajallinen aika ei tue toi-
mivuusperiaatteen varmistamista. Kehittämistyöhön osallistuminen saattoi voi-
maannuttaa osallistujia ja lisätä yksilön ravitsemusosaamista.

Havahduttavuuden periaatteen mukaisesti arvioidaan tutkimuksen herättämiä ajatuksia, kokemuksia ja tunteita. Havahduttavuuden kokemukseen vaikuttaa elävä ja todentuntuinen tutkimuksen raportointi. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 159–160.) Todentuntua ja elävyyttä raportointiin tuotiin erilaisten taulukoiden, kaavion ja haastatteluista otettujen suorien lainauksien avulla.

8.2 Eettisyys

Eettisesti hyväksyttävä ja luotettava tieteellinen tutkimus edellyttää, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Opinnäytetyössä noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjetta hyvästä tieteellisestä käytännöstä, joka edellytti opinnäytetyöntekijältä rehellisyyttä sekä yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tarve opinnäytetyölle oli ilmeinen asiasta tehdyn huomautuksen myötä ja opinnäytetyön tarkoitus sekä tavoitteet on selkeästi ilmaistu ja perusteltu.

Tarkoituksen ja tarpeen määrittämisen jälkeen rakennettiin opinnäytetyön teoreettinen viitekehys sekä tutkimussuunnitelma. Tiedonhankinnassa käytettiin oman alan tieteellistä kirjallisuutta ja muita asianmukaisia tietolähteitä, jotka ovat hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti eettisesti kestävää tiedonhankintaa (Vilkkä 2015 41–42). Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkimussuunnitelman avulla tutkimukselle haettiin asianmukainen tutkimuslupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä maaliskuussa 2021 (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Tutkimusmenetelmä valittiin vastaamaan opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitetta. Tutkimuksen teossa ja tulosten raportoinnissa kuuluu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti huolehtia rehellisyyden, yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden toteutumisesta (Vilkkä 2015, 42). Tutkimusaineiston keräämisestä tehtiin avointa ja julkista. Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisten ohjeiden mukaisesti osallistujilta pyydettiin tietoon perustuva suostumus. Tämä edellyttää, että tutkittavia tiedotetaan tutkimuksen luonteesta ja mahdollisuudesta kieltäytyä tai keskeyttää osallistuminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 217.) Opinnäytetyöstä ja

tutkimusaineiston keräämisestä tehtiin tiedote, joka lähetettiin kaikille vanhuspsykiatrian osastolla työskenteleville hoitajille. Tutkimusaineisto kerättiin ryhmähaastatteluiden avulla, johon halukkailla oli mahdollisuus osallistua.

Opinnäytetyöhön osallistujien anonymiteetistä huolehdittiin kaikissa vaiheissa. Aineisto säilytettiin salasanalla suojattuna tiedostona ja kirjallinen aineisto lukitussa tilassa, joihin pääsy oli vain opinnäytetyön tekijällä. Aineistoa ei luovutettu opinnäytetyön ulkopuolisille henkilöille. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen aineisto hävitettiin asianmukaisesti, tiedostot tuhottiin ja kirjallinen aineisto hävitettiin tietosuojajätteen mukana. Edellä mainittujen toimien avulla opinnäytetyön aineistot säilytettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Tieteelliselle tutkimukselle on asetettu vaatimuksia, jotka edellyttävät tutkimustulosten tuovan joko uutta tietoa, tietoa vanhan tiedon hyödyntämisestä tai näiden molempien yhdistämisestä muodostuvaa tietoa (Vilkkä 2015, 42). Opinnäytetyön avulla luotiin vanhuspsykiatrian osastolle oma toimintamalli vanhuspsykiatrisen potilaan ravitsemustilan arviointiin ja toimintamallin kehittämisessä yhdistettiin tutkimusaineistosta noussutta tietoa ja olemassa olevaa tietoa aiheesta.

8.3 Tulosten tarkastelu

8.3.1 Haastatteluiden tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön haastatteluiden tulosten avulla saatiin vastattua opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Haastatteluiden avulla muodostettiin selkeä kuva siitä, miten vanhuspsykiatristen potilaiden ravitsemustilaa arvioitiin ennen toimintatutkimusta. Aineistosta nousi esille paljon tiedon ja havaintojen keräämistä. Myös kirjallisuudessa esitetietojen keräämisen todettiin olevan tärkeä osa ravitsemustilan arviointia (VRN 2010, 30). Kuitenkin tietojen kirjaaminen sekä hyödyntäminen todettiin puutteelliseksi.

Kirjallisuudessa on nostettu painon ja pituuden olevan yksi osa ravitsemustilan arviointia (Sinisalo 2015, 101) ja myös vanhuspsykiatrian osastolla painon mittaaminen oli tunnistetuin ravitsemustilan arvioinnin ja seurannan keino. Vaikka painon seuranta ei ollutkaan systemaattista.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta näkee ravitsemushoidon olevan moniammatillista työtä (VRN 2010, 17) ja myös vanhuspsykiatrian osastolla ravitsemustilan arvioinnissa tunnistettiin moniammatillisuus. Vanhuspsykiatrisen potilaan ruokailua ja nesteiden saamista seurattiin tarpeen mukaan, mutta riittävän proteiinin määrän saamiseen kiinnitettiin vähemmän huomiota. Jyväkorpi (2016) ja Suominen (2021) tuovat esille proteiinien saannin olevan ikääntyneillä usein riittämätöntä.

Vajaaravitsemuksen arviointimenetelmistä seulontalomakkeen olemassaolo tunnistettiin vanhuspsykiatrian osastolla. Vajaaravitsemuksen seulonta kuuluu hoitajien tehtäviin ja seulonta kuuluu tehdä valtakunnallisten ohjeiden mukaisesti (VRN 2010, 18, 28), mutta käytännössä tätä tietoa ei ole osattu huomioida työskentelyssä vaan odotettu lääkärin määräystä. Myös Villalon ym. (2011) tutkimuksen mukaan seulontaa käyttivät vain pieni osa sairaanhoitajista siitä huolimatta, että arviointi nähtiin tärkeänä. Vanhuspsykiatrian osaston toiminnasta vaikutti puuttuvan perehdytys ja rutiinit eli toisin sanoen toimintamalli toiminnalle. Kirjallisuuden mukaan jokaisessa yksikössä tulee olla selkeät toimintaohjeet vajaaravitsemus potilaiden hoitamiseksi ja esimiehen tehtävä on huolehtia henkilökunnan ravitsemusosaamisesta (VRN 2010, 55; Sinisalo 2015, 106).

Ravitsemustilan arvioinnissa tunnistettiin potilaan liittyviksi haasteiksi erityisesti puutteet tiedonsaamisessa niin potilaan kuin omaistenkin puolelta. Tiedonsaamisen vaikeuksia ei aiemmissa tutkimuksissa tai kirjallisuudessa ole käsitelty. Osaston toimintaan liittyvänä haasteena korostui selkeästi hoitotyön kuormittuneisuus. Hoitotyön kuormittuneisuus vastaa Villalonin ja kumppaneiden (2011) tutkimustuloksia, jossa ravitsemuksen seulontaa estivät aika, vähäiset resurssit ja lyhyet hoitajaksot. Lisäksi haasteena koettiin toimintatapojen vähäisyys ja yhtenäisten toimintatapojen muodostaminen nähtiin myös kehittämistarpeena. Tiedetään, että ravitsemustilan tunnistaminen on terveydenhuollossa heikkoa (Schwab 2020) ja ehkä syy on juuri toimintatapojen vähäisyydessä.

Ravitsemustilan arvioinnin kehittämiseen liittyen kaivattiin toimintatapojen kehittämisen rinnalla tietotaidon kehittämistä ja erityisesti ravitsemusteeman esille nostamista. Teeman esille nostaminen käsittää ravitsemuksen merkityksen ja ruokailutilanteiden näkemisen hoitotilanteina. Voidaan myös puhua henkilökunnan asenteiden muuttamisesta. Tätä tietoa tukee myös henkilökunnan asenteista tehdyn tutkimuksen tulokset, jossa havaittiin epäjohdonmukaisuutta sairaanhoidajien tietämyksen ja käytännön välillä. Näiden tulosten valossa koettiin tarvetta hoitohenkilökunnan ravitsemusosaamisen parantamiseen. (Boaz ym. 2013.) Myös vanhuspsykiatrian osaston henkilökunta toi esille ravitsemustiedon lisäämisen kehittämisen niin henkilökunnan mutta myös potilaiden näkökulmasta.

8.3.2 Toimintamallin tarkastelu

Vanhuspsykiatrisen potilaan ravitsemustilan arviointiin kehitetyn toimintamallin tavoitteena on auttaa tunnistamaan aliravitut tai aliravitsemuksen riskissä olevat potilaat. Iso osa sairaalaan tulevista ikääntyneistä on aliravittuja ja vajaaravitsemuksen tunnistaminen terveydenhuollossa on heikkoa, joka puolestaan hidastaa toipumista ja täten pidentää hoitojaksoja (Sinisalo 2015, 9,105; Schwab 2020). Vajaaravitsemuksessa tai sen vaarassa olevien potilaiden hoitoon tarvitaan selkeät toimintaohjeet (Sinisalo 2015, 106). Toimintamallilla pyritään vastaamaan näihin haasteisiin, jotka kirjallisuudessa ja tutkimuksissa on havaittu. Kun hyvän ravitsemustilan tiedetään kohentavan vireystilaa ja elämänlaatua (Schwab 2020), voidaan todeta toimintamallin olevan tärkeä ikääntyneen hyvinvoinnin kannalta.

Tiedetään, että työn onnistumiseksi vaaditaan selkeitä toimintaohjeita ja ravitsemuksen osalta kehitetty toimintamalli vastaa tähän tarpeeseen. Yleisesti ravitsemushoitoon osallistuvat eri ammattiryhmät, mutta ravitsemustilan arviointiin liittyvät tehtävät kuuluvat lääkärille, hoitajalle ja ravitsemusterapeutille (VRN 2010, 17–18). Osaston toimintamallissa on eritelty lääkärin ja hoitajan tehtävät ja lääkärin tekemän lähetteen avulla on mahdollista hyödyntää ravitsemusterapeutin osaamista.

Esitiedot ovat perusta ravitsemustilan arvioinnille (VNR 2010, 30), jonka vuoksi tämä on myös huomioitu toimintamallissa ja esitietojen kartoittamisen avuksi rakennettiin esitietolomake. Lomakkeessa huomioidaan yksilön sairaudet, syömiseen vaikuttavat tekijät, ravinnonsaantia heikentävät tekijät, toimintakyky sekä kliiniset havainnot (VRN 2010, 30; Sinisalo 2015, 103; TAYS Intra 2020; Suominen 2021).

Toimintamallia varten tarkasteltiin vajaaravitsemusriskien seulontaan käytettäviä mittareita. Toimintamalli ohjaa käyttämään ravitsemustilan arviointiin NRS 2002-seulontamenetelmää, joka on valtakunnallisen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ohjeiden sekä kansainvälisen seulontamenetelmien vertailututkimuksen mukainen suositus (VRN 2010, 28; Holst ym. 2013; TAYS Intra 2021). Toisessa kansainvälisessä tutkimuksessa todettiin myös lyhyen MNA- menetelmän olevan nopea ja tarkka seulontamenetelmä ikääntyneille sairaalaympäristössä. (Dent ym. 2017). Sairaanhoitopiirin ohjeet ohjeistavat yleisesti tekemään vajaaravitsemusriski arvion 48 h kuluessa osastolle saapumisesta (TAYS Intra 2021), mutta psykiatrialla potilaat ovat tullessa huonossa psyykkisessä kunnossa ja yhteistyön kanssa saattaa olla haasteita. Potilaat eivät esimerkiksi suostu mittauksiin tai eivät osaa arvioida luotettavasti painonsa muutosta edeltävältä 3 kuukaudelta. Eikä tietoja saa kysyä omaisilta. Haasteiden valossa vajaaravitsemusriskin seulonnan aikarajan pidentäminen viikkoon on psykiatrialla perusteltua. Seulonta tulee ohjeiden mukaisesti myös uusia viikon välein tai sovitusti (TAYS Intra 2021). Vanhuspsykiatrian osaston toiminnan kannalta päädyttiin uusimaan seulonta 2–3 kulluttua, mikäli ensimmäisessä seulonnassa on todettu vajaaravitsemus tai sen riski.

Jos ikääntyneellä todetaan vajaaravitsemus tai sen riski, arvioidaan lisätoimien tarve yksilöllisesti. Ikääntyneiden energiantarve ja proteiinien tarve on huomioitu toimintamallissa ja jo esitietolomake ohjaa haastattelemaan energian ja proteiinien määrään vaikuttavista tekijöistä. Toimintamallin kaaviossa on taulukko, josta on helppo ja nopea laskea yksilön energia- ja proteiinin tarve. Taulukossa on käytetty valtion ravitsemusneuvottelukunnan ohjetta, joka on määritellyt energiantarpeen vuodepotilaille tai vähän liikkuville, alipainoisille ja lihaville (VNR 2010, 30). Valtion ravitsemusneuvottelukunta on määritellyt proteiinien määrän kilopai-

noa kohden normaalissa tilanteessa, mutta myös kun tarve on lisääntynyt sairauksien ja tulehdustilojen myötä (VRN 2010, 34). Lisäksi taulukossa huomioidaan ikääntyneiden oma proteiinien tarve (Suominen 2021).

Toimintamalli ohjaa huomioimaan yksilöllisyyden myös ruokailuissa. Ikääntyneiden kohdalla kannattaa tarjota tuttuja ja maistuvia ruokia (Sinisalo 2015, 98). Sillä tutkimustenkin mukaan hoitokodeissa asuvilla ikääntyneillä enemmän aliravitsemusta kuin kotona asuvilla (Hallit ym. 2020). Tästä voidaan päätellä, että kotona syödään mieluisia ruokia, jolloin ravitsemustilakin on parempi. Tätä näkökulmaa myös huomioidaan toimintamallissa. Myös Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ohjeistukset käsittävät psyykkisesti oireilevien makumieltymysten huomioimisen ravitsemushoidossa (VRN 2010, 175). Tutkimuksen mukaan ikääntyneiden ruokavaliota on pystytty parantamaan yksilöllisten ravitsemusinterventioiden avulla (Jyväkorpi 2016), jonka vuoksi toimintamallissa huomioidaan potilasohjaus sekä ravitsemukseen liittyvät psykoedukatiivisten ryhmien järjestäminen osana osastohoitoa.

Hoitohenkilökunnan tehtävänä on varmistaa ravitsemukseen liittyvän tiedon siirtymisen jatkohoitopaikkaan (VRN 2010, 18) ja toimintamalli pyrkii varmistamaan tätä. Toimintamalliin on kirjattu konkreettiset toimet tiedon siirtymiselle niin hoitajan kuin lääkärinkin toimesta. Hoitajan tehtäviin kuuluu kirjata potilaan ravitsemukseen liittyvät tiedot hoitotyön yhteenvedoon sekä varmistaa kotona asuvan ruokailu ennen kotiutusta. Lääkäri puolestaan kirjaa omalta osaltaan tiedot epikriisiin.

8.3.3 Johtopäätökset, jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että vanhuspsykiatrian osastolla arvioidaan ravitsemustilaa moniammatillisena yhteistyönä, mutta vajaaravitsemusriskin seurantalomakkeen käyttö on vähäistä. Lisäksi osastolla tunnistettiin haasteita ravitsemustilan arviointiin, jotka jakautuivat potilaaseen ja osaston toimintaan liittyviksi haasteiksi. Potilaaseen liittyvät haasteilla tarkoitettiin potilaan yksilöllisiä tekijöitä ja puutteellista tiedonsaantia, kun taas osaston toimintaan liittyvillä haasteilla tarkoitettiin hoitotyön kuormittuneisuutta ja toimintatapojen vähäisyyttä.

Vanhuspsykiatrian osaston ravitsemustilan arvioinnin kehittäminen koettiin osittain tarpeelliseksi ja esiin nostettiin tietotaidon ja toimintatapojen kehittäminen.

Toimintamallin hyödyntäminen edesauttaa vanhuspsykiatrian osaston potilaiden ravitsemustilan arviointia sekä hoidon ja ohjauksen saamista. Lisäksi toimintamallin avulla edesautetaan yhdenmukaisen ja kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisesta. Toimintatutkimuksen avulla lisättiin osallistujien tietoisuutta ravitsemuksesta ja sen arvioimisesta.

Tämän opinnäytetyön tuloksia on mahdollista hyödyntää muilla neuro- ja vanhuspsykiatrian osastoilla ja toimintamalli on siirrettävissä kahdelle muulle toimialueen osastolle. Toimintamalli tukee vanhoja työntekijöitä ravitsemustilan arviointiin, mutta sitä on mahdollista käyttää myös uusien työntekijöiden perehdyttämiseen. Jatkossa myös henkilökunnan ravitsemusosaamista tulee kehittää ja ylläpitää koulutuksilla. Toimintamallia tulee jatkossakin arvioida, kehittää ja päivittää tarpeen mukaan, mm. kirjaamisalustan muuttuessa.

Ravitsemuksen tiedetään vaikuttavan mielenterveyteen, jonka vuoksi jatkossa voi olla hyödyllistä tutkia, millä tavoin ravitsemus huomioidaan psykiatrian avohoidossa. Psykiatrisen sairauksien myötä ruokavalio yksipuolistuu ja ylipainoinenkin voi olla virheravittu, jonka vuoksi on hyvä tehdä lisää tutkimusta myös ylipainoisten ravitsemustilasta. Kokonaisvaltaisen hoidon näkökulmasta tarvitaan lisää tutkimusta ja toimintamallien kehittämistä, jotka edistävät tämän periaatteen toteutumista psykiatrialla.

LÄHTEET

- Boaz, M., Rychani, L., Barami, K., Houri, Z., Yosef, R., Siag, A., Berlovitz, Y. & Leibovitz, E. 2013. Nurses and Nutrition: A Survey of Knowledge and Attitudes Regarding Nutrition Assessment and Care of Hospitalized Elderly Patients. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 44(8):357-64.
- Correia, Maria Isabel Toulson Davisson 2018. Nutrition Screening vs Nutrition Assessment: What's the Difference? *Nutrition in clinical practice*. 33(1): 62-72.
- Dent, E., Chapman, I., Piantadosi, C. & Visvanathan, R. 2017. Screening for malnutrition in hospitalised older people: Comparison of the Mini Nutritional Assessment with its short-form versions. *Australasian Journal on Ageing*. 36(2): E8-E13.
- Ghimire, S., Baral, B.K., Karmacharya, I., Callahan, K. & Mishra, S.R. 2018. Life satisfaction among elderly patients in Nepal: associations with nutritional and mental well-being. *Health and quality of life outcomes*. 16 (1): 118.
- Haarni, I., Viljanen, M. & Hansen, M. 2017. Ikääntyvä mieli, mielen hyvinvointia vanhetessa. Suomen mielenterveysseura. Helsinki: Kirjapaino Picaset Oy.
https://mieli.fi/sites/default/files/materials_files/ikaantyvamieli_korj2_print.pdf
- Hallit, S., Daher, M., Hallit, R., Hachem, D., Kheir, N. & Salameh, P. 2020. Correlates associated with mental health and nutritional status in lebanese older adults: A cross-sectional study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 87:103879.
- Harbottle, L. 2019, "The effect of nutrition on older people's mental health", *British journal of community nursing*, vol. 24, pp. S12-S16.
- Heikkinen, H.L.T. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa: Heikkinen HLT, Rovio E, Syrjälä L. 2008. Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3.korjattu painos. Helsinki: Kansanvalistus-seura.
- Heikkinen, H.L.T., Rovio, E., & Kiilakoski, T. 2008. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa: Heikkinen HLT, Rovio E, Syrjälä L. 2008. Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3.korjattu painos. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Heikkinen, H.L.T. & Syrjälä, L. 2008. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa: Heikkinen HLT, Rovio E, Syrjälä L. 2008. Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3.korjattu painos. Helsinki: Kansanvalistus-seura.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2015. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 2.painos. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Holst, M., Yifter-Lindgren, E., Surowiak, M., Nielsen, K., Mowe, M., Carlsson, M., Jacobsen, B., Cederholm, T., Fenger-Groen, M. & Rasmussen, H. 2013. Nutritional screening and risk factors in elderly hospitalized patients: association to clinical outcome? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27(4): 953–961.

Hotus hoitotyön tutkimussäätiö. Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). n.d. Luettu 11.2.2021. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>

Huovinen, T. & Rovio, E. 2008. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa: Heikkinen HLT, Rovio E, Syrjälä L. 2008. Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3.korjattu painos. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Jyväkorpi, S. 2016. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life. Helsinki: Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Jyväkorpi, S., Havas, A., Urtamo, A., Karvinen, E. & Aho, M. 2014. Ikäihmisten liikunta ja ravitsemus: opas ohjaustyöhön. Helsinki: Ikäinstituutti.

Kaburagi, T., Hirasawa, R., Yoshino, H., Odaka, Y., Satomi, M., Nakano, M., Fujimoto, E., Kabasawa, K. & Sato, K. 2011. Nutritional status is strongly correlated with grip strength and depression in community-living elderly Japanese. *Public health nutrition*. 14(11): 1893–9.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä 3.–4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Nuotio M, Hartikainen S, Nykänen I. 2019. Vanhuksen vajaaravitsemuksen arviointi, ehkäisy ja hoito. *Suomen lääkäri*. 74(20): 1268–1272.

Oksa, H. & Siljamäki-Ojansuu, U. 2014. Hyödynnä ravitsemushoidon mahdollisuudet. *Duodecim*. 130(21), 2225–2227.

Schwab, U. 2020. Ikääntyneiden ravitsemus. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty: 22.04.2020. Luettu 22.11.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086

Sinisalo, L. 2015. Ravitsemus hoitotyössä. 2. uudistettu painos. Keuruu: Edita.

Suojanen, U. 2004. Toimintatutkimus ammatillisen kehittymisen välineenä. *Metodix*. Menetelmäartikkelit. Luettu 20.11.2020. <https://metodix.fi/2014/05/19/suojanen-toimintatutkimus/>

Suominen, M. 2021. Vanhusten ravitsemushäiriöt. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 11.2.2021. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu 20.5.2021.

Tamminen N & Solin P. (toim.) 2013. Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. Opas 27. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110485/THL_OPA2013_027_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

TAYS Intra. 2021. Vajaaravitsemus riskin seulonta. Päivitetty 11.2.2021. Luettu 11.4.2020. Vaatii käyttöoikeuden.

TAYS Intra. 2020. Vajaaravitsemuksen riskipotilaan ravitsemustilan arviointi. Päivitetty 21.12.2020. Luettu 11.4.2020. Vaatii käyttöoikeuden.

TAYS Tampereen yliopistollinen sairaala. 2020a. Neuro- ja vanhuspsykiatria. Päivitetty 16.4.2020. Luettu 9.11.2020. https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Psykiatria/Neuro_ja_vanhuspsykiatria

TAYS Tampereen yliopistollinen sairaala. 2020b. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Päivitetty 23.10.2020. Luettu 9.11.2020. <https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri>

TAYS Tampereen yliopistollinen sairaala. 2020c. Vanhuspsykiatrian osasto. Päivitetty 27.8.2020. Luettu 9.11.2020. https://www.tays.fi/fi-FI/Toimipaiikat/Tays_Pitkaniemi/Hoitoyksikot/Vanhuspsykiatrian_osasto

TAYS Tampereen yliopistollinen sairaala. 2021. Psykiatria. Päivitetty 12.10.2021. Luettu 28.10.2021. <https://www.tays.fi/fi-fi/palvelut/Psykiatria>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 30.11.2020. Saatavilla: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vanderwee, K., Clays, E., Bocquaert, I., Gobert, M., Folens, B. & Defloor, T. 2010. Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: A Belgian cross-sectional, multi-centre study. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 29(4): 469–476.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN). 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima. Luettu: 22.11.2020 https://www.ruokavirasto.fi/global-asets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ravitsemushoito_net_2.painos.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN) & Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). 2020. Vireyttä seniorivuosiin- ikääntyneiden ruoka- suositus. Helsinki: PunaMusta Oy. Luettu 22.11.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139415/THL_OHJ_4_2020_Vireytc3%a4%20seniorivuosiin_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Villalon, L., Laporte, M. & Carrier, N. 2011. Nutrition Screening for Seniors in Health Care Facilities: A Survey of Health Professionals. Canadian Journal of Dietetic Practice and Research. 72(4):162–9.

Voutilainen, E., Fogelholm, M. & Mutanen, M. 2015. Ravitsemustaito. Helsinki: Sanoma Pro.

LIITTEET

Liite 1. Taulukko kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista

1(3)

Tekijät, vuosi ja maa	Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja menetelmät	Tutkimuksen keskeiset tulokset	Laadun arviointi
Boaz ym. 2013. Yhdysvallat	Tutkimuksen tavoitteena oli mitata sairaalassa työskentelevien sairaanhoitajien ravitsemustiedon ja asenteiden suhdetta ikääntyneiden sairaalapotilaiden ravitsemushoitoon ja ruokailuihin liittyen. Lisäksi arvioitiin kliinisen osaamisen yhteyttä hoitotehtäviin. Poikkileikkaustutkimus, jossa aineisto kerättiin kyselylomakkeilla (n= 106).	Tutkimuksen tulosten mukaan hoitohenkilökunnan ravitsemuskasvatusta ja ravitsemusosaamista voitaisiin parantaa. Tulokset osoittavat, että ravitsemuksen arviointi ja asianmukaisen ruokavalion tarjoaminen luokiteltiin suhteellisen merkityksettömiksi. Kuitenkin tunnustettiin merkittävä positiivinen yhteys ravitsemuksen vaikutuksista terveyteen ja sairauksiin.	7/ 8
Dent ym. 2017. Australia	Tutkimuksen tavoitteena oli määrittää, kuinka hyvin MNA- SF menetelmä toimi ravitsemuksen seulonnassa, kun BMI korvattiin pohkeen ympärysmittalla. Tutkimukseen osallistui 100 yli 70-vuotiasta sairaalan potilasta.	Tulosten mukaan MNA - SF on nopea ja tarkka tapa aliravitsemuksen seulontaan sairaalassa olevilla iäkkäillä. Painoindeksin korvaaminen pohkeen mittauksella säilyttää MNA-SF- menetelmän tarkkuuden. Tulosten mukaan suositellaan, että pohkeen ympärysmitta mitataan sairaalassa käytettäessä MNA - SF: n ravitsemusseulontaa.	10/10
Ghimire ym. 2018. Englanti	Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida Nepalilaisten vanhusten elämän tyytyväisyyttä suhteessa ravitsemukselliseen ja henkiseen hyvinvointiin. Tutkimus suoritettiin poikkileikkauskyselynä, jossa osallistujat olivat yli 60-vuotiaita (n=286). Ravitsemusta arvioitiin MNA- testillä ja masennusta GDS- työkalulla, lisäksi osallistujilta määritettiin BMI.	Tutkimuksen mukaan n. 21 % oli tyytymätön elämänsä. Elämän tyytyväisyys laski heikentyneen ravitsemustilan ja heikentyneen mielenterveyden vuoksi. Masennuksella ja aliravitsemuksella oli merkittävä yhteys elämän tyytyväisyyteen.	8/8

2(3)

Tekijät, vuosi ja maa	Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja menetelmät	Tutkimuksen keskeiset tulokset	Laadun arviointi
Hallit ym. 2020. Alankomaat	Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida libanonilaisten vanhusten mielenterveyteen ja ravitsemustilaan liittyvät korrelaatiot kotona asuvien ja hoitokodissa asuvien välillä. Tutkimus tehtiin poikkileikkaustutkimuksena, aineisto kerättiin haastatteluilla, osallistujat olivat yli 60- vuotiaita (n=500). Tiedonkeruun suoritti koulutettu tutkijaryhmä, jotka koulutettiin tutkimusta varten.	Tutkimuksen mukaan lisääntynyt ahdistus ja korkeampi koulutustaso liittyivät huonompaan ravitsemustilaan. Hoitokodeissa asuvilla todettiin enemmän aliravitsemusta ja masennusta kuin kotona asuvilla.	7/8
Holst ym. 2013. Ruotsi	Prospektiivinen kohorttitutkimus, jossa tavoitteena oli testata kolmea erilaista ravitsemusseulontavälinettä ikääntyneille yli 65- vuotiaille sairaalahoidossa oleville potilaille (n=233). Lisäksi tutkittiin yhteyttä riskitekijöihin ja kuolleisuuteen. Osallistujille tehtiin ravitsemustilan arvio MNA- MUST- ja NRS2002- menetelmien avulla. Tutkimus toteutettiin kolmessa lääketieteellisessä, kirurgisessa ja geriatriksessa ympäristössä Tanskassa ja Ruotsissa.	Tutkimustulosten mukaan menetelmien välillä havaittiin suurta vaihtelua aliravitsemusriskin esiintyvyydessä. Ravitsemusriski tunnistettiin MNA- testin avulla 68%:lla potilaista, MUST- testin avulla 47%:lla ja NRS 2002 54%:lla potilaista.	9/11
Jyväkorpi 2016. Väitöskirja. Suomi	Tutkimuksen tavoitteena selvittää kotona ja pitkäaikaishoidossa asuvien ikääntyneiden ravitsemustilaa, ravinnonsaantia ja niihin liittyviä tekijöitä sekä ohjauksen ja opetuksen vaikuttavuutta ravitsemukseen, kaatumisiin ja elämänlaatuun. Poikkileikkaustutkimus, jossa aineisto kerättiin MNA- testillä ja ruokapäiväkirjan avulla kotona (n=526) ja pitkäaikaishoidossa asuvilta (n=374). Lisäksi tutkittavilta kerättiin taustatiedot, joka sisälsi tiedot tutkittavien sairauksista ja kognition tasosta.	Tutkimustulosten johtopäätös oli, että ruokavalion heikko laatu, proteiinien ja suojaravinteiden saannin riittämättömyys oli yleistä kaiken kuntosilla ikäihmisillä. Todettiin, että MNA tunnistaa heikosti ikääntyneet, joiden ravinnossa on vähän energiaa ja proteiinia. Tutkimuksessa todettiin, että yksilöllisillä ravitsemusterventioilla parannettiin ikääntyneiden ravitsemusta ja elämänlaatua, mutta myös kaatumisalttius väheni kotona asuvilla muistisairaille.	7/8

3(3)

Tekijät, vuosi ja maa	Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja menetelmät	Tutkimuksen keskeiset tulokset	Laadun arviointi
Kaburagi ym. 2011. Japani	Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida MNA- menetelmän hyödyllisyys arvioitaessa japanilaisten hoitokodissa asuvien vanhusten (n=130) ravitsemusta, fyysistä ja psykososiaalista puolta. Poikkileikkaustutkimus, jossa ravitsemusta arvioitiin seerumin biomarkkereiden, antropometristen mittausten ja MNA:n avulla. Fyysistä puolta arvioitiin mittaamalla pitovoimaa ja suurimpia kävelynopeuksia. Masennustilaa arvioitiin GDS- asteikolla.	Tutkimus osoitti MNA- menetelmän olevan hyödyllinen ja kattava arvioimismenetelmä japanilaisten hoitokodissa asuvien ikääntyneiden ravitsemustilaan.	8/8
Villalon ym. 2011. Kanada	Tavoitteena oli tutkia New Brunswickin terveydenhuollon ammattilaisten käsityksiä ja käytäntöjä iäkkäiden asiakkaiden ravitsemusseulonasta sekä tutkia seulonnan esteitä. Poikkileikkaustutkimuksessa aineisto kerättiin kyselylomakkeilla lääkäreiltä, sairaanhoitajilta ja ravitsemusterapeuteilta (n= 457).	Tulosten mukaan seulonta koettiin tärkeäksi, mutta seulontamenetelmien käytössä poikkeavuuksia ja harvat käyttivät seulontatyökalua. Toteuttamisen esteiksi raportoitin ajan puute, resurssien puute ja asiakkaiden lyhyt hoitoaika.	8/8
Vanderwee ym. 2010. Belgia	Tarkoituksena oli saada käsitys aliravitsemuksen esiintyvyydestä Belgiassa vanhusten sairaalaosastoilla ja tunnistaa aliravitsemuksen esiintyvyyteen liittyvät tekijät. Poikkileikkaustutkimus, jossa vanhusten (n= 2329) ravitsemustilaa arvioitiin MNA- menetelmällä, Väestötietojen ja aliravitsemukseen liittyvien tekijöiden tallentamiseen käytettiin standardoitua kyselylomaketta.	Tulosten mukaan Belgiassa sairaalahoidossa olevien vanhusten aliravitsemuksen esiintyvyys vastaa kansainvälisiä lukuja. Aliravitsemuksesta kärsi 33 % ikääntyneistä potilaista ja 43 % oli aliravitsemuksen riskissä. Aliravitsemukseen vaikuttivat nielemisvaikeudet, maku-aistin heikentyminen ja siirtyminen hoitokodista.	7/8

Liite 2. Tietoon perustuva suostumuslomake.

1(2)

31.1.2021

TIEDOTE

Vanhuspsykiatrisen potilaan ravitsemustilan arviointi - toimintamallin kehittäminen

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kehittää toimintamalli vanhuspsykiatrisen potilaan ravitsemustilan arviointiin. Tavoitteena on tuottaa vanhuspsykiatrian osaston hoitohenkilökunnalle toimintamalli ikäihmisten ravitsemustilan arvioimiseksi.

Opinnäytetyö tullessaan tekemään toimintatutkimuksena. Opinnäytetyössä kerätään aineistoa teemahaastattelun avulla, joka toteutetaan maaliskuussa 2021 ryhmähaastatteluna. Haastattelussa kysytään hoitohenkilökunnan kokemuksia vanhuspsykiatrian osastolla ravitsemustilan arvioimisesta ja sen haasteista sekä kehittämistarpeista. Haastattelut nauhoitetaan luvallanne.

Aineiston avulla määritellään keskeisimmät ongelmat ja tavoitteet toimintamallin kehittämiseksi, jonka perusteella lähdetään suunnittelemaan ja määrittelemään uutta toimintamallia. Teitä pyydetään arvioimaan ja kommentoimaan toimintamallia suunnittelun eri vaiheissa. Selkeä toimintamalli auttaa tunnistamaan aliravitut tai aliravitsemuksen riskissä olevat potilaat sekä auttaa nopeuttamaan potilaan hoidon tai ohjauksen saamista.

Haastatteluista muodostunut aineisto säilytetään salasanalla suojattuna tiedostona opinnäytetyöntekijän henkilökohtaisessa käytössä olevalla tietokoneella ja kirjallinen aineisto lukitussa tilassa, jonne pääsy vain tutkijalla. Aineistoa ei luovuteta opinnäytetyön ulkopuolisille henkilöille. Aineisto hävitetään asianmukaisesti, kun opinnäytetyö on valmis.

Opinnäytetyöhön osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte peruuttaa osallistumisenne koska tahansa. Osallistumisen keskeytyksestä ei aiheudu teille minkäänlaista haittaa. Mikäli päätätte keskeyttää osallistumisen, ei tämä estä siihen saakka kerättyjen tietojen käyttämistä opinnäytetyössä. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastajaa pysty tunnistamaan.

Vastaan mielelläni Teitä askarruttaviin kysymyksiin tai jos haluatte lisätietoja opinnäytetyöstä.

Opinnäytetyön tekijä

Essi Mäkinen

Kliinisen asiantuntijan ylempi tutkinto- opiskelija
Tampereen ammattikorkeakoulu
essi.a.makinen@tuni.fi

31.1.2021

SUOSTUMUSLOMAKE**VANHUSPSYKIATRISEN POTILAAN RAVITSEMUSTILAN ARVIOINTI****- TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN**

Minua on pyydetty osallistumaan opinnäytetyöhön, jonka tarkoituksena on kehittää toimintamalli vanhuspsykiatrisen potilaan ravitsemustilan arvioimiseen vanhuspsykiatrian osastolla ja olen saanut opinnäytetyöstä kirjallista tietoa sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyön tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä peruuttaa suostumus ja keskeyttää osallistuminen syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisina.

_____. _____. _____. 2021
Paikka ja päivämäärä

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Suostumuksen vastaanottaja:

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Liite 3. Teemahaastattelun runko

1. Ravitsemustilan arviointi vanhuspsykiatrian osastolla nykyhetkessä

- Miten ravitsemustilaa arvioidaan?
- Miten potilaiden painoa seurataan?
- Miten tunnistat ravitsemuksen ongelmia?
- Ketkä osallistuvat ravitsemuksen arvioimiseen?
- Minkälaisia apuvälineitä/ menetelmiä on käytössä?

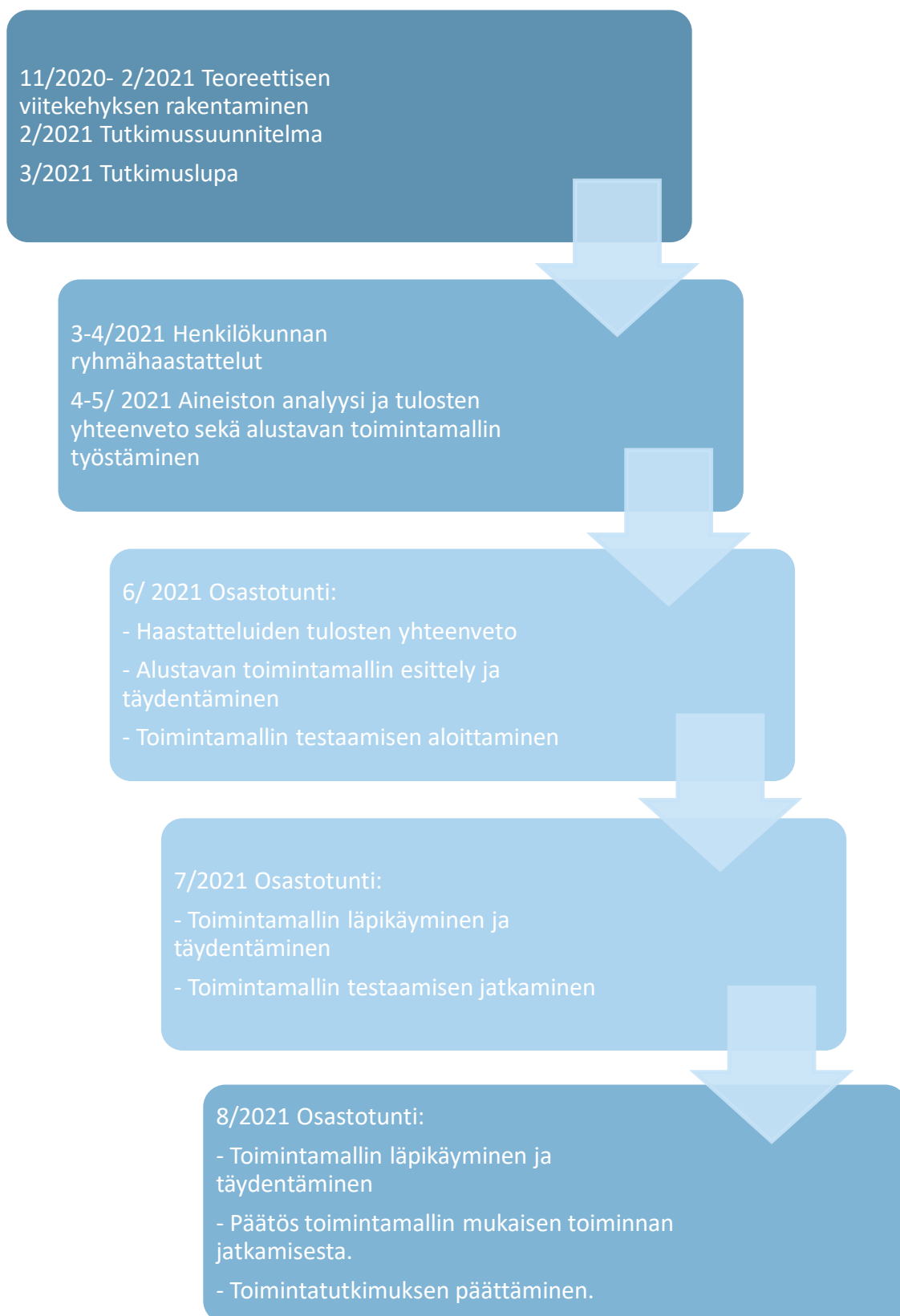
2. Haasteet ravitsemustilan arvioinnissa

- Minkälaisia haasteita ravitsemustilan arvioinnissa on hoitajan tai osastohoidon näkökulmasta?
- Mitkä tekijät vaikeuttavat arvioimista?

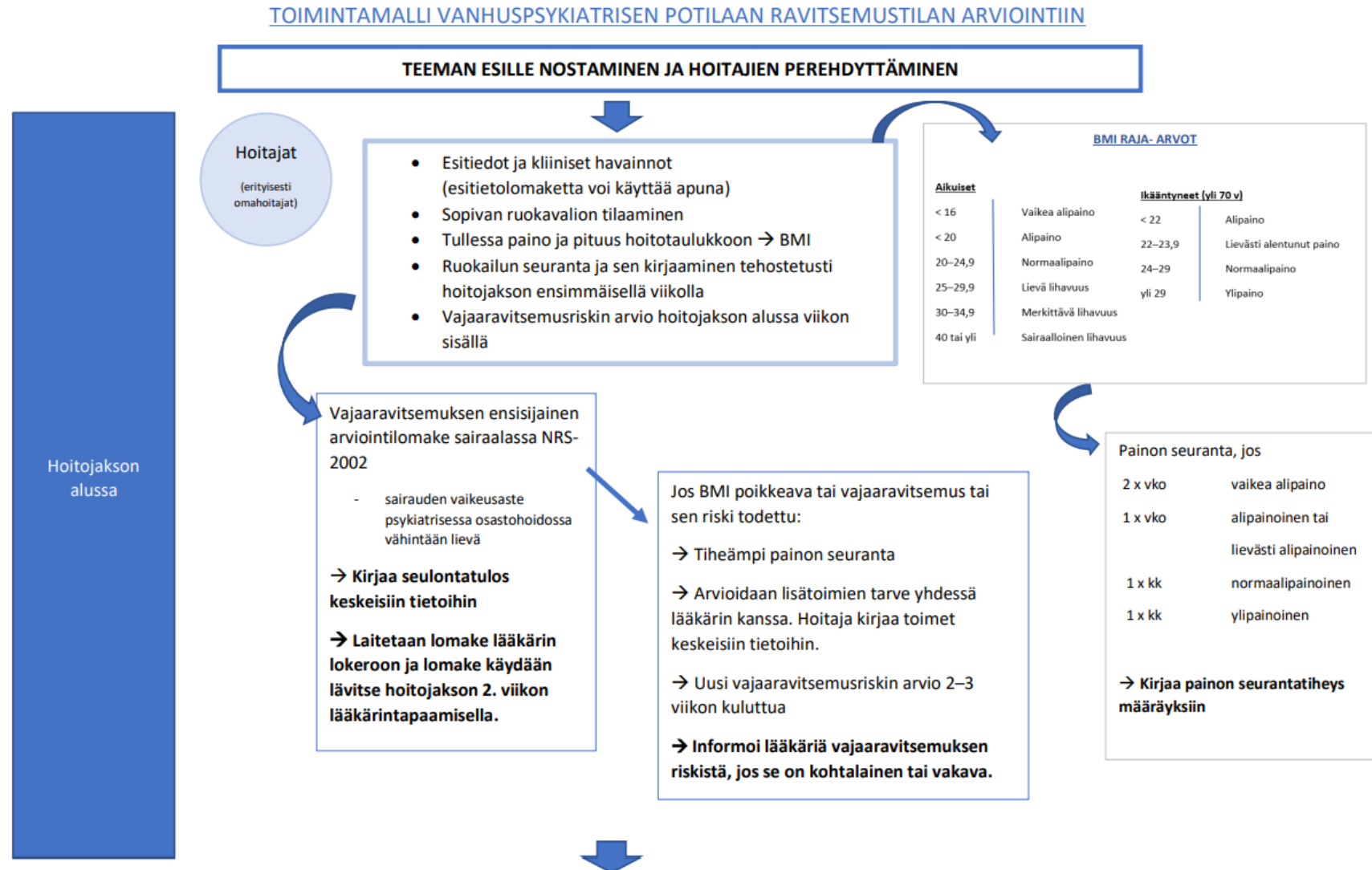
3. Ravitsemustilan arvioimisen kehittäminen osastohoidossa

- Minkälaisista apuvälineistä/ menetelmistä olisi apua ravitsemustilan arvioimiseen?
- Miten kehittäisit ravitsemustilan arvioimista vanhuspsykiatrian osastolla?

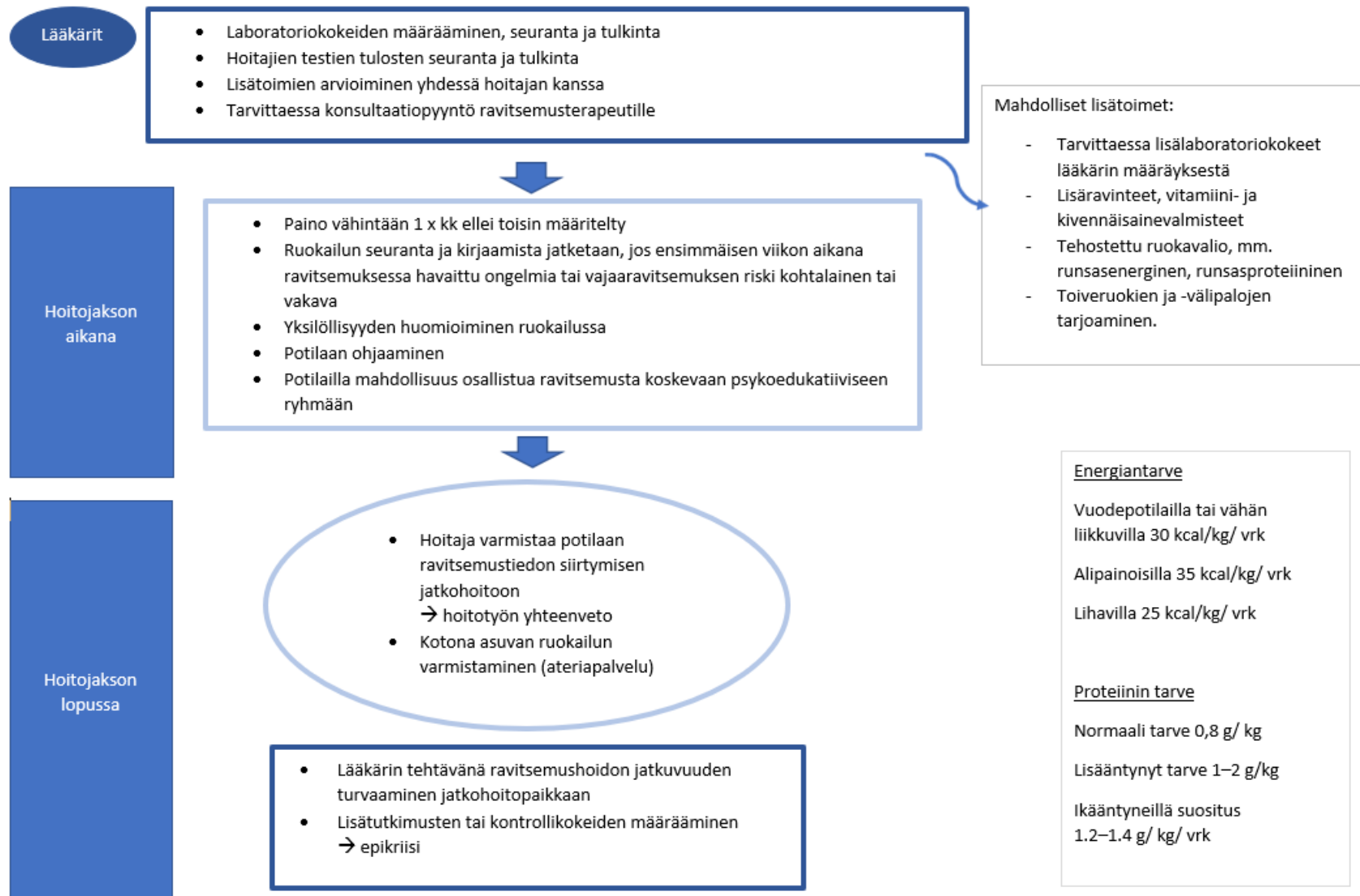
Liite 4. Toimintatutkimuksen vaiheet.



Liite 5. Vanhuspsykiatrisen potilaan ravitsemustilan arvioinnin toimintamalli



1(2)



Liite 6. Ravitsemuksen esitietolomake

ESITIEDOT

- Potilaan perussairaudet ja ajankohtaiset infektiot, tulehdukset, haavat, leikkaukset ja vammat tms.

(Sairaudet vaikuttavat ruokahaluun ja ravitsemustilaan. Esim. korkea kuume, tulehdukset, leikkaukset, suuret luun murtumat ja palovammat lisäävät energian ja proteiinin tarvetta)

- Ruokavalio ja sopimattomat ruoka-aineet:

- Onko potilaalla seuraavia ravinnonsaantia heikentäviä oireita?

☐ ruokahaluttomuutta

☐ syömisongelmia

☐ nielemisvaikeuksia

☐ puremisongelmia, hampaiden kunto/ tekohampaat _____

(arvioi tarve sosemaiselle, sosekarkealle tai pehmeälle ruualle)

☐ oksentelua

☐ ripulia

- Millainen on potilaan toimintakyky ja onko siinä tapahtunut muutoksia? Laittaako itse ruokaa? Käykö itse kaupassa? Tarvitseeko apua tai apuvälineitä syömisessä? (Ravinnon saantiin liittyviä ongelmia, mm. liikkumisvaikeudet, heikentynyt toimintakyky, vähäinen avun saanti)

KLIINiset TUTKIMUKSET

- Onko potilaalla seuraavia vajaaravitsemukseen viittaavia merkkejä?

☐ kuiva iho

☐ hauraat kynnet

☐ elottomat hiukset

☐ kuiva kieli ja suu