



Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos

OHJAUS

Vireyttä seniorivuosiin – ikääntyneiden ruokasuositus

Valtion ravitsemusneuvottelukunta • Terveyden ja hyvinvoinnin laitos



Vireyttä seniorivuosiin

– ikääntyneiden ruokasuositus

© Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Julkaisija: Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kustantaja: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Valokuvat:

Bigstock

Gerontologinen ravitsemus Gery ry

Kuopion yliopistollinen sairaala/valokuvaaja Riikka Myöhänen, ruoat Servica Oy

Palvelukeskus Helsinki/valokuvaaja Petteri Hautamaa, ruoat Tarja Heikkinen

Pirkanmaan Voimia Oy

Suomen Hammaslääkäriliitto

Valtion ravitsemusneuvottelukunta

Veikko Somerpuro

Viestintävalkea Oy/valokuvaaja Eero Kokko

Kielenhuolto: Maria Kuronen/THL

Graafinen suunnittelu ja taitto: Tiina Kuoppala

ISBN 978-952-343-471-4 (painettu)

ISSN 2341-8095 (painettu)

ISBN 978-952-343-472-1 (verkkojulkaisu)

ISSN 2323-4172 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-472-1>

PunaMusta Oy

Helsinki 2020

OHJ2020_004

Sisältö

Hyvä ravitsemus ikääntyessä.....	15
Ruokailuun ja ravitsemukseen liittyvät sosioekonomiset ulottuvuudet.....	20

OSA I

IKÄÄNTYNEIDEN RUOKAPALVELUT JA TARJOTTAVA RUOKA 22

1 Tukea ja palveluita tarvitsevien kotona asuvien ikääntyneiden hyvän ruokailun ja ravitsemuksen tukeminen.....	23
1.1 Kotiin tuotavat palvelut.....	24
1.2 Yhdessä syömisen tukeminen.....	34
1.3 Siirtymävaiheet ja palvelutarpeen ennakointi.....	35
2 Ruokailun toteuttaminen ympärivuorokautisessa hoidossa.....	38
2.1 Perusruokavalio.....	39
2.2 Tehostettu ruokavalio.....	43
2.3 Rakennemuutetut ruokavaliot.....	45
2.4 Ateria-ajat ja aterioiden määrä ympärivuorokautisessa hoidossa.....	48
2.5 Ympärivuorokautisessa hoidossa tarjottavat ateriat ja ruokalistasuunnittelu.....	49
3 Hyviä ruokapalvelujen toteuttamisen ja ravitsemushoidon käytäntöjä.....	54

OSA II

IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUSHOITO 56

4 Ravitsemustilan ja ruoankäytön seuranta ja arviointi.....	57
5 Ympärivuorokautisessa hoidossa olevien ravitsemushoidon kokonaisuus, vastuunjako ja moniammatillinen yhteistyö.....	60
5.1 Ruokailutilanne asiakkaan näkökulmasta.....	61
5.2 Ravitsemushoito ja kirjaaminen.....	64
5.3 Henkilökunnan osaaminen ja ammatilliset vastuut.....	67
6 Kliiniset täydennysravintovalmisteet ja ravintolisät.....	73
6.1 Kliiniset täydennysravintovalmisteet.....	73
6.2 Sakeuttajat.....	77
6.3 Ravintolisät.....	77



OSA III

IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUKSEN ERITYISPIIRTEET 78

7	Ravintoaineiden tarve.....	79
7.1	Riittävä, tarvetta vastaava energiansaanti.....	79
7.2	Ruoan ravintoainetiheys.....	79
7.3	Proteiinin tarve.....	79
7.4	Hiilihydraattien lähteeksi kuitupitoiset vaihtoehdot.....	81
7.5	Riittävästi pehmeää rasvaa ruokavalioon.....	82
7.6	Nesteen tarve.....	84
7.7	Suola.....	87
8	Ikääntymisen ja pitkäaikaissairauksien vaikutus ravitsemukseen ja ravitsemushoito.....	88
8.1	Kehon koostumuksen fysiologiset ja patologiset muutokset ravitsemuksen kannalta.....	88
8.2	Ruoansulatuskanavan muutokset.....	92
8.3	Lihavuus ja laihduttaminen.....	94
8.4	Pitkäaikaissairauksien vaikutus ravitsemukseen ja ravitsemushoitoon.....	97
8.5	Ravitsemus ja muistisairaudet.....	98
8.6	Ravitsemuskuntoutus ja kansainvälinen toimintakyvyn luokitus....	103
8.7	Runsaan alkoholin käytön aiheuttamat ravitsemusongelmat.....	104
8.8	Eriytilanteet.....	106
9	Ravitsemus ja lääkkeet.....	111
10	Suun terveys ja ravitsemus.....	114
10.1	lääkkäiden suun terveyden ongelmat.....	114
10.2	Kuiva suu.....	116
10.3	Ravinto ja suu.....	117
11	Liikkumisen suositukset toimintakyvyn ja lihaskunnan ylläpitämiseksi.....	122

OSA IV

IKÄÄNTYNEIDEN RUOKAPALVELUJEN HANKINTA, KILPAILUTTAMINEN JA JULKINEN OHJAUS 126

12	Palvelujen ja elintarvikkeiden hankinnan suunnittelu ja kilpailuttaminen.....	127
12.1	Toiminnan suunnittelu.....	127
12.2	Ruokapalvelujen ja elintarvikkeiden kilpailuttaminen.....	132



13 Toiminnan julkinen ohjaus ja arviointi	138
13.1 Kansallinen seuranta ja arviointi	138
13.2 Palvelutarpeen arviointi ja asiakasohjaus	139
13.3 Väestön ravitsemustilan seurannan indikaattoreita	140
13.4 Yhteistyö hyvän ravitsemuksen toteutumisessa ja palvelusopimuksen mukaisen laadun seurannassa	142
13.5 Ateriapalvelujen tuottajien seuranta ja valvonta	144

TYÖKALUJA

147

Ruokapalveluiden tarjoaman ruoan ateriakohtaiset ravitsemuskriteerit	148
Kotihoidon ravitsemuksen laatukriteerit	150
SARC-F -kysely	153
NRS 2002 -menetelmä	154
Mini Nutritional Assessment MNA-testi	155
MNA-testin tulosten toimintaohjeet ympärivuorokautisessa hoidossa	156
Ravinnonsaannin seuranta	157
Ympäri vuorokautisen hoidon ravitsemuksen laatukriteerit	158
Ruoan valinta ja tilaaminen	162
Suun terveyden arviointi	163
Nielemisen arviointi	164
SNAQ Ruokahalun arviointi	166
Lusikka suuhun -jumppa	167

LIITTEET

168

Liite 1. Ruokalajien energia- ja proteiinitaulukko	169
Liite 2. Pajalan puuro	173
Liite 3. Ohjeita ruoan rikastamiseen	174
Liite 4. Ikäihmisten ravitsemustila säännöllisissä palveluissa RAI-arviointien perusteella	176
Liite 5. Ravitsemukseen liittyvää tilastotietoa	177
Liite 6. Vinkkejä RAI-arviointiin sisältyvien ravitsemustietojen käyttöön	178



ESIPUHE

Ikääntyneiden ruokasuositus on Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (VRN) ja Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) yhteinen julkaisu. Suositus on tarkoitettu valtakunnalliseksi laatusuosituksiksi, jolla määritetään, miten tuetaan iäkkäiden ravitsemusta ja järjestetään laadukkaat ruokapalvelut, jotka pohjautuvat iäkkäiden tarpeisiin ja edistävät yhdessä syömistä. Suositus perustuu kansallisiin ”Terveyttä ruoasta” ravitsemussuosituksiin ja kliinisten näkökulmien osalta tutkimusnäyttöön. Se on suunnattu ikääntyneiden ruokailusta vastaaville toimijoille julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa, kotipalvelussa, hoito-, hoiva- ja kuntoutusyksiköissä ja palveluasumisessa sekä palvelujen kilpailuttajille, päättäjille ja alan opiskelijoille sekä ikääntyneille. Ikääntyneiden ruokapalvelujen kilpailutuksessa, hankinnoissa ja ruokapalvelusopimuksissa tulee edellyttää tämän ruokasuosituksen noudattamista. Tämä suositus korvaa aikaisemman Ravitsemussuositukset ikääntyneille -julkaisun (2010).

Ruokasuositus on tarkoitettu terveyttä ja hyvinvointia edistävän ruoanvalinnan ja ruokailun oppaaksi jo eläkeikää lähestyttäessä, jolloin luodaan perusta terveyden ja toimintakyvyn säilymiselle korkeaan ikään. Suosituksen mukainen toiminta edistää ikääntyneiden terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Se nopeuttaa sairauksista toipumista ja lyhentää sairaalajaksoja ja siten vähentää lääke- ja hoitokustannuksia. Hyvä ravitsemus parantaa myös mahdollisuuksia asua kotona pidempään.

Suomessa väestö ikääntyy vauhdilla. Vuonna 2018 joka kymmenes oli 75 vuotta täyttänyt. Vuoteen 2040 mennessä 75-vuotiaiden määrän ennustetaan kaksinkertaistuvan. Yhdeksän kymmenestä 75 vuotta täyttäneestä asuu kotonaan mukaan lukien omaishoidon tukea (5 %) ja säännöllistä kotihoitoa (11 %) saavat asiakkaat. Vuonna 2018 tehostetussa palveluasumisessa oli 75 vuotta täyttäneistä 8 % ja laitoshoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskusten vuodeosastolla 1 %. Laitoshoidossa olevien henkilöiden määrä on vähentynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana.

Kansallisena tavoitteena on, että terveiden elinvuosien määrä lisääntyy, toimintakyky paranee, kotona asuminen voi jatkua mahdollisimman pitkään ja palvelut toimivat oikea-aikaisesti ja tehokkaasti. Suomessa on onnistuttu pidentämään elinikää ja suurin osa ikääntyneistä elää toimintakykyisenä ja itsenäisenä tutussa elinympäristössään. Monenlaiset ennaltaehkäisevän toiminnan keinot ovat paikallaan, mm. terveyttä edistävän ravitsemuksen ja liikunnan edistämiseksi. Tässä työssä kuntien omat ikääntyneen väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimenpiteet, joita järjestöt ja kolmas sektori tukevat, ovat avainasemassa.



Iäkkäiden palvelujen keskeisen säädöspohjan muodostavat laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista, myöhemmin vanhustalvuluilaki (980/2012) ja sosiaalihuoltolaki (1301/2014). Vanhustalvuluilaissa (josta on annettu HE 4/2020) säädetään hyvinvointia edistäviä talvuluista, joihin on sisällytettävä terveyttä edistävien elintapojen ja toimintakyvyn edistämisen ohjaus. Erityisesti tulee kiinnittää huomiota niihin iäkkäisiin, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen arvioidaan liittyvän talvulutarvetta lisääviä riskitekijöitä, kuten ravitsemustilan poikkeama tai viitteitä toimintakykyä heikentävästä vajaaravitsemuksesta.

Uuden vanhustalvuluilain esityksessä ehdotetaan säädöstä talvulutarpeen selvittämisessä ja arvioinnissa käytettävästä kansallisesti yhtenäisestä seuranta- ja arviointimittaristosta. RAI-järjestelmän, joka ottaa laajasti huomioon myös ravitsemukseen liittyviä perusasioita, on katsottu olevan parhaiten yhtenäistä talvulutarpeiden arviointia ja talvulujen laadun kehittämistä tukeva arviointiväline. RAI-järjestelmä on otettu myös tähän ruokasuositukseen perustaksi arvioitaessa ikääntyneen tukitalvulujen ja hoidon tarvetta.

Uudessa vanhustalvuluilaissa säädetään henkilöstömitoituksesta ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Sen mukaan henkilöstömitoituksessa välittömään asiakastalvuluun kuuluu mm. asukkaiden/asiakkaiden hoitoon, huolenpitoon ja kuntoutukseen liittyvät tehtävät, toimintakykyä ja kuntoutumista edistävät ja ylläpitävät tehtävät sekä päivittäinen kirjaaminen, talvulutarpeen arviointi sekä hoito- ja talvulusuunnitelman päivittäminen. Siten asukkaiden ruokailun, ravitsemustilan arvioinnin ja seurannan sekä ravitsemushoidon ja sen kirjaamisen voidaan katsoa olevan välitöntä asiakastalvuluuta. Toisaalta lakiesityksen mukaan ruoan valmistus, myös esimerkiksi ruoan lämmittäminen kaikille ruokailijoille, katsotaan välilliseksi, tukitalvuluhenkilöstön työksi, jota ei voi sisällyttää välittömään asiakastyöhön. Ikääntyneiden hyvän ravitsemuksen turvaaminen edellyttää, että välittömässä asiakastalvulusuissa sekä tukitalvuluissa toimivalla henkilöstöllä on oman tehtävän edellyttämät tiedot ja taidot huolehtia ikääntyneen ruokailusta.

Vanhustalvuluilaissa keskeisenä periaatteena on, että talvulut tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä. Terveyttä edistävä ja houkutteleva ravinto osana talvuluja tukee lain periaatteiden toteutumista. Lain mukaan pitkäaikainen hoito ja huolenpito on ensisijaisesti toteutettava asiakkaan kotiin annettavilla talvuluilla ja muilla sosiaali- ja terveystalvuluilla. Sen vuoksi kotiin saatavat tai kotoa käsin saavutettavat ruokatalvulut on turvattava laadukkaasti ja asiakaslähtöisesti. Sosiaalihuoltolaki sosiaalialan yleislakina määrittelee iäkkäille tarjottavat talvulut, kuten kotitalvulun ateriat talvulut niihin sisältyvine tukitalvuluineen sekä asumis- ja laitostalvulut, joihin kuuluvat asiakkaan tarpeen mukaisen hoidon ja huolenpidon lisäksi muun muassa ateriat.



Parhaimmillaan tarjolla oleva ruoka ja ruokailutilanne ovat ikääntyneelle ilo ja nautinto, arkenakin päivän kohokohta. Ruoalla on ravitsemuksellisten vaikutusten lisäksi runsaasti muita terveys- ja hyvinvointivaikutuksia. Yhdessä syöminen perheen piirissä, ystävien ja ikätovereiden kanssa aina, kun mahdollista pitää yllä sosiaalisia suhteita ja mielenvireyttä. Yhdessä syömiseen voi liittyä myös yhteistä ruoan hankintaa ja valmistamista ja omaehtoista toimintakykyä ylläpitävää toimintaa. Seurassa syöminen on mielekästä ja ruoka maistuu.

Ruokapalvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa on tärkeää nostaa esille ikääntyneet itse aktiivisina vaikuttajina ja tarjota erilaisia osallisuuden mahdollisuuksia toimintakyvyn mukaan. Ruokailuympäristön on oltava esteetön, viihtyisä ja rauhallinen. Ikääntyneet toivovat ruokailuunsa vaihtoehtoisia palveluja ja yksilöllisiä valintamahdollisuuksia, sekä ruoan että ruokailupaikan suhteen, itsemääräämisoikeuden säilyttämistä ja yhteisöllisyyttä mahdollisimman pitkään riippumatta siitä, missä asuu.

Tämän ruokasuosituksen laati VRN asettama asiantuntijaryhmä (12.4.2019 – 31.3.2020). Sen puheenjohtajana toimi professori Ursula Schwab ja sihteerinä dosentti Irma Nykänen. Ryhmän muut jäsenet ilmenevät nimelistasta. VRN kiittää asiantuntijaryhmän jäseniä arvokkaasta kirjoitustyöstä ja julkaisuun kootuista ja käyttöön annetuista työkaluista ja hyvien käytäntöjen kuvauksista, valokuvista ja muusta työtä tukevasta aineistosta. VRN esittää kiitokset myös ryhmän jäsenten omille organisaatioille työn tukemisesta ja moniammatillisesta tausta- ja tiimityöstä.

VRN järjesti julkisen kohdennetun kommentoinnin suosituksen luonnoksesta marras-joulukuussa 2019. Kommentteja saatiin yhteensä 74 eri organisaatiosta ja yksityishenkilöiltä. VRN kiittää kommentoijia hyödyllisistä suosituksen sisältöä täsmentäneistä huomautuksista ja lisäyksistä. Palautteiden mukaan tämä suositus on odotettu opas erityisesti ikääntyneiden kotiateriapalvelujen ja kotihoidon sekä ympärivuorokautisten hoiva- ja hoitopalvelujen ruokailun ja ravitsemushoidon järjestämiseen. Ruokasuosituksen linjaukset auttavat toimintojen toteutumisessa, seurannassa, ohjauksessa, oma- ja viranomaisvalvonnassa. Suositus toimii myös ikääntyneille itselleen tietolähteenä hyvästä ruokailusta ja ikääntyneiden ruokapalveluista.

VRN on hyväksynyt tämän julkaisun kansalliseksi ikääntyneiden ruokasuositukseksi helmikuussa 2020.

Helsingissä 31.3.2020

Valtion ravitsemusneuvottelukunta



VALTION RAVITSEMUSNEUVOTTELUKUNTA

Sebastian Hielm, elintarviketurvallisuusjohtaja, Maa- ja metsätalousministeriö, puheenjohtaja

Suvi Virtanen, tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, varapuheenjohtaja

Mikael Fogelholm, professori, Helsingin yliopisto

Minna Huttunen, elintarvikeylitarkastaja, Maa- ja metsätalousministeriö

Piia Jallinoja, professori, Tampereen yliopisto

Satu Lahti, professori, Turun yliopisto

Marjaana Lahti-Koski, terveysjohtaja, Sydänliitto ry

Jaana Laitinen, johtava asiantuntija, Työterveyslaitos

Marjaana Manninen, opetusneuvos, Opetushallitus

Marjo Misikangas, ylitarkastaja, Ruokavirasto

Satu Männistö, tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Anne Pihlanto, johtava tutkija, Luonnonvarakeskus LUKE

Sirpa Sarlio, neuvotteleva virkamies, Sosiaali- ja terveysministeriö

Ursula Schwab, professori, Itä-Suomen yliopisto

Johanna Suomi, erikoistutkija, Ruokavirasto

Elina Särmälä, ruokapalvelujohtaja, Ammattikeittiöosaajat ry/Saimaan Tukipalvelut Oy

Arja Lyytikäinen, pääsihteeri, Valtion ravitsemusneuvottelukunta c/o Ruokavirasto

ASiantuntijatyöryhmä

Ursula Schwab, ravitsemusterapian professori, Itä-Suomen yliopisto, puheenjohtaja

Katja Borodulin, liikunta-asiantuntija, Ika-Instituutti

Tuija Helminen, ravitsemusterapeutti, Helsingin kaupunki

Satu Karppanen, neuvotteleva virkamies, Sosiaali- ja terveysministeriö

Päivi Mäntylä, professori, Itä-Suomen yliopisto

Anja Noro, tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Eeva Nykänen, ravitsemusterapeutti, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Kaisu Pitkälä, yleislääketieteen professori, Helsingin yliopisto

Susanna Raulio, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Karoliina Salminen, ravitsemusterapeutti, Vantaan kaupunki

Helena Soini, erityissuunnittelija, Helsingin kaupunki

Timo Strandberg, professori, Helsingin yliopisto

Merja Suominen, toiminnanjohtaja, Gery ry

Liisa Suominen, professori, Itä-Suomen yliopisto

Tiina Tamiola, asiakkuuspäällikkö, Pirkanmaan Voimia Oy

Miia Tiihonen, yliopistotutkija, Itä-Suomen yliopisto

Raisa Valve, johtava ravitsemusterapeutti, Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä

Irma Nykänen, yliopistotutkija, Itä-Suomen yliopisto, käsikirjoittaja/työryhmän sihteeri

Arja Lyytikäinen, pääsihteeri, Valtion ravitsemusneuvottelukunta, kustannustoimittaja



LUKUOHJE

Vireyttä seniorivuosiin – ikääntyneiden ruokasuositus on tarkoitettu ikääntyneiden hoito-, hoiva- ja ruokapalveluista päättävälle, vanhustyöstä vastaaville, koti- ja laitoshoidon, hoivayksiköiden ja ruokapalvelujen henkilöstölle sekä ikääntyneille itselleen ja omaishoitajaperheille. Suositus soveltuu myös oppikirjaksi alan opiskelijoille. Alkuun on koottu yleistä tietoa terveyttä edistävästä ruokailusta ja ruokavalinnoista ikääntyessä. Ruokasuositus on jaettu neljään toisistaan eri reunavärein erottuvaan osaan.

OSA I sisältää ohjeet ikääntyneiden ravitsemustarpeet täyttävästä, suositeltavasta ruoasta ja ikääntyneiden ruokapalveluista.

OSA II ohjaa ikääntyneiden ravitsemushoidon järjestämistä ja toteuttamista.

OSA III tarkastelee ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteitä ja ravitsemukseen vaikuttavia sairauksia.

OSA IV ohjaa ikääntyneiden ruokapalvelujen hankintaa, kilpailuttamista, julkista ohjaamista, seuranta- ja arviointia ja valvontaa.

Tiedon löytämistä helpottavat lukujen alussa olevat suositukset tai keskeisiä asioita kokoavat taulukot. Lähteissä on hyödyllistä lisätietoa ja hyvien käytäntöjen kuvauksia. Käyttöön suositeltavat työkalut on koottu julkaisun loppuun.



► Ikääntyneiden hoito-, hoiva- ja ruokapalveluista päättävälle sekä hankinnoista, seurannasta ja valvonnasta vastaaville

Tämä ruokasuositus sisältää kaikki keskeiset ohjeet, asiakirjat ja säädökset, joilla voidaan kuvata ikääntyneiden ruokailun ja ravitsemushoidon laadukas, ravitsemussuosituksen mukainen ja kliiniseen näyttöön perustuva toteuttaminen palveluja hankittaessa ja palveluista sovittaessa. Tämä asiakirja voidaan liittää ruokapalvelusopimukseen toiminnan laadun kuvauksena ja toteutusta ohjaavana laatusuosituksena. Julkaisun osassa IV kuvataan yksityiskohtaisesti palvelujen kilpailuttamista ja elintarvikkeiden hankintaa suunnittelusta, tarjouspyynnön tekemiseen, tarjousten arviointiin ja hyväksymiseen sekä palvelusopimuksen laatimiseen ja sen toteutuksen seurantaan, arviointiin ja toiminnan valvontaan saakka.

► Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon henkilöstölle

Tässä julkaisussa on ikääntyneiden ravitsemushoitoa koskevia keskeisiä ohjeita ja suosituksia. Siinä kuvataan koko ravitsemushoidon prosessi ja hoitohenkilöstön ammatilliset vastuut. Osassa II on konkreettisia ohjeita ravitsemustilan arviointiin, seurantaan ja kirjaamiseen sekä ravitsemushoidon toteuttamiseen, muun muassa tehostettu ja rakennemuutetut ruokavaliot ja kliinisten täydennysravintovalmisteiden käyttö. Osassa III selvitetään ikääntymismuutoksia ja niiden vaikutusta ravinnontarpeeseen sekä pitkäaikaissairauksien, lääkkeiden ja suun terveyden vaikutusta ravitsemukseen. Lisäksi tässä osassa on tietoa sekä kotona asuvien että ympärivuorokautisessa hoidossa olevien ruokailun toteuttamisesta.

► Ruokapalvelun henkilöstölle

Tämän julkaisun osassa I kuvataan miten laadukkaat, ravitsemussuosituksen mukaiset ateriat toteutetaan kotona asuville ja ympärivuorokautisessa hoidossa ja hoivapalveluissa oleville. Lisäksi annetaan esimerkkejä hyvistä ruokapalvelujen käytännöistä sekä yhteistyöstä. Osassa I on suositukset ateriarytmistä, tarjottavista aterioista, kotipalveluaterian sisällöstä, perusruokavaliion koostumuksesta, annoskoosta sekä tehostetusta ja rakennemuutetuista ruokavaliioista. Osassa II ohjataan kliinisten täydennysravintovalmisteiden käyttöä. Suosituksen osassa III on tietoa ikääntyneiden ravinnontarpeesta, sairauksista ja suun terveydestä sekä näiden vaikutuksesta ruokalistasuunnitteluun ja aterioiden koostumukseen.

► Ikääntyneille ja omaishoitajaperheille

Tämä suositus antaa tietoa terveyttä edistävästä ja toimintakykyä ylläpitävästä ruokailusta ja ruokavalinnoista ikääntyessä. Suosituksen tiedot ovat hyödyllisiä myös omaishoitajaperheille. Osassa I on ohjeita ruoan valintaan ja aterioiden suunnitteluun sekä vaihtoehtoja ruokien täydentämiseen ja ruoan maistuvuuden lisäämiseen. Ruokakuvista saa käytännön vinkkejä. Osassa III on kerrottu ikääntyneen ravinnontarpeesta ja siitä, miten pitkäaikaissairaudet, suun terveydentila ja lääkitys vaikuttavat ruokailuun ja ravitsemustilaan. Suosituksen ohjeita aterioista ja välipaloista voi käyttää oman kotiruokailun toteuttamiseen. Suosituksesta saa tietoa myös tarjolla olevista tukipalveluista.



SAATTEEKSI

Ravitsemus on terveyden ja hyvinvoinnin perusta. Hyvä ravitsemus pitää yllä vastustuskykyä, nopeuttaa sairauksista toipumista ja on tärkeää myös ihmisen psyykkiselle ja sosiaaliselle hyvinvoinnille. Ravitsemuksella on myös tärkeä rooli esimerkiksi muistisairauksien sekä sydän- ja verisuonitautien ennaltaehkäisyssä. Ikääntyvän väestön ravitsemukseen tulee kiinnittää huomioita jo ennen kuin ollaan palvelujen piirissä. Kaikilla ikääntyneillä tulee myös olla sairauksista, toimintakyvyn rajoitteista ja muistiongelmista huolimatta oikeus hyvään ravitsemukseen.

Valitettavasti tämä ei ole aina toteutunut.

Tämän ruokasuosituksen valmistelu käynnistyi viime keväänä. Taustalla oli huoli ikääntyneiden hoidon tilanteesta ja kentältä kantautuneet huolet ruoan laadusta ja ruokailun käytännön toteuttamisesta sekä kotipalveluissa että ympärivuorokautisessa hoidossa. Ikääntyneiden vajaravitsemus vaikutti olevan valitettavan yleistä. Palveluja on kilpailutettu ja hankintasopimuksia tehty ilman kansallisia laatuksiteerejä eikä ruokavalioiden merkitystä osana kaikkien ikääntyneiden hoivaa ole kaikkialla ymmärretty. Aikaisemmin laaditut suositukset eivät myöskään enää vastanneet muuttuvan palvelujärjestelmän tarpeita.

Hallitus pitää tärkeänä vahvistaa ikääntyneiden hyvinvointia ja toimintakykyä. Hallitusohjelmaan on kirjattu lupaus siitä, että ikäihmisten ravitsemuksen laatu, saatavuus ja yhteisölliset ruokailumahdollisuudet otetaan sekä kotona asuvien että hoivayksiköiden asukkaiden kohdalla kehittämisen ja valvonnan osaksi. Tämä on hallitukselle erittäin tärkeää. Tämä uusi ikääntyneiden ruokasuositus on keskeinen työkalu näiden tavoitteiden eteenpäin viemiseksi.

Uusi ikääntyneiden ruokasuositus on valtakunnallinen laatusuositus, jolla määritetään, miten tuetaan iäkkäiden ravitsemusta ja järjestetään laadukkaat ruokapalvelut, jotka pohjautuvat iäkkäiden tarpeisiin ja edistävät myös yhdessä syömistä. Julkaisu sisältää suositukset iäkkäiden hyvän ravitsemustilan ylläpitoon ja sairauksien ennaltaehkäisyyn, ravitsemustilan määrittämiseen ja seurantaan sekä ravitsemushoidon toteuttamiseen. Suositukseen kirjatut laatuksiteerit ja seurantaindikaattorit on tarkoitettu oma- ja viranomaisvalvontaan sekä alueelliseen ja valtakunnalliseen seurantaan ja vaikutusten arviointiin.

Toivon, että kaikki ikääntyneiden ruokailusta ja ravitsemushoidosta vastaavat tahot ottavat tämän suosituksen omakseen ja aktiivisesti hyödyntävät sitä omassa työssään. Suosituksen toimeenpanoa tuetaan muun muassa terveyden edistämisen määrärahoilla sekä osana tulevaa poikkihallinnollista ikäohjelmaa ja myös siihen sisältyvänä elintapaohjauksena Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystyökeskus -ohjelmassa.

Edistetään yhdessä iäkkäiden hyvää ravitsemusta.

Krista Kiuru

Perhe- ja peruspalveluministeri



Yhdessä syöminen ja ruokaosaaminen tukevat terveyttä



HYVÄ RAVITSEMUS IKÄÄNTYESSÄ



Suosituksset

- Ikääntyneiden ruokavalion perustana on kansallisissa ravitsemussuosituksissa määritelty terveyttä ja kestävyyttä edistävä ruokavalio¹.
- Ruokavalion energiamäärän tulee olla energiankulutuksen mukainen.
- Ruokavalion tulee olla monipuolinen ja maistuva. Sen tulee sisältää muun muassa kasviksia, hedelmiä, marjoja, täysjyväviljavalmisteita, pehmeää rasvaa ja maitovalmisteita sekä riittävästi kalaa, siipikarjaa, lihaa, kananmunaa tai kasviproteiinin lähteitä, kuten palkokasveja.
- Suolan määrä pidetään kohtuullisena.
- Jos tarvitaan painonpudotusta, sen on tapahduttava maltillisesti ja riittävä proteiinin saanti huomioiden, jotta lihasmassan väheneminen voidaan minimoida ja toimintakyky säilyttää.
- Yli 75-vuotiaille suositellaan D-vitamiinilisää 10–20 µg/vrk ympäri vuoden.
- Ikääntyvien ruokailua järjestettäessä on huomioitava ruokailun psyykinen ja sosiaalinen merkitys, vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa, mieliala ja tunteet sekä sosiaalinen ja taloudellinen tilanne.

Aikuisiän ruokailu- ja liikuntatottumukset näkyvät ikääntyneiden terveydessä ja toimintakyvyssä. Hyvä toimintakyky auttaa nauttimaan eläkevuosista hyväkuntoisena. Suomalaisten terveydentilasta ja ruokatottumuksista saadun tutkimustiedon² perusteella eläkeikää lähestyvien ruokailussa on tärkeää korostaa painonhallintaa ja sydän- ja verisuonitautien ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä. Käytännössä tämä tarkoittaa terveyttä edistävää ruokailua, joka sisältää runsaasti erilaisia kasviksia, marjoja ja hedelmiä, täysjyväviljaa, maltillisesti rasvaa ja riittävästi pehmeää rasvaa kovan rasvan sijaan, vähän suolaa ja vähän lisättyä sokeria.

Terveyttä edistävä ruokailu ja painonhallinta ovat yhteydessä parempaan toimintakykyyn ikääntyneillä ja voivat myös suojata muistitoimintojen heikentymiseltä. Elin- tapamuutoksista hyötyvät myös ikääntyvät, joilla on suurentunut riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin ja tyypin 2 diabetekseen. Toimintakyvyn kannalta on myös tärkeää vahvistaa lihaksia liikkumalla ja välttää sahaavaa painon vaihtelua.

1 Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014. Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuosituksset. https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/julkaisut/ravitsemussuosituksset_2014_fi_web_versio_5.pdf

2 THL. Ylipainoon ja lihavuuteen liittyvä sairastavuus. 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-336-6>



Ikääntyneillä pienentynyt lihassmassa ja heikentynyt lihastoiminta (sarkopenia) on keskeinen toimintakykyä heikentävä tekijä. Sarkopenian ennaltaehkäisyssä tärkeintä on riittävä liikkuminen, hyvä ravitsemustila ja painonhallinta.

Muistisairauksiin ei ole parantavaa hoitoa, joten niiden ehkäisy on tärkeää. Osa muistisairauksista on ehkäistävissä terveyttä edistävillä elintavoilla. Esimerkkinä elintapojen merkityksestä muistisairauksien ehkäisyssä on Suomessa toteutettu FINGER-tutkimus³, jossa ravitsemukseen, liikuntaan, muistiharjoitteluun sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden hallintaan keskittyvä ohjaus edesauttoi kognition säilymistä.

Terveyttä ja kestävyyttä edistävä ruokailu ja ruokavalinnat

Aikuisväestön ravitsemussuositukset, ”Terveyttä ruoasta”, sopivat hyväkuntoisille ikääntyville sellaisenaan. Energian saannin tulee olla tasapainossa kulutuksen kanssa. Koko päivän energiasta 45–60 % tulisi olla peräisin hiilihydraateista, 25–40 % rasvoista ja 15–20 % proteiineista. Ravintokuidun päivittäinen saantisuositus on naisilla vähintään 25 grammaa ja miehillä vähintään 35 grammaa. Yli 65-vuotiaille suositellaan proteiinia 1,2–1,4 g/painokilo/vrk, eli noin 55–90 g. Ruoasta saatavien rasvojen tulisi olla suurimmaksi osaksi pehmeitä, tyydyttymättömiä rasvoja. Kovien rasvojen osuus saisi olla alle 1/3 kokonaisrasvan saannista.

Ikääntyneiden ruokailun raaka-ainevalintojen suunnittelussa otetaan huomioon väestötason ruokavalion parantamista koskevat suositukset (Taulukko 1, s. 17).

Kansallisten ravitsemussuositusten (2014) mukaan ruokavalinnoissa tulee ottaa huomioon kestävä kehityksen näkökulma. Suositusten mukainen, kasvispainotteen ruokavalio vähentää ruoan ympäristökuormitusta. Ympäristöystävällisessä ruokavaliossa suositetaan monipuolisesti kotimaisia satokauden vihanneksia, juureksia, palkkasveja, sieniä, hedelmiä ja marjoja sekä tarjotaan punaista lihaa kohtuudella. Kestävää kehitystä tukeviin valintoihin kuuluvat myös peruna, vilja tai viljalisäke riisin tilalla, kala (etenkin järvikala^{4,5}), rypsiöljy, kasvirasvavete ja janojuomana vesijohtovesi. Enenevästi myös ikääntyneet ovat ympäristö- ja ilmastonmuutostietoisia ja haluavat edistää kestävyyttä ruokavalinnoillaan. Iäkkäiden kohdalla on kuitenkin huomioitava ruokatottumukset ja makumieltymykset, jotka saattavat rajoittaa uusien kasviproteiinivalmisteiden hyväksymistä ja käyttöä. Niukasti syöville, huonoruokahaluisille on tärkeää tarjota maistuvaa, tuttua ruokaa. Tämä vähentää myös ruokahävikin syntymistä.

3 Finger-tutkimushanke 2009–2024.

<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/finger-tutkimushanke>

4 Huomioitava Ruokaviraston antamat ohjeet kalan käytöstä vanhuksille ja vastustuskyvyllään heikentyneille henkilöille. <https://www.ruokavirasto.fi/turvallisenkaytonohjeet>

5 Vältä WWF:n kalaoppaassa punaisella merkityjä kalalajeja. Kalaopas: <https://wwf.fi/kalaopas/>



Taulukko 1. Terveyden ja kestävyuden edistäminen ruokavalinnoilla (VRN, 2014)

Lisää	Vaihda	Vähennä
Kasvikset (erityisesti juurekset) Palkokasvit (herneet, pavut, linssit)	Vaaleat viljavalmisteen → täysjyvävalmisteen	Lihavalmisteen Punainen liha
Marjat, hedelmät	Voi, voita sisältävät levitteet → kasviöljyt, kasviöljypohjaiset levitteet	Lisättyä sokeria sisältävät juomat ja ruoat
Kalat ja muut merenelävät	Rasvaiset maitovalmisteen → vähärasvaiset/rasvattomat maitovalmisteen	Suola
Pähkinät ja siemenet		Alkoholijuomat

Ruoka-ainevalintojen lisäksi ruoan ympäristökuormitusta voidaan ehkäistä tehokkaasti vähentämällä ruokahävikkiä. Ruoan valmistuksessa hävikkiä voi vähentää hyvällä ruokalistasuunnittelulla ja tilaus-, logistiikka- ja informaatiojärjestelmällä, jolla voidaan varmistaa kohderyhmälle maistuvan ruoan tarjonta ja sopivat annokset. Esimerkiksi koulujen tähdelounaskonsepti antaa mahdollisuuden myydä ylimääräiseksi jäänyttä ruokaa, jota hyödyntämällä ikääntyneet saavat vaihtelevuutta ruokavalioonsa.



Yhdessä syöminen ja ruokaosaaminen tukevat terveyttä

Maistuva ruoka, mukava ruokailutilanne ja yhdessä syöminen lisäävät ruokailusta saatavaa mielihyvää, rohkaisevat syömään uusia ruokia, auttavat syömään enemmän, jos ruokahalu on huono, ja virittävät aistimuksia. Näillä kaikilla voi olla vaikutusta myös ajattelu- ja muistitoimintoihin. Yhdessä syömiseen liittyy monia tutkimuksissa havaittuja myönteisiä tekijöitä, kun taas yksin asuvien ruokailurytmiin, ruokavalintoihin ja ravintoaineiden saantiin on havaittu liittyvän riskejä, jotka vaikuttavat hyvän ravitsemuksen toteutumiseen ja terveyteen.



Jos ruokailun järjestämisessä on ongelmia, voi ikääntyneelle annettu ruokailun ohjaus herättää kiinnostuksen ruokailuun ja aterioiden koostamiseen uudella tavalla. Ohjausta antavan tulee olla perehtynyt ikääntyneiden ravitsemukseen. Ohjauskeskustelussa on tärkeää hakea vaihtoehtoja yhdessä asiakkaan kanssa. Tuotteita voi hakea yhdessä elintarvikevalmistajien ja asiakkaan käyttämien kauppojen verkkosivuilta. Vaihtoehtoiset ruoka-aineet ja valmistustavat, valmisruoat ja niiden maustaminen omien makumieltymysten mukaisesti tuovat helpotusta ja vaihtelua ruokailuun. Vaihtoehtoja aterioille ja välipaloksi esitetään luvussa 1 taulukossa 2, s. 30.

Toimintaidea: Eläkkeelle siirtyminen on jokaiselle iso muutos arjessa. Kuntien ja järjestöjen toteuttamissa eläkkeelle jääville kohdennetuissa 'Hyvinvointi- ja terveystarkastustapahtumissa' voidaan tarjota tilaisuus tarkistaa omat terveystottumukset ja mitata terveyden- ja ravitsemustilaa. Kunta ja järjestöt voivat esitellä tarjolla olevia ryhmiä ja esimerkiksi ruoanvalmistuskursseja sekä vapaaehtoistoimintaa kuten ruokakaveruutta.

Ikääntyneiden ryhmittely toimintakyvyn mukaan

Suomen lainsäädännössä ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä eli yli 65-vuotiaita. Ikääntynyt henkilö on laissa määriteltä sellaiseksi, jonka toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen takia. Tän karttuessa ja toimintakyvyn heikentyessä kotona asuminen ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen vaikeutuvat.

Ravitsemuksesta puhuttaessa ikääntyneitä on olennaisempaa tarkastella iän sijasta terveydentilan ja toimintakyvyn mukaan (Kuva 1, s. 19). Hyväkuntoisille ikääntyneille sopivat samat ruokailua koskevat suositukset kuin muillekin aikuisille. Ikääntyminen ja erilaiset sairaudet asettavat sen sijaan tarjottavalle ruoalle erityisvaatimuksia. Osa kotihoidon asiakkaista pystyy valmistamaan ruokansa itse ja heillä on hyvä ruokahalu. Ruoanlaitto ja leipominen voivat aktivoida ja tuoda kotitaloustöihin tottuneille mielekkyyttä arkeen ja rytmiä päivään. Osa sen sijaan on ateriapalveluiden varassa ja syödyn ruoan määrä voi olla vähäinen. Kotona asuvien ruokavaliossa korostuvat energiansaannin ja -kulutuksen tasapaino ja ruoan ravitsemuksellinen laatu ja maku. Heikossa kunnossa olevat kotihoidon asiakkaat tarvitsevat usein erityistä tukea aterioiden koostamisessa ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevat myös ruokailussa. Tällöin ammattihenkilökunnan merkitys ja osaaminen iäkkään ravitsemuksen toteuttamisessa korostuu. Ympärivuorokautisessa hoidossa on enemmän sellaisia iäkkäitä, joiden kohdalla on perustelua tarjota muita useammin toive- ja lempiruokia ja -juomia.

Ruokailun tulee kaikissa tilanteissa tuottaa ruokailijalle mielihyvää aistien, yhdessä syömisen ja oman osallistumisen kautta. Omaiset ovat usein tärkeässä asemassa iäkkään monipuolisen ruokailun järjestämisessä.





Kuva 1. Ikääntyneiden ryhmittely toimintakyvyn mukaan

Elintapa- ja terveystottumukset testissä:

- [Diabeteksen riskitesti](#)⁶
- [Sydänliiton testit](#)⁷ (rasvan laatu, suola, ruokailutottumukset, ruokavalio, liikunta)
- [Stressitesti](#)⁸
- [Testejä liikkumis- ja toimintakyvyn arvioimiseksi](#)⁹
- [Muistitesti MMSE](#)¹⁰
- [AUDIT alkoholin käytön testi](#)¹¹
- [Kaatumisvaaran arviointi](#)¹²

6 <https://www.stopdia.fi/>

7 <https://sydan.fi/terveysmittaus/>

8 <https://apps.myzef.com/resources/mielenterveysseura/dmlr92/index.html>

9 <https://www.voimaavanhuuteen.fi/liikuntaharjoittelu/liikkumiskyvyn-arviointi/testeja-liikkumiskyvyn-arvioimiseksi/>

10 <https://www.terveysportti.fi/xmedia/extra/ykt/mmse-lomake.pdf>

11 <https://paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/alkoholin-kayton-riskit-audit>

12 <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy/ikaantyneiden-tapaturmat/kaatumisten-ehkaisy/kaatumisvaaran-arviointi/tyovalineita-kaatumisvaaran-arviointiin>

RUOKAILUUN JA RAVITSEMUKSEEN LIITTYVÄT SOSIOEKONOMISET ULOTTUVUUDET

Suosituks

- Tunnistetaan matalan sosioekonomisen aseman vuoksi ravitsemuksen osalta riskiryhmään kuuluvat ikääntyneet, mm. pienituloiset, monisairaat ja juuri leskeytyneet.
- Tarjotaan kohdennetusti riskiryhmille varhaisen tuen palveluja, esim. aterian-, kuljetus- ja kauppapalveluja sekä ruokakursseja ja liikunta-ravitsemusryhmiä.
- Sisällytetään ravitsemusneuvonta osaksi vanhuspalvelulain mukaista suunnitelmaa.
- Varmistetaan, että ikääntyneiden parissa työtä tekeillä on ajantasainen tieto ruoka-apupaikoista ja että sosiaalityöntekijät ovat mukana suunnittelemassa ikääntyneen ruokatalouden hoitamista.

Ikääntyneiden ravitsemustila, ruokailu ja ravinnonsaanti ovat kiinteästi yhteydessä terveydentilaan ja toimintakykyyn.



Ravinnonsaanti on päivittäinen perustarve, jonka tyydyttämisestä tulee huolehtia riippumatta ikääntyneen henkilön sosioekonomisesta asemasta, kunnosta tai palvelun tarpeesta. Ikääntyneiden ravitsemustila, ruokailu ja ravinnonsaanti ovat kiinteästi yhteydessä terveydentilaan ja toimintakykyyn. Toimintakyvyn rajoitteet eivät jakaudu väestössä tasaisesti, vaan sosioekonomiset erot vaikuttavat toimintakykyyn myös iäkkäillä. Sosioekonominen asema (esimerkiksi koulutus, tulot tai ammattiasema) on yhteydessä ihmisten terveydentilaan. Sillä on vaikutusta terveyteen koko elämän ajan aina vanhuuteen saakka. Sosioekonominen asema vaikuttaa mm. ihmisten resursseihin ja mahdollisuuksiin hyödyntää tietoa liikunnasta ja terveyttä edistävästä ruokavaliosta.

Terveysneuvonta saavuttaa helpommin korkeammin koulutetut ja terveydestään kiinnostuneet kuin matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset. Lisäksi varallisuus ja käytettävissä olevat tulot vaikuttavat mahdollisuuksiin hankkia monipuolisesti elintarvikkeita tai käyttää ruokapalveluja. Eläkkeelle siirryttäessä tulotasoa laskee, mikä voi edelleen vaikeuttaa terveyttä edistävien valintojen tekemistä erityisesti pienituloisilla. Työelämään liittyvien etujen, kuten tuetun työpaikkaruokailun ja liikuntamahdollisuuksien, menetys vaatii niihin tottuneilta uusia taitoja ja muita resursseja.

Vanhuspalvelulain mukaan kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja. Lisäksi kunnan on tarjottava hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä erityisesti niille ikääntyneeseen väestöön kuuluville, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen arvioidaan tutkimustiedon tai yleisen elämäkokemuksen perusteella liittyvän palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä.



OSA

I

IKÄÄNTYNEIDEN RUOKAPALVELUT JA TARJOTTAVA RUOKA



1 Tukea ja palveluita tarvitsevien kotona asuvien ikääntyneiden hyvän ruokailun ja ravitsemuksen tukeminen

Tässä luvussa käsitellään ikääntyneiden toimintakykyryhmittelyn keskeisimpiin ryhmiin kuuluvien henkilöiden ruokailun ja ravitsemuksen tukemista. Kaikilla näihin ryhmiin kuuluvilla avun tarve on lisääntynyt sairauksien ja haurastumisen vuoksi. (Kuva 1, s. 19).



Suosituksukset

- Ikääntyneiden kotona asumista edistetään arvioimalla säännöllisesti ravitsemustila ja varmistamalla ruokailun toteutuminen.
- Painonvaihtelut, tahaton laihtuminen ja muut hyvää ravitsemusta vaarantavat tekijät, kuten sairaudet ja lääkitys, tulee tunnistaa ja ottaa huomioon yksilöllisesti ravitsemuksen turvaamiseksi.
- Yhteistyö omaisten, hoitohenkilöstön ja ateriapalvelun välillä sekä saumaton tiedon kulku ovat välttämättömiä ravitsemuksen turvaamiseksi.
- Ateriapalvelussa huomioidaan asiakkaan yksilölliset tarpeet, mieliruoat ja mieluisat aterioita täydentävät tuotteet sekä tarvittaessa varmistetaan riittävä apu ruokailutilanteessa.
- Ruoka on maistuvampaa yhdessä syöden. Ruokahetken sosiaalisuutta lisätään mahdollisuuksien mukaan.
- Eri toimijoiden vastuista sovitaan ja ne dokumentoidaan: ravitsemustilan arviointi ja seuranta, kauppa- ja kotiateriapalveluiden tilausten tekeminen, oikean ruokavalion valinta, aterioiden syödyksi tulemisen seuranta ja ruokavalio-ohjaus.
- Työyksiköissä ja organisaatioissa on sovittu työnjaosta ja vastuista: mm. palvelun tarpeen arviointi, tilaaminen ja seuranta sekä asiakkaan ravitsemuksen arviointi ja seuranta.

Ikääntyneiden kotona asumista tukevia palveluja koskevat toiveet ja tarpeet vaihtelevat. Palvelujen toivotaan joustavan siten, että niitä voidaan käyttää muuttuvien tilanteiden mukaan. Kotona asumista tukeva ruokapalvelu tulee ymmärtää tukipalvelun sijaan peruspalveluna, joka koostuu erilaisista hyvää ravitsemusta ja mielekästä ruokailua ylläpitävistä sen hetkisten tarpeiden mukaisista palveluista.



Kotona asuvien vajaaravitsemusriskissä olevien tavoittamiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Erityisen tärkeää on huomioida iäkkäiden pariskuntien tilanne ja huolehtia molempien ravitsemuksesta.

Ruokailun järjestämisessä huomioidaan valinnanvapaus, yhdessä ruokailu, aterioiden ravitsemuslaatu, koko päivän aterioiden turvaaminen, kaupassa käynnin mahdollisuus, kuljetuspalvelut ja erityyppiset ruokapalvelut. Tarjottavassa ruoan tulee olla hyvän makuista ja sen ulkonäön tulee lisätä ruokahalua. Aterioiden tulee lisäksi olla ravitsemuksellisesti täysipainoisia.

Ravitsemusta vaarantavia tekijöitä tulee selvittää aktiivisesti kaikilta ikääntyviltä ja etsiä niihin yksilöllisiä ratkaisuja. Ravitsemuksen laatua voivat vaarantaa fyysiset tai psyykkiset oireet ja rajoitteet, taloudelliset seikat, mieliala, yksinäisyys, asenteet tai puutteet tiedoissa tai taidoissa. Kotona asuvien vajaaravitsemusriskissä olevien tavoittamiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Erityisen tärkeää on huomioida iäkkäiden pariskuntien tilanne ja huolehtia molempien ravitsemuksesta.

1.1 Kotiin tuotavat palvelut

Ikääntyvien kotona asumista tulee tukea niin pitkään kuin se on toimintakyvyn puolesta turvallista. Kotiin tuotavat palvelut lisäävät mahdollisuuksia asua kotona entistä pidempään. Hyvää ruokailua ja ravitsemusta tukevat ratkaisut voivat koostua useista erilaisista, eri toimijoiden tuottamista palveluista. Ruokailua tukevista palveluista kerrotaan osana ikääntyville suunnattujen palveluiden esittelyä. Eri järjestäjien tuottamia palveluita on tarjottava riittävän varhain toimintakyvyn tueksi.

Ateriapalvelun voi saada osana kotipalvelua, jos asiakas ei itse kykene valmistamaan ruokaa heikentyneen toimintakykynsä tai terveydentilansa vuoksi tai on toipumassa sairaudesta tai vammasta. Asiakkaan riittävän ja/tai monipuolisen päivittäisen ruokailun turvaaminen voi myös edellyttää ateriapalvelun järjestämistä.

Arvion ateriapalvelun tarpeesta tekevät organisaatiossa tai yksikössä sovitut työntekijät, yleensä palveluohjaajat tai kotihoidon työntekijät. Ateriapalvelusta sovitaan yhdessä asiakkaan ja/tai hänen läheisensä kanssa ja laaditaan viikkosuunnitelma aterioiden lukumäärästä ja tarvittavista erityisruokavalioista.

1.1.1 Kotiateriapalvelut

Kotiateriapalvelulla tarkoitetaan tässä kotona asuvien ja/tai kotihoidon piirissä olevien ikääntyvien kotiin toimitettavaa ateriaa. Kotiateriapalvelun synonyymina käytetään ateriapalvelu-termiä.



Kotiateriapalvelun tarve voi syntyä yllättäen tai siihen siirrytään suunnitellusti henkilön toimintakyvyn heiketessä. Ateriapalvelun voi saada osana kotihoitoa, tietyin kriteerein myönnettynä. Myös yksityiset asiakkaat voivat tilata palvelun ilman erillisiä kriteereitä. Ateriapalvelun tuottajana voi olla julkinen ruokapalvelu tai yksityinen toimija. Hyvään kotiateriapalveluun kuuluvat:

- helppo asiointi
- toimituksen luotettavuus
- omavalvonta
- aterian toimittaminen tarvittaessa asiakkaan jääkaappiin tai lämmitettynä lautaselle saakka
- jatkuvan asiakaspalautteen mahdollisuus ja sen huomioiminen kehittämisessä
- selkokieliset ja helposti luettavat tuoteselosteet
- selkeästi merkitty aterian hinta.



Kotiaterialla tarkoitetaan yleensä yhtä päivän pääateriaa, jonka tulee ateriakokonaisuutena kattaa noin kolmannes päivän energian ja ravintoaineiden tarpeesta. Aterian tulee täyttää ravitsemuslaadun vähimmäisvaatimukset (ks. s. 148–149), ja erityisesti riittävään proteiinin määrään on syytä kiinnittää huomiota. Ateriakokonaisuuden energiasisältö on ruokailijan päivän energiatarpeen mukaan noin 400–600 kcal ja proteiinin määrä 25–30 grammaa. Laskettu ravintosisältö koostuu aterian kaikkien osien yhteen lasketusta sisällöstä. Ruokajuoman ja leipien proteiinipitoisuus on noin 7–10 g, ja se sisältyy ateriakokonaisuuteen.



Kotiateriat toimitetaan pääasiassa kylminä valmisaterioina.

Hyvä kotona syötävä ateria:

- ravitsemuksellisesti täysipainoiset maistuvat ateriat
- mahdollisuus valita ateria useista vaihtoehdoista tai yksi monipuolinen ja vaihteleva ateria kiertävän ruokalistan mukaisesti
- pääruoka, peruna-, pasta-, vilja- tai riisilisäke, lämmin kasvislisäke, tuoresalaatti, salaatikastike ja jälkiruoka, keittoaterian kanssa viljatuote, kuten sämpylä, piirakka tai vastaava
- mahdollisuus tilata rakennemuutettuja aterioita, erityisruokavalioita, tehostettu ruokavalio ja täydennettyjä ruokia
- kuumana tarjottavien aterioiden lämpötila vähintään +60 °C
- kylminä toimitettavien aterioiden lämpötila alle +6 °C
- ruoan hyvä maku, ulkonäkö, rakenne ja muut ruokahalua herättävät ominaisuudet.

Kotiateriat toimitetaan pääasiassa kylminä valmisaterioina (alle +6 °C).

Kylmän aterian etuja ovat:

- mikrobiologinen turvallisuus
- ekologisuus ja kustannustehokkuus, kun samalla kuljetuksella voidaan toimittaa usean päivän ateriat kerralla
- mahdollisuus valita vaihtoehdoista mieluisin ateria
- mahdollisuus syödä ruoka lämpimänä
- joustava kuljetusaikataulu, joka ei määritä ruokailuaikaa.

Palvelun tarjoaja tiedottaa asiakkaita ateriakokonaisuuden koostamisesta energia- ja proteiinisällöltään riittäväksi. Kotihoito ohjaa asiakkaita ja omaisia aterian täydentämisessä ravitsemuksellisesti riittäväillä, yksilöllisesti sopivilla ja maistuvilla tuotteilla.



Kotiaterian voi tilata rakennemuutettuna. Ateria toimitetaan asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan, esimerkiksi salaatti voidaan vaihtaa juotavaan tuotteeseen.

Aterioiden koostaminen

Täysipainoinen ateria on terveyttä edistävä, monipuolinen, maukas ja syömään houkutteleva. Ateriakokonaisuus koostuu ruokapalvelun toimittamista aterian osista (pääruoka, jälkiruoka), ruokailun yhteydessä täydennettävistä osista (aterian lisäkkeet) ja yksilöllisistä makulisäkkeistä (ks. kuva s. 28).

Aterian lisäkkeet

Öljy tai kasviöljypohjainen kastike salaatile / kasviksille

Leipä
Kasviöljypohjainen levite

Ruokajuoma: Maitopohjainen tai täydennetty kasvipohjainen ruokajuoma

Ateriaa täydentävä jälkiruoka





VINKKI

Ruokailijan yksilöllisten toiveiden, kuten lisämausteiden, ruokajuoman valinnan tai ruokailupaikan huomioiminen vaikuttaa merkittävästi siihen, että ruoka tulee syödyksi. Seurassa ruoka maistuu yleensä paremmin kuin yksin. Syödään yhdessä!



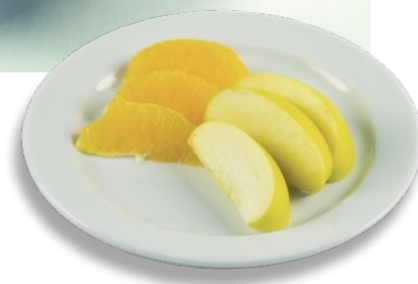
Yksilölliset makulisäkkeet. Ruokailija voi höyстää kotiin toimitettua ateriaa itselleen maistuvaksi lisäämällä esim. puolukkasurvosta, suolakurkkua, rasvasilmän, mieluisia mausteita, sinappia, maustekastiketta.

Tarvittava erityisruokavalio tai rakennemuutos huomioidaan ruoan valmistuksessa ilman, että se vaikuttaa ruoan aistittavaan laatuun tai ravintosisältöön. Tarvittaessa ruoka tai aterian osa rikastetaan täydentämällä sitä energia- ja proteiinipitoisilla kliinillä valmisteilla (ks. 6.1.1) tai elintarvikkeilla (ks. Taulukko 2 s. 30 ja Liite 1 s. 169). Kotihoidon työntekijän on tärkeää osata tilata oikea ruokavalio ja huomioida yksilölliset ravitsemustarpeet.

Kotona asuvat iäkkäät saavat tutkimusten mukaan riittämättömästi monitydyttymättömiä rasvahappoja, C-vitamiinia, folaattia ja kalsiumia. Tuotekehitystä ja ravitsemusosaamista tarvitaan, jotta eri ravintoaineiden riittävä saanti voidaan turvata vaihtelevilla ruoka-aine- ja tuotevalinnoilla eri aterianosissa, pääarterioissa ja välipaloissa. Erityisesti osaamista vaativat rakennemuutetut ja erityisruokavaliot. Varmistamalla oikea ruokavalio, esimerkiksi rakennemuutettu, ja huomioimalla ruoan maku ja ulkonäkö sekä mieluisten ruokien saatavuus, voidaan vaikuttaa siihen, että ravitseva ruoka tulee myös syödyksi.



Erlaisia jälkiruokavaihtoehtoja täydentämään ateriakokonaisuutta.



Kotiateriapalvelu on vain yhden päivän aterioista, ja siksi on tärkeää varmistaa myös päivän muu ruokailu. Arvioimalla ruokailua ja ohjaamalla tarvittaessa asiakasta ja tämän läheisiä ruokailussa varmistetaan ruokailun riittävyys ja ravintoaineiden saanti. Arvioinnilla varmistetaan aterioiden ja välipalojen riittävä määrä, niiden sisältö ja jakautuminen tasaisesti päivään sekä ateriavälien pituus. Taulukkoon 2 on koottu keinoja täydentää aterioita ja välipaloja ja lisätä niiden maistuvuutta.

Kotihoidon henkilöstö auttaa tarvittaessa asiakkaitaan ruokailussa. Kotihoidon tarjoaman tuen määrä ruokailun toteuttamisessa vaihtelee asiakkaan toimintakyvyn mukaan elintarvikkeiden ja ruoan toimittamisesta ruokailun valvottuun toteuttamiseen tai syöttämiseen. Useimmiten hoitaja lämmittää ja tarjoilee asiakkaalle päivittäin valmiin aterian/aterioita sekä välipaloja. Osa kotihoidon asiakkaista asuu palvelutaloissa, jolloin palvelutalo toimittaa asiakkaalle ateriat.

Taulukko 2. Vaihtoehtoja aterioiden ja välipalojen täydentämiseen ja maistuvuuden lisäämiseen

TAVOITE: riittävästi energiaa	Vaihtoehtoja energian saannin lisäämiseksi, kun paino laskee tahattomasti tai energian tarve on lisääntynyt
Vaihtoehtoja ja lisäkkeitä	Kun aterialla on eri vaihtoehtoja ja erilaisia makuja, syödyn ruoan määrä kasvaa huomaamatta.
Enemmän energiaa ja makua pehmeällä rasvalla	Maitovalmisteista suositellaan rasvattomia ja vähärasvaisia vaihtoehtoja. Kun energian tarve on lisääntynyt tai paino laskee, suositellaan rasvalisää ruokiin: kasviöljyä, juoksevaa kasvirasvavalmistetta, rasvaista pehmeää leipärasvaa (vähintään 60 % rasvaa) sekä kasviperäisiä kerman tavoin käytettäviä tuotteita. Neutraalin makuinen, pehmeitä rasvoja sisältävä kasviöljy, kuten rypsi- ja rapsiöljy, sopii moneen ruokaan, puuroon ja kasviksille energialisäksi. Kasviöljyt sisältävät 100 % rasvaa ja siksi paljon energiaa. Juoksevat kasvirasvavalmisteet sopivat sopivat hyvin velleihin ja maito-/kasvijuomapohjaisiin puuroihin. Kasviperäiset kerman tavoin käytettävät ja ruokakermat maun pyöristäjinä sopivat ruokiin, kastikkeisiin ja leivontaan. Leiville käytetään aiempaa enemmän rasvaista (vähintään 60 % rasvaa) Sydänmerkki-kriteerit täyttävää leipärasvaa.
Ruoanvalmistustavan valinnalla lisää energiaa	Suositaan kastikkeita, gratiineita, kiusauksia, peruna- ja kasvissoseita, joihin saadaan lisää energiaa maitovalmisteiden tavoin käytettävillä kasviperäisillä tuotteilla ja pehmeää rasvaa sisältävillä rasvalisillä (ks. edellä).
Jälkiruoista energiaa	Suositaan jälkiruokina maito- ja kasvipohjaisia tuotteita, kuten jogurtta, rahkaa ja niiden tavoin käytettäviä tuotteita, vanukkaita, ohukaisia, pannukakkuja ja leivonnaisia.
Yöpala katkaisee paaston ja lisää energian saantia	Varataan yöpöydälle huoneenlämmössä säilyvä, helposti syötävä pieni annos: marja- tai hedelmäpuuroa, marjakeittoa, avaamaton tetra maito- tai kasvipohjaista juomaa.
Juomista energiaa	Tarjotaan ruokajuomana veden sijaan maitoa, täydennettyä kasvijuomaa, piimää, täysmehua tai smoothie. Janojuomana suositetaan kuitenkin vettä.
TAVOITE: proteiinin saannin turvaaminen	Vaihtoehtoja proteiinin saannin turvaamiseksi
Jokaisella pääaterialla on runsasproteiinista syötävää	<ul style="list-style-type: none"> • Kolmanneksiin jaettu lautasmalli, josta 1/3 sisältää kalaa, siipikarjaa, lihaa, kananmunaa tai palkokasveja eri muodoissa • Keittoruuassa on reilusti kalaa, siipikarjaa, lihaa, kananmunaa, palkokasveja tai raejuustoa • Puuro tai velli on tehty maitoon tai täydennettyyn kasvijuomaan
Jokaisella välipalalla, aamu- ja iltapalalla on proteiinipitoista syötävää	<ul style="list-style-type: none"> • Juomana maitoa, piimää, täydennettyjä kasvijuomia tai näitä sisältävä juoma (smoothie, jogurttijuoma) • Jogurtti, viili, hedelmä- tai marjarahka tai niiden tavoin käytettävä kasvipohjainen valmiste • Leivällä juustoa, leikkelettä, kananmunaa, munavoita, kasvitahnaa. Jos ateria on pieni, kaksi leikkele- tai juustoviipaletta • Munakas, munakokkeli, pannukakku, ohukaiset. • Proteiinipitoiset kahvileivät (proteiinin lähteenä esim. kananmunaa, maitorahkaa, pähkinöitä tai siemeniä), proteiinipitoiset välipalapatukat



Jälkiruoka täydentää ateriaa	<ul style="list-style-type: none"> • Marja- tai hedelmärahka, jogurtti, vanukas tai niiden tavoin käytettävä kasvipohjainen valmiste • C-vitamiinoinen marja- tai hedelmäsose tai nektari • Marja- tai hedelmäkiisseli, jonka päälle maustettua rahkaa tai vaniljavaahtoa • Kerroskiisseli vanilja- ja marja-/hedelmäkiisselistä • Pannukakku tai ohukaiset, mieleinen juusto
Pähkinöistä, manteleista ja siemenistä proteiinia	<ul style="list-style-type: none"> • Sellaisenaan, paahdettuna tai jauhettuna maustamaan ja rikastamaan ruokia (lämpimiin kasviksiin, erillisenä makulisäkkeenä, jauheena, pirtelöinä ja jälkiruokiin, tahnoihin, leipälevitteisiin)
Kananmunaa eri tavoin	<ul style="list-style-type: none"> • Puuroon, perunasoseeseen, gratiineihin, smoothieen, munavoi
Palkokasveista proteiinia	<ul style="list-style-type: none"> • Hernekeitto, sosekeitot, pata- ja keittoruuat, leivonnaiset • esim. pavut, herneet, linssit, herne- ja härkäpapujauho
Maitovalmisteita monipuolisesti	<ul style="list-style-type: none"> • Proteiinipitoisempi maito • Piimä, maitorahka, jogurtti, viili, maitojauhe, juustot, raejuusto
TAVOITE: maistuvuuden parantaminen	<p>Yksilölliset keinot ruokien maustamiseen ja maistumiseen, jos ruokahalu on huono</p> <ul style="list-style-type: none"> • Makulisäkkeet: mieluinen maku saa ruoan maistumaan paremmin. Esim. puolukkahillo, maustekurkut, sinappi/ketsuppi, mieleinen mauste, maustekastikkeet, juustoraaste, majoneesi, pala juustoa • Lisäkastikkeet, mm. ruskea kastike, kermaviilipohjainen kastike • Mahdollisuus tilata ruoan osa vaihtoehdoista, esim. peruna/perunamuusi, lihapullat ja ruskea kastike/karjalanpaisti • Ruokailijalle toimitetaan aterioiden mukana vinkkejä aterian muokkaamiseen oman maun mukaiseksi ja makulisäkkeiden käyttöön. • Jälkiruoka voi toimia myös ruokahalun herättäjänä, ennen lämpimän ruoan syömistä.
TAVOITE: kasvien, hedelmien ja marjojen tarjoaminen maistuvassa muodossa	<p>Vaihtoehtoja kasvien, hedelmien ja marjojen syömistä lisäämiseksi.</p>
Sopiva rakenne	<p>Höyryttäminen, kypsentäminen ja soseuttaminen vähentävät pureskeltavuutta ja lisäävät mehukkuutta: keitot, sosekeitot, pataruuat, smoothiet, nektarit ja soseet.</p>
Maun ja happamuuden pyöristäminen	<p>Maitovalmisteiden kanssa kasvien, hedelmien ja marjojen maku mietonee.</p>

Kun ikääntyvän energian- ja/tai proteiinin tarve on suurentunut, voidaan ruokaa rikastaa kliinisillä täydennysravintovalmisteilla ja tarjota lisäksi nautintavalmiita kliinisiä täydennysravintovalmisteita (Luku 6) arvioitun energian, proteiinin ja ravintoaineiden lisätarpeen mukaan.



Ravitsemushoito on osa kokonaishoitoa ja edellyttää ikääntyneen kokonaistilanteen tarkistamista, suunnitelmaa, seuranta ja arviointia.

Ruokajuoma

Ruokajuoma lasketaan osaksi aterian ravintosisältöä, ja sillä on suuri merkitys myös aterian makujen täydentäjänä. Toiselle makkararuoka vaatii makupariksi maidon, toiselle riisi- tai mannapuuron piristää marjamehu tai kiisseli. Tärkeää tässäkin on mahdollisuus valita juoma ruokaan sopivaksi.

Juoman merkitys osana ateriaa:

- turvaa nesteen saantia
- täydentää aterian makuja
- energian ja proteiinin lähde
- C-vitamiinin lähde (esimerkiksi täysmehu aamiaisella)
- D-vitamiinin lähde.

1.1.2 Kauppapalvelut



Kotiruoka on parasta, mutta kaupassakäynti raskasta



Pääsääntöisesti tällä hetkellä kotona asuvat ikääntyneet voivat tilata ruokapalveluna päivän lounaan. Kotihoito voi tilata ruokatarpeet päivän muille aterioille kauppapalveluna, jos asiakas ei pysty sitä itse tekemään. Kun ikääntyvä on palveluiden piirissä, toimitettujen aterioiden ravitsemuksellisesta laadusta huolehtii ateriapalvelun tuottaja, mutta vastuu koko päivän aterioiden ravitsemuksellisesta riittävydestä on kotihoidolla. Kauppakassipalveluja voi hankkia myös yksityisesti, mutta haasteena silloin on varmistaa ruoan ravitsemuksellinen laatu. **Valmisruokia voi täydentää itse kotona täysipainoisiksi aterioiksi esimerkiksi kananmunalla, leikkeleellä tai maitovalmisteilla ja kasviksilla** (ks. kuva seuraavalla sivulla).

Erilaisille kauppakassipalveluille on tarvetta erityisesti taajamien ulkopuolella asuvilla, joille kaupat ovat kaukana. Kauppakassipalvelujen laajetessa ja yleistyessä myös niiden tuotevalikoima monipuolistuu. Tuotteita voi arvioida kuvista myös kotona verkon kautta. Mahdollisuus valita lisää itsemääräämisen tunnetta ja auttaa valitsemaan itselle sopivat ja mieleiset tuotteet, jotka tulevat sitten myös syödyksi. Kotihoidon työntekijöiden hyvä elintarvike- ja tuotetuntemus auttaa, kun valitaan yksilöllisesti sopivia, hyvää ravitsemusta tukevia tuotteita esim. ruokajuomaksi tai proteiinipitoiseksi välipalaksi.





Kauppapalvelu ymmärretään useimmiten ruokaostosten toimituksena kotiin. Ikääntyneiden toiveena on saada apua myös kaupassa käymiseen ja ostoslistan tekoon.

Eri alueilla toimii myös aterioiden ruokalähettiläpalveluja. Tilaus tehdään listalla olevista ravintoloista puhelimen sovelluksella.



VINKKI

- Ruoan hankintaan, valmistukseen ja ruokailuun liittyviä palveluja kannattaa yhdistää yhdeksi kokonaisuudeksi.
- Ruokaostokset voidaan tehdä yhdessä asiakkaan kanssa.
- Asiakkaan kanssa voidaan tutustua verkon avulla ruokakaupan valikoimiin ja tehdä ostoslista yhdessä. Samalla voidaan ohjata valitsemaan ravitsemuksellisesti hyviä ruokia ja välipaloja. Tämä edellyttää työntekijältä ravitsemusosaamista.
- Paikallisten kauppiaiden kanssa kuljetuspalvelun järjestäminen asiakkaan kotiin.

1.2 Yhdessä syömisen tukeminen

Seurakunnat, yhdistykset, ravintolat tai asumisyhteisöt voivat järjestää yhteisöllistä ruokailua monin tavoin. Yhteisöllisen ruokailun tarjoama mahdollisuus tavata samanikäisiä ihmisiä on ikääntyville tärkein syy osallistua, ja ruokailuhetkeä pidetään päivän kohokohtana. Kodin ulkopuolella ruokaileminen vaikuttaa positiivisesti ikääntyneiden toimintakykyyn, ja he kokevat syövänsä terveellisemmin ja monipuolisemmin kuin yksin kotona aterioidessaan. Kerho- tai päivätoimintaan osallistuvat pitävät hyvänä erityisesti sitä, että pääsevät tapaamaan ihmisiä ja saavat samalla ruokaa ja muita hoitopalveluita tarpeen mukaan.

Yhteistyön ja kuljetuspalvelun merkitys

Kuntien ja järjestöjen ylläpitämä päiväkeskus- ja korttelikerhotoiminta on tärkeä osa ikääntyvien hyvinvoinnin ja kotona asumisen tukemista. Tähän toimintaan oleellisesti liittyvä yhteisöruokailu edellyttää eri tahojen yhteistyötä, sillä hoiva- ja ateriapalveluiden lisäksi myös esimerkiksi palvelubussiliikenne tai muu kuljetuspalvelu on suunniteltava siten, että se palvelee yhteisöruokailua.



VINKKI

- Useilla paikkakunnilla voi kouluissa syödä edullisesti samana päivänä valmistettua yli jäänyttä kouluruokaa.

Yhdessä maistuvampaa

Palvelukeskustoiminta on tärkeä yhteisöllistä syömistä tukeva palvelu. Parhaimmillaan palvelua voidaan tukea yhdistämällä siihen kuljetuspalvelut, jotka tuovat ruokailijoita yhteen. Asiakkaat voivat osallistua ruokalistan suunnitteluun ateriapalveluntuottajan järjestämissä ruokaraadeissa. Palvelukeskusten asiakkaat voivat muodostaa keskenään ruokapiirejä, jotka keräävät samanhenkiset ruokailijat yhteen.

Kotihoidon tuella ja eri toimijoiden yhteistyöllä voidaan paikallisesti muodostaa erilaisia kerhoja tai ruokaseuroja tai -piirejä, joissa yhteisen ruokahetken saadaan lisättyä sosiaalista kanssakäyntiä. Digitalisaation edistyessä myös yhteinen ruokailu teknologian välityksellä on mahdollista. Hyviä kokemuksia on saatu mm. videovälitteisestä yhteisestä ruokailusta, jossa ohjaaja ja osallistuja näkevät toiset ruokailijat aterioimassa omissa kodeissaan.



Ikääntyville suunniteltuihin asumisympäristöihin suunnitellaan usein yhteisöllisyyttä tukevia ratkaisuja, kuten kerho- tai ruokailutiloja. Nämä ovat juuri sellaisia koontumistiloja, joissa yhteisöllisiä ruokahetkiä voidaan järjestää.

1.3 Siirtymävaiheet ja palvelutarpeen ennakointi

Ikääntyneet, kotona asuvat henkilöt ovat usein terveystieteiden asiakkaita. On tärkeää, että heille tehdään mahdollisen sairauskontrollikäynnin yhteydessä tai erikseen ravitsemustilan kartoitus (lyhyt MNA). MNA-kartoituksen voi tehdä hoitaja. Kartoituksen tuloksen perusteella sovitaan yksilölliset keinot, joilla asiakkaan hyvää ruokailua ja ravitsemusta tuetaan, annetaan kirjallisia ohjeita ja tarvittaessa ohjataan asiakas sosiaalityön palveluun. On tärkeää, että terveysasemalta nimetään asiakkaalle vastuuhoidtaja, esimerkiksi terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja. Myös omaisten ja läheisten rooli on tärkeä.

Asiakasohjaus

Asiakasohjauksessa tulee arvioida muiden palvelutarpeiden ohella myös ikääntyvän ruokaan ja ravitsemukseen liittyviä tarpeita. Kun ikääntyvä henkilö tarvitsee ruokaan liittyviä kotihoidon palveluita, hän tai hänen omaisensa ottavat yhteyttä asiakasohjaukseen ja palvelutarpeen arviointiin. Yleensä asiakasohjaus on järjestetty alueellisesti keskitettynä palveluna.

Ikäneuvo-hankkeessa¹³ on tuotettu asiakasohjauksen käsikirja, joka sisältää toimintamallin ikääntyneen henkilön ravitsemuksen huomioon ottamisesta osana asiakasohjausta.

Asiakasohjauksessa suositellaan käytettäväksi ravitsemustilan kartoitusta (esim. Mini Nutritional Assessment (MNA) -testillä, ks. Työkalut s. 155). Arvioinnin perusteella voidaan asiakkaalle tilata kotiateria- tai kauppapalvelu kotihoidon tukipalveluna. Kotiaterian lisäksi pitää miettiä koko päivän ateriakokonaisuus ja miten asiakas saa ruokatarvikkeet hankittua. Samalla on sovittava, miten asiakkaan tilannetta seurataan jatkossa ja miten ravitsemustilaa kartoitetaan esimerkiksi terveydenhuollon käyntien yhteydessä tai kotihoidossa.

Ateriapalvelun asiakkaan ruokailu ja ravitsemustila selvitetään kotihoidossa osana toimintakyvyn, palvelutarpeen ja terveydentilan seurantaan yksilöllisen suunnitelman mukaan säännöllisesti, esim. 6 kk tai 12 kk välein. Ravitsemustilaa voidaan arvioida mm. seuraamalla painon muutoksia, syödyn ruoan ja juoman määrää ja ruokahalun muutoksia sekä MNA-testillä.

13 Pirkanmaan Ikäneuvo-hanke. 2018. Asikasohjauksen käsikirja.
https://www.tampere.fi/tiedostot/i/szq2RjitP/ikaneuvo_asiakasohjaajan_kasikirja.pdf



Asiakas voi tarvita kotihoitoa sairaalahoitoa vaatineen äkillisen sairastumisen jälkeen tai kotihoidon palvelutarve on saatettu todeta terveyskeskuksessa. On tärkeää, että aiemmat ravitsemusta koskevat tiedot siirtyvät asiakkaan mukana hänen siirtyessään uuteen palveluun ja että niitä myös hyödynnetään. Näin pystytään jatkamaan jo aloitettua ravitsemushoitoa. Ravitsemuksen arvioinnin tulos (esim. MNA) ja sovitut ruokailua ja ravitsemusta tukevat keinot kirjataan sovitusti eri vaiheissa.

Tiedonkulun varmistaminen

Kotona asuvien iäkkäiden omaisilla on tärkeä rooli. He voivat olla mm. mukana hankkimassa ruokatarvikkeita ja auttamassa käytännön asioissa. Omaiset tarvitsevat ohjausta iäkkään läheisen ruokailuun ja ravitsemukseen liittyvissä asioissa. Ruokailua tukevat palvelut tulee suunnitella ja toteuttaa yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa hänen omatoimisuuttaan ja itsenäisyyttään tukien. Palvelu- ja hoitosuunnitelma on hyvä työkalu, jonka avulla tieto sovitusta asioista liikkuu eri toimijoiden välillä.

Ikääntyvä kotona asuva henkilö voi liikkua monen palvelun välillä. Hän voi olla kotihoidon asiakas, käydä lyhytaikaishoidossa, päivätoiminnassa, avoimessa ryhmätoiminnassa palvelukeskuksessa, ja käyttää terveysaseman ja päivystyksen palveluja. Kaikissa yksiköissä pitää varmistaa tiedon siirtyminen asiakkaan ruokailuun ja ravitsemukseen liittyvistä tarpeista. Ravitsemusongelmien syyt pitää selvittää viipymättä ja etsiä ratkaisuja yhteistyössä, sillä pitkään jatkunutta ravitsemustilan heikkenemistä on vaikea korjata.

Erilaisessa avoimessa palvelukeskustoiminnassa, mm. harrastus- ja liikuntaryhmissä, käy säännöllisesti iäkkäitä asiakkaita. Palvelukeskusten henkilökunnan tulee seurata aktiivisesti asiakkaiden tilannetta ja ohjata heidät tarvittaessa yksilöllisiin palveluihin. Ohjauksen tarve on tärkeää havaita erityisesti alkavassa muistisairaudessa, jos asiakkaalla ei ole omaisia.

Tiedonkulun varmistaminen ammattilaisten välillä

Iäkkään henkilön terveydentilaan, toimintakykyyn ja ravitsemukseen liittyvien tietojen siirtyminen asiakkaan mukana palvelujen tuottajalta toiselle tulee varmistaa. Tässä avainasemassa ovat sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäiset tietojärjestelmät, joissa asiakasta koskeva tieto on kulloisenkin asiantuntijan käytettävissä. Ravitsemukseen liittyvä arviointi ja seuranta ovat tärkeä osa asiakastietoa.



Ilmoittaminen ikääntyneen henkilön palvelutarpeesta

Onko huolta ikääntyneen henkilön hyvinvoinnista?

- ▶ Iäkkään henkilön palvelutarpeesta voi ilmoittaa kotikunnan sosiaali- ja terveydenhuollon vastuuhenkilölle.

Milloin ilmoitus tehdään?

- ▶ Ilmoitus tehdään, kun herää huoli sosiaali- tai terveydenhuollon tarpeesta olevasta iäkkästä henkilöstä, joka on ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan. Ilmoituksen voi tehdä myös silloin, kun ikääntynyt henkilö ei enää kykene huolehtimaan hyvää ravitsemustilaa ylläpitävästä riittävästä ruokailusta.

Kuka tekee ilmoituksen?

- ▶ Ilmoituksen iäkkään henkilön palvelutarpeesta voi tehdä joko yksityishenkilö tai viranomainen. Ilmoituksen tarkoituksena on varmistaa, että ikääntynyt henkilö saa tarvitsemansa huolenpidon silloinkin, kun hän ei sitä itse osaa tai ymmärrä pyytää.
- ▶ Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 25§ (ns. vanhuspalvelulaki) ja sosiaalihuoltolaissa 35§ on erityinen ilmoitusvelvollisuus sosiaali- ja terveydenhuollon, alueen pelastustoimen, hätäkeskuksen, poliisin, liikuntatoimen, opetus-toimen, lasten päivähoidon, Kelan, työ- ja elinkeinoviranomaisen, Tullin, ulosottoviranomaisen ja Rikosseuraamuslaitoksen palveluksessa olevalla.
- ▶ Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilön on vanhuspalvelulain 25 § mukaan ilmoitettava hyvissä ajoin sosiaalihuollon vastaavalle viranomaiselle, kun ikääntynyt henkilö on kotiutumassa terveydenhuollon laitoshoidosta, jotta tämä saa riittävät, turvalliset ja kuntoutumistaan edistävät palvelut kotiutumisen jälkeen.

Lähteet

- Innokylä. Yhteisen keittiön toimintamalli <https://www.innokyla.fi/web/malli4646480>
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 980/2012. 25 § Ilmoittaminen iäkkään palvelutarpeesta. Ajantasainen lainsäädäntö. Valtion säädöstietopankki. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Mäkeläinen P., Tuikkanen R. (2018). Selvitys ruokapalveluiden nykytilasta ja tulevaisuuden tarpeista ikääntyneiden näkökulmasta. In: Xamk Kehittää 56, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. URN:ISBN:978-952-344-113-2.
- Sosiaalihuoltolaki. 30.12.2014/1301. 35 §. Yhteydenotto sosiaalihuoltoon tuen tarpeen arvioimiseksi. Ajantasainen lainsäädäntö. Valtion säädöstietopankki. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L4P35>
- Tampereen kaupunki. Yhteinen keittiö. <https://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/organisaatio/hyvinvoinnin-palvelualue/avo-ja-asumispalvelut/projektit/yhteinen-keittio.html>.
- Valve R, Itkonen S, Huhtala M. ym. Ikäihmisten ruokapalvelut muuttuvassa toimintaympäristössä. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 73/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-624-9>





2 Ruokailun toteuttaminen ympärivuorokautisessa hoidossa

Ympäri- ja vuorokautisessa hoidossa ruoanjakelu toteutetaan keskitetysti tai hajautetusti. Keskitettynä jakeluna ruoka annostellaan ravintokeskuksessa. Enimmäkseen ruoanjakelu on hajautettua eli ruoka tuodaan yksikköön siellä annosteltavaksi. Tilaus toimitetaan keskimääräisen energiatason mukaan 1800–1900 kcal vuorokaudessa. Jos yksikössä on keskimääräistä enemmän energiaa tarvitsevia asiakkaita, täytyy ruokaa voida tilata lisää. On huolehdittava, että viimeisetkin syöjät saavat esimerkiksi kastikkeista riittävästi lihaa tai broileria. Ruoan riittävyys ja toisaalta ruokahävikin määrä tulee tarkistaa säännöllisesti.

Kuvalliset mallit avuksi

Hajautetussa jakelussa hoitohenkilökunnan tehtävä on varmistaa hyvä ravitsemus huolehtimalla hyvin ruoan tilaamisesta, jakelusta ja ruokailutilanteesta.

Hoitohenkilökunta ja avustava henkilökunta sekä ravitsemusterapeutti tarvitsevat asiakkaan henkilökohtaisen ateriasuunnittelun ja ruokailutilanteen tukena

- **suosituksen mukaiset energiatasot kuvineen**
- **annoskokoluettelot**
- **ruokavalioiden ravintosisältötiedot.**

Tuottaja kouluttaa oman ruokapalveluhenkilöstönsä valmistamaan ruoan ohjeistuksen mukaan.

Kuvalliset mallit ohjeistuksineen pidetään ruokailutilassa kaikkien nähtävänä.



2.1 Perusruokavalio

Perusruokavalio sopii useimmille. Pääaterioiden annosteluun suositellaan kolmanneksiin jaettua lautasmallia.



Lisäksi lautasmalliin kuuluu aina

- Öljypohjainen salaattikastike, joka annostellaan yleensä yksikössä.
 - Vaihtoehtoisesti sekoitetaan esimerkiksi kasviksien joukkoon öljyä tai juoksevaa tai pehmeää kasvirasvavalmistetta.
- Leipää, leipärasvaa, maitoa tai piimää, jotka tarjoillaan yksikössä.

Aterialla kysytään leipä- ja juomatoivetta. Asiakkaalle tarjotaan hänelle tuttua ja maistuvaa maitoa tai piimää. Ylipainoista rohkaistaan valitsemaan rasvattomia vaihtoehtoja. Leipärasvana suositetaan vähintään 60 % rasvaa sisältävää kasvirasvaveitettä joka täyttää Sydänmerkki-kriteerit.

Yksiköissä huolehdittavista ruoista ja aterianosista tulee huomattava osa asiakkaan tarvitsemista energia- ja suojaravintoaineista, joten yksikössä esimiehen, ravitsemusvastaavan ja jokaisen ruokailuun osallistuvan työntekijän on huolehdittava yksikön velvoitteista ruoan tarjoamisessa.

Perusruoan ateriamallit ovat apuna

- arvioitaessa, minkä kokoisia aterioita asiakas on tottunut syömään
- ruoan annostelussa
- esimerkiksi kalan määrän hahmottamisessa eri energiatasoilla.

Perusruoan energiatasot



- ▶ sopii yleensä pienikokoisille, vähän liikkuville naisille.
Tätä ei käytetä, jos paino laskee tai on vaarassa laskea tahattomasti!



- ▶ perusannoskoko, sopii useimmille



- ▶ isokokoisille miehille tai muille, joilla syystä tai toisesta suuri energiantarve

Proteiinia perusruokavaliossa tulee olla **18 E% ja 1,2–1,4 grammaa painokiloa kohden**. Sairaudesta toipuvilla voi tarve olla 1,5 g tai suurempi/painokilo. Monipuolinen, proteiinia sisältävä iltapala turvaa proteiinin riittävää saantia. Myös iltapäivän välipalalla tulee olla proteiinin lähde. Jos se sisältää vain kahvin sekä pullan tai keksin, voi proteiinin saanti jäädä päivän aikana riittämättömäksi. Suosituksen mukaan proteiinia tulee saada jokaiselta aterialta. (Taulukko 2, s. 30). Energiansaannin sopivuus arvioidaan viime kädessä painon seurannan avulla. Mahdollinen turvotus tulee huomioida. MNA-testin antama arvio ei huomioi vaeltelua, pakkoliikkeitä ja muita energiantarvetta lisääviä asioita.

Kun paino laskee ilman laihduttamistavoitetta, ja asiakas pystyy ja haluaa syödä enemmän, tarjoillaan ruokaa aiemmin tässä osiossa kuvatun mukaan lisää tai tilataan lisävälipala. Muussa tapauksessa tilataan Tehostettu ruokavalio. Vaihtoehtoisesti voi ruokaa täydentää (Taulukko 2, s. 30) ja käyttää täydennysravintovalmisteita (Luku 6). Laitoshoidossa valmisteet kuuluvat hoitopäivän hintaan.

Perusruokavaliona kasvisruokavalio

Asiakkaat valitsevat kasvisruokavalion usein eettisistä, uskonnollisista tai terveydellisistä syistä. Lakto-(ovo)-vegetaarinen ruokavalio sisältää kasvikunnan tuotteiden lisäksi maitovalmisteita ja ovo myös kananmunaa. Osa täydentää kasvisruokavaliotaan myös kalalla ja/tai siipikarjan lihalla. Vegaaniruokavalio koostuu yksinomaan kasvikunnan tuotteista. Ikääntyneen ja sairaan ikääntyneen lisääntyneen proteiinin tarpeen tyydyttäminen on vegaaniruokavaliossa haasteellista. Soija-, kaura- tai muut kasvipohjaiset tuotteet sisältävät proteiinia vähemmän kuin lehmänmaitopohjaiset tuotteet. Tämä tulee huomioida proteiinin saantia arvioitaessa. Em. tuotteista valitaan ravintoaineilla täydennetyt tuotteet.

Mikäli asiakas noudattaa vegaaniruokavaliota, ravitsemusterapeutin ohjeistusta ruokavalion monipuolisuuden varmistamiseen tarvitaan. Vaikka asiakas olisi noudattanut pitkään riittävää vegaaniruokavaliota, ravinnontarve voi olla paljon muuttunut aiemmasta. Vegaaniruokavaliota tulee täydentää aina vitamiini- ja kivennäisainevalmisteilla (Luku 6).



2.2 Tehostettu ruokavalio

Todettu vajaaravitsemus tai sen riski tahattoman painonlaskun yhteydessä vaatii useimmiten tavallista suurempaa energian ja proteiinin saantia ruoasta. Ruoka-annosten tulee kuitenkin olla pieniä. Tehostettu ruokavalio ei ole sama asia kuin runsasenerginen ruokavalio. Tehostetulla ruokavaliolla pyritään estämään tahaton painonlasku tai nostamaan matalaa painoa tarvittaessa.

*Tehostettu ruokavalio tarvitaan silloin,
kun asiakas ei jaksa syödä Perusruokaa riittävästi
energiatarpeeseensa nähden.
Painon laskua ei jäädä seuraamaan,
vaan ruoan tehostaminen aloitetaan viipymättä.*

Hoitotietoihin kirjataan tavoitteet, keinot ja vaste ravitsemushoidolle. Jos ravitsemustila ei selvästi parane, selvitetään syy ja muutetaan sen pohjalta keinoja ja tarkistetaan tavoitteita. Asiakkaan painonkehitys kertoo, ovatko tehostamistoimenpiteet riittävät. Tarvittaessa pyydetään ravitsemusterapeutin konsultaatio.

Ruokapalvelussa voidaan sovitusti käyttää erityiselintarvikkeita tai proteiinia sisältäviä kliinisiä täydennysravintovalmisteita ja aterianosia (ks. Liite 1, s. 169, Liite 3, s. 174 ja Luku 6, s. 73) tehostetun ruokavalion toteuttamiseen. Ruokavalion muokkaamisessa on ravitsemusterapeutti mukana. Tiedot ruokavalion sisällöstä on oltava hoitohenkilökunnan ja lääkärien tiedossa. Tehostettu ruokavalio perustuu perusruoan annoskokoan. Annoskoko on $\frac{1}{2}$ - $\frac{2}{3}$ perusruoan annoskoosta. Esimerkiksi 1200 kcal:n energiatason annoksista saadaan energiaa 1800–1900 kcal/vrk. Proteiinimäärä saadaan suosituksen mukaiseksi, kun ruokalistan ja annoskokojen suunnittelussa proteiinin määränä käytetään 20 % energiasta.

Jos asiakkaat tai omaiset haluavat itse hankkia kliinisiä täydennysravintovalmisteita apteekista, heidän tulee saada opastusta niiden valintaan. Apua voi pyytää ravitsemusterapeutilta, joka neuvoa sopivan valmisteen sekä tarvittavan määrän.

Tehostetun ruokavalion toteuttaminen



Perusruoka-annos: Perunat 2 kpl, porsaspalapaistikastike 150 g, baby-porkkanat 0,75 dl, mandariini-jäävuorisalaatti 1 dl + 1 tl salaattikastiketta, marjakiisseli 1 dl, rasvaton maito 1,7 dl sekä viipale leipää ja kasvirasvavevite 60 %. Perusateriassa on noin 500 kcal ja 20 g proteiinia (16 E%).



Ruoka-annos tehostettuna: Perunasose 1dl, jossa kasvirasvalisä, porsaspalapaistikastike 120 g, jossa enemmän lihaa kuin peruskastikkeessa sekä hiilihydraattilisiä ja kasviöljylisiä, baby-porkkanat 0,5 dl, mandariini-jäävuorisalaatti 1dl, jossa rypsiöljylisiä 5 g + salaattikastiketta 2 tl, rasvaton maito 1 dl, jälkiruoka marjarahka 1 dl, jossa proteiinitäydennys. Tehostetussa ateriasa on noin 580 kcal ja 27 g proteiinia (19 E%).

2.3 Rakennemuutetut ruokavaliot

Kaikki ruokavaliot tulee saada rakennemuutettuina. Rakennemuutettujen ruokien tulee olla ulkonäöltään houkuttelevia ja ravintosisällöltään suositusten mukaisia. Asiakkaalle kerrotaan, mitä ruokalajeja (raaka-aineita) hänen annoksessaan on. Ruokalajit soseutetaan erikseen ja ateriasa tulee olla erivärisiä aterianosia. Siirtyminen rakennemuutettuun ruokavalioon tulee perustella hyvin. Kuitua tulisi saada myös rakennemuutetusta ruoasta suosituksen mukaan, mutta kuitulisän käyttö harkitaan yksilöllisesti. (Ummetus, s. 106).

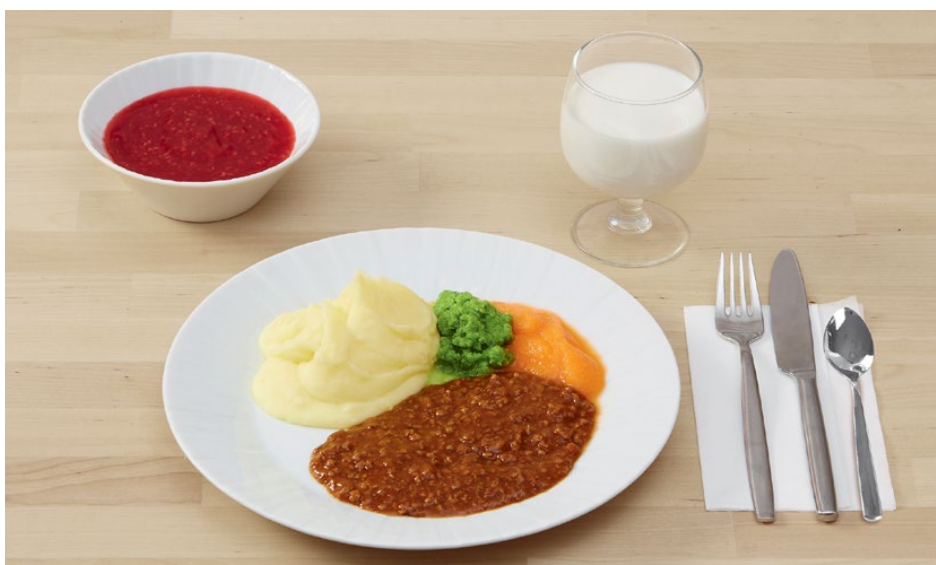
Ruoan rakenteen muutos helpottaa ruokailua henkilöillä, joilla on kuiva suu, pu-reskelu- tai nielemisongelmia, suun ja hampaiden, nielun ja ruokatorven sairauksia, tai neurologissa sairauksia kuten ALS, MS-tauti tai Parkinsonin tauti. Ruoan rakenne voi olla **pehmeä, karkea** ja **sileä sosemainen** sekä **nestemäinen**. Rakenteen muutos ei saa vähentää energian tai ravintoaineiden saantia. Ruokavaliosta tulee olla kuvat, annosluettelot ja laskelmat. Mitä nestemäisempää ruokaa tarjotaan, sitä tärkeämpää on täydentää ruokaa kliinisillä täydennysravintoravintovalmisteilla ja/tai runsaasti energiaa sisältävillä ja proteiinipitoisilla tavanomaisilla elintarvikkeilla.



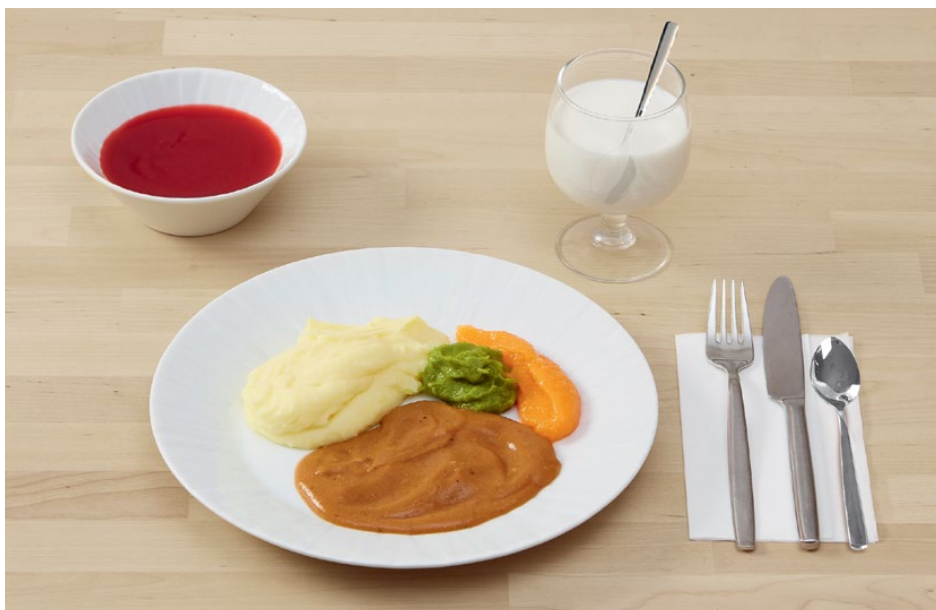
Rakennemuutetut ruokavaliot



Pehmeää ruokaa tarvitsevat henkilöt, joiden pureskelukyky on heikentynyt. Pehmeää ruokaa voidaan tarvita vain muutaman päivän ajan tai useita vuosia.



Karkea sosemainen ruoka on tarpeen, kun pureskelukyky ei riitä pehmeän ruoan syömiseen tai muista syistä tarvitaan helpommin nieltävää ruokaa. Karkeaa sosemaista ruokaa tarjotaan myös ruoansulatuskanavan leikkausten jälkeen siirryttäessä neste-mäisestä ruoasta normaalirakenteiseen.



Sileää sosemaista ruokavaliota tarvitaan neurologisista sairauksista johtuvissa nielemisongelmissa. Vaikeammissa nielemishäiriöissä puheterapeutti arvioi, voiko suun kautta syödä turvallisesti.

Nestemäistä ruokavaliota käytetään silloin, kun kiinteän, pehmeän tai sosemaisen ruoan syöminen ei ole mahdollista suun, nielun, ruokatorven tai mahalaukun sairauden tai leikkauksen vuoksi.

Pehmeässä ruokavaliossa ruokalajien on oltava niin pehmeitä, että ruokailija pystyy hienontamaan ne haarukalla. Karkeassa sosemaisessa ruoassa kaikki pureskelua vaativat ruoka-aineet hienonnetaan ruoanvalmistusvaiheessa. Makuun, väriin ja lämpötilaan kiinnitetään erityistä huomiota, koska ruoan rakenne on aina samanlainen. Ruokaa hienonnettaessa siihen lisätään yleensä nestettä, jolloin energia- ja ravintoainetiheys laimenee. Siksi ruokaa on täydennettävä tavanomaisilla elintarvikkeilla tai kliinisillä täydennysravintovalmisteilla. Tämä on tärkeää silloin, kun sosemaista ruokaa tarvitaan pitkään. Sileässä sosemaisessa ruokavaliossa ruoka on sileää ja sakeaa, eikä siitä irtoa nestettä. Se pohjautuu sosemaiseen ruokavaliioon.

Sileän sosamaisen ruokavaliion valinnat ja toteuttaminen:

- Viljavalmisteet tarjotaan sileinä puuroina tai velleinä.
- Maitovalmisteita käytetään monipuolisesti. Viili, vanukas, sileärakenteinen rahka, jogurtti, viili ja jäätelö sopivat hyvin välipaloiksi ja jälkiruokiin.
- Kalaa, siipikarjaa, punaista lihaa ja kananmunaa tarjotaan monipuolisesti kastikkeiden ja *hienojakoisten* annostimbaalien raaka-aineena.

- Kasvikset tarjotaan sileinä soseina, joko lämpimänä kasvislisäkkeenä tai kylmänä salaattina.
- Marjat ja hedelmät tarjotaan soseina tai sileinä kiisseleinä.
- Ruokaan lisätään kasviöljyä ja/tai juoksevaa kasvirasvavalmistetta.
- Juomat sakeutetaan apteekista hankittavalla sakeuttamisaineella (ks. s. 77). Nielemisen arviointi (ks. Työkalut, s. 164).

Nestemäinen ruokavalio on tarkoitettu vain lyhytaikaiseen käyttöön sen puutteellisen ravintosisällön vuoksi. Ravintoainepitoisuutta parannetaan proteiinia ja pehmeää rasvaa sisältävillä elintarvikkeilla sekä jauhemaisilla kliinisillä ravintovalmisteilla ravintokeskuksessa. Ruokavalion lisänä voidaan käyttää kliinisiä täydennysravintojuomia.

2.4 Ateria-ajat ja aterioiden määrä ympärivuorokautisessa hoidossa

Ympäriavuorokautisessa hoidossa on tärkeää, että asiakas voi syödä yksilöllisen vuorokausirytmensä mukaan (Taulukko 3, s. 48). Ainakin aamu- ja iltapalan kohdalla uni-rytmi tarkoittaa sitä, että aamupala voi olla hyvin varhain ja iltapala puolestaan aikaisin illalla. Pieniruokaiset ja ruokahaluttomat asiakkaat tarvitsevat ylimääräisen varhaisen aamupalan tai myöhäisen iltapalan. Jos aamupala tarjotaan vasta klo 10 aamulla, tulee lounasaika liian nopeasti ja lounas saattaa jäädä kokonaan syömättä.

Ympäriavuorokautisessa hoidossa on suurimmalla osalla asiakkaista vajaaravitsemusriski tai vajaaravitsemustila. Vaikka he eivät koe nälkää, he hyötyvät tiheästi annettavista aterioista. Ateria-aikasuosituksista poiketaan yksilöllisesti, jos hoito tai asiakkaan tarve sitä erityisesti vaatii. Tällöin tulee huomioida ruoan lämpimänä pitoa ja säilyttämistä koskevat ohjeet.

Taulukko 3. Ateria-ajat ympärivuorokautisessa hoidossa

- Aamupala kello 6–9
- Lounas kello 11–13
- Välipala kello 14–15
- Päivällinen kello 16–18
- Iltapala kello 19–22
- Myöhäisiltapala, yöpala ja varhaisaamupala yksilöllisesti





2.5 Ympärivuorokautisessa hoidossa tarjottavat ateriat ja ruokalistasuunnittelu

Päivän aikana tarjotaan aamupala, lounas, päiväkahvi ja välipala, päivällinen ja iltapala kaikille asiakkaille. Lisäksi tarjotaan yksi tai useampi ylimääräinen välipala, kun energian- ja/tai proteiininsaanti jäävät liian pieniksi. Ateriat tarjoillaan yksilöllisesti, tasaisesti ja joustavasti päivän aikana. Yön aikainen paasto ei saa ylittää 11 tuntia. Kaikki ateriat ovat tärkeitä ympärivuorokautisen hoidon asiakkaille. Ateria-aikoja tulee olla 5–6 kertaa vuorokaudessa. Pieniruokaiselle, vajaaravitulle iäkkäälle tarjotaan ruokaa tai energia- ja proteiinipitoista juomaa useammin. Erityisesti proteiinin riittävään saantiin tulee kiinnittää huomioita. Hampaat kestävät happohyökkäystä 5–6 kertaa päivässä.

Lounas ja päivällinen kumpikin tyydyttävät noin 30 % päivittäisestä energiantarpeesta, aamiainen noin 20 % ja väli- ja iltapala yhteensä loput 20 %.

- **Lounas ja päivällinen** ovat lämpimiä aterioita, jotka sisältävät kalaa/ siipikarjaa/lihaa tai proteiinipitoisen kasvisruoan, perunaa/riisiä/pastaa ja lämpimän kasvislisäkkeen ja/tai salaatin, leivän ja leipärasvan, ruokajuoman sekä jälkiruoan.



- **Aamupala** sisältää puuroa/velliä, vaihtelevasti leipää, leipärasvaa, leikkelettä/ juustoa ja kasvista tai hedelmää sekä maitovalmisteita ja asiakkaalle mieluisan lämpimän juoman. Hedelmän tilalla voidaan tarjota myös täysmehua tai marjashotti.



- **Iltapäivän välipala** sisältää kahvia tai teetä sekä vaihdellen pullaa, rahkapiirakkaa, jäätelöä, jogurttia, hedelmää, sämpylää juuston tai leikkeleen kanssa. Henkilökohtaiset toiveet pyritään toteuttamaan niin, että proteiininsaanti viikkotasolla on keskimäärin vähintään 5 g välipalaa kohden.



- **Ilta-pala** sisältää vaihtelevasti leipää ja leipärasvaa, piirakkaa, leikkelettä/ juustoa, kasvista tai hedelmää, jogurttia/ viiliä/ pirtelöä, marjapuroa ja maitoa sekä teetä.



Ruokalista on monipuolinen, ja ikääntyneitä koskevat ravitsemussuosituksen toteutuvat viikon jaksolla tarkasteltuna. Ruokalista tulee olla 3–5 viikon pituinen riittävän vaihtelun varmistamiseksi. Teemat ja juhlapyhät otetaan tarjonnassa huomioon. Hedelmiä tulee olla vapaasti tarjolla päivän aikana, jotta asiakas voi niitä halutessaan syödä. Päivän ruokalistat tulee olla asiakkaiden ja omaisten nähtävissä. Erityisruokavaliot toteutetaan yksilöllisesti, ja erityisesti pieniruokaisille ja ruokahaluttomille tarjotaan aktiivisesti vaihtoehtoja toiveruokalistalta.

Yöpala tarjotaan aktiivisesti yöllä herääville vajaaravituille ja vajaaravitsemusriskissä oleville asiakkaille, joiden paino on laskussa. Unirytmien mukaan yöpala voidaan tarjota myös myöhäisiltapalana tai varhaisaamupalana.

Yöpalan sisältö:

- Riittävä yöpala sisältää vähintään kohtuullisesti proteiinia ja energiaa
- Pelkkä mehu tai mehukeitto ei katkaise yön paastoa riittävästi
- Yöpalaan ei koskaan sekoiteta lääkkeitä

Esimerkkejä n. 200 kcal ja 10 g proteiinia sisältävistä yöpaloista

- runsas kinkku-, juusto-, silli- tai munaleipä + lasi maitoa
- 2–3 dl maitopuuro rasvasilmällä ja maito/mehukeitto
- 2–3 dl rahkapirtelö ja pieni leipä
- 2 dl raejuustohedelmäsalaatti ja suolakeksejä
- riisipiirakka munavoilla ja juustolla + juoma
- viili talkkunan tai ruisleipäjauhelman kera + 2 rkl pähkinää jauhettuna tai rouheena
- 2 dl runsasproteiinista maitoa + 2 keksiä
- 1 dl maitorahkaa + hedelmäsosetta
- 50 g juustolautanen + hillo



Esimerkkejä yöpaloista: vadelmapirtelö, sosemainen voileipä (silli ja kananmuna), porkkana-ananasraaste öljyllä ja raejuustolla, karjalanpiirakka munavoilla.

Pieniruokaiselle ja ruokahaluttomuutta potevalle tarjotaan

- runsaasti vähintään 60 % sisältävää rasvaa leivälle
- maitotuotteita
- puurot maitopohjaisina
- mieliruokia
- Lisäksi ruokiin lisätään pehmeää rasvaa, esimerkiksi öljy tai öljypohjainen salaatinkastike lämpimiin kasviksiin ja salaatteihin, juokseva kasvirasvavalmiste velliin.

Asiakasta kannustetaan ottamaan lisää ruokaa.



Huomiota vaatii, jos asiakas ei syö maitotuotteita tai leipää tai jättää säännöllisesti syömättä osan ruoasta.



3 Hyviä ruokapalvelujen toteuttamisen ja ravitsemushoidon käytäntöjä

Palvelukeskusravintolat ovat kotona asuville ikääntyville tärkeä paikka, jossa he voivat syödä yhdessä muiden kanssa. Yhdessä syöminen virkistää ja auttaa jaksamaan kotona entistä pidempään. Ravintoloiden asiakkailta voi olla erityisiä ruokapiirejä, joissa sovitaan säännöllisistä lounashetkistä yhteensopivalla porukalla esimerkiksi tiettyinä viikonpäivinä.

Ikääntyneiden mahdollisuuksia ruokailla esimerkiksi päiväkodissa tai koulussa voidaan lisätä. Eri ikäryhmien yhteen saattaminen toisi ruokailoa puolin ja toisin. Jo rakennussuunnittelussa voidaan huomioida yhteiset kerho- ja keittiötilat. Yhteistä ruokailua voidaan edistää erilaisin hankkein, kuten on tehty yhteisölliseen ruokailuun kannustavassa Yhteinen keittiö -mallissa.

Palvelukotien ruokailussa voidaan hyödyntää uudenlaisia tuotantotapoja, jotta pystytään huomioimaan yksilölliset ruokailuajat ja kodinomaisuus tehokkaasti unohtamatta. Kodinomaista tunnelmaa saadaan, kun ruoka viimeistellään palvelukodissa. Vastapaistetun leivän ja tuoreen ruoan tuoksut sekä salaattien värikkäisyys ja oikea palakoko tekevät ruokailuhetkestä houkuttelevan. Ruokailo tulee yhdessä syömisestä tunnelmasta.

Palvelukodeissa, joissa on mahdollista syödä yhdessä, voivat asukkaat osallistua esimerkiksi kattamalla pöydän. Mikäli kunto sallii, voidaan aterialla valmistella yhdessä: asukkaat voivat esimerkiksi valmistaa salaatin, jälkiruoan tai leipoa. Ateriapalveluntuottaja ja hoivahenkilöstö voivat yhdessä uudistaa tuotevalikoimaa asiakkaiden palautetta kuunnellen. Henkilöstölle voidaan yhdessä laatia opas erilaisten yhteisten toimintojen toteuttamiseksi.

Tampereella asiakkaat voivat viettää erityistä ravintolapäivää yhdessä omaisten tai ystävien kanssa niissä palvelukodeissa, joiden yhteydessä on palvelukeskusravintola. Yhteistyössä hoitohenkilöstön kanssa voidaan myös järjestää koko palvelukodin ruokailu ravintolassa. Tällöin ruokalistalle valitaan mieliruokaa ja ravintolasali katetaan kauniisti. Ravintolakäyntiin valmistaudutaan jo palvelukodissa pukeutumalla arki-vaatetusta paremmin ja laittautumalla huolellisesti. Kokemukset ovat olleet positiivisia ja virkistäviä ja tuoneet vaihtelua arkeen.

Sadonkorjuusoppa on muodostunut perinteeksi Helsingin palvelukeskuksissa, jotka ovat avoimia kaikille eläkeläisille ja työttömille. Tarjolla on ilmainen keitto ja erilaisia tietoisuuksia ja mukavaa yhdessäoloa, kuten musiikkia, päiväkotilasten vierailuja yms. Tulijoita ohjataan ottamaan mukaan oma lautanen ja lusikka, kuten leikkipuistoissa tehdään. Soppa valitaan vuoden teeman mukaan.

Vuodenajan mukaiset ruokateemapäivät sopivine aktiviteetteineen piristävät arkea. Palvelukodissa voidaan rakentaa päivän ohjelmaa asukkaiden makumuistojen ympärille. Erilaiset retket ympäristöön eväineen, kesän grillijuhlat ja muut tapahtumat virkistävät ja voimaannuttavat.



Ruokailoa voidaan luoda myös erityistilanteiden avulla. Erilaiset juhlat, kuten syntymäpäiväjuhlat ja muut merkkipäivät, tuottavat iloa päivän sankarille ja juhlijolle. Tarjoiluissa voidaan huomioida sankarin makumuistot, kuten mielikakut ja leivonnaiset sekä perinteet: Sankarille kukkaseppelä ja paikka pöydän päädyssä, nautitaan kakkukahvit yhdessä ja lauletaan onnittelulaulut.

Ateriapalveluntuottajan kanssa voidaan sopia menettelyt, joilla varmistetaan mieli-ruokien saatavuus esimerkiksi tuottamalla toiveruokalista, josta, asukkaat voivat tilata mieleisiään vaihtoehtoja sovitun tilausaikataulun mukaan.

Ikaalisissa on kokeiltu kotikokkipalvelua, jossa ateriapalvelu ja kotihoito toimivat yhteistyössä ja toivat kokin asiakkaiden koteihin valmistamaan aterioita tuoksuineen ja tunnelmineen. Palvelusta saatiin hyviä kokemuksia, ja se herätti mielenkiintoa laajalti myös julkisuudessa.

Ruokailuun ja ravitsemukseen liittyy myös ruoansulatuskanavan toiminta. Ummetus on iäkkäillä edelleen yleinen vaiva erityisesti ympärivuorokautisessa hoidossa. Koskelan seniorikeskuksessa Helsingissä vuonna 2012 aloitetulla projektilla ”Toimintamalli ummetuksen ehkäisemiseksi” saatiin hyviä tuloksia.

Kaikkia yksiköitä edustanut projektiryhmä paneutui näyttöön perustuvaan ummetuksen ehkäisyyn ja hoitoon. Henkilökunnalle järjestettiin asiantuntijaluento, osmoottisen laksatiivin käyttö esiteltiin kaikissa yksiköissä, jokaisen asukkaan lääkitys tarkastettiin, toimintakäytännöistä sovittiin (mm. nesteet, liikkuminen, Pajalan puuro), lähiesimiehen sitoutuminen projektiin varmistettiin, yksikkökokouksissa käsiteltiin projektin etenemistä tiiviisti ja sovittiin yksikköjen toimintakäytännöistä. Projektin tulosten seuraamiseen käytettiin RAI-arviointeja.

Projektin vaikutukset alkoivat näkyä RAI-tuloksissa jo saman vuoden lopussa. Tulokset ovat edelleen parantuneet ja pysyneet hyvällä tasolla. Esimerkiksi tällä hetkellä ummetuksesta kärsii alle 5 % asukkaista ja vaikeasta ummetuksesta 1 % (valtakunnallinen keskiarvo 4 %), ja 86 %:lla asukkaista vatsa toimii säännöllisesti ilman peräruiskeita. Hyviä toimintakäytäntöjä tarkistetaan säännöllisesti: Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta saatuja RAI-vertailutietoja tarkastellaan kahdesti vuodessa; lisäksi ummetuksen hoitoa seurataan kolmen kuukauden välein RAIssoft.net-ohjelmiston laatumoduulin avulla. Näin projekti on liittynyt koko toiminnan kehittämiseen ja osaksi hyviä käytäntöjä.

Lähteet

Innokylä. Yhteisen keittiön toimintamalli. <https://www.innokyla.fi/web/malli4646480>.

Pirkanmaan Voimia. Kotiateriapalvelu – maistuva ateria helposti kotiin.

<https://pirkanmaanvoimia.fi/palvelut/kotiateriapalvelu/>.

Rönni K. Kotikokkipalvelu kotihoidon ja ruokapalvelun yhteistyönä. Tampereen ammattikorkeakoulu. https://www.tamk.fi/documents/10181/18200/Ronni_Kaija_palveluliiketoiminta_monimuoto+.pdf/401a726a-cf0b-4253-96c7-764ad538f0e8.

Valve R, Itonen S, Huhtala M. ym. Ikäihmisten ruokapalvelut muuttuvassa toimintaympäristössä.

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 73/2017. <http://urn.fi/>

<URN:ISBN:978-952-287-624-9>.



OSA



IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUSHOITO



4 Ravitsemustilan ja ruoankäytön seuranta ja arviointi

Ravitsemustilan heikentyminen on tärkeä tunnistaa mahdollisimman aikaisin. Ravitsemustilan korjaaminen on helpompaa kuin vajaaravitsemuksen hoitaminen.

Hyvä ravitsemustila on tärkeä tekijä toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitämisessä. Heikentynyt ravitsemustila lisää tutkimusten mukaan sairastavuutta ja kuolleisuutta. Sen arvioidaan aiheuttavan huomattavia kustannuksia terveydenhuollolle ja sosiaali- huollolle pitkittyneen sairastamisen ja hidastuneen toipumisen sekä palveluiden tarpeen lisääntymisen seurauksena.

Ravitsemustila voi heikentyä puutteellisesta ravintoaineiden saannista tai niiden puutteellisesta hyväksikäytöstä kehossa. Sairauksiin liittyvä matala-asteinen tulehdus ja muut ikääntymiseen liittyvät mekanismit voivat heikentää ravitsemustilaa. Sairastamisen seurauksena ruokahalu heikkenee ja yhdessä matala-asteisen tulehduksen kanssa kehon koostumus vähitellen muuttuu ja solujen aineenvaihdunta heikkenee. Seurauksena voi olla laihtuminen, matala painoindeksi ja ikääntyneen anoreksia. Lihasmassa voi vähentyä myös ilman painonlaskua.

- Säännöllinen punnitseminen on yksinkertainen ja luotettava tapa seurata ikääntyneen ihmisen ravitsemustilaa ja sen tulee olla aina osa terveydentilan selvitystä.

Painonmuutokset ovat tärkeämpiä kuin yksittäinen painon mittaaminen tai tavanomaisen painon selvittäminen. Paino tulisi mitata kerran kuukaudessa, tarvittaessa tiheäminkin. Mitä nopeampaa ja suurempaa tahaton laihtuminen on, sitä suurempi syy on epäillä ravitsemustilan heikentymistä.

*Vajaaravitsemukselle altistavat
tahattoman painonlaskun kriteerit ovat:
>2 % viikossa, >5 % kuukaudessa,
>7 % 3 kuukaudessa, >10 % 6 kuukaudessa.*

Painon seurannan lisäksi seurataan syödyn ruoan määrää esimerkiksi työkaluissa (s. 157) esitetyn seurantalomakkeen avulla. C-reaktiivinen proteiini (CRP) yhdistettynä painon seurantaan on myös osoitettu hyväksi vajaaravitsemuksen indikaattoriksi. Se voidaan mitata muiden laboratoriomääritysten yhteydessä.

Ravitsemustila tulee arvioida tarkemmin käyttämällä ravitsemustilan arviointiin kehitettyjä validoituja välineitä. Sairaalassa käytetään NRS 2002 (Nutrition Risk Screening) -menetelmää (ks. Työkalut s. 154), mutta tässä suosituksessa suositellaan käytettäväksi MNA-testiä (ks. Työkalut s. 155). MNA-testi huomioi paremmin matalan painoindeksin vajaaravitsemusriskin arvioinnissa kuin NRS 2002 -menetelmä.

Ikääntyneiden ravitsemustila tulee arvioida säännöllisesti, jotta sen heikentyminen tunnistettaisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Säännöllisten palvelujen, kuten kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon, piirissä oleville riskiteisti tulee toistaa 6 kk välein ja perusterveydenhuollossa seurannassa oleville kerran vuodessa. Kotona vielä asuvien muistisairaiden ravitsemustila tulee arvioida vähintään kaksi kertaa vuodessa ja paino punnita kerran kuukaudessa. MNA-pisteet ja paino kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään. Ajantasainen ja virheetön tieto on välttämätöntä iäkkään ravitsemushoidon suunnittelussa, toteutuksessa, arvioinnissa ja seurannassa.

Tarpeettomia ruokailuun liittyviä rajoituksia, kuten perusteetonta erityisruokavaliota, tulee välttää ja ikääntyneitä kannustetaan syömään mahdollisimman monipuolisesti. Ravitsemustilan arvioinnissa tulee kiinnittää laajasti huomiota ruokailuun vaikuttaviin tekijöihin, kuten pureskelu- ja nielemisvaikeuksiin (Luku 10, s. 114), kykyyn syödä itsenäisesti, apuvälineiden tarpeeseen, masennukseen /yksinäisyyteen, ruuanvalmistustaitoihin ja -mahdollisuuksiin, ruokailuympäristöön sekä kauppapalvelujen saatavuuteen ja käyttöön.

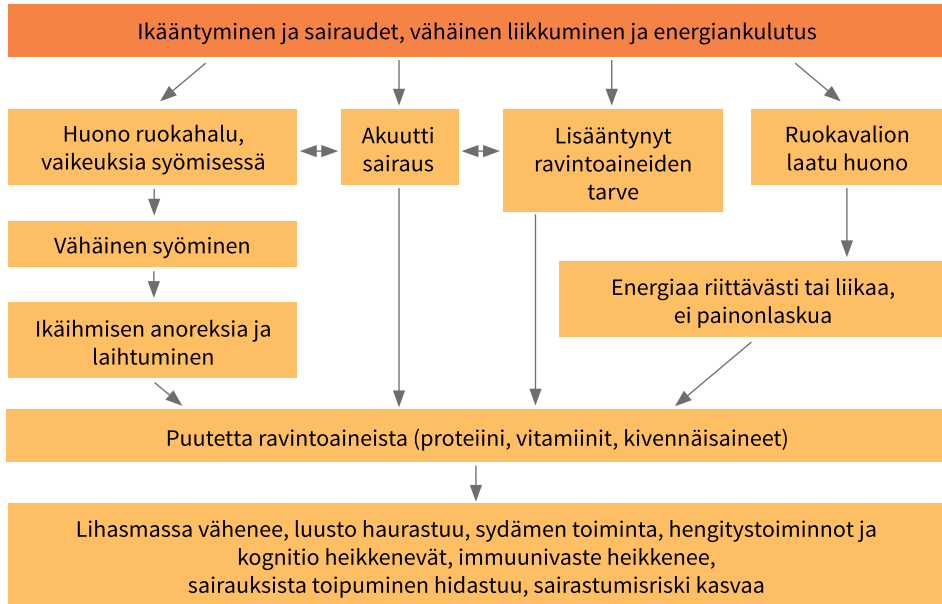
Ruoankäytön arviointi

Energian ja proteiinin saannin arviointi (Liite 1, s. 169) sekä tiedot ruoan hankkimisesta ja ruokailusta ovat keskeisiä välineitä ravitsemuksen arvioinnissa ja ravitsemushoidon suunnittelussa (ks. Työkalut Ravinnonsaannin seuranta, s. 157). Ravitsemustilan ja ravitsemuksen arvioinnin tulee ohjata iäkkään ravitsemushoitoa juuri hänelle sopivaksi.

Ravitsemustila, ruokailu ja ravinnonsaanti ovat ikääntyneillä kiinteästi yhteydessä terveydentilaan ja toimintakykyyn. Ravitsemustila voi heikentyä monesta syystä. Ruokahalu saattaa olla huono ja nautitun ravinnon määrä tarvetta pienempi, jolloin paino



laskee tai vaihtelee ja lihaskunto heikkenee. Heikentynyt ravitsemustila liittyy vahvasti ikääntyneen ihmisen muuhun sairastamiseen ja toimintakyvyn heikkenemiseen (Kuva 2).



Kuva 2. Heikentyneen ravitsemustilan synty ikääntyneellä

Lähteet

Allard JP, Keller H, Gramlich L, ym. GLIM criteria has fair sensitivity and specificity for diagnosing malnutrition when using SGA as comparator. *Clinical Nutrition*, <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.12.004>.

Cederholm T, Jensen G.L, Correia M.I.T.D, ym. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition* 2019;38:1–9.



5 Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien ravitsemushoidon kokonaisuus, vastuunjako ja moniammatillinen yhteistyö

Hyvä ravitsemus vaikuttaa ratkaisevasti ikääntyneen hyvinvointiin ja toimintakykyyn. Se pohjautuu yksilölliseen ravinnontarpeeseen ja kykyyn syödä. Moniammatillista yhteistyötä tarvitaan eri palveluissa ikääntyneiden hyvän ravitsemuksen turvaamiseksi (Kuva 3, s. 61). Jokaisella ammattilaisella on oma roolinsa ja vastuunsa. Henkilökunnan ravitsemusosaamisesta on pidettävä jatkuvasti huolta. Palvelu- ja hoitosuunnitelmassa huomioidaan laajasti asiakkaan ravitsemukseen vaikuttavat asiat. Ravitsemushoitoa arvioidaan ja kehitetään laatukriteereiden avulla. Ravitsemushoidon laatua valvotaan säännöllisesti sekä ruokapalvelussa että hoitotyössä (ks. Työkalut Ympäri vuorokautisen hoidon ravitsemuksen laatukriteerit, s. 158). Asiakkaiden ja omaisten tarpeiden ja toiveiden kuunteleminen sekä heidän ohjaamisensa hyvän ruokailun ja ravitsemuksen toteuttamiseen on tärkeää.





Kuva 3. Moniammatillisessa yhteistyössä huomioitavia asioita

5.1 Ruokailutilanne asiakkaan näkökulmasta

Kodikas ruokailutilanne

Ruokahalua herättävä ruoka, kaunis kattaus ja viihtyisä ruokailuympäristö tuovat mielihyvää ja saavat syömään paremmin. Iltapäivän kahvihetki tuo virkistystä päivään. Unen laatua voidaan parantaa ja unilääkkeiden käyttöä vähentää iltaapalan avulla. Asiakkaalle järjestetään mahdollisuus syödä toimintayksikön omassa ravintolassa tai halutessaan myös yksin.

Levottomalle asiakkaalle annetaan tarvittaessa normaalin ruoan lisäksi käteen sopivaa ruokaa, jonka hän voi syödä liikkuessaan.



Kodikkuutta saadaan, kun

- ruokailutilat on tuuletettu ja siistitty, kattaus tehty kauniilla astioilla
- asiakkaille kerrotaan, mitä tänään on ruoaksi
- asiakas saa olla itse valitsemassa, mitä ja minkä verran syö
- asiakkaat ruokailevat pöydän ääressä, tukevassa tuolissa sekä
- henkilökunta ruokailee asiakkaiden kanssa tai on muuten läsnä.

Ruokailutilanteessa vastuuhoitajalla on oltava käsitys siitä, mikä on juuri kyseisellä aterialla ravitsemushoidollisesta näkökulmasta kullekin asiakkaalle tärkeää.

Vastuuhoitajan tulee arvioida asiakkaan ruokailua ja välittää tieto seuraavaan vuoroon tulevalle hoitajalle. Jos asiakas ei ole syönyt riittävästi, vastuuhoitaja kirjaa, millä tavalla energian ja/tai proteiinin liian vähäinen saanti korvataan seuraavalla aterialla. Asiakas otetaan mahdollisuuksien mukaan aterian suunnitteluun. Kaikki ruoan tarjoamiseen osallistuvat työntekijät mukaan lukien avustava henkilökunta on perehdytettävä hyvän ravitsemushoidon toteutukseen.



Ruokailussa avustaminen

Omatoimista ruokailua tuetaan, mutta kaikkien asiakkaiden tulee saada riittävästi apua esimerkiksi pakkausten avaamisessa, leivän voitelemisessa, lihan paloittelussa tai maidon kaatamisessa. Itsenäistä ruokailua tuetaan ruokailun apuvälineillä.

Perusohjeet ikääntyneen syöttämisestä huolehtivalle:

- Varataan aina riittävästi aikaa syöttämiseen. Mitä nopeampaa syöttäminen on, sitä helpommin ruokaa joutuu henkitorveen.
- Rauhallinen paikka, jotta asiakas voi keskittyä ruokailuun.
- Istutaan siten, että syöttäjällä on katsekontakti syötettävään.
- Istutaan mukavasti.
- Puhutaan mahdollisimman vähän ruokailun aikana, mutta kerrotaan aina, mitä laitetaan suuhun.
- Syötetään rauhallisesti pieniä suupaloja kerrallaan ja tarjotaan vaihtelevasti ruokaa ja juomaa. Tarkista suun tyhjentyminen.
- Käytetään tarvittaessa pienempiä ruokailuvälineitä, esim. jälkiruokalusikkaa tai teelusikkaa.
- Pidetään ruokalajit erillään, jotta asiakas pystyy maistamaan eri maut.
- Käytetään lautasliinaa riittävän usein.
- Keskitytään syöttämiseen.
- Huolehditaan, ettei ruoka jäähy, esim. lämpölautasen tai kuvun avulla.
- Huolehditaan, että syötettävän asento ja valaistus pöydän ääressä ovat hyvät.
- Käytetään tarvittaessa erityisapuvälineitä (ks. kuva alla).



Ruokailua voidaan helpottaa asiakkaalle sopivilla astioilla ja aterimilla.

*Lääkkeitä ei sekoiteta ruokaan.
Lääkkeiden annostelussa noudatetaan valmistajan
ohjeita eli lääkkeet annetaan ohjeen mukaan
joko lähellä ruokailua tai täysin eri aikaan.
Lääkärin antamia annosteluohjeita noudatetaan.
Lääkkeet voivat heikentää ruokahalua ja
väärin annosteltuna lääkkeen vaikutus
voi heiketä tai voimistua.*

Syötettävä ruoka ei saa olla jäähtynyttä, joten se annostellaan vasta syöttämistä aloitettaessa. Asiakkaan on tärkeää saada syödä rauhassa. Aikaa varataan noin 30 minuuttia. Väkisin ei tule syöttää. Syömättömyyden syitä tulee aina selvittää ja hoitaa. Syitä voivat olla esimerkiksi kipu suussa tai muualla elimistössä, masennus, yksinäisyys, vajaaravitseminen, ruokailuympäristö, lääkkeet ja sairaudet.

5.2 Ravitsemushoito ja kirjaaminen

Hyvän ravitsemuksen toteutuminen osana kokonaishoitoa on monen tekijän ja eri ammattiryhmien panoksen summa.

Hoidon alussa

Asiakkaalle kerrotaan hoidon alussa, että tarjottava ravinto kuuluu hoitopäivän hintaan. Jos Perusruokavalio ei riitä, tilataan Tehostettu ruokavalio. Lisäksi kerrotaan, että asiakas voi antaa palautetta tarjotusta ruoasta ja ruokailujärjestelyistä asumisen aikana.

Asiakkaan ja omaisen kanssa selvitetään ja kirjataan (ks. Työkalut Ruoan valinta ja tilaaminen, s. 162)

- paino, pituus, painonkehitys
- sopimattomat ruoka-aineet
- erityisruokavalio tilataan lääketieteellisin perustein
- ruokavalio ja sen rakenne sekä alustava arvio sopivasta annoskoosta
- ateriarytmi
- lempiruuat ja ruokailutoiveet
- ruoan täydentäminen alustavasti: D-vitamiini, kuitulisä sekä kliiniset täydennysravintovalmisteet
- etniset ja uskonnolliset näkökohdat
- ruokailuavun ja apuvälineiden tarve.



Kun asiakkaalle aloitetaan sairaalassa ruoan täydentäminen kliinisillä täydennysravintovalmisteilla, kerrotaan asiakkaalle ja omaisille, että laitoshoidossa ne kuuluvat lain mukaan hoitopäivän hintaan. Muutoin ympärivuorokautisessa hoidossa, kuten asumis- ja hoivapalveluyksiköissä (tehostetussa palveluasumisessa), sekä kotihoidossa valmisteet ovat omakustanteisia. Tietyissä sairauksissa Kela maksaa korvauksen kliinisten ravintovalmisteiden¹⁴ käytöstä.

Resident Assessment Instrument (RAI) -arviointi tehdään viimeistään 14 vrk:n kuluessa hoitoon tulosta, voinnin oleellisesti muuttuessa ja vähintään puolivuositain.

Ravitsemustila arvioidaan MNA-testin avulla asiakkaan tullessa hoitoon. Ravitsemustilan arviointi toistetaan puolivuositain, tarvittaessa useammin.

(Ks. Luku 4)

Hoitoneuvottelussa käsitellään asiakkaan ja omaisen kanssa hoitotyön suunnitelmaan kirjattavat sopimukset, joihin kuuluvat myös ravitsemukselliset tavoitteet ja niiden toteutus, kuten ruokatuliaisat.

Hoidon tarpeen määrittely

Hoito- ja palvelusuunnitelmassa huomioidaan

- asiakkaan kyky annostella ruokaa ja käydä ruokasalissa syömässä
- suun, hampaiston ja mahdollisten hammasproteesien kunto, kyky pureskella ja niellä ruokaa
- ruokahalu
- mieliala, psyykkiset oireet, kuten masennus tai ahmiminen
- ravitsemustila (paino, BMI¹⁵ ja MNA-testi) ja sen muutos, nestetasapaino/halu ja kyky juoda.

14 Kela. Kliiniset ravintovalmisteet. https://www.kela.fi/laakkeet-ja-laakekorvaukset_kliiniset-ravintovalmisteet

15 BMI = painoindeksi (body mass index)



Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen

Jokaisen asiakkaan hoito-, ja palvelusuunnitelmassa huomioidaan yksilöllisesti ravitsemukseen vaikuttavat tekijät, kuten asiakkaan toimintakyky, ravitsemustila sekä suun ja hampaiden terveydentila ja sen ylläpitäminen. Suunnitelma laaditaan RAI- ja MNA-arvioinnista saatuja ja muita tilannetietoja hyödyntäen.

Suunnitelmaan

- ▶ kirjataan ravitsemuksen hoidon tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi
- ▶ kirjataan paino. Asiakas punnitaan säännöllisesti vähintään kerran kuukaudessa. Vajaaravitsemusriskissä olevan asiakkaan paino tulee punnita viikoittain.
- ▶ kirjataan suun ja hampaiston terveyden ylläpitäminen:
 - päivittäinen (tarvittasessa avustettu) omahoito
 - yksilöidyn ylläpitohoitovälin mukaan toteutuvat hammaslääkärin suun terveydentilan tutkimukset/ suuhygienistin terveystarkastukset
 - tarvittava ammattimainen hoito
- ▶ kirjataan arjen aktiivisuuden lisääminen, lihasvoiman ja tasapainon vahvistaminen.

Suunnitelma arvioidaan asiakkaan ravitsemuksen tarpeiden muuttuessa, esim. asiakkaan laihtuessa, tai vähintään kolmen kuukauden välein. Suunnitelman pitää olla aina ajan tasalla.

Tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa kiinnitetään erityistä huomiota miellyttävään ruokailutilanteeseen ja tuetaan asiakkaan valinnanmahdollisuutta, omatoimista selviytymistä ja sosiaalista kanssakäymistä.



5.3 Henkilökunnan osaaminen ja ammatilliset vastuut

Hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli ravitsemushoidon toteuttamisessa. Kaikilla ikääntyneiden kanssa työskentelevillä tulee olla peruskoulutuksessaan osio ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteistä. Uuden työntekijän perehdytyksessä paneudutaan ko. yksikön ruokailujärjestelyihin ja ravitsemushoitokäytäntöihin. Perehdytyksen jälkeen voidaan osaaminen varmistaa testillä. Henkilökunnan tulee osallistua vuosittain täydennyskoulutukseen (verkkokoulutukset, työyhteisökoulutukset, koulutusvideot, luennot), jossa ruoan ja ravitsemuksen lisäksi käsitellään suun terveyttä ja liikkumista.

Ravitsemushoidon edistämiseksi tulee sopia vastuista eri toimijoiden kesken ja muodostaa ravitsemusyhdyshenkilöiden ja -vastaavien verkosto. Ravitsemusyhdyshenkilöillä on vastuullaan esimerkiksi kokonainen palvelutalo tai kotihoidon alue ja ravitsemusvastaavat toimivat ryhmäkodeissa ja kotihoidon lähipalvelualueilla. Ravitsemusyhdyshenkilö huolehtii, että ajantasainen tieto saavuttaa kaikki työntekijät. Ravitsemusyhdyshenkilö tarkastelee myös ruokapalveluiden ja ravitsemushoidon toteutumista ja välittää omat sekä muun henkilökunnan esille tuomat huolenaiheet eteenpäin ratkaistaviksi. Ravitsemusvastaava huolehtii omassa yksikössään vastaavista tehtävistä. Ravitsemusterapeutti voi olla verkoston koordinoija ja kehittäjä. Verkostot voidaan muodostaa myös alueellisesti. Esimiehet huolehtivat siitä, että ravitsemusasioita käsitellään säännöllisesti organisaatiossa ja tarvittavista resursseista huolehditaan.

Ammatilliset vastuut

Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja ja lähihoitaja/perushoitaja

Sairaanhoitajan/terveydenhoitajan keskeinen tehtävä on ohjata ja neuvoa asiakasta ja arvioida hänen ravitsemustilaansa ja ravinnon saantiaan kokonaisvaltaisesti osana hoitotyötä. Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja osaa soveltaa suomalaisia ravitsemussuosituksia kansanterveyden edistämiseksi, kansansairauksien ehkäisyssä ja hoidossa/hoitotyössä ja osaa toteuttaa ravitsemushoitoa ja -ohjausta yhteistyössä monialaisen asiantuntijaverkoston kanssa. Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja tuntee ravitsemuksen merkityksen iäkkään ihmisen hoidossa ja tunnistaa laaja-alaisesti asiakkaiden ravitsemukseen vaikuttavat tekijät ja suunnittelee, toteuttaa ja arvioi yksilöllisesti asiakkaiden ravitsemusta. Neuvontapalveluissa ja terveysasemalla sairaanhoitaja/terveydenhoitaja huolehtii siitä, että asiakkaan ravitsemusasioita käsitellään vastaanotolla ja ravitsemustila arvioidaan käyttäen esimerkiksi lyhyt MNA -mittaria ennakoivasti, ei vain ongelmien ilmaannuttua.

Ravitsemustilan arvioinnin ja ongelmien varhainen tunnistaminen on tärkeää muistihoidattajien, haavahoitajien ja aikuisneuvolan sairaanhoitajan/terveydenhoitajan työssä, koska he tavoittavat kotihoidon ulkopuolella olevat iäkkäät. Ravitsemustilan arviointi ja ravitsemusohjaus on huomioitava myös osana hyvinvointia tukevia



kotikäyntejä ja asiakasohjausta. Palvelutarpeen arvioinnissa sairaanhoitaja/terveydenhoitaja arvioi myös asiakkaan ravinnon saantia ja ravitsemustilaa. Kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa sairaanhoitaja/terveydenhoitaja voi huolehtia myös käytännössä ruokailun järjestämisestä, esimerkiksi kotiaterian ja ateriatarvikkeiden tilaamisesta, ruokailun käytännön järjestelyistä ja arvioida aterioiden sopivuutta sekä seurata asiakkaan energian saantia. Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja toimii yhteistyössä lähihoitajien ja perushoitajien kanssa ja ohjaa heitä ravitsemukseen liittyvien asioiden toteuttamisessa. Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja huolehtii myös suun terveyden arvioinnista ja ohjaa asiakkaan tarpeen mukaan muihin palveluihin. Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja tekee tiivistä yhteistyötä omaisten/läheisten kanssa.

Lähihoitaja/perushoitaja on keskeinen ravitsemuksen ja ruokailun toteuttaja kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Lähihoitaja/perushoitaja ymmärtää ravitsemuksen merkityksen iäkkään asiakkaan hoidossa ja sairauksissa. Lähihoitaja/perushoitaja osaa arvioida asiakkaan ravitsemustilaa ja toteuttaa ravitsemussuunnitelmaa. Lähihoitaja/perushoitaja huolehtii asiakkaan päivittäisestä ruokailun järjestämisestä suunnitelman mukaisesti ja arvioi muutostarpeita. Lähihoitaja/perushoitaja turvaa suun hoitoa ja tarvittaessa avustaa siinä ja osaa ohjata asiakasta tarpeen mukaan. Lähihoitaja/perushoitaja tekee läheistä yhteistyötä sairaanhoitajan/terveydenhoitajan kanssa asiakkaan hyvän ravitsemuksen turvaamiseksi. Lähihoitaja/perushoitaja tekee tiivistä yhteistyötä myös omaisten/läheisten kanssa.

Ohjeita hoitosuunnitelman laadintaan, ruokailutilanteeseen ja asiakkaan ruokailun tukemiseen on käsitelty kappaleissa 5.1 ja 5.2 (s. 61–66).



Avustava henkilökunta

Kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa työskentelee eri nimikkeillä henkilökuntaa, jolla ei ole sosiaali- tai terveydenhuollon koulutusta tai jonka koulutus on hyvin lyhyt. Heidän tehtävänsä ja osaamisensa voi vaihdella paljon, ja siksi on tärkeää, että yksiköissä sovitaan heidän vastuunsa ravitsemuksessa ja ruokailussa. Laitoshuoltajat voivat osallistua ruoan jakeluun ja astioiden keräämiseen asiakkailta ympärivuorokautisessa hoidossa. Työnjako on sovittava niin, että koulutettu hoitohenkilökunta pystyy seuraamaan asiakkaiden ruoan kulutusta ja avuntarvetta.

Ravitsemusterapeutti

Ravitsemusterapeutti on ravitsemushoidon asiantuntija, joka toimii hoitohenkilökunnan tukena moniammatillisessa yhteistyössä. Esimerkiksi henkilökunnan koulutus, perehdytys ja tukimateriaalin tuottaminen sekä konsultaatio ovat ravitsemusterapeutin tehtäviä. Hän kehittää hoitoa muun henkilökunnan kanssa.

Ravitsemusterapeutti arvioi asiakkaan ravinnon saantia, tarvetta ja ravitsemustilaa. Hän tekee suunnitelman ottaen huomioon asiakkaan oireet, sairaudet, toimintakyvyn, tutkimustulokset, lääkitykset ja ruokamieltymykset. Erityisesti huonokuntoisen ikääntyneen ravitsemushoidossa pääpaino on vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Ravitsemusterapeutti tekee tai päivittää sairaalasta kotihoitoon tai ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyneen asiakkaan ravitsemussuunnitelman, letkuravitsemus mukaan lukien. Ravitsemusterapeutin konsultaatio on tarpeen, mikäli ilmenee ruoansulatuskanavan oireita tai painon vaihtelua. Tarvittaessa myös kliinisten täydennysravintovalmisteiden valinnasta ja käytöstä pyydetään ravitsemusterapeutin konsultaatio. Työkaluissa on esimerkki lähetekriteereistä ravitsemusterapeutille. Lähetteen tekee lääkäri. Ravitsemusterapeutin asiantuntemusta on oltava saatavilla kaikissa palveluissa, joita ikääntyneet käyttävät.

Fysioterapeutti ja toimintaterapeutti

Fysioterapeutti on liikkumis- ja toimintakyvyn asiantuntija. Fysioterapeutti arvioi asiakkaan tai kuntoutujan liikkumista, toimintakykyä ja toimintarajoitteita hänen toimintaympäristössään. Arvioinnin perusteella hän suunnittelee sekä toteuttaa yhdessä asiakkaan kanssa toimintakykyä edistävän harjoitusohjelman. Fysioterapeutti tuntee liikkumisen apuvälineet. Fysioterapeutti neuvoo ja ohjaa myös asiakkaan läheisiä ja ammattilaisia. Yhteistyö fysioterapeutin ja muiden ammattiryhmien välillä on tärkeää ruokailutilanteissa ja mietittäessä erityisesti kuntoutumiseen liittyvää ravitsemusta ja ruokailua.

Toimintaterapeutin ammattitaitoa voi käyttää hyväksi asiakkaan ruokailua edistävien tapojen, tottumusten ja yksilöllisten mieltymysten ja merkitysten tunnistamisessa. Toimintaterapeutti arvioi asiakkaan mahdollisuuksia osallistua ruokavalintoihin ja tarvittaessa myös laajemmin ruoan valmistukseen ja hankintaan ja tukee näin



omatoimisuutta ja toiminnallisuutta. Toimintaterapeutti arvioi ja ohjaa ruokailuasentoa ja -tilannetta niin, että se tukee asiakkaan fyysistä ja kognitiivista suoriutumista parhaalla mahdollisella tavalla. Tarvittaessa toimintaterapeutti muokkaa ympäristöä ja toimintaa tai hyödyntää apuvälineitä tämän tavoitteen saavuttamiseksi. Toimintaterapeutti neuvoo ja ohjaa myös asiakkaan läheisiä sekä ammattilaisia.

Lääkärin rooli

Lääkäri vastaa iäkkään kokonaishoidosta, lääkehoidosta, sairauksien ja toimintakyvyn heikentymisen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvistä kysymyksistä ja huomioi hyvän ravitsemustilan edistämisen. Ravitsemusongelmissa lääkärin tehtävä on tutkia ja etsiä mahdollinen syy. Iäkkäiden potilaiden hoitoon erikoistuneet geriatrian erikoislääkärit tekevät yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa kokonaisvaltaisia geriatrisia arviointeja ja antavat hoitoa.

Suun terveydenhuollon rooli

Hammaslääkäri ja soveltuvin osin suuhygienisti sekä hammashoitajat vastaavat suun ja hampaiden terveydentilan arvioinnista. Arvioinnin tulee sisältyä hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja sen tulee toistua säännöllisesti suunnitelman mukaan, mutta kuitenkin vähintään kerran vuodessa. Pureskelu- ja nielemisongelmien, kivun sekä muiden suun ongelmien ilmetessä tulee ottaa yhteyttä suun terveydenhuoltoon. Myös hoitohenkilökunnan pitää arvioida suun kuntoa jatkuvasti osana perushoitoa ja ravitsemushoitoa. Arviointiin voidaan käyttää Suun terveyden arviointi -mittaria (ks. Työkalut, Suun terveyden arviointi, s. 163). Suun kunnosta ja suun terveydenhuollon palvelujen käytöstä kysytään asiakkaalta eri palveluissa. Erityisen tärkeää suun kunnosta kysyminen on palvelujen tarpeen arvioinnissa, jotta mahdollisiin ongelmiin voidaan puuttua.





Esimerkki moniammatillisesta osaamisesta:

Nielemisvaikeuden hoito

Väestön vanhetessa nielemiseen liittyvät ongelmat yleistyvät. Nielemisvaikeus on yleinen vaiva ja monen sairauden oire (ks. Työkalut Nielemisen arviointi, s. 164). Ongelma voi tulla esille päivystyksessä, perusterveydenhuollon kiireettömällä vastaanotokäynnillä, kuntouttavassa yksikössä, hoitokodissa tai kotisairaanhoidon käynnillä. Nielemisvaikeuden taustalla voi olla useita syitä, esimerkiksi kuiva suu, pureskelu-ongelmat, korkea ikä tai perussairaus. Ikääntyessä motoriset toiminnot voivat hidastua, koordinaatio heikentyä ja nielemisestä tulee tehottomampaa. Myös sarkopenia on tutkimusten mukaan yhteydessä nielemisen ongelmiin. Vaarana on vajaaravitseminen, joka edelleen pahentaa sarkopeniaa.

Ravitsemusterapeutin ja puheterapeutin arviot

Ravitsemusterapeutti arvioi asiakkaan ravinnontarpeen ja suunnittelee hänen tottuuksensa ja puheterapeutin arvion huomioon ottaen vaikuttavan ja turvallisen ravitsemushoidon vajaaravitsemuksen ehkäisemiseksi tai hoitamiseksi. Tukena voidaan käyttää klinisiä täydennysravintovalmisteita (Luku 6, s. 73), tarvittaessa myös letkuravitsemusta. Muistisairauksien loppuvaiheessa, dementiaivaiheessa, letkuravitsemusta ei käytetä. Siitä ei ole potilaan kannalta hyötyä ja se voi vain lisätä hänen kärsimyksiään.



lääkkään, haurastuvan vanhuksen nielemisvaivan taustalta ei aina löydy erityistä hoidettavaa syytä. Näissä tilanteissa puhe- ja ravitsemusterapeutin ohjauksen tavoitteena on, ettei heikentynyt nieleminen johda vajaaravitsemukseen ja toimintakyvyn huononemiseen. Lisäksi on tärkeää, että potilas välttyisi yleistilaa entuudestaan heikentäviltä aspiraatiopneumonioilta.

Ravitsemushoitosuunnitelma yksilöllisestä toteuttamisesta kirjataan hoitosuunnitelmaan

Nielemisvaikeuden syyt ja laatu tarkentuvat usein puheterapeutin kliinisessä ja/tai instrumentaalisessa (nielemisen läpivalaisututkimus, nielemisen tähystystutkimus) arvioissa vastaanottokäynnillä tai hoitoyksikössä. Tutkimuksen pohjalta puheterapeutti antaa suosituksen potilaalle sopivasta, turvallisesta ravitsemuksen toteutustavasta ja ruoan koostumuksesta. Jos nielemisvaikeuden aiheuttaja on tiedossa ja oireet ovat lievät, asiakas voi hyötyä yksinkertaisista ohjeista: ruoan koostumus suunnitellaan helposti nieltäväksi ja turvalliseksi ja ruokailuun käytetään riittävästi aikaa ruokailuun keskittyen. Pohjana ruokavalion rakenteen valitsemisessa tulee olla puheterapeutin arvio. Ravitsemusterapeutti suunnittelee ruokavalion toteutuksen. Tarvittaessa nesteet sakeutetaan apteekista saatavalla sakeuttamisaineella (Luku 6, s. 73) aspiraatiopneumonian välttämiseksi. Suun limakalvoja voidaan kostuttaa etukäteen ruokaöljyllä tai apteekista saatavilla suun kostuttajilla (Kuivan suun ohjeet luvussa 10.2, s. 116).

Lähteet

Ilmarinen T, Rousselle R, Apajalahti M, ym. Nielemisvaikeuden arviointi. Yleiskatsaus. Suomen Lääkärilehti 2019;74:1811–1816. .



6 Kliiniset täydennysravintovalmisteet ja ravintolisät

6.1 Kliiniset täydennysravintovalmisteet

Ravinnon saannin tehostamiseksi ruokaa voidaan täydentää elintarvikkeilla tai kliinillä täydennysravintovalmisteilla tai tarjoamalla nautintavalmiita kliinisiä täydennysravintovalmisteita, siirtymällä letkuravitsemukseen, ja tilanteissa, joissa maha-suolikanavaa ei voi käyttää, parenteraaliseen ravitsemukseen. Tässä kappaleessa keskitytään kliinisten täydennysravintovalmisteiden käyttöön. Niitä myydään ainoastaan apteekeissa. Ruoan rikastamista elintarvikkeilla on käsitelty luvussa 6.

Kliinisten ravintovalmisteiden käyttöindikaatiot ovat

- riittämätön ravinnonsaanti
- huono ruokahalu
- lisääntynyt ravinnontarve
- syömisvaikeudet
- imeytymishäiriöt.

Optimaalisesti ajoitetulla ja toteutetulla kliinisten ravintovalmisteiden käytöllä voidaan vajaaravitsemusta ehkäistä tehokkaasti ja hoitaa kustannusvaikuttavasti.

Kliiniset täydennysravintovalmisteet voidaan jaotella seuraavasti:

- jauhemaiset valmisteet
- nautintavalmiit monipuoliset valmisteet (juomat, vanukasmaiset valmisteet, keitto)
- rasvalisät.

Ensisijaisesti on huolehdittava riittävästä energiansaannista. Monipuolista valmistetta käyttämällä proteiinin tarvekin tulee usein tyydytettyä, sillä proteiinin osuus energiasta on näissä valmisteissa yleensä 18 % energiasta. Runsasproteiiniset valmisteet (proteiinia 24–30 % energiasta) sopivat erityistilanteissa (erityisen suuri proteiinin tarve, hyvin pieni proteiinin saanti muusta ravinnosta, proteiinihukka).

On tärkeää muistaa, ettei proteiinilisästä ole hyötyä, mikäli asiakas saa liian vähän energiaa, koska tällöin proteiini käytetään energiaksi eikä kudosten rakennusaineena, mikä on proteiinin ensisijainen tehtävä.



Kliiniset täydennysravintovalmisteet ovat lähes aina vieraita asiakkaille ja heidän omalleen, joten huolellinen ja konkreettinen ohjeistus niiden käytöstä on tarpeen. Henkilökunnan tulee tuntea valmisteet hyvin.

6.1.1 Nautintavalmiit kliiniset täydennysravintovalmisteet

Suurin osa nautintavalmiista kliinisistä täydennysravintovalmisteista on juomia. Valmisteiden energiasisältö ilmoitetaan usein näkyvästi purkissa kilokaloreina/millilitra, esim. 1,5, 2,0 tai 2,5. Korkeimmillaan se on 3,2 kcal/ml. Purkkien koot vaihtelevat 125 ja 200 ml:n välillä. Näin ollen ne sisältävät energiaa 250–400 kcal/prk. Proteiinipitoisuus on 8–20 g/prk. Suurimmalle osalle valmisteista hyötyvistä tällainen normaalisti proteiinia sisältävä vaihtoehto on optimaalinen. Liian runsasproteiininen valmiste voi pahimmillaan aiheuttaa voimakkaan kylläisyyden tunteen ja viedä ruokahalun pitkäksi aikaa, jolloin ravinnonsaanti voikin epätarkoituksenmukaisesti pienentyä. Runsasproteiinissa valmisteissa proteiinimäärä on 18–20 g/prk. Nämä valmisteet on tarkoitettu mm. haavapotilaille tilanteisiin, joissa proteiinin tarve on selkeästi lisääntynyt, riittävä saanti on vaikea saavuttaa tai asiakkaalla on proteiinihukkaa. Nämä henkilöt ovat usein sairaalahoidossa. Kotioloissa tällaisia tilanteita on harvemmin.

Suurin osa valmisteista on pirtelömäisiä. Osa on kirkkaita, mehumaisia, ja ne voivat sopia pirtelömäisiä valmisteita paremmin, jos asiakkaalla on pahoinvointia, limaisuutta tai nielemisvaikeuksia. Mehumaisissa valmisteissa on vähemmän proteiinia kuin pirtelömäisissä. Pirtelömäisistä valmisteista osassa on kuitua. Mehumaisista tällaisia vaihtoehtoja ei toistaiseksi ole markkinoilla.

Osa pirtelömäisistä valmisteista muistuttaa ravintosisällöltään letkuravintovalmisteita, ja ne sopivat siten tarvittaessa jopa ainoaksi ravinnonlähteeksi. Hyvin energiatiheät valmisteet sopivat, kun asiakas tarvitsee runsaasti energiaa, hänellä on neste-rajoitus tai hänen on vaikeaa päästä tarvetta vastaaviin käyttömääriin.



Makuvaihtoehtoja on useita, pääosin makeita. Viimeisimpänä on tullut markkinoilla neutraalin makuisia juomia, jotka sopivat makeita makuja paremmin heille, joilla on mm. makumuutoksia. Asiakasta on tärkeää rohkaista kokeilemaan uusia makuja, jos aiemmin kokeillut eivät ole olleet mieluisia (ks. myös käyttöideoita, Liite 3, s. 174).

Osa nautintavalmiista kliinisistä täydennysravintovalmisteista on koostettu siten, että ne sopivat erityisen hyvin tiettyjen potilasryhmien ravinnon saannin täydentämiseen: diabeetikoille, predialyysi- ja dialyysipotilaille, keuhkohtaumapotilaille sekä ikääntyneille. Predialyysi- ja dialyysipotilaita lukuun ottamatta ns. tavalliset valmisteet sopivat myös näille erityisryhmille. Diabeetikoille valitaan kuitua sisältävä valmiste.

Valmisteiden käyttömäärä suunnitellaan tilanteen mukaan. Ravitsemusterapeutti suunnittelee valmisteiden käytön suhteessa potilaan ravinnon saantiin ja hänen erityistarpeisiinsa. Niitä tarjotaan yleensä välipaloina, mutta tarvittaessa pääasiallisena tai jopa yksinomaisena ravintona. Optimaalista valmistetta käytetään joustavasti; mikäli sopivia makuvaihtoehtoja ei löydy tai valmiste ei muuten sovi, valitaan käyttöön toinen valmiste.

Tarjoilulämpötila vaikuttaa keskeisesti maistumiseen. Usein kylmä on mieluisin. Valmisteista voi tehdä jääpaloja, jäädykkeitä, jäätelöä, juomasekoituksia esim. kivennäisveden kanssa tai niitä voidaan käyttää pirtelöiden pohjana.

Markkinoilla on lusikoitavia, vanukastyyppisiä valmisteita. Nämä sopivat erityisesti henkilöille, joilla on nielemisvaikeuksia. Ne tuovat myös vaihtelua valikoimaan etenkin, jos kliinisten täydennysravintovalmisteiden tarve jatkuu pitkään.

Suolaisista vaihtoehtoista markkinoilla on ainoastaan lämmitettävä keitto. Neutraalin makuisia juomia voi maustaa esim. liemijauheilla suolaisemmiksi, jos makeat maut eivät maistu.



1 prk runsasenergistä täydennysravintojuomaa (400 kcal/prk) vastaa energia- ja proteiinisäällöltään keskimääräistä lounasta.

6.1.2 Rasvalisät

Rasvalisiä käytetään energialisänä tilanteissa, joissa ruokamäärät ovat pienet ja on vaikea päästä riittävään energiansaantiin. Valmisteista osa edellyttää normaalia rasvojen imeytymistä. Osa puolestaan sopii henkilöille, joilla rasvojen imeytyminen on häiriintynyt. Valmisteita annostellaan esim. 3 x 30–40 ml/vrk. Valmisteet jättävät rasvaisen suutuntuman, minkä vuoksi ne sopivat yleensä parhaiten aterian yhteydessä nautittaviksi. Muutamassa rasvalisässä on mukana pieni määrä proteiineja ja hiilihydraatteja.

Esimerkki: 2 prk energiatiheää täydennysravintojuomaa (á 125 ml = 300 kcal) + rasvalisä 3 x 30 ml = 1025 kcal (340 ml), mikä vastaa lähes 60 % naisen keskimääräisestä ravinnontarpeesta.

6.1.3 Jauhemaiset kliiniset ravintovalmisteet

Jauhemaisista valmisteista markkinoilla on seuraavanlaisia valmisteita:

- ainoastaan energiaa (maltodekstriiniä) sisältävät
- lähes yksinomaan (n. 90 %) proteiineja sisältävät
- monipuoliset valmisteet
- proteiiniton valmiste
- kuitulisä.

Valmisteet sekoitetaan muuhun ruokaan. Maltodekstriini on mautonta eikä värjää ruokaa, joten sen käyttömahdollisuudet ovat monipuoliset. Proteiinivalmisteissa on lievä kananmunamainen sivumaku ja ne värjäävät ruoan vaaleaksi. Ne sopivatkin parhaiten velleihin, puuroihin, pirtelöihin ja maitovalmisteisiin, kuten jogurttiin, perunasoseeseen, kastikkeisiin ja muihin vaalean värisiin ruokiin. Kuitulisä tuntuu suussa rapealta, joten se maistuu parhaiten karkeammassa ruoassa.

Jauhemaiset valmisteet sopivat käytettäväksi silloin, kun potilaan ruokamäärä on riittävä jauhemaisten täydennysravintovalmisteiden käytölle. Usein niitä käytetään yhdessä täydennysravintojuomien kanssa.



6.2 Sakeuttajat

Sakeuttajia käytetään ohuiden nesteiden sakeuttamiseen, jotta asiakas, jolla on nielemisvaikeuksia tai limakalvorikkoja suussa, voi niellä turvallisesti ja kivutta. Sakeusaste on muokattavissa joustavasti asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Sakeuttajat eivät muuta ruoan makua ja sopivat käytettäväksi niin viileissä kuin lämpimissäkin nesteissä. Uusimmat, ns. clear-valmisteet, sekoittuvat erityisen vaivatta eivätkä paakkuunnu. Vanhemman polven sakeuttajilla paakkuuntumista esiintyy hieman herkemmin. Sakeuttajaa on tärkeää käyttää vain sen verran kuin turvallisen nielemisen kannalta on tarpeen. Liiallinen sakeuttaminen voi tehdä nesteen nauttimisesta vastenmielistä.

6.3 Ravintolisät

D-vitamiinia suositellaan rutiininomaisesti kaikille 75 vuotta täyttäneille 20 µg päivässä. Pienempää D-vitamiinilisäannosta (10 µg) voi suositella, jos käytetään säännöllisesti paljon vitamiinoituja maitovalmisteita, ravintorasvoja ja/tai kalaa. Silloin, kun ei käytetä päivittäin D-vitamiinoituja maitovalmisteita, rasvalevitteitä ja/ tai kalaa 2–3 kertaa viikossa, suositellaan myös alle 75-vuotiaille 10 µg D-vitamiinilisää vuoden pimeimpänä aikana (loka-maaliskuussa).

Muita ravintolisiä käytetään tarpeen mukaan. Asiakkaalla, jolla on pienet ruokamäärät, monipuolinen monivitamiini-kivennäisainevalmiste täydentää ruokavaliota yleensä sopivasti. B₁₂-vitamiinin puutos on iäkkäillä tavallisempaa kuin nuoremmilla johtuen mm. mahalaukun limakalvon atrofiasta ja tiettyjen lääkkeiden, kuten metformiinin, käytöstä.

Tavallisimpia muita ravintolisiä ovat rautavalmiste, jos hemoglobiinipitoisuus on pienentynyt. On tärkeää kuitenkin selvittää, ettei raudanpuute johdu maha-suolikanavan vuodosta. Kalsiumvalmiste tarvitaan, jos ruokavaliossa on niukasti maitovalmisteita tai maidon tapaan käytettäviä täydennettyjä kasvipohjaisia valmisteita tai asiakkaalla on lisääntynyt kalsiumin tarve, jota ei saada katettua elintarvikkeilla. C-vitamiinivalmiste on usein tarpeen, mikäli asiakas ei voi tai halua syödä tuoreita kasviksia, marjoja ja hedelmiä eivätkä C-vitaminoidut juomat maistu. Vegaaniruokavaliota noudattavan ruokavaliota täydennetään aina B₁₂-vitamiinilla ja jodilla.



OSA



IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUKSEN ERITYISPIIRTEET



7 Ravintoaineiden tarve

7.1 Riittävä, tarvetta vastaava energiansaanti

Ikääntyneen tulee saada energiaa kulutustaan vastaavasti. Ikääntyneen energiantarve on hyvin yksilöllinen. Se riippuu mm. lihasmassan määrästä, fyysisestä aktiivisuudesta ja hormonaalisista tekijöistä. Sairastuessa energiantarve pienenee fyysisen aktiivisuuden vähentyessä, mutta toisaalta esim. kuume ja tulehdukset suurentavat energiantarvetta. Riittävän tiheä painonseuranta on edellytys energiansaannin riittävyden arvioinnille. Joskus ikääntyneen energiankulutus voi olla hyvin pientä. Jos paino pysyy vakaana, energiantarve ja -kulutus ovat tasapainossa.

7.2 Ruoan ravintoainetiheys

Ravintoaineiden määrää tiettyä energiayksikköä (yleensä 1 MJ tai 1000 kcal) kohti kutsutaan ravintoainetiheydeksi. Hyvä ravintoainetiheys edellyttää vähärasvaisten ja vähäsokeristen elintarvikkeiden käyttöä ja vähärasvaisia ruoanvalmistusmenetelmiä. Ruokavaliossa korostuu viljavalmisteiden ja kasvisten suuri osuus myös ravintokuidun riittävän saannin vuoksi. Ikääntyneillä energian saanti on yleensä välillä 6,5–8,0 MJ/vrk (1500–1900 kcal/vrk). Vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti voi jäädä niukaksi, jos ruoan ravitsemukselliseen laatuun ei kiinnitetä huomiota. Hyvin pieni energian saanti (<6,5 MJ/vrk, <1500 kcal/vrk) on yleensä yhteydessä joko niukkaan fyysiseen aktiivisuuteen tai matalaan kehon painoon. Tällaisia ryhmiä ovat mm. vähän liikkuvat ikääntyneet. Näiden ryhmien ruokavaliosuunnittelussa tulee erityisesti huomioida riittävä ravintoaineiden saanti. Tarvittaessa ruokavaliota on täydennettävä elintarvikkeilla, monivitamiini-kivennäisainevalmisteella ja/tai kliinisillä täydennysravintovalmisteilla.

7.3 Proteiinin tarve

Proteiinin saantisuositus yli 65-vuotiailla on 1,2–1,4 g/painokilo/vrk (15–20 % energiansaannista). Painona käytetään nykypainoa. Sairaudesta toipuvilla saantisuositus on korkeampi eli n. 1,5 g/kg/vrk. Erityistilanteissa tarve voi olla suurempikin, esim. jos on proteiinin menetystä. Energiantarpeen väheneminen ikääntyessä edellyttää huomion kiinnittämistä riittävään proteiinin saantiin. Sairaudet ja akuutit stressitilanteet, kuten leikkaus, lisäävät proteiinin tarvetta. Toimintakyvyn heikentyessä ja sairauksien lisääntyessä proteiinin saanti jää usein alle suosituksen. Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan yli 75-vuotiaista pitkäaikaissairaista ja heidän omaishoitajista jopa 75 % sai suosituksia vähemmän proteiinia.



Proteiinin laatuun on kiinnitettävä huomiota niiden ikääntyneiden kohdalla, joiden ruokavaliossa ei ole eläinproteiinin lähteitä. Tällöin tarjotaan monipuolisesti erilaisia, maistuvia kasviproteiinien lähteitä, jotta riittävän monipuolinen aminohappokoostumus tulee turvatuksi.

Proteiinin saannin lisäksi on tärkeä huomioida, että ikääntynyt henkilö saa riittävästi energiaa. Ilman riittävää energiansaantia ruoan proteiini käytetään elimistössä energianlähteenä eikä se tue lihassmassan säilyttämistä. Taulukossa 4 on lueteltu hyviä luontaisia proteiininlähteitä. (Ks. Liite 1 eri ruokalajien proteiinisällöstä, s. 169).

Taulukko 4. Proteiinin lähteitä

	Annos	Proteiinia
Maito, piimä, jogurtti	2 dl (lasillinen)	6–7 g
Raejuusto	100 g	16 g
Maitorahka ja proteiinirahkat	100 g	10–12 g
Maitoon keitetyt puurot	200 g (pieni annos)	8–10 g
Kovat juustot	10 g (höyläviipale)	2–3 g
Kananmuna	1 kpl (60 g)	7 g
Kala	100 g	10–25 g
Liha	100 g	20–30 g
Liha- ja makkaraleikkeleet	10 g (siivu)	1–3 g
Leivät	30 g (viipale)	2–3 g
Soijapavut tai -rouhe, keitetty	100 g	15–16 g
Muut pavut, keitetyt	100 g	10–16 g
Herneet, tuoreet ja keitetyt	100 g	5–6 g
Soijamaito ja -jogurtti	2 dl (lasillinen)	6–8 g

Lähde: <http://www.fineli.fi/> ja elintarvikkeiden pakkausmerkinnät



7.4 Hiilihydraattien lähteeksi kuitupitoiset vaihtoehdot

Hiilihydraattien lähteistä suositetaan kuitupitoisia vaihtoehtoja. Suositeltavia ovat täysjyväviljatuotteet, kasvikset, marjat ja hedelmät, koska ne sisältävät kuidun ohella myös vitamiineja, kivennäisaineita ja muita suojaravintoaineita, kuten flavonoideja. Ravintokuitujen terveyttä edistävä vaikutus on liitetty toisaalta niiden syöpäsairauksia ja tyyppin 2 diabetesta ehkäiseviin ominaisuuksiin ja toisaalta liukoisen kuidun kolesterolipitoisuuksia pienentävään ja aterianjälkeistä verensokeripitoisuutta tasaavaan vaikutukseen. Ikääntyneillä ravintokuidun merkitys suolen toiminnan edistämässä korostuu. Riittävä ravintokuidun saanti ehkäisee ja lievittää ummetusta sekä paksusuolen divertikuloositaudin aiheuttamia oireita.

Ikääntyneillä paksusuolen normaalin toiminnan kannalta ravintokuidun suositeltava saanti on naisilla vähintään 25 g/vrk ja miehillä vähintään 35 g/vrk. Jotta ravintokuidun saanti ruokavaliosta on riittävää, tulee ruokavalioon sisällyttää täysjyväviljavalmisteita, juureksia, vihanneksia, marjoja ja hedelmiä, pähkinöitä ja siemeniä sekä rajoittaa sokerin ja runsaasti sokeria sisältävien ruokien ja juomien käyttöä (Taulukko 5). Ruoan runsas sokeripitoisuus heikentää ruoan ravintoainetiheyttä ja on riski suun ja hampaiden terveydelle. Sokeroitujen juomien ja makeisten runsaan ja usein toistuvan käytön rajoittaminen on tärkeää ruokavalion ravintotiheyden turvaamiseksi ja suun terveysongelmien ehkäisemiseksi.

Taulukko 5. Elintarvikkeiden ja ruokien annosmääriä, joissa keskimäärin 3 grammaa kuitua

	Annos
Ruisleipäviipale	1 viipale
Sekaleipä	2 viipaletta
Kaurapuuro	2,5 dl
Ruispuolukkapuuro	1,5 dl
Porkkanaraaste	2 dl
Tuoreet ja pakastemarjat	2-3 dl
Tomaatti	2 kpl
Keitetty peruna	4 kpl
Omena	1 kpl
Appelsiini	1 kpl
Kuivattu luumu	6 kpl
Pähkinät, mantelit	2-3 rkl



Lähde <http://www.fineli.fi/>

7.5 Riittävästi pehmeää rasvaa ruokavalioon

Rasvat voidaan jaotella pehmeisiin eli tyydyttymättömiin ja koviin eli tyydyttyneisiin rasvoihin. Terveiden ylläpitämiseksi on suositeltavaa käyttää pehmeitä rasvoja ja rajoittaa kovien rasvojen saantia. Kovaa rasvaa tulisi olla alle 1/3 kokonaisrasvasta ja pehmeää rasvaa vähintään 2/3 kokonaisrasvasta.

Ruokavalion rasvan suositeltava laatu vaikuttaa suotuisasti mm. seerumin kolesteroli- ja triglyseridipitoisuuksiin ja glukoosiaineenvaihduntaan ja hillitsee matala-asteista tulehdusta. Lisäksi sen on osoitettu olevan yhteydessä luuston kuntoon ja lihasmassan säilymiseen ikääntyneillä. Pehmeä rasva on myös olennainen osa terveyttä edistävää ruokavaliota kognition säilyttämisessä, tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa, kohonneen verenpaineen hoidossa sekä sepelvaltimotaudin ehkäisyssä ja sekundaaripreventiossa. Sekundaaripreventiolla tarkoitetaan toimia, joilla pyritään estämään sairauden etenemistä.

Pehmeää rasvaa on mm. juoksevilla kasviöljyissä (esim. rypsiöljy, oliiviöljy), kasviöljypohjaisissa kasvirasvavalmisteissa, kalassa sekä pähkinöissä ja siemenissä. Osa rasvojen osasista, rasvahapoista, on välttämättömiä rasvahappoja, sillä elimistö ei voi valmistaa niitä itse. Näitä ovat linolihappo (n-6-rasvahappo) ja alfa-linoleenihappo (n-3-rasvahappo). Linolihappoa esiintyy yleisesti pehmeän rasvan lähteissä. Sen sijaan alfa-linoleenihapon lähteitä on vähemmän. Kasviöljyistä alfa-linoleenihappoa sisältävät rypsi-, rapsi-, pellavansiemen-, camelina-, hampunsiemen-, soiija- ja saksanpähkinäöljyt sekä saksanpähkinät. Alfa-linoleenihapon saannin turvaamiseksi on suositeltavaa käyttää mm. rypsi- tai rapsiöljyä tai niistä tehtyjä levitteitä päivittäin. Kaksi–kolme kala-ateriaa viikossa täydentää n-3-sarjan rasvahappojen saantia, vaikka kalanrasvassa ei välttämättä alfa-linoleenihappoa olekaan. Ruokavalion riittävään pehmeän rasvan määrään on kiinnitettävä huomiota, sillä Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan yli 75-vuotiaista pitkäaikaissairaista ja heidän omaishoitajistaan jopa 85 % sai suosituksia vähemmän monitydyttymättömiä rasvahappoja.

Kovaa rasvaa sisältävät rasvaiset maitovalmisteet, juustot, voi ja muut voita sisältävät levitteet, liha ja makkarat, kookosrasva ja -öljy sekä kovilla rasvoilla, kuten voilla, leivotut leivonnaiset. Kovien rasvojen runsasta käyttöä tulisi rajoittaa ja korvata niitä pehmeillä rasvoilla.

Ruokavalion rasvan laatu tulee turvatuksi:

- käyttämällä kasviöljyä, juoksevaa kasvirasvavalmistetta (ns. pullomargariini) tai kasviöljypohjaisia kasvirasvavalmisteita (ns. rasiomargariineja) ruoanlaitossa, kasvisten lisukkeena ja leivonnassa
- valitsemalla vähärasvaisia tai rasvattomia maitotuotteita (rasvaton maito/piimä, muut nestemäiset maitovalmisteet ja rahka korkeintaan 1 % rasvaa, juustot korkeintaan 17 % rasvaa)



- valitsemalla rasvapitoisuudeltaan vähintään 60 prosenttia rasvaa sisältäviä ja Sydänmerkki-kriteerit täyttäviä kasvirasvavalevitteitä leivälle
- valitsemalla salaatinkastikkeeksi kasviöljyä tai öljypohjaista kastiketta
- syömällä kalaa 2–3 kertaa viikossa
- valitsemalla vähärasvaisia lihatuotteita.

Keskikokoinen nainen tarvitsee rasvaa keskimäärin 60 grammaa päivässä, josta vähintään 40 grammaa tulisi olla pehmeää rasvaa. Keskikokoiselle miehelle vastaavat määrät ovat 85 grammaa ja vähintään 60 grammaa.

Välttämättömien rasvahappojen saanti voidaan turvata esim. käyttämällä päivittäin rasvaista (vähintään 60 % rasvaa) Sydänmerkki-kriteerit täyttävää leipärasvaa 6 teelusikallista (naiset) / 9 teelusikallista (miehet) ja lisäksi ruokalusikallinen kasviöljyä.



7.5.1 Aterioiden keskimääräinen ravintosisältö

Energiaravintoaineiden saantisuosituksien on ilmaistu taulukossa 6 vaihteluväleinä. Tavoitteena on, että energiaravintoaineiden saanti olisi suurimmalla osalla ikään-tyneistä suositusten mukaista. Jos tarvitaan yhtä lukua esimerkiksi ateriapalvelujen suunnittelussa, käytetään vaihteluvälin ala- ja ylärajan keskiarvoa. Tämä tarkoittaa proteiineille 18 E%.

Taulukko 6. Tarjottavien aterioiden ravintosisältö keskimäärin viikkotasolla

	% Energiasta (E %)	g/vrk
Hiilihydraatit	45–60	
Ravintokuitu		naiset vähintään 25 miehet vähintään 35
Proteiini	15–20 / 18	1,2–1,4 g/ painokilo/vrk
Rasvat	25–40	
• Tyydyttyneet rasvahapot	< 10, alle 1/3 kokonaisrasvasta	
• Monitydyttymättömät rasvahapot	5–10	
• Välttämättömät rasvahapot (linoli- ja alfa-linoleenihappo)	3	

7.6 Nesteen tarve

Nesteen tarve on yksilöllistä, ja siihen vaikuttavat mm. fyysinen aktiivisuus, ikä ja ympäristön lämpötila. Laskennallinen nesteentarve 55 vuotta täyttäneillä on 30 ml painokiloa kohden. Nestevajaus on iäkkäillä haitallisempaa kuin nuoremmilla, koska

- kehossa on vähemmän vettä
- janon tunne voi olla heikompi kuin nuoremmilla
- monet iäkkäät syövät vähän, jolloin he saavat ravinnon kautta tavallista vähemmän nestettä.

Nestevajaukselle ja sen aiheuttamalle kuivumiselle altistavat

- kuume, ripuli ja oksentelu; kuivuminen voi syntyä hyvinkin nopeasti
- elimistöstä nestettä poistavat lääkkeet
- hyvin lämmin ilma
- sairaus ja hauraus.

On tärkeää myös huomioida, että tietyt sairaudet, kuten sydämen ja pitkälle edennyt munuaisten vajaatoiminta, voivat edellyttää nesteen saannin rajoittamista.



Muistin heikentyessä ikääntynyt ei muista, onko hän juonut tarpeeksi tai syönyt riittävästi. Yleensä janontunne tulee viiveellä ja kertoo jo alkavasta nestehukasta. Varsinkin kotona asuvan muistisairaana kohdalla tulisi varmistaa nesteiden nauttiminen esimerkiksi varaamalla kannullinen juomaa (ks. suositeltavat juomat) helposti saataville ja tarvittaessa muistilappu muistuttamaan juomisesta.

Juomisen vähentäminen liittyy usein virtsanpidätyskyvyn heikentymiseen. Myös yksinäisyys voi johtaa juomarutiinien menettämiseen, ja joillakin juomien saatavuus esim. heikentyneen liikuntakyvyn takia voi myös olla vähäisen juomisen taustalla.

Nesteitä on suositeltavaa juoda 1–1,5 litraa (5–8 lasillista) päivässä ruokien mukana saadun nesteen lisäksi (Kuva 4, s. 86). Helteellä, jolloin hikoilu voimistuu, kannattaa määrää lisätä muutamalla lasillisella huomioiden, että jokainen sokeripitoisen juoman nauttimiskerta aiheuttaa suussa happohyökkäyksen. Toistuva sokeripitoisten juomien käyttö aterioiden välillä on haitallista hampaille.



Suositteluvia juomia ovat esim.:

- *vesi, kivennäisvedet*
 - *maidot, piimät, jogurttijuomat, pirtelöt*
 - *täysmehut ja mehukeitot.*
-

Maitopohjaisilla juomilla voidaan lisätä päivittäistä energian ja proteiinin saantia. Juomien tulee olla iäkkään mieltymysten mukaisia. Jos henkilöllä on nielemisvaikeuksia, suositaan luonnostaan sakeampia nesteitä, kuten piimää maidon sijaan ja mehukeittoja

mehun sijaan. Ohuet juomat voi tarvittaessa sakeuttaa apteekista saatavilla sakeuttamisaineilla (ks. s. 77). Usein jo pieni sakeuttaminen riittää nielemisen helpottamiseksi. Liiallista sakeuttamista tulee välttää. Nestepitoiset ruoka-aineet ja ruoat ovat myös hyviä, kuten esim. kasvikset, marjat ja hedelmät sekä erilaiset keitot, puurot ja kiisselit.

Liian vähäisen juomisen tunnusmerkkejä ovat:

- jano, kuiva suu
- vähentynyt virtsaamistarve ja virtsan värin muuttuminen tummemmaksi
- mahdollisia muita oireita ovat päänsärky, väsymys, toimintakyvyn lasku, kehon lämpötilan nousu, ummetus, sekavuus, huimaus ja kaatuilu.

Pitkäaikaishoidossa olevien henkilöiden nesteen saantia tulee seurata, mikäli nestensaannissa on ongelmia. Aamulla ja päivällä voi juoda runsaammin, mutta myös iltpäivällä ja illalla nestettä on tarjottava riittävästi, sillä nesteen liian vähäinen tarjoaminen on haitallista. Normaaliin ikääntymiseen liittyy, että antidureettisen hormonin vuorokausivaihtelu muuttuu ja siksi ikääntyneen on käytävä virtsaamassa 1–2 kertaa yössä.

Alkoholi aiheuttaa ikääntyneille erityisiä ongelmia. Elimistön nestepitoisuus vähenee ja aineenvaihdunta hidastuu ikääntymisen myötä, jolloin alkoholin vaikutukset elimistössä voimistuvat (Luku 8.7, s. 104).

IKÄÄNTYNYT – tarvitset päivän aikana 1–1,5 litraa nesteitä eli 5–8 lasillista juomaa

JUO PÄIVITTÄIN

Vettä

Maitoa ja hapannaitotuotteita noin 5 dl, mieluiten 0–1 % rasvaa sisältäviä

Hedelmä-, marja- ja kasvisjuomia, meijuomia, keittoja ja virvoitusjuomia

Kahvia, teetä, kaakaota

Pirtelöitä ja jogurttijuomia

JUO VAIN SATUNNAISESTI

Alkoholijuomia enintään 1 annos päivässä

Ikääntyminen altistaa alkoholihaittoille

VRV

Kuva 4. Suosituksen mukainen juomisohje ikääntyneille. Vihreä: pääasialliset juomat. Keltainen: muita päivittäisiä juomia. Punainen: alkoholia kohtuullisesti.

7.7 Suola

Ikääntyneille suositellaan riittävän jodin saannin turvaamiseksi jodioitua ruokasuolaa, kuten muullekin väestölle. Suolan määrä pidetään kohtuullisena ja ruoan maistuvuutta lisätään monipuolisella mausteiden, yrttien ja makua antavien kasvien käytöllä (Kuva 5).

Tutkimusten mukaan suolan saannin ja verenpaineen välillä on suora yhteys. Väestötason suositus suolan saanniksi on enintään 5 g vuorokaudessa, joka vastaa 2 g natriumia.

Ikääntyneillä esiintyy myös hyponatremiaa eli matalaa plasman natriumpitoisuutta. Plasman pieni natriumpitoisuus ei suoraan tarkoita elimistön natriumin kokonaismäärää – natriuminpuutetta. Kyse on elimistön kokonaisnatriumin ja veden määrän keskinäisestä suhteesta solunulkoisessa nesteessä. Sen takia hyponatremiaa ei pidä tulkita niin, että natriumista (suolasta) olisi välttämättä puutetta. Tila ei korjaudu suolaa antamalla. Tärkeitä hyponatremian syitä ovat lääkkeet tai alkoholinkäyttö. Se voi myös liittyä sydämen, munuaisten ja maksan vajaatoimintaan tai muuhun sairauteen. Hyponatremia voi myös viitata kortisolin puutteeseen. Hyponatremian hoidossa keskeistä on arvioida korjauksen kiireellisyys ja potilaan oireet. Hyponatremia edellyttää aina lääkärin tutkimusta.



Kuva 5. Makua ruokiin saadaan erilaisilla mausteyrteillä ja perusmausteilla.

Lähteet

Jyväkorpi SK, Pitkälä KH, Puranen TM, ym. Low protein and micronutrient intakes in heterogeneous older population samples. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015;61:464–471.

8 Ikääntymisen ja pitkäaikaissairauksien vaikutus ravitsemukseen ja ravitsemushoito

8.1 Kehon koostumuksen fysiologiset ja patologiset muutokset ravitsemuksen kannalta

Kehon koostumus ja ravitsemus

Kehon koostumus muuttuu ikääntyessä, kun rasvakudoksen osuus lisääntyy ja lihasten määrä vähenee. Tämä on yhteydessä toimintakyvyn heikentymiseen, sarkopeniaan ja gerasteniaan (ks. edempänä), sairaalassaoloajan ja toipumisajan pidentymiseen, kaatumisriskiin ja kuolleisuuteen. Naiset ovat suuremmassa riskissä toiminnan vajaukselle, koska estrogeenin lihaksia suojaava vaikutus päättyy 50 ikävuoden jälkeen ja lihasten määrä on alun perinkin vähäisempi kuin miehillä. Myös rasvan jakautuminen kehossa muuttuu ikääntymisen myötä. Ihonalainen rasva vähenee ja keskivartalon sekä sisäelinten ympärillä oleva rasva lisääntyy.

Kun lihaskudoksen määrä pienenee ikääntyessä, perusaineenvaihdunnan taso laskee. Lihasmassan ja -voiman vähentymistä selittävät muun muassa sairaudet, vähäinen proteiinin saanti ruokavaliosta, muutokset fyysisessä aktiivisuudessa ja lihasten hermojärjestelmissä. Lihasmassan vähentyminen lisää sarkopenian riskiä.

Sarkopenia

Sarkopenia on lihassairaus tai -häiriö, joka johtuu muutoksista lihaksissa. Muutokset liittyvät erityisesti ikääntymiseen, mutta myös keski-ikäisillä ihmisillä voi sairauksien yhteydessä esiintyä lihaskatoa. Sarkopenia on etenevä ja kokonaisvaltainen luurankolihasvälihäiriö, joka sisältää paitsi lihasmassan myös lihasvoiman vähenemisen. Sarkopenia lisää kaatumisten, murtumien, immuunivasteen ja toimintakyvyn heikkenemisen ja kuoleman riskiä. Sarkopenian diagnosoiminen, ehkäisy ja hoito tulisi kuulua rutiinisti kliiniseen potilastyöhön. Se on alidiagnosoitu ikääntyneillä.

Sarkopenian taustalla olevia riskitekijöitä ovat mm. ikääntyminen, vähentynyt fyysinen aktiivisuus, ikääntyneen anoreksia ja tahaton laihtuminen sekä hormonaaliset muutokset (estrogeeni, testosteroni). Naiset ovat miehiä suuremmassa riskissä saada toiminnanvajeen sarkopenian seurauksena estrogeenin tuotannon vähentyessä vaihdevuosien jälkeen (Taulukko 7). Terveyttä edistävän ruokavalion periaatteet näyttäisivät olevan eduksi myös sarkopenian ehkäisyssä. Yli 85-vuotiailla tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että ruokavalio, joka sisältää runsaasti kovan rasvan lähteitä ja punaista lihaa, oli yhteydessä sarkopenian esiintymiseen, vaikka proteiinin saanti olisi hyvällä tasolla.



Taulukko 7. Sarkopenian taustatekijät

Ravitsemus	liian vähäinen proteiinin saanti kulutusta pienempi energian saanti vitamiinien ja/tai kivennäisaineiden puutos ravinnon imeytymishäiriöt tai muut mahasuolikanavan häiriötilat ikäntyneen anoreksia
Liikkuminen	vuodelepo, liikkumattomuus vähäinen aktiivisuus
Sairaudet	tukielinsairaudet sydän- ja keuhkosairaudet aineenvaihduntasairaudet, erityisesti diabetes neurologiset sairaudet, muistisairaudet maksa- ja munuaissairaudet
Muut	sukuhormonien erityksen väheneminen sairaalaista kotiutumisen päihteiden käyttö

Sarkopenian kriteereitä ovat (European Working Group on Sarcopenia in Older People):

- 1 heikko lihasvoima
- 2 vähäinen lihasten määrä
- 3 heikentynyt toimintakyky

Tulkinta: 1 = todennäköinen sarkopenia, 1 + 2 tai 3 = sarkopenia, 1 + 2 + 3 = vaikea sarkopenia

Sarkopenian arviointi

Sarkopenian arviointiin ei ole käytettävissä täsmällisiä mittareita. Jos ikääntyneellä on vaikeuksia suoriutua päivittäisistä askareista, hän kokee heikkoutta tai on kaatunut usein, on syytä epäillä sarkopeniaa. SARC-F-kysely (ks. Työkalut, s. 153) soveltuu lihaskadon epäsuoraan arviointiin käytännön työssä.

Lihasten määrää kliinisessä työssä arvioidaan DXA-mittauksella tai bioimpedanssianalyysillä (BIA). Fyysisen toimintakyvyn arviointitestit mittaavat koko kehon toimintaa monitahoisesti. Näitä ovat mm. Short Physical Performance Battery (SPPB), 400 metrin kävelyyn käytetty aika tai yksinkertaisimmillaan kävelynopeus. SPPB-testistö koostuu kolmesta osiosta: tasapaino-, kävelynopeus- ja tuolilta ylösnousutestistä. SPPB-testistön kokonaistulos lasketaan näiden erillisten osioiden yhteenlasketuista pisteistä. Alaraajojen lihasvoimaa mitataan tuolilta ylösnousutestillä, jossa ylösnousu toistetaan viisi kertaa mahdollisimman nopeasti.



Suosituksset

- Sarkopenia tulee arvioida terveydenhuollossa SARC-F-kyselyllä (ks. Työkalut, s. 153).
- Lihasvoima arvioidaan käyttämällä käden puristusvoimamittaria tai tuoilta ylös nousutestiä.
- Lihasvoimaharjoittelun suositus ja ohje tulee antaa jokaiselle ikäihmiselle, jolla epäillään sarkopeniaa tai se on jo todettu.
- Proteiinin saantia 1,2–1,4 g/kg/päivä yhdessä fyysisen harjoittelun kanssa suositellaan henkilölle, jolla on sarkopenia tai todennäköinen sarkopenia. Sairaudesta toipuvilla saantisuositus on korkeampi eli n. 1,5 g/kg/vrk.
- Energian riittävä saanti on turvattava.
- Jos mahdollista, rasvattoman kudoksen määrä arvioidaan röntgentutkimuksella (DXA) tai bioimpedanssianalyysillä (BIA).

Säännöllisellä liikunnalla, lihaskuntoharjoittelulla, hyvällä ravitsemustilalla sekä riittävällä proteiinin ja energian saannilla voidaan hidastaa ja ehkäistä sarkopenian etenemistä.

Gerastenia

Gerasteniaan (hauraus-raihnaus-oireyhtymä, HRO, englanniksi frailty) liittyy useiden elinjärjestelmien toiminnan heikentymistä ja kehon reservien hiipumista. Tämän seurauksena pienikin stressitekijä voi romahduttaa elimistön tasapainon. Gerastenia nivoutuu usein yhteen monisairastavuuden, sarkopenian ja toimintakyvyn heikentymisen kanssa, mutta on kuitenkin erillinen ilmiö.

Gerastenialle ei toistaiseksi ole tarkkaa, yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Tavallisimmin käytettyjä menetelmiä tilan diagnosointiin ovat ilmiasu (fenotyyppikriteerit tai gerasteniaindeksi).

Friedin työryhmän fenotyyppikriteerit koostuvat seuraavista viidestä löydöksestä tai oireesta:

- 1) tahaton laihtuminen (yli 4,5 kg edeltävän vuoden aikana)
- 2) subjektiivinen uupumus
- 3) vähäinen fyysinen aktiivisuus
- 4) hitaus (heikoin viidennes kävelynopeudessa pituuteen ja sukupuoleen suhteutettuna)
- 5) heikkous (heikoin viidennes käden puristusvoimalla mitattuna sukupuoleen ja painoaindeksiin suhteutettuna).



Henkilöllä on tämän määritelmän mukaan gerastenia, jos 3 tai useampi kriteereistä täyttyy, ja esigerastenia, jos kriteereistä täyttyy 1–2. Näin määriteltynä gerastenian esiintyvyys yli 70-vuotiailla on noin 10 %. On huomattava, että painonlasku on vain yksi gerasteniafenotyypin kriteereistä. Painonlaskun yhteydessä täytyy huomioida myös muut mahdolliset syyt (sairauksien vaikutus ks. kohta 8.4).

Gerasteniaindeksi puolestaan lasketaan yksilöllä esiintyvien oireiden, sairauksien ja toiminnanvajeiden summasta. Indeksini laskee lääkäri. Suomessa yhtenäistä käytäntöä laskemiseen ei toistaiseksi ole, mutta se voidaan yhdistää potilaasta sähköisesti kerättäviin tietoihin, jolloin se on helposti saatavissa tietojärjestelmästä. Vaikka gerastenian fenotyyppi ja gerastenia-indeksi eivät ole päällekkäisiä, kumpaankin liittyy suurentunut kuolemanvaara ja toimintakyvyn edelleen heikentymisen riski. Sen takia niiden varhainen tunnistaminen on tärkeää ehkäisytoimien käynnistämiseksi.

Gerastenia ja ravitsemus

Vähäisen fyysisen aktiivisuuden ohella ravitsemustilan heikkenemistä ja tahatonta laihtumista pidetään gerastenian tärkeinä riskitekijöinä. Riittämätön energian ja proteiinin saanti selittävät osaltaan yhteyttä. Suositusten mukainen ruokavalio on tutkimuksissa ollut yhteydessä pienempään gerastenian riskiin. Myös vitamiinien ja kivennäisaineiden puutokset ja erityisesti A-, B₆-, B₁₂- ja E-vitamiinin, folaatin, sinkin ja seleenin puutokset ovat yleisiä ikääntyneillä ja yhteydessä heikkoon toimintakykyyn. Yksilötasolla gerastenian ja ravitsemuksen välinen yhteys on kuitenkin monimutkainen. Heikentynyt ravitsemustila, sarkopenia ja gerastenia kytkeytyvät usein toisiinsa, mutta voivat myös esiintyä itsenäisesti. Yhdessä ne kiihdyttävät toimintakyvyn heikkenemistä voimakkaasti (Kuva 6, s. 92).

Gerasteniapotilaan ruokavalion tulisi sisältää riittävästi energiaa. Kasvattamalla energiansaantia 250–500 kcal vuorokaudessa 1–3 kuukauden ajan voidaan saavuttaa 1–3 kg painonnousu. Kovia rasvoja sisältävien elintarvikkeiden käyttöä tulee rajoittaa ja suosia niiden sijaan pehmeitä rasvoja sisältäviä elintarvikkeita (Luku 7.5, s. 82). Proteiinin saannin tulisi olla 1,2–1,4 g/kg/vrk (Taulukko 6, s. 84). Runsaan kasvisten käytön on todettu olevan eduksi ilmeisesti niiden sisältämien antioksidanttien vuoksi. Riittävästä D-vitamiinin saannista tulee pitää huolta myös gerasteniapotilailla. Vaikka pelkällä ravitsemushoidolla ei ole saatu parannettua gerastenian ennustetta, painonlasku tulisi saada pysähtymään haurastumisen hidastamiseksi. Parhaat tulokset saadaan mahdollisesti laaja-alaisella hoidolla, jossa huolehditaan niin ravitsemuksesta kuin fyysisestä ja kognitiivisesta harjoittelusta.





Kuva 6. Heikentynyt ravitsemustila, sarkopenia ja gerastenia yhdessä kiihdyttävät toimintakyvyn heikkenemistä

Kakeksia

Kakeksia on johonkin vaikeaan perussairauteen (syöpä, sydämen vajaatoiminta, keuhkosairaus, munuaissairaus) liittyvä kuduskato ja laihtuminen. Mekanismina on monimutkainen metabolinen ja inflammatorinen elimistön häiriötila, joka on syntyvaltaaan erotettava sarkopeniasta ja gerasteniasta. Kakeksiaan liittyy vähintään kolme seuraavista: anoreksia, väsymys, vähentynyt lihasvoima, lihasmassan kato. Lisäksi kuvaan kuuluvat poikkeavat laboratoriolöydökset (koholla olevat tulehdusmittarit, matala albumiinitaso ja anemia). Kakeksia ei ole ravitsemuksellisin toimenpitein korjattavissa, ja koska taustalla oleva sairaus on yleensä edennyt pitkälle, hoito on pitkälle palliatiivista ja olemassa olevien voimavarojen säilyttämistä.

8.2 Ruoansulatuskanavan muutokset

Nälän ja janon tunne sekä maku- ja hajuaisti

Ikääntyneiden ruokahalu ja näläntunne ovat usein heikompia kuin nuoremmilla. Nälän ja janon tunne vaimenevat, koska ikääntyminen saa aikaan muutoksia hypotalaamisen säätelykeskuksen toiminnassa. Säätelykeskus on ikääntymisen myötä herkempi myös häiriöille. Ruoansulatusentsyymien erityks heikkenee ja mahalaukun tyhjeneminen hidastuu, jolloin kylläisyyden tunne tulee nopeasti. Lisäksi suoliston peristaltiikka hidastuu, mikä puolestaan altistaa ummetukselle.

Maku- ja hajuaisti vaimenevat usein ihmisen ikääntyessä. Vaimeneminen johtuu muun muassa maku- ja hajuaistireseptorien määrän vähenemisestä ikääntymisen, sairauksien tai lääkityksen seurauksena. Maku- ja hajuaistin vaimentuminen voi altistaa ruokahalun ja ravitsemustilan heikkenemiselle (ks. Työkalut SNAQ Ruokahalun



arviointi, s. 166). Aistimuutosten seurauksena syötyjen ruokien määrä voi vähentyä ja ruokavalikoima kaventua.

Suu ja hampaat, syljen erityys

Ikääntyessä maku- ja hajuaisti heikentyvät. Tämä heikentää ruokahalua ja altistaa heikentyneelle ravitsemustilalle. Lisäksi ikääntyessä voi ilmaantua pureskelu- ja nielemisvaikeuksia. Myös syljen erittyminen heikkenee. Ikääntyneillä suun kuivuus on yleistä iän tuomien fysiologisten muutosten, sairauksien ja lääkkeiden vuoksi. Suun terveyttä ikääntyneillä on kuvattu tarkemmin luvussa 10, s. 114).

Mahalaukku

Ikääntyessä mahalaukun tyhjeneminen hidastuu. Tämä lisää kylläisyyden tunnetta ja heikentää ruokahalua. Lisäksi ikääntyessä mahanesteen erityys vähenee. Pepsiniin vähentyessä mahanesteessä proteiinin pilkkoutuminen ja hyväksikäyttö heikkenevät. Tämä lisää hieman proteiinin tarvetta. Mahalaukun sisäisen tekijän erittymisen väheneminen heikentää B₁₂-vitamiinin imeytymistä.

Iän tuomien fysiologisten muutosten lisäksi ikääntyneillä voi olla lääkityksiä tai sairauksia, jotka vaikuttavat mahalaukun eritykseen. Yleisesti käytössä olevat protonipumpun estäjät vähentävät suolahapon eritystä ja voivat pitkäaikaisessa käytössä vähentää B₁₂-vitamiinin, raudan, kalsiumin ja magnesiumin imeytymistä. Ikääntyneillä esiintyy työkäisiä enemmän atrofista gastriittia eli mahalaukun tulehdusta. Atrofisen gastriitti voi olla seurausta helikobakteerista, liittyä joihinkin autoimmuunisairauksiin tai lääkkeisiin. Atrofisen gastriitti heikentää B₁₂-vitamiinin ja folaatin imeytymistä. B₁₂-vitamiinin puutostilassa asiakkaalle määrätään B₁₂-vitamiinivalmiste, tai vaikeammassa tapauksissa B₁₂-vitamiinipistokset.

Haima ja maksa

Ikääntyessä haiman entsyymien erityys usein vähenee, mutta tämän merkitys on luultavasti vähäinen. Myös maksan verenkierto heikkenee ja eliminaatiokyky hidastuu. Tämä vaikuttaa lääkkeiden aineenvaihduntaan ja hidastaa niiden poistumista elimistöstä.

Ohut- ja paksusuoli

Ikääntymisen seurauksena ohutsuolen villusten rappeutuminen pienentää imeytyspinta-alaa. Tämän vaikutus ravintoaineiden imeytymiseen on vielä epäselvää. Ruoan läpikulkuaika ohut- ja paksusuolella hidastuu, mikä altistaa ummetukselle ja saattaa vaikuttaa suoliston mikrobistoon. Aiheesta on kuitenkin vasta vähän tutkimuksia.

Taulukkoon 8 on koottu tavanomaiseen ikääntymiseen liittyviä fysiologisia tekijöitä, jotka vaikuttavat syömiseen ja ravitsemusvasteeseen.



Taulukko 8. Syömisen ja ravitsemusvasteeseen vaikuttavia ”fysiologisia” tekijöitä ikääntyessä

Rasvakudoksen lisääntyminen
Rasvattoman massan (lihassassa, sisäelimet) pieneneminen
Vesipitoisuuden pieneneminen
Glukoosiaineenvaihdunnan hidastuminen
Proteiinisynteesin väheneminen
Hormonaaliset muutokset (kasvuhormoni, sukupuolihormonit, kortisoli)
Ruokahalua säätelevien mekanismien heikkeneminen
Janontunteen heikkeneminen
Maku- ja hajuaistin heikkeneminen
Muutokset suussa ja hampaissa
Fyysisen aktiivisuuden väheneminen
B ₁₂ -vitamiinin imeytymisen heikkeneminen

8.3 Lihavuus ja laihduttaminen

Lihavuus on yhteydessä mm. sydän- ja verisuonitauteihin, tyypin 2 diabetekseen, verenpainetautiin, ei-alkoholiperäiseen rasvamaksatautiin, toimintakyvyn heikkene- miseen ja avuntarpeen lisääntymiseen. Toimintakyvyn heikkeneminen lisää kaatu- misriskiä ja laitoshoitoon joutumisen todennäköisyyttä. Suomalaisista eläkeläisistä Finterveys 2017 -tutkimuksen mukaan vyötärölihavia oli naisista 59 % ja miehistä 53 %. Lisäksi tutkimuksessa painoindeksin perusteella joka neljäs 65 vuotta täyttänyt mies ja joka kolmas nainen oli lihava.

Toisaalta ylipaino ja lievä lihavuus ei ole ikääntyneillä yksiselitteistä. On puhuttu ns. ”lihavuusparadoksista”, jossa ylipaino etenkin vanhimmilla ikääntyneillä voi näyt- täytyä suojaavana tekijänä. Esimerkiksi jo yli 70-vuotiailla ylipaino ja joidenkin sai- rauksien osalta jopa lievä lihavuus ovat yhteydessä pienempään ennenaikaisen kuo- leman riskiin. Tämä ei välttämättä merkitse syy-yhteyttä, ja ylipainon tai lihavuuden elämänlaatua heikentävät vaikutukset on myös otettava huomioon.

Painoindeksin eri luokissa ennenaikaisen kuoleman riski näyttäytyy U-kirjaimen muotoisena käyränä, jossa suurimmassa ennenaikaisen kuoleman riskissä ovat alipai- noiset ja hyvin lihavat, ja elinajanennuste on pisin lievästi ylipainoisilla. Kuitenkaan pelkkä painoindeksi ei erottele niitä, jotka ovat aina olleet hoikkia ja tarkoituksella laihduttaneet ja niitä, joilla tapahtuu tahatonta, yleensä sairauksiin ja toimintakyvyn heikkenemiseen liittyvää laihtumista. Ikääntyessä myös pituus yleensä lyhenee, jol- loin näyttää siltä, että painoindeksi nousee, vaikka ikääntyneen paino pysyisi samana.

Edellä mainittujen seikkojen vuoksi ikääntyneille (> 65-vuotiaille) suositellaan hieman suurempaa painoindeksiä kuin nuoremmille aikuisille, 24–29 kg/m². Tämä



ei kuitenkaan tarkoita sitä, että koko ikänsä hoikkana pysynyt ikääntynyt olisi ravitsemusriskissä, jos hänen painoindeksinsä on alle 24. Tärkeintä on tällöin painon vakaana pitäminen. Myös normaali- ja ylipainoiselle ikääntyneelle suositellaan painon vakaana pitämistä ja ravitsemukselliset tarpeet täyttävää ruokavaliota sekä päivittäistä fyysistä aktiivisuutta. Ravitsemustila arvioidaan myös ylipainoisilla, koska heilläkin ravitsemustila voi olla huono.

Sarkopenia ja lihavuus

Sekä sarkopenia että lihavuus ovat ikääntyneelle terveysriski, mutta etenkin yhdessä ne lisäävät monia terveyteen liittyviä riskejä ja aikaistavat liikuntakyvyttömyyttä. Yhdistelmästä puhutaan sarkopenisena lihavuutena. Etenkin painonvaihtelut ovat hyvin haitallista sarkopenisessa lihavuudessa. Painonvaihtelun seurauksena menetetty lihaskudos tulee helposti takaisin rasvakudoksena painon noustessa. Siksi saavutetun painon pitäminen on äärimmäisen tärkeää.

Tahaton laihtuminen

Tahaton laihtuminen, joka johtuu toimintakyvyn heikkenemisestä, huonosta ruokahalusta, pureskelu- tai nielemisongelmista tai sairauksista, on aina ikääntyneen terveydelle haitallista. Se on yhteydessä sarkopeniaan ja gerasteniaan, heikentää elämänlaatua ja lisää kuolleisuutta. Painonlaskua tulisikin ehkäistä ja siihen tarttua mahdollisimman nopeasti, ennen kuin tilanne pahenee.

Ikääntyneen tavoitteellinen painonpudotus

Ikääntyneen painonpudotus tulee yleensä harkittavaksi painoindeksin ollessa yli 30 kg/m² tai kun paino on noususuuntainen ja ylipaino haittaa liikumista. Painoindeksi voi kuitenkin yksilön kohdalla olla huono mittari. Erityisesti ikääntyessä on tärkeä korostaa lihasmassan säilyttämistä ja vahvistamista. Yleensä painonpudotuksen tarve liittyy johonkin muuhun sairauteen (esim. tyypin 2 diabetes, tuki- ja liikuntaelimestön ongelmat) tai toimintakyvyn vajeisiin, joita painonpudotuksella pyritään parantamaan. Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi arvioida tapauskohtaisesti painonpudotuksen hyödyt ja haitat ja ottaa huomioon sarkopenian ja luomassan vähenemisen ehkäisy. Yli 75-vuotiaiden painonpudotuksen hyödyistä ei ole tutkimusnäyttöä ja mahdollisten toimenpiteiden täytyy perustua geriatriseen kokonaisarvioon ja tarvittaessa geriatrin konsultaatioon.

Jos painonpudotukseen päädytään ikääntyneellä, energiavajeen tulisi olla korkeintaan 500 kcal/päivä ja ruokavalion monipuolinen ja ravitsemukselliset tarpeet täyttävä. Jos ikääntyneellä on sarkopenia, energiavajeen on hyvä olla vielä matalampi, noin 250–500 kcal/päivä ja painonpudotuksen näin ollen hidasta, jolloin lihasmassan säilyminen on mahdollista. Proteiinia ruokavaliosta tulisi saada ainakin 1,2 g/painokg/vrk.



Jos painoindeksi on yli 30, proteiinin saanti suhteutetaan BMI 30 vastaavaan painoon. Painon pudotuksen aikana on tärkeää huolehtia riittävästä kalsiumin ja D-vitamiinin saannista sekä aina yhdistää lihaskunto- ja aerobista liikuntaa painonpudotukseen, jolloin säästyy lihas- ja luumassaa sekä toimintakyky paranee. Tutkimuksissa, joissa on pudotettu painoa pelkästään ruokavaliota rajoittamalla, on menetetty suhteessa paljon sekä lihas- että luumassaa. Painonpudotuksella tähdätään 5–10 % painonpudotukseen puolen vuoden aikana, kuitenkin niin, että painonpudotus on enintään 1 kg/kk. Jos ylipainoa on runsaasti, ravitsemusterapeutti laatii yksilöllisen suunnitelman. Erittäin suuria energiarajoituksia, joissa päivittäinen energiansaanti on alle 1000 kcal, ei suositella ikääntyneille.

Painon hallintaa tukeva ruokailu ja ruokavalinnat:

- ▶ **Vihanneksia, juureksia, marjoja ja hedelmiä sellaisenaan ja eri tavoin valmistettuna kaikilla päivän aterioilla ja välipaloilla keventämässä aterioiden energiasisältöä.**
- ▶ **Syödyt ruokamäärät ovat kohtuullisen kokoisia.**
- ▶ **Syömisen hallintaa tuetaan tietoisella rauhallisella ruokailulla ja järjestämällä tarvittaessa mahdollisuus syödä välipalaa pääaterioiden välillä.**
- ▶ **Valitaan vähemmän energiaa, rasvaa ja sokeria sisältäviä tuotteita.**
- ▶ **Rasvattomat ja vähärasvaiset nestemäiset maitovalmisteet ja kala-, siipikarja- ja liha-annokset ovat tärkeitä proteiinin lähteinä.**
- ▶ **Sokeria sisältäviä juomia, suklaata, makeisia ja keksejä käytetään harvoin.**
- ▶ **Painoa seurataan säännöllisesti vähintään kerran viikossa.**

BMI yli 30 ja paino nousussa

Näihin asioihin on kiinnitettävä huomiota:

- kiireetön ruokailu, ohjataan nopeasti syöviä pureskelemaan ruoka huolellisesti.
- tarjotaan vettä ruokailun aluksi.
- kieltoja tulee välttää, ohjataan myönteisesti.
- tuetaan omatoimisuutta.
- huolehditaan ruoan monipuolisuudesta ja vähärasvaisten proteiinipitoisten ruokien ja juomien tarjoamisesta.
- pyydetään ravitsemusterapeutin kannanotto sopivasta energiatasosta ja mahdollisesti tarvittavista ravintolisistä. Liian pieni energiamäärä on haitallinen.
- kannustetaan asiakasta lisäämään kasvisten osuutta aterialla.
- tarjotaan välipalana pääsääntöisesti hedelmä tai marjoja, vaihtoehtoisesti keksi, pieni pulla tai kääretorttupala.
- sovitaan omaisten kanssa tuomisista, esimerkiksi kauden marjat tai hedelmät.



8.4 Pitkäaikaissairauksien vaikutus ravitsemukseen ja ravitsemushoitoon

Monet pitkäaikaissairaudet voivat heikentää ravitsemustilaa eri mekanismein. Toisinaan ne ovat ensimmäinen oire taustalla olevasta sairaudesta. Ikääntyneen tahatonta laihtumista ei siis tule oikopäätä pitää gerasteniaa, vaan diagnostiikassa pitää ottaa huomioon myös mahdolliset sairaudet laihtumisen syynä. Toisaalta sairaudet usein tuovat esiin muitakin oireita, jotka ensisijaisesti johdattavat lääkäriin ja laihtuminen tulee esille vasta taudin edetessä. Tällöin hoidossa tulisi huomioida ravitsemustila ja tukea paranemis- ja kuntoutumisprosessia ravitsemushoidolla.

Monissa syövässä ihminen laihtuu tahattomasti ja painon lasku väsymyksiin saattaa olla taudin ensi oire. Etenkin ruoansulatuskanavan syövät, keuhkosityöpä, virtsaelinten syövät ja lymfoomat ovat tyypillisiä esimerkkejä syövästä, jotka voivat aiheuttaa tahatonta laihtumista. Myöhemmässä, levinneessä vaiheessa voi syöpä johtaa laihtumiseen ja lopulta kakeksiaan. Myös pitkälle edennyt keuhkohtaumatauti (COPD), sydämen tai munuaisten vajaatoiminta voivat johtaa heikkoon ravitsemustilaan ja kakeksiaan.

Muutkin ruoansulatuskanavan sairaudet voivat aiheuttaa laihtumista. Näitä ovat suun, hampaiston ja nielemisen ongelmat. Nielemisvaikeuksien moninaisia sairausetiologioita kuvataan Taulukossa 9, s. 100. Erilaiset paksusuolen tulehdukselliset sairaudet, yläruoansulatuskanavan haavaumat, hoitamaton keliakia ja muut imeytymishäiriöt voivat heikentää ravitsemustilaa.

Endokrinologiset syyt, kuten kilpirauhasen liikatoiminta, voi laihtuttaa kiihdyttämällä aineenvaihduntaa. Myös ikääntyneillä diabetes voi ilmetä laihtumisena, kun elimistö ei kykene käyttämään glukoosia hyväkseen. Akuutit ja krooniset infektiot – esim. suolistoinfektiot, keuhkosairaudet, HIV sekä reumataudit voivat heikentää ravitsemustilaa. Matala-asteinen tulehdus syö elimistöstä lihaksia ja gerastenia kiihdyttää ravitsemustilan heikkenemistä.

Aivoverenkiertohäiriöihin voi liittyä nielemisvaikeutta ja toiminnanvajeita, jotka heikentävät ravitsemustilaa. Samoin Parkinsoniin tautiin, Parkinson plus -tauteihin, MS-tautiin, ALSiin sekä myastenia gravikseen liittyy nielemisvaikeuksia, laihtumista ja gerasteniaa.

Ikääntyneen masennus voi johtaa ruokahaluttomuuteen, laihtumiseen ja gerasteniaan. Myös ikääntyneillä voi ilmetä anoreksiaa, joka useimmiten liittyy monisairastamiseen sekä kognition ja toimintakyvyn heikkenemiseen.

Ikääntyneen ravitsemustilaan liittyviä moninaisia oireita ja vaivoja sekä niiden selvittelyn tarvetta kuvaa Taulukko 9, s. 100. Ikääntyneen kunto ja omat toiveet tulee ottaa huomioon etiologian selvittelyssä.



8.5 Ravitseminen ja muistisairaudet



Suositukset

- Muistisairaahan ravitsemustila on arvioitava vähintään 2 kertaa vuodessa ja useammin, jos ravitsemustila on heikentynyt.
- Muistisairaahan ravitsemusta ja ruokailua on tuettava hänelle sopivalla tavalla.
- Muistisairas on punnittava säännöllisesti vähintään kerran kuukaudessa ja tulos on dokumentoitava, jotta tahaton painonlasku huomataan.
- Ruokailutilanteen tulee olla kodikas ja miellyttävä ja se sisältää
 - rauhoitetun tilanteen
 - ruokaseuran
 - ruoan hyvät tuoksut
 - kauniin kattauksen, pöytäliinan, hyvän tuolin ja ikääntyneelle sopivat, helposti hahmotettavat ruokailuvälineet
 - ruokailutilan sopivan lämpötilan ja valaistuksen.
- Yksilölliset ruokamieltymykset huomioimalla turvataan muistisairaahan riittävä ravinnonsaanti.
- Tarpeettomia rajoituksia ruokavaliossa tulee välttää.
- Täydennysravintovalmisteita suositellaan, jos ravitsemustila uhkaa heikentyä tai on selvästi heikentynyt.
- Hoitajille on tarjottava muistisairaahan ravitsemukseen liittyvää koulutusta ja tuettava heidän ammattitaitoaan puuttua heikentyneeseen ravitsemustilaan ja syömisen ongelmiin.
- Muistisairauden loppuvaiheen hoito on oireenmukaista ja hyvää palliatiivista hoitoa. Muistisairaiden hoidossa ei käytetä letkuravitsemusta.



Muistisairas laihtuu usein jo ennen diagnoosia ja laihtuminen sekä gerastenia saattavat olla ensimmäisiä oireita sairaudesta. Jo sairauden alkuvaiheessa kognition heikentyessä voi esiintyä ruoan hankintaan, valmistukseen ja ruokailuun liittyviä vaikeuksia. Taudin alkuvaiheessa muistisairas voi myös vetäytyä sosiaalisista suhteista ja hänellä voi olla masennusta, mikä heikentää ruokahalua ja monipuolista ruokavaliota.

Alzheimerin taudin tyyppiseen muistisairauteen voi liittyä aivomuutoksia, jotka muuttavat nälän ja kylläisyyden tunteita. Taudin edetessä voi tulla esiin monenlaisia neuropsykiatrisia oireita, kuten levottomuutta, keskittymiskyvyttömyyttä, ahdistuneisuutta sekä harhaluuloja, jotka häiritsevät ruokailutilanteita. Vaikeassa muistisairauden vaiheessa tulee syömiskäyttäytymisen häiriöitä, kuten kykenemättömyys syödä, ruoalla sotkemista ja häiriölläisyys ruokailutilanteissa (ks. Työkalut Lusikka suuhun -jumppa muistisairaiden hoidossa, s. 167).

On arveltu, että muistisairauksiin liittyvä laihtuminen johtuisi sairauden aiheuttamasta energiankulutuksen lisääntymisestä. Tätä ei ole voitu tutkimuksissa osoittaa. Painonlasku johtuu aina kulutusta vähemmästä energiansaannista, mikä voi olla seurausta levottomuuden ja vaeltelun aiheuttamasta lisääntyneestä energiankulutuksesta tai heikentyneen toimintakyvyn, hahmottamisvaikeuksien ja käyttöoireiden aiheuttamasta vähentyneestä ravinnonsaannista. Syöminen voi vähentyä huomaamatta: jo muutaman sadan kilokalorin päivittäinen vaje energiansaannissa voi aiheuttaa viikkojen tai kuukausien kuluessa merkittävää painonlaskua, lihasten menetystä ja toimintakyvyn heikkenemistä.

Infektiot, muut sairaudet ja lääkkitykset voivat lisätä ravintoaineiden tarvetta, vaikuttaa ruoansulatukseen, ravintoaineiden imeytymiseen tai hyväksikäyttöön elimistössä. Muistisairauden lääkkeet saattavat aiheuttaa pahoinvointia ja ripulia, mitkä voivat edelleen nopeuttaa laihtumista. Tämä tulee selvittää, ja vaihtaa lääke yksilöllisesti sopivampaan. Suun terveys ja hampaiden kunto vaikuttavat muistisairaahan ravitsemustilaan ja syömiseen oleellisesti, mutta muistisairas ei aina pysty kertomaan vaivoistaan tai kivuistaan. Muistisairauden edetessä suun omahoidon toteuttaminen yleensä hankaloituu, tällöin hän ei välttämättä pysty huolehtimaan suuhygieniastaan ja tarvitsee siihen läheisen tai hoitavan henkilön apua.

Ruokavalion laadulla on tärkeä osuus aivojen ja kognitiivisen toimintakyvyn säilymisessä silloinkin, kun muistisairaus on jo todettu. Ravitsemuksen merkitys ja ruokailu muuttuvat jonkin verran muistisairauden edetessä. Sairauden varhaisessa vaiheessa on tärkeää huolehtia monipuolisesta ruokavaliosta, riittävästä ravintoaineiden saannista, liikunnasta ja sosiaalisesta aktiivisuudesta, joilla saatetaan ehkäistä sairauden etenemistä. Sairauden edetessä dementiaivaiheeseen ruoan monipuolisuus on edelleen tärkeää, mutta riittävä energian ja proteiinin saanti korostuu kognition heikentyessä, neuropsykiatristen oireiden lisääntyessä, ja vuorokausirytmien muuttuessa. Tällöin voi olla syytä turvautua tehostettuun ruokavalioon ja usein myös täydennysravintovalmisteisiin. Loppuvaiheessa syöminen usein vaikeutuu, koska nielemisvaikeuksien lisääntyminen kuuluu taudinkuvaan. Dementia on kuolemaan johtava tila ja edellyttää loppuvaiheessa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa.



Muistisairauteen sairastuneen ravitsemustila ja ravinnonsaanti tulisi arvioida diagnoosin yhteydessä. Lisäksi tulee selvittää, miten muistisairas kykenee asioimaan kaupassa, hankkimaan ja valmistamaan ruokaa sekä huolehtimaan ruokavalionsa monipuolisuudesta. Muistisairaahan ravitsemustilan arviointi ks. luku 4, s. 58.

Taulukkoon 9 on koottu ravitsemustilaa heikentäviä ruoansulatuskanavan oireita sekä niiden hoitomahdollisuuksia.

Taulukko 9. Ruoansulatuskanavan oireita ja niiden taustatekijöitä, jotka voivat heikentää ravitsemustilaa.

Ruoansulatuskanavan OIRE	ETIOLOGIA/ diagnostiikka	SELVITETTÄVÄT ASIAT	HOITOMAHDOLLISUUDET (Perussyyn hoidon lisäksi)
Ummetus	Vähäinen kuidun ja nesteen nauttiminen, vähäinen liikunta, ulostamistarpeen laiminlyönti	Ruoan ja nesteiden käytön anamneesi, liikuntaanamneesi, toimintakyky	Nesteen ja kuidun lisääminen ruokavalioon. Liikunnan lisääminen. Suolen sisältöä lisäävät ummetuslääkkeet. Harkiten laksatiiveja.
	Ruoansulatuskanavan tukos (kasvain, divertikkelit, ahtaumat, fissuura)	Kipu, veriuloste, vatsan toiminnan muuttuminen, yleisoireet, ummetuksen kesto	
	Useat neurologiset sairaudet: Parkinson, MS-tauti, aivohalvaus	Uudessa oireessa tulee harkita ruoansulatuskanavan täyhystystutkimuksia. Laboratoriokokeita oireiden mukaan harkiten.	
	Useat endokriiniset sairaudet: diabetes, hypotyreoosi, jne.		
	Lääkkeiden hättävähaitteet: opioidit, antikolinergiset lääkkeet, antasidit, rauta, kalsiumsalpaajat, beetasalpaajat, pitkäaikainen stimuloivien laksatiivien käyttö	Lääkityksen arviointi	Ummetusta aiheuttavan lääkkeen lopetus, vähentäminen, vaihto



Ruoansulatuskanavan OIRE	ETIOLOGIA/ diagnostiikka	SELVITETTÄVÄT ASIAT	HOITOMAHDOLLISUUDET (Perussyyn hoidon lisäksi)
Ripuli (pitkäaikainen)	<p>Ruoansulatuskanavan kasvain</p> <p>Monet sairaudet: diabetes, koliitit, toiminnalliset suolistosairaudet, keliakia, imeytymishäiriöt, laktoosi-intoleranssi, krooninen pankreatiitti, hypertyreoosi, AIDS.</p> <p>Ohutsuolen bakteerien ylikasvu, sappihapporipuli, erilaiset suolistoinfektiot kuten <i>Cl. Difficile</i></p> <p>Lääkkeiden haittavaikutukset: SSRI, SNRI, metformiini, antibiootit, PPI:t, Alzheimer-lääkkeet, gliptiinit, tulehduskipulääkkeet, useat luontaistuotteet, ksylitoli, sorbitoli</p>	<p>Verta</p> <p>Yleisoireet</p> <p>Kesto</p> <p>Kipu</p> <p>Matkustaminen</p> <p>Laihtuminen</p> <p>Uudessa oireessa tulee harkita tähystystutkimuksia.</p> <p>Oireiston ja löydösten mukaan valikoiden laboratoriotutkimuksia ja toimintatutkimuksia</p> <p>Lääkityksen arviointi</p>	<p>Ripulilääkkeet lyhytaikaiseen käyttöön</p> <p>Vesiliukoisen kuidun lisääminen ruokavalioon.</p> <p>Probiootit</p> <p>Ripulia aiheuttavan lääkkeen lopetus, vähentäminen tai vaihto</p>
Oksentelu (pitkäaikainen)	<p>Ruoansulatuskanavan kasvain, tukos, maha- tai pohjukais-suolen haava, gastriitti, refluksi</p> <p>Infektiot</p> <p>Aivoverenkiertohäiriö, aivopaineen nousu (aivokasvain).</p> <p>Epilepsia.</p> <p>Migreeni (ikäntyneillä hyvin harvinainen).</p> <p>Hyvänlaatuinen asento- ja huimaus</p> <p>Muut korvaperäiset syyt</p> <p>Tyreotoksikoosi</p> <p>Myrkytykset</p> <p>Lääkkeiden haittavaikutukset: AKE-lääkkeet, SSRI lääkkeet, digoksiini-myrkytys, opioidit, antibiootit, solunsalpaajat</p>	<p>Yleioireet</p> <p>Laihtuminen</p> <p>Keltaisuus</p> <p>Neurologiset löydökset</p> <p>Tähystystutkimukset</p> <p>Oireiston mukaan yksilölliset jatkotutkimukset</p> <p>Lääkityksen arviointi</p>	<p>Oireenmukaiset pahoinvointilääkkeet tulee harkita yksilöllisesti etiologian mukaan.</p> <p>Lääkkeiden hyödyt ja haitat punnittava</p>



Ruoansulatuskanavan OIRE	ETIOLOGIA/ diagnostiikka	SELVITETTÄVÄT ASIAT	HOITOMAHDOLLISUUDET (Perussyyn hoidon lisäksi)
Nielemisvaikeus (pitkäaikainen)	Aivoverenkiertohäiriö, muistisairauden loppuvaihe (dementia), Parkinsonin tauti, MS-tauti, ALS Syöpä (pään ja kaulan alue, nielu, ruokatorvi) Ruokatorven tulehdus, refluksi, divertikkeli, motoriikan häiriöt Suuri palleatyrä Kilpirauhaskasvain, struuma Psykkiset syyt	Yleisoireet Neurologiset oireet Laihtuminen Kipu Aspiraatio Keuhkoinfektiot Suun ja nielun tutkimus, huolellinen kliininen tutkimus Neurologiset löydökset Tähystystutkimukset Jatkotutkimukset oireiden ja löydösten mukaan.	Hoito etiologian mukaan. Kun taustalla on parantumaton neurologinen sairaus, puheterapeutin konsultaatio. Asentohoito ruokaillessa, ruoan muuttaminen helposti nieltävään muotoon, juomien sakeuttaminen.

PPI = Protonipumpun estäjät, SSRI = Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät
SNRI = Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät, AKE = Asetyylikoliiniesteraasin estäjät
ALS = Amyotrofinen lateraaliskleroosi, MS = Multipeliskleroosi



8.6 Ravitsemuskuntoutus ja kansainvälinen toimintakyvyn luokitus

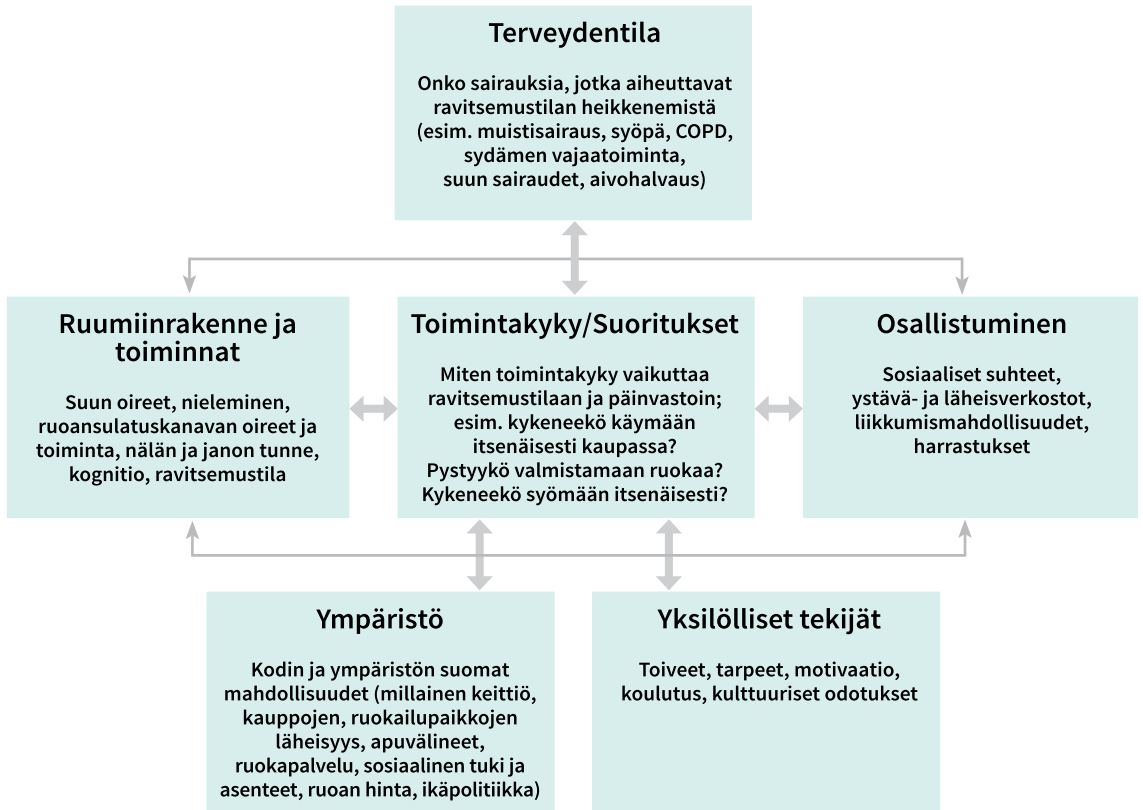
Ikääntyneiden ravitsemuksen ongelmat ovat tavallisia. Ravitsemus tulee aina nähdä tärkeänä osana ikääntyneen kokonaisvaltaista arviointia, hoitoa ja kuntoutusta. Joskus ravitsemuskuntoutus on tärkein kuntoutuksen muoto ja ravitsemustilan parantaminen keskeisin tavoite. Tyypillinen tällainen tilanne on gerastenia, johon liitetään aina myös liikunnallinen kuntoutus. Usein kuitenkin ravitsemustilan heikentyminen ja riskit liittyvät muihin gerontologisiin haasteisiin, kuten esimerkiksi monisairautteen, yksinäisyyteen, kognition heikkenemiseen, taloudellisiin tai sosiaalisiin ongelmiin. Tällöin kokonaisvaltaiseen arviointiin kuuluu aina ravitsemustilan arviointi ja kuntoutus- ja hoitosuunnitelmaan ravitsemustilan parantaminen.

Kuntoutus on määritelty ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on kuntoutujan toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja hyvinvoinnin edistäminen. Kansainvälistä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitusta, International Classification of Functioning (ICF), käytetään kuntoutuksen viitekehyksenä (Kuva 7, s. 104). Se kuvaa, miten sairauden ja toiminnanvajeiden vaikutukset näkyvät yksilön elämässä. ICF ymmärtää toiminnanrajoitteet dynaamisesti, moniulotteisena ja vuorovaikutuksellisenä tilana, joka koostuu terveydentilan sekä yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta. Ravitsemustila ja ravitsemuskuntoutus ovat aina osa ikääntyneen dynaamista tilaa, jonka voi edistää tai heikentää toimintakykyä ja kuntoutumista. ICF auttaa hahmottamaan, miten erilaiset ulottuvuudet ihmisen elämässä voivat vaikuttaa ikääntyneen ravitsemukseen ja sitä kautta toimintakykyyn ja elämänlaatuun.

Ravitsemus liittyy kaikkiin ICF:n tekijöihin ja ne tulee ottaa huomioon ravitsemuskuntoutusta suunniteltaessa (Kuva 7, s. 104). Terveydentilasta tulee selvittää mahdolliset gerasteniaan vaikuttavat sairaudet ja puuttua hoidolla niihin. Kuntoutujalla saattaa olla monia ruumiin rakenteisiin tai toimintaan liittyä oireita ja ongelmia, jotka tulee selvittää. Esimerkiksi ravitsemustila, liikuntakyky ja gerastenian aste tulee selvittää valideilla mittareilla ja kuntoutus suunnitella niiden mukaisesti. Ympäristöön vaikuttamalla voidaan monin eri kuntoutuksen ja palvelujen keinoin edistää hyvää ravitsemusta ja siten parantaa gerasteniaa. Yhteisöllinen osallistuminen, liikkuminen ja sosiaaliset suhteet voivat vaikuttaa esimerkiksi motivaatioon ja ruokahaluun; sosiaalinen ruokailu on herkullisempaa kuin yksin syöminen. Ihmisen omat toiveet ja tarpeet, sukupolven omaksuma ruokakulttuuri, koulutustaso ja motivaatio vaikuttavat siihen, mikä maistuu ja miten ihminen ruokailee. Kaikki tekijät vaikuttavat toimintakykyyn ja siihen, onko terveyttä edistävä ruokavalio, ruokailu ja syöminen mahdollista.

Ravitsemuskuntoutus onnistuu, mikäli nämä kaikki ulottuvuudet otetaan suunnitelmassa huomioon. Toisaalta ravitsemuksen ja sen eri ulottuvuuksien huomioon ottaminen on tärkeä osa ikääntyneiden kokonaisvaltaista geriatrasta arviointia ja kuntoutumista.





Kuva 7. Kansainvälinen toimintakyvyn luokituksen (International Classification of Functioning = ICF) osa-alueiden vuorovaikutussuhteet, jotka vaikuttavat ravitsemuksen kautta esimerkiksi gerasteniassa kuntoutumisen onnistumiseen.

8.7 Runsaan alkoholin käytön aiheuttamat ravitsemusongelmat

Yli 65-vuotiaiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt viime vuosikymmeninä ja suunta näyttäisi edelleen jatkuvan. Suuret ikäluokat, jotka ovat kasvaneet alkoholimyönteisemmässä yhteiskunnassa, ovat eläköitymässä. Aiemmin omaksutut alkoholin kulutustavat ja tottumukset yleensä jatkuvat eläkeiässä. Alkoholiriippuvaiset jatkavat runsasta alkoholinkulutustaan, ja on myös arvioitu, että kolmasosa suurkuluttajista alkoholisoituu vasta eläkeikäisenä. Toisaalta sairauksien ilmaantuminen voi myös vähentää aiempaa kulutusta.

Alkoholin runsaan käytön tiedetään aiheuttavan haittoja sekä ihmisen fyysiselle, psyykkiselle että sosiaaliselle hyvinvoinnille. Ikääntynyt on alttiimpi näille haitoille elimistössä iän myötä tapahtuvien muutosten takia. Ikääntyessä elimistön vesipitoisuus pienenee ja rasvan osuus kasvaa, jolloin eräiden lääkkeiden ja alkoholin jakaantumis-



tilavuus pienenee ja pitoisuudet kasvavat. Samaan suuntaan vaikuttaa mahalaukun alkoholidehydrogenaasientsyymin toiminnan heikentyminen. Nämä kaikki tarkoittavat suurempia haitta- ja yhteisvaikutuksia. Vanhetessa useiden lääkkeiden poistuminen elimistöstä hidastuu, sillä maksan ja munuaisten toimintakyky heikkenee.

Runsaasti alkoholia käyttävillä ruokavalio voi jäädä yksipuoliseksi ja ravintoaineiden saanti vähäiseksi, jolloin esim. iho-oireet lisääntyvät ja haavat paranevat hitaasti. Alkoholi myös kuivattaa suuta ja aiheuttaa limakalvomuutoksia suussa sekä lisää suusyöpäriskiä. Alkoholijuomien sisältämä sokeri on haitallista hampaiden terveydelle. Huono suun terveys voi aiheuttaa kipua, mikä vähentää syömistä ja lisää vajaaravitsemusriskiä. Ruokavalion monipuolistaminen ja alkoholin nauttimisen rajoittaminen on tällöin tärkeää. Pitkään alkoholia käyttäneillä tehostettu ravitsemushoito on usein tarpeen ravitsemustilan parantamiseksi. Ravitsemushoidolla pystytään parantamaan iäkkään henkilön ravitsemustilaa, mutta jos alkoholin käyttö jatkuu, hoitotulos on heikko.

Erityinen ravitsemuksellinen piirre runsaan alkoholinkäytön yhteydessä ovat elektrolyyttihäiriöt ja vitamiinipuutokset. Myös alkoholin vieroitusoireiden hoidossa on erittäin tärkeää huolehtia elektrolyyttitasapainosta (kalium, magnesium, fosfaatti) sekä vitamiinien (tiamiini, folaatti, monivitamiini) ja glukoosin saannista. Vitamiinit on syytä antaa ennen glukoosia Wernicken enkefalopatian riskin vähentämiseksi. Koska vieroitusoireet ovat rasitus vanhalle elimistölle myös muu ravitsemustila ja oheissairaudet on hoidettava huolellisesti.

Ikääntyessä monet sairaudet ja lääkkeiden käyttö yleistyvät, jolloin riski alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksille suurenee, vaikei alkoholia ja lääkkeitä otettaisikaan samalla kertaa. Sairaudet ja lääkitys myös altistavat alkoholin haitoille. Alkoholi voi lisätä tai heikentää lääkaineiden vaikutusta ja tämän lisäksi se vaikuttaa veren soke-rintason vaihteluun.

Ikääntyessä tasapainoasti ja motoriikka heikentyvät, jolloin alttius kaatumiselle ja verenpaineen liialliselle laskulle pystyasennossa lisääntyy. Myös muisti, aistitoiminnat, motoriikka ja koordinaatio heikkenevät kaikilla ikääntyvillä, mutta runsas päihteiden käyttö huonontaa niitä lisää. Esimerkiksi muistisairaus voi alkaa masennuksella, jota päihteiden liikakäyttö voimistaa. Alakulo, häpeä, syyllisyys ja masennus taas voivat lisätä päihteiden käyttöä. Nämä yhdessä vaikuttavat siihen, että ruokailu jää vähäiseksi tai syödään yksipuolisesti ravintoaineköyhää ruokaa.

Pääsääntöisesti alkoholia ei suositella ikääntyneille lainkaan. Alkoholin enimmäis- saantisuosituksukset kuitenkin ovat enintään yksi alkoholiannos päivässä ja seitsemän annosta viikossa. Uusimpien tutkimusten mukaan alkoholinkäytöstä ei ole terveydellistä hyötyä. Joissain tutkimuksissa tehdyt havainnot siitä, että alkoholia käyttävät vanhuksset ovat muita terveempiä, johtuu siitä, että sairaudet ja toimintakyvyn heikkeneminen usein johtavat alkoholin käytön vähentymiseen ja käytöstä luopumiseen. On kuitenkin muistettava, että ns. sosiaaliseen alkoholinkäyttöön voi liittyä yksilön elämänlaadun kannalta muitakin kuin lääketieteellisiä näkökohtia.



8.8 Erityistilanteet

Ummetus

Ummetuksessa suoli toimii harvoin ja/tai ulostaminen on hankalaa tai tuottaa kipua. Yleisin syy on riittämätön nesteen juominen, vähäkuituinen ruoka ja vähäinen liikunta. Ummetustaipumus on ikääntyneillä yleinen. Myös lääkkeet voivat aiheuttaa ummetusta. Ummetusoireen arvioinnissa lähtökohtana on syyn selvittäminen. Toiminnallisen ummetuksen hoidossa ruokavalio on keskeinen hoitomuoto. Viljan kuitu lisää tehokkaimmin suolen sisältöä. Kypsennetyissä kasviksissa on yhtä paljon kuitua kuin tuoreissa, ja ne sopivat ikääntyneille usein tuoreita paremmin. Perusruokavaliassa kuitua tulee olla naisille vähintään 25 g/vrk ja miehille vähintään 35 g/vrk. Kuidun saannin kannalta haasteellisia ovat rakennemuutetut ruokavaliot.

Täysjyväleipä on suomalaisten tärkein kuidun lähde. Tarvittaessa leivän lisäksi ja/tai sijaan tarjotaan ruiskorppujauhoa ruokiin sekoitettuna. Pajalan puuro on hyvin kuitupitoista ja sitä voi tarjota 2–3 päivänä viikossa (Liite 2, s. 173). Asiakkaalle tarjotaan kuivattuja hedelmiä (aprikoosi, luumu) ja hedelmäsoseita (aprikoosi, persikka, mango, omena ja luumu). Maitohappobakteereita sisältävät piimät, jogurtit, viilit ja mehut saattavat myös olla eduksi. Jotkut hyötyvät kasviöljyn käytöstä, esim. 1 rkl aamuisin puuroon.



VINKKEJÄ ummetuksen ruokavaliohoitoon

- Leseitä voi sekoittaa viiliin ja jogurttiin. Useimpiin puuroihin ja velleihin voi lisätä jo valmistusvaiheessa kaura-, vehnä-, ruis- tai tattarileseitä. Leseiden käyttö on syytä aloittaa pienin annoksin. Sopiva aloitusannos on 1 rkl, jota lisätään vähitellen 2–3 rkl:een päivässä.
- Ruiskorppujauhoa, täysjyvämysliä, täysjyvämuuroja ja talkkunaa voi sekoittaa piimän, viilin ja jogurtin joukkoon.
- Pellavarouhetta voi käyttää enintään 2 rkl (15 g) /päivä.
- Hedelmäsoseita voi tarjota puuron ja viilin kanssa tai sellaisenaan.
- Kuivattuja, liotettuja luumuja tai luumunektaria voi tarjota 2–3 päivänä viikossa.



Riittävästi nestettä

Kuitu runsaan nesteen kanssa pehmentää ulostemassaa, lisää suolen liikkeitä ja toimintaa. Päivän ruuista tulee nestettä yleensä 700–800 ml. Nestettä on lisäksi hyvä juoda noin 1,5 litraa, mikäli asiakkaalla ei ole nesterajoitusta. Sopivia juomia ovat vesi, laimea sokeroimaton mehu, kotikalja, maito, piimä, kahvi ja tee. Hampaat kestävät 5–6 happohyökkäystä päivässä, joten syömis- ja juomiskertojen määrän ylittäessä tämän hampaiden hoidosta on huolehdittava erityisen hyvin. Sokeripitoisten juomien ja runsas teen juonti saattaa lisätä ummetustaipumusta.

Kihti

Kihdin hoidossa on tärkeää riittävä nesteen saanti. Energiattomia ja vähäenergisää sokerittomia nesteitä nautitaan 2–3 litraa päivässä, kun asiakkaalla ei ole nesterajoitusta. Alkoholi juomat lisäävät kihtikohtauksen riskiä. Oluessa on alkoholin lisäksi runsaasti puriiniaineita. Runsaasti puriiniaineita sisältävien ruoka-aineiden sietokyky on yksilöllistä. Puriiniaineita on runsaasti sisäelimissä ja pienissä nahkoineen syötävissä kaloissa, kuten muikku, sardiini, anjovis ja silakka. Myös broilerin nahassa on runsaasti puriiniaineita. Kohtuullisesti puriiniaineita sisältävät liha sekä nahaton siipikarja ja kala. Tavanomaiset kerta-annokset aiheuttavat harvoin oireita. Kasvisten puriiniaineiden määrällä ei yleensä ole merkitystä.

Ylipainoisten maltillinen laihtuminen helpottaa kihdin oireita. Sopiva laihtumisvauhti on 1 kg/kk. Nopea laihtuminen on haitallista kihtiä sairastavalle.

Kihtipotilaalle tilataan Perusruokavalio. Ympäri vuorokautisessa hoidossa runsaasti puriiniaineita sisältäviä ruoka-aineita voi tarjota esimerkiksi kerran viikossa tavanomaisen kokoisen annoksen. Jos asiakas saa esimerkiksi kalapäivinä oireita, tilataan niinä päivinä henkilökohtainen ruokavalio. Kotiutuville asiakkaille annetaan tarvittaessa ruokavalio-ohjausta. Tarvittaessa pyydetään ravitsemusterapeutin konsultaatio.

Sappikivitauti

Tulokeskustelussa selvitetään mahdolliset oireita aiheuttavat ruoka-aineet, ruokalajit ja juomat. Sappirakon poiston jälkeen rajoitteet ovat yleensä tarpeettomia. Asiakasta rohkaistaan laajentamaan ruokavaliota. Ruokailutilanteessa voidaan kokeilla esimerkiksi pieniä määriä herneitä salaattissa ja sipulia ruoan joukossa. Oireita saattavat aiheuttaa myös esimerkiksi pavut, kaali, kuorimaton kurkku ja omena, paprika, sorbitoli sekä tuore leipä ja pulla. Kasvikset voivat kuitenkin sopia kypsennettyinä, kuorittuina tai pieninä määrinä ja leivät ja pullat päivän vanhoina tai paahdettuina. Turhia rajoituksia tulee välttää.

Asiakkaalle tilataan Perusruokavalio. Jos esimerkiksi hernekeitto aiheuttaa voimakkaita oireita, tilataan kyseiseksi päiväksi henkilökohtainen ruokavalio. Rasvan määrän kohtuullisuus on keskeistä. Perusruoassa rasvan ja mausteiden käyttö on kohtuullista. Nopea laihtuminen lisää sappikivien vaaraa. Mikäli lääkäri arvioi



laihduuttamisen tarpeelliseksi, noudatetaan ikääntyneen maltillisen laihduuttamisen periaatteita eli painon tulisi laskea enintään 1 kg/kk.

Parkinsonin tauti

Parkinsonin tautia sairastavalla pyritään ylläpitämään sopiva paino, turvaamaan riittävä energian, proteiinin, välttämättömien rasvahappojen, kuidun ja nesteen saanti sekä turvaamaan nielemiskyvyn mukainen ruoan rakenne.

Yksilöllisen sopivuuden mukaan asiakkaalle tilataan ensisijaisesti Perusruokavalio. Vajaaravituille tilataan tehostettu ruokavalio sopivan rakenteisena. Tarvittaessa käytetään kliinisiä täydennysravintovalmisteita ravinnonsaannin turvaamiseksi. Valmis- teet valitaan ja nautitaan yksilöllisen tarpeen mukaan niin, että ruokavalion kokonais- energia- ja proteiinimäärä ja ajoitus tukevat hyvää hoitoa.

Parkinsonin taudin hoidossa on tärkeää ajoittaa dopamiinilääkityksen annostelu vähintään puoli tuntia ennen tai tunti aterian jälkeen. Dopamiinilääkityksen teho heikentyy ajan kanssa. Osa hyötty proteiinipitoisten ruokien nauttimisen ajoituksen yksilöllisestä suunnittelusta. Ravitsemusterapeutin ja lääkärin konsultaatiot ovat tarpeen lääkityksen tehon optimoimiseksi ja vajaaravitsemuksen ehkäisemiseksi.

Parkinson-ruokavaliossa proteiinien saanti painottuu tarvittaessa iltapäivään ja iltaan. Jos proteiinin saantia on tarpeen ajoittaa asiakkaan kliinisen tilan vuoksi, tulee varmistaa, että proteiinin saanti vuorokausitasolla on riittävää. Painon säännöllinen seuranta on tärkeää. Jos asiakkaan ruokahalu heikkenee tai nielemiskyky huononee, ravitsemushoitoa tehostetaan viipyilemättä. Ruoan rakennetta muutetaan myös helpommin nieltäväksi. Jos puheterapeutti arvioi suun kautta syömisen turvalliseksi, valitaan Sileä sosemainen ruokavalio. Muissa syömisongelmissa Pehmeä ruokavalio on usein paras vaihtoehto. Kuiva suu on yleinen hoidossa huomioitava oire. Ummetus, joka on yleistä ja vaikeaa (ks. Ummetus, s. 106), ei yleensä korjaannu täysin ruokavalion ja lääkityksen keinoin. Lääkärin konsultaatio on tarpeen.

Diabetes

Diabeetikoille sopii yleensä Perusruokavalio. Ruokavalion tulee sisältää vähän sokeria, vähäkuituista viljaa, kovaa rasvaa ja suolaa sekä runsaasti ravintokuitua ja kohtuudella pehmeää rasvaa. Hoito on hyvin iäkkäillä ja huonokuntoisilla lähinnä oireiden mukaista hoitoa. Ruokavalion pitää joustaa tarvittaessa niin, että vajaaravitsemusriski ei lisäännä. Painoa on hyvä seurata sen takia ja myös siksi, että liiallinen painonnousu on haitallista. Monipuolinen ja ravitsemuksellisesti riittävä ruokavalio on tärkeä toimintakyvyn säilymisen kannalta. Kuitupitoisia ruoka-aineita ja pehmeän rasvan lähteitä suositaan. Myös liikkuminen on tärkeää. Ruokajuomaksi valitaan rasvattomia tai vähärasvaisia maitotuotteita, levitteeksi rasvaista (vähintään 60 % rasvaa) kasvirasvavai- tettä. Säännöllinen ateriarhythmi helpottaa hoidon toteutusta. Hyvin harva diabeetikko tarvitsee ylimääräisiä välipaloja nykyisillä insuliinihoidoilla. Tarvittaessa käytetään



keinotekoista makeutusainetta kahvin ja teen makeuttamiseen. Mikäli tyyppin 2 diabetesta sairastavalla asiakkaalla on monipistoshoito käytössä, ateriainsuliinin määriä sovitetaan ateriakoon mukaan. Jos asiakkaalla on hoitoon tullessa 1 tyyppin diabetes ja monipistoshoito, sovitetaan insuliinihoito ja ruoka yhteen hiilihydraattimäärien arvioinnilla. Ravitsemusterapeutin konsultaatio pyydetään tarvittaessa.

Verenhennuslääkitys, antikoagulaatiohoito

Verenhennuslääkkeistä varfariinin (Marevan) tehoon vaikuttaa ravinnon K-vitamiinin määrä. Se ei saisi vaihdella suuresti päivästä toiseen. Vihanneksia, juureksia, hedelmiä ja marjoja suositellaan perusruuan mukaisia määriä. Greippi- ja karpalomehu saattavat voimistaa lääkkeen tehoa, joten niitä ei suositella. Asiakkaalle tilataan perusruokavalio ja häntä kannustetaan syömään kasvis-, hedelmä- ja marja-annokset. Luontaistuotteet ja suuret määrät yksittäisiä vitamiineja (pois lukien D-vitamiini) sisältävät valmisteet eivät sovi käytettäväksi varfariinihoidon yhteydessä. Niiden käytöstä tulee aina keskustella hoitavan lääkärin tai ravitsemusterapeutin kanssa.



Lähteet

- Bosch X, Monolus E, Escoda O ym. Unintentional weight loss: clinical characteristics and outcomes in a prospective cohort of 2677 patients. *PlosOne* 2017;12:e0175125.
- Cruz-Jentoft A, Sayer AA. Sarcopenia. *Lancet* 2019;393:2636–2646.
- Evans WJ, Morley JE, Argile's J, ym. Cachexia: a new definition. *Clin Nutr.* 2008;27:793–799.
- Granic A, Mendonça N, Sayer AA, ym. Effects of dietary patterns and low protein intake on sarcopenia risk in the very old: The Newcastle 85+ study. *Clin Nutr.* 2020;39:166–173.
- ICF-luokitus. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>.
- Jyväkörpi SK, Urtamo A, Strandberg AY, ym. Associations of overweight and metabolic health with successful aging: 32-year follow-up of the Helsinki Businessmen Study. *Clin Nutr.* 2019 Jun 21. pii: S0261-5614. doi: 10.1016/j.clnu.2019.06.011. [Epub ahead of print]
- Koivukangas M, Strandberg T, Leskinen R ym. Vanhuksen gerastenia – tunnista riskipotilas. *Lääkärilehti* 2017;72:425–430.
- Koponen P, Brodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa- FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Landi F, Calvani R, Tosato M ym. Anorexia of ageing: risk factors, consequences, and potential treatment. *Nutrients* 2016;8:69.
- McGregor I, Harvey J. Food for thought: Leptin regulation of hippocampal function and its role in Alzheimer's disease. *Neuropharmacology* 2018;136:298–306.
- Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Duodecim 2017. Saatavissa: www.käypähoito.fi
- Parker SG, McCue P, Phelps K. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing* 2018;47:149–155.
- Pitkälä K, Valvanne J, Huusko T. Geriatriinen kuntoutus. Kirjassa: Tilvis R ym. Geriatria. Kustannus Oy Duodecim 2016. s. 448–467.
- Pohjonen J. Tahaton laihtuminen. *Duodecim* 2019;135:1287–1292.
- Prado CM, Siervo M, Mire E, ym. A population-based approach to define body-composition phenotypes. *Am J Clin Nutr.* 2014;99:1369–1377.
- Sane T. Vesitalouden karikoita. *Duodecim* 2015;131:1145–1152.
- Savela S, Komulainen P, Sipilä S, ym. Ikääntyneiden liikunta – minkälaista ja mihin tarkoitukseen? *Duodecim* 2015;131:1719–1725.
- Strandberg TE, Stenholm S, Strandberg AY, ym. The “obesity paradox,” frailty, disability, and mortality in older men: a prospective, longitudinal cohort study. *Am J Epidemiol.* 2013;178:1452–1460.
- Struijk EA, Hagan KA, Fung TT, ym. Diet quality and risk of frailty among older women in the Nurses' Health Study. *Am J Clin Nutr.* 2020; nqaa028. doi:10.1093/ajcn/nqaa028.
- Suominen MH, Jyväkörpi SK, Pitkälä KH, ym. Nutritional guidelines for older people in Finland. *J Nutr Health Aging* 2014;18:861–867.
- Veronese N, Cereda E, Solmi M, ym. Inverse relationship between body mass index and mortality in older nursing home residents: a meta-analysis of 19,538 elderly subjects. *Obes Rev* 2015;16:1001–1015.
- Winter JE, MacInnis RJ, Wattanapenpaiboon N, ym. BMI and all-cause mortality in older adults: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2014;9:875–890.
- Wirth R, Schneider SM. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clin Nutr.* 2015;34:1052–1073.
- Volkert D, Beck AM, Cederholm T, ym. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* 2019;38:10–47.



9 Ravitseminen ja lääkkeet

Hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen on tärkeää sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa, myös lääkehoidon onnistumisen kannalta. Iän myötä erilaiset sairaudet ja oireet lisääntyvät, minkä seurauksena lääkkeiden käyttö on hyvin yleistä iäkkäillä. Lähes jokaisella 75 vuotta täyttäneellä suomalaisella on käytössä vähintään yksi reseptilääke. Ikääntymiseen liittyvät muutokset ja sairaudet vaikuttavat lääkkeiden imeytymiseen, metaboliaan ja erittymiseen. Ikääntyessä lihasmassa vähenee ja näin veden osuus elimistössä pienenee ja rasvan osuus lisääntyy. Tämän seurauksena vesiliukoisten lääkeaineiden pitoisuudet voivat nousta ja rasvaliukoiset lääkeaineet voivat varastoitua rasvakudokseen. Myös valkuaisaineisiin sitoutuvien lääkeaineiden pitoisuudet voivat kehon ikääntymismuutosten seurauksena muuttua. Iäkkäillä on näin nuorempia ikäryhmiä suurempi riski saada haittavaikutuksia tai yhteisvaikutuksia lääkehoidon yhteydessä. Iäkkään oireita voi olla joskus vaikea tulkita; kyseessä voi olla lääkkeen haittavaikutus tai oireet ovat seurausta ikääntymisestä tai sairaudesta.

Lääkkeillä voi olla vaikutuksia ruoansulatuskanavaan ja siten välillisesti myös ruokahaluun (Taulukko 10, s. 113). Lääkkeet voivat vähentää syljen eritystä ja näin aiheuttaa suun kuivumista (esimerkiksi antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet). Jotkut lääkkeet aiheuttavat makuhäiriöitä, kuten pahaa makua suuhun (esimerkiksi ACE-estäjät, metformiini, sienilääkkeet, tsopikloni). Sekä kuiva suu että makuhäiriöt saattavat aiheuttaa edelleen ruokahalun vähenemistä.

Lääkkeet voivat aiheuttaa ruoansulatuskanavaan kohdistuvia haittavaikutuksia, kuten vatsavaivoja (esimerkiksi tulehduskipulääkkeet) (Taulukko 10, s. 113), pahoinvointia, ripulointia tai ummetusta. Ruoansulatuskanavaan kohdistuvat haittavaikutukset ovat tavallisia hoidon alkuvaiheessa, mutta lievittyvät hoidon edetessä.

Tieto lääkkeiden ja ruoan yhteisvaikutuksista on vielä puutteellista ja yhteisvaikutukset aiheuttavat vain harvoin vakavia seurauksia. Yhteisvaikutukset voivat tehostaa lääkehoitoa tai heikentää joidenkin ravintoaineiden imeytymistä tai erittymistä ja siten heikentää ravitsemustilaa. Esimerkiksi C-vitamiini tehostaa rautavalmisteiden imeytymistä, mitä voidaan hyödyntää rautahoidon onnistumisessa. Greippimehu voi vaikuttaa useiden lääkkeiden (esimerkiksi kalsiumsalpaajat, statiinit, sienilääkkeet, varfariini) metaboliaan huomattavastikin, joten yhteiskäyttöä on syytä välttää.

Yleisimpiä lääkkeiden ja ruoka-aineiden lääkeaineen tehoa heikentäviä yhteisvaikutuksia ovat kalsiumin yhteisvaikutus tetrasykliini- ja fluorokinoloniantibioottien ja bisfosfonaattien kanssa. Runsas proteiinin ja rautavalmisteiden nauttiminen samanaikaisesti Parkinsonin taudin hoidossa käytettävän levodopan kanssa voi heikentää lääkkeen tehoa. Myös pyridoksiini (B₆-vitamiini) estää levodopan vaikutusta, mutta tämä yhteisvaikutus on vältettävissä yhdistämällä karbidopa levodopahoitoon. Kahvi, tee ja maitotuotteet voivat puolestaan heikentää raudan imeytymistä. Yhteisvaikutukset ovat usein vältettävissä ajoittamalla lääkkeen otto ja ruokailu eri aikaan.



K-vitamiini (tummanvihreät lehtikasvikset) voi muuttaa verenohennuslääke varfariinin vaikutusta. Varfariinihoidon yhteydessä ei ole kuitenkaan syytä pidättäytyä kasvien syömisestä, vaan välttää suurta päivittäistä vaihtelua kasvien määrässä. Diabeteslääke metformiini ja närästysoireiden hoitoon käytettävät protonipumpun estäjät (PPI-lääkkeet) voivat vähentää ravinnosta saatavan B₁₂-vitamiinin imeytymistä ja osaltaan aiheuttaa B₁₂-vitamiinin puutosta. Runsas lakritsin syöminen voi aiheuttaa verenpaineen nousua ja muuttaa veren kaliumpitoisuutta ja vaarantaa näin verenpainelääkityksen onnistumista.

Yleensä paras tapa ottaa lääke on tyhjään vatsaan veden kera. Lääkkeitä ei suositella sekoitettavaksi tai hienonnettavaksi ruokaan. Lääkkeiden sekoittaminen ruokaan muuttaa ruoan makua ja voi myös muuttaa lääkkeiden vaikutusta tai tehoa. Lääkkeiden käyttöön liittyviä ohjeita voi olla vaikeaa noudattaa, erityisesti kognition heikentyessä. Tällöin muistamista voi helpottaa rytmittämällä lääkkeiden annostelu ruokailujen aikataulun mukaisesti.

Lähteet

- Bonnet F, Scheen A. Understanding and overcoming metformin gastrointestinal intolerance. *Diabetes Obes Metab* 2017;19:473–481.
- Bytzer P. Dyspepsia as an adverse effect of drugs. *Best Pract & Res Clin Gastroenterol* 2010;24:109–120.
- Mursu J, Jyrkkä J. Hyvä ravitsemus tukee iäkkäiden lääkehoidon onnistumista. *Sic!* 2, 2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014120350514>.
- Nissy A, Nazir A, Capecomorin SP. Spectrum of drug-induced chronic diarrhea. *J Clin Gastroenterol* 2017;51:111–117.
- Saano V. Ruoka ja lääkkeet. *Duodecim* 1998;114:1051–1057.
- Sbahi H, Cash B. Chronic constipation: a Review of current literature. *Curr Gastroenterol* 2015;17:47
- Teoh L, Moses G, McCullough MJ. A review and guide to drug-associated oral adverse effects-Dental, salivary and neurosensory reactions. *J Oral Pathol Med* 2019;48:626–636.



Taulukko 10. Esimerkkejä lääkeryhmistä ja lääkeaineista, joilla voi olla ravitsemukseen vaikuttavia haittavaikutuksia

Ongelma	Lääke
Kuiva suu	<p>Erityisesti: Antikolinergisesti vaikuttavat; trisykliset masennuslääkkeet, antihistamiinit (erityisesti hydroksitsiini), lihasrelaksantit, suolistospasmolyytit, antikolinergiset virtsanpidätyslääkkeet, psyykelääkkeistä erityisesti perinteiset psykoosilääkkeet.</p> <p>Esimerkkejä lääkeaineista: alendronaatti, amitriptyliini, aripipratsoli, buprenorfiini, duloksetiini, fluoksetiini, furosemiidi, gabapentiini, ketiapiini, oksybutyniini, olantsapiini, risperidoni, sitalopraami solifenasiini, tolterodiini, tsolpideemi, verapamiili</p>
Makuhäiriöt	<p>Esimerkkejä lääkeaineista: amiodaroni, diltiatseemi, kandesartaani, litium, losartaani, metformiini, metronidatsoli, terbinafiini, topiramaatti, tsolpideemi, tsopikloni</p>
Ylävatsaoireet	<p>Erityisesti: Tulehduskipulääkkeet (erityisesti COX1-tulehduskipulääkkeet): asetyylisalisyylihappo, ibuprofeeni, meloksikaami, naprokseeni, selekoksibi</p> <p>Esimerkkejä muista lääkeaineista: alendronaatti, erytromysiini, risedronaatti, tetrasykliini</p>
Pahoinvointi	<p>Esimerkkejä lääkeaineista: ibuprofeeni, levodopa metformiini, naprokseeni, sertraliini, sitalopraami, sytostaatit</p>
Ripuli	<p>Erityisesti: Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI), Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät (SNRI) ja asetyylkoliiniesteraasin estäjät (AKE).</p> <p>Esimerkkejä lääkeaineista: amoksisilliini, bisakodyyli, digoksiini, erytromysiini, ibuprofeeni, karbamatsepiini, kefalosporiini, laktuloosi, lovastatiini, magnesium, meloksikaami, metformiini, naprokseeni, paroksetiini, pravastatiini, rivastigmiini, selekoksibi, sertraliini, simvastatiini</p>
Ummetus (krooninen)	<p>Erityisesti: antacidit, antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet, kalsiumsalpaajat, rauta</p> <p>Esimerkkejä lääkeaineista: amiodaroni, amitriptyliini, atenololi, furosemiidi, ibuprofeeni, kalsium, karbamatsepiini, morfiini, rauta, verapamiili</p>



10 Suun terveys ja ravitsemus

- ▶ Terveellä suulla voi syödä monipuolisesti.
- ▶ Suun ongelmat ja sairaudet haittaavat ruokailua – huonot ruokailutottumukset ja heikko ravitsemus ovat puolestaan haitallisia suun terveydelle.
- ▶ Kaikki iäkkäät tarvitsevat säännöllisesti suun terveydenhuollon ammattilaisen tekemän suun terveydentilan tutkimuksen ja irrotettavien hammasproteesien kunnan tarkistuksen.
- ▶ Yksilöidyt ohjeet suun ja hampaiston päivittäisestä omahoidon/avustetun omahoidon sisällöstä ja toteutuksesta kuuluvat jokaisen ikääntyneen palvelusuunnitelmaan. Ohjeet ja hoito tulee toteuttaa toimintakyky huomioiden.
- ▶ Ateriarytmin tulee olla säännöllinen ja ruokailukertojen määrän 5–6 vuorokaudessa. Mahdollinen sokerin nauttiminen tulee ajoittaa ruokailun yhteyteen, koska jokainen sokeripitoisen juoman tai pienenkin välipalan nauttimiskerta aiheuttaa suussa happohyökkäyksen.

10.1 Iäkkäiden suun terveyden ongelmat

Hyväkuntoinen hampaisto, jossa on riittävästi purentapareja (vähintään 10 paria, 20 hammasta) sekä terveet limakalvot, takaa parhaiten toimivan pureskelun ja mahdollisuuden riittävään ravitsemukseen. Suun terveydenhuollon ammattilaisen (hammaslääkäri tai suuhygienisti) tulisi säännöllisesti tarkistaa iäkkään suun terveydentila, koska muutokset lääkityksissä, toimintakunnossa ja ravitsemuksessa voivat nopeasti heikentää suun ja hampaiston terveydentilaa.

Ikääntyneillä on yhä enemmän omia hampaita ja myös niitä korvaamaan valmistettuja kiinteitä rakenteita (proteettiset siltaratkaisut, implanttirakenteet). Tämä kertoo elinikäisestä onnistuneesta hammashoidosta ja elämänlaadusta, mutta seurauksena on suurentunut suusairauksien riski muiden sairauksien ja toimintakyvyn heikentymisen myötä. 70 vuotta täyttäneistä suomalaisista noin joka neljäs mies ja joka kolmas nainen oli kokonaan hampaaton vuonna 2017. Lisäksi joka kolmannella oli käytössään irrotettava osaproteesi korvaamassa puuttuvia omia hampaita.

Iäkkäillä yleisiä suun terveyden ongelmia ovat

- heikentynyt syljeneritys ja siitä johtuen kuiva suu
- suun ja hampaiston ja hammasproteesien puhdistamisen vaikeutuminen
- karies (hampaiden reikiintyminen)
- parodontiitti (hampaiden kiinnityskudossairaus)
- hiivainfektiot
- limakalvomuutokset



- huonosti istuvat tai rikkonaiset irrotettavat proteesit
- hampaiden puuttuminen ja siitä johtuen heikentynyt pureskeluteho.

Kaikki edellä luetellut tekijät ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja vaikeuttavat syömistä, nielemistä ja puhumista. Suun terveysongelmat voivat myös aiheuttaa kipua ja epämukavuutta ja siten heikentää elämänlaatua. Lisäksi avun varassa elävän heikkokuntoisen vanhuksen pääsy hammashoittoon saattaa olla vaikeaa ja/tai taloudellisesti mahdotonta.

Karies ja parodontiitti

Karies ja parodontiitti eivät varsinaisesti ole ikään liittyviä suusairauksia, mutta niiden esiintyminen on yleisempää vanhemmissa ikäluokissa. Karieksen ja parodontiitin merkitys kasvaa ikääntyessä, koska elämän aikana kertyneet muutokset ovat pääosin palautumattomia. Edetessään karies ja parodontiitti pitävät yllä jatkuvaa tulehdusta ja voivat johtaa uusiin hammasmenetyksiin.

- Iäkkäällä parodontiitin eteneminen ilmenee pääasiassa ikenien vetäytymisenä.
- Ikenien vetäytyminen altistaa erityisesti avun varassa elävät vanhukset juurikariekselle.
- Karieksen aiheuttama hammassärky on yleinen pään ja kasvojen alueen kiputila.
- Kipua aiheuttaa myös hampaiden liikkuvuus pitkälle edenneen parodontiitin takia.

Suun, hampaiston ja hammasproteesien puhdistus

Heikon suuhygienian seurauksena kertyvä hammasplakki on gingiviitin (ientulehdus), siitä kehittyvän parodontiitin ja karieksen ensisijainen aiheuttaja. Lisäksi ravitsemuksen muuttuminen kohti pehmeitä ja sokeripitoisia ruokia ja varsinkin niiden tiheä nauttiminen lisäävät bakteeriplakin kertymistä hampaistossa.

- Iäkkään ihmisen huonontunut näkö sekä tuntoaistin, käsien toiminnan ja kognitiivisten taitojen heikentyminen vaikeuttavat omatoimista suun ja hampaiden puhdistamista.
- Suun päivittäinen hoito, suun terveyden säännöllinen arvioiminen ja suun terveydenhoidon palvelujen piiriin ohjaaminen ovat moniammatillista yhteistyötä (ks. Työkalut Suun terveyden arviointi, s. 163).
- Suun päivittäisen hoidon suunnitelman tulee sisältyä avun varassa elävän iäkkään henkilön palvelusuunnitelmaan.
- Iäkkään ihmisen suun terveydentilan säännöllinen tutkiminen on välttämätöntä bakteerikertymän aiheuttamien suun tulehdussairauksien ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi riittävän ajoissa.



Suun limakalvot ja hiivainfektiot

Suun limakalvoissa tapahtuu vastaavanlaisia ikämuutoksia, kuin ihossa. Kudosten hidastuneen uusiutumisen seurauksena suun limakalvo surkastuu ja ohenee, joustavuus vähenee ja haavojen paraneminen hidastuu. Ohentuneet suun limakalvot ovat alttiit haavaumien kehittymiselle. Myös suun limakalvojen (erityisesti kielen ja huulten) polte, jossa ei ole silmin nähtäviä muutoksia limakalvoissa, on yleinen ikääntyneen väestön suun kiputila.

Suun hiivainfektion aiheuttaa useimmiten puutteellinen suu- ja proteesihygienia, proteesien käyttö myös yöaikaan tai inhaloitavien steroidien vääränlainen käyttö. Myös suupolteoireiden ilmetessä on hyvä muistaa hiivainfektion mahdollisuus.

Pureskeluteho

Hampaiden osittainenkin puuttuminen vaikuttaa pureskelukykyyn ja siten merkittävästi ruokavalion laatuun ja ravitsemukseen. WHO:n mukaan hampaisto/purenta on toimiva, kun henkilöllä on 20 omaa hammasta ilman korvaavia hammasproteeseja. Määrän lisäksi myös hampaiden sijainnilla on merkitystä, sillä pureskelu edellyttää vähintään 10 parentaparia. Irrotettavien proteesien (osaproteesit, kokoproteesit) pureskeluteho ei vastaa luonnonhampailla tai implanttihampailla saavutettavaa. Huonosti istuvat tai huonokuntoiset hammasproteesit jopa vaikeuttavat syömistä ja voivat aiheuttaa parentaelimistön ja limakalvojen kiputiloja.

Puuttuvia hampaita korvaamaan asetetut hammasimplantit ovat yleistyneet myös vanhusväestössä. Implantit lisäävät parentatehoa ja parantavat elämänlaatua. Implanttien ja niiden ympäriskudosten puhtaana pitäminen on kuitenkin vaativaa, ja siksi implanttien ympäriskudosten tulehdusongelmien riski kasvaa yli 65-vuotiailla. Tutkimustietoa siitä, miten implanttien päivittäinen hoito onnistuu avun tarpeessa olevilla iäkkäillä, ei ole saatavilla.

Muista suusairauksista saadun tiedon perusteella myös implanttien puhtaana pitämisestä aiheutuvien ongelmien voidaan ennustaa lisääntyvän iäkkäällä väestöllä.

10.2 Kuiva suu

Iäkkästä väestöstä n. 30 % ilmoittaa kokeneensa suun kuivuutta päivittäin. Monen lääkkeen samanaikainen käyttö heikentää syljeneritystä ja lisää subjektiivisesti koettua suun kuivuutta (kserostomia). Koettua kuivan suun tunnetta voivat aiheuttaa myös erilaiset sairaudet, kuten anoreksia, vajaaravitsemus, diabetes, masennus ja Sjögrenin syndrooma, tupakointi, suun kautta hengittäminen ja elimistön kuivuminen.

Syljen erityys vähenee myös, kun pureskelukyky heikkenee hampaiden puutoksien takia. Myös pään ja kaulan alueen sädehoito vaikuttavat syljeneritykseen. Erityisesti Alzheimerin tautia sairastavilla on todettu syljenerityksen vähenemistä.



Kuivan suun seurauksena moni suun ongelma yleistyy:

- kariesvaurioita kehittyy enemmän
- suun hiivainfektion riski kasvaa
- irrotettavat proteesit pysyvät huonommin paikoillaan
- suun limakalvo-ongelmat lisääntyvät
- puhuminen ja syöminen vaikeutuvat
- makuaisti heikkenee
- nielemisvaikeudet lisääntyvät.

Kuivaa suuta on syytä epäillä, kun huulet ovat rohtuneet, puhe ei luista, ruokailuvälineet tarttuvat posken limakalvoon tai ruoka ei etene suusta nielemisvaiheeseen.

Jos kuivan suun aiheuttaja on tiedossa, kannattaa puuttua siihen. Esimerkiksi hoitavan lääkärin kanssa kannattaa keskustella onko lääkitystä mahdollista vaihtaa. Oireita voi helpottaa huolehtimalla riittävästä veden juomisesta ja suun säännöllisestä kostuttamisesta esimerkiksi ruokaöljyllä tai apteekista saatavilla herkän ja kuivan suun tuotteilla (kostuttavat geelit ja suusuihkeet). Ks. tarkemmin [Kuiva suu](#)¹⁶.

10.3 Ravinto ja suu

Pureskeluteho ja ravitsemuksen puutteet

Kokonaan hampaattomat tai vajaahampaiset iäkkäät syövät vähemmän kasviksia ja hedelmiä ja vastaavasti enemmän sokeripitoisia ruokia kuin hampaalliset, ja lisäksi ruokavalion rasvahappokoostumus on epäterveellisempi kuin hampaallisilla. Jos haukkaaminen tai pureskelu on hankalaa, ruokavalio valikoituu ravitsemuksen kannalta epäsuotuisaksi, ja enemmän pureskelua vaativia ja usein kuitupitoisia ruoka-aineita, kuten hedelmiä, kasviksia ja pähkinöitä, vältellään.

- Hammasmäärän lisääminen irrotettavilla proteeseilla ei välttämättä yksinään johda parempiin ruokailutottumuksiin.
- Kokoproteesien käyttäjillä on usein ongelmia pureskella tomaatteja, raakoja porkkanoita, salaattia, omenoita, appelsiineja, pähkinöitä ja lihaa.
- Heikko pureskeluteho voi merkittävästi vaikuttaa vajaaravitsemuksen kehittymiseen.

Ravinto ja karies

Sokeripitoinen ravinto ja juomat edistävät hammasplakin kasvua ja kertymistä. Eri-laisten sokeripitoisten ruokien ja juomien tarjonta on nykyään runsasta. Kariuksen

16 <https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/suun-sairaudet-ja-tapaturmat/hampaiden-ja-suun-sairaudet/kuiva-suu#.Xn4fYC1DxoN>



tehokkainta ehkäisyä on kuitenkin estää bakteeriplakin kasvua välttämällä sokerin käyttöä ja huolehtia päivittäisestä hyvätasoisesta suuhygieniasta.

Kariesvaurio syntyy, kun puutteellisen hampaiden puhdistamisen seurauksena hammaspinnalle kertyneet suun bakteerit saavat sokeripitoista ravintoa. Erityisesti hampaiden paljastuneet juuripinnat ovat alttiita kariotumiselle. Heikentynyt syljen-eritys edelleen lisää kariesriskiä syljen huuhteluvaikutuksen ja muiden suojausmekanismien puuttuessa. Plakin bakteerien aineenvaihdunta muuttaa sokerin hapoksi, joka käynnistää hampaan kiille- tai juuripinnan rakenteen rikkoutumisen. Lisäksi karies-kehittymistä edistävät vähäinen fluorin saanti, käsien toiminnan vajavaisuus ja kognition heikkeneminen.

Suun terveyden ylläpitämisessä sokerin käyttöä rajoittavalla ruokavaliolla on tärkeä merkitys erityisesti toimintakyvyltään vajavaisilla vanhuksilla. Tämä tulisi huomioida myös silloin, kun hoidetaan iäkkäiden vajaaravitsemusta.

Karieksen hallinnassa ja hampaiden reikiintymisen ehkäisyssä keskeistä on

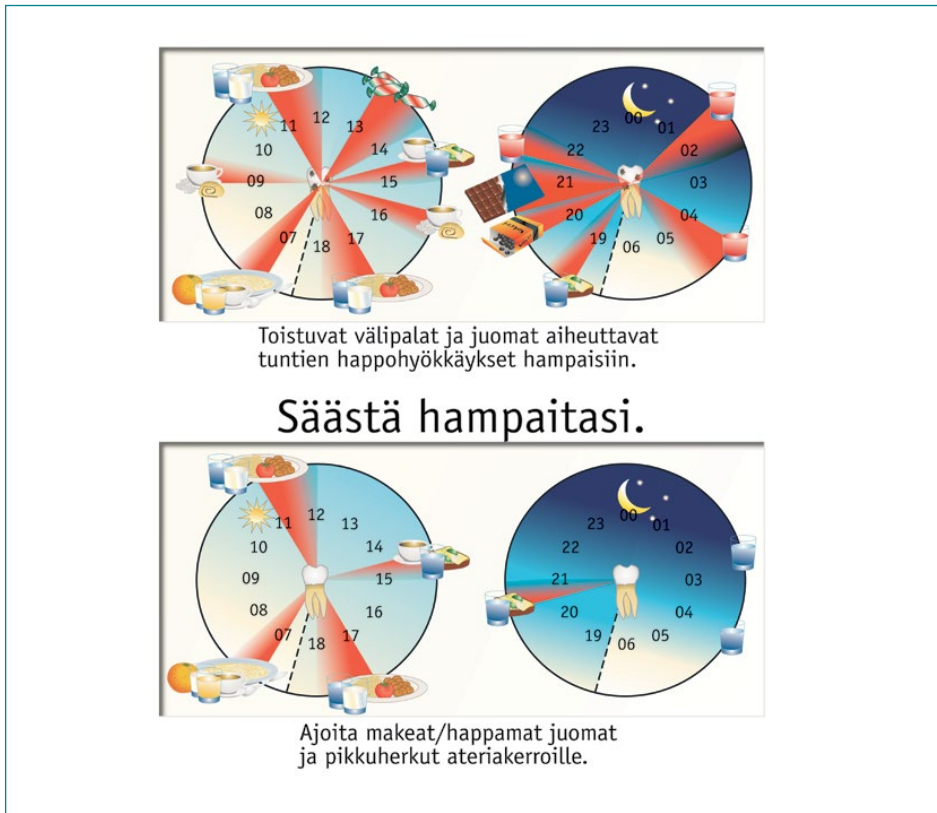
- sokerin käyttötiheyden rajoittaminen
- ajoittaa sokerin nauttiminen säännöllisen ruokailun yhteyteen (ks. Kuva 8, Ruokakello, s. 119)
- vesi janojuomana
- hyvä suuhygienia fluorihammastahnaa käyttäen, suositusten mukaan kaksi kertaa päivässä
- sokerin korvaaminen ei-kariogeneisilla sokerialkoholeilla (esim. ksylitoli, sorbitoli), steviolilla ja muilla makeutusaineilla, joiden käyttö ei lisää hampaiden reikiintymistä.

Ksylitolilla tai sorbitolilla makeutettujen makeisten imeskely stimuloi myös syljen-eritystä, josta erityisesti suuren kariesriskin vanhusväestö voi hyötyä. Ksylitoli jopa ehkäisee hampaiden reikiintymistä, mutta sen käyttö on hyvä aloittaa pienillä annoksilla, sillä runsas käyttö voi aiheuttaa vatsavaivoja. Hampaiden hoitoon on syytä kiinnittää erityistä huomiota, jos ateriakertoja on useammin.

Happoja muodostuu helposti mm. seuraavien ruoka-aineiden sisältämistä hiilihydraateista:

- sokerilla makeutetut leivonnaiset ja makeiset
- kaakao ja muut sokeroidut juomat
- sokeroidut murot
- perunalastut yms. naposteltavat
- hillot ja marmeladit
- kuivatut hedelmät.





Kuva 8. Ruokakello

<https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/yleistietoa-suunterveydesta/ravinto-ja-suunterveys/terveelliset-ruokatottumukset#.XfZA2m5uJjs>

Ravinto ja suun muiden kudosten terveys

Virheravitsemuksen ja suun terveyden välisistä yhteyksistä on olemassa vasta alustavaa näyttöä. Runsasenergistien ruokien (high-energy density foods), kuten rasva, kastikkeet, makeiset, leivonnaiset ja ja vähäkuituinen leipä, saattavat edistää tulehdusta myös suun kudoksissa. Ravitsemussuosituksen mukainen terveyttä edistävä ruokavalio auttaa suun kokonaisterveyden hallinnassa.

Ravitsemussuositukseen perustuvan ruokavalion noudattaminen ja antioksidanttien riittävä saanti saattaa olla hyödyksi ientulehduksen ja parodontiitin kehittymisen ehkäisyssä. Hampaiden kiinnityskudosten terveyttä ylläpitävät riittävä C-vitamiinin, magnesiumin ja kalsiumin sekä dokosaheksaenihapon (DHA) saanti. Vaikka näyttö D-vitamiinin saannin merkityksestä suun terveydelle on ristiriitaista, suositeltava D-vitamiinilisä yhdistettynä suositeltavaan kalsiumin saantiin saattaa suojata hampaiden menetykseltä ja parantaa kiinnityskudosten terveyttä.

B₁₂-vitamiinin ja folaatin puute on iäkkäässä väestössä yleistä (> 20 %) johtuen heikosta ravinnon imeytymisestä tai puutteellisesta ravitsemuksesta. Anemia voi ilmetä suussa suun poltteenä, kielen pinnan muuttumisena sileäksi (kielinystyjen häviäminen), limakalvojen punoituksena (eryteema), limakalvohaavaamina (ei liittyen irrotettavien proteesien käyttöön) tai suunpielten haavaamina.

Suusairauksien yhteydet muihin sairauksiin

- Hyvä suun terveys on terveen ikääntymisen edellytys. Ravitsemuksen lisäksi suun terveys on yhteydessä yleisterveyteen, sairastavuuteen sekä kuolleisuuteen vanhusväestössä.
- Erityisesti hampaiden puutosten ja kuivan suun aiheuttamien nielemisongelmien on todettu olevan yhteydessä kuolleisuuteen.
- Tehokkaan suuhygienian tiedetään ehkäisevän pneumoniaa.
- Suun tulehdukset ovat useiden lääketieteellisten toimenpiteiden toteutuksen este (esim. tekonivelten asettaminen ja muut kirurgiset toimenpiteet, joissa elimistöön asetetaan vierasesineitä).
- Muistisairaat eivät välttämättä osaa ilmaista kipua suussa ja ruokahalu on sen takia huono.
- Huonosta suunterveydestä johtuvat syömisongelmat rajoittavat myös sosiaalista elämää ja sen myötä huonontavat elämänlaatua.
- Diabeetikoilla saattaa olla enemmän suun ongelmia, etenkin parodontiittia ja ientulehduksia ja sienitulehduksia.

Suun tulehdussairauksien ja yleisterveyden välisistä yhteyksistä on paljon tutkimustietoa nuoremmissa ikäluokissa. Varsinkin diabeteksen ja parodontiitin välinen vuorovaikutus tunnetaan hyvin, ja parodontiittia pidetään sydän- ja verisuonisairauksien itsenäisenä riskitekijänä. Iäkkäässä väestössä parodontiitin ja yleissairauksien välisiä yhteyksiä ei kuitenkaan ole kyetty toteamaan monien sekoittavien tekijöiden ja yleisen sairastavuuden takia samalla tavalla kuin nuoremmissa ikäluokissa. Alustavan tiedon perusteella heikko suun terveys on osatekijänä dementian kehittymisessä.



Lähteet

- Ástvaldsdóttir Á, Boström AM, Davidson T ym. Oral health and dental care of older persons- A systematic map of systematic reviews. *Gerodontology* 2018;35:290–304.
- Jauhiainen L. Diet and Periodontal Condition – an Epidemiological Study. University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 481. 2018. 68 p.
- Karies (hallinta). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014.
- Mcgowan L, Mccrum LA, Watson S ym. The impact of oral rehabilitation coupled with healthy dietary advice on the nutritional status of adults: A systematic review and meta-analysis. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2019 1:1–21.
- Parodontiitti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016.
- Sheiham A, Steele J. Does the condition of the mouth and teeth affect ability to eat certain foods, nutrient and dietary intake and nutritional status amongst older people? *Public Health Nutr* 2001;4:797-803.
- Suomen Hammaslääkäriliitto. Suositukset. www.hammaslaakariliitto.fi
- Suominen L, Raittio E. Suunterveys. ss. 94–98. Raportissa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportteja 4/2018, Helsinki 2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/URN_ISBN_978-952-343-105-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Tada A, Miura H. Systematic review of the association of mastication with food and nutrient intake in the independent elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2014;59:497–505.
- Tonetti MS, Bottenberg P, Conrads G ym. Dental caries and periodontal diseases in the ageing population: call to action to protect and enhance oral health and well-being as an essential component of healthy ageing - Consensus report of group 4 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol* 2017;44 Suppl 18:S135–S144.
- World Report on Ageing and Health. World Health Organization 2015.
- Ylöstalo PV, Järvelin MR, Laitinen J, Knuutila ML. Gingivitis, dental caries and tooth loss: risk factors for cardiovascular diseases or indicators of elevated health risks. *J Clin Periodontol* 2006;33:92–101.





11 Liikkumisen suositukset toimintakyvyn ja lihaskunnan ylläpitämiseksi

Suositukset

Yleiset fyysisen aktiivisuuden suositukset iäkkäille ovat:

- Kestävyysliikuntaa tulee kerryttää vähintään 150 minuuttia viikossa kohtuukuormitteisena (esim. kävely) tai 75 minuuttia raskastehoisena (esim. pyöräily ja juoksu) tai vaihtoehtoisesti kohtuukuormittavan ja raskastehoisen aktiivisuuden yhdistelmänä. Liikkuminen kannattaa jakaa useammalle viikon päivälle.
- Lihasvoimaharjoitteita tulisi tehdä vähintään kahtena päivänä viikoittain, jossa tavoitteena vähintään kohtuukuormitteinen lihasvoimaa ja -kestävyyttä ylläpitävä tai lisäävä liikunta (esim. kuntosaliharjoittelu) tai arkiliikkuminen (esim. taakkojen kantaminen arkiaskareissa).
- Tasapaino- ja liikkuvuusharjoittelua (esim. erilaiset jumpat ja tanssi).
- Pitkäaikaista paikallaan vietettyä aikaa esim. istuen tulisi välttää.
- Näiden vähimmäissuositusten ylittävällä liikunnalla on mahdollista lisätä saavutettavia terveyshyötyjä entisestään.

Liikunnasta saatavien terveyshyötyjen näyttö on kiistatonta. Ikääntyneillä elinikäisen liikunnan hyödyt näkyvät esimerkiksi siten, että ei-tarttuvien tautien ja toimintakyvyn heikkenemisen riski on pienempi. Liikunnan rooli sairauksien ennaltaehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa on merkittävä. Parhaimmillaan liikunta ja liikkuminen ylläpitävät ja tukevat itsenäistä pärjäämistä arjessa, varmistavat mahdollisimman hyvän toimintakyvyn tason ja ehkäisevät kaatumistapaturmia. Liikunta lisää sosiaalista vuorovaikutusta ja osallisuutta, lisää vireystilaa ja voi auttaa univaikeuksissa. Liikunta auttaa arkirytmien ylläpitämisessä yhdessä ruokailun ja levon kanssa kaikenikäisillä. Hyvä ravitsemustila on edellytys sille, että jaksaa liikkua ja palautuu raskaammasta liikuntasuorituksesta.

Ikääntyneet on huomioitu kansallisissa ja kansainvälisissä liikuntasuosituksissa. Ikääntyneiden liikuntasuositukset noudattavat aikuisväestön liikuntasuosituksia erityisesti kestävyysliikunnan osalta. Sen ohessa painotetaan lihasvoiman, tasapainon ja liikkuvuuden ylläpitoa ja kehittämistä.

Huomioita ikääntyneiden fyysisen aktiivisuuden suosituksista

- ▶ Fyysinen aktiivisuus voi olla ns. monimuotoharjoittelua, jossa samaan liikuntakertaan voidaan yhdistää kestävyys-, voima- tai tasapainoharjoitteita (esim. tanssi, ulkoilu vaihtelevassa maastossa tai kauppakassien kantaminen).
- ▶ Liikuntaharjoittelu tulee sovittaa kunkin omaan kuntotason.
- ▶ Liikkumisen turvallisuus tulee huomioida ja harjoittelu suunnitella etukäteen jokaisen terveydentilan mukaan.
- ▶ Vaikkei minimisuositukset täytyisivätkään, kannattaa pyrkiä olemaan mahdollisimman aktiivinen oman toimintakyvyn rajoissa.
- ▶ Vähänkin liikettä arjessa on jo parempi kuin ei mitään.

Ravintoon liittyviä vinkkejä iäkkään liikunnassa

- ▶ Jottei vatsa ole täynnä liikkuesssa, syöminen kannattaa ajoittaa noin tuntia ennen liikuntasuoritusta.
- ▶ Aterian tulee sisältää jotain proteiini- ja hiilihydraattipitoista, kuten juusto- tai kinkkuvoileipä, jogurttia ja myslä, lasillinen maitoa tai piimää ja banaani.
- ▶ Veden juominen ennen ja jälkeen liikuntakertaa on varmistettava.
- ▶ Monipuolinen lounas tai välipala auttaa liikuntasuorituksesta palautumisessa ja sitä kautta kunnon kehittämisessä.



Iäkkäät ovat toimintakyvyltään eritasoisia ja siksi liikuntaharjoittelussa on huomioitava jokaisen omakohtainen lähtötaso ja turvallisuus. Liikuntasuositusten tavoittaminen on osalle iäkkäistä haastavaa, jopa mahdotonta, jolloin tavoitteena on kerryttää mahdollisimman suuri määrä päivittäistä liikettä oman suoritustason mukaan. Tämä tarkoittaa myös tavoitteiden asettamista jokaisen omista lähtökohdista käsin, mikä tukee liikuntakipinän ja -motivaation ylläpitoa ja syttymistä. Iäkkäät, joilla on pitkäaikaissairauksia tai toimintarajoitteita, hyötyvät liikuntaharjoittelusta erityisesti. Alentunut toimintakyky ei saa olla este liikunnan harrastamiselle. Erityisesti nousujohteinen tehoharjoittelu kuntosalilla lisää lihasvoimaa, joka ylläpitää itsenäistä selviämistä arjen askareissa ja madaltaa kaatumisen riskiä. Tavoitteena on, että jokainen löytää itselleen mielekkään tavan liikkua. Hyviä liikuntamuotoja ovat esimerkiksi kotivoimistelu, kävely ja kaikenlainen ulkoilu. Liikunnan tulee olla säännöllistä ja päivittäistä. Arkiaskareet tuovat helposti aktiivisuutta ikäihmisten arkeen.

Ikääntyneiden liikuntalajit ja -harjoitteet voivat olla samanlaisia kuin muullakin väestöllä. Lajivalikoimassa voi olla kestävyyslajeja, kuten kävely, pyöräily, tanssi, uinti, juoksu, hiihto, pallo- ja mailapelit, jumppa tai ryhmäliikunta. Lihasvoimaa ylläpitäviä ja kehittäviä lajeja on paljon, mutta näistä tehokkaimmiksi on todettu kuntosaliharjoittelu ja muut vastaavat ryhmäliikuntamuodot. Jos toimintakyvyssä on jo puutteita, voidaan liikuntalajeja valikoida oman suorituskäytön mukaisesti ja erityisesti kaatumisriski arvioiden. Hyväkuntoiset henkilöt saavat riittävää tasapainoharjoittelua yleensä osana monipuolista liikuntaa. Toimintakyvyn heikentymisvaarassa olevien kannattaa tehdä erillisiä tasapainoa kehittäviä tehtäviä, kuten painonsiirtoja, yhdellä jalalla seisomista, ristiaskelia ja muita koordinaatiota harjoittavia liikkeitä. Liikuntaharjoitteluun on saatavilla paljon käytännön vinkkejä, esimerkiksi tehoharjoittelumalliin ja liikunnan järjestämiseen.

Ulkoilu on hyvä tapa lisätä arkiliikkumista ikääntyneillä. Ulkoilu virkistää ja lisää askeleita päivään ja vähentää paikallaan vietettyä aikaa. Ulkoiluun kannustaa ikäystävällinen asuinympäristö, jossa on huolehdittu mm. pihojen, kävelyteiden ja katuojen kunnosta, valaistuksesta, hiekotuksesta, aurauksesta ja penkeistä reittien varrella. Liikkumista edistävät myös viherympäristöt ja lähipalvelut, kuten kaupat ja kirjastot sekä talviaikaan kauppakeskukset. Moni ikääntynyt voi tarvita ulkoiluun ja liikkumisen tukea ja kannustusta, esim. ulkoiluystävää.

Suomessa vain harva ikääntynyt saavuttaa liikuntasuositukset. Mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kyse, sitä harvemmin suositukset saavutetaan. THL:n väestötutkimusten (2019) perusteella 70–79-vuotiailla liikuntasuositusten mukainen liikunta täyttyi 12 %:lla miehistä ja 14 %:lla naisista. Yli 80-vuotiailla vastaavat luvut olivat 11 % ja 6 %. Suosituimpia lajeja on ikäihmisillä paljon, mm. kävely, pyöräily, piha- ja puutarhatyöt, tanssi, uinti, voimaharjoittelu ja kotivoimistelu. Moni kulkee portaissa lähes päivittäin, jolloin porrastreenikin muodostaa osan alaraajojen voimaharjoittelusta. Toimintakyky heikkenee iän myötä niin, että puolen kilometrin taittaminen ilman vaikeuksia onnistuu yli 80 vuotta täyttäneistä miehistä 47 prosentilta ja naisista vain 29 prosentilta. Haasteet nivelliikkuvuudessa heikentävät kävelyn ja arkiliikunnan edellytyksiä. Esimerkiksi 80 vuotta täyttäneillä kyykistymisen vaikeudet ovat erittäin



yleisiä, jopa joka toisella miehellä ja valtaosalla naisista. Lisäksi arviolta 14 prosentilla iäkkäistä ei ole mahdollisuutta harrastaa liikuntaa, vaikka niin haluaisi. Tämä koskee erityisesti henkilöitä, joilla on vakavia haasteita liikkumiskyvyssä, mutta myös ulkona liikkumisen pelkoa. Liikunnan esteet ovat moninaisia ja yksilöllisiä, kuten heikentynyt liikkumiskyky tai terveydentila, kaatumisen pelko tai ulkona liikkumisen pelko.

Toimintakyky on fyysisen aktiivisuuden ohella keskeinen termi iäkkäillä. Sillä viitataan edellytyksiin selviytyä tavallisista arjen askareista. Toimintakyky käsitetään usein fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden kautta. Liikuntaharjoittelu nähdään keinona ylläpitää ja kehittää nimenomaan fyysistä toimintakykyä, vaikka nykytiedon mukaan liikunnan avulla voidaan olennaisesti vaikuttaa myös kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn.



VINKKI: Ohjeita harjoitteluun:

- **Tehoharjoittelujakso kuntosalilla – voimaa ja tasapainoa nousujohteisesti**
<https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2017/01/Tehoharjoittelujakso-kuntosalilla-voimaa-ja-tasapainoa-nousujohteisesti.pdf>
- **Tehoharjoittelulla voimaa arkeen kuntosalilta**
<https://www.ikainstituutti.fi/karkihanke/ota-kayttoon-hyvat-kaytannot/teoharjoittelujakso-kuntosalilla/>

Lähteet

- Bangsbo J, Blackwell J, Boraxbekk CJ ym. Copenhagen Consensus statement 2019: physical activity and ageing. *Br J Sports Med.* 2019 Jul;53:856–858.
- Borodulin K ja Wennman H. Aikuisväestön liikunta Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus. Tilastoraportti 48/2019, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019121748601>
- Eronen J, von Bonsdorff MB, Törmäkangas T ym. Barriers to outdoor physical activity and unmet physical activity need in older adults. *Prev Med.* 2014 Oct;67:106–11.
- Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K ja Koskinen S, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017-tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 4/2018, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Liikunta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. www.kaypahoito.fi
- U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018.
- World Health Organization. Global recommendations for physical activity for health. 2010. Geneva, Switzerland.



OSA

IV

IKÄÄNTYNEIDEN RUOKAPALVELUJEN HANKINTA, KILPAILUTTAMINEN JA JULKINEN OHJAUS



12 Palvelujen ja elintarvikkeiden hankinnan suunnittelu ja kilpailuttaminen

Suositukset

- Palvelujen hankinnassa huomioidaan ikäryhmälle suunnatut ravitsemukselliset kriteerit ja periaatteet.
- Tarjouspyynnön valmistelussa huomioidaan eri toimijoiden tarpeet: käyttäjäasiakas, hoitohenkilöstö, tilaaja, ateriapalvelun tuottaja.
- Hankittavan palvelun sisältövaatimukset ja seurantamittarit kuvataan tarjouspyynnössä.
- Palvelujen sopimuksen mukaisen laadun toteutumista seurataan yhteisesti sovituin kriteerein ja poikkeamiin puututaan ja säännölliseen yhteistyöhön on sovitut käytännöt.

12.1 Toiminnan suunnittelu

Palveluja järjestettäessä on ennakosuunnittelu tärkeää. Palvelujen tilaaja määrittelee jo tarjouspyyntövaiheessa tarjouspyyntöön kaikki tarvittavat kriteerit palvelujen sisällöstä. Mikäli kilpailutetaan hoivapalveluja kokonaisuutena, tulee huomioida myös ravitsemukseen liittyvien kriteerien tarkka kirjaaminen tarjouspyyntöön, tällöin tarjoaja vastaa palvelujen tuottamisesta kuin omastaan, vaikka hankkisi ateriapalvelut alihankintana. Ateriapalveluun liittyvät vaatimukset tulee kuvata tarjouspyynnössä erillisessä liitteessä.

Ateriapalvelun hankintaa suunniteltaessa keskeistä on toiminnan tuntemus ja tarjouspyynnön liitteenä olevien asiakirjojen, kuten palvelu- ja toiminnankuvauksen, ajantasaisuus ja selkeys. Toiminnan tuntemuksen lisäksi tärkeää on suunnitteluvaiheessa tarkistaa Valtion ravitsemusneuvottelukunnan julkaisemat ko. ikäryhmän ruokasuositukset sekä aluehallintoviraston mitoitusohjeet avustavan henkilöstön minimimäärästä. Ateriapalvelun onnistumiseen toimipaikassa vaikuttaa paitsi ateriapalvelun tuottajan toiminta, myös hoivapalveluhenkilöstön toiminta ja osaaminen.

Tarjouspyynnön suunnitteluvaiheessa on tärkeää selvittää eri tahojen tarpeet tulevassa palvelussa. Palvelujen tilaajan tarpeet huomioidaan ateriapalvelujen vaatimuksissa. Tilaajan asiantuntijana toimivat ruokapalvelun asiantuntija sekä ravitsemusterapeutti tai yliopistokoulutettu ravitsemusasiantuntija. Ateriapalvelujen palvelukuvaukseen kirjataan kilpailutuksen kohteena olevan ikäryhmän perustarpeiden lisäksi erityistarpeet ateriapalvelujen tuottamisessa, kuten asukkaiden



kuntoisuus, mahdolliset nielemis- ja pureskelukykyyn vaikuttavat asiat sekä erityis- ja rakennemuutettujen aterioiden tarve. Myös joustava ruokailutilanne, ateria-ajat sekä asukkaiden kuntoisuuden vaikutukset palvelujen sisältöön huomioidaan jo suunnitteluvaiheessa. Mikäli kilpailutus kohdistuu tiettyihin tiloihin, myös näiden ominaisuudet otetaan huomioon kilpailutusta suunniteltaessa, ja vaatimukset kirjataan toiminnan kuvaukseen tai muihin tarjouspyynnön asiakirjoihin.

Eri tahojen keskinäinen vuorovaikutus jo suunnitteluvaiheessa on tärkeää – palvelun tilaajan, sen kilpailuttajan sekä ateriapalvelun tuottajan ja ravitsemusterapeutin tai yliopistokoulutetun ravitsemusasiantuntijan yhteinen keskustelu sopimuksen sisällön kuvauksiin on merkittävää palveluntuottajan valinnan onnistumiseksi.

Tarjouspyyntöä suunniteltaessa pitää käydä keskustelu myös arviointimenetelmästä, joilla palveluntuottajan onnistumista palvelun tuottamisessa seurataan. Suunnittelussa voidaan jo yhdessä sopia keinot, joilla mahdolliset palvelun laadun puutteet havaitaan sekä keinot, joilla niihin reagoidaan ja toiminta korjataan sopimuksen mukaiseksi. On tärkeää myös kirjata sanktiot, jotka ovat riittävän selkeät ja vaikuttavat.



Kuvamallit auttavat hoitohenkilöstöä kokoamaan täysipainoisen aterian eri energiatasojen mukaan.

Kotiateriapalvelujen hankintakriteerit

Tarjouspyynnössä määritellään tarjouksen sisältö ja tarjoajia koskevat velvoitteet.

Tarjouspyynnössä tulee olla mukana sopimusluonnos, jossa on jo määritelty sopimusseuraantaan liittyvät asiat ja sanktiot sekä niiden suuruus.

Tarjouspyynnössä tulee olla kuvattuna (ks. Kotiateriapalvelut s. 24)

- ❖ Mitä ateria sisältää; pääruoka, peruna-, pasta-, vilja- tai riisilisäke, lämmin lisäke, tuoresalaatti, salaattinkastike ja jälkiruoka, keittoaterian kanssa sämpylä tai piirakka.
- ❖ Palveluhankinnan tavoitteet, palveluvaatimukset, palvelun sisältö, laatu ja vastuut sekä sopimuksen seuranta.
- ❖ Tiedot annoskoosta ja ruokalistan ravintosisältölaskelmista keskimäärin viikkotasolla.
- ❖ Teemapäivien ja juhlapyhien huomioiminen.
- ❖ Perusruokavalion lisäksi tarjottavat rakennemuutetut ja tehostetut ruokavaliot sekä muut erityisruokavaliot, joista vaaditaan ravintosisältölaskelmat eri energiatasoilla.
- ❖ Malliruokalista (3–5 viikon kierto), johon tarjoaja liittää tarjouksessaan selvityksen käyttämästään reseptiikasta, raaka-aineista ja raaka-aineiden alkuperästä.
- ❖ Tuoteselosteet selkokielisinä ja helposti luettavina.
- ❖ Kuvaus toimitustavasta ja mahdollisesta aterian lämmittämiseen liittyvästä palvelusta mukaan lukien ateriakuljetuspakkaukset (astiat ja kuljetusyksikkö).
- ❖ Menetelmät, joiden pohjalta sopimuksen toteutumista arvioidaan.
- ❖ Mahdolliset palvelun puutteista langetettavat sanktiot, poikkeamien korjaamisprosessit ja mahdollisesti myös sopimuksen purkuun oikeuttavat laatupoikkeamat.



Ruokapalvelujen hankintakriteerit ympärivuorokautisessa hoidossa

Tarjouspyynnössä tulee olla

- ❖ Palvelukuvus siitä, miten ruokapalvelussa toteutetaan ateriat, välipalat ja muu ruokapalveluun liitetty palvelutuotanto eri aterioiden osalta eri kohderyhmille.
- ❖ Kilpailuttajan tulee määrittellä palveluhankinnan tavoitteet, kuvata palveluvaatimukset, palvelun sisältö, laatu ja vastuut sekä sopimuksen seuranta ja määrittellä sanktiot, jos esimerkiksi ravitsemuksellinen laatu ei toteudu.
- ❖ Tiedot ruokalistan ravintosisältö-laskelmista keskimäärin viikkotasolla.
- ❖ Ateriapalvelukokonaisuudessa on huomioitava päivän aterioiden riittävä määrä, ravitsemussuositusten mukainen ravintoaineiden saanti, yöpaaston sallittu pituus, ruokahetken toteuttaminen.
- ❖ Vastuiden jako eri toimijoiden välillä osastoilla/palvelukodeissa on tärkeä osa palvelun kuvausta. Kuvaus siitä, miten ateriapalvelua toteutetaan yhteistyössä osastoilla työskentelevän hoito- ja laitoshuollon henkilöstön kanssa.
- ❖ Tuottajan tulee toimittaa kuvalliset mallit ruoan tarjoamiseen ja annosteluun eri energiatasoilla (ks. s. 40).
- ❖ Perusruokavalion lisäksi tarjotaan tehostettua ruokavaliota, josta vaaditaan ravintosisältö-laskelmat. Annoskoko on noin puolet verrattuna saman verran energiaa sisältävään Perusruokavalioon (ks. energiatasot s. 40 ja tehostettu ruokavalio s. 44).
- ❖ Tehostetun- ja rakennemuutetun ruokavalion sekä muiden tarjottavien erityisruokavalioiden tulee olla maistuvia ja ravintosisällöltään optimaalisia.
- ❖ Kaikki ruokavaliot tulee saada rakennemuutettuina: Pehmeä, Karkea, Sileä sose ja Nestemäinen (ks. rakennemuutetut ruokavaliot, s. 46).
- ❖ Proteiinin riittävä saanti varmistetaan kilpailutuksessa niin, että Perusruokavalion proteiinin määrä on 15–20 % (keskimäärin viikkotasolla 18 % energiasta) ja tehostetussa 20 % energiasta. Pääaterialla proteiinin määrän on oltava vähintään 25 g.
- ❖ Menetelmät, joiden pohjalta sopimuksen toteutumista arvioidaan.



- ❖ Mahdolliset palvelun puutteista langetettavat sanktiot, poikkeamien korjaamisprosessit ja mahdollisesti myös sopimuksen purkuun oikeuttavat laatu-poikkeamat. Tarjouspyyntöön liitetään mukaan sopimusluonnos, jossa nämä seuranta- ja mahdolliset sanktioasiat on kirjoitettu auki.
- ❖ Elintarvikkeiden ja aterioiden kilpailutuksessa ravitsemuslaatu on aina otettava huomioon ehdottomana vähimmäislaatuvaatimuksena. Ravitsemuslaadun vaatimukset asetetaan niille raaka-aineille ja ateriansille, joista on kuvaus tässä suosituksessa (ks. Ruokapalveluiden tarjoaman ruoan ateriakohtaiset ravitsemuskriteerit, s. 148).

Tarjouksen arvioinnin kriteerit

- ❖ Malliruokalista (3–5 viikon kierto), jonka liitteenä tulee olla selvitys palvelun tuottajan käyttämästä reseptikasta ja raaka-aineista sekä niiden ravitsemuskriteereiden mukaisuudesta ja ravintosisältölaskelmista.
- ❖ Teemojen ja juhlapyhien huomioiminen.
- ❖ Toiminnan laadun arviointi, selvitys henkilöstön minimimäärästä, osaamisesta (koulutus ja työkokemus) ja kehittämissuunnitelmasta.
- ❖ Kuvaus, miten ruokahetki toteutetaan ja miten sitä tarvittaessa kehitetään.
- ❖ Kuvaus siitä, kuinka asiakastytyväisyyttä mitataan ja kuinka palautteeseen reagoidaan.
- ❖ Kuvaus, miten ravitsemustilan arviointi tehdään.
- ❖ Kuvaus, miten omatoimisuutta ylläpidetään sekä yksilöllisistä tarpeista huolehditaan (mm. kuvaus astioista ja ruokailun apuvälineistä, joilla mahdollistetaan itsenäinen syöminen).
- ❖ Kuvaus, miten ruoka tilataan ja toimitetaan. Tilauksen tekemisen on oltava helppoa ja selkeätä ja ruoan toimituksen tulee tapahtua kohtuullisen aikavälin sisällä.



12.2 Ruokapalvelujen ja elintarvikkeiden kilpailuttaminen

Julkisten ruokapalveluiden järjestämisvastuu vaihtelee; ruokapalvelut voivat olla esimerkiksi osa kaupungin tai kunnan taloushallintoa, teknistä- tai sivistystoimea. Ruokapalvelun tuottaja voi olla myös kuntayhtymän omistamassa yhtiössä.

Ikääntyneiden pääasiallinen kotiateriapalvelujen tuottaja on kunnallinen tai maakunnallinen toimija. Ikääntyneiden ruokapalvelujen tilaus- ja kilpailutusvaiheessa on tärkeää käyttää tarjouspyynnön laadinnassa ja tarjousten arvioinnissa ruokapalvelun ja ravitsemuksen asiantuntijoita, joilla on osaamista arvioida ruokavalion ravitsemuslaatua ja toimintaa kokonaisvaltaisesti. Kilpailutuksessa tulee olla mukana myös lailistettujen ravitsemusterapeuttien tuoma ravitsemushoidollinen näkökulma silloin, kun ruokapalvelut hankitaan hoitoa tarvitseville sairaille ikääntyneille. Kilpailutuksen kriteereinä tulee huomioida myös vastuullisuus, laatu ja mahdolliset alueelliset vaikutukset. Ateriapalvelut voidaan kilpailuttaa yhtenä laajana kokonaisuutena tai osina esimerkiksi asiakasryhmittäin tai toimipisteittäin. Ruokapalvelun toteuttaja puolestaan kilpailuttaa tarvitsemansa elintarvikkeet. Jos kunta kilpailuttaa elintarvikkeet itse, sen on noudatettava hankintalakiä, mutta yksityistä palveluntuottajaa hankintalaki ei velvoita. Raaka-aineita kilpailutettaessa voidaan aina vaatia säädöksiä vastaavaa laatua sekä käyttää elintarviketurvallisuuteen, eläinten hyvinvointiin ja tervyyteen sekä ympäristö- ja sosiaalisiin vaikutuksiin liittyviä kriteereitä.

Ruokapalvelujen kilpailuttaminen

Varsinaisessa tarjouspyynnössä tulee pyytää tarkka kuvaus siitä, miten tarjoajan tuottamassa ruokapalvelussa ateriat, välipalat ja muu ruokapalveluun liitetty palvelutuotanto eri aterioiden osalta eri kohderyhmille toteutetaan. Lisäksi kilpailuttajan tulee määritellä palveluhankinnan tavoitteet, kuvata palveluvaatimukset, palvelun sisältö, laatu ja vastuut (ks. hankintakriteerit s. 129–131). Erityisen tärkeää ruokapalvelujen kilpailutuksessa on varmistaa mittarit, joilla varmistetaan, että tarjouksessa luvatut palvelun tuottamisen kriteerit toteutuvat käytännössä. Vastuiden jako eri toimijoiden välillä osastoilla/palvelukodeissa on tärkeä liittää osaksi palvelun kuvausta.

Palvelukuvaus on tarjouspyynnön liitteenä ja siihen kuvataan mahdollisimman tarkasti ateriapalvelujen toteuttamiseen liittyvät vaatimukset. Palvelukuvauksessa tulee kuvata ainakin palvelun sisältö, siihen liittyvät laatuvaatimukset, aterian hintaan sisältyvät osat ja erikseen laskutettavat tuotteet ja palvelut hinnastoineen, palvelumalli ja ruoanjakotapa, osapuolten vastuut ateriapalvelun toteuttamisessa, vastuullisuuden toteutuminen, ruokalistan suunnittelun periaatteet, kuvaus asiakastyytyväisyyden ja laadun seurannasta, henkilöstön liittyvät osaamisvaatimukset, vaadittavat todistukset, kuvaus yhteistyön toteuttamisesta jne.



Suuri osa nykypäivän ruokapalveluista ympärivuorokautisessa hoivassa on hajautettua, mikä tarkoittaa, että ruoka tulee isoissa astioissa yksiköissä jaettavaksi. Toimintasuunnittelussa pyritään jo siihen, että kaikki asiakkaalle suunnitellut aterianosat tulevat tarjotuksi. Toisin sanoen varmistetaan, että kaikki aterianosat tulevat yksiköön samassa kuljetuksessa ja samaan aikaan. Kuitenkin jatkuvassa käytössä olevat elintarvikkeet, kuten ruokajuomat, levitteet, leipä ja salaateinkastike, on järkevä toimittaa silloin, kun "kuorma" on pienin.

Ateriapalvelut kehittyvät nopeasti ja aterioiden tuottamiseen on olemassa uusia toimintamalleja. Osaston/ryhmäkodin asiakaspalveluun saadaan kustannustehokkuutta ja lisää resursseja, kun asumispalveluyksiköihin toimitetaan kylmä ruoka ja muut tuotteet. Näin saadaan valmistuskeittiöön lisää tehokkuutta, mutta se lisää työtä osastolla. Tässä palvelumallissa energialisäkkeet kypsennetään ja salaattit tehdään toimipaikoissa. Toimintamalli edellyttää osastolla toimivalta henkilökunnalta laajempaa ateriapalveluosaamista, joka täytyy huomioida jo tarjouspyyntövaiheessa. Aterioiden loppuvalmistus ja tarjoilu osastolla/ryhmäkodissa mahdollistaa paremmin yksilöllisten ateria-aikojen sekä mahdollisesti osallisuuden toteutumisen. Lisäämällä aterioiden valmistamista ryhmäkodeissa saadaan lisää tuoksua ja kodinomaista tunnelmaa sekä pystytään paremmin huomioimaan ruokailuun liittyviä toiveita. Tässä toimintamallissa on kuitenkin huomioitava, että osastolla/ryhmäkodissa tarvitaan lisää henkilöstöresursseja ja ruokapalveluosaamista, jotta laadukas ruokapalvelu voi toteutua.

Ruokapalvelujen kilpailuttamisessa huomioitavat ravitsemukselliset tarpeet

Ikääntyneiden ravintoaineiden tarve vaihtelee paljon. Tuottajan tulee toimittaa hoitajien tueksi kuvalliset mallit ruoan tarjoamiseen ja annosteluun eri energiatasoilla (ks. s. 40). Hoitohenkilökunnalla on oltava myös ohjeet tilanteista, milloin ja miten näitä malleja käytetään. Lisäksi on oltava tieto siitä, että yksiköstä pitää voida saada tilata ruokaa enemmän, jos yksikössä on tavallista enemmän paljon kuluttavia asiakkaita, esimerkiksi levottomia ja kuntoutuksessa olevia.

Tehostetusta ruokavaliosta vaaditaan myös ravintosisältölaskelmat, kuten Peruseruokavaliosta ja erityiseruokavaliosta. Annoskoko on noin puolet verrattuna saman verran energiaa ja ravintoaineita sisältävään Peruseruokavaliioon (ks. energiatasot s. 40). Tehostetussa ruokavaliossa pyritään turvaamaan kohtuullinen kuidun saanti (ks. kuitupitoiset elintarvikkeet, Luku 7.4, s. 81).

Kaikki ruokavaliot tulee saada rakennemuutettuina: Pehmeä, Karkea ja Sileä sose. Niistä tulee olla kuvalliset mallit ja laskelmat suosituksen mukaisesta ravitsemuksellisesta riittävydestä. Sosemainen tarjotaan niin, että ateriakokonaisuus on värikäs. Sosemainen ruoka tulee rikastaa energiatiheämmillä ruoka-aineilla ja täydennysravintojauheella tai tuottajan tulee osoittaa, millä muulla keinolla sosemainen ruokavaliio täyttää ravintosisältösuositukset. Tuottajalla tulee olla riittävät välineet Sileän sosemaisesta ruoan valmistukseen.



Koska ikääntyneen ravitsemukselliset tarpeet ovat yksilöllisiä ja usein myös haastavia, hoitajilla, lääkäreillä ja ravitsemusterapeuteilla tulee olla mahdollisuus joustavasti ja oikea-aikaisesti tilata yksittäisiä elintarvikkeita ravitsemushoidollisin kriteerein. Niitä ovat ainakin matala BMI, tahaton painonlasku, vajaaravitsemus tai sen riski yhdistettynä painonlaskuun ja krooniset ja painehaavat.

Proteiinin riittävä saanti varmistetaan kilpailutuksessa niin, että Perusuokavaliion proteiinin määrä on 15–20 % (keskimäärin viikkotasolla 18 energiaprosenttia) ja tehostetussa vähintään 20 % energiasta. Pääateriaalla proteiinin määrän on oltava vähintään 25 g ja proteiini saadaan viideltä aterialta päivässä. Toisin sanoen myös iltapäivän välipalan tulee sisältää proteiinia. Annosluetteloista ja kuvista selviää hoitohenkilökunnalle, millaisia annoksia proteiinipitoisia ruokia tulee olla eri määrän energiaa kuluttavilla asiakkailla. Tuottajalla tulee olla myös oman reseptiikan pohjalta tehty proteiinitaulukko. Tavoite proteiinin osuudesta prosentteina energiasta on ruokapalvelulle tarkoitettu tieto. Tuottajan tulee kuitenkin selventää asia hoitohenkilökunnalle niin, että ruokailutilanteessa on tieto, mitä se tarkoittaa esim. piimän, kalan tai lihan annostelussa.

Tarjouspyyntö

Sopimukset ja palvelukuvaukset laaditaan tarjouspyyntöasiakirjojen pohjalta, siksi on suositeltavaa liittää tarjouspyyntöön sopimusluonnos sekä palvelusopimuksen keskeiset asiat. Paras tulos saadaan, jos on mahdollista luoda kilpailuttamista varten yhteiset mallit ja toimintatavat, jossa yhteistyötä tehdään eri toimijoiden välillä (tilaaja, kilpailuttaja, ateriapalveluntuottaja, hoivapalveluntuottaja) ennen tarjouspyynnön tekemistä. Kotipalveluaterioiden ja ympärivuorokautisen hoidon ruokapalvelujen tarjouspyynnön sisältö on kuvattu taulukoissa (ks. s. 129–131).

Kotiateriapalveluita hankittaessa noudatetaan tässä suosituksessa esitettyjä energia- ja ravintosisältösuosituksia (ks. Taulukko 6, s. 84), aterianosille annettuja ravitsemuslaadun vähimmäisvaatimuksia (ks. Työkalut, s. 148–149) ehdottomina laatuvaatimuksina sekä suositeltavia raaka-ainevalintoja.

Tarjouspyynnön arvioinnin kriteerit

Tarjolla olevien aterioiden tulee olla suosituksen mukaisia viikon periodilla tarkasteltuna. Tarjouspyynnössä on syytä pyytää kuvaus, miten palvelun tuottaja käytännössä tämän toteuttaa. Tarjouspyynnön arvioinnin kriteerit on kuvattu sivulla 131.

Kilpailutettaessa on suositeltavaa pyytää ravitsemuslaatu- ja kestävyyskriteerit lisäksi kuvaus kestävästä kehityksestä tukevien tavoitteiden toteutumisesta palvelun tuotannossa. Näitä voivat olla mm. käytettävien raaka-aineiden sesonginmukaisuus, omavalmistustaso, ekologisuus sekä hävikinhallinta. Lisäksi hankintoja ohjaavat järjestäjäkohtaiset strategiat ja linjanvedot, kuten kasvisruoan tarjoaminen, lähiruoka ja luomuruoan käyttöaste. Halutut palvelun, aterioiden ja raaka-aineiden laatuvaatimukset on tärkeää tuoda näiltäkin osin sopimuksessa esille.



Ruokapalvelujen kilpailuttajan/palvelun ostajan tulee seurata, että sovittu laatu ja ruoan maittavuus toteutuvat. Tarjouspyyntövaiheessa pyydetään kuvaus, miten ruokapalvelujen tuottaja seuraa ja varmistaa valintaperusteiden toteutumista ja miten ostaja sitä käytännössä seuraa. Laatu voidaan seurata keräämällä asiakaspalautteet systemaattisesti ja tarkastelemalla toteutuneita ruokalistoja ja niiden ravintosisältöä suhteessa sovittuun sekä seuraamalla asiakkaiden tyytyväisyyttä palveluun. Lisäksi arvioidaan toiminnan tarkoituksenmukaisuutta, ruoan mausta saatua palautetta ja ruoan riittävyttä, omavalvonnan toteutumista, poikkeamien määrää ja korjaavia toimenpiteitä sekä asiakasyhteistyön aktiivisuutta. Laadun arviointiin voidaan myös sopia yhteisiä laatukselmuksia, jolloin sovittua laatua arvioidaan yhteisin kriteerein.

Kilpailuttajalla/palvelun ostajalla tulee olla ammattitaito ja pätevyys ruokapalvelun ohjaamiseen ja laadun toteutumisen seurantaan. Ohjaus on lakisäateistä, joten se velvoittaa palvelun tilaajaa järjestämään asianmukaisen ja ammattimaisen ohjaustoiminnan ja sen kehittämisen. Ohjauksessa ja seurannassa on huomioitava eri osapuolien vaikutus onnistuneen ateriapalvelun toteuttamisessa sekä ruokailevan asiakkaan kokonaisuhyvinvointiin.

Elintarvikkeiden kilpailuttaminen

Elintarvikkeiden kilpailutuksessa ravitsemuslaatu on aina otettava huomioon ehdottomana vähimmäislaatuvaatimuksena. Ravitsemuslaadun vaatimukset asetetaan niille raaka-aineille, joista on kuvaus tässä suosituksessa (ks. Työkalut Ruokapalveluiden tarjoaman ruoan ateriakohtaiset ravitsemuskriteerit, s. 148).

Ruokavalinnoilla voidaan edistää kestävästä kehitystä. Elintarvikkeiden hankinnassa ja kilpailutuksessa on tärkeää huomioida elintarvikkeen ravitsemuksellisen laadun lisäksi kestävyys laajasti. Ilmastovaikutusten lisäksi päätöksissä tulee ottaa huomioon myös muu kestävyys, kuten eläinten hyvinvointi ja terveys, ympäristön kannalta hyvät viljely- ja tuotantomenetelmät sekä luonnon monimuotoisuus. Kotimaisia tuotanto-vaatimuksia vastaava tuotantotapa on vastuullinen ja turvallinen valinta, jolla on myös myönteisiä sosioekonomisia vaikutuksia yhteiskuntaan.

Ilmasto- kuin muidenkin ympäristövaikutusten näkökulmasta edullisena pidetään kasvispitoista ruokaa. Ruoan koostumuksen ja alkuperän ohella ruoan ympäristövaikutuksiin vaikuttavat myös muun muassa tuotanto- ja viljelymenetelmät, kuljetusmatkat, pakkausmateriaalit, ruoan valmistusmenetelmät sekä ruoan hävikki.

Kasvikunnan tuotteet muodostavat ravitsemussuosituksen mukaisesti ruokavalion perustan, mikä on hyvä myös ympäristön kannalta. Ruoan ilmastovaikutukset tulevat huomioiduiksi, kun ruoka-aineiden valinnassa painotetaan kasvisten, hedelmien ja marjojen runsasta käyttöä sekä täysjyväviljatuotteita. Eläinperäisiä tuotteita, kuten lihaa, lihavalmisteita ja maitotuotteita, käytetään kohtuudella ravitsemussuosituksen painotusten mukaisesti. Maitovalmisteita täydentävät kala, siipikarja, punainen liha ja lihaleikkeleet, kananmuna sekä myös pähkinät, siemenet ja palkokasvit.



Useimmille ikääntyneille maitovalmisteet ovat tuttuja ruoka-aineita, joita on helppo nauttia myös tilanteissa, joissa pureskelu tai nieleminen on vaikeutunut tai ruoansulatuksessa on ongelmaa. Niistä saa myös helposti koostettua proteiinipitoisia, maistuvia aterioita ja välipaloja.

Ruokahävikin vähentäminen on hyvin tärkeä osa kestävyyttä. Siksi on tärkeää, että asiakas saa hänelle sopivaa ja maistuvaa ruokaa sopivan annoksen, jolloin ruokahävikki pienenee merkittävästi.

Ruokahävikki ei kuitenkaan aina näy lautashävikkinä. Ongelma voi löytyä varastokierrosta tai ylivalmistuksen kautta syntyneenä hävikkinä. Tuotteiden oikeat jäähdytysajat, säilytyslämpötilat, säilytyspaikat ja -ajat sekä niiden hyvä pakkaaminen ja päiväysmerkinnät edesauttavat optimaalista tuotteiden kiertoa ja vähentävät hävikkiä.

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti elintarvikehankinnoissa tulee tavoitella korkeaa laatua ja kokonaistaloudellista kestävyyttä. Tähän päästään vaatimalla hankinnoissa elintarvikkeita, jotka on tuotettu huomioiden kestävä kehityksen kriteerit, elintarviketurvallisuus, ympäristön kannalta hyvät viljelymenetelmät, tuotantotapojen eettisyys sekä eläinten terveys ja hyvinvointi. Valtioneuvoston periaatepäätös velvoittaa valtion viranomaisia ja myös kuntien tulisi sitä noudattaa. Halutut vastuullisuuskriteerit voidaan asettaa ehdottomina vähimmäislaatuvaatimuksina. Kuntia/kuntayhtymiä onkin kannustettu huomioimaan vastuullisuus ja kestävä kehitys kuntastrategiassa sekä linjaamaan, kuinka strategia näkyy ateriapalvelu- sekä elintarvikehankinnoissa. Myös ruokapalvelu ja sosiaali- ja terveystoimi voivat olla aloitteentekijöinä näiden asioiden huomioimiseksi kunnassa.

Maa- ja metsätalousministeriö on laatinut oppaan vastuullisiin elintarvikehankintoihin. Siinä esitellään vastuullisuutta lisääviä kilpailutus kiteereitä eri tuoteryhmille kaksiportaisesti, perustason ja edelläkävijätason kiteereinä. Näistä kilpailutukseen voidaan poimia ne, jotka vastaavat kunnan hankintastrategiaa ja linjauksia, ja jotka muuten tukevat asetettuja laatu- ja vastuullisuustavoitteita.

Julkisille ruokapalveluille on asetettu tavoite lisätä sekä lähiruoan että luomuruoan osuutta elintarvikehankinnoissa. Lähiruulla tarkoitetaan paikallisruokaa, joka edistää oman alueen paikallistaloutta, työllisyyttä ja ruokakulttuuria. Luomutuotanto on EU:n lainsäädännössä määritelty sertifioitu tuotantotapa. Kohdistamalla hankinnat lähellä tuotettuun tai vähintään kotimaiseen ruokaan toteutetaan kestävyys kriteereitä.



Lähteet

- EkoCentria. Lisää lähiruokaa julkisten keittiöiden asiakkaille -opas, 2017. http://www.ekocentria.fi/resources/public/lahiruokaopas_ebook.pdf
- Nordic Nutrition recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity. Sustainable food consumption – Environmental issues. Nordic Council of Ministers. Nord 2014:002, ss. 137–154.
- Motiva. Vastuulliset elintarvikehankinnat -opas, 2017. https://www.motiva.fi/files/14781/Opas_vastuullisiin_elintarvikehankintoihin_Suosituksia_vaatimuksiksi_ja_vertailukriteereiksi.pdf
- Valtioneuvoston periaatepäätös julkisten elintarvike- ja ruokapalveluhankintojen arviointiperusteista (ympäristömyönteiset viljelytavat, elintarviketurvallisuutta ja eläinten hyvinvointia edistävät tuotanto-olosuhteet), 2016. <https://valtioneuvosto.fi/paatokset/paatos?decisionId=0900908f804cfc99>
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuosituksiset 2014. Kestävät ruokavalinnat lautasella, s. 40 sekä liite 9 s.54–55. https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/julkaisut/ravitsemussuosituksiset_2014_fi_web_versio_5.pdf
- Vastuullinen ruokaketju www.mmm.fi/ruoka

13 Toiminnan julkinen ohjaus ja arviointi

13.1 Kansallinen seuranta ja arviointi

Väestön ja eri ikäryhmien ravitsemuksen kansallinen seuranta kuuluu valtion tutkimuslaitoksille. Ikääntyneiden ruoankäytöstä, ravintoaineiden saannista ja ravitsemustilasta on niukasti tietoa ja yli 75-vuotiaiden valtakunnallinen seurantatieto puuttuu kokonaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Sotkanettiin¹⁷ kerätään kansallista tilastotietoa ikääntyneistä. Lisäksi palvelutarpeen arvioinnin RAI-järjestelmästä¹⁸ syntyy kansallista seuranta- ja vertailutietoa, jota voidaan käyttää palvelujen kehittämisessä ja tiedolla johtamisessa. THL:n kehittämällä TEAviisarilla¹⁹ kerätään kansallista tietoa mm. siitä miten ikääntyneiden ravitsemusasiat on otettu huomioon kuntatason hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työssä.

Ruokapalvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta tarvitaan myös paikallista seurantatietoa, mikä on erityisen tärkeää alue- ja kuntatason toimintojen järjestämisessä ja ruokapalvelujen integroimisessa joustavaksi osaksi ikääntyneiden palveluja. Myös ikääntyneiden ravitsemushoidon jatkuvuuden turvaaminen edellyttää palvelurakenteen ja toimintojen hyvää tuntemusta.

Parhaillaan käynnissä oleva sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen tuonee muutoksia myös ikääntyneiden palvelujen järjestämiseen. Tässä vaiheessa on erityisen tärkeää, että laadittaviin kunta- ja aluestrategioihin, hyvinvointikertomuksiin ja palveluvalikkoihin kirjataan myös ikääntyneiden hyvän ravitsemuksen ja ruokailun varmistavat tavoitteet ja niihin perustuvat toimenpiteet sekä toiminnan seuranta, arviointia ja vaikuttavuutta palvelevat indikaattorit. Ikääntyneiden hyvää ravitsemusta ja ruokailua edistävät palvelut ovat vahvasti yhdyspintapalveluja, jolloin yhteistyö alueellisesti, kuntien, järjestöjen ja palveluja tuottavien yritysten välillä on välttämätöntä.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Kuntaliitto ovat yhdessä julkaisseet kunnille, sosiaali- ja terveystaloukselle sekä alueellisille hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ryhmille ja toimijoille asukkaiden ja asiakkaiden hyvän ravitsemuksen edistämiseen tukiaineisto²⁰. Tukiaineisto sisältää itsearvioinnin työkalut kunnille ja sosiaali- ja terveystaloukselle. Työkalut sisältävät myös toiminnallisia indikaattoreita ikääntyneiden palvelujen järjestämisestä ja niiden laadusta.

17 THL. Sotkanet. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. www.sotkanet.fi (Indikaattorit/Ikääntyneet: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku?g=358>)

18 THL. Palvelutarpeen arviointi RAI-järjestelmällä. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>

19 THL. TEAviisari. www.teaviisari.fi

20 Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemuksella hyvinvointia. <https://www.ruokavirasto.fi/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemuksella-hyvinvointia/>



13.2 Palvelutarpeen arviointi ja asiakasohjaus

Vanhuspalvelulaki ja laatusuositus²¹ (2017) ohjaavat, että iäkkäiden asiakkaiden palvelujen myöntämisen pohjana tulee olla laaja palvelutarpeen arviointi, jossa selvitetään fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky sekä muita palvelutarpeeseen ja terveyteen liittyviä tekijöitä. Kun asiakas ensimmäisen kerran ottaa yhteyttä asiakasohjaukseen saadakseen palvelutarpeen arvioinnin tai jotakin palvelua, voidaan tässä yhteydessä selvittää myös ravitsemustilaan liittyviä tekijöitä ja kartoittaa riskiväestöjä, joilla on suurempi todennäköisyys hyötyä ajoissa heille kohdennetuista esimerkiksi ravitsemukseen ja liikuntaan sekä kognition ylläpitämiseen liittyvistä interventioista. Samalla, kun tehdään palvelutarpeen arviointi, saadaan koottua seurantatietoa, mikäli käytetään vertailukelpoisia arvioinnin välineitä. Vanhuspalvelulaki (josta on annettu HE 4/2020) sisältää kansallisesti yhtenäisen palvelutarpeen arviointijärjestelmän käyttöön. Ehdotuksena on RAI (Resident Assessment Instrument) -arviointijärjestelmä.

RAI-arviointijärjestelmä on käytössä kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa ja yhä kattavammin myös palvelutarpeen arvioinnissa silloin, kun palveluihin haetaan (Liitteet 4–6, s. 176–179). RAI-arviointijärjestelmä on systemaattinen tapa arvioida ja kirjata kaikista asiakkaista toimintakykyyn, palvelutarpeeseen ja terveydentilaan liittyvät asiat samalla tavalla. Näistä perustiedoista nousevat esiin asiakkaiden yksilölliset tarpeet, mm. ravitsemukseen liittyvät asiat. Näitä voidaan seurata säännöllisillä arvioinneilla.

Asiakkaiden ravitsemukseen liittyviä asioita RAI:ssa ovat asiakkaan painoindeksi (BMI), syömistilanteisiin, suun terveyteen ja ravinnon koostumukseen liittyvät tekijät sekä muistioireilu, arkitoiminnoista suoriutuminen ja terveydentilan hauraus sekä saattohoitotilanteet. Kotona asuvilta tulee kartoitettua myös läheisten antama apu sekä puutteelliset keittiötilat ja avun tarve aterioiden valmistuksessa. Kotihoidon asiakkailta seurataan myös ateriapalvelujen tarjontaa. Kaikissa palvelutyypeissä arviointien avulla seurataan asiakkaiden aterioiden riittävyttä, tahatonta painon laskua, painoindeksiä (paino ja pituus) sekä arviointien pohjalta laskettuja indikaattoreita, kuten painoindeksi alle 24 ja laihtuu, kuivuminen, sekä alipainoisten osuus. Ruokailuun liittyy myös oleellisesti pureskeluongelmat, joista indikaattorina on kipu suussa.

21 STM ja Kuntaliitto. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>



13.3 Väestön ravitsemustilan seurannan indikaattoreita

RAI-järjestelmä tuottaa tietoa palvelujen piirissä olevien ravitsemustilanteesta ja kuvaa näin samalla palvelujen laatua. Seurantaindikaattorit päivittyvät puolen vuoden välien kansallisella tasolla, mutta palveluntuottajilla on itsellään käytettävissä ajantasainen tieto samojen indikaattoreiden pohjalta. Näitä samoja indikaattoreita voidaan tarkastella sekä yksilö-, yksikkö-, palveluntuottaja- ja järjestäjätasolla sekä kansallisesti, mikä helpottaa tarvittavien toimenpiteiden tunnistamista ja valittujen toimenpiteiden vaikutusten seuranta.

Väestötasolla voidaan seurata ikääntyneen väestön terveydentilaa ja erilaisia indikaattoreita, joiden pohjalta voidaan hakea myös ravitsemustilan indikaattoreita (Liite 5, s. 177). Alueellisesti asiaa tarkastellen voidaan myös hakea oman alueen erityisongelmia. Säännöllinen seuranta paljastaa myös kehityssuuntia.

Käytössä olevien ravitsemustilan mittareiden tietosisällöt

Iäkkäiden asiakkaiden ravitsemustilanteen kartoittamisessa tarvitaan laajaa tietoa myös asiakkaan terveydentilasta ja toimintakyvystä. Suomessa on käytössä useampia mittareita, jota tuottavat tietoa ravitsemuksessa. Taulukossa 11 (s. 141) on kuvattu eri arviointimittareiden tuottamia tietosisältöjä. Lähtökohtaisesti RAI-arviointi (Liite 6, s. 178) kartoittaa palvelutarvetta laajemmin, ja MNA on suunnattu vajaan ravitsemuksen liittyvien tekijöiden tunnistamiseen.



Taulukko 11. Ravitsemuskysymykset RAI-arvioinneissa ja MNA-mittareissa

	RAI-arviointi	MNA - lyhyt	MNA - pitkä
Ikä	x	x	x
Sukupuoli	x	x	x
Kognitio	x	x	x
Arkisuoriutuminen	x		
Masennus	x	x	x
Sosiaalinen toimintakyky	x		
Terveydentila	x	x	x
Saattohoitotilanne	x		
Aterioiden valmistaminen (kotihoito)	x		
Kyky syömiseen	x		x
Kuivuminen	x		
Ruokahalu (kotihoito)	x	x	x
Ravitsemustavat	x		
Pituus ja paino (BMI)	x	x	x
Painon muutos	x	x	x
Suun terveys	x		
Painehaavat tai muut haavat	x		x
Päivittäisten aterioiden määrät			x
Nesteen saanti			x
Ruokavalion proteiiniannosten lukumäärä			x
Kasvien, hedelmien ja marjojen käyttö			x
Oma näkemys ravitsemustilasta			x
Oma näkemys terveydentilasta			x
Kehon antropometriset mittaukset			

RAI = Resident Assessment Instrument

MNA = Mini Nutritional Assessment



13.4 Yhteistyö hyvän ravitsemuksen toteutumisessa ja palvelusopimuksen mukaisen laadun seurannassa

Selkeiden arviointikriteerien lisäksi on hyvä myös käydä yhteistä keskustelua niiden toteutumisesta sekä indikaattoritiedon jakamisesta eri toimijoiden kesken. Kun arviointeja tehdään säännöllisesti ja tuloksia hyödynnetään yhteistyössä, varmistetaan vajaaravitsemusriskissä olevien henkilöiden löytäminen riittävän varhain ja tilanteeseen päästään puuttumaan ajoissa konkreettisten toimenpiteiden avulla. Edelläkävijäkunnissa ikääntyneiden ateriapalvelujen järjestämisessä tehdään tiivistä ennakoivaa yhteistyötä eri toimijoiden, kuten ateriapalveluntuottajan, hoitohenkilöstön ja palvelun tilaajan, kesken. Hyviä kokemuksia on saatu esimerkiksi valjastamalla kotiateriapalvelun kuljettaja havainnoimaan asiakkaan tilaa samalla, kun hän toimittaa aterian henkilön kotiin. Mikäli kuljettaja havaitsee jotakin poikkeavaa, hän ilmoittaa asiasta kotihoitoon, joka voi tarkistaa tilanteen kotikäynnillä. Palvelujen järjestämisessä tärkeintä on huolehtia asiakkaan hyvinvoinnin toteutumisesta arjessa joka päivä.

Hoivapalveluita kilpailutettaessa on huomioitava myös ateriapalvelun sisältöön liittyvät vaatimukset. Kilpailutettavan palvelun sisältö valmistellaan huomioiden ateriapalvelujen käyttäjän tarpeet, palveluntuottajan mahdollisuudet sekä ravitsemushoidon periaatteet. Hankinnasta vastaavan yksikön on huomioitava eri toimijoiden näkökulmat, joita toteutetaan systemaattisesti palvelujen hankinnassa. Kun palveluita kilpailutetaan yhdenmukaisten vaatimusten mukaan, on myös onnistumisen arviointi selkeää ja yhdenmukaista. Eri palveluntuottajat toimivat tällöin yhteisten vaatimusten mukaisesti ja toiminnan arviointiin voidaan tehdä selkeät onnistumista kuvaavat mittarit. Mittareita voivat olla esimerkiksi asiakastytyväisyys, tehty laadunseuranta, lautashävikin määrä ja poikkeamien määrä. Mittareita voidaan käyttää myös palkitsemiseen, esimerkiksi tavoitteen ylittävästä asiakastytyväisyydestä tai lautashävikin määrän vähenemisestä voidaan palkita palveluntuottajaa.



Mitattavat kriteerit ateriapalvelun toteutumisessa voivat olla esimerkiksi:

- ▶ ruokailija-asiakkaan tyytyväisyys
- ▶ säännöllinen arviointi ja ravitsemustila
- ▶ ruokalistan energia- ja ravintosisällön toteutumisen säännöllinen seuranta
- ▶ lautashävikin määrä
- ▶ yöpaaston pituus
- ▶ päivän ateriakertojen määrä
- ▶ asiakkaiden osallisuusmahdollisuudet toiminnan kehittämisessä
- ▶ vastuullisuuden toteutuminen
- ▶ ruokatoiveiden huomioiminen
- ▶ yhteistyön laatu ja tiheys.

Hyvän ravitsemuksen toteutuminen on eri toimijoiden yhteistyötä, jolla tavoitellaan ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä. Hyvinvointia ja sen kehittymistä voidaan mitata yhteisen mittariston avulla. Tampereella on esimerkiksi käytössä kuntalaisen ravitsemuksellista hyvinvointia mittaava matriisi, jonka sisällön tuottamiseen osallistuvat sekä ateriapalveluntuottaja että hoivapalvelun tuottaja. Yhteisesti sovitun mittariston avulla pystytään palveluja kehittämään ja ohjaus on systemaattista. Tampereen hyvinvointimatriisissa arvioidaan esimerkiksi ikääntyneiden hyvinvointia selvittämällä asiakastyytyväisyys, ruokatoiveiden huomioiminen, vajaan ravitsemusriski sekä avun saaminen tarvittaessa. Matriisin tietoja kokoamassa ovat sekä hoiva- että ateriapalvelu. Tulokset raportoidaan ja niiden kehittymistä seurataan.

Läikkäiden palvelujen omavalvonta ja viranomaisvalvonta

Sosiaalihuollon palveluissa toteutettavasta valvonnasta säädetään sosiaalihuoltolaissa, vanhuspalvelulaissa ja laissa yksityisistä sosiaalipalveluista. Omavalvonta on ensisijainen valvonnan muoto, ja siihen sisältyy ammattihenkilöiden itseensä kohdistama omavalvonta, palveluntuottajien omavalvonta ja järjestämistä vastuussa olevien kuntien järjestämistä vastuuseen liittyvä omavalvonta. Omavalvonnan tavoitteena on, että toimintayksiköissä toteutetaan suunnitelmallista oman toiminnan arviointia ja valvontaa, jolla varmistetaan asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelujen laatu. Omavalvonnan tarkoituksena on epäkohtien ehkäiseminen ja niihin puuttuminen nopeasti.

Valvontaviranomaisten on toteutettava sosiaalipalvelujen valvontaa ensisijaisesti antamalla palvelujen tuottamisessa tarpeellista ohjausta ja neuvontaa, seuraamalla toiminnan kehitystä yhteistyössä palvelun tuottajan kanssa sekä edistämällä ja varmistamalla omavalvontaa. Valvontaviranomaisen on kuitenkin puututtava toimintayksikön toimintaan mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti, jos omavalvonta ei toimi.



Valvontaviranomaisella on käytettävissään laaja keinovalikoima aina huomion kiinnittämisestä toimintayksikön sulkemiseen saakka.

Sekä omavalvonnassa että viranomaisvalvonnassa voidaan asiakkaiden ravitsemustilanteen arvioimisessa hyödyntää edellä kuvattua ravitsemukseen liittyvää indikaattoritietoa.

13.5 Ateriapalvelujen tuottajien seuranta ja valvonta

Ruokapalveluissa omavalvonnalla tarkoitetaan yleisesti elintarvikelainsäädännön edellyttämää elintarvikehuoneistoja koskeva omavalvonta. Tässä luvussa ruokapalvelun omavalvonnalla tarkoitetaan toimintojen jatkuvaa itsearviointia ja seurantaä sekä niihin liittyviä toimenpiteitä kuten laadunseuranta- ja laadunohjauskäyntejä sekä sisäisiä auditointeja.

Palvelujen tilaaja seuraa ja valvoo palvelua aktiivisesti yhteisten mittareiden pohjalta ja epäkohtiin voidaan puuttua nopeasti. Palveluntuottajilta edellytetään palvelun laadun omavalvontaa sekä säännöllistä raportointia jo palvelusopimuksen aloitusvaiheessa. Palvelun tilaaja voi myös valtuuttaa ateriapalvelujen hankinnan ja kilpailuttamiset palvelun järjestäjälle (palveluintegraattori). Tällöin palvelun järjestäjä vastaa ateriapalvelujen kilpailuttamisesta ja laadunseurannasta ja raportoi kokonaisuudesta tilaajalle.

Palveluntuottajan tekemän palvelun laadun omavalvonnan lisäksi toiminnan laatua seuraa tilaaja tai valtuuttamansa taho. Laadunseurantaä yhteisin kriteerein voidaan tehdä myös tilaajan ja tuottajan yhteistyönä osana sopimuksen seurantaä.

Palveluntuottajalta edellytetään oman toiminnan ohjeita ja toimipistekohtaisia toiminnan kuvauksia. Kilpailutetun palvelun lisäksi toimipisteissä on hyvä olla tarkennuksia palvelun toteuttamisessa, esimerkiksi aterioiden annoskokotaulukko, aterioiden kuljetusaikataulu, toimintaohjeet aterioiden ja tuotteiden tilaamiseen sekä annosteluohjeet. Tarkkailtavia perusasioita ovat ruokien lämpötilat ja tuoreus sekä työskentelyn, välineiden ja tilojen hygieniä. Kuumana tarjoiltava ruoka tulee kauttaaltaan kuumentaa yli + 60 °C:seen ja valmis ruoka on jäädytettävä mahdollisimman nopeasti alle + 6 °C:seen, jos sitä on tarkoitus säilyttää kylmänä. Lisäksi tulee noudattaa ruokaviraston antamia ohjeita elintarvikkeiden turvallisesta käytöstä herkillä kuluttajaryhmillä, kuten ikääntyneillä²². Mikäli käytössä on kylmä ateriakonsepti, myös ruoan loppuvalmistukseen liittyvät ohjeet ovat tärkeä lisä ateriapalvelun onnistumisessa.

22 Ruokavirasto. Elintarvikkeiden turvallisen käytön ohjeet.
www.ruokavirasto.fi/turvallisenkaytonohjeet



Oivahymy-järjestelmä

Oiva on kansallinen ruokaviraston koordinoima elintarvikevalvonnan järjestelmä, jossa paikalliset elintarvikevalvojat tekevät tarkastuskäynnin kohteeseen ja arvioivat hymynaamoin keittiöiden, ja muiden elintarvikealan yritysten elintarviketurvallisuutta, kuten elintarvikehygieniää ja tuotteiden turvallisuutta. Parhaimman hymyn saamiseen edellytetään elintarvikelainsäädännön noudattamista. Hymyilevä Oiva takaa, että asiat ovat toimipaikassa hyvin hoidettu, viiva tai alaspäin kääntynyt suu kertoo, että tilanteessa on korjattavaa tai se on huono. Tehdyn tarkastuskäynnin tulokset julkaistaan myös Oiva-raportteina internetissä. Oivassa ei arvioida asiakaspalvelun laatua tai muun palvelun tasoa, ei ruoan makua eikä sen ravitsemuslaatua. Asiakaspalvelun arviointiin tarvitaan oma palautejärjestelmänsä. Ruokapalvelu voi liittää ravitsemuslaadun seurannan kuitenkin myös osaksi elintarvikelain edellyttämää oma-valvontaansa.

Oiva tuo elintarvikealan yritysten valvontatulokset kuluttajien tietoon. Elintarvikealan yritysten tarkastustulokset julkaistaan hymynaamoin Oiva-sivustolla sitä mukaa, kun elintarvikevalvontaviranomaiset tekevät tarkastuksia.

Asiakastyytyväisyyden ja laadun toteutuminen

Ateriapalveluntuottaja arvioi palvelun laatua sekä asiakkaan tyytyväisyyttä säännöllisesti kysymällä palautetta ja järjestämällä asiakaskyselyjä säännöllisin väliajoin. Asiakastyytyväisyyden kehittymistä seurataan osana yhteistyötä ja sopimuksen seuranta. Ikääntyvä henkilö tarvitsee usein vastaamisessa apua, ja tällöin esimerkiksi kotihoidon työntekijän rooli mielipiteen kirjaamisessa on tärkeä. Asiakastyytyväisyyden mittaamisen tuloksia hyödynnetään palvelun kehittämisessä, esimerkiksi lisäämällä mieleisten ruokavaihtoehtojen tarjontaa. Tämä taas lisää ruokahalua ja varmistaa että ruoka tulee myös syödyksi.

- ▶ **Aterioiden syömättä jättäminen tai lisääntynyt lautashävikin määrä voi myös olla merkki siitä, että ruoka on rakenteeltaan asiakkaalle sopimatonta tai se ei maistu!**

Ruokalistan ravitsemuksellista laatua seurataan säännöllisesti vaatimalla palveluntuottajalta ravitsemussuosituksiin perustuvat ravintosisältölaskelmat ja edellyttämällä että ne myös toteutuvat käytännössä. Tilattavissa olevien tuotteiden laadun on oltava suositusten mukainen ja ateriapalveluntuottajalta voidaan edellyttää säännöllistä raportointia myös tuotteiden tilauksista. Esimerkiksi tilattujen hedelmien ja vihannesten määrä, rasvan oikea laatu sekä sokeria sisältävien tuotteiden tilausmäärät vaikuttavat oleellisesti toteutuneen palvelun laatuun ja ateriapalvelun terveellisyteen.

Ruokailijoiden osallisuus voidaan toteuttaa siten, että asiakkaat pääsevät osallistumaan uusien ruokalajien valintaan ruokalistalla sekä antamaan palautetta mieliruokien esiintymiseen ruokalistalla riittävän usein. Voidaan myös järjestää ikääntyneille



suunnattu kysely, jossa selvitetään toiveita ruokalistan uudistamiseen. Palveluntuottajaa voidaan edellyttää järjestämään säännöllisesti mieliruokaan liittyviä teemapäiviä tai -viikkoja. Toiveruoka ja/tai toiveruokalista voi myös olla säännöllisesti tilattavana tuotteena ja sen toteutumisen määrää voidaan seurata.

Palvelusopimuksen mukaista laatua voidaan arvioida esimerkiksi tekemällä yhteisiä laatukatselmuksia palveluntuottajan, tilaajan ja käyttäjäasiakkaan kesken. Laatua arvioidaan suhteessa palvelukuvauksessa kirjattuun palvelun sisältöön. Yhteisten arviointikertojen määrä sovitaan osana palveluntuottajan ja -tilaajan välistä yhteistyötä. Arvioinnin tulokset kirjataan ja kehittämistoimenpiteistä sovitaan yhdessä.

Kun palvelusopimukseen on kirjattu menettelyt laadun seurannan kriteereistä, seuranta- ja raportointiprosesseista sekä mahdollisista poikkeamiin liittyvistä sanktioista, on myös huolehdittava siitä, että nämä toteutuvat käytännössä. Toistuvien poikkeamien tulisi johtaa konkreettisiin toimenpiteisiin palvelun laatutason korjaamiseksi. Kun palveluntuottajan ja tilaajan kesken pidetään säännöllisesti yhteistyötapaamisia, pystytään mahdollisiin poikkeamiin puuttumaan nopeasti ja toiminta palautettua sopimuksen mukaiselle tasolle.

Useiden palveluntuottajien ohjaamisen tulisi olla systemaattista ja saman sisältöistä. Palveluntuottajien perehdyttämisessä ja ohjaamisessa voidaan käyttää erilaisia yhteisiä digitaalisia menetelmiä, esimerkiksi internetpohjaista työskentelyalustaa, jonne tallennetaan yhteiset ohjeet ja toimintaan liittyvät vaatimukset. Tavoitteiden tulee olla kaikille ateriapalveluntuottajille yhteneväiset. Portaalissa voidaan säilyttää esimerkiksi toiminnan palvelukuvaus, omavalvontaohjeistus, hygieniaohjeita, annoskokotaulukko tai annosteluohjeet.

Lähteet

Ruokavirasto. Oiva-järjestelmä. www.oivahymy.fi/

Terveuden ja hyvinvoinnin laitos. Palvelutarpeen arviointi RAI-järjestelmällä. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>

Tampereen kaupungin hyvinvointimatriisi. <https://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/tietoa-tampereesta/tietonakoala/ravitsemuksen-hyvinvointimatriisi.html>





Työkalujen lomakkeet on saatavissa pdf-muodossa Valtion ravitsemusneuvottelukunnan verkkosivuilta <https://www.ruokavirasto.fi/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ikaantyneet/>

Ruokapalveluiden tarjoaman ruoan ateriakohtaiset ravitsemuskriteerit

Ravitsemuslaadun vähimmäisvaatimukset

(Terveyttä ruoasta – suomalaiset ravitsemussuositukset, 2014, versio 5)

Aterioiden ravitsemuslaadun vähimmäisvaatimusten pohjana ovat väestötason ravitsemussuositukseen kirjatut ruokapalvelujen tarjoaman ruoan ateriaosakohtaiset kriteerit. Jos tarjolla on päivittäin vain yksi ateriavaihtoehto, voidaan hyväksyä se, että valtaosa (vähintään 80 %) aterioista on suosituksen mukaisia. Silloin kun tarjotaan useampia aterioita (aamupala, lounas, välipala, päivällinen, iltapala), tulee ruokalistasuunnittelussa ottaa huomioon koko päivän aterioiden kokonaisuus. Ateriaosakohtaisten kriteereiden ohella myös kaikki Sydänmerkki-kriteereiden mukaiset tuotteet ovat sellaisenaan suositeltavia aterianosiksi, vaikka tuotteen ravintosisältö ei vastaisi alla olevissa taulukoissa esitettyjä lukuja. Sydänmerkki-tuotteiden kriteerit perustuvat ”parempi valinta” -vertailuun kunkin tuoteryhmän sisällä kaupan olevissa tuotteissa.

Taulukko 1. Pääruoat

Pääruokatyyppi	Ravintosisältö/100 g, enintään		
	Rasva g	Tyydyttynyt rasva, g	Suola g
Pääruokapuurot* Hiutaleissa ym. kuitua vähintään 6 g/100 g.	3	1	0,5
Keitot*	3 (5)**	1 (1,5)	0,5***-0,7
Laatikkoruoat, risotot, pasta-ateriat, ateriasalaatit****, pizza	5 (7)	2 (2)	0,6***-0,75
Pääruokakastikkeet (esim. liha- ja broilerikastike)	9 (11)**	3,5 (3,5)	0,9
Kappalerooat kastikkeen kanssa tai ilman	8 (12)**	3 (3,5)	0,9

* Jos keitto- tai puuroaterian yhteydessä tarjotaan leivänpäällisiä (esimerkiksi leikkeleitä tai juustoa), käytetään Sydänmerkki-tuotteiden kriteereitä.

** Suluissa olevat rasvaluvut koskevat kala-aterioita.

*** Suolan määrän vaihteluväli, jossa alempi suolaraja on pitemmän tähtäimen tavoite.

**** Ateriasalaatissa kasvien osuus vähintään 150 g/annos

Taulukko 2. Pääruoan peruna- ja viljalisäkkeet

Lisäkeruokalaji	Ravintosisältö/100 g			
	Rasva g	Tyydyttynyt rasva g	Suola g	Kuitu (kuiva-painosta) g
Pasta	_*	Enintään 0,7	Enintään 0,3	Vähintään 6
Ohrasuurimot, riisi-vilja-seokset yms.	-	Enintään 0,7	Enintään 0,3	Vähintään 6
Täysjyväriisi	-	Enintään 0,7	Enintään 0,3	Vähintään 3
Keitetty peruna	Ei lisättyä rasvaa	-	Ei lisättyä suolaa	-
Muu perunalisäke (esim. perunasose, lohkoprunat)	-	Enintään 0,7	Enintään 0,3** -0,5	-

*(-) Ei kriteeriä ko. tekijän suhteen.

** Suolan määrän vaihteluväli, jossa alempi suolaraja on pitemmän tähtäimen tavoite.

Taulukko 3. Muut aterianosat

Aterian osa	Ravintosisältö/100 g			
	Rasva %	Kova rasva (tydyttynyt ja transrasva), %	Suola g	Kuitu g
Leipä	-	-	Tuoreleipä enintään 0,7	Vähintään 6
			Näkkileipä enintään 1,2	Vähintään 10
Kasvirasvaveite	60 tai enemmän	Enintään 30	Enintään 1,0	-
Maito tai piimä	Enintään 0,5	-	-	-
Kasvislisäke - tuoreet kasvikset	-	Marinadissa enintään 20	Ei lisättyä suolaa	-
Kasvislisäke - kypsennetyt kasvikset	-	Marinadissa enintään 20 *	Enintään 0,3	-
Salaatinkastike tai Öljy salaattiin	Miehellään 25 tai enemmän	Enintään 20	Enintään 1,0	-

* Kypsennetyissä kasviksissa rasvana voidaan käyttää myös kaikkia Sydänmerkki-kriteereiden mukaisia rasvoja (esimerkiksi öljyä, kasvirasvaveitettä tai juoksevaa kasvirasvavalmistetta).

Kotihoidon ravitsemuksen laatuksiteerit

Tämä on soten kotihoitoyksiköille tarkoitettu ravitsemuksen laatuksiteerikysely. Kyselyyn vastaamisesta huolehtivat lähipalvelualueiden ravitsemusvastaavat kotihoitoalueiden ravitsemusyhdyshenkilöiden tuella.

Ravitsemusvastaava varaa tiimin kokoukseen ajan laatuksiteereiden käsittelyä varten ja monistaa tiimiläisiä varten kyselyn. Käsittelyn aluksi jokainen tutustuu kyselyyn ja pohtii vastauksia oman toimintansa ja omien vastuusasiakkaidensa näkökulmasta. Tämän jälkeen tiimi käsittelee yhdessä kysymys kerrallaan vastauksia ja sopii tiimin yhteisen näkemyksen asiasta. Eri tiimien tulokset kirjataan erikseen.

On tärkeää, että kysymyksiin vastataan totuudenmukaisesti ja vastaukset kerätään tarkasti. Kyselyn avulla voimme seurata ravitsemushoidon toteutumista.

Kotihoitoyksikkö
Lähipalvelualue

1. Tiimin kotihoidon työntekijät ovat tutustuneet Kotiateriaoppaaseen Ravitsemusterapia / Ikääntyneiden ravitsemus

- kyllä
 osittain
 ei

2. Tiimin kotihoidon työntekijät ovat tutustuneet intran Ravitsemusterapia / Ikääntyneiden ravitsemus – sivuston materiaaleihin (videot, ohjeet yms.)

- kyllä
 osittain
 ei

3. Kotiateriaoppaassa olevia ruuan säilytys- ja käsittelyohjeita (7.1 Ruokahygienia) noudatetaan

- kyllä
 osittain
 ei

4. Ruokien päiväyksiä ("parasta ennen", "viimeinen käyttöpäivä") tarkkaillaan ja vanhat ruokatarvikkeet heitetään pois

- kyllä
 osittain
 ei

5. Kotihoidon käynnillä katsotaan, että asiakkaan (jää)kaapissa on ruokatarvikkeita: proteiinin lähteitä, maitovalmisteita, viljavalmisteita sekä tuoreita kasviksia, hedelmiä tai täysmehua

- kyllä
 osittain
 ei

6. Kotihoito auttaa asiakasta ateria-/kauppatilauksen tekemisessä

- kyllä
 osittain
 ei

7. Kotihoidon etähoidon asiakkaille on tarjottu mahdollisuutta tehdä kaupakassitilaus etäpalveluna

- kyllä
 osittain
 ei

8. Mikäli joku asia toteutuu osittain tai ei lainkaan, mainitse kysymyksen numero / numerot ja kuvaile tähän selitys tai syy

9. Asiakkaan ruokailutilanteessa tarvitsema apu (esim. kattaminen, ruokailun apuvälineet, ruuan lämmittäminen) on arvioitu ja kirjattu hoitosuunnitelmaan

- kyllä
 osittain
 ei



10. Asiakasta kannustetaan / avustetaan siirtymään ruokapöydän ääreen syömään

- kyllä
 osittain
 ei

11. Asiakkaan aterialle huolehditaan myös maitoa/piimää ja voileipää

- kyllä
 osittain
 ei

12. Kotihoidon henkilöstö on tarvittaessa asiakkaan seurana/tukena/apuna ruokailutilanteessa

- kyllä
 osittain
 ei

13. Kotihoidon etähoidon asiakkaille on tarjottu mahdollisuutta osallistua etäpalveluna ryhmäruokailuhetkiin

- kyllä
 osittain
 ei

14. Lääkkeiden asianmukaisesta antamisesta huolehditaan: lääkkeitä ei sekoiteta lautaselle ruokailun yhteydessä

- kyllä
 osittain
 ei

15. Asiakkaalla on käytössä D-vitamiinilisä

- kyllä
 osittain
 ei

16. Mikäli joku asia toteutuu osittain tai ei lainkaan, mainitse kysymyksen numero / numerot ja kuvaile tähän selitys tai syy

17. Asiakkaan ateriarytmi ja päivässä nautitut ateriat sekä niiden kuvaus on kirjattu hoitosuunnitelmaan, esim. aamupala (puuro), lounas (lämmin ateria), välipala (kahvi ja kahvileipä), päivällinen (välipalatyypinen ateria), iltapala (leipä ja maito)

- kyllä
 osittain
 ei

18. Asiakkaan ruokailutottumuksia ja -toiveita on kirjattu hoitosuunnitelmaan

- kyllä
 osittain
 ei

19. Asiakkaan erityisruokavalion tarve arvioidaan säännöllisesti

- kyllä
 osittain
 ei

20. Asiakkaan ruuan rakenne ja erityisruokavalion perusteet on kirjattu hoitosuunnitelmaan

- kyllä
 osittain
 ei

21. Allergisen asiakkaan ruoka-aineallergiat on kirjattu riskitietoihin hoitotietojärjestelmään

- kyllä
 osittain
 ei

22. Asiakkaan ravitsemuksesta, ruokailusta ja ruokamääristä tehtyjä huomioita kirjataan päivittäin

- kyllä
 osittain
 ei

23. Asiakkaan yksilöllinen suunhoito on kirjattu hoitosuunnitelmaan

- kyllä
 osittain
 ei

24. Asiakkaan yksilöllinen suunhoito huomioidaan ravitsemuksen toteuttamisessa

- kyllä
 osittain
 ei

25. Kotihoidon hoitajat ovat suorittaneet ikääntyneen asiakkaan suunhoidon verkkokurssin. (Intrasta Ohjeita kotihoidon toimintaan → verkkokurssit)

- kyllä
 osittain
 ei



26. Asiakkaan hoitosuunnitelmaan on kirjattu, mikäli havaitaan, että asiakkaalla on taipumus ylimääräiseen naposteluun tai runsaaseen sokerin käyttöön aterioiden välissä
 kyllä
 osittain
 ei

27. Asiakkaalle suositellaan janojuomaksi vettä ja sitä tarjotaan kotihoidon käynnin yhteydessä
 kyllä
 osittain
 ei

28. Vajaaravitsemusriskissä olevalle asiakkaalle sekä huonosti syöväälle asiakkaalle suositellaan janojuomaksi maitoa tai piimää
 kyllä
 osittain
 ei

29. Mikäli joku asia toteutuu osittain tai ei lainkaan, mainitse kysymyksen numero / numerot ja kuvaile tähän selitys tai syy

30. Asiakas punnitaan vähintään kerran kuukaudessa ja tieto kirjataan asiakastietojärjestelmään
 kyllä
 osittain
 ei

31. Asiakkaan painon kehitystä seurataan ja painonmuutoksiin reagoidaan
 kyllä
 osittain
 ei

32. Asiakkaalle tehdään MNA RAI-arvioinnin yhteydessä ja lisäksi tarvittaessa
 kyllä
 osittain
 ei

33. Asiakkaan hoitosuunnitelmassa on hyödynnetty painotietoja ja BMI:tä sekä MNA:sta ja RAI:sta saatavia tietoja
 kyllä
 osittain
 ei

34. Kun asiakkaalla on **tahatonta painonlaskua**, alhainen BMI tai MNA-pisteet alle 17, hänelle on aloitettu ruokavalion ”rikastaminen” tavanomaisilla ruoka-aineilla tai kliinisillä ravintovalmisteilla tai hänellä on käytössä tehostettu ruokavalio
 kyllä
 osittain
 ei

35. Ravitsemushoidon tehostamisen aikana asiakas punnitaan kerran viikossa tai useammin
 kyllä
 osittain
 ei

36. Asiakkaalle järjestään lisä kotihoidon käyntejä riittävän ravitsemuksen turvaamiseksi
 kyllä
 osittain
 ei

37. Asiakkaan kanssa on tehty Liikkumissopimus ja sitä noudatetaan
 kyllä
 osittain
 ei

38. Mikäli joku asia toteutuu osittain tai ei lainkaan, mainitse kysymyksen numero / numerot ja kuvaile tähän selitys tai syy

39. Lopuksi voitte kommentoida kyselyn sisältöä tai antaa kehittämisideoita

Helsingin kaupunki. Kotihoito.

Lupa lomakkeen liittämiseen osaksi Ikääntyneiden ruokasuositusta on saatu Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta.



SARC-F -kysely

Kuvaus: Onko teillä vaikeuksia suoriutua seuraavista päivittäisistä toiminnoista? Arvioikaa vaikeusastetta viimeisen viikon ajalta.

• Onko teillä vaikeuksia 5 kg painoisen esineen nostamisessa tai kantamisessa?

- Ei lainkaan 0 pistettä
Jonkin verran 1 piste
Paljon/En pysty lainkaan 2 pistettä

• Onko teillä vaikeuksia kävellä huoneen poikki?

- Ei lainkaan 0 pistettä
Jonkin verran 1 piste
Paljon/Käytän apuvälinettä/En pysty lainkaan 2 pistettä

• Onko teillä vaikeuksia nousta vuoteesta tai tuolista?

- Ei lainkaan 0 pistettä
Jonkin verran 1 piste
Paljon/Tarvitsen apua 2 pistettä

• Onko teillä vaikeuksia kiivetä 10 porraskelmaa?

- Ei lainkaan 0 pistettä
Jonkin verran 1 piste
Paljon/En pysty lainkaan 2 pistettä

• Kuinka monta kertaa olette kaatunut viimeisen vuoden aikana?

- En kertaakaan 0 pistettä
1–3 kaatumista 1 piste
4 tai enemmän kaatumisia 2 pistettä

SARC-F yhteispisteet: ____ / 10

yli 4, on sarkopenia, 0 on ei sarkopeniaa

Päiväys _____

POTILAAN PERUSTIEDOT

Potilaan nimi		Henkilötunnus	
Pituus (cm)	Nykypaino (kg) <input type="checkbox"/> punnitus <input type="checkbox"/> ilmoitus	Painoindeksi BMI (kg/m ²)	Paino (1-2) 3 kk sitten kg

1 ARVIO RAVITSEMUSTILASTA

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

2 SAIRAUDEN VAIKEUSASTE RAVITSEMUSTILANTEEN KANNALTA

Vaikeusaste	0 pistettä Normaali tilanne	1 piste Lievä	2 pistettä Kohtalainen	3 pistettä Vakava	Pisteet
		<ul style="list-style-type: none"> heikentyneestä yleiskunnosta huolimatta jälkeillä oleva potilas kroonisesti sairas potilas, jolla akuutti komplikaatio krooninen haava alle 25 cm², painehaava II aste dialyysihoito paikallinen syöpä lonkkamurtuma, retiluun murtuma krooninen keuhkosairaus esim. COPD vakaassa vaiheessa maksakirroosi vakaassa vaiheessa pienkirurgia tulossa tai vastikään tehty Parkinsonin tauti, MS-tauti, motoneuronitauti kuten ALS muistisairaus 	<ul style="list-style-type: none"> vuodepotilas useita vaikeita kroonisia sairauksia, monivamma osastohoitoa vaativa kroonisen sairauden pahenemisvaihe äskettäinen tai suunniteltu laaja leikkaus, toistuvat leikkaukset nielemishäiriö levinnyt syöpä, hematologinen syöpä vaikea suoliston tulehdussairaus äskettäinen aivohalvaukset vaikea tulehdus, vaikea keuhkokuume palovamma 20–30 % painehaava III-IV aste, krooninen haava yli 25 cm² hengitystukihoitoa tarvitseva potilas vaikea spastisuus ja pakko liikkeitä kuten vaikea Parkinsonin tauti 	<ul style="list-style-type: none"> tehohoito hyvin laaja leikkaus, tulossa lähiaikoina tai akuutti postoperatiivinen tila pään alueen vamma kantasolusiirto 	

3 JOS IKÄ ON 70 VUOTTA TAI YLI LISÄÄ YKSI PISTE

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

SEULONNAN TULOS JA TOIMENPITEET ERI RISKILUOKISSA

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

1 Jens Kondrup on hyväksynyt 25.2.2010 Tampereen yliopistollisen sairaalan alkuperäisestä NRS-2002 -lomakkeesta muokkaaman version käytettäväksi NRS-2002 -menetelmänä. Kela ja THL. Kansallinen koodistopalvelu (<https://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=2483&versionKey=2763>).



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		J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)	
A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia		0 = 1 ateria 1 = 2 ateria 2 = 3 ateria	
0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia		<input type="checkbox"/>	
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana		K Sisältääkö ruokavalio vähintään	
0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta		• yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> • kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruiuissa, esim. laatikot) kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> • lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> 0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastausta 0.5 = jos 2 kyllä-vastausta 1.0 = jos 3 kyllä-vastausta	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C Liikkuminen		L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia	
0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona		0 = ei 1 = kyllä	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus?		M Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu...)	
0 = kyllä 2 = ei		0.0 = alle 3 lasillista 0.5 = 3-5 lasillista 1.0 = enemmän kuin 5 lasillista	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
E Neuropsykologiset ongelmat		N Ruokailu	
0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia		0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 = syö itse ongelmitta	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
F Painoindeksi eli (BMI) = paino kg / (pituus m)²		O Oma näkemys ravitsemustilasta	
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		0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus 1 = on epävarma ravitsemustilastaan 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Seulonnan tulos (välisumma maksimi 14 pistettä)		P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samankäisiin	
12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila 8-11 pistettä: Riski virheravitsemukselle kasvanut 0-7 pistettä: Virheravitsemus		0.0 = ei yhtä hyvä 0.5 = ei tiedä 1.0 = yhtä hyvä 2.0 = parempi	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Perusteellisempaa arviointia varten jatka kysymyksiin G-R		Q Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)	
Arviointi		0.0 = OVY on alle 21 cm 0.5 = OVY on 21-22 cm 1.0 = OVY on yli 22 cm	
G Asuuko haastateltava kotona		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1 = kyllä 0 = ei		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä		R Pohkeiden ympärysmitta (PYM cm)	
0 = kyllä 1 = ei		0 = PYM on alle 31 cm 1 = PYM on 31 cm tai enemmän	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
I Painehaavaumia tai muita haavoja iholla		Arviointi (maksimi 16 pistettä)	
0 = kyllä 1 = ei		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		Seulonta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

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; 10:465-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivuilta.

Ravitsemustilan arviointiasteikko

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



MNA ympärivuorokautisessa hoivassa -tulokset ja toimintaohjeet

Vertaa tulosta edelliseen arviointiin, huomioi mahdolliset muutokset, selvitä syyt ja reagoi niihin.

24-30 pistettä: normaali ravitsemustila	17-23,5 pistettä: riski virheravitsemukselle kasvanut	Alle 17 pistettä: virhe- tai aliravitsemus
<p>Kirjaa paino, pituus ja MNA tulos.</p> <p>Painonseuranta 1 x kk.</p> <p>MNA osana RAI-arviointia tai tarvittaessa tilanteen muuttuessa.</p> <p>Havainnoi asiakkaan ruokailua ja opasta toimintakykyä edistäviiin valintoihin.</p> <p>Tue hyvän ravitsemustilan säilyttämistä.</p>	<p>Kirjaa paino, pituus ja MNA tulos.</p> <p>Kartoita vajaaravitsemuksen riskitekijöitä ja keinoja vaikuttaa niihin.</p> <p>Sisällytä hoitosuunnitelmaan keinot, miten vajaaravitsemusta ehkäistään käytännössä.</p> <p><u>Jos paino laskee tahattomasti ja ruokahalu on huono</u>, tilaa tehostettu ruokavalio TEHO. Täydennysravintovalmisteet ovat vaihtoehto, jos käyttö on taloudellisesti mahdollista.</p> <p><u>Jos paino laskee tahattomasti ja ruokahalu on hyvä</u>, tarjoa enemmän peruseruokaa, toiveruokia ja rasvalisiä. Ainakin välipaloilla toteuta yksilöllisiä valintoja.</p> <p><u>Jos paino ei laske tahattomasti</u>, varmista ruokailussa monipuolisuus ja riittävä proteiinin saanti. Hyödynnä asukkaalle sopivaa talon ruokavaliomallia. Arvioi myös yksilöllinen proteiinin tarve ja sovi keinot toteuttaa.</p> <p>Seuraa ravitsemustilaa ja sovitujen toimenpiteiden vaikuttavuutta. Tee muutoksia tarvittaessa.</p> <p>Painonseuranta 1 x kk.</p> <p>MNA osana RAI-arviointia tai tilanteen muuttuessa.</p>	<p>Kirjaa paino, pituus ja MNA tulos.</p> <p>Arvioi tilannetta kokonaisvaltaisesti ja selvitä keskeiset ravitsemustilaan vaikuttavat tekijät (esim. sairaudet, ruokavalion sopivuus, lääkitys). Hyödynnä RAI- ja MNA- tietoja.</p> <p>Sisällytä hoitosuunnitelmaan keinot, miten vajaaravitsemusta hoidetaan käytännössä.</p> <p>Ohjaa ja motivoi tiheään syömiseen, runsasenergiisiin ruokiin ja juomiin, rasvalisiin ja täydennysravintovalmisteiden käyttöön. Tarkista myös proteiinin saanti.</p> <p>Seuraa ravitsemustilaa ja sovitujen toimenpiteiden vaikuttavuutta. Tee muutoksia tarvittaessa.</p> <p>Painonseuranta 1 x vko.</p> <p>MNA 3 kk välein tai tilanteen muuttuessa.</p> <p>Konsultoi ravitsemusterapeuttia, lääkäriä ja tarvittaessa muita yhteistyötahoja.</p>
<p>Kirjaa aina hoitotietoihin ravitsemushoidon</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tavoitteet 2. Konkreettiset keinot tavoitteiden saavuttamiseksi 3. Tavoitteiden toteutumisen arviointi ja seuranta 		

HUOM!

Tehosta vajaaravitsemusriskissä olevan asiakkaan ravitsemushoitoa *kuukauden ajan*. Jos ravitsemustila ei selkeästi parane tässä ajassa, konsultoi ravitsemusterapeuttia.

Helsinki
Helsingfors

Lupa lomakkeen liittämiseen osaksi Ikääntyneiden ruokasuositusta on saatu Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta.



Merkitse kunkin päivän aterian kohdalle potilaan nauttima ruoan ja juoman määrä. JÄ = jälkiruoka. Muuta-kohtaan lisätiedot potilaan aterian sisällöstä. Nestelistan tiedot kirjataan Muu neste -taulukkoon.

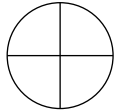
RAVINNONSAANNIN SEURANTA

Potilaan nimi _____

Tilattu ruokavalio _____

Tilattu annoskoko (S-XL): _____ Pvm _____

AAMUPALA

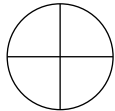


Rastita aterialta syöty osuus

maito/piimä: _____ dl
leipä: _____ viipaletta
rasva: KYLLÄ / EI
juusto + leikkele: _____ siivua
muuta: _____
täydennysravintojuoma (ml): _____

Muu neste (ml)

LOUNAS



Rastita aterialta syöty osuus

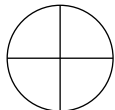


maito/piimä: _____ dl
leipä: _____ viipaletta
rasva: KYLLÄ / EI
juusto + leikkele: _____ siivua
muuta: _____
täydennysravintojuoma (ml): _____

VÄLIPALA

kahvi/tee: _____ dl
kahvileipä: KYLLÄ / EI
muuta: _____
täydennysravintojuoma (ml): _____

PÄIVÄLLINEN



Rastita aterialta syöty osuus



maito/piimä: _____ dl
leipä: _____ viipaletta
rasva: KYLLÄ / EI
juusto + leikkele: _____ siivua
muuta: _____
täydennysravintojuoma (ml): _____

ILTAPALA

maito/piimä: _____ dl
jugurtti/viili/rahka: _____ dl
leipä: _____ viipaletta
rasva: KYLLÄ / EI
juusto + leikkele: _____ siivua
muuta: _____
täydennysravintojuoma (ml): _____

Mukaeltu KYS:n ohjeen mukaan.



Ympäri vuorokautisen hoidon ravitsemuksen laatukriteerit

Tämä on sairaala, -kuntoutus- ja hoivapalvelujen ympärivuorokautiseen hoitoon tarkoitettu Ravitsemuksen laatukriteerikysely.

Kyselyyn vastaaminen ja tietojen kerääminen:

Kyselylomake tulostetaan paperille työntekijöiden tutustuttavaksi. Omahoitajat miettivät omalta kohdaltaan asukkaidensa vastaukset. Osaston/ryhmäkodin yhteisessä tilaisuudessa käsitellään yhteisesti kysymykset ja osaston yhteinen vastaus. On tärkeää, että vastaukset kerätään tarkasti ja totuudenmukaisesti.

Säännöllisesti tehtävän kyselyn avulla voidaan seurata ravitsemushoidon kehittymistä yleisesti sekä tulosyksiköittäin. Vastauksia käytetään osastolla sekä paikallisessa ravitsemusyhteistyöverkostossa ravitsemushoidon seurantaan ja kehittämiseen.

1. Vastaajan nimi ja tehtävä _____

2. JAOS/YKSIKKÖ

() valmis valikko

3. OSASTO _____

4. Yksikössä järjestetään ruokaelämyksiä (juhlat, erikoisaamiaiset, pitsapäivät jne.)

() toteutuu

() ei toteudu

5. Hoitoyksikössä paistetaan leipää, leivonnaisia jne.

() toteutuu

() ei toteudu

6. Ruokailuajoissa on mahdollista joustaa asukkaan tarpeen mukaan

() toteutuu

() ei toteudu

7. Ruokapöytiä on riittävästi – asukkaat ja hoitajat mahtuvat saman pöydän ääreen

() toteutuu

() ei toteudu

8. Ruokailutilat on rauhoitettu ruokailujen ajaksi

() toteutuu

() ei toteudu

9. Pöydät on katettu kauniisti servieteillä, liinoilla ja kukilla

() toteutuu

() ei toteudu

10. Yksikön henkilökunta on asukkaiden seurana/tukena/apuna ruokailussa

() toteutuu

() ei toteudu

11. Henkilökunta toteuttaa yhteisöllistä ateriointia ruokailemalla asukkaiden kanssa samoissa pöydissä

() toteutuu

() ei toteudu

12. Asukkaiden käytössä olevat ruokailuvälineet tukevat omatoimisuutta ja voimavarojen mukaista ruokailua

() toteutuu

() ei toteudu

13. Mikäli joku asia toteutuu heikosti tai ei lainkaan, kuvaile tähän mahdollinen selitys tai syy

14. Mikä osuus asukkaista on ruokaillut yhteisessä ravintolassa osaston ulkopuolella viimeisen kuukauden aikana

() 76–100 %

() 51–75 %

() 26–50 %

() 1–25 %

() 0 %

15. Asukkaista ruokailee yhdessä toisten kanssa päivittäin

() 76–100 %

() 51–75 %

() 26–50 %

() 1–25 %

() 0 %



16. Asukkaista syö AAMUPALAN istuen p-tuolilla, geriatrisella tuolilla tms.

- 76–100 %
 51–75 %
 26–50 %
 1–25 %
 0 %

17. Asukkaista syö PÄIVÄLLISEN istuen p-tuolilla, geriatrisella tuolilla tms.

- 76–100 %
 51–75 %
 26–50 %
 1–25 %
 0 %

18. Asukkaista syö ILTAPALAN istuen p-tuolilla, geriatrisella tuolilla tms.

- 76–100 %
 51–75 %
 26–50 %
 1–25 %
 0 %

19. Asukkaista syö seuraavat päivän ateriat suosituksen mukaisesti:

- aamupalan klo 10 mennessä
- lounaan klo 11–13
- päivällisen klo 16.30–18

- 76–100 %
 51–75 %
 26–50 %
 1–25 %
 0 %

20. Asukkaista nauttii päiväkahvin klo 14–15

- 76–100 %
 51–75 %
 26–50 %
 1–25 %
 0 %

21. Ilta-, yö- ja aamupala syödään niin, että yöpaasto jää alle 11 tunnin *asukkaista*

- 76–100 %
 51–75 %
 26–50 %
 1–25 %
 0 %

22. Asukkaista valitsee leivän ja ruokajuoman päivittäin itse

- 76–100 %
 51–75 %
 26–50 %
 1–25 %
 0 %

23. Asukkaista osallistuu väli- ja iltapalojen valintaan

- 76–100 %
 51–75 %
 26–50 %
 1–25 %
 0 %

24. Kuinka suurella osalla asukkaista iltapalan sisältö vastaa jotakin Asukasruokaoppaan (Perusruoka s. 23) vaihtoehtoista?

- 76–100 %
 51–75 %
 26–50 %
 1–25 %
 0 %

25. Kuinka suurelle osalle asukkaista lääkkeet annetaan erillään ruokailusta

- 76–100 %
 51–75 %
 26–50 %
 1–25 %
 0 %

26. Kuinka suuri osuus asukkaista saa D-vitamiinilisää suosituksen mukaan

- 75-vuotiaat ja vanhemmat 20 µg/vrk ympäri vuoden
- alle 75-vuotiaat 10 µg/vrk tarvittaessa (ks. Asukasruokaopas s. 9)

- 76–100 %
 51–75 %
 26–50 %
 1–25 %
 0 %

27. Erytisyruokavalion tarve arvioidaan hoitosuunnitelmaa päivitettäessä

- 76–100 %
 51–75 %
 26–50 %
 1–25 %
 0 %

28. Kuinka suuri osuus asukkaista on punnittu tulovaiheessa ja kuukausittain

- 76–100 %
 51–75 %
 26–50 %
 1–25 %
 0 %



29. Paino- ja BMI-kehitystä seurataan **niin, että painonmuutokseen voidaan reagoida ajoissa**

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

30. Hoidon suunnitelmassa on hyödynnetty ravinnonsaantia ja ravitsemustilaa kuvaavia RAI- ja MNA-tietoja

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

31. Hoidon suunnitelmassa on hyödynnetty suun terveyttä kuvaavia RAI-tietoja

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

32. Vakava ruoka-aineallergia on kirjattu riskitietoihin

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

33. Ruokailutottumuksia ja -toiveita on kirjattu hoidon suunnitelmaan

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

34. Ruokavalio ja sen rakenne on kirjattu hoidon suunnitelmaan (esimerkiksi Perus, TEHO, Pehmeä)

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

35. Huomioita ruokailusta ja ruokamääristä on kirjattu päivittäisiin merkintöihin

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

36. Yksilöllinen suunhoito on kirjattu hoidon suunnitelmaan

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

37. Kuivasuisen asukkaan suun limakalvoille on sivelty ruokaöljyä ruokailun aluksi nielemisen helpottamiseksi

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

38. Yksilöllinen ravitsemushoito on kirjattu hoidon suunnitelmaan

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

39. Ravitsemushoidon vaikutuksia on arvioitu hoitotyön arvioinnissa

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

40. Ravitsemushoitoa on muutettu hoidon aikana tehdyn arvioinnin pohjalta

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

41. Jos joku asia ei toteudu tai toteutuu heikosti, kuvaile selitys tai syy



42. Suurempi annoskoko tilataan, kun asukas syö hyvin, mutta paino silti laskee
 toteutuu
 ei toteudu

43. Lempiruokia ja energia- ja proteiinipitoisia ylimääräisiä välipaloja tarjotaan vajaaravituille ja/tai kun paino laskee tahattomasti
 toteutuu
 ei toteudu

44. TEHO (Tehostettu ruokavalio) valitaan kahden viikon sisällä, jos paino laskee muista toimenpiteistä huolimatta
 toteutuu
 ei toteudu

45. TEHO: n vaikutusta painoon seurataan viikoittaisella punnituksella
 toteutuu
 ei toteudu

46. Yöpalaa tarjotaan aktiivisesti yöllä herääville asukkaille, jos he ovat vajaaravittuja tai, kun paino laskee tahattomasti
 toteutuu
 ei toteudu

47. Myöhäisilta-, yö- tai varhaisaamupala on kirjattu hoitosuunnitelmaan vajaaravituilla ja vajaaravitsemusriskissä olevilla asukkailla
 toteutuu
 ei toteudu

48. Jokainen ummetuksesta kärsivä asukas saa oireita vähentäviä ruoka-aineita
 toteutuu
 ei toteudu

49. Hoitoon osallistuvat käyttävät perehdytyksen jälkeen Asukasruokaopasta
 toteutuu
 ei toteudu

50. Omavalvontaohjeita noudatetaan (Asukasruokaopas s. 11-12)
 toteutuu
 ei toteudu

51. Ruokaa tilataan riittävästi huomioiden paljon energiaa tarvitsevat asukkaat
 toteutuu
 ei toteudu

52. Välitystavaratuotteita tilataan asukkaiden tarpeiden perusteella
 toteutuu
 ei toteudu

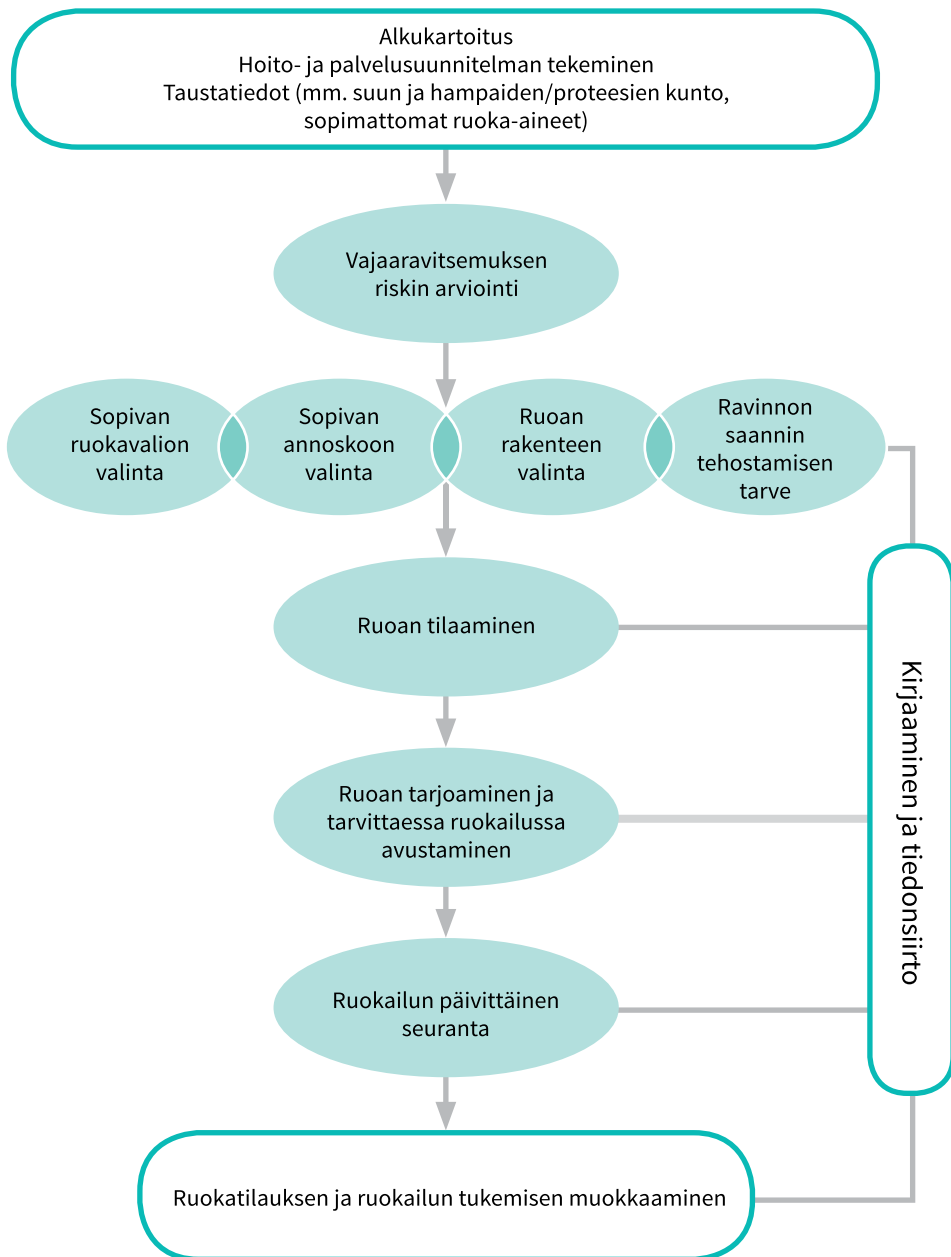
53. Jos joku asia ei toteudu tai toteutuu heikosti, kuvaile selitys tai syy

Helsingin kaupunki. Ympäri vuorokautinen hoito.

Lupa lomakkeen liittämiseen osaksi Ikääntyneiden ruokasuositusta on saatu Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta.



Ruoan valinta ja tilaaminen



Mukaeltu KYS:n ohjeen mukaan.



Suun terveyden arviointi



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto

SUUNTERVEYDEN ARVIOINTI

Asiakkaan tiedot	Nimi	Henkilöturvattumus		
	Laitos/osasto			
	Hampaat ja proteesit (rastita yksi vaihtoehto)			
	<input type="checkbox"/> Omia hampaita	<input type="checkbox"/> Omia hampaita ja proteesi	<input type="checkbox"/> Hampaaton	<input type="checkbox"/> Hampaaton ja kokoproteesi
Suunhoitovälineet				

Arviointipäivämäärä ja tekijä						
Huulet						
Suun limakalvot, ikenet						
Kieli						
Hampaat						
Proteesit						
Sylki						
Seuraava arviointiajankohta						

	Oireen kuvaus ja asteikko		
	1	2	3
	Ei toimenpidettä, hyvä päivittäinen suunhoito	Tarvitsee tehostetun suunhoidon tai yhteys hammashoitolaan	Ota yhteys hammashoitolaan
Huulet	sileät, vaaleanpunaiset, kosteat	kuivat, rohtuneet, suupielihaavaumia	haavaiset, vertavuotavat
Suun limakalvot, ikenet poista irroitettavat proteesit	vaaleanpunaiset, kosteat, ikenet kiinteät	punoittavat, kuivat tai laikukkaat, irtoavia peitteitä, ienverenvuoto	limakalvovaurioita tai muutoksia, haavaumia
Kieli	vaaleanpunaiset, kosteat, nystyjä	sileä, punainen, kuiva, katteinen	vaurioita (vuotavia tai ilman verenvuotoa), haavaumia
Hampaat	puhtaat, ei näkyviä peitteitä (plakkia) eikä ruuantähteitä	peitteitä (plakkia) paikallisesti, rikkinäisiä hampaita	peitteitä (plakkia+hammaskiveä) yleisesti, rikkinäisiä hampaita
Proteesit	puhtaat ja toimivat (istuvat hyvin)	peitteitä tai ruuantähteitä, huonosti toimivat	rikkinäiset, ei käytössä
Sylki	hanskoitettu sormi liukuu kevyesti posken limakalvolla	liukuu hitaasti	ei liu ollenkaan
Med tillstånd från University of Nebraska Medical Center samt Oncology Nursing Forum; översatt och modifierat Pia Andersson Högskolan Kristianstad, 1994, rev sept 2000. Käännetty ja muokattu Helsingin kaupunki, Terveyskeskus, Suunterveydenhuolto. 12/2012			

Tehh-046 7.9.2015

Helsingin kaupunki. Suun terveydenhuolto.

Lupa lomakkeen liittämiseen osaksi Ikääntyneiden ruokasuositusta on saatu Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta.



Helsingin terveystieteiden keskuksen kehittämishanke:

(27.9.06)

Nielemisen arviointi- ja hoitokäytännöt akuuttisairaaloissa
(Haapala, Heikkinen, Laivo & Passinen)

AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN NIELEMISEN KAROITUS

Potilas _____ Hlötunnus _____

Tutkija _____ Päivämäärä _____

Diagnoosi _____

Anamnestiset tiedot

Hampaat omat hyvät huonot ei hampaita

Proteesi kyllä ei

Hemipareesi kyllä ei

Pareesin puoli oikea vasen molemmat

Pareesin aste lievä kohtalainen vaikea

Kasvohalvaus kyllä ei

Sylkivuoto kyllä ei

Trakeostooma kyllä ei

CRP koholla kyllä ei

Pneumonia kyllä ei

Yskiikö tehokkaasti kyllä ei

Paino, pituus ja BMI

osastolle tullessa _____

1 viikon kuluttua _____

2 viikon kuluttua _____

3 viikon kuluttua _____

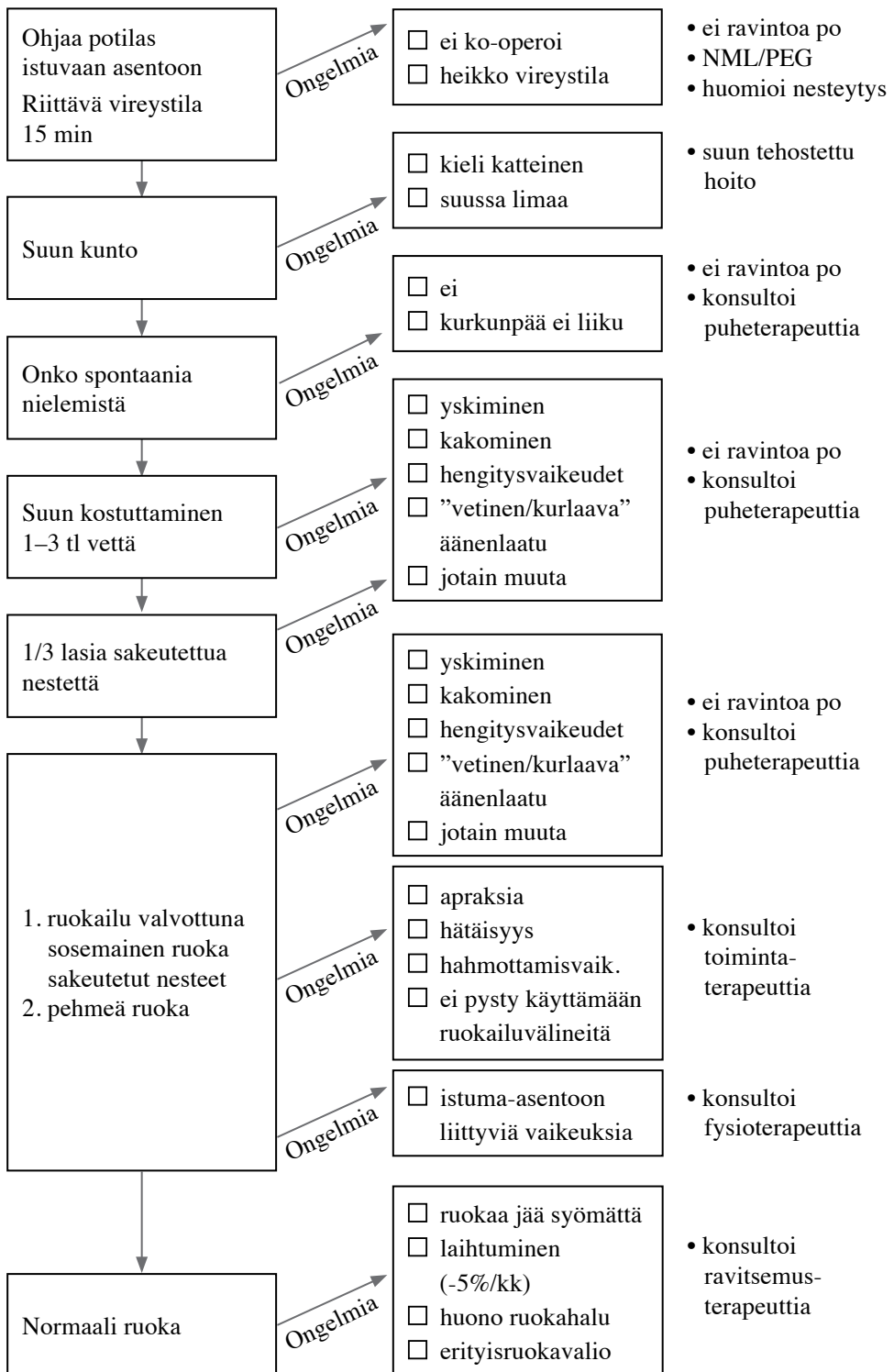
4 viikon kuluttua _____

PAINON SEURANTA VIIKOTTAIN

Mikäli paino laskee 5 %/kk, konsultoi
ravitsemusterapeuttia

Lupa lomakkeen liittämiseen osaksi Ikäntyneiden ruokasuositusta on saatu Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta.

Nielemisen arvio



Lupa lomakkeen liittämiseen osaksi Ikääntyneiden ruokasuositusta on saatu Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta.



Ruokahalu

1. Miten kuvailisitte ruokahaluanne?				
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
• Todella huono	• Huono	• Kohtalainen	• Hyvä	• Todella hyvä
2. Kun syön,...				
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
• Tulen kylläiseksi muutaman suupalan jälkeen	• Tulen kylläiseksi syötyäni kolmanneksen (1/3) aterialta	• Tulen kylläiseksi syötyäni puolet (1/2) aterialta	• Tulen kylläiseksi syötyäni lähes koko aterian	• En tunne oloani kylläiseksi lähes koskaan
3. Ruoka maistuu mielestäne...				
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
• Todella pahalta	• Pahalta	• Ei hyvältä eikä pahalta	• Hyvältä	• Todella hyvältä

4. Kuinka usein syötte (ateria + välipalat)?		
[1]	•	Harvemmin kuin 1 kerran päivässä
[2]	•	1 kerran päivässä
[3]	•	2 kertaa päivässä
[4]	•	3 kertaa päivässä
[5]	•	4 kertaa tai useammin päivässä

Pisteet alle 14, huono ruokahalu ja merkittävä riski sille, että paino laskee ≥ 5 prosenttia seuraavan 6 kuukauden aikana.

Lusikka suuhun -jumppaa voidaan käyttää muistisairaiden hoidossa. Jumpan tavoitteena on:

- Ruokailuun motivoituminen
- Tunnelman kohottaminen ja yhteishengen luominen
- Herättely ja aktivointi
- Aikaan orientoituminen
- Nivelten liikkuvuuden lisääminen
- Verenkierron paraneminen
- Hahmotuksen paraneminen
- Silmä-käsikoordinaation paraneminen
- Suun ja käsien motoriikan paraneminen
- Aivojen aktivointi

Esimerkki Lusikka suuhun -jumpan vetämisestä

- Otetaan hyvä ryhti ja laitetaan kädet pöydälle.
- Katsellaan hetki omia käsiä, kynsiä ja kämmeniä. Mietitään, miten vanhat kädet ovat ja mitä kaikkea niillä on tehty. Hierotaan käsiin desinfiointiainetta.
- Puhutaan käsien tärkeydestä ruokailussa.
- Puristetaan kädet voimakkaasti nyrkkiin ja auki. Otetaan puhe rytmittämään liikettä.
- Vaikutetaan tehtävää: Toinen käsi nyrkkiin ja toinen auki. Harjoitellaan.
- Mietitään, mikä viikonpäivä nyt on. Luetellaan viikonpäivät kaksi kertaa ja laitetaan samaan aikaan toinen käsi nyrkkiin ja toinen auki.
- Toistetaan edellinen liike, mutta viikonpäivät luetellaan takaperin kaksi kertaa.
- Laitetaan kämmenet vuorotellen alas ja ylös. Otetaan puhe mukaan rytmittämään liikettä.
- Vaikutetaan tehtävää: toinen kämmen alas ja toinen ylös. Harjoitellaan.
- Mietitään, mikä kuukausi nyt on. Luetellaan kuukaudet ja käännettään samaan aikaan kämmeniä: toinen kääntyy ylös, toinen alas.
- Toistetaan edellinen liike, mutta kuukaudet luetellaan takaperin.
- Verrytellään sormia. Viedään sormia haralleen ja yhteen. Otetaan puhe mukaan.
- Viedään peukalo vuoron perään saman käden muihin sormiin ja sanotaan yhteen ääneen, mikä sormi on vuorossa. Helpotettu versio on viedä peukaloa vuoron perään ainoastaan etusormeen ja keskisormeen.
- Lauletaan joku tuttu laulu, esimerkiksi *Kullan ylistys*. Ensimmäisen säkeistön aikana viedään kyynärpäitä koukkuun ja suoraksi. Toisen säkeistön aikana nyrkkeillään eteen ja ojennetaan myös sormia. Kolmannessa säkeistössä viedään etusormia vuoron perään leukaan. Neljännessä säkeistössä pumpataan ranteita.
- Opetellaan loru *Vatsa hankaa selkärunkaa/huulet huokaa tuokaa ruokaa*. Lausutaan se yhdessä aina ääntä koventaen muutamia kertoja.
- Kerrotaan, mitä on ruoaksi ja toivotetaan hyvää ruokahalua.



LIITTEET



Liite 1. Ruokalajien energia- ja proteiinitaulukko

RUOKALAJIT	Määrä	Energia kcal	Proteiini g	Määrä	Energia kcal	Proteiini g
PUUROT JA VELLIT						
puuro (veteen keitetty)	1/2 lautasellinen (1 dl)	52	2,0	1 lautasellinen (2 dl)	104	4,0
puuro (maitoon keitetty)	1/2 lautasellinen (1 dl)	100	5,2	1 lautasellinen (2 dl)	200	10,4
velli (maitoon)	1/2 lautasellinen (1 dl)	62	3,7	1 lautasellinen (2 dl)	124	7,4
riisipuuro (maitoon)	1/2 lautasellinen (1 dl)	83	3,3	1 lautasellinen (2 dl)	165	6,6
vispipuuro	1 dl (100 g)	65	1,2	1,5 dl (150 g)	100	1,8
öljyissä puuroon	1 tl (4,5 g)	40	0	1 rkl (13,5 g)	120	0
LEIVÄT JA LEIVÄNPÄÄLLISET						
ruisleipä	1/2 viip. (15 g)	38	1,4	1 viip. (30 g)	76	2,8
seka- ja hiivaleipä	1/2 viip. (10 g)	25	0,8	1 viip. (20 g)	50	1,6
karjalanpiirakka	1 pieni (35 g)	83	2,2	1 kpl (60 g)	142	3,7
voi	1 tl (5 g)	36	0	1 nappi (10 g)	73	0
kasvirasvavevite (40 %)	1 tl (5 g)	18	0	1 nappi (10 g)	37	0
kasvirasvavevite (60 %)	1 tl (5 g)	27	0	1 nappi (10 g)	53	0
kasvirasvavevite (80 %)	1 tl (5 g)	36	0	1 nappi (10 g)	72	0
juusto (15–18 %)	1 viip. (10 g)	23	2,3	2 viip. (20 g)	46	4,5
juusto (25–35 %)	1 viip. (10 g)	36	2,8	2 viip. (20 g)	73	5,6
sulatejuusto (20–24 %)	1 viip. (20 g)	60	3,7	2 viip. (40 g)	120	7,4
leikkelemakkarat	1 viip. (15 g)	30	2	2 viip. (30 g)	60	4
kinkkuleikkele	1 viip. (15 g)	20	3,4	2 viip. (30 g)	40	6,8
maksamakkarat	1 viip. (15 g)	33	1,7	2 viip. (30 g)	65	3,4
kananmuna	1 viip. (8 g)	12	1	kokonainen (55 g)	80	6,9



RUOKALAJIT	Määrä	Energia kcal	Proteiini g	Määrä	Energia kcal	Proteiini g
JOGURTIT, VIILIT, MEHUKEITOT JA RAHKAT						
jogurtti (rasvaton)	1 dl (100 g)	71	2,8	1,5 dl (150 g)	107	4,2
jogurtti (2 % rasvaa)	1 dl (100 g)	86	3,6	1,5 dl (150 g)	129	5,4
viilit (1 %)	1 dl (100 g)	40	3,3	2 dl (200 g)	80	6,6
viilit (2 %)	1 dl (100 g)	50	2,9	2 dl (200 g)	100	5,8
kiisseli / mehukeitto	1 dl (100 g)	50	0,2	1,5 dl (150 g)	75	0,3
välipalarahka	1 dl (100 g)	117	6,7	1,5 dl (150 g)	176	10,1
JUOMAT						
maito/piimä, rasvaton	1 dl	34	3,3	1 lasi (1,5 dl)	51	5
maito (1 %)	1 dl	40	3,3	1 lasi (1,5 dl)	60	5
maito, kevyt (1,5 %)	1 dl	46	3,2	1 lasi (1,5 dl)	69	4,8
maito, täys (3,5 %)	1 dl	63	3,2	1 lasi (1,5 dl)	95	4,8
piimä (2,5 %)	1 dl	51	3,2	1 lasi (1,5 dl)	77	4,8
täysmehu	1 dl	45	0,2	1 lasi (1,5 dl)	68	0,3
sekamehu	1 dl	57	0	1 lasi (1,5 dl)	86	0
kahvi tai tee	kahvikuppi (1,1 dl)	0	0,3/0	1 muki (1,7 dl)	0	0,5 / 0
sokeripala	1 kpl (3 g)	12	0	2 kpl (6 g)	24	0
sokeri (kide)	1 tl (4 g)	16	0	1 rkl (12 g)	50	0
kerma kahviin (19 %)	2 tl (10 ml)	20	0,2	1 rkl (15 ml)	30	0,3
maito kahviin	rasvaton 1 rkl (15 ml)	5	0,5	kevyt 1 rkl (15 ml)	7	0,5
MUUT						
täydennysravintovalmiste	1/2 pullo	150	10	1 pullo (2 dl)	300	20



RUOKALAJIT	Määrä	Energia kcal	Proteiini g	Määrä	Energia kcal	Proteiini g
PÄÄRUOAT						
jauhelihapihvi	1 kpl (60 g)	150	8,7	2 kpl (120 g)	300	17,4
lihapyörykät	1 kpl (30 g)	73	5,1	4 kpl (120 g)	290	20,5
jauhelihakastike	1 dl (100 g)	130	10,2	1,5 dl (150 g)	195	15,3
muut lihakastikkeet	1 dl (100 g)	143	9,7	1,5 dl (150 g)	215	14,5
lihalaatikat	1 dl (100 g)	110	7,5	2 dl (200 g)	220	15,0
kiusaukset	1 dl (100 g)	150	5	1 dl (200 g)	300	10
liha- ja kalapataruoat	1/2 lautasellinen (1 dl)	105	7	lautasellinen (2 dl)	210	14
keitot (liha, makkara)	1/2 lautasellinen (1 dl)	60	3,9	lautasellinen (2 dl)	120	7,8
hernekeitto	1/2 lautasellinen (1 dl)	92	7,9	lautasellinen (2 dl)	185	15,8
kalakeitto	1/2 lautasellinen (1 dl)	75	5,2	lautasellinen (2 dl)	150	10,3
sosekeitot (maitoon)	1/2 lautasellinen (1 dl)	40	0,9	lautasellinen (2 dl)	80	1,8
nakit	1 kpl (30 g)	74	3,5	4 kpl (120 g)	295	14
grillimakkara	1 kpl (100 g)	240	11,6			
siankyljykset (leivitetty)	1/2 kpl (63 g)	200	8,5	1 kpl (125 g)	400	17
maksapihvi			25	1 kpl (120 g)	155	25
kalapala			25	1/2-1 kpl (120 g)	180	25
pääruoka-ohukaiset	1 kpl (25 g)	47	7,5	5 kpl (125 g)	200	7,5
kasvisvuoat	1 dl (100 g)	80	9,4	2 dl (200 g)	160	9,4
wokit	1 dl (100 g)	80	18,6	2 dl (200 g)	160	18,6
LÄMPIMÄT LISÄKKEET						
peruna	1 kpl (60 g)	50	1	2 kpl	100	2
perunasose (maitoon)	1 dl (100 g)	90	2,1	1,5 dl	135	3,2
riisi	1 dl (80 g)	98	1,8	1,5 dl	145	2,6
makaroni	1 dl (65 g)	60	2	2 dl	120	4
ruskea kastike	0,5 dl	40	0,4	1 dl	80	0,8
vaalea kastike	0,5 dl	55	2,4	1 dl	110	4,7
lisäkekasvis	0,5 dl (25-40g)	10	1,7	1 dl (50-80 g)	20	3,3



RUOKALAJIT	Määrä	Energia kcal	Proteiini g	Määrä	Energia kcal	Proteiini g
SALAATIT, VIHANNEKSET JA HEDELMÄT						
tuoresalaatti	0,5 dl	4	0,3	1 dl	8	0,6
salaatinkastike (öljypohjainen)	1 tl (4,5 g)	15	0	1 rkl (14 g)	44	0
peruna/punajuurisalaatti (majoneesilla)	0,5 dl	68	0,6	1 dl	135	1,2
kurkku	2 viip.	0	0,05	4 viip.	≈0	0,1
tomaatti	1 viip.	3	0,1	2 viip. (30 g)	6	0,2
omena	1/2 kpl	33	0,2	1 kpl (200 g)	65	0,4
banaani	1/2 kpl	60	0,9	1 kpl (150 g)	120	1,7
JÄLKIRUOAT JA LEIVONNAISET						
jälkiruokakiisseli	1 dl	58	0,5	1,5 dl	87	0,8
hedelmäsalaatti	1 dl (70 g)	35	0,4	1,5 dl	55	0,6
jälkiruokavanukas	0,5 dl (50 g)	144	2,6	1 dl (100 g)	288	5,4
jäätelö	1 puikko (60 g)	157	2,6	1 tuutti (115 g)	255	4,7
pannukakku	1/2 pala	62,5	2,7	1 pala (85 g)	125	5,4
jälkiruokaohukaiset	1 kpl (18 g)	32	1,3	5 kpl (90 g)	160	8
marjahillo	1 tl (5,5 g)	11	0	1 rkl (17 g)	33	0
kermavaahto	1 rkl (7 g)	25	0,1	0,5 dl (25 g)	90	0,5
kahvikakku	1 viip. (25 g)	90	1,4			
pulla	1 viip. (30 g)	85	2,2	1 kpl (50 g)	142	3,7
keksit	1 pieni (8 g)	35	0,6	1 iso (15 g)	50	1,2
täytkekakkupala (pieni)	1 pieni (40 g)	80	1,5	1 keski-kokoinen (70 g)	140	2,6
karamelli	1 kpl (3 g)	10	0			
suklaakonvehti	1 kpl (8 g)	34	0,4			

Liite 2. Pajalan puuro

1 annos

2 dl	vettä
1 tl	pellavansiemeniä
2	kuivattua luumua
2	kuivattua aprikoosia
2	rkl grahamjauhoja tai ruishiutaleita
2	tl leseitä

- Liota pellavansiemeniä, luumuja ja aprikooseja vedessä yön yli.
- Kiehauta ne aamulla ja lisää seokseen jauhot ja leseet.
- Hauduta puuroa noin 15 minuuttia.

Liite 3. Ohjeita ruoan rikastamiseen

Ohjeissa on käytetty apteekissa myytäviä kliinisiä täydennysravintovalmisteita. Mukaeltu Nutricia Medicalin ohjeiden mukaan.

LÄMMIN KEITTO

Ainekset

1 plo (125 ml) Neutraalimakuista kliinistä täydennysravintovalmistetta
0,75 dl vettä
1 pussi haluttua pussikeittoa, esim. kukkakaaliparsakaalikeittoa
tai kermaista kanakeittoa
suolaa, pippuria, tuoreita/pakastettuja yrttejä
Lisäksi: ½ dl valmiskrutonkeja

Valmistus

1. Kuumenna (älä keitä) kliininen täydennysravintovalmiste ja vesi, sekoita joukkoon pussillinen valmiskeittoa.
2. Mausta suolalla ja pippurilla, viimeistele yrteillä.
3. Tarjoile suuressa kupissa krutonkien kanssa.

Vinkki! Keittoon voi lisätä katkarapuja, ravun pyrstöjä, savulohta, fetajuustoa, kinkkusuikeleita tai raastettua parmesaanijuustoa.

MUNAKAS

Ainekset

½ plo (n. 60 ml) Neutraalimakuista kliinistä täydennysravintovalmistetta
2 kananmunaa
1 rkl juustoraastetta
Suolaa ja pippuria maun mukaan
Lisäksi: 2 siivua kinkkua, tuoretta basilikaa

Valmistus

1. Riko munat ja kaada joukkoon täydennysravintovalmiste. Vispaa joukkoon juustoraaste, suola ja pippuri.
2. Laita munakasseos 3 minuutiksi täydellä teholla mikroaaltouuniin (750 W).
3. Koristele kinkkusuikeleilla ja tuoreella basilikalla.

Vinkki! Mausta suolalla ja pippurilla tai muilla mausteilla. Vaihtele lisukkeita (esim. kinkku, fetajuusto, savulohi tai avokado).



KAAKAO

Ainekset

- 1 annospussi kaakaojauhetta
- 1 plo Neutraalimakuista kliinistä täydennysravintovalmistetta
- 0,75 dl vettä

Valmistus

1. Kuumenna vesi ja täydennysravintojuoma (älä keitä).
 2. Sekoita joukkoon kaakao.
-

RIISIPUURO

Ainekset

- 250 g valmista riisipuuroa
- 1 plo Neutraalimakuista kliinistä täydennysravintovalmistetta
- Sokeria, kanelia ja kasvirasvaveitettä, marjoja

Valmistus

1. Laita puuro syvälle lautaselle tai kulhoon.
Sekoita joukkoon täydennysravintovalmiste ja sekoita sileäksi.
 2. Lämmitä mikroaaltouunissa täydellä teholla (750W) 3 min.
 3. Nauti sokerin, kanelin, kasvirasvaveitteen ja marjojen kanssa
-

PERUNAMUUSI

Ainekset

- 1 plo Neutraalia kliinistä täydennysravintovalmistetta
- ½ pussi (45 g) perunamuusijauhetta
- 1,3 dl vettä
- ½ rkl juoksevaa kasvirasvaveitettä
- Ripaus suolaa

Valmistus

1. Kuumenna vesi vedenkeittimellä. Lisää suola ja kasvirasvaveite. Sekoita.
2. Lisää täydennysravintovalmiste ja muusijauhe. Sekoita ja anna seistä n. minuutti.



Liite 4. Ikäihmisten ravitsemustila säännöllisissä palveluissa RAI-arviointien¹ perusteella

Syksy 2018	Kotihoito (HC)*	Tavallinen palveluasuminen (HC)	Tehostettu palveluasuminen (HC)	Tehostettu palveluasuminen (LTC)	Vanhainkotihoito (LTC)	Terveyskeskuksen pitkäaikaishoito (LTC)
Asiakkaat, lkm	26 172	1 016	3 534	18 498	2 969	629
Ikä (vuosia), ka.	81.7	82.9	83.3	83.6	83.8	83.4
Kognitio (CPS 0-6), ka.	1.5	1.7	3.0	3.3	3.5	3.6
Arkisuoriutumisen (ADL-H 0-6), ka.	0.8	1.1	3.0	3.5	4.2	4.5
Hauraus: Terveystilan vakaus (CHESS 0-5), ka.	1.0	1.0	1.2	1.4	1.3	1.4
Hauraus: pitää terveydentilaansa huonona, %	28	31	26	-	-	-
Hauraus: saattohoitotilanne, %	0	0	1	1	2	1
Läheisapu: Asuu asiakkaan kanssa, %	20	4	1	-	-	-
Läheisapu: omaishoitaja, %	13	8	5	-	-	-
Kotiympäristö: Puuttelliset keittiötilat, %	2	1	0	-	-	-
Avun tarve aterioiden valmistamisessa, %	76	89	99	-	-	-
Avun tarvetta ruokailussa, %	17	16	49	62	76	74
Ravitsemus: ateriat riittämättömiä, %	13	8	7	-	-	-
Ravitsemus: tahaton painon lasku, %	4	5	-	8	9	9
- Ravitsemus: tahaton painon lasku, laskennassa mukana	26 130	1 012	-	-	-	-
Ravitsemus: painoindeksi alle 24 ja laihtuu, %	14	13	19	17	19	19
- Ravitsemus: painoindeksi alle 24 ja laihtuu, laskennassa mukana lkm	15 016	725	2 447	13 030	2 287	384
Ravitsemus: kuivuminen, %	6	7	12	3	2	1
Riittämätön ravinnon saanti, alipaino, %	28	23	32	24	28	34
Riittämätön ravinnon saanti, alipaino, laskennassa mukana lkm	26 133	1 012	3 500	-	-	-
Puremisongelmia, kipua suussa, %	-	-	-	17	17	11

^a HC = Asiakasarviointi RAI-HC-välineellä (Kotihoito)

^b LTC = Asiakasarviointi RAI-LTC-välineellä (Ympäristöhoito)

^c - = Tietoa ei koota

Kuutio päivitetty 12.06.2019

© Terveystilan ja hyvinvoinnin laitos 2019

1 THL. RAI-välineistö. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-valineisto>



Liite 5. Ravitsemukseen liittyvää tilastotietoa

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aktiivisesti järjestötoimintaan tms. osallistuvien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet	22.1	22.8	22.9	23.1	26.9	26.2
Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet	13	12.1	11.2	11.5	9.4	9.1
Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%), 75 vuotta täyttäneet	10.3	9.8	9.4	10.4	8.3	9
Terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi kokevien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet	31.2	32.4	34	34.5	36	42.1
Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet	42	40	42.2	44.3	40.8	35
Itsestä huolehtimisessa vähintään suuria vaikeuksia kokevien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet	14.2	13.5	11.9	15.9	12.2	11.1
Muistinsa huonoksi kokevien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet	11.5	11.3	9.8	8.5	7.5	8.7
Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 75 vuotta täyttäneet	16	16.7	15.8	19.5	17.6	15.5
Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI ≥ 30 kg/m ²) (%), 65 vuotta täyttäneet	20.5	20.7	20	22	20.6	21.7
Niukasti sekä tuoreita että kypsennettyjä kasviksia käyttävien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet	30.5	28.9	30.8	29.7	24.5	
Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 65 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä	11.5	11.5	11.5	11.2	11.5	11.8
Influenssarokotuskattavuus, 65 vuotta täyttäneet	36.7	41.3	40.1	43.1	47.4	47.7
Saanut influenssarokotuksen 12 viime kk aikana, 75+ vuotiaat (%) ¹						62.8

Liite 6. Vinkkejä RAI-arviointiin sisältyvien ravitsemustietojen käyttöön

Kotihoidon RAI, RAI-HC (Home Care)

Kotihoitoon siirtyy uusi asiakas sairaalajakson jälkeen. Jakson syynä on ollut kaatumisen seurauksena tapahtuneen toimintakyvyn laskun, lääkityksen arvioiminen ja muistiasioiden selvittely. Sairaalajakson päätteeksi arvioitiin, että yksin asuva ikäännytynyt nainen tarvitsee kotiutumisen alkuvaiheessa kotihoidon tukea.

Asiakkaalle tehdään kotihoidon ohjeistuksen mukaan RAI-arviointi yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Ensimmäiset arviot tehdään heti kotiutumisen jälkeen kahden viikon kuluessa kotiutumisesta.

RAI-HC-arviointiin sisältyviä ravitsemuksen kannalta tärkeitä tietoja ovat:

- Kyky ruokailla: itsenäinen
- Kyky valmistaa ateriat: hieman avun tarvetta.
Kykenee lämmittämään valmiit ateriat.
- Oksentelu, huono ruokahalu, ripuli, ummetus: huono ruokahalu, ummetusta.
- Alkoholin käyttö: ei.
- Paino, tahaton painon lasku, vakava aliravitsemus, sairaaloinen ylipaino, BMI: Paino laskenut. BMI = 23, laihtunut 6 kg puolen vuoden aikana.
- Ravinnon ja juomisen vähäisyys ja vähentyminen. Juo ajoittain huonosti, huono ruokahalu, eikä syö kokonaisia aterioita.
- Kyky niellä: Ei ongelmia.
- Puremisongelma, kuiva suu ja vaikeudet suun hoidossa: suu hoidettu, ei ongelmia. Ajoittain valittaa kuivaa suuta.
- Ravitsemushoidon suunnittelussa huomioitavia muita RAI-tietoja:
CPS = 2 (Kognitio, lähimuistin ja lieviä päätöksenteon ongelmia),
Pain = 0 (Ei kipua) ja DRS = 0 (Ei masennusta),
ADLH = 0 (hyvä päivittäinen toimintakyky),
IADL_21 = 9 (tarvitsee apua mm. aterioiden valmistuksessa ja ostoksilla käymisessä)



Laitoshoidon RAI, RAI-LTC (Long Term Care)

Asukas on ympärivuorokautisessa hoidossa lähinnä vaikean muistiongelman ja huonon toimintakyvyn takia. Asiakkaalle tehty jo kaksi aiempaa RAI-LTC-arviota. Asiakas ei itse pysty osallistumaan arvioinnin tekemiseen, mutta tytär osallistuu. Asukas on punnittu säännöllisesti kuukausittain. Paino on matala, mutta siinä ei ole tapahtunut viime kuukausina muutosta. Viime aikoina asukkaan toimintakyky on edelleen huonontunut ja asukas on väsynyt, vaikka selkeää syytä muutokseen ei ole.

RAI-LTC-arviointiin sisältyviä ravitsemuksen kannalta tärkeitä tietoja ovat:

- Kyky ruokaillla: ohjattuna syö, tarvittaessa avustetaan.
- Oksentelu ja pahoinvointi, vähäinen juominen, ripuli, ummetus: juo huonosti, ummetusta.
- Nielemisen tai pureskelemisen ongelmat, kipu suussa: Ei kykene pureskelemaan tavallista ruokaa. Paino, painon lasku. BMI = 20, pysynyt ennallaan. Nielemisvaikeuksia.
- Valittaa ruoan mausta tai nälkää toistuvasti, jättää aterioista syömättä 25 % tai enemmän: jättää syömättä osan aterioista.
- Letkuravitsemus, hienonnettu tai sosemainen ruoka, ruiskulla annettava ruoka ym.: ruoka soseutettava. Nesteet sakeutetaan.
- Suun terveyden arviointi, mm. ei käytä proteeseja, heiluvat, murtuneet tai kariotettiset hampaat, suun limakalvojen ja ikenien ongelmat sekä hampaiden päivittäinen puhdistus: osa hampaista puuttuu, ei kykene pitämään hammasproteesiaan. Suun puhdistaminen vaikeaa, koska puree hampaita yhteen.
- Ravitsemushoidon suunnittelussa huomioitavia muita RAI-tietoja: CPS = 5 (Vaikea kognition heikentyminen), ADLH = 5 (paljon avun tarvetta päivittäisissä toiminnoissa).

Nämä tekijät huomioidaan asiakkaan hoidon tarpeen kuvauksessa, tavoitteissa, hoidon toiminnoissa ja arvioinnissa. Asiakkaan näkemys ja itsemääräämisoikeus huomioidaan hoidon suunnittelussa, jos asiakas kykenee osallistumaan oman hoitonsa suunniteluun. Asiakkaan RAI-arviointi tehdään säännöllisesti ja suunnitelma tarkistetaan. RAI-arviointeja vertailemalla saadaan näkyviin asiakkaan tilanteesta tapahtuneet muutokset.





Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Vireyttä seniorivuosiin – ikääntyneiden ruokasuositus

Vireyttä seniorivuosiin – ikääntyneiden ruokasuositus on uusi valtakunnallinen laatusuositus, jolla edistetään ja tuetaan ikääntyneiden ravitsemusta ja ohjataan laadukkaiden, ikääntyneiden tarpeisiin perustuvien ruokapalvelujen järjestämistä.

Suosituksessa kuvataan terveyttä edistävä ruokavalio, joka sopii kaikille ikääntyneille omien ruokavalintojen perustaksi. Suosituksen mukainen syöminen turvaa hyvän ravitsemustilan ylläpitämistä ja edistää näin terveyttä, fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä sekä sosiaalista hyvinvointia ja elämänlaatua. Suosituksessa on ohjeet ikääntyneiden ravitsemustilan määrittämiseen, sen seurantaan ja yksilöllisen ravitsemushoidon toteuttamiseen. Lisäksi kerrotaan ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteistä ja kuvataan hyviä käytäntöjä palvelujen kehittämiseen. Laatu-kriteerit ja seurantaindikaattorit on tarkoitettu oma- ja viranomaisvalvontaan sekä kunta-, alue ja valtakunnan tason seurantaan ja vaikutusten arviointiin.

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottama suositus on tarkoitettu ikääntyneiden hoito-, hoiva- ja ruokapalveluista päättävälle, niistä vastaaville ja niitä kilpailuttaville, koti- ja ympärivuorokautisen hoidon ja ruokapalvelujen henkilöstölle sekä ikääntyneille itselleen ja omaishoitajaperheille. Suositus soveltuu myös oppikirjaksi alan opiskelijoille.



Terveiden ja
hyvinvoinnin laitos



Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000
www.thl.fi

Julkaisujen myynti

www.thl.fi/kirjakauppa
Puhelin: 029 524 7190



9 789523 434714 >

ISBN 978-952-343-471-4