

SEAMK

Seinäjoen ammattikorkeakoulu
Seinäjoki University of Applied Sciences

Terhi Lehtimäki & Juulia Patoranta

Kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemushaasteet ja niiden tukeminen hoitotyössä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö
Syksy 2025
Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijät: Terhi Lehtimäki & Juulia Patoranta

Työn nimi alaotsikkoineen: Kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemushaasteet ja niiden tukeminen hoitotyössä: kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Ohjaaja: Katriina Kuhalampi

Vuosi: 2025

Sivumäärä: 53

Liitteiden lukumäärä: 2

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaisia ravitsemukseen liittyviä haasteita kotona asuvilla ikääntyneillä on, ja miten terveydenhuollon ammattilaiset voivat parhaalla tavalla tukea heidän ravitsemustaan. Tarkoituksena oli kuvata kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemukseen liittyviä haasteita sekä tarkastella, miten terveydenhuollon ammattilaiset voivat tukea ravitsemusta.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineisto koottiin eri tietokannoista suomeksi ja englanniksi vuosilta 2015–2025. Aineiston analyysissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysia. Teoreettinen viitekehys käsitteli ikääntyneiden ravitsemuksen haasteita sekä terveydenhuollon ammattilaisten tukitoimia yksilöllisten tarpeiden huomioimiseksi.

Tulokset osoittavat, että kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemukseen vaikuttavat fyysiset muutokset, sairauksien ja lääkityksen vaikutukset sekä sosiaaliset ja ympäristötekijät, kuten yksinäisyys, toimintakyvyn heikkeneminen ja taloudelliset resurssit. Ravitsemuksen tukeminen korostui, sillä se vaikuttaa suoraan kotona asuvien ikääntyneiden terveyteen ja elämänlaatuun. Ravitsemuksen tukeminen edellyttää monipuolisia keinoja, kuten ravitsemustilan säännöllistä arviointia, ruokapalveluiden räätälöintiä, etäseurantaa, ohjausta ja moniammatillista yhteistyötä. Hyvin suunniteltu ravitsemustuki voi ylläpitää ikääntyneiden toimintakykyä, ehkäistä aliravitsemusta ja tukea kotona asumista.

Johtopäätöksenä todetaan, että kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemuksen tukeminen edellyttää systemaattista arviointia, yksilöllistä ohjausta ja moniammatillista yhteistyötä. Varhainen tunnistaminen ja kohdennettu tuki voivat ehkäistä aliravitsemusta, ylläpitää toimintakykyä ja tukea kotona asumista. Tulosten pohjalta voidaan korostaa, että ravitsemuksen tukeminen kotona asuvilla iäkkäillä ei ole pelkästään ravinnon tarjoamista, vaan vaatii kokonaisvaltaista näkökulmaa.

¹ Asiasanat: ikääntyneet, ravitsemus, kotihoito, ravitsemusneuvonta

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Degree programme: Bachelor of Health Care, Nursing

Authors: Terhi Lehtimäki & Juulia Patoranta

Title of thesis: Nutritional challenges for older people living at home and supporting them in nursing: a descriptive literature review

Supervisor(s): Katriina Kuhalampi

Year: 2025

Number of pages: 53

Number of appendices: 2

The aim of this thesis was to examine the nutritional challenges faced by older adults living at home and to explore how healthcare professionals can best support their nutrition. The purpose was to provide information on how nutrition affects the well-being and functional capacity of older adults, and to identify ways to help them remain living at home for as long as possible.

The thesis was conducted as a descriptive literature review. The material was collected from various databases in Finnish and English, covering the years 2015–2025. Inductive content analysis was used for data analysis. The theoretical framework addressed the nutritional challenges of older adults as well as the supportive measures healthcare professionals can apply to meet individual needs.

The results show that the nutrition of older adults living at home is influenced by physical changes, the effects of diseases and medication, and by social and environmental factors such as loneliness, reduced functional ability, and financial limitations. Nutritional support is emphasized as it has a direct impact on the health and quality of life of older adults living at home. Supporting nutrition requires a variety of approaches, such as regular assessment of nutritional status, tailoring of meal services, remote monitoring, counseling, and multiprofessional collaboration. Well-planned nutritional support can maintain the functional capacity of older adults, prevent malnutrition, and promote independent living at home.

It is concluded that supporting the nutrition of older adults living at home requires systematic assessment, individualized guidance, and multidisciplinary collaboration. Early identification and targeted support can help prevent malnutrition, maintain functional capacity, and enable living at home. Based on the results, it can be emphasized that supporting nutrition among older adults living at home is not merely about providing food but requires a comprehensive approach.

¹ Keywords: older people, nourishment, home care, nutritional guidance

SISÄLLYS

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
1 JOHDANTO	7
2 KOTIHOIDON MÄÄRITELMÄ JA TEHTÄVÄT	9
2.1 Ikääntyneiden kotihoito.....	9
2.2 Kotihoidon merkitys ikääntyneen hyvinvoinnin tukemisessa	11
3 KOTONA ASUVIEN IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUKSEN HAASTEET	13
3.1 Ravitsemuksen merkitys ikääntyneen toimintakyvylle ja hyvinvoinnille	13
3.2 Ravitsemukseen liittyvät riskit ja fysiologiset muutokset ikääntyneillä	14
3.3 Sosiaalisten ja ympäristötekijöiden vaikutus ikääntyneen ravitsemukseen	15
3.4 Ravitsemushaasteet ja tukitoimet kotona asuvilla ikääntyneillä	16
3.5 Sairauksien, lääkityksen ja kognitiivisten haasteiden vaikutus ikääntyneen ravitsemukseen	18
4 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUKSEN TUKEMINEN HOITOTYÖSSÄ	20
4.1 Ravitsemuksen arviointi ja riskien tunnistaminen hoitotyössä	20
4.2 Ravitsemusneuvonta ja -ohjaus ikääntyneille.....	23
4.3 Hoitohenkilökunnan valmiudet ja osaaminen ravitsemustuen tarjoamiseen.....	25
4.4 Moniammatillisen yhteistyön merkitys ravitsemuksen tukena	27
4.5 Kotihoidon ammattilaisen rooli ikääntyneen ravitsemuksessa.....	27
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	30
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	31
6.1 Tutkimusmenetelmä	31
6.2 Aineiston hankinta ja tiedonhaku.....	32
6.3 Aineiston analyysi.....	34
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	38
7.1 Tutkimustulokset luokiteltuna	38
7.2 Ravitsemuksen haasteet	39
7.3 Ravitsemuksen tukeminen	42
7.4 Ravitsemus ja toimintakyky	45
8 POHDINTA.....	48

8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	48
8.2 Eettisyys ja luotettavuus	50
8.3 Opinnäytetyön prosessi ja jatkotutkimusehdotukset	52
LÄHTEET	54
KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET	59
LIITTEET	62

Taulukkoluetelo

Taulukko 1. Tiedonhakupöytä 33	33
Taulukko 2. Sisääntulo- ja poissulkukriteerit 34	34
Taulukko 3. Kotona asuvan ikääntyneen ravitsemushaasteet ja tukitoimet 38	38

1 JOHDANTO

Ikääntyessä esiintyy erilaisia muutoksia, jotka vaikuttavat arjessa suoriutumiseen, toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Yksi merkittävimmistä tekijöistä on ravitseminen. Riittävä ja monipuolinen ruokavalio tukee fyysistä toimintaa, mielialaa ja sosiaalista hyvinvointia sekä mahdollistaa kotona asumisen itsenäisesti pidempään (Schwab, 2023). Toisaalta ravinnonsaannin haasteet voivat heikentää arjen sujuvuutta ja kokonaisvaltaista hyvinvointia.

Kotona asuvan ikääntyneen arki sisältää monia pieniä, mutta merkittäviä ravitsemukseen liittyviä haasteita. Muutokset ruokahalussa, aisteissa ja toimintakyvyssä yhdistyvät usein kroonisiin sairauksiin tai lääkitykseen ja niiden vaikutus näkyy kokonaisuutena ikääntyneen ravitsemustilassa ja jaksamisessa (Fávaro-Moreira ym., 2016, s. 514–518). Samalla sosiaaliset tekijät, kuten yksinäisyys tai vähäinen tuki, voivat vaikuttaa siihen, kuinka helposti terveellisiä ruokavalintoja pystytään ylläpitämään (Paavola ja Suominen, 2018, s. 6).

Aihe on tärkeä, koska yhä useampi ikääntyy tulevaisuudessa kotona, mikä tekee kotihoidon roolista entistä tärkeämmän ravitsemuksen seurannassa ja tukemisessa. Kotona asumisen tukeminen vaatii aktiivista seuranta, jotta voidaan varmistaa riittävä ravinnon saanti ja havaita mahdolliset ravitsemustilan muutokset ajoissa. Kotona asuvilla ikääntyneillä on usein haasteita, kuten ravintoaineiden puutteita, heikentynyttä ruokahalua sekä vaikeuksia pureskelussa ja nielemisessä (Baugreet ym., 2017, s. 849). Tämän vuoksi ravitsemuksen tukeminen tarvitsee suunnitelmallista ohjausta ja konkreettisia toimenpiteitä, jotta heidän ravitsemustilansa ja elämänlaatunsa pysyvät hyvänä.

Terveystieteiden ammattilaisten tuki on keskeistä, kun pyritään turvaamaan ravitsemusta ja toimintakykyä kotona asuvilla ikääntyneillä. Yksilöllinen ohjaus, arkeen soveltuvat neuvot ja moniammatillinen yhteistyö, johon kuuluvat esimerkiksi sairaanhoitajat, ravitsemusterapeutit ja lääkärit, voivat merkittävästi parantaa ikääntyneiden hyvinvointia (Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 2023). Pienetkin muutokset arjen ruokailutottumuksissa voivat näkyä konkreettisesti toimintakyvyn ja elämänlaadun parantumisena.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemukseen liittyviä haasteita sekä tarkastella, miten terveystieteiden ammattilaiset voivat tukea ravitsemusta. Työ toteutetaan yhteistyössä työelämäkumppanin Mari Salminen-Tuomaalan sekä terveyden edistämisen ja hoitotutkimusohjelman kanssa. Tavoitteena on tuottaa tietoa ravitsemuksen vaikutuksista ikääntyneiden ihmisten elämään ja miten

näitä haasteita voidaan tukea ikääntyneiden ravitsemuksen parantamiseksi. Tässä opinnäytetyössä on hyödynnetty ChatGPT:tä ja MOT Kielipalvelua englanninkielisten lähteiden kääntämisessä, sisällön ymmärtämisessä ja tekstin kielellisessä tarkistamisessa. Kaikki työssä käytetyt lähteet ovat kuitenkin kirjoittajien itse hakemia, eivät tekoälyn tuottamia. Molempia palveluja on käytetty myös englanninkielisen tiivistelmän laatimisessa.

2 KOTIHOIDON MÄÄRITELMÄ JA TEHTÄVÄT

2.1 Ikääntyneiden kotihoito

Ikääntyneellä tarkoitetaan yleisesti henkilöä, joka on täyttänyt 65 vuotta. Ikääntymiseen liittyvät kokemukset, toimintakyky ja avuntarve vaihtelevat kuitenkin yksilöllisesti (Paavola ja Suominen, 2018, s. 3). Suomen lainsäädännössä ikääntyneellä tarkoitetaan henkilöitä, jotka ovat saavuttaneet vanhuuseläkkeeseen oikeuttavan iän (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012, 1 luku 3 § 1 mom.). Kotihoito mahdollistaa iäkkäiden asumisen kotona, kun he saavat tarvitsemaansa hoivaa ja tukea omassa kodissaan tai kodinomaisessa ympäristössä toimintakyvyn heikentymisestä huolimatta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2024). Palvelut koostuvat julkisten, yksityisten ja järjestöjen tarjoamista tukipalveluista. Kotihoitoa toteutetaan ammattilaisten, läheisten ja vapaaehtoisten yhteistyönä. Jos kotihoito ei riitä, voidaan vaihtoehtona tarjota yhteisöllistä asumista tai ympärivuorokautista palveluasumista.

Kotihoito on palvelu, joka tukee henkilön päivittäistä elämää kotona ja auttaa häntä suoriutumaan arjen askareista (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 3 luku 19 a §). Se kattaa muun muassa hoivan, toimintakyvyn ylläpidon, vuorovaikutusta edistävät toimet ja kotisairaanhoidon. Kotihoito tukee ihmisiä, joiden toimintakyky on heikentynyt esimerkiksi iän, sairauden, vamman tai erityisten elämäntilanteiden vuoksi. Palvelu räätälöidään asiakkaan tarpeiden mukaan ja se on saatavilla myös eri vuorokaudenaikoina. Kotipalvelu tukee iäkkäiden, sairaiden tai muiden erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden arkea tarjoamalla apua asumisessa, hoivassa, huolenpidossa sekä päivittäisissä toiminnoissa (Kansallinen senioriliitto ry, i.a.). Kotihoito voi tukea arkea tarjoamalla apua aterioiden valmistelussa ja vaatehuollossa sekä kodin siisteyden ylläpidossa. Se voi myös edistää sosiaalista kanssakäymistä ja vähentää yksinäisyyttä tapaamisten ja yhteisöllisten aktiviteettien avulla. Palvelut räätälöidään yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan. Palvelujen saaminen edellyttää aina palvelutarpeen arviointia ja kirjallista päätöstä, joka tehdään asuinkunnan sosiaalitoimissa.

Kotihoidon asiakkaille laaditaan yksilöllinen asiakassuunnitelma, johon kirjataan muun muassa käyntien määrä, toteutustapa ja käytettävät teknologiset ratkaisut (THL, 2022). Teknologian käyttö edellyttää asiakkaan suostumusta. Asiakas voi halutessaan antaa luvat henkilötietojen käsittelyyn teknologiapalveluiden tuottajille sekä sisällyttää teknologian käytöstä

maininnan hoitotahtoonsa. Kotihoidon palvelut voidaan järjestää hyvinvointialueen omana toimintana tai hankkia yksityisiltä tai kolmannen sektorin toimijoilta. Hyvinvointialue tekee palveluntuottajien kanssa sopimukset palvelutuotannosta, teknologioiden käytöstä sekä palveluiden valvonnasta.

Vuonna 2024 säännöllistä kotihoitoa sai 85 000 yli 75-vuotiasta, mikä vastasi 13 prosenttia kyseisen ikäluokan väestöstä (THL, 2025). Kotihoidon kokonaisasiakasmäärä oli 161 000. Asiakasmäärä laski 5 prosentilla vuoteen 2023 verrattuna. Säännöllistä kotihoitoa saavien osuus yli 75-vuotiaista on ollut laskusuunnassa vuodesta 2018 alkaen. Hyvinvointialueiden välillä oli selviä eroja siinä, kuinka monelle kotihoitoa tarjottiin ja kuinka usein palvelua sai. Joillakin alueilla palvelua tarjottiin laajalle joukolle asiakkaita vähäisemmällä käyntimäärillä, kun taas toisilla alueilla pienempi asiakasryhmä sai kotihoitoa tiheämmin.

Aikamittaushanke toteutettiin lokakuussa 2021 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimesta ja sen tavoitteena oli selvittää kotihoidossa työskentelevien hoitajien työajan jakautumista eri tehtäviin (THL, 2022). Kotihoidon sairaanhoitajan työajasta hieman yli puolet kohdistuu asiakastyöhön, mutta tästä ajasta 28,3 % käytetään suoraan asiakkaan kanssa. Sairaanhoitajan työ kotona asuvien asiakkaisen parissa yhdistää kliinisen hoidon ja hallinnolliset tehtävät (Huttunen, 2017, s. 29). Työhön kuuluu haavojen ja avanteiden hoito, lääkkeiden ja injektioiden antaminen, näytteisen ottaminen sekä asiakkaan voinnin seuraaminen ja hoidon tarpeen arviointi, tarvittaessa myös saattohoito. Sairaanhoitaja laatii ja päivittää hoito- ja palvelusuunnitelmia, ohjaa palveluiden käyttöä ja kartoittaa asiakkaan terveyttä ja kokonaisvaltaista hyvinvointia. Lisäksi työ sisältää tiimin ohjaamista, sosiaali- ja terveysasioiden hoitamista, erikoistuneiden hoitotaitojen ylläpitämistä sekä asiakkaiden omaisten tukemista ja ohjaamista, mikä korostaa perhekeskeistä ja kokonaisvaltaista lähestymistapaa.

Asiakkaan luona ollessaan sairaanhoitaja käytti alle viidesosan ajastaan arkisiin avustaviin toimintoihin, ja suurin osa muusta ajasta kului sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin (THL, 2022). Sairaanhoitajat tekivät päivän aikana noin neljä käyntiä päivässä, joiden kesto oli keskimäärin 33 minuuttia. Kotihoidon sairaanhoitajien asiakastyöstä merkittävä osa tapahtuu muualla kuin asiakkaan luona, eikä pelkkä läsnäolo kuvaa työn laajuutta. Kotihoidon sairaanhoitajien asiakastyöhön kuuluu myös muualla tehtävää dokumentointia ja hoidon suunnittelua sekä palaveriin ja kehittymistyöhön osallistumista, jotka ovat olennaisia kokonaisvaltaisen hoidon kannalta.

2.2 Kotihoidon merkitys ikääntyneen hyvinvoinnin tukemisessa

lääkkään henkilön hoito perustuu hänen toiveidensa ja ajatustensa kuuntelemiseen ja kunnioittamiseen (THL, 2024). Palvelut tulisi räätälöidä yhdessä asiakkaan kanssa, jotta ne vastaavat hänen yksilöllisiä tarpeitaan ja toiveitaan. Hyvä vuorovaikutus ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ovat tärkeitä, jotta palveluista saadaan laadukkaita ja kustannustehokkaita. Asiakkaan tulee saada olla mukana häntä koskevien palvelujen suunnittelussa ja tarvittaessa hänelle tarjotaan tukea ja neuvontaa, jotta hän voi osallistua omien asioidensa päätöksentekoon.

Ravitsemuksen merkitys korostuu ikääntyneen terveyden ja toimintakyvyn tukemisessa, mikä mahdollistaa kotona asumisen iäkkäänä mahdollisimman pitkään (Paavola ym., 2018, s. 6). Ruokapalveluilla voidaan edistää ravinnonsaantia ja ehkäistä ravitsemustilan heikkenemistä. Yli 65-vuotiaista moni on hyväkuntoinen ja aktiivinen, mutta eläkkeelle siirtyminen voi vaikuttaa ravitsemukseen sekä taloudellisen tilanteen että ruokailutottumusten muutosten kautta.

Etäkotihoitoa on kehitetty täydentämään tai osin korvaamaan perinteistä kotihoitoa paikan päällä (Sanerma ym., 2025, s. 163). Etäkäynnit voivat sisältää esimerkiksi asiakkaan terveydentilan seuranta, lääkityksen valvontaa ja ruokailun ohjaamista. Videoyhteyden kautta toteutettavat etäpalvelut ovat yleistyneet kotihoidossa kaikilla hyvinvointialueilla ja ne tukevat ikääntyneiden kotona asumista sekä arjessa selviytymistä. Etäpalvelut tarjoavat mahdollisuuksia sosiaaliseen vuorovaikutukseen, esimerkiksi ryhmätoimintojen avulla, mikä voi lievittää yksinäisyyttä.

Kotihoidossa tarvittava osaaminen on muuttunut nopeasti teknologian kehityksen myötä (Sanerma ym., 2025, s. 168). Työntekijöiltä vaaditaan enemmän osaamista vaativissa hoitotilanteissa, palvelujen kokonaisuuden ymmärtämistä ja digilaitteiden käyttöä. Myös asiakkaat ja heidän läheisensä tarvitsevat tukea etäpalveluiden käyttämiseen. Etäpalvelut voivat auttaa asiakkaita selviytymään kotona paremmin ja toimia osana ennaltaehkäisevää toimintaa.

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM, 2023) mukaan teknologian kehitys mahdollistaa kotihoidossa monipuolisten älylaitteiden ja sovellusten käytön, jotka tukevat esimerkiksi etäkuntoutusta, lääkehoitoa ja turvapalveluja. Etämittauslaitteet ja sensorit seuraavat asiakkaiden terveyttä ja turvallisuutta reaaliaikaisesti. Robotiikka, kuten lääkeannostelurobotit ovat parantaneet lääkehoidon laatua ja vähentäneet kotihoidon kustannuksia. Älykotiratkaisut lisäävät

asumismukavuutta ja turvallisuutta. Tekoäly ja tiedonkeruuhjelmistot tukevat kotihoidon ammattilaisten päätöksentekoa ja palveluiden suunnittelua, vaikka tietosuojan ja järjestelmien yhteensopivuuteen sisältyy vielä haasteita.

Ikäteknologian käytön kansallinen toimintamalli (KATI-malli) on Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL) ja Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen (VTT) yhteistyössä kehittämä ohjeistus, jota Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on rahoittanut (THL, 2024). Malli auttaa hyvinvointialueita hyödyntämään ikäteknologiaa ikääntyneiden kotona asumisen tukena ja ohjaa kotihoidon palvelupolulla sekä ennen asiakkuutta. KATI-mallin tavoitteena on, että teknologia tukee ikääntyneiden hyvinvointia, turvallisuutta ja kotona selviytymistä suunnitelmallisesti ja turvallisesti.

Kotihoidossa työskentelevien sairaanhoitajien osaaminen tukee ikääntyneiden hyvinvointia kotona (Huttunen, 2017, s. 15). Monipuolinen ja ajantasainen osaaminen mahdollistaa monisairaiden asiakkaiden kokonaisvaltaisten tarpeiden huomioimisen ja turvallisuuden edistämisen. Jatkuva osaamisen kehittäminen, yhteistyö kollegoiden kanssa ja moniammatillinen yhteistyö vahvistavat hoidon laatua ja sairaanhoitajien valmiuksia kohdata asiakkaiden yksilöllisiä ja muuttuvia tarpeita.

3 KOTONA ASUVIEN IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUKSEN HAASTEET

3.1 Ravitsemuksen merkitys ikääntyneen toimintakyvylle ja hyvinvoinnille

Oikeanlainen ravitsemus vaikuttaa ikääntyneen toimintakyvyn ja kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ylläpitämiseen. Ravitsemusta arvioitaessa on tärkeämpää huomioida henkilön terveydentila ja toimintakyky iän sijaan (Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020, s. 18). Hyväkuntoinen ikääntynyt voi syödä samanlaista ruokaa kuin muut aikuiset. Ikääntymisen ja sairauksien myötä ruokavalioon saattaa tulla erityistarpeita. Hyvä ravitsemus tukee vastustuskykyä, edistää toipumista sairauksista sekä ylläpitää psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Hyvä ravitsemus tukee itsenäistä elämää ja parantaa mahdollisuutta asua kotona pidempään. Ikääntyneille tarjottavan ruoan tulisi olla maukasta sekä ravitsevaa (Schwab, 2023). Ruokailutilanteisiin on hyvä varata riittävästi aikaa, jotta niistä muodostuu rauhallisia, ruokahalua herättäviä ja mielihyvää lisääviä hetkiä arjessa. Tällaiset ruokailuhetket tukevat ruokahalua, parantavat ravinnonsaantia ja vahvistavat ikääntyneen kokonaisvaltaista hyvinvointia.

Suomalaisten ikääntyneiden ruokailutottumukset ovat kehittyneet terveellisempään suuntaan ajan myötä (Jyväkorpi & Suominen, 2022, s. 182). Elämäntavoilla on merkittävä vaikutus ikääntyneiden toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Riittävä ja monipuolinen ravitsemus tukee ikääntyneen toimintakyvyn säilymistä ja hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen on keskeistä elämänlaadun kannalta. Iäkkäiden energiantarve on henkilökohtainen ja siihen vaikuttavat muun muassa kehon koko, aktiivisten kudosten määrä sekä liikkumisen taso (mts. 184). Erilaiset sairaudet voivat muuttaa energiankulutusta joko lisäämällä tai vähentämällä sitä. Energiankulutuksen ja ravinnon saannin ollessa riittävällä tasolla, myös proteiinien ja muiden ravintoaineiden saanti on todennäköisesti turvattu. Ikääntyessä on tärkeää syödä ravinteikasta ruokaa, jossa suolan ja kovien rasvojen määrä on vähäinen, mutta proteiinia ja muita tärkeitä ravintoaineita riittävästi, sillä se tukee aivojen ja sydämen terveyttä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2021). Säännöllinen ruokailu parantaa jaksamista ja edistää monipuolisen ruokavalion ylläpitämistä.

Hyvä ravitsemustila on suoraan yhteydessä parempaan toimintakykyyn, elämänlaatuun ja pidempään elinikään (Fávaro-Moreira ym., 2016; Volkert ym., 2018). Vajaaravitsemus puolestaan lisää kaatumisten, infektioiden, sairaalahoitojen ja kuolleisuuden riskiä. Ravitsemus on

myös keskeinen osa hauraus- ja raihnausoireyhtymän sekä lihaskadon ehkäisyä. Riittävä energian, proteiinin ja D-vitamiinin saanti ylläpitää lihasmassaa, tukee lihasvoimaa ja vähentää toimintakyvyn heikkenemisen riskiä. Ruokailutilanteilla on merkittävä rooli sosiaalisen hyvinvoinnin ja mielialan ylläpitämisessä, sillä yhteisöllinen ruokailu voi parantaa ruokahalua ja lisätä ravinnonsaantia (Volkert ym., 2018, s. 11–12). Hoitotyössä on keskeistä tunnistaa tekijät, jotka voivat heikentää ravitsemustilaa ja siten vaikuttaa ikääntyneen toimintakykyyn. Näitä riskejä ja fysiologisia muutoksia tarkastellaan seuraavassa luvussa.

3.2 Ravitsemukseen liittyvät riskit ja fysiologiset muutokset ikääntyneillä

Vajaaravitsemuksen riski kasvaa iän myötä, kun energiankulutus ja ruokahalu vähenevät (Ruokavirasto, 2025). Ikääntyneiden energiantarve vaihtelee yksilöllisesti. Siihen vaikuttaa lihasmassan määrä, fyysisen aktiivisuuden taso ja hormonitoiminta, joten ravinnon laatu on tärkeää. Hyvin koostettu ruokavalio antaa riittävästi energiaa (vähintään noin 1600 kcal/vrk), proteiinia lihasten ylläpitämiseen sekä monipuolisesti vitamiineja ja kivennäisaineita. Ravitsemus on keskeinen tekijä ikääntyneiden terveydessä ja hyvinvoinnissa (Volkert ym., 2018, s. 11). Puutteellinen ravinnonsaanti heikentää toipumista sairauksista ja edistää lihaskadon sekä haurastumisen kehittymistä. Monilla ikääntyneillä ravitsemustila heikkenee esimerkiksi ruokahalun vähenemisen ja sairauksien seurauksena, mikä lisää aliravitsemuksen riskiä.

Fávaro-Moreira ym. (2016, s. 509) osoittavat, että pitkäaikaissairaudet ja toimintakyvyn heikkeneminen lisäävät merkittävästi aliravitsemuksen riskiä. Aliravitsemus kehittyy useiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Tällaisia tekijöitä ovat hauraus, lihaskato, suun ja nielemisongelmat, kognitiivinen heikkeneminen, dementia, krooniset sairaudet ja monilääkitys. Vajaaravitsemus voi ilmetä, kun ikääntyneen paino laskee tahattomasti, ravinnon määrä on liian vähäinen tai ruokavalio koostuu lähinnä soseutetusta ja nestemäisestä ruoasta (Schwab, 2023). Se voi myös näkyä toistuvina infektioina, painehaavoina tai hidastuneena toipumisena sairauden tai leikkauksen jälkeen. Riskin ollessa selvä on tärkeää turvata riittävä energian ja proteiinin saanti ja tarvittaessa käyttää tehostettua ravitsemushoitoa.

Ikääntymisen myötä energiantarve laskee, mutta ravintoaineiden tarve säilyy, jolloin ruokavalion laatuun on tärkeää panostaa (Paavola ja Suominen, 2018, s. 4). Proteiinin tarve on selvästi suurempi kuin työikäisillä, ja suositeltu määrä sairauden jälkeen voi olla jopa 1,5 g/painokilo/vrk (Schwab, 2023). Samoin D-vitamiinin ja kalsiumin saanti on keskeistä luuston ja

lihasten hyvinvoinnin kannalta. D-vitamiinia suositellaan 10–20 mikrogrammaa vuorokaudessa ja kalsiumia 800 milligrammaa vuorokaudessa.

Ruokahalu sekä maku- ja hajuaisti heikkenevät iän myötä, mikä vähentää syömisen mielihyvää ja pienentää annoskokoja. Lisäksi syljeneritys vähenee ja suun terveys heikkenee osittain lääkityksen vuoksi (Solonen ym., 2020, s. 62–66). Ikääntyneen puutteellinen hampaiden tai proteesien hoito voi heikentää suun kuntoa, lisätä hampaiden reikiintymisen ja menetyksen riskiä sekä heikentää ravitsemusta ja yleistä hyvinvointia.

Ikääntyessä mahalaukun suolahapon erityys vähenee, mikä heikentää ravintoaineiden imeytymistä. Samaan aikaan lihasmassa vähenee ja janon tunne heikkenee, mikä pienentää energian tarvetta ja lisää kuivumisen riskiä (Solonen ym., 2020, s. 62–66). Janon tunteen heikkeneminen altistaa ikääntyneet ihmiset nestevajaukselle, mikä lisää kaatumisalttiutta (Schwab, 2023). Iäkkäiden yksilöllinen nesteen tarve riippuu myös fyysisestä aktiivisuudesta, ympäristön lämpötilasta sekä sairauksista (THL, 2020).

Kehon rasvattoman kudoksen osuus alkaa vähentyä 65–75-vuotiaana ja prosessi kiihtyy, jos energian ja proteiininsaanti on riittämätöntä (Suominen & Pitkälä 2016). Perusaineenvaihdunnan hidastumisen katsotaan johtuvan ensisijaisesti lihasmassan pienentymisestä (Schwab, 2023). Lihasmassan väheneminen voi puolestaan voimistaa riskitekijöiden vaikutusta aliravitsemuksen kehittymiselle, jos ravinnosta ei saada riittävästi keskeisiä ravintoaineita, kuten proteiinia, pehmeitä rasvoja ja D-vitamiinia.

Gerastenia on ikääntyneillä esiintyvä oireyhtymä, jossa kehon voimavarat ja stressinsietokyky heikentyvät, toimintakyky voi romahtaa jo lievänkin sairauden yhteydessä (Jyväkorpim., 2020). Tyypillisiä oireita ovat laihtuminen, lihasvoiman heikkeneminen, hidas liikkuminen, vähäinen fyysinen aktiivisuus ja väsymys. Tämä tilanne heijastaa Fávoro-Moreira ym. kuvaamia aliravitsemuksen riskitekijöitä. Se ilmenee usein sarkopeniana eli lihaskatona, mikä heikentää lihasvoimaa, fyysistä toimintakykyä ja elämänlaatua sekä lisää haurastumisen, toimintarajoitteiden ja muiden avun tarpeen riskiä (Volkert ym., 2018, s. 11).

3.3 Sosiaalisten ja ympäristötekijöiden vaikutus ikääntyneen ravitsemukseen

Ikääntyneiden ravitsemusriskeihin voivat vaikuttaa myös psykologiset, taloudelliset, sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät (Paavola ja Suominen, 2018, s. 6). Yksinäisyys ja sosiaalisen tuen

puute lisäävät ravitsemustilan heikkenemisen riskiä erityisesti niillä, jotka asuvat yksin tai kokevat itsensä yksinäisiksi. Tulevaisuudessa yksinäisyyden odotetaan kasvavan sote-alan rahoitus- ja resurssipuutteiden vuoksi, mikä voi vähentää kotihoidon käyntejä, päivätoimintaa ja yhteisasumisen mahdollisuuksia (Sanerma ym., 2025, s. 165). Kotihoito on monille ikääntyneille ainoa yhteys muihin ihmisiin ja yksinäisyys voi ilmetä myös ravitsemustilan heikkenemisenä, esimerkiksi ruokahalun vähenemisenä. Näiden tekijöiden vuoksi on tärkeä tarkastella, miten yksinäisyys ja sosiaalinen tuki vaikuttavat ikääntyneiden palvelujen käyttöön ja ravitsemukseen.

Vajaa kolmannes kotihoidon asiakkaista kokee yksinäisyyttä, mikä näkyy lisääntyneenä terveyspalveluiden, kuten päivystyksen, sairaalan ja avoterveydenhuollon käyttönä (Aaltonen ym., 2023, s. 8). Tutkimuksessa arvioidaan asiakkaan itsensä, perheenjäsenen tai muun hoitoon osallistuvan henkilön toimesta, että osa asiakkaista olisi paremmin turvassa muuttaessaan pois kotoa, ja näillä henkilöillä havaitaan myös suurempi terveyden- ja sosiaalipalvelujen käyttö. Yksinäisyys liittyy lisäksi sosiaalihuollon tukipalvelujen ja ympärivuotisen hoidon käyttöön, mikä osoittaa, että yksinäisyys lisää sekä terveydenhuollon että sosiaalisen tuen tarvetta. Samassa tutkimuksessa havaittiin myös, että masennusoireiset iäkkäät käyttävät muita enemmän terveyden- ja sosiaalihuollon tukipalveluja, mikä liittyy toimintakyvyn heikkenemiseen ja arjen sujumisen vaikeutumiseen.

Terveelliset ruokailutottumukset ovat yleisempiä eläkeikäisillä, joilla on korkea koulutus verrattuna niihin, joilla on matalampi koulutus (Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020 s. 21). Korkeasti koulutetut ja terveydestään tietoiset saavat helpommin terveysneuvontaa ja ravitsemustietoa kuin alhaisemman sosioekonomisen aseman omaavat. Tulot ja saatavilla olevat varat vaikuttavat mahdollisuuksiin hankkia ravitsevaa ruokaa tai hyödyntää ruokapalveluja. Eläkkeelle jäädessä tulojen väheneminen voi vaikeuttaa terveellisten valintojen tekemistä. Matala tulotaso voi heikentää ravitsemustilaa (Paavola ja Suominen, 2018, s. 6).

3.4 Ravitsemushaasteet ja tukitoimet kotona asuvilla ikääntyneillä

Suomessa pyritään siihen, että ikääntyneet voivat elää terveitä vuosia mahdollisimman pitkään, säilyttää itsenäisyytensä ja toimintakykynsä arjessa, asua kotona turvallisesti ja hyödyntää palveluita tehokkaasti (Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveyden ja

hyvinvoinnin laitos, 2020 s. 6). Suomessa elinikä on pidentynyt, minkä ansiosta moni ikääntynyt pystyy elämään itsenäisesti säilyttäen toimintakykynsä tutussa kotiympäristössä (Ikääntymisen Instituutti, i.a.). Esteetön ja turvallinen koti vähentää tapaturmien riskiä. Ikääntyneiden kotona asumisen tukeminen on tärkeää yhteiskunnan palveluiden ja resurssien tehokkaan käytön kannalta.

Ikääntyneiden heikentynyt ravitsemustila tunnistetaan terveydenhuollossa usein puutteellisesti (Schwab, 2023). Terveydenhuollon henkilöstö ja omaiset voivat tukea kotona asuvien ravitsemusta seuraamalla syökö he riittävästi ja monipuolisesti. Ikääntyneiden ravitsemuksen ennakoiminen on tärkeää (Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020). Selvityksen mukaan hyvän ravitsemuksen tukeminen on olennaista ennen kuin heikentävät riskitekijät ilmenevät. Ravitsemushoitoa voidaan toteuttaa eri menetelmillä (Suominen & Pitkälä 2016). Kotona asuessa siihen voi sisältyä muun muassa ruokakauppapalveluja, ateriapalveluja sekä tukea ruoanlaitossa ja ruokailussa. Tehostetussa ravitsemushoidossa käytetään täydennysravintovalmisteita, ja ruokaa täydennetään lisäenergialla, proteiineilla ja muilla ravintoaineilla.

Monet pitkäaikaissairaudet, kuten sydän- ja verisuonitaudit, syöpä, diabetes ja aivoverenkiertohäiriöt, voivat johtua energian ja tiettyjen ravintoaineiden liikasaannista (Jyväkorpi & Suominen, 2022 s. 184). Ylipaino sekä liiallinen energiansaanti, tyydyttyneiden rasvojen ja suolan saanti voivat vahingoittaa terveyttä monin tavoin. Ikääntyneillä lievä ylipaino voi olla hyödyksi, eikä laihduttaminen ole yleensä tarpeen yli 70-vuotiailla, sillä se suojaa lihaskadolta ja toimintakyvyn heikkenemiseltä (Schwab, 2023). Suositeltu painoindeksi ikääntyneellä on 23–29. On kuitenkin hyvä muistaa, että ylipainoisella proteiinin saanti voi olla riittämätöntä, vaikka energiansaanti on muuten runsasta, joten ravitsemustila tulee arvioida yhtä huolellisesti kuin hoikilla.

Ikääntyneiden ravitsemukseen vaikuttavat fyysiset rajoitteet, haasteet ruoan hankinnassa ja valmistuksessa sekä terveellisten ruokien korkea hinta, mikä saattaa johtaa heikompaan ravitsemukseen (Baugreet ym., 2017, s. 849). Osa kotihoidon asiakkaista saa kotiateriapalvelua, jonka energiasisältö on tutkimusten mukaan riittävä (Paavola ja Suominen, 2018). Sen sijaan tiettyjen ravintoaineiden saanti jää monesti suosituksia alhaisemmaksi. Ravitsemuksellisia haasteita voi syntyä erityisesti silloin, kun sama ateria jaetaan useammalle ateriakerralle eikä kokonaisravinnonsaantia täydennetä riittävästi muiden aterioiden ja välialojen avulla. Juckett ym. (2024, s. 3) mukaan kotiin toimitettavat ateriapalvelut voivat tukea iäkkäiden

ravitsemusta ja hyvinvointia, erityisesti korkean ravitsemusriskin ja useita perussairauksia omaavien kohdalla. Palveluita voidaan tehostaa ravitsemusohjauksella, veren sokerin seurannalla sekä fysioterapia- ja toimintaterapiapalveluilla.

Ruokapalveluja tulisi kehittää siten, että ne tukevat ikääntyneiden ravitsemusta ja hyvinvointia (Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2020). Palveluiden tiedottamista on parannettava, ja tarvitaan uusia digitaalisia ratkaisuja palveluiden saatavuuden ja ruokailun sosiaalisen ulottuvuuden edistämiseksi. Ruokien tulee olla ravintotiheitä, helposti nautittavia ja monipuolisia, ottaen huomioon ikääntyneiden pureskelu- ja nielemisvaikeudet sekä yksilölliset mieltymykset (Baugreet ym., 2017, s. 852). Myös teknologian hyödyntäminen, kuten ravitsemuksen etäseuranta voi tukea kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemustilan seuranta ja mahdollistaa varhaisen yksilöllisen tuen, esimerkiksi hoitohenkilöstön toimesta (van Doorn-van Atten ym., 2018, s. 4–5).

3.5 Sairauksien, lääkityksen ja kognitiivisten haasteiden vaikutus ikääntyneen ravitsemukseen

Vuonna 2022 merkittävä osa kotona säännöllistä palvelua saavista iäkkäistä kärsi muistisairauksista tai niihin liittyvistä oireista sekä toimintakyvyn rajoitteista (THL, 2024). Kognitiiviset vaikeudet, kuten tarkkaavuuden, toiminnanohjauksen, kielen ja muistin ongelmat, olivat havaittavissa yli puolella kotihoidon asiakkaista, ja dementiadiagnoosi oli 40 prosentilla.

Muistisairauksista kärsivillä ikääntyneillä esiintyy yleisimmin ravitsemusongelmia, kuten ruokailun unohtamista, syömiskäyttäytymisen muutoksia ja laihtumista (Suominen & Pitkälä 2016). Sairauden edetessä voi ilmetä nielemisvaikeuksia ja aspiraatioita. Muistisairaudet voivat myös vaikuttaa maku- ja hajuaistimuksiin, lisätä makean mieltymystä, aiheuttaa syömisen vaikeuksia sekä muuttaa ruokailurytmejä. Nämä tekijät johtavat ravinnonsaannin vähenemiseen ja voivat edistää painonlaskua. Paavolan ym. (2018, s. 5–6) mukaan syömiseen voivat vaikuttaa monet tekijät, kuten heikentynyt ruokahalu, joka johtuu muun muassa huonosta suun kunnosta, heikentyneistä aisteista tai lääkkeiden haittavaikutuksista.

Krooniset sairaudet ja pitkäaikainen lääkitys voivat lisätä ravintoaineiden tarvetta ja vaikuttaa kehon kykyyn hyödyntää ja käsitellä ravintoaineita tehokkaasti (Jyväkorpi & Suominen, 2022, s. 184). Sairastettaessa keho käyttää omia ravintoainevarojaan, mikä lisää erityisesti mikroravintoaineiden ja proteiinin tarvetta, jolloin ravintolisien käyttö voi olla hyödyllistä.

Yli 70-vuotiaiden diabeteksen esiintyvyys on kasvanut nopeammin verrattuna nuorempiin ikäryhmiin (Niskanen 2019). Yli puolet tyypin 2 diabetesta sairastavista ovat 65-vuotiaita tai sitä vanhempia. Verenglukoosin hallinnan lisäksi ruokavaliossa painotetaan sydänterveellisiä valintoja (Ilanne-Parikka & Rönnemaa 2019). Ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio on myös suositeltavaa diabetesta sairastavalle ikääntyneelle.

Lääkkeet voivat heikentää ravitsemusta monin tavoin, ja monilääkitys on keskeinen virheravitsemuksen riskitekijä (Solonen ym., 2020, s. 62–64). Esimerkiksi antikolinergiset lääkkeet voivat vähentää syljeneritystä, heikentää ruoansulatusta ja aiheuttaa nielemisvaikeuksia. Monet lääkkeet vaikuttavat myös maku- ja hajuaistiin, vähentävät ruokahalua tai aiheuttavat pahoinvointia, oksentelua ja ripulia, mikä voi johtaa neste- ja ravintoainevajeeseen. Lääkkeet voivat lisäksi altistaa iäkkäät henkilöt mikroravinteiden puutoksille estämällä niiden imeytymistä, vähentämällä elimistön tuottamien mikroravinteiden määrää lisäämällä niiden poistumista virtsan mukana (Schwab, 2023). Monet lääkkeet poistavat myös nestettä, mikä voi edelleen lisätä kuivumisen riskiä (THL, 2020). Kuivumisriskiä lisäävät heikentynyt janon tunne, ripuli, oksentelu, kuume, lääkkeet ja yleinen hauraus. Toisaalta tietyissä sairauksissa, kuten sydämen tai munuaisten vajaatoiminnassa, nesteen saantia voidaan joutua rajoittamaan.

4 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUKSEN TUKEMINEN HOITOTYÖSSÄ

4.1 Ravitsemuksen arviointi ja riskien tunnistaminen hoitotyössä

Suomessa ikääntyneille suunnattujen ruokapalvelujen kehittämisessä on tärkeää keskittyä tukemaan kotona asumista entistä paremmin, ottaen huomioon paitsi ruuan laatu myös ruokailun psykososiaalinen merkitys ja kulttuuriset arvot (Gerontologinen ravitsemus (Gery), i.a-a.). On myös varmistettava, että ikääntyneiden ruokien ravitsemuslaatu voidaan arvioida luotettavasti. Ravitsemuksen arvioinnissa ja hoidon suunnittelussa tarkastellaan ruokailutottumuksia, ravinnonsaantia sekä energian ja proteiinin riittävyttä (Gery, i.a-b.). Lisäksi huomioidaan, miten ruoka hankitaan ja millaiset ruokailukäytännöt ikääntyneellä on. Näiden tietojen perusteella voidaan suunnitella yksilöllisesti sopiva ravitsemushoito, joka tukee iäkkään hyvinvointia ja terveyttä.

Valveen ym. (2018, s. 32) mukaan ikäihmisten ruokailua ja ravitsemustilaa seurataan useilla menetelmillä, muun muassa tekemällä heille ravitsemustilan arviointeja. Tärkeimmät ravitsemustilan arviointimenetelmät ovat painon seuranta, syödyn ruuan ja juomien määrän arviointi, MNA-testi (Mini Nutritional Assessment) ja ruokahalun arviointi tai muutokset siinä. Myös ikäihmisten yksilöllisten ruoka toiveiden huomioiminen ja ruoka-annosten muuttaminen tarpeen mukaan on hyvä keino ylläpitää ikääntyneiden ravitsemusta.

SNAQ-arviointi on ruokahalun arviointiin kehitetty neljä kysymystä sisältävä helppokäyttöinen kysely (Ruokavirasto, 2025). Kysymysten vastaukset pisteytetään asteikolla yhdestä viiteen, jos kokonaispistemäärä on alle 14, viittaa tämä vahvasti alhaiseen ruokahaluun ja merkittävään painonlaskun riskiin seuraavan puolen vuoden aikana. Ensimmäinen kysymys kartoittaa vastaajan käsitystä omasta ruokahalustaan, toinen selvittää kylläisyyden tunnetta syömisen jälkeen, kolmas käsittelee ruoan maun kokemista ja neljäs ruokailukertojen määrää päivän aikana.

Painon säännöllinen seuranta ja erityisesti siinä tapahtuvien muutosten tarkastelu on yksinkertainen ja tehokas keino arvioida ikääntyneen ravitsemustilaa (Ruokavirasto, 2022, s. 6–7). Painoa on hyvä mitata yhden kuukauden välein, tulokset kirjataan potilaan tietoihin. Jos paino on pysynyt samana, annetaan ikääntyneelle hyvää palautetta painosta ja kannustetaan jatkamaan syömään monipuolisemmin. Muistutetaan ikääntynyttä myös siitä, että painonpudotus ei ole tarpeellista ilman perusteellisia lääketieteellisiä syitä. Mikäli

ikäntyneen paino on laskenut tahattomasti yli kaksi prosenttia viikon aikana, yli viisi prosenttia kuukaudessa, yli seitsemän prosenttia kolmen kuukauden aikana tai yli kymmenen prosenttia puolen vuoden kuluessa, tulee tilanteeseen puuttua viipymättä asianmukaisin toimenpitein. Painonlasku ja siihen mahdollisesti liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen on tärkeää tuoda potilaan tietoon, jotta voidaan arvioida jatkohoidon ja ravitsemuksellisen tuen tarve. Tärkeää on myös tunnistaa painonlaskuun liittyviä tekijöitä, esimerkiksi syömisessä muuttuneet tekijät.

RAI-järjestelmä (Resident Assessment Instrument) on vakiintunut väline tiedon keräämiseen ja havainnointiin (THL, 2024). Se on suunniteltu iäkkäiden ja kehitysvammaisten palveluiden asiakkaille palvelutarpeen selvittämiseen sekä yksilöllisten palvelu ja tukitoimien laatimiseen. Järjestelmä koostuu eri kohderyhmille ja käyttötarkoituksiin räätälöidyistä arviointivälineistä. RAI-arvioinnin kysymykset keskittyvät asiakkaan terveydentilan ja hoidon tärkeimpiin osa-alueisiin. Sairaanhoidtaja kerää tietoa muun muassa asiakkaan arjen suoriutumuksesta, kognitiivisista valmiuksista, psyykkisistä oireista, sosiaalisesta osallisuudesta, kuntoutumisen tukiteki- jöistä ja lähipiiriltä saadusta tuesta. RAI-arvioinnit ja RAI-tieto tuottavat parhaan hyödyn asi- akkaalle, terveydenhuollon ammattilaisille ja organisaatiolle, kun käytetään ajantasaista ja ympäristöön soveltuvia interRAI-välineitä.

RAI-arviointi koostuu viidestä vaiheesta (THL, i.a.). Ensimmäisessä vaiheessa kerätään tie- toa asiakkaan tilanteesta kokonaiskuvan muodostamiseksi. Toisessa vaiheessa arviointi to- teutetaan ja kirjataan. Kolmannessa vaiheessa tunnistetaan asiakkaan tarpeet arviointitiedon perusteella, mikä auttaa havaitsemaan mahdollisia toimintakyvyn tai kognition puutteita. Nel- jännessä vaiheessa arvioidaan hoito-, kuntoutus- tai palvelusuunnitelmaa, jotta varmistetaan asiakkaalle tarpeiden mukaiset palvelut. Viides vaihe on hoidon toteutuksen seuranta. RAI- arviointi toistetaan säännöllisesti puolivuositain tai aiemmin, jos ikääntyneen tilanne muuttuu merkittävästi.

Ikääntyneen ravitsemustilaa voidaan arvioida paremmin käyttämällä erityisesti siihen suunni- teltuja välineitä, kuten MNA-testiä (Gery, i.a-b.). Testi on suunniteltu arvioimaan yli 65-vuotiai- den ravitsemustilaa. Sen perusteella ikääntyneet voidaan luokitella kolmeen ryhmään: ne, joilla esiintyy virheravitsemusta, ne, joilla on riski virheravitsemukseen, sekä ne, joilla ravitse- mustila on hyvä.

Sepän (i.a., s. 11) mukaan MNA-seulonta tehdään asiakkuuden alussa, jatkossa testi tehdään puolenvuoden välein RAI-arvioinnin yhteydessä. Saatujen pisteiden perusteella toimitaan seuraavasti: 12–14 pistettä tarkoittaa normaalia ravitsemustilaa. Toimintaohjeena on perusohjaus ruokavalion merkityksestä ja painon kirjaaminen. Jos pisteitä saadaan 8–11 on kyseessä vajaaravitsemuksen riski. Tällöin hoitohenkilökunnalle toimintaohjeena on riskin syyn selvittäminen ja tarpeellisten toimintapiteiden aloittaminen sekä niiden kirjaaminen ravitsemustilan korjaamiseksi. Pisteet 0–7 kertoo ikääntyneen vajaaravitsemuksesta. Tällöin on erityiset tärkeää selvittää, mistä vajaaravitseminen johtuu ja ryhtyä toimenpiteisiin.

Orell-Kotikankaan ym. (2014) mukaan jokaisen sairaalapotilaan vajaaravitsemusriski arvioidaan viimeistään toisen hoitopäivän aikana käyttäen NRS-2002-menetelmää (Nutritional Risk Screening 2002). Tämä menetelmä mittaa vajaaravitsemuksen riskiä pisteytysjärjestelmän avulla, jossa huomioidaan ravitsemustilan heikentyminen, sairauden aiheuttamat aineenvaihdunnalliset muutokset sekä potilaan ikä. Menetelmässä on mahdollista saada enintään seitsemän pistettä. Ravitsemustilan heikkenemisen arviointi perustuu muun muassa painon laskuun, ravinnonsaannin vähenemiseen ja painoindeksin arvoon. Ikääntyminen lisää myös vajaaravitsemusriskiä. Jos NRS-testissä ikääntynyt saa kolme pistettä tai enemmän, potilas luokitellaan riskipotilaaksi.

Jäntin (2019) mukaan MUST-menetelmä (Malnutrition Universal Screening Tool) on kehitetty ensisijaisesti avoterveydenhuollon käyttöön, sitä on kuitenkin hyödynnetty myös sairaalaympäristöissä vajaaravitsemusriskin arvioinnissa. Menetelmän laajaa kansainvälistä käyttöä selittävät sen helppokäyttöisyys, nopeus ja yksinkertainen toteutustapa. Menetelmä sisältää kolme osaa: BMI-luokituksen, painonlaskun prosentteina ja akuutin sairauden vaikutuksen, mikäli ravinnonsaanti on ollut tai tulee olemaan hyvin vähäistä vähintään viiden päivän ajan. MUST-menetelmälle on olemassa käyttöopas, jossa annetaan ohjeet muun muassa painoindeksin arviointiin olkavarren ympärysmittan avulla, jos paino- ja pitoisuustiedot puuttuvat. Sekä ohjeet pituuden arviointiin kyynärvarren mittaa käyttäen.

Geriatrinen depressioasteikko (GDS) on kehitetty iäkkäiden masennusoireiden arviointiin (Duodecim Käypä hoito, 2019). Asteikko on suunniteltu helppokäyttöiseksi, ja sen kysymyksistä on jätetty pois somaattiset oireet, jotka voivat johtua muista syistä kuin masennuksesta. Alkuperäinen asteikko sisälsi 30 kyllä/ei-kysymystä, mutta siitä on kehitetty myös lyhyemmät versiot, joissa on 15, 10 tai 4 kysymystä. Vaikka GDS on tarkoitettu itsearviointiin, sen voi toteuttaa myös toinen henkilö lukemalla kysymykset ääneen. Arviointi kohdistuu viimeisen

viikon vointiin ja asteikko soveltuu hyvin masennuksen seulontaan vanhuksilla. Pisteytyksessä 0–10 pistettä katsotaan normaaliksi, 11–20 lievää masennusta ja 21–30 keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta.

4.2 Ravitsemusneuvonta ja -ohjaus ikääntyneille

Ravitsemushoito ja -ohjaus perustuvat moniammatilliseen yhteistyöhön, jossa jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen osaamisella on oma tärkeä roolinsa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2023, s. 64). Toimintayksiköissä sovitaan yhteisesti, miten ravitsemukseen liittyvä ohjaus ja vastuut jaetaan eri ammattiryhmien kesken. Ravitsemusohjauksen onnistunut toteuttaminen vaatii terveydenhuollon ammattilaiselta vankkaa ravitsemusosaamista, elintarvikkeiden tuntemusta sekä ohjausmenetelmien ja materiaalien hallintaa. Ohjauksen tulee perustua tutkittuun tietoon, ja siihen sisältyy potilaan kuunteleminen, ymmärtäminen ja tukeminen. Lisäksi ohjausprosessissa korostuvat kannustaminen, potilaan voimavarojen tunnistaminen, sekä hänen vahvuuksiensa hyödyntäminen hoidon ja muutoksen tukena.

Ohjausta toteutetaan vaiheittain potilaan tarpeiden mukaan (Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2023, s. 65–66). Ensimmäinen vaihe on puheeksi ottaminen, jonka tavoitteena on herättää ja vahvistaa potilaan sitoutumista sekä lisätä tietoa terveellisestä ruokavaliosta ja vajaaravitsemuksen ehkäisystä. Jos puheeksi ottaminen paljastaa tarvetta tarkemmalle ohjaukselle, potilas ohjataan joko suppeaan tai laajaan ravitsemusohjaukseen tai tarvittaessa ravitsemusterapiaan. Suppeassa ohjauksessa annetaan yleisiä, sairauden hoitoon liittyviä ruokavaliiohjeita organisaation hyväksymien suositusten pohjalta, mutta ei huomioida yksilön ruokatottumuksia tai erityistarpeita. Laaja ravitsemusohjauksen sijaan räätälöidään yksilöllisesti potilaan mieltymysten, elämäntilanteen, kliinisen tilan ja ravinnontarpeen perusteella.

Ikääntyneiden ravitsemustilan ja ruokapalvelujen arviointi on suositeltavaa toteuttaa, sillä ravitsemus ja toimivat ruokapalvelut ylläpitävät ikääntyneiden mahdollisuutta asua kotona (Gerontologinen ravitsemus (Gery), i.a-a.). Ikääntyneiden ja heidän kanssaan työskentelevien ammattilaisten on tärkeää saada käyttöönsä luotettavaa ja ajantasaista ravitsemustietoa sekä asianmukaista ohjausta. Ravitsemusosaamisen varmistamiseksi olisi suositeltavaa, että jokaisella hyvinvointialueella toimisi vähintään yksi ikääntyneiden ravitsemukseen

erikoistunut asiantuntija. Pelkkä osaamisen lisääminen ei riitä, vaan tarvitaan myös selkeät linjaukset ja menettelytavat toiminnan toteuttamiseen, siitä miten ikäihmisten ruokapalvelut täytyy järjestää. Jotta ikääntyneet löytäisivät helposti tietoa sopivista ruokapalveluista, on niiden tiedottamista parannettava. Yhtenä ratkaisuna voisi olla helposti käytettävä valtakunnallinen verkkopalvelu, johon eri tahot voivat tallentaa tietoja tarjoamistaan ruokapalveluista ja jossa käyttäjillä on mahdollisuus antaa niistä palautetta.

Ruokapäiväkirja on hyödyllinen väline omien ruokailutottumusten tarkasteluun, sekä ateriarytmin, aterioiden koon ja ruoka-aineiden käytön arviointiin (Terveyskylä, 2024). Sen avulla voi hahmottaa syömisen ajoittumista ja suunnitella omaa ruokavaliota paremmin. Päiväkirjaa voi pitää eri tavoilla, esimerkiksi mobiilisovellusten avulla, perinteisesti paperilla tai valokuvaamalla ateriat. Ruokapäiväkirjaa on suositeltavaa pitää vähintään kolmen päivän ajan, joista yhden tulisi olla viikonloppupäivä, jotta saadaan kokonaiskuva koko viikon syömisistä. Päiväkirjaan merkitään kaikki syömiset ja juomiset kellonaikoineen. Mitä tarkemmin ja rehellisemmin merkinnät tehdään, sitä luotettavamman kuvan saa omasta ruokailusta. Ruokapäiväkirjaa analysoitaessa kannattaa kiinnittää huomiota muun muassa ateriarytmiin, aterioiden kokoon, kasvisten, hedelmien ja marjojen määrään, välipalojen ja herkkujen kulutukseen sekä syömisen ajankohtiin. Lisäksi on hyödyllistä pohtia nälän ja kylläisyyden tunnetta ennen ja jälkeen aterioiden sekä mahdollisia tilanteita tai tunteita, jotka vaikuttavat syömiskäyttäytymiseen.

Lautasmalli toimii käytännöllisenä ohjeena, kun halutaan varmistaa, että ateria on monipuolinen ja ravitseva (Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN), i.a., s. 4). Ikääntyneille suositellaan, että kolmannes lautasesta sisältää kasviksia, toinen kolmannes proteiinipitoisia ruokia, kuten lihaa, kalaa tai palkokasveja, ja viimeinen kolmannes perunaa, riisiä tai muita viljalisäkkeitä. Lisäksi ateriaan suositellaan täysjyväleipää levitteineen sekä maitoa tai piimää juomaksi. Salaatinkastikkeeksi suositellaan öljypohjaista vaihtoehtoa, jälkiruoaksi marjoja tai hedelmiä.

Eläkkeelle siirtyminen muuttaa usein päivittäisiä tottumuksia ja rytmejä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN), i.a., s. 16). Se saattaa vaikuttaa esimerkiksi ruokailuaikoihin, lämpimien aterioiden määrään ja siihen, millaisia ruokia tulee valittua. Siksi on tärkeää mukauttaa ruokailutottumukset ja ateriarytmi uutta elämäntilannetta vastaaviksi. Säännölliset ateriat tukevat vireyttä ja auttavat pitämään ruokavalion monipuolisena. Yöaikaan syömisessä on luonnostaan tauko, mutta sen ei tulisi venyä liian pitkäksi. Jotta elimistö saa riittävästi

energiaa ja ravintoaineita, yön yli kestävä paaston olisi hyvä olla enintään noin 11 tuntia. Tämä on erityisen tärkeää, jos ruokahalu on heikko tai päivän aikana syödyt annokset jäävät vähäisiksi.

Yli 65-vuotiaille suositellaan päivittäistä proteiinin saantia 1,2–1,4 grammaa painokiloa kohden, mikä vastaa noin 15–20 prosenttia päivittäisestä energiansaannista (Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2020, s. 79–80). Jos eläinproteiinin käyttö on vähäistä tai sitä ei käytetä lainkaan, kasviproteiinien valikoimaa tulee laajentaa ja panostaa niiden makuun ja monipuolisuuteen aminohappokoostumuksen turvaamiseksi. Hyviä proteiinin lähteitä ovat kala, kananmuna, broileri, liha, herneet, pavut, linssivalmisteet ja maitovalmisteet (VRN, i.a., s. 6). Ikääntyneen henkilön proteiinitarve voidaan arvioida kilo-kohtaisesti.

Vanhemmalla iällä suoliston toiminta saattaa hidastua ja jos ruokavalio on vähäkuituinen, liikunta vähäistä ja nesteen saanti niukkaa, tilanne altistaa ummetukselle (VRN, i.a., s. 7). Kuitupitoiset ruoka-aineet yhdessä riittävän nesteen kanssa pehmentävät ulostetta, kuitu sitoo vettä ja edistää ruuan etenemistä suolistossa. Lisäksi kuitu edistää suoliston hyvää mikrobikantaa ja auttaa pitämään verensokerin ja veren rasva-arvot lähellä normaalia. Hyviä kuitupitoisia ruokia ovat puurot, leivät, myslit, täysjyvämurot, viljat, palkokasvit, pähkinät ja siemenet. Näitä ruokia kannattaa tarjota ikääntyneen ruokavalioon.

4.3 Hoitohenkilökunnan valmiudet ja osaaminen ravitsemustuen tarjoamiseen

Hoitohenkilökunnalla on keskeinen merkitys ravitsemushoidon toteuttamisessa ja ravitsemustilaan puuttumisessa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2020, s. 67). Kaikilla ikääntyneiden kanssa työskentelevillä täytyy olla koulutuksessaan osio ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteistä. Henkilökunnan tulisi vuosittain osallistua täydennyskoulutukseen (verkkokoulutukset, videot, luennot), joissa ruuan ja ravitsemuksen lisäksi läpi käydään suun terveyttä ja fyysistä toimintakykyä kuten liikumista.

Ravitsemushoidon edistämiseksi ja kehittämiseksi tulee sopia vastuista eri toimijoiden kanssa ja muodostaa ravitsemusyhdyshenkilöiden- ja vastaavien verkosto (Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2020, s. 69). Ravitsemusyhdyshenkilön tehtävänä on huolehtia, että ajantasainen tieto välittyy kaikille ammattilaisille.

Yhdyshenkilö tarkastelee myös, että ruokapalvelut ja ravitsemushoito toteutuu niin kuin pitää ja välittää mahdolliset huolenaiheet eteenpäin ratkottavaksi.

Sairaanhoitaja voi tukea seuraavilla tavoilla ikääntyneen ravitsemusta (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, i.a-a.). Sairaanhoitajan tehtävänä on ohjata ikääntynyttä tunnistamaan omassa ruokavaliossaan jo olemassa olevia myönteisiä asioita ja tukea niiden vahvistamista. Olemassa olevan hyvän tunnistaminen lisää asiakkaan pystyvyyden tunnetta ja motivaatiota uusien toimintatapojen kokeilemiseen. Lisäksi sairaanhoitaja auttaa asiakasta tunnistamaan mahdollisia muutosta vaikeuttavia tekijöitä, kuten suhtautuminen muutokseen, emotionaaliset reaktiot, henkilökohtaiset tavoitteet, sekä taloudelliset ja yhteisölliset olosuhteet. Näitä tekijöitä tarkastellaan yhdessä asiakkaan kanssa, ja tavoitteena on löytää ratkaisuja, jotka tukevat asiakkaan hyvinvointia ja edistävät pysyviä elämäntapamuutoksia. On tärkeää antaa asiakkaalle tilaa käsitellä muutokseen liittyviä ristiriitaisia ajatuksia ja tunteita. Torjuva tai vastustava reaktio ei välttämättä tarkoita motivaation puutetta, vaan voi heijastaa esimerkiksi epäonnistumisen pelkoa tai vaikeita tunnekokemuksia, joita keskustelu herättää. Kun sairaanhoitaja osoittaa ymmärrystä ja kunnioittaa asiakkaan omaa päätöksentekoa, voi se vahvistaa asiakkaan sisäistä motivaatiota ja lisätä valmiutta muutokseen. Ravitsemukseen liittyvät tavoitteet tulee olla realistisia, mutta selkeästi määriteltyjä, sekä ikääntyneen omaan arkeen sopia ja hänen lähtötilanteensa huomioon ottava. Perustana tavoitteille on ikääntyneen omat vahvuudet, onnistumisen kokeminen ja omat toiveet.

Sairaanhoitajan tehtäväksi jää myös tärkeä ja huolellinen kirjaaminen (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, i.a-a.). Ravitsemussuunnitelmaan kirjataan ravitsemuksen tavoite, keinot paremman ravitsemuksen saavuttamiseksi, ravitsemuksen seurantasuunnitelma, myös erityisen keskeistä olisi myös kirjata mahdolliset aikataulut. Tähtisen ym. (i.a., s. 19) mukaan tavoitteiden toteutumista seurataan esimerkiksi painoa mittaamalla, sekä arvioimalla ikääntyneen ateriarytmiä ja syödyn ruoan määrää. Muutosten seurannasta sovitaan tarpeen mukaan, tämä voi tapahtua kasvotusten, etäkontaktilla joko puhelimitse tai digitaalisia viestintäkanavia hyödyntäen (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, i.a-a.). Tapaamisissa on tärkeää ottaa selvälle, miten hyvin ikääntynyt seuraa omaa edistymistään. Sairaanhoitajan on hyvä antaa tarpeellista palautetta muutosten alkaessa, tämä vahvistaa asiakkaan minäpysyvyyttä.

4.4 Moniammatillisen yhteistyön merkitys ravitsemuksen tukena

Potilaan ravitsemushoidon prosessi (hoidon toteuttaminen, työnjako, vastuut, yksityiskohdat ja prosessin mittareiden valinta) suunnitellaan yhdessä moniammatillisessa tiimissä, ravitsemushoito kuuluu kaikille potilaan hoitoon osallistuville (Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023, s. 58). Suunnitteluun tarvitaan mukaan muun muassa ikääntyneen omalääkäri, ravitsemusterapeutti, hoitajia sekä ruokailussa mukana olevan muun henkilöstön edustus, tarpeen vaatiessa myös puheterapeutti tai muu erityistyöntekijä kutsutaan ravitsemushoidon suunnitteluun. Moniammatillisen tiimin täytyy kokoontua säännöllisesti, kokouksissa käydään läpi ikääntyneen kokonaishoito ja ravitsemushoitoon liittyvät asiat, kuten muutokset ruokahalussa, painossa tai toimintakyvyssä. Lääkärin tehtävä on arvioida lääketieteellisesti ravitsemusohjauksen ja hoidontarve ikääntyneen mahdollisen ikääntyneen taustalla olevien sairauksien ja ravitsemuksellisen tilanteen pohjalta. Lääkärin on myös tärkeää selventää potilaalle, miksi ravitsemushoito on erityisen tärkeää. Sairaanhoitajien tehtävänä on kannustaa, motivoida ja ohjata potilasta ravitsemushoidossa.

Elintapaohjausta toteuttavien ammattilaisten vastuulla on tuoda ravitsemus luontevaksi osaksi keskustelua ja ohjata asiakkaita kohti tasapainoista ja säännöllistä syömistä (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, i.a-b.). Sairaanhoitajan työhön kuuluu asiakkaiden tukeminen terveyttä edistävien ruokailutottumusten omaksumisessa ja ylläpitämisessä. Lisäksi on tärkeää seurata ja tunnistaa mahdollinen vajaaravitsemusriski järjestelmällisesti. Vajaaravitsemusriskin tunnistamiseen on hyvä käyttää erilaisia mittareita. Tarvittaessa sairaanhoitaja arvioi asiakkaan yksilöllisen ravitsemusohjauksen tarpeen ja ohjaa hänet eteenpäin sopivalle asiantuntijalle, jotta hän saa mahdollisimman oikeanlaista tukea.

4.5 Kotihoidon ammattilaisen rooli ikääntyneen ravitsemuksessa

Kotihoidossa päivittäisestä hoivasta huolehtivat eri alan ammattilaiset, kuten lähihoitajat, terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat (Helsingin kaupunki, i.a.). Lisäksi hyvinvointia tukee kotiavustajat, sekä toiminta ja fysioterapeutit. Kotihoidossa ikääntyneen ravitsemusta voidaan tukea monenlaisilla palveluilla ja toimilla (Toivanen, 2022, s. 4). Näihin kuuluvat esimerkiksi kotihoidon työntekijät ja hoitajat, jotka antavat ravitsemukseen liittyvää ohjausta ja tukea. Hoitajat voivat tehdä lähikäyntejä asiakkaan kotona ja etäkäyntejä, joissa ravitsemukseen liittyviä asioita voidaan käsitellä puhelimitse tai digitaalisesti. Omaiset ovat myös tärkeänä osana tukea. Omaiset osallistuvat yhdessä kotihoidon kanssa

ravitsemusohjaukseen ja ruokahuollon järjestämiseen. Henkilökohtainen avustaja, joka voi auttaa ruokailussa, aterioiden valmistuksessa tai kauppa-asioissa, sekä ateriapalvelu, jossa valmis ateria toimitetaan kotiin joko lämpimänä tai kylmänä.

Hoitajan lähikäynnillä katsotaan viikko-ohjelma, että se on ajan tasalla (Toivanen, 2022, s. 5–7). Hoitajat tarjoavat jokaisen käynnin yhteydessä ruokia ja nesteitä ja muistuttaa ikään- tynyttä siitä, että asiakkaan pitäisi syödä viisi kertaa päivässä, tähän kuuluu aamupala, lounas, välipala, päivällinen ja iltapala. Hoitajat myös tarkistavat jääkaapin sisällön, että siellä on riittävästi laadukasta ja proteiinipitoista ruokaa, tarkistuksen myötä tekevät kaup- palistaa, joko kaupassa itsekäyvän ikääntyneen kanssa tai ovat yhteydessä esimerkiksi ikääntyneen omaisiin. Lähikäynnillä hoitajat huolehtivat myös suunterveydestä. Käynnin päätteeksi hoitaja kirjaa ylös, mitä ruokaa on tarjolle laitettu, millainen asiakkaan ruokahalu oli, kuinka paljon ikääntynyt söi ja onko syömisessä ollut ongelmia.

Menuumat on ateriapalvelu, joka on suunniteltu tukemaan ikääntyneiden arkea ja helpotta- maan kotona tapahtuvaa ruokailua (Menuumat, i.a.). Laajan ruokalistan ansiosta jokainen voi löytää mieleisensä vaihtoehdon. Palvelussa on huomioitu erityisruokavaliot, kuten aller- geenit, sekä erilaiset syömisvaikeudet, ja tarjolla on myös pehmeitä ja helposti nautittavia aterioita. Asiakas voi valita toimitettavat ateriat itse ja säilyttää ne omassa kylmälaitteessa tai käyttää palvelun tarjoamaa laitetta, joka sisältää pakastimen sekä uunin aterioiden läm- mittämistä varten. Tilaukset voi tehdä verkkokaupan kautta, puhelimitse tai kotiin toimitte- tulla tilauslomakkeella.

Heikkisen (i.a.) mukaan kotihoidossa ravitsemusta voidaan seurata painoa mittaamalla, MNA-testillä, kirjausten seurannalla, sekä jääkaapin sisällön tarkkailulla. Kotihoidossa ikääntyneiden ravitsemukseen liittyy useita haasteita, jotka voivat vaikuttaa ruokailun to- teutumiseen ja ravitsemustilaan. Asiakkaan omat tottumukset ja sukupolvikokemukset voi- vat ohjata ruokavalintoja, mikä saattaa rajoittaa esimerkiksi kasvisten, hedelmien ja marjo- jen käyttöä. Proteiinin saannin riittävyys on usein epävarmaa, erityisesti sairauden tai toi- mintakyvyn heikkenemisen yhteydessä. Kotihoidon käyntien ajoitus saattaa olla ristirii- dassa asiakkaan oman ateriarytmin kanssa, jolloin ruokailujen väli voi venyä liian pitkäksi. Ruuan riittävyys riippuu tilauksista, joita tekevät omaiset tai kotihoito. Asiakkaan omaehto-isuus ja itsemääräämisoikeus näkyvät siinä, että hän voi kieltäytyä ruoasta tai avusta. Li- säksi ruokahaluttomuus, vähävaraisuus ja suun kunnan ongelmat voivat heikentää ravin- nonsaantia. Haavojen hoito saattaa edellyttää kliinisiä ravintovalmisteita. Käytettävissä

olevat välineet, kuten mikroaaltouuni tai kaasuohella, voivat rajoittaa aterioiden valmistusta tai lämmittämistä, mikä puolestaan vaikuttaa aterioiden käyttökelpoisuuteen ja monipuolisuuteen.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemukseen liittyviä haasteita sekä tarkastella, miten terveydenhuollon ammattilaiset voivat tukea ravitsemusta. Tavoitteena on tuottaa tietoa ravitsemuksen vaikutuksista ikääntyneiden ihmisten elämään ja miten näitä haasteita voidaan tukea ikääntyneiden ravitsemuksen parantamiseksi.

Opinnäytetyö tulee vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia ravitsemuksellisia haasteita ikääntyneet kohtaavat kotona asuessaan?
2. Miten terveydenhuollon ammattilaiset voivat tukea ikääntyneiden ravitsemusta?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, joka toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Menetelmä sopii hyvin tämänkaltaiseen aiheeseen, koska sen avulla voidaan koota ja jäsentää olemassa olevaa laajaa tutkimustietoa sekä muodostaa kokonaiskuva tarkasteltavasta aiheesta (Stolt ym., 2016, s. 9). Tämä lähestymistapa on aineistolähtöinen ja sen tavoitteena on muodostaa kokonaisvaltainen käsitys tutkittavasta ilmiöstä hyödyntämällä aikaisempaa tutkimustietoa (Kangasniemi ym., 2013 s. 294–295).

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jonka tavoitteena on muodostaa valitun aineiston perusteella selkeä ja ymmärrystä syventävä kokonaiskuva (Kangasniemi ym., 2013, s. 294). Liian laaja tutkimuskysymys voi johtaa hallitsemattomaan aineistomäärään, mikä vaikeuttaa kaikkeen saatavilla olevaan kirjallisuuteen perehtymistä (Stolt ym., 2016, s. 24). Katsauksessa ilmiötä voidaan tarkastella esimerkiksi kriittisesti aiempaa tutkimusta hyödyntäen tai tuoda esiin aikaisemmissa tutkimuksissa havaittuja puutteita (Vilka, 2023, s. 22). Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tiedonhaku on usein vapaampaa, eikä aineiston valintakriteerit tarvitse määritellä yhtä tarkasti kuin systemaattisemmissä tarkastuksissa.

Aineisto perustuu aiemmin julkaistuun tutkimustietoon, joka on tutkimusaiheen kannalta olennaista ja luotettavaa (Kangasniemi ym., 2013, s. 294). Tutkijan ymmärrys aiheesta syvenee tutkimusprosessin edetessä, kun hän oppii yhdistämään aineistosta saamiaan havaintoja ja käsityksiä toisiinsa (Vilka, 2023, s. 22). Tutkimuksen taustalla oleva teoreettinen viitekehys ohjaa aiheen rajausta, keskeisten käsitteiden määrittelyä ja tulosten tulkintaa. Viitekehys selittää tutkittavaa ilmiötä ja auttaa hahmottamaan ravitsemushaasteita osana laajempaa kokonaisuutta, mikä vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta.

Menetelmän toteutus rakentui neljästä toisiaan tukevasta vaiheesta (Kangasniemi ym., 2013, s. 291–297). Vaiheet etenevät loogisesti, mutta niitä voidaan tehdä osittain myös rinnakkain. Ensiksi määritellään selkeä tutkimuskysymys, joka toimii katsauksen lähtökohtana ja rajaa tarkasteltavan ilmiön. Toisessa vaiheessa valitaan ja kootaan tutkimusaiheen kannalta merkityksellinen aineisto ja arvioidaan miten kukin tutkimus tarkentaa tai laajentaa tutkimuskysymystä osana kokonaisuutta. Kolmannessa vaiheessa aineisto analysoidaan ja jäsenellään

tutkimuskysymysten näkökulmasta. Tässä vaiheessa aineistoa tarkastellaan ja luokitellaan systemaattisesti, jotta sen pohjalta voidaan muodostaa uusia käsitteellisiä tulkintoja (Kangasniemi ym., 2013, s. 296–297; Tuomi ja Sarajärvi, 2018, s. 124). Viimeisessä vaiheessa keskeiset tulokset kootaan ja tiivistetään sekä arvioidaan aineiston vahvuudet ja heikkoudet, minkä pohjalta tehdään perusteltuja johtopäätöksiä (Kangasniemi ym., 2013, s. 296–298). Lopuksi arvioidaan saadun tiedon luotettavuutta. Luotettavuus voi heikentyä, jos analyysin tulokset, aineiston arviointi ja johtopäätökset eivät ole keskenään johdonmukaisia tai jos väitteitä ei perustella riittävän vakuuttavasti. Tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi analyysiprosessi ja valinnat kuvataan läpinäkyvästi ja jokainen vaihe perustuu aineiston sisältöön ja tutkimuskysymyksiin.

6.2 Aineiston hankinta ja tiedonhaku

Opinnäytetyön aineistonhankintaa ohjasivat tutkimuskysymykset. Tiedonhaku aloitettiin opinnäytetyön tutkimuskysymysten pohjalta ja tavoitteena oli muodostaa kattava käsitys, millaisia tutkimuksia aiheesta on julkaistu ja millä hakusanoilla niitä oli löydettävissä. Hakusanojen määrittelyssä käytettiin Finto-palvelua, jotta hakusanoista saatiin mahdollisimman kattavat. Alustavan tiedonhaun ja tutkimuskysymysten perusteella muodostettiin työn teoreettinen viitekehys, jota käytettiin aineiston haun suunnittelussa. Aineiston hakutermejä täydennettiin työn edetessä tutkimuskysymyksen tarkentuessa ja hakutulosten perusteella.

Tiedonhaku toteutettiin hyödyntäen useita eri tietolähteitä. Teoreettisen viitekehysten rakentamisessa käytettiin sekä tietokantahakuja että manuaalista hakua. Haussa hyödynnettiin monipuolisesti erilaisia lähteitä kuten tieteellisiä artikkeleita, oppikirjoja ja katsauksia, joita ei sisällytetty varsinaiseen tutkimusaineistoon. Hakupalveluina toimivat SeAMK Finna, Google Scholar, Terveysportti-portaali ja sen asiantuntijalähteet, THL:n julkaisut, sekä muu aiheeseen liittyvä kirjallisuus, tutkimukset ja luotettavat verkkolähteet. Lisäksi osa aineistojen hauissa löytyneistä lähteistä ei täyttänyt katsauksen sisäänottokriteerejä, mutta niitä hyödynnettiin viitekehysten rakentamisessa.

Tutkimushaut toteutettiin PubMed-, CINAHL- ja Medic-tietokannoissa hyödyntäen tietokantojen omia hakutermitöitä, kuten PubMedin Medical Subject Headings (MeSH) ja CINAHL Headings, sekä tekstihakuja otsikoista ja tiivistelmistä. Hakusanoja ja niiden yhdistelmiä muokattiin useaan otteeseen, jotta hakutulokset olisivat mahdollisimman kattavia ja

tutkimuskysymyksiin soveltuvia. Medic-tietokannan laajat kokeiluhaut eivät tuottaneet relevanttia aineistoa, joten lopullinen haku kohdentui johdannaisia sisältävään yhdistelmään. Medic-tietokannasta haettiin suomenkielisiä tutkimuksia ja PubMed- sekä Cinahl Ultimate-tietokannoista englanninkielisiä tutkimuksia. Käytetyt hakusanat ja niiden yhdistelmät on koottu taulukkoon 1.

Taulukko 1. Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulos	Valitut otsikon perusteella	Valitut abstraktin perusteella	Valitut tekstin perusteella
PubMed	Aged OR elderly OR older adults AND nutrition therapy OR nutrition support OR nutritional intervention OR nutrition education AND home care OR homebound OR community dwelling OR living at home	67	29	17	5
Medic	Ikäant* AND ravits*	11	5	5	3
CINAHL	Aged OR older adults OR elderly AND Community-dwelling OR home-dwelling OR independent living AND Nutrition disorders OR Nutritional status OR nutrition OR malnutrition AND Health promotion OR Social support OR support OR intervention OR guidance	68	25	11	7

Hakuprosessi rajattiin kaikissa käytetyissä tietokannoissa koskemaan vuosina 2015–2025 julkaistuja vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita ja väitöskirjoja, jotka oli kirjoitettu suomeksi tai englanniksi. Katsaukseen sisällytettävien tutkimusten tuli täyttää seuraavat kriteerit: julkaisujankohda vuosien 2015–2025 välillä, julkaisukieli suomi tai englanti, vertaisarvioitu

tieteellinen alkuperäistutkimus, kohderyhmänä kotona asuvat 65 vuotta täyttäneet ikääntyneet, tutkimuksen tuli vastata asetettuun tutkimuskysymykseen ja sen kokotekstin tuli olla vapaasti saatavilla.

Poissulkemiskriteereinä olivat tutkimukset, joissa tarkasteltiin muita ryhmiä kuin kotona asuvia ikääntyneitä, kuten laitoksissa asuvia tai sairaalassa hoidettavia henkilöitä. Lisäksi jätettiin pois tutkimukset, jotka eivät käsitelleet ravitsemusta, sen haasteita tai tukemista, sekä sellaiset julkaisut, jotka eivät olleet vertaisarvioituja alkuperäistutkimuksia tai joiden koko teksti ei ollut ilmaiseksi saatavilla. Muu kuin suomen- ja englanninkielinen aineisto rajattiin tarkastelun ulkopuolelle.

Kaikki haussa saadut viitteet käytiin läpi otsikon ja tiivistelmän perusteella ennalta asetettujen sisään- ja poissulkukriteerien perusteella. Esivalinnan jälkeen soveltuvat artikkelit luettiin kokonaisuudessaan ja niiden perusteella kirjallisuuskatsaukseen valittiin yhteensä 15 tutkimusta. Tarkemmin analysoidut ja opinnäytetyöhön valitut tutkimukset on esitetty liitteessä 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitelty taulukossa 2.

Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Vertaisarvioitu	Ei vertaisarvioitu
Julkaistu vuosina 2015–2025	Julkaistu ennen vuotta 2015
Koko teksti saatavilla	Kokotekstiä ei saatavilla
Vastaa tutkimuskysymykseen	Ei vastaa tutkimuskysymykseen
Kielenä Suomi tai Englanti	Kielenä jokin muu kuin Suomi tai Englanti
Kotona asuvat ikääntyneet	Ei kotona asuvat ikääntyneet

6.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi toteutettiin induktiivisen sisällönanalyysin menetelmää hyödyntäen. Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöinen analyysitapa, jossa tutkijat pyrkivät

muodostamaan teoreettisia käsitteitä ja kokonaisuuksia suoraan aineistosta ilman valmiita teoreettisia viitekehyksiä. Sekä Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 122) että Elo ym. (2022, s. 219) korostavat, että ennen analyysin aloittamista on määriteltävä, mikä toimii analyysin kohteena. Tämä perustuu tutkimusaineistoon tai käsiteltävään ajatuskokonaisuuteen, jotta analyysi pysyy rajattuna ja vastaa tutkimuskysymyksiin johdonmukaisesti.

Analyysi eteni kolmessa päävaiheessa, joihin kuului pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 122) sekä Elo ym. (2022, s. 219–221) kuvaavat nämä vaiheet aineistolähtöisen analyysin perusrakenteeksi, jossa aineisto etenee konkreettisesta teoreettisempaan ymmärrykseen.

Tässä tutkimuksessa aineisto koostui viidestätoista aiemmasta tutkimuksesta, jotka käsittelivät tutkimuskysymysten mukaista aihepiiriä. Analyysivaihe aloitettiin perehtymällä jokaiseen tutkimukseen. Lukemisen tavoitteena oli muodostaa kokonaiskuva aineistosta ja tunnistaa kohdat, jotka olivat olennaisia tutkimuskysymysten kannalta (Tuomi ja Sarajärvi, 2018, s. 122) Tutkijan tehtävänä oli tässä vaiheessa muodostaa kokonaisymmärrys aineistosta ja sen merkityksestä, jotta sitä pystyi myöhemmin tulkita johdonmukaisesti.

Ensimmäinen vaihe oli aineiston pelkistäminen. Pelkistäminen tarkoittaa aineiston tiivistämistä siten, että siitä poistetaan tutkimustehtävän kannalta epäolennaiset ilmaukset ja säilytetään vain olennainen sisältö. Sekä Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 123) että Elo ym. (2022, s. 220) kuvaavat pelkistämisen analyysin keskeiseksi vaiheeksi. Laaja aineisto jäsennetään hallittavaan muotoon kuitenkin kadottamatta alkuperäisiä merkityksiä. Tässä tutkimuksessa alleviivattiin jokaisesta tutkimuksesta kaikki ne kohdat, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin ja muokattiin poimitut ilmaukset lyhyemmiksi, sujuviksi ja ytimekkäiksi lauseiksi. Pelkistämisen tarkoituksena oli säilyttää alkuperäinen merkitys ja tehdä ilmauksista vertailukelpoisia keskenään.

Toinen vaihe oli ryhmittely, jota kutsutaan myös luokitteluksi. Ryhmittelyn tarkoituksena on yhdistää samansisältöiset pelkistetyt ilmaukset yhteen. Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 124) korostavat, että ryhmittelyn avulla aineistosta tunnistetaan toistuvia sisältöjä ja merkityksiä. Elo ym. (2022, s. 220) täydentävät, että ryhmittely mahdollistaa aineiston systemaattisen tarkastelun ja auttaa tunnistamaan aineiston yhtenäisiä tekijöitä.

Kolmannessa vaiheessa toteutettiin abstrahointi, jonka tavoitteena oli nostaa analyysi konkreettiselta tasolta käsitteellisemmälle tasolle. Abstrahointi tarkoittaa alaluokkien kokoamista yläluokiksi ja edelleen laajemmiksi käsitteellisiksi kokonaisuuksiksi. Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 125) toteavat, että tässä vaiheessa tutkija alkaa tulkita aineistoa ja muodostaa siitä merkityksellisiä kokonaisuuksia. Elo ym. (2022, s. 223) puolestaan korostavat, että yhteyden säilyttäminen alkuperäisiin ilmauksiin ja päätösten dokumentointi on tärkeää. Tässä tutkimuksessa 17 alaluokasta muodostui kolme yläluokkaa, jotka kuvasivat aineiston keskeisiä sisältöalueita. Yläluokat kokosivat yhteen useita alaluokkia, jotka käsittelivät samaa aihepiiriä eri näkökulmista. Lopulta nämä kolme yläluokkaa tiivistyivät yhdeksi pääluokaksi, joka kuvasti aineiston kokonaisteemaa ja vastasi tutkimuskysymyksiin yleisemmällä tasolla.

Koko analyysiprosessi eteni vaiheittain ja palasi toistuvasti aiempiin vaiheisiin. Näin tulkintoja voitiin tarkentaa ja aineistojen merkitykset huomioida. Lisäksi varmistettiin, että muodostetut luokat perustuivat aidosti alkuperäiseen aineistoon. Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 127) kuvaavat laadullisen sisällönanalyysin toistuvana prosessina, jossa tutkija palaa aineiston ja tulkinnan vaiheisiin, kunnes aineiston sisältö on ymmärretty mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Induktiivisessa analyysissä tutkijan tulkinta on aina läsnä, mutta sen on pysyttävä uskollisena aineistolle ja tutkimuskysymyksille. Tätä periaatetta noudattaen muodostettu pääluokka kiteytti tutkimuksen keskeisen sisällön ja mahdollisti ilmiön kokonaisvaltaisen ymmärtämisen.

Analyysin luotettavuus perustui prosessin läpinäkyvyyteen ja tarkkaan dokumentointiin. Sekä Elo ym. (2022, s. 223–224) että Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 181) painottavat, että analyysin eri vaiheiden tulee olla jäljitettävissä. Näin lukija voi seurata, miten tulkinnot ja johtopäätökset ovat muodostuneet. Tutkimuksessa analyysin eteneminen kuvattiin yksityiskohtaisesti ja jokainen vaihe perustui suoraan aineistosta poimittuihin ilmauksiin. Tätä periaatetta noudattaen pelkistettyjä ilmauksia verrattiin muodostettuihin luokkiin, jotta merkitykset säilyivät muuttomattomina.

Tässä tutkimuksessa alkuperäiset ilmaukset kulkivat mukana koko analyysiprosessin ajan, myös abstrahoinnin ja teemoittelun vaiheissa. Näin varmistui, että lopullinen pääluokka ja siitä johdetut johtopäätökset perustuivat aidosti aineistosta nousseisiin merkityksiin. Prosessi päättyi siihen, että pääluokan avulla pystyttiin esittämään tutkimuksen kannalta keskeiset johtopäätökset. Nämä kiteyttivät analyysin tulokset ja vastasivat tutkimuskysymyksiin kokonaisvaltaisesti. Pääluokan nimeksi muodostui: ”Kotona asuvan ikääntyneen ravitsemuksen haasteet ja tukeminen toimintakyvyn ylläpitämiseksi.” Tämä pääluokka kokoaa yhteen aineistosta

esiin nousseet kolme yläluokkaa: Ravitsemushaasteet, ravitsemustuki ja ohjaus sekä ravitsemus ja toimintakyky. Yhdessä nämä kokonaisuudet kuvaavat, miten kotona asuvan ikääntyneen ravitsemukseen vaikuttavat yksilölliset, sosiaaliset ja ympäristölliset tekijät sekä millaisin keinoin ravitsemusta voidaan tukea toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi. Pääluokan ja sen rakenteen tarkempi kuvaus esitetään tulosluvussa (luku 7).

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

7.1 Tutkimustulokset luokiteltuna

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen pohjana oli viidestätoista tutkimuksesta koostuva aineisto. Analyysin perusteella aineistosta muodostui kolme yläluokkaa ja viisitoista alaluokkaa. Yläluokat kuvaavat kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemukseen liittyviä keskeisiä sisältöalueita. Yläluokat ovat: Ravitsemushaasteet, ravitsemustuki ja ohjaus, ravitsemus ja toimintakyky. Nämä yläluokat muodostavat yhdessä pääluokan ”Kotona asuvan ikääntyneen ravitsemuksen haasteet ja tukeminen toimintakyvyn ylläpitämiseksi.” Pääluokka kuvaa kotona asuvan ikääntyneen ravitsemuksen kokonaisuutta, jossa ravitsemuksen riskitekijät, tukitoimet ja vaikutukset toimintakykyyn kietoutuvat yhteen. Seuraavissa alaluvuissa esitetään yläluokat ja niiden alaluokat tarkemmin. Kaikki luokat on esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3. Kotona asuvan ikääntyneen ravitsemuksen haasteet ja tukeminen toimintakyvyn ylläpitämiseksi

ALALUOKAT	YLÄLUOKAT
Aliravitsemus ja yleisyys	Ravitsemuksen haasteet
Aliravitsemuksen riskitekijät	
Proteiinin ja ravintoaineiden puute	
Fyysiset ja fysiologiset tekijät	
Psyykkiset tekijät	
Kognitiiviset tekijät	
Sosiaaliset ja ympäristötekijät	
Suunterveys ja ruokahalun heikentyminen	
Ravitsemustilan arviointi	
Ravitsemusohjaus	
Interventioiden vaikutukset	
Ateriapalvelut ja ravintolisät	
Moniammatillinen yhteistyö	
Terveydenhuollon ammattilaisten koulutus ja osaaminen	
Lihasmassan väheneminen ja sarkopenia	Ravitsemus ja toimintakyky
Toimintakyvyn ylläpito	
Elämänlaatu ja hyvinvointi	

7.2 Ravitsemuksen haasteet

Ravitsemushaasteet kuvaa tekijöitä, jotka vaikeuttavat kotona asuvan ikääntyneen riittävää ja tasapainoista ravitsemusta. Aineistosta nousi esiin useita alaluokkia, jotka liittyvät muun muassa aliravitsemuksen yleisyyteen ja riskitekijöihin, proteiinin ja ravintoaineiden puutteeseen sekä fyysisiin, psyykkisiin, kognitiivisiin, sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin. Lisäksi suunterveyden heikentyminen ja ruokahalun väheneminen nousivat keskeisiksi ravitsemushaasteiksi.

Aliravitsemus ja sen yleisyys. Tutkimusten mukaan merkittävä osa kotihoidon asiakkaista kuuluu aliravitsemusriskissä olevien tai aliravittujen ryhmään (2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 13) ja vain pieni osa on ravitsemustilaltaan hyvässä kunnossa (3, 5, 15). Kolmasosa ikääntyneistä kohtaa ravitsemuksellisia haasteita tai on jo aliravittuja (2, 6). Osassa tutkimuksissa riski katkaa yli puolet tutkituista ja varsinaisesti aliravittujen osuus nousee lähes viidennekseen (3, 10, 11). Aliravitsemusriski todetaan 78 prosentilla kotihoidon asiakkaista, mikä kuvastaa erittäin korkeaa esiintyvyyttä (3). Aliravitsemus lisääntyy iän myötä. Yli 85-vuotiailla se todetaan jopa 92 prosentilla tutkituista (15). Tämä korostaa iän merkitystä ravitsemustilaan, pelkkä paino ei aina kuvaa todellista tilaa.

Aliravitsemuksen riskitekijät. Aliravitsemukseen liittyy useita samanaikaisia tekijöitä. Heikentynyt toimintakyky on keskeinen riskitekijä (2, 4, 8) ja siihen liittyy usein matala BMI sekä lihas- ja rasvattoman kudoksen väheneminen (2, 5). Aliravitsemus ei rajoitu matalaan tai normaaliin painoon, sillä lähes puolet riskiryhmään kuuluvista oli ylipainoisia tai lihavia (3). Myös energian ja proteiinin saanti vähenevät iän myötä, mikä lisää erityisesti iäkkäämmät ryhmät ravitsemuksellisille puutoksille (15). Korkea ikä on vahvasti yhteydessä heikentyneeseen ravitsemustilaan (8, 10, 11, 15). Monisairaus ja pitkäaikaissairaudet, kuten Alzheimerin tauti (4, 7), osteoporoosi (6) lisäävät aliravitsemuksen riskiä. Aliravitsemusriski on merkittävä Alzheimerin tautia sairastavilla sekä kotihoidon asiakkailla (4, 7). Molempien ryhmien keskimääräinen BMI on noin 26 (4, 7).

Monilääkitys on laajasti yhteydessä heikompaan ravitsemustilaan (4, 9, 10, 13). Keskimääräinen lääkkeiden käyttö on 5,6 lääkettä päivässä (4) ja kolmen tai useamman lääkkeen päivittäinen käyttö on yleistä (13). Masennuslääkkeet ovat yhteydessä kohonneeseen aliravitsemusriskiin (6). Masennusoireita esiintyy enemmän aliravitsemusriskissä olevilla (6, 9). Samassa yhteydessä ilmenevät myös huonommaksi koettu terveys ja lisääntynyt sairastavuus (9). Kognitiiviset vaikeudet, kuten heikentynyt muisti, lisäävät syömisongelmien ja painon

laskun riskiä (4) Yksin asuminen on yleistä (10) ja yksin syöminen on tavallinen tilanne riskiryhmässä (13). Leskeys, eronneisuus, kotiin sidonnaisuus ja kaatumiset lisäävät aliravitsemuksen todennäköisyyttä (11). Myös matala koulutustaso ja heikko taloudellinen tilanne ovat yhteydessä heikompaan ravitsemukseen (7). Heikentynyt suunterveys liittyy syömisongelmiin, huonoon ruokahaluun ja nielemisvaikeuksiin, mikä edelleen kasvattaa aliravitsemuksen riskiä (9) Yksittäisiä laboratoriolöydöksiä ja ravitsemustekijöitä ovat alhainen albumiinitaso sekä energian ja proteiinin riittämätön saanti (5). Proteiinin saannin puute koskee sekä Alzheimerin tautia sairastavia, että heidän puolisoitaan, mikä osoittaa ongelman laajuuden (7).

Proteiinin ja ravintoaineiden puutteet. Kotona asuvien ikääntyneiden proteiinin ja energian saanti jää usein alle suositusten (3, 4, 5, 7, 12, 15). Suurin osa ei saavuta suositeltua proteiinin saantia (3, 4, 5, 7, 12). Yli puolet osallistujista saa alle yhden gramman proteiinia painokiloa kohden päivässä (4) Proteiinin puute on erityisen yleistä Alzheimerin tautia sairastavilla naisilla ja kotitalouksissa, joissa mies toimii omaishoitajana (7). Riittämätön proteiinin saanti on merkittävä tekijä sarkopenian kehittymisessä (2). Vitamiineissa havaitaan puutteita useissa tutkimuksissa. Puutteita esiintyy erityisesti A-vitamiinissa (4), C-vitamiinissa (7), D- ja E-vitamiinissa (4, 5, 7), B12-vitamiinissa (5, 15) sekä foolihapossa (4, 5, 7). Mineraaleista puutteita esiintyy kalsiumissa (4, 13, 15), raudassa (4, 5, 7, 15), magnesiumissa (15) ja sinkissä (5, 7, 15). Vanhemmissa ikäryhmissä B12-vitamiinin ja sinkin saanti heikkenee iän myötä (15). Kalsiumin saanti jää puutteelliseksi lähes puolella osallistujista, ja kuidun saanti on usein liian vähäistä erityisesti miesten osalta (13). Ruokavalio on usein epätasapainoinen, ja vaikka osa osallistujista saavuttaa suositellut määrät proteiinia, rasvaa ja hiilihydraatteja, monilla esiintyy liiallista sokerin ja tyydyttyneiden rasvojen saantia (13). Lisäksi liiallinen natriumin saanti koetaan merkittäväksi ongelmaksi (15).

Fyysiset ja fysiologiset tekijät. Heikentynyt fyysinen toimintakyky ja monisairastavuus vaikuttavat ravitsemustilaan (3). Useat pitkäaikaissairaudet, monilääkitys ja iän mukanaan tuomat fysiologiset muutokset heikentävät ravitsemusta (4). Suurin osa osallistujista on toimintakykyisiä, mutta keskimääräinen fyysinen kunto osoittaa haurastumista (10, 11). Ravitsemustila on vahvasti yhteydessä toimintakyvyn parempaan toimintakykyyn, kun taas heikompi ravitsemustila liittyy suuremman sairastavuuteen (11). Alhaiset BMI-arvot ja matala albumiini viittaavat heikentyneeseen fysiologiseen tilaan ja suurempaan aliravitsemusriskiin (5). Aliravituilla on pienempi rasvaton massa, lihasmassa ja kehon vesimäärä (6). Ikääntyneillä esiintyy myös kohonneita verenpaine- ja kolesteroliarvoja ja diabetes on yleistä (13).

Vyötärön ympärysmittä kasvaa iän myötä, samoin lantion ympärysmittä ja vyötärö–lantiosuhde, kun taas käsivarren keskiosan ympärysmittä pienenee vanhimmissa ikäryhmissä, mikä viittaa lihaskadon ja rasvakudoksen jakautumisen muutoksiin ja voi heijastua toimintakyvyn heikkenemisenä (15). Nielemisvaikeudet, pureskeluongelmat, suun kuivuminen sekä hammas- tai proteesiongelmät vaikeuttavat ravitsemuksen ylläpitoa ja ruoanlaittoa (7, 9)

Psyykkiset tekijät. Aliravitsemusriskissä olevilla masennusoireet ovat yleisempiä ja voimakkaampia, mikä tekee niistä keskeisen psyykkisen riskitekijän ravitsemukselle (6, 9). Masennus liittyy usein huonoon ruokahaluun ja nielemisvaikeuksiin, mikä vaikeuttaa ravinnon saantia (9). Osa osallistujista suhtautuu ravitsemusohjaukseen kielteisesti aiempien kokemusten vuoksi, esimerkiksi jos aiemmat ohjaukset painottuvat laihduttamiseen tai ruokarajoituksiin (7). Vaikka masennusoireissa ei aina tapahdu tilastollisesti merkittävää muutosta ravitsemusinterventioiden aikana, negatiivinen mieliala voi vähentyä, mikä voi parantaa ruokahalua ja ruokavalion noudattamista (12). Yksittäisissä tutkimuksissa masennuksen mittarit osoittavat, että kotona asuvien ikääntyneiden masennus on pääosin lievää tai vähäistä (3, 11, 13). Masennuksella ei kaikissa tutkimuksissa ole havaittua yhteyttä ravitsemustilaan (3, 11).

Kognitiiviset tekijät. Kognitiivinen heikentyminen on yhteydessä alhaisempaan ravinnonsaantiin (5). Alzheimerin taudin lievässä tai kohtalaisessa dementiaavaiheessa kognitiivinen heikkeneminen vaikeuttaa omaehtoista ruokailun hallintaa sekä ruokavalion suunnittelua (7). Lisäksi Alzheimerin tautiin liittyvä muistihäiriö ja päivittäisen toimintakyvyn heikkeneminen lisäävät aliravitsemusriskiä (4). Pääosin kognitiivinen suorituskyky säilyy normaalilla tasolla, eikä lievillä kognitiivisilla heikentymillä havaita vaikutusta ravinnonsaantiin (3, 13). Kognitiivinen toimintakyky on positiivisesti yhteydessä ravitsemustilaan, eli parempi kognitiivinen suorituskyky tukee ravitsemuksen ylläpitoa (11).

Sosiaaliset ja ympäristötekijät. Hyvät sosiaaliset verkostot ja toimiva ympäristö edistävät ruokailun toteutumista ja ravitsemustilaa (11). Ateriapalvelut ja perheen tarjoama tuki mahdollistavat säännöllisen ruokailun ja tarjoavat sosiaalista vuorovaikutusta, mikä vähentää yksinäisyyden vaikutuksia (12, 14). Yksinasuminen liittyy heikompaan ravitsemustilaan ja ruokailun monipuolisuuden vähenemiseen (3, 9, 10, 11). Osassa tutkimuksista suurin osa osallistujista asuu perheen kanssa, mikä voi tukea ravitsemusta ja ruokailutottumusten ylläpitoa (13, 15). Yksin asuvilla on usein heikommat taloudelliset resurssit ja matalampi koulutustaso, mikä voi vaikeuttaa ravitsemuksen toteutumista (3). Perheen tuki edistää ruokailutottumusten muutosta, mutta miesten toimiessa pääasiallisina hoivaajina ravintoaineiden saanti voi olla

heikompaa (7). Sosiaalinen eristäytyminen ja vähäinen ulkona käynti vaikeuttavat ruokaostoksia ja monipuolista ruokailua (7). Kotihoidon asiakkailta ravitsemus on heikompaa verrattuna itsenäisesti asuviin ja ateriapalvelun sekä ravitsemusohjauksen laatu tukevat ravitsemusta (4). Yhdessä tutkimuksessa havaitaan, että muiden taustamuuttujien, kuten sukupuolen, iän, koulutuksen tai muiden elämäntapojen, ei ole merkittävää vaikutusta ravitsemustilaan, mutta tupakointi liittyy heikompaan ravitsemukseen (6).

Suunterveys ja ruokahalun heikentyminen. Suun terveys on yhteydessä parempaan ravitsemustilaan (11). Heikentynyt ruokahalu on yleinen ongelma ja liittyy usein ravitsemuksen puutteellisuuteen (6, 7). Nielemisvaikeudet ja syömisongelmat toimivat merkittävinä esteinä riittävälle ravinnonsaannille (7, 9). Huono suunterveys, suun kuivuminen ja hammasproteesi-ongelmat lisäävät pureskelu- ja nielemisvaikeuksia sekä heikentävät ruokahalua (9). Monilla ikääntyneistä ei ollut omia hampaita, mutta useimmat käyttivät proteeseja (9). Heille voidaan hyödyntää helposti pureskeltavia ja pehmeitä ruokia, mikä helpottaa ruokailua ja tukee ravinnon saantia (10).

7.3 Ravitsemuksen tukeminen

Ravitsemustuki ja ohjaus, kokoaa yhteen keinot ja menetelmät, joilla ikääntyneiden ravitsemusta voidaan edistää ja tukea kotona asumisen yhteydessä. Aineistossa painottuivat ravitsemustilan arviointi, ravitsemusohjaus, moniammatillinen yhteistyö, ateriapalvelut ja ravintolisät sekä terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen merkitys. Lisäksi esiin nousivat erilaisten ravitsemusinterventioiden myönteiset vaikutukset ravitsemustilaan ja toimintakykyyn.

Ravitsemustilan arviointi. Ikääntyneiden ravitsemustilan arviointi on keskeinen keino tunnistaa aliravitsemuksen riskiä ja ehkäistä sen seurauksia (2, 6, 15). Pelkkä painon seuranta ei riitä, vaan tarvitaan systemaattisia menetelmiä, kuten Mini Nutritional Assessment (MNA), antropometrisiä mittareita sekä energian, proteiinin ja ravintoaineiden saannin seurantaa (1, 2, 3, 15). Ravitsemustilan arvioinnissa käytetään yleisimmin MNA-mittaria (3, 9, 10, 11, 12). MNA ei aina tunnista luotettavasti heikentyntä energian tai proteiinin saantia, vaikka sen pistemäärät liittyvät lineaarisesti ravintoaineiden saannin kanssa (4). Mittareita voidaan täydentää albumiinitasojen seurannalla, jolloin arviointi on herkempi kuin pelkällä painoindeksillä (5, 8). Kehon koostumuksen ja fyysisen kunnon arviointi yhdistettynä ravitsemustilaan on tärkeää, sillä lihasmassa ja fyysinen toimintakyky vaikuttavat ravitsemuksen riskitekijöihin (2, 3,

6). DXA-mittauksia ja SPPB-testejä voidaan hyödyntää lihasmassan ja fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa, ja niiden yhdistäminen MNA-tuloksiin parantaa aliravitsemusriskin tunnistamista (2, 3, 6). Arvioinnissa voidaan käyttää myös SNAQ- ja CNAQ-kyselyitä ruokahalun arviointiin sekä monimuuttujamalleja, jotka yhdistävät fyysisiä, psyykkisiä ja metaboliaindikaattoreita (6). Esimerkiksi 9 muuttujan mallipaneeli (sisältäen GDS, TUG, lihasmassan, ruokahalun, lääkityksen ja tupakoinnin) osoittaa vahvan kyvyn tunnistaa aliravitsemusriskiä (6). Antropometrisiä mittareita, kuten BMI, vyötärönympäryys, lantionympäryys, vyötärö-lantiosuhde ja käsivarren keskiosan ympäryys, käytetään myös osana kokonaisarviointia (15). Näillä mittareilla tunnistetaan erityisesti riskiryhmiä vanhemmissa ikäryhmissä (15). Digitaalisia sovelluksia hyödynnetään energian, proteiinin ja nesteiden saannin seurannassa ja arviointivälineenä käyttäjän ravitsemustilasta (1). Ravintopäiväkirjojen käyttö tukee arviointia ja mahdollistaa yksilöllisen seurannan (7).

Ravitsemusohjaus. Yksilöllisesti suunniteltu ravitsemusohjaus parantaa ravitsemustilaa (4, 5, 7, 8, 10) ja edistää sitoutumista ravitsemushoitoon, erityisesti silloin, kun ohjaus yhdistyy säännölliseen seurantaan (8). Yksilöllisesti mukautettu ruokavalio tukee riittävää energian ja proteiinin saantia sekä huomioi nielemisvaikeudet (10). Ohjauksen tarve korostuu iäkkäillä, jotka asuvat yksin tai joiden toimintakyky on heikentynyt (11). Ravitsemusterapeutin vetämät ryhmät ja keskustelutilaisuudet lisäävät tietoisuutta ravitsemussuosituksista ja tukevat terveellisempien ruokailutottumusten omaksumista (7). Ravitsemusohjauksen kotikäynnit, keskustelut ravitsemusterapeutin kanssa, kirjalliset materiaalit sekä ryhmätoiminta koetaan hyödyllisiksi ja käytännönläheisiksi (7). Ravitsemusohjaus parantaa ravintoaineiden saantia ja on erityisen tehokasta henkilöillä, joilla on kognitiivisia haasteita (5). Kotona toteutettavissa interventiossa ruokapäiväkirjan pitäminen, ruokavalion laadun arviointi ja ruokailutottumusten ohjaus, ovat keskeisiä ja tukevat ruokavalion kokonaisvaltaista parantamista (14). Ravitsemusneuvonnassa painotetaan ravintotiheää ruokaa, tyydyttyneiden rasvojen ja lisätyn sokerin vähentämistä sekä riittävää kalsium- ja kuitulisien saantia (13). Alzheimerin tautia sairastavilla ravitsemusohjaus lisää proteiinin ja kalsiumin saantia ja parantaa ruokavalion laatua (4). Digitaaliset työkalut täydentävät ravitsemusohjausta. Appetitus-sovellus lisää käyttäjien tietoisuutta ravitsemuksesta ja tukee ruokavalion monipuolisuutta (1).

Interventioiden vaikutukset. Interventiot parantavat kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemustilaa, elämänlaatua ja toimintakykyä (4, 5). Muistisairailta proteiinin ja kalsiumin saanti lisääntyy, elämänlaatu kohenee ja kaatumiset vähenevät verrattuna kontrolliryhmään (4).

Terveillä vanhuksilla ravitsemuskoulutus parantaa ruokavalion laatua ja psyykkistä hyvinvointia (4). Interventioissa ravintoaineiden saanti paranee, proteiinin saanti lisääntyy (4, 5, 7) ja lisäksi kuitujen, vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti vahvistuu kuuden kuukauden seurannassa (5). Interventiot ovat erityisen tehokkaita kognitiivisesti heikentyneillä ja aliravitsemusriskissä olevilla kotihoidon asiakkailta (5, 7). Yksilöllinen ohjaus parantaa elämänlaatua ja vähentää kaatumisia, vaikka painossa tai MNA:n keskiarvossa ei havaita merkittävää muutosta (7). Ravitsemustila vahvistuu myös MNA-pisteiden ja plasman albumiinitason kohentuessa (8). Toimintakyvyn osalta interventiot tukevat lihasvoimaa, fyysistä toimintakykyä ja mielialaa (10, 12). Joissakin tutkimuksissa käsipuristusvoima, kävelynopeus ja vyötärön ympäryys paranevat lievästi, vaikka lihasmassa ei muutu merkittävästi (14). Osa vaikutuksista heikkenee, kun ateriapalvelu loppuu (12). Kontrolliryhmässä toimintakyvyn ja ravitsemustilan mittarit heikkenevät ja hemoglobiini sekä hematokriitti laskevat selvästi enemmän kuin interventioyöryhmässä (10). Ohjaus hyödyttää erityisesti henkilöitä, joilla on nielemisvaikeuksia (10). Sovelluspohjainen interventio lisää ruokavalion monipuolisuutta, energiansaantia ja tukee painon hallintaa, tarjoten konkreettisen työkalun kotona toteutettavaan ohjaukseen (1). Lisäksi 15 viikon DBC-interventio parantaa ruokavalion laatua merkittävästi, laskee painoa ja tuottaa pieniä parannuksia toimintakyvyn mittareissa (14).

Ateriapalvelut ja ravintolisät. Laadukkaat, runsasproteiiniset ja energiapitoiset ateriat tukevat merkittävästi iäkkäiden ravitsemustilaa, lisäävät proteiinin ja energian saantia sekä parantavat ravitsemustilaa (3, 10, 12). Kotiin toimitetut runsasproteiiniset ja energiapitoiset ateriat nautitaan säännöllisesti, osallistujat syövät keskimäärin 80 ateriaa 12 viikon interventiojaksolla (12). Interventioissa hyödynnettiin ravintolisiä ja energiapitoisia aterioita proteiinin ja ravintoaineiden saannin lisäämiseksi (5). Helposti syötävät, pehmeät ateriat tukevat nielemis- ja purentaongelmista kärsiviä iäkkäitä sekä parantavat fyysistä toimintakykyä (10). Runasproteiiniset ateriat vahvistavat lihasvoimaa (12). Ateriapalveluiden säännöllisyys ja jatkuvuus korostuvat, sillä hyödyt heikkenevät, jos ateriapalvelu lopetetaan (12). Digitaalinen sovellus tukee ruokavalion monipuolisuutta, energiansaantia ja painon hallintaa ja toimii käytännön välineenä kotona toteutettavassa ravitsemusohjauksessa (1). Alzheimerin tautia sairastavien (4) kotihoidossa olevien vanhusten proteiinilisät ja ravintovalmisteet parantavat proteiinin ja kalsiumin saantia (4, 7). Kotona asuvien vanhusten ravitsemusohjaus, ateriaohjelmat ja helposti syötävät ruokavalio-ohjelmat tukevat MNA-pisteiden sekä energian ja proteiinin saannin paranemista (5, 8, 10, 12).

Moniammatillinen yhteistyö. Moniammatillinen yhteistyö tukee kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemusta ja kokonaisvaltaista hoitoa (1, 4, 8). Interventiot toteutetaan ravitsemusterapeuttien, lääkäreiden ja hoitohenkilöstön yhteistyössä, ja ne sisällyttävät usein ryhmätapaamisia ja seurantaa (4, 7). Ravitsemusterapeutit työskentelevät kotihoidon henkilöstön kanssa arvioidakseen ravitsemusriskin ja tarjotakseen ravitsemuksellista tukea (7, 9). Ikääntyneet kokevat hoitohenkilökunnan tarjoaman ravitsemuksellisen ja teknisen tuen tärkeäksi, se vahvistaa tunnetta, ettei ravitsemuksen seuranta ole yksin omalla vastuulla (1). Moniammatillinen tiimi voi sisältää myös suuhygienistejä, sosiaalipalvelujen ja mielenterveyspalvelujen ammattilaisia, mikä mahdollistaa syömisvaikeuksien tunnistamisen ja hoidon laaja-alaisesti (9). Tutkimus korostaa myös eri palvelujen yhteistyön merkitystä ravitsemusriskin vähentämisessä (11). Vaikka joissakin tutkimuksissa moniammatillista toteutusta ei kuvata yksityiskohtaisesti, käytännön interventio edellyttää ravitsemusterapeuttien ja muun terveydenhuollon henkilöstön yhteistyötä (12).

Terveydenhuollon ammattilaisten koulutus ja osaamisen merkitys. Ammattilaisten ravitsemusosaaminen ja tuki lisää osallistujien sitoutumista sovelluksen käyttöön ja parantaa ravitsemustietoisuutta (1). Kotihoidon henkilöstöllä todetaan puutteita ravitsemuksen arvioinnissa ja interventioiden toteutuksessa, joten lisäkoulutusta tarvitaan aliravitsemuksen ehkäisemiseen ja hoitamiseen (8). Koulutettu henkilökunta toteuttaa yksilöllisen ohjauksen tehokkaasti (5). Osallistujat kokevat aiemmat ohjeet rajoittaviksi ja sekaviksi, mikä osoittaa koulutuksen ja ohjaustaitojen merkityksen (7). Jatkuva koulutus on tärkeää ravitsemusriskin tunnistamisessa ja moniammatillisessa työssä, ja säännöllinen koulutus sekä yhteistyö parantavat ravitsemustilaa (11).

7.4 Ravitsemus ja toimintakyky

Ravitsemus ja toimintakyky, kuvaa ravitsemuksen merkitystä ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn, lihasmassan ja elämänlaadun ylläpitämisessä. Aineistosta tunnistettiin alaluokkia, jotka käsittelevät lihasmassan vähenemistä ja sarkopeniaa, ravitsemuksen vaikutuksia toimintakykyyn sekä ravitsemuksen yhteyttä elämänlaatuun ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin.

Lihasmassan väheneminen ja sarkopenia. Useissa tutkimuksissa havaitaan, että heikko ravitsemustila on yhteydessä pienempään lihasmassaan ja suurempaan sarkopeniariskiin (2, 3, 6). Näissä tutkimuksissa ravitsemustilaa arvioidaan esimerkiksi kyselyin ja mittauksin, jotka

kartoittivat ruokavalion riittävyyttä, painon muutoksia ja ruokahalua. Tuloksia verrattiin lihasvoiman ja fyysisen toimintakyvyn mittareihin (2). Lisäksi vähäinen proteiininsaanti ja heikko fyysinen suorituskyky viittasivat kohonneeseen sarkopeniariskiin (3). Interventiotutkimuksissa havaittiin, että ravitsemuksella ja käyttäytymisen muutoksilla voidaan vaikuttaa lihasvoiman kehitykseen. Esimerkiksi ravitsemus- ja käyttäytymisohjaus ehkäisi lihasvoiman heikkene- mistä ja lisäsi käsipuristusvoimaa verrattuna kontrolliryhmään (10). Toisessa interventiossa lihasmassan indeksi säilyi lähes ennallaan, mikä viittaa siihen, että ravitsemuksella voidaan hidastaa lihasmassan vähenemistä, vaikka muutokset eivät olisikaan tilastollisesti merkittäviä (14).

Toimintakyvyn ylläpito. Heikentyneessä ravitsemustilassa olevilla ikääntyneillä fyysinen toimintakyky on useissa tutkimuksissa todettu alentuneeksi verrattuna hyvässä ravitsemusti- lassa oleviin (2, 3, 11). Näillä henkilöillä päivittäisistä toiminnoista selviytyminen on heikom- paa, ja liikkumiskyky sekä lihasvoima ovat heikentyneet. Erityisesti naisilla matala ravitse- mustaso liittyy pienempään käsivoimaan, mikä voi vaikeuttaa päivittäisiä toimintoja (2). Riit- tävä energian ja proteiinin saanti tukee fyysistä toimintakykyä ja ylläpitää ravitsemustasapai- noa (3). Tutkimuksissa on havaittu, että hyvä ravitsemustila, jota mitataan kokonaisvaltaisesti ravitsemuksen arviointimenetelmillä ja veren proteiinitasolla, liittyy korkeampaan toimintaky- kyyne ja mahdollisuuteen selviytyä kotona itsenäisesti (8, 11). Fyysisen suorituskyvyn arvioin- neissa heikommat tulokset, kuten hitaampi kävely ja alentunut lihasvoima, kuvaavat toiminta- kyvyn rajoitteita ja suurempaa avun tarvetta (6). Ravitsemusinterventiot ovat osoittautuneet myönteisiksi erityisesti muistisairailta (4). Ravitsemusohjauksen ja ravintolisien avulla fyysi- nen toimintakyky paranee ja kaatumisten riski vähenee sekä päivittäisten toimintojen heikke- neminen on vähäisempää verrattuna verrokkiryhmään (4). Lisäksi ravitsemuksellinen tuki ja ohjaus parantavat kykyä selviytyä tavallisista päivittäisistä toiminnoista ja vaikuttavat myön- teisesti elämänlaadun arkeen (7, 10). Interventioiden yhteydessä on havaittu lievää lihasvoi- man ja kävelynopeuden parantumista, vaikka muutokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (14).

Elämänlaatu ja hyvinvointi liittyvät myönteisesti ravitsemustilaan kaikilla osa-alueilla, fyysi- sellä, psykologisella, sosiaalisella ja ympäristöön liittyvällä tasolla (11). Interventioyryhmissä elämänlaatu paranee ravitsemuksen ja fyysisen toimintakyvyn kohentumisen myötä, kun taas kontrolliryhmässä ei havaita muutoksia (10). Terveysteen liittyvä elämänlaatu paranee erityi- sesti kognitiivisen toiminnan, hengityksen, fyysisten toimintojen ja psyykkisen hyvinvoinnin

osa-alueilla (4, 7). Masennus, ruokahalun heikkeneminen ja heikompi fyysinen toimintakyky heikentävät elämänlaatua, mikä korostaa varhaisen tunnistamisen merkitystä (6, 9). Hoitohenkilöstön tuki ja sovellusten käyttö lisäävät turvallisuuden tunnetta, hallinnan tunnetta ja kiinnostusta omaan hyvinvointiin (1). Parantunut ravitsemustila ja yksilöllinen ohjaus tukevat hyvinvointia ja voivat ehkäistä hoivakotiin siirtymistä (8). Osallistujat kokevat ruokailutottumuksia tukevat ohjelmat hyödyllisiksi ja motivoiviksi (14). Interventioryhmän terveydentilaa mittaavat pisteet osoittavat parantunutta elämänlaatua, erityisesti hengityksen, mielialan ja kognitiivisen toiminnan alueilla osallistujat kuvaavat lisääntyneitä energian ja motivaation tunteita arjessa (7).

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittavat, että kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemukseen liittyy monia toisiinsa liittyviä haasteita ja tukitarpeita. Aliravitsemuksen esiintyvyys tutkimuksissa vaihteli huomattavasti, alimmillaan 15,9 % ja korkeimmillaan jopa 89 %. Suurimmat esiintyvyydet liittyivät erityisesti yksinasuviin, monisairaisiin ja muistisairaisiin henkilöihin. Haasteet liittyvät aliravitsemukseen ja sen riskitekijöihin, proteiinin ja ravintoaineiden riittämättömään saantiin, fyysisiin ja psyykkisiin toimintarajoitteisiin, kognitiiviseen heikentymiseen sekä sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin, kuten yksinasumiseen ja taloudellisiin resurssien puutteisiin. Tulokset vahvistavat, että aliravitsemus on yleinen ongelma kotihoidossa, ja pelkkä painon seuranta ei riitä ravitsemustilan arviointiin. Monipuoliset arviointimenetelmät, kuten Mini Nutritional Assessment (MNA), antropometriset mittaukset ja ravintopäiväkirjat, ovat keskeisiä riskiryhmien tunnistamisessa ja ohjauksen kohdentamisessa.

Riittämätön proteiinin saanti on ikääntyneillä yleinen ongelma ja keskeinen tekijä ravitsemustilan heikkenemisessä. Proteiinin puute voi johtaa lihasmassan vähenemiseen, toimintakyvyn heikkenemiseen ja lisääntyneeseen kaatumisriskiin. Mikäli puutetta ei korjata, se voi heikentää toipumista sairauksista ja alentaa elämänlaatua. Tämän vuoksi on tärkeää varmistaa, että ikääntyneet saavat riittävästi proteiinia päivittäin, jotta lihaskunto ja elämänlaatu säilyvät mahdollisimman hyvänä. Kalsiumin puute on erityisen huolestuttavaa, sillä se heikentää luustoa ja lisää kaatumis- sekä murtumariskiä. Liiallinen tyydyttyneen rasvan ja sokerin saanti puolestaan altistaa kroonisille sairauksille, kuten sydän- ja verisuonitaudeille. Pureskelu- ja nielemisvaikeudet voivat johtaa ravintoaineiden puutteisiin, mikäli ruokavalio ei ole asianmukaisesti muokattu. Siksi on tärkeää huolehtia siitä, että ikääntyneet saavat tarvitsemansa ravintoaineet, kuten vitamiinit, kivennäisaineet ja proteiinit, helposti nautittavassa muodossa.

Ravitsemuksen merkitys ulottuu suoraan fyysisen toimintakyvyn ja lihasmassan säilyttämiseen sekä sarkopenian ehkäisyyn. Hyvä ravitsemustila tukee käsivoimaa, liikkumiskykyä, päivittäisten toimintojen hallintaa ja elämänlaatua. Kohdennettu ravitsemustuki ja ravintolisät tukevat lihasvoimaa, toimintakykyä ja elämänlaatua erityisesti kognitiivisesti heikentyneillä ja aliravitsemusriskin kuuluvilla kotihoidon asiakkailta, mikä osoittaa ravitsemuksen tukemisen keskeisen merkityksen ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja turvallisuuden

kannalta. Moniammatillinen yhteistyö sekä jatkuva ammatillinen koulutus ovat olennaisia ravitsemusriskin tunnistamisessa ja ohjauksen toteuttamisessa. Ammatillaisen tuki lisää osallistujien sitoutumista, parantaa ravitsemustietoisuutta ja vahvistaa turvallisuuden ja hallinnan tunnetta arjessa.

Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittavat, että monipuolinen ja ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio tukee fyysistä kuntoa ja ehkäisee haurastumista, mikä voi vähentää terveydenhuollon palveluiden tarvetta ja edistää ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä arjessa. Tämä havainto on yhtenevä viitekehysten kanssa, jonka mukaan hyvä ravitsemus on keskeinen tekijä toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020, s. 18). Tulokset ovat linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, joka osoittaa, että aliravitsemus on yleinen kotona asuvien ikääntyneiden ongelma, jossa yksinäisyys, monisairastavuus, kognitiivinen heikentyminen sekä heikko toimintakyky lisäävät riskiä (Fávaro-Moreira ym., 2016, s. 509). Fyysiset rajoitteet, kuten lihasmassan väheneminen, suun terveysongelmat ja monilääkitys, lisäävät aliravitsemuksen riskiä, mutta myös psyykkiset tekijät, kuten masennus ja yksinäisyys, voivat heikentää ravitsemustilaa ja arjessa selviytymistä. Tämä tukee Paavola ym. (2018, s. 6) näkemystä siitä, että ravitsemus tulisi huomioida osana kokonaisvaltaista ja moniulotteista hoitoa, jossa kiinnitetään huomiota myös sosiaaliseen tukeen ja mielenterveyteen. Lisäksi havaittu yhteys ravitsemuksen ja lihasmassan säilymisen välillä tukee aikaisempia havaintoja sarkopenian ehkäisystä (Schwab, 2023).

Solonen ym., (2020) toteaa myös, että pureskelu- ja nielemisvaikeudet voivat helposti johtaa ravintoaineiden puutteisiin, jos ruokavalio ei ole sopivasti muokattu. Siksi on tärkeää panostaa siihen, että ikäihmiset saavat ravinnosta tarvittavat vitamiinit, kivennäisaineet ja proteiinit helposti nautittavassa muodossa. Suun terveys ja mieliala voivat heikentyä riittämättömän ravinnon seurauksena, mutta myös päinvastainen yhteys on mahdollinen. Heikko suuhygienia tai masennus voivat estää syömistä ja johtaa aliravitsemukseen. Tietyt tekijät, kuten ikä, perhesuhteet ja liikkumisen rajoittuneisuus, vaikuttavat selvästi ravitsemukseen, kun taas esimerkiksi koulutustaso tai sukupuoli eivät ole yhtä ratkaisevia. Tulosten perusteella ravitsemusongelmiin liittyvät haasteet eivät johdu niinkään yksittäisistä taustatekijöistä, vaan pikemminkin elinolosuhteista ja sosiaalisen tuen riittävydestä. Tämä havainto voi olla hyödyllinen palvelujen kehittämisen ja moniammatillisen yhteistyön suunnittelussa.

Tulokset osoittavat, että aliravitsemuksen ehkäisy ja ravitsemustilan parantaminen kotihoitossa edellyttävät kokonaisvaltaista lähestymistapaa. Parhaat vaikutukset saavutetaan, kun yksilölliset ohjauskeinot yhdistetään laajempiin hoitokäytäntöihin ja hoitajien koulutukseen, joka vahvistaa ravitsemusosaamista. Konkreettiset toimenpiteet vähentävät ravitsemustilan heikkenemisen haittoja, kuten lihaskatoa, toimintakyvyn laskua ja kaatumisriskiä. Tulokset tukevat viitekehystä, jonka mukaan ravitsemusohjauksen ja ravitsemustilan arvioinnin tulisi olla kiinteä osa kotihoitoa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta & THL, 2023, s. 67–69).

Vaikka tutkimustulokset antavat melko yhtenäisen kuvan aliravitsemuksen yleisyydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä, tutkimusten välillä on silti havaittavissa vaihtelua sekä esiintyvyydessä että erilaisten interventioiden tuloksissa. Erot voivat selittyä muun muassa tutkimusmaasta, käytetyistä mittausmenetelmistä tai osallistujien erilaisista taustoista. Tämä korostaa, ettei kotihoidon asiakkaille ole olemassa vain yhtä kaikille sopivaa ratkaisua, vaan ravitsemusinterventiot on suunniteltava yksilöllisesti. Käytetty aineisto koostuu eri tutkimuksista, joissa menetelmät, osallistujien iät, toimintakyky ja terveydentila vaihtelevat. Tämä voi vaikeuttaa tulosten yleistämistä laajemmalle kotona asuvien ikääntyneiden väestölle. Lisäksi monet tutkimukset ovat pieniä interventio- tai havaintotutkimuksia ja jotkin mittarit, kuten MNA, eivät tunnista kaikkia ravitsemuksellisia puutteita normaalipainoisilla tai lievästi aliravituilla henkilöillä. Ravitsemustilan arviointi perustuu osin itse raportoituihin tietoihin (ruokapäiväkirjat, kyselyt), mikä voi aiheuttaa mittausvirheitä. Myös interventioiden kesto ja seuranta-ajanjaksot vaihtelevat, mikä vaikuttaa tulosten pysyvyyden arviointiin.

Johtopäätöksenä todetaan, että kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemuksen tukeminen vaatii systemaattista arviointia, yksilöllistä ohjausta ja moniammatillista yhteistyötä. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kotihoidon henkilöstön tulee olla koulutettu tunnistamaan aliravitsemusriskejä, hyödyntämään luotettavia arviointimenetelmiä ja toteuttamaan konkreettisia tukitoimia, kuten ravitsemusohjausta, ateriapalveluja ja ravintolisien käyttöä. Varhainen tunnistaminen ja kohdennettu tuki voivat ehkäistä lihasmassan ja toimintakyvyn heikkenemistä, parantaa elämänlaatua ja tukea kotona asumisen mahdollisuutta.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tieteellistä tutkimusta ohjaavat Suomessa kaikilla aloilla yleiset eettiset periaatteet, jotka korostavat tutkittavien ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista (Tutkimuseettinen

neuvottelukunta, Tenk, 2023, s. 9). Hyvän tieteellisen käytännön perustana ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuullisuus. Näiden periaatteiden noudattaminen tukee tutkimuksen laatua kaikissa sen vaiheissa, aina suunnittelusta analyysiin ja raportointiin. Tutkimuksen tulee olla oikeudenmukaista, puolueetonta ja läpinäkyvää. Arvostusta on tärkeä osoittaa kollegoille ja tieteellisen toiminnan osapuolille ja vastuuta on kannettava koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tutkimus on toteutettava siten, ettei se aiheuta tutkittaville merkittävää riskiä, vahinkoa tai haittaa.

Opinnäytetyön tekeminen on ennen kaikkea opiskelijan oma oppimisprosessi, jonka tavoitteena on tukea asiantuntijuuden ja ammatillisten taitojen kehittymistä sekä valmistaa työelämän vaatimuksiin. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto, Arene, 2020, s.17–24). Opiskelija vastaa työn etenemisestä ja ohjaajan tehtävänä on tukea, kannustaa ja varmistaa työn laatu sekä sen, että opinnäytetyö täyttää asetetut vaatimukset. Koska tämä opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, ei Tenk:n (2019) ohjeistuksen mukaan ollut tarvetta eettisen ennakoarvioinnin tai tutkimusluvan hakemiseen. Työssä käytettiin ainoastaan julkisesti saatavilla olevia tutkimuksia ja lähteitä, eikä se sisältänyt henkilötietoja tai yksittäisiä tutkittavia.

Tutkijan on varmistettava, että tutkimussuunnitelma on huolellisesti laadittu, valittu tutkimusmenetelmä soveltuva ja raportointi huolellisesti laadittu (Tuomi ja Sarajärvi, 2018, s. 149–150). Eettisyys on olennainen osa tutkimuksen luotettavuutta, ja sen toteuttaminen vaatii aidosti vastuullista suhtautumista, ei pelkästään muodollisten kriteerien täyttämistä. Hyvä tutkimus pohjautuu kuitenkin vahvaan eettiseen sitoutumiseen. Hyvän tieteellisen käytännön rikkomuksina pidetään esimerkiksi puutteellista lähdeviittausta tai menetelmien virheellistä esittämistä (mt., s. 150–151, 165).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei voida arvioida yhden selkeän ohjeen perusteella, vaan sitä tarkastellaan useiden näkökulmien kautta (Tuomi ja Sarajärvi, 2018, s. 163–164). Arvioinnissa huomioidaan muuan muassa aineistonkeruu, aineiston toteutus, tutkimuksen raportointi ja kokonaisluotettavuus. Tutkimuksen tulee kuvata selkeästi sen toteutus, tulokset ja johtopäätökset sekä arvioida työn eettisyys ja luotettavuus.

Kun opinnäytetyössä käytetään muiden omistamia aineistoja, menetelmiä tai tuloksia, on tärkeää merkitä ja mainita niiden alkuperä, tekijät ja lähteet hyvän tutkimustavan ja lainsäädännön mukaisesti (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto, Arene, 2020, s.7,12). Ennen arviointia kaikki opinnäytetyöt tarkistetaan plagiaatintunnistusjärjestelmän avulla.

Koko opinnäytetyöprosessin aikana arvioitiin jatkuvasti työn moraalisia ja eettisiä näkökulmia sekä sen luotettavuutta. Hyvän tieteellisen käytännön (HTK) periaatteita noudattamalla pyrittiin varmistamaan, että työ eteni vastuullisesti ja eettisesti kestäväällä tavalla. Koska työ perustui julkisesti saatavilla oleviin tutkimuksiin, lähteiden huolellinen esittäminen oli tärkeää mahdollisten väärintulkintojen välttämiseksi. Lähteiden valinnassa painotettiin ajankohtaisuutta ja uskottavuutta, ja viittaukset laadittiin APA7-viittausohjeen sekä Seinäjoen ammattikorkeakoulun kirjallisten töiden ohjeiden mukaisesti.

8.3 Opinnäytetyön prosessi ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyöprosessimme käynnistyi syyskuussa 2024. Kävimme läpi useita eri aihevaihtoehtoja, mutta niihin ei löytynyt riittävästi lähdeaineistoa tai muuten aihe ei vaikuttanut toteuttamiskelpoiselta. Lokakuussa 2025 oli suunnitelman seminaari, jossa esittelimme toisen aiheen. Päädyimme vaihtamaan aihetta ja lopullisen aiheen valitsimme helmikuussa 2025. Keväällä 2025 laadimme opinnäytetyön suunnitelman ja osallistuimme pienryhmäohjauksiin. Aluksi lähteiden etsiminen ja kirjoittamisen aloittaminen tuntui haastavalta, tämä kuitenkin alkoi sujumaan ja saimme etsittyä hyviä lähteitä työhömmä. Suunnitelma palautettiin toukokuun loppuun mennessä hyväksyttäväksi. Kun suunnitelmamme hyväksyttiin, teimme opinnäytetyön valmistelulomakkeen, jonka allekirjoittivat työtä tehneet ja ohjaava opettajamme.

Tutustuimme aiheeseen liittyviin tutkimuksiin ja opiskelimme kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Tämä vaihe oli jatkuvaa uuden tiedon omaksumista ja opiskelua, jotta menetelmä ja sen vaiheet tulivat tutuksi. Oppiminen jatkui koko prosessin ajan ja syvensi ymmärrystämme sekä menetelmän käytännöstä että aineiston käsittelystä. Kesän aikana tutkimusten analysointi ja tulosten kirjoittaminen toivat työlle konkreettista sisältöä ja selkeän rakenteen. Työn eteneminen prosessin aikana vaihteli, sillä käytettävissä oleva aika ja työskentelyrytmit erosivat toisistaan. Suurin osa työstä tehtiin erikseen. Viestittely ja pilvipalvelussa jaettujen yhteisten pohjien hyödyntäminen tukivat työn etenemistä, vaikka se vaati kärsivällisyyttä ja joustavuutta molemmilta osapuolilta. Työn tekeminen vaati enemmän aikaa ja voimavaroja kuin aluksi arvioimme. Työn laajuus ja monivaiheisuus osoittautuivat haastaviksi ja jouduimme laatimaan alustavia versioita monia kertoja, jotta kokonaisuus hahmottui ja kaikki osa-alueet tulivat riittävästi huomioiduiksi.

Opinnäyteprosessi tarjosi paljon oppimismahdollisuuksia ja kehitti osaamistamme ikääntyneiden ravitsemuksen haasteiden ymmärtämisessä sekä ajanhallinta- ja pitkäjänteisyystaitoja. Se opetti myös sen, kuinka tärkeää on varata riittävästi aikaa ja resursseja koko opinnäytetyö toteutukseen. Huolellinen aikataulutusta on ratkaisevaa, jotta työn eri vaiheet etenevät hallitusti ja toistojen tarve voidaan minimoida. Ohjaukset ja vertaisarviointit auttoi jäsentämään ajatuksia ja ratkaisemaan työn etenemiseen liittyviä haasteita. Löysimme tutkimuskysymyksiin vastauksia aineistohauulla. Molempiin kysymyksiin löytyi todella hyvin vastauksia, mutta suurin osa aineistoista oli englannin kielellä, joka tuotti omat haastavuudet niiden ymmärtämisessä. Rajasimme aiheen siten, että keskityimme kotona asuviin ikääntyneihin ja heidän ravitsemushaasteisiinsa, jolloin tutkimuskatsauksesta tuli selkeästi rajattu ja toteuttamiskelpoinen.

Jatkotutkimusehdotuksena voisi selvittää, miten digitaaliset ratkaisut, kuten etäseuranta ja mobiilisovellukset voivat tukea kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemustilan arviointia ja ohjausta. Erityisesti olisi kiinnostavaa testata, kuinka teknologian avulla ravitsemushaasteet voitaisiin havaita aikaisemmin, sillä tutkimuksissa monet ongelmat havaittiin usein liian myöhään. Tutkimuksessa voisi myös tarkastella, miten digitaaliset ratkaisut tukevat ikääntyneitä ja heidän kanssaan työskenteleviä ammattilaisia, jotta havaintojen ja ohjauksen hyödyt vietään käytäntöön. Välineitä ja sovelluksia voidaan kehittää siten, että ne vastaavat paremmin arjen tarpeita ja tukevat ravitsemuksen seuranta ja ohjausta kokonaisvaltaisesti. Lisäksi on tärkeää varmistaa, että ikääntyneet itse osallistuvat ratkaisujen suunnitteluun ja käyttöön, jotta tukitoimet ovat heille mielekkäitä ja käytännöllisiä.

LÄHTEET

- Aaltonen, M., Häsä, J., Heikkilä, R., Kakko, K., & Edgren, J. (2023). Yksinäisyys ja toive muualla kuin kotona asumisesta lisäävät kotihoidon asiakkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä. *Terveys ja hyvinvoinnin laitos*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-218-1>
- Ammattikorkeakoulujen eettinen neuvosto (Arene). (2020). *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset*. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>
- Baugreet, S., Hamill, R. M., Kerry, J. P., & McCarthy, S. N. (2017). Mitigating nutrition and health deficiencies in older adults: A role for food innovation? *Journal of Food Science*, 82(4), 848–855. <https://doi.org/10.1111/1750-3841.13674>
- Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A., & Kääriäinen, M. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*. 34(4), 215–225.
- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue. (i.a-a). *Tuki ja seuranta*. <https://palveluketjut.hyvaep.fi/kasikirja/elintapaohjauksen-kasikirja/ravitsemus/tuki-ja-seuranta/>
- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue. (i.a-b). *Yhteistyö*. <https://palveluketjut.hyvaep.fi/kasikirja/elintapaohjauksen-kasikirja/ravitsemus/yhteistyo/>
- Fávaro-Moreira, N. C., Krausch-Hofmann, S., Matthys, C., Vereecken, C., Vanhauwaert, E., Declercq, A., Bekkering, G. E., & Duyck, J. (2016). Risk factors for malnutrition in older adults: A systematic review of the literature based on longitudinal data. *Advances in Nutrition*, 7(3), 507–522. <https://doi.org/10.3945/an.115.011254>
- Finto (n.d.). <https://finto.fi>
- Gerontologinen ravitsemus Gery. (i.a-a). *Hyvät ruokapalvelut tukevat ikääntyneiden toimintakykyä ja kotona asumista*. <https://www.gery.fi/uutiset/hyvät-ruokapalvelut-tukevat-ikaantyneiden-toimintakyky-ja-kotona-asumista/>
- Gerontologinen ravitsemus Gery. (i.a-b). *Ravinnonsaanti ja ravitsemustila*. <https://www.gery.fi/avuksi-ohjaukseen/ravinnonsaanti-ja-ravitsemustila/>
- Heikkinen, T. (i.a.). *Ravitsemus kotihoidossa*. https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ikaantyneiden-koulutusaineisto/ravitsemus-kotihoidossa-esitys_th_helsinki.pdf

- Helsingin kaupunki. (i.a.). *Kotihoito tukee kotona asumista*. <https://www.hel.fi/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/senioripalvelut/kotihoito/kotihoito-tukee-kotona-asumista>
- Huttunen, A. (2017). Kotihoidossa työskentelevien ikääntyvien sairaanhoitajien osaamisen kehittyminen [pro gradu -työ, Itä-Suomen yliopisto]. *UEF eRepo*. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20170742>
- Ikäinstituutti. (i.a.). *Asumisen ennakointi ja varautuminen*. <https://www.ikainstituutti.fi/asumisen-ennakointi-ja-varautuminen/>
- Ilanne-Parikka, P. & Rönnemaa, T. (2019). Ikäihmisen diabeteksen hoitoperiaatteet. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T., Saha, M (toim.), *Diabetes*. Kustannus Oy Duodecim.
- Itä-Suomen yliopisto & Kuopion yliopistollinen sairaala. (14.9.2022). Ikääntyneen ravitsemuksen toimintamalli kotihoidon henkilöstölle ja omaishoitajille. https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ikaantyneiden-koulutusaineisto/koulutusten-ohjelmat/lento/ravitsemuksen-toimintamalli_20220917.pdf
- Juckett, L. A., Nikahd, M., Hyer, J. M., Klaus, J. N., Rowe, M. L., Bunck, L. E., & Hariharan, G. (2024). Preliminary evaluation of home-delivered meals for reducing frailty in older adults at risk for malnutrition. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 28(7), 100283. <https://doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100283>
- Jyväskylä, S. & Suominen, M. (2022). Muistisairaana ravitsemus. Teoksessa Rantanen, T., Kokko, K., Sipilä, S., Aromaa, A., & Viljanen, A (toim.), *Gerontologia*. Kustannus Oy Duodecim.
- Jyväskylä, S., Niskanen, R., Hyvönen, A., Pitkälä, K. & Suominen, M. 2020. PROMISS – Hyvä ravitsemus ikääntyessä, satunnaistettu 59 eurooppalainen monikeskustutkimus käynnissä Suomessa. *Gerontologia* 3/2020, 260–271.
- Jääntti, M. (2019). Aikuispotilaan vajaaravitsemusriskin seulonta ja ravitsemustilan arviointi. *Suomen lääkärilehti* 74(20):1257–1262. <https://www.terveysportti.fi/apps/dna/ltk/article/sll49054/search/vajaaravitsemuksen%20riskin%20seulonta>
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25(4), 291–301.
- Kansallinen senioriliitto ry. *Kotihoito*. <https://www.senioriliitto.fi/edunvalvonta/seniorin-tietopaketti/hyva-tietaa-sote-palveluista/kotihoito/>
- Laki ikääntyneen väestötoimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

- Marjamaa & Sinisalo, (3.6.2022). *Kirjallisuuskatsauksen ohjaus – perustana tutkimus ja ohjaushaastattelu*. <https://www.kreodi.fi/arkisto/artikkelit/kirjallisuuskatsauksen-ohjaus-perustana-tutkimuskysymys-ja-ohjaushaastattelu.html>
- MenuMAT. (i.a.). *Ateriapalvelu kotiin*. <https://menumat.fi/ateriapalvelu-kotiin/>
- Niskanen, L. (2019). Tyypin 2 diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T., Saha, M (toim.), *Diabetes*. Kustannus Oy Duodecim.
- Orell-Kotikangas, H., Antikainen, A., Pihlajamäki, J. (2014). Sairaalapotilaan vajaaravitsemuksen havaitseminen ja hoito. *Duodecim: Lääketieteellinen aikakauskirja* 2231–2238 <https://www.duodecimlehti.fi/duo11941>
- Paavola, S., & Suominen, M (2018). Katsaus ikääntyneiden ravinnonsaantiin ja ravitsemustilaan Suomessa. *Gerontologinen ravitsemus Gery ry*. https://www.gery.fi/site/assets/files/1371/katsaus_ikaantyneiden_ravitsemuksesta.pdf
- Pesonen, T., Väisänen, V., Corneliusson, L., Ruotsalainen, L., Sinervo, T. & Noro, A. (2022). Asiakkaiden saama hoitoaika suhteessa asiakkaan palvelutarpeeseen ikäihmisten palveluissa - tuloksia Aikamittaushankkeesta. Tutkimuksesta tiiviisti 37/2022. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-919-1>
- Ruokavirasto. (22.9.2025). Ravitsemus- ja ruokasuositukset. *Ikääntyneet*. <https://www.ruokavirasto.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ikaantyneet/>
- Sanerma, P., Mikkola, T., Koistinen, J., Karhinen, P., Komulainen, M., & Saikko, S. (2025). Etäpalvelut lievittämässä kotihoidon asiakkaiden yksinäisyyttä. *Gerontologia*, 39(2), 163–169. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.157151>
- Schwab, U. (25.5.2023) Ikääntyneiden ravitsemus. *Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01086#s1>
- Seppä, T. (i.a.). Ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoito -Miten tunnistan vajaaravitsemuksen ja tehostan ruokailua. *Ruokavirasto*. <https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ikaantyneiden-koulutusaineisto/ravitsemushoito.pdf>
- Solonen, S., Jalkanen, H., Jalkanen, A. (2019). Ravitsemusongelmille altistavat lääkkeet iäkkäillä. *Dosis*. Suomen Farmasialiitto ry. Viitattu 4.3.2020. Saatavissa: https://dosis.fi/wp-content/uploads/2020/03/Dosis_1-2020_Solonen.pdf
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2014/1301>
- Stolt, M., Axelin, A., & Suhonen, R. (2016). *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä* (2. uud. ja täyd.laitos). Juvenes Print.

- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (2.4.2019). *Geriatrinen depressioasteikko (GDS)* (Käypä hoito -suositus). <https://www.kaypahoito.fi/pgr00024>
- Suominen, M. & Pitkälä, K. (2016). Vanhusten ravitsemusongelmat. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg T., Sulkava, R., Viitanen, M (toim.), *Geriatría*. Kustannus Oy Duodecim.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (1.10.2024). *Tietoa RAI-järjestelmästä*. <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (22.2.2024). *Kotihoito*. <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (29.9.2025). *Kotihoito 2024*. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/kotihoito>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (i.a.). *RAI-välineistö iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnissa*. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144208/RAI_palvelutarpeen%20arvioinnissa_tietoa_ammattilaiselle_TiedajaToimi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). (31.1.2024). *Muistisairaudet ja avuntarve arjessa ovat yleisiä, mutta kuntoutustoiminta vähäistä iäkkäiden säännöllisissä palveluissa*. <https://thl.fi/-/muistisairaudet-ja-avuntarve-arjessa-ovat-yleisia-mutta-kuntoutustoiminta-vahaista-iakkaiden-saannollisissa-palveluissa>
- Terveyskylä. (13.6.2024). *Ruokapäiväkirja*. <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/itsehoito/omaseuranta-painonhallinnan-itsehoidon-valineena/ruokapaivakirja>
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (Uudistettu laitos). Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimustieteellinen neuvottelukunta (TENK). (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa*. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf
- Tutkimustieteellinen neuvottelukunta (TENK). (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitleminen Suomessa*. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf
- Tähtinen, K., & Jäntti, K. (i.a.). *Miten tunnistan vajaaravitsemuksen ja tehostan ruokailua?* https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ikaantyneiden-koulutusaineisto/ravitsemustilan-arviointi_ravitsemushoito_kt_helsinki.pdf

- Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Ikäruoka 2.0 -hanke. (i.a.). *Ravitsemusopas ikääntyneille*. https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ikaantyneiden-koulutusaineisto/portaali/ravitsemusopas_ikaantyneille_web.pdf
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2020). *Vireyttä seniorivuosiin – ikääntyneiden ruokasuositus*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-472-1>
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). *Ravitsemushoitosuositus*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-977-1>
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. (2021). *Ravitsemusopas ikääntyneille*. Ruokavirasto. https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/julkaisut/ravitsemusopas_ikaantyneille_web.pdf
- Valve, R., Itkonen, S., Huhtala, M., Jämsén, P., Mertanen, E., Mäkeläinen, P. Strategiaosasto. (2018). Ikäihmisten ruokapalvelut muuttuvassa toimintaympäristössä. *Valtioneuvoston kanslia*. <http://www.urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-624-9>
- van Doorn-van Atten MN, Haveman-Nies A, Heery D, de Vries JHM, de Groot LCPGM. Feasibility and Effectiveness of Nutritional Telemonitoring for Home Care Clients: A Pilot Study. *Gerontologist*. 2019 Jan 9;59(1):158–166. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29860379/>
- Vilka, H. (2023). *Kirjallisuuskatsaus metodina opinnäytetyön osana ja tekstilajina*. Art House Oy.
- Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotka, L., van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2018). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 37(1), 342–369. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>

KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET

1. Aure, C. F., Kluge, A., & Moen, A. (2020). *Promoting dietary awareness: Home-dwelling older adults' perspectives on using a nutrition application*. *International Journal of Older People Nursing*, 15(4), 1–10. <https://doi-org.libts.seamk.fi/10.1111/opn.12332>
2. Calcaterra, L., Abellan van Kan, G., Steinmeyer, Z., Angioni, D., Proietti, M., & Sourdet, S. (2024). *Sarcopenia and poor nutritional status in older adults*. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 43(3), 701–707. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2024.01.028>
3. Fleury, S., Van Wymelbeke-Delannoy, V., Lesourd, B., Tronchon, P., Maître, I., & Sulmont-Rossé, C. (2021). *Home-Delivered Meals: Characterization of Food Intake in Elderly Beneficiaries*. *Nutrients*, 13(6), 2064. <https://doi-org.libts.seamk.fi/10.3390/nu13062064>
4. Jyväkorpi, S. (2016). *Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life*. University of Helsinki, Department of General Practice and Primary Health Care. <http://hdl.handle.net/10138/160518>
5. Kaipainen, T., Hartikainen, S., Tiihonen, M., & Nykänen, I. (2022). *Effect of individually tailored nutritional counselling on protein and energy intake among older people receiving home care at risk of or having malnutrition: a non-randomised intervention study*. *BMC geriatrics*, 22(1), 391. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03088-2>
6. Kujawowicz, K., Mirończuk-Chodakowska, I., Cyuńczyk, M., & Witkowska, A. M. (2024). *Identifying Malnutrition Risk in the Elderly: A Single- and Multi-Parameter Approach*. *Nutrients*, 16(15), 2537. <https://doi-org.libts.seamk.fi/10.3390/nu16152537>
7. Puranen, T. (2015). *Intervening nutrition among community-dwelling individuals with Alzheimer's disease and their spouses*. University of Helsinki. <http://hdl.handle.net/10138/158249>
8. Pölönen, S., Tiihonen, M., Hartikainen, S., & Nykänen, I. (2017). *Individually Tailored Dietary Counseling among Old Home Care Clients - Effects on Nutritional Status*. The

- journal of nutrition, health & aging, 21(5), 567–572. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0815-x>
9. Salmi, A., Komulainen, K., Nihtilä, A., Tiihonen, M., Nykänen, I., Hartikainen, S., & Suominen, A. L. (2022). *Eating problems among old home care clients*. *Clinical and experimental dental research*, 8(4), 959–968. <https://doi.org/10.1002/cre2.585>
 10. Shin, H.-R., Kim, Y.-S., Park, Y.-K., Koo, S.-K., Son, W.-H., Han, J.-W., Son, E.-H., Kang, H.-J., Choi, K.-H., Han, J.-S., Lee, H.-S., & Lim, H.-S. (2023). *Nutritional Status and Frailty Improvement through Senior-Friendly Diet among Community-Dwelling Older Adults in South Korea*. *Nutrients*, 15(6), 1381. <https://doi-org.libts.seamk.fi/10.3390/nu15061381>
 11. Stratidaki, E., Mechili, E. A., Ouzouni, C., Patelarou, A. E., Giakoumidakis, K., Laliotis, A., & Patelarou, E. (2024). *A Study of Factors Contributing to the Nutritional Status of Elderly People Receiving Home Care*. *Nutrients*, 16(18), 3135. <https://doi-org.libts.seamk.fi/10.3390/nu16183135>
 12. Struszczyk, L., Hickson, M., McClelland, I., Metcalf, B., Barreto, M., Torquati, L., Fulford, J., Allen, R., Hulme, C., O'Leary, M. F., & Bowtell, J. L. (2025). *Provision of a daily high protein and high energy meal: Effects on the physical and psychological wellbeing of community-dwelling, malnourished older adults; a randomised crossover trial*. *The journal of nutrition, health & aging*, 29(2), 100429. <https://doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100429>
 13. Ye, K. X., Sun, L., Lim, S. L., Li, J., Kennedy, B. K., Maier, A. B., & Feng, L. (2023). *Adequacy of Nutrient Intake and Malnutrition Risk in Older Adults: Findings from the Diet and Healthy Aging Cohort Study*. *Nutrients*, 15(15), 3446. <https://doi-org.libts.seamk.fi/10.3390/nu15153446>
 14. Yin, Y. H., Liu, J. Y. W., & Välimäki, M. (2023). *Dietary behaviour change intervention for managing sarcopenic obesity among community-dwelling older people: a pilot randomised controlled trial*. *BMC geriatrics*, 23(1), 597. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04327-w>

15. Özkaya, İ. (2021). *Nutritional status of the free-living elderly*. *Central European Journal of Public Health*, 29(1), 68–75. <https://doi-org.libts.seamk.fi/10.21101/cejph.a5925>

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset

Liite 2. Esimerkki sisällönanalyysistä

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset

Kirjoittajat, julkaisu- vuosi, maa	Tutkimuksen nimi	Tarkoitus tai tavoite	Menetelmä ja aineisto	Keskeiset tulokset
Jyväkorpi, S. Suomi, 2016	Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life	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.	Poikkileikkaustutkimus, jossa ikääntyneiden ravitsemustilaa arvioitiin MNA-testillä ja ruokapäiväkirjoilla. Aineistona käytettiin eri toimintakykyisiä ikääntyneitä (n = 900) koti- ja laitoshoidosta.	Tutkimus osoitti, että ikääntyneiden ravitsemustila on usein heikko, jopa 75 % tutkituista sai suosituksia vähemmän proteiinia. Rääätälöidyt tukitoimet paransivat tehokkaasti ravitsemusta, toimintakykyä ja elämänlaatua, korostaen ravitsemusinterventioiden tärkeyttä hoidossa.
Puranen, T. Suomi, 2015	Intervening nutrition among community-dwelling individuals with Alzheimer's disease and their spouses	Tavoitteena oli selvittää kotona asuvien Alzheimerin tautia sairastavien henkilöiden ja heidän puolisoidensa ravitsemustilaa ja ravintoaineiden saantia. Lisäksi tutkittiin ravitsemusohjauksen vaikutuksia kotona asuvien potilaiden painoon, elämänlaatuun ja kaatumisalttiuteen.	Satunnaistettu kontrolloitu interventiotutkimus, jossa kotona asuville Alzheimer-potilaille ja heidän puolisoilleen annettiin räätälöityä ravitsemusohjausta. Aineistona 99 pariskunnan ruokapäiväkirjat sekä tiedot demografiasta, lääkityksestä, kognitiosta ja toimintakyvystä.	Kotona asuvilla Alzheimer-potilailla ja heidän hoitajillaan on usein puutteellinen ravitsemustilanne, erityisesti proteiinin ja vitamiinien saannissa. Räätälöity ravitsemusneuvonta paransi ravintoaineiden saantia, elämänlaatua ja vähensi kaatumisia, mikä osoittaa ammattilaisten tarjoamien tukitoimien merkityksen.
Hartikainen, S., Kaipainen, T., Nykänen, I., Tiihonen, M. Suomi, 2022	Effect of individually tailored nutritional counselling on protein and energy intake	Tavoitteena oli selvittää, miten yksilöllisesti räätälöity ravitsemusohjaus vaikuttaa proteiinin saantiin	Ei-satunnaistettu interventiotutkimus kotihoidon asiakkaille. Osallistajat olivat aliravittuja	Kuuden kuukauden yksilöllinen ravitsemusinterventio kotona asuville vanhuksille lisäsi proteiinin ja useiden muiden tärkeiden ravintoaineiden saantia,

	among older people receiving home care at risk of or having malnutrition: a non-randomised intervention study	kotihoidon asiakkaina olevilla ikääntyneillä, joilla on aliravitsemuksen riski tai ovat jo aliravittuja. Toissijaisesti tutkittiin energian ja muiden ravintoaineiden saantia	sen vaarassa. Interventio kesti 6 kuukautta ja sisälsi yksilöllistä ravitsemisohjausta. Aineisto 24 h ruokatutkimukset, MNA-pisteet, demografiset ja kognitiiviset tiedot	erityisesti niillä, joilla oli kognitiivista heikentymistä.
Liu, J. Y. W., Välimäki, M., Yin, Y.-H. Kiina, 2023	Dietary behaviour change intervention for managing sarcopenic obesity among community-dwelling older people: a pilot randomised controlled trial	Tavoitteena oli selvittää, onko 15 viikon ruokavalio-käyttäytymisen muutosterventio, joka yhdistää 12 % kalorivähennyksen ja 1,2–1,5 g/kg/vrk proteiinia, toteutettavissa ja hyväksyttävissä kotona asuvilla sarkopeenista lihavuutta omaavilla vanhuksilla, sekä tutkia intervention alustavia vaikutuksia kehon koostumukseen, lihasvoimaan ja fyysiseen suorituskyykyyn	Satunnaistettu kontrolloitu pilottitutkimus, johon osallistui 60 kotona asuvaa kiinalaista ikääntynyttä sarkopeenista lihavuutta sairastavaa henkilöä	15 viikon ruokavalio- ja käyttäytymismuutosohjelma vähensi merkittävästi osallistujien painoa ja paransi ruokavalion laatua ikääntyneillä, sarkopeenista lihavuutta sairastavilla, vaikka lihasmassa ja fyysinen suorituskyyky eivät muuttuneet tilastollisesti merkitsevästi.
Hartikainen, S., Komulainen, K., Nykänen, I., Nihtilä, A., Salmi, A., Suominen, A. L., Tiihonen, M Suomi, 2022	Eating problems among old home care clients	Tavoitteena oli selvittää kotona asuvien ikääntyneiden itse raportoimat syömisongelmat ja niiden taustatekijät sekä vertailla tuloksia, kun ongelmia kartoitettiin erikseen kliinisen ravitsemusterapeutin ja suuhygienistin kyselyillä	Poikkileikkaustutkimus, jossa 75-vuotiaat ja sitä vanhemmat kotona asuvat kotihoidon asiakkaat (n = 250) arvioitiin kotikäynneillä strukturoiduin haastatteluin ravitsemuksesta ja suun terveydestä, päivittäisistä toiminnoista, kognitiosta,	Useilla kotona asuvilla ikääntyneillä esiintyi syömis- ja ravitsemusongelmia, kuten pureskelu- ja nielemisvaikeuksia, heikentynyttä ruokahalua sekä suun kuivuutta. Näihin ongelmiin liittyivät lääkkeiden käyttö, masennusoireet, sairauksien määrä, suun terveysongelmat, aliravitsemuksen riski sekä että he kokivat terveydentilansa huonoksi

Abellan van Kan, G., Angioni, D., Calcaterra, L., Proietti, M., Sourdet, S., Steinmeyer, Z. Ranska, 2024	Sarcopenia and poor nutritional status in older adults	Tavoitteena oli selvittää, liit-tykö kotona asuvien ikään-tyneiden heikko ravitsemus-tila lihaskatoon, eli sarcope-tiaan ikääntyneen ravit-niaan. Lihaskato arvioitiin useilla eri tavoilla, joissa mi-tattiin lihasmassaa ja lihas-voimaa eri menetelmien avulla	masennusoireista sekä lääkityksestä. Ravin-nonsaantia arvioitiin MNA:lla Poikkileikkaustutkimus, jossa arvioitiin 809 ko-tona asuvan yli 65-vuo-tiaan ikääntyneen ravit-semustilaa MNA-testillä ja lihasmassaa DXA-mittauksella sekä tutkit-tiin lihaskadon ja ravit-semustilan yhteyksiä	Kotona asuvista ikääntyneistä noin kolmasosa oli MNA-testin mukaan kohonnut riski aliravitsemukselle, ja pieni osa oli jo aliravittuja. Henkilöillä, joilla oli heikompi ravitsemustila, oli pienempi lihasmassa, heikompi fyysinen suorituskyky, matalampi puristusvoima ja suurempi riippuvuus päivittäisistä toiminnoista verrattuna hyvin ravittuihin. Tulokset osoittavat, että ravitsemustila ja lihasmassan määrä liittyvät toisiinsa, ja ravitsemuksen seuranta on tärkeää lihaskadon ehkäisemiseksi
Hartikainen, S., Nykänen, I., Pölonen, S., Tiihonen, M. Suomi, 2017	Individually tailored dietary counseling among old home care clients - Effects on nutritional status	Tavoitteena oli arvioida, voiko yksilöllisesti räätälöity ravitsemusohjaus parantaa ravitsemustilaa iäkkäillä kotona asuvilla, joilla on proteiinienergian aliravitsemus tai sen riski	Ei-satunnaistettu interventiotutkimus, jossa arvioitiin 224 yli 75-vuotiaan kotihoidon asiakkaan ravitsemustilaa MNA-testillä, BMI:llä ja plasma-albumiinilla. Kuusi kuukautta kestänyt interventio sisälsi yksilöllistä ravitsemusohjausta ja tarvittaessa ravintolisiä, kontrolliryhmä seurattiin ilman ohjausta	Kuuden kuukauden yksilöllinen ravitsemusohjaus paransi iäkkäiden kotihoidon ravitsemustilaa, mikä näkyi MNA-pisteiden ja plasman albumiinitason merkitsevästi nousuna, vaikka painoindexissä ei havaita muutosta
Allen, R., Barreto, M., Bowtell, J. L., Fulford,	Provision of a daily high protein and high	Tavoitteena oli arvioida, voiko 12 viikon ajan	Satunnaistettu crossover-tutkimus, jossa yli	Ateria-interventio paransi osallistujien ravitsemustilaa ja vähensi negatiivista

- J., Hickson, M., Hulme, C., McClelland, I., Metcalf, B., O'Leary, M. F., Struszczyk, L., Torquati, L. Iso-Britannia, 2025
- energy meal: Effects on the physical and psychological well-being of community-dwelling, malnourished older adults; a randomised crossover trial
- päivittäin toimitettu runsasproteiininen ja energiaa sisältävä ateria parantaa ravitsemustilaa, fyysistä toimintakykyä ja psyykkistä hyvinvointia kotona asuvilla vanhuksilla, joilla on riski aliravitsemukseen
- 70-vuotiaat yhteisössä asuvat saivat päivittäin runsasproteiinisen aterian. Aineistona 49 osallistujan ravitsemustilan, kehonkoostumuksen, toimintakyvyn, hyvinvoinnin, fyysisen aktiivisuuden, verinäytteen ja alaraajojen magneettikuvien mittaukset
- mielialaa, mutta ei vaikuttanut merkittävästi painoon, käsivoimaan, fyysiseen aktiivisuuteen tai depressioniin. Lihasmassassa ja verenpaineessa havaittiin pieniä muutoksia. Mittaukset ja interventio toteutettiin turvallisesti osallistujien kodeissa
- Shin, H.-R., Kim, Y.-S., Park, Y.-K., Koo, S.-K., Son, W.-H., Han, J.-W., Son, E.-H., Kang, H.-J., Choi, K.-H., Han, J.-S., Lee, H.-S., & Lim, H.-S. Korea (2023).
- Nutritional Status and Frailty Improvement through Senior-Friendly Diet among Community-Dwelling Older Adults in South Korea.
- Tavoitteena oli arvioida ikääntyneelle sopivan ruokavalion vaikutusta ravitsemukseen ja terveydentilan paranemiseen yhteisöhoitoa saavilla ikääntyneillä.
- Yhteensä 180 ikääntyneyttä analysoitiin, joista 154 oli ikääntyneelle sopivan ruokavalion ryhmässä ja 26 yleisen ruokavalion ryhmässä. Tutkimukseen osallistujille tehtiin kyselyitä, ve-
- Energian, proteiinin, A-vitamiinin, D-vitamiinin, C-vitamiinin, kalsiumin ja magnesiumin saanti oli aluksi riittämätöntä, mutta yleisesti ottaen parani intervention jälkeen. Erityisesti interventioryhmässä energian, proteiinin, D-vitamiinin, C-vitamiinin ja foolihapon saanti lisääntyi merkittävästi. Myös haurauden taso parani hieman ja aliravitsemusaste laski.
- Stratidaki, E., Mechili, E. A., Ouzouni, C., Patelarou, A. E., Giakoumidakis, K., Liotiotis, A., & Patelarou, E. Kreikka (2024).
- A Study of Factors Contributing to the Nutritional Status of Elderly People Receiving Home Care.
- Tavoitteena oli arvioida ravitsemusseulontaa ja siihen liittyviä tekijöitä yhteisössä asuvien ikääntyneiden keskuudessa.
- Tämä tutkimus on interventiotutkimuksen ensimmäinen vaihe 65-vuotiaille ja sitä vanhemmille henkilöille, jotka saavat perusterveydenhuollon palveluja. Ravitsemusriskiä arvioitiin Mini Nutritional Assessment -menetelmällä. Ravitsemusriskianalyysi paljasti, että 379 osallistujaa (51,9 %) oli riittävästi ravittuja, 205:llä (28,1 %) oli tyviä tekijöitä

			analysoitiin, mukaan lu- kien terveydentila ja so- siaaliset tekijät	aliravitsemuksen riski ja 146:lla (20,0 %) oli aliravittuja.
Ye, K. X., Sun, L., Lim, S. L., Li, J., Kennedy, B. K., Maier, A. B., & Feng, L. Singapore (2023).	Adequacy of Nutrient Intake and Malnutrition Risk in Older Adults: Findings from the Diet and Healthy Aging Cohort Study.	Tavoitteena oli raportoida ravinteiden saannista ja aliravitsemusriskin esiintyvyydestä ikääntyneiden aikuisten yhteisöotoksessa Singaporessa.	Tiedot kerättiin Ruokavaliosta ja terve ikääntyneiden (DaHA) -kohortista, joka on vuosina 2011–2017 toteutettu prospektiivinen väestöpohjainen tutkimus.	Havaittiin, että 90,5 % ikääntyneistä aikuisista ylitti sokerin saannin, 68,5 % miehistä ja 57,1 % naisista ylittyneen rasvan saannin rajan ja 33 %:lla miehistä oli riittämätön ravintokuidun saanti. Riittämätöntä kalsiumin saantia ruokavaliosta havaittiin 49,5 %:lla miehistä ja 55,3 %:lla naisista. 22,3 %:lla ikääntyneistä aikuisista oli kohtalainen tai korkea aliravitsemusriski.
Aure, C. F., Kluge, A., & Moen, A. Norja (2020).	Promoting dietary awareness: Home-dwelling older adults' perspectives on using a nutrition application	Tavoitteena oli selvittää ikääntyneiden kokemuksia Appetitus-sovelluksen käytöstä terveydenhuollon ammattilaisten tuella.	Tässä tutkimuksessa on induktiivinen, eksploratiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusasetelma, jossa käytetään mukavuusotantaa. Kahdeksantoista ikääntyneistä kolmesta norjalaisesta kunnasta käytti Appetitus-sovellusta kahdeksan viikon ajan. Appetitus kehitettiin tablettipohjaiseksi sovellukseksi ikääntyneiden aliravitsemuksen ehkäisemiseksi ja lievittämiseksi.	Appetitus toimi inspiraation lähteenä ja muistutuksena saatavilla olevista, merkityksellisistä ruokavaihtoehdoista. Appetitus kannusti joitakin osallistujia syömään tai juomaan enemmän päivän loppuun mennessä, kun taas toiset tulideksantoina ikääntyneistä kolmesta norjalaisesta kunnasta käytti Appetitus-sovellusta kahdeksan viikon ajan. Appetitus kehitettiin tablettipohjaiseksi sovellukseksi ikääntyneiden aliravitsemuksen ehkäisemiseksi ja lievittämiseksi.
Kujawowicz, K., Mi- rończuk-Choda- kowska, I., Cyuńczyk,	Identifying Malnutrition Risk in the Elderly: A Single- and Multi-Parameter Approach.	Tavoitteena on syventää ymmärrystä ikääntyneiden aliravitsemuksen arviointiin liittyvistä tekijöistä	Tässä poikkileikkaustutkimuksessa 154 henkilöille tehtiin kattava geriatrinen arviointi	MNA tunnisti aliravitsemusriskin 36,8 %:lla henkilöistä. Geriatrinen masennusasteikko (GDS) ja PA osoittivat kohtalaista tehokkuutta aliravitsemusriskin

M., & Witkowska, A. M. Puola (2024).		vertailemalla yksi- ja moniparametrisia lähestymistapoja.	(CGA). Aliravitsemusriski määritettiin mini-ravitsemusarvioinnilla (MNA).	arvioinnissa. Voidaan todeta, että tämä tutkimus osoittaa, että useiden parametrien integrointi yhdistelmämalliin tarjoaa tarkemman ja kattavamman arvion ikääntyneiden aikuisten aliravitsemusriskistä.
Fleury, S., Van Wy-melbeke-Delannoy, V., Lesourd, B., Tronchon, P., Maître, I., & Sulmont-Rossé, C. Ranska (2021).	Home-Delivered Meals: Characterization of Food Intake in Elderly Beneficiaries.	Tavoitteena oli keskittyä ikääntyneisiin (≥70-vuotiaisiin), jotka hyötyvät kotikuljetusaterian palvelusta osana sosiaalihuolto-ohjelmaa. Tavoitteenamme oli arvioida suositellun ja todellisen ravinnonsaannin välistä eroa tässä väestöryh-mässä ja tutkia ravintoaineiden saannin ja osallistujien terveydentilaa ja ravitsemustilaa kuvaavien muuttujien välistä suhdetta.	Kotihaastattelun aikana tehtiin ravitsemuskysely (24 tunnin pöytäkirja), johon osallistui 64 henkilöä. Samanaikaisesti osallistujat vastasivat kyselylomakkeisiin, joissa arvioitiin heidän ravitsemus- ja terveydentilansa.	Datamme osoittivat, että 70–80 %:n osallistujien kulutus ei riittänyt energian ja makroravintoaineiden ravitsemussuosituksen saavuttamiseksi. Lisäksi data osoitti, että mitä pienempi energian ja proteiinin saanti oli, sitä suurempi oli aliravitsemuksen riski. Lisäksi kolmasosa osallistujista oli sekä ylipainoisia että lihavia ja heillä oli aliravitsemuksen riski tai he olivat aliravittuja henkilöillä, jotka saivat kaksi tai kolme kotiinkuljetettua ateriaa päivässä, oli suurempi energian ja proteiinin saanti kuin niillä, jotka saivat vain yhden aterian.
Özkaya, İ. Turkki (2021).	Nutritional status of the free-living elderly.	Tavoitteena oli kartoittaa kotona asuvien yli 65-vuotiaiden ravitsemustilaa eri ikäryhmissä (65–74, 75–84, yli 85-vuotiaat).	Tutkimukseen osallistui 301 vapaana asuvaa ikääntynyttä. Ravitsemuseulonta suoritettiin mini-ravitsemusanalyysin lyhytlomakkeen avulla. Ravinnon saanti arviointiin ruokapäiväkirjan avulla.	Mini-ravitsemusarvioinnin mukaan 65–74-vuotiaiden ryhmässä aliravitsemus, aliravitsemus riski ja normaali ravitsemus olivat 2,4 %, 39,5 % ja 58,2 %. 75–84-vuotiaiden ryhmässä vastaavat osuudet olivat 10,2 %, 48,7 %, 41,0 %. Yli 85-vuotiaiden osuudet olivat 92,3 %, 7,7 %, 0 %. Pieni ravitsemuksellinen saanti oli sinkissä ja suurin natriumissa. Ryhmät eivät myöskään täyttäneet B12-vitamiinin saantia.

Liite 2. Esimerkki sisällönanalyysistä tutkimuskysymykseen 1.

Alkuperäinen tu- los	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Inadequate protein intake was common in that the majority of participants did not achieve a daily intake of 1 gram per kilogram of body weight (4)	Useimmat eivät saaneet tarpeeksi proteiinia	Proteiinin ja ravin- toaineiden puute	Ravitsemushaas- teet	Kotona asuvan ikäntyneen ra- vitsemuksen haasteet ja tu- keminen toimin- takyvyn ylläpitä- miseksi
The presence of osteoporosis has been identified as another significant predictor of the risk of malnutrition (6)	Osteoporoosi on aliravitsemuksen riskitekijä	Aliravitseminen ja riskitekijät		
Good oral health is important for the ability to eat in older adults. Poor appetite was the most common finding, indicating that oral health-related problems are only one part of a wider range of eating problems (9)	Huono ruokahalu on yleisin syömi- sen ongelma, suun terveys vain osa kokonaisuutta	Suun terveys ja ruokahalun hei- kentyminen		
Malnourished patients were older, were more often widowed/divorced or unmarried, lived alone, had had falls in the last month, and had a homebound status of confined (11)	Yksin asuminen ja sosiaalinen eris- täytyminen lisää aliravitsemuksen riskiä	Sosiaaliset ja ym- päristötekijät		