

Maria Kurki

VANHUSTEN
RUOKAILUUN
VAIKUTTAVAT
TEKIJÄT

Opinnäytetyö
Palvelujen tuottaminen ja johtaminen


Joulukuu 2014




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <p>MAMK University of Applied Sciences</p>	<p>Opinnäytetyön päivämäärä</p> <p>5.12.2014</p>	
<p>Tekijä(t)</p> <p>Maria Kurki</p>	<p>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</p> <p>Palvelujen johtaminen ja tuottaminen, restonomi</p>	
<p>Nimeke</p> <p>Vanhusten ruokailuun vaikuttavat tekijät</p>		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Ikääntymisen seurauksena kehossamme tapahtuu paljon fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia. Fyysinen liikunta ja oma kyky itsenäiseen liikkumiseen voivat heiketä nopeasti kaatumisen tai lihasten surkastumisen vuoksi. Nämä asiat voivat osalla vanhuksista vaikuttaa myös psyykkiseen mielenterveyteen. Ympäristössä tapahtuvat muutokset ja erilaisten kroonisten sairauksien ilmeneminen luovat myös haasteita arkipäiväiseen elämään.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat vanhainkodeissa asuvien vanhusten ruokailuun. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, mitkä asiat vaikuttavat vanhainkodin osastolla järjestettävään lounasruokailuun. Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä, jonka tavoitteena oli kehittää vanhainkodeissa asuvien vanhusten ruokailun kulkua ja toteutusta. Ruokailutilanteen kehittämällä toivottiin olevan myös myönteinen vaikutus asukkaiden ruokahalun herättämiselle. Tutkimuksen aikana tarkasteltiin Porvoossa sijaitsevan Johannisbergin vanhainkodin osastolla tapahtuvaa ruokailua.</p> <p>Tutkimusmenetelminä käytettiin teemahaastattelua ja havainnointia. Teemahaastatteluiden tuloksista muodostui hyvä kokonaiskuva vanhainkodin toiminnasta. Suurella osalla asukkaista oli jonkin asteinen muistisairaus, jonka vuoksi ruokailun aikana hoitohenkilökunnan resurssit venyivät äärimmilleen, sillä suurin osa vanhuksista tarvitsi apua ruokailussa.</p> <p>Havainnointiosuudessa tarkkailtiin lounasruokailun järjestämistä ja sen sujuvuutta. Ruokailua edeltävät valmistelut tehtiin hyvissä ajoin. Ruokailutila oli sisustettu hyvin kodinomaiseksi ja tunnelma oli kokonaisuudessaan hyvin rauhallinen. Hoitohenkilökunnalla oli käytössään joitakin ergonomiaan vaikuttavia apuvälineitä, kuten lisätasoja ja satulatuoleja. Ruokailutilanteessa henkilökuntaa olisi voinut olla hieman enemmän, sillä apua tarvitsevia vanhuksia oli hyvin paljon.</p>		
<p>Asiasanat (avainsanat)</p> <p>vanhus, ruokailu, ruokahaluttomuus, teemahaastattelu, havainnointi</p>		
<p>Sivumäärä</p> <p>33 sivua + liitteet 6 sivua</p>	<p>Kieli</p> <p>suomi</p>	<p>URN</p> <p>-</p>
<p>Huomautus (huomautukset liitteistä)</p> <p>-</p>		
<p>Ohjaavan opettajan nimi</p> <p>Eliisa Kotro</p>	<p>Opinnäytetyön toimeksiantaja</p> <p>Helena Jokinen, ruokapalveluesimies</p>	

DESCRIPTION

 <p>MAMK University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis December 5 th , 2014	
Author(s) Maria Kurki		Degree programme and option Hospitality Management	
Name of the bachelor's thesis Affects of the dining moments in elderly houses			
Abstract The aging of our bodies effects in a lot of physical and psychological changes. Physical sport and a person's own ability of independent moving can become weaker after that person have tumble or muscles get atrophy. These points can also affect part of elderly psychological mental health. Changes in the environment and emerges of the variety of chronic diseases also create challenges everyday life. The meaning of this thesis was solved which reasons affect of the dining moments in elderly houses. This thesis have executed as development work of science. The purpose has been improve of elderly persons dining moments and finds out which are the factors that influence these moments of comfort. Dining development of the situation it was hoped to be a positive impact on the inhabitants of appetite. This thesis have executed at Porvoo in Johannisberg's elderly house department. During of research have observed of departments dining moments. The research methods of this thesis have used theme interviews and observation. The theme of the interviews consisted of a good overall picture of the results of the operation of the elderly house. A large part of the elderly has some form of memory disorder, which is why during the meals nursing staff need more resources as most of the old people needed help for eating. In the observation section was observed how at eating moment have organized and how fluidity it can be. Pre-preparations for the eating moment were made well in advance. The dining area was decorated in a very home-like atmosphere of the whole entirety was very calm. The medical staff had access to some of the ergonomics of impressive tools as additional levels and saddle chairs. In the dining situation there should be little bit more staff, because the elderly people needed help for eating very much.			
Subject headings, (keywords) senior citizen, dining, loss of appetite, theme-interview, perception			
Pages 33 pgs + App 6pgs	Language Finnish	URN -	
Remarks, notes on appendices -			
Tutor Eliisa Kotro		Bachelor's thesis assigned by Helena Jokinen, supervisor of the food service	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	IKÄÄNTYMINEN JA SEN VAIKUTUKSET	2
2.1	Vanheneminen biologisena ilmiönä	2
2.2	Vanhenemiseen liittyvät teoriat	3
2.3	Kehon fyysiset muutokset.....	5
2.4	Ihmisen toimintakyky ja toiminnalliset muutokset.....	7
2.5	Ikääntyminen ja aistien heikkeneminen.....	8
3	RAVITSEMUSHOITO JA VAJAARAVITSEMUS.....	9
3.1	Ravitsemushoito	10
3.2	Vajaaravitsemus ja ravitsemustilan arviointi.....	11
4	RUOKAHALU	13
5	RUOKAILUUN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	15
5.1	Ruokailun toteutus osastolla	16
6	TUTKIMUSMENETELMÄT JA TOTEUTUS	18
6.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	18
6.2	Teemahaastattelut	18
6.3	Havainnointi	19
7	TULOKSET	20
7.1	Teemahaastatteluiden tulokset.....	20
7.1.1	Elämä vanhainkodissa.....	20
7.1.2	Asukkaiden yleiskunto.....	20
7.1.3	Asukkaiden sosiaalisuus	22
7.1.4	Ruokailun järjestäminen keskitettynä ruoanjakeluna	23
7.2	Havainnoinnin tulokset.....	24
8	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	27
9	POHDINTA	30
10	LÄHTEET.....	31

Liite 1 - Ilmoitus haastatteluista

Liite 2 - Teemahaastattelun kysymysrunko

Liite 3 – NRS 2002- menetelmän kyselylomake

Liite 4 – MNA- menetelmän kyselylomake

Liite 5 - Ruokahalun heikkenemiseen vaikuttavat tekijät

Liite 6- Ruokailun apuvälineet

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää vanhusten ruokailuun vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää millä keinoilla ruokailutilanteita voitaisiin kehittää sekä mitkä asiat vaikuttavat osastolla tapahtuvaan lounasruokailuun ja sen järjestämiseen. Ruokailutilanteen kehittämiseksi toivottiin olevan myös myönteinen vaikutus asukkaiden ruokahalun herättämiselle. Tutkimuksessa ei arvioida tarjottavan ruoan ravitsemuksellista laatua. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Porvoon Johannisbergin vanhainkodin keittiön ruokapalveluesimies Helena Jokinen, jonka toiveena on kehittää nykyisiä ruokapalvelua palvelemaan asiakkaita entistä paremmin.

Ikääntymistä ja sen vaikutuksia käsitellään opinnäytetyön teoriaosuudessa. Ikääntymisen teorioiden avulla saadaan käsitys siitä, miksi vanhenemme ja mistä vanhenemisessä on kysymys. Ikääntymisen kautta tapahtuvat fyysiset muutokset auttavat ymmärtämään vanhusten omatoimisuuden heikkenemistä kaikilla elämän alueilla, mutta opinnäytetyön kannalta erityisesti ruokailuun liittyvissä asioissa.

Ravitsemushoito ja vajaaravitseminen avaavat opinnäytetyön kannalta keskeisempiä aihealueita. Ravitsemushoito edistää potilaiden terveyttä ja on monien sairauksien kannalta keskeinen hoitomuoto. Laadukas ravitsemushoito syntyy riittävillä resursseilla, selkeillä vastuunjaolla sekä eri ammattiryhmien välisellä sujuvalla yhteistyöllä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.)

Opinnäytetyön tutkimusmenetelminä käytettiin teemahaastattelua ja havainnointia. Teemahaastattelut toteutettiin pääasiassa hoitohenkilökunnalle. Myöhemmin aineistoa vielä täydennettiin ruokapalveluesimiehen haastattelulla. Teemahaastatteluiden aineistot analysointiin Maxqda-ohjelmalla. Havainnointijakson aikana kohteessa tarkkailtiin vanhainkodin osastolla järjestettävää lounasruokailua.

Tutkimuskohteena oleva Johannisbergin vanhainkoti on perustettu vuonna 1886. Vanhainkodin henkilökunta tarjoaa asukkaalleen yhtenäistä, yksilökeskeistä sekä kuntouttavaa hoitoa. Johannisbergin vanhainkodissa on neljä osastoa, Poppeli I ja Poppeli II, Syreeni sekä dementiaosasto Mathilda -koti. Osastoilla on yhteensä noin 110 asukas-

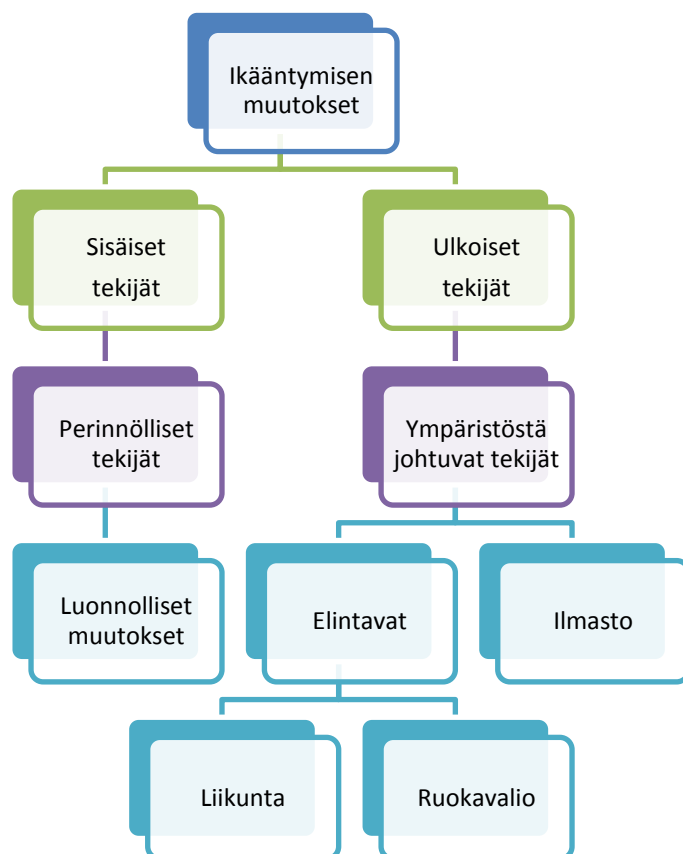
paikkaa. Vanhainkoti sijaitsee rauhallisessa miljöössä noin 1,5 kilometrin päässä Porvoon keskustasta. Tunnelma vanhainkodin osastoilla on rauhallinen ja viihtyisä.

2 IKÄÄNTYMINEN JA SEN VAIKUTUKSET

2.1 Vanheneminen biologisena ilmiönä

Ikääntymisen myötä ihmisessä tapahtuu vähitellen fysiologisia muutoksia, joiden erotelu normaalien ikääntymistä ja sairauksista johtuvien muutosten välillä on usein hyvin vaikeaa. Ikääntymisen muutokset voidaan jakaa kahteen ryhmään (Kuvio 1).

(Suominen 2008, 8.)



KUVIO 1. Ihmisen vanhenemiseen vaikuttavat tekijät (Suominen 2008, 8.)

Sisäiset muutokset koostuvat perinnöllisistä tekijöistä sekä luonnollisista muutoksista. Luonnolliset muutokset tapahtuvat hitaasti kehossa ja ilmenevät kaikissa ihmisissä ennemmin tai myöhemmin. Ulkoisiin tekijöihin ihminen pystyy elämänsä aikana vai-

kuttamaan mm. terveellisen ruokavalion ja liikunnan avulla. Sisäiset muutokset eivät johdu ympäristöstä ja ne ovat samalla palautumattomia muutoksia. (Suominen 2008, 8.)

Ikääntyminen, pitkäaikaiset sairaudet, liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden vähentyminen aiheuttavat ihmisille toimintakyvyn sekä kunnon heikentymistä. Toimintakyvyn äkillistä heikentymistä voidaan ehkäistä säännöllisellä liikunnalla. Liikunnalla on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia ikääntyneen mielialaan, kognitiivisiin eli tajunnallisiin toimintoihin sekä itseluottamukseen. (Verner 2014.)

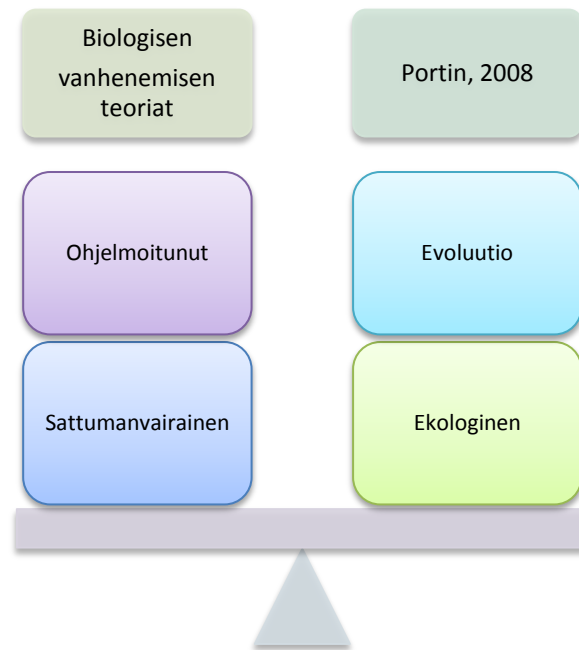
Ikääntymisessä nopeasti tapahtuvat muutokset, kuten esimerkiksi lihaskunnan ja toimintakyvyn nopea heikkeneminen, johtuvat usein sairauksista. Uusien sairauksien löytäminen tai toimintakyvyn äkilliseen laskuun nopea ja tehokas reagoiminen on tärkeää, jotta muutokset eivät jäisi pysyviksi. Toimintakyvyn ylläpitäminen vähentää riskiä sairastua pitkäaikaisiin sairauksiin. Lievätkin toimintakyvyn häiriöt pahenevat usein nopeasti ikääntyvällä ihmisellä, jollei niihin löydetä sopivaa hoitomuotoa. (Suominen 2008, 8.)

2.2 Vanhenemiseen liittyvät teoriat

Tieteen tutkijat ovat esittäneet ihmisen luonnollisesta vanhenemisestä noin 300 erilaista teoriaa. Portinin mukaan biologiseen vanhenemiseen voidaan jakaa karkeasti neljään pääryhmään (Kuvio 2), jotka ovat ohjelmoituneen vanhenemisen teoria, stokastisen eli sattumanvaraisen vanhenemisen teoria, ihmisen evoluutioon liittyvän vanhenemisen teoria sekä ekologinen eli luonnonmukaisen vanhenemisen teoria. (Portin, 2008, 310.)

Ohjelmoituneen vanhenemisen teoria on osa geneihin perustuvaa vanhenemistä, jossa kuvataan ihmisen biologista kehitystä hedelmöittyneestä munasolusta sukukypsään yksilöön saakka. Ohjelmoituneen vanhenemisteorian mukaan geenit ohjailevat ihmisen kehitystä niin, että vanhat yksilöt poistuvat väestöstä antaen tilaa uusille, nuoremmille yksilöille. Teorian esitti ensimmäisen kerran vuonna 1881 saksalainen biologi August Weismann. Teoriaa ei nykyisin pidetä kovin pätevänä, sillä siinä on muutamia heikkouksia. Ensinnäkin Weismannin teoria on päätelmä, joka olettaa vanhenemisen ohjautuvan geneistä, mutta ei selitä miten se käytännössä tapahtuu. Toiseksi

luonnossa ei juurikaan tavata vanhoja ja rappeutuneita yksilöitä, koska ne ovat aikaisemmin joutuneet petojen saaliiksi tai kuolleet muista syistä. (Portin, 2008, 310.)



KUVIO 2. Biologisen vanhenemisen teorit (Portin, 2008, 310.)

Stokastisen eli sattumanvaraisen vanhenemisen teoria edustaa päinvastaista ajattelua kuin ohjelmoituneen vanhenemisen teoria. Teorian mukaan vanheneminen on kulumisilmiö, jossa elimistön soluihin kertyy iän mukana virheitä biologisista makromolekyyleistä ja DNA:sta. Nämä virheet aiheuttavat muissa soluissa ja DNA:ssa uusia virheitä, jolloin elimistö alkaa kuormittua. Lopulta virheiden määrä elimistössä kasvaa niin suureksi, että se johtaa vanhenemiseen ja ennen pitkään kuolemaan. (Portin, 2008, 310.)

Evoluutioon liittyvät vanhenemisteorit kuvaavat pitkän aikavälin ja tasaisen kehityksen tuloksia. Evoluutio viittaa tasaiseen ja jatkuvaan kehitykseen, jossa eliöt pyrkivät sopeutumaan muutoksiin. Tämän teorian pulmakysymyksenä on se, että evoluutio ei ole pystynyt sopeutumaan ihmisen vanhenemiseen, sillä elämä päättyy aina ennen pitkään yksilön kuolemaan. Teorian mukaan eliön, joka ei vanhene, vaan lisääntyy jatkuvasti, olettaisi olevan lajin lisääntymisvalinnan suosiossa. Evoluutioon liitännäisellä ”Antagonistisen pleiotropian” teorian mukaan ajatellaan, että geneilla on ihmisen elämän aikana sekä hyödyllisiä että haitallisia vaikutuksia. Kun nämä haitalliset vaikutukset ilmenevät vasta vanhuudessa, jolloin lisääntyminen on jo lakannut, niin

lisääntymisvalinta kohdistuu nuorempiin yksilöihin, joiden geneeissä olevat hyödylliset vaikutukset säilyttävät nämä geenit populaatiossa. (Portin, 2008, 310.)

Evoluutioon liittyen on tutkittu myös ”Kertakäyttöisen ruumiin” teoriaa, jossa yksilön vanhenemista selitetään energiankulutuksella. Teorian mukaan eliöt käyttävät energiaa lisääntymiseen sekä ruumiinsa solujen korjaamiseen. Englantilainen tohtori Thomas S. Kirkwood on matemaattisesti osoittanut, että lisääntymisen kustannukset ovat elimistölle pienemmät kuin jatkuva solujen uusiutuminen ja korjaaminen. Kun eliö käyttää jatkuvasti kehonsa resursseja elimistönsä korjaamiseen, vähentää se samanaikaisesti yksilön lisääntymiskelpoisuutta. Kertakäyttöisen ruumiin teorian mukaan eliöt siis vanhenevat ja kuolevat sen jälkeen kun ovat lisääntyneet riittävästi. (Portin, 2008, 310.)

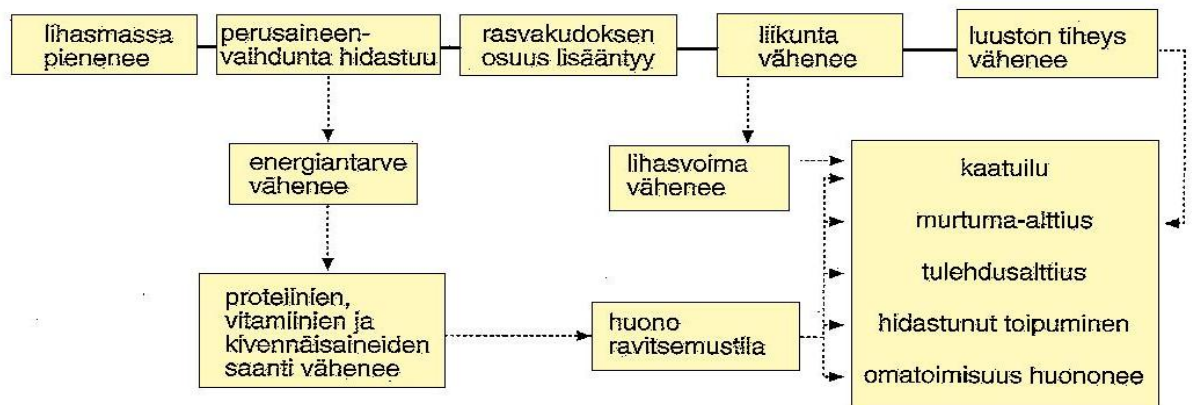
Ekologisen eli luonnonmukaisen vanhenemisen teoria kytkee vanhenemisen osaksi lajin yleistä elinkiertoa sekä kuvaa vanhenemista luonnollisena roolina eli osana ekosysteemiä. Lajikohtaista yleistä elinkiertoa voidaan kuvata nopealla lisääntymisellä ja vanhenemisellä. Esimerkiksi jyrsijät pyrkivät sopeutumaan ekologiseen vanheneeseen nopealla lisääntymisellä, sillä ne joutuvat herkästi monien petojen saaliiksi. Sen sijaan lepakoiden ekologinen vanheneminen on hidasta, sillä niillä ei ole juurikaan luonnollisia vihollisia. Lepakot ovat taas pitkäikäisempiä ja lisääntyvät hitaammin kuin jyrsijät. (Portin, 2008, 310.)

2.3 Kehon fyysiset muutokset

Ikääntymisen myötä energiankulutus usein pienenee vähäisen liikkumisen myötä ja sitä kautta lihasmassan osuus kehossa myös pienenee. Yleisesti ottaen ikääntyneillä syödyn ruoan määrä vähenee, jolloin haasteeksi nousevat ravitsemuksellisesti tärkeiden ravintoaineiden, kuten proteiinin, vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti. Erilaiset sairaudet sekä liikuntakyvyttömyys heikentävät luontaisesti kehon hallintaan liittyviä toimintoja sekä ruokahalua. Päivittäisten asiointien, kuten kaupassa käynnin vaikeutuminen saattaa myös olla osa syynä ruokavalion laadun heikkenemiseen ja sitä kautta ruokahaluttomuuteen. Nämä olosuhteiden muutokset vaikuttavat usein epäedullisesti ikääntyvän ihmisen mielentilaan, jolloin ikääntyvän päivittäinen avuntarve lisääntyy. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010a, 14.)

Kehon vanhenemiseen liittyvät muutokset alkavat noin 20- 30 vuoden iässä. Muutokset ovat aluksi melko huomaamattomia, mutta viimeistään 40- 50 vuoden iässä kehoon voidaan havaita fysiologia muutoksia, jotka perustuvat solujen vanhenemiseen. Fysiologiset muutokset tapahtuvat eriaikaisesti vaihtelevalla nopeudella eri puolella kehoa. (Pohjalainen 2010.)

Ikääntymisen myötä elimistössä nesteen osuus, luuston mineraalipitoisuus sekä lihaskudoksen määrä vähenevät. Lihaskudoksen osuus pienenee kehossa ikääntymisen myötä noin 15 prosenttia 30- 80 ikävuoden välillä. Lihasmassan pieneneminen hidastaa elimistön perusaineenvaihduntaa, jolloin energiankulutuksen määrä vähenee (Kuvio 3). Lihasmassan pienenemisen, hidastuneen aineenvaihdunnan sekä liikunnan vähenemisen seurauksena myös rasvakudoksen osuus elimistössä lisääntyy ikääntymisen myötä. (Aro yms. 2005, 312.)



Kuvio 3. Vanhenemiseen liittyvät kehonmuutokset ja niiden vaikutus terveydentilaan (Aro yms. 2005, 312.)

Elimistön toiminnot heikkenevät keskimäärin noin 1 % vuodessa. Osa fysiologisista muutoksista voi alkaa kehittyä hitaasti jo nuorena, mutta vasta 50 ikävuoden jälkeen esimerkiksi ihon elastisuus ja käden puristusvoima muuttuvat merkittävästi. Vanhetessaan elimistö kuihtuu ja kuivuu sekä osittain rasvoittuu. On arvioitu, että 30- 40 % sisäelinten (kuten sydämen, aivojen, munuaisten ja lihasmassan) soluista kuihtuu pois 80 ikävuoteen mennessä. (Pohjalainen 2010.)

2.4 Ihmisen toimintakyky ja toiminnalliset muutokset

Gerontologisissa (eli vanhenemista ja vanhuutta käsittelevissä) tutkimuksissa on tutkittu fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Tutkijat ovat kehittäneet erilaisia mittareita, jotka mittaavat ikääntyneiden fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Arkipäiväistä elämää on lähestytty esimerkiksi ADL, Actity of daily life- mittareilla, jotka selvittävät ikääntyvien henkilöiden suoriutumista arjen fyysisistä perustoiminnoista. (Heikkinen yms. 2008, 276.)

Suomisen mukaan ikääntymiseen liittyy väistämättä toiminnallisia muutoksia, kuten päivittäisten askareiden vaikeutumista. Usein toimintakyvyn heikkenemisen taustalla on jokin pitkäaikaissairaus, mutta toimintakyky voi myös heikentyä liikunnan ja muun fyysisen aktiivisuuden puutteesta. (Suominen 2008, 8).

Tilviksen mukaan toimintakyky voidaan jakaa myös fyysiseen, kognitiiviseen, emotionaaliseen ja päivittäiseen toimintaan. Fyysinen toiminta tarkoittaa ihmisen motoriikkaan, liikkumiseen, tasapainoon sekä lihasvoimaan liittyviä asioita. Kognitiivinen toiminta vastaa muistiin, kommunikointiin ja orientoitumiseen liittyvistä asioista. Emotionaalinen toiminta sisältää mielialaan ja tunnetiloihin liittyviä asioita, kuten ahdistusta ja aloitekyvyttömyyttä. Päivittäinen toiminta on nimensä mukaisesti päivän perustoimintaan sekä apuvälineiden käyttöön liittyvää toimintaa. (Heikkinen yms. 2008, 282.)

Laine selvittää asiaa käytännön läheisemmin Internet-artikkelissaan sosiaalialan ammattilaisten sivuilla. Hänen mukaansa fyysinen toimintakyky sisältää fyysistä suorittamista sekä perustoimintaa, kuten esimerkiksi syömistä, juomista ja nukkumista sekä muita arjen askareita. Kognitiivinen toimintakyky on älyllistä, tietoon, ymmärrykseen ja tajuntaan liittyvää toimintaa, joita ovat esimerkiksi asioiden hahmottamista ja oppimista. Psyykinen toimintakyky käsittelee elämänhallintaa, mielenterveyttä ja henkistä hyvinvointia, kuten itsearvostukseen, positiiviseen mielialaan sekä omiin voimavaroihin liittyviä asioita. Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa kyvykkyyttä toimia sosiaalisessa vuorovaikutustilanteessa, kykyä ylläpitää ihmissuhteita ja positiivista asennetta elämään kohtaan. (Laine 2014.)

Perinteissä gerontologiassa tarkasteltu lähinnä vanhusten potentiaalisista ja mahdollista toimintakykyä, kun taas sosiaalisen gerontologian näkökulmasta on olennaisempaa mitata käytössä olevaa toimintakykyä. Esimerkiksi sosiaaligerontologiassa on tärkeämpää pelkän potentiaalisen käden puristusvoiman lisäksi se, mihin käden puristusvoimaa voidaan käyttää. Tutkimuksissa keskeisiksi aiheiksi nousevat tällöin arjen tilanteet ja niihin liittyvät toiminnot, joissa tarvitaan toimintakykyä. (Heikkinen yms. 2008, 276.)

Jyrkämä kuvailee toimintavalmiutta ja toimintakykyä välttämättömyyden kuudella eri tasolla eli haluamisen, osaamisen, kykenemisen, täytymisen, voimisen ja tuntemisen avulla. Nämä kuusi asiaa liittyvät tiiviisti toinen toisiinsa. Haluamisella kuvataan tavoitteita, päämääriä ja motivaatiota. Osaamisella tarkoitetaan toimintaan liittyviä taitoja ja tietoja, kun taas kykenemisellä viitataan ruumiilliseen eli fyysiseen toimintakykyyn. Esimerkiksi ihmisellä voi olla taito osata uida, mutta hän ei välttämättä juuri nyt tai enää kykene uimaan. (Heikkinen yms. 2008, 276.)

Täytymisellä kuvataan toimintaa pakottavissa ja ei pakottavissa tilanteissa. Voimisella tarkoitetaan toimintakykyyn liittyvää mahdollisuutta. Esimerkiksi ihminen voi joutua veden varaan, jolloin hänen on pakko uida, mutta yleensä liikkeessaan uimahallin läheisyydessä hänellä on mahdollisuus mennä uimaan. Tuntemisella tarkoitetaan toimintakyvyn herättämiä tunnetiloja. Esimerkiksi uiminen voi herättää joitakin tilanteissa eri tunnetiloja, kuten esimerkiksi iloa ja rentoutumista. (Heikkinen yms. 2008, 276.)

2.5 Ikääntyminen ja aistien heikkeneminen

Kuuloaisti heikkenee vähitellen iän karttuessa ja varsinkin korkeiden äänien kuuleminen heikkenee. Näkökykyyn vaikuttava ikänäkö on silmän vanhenemiseen liittyvä muutos, jossa silmän mykiön mukautumiskyky heikkenee, jolloin silmä ei pysty tarkentamaan katsetta lähietäisyydelle. Ikänäkö alkaa usein vaivata jo 40- 45 vuoden vaiheilla, jolloin avuksi päivittäisiin tarkkaa näkökykyä vaativiin askareisiin tarvitaan lukuksit. (Kan yms. 2012, 29.)

Ikääntyessä myös tasapainoaisti ja koordinaatiokyky heikkenevät, mikä on yksi syy siihen, että ikääntyneet kaatuvat usein nuorempia herkemmin. Hajuaisti heikkenee

ikäntymisen myötä siten, että sekä mietojen että voimakkaiden hajujen havaitseminen heikkenee. (Kan yms. 2012, 29.)

Hajujen tunnistus ja erottelu heikkenevät mm. siitä syystä, että hajua tunnistavien pinta-
tasolujen uudistuminen hidastuu ja solujen määrä vähenee. Hajujen tunnistamiskyky
alkaa heikentyä selvästi 65. ikävuoden jälkeen. Heikkeneminen tapahtuu miehillä no-
peammin kuin naisilla. ”Ruokaan liittyvä makunautinto voi vähentyä hajuaistin heik-
kenemisen myötä, mikä saattaa johtaa ruokatottumusten yksipuolistumiseen”. Haju-
aistin toiminta ja sen herkkyys vaikuttavat oleellisesti makuaistin toimintaan. (Joke-
lainen yms. 2004, 299.)

Makuaisti heikkenee eri makujen suhteen niin, että ikääntyneiden on vaikea tunnistaa
happaman, karvaan ja suolaisen makuja ruoasta. Makeaa ikääntyneet sen sijaan saat-
tavat maistaa jopa paremmin kuin nuoret. (Kan yms. 2012, 29.)

Makuaisti ei heikkene ikääntymisen myötä yhtä merkittävästi kuin hajuaisti. Makean
maun tunnistaminen säilyy lähes ennallaan, kun taas suolaista, karvasta ja hapanta
makua ikääntyneet tunnistavat nuoria heikommin. (Kälviäinen yms. 2001.)

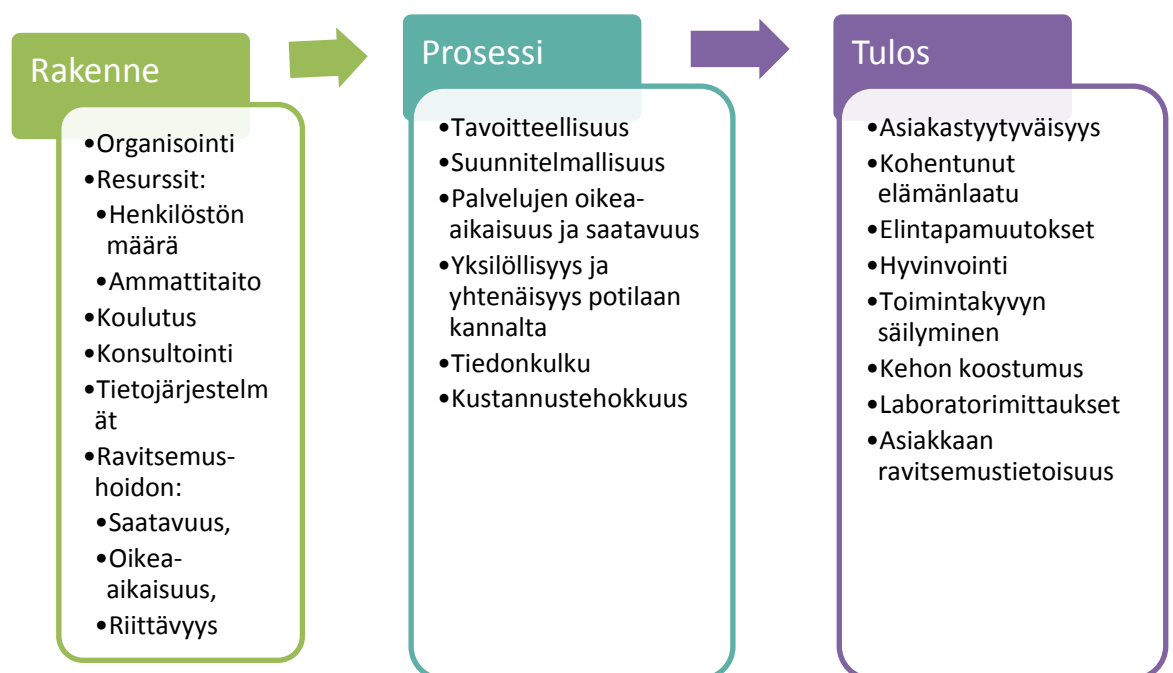
3 RAVITSEMUSHOITO JA VAJAARAVITSEMUS

Vanhusten kokonaisvaltaisen hoidon tukena käytetään yleisesti ravitsemushoitoa, jon-
ka tavoitteena on turvata elimistölle riittävä ravinnonsaanti. Ravitsemushoito toteute-
taan yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla. Tarkoituksena on ylläpitää terveyttä,
parantaa elämänlaatua ja ehkäistä kansansairauksia, kuten lihavuutta, tyypin 2 diabe-
testa sekä sydän- ja verisuonitauteja. Hyvän ja laadukkaan ravitsemuksen avulla saa-
daan kustannussäästöä kansantautien ja vajaaravitsemuksen ehkäisyssä. Tuloksia saa-
daan syntymään, kun henkilöstöllä on tarpeeksi ravitsemustietoa ja kykyä soveltaa sitä
käytännössä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 16 - 19.)

3.1 Ravitsemushoito

Laadukas ravitsemushoito syntyy riittävillä resursseilla, selkeillä vastuunjaioilla sekä eri ammattiryhmien välisellä sujuvalla yhteistyöllä. Ravitsemushoitoon osallistuvia ammattiryhmiä ovat pääasiassa lääketieteen ja hoitoalan työntekijät sekä ruokapalvelun ammattilaiset. Ammattiryhmien sisällä toimitaan ravitsemustiimeissä, joissa esimerkiksi hoitoalan työntekijät kokoontuvat säännöllisesti käsittelemään ravitsemukseen liittyviä asioita. Säännöllinen kommunikointi ja yhteydenpito ruokapalvelujen ja hoitoalan työntekijöiden välillä on erittäin tärkeää. Sairaaloissa ja vanhainkodeissa osastojen henkilökunta voi valita keskuudestaan ruoka- ja ravitsemusyhdyshenkilöt, jotka huolehtivat yksikkönsä ja ruokapalveluiden välisestä tiedottamisesta. Ruokapalvelut voivat kehittää sisäistä toimintaansa elintarvikehankintojen, reseptiikan ja ruokalistasuunnittelun sekä asiakastyytyvyyden avulla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 16 - 19.)

Ravitsemushoidon laatua voidaan tarkastella rakenteen, prosessin ja tuloksen näkökulmista (Kuvio 4). Rakenteisuus koostuu toiminnan organisoinnista, henkilöstön määrästä, ammattitaidosta, koulutusmahdollisuuksista, konsultoinnista, tietojärjestelmien tasokkuudesta sekä erityisesti ravitsemushoidon saatavuudesta, oikea-aikaisuudesta ja riittävydestä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 22.)



Kuvio 4. Ravitsemushoidon laatu rakenteen, prosessin ja tuloksen näkökulmasta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 22.)

Toimintaprosessissa tärkeitä kohtia ovat tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus, kustannustehokkuus, palvelujen oikea-aikaisuus ja saatavuus, yksilöllinen ja yhtenäinen hoito potilaan kannalta sekä tehokas tiedonkulku eri osastojen ja ammattiryhmien välillä. Ravitsemushoidon tuloksia voidaan nähdä vanhusten asiakastyytyväisyydessä, kohentuneessa elämänlaadussa, elintapamuutoksissa, yleisessä hyvinvoinnissa, itsenäisen toimintakyvyn säilymisessä, kehon koostumuksessa, painonkehityksessä, laboratorio-mittauksissa sekä asiakkaan ravitsemustietoisuudessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 22.)

Laadullisen ravitsemushoidon toteuttamisessa löytyy haasteita ja kriittisiä kohtia, joissa niin johdon kuin itse työntekijän tulee kantaa vastuuta. Johtoryhmän vastuuseen kuuluu toiminnan johtaminen sekä huolehtiminen riittävästä resursseista. Lääkärit, hoitohenkilöstö, ravitsemusterapeutit ja ruokapalveluhenkilöstö huolehtivat ravitsemushoidon toteutuksesta osana kokonaisuhoitoa. Ruoan tuottamiseen käytettävän elintarvikemäärärahan tulee myös olla riittävä, jotta ruokapalvelu pystyy vastaamaan ravitsemushoidon tavoitteita. Yksilöllinen ravitsemushoito sairaaloissa ja vanhainkodeissa tarkoittaa potilaskohtaisesti vajaaravitsemuksen riskin seulomista, hoitoon sopivan ruoan tilaamista keittiöltä, ravitsemustilan arviointia, vajaaravittujen potilaiden hoidon tehostamista, seurantaa ja kattavan ravitsemushoidon jatkon turvaamista ohjeistusten, tiedottamisen sekä ravitsemusohjauksen avulla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 22.)

3.2 Vajaaravitsemus ja ravitsemustilan arviointi

Keväällä 2008 tehdyn NutriAction 2008- tutkimuksen mukaan kolmannes vanhainkodeissa asuvista vanhuksista oli vajaaravittuja ja joka kuudennen kohdalla vajaaravitsemus oli vakavaa. Tutkimuksessa selvitettiin yhteensä 327 vanhuksen ravitsemustilaa kuudessa vanhainkodissa, Helsingissä, Espoossa, Vantaalla, Hyvinkäällä ja Akaassa. Tutkija Merja Suomisen mukaan vajaaravitsemuksesta kärsivät etenkin sosemaista ja pehmeää ruokavaliota noudattavat vanhukset. Tilanne oli kuitenkin keväällä 2008 parempi kuin vuonna 2003 tehdyssä pitkäaikaishoidossa olevien ikääntyneiden ravitsemusta koskevassa tutkimuksessa, jossa yli puolet tutkituista oli vajaaravittuja. (Rauha 2008, 1.)

Vajaaravitsemuksesta kärsivien ravitsemusta voidaan parantaa käyttämällä energiatiheää ruokaa ja täydennysravintovalmisteita. Täydennysravintovalmisteiden kokonaiskulutus oli Suomessa vuonna 2008 vain 0,06 litraa henkilöä kohti, kun taas esimerkiksi Ruotsissa vastaava määrä oli 0,38 litraa. Tutkimuksen perusteella Suomessa käytettyjen täydennysravintovalmisteiden kokonaiskulutus kuului vuonna 2008 Euroopan alhaisempiin. Kliinisten tutkimusten mukaan täydennysravintovalmisteilla voidaan parantaa potilaan ravitsemusta, kohottaa immuunijärjestelmän suojakykyä sekä fyysisiä että psyykkistä toimintakykyä. (Rauha 2008, 1.)

Vanhusten yleisimmät ravitsemusongelmat johtuvat usein liian vähäisestä energian ja proteiinin saannista, joiden seurauksena esiintyy laihtumista ja aliravitsemusta (Martin ym. 2006). Sairastuessaan hyväkuntoisesta vanhuksesta kehitty nopeasti vajaaravitsemuksen riskipotilas. Ravitsemustila arvioidaan yksilöllisesti esimerkiksi potilaan esitietojen tarkastelulla, suorittamalla kliinisiä tutkimuksia ja antropometrisia mittauksia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 24 - 32.)

Kliinisillä tutkimuksilla saadaan viitteitä potilaan ravitsemustilasta. Kuiva iho, hauraat kynnet ja elottomat hiukset viittaavat vajaaravitsemustilaan. Fyysisen aktiivisuuden eli liikunnan puute ja vajaaravitsemus johtavat ennen pitkään lihasten surkastumiseen. Antropometrisissa mittauksissa selvitetään mm. potilaan pituus, paino ja viime kuukausien painomuutokset. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 24 - 32.)

Ravitsemustilaa voidaan arvioida myös biokemiallisilla määrytyksillä, subjektiivisilla menetelmillä ja päivittäisen ruoankäytön ja ravinnonsaannin arvioinnilla. Biokemiallisten määrytysten tutkiminen on käytännössä tiettyjen ravintoaineiden puutosten toteamista esimerkiksi verinäytteistä. Laboratorioissa tutkittavien näytteiden avulla voidaan täydentää jo aiemmassa tutkinnassa havaittuja tietoja. Näytteistä saatu hyöty on hyvin rajallista, sillä tulosten tulkintaa vaikeuttavat erilaiset sairaudet ja niiden hoidot, infektiot sekä nestetasapaino. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 24 - 32.)

Subjektiivisilla menetelmillä tarkoitetaan usein kyselyitä, joissa haetaan potilaan omakohtaista kokemusta kyseisestä sairauden tilasta. Sairaaloissa ja vanhainkodeissa käytetään vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa esimerkiksi NRS-2002- (Nutritional Risk Screening) ja MNA- (Mini Nutritional Assessment) menetelmiä (Liitteet 3-4).

Nämä menetelmät ovat tieteellisesti hyväksytyjä ja vaativat käyttäjiltään harjaantumista sekä ammattitaitosta ravitsemushoidon osaamista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 28.)

Ruoankäytön ja ravinnonsaannin arviointi on tärkeä osa vajaaravitun ravitsemushoitoa, sillä niistä saatuja tuloksia voidaan käyttää apuna ravitsemushoidon suunnittelussa, seurannassa ja ravitsemusohjauksessa. Ruoankäytön ja ravinnonsaannin arviointia toteutetaan esimerkiksi vuodeosastolla silmämääräisesti tai ruoankäytön arviointiin suunniteltujen lomakkeiden avulla. Kaikki ravitsemustilan arvioinnissa käytettävät menetelmät täydentävät toinen toisiaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 32.)

4 RUOKAHALU

Laihtuminen ja aliravitsemus aiheuttavat merkittävän haasteen pitkäaikaishoitoa tarjoavalle hoitoalan työntekijöille, joiden tulee usein samassa tilanteessa arvioida laihtumisen ja vajaaravitsemuksen riskiä sekä hoitaa esimerkiksi vanhainkodissa asuvia asukkaita. Syyt vanhuksen ajautumisesta (Liite 5) vajaaravitsemuksen riskialueelle johtuvat usein samanaikaisesti monilääkityksestä, masennuksesta ja ikääntymisen myötä kehossa tapahtuvasta kuihtumisesta (Rudolph, D. 2009.)

Useimmilla ikääntyneillä saattaa lisäksi olla ainakin yksi krooninen sairaus, joita voivat olla esimerkiksi sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, verenpainetauti sekä munuaisten vajaatoiminta. Masennus on erittäin yleinen tahattomaan painon laskuun vaikuttava tekijä. Monilääkityksen pois karsiminen on myös tärkeä hoitomuoto pitkäaikaishoidossa. Muita tahattomaan laihtumiseen johtavia syitä ovat suun ja hampaiden terveys, purentavaikeudet, nielemishäiriöt, kognitiivinen eli tajunnallinen heikentyminen, maku- ja tuntoaistin menetys sekä vaikeudet itsenäisen ruokailun vähenemisessä. (Rudolph, D. 2009.)

Oikeanlaisen riskiarvioinnin ja hoidon löytymiselle vaaditaan ongelmaa etäältä tarkastelevaa kokonaisvaltaista lähestymistapaa. Tahattomaan laihtumiseen liittyvän ongelman tunnistaminen ja hallinta ovat perimmäiset tavoitteet hoidon kannalta. joissakin

tapauksissa ruokahalua lisäävät tekijät ovat kuitenkin olleet vaivan arvoisia, vaikkakin perinteisen prosessin kääntäminen voi olla melko työlästä. (Rudolph, D. 2009.)

Ruokahaluun ja sen lisäämiseen liitetyt kysymykset voivat tarjota oivalluksia vanhus-
ten yleisen terveydentilan parantamiseen. Australialaisen Monashin yliopiston tutki-
muksessa ”Appetite and mortality: The two are closely connected in the elderly“ jouk-
ko tutkijoita selvitti, millaisia yhteyksiä voidaan löytää ruokahalun ja kuolleisuuden
välillä. Professori Wahlqvistin mukaan ”Ruokahalua pidetään yleisesti yhtenä tär-
keimmistä indikaattoreista terveydelle”. (Appetite and mortality, 2014.)

Ruokahalu usein heikkenee vanhuksilla ja samanaikaisesti monet kärsivät vajaaravit-
semuksesta. Purentavaikeuksilla, yleisen toimintakyvyn heikkenemisellä sekä lääke-
keiden sivuvaikutuksilla voi olla haitallisia vaikutuksia ikääntyneen ruokahaluun.
Muita häiritseviä tekijöitä voivat olla psykologiset tekijät, kuten yksinäisyyden tunne
tai masennus. Perhetilanteiden muutoksilla sekä muiden ympäristöön vaikuttavilla
tekijöillä voi olla myös vaikutusta ruokahalun heikkenemiseen. (Appetite and mortali-
ty, 2014.)

Tutkimuksessa havaittiin, että vanhainkodissa asuvista vanhuksista ne, joilla oli hei-
kentynyt ruokahalu oli korkeammat kuolleisuuden riskit, kuin niillä vanhuksilla, jotka
söivät hyvällä ruokahalulla. Professori Wahlqvistin mukaan huono ruokahalu saattaa
olla arvokas merkki ravitsemukseen liittyvien häiriöiden, erilaisten sairauksien ja
kuolleisuuden ennaltaehkäisyyn. (Appetite and mortality, 2014.)

Tutkimuksessa ”Genetic identification of neural circuit that suppresses appetite“ tut-
kittiin geenitekniikan avulla aivojen toimintaa. Tutkijat käyttivät geenitekniikkaa tun-
nistaakseen tietyn otannan aivojen neuroneiden toimintaa, jossa aivot käskivät hermo-
ja katkaisemaan ihmisen ruokahalun. Tutkijat testasivat ensin eläinkokeissa, kuinka
aivoissa neuronit tai solut, jotka käsittelevät ja siirtävät tietoa silloin, kun kyseessä on
ruokahalun menettäminen. Ruokahalun menettämiseen on olemassa luonnollisia syitä,
kuten infektiot, pahoinvointi, kivut sekä ylensyöinti. Suolistossa hermosolut, jotka ovat
ahdistuneita tai solvattuja lähettävät viestin aivojen läpi kiertäjähermoon. Kun nämä
viestit aktivoivat erityisiä neuroneita, jotka sisältävät CGRP (calcitonin gene-related
peptide) aminohappoja, elimistössä tapahtuu reaktioita, joiden vaikutuksena ihminen

menettää ruokahalunsa. (Genetic identification of neural circuit that suppresses appetite 2013.)

Eläinkokeissa tutkijat käyttivät laboratoriohiiriin geenitekniikoita ja viruksia, joiden avulla he esittelivät valolla aktivoituvien proteiinien vaikutuksia CGRP -neuroneihin. Aktivointi sai nämä neuronit kiihottumaan ja lähettämään kemiallisia signaaleja muille osioille aivoissa. Tutkimuksessa tutkijat aktivoivat CGRP- neuronit laservalolla, jolloin nälkäiset hiiret menettivät ruokahalunsa ja kävelivät pois nestemäisen ravinnon luota, kun taas laservalon sammuttamisen jälkeen hiiret palasivat nestemäisen ravinnon luo ja jatkoivat sen juomista. Tulokset osoittivat että, CGRP- neuronien aktivoinnilla voidaan säädellä ruokahalua. Käyttämällä samanlaista lähestymistapaa huomattiin, kuinka neuronien avulla pystyttiin edistämään niiden hiirten ruokahalua, jotka eivät olleet kovin nälkäisiä. Tutkijat toivovat, että voisivat tunnistaa aivoista kokonaisen hermopiirin, joka säätelee elimistön ruokahalua ja ruokinta käyttäytymistä. Useiden täydellisesti tunnistettujen hermopiirien avulla tutkijat voivat mahdollisesti suunnitella hoitoja, jotka edistävät tai vähentävät ruokahalua. (Genetic identification of neural circuit that suppresses appetite 2013.)

5 RUOKAILUUN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Ruoan aistittava laatu vaikuttaa ruoan valintaan sekä syötävän ruoan määrään. Aistittavaan laatuun vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi ruoan värikkyyys, tuoksu, rakenne, lämpötila sekä maku . Niiden lisäksi kylläisyyden-, nälän- ja janontunne, ruokahalu sekä mieliala ohjaavat syömistä. Ruokailua edistäviä tekijöitä vanhainkodissa asuvalle vanhukselle ovat mahdollisuus vaikuttaa syötävän ruoan määrään, ruokalajeihin ja ruokailutilan valintaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 46.)

Keväällä 2011 tanskalaisen Hvidovre Hospital -sairaalan ravintokeskus otti ensimmäisenä käyttöön ala carte- ateriat kaikille potilailleen. Sairaalassa oli aiemmin ollut käytössä aikuisille suunnattu ruokalista, mutta toukokuussa 2011 sairaalan ravintokeskus julkaisi myös lapsille suunnatun ruokalistan. Keittiöpäällikkö Palle Erbs uskoo, että ruoalla on iso merkitys hyvinvoinnissamme. Erbsin mukaan sairaalan ravintokeskuksen ala carte -lista lisää potilaiden valinnan vapautta ja mahdollistaa heidän toiveiden-

sa täyttämistä. Tanskassa ainoastaan Hvidove Hospital -sairaalan potilaat ovat voineet tilata vuoteensa vieressä olevalla puhelimella ruokaa sairaalan keittiöstä. Ala carte aterioiden valmistaminen Hvidove Hospitalissa on jatkunut vuodesta 2006. Idea on alkujaan peräisin Yhdysvalloista. (Mielihyvää sairaalaruosta 2013, 13.)

5.1 Ruokailun toteutus osastolla

Ruoka ja ruokailutilanne ovat parhaimmillaan, kun ne tyydyttävät ikääntyneen ihmisen ravinnontarpeen sekä tuottavat psyykkistä ja sosiaalista mielihyvää. Ruokailutilanteet ovatkin vanhuksille usein päivän kohokohtia. Suomalaiseen ruokakulttuuriin kuuluvien ruokien ja tuttujen ruokalajien avulla ruokailutilanteeseen voidaan luoda turvallisuuden tunnetta. Samalla voidaan muistella aikaisemmin elämässä tapahtuneita asioita ja aktivoida vanhusta luontevaan keskusteluun ruokailun lomassa. (Lyyra yms. 2007,197.)

Vanhainkodin osastolla toteutettavassa ruokailutilanteessa tulisi ottaa huomioon monia ruokailijan viihtyvyyteen vaikuttavia tekijöitä. Ruokailuun osallistuvan hoitohenkilökunnan tulisi tarjota vanhukselle mahdollisuuden ruokailla joko osaston ruokailutilassa tai omassa huoneessaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b.)

Liikkumiskykyisille potilaille tulisi järjestää mahdollisuus ruokailla pöydän vieressä. Vuodepotilaiden ruokailutilanne tulisi järjestää mahdollisimman mukavaksi niin, että potilas autetaan sellaiseen asentoon, jossa hänen on helppo syödä. (Louheranta 2006, 66.)

Ruokailutilan tuulettaminen sekä elektroniikkalaitteitten, kuten television ja radion sulkeminen tulisi suorittaa ennen ruokailua. Henkilökunta avustaa tarvittaessa vanhus-ten käsien puhdistuksessa. Keskitetyissä ruoanjakeluissa hoitaja asettaa ruokatarjottimen asiakkaan eteen poistaen samalla kannen lautasen päältä. Hajautetussa ruoanjakelussa hoitaja annostelee ruoan kauniisti annoskoon mukaisesti lautaselle ja vie lautasen asiakkaan eteen. Hyvien tapojen mukaisesti hoitaja myös kertoo potilaalle ruokailun alkaessa mitä on tänään ruoaksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 52.)

Ruokailun aikana tulisi välttää hoitotoimenpiteitä ja turhia ovenavauksia, jotta ruokailu säilyisi mahdollisimman rauhallisena. Ruokailuun ja potilaiden syöttämiseen varataan riittävästi aikaa. Ruokailun lopuksi henkilökunta huolehtii siitä, että ruokailuympäristö on miellyttävä ja siisti. (Louheranta 2006, 42 - 66.)

Monet vanhainkodissa asuvat vanhuksset eivät välttämättä suoriudu ruokailusta itsenäisesti, jolloin hoitohenkilökunnalla tulisi olla riittävästi resursseja avustaa kaikkia apua tarvitsevia vanhuksia ruokailussa. Mahdollisuuksien mukaan vanhuksia tulisi kuitenkin tukea itsenäiseen ruokailemiseen esimerkiksi ruokailua helpottavien apuvälineiden avulla. Dementiaa sairastavilla henkilöillä sairaus voi esimerkiksi vaikeuttaa ruoan hahmottamista, jolloin ruokailutilannetta voidaan helpottaa sopivilla apuvälineillä ja kattauksella. Esimerkiksi valkoinen lautanen vaalealla pöydällä ei sovellu dementiaa sairastavan henkilön ruokailuun. (Lyyra yms. 2007, 198.)

Tavoitteena on, että potilas syö itse. On kuitenkin potilaita, jotka tarvitsevat apua syömisessä tai joita on syötettävä. Syöttäminen tapahtuu rauhallisesti ja potilaan ruokahalun mukaisesti. Syöttäessään hoitajan tulisi istua niin, että katsekontakti potilaaseen on hyvä. Syöttämisen avustus voi tapahtua esimerkiksi niin, että sekä potilaalla että hoitajalla on haarukka tai lusikka, jota he vuorotellen käyttävät. Kiireetön ja miellyttävä ruokailutilanne parantaa ruokahalua ja vähentää ruoan mahdollisuutta joutua henkitorveen. (Louheranta 2006, 42.)

Suomisen mukaan vanhusten ruokatottumukset ovat hyvin yksilöllisiä. Niihin vaikuttavat vuosien varrella syntyneet mieltymykset, perinteet, sosiaaliset tekijät, kuten esimerkiksi asenteet, nykyinen elämäntilanne sekä varallisuus. ”Osa ikääntyneistä on hyvinkin kiinnostuneita ruoasta ja ravitsemuksesta. Suurin osa heistä tiedostaa kasvis-ten, hedelmien ja marjojen tärkeyden ruokavalion osana.” Mahdollisten sairauksien ja biologisen vanhenemisen myötä tulleet fyysiset ja psyykkiset muutokset vaikuttavat myös omalta osaltaan vanhusten ruokatottumuksiin. (Suominen 2008, 18.)

6 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TOTEUTUS

6.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan asioita ihmisläheisesti ja pohditaan niiden sosiaalista merkitystä, kuten esimerkiksi kuinka yksittäinen henkilö kokee tai käsittää tutkittavan aiheen (Vilka 2005, 97).

Tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, jossa aineisto kootaan luonnollisista ja todellisista tilanteista. Laadullisessa tutkimuksessa ei niinkään pyritä testaamaan teoriaa tai olettamusta eli hypoteesia, vaan löytämään odottamattomia käännteitä ja yksityiskohtia esimerkiksi haastatteluiden tai havainnoinnin avulla. (Hirsjärvi yms. 2000, 160.)

Laadullisessa tutkimuksessa on tyypillistä, että tutkija kuvaa kirjoittaessaan aiheen kontekstia eli sen asiayhteyttä ja kertoo millaisiin yleisiin yhteyksiin tutkittava asia liittyy. Tämän jälkeen tutkija kuvaa intentioita eli aiheeseen liittyviä tavoitteita, motiiveja ja tarkoituksellisuutta. Lopulta tutkija siirtyy prosessiin, jonka aikana toteutuu aineiston keruu ja varsinainen aiheen käsittely ja pohdinta. Tämän prosessin pituus riippuu tutkimusaikataulusta, joka vaikuttaa myös siihen, kuinka syvälle tutkittavassa aiheessa tutkijan on mahdollista päästä. (Vilka 2005,99.)

6.2 Teemahaastattelut

Teemahaastattelu, jota myös kutsutaan puolistrukturoiduksi haastatteluksi, on usein laadullisissa tutkimuksissa käytetty menetelmä. Haastattelun tulisi lisätä tutkittavien ymmärrystä asiasta sekä vaikuttaa myönteisesti ajattelu- ja toimintatapoihin. Haastateltavalla on haastattelussa enemmän mahdollisuuksia tulkita kysymyksiä, jolloin se on menetelmänä joustavampi ja se sallii myös täsmennyksiä haastateltavan vastauksiin. (Hirsjärvi yms. 1995,15.)

Teemahaastattelut toteutettiin Johannisbergin vanhainkodin hoitohenkilökunnalle sekä ruokapalveluesimiehelle. Ennen teemahaastattelujen järjestämistä kaikille osastoille lähetettiin sähköisesti ilmoitus (Liite 1), jossa kerrottiin lyhyesti opinnäytetyön aihees-

ta. Ilmoituksessa pyydettiin halukkaita hoitohenkilökunnan jäseniä ilmoittautumaan haastateltaviksi mahdollisimman pian. Ilmoittautumisaikaa oli kaksi viikkoa.

Teemahaastatteluihin (Liite 2) ilmoittautui yhteensä neljä hoitajaa, kahdelta eri osastolta. Hoitajien lisäksi haastateltiin myös ruokapalveluesimiestä. Yhdessä teemahaastattelussa haastateltavia oli kaksi, sillä erillistä haastattelu-aikaa ei olisi saatu tässä tapauksessa järjestettyä. Haastatteluja tehtiin yhteensä neljä ja niiden kesto vaihteli puolesta tunnista reiluun tuntiin. Haastattelussa käytettiin apuvälineenä nauhuria, jotta aineiston kirjaaminen ei veisi haastattelulta turhaan aikaa. Haastatteluiden jälkeen tallenteet purettiin tekstiksi, jonka jälkeen teksti analysoitiin tietokoneella. Analysoinnissa käytettiin apuna MaxQda-ohjelmaa.

6.3 Havainnointi

Havainnointia voidaan käyttää tarkkailtaessa sekä käyttäytymistä että kielellisiä ilmaisuja. Tapahtumat ovat havainnoitaessa ainutkertaisia, mikä tarkoittaa, että ellei havainnoinnissa käytetä apuna esimerkiksi videokameroita, niin tapahtumatulva voi olla niin suuri, että eri piirteiden kirjaaminen ylös voi olla hankalaa. (Hirsjärvi yms. 1995,18.)

Havainnointi toteutettiin Porvoon Johannisbergin vanhainkodissa, Poppeli I:sen osastolla lounasruokailun aikana. Havainnointi toteutettiin viitenä erillisenä arkipäivänä, jolloin aikataulussa jätettiin tarkoituksella tilaa työn reflektoinnille. Havainnoijalla ei ollut aikaisempaa kokemusta hoitotyöstä ja siihen liittyvistä käytännön asioista, joten hän pystyi suhtautumaan tilanteeseen täysin ennakkoluulottomasti ja neutraalisti. Havainnoinnissa tarkkailtiin ruokailun järjestämistä ja sen toteutumista osaston ruokasalissa sekä muissa lähellä olevissa yleisissä tiloissa, kuten osaston aulatilassa ja käytävillä.

Havainnointi ei kohdistunut vanhainkodin asukkaisiin, sillä siihen olisi tarvinnut pyytää omaisilta erillinen lupa. Luvananomisprosessi vaikutti hyvin monimutkaiselta ja aikaa vievältä, joten siitä päätettiin luopua aikataulullisista syistä. Havainnointi toteutettiin vanhainkodin johtajan suostumuksella ja sen yhteydessä ei käytetty muita apu-

välineitä kuin muistiinpanovälineet sekä ääninauhuri, jolle havainnoitsija purki havainnoinnin jälkeen muistikuviaan havainnointitilanteesta.

7 TULOKSET

7.1 Teemahaastatteluiden tulokset

7.1.1 Elämä vanhainkodissa

Vanhainkodin hoitohenkilökunta kuvaa elämä vanhainkodissa leppoisaksi ja rauhalliseksi. Päivärytmiin kuuluu aamutoimien jälkeen ulkoilua, viriketoimintaa, oleskelua ja ruokailua, joka järjestetään viidesti päivän aikana. Hoitohenkilökunta pyrkii pitämään vanhainkodissa kiinni kodinomaisesta tunnelmasta.

”Vanhainkodissa elämä on tietenkin leppoisaa ja rauhallista, eikä oo semmosta kiirettä kuin mitä työelämässä viel on... ”

”Se on arkista elämää tai siihen ainakin pyritään, että ihminen voi elää niin kuin se olisi kotona... mutta sitten kun on noita puutteita siinä omassa pärjäämisessä... Sittenhän se muiden auttaminen (henkilökunnan tuoma apu) tulee siihen rinnalle, kun kotona ei enää oikein pärjää itse.”

Päivittäiset työvaiheet ovat etukäteen suunniteltuja, joten ylimääräistä kiireen tuntua ei myöskään pääse syntymään, ellei oteta huomioon joitakin poikkeustapauksia, kuten esimerkiksi sairaskohtauksia. Vanhainkodin asukkaat ovat suurelta osin muistisairaita ja heikkokuntoisia, joten he tarvitsevat paljon yksilöllistä apua päivittäisissä rutiineissa, kuten syömisessä ja hygienian hoidossa sekä liikkumisessa.

7.1.2 Asukkaiden yleiskunto

Teemahaastatteluissa kysyttiin vanhainkodin hoitohenkilökunnalta asukkaiden yleiskunnosta ja omatoimisuudesta. Kaikissa teemahaastatteluissa kävi ilmi, että kaikki vanhainkodin asukkaat tarvitsevat päivittäin kuntonsa mukaan enemmän tai vähem-

män hoitajien apua. Hoitajan apua tarvitaan usein päivittäisissä rutiineissa, kuten esimerkiksi ylösnousemisessa, pukeutumisessa, hygienian huollossa, liikkumisessa sekä ruokailussa. Hoitohenkilökunnan mukaan asukkaiden yleiskunto vaihtelee hyvin paljon ja määräytyy henkilökohtaisesti.

”Se riippuu kyllä ihan vanhuksesta. Meillä on siis nyt ihan laidasta laitaa. Mä nyt tietysti puhun vaan omasta osastosta, mutta uskoisin että joka osastolla on vähän samanlainen tilanne. Mut meillä on myös esimerkiksi ihan niin kuin ennen vanhaan sanottiin vuodeasukkaita”

”Kyllä meillä oikeastaan kaikki on sellaisia, jotka nousee ylös sängystä ja näin. Et ei he ole ihan puhtaasti vuodeasukkaita, mutta täysin autettavia kuitenkin osa heistä. Osa pärjää itse. Pystyy esimerkiksi syömään itse ja jonkun verran peseytymään ja huolehtimaan hygienian hoidosta. Mutta kaikkea siltä väliltä löytyy.”

”Pieni osa asukkaista on vuodepotilaita ja sit suurin osa on semmoisia, jotka tarvitsee apua vuoteesta pyörätuoliin siirtymisessä ja sitten he kävelee ihan pieniä matkoja yhden tai kahden hoitajan kanssa. Et he tarvii apua niinku siinä kävelytilanteessa.”

Vanhainkodin hoitohenkilökunnan mukaan suurimmalla osalla asukkaista on jonkin asteinen muistisairaus, jonka vaikutukset näkyvät muun muassa avun tarvitsemisena.

”Meillähän on oikeastaan kaikki vanhuksset tosi iäkkäitä ja tosi monet on monisairaita ja monella on jonkin asteinen muistisairaus, mikä vaikuttaa aika paljon sitte siihen elämään...”

”Aika monella on jonkun näköinen muistisairaus... Et en nyt muista prosentteja, mutta lähes kaikilla. Että kyllä he on tulleet tänne sen takia, että kun he eivät enää kotona pärjää et se muisti on mennyt niin huonoksi. ”

Hoitohenkilökunta kertoo seuraavansa jatkuvasti jokaisen asukkaan kuntoa ja vointia, jonka mukaan he auttavat asukkaita liikkumaan ja ulkoilemaan.

”Eli me kävelytetään aina voinnin ja jaksamisen mukaan. Eli jos jaksaminen on tänään ihan pieni matka, niin sitten me kävelytetään ne pienet matkat, ja sitten jos enemmän jaksaa niin autetaan ja kävelytetään... ja jos on vielä ihan omatoimisesti kävelevä niin sitten kannustetaan siinä liikkumisessa.”

Henkilökunta kertoo myös, että nykyisessä tilanteessa olisi aina parantamisen varaa.

”Totta kai olis parempi mitä enemmän saisi vanhuksia liikkumaan, että jos olis enemmän henkilökuntaa, joilla olis vielä enemmän aikaa tehdä sitä... Että totta kai sekin vois vielä monen kohdalla parantaa tilannetta.”

”No nyt ei oo ketään oikeestaan, joka ihan itsenäisesti ulkoilis. Että kaikki tarttee vähän saattajaa ja opastajaa.”

Vanhainkodin osastolla käy viikoittain kuntohoitaja, jonka tehtävänä on aktivoida vanhuksia liikkumaan.

”Meil on talossa kuntohoitaja, hän käy mejän osastolla kahtena päivänä viikossa pitämässä ryhmäjumppaa ja sitten hän ihan henkilökohtaisesti kävelyttää ja jumppaa näitä asukkaita.”

7.1.3 Asukkaiden sosiaalisuus

Teemahaastatteluissa kysyttiin, miten asukkaat pystyvät toimimaan sosiaalisissa tilanteissa. Hoitohenkilökunnan mukaan suurimmalla osalla asukkaista sosiaalinen kanssakäyminen on vähentynyt muistisairauksien takia, mutta jonkun asteista sosiaalisuutta saattaa vielä löytyä.

”No suurimmalla osalla on just näiden muistisairauksien takia sosiaalinen kanssakäyminen vähentynyt, eikä heillä enää löydy sitä sosiaalista aloitteellisuutta. Et siinä pitää sit aina olla joku toinen joka aloittelee ja ylläpitää keskustelua.”

”Vaikka heidän kanssaan pystyy keskustelemaan, niin ei se keskustelu oo aina välttämättä ihan järkevää. Pääasia, että kuitenkin pystyy jotakin heidän kanssaan juttelemaan.”

Hoitajien mukaan myös persoonallisuus voi vaikuttaa asiakkaiden sosiaalisuuteensa.

”Se vähän riippuu persoonasta.”

”Tokihan me päivittäin jutellaan ja sitten on muutamia vanhuksia, jotka tulee juttuun keskenään...että kyllä se on varmaan omasta persoonastakin kiinni... että toiset viihtyy hyvin muitten seurassa ja osa haluaa olla enemmän omassa rauhassa ja on tarkat omat jutut.”

Osastoilla käy hoitajien mukaan vaihtelevasti asukkaiden omaisia vierailemassa.

”Osalla käy omaisia lähes päivittäin. Osalla käy kerran vuodessa, kuten äitienpäivänä. Joillakin heistä voi olla, ettei käy ketään.”

”Melkein kaikilla asukkailla on kuitenkin omaiset, jotka käyvät täällä. Lapsenlapset ovat monille tosi tärkeitä. Ja tietenkin myös omat lapset, muut sukulaiset ja ystävät.”

Hoitajien mukaan osastolla vierailevat asukkaiden omaisten lisäksi myös vapaaehtoistyöntekijät.

”Ja sitten on tämmöisiä... Suomen Punaisen Ristin tai seurakunnan ystäväpalveluiksi, jotka käy sitten juttelemassa säännöllisesti vanhusten kanssa.”

”Ja pappikin käy silloin tällöin juttelemassa... ja tokihan me sitten päivittäin jutellaan asukkaiden kanssa.”

7.1.4 Ruokailun järjestäminen keskitettynä ruoanjakeluna

Nykyisin vanhainkodissa asuvien vanhusten ruokailu tapahtuu keskitettynä ruoanjakeluna, joka toimii keittiö- ja hoitohenkilökunnan yhteistyöllä. Keskitetyssä ruoanjake-

lussa ateriakokonaisuus kootaan tarjottimille keittiön jakohihnalla, kun taas hajaute-
tussa ruoanjakelussa ruoka pakataan GN-astioihin, jotka kuljetetaan esimerkiksi läm-
pölaatikoissa erilliseen palveluysikköön. (Jokinen 2012.)

Vanhainkodin keittiössä valmistetaan talon asukkaille päivittäin viisi ateriaa, jotka
ovat aamiainen, lounas, iltapäiväkahvi, päivällinen ja iltapala. Keittiöstä lähetetään
arkisin lounasruokaa hajautetusti neljään palveluysikköön. Keittiöstä lähetetään arki-
sin keskimäärin 290 ateriapalveluannosta vanhuksille koteihin. Viikonloppuisin ate-
riapalveluannoksia lähetetään keskimäärin 255 kpl. (Jokinen 2012.)

Ruokailun järjestäminen alkaa keittiö- ja hoitohenkilökunnan yhteistyöllä, jolloin ar-
vioidaan jokaisen asukkaan hoitosuunnitelman mukaan millainen ruoka hänelle sopisi
parhaiten. Ruokalistat suunnitellaan asukkaiden toiveiden ja tarpeiden mukaan, jonka
jälkeen ne otetaan käyttöön. Hoitohenkilökunta välittää asukkaiden antamaan palau-
tetta ruokalistasta ja sen ruoista keittiölle, jolloin ruokalistaa voidaan muokata ja ke-
hittää paremmin vanhuksille sopivaksi. (Jokinen 2012.)

Keittiössä aamiaispuuron, lounaan ja päivällisen jako tapahtuu keskitetysti, jolloin
ruoka-annokset jaetaan lautasille, jotka kulkevat tarjottimella jakohihnaa pitkin. Jako-
hihnan alkupäässä oleva työntekijä asettaa tarjottimelle lasin, servietin ja ruokailuväli-
neet, jonka jälkeen tarjotin lasketaan jakohihnalle. Tarjotin kulkee eteenpäin hihnalla
samalla, kun muut työntekijät annostelevat pääruoan ja sen lisäkkeet. Jakohihnan lop-
pupäässä oleva henkilö nostaa tarjottimen ruokavaunun sisällä oleville hyllyille ja
sulkee ruokavaunun oven, jonka jälkeen ruokavaunu työnnetään käytävälle. Hoitajat
ottavat ruokavaunun käytävällä vastaan ja lähtevät työntämään sitä osastolle. Ruoka-
vaunut kuljetetaan osastoille hissien kautta. (Jokinen 2012.)

Hoitohenkilökunta on tärkeässä asemassa palautteen antamisen kannalta. Palautetta
tulisi kysyä säännöllisesti asukkailta ja huolehtia palautteen välittämisestä keittiölle.
Ruokalistaa ja muita ruokailuun liittyviä asioita voidaan palautteen antamisen avulla
kehittää jatkossakin. (Jokinen 2012.)

7.2 Havainnoinnin tulokset

Vanhainkodin osastolla ruokailu tapahtuu osaston päiväsalissa, joka toimii myös ruokasalina. Aluksi hoitajat rupeavat hyvissä ajoin auttamaan asukkaita siirtymään ruokasaliin, jossa asukkaat ohjataan istumaan ja heille laitetaan kertakäyttöiset ruokalaput. Seuraavaksi yksi hoitaja lähtee hakemaan alakerrassa sijaitsevasta suurkeittiöstä työnnettäviä ruokavaunuja, jonka sisällä on tarjottimia, joille keittiön työntekijät ovat annostelleet asukkaiden ruoat. Annostelu tapahtuu keittiössä keskitettynä ruoanjakeluna, jossa tarjottimet kulkevat ruoanjakohinnalla ja keittiötyöntekijät jakavat ruokannokset lautasille isoista GN (Gastronorm -mitoitetuista) -astioista (Mäyry, 2010,14.) asukaskorttien tietojen mukaan, joissa käy ilmi annoskoot, ruoan rakenne ja erityisruokavaliot.

Hoitohenkilökunnan puolelta ruokailun esivalmistelu alkaa jo ennen, kuin ruokavaunuja lähdetään noutamaan alakerrasta. Ennen ruokailun alkua hoitajat valmistautuvat ruoanjakotilanteeseen ottamalla jääkaapista erilliselle kärrylle maidot, piimät, päivän salaatin, sosemaisena salaatin, salaatinkastikkeen sekä sosemaisena leivän. Tavalliset, soseuttamattomat leivät tulevat aina keittiöltä valmiiksi voideltuina. Tämä nopeuttaa ruoan jakoa asukkaille, jolloin hoitajilla jää enemmän aikaa syöttää asukkaita. Kärrylle laitetaan myös syöttämistä helpottavia apuvälineitä, kuten pikkulusikoita, juomalaseja, muovimukeja sekä nokkamukeja. Tämän jälkeen kärry työnnetään osaston aulaan ja sen päälle asetetaan tarjotin, jossa on asukkaiden lääkkeitä.

Hoitohenkilökunta vaikuttaa mukavalta ja yhteistyökykyiseltä. Kansainvälisyys näkyy myös tämän osaston hoitohenkilökunnassa, sillä muutaman työntekijän puheessa saattaa kuulla ulkomaalaista aksenttia. Osaston aulaan on näkyvillä viikon ruokalista sekä suomeksi että ruotsiksi. Hoitajat tarkistavat ruokalistalta päivän ruoan samalla, kun he hierovat käsiinsä desinfiointiainetta. Ruokalistalla näkyy kaikki päivän ateriat aamupalasta iltapalaan.

Ruokavaunut saapuvat kolisten hissistä ja hoitajat työntävät ne keskelle aulaa. Ruokavaunujen sivussa on tarjotinpidike, joka nostetaan ylös. Tarjotinpidike toimii ruoanjakossa tärkeänä lisätasona. Ruokavaunujen ovi avataan vetämällä sitä oikealle, jolloin ovi liukuu vaunun sisään. Vaunun sisällä on hyllyrivejä, joihin on työnnetty tarjottimia. Asukkaiden tiedot löytyvät korteista, jotka on asetettu tarjottimen päädyssä olevaan korttipidikkeeseen. Tarjottimilta löytyvät korttien ja pidikkeiden lisäksi keittiös-

sä valmiiksi jaetut lounaan ruoka-annokset, lasit, välineet sekä jälkiruoat. Ruoka-annokset ovat suojattu muovisilla kuvuilla.

Hoitajat asettuvat jonoon ja ottavat kukin vuorollaan vaunuista yhden tarjottimen. Tarjotin nostetaan vaunun sivussa olevalle tarjotinpidikkeelle, jonka jälkeen ruoka-annosten päällä olevat kuvut nostetaan pois ja asetetaan siistiin pinoon vaunujen katolle. Ruoanjaosta vastaa yleensä kaksi hoitajaa. Toinen jakaa annoksiin asukaskortin mukaan asukkaalle parhaiten sopivat lisäkkeet, kuten salaatin, salaatinkastikkeen, sosealaatin tai soseleivän. Toinen hoitajista ojentaa kertakäyttöisen lääkekupin ja kaataa juomat laseihin, mukeihin tai nokkamukeihin. Muut hoitajat ottavat itse pihdeillä kärryn päällä olevasta GN-astiasta valmiiksi voidellut leipäviipaleet. Hoitajat vievät ensin ruoka-annokset asukkaille, jotka pystyvät syömään ruokansa ilman avusta. Suuri osa asukkaista tarvitsee kuitenkin apua ruokailussa, jolloin hoitajat syöttävät heitä asukkaan omaan tahtiin. Joitakin asukkaita muistutetaan silloin tällöin syömisestä, jos heidän ajatuksensa näyttävät karkailevan pois ruokailutilanteesta.

Ruokasali on rauhallinen ympäristö, joka on sisustettu kodinomaisesti. Hoitajat silloin tällöin hoitajat saattavat viritellä pientä keskustelua asukkaiden tai toistensa kanssa. Ruokailu vaikuttaa hyvin rauhalliselta ruokasalissa ja sen aikana paikalla ei käy ulkopuolisia vieraita tai lääkäreitä. Asukkaiden lääkkeet jaetaan ruokailun yhteydessä ja ne otetaan joko ruokailun aluksi tai lopuksi. Kun hoitajat ovat syöttäneet asukkaan, he irrottavat asukkaalta kertakäyttöisen ruokalapun ja vievät tarjottimen takaisin ruokavaunuun. Ruokailu kestää noin tunnin, jonka jälkeen ruokavaunut palautetaan keittiöön tiskattaviksi. Aamiainen ja päivällinen järjestetään osastolla samalla tavalla kuin lounasruokailu. Iltapala lähetetään osastolle erillisissä GN -astioista päivällisaikaan ruokavaunujen yhteydessä.

Havainnoinnin aikana ruokailutilanne vanhainkodin osastolla vaikutti hyvin rauhalliselta ja kodinomaiselta. Osaston henkilökunta huolehti hyvin tarkasti ruokailun valmisteluun liittyvistä asioista. Asukkaat talutettiin ruokailutilaan riittävän ajoissa. Jokaiselle löytyi sopiva ruokailupaikka. Osa asukkaista istui pyörätuolissa, jotka oli aseteltu niin, että asukas pystyi ruokaillessaan näkemään viihtyisän ruokailutilan ja muut ruokailijat. Ruokavaunujen saapuessa osastolle kaikki hoitajat odottavat valmiina osaston aulassa, jotta ruokailu voitaisiin aloittaa välittömästi, eikä ruoka näin ollen

pääsisi jäähtymään liikaa. Hoitajat käyttivät huonokuntoisia asukkaita ruokkiessaan apupöytiä ja satulatuoleja. Kaikille asukkaille puettiin kertakäyttöinen ruokalappu.

Ruokailun aikana elektroniikkalaitteet, kuten televisio ja radio pidettiin suljettuna ja ne avattiin vasta ruokailun jälkeen. Osaston ruokailutilassa ei havaittu ulkopuolisia vierailijoita tai muuta ylimääräistä liikehdintää, kuten ovien avaamisia tai turhaa tilan läpi kulkemista. Moni vanhainkodin asukas tarvitsi apua ruokailussa.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Suomisen (2008) mukaan ”Ikääntymisessä nopeasti tapahtuvat muutokset, johtuvat usein monista sairauksista. Uusien sairauksien löytäminen tai toimintakyvyn äkilliseen laskuun nopea ja tehokas reagoiminen on tärkeää, jotta muutokset eivät jäisi pysyviksi. Toimintakyvyn ylläpitäminen vähentää riskiä sairastua pitkäaikaisiin sairauksiin.” (Suominen 2008, 8.)

Tutkimuksen aikana teemahaastatteluissa kävi ilmi, että suuri osa vanhainkodin asukkaista tarvitsi apua liikkumiseen, eikä mahdollisuutta itsenäiselle liikkumiselle enää ollut. Suurella osalla vanhainkodin asukkaista oli myös jonkin asteinen muistisairaus, joka rajoittaa heidän liikkumistaan ja itsenäistä kykyä selviytyä arkipäivän askareista.

Lyyran mukaan monet vanhainkodissa asuvat vanhukset eivät välttämättä suoriudu ruokailusta itsenäisesti, jolloin hoitohenkilökunnalla tulisi olla riittävästi resursseja avustaa kaikkia apua tarvitsevia vanhuksia ruokailussa. Mahdollisuuksien mukaan vanhuksia tulisi kuitenkin tukea itsenäiseen ruokailemiseen esimerkiksi ruokailua helpottavien apuvälineiden avulla. (Lyyra yms. 2007, 198.)

Tutkimuskohteessa suurin osa asukkaista tarvitsi myös apua syömisessä. Apua tarvitsevien asukkaiden avustukseen ja syöttämiseen meni paljon aikaa hoitohenkilökunnalta paljon aikaa ja resursseja, jolloin riskinä oli se, että lautasella oleva ruoka ehtii jäähtyä. Ruoan tulisi olla syötettäessä sopivan lämpöistä, ei liian kuumaa, eikä myöskään liian kylmää.

Vanhainkodin osastolla voitaisiin ruokailun aikana käyttää myös vaihtoehtoisia apuvälineitä (Liite 6). Syöttämiseen voisi joiden purentavaikeuksista kärsivien asukkaiden kohdalla soveltua paremmin muoviset lusikat, jolloin suutuntuma olisi automaattisesti miellyttävämpi. Ruokailussa käytetyt kertakäyttöiset ruokalaput olivat varsin hygieeniset, mutta toisaalta ne vähensivät ruokailun kodinomaista tunnelmaa. Värikkäillä ruokailuesiliinoilla saataisiin enemmän kodinomaista tunnelmaa ja ne voitaisiin pestä pyykinpesukoneessa 60°C:n lämpötilassa.

Ongelmaan yhtenä ratkaisuna voisi olla lautaset, jotka pitäisivät lämmön sisällään termostaattisesti. Lapsille, jotka opettelevat syömään on tarjolla monenlaisia apuvälineitä, joista yksi on kuumalla vedellä täytettävä muovilautanen, joka pitää ruoan lämpimänä. Toinen ratkaisu ruoan jäähtymisen estämiseen voisi olla ruokalautasten alle laitettavat lämpöalustat. Näiden kahden ratkaisun toteuttaminen vaatisi kuitenkin uusien välineiden hankintaa, joka taas lisäisi paljon kustannuksia.

Työn ergonomian kannalta hoitajien olisi hyvä muistaa käyttää ergonomisia istuimia, kuten satulatuoleja, joita oli ainakin yksi käytettävissä. Hyvään ryhtiin ja selän asentoon voi joka tapauksessa kiinnittää huomiota syöttämisen aikana. Käsien hygieniassa on muistettava myös pestä kädet kunnolla vedellä ja saippualla, sillä pelkkä käsien desinfiointi ei riitä.

Lääkkeiden antamista ruokailun yhteydessä tulisi miettiä, sillä jotkut lääkkeet saattavat vaikuttaa ruokahaluun, jolloin ne kannattaisi antaa vasta ruokailun lopussa tai sen jälkeen. Ruokailu on sosiaalinen tapahtuma, jolloin asukkaiden kanssa olisi hyvä viritellä pientä virkistävää keskustelua. Keskustelun äänen voimakkuuden ei tulisi kuitenkaan nousta liian korkeaksi, jottei ruokailutilanteesta tulisi sekavaa. Samalla on huomioitava asukkaan keskittymiskyky, jolloin keskustelu voi kulkea syöttämisen ohella häiritsemättä itse asukkaan ruokailua. Ruokailun alussa on tärkeää kertoa asukkaalle mitä ruokaa tänään on tarjolla.

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan julkaisemassa teoksessa kuvataan käytännön läheisesti keskitetyn ja hajautetun ruoanjakelun eroavaisuuksista. Keskitetyissä ruoanjakeluissa hoitaja asettaa ruokatarjottimen asiakkaan eteen poistaen samalla kannen lautasen päältä. Hajautetussa ruoanjakelussa hoitaja annostelee ruoan kauniisti annos-

koon mukaisesti lautaselle ja vie lautasen asiakkaan eteen. Hyvien tapojen mukaisesti hoitaja myös kertoo potilaalle ruokailun alkaessa mitä on tänään ruoaksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 52.)

Kehittämissuhteena tutkimuskohteessa työskenteleville hoito- ja ravitsemusalan ihmisille olisi ruoanjakoprosessin lyhentäminen, jolloin vanhainkodin asukkaille tarjottava ruoka voitaisiin jakaa osastolla. Ruoanjako tapahtuisi silloin hajautettuna ruoanjakeluna. Tällöin ruoan kuljettamisessa tapahtuvaa lämpöhäviötä ei tapahtuisi ja ruoka voitaisiin annostella suoraan asukkaille. Nykyisessä toimintamallissa sekä osastolla ja keittiössä valmistaudutaan ruoan jakoprosessiin hyvin ja ennakoivasti. Ruoan jäähtymistä pyritään nykyisin vähentämään mm. annosten päälle laitettavilla kuuilla, ajoituksella ja esivalmisteluilla. Siitä huolimatta ruoan matka keittiön ovelta asukkaan suuhun on liian pitkä, jolloin ruoan nautittavuudesta joudutaan tinkimään.

Muutostyöhön olisi varattava tarpeeksi aikaa ja resursseja, sillä toiminnan suunnittelussa on huomioitava monia osatekijöitä. Mikäli ruoanjakaminen siirrettäisiin osastolle, niin toiminnan tulisi olla samalla tavoin hyvin suunniteltua ja esivalmisteltua. Ruoanjakaminen osastolla lisäisi elämyksellisyyttä asukkaiden ruokailussa, sillä ruoan tuoksu ja kodinomainen tunnelma tulisivat silloin nykyistä paremmin esille. Tämän ratkaisun avulla myös ruoka-annosten koot voitaisiin määrittellä asukkaan silloisen olon ja jaksamisen mukaan.

Toimintaprosessissa tärkeitä kohtia ovat tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus, kustannustehokkuus, palvelujen oikea-aikaisuus ja saatavuus, yksilöllinen ja yhtenäinen hoito potilaan kannalta sekä tehokas tiedonkulkua eri osastojen ja ammattiryhmien välillä. Ravitsemushoidon tuloksia voidaan nähdä vanhusten asiakastyytyväisyydessä, kokeneessa elämänlaadussa, elintapamuutoksissa, yleisessä hyvinvoinnissa, itsenäisen toimintakyvyn säilymisessä, kehon koostumuksessa, painonkehityksessä, laboratorio- mittauksissa sekä asiakkaan ravitsemustietoisuudessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 22.) Tutkimuskohteessa voitaisiin miettiä, kuinka hoitohenkilökunnan ja ravitsemuspuolen työntekijöiden välistä yhteistyötä ja tiedonkulkua voitaisiin lisätä.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön kirjoittaminen oli prosessina sekä haastava että mielenkiintoinen.

Aluksi tutkimusaiheen rajaamisessa oli hankaluuksia, koska ikääntymistä ja vanhusten ravitsemukseen sekä ravitsemushoitoon liittyvistä asioista löytyi erittäin paljon tietoa monista eritasoisista lähteistä.

Teemahaastattelun ja havainnoinnin valitseminen opinnäytetyön tutkimusmenetelmiksi antoi hyvän kokonaiskuvan ruokailun järjestämisestä kyseisessä vanhainkodissa.

Teemahaastatteluun osallistuvia hoitoalan ammattilaisia olisi toivottu enemmän, jotta olisi saatu laajempi ja monimuotoisempi kuva vanhainkodin sisäisestä toiminnasta.

Haastateltavien hoitajien joukosta löytyi kyllä monia henkilöitä, jotka osasivat kertoa persoonallisesti vanhainkodin tavoitteellisesta toiminnasta.

Ruokailutilanteen havainnointi oli antoisaa ja täydensi ruokailutilanteeseen ja sen järjestämiseen liittyvää aineistoa. Havainnoinnin aikana pystyi hyvin aistimaan rauhallisen ja tunnelmallisen ruokailuympäristön. Hoitohenkilökunta vaikutti havainnointijakson aikana pääosin rauhalliselta. Ruokailun järjestäminen toistui havainnoinnin aikana yhtenäisellä ja johdonmukaisella kaavalla. Ruokailun ajaksi kaikki häiriötä aiheuttavat elektroniikkalaitteet suljettiin ja osaston muu henkilökunta vältti ruokailun aikana ylimääräistä liikehdintää ruokatilassa. Ruokailutilanteet vaikuttivat yleisesti ottaen hyvin rauhallisilta ja viihtyisiltä.

Hoitohenkilökunnan oli joissakin tilanteissa vaikea arvioida milloin avustettavan ja hyvin hitaasti ruokailevan asiakkaan ruokailu tulisi päättää kyseisellä ruokailukerralla. Pitkällä aikavälillä asiakkaan ruoka ehtii kuitenkin jäähtyä, jolloin kyseinen ruoka ei välttämättä maistu enää asiakkaalle niin hyvin. Ruokaa olisi varmasti pystynyt lämmittämään myös mikrossa, mutta havainnoinnin perusteella työvuorossa olevien hoitajien määrä suhteessa syötettävien asiakkaiden määrään oli liian vähäinen. Ruokailun aikana hoitohenkilökuntaa olisi siis voinut olla hieman enemmän paikalla.

10 LÄHTEET

Aro, Antti, Mutanen, Marja & Uusitupa, Matti (toim.) 2005. Ravitsemustiede. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Appetite and mortality: The two are closely connected in the elderly 2014. ScienceDaily. 09/2014. <http://www.sciencedaily.com/releases/2014/09/140910093239.htm>
Päivitetty 10.9.2014. Luettu 25.11.2014.

Genetic identification of neural circuit that suppresses appetite 2013. ScienceDaily. 10/2013. <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/10/131015123840.htm>
Päivitetty 15.10.2013. Luettu 25.11.2014.

Heikkinen, Eino, Rantanen, Taina 2008. Gerontologia. Keuruu: Duodecim.

Hirsjärvi, Sirkka, Hurme, Helena 1995. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka, Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Ikääntyminen ja liikunta 2014. Vernerin WWW-dokumentti,
<http://verneri.net/yleis/ikaantymisen-ja-liikunta> Päivitetty 25.7.2014. Luettu 16.11.2014.

Jokelainen, Matti, Pulliainen, Veijo. 2004. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 299 - 304. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94072.pdf> Ei päivitystietoa.
Luettu 16.9.2014.

Jokinen, Helena 2012. Haastattelu. 25.10.2012. Ruokapalveluesimies. Ateriapalvelut. Porvoon liikelaitos.

Laine, Katja 2014. Toimintakyvyn arviointi. WWW-dokumentti.
<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/tyovalineitat/arviointimenetelmia/toimintakyvyn-arviointi/>

Luettu 16.11.2014. Päivitetty 16.9.2014.

Louheranta, Anne (toim.) 2006. Ravitseminen ja ruokavaliot. 6. uudistettu painos. Helsinki: RTY, Ravitsemusterapeuttien yhdistys R.Y., Vammala: Dieettimedia Oy.

Lyyra, Tiina-Mari, Pikkarainen, Aila & Tiikkainen, Pirjo 2007. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kälviäinen N., Koskinen S., Kehittyvä elintarvike 2001. Ikääntyminen vaikuttaa ruoan aistimiseen. Kehittyvä elintarvike. 6/2001, 20.

<http://kehittyvaelintarvike.fi/teemajutut/20-ikaantymisen-vaikuttaa-ruoan-aistimiseen>

Ei päivitystietoa. Luettu 25.11.2014.

Mielihyvää sairaalaruoasta. 2013. Perspektiivi. 10/2013, 13.

http://perspektiv.nu/files/Filer/PDF/perspektiivi1301_finsk.pdf

Ei päivitystietoa. Luettu 25.11.2014.

Mäyry, Juho 2010. 530 x 325 sveitsiläisten lahja ammattikeittiömaailmalle. Metos-Uutiset. 3/2010. WWW-dokumentti,

http://www.metos.com/pdf/news/Gastronorm_mitoituksen%20_alkupera.pdf

Ei päivitystietoa. Luettu 18.11.2014.

Pohjalainen, Pertti 2010. Ihmisen fysiologinen vanheneminen. Ikäinstituutti. Ikääntyneiden vapaaehtoistoiminnan tutkimus- ja kehittämishanke Vavero (2007-2010).

WWW-dokumentti.

<http://www.vapaaehtoiseksiseniorina.fi/ikatieto/ika+muuttaa+meita/>

Päivitetty 17.3.2010. Luettu 19.2.2013.

Portin, Petter 2008. Vanheneminen biologisena ilmiönä: Vanhenemisen teorit. Teoksessa: Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina: Gerantologia. 2008. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy/ Kustannus Oy Duodecim.

Rauha, Maija 2008. Kolmasosa vanhainkotien asukkaista vajaanavittuja. Nutricia News. 10/2008

http://www.nutricia.fi/images/uploads/Files/Nutricia%20NEWS/NutriciaNews_10_2008.pdf Luettu 18.11.2014.

Rudolph, D. 2009. Appetite Stimulants in Long Term Care: A Literature Review. The Internet Journal of Advanced Nursing Practice. Volume 11 Number 1.

<https://ispub.com/IJANP/11/1/9279> Ei päivitystietoa. Luettu 25.11.2014.

Suominen, Merja 2008. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot. Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. 7. uudistettu painos. RTY, Ravitsemusterapeuttien yhdistys, Vammala: Dieettimedia Oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010a. Ravitsemussuositukset ikääntyville. Helsinki: Edita.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

ILMOITUS

19.12.2014

HYVÄT HOITOHENKILÖKUNNAN JÄSENET

Olen 3. vuoden restonomiopiskelija Mikkelin ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötä aiheesta ”Vanhusten ruokailuun vaikuttavat tekijät”. Opinnäytetyöni keskittyy pääosin ruokapalvelun näkökulmiin, mutta haluan tutkia asiaa myös hoitapuolen näkökulmasta.

Tarkoituksena olisi tehdä 3-5 kpl noin 30 min. teemahaastattelua, joissa selvitän nykyistä tilannetta ja kuuntelen työntekijöiden näkökulmia (mm. hoitotyöstä, vanhusten kunnosta, ruokailutilanteesta, viriketoiminnasta) sekä haen ideoita, joilla ruokailuun liittyviä positiivisia kokemuksia voitaisiin lisätä. Asiasta on keskusteltu jo aiemmin ruokapalvelupäällikön, Birgitta Creutzigerin ja vanhainkodin johtajan, Camilla Anderssonin kanssa. Haastattelut toteutetaan täysin nimettömästi.

Toivon, että joukostanne löytyy innokkaita alan ammattilaisia, jotka ovat kiinnostuneita kehittämään ruokailuun liittyviä toimintatapoja.

Pyydän, että asiasta kiinnostuneet ilmoittautuvat osastonhoitaja Päivi Isokoski-Saloselle, jotta haastattelujen ajankohdasta voitaisiin sopia mahdollisimman pian. Ilmoittautumisaika päättyy pe 20.7.2012.



Ystävällisin terveisin

Maria Kurki,
Mikkelin ammattikorkeakoulu,
Palvelujen tuottamisen ja
johtamisen koulutusohjelma, Restonomi

maria.kurki@mail.mamk.fi

puh. 0400638813

Teemahaastattelun kysymysrunko (1) 1
TEEMAHAASTATTELULOMAKE

19.12.2014

Haastateltava:

HAASTATTELUN RUNKO

YLEISTIETOA

- vanhusten kunto
- kunto tarkastukset
- omatoimisuus
- viriketoiminta

PÄIVITTÄISET TEHTÄVÄT

- samantyyppiset/ vaihtelevat tapahtumat?
- vierailut
- henkilökunnan vireys
- työn kuormitus

VANHUSTEN RUOKAILU

- tapahtumapaikka
- ruokailuajat
- henkilökunnan määrä ruokailutilanteessa
- ruokailua edeltävä toiminta
- oma arvio ruoanlaadusta

PALVELUN KEHITTÄMINEN

- plussat, miinukset nykyisestä tilanteesta
- ruokailu: voidaanko vaikuttaa johonkin seuraavista asioista:
 - asiakaspalvelu
 - terveydentila
 - ruoan laatu
 - ruokakulttuuri
 - ajankäyttö ruokailussa
 - houkuttelevuus, viihtyvyys,
 - viriketoiminta ja liikunta
- omia ideoita palvelun kehittämiseen

NRS 2002 – menetelmän kyselylomake (1) 1

NRS 2002 -menetelmä
vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa¹

Liite 1

Päiväys _____

POTILAAN PERUSTIEDOT

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

1 ARVIO RAVITSEMUSTILASTA

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

2 SAIRAUDEN VAIKEUSASTE RAVITSEMUSTILANTEEN KANNALTA

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

3 JOS IKÄ ON 70 VUOTTA TAI YLI LISÄÄ 1 PISTE

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

SEULONNAN TULOS JA TOIMENPITEET ERI RISKILUOKISSA

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

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

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

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

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän jatka loppuun asti.

Seulonta

- A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia**
- 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti
1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman
2 = ei muutoksia
- B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana**
- 0 = painonpudotus yli 3 kg
1 = ei tiedä
2 = painonpudotus 1-3 kg
3 = ei painonpudotusta
- C Liikkuminen**
- 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas
1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona
2 = liikkuu ulkona
- D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus?**
- 0 = kyllä 2 = ei
- E Neuropsykologiset ongelmat**
- 0 = dementia tai masennus
1 = lievä dementia
2 = ei ongelmia
- F Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²)**
- 0 = BMI on alle 19
1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21
2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23
3 = BMI on 23 tai enemmän

Seulonnan tulos
(välisumma maksimi 14 pistettä)

12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila
8-11 pistettä: Riski virheravitsemukselle kasvanut Aliravittu
0-7 pistettä:

Perusteellisempaa arviointia varten jatka kysymyksiin G-R

Arviointi

- G Asuuko haastateltava kotona**
- 1 = kyllä 0 = ei
- H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä**
- 0 = kyllä 1 = ei
- I Painehaavauomia tai muita haavoja iholla**
- 0 = kyllä 1 = ei

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

- J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)**
- 0 = 1 ateria
1 = 2 ateriaa
2 = 3 ateriaa

- K Sisältääkö ruokavalio vähintään**
- yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä kyllä ei
 - kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) kyllä ei
 - lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä kyllä ei
- 0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastaus
0.5 = jos 2 kyllä-vastausta
1.0 = jos 3 kyllä-vastausta

- L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia**
- 0 = ei 1 = kyllä

- M Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu...)**
- 0.0 = alle 3 lasillista
0.5 = 3-5 lasillista
1.0 = enemmän kuin 5 lasillista

- N Ruokailu**
- 0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä
1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua
2 = syö itse ongelmitta

- O Oma näkemys ravitsemustilasta**
- 0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus
1 = on epävarma ravitsemustilastaan
2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia

- P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin**
- 0.0 = ei yhtä hyvä
0.5 = ei tiedä
1.0 = yhtä hyvä
2.0 = parempi

- Q Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)**
- 0.0 = OVY on alle 21 cm
0.5 = OVY on 21-22 cm
1.0 = OVY on yli 22 cm

- R Pohkeen ympärysmitta (PYM cm)**
- 0 = PYM on alle 31 cm
1 = PYM on 31 cm tai enemmän

Arviointi (maksimi 16 pistettä)

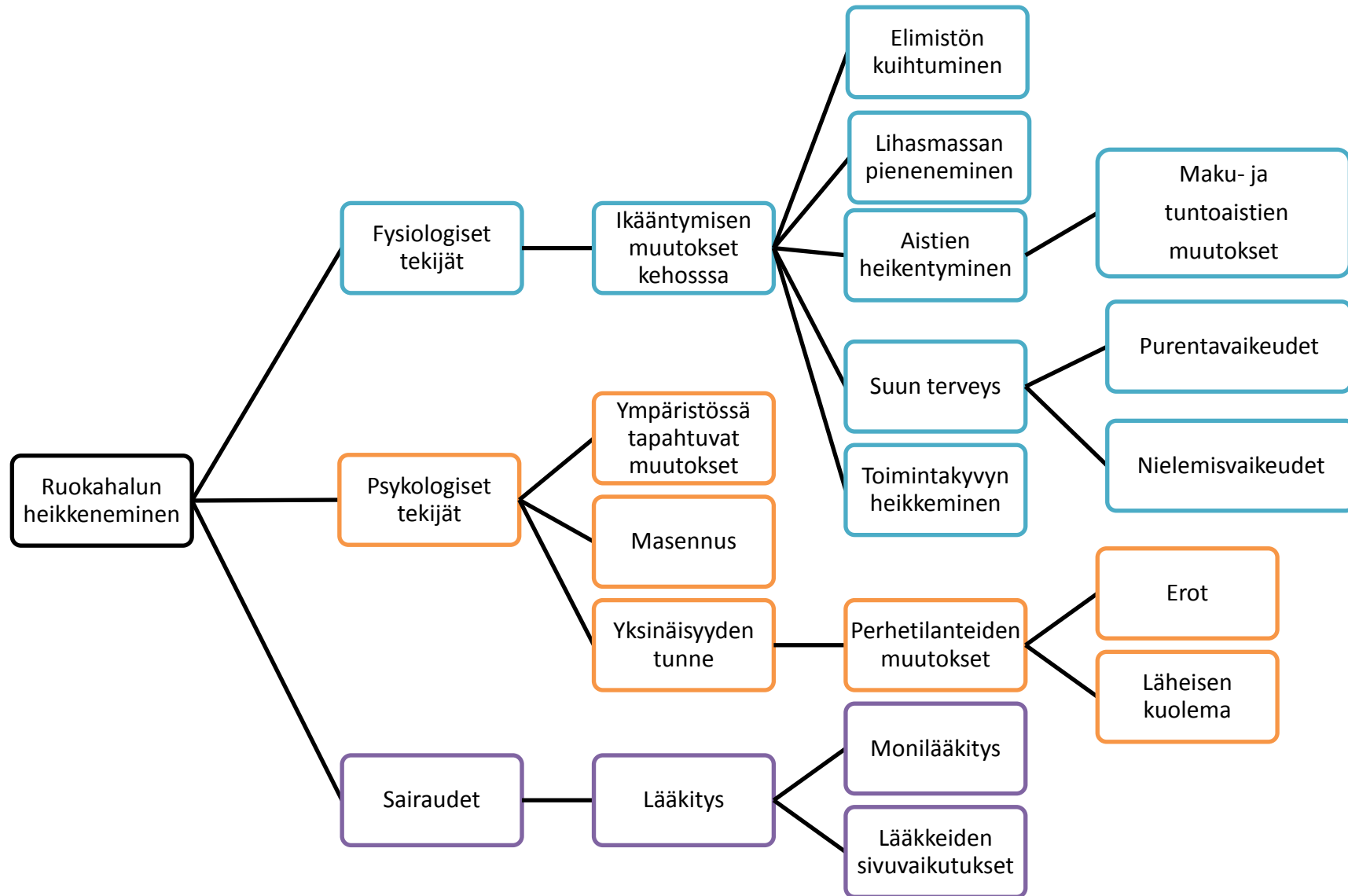
Seulonta

Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)

Ravitsemustilan arviointiasteikko

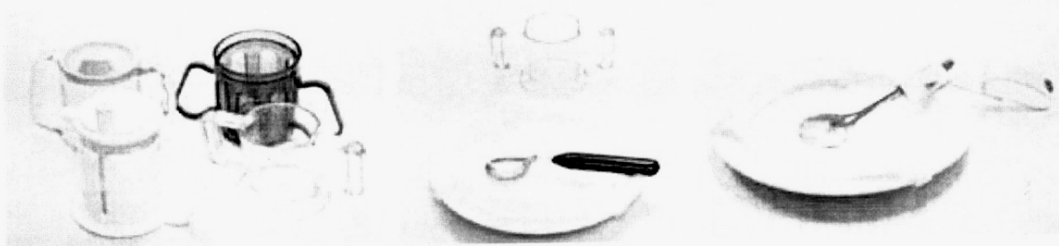
- 24-30 pistettä Normaali ravitsemustila
17-23,5 pistettä Riski virheravitsemukselle kasvanut
alle 17 pistettä Aliravittu

Ruokahalun heikkenemiseen vaikuttavat tekijät (1) 1



RUOKAILU ASTIA JA VÄLINE	VALIKOIMA
Lautanen	<ul style="list-style-type: none"> • lautasen alle laitettava liukuestekumi pitää lautasen paikallaan • korkeareunainen lautanen pitää ruoan lautasella • lautasen reunus helpottaa ruoan tarttumista haarukkaan tai lusikkaan
Lasi	<ul style="list-style-type: none"> • vino kaksikorvainen annosmuki • yksikahvainen juomamuki, kaksikorvainen muki • syöttö- ja nokkamuki
Aterimet	<ul style="list-style-type: none"> • syväkuppiset lusikat, jolloin ruoka pysyy lusikassa • erikokoiset lusikat • pienipesäinen lusikka estää liian suuren kerta-annoksen laittamisen suuhun • sopivan kokoinen lusikka hammasstatuksen mukaan • päällystetyt lusikat eivät vahingoita hampaita eivätkä limakalvoja • erikätisille tarkoitetut lusikat • vasenkätisen lusikka sopii oikeapuolihalvauspotilaalle • pitkävartinen lusikka, jota syötettävä käyttää itse syöttäjän avustuksella • varsipaksunnokset helpottavat aterimiin tarttumista ja kiinnittämistä • pidike • käteen kiinnitettävä monitoimiremmi pitää aterimen kädessä • yhdistelmäaterin, joka pitää sisällään sekä veitsen että haarukan • kokoontaitettava veitsi • helpottaa ruoan leikkaamista vaikeissa reuma- ja lihassairauksissa.

Kuva 13. Esimerkkejä ruokailun apuvälineistä.



Ruokailun apuvälineitä on tilattavissa internetin kautta niitä maahantuovilta liikkeiltä.

(Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b, 246.)