

Anne Myllymäki ja Helena Virtanen

**Ikääntyneen potilaan lääkityksen ja virheravitsemuksen
merkitys fyysiseen toimintakykyyn**

Osastotunti Isojoen Terveyskeskuksen vuodeosastolla

Opinnäytetyö

Kevät 2014

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Anne Myllymäki ja Helena Virtanen

Opinnäytetyön nimi: Ikääntyneen potilaan lääkityksen ja virheravitsemuksen merkitys fyysiseen toimintakykyyn: Osastotunti Isojoen Terveyskeskuksen vuodeosastolla

Ohjaajat: Katriina Kuhalampi, THM, päätoiminen tuntiopettaja, Liisa Ahola, THM, lehtori

Vuosi: 2014

Sivumäärä: 41

Liitteiden lukumäärä: 2

Opinnäytetyön tarkoituksena oli pitää Isojoen Koivukartanon ja Koivukodin sairaanhoitajille osastotunti virheravitsemuksen ja lääkityksen merkityksestä ikääntyneiden potilaiden fyysiseen toimintakykyyn sekä esitellä hoitotyön kannalta merkittävimmät ravitsemustilan ja toimintakyvyn mittarit. Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tietoa virheravitsemuksen ja yleisimpien lääkkeiden merkityksestä ikääntyneiden potilaiden fyysiseen toimintakykyyn, jotta hoitojaksot lyhenisivät. Tavoitteena oli lisätä sairaanhoitajien tietämystä aiheesta. Aiheen idea tuli työelämästä, yhteistyötahollamme on ollut kehittämishanke aiheeseen liittyen. Aihe on myös ajankohtainen uuden vanhuspalvelulain sekä hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi tehdyn laatusuosituksen myötä.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena oli osastotunti Isojoen Koivukartanon ja Koivukodin sairaanhoitajille. Teoreettisessa viitekehyksessä kerättiin tietoa vanhusten hoitotyöstä, ikääntyneen lääkehoidosta ja virheravitsemuksesta sekä osastotuntiin liittyen oppimisesta ja viestinnästä. Tietoa löytyi hyvin kirjallisuudesta ja tutkimuksista. Teoreettisen viitekehysten pohjalta tehtiin PowerPoint -esitys osastotunnille.

PowerPoint -esitys esitettiin helmikuussa 2014 osastotunnilla. Esityksen jälkeen keskusteltiin hoitohenkilökunnan kanssa aiheesta ja pohdittiin, miten he voisivat parantaa lääkehoitoa ja kehittää ravitsemustilan mittaamista ja ravitsemushoitoa osastolla.

Tulevaisuuden kehittämishaasteena voisi olla uusi toimintamalli, jossa vuodeosastolle tulevien potilaiden ravitsemustila ja lääkitys tarkastettaisiin ensimmäisten hoitopäivien aikana.

Avainsanat: ikääntynyt, fyysinen toimintakyky, lääkehoito, virheravitsemus, osastotunti.

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: Social and health care unit

Degree programme: Nursing

Specialisation: Registered nurse

Authors: Anne Myllymäki and Helena Virtanen

Title of thesis: The significance of medication and malnutrition in aged patient's physical ability to function: Meeting in the ward of the Isojoki Health Care Center

Supervisors: Katriina Kuhalampi, MNSc, lecturer, Liisa Ahola, MNSc, senior lecturer

Year: 2014

Number of pages: 41

Number of appendices: 2

The purpose of this thesis was to have a meeting for the nurses of the ward in Isojoki Health Care Centre about the significance of medication and malnutrition in elderly patients' physical ability to function and to present the most significant indicators of nutrition and ability to function from the nursing point of view. The aim of this thesis was to collect information about the significance of malnutrition and the most common medicines in elderly patients' physical ability to function, in order to make the treatment periods shorter. The aim was also to add the knowledge of the nurses about the topic. The idea of the topic came from the working life, as our cooperation quarter had a development project about the topic. The topic is also topical because of the new law about elderly people's services and the quality recommendation to guarantee good ageing and to upgrade services.

The outcome of this action-based thesis was a meeting for the nurses on the ward in Isojoki Health Care Centre. In the theoretical framework of this thesis we collected information about the nursing of elderly people, their medication and malnutrition, as well as about learning and communication. The information was well founded in literature and studies. Based on the information, a PowerPoint -presentation for the meeting was made.

In February 2014 the PowerPoint -presentation was presented in a meeting. After the presentation, the topic was discussed with the staff. It was also considered how the staff could improve medication and develop the nutrition measurement and nutrition treatment on the ward.

A development challenge in the future might be a new operations model which would check the nutrition and medication of a new patient on arrival in the first days on the ward.

Keywords: aged, physical ability to function, medication, malnutrition, meeting.

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Taulukkoluetelo	6
1 JOHDANTO	7
2 VANHUSTYÖ.....	9
2.1 Ikääntynyt.....	10
2.2 Ikääntyneen fyysinen toimintakyky.....	11
3 IKÄÄNTYNEEN LÄÄKEHOITO	13
3.1 Yleisimmät ikääntyneiden käyttämät lääkkeet.....	13
3.2 Ikääntyneiden lääkehoidon erityispiirteitä.....	14
3.3 Lääkityksen merkitys ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn	15
3.4 Ikääntyneiden lääkehoidon seuranta.....	16
4 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS.....	18
4.1 Ikääntyneiden ravitsemussuositukset.....	18
4.2 Virheravitsemus	20
4.3 Virheravitsemuksen merkitys ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn.....	21
4.4 Ravitsemustilan arviointi	21
5 OSASTOTUNTI	23
5.1 Oppiminen.....	23
5.2 Viestintä	23
5.3 Osastotunti Koivukartanossa ja Koivukodissa.....	24
6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	26
7 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	27
7.1 Toiminnallisen opinnäytetyön teoriaperusta	27
7.2 Toimeksiantajan esittely.....	28
7.3 Osastotunnin suunnittelu.....	29
7.4 Osastotunnin toteutus	30
7.5 Osastotunnin arviointi.....	31

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	33
9 LÄHTEET	38
10 LIITTEET	42

Taulukkuuettelo

Taulukko 1. Ikääntyneiden yleisimpien lääkkeiden tavallisimmat haittavaikutukset	15
Taulukko 2. Kotona asuvan ikääntyneen monisairaahan ravitsemussuositukset.....	19
Taulukko 3. Akuutisti sairastuneen ikääntyneen ravitsemussuositukset	19
Taulukko 4. Virheravitsemuksen syntymisen ehkäisemiseksi seurattavia tekijöitä	20

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen, koska 1.7.2013 tuli voimaan laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Lain keskeinen tavoite on tukea ikääntyneiden hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. (L 28.12.2012/980, 1§.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan ikääntyneiden palvelujen ja hoidon perustavoitteita ovat toimintakyvyn parantaminen ja itsenäisen selviytymisen vahvistaminen (Tie hyvään vanhuuteen 2007, 13). Räsänen, Kyngäksen ja Kansteen (2010, 219) mukaan yhteiskunnan säästötoimet ovat saaneet aikaan muutoksia ikääntyneiden hoidossa niin, että laitoshoidoa vähennetään ja kotihoitoa tehostetaan. Kuusela, Hupli, Johansson, Routasalo ja Eloranta mainitsivat tutkimuksessaan (2010, 103.) lääkityksen ja ravitsemuksen vaikuttavan keskeisesti ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn.

Isojoen Terveyskeskuksen Koivukartanon ja palvelukoti Koivukodin osastonhoitaja ehdotti aiheeksi ikääntyneen potilaan lääkityksen ja ravitsemustilan huomioimista lyhyellä osastojaksolla, sillä heillä on osastolla meneillään kehittämishanke potilaiden toimintakykyyn liittyen. He ovat mukana Osake-koulutuksessa (osallistava asiakastyön/arjen kehittäminen) ja heidän aiheensa liittyy potilaan fyysisen toimintakyvyn parantamiseen. Aihe rajattiin yleisimpiin ikääntyneiden käyttämiin lääkkeisiin ja virheravitsemukseen. Kun näihin asioihin kiinnitetään heti huomiota, on epätodennäköisempää, että ikääntynyt potilas tulee uudelleen osastolle lääkityksen tai huonon ravitsemustilan tai niistä johtuvien syiden vuoksi. Aihe on tärkeä ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn ja kotona asumisen kannalta. Ikääntynyt väestö lisääntyy koko ajan, joten palvelu- ja laitospaikkoja ei ole kaikille ja kotona asumista on tuettava ja edistettävä kaikin mahdollisin keinoin.

Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa virheravitsemuksen ja yleisimpien lääkkeiden merkityksestä ikääntyneiden potilaiden fyysiseen toimintakykyyn, jotta hoitojaksot lyhenisivät. Tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien tietämystä aiheesta.

Opinnäytetyön tarkoitus on pitää Isojoen Koivukartanon ja Koivukodin sairaanhoitajille osastotunti virheravitsemuksen ja lääkityksen merkityksestä ikääntyneiden

potilaiden fyysiseen toimintakykyyn sekä esitellä hoitotyön kannalta merkittävimmät ravitsemustilan ja toimintakyvyn mittarit.

Tarkoitusta täsmentävät seuraavat opinnäytetyön tehtävät:

1. Mikä on virheravitsemuksen merkitys ikääntyneen potilaan fyysiseen toimintakykyyn?
2. Mikä on ikääntyneiden yleisimpien käytössä olevien lääkkeiden merkitys heidän fyysiseen toimintakykyynsä?
3. Mitkä ovat hoitotyön kannalta toimivimmat ravitsemustilan mittarit?
4. Millainen on hyvä osastotunti?

2 VANHUSTYÖ

Vanhustyöllä tarkoitetaan ikääntyneiden parissa tapahtuvaa toimintaa erilaisissa organisaatioissa, toimintayksiköissä ja arkielämässä. Epävirallisesti vanhustyötä tehdään myös perheissä ja muissa lähiverkostoissa. Luonteeltaan vanhustyö voi olla hoitoa, huolenpitoa, hoivaa, kuntoutusta sekä elämän monipuolista tukemista. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 10.)

Vanhusten hoitotyössä on käytössä nelivaiheinen hoitoprosessi, johon kuuluu hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon tavoitteiden asettaminen, hoito sekä hoidon arviointi. Ikääntyneen terveyden ja toimintakyvyn perusta on hyvä ravitsemustila. Lääkehoito on tarpeellinen osa ikääntyneiden hoitoa. Lääkehoidon tavoitteena on ikääntyneen hyvinvoinnin ja itsenäisyyden tukeminen. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 67, 128, 325.)

Ikääntyneen toimintakyvyn, terveyden ja hyvinvoinnin kulmakiviä ovat monipuolinen ja riittävä ravinto sekä nesteen saanti (Ravitsemus ja iäkkään toimintakyky [Viitattu 1.4.2014]).

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008, 12) on mainittu keskeisiä ihmisarvoisen vanhuuden turvaavia eettisiä periaatteita, jotka ovat itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, voimavara- ja lähtöisyys, yksilöllisyys ja turvallisuus. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008, 12) tärkein perusarvo on ihmisarvon kunnioittaminen. Jokaiselle ikääntyneelle on taattava oikeus arvokkaan vanhuuteen sekä hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta ja hoidon tai palvelun tarpeesta riippumatta (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 2008, 12).

Ikääntyneiden turvallisten ja laadukkaiden palveluiden takaamisen edellytys on riittävä henkilökunta. Henkilökunnan riittävä määrä lisää myös työhyvinvointia, työturvallisuutta, oikeusturvaa ja työssä pysyvyyttä. Hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen ovat henkilöstön määrän lisäksi yhteydessä erityisesti osaaminen, osaamisen oikea kohdentaminen ja osaava lähijohtaminen. Edellämainitut tekijät varmistavat palvelutarpeen mukaisen hoidon ja lisäävät potilasturvallisuutta. Myös vanhushoitoon on säädetty henkilöstön määrästä ja osaamisesta. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, 2013, 39, 40.)

2.1 Ikääntynyt

Termi vanhus voidaan nähdä ongelmallisena. Termin voidaan nähdä olevan arvotautunut ja leimaava. Vanhuustutkijat ovat käyneet paljon keskustelua terminologiasta ja monet tutkijat käyttävät mieluummin termejä ikääntyvä, ikääntynyt, ikäihminen tai muita vähemmän leimaaviksi katsottuja termejä. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2013, 29.)

Kivelän (2005) mukaan vanheneminen etenee yksilöllisesti, jolloin yksilölliset erot samanikäisten toimintakyvyssä ovat suuret. Osittain erot johtuvat perintötekijöiden ja terveystapojen eroista, mutta suurempi syy on pitkäaikaissairauksista johtuvat toimintakykyä heikentävät haitat (Kivelä 2005, 13). Ikääntyneitä ovat 75 vuotta täyttäneet henkilöt (Kivelä & Räihä 2007, 1). Myös Nopparin ja Koistisen (2005, 19) mukaan ikääntyneitä ovat yli 75-vuotiaat.

Suomalaisessa yhteiskunnassa on meneillään väestörakenteen muutos, jonka taustalla ovat suurten ikäluokkien eläköityminen sekä syntyvyyden ja kuolleisuuden aleneminen. Väestönkehitys vaihtelee alueittain, jonka vuoksi kunnilla on erilaiset lähtökohdat suunnitella ikääntyneiden kuntalaistensa asumiseen, osallistumiseen, terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen sekä palveluihin liittyviä päätöksiä. Tällä hetkellä Suomessa elää reilu miljoona yli 63-vuotiaista, joista noin 50 000 asuu tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla. Loput yli 63-vuotiaista suomalaisista asuvat kotona, osa heistä kotihoidon turvin. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 13.)

Nopeasti tapahtuvat muutokset toimintakyvyssä johtuvat sairauksista, jotka on hoidettava, etteivät muutokset jää pysyviksi. Vanhemmiten kehon koostumus muuttuu ja elimistön nestepitoisuus, solumassa ja lihaskudos vähenevät ja rasvapitoisuus kasvaa, jolloin perusaineenvaihdunnan taso laskee. Elimistön toiminnat hidastuvat, janontunne heikkenee ja fyysinen aktiivisuus vähenee. Ikääntyessä aistitoiminta heikkenee, jolloin ruuan nautittavuus vähenee. Lisäksi syljen eritysvähenee ja suun limakalvo ohenee, jolloin suuhun tulee helpommin haavaumia ja tulehduksia ja ruuan pureskelu vaikeutuu. Iän myötä myös ruuansulatuskanavan limakalvot ja lihakset surkastuvat. (Suominen 2006, 10, 11.)

2.2 Ikääntyneen fyysinen toimintakyky

Toimintakyvyn osa-alueet ovat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Nämä osa-alueet vaikuttavat toisiinsa ja ovat osin myös päällekkäisiä. Fyysisessä toimintakyvyssä korostuvat hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön toiminta. Fyysisen toimintakyvyn hyviä kuvaajia ovat esimerkiksi kävelynopeus ja maksimaalinen hapenotto- ja liikkumiskyky. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 21.) Kanin ja Pohjolan (2012, 32) mukaan ihmisen fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat erilaiset sairaudet, lihasvoiman heikentyminen, nivelten liikkuvuuden vähentyminen ja tasapaino-ongelmat.

Voutilaisen ja Tiikkaisen (2009) mukaan ikääntyneen ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttaa hänen selviytymisensä jokapäiväisestä elämästään. Toimintakykyä voidaan tarkastella jäljellä olevana toimintakykenä, yksilön voimavaroina tai toiminnanvajavuuksina (Voutilainen & Tiikkainen, 2009, 60). Elorannan ja Punkasen (2008, 26) mukaan fyysistä toimintakykyä voidaan mitata seuraavilla mittareilla: RAVA-mittari ja RAI (Resident assesment instrument).

Heikkisen (18.7.2005) mukaan tärkeät keinot, joilla vaalitaan toimintakykyä, terveyttä sekä elämään laatua ovat terveellinen ruoka, fyysinen aktiivisuus ja henkisen vireyden ylläpito.

Monipuolisella ja riittävällä ravinnolla voidaan parantaa hyvinvointia ja vähentää muun hoidon tarvetta. Puutteet tässä ovat yleisiä ja ne voivat johtaa toimintakyvyn ja terveyden heikkenemiseen. Yli 80 % laitoshoidossa olevista ikääntyneistä potilaista ja 12 % kotona asuvista ikääntyneistä käyttävät psyykenlääkkeitä, lähinnä bentsodiatsepiineja tai psykoosilääkkeitä. Nämä lääkeryhmät voivat aiheuttaa sekavuutta ja huonontaa toimintakykyä, altistaa tapaturmille ja siten lisätä hoidon tarvetta. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008, 8, 10.)

Terveellinen ja täysipainoinen ravinto tukee ikääntyneen tasapainoa ja ehkäisee siten heille tapahtuvia onnettomuuksia ja tapaturmia. Oikeanlaisen ravinnon merkitys korostuu ikääntyneillä ja erityisesti D-vitamiinin ja kalsiumin riittävä saanti vähentää tapaturmien seurausten vakavuutta luustoa vahvistamalla. (Turvallinen elämä ikääntyneille 2011, 32.)

Tutkimuksessaan Kuusela ym. (2010, 97) toteavat, että fyysisellä harjoittelulla pystytään hidastamaan kehon rakenteen, lihasvoiman, hengitystoimintojen sekä kävely- ja liikenoikeuden vanhenemismuutosten tapahtumista ja parantamaan suorituskykyä ja ehkäisemään kaatumisia.

3 IKÄÄNTYNEEN LÄÄKEHOITO

Kassaran ym. (2005, 305) mukaan lääkehoito perustuu potilaan tarpeeseen ja sen tavoitteina on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä parantaminen tai niiden etenemisen ehkäiseminen, komplikaatioiden ehkäiseminen sekä sairauksien aiheuttamien vaivojen ja oireiden lievittäminen. Kivelän ja Rähän (2007, 1) mukaan lääkehoidot muodostavat kuitenkin vain osan ikääntyneiden sairauksien hoitojen ja toimintakyvyn parantamisen ja ylläpitämisen mahdollisuuksista. Muiden kuin lääkehoitojen merkitys korostuu ikääntyneiden hoidossa (Kivelä & Rähä 2007, 1).

Lääkehoidon tarkoitus on saada aikaan enemmän hyötyjä kuin haittoja. Haittojen todennäköisyys kasvaa henkilön ikääntyessä ja lääkitysten määrän kasvaessa. Hyvään hoitoon kuuluu lääkehoidon toivottujen ja ei-toivottujen vaikutusten tarkka seuranta. (Kivelä & Rähä 2007, 1.)

Yhteisvaikutuksella tarkoitetaan lääkkeen vaikutusten muuttumista toisen lääkkeen, ruuan, juoman tai jonkin kemiallisen ympäristötekijän vaikutuksesta. Yhteisvaikutuksen vuoksi lääkkeen haittavaikutus voi kasvaa tai uusi lääke voi tehostaa toisen lääkkeen vaikutusta. Lääkkeet voivat myös vahvistaa sairauksien oireita. (Kivelä 2004, 34.)

3.1 Yleisimmät ikääntyneiden käyttämät lääkkeet

Yleisimpiä ikääntyneiden käyttämiä lääkkeitä ovat kohonneen verenpaineen ja sydänsairauksien hoitoon tarkoitetut lääkkeet. Toiseksi eniten ikääntyneet käyttävät kipulääkkeitä. Psykiatristen lääkkeiden käyttö on yleistynyt ja paljon käytetään myös suolen toimintaan vaikuttavia lääkkeitä. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 323.)

3.2 Ikääntyneiden lääkehoidon erityispiirteitä

Dimitrow ym. (2013, 1159) toteavat katsauksessaan, että harvoja markkinoilla olevista lääkkeistä on tutkittu ikääntyneiden ja monisairaiden hoidossa. Lääkeaineen katsotaan olevan ikääntyneiden hoidossa vältettävä, jos tehoa ei ole osoitettu tieteellisesti tai jos haittavaikutukset ylittävät hyödyt ja turvallisempia lääkevaihtoehtoja on tarjolla. Olennaisimpia ikääntyneiden hoidossa vältettäväksi esitettyjä lääkkeitä ovat bentsodiatsepiinit ja antikolinergiset lääkkeet. (Dimitrow ym. 2013, 1159.) Lönnroosin (2009, 3) väitöskirjassa todetaan, että bentsodiatsepiinien ja masennuslääkkeiden ikääntyneillä käyttäjillä lonkkamurtumat olivat kaksi kertaa yleisempiä kuin muilla.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ylläpitää ikääntyneiden lääketietokantaa, jonka tarkoituksena on tukea 75 vuotta täyttäneiden lääkehoitoa koskevaa kliinistä päätöksentekoa ja parantaa lääkitysturvallisuutta perusterveydenhuollossa. Tietokannassa lääkkeet on luokiteltu neljään luokkaan sen perusteella, miten hyvin lääkeaine soveltuu yli 75 vuotta täyttäneiden potilaiden hoitoon. Tietokanta on tarkoitettu lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön. (lääkäiden lääkityksen tietokanta [Viitattu 3.12.2013].)

WHO:n suosituksen mukaan kotona asuville ikääntyneille ei tulisi määrätä enempää kuin neljää eri lääkevalmistetta. Tämä on osoittautunut yllättävän vaikeaksi ja usein lääkitysten tarkastelu on johtanut pikemminkin lisälääkityksiin kuin niiden vähentämiseen. Noin 0,6-6,5 % sairaalahoidon syistä on lääkehaitoista johtuvia. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 159.)

Yli 80 % yli 75-vuotiaista käyttää päivittäin reseptilääkkeitä ja niiden käyttö lisääntyy edelleen vanhemmissa ikäryhmissä. Ikääntyneiden potilaiden lääkitykset tulisi tarkastaa vuosittain ja monisairaiden useammin. Sivuvaikutuksia ikääntyneillä esiintyy 2-3 kertaa useammin kuin nuoremmilla. Useimmat ikääntyneillä esiintyvät sivuvaikutukset ovat hyvin tunnettuja ja odotettuja. Erityisesti keskushermostolääkkeiden sivuvaikutukset korostuvat ikääntyneillä. Antikoagulanttihoidossa sekaannukset lääkkeiden otossa voivat olla kohtalokkaita. Monioireisten ikääntyneiden riskinä on saada lääkkeiden sivuvaikutuksiin uusia lääkkeitä, kuten tulehduskipulääkkeiden haittoihin verenpainelääkkeitä. Taulukossa 1. on esitetty ikäänty-

neiden yleisimpien lääkkeiden tavallisimmat haittavaikutukset. (Pitkälä, Strandberg & Tilvis 2010, 362, 368.)

Taulukko 1. Ikääntyneiden yleisimpien lääkkeiden tavallisimmat haittavaikutukset Pitkälän, Strandbergin ja Tilviksen (2010, 369) mukaan.

Keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet	
Psykoosilääkkeet	Ekstrapyramidaalioireet, vapina Hypotensio, kaatuilu, antikolinergisuus, väsymys, pyörtyily Aivoverenkiertohäiriöiden riski
Depressiolääkkeet	Kaatuilu Maha-suolikanavan oireet, hyponatremia
Sedatiivit	Väsymys, huimaus, kaatuilu, kiihtymys, sekavuus, riippuvuus ja vieroitusoireet
Antikolinergit (parkinsonismilääkkeet, hydroksitsiini, antispasmodit, lihasrelaksantit, trisykliset masennuslääkkeet)	Kognition heikkeneminen, sekavuus, ummetus, virtsaamishäiriöt, ahdaskulmaglaukooman paheneminen, huimaus
Opioidit	Sekavuus, kognition heikkeneminen, ummetus, hengityslama Herkkyysoireet: jo pieniä annoksia käytettäessä vaikutuksen korostuminen
Sydän- ja verisuonitautien lääkkeet	
Beetasalpaajat	Väsymys, sydämen vajaatoiminnan paheneminen, katkokävely, lihasheikkous, hitaat arytmiat
Kalsiuminestäjät	Turvotukset, ummetus, hypotensio, vaikutukset sydämen rytmiin
Digitalis	Myrkytysvaara isoilla annoksilla, hitaat arytmiat
Diureetit	Hyponatremia, hypokalemia, ortostatismi, kuivuminen, glukoosiarvon nousu, kihtikohtaus
Vasodilataattorit	Ortostatismi, verenpaineen lasku
Nitraatit	Päänsärky, ortostatismi
Antikoagulantit	Yllättävä herkkyysoireet valmistille, vuodot
Kipulääkkeet	
NSAID	Oireeton vuotava ulkus, nesteen kertyminen ja verenpaineen nousu, sydämen vajaatoiminnan paheneminen, munuaisten vajaatoiminta
COX 2:n salpaajat	Nesteen kertyminen ja verenpaineen nousu, sydämen vajaatoiminnan paheneminen, munuaisten vajaatoiminta

3.3 Lääkityksen merkitys ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn

Lääkkeet vaikuttavat ikääntyneiden fyysiseen toimintakykyyn eri tavoin. Jo kolmen eri lääkkeen yhtäaikainen käyttö lisää kaatumis- ja murtumariskiä ja erityisesti keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden käyttö lisää kaatumisriskiä. Verenpaine- ja verenpainetta alentavat sydänlääkkeet sekä psykoosi- ja masennuslääkkeet aiheuttavat huimausta pystyyn noustessa. Diureettien sivuvaikutuksena voi kehon nestetasapaino häiriintyä ja siten esiintyä sekavuutta. Beetasalpaajat voivat hei-

kentää ääreisverenkiertoa, aiheuttaa katkokävelyä tai voimattomuuden tunnetta rasiuksessa. (lääkäiden lääkehoidon erityispiirteitä [Viitattu 4.12.2013].)

Psykoosilääkkeiden sivuvaikutuksena voi ilmetä lihasjäykkyyttä ja vapinaa, jotka vaikeuttavat päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Diatsepaamilla on pitkä puoliintumisaika, joten pitkäaikaisessa käytössä se kerääntyy ikääntyneen elimistöön ja aiheuttaa lihasheikkoutta, sekavuutta, väsymystä ja henkisen toimintakyvyn alenemista. Tulehduskipulääkkeet voivat ärsyttää mahalaukun limakalvoa ja aiheuttaa haavauman ruokatorveen, mahalaukkuun tai pohjukaissuoleen. (lääkäiden lääkehoidon erityispiirteitä [Viitattu 4.12.2013].)

3.4 Ikääntyneiden lääkehoidon seuranta

Saanon ja Taam-Ukkosen (2013, 299) mukaan sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi ja seuranta. Yksikön lääkehoitosuunnitelmassa tulee olla kirjattuna, kuinka lääkehoidon vaikuttavuutta arvioidaan ja seurataan, miten toimitaan, jos havaitaan ongelmia lääkehoidossa sekä miten ja mihin tiedot kirjataan (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 299).

Nurmisen (2011, 91) mukaan pitkäaikaisten ja jatkuvien lääkitysten säännölliset kontrollit ovat tarpeen. Verenpainetta alentavien lääkkeiden tehoa seurataan mitaamalla verenpainetta säännöllisesti. Psykyklääkkeiden käyttäjillä lääkehoidon kliinisen vasteen seuranta on melko hankalaa varsinkin lyhyellä aikavälillä, esimerkiksi masennuslääkkeiden vaikutus mielialaan alkaa näkyä vasta muutaman hoitoviikon jälkeen. Lääkehoidon terapeuttisen vaikutuksen lisäksi myös haittavaikutusten seuranta vaatii joskus laboratoriokokeita. Esimerkiksi veren hyytymistä estävässä varfariinihoidossa käytetään säännöllisiä laboratoriokokeita, joissa halutaan varmistua riittävästä tehosta ja samalla välttää liiallista vaikutusta ja spontaaneja verenvuotoja. Suuriannoksisten diureettilääkitysten yhteydessä seerumien elektrolyyttien, etenkin kaliumin määräitys on tarpeen. (Nurminen 2011, 91.)

Turvalliseen ja tehokkaaseen lääkehoitoon pyrittäessä yksi keino on käyttää lääkeaineiden pitoisuusmäärityksiä. Lääkkeitä voidaan antaa turvallisemmin, kun annos määritellään yksilöllisesti pitoisuuden perusteella. Lääkeainepitoisuusmääri-

tyksiä kannattaa tehdä vain silloin, kun lääkkeen terapeutinen leveys on kapea tai kliinistä vastetta on vaikea mitata. Tällaisia lääkeaineita ovat esimerkiksi digoksiini ja trisykliset masennuslääkkeet. (Nurminen 2011, 92.)

4 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS

Suomisen ym. (2010, 8) mukaan hyvä ravitsemus ylläpitää ikääntyneen terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua sekä nopeuttaa sairauksista toipumista, parantaa kotona asumisen mahdollisuuksia ja pienentää terveydenhuollon kustannuksia. Sairauksien ja iän myötä ravinnonsaanti sekä ravitsemustila kuitenkin heikkenevät. Suurin ravitsemusongelmien riski on yli 80-vuotiailla. Suurimpia ongelmia ikääntyneille on liian vähäinen energiansaanti ja laihtuminen. Ikääntyneille on olemassa omat ravitsemussuositukset, joiden tavoitteena on turvata kaikkien ikääntyneiden mahdollisuus laadukkaaseen ja tarvetta vastaavaan ravitsemushoittoon. (Hakala 2011.)

Ruokahalu heikkenee usein ikääntymisen myötä ja sairaudet, leikkausten jälkitilat sekä runsas lääkitys voivat huonontaa ruokahalua. Ruokahalun heikkenemisestä johtuen ikääntyneen paino voi alkaa pienentyä, josta voi nopeasti seurata aliravitsemus. Pitkittyneet hoitamattomat ravitsemusongelmat johtavat helposti toimintakyvyn heikkenemiseen, iho-ongelmiin ja infektiokierteeseen. Näiden vuoksi sairauksista toipuminen hidastuu tai estyy, hoitajaksot pitenevät ja hoitojen teho huononee. Ikääntyneiden ravitsemuksessa on huolehdittava riittävästä energian, proteiinin, D-vitamiinin ja nesteen saannista ja oikealla ravitsemuksella voidaan parantaa toimintakykyä. (Hakala 2011.)

4.1 Ikääntyneiden ravitsemussuositukset

Ikääntyneiden ravitsemussuositusten tavoitteina mainitaan ikääntyneiden ravitsemukseen liittyvien keskinäisten erojen sekä ravitsemushoidon tavoitteiden selkiyttäminen, tiedon lisääminen ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteistä ja hyvien käytäntöjen yhdenmukaistaminen, heikentyneen ravitsemustilan tunnistaminen ja hyvän ravitsemushoidon toteuttaminen käytännön hoitotyössä koko terveydenhuollossa osana ikääntyneen ihmisen hyvää hoitoa. Ikääntyneen mielipiteet ja toiveet on otettava huomioon ravitsemushoidon suunnittelussa. Taulukoissa 2. ja 3. on esitetty kotona asuvan monisairaana ja akuutisti sairastuneen ikääntyneen ravitsemussuositukset. (Suominen ym. 2010, 8.)

Taulukko 2. Kotona asuvan ikääntyneen monisairaana ravitsemussuositukset Suominen ym. (2010, 21) mukaan:

- Ruoasta saatu energiamäärä on sopiva energiankulutukseen nähden
- Monipuolinen ja riittävästi proteiinia sisältävä ruokavalio
- Tahattoman laihtumisen ja painonvaihteluiden tunnistaminen ja ehkäisy
 - Punnitus kerran kuukaudessa suositeltavaa
- Riittävän energian, proteiinin ja ravintoaineiden saanti sairauksien aikana
 - Tarvittaessa tehostettu ruokavalio
- Kotivara
- Omaishoitajan tukeminen ruokailun järjestämisessä
- Lihaskuntoa ylläpitävää ja energiankulutusta lisäävää liikuntaa riittävästi
- D-vitamiinilisä ympäri vuoden 20µg vuorokaudessa
- Päivittäinen hampaiden, proteesien ja suun limakalvojen puhdistus

Ikääntyneellä energiankulutus, syöminen ja ravinnonsaanti vähenevät normaalisti 70-80 vuoden iässä noin viidenneksen. Perusaineenvaihdunnan hidastuessa liikuminen säätelee pääasiassa energiankulutusta. Runsaasti liikkuva ikääntynyt kuluttaa lähes saman verran kuin nuorempikin. Ravintoaineiden tarve pysyy ikääntymisestä huolimatta samana. Tästä syystä ruuan laadun olisi oltava korkea, jotta paras mahdollinen ravitsemustila, terveys ja hyvinvointi säilyvät. Ikääntyneen ravitsemustilaa voivat heikentää ruokavalion huono laatu, yksipuolisuus tai runsas alkoholin käyttö. (Suominen ym. 2010, 21, 22.)

Taulukko 3. Akuutisti sairastuneen ikääntyneen ravitsemussuositukset Suominen ym. (2010, 25, 26) mukaan:

- Riittävä ravinnonsaanti
 - Tarvittaessa tehostettu ruokavalio sairaalassa ja kotiuttaessa
- Tahattoman laihtumisen tunnistaminen ja ehkäisy
 - Punnitus kerran viikossa
- Avuntarpeen arviointi syömisessä
- Mahdollistetaan toimintakykyä ylläpitävä liikunta
- Huomioidaan ruokailutilanteen psykososiaaliset tekijät ja mielihyvä
- Päivittäinen hampaiden, proteesien ja suun limakalvojen puhdistus
- D-vitamiinilisä ympäri vuoden 20µg vuorokaudessa
- Suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa ruokailun toteutus

Sairaalahoitoon alussa tulee selvittää potilaan ravitsemustila ja ongelmiin on puuttava heti. Huomiota on kiinnitettävä riittävään ravinnon ja nesteen saantiin. Sairaalaympäristö voi heikentää ruokahalua, minkä vuoksi on tärkeää järjestää miellyttävä ruokailuympäristö, tehostettu ruokavalio ja tarjota useita välipaloja. Tehostettu ruokavalio sisältää enemmän energiaa ja proteiinia, jotka edesauttavat potilaan kuntoutumista. Tarvittaessa potilasta syötetään, ja syöttämiseen varataan riittävästi aikaa sekä huomioidaan hyvä ruokailuasento. Akuutisti sairastuneen potilaan suunhoitoon on kiinnitettävä huomiota sairaalassa. (Suominen 2010, 26.)

4.2 Virheravitsemus

Virheravitsemus eli malnutritio on ravitsemushäiriö, jossa energian ja/tai ravintoaineiden saanti ei vastaa henkilön tarvetta. Virheravitsemus voi johtua vähäisestä syömisestä tai yksipuolisesta ruokavaliosta johtuvasta ravintoaineiden puutteesta. Virheravitsemuksen seurauksia ovat painonlasku ja alhainen painoindeksi. Ne alentavat toimintakykyä ja lisäävät kuolleisuutta. Virheravitsemus heikentää myös hoidon tehoa, pidentää hoitajaksoja ja ennakoii laitoshoidon tarvetta. Taulukossa 4 on esitetty virheravitsemuksen syntymisen ehkäisemiseksi seurattavia tekijöitä. (Eloranta & Punkanen 2008, 46, 47.)

Pohjoismaissa tehtyjen laskelmien mukaan ali- tai virheravitsemus aiheuttaa ylimääräisiä kustannuksia. Ruotsissa akuuttihoitoon lisäkustannukset on arvioitu 84 miljoonan euron suuruisiksi ja pitkäaikaishoidoissa 67 miljoonaksi euroksi vuodessa. Tehostettu ravitsemushoito lyhentäisi hoitoaikoja ja saisi aikaan säästöjä. (Suominen 2006, 56.)

Taulukko 4. Virheravitsemuksen syntymisen ehkäisemiseksi seurattavia tekijöitä (Ravitsemus ja iäkkään toimintakyky [Viitattu 13.12.2013]).

Virheravitsemuksen syntymisen ehkäisemiseksi seurattavia tekijöitä

- Painoindeksi alle 23 kg/m²
- Nopea painon putoaminen tai tahaton laihtuminen (yli 3 kg kolmessa kuukaudessa)
- Huono ruokahalu tai erittäin vähäinen syöminen
- Vain soseutetun tai nestemäisen ravinnon nauttiminen
- Sairaudesta toipuminen
- Toistuvat infektiot
- Toistuvat painehaavaumat

Virheravitsemukseen voivat johtaa sairauden aiheuttama ruokahaluttomuus tai syömiseen liittyvät vaikeudet. Ikääntyneen ruokahalun puute voi johtua myös huonoista hampaista, masennuksesta, yksinäisyydestä tai yksipuolisesta ravinnosta. Käytännöllisin tapa ikääntyneen ravitsemustilan seuraamiseksi on säännöllinen punnitus. Pieni liikapaino ei ole ikääntyneelle suuri terveysriski ja laihduttamisen tarve on vasta runsaasti ylipainoisella. (Ravitsemus ja iäkkään toimintakyky [Viitattu 1.4.2014.]

4.3 Virheravitsemuksen merkitys ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn

Hakalan (2011) mukaan liian vähäinen proteiinin ja D-vitamiinin saanti voi aiheuttaa lihaskatoa. Lihaskato alentaa liikunta- ja toimintakykyä sekä kehonhallintaa ja näiden seurauksena kaatumis- ja murtumavaara kasvaa sekä altistuminen infektiosairauksille lisääntyy. (Hakala 2011.)

Heikentynyt ravitsemustila johtaa usein osteopeniaan ja laihtuminen johtaa lihaskatoon eli sarkopeniaan. Kehonhallinnan huononemisen lisäksi heikentynyt lihastoiminta johtaa vitaalitoimintojen, kuten hengityksen ja verenkierron vaikeutumiseen. (Pitkälä ym. 2005, 5266.)

Tutkimuksessaan Holmes (2008, 47) totesi, että aliravitsemus alentaa toimintakykyä ja elämänlaatua sekä lisää merkittävästi hoidon kustannuksia. Pajalan (2012, 40) mukaan kaatumisriski kasvaa virheravitsemuksesta johtuvan heikentyneen terveyden vuoksi. Virheravitsemuksesta voi seurata huimausta, sekavuutta, väsymystä, heikkoa toimintakykyä, kehon hallinnan heikkenemistä sekä masennusta, jotka lisäävät kaatumisvaaraa. (Pajala 2012, 40).

4.4 Ravitsemustilan arviointi

Energian tai muiden ravintoaineiden tarve voi kasvaa tulehdusten, palovammojen, murtumien tai kuumeen vuoksi. Ravintoaineiden hyödyntäminen voi olla heikentynyttä imeytymishäiriöiden takia. Ravitsemustilaa voidaan arvioida seuraavilla mittareilla: MUST (Malnutrition universal screening tool), MNA (Mini nutritional as-

sesment), NRS 2002 (Nutritional risk screening). (Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 110, 111.)

MNA-seulontamenetelmä on kehitetty yli 65-vuotiaiden ravitsemusriskin ja ravitsemustilan arviointiin ja se on kaksiosainen. MNA-seulontamenetelmässä ravitsemustilaa määritellään arvioimalla lihasmassan ja rasvakudoksen määrä, arvioimalla nesteiden ja proteiinin saanti sekä kysymällä potilaan omaa käsitystä terveydentilastaan. MNA-menetelmässä ei tarvita laboratoriotestejä. Tulosten perusteella arvioidaan ravitsemustilaa, virheravitsemuksen riskin kasvua tai onko potilas virheravittu. Yli 75-vuotiailla suositeltava painoindeksi on 25-30 kg/m². (Siljamäki-Ojansuu & Peltola 2009, 32.)

Kaikkien potilaiden virheravitsemusriski seulotaan viimeistään toisena hoitopäivänä. Virheravitsemuksen riskiluokan mukaan määritellään toimenpiteet. Virheravitsemuksen riskin seulonta toistetaan viikon välein tai sovituin väliajoin. MNA-seulontamenetelmässä virheravitsemuksen osio on pisteytetty. Pistemäärän perusteella arvioidaan virheravitsemuksen riski, jonka mukaan toimenpiteet määräytyvät. Menetelmä on helppo- ja nopeakäyttöinen, toistettavissa ja sopii eri henkilöstöryhmien käyttöön päivittäin. (Nuutinen ym. 2010, 27-29.)

Nuutisen ym. (2010, 31) mukaan proteiinia määritellään plasman albumiinista ja prealbumiinista. Perusveren kuvasta selviää anemia, jonka syynä voi olla raudan tai B12-vitamiinin puute. Nestetasapainon arviointiin käytetään natrium-, kalium-, hemoglobiini-, kreatiniini- ja albumiinarvoja. Kohonneet pitoisuudet viittaavat yleensä kuivumistilaan. Ruuan käytön ja ravinnonsaannin arviointi on tärkeää virheravitsemusriskipotilaan ravitsemustilan arvioinnissa. Vuodeosastoilla sairaanhoitajat arvioivat ravinnonkäyttöä silmämääräisesti. (Nuutinen ym. 2010, 32.)

5 OSASTOTUNTI

5.1 Oppiminen

Uuden oppimisessa on oppijan aikaisemmalla tietämyksellä hyvin olennainen rooli. Uusia asioita tarkastellaan aiemmin kehittyneiden tiedon rakenteiden ja uskomusjärjestelmien pohjalta, eli ihmiset pyrkivät näkemään uusissa oppimistilanteissa tuttuja piirteitä. Olennaista oppimisessa on se, miten tieto on jäsentynyt sisäiseksi malleiksi muistiin, eikä se kuinka paljon tietoa on painettu mieleen. Tietoperusta toimii havaintojen pohjana ja uuden oppimisessa aikaisempi tietoperusta aktivoituu. Oppiminen on havaintojen pohjalta yksilöllisen sisäisen mallin luomista aiheesta ja uuden tiedon suhteuttamista aikaisempaan tietoon sekä liittämistä tietoperustaan. (Järvelä, Häkkinen & Lehtinen 2006, 15, 16.)

5.2 Viestintä

Puhe-esityksillä ammatillisissa yhteyksissä on aina jokin tarkoitus, kuten tiedonvälitys, keskustelun herättäminen tai vaikuttaminen. Esityksen valmisteluun on varattava riittävästi aikaa. Varmuutta esiintymiseen tuo asioiden laaja tuntemus sekä siihen perehtyneisyys. Kuulijoiden vastaanottokyky on rajallinen, joten kaikkea tietoa ei voi sisällyttää yhteen puhe-esitykseen. Tämän vuoksi esityksen rajaaminen on ensisijaisen tärkeää. Esityksen jäsentelyssä on oltava alku, keskikohta eli käsittelyosuus ja loppu. (Roivas & Karjalainen 2013, 16.)

Puhe-esityksessä aloitus ja lopetus ovat kriittisimmät kohdat, sillä ne jäävät parhaiten kuulijan mieleen. Aloitukseen kuuluvat tervehdys, johdattelu asiaan ja mielenkiinnon herättäminen. Kuulijan mielenkiintoa voi herätellä esittelemällä asian ajan-kohtaisuutta tai hyödyllisyyttä. Kuulijan on helpompi seurata esitystä, joka muistuttaa vapaata puhetta tai kertomista ja paperista suoraan lukemista tulisikin välttää. Puhe-esityksen tukena voi käyttää esitysgrafiikkaa ja piirroksia, mutta ne eivät saa viedä huomiota esityksestä. Keinoja, jotka tekevät esityksestä vakuuttavan, ovat kuulijoihin päin astuminen, käsien ja kehon avoin asento, hymyilevä katsekontakti ja innostunut sekä vaihteleva puhetapa. Lopetus on yhtä tärkeä kuin aloitus, sillä

se tekee esityksestä ehjän kokonaisuuden. Puhe-esityksen voi lopettaa johtopäätökseen, yhteenvetoon, ydinsanomien korostamiseen tai kysymykseen. (Roivas & Karjalainen 2013, 17-19.)

Osastotunnilla on tärkeää, että puhujan ja kuulijan välille syntyy kontakti, joka rakentuu sekä sanallisesta että sanattomasta viestinnästä. Puhujan katsekontakti ja avoin olemus viestivät yhteistyöhalusta. Puhujan katsoessa kuulijoihin, hän myös näkee heidän reaktionsa ja saa näin palautetta. Pääasia osastotunnilla on, että kuulijat ymmärtävät esityksen sanoman ja sisällön. Kuulija on helpompi saada kiinnostuneeksi, kun aihe ja esitys ovat hänelle mieluisia. On tärkeää korostaa esityksen ydinasioita. Äänen on oltava kuuluva ja selkeä, puheessa on oltava sopiva nopeus, painotus ja tauot sopivissa paikoissa, jotta esitys menisi perille. Esittäjän luontevuus ja ilmeikkyytensä tekevät kuuntelemisesta mielekäästä. (Mattila, Ruusunen & Uola 2006, 14, 15.)

5.3 Osastotunti Koivukartanossa ja Koivukodissa

Osastotunti järjestetään Koivukartanossa ja Koivukodissa kerran viikossa. Osastotunti merkitään ennalta työvuorotaulukkoon ja siihen osallistuvat kyseisenä päivänä aamu- ja iltavuorossa olevat sairaanhoitajat, lähi- ja perushoitajat sekä laitoshuoltajat. Osastotunnilla tiedotetaan hoitohenkilökunnalle uusista asioista, kuten johtokunnan päätöksistä, henkilöstöasioista, koulutuksista, sekä ohjeista ja säännöistä. Osastotunnilla kuullaan myös koulutuspalautteita sekä pohditaan yhdessä työn organisointiin, potilastyöhön ja sen kehittämiseen liittyviä asioita. Toisinaan osastotunnilla on vierailevia asiantuntijoita tai kouluttajia, kuten hygieniahoitaja, työterveyshoitaja tai projektityöntekijä. Silloin tällöin järjestetään myös sairaanhoitajapalavereita, joissa käsitellään heitä koskevia asioita, kehitetään työtä ja ratkotaan ongelmia. (Auressalmi 2013.)

Hyvä osastotunti on sopivassa suhteessa tiedottamista ja vuorovaikutusta. Osastonhoitaja kerää tiedotusasioita koko viikon ja kirjaa ne ylös. Hän kirjaa myös henkilökunnalta tulevat toiveet käsiteltävistä asioista. Osastotunnin jälkeen osastonhoitaja tekee muistion ja laittaa sen luettavaksi taukokuoneessa olevaan kansioon ja lähettää sen koko henkilökunnalle sähköpostilla. On tärkeää, että osastotunnilla

tehdään päätökset ja kirjataan ylös niiden vastuuhenkilöt. Koska osastotunnilla päätetään koko henkilöstöä koskevista asioista tai kokeiluista, asioihin palataan usein seuraavilla kerroilla. (Auressalmi 2013.)

Kolmivuorotyön haasteena on, ettei koko hoitohenkilökunta ei voi olla yhtä aikaa osastotunnilla. Tämän vuoksi kaikki on velvoitettu lukemaan osastotuntimuistio. Toinen haaste on saada kaikki mukaan keskusteluun, jonka vuoksi on kokeiltu ryhmätöitä sekä pyydetty vuorotellen kertomaan mielipiteensä aiheesta. (Auressalmi 2013.)

6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa virheravitsemuksen ja yleisimpien lääkkeiden merkityksestä ikääntyneiden potilaiden fyysiseen toimintakykyyn, jotta hoitajaksot lyhenisivät. Tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien tietämystä aiheesta.

Opinnäytetyön tarkoitus on pitää Isojoen Koivukartanon ja Koivukodin sairaanhoitajille osastotunti virheravitsemuksen ja lääkityksen merkityksestä ikääntyneiden potilaiden fyysiseen toimintakykyyn sekä esitellä hoitotyön kannalta merkittävimmät ravitsemustilan ja toimintakyvyn mittarit.

Tarkoitusta täsmentävät seuraavat opinnäytetyön tehtävät:

1. Mikä on virheravitsemuksen merkitys ikääntyneen potilaan fyysiseen toimintakykyyn?
2. Mikä on ikääntyneiden yleisimpien käytössä olevien lääkkeiden merkitys heidän fyysiseen toimintakykyynsä?
3. Mitkä ovat hoitotyön kannalta toimivimmat ravitsemustilan mittarit?
4. Millainen on hyvä osastotunti?

7 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

7.1 Toiminnallisen opinnäytetyön teoriaperusta

Toiminnallisella opinnäytetyöllä on tarkoitus ohjeistaa tai opastaa käytännön toimintaa, järjestää tai järjellä toimintaa. Se voi olla työelämään suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus tai jonkin tapahtuman toteuttaminen eli toiminnallisen opinnäytetyön lopullisena tuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote. On olennaista, että toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytäntö ja sen raportointi. Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä on hyvin suositeltavaa löytää opinnäytetyölle toimeksiantaja. Toimeksiannetun opinnäytetyön avulla on mahdollista näyttää osaamistaan laajemmin sekä herättää työelämän kiinnostusta ja mahdollisesti jopa työllistyä. Toimeksiannettu opinnäytetyö myös auttaa luomaan suhteita ja antaa mahdollisuuden kokeilla ja kehittää omia taitoja työelämän kehittämisessä ja harjoittaa omaa innovatiivisuutta. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa lisää vastuuta opinnäytetyöstä, opettaa projektinhallintaan ja tukee ammatillista kasvua. (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 16, 17, 51.)

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu opinnäytetyöpäiväkirjan pitäminen. Opinnäytetyöpäiväkirja on henkilökohtainen opinnäytetyön prosessin dokumentointi, joka voi olla sanallisessa tai kuvallisessa muodossa tai molemmissa. Opinnäytetyöpäiväkirjan pitäminen aloitetaan jo aiheanalyysistä. Opinnäytetyöpäiväkirjaan kirjataan, millaisia ratkaisuja opinnäytetyöprosessin aikana on tehty. Opinnäytetyöpäiväkirjaan voi kirjoittaa myös löytämiään teoksia, lainauksia tai referaatteja niistä sekä omaa pohdintaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 19, 20.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raportista selviää mitä, miksi ja miten on tehty, millainen työprosessi on ollut ja millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. Raportista ilmenee myös, miten omaa prosessia, tuotosta ja oppimista arvioidaan. Raportista lukija voi päätellä, miten opinnäytetyössä on onnistuttu ja se kertoo tekijöidensä ammatillisesta osaamisesta. Opinnäytetyön raportti ja tuotos ovat osa tekstien jatkumoa. Tämä tarkoittaa, että ne ovat keskustelua toisten tekstien, niiden laatijoiden ja lukijoiden välillä. Samalla pohditaan omia näkemyksiä ja niiden suhteita muiden näkemyksiin. Opinnäytetyön raportista löytyy perustelut sille, mi-

ten päädyttiin saamiin tuloksiin sekä miksi opinnäytetyön tekijöitä tulee pitää luotettavina. Näiden tarkoituksena on vakuuttaa lukija opinnäytetyön ja sen tulosten sekä tekijöiden luotettavuudesta. Toiminnallisen opinnäytetyön raportin on täytettävä tutkimusviestinnälle laaditut vaatimukset, vaikka se ei sisältäisi varsinaista tutkimusta. Toiminnallisen opinnäytetyön raportti muistuttaa tekstilajiltaan kertomusta. Raportista selviää, miten on löydetty työn aihe, tekemisen kohteet, millaisia ovat ratkotut kysymykset ja miten niihin on etsitty vastausta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65, 79-82.)

7.2 Toimeksiantajan esittely

Isojoen terveyskeskuksen vuodeosasto Koivukartano on Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän kuntouttavan osastotoiminnan yksikkö, jossa hoidetaan kuntoutus-, intervalli- ja pitkäaikaispotilaita. Potilaspaikkoja Koivukartanossa on 21. Koivukartanon henkilökuntaan kuuluu osastonhoitaja, sairaanhoitajia, perus-/lähihoitajia, laitoshuoltajia sekä osastonsihteri. Lääkäri kiertää osastolla pääsääntöisesti kaksi kertaa viikossa. Fysioterapeutit kuntouttavat ja ohjaavat Koivukartanon potilaita sekä antavat apuvälineneuvontaa. Potilailla on mahdollisuus myös sosiaalihoitajan palveluihin. Koivukartanossa työskennellään kuntouttavan työotteen mukaisesti potilaan omatoimisuutta tukien ja voimavaroja vahvistaen. Potilaan omahoitajat tekevät potilaan ja hänen omaistensa sekä fysioterapeuttien kanssa hoitosuunnitelman, joka sisältää potilaan henkilökohtaiset kuntoutustavoitteet. (Koivukartano, [viitattu 1.4.2014].)

Koivukartanossa hoidetaan pääsääntöisesti monisairaita ikääntyneitä, jotka tulevat jatkohoitoon, kuntoutukseen tai intervallijaksolle keskussairaalaan, terveyskeskuksen akuuttiosastolta tai kotihoidosta. Puolet Koivukartanon potilaista on pitkäaikaisessa laitoshoidossa, osa heistä odottaa paikkaa palvelukodista. Henkilökunnan on tärkeää huomioida, että potilaan kuntoutuminen on kokonaisuus, johon liittyy päivittäisten aktiviteettien ja lihaskuntoharjoitteiden lisäksi oleellisesti ravitsemus- ja lääkitysasiat. Henkilökunta tarvitsee jatkuvasti uutta, ajankohtaista tietoa ravitsemuksen ja lääkityksen merkityksestä yleiskuntoon ja kuntoutumisen edellytyksiin. (Auressalmi 2014.)

Koivukartanossa ei ole MNA-testi käytössä. Ongelma on, miten saataisiin henkilökunta motivoitua testin käyttöön. Koivukartanossa tehdään lääkelistan tarkastuksia, mutta monisairailla ikääntyneillä on pitkä lääkelista, eikä yhteisvaikutuksilta pystytä täysin välttymään. Koivukartanossa ei ole vakinaista lääkäriä, jonka puute näkyy myös siinä, että yhtenäistä linjaa tai pitkän tähtäimen suunnitelmaa lääkahoitoon ei ole. Tämän vuoksi sairaanhoitajan vahva tietopohja korostuu. Koivukartanossa on pohdittu myös, miten motivoida ikääntynyt potilas noudattamaan osastolla annettuja ravitsemus- ja lääkeohjeita kotona. Joillekin ikääntyneille ongelma on raha, jonka vuoksi he eivät osta lääkkeitä ja monipuolista ruokaa. Yksilöllisyys ei aina toteudu sairaalaloissa. Sairaanhoitaja ei aina ehdi paneutua jokaisen potilaan tilanteeseen kaikilta kanteilta. (Auressalmi 2014.)

7.3 Osastotunnin suunnittelu

Opinnäytetyön aihe tuli käytännön hoitotyöstä. Opinnäytetyön aihetta valitessa ja rajatessa oli tiedossa, että opinnäytetyö esitetään Koivukodin ja Koivukartanon sairaanhoitajille osastotunnilla. Osastotunnin suunnittelu aloitettiin jo hyvissä ajoin ennen joulua, koska teoriaperustaa oli riittävästi esitystä varten. Osastotunnin runko (Liite 1) oli tehty etukäteen opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa. Osastotunnin runkoon oli sisällytetty opinnäytetyön tekijöiden esittely, aiheen esittely, PowerPoint -esitys, kysymykset sekä suullinen palaute.

Alkuvuodesta tiedusteltiin osastonhoitajalta, koska Koivukartanoon sopisi mennä esittämään opinnäytetyön tuotos. Koivukartanoon sopi tammikuun lopussa tai helmikuun alussa 2014. Osastotunnin ajankohdaksi sovittiin osastonhoitajan kanssa 5.2.2014. Suullista esitystä tukemaan ja havainnollistamaan valittiin PowerPoint -esitys, sillä etukäteen oli tiedossa, että Koivukartanossa on mahdollista sen esittäminen.

PowerPoint -esitykseen (Liite 2) koottiin keskeisimmät asiat opinnäytetyön teoriaperustasta. PowerPoint -esitys piti sisällään ajankohtaista, kriittisen tarkastelun kautta valikoitunutta sekä kirjallisuudesta löydettyä tietoa että tutkittua tietoa. Tiedonhaku oli tehty SeAMK Korkeakoulukirjaston hakupalvelinten sekä Krannitkirjastojen ja Googlen kautta. Googlasta haimme Sosiaali- ja terveysministeriön

sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja ja lakeja. Muista hakupalvelimista haimme tutkittua tietoa ja kirjallisuutta.

Ennen osastotuntia käytiin esitys läpi ja sovittiin, miten asiat esitetään ja kuka kertoo mitään. Osastotuntia varten tehty PowerPoint -esitys valmistui melko helposti ja ripeästi, sillä teoriaperustassa oli paljon tietoa aiheesta ja esitykseen sisällytettiin myös taulukot teoriaperustasta. PowerPoint -esitykseen valittiin teema, joka oli rauhallinen ja neutraali eikä liiaksi vienyt huomiota itse aiheelta. PowerPoint -esitys tallennettiin muistitikulle, jolla se vietiin osastotunnille.

7.4 Osastotunnin toteutus

Osastolle mentiin hyvissä ajoin ennen sovittua esitysaikaa, jotta esitys ehdittäisiin valmistelemaan. Koivukartanossa oli tietokone ja videotykki tuotu valmiiksi esitystä varten. Osastotunnin rungossa olleet opinnäytetyön tekijöiden ja aiheen esittelyn teki osastonhoitaja osastotunnin aluksi. Osastonhoitaja kertoi henkilökunnalle muutamalla sanalla opinnäytetyöstä ja miten opinnäytetyö liittyy Koivukartanossa ja Koivukodissa olleeseen kehittämishankkeeseen. Osastotunnilla esitystä kuuntelemassa olivat osastonhoitaja ja paikalla ollut hoitohenkilökunta.

Suullinen esitys ja sen tukena ollut PowerPoint -esitys pidettiin suunnitelmien mukaan. Osastotunnille pukeuduttiin asiallisesti ja neutraalisti. Esitystä pidettäessä oltiin koko hoitohenkilökunnan näkyvillä ja puhuttiin kuuluvasti ja selkeästi. Esityksen alussa kerrottiin opinnäytetyön aiheen ajankohtaisuudesta. PowerPoint -esityksen alussa määriteltiin opinnäytetyön teoriaperustan keskeisimmät käsitteet. Keskikohdassa kerrottiin syvällisemmin lääkehoidon ja virheravitsemuksen merkityksestä ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn. Lääkehoidon yhteydessä kerrottiin myös lääkehoidon seurannasta erilaisin mittauksin ja laboratorionkokein. PowerPoint -esityksen lopussa esiteltiin vielä ravitsemustilan arviointiin käytettävät mittarit sekä laboratorionkokeet. Esityksen lopuksi kysyttiin, onko kuulijoilla kysymyksiä opinnäytetyön tekijöille. Kenelläkään kuulijoista ei ollut kysymyksiä esitykseen liittyen.

Osastotunnin lopuksi keskusteltiin aiheesta yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa osastonhoitajan johdolla. Osa hoitohenkilökunnasta ei osallistunut lainkaan keskusteluun. Niillä, jotka osallistuivat keskusteluun, oli omia mielipiteitä ja ehdotuksia asioiden parantamiseksi osastolla. Osastonhoitaja mainitsi, että Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän farmaseutti on käynyt koulutuksen, joka antaa hänelle valmiudet tarkistaa potilaiden lääkityksiä ja tehdä parannusehdotuksia lääkärille. Keskustelussa tuli ilmi myös, että osaston hoitohenkilökunta voisi tehdä keskuskeittiölle ehdotuksia potilaiden ruuan suhteen. Esimerkiksi annoskoot olivat hoitohenkilökunnan mielestä liian suuria joillekin ikääntyneille potilaille, koska heidän mukaansa potilaalle saattaa tulla huono olo jo suuren annoksen näkemisestä. Hoitohenkilökunnan mukaan ruuat osastolla ovat välillä niin mausteisia, etteivät ne maistu potilaille. Heistä ikääntyneet eivät ole tottuneet syömään kovin mausteista ruokaa. Osastotunnin jälkeen PowerPoint -esitys lähetettiin osastonhoitajalle, joka jakoi sen edelleen sairaanhoitajille ja muulle hoitohenkilökunnalle.

7.5 Osastotunnin arviointi

Suullinen esitys sujui hyvin PowerPoint -esityksen tukemana. PowerPoint -esitys oli kattava ja selkeä. Se eteni johdonmukaisesti ja oli jäsennelty. Opinnäytetyön tuotoksen esityksessä vastattiin seuraaviin opinnäytetyön tehtäviin: Mikä on virhe-ravitsemuksen merkitys? Mikä on ikääntyneiden yleisimpien käytössä olevien lääkkeiden merkitys heidän fyysiseen toimintakykyynsä? Mitkä ovat hoitotyön kanalta toimivimmat ravitsemustilan ja toimintakyvyn mittarit?

Hoitohenkilökunta tuntui olevan kiinnostunut opinnäytetyön aiheesta. Hoitohenkilökunta kuunteli keskittyneesti esitystä ja heidän kanssaan keskusteltiin esityksen jälkeen aiheesta. Vaikka hoitohenkilökunta tuntui olevan kiinnostunut aiheesta, osa heistä ei osallistunut keskusteluun esityksen jälkeen. Toivottiin runsaampaa keskustelua, nyt se eteni lähinnä osastonhoitajan puheenvuoroilla. Lisäksi muutama kuuntelija kertoi mielipiteitään. Keskustelu oli asiallista ja hoitohenkilökunnalla oli hyviä ideoita ja ehdotuksia asioiden parantamiseksi ja kehittämiseksi Koivukartanossa.

Osastotunti pidettiin henkilökunnan taukotilassa, jotta osastotunnin aikana hoitohenkilökunta voisi vastata potilaskelloihin ja kaikilla olisi mahdollisuus tulla kuulemaan esitystä. Osa kuulijoista istui melko kaukana, vaikka heitä pyydettiin siirtymään lähemmäksi. He eivät kuitenkaan jutelleet keskenään, vaan kuuntelivat esitystä. Lähempänä istuneet osallistuivat esityksen jälkeiseen keskusteluun aktiivisemmin kuin kaukana istuneet. Valmiiksi laitettut tietokone ja videotykki toimivat moitteettomasti.

Hoitohenkilökunnalta ei kerätty kirjallista palautetta, vaan heiltä kysyttiin suullisesti, mitä mieltä he olivat esityksestä ja opinnäytetyön aiheesta. Hoitohenkilökunnan mielestä aihe oli tärkeä ja mielenkiintoinen. Keskustelun jälkeen jäi vaikutelma, että he jatkavat asioiden pohtimista ja kehittämistä.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Kun aloitimme opinnäytetyöprosessin, olimme yhteydessä työelämään, josta saimme opinnäytetyömme aiheen. Koimme aiheen mielenkiintoiseksi sekä ajankohtaiseksi ja mielestämme sairaanhoitajilla ei ole tarpeeksi tietoa siitä. Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen heinäkuussa 2013 voimaan tulleen uuden vanhuspalvelulain sekä Sosiaali- ja Terveysministeriön ja Kuntaliiton Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi -julkaisun myötä. Rajasimme aiheen ikääntyneen potilaan virheravitsemuksen ja yleisimpien lääkkeiden merkitykseksi hänen fyysiseen toimintakykynsä. Rajaus tehtiin yleisimpiin lääkkeisiin ja fyysiseen toimintakykyyn, koska opinnäytetyöstä olisi tullut todella laaja, jos olisimme käsitelleet kaikkia lääkkeitä ja kaikkia toimintakyvyn osaluueita.

Aluksi pohdimme tarkkaan, olisiko opinnäytetyöhömme sopiva käsite vanhus, iäkä, ikääntynyt vai ikäihminen. Kirjallisuuteen perehdyttyämme totesimme, että ikääntynyt on paras käsite käytettäväksi opinnäytetyössä, koska koimme vanhukseen tarkoittavan hyvin vanhaa ja sairasta ihmistä. Ikäihminen taas oli mielestämme liian laaja käsite. Iäkkään koimme tarkoittavan lähes samaa kuin ikääntynyt. Teoriaperustaan valitsimme otsikoksi kuitenkin vanhustyö-käsitteen, koska se on yleisesti käytössä ikääntyneen hoitotyöstä puhuttaessa.

Aiheen valittuamme ja rajattuamme perehdyimme aihetta käsittelevään kirjallisuuteen ja tutkittuun tietoon. Teoriatietoa löytyi hyvin etenkin kirjallisuudesta, mutta myös tutkimuksista. Opinnäytetyömme aihe on tärkeä käytännön hoitotyössä hoitajaksojen lyhentämiseksi ja kustannusten vähentämiseksi. Tutkimusten mukaan ali- tai virheravitsemus aiheuttaa ylimääräisiä kustannuksia (Suominen 2006, 56). Työelämässä ei ole käytäntöä, jossa jokaiselta osastolle tulevalta potilaalta tarkastettaisiin ravitsemustila. Ravitsemustilan arviointiin on kehitetty helppo- ja nopeakäyttöisiä mittareita. Olisi suositeltavaa, että ikääntyneen ollessa hoitajaksolla hänen lääkityksensä tarkastettaisiin, sillä WHO:n suosituksen mukaan kotona asuville ikääntyneille ei tulisi määrätä enempää kuin neljä eri lääkettä. Sairaanhoitajan tehtävä lääkityksen tarkastamisessa on ottaa asia puheeksi lääkärin kanssa. Dimitrow ym. (2013, 1159) toteavat katsauksessaan, että harvoja markkinoilla olevis-

ta lääkkeitä on tutkittu iäkkäiden ja monisairaiden hoidossa. Eräät ikääntyneiden yleisimmistä lääkkeitä lisäävät kaatumisriskiä ja lonkkamurtumia. Lääkkeiden haittavaikutukset voivat johtaa sairaalahoitoon ja joskus määrätään lääkkeen haittavaikutuksen vuoksi uusia lääkkeitä.

Päädyimme toiminnalliseen opinnäytetyöhön, koska halusimme viedä tuoretta ja ajankohtaista tietoa käytännön hoitotyöhön. Yhteistyökumppanimme pyynnöstä teimme PowerPoint -esityksen heidän osastotunnilleen. Osastotunnin jälkeen lähetimme esityksen osastonhoitajalle, joka jakoi sen edelleen sairaanhoitajille ja muulle hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista, vaikkakin aikaavievää. Parityönä opinnäytetyön tekeminen oli mukavaa ja työstä tuli parempi kuin mitä kumpikaan olisimme yksin saaneet tehtyä. Yhteistyömme sujui hyvin, yhteistä aikaa opinnäytetyön tekoon löytyi molemmilta riittävästi ja pohdimme yhdessä työn tekoon liittyviä kysymyksiä. Teimme opinnäytetyömme kokonaan parityöskentelynä, eikä kumpikaan tarvinnut tehdä työtä yksin. Aikataulumme pysyi suunnitelman mukaisena. Saimme ohjaavalta opettajalta apua ja hyödyllisiä neuvoja opinnäytetyön teon edistymiseksi.

Teoriatiedon hankintaan käytettiin korkeakoulukirjaston Plari -, Arto - ja Melinda - tietokantoja, joista haimme aiheeseen liittyvää kirjallisuutta, artikkeleita ja väitöskirjoja. Käytimme myös Googlea verkkojulkaisujen hakuun. Lisäksi käytimme Theseusta lähteiden etsintään ja tarkastelimme aiemmin tehtyjä opinnäytetöitä. Käytimme hyväksemme myös maakunnan kirjastoja, kuten Kauhajoen kirjastoa. Tiedonhankinnan hakusanoina käytimme seuraavia: ikääntynyt, toimintakyky, iäkkään fyysinen toimintakyky, lääkehoito, vanhusten yleisimmät lääkkeet, ravitsemus, virheravitsemus, vajaaravitsemus, ikääntyneiden ravitsemus, toiminnallinen opinnäytetyö, tutkimuseettinen neuvottelukunta, ikinä ja sosiaali- ja terveysministeriö. Lähteet olivat tuoreita, alle kymmenen vuotta vanhoja teoksia ja tutkimuksia ja kriittisen tarkastelun jälkeen luotettavia. Ainoa toiminnallisesta opinnäytetyöstä kertova teos oli Vilkan ja Airaksisen teos vuodelta 2003. Ohjaajan kanssa keskusteltuamme päätimme ottaa teoksen lähteeksi, koska tuoreempia yhtä hyviä teoksia ei löytynyt. Osastotunnista oli haastavaa löytää teoriatietoa, joten keräsimme tietoa tekijöistä, jotka saavat aikaan hyvän osastotunnin. Lisäksi kysyimme osastotunnista

yhteistyökumppanilta. Ulkomaisia hakuja teimme CINAHL -tietokannasta. Hakusanoja olivat: elderly, medication, nutrition, malnutrition.

Opinnäytetyössä noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta työtä tehdessä ja sen tallentamisessa ja esittämisessä. Opinnäytetyöhön sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Opinnäytetyön tekijät ottavat tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon niin, että he kunnioittavat tutkijoiden tekemää työtä ja viittaavat heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Opinnäytetyö suunnitellaan ja toteutetaan ja siitä raportoidaan opinnäytetyölle asetettujen vaatimusten mukaan. Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastaavat opinnäytetyön tekijät. (Varantola, Launis, Helin, Spoof & Jäppinen 2013, 6, 7.)

Teimme opinnäytetyömme eettisesti ja hyvän tieteellisen käytännön ohjeiden mukaisesti. Kunnioitimme tutkijoiden tekemää työtä ja viittasimme heidän töihinsä asianmukaisesti. Opinnäytetyöstä raportoitiin sille asetettujen vaatimusten mukaan. Yhteistyösopimus tehtiin, kun opinnäytetyön suunnitelma oli hyväksytty. Yhteistyösopimuksessa sovitaan opinnäytetyön tuotoksesta ja siihen liittyvistä mahdollisista kustannuksista ja tuotoksen esittämisajankohdasta. Opinnäytetyöprosessista pidettiin opinnäytetyöpäiväkirjaa, jossa kerrotaan, mitä ratkaisuja tehtiin ja miten opinnäytetyö eteni. Lähteitä tarkasteltiin kriittisesti ja opinnäytetyössä käytettiin luotettavia, laadukkaita ja aiheeseen soveltuvia lähteitä. Opinnäytetyössä käytettävät lähteet olivat myös tuoreita, alle kymmenen vuotta vanhoja.

Opinnäytetyön tarkoitusta täsmentävät kysymykset olivat: Mikä on virheravitsemuksen merkitys ikääntyneen potilaan fyysiseen toimintakykyyn? Mitkä ovat ikääntyneiden yleisimpien käytössä olevien lääkkeiden merkitykset heidän fyysiseen toimintakykyynsä? Mitkä ovat hoitotyön kannalta toimivimmat ravitsemustilan mittarit? Millainen on hyvä osastotunti? Mielestämme osasimme työssämme vastata kysymyksiin ja tuoda samalla lisää tietoa aiheesta sairaanhoitajille.

Virheravitsemuksesta löytyi hyvin laadukasta tietoa. Opinnäytetyön teoriaosuutta tehdessämme meillä ei ollut vielä käytössä uusinta ravitsemussuositusta, mutta nyt tarkastellessamme sitä, huomasimme sen käsittelevän kaiken ikäisten ravit-

semusta, eikä muutoksia verraten tähän työhön löytynyt. Löytämämme teoriatiendon pohjalta onnistuimme vastaamaan asettamaamme kysymykseen.

Myös lääkehoidosta löytyi hyvin teoria- ja tutkimustietoa. Aluksi etsimme kirjallisuudesta, mitkä ovat ikääntyneiden yleisimmät käytössä olevat lääkkeet. Sen jälkeen etsimme tutkimuksia ja kirjallisuutta niiden vaikutuksesta ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn. Yksi ikääntyneiden yleisimmistä lääkeryhmistä oli suolen toimintaan vaikuttavat lääkkeet. Niiden suora vaikutus fyysiseen toimintakykyyn oli hyvin vähäinen. Löysimme myös suosituksia ikääntyneen lääkehoitoon liittyen. Löytämästämme tiedosta poimimme opinnäytetyöhömme olennaisimmat asiat ja onnistuimme saamaan kattavan vastauksen kysymykseen.

Mainitsimme erilaisia ravitsemustilan mittareita, joista yhteen perehdyimme tarkemmin. Tähän mittariin perehdyimme, sillä se soveltuu parhaiten ikääntyneiden ravitsemustilan mittaamiseen. Se on myös yleisemmin käytössä käytännön hoitotyössä.

Käsitettä osastotunti emme löytäneet suoraan mistään kirjallisuudesta, joten haimme oppimisen ja viestinnän teoriaa. Mielestämme ne ovat perustana hyvälle osastotunnille. Käytimme myös asiantuntijan haastattelua selventääksemme mikä osastotunti on. Tällä tavalla saimme mielestämme hyvin vastattua kysymykseen.

Tulevaisuuden kehittämishaasteena voisi olla uusi toimintamalli, jossa vuodeosastolle tulevien potilaiden ravitsemustila ja lääkitys tarkastettaisiin ensimmäisten hoitopäivien aikana. Toimintamallin käyttöönotto ei nähdäksemme ole mahdotonta. Esimerkiksi Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymässä yhteistyökumppanimme Koivukartano voisi olla pilottihankkeen kohde. Tässä hankkeessa he tarkastaisivat osastolle tulevien potilaiden ravitsemustilan ja lääkityksen ensimmäisinä hoitopäivinä ja kirjaisivat tulokset sekä korjaisivat tarvittaessa potilaan ravitsemustilaa ja lääkitystä. Koivukartanossa voitaisiin selvittää, kuinka toimiva tällainen toimintamalli olisi käytännössä ja miten osastolle tulevat potilaat hyötyisivät tästä.

9 LÄHTEET

- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) 2009. Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Auressalmi, J. 2013. Osastonhoitaja. Isojoen terveyskeskuksen vuodeosasto Koivukartano ja palvelukoti Koivukoti. Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä. Haastattelu 31.12.2013.
- Auressalmi, J. 2014. Osastonhoitaja. Isojoen terveyskeskuksen vuodeosasto Koivukartano ja palvelukoti Koivukoti. Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä. Haastattelu 10.4.2014.
- Dimitrow, M., Leikola, S., Kivelä, S-L., Airaksinen, M., Mykkänen, S. & Puustinen, J. 2013. Iäkkäiden hoidossa vältettävät lääkkeet: katsaus suosituksiin. Duodecim. (129), 1159-1166.
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hakala, P. 13.11.2012. Tietoa potilaalle: Ikääntyneiden ravitseminen. [Verkkolehtiartikkeli]. Duodecim. [Viitattu 3.4.2013]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086&p_haku=ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden%20ravitseminen
- Heikkinen, E. 18.7.2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. [Verkkoartikkeli]. Duodecim. [Viitattu 10.4.2014]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049
- Holmes, S. 2008. Nutrition and eating difficulties in hospitalised older adults. Nursing Standard 22 (26), 47-57. [Viitattu 3.12.2013]. Saatavana: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a7bfd4d0-f8c4-4c0f-a61b-af34f53812fc%40sessionmgr113&hid=125>
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Helsinki: Sosiaali ja Terveysministeriö. Kuntaliitto.
- Iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä. Lääketietokeskus. [Verkkosivu]. [Viitattu 4.12.2013]. Saatavana: <http://www.laaketietokeskus.fi/laaketieto/tietoa-laakkeista-ja-terveydesta/iakkaiden-laakehoidon-erityispiirteita>

- lääkäreiden lääketieteen tietokanta. Fimea. [Verkkosivu]. [Viitattu 3.12.2013]. Saatavana:
http://www.fimea.fi/laaketieto/laakehoitojen_arviointi/iakkaiden_laakityksen_tietokanta
- Järvelä, S., Häkkinen, P. & Lehtinen, E. 2006. Oppimisen teoria ja teknologian opetuskäyttö. Helsinki: WSOY.
- Kan, S. & Pohjola L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola M-L. & Hietanen H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kivelä, S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kivelä, S-L. 2006. Vanhusten lääkehoito. 1.-2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kivelä S-L. & Rähä I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Helsinki: Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos.
- Koivukartano. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Kauhajoki: Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä. [Viitattu 1.4.2014]. Saatavana:
http://www.llky.fi/site?node_id=956
- Kuusela, M., Hupli, M., Johansson, K., Routasalo, P. & Eloranta, S. 2010. Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Hoitotiede 22 (2), 96-107.
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Suomen Kuntaliitto. 2013. [Verkkosivut]. Helsinki. [Viitattu 1.4.2014]. Saatavana:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. [Viitattu 2.4.2013]. Saatavana:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.
- Lönnsroos, E. 2009. Hip Fractures and Medication-Related Falls in Older People. Doctoral dissertation. Kuopio: University of Kuopio.

- Mattila, H., Ruusunen, T. & Uola, K. 2006. Viestinnän työkaluja AMK-opiskelijalle. Helsinki: WSOY.
- Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2013. Vanhuuteen varautumisen keinot. Helsinki: Talentum.
- Noppiari, E. & Koistinen, P. (toim.) 2005. Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. 10. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Nuutinen, O., Siljamäki-Ojansuu, U., Mikkonen, R., Peltola, T., Silaste, M-L., Uotila, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2010. Ravitsemushoito: suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Pitkälä, K., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2010. Lääkehoito. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim. 360-372.
- Pitkälä, K., Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S. & Strandberg, T. 2005. Vanhukseen aliravitsemus ja sen hoito. Suomen Lääkärilehti 60 (51-52), 5265-5270.
- Ravitsemus ja iäkkään toimintakyky. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkosivu]. [Viitattu 13.12.2013]. Saatavana:
http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy/ravitsemuksen-vaikutus-toimintakykyyyn
- Roivas, M. & Karjalainen, A. L. 2013. Sosiaali- ja terveystalouden viestintä. Helsinki: Edita.
- Räsänen, P., Kyngäs, H. & Kanste, O. 2010. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito: keskitason teorian ydinrakenteen testaaminen. Hoitotiede 22 (3), 218-230.
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Siljamäki-Ojansuu, U. & Peltola, T. 2009 Ravitsemustilan arviointi. Teoksessa Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. (toim.) Ravitsemushoito-opas. Helsinki: Duodecim. 28-32.

- Suominen, M. (toim.) 2006. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot: Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. 6. uudistettu painos. Vammala: Dieetimedia Oy.
- Suominen, M., Männistö, S., Finne-Soveri, H., Pitkälä, K., Hakala, P., Sarlio-Lähteenkorva, S., Hakala-Lahtinen, P. & Soini, H. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. [Verkkajulkaisu]. Helsinki. [Viitattu 10.10.2013]. Saatavana: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3595.pdf&title=Tie_hyvaan_vanhuuteen_Vanhusten_hoidon_ja_palvelujen_linjat_vuoteen_2015_fi.pdf
- Turvallinen elämä ikääntyneille. Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Sisäasiainministeriö. 2011. [Verkkajulkaisu]. Helsinki. [Viitattu 10.4.2014]. Saatavana: <http://www.intermin.fi/julkaisu/192011?docID=24903>
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. 2. painos. Helsinki: WSOY.
- Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja Terveysministeriö. 2008. [Verkkajulkaisu]. Helsinki. [Viitattu 10.4.2014]. Saatavana: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf
- Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S. K. & Jäppinen, S. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkkajulkaisu]. Helsinki. [Viitattu: 14.10.2013]. Saatavana: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

10LIITTEET

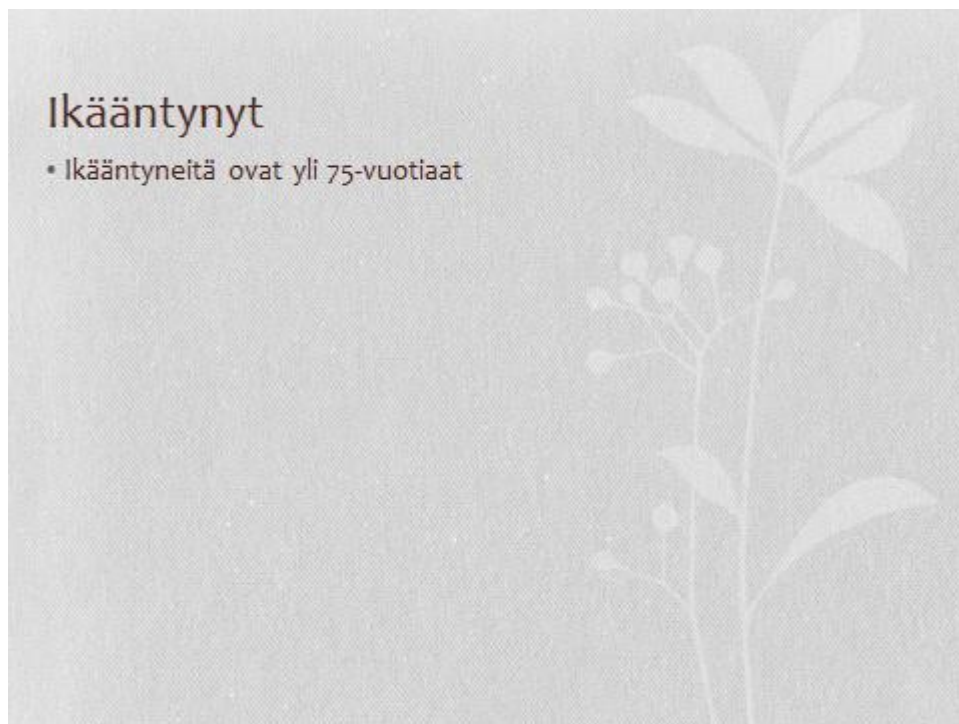
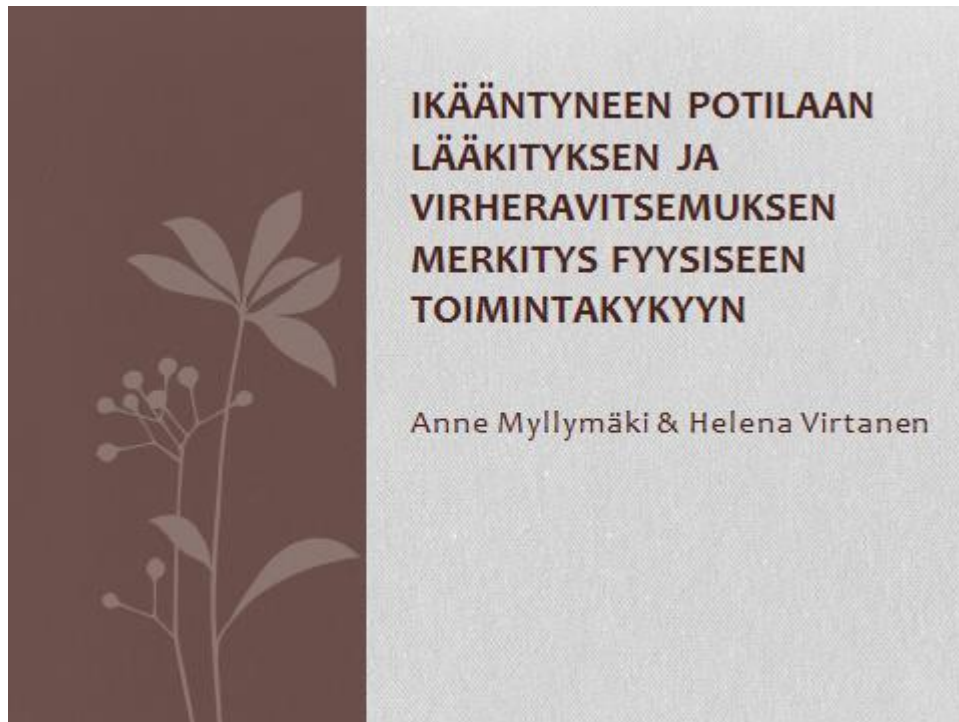
Liite 1. Osastotunnin runko

Liite 2. Osastotunnilla esitetty PowerPoint -esitys

LIITE 1. Osastotunnin runko

1. Opinnäytetyön tekijöiden esittely
2. Aiheen esittely
3. Tuotoksen esitys
4. Kysymykset
5. Suullinen palaute

LIITE 2. Osastotunnilla esitetty PowerPoint -esitys



Fyysinen toimintakyky

- Toimintakyvyn osa-alueet ovat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Nämä osa-alueet vaikuttavat toisiinsa ja ovat osin myös päällekkäisiä.
- Fyysisessä toimintakyvyssä korostuvat hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikunta-elimistön toiminta.
- Toimintakykyä voidaan tarkastella jäljellä olevana toimintakykynä, yksilön voimavaroina tai toiminnanvajavuuksina.
- Fyysistä toimintakykyä voidaan mitata seuraavilla mittareilla: RAVA-mittari ja RAI (Resident assesment instrument).

Lääkehoito

- Lääkehoito perustuu potilaan tarpeeseen ja sen tavoitteina on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä parantaminen tai niiden etenemisen ehkäiseminen, komplikaatioiden ehkäiseminen sekä sairauksien aiheuttamien vaivojen ja oireiden lievittäminen.
- Lääkehoidon tarkoitus on saada aikaan enemmän hyötyjä kuin haittoja. Haittojen todennäköisyys kasvaa henkilön ikääntyessä ja lääkitysten määrän kasvaessa.
- Hyvään hoitoon kuuluu lääkehoidon toivottujen ja ei-toivottujen vaikutusten tarkka seuranta.

Ikääntyneiden lääkkeiden käyttö

- Yleisimpiä iäkkäiden käyttämiä lääkkeitä ovat kohonneen verenpaineen ja sydänsairauksien hoitoon tarkoitetut lääkkeet. Toiseksi eniten iäkkäät käyttävät kipulääkkeitä. Psykiatristen lääkkeiden käyttö on yleistynyt ja paljon käytetään myös suolen toimintaan vaikuttavia lääkkeitä.
- Päivittäin reseptilääkkeitä käyttää yli 80 % yli 75-vuotiaista ja niiden käyttö lisääntyy edelleen vanhemmissa ikäryhmissä.
- Olennaisimpia ikääntyneiden hoidossa vältettäväksi esitettyjä lääkeaineita ovat bentsodiatsepiinit ja antikolinergiset lääkeaineet:
 - Bentsodiatsepiinien ja masennuslääkkeiden ikääntyneillä käyttäjillä lonkkamurtumat olivat kaksi kertaa yleisempiä kuin muilla.

- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ylläpitää iäkkäiden lääketietokantaa, jonka tarkoituksena on tukea 75 vuotta täyttäneiden lääkehoitoa koskevaa kliinistä päätöksentekoa ja parantaa lääkitysturvallisuutta perusterveydenhuollossa. Tietokannassa lääkeaineet on luokiteltu neljään luokkaan sen perusteella, miten hyvin lääkeaine soveltuu yli 75 vuotiaiden potilaiden hoitoon.
- WHO:n suositusten mukaan kotona asuville iäkkäille ei tulisi määrätä enempää kuin neljää eri lääkevalmistetta.

Lääkkeiden sivuvaikutukset ikääntyneillä

- Sivuvaikutuksia iäkkäillä esiintyy 2-3 kertaa useammin kuin nuoremmilla. Useimmat iäkkäillä esiintyvät sivuvaikutukset ovat hyvin tunnettuja ja odotettuja.
- Monioireisten vanhusten riskinä on saada lääkkeiden sivuvaikutuksiin uusia lääkkeitä, kuten tulehduskipulääkkeiden haittoihin verenpainelääkkeitä.
- Seuraavassa iäkkäiden yleisimpien lääkkeiden tavallisimmat haittavaikutukset

Lääkkeiden sivuvaikutukset ikääntyneillä

Keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet

Psykoosilääkkeet	Ekstrapyramidaalioireet, vapina Hypotensio, kaatuilu, antikolinergisuus, väsymys, pyörtyily Aivoverenkiertohäiriöiden riski
Depressiolääkkeet	Kaatuilu Maha-suolikanavan oireet, hyponatremia
Sedatiivit	Väsymys, huimaus, kaatuilu, kiihtymys, sekavuus, riippuvuus ja vienoitusoireet
Antikolinergit (parkinsonismilääkkeet, hydroksitsiini, antispasmodit, lihasrelaksantit, trisykliset masennuslääkkeet)	Kognition heikkeneminen, sekavuus, ummetus, virtsaamishäiriöt, ahdistusmaglaukooman paheneminen, huimaus
Opioidit	Sekavuus, kognition heikkeneminen, ummetus, hengityslama Herkkyyys opioideille: jo pieniä annoksia käytettäessä vaikutuksen korostuminen

Lääkkeiden sivuvaikutukset ikääntyneillä

Sydän- ja verisuonitautien lääkkeet

Beetasalpaajat

Väsymys, sydämen vajaatoiminnan paheneminen, katkokävely, lihashelkkous, hitaat aivotmyrkytykset

Kalsiuminestäjät

Turvotukset, ummetus, hypotensio, vaikutukset sydämen rytmiin

Digitalis

Myrkytysvaara lisääntyneillä annoksilla, hitaat aivotmyrkytykset

Diureetit

Hyponatremia, hypokalemia, ortostatismi, kuivuminen, glukoosin nousu, kihti-kohtaus

Vasodilataattorit

Ortostatismi, verenpaineen lasku

Nitraatit

Päänsärky, ortostatismi

Antikoagulantit

Yllättävä heikkyyden valmisteille, vuodot

Kipulääkkeet

NSAID

Oireeton vuotava ulkus, nesteiden kertyminen ja verenpaineen nousu, sydämen vajaatoiminnan paheneminen, munuaisten vajaatoiminta

COX-2:n salpaajat

Nesteiden kertyminen ja verenpaineen nousu, sydämen vajaatoiminnan paheneminen, munuaisten vajaatoiminta

Lääkkeiden vaikutus ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn

- Lääkkeet vaikuttavat ikääntyneiden fyysiseen toimintakykyyn eri tavoin. Jo kolmen eri lääkkeen yhtäaikainen käyttö lisää kaatumis- ja murtumariskiä ja erityisesti keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden käyttö lisää kaatumisriskiä.
- Verenpaine- ja verenpainetta alentavat sydänlääkkeet sekä psykoosi- ja masennuslääkkeet aiheuttavat huimausta pystyyn noustessa.
- Diureettien sivuvaikutuksena voi kehon nestetasapaino häiriintyä ja siten aiheuttaa sekavuutta.
- Beetasalpaajat voivat heikentää ääreisverenkiertoa, aiheuttaa katkokävelyä tai voimattomuuden tunnetta rasituksessa.

- Psykoosilääkkeiden sivuvaikutuksena voi ilmetä lihasjäykkyyttä ja vapinaa, jotka vaikeuttavat päivittäisistä toiminnoista selviytymistä.
- Diatsepaamilla on pitkä puoliintumisaika, joten pitkäaikaisessa käytössä se kerääntyy ikääntyneen elimistöön ja aiheuttaa lihasheikkoutta, sekavuutta, väsymystä ja henkisen toimintakyvyn alenemista.
- Tulehduskipulääkkeet voivat ärsyttää mahalaukun limakalvoa ja aiheuttaa haavauman ruokatorveen, mahalaukuun tai pohjukaissuoleen.

Lääkehoidon seuranta

- Sairaanhoidajan tehtäviin kuuluu lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi ja seuranta.
- Pitkäaikaisten ja jatkuvien lääkitysten säännölliset kontrollit ovat tarpeen.
 - Esimerkiksi verenpainetta alentavien lääkkeiden tehoa seurataan mittaamalla verenpainetta säännöllisesti.

- Lääkehoidon terapeuttisen vaikutuksen lisäksi myös haittavaikutusten seuranta vaatii joskus laboratoriokokeita.
 - Esimerkiksi veren hyytymistä estävässä varfariinihoidossa käytetään säännöllisiä laboratoriokokeita, joissa halutaan varmistua riittävästä tehosta ja samalla välttää liiallista vaikutusta ja spontaaneja verenvuotoja.
 - Suuriannoksisten diureettilääkitysten yhteydessä seerumien elektrolyyttien, etenkin kaliumin määräitys on tarpeen.
- Lääkeainepitoisuusmäärityksiä kannattaa tehdä, kun lääkkeen terapeuttinen leveys on kapea tai kliinistä vastetta on vaikea mitata.

Ravitseminen

- Hyvä ravitseminen ylläpitää ikääntyneen terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua sekä nopeuttaa sairauksista toipumista, parantaa kotona asumisen mahdollisuuksia ja pienentää terveydenhuollon kustannuksia.
- Sairauksien ja iän myötä ravinnonsaanti sekä ravitsemustila heikkenevät.
- Suurin ravitsemusongelmien riski on yli 80-vuotiailla.
- Suurimpia ongelmia ikääntyneille on liian vähäinen energiansaanti ja laihtuminen.

- Iäkkäiden ravitsemuksessa on huolehdittava riittävästä energiasta, proteiinista, D-vitamiinista ja nesteen saannista ja oikealla ravitsemuksella voidaan parantaa toimintakykyä.
- Niukka proteiinin ja D-vitamiinin saanti voi aiheuttaa lihaskatoa.
 - Lihaskato heikentää liikunta- ja toimintakykyä sekä keuhonhallintaa, jonka seurauksena kaatumis- ja murtumavaara kasvaa sekä altistuminen infektiosairauksille lisääntyy.
- Ikääntyneille on olemassa omat ravitsemussuositukset, joiden tavoitteena on turvata kaikkien iäkkäiden mahdollisuus laadukkaaseen ja tarvetta vastaavaan ravitsemushoitoon.

Kotona asuvan ikääntyneen monisairaalan ravitsemussuositukset

- Ruoasta saatu energiamäärä on sopiva energiankulutukseen nähden
- Monipuolinen ja riittävästi proteiinia sisältävä ruokavalio
- Tahattoman laihtumisen ja painonvaihteluiden tunnistaminen ja ehkäisy
 - Punnitus kerran kuukaudessa suositeltavaa
- Riittävän energian, proteiinin ja ravintoaineiden saanti sairauksien aikana
 - Tarvittaessa tehostettu ruokavalio
- Kotivara
- Omaishoitajan tukeminen ruokailun järjestämisessä
- Lihaskuntoa ylläpitävää ja energiankulutusta lisäävää liikuntaa riittävästi
- D-vitamiinilisä ympäri vuoden 20µg vuorokaudessa
- Päivittäinen hampaiden, proteesien ja suun limakalvojen puhdistus

Akuutisti sairastuneen ikääntyneen ravitsemussuositukset

- Riittävä ravinnonsaanti
 - Tarvittaessa tehostettu ruokavalio sairaalassa ja kotiuttaessa
- Tahattoman laihtumisen tunnistaminen ja ehkäisy
 - Punnitus kerran viikossa
- Avuntarpeen arviointi syömisessä
- Mahdollistetaan toimintakykyä ylläpitävä liikunta
- Huomioidaan ruokailutilanteen psykososiaaliset tekijät ja mielihyvä
- Päivittäinen hampaiden, proteesien ja suun limakalvojen puhdistus
- D-vitamiinilisä ympäri vuoden 20µg vuorokaudessa
- Suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa ruokailun toteutus

Virheravitsemus

- Virheravitsemus eli malnutritio on ravitsemushäiriö, jossa energian ja/tai ravintoaineiden saanti ei vastaa henkilön tarvetta.
- Virheravitsemus voi johtua vähäisestä syömisestä tai yksipuolisesta ruokavaliosta johtuvasta ravintoaineiden puutteesta.
- Virheravitsemuksen seurauksia ovat painonlasku ja alhainen painoindeksi, jotka alentavat toimintakykyä ja lisäävät kuolleisuutta.
- Virheravitsemus heikentää myös hoidon tehoa, pidentää hoitajaksoja ja ennakoii laitoshoidon tarvetta.

Virheravitsemuksen syntymisen ehkäisemiseksi seurattavia tekijöitä

Virheravitsemuksen syntymisen ehkäisemiseksi seurattavia tekijöitä

- Painoindeksi alle 23 kg/m²
- Nopea painon putoaminen tai tahaton laihtuminen (yli 3 kg kolmessa kuukaudessa)
- Huono ruokahalu tai erittäin vähäinen syöminen
- Vain soseutetun tai nestemäisen ravinnon nauttiminen
- Sairaudesta toipuminen
- Toistuvat infektiot
- Toistuvat paineavaumat

Ravitsemustilan arviointi

- Ravitsemustilaa voidaan arvioida seuraavilla mittareilla: MUST (Malnutrition universal screening tool), MNA (Mini nutritional assesment), NRS 2002 (Nutritional risk screening).
- MNA-seulontamenetelmä on kehitetty yli 65-vuotiaiden ravitsemusriskin ja ravitsemustilan arviointiin ja se on kaksiosainen.
- MNA-seulontamenetelmässä ravitsemustilaa määritellään arvioimalla lihasmassan ja rasvakudoksen määrä, arvioimalla nesteiden ja proteiinin saanti sekä kysymällä potilaan omaa käsitystä terveydentilastaan.
- Tulosten perusteella arvioidaan ravitsemustilaa, virheravitsemuksen riskin kasvua tai onko potilas virheravittu.

- Kaikkien potilaiden virheravitsemusriski seulotaan viimeistään toisena hoitopäivänä. Virheravitsemuksen riskiluokan mukaan määritellään toimenpiteet.
- Virheravitsemuksen riskin seulonta toistetaan viikon välein tai sovituin väliajoin.
- Yli 75-vuotiailla suositeltava painoindeksi on 25-30 kg/m².
- Ruuan käytön ja ravinnonsaannin arviointi on tärkeää virheravitsemusriskipotilaan ravitsemustilan arvioinnissa.
- Vuodeosastoilla sairaanhoitajat arvioivat ravinnonkäyttöä silmämääräisesti ja nestelistan avulla.

Ravitsemustilan arviointi laboratorikokeilla

- Proteiinia määritellään plasman albumiinista ja prealbumiinista.
- Perusverenkuvasta selviää anemia, jonka syynä voi olla raudan tai B12-vitamiinin puute.
- Nestetasapainon arviointiin käytetään natrium-, kalium-, hemoglobiini-, kreatiniini- ja albumiiniarvoja.