

Marita Salonen

ASUKKAAN VAJAARAVITSEMUKSEN TUNNISTAMINEN OSANA LAADUKASTA ASUMISPALVELUA

Opinnäytetyö

Sairaanhoitaja YAMK
Kliininen asiantuntija

2023



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Sairaanhoitaja YAMK
Tekijä/Tekijät	Marita Salonen
Työn nimi	Asukkaan vajaaravitsemuksen tunnistaminen osana laadukasta asumispalvelua
Toimeksiantaja	Päijät-Hämeen hyvinvointialue
Vuosi	2023
Sivut	55 sivua, liitteitä 14 sivua
Työn ohjaaja(t)	Riitta-Liisa Jukarainen ja Sirpa Gardemeister

TIIVISTELMÄ

Ravitsemus on merkittävä terveyttä ja hyvää elämänlaatua ylläpitävä ja edistävää tekijä myös kehitysvammaisilla ihmisillä. Hyvä ravitsemushoito on merkittävä ja olennainen osa asiakkaiden ja potilaiden sosiaali- ja terveystalvveluita. Aliravitsemus on yleinen terveys- ja sosiaalihuollon ongelma ja sen vuoksi vajaaravitsemusriskin tunnistaminen on osa kokonaisvaltaista laadukasta hoitoa. Kehitysvammaisilla ihmisillä saattaa lisäksi olla erityistarpeita ravinnonsaannin ja nauttimisen kanssa. Kehitysvammaisten ihmisten ravitsemustilaa ja ruokailua on ylipäättään tutkittu vähän sekä Suomessa että kansainvälisesti.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista vajaaravitsemusriskin ja ravitsemushoidon osaamista vammaispalvelun henkilökunnalla on kyseilyn avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää asukkaiden hoitotyötä siten, että asukkaiden ravitsemushoito perustuu kansallisiin ohjeistuksiin. Tavoitteena on myös että, asukkaiden mahdollisen vajaaravitsemusriski tunnistetaan varhaisessa vaiheessa ja vajaaravitsemusriskin tunnistamisen osaaminen kehittyy. Tutkimuskysymykset tässä työssä olivat:

1. Miten henkilökunta tunnistaa vajaaravitsemusriskissä olevan asukkaan?
2. Miten henkilökunta hoitaa vajaaravitsemusriskissä olevaa asiakasta?

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisia eli määrällisiä menetelmiä hyödyntäen Webropol-kyselyn avulla. Kysely toteutettiin ympärivuorokautisen palveluasumisen ja yhteisöllisen asumisen asukkaita hoitavalle ja ruokailusta vastaavalle henkilökunnalle. Vastausprosentti oli 10 %, minkä vuoksi tulokset ovat vain suuntaa antavia.

Tuloksissa ilmeni, että kansallisia vajaaravitsemuksen seulontakeinoja ei ollut systemaattisesti käytössä. Tavallisin tapa oli seurata painoa ja silmämääräisenä arviona. MNA 2002 -menetelmä ei ollut käytössä ja hoitosuunnitelmissa ei ollut systemaattisesti huomioitu ravitsemusta. Vajaaravitsemuksen seuraukset ja ravinnon rikastamisen keinot tunnistettiin hyvin.

Tulosten pohjalta olisi hyvä, että vajaaravitsemuksen tunnistamiseen, seulontaan ja ravitsemushoitoon tehdään kehittämissuunnitelma. Asumispalvelujen tulee yhtenäistää vajaaravitsemuksen seulontakäytäntöjä, kirjaamista ja ravitsemushoitokäytäntöjä kansallisten ohjeistusten mukaan. Lisäksi hyvinvointialueen ravitsemusyksikkö tulee järjestämään vajaaravitsemuksesta ja ravitsemushoidosta koulutusta Tarvitaan teoriapohjaa hoitotyön käytäntöjen kehittämiseksi.

Asiasanat: vajaaravitsemus, kehitysvamma, ravitsemushoito, asumispalvelut

Degree title	Master of Health Care
Author (authors)	Marita Salonen
Thesis title	Identifying malnutrition as part of quality care
Commissioned by	Päijät-Häme wellbeing services county
Time	2023
Pages	55 pages, 14 pages of appendices
Supervisor	Riitta-Liisa Jukarainen ja Sirpa Gardemeister

ABSTRACT

Nutrition is a significant factor in maintaining and promoting health and a good quality of life, also for people with intellectual disabilities. Good nutrition care is a significant and integral part of the social and health services of customers and patients. Undernourishment is a common problem in health and social care and therefore recognizing the risk of undernourishment is a part of comprehensive high-quality care. In addition, people with intellectual disabilities may have special needs when it comes to food intake and consumption. In general, little research has been done on the nutritional status and nutrition of people with intellectual disabilities both in Finland and internationally.

The purpose of this thesis was to find out with the help of a questionnaire what kind of expertise the staff of the Disability Service has in malnutrition risk and nutritional care. The aim of the thesis was to develop the nursing work of the residents in such a way that the nutrition care of the residents is based on national guidelines. The aim was also that the potential risk of malnutrition among residents is identified at an early stage and competence in identifying the risk of malnutrition develops. The research questions in this work were:

1. How do nurses identify a resident at risk of malnutrition?
2. How do nurses manage a customer at risk of malnutrition?

The thesis was carried out using quantitative methods using the Webropol questionnaire. The survey was carried out for staff caring for residents of a 24-hour service housing and communal housing and for staff responsible for food. The response rate was 10%, which is why the results are only indicative. The results show that there was no systematic use of national means of screening for malnutrition. The most common way was to monitor weight and use visual assessment. The MNA 2002 method was not used, and nutrition was not systematically taken into account in the treatment plans. The consequences of malnutrition and the means of food enrichment were well identified.

Based on the results, it would be good to have a development plan for identifying, screening and nutritional treatment of malnutrition. Housing services must harmonise screening practices, recording, and nutrition care practices for malnutrition in accordance with national guidelines. In addition, the nutrition unit of the wellness area will organise training on malnutrition and nutrition care. A theoretical basis is needed to develop nursing practices.

Keywords:

Malnutrition, developmental disability, nutrition care, care services.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	6
3	TIETOPERUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET.....	9
3.1	Vajaaravitsemus ja virheravitsemus.....	9
3.2	Ravitsemustilan arviointi.....	10
3.3	Ravitsemushoito.....	12
3.4	Kehitysvammaisuus.....	15
3.5	Kehitysvammaisen aikuisen ravitsemuksessa huomioitavat asiat.....	16
3.6	Kehitysvammaisen henkilön ikääntyminen.....	18
3.7	Ikääntyneiden vajaaravitsemuksen tunnistaminen ja ravitsemushoito.....	20
3.8	Teoriatiedon hankinta.....	21
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	23
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	23
5.1	Tutkimusmenetelmä ja kohdejoukko.....	23
5.2	Kyselylomakkeen kehittäminen.....	24
5.3	Aineistonkeruu.....	25
5.4	Aineiston analysointi.....	26
5.5	Kyselyn tulokset ja johtopäätökset.....	27
5.5.1	Vastaajien taustatiedot.....	27
5.5.2	Vastaajien yksiköiden vajaaravitsemusriskin tunnistamisen työkalut.....	28
5.5.3	Vajaaravitsemusriskiä lisäävät tekijät.....	32
5.5.4	Ravitsemushoito-osaaminen.....	33
5.5.5	Tulosten tarkastelua.....	44
6	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA.....	45
7	POHDINTA.....	47
	LÄHTEET.....	52
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ravitseminen on merkittävä terveyttä ja hyvää elämänlaatua ylläpitävä ja edistävä tekijä myös kehitysvammaisilla ihmisillä (Oikeus hyvään ruokaan ja ravitsemustilaan 2020). Hyvä ravitsemushoito on merkittävä ja olennainen osa asiakkaiden ja potilaiden sosiaali- ja terveystalvueluita. Ravitsemushoito yhdistetään usein vain terveydenhuollon palveluihin, mutta se on kiinteä osa myös sosiaalihuollon palveluita. (Suhonen ym. 2020,13; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023,22.) Aliravitseminen on yleinen terveys- ja sosiaalihuollon ongelma (Marinos 2017). Vajaaravitsemusriskin tunnistaminen on osa kokonaisvaltaista laadukasta hoitoa (Mutanen ym. 2021a).

Ravitsemushoidon keskeisin tavoite on taata riittävä ravitseminen. Kaikilla ihmisillä on oikeus näyttöön perustuvaan ravitsemushoitoon. Vajaaravitsemusriski tulee tunnistaa ajoissa, vajaaravitsemustilan syntyminen tulee ehkäistä ja jo syntynyttä vajaaravitsemustilaa tulee hoitaa tehokkaasti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023, 23, 32.) Ravitsemushoidolla voidaan vaikuttaa elämänlaatuun sekä muiden hoitojen, kuten lääke- tai leikkaushoitojen onnistumiseen. Hyvään ravitsemushoitoon kuuluu vajaaravitsemusriskin seulonta, ravitsemustilan arviointi, yksilöllinen ravitsemushoidon suunnitelma ja sen toteutus, oikea-aikainen ja korkealaatuinen ravitsemusohjaus, ravitsemushoidon toteutumisen ja ravitsemuksen mittareiden seuranta, sekä ravitsemushoidon laadun arviointi. (Suhonen ym. 2020,13; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023, 23.)

Aikuisten vajaaravitsemuksen hoito on kallista. Suomessa on arvioitu, että vajaaravitsemuksesta johtuvat lisäkustannukset ovat noin 600 miljoonaa euroa vuosittain. Vajaaravitsemustilassa olevan potilaan hoitajakson hinta sairaalassa on 3 816 euroa enemmän kuin hyvässä ravitsemustilassa olevan potilaan hoito. Ennakoiva vajaaravitsemusriskin seulonta esimerkiksi sosiaali- ja terveystalvuelujen lähitalvueluissa, ikääntyneiden palveluissa ja kolmannen sektorin toiminnassa säästää yhteiskunnan kustannuksia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023, 23.)

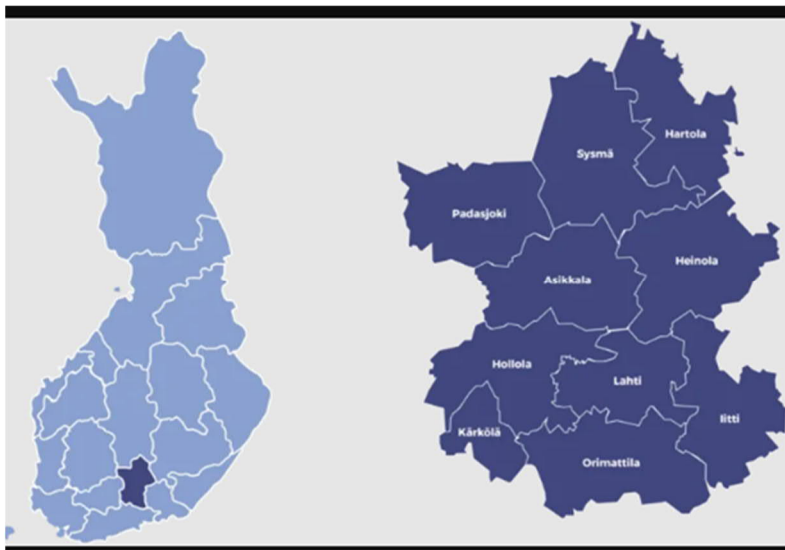
Opinnäytetyöni teen Päijät-Hämeen hyvinvointialueen vammaispalveluiden ympärivuorokautisen palveluasumisen ja yhteisöllisten palveluasumisen yksi-
köihin. Asumispalvelujen piirissä on joko iäkkäitä ihmisiä tai henkilöitä, joilla on runsaasti toimintakykyyn ja terveyteen liittyviä haasteita.

Aihe on tärkeä, koska kehitysvammaisilla ihmisillä saattaa usein olla erityistarpeita ravinnonsaannin -ja nauttimisen kanssa. Kehitysvammaisten ihmisten ravitsemustilaa ja ruokailua on ylipäätään tutkittu vähän sekä Suomessa että kansainvälisesti (Karhumaa ym. 2015). Työskentelen Päijät-Hämeen hyvinvointialueen vammaispalveluiden terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisen tehtävissä palveluvastaavana. Hyvinvointialueella on panostettu henkilökunnan vajaaravitsemuksen tunnistamiseen ja ravitsemusosaamisen kehittämiseen vanhuspalveluissa. Aihe kiinnostaa minua, koska vajaaravitseminen ja asumispalveluiden hyvän ravitsemushoidon kehittäminen liittyy omaan työhöni hoitotyön kehittämisessä.

Aiheeseen opinnäytetyöhöni sain Päijät-Hämeen hyvinvointialueen potilasturvallisuusyksiköltä. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaista vajaaravitsemusriskin ja ravitsemushoidon osaamista vammaispalvelun henkilökunnalla on kyselyn avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää asukkaiden hoitotyötä siten, että asukkaiden ravitsemushoito perustuu kansallisiin ohjeistuksiin. Tavoitteena on myös että, asukkaiden mahdollisen vajaaravitsemusriski tunnistetaan varhaisessa vaiheessa ja vajaaravitsemusriskin tunnistamisen osaaminen kehittyä.

2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Toimeksiantajani on Päijät-Hämeen Hyvinvointialue (kuva 1) ja vammaispalvelujen asumispalvelut, joka on osa perhe -ja sosiaalipalveluita. Päijät-Hämeen hyvinvointialue on järjestänyt 1.1.2023 alkaen kaikille alueen asukkaille sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelut. Organisaatiossa on viisi toimialaa: pelastustoimiala, ikäntyneiden palvelut ja kuntoutus, perhe- ja sosiaalipalvelut, terveys- ja sairaanhoitopalvelut ja tukipalvelut. Päijät-Hämeen hyvinvointialueeseen kuuluvat Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Iitti, Kärkölä, Lahti, Orimattila, Padasjoki ja Sysmä. (Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2022.)



Kuva 1. Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2022

Vammaispalvelut tukevat vammaisen ihmisen mahdollisuuksia elää yhteiskunnan tasa-arvoisena jäsenenä, jotta hänellä on mahdollisuus osallistua yhdenvertaiseen elämään yhteiskunnan jäsenenä. Vammaispalveluilla tuetaan asiakkaita, jotka tarvitsevat tukea päivittäisissä toiminnoissa vamman tai sairauden vuoksi. (Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2022.)

Sosiaalihuoltolain mukaisiin asumispalveluihin kuuluvat tilapäinen asuminen, tuettu asuminen, yhteisöllinen asuminen ja ympärivuorokautinen palveluasuminen. Tuettu asuminen auttaa ihmisiä, jotka tarvitsevat apua arkeen, jonka turvin he kykenevät asumaan itsenäisesti omassa kodissa. Yhteisölliseen asumiseen kuuluvat asunto sekä päivittäiset palvelut, mitä ihminen arjessa tarvitsee. Yhteisöllisessä asumisessa henkilökunta on paikalla joka päivä, paitsi yöaikoina. Yhteisölliseen asumiseen kuuluu yhteistila, jossa voi ruokailla yhdessä tai olla yhdessä. Ympärivuorokautinen palveluasuminen sisältää yksilöllistä hoitoa ja huolenpitoa, kuntoutusta ja terveydenhoitoa. Ympärivuorokautisessa hoidossa asukkailla saattaa olla runsaasti toimintakyvyn- tai terveystarpeita. Heillä on yleensä tarpeita, jotka edellyttävät valvontaa tai vaativaa ammatillista hoitoa. Henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2023.)

Vammaispalvelun palveluasumisyksiköitä hyvinvointialueella on 21 asumispalveluyksikköä, joista 13 on ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköitä (Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2022). Tähän opinnäytetyöhön niistä valikoitui

13 aikuisten ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikköä ja kuusi palveluasumisen yksikköä. Lisäksi mukana on yksi yksikkö, joka kuuluu erillisenä tiiminä yhteisölliseen asumiseen.

Tällä hetkellä aikuisten ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköissä ruoka tulee ulkopuoliselta palveluntuottajalta erillisen ruokalistan mukaan. Autismiyksiköllä on oma laitoskeittiö ja siellä valmistetaan ruoka itse. Yhteisöllisessä palveluasumisessa käytännöt vaihtelevat. Asukkaalla on mahdollisuus ruokailla pääateriat ruokapalvelun tuottamina joko kokonaan tai osittain. Joissain yhteisöllisen palveluasumisen yksiköissä lounas syödään ruokapalvelun tuottamana ja muut ateriat valmistetaan yhdessä henkilökunnan kanssa.

Vajaaravitsemuksen tunnistaminen on osa hoitotyötä yksiköissä, jossa vastaamme asiakkaan kokonaisravitsemuksesta. Tällä hetkellä yksiköissä ei yhdenmukaisia ohjeistuksia vajaaravitsemuksen tunnistamiseen, ravitsemustilan seurantaan ja ravitsemushoitoon. Jokainen työntekijä ja asumisyksikkö toimii omien näkemystensä mukaisesti. Ohjeistan hoitosuunnitelmien tekoa ja olen niiden teossa mukana. Niissä tilanteissa olen huomannut, että asukkaiden painoa ja ravitsemustilaa on seurattu usein sattumanvaraisesti ja ruokailujen sujumisesta päivittäisistä kirjauksista ei löydy tietoa. Yhteiset ohjeistukset ja käytännöt puuttuvat, mitkä ohjaisivat henkilökunnan toimintaa. Ravitsemusterapeutin palveluja on saatavissa Päijät-Hämeen hyvinvointialueella. On paljolti yksittäisen hoitajan osaamisesta kiinni, koska hän ottaa yhteyttä ravitsemusterapeuttiin. Asumispalveluista puuttuvat yhteneväiset ohjeistukset, milloin tulee konsultoida ravitsemusterapeuttia.

Vammaispalveluiden asumispalveluissa toimintaa ja palveluja kehitetään jatkuvasti ja innovoiden. Hyvä ravitsemus ja vajaaravitsemuksen tunnistamisen ja ehkäisyn tunnistaminen kuuluvat myös laadukkaaseen asumispalveluun. Ympärivuorokautisessa asumisessa asukkaat ovat täysin riippuvaisia heitä hoitavasta henkilökunnasta, myös ravitsemuksen suhteen. Tästä opinnäytetyöstä on rajattu pois lasten- ja nuorten asumisyksiköt, itsenäisesti asuvat henkilöt ja tilapäishoidon yksiköt.

3 TIETOPERUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET

3.1 Vajaaravitsemus ja virheravitsemus

Englanninkielinen 'malnutritio' on suoraan käännettynä suomeksi virheravitsemus. Se tarkoittaa jonkin ravintoaineen vajetta tai jotain ravintoainetta saada liikaa tarpeeseen nähden. Virheravitsemus on yläkäsite, joka kattaa ravintoaineiden liian vähäisen ja liiallisen ravintoaineiden saannin ja joidenkin ravintoaineiden puutostilat. Virheravitsemus saattaa aiheuttaa vajaaravitsemusta tai lihavuutta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023, 20.)

Vajaaravitsemus on tila, jossa elimistössä on ravintoaineiden epäsuhta suhteessa tarpeeseen (Orell-Kotikangas ym. 2014). Myös Suhonen ym. (2020,6) toteaa, että vajaaravitsemus on energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saannin epäsuhta tai puute elimistön tarpeeseen nähden. Vajaaravitsemus on todennettavissa elimistön mitattavilla muutoksilla. Muutokset näkyvät kehon koostumuksessa ja sen toiminnassa. Vajaaravitsemukselle ei ole yksiselitteistä kriteeriä, mutta vajaaravitsemustila luokitellaan kolmeen ryhmään elimistön tulehdustilan perusteella. Ravitsemushoito aloitetaan, kun vajaaravitsemustila on todettu. Jos vajaaravitsemustilaa ei tunnisteta ja silloin se jää myös hoitamatta. (Orell-Kotikangas ym. 2014.)

Mahdollista vajaaravitsemusriskiä riskiä voidaan arvioida painonmuutoksen, painoindeksin, sairauden vakavuuden ja henkilön iän perusteella (Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveystieteiden tutkimuskeskus 2023, 279). Sairaaloissa ja pitkäaikaishoitolaitoksissa arvioiden mukaan on 8–56 % potilaista on vajaaravitsemustilassa. Vajaaravitsemuksen oikea-aikainen tunnistaminen ja hoito on tärkeää. (Van den Berg ym. 2021; Orell-Kotikangas ym. 2014.) On edullisempaa ehkäistä vajaaravitsemustilan syntymistä, kuin korjata sitä. Kliinisessä työssä vajaaravitsemuksen ehkäisyä, varhaista tunnistamista ja hoitoa toteutetaan huonosti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023,28.)

Vajaaravitsemus lisää sairastavuuden ja kuolleisuuden riskiä (Marinos 2017; Orell-Kotikangas 2014 ym; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 59). Samoin sillä on suuria terveysvaikutuksia, kuten infektioiden lisääntyminen ja haavojen parantumisen hidastuminen. Vajaaravitsemuksella on useita riskejä

sairaalapotilaalle. Leikkauskomplikaatioiden riskit lisääntyvät ja toipuminen saattaa sen vuoksi vaikeutua. Vajaaravitsemustilassa sairaalapotilaan toipuminen voi hidastua ja sairaalahoito saattaa pitkittyä. Vajaaravitseminen lisää potilaan riskiä joutua pysyvään laitoshoitoon. Vajaaravitsemuksen vuoksi kustannukset lisääntyvät ja potilaan elämänlaatu heikkenee. (Orell-Kotikangas ym.2014.)

Vajaaravitsemusriskin tunnistamiseen ja vajaaravitsemuksen ehkäisyyn kannattaa panostaa, koska ravitsemustilan korjaaminen on hankalampaa kuin hyvän ravitsemustilan säilyttäminen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023, 28). Myös ylipainoinen ihminen voi kärsiä vajaaravitsemuksesta. Ylipainoisten ja lihaviin henkilöiden vajaaravitseminen huonontaa terveyttä. Erityisesti lihaviin henkilöiden verenkierto on huonontunut haavan alueella ja hänellä voi olla turvotusta ja muutoksia soluvälitteisessä immunitetissa. Tämä heikentää lihavan potilaan toipumista ja haavojen infektoitumisriskiä ja hidastaa haavan paranemista. Tilaa, jossa henkilö on lihava ja elimistössä on proteiinivaje, kutsutaan sarkopeniseksi lihavuudeksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023, 29.) Sarkopenia on tavallisempi ikääntyneillä henkilöillä, vaikka se ei ole välttämättä ikään sidottu. Sarkopeniassa lihasmassa -ja voima vähenevät. (Sandberg ym.2021.)

3.2 Ravitsemustilan arviointi

Vajaaravitsemusriskin seulonnan tavoitteena on ehkäistä vajaaravitsemustilan kehittyminen. On tärkeää tunnistaa vajaaravitsemusriskissä olevat ihmiset, jotta ravinnonsaantia pystytään tehostamaan nopeasti. Vajaaravitsemusriskiä on silmämääräisesti vaikea arvioida. Silmämääräisesti pystytään tunnistamaan vain potilaan vaikeaa vajaaravitsemustilaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023,39.)

Ravitsemustilaa voidaan arvioida mittaamalla paino ja arvioida painon muutokset laskemalla BMI ja arvioida onko ravinnon saanti muuttunut. Painonmuutokset ovat tärkeämpiä kuin yksittäinen painon mittaus tai tavanomaisen painon selvittäminen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 59.) Nykyistä ruokailua tai ravinnonsaantia verrataan tavanomaiseen syömiseen tai arvioituu tarpeeseen. Aikuisen normaali

ravinnontarve on 25–30 kcal painokiloa kohti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023, 45.)

NRS-2002-menetelmä soveltuu kaikille aikuispotilaille. Sitä käytetään sote-organisaatioissa myös yli 65-vuotiaille (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023,40; Orell-Kotikangas ym. 2014.) NRS-2002-menetelmä (liite2) on jaettu kahteen osaan: Alkuseulonta auttaa karsimaan ne henkilöt, joilla ei ole vajaaravitsemusriskiä. Heille ei tarvitse tehdä varsinaista seulontaa. NRS-2002-menetelmällä pisteytetään vajaaravitsemusriskiä ravitsemustilan heikkenemisen, sairauden aineenvaihdunnallisen vaikutuksen ja potilaan iän perusteella. Seulonnasta voi saada maksimissaan seitsemän pistettä. Ravitsemustila arvioidaan painonlaskun, ravinnonsaannin vähenemisen ja painoindeksin perusteella. Ikääntyminen lisää vajaaravitsemuksen riskiä, tämän vuoksi 70-vuotias tai sitä vanhempi saa seulonnasta yhden lisäpisteen. Kun yhteenlaskettu pistemäärä on kolme tai enemmän, henkilöllä on vajaaravitsemusriski. Vajaaravitsemuksen diagnoosiin edellytetään painonlasku, riittämätön energian saanti, lihaskudoksen menetys, ihonalaisen rasvakudoksen menetys, nesteen kertyminen ja käden puristusvoima. (Orell-Kotikangas ym. 2014; Mutanen ym. 2021b; Cederholm ym. 2019.)

Potilaan yleistila ja toimintakyky ja toimintakyvyn muutokset, ihon ja limakalvojen kunto ja energian ja proteiinien saannin arviointi edeltäviltä viikoilta tulee arvioida, kun selvitetään ravitsemustilaa. Ravinnonottoon vaikuttavien tekijöiden tai sairauksien osuutta, kuten ripulointia ja oksentelua, tulee selvittää. Jos potilaalla on yli 10 prosentin tahaton painonlasku kuuden kuukauden aikana tai yli viiden prosentin painonlasku kuukauden aikana tai kahden prosentin painonlasku viikossa, potilaalla on vajaaravitsemustila. Kolmenkymmenen prosentin painonlasku tarkoittaa vakavaa, jopa elämää uhkaavaa vajaaravitsemusta. (Mutanen ym. 2021c; Cederholm ym. 2019.)

Laboratoriokokeilla selvitetään tarkemmin ravitsemustilaa, mutta ei ole olemassa verikoetta, joka yksistään paljastaisi vajaaravitsemustilan (Orell-Kotikangas 2014; Ravitsemusneuvottelukunta 2023, 42). Suositeltavia laboratoriokokeita ovat perusverenkuva, elektrolyytit, S-Kreatiniini, S-Urea, S-albumiini, prealbumiini ja tulehdusmarkerit, kuten CRP, TNF-alfa. Elektrolyytit liittyvät pääasiassa nestetasapainon säätelyyn. Kreatiniinin ja Urean tutkimisella

selvitetään munuaisten toimintaa. Seerumin albumiinia käytetään yleisesti ravitsemustilan arvioinnissa. Veren albumiinipitoisuuden pieneneminen voi johtua sen epänormaalista jakautumisesta elimistössä, lisääntyneestä hajoamisesta ja ylimääräisestä menetyksestä. Imeytymishäiriö, maksavaurio ja vajaaravitseminen voivat johtaa myös albumiinisynteesin pienenemiseen. CRP ja TNF-alfan määrittäjiä voidaan käyttää arvioitaessa, onko potilaalla systeeminen tulehdus ja mikä on tulehduksen vaikeusaste. (Mutanen ym. 2021c.) Perusverenkuva (pieni verenkuva) antaa yleiskuvan verisoluista ja hemoglobiinista. Tutkimuksessa mitataan punasoluja (ja niiden hemoglobiinipitoisuutta) ja valkosoluja. Punasolujen kokojakauma kuvaa punasolujen koon ja tilavuuden vaihtelua. (Tunturi 2021.) Vajaaravitsemustilassa S-albumiini alle 34 g/l, selvästi poikkeava alle 30 g/l. Leukopenia voi ilmaista, että henkilöllä on vajaaravitsemustila. (Mutanen ym. 2021c; Cederholm ym.2019.)

Vajaaravitsemuksen voi todeta joko lääkäri tai ravitsemusterapeutti. Lääkäri vastaa potilaan kokonaisuhoitosta ja ainoastaan lääkäri voi tehdä vajaaravitsemusdiagnoosin. Hoitohenkilökunta vastaa vajaaravitsemusseulonnan tekemisestä ja ravitsemushoidon toteuttamisesta. Ravitsemusterapeutti hallitsee ravinnontarpeen arvioinnin, erilaiset erityisruokavaliot, kliiniset ravintovalmisteet ja eri tilanteiden ravitsemushoidon. Ravitsemushoito on kuitenkin moniammatillista yhteistyötä, jossa jokaisella työntekijällä on tärkeä rooli. (Orell-Kotikangas 2014 ym.; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023, 53–57.)

3.3 Ravitsemushoito

Ravitsemushoito on terveyden edistämistä ravitsemuksen keinoin. Ravitsemusterveys voi olla omaehtoista toimintaa hyvän ravitsemuksen tukemisessa, hyvää ravitsemusta edistäviä palveluita eri ikäryhmissä ja ravitsemuksen keinoin hoitaa eri sairauksia. (Suhonen ym. 2020, 6.) Ravitsemushoito ja ravitsemukseen liittyvä ohjaus ovat osa terveyden edistämistä ja välttämättömiä sairauksista parantumisen tukemisessa ja kuntoutumisessa. Ravitsemushoidon merkittävin tavoite on taata ihmiselle riittävä ravitsemus joko ruokavaliolla tai kliinisten ravintovalmisteilla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023, 22, 27.)

Laadukkaaseen ravitsemushoitoon kuuluu potilaskertomuksiin tutustuminen, ruokailutottumusten ja syömiskäyttäytymisen selvittäminen, ravitsemustilan

arviointi, tavoitteiden asettaminen, ravitsemusohjaus, seuranta ja vaikuttavuuden arviointi (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023, 27; Suhonen ym. 2020,14). Hyvä ravitsemushoito on tärkeä osa asiakkaiden ja potilaiden sosiaali- ja terveyspalveluita. Ravitsemushoitoa ajatellaan usein vain terveydenhuollon palveluihin kuuluvaksi, mutta se on kiinteä osa myös sosiaalihuollon palveluita. Esimerkiksi vanhusten-, mielenterveys-, päihde- ja vammaispalveluissa ravitsemushoidolla on tärkeä rooli. Jotta ravitsemushoito on laadukasta, se tarkoittaa lääkäreiden, hoito- ja sosiaalipalveluiden henkilökunnan, erityistyöntekijöiden ja ruokapalvelujen henkilökunnan tiivistä yhteistyötä. (Suhonen ym.2020,13.)

Ravitsemushoidon kokonaistavoitteena on taata tarpeita vastaava ravinto ja nesteen saanti ja huolehditaan riittävästä energiasta, proteiinista ja suojaravintoaineista ja suojaravintoaineista. Ravitsemushoidon suunnittelu aloitetaan asiakkaan kliinisen tilanteen, ravitsemustilan ja ruuan käytön arvioinnilla. Ravitsemushoitosuunnitelma sisältää hoidon tavoitteet, toteutustavan yksilöllisesti ja hoidon seurannan. Ravitsemushoitosuunnitelma on asiakirja, jonka toteutusta tulee seurata ja arvioida. Ravitsemushoitosuunnitelma siirretään asiakkaan mahdolliseen jatkohoitopaikkaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023,23; Orell-Kotikangas ym. 2014.)

Ravinnonsaannin tehostamisen tarve todetaan esimerkiksi vajaaravitsemusriskiseulonnan avulla. Riittävästä energiansaannista on tärkeää huolehtia. Myös proteiinin, vitamiinien ja kivennäisaineiden saannin tulee olla riittävää. Energian tarve on 25–35 kcal/kg. Erilaiset sairaustilat kuten kuume, lisäävät energiankulutusta. Kun epäillään energian saannin riittävyyttä, painoa tulee seurata 1–2 kertaa viikossa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023, 45.)

Riittämättömästä ravinnonsaannista johtuvassa kataboliassa elimistö turvaa energia-aineenvaihduntaansa mm. lihaskudoksen proteiineilla. Ravitsemushoito tukee tällöin anabolista aineenvaihduntaa ja uuden kudoksen rakentamista. Silloin asiakkaalle tulee tarjota kulutusta suurempaa energian saantia. Tämä on erityisen tärkeää huomioida erityisesti leikkaus- ja haavapotilaiden hoidossa. (Mutanen ym.2021c.) Lääketieteen sanaston (2016) mukaan katabolia tarkoittaa hajottavaa aineenvaihduntaa, jolle on ominaista energiaa

sisältävien yhdisteiden hajoaminen. Anabolia tarkoittaa puolestaan aineenvaihduntaa, jolle on ominaista energiaa sisältävien yhdisteiden rakentuminen.

Kun asiakkaan ravitseminen on riittämätöntä, mutta hän pystyy syömään suun kautta, ruokaa voi rikastaa elintarvikkeilla. Ravinnonsaantia voi tehostaa myös rasvalisällä, kuten kasviöljyllä. Henkilöt, joilla on kuiva suu. Öljyä voi käyttää suun voitelemiseksi ennen ruokailua. Leivälle ja ruokiin voi käyttää rasvaista kasvirasvavevitettä. Aterioilla tulisi tarjota proteiinin lähdettä kuten maitotuotteita lihaa, kalaa tai kasviproteiinia. Ateriapalvelun piirissä olevalle asiakkaalle tulee tilata rikastettu ruoka eli runsasenergiainen ja -proteiininen ruoka. Annoskoko voi olla $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ normaalista. Näillä keinoin henkilölle turvataan riittävä ravitseminen, koska pienempi ruokamäärä tulee nautittua helpommin, kuin normaalikokoinen ruoka-annos. Jos henkilöllä on nielemisvaikeuksia tai aspiraatoriski, hänelle tilataan rakennemuunneltu ruoka. Nesteet, liemet ja keitot voidaan sakeuttaa, jos henkilöllä on nielemisongelmia. Sakeutettuja nesteitä on helpompi niellä ja ne vähentävät aspiraatoriskiä. Sakeuttamisjauheet sopivat sekä kylmiin, että lämpimiin nesteisiin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023,131; Mutanen ym. 2021c.)

Yöpaaston pituus saisi olla enintään 10–11 tuntia (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023,79; Mutanen ym.2021c). Erityisen tärkeää lyhyt yöpaasto on vajaaravitulle tai vajaaravitsemusriskissä oleville henkilöille yöllisen katabolian ehkäisemiseksi. Jos henkilöllä on huono ruokahalu ja lisääntynyt ravinnon tarve voidaan käyttää kliinisiä ravintovalmisteita. Samoin kliiniset ravintovalmisteet ovat suositeltavia, jos henkilön ravinnonsaanti on riittämätöntä tai hänellä on lisääntynyt ravinnontarve. Kliinisiä ravintovalmisteita suositellaan käytettäväksi myös syömisvaikeuksien ja ravinnon imeytymishäiriöiden hoitoon. Kliiniset ravintovalmisteet ovat hyviä ruokavalion täydentäjiä ja mahdollistavat vajaaravitsemuksen ehkäisyn ja hoidon. Täydennysravinnon käyttö olisi hyvä aloittaa ennen kuin asiakkaalle on kehittynyt vajaaravitsemustila. (Mutanen ym. 2021c.)

Ravitsemushoidon suunnitelmallinen toteuttaminen sekä vaikutusten seuranta ja arviointi edellyttävät asioiden kirjaamista systemaattisesti potilastietojärjestelmiin. Ravitsemushoidon seuranta edellyttää säännöllistä

ravitsemustilan ja ravitsemushoidon arviointia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023, 69.) Hoitokodeissa tulee toteuttaa hoitotyön ravitsemussuunnitelmaa, joka keskittyy ravitsemushoidon hoitotyön toimintaan. Ruokailussa tulee hoidettavaa avustaa tai tarjota hoidettavalle hänen tarvitsemaansa apua ruokailuun. (Van den Berg ym.2021,13.)

3.4 Kehitysvammaisuus

Suomessa käytössä olevan WHO:n ICD-10 tautiluokituksen mukaan kehitysvammaisuus määritellään tilaksi, jossa henkisen toiminnan kehitys on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi. Kehitysvammaisuuteen liittyy usein muitakin sairauksia tai vammoja, sitä useammin, mitä vaikeammasta kehitysvammasta on kysymys. Diagnoosi edellyttää älyllisten kykyjen ja sosiaalisen sopeutumisen arviointia 18 vuoden ikään mennessä. Oireyhtymiin liittyvät oireyhtymille tyypilliset sairaudet. Lisäksi kehitysvammaisilla todetaan muuta väestöä useammin epilepsiaa, liikuntavammoja, aistivammoja, ADHD ja autismikirjon häiriöitä. (Åberg 2021; Seppälä 2022.) Kehitysvamma on oire aivojen kuorikerroksen toiminnanhäiriöstä, mutta kehitysvammaa ei voida yleensä paikantaa tiettyyn aivojen rakenteeseen tai osaan, vaan lukuisia aivokuoren alueita tarvitaan ajatteluun sekä ymmärrykseen (Arvio ym. 2022).

Kehitysvammaisuus on tila, jossa henkisen toiminnan kehitys on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi. Kehitysvammaan liittyy usein haasteita arjen käytännön taidoissa. (Åberg 2021). Kehitysvammaisuudessa esiintyvät oireet johtuvat isoaivojen kuorikerroksen poikkeavasta toimintakyvystä. Kehitysvammaisella henkilöllä saattaa olla myös muita kuin älykkyyteen liittyviä häiriöitä. Nämä liitännäisoi-reet voivat heijastua esimerkiksi kömpelönä liikkumisena, puheen tuottamisen vaikeutena tai poikkeavana käytöksenä. Niistä tyypillisimpiä ovat epilepsia, erilaiset aistivammat, autismin kirjon häiriöt ja dementiaa aiheuttava Alzheimerin tauti. Liitännäissairaudet ja lisävammojen todennäköisyys liittyvät usein kehitysvamman vaikeusasteeseen. (Kehitysvammaisuus 2022.)

Kehitysvammainen ihminen saattaa tarvita apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissa tai tuen tarve voi olla satunnaista. Kehitysvammaan liittyy usein

lisävammoja, kuten erilaisia neuropsykologisia oireita. Näitä ovat tarkkaavaisuuden, toiminnanohjauksen, muistin, motoriikan ja hahmottamisen vaikeudet. Joillakin henkilöillä saattaa olla puheen tuottamisen ja kielellisiä häiriöitä. Joillakin kehitysvammaisilla henkilöillä on myös kuulon ja näön ongelmia. Kehitysvammaisuuteen saattaa liittyä CP-vamma, epilepsia tai mielenterveyden ja käyttäytymiseen liittyviä ongelmia. Autismin kirjoon liittyviä ongelmat ovat mahdollisia kehitysvammaisella ihmisellä. (Seppälä 2022.)

3.5 Kehitysvammaisen aikuisen ravitsemuksessa huomioitavat asiat

Kehitysvammaisten ravitsemusta on tutkittu hyvin vähän. Tehdyt tutkimukset antavat viitettä siitä, että kehitysvammaisilla ihmisillä on usein huono ravitsemustila ja ruuan laatu saattaa olla huonoa. Erityisesti monivammaiset kehitysvammaiset ovat suuressa vajaaravitsemuksen ja alipainoisuuden riskissä. Tosin ylipainoinen ihminenkin voi olla vajaaravitsemustilassa. Kehitysvammaisilla henkilöillä ravitsemustilan arvioinnissa tulisi käyttää useampaa arviointikeinoa samanaikaisesti. Pituus, paino, painoindeksi ja raajojen ympärysmittat kertovat karkeasti senhetkisestä ravitsemustilasta. Säännöllinen, kuukausittainen painonpunnitus ja sen dokumentointi tulisi olla osa hyvää perushoitoa ja huolenpitoa. (Oikeus hyvään- ruokaan ja ravitsemustilaan 2020; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023,190.)

Kehitysvammaisilla ihmisillä ravitsemustilaan vaikuttavat myös sairaudet, niiden hoidot, ruoansulatuskanavan toiminta, ruokahalu, nielemiskyky, hampaiden kunto ja yleinen toimintakyky arkisissa tilanteissa. Autismiin saattaa liittyä ruokailuun liittyviä aistisäätelyn haasteita. Autismin kirjon henkilöillä saattaa olla ongelmia nälkä- ja kylläisyysignaalien tunnistamisessa ja heillä voi olla ongelmia ruuan koostumuksen kanssa. Jotkut heistä eivät tunnista välttämättä nälkää ja janoa. Siten ruokavalio voi yksipuolistua ja olla rajoittunutta Joillakin on poikkeava kiinnostus ruokaan tai ruuan kiinnostuksen puute. Hyvä ravitsemus on merkittävä terveyttä ja hyvää elämänlaatua ylläpitävä ja edistävä tekijä myös kehitysvammaisilla ihmisillä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023,189, 247.)

Kehitysvammaisten henkilöiden Itsemääräämisoikeus nousee arjessa usein esille. Ruoka on yksi niistä aiheista, missä henkilökunta joutuu pohtimaan,

miten itsemääräämisoikeutta toteutetaan. Terveellistä ruokaa ei voi pakottaa syömään- ja ruokailijan tulee saada tehdä omat päätökset myös ruoan suhteen. Henkilökunnan ja omaisten tehtävänä on opastaa ja ohjata terveelliseen ravitsemukseen ja ruokatapoihin. (Oikeus hyvään ruokaan ja ravitsemustilaan 2020.)

Jos ruoka tulee valmistettuna ruokapalvelusta, henkilön valinnanmahdollisuutta voidaan kuitenkin toteuttaa. Kehitysvammaisen ihmisen tulee saada valita, mitä aterialla haluaa juoda tai minkälaista leipää haluaa syödä. Apuna valintatilanteissa kannattaa käyttää kuvallista materiaalia, esimerkiksi Papunetin kuvapankin kuvia. (Eteva kuntayhtymä 2022,39; Oikeus hyvään ruokaan ja ravitsemustilaan 2020; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023, 35.)

Aistimonivammaiset ihmiset reagoivat aistiärsykkeisiin poikkeavasti. Aistimonivammaisilla henkilöillä on lääketieteellisesti todettu näön ja/tai kuulon vamma sekä toiminnallinen vaikeus aistien käytössä. Kehitysvammaisuuteen ja harvinaissairauksiin voi liittyä monenlaisia haasteita. Ne liittyvät arjen toimintoihin, kuten ravitsemustilaan, ruokailutilanteeseen tai syömiseen. Henkilöllä saattaa olla myös liikuntavamma, jonka seurauksena liikkumisessa on toiminnan häiriöitä. Tämä vaikuttaa itsenäisesti ruokailuun. (Eteva kuntayhtymä 2022,13; Lääketieteellinen näkökulma 2022.) Aisti- ja monivammaiset ihmiset voivat reagoida voimakkaasti hajuille ja mauille. Se saattaa aiheuttaa valikoi- vuutta ruokavaliassa. (Eteva kuntayhtymä 2022,19; Syömisen haasteita 2020.)

Ruokailua voi vaikeuttaa, jos ihminen pelkää syömistä, esimerkiksi hän voi pelätä tukehtuvansa ruokaan, koska monella saattaa olla vaikeuksia ruuan pur- reskelussa tai nielemisissä. Pelko voi johtua henkilön hoitamattomista ham- paista tai kuivasta suusta. Ruoka saattaa olla myös vallankäytön väline. Kehi- tysvammaisen itse saattaa käyttää ruokailua ja ruokailutilanteita hyväkseen tai henkilökunta käyttää ruokaa saadakseen kehitysvammaista ihmistä toimimaan tietyllä tavalla. (Syömisen haasteita 2020.)

Vireystilan säätelyn ongelmat saattavat vaikeuttaa ruokailua. Kehitysvammai- nen ihminen ei jaksakaan pitkään keskittyä itse ruokailuun. Vaikeavammaisen sen henkilön saattaa olla vaikeaa löytää itse hyvä ja turvallinen ruokailuasento.

Ongelmia saattaa tulla, jos henkilökunta ei osaa avustaa kehitysvammaista henkilöä hyvään ruokailuasentoon. Haasteet käytöksessä ja kommunikoinnin haasteet voivat häiritä myös ruokailutilanteita. (Eteva kuntayhtymä 2022.)

Erilaiset haasteet saattavat aiheuttaa, että kehitysvammaisen henkilön ravitsemus ei ole riittävää. Vaikeavammaisilla henkilöillä kieli saattaa työntyä ulos ja he kärsivät runsaasta kuolaamisesta. Nämä asiat vaikeuttavat usein ruokailua. CP-vamma ja pakkoliikkeet lisäävät energiankulutusta ja energian tarvetta. (Syömisen haasteita 2020.) Jos henkilöllä on nielemisvaikeuksia, valitaan sopivin ja turvallisin ruoan rakenne ja nesteet tarjotaan tarvittaessa sakeutettuina (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023, 187). Psykkiset sairaudet voivat aiheuttaa ruokahaluttomuutta ja painonlaskua tai vastaavasti painonnousua. Psykkiset sairaudet on otettava huomioon, kun arvioidaan vajaaravitsemuksen riskiä. (Syömisen haasteita 2020.) Ravitsemustila ja ruokavalion monipuolisuus ja laatu tulisi kehitysvammaisella henkilöllä arvioida vähintään 6 kuukauden välein, tarvittaessa tiheämmin (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 189).

3.6 Kehitysvammaisen henkilön ikääntyminen

Ikääntymisen määrittely riippuu mitä, mitä ikääntymisen ulottuvuutta tarkastellaan ja miten toimintakykyä arvioidaan. Jos kehitysvammaisen henkilön ikä määritellään subjektiivisen iän perusteella, saattaa hän sen perusteella olla kalenteri-ikänsä selvästikin nuorempi (esimerkiksi lapsenomaisen käyttäytyminen). Jos kehitysvammaisen ihmisen ikään arvioidaan fysiologisesta näkökulmasta, määrittelyyn vaikuttavat sekä kehitysvammaisuuteen liittyvät toimintakykyvajavuudet että iän mukanaan tuomat muutokset apua. Toimintakyvyn näkökulmasta kehitysvammaisen ikä saattaa olla fysiologista ikää korkeampi. Nykyisin kehitysvammaisen ikääntymiseen on pääsääntöisesti tautilähtöinen lähestymistapa. Kehitysvammaisen ikääntymisen terveyslähtöiseen, toimintakykyä ylläpitävään lähestymistapa vaatii kehittämistä. (Ikääntyminen ja toimintakyky 2019.)

Kehitysvammaisten henkilöiden ikääntymisen alkaminen kuvataan 55 vuoden ja 75 vuoden välillä. Kehitysvammaisilla ihmisillä ikääntymiseen liittyviä muutoksia saattaa ilmetä ilmenee jo 40 ikävuoden jälkeen. Lievästi

kehitysvammaisten henkilöiden keskimääräinen elinaika ei juurikaan eroa väestön ennusteesta. (Ikääntymisen määrittely 2019.) Vaikeasti kehitysvammaisten henkilöiden elinajan ennuste jää noin kolmasosaan väestön ennusteesta. Kehitysvammaisten henkilöiden eliniän odote viime vuosikymmenten aikana kasvanut ja monet kehitysvammaisista ihmisistä saavuttavat eläkeiän. (Ikääntymisen määrittely 2019; Sauna-Aho 2019,5.) Downin oireyhtymää sairastavilla aikuisilla on suurempi riski sairastua ikääntymiseen liittyviin sairauksiin fysiologista ikää varhemmin, kuin muulla väestöllä. Monivammaisuus johtaa varhaisen raihnastumiseen, mikä ei vastaa kehitysvammaisen fysiologista ikää. (Ikääntymisen määrittely 2019.)

Kehitysvammaisuus on riski elinajan odotteelle. Mitä vaikeammasta kehitysvammaisuudesta on kyse, sitä lyhyempi on elinajan ennuste. Tämä johtuu siitä, että lisäsairaudet ja -vammat ovat suhteessa kehitysvammaisuuden asteeseen. Kehitysvammaisten dementian diagnosointia on hankalaa. Erityisesti Downin oireyhtymään liittyy kohonnut riski dementian varhaiseen puhkeamiseen. (Ikääntyminen ja psyykinen terveys 2017.) Ikääntyminen vaikuttaa merkittävästi kehitysvammaisten henkilöiden terveyteen ja toimintakykyyn. Saksalainen tutkijaryhmä on tutkinut eri sairauksien osuutta toimintakyvyn laskuun ja vammaisuuden esiintyvyyteen väestötasolla ikääntyvillä ja ikääntyneillä. Heidän mukaansa hauraammassa asemassa olivat pienituloiset, fyysisesti passiiviset naiset, joilla oli aliravitsemustila. (Strobl ym. 2013.)

Sauna-aho (2019,5) on selvittänyt väitöstutkimuksessaan ikääntymisen vaikutuksia eri oireyhtymissä. Tutkimuksia kehitysvammaisten ihmisten ikääntymisen vaikutuksesta kognitioon ja terveyteen ei ole tehty tutkimuksia. Hän on tutkimuksessaan selvittänyt, että ikääntyminen vaikuttaa eri tavoin Williams-, Fragile X- ja Down-henkilöihin. Tutkimuksen mukaan Williamsin, Fragile X ja Downin oireyhtymissä kognitio heikentyy nopeammin verrattaessa valtaväestöön. Tutkimuksen mukaan kuitenkin Williams-henkilöiden kognitio vahvistuu noin 40 ikävuoteen asti. Ikääntymisen vaikutus näkyy Williams-henkilöillä 50 ikävuodesta eteenpäin etenkin kielellisen tason heikkenemisenä. Downin oireyhtymässä muistisairausoireet lisääntyivät 35 vuoden jälkeen.

3.7 Ikääntyneiden vajaaravitsemuksen tunnistaminen ja ravitsemushoito

Aliravitsemus on yleistä ikääntyneillä, mikä voi johtua useasta ei tekijästä (Helminen 2020,19; Kunvik 2022,7). Aliravitsemuksen kehittymiseen vaikuttavia terveysongelmia ovat suun ja hampaiden ongelmat, nielemisvaikeudet, ruoansulatuskanavan oireet, tilat, sairaudet ja muuttuvat ravitsemustarpeet (Salmi-nen 2022,14–15; Jyväkorpi 2016). Jyväkorven mukaan (2016,13) aineenvaihdunnan häiriöt, syöpä, infektiot ja monet muut sairaudet voivat vaikuttaa vajaaravitsemuksen kehittymiseen. Iäkkäillä voi olla epäterveellisiä ravitsemus tapoja. Iäkkäillä ihmisillä alkoholin väärinkäyttö saattaa estää ravintoaineiden saantia. Terveellisen ruokavalion puute ja opitut huonot tavat saattavat johtaa epäterveelliseen ruokavalioon. Fyysisen aktiivisuuden puute saattaa edistää vajaaravitsemuksen riskiä.

Riittämättömään ravinnon ja ravintoaineiden saantiin on tärkeä puuttua iäkkäillä, koska vajaaravitsemus huonontaa ikääntyneiden toipumista sairauksista ja se lisää kuolleisuuden riskiä (Jyväkorpi 2016,13). Proteiinien ja mikro-ravinteiden vajaukseen liittyy lisääntynyttä kuolleisuutta ja liitännäissairauksia, lihasmassan menetyttä, masennusta, heikentyneitä immunitteettia, iho-ongelmia ja heikkoa kognitiota (Kunvik 2022,13).

Jotta ikääntyneiden vajaaravitsemusriski tunnistetaan ajoissa, ravitsemustilaa tulee arvioida saannollisesti. Kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa riskitesti tulee tehdä kuuden kuukauden välein ja perusterveydenhuollossa kerran vuodessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 60.) Asukkaan ruokailua tulee arvioida ja ruokailun sujumisesta tulee tiedottaa seuraavaan vuoroon tulevaa henkilökuntaa. Jos asiakas syö huonosti hoitajan tulee kirjata, millä tavalla energian ja/tai proteiinin liian vähäinen saanti korvataan seuraavalla aterialla. ”Koko henkilökunta ammattinimikkeestä riippumatta, tulee perehdyttää hyvän ravitsemushoidon toteuttamiseen. Laadukkaan ravitsemushoidon toteuttaminen kuuluu myös avustavalle henkilökunnalle, jos he osallistuvat ruuan tarjoamiseen.” (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 64.) Hoito-, ja palvelusuunnitelmat laaditaan yksilöllisesti. Niissä tulee huomioida ravitsemukseen vaikuttavat tekijät, kuten toimintakyky, ravitsemustila sekä suun ja hampaiden terveydentila ja sen ylläpitäminen. Hoitosuunnitelmiin

laaditaan ravitsemuksen hoidon tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi. Asukkaat punnitaan kerran kuukaudessa ja vajaaravitsemusriskissä oleva asukas punnitaan kerran viikossa. Hoitosuunnitelman tulee olla aina ajan tasalla ja se arvioidaan tarpeiden muuttuessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 68.)

Ikääntyneiden ravitsemushoidossa tulee huomioida sarkopenian ehkäisy ja tunnistaminen. Sarkopenia johtuu muutoksista lihaksissa. Sarkopenia ei ole vain ikääntyneiden sairaus. Lihaskatoa voi olla myös keski-ikäisillä ihmisillä eri sairauksien yhteydessä. Sarkopeniassa lihasmassa ja lihasvoima vähenevät ja se on etenevä häiriötila. Sarkopeniassa kaatumisten, murtumien, immuunivasteen ja toimintakyvyn heikkenemisen ja kuoleman riski lisääntyvät. Tämän vuoksi on tärkeää ylläpitää ikääntyneen asukkaan lihaskuntoaja parantaa sitä. Lisäksi on tärkeää turvata ravinnon proteiinien riittävä saanti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 90.)

3.8 Teoriatiedon hankinta

Teoriatietoa tähän työhön olen kerännyt aiemmista tutkimuksista, tieteellisistä artikkeleista, Kehitysvammaliitolta, kansallisista suosituksista ja ohjeista ja menetelmäkirjallisuudesta. Taulukossa 1 olen kuvannut hakulausukkeita ja tietokantoja, joiden avulla olen hakenut tietoa. Hain kehitysvammaisten henkilöiden vajaaravitsemuksesta tai ravitsemushoidosta tutkimuksia ja artikkeleita aikavälillä 2013–2023 Niitä löytyi huonosti ja laajensin hakua vuoteen 2012. Ja oin hakulausekkeet kolmeen päähakuun: ravitsemukseen, kehitysvammaan, kehitysvammaan ja vajaaravitsemukseen. Näistä päähakulausekkeista muodostin pienempiä hakulausukkeita. Olen hakenut tietoa seuraavista tietokannoista: FINNA, CINAL, MEDIC, GOOGLE SCHOLAR ja PUBMED.

Taulukko 1 Esimerkkejä hakulausekkeista

Hakulauseke	Tietokanta	Saadut hakutulokset
Ravitsemus	Medic	14
Vajaaravitsemus	Finna	5
Ravitsemushoito	Cinal	6059
Nutrition challenges evalutation of nutrition	PubMed	5046
Malnutrition and Nursing home	PubMed	302
	Cinal	105
Kehitysvamma vammaispalvelut kehitysvammaiset mental retardation disabled people	Medic	26 108
	Finna	74
	Google Scholar	2 720
	Cinal Medic	26 687 2
Kehitysvamma ja vajaaravitsemus Intellectual disability and nutrition	Cinal	139
	PubMed	953

Kehitysvammaisia ihmisiä ja heidän ravitsemusterveysttensä tai kehitysvammaisten aikuisten vajaaravitsemusta on tutkittu ylipäätään vähän kansallisesti tai kansainvälisesti. Aliravitsemus - ja vajaaravitsemus haulla löysin tietoa lähinnä kolmannen maailman ravitsemusongelmista. Ikääntyneiden ravitsemuksesta löytyi hyvin tietoa. Jaoin hakuja osiin erilaisiksi hakulausekkeiksi, esimerkiksi vammaiset ja aliravitsemus tai aliravitsemus ja sen hoito. Rajasin ensin haut aikarajauksella 2013–2023. Jätin hauista pois kolmansiin maihin liittyvät artikkelit, koska ne käsittelivät pääasiassa nälkiintymistä ja nälänhätää. Ne eivät antaneet minulle sellaista tietoa, mitä etsin. Finnasta rajasin työt väitöskirjoihin, koska tuloksina tuli opinnäytetöitä, joista ei ollut minulle hyötyä.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaista vajaaravitsemusriskin ja ravitsemushoidon osaamista vammaispalvelun henkilökunnalla on kyselyn avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää asukkaiden hoitotyötä siten, että asukkaiden ravitsemushoito perustuu kansallisiin ohjeistuksiin. Tavoitteena on myös että, asukkaiden mahdollisen vajaaravitsemusriski tunnistetaan varhaisessa vaiheessa ja vajaaravitsemusriskin tunnistamisen osaaminen kehittyy.

Tutkimuskysymykset tässä työssä ovat:

1. Miten henkilökunta tunnistaa vajaaravitsemusriskissä olevan asukkaan?
2. Miten henkilökunta hoitaa vajaaravitsemusriskissä olevaa asiakasta?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä ja kohdejoukko

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisia eli määrällisiä menetelmiä hyödyntäen. Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus kuvaa asioita numeraalisesti. Määrällinen tutkimus on menetelmä, joka kuvaa mitattavien ominaisuuksien välisiä suhteita ja eroja. Määrällisen menetelmän avulla haetaan vastauksia kysymyksiin, kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Tulokset kuvataan numeraalisesti. Määrällisessä tutkimuksessa selitetään kaikki olennainen numerotieto sanallisesti. Tuloksissa kuvataan asioiden yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia toisiinsa. Kysely on tavanomaisin tapa kerätä aineistoa määrällisessä tutkimuksessa. (Vilka 2007, 14-17). Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa vajaaravitsemuksen tunnistamista ja ravitsemushoidon osaamista vammaispalveluiden asumispalveluissa. Kartoittava tutkimus etsii uusia näkökulmia ja sen avulla voi selvittää vähän tunnettuja asioita. Kartoittavan tutkimuksen avulla voidaan selvitettävästä asiasta löytää keskeisiä malleja, teemoja, luokkia ja tyypittelyjä. (Vilka 2007,20.)

Opinnäytetyön kohderyhmä on ympärivuorokautisen palveluasumisen ja yhteisöllisen asumisen asukkaita hoitava ja ruokailusta vastaava henkilökunta. Henkilökunta voi tässä työssä tarkoittaa sosiaalialan tai terveydenhuollon ammattilaisia tai henkilöitä, joilla ei ole terveydenhuollon tai sosiaalihuollon koulutusta.

5.2 Kyselylomakkeen kehittäminen

Kyselylomakkeen kehittämisessä pyrin huomioimaan kysymysten muotoilussa opinnäytetyön keskeiset käsitteet. Vilkan (2014,26) mukaan teoreettisilla käsitteillä on keskeinen rooli. Niiden avulla pyritään löytämään säännönmukaisuuksia eri asioiden ja ilmiöiden välillä. Kyselylomakkeeseen (liite 3) olen pyrkinyt huomioimaan opinnäytesuunnitelmassa olevat asiat. Kyselylomakkeen kysymykset 4–11 on suunnattu vastaamaan ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Kyselylomakkeen kysymykset 12–21 on suunnattu vastaamaan tutkimuskysymykseen kaksi. Taustateoriassa kuvaan vajaaravitsemusta ja sen seurauksia. Teoriaosuudessa olen kuvannut kehitysvammaisen henkilön ravitsemuksen haasteita ja ikääntymisen vaikutusta ravitsemukseen. Taustateoriassa olen kuvannut myös ravitsemushoidon kansallisia suosituksia ja ohjeistuksia. Olen kuvannut myös kehitysvammaisen henkilön ravitsemushoidon erityispiirteitä lähdekirjallisuuden pohjalta. Kyselylomakkeen olen suunnitellut siten, että kysymykset ovat johdettu teoriaosuudesta. Tärkeimmät lähteet kyselylomakkeen laatimisessa ovat olleet Mutasen ravitsemustiedekirja ja Valtion ravitsemusneuvottelukunnan uusimmat ravitsemushoitosuosituksiset. Ravitsemustiede oli koottu lääketieteellistä artikkeleista ja ravitsemussuositus-kirja on kansallinen ohjekirja, joka perustuu tutkittuun tietoon ja hyviin hoitokäytäntöihin. Siihen on koottu ravitsemushoidon kansalliset päivitettyt ohjeistukset.

Vilkan (2021a,105–107) mukaan kyselylomakkeessa tulisi kysyä vain asioita, joita tutkimussuunnitelmassa väitetään mitattavan. Kyselylomakkeen kysymykset voivat olla monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä tai sekamuotoisia kysymyksiä. Kysymyksiä tulisi tehdä maltillisesti ja tulisi pohtia, onko se tutkimusongelman näkökulmasta olennaista. Muotoilin kysymyksiä siten, että ne vastaavat tutkimuskysymyksiä. Haastavaksi olen kokenut tasapainoilun riittävän lyhyen kyselylomakkeen muotoilun ja riittävän tiedon saamisen välillä.

Tutkimuslomake tulee testata ennen varsinaista kyselyä. Testaaminen tarkoittaa, että tietty joukko ihmisiä arvioi kyselylomaketta kriittisesti. (Vilka 2021a,108.) Testasin kyselylomakkeen lomakkeen toimivuutta ja lähetin kyselyn kahdeksalle henkilölle arviointia ja kriittistä tarkastelua varten. Täytin itse lomakkeen itse kaksi kertaa nettilinkin välityksellä. Tällä halusin varmistaa,

että lomake toimii teknisesti. Tein havaintoni ja palautteiden jälkeen siihen vielä korjauksia ja olen muokannut kyselylomaketta saamani palautteen mukaan.

5.3 Aineistonkeruu

Primääriaineisto sisältää välitöntä tietoa tutkimuskohteesta ja se kerätään tiettyä tutkimusta varten. Keräsin aineiston kyselylomakkeella ja se on tavallisin määrällisen aineiston keruumenetelmä. Kyselylomakkeen pohjana olen käyttänyt kirjallisuuskatsausta. (Vilkkä 2007, 113–114.) Keräsin tietoa kyselyllä ympärivuorokautisen palveluasumisen ja yhteisöllisen asumisen henkilökunnalta. Tiedotin kyselystä asumisyksiköiden avainhenkilöitä, esihenkilöitä, tiimivastavia ja hoitotyön laaturyhmän jäseniä Teams-ryhmien välityksellä ja kokouksissa.

Kyselylomakkeen lähetin saatekirjeineen sähköpostitse esihenkilöille, jotka jakoivat linkin työntekijöille viikon 36 lopulla. Esihenkilöt toivoivat tätä tapaa, sen sijaan, että olisin lähettänyt kyselyn henkilökohtaisesti henkilökunnalle. Saatekirjeen perään laitoin linkin kyselyyn. Pyysin, että esihenkilöt tiedottavat oman yksikön henkilökuntaa. Vastausaikaa oli alkuperäisen suunnitelman mukaan kaksi viikkoa ajalla 8-22.9.23.

Kyselyn asetuksia muokkasin siten, että vastaaja pystyi keskeyttämään kyselyn ja hän kykeni jatkamaan vastaamista myöhemmin. Kyselyn asetuksia, muokkasin myös siten, että järjestelmä ei pysty tunnistamaan henkilöitä, jotka eivät olleet vastanneet kyselyyn. Viikkoa ennen vastausajan päättymistä laitoin henkilökunnalle muistutussähköpostin kyselystä. ja kertaalleen muistutin sähköpostitse hoitotyön laaturyhmän jäseniä ja pyysin heitä muistuttamaan kyselystä omassa yksikössään. Jatkoin kyselyä vielä kolme ylimääräistä vuorokautta viikonlopun yli saadakseni lisää vastauksia. Saatekirjeen lopussa oli linkki kyselyyn. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja vastaukset käsiteltiin anonyymisti.

5.4 Aineiston analysointi

Määrälliseen tutkimukseen tulee valita analyysimenetelmä, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Tuloksia voidaan kuvata numeerisesti, graafisesti ja sanallisesti. Tutkimusongelmaan ja tutkimuskysymyksiin analyysimenetelmä pyritään miettimään etukäteen tutkimuksen suunnitelmavaiheessa. Tutkijan tulee kokeilla käytännössä, mikä on sopivin analyysimenetelmä juuri tietylle muuttujalle. (Vilkkä 2007, 119, 134.)

Tilastollisten menetelmien valinta riippuu tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimusongelmista. Aineistoa kuvaillaan käyttämällä frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Frekvenssit ja prosenttiosuudet ovat määrällisen tutkimuksen peruselementti. Frekvenssi on kuhunkin luokkaan kuuluvien tilastoyksiköiden lukumäärä. Määrällisessä tutkimuksen analyysissä havaintoyksikkö viittaa yksittäiseen vastaajaan. Muuttujat ovat yksilöstä mitattavia ominaisuuksia. Arvot puolestaan kuvaavat muuttujien luokkia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 129–130.)

Yhden muuttujan jakaumasta, suositellaan käytettäväksi sijaintilukuja. Tavallimmat sijaintiluvut ovat keskiarvo ja moodi. Selvitettäessä havaintoarvojen eroavaisuuksia toisistaan käytetään hajontalukuja. Vaihteluväli ja keskihavainto ovat havaintolukuja. Kun selvitetään muuttujan keskilukua, on suositeltavaa laskea muuttujasta sekä mediaani että keskiarvo. (Vilkkä 2007, 119.) Käytin opinnäytetyön analyysissä apuna Webropol-ohjelmaa. Avoimia kysymyksiä analysoin vastausten mukaan esimerkiksi kuvaamalla ja luokittamalla.

Ympäri vuorokautisissa asumispalveluissa ja yhteisöllisessä asumisessa henkilökuntaa on 370, jotka tavalla tai toisella ovat tekemississään asukkaiden ravitsemuksen kanssa. Vastauksia sain määräaikaan mennessä 36 ja pidensin vastausaikaa kolmella vuorokaudella, jolloin sain vastauksia yhteensä 37. Vastausprosentti oli 10 %.

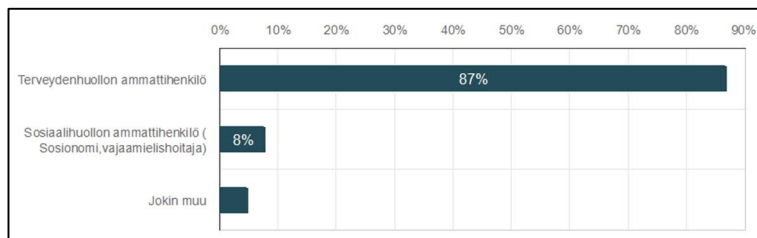
Aineisto on pieni, ja siitä on vaikea saada tilastollisesti luotettavia arvoja. Olen kuvannut tuloksia frekvensseillä ja prosenteilla. Vertaaminen eri muuttujien kesken osoittautui hankalaksi, koska vastaajat jakautuivat siten, että terveydenhuollon ammattilaisia oli vastaajissa eniten ja sosiaalihuollon

ammattihenkilöitä ja muun koulutuksen saaneita vähän. En ottanut ammattia vertailuun, jotta heitä ei kyetä tunnistamaan vastauksista. Työkokemus osoitautui analysoinnissa haastavaksi vertailukohteeksi, koska olin asettanut useita vastausvaihtoehtoja, Webropolin analyysi ei taipunut siihen hyvin. Vertasin yhteisöllisen ja ympärivuorokautisen asumisen vastauksia toisiinsa.

5.5 Kyselyn tulokset ja johtopäätökset

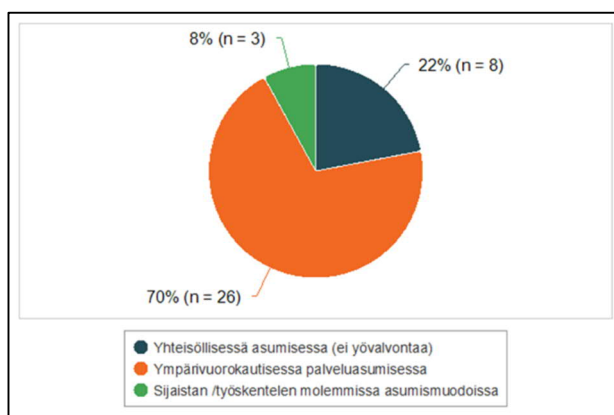
5.5.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista (n=37) oli terveydenhuollon ammattihenkilöitä (kuva 1), 32 kolme sosiaalihuollon ammattihenkilöä ja kaksi henkilöä oli valinneet jokin muu vaihtoehdon.



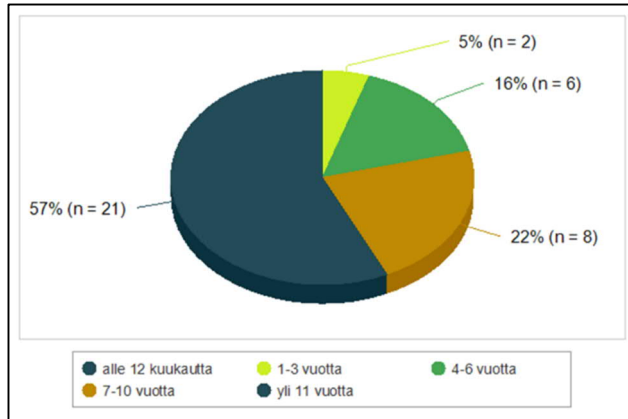
Kuva 1. Vastaajien koulutus

Vastaajista 70 % (n=26) työskentelee ympärivuorokautisessa asumisessa (kuva 2), 22 % (n= 8) yhteisöllisessä asumisessa ja kolme vastaajaa työskentelee molemmissa asumismuodoissa.



Kuva 2. Vastaajan työskentely-yksikkö

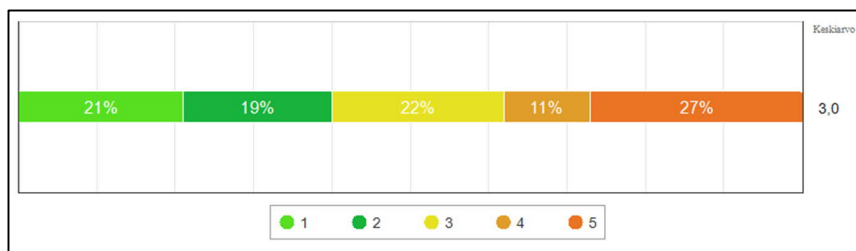
Vastaajat olivat kokeneita sosiaali- ja terveydenhoitoalan työntekijöitä (kuva 3). Suurimalla osalla vastaajista on yli 11 vuoden työkokemus (n=21) Sote-alalta. 22 % vastaajista on työskennellyt seitsemästä kahdeksaan vuotta (n=8), 5 % on työskennellyt kolmesta kuuteen vuotta (n=2). Yhdelläkään vastaajista ei ollut alle 12 kuukauden työkokemusta.



Kuva 3 Vastaajien työkokemus Sote-alalla

5.5.2 Vastaajien yksiköiden vajaaravitsemusriskin tunnistamisen työkalut

Kysymyksessä neljä vastaajat arvioivat mahdollisia vajaaravitsemusriskissä olevia asukkaita. Numero 1 tarkoitti, että vastaajan käsityksen mukaan yksikössä ei olisi lainkaan vajaaravitsemusriskissä olevia asukkaita. Numero 5 tarkoitti, että vastaaja oli sitä mieltä yksikössä, on vajaaravitsemusriskissä olevia asukkaita. 21 % vastaajista arvioi, että asukkailla ei ole vajaaravitsemusriskiä. 19 % vastaajista oli epävarmempia asukkaiden mahdollisesta vajaaravitsemuksen riskistä. 22 % vastaajista piti jo jonkin verran mahdollisena, että asukkailla saattaa olla vajaaravitsemusriski. 11 % arveli, että asukkailla on melko todennäköisesti vajaaravitsemusriski. 27 % piti erittäin todennäköisenä, että asukkailla on vajaaravitsemusriski (kuva 4). Vastausten mediaani ja keskiarvo näkyvät taulukossa 2. Ne olivat molemmat 3,0. Ne ovat sijainnin tunnuslukuja. Mediaani kuvaa suuruusjärjestyksessä olevaa aineistoin keskimäistä arvoa. Keskiarvo on saatu laskemalla havaintojen summa ja se on jaettu havaintojen lukumäärällä. Tässä se ilmaisee, että on mahdollista, että asumisyksiköissä on asukkaita, jotka voivat olla vajaaravitsemusriskissä.



Kuva 4 Vajaaravitsemusriskissä olevat asukkaat

Taulukko 2.

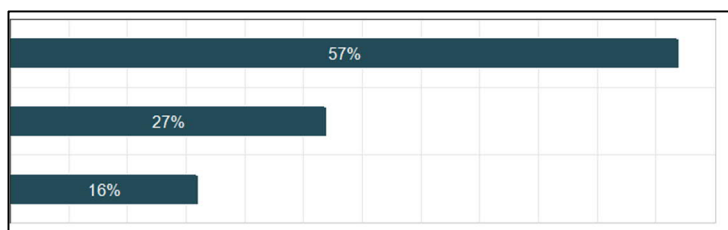
	1	2	3	4	5	Keskiarvo	Mediaani
	21,6%	18,9%	21,6%	10,8%	27,1%	3,0	3,0

Vastaajien yksikössä asukkaat punnitaan säännöllisesti kerran kuukaudessa (n=33) (taulukko 3). Kahden vastaajan yksikössä asukkaita punnitaan satunnaisesti (n=2). Kaksi vastaaja ei osannut sanoa käytännöistä (n=2).

Taulukko 3. Asukkaiden punnitustiheys

	n	Prosentti
Kerran vuodessa	0	0,0%
Kerran kuukaudessa	33	89,2%
Kerran viikossa	0	0,0%
Satunnaisesti	2	5,4%
Ei lainaakaan	0	0,0%
En osaa sanoa	2	5,4%

57 % vastaajista on sitä mieltä, että yksiköissä on asianmukainen potilasvaaka (kuva 5) 27 % vastasi, että asianmukaista potilasvaakaa ei ole ja 16 % ei osaa sanoa.



Kuva 5. Yksiköissä on asianmukainen potilasvaaka

Silloin kun yksikössä on ruokailussa avustettavia asukkaita, heidän ruokailujen sujumisesta ja ruokahalusta keskustellaan raportilla (taulukko 4) (n=23). 18 työntekijää vastasi, että hoitosuunnitelmissa on huomioitu ravitsemukseen

liittyvät ohjeet yksilöllisesti (n=18). Potilastietojärjestelmään kuvataan asukkaiden ruokailun sujuminen ja kuvataan asukkaiden nauttima ruokamäärä (n=9). Joissain yksiköissä ei ole selkeästi sovittuja käytäntöjä (n=6) ja kaksi henkilöä ei osannut sanoa (n=2).

Taulukko 4. Käytännöt, jos yksikössä on ruokailussa avustettavia

	n	Prosentti
Hoitosuunnitelmissa on huomioitu ravitsemukseen liittyvät ohjeet yksilöllisesti	18	56,3%
Terveys LifeCareen kirjataan päivittäin ruokailun sujuminen ja kuvataan asukkaan nauttima ruokamäärä tai ruokahalu	9	28,1%
Ei ole tarvetta kiinnittää huomiota ruokailuun, koska henkilökunta avustaa siinä	2	6,3%
Raportilla keskustellaan näiden asukkaiden ruokailujen sujumisesta tai ruokahalusta sanallisesti	23	71,9%
Yksikössä ei ole selkeästi sovittuja käytäntöjä tästä asiasta	6	18,8%
En osaa sanoa	2	6,3%

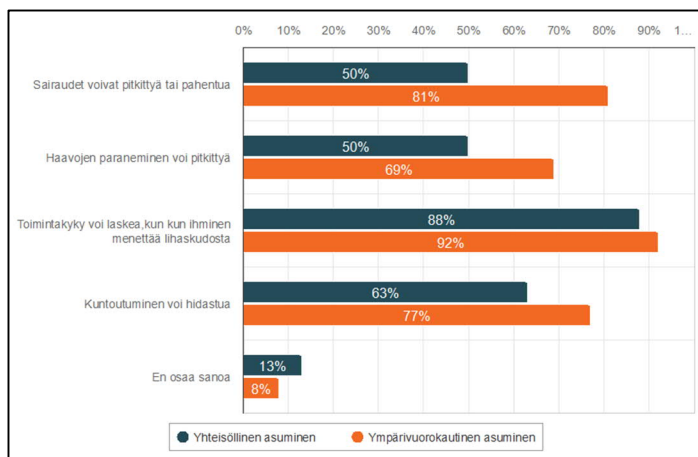
Vajaaravitsemuksen seuraukset tunnistettiin hyvin (taulukko 5).

Parhaiten vastaajat tunnistivat toimintakyvyn laskun (n=34), koska ihminen kadottaa lihaskudosta ja kuntoutumisen mahdollisen hidastumisen (n=28). Sairauden pitkittymisen tai pahentumisen tunnisti 28 vastaajaa (n=28). Haavojen parantumisen pitkittymisen tunnisti 25 vastaajaa (n=25). Kolme vastaajaa ei tunnistanut vajaaravitsemuksen mahdollisia seurauksia (n=3).

Taulukko 5. Vajaaravitsemuksen mahdolliset seuraukset

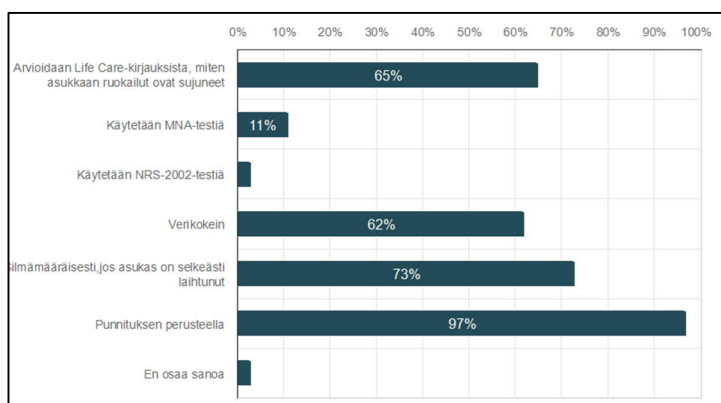
	n	Prosentti
Sairaudet voivat pitkittyä tai pahentua	28	75,7%
Haavojen paraneminen voi pitkittyä	25	67,6%
Toimintakyky voi laskea, kun ihminen menettää lihaskudosta	34	91,9%
Kuntoutuminen voi hidastua	28	75,7%
En osaa sanoa	3	8,1%

Vertaillen eri asumismuotojen henkilökunnan vajaaravitsemusosaamista, (kuva 6) ympärivuorokautisen asumisen henkilökunta tunnisti hieman paremmin vajaaravitsemuksen mahdolliset seuraukset, kuin yhteisöllisen asumisen henkilökunta.



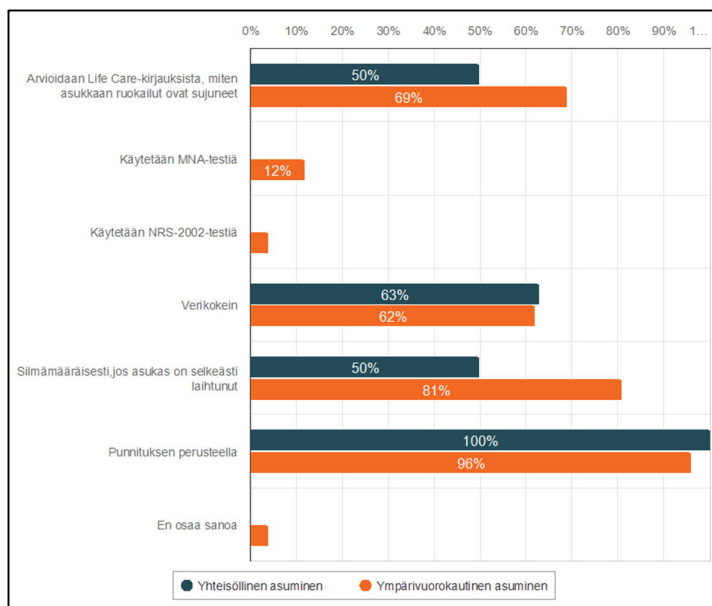
Kuva 6. Vajaaravitsemusosaamisen vaihtelu asumismuodon mukaan

Suurin osa vastaajista tunnistaa mahdollista vajaaravitsemusta punnitusten perusteella ja silmämääräisestä arvioinnista, jos asukas vaikuttaisi selkeästi laihtuneen (kuva 7). Potilastietojärjestelmään tehdyistä ruokailuun liittyvistä kirjauksista 65 % vastaajista osaa epäillä vajaaravitsemusta. 62 % vastaajista tunnisti, että vajaaravitsemusta voi selvittää verikokein. 11 % käyttäisi MNA-testiä. NRS 2002 -testi oli vieraampi, sen tunnisti 2,7 % vastaajista ja 2,7 % ei tunnistanut keinoja selvittää vajaaravitsemusta.



Kuva 7. Vajaaravitsemusriskin tunnistaminen eri menetelmillä

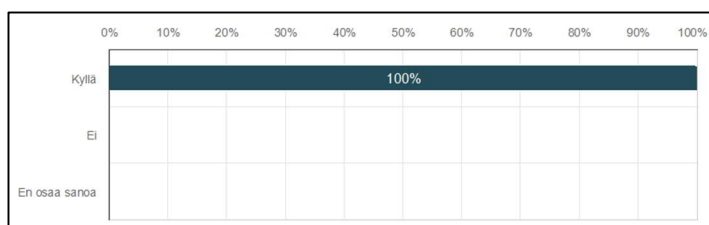
Vajaaravitsemusriskin tunnistamisessa ei ollut merkittäviä eroja eri asumismuodoissa (kuva 8). Ympäri vuorokautisessa asumisessa arvioitiin enemmän potilastietojärjestelmän kirjauksista, miten ruokailut olivat sujuneet. Ympäri vuorokautisen asumisen vastaajat turvautuivat asukkaan painon silmämääräiseen arvioon yhteisöllistä asumista enemmän.



Kuva 8. Vajaaravitsemusriskin tunnistaminen eri asumismuodoissa

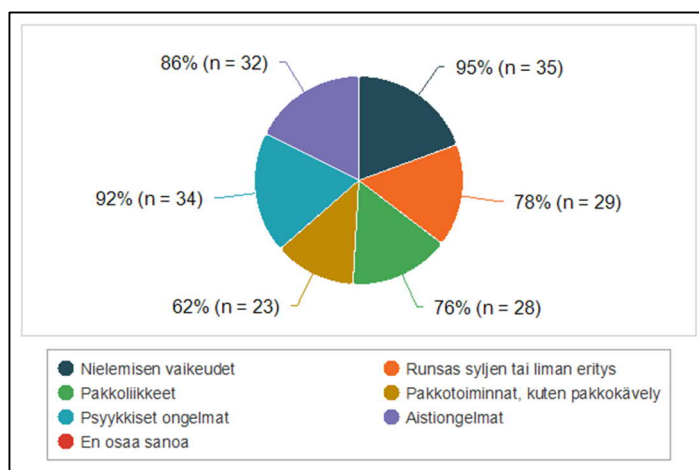
5.5.3 Vajaaravitsemusriskiä lisäävät tekijät

Ikääntyneiden vajaaravitsemusriski tunnistettiin hyvin (kuva 9). Kaikki 37 vastaajaa (n=37) olivat tunnistaneet, että vajaaravitsemusriski kasvaa ikääntyneillä



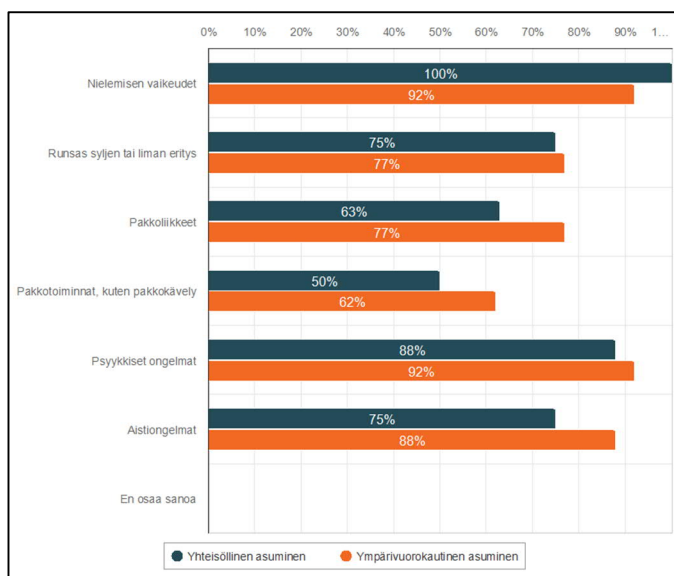
Kuva 9. Ikääntyminen vajaaravitsemusriskin tunnistaminen

Vajaaravitsemusriskin myötävaikuttavia tekijöitä tunnistettiin hyvin (kuva 10). Nielemisen vaikeudet (n=35), psyykkiset ongelmat (n=34) ja aistiongelmat (n=32) tunnistettiin parhaiten. Syljen tai limanerityksen tunnistoi 29 vastaajaa (n=29) ja pakkoliikkeet tunnistoi 28 vastaajaa (n=28) ja pakkotoiminnot 23 vastaajaa (n=23).



Kuva 10. Vajaaravitsemusriskiä myötävaikuttavat tekijät

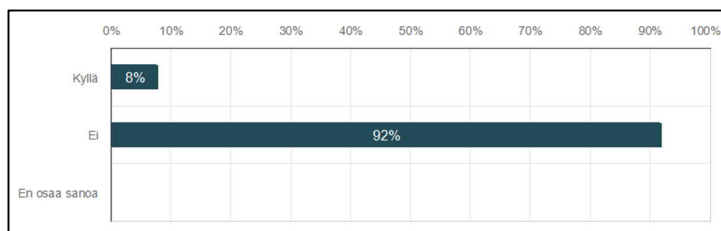
Vajaaravitsemukseen myötävaikuttavia tekijöitä tunnisti molempien asumismuotojen vastaajat hyvin (kuva 11). Ympäri vuorokautisen asumismuodon vastaajat tunnistivat pakkoliikkeet, pakkotoiminnat ja aistiongelmat hieman yhteisöllisen asumisen vastaajia paremmin.



Kuva 11 Vajaaravitsemukseen myötävaikuttavat tekijät eri asumismuodoissa

5.5.4 Ravitsemushoito-osaaminen

Väitteeseen ”ravitsemushoito kuuluu vain ravitsemusterapeuteille”, vastaajista 92 % oli sitä mieltä, että ravitsemushoito ei kuulu ainoastaan ravitsemusterapeuteille (kuva 12). 8 % vastaajista arveli, että ravitsemushoito kuuluu vain ravitsemusterapeuteille.



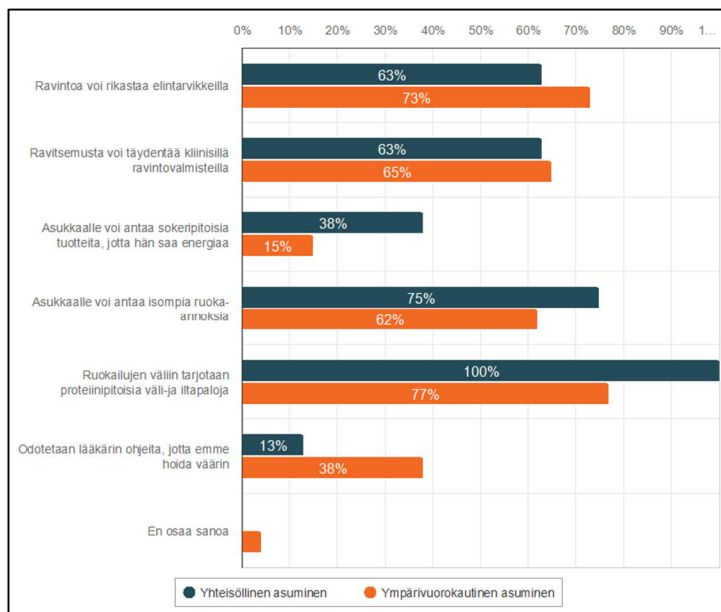
Kuva 12. Väite ravitsemushoito kuuluu vain ravitsemusterapeutille

Jos epäillään, että asukkaan ravitsemus on riittämätöntä, asumisyksikössä oli erilaisia ravitsemuksen tehostamiskeinoja (taulukko 6). Vastaajia oli 37 ja heillä oli mahdollista valita yksi tai useampi vaihtoehto (taulukko 5). Yksiköissä tarjotaan proteiinipitoisia väli- ja iltapaloja (n=31) ja ravintoa rikastetaan elintarvikkeilla (n=27). 25 henkilöä tarjoaa kliinisiä ravintovalmisteita (n=25) ja 24 vastaajaa tarjoaa isompia ruoka-annoksia (n=24). 12 vastaajaa kuvasi, että yksikössä odotetaan lääkärin ohjeita, jotta ei hoideta väärin (n=12) ja yksi vastaaja ei osannut sanoa (n= 1).

Taulukko 6. Ravitsemuksen tehostamiskeinoja

	n	Prosentti
Ravintoa voi rikastaa elintarvikkeilla	27	73,0%
Ravitsemusta voi täydentää kliinisillä ravintovalmisteilla	25	67,6%
Asukkaalle voi antaa sokeripitoisia tuotteita, jotta hän saa energiaa	7	18,9%
Asukkaalle voi antaa isompia ruoka-annoksia	24	64,9%
Ruokailujen väliin tarjotaan proteiinipitoisia väli- ja iltapaloja	31	83,8%
Odotetaan lääkärin ohjeita, jotta emme hoida väärin	12	32,4%
En osaa sanoa	1	2,7%

Ympäri vuorokautisen asumisen vastaajat rikastaisivat yhteisöllisistä asumista enemmän ravintoa (kuva 13). Yhteisöllisen asumisen vastaajat puolestaan tarjoaisivat isompia ruoka-annoksia ja tarjoaisivat proteiinipitoisia väli- ja iltapaloja ympärivuorokautisen asumisen vastaajia enemmän.



Kuva 13. Ravitsemuksen tehostamiskeinoja eri asumismuodoissa

Kysymykseen 14 vastaajaa pyydettiin kuvailemaan yksikön toimintatapoja, jos asukkaalla epäillään vajaaravitsemusriskiä. Tämä oli avoin kysymys. Jos vastaaja oli epävarma, hän pystyi vastaamaan en tiedä. Kysymys oli kaikille pakollinen (kuva 14). Käytin tähän kysymykseen sanakarttaa luokittelemaan vastauksia. Eniten vastauksissa ilmeni, että ensin konsultoidaan joko yksikön sairaanhoitajaa tai konsultoivaa sairaanhoitajaa, joka vie asian lääkärille. Useassa vastauksessa ilmeni, että asiasta keskustellaan yhdessä ja mietitään toimenpiteitä.

Asiasta keskustellaan tiimissä ja yksikön sairaanhoitajan kanssa. Sairaanhoitaja vie asian lääkärille, jonka antamien ohjeiden mukaan toimitaan.

Otetaan yhteys omaan sh ja sitä kautta lääkäriin. Proteiinijuomat ym. ovat meillä käytössä.

Joissain yksikössä pohditaan työryhmän kesken asiaa ja vajaaravitsemuksen syitä.

Asukkaan tilaa arvioidaan kokonaisvaltaisesti tiimissä ja konsultoidaan ravitsemusterapeuttia ja lääkäriä tarvittaessa.

Joissain yksiköissä itsenäisesti ryhdytään rikastamaan ruokaa, tarkkailemaan ruokailujen sujumista, jos epäillään asukkaan vajaaravitsemusta tai herää huoli asukkaan ravitsemuksesta.

Ruokailuun ja ravintoaineisiin kiinnetään erityistä huomiota, vointia, painoa tarkkaillaan.

Kokeillaan runsasenergisää vaihtoehtoja, suljetaan pois muut syyt vajaaravitsemukseen.

Lisäravinteet sekä ravintorikkaampi ruokavalio ja huomioidaan annoskoot ja varmistutaan, että asukkaan ruokailu onnistuu. Tarvittaessa avustetaan syömisessä.

Kasvatetaan annoskokoa, rasvalisät.

Rakennetaan suunnitelma millä tavoin arjessa ja päivittäisessä ruokailussa pystymme korjaamaan tilannetta, mitä lisätään tai muutetaan ruokavaliosta.

Yhdellä vastaajista oli laaja-alainen näkemys toimenpiteistä, jos epäillään asukkaan vajaaravitsemustilaa.

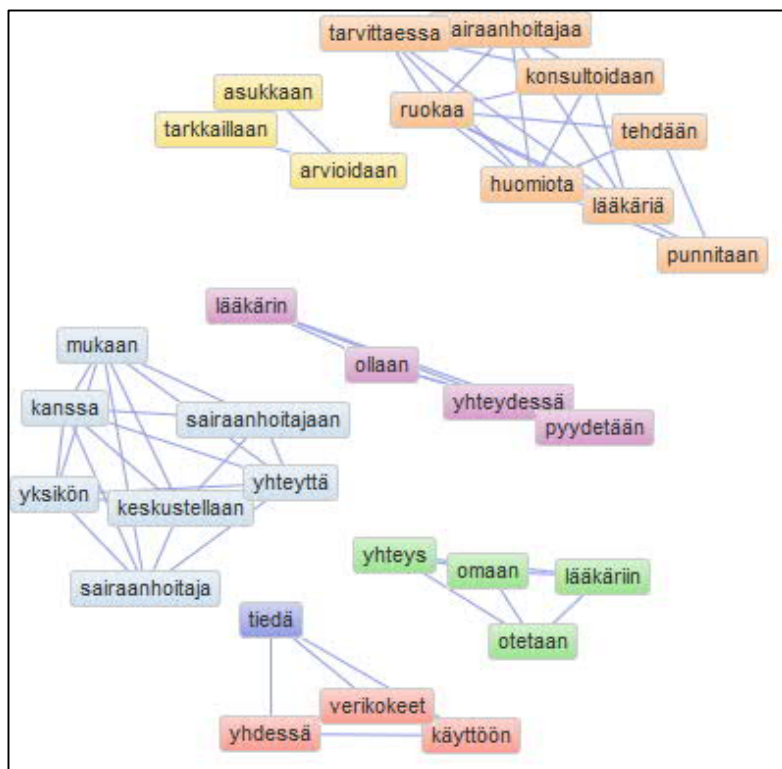
Optimaalisesti käytössä pitäisi olla/ennakoivasti: Säännöllinen painonseuranta min. x 1kk, lihas-(olkavarren ympäryksen mittaus) ja rasvakudoksen määrän muutoksien (ihopoimu) huomioiminen, lihasvoiman väheneminen/käsien puristusvoiman mittaus, nesteiden kertyminen kehoon, "pömpö vatsa," vuosikontrolli verikokeet/albumiini/prealbumiinin tarkistus, MNA-testi, NRS-2002 vajaaravitsemusseulan käyttö.

Seitsemän vastaajaa totesi, ettei tiedä, miten toimitaan.

Kaksi vastaajaa totesi, että yksiköissä on huonosti tietoa vajaaravitsemustilassa olevan asukkaan ravitsemushoidosta.

Hyvin vähän huomioidaan tai työntekijöitä ei kiinnosta, perushoitokin jää välle.

Huonosti, koska ei osata eikä ymmärretä ravitsemuksen tärkeyttä.



Kuva 14. Sanakartta yksikön toimintatavoista, jos asukkaalla epäillään vajaaravitsemusriskiä

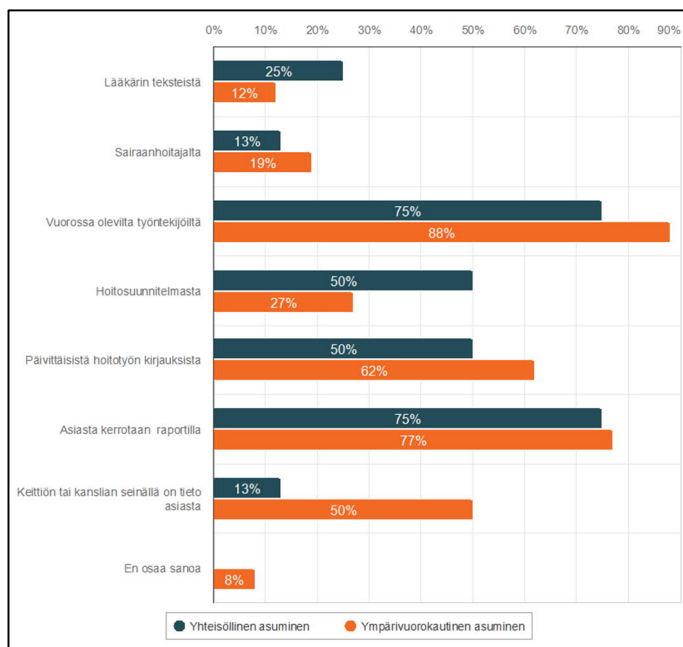
Taulukossa 7 ilmenee, että asukkaiden vajaaravitsemusriskistä tietoa saadaan pääasiassa vuorossa olevilta työntekijöiltä (n=32) tai asiasta kerrotaan raportilla (n=29). Päivittäisistä hoitotyön kirjauksista asian selvittää 17 vastaajaa (n=17) tai asia kirjattu asukkaan hoitosuunnitelmaan (n=12). Sairaanhoitajalta saa tiedon seitsemän (n=7) ja kuusi vastaajaa arvelee, että vajaaravitsemusriski selviää lääkärin teksteissä (n=6). Kaksi vastaajaa ei osannut sanoa (n=2).

Taulukko 7. Asukkaan vajaaravitsemusriskin tiedonlähteet

	n	Prosentti
Lääkärin teksteistä	6	16,2%
Sairaanhoitajalta	7	18,9%
Vuorossa olevilta työntekijöiltä	32	86,5%
Hoitosuunnitelmasta	12	32,4%
Päivittäisistä hoitotyön kirjauksista	21	56,8%
Asiasta kerrotaan raportilla	29	78,4%
Keittiön tai kanslian seinällä on tietoa asiasta	17	45,9%
En osaa sanoa	2	5,4%

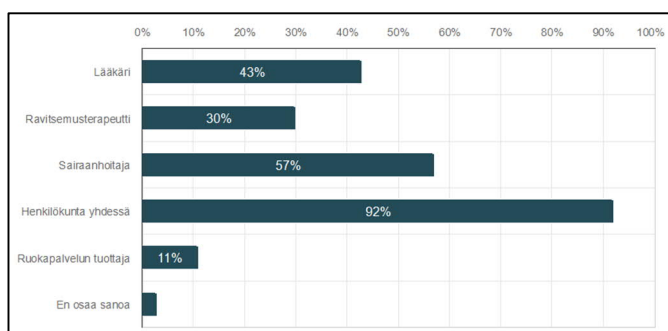
Tietoa mahdollisesta vajaaravitsemuksesta haettiin yhteisöllisessä asumisessa lääkärin teksteistä ja hoitosuunnitelmista enemmän, kuin

ympäri vuorokautisessa asumisessa (kuva 15). Ympäri vuorokautisessa asumisessa haetaan tietoa keittiön tai kanslian seinältä yhteisöllistä asumista enemmän.



Kuva 15. Asukkaan vajaaravitsemusriskin tiedonlähteet eri asumismuodoissa

Päätöksen asukkaan rikastetusta ruuasta tekee pääasiassa henkilökunta yhdessä (kuva 16). Yli puolet henkilökunnasta oli vastannut, että sairaanhoitaja tekee päätöksen tai lääkäri. 30 % vastaajista ajattelee, että ravitsemusterapeutti tekee päätöksen, 11 % vastaajista toteaa, että ruokapalvelun tuottaja päättää rikastetun ruuan aloittamisen. 2,7 % ei osannut sanoa.



Kuva 16. Ketkä voivat tehdä päätöksen rikastetusta ruuasta

Kysymyksessä 18 selvitettiin tilannetta, miten proteiinitehostettua ruokavaliota voi toteuttaa. Tämä oli avoin kysymys ja vastauksen sai ohittaa, jos vastaaja ei ole varma tai tiedä vastausta. 25 henkilöä oli vastannut tähän kysymykseen.

Käytin tähän kysymykseen sanakarttaa luokittelemaan vastauksia (kuva 17). Vastaajat olivat tienneet hyvin proteiinitehostetun ruokavalion periaatteet.

Lähes kaikki vastaajat rikastaisivat ruoka-annoksia proteiinilisillä, kuten rahkalla, raejuustolla, maitotuotteilla, proteiinijauhelisillä ja kananmunalla.

Voidaan käyttää myös täydennysravinteita esim. rahkat ja pirtelöt.

Esimerkiksi raejuustoa ja jogurttia lisätään keittoihin. Tarvittaessa annetaan proteiinijauhetta ruuan sekaan.

Sitä voi toteuttaa esim. tarjoamalla proteiinirahkoja, proteiinivanukkaita/pirtelöitä, lisäämällä kinkkua, juustoa enemmän leivän päälle ja suosimalla maitotuotteita, joissa on proteiinia. Myös kananmunia voi tarjota proteiininlähteeksi. Aamupalalla ja iltapalalla lisänä esim. proteiinirahka tai juoma tai keitetyjä/paistettuja kananmunia.

Lounas ja päivällinen extra annos proteiinia eli mm. lihaa, palkokasveja tai kalaa yms. Välipalana sama kuin aamupala lisänä.

Jos ruoka tulee palveluntuottajalta, laitetaan sinne tieto proteiinitehosteisesta ruokavaliosta.

Ruokapalvelun tuottaja tiedon saatuaan on velvollinen sen toteuttamisesta.

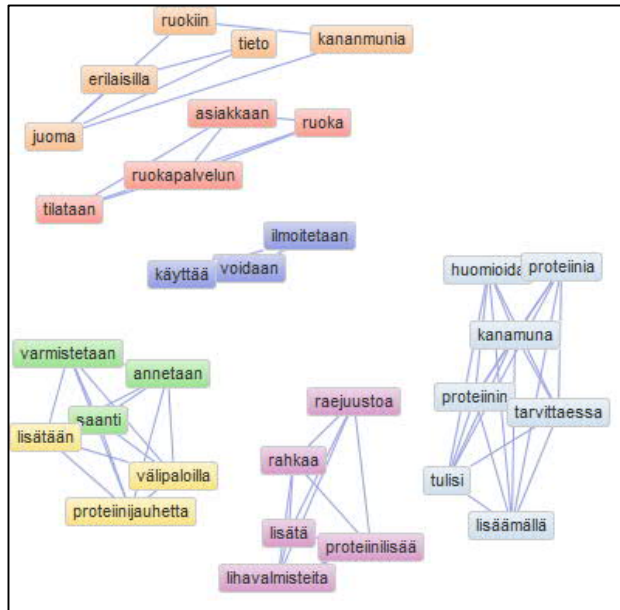
Ollaan yhteydessä palveluntarjoajaan!

Keittiölle tieto.

Ruokapalveluilta oma dieetti.

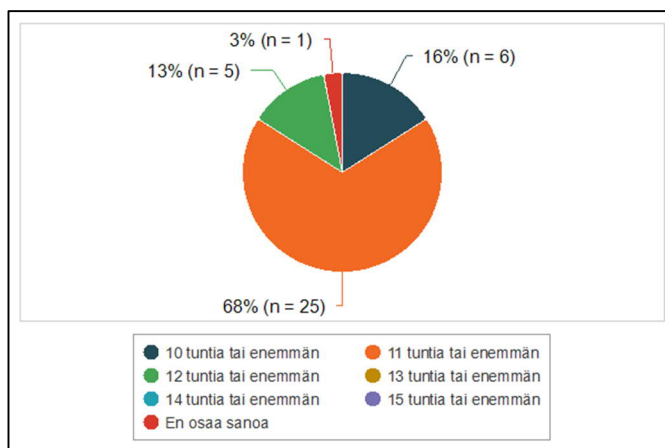
Tilataan runsas proteiininen ruokavalio.

Yhden vastaajan mukaan lääkärin opasti, miten proteiinitehostettua ruokavaliota toteutetaan. Yhden vastaajan näkemyksen mukaan osaamista ei ole ja henkilökunnalla ei ole kiinnostusta ravitsemushoitoon.



Kuva 17. Sanakartta proteiinitehostetun ruokavalion toteuttaminen

Yöpaaston pituus (kuva 18) vaihteli jonkin verran eri yksiköissä. 68 % vastaajista kuvasi, että yö paaston pituus on 11 tuntia tai enemmän (n=25). 16 % yksiköissä yöpaasto on 10 tuntia tai enemmän (n=6). 13,5 % vastasi, että yöpaaston pituus on yli 12 tuntia (n= 5). 3 % ei osannut sanoa (n=1). Kysymyksessä 19 selvitettiin yöpaaston pituutta yksikössä. Esimerkki yöpaaston pituudesta on virheellinen. Esimerkissä on- "jos iltapala tarjoillaan klo 19 ja aamupala tarjoillaan klo 8, yöpaasto on silloin 11 tuntia." Todellisuudessa se silloin on 13 tuntia.



Kuva 18. Yöpaaston arvioitu kesto eri asumisyksiköissä

Yöpalan saatavuus hieman vaihteli eri asumisyksiköiden välillä (taulukko 8). Yöpalaa on mahdollisuus saada 23 vastaajan mukaan (n=23). Yhdentoista

vastaajan yksikössä yöpalaa ei ole mahdollista saada (n=11) ja kolme vastaajaa ei osannut sanoa yksikön käytännöistä (n=3).

Taulukko 8. Mahdollisuus saada yöpalaa

	n	Prosentti
On	23	62,2%
Ei	11	29,7%
En tiedä	3	8,1%

Niissä yksiköissä, missä oli mahdollisuus antaa yöpalaa, annettiin leipää, jogurttia, hedelmiä tai jääkaapin sisällön mukaan.

Voileipä, mehua, hedelmä, jogurtti, yksilöllisen tarpeen mukaan.

Asukkaille tarjotaan esim. hedelmä, leipää tai jogurttia.

Yhteisöllisessä asumisessa asukkailla on pääsääntöisesti omat jääkaapit, joten asukas voi ostaa sinne yöpalaa tai keittiöltä voidaan antaa sinne syötävää. *On mahdollisuus antaa asukkaan jääkaappiin esim. leipää, rahkaa tai muuta välipalaa illalla, jotta hän voi syödä myöhemmin vielä, jos nälkä yllättää.*

Yksiköiden käytännöt ja perusteet vaihtelevat yöpalan tarjoamiseen jonkin verran. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että yöruokailu on omassa yksikössä täysin mahdollista.

Todellakin on mahdollista. Asukkaat, jotka tykkäävät valvoa myöhään saavat yöpalaa ja esimerkiksi muistisairasta asukasta rauhoittaa monesti joku pieni eväs.

Banaania, mehukeittoa, rahkaa, leipää, joskus aamupalan saa aiemmin, jos herää aiemmin.

Joidenkin vastausten mukaan yöruokailu ei välttämättä ole kaikille mahdollista.

Asukkaan oma ostamia tuotteita, jos asukas pystyy ne itse syömään.

Yksi yökkö talossa, joten ei voi auttaa yö ruokailuissa/syöttämisissä.

Yksi kävelevä asukas saa leipää mukaansa yöksi.

Vain yksi diabeetikko saa voileivän klo 22 ja hänelläkin on liian vähälle laitettu vuorokauden kalorit.

Mielelläni antaisin yöpalaa henkilökohtaisesti. Työyksikössä ollaan sitä mieltä, että KEVA puolen asukkaat menee sekaisin, jos poiketaan normaalista. Vanhuspuolella usein tarjosin leipää, hedelmiä, jogurttia ja juotavaa asukkaille. Lämmin juotava usein rauhoitti vanhuksia ja unen saanti helpottui.

Vastaajat arvioivat omaa ravitsemusosaamistaan NPS asteikolla 0–10 (taulukko 9). Seitsemän vastaajaa arvioi arvosanaksi tasolla kolmesta kuuteen (n=7), 23 vastaajaa arvioi osaamistasonsa olevan välillä seitsemästä kahdeksaan (n=23) ja seitsemän vastaajaa arvioi osaamistasonsa kiitettäväksi (n=7).

Taulukko 9. Arvio omasta ravitsemusosaamisesta

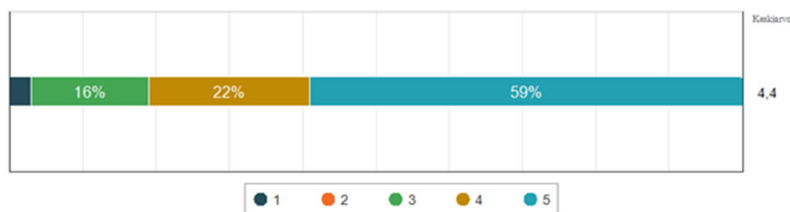
Arvosana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	n=7						n=23		n=7		
	18,9						62,2		18,9		
	%						%		%		
	0	0	0	2	1	2	2	5	18	6	1
	0,0%	0,0%	0,0%	5,4%	2,7%	5,4%	5,4%	13,7%	48,7%	16,2%	2,7%

Vastaajien ravitsemusosaamisen keskiarvo on 7,4 (taulukko 10).

Taulukko 10. Ravitsemusosaamisen keskiarvo

Yhteensä	
Vastauksia	Keskiarvo
37	7,4

Vastaajia kiinnosti mahdollisesti järjestettävä ravitsemuskoulutus. Kysymyksessä vastaaja pystyi arvioimaan, kuinka todennäköisesti hän osallistuisi ravitsemuskoulutukseen, jos sellainen järjestetään. Vastausvaihtoehdot olivat yhdestä viiteen. Arvo yksi tarkoittaa, että ei vastaaja osallistu ja arvo viisi tarkoittaa, että vastaaja varmasti osallistuu (kuva 19). 59 % vastaajista valitsi arvon viisi, 16 % valitsi arvon kolme ja 2,7 % valitsi arvon 1.



Kuva 19. Kiinnostus ravitsemuskoulutukseen

Ravitsemuskoulutukseen vastaajat toivoivat kehitysvammaisten henkilöiden ravitsemuksen erityispiirteiden koulutusta (n=29), 19 vastaajaa toivoi erityisruokavalioista tietoa (n=19), 18 henkilöä toivoi vajaan ravitsemuksesta koulutusta (n=18). Ravitsemussuosituksista toivoi tietoa 13 vastaajaa (n=13) ja kolme vastaajaa ei osannut sanoa (n=3). Kaksi henkilöä (n=2) toivoi jotain muuta koulutusta (Taulukko 11).

Taulukko 11. Toiveita ravitsemuskoulutukseen

Koulutustoiveet	n	Prosentti
Erityisruokavaliot	19	51,4%
Rakennemuunneltut ruokavaliot	16	43,2%
Kehitysvammaisten henkilöiden ravitsemuksen erityispiirteet	29	78,4%
Vajaan ravitsemus	18	48,6%
Ravitsemussuosituksiset	13	35,1%
En osaa sanoa	3	8,1%
Jotain muuta	2	5,4%

Heillä, jotka valitsivat ”jotain muuta”-vaihtoehdon, oli mahdollisuus ehdottaa avoimeen kysymykseen, mitä se voisi olla.

Vastauksissa toivottiin ravitsemussuosituksista tietoa ja ruokapalveluntuottajalta koulutusta ruokavalioiden ja erityisruokavalion tilaamisesta ja tietoa ruokalistan merkityksestä.

Esim. että jos ruokalistalla ei tarjota jotain aterian osaa esim. leipiä, silloin aterian energia- ja ravintoainepitoisuus ei ole se, mikä sen tulisi olla.

Koulutusta toivottiin myös ruoka-annosten koosta ja annostelusta.

Kiinnitettäisiin enemmän huomiota siihen, että asiakkaille on tilattu eri kokoisia annoksia.

Yksiköissä kannattaisi käyttää enemmän annosten mallikuvia, jotta jokainen asiakas saisi oikean kokoisen annoksen. S- koon keittoannos on melko pieni ja herkästi lautaselle tulee laittaneeksi isomman annoksen.

5.5.5 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaista vajaaravitsemusriskin ja ravitsemushoidon osaamista Päijät-Hämeen hyvinvointialueen vammaispalveluiden asumispalveluiden henkilökunnalla on. Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksena Webropol-kyselyn avulla. Kysely toteutettiin syyskuussa 2023. Kysely oli jaettu vastaajien taustatietoihin, vajaaravitsemusriskin tunnistamiseen ja ravitsemushoitoon teoriatietoon pohjautuen. Vastaajilta kysyttiin heidän omaa ravitsemusosaamisensa arvioitua tasoa ja lopussa vastaajien oli mahdollisuus toivoa mahdollisia ravitsemuskoulutuksen aiheita.

Vastaajat olivat kokeneita Sote-alan työntekijöitä. Suurin osa heistä on työskennellyt yli 11 vuotta Sosiaali- ja terveysalalla. Enemmistö vastaajista on terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Ja he työskentelevät pääosin ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Vastaajat tunnistivat, että asumisyksiköissä asuu ihmisiä, joilla on mahdollinen vajaaravitsemusriski. Myös Marinos (2017) on todennut aliravitsemuksen olevan yleinen terveys- ja sosiaalihuollon ongelma. 89,2 %vastaajista totesi, että asukkaiden painoa seurataan kuukausittain. Vastaajien mukaan painonseuranta ja silmämääräinen arviointi ovat vajaaravitsemuksen tunnistamisen tärkeimpiä keinoja. Vastauksissa oli kuitenkin ristiriita siinä, että vain 57 %:lla vastaajien asumisyksiköistä on varmuudella asianmukainen potilasvaaka. NRS 2002-testiä ei juurikaan käytetty vajaaravitsemuksen seulontaan. MNA-testin tunnisti muutama vastaajista. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2023,17) mukaan silmämääräinen arviointi paljastaa vain vakavan vajaaravitsemustilan.

Ruokailussa avustettavien asukkaiden ravitsemustilaa seurataan pääosin keskustelemalla raportilla näiden asukkaiden ruokailujen sujumisesta. Vajaaravitsemuksen seuraukset tunnistettiin hyvin. Parhaiten tunnistettiin toimintakyvyn lasku, sairauksien pitkittyminen ja paheneminen ja kuntoutumisen hidastuminen. Vajaaravitsemusriskiä edistäviä tekijöitä tunnistettiin hyvin.

Ravinnon rikastamistavat tunnistettiin hyvin. Pääosin vastaajat tarjoaisivat proteiinipitoisia väli- ja iltapaloja, rikastaisivat ruokaa elintarvikkeilla ja tarjoaisivat lisäravinnetta. Jos asukkaalla epäillään vajaaravitsemustilaa, eri yksiköissä

osaaminen ja toimintatavat vaihtelevat. Yleensä ensin keskustellaan asiasta yhdessä henkilökunnan kesken, sitten asia viedään sairaanhoitajalle. Sairaanhoitaja vie asian eteenpäin lääkärille. Joissain yksiköissä aletaan korjata ravitsemusta heti ravintoa rikastamalla ja proteiinipitoisilla tuotteilla.

Asukkaan vajaaravitsemuksesta työntekijät saavat pääasiassa tietoa vuorossa olevilta työntekijöiltä tai raportilla. Van den Bergin ym. (2021,13) mukaan palvelukotien tyyppisissä hoitokodeissa tulee toteuttaa hoitotyön ravitsemussuunnitelmaa, joka keskittyy ravitsemushoidon hoitotyön toimintaan. Tulosten mukaan vain kolmannes vastaajista saavat tiedon mahdollisesta vajaaravitsemusriskistä hoitosuunnitelmista ja noin puolet vastaajista saavat tiedon hoitotyön päivittäisistä kirjauksista.

Yli puolet vastaajista kuvasi, että yöpaasto omassa yksikössä oli yli 11 tuntia tai enemmän. Todellisuudessa se saattaa olla vieläkin enemmän, jos vastaajat ovat vastanneet virheellisen kysymysesimerkin mukaan. Yöpalaa oli mahdollisuus saada suurimmassa osassa yksiköitä ja tarjolla oli lähinnä, mitä jääkaapista löytyy. Yli puolessa yksiköistä on mahdollisuus saada yöpalaa, mutta on huomattavaa, että kolmasosassa vastaajien yksiköistä se ei ole mahdollista.

Oma ravitsemusosaaminen arvioitiin melko hyväksi ja vastaajia kiinnosti mahdollisesti järjestettävä ravitsemuskoulutus. Eniten vastaajat toivoivat tietoa kehitysvammaisen henkilön ravitsemuksen erityispiirteistä ja noin puolet vastaajista toivoivat koulutusta erityisruokavalioista. Salo (2012) väitöskirjassaan tutki kotihoidon työntekijöiden ravitsemuksen osaamistarpeita. Työntekijät toivoivat koulutusta erityisruokavalioihin, lääkkeiden ja ruoan yhteen sopivuuteen sekä ruokailuun liittyviin käytännön toimiin.

6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA

Reliabiliteetilla tarkastellaan tulosten pysyvyyttä (Kankkunen. & Vehviläinen-Julkunen 2018,194). Jos kysely toteutettaisiin samoilla kysymyksillä, tulokset luultavasti olisivat samansuuntaiset. Jos avoimia kysymyksiä olisi enemmän strukturoitujen kysymysten sijaan, ne saattaisivat vaikuttaa tuloksiin. Validiteetti tarkastelee sitä, onko mitattu oikeita asioita (Kankkunen & Vehviläinen-

Julkunen 2018,189). Opinnäytetyössä on mitattu oikeita asioita, koska kysely antoi vastauksia juuri tämän organisaation vammaispalveluiden kyselyyn vastanneen henkilökunnan vajaaravitsemuksen tunnistamisesta ja ravitsemushoidosta ja eri yksiköiden käytännöistä.

Eettisyys on kaiken tieteen toiminnan ydin. Tutkimusetiikka luokitellaan normatiiviseksi etiikaksi. Normatiivinen etiikka vastaa kysymyksen oikeista säännöistä. (Vilka 2007,211; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 211.)

”Anonymisointi tarkoittaa henkilötunnisteiden poistamista tai niiden muuttamista tavalla, joka estää yksittäisen henkilön tunnistamisen aineistosta” (Vilka 2007,89–90). Pysin huomioimaan tämän taustakysymysten asettelussa. Esimerkiksi pohjakoulutuksen vaihtoehdoiksi olin määritellyt sosiaalialan koulutuksen. Se saattaa vammaispalveluissa olla sosionomi, kehitysvammahoitaja tai vajaamielishoitaja. Heitä on henkilökunnassa vähemmän, kuin terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Samalla tavoin halusin suojata sairaanhoitajien anonymiteettiä taustatiedoissa, koska heitä vammaispalveluissa työskentelee vain muutama. Vilkan (2021b) mukaan kyselylomake mahdollistaa vastaajien anonymiteetin ja se antaa mahdollisuuden avoimiin kysymyksiin. Osaamisen kartoittaminen voi olla joillekin aihe, johon Webropol-kyselyyn on helpompi vastata tunnistamattomana verrattuna haastatteluun.

Työskentelen kohdejoukon kanssa samalla toimialalla sellaisessa tehtävässä, jossa olen henkilökunnan kanssa tekemisessä työni puolesta. Olen käsitellyt vastauksia objektiivisesti, koska en tunnista vastaajia ja minulla ei ole oletuksia vastaajien osaamisesta. Olen pyrkinyt toimimaan tässä opinnäytetyössä vastuullisesti ja ohjeiden mukaan. Kysely on toteutettu täysin anonymisti ja vapaaehtoisesti. Kyselylomakkeen olen pyrkinyt muokkaamaan siten, että siitä ei pysty tunnistamaan vastaajia. Olen pyrkinyt kyselyn raportoinnissa siihen, että en raportoi asioista siten, joista voisi tunnistaa vastaajan henkilöllisyyden.

Kyselyn teknisiä asetuksia, muokkasin siten, että järjestelmä ei tunnista henkilöitä, jotka eivät ole vastanneet. Muistutuksia kyselystä ei lähtenyt valikoidusti heille, jotka eivät vastanneet kyselyyn. Laitoin muistutuksen kaikille osallistujajyksiköille. Esihenkilökokouksessa pyysin esihenkilöitä muistuttamaan henkilökuntaa kyselystä. Tässä opinnäytetyössä kysely toteutettiin henkilökunnalle,

ei potilaille tai asiakkaille. Olen merkinnyt lähteet luotettavasi ja oikein. Olen pyrkinyt analysoimaan ja raportoimaan tutkimusraporttia mahdollisimman tarkasti ja luotettavasti. Hain tämän opinnäytetyön kyselyä varten tutkimuslupaa vammaispalvelujen tulosaluejohtajalta (liite 4).

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista vajaaravitsemusriskin ja ravitsemushoidon osaamista vammaispalvelun henkilökunnalla on ja tavoitteena on kehittää asukkaiden hoitotyötä siten, että asukkaiden ravitsemushoito perustuu kansallisiin ohjeistuksiin. Tavoitteena on myös että, asukkaiden mahdollisen vajaaravitsemusriski tunnistetaan varhaisessa vaiheessa ja vajaaravitsemusriskin tunnistamisen osaaminen kehittyy. Mielestäni tämä opinnäytetyö antoi niitä vastauksia, mitä lähdin hakemaan. Nyt on aika alkaa kehittämään vammaispalveluiden hoitotyötä peilaten kansallisia suosituksia ja hakea koulutuksella lisäosaamista. On tärkeää ymmärtää, miksi kehitämme toimintatapoja ja mikä merkitys niillä on asukkaiden hyvinvointiin.

Yli puolessa yksiköistä on mahdollisuus saada yöpalaa, mutta on huomattavaa, että kolmasosassa vastaajien yksiköistä, sitä mahdollisuutta ei ole. Ravitsemushoitosuosituksen (2023,79) ja Mutasen ym. (2014) mukaan yöpaaston pituus saisi olla enintään 10–11 tuntia. Heidän mukaansa erityisen tärkeää lyhyt yöpaasto on vajaaravitulle tai vajaaravitsemusriskissä oleville henkilöille. Osassa vastauksista tuli esiin yksikön henkilökunnan asenne yöruokailuun. Jossain yksiköissä yöruokailun toteuttamisessa ei nähty mitään ongelmaa, joissain yksiköissä sen koettiin olevan täysin mahdotonta. Perusteena vastauksissa oli esimerkiksi, että kehitysvammainen ihminen menee täysin sekaisin yöruokailusta tai yksikössä on vain yksi yöhoitaja. Kuitenkin yksilöllisesti voisi pohtia, kenelle se on tarpeen ja kenen elämän se mahdollisesti voi sekoittaa ja miten riittävä ravitsemus toteutetaan muilla keinoin. Kehitysvammaisia ihmisiä tai heidän tarpeitaan ei mielestäni voi tyypittää samaan kategoriaan.

Kun avoimessa kysymyksessä selvitettiin, miten vastaaja toteuttaisi proteiinirikastettua ravintoa, vain 25 henkilöä vastasi tähän kysymykseen. Kysymys ei ollut pakollinen, ja vastaajalla oli mahdollisuus sivuuttaa kysymys, jos hän ei

tiennyt vastausta. He, jotka olivat osanneet vastata tähän kysymykseen, tiesivät hyvin proteiinitehosteisen ravitsemukset keinoja. Koska kysymyslomake oli muodostettu teoriaosuuden pohjalta, se oli myös johdatteleva. Vastaajat tunsivat tiettyjä asioita, kun ne tarjottiin näkyvinä vaihtoehtoina, mutta välttämättä he eivät ole sisäistäneet niitä asioita henkilökohtaisesti. Se oli tämän kyselylomakkeen heikkous. On mahdollista, että vastaukset olisivat saattaneet olla erilaisia, jos suurin osa kysymyksistä olisi olleet avoimia kysymyksiä.

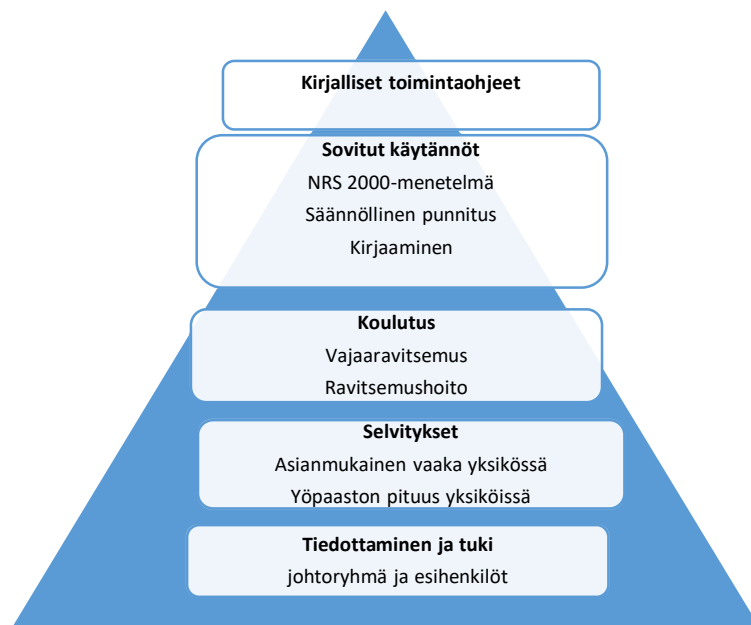
Asukkaan vajaan ravitsemuksesta työntekijät saavat pääasiassa tietoa vuorossa olevilta työntekijöiltä tai raportilla. Van den Bergin ym. (2021,13) mukaan palvelukotien tyyppisissä hoitokodeissa tulee toteuttaa hoitotyön ravitsemussuunnitelmaa, joka keskittyy ravitsemushoidon hoitotyön toimintaan.

Eniten vastaajat toivoivat tietoa kehitysvammaisen henkilön ravitsemuksen erityispiirteistä ja noin puolet vastaajista toivoi koulutusta erityisruokavalioista. Salo (2012) väitöskirjassaan tutki kotihoidon työntekijöiden ravitsemuksen osaamistarpeita. Työntekijät toivoivat hänen tutkimuksessaan koulutusta myös erityisruokavalioihin, mutta lisäksi lääkkeiden ja ruoan yhteen sopivuuteen sekä ruokailuun liittyviin käytännön toimiin.

Henkilökunta tarvitsee yhteisiä, selkeitä ohjeistuksia hoitotyön kirjaamiseen, tiedonhakuun potilasasiakirjoista, punnitsemiseen ja yöpaaston toteuttamiseen. Tuloksissa tulee huomioida, että vastausten yöpaaston pituus on vain suuntaa antava. Yöpaaston todellinen pituus tulee selvittää yksiköistä, koska kysymyksessä 19 esimerkki yöpaaston pituudesta oli esitetty väärin. Todellisuudessa se on 12 tuntia, eikä 11 tuntia, kuten esimerkissä on.

Asumispalveluihin tulee luoda yhteisesti sovitut ja hyväksytyt käytännöt vajaan ravitsemuksen ehkäisyyn, tunnistamiseen ja ravitsemushoittoon. Tulosten mukaan yhteneväisiä käytäntöjä ei ole. Joka yksikköön tulee hankkia asianmukainen potilasvaaka, jos sellaista ei ole. Myös pyörätuolia käyttävät asukkaat tulee punnita säännöllisesti asianmukaisella vaakaalla. NRS 2002-menetelmä tulee ottaa käyttöön. Sen käyttöönoton aloitus sovitaan yhteisesti hoitotyön laaturyhmässä. Ravitsemus tulee huomioida järjestelmällisesti asukkaan hoitosuunnitelmissa. Päivittäiseen hoitotyön kirjaamiseen tulee kirjata ravitsemuksellisesti haavoittuvassa asemassa olevien asiakasryhmien ruokailujen

sujuminen ja ruokahalu. Heitä ovat ikääntyneet, ruokailussa avustettavat asukkaat, asukkaat, joilla on ollut painon muutoksia viimeisen kuukauden aikana ja vajaaravitsemusriskissä olevat asukkaat tai vajaaravitsemustilassa olevat asukkaat. Mahdollisten kehitysvammaan liittyvien erityispiirteiden huomioiminen tulee huomioida hoitosuunnitelmissa ravitsemus fraasissa.



Kuva 21. Vajaaravitsemuksen tunnistamisen ja ravitsemushoidon kehittämissuunnitelma

Jotta vajaaravitsemuksen seulonnasta, tunnistamisesta ja ravitsemushoidosta tulee osa laadukasta hoitotyötä, tarvitaan myös koulutusta. Pelkkien käytäntöjen muuttaminen ei tuo toivottua tulosta, jos ei ole teoriapohjaa, mikä ohjaa toimintaa. Kuvaan 21 olen tiivistänyt vajaaravitsemuksen tunnistamisen ja ravitsemushoidon kehittämissuunnitelman. Ensin tiedotan johtoryhmää ja esihenkilöitä vajaaravitsemuksen tunnistamisen ja ravitsemushoidon kehittämissuunnitelmasta. Tarvitsen heidän hyväksyntänsä ja tuen kehittämiseen. Sitten selvitän yksikköjen nykytilannetta hoitokäytäntöjen sopimista ja käyttöönottoa varten. Suunnittelemme koulutussisällön yhteistyössä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen ravitsemusyksikön ravitsemusterapeuttien kanssa huomioiden myös kehitysvammaisten ravitsemuksen erityispiirteet. Olen sopinut heidän kanssaan vajaaravitsemuksen ja ravitsemushoidon koulutuksesta alustavasti. Tapaamme heidät sairaanhoitajien kanssa, ja sovimme koulutustarpeista, koulutuksen sisällöstä ja toteuttamistavasta. Ravitsemusterapeutit toteuttavat koulutuksen ja toimivat sen sisällön asiantuntijoina. Sovimme hoitotyön laaturyhmässä yhteiset hoitokäytännöt asukkaiden säännölliseen punnitukseen ja

ravitsemuksen kirjaamiseen, NRS 2002-menetelmän käyttöönottoon ja jalkauttamiseen asumisyksiköissä. Sairaanhoitajat ovat avainhenkilöitä omien yksiköiden hoitotyön kehittämiseen. Avainhenkilöiksi tulee valita hoitotyön laaturyhmästä henkilöitä yksiköistä, joissa ei ole omaa sairaanhoitajaa. He jalkauttavat sovittuja käytäntöjä omissa yksiköissään. Vastaajat toivoivat myös tietoa erityisruokavalioista ja ruokahuollon palvelutuottajalta työkaluja oikeiden annoskokojen arviointiin ja toteuttamiseen.

Tulokset antavat viitteitä vajaaravitsemuksen tunnistamisesta ja ravitsemushoidon osaamisesta vammaispalveluissa. Asumispalveluissa on henkilökuntaa 370 henkilöä ja vastaajia oli 37. Vastausprosentti oli 10 % ja se on matala, joten tulokset eivät ole suoraan yleistettäviä. Suurin osa vastaajista oli terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja se kuvaa henkilöstörakennettamme asumispalveluissa hyvin. Vastaajien työkokemus oli pitkä ja mielenkiintoista on, miksi lyhyemmän aikaa ammatissa toimineet, eivät vastanneet kyselyyn. Eräs mahdollisuus on, että lyhyen aikaa ammatissa toimineet eivät ymmärrä ravitsemuksen merkitystä tärkeänä ja eivät tunnista vielä vajaaravitsemuksen riskitekijöitä.

Matalaan vastausprosenttiin voi olla monenlaisia syitä. Koettiinko asia tärkeäksi? Ehkä koettiin, että asia ei koske meidän yksikköämme. Sain yhden tiedustelun tai kommentin esihenkilöltä, joka oli motivoinut henkilökuntaa vastaamaan kyselyyn. Henkilökunta kertoi hänelle, että kokevat, että kysely ei koske heitä, kun olivat avanneet kyselyn. Kuitenkin kyseessä olevassa yksikössä asukkaina on autistisia henkilöitä, aisti- ja monivammaisia asukkaita ja iäkkäitä henkilöitä. Sosiaalipalveluissa saattaa olla vaikea käsittää, että toteutamme hoitotyötä ja olemme monessa asiassa terveydenhuoltolainsäädännön alaisia. On tärkeää, että kehitysvammaisten henkilöiden terveyttä seurataan nykyistä tarkemmin. Kehitysvammaisia henkilöitä käsitellään usein yhtenä homogeenisenä ryhmänä, vaikka erot eri oireyhtymien ja henkilöiden välillä voivat olla suuria.

Tämän opinnäytetyön myötä minulla on herännyt useitakin jatkotutkimusaiheita. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista ja tarpeellista selvittää PEG-letkun kautta annettavaa ravitsemushoitoa ja sen käytäntöjä vammaispalveluiden asumispalveluissa. Rajasin sen tietoisesti tästä opinnäytetyöstä pois.

Jatkotutkimuksena olisi hyvä selvittää kahden vuoden kuluttua koulutuksen jälkeen vajaaravitsemuksen tunnistamista, käytäntöjä ja ravitsemushoidon toteuttamista vammaispalveluiden asumispalveluissa. Itsenäisesti asuvilla kehitysvammaisilla ihmisillä saattaa olla haasteita arjen hallinnassa. Heihin kohdennettua tutkimusta ravitsemuksesta voisi hyödyntää heidän terveytensä edistämiseksi. Tämä opinnäytetyön tekeminen on ollut mielenkiintoinen matka. Koen, että paljon olen oppinut tätä matkaa tehdessä ja paljon on vielä opittavaa.

LÄHTEET

Anabolia. 2016.Lääketieteen sanasto. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Julkaistu 18.10.2016.Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt00180/anabolia> [viitattu29.9.23].

Arvio, M., Aaltonen, S. Lähdetie, J., (toim.) 2022. Kehitysvammaisen potilaana. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 13.8.23].

Cederholm, T., Jensen, G. L., Correia, M. I. T. D., Gonzalez, M. C, Fukushima, R., Higashiguchi, T., Baptista, G., Barazzoni, R., Blaauw, R., Coats, A. J. S., Crivelli, N., D. C. Evans, Gramlich, L., Fuchs-Tarlovsky, V., Keller, H., Llido, L., Malone, A., Mogensen, K. M., Morley, J. E., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Pisprasert, V., De van der Schueren, M. A. E., Siltharm, S., Singer, P., Tappenden, K., Velasco, N., Waitzberg, D., Yamwong, P., Yu, J., Van Gossum, A., Compher, C., GLIM Core Leadership Committee, GLIM Working Group. 2019. *GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle* Volume. Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle Volume 10, Issue 1 p. 207–217. Verkkolehti.

Helminen, H.2020. Nutritional aspects in perioperative care. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.PDF-dokumentti. Saatavilla: [urn.fi/urn: isbn:9789526224886](urn.fi/urn:isbn:9789526224886) [viitattu 28.8.23].

Ikääntymisen määrittely 2019a. WWW-dokumentti. Päivitetty 9.1.2019. Saatavissa: <https://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely> [viitattu 7.7.23].

Ikääntyminen ja psyykinen terveys.2017. WWW-dokumentti. Päivitetty 8.9.2017. Saatavissa: <https://verneri.net/yleis/ikaantymisen-ja-psykinen-terveys> [viitattu 7.7.23].

Ikääntyminen ja toimintakyky.2019b. WWW-dokumentti. Päivitetty 9.1.2019. Saatavissa: <https://verneri.net/yleis/ikaantymisen-ja-toimintakyky> [Viitattu 7.7.23].

Jyväkorp, S. 2016. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.PDF-dokumentti. Saatavilla: ISBN: 978–951–51–2018–2 [viitattu 9.8.23].

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2018.Tutkimus hoitotieteessä. 3.–6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karhumaa, A-M., Höglund, P., Nuutinen, P. 2015 Monivammaisten kehitysvammaisten aikuisten ravitsemuksessa on parannettavaa. WWW dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/sll43824/search/vajaaravitsemus> [viitattu 25.5.2023].

Katabolia. 2016.Lääketieteen sanasto. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Julkaistu 18.10.2016.Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt01518/katabolia> [viitattu 29.9.23].

Kunvik, S.2022. Nutrition, dietary guidance, and home-delivered meals among older community-dwelling people. Helsingin yliopisto. Maatalous-metsätieteellinen tiedekunta.Väitöskirja.PDF-dokumentti. Saatavissa: ISBN 978-951-51-8010-0 [viitattu 28.8.23].

Lääketieteellinen näkökulma.2022. WWW-dokumentti. Päivitetty 14.11.22. Saatavissa: <https://verneri.net/yleis/laaketieteellinen-nakokulma> [viitattu 1.6.23].

Mutanen, M., Uusitupa, M. Fogelholm, M. ja Schwab, U.2021a. Ravitsemustiede. Luku Ravitsemuksen arviointi käytännön kliinisessä työssä. E-kirja. Saatavissa; <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 7.7.2023].

Mutanen, M., Niinikoski, H. Schwab, U. & Uusitupa, M. 2021b. Ravitsemustiede. Luku Ravitsemustilan arviointi ja ravinnonsaannin tehostaminen. E-kirja. Saatavissa; <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 7.7.2023].

Mutanen, M., Niinikoski, H. Schwab, U. & Uusitupa, M. 2021c. Ravitsemustiede. Luku Ravinnonsaannin tehostaminen. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 7.7.2023].

Marinos, E.2017. *Defining, Recognizing, and Reporting Malnutrition*. The International Journal of Lower Vol. 16(4) 230–237. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/1534734617733902> [viitattu 2.6. 23].

Oikeus hyvään ruokaan ja ravitsemustilaan.2020. WWW-dokumentti. Päivitetty 5.2.2020. Saatavissa: <https://verneri.net/yleis/oikeus-hyvaan-ruokaan-ja-ravitsemustilaan> [viitattu 1.6.23].

Orell-Kotikangas, H., Antikainen, A. & Pihlajamäki, J. 2014. *Sairaalapotilaan vajaaravitsemuksen havaitseminen ja hoito*. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 21. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo11941> [viitattu 8.7.23].

Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2022. Palveluasumista vammaisille. 2022. WWW- dokumentti. Saatavissa: <https://pajjat-sote.fi/apua-ja-tukea-arkeen/vammaisille/asuminen/palveluasuminen/> [viitattu 4.4.23].

Päijät-Hämeen hyvinvointialue s.a.Tietoa meistä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://phsotey.sharepoint.com/sites/pajjatha-intranet-tietoa-meista> [viitattu 23.5.23].

Salminen, K. 2022. Nutrition and associated factors among older people in long-term care settings. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja PDF -dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-7472-7> [viitattu 8.8.23].

Sandberg, T., Pitkälä, K. & Sipilä, Š. 2021. Sarkopenia- *Lihasmassan ja -voiman kato*. Lääkärilehti 5/2021 vsk 76, 267–272. Verkko-lehti. Saatavissa: https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/sarkopenia-ndash-lihasmassan-ja-voiman-kato/?pub-lic=e01be316d4adb25647d2c0a5f462e20b&utm_source=facebook [viitattu 11.8.23].

Sauna-aho, O. 2019. Ikääntyminen ja kehitysvammaisuus. Kognitiiviset muutokset Williamsin, fragile X- ja Downin oireyhtymissä. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. WWW-dokumentti. Saatavissa: ISBN 978-951-29-7851-9 [viitattu 26.7.23].

Seppälä, H. 2022. Toimintakyvyn näkökulma. Vernerinet.net. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://verneri.net/yleis/toimintakyvyn-nakokulma> [viitattu 7.7.23].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Sosiaalihuoltolain soveltamisopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:5. Helsinki: PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3959-2> [viitattu 5.9.2017].

Strobl, M., Müller, M., Emeny, R., Peters, A. & Grill, E. 2013. *Distribution and determinants of functioning and disability in aged adults - results from the German KORA-Age study*. Strobl et al. BMC Public Health 2013, 13:137. Verkko-lehti. Saatavilla: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-137> [viitattu 28.7.23].

Suhonen, K., Aittola, K., Nuutinen, O., Viitasalo, L. 2020. Hyvät ravitsemuskäytännöt – Ravitsemusterapeutit ja ravitsemusasiantuntijat osana terveyden edistämistä ja ravitsemushoitoa. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://rty.fi/wp-content/uploads/2020/10/versio-2-lokakuu-hyvAt-ravitsemuskAytAnnOt-rty-2020.pdf> [viitattu 6.5.23].

Syömisen haasteita. 2020. WWW-dokumentti. Päivitetty 5.2.2020. Saatavissa: <https://verneri.net/yleis/syomisen-haasteita> [viitattu 30.7.23].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos s.a. Vammaispalvelujen käsikirja. Päivitetty 19.4.2023. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/tuki-ja-palvelut/asuminen> [viitattu 18.8.23].

Tunturi, S. 2021. Perusverenkuva ja trombosyytit (B-PVKT). Terveyskirjasto Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/snk03030> [viitattu 12.6.23].

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2023. Ravitsemushoitosuositus. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos 2023:3 PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-977-1> [viitattu 25.5.23].

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2020. Vireyttä seniorivuosiin – ikääntyneiden ruokasuositus. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos. 2020:4 PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-472-1> [viitattu 10.7.23].

Van den Berg, G., Huisman-de Waal, G., Vermeulen, H & de van der Schueren, M. 2021. *Effects of nursing nutrition interventions on outcomes in malnourished hospital inpatients and nursing home residents: A systematic review*. International Journal of Nursing Studies. Volume 117, 1–15. Verkkolehti. Saatavissa: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103888 [viitattu 10.7.23].

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. E-kirja. Lahti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 2.8.23].

Vilkkä, H. 2021a. Tutki-ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilkkä, H. 2021b. Näin onnistut opinnäytetyössä. E-kirja. Jyväskylä: PS kustannus. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 29.5.2023].

Åberg, L. 2021. Kehitysvammaisuus. Duodecim terveystieteiden tutkimuskeskus. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 8.9.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00556> [viitattu 30.4.23].

LIITTEET

Taulukko 12. Haku tutkimuksista

Tutkimuksen tiedot	Tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
Jyväkorpi, S. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and Quality of life. Helsingin yliopisto.2016	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kotona asuvien eri kuntoisten ja pitkäaikaishoidon ikääntyneiden ravitsemustila, ravinnonsaanti ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä sekä selvittää ravitsemusohjauksen ja -opetuksen vaikuttavuutta tutkittavien ruokavalion laatuun, ravintoaineiden saantiin, kaatumisiin ja elämänlaatuun.	Kotona asuvien Kotona asuvien eri kuntoisten ikääntyneiden pitkäaikaishoidon asukkaiden ravitsemustila arvioitiin Mini Nutritional Assessment (MNA)—testillä ja ravinnonsaanti 1—3 päivän ruokapäiväkirjan avulla Poikkileikkaustutkimusten aineistoina käytettiin: Helsingin palvelutaloissa asuvia ikääntyneitä	ruoanvalmistuskursseille osallistuneista 7 % oli virheravitsemusriskissä. Virheravituilla ravintoaineiden riittämättömän saanti oli yleisintä, mutta myös hyvässä ravitsemustilassa olevien ikääntyneiden proteiinin ja muiden suojaravintoaineiden saanti oli tutkimuksissa heikkoa. Kaikista tutkittavista 75 % sai suosituksia vähemmän proteiinia. Tutkittavilla, joiden liikuntakyky ja kognitio olivat heikentyneet, oli myös huonoin ravitsemustila
Salo, V.2012 Kotipalvelun työntekijöiden koulutustarpeet ja ammatillisen kasvun tukeminen iäkkäiden ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen. Turun yliopisto	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää niitä koulutustarpeita, joita kotipalvelun työntekijöillä oli, jotta he pystyvät tukemaan tuki-palveluaterioita nauttivien iäkkäiden ravitsemusta. Tarkoituksena oli myös tuoda esiin niitä mahdollisuuksia, joilla voitiin	Tutkimus tehtiin kolmessa eri vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa etsittiin haastattelun avulla vastauksia kysymyksiin, minkälaista koulutusta kotipalvelun työntekijät kokivat tarvitsevansa iäkkäiden kanssa toimimiseen ruokailun ja ravitsemuksen	Kotipalvelun työntekijöiden arvioon mukaan eniten koulutusta kaivattiin ravitsemuksen erilaisiin osa-alueisiin, erityisruokavalioidiin, lääkkeiden ja ruoan yhteen sopevuuteen sekä ruokailuun liittyviin käytännön toimiin. Kotipalvelutyöntekijöiden tärkeimpinä

	<p>käytännössä tukea työntekijöiden ammatillista kasvua. Kotipalvelun työntekijöillä tarkoitettiin iäkkäiden kanssa työskenteleviä lähihoitajia, kodinhoitajia ja muita vastaavan tutkimuksen suorittaneita tai vastaavan osaamisen omaavia henkilöitä</p>	<p>suhteen. Toisessa vaiheessa lähetettiin kysely saman kotipalvelualueen ravitsemusvastaaville. Heiltä selvitettiin, minkälaisia ravitsemukseen liittyviä kotipalvelun työntekijät tarvitsivat työssään. kolmannessa vaiheessa, etsittiin tarpeiden pohjalta nousseita koulutusmahdollisuuksia</p>	<p>osaamisalueina pidettiin erityisruokavalioiden tuntemista, aliravitsemuksen tunnistamista sekä lääkkeiden ja ruoan yhteen sopevuutta.</p>
<p>Helminen, H.2020 Nutritional aspects in perioperative care. Oulun yliopisto. Tampere 2020</p>	<p>tutkitaan preoperatiivisen hiilihydraattikuormituksen vaikutuksia ja sitä, voidaanko ravitsemuseulontatesteillä havaita aliravitsemus ja määrittää lonkkamurtuman toipumisenuste vanhemmilla potilailla</p>	<p>Havainnollisissa ravitsemustutkimuksissa lonkkamurtumapotilaiden tilaa arvioitiin käyttämällä Mini Nutritional Assessment (MNA) lyhyttä (SF) ja pitkää versiota (LF), seerumialbumiinia (S-Alb) ja Nutritional Risk Screening 2002(NRS2002).</p>	<p>Noin puolella lonkkamurtumapotilaista oli huono ravitsemustila murtuman aikana. Huono ravitsemustila MNA:ssa ennusti pitkittyneen sairaalahoidon, takaisinottoa, tukevien elinjärjestelyjen tarvetta, liikkuamisrajoituksia ja kuolleisuutta. Matala S-Alb ennusti kuolleisuutta. Ravitsemustilan muutokset arvioitiin kuuden kuukauden seurannan jälkeen.</p>
<p>Kunvik, S. 2022 Nutrition, dietary guidance, and home-delivered meals among older community-dwelling people.</p>	<p>tavoitteena oli 1) tutkia ikääntyneiden omaishoitajien ja hoidon tarpeessa olevien ikääntyneiden (omaihoidettavat ja kotihoidon</p>	<p>Tutkimus koostuu kahdesta satunnaistetusta kontrolloidusta interventiotutkimuksesta, jotka toteutettiin Porin Perusturvan</p>	<p>Alkumittauksissa 13–19 %:lla omaishoitajista, 26 %:lla omaihoidettavista ja 50 %:lla kotihoidon asiakkaista oli lisääntynyt</p>

Helsingin yliopisto	asiakkaat) ravitsemustilaa, ravintoaineiden saantia ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä, 2) tutkia räätälöidyn yksilöllisen ja ryhmämuotoisen ravitsemusohjauksen vaikutusta proteiinin saantiin omaishoitajien, erityisesti miesten, keskuudessa ja 3) tutkia kahden erilaisen kotiateriapalvelun vaikutusta proteiinin ja muiden ravintoaineiden saantiin, fyysiseen toimintakykyyn, ja elämänlaatuun omaishoitajien, omaishoidettavien ja kotihoidon asiakkaiden keskuudessa.	alueella. Tutkittavat olivat kotona asuvia ikääntyneitä (≥65-vuotiaita); omaishoitajia (molemmat tutkimukset), omaishoidettavia ja kotihoidon asiakkaita (Ravitsemustilaa arvioitiin Mini Nutritional Assessment-mittarilla, ravintoaineiden saantia kolmen päivän ruokapäiväkirjoilla, fyysistä toimintakykyä Short Physical Performance Battery -mittarilla ja elämänlaatua 15D-mittarilla.	aliravitsemuksen riski. Useat eri tekijät olivat yhteydessä ravitsemustilaan
Lehtisalo, J.2018.Diet, diabetes, and prevention of cognitive decline: Focus on lifestyle intervention. Helsingin yliopisto	tutkimuksessa tutkittiin keski-ikäisten elintapojen muutoksen sekä myöhemmän iän ruokavaliomuutosten mahdollisuuksia muistitoimintojen heikentymisen ehkäisyssä.	Aineistona toimivat kaksi tutkimusta, jossa kohonneessa sairastumisriskissä olevat tutkittavat osallistuivat ravitsemusneuvontaa sisältävään elintapaohjelmaan. Diabeteksen ehkäisy tutkimuksen osallistujat olivat keski-ikäisiä ja heidät kutsuttiin muistitutkimukseen 9 vuotta alkuperäisen elintapaneuvonnan jälkeen. Muistitoimintojen	Pitkän aikavälin ruokavalinnat ovat tärkeitä aivoterveysten ylläpitämisessä. Ruokavaliomuutokset heijastuivat kuitenkin toiminnanohjauksen muutoksiin, joten myös korkeammalla iällä tehdyt muutokset voivat ehkäistä muisti- ja ajattelutoimintojen heikentymistä. Tulokset tukevat ajatusta siitä, että ruokavaliolla

		heikentymisen ehkäisy tutkimukseen kutsuttiin ikääntyneitä, ja muistitoimintoja tutkittiin kaksivuotisen elintapaohjelman aikana.	on tärkeä rooli muisti- ja ajattelutoimintojen ylläpitämisessä eri ikävaiheissa. Terveellisten elintapojen ylläpitäminen on tärkeää myös niillä, joilla sairastumisen todennäköisyys on kohonnut.
--	--	---	---

NRS 2002-menetelmä

NRS 2002 -menetelmä
vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa¹

Liite 1

Päiväys _____

POTILAAN PERUSTIEDOT

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

1 ARVIO RAVITSEMUSTILASTA

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

2 SAIRAUDEN VAIKEUSASTE RAVITSEMUSTILANTEEN KANNALTA

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

3 JOS IKÄ ON 70 VUOTTA TAI YLI LISÄÄ 1 PISTE

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

SEULONNAN TULOS JA TOIMENPITEET ERI RISKILUOKISSA

<input type="checkbox"/>	0 pistettä: Ei vajaaravitsemuksen riskiä <ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/>	1–2 pistettä: Vähäinen vajaaravitsemuksen riski <ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Motivoi potilasta hyvään ravitsemukseen. • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/>	3–4 pistettä: Kohtalainen vajaaravitsemuksen riski <ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, tarvittaessa ravitsemusterapeutti). • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/>	5–7 pistettä: Vakava vajaaravitsemuksen riski <ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, aina ravitsemusterapeutti). • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

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

Kyselylomake

Kysely vammaispalvelun työntekijöille vajaaravitsemuksen tunnistamisesta ja ravitsemushoidon toteutumisesta asumispalveluissa

Hyvä vammaispalveluiden työntekijä!

Opiskelen Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, ja tämä kysely liittyy opinnäytetyöhöni. Tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää, miten asukkaitten mahdollista vajaaravitsemusriskiä tunnistetaan ja miten ravitsemushoitoa toteutetaan asumispalveluissamme.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja voit keskeyttää sen koska tahansa. Kysymyksiin vastaaminen kestää noin 10–15 minuuttia. Vastausaika päättyy 22.9.2023 Vastauksesi on tärkeä. Vastauksissa ei ole oikeita tai vääriä vastauksia. Jos olet jostain vastauksista epävarma, voit valita en tiedä -vastauksen.

Vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti ja yksittäisen vastaajan vastauksia tai henkilöllisyys ei tule esiin. Kyselyyn pääset alla olevaa linkkiä klikkaamalla. Voit tarvittaessa keskeyttää lomakkeen täyttämisen ja jatkaa sitä myöhemmin. Jos sinulle tulee kysymyksiä kyselystä tai opinnäytetyöstäni, niin voit ottaa minuun yhteyttä.

Kiitos vastaamisesta!

Lisätietoja
Marita Salonen
Palveluvastaava
marita.salonen@paijatha.fi
gsm. 044 4820131 tai 040 7037760

Kysely vammaispalvelun työntekijöille vajaaravitsemuksen tunnistamisesta ja ravitsemushoidon toteutumisesta asumispalveluissa

1. Mikä on koulutuksesi?

- Terveystieteiden ammattihenkilö
- Sosiaalihuollon ammattihenkilö (sosionomi, vajaamielishoitaja)
- Jokin muu

2. Missä työskentelet tällä hetkellä?

- Yhteisöllisessä asumisessa (ei yövalvontaa)
- Ympäri vuorokautisessa palveluasumisessa
- Sijaistan /työskentelen molemmissa asumismuodoissa

3. Kuinka kauan olet työskennellyt sosiaali- tai terveysalalla?

- alle 12 kuukautta
- 1–3 vuotta
- 4–6 vuotta
- 7–10 vuotta
- yli 11 vuotta

4. Arvioi, onko yksikössäsi mahdollisia vajaaravitsemusriskissä olevia asukkaita. Numero 1 tarkoittaa, että yksikössäsi ei ole lainkaan vajaaravitsemusriskissä olevia asukkaita.

Numero 5 tarkoittaa, että yksikössäsi on vajaaravitsemusriskissä olevia asukkaita

*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Kuinka usein asukkaat punnitaan työyksikössäsi? *

- Kerran vuodessa
- Kerran kuukaudessa
- Kerran viikossa
- Satunnaisesti
- Ei lainaakaan
- En osaa sanoa

6. Onko yksikössäsi asianmukainen potilasvaaka? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

7. Vastaa tähän kohtaan, jos yksikössäsi hoidetaan ruokailussa avustettavia asukkaita. Valitse sopivin tai sopivimmat vaihtoehdot, mitkä kuvaavat yksikön käytäntöjä.

- Hoitosuunnitelmissa on huomioitu ravitsemukseen liittyvät ohjeet yksilöllisesti
- Terveys LifeCareen kirjataan päivittäin ruokailun sujuminen ja kuvataan asukkaan nauttima ruokamäärä tai ruokahalu
- Ei ole tarvetta kiinnittää huomiota ruokailuun, koska henkilökunta avustaa siinä
- Raportilla keskustellaan näiden asukkaiden ruokailujen sujumisesta tai ruokahalusta sanallisesti
- Yksikössä ei ole selkeästi sovittuja käytäntöjä tästä asiasta
- En osaa sanoa

8. Millaisia terveysongelmia mahdollinen vajaaravitsemus voi aiheuttaa? *

- Sairaudet voivat pitkittyä tai pahentua
- Haavojen paraneminen voi pitkittyä
- Toimintakyky voi laskea, kun ihminen menettää lihaskudosta
- Kuntoutuminen voi hidastua
- En osaa sanoa

9. Mitä keinoja yksikössäsi käytetään, kun arvioidaan asukkaan vajaaravitsemustilaa? *

- Arvioidaan Life Care-kirjauksista, miten asukkaan ruokailut ovat sujuneet
- Käytetään MNA-testiä
- Käytetään NRS-2002-testiä
- Verikokein
- Silmämääräisesti, jos asukas on selkeästi laihtunut
- Punnituksen perusteella
- En osaa sanoa

10. Arvioi seuraavaa väitettä ja valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto.
Vajaaravitsemusriski kasvaa iäkkäillä henkilöillä. *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

11. Voiko kehitysvammaisen henkilön vajaaravitsemusriskiinkin vaikuttaa jokin seuraavista asioista?
Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon.

- Nielemisen vaikeudet
- Runsas syljen tai liman erityys
- Pakkoliikkeet
- Pakkotoiminnot, kuten pakkokävely
- Psyykkiset ongelmat
- Aistiongelmat
- En osaa sanoa

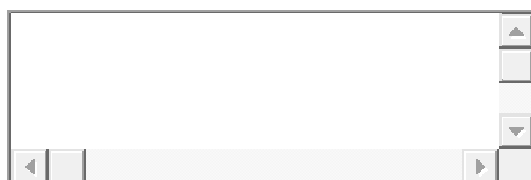
12. Arvio seuraavaa väitettä. Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto.
Ravitsemushoito kuuluu vain ravitsemusterapeuttien työnkuvaan. *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

13. Millaisia keinoja yksikössäsi on käytössä, jos asukkaan ravitsemus on riittämätöntä? Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon. *

- Ravintoa voi rikastaa elintarvikkeilla
- Ravitsemusta voi täydentää kliinisillä ravintovalmisteilla
- Asukkaalle voi antaa sokeripitoisia tuotteita, jotta hän saa energiaa
- Asukkaalle voi antaa isompia ruoka-annoksia
- Ruokailujen väliin tarjotaan proteiinipitoisia väli- ja iltapaloja
- Odotetaan lääkärin ohjeita, jotta emme hoida väärin

14. Jos asukkaalla epäillään vajaaravitsemusriskiä, kuvaile, miten yksikössäsi toimitaan. Jos olet epävarma, voit vastata "en tiedä". *



15. Jos yksikössäsi asukkaalla on epäilty tai todettu vajaaravitsemusriski, miten lyhytaikaiset sijaiset saavat asiasta tiedon? Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon. *

- Lääkärin teksteistä
- Sairaanhoidajalta
- Vuorossa olevilta työntekijöiltä
- Hoitosuunnitelmasta
- Päivittäisistä hoitotyön kirjauksista
- Asiasta kerrotaan raportilla
- Keittiön tai kanslian seinällä on tieto asiasta
- En osaa sanoa

16. Millainen käytäntö yksikössäsi on siitä, kuka voi tehdä päätöksen ruuan rikastamisesta, jos sellaiseen on tarvetta?
Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon. *

- Ravitsemusterapeutti
- Lääkäri
- Sairaanhoitaja
- Asumispalvelun henkilökunta yhdessä
- Vuorossa oleva henkilökunta
- Ruoka tulee valmiina palveluntuottajilta, joten siihen ei voi vaikuttaa
- En osaa sanoa

17. Millainen käytäntö yksikössäsi on siitä, kuka voi tehdä päätöksen asukkaan rakennemuunneta ruuasta?
Rakennemuunnettu ruoka voi olla esimerkiksi nestemäinen, soseutettu tai pehmeä ruoka.
Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon. *

- Lääkäri
- Ravitsemusterapeutti
- Sairaanhoitaja
- Henkilökunta yhdessä
- Ruokapalvelun tuottaja
- En osaa sanoa

18. Jos asukkaalle suositellaan proteiinitehostettua ruokavaliota kerro, miten sitä voi toteuttaa.
Jos et ole varma tai tiedä, niin voit ohittaa tämän kysymyksen.



19. Kuinka pitkä yöpaasto asukkailla on yksikössäsi?

Yöpaasto tarkoittaa iltapalan ja tarjotun aamupalan välistä aikaa.
Esimerkiksi jos iltapala tarjoillaan klo 19 ja aamupala tarjoillaan klo 8,
yöpaasto on silloin 11 tuntia. *

- 10 tuntia tai enemmän
 11 tuntia tai enemmän
 12 tuntia tai enemmän
 13 tuntia tai enemmän
 14 tuntia tai enemmän
 15 tuntia tai enemmän
 En osaa sanoa

20. Onko yksikössäsi mahdollisuus saada yövuoron aikana (klo 21–07) syötävää? *

- On
 Ei
 En tiedä

21. Jos yksikössäsi on mahdollisuus saada yöpalaa/varhaista, ylimääräistä aamupalaa (klo 21–07), niin mitä asukkaalle tarjotaan silloin? Jos yksikössäsi ei ole yöllä mahdollisuutta saada yöpalaa, niin voit ohittaa kysymyksen.

22. Arvioi omaa tämänhetkistä ravitsemusosaamistasi seuraavalla asteikolla.
0 on mielestäsi erittäin huono ja numero 10 on kiitettävä. *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Erittäin Huono Kiitettävä

23. Jos yksikkösi järjestetään ravitsemuskoulutusta, millä todennäköisyydellä osallistut siihen?

Numero 1 tarkoittaa, että en osallistu.
Numero 5 tarkoittaa, että osallistun.

1 2 3 4 5

24. Jos yksikköosi järjestetään ravitsemuskoulutusta, minkälaista ravitsemuskoulutusta toivot? *

- Erityisruokavaliosta
- Rakennemuunnelluista ruokavaliosta
- Kehitysvammaisten henkilöiden ravitsemuksen erityispiirteistä
- Vajaaravitsemuksesta
- Ravitsemussuosituksista
- En osaa sanoa
- Jotain muuta

25. Jos vastasit edelliseen kysymykseen jotain muuta-vaihtoehtoon, voit kertoa, minkälaista koulutusta toivot.

Kiitos vastauksestasi!

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Vammaispalvelut
Tulosaluejohtaja

20.09.2023/56 §

Asianumero	HA/3489/13.00.00.01/2023
Päätöslaji	Opinnäytetyö
Otsikko	Luvan myöntäminen opinnäytetyöhön - Salonen Marita, Asukkaan vajaaravitsemuksen tunnistaminen osana laadukasta asumispalvelua, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, S-sosiaalityö
Päätösperustelut	Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun hoitotyön YAMK-opiskelija Marita Salonen anoo lupaa opinnäytetyön tekemiseen asukkaan vajaaravitsemuksen tunnistamisesta osana laadukasta asumispalvelua. Tutkimusmetodina käytetään kyselyä asumisyksiköiden henkilökunnalta. Tutkimuksen tavoitteena on tunnistaa asukkaiden aliravitsemusriski sekä kehittää asukkaiden hoitotyötä siten, että ravitsemushoito perustuu kansallisiin ohjeisiin.
Päätös	<p>Päätän myöntää luvan opinnäytetyön tekemiseen 31.3.2024 saakka seuraavin ehdoin ja edellytyksin:</p> <ul style="list-style-type: none">- saadut tiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä saa käyttää vain suunnitelmassa määritellyn aiheeseen.- tekijän on huolehdittava siitä, että työssä muodostuvat yksittäisen henkilön identifiointiin mahdollistavat aineistot säilytetään omina asiakirjoista erillisinä aineistoina ja suojataan asiattomilta pääsylviltä sekä manuaalisten että atk-tiedostojen osalta.- jos suunnitelmaan tulee muutoksia, tulee niistä ilmoittaa lupaviranomaiselle ja tarvittaessa hakea uusi lupa- tietosuojasyistä tutkimuksen tulokset tulee julkistaa siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä henkilöä. Tulosten raportoinnissa ja julkaisemisessa on noudatettava tieteen eettisiä ohjeita.- lupa voidaan peruuttaa, jos lupapäätöksen ehtoja rikotaan- lupapäätöksen saajan tulee antaa päätös tiedoksi kaikille osallisille ja valvoa ehtojen täyttymistä <p>Luvan saanut on velvollinen toimittamaan valmiin tutkimuksen sähköisen version Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän tutkimuskoordinaattorille.</p> <p>Tekijänoikeuksista ja omistuksesta on sovittu erikseen toimeksiantosopimuksessa.</p> <p>Tämän luvan myöntämiseen liittyvät tutkimuslupahakemusasiakirjat on tallennettu asianhallintajärjestelmä TWebiin.</p>

ALLEKIRJOITETTU KONEELLISESTI

Valtanen Pirkko, Tulosaluejohtaja 20.09.2023 16:11

Päijät-Hämeen hyvinvointialue, Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti
Vaihe (03) 819 11 – kirjaamo@pajajaha.fi - Y-tunnus 3221309-4