

Meri-Tuuli Koskivirta

# IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUSHOITO ASUMISPALVELUYKSIKÖSSÄ

MNA-testin käyttöönotto

Opinnäytetyö  
Palvelujen tuottaminen ja johtaminen


Maaliskuu 2015




MAMK

University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

	<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b> 5.3.2015				
<b>Tekijä(t)</b> Meri-Tuuli Koskivirta	<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> Palvelujen tuottaminen ja johtaminen, restonomi.				
<b>Nimeke</b> Ikääntyneen ravitsemushoito asumispalvelukeskuksessa, MNA-testin käyttöönotto					
<b>Tiivistelmä</b> <p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena on ottaa käyttöön 30 asukkaan asumispalveluyksikössä Mini Nutritional Assessment eli MNA -testi sekä tuottaa tietoa ikääntyneiden ravitsemuksesta hoitohenkilökunnalle ravitsemushoidonsuunnittelua varten. Hoitohenkilökunnalle tehdään lomakekysely, jonka avulla kartoitetaan henkilökunnan nykyvalmiuksia tehdä ja toteuttaa asukkaiden ravitsemushoitosuunnitelmia.</p> <p>Hoitohenkilökunta jakaa ruoan jokaiselle asukkaalle jokaisella aterialla. Annokset jaetaan erillisen ruokakortin mukaan. Ravitsemushoitosuunnitelman tekoa varten hoitohenkilökunnalle ei ole tehty erillistä kirjallista ohjetta. Yhtenä haasteena kohteessa on, ettei asukkaiden ruokakortteihin ole kirjattu päivittäistä energiankulutusta vastaavaa tarvetta, jonka mukaan annoksia voisi jakaa.</p> <p>Kyselyyn vastasi 10 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä. Kyselyn mukaan, kaikkien vastaajien mielestä, heillä oli riittävästi tietoa käytettävissä arvioidakseen yksittäisen henkilön ravitsemuksellista tilaa. Kuitenkin neljä vastaajaa oli sitä mieltä, ettei pystynyt tekemään riittävästi valintoja tukeakseen ravitsemushoito-ohjelmia aterioilla. Ongelmakohtiksi nousi ruoan rakenne ja vaihtoehtojen vähyys. Kaikki vastaajat käyttivät myös yhtenä keinona rikasteiden lisäämistä ruokaan. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuositukset sairaaloille, terveyskeskuksille, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin 2010 oli lukenut kolme vastaajaa. Kolmen vastaajan mielestä työpaikalla on saatavilla ajantasaista informaatiota potilaiden ravitsemuksen hoidosta, ja kuuden vastaajan mielestä tietoa ei ole saatavilla.</p> <p>MNA-testin käyttöönotto helpottaa yksittäisen asukkaan ravitsemushoidon suunnittelua sekä sen toteutumista pitkällä aikajänteellä. Hoitohenkilökunta tuntee asukkaansa hyvin ja tieto päivittäisillä raporteilla kulkee hyvin. Hyvällä ravitsemushoidolla pyritään tukemaan asukkaan omatoimisuutta ja hyvinvointia mahdollisimman pitkälle. Hyvällä ravitsemushoidolla voidaan jopa ehkäistä sairauksia tai edistää niistä paranemista.</p>					
<b>Asiasanat (avainsanat)</b> MNA, Mini Nutritional Assessment, ikääntyneet, ravitsemus, ravitsemushoidonsuunnittelu					
<b>Sivumäärä</b> 54 sivua + liitteet 11 sivua	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><b>Kieli</b></td> <td style="width: 33%;"><b>URN</b></td> </tr> <tr> <td>Suomi</td> <td></td> </tr> </table>	<b>Kieli</b>	<b>URN</b>	Suomi	
<b>Kieli</b>	<b>URN</b>				
Suomi					
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b> -					
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b> Eliisa Kotro	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b> Asumispalveluyksikkö				

## DESCRIPTION

		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  5.3.2015
<b>Author(s)</b>  Meri-Tuuli Koskivirta	<b>Degree programme and option</b>  Degree programme in Hospitality Management	
<b>Name of the bachelor's thesis</b>  Nutrition care of elderly residents in nursing home. Introducing the MNA test.		
<b>Abstract</b>  <p>The purpose of this thesis is to introduce Mini Nutritional Assessment (MNA) test to the nursing staff and provide them with information about elderly people's nutrition care planning. The test was introduced at a nursing home of 30 residents. With the help of a query, this study investigates into the current resources and skills of the nursing staff to draw up and implement an individual nutrition care planning for the residents.</p> <p>The staff delivers the meal to each resident at each meal time. Portions are served according to an individual diet information card. There are no instructions for the staff about how to make an individual nutrition care plan. One of the challenges is that there are no references about the necessary daily energy consumption in the information cards to help the staff to decide the suitable portion size for the residents.</p> <p>The query was replied by 10 staff members. All respondents reported that they have enough information to estimate the individual nutrition state of each resident. However, four respondents felt unable to make a sufficient number of choices to support the individual's nutrition care plan. The most critical points were the texture of food and small number of choices. All the respondents tend to add concentrates to the portions in order to balance the meal for individuals. Three respondents had actually read the 2010 national nutrition guidelines for hospitals, health care centres, service and nursing homes and rehabilitation centres. Furthermore, three respondents agreed that their working place provides the staff with up-to-date information about nutrition care of residents, and six reported that no such information is available at their working place.</p> <p>Introducing the MNA-test will facilitate the nutrition care planning and implementation of an individual resident also in the long run. The staffs know their residents quite well and daily reports are an efficient way to pass information. A good nutrition care plan could even prevent illnesses or help individuals to recover more easily.</p>		
<b>Subject headings, (keywords)</b>  MNA, Mini Nutritional Assessment, elderly, nutrition, nutrition care planning		
<b>Pages</b> 54 p. + app 11 p.	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b>
<b>Remarks, notes on appendices</b> -		
<b>Tutor</b>  Eliisa Kotro	<b>Bachelor's thesis assigned by</b>  Nursing home	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	KOHTEEN ESITTELY .....	2
2.1	Asumispalveluyksikkö.....	2
2.2	Ravitsemushoidonsuunnittelu asukkaille.....	3
3	NYKYTILANNE, TYÖN TAVOITTEET JA TOTEUTUS .....	4
3.1	Nykytilanne.....	4
3.2	Lomakekysely hoitohenkilökunnalle.....	9
3.3	Ravitsemustilan arviointi MNA-testin avulla.....	10
4	TUTKIMUSMENETELMÄT.....	12
5	RAVITSEMUSHOITO .....	13
5.1	Ravitsemushoidon tärkeys asumispalvelukeskuksessa.....	13
5.2	Ravitsemussuositukset ikääntyneille .....	14
5.3	Ravitsemushoitosuositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin ym. ....	15
5.4	Virhe- ja aliravitsemuksen käsitteet.....	18
5.5	Erytysruokavaliot asumispalvelukeskuksessa .....	19
5.5.1	Laktoositon ruokavalio .....	20
5.5.2	Sappikivitauti .....	20
5.5.3	Kihti-ruokavalio .....	21
5.5.4	Diabetes.....	21
5.5.5	Kasvisruokavalio.....	22
5.6	Ruoan rakennemuutokset.....	23
6	RAVITSEMUSHOIDONSUUNNITTELU.....	24
6.1	Energiantarpeen määrittely .....	24
6.2	Potilaiden ravitsemushoito.....	25
6.3	Ravitsemustilan arviointi MNA-testin avulla.....	26
7	AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA MNA-TESTIN KÄYTÖSTÄ.....	27
7.1	Ravitsemustilan selvitys palvelukeskuksessa 2013 .....	27
7.2	Iäkkäiden hyvä ravitsemus laitoshoidossa; ohjeistus hoitohenkilökunnalle 2011 .....	28
7.3	Ikäihmisten ravitsemustilan arviointi MNA-lomakkeella arvioituna 2009 ..	29

7.4	Yksilöllisen liikuntaohjelman yhteys MNA-menetelmällä arvioituun ravitsemistilaan 2007 .....	30
7.5	Kotona asuvien vanhusten ravitsemustilan arviointi MNA-menetelmällä 2006 .....	31
8	TULOKSET JA TULOSTEN TARKASTELU.....	32
8.1	Lomakekysely hoitohenkilökunnalle.....	32
8.2	Ruokakortin sisällön päivitys .....	40
8.3	MNA-testi kahdelle asukkaalle.....	42
8.3.1	Henkilö 1.....	43
8.3.2	Henkilö 2.....	44
8.4	Tutkimuksen luotettavuus.....	45
9	POHDINTA .....	46
LIITTEET		
1	MNA-lomake ja lomakkeen käyttöohje	
2	Hoitohenkilökunnan kyselylomakkeen saate ja kyselylomake	

## 1 JOHDANTO

Väestö ikääntyy ja asumispalveluilla pyritään turvaamaan ikääntyneiden jaksaminen arjen askareissa silloin, kun he eivät siitä yksin suoriudu. Hyvällä ravitsemuksella voidaan vaikuttaa myönteisesti ikäihmisen jaksamiseen. Usein erilaiset sairaudet ja niihin liittyvät lääkitykset vaikuttavat huonontavasti yleiskuntoon, jolloin ravitsemushoidon tärkeys entisestään korostuu.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on ottaa käyttöön erään yksityisen hoiva-alan 30 asukkaan asumispalveluyksikössä Mini Nutritional Assessment (MNA) -testi sekä tuottaa tietoa ikääntyneiden ravitsemuksesta hoitohenkilökunnalle ravitsemushoidon suunnittelua varten. Testin avulla arvioidaan ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden ravitsemuksellista tilaa ja joukosta pyritään seulomaan ne, jotka ovat virhe- tai aliravitsemusriskin piirissä. Hoitohenkilökunnalle tehdään lomakekysely, jonka avulla kartoitetaan henkilökunnan nykyvalmiuksia tehdä ja toteuttaa asukkaiden ravitsemushoitosuunnitelmia.

Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on koottu kohdennetusti erityisesti tämän asumispalvelun erityishaasteet huomioon ottaen. Teoreettinen viitekehys syntyy ikääntyneiden ravitsemustilan arvioinnista, ikääntyneiden ravitsemushoito-ohjeistuksesta ja mielenterveyspotilaiden huomioon otettavat erityispiirteet ravitsemushoidon suunnittelussa.

Työn tilaaja haluaa pysyä anonymina ja kohteesta käytetään termiä asumispalveluyksikkö. Kohteen esittelyosiossa tiedot on saatu yrityksen kotisivuilta, mutta anonymiteettisuojaan vuoksi, lähdetietoja ei kirjata ylös. Yksityisyydensuojan vuoksi, potilaista käytetään termiä asukas ja työssä pyritään välttämään, aina silloin kun se on mahdollista, hyvin yksityiskohtaisia tietoja asukkaista. Olen työskennellyt yrityksen palveluksessa, jolloin olen tehnyt useita havaintoja ruokahuollon ja ravitsemuksen haasteista, joita tässä työssä käsitellään.

## 2 KOHTEEN ESITTELY

Asumispalveluyksikkö on osa suurempaa yrityskonsernia, joka tarjoaa hoiva- ja terveyspalveluita, asumispalveluita ikääntyneille ja erityisryhmille, turvapuhelin- ja kodinhoitopalveluita sekä sairaankuljetusta. Yritys toimii yksityisellä sektorilla ja kohteen asukkaat saapuvat yksikköön pääsääntöisesti kaupunkien myöntämien maksusitoumusten kautta. Mikkelin yksikkö on yksi konsernin useista hoivapalveluyksiköistä eri puolella Suomea. (yrityksen kotisivut.)

Jokaisessa yksikössä on omat ruokahuollon vastuhenkilöt sekä omavalvontasuunnitelmat. Ainakin pääkaupunkiseudun yksiköissä ravitsemusasiantuntijat ovat käytettävissä ja muissa yksiköissä hoitohenkilökuntaa koulutetaan ravitsemusasioissa. Palvelukuvauksessa on määritelty tarkasti hyvän ravitsemuksen, ruokahuollon sekä ruokahuollon omavalvontasuunnitelman sisältö. Ravitsemukseen liittyviä opinnäytetöitä on tehty joissakin yksiköissä aikaisemminkin. Eräässä opinnäytetyössä selvisi, että hoitohenkilökunnan mielestä heidän koulutuksensa ikäihmisen ravitsemuksesta oli riittämätöntä, henkilökunta ei pystynyt arvioimaan asukkaiden nykyistä ravitsemustilaa ja että hoitohenkilökunta kaipasi lisää koulutusta. Internetistä löydettävissä olevista opinnäytetöistä, jotka on tehty tälle yrityskonsernille, suurin osa on tehty hoiva-alan näkökanalta. (yksikön päällikkö.)

### 2.1 Asumispalveluyksikkö

Asumispalveluyksikkö tarjoaa kodinomaista asumispalvelua ikääntyneille. Asiakaspaiikkoja yksikössä on 30. Yksikkö kuuluu luokitukseltaan erityisryhmien asumispalveluihin (EAP). Osa asukkaista on psykogeriatrasta hoitoa vaativia. Kodinomainen asumisympäristö on toteutettu niin, että jokaisella asukkaalla on oma huone ja yksikön ympäristö on pyritty pitämään kodinomaisena erityisesti sisutuksen ja tilaratkaisujen kautta. Ruokailu tapahtuu yhteisessä ruokasalissa ja päivät on rytmitetty erillisen aikataulun mukaan. Hoitohenkilökuntaa on paikalla kellon ympäri avustamassa asukkaita päivittäisissä rutiineissa. Lääkäri käy yksikössä säännöllisesti.

Asumispalveluyksikössä asukkaille tarjoillaan aamupala, lounas, päiväkahvi, päivällinen ja iltapala. Yksikössä toimii jakelukeittiö, johon ruoka, sekä tarjottavat elintarvikkeet tilataan ostopalveluina ulkopuoliselta palveluntuottajalta. Yksikköön toimitetaan

päivittäin kaksi kertaa lämmin ateria sekä toisen aterian yhteydessä muut erillisen tilauslomakkeen mukaan tilatut elintarvikkeet, kuten maidot, leivät ja leikkeleet. Aamu- ja iltapala valmistetaan jakelukeittiössä.

Asumispalveluyksikössä asukkaiden ravitsemuksellista tilaa seurataan säännöllisellä painon mittaamisella, sekä vähintään kerran vuodessa otettavilla perusverikokeilla. Mikäli asukkaan painossa huomataan muutoksia ylös- tai alaspäin, kiinnitetään asukkaan ravitsemukseen lisää huomiota, muuttamalla ruokavaliota pääsääntöisesti annoskokoa muuttamalla tai huomioimalla aterioiden sisältöä esimerkiksi vähentämällä rikkasteiden käyttöä jakelukeittiössä. Tarvittaessa lääkäri voi arvioida asukkaan ravitsemuksellista tilaa.

Hoitohenkilökunta suorittaa asukkaiden fyysisen tilan jatkuvaa havainnointia sekä raportoi asukkaan fyysisen tilan muutoksista päivittäin pidettävillä vuoronvaihtoraporteilla. Raportoinnissa otetaan huomioon, mikäli asukkaan ruokahalu- tai tottumukset ovat normaalista poikkeavia. Jos asukas esimerkiksi juo liian vähän annettuun ohjeistukseen nähden, voidaan käyttöön ottaa nopeasti nestelistä, jonka avulla voidaan laskea asukkaan todellisuudessa nauttima nestemäärä.

## **2.2 Ravitsemushoidonsuunnittelu asukkaille**

Asumispalvelun toimintamalliin kuuluu niin sanottu ”omahoitaja-malli” joka tarkoittaa sitä, että jokaisella asukkaalla on yksi hoitaja, joka muun muassa tekee asukkaalle yksilöllisen ravitsemushoitosuunnitelman ottaen huomioon asukkaan omat ruokamieltymykset, lääkitykset ja Valtion ravitsemusneuvottelukunnan antamat ravitsemus-suositukset. Suurin osa hoitohenkilökunnasta on käynyt lähihoitaja-koulutuksen. Lomakekyselyn avulla kartoitetaan henkilökunnan keinoja arvioida asukkaan ravitsemuksellista tilaa ja valmiuksia suunnitella asukkaan yksilöllinen ravitsemushoito-ohjelma. Tavoitteena on tuottaa kohdennettu tietopaketti hoitohenkilökunnan käyttöön asukkaiden ravitsemushoidon suunnittelua varten.

Ravitsemushoidonsuunnittelussa arvostetaan ja korostetaan yhteistyötä omaisten kanssa, jonka avulla pyritään saamaan asukkaalle itselleen terveellinen, mutta myös mieluisa ruokavalio. Omaiset saavat tuoda asukkaille omia eväitä vapaasti ja hoitohenkilökunta pyrkii saavuttamaan yhteisymmärryksen siitä, miten erikoiseväitä asukkaalle



annetaan, jotta hänen päivittäinen ruokailurytminsä pysyisi mahdollisimman tasaisena ja tasapainoisena.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on antanut ravitsemussuositukset ikääntyneille, sekä ravitsemushoitosuositukset sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin 2010. Suositukset toimivat tämän työn ravitsemushoidon suunnittelun ohjeistuksena. Haasteen ravitsemushoidonsuunnitteluun tuovat erilaiset muistisairaudet sekä lääkitykset, jotka muuttavat usein henkilön ravitsemuksellista tarvetta. Tällöin on erityisen tärkeää, että ruoka-ajat ovat säännölliset ja ruokaa on tarjolla monipuolisesti.

### **3 NYKYTILANNE, TYÖN TAVOITTEET JA TOTEUTUS**

Työn tavoitteena on tuottaa tietoa ikääntyneiden ravitsemuksesta hoitohenkilökunnan käyttöön MNA-testien käyttöönottamiseksi. Kohdeyksikössä hoitohenkilökunnalle tehdään kysely, jonka avulla kartoitetaan hoitohenkilökunnan nykyvalmiuksia suunnitella asukkaan yksilöllinen ravitsemushoito-ohjelma.

Teoreettinen viitekehys syntyy ikääntyneiden ravitsemustilan arvioinnista, ikääntyneiden ravitsemushoito-ohjeistuksesta ja mielenterveyspotilaiden huomioon otettavat erityispiirteet ravitsemushoidon suunnittelussa. Lisäksi työssä pohditaan, millainen asema ruoan valmistajalla on vanhusten ravitsemuksellisten tarpeiden huomioimisessa.

#### **3.1 Nykytilanne**

Asumispalveluyksikkö on tehnyt sopimuksen ulkopuolisen palveluntarjoajan kanssa ruoan ja elintarvikkeiden toimittamisesta. Yksikön oma ruokahuolto huolehtii ruoan tarjoilusta, sekä aamupalan ja iltapalan valmistuksesta. Sopimuksessa on määritelty, mitkä elintarviketuotteet kuuluvat sopimuksen piiriin.

Ruoka-annokset toimitetaan päivittäin erillisen tilauksen mukaan. Ruokatilaus määritellään henkilömääränä. Tilaukseen merkitään asumispalveluyksikössä tarvittavat erityisruokavaliot (laktoositon, kasvisruoka ja ruoka-aineallergiat) ja rakennemuutetut

ruokavaliot (soseruoka). Yksikköön tilattava ruoka tulee palveluntarjoajalta, joka laatii ruokalistat itsenäisesti.

Ongelma on, että lista ei huomioi ravitsemuksellisia erityistarpeita asiakaskohtaisesti, kuten ravinnon rikastus tai vastaavasti kcal-määrien alentaminen. Asukkaissa on usea soseruokaa syövä henkilö (noin puolet kaikista asukkaista), mutta heidän energiatarpeensa ovat hyvin erilaisia. Yksi asukas liikkuu erittäin paljon ja toinen henkilö ei ollenkaan (pyörätuoli). Soseruoka on aina rikastettua ruokaa.

Päivällinen on usein energiapitoisuudeltaan kevyempi ruokavaihtoehto kuten keitto-ruoka, jonka energialisäkkeenä tarjotaan esimerkiksi riisipiirakkaa tai lihapiirakkaa. Lounaalla jälkiruokaksi saatetaan tarjota esimerkiksi ohukaisia. Haasteena on se, että soseruokailijoille ei ole tarjota korvaavaa vaihtoehtoa. Jos ruokalistan energiapitoisuudet on suunniteltu normaalin ruokavaihtoehdon mukaan, jää soseruokailija päivittäin tavoitteellisen energiatarpeen alle, vaikka soseruoka onkin rikastettua.

Rakennemuutettu ruoka on pehmeä, karkea sosemainen, sosemainen, sileä sosemainen tai nestemäinen. Käytännössä soseruokaa tulee aina vain soseruonan muodossa. Kyseisessä asumispalveluyksikössä ruoan rakenne on hyvin tärkeää, sillä osalla asukkaista on vakavia nielemisvaikeuksia ja ruoan koostumuksen täytyy vastata asukkaiden tarpeita. Asumispalveluyksikössä käytetään myös termiä ”pehmeä ruoka”, joka tarkoittaa, että ruoka on haarukalla pehmentävissä asukkaalle. Jauheliha, makkara ja peruna ovat esimerkkejä pehmeästä ruoasta. Ajankäytöllisesti ruoan pilkkominen ja ”pehmentäminen” vievät hyvin paljon hoitohenkilökunnan työaikaa ruokailuun varustusta ajasta. Ruoan toimittaja ei ole ottanut tätä seikkaa huomioon suunnitellessaan ruokalistoja.

Asumispalveluyksikössä on myös ollut toistuvia ongelmia päivällisruoan riittävydessä. Lisäksi lounasruoan sosesalaatin määrä vaihtelee paljon ja se loppuu usein kesken. Ruokatilauslomake täytetään ruokailijamäärän mukaan ja vaihteluita lounaan- ja päivällisruokailijamäärän välillä on hyvin harvoin ja silloinkin puhutaan usein yhdestä tai kahdesta henkilöstä. Tilausmäärää on mahdollista muuttaa nopeasti puhelimitse vastaamaan todellista tarvetta. Ongelma koskee useimmiten soseruokaa joka loppuu kesken. Tämä aiheuttaa sen, että hoitohenkilökunta joutuu jakamaan kaikille asukkaille huomattavasti pienemmän annoksen, jotta ruoka riittäisi kaikille. Puutetta yritetään

korvata lisäämällä esimerkiksi tarjottavan leivän määrää tai tarjoamalla lisänä hedelmiä tai kiisseliä.

Ikääntyminen aiheuttaa fysiologisia aistimuutoksia. Ruoan houkuttelevalla ulkonäöllä voidaan pyrkiä vaikuttamaan ruoan maittavuuteen. Haasteena on, että asumispalveluyksikössä tarjottava soseruoka on usein harmaata ja väritöntä. Käytännössä soseruokailija saa joka lounasaterialla, sekä päivällisellä perunasosetta, joka on hyvin neutraalin värinen. Esimerkkiannoksessa on perunasosetta, sosesalaatti, lihasosetta ja maisisosetta. Kuvan 1. annos on koottu havainnollistamaan ruokien väritystä, eikä siinä ole huomioitu ravitsemussuosituksen mukaista annoskokoa (ks. kuva 1.).



**KUVA 1. Esimerkki soseannoksen väreistä**

Kun asukas saapuu asumispalveluyksikön asiakkaaksi, hänelle tehdään oma ruokakortti. Ruokakortin täyttää asukkaalle osoitettu ”omahoitaja”. Jokaisella asukkaalla on oma hoitaja, joka muiden töiden ohella vastaa muun muassa asukkaan hoitosuunnitelman päivytyksestä sekä juoksevien asioiden hoidosta. Omahoitaja suunnittelee kortin ennakkotietojen mukaan ja ottaa mahdollisuuksien mukaan huomioon tiedossa olevat ruoka-aineallergiat, rakennemuutokset, asukkaan omat toiveet, omaisten havainnot ruokamieltyyksistä sekä huomioi annetut ravitsemussuositukset ikääntyneille.

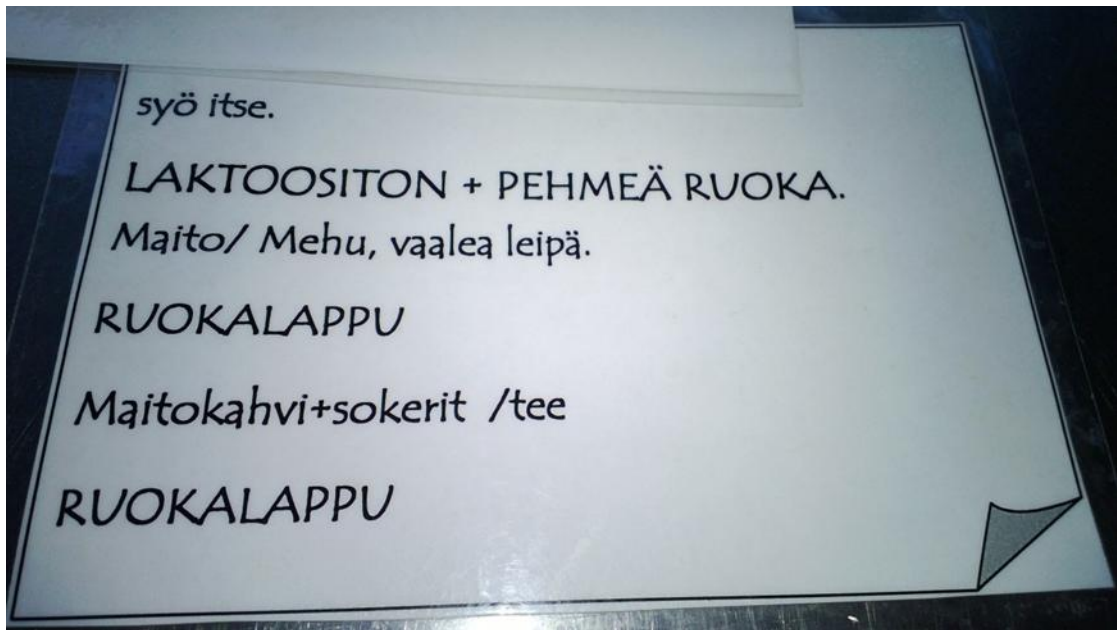
Joskus ennakkotietoja ei ole ollenkaan, eikä asukas kykene kommunikoimaan tavalla, joka olisi luotettava ruokakorttia suunniteltaessa. Läheisiä ei ehkä ole, jotka voisivat

kertoa makumieltymyksistä. Hoitaja tilaa ruoan lähtökohtaisesti perusruokana, rakennemuutokset huomioiden. Haasteena on seuloa mahdolliset ruokayliherkkyydet ja allergiat. Kirjallista ohjetta hoitohenkilökunnalle ravitsemushoidon suunnitteluun ei tällä hetkellä ole. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan antamat suositukset ovat saatavilla sähköisinä (internetistä), mutta ne täytyy osata hakea sieltä tarvittaessa.

Ruokakortti sisältää seuraavat tiedot:

- Henkilön nimi (peitetty kuvassa)
- Mahdolliset ruoka-aineallergiat kuten kihti, sappi tai laktoositon
- Jos ruoka täytyy olla rakennemuutettu, se ilmoitetaan erikseen (soseruoka)
- Mieluisa juomavaihtoehto kuten maito, vesi tai mehu
- Mieluisa leipävaihtoehto; vaalea, tumma tai molemmat sopivat
- Kahvi tai tee lisukkeineen
- sekä muuta hoitohenkilökunnalle tärkeää ohjeistusta kuten:
  - o ruokalapun, kahvamukien tai nokkamukien käyttäminen
  - o pelkällä lusikalla syöminen
  - o ruoan tai leivän pilkkominen valmiiksi
  - o mieluisat/epämieluisat ruoat
  - o asukas tarvitsee avustusta ruokailussa tai
  - o asiakas on täysin syötettävä henkilö (ks. Kuva 2.).

Ruokakortteihin on huomioitu kihti- ja sappiruokavaliot. Kihtiruokavaliossa vältetään sisäelinruokia sekä pientä kalaa, jotka sisältävät runsaasti puriiniaineita. Henkilö, joka kärsii sappivaivoista, tietää itse parhaiten, mitkä ruoka-aineet eivät sovi hänen ruokavalionsa. Suomisen mukaan (2008, 75), ”joidenkin tutkimusten mukaan sappipotilailla ei olisi sen enempää ongelmia ruokien siedoissa kuin muillakaan”. Rasvan määrää ruokavaliossa on kuitenkin tarkkailtava. Haasteena on, että ruokatilauslomakkeella näitä ruokavalioita ei ole huomioitu, eikä henkilöille voida tällöin tarjota ruokavalionsa mukaista ravintoa.



**KUVA 2. Ruokakortti**

Asumispalveluyksikössä asukkaat eivät itse ota ruokaa, vaan hoitohenkilökunta kokoaa tarjottimen ja tarjoilee sen asukkaalle. Asukkaat eivät itse pääse vaikuttamaan saamansa annoksen kokoon tai sisältöön ruokailutilanteissa. Toiveet otetaan kuitenkin huomioon ja päivitetään ruokakortteihin tarpeen mukaan. Ruoan jakaminen valmiiksi tarjottimille on välttämätöntä jo asukkaiden huonontuneen liikuntakyvyn vuoksi. Esimerkiksi perushygieenisuus, asettaa haasteita jokapäiväisiin ruokailuhetkiin. Haasteena muistisairaana asukkaan kanssa myös on, että hän saattaa unohtaa että on juuri syönyt ja yrittää palata ruokasaliin useamman kerran uudelleen ruokaillakseen. Siksi asumispalveluyksikössä on otettu käyttöön ruokakortit, joiden avulla hoitohenkilökunta seuraa, kenelle ruoka on jo tarjoiltu. Ruokasalissa on myös koko ajan hoitohenkilökuntaa läsnä, jotka seuraavat ruokailun edistymistä. Osa asukkaista tarvitsee enemmänkin avustusta ruokailuun, kuin tarjottimen kantaminen pöytään, ja heitä autetaan yksilöllisen tarpeen mukaan.

Ongelma ruokakortissa on, että siinä ei mainita asukkaan päivittäistä energiansaantitavoitetta, esimerkiksi 1600 kcal/vrk, tai sairaaloissa käytettyä annoskokoa S, M, L tai XL, jotka voidaan arvioida esimerkiksi kriteerien ikä, nykypaino ja liikkuvuus avulla. Aterioilla tarjotaan esimerkiksi rasvatonta ja täysirasvaista maitoa. Lomakekyselyn avulla pyritään muun muassa selvittämään, kuinka hoitohenkilökunta tekee valintoja asukkaan puolesta ruokailutilanteissa.

Kortissa ei myöskään viitata henkilön sairauksiin tai lääkkeisiin, joilla saattaa olla vaikutusta ruoka-annoksen koontiin. Esimerkiksi diabetes on sairaus, joka on hyvä ottaa huomioon ruoka-annosta koottaessa. Diabeetikoille suositellaan normaalia perusruokavaliota, mutta on silti hyvä huomioida erityisesti hiilihydraattien määrää aterioidella ja suosia runsaasti kuitua sisältäviä tuotteita. Lääkkeistä huomioitavia ovat sellaiset, jotka vaikuttavat ravintoaineiden imeytymiseen, jolloin täytyy muulla tavoin pyrkiä huolehtimaan riittävästä kivennäis- ja hivenaineiden saannista.

Osaan ruokakorteista on kirjattu *pieni annos*, joka antaa viitteen siitä, että henkilö syö pieniä annoksia. Tieto ei kuitenkaan perustu laskennalliseen energiatarvearvioon, vaan hoitohenkilökunnan huomioihin, tai asukkaan omaan toiveeseen pienestä ruoka-annoksesta.

### **3.2 Lomakekysely hoitohenkilökunnalle**

Asumispalveluyksikössä käytetään henkilöstömitoitusta, jonka mukaan jokaista asukasta kohden on 0,6 hoitajaa. Kolmenkymmenen asukkaan yksikössä hoitohenkilökuntaa on siis 18. Yksikössä työskentelee yksikön päällikkö, tiiminvetäjä (sairaanhoitaja), 2 sairaanhoitajaa, 12 lähihoitajaa, 1 hoitoapulainen sekä 1 laitoshuoltaja. Sairaanhoitajat työskentelevät kahdessa vuorossa ja lähihoitajat tekevät kolmi- tai kaksivuorotyötä. Aamuvuorossa työskentelee 4—6 hoitajaa, iltavuorossa 4 hoitajaa ja yövuorossa 1 hoitaja. (yksikön päällikkö.)

Yksikön päällikkö vastaa muun muassa henkilöstöhallinnosta sekä yksikön toiminnasta. Tiiminvetäjän vastuulla, on huolehtia sairaanhoidollisesta kokonaisuudesta sekä päivittäisen työn organisoinnista. Hän myös sijaistaa yksikön päällikköä tarpeen tullen. Sairaanhoitajat vastaavat perushoivan lisäksi lääkehoidon toteutuksesta ja sairaanhoidollisesta työstä. Lähihoitajat vastaavat hoivatyön kokonaisuudesta, päivittäisistä tehtävistä, kuten ruokahuollosta ja vaatehuollosta, sekä omahoitajan tehtävistä. Laitoshuoltajan vastuulla on ruokahuollon ja siivouksen omavalvonta sekä siivoustyön toteuttaminen. Osa siivoustyöstä on ulkoistettua. Hoitoapulaisen työtehtäviin kuuluu ruokahuollon ja vaatehuollon avustaminen sekä hoivatyössä auttaminen. (yksikön päällikkö.)

Lomakekyselyn (Liite 2.) teoreettisena viitekehyksenä on selvittää, miten hoitajat ovat suunnitelleet asukkaiden yksilöllisiä ravitsemushoito-ohjelmia. Keskeisenä käsitteenä on myös selvittää, kuinka he arvioivat asukkaiden ravitsemuksellista tilaa. Kuten Vilkka (2005, 81) ohjeistaa, ennen kyselylomakkeen suunnittelua, tulee olla päätettyinä tutkimuksen keskeiset käsitteet sekä teoreettinen viitekehys. Asumispalvelukeskuksessa lomakekyselyn aikaan vakituksia työntekijöitä oli seitsemäntoista ja tarvittaessa töihin kutsuttavia henkilöitä kaksi. Lisätyövoimaa tarvitaan erityisesti vakituisten työntekijöiden lomien aikaan, jolloin hoitohenkilökunnan määrä hetkellisesti nousee.

Lomakekyselyn tekemisestä on annettu useita yleisiä eri toimintaohjeita. Esimerkiksi Risto Hotulaisen (2014) kotisivuston mukaan, kyselyn alussa on hyvä kysyä helppoja kysymyksiä, kuten henkilön ikä tai koulutustausta ja edetä sitten vasta vaikeampiin aiheisiin. Tästä poiketen Alastaro ym. (2010) ohjeistavat aloittamaan kyselyn helpoilla kysymyksillä, mutta jättämään taustatietojen kyselyn pääosin loppuun, koska niiden kysyminen saattaa herättää negatiivisia tunteita vaikkakin kyselyllä pyrittäisiin anonymiteetin säilymiseen.

Hoitohenkilökunnalle suunnattu kysely asukkaiden nykyravitsemustilasta suoritettiin vuoden 2014 alkupuolella. Kysely toteutettiin anonymisti, jolloin vastaajia ei pystytä erottelemaan toisistaan. Kysely toimitetaan toimipaikan henkilöstölle paperiversiona ja vastausaikaa kyselyn suorittamiseen on kaksi viikkoa, vuorotyön asettamien aika-tilausten vuoksi. Kyselyn tulokset analysoidaan kirjaamalla tiedot Exceliin ja tulokset toimitetaan yksikön palveluesimiehelle. Kyselyn tulokset jäävät työn tilaajan haltuun.

### **3.3 Ravitsemustilan arviointi MNA-testin avulla**

Ravitsemushoitoon kuuluu ravitsemustilan arviointi- ja suunnittelu sekä vajaaravitsemusriskin seulonta. Työ jatkuu tehdyn ravitsemushoito-suunnitelman toteutuksella sekä seurannalla. Jokaiselle asukkaalle tehdään yksilöllinen ravitsemushoito-suunnitelma.

Vajaaravitsemusriskin seulonnassa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä, kuten MNA—testiä (Mini Nutritional Assessment), NRS—2002—menetelmää (Nutritional Risk Screening) tai esimerkiksi MUST—menetelmää (Malnutrition Universal Screening

Tool). Nämä menetelmät ovat sairaaloiden ja avoterveydenhuollon käytössä. Hyvä menetelmä on sellainen, joka on helppo ja nopea käyttää, ja sen avulla saadaan riittävän luotettavaa tietoa henkilön ravitsemustilasta. (VRN b 2010, 28.)

Tässä kohteessa valittiin käytettäväksi MNA-menetelmä, koska se sopii parhaiten yli 65-vuotiaiden henkilöiden ravitsemuksellisen tilan arviointiin. Testi on lyhyt ja yksinkertainen käyttää. Kohdeyksikössä testi tulisi toteuttaa jokaisen asukkaan kohdalla ja suunnitella tulosten pohjalta jokaiselle asukkaalle sopiva ravitsemushoito-ohjelma. Kysymykset on koottu ruokavaliota koskevista kysymyksistä ja siinä on huomioitu myös sairaanhoidollinen näkökulma. Testi muun muassa huomioi, mikäli henkilö on esimerkiksi pyörätuolissa tai käyttää jotain reseptilääkettä. Testi sisältää alkuseulontaosion, jonka pisteet lasketaan yhteen. Mikäli seulontaosion pistemäärä jää alhaiseksi (11 pistettä tai vähemmän), testi suoritetaan loppuun. Jos seulontaosion pistemäärä ylittää 12 pistettä, testiä ei tarvitse suorittaa loppuun. MNA-testin antamien tulosten mukaan on helpompi tehdä tarkennettuja muutoksia potilaan ruokavalioon, kuin pelkkää painoa tai yleiskuntoa seuraamalla.

Tämän työn tavoitteena on, että asumispalvelukeskuksen oma hoitohenkilökunta ottaa MNA-testin käyttöön ravitsemushoidon suunnittelun tukena vuoden 2015 aikana sekä tarjota kohdennettu tietopaketti hoitohenkilökunnan käyttöön. Tässä opinnäytetyössä testi ”testataan” kahdella henkilöllä, jotta saamme kokemuksen siitä miten testi toimii, paljonko se vie aikaa, onko se soveltuva sellaisenaan tähän asumispalveluyksikköön ja mitä tuloksia lomaketta tarkastelemalla voidaan saada.

MNA-testi täytetään kahdella toisistaan poikkeavalla asukkaalla. Ensimmäinen kohdehenkilö on omatoiminen, liikkuva ja ”normaalin” ruokahalun omaava henkilö. Lähtökohtaisesti voidaan olettaa, että henkilön ravinnonsaanti on riittävää, eikä ruokavalioon tarvita muutoksia. Toinen kohdehenkilö liikkuu vähän, on pyörätuolissa ja BMI-mittauksen mukaan on ylipainoinen. Hän syö osittain soseruokaa. Tämän henkilön kohdalla voi olla kyse energiansaannin vähentämisestä. Kysymys on, millä tavoin se käytännössä onnistuu, jos ruoan tuottajan tarjoama soseruoka on kaikille asukkaille samaa, eikä huomioi vähäenergistä ruokavaliota.



#### 4 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valitsin lomakekyselyn, sillä halusin selvittää, miten hoitohenkilökunta tekee valintoja ruokailutilanteissa asukkaan puolesta ja miten he arvioivat asukkaiden ravitsemuksellista tilaa. Lomakekyselyn vahvuuksia on, että vastaajat voivat täyttää sen silloin, kun heille se työn lomassa parhaiten sopii. Anonyyminen on myös tärkeä tekijä silloin, kun halutaan selvittää ongelmakohtia työssä. Kohteessa paperinen kysely oli paras vaihtoehto, koska työntekijöitä on vähän. Sähköinen kyselymenetelmä ei olisi sopinut kohteeseen, koska henkilökunnan käytössä on vain muutama tietokone, joiden käyttöaste on hyvin korkea. Lisäksi tulosten analysointi Exceliä käyttäen onnistuu helposti, koska käsiteltävää aineistoa ei tule olemaan paljon, henkilökunnan kokonaislukumäärä huomioiden.

Toisena menetelmänä nykytilanteen selvitystä varten olisi voitu käyttää haastattelua tai ryhmähaastattelua. En mieltänyt menetelmää yhtä hyväksi, koska kyselylomaketta käytettäessä vastaajat pysyvät anonyyminä, jolloin voidaan olettaa vastaajien olevan hyvinkin rehellisiä vastauksissaan. Riskinä haastattelumenetelmässä on, ettei haastateltava ehkä tahdo kertoa, mikäli oman työn suorittamisessa olisi jotain korjattavaa. Esimerkiksi ruokakorteista puuttuu ruoan annostelun kannalta oleellista tietoa.

Työssä on käytetty hyvin vahvasti myös osallistuvaa havainnointimenetelmää. Useat ruokahuollon haasteet on löydetty juuri havainnointimenetelmän kautta. Kuten Vilka (2005, 120) toteaa, havainnoinnin kautta saadaan tietoa siitä mitä ihmiset tekevät, mutta ei sitä miksi he tekevät niin. Huomiot ruokahuollon toimivuudesta on kirjattu suoraan tähän opinnäytetyöhön, eikä havainnoinnin apuna ole käytetty esimerkiksi erillistä havainnointilomaketta.

MNA-testi tutkimusmenetelmänä on laajalti validoitu testi ja se soveltuu palvelukeskuksen käyttöön erittäin hyvin (ks. Bleda ym. 2002). Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemushoitosuosituksissa (2010) sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palveluja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin, suositellaan mittariston käyttöä tarpeen mukaan ikääntyneiden vajaaravitsemusriskin arvioinnissa. MNA-testin vahvuus piilee sen yksinkertaisuudessaan. Testiä voi käyttää sairaanhoitoalan ammattihenkilöstö, mutta sitä suositellaan käytettäväksi myös yksityishenkilöiden kotitalouksissa, joissa läheinen voi suorittaa testin ilman sairaanhoidollista pätevyyttä. Testin suoritusta var-

ten tarvitaan vaakaa sekä mittanauha. Painoindeksin laskua varten ohjeesta löytyy laskukaava (ks. Liite 1.). Muita mittauksia varten, lomakkeessa on selostettu hyvin tarkasti, kuinka mittaukset otetaan oikein.

## **5 RAVITSEMUSHOITO**

Ravitsemushoidolla pyritään tukemaan ikääntyneiden fyysistä sekä henkistä hyvinvointia. Asumispalvelun asukkaita kannustetaan mahdollisuuksien mukaan omatoimisuuteen, ja hoitohenkilökunta pyrkii kannustamaan asukkaita liikkumaan ja toimimaan itsenäisesti. Tavoitteena on, että asukkaat pystyisivät säilyttämään liikkumis- ja toimintakykynsä mahdollisimman pitkään.

### **5.1 Ravitsemushoidon tärkeys asumispalvelukeskuksessa**

Ravinto on yksi hyvinvoinnin tärkeä osa-alue. Ikääntyneiden ravitsemushoidossa, myös nesteen saanti on erittäin tärkeää. Asumispalveluyksikössä on pyritty huolehtimaan asukkaiden riittävästä nesteen saannista tarjoamalla aterioilla useampi lasi nestettä sekä kiinnittämällä aktiivisesti huomioita asukkaiden nesteiden nauttimiseen. Hoitohenkilökunta täyttää tarvittaessa nestelistaa, jonka avulla voidaan seurata asukkaan todellisuudessa nauttima nestemäärä, mikäli henkilön nesteen nauttiminen suun kautta on huomattavasti vähentynyt.

Asukkaiden kunnosta pyritään pitämään huolta monipuolisen ravinnon avulla ja tarvittaessa ruokavaliota täydennetään erilaisilla rikasteilla. Ikääntyneille ja erityisesti muistisairaille, ruokailurytmi on hyvin tärkeää. Asumispalveluyksikössä asukkaiden päivää rytmittävät ruokailuhetket ja ne ovat monelle mieluisa tapahtuma päivän aikana.

Ruokailuympäristöllä voidaan vaikuttaa positiivisesti ruokailuhetkien sujumiseen. Asumispalveluyksikössä on kiinnitetty huomiota erityisesti tilojen siisteyteen ja siellä on pyritty pitämään ruokailutilat kodinomaisina erilaisten pöytäliinojen, kukkien, taulujen ja kynttilöiden avulla. Tilaa somistetaan vielä erityisesti juhlapäivinä ja sunnuntait on huomioitu asukkaille tarjottavan tarjottimen kattamisessa. Myös ruokailutilanteiden rauhallisuuteen kiinnitetään huomiota, jotta jokaisella asukkaalla olisi ruoka-

rauha. Hoitohenkilökunta on läsnä ruokailutilanteissa ja asukkaiden kanssa vaihdetaan päivän kuulumisia ruokailun lomassa.

## 5.2 Ravitsemussuositukset ikääntyneille

Tämän luvun kuvaus ikääntyneiden ravitsemussuosituksista perustuu valtion ravitsemusneuvottelukunnan antamiin ravitsemussuosituksiin ikääntyneille (2010).

Valtion ravitsemusneuvottelukunta eli VRN on antanut vuonna 2010 ravitsemus- ja liikuntasuositukset ikääntyneille. Suositusten tavoitteena on, että sairaaloissa, kotihoivossa, vanhainkodeissa ja koko terveydenhuollossa, ammattilaiset osaisivat tunnistaa käytännön hoitotyössä mahdollisen ravitsemustilan heikkenemisen, sekä ymmärtää ravitsemushoidon tavoitteita osana ikääntyneen ihmisten eri elämänvaiheisiin liittyviä ravitsemuksen haasteita. Ikääntyneiden ravitsemussuositusten pohjana on käytetty vuoden 2005 valtion ravitsemusneuvottelukunnan antamia ohjeistuksia ”Suomalaiset ravitsemussuositukset—ravinto ja liikunta tasapainoon”.

Ikääntyneen ihmisen hyvällä ravitsemuksella ja liikkumisella pyritään ylläpitämään hyvää elämän laatua. Iäkkään ihmisen ravitsemustila ja ravinnonsaanti heikkenee usein erilaisten sairauksien ja iän mukanaan tuomien kehon muutosten myötä. Suurimpana vajaa- tai virheravitsemuksen riskiryhmänä pidetään yli 80-vuotiaita henkilöitä. Ikääntyneiden ravitsemussuositusten mukaan, keskeisiä painopisteitä ravitsemushoidossa ovat:

- 1) Ravitsemukselliset tarpeet ikääntymisen eri vaiheissa
- 2) Ravitsemuksen säännöllinen arviointi
- 3) Ravitsemushoidon avulla pyritään turvaamaan riittävä nesteen, kuidun, proteiinin, energian ja ravintoaineiden saanti, sekä
- 4) Yli 60-vuotiailla D-vitamiinilisän jatkuva käyttö

Ravitsemussuositusten lisäksi ikääntyneille pyritään mahdollistamaan liikuntakyvyn ylläpito ulkoilemalla tai kuntoilemalla, esimerkiksi vapaaehtoisten tukihenkilöiden kanssa. Valtion ravitsemusneuvottelukunta muistuttaa, että kaikki ikääntyneiden asioiden parissa työskentelevät ovat vastuullisia suositusten toimeenpanosta.

Suosituksiin on koottu yleisiä erityispiirteitä eri ikääntyneiden ryhmille. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan mukaan, sellaiset henkilöt, jotka ovat kotihoidon asiakkaina, ovat monisairaita ja joilla on toiminnanvajauksia, tulisi ottaa huomioon:

- ikääntyneen toiveet huomioon ottaen suunnitellaan päivittäinen ruokailu, joka turvaa riittävän ravinnonsaannin, tarvittaessa järjestetään kauppapalvelu ja kotiateria
- arvioidaan avun tarve syömisessä, tarvittaessa muistutetaan syömisestä
- ruokailutilanteen psykososiaaliset tekijät ja mielihyvä otetaan huomioon ruokailua suunniteltaessa
- huolehditaan tarvittavasta avustamisesta hampaiden, proteesien ja suun limakalvojen pesussa ja suun terveydenhoidossa
- otetaan omaiset mukaan ravitsemushoidon suunnitteluun ja toteutukseen
- toimintakykyä ja lihaskuntoa ylläpitävä sekä energiankulutusta lisäävä liikunta suunnitellaan niin, että se soveltuu monisairaille joilla on toiminnanvajauksia

Yli 65-vuoden jälkeen ravitsemustila heikkenee, usein sairauksien ja iän myötä. ”Sairaalassa olevilla vanhuksilla ravitsemustila on heikentynyt jopa puolella potilaista ja pysyvässä laitoshoidossa olevilla virheravitsemuksen esiintyvyys on tätäkin suurempaa (VRN a 2010, 12)”. Virheravitsemuksella tarkoitetaan liiallisen energian saannista johtuvaa ylipainoa sekä liian vähäisen tai epätasapainoisen proteiinien, suojaravintoaineiden ja energian saantia. Ravitsemuksella on suuri vaikutus ikääntyneiden yleiseen hyvinvointiin ja pitkään jatkuneena virheravitsemus aiheuttaa myös muun muassa erilaisia tulehduksia, liiallista painon laskua ja yleistä kunnon heikkenemistä.

### **5.3 Ravitsemushoitosuositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin ym.**

Tämän luvun kuvaus perustuu valtion ravitsemusneuvottelukunnan antamiin suosituksiin sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin (2010).

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on antanut omat suosituksensa hoitohenkilökunnan käyttöön sairaaloissa ja keskuksissa. Neuvottelukunta pitää erityisen tärkeänä, että hoitohenkilökunta sitoutuu noudattamaan annettuja suosituksia ja ottaisivat ne käyttöön. Tässä ravitsemushoitosuosituksessa on otettu huomioon sekä hoito- että lääketie-

teen, ravitsemusterapian ja ruokapalvelun näkökulmat. Tavoite on yhdenmukaistaa ravitsemushoidon käytänteitä osana potilaiden ja asukkaiden kuntoutusta.

Jokaiselle potilaalle tulisi tehdä heti hoidon alussa yksilöllinen ravitsemushoito-ohjelma. Keskeisintä on seuloa joukosta vajaaravitsemuksen riskipotilaat ja suunnitella potilaan tarvetta vastaava hoito-ohjelma. Suunnittelussa on syytä ottaa huomioon lääketieteelliset ja eettiset tekijät, nykyinen ravitsemustila sekä potilaan oma tahto.

Vajaaravitsemusriskin seulontaan terveydenhuollossa on kehitetty erilaisia seulontamenetelmiä. Hyvä menetelmä on sellainen joka erottelee myös potilaat, joilla ei ole riskiä vajaaravitsemukseen. Testien suunnittelussa on pyritty helppokäyttöisyyteen, nopeuteen ja monikäyttöisyyteen eri henkilöstöryhmille. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) on suositellut 2003 seuraavia seulontamenetelmiä:

- NRS—2002—menetelmä sairaaloille (Nutritional Risk Screening)
- MUST—menetelmä avoterveydenhuoltoon (Malnutrition Universal Screening Tool)
- MNA—menetelmän seulontaosa yli 65-vuotiaille (Mini Nutritional Assessment)
- sekä kasvukäyrät lapsille

Testeille yhteistä on niiden helppokäyttöisyys ja nopeus. NRS-, MUST- ja MNA-menetelmät ovat pisteytettyjä testejä, joista saatavien tulosten mukaan voidaan tehdä nopeita muutoksia potilaan ravitsemushoitoon. Nämä kolme testiä vaativat myös painoindeksin (BMI) laskemista, mutta sisältävät myös muita pisteosioita sen lisäksi. Pelkkää BMI-testiä käytettäessä on otettava huomioon, ettei se huomioi tuloksessaan esimerkiksi vatsaontelon sisälle kertynyttä rasvaa, isojen lihaksien osuutta kokonaispainosta tai nesteen kertymistä elimistöön (ks. myös Mustajoki 2012).

Ikääntyneiden ravitsemushoidossa on syytä ottaa huomioon säännölliset ruokailuajat, ruoan riittävyys ja energiatiheys. Usein aistitunteukset myös muuttuvat, mikä aiheuttaa oman haasteensa ruoan valmistukseen, tarjoiluun ja nautittavuuteen. Ikääntyneet tulevat myös kylläisiksi hyvin nopeasti ja siksi olisikin tärkeää tarjota useita aterioita päivässä.

Ateriasuunnittelussa tulisi erityisesti huomioida energian, kivennäisaineiden ja vitamiinien saanti. Usein fyysisen aktiivisuuden aleneminen vähentää lihaskudosta, mutta kivennäisaineiden ja vitamiinien tarve jopa kasvaa. Proteiinien tarve kasvaa ja proteiinien saanti tulisi turvata aamupalalla, lounaalla ja päivällisellä, mutta näiden lisäksi olisi hyvä tarjota proteiinipitoinen väli- ja iltapala. Pehmeän rasvan käyttöön tulisi kiinnittää erityishuomiota, sillä erityisesti n-3-rasvahapot alentavat veren triglyseridipitoisuutta, joka pyrkii estämään tulehduksia, estää verihiihtaleiden kokkaroitumista ja voi myös vähentää masentuneisuutta. Lisäksi ikääntyneille riittävä nesteen saanti on välttämätöntä ja olisikin hyvä juoda erilaisia juomia vähintään 5—6 lasillista päivässä.

Ikääntyneet, jotka asuvat vanhain-, palvelu- ja hoitokodeissa, tarvitsevat yksilöllisen ravitsemushoito-ohjelman. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan mukaan, ikääntyneen vajaaravitsemuksen riski arvioidaan hoidon alussa ja jatkossa säännöllisesti MNA-menetelmällä. Yöllinen paasto ei saisi ylittää 11 tuntia ja tärkeintä on turvata riittävä energiansaanti. Lisäksi ateria-ajoissa tulisi pyrkiä joustavuuteen ja kodinomaisissa ruokailutilanteissa ikääntyneiden ravitsemusta pystytään edistämään esimerkiksi ruokailuympäristön viihtyvyydellä, ja henkilökunnan osallistumisella ruokailutilanteisiin.

Psykiatristen potilaiden ravitsemushoidossa pyritään lisäämään potilaan halukkuutta huolehtia omasta terveyttä edistävästä ruokavaliosta sekä saavuttaa, tai ylläpitää yksilöllisesti sopiva paino liikunnan, ja sopivan ruokavalion kautta. Mielialan nopeat muutokset voivat johtaa ravitsemushoidon laiminlyömiseen ja erityisesti masennukseen liittyy usein ruokahaluttomuutta. Skitsofrenian erityispiirteisiin lukeutuu taas vainoharhat, joita voi ruokailun yhteydessä olla muun muassa pelko myrkytetystä tai pilaantuneesta ruoasta. Usein psykelääkkeet häiritsevät ruokahalun säätelyä ja voivat näin ollen johtaa ylipaino-ongelmaan. Osa psykelääkkeistä aiheuttaa myös suun kuivumista, mikä erityisesti ikääntyneillä hankaloittaa ruoan nautittavuutta.

Suun kuivuminen on ikävä ongelma, mutta kuivuuden tunnetta voidaan pyrkiä auttamaan erilaisin keinoin. Erilaisilla elintarvikkeilla kuten pähkinät, tai laimea sitruunamehu, voidaan tehostaa syljen eritystä. Aterioiden välillä voidaan nauttia syljen eritystä lisääviä imeskelytabletteja tai purukumia. Suun kuivuudesta kärsivälle henkilölle ei tulisi tarjota jatkuvasti muun muassa sokeripitoisia juomia tai pastilleja, sillä syljen puute altistaa erilaisille suutulehduksille ja hammaskariekselle. Riittävä nesteen nauttiminen on kuitenkin suotavaa. Aterioilla kannattaa huomioida ja suosia pehmeitä ja

kosteita ruokia, jolloin ruoan nauttiminen helpottuu. Ruokaan voi lisätä reilusti kastiketta ja lisätä esimerkiksi voisulaa, jogurttia tai kermaviiliä. (Suominen 2008, 35.)

Dementiaa sairastavan henkilön ravitsemushoidossa on tärkeää ehkäistä liiallinen laihduminen. Usein dementiaa sairastavat kärsivät vajaaravitsemuksesta ja heille tulisi tarjota tehostettua ruokavaliota (energiapitoista, proteiinirikasta, pienet annoskoot). Dementiaa sairastavista noin joka kolmas laihtuu jo ennen henkisten muutosten havaitsemista ja vajaaravitseminen muun muassa huonontaa elämänlaatua, lisää infektioriskiä ja heikentää henkistä terveyttä. Toimintakyky hidastuu vähitellen, joka aiheuttaa lihasmassan vähenemistä. Erilaiset haju- ja makumuutokset voivat myös vaikeuttaa ruokailutilanteita, ja erityisesti suolainen, makea tai voimakkaasti maustettu ruoka maistuu parhaiten. Taudin edetessä motoriset taidot heikentyvät sekä ruoan pureskelu ja nieleminen vaikeutuu.

Aivohalvauspotilaan ravitsemushoidon tavoitteena on turvata riittävä ravitseminen ja ehkäistä vajaaravitsemuksen riski. Noin joka toisella potilaalla on aivohalvauksen jälkeen nielemisvaikeuksia, jotka saattavat kuitenkin korjaantua hyvin nopeasti. Toisille voi jäädä pysyvä nielemisvaikeus, jolloin käyttöön voidaan ottaa ravitsemusavanne PEG (perkutaaninen endoskooppinen gastrostomia). Ravitsemusavanne on letku, joka asennetaan vatsapeitteiden läpi mahalaukkuun. Nielemisvaikeuksien lisäksi syömistä saattaa hankaloittaa motoriikan muutokset, tahdottomien liikkeiden häiriö, heikentynyt tuntoaisti, kuolaaminen ja ruoan suusta pois valuminen. Usein oikean aivopuoliskon vaurioon liittyy myös näköhäiriö, joka vaikeuttaa tarjolla olevan ruoan havaitsemista. Aivohalvaukseen voi liittyä myös puheen tuottamis- ja ymmärtämishäiriö, jolloin potilaan oma ilmaisukyky janosta tai nälästä on oleellisesti heikentynyt. Ravitsemushoito-ohjelmaa päivitetään usein potilaan kuntoa seuraten. Vähimmäisvaatimuksena pidetään jatkuvaa painon tarkkailua.

#### **5.4 Virhe- ja aliravitsemuksen käsitteet**

Virhe- ja aliravitsemusriski lisääntyy huomattavasti iän myötä. 65-vuotiailla esiintyy virhe- ja aliravitsemusta 5–8 prosentilla ja 80-vuoden jälkeen ongelmat yleistyvät. Erityisessä vaarassa ovat ikääntyneet, jotka ovat riippuvaisia toisten henkilöiden avusta, niin koti- kuin laitoshoidossakin. Laitoksissa asuvien ikääntyneiden ravitsemustila on heikentynyt säännönmukaisesti. (Lyyra ym. 2007, 185.)

Virheravitseminen tarkoittaa, ettei ruokavaliosta saatavien ravintoaineiden tai energian määrä vastaa henkilön todellista tarvetta, eli ikääntynyt voi helposti saada ravinnostaan esimerkiksi liikaa energiaa, mutta liian vähän ravintoaineita. Ikääntyneillä sairaudet, vähäinen liikunta, ruokahalun muutokset ja alhainen painoindeksi suurentavat virheravitsemuksen riskiä. (Lyyra ym. 2007, 186.)

Aliravitsemuksella ei tarkoiteta suoraan ravintoköyhää ruokavaliota tai ruoan puutetta. Kyse on usein erilaisista sairauksista, kuten dementoivat sairaudet, tai useiden eri sairauksien samanaikaisista ilmentymisistä, jotka aktivoivat erilaisia biokemiallisia mekanismeja aiheuttaen muutoksia ikääntyneen kudoksissa. Masennus voi taas aiheuttaa osaltaan ruokailun laiminlyöntiä, jolloin ravinnon saanti vähenee ja ikääntynyt laihtuu. Vanheneminen aiheuttaa myös erilaisia aistitunteiden muutoksia suussa ja maut saattavat korostua ikääntyneen suussa eri tavalla kuin ennen (ks. myös Arffman ym. 2009, 100). Mahdollisten lääkitysten vaikutus makuaistimukseen on myös osattava huomioida ravitsemushoitoa suunniteltaessa. (Lyyra ym. 2007, 185.)

### **5.5 Erityisruokavaliot asumispalvelukeskuksessa**

Ikääntyneillä, kuten muillakin ikäryhmillä, esiintyy ruoka-allergioita ja yliherkkyyksiä. Allergioiden seulominen on haasteellista etenkin silloin, kun asukas ei itse pysty kommunikoimaan luotettavalla tavalla omasta voinnistaan. Hoitohenkilökunnan vastuulla on tarkkailla asukkaita ruokailun lomassa ja kertoa mahdollisista havainnoistaan, jotta mahdolliset ruoka-allergiat tai yliherkkyydet voidaan tunnistaa. Yleisimpiä erityisruokavaliota ovat maidosta johtuvat ruokayliherkkyydet ja allergiat.

Aikuisilla ruoka-allergia liittyy usein koivun siitepölyallergiaan, jolloin hedelmät, mausteet ja tuoreet juurekset aiheuttavat oireita. Lapsilla taas yleisimpiä allergian aiheuttajia ovat muna, maito ja viljat. Usein muna-, kala-, ja äyriäisallergiat ovat pysyviä. (Evira.)

Ruoan toimittaja toimittaa ruoan palvelukeskukseen erillisen tilauslomakkeen mukaan joka täytetään päivittäin. Mikäli asiakkaalla on todettu ruoka-aineallergia, täytyisi siitä toimittaa lääkärintodistus ruoan toimittajalle. Tutkimushetkellä palvelukeskuksessa esiintyi seuraavia ruoka-aineallergioita ja rajoituksia:



- Laktoositon ruokavalio
- Sappiruokavalio
- Kihtiruokavalio
- Kasvisruokavalio
- Diabetes.

### 5.5.1 Laktoositon ruokavalio

Laktoosi-intolerantikko ei siedä ruokavaliossaan maitotaloustuotteita, jotka sisältävät maidon sokeria, eli laktoosia. Oireina ovat erilaiset vatsavaivat kuten turvotus ja ilma-vaivat. Oireet johtuvat siitä, että keho ei tuota riittävästi laktaasi-entsyymiä, jonka tehtävä on pilkkoa maidon sokeri laktoosi, glukoosiksi ja galaktoosiksi ohutsuolessa. (Parkkinen & Serti 1999, 122.)

Laktoosi-intolerantikon oireita hoidetaan hänelle sopivalla ravitsemushoito-ohjelmalla. Ruokavaliosta poistetaan laktoosia sisältävät tuotteet, jotka korvataan mahdollisuuksien mukaan laktoosittomilla tuotteilla. Ruokavaliosta ei ole syytä poistaa maitotaloustuotteita kokonaan, ja on todettu, että laktoosista aiheutuvat oireet pysyvät usein lievempinä, jos ruokavaliossa voidaan käyttää edes hieman laktoosia sisältäviä tuotteita, kun poistaa se ruokavaliosta kokonaan (ks. Parkkinen & Serti 1999, 123). Oireet ja laktoosin sietokyky ovat hyvin yksilöllisiä, joten on tärkeää ottaa huomioon asukkaan oma kokemus maitovalmisteiden käytöstä.

Mikäli vatsaoireet jatkuvat laktoosittomasta ruokavaliosta huolimatta, voi kyseessä olla myös maitoallergia, jolloin maidon proteiini aiheuttaa vatsaoireita. Ruokavaliosta tulee poistaa kaikki maitotaloustuotteet ja korvata ne mahdollisuuksien mukaan esimerkiksi riisi- ja soijatuotteilla. Parkkisen ja Sertin mukaan (1999, 125) ”näissä tilanteissa on arvioitava, käytetäänkö kalsiumvalmisteita tai kalsiumilla täydennettyjä elintarvikkeita”.

### 5.5.2 Sappikivitauti

Sappikivitaudissa ravitsemushoidolla pyritään ehkäisemään sappikivien muodostumista ja hillitsemään ikäviä vatsaoireita. Oireet ovat hyvin yksilöllisiä ja yleisenä ohjeena sappikivitaudin hoidossa voidaan pitää normaalin ruokavalion noudattamista. Rasvo-

jen laatuun tulee kiinnittää erityishuomiota, kuten myös kuidun määrään ja ruokailujen säännöllisyyteen. Nämä asiat voivat pitää vatsaoireet poissa.

Ravitsemushoitosuunnitelmaa tehdessä on tärkeää kuunnella asukkaan omaa kokemusta oireita aiheuttavista ruoka-aineista. Usein oireita aiheuttavat runsasrasvainen paistettu ruoka, niin sanotut kaasuja aiheuttavat ruoka-aineet, kuten kaali ja pavut, sekä tuore pulla ja ruisleipä. Joskus ruoka-aineita siedetään paremmin kypsennettyinä, kun raakana, joten ruokavaliossa kannattaa kokeilla asukasta kuunnellen varovaisesti eri vaihtoehtoja. (VRN b 2010, 82.; Parkkinen ja Sertti 1999, 29.)

### **5.5.3 Kihtiruokavalio**

Kihti on puriiniaineiden aineenvaihdunnallinen häiriö, jossa veren virtsahappopitoisuus nousee liikaa, jolloin virtsahappo kiteytyy uraatteina niveliin ja kudoksiin. Oireina on voimakkaita kipuja nivelissä ja tyypillisin kipupaikka on isovarpaan nivel. (Parkkinen & Sertti 1999, 84.)

Kihtiä voidaan hoitaa lääkkeillä ja ravitsemushoidolla pyritään tehostamaan lääkitystä sekä poistamaan kivuliaita oireita. Ruokavalioista tulisi poistaa runsaasti puriiniaineita sisältävät ruoka-aineet. Runsaasti puriinia sisältäviä elintarvikkeita ovat muun muassa sisäelimet, pikkukalat ja nesteistä olut. Kohtalaisesti puriinia sisältää muun muassa liha- ja lihavalmisteet, kala- ja kalavalmisteet sekä pavut ja sienet. Lisäksi suositellaan runsasta nesteen juontia, 2—3 litraa päivässä, joka laimentaa uraatin pitoisuutta virtsassa. (VRN b 2010, 98.)

Kihtipotilaalle suositellaan perusruokavaliota, josta poistetaan tarvittaessa ne ruoka-aineet, jotka aiheuttavat potilaalle oireita (ks. myös VRN b 2010, 82). Myös Suominen (2008, 75) toteaa, että ”käytännössä puriiniaineiden välttäminen on ollut usein turhanakin tiukkaa ja siitä on aiheutunut tarpeetonta ruokavalion rajoittamista ja ylimääräistä työtä ruokapalvelulle”.

### **5.5.4 Diabetes**

Diabetesta sairastava henkilö kärsii glukoosiaineenvaihdunnallisesta häiriöstä. Häiriö johtuu insuliinin täydellisestä, tai osittaisesta puuttumisesta, tai sen vaikutuksen heik-

kenemisestä. Diabetesta sairastavat on jaettu kahteen eri tyyppiin; nuoruustyyppin diabetes (tyypin 1 diabetes) ja aikuistyyppin diabetes (tyypin 2 diabetes). Molemmille yhtenäistä on kohonnut verensokeri, mutta nuoruustyyppin diabeteksessa insuliinin tuotanto on täysin lakannut, kun aikuistyyppin diabeteksessa on insuliinin käyttö heikentynyt (ks. myös Parkkinen ja Serti 1999, 59).

Diabeetikon ravitsemushoidossa suositellaan pääsääntöisesti perusuokavaliota. Hoitosuunnitelma tulee kuitenkin tehdä aina yksilöllisesti, sillä ruokavalion oikea koostaminen on erittäin tärkeää diabeetikolle. Ravitsemushoidolla pyritään myös ehkäisemään diabeteksesta johtuvia lisäsairauksia nefropatiaa ja diabeettista gastropateesia. Nefropatia on munuaismuutos ja sen riskitekijöitä diabeetikolla on kohonnut verenpaine, perimä, tupakointi, veren kohonneet rasva-arvot ja huono verensokeritasapaino. Ravitsemushoidossa tulee kiinnittää huomiota suolan ja proteiinien määrään, lihavilla painon alentamiseen sekä ehkäistä vajaaravitsemusta. (VRN b 2010, 92., 95.)

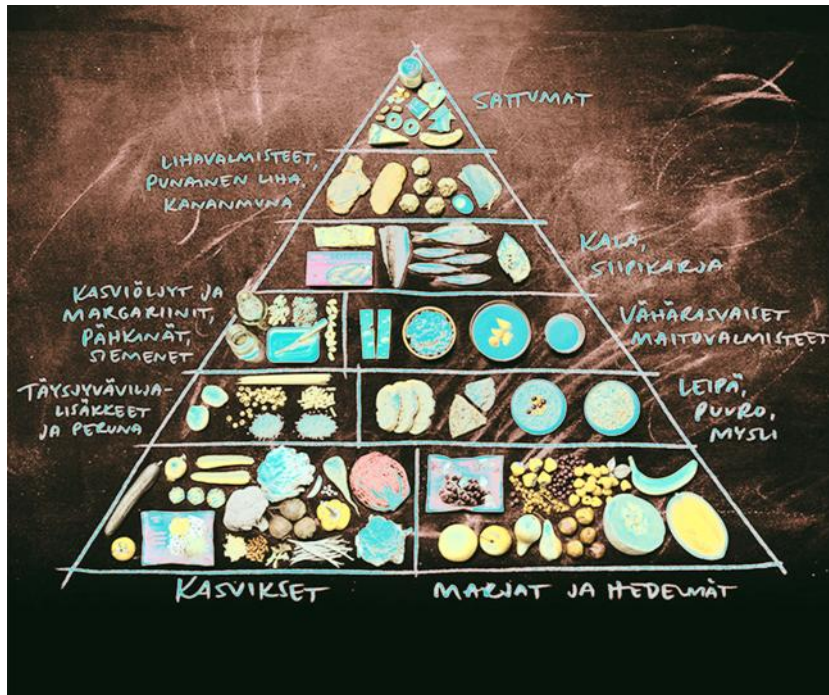
Diabeettinen gastropateesi on nuoruustyyppin diabeteksesta johtuva lisäsairaus, jossa selittämättömän matalat verensokeriarvot sekä erilaiset vatsaoireet, viittaavat gastropateesiin. Mahalaukun hidas tyhjentyminen ja osittain hienontumaton ruokamassa, aiheuttavat yksilöllisesti vatsaoireita voimakkaasta lievempiin. (VRN b 2010, 125.)

### **5.5.5 Kasvisruokavalio**

Kasvisruokavalion noudattaminen on henkilön oma valinta. Se saattaa pohjautua esimerkiksi uskonnolliseen vakaumukseen tai eettisyys-kysymyksiin. Kasvisruokailijan ravitsemushoidon suunnittelu on erityisen tärkeää, jotta henkilölle voidaan taata monipuolinen, riittävästi energiaa ja ravintoaineita sisältävä ruokavalio. Usein apuna käytetään vitamiinilisiä turvaamaan tarvittavien ravintoaineiden saanti (VRN b 2010, 108).

Kasvisruokavaliota noudattavan henkilön ravitsemushoidossa täytyy ottaa huomioon se, noudattaako henkilö vegaanista, laktovegetaarista vai lakto-ovovegetaarista ruokavaliota. Vegaani käyttää ruokavaliossaan ainoastaan kasvikunnan tuotteita, laktovegetaari käyttää ruokavaliossaan lisäksi maitovalmisteita ja lakto-ovovegetaari käyttää maitovalmisteiden lisäksi myös kananmunaa. Ravitsemushoidollisesti vaativin on vegaanin ruokavalio, sillä tasapainoisten aterioiden koostaminen on haastavaa ja tarvit-

tavien ravintoaineiden saanti jokaisesta ruokapyramidin osiosta täytyy turvata (ks. Kuva 3.). (ks. myös VRN b 2010, 104.; Parkkinen ja Sertti 1999, 149)



**KUVA 3.** © Valtion ravitsemusneuvottelukunta, ruokapyramidi.

Kasvisruokavaliota noudattavan henkilön ateriat tulee suunnitella erityisen huolellisesti, jotta voidaan varmistua, että hän saa kaikki tarpeelliset ravintoaineet ruokavaliostaan. Välipaloilla voidaan suosia esimerkiksi erilaisia pähkinöitä, siemeniä, marjoja sekä hedelmiä.

## 5.6 Ruoan rakennemuutokset

Ruoan nauttimista voi hankaloittaa muun muassa erilaiset suun- ja hampaiden sairaudet, sekä jotkin neurologiset taudit, kuten Parkinsonin tauti ja ALS (amyotrofinen lateraaliskleroosi). Erilaiset lääkitykset voivat aiheuttaa myös suun kuivumista, joka hankaloittaa ruoan nielemistä. Tällöin tarjotaan rakennemuutettua ruokaa, joka voidaan jakaa neljään eri asteeseen: nestemäinen, sileä sosemainen, karkea sosemainen ja pehmeä. Rakennemuutetun ruoan haasteena ovat sen ulkonäkö, vaihtelevuus, ravintosisältö ja maku. Ruoan rakenteen muutokset eivät saisi vaikuttaa ruoan energiasisältöön. Erityisesti nestemäistä ruokavaliota noudatettaessa, tulisi kiinnittää erityishuomiota ruoan täydentämiseen erilaisilla rikasteilla ja kliinisillä ravintovalmisteilla. (VRN b 2010, 72.)

## 6 RAVITSEMUSHOIDONSUUNNITTELU

Useiden eri tutkimusten mukaan (ks. esim. Nurri 2011, Halttunen ym. 2011, Suominen 2008), vanhainkotien ja palvelutalojen pitkäaikaisasukkaat kärsivät usein virheetai aliravitsemusriskistä. Ravitsemushoidon suunnittelun lähtökohtana voidaan pitää nykytilan arviointia. Hoitohenkilökunnan käyttöön on kehitetty erilaisia työkaluja, joiden avulla on pyritty helpottamaan yksilöllisen ravitsemushoidon suunnittelua.

### 6.1 Energiantarpeen määrittely

Valtion ravitsemushoitosuosituksissa ikääntyneille (2010), suositusten keskeisiä painopisteitä ovat:

- 1) Ikääntymisen eri vaiheiden ravitsemukselliset tarpeet
- 2) Ravitsemustilan säännöllinen arviointi
- 3) Ravitsemushoidon avulla halutaan turvata riittävä proteiinin, kuidun, nesteen, energian ja ravintoaineiden saanti, sekä
- 4) yli 60-vuotiailla D-vitamiinilisän käyttö

Kuten Lyyra (2007) toteaa, ”punnitseminen kerran kuussa on yksinkertaisin tapa seurata ravitsemustilaa.” Apuna voidaan käyttää myös painoindeksin laskemista, eli Body Mass Index (BMI) -mittaria. Painoindeksi lasketaan jakamalla paino (kg) pituuden neliöllä ( $m^2$ ). Laskennan tulosten mukaan, aikuisten normaalipainon pistemäärä on 20—25. Ikääntyneillä kehon koostumus muuttuu ja pituus lyhenee sekä miehillä, että naisilla, 30 ikävuoden jälkeen. Siksi ikääntyneillä korkeampi BMI-tulos on normaali. Tarkasteltaessa ikääntyneiden painoindeksiä, 24—29 on suositeltava BMI-mittauksen tulos. (VRN a 2010, 39.; Suominen 2008, 58).

Ikääntyneiden energiatarvetta voidaan laskea myös seuraavien kriteerien mukaisesti perusaineenvaihdunnan laskentakaaviolla (ks. Taulukko 1.). (ks. myös Lyyra ym. 2007, 191; VRN a 2010, 18)

**TAULUKKO 1, Esimerkki perusaineenvaihdunnan laskentakaaviosta.**

	kcal/ paino kg
Perusaineenvaihdunta (PAV)	20
Vuodepotilas (PAV + 30 %)	26
Liikkeellä oleva (PAV + 50 %)	30
Sairaudesta toipuva / paljon liikkuva	36
Esimerkkilaskelma, vuodepotilas 70 kg. 26 kcal * 70 kg = 1820 kcal / vrk	

(VRN a 2010, 18)

Laskentakaavion avulla pyritään kartoittamaan asukkaalle yksilöllinen energiantarvemäärä. Kun energian kulutus on tiedossa, voidaan asukkaalle määritellä aterioilla tarjottava annoskoko, joka vastaisi energiankulutuksen määrää. Kuten muillakin ikäryhmillä, ikääntyneille energian saanti ja kulutus, on tärkeää olla tasapainossa. Energiantarpeen laskennan lisäksi, asukkaan painoa täytyy jatkuvasti seurata. Pitkän aikavälin seurannan avulla saadaan selville, onko tarjottu energiamäärä riittävä tai liian alhainen.

Ravitsemushoito sairaalassa tähtää yleensä nykypainon ylläpitoon. Mikäli potilaalla ilmenee ylipainoa, harkitaan, onko ajankohta sopiva laihduttamiselle. Alipainoisen ravitsemushoidossa pyritään normaalipainon saavuttamiseen tai painonnousuun. (VRN b 2010, 49.)

Sopivan annoskoon valitsemiseen voidaan käyttää laskennallista määrettä, kuten edellä on kuvattu. Hoidon suunnittelussa on hyvä ottaa huomioon myös henkilön oma näkemys sopivasta annoskoosta, sekä erilaiset ruokamieltymykset. Valtion ravitsemushoitosuosituksissa sairaaloille ym. (2010), on esitetty havainnollistavat annoskuvat, sekä energiamäärä (kcal/vrk), joiden mukaan hoitohenkilökunta yhteistyössä potilaan kanssa voivat tilata hänelle sopivan annoksen.

## 6.2 Potilaiden ravitsemushoito

Psykiatristen potilaiden ravitsemushoidossa pyritään ohjeistamaan potilasta terveellisiin elämäntapoihin sekä ruokailussa, että liikunnassa. Painon seuraaminen on tärkeää, sillä useat psykieläkkeet aiheuttavat tahatonta painonlisäystä. Lisäksi psykiatriset

sairaudet vaikuttavat usein mielialoihin ja etenkin masennus heijastuu ruokailuhetkiin ruokahalun puuttumisena tai piittaamattomuutena. Skitsofreniaan liittyy erityispiirteinä erilaiset harhaluulot, jolloin potilas saattaa pelätä että ruoka on muun muassa pilaantunutta tai myrkytettyä, jolloin ruoasta nauttiminen on hyvin haasteellista ja hoitohenkilökunnalta vaaditaan kärsivällisyyttä asukkaan ruokailun tukemiseen.

Ruokailuhetkillä pyritään tukemaan ravitsemushoitoa ja ruokailusta tulisi pyrkiä tekemään mahdollisimman rauhallinen ja mukava tilanne. Rutiinit ovat tärkeitä psykiatrisille potilaille ja ruokailun säännöllisyydellä tuetaan sopivaa ateriarytmiä. Mieluisia ruokia tulisi suosia mahdollisuuksien mukaan, sillä itselle hyvä ruoka tuottaa mielihyvää. Hoitohenkilökunta voi ruokailla samaan aikaan asukkaiden kanssa, näyttäen positiivista esimerkkiä. (ks. myös VRN a 2010, 33.)

Dementiaa sairastavan henkilön ravitsemushoidonsuunnittelussa pyritään ravitsemuskuntoutukseen eli ensisijaisesti laihtumisen ehkäisyyn. Vajaaravitsemusriskin vuoksi, dementiaa sairastavalle tehostetun ruokavalion tarjoaminen on suotavaa. (VRN b 2010, 184.). Haasteet joita usein ruokailuhetkissä kohdataan, ovat unohtaminen, kyläisyyden tunteen puuttuminen ja erilaiset aistiharhat. Suominen (2008) toteaa, että ”syömisen laiminlyöntiä aiheuttavat mm. depressio, ruokaan kohdistuneen mielenkiinnon puute, unohtaminen, sekavuus, ahdistuneisuus ja ruokaan liittyvät epäluulot”.

### **6.3 Ravitsemustilan arviointi MNA-testin avulla**

Ravitsemustilan arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita ja testejä. Mini Nutritional Assessment -testi (Liite 1.) on kehitetty erityisesti ikääntyneille, yli 65-vuotiaille henkilöille. Testi on maailmanlaajuisesti käytetty, validoitu testi. Mittarin avulla on mahdollista seuloa ne henkilöt, joiden riski virhe- tai aliravitsemukselle on kasvanut. Testistä saatavien tulosten mukaan, hoitohenkilökunnan on helpompi tehdä muutoksia asiakkaan ruokavalioon, lisäämällä rikasteita tai vastaavasti poistamalla tuotteita, jotka eivät sovellu kohdehenkilön ruokavalioon. Kuitenkin Suominen (2008) toteaa, että ”MNA-testin perusteella ei voi tehdä johtopäätöksiä ruokavaliosta tai ravinnonsaannista”.

Testi on jaettu kahteen eri osioon, seulonta- ja arviointiosioon. Seulontaosiossa on 6 kysymystä ja sen suorittamiseen tarvitaan myös paino ja pituus painoindeksin (BMI)

laskemista varten. Alun seulontakysymysten tarkoituksena on seuloa joukosta ne, joiden riski virheravitsemukselle on kasvanut (alle 11 pistettä). Mikäli kysymysten seulontaosion yhteenlaskettu pistemäärä ylittää 12 pistettä, riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut, eikä testiä näin ollen tarvitse suorittaa loppuun.

Testin arviointiosuudessa on 12 kysymystä. Sen suorittamiseen tarvitaan myös olkavarren (OVY cm) ympärysmitta sekä pohkeen (PYM cm) ympärysmitta. Kysymykset sisältävät hyvän ravitsemuksen kannalta oleelliset kysymykset, kuten nesteen tai maitotaloustuotteiden nauttiminen päivittäin. Testi myös huomioi, mikäli henkilöllä on käytössään erilaisia lääkityksiä.

## **7 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA MNA-TESTIN KÄYTÖSTÄ**

Seuraavassa tarkastellaan muiden käyttökokemuksia Mini Nutritional Assessment -testin käytettävyydestä ikääntyneille, yli 65-vuotiaille henkilöille.

### **7.1 Ravitsemustilan selvitys palvelukeskuksessa 2013**

Tämän luvun kuvaus perustuu Sari Pekkarisen (2013) tekemään opinnäytetyöhön Ikääntyneiden ravitsemustilan selvitys palvelukeskuksissa.

Sari Pekkarinen on tehnyt opinnäytetyön Ikääntyneiden ravitsemustilan selvitys palvelukeskuksessa, jonka tavoitteena oli selvittää Palvelukeskus Kotikallion ikääntyneiden henkilöiden ravitsemustilaa. Tutkimukseen osallistui yhteensä 21 henkilöä, iältään 64–94 vuotta, joiden ravitsemuksellista tilaa selvitettiin käyttämällä Mini Nutritional Assessment -lomaketta. Vertailukohtana tutkimuksessa käytettiin pelkkää BMI-testiä, vaikka MNA-lomakkeessa käytetään yhtenä apuna BMI-tulosta kokonaistuloksen arvioinnissa.

Tässä selvityksessä kävi ilmi, että asukkailla oli painovaihteluita sekä ali- että ylipainoon, joista painoarvo oli kuitenkin enemmän ylipainoon. BMI-testin tulosten mukaan 1/21 henkilöllä oli normaalia alhaisempi paino. Asukkaista 7/21 oli normaalipainon rajoissa, 5/21 kärsi lievästä lihavuudesta ja 4/21 oli jo merkittävä lihavuus. Kahdella asukkaalla oli jo vaikea ylipaino ja kaksi asukkaista kärsi sairaalloisesta lihavuudesta.



MNA-testin tulosten mukaan, johon yhtenä osa-alueena myös BMI-tulosta käytetään, alun seulontaosioista jatkotarkasteluun valittiin yli puolet, eli 15 henkilöä.

Tutkimuksen pohdintaosiossa tutkimuksen tekijä miettii BMI-testin ja MNA-testin käytettävyyttä. Hänen mielestään pelkän BMI-mittarin käyttäminen ei anna tarpeeksi luotettavaa tietoa henkilön ravitsemuksellisesta tilasta. Tässä tutkimuksessa selvitettyjen henkilöiden ravitsemuksellinen tila näytti hyvin huonolta; vain kolmella asukkaalla oli hyvä ravitsemustila BMI-mittarilla mitattuna.

## **7.2 Iäkkäiden hyvä ravitsemus laitoshoidossa; ohjeistus hoitohenkilökunnalle 2011**

Tämän luvun kuvaus perustuu Elli Nurrin (2011) tekemään opinnäytetyöhön Iäkkäiden hyvä ravitsemus laitoshoidossa, ohjeistus hoitohenkilökunnalle.

Elli Nurrin opinnäytetyössä (2011) selvitettiin hoitajien näkemyksiä ja havaintoja pitkäaikaisasukkaiden tehostetun ravitsemuksen vaikutuksesta asukkaiden painoon ja toimintakykyyn. Eri tutkimusten mukaan, pitkäaikaishoidossa asuvien ikääntyneiden ravitsemus on puutteellista. Työn tavoitteena oli tuottaa hoitohenkilökunnalle ohjeet iäkkäiden hyvään ravitsemushoitoon. Työ toteutettiin tekemällä asukkaille Mini Nutritional Assessment (MNA) –testi, haastattelemalla hoitohenkilökuntaa, pitämällä asukkaiden ruokapäiväkirjaa, seuraamalla hoitajien potilasasiakirjoihin tekemiä merkintöjä toimintakyvyn ja painon muutoksista kolmen kuukauden ajalta, sekä toimintakyvyn vahvuudet ja heikkoudet mitattiin RAI-mittarilla.

MNA-testin mukaan, kahdentoista asukkaan alkukartoituksessa havaittiin, että viidellä asukkaalla riski virheravitsemukselle on kasvanut (17—23,5 pistettä) ja seitsemän kärsii virhe- tai vajaaravitsemuksesta (alle 17 pistettä). Testin ja ruokapäiväkirjasta saatujen tulosten mukaan, asukkaille tehtiin yksilölliset suunnitelmat ravitsemustilan tukemiseen tai ylläpitoon. Ruokavalioita tehostettiin muun muassa lisäämällä ruokavalioiden täysmaitoa, voita ja kermaa. Lisäksi käytössä oli täydennysravintovalmisteita.

Kolmen kuukauden seurantajakson aikana, kuudella asukkaalla paino nousi ja tehostetusta ruokavaliosta huolimatta kolmella asukkaalla paino laski. Painon laskuun vaikut-

ti muun muassa sairastetut infektiot ja huono nieleminen. Tulokset kuitenkin osoittivat selkeästi, että jo lyhyellä aikavälillä saadaan myönteisiä muutoksia aikaan asukkaiden ravitsemuksellista tilaa tutkittaessa. Tutkimuksessa pohdittiin myös lääkkeiden annon ajankohdan merkitystä. Syötettävillä asukkailla heti ruokailun aluksi annetut lääkkeet eivät menneet alas, mikä taas vaikeutti syönnin jatkumista.

Hyvän ravitsemuksen yhteyttä iäkkäiden toimintakykyyn oli hankalaa arvioida lyhyen seurantajakson vuoksi. Tehostetun ruokavalion ansioista, asukkaat kuitenkin piristyivät selvästi ja heidän ulkoinen olemuksensa muuttui parempaan päin. Kuten Nurro toteaa (2011), ”tämän opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan hyvän ravitsemuksen toteuttaminen tarkoittaa sitä, mihin hoitohenkilökunta voi työssään vaikuttaa”.

### **7.3 Ikäihmisten ravitsemustilan arviointi MNA-lomakkeella arvioituna 2009**

Tämän luvun kuvaus perustuu Sanna Reosen ja Kristiina Ulkuniemen (2009) tekemään opinnäytetyöhön Keravan hoivakoti Esperissä asuvien ikäihmisten ravitsemustila MNA-lomakkeella arvioituna ja hoitajien näkemys asukkaiden ravitsemuksesta.

Sanna Reosen ja Kristiina Ulkuniemen (2009) tutkimus Keravan hoivakoti Esperissä asuvien ikäihmisten ravitsemustila MNA-lomakkeella arvioituna ja hoitajien näkemys asukkaiden ravitsemuksesta tutkimuksen tavoitteena, oli arvioida Keravan hoivakodissa asuvien ikääntyneiden ravitsemustilaa MNA-lomakkeen avulla. Lisäksi tutkimuksessa suoritettiin lomakekysely hoitohenkilökunnalle, jonka avulla pyrittiin kartoittamaan henkilökunnan tietopohjaa ikääntyneiden ravitsemuksen hoidosta, lisäkoulutuksen tarpeesta sekä tarkastella henkilökunnan näkemystä asiakkaiden tämän hetkisestä ravitsemustilasta.

Hoivakodissa on 50 asiakasta, joista MNA-testi täytettiin 49 henkilöllä. Testin saamisen tulosten mukaan, tämän hoivakodin asiakkaiden ravitsemustila on samalla linjalla muiden tutkimusten kanssa. Suurin osa hoivakodin asukkaista kärsi aliravitsemusriskistä tai heillä oli virheravitsemusta. Body Mass Index (BMI) -tuloksia tarkasteltaessa yli puolella tutkimukseen osallistuneista BMI oli ollut yli 23 ja vain 9 % se jäi alle 19. BMI-tulokset eivät kuitenkaan anna suoraan tietoa siitä, ovatko henkilön ravitsemukselliset tarpeet täyttyneet.

Tutkimustulokset myös osoittavat sen, että suurin osa henkilöistä oli aliravitsemusriskin piirissä. MNA-testin mukaan, jos testistä saatavat pisteet jäävät alle 17 pisteen, henkilö kärsii virhe- tai aliravitsemusriskistä. 17—23,5 pistettä tarkoittaa, että riski virheravitsemukselle on kasvanut. Tähän tutkimukseen osallistuneista vain 7 % vastaajista ylitti 23 pisteen rajan.

Tutkimuksessa haluttiin kartoittaa myös henkilökunnan näkemyksiä asiakkaiden tämän hetkisestä ravitsemustilasta, mahdollisen lisäkoulutuksen tarpeesta ja sekä selvittää heidän tietopohjaansa ikääntyneiden ravitsemuksesta. Kyselyyn vastasi 10 henkilöä. Kyselyn antamien tulosten mukaan, hoitajien mielestä heidän koulutuksensa oli riittämätön ikääntyneiden ravitsemuksen hoidossa. Lisäksi 80 % vastaajista ei osannut arvioida asukkaiden tämän hetkistä ravitsemustilaa ja puolet vastanneista koki tarvitsevänsä lisää koulutusta ikääntyneiden ravitsemuksen hoidossa.

#### **7.4 Yksilöllisen liikuntaohjelman yhteys MNA-menetelmällä arvioituun ravitsemustilaan 2007**

Tämän luvun kuvaus perustuu Maria Laisin (2007) tekemään pro gradu-tutkielmaan Yksilöllisen toimintakykyä tukevan liikuntaohjelman yhteys MNA-menetelmällä arvioituun ravitsemustilaan vanhainkotiasukkailla.

Maria Laisin (2007) tekemässä tutkielmassa pyritään selvittämään vaikuttaako yksilöllisesti suunniteltu toimintakykyä tukeva liikuntaohjelma MNA-menetelmällä arvioituun ravitsemustilaan vanhainkotiasukkailla. Tutkimukseen osallistui 45 jyvaskyläläistä vanhainkotiasukasta, jotka jaettiin satunnaisesti koeryhmään (23) sekä kontrolliryhmään (22). Ravitsemustila arvioitiin MNA-menetelmällä. Koeryhmään kuuluville henkilöille suunniteltiin yksilöllinen liikunta-ohjelma. Kontrolliryhmään kuuluvien henkilöiden hoito jatkui samana.

MNA-pisteiden mukaan, 32,6 % henkilöistä oli hyvin ravittuja, 65,1 % henkilöistä oli riski kehittyä aliravitsemus ja aliravittuja henkilöitä oli vain yksi (2,3 %). Ryhmien välisiä eroja testattiin tutkimuksessa t-testillä. T-testi on hyvin paljon käytetty menetelmä kahden eri ryhmän eroavaisuuksien mittaamiselle. Sen avulla pyritään päättämään, ovatko ryhmien väliset erot todellisia, vai liittyykö eroavaisuudet otantaan liittyviin satunnaisvaihteluihin. (stat.fi.)

Tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan, kolmen kuukauden mittainen yksilöllinen liikuntaohjelma ei vaikuttanut MNA-menetelmällä arvioituun ravitsemustilaan. Merkitsevää yhteyttä ei havaittu intention-to-treat -analyysillä eikä toistomittausten varianssi analyysillä. MNA-menetelmä on kehitetty arvioimaan ikääntyneiden ravitsemustilaa, eikä se ole kovin muutosherkkä, joten liikuntaohjelman yhteys ravitsemustilaan ei ehkä välity täysin. Lisäksi vanhainkotiasukkaat ovat hyvin muutosherkkä tutkimuskohde. Asukkaiden terveydentila ja yleiskunto saattaa muuttua hyvin nopeasti.

Ikääntyneiden henkilöiden aliravitsemusriski on nykyään enemmän tiedostettu ongelma ja ravitsemustilan arviointimenetelmien käyttö on lisääntynyt. Ikääntyneiden henkilöiden ravitsemustilan muutokset johtuvat usein monista eri asioista. MNA-testi on suunniteltu niin, että se ottaa huomioon useita eri osatekijöitä. Menetelmää voidaan pitää hyvänä vanhainkotiasukkaiden seulontatestinä.

### **7.5 Kotona asuvien vanhusten ravitsemustilan arviointi MNA-menetelmällä 2006**

Tämän luvun kuvaus perustuu Terhi Köykan (2006) pro gradu-tutkielmaan Kotona asuvien vanhusten ravitsemustilan arviointi - MNA-mittarin (Mini Nutritional Assessment) käyttö.

Terhi Köykan (2006) pro gradu tutkielmassa on kuvattu kotona asuvien 77-vuotiaiden Kuopiolaisten ikääntyneiden ravitsemustilaa MNA-mittarilla mitattuna sekä kartoitettu heidän kokemuksiaan ehkäisevistä kotikäynneistä. Tutkimuksessa havaittiin, että valtaosa tutkittavista (87 %) vanhuksista sai ensimmäisestä seulontaosioista 12–14 pistettä, jolloin tutkimusta ei tarvinnut jatkaa seuraavaan eli ravitsemusarviointiin. Jatkoseulonta suoritettiin 28 henkilölle josta selvisi, että yksi henkilö kärsi aliravitsemuksesta, 12 henkilöä oli aliravitsemusriskin piirissä ja 15 henkilölle arvioitiin hyvä ravitsemustilanne. Tutkittavista henkilöistä suurin osa (79 %) tunsivat oman ravitsemustilansa hyväksi ja 72 % tunsivat oman terveydentilansa olevan hyvä tai parempi kuin muilla samaan ikäryhmään kuuluvilla henkilöillä.

Terhi Köykan (2006) tutkimukseen osallistui 213 kotona asuvaa henkilöä. Terveystieteiden erikoistutkija keräsi vastaukset ehkäisevien kotikäyntien aikana. Seulontaosio suoritettiin

osittain terveydenhoitajan tukemana, mutta pääosin kaavakkeen täytti asiakas itse. MNA-mittarin virhemarginaali on hyvin olematon. Tutkimuksen kohdehenkilöt, sekä mittauksia suorittanut terveydenhoitaja, olivat saaneet käyttöönsä kattavasti tietoa mittariston käytöstä. Antropometristen mittauksien käyttöön tarkoitettut välineet, vaakaka ja mittanauha, oli tarkastettu ennen käyttöönottoa. Neuropsykologinen tila arvioitiin MMSE-testin (Mini Mental State Examination) perusteella, joka oli tehty kaikille seulottaville henkilöille jo ennen MNA-testin käyttöön ottoa. Kaikki aineisto seulottiin SPSS-ohjelmalla (Statistical Package for the Social Sciences).

## **8 TULOKSET JA TULOSTEN TARKASTELU**

Tässä opinnäytetyössä toteutettiin lomakekysely asumispalvelukeskuksen hoitohenkilökunnalle. Kaikki hoitohenkilökuntaan kuuluvat henkilöt osallistuvat päivän eri ruokailutilanteisiin. Ruoka-annokset kootaan asukkaille valmiiksi joka aterialla, eivätkä asukkaat itse pääse ottamaan ruoka-annoksiaan. Asukkaiden omat toiveet huomioidaan aterioilla ja heille pyritään tarjoamaan mahdollisimman mieluinen ruokailukokemus. Jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva on yhteisvastuussa yksittäisen asukkaan ravitsemushoidon toteutumisesta.

### **8.1 Lomakekysely hoitohenkilökunnalle**

Lomakekyselyn avulla pyrittiin selvittämään ravitsemushoidon suunnittelun laatua ja toteutusta. Kysely (Liite 2.) toteutettiin asumispalveluyksikössä kahden viikon ajanjaksolla. Suurin osa yksikön hoitohenkilökunnasta työskentelee kahdessa vuorossa, joten kaksi viikkoa tuntui riittävälle ajalle pitää kyselyä auki. Kysely oli avoin kaikille yksikössä työskenteleville henkilöille, myös opiskelijoille, mikäli heidän harjoittelujaksonsa osui kyseiselle aikajaksolle. Opiskelijat osallistuvat päivän työtehtäviin muun hoitohenkilökunnan kanssa. He osallistuvat myös ruokailutilanteisiin, jolloin heidän täytyy olla perehtyneitä ravitsemuksen perusteisiin. Opiskelijan työskentely tapahtuu kuitenkin aina hoitohenkilökunnan valvonnassa. Kyselylomakkeet saatteineen, sekä niiden palautus sijaitsivat asumispalveluyksikön lukitussa toimistossa, jotta ne olisivat helposti saatavilla ja kysely olisi helppo täyttää työn lomassa.

Kyselylomakkeita tulostettiin 20 kappaletta. Seitsemän lomaketta oli täyttämättä ja 10 henkilöä vastasi kyselyyn. Kolme lomaketta hävisi jonnekin. Kyselyn aikaan hoito-henkilökuntaa yksikössä oli 17 vakituista ja 2 tarvittaessa työhön kutsuttavaa. Vastauksia tuli 10, joten vastausprosentti oli 53 %. Mikäli tarvittaessa töihin kutsuttavat jätetään laskuista pois, vastausprosentti on 58 %.

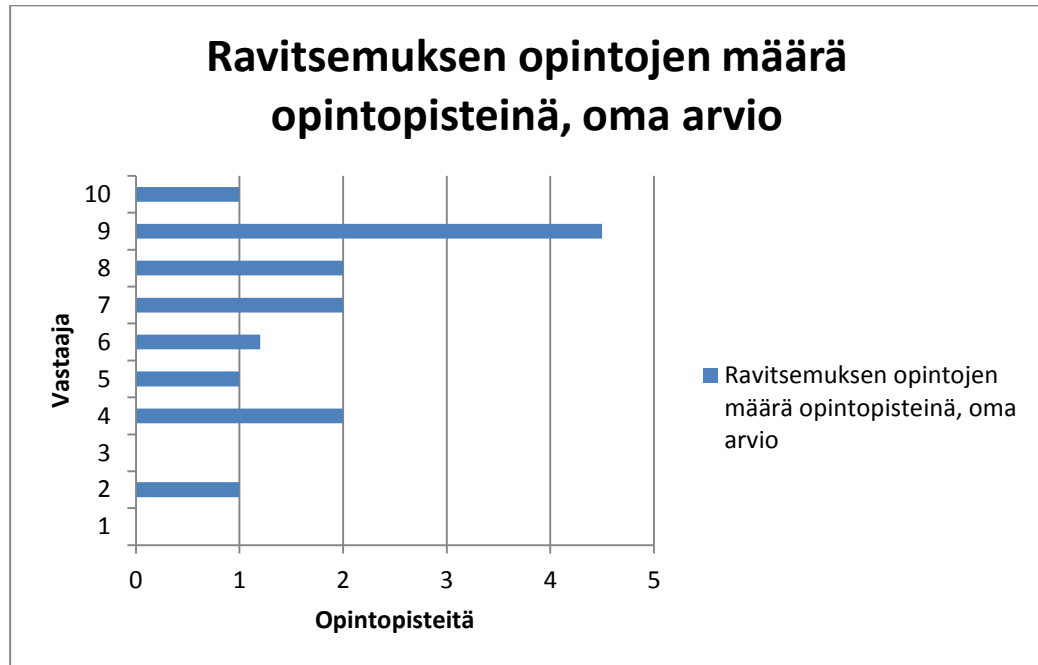
Kyselylomake oli jaettu kolmeen osioon; taustatiedot, ravitseminen ja tiedon hankinta. Kysymyksiä lomakkeessa oli yhteensä 15 kappaletta.

### *Taustatiedot*

Vastaajista 10 on työskennellyt tässä asumispalveluyksikössä yli 6 kuukautta. Hoiva-alan työkokemusta oli kaikilla enemmän kuin alle 2 vuotta, 3—5 vuoteen työkokemusta oli kahdella vastaajista, 6–10 vuoteen kolmella vastaajista ja puolet vastaajista oli työskennellyt alalla 11 vuotta tai kauemmin. Viimeisistä hoiva-alan opinnoista oli kulunut aikaa yhdellä vastaajalla alle 2 vuotta, kolmella alle 5 vuotta, viidellä enemmän kuin 5 vuotta ja yksi henkilö opiskelee parhaillaan. Opiskeluksi luettiin myös työn ohella opiskelu.

Kyselylomakkeessa pyydettiin vastaajia arvioimaan, kuinka paljon heidän opintonsa sisälsivät kaiken kaikkiaan ravitsemukseen liittyviä opintoja. Opinnoista pyydettiin käyttämään arviona joko tuntimäärää (h) tai opintopistemäärää (op). Seitsemän vastaaja ilmoitti opintojensa määrän opintopisteissä, yksi vastaaja opintoviikkona, yksi vastaaja ei muistanut opintojensa määrää ja yhdessä lomakkeessa kysymykseen oli jätetty vastaamatta. Lomakkeessa ilmoitettiin yhden opintopisteen vastaavan 24,5 tuntia. Mikkelin Ammattikorkeakoulun (Mamk) mukaan, yksi opintopiste vastaa 27 tuntia, sekä Etelä-Savon Ammattiopiston (Esedun) mukaan 1 opintoviikko vastaa 27 tuntia. Yksi vastaaja ilmoitti suorittaneensa ravitsemuksen opintoja 1 opintoviikon verran. Tämä muutettiin vastaamaan muiden vastaajien vastauksia opintopisteiksi. Opintopistemäärä laskettiin lomakkeessa ilmoitetun 24,5 tunnin mukaan, vaikka muunnos on Mamkin ja Esedun mukaan virheellinen. Päätös käyttää virheellistä tuntimäärää laskentaperusteena on, että vastaaja on mahdollisesti perustanut vastauksensa annettuun tuntimäärään, vaikkakin hän on vastannut kysymykseen virheellisesti annettujen määreiden mukaan opintoviikkoina, kun normeiksi oli asetettu tuntimäärä tai opintopiste. Vastaus olisi myös voitu jättää tästä syystä kokonaan huomioimatta, mutta kos-

ka se muuntolaskennan jälkeen on hyvin linjassa muiden vastausten kanssa, päätin jättää vastauksen voimaan (ks. Kuva 4.).



**KUVA 4, Ravitsemuksen opintomäärä**

Vastaukset opintojen määrästä vaihtelivat 1 opintopisteen ja 4,5 opintopisteen välillä. Etelä-Savon ammattiopiston (Esedun) mukaan, lähihoitajaopintojen ammatillisiin pakollisiin tutkinnon osiin kuuluu 3 opintoviikkoa ravitsemukseen liittyviä asioita (1 opintoviikko perusruoan valmistus, 1 opintoviikko erityisruokavaliot ja 1 opintoviikko ruoan valmistus) (Hartikainen, 2014). Lisäksi vanhustyön koulutusohjelmassa on vanhusten ravitsemukseen liittyvää teoriaopetusta 1 opintoviikko (ks. myös sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja 2010). Huomioitavaa myös on, että henkilö, jonka opiskelusta oli kulunut vähiten aikaa alle 2 vuotta, ei vastannut kysymykseen ollenkaan, vaikka voitaisiin olettaa että koulutus olisi tuoreessa muistissa. Henkilö, joka on ollut alalla kauemmin kuin 11 vuotta, mutta viimeisimmästä koulutuksesta oli alle 5 vuotta, vastasi opintomääräkseen 4,5 opintopistettä ravitsemuksen opintoja.

Viimeisenä taustatietona kysyttiin, onko vastaaja käyttänyt aikaisemmin työssään Mini Nutritional Assessment (MNA) -testiä. Vastaajista yhdeksän totesi, ettei ole käyttänyt kyseistä arviointimenetelmää ja vain yksi vastaaja totesi käyttäneensä menetelmää aikaisemmin.

### *Ravitsemus*

Asumispalvelukeskuksessa usealla eri henkilöllä on erityisruokavalio. Yleisimmät rajoitukset tutkimuksen aikaan olivat sappikivitauti ja kihtiruokavalio. Kysymyksessä pyydettiin erittelemään, mitä rajoituksia seuraavat erityisruokavaliot pitävät sisällään; sappipotilas, kihtipotilas, diabeetikko sekä lakto-ovovegaani. Kasvisruokailijan kohdalla oikea termi virheellisestä poiketen on lakto-ovovegetaari. Kysymykseen sai vastata avoimesti. Vastausten analysointi aiheutti kuitenkin haasteita ja minun täytyi päättää millä tavoin vastaukset käsitellään, jotta saadaan aikaiseksi vertailukelpoinen analyysi. Päätin pisteyttää vastaukset eriarvoisiksi ja käytin normeina seuraavia määreitä Valtion ravitsemusneuvottelukunnan antamien ravitsemussuositusten (2010) mukaan:

#### 1) Sappipotilas (max. 2 pistettä):

Yhden pisteen sai perusruokavalion mainitsemisesta ja toisen pisteen sai, mikäli osasi mainita, että ruoka-ainerajoitukset ovat yksilökohtaisia.

#### 2) Kihtipotilas (max 6 pistettä):

Yhden pisteen sai, mikäli vastauksessa mainittiin runsaasti puriinia sisältävät ruoka-aineet. Lisäksi pisteen sai jokaisesta seuraavasta ruoka-aineesta: alkoholi, sisäelimet, pienet kalat, kalan nahka ja broilerin nahka.

#### 3) Diabeetikko (max. 2 pistettä):

Yksi piste, jos osasi mainita perusruokavalion noudattamisesta. Toinen piste, mikäli vastauksessa mainitaan sokerin tai hiilihydraattien rajoittaminen.

#### 4) Lakto-ovovegetaari (oikein/väärin):

Oikein tai väärin periaatteella. Vastauksessa saatetaan mainita, mikä ruoka-aine ei sovellu ruokavalioon (liha). Oikea vastaus myös on, jos osataan mainita, että henkilö käyttää ruokavaliossaan myös kananmunia ja maitotaloustuotteita. Oletusarvo on, että vastaaja tietää kyseessä olevan kasvisruokavalio.

Mikäli vastauksia tarkastellaan seuraavia määreitä seuraten, on huomattavaa, että kukaan vastaajista ei tiennyt sappikivitautia sairastavan henkilön nauttivan perusruokavaliota. Vastauksia luettaessa, on kuitenkin huomioitava, että vastauksissa oli mainittu hyvin usein ruoka-aineita, jotka aiheuttavat ilmavaivoja. Ohjeena kuitenkin on, että



ruokavalio kootaan yksilöllisesti, asukkaan omiin havaintoihin nojautuen siitä, mitkä ruoka-aineet hänelle sopivat ja mitkä eivät. Yhdessä vastauksessa oli kuitenkin mainittu ”kokeilemalla omena, kahvi...” jolla siis viitataan siihen, että hänen mainitsemansa ruoka-aineet voivat yksilöllisesti käydä joillekin sappikivitautia sairastavalle.

Kihtiin tilaan ruoka-ainerajoitukset tiedettiin aika huonosti. Kaksi vastaajaa sai 3/6 pistettä, kaksi vastaajaa 2/6 pistettä ja muut vastaukset 1 tai 0 pistettä. On ymmärrettävää, että on hankala muistaa ruoka-aineiden rajoituslistaa, mutta kukaan vastaajista ei ollut myöskään maininnut, että runsaasti puriinia sisältäviä elintarvikkeita tulisi välttää. Asukkaissa on useita kihtiin tilaan ruokavaliota noudattavia henkilöitä, joten on selvää, että hoitohenkilökunnan keskuudessa olisi hyvä kerrata mitkä ruoka-aineet ovat rajoitettuja. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan mukaan, kihtiin tilaalle tarjotaan lähtökohtaisesti perusruokavaliota. Kihtiin tilas voi kuitenkin saada kipukohtauksia, joita olisi helpohko välttää oikeaa ruokavaliota noudattamalla.

Diabeetikon ruokavalio tiedettiin hyvin. Vastauksissa mainittiin hyvin sokerin tai hiilihydraattien rajoitus. Kahdeksan vastaajaa osasi mainita ruoka-ainerajoitukset. Kysymys oli pisteytetty kahden pisteen kysymykseksi, jos osasi mainita lisäksi että kyseessä on perusruokavaliota noudattava henkilö. Kukaan vastaajista ei maininnut perusruokavaliota.

Lakto-ovovegetaarin ruokavalio tiedettiin myös hyvin. Viisi vastaajaa tiesi mitkä ruoka-aineet ovat rajoitettuja. Yksi vastaaja oli jättänyt vastauskentän kokonaan tyhjäksi. Kasvisruokavalioista vegaani on ehkä tunnetuin, joten halusin hiukan testata vastaajien osaamista erityisruokavalioista. Kysymykseen osattiin vastata erittäin hyvin. Vastausten analysointi huonosta kysymysasettelusta huolimatta oli hyvin tärkeää, sillä kysymyksellä haluttiin selvittää, saavatko erityisruokavaliota noudattavat henkilöt ruokavaliionsa mukaisia aterioita. Vastausten perusteella on selvää, että lisätietoa ruokavalioista tarvitaan lisää.

Hyvällä ravitsemuksella pyritään tukemaan asukkaan hyvinvointia. Oikea ruokavalio ja oikeat annoskoot ovat yksi ravitsemushoidon osa-alue. Neljä vastaajaa pohtii yksittäisen asukkaan ravitsemuksellista tilaa silloin tällöin ja kuusi vastaajaa jatkuvasti. Pohdinnan syy jää kuitenkin analyysissä avoimeksi ja asia olisi vaatinut vielä jatkokysymyksen, minkälaiset asiat ravitsemuksessa mietityttävät. Positiivista asiassa kuitenkin

kin on, että asiaan kiinnitetään jatkuvaa huomiota. Ikääntyneiden ja mielenterveyspotilaiden kanssa työskennellessä, asukkaan tilassa saattaa tapahtua muutoksia hyvinkin lyhyellä aikavälillä. Jatkuvaluontoinen tarkkailu kuuluu osana hoitotyötä, jossa täytyy aktiivisesti arvioida asukkaan tilaa.

Asukkaan ravitsemuksellisen tilan arviointiin voi käyttää eri menetelmiä. Lomakkeessa oli mahdollisuus valita useampi eri vastausvaihtoehto, sekä avoin vastausvaihtoehto. Kaikki vastaajat perustavat arvionsa asukkaan painoon, yhdeksän vastaajaa yleiseen hyvinvointiin (ulkoinen olemus), yhdeksän vastaajaa edellisiin ruokailutilanteisiin ja vain yksi vastaaja asukkaan omaan arvioon omasta voinnistaan. Avoimeen kysymykseen vastasi 5 henkilöä, joista 4 käytti arviointiinsa myös laboratoriovastauksia. Arvioinnin keinona mainittiin myös pitkäaikaisseuranta, aikaisempi ravitsemushistoria sekä päivittäinen ruoan ja nesteen seuranta. Kaikkien vastaajien mielestä heillä oli tarpeeksi tietoa käytettävissä, kun he tekivät arvioita yksittäisen henkilön ravitsemuksellisesta tilasta.

Kysymykseen, *pystytkö tekemään riittävästi valintoja asukkaan puolesta ruokailuhetkissä tukeaksesi hänelle sopivaa ruokavaliota*, neljä vastaajaa vastasi, ettei pystynyt tekemään riittävästi valintoja. Ongelmakohdiksi kerrottiin useammassa vastauksessa ruoan rakenne ja vaihtoehtojen vähyys. Ruoan epäsopiva rakenne on ollut haaste asumispalveluyksikössä pidemmän aikaa. Kun ruoan rakenne ei vastaa toivottua lopputulosta, eikä sitä voida silloin tarjoilla asukkaalle, pyritään ruoka-annoksen puuttuva ainesosa korvaamaan esimerkiksi leivällä, joka aiheuttaa asukkaalle taas yksipuolisen ruokavalion. Asukkaiden eritasoiset purenta-, ja nielemisvaikeudet, vaativat ruoan valmistuksessa erityishuomiota. Lisäksi ruokailuajat aiheuttivat vastauksen mukaan yksikössä haastetta. Ruoan koostumuksesta johtuvista ongelmista huomautettiin jatkuvasti ruoan toimittajalle, mutta hän ei kyennyt tekemään riittäviä muutoksia ongelman korjaamiseksi.

Hoitohenkilökunta jakaa asukkaiden annokset joka aterialla ja ovat näin vastuussa asukkaille tarjottavista ruoka-annoksista. Yksittäisen henkilön ruokavalion noudattamisen tukemiseen on olemassa paljon erilaisia keinoja. Kaikki vastaajat käyttävät yhtenä keinona rikasteen lisäämistä ruokaan. Käytännössä se tarkoittaa usein voin tai sokerin lisäämistä annokseen, joiden energiatiheys on suuri. Kaikki kyselyyn vastanneet myös tekevät tarvittaessa pienempiä tai suurempia annoksia. Asetelma on mie-

lenkiintoinen, sillä annoskorteissa ei mainita henkilön annoskokoa, mihin voisi verrata pienempää tai suurempaa ruoka-annosta, joten annoksen tekemisen täytyy perustua johonkin muuhun arvioon. Aterioilla on tarjolla myös vähärasvaisia tai täysrasvaisia tuotteita, joiden välillä valitsemalla kaikki kyselyyn vastaajat pyrkivät tukemaan yksittäisen asukkaan ruokavalion noudattamista. Avoimeen kenttään vastasi puolet kyselyyn vastaajista. Yksittäisen asukkaan ruokavalion tukemiseen käytettyjä keinoja vastausten mukaan oli myös ruoan koostumuksen muuttaminen, millä tarkoitetaan ruoan soseuttamista käsin, esimerkiksi hedelmien (banaani, päärynä) tai perunan kohdalla. Vastaus mielestäni heijastelee osittain soseruoan koostumusta tai sen tarjonnan vähyyttä, jolloin täytyy keksiä eri keinoja korvaamaan eri ruoka-aineita. Lisäksi vastauksissa mainittiin juomien sakeutus sekä se, että asukas todella syö hänelle tarjotun ruoka-annoksensa. Muistisairaahan potilaan ruokailun sujumista on tärkeää valvoa ja asumispalveluyksikössä hoitohenkilökuntaa on aina läsnä ruokasalissa ruokailutilanteissa. Ruokailun etenemisen muistuttaminen kuuluu usein asiaan ja juomien menekkiä valvotaan erityisen tarkasti. Asukkaiden ruokailuja valvotaan myös ruokakorttien avulla, jolloin voidaan kontrolloida sitä, ettei asukas jää ilman annosta tai ruokaile virheellisesti kahteen kertaan. Vastauksissa mainittiin myös erityisruokavalioiden huomioiminen sekä se, että esimerkiksi paljon kasviksista tai hedelmistä pitävälle tarjottaisiin näitä tuotteita runsaammin.

Ravitsemustilan arviointiin voidaan käyttää myös laboratoriokokeita, jonka avulla voidaan mitata verestä muun muassa kivennäisaine ja valkuaisarvoja. Lääkärin määräyksestä, ravitsemuksellista tilaa arvioidaan laboratoriokokein pääsääntöisesti kerran vuodessa, mutta tarvittaessa useamminkin. Vastaajista viisi tiesi oikein, että asukkailta otetaan laboratoriokokeita pääsääntöisesti kerran vuodessa. Kaksi vastaajista arvioi laboratoriokokeita otettavan kerran puolessa vuodessa, kaksi vastaajaa arvioi kokeita otettavan harvemmin ja yksi vastaaja ei tiennyt, kuinka usein kokeita otetaan. Kysymyksellä pyrittiin havainnoimaan, käytetäänkö laboratoriokokeiden vastauksia ravitsemushoidon suunnittelussa. Toisaalta, ilman lisäkysymystä ei voida tietää, onko vastaaja niin sanottu ”oma hoitaja”, joka suunnittelee omien asukkaidensa ravitsemushoito-ohjelmat, sillä osallistuvaa hoitohenkilökuntaa työskentelee myös muissa tehtävissä eikä kaikilla ole ”omia asukkaita”.

Ravitsemuksen tukemiseen käytetään usein ravintolisiä, kuten vitamiinitabletti, tai valmiina saatava rikastettu ravintoliuos. Yksikössä ravintolisiä käytetään kaikkiaan

kolmellatoista henkilöllä kolmestakymmenestä. Hoitohenkilökunnan näkemykset ravintolisien käytöstä hajaantuivat viiden ja kolmenkymmenen henkilön välille. Yksi henkilö jätti vastaamatta kysymykseen (ks. Kuva 5.).



**KUVA 5, Arvio siitä, kuinka monella asukkaalla on käytössä ravintolisä**

Ikääntyneiden ravitsemussuosituksen mukaan 2010, ikääntyneillä tulisi käyttää D-vitamiinilisää vuoden ympäri. Kysymyksessä mainittiin myös *vitamiini-tabletti (monivitaminivalmiste)*, joten on nähtävää, että asukkaille tulisi aloittaa vähintään D-vitamiinilisiä Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositusten mukaan.

#### *Tiedon hankinta*

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on tehnyt vuonna 2010 ravitsemushoitosuosituksen sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Julkaisun oli lukenut kolme vastaajaa. Julkaisu on työpaikalla saatavilla yhden mielestä, seitsemän vastaajista ei tiedä onko julkaisu saatavilla työpaikalla ja yhden vastaajan mielestä julkaisua ei ole saatavilla työpaikalla. Hyvän ravitsemushoitosuositelman pohjana voidaan pitää valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksia. Julkaisun oli lukenut vain kolmasosa vastaajista. Kysymysasettelua olisi pitänyt pohtia tarkemmin, sillä julkaisun saatavuus työpaikalla voi tarkoittaa yhtä hyvin internet-yhteyden kautta löytyvää julkaisua, kun fyysisesti työpaikalla olevaa kirjallista julkaisua. Suurin osa vastasi, ettei tiedä onko julkaisua saatavilla työpaikalla. Voitaisiin

olettaa, että vastaajat ovat mieltäneet julkaisun kirjalliseksi julkaisuksi joka on fyysisesti työpaikalla, koska internetin mahdollisuutta ei ole ehkä huomattu.

Hyvällä ravitsemushoidolla voidaan tukea ikääntyneen jaksamista, terveyttä ja hyvinvointia. Aterioilla ruoan maittavuuteen voidaan vaikuttaa esimerkiksi kokoamalla annos visuaalisesti kauniisti. Vastaajista kolme oli sitä mieltä, että työpaikalla on saatavilla ajantasaista informaatiota potilaiden ravitsemuksen hoidosta ja kuuden mielestä työpaikalta ei löydy ajantasaista informaatiota. Vastaajat, joiden mielestä tieto on saatavilla, mainitsevat yksimielisesti tiedon lähteeksi internetin. Lisäksi hyvänä tiedonvälineenä pidetään päivittäisiä vuoronvaihtoraportteja, jossa käydään läpi asukkaat yksittäin ja kansio, jossa lisätietoa ravitsemuksesta on saatavilla. Internetin käyttömahdollisuutta tiedon lähteenä ei ole kuitenkaan huomannut yli puolet vastaajista. Kysymyksellä pyrittiin selvittämään onko tietoa helposti hoitohenkilökunnan saatavilla. Internetin käyttö vaatii aktiivista itseohjautuvuutta ja kiinnostusta aiheesta. Lisäksi tietokoneiden käyttöaste on korkea ja työ usein kiireellistä, jolloin tietokoneelle pääseminen voi olla hankalaa. Kysymyksen johdatuksella aterian värivalintaan heräteltiin juuri sitä ajatusta, että löytyykö työpaikalta tämän kaltaista tietoa, jota voisi käyttää päivittäisessä hoitotyössä. Tämänkaltaisten toimien kautta voidaan tukea yksittäisten asukkaiden ravitsemushoitoa, joka vaikuttaa taas kokonaisvaltaisesti henkilön jaksamiseen. Oikealla ravitsemushoidolla voidaan pyrkiä myös ehkäisemään sairauksia, kuten esimerkiksi kihtipotilaan kipukohtauksia.

Kyselyllä haluttiin myös tiedustella hoitohenkilökunnan itseohjautuvuutta tiedon hankinnassa, esimerkiksi ammattilehtiä lukemalla, liittyen ikääntyneiden ravitsemukseen. Vastaajista kaksi kertoi seuraavansa omatoimisesti jotain tiedonlähdettä liittyen ikääntyneiden ravitsemukseen. Vastaavasti kahdeksan vastasi, ettei seuraa itseohjautuvasti mitään asiaan liittyvää kirjallisuutta. Ravitsemushoito-ohjeitakin päivitetään, jolloin ajantasaisen tiedon löytäminen olisi tärkeää.

## **8.2 Ruokakortin sisällön päivitys**

Asumispalvelukeskuksessa on käytössä ruokakortit. Ruokakortin avulla hoitohenkilökunta jakaa asukkaalle ruoka-annoksen aamupalalla, lounaalla ja päivällisellä. Päiväkahvi ja iltapala ovat aterioita, jolloin asukas itse päättää, haluaako hän nauttia kyseisen aterian vai jättääkö hän sen väliin. Päiväkahvilla on mahdollisuus nauttia muuta-

kin juotavaa tai nauttia vain yhteisestä seurasta. Iltapala on vain muutama tunti päivällisen jälkeen ja käytäntö on näyttänyt, etteivät kaikki asukkaat omien puheidensa mukaan ”jaksa” syödä enää iltapalaa runsaan päivällisen jälkeen.

Ruokakortti on todettu hyväksi työvälineeksi, kun seurataan yksittäisten asukkaiden ruokailua. Kun hoitohenkilökunta jakaa ruoka-annoksen ja tarjoilevat sen asiakkaalle, he vaihtavat kortin toiseen paikkaan, jolloin muu henkilökunta tietää, että tälle henkilölle on jo jaettu annos. Hoitohenkilökunta jakaa annoksia yhteisvastuullisesti ja asukkaat ruokailevat useassa eri paikassa, joten korttien avulla seuranta on loogista.

Korttien käyttäminen on käytännöllistä, mutta niistä puuttuu oleellisia tietoja ruoka-annoksen kokoamista varten. Kortteihin on jo koottu tietoa, mikä helpottaa käytännön työskentelyä. Hoitohenkilökunnan työmäärää vähentää se, että kortissa mainitaan, jos asukas syö esimerkiksi vain lusikkaa käyttäen, tai jos hän tarvitsee vaatteidensa suojaksi ruokalapun. Osa asukkaista syö kauempana ruokasalista, jolloin ajan säästämiseksi mukavaa, että on osannut ottaa kaiken tarvitsemansa mukaan, eikä tarvitse palata hakemaan yksittäisiä tuotteita niiden puuttuessa.

Ruokakorttiin tulisi kuitenkin kirjata asukkaalle tarjottava annoskoko. Vakituinen hoitohenkilökunta ”tuntee” asukkaansa ja ilmeisesti tarvetta annoskoolle ei ole ollut. Ravitsemushoidon perustana voidaan kuitenkin pitää, että asukkaalle tarjottaisiin hänen energiantarvettaan vastaavia ruoka-annoksia. Käytäntö usein näyttää, erityisesti ikään-tyneiden hoidossa, ettei ruokaa maistu niin paljon kuin energiantarve olisi. Tällöin voitaisiin kuitenkin pohtia korvaavia energianlähteitä tukemaan yksittäisen asukkaan energiantarvetta. Esimerkiksi rikasteet pienempiin annoksiin tai kliiniset täydennysravintovalmisteet, voisivat korvata energian tarvetta.

Asumispalvelukeskuksessa sappi- ja kihtiruokavalioita esiintyy usein. Ravitsemus-suositusten mukaan, sappi- ja kihtivaivaisille tarjotaan pääsääntöisesti erityisruokavaliota poistaen ne ruoka-aineet, jotka aiheuttavat yksilöllisesti vaivoja. Ruokakorttiin voitaisiin kirjata vain ne ruoka-aineet joita ruokavaliossa tulisi välttää.

Ruokakortissa voisi olla hyvä myös näkyä, mikäli asukkaalla on esimerkiksi diabetes. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan mukaan, diabetesta sairastavalle tarjotaan lähtö-

kohtaisesti perusruokavaliota, mutta annosta koottaessa, hoitohenkilökunta voisi huomioida tarkemmin kuidun laadun tai tarjottujen hiilihydraattien määrän.

Lisäksi asumispalveluyksikössä voitaisiin pohtia, onko aiheellista kirjata ruokakorttiin esimerkiksi sellainen lääkitys, joka vaikuttaa erityisesti suun kuivuuteen tai ravintoaineiden imeytymiseen. Annosta koottaessa, voitaisiin huomioida paremmin annoksen sisältö ja tarjota mahdollisesti pehmeämpää ruokaa sekä lisätä annokseen runsaasti kastiketta ruoan nielemisen helpottamiseksi.

### **8.3 MNA-testi kahdelle asukkaalle**

Tutkimuksen tavoitteena oli myös saada käytännön kokemus MNA-testin käyttämisestä, joten testi täytettiin kahdelle asukkaalle. Tavoite on, että hoitohenkilökunta ottaa itse käyttöön MNA-testit osana ravitsemushoitosuunnitelmien tekoa.

Palveluyksikössä työskenteli tutkimuksen aikaan opiskelija, joka täytti testin puolestani asukkaiden kanssa. MNA-testi vaatii mittauksia, joten katsoin parhaaksi, että hoitohenkilökuntaan kuuluva täyttäisi lomakkeen asukkaan kanssa. Annoin testin käyttämisestä opiskelijalle suullisen, sekä kirjallisen ohjeistuksen (Valio 2014) ja ohjasin häntä testin täyttämässä eteenpäin silloin, kun hänelle ilmeni kysyttävää. Opiskelijan suoritus MNA-testin täyttämässä ei alenna tutkimuksen luotettavuutta, sillä MNA-testi on suunniteltu niin, että sen voi täyttää jopa ikääntynyt itse. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on jopa arvokkaampaa se, että antropologiset mittaukset (olkavarren – ja pohkeen ympärysmitta), on suorittanut hoitoalaan kuuluva henkilö.

Testin täyttäminen oli helppoa ja kysymykset olivat selkeitä. Molemmat testiin osallistuvat henkilöt vastasivat itse kysymyksiin niiltä osin, kuin he vain itse osasivat. Aikaa testin suorittamiseen ei mennyt kauaa. Painoindeksiä varten tulee olla tiedossa henkilön paino ja pituus. Asukkaiden painoa seurataan aktiivisesti, mutta pituusmitan ottaminen pyörätuolissa olevalta henkilöltä oli hieman hankalaa. Katsoimme parhaaksi ottaa mitan henkilön ollessa makuuasennossa. Jatkoa ajatellen ei mittausta tarvitse joka kerta suorittaa, joten vaikka nyt pituusmitan ottamiseen meni hieman enemmän aikaa, on jatkossa testi kuitenkin nopea täyttää ennakkotietojen mukaan.

Testi soveltui asumispalvelukeskuksen asukkaille hyvin. Kysymyksissä huomioidaan erityisesti lääkkeiden käyttö ja erilaiset sairaudet. Koska asukkaat ovat pääsääntöisesti yli 65-vuotiaita, on monella jo iän mukanaan tuomia sairauksia. Kysymyksiä voidaan tarkastella yksityiskohtaisesti kysymyksittäin, joten jos esimerkiksi huomataan, ettei henkilö nauti riittävästi nesteitä päivän aikana tai hänen ruokavalioistaan puuttuvat maitovalmisteet, on ruokavalioon helppo tehdä nopeita muutoksia.

### 8.3.1 Henkilö 1

Testiin valikoitiin kaksi toisistaan fyysisesti poikkeavaa naishenkilöä. Ensimmäinen asukas on fyysisesti aktiivinen, joka tarkoittaa, että hän pystyy liikkumaan ilman tuki-välineitä, on omatoiminen arkiaskareissa ja pystyy osallistumaan erilaisiin liikunta- ja aktivointihetkiin. Hän pystyy ilmaisemaan itseään selkeästi ja osallistuu aktiivisesti keskusteluihin. Ruokavalio on normaali, eikä hänelle tarjota lisäravinteita tai rikastusta ruokavalioon. Ruoka maistuu hyvin, ruokailuja seuratessa häneltä ei jää lautaselle ruokaa tähteksi. Henkilö näyttää normaalipainoiselta. Tämä henkilön kohdalla oletusarvo edellä mainituilla perusteilla on, ettei hänen nykyiseen ruokavalioonsa tarvitse tehdä muutoksia. Henkilö liikkuu ja syö hyvin, sekä näyttää sopusuhtaiselta.

Testattava henkilö on 95-vuotias nainen. Pituus on 154 cm ja paino 66 kg.

Alun seulontaosion mukaan, henkilön ravinnonsaannissa ei ole muutoksia viimeisen kolmen kuukauden aikana, eikä painonpudotusta ole tapahtunut. Henkilö liikkuu hyvin, mutta ei käy ulkona. Hän ei ole kärsinyt psyykkisestä stressistä tai akuutista sairaudesta viimeisen kolmen kuukauden aikana, mutta kärsii dementiaa tai masennuksesta. BMI-mittauksen mukaan tulos on 23 tai enemmän (28).

Tämän henkilön tuloksia tarkasteltaessa MNA-testin alun seulontaosion pistemääräksi saatiin 11, joka tarkoittaa, että riski virheravitsemukselle on kasvanut ja testi tulee suorittaa loppuun.

Arviointiosion tuloksia tarkasteltaessa haastateltava ei asu kotona ja käyttää päivittäin enemmän kuin kolmea reseptilääkettä. Iholla ei ole haavoja. Päivittäin hän syö 3 lämmintä ateriaa, ruokavalio sisältää monipuolisesti maitovalmisteita, kananmunia sekä lihaa, kalaa tai kanaa. Hänen ruokavalioonsa kuuluu päivittäin hedelmiä ja kasviksia, nestettä hän juo 3—5 lasillista ja hän syö itse ongelmitta. Hänen mielestään oma ravitsemustila on hyvä ja hänen mielestään hänen oma terveydentilansa verrattuna muihin



saman ikäisiin (95-vuotta) henkilöihin on parempi. Olkavarren ympärystymitta (OVY cm) on yli 22 cm ja pohkeen ympärystymitta (PYM cm) on 31 cm tai enemmän.

Arviointiosion pistetulos on 13,5 pistettä, joka yhdistetään alun seulontaosion 11 pisteeseen. Kokonaistulos on 24,5 pistettä/30 pistettä, joka osoittaa, ettei henkilön ruokavalioon ole tarpeellista tehdä muutoksia. Riski virheravitsemukselle on kasvanut rajavallolla 17—23,5.

### 8.3.2 Henkilö 2

Toinen testiin valittu asukas liikkuu pyörätuolilla ja tarvitsee paljon apua arkiaskareissa. Hän pystyy osallistumaan osittain aktivointihetkiin, kuten piirustukseen. Hän kykenee ilmaisemaan itseään sanallisesti, mutta puhe on ajoittain epäselvää. Hän pystyy osittain osallistumaan keskusteluihin ja ymmärtää asiayhteyksiä. Ruokavalio on normaali pehmeä, eli henkilöllä ei ole ruoka-aineallergioita, mutta ruoka pilkotaan pieniksi paloiksi. Salaatti tarjotaan sosemaisena, sillä hänen on vaikeaa nieleskellä ja karkea ruoka, tai esimerkiksi isot salaatinpalat aiheuttavat tukehtumisvaaran. Koska henkilö saa osittain myös soseruokaa, on ruoka rikastettua. Soseruokaa henkilö syö muutaman kerran viikossa, silloin kun tarjolla on karkeampaa ruokaa, kuten naudanlihastike. Ruoka maistuu vaihdellen ja henkilö on valikoiva siitä mitä syö. Ruokaa jää usein lautaselle tähteksi. Henkilö näyttää ylipainoiselta. Edellisen perusteella voidaan olettaa, että henkilön ruokavalioon täytyy tehdä muutoksia. Oletettavin asia on energiamäärän alentaminen, ylipainon vuoksi.

Testattava henkilö on 68-vuotias nainen, hän on 164 cm pitkä ja painaa 92,5 kg.

Alun seulontaosion mukaan, henkilön ravinnonsaannissa ei ole muutoksia viimeisen kolmen kuukauden aikana, eikä painonpudotusta ole tapahtunut. Asukas pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona. Hän ei ole kärsinyt psyykkisestä stressistä tai akuutista sairaudesta viimeisen kolmen kuukauden aikana, mutta kärsii dementiasta tai masennuksesta. BMI-mittauksen mukaan tulos on 23 tai enemmän (34).

Tämän henkilön tuloksia tarkasteltaessa MNA-testin alun seulontaosion pistemääräksi saatiin 11, joka tarkoittaa että riski virheravitsemukselle on kasvanut ja testi tulee suorittaa loppuun.

Arviointiosion tuloksia tarkasteltaessa voidaan havaita, että haastateltava ei asu kotona ja hänen käytössään on enemmän kuin kolme reseptilääkettä päivittäin. Hänen iholleen on painehaavaumia tai muita haavoja. Päivittäin hän syö 3 lämmintä ateriaa ja ruokavalio sisältää monipuolisesti maitovalmisteita, kananmunia sekä lihaa, kalaa tai kanaa. Hänen ruokavalionsa kuuluu päivittäin hedelmiä ja kasviksia, sekä hän nauttii nestettä päivittäin enemmän kuin 5 lasillista. Ruokailussa hän syö itse, mutta tarvitsee hieman apua. Hänen mielestään hänellä ei ole ravitsemuksellisia ongelmia, ja hän mieltää oman terveydentilansa verrattuna muihin saman ikäisiin (68-vuotta) yhtä hyväksi. Olkavarren ympärysmitta (OVY cm) on yli 22 cm ja pohkeen ympärysmitta (PYM cm) on yli 31 cm tai enemmän.

Arviointiosion pistetulos on 11 pistettä, joka yhdistetään alun seulontaosion 11 pisteeseen. Kokonaistulos on siis 22 pistettä/30 pistettä, joka osoittaa, että riski virheravitsemukselle on kasvanut. Henkilön ravitsemushoito-ohjelma on tarpeellista tarkastaa ajan tasalle.

#### **8.4 Tutkimuksen luotettavuus**

Lomakekyselyyn vastasi noin puolet hoitohenkilökunnasta. Huono vastausprosentti heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen kato ei saisi ylittää 20 %, ettei tutkimuksen luotettavuus kärsi liikaa (Anttila, 1998). Kysely oli suunniteltu kaikille hoitohenkilökuntaan kuuluville, koska kaikki osallistuvat ruoan jakamiseen asukkaille. Kuitenkin, kaikki hoitohenkilökuntaan kuuluvat eivät tee yksilöllisiä ravitsemushoitosuunnitelmia. Koska vastaajia kyselyyn oli vähän, täytyy miettiä, oliko kyselyn ajankohta kenties huono. Vastaajien vähyyteen saattaa vaikuttaa esimerkiksi lomat tai sairauspoissaolot. Avoimeksi jää, mitä tutkimus olisi voinut todella osoittaa, mikäli vastausprosentti olisi ollut suurempi. Tai olisiko sillä ollut ollenkaan muutosta lopputulokseen. Lisäksi täytyy pohtia henkilökunnan sitoutuneisuutta työhön ja sitä, miksi he eivät halunneet vastata kyselyyn. Vastauksiin ei ollut oikeita tai vääriä vastauksia, vaan kyselyllä haluttiin kartoittaa nykytilannetta. Lisäksi kyselyn anonyymiyys kannusti hoitohenkilökuntaa vastaamaan kyselyyn.

Lomakekyselyn avulla pyrittiin tutkimaan ruokahuollon toteutumista ja laatua. Laadun kriteereinä voidaan pitää Valtion ravitsemusneuvottelukunnan antamia ravitsemus-suositusohjeita ikääntyneille, sekä ravitsemushoitusuosituksia sairaaloihin, terveys-

keskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin 2010. Kuten Vilka (2005, 159) toteaa, ”tutkijan on pystyttävä kuvaamaan ja perustelemaan tutkimustekstissään, *mistä* valintojen joukosta valinta tehdään, *mitä* nämä ratkaisut olivat ja *miten* hän on lopullisiin ratkaisuihinsa päätenyt”.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat mielestäni kuitenkin merkittäviä kadon suuruudesta huolimatta ja niiden pohjalta voidaan tehdä parannusehdotuksia asukkaiden ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen. Kyselyn tulokset ovat samansuuntaisia kuten Reposen ja Ulkuniemen (2009) tutkimuksessa, jossa henkilökunta koki koulutuksensa olevan riittämätöntä. Pekkarisen (2013) tutkimuksessa MNA-lomakkeella tarkasteltuna asukkaiden ravitsemustila oli yleisesti ottaen huono ja ravitsemushoito-ohjelmien käyttöönotto oli hyvin tarpeellista. Myös Nurron (2011) tutkimuksessa selvisi, että tehostettuun ravitsemukseen panostaminen on kannattavaa, myös niiden asukkaiden kohdalla, joilla on huono liikuntakyky.

## 9 POHDINTA

Ikääntyminen tuo usein mukanaan erilaisia sairauksia ja tämän kohteen asukkaat ovat myös pääsääntöisesti muistisairaita. Lääkkeiden avulla pyritään helpottamaan sairauksien aiheuttamia oireita ja asumispalvelukeskuksen toiminta pyrkii säilyttämään asukkaiden omatoimisuuden mahdollisuuksien mukaan, mahdollisimman pitkään. Lääkkeet aiheuttavat kuitenkin usein suun kuivumista ja makumuutoksia. Tämän kohteen asukkaat ovat pääsääntöisesti yli 65-vuotiaita, jolloin fysiologiset muutokset kehossa aiheuttavat muutoksia energiantarpeeseen. Keho ei käytä energiaravintoaineita yhtä tehokkaasti ja usein liikkumisen väheneminen täytyy osata myös huomioida ravitsemushoitosuunnitelmaa tehdessä.

Muistisairaana potilaan ravitsemushoidon suunnittelun kulmakiviä on yksilön huomiointi. Psykkiset sairaudet eivät pääsääntöisesti aiheuta muutoksia normaaliin energiantarpeeseen, mutta ne aiheuttavat usein muita syömiseen liittyviä ei-toivottuja oireita. Harhaluuloisuus voi saada potilaan karttamaan ruokailuhetkiä siinä pelossa että ruoka ei ole hänelle sopivaa. Muistisairas ei muista juuri ruokailleensa tai muista ylipäättään ruokailla, jolloin haasteena on liika energian saanti tai sen huomattava väheneminen.

Ruoka-aikojen säännöllisyys on tärkeää koko elämän ajan. Ikääntyminen, sekä erilaisten sairauksien myötä, ruoka-aikojen säännöllisyys vielä entisestään korostuu.

Suun tunto- ja makumuutokset voidaan havaita ruokailuhetkissä. Suolan, happaman ja makean tuntoaistimus muuttuu. Muutoksen myötä ruokailu voi käydä epämukavaksi, eikä ruoka maistu niin kuin ennen. Ravintoaineiden saanti tulisi kuitenkin pyrkiä säilyttämään, joten usein annetuista ravitsemusohjeistuksesta joudutaan poikkeamaan, jotta saadaan asukas syömään riittävästi. Usein ruokaan lisätään sokeria ja suolaa jotta makuaistimus paranee.

Monella ikääntyneellä asukkaalla on ruoka-aineallergioiden ulkopuolelle jääviä ruokamieltymyksiä, joita ruokatilauksessa ei voida ottaa huomioon. Kun puhutaan ikääntyneistä, sopivien tai itselle maistuvien ruoka-aineiden lista voi olla hyvinkin lyhyt. Ravitsemushoidon kannalta olisi tärkeää, että henkilö ylipäätään syö jotain. Kun ruoka-aineiden tarjonta on hyvin rajattua, olisikin hyvä pohtia, millä tavoin henkilön ravitsemushoito-ohjelmaa voitaisiin tukea kattavammin. Erilaisten vitamiinien ja ravintolisien käyttöä olisi syytä harkita, mikäli asukas ei nauti elintarvikkeita jokaisesta ruokakolmion osasta.

Soseruoka asumispalvelukeskuksessa on osoittautunut useimmiten haasteeksi. Yksi ongelma on, ettei palveluntarjoaja huomioi riittävän tarkasti sitä, voiko ruokailija nauttia karkeaa soseruokaa tai sileää soseruokaa. Esimerkiksi marjakiisseli on sellainen, joka sisältää sileää sosemaista ruokavaliota noudattavalle liian isoja paloja. Toistuvista huomautuksista huolimatta, palveluntarjoaja ei ole pystynyt toimittamaan asumispalvelukeskukseen rakennemuutettua ruokaa sovitusti. Asumispalvelukeskuksen hoitohenkilökunta on ratkaissut asian osaltaan niin, että he tilaavat asukkailleen erikseen mehukeittoa, joka aiheuttaa ylimääräisen kustannuserän. Tämän opinnäytetyön valmistuttua, asumispalvelukeskus on jo vaihtanut ruoan toimittajaa.

Toinen soseruokaan liittyvä haaste koskee sen ulkonäköä. Lounaalla ja päivällisellä tarjotaan perunasosetta joka on hyvin neutraalin väristä. Jos pääraaka-aine on broileri ja lisäkkeenä tarjotaan maissia, on annos hyvin neutraalin värinen eikä herättele ruokahalua. Asumispalvelukeskuksen henkilökunnalla ei käytännössä ole mahdollisuutta itse vaikuttaa asiaan, koska ruoka tulee valmiiksi tehtynä. Palveluntarjoaja voisi käyttää ruokalistasuunnittelussaan pientä luovuutta ja huomioida paremmin annosten vä-

rimaailman. Perunasoseen voisi värjätä porkkanalla, pinaatilla tai vaikka punajuurella, jotta ruoan houkuttelevuus olisi parempi. Ikääntyneillä näkö myös usein heikkenee, joten voimakkaiden värien käyttö olisi suotavaa.

Erityisruokavalioista sappi- ja kihtiruokavaliot kirjataan ruokakorttiin. Suositusten mukaan, sappi- ja kihtipotilaalle suositellaan normaalia ruokavaliota, joten mielestäni sitä ei ole tarve kirjoittaa ruokakorttiin. Mikäli joku ruoka-aine ei sovellu ruokavaliioon, voitaisiin se ilmaista erikseen ruokakorttiin. Kyselyn mukaan, ruokainerajoitukset tiedettiin huonosti, joten kysymys on, onko erityisruokavalio aiheellinen, mikäli asukkailla ei ole ollut vaivoja. Ruoan tuottaja ei erikseen huomioi sappi- tai kihtiruokavaliota, vaan kaikille asukkaille tarjotaan samaa ruokaa. Käytännössä siis vain hoitohenkilökunta voi vaikuttaa siihen, millaisen annoksen asukas saa. Sappivaivat ovat hyvin yksilöllisiä, joten ruokakortissa voisi lukea mitkä ruoka-aineet eivät hänelle sovi. Yleisesti ottaen, annoksesta on helppo jättää pois esimerkiksi lämpimistä vihanneksista pavut tai herneet, mikäli ne aiheuttavat vaivoja. Kuitenkin päivinä, jolloin tuorevihannes on kaaliraaste, ei asukkaille ole tarjolla vaihtoehtoa mikäli se aiheuttaa vaivoja. Ruokalistalla tarjotaan harvoin sisäelinruokia tai pientä kalaa, jotka voivat aiheuttaa vaivoja kihtipotilaille.

Asumispalvelukeskuksessa ei ole kirjallista suunnitteluohjetta siitä, miten asukkaiden yksilöllinen ravitsemushoitosuunnitelma täytyisi tehdä. Ei siis ole asetettu normeja siitä, mitä asioita tulisi ottaa huomioon. Jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva, joka tekee ravitsemushoitosuunnitelmia, on saanut ravitsemukseen liittyvää koulutusta opinnoissaan. Moni kyselyyn vastaajista totesi koulutuksestaan olevan aikaa enemmän kuin viisi vuotta. Valtion ravitsemusneuvottelukunta antaa ravitsemussuosituksia ja päivittää tietoja tietyin aikavälein. Ravitsemushoitosuunnitelman tulisi pohjautua Valtion ravitsemusneuvottelukunnan antamiin ohjeistuksiin. Ajantasainen julkaisu olisi hyvä tulostaa ja säilyttää työpisteellä. Myös Reponiemen ja Ulkusen tutkimuksessa (2009), hoitohenkilökunta koki tarvitsevansa lisää koulutusta ikääntyneiden ravitsemuksesta.

Asumispalvelukeskuksen keittiöön on toimitettu palveluntuottajan kokoama kansio, joka sisältää informaatiota muun muassa ikääntyneiden ravitsemuksesta, erityisruokavalioista ja annoskoot kuvineen. Koska asukkaiden päivittäistä energiatarvemäärää ei ole laskettu, eivät kuvien mukaiset annoskoot täyty käytännössä. Usein asukkaille

tarjottava annoskoko toteutuu käytännön havaintojen mukaan, eli hoitohenkilökunta oppii siihen, kuinka paljon kukin asukas ruokailuissa syö. Toinen huomioitava seikka on asukkaille mielekkään ruoan tarjoaminen, eli mikäli havaitaan, että tarjolla on ruokaa, joka ei asukkaalle maistu, se pitäisi edes pyrkiä korvaamaan jollain muulla ruoka-aineella. Näin hoitohenkilökunta on pääasiassa toiminutkin.

Mikäli energiatarvemäärät otettaisiin käyttöön, voitaisiin tehokkaammin seurata yksittäisen asukkaan syömää ruokamäärää ja näin ollen tehokkaammin tehdä muutoksia ravitsemushoito-ohjelmaan, mikäli energiatarvemäärä ei täyty. Oikealla ravitsemushoidolla on suuri vaikutus ikääntyneiden hyvinvointiin ja sen avulla voidaan jopa ehkäistä sairauksia.

Ravintolisien käyttö ravitsemushoidon tukena on tärkeää. Etenkin nestemäistä ruokavaliota noudattavalle olisi tarpeellista tarjota kliinisiä täydennysravintovalmisteita. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan antamien suositusten mukaan, ikääntyneillä, eli yli 60-vuotiailla, tulisi olla käytössään D-vitamiinilisä ympäri vuoden. Kyselylomakkeen tulosten mukaan, hoitohenkilökunnalla ei ole yhtenäistä tietämystä siitä, kuinka monella asukkaalla on ylipäätään käytössään ravintolisä. Pohdittavaa myös on, millä tavoin kasvisruokailijan monipuolinen ruokavalio taataan, sillä tarjolla ei ole ollut erikseen esimerkiksi pähkinöitä.

Huomattavaa lomakekyselyn tuloksista myös on, että Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemushoitosuosituksen sairaaloille, terveyskeskuksille, palvelu- ja hoitokoteihin 2010 oli lukenut vain kolme vastaajaa kymmenestä. Lisäksi kaikista vastaajista vain yksi oli sitä mieltä että julkaisu on saatavilla työpaikalta. Moni ei varmaan vastatessaan ymmärtänyt internetin mahdollisuutta, tai tiennyt, että julkaisu on luettavissa internetissä. Kysymysasettelu olisi voinut olla tarkempi, sillä kysymyksellä pyrittiin viittaamaan juuri siihen, että julkaisu löytyy paperilla työpaikalta. Hoitotyön kiireellisyyden rajoissa, luulen, ettei henkilökunnalla ole aikaa etsiä tai lukea julkaisua tietokoneelta. Olisikin hyvä, että julkaisusta olisi poimittu ne avainasiat, jotka koskevat tämän asumispalveluyksikön tarpeita. Tämä opinnäytetyö pyrkii osaltaan vastaamaan juuri tähän tarpeeseen.

Tässä asumispalveluyksikössä koko henkilökunta on yhteisvastuussa jokaisen asukkaan ravitsemushoitosuunnitelman toteutumisesta. Jokainen hoitohenkilökuntaan kuu-

luva osallistuu ruokailuhetkiin, niin ruoka-annoksen koontiin, avustamiseen, kuin yleisen tilan havainnointiin. Päivittäin käytävät vuoronvaihtoraportit toimivat hyvänä informaation kulkuväylänä. Ruokakortti toimii kuitenkin ohjeena siitä, minkälaista ravitsemushoitosuunnitelmaa asukkaalle noudatetaan. Siksi ruokakortista olisi hyvä löytyä riittävästi tietoa hoitohenkilökunnan käyttöön.

Lisäksi suosittelisin työpaikalle kirjallisen ohjeen koontia siitä, mitä asioita yksittäisen asukkaan ravitsemushoitosuunnitelma pitää sisällään. Tähän asumispalveluyksikköön voisi olla myös mielekästä järjestää koulutusta ikääntyneiden ravitsemusasioihin liittyen. Koulutus voi olla hyvin vapaamuotoista ja sen sisällöstä voidaan päättää työyhteisön kesken. Tietoa voidaan jakaa esimerkiksi päivittäisillä vuoronvaihtoraporteilla. Lyhyet tietoiskut integroituisivat päivän kulkuun ja teema voi vaihdella vaikka kuukausittain. Asumispalveluyksikössä voitaisiin keskustella aiheittain esimerkiksi suun terveyteen liittyvistä ongelmista, ravintoaineista, värien merkityksistä ikääntyneen ruokahaluun, ruokailuympäristön vaikutuksesta ruokahaluun, sairaudet ja ravitsemus, erilaiset lääkkeet ja ravitsemus, erityisruokavaliot ja ravintolisien merkitys ravitsemushoidossa.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli ottaa MNA-testi käyttöön asumispalvelukeskuksessa sekä tarjota tietoa hoitohenkilökunnan käyttöön ravitsemushoitosuunnitelmien tekemisen tueksi. Lomakekyselyn avulla pyrittiin kartoittamaan sitä, miten hoitohenkilökunta tekee valintoja asukkaiden puolesta ruokailuhetkissä ja millaisia valmiuksia henkilökunnalla on tehdä yksittäisten asukkaiden ravitsemushoitosuunnitelmia. MNA-testin kokeilu kahdella henkilöllä osoitti sen, että testi on helppo ja nopea käyttää, sekä että se soveltuu tähän asumispalveluyksikköön hyvin. Testin täyttämässä ei koettu ongelmia. Asukkaiden painoa seurataan jatkuvaluontoisesti, joten testiin vaadittavat pituus ja painomitatkin ovat jatkossa valmiiksi kirjattuna, eivätkä vie enempää aikaa testin suorittamiseen. Olkavarren ja pohkeen mittaamiseen ei vaadita paljon aikaa ja mittaukset voidaan tehdä esimerkiksi iltatoimien lomassa.

MNA-testi on tarkoitus ottaa osaksi asumispalveluyksikön ravitsemushoidonsuunnitelmaa ja sen avulla pyritään seulomaan virhe- tai aliravitsemukselle altistuneet. Puolen vuoden seulontaväli testin avulla tuntuu riittävälle, sillä hoitohenkilökunta reagoi hyvin herkästi asukkaissa tapahtuviin muutoksiin. Oikean annoskoon laskeminen voidaan suorittaa esimerkiksi perusaineenvaihdunnan laskentakaavalla tai ottaa mallia

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemushoitosuosituksista sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin (2010).

Lomakekyselystä saatavien tulosten mukaan, hoitohenkilökunta pohtii asukkaiden ravitsemuksellista tilaa aktiivisesti ja he pyrkivät parhaan tietämyksensä mukaan noudattamaan annettuja ravitsemushoito-ohjeistuksia. Käytännön työssä, asukkaiden makumieltymykset ovat tulleet tutuiksi ja nautitut annoskoot ovat vakiintuneet havaintojen mukaan, jolloin ruokakorttiin ei ole nähty tarvetta tehdä muutoksia. Ikääntyneiden henkilöiden ravitsemushoito on erittäin haastavaa fyysisen jaksamisen ja erilaisten sairauksien, sekä lääkitysten aiheuttamien, usein epämiellyttävien vaikutusten vuoksi. Asumispalveluyksikkö toimii useille ikääntyneille myös saattohoitopaikkana, jolloin ravitsemushoidon kuntouttava tai fyysisen kunnon ylläpitävä tavoite, on käytännössä mahdoton.



## LÄHTEET

Anttila, Pirkko 1998. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. www-dokumentti. [http://www.metodix.com/fi/sisallys/01\\_menetelmat/01\\_tutkimusprosessi/02\\_tutkimisen\\_taito\\_ja\\_tiedon\\_hankinta/09\\_tutkimusmenetelmat/73\\_kadon\\_merkitys](http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/73_kadon_merkitys). Luettu 22.3.2015.

Arffman, Seija, Partanen, Raija, Peltonen, Heidi, Sinisalo, Laura (toim.) 2009. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Bleda, M.J., Bolibar, I., Parés, R., Salva, A. 2002. Reliability of the mini nutritional assessment (MNA) in institutionalized elderly people. *The Journal of Nutrition. Health Aging*©. Volume 6, number 2. 2002. www-dokumentti. <http://www.mna-elderly.com/publications/167.pdf>. Luettu 18.2.2015.

Evira 2010. Yleisimmät ruoka-allergian aiheuttajat. www-dokumentti. <http://www.evira.fi/portal/fi/elintarvikkeet/tietoa+elintarvikkeista/ruoka-allergeenit/yleisimmat+ruoka-allergian+aiheuttajat>. Päivitetty 3.9.2010. Luettu 20.2.2014.

Finne-Soveri, Harriet, Hakala, Paula, Hakala-Lahtinen, Pirjo, Männistö, Satu, Pitkälä, Kaisu, Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa, Soini, Helena ja Suominen, Merja. Ravitsemus-suositukset ikääntyneille 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. www-dokumentti. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>. Luettu 21.10.2013

Halttunen, Marjo, Muurinen, Seija, Pitkälä, Kaisu, Savikko, Niina, Soini, Helena ja Suominen, Merja 2011. Aukkaiden ravitsemustila helsinkiläisissä palvelutaloissa ja vanhainkodeissa 2011. www-dokumentti. [http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/5b07da804a1563d9975bf7b546fc4d01/ravitsemu\\_sraportti\\_Soini\\_27112012.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5b07da804a1563d9975bf7b546fc4d01](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/5b07da804a1563d9975bf7b546fc4d01/ravitsemu_sraportti_Soini_27112012.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5b07da804a1563d9975bf7b546fc4d01). Julkaisuaika 2012. Luettu 11.8.2014.

Hartikainen, Ulla 2014. Sähköpostikeskustelu 8.8.2014. Opinto-ohjaaja. Etelä-Savon Ammattiopisto.

Hotulainen, Risto. Opetukseen liittyviä sivuja, aineistonkeruu kyselylomakkeella. www-dokumentti. <http://www.mv.helsinki.fi/home/hotulain/Tilasto/Kyselomakeohjeet.htm#tyytyy>. Luettu 14.2.2014.

Kyselylomakkeen laatiminen. KvantiMOTV. www-dokumentti. Alastaro Marja, Alaterä Tuomas J., Antikainen Seppo, Borg Sami, Ellonen Noora, Keckman-Koivuniemi Hannele, Mattila Mikko, Paaso Eija, Pasanen Tytti, Sivonen Jouni. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>. Päivitetty 26.8.2010. Luettu 1.1.2015.

Köykkä, Terhi 2006. Kotona asuvien vanhusten ravitsemustilan arviointi- MNA- mittarin (Mini Nutritional Assessment) käyttö. Kuopion yliopisto pro gradu- tutkielma.

Laisi, Maria 2007. Yksilöllisen toimintakykyä tukevan liikuntaohjelman yhteys MNA-menetelmällä arvioituun ravitsemustilaan vanhainkotiasukkailla. www-dokumentti. [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8355/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-2007949.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8355/URN_NBN_fi_jyu-2007949.pdf?sequence=1). Luettu 13.2.2014.

Lyyra, Tiina-Mari, Pikkarainen, Aila ja Tiikkainen, Pirjo (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Mikkonen, Ritva, Nuutinen, Outi, Peltola, Terttu, Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa, Silaste, Marja-Leena, Siljamäki-Ojansuu, Ulla ja Uotila, Heini. Ravitsemushoito suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin 2010. www-dokumentti. [http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito\\_net\\_i\\_2.painos.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_net_i_2.painos.pdf). Luettu 13.2.2014.

Mustajoki, Pertti 2012. Painoindeksi (BMI). www-dokumentti. [http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01001](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001). Päivitetty 10.12.2012. Luettu 14.2.2014.

Nestle Nutrition Institute 2015. MNA-lomake. www-dokumentti. [http://www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_finnish.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_finnish.pdf). Päivitetty 2006. Luettu 22.3.2015

Nurro, Elli 2011. Iäkkäiden hyvä ravitsemus laitoshoidossa, ohjeistus hoitohenkilökunnalle. www-dokumentti. [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/26918/Nurro\\_Elli.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/26918/Nurro_Elli.pdf?sequence=1). Luettu 1.8.2014

Parkkinen, Kirsti, Serti, Päivi, 1999. Ruoka ja ravitsemus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Pekkarinen, Sari 2013. Ikääntyneiden ravitsemustilan selvitys palvelukeskuksessa. www-dokumentti. [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/68520/Pekkarinen\\_Sari.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/68520/Pekkarinen_Sari.pdf?sequence=1). Luettu 14.2.2014.

Reponen, Sanna ja Ulkuniemi, Kristiina 2009. Keravan hoivakoti Esperissä asuvien ikäihmisten ravitsemustila MNA-lomakkeella arvioituna ja hoitajien näkemys asukkaiden ravitsemuksesta. www-dokumentti. [http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3649/Reponen\\_Ulkuniemi.pdf?sequence=1](http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3649/Reponen_Ulkuniemi.pdf?sequence=1). Luettu 11.10.2013

Suominen, Merja. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2008. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja 2010, määräys 17/011/2010 opetushallitus. www-dokumentti. [http://www.oph.fi/download/124811\\_SoTe.pdf](http://www.oph.fi/download/124811_SoTe.pdf). Luettu 15.2.2015.

Tilastokeskus 2014. T-testi. www-dokumentti. [http://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/t\\_testi.html](http://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/t_testi.html). Päivitetty 21.6.2006. Luettu 13.2.2014.

Valio 2014. MNA-lomakkeen käyttöohje. www-dokumentti.  
[http://ammattilaiset.valio.fi/portal/page/portal/ammattilaiset/ravitseminen\\_ja\\_terveys/ravitseminen/vanhusten\\_ravitseminen26022009160252/ravitsemustilan\\_arviointi16022010085059/ravitsemustilan\\_arviointi\\_mna\\_testin\\_avulla16022010123522/mna\\_ohje.pdf](http://ammattilaiset.valio.fi/portal/page/portal/ammattilaiset/ravitseminen_ja_terveys/ravitseminen/vanhusten_ravitseminen26022009160252/ravitsemustilan_arviointi16022010085059/ravitsemustilan_arviointi_mna_testin_avulla16022010123522/mna_ohje.pdf). Luettu 14.2.2014.

Valtion ravitseminen neuvottelukunta 2014. Kuva-arkisto. www-dokumentti.  
[http://www.ravitseminen neuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ruokakolmio\\_ilman\\_otsikko.jpg](http://www.ravitseminen neuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ruokakolmio_ilman_otsikko.jpg). Luettu 20.2.2014.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Yksikön päällikkö 2015. Sähköpostikeskustelu 8.1.-9.2.2015. Yksikön päällikkö. Asumispalvelukeskus.

## 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)<sup>2</sup> kg/m<sup>2</sup>)**

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

0-7 pistettä:

Aliravittu

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

**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 Pohkeiden 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

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. N67/200 12/99 10M  
Enemmän tietoa löydät: [www.mna-alderty.com](http://www.mna-alderty.com) -sivulta.

## Monisivuinen liite

**MNA on tutkimuksissa validoitu mittari, eikä sen kysymyksiä saa muuttaa. Tätä ohjeistusta voi sen sijaan muokata käyttäjien tarpeiden mukaan helposti ymmärrettäväksi.**

**Tavoite:**

MNA –testiä voidaan käyttää yli 65-vuotiaiden henkilöiden virhe- tai aliravitsemusriskin määrittämiseksi. Käyttäjäoppaan avulla opit täyttämään lomakkeen tarkasti ja yhdenmukaisesti. Ohjeessa käydään läpi jokainen MNA –testin kysymys ja siinä kuvaillaan myös pisteiden laskemista.

**MNA-testi eli Mini Nutritional Assessment:**

MNA –testi suo yksinkertaisen ja nopean keinon tunnistaa iäkkäät henkilöt, jotka kärsivät ali- tai virheravitsemuksesta tai joilla on lisääntynyt riski virhe- tai aliravitsemukselle. MNA –testi voidaan suorittaa avohoidossa tai hoitolaitoksessa.

**Seulonta**

*1. Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruoansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia?*

Onko asukas/asiakas syönyt viimeisen kolmen kuukauden aikana vähemmän kuin normaalisti? Johtuuko se ruokahaluttomuudesta, puremis- tai nielemisongelmista? Jos vastaus on myönteinen, kysy onko hän syönyt huomattavasti vähemmän vai vain hiukan vähemmän kuin ennen?

*2. Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana*

Laske painonpudotus aiemmin mitatusta painosta. Mikäli painoa ei ole mitattu, käytä lomakkeesta vaihtoehtoa ”ei tiedä”

*3. Liikkuminen*

Onko asukkaalla/asiakkaalla liikuntarajoituksia? Jos on, kuinka suuria rajoitukset ovat. Voiko hän liikkua rajoituksetta ilman apuvälineitä tai apuvälineiden kanssa. Voiko hän siirtyä itse sängystä pyörätuoliin ja päinvastoin? Pystyykö hän liikkumaan ulkona ilman apuvälineitä tai niiden kanssa? Jotta vanhus voi testissä saada 2 pistettä, hänen on kyettävä liikkumaan ulkona joko ilman apuvälineitä tai niiden kanssa.

*4. Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus*

Psyykkisellä stressillä tarkoitetaan sellaisia tapahtumia, jotka johtavat vanhuksella huomattaviin seurauksiin yksilötasolla. Esimerkiksi omaisen menetys, muutto vanhainkotiin jne.. Akuutilla sairaudella tarkoitetaan tässä sairautta, joka on vaatinut lääkärissä käyntiä tai sairaalahoitoa. Se voi olla myös krooninen sairaus, joka on huonontunut niin että on tarvittu lääkäreitä.

*5. Neuropsykologiset ongelmat*

Asukkaan/asiakkaan potilasasiakirjoista tarkistetaan maininta dementiasta tai depressiosta. Jos asiakirjoista ei löydy mainittuja diagnooseja, mutta hoitajien mielestä tutkittavan muisti on heikentynyt tai hän on masentunut, annetaan 1 piste (lievä dementia, depressio yms.)

*6. Painoindeksi eli BMI ( = paino/ (pituus)<sup>2</sup> = kg/m<sup>2</sup>)*

**Monisivuinen liite**

Paino ja pituus kirjataan kyselylomakkeen alkuun niille varattuun kohtaan. BMI arvioidaan jakamalla paino (kiloissa) pituuden neliöllä (metreissä).

**Käytä apuna BMI-taulukkoa.**

BMI = paino (kg) / pituus (m)<sup>2</sup>

**Pituuden mittaustapa:**

1. Pituus selvitetään luotettavasti aiemmista tiedoista, potilaalta itseltään tai omaiselta, esim.

tiedossa oleva passiini / sotilaspassiini kirjattu pituus, tai

2. Mitataan pituusmitalla pystyasennossa, ellei potilas ole voimakkaasti kumara, tai

3. Mitataan potilaan maassa tasaisella vuoteella selällään mahdollisimman suorassa tai

4. Mitataan puolikas demispan pituus ja käytetään muuntotaulukkoa pituuden saamiseksi.

Puolikas demispan mitataan keskisormen ja nimettömän tyvestä rintalastan keskikohtaan.

5. Muuntotaulukko:

Naiset: Pituus senttimetreissä = (1,35 x puolikas demispan senttimetreissä) + 60,1

Miehet: Pituus senttimetreissä = (1,40 x puolikas demispan senttimetreissä) + 57,8

Kun seulontaosan kysymyksiin on vastattu, laske pisteet yhteen.

**JATKA MNA-LOMAKKEEN ”ARVIOINTIOSAAN”.****ARVIOINTI**

7. *Asuuko haastateltava kotona?*

Palvelutalossa, vanhainkodissa ja pitkäaikaisosastolla asuvan kohdalla vastataan tähän kysymykseen ”ei”.

8. *Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin 3 reseptilääkettä*

Kyseeseen tulevat lääkärin määräämät lääkkeet, jotka asukas ottaa säännöllisesti, ei siis tarvittaessa otettavat lääkkeet.

9. *Painehaavaumia tai muita haavoja iholla?*

Kysy haavaumista asukkaalta. Painehaavan eri asteita ovat ehjällä iholla oleva punoitus, joka ei häviä asennonmuutoksessa, rakkula tai halkeama epiteelikudoksessa, koko ihon paksuuden käsittävä haava. Huomioon otetaan myös säärihaavat sekä muut iho-rikot.

10. *Syökö vanhus päivittäin lämpimiä/täysipainoisia aterioita*

Täysipainoiseksi ateriaksi määritellään aamiaisen/aamupala, lounas ja päivällinen.

Tärkeää on, että ateriat koostuvat eri ruoka-aineista, joista saadaan monipuolisesti ravintoaineita. Täysipainoisessa ateriasa on sekä perunaa/riisiä/pastaa että lihaa/kanaa/kalaa ja kasviksia (vihanneksia/juureksia). Aamiaisella tai iltapalalla vaihtoehtoisesti voi olla puuroa/velliä/viiliä sekä voileipää leikkeleeni/juuston kera ja hedelmää/marjoja/täysmehua/kasviksia. Pisteissä otetaan huomioon, jos asukas syö vain osan ateriaan kuuluvista ruoka-annoksista, vaikka ne tarjotaan hänelle.

11. *Sisältääkö ruokavalio joka päivä vähintään*

**Monisivuinen liite**

- yhden annoksen maitovalmisteita (maito, piimä, juusto, viili, jogurtti).
- kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruoissa, esim. laati-koissa)
- lihaa, kalaa, kanaa tai kalkkunaa päivittäin

Kysymyksillä saadaan kuva vanhuksen proteiinin saannista.

Yksi annos maitoa/viiliä/jogurttia/piimää = 2 dl

Yksi annos juustoa = 2-3 ohutta viipaletta

Yksi annos kananmunaa = 1 kpl

*12. Syökö asukas päivittäin kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia?*

Annos kasviksia on esimerkiksi

\* yksi keskikokoinen hedelmä (omena, appelsiini, mandariini, päärynä, banaani, persikka, nektariini tms. hedelmä)

\* 2 dl marjoja

\* lasillinen täysmehua (1,25 dl)

\* kupillinen kasviksia (peruna ei kuulu tähän ryhmään)

*13. Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu, kotikalja tai vesi)*

Kysy asukkaalta, montako kupillista teetä tai kahvia hän juo tavallisesti päivän aikana ja montako lasillista/mukillista vettä tai maitoa/piimää tai marjamehuja hän juo päivittäin. Kaksi pientä kahvikupillista tai yksi teemukillinen vastaa noin yhtä lasillista.

Kahvikuppi vetää noin 110 ml ja teemuki 220 ml ja lasillinen 170 ml.

*14. Voiko asukas syödä itse vai tarvitseeko hän apua ruokailussa?*

Jos asukas tarvitsee vain vähän apua ruokailussa, tarkoittaa se esim. sitä, että hänellä on vaikeuksia käsitellä lautasella olevaa ruokaa tai hänen on vaikeaa saada ruokaa suuhun lautaselta tai hänellä on puremis- tai nielemisvaikeuksia, mutta selviää apuvälineillä, kun saa ruokailla hitaasti.

*15. Asukkaan oma näkemys ravitsemustilastaan*

Asiaa voidaan kysyä vanhukselta, jos hän ei ole muistihäiriöinen. Mikäli asiaa ei kysytä vanhukselta, valitse kohta ”ei tiedä”.

*16. Asukkaan oma näkemys terveydentilastaan verrattuna muihin samanikäisiin.*

Kysy asukkaalta itseltään asiaa. Mikäli asiaa ei kysytä asukkaalta, valitse kohta ”ei tiedä”.

*17. Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)*

Olkavarren keskikohdan ympärysmitta tulee mitata senttimetreissä (cm). Mittaus tehdään siitä kädestä, joka ei ole dominoiva (siis oikeakätisellä vasemmasta kädestä).

Olkavarren keskikohta mitataan koukistetusta kädestä. Keskikohdasta mitataan ympärysmitta, kun käsi roikkuu vapaasti sivulla.

*18. Pohkeen ympärysmitta (PYM cm)*

Pohkeen ympärysmitta (PYM) tulee mitata senttimetreissä. Ikääntynyt voi istua tai seistä siten, että paino on molemmilla jaloilla. Pohkeen ympärysmitta mitataan pohkeen paksuimmasta kohdalta paljaana olevasta jalasta. On hyvä mitata vielä hieman ylemmästä ja alemmasta kohdasta, jotta voi varmistua, että mittaustulos on pohkeen paksuimmasta kohdasta.

Hei!

Opiskelen Mikkelin Ammattikorkeakoulussa Palvelujen tuottamisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Teen opinnäytetyötä palvelukeskus ----- . Opinnäytetyö käsittelee ikääntyneiden ravitsemusta ja Mini Nutritional Assessment (MNA) -testin käyttöönottoa palvelukeskuksessa. Yksi opinnäytetyön osa-alue on kyselylomakkeen rakentaminen ja tietojen analysointi.

Toivoisin, että *sinulla* olisi työn lomassa hetki aikaa vastata kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen on tärkeää nykytilanteen kartoittamiseksi. Kysely tehdään anonyymina ja tulokset käsitellään luottamuksellisesti. Kysely toteutetaan 29.1.2014- 12.2.2014 välisenä aikana.

Mikäli sinulla ilmenee jotain kysyttävää lomakekyselystä tai opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni sähköpostitse [merituuli.koskivirta@----.-----](mailto:merituuli.koskivirta@----.-----).

*Ystävällisin terveisin:*

***Meri-Tuuli Koskivirta***



**TAUSTATIEDOT:**

*Valitse yksi vastausvaihtoehto.*

1. Kuinka kauan olet työskennellyt tässä asumispalveluyksikössä?

- Alle 6 kk
- Yli 6 kk

2. Kuinka kauan olet työskennellyt hoiva-alalla?

- 0-2 vuotta
- 3-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- 11 vuotta tai kauemmin

3. Milloin viimeksi suoritit hoiva-alan opintoja?

- Opiskelen parhaillaan (myös työn ohessa opiskelu / työn ohella tarjottava lisäkoulutus)
- Alle 2 vuotta
- Alle 5 vuotta
- Enemmän kuin 5 vuotta

4. Arvioi kuinka paljon opintosi sisälsivät kaiken kaikkiaan ravitsemukseen liittyviä opintoja?

*Vastaus voi olla joko tuntia/ opintopisteitä (24,5h = 1op.)*

Noin \_\_\_\_\_.

5. Oletko käyttänyt työssäsi aiemmin Mini Nutritional Assessment (MNA) – testiä?

- Kyllä
- En

**RAVITSEMUS:**

6. Erilaiset erityisruokavaliot vaativat ruoka-aine rajoituksia. Ole hyvä ja kerro, mitkä ruoka-aineet ovat rajoitettuja seuraavissa erityisruokavalioiden osissa:

1. Sappipotilas:

---

---

2. Kihtipotilas:

---

---

3. Diabeetikko:

---

---

4. Lakto- ovovegaani:

---

---

7. Potilaan hyvä ravitsemuksellinen tila viittaa mm. hänen painoindeksiinsä (BMI), ravintoaineiden saantiin ja yleiseen fyysiseen hyvinvointiin. Tähän pyritään tarjoamalla hänen ruokavaliolleen sopivia mitoituksen mukaan koottuja ruoka-annoksia.

Kuinka usein joudut työssäsi pohtimaan yksittäisen asukkaan ravitsemuksellista tilaa? *Valitse yksi.*

- En koskaan
- Hyvin harvoin
- Silloin tällöin
- Jatkuvasti

8. Mihin perustat arviointisi asukkaan ravitsemuksellisesta nykytilasta? *Voit valita useamman vastausvaihtoehdon.*

- Painoon
- Yleiseen hyvinvointiin (esim. reipas, energinen, väsynyt tai kalpea)

Monisivuinen liite

- Edellisiin ruokailutilanteisiin (esim. kuinka paljon asukas söi aamupalalla)
- Asukkaan omaan arvioon omasta voinnistaan
- Muuhun, mi-  
hin? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

9. Onko sinulla on saatavilla tarpeeksi tietoa tehdessäsi arviota yksittäisen asukkaan ravitsemuksellisen tilan arvioinnista?

- Kyllä
- Ei

Jos vastasit kysymykseen *Ei*, mitä tietoa kaipaisit lisää?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

10. Pystytkö tekemään riittävästi valintoja asukkaan puolesta ruokailuhetkissä tukeaksesi hänelle sopivaa ruokavaliota?

- Kyllä
- En

Jos vastasin kysymykseen *En*, ole hyvä ja kerro miksi ja mistä syystä et pysty tekemään riittävästi valintoja asukkaan puolesta ruokailuhetkissä:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Monisivuinen liite

11. Millä eri keinoilla pyrit tukemaan yksittäisen asukkaan ruokavalion noudattamista? *Voit valita useamman vastausvaihtoehdon.*

- Lisään rikastetta ruokaan (voi / sokeri)
- Teen pienempiä / suurempia annoksia
- Valitsen vähärasvaisia / täysrasvaisia tuotteita
- Muuta, mitä?

---

---

---

---

12. Ravitsemuksellisen tilan arviointiin käytetään myös laboratoriokokeita. Asukkaalta voidaan mitata veren hemoglobiinitasoa, verensokeritasoa ja seuloa erilaisia vitamiini-, kivennäis- ja valkuaisarvoja. Kuinka usein palvelukeskuksen asukkaiden ravitsemuksellista tilaa arvioidaan lääkärin johdosta? *Valitse yksi.*

- Kerran kuussa
- Kerran 6 kuukaudessa
- Kerran vuodessa
- Harvemmin
- En tiedä

13. Kuinka monella asukkaalla käytetään ravitsemuksen tukena ravintolisiä, kuten vitamiinitabletti tai rikastettu ravintoliuos?

- \_\_\_\_\_ / 30 asukasta
- En tiedä

**TIEDON HANKINTA:**

14. Nykyiset voimassa olevat ravitsemussuositukset potilaiden ravitsemushoidosta on antanut Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN) 2010. Suositus koskee sairaaloita, terveyskeskuksia, palvelu- ja hoitokoteja sekä kuntoutuskeskuksia.

1. Oletko lukenut edellä mainittua julkaisua:

Kyllä

En

2. Onko julkaisu saatavilla työpaikallasi?

Kyllä

Ei

En tiedä

15. Ikääntyneiden ravitsemushoidolla voidaan vaikuttaa asukkaan elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Ruokailuhetkissä voidaan vaikuttaa ruoan maittavuuteen esimerkiksi asettelemalla raaka-aineet lautaselle kauniisti ryhmittäin.

Onko työpaikallasi saatavilla ajantasaista informaatiota potilaiden ravitsemuksen hoidosta?

Kyllä

Ei

Jos vastasit kysymykseen *Kyllä*, ole hyvä ja kerro mitä informaation lähteitä työpaikallasi löytyy:

---

---

---

---

16. Seuraatko itse omatoimisesti esimerkiksi jotain alan ammattilehteä, josta voi saada ajantasaista tietoa liittyen ikääntyneiden ravitsemukseen?

Kyllä; (mitä?)

En

**LIITE 2(6).**

**Monisivuinen liite**

Lopuksi voit halutessasi kommentoida kyselylomaketta, jättää palautetta tai antaa vaikka risuja ja ruusuja kyselyn tekijälle. Avoimet kommentit otetaan huomioon tulosten käsittelyssä niiltä osin, jos ne koskevat kyselylomakkeen sisältöä.

---

---

---

---

---

---

---

---

Kiitos kun vastasit kyselyyn! Voit palauttaa lomakkeen toimistosta löytyvään mustaan kangaskansioon.