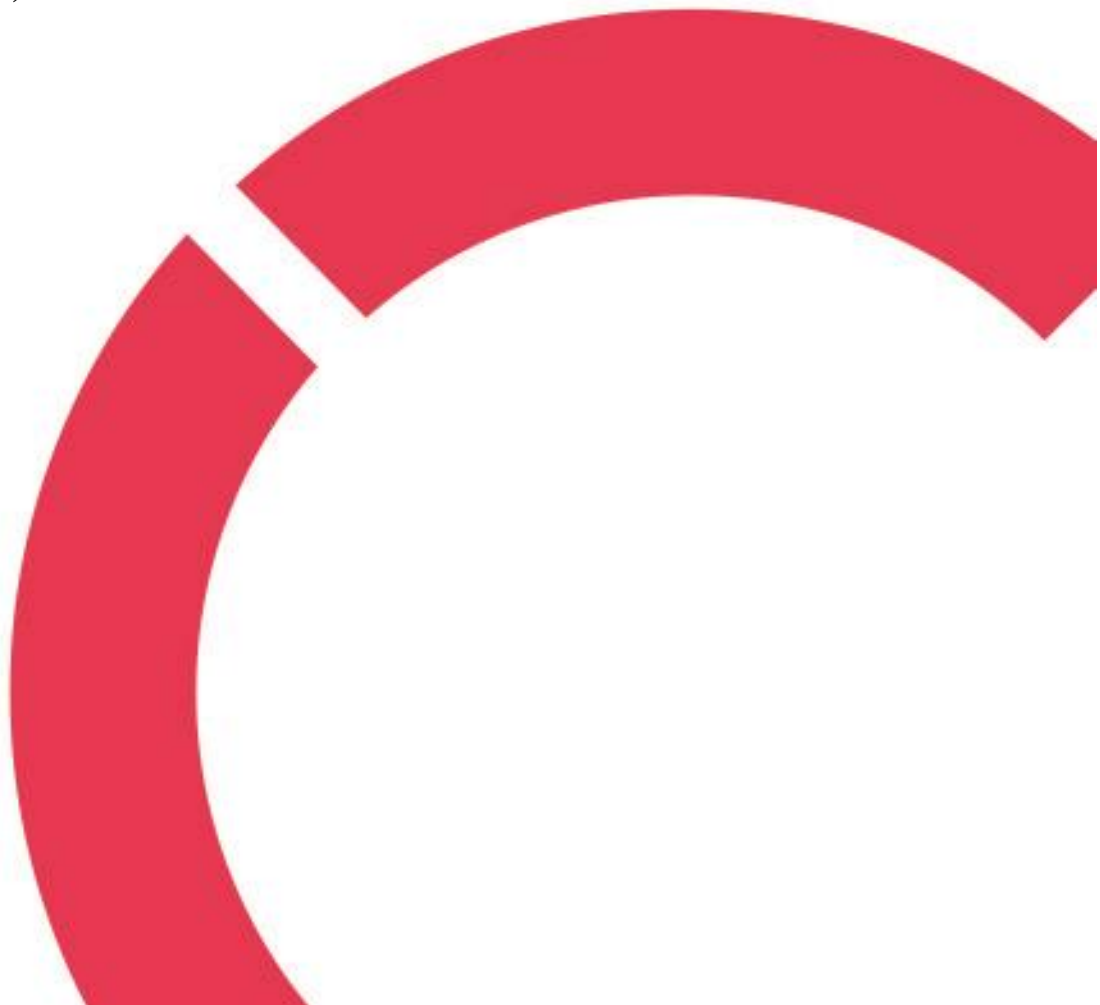


Mia Rintala & Noora Lapinoja

**RAVITSEMUKSEN MERKITYS MUISTISAIRAAN POTILAAN
HOITOTYÖSSÄ**

Koulutustilaisuus Soiten Tunkkarin yleislääketieteen osaston hoitohenkilökunnalle

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitaja (AMK)
Syyskuu 2022**



Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Syyskuu 2022	Tekijä/tekijät Mia Rintala & Noora Lapinoja
Koulutus Sairaanhoitaja (AMK)		<input checked="" type="checkbox"/> AMK <input type="checkbox"/> YAMK
Työn nimi RAVITSEMUKSEN MERKITYS MUISTISAIRAAN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ. Koulutustilaisuus Soiten Tunkkarin yleislääketieteen osaston hoitohenkilökunnalle		
Työn ohjaaja Elina Liedes		Sivumäärä 28 + 4
Työelämäohjaaja Asta Pilvilampi		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää koulutustilaisuus Soiten Tunkkarin yleislääketieteenosaston hoitohenkilökunnalle muistisairaana potilaan ravitsemuksesta ja siihen liittyvästä potilasohjauksesta. Opinnäytetyön aihe tuli suoraan työelämästä, missä oli todettu tarve saada lisäkoulutusta, jonka avulla hoitohenkilökunnan olisi mahdollista syventää omaa osaamistaan. Koulutustilaisuuden opetusmenetelmänä käytettiin konstruktivistista opetusmenetelmää, sillä haluttiin, että koulutukseen osallistujat syventäisivät osaamistaan tekemällä havaintoja ja tulkintoja jo opitun tiedon pohjalta. Projektina toteutettu koulutustilaisuus pidettiin toukokuussa 2022. Tarkoituksena oli järjestää tilaisuus Tunkkarin vuodeosastolla, mutta koronaepidemian vuoksi koulutustilaisuus pidettiin Teams-yhteyden kautta.</p> <p>Koulutustilaisuudessa käytiin läpi yleisimpiä muistisairauksia sekä muistisairaana ravitsemusta. Annettiin konkreettisia esimerkkejä siitä, kuinka ruokailutilanteita voitaisiin mahdollisesti parantaa. Tavoitteena oli, että esimerkkien ja teoriaosuuden avulla kuulijat pystyvät jatkossa toteuttamaan laadukasta ravitsemusta sekä ohjeistaa muistisairaana omaisia ja hoitohenkilöitä. Tällä tavoin voitaisiin taata muistisairaalle laadukas ravitsemus, ja näin ollen vaikuttaa muistisairaana etenemiseen ja painehaavojen ehkäisyyn. Koulutustilaisuuden sähköinen materiaali jäi Tunkkarin yleislääketieteenosaston hoitohenkilökunnan käyttöön.</p> <p>Koulutustilaisuuden päätteeksi pyydettiin osallistujia täyttämään lyhyt kysely. Kyselyn avulla saatiin palautetta koulutustilaisuuden onnistumisesta ja aiheen tärkeydestä sekä annetun tiedon mahdollisesta hyödyntämisestä työelämässä. Kysely toteutettiin Likertin asteikolla. Palautteiden tulosten perusteella koulutustilaisuuden aihe oli ollut hyödyllinen sekä materiaali mielenkiintoinen. Vastaajat kokivat saaneensa uutta tietoa jo opitun tiedon rinnalle ja pysyvänsä hyödyntämään oppimaansa jatkossa työelämässä.</p>		
Asiasanat Konstruktivistinen opetusmenetelmä, muistisairas, potilasohjaus, ravitsemus		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date September 2022	Author Mia Rintala & Noora Lapinoja
Degree programme Bachelor of Health Care (UAS)		
Name of thesis THE IMPORTANCE OF NUTRITION IN THE CARE OF PEOPLE WITH MEMORY DISORDERS. Education event for the health personnel of the general medicine department in Soite Tunkkari.		
Centria supervisor Elina Liedes	Pages 28 + 4	
Instructor representing commissioning institution or company Asta Pilvilampi		
<p>The purpose of the thesis was to organize an education event for the health personnel of the general medicine department in Soite Tunkkari about the nutrition of patients with dementia and instructing the patient. The subject of the thesis came directly from working life, where a desire for more information on the subject was expressed by healthcare professionals. We used a constructivist teaching method as the teaching method for the education event because we wanted the health personnel to deepen their knowledge by building upon a foundation of previous learning. The education event was held in May 2022. Original plan was an organized event at Soite Tunkkari but due the coronavirus epidemic, we had to move it to be held via Teams.</p> <p>We presented the most common memory disorders and nutrition of a memory patient at the education event. We introduced concrete examples of how eating situations could possibly be improved. The aim of education event was to give new ideas to implement nutrition and give guidance to the patient and their relatives. In this way, quality nutrition could be guaranteed to the memory patient, and thus have implications for the progression of memory disease and the prevention of pressure sores. The electronic material of the education event remained available to the health personnel of the general medicine department of Tunkkari.</p> <p>At the end of the education event, we asked the personnel to fill out a short survey. The survey gave us feedback on the success of the education event and the importance of the topic, and the possible use of the information provided in working life. The survey was conducted on a Likert scale. Based on the results of the feedback, the topic of the education event had been useful, and the material was interesting. The respondents felt that they had new knowledge alongside the knowledge already learned and are able to use what they learned in the future in the working life.</p>		

Key words Constructivist teaching, memory disorder, nutrition, patient counselling
--

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	2
3 TEOREETTINEN TAUSTA	3
3.1 Muistisairaudet.....	3
3.1.1 Alzheimerin tauti.....	4
3.1.2 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus	5
3.1.3 Lewyn kappale -tauti	6
3.1.4 Otsa-ohimolohkorappeumat	7
3.1.5 Parkinsonin taudin muistisairaus	8
3.2 Ravitsemus	9
3.2.1 Ravitsemussuosituksset	9
3.2.2 Ikääntyneiden ravitsemus	10
3.2.3 Ikääntymisen tuomat muutokset ruoansulatuselimistössä.....	10
3.2.4 Ravitsemustilan arviointi.....	11
3.2.5 Vajaaravitsemus ja aliravitsemustilat.....	12
3.2.6 Painehaavat.....	12
3.2.7 Muistisairaahan ravitsemus	13
3.2.8 Muistisairaahan ruokailun käytännön toteutus ja ruokailussa avustaminen	13
3.3 Potilasohjaus.....	14
4 PROJEKTIN KUVAUS	16
4.1 Projektin lähtökohdat.....	16
4.2 Projektin toteuttajat.....	17
4.3 Projektin aikataulu ja budjetti	17
4.4 Projektin eteneminen	18
4.4.1 Suunnitteluvaihe.....	18
4.4.2 Materiaalin kokoaminen	18
4.4.3 Toteutusvaihe – koulutustilaisuus	19
4.4.4 Pohdinta- ja viimeistelyvaihe	19
4.5 Pedagoginen lähestymistapa	20
5 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	21
6 PALAUTTEET	23
6.1 Koulutustilaisuuden päätteeksi saama palaute kyselylomakkeilla	23
6.2 Työelämäyhdysenkilön antama palaute	26
6.3 Opinnäytetyön ohjaavan opettajan antama palaute.....	26
7 POHDINTA	27
LÄHTEET	28
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ravitsemus on yksi ihmisen hyvinvoinnin peruspilareista. Terveellisestä ja monipuolista ravitsemusta tarvitaan kudosten rakentumiseen sekä ravinnosta saatua energiaa elintoimintojen ylläpitämiseen ja liikumiseen. Terveellinen ja monipuolinen ravitsemus on tärkeää elämän jokaisessa vaiheessa. (Henttonen, Ojala, Rautava-Nurmi, Vuorinen & Westergård 2019, 242–244.)

Ikääntyminen lisää riskiä sairastua muistisairauteen. Muistisairauden lisäksi elimistössä tapahtuu ikääntymisen myötä muutoksia, joilla voi olla vaikutuksia ikääntyneen ravitsemukseen (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 84–86). Muistisairaahan ohjaamisessa korostuu muistisairasta henkilöä hoitavan tahon ja omaisten ohjaus, sillä muistisairaahan kyky huolehtia itsestään ja ymmärtää omaa parastaan voi olla heikentynyt. Ohjaamisessa tärkeää on muistaa muistisairauden ymmärtäminen, kunnioittaminen ja itsemääräämisoikeuden säilyttäminen. (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2017, 37–39.)

Opinnäytetyömme toteutettiin projektina Soiten Tunkkarin yleislääketieteen osastolle koulutustilaisuuden muodossa. Tunkkarin yleislääketieteen osasto on 24-hoitopaikkainen osasto, jossa hoidetaan potilaita, jotka eivät pärjää ilman sairaanhoidollista apua, mutta eivät tarvitse laboratorio-, röntgen- ja lääkäripalveluja ympärivuorokautisesti. Osastolla toteutetaan kuntouttavaa työtettä ja potilaita kannustetaan sekä ohjataan mahdollisuuksien mukaiseen omatoimisuuteen yhteistyössä moniammatillisen hoitoryhmän sekä potilaan omaisten kanssa. (Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä Soite 2021.) Työelämänyhdysheikilön mukaan muistisairaajat ovat yksi yleisimmistä potilasryhmistä Tunkkarin yleislääketieteen osastolla.

Muistisairaudet ovat kasvava kansanterveysongelma (Koivisto & Strandberg 2022, 569). Muistisairauksien odotetaan lisääntyvän lähivuosina väestön ikääntyessä. Diagnostiikan kehittymisen myötä muistisairauksien diagnosoiminen varhaisessa vaiheessa on helpompaa kuin muutama vuosikymmen takaperin. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021.) Työelämässä on koettu tarvetta syventää jo olemassa olevaa tietoa muistisairauksista, minkä vuoksi opinnäytetyömme aihe on tärkeä. Hyvällä ravitsemuksella on mahdollista vaikuttaa muistisairaahan potilaan toimintakyvyn, lihaskunnan ja yleisen jaksamisen ylläpitämiseen sekä ennaltaehkäistä toimintavajeita, haurastumista ja lihaskatoa. Muistisairaudella on usein vaikutusta potilaan ruokahaluun ja syömiseen sekä näin ollen muistisairaahan potilaan ravitsemustilaan, minkä vuoksi muistisairaiden kohdalla tulee kiinnittää erityistä huomiota ravitsemukseen. (Hallinen ym. 2017, 120.)

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuoda tietoa muistisairaahan potilaan ravitsemuksesta ja ravitsemuksen merkityksestä muistisairaahan potilaan hoitotyössä. Tunkkarin yleislääketieteenosaston hoitohenkilökunta voi tarvittaessa syventää omaa osaamistaan sekä saamiensa tietojen pohjalta ohjata muistisairaahan potilaan omaisia ja muistisairasta ravitsemuksen toteuttamiseen kotiolosuhteissa.

Tavoitteena on koulutustilaisuuden materiaalin avulla parantaa muistisairaiden potilaiden ravitsemustilaa ja näin ollen ehkäistä vajaa- ja aliravitsemustilojen syntyä, sekä niiden aiheuttamia komplikaatioita sekä hidastaa muistisairauden etenemistä. Tavoitteena on se, että hoitohenkilökunta saisi eväitä toteuttaa laadukasta potilasohjausta niin potilaille kuin tämän omaisille. Koulutuksessa käytetyn sähköisen materiaalin annamme Tunkkarin yleislääketieteen osaston hoitohenkilökunnan käyttöön, jotta he voivat käyttää sitä apuna laadukkaassa potilasohjauksessa.

Koulutustilaisuudessa tavoitteena on tuoda ilmi käytännönläheisiä toimintatapoja, kuten käytännön neuvoja ruokailutilanteisiin, ja korostaa ravitsemuksen tärkeyttä muistisairaahan potilaan hoidossa painehaavojen ehkäisemiseksi.

3 TEOREETTINEN TAUSTA

Tässä luvussa käsittelemme yleisimpiä muistisairauksia Suomessa, käymme läpi lyhyesti muistisairauksille altistavia riskitekijöitä ja muistisairauksien diagnosointia. Käsittelemme myös ravitsemusta yleisesti, käymme läpi ravitsemussuosituksia sekä syvennymme muistisairaahan ravitsemukseen. Käymme läpi ravitsemustilan arviointimenetelmiä sekä tuomme esille vajaaravitsemusta ja aliravitsemustiloja samoin kuin niiden aiheuttamia riskejä.

3.1 Muistisairaudet

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, jossa muisti ja muiden tiedonkäsittelyalueiden, kuten hahmotuskyvyn, toiminnanohjauksen ja kielellisten toimintojen alueet heikkenevät. Muistisairauden eteneminen johtaa useimmiten dementia-asteiseen heikentymiseen. (Hallikainen, Immonen, Mönkäre & Pihlakari 2019, 14; Hallikainen ym 2017, 226.) Muistisairaudelle altistavia tekijöitä ovat ikääntyminen, kohonnut verenpaine, sokeriaineenvaihdunnanhäiriöt, tupakointi, ylipaino sekä vähäinen liikunta. Alkoholiliikakäytön tiedetään lisäävän myös riskiä sairastua muistisairauteen. Psykkisiä riskitekijöitä muistisairaudelle ovat masentuneisuus, yksinäisyys ja vähäinen henkinen aktiivisuus. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021.)

Muistisairauden diagnosointi varhaisessa vaiheessa on tärkeää, etenkin muistisairaahan ravitsemuksen kannalta, sillä oikeanlainen ravitsemus auttaa lievittämään muistisairauden oireita ja sairauden etenemistä. Diagnosointi tehdään lääkärin tekemän kliinisen haastattelun ja tutkimuksen, muistikyselyjen ja toimintakyky-testien, joita ovat muun muassa CDR (The Clinical Dementia Rating Scale), GDS/FAST (Global Deterioration Scale/Functional Assessment and Staging), CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) ja MMSE (Mini-Mental State Examination), aivojen kuvantamisen ja laboratoriotutkimusten perusteella. Näin saadaan selville viitteitä muistisairauden vaikeusasteesta. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021.) Yleisimpiä muistisairauksia Suomessa ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisairaus, Lewyn kappale -tauti, otsa-ohimolohkorappeumat sekä Parkinsonin taudin muistisairaus (Hallikainen ym. 2019, 14). Vaikka muistisairaudet poikkeavat toisistaan oireiden ja sairauden etenemisen suhteen, niin niille on kuitenkin yhtenäistä toimintakyvyn ja itsestään huolehtimisen heikkeneminen (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021).

Ravinnon tarve lisääntyy muistisairautta sairastavalla, minkä vuoksi on tärkeää kiinnittää erityistä huomioita muistisairaahan ravitsemukseen liittyen. Puutostiloja ilmenee usein. Painonlasku on yleistä muistisairailta, minkä vuoksi sitä tulee seurata. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 218.)

3.1.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus, ja sen osuus kaikista etenevistä muistisairauksista on noin 70 %. Iän myötä taudin yleisyys lisääntyy. Alle 65-vuotiailla taudin esiintyvyys on harvinaista, mutta yli 85-vuotiailla esiintyvyys on 15–20 %. (Hallikainen ym. 2017, 226; Juva 2021.) Alzheimerin taudille altistavia riskitekijöitä ovat masentuneisuus, yksinäisyys, geneettisen tekijät (etenkin apolipoproteiini E:n alleeli e4), matala koulutustaso, lihavuus ja ylipaino, korkea kolesterolipitoisuus keski-ikässä, tyydyttyneiden rasvahappojen runsas käyttö, runsas alkoholinkäyttö, tupakointi, vähäinen fyysinen ja henkinen aktiivisuus, korkea verenpaine, insuliiniresistenssi, diabetes, metabolinen oireyhtymä, aivoverenkiertosairaudet ja aivovammat (Juva 2021).

Alzheimerin tauti voidaan jakaa kolmeen eri muotoon: *tyypilliseen*, jossa esiintyy oppimisen ja lähi-muistin häiriöitä, *epätyypilliseen*, jossa ilmenee puheen ja toiminnan ohjauksen sekä hahmottamiseen liittyviä ongelmia, ja *sekätyypilliseen*, jossa Alzheimerin taudin lisäksi mukana on jokin muu rappeuttava aivo- tai aivoverenkiertosairausoireisto (Hallikainen ym. 2017, 226). Varhaisimpia toiminnallisia oireita ovat tyypillisesti asioiden mieleen painamisen ja palauttamisen vaikeus, muistin huononeminen, sekä kielelliset ja hahmottamiseen liittyvät häiriöt. Käyttöoireina voi ilmentyä masentuneisuutta, lisääntynyttä aggressiivisuutta ja motorista levottomuutta. (Kelo ym. 2015, 211.) Taudin eteneminen ja kliiniset oirekuvat jaetaan neljään vaiheeseen: varhainen, lievä (MMSE 18–26), keskivaikea (MMSE 10–22) ja vaikea (MMSE 0–12) Alzheimerin tauti (Hallikainen ym. 2017, 227–228; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021).

Alzheimerin taudissa tapahtuu aivoalueiden ja niiden välisten yhteyksien ja neurokemiallisten järjestelmien selektiivistä vaurioitumista (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021). Hermosolujen tuhoutuminen alkaa sisemmältä ohimolohkolta, josta se alkaa levitä hiljalleen isoaiukuorelle. Tauti etenee hitaasti ja tasaisesti. Aivokammioissa tilavuus lisääntyy sekä aivojen kokonaispaino ja tilavuus vähenevät. Ohimolohkojen limbiset rakenteet, kuten hippokampus, surkastuvat. Alzheimerin taudin määrittäminen vaatii neuropatologista tutkimusta, jossa voidaan osoittaa histopatologiset muutokset eli kudosuutokset ja näin ollen erottaa aivomuutokset muista etenevistä muistisairauksista. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soinen 2015, 100–101.)

Alzheimerin tautiin ei ole parantavaa hoitokeinoa. Taudin oireiden etenemistä voidaan hidastaa lääkeshoidolla, ja saatavilla on neljää eri muistisairauslääkettä. Lääkkeiden avulla keskittymiskyky lisääntyy, toimintakyky paranee ja käytösoireiden, kuten masentuneisuuden ja aggressiivisuuden esiintyminen vähenee. AKE:n estäjät eli asetyylikoliiniesteraasin estäjät donepetsiili, rivastigmiini ja galantamiini tehostavat asetyylikoliinia käyttävän hermoverkoston toimintaa estämällä välittäjäaineen hajoamista. Haittavaikutuksena voi esiintyä pahoinvointia. Memantiinin tarkoituksena on vähentää glutamaatti-välittäjäaineen haitallista vaikutusta hermosoluihin. (Kelo ym. 2015, 211; Juva 2021.) Lääkehoidon lisäksi tautia sairastavalle voidaan myös tarjota lääkkeettömiä hoitokeinoja, kuten viriketoimintaa, psyykkistä tukea, laadukkaasta ravitsemuksesta huolehtimista, tukipalveluita, joita ovat esimerkiksi ruokapalvelu ja kotiapu (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus. 2021).

3.1.2 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus

Muistisairautta, joka on seurausta aivoverenkiertosairaudesta, kutsutaan aivoverenkiertosairauden muistisairaudeksi (VCI=vascular cognitive impairment). Sen osuus etenevistä muistisairauksista on 15–20 %. Aivoverenkiertosairauden aiheuttama vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen on oireyhtymä, jossa muistissa ja tiedonkäsittelyssä ilmenee heikkenemistä. Tämän oireyhtymän muodostuminen on monen tekijän summa, ja sille altistavia tekijöitä ovat muun muassa aivoinfarktit, viivästynyt iskeeminen soluvaurio, valkean aineen iskeeminen vaurio sekä aivoatrofia eli aivojen tilavuuden pieneneminen. VCI:n alatyyppejä ovat pienten suonten tauti ja suurten suonten tauti. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari, & Forder 2014, 275–276.)

Pienten suonten tauti ilmenee toiminnanohjauksen heikentymisenä ja tiedonkäsittelyn hidastumisena. Mieleen painaminen ja uuden oppiminen vaikeutuvat, mutta asioiden unohtelu on kuitenkin vähäisempää. Vaikeuksia voi olla toiminnan aloittamisessa, järjestelmällisyydessä sekä suunnitelmallisuudessa. Myös käytösoireita, kuten persoonallisuuden muutosta ja masennusta, saattaa esiintyä. (Hallikainen ym. 2014, 276–277.) Muistihäiriöitä ja neurologisia oireita esiintyy harvemmin, mutta esimerkiksi tasapainohäiriöitä ja kävelemisen heikkenemistä voi ilmentyä. Lievää halvaantumisoireilua voi myös esiintyä; puhe voi olla puuromaista, toinen suupieli voi roikkua tai yksi raajoista voi olla kömpelö. Oireet muodostuvat hiljalleen, ja usein oireiden ilmaantuessa tauti on jo pitkälle levinnyt. Diagnostiikassa on tärkeä erottaa pienten suonten tauti TIA-kohtauksesta eli ohimenevästä aivoverenkierron häiriöstä, jossa oireet ovat äkillisiä ja poistuvat noin 24 tunnin kuluessa. Pienten suonten tauti voidaan todeta aivojen mag-

neettikuvista, joissa näkyy laaja-alaista valkean aineen muutosta tai lakunainfarkteja, eli verenpainetaudin tai diabeteksen aiheuttamia infarkteja, syvässä harmaassa ja valkeassa aineessa. Löydöksenä voi myös olla pieniä verenvuotoja, aivoatrofiaa tai laajentuneita perivaskulaarituloja eli nesteen täyttämiä tiloja aivokudosta läpäisevän valtimon tai laskimon ympärillä. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021.; Erkinjuntti, Jokinen, Melkas, Oksala, & Putaala 2013, 1171–1172.)

Suurten suonten tauti ilmenee myös toiminnanohjauksen heikentymisenä, mutta tämän lisäksi on myös muistihäiriöitä sekä kielellisiä ja näönvaraisen hahmottamisen oireita (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021). Voi esiintyä myös neglect-oireilua eli kognitiivista puutosoiretta, jossa oman kehon ja ympäristön vasemman puolen huomioiminen on heikentynyt. Tämä on yleistä aivojen oikean aivopuoliskon verenkiertohäiriössä. (Jehkonen, Rasimus, Saunamäki & Yliranta 2013, 506.) Diagnostiikassa on havaintoja läiskittäisistä muutoksista, jotka ilmenevät aivojen toiminnallisessa kuvauksessa eli Positroniemissiotomografiassa, PET. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021.) Löydöksenä voidaan myös havaita verisuonten kalkkeutumista ja sydänperäisiä aivoinfarkteja, jotka yleensä sijaitsevat isoaivojen kuorikerroksen alueella. Infarktin sijainti määrittää oireiden ilmenemistä. Oireina voi esiintyä suupielen roikkumista, toispuoleista halvaantumista, kävelyn häiriötä ja näkökenttäpuutoksia. Oireet ilmaantuvat nopeasti, jopa muutamien tuntien aikana, ja niiden paheneminen tapahtuu portaittain. (Hallikainen ym. 2014, 277.) Aivoverenkiertosairauden muistisairauden hoidossa tulee keskittyä jo todettujen sairauksien hoitoon sekä vaaratekijöiden kartoittamiseen ja näin ollen ennaltaehkäisyyn (Hallikainen ym. 2014, 275).

3.1.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -taudin osuus etenevistä muistisairauksista on noin 20 %. Miehillä sitä esiintyy naisia yleisemmin. (Atula 2019.) Yleisimpiä oireita ovat vireystilan heikentyminen sekä keskittymisen ja toiminnanohjauksen vaikeus. Näköharhoja, sekavuutta ja käytöshäiriöitä saattaa myös esiintyä. Etenkin REM-unen (rapid eye movement- unen) aikaiset aggressiiviset käytöshäiriöt ovat yksi kriteeri taudin diagnostiikassa. Taudin alkuvaiheessa ilmenee hitautta, vapinaa ja jäykkyyttä eli niin kutsuttuja parkinsonismioireita. Taudin edetessä alkaa muodostumaan muistiongelmia ja toimintakyvyn heikkenemistä. Diagnoosin varmistamiseksi tulee olla 1–3 vuoden seurantajakso, jos oireet ovat alkaneet parkinsonismioireiluilla tai vireystilan aaltoilulla. (Hallikainen ym. 2019, 344–345.)

Muistitutkimusten avulla voidaan löytää muun muassa avaruudellisen hahmottamisen sekä muistista hakemisen vaikeus, jotka ovat tyypillisiä Lewyn kappale -taudille. PET-tutkimuksella voidaan havaita

muutoksia aivojen tyvitumakealueella sekä todeta dopaminerginen häiriö ja sydämen sympaattisen hermoston toiminnan häiriö. Aivojen magneettikuvissa ohimolohkorakenteet ovat säilyneet, jolloin voidaan poissulkea Alzheimerin tauti. (Atula 2019; Hallikainen ym. 2019, 344–345.)

Ehkäisevää tai parantavaa hoitoa ei Lewyn kappale -taudille ole. Myöskään taudin kulkua hidastavaa lääkehoitoa ei ole saatavilla. Lääkehoito toteutetaan oireiden mukaisesti. Unihäiriöihin voidaan käyttää melatoniinia nukkumaan mennessä, jolloin saadaan unirytmää korjattua ja näin ollen parannettua päiväsajan vireystilaa. REM-unen käytöshäiriöihin voidaan käyttää klonatsepaamia. Liikaunisuteen on mahdollisuus saada apua modafiini-lääkityksellä. Levodopa-dopaderboksylaasilla pyritään vaikuttamaan motoristen oireiden eli parkinsonismioireiden lievenemiseen. AKE-estäjillä pyritään korjaamaan toimintakykyä sekä lievittämään harhanäkyjä ja sekavuutta. (Hallikainen ym. 2019.)

3.1.4 Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa-ohimolohkorappeumien osuus etenevistä muistisairauksista on noin 5–10 % (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021). Otsa-ohimolohkorappeumat ovat oireyhtymä, joka on seurausta useammasta sairaudesta. Yhtenäistä sairauksilla on se, että ne rappeuttavat aivojen otsa- ja ohimolohkoja, ja näin ollen ilmenee oireilua, kuten levottomuutta ja impulsiivista käyttäytymistä, arvostelukyvyn ja empatiakyvyn heikkoutta, tunteiden latistumista ja estottomuutta. (Kelo ym. 2015, 216.) Puheen tuottaminen vaikeutuu. Oireet alkavat usein jo työiässä. Oireyhtymän eteneminen ja oireiden ilmeneminen ovat yksilöllisiä. Muistioireita ilmenee vasta pitkälle edenneessä oireyhtymässä. Hoito toteutetaan oireiden mukaisesti, etenkin käytöshäiriöihin pyritään saamaan apua. Oireyhtymää hidastavaa lääkehoitoa ei kuitenkaan ole saatavilla. (Hallikainen ym. 2017, 232.)

Otsa-ohimolohkorappeumat voidaan jakaa kolmeen alatyyppeihin. *Otsalohkodementia*, FTD eli fronto-temporaalinen dementia, jossa tyypillistä on persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset, etenkin joustamaton ja impulsiivinen käytös. Seksuaalissävytteistä puhelua ja kiroilua esiintyy myös usein. Joissain tapauksissa keski-ikänsä psykoosioireilu saattaa enteillä otsalohkodementiasta. Dementiaoireilua ilmenee vasta myöhemmässä vaiheessa. Tämä muoto on yleisin otsa-ohimolohkorappeumista. (Hallikainen ym. 2014, 282.) *Semanttinen dementia*, jossa asioiden tunnistaminen ja nimeäminen heikkenee. Kasvojen tunnistaminen vaikeutuu. Puhe on selkeää, mutta sen sisältö on merkitykseltään tyhjää. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021.) *Etenevä sujumaton afasia*, jossa puheentuotto on huomattavasti

vaikeutunut. Kielioppivirheitä muodostuu, lauseet ovat lyhyitä ja yksinkertaisia. Myös lukemisen ja kirjoittamisen tuottaminen heikkenee. Taudin edetessä osalla sairastuneista puheentuotto lakkaa kokonaan. Tämä muoto on harvinaisin otsa-ohimolohkorappeumista. (Hallikainen ym. 2014, 282; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021.)

Oireyhtymän diagnosoinnissa aivojen magneettikuvassa voidaan havaita aivoatrofiaa otsa-ohimolohkojen etuosan alueella, mutta oireyhtymän alkuvaiheessa sitä voi olla vielä hankala erottaa. PET-kuvauksessa nähdään otsa-ohimolohkojen alueen verenvirtauksen ja aineenvaihdunnan heikentymistä. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021.) Diagnoosin varmistamiseksi tarkastellaan oirekuvaa ja neuropsykologista tutkimusta yhdessä magneetti- ja PET-kuvauksen kanssa (Hallikainen ym. 2014, 283).

3.1.5 Parkinsonin taudin muistisairaus

Parkinsonin taudin muistisairaus on hitaasti etenevä, tiedonkäsittelyä heikentävä sairaus. Nopeasti etenevä Parkinsonin tauti näköharhojen lisäksi lisäävät riskiä sairastua Parkinsonin taudin muistisairauteen. (Hallikainen ym. 2019, 346.) Parkinsonin taudille tyypillistä oireilua ovat levossa ilmenevä vapina, lihasjänteisyys sekä liikkeiden hidastuminen. Suurin osa Parkinsonin tautia sairastavista sairastuu myöhemmin sen aiheuttamaan muistisairauteen. (Hallikainen ym. 2014, 295.) Tarkkaavaisuus ja toiminnanohjaus vaikeutuvat sekä visuaalinen hahmottaminen heikkenee. Sairauden edetessä ilmenee muistihäiriöitä. Sairastuneella esiintyy usein masentuneisuutta, ja joillain saattaa ilmetä näköharhoja. (Hallikainen ym. 2019, 347.)

Diagnoosin varmistamiseksi tulee olla aiemmin diagnosoitu Parkinsonin tauti sekä aikaisintaan vuosi diagnoosin jälkeen kehittyneet muistiongelmät (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021). Parkinsonin taudissa dopamiinin tuotanto vähenee sekä asetyylikoliinin ja serotoniinin muodostuminen heikkenee. Lääkärin arvio motorisista oireista on tärkeää, sillä esimerkiksi aivojen magneettikuvasta ei voida Parkinsonin tautia tai sen aiheuttamaa muistisairautta havaita. (Hallikainen ym. 2019, 346.)

Parkinsonin taudin lääkehoitona käytetään levodopa-lääkitystä, joka on keinotekoisesti tuotettua dopamiinia. Lääkkeen tarkoituksena on helpottaa taudin oireilua. Parantavaa lääkehoitoa ei ole. (Hallikainen ym. 2014, 295.) Tämän lisäksi voidaan käyttää muistisairauden hoidossa AKE-lääkkeenä tunnettua rivastigmiinia, jolla pyritään vaikuttamaan muistivaikeuksiin, psyykkiseen oireiluun sekä toiminnanohjauksen ongelmiin. Lääkehoidon kanssa tulee kiinnittää erityistä huomiota monipuoliseen liikkumiseen ja ravitsemukseen. (Hallikainen ym. 2019, 347.)

3.2 Ravitsemus

Ravitseminen on tärkeä osa ihmisen terveyttä ja terveyden edistämistä kaikissa elämän vaiheissa. Hyvällä ravitsemustilalla voidaan ennaltaehkäistä sairauksien syntyä sekä vaikuttaa sairauksien etenemiseen. (Henttonen, Ojala, Rautava-Nurmi, Vuorinen & Westergård 2019, 242–244.) Ravitsemushoito toimii terveyden edistäjänä, ja sillä on merkittävä rooli osana potilaiden ja asiakkaiden hoitoa. Kun ravinnon saanti on puutteellista tai elimistö ei pysty hyödyntämään saamia ravintoaineita, ravitsemustila heikentyy. Ikääntyneiden kohdalla ravitsemustilaa on tärkeä arvioida säännöllisesti, jotta ravitsemustilan heikentyminen huomataan hyvissä ajoin. Heikentynyt ravitsemustila on iäkkäillä yhteydessä muuhun sairastumiseen ja toimintakyvyn heikentymiseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 57–59.)

3.2.1 Ravitsemussuositukset

Ravitsemussuositusten mukainen ravitseminen tukee tasapainoista ravitsemuksen tilaa ja terveellisiä elintapoja. Ensimmäiset kansainväliset ravitsemussuositukset on otettu käyttöön vuonna 1936. Ravitsemussuositusten tavoitteena on ehkäistä ravitsemuksen puutostiloja, optimoida elintoimintoja ja toimia hyvän terveyden pohjana. Ravitsemussuositukset eivät pysy vuodesta toiseen samanlaisina, vaan ne muokkautuvat väestön elintapojen ja terveyshaasteiden mukana sekä tuoreen tutkimustiedon pohjalta. (Aro, Mutanen & Uusitupa 2012, 236.) Suomalaiset ravitsemussuositukset pohjautuvat jo 1980-luvulla laadittuihin pohjoismaisiin ravitsemussuosituksiin, joita päivitetään joka kahdeksas vuosi. Päivityksen suorittaa pohjoismaisista asiantuntijoista koostuva ryhmä, joka käy läpi uusimmat tutkimustiedot ravitsemukseen ja terveyshaasteisiin liittyen. Suomalaisilla ravitsemussuosituksilla pyritään tasapainoisen ravitsemuksen saavuttamiseen ja terveyden ylläpitämiseen. Suomalaisissa ravitsemussuosituksien tavoitteena on turvata riittävä ravintoaineiden saanti, pitää energian saanti ja kulutus tasapainossa, lisätä kuidupitoisten hiilihydraattien määrää, vähentää suolan ja sokereiden saantia, vähentää kovan rasvan käyttöä sekä pitää alkoholin käyttö kohtuullisena. Ravitsemussuosituksissa esitetyt ravintoaineiden, kuten hiilihydraattien, proteiinien, rasvojen, vitamiinien ja kivennäisaineiden, määrät kuvaavat suositeltavaa saantia. Määrät perustuvat laskettuun keskimääräiseen tarpeeseen ja sen hajontaan. Hajonta on laskettu niin suureksi, että suositukset vastaavat lähes koko väestön tarvetta. Ravitsemussuositukset soveltuvat myös sellaisenaan henkilöille, jotka sairastavat tyypin 2 diabetesta, verenpainetautia tai joilla on poikkeavia veren rasva-arvoja. (Aro ym. 2012, 237.)

3.2.2 Ikääntyneiden ravitsemus

Ikääntymiseen liittyy erilaisia fysiologisia muutoksia, jotka vaikuttavat ravinnon imeytymiseen ja perusaineenvaihduntaan. Ikääntymiseen liittyy lisäksi psykologisia, sosiaalisia ja taloudellisia muutoksia, jotka voivat osaltaan altistaa ravitsemustilan heikentymiseen ja erilaisiin puutostiloihin. Ikääntyminen saa aikaan kehossa muutoksia, jotka osaltaan altistavat ravitsemushäiriöille ja toiminnallisille muutoksille elimistössä. Ikääntyessä veden osuus ja luuston mineraalipitoisuus pienenee elimistössä, rasvakuoksen osuus lisääntyy ja rasvattoman kudoksen, pääasiassa lihassmassan, osuus pienenee. (Aro ym. 2012, 281.) Ikääntymisen myötä myös energiankulutus vähenee, kun liikkuminen ja lihassmassa vähenee. Kun liikunta ja energiankulutus vähenee, usein myös ruokahalussa tapahtuu muutoksia. Myös erilaiset sairaudet vaikuttavat ruokahaluun ja ravitsemukseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2021, 3.)

3.2.3 Ikääntymisen tuomat muutokset ruoansulatuselimistössä

Ikääntyminen ei itsessään tuo suurta muutosta maku- ja hajuaistiin, mutta huono ravitsemustila, lääkkeet, suun puutteellinen hygienia ja keskushermoston sairaudet voivat aiheuttaa muutoksia makuaistissa. 74–79 vuotiaista 40 % käyttää hammasproteeseja ja 2–3% on täysin hampaattomia, ja heistä 20–25 % kertoo kärsivänsä purentaongelmista. Purentaongelmat ja hampaattomuus voivat vaikeuttaa syömistä ja näin ollen lisätä huonon ravitsemustilan riskiä. Purentaongelmat ja hampaattomuus vähentävät hiilihydraattien, kuidun, kalsiumin, raudan sekä useiden muiden vitamiinien saantia. (Aro ym. 2012, 282.) Ikääntyminen hidastaa jonkin verran mahalaukun tyhjentymisnopeutta, minkä vuoksi kylläisyyden tunne tulee ikääntyneillä varhaisemmin kuin nuoremmilla henkilöillä. Merkittävin mahalaukun muutos ikääntyneillä on suolahapon erityksen väheneminen, mikä lisää kalsiumin ja raudan imeytymishäiriöitä sekä altistaa bakteerien siirtymistä ohutsuoleen, joka edelleen heikentää rasvojen ja muiden ravintoaineiden imeytymistä. Noin kolmasosalta ikääntyneistä löytyy myös oireeton mahalaukun surkastuma, joka hapon erityksen vähenemisen ohella voi johtaa B12-vitamiinin imeytymishäiriöihin ja anemiaan. Ikääntyessä maksan koko pienentyy ja maksan porttiverenkierto vähenee, mikä vaikuttaa useiden lääkeaineiden metaboloitumiseen. Paksusuolen supistelu hidastuu jonkin verran ikääntyessä, mistä voi seurata ummetusta. Yleisempi syy ummetukseen iäkkäillä on kuitenkin vähäinen liikunta ja ruuan vähäinen kuitupitoisuus. (Aro ym. 2012, 283–284.)

3.2.4 Ravitsemustilan arviointi

Ravitsemustila kuvastaa yksilön terveydentilaa, johon vaikuttavat ravinnon saanti sekä elimistön kyky hyödyntää saamaansa ravintoa. Ravitsemuksen tilaa voidaan arvioida haastattelun pohjalta sekä kliinisesti että antropometrisiä ja kehonkoostumus mittauksia hyväksikäyttäen. Antropometrisiä mittauksia ovat potilaan tai asiakkaan paino ja pituus. Painoa voidaan verrata normaalipainoon tai potilaan/asiakkaan aikaisempaan painoon. Antropometrisiin mittauksiin kuuluvat myös erinäiset ympärysmittat, mutta ne eivät yksittäisinä mittauksina anna kovinkaan paljoa tietoa ravitsemustilasta, sillä ne ovat hyvin yksilöllisiä. (Aro ym. 2012, 206.) Jotkin laboratoriotutkimukset voivat antaa viitteitä tiettyjen ravintoaineiden puutoksesta. Ravitsemuksen tilan arviointiin pohjan luovat potilaan tai asiakkaan esitiedot. Potilaasta tai asiakkaasta kerätään ravintoanamneesi osana ravitsemustilan arviointia. Ravintoanamneesi pitää sisällään potilaan tai asiakkaan yleistilan, suorituskyvyn ja sen muutokset, painon, painoindeksin ja painon muutokset, energian ja proteiinin saanti viimeisten viikkojen aikana sekä ravinnonottoon vaikuttavat tekijät, kuten oksentelu, ripulointi tai nielemisvaikeudet. Kliinisesti arvioidaan rasvakudoksen ja lihasten määrää. Kliinisesti kiinnitetään myös huomiota erityisesti ihon, limakalvojen, hiusten ja kynsien tilaan. Hiusten irtoaminen, hauraat kynnet, halkeilevat suunpielet ja limakalvojen muutokset voivat olla merkkejä heikentyneestä ravitsemuksen tilasta, jopa pitkälle edenneestä vajaaravitsemuksesta. (Aro ym. 2012, 204–205.)

Muistisairaahan potilaan kohdalla ravitsemuksen tilan arviointi suoraan haastattelun perusteella voi olla haastavaa, sillä muistisairaalla voi olla vaikeuksia antaa luotettavia tietoja omasta ravinnon saannistaan. Muistisairaahan kohdalla kuitenkin ravitsemuksen tilaa on tärkeää arvioida säännöllisesti. Muistisairaahan kohdalla ravitsemuksen tilaa arvioidessa on hyvä punnita potilas/asiakas säännöllisesti. Lisäksi kiinnitetään huomiota ruokailun onnistumiseen, eri ravintoaineiden saamiseen sekä ruuan hankkimiseen. Muistisairaahan heikentyneestä ravitsemustilasta voi kertoa muutokset ruokailurytmissä, käyttäytymisen muutokset, toimintakyvyn heikentyminen, syömisvaikeudet tai kasvanut mieltymys makeaan. Muistisairaahan ravitsemustilan arvioinnissa voidaan käyttää tukena MNA-testiä (Mini Nutrition Assessment) (LIITE 4). MNA-testi on yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin kehitetty testi. Sen avulla on mahdollista havaita varhaisessa vaiheessa ravitsemustilan heikentymistä ja riskiä vajaaravitsemukseen. (Hallikainen ym. 2017, 121.)

3.2.5 Vajaaravitsemus ja aliravitsemustilat

Erilaiset fyysiset, psyykkiset tai sosiaaliset tekijät voivat altistaa vajaaravitsemukselle. Vajaaravitsemuksen riskiä lisäävät muun muassa krooniset sairaudet, merkittävät ruoka-aineallergiat, imeytymishäiriö, aineenvaihduntaa kiihdyttävät tilat ja sairaudet, laitoshoido, yksinasuminen sekä dementia. Vajaaravitsemus vaikuttaa haavojen parantumiseen ja toipumisaikaan negatiivisesti sekä lisää tulehduksen ja komplikaatioiden riskiä. Vajaaravitsemusriskissä olevat potilaat olisivat tärkeää tunnistaa ajoissa, jolloin vajaaravitsemuksen ehkäiseminen tai sen hoitaminen pystytään aloittamaan mahdollisimman aikaisin. Vajaaravitsemusta voidaan hoitaa huolehtimalla ravinnonsaannista sekä tarvittaessa lisäämällä ruokavaliioon kliinisiä ravintovalmisteita. Vajaaravitsemuspotilaan kohdalla ravitsemustilan seuranta on oleellinen osa vajaaravitsemuksen hoitoa. Potilaan ravinnonsaantia tulee seurata ja esimerkiksi oksentelun tai syömättä jättämisen syy tulee aina selvittää. (Sinisalo 2015, 103–104.)

Aliravitsemus jaetaan perinteisesti proteiinin puutteesta johtuvaan kvasiorkorin tyyppiseen tilaan tai energiansaannin riittämättömyydestä johtuvaan marasmin tyyppiseen tilaan. Useimmiten käytännössä nähdään näiden aliravitsemustilojen eriasteisia välimuotoja. Mahdollista aliravitsemustilaa selvittäessä tulee huomioida potilaan yleistila, energian ja proteiinin saanti viime aikoina, paino ja sen mahdolliset muutokset, painoindeksi, suorituskyky ja sen mahdolliset muutokset, lihasvoima, lihassurkastumat, rasvakudoksen määrä, mahdolliset turvotukset, limakalvojen kunto sekä mahdollinen oksentelu, ripulointi tai muu ravinnonottoon vaikuttanut tekijä. Aliravitsemustilaa selvittäessä on hyvä tehdä myös laboratoriotutkimuksia, kuten perusverenkuva, elektrolyytit, kreatiniini, urea ja albumiini, sillä esimerkiksi kvasiorkorin tyyppisen tilan diagnosointi voi olla haasteellista ilman laboratoriotutkimuksia. (Aro ym. 2012, 205.)

3.2.6 Painehaavat

Painehaava eli decubitus on ihon tai sen alla olevan kudoksen vaurio. Painehaava muodostuu, kun kudokset ei saa tarpeeksi happea ja ravintoa, ja siihen kohdistuu painetta tai venytystä. Luun ja ihon välillä kudospaine nousee, minkä seurauksena voi hyvinkin nopeasti, jopa muutamassa tunnissa, muodostua painehaava. Painehaava voi olla potilaalle hyvin kivulias, ja paranemisprosessi on yleensä hidaskä. Painehaavan muodostumiselle suurimmassa riskissä ovat iäkkäät ihmiset, joiden ravitsemus ei ole tasapainossa. (Nutricia Medical Oy 2020.) Aliravitsemuksella on yhteys painehaavoihin, ja siksi onkin tärkeää huolehtia potilaan ravitsemuksesta. Muun muassa riittävästä proteiinien sekä A- ja C-vitamiinien saannista

tulee huolehtia painehaavan paranemisen edistämiseksi. (Heikkilä, Juutilainen, Kavola, Kivelä, Kuokkanen, Lagus, Leppäniemi, Mäntymäki, Orell-Kotikangas, Pukki & Saine 2016.)

3.2.7 Muistisairaahan ravitsemus

Muistisairaahan potilaan kohdalla ravitsemukseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, sillä muistisairauksella on usein vaikutusta ruokahaluun ja syömiseen, ja näin ollen ravitsemustilaan. Hyvällä ravitsemuksella voidaan ylläpitää muistisairaahan toimintakykyä, ehkäistä haurastumista ja toimintavajeita sekä pitää yllä lihaskuntoa, yleistä jaksamista sekä ehkäistä lihaskatoa. (Hallinen ym. 2017, 120.)

Muistisairaahan potilaan kohdalla ravitsemuksessa tulisi kiinnittää erityistä huomioita ruoan aistittavaan laatuun eli hajuun, makuun, koostumukseen, väriin ja ruoan lämpötilaan. Iän ja muistisairauden myötä maku- ja hajuaistit voivat heiketä, mikä vaikuttaa siihen, miltä ruoka maistuu. Aiemmat tutut ruoat eivät välttämättä maistuu enää samalta kuin aiemmin, johtuen makuaistin muutoksista. Ruoan valmistuksessa voidaan käyttää hieman enemmän muistisairaalle tuttuja mausteita, joilla saadaan ruokaan enemmän makua heikentyneestä makuaistista huolimatta. Ruoka-annosten värit lisäävät usein ruoan houkuttelevuutta. Lisäämällä ruokaan erivärisiä kasviksia, vihanneksia, juureksia, marjoja ja hedelmiä voidaan saada ruoasta houkuttelevampaa ja samalla myös ravintorikkaampaa. Ruoan koostumuksessa tulee huomioida muistisairaahan mahdolliset purenta- tai nielemisvaikeudet. Ruoassa tulisi kuitenkin olla jonkinlaista rakennetta ja suutuntumaa, sillä se lisää ruuan maistuvuutta. Ruokalajeja ei tule sekoittaa tarpeettomasti keskenään, sillä se voi vaikuttaa ruoan makuun. On tärkeää huomioida ruoan lämpötila ja se, että kylmät ruoat tarjoillaan kylmänä ja lämpimät lämpimänä. (Hallikainen ym. 2017, 118.)

3.2.8 Muistisairaahan ruokailun käytännön toteutus ja ruokailussa avustaminen

Muistisairas ei välttämättä jaksaa syödä suuria annoksia kerralla, joten annokset voivat olla pienempiä, mikä voi lisätä ruoan houkuttelevuutta, ja niitä on oltava säännöllisesti. Aterioiden ollessa kooltaan pienempiä tulee niiden kuitenkin sisältää tarvittava määrä energiaa, proteiinia ja muita ravintoaineita. Säännölliset ruokailuajat ovat tärkeitä, sillä niillä taataan ruokailujen säännöllisyys ja ne luovat rytmiä ja rutiineja muistisairaahan arkeen. Muistisairaus voi tuoda mukanaan hahmottamisvaikeuksia, jotka voivat vaikeuttaa syömistä. Ruoka tulisi kattaa selkeästi, helposti erotettaviin astioihin yksivärisen liinan päälle,

josta muistisairaana on helpompi hahmottaa ruokailuvälineiden sijainti. Kevyet ja paksuvartiset ruokailuvälineet voivat helpottaa ruokailua, mikäli muistisairaana tarttuminen ja puristusvoimat ovat heikentyneet. Ruokapöydässä olisi hyvä välttää esimerkiksi kukkien tai servettien jättämistä muistisairaana käsien ulottuville, sillä muistisairas saattaa epähuomiossa yrittää laittaa näitä suuhun ruokailutilanteessa. Ruokailuun on tärkeää varata riittävästi aikaa. On myös tärkeää rauhoittaa ruokailutilanne. Lääkkeet tulisi ottaa aina ennen tai jälkeen ruokailun eikä koskaan sekoittaa niitä ruoan sekaan, sillä se vaikuttaa ruoan makuun. (Hallinen ym. 2017, 115–117.)

Ruokailutilanteissa on tärkeää antaa ruokailijan toimia itse kaikessa, mihin tämä vielä itse kykenee, eli autetaan vain niissä asioissa, joissa ruokailija tarvitsee apua. Ruokailussa avustettaessa on tärkeää huomioida mahdolliset nielemisvaikeudet, suun kiputilat, purentavaikeudet, tekohampaat sekä vireystilaan vaikuttavat tekijät. Ruokailussa avustamiseen tulee varata riittävästi aikaa, jotta ruokailijan on mahdollista syödä omaan tahtiinsa myös esimerkiksi syötettäessä. Ruokailuasennolla on merkittävä rooli ruokailun onnistumisessa. Ruokailijan ruokailuasento tulee olla tukeva istuma-asento, jossa nieleminen on helpompaa. Ruokailuvälineet asetetaan sopivalle etäisyydelle ruokailijasta. (Hallinen ym. 2017, 118–119.)

3.3 Potilasohjaus

Potilasohjauksen tulisi aina olla potilaslähtöistä. Potilasohjauksessa tulee ensisijaisesti ottaa huomioon sairauden historia; kuinka pitkään potilas on sairastanut, kuinka sitoutunut potilas itse on sairauden hoitoonsa, kuinka paljon potilas tietää sairaudestaan entuudestaan ja kuinka sitoutuneita hoidon suhteen potilaan omaiset ovat. ”Laadukas ohjaus on yksi tärkeimmistä hyvän hoidon pilareista, ja siksi onkin tärkeää potilaan elämänlaadun kannalta panostaa ohjaukseen hyvin.” (Kääriäinen 2007.) Potilasohjauksessa on tärkeää tuoda potilaan ja hänen omaistensa ääni kuuluville ja antaa mahdollisuus vaikuttaa hoidon suunnitteluun. Potilasohjauksessa tulee huomioida potilaan itsemääräämisoikeus; potilaalla on oikeus muun muassa kieltäytyä hoidosta tai olla ottamatta vastaan ohjausta. Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Muistisairaana potilaan ohjaamisessa tulee ottaa huomioon muistisairauden taso eli kuinka pitkälle muistisairaus on edennyt. Ennen muistisairaana potilaan ohjaamista tulisi arvioida kuinka paljon muistisairaana

potilaan on mahdollista ottaa tietoa vastaan. Muistisairaahan ohjaaminen on toimimista yhdessä muistisairaahan kanssa muistisairaahan omatoimisuutta ja turvallisuutta edistävällä tavalla sekä muistisairasta kunnioittaen. Muistisairaahan potilaan potilasohjaus liittyy yleensä tavallisiin arkipäiväisiin asioihin, kuten ruokailuun ja hygienian hoitoon. Mikäli muistisairaus on edennyt jo niin pitkälle, ettei muistisairas enää kykene ottamaan uutta tietoa ja ohjausta vastaan, tulee ohjaus suunnata muistisairaahan omaiselle tai hänestä huolehtivalle henkilölle. (Hallikainen ym. 2017, 38–51.)

4 PROJEKTIN KUVAUS

Tässä luvussa käymme läpi projektimme eri vaiheita, avaamme projektin aikataulua sekä budjettia. Esittelemme myös pedagogisen lähtökohdan, joka oli perustana koulutustilaisuudelle.

4.1 Projektin lähtökohdat

Projektilla tulee olla aina tilaaja sekä projektin toteuttaja. ”Projektitoiminnan mahdollistajat tekevät projektin mahdolliseksi, ja projektitoiminnan toteuttajat vastaavat projektin toimeenpanosta.” (Virtanen 2009, 228.) Projektin tulee aina perustua projektin tilaajan tarpeisiin, ja projektille tulee määritellä projektin tavoitteet, alustava aikataulu ja resurssit, sekä suunnitteluryhmä. (Silfverberg 2007, 47.) Onnistuneen projektin takaamiseksi tulee suunnittelutyön olla laadukasta. Onnistuneessa projektissa tavoitteiden saavuttaminen sekä projektista oppiminen tapahtuu monella tasolla, niin yksilötasolla kuin organisaatio- tasolla. Se, millaisen tiedon pohjalta projekti suunnitellaan ja toteutetaan, miten projektia ohjataan, millaisia korjauksia projektin aikana tehdään sekä miten projektin toteuttajat ovat valmiita tekemään muutoksia projektin aikana, vaikuttaa oppimiseen käytännön projektityössä. (Virtanen 2009, 229.)

Meillä opinnäytetyön tekijöillä on taustaa muistisairaiden potilaiden kanssa työskentelystä, sillä olemme työskennelleet hoivakodeissa, joissa valtaosa potilaista on muistisairaita. Tämän vuoksi tartuimme opinnäytetyön aiheeseen mielenkiinnolla, sillä muistisairaiden hoitotyö on lähellä sydäntämme sekä koimme, että työkokemuksemme avulla saisimme tuotua koulutustilaisuuteen omakohtaista kokemusta ja tietopohjaa.

Opinnäytetyömme toteutettiin projektina Soiten Tunkkarin yleislääketieteen osastolle. Opinnäytetyön tilaajana on Soiten Tunkkarin yleislääketieteenosaston palveluesimies. Projektin lähtökohtana oli vastata opinnäytetyön tilaajan tarpeeseen, joka oli Tunkkarin yleislääketieteen osaston hoitohenkilökunnan tietopohjan kehittäminen ja syventäminen muistisairaana potilaan ravitsemuksen merkityksestä hoitotyössä.

Järjestimme Tunkkarin yleislääketieteenosaston hoitohenkilökunnalle koulutustilaisuuden muistisairaana potilaan ravitsemuksesta sekä siihen liittyvästä potilasohjauksesta. Työelämän yhdyshenkilön kautta todettiin, että koulutustilaisuuden kautta asiat jäisivät todennäköisesti paremmin henkilökunnan mieleen kuin pelkästään tutkimuksia lukemalla.

Suunniteltu projekti edellyttää aina muutostarpeeseen perustuvan tilauksen, ja projektilla tulee olla selkeä alku- ja päätepiste. Projekti alkaa ideointi- ja suunnitteluvaiheesta ja etenee kohti toteuttamisvaihetta. (Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2013, 84–92.)

4.2 Projektin toteuttajat

Projektin toteuttajana toimii projektiryhmä. Projektiryhmä koostuu useammasta henkilöstä, joilla on vastuu projektin toteuttamisesta. Näistä henkilöistä koostuu projektiorganisaatio, joka vastaa projektin toteuttamisesta. Projektissa projektipäälliköllä on aina päävastuu ja hänen tukenaan voi toimia ohjausryhmä. (Paasivaara ym. 2013, 89.)

Opinnäytetyössämme projektipäällikköinä ja toteutusryhmänä toimivat opinnäytetyön tekijät, joilla oli päävastuu opinnäytetyön suunnittelusta ja toteuttamisesta. Ohjausryhmä koostuu opinnäytetyön tilaajasta Tunkkarin yleislääketieteen osaston palveluesimiehestä, joka toimi myös työelämän yhdyshenkilönä, ja opinnäytetyön tekijöiden ammattikorkeakoulusta nimetystä ohjaavasta opettajasta.

4.3 Projektin aikataulu ja budjetti

Asetimme aikataulun (TAULUKKO 1), jonka mukaan opinnäytetyömme olisi tullut olla valmis viimeistään syyskuuhun 2022 mennessä. Halusimme realistisen tavoitteen, sillä tiesimme, että meillä tulisi olemaan haasteita aikataulujen suhteen, jos olisimme halunneet saada opinnäytetyön aikaisemmin valmiiksi. Koronaepidemian tuoma stressi ja opiskelukuorma sekä sen hetkiset elämäntilanteet olivat syynä siihen, että jäimme hieman jälkeen aikataulusta. Projektin viimeistelyvaihe venyi 2022 syyskuun puoli-
väliin asti, ja saimme palautettua opinnäytetyön vasta syyskuun 2022 lopulla.

TAULUKKO 1. Projektin aikataulu

Maaliskuu – toukokuu 2021	Opinnäytetyösuunnitelman tekeminen ja sen hyväksyminen
Huhtikuu – syyskuu 2021	Suunnitteluvaihe
Syyskuu 2021	Tutkimuslupahakemuksen hyväksyminen (LIITE 3)
Lokakuu 2021 – huhtikuu 2022	Teoriatiedon etsiminen ja koulutustilaisuuden materiaalin kokoamisvaihe
Toukokuu 2022	Koulutustilaisuus ja palautteet
Kesäkuu - syyskuu 2022	Pohdinta- ja viimeistelyvaihe

Koulutustilaisuuden budjetti koostuu ainoastaan paperisesta materiaalista, jota tarvitaan kyselyyn. Paperinen materiaali saadaan opinnäytetyön tilaavalta taholta.

4.4 Projektin eteneminen

Tässä osiossa avaamme tarkemmin eri vaiheiden osuuksia ja sisältöä.

4.4.1 Suunnitteluvaihe

Suunnitteluvaiheessa projektille luodaan idea, jonka pohjalta määritellään projektin tavoitteet. Suunnitteluvaiheessa luodaan projektille suunnitteluryhmä. Materiaalien pohjalta suunnitellaan toteutussuunnitelma projektille. (Paasivaara ym. 2013, 84–92.)

Projekti alkoi suunnitteluvaiheesta, jolloin ideoimme aiheen yhdessä työelämäyhdyshenkilön kanssa. Projektin suunnitteluryhmään kuuluvat kyseisen opinnäytetyön tekijöiden lisäksi työelämän yhdyshenkilö Tunkkarin palveluesimies sekä ohjaava opettajamme. Koulutustilaisuuden järjestäjinä toimivat opinnäytetyön tekijät. Projektin aikana työelämän yhdyshenkilö sekä ohjaava opettaja lupautuivat olemaan tukena ja tavoitettavissa aina, kun apua tai neuvoa tarvittiin. Heiltä saimme palautetta projektin etenemisen aikana. Tämän jälkeen etsimme tietoa luotettavista lähteistä ja kartoitimme, mitä aiheesta tiesimme etukäteen ja millaisia tutkimuksia aiheeseen liittyen oli tehty. Aiheesta löytyi joitakin vanhempia oppaita ja aiheeseen sivuten opinnäytetöitä, sekä Käypä hoito -suositus.

4.4.2 Materiaalin kokoaminen

Seuraavana vaiheena oli koulutustilaisuuden materiaalin kokoaminen. Koulutustilaisuuden materiaalit kokosimme suunnitteluvaiheessa kokoamamme materiaalin pohjalta. Koulutustilaisuudessa esitimme materiaalit diaesityksen muodossa (LIITE 1). Koulutustilaisuuden materiaaleihin sisältyi teoriatietoa yleisesti muistisairauksista, muistisairaahan potilaan ravitsemuksesta sekä erilaisia ideoita muistisairaahan potilaan ravitsemuksen ja ruokailutilanteiden toteuttamiseen. Materiaaleissa kerroimme tutkimustiedon pohjalta muistisairaahan potilaan vajaaravitsemuksen riskeistä, erityisesti painehaavariskistä sekä siitä, miten laadukkaalla ravitsemuksella on mahdollista ehkäistä vajaaravitsemuksen riskiä. Koulutustilaisuuden materiaaleissa toimme ilmi käytännönläheisiä keinoja muistisairaahan potilaan ravitsemuksen toteuttamiseen ja siinä ohjaamiseen.

4.4.3 Toteutusvaihe – koulutustilaisuus

Projektin toteutusvaiheessa toteutetaan projektisuunnitelmassa kuvattu projekti. Mikäli projektin toteuttamisvaiheessa ilmenee, että projektisuunnitelmaan tarvitaan vielä muutoksia, tehdään tarvittavat muutokset ennen projektin toteuttamista. (Mäntyneva 2016, 17.) Toteuttamisvaiheessa projektin tehtävät hoidetaan ennalta sovitun projektiryhmän kanssa. Yhteistyön merkitys korostuu etenkin tässä vaiheessa. (Paasivaara ym. 2013, 84–92.)

Koulutustilaisuuden materiaalin kokoamisvaiheen jälkeen seuraavana projektin vaiheena oli toteutusvaihe eli itse koulutustilaisuus. Koulutustilaisuus järjestettiin yhdessä työelämän kanssa sovittuna päivänä. Koulutustilaisuuden järjestämiselle valittiin päivä 4.5.2022. Koulutustilaisuuden kohdehenkilöinä olivat Soiten Tunkkarin yleislääketieteen osaston sairaanhoitajat, lähihoitajat sekä hoiva-avustajat. Koulutustilaisuus oli alun perin tarkoitus järjestää Tunkkarin yleislääketieteen osastolla, mutta vallitsevan koronaepidemian vuoksi koulutustilaisuus päädyttiin järjestämään etänä Teams-yhteyden välityksellä. Koulutustilaisuudessa opinnäytetyöntekijät esittelivät koulutustilaisuuteen kerätyn materiaalin koulutusmuodossa. Tilaisuuden jälkeen jaoin koulutuksessa esitetyn materiaalin hoitohenkilökunnan käyttöön.

4.4.4 Pohdinta- ja viimeistelyvaihe

Projektin päättämisen vaiheessa tavoitteena on saada projekti päätökseen. Tällöin pohditaan projektin tuloksien jatkoa; mitä tuloksille tapahtuu, miten niitä tullaan hyödyntämään jatkossa ja millä keinoilla varmistetaan niiden käyttöönotto. (Paasivaara ym. 2013, 84–92.)

Koulutustilaisuuden jälkeen alkoi opinnäytetyömme pohdinta- ja viimeistelyosuus. Tässä projektivaiheessa arvioimme omaa panostustamme opinnäytetyöllemme sekä aikaansaamaamme tuotosta. Kävimme läpi koulutustilaisuudesta saamiamme palautteita ja arvioimme niiden kautta onnistumistamme sekä koulutustilaisuuden vaikuttavuutta. Kirjoitimme tiivistelmäosuudet valmiiksi sekä suomeksi että englanniksi.

Kävimme läpi ohjaavan opettajan kanssa asiasisältöä sekä sen puutteita ja korjausehdotuksia. Muokkasimme tekstiä sujuvammaksi ja lukijalle helpommin ymmärrettäväksi. Hioimme vielä koko opinnäytetyön ulkonäköä paremmaksi. Lopuksi kirjoitimme opinnäytetyön tekstiosuuden valmiiksi ja lähetimme opinnäytetyön plagiointiohjelman kautta opettajille arvioitavaksi.

4.5 Pedagoginen lähestymistapa

Koulutustilaisuuden opetustavaksi valitsimme konstruktivistisen opetusmenetelmän. Konstruktivistisellä opetuksella pyritään kehittävään oppimiseen, eli sen lähtökohtana ovat oppijan tiedot ja taidot sekä näiden kehittäminen, syventäminen ja ajantasaisuus. Oppiminen on aktiivista toimintaa, jossa oppija tekee havaintoja ja tulkitsee niitä sekä saamaansa uutta tietoa jo aikaisemmin hankitun tiedon ja kokemusten pohjalta. Oppiminen on oppijan oman toiminnan tuotos. (Siljander 2014, 224.) Pyrkimyksenä on tuoda muistisairaahan ravitsemukseen uusia näkökulmia, joiden avulla kuulijat voivat kehittää aiempaa tietopohjaa omassa työssään. Koulutuksessa käytettävä materiaali tulee perustua uusimpaan tutkimustietoon, jotta kuulijoille pystytään takaamaan tiedon ajantasaisuus (Koivula, Ruotsalainen, Saaranen, Salminen & Wärnå-Furu 2018).

Konstruktiiivinen opetusmenetelmä toimi koulutustilaisuudessamme mielestämme parhaiten. Koulutustilaisuuteen osallistuvalla hoitohenkilökunnalla oli jo olemassa olevaa tietoa ja taitoja aiheeseen liittyen oman koulutuksensa ja työkokemuksensa kautta. Konstruktiiivista opetusmenetelmää hyödyntäen pystyimme kehittämään ja syventämään hoitohenkilökunnan jo olemassa olevia tietoja ja taitoja sekä hoitohenkilökunnan oli mahdollista peilata koulutustilaisuudessa annettuja esimerkkejä käytäntöön.

5 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyötämme tehdessämme pyrimme koko prosessin aikana tunnistamaan eettiset ongelmat ja mahdolliset luotettavuutta heikentävät asiat. Opinnäytetyömme eettisyyttä tukee rehellisyys, luotettavuus, huolellisuus ja tarkkaavaisuus. Noudatimme kaikissa opinnäytetyömme tekemisen vaiheissa huolellisuutta ja tarkkaavaisuutta. Rehellisyys ja luotettavuus muodostuivat opinnäytetyössämme luotettavista ja näyttöön perustuvista lähteistä sekä tiedon tuomisesta esille rehellisesti, vaikka tutkittu tieto ei vastannut toisinaan omia mielipiteitämme. Näyttöön perustuvilla lähteillä tarkoitetaan lähteitä, joiden sisältö on tutkittu ja osoitettu oikeaksi ja todeksi (Mattila, Rekola & Sarajärvi 2011, 11). Emme tuoneet opinnäytetyössämme esiin omia mielipiteitämme tutkittuna tietona. Ennen varsinaisen opinnäytetyön aloittamista huolehdimme siitä, että meillä oli tarvittavat luvat hankittuna. Tutkimusluvan haimme Soitelta virallisella tutkimuslupahakemuksella ja yhteistyösopimuksen kirjoitimme työelämänyhteyshenkilön kanssa.

Opinnäytetyömme aihe on tärkeä muistisairaahan hyvän hoidon takaamiseksi. Opinnäytetyössämme eettisyyttä tukee potilaslähtöinen lähestymistapa ohjaamiseen. Korostamme opinnäytetyössämme muistisairaahan yksilöllisyyttä, kunnioittamista sekä itsemääräämisoikeuden säilyttämistä. Opinnäytetyössämme pyrimme tuomaan ohjaamisen esiin muistisairaahan potilaan kannalta myönteisellä tavalla, joka tukee eettistä toimintaa. Opinnäytetyössämme pyrimme tuomaan ohjaamisen esiin muistisairaahan potilaan kannalta myönteisellä tavalla, mikä tukee eettistä toimintaa.

Opinnäytetyömme aiheeseen liittyi kuitenkin eettisiä ongelmia. Muistisairailta on usein heikentynyt kyky huolehtia itsestään ja ymmärtää omaa parastaan. Muistisairaasta yleensä huolehtiikin hoitohenkilökunta tai omaiset. Tässä opinnäytetyössämme halusimme korostaa nimenomaan hoitohenkilökunnan ja omaisten roolia ohjauksessa. Muistisairaahan voi olla hankala ottaa vastaan ohjausta ja varsinkaan muistaa ohjattuja asioita, minkä vuoksi ohjaaminen kohdistetaan hoitohenkilökuntaan ja omaisiin. Ohjaamisen kohdistaminen hoitohenkilökuntaan ja omaisiin voi nostaa esiin eettisen ongelman, joka liittyy muistisairaahan omaan tahtoon ja itsemääräämisoikeuteen. Jokaisella henkilöllä on itsemääräämisoikeus, myös muistisairaalla. Opinnäytetyössä haluamme tuoda esiin sen, että muistisairaahan ohjaaminen tulee tapahtua muistisairasta kunnioittavasti ja muistisairaahan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen.

Käytimme opinnäytetyössämme laadukkaita, luotettavia ja näyttöön perustuvia lähteitä. Näyttöön perustuvilla lähteillä tarkoitetaan lähteitä, joiden sisältö on tutkittu ja osoitettu oikeaksi ja todeksi. Näyttöön perustuvassa lähteessä sen sisältö on todistettu objektiivisesti esimerkiksi tutkimuksella. (Mattila ym. 2011, 11.) Käytimme useita lähteitä, jotta tietomme olisi mahdollisimman laajaa ja luotettavaa sekä pohjautuisi useisiin aiheeseen liittyviin tutkimuksiin ja näyttöön perustuviin toimintoihin. Arvioimme luotettavuutta koko opinnäytetyön tekemisprosessin ajan. Luotettavuuden arviointiin käytimme myös koulutustilaisuudesta henkilökunnalta pienimuotoisen kyselyn kautta saamaamme palautetta, jonka analysoimme huolellisesti. Luotettavuutta arvioidessamme toimimme kriittisesti ja rehellisesti.

Pyrimme opinnäytetyössämme noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimia hyvän tieteellisen käytännön ohjeita, siltä osin, kun pystyimme niitä noudattamaan projektimuotoisessa opinnäytetyössä. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön ohjeista työssämme korostuu erityisesti rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus sekä tieteelliseen tutkimuksen kriteerien mukaisien ja eettisesti kestävien tiedonhakumenetelmien käyttö.

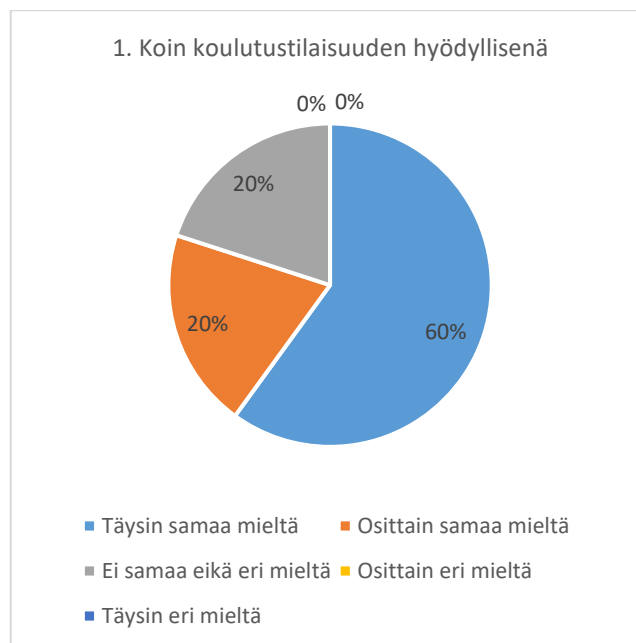
6 PALAUTTEET

Tässä luvussa käymme läpi saamaamme palautetta koulutustilaisuuteen osallistujilta, työelämäyhdyskunniltä sekä ohjaavalta opettajaltamme.

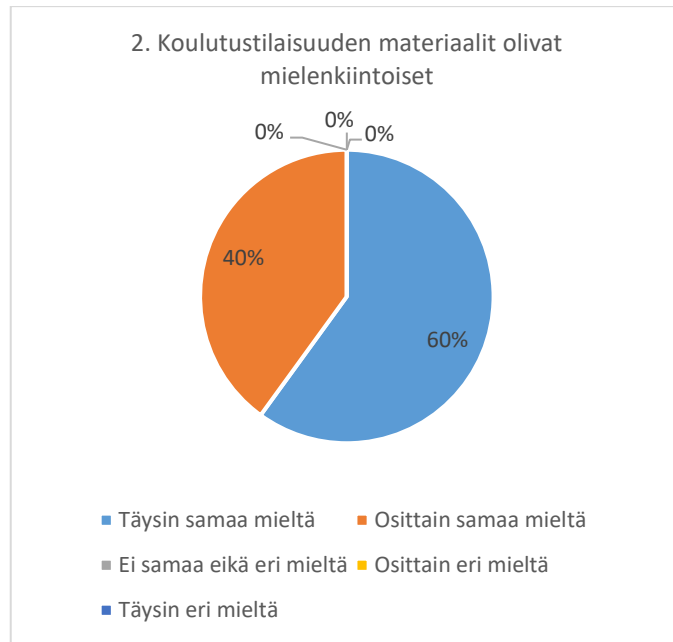
6.1 Koulutustilaisuuden päätteeksi saama palaute kyselylomakkeilla

Henkilökunnalta keräsimme koulutustilaisuuden päätteeksi palautetta kyselylomakkeilla. Kyselylomake koostui muutamasta kysymyksestä, joiden avulla arvioimme palautetta henkilökunnalta koulutustilaisuuden onnistumisesta ja hyödyllisyydestä. Kysely oli tehty käyttäen Likert-asteikkoa. Kyselylomake löytyy liitteistä (LIITE 2). Kyselylomakkeiden vastaukset analysoimme projektin päättämävaiheessa.

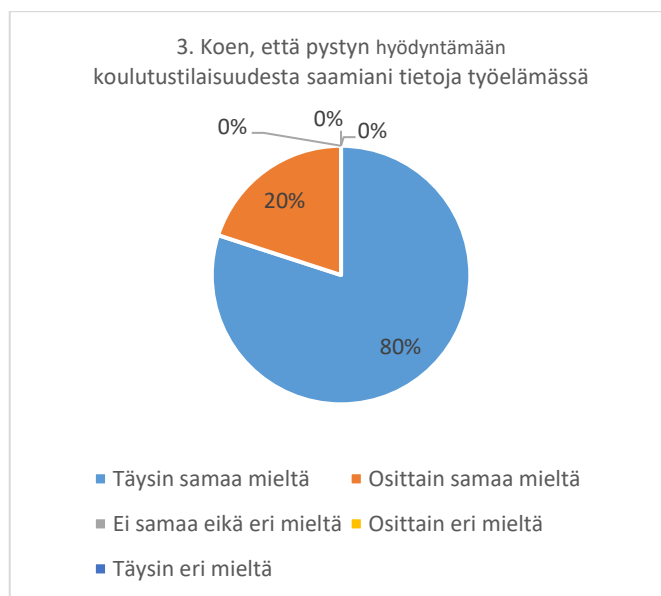
Vastauksien palautteet olivat positiivisia. Vastaajat kokivat, että koulutuksen aihe oli ollut tärkeä (KUVIO 5) ja hyödyllinen (KUVIO 1). Koulutuksen pituus oli ollut sopiva (KUVIO 4) sekä koulutuksen materiaalit mielenkiintoiset (KUVIO 2). Suurin osa koki, että pystyy jatkossa hyödyntämään oppimaansa työelämässä (KUVIO 3). Vastauksista saimme tärkeää tietoa itsellemme siitä, että aiheesta oli tarpeellista tehdä opinnäytetyö.

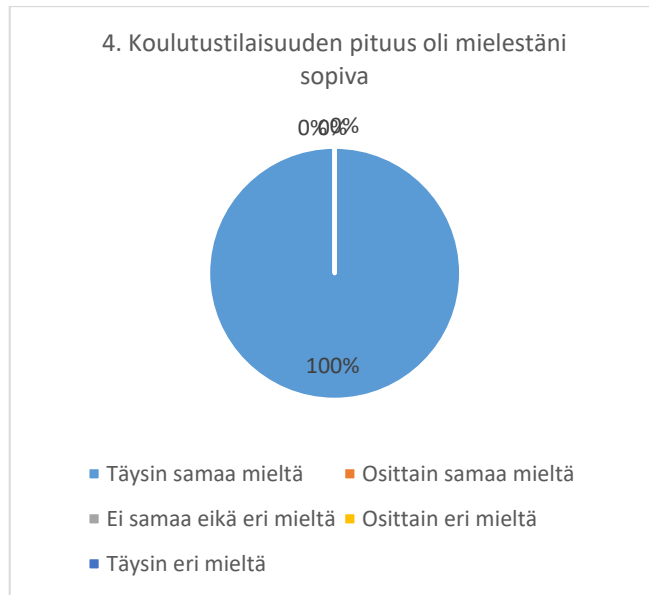


Kuvio 1 Koulutustilaisuuden hyödyllisenä kokeneet

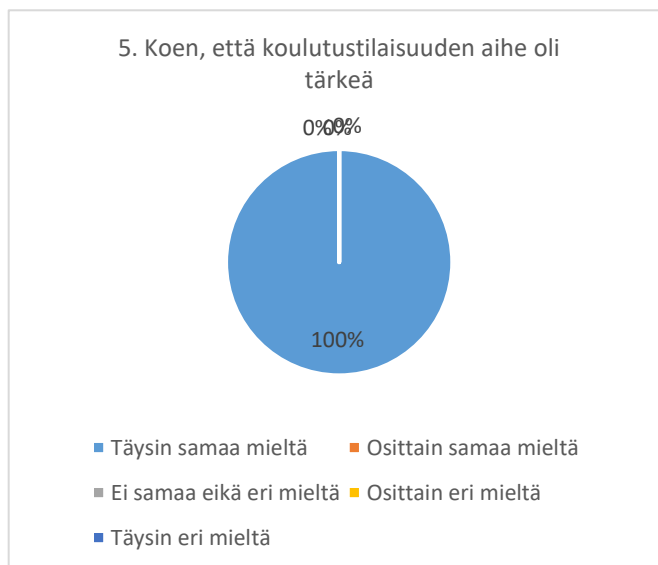


Kuvio 2 Materiaalien mielenkiintoisena kokeneet

Kuvio 3 Koulutustilaisuudesta saamien tietojen hyödyntäminen
jatkossa työelämässä kokeneet



Kuvio 4 Koulutustilaisuuden pituuden sopivana kokeneet



Kuvio 5 Koulutuksen aiheen tärkeänä kokeneet

6.2 Työelämäyhdysenkilön antama palaute

Ohjausryhmän työelämän yhdysenkilöltä pyysimme koulutustilaisuuden jälkeen kirjallisen palautteen, jossa toivoimme työelämän yhdysenkilön antavan palautetta koulutustilaisuuden onnistumisesta ja hyödyllisyydestä. Saimme palautetta, että esityksemme jälkeen oli herännyt hyvää keskustelua, joka jatkui useampana päivänä ideoimisineen. Koulutustilaisuus oli ollut onnistunut kokonaisuus.

6.3 Opinnäytetyön ohjaavan opettajan antama palaute

Ohjausryhmään kuuluva ohjaava opettaja oli estynyt osallistumaan koulutustilaisuuteen, minkä vuoksi pyysimme häneltä palautteen koulutustilaisuudessa käytettävistä materiaaleista ennen koulutustilaisuutta. Palautteena ohjaavalta opettajalta materiaaleista saimme, että materiaalien sisältö oli kattava ja informatiivinen. Ohjaava opettaja pyysi vielä elävöittämään diaesitystä aiheeseen liittyvillä kuvilla. Ennen koulutustilaisuutta lisäsimme saamamme palautteen pohjalta diaesityksemme vielä kuvia elävöittämään esitystä sekä herättämään katsojien mielenkiintoa.

7 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessimme alkoi keväällä 2021. Saimme vinkkiä siitä, että Tunkkarin yleislääketieteen osastolla olisi ehdottaa aiheita opinnäytetyölle. Lähestyimme tämän takia Tunkkarin yleislääketieteen palveluesimiestä, jolla oli ehdottaa muutamia vaihtoehtoja, joista valitsimme tämän muistisairaahan ravitsemukseen liittyvän aiheen. Aiheen sisältö muokkautui opinnäytetyöprosessin edetessä, sillä jouduimme jonkin verran rajaamaan aihetta. Alun perin oli tarkoitus sisällyttää enemmän painehaavojen ja potilasohjauksen osuutta muistisairaahan potilaan hoidossa, mutta työtä tehdessä havahtuimme siihen, että aihe tulisi olemaan liian laaja. Opinnäytetyöprosessin edetessä jouduimme edelleen rajaamaan aihetta tarkemmin, ja lopulta aihe rajautui muistisairaahan ravitsemukseen sekä sivuamaan lyhyesti vajaaravitsemuksen riskejä, joihin painehaavat lukeutuvat. Aiheen rajautumisen vuoksi opinnäytetyömme virallinen otsikkokin koki muutoksia opinnäytetyöprosessin edetessä. Tutkimuslupaa haimme aiemmalla otsikolla ”Potilasohjaus muistisairaahan potilaan ravitsemuksesta”. Opinnäytetyön sisältö pysyi kuitenkin opinnäytetyöprosessin ajan samana, sisältöä vain rajattiin. Lopulta otsikko muokattiin ”Ravitsemuksen merkitys muistisairaahan potilaan hoitotyössä”, jotta se vastaisi mahdollisimman hyvin opinnäytetyön sisältöä.

Opinnäytetyön ja koulutustilaisuuden materiaalia koottaessa perehdyimme sekä kävimme läpi lukuisia tieteellisiä artikkeleja sekä teoksia, jotka käsittelivät aihettamme. Vaikka sairaanhoitajaopintojemme avulla meillä oli jo perusasiat hallussa, niin opinnäytetyöprosessin edetessä koimme, että tietopohjamme syventyi ja vahvistui huomattavasti. Tämän suhteen huomasimme ammatillista kasvua.

Vastoinkäymisiäkin tuli prosessin aikana. Vallitsevan koronaepidemian vuoksi yhteydenpidon välineenä käytimme sähköpostia työelämän yhdyshenkilön kanssa, sillä halusimme välttää ylimääräisiä kontakteja. Pidimme myös muutamia Teams-kokouksia, mutta mielestämme olisi ollut tarpeellista nähdä kasvotusten, sillä välillä oli vaikea saada ajatukset esille etäyhteyden kautta. Koronatilanteen vuoksi jouduimme myös siirtämään koulutustilaisuuden etäyhteyden päähän pidettäväksi, kun alkuperäisen suunnitelman mukaan olisi ollut tarkoitus mennä paikan päälle Tunkkariin. Koimme, että tämän vuoksi emme välttämättä saaneet tuotua esille halutulla tavalla käytännön esimerkkejä ruokailutilanteista.

Koko opinnäytetyöprosessin aikana huomasimme kehitystä aikatauluttamisten suhteen. Aluksi oli hyvin haastavaa pysyä aikataulussa muiden opintojen painaessa päälle, mutta yhdessä opimme hiljalleen, että oli tärkeää asettaa aikarajoja eri vaiheille, jotta saisimme koottua materiaalia hyvissä ajoin koulutusti-

laisuutta varten. Opimme käyttämään laajasti tietopankkeja ja löytämään tieteellisiä artikkeleja ja teoksia, joita käyttää opinnäytetyön tietoperustassa. Oivalsimme, kuinka niukasti tiesimmekään opinnäytetyön aiheestamme, ja opimme syventämään tietopohjaamme ja osaamistamme laajasti.

Ammatillista kasvua tapahtui opinnäytetyön teon aikana. Opinnäytetyön suunnitelmaa tehdessämme tuntui, että lähteiden löytäminen ja hyödyntäminen sekä asiatekstin kirjoittaminen oli haasteellista. Opinnäytetyön edetessä opimme etsimään luotettavia lähteitä sekä hyödyntämään niitä opinnäytetyösämme. Asiatekstin kirjoittamisessa kehityimme opinnäytetyön edetessä, ja opinnäytetyön loppuvaiheessa asiatekstin tuottaminen oli jo huomattavasti helpompaa.

Koulutustilaisuuden järjestäminen oli meille täysin uutta, sillä aikaisempaa kokemusta ei tällaisesta ollut. Jännitimme kovin, miten saamme organisoitua koulutustilaisuuden sellaiseksi, että siitä saisi mahdollisimman moni eväitä työelämään. Koulutustilaisuudesta saamamme myönteisen palautteen avulla saimme käsityksen siitä, että koulutustilaisuus oli onnistunut. Koimme itse, että koulutustilaisuuden pitäminen Teams-yhteyden kautta oli osittain haastavaa, sillä emme pystyneet konkreettisesti näkemään yleisöä, joten yleisön kanssa keskusteleminen koulutustilaisuuden aikana oli haasteellista. Onnistuimme kuitenkin omasta mielestämme sisällyttämään koulutustilaisuuteen kaiken sen tiedon, jonka halusimmekin, ja lopulta koulutustilaisuudessa esiintyminen sujui luonnollisesti, vaikka sitä alkuun jännitimmekin. Koulutustilaisuus eteni suunnitelmiamme mukaan, joten arvioimme koulutustilaisuuden olleen onnistunut.

LÄHTEET

- Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. *Ravitsemushoito käytännössä*. Helsinki: WSOY.
- Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa M. 2012. *Ravitsemustiede*. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy.
- Atula, S. 2019. *Lewyn kappale -tauti*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01105>. Viitattu 4.3.2022.
- Erkinjuntti, T., Jokinen, H., Melkas, S., Oksala, N. J. & Putaala, J. 2013. Aivojen pienten suonten tauti. *Suomen lääkärilehti*. 2013; Vol. 68, No. 16.
- Erkinjuntti, T., Remes A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. *Muistisairaudet*. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.
- Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. 2019. *Muistisairaanhoito*. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.
- Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017. *Muistisairaan hoidon hyvät käytännöt*. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.
- Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. & Forder, M. 2014. *Muistisairaanhoito kuntouttava hoito*. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim.
- Heikkilä, A., Juutilainen, V., Kavola, H., Kivelä, A., Kuokkanen, O., Lagus, H., Leppäniemi, E., Mäntymäki, J., Orell-Kotikangas, H., Pukki, T. & Saine, L. 2016. *Estä painehaavat*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Internetissä saatavissa (vaatii käyttäjätunnuksen): www.oppiportti.fi/op/dvk00056. Viitattu 2.5.2021.
- Henttonen, T., Ojala, M., Rautava-Nurmi, H., Vuorinen, S. & Westergård, A. 2019. *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Jehkonen, M., Rasimus, S., Saunamäki, T. & Yliranta, A. 2013. Neglect-oire aivoverenkierron häiriön jälkeen - potilaan neuropsykologinen kuntoutus. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2013;129(5). Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10858>. Viitattu 4.3.2022.
- Juva, K. 2021. *Alzheimerin tauti*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00699>. Viitattu 24.2.2022
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. *Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Koivisto, A. & Strandberg, T. 2022. Muistisairaudet ovat kasvava kansanterveysongelma. *Suomen lääkärilehti*, Vuosikerta. 77, Nro 13–14.
- Koivula, M. & Ruotsalainen, H. & Saaranen, T. & Salminen, L. & Wärnå-Furu, C. 2018. *Terveysalan opettajan käsikirja*. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Kääriäinen, M. 2007. *Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen*. Oulu. Oulu University Press. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>. Viitattu: 30.4.2021

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Saatavissa: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 30.4.2021.

Mattila, L., Rekola L. & Sarajärvi A. 2011. *Näyttöön perustuva toiminta*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä, 2021. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi/hoi50044. Viitattu 24.2.2021.

Mäntyneva, M. 2016. *Hallittu projekti*. Viro: Printon.

Paasivaara, L. Suhonen, M. & Virtanen, P. 2013. *Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa*. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Painehaavat. 2020. Nutricia Medical Oy. Saatavissa: <https://ammattilaiset.nutricia.fi/sairaudet-ja-ravitsemus/painehaava/>. Viitattu 30.4.2021.

Silfverberg, P. 2007. *Ideasta projektiksi*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Siljander, P. 2014. *Systemaattinen johdatus kasvatustieteeseen: peruskäsitteet ja pääsuuntaukset. Peruskäsitteet ja pääsuuntaukset*. Tampere: Vastapaino.

Sinisalo, L. 2015. *Ravitsemus hoitotyössä*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. *Vireyttä seniorivuosiin - ikääntyneiden ruokasuositus*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2021. *Ravitsemusopas ikääntyneille*. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta.

Virtanen, P. 2009. *Projekti strategian toteuttajana*. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Yleislääketieteen osasto, Tunkkari. 2021. Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvelukuntayhtymä Soite. Saatavissa: https://www.soite.fi/yleislaaketieteen_osasto_tunkkari. Viitattu 16.5.2021.



Ravitsemuksen merkitys muistisairaahan potilaan hoitotyössä

Koulutustilaisuus Soiten Tunkkarin yleislääketieteen osaston hoitohenkilökunnalle
Keskiviikkona 4.5.2022

Sairaanhoitajaopiskelijat Noora Lapinoja & Mia Rintala, Centria AMK



Koulutustilaisuuden tavoitteet:

- Tuoda teille lisätietoa muistisairaahan ravitsemuksesta ja siihen liittyvistä haasteista
- Tuoda uusia näkökulmia muistisairaahan ruokailuun
- Tuoda konkreettisia ohjeita ja neuvoja muistisairaahan potilaan ruokailujen käytännön toteuttamiseen
- Tuoda tietoa vajaaravitsemuksesta, siihen liittyvistä riskeistä sekä sen aiheuttamista haitoista

Ravitsemus yleisesti

- Ravitsemus on tärkeä osa ihmisen terveyttä ja terveyden edistämistä kaikissa elämän vaiheissa.
- Hyvällä ravitsemustilalla voidaan ennaltaehkäistä sairauksien syntyä sekä vaikuttaa sairauksien etenemiseen.
- Ravitsemushoito toimii terveyden edistäjänä ja sillä on merkittävä rooli osana potilaiden ja asiakkaiden hoitoa.
- Oikeanlainen ja oikea-aikainen ravitsemushoito nopeuttaa potilaan toipumista sekä ylläpitää potilaan ravitsemuksen tilaa ja kohentaa elämänlaatua.

Ikääntyneiden ravitsemus

- Ikääntymiseen liittyy erilaisia fysiologisia muutoksia, jotka vaikuttavat ravinnon imeytymiseen ja perusaineenvaihduntaan.
- Ikääntyminen saa aikaan kehossa muutoksia, jotka osaltaan altistavat ravitsemushäiriöille ja toiminnallisille muutoksille elimistössä. Ikääntyessä veden osuus ja luuston mineraalipitoisuus pienenee elimistössä, rasvakudoksen osuus lisääntyy ja rasvattoman kudoksen, pääasiassa lihassan, osuus pienenee.
- Ikääntymiseen liittyy lisäksi psykologisia, sosiaalisia ja taloudellisia muutoksia, jotka voivat osaltaan altistaa ravitsemustilan heikentymiseen ja erilaisiin puutostiloihin.

Ikääntymisen tuomat muutokset ruoansulatuselimistössä

- Ikääntyminen ei itsessään tuo suurta muutosta maku- ja hajuaistiin, mutta huono ravitsemustila, lääkkeet, suun puutteellinen hygienia ja keskushermoston sairaudet voivat aiheuttaa muutoksia makuistissa.
- Purentaongelmat ja hampaattomuus voivat vaikeuttaa syömistä ja näin ollen lisätä huonon ravitsemustilan riskiä.
- Purentaongelmat ja hampaattomuus vähentävät hiilihydraattien, kuidun, kalsiumin, raudan sekä useiden muiden vitamiinien saantia.
- Ikääntyminen hidastaa jonkin verran mahalaukun tyhjentymisnopeutta, jonka vuoksi kylläisyyden tunne tulee ikääntyneillä varhaisemmin kuin nuoremmilla henkilöillä. Merkittävin mahalaukun muutos ikääntyneillä on suolahapon erityksen väheneminen, joka lisää kalsiumin ja raudan imeytymishäiriöitä sekä altistaa bakteerien siirtymistä ohutsuoleen, joka edelleen heikentää rasvojen ja muiden ravintoaineiden imeytymistä.

- Noin kolmasosalta ikääntyneistä löytyy myös oireeton mahalaukun surkastuma, joka hapon erityksen vähenemisen ohella voi johtaa B12-vitamiinin imeytymishäiriöihin ja anemiaan.
- Ikääntyessä maksan koko pienentyy ja maksan porttiverenkierto vähenee, joka vaikuttaa useiden lääkeaineiden metaboloitumiseen.
- Paksusuolen supistelu hidastuu jonkin verran ikääntyessä, josta voi seurata ummetusta. Yleisempi syy ummetukseen iäkkäillä on kuitenkin vähäinen liikunta ja ruuan vähäinen kuitupitoisuus.



Muistisairaudet lyhyesti

- Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, jossa muisti ja muiden tiedonkäsittelyalueiden, kuten hahmotuskyvyn, toiminnanohjauksen ja kielellisten toimintojen alueet heikkenevät. Muistisairauden eteneminen johtaa useimmiten dementia-asteiseen heikentymiseen.
- Muistisairaudelle altistavia tekijöitä ovat ikääntyminen, kohonnut verenpaine, sokeriaineenvaihdunnanhäiriöt, tupakointi, ylipaino sekä vähäinen liikunta. Alkoholin liikkakäytön tiedetään lisäävän myös riskiä sairastua muistisairauteen.
- Muistisairauden diagnosointi varhaisessa vaiheessa on tärkeää, etenkin muistisairaalan ravitsemuksen kannalta, sillä oikeanlainen ravitus auttaa lievittämään muistisairaalan oireita ja sairauden etenemistä.
- Yleisimpiä muistisairauksia Suomessa ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaalan muistisairaus, Lewyn kappale -tauti, otsa-ohimolohkorappeumat sekä Parkinsonin taudin muistisairaus.
- Ravinnon tarve lisääntyy muistisairautta sairastavalla, jonka vuoksi on tärkeää kiinnittää erityistä huomiota muistisairaalan ravitsemukseen liittyen. Puutostiloja ilmenee usein. Painonlasku on yleistä muistisairailla, jonka vuoksi sitä tulee seurata.

Muistisairaalan ravitus

- Muistisairaalan potilaan kohdalla ravitsemukseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, sillä muistisairaudella on usein vaikutusta ruokahuonon ja syömiseen, ja näin ollen ravitsemustilaan.
- Hyvällä ravitsemuksella voidaan ylläpitää muistisairaalan toimintakykyä, ehkäistä haurastumista ja toimintavajeita sekä pitää yllä lihaskuntoa, yleistä jaksamista sekä ehkäistä lihaskatoa.
- Aiemmat tutut ruoat eivät välttämättä maistuu enää samalta kuin aiemmin, johtuen makuuainin muutoksista. Ruoan valmistuksessa voidaan käyttää hieman enemmän muistisairaalle tuttuja mausteita, joilla saadaan ruokaan enemmän makua heikentyneestä makuuainista huolimatta.
- Ruoka-annosten värit lisäävät usein ruoan houkuttelevuutta. Lisäämällä ruokaan erivärisiä kasviksia, vihanneksiä, juureksia, marjoja ja hedelmiä voidaan saada ruoasta houkuttelevampaa ja samalla myös ravintorikkaampaa.
- Ruoan koostumuksessa tulee huomioida muistisairaalan mahdolliset purenta tai nielemisvaikeudet. Kuitenkin jos mahdollista tulisi ruoassa olla jonkinlaista rakennetta ja suutuntumaa sillä se lisää ruoan maistuvuutta.
- Ruokalajeja ei tule sekoittaa tarpeettomasti keskenään, sillä se voi vaikuttaa ruoan makuun. Tärkeää huomioida ruoan lämpötila ja se, että kylmät ruoat tarjoillaan kylmänä ja lämpimät lämpimänä.

Vajaaravitsemus

- Erilaiset fyysiset, psyykkiset tai sosiaaliset tekijät voivat altistaa vajaaravitsemukselle. Vajaaravitsemuksen riskiä lisäävät muun muassa krooniset sairaudet, merkittävät ruoka-aineallergiat, imeytymishäiriö, aineenvaihduntaa kiihdyttävät tilat ja sairaudet, laitoshoito, yksinasuminen sekä dementia.
- Vajaaravitsemus vaikuttaa haavojen parantumiseen ja toipumisaikaan negatiivisesti sekä lisäävät tulehduksen ja komplikaatioiden riskiä.
- Vajaaravitsemuksen tiedetään lisäävän painehaavan riskiä. Painehaavan muodostumiselle suurimmassa riskissä ovat iäkkäät ihmiset, etenkin muistisairaat, joilla ravitsemus ei ole tasapainossa. Muun muassa riittävästä proteiinien sekä A- ja C-vitamiinien saannista tulee huolehtia painehaavan paranemisen edistämiseksi.
- Vajaaravitsemus riskissä olevat potilaat olisivat tärkeää tunnistaa ajoissa, jolloin vajaaravitsemuksen ehkäiseminen tai sen hoitaminen pystytään aloittamaan mahdollisimman aikaisin.
- Vajaaravitsemusta voidaan hoitaa huolehtimalla ravinnonsaannista sekä tarvittaessa lisäämällä ruokavalioon kliinisiä ravintovalmisteita.
- Vajaaravitsemus potilaan kohdalla ravitsemustilan seuranta on oleellinen osa vajaaravitsemuksen hoitoa. Potilaan ravinnonsaantia tulee seurata ja esimerkiksi oksentelun tai syömättä jättämisen syy tulee aina selvittää.
- Vajaaravitsemus jaetaan perinteisesti proteiinin puutteesta johtuvaan kvasiorkorin tyyppiseen tilaan tai energiansaannin riittämättömyydestä johtuvaan marasmin tyyppiseen tilaan.
- Useimmiten käytännössä nähdään näiden aliravitsemustilojen eristisiä välimuotoja.
- Mahdollista vajaaravitsemustilaa selvitetäessä tulee huomioida potilaan yleistila, energian ja proteiinin saanti lähiaikoina, paino ja sen mahdolliset muutokset, painoindeksi, suorituskyky ja sen mahdolliset muutokset, lihasvoima, lihassurkastumat, rasvakudoksen määrä, mahdolliset turvotukset, limakalvojen kunto sekä mahdollinen oksentelu, ripulointi tai muu ravinnonottoon vaikuttanut tekijä.
- Vajaaravitsemustilaa selvitetäessä on hyvä tehdä myös laboratoriotutkimuksia, kuten perusverenkuva, elektrolyytit, kreatiniini, urea ja albumiini, sillä esimerkiksi kvasiorkorin tyyppisen tilan diagnosiointi voi olla haasteellista ilman laboratoriotutkimuksia.

Muistisaira ravitsemustilan arviointi

- Ravitsemustila kuvastaa yksilön terveydentilaa, johon vaikuttavat ravinnon saanti sekä elimistön kyky hyödyntää saamaansa ravintoa.
- Ravitsemuksen tilaa voidaan arvioida haastattelun pohjalta sekä kliinisesti että antropometrisiä ja kehonkoostumus mittauksia hyväksikäyttäen. Antropometrisiä mittauksia ovat potilaan tai asiakkaan paino ja pituus.
- Antropometrisiin mittauksiin kuuluu myös erinäiset ympärysmittat, mutta ne eivät yksittäisinä mittauksina anna kovinkaan paljoa tietoa ravitsemuksentilasta, sillä ne ovat hyvin yksilöllisiä.
- Muistisaira potilaan kohdalla ravitsemuksen tilan arviointi suoraan haastattelun perusteella voi olla haastavaa, sillä muistisairaalla voi olla vaikeuksia antaa luotettavia tietoja omasta ravinnon saannistaan.
- Muistisaira potilaan ravitsemustilan arvioinnissa tärkein asia on säännöllinen painon seuranta.

Muistisaira ruokailun käytännön toteutus ja ruokailussa avustaminen

- Muistisairas ei välttämättä jaksa syödä suuria annoksia kerralla, joten annokset voivat olla pienempiä, joka voi lisätä ruoan houkuttelevuutta ja niitä on oltava säännöllisesti. Aterioiden ollessa kooltaan pienempiä tulee niiden kuitenkin sisältää tarvittava määrä energiaa, proteiinia ja muita ravintoaineita.
- Säännölliset ruokailuajat ovat tärkeitä, sillä niillä taataan ruokailujen säännöllisyys sekä ne luovat rytmiä ja rutineja muistisairaahan arkeen.
- Muistisairaus voi tuoda mukanaan hämmöttämistä, joka voi vaikeuttaa syömistä. Ruoka tulisi kattaa selkeästi, helposti erotettaviin astioihin yksivärisen liinan päälle, josta muistisairaahan on helpompi hämmöttää ruokailuvälineiden sijainti. Kevyet ja paksuvartiset ruokailuvälineet voivat helpottaa ruokailua, mikäli muistisairaahan tarttuminen ja puristusvoimat ovat heikentyneet.

- Muistisairaahan kohdalla kuitenkin ravitsemuksen tilaa on tärkeää arvioida säännöllisesti.
- Lisäksi kiinnitetään huomiota ruokailun onnistumiseen, eri ravintoaineiden saamiseen sekä ruuan hankkimiseen.
- Muistisairaahan heikentyneestä ravitsemustilasta voi kertoa muutokset ruokailurytmissä, käyttäytymisen muutokset, toimintakyvyn heikentyminen, syömisvaikeudet tai kasvanut mieltymys makeaan.
- Muistisairaahan ravitsemustilan arvioinnissa voidaan käyttää tukena MNA-testiä (Mini Nutrition Assessment). MNA-testi on yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin kehitetty testi. Sen avulla on mahdollista havaita varhaisessa vaiheessa ravitsemustilan heikentymistä ja riskiä vajaaravitsemukseen.

<https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-finnish.pdf>

Muistisaira ruokailun käytännön toteutus ja ruokailussa avustaminen

- Muistisairas ei välttämättä jaksa syödä suuria annoksia kerralla, joten annokset voivat olla pienempiä, joka voi lisätä ruoan houkuttelevuutta ja niitä on oltava säännöllisesti. Aterioiden ollessa kooltaan pienempiä tulee niiden kuitenkin sisältää tarvittava määrä energiaa, proteiinia ja muita ravintoaineita.
- Säännölliset ruokailuajat ovat tärkeitä, sillä niillä taataan ruokailujen säännöllisyys sekä ne luovat rytmiä ja rutiineja muistisairaalle arkeen.
- Muistisairaus voi tuoda mukanaan hahmottamisvaikeuksia, joka voi vaikeuttaa syömistä. Ruoka tulisi kattaa selkeästi, helposti erotettaviin astioihin yksivärisen liinan päälle, josta muistisairaalle on helpompaa hahmottaa ruokailuvälineiden sijainti. Kevyet ja paksuvariset ruokailuvälineet voivat helpottaa ruokailua, mikäli muistisairaalle tarruttaminen ja puristusvoimat ovat heikentyneet.

Ruokapöydässä olisi hyvä välttää esimerkiksi kukkien tai servettien jättämistä muistisairaalle käsien ulottuville, sillä muistisairas saattaa epähuomiossa yrittää laittaa näitä suuhun ruokailutilanteissa.

Ruokailuun on tärkeää varata riittävästi aikaa. On myös tärkeää rauhoittaa ruokailutilanne.

Lääkkeet tulisi ottaa aina ennen tai jälkeen ruokailun, eikä koskaan sekoittaa niitä ruoan sekaan, sillä se vaikuttaa ruoan makuun.

Ruokailutilanteissa on tärkeää antaa ruokailijan toimia itse kaikessa mihin vielä itse kykenee eli autetaan vain niissä asioissa, joissa ruokailija tarvitsee apua.

Ruokailussa avustettaessa on tärkeää huomioida mahdolliset nielemisvaikeudet, suun kiputilat, purentavaikeudet, tekoammat sekä vireystilaan vaikuttavat tekijät.

Ruokailussa avustamiseen tulee varata riittävästi aikaa, jotta ruokailijan on mahdollista syödä omaan tahtiinsa myös esimerkiksi syötettäessä.

Ruokailuasennolla on merkittävä rooli ruokailun onnistumisessa.

Ruokailijan ruokailuasento tulee olla tukeva istuma-asento, jossa nieleminen on helpompaa.

Ruokailuvälineet asetetaan sopivalle etäisyydelle ruokailijasta.

Muistisaira potilaan ohjaus ravitsemuksen kannalta

- Potilasohjaus tulisi aina olla potilaslähtöistä.
- Muistisaira potilaan ohjauksessa tulee ensisijaisesti ottaa huomioon kuinka pitkälle muistisairaus on edennyt, sekä kuinka kykeneväinen potilas on ottamaan vastaan ohjausta.
- Potilasohjauksessa on tärkeää tuoda potilaan ja hänen omaistensa ääni kuuluville ja antaa mahdollisuus vaikuttaa hoidon suunnitteluun. Muistisaira potilaan hoidossa omaisille annettava ohjaus on tärkeässä roolissa.
- Laadukas ohjaus on yksi tärkeimmistä hyvän hoidon pilareista, ja siksi onkin tärkeää potilaan elämänlaadun kannalta panostaa ohjaukseen hyvin.

Lähteet

- Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa M. 2012. *Ravitsemustiede*. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy.
- Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017. *Muistisaira hoidon hyvät käytännöt*. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.
- Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. 2019. Muistisairaanhoito. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.
- Henttonen, T., Ojala, M., Rautava-Nurmi, H., Vuorinen, S. & Westergård, A. 2019. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 6. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykiatrian Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä, 2021. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi/hoi50044.
- Sinisalo, L. 2015. *Ravitsemus hoitotyössä*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2021. *Ravitsemusopas ikääntyneille*. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. *Vireyttä seniorivuosiin - ikääntyneiden ruokasuositus*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kysely koulutustilaisuudesta Soiten Tunkkarin yleislääketieteen osaston hoitohenkilökunnalle

1. Koin koulutustilaisuuden hyödyllisenä:

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 osittain samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 2 osittain eri mieltä
- 1 täysin erimielä

2. Koulutustilaisuuden materiaalit olivat mielenkiintoiset:

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 osittain samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 2 osittain eri mieltä
- 1 täysin erimielä

3. Koen, että pystyn hyödyntämään koulutustilaisuudesta saamiani tietoja työelämässä:

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 osittain samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 2 osittain eri mieltä
- 1 täysin erimielä

4. Koulutustilaisuuden pituus oli mielestäni sopiva:

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 osittain samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 2 osittain eri mieltä
- 1 täysin erimielä

5. Koen, että koulutustilaisuuden aihe on tärkeä:

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 osittain samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 2 osittain eri mieltä
- 1 täysin erimielä

**Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveys-
palvelukuntayhtymä**
Hoito ja hoiva

Viranhaltija ja virka-asema
Kurikkala Piia
Johtajaylihoitaja

Päätös

Tutkimuslupapäätös

Päivämäärä / pykälä
22.02.2022 / § 4/2022

Asia, jota päätös koskee	Tutkimuslupa, Noora Lapinoja ja Mia Rintala. Potilasohjaus muistisairaana potilaan ravitsemuksesta.
Asiansaiset	
Selostus asiasta	
Perustelu/ esittelijä	
Päätös	Hyväksyn anotun tutkimusluvan.
Allekirjoitus	Tämä asiakirja on allekirjoitettu sähköisesti asianhallintajärjestelmässä. Allekirjoituksen oikeellisuuden voi todentaa kirjaamosta. Kurikkala Piia Johtajaylihoitaja
Oikaisuvaati- musohjeet/	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Myös sähköinen asiakirja täyttää vaatimuksen kirjallisesta muodosta. Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava: 1) päätös, johon haetaan oikaisua, 2) miten päätöstä halutaan oikaistavaksi ja 3) millä perusteella oikaisua vaaditaan. Lisäksi oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava tekijän nimi, kotikunta, postiosoite ja puhelinnumero. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianomainen) sekä kunnan jäsen.
Oikaisuvaati- musohjeet/ Valitusosoitus/ Muutosvaati- musositus	<input type="checkbox"/> Tähän päätökseen ei saa hakea muutosta Kiellon peruste <input type="checkbox"/> Valitusosoitus - Hallintovalitus
Liitteet	<input type="checkbox"/> Oikaisuvaatimusohjeet <input type="checkbox"/> Valitusosoitus - Hallintovalitus <input type="checkbox"/> Muutosvaatimusosoitus

Postiosoite / Postadress:
Mariankatu/Mariegatan 16-20
67200 KOKKOLA / KARLEBY

Käyntiosoite / Besöksadress:
Keskussairaala/Centralsjukh.
Mariankatu/Mariegatan 16-20

Puhelin / Telefon:
(06) 826 4111
Fax: (06) 826 4650

S-posti / E-post:
etunimi.sukunimi@soite.fi
formamn.effernamn@soite.fi

Internet:
www.soite.fi

Viranomainen
Hoito ja hoiva

Oikaisuvaatimusohjeet
Kunnallisasiat

Päivämäärä Pykälä
22.02.2022 § 4/2022

Oikaisu-vaatimus-oikeus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.
Oikaisu-vaatimus- viranomainen	Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite Hallitus Mariankatu 16-20 67200 KOKKOLA fax 06-826 4650 kirjaamo@soite.fi
Oikaisu-vaatimusaika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kuntalain 140 §:n mukaisesti 7 päivän kuluttua kun pöytäkirja on nähtävänä yleisessä tietoverkossa. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana (hallintolaki 59 § ja 60 §). Käytettäessä tavallista sähköistä tiedoksiantoa asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kolmantena päivänä viestin lähettämisestä, jollei muuta näytetä (laki sähköisestä asiointista viranomaistoiminnassa 19 §). Tiedoksisaantipäivää ei lueta oikaisuvaatimusaikaan. Jos oikaisuvaatimusajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arkilauantai, saa oikaisuvaatimuksen tehdä ensimmäisenä arkipäivänä sen jälkeen.
Pöytäkirjan nähtäväksi asettaminen Tiedoksianto asianosaiselle 1)	Pvm Asianosainen <input type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä (Kuntal. 139§). Annettu postin kuljetettavaksi, pvm/tiedoksiantaja Asianosainen <input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle Paikka, pvm ja tiedoksiantajan allekirjoitus Vastaanottajan allekirjoitus <input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten: Sähköisesti pvm / tiedoksiantaja
Oikaisu-vaatimuksen sisältö ja toimittaminen	Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä viraston aukioloaikana. Oikaisuvaatimuksen voi toimittaa myös telekopiona tai sähköpostitse.
Lisätietoja	

Liitetään päätökseen/otteeseen

1) Täytetään otteeseen, jos päätös annetaan erityistiedoksiantona tiedoksi kuntalain 137 § 1 momentissa tarkoitetulle asianosaiselle. Tummennettu alue täytetään myös viranomaiselle jäävään kaksoiskappaleeseen.

Postiosoite / Postadress:
Mariankatu/Mariegatan 16-20
67200 KOKKOLA / KARLEBY

Käyntiosoite / Besöksadress:
Keskussairaala/Centralsjukh.
Mariankatu/Mariegatan 16-20

Puhelin / Telefon:
(06) 826 4111
Fax: (06) 826 4650

S-posti / E-post:
etunimi.sukunimi@soite.fi
fornamn.efternamn@soite.fi

Internet:
www.soite.fi

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]Nestlé
Nutrition Institute

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

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Lopullisen seulonnan kokonaispistemäärä.

Seulonta	
A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia	<input type="checkbox"/>
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	<input type="checkbox"/>
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona	<input type="checkbox"/>
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>
F1 Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²) 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23 3 = BMI on 23 tai enemmän	<input type="checkbox"/>
JOS ET VOI LASKEA BMI:TÄ, KORVAA KYSYMYKSELLÄ F2. ÄLÄ VASTAA KYSYMYKSEEN F2, JOS OLET JO VASTANNUT KYSYMYKSEEN F1.	
F2 Pohkeen ympärysmitta (PYM), cm 0 = PYM on alle 31 cm 3 = PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>
Seulonnan tulos (Maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila 8-11 pistettä: Riski virheravitsemukselle kasvanut 0-7 pistettä: Aliravittu	

- Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA[®]-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
 Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivuilta.