

Opinnäytetyö (YAMK)

Palveluliiketoiminnan koulutusohjelma

Restonomi

2010

Päivi Varjonen

MYYTTI VAI MAHDOLLISUUS - LÄHIHOITAJAN RAVITSEMUSHOIDON OSAAMINEN

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Päivi Varjonen

MYTTI VAI MAHDOLLISUUS - LÄHIHOITAJAN RAVITSEMUSHOIDON OSAAMINEN

Opinnäytetyöni aihe on lähihoitajien ravitsemushoidon osaaminen. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lähihoitajien ravitsemushoidon osaamisesta sekä osaamisen haasteita. Tutkimustehtävässä haettiin vastauksia siihen, mikä on lähihoitajien ravitsemushoidon osaaminen nyt, mitä ravitsemushoidon osa-alueita tulisi kehittää ja miten osaamista tulisi kehittää, jotta heidän ammattitaito vastaisi työelämän vaatimuksia.

Ravitsemushoidosta puhutaan paljon. Työelämästä tulee viestiä ja kirjallisuudesta saadaan lukea, että ravitsemushoidon osaaminen ei vastaa työelämän haasteita. Kuitenkin ravitsemushoito edistää terveyttä ja on sairauksien keskeinen hoitomuoto. Joidenkin sairauksien kohdalla se on jopa ainoa hoitomuoto.

Tutkimus on laadullinen tutkimus. Siinä on käytetty fenomenologista tutkimussuuntausta, sillä se edustaa kokemuseräistä tutkimusotetta. Tutkimusmenetelmänä on pehmeä systeemianalyysi, joka sopii käytännönläheisiin tutkimuksiin, jossa ongelmat käsitellään todellisessa maailmassa. Analyysimenetelmänä on sisällönanalyysi, joka soveltuu hyvin laadullisiin sekä fenomenologista tutkimussuuntausta edustaviin tutkimuksiin. Tiedonkeruumenetelmänä on käytetty sekä kyselyä että haastattelua tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Lähihoitajille tehty kysely toteutettiin strukturoidun kyselyn avulla, joka sisälsi kaksi avointa kysymystä. Esimiesten haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna.

Tutkimusten tulosten mukaan lähihoitajien osaamisen taso vaihtelee, mutta kehitettävää riittää. Ravitsemukseen liittyvään koulutukseen on viime vuosina osallistuttu harvoin. Lähihoitajat kokivat tarvitsevansa koulutusta erityisruokavalioista ja yleisesti ravitsemushoidon osalta. Esimiehet kokivat kehittämisessä ravitsemustilan arvioinnin, ravitsemushoidon toteutumisen arvioinnin sekä ohjauksen tärkeiksi osa-alueiksi.

Ravitsemushoidolla on iso merkitys lähihoitajien työnkuvassa. Sen hallinta osana kokonaisvaltaista hoitotyötä edellyttää lähihoitajakoulutuksen lisäksi ravitsemushoitoon liittyvää koulutusta ja tietojen päivittämistä.

ASIASANAT:

ravitsemus, hoitomenetelmät, ravitsemusterapia, ravitsemussuositukset, osaaminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master's Degree in Hospitality Management | Master of Hospitality Management

May 2010 | 67

Eija Koivisto, Marita Antikainen

Päivi Varjonen

A MYTH OR A POSSIBILITY - PRACTICAL NURSES' KNOWLEDGE OF NUTRITIONAL CARE

This paper studies practical nurses' knowledge of nutritional care. The focus was to find out what practical nurses know about nutritional care and what challenges they face in the field of nutritional care. The purpose of this paper was to look into the practical nurses' level of knowledge at the moment as well as see what should be improved and how it should be done, so that practical nurses have the skills needed in their line of work.

Nutritional care is a popular topic, and both professionals in the field as well as different studies suggest that practical nurses have insufficient command of nutritional care. It is, however, important to remember that nutritional care promotes health and is crucial in the treatment of many conditions. It is, in fact, the only way to treat some conditions.

This is a qualitative research that was conducted using phenomenological approach because the approach takes into account people's experiences. Soft systems methodology was used in this paper because it is a good way to look into real-world problem situations. The method of analysis was content analysis that can easily be applied to qualitative and phenomenological research. The corpus was gathered using both a questionnaire and an interview to ensure that the research is reliable. The questionnaire that practical nurses were asked to fill in was a structural questionnaire that had two open-ended questions. The superiors, in turn, were interviewed by means of a thematic interview.

This research shows that there is great variation in practical nurses' knowledge of nutritional care and that there is room for improvement. Few practical nurses have attended classes of further education on nutrition in the last few years. Practical nurses felt they lack information on special diets and on general nutritional care. The superiors felt that especially the assessment of nutritional status, the assessment of nutritional care's success and guidance in nutritional care needed improvement.

Nutritional care is an important part of a practical nurse's everyday work. In order to integrate nutritional care into their work, practical nurses need not only their basic education but also specialized education on nutritional care and later a chance to update their knowledge of it.

KEYWORDS:

nutrition, care methods, nutritional therapy, nutritional recommendations, knowledge

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
1.1 Työn taustaa	4
1.2 Työn tavoite ja tutkimuskysymykset	6
1.3 Lähihoitajan koulutus ja tehtävät	6
1.4 Tutkimusmenetelmät	8
1.4.1 Laadullinen tutkimus	8
1.4.2 Tutkimusmenetelmä ja tutkimusote	11
2 OSAAMINEN MAHDOLLISTAJANA	15
2.1 Osaamisen kartoitus	15
2.2 Osaamisen kehittäminen	19
2.3 Oppiva organisaatio	20
2.4 Yksilön osaaminen	22
3 RAVITSEMUS OSANA KOKONAISVALTAISTA HOITOTYÖTÄ	23
3.1 Ravitsemushoidon tavoitteet ja hyöty	23
3.2 Ravitsemushoidon toteutus	24
3.2.1 Asiakkaan ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoidon tarpeen arviointi	25
3.2.2 Ravitsemushoidon suunnittelu	27
3.2.3 Käytännön toteutus	29
3.2.4 Ravitsemushoidon seuranta ja arviointi	30
3.3 Ravitsemustoimikunta	31
3.4 Ravitsemushoitosisuositukset ja laatukriteerit	32
4 KARTOITUS LÄHIHOITAJIEN RAVITSEMUSHOIDON OSAAMISEN TASOSTA	37
4.1 Tutkimuksen toteutus	37
4.2 Kyselyn tulokset	39
4.3 Teemahaastattelun tulokset	42
4.4 Johtopäätökset	45
4.5 Kehittämishaasteet	47
5 YHTEENVETO	49
LÄHTEET	53

LIITTEET

- Liite 1. Ravitsemustilan arviointi / MNA
- Liite 2. Vajaaravitsemusriskin seulonta / MUST
- Liite 3. Vajaaravitsemusriskin seulonta NRS 2002
- Liite 4. Saatekirja ja kyselylomake

KUVIOT

- Kuvio 1. Pehmeän systeeminanalyysin soveltaminen (Anttila 2005, 436, 438; Checkland & Scholes 1990, 27.) 15
- Kuvio 2. Osaamiskartoituksen kehittämisen vaiheet (Hätönen 2007, 8) 18
- Kuvio 3. Ravitsemushoidon kulku (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 12) 25
- Kuvio 4. Ravitsemushoidon tehostamisen keinot (Hyytinen ym. 2009, 36.) 29

TAULUKOT

- Taulukko 1. Ravitsemushoidon toteutukseen osallistuminen. 40
- Taulukko 2. Osaamisen kehittämisen tärkeys keskiarvojen perusteella lähihoitajien kyselystä. 41
- Taulukko 3. Osaamisen kehittämisen tärkeys keskiarvojen perusteella esimiesten haastattelusta. 44
- Taulukko 4. Osaamisen kehittämisen tärkeys keskiarvojen perusteella lähihoitajien kyselystä ja esimiesten haastattelusta. 47

1 Johdanto

1.1 Työn taustaa

Ravitsemushoidosta ja sen merkityksestä puhutaan paljon. Kaikki ravitsemushoitoon osallistuvat tahot tunnustavat sen merkityksen niin potilaan hyvinvoinnin kuin taloudellisenkin merkityksen kannalta. Kuitenkin ravitsemushoidon toteutus jää hoitotyössä vähälle huomiolle.

Haapa ja Pölönen (2002 [Viitattu 14.1.2010]) selvittävät Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry:n Ravitsemushoidon palvelut ja laatu-projektissa ravitsemushoidon toteutumista ja kehittämistä. Vuonna 1997 tehdyn selvityksen perusteella voidaan todeta, että terveydenhuoltohenkilöstö pitää ravitsemushoitoa tärkeänä asiana. Kuitenkin ravitsemushoidon taso vaihtelee paljon, eikä työ ole kokonaisvaltaista eri tahojen kesken. Lisäksi hoidon tuloksia ei seurata ja siltä puuttuu jatkuvuus. Oikea-aikaisten, asiakaslähtöisten ja vaikuttavien ravitsemushoitopalvelujen edellytys on ravitsemushoitoa arvostava työyhteisö, riittävä määrä asiantuntevaa henkilöstöä ja selkeä työnjako. Vaikka kyseisestä tutkimuksesta on aikaa, tämänhetkiset tuntemukset ovat hyvin samanlaisia.

Tampereen yliopistosairaalan munuaissairauksien vuodeosastolla on vuoden 2008 alusta määrätietoisesti kehitetty asiakkaiden ravitsemushoitoa. Lähtökohtana oli uusien työtapojen ja asenteiden kehittäminen, jotka henkilökunta totesi välttämättömäksi asiakaspalautteen perusteella. Ongelman lähtökohtana oli, miten asiakkaiden ravitsemustilan heikkeneminen vuodeosastoilla saataisiin loppumaan. Kehittämistyön perusteella ongelmiksi todettiin, että ravitsemushoitoon liittyvä osaaminen ei ollut riittävää. Asiakkaiden vajaaravitsemusta ei tunnistettu ja siksi ongelmiin ei osattu kiinnittää huomiota. Myös asenteissa löytyi korjattavaa. Ravitsemushoidon tärkeyttä ei sisäistetty ja moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksia ei osattu hyödyntää tehokkaasti. (Sajama 2009, 14 – 15.)

Ravitsemushoidon osaamista on käsitelty muun muassa Annukka Mattilan selvityksessä ”Ravitsemusohjaus hoitotyössä – ammattikorkeakoulun rooli terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien ravitsemushoidon osaamisessa”, mutta selvitys keskittyy ohjauksen käsittelyyn nimensä mukaisesti terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien osaamiseen. Hilikka Lindqvistin opinnäytetyö Laitoshuoltajan työn kehittäminen sairaalan ravitsemushoidossa käsittelee taas ravitsemushoitoa laitoshuoltajan näkökulmasta. (Mattinen, 2007 [Viitattu 27.2.2010]; Lindqvist 2007 [Viitattu 27.2.2010].) Myös lähihoitajien ravitsemushoidon osaaminen on tärkeää, sillä lähihoitajilla on suuri merkitys nimenomaan ravitsemushoidon käytännön toteutuksessa.

Keskeisinä käsitteinä työssäni ovat ravitsemushoito ja asiakas. Ravitsemushoidolla tarkoitan opinnäytetyössäni perusruokavalioon tai erityisruokavalioon perustuvaa korjaavaa hoitoa ja ohjausta, jonka avulla vähennetään vajaa- tai virheravitsemusta. Käytän työssäni asiakas – sanaa kuvaamaan kaikkia ravitsemushoitoa tarvitsevia, olivat he sitten asukkaana palvelukeskuksessa, hoidossa päivähoidossa tai potilaana sairaalassa.

Opinnäytetyö rakentuu siten, että johdannossa kerrotaan työn taustasta ja tarkoituksesta. Teoreettinen viitekehys koostuu osaamisesta ja ravitsemushoidosta. Tutkimusosiossa käsitellään tutkimuksen toteutuksen kannalta olennaisia asioita, kuten laadullista tutkimusta ja siihen liittyvää fenomenografista tutkimussuuntausta, pehmeää systeemanalyysia sekä analyysinä käytettävää sisällönanalyysiä. Yhteenvedossa esitetään tutkimuksen tulokset sekä kehittämissuhteet.

1.2 Työn tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän työn tavoitteena on kartoittaa lähihoitajien ravitsemushoidon osaamisen tasoa. Tutkimuksen avulla osaamisen tasoa tarkastellaan sellaisena ilmiönä, kun lähihoitajat sen näkevät. Toisaalta halutaan näkemys siitä, miten työnantaja tai esimies asian kokee. Samalla saadaan tietoa siitä, mitä osaamisen kehittämistä lähihoitajat ja työelämä tarvitse ravitsemushoidon kokonaisvaltaisessa toteuttamisessa. Tutkimustietojen perusteella muodostetaan pehmeää systeemanalyysia ja sisällönanalyysia käyttäen kehittämissuunnitelma osaamisen tason nostamiseksi. Tavoitteena on pehmeää systeemanalyysia hyödyntäen löytää ratkaisuja osaamisen kehittämiseksi. Lähihoitajille suunnattu kysely tehtiin strukturoidulla kyselylomakkeella ja esimiehille tehty haastattelu teemahaastatteluna. Tutkimus analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimustehtävän kysymyksiä ovat

- Mikä on lähihoitajien ravitsemushoidon osaamisen taso nyt?
- Mitä ravitsemushoidon osaamisen osa-alueita tulisi kehittää?
- Miten osaamista tulisi kehittää, jotta lähihoitajan ammattitaito vastaisi työelämän vaatimuksia ravitsemushoidon osalta?

1.3 Lähihoitajan koulutus ja tehtävät

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnosta valmistuu lähihoitajia. Lähihoitajakoulutus alkoi vuonna 1993, kun osa toisen asteen terveydenhuollon ja sosiaalialan koulutuksista lakkautettiin. Nuorisoasteella opinnot koostuvat 120 opintoviikosta eli lähihoitajaksi valmistuu opetussuunnitelmaperusteisessa koulutuksessa kolmessa vuodessa. Tästä erikoistuvia koulutusohjelmaopintoja on 40 opintoviikkoa. Aikuisten koulutukset ovat lyhyempiä. Aikuiset suorittavat koulutuksen näyttötutkintona tai näyttökokeella. Näyttötutkintojärjestelmä perustuu opiskelijan osaamisen tunnistamiseen ja tunnustamiseen ammattitaidon hankkimistavasta riippumatta. Jos näyttötutkintoon osallistuvalla

opiskelijalla ei ole aikaisempaa koulutusta alalta, hänen pitää osallistua vähintään 80 opintoviikkoa kestäväan valmistavaan koulutukseen. (Opintoluotsi.fi [Viitattu 15.2.2010]; Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry [Viitattu 15.2.2010].)

Lähihoitajien koulutusohjelmia on yhdeksän:

- Asiakaspalvelun ja tietohallinnan koulutusohjelma
- Ensihoidon koulutusohjelma
- Kuntoutuksen koulutusohjelma
- Lasten ja nuorten hoidon ja kasvatuksen koulutusohjelma
- Mielenterveys- ja päihdetyön koulutusohjelma
- Sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelma
- Suu- ja hammashoidon koulutusohjelma
- Vammaistyön koulutusohjelma
- Vanhustyön koulutusohjelma

Koulutetun lähihoitajan työ koostuu käytännön hoitotyöstä, kasvatuksesta, kuntoutuksesta sekä tehtävistä asiakaspalvelussa. Työympäristönä voi olla muun muassa terveyskeskus, päiväkotitai hoitolaitos. (Opintoluotsi.fi [Viitattu 15.2.2010]; Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry [Viitattu 15.2.2010].)

Ravitsemushoidon osalta lähihoitajien tehtävät riippuvat pitkälti toimenkuvasta. Yhteistä on kuitenkin hoitajan tärkeä rooli toteuttaa kokonaisvaltaista ravitsemushoitoa ja seurata asiakkaan ravitsemustilaa. Hoitaja toimii läheisessä yhteistyössä asiakkaan kanssa ja siten huomaa ravitsemustilan muutokset nopeasti. Hän tietää asiakkaan taustat ja on helposti asiakkaan saavutettavissa. Mahdollisista ravitsemushoitoon liittyvistä epäkohdista on aina ilmoitettava esimiehille tai ravitsemustoimikunnalle. Hän toimii läheisessä yhteistyössä muiden ravitsemushoidon toteuttajien kanssa. (Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009 ym. 2009, 239.) Vuodeosastoilla ja palvelukeskuksissa lähihoitajat osallistuvat ravitsemushoidon toteutukseen muun muassa syöttäessään avustamista tarvitsevia asiakkaita. Tällöin he voivat

järjestelmällisesti seurata asiakkaiden ruokahalun muutoksia sekä nautitun ruoan määrää ja laatua. (Haapa & Pölonen, 2002, 20 [Viitattu 14.1.2010].

1.4 Tutkimusmenetelmät

1.4.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyön tutkimusote on kvalitatiivinen eli laadullinen ja tutkimussuuntaus fenomenografinen. Tutkimusparadigmojen nelikentässä fenomenografinen tutkimussuuntaus sijoittuu subjektiivis-teoreettiseen lohkoon. Sille on ominaista tulkintaan, ymmärtämiseen ja merkityksenantoon tähtäävät menetelmät. (Anttila 2007, 23.) Tutkijan rooli eli position on silloin tarkasteleva, havaintoja tekevä sekä tulkitseva. (Anttila 2007, 36.)

Fenomenografinen tutkimussuuntaus on kokemusperäinen tutkimusote. Sen tarkoituksena on tutkia ihmisten käsityksiä erilaisista asioista. Fenomenografinen tutkimussuuntaus edustaa toisen asteen perspektiiviä. Siinä siis tutustutaan toisten ihmisten käsityksiin asiasta, joka näin saa jonkinlaisen merkityksen. Tutkija tekee käsityksistä päätelmiä. Fenomenografisella tutkimussuuntauksella on kolme ominaista piirrettä. Ensimmäiseen kuuluvat mitä ja kuinka -näkökannat. Ajattelun kohde edustaa mitä – näkökantaa ja kohteen rajaaminen kuinka – näkökantaa. Toinen piirre on ilmiön olemuksen tarkastelu yleisen ja yksilölle ominaisimman tason välistä. Aineiston avulla tehtävät luokittelut poikkeamiseen kuuluvat kolmanteen piirteeseen. Sen avulla saatuja luokitteluja voidaan jo sinällään pitää tutkimuksen tuloksina. (Järvinen & Järvinen 2004, 83 – 84.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa pyritään tarkastelemaan ilmiötä läheltä, havaitsemaan erilaisia vivahteita ja erilaisia tulkintamahdollisuuksia. Laadulliselle tutkimukselle lähtökohtana on myös ilmiöiden ymmärtäminen ja tulkinta, joihin usein liittyy myös soveltaminen. (Anttila 2002, 175 – 175, 276; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2001, 155.) Vilkka (2005, 97) puolestaan

korostaa laadullisen tutkimuksen tekemisessä tutkijan tarkennusta siitä, perustuuko tutkimus kokemuksiin tai käsityksiin. Tämä tutkimus perustuu lähinnä kokemuksiin, koska sekä lähihoitajien kyselyssä että esimiesten haastattelussa tutkitaan omaan kokemukseen perustuvaa tietoa.

Laadullisen tutkimuksen perustana on aineisto, johon tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi on kiinnitettävä huomiota. Aineiston keruussa kiinnitetään huomiota muun muassa siihen, vastaako aineisto tutkimuskysymyksiä. Tai onko tutkittavilla syy liioitella tai muutella tietoa. Laadullinen tutkimusaineiston keruussa on suositeltavaa käyttää useampaa tapaa virheiden vähentämiseksi. (Anttila 2002, 177, 184 - 185.) Siksi tutkimus koostuu kysely- ja haastatteluaineistosta.

Laadullinen tutkimus luo mallin tutkittavalle asialle. Mallin avulla asia voidaan yleistää. Onnistuneen tutkimuksen avulla ilmiöistä ja havainnoista voidaan luoda yleiskäsitys asiasta eli tutkimus etenee empiriasta teoriaan. (Anttila 2005, 276.) Laadullisen tutkimuksen ominaisuutena onkin, että totuuden löytäminen ei ole tutkimuksen tarkoituksena, vaan selvittää asioita, joita ei tiedosteta (Vilkkä 2005, 98). Laadullinen tutkimus on syytä aloittaa ilman ennakoasenteita. Tutkijan pitää kuitenkin olla kiinnostunut ja tietoinen tutkittavasta asiasta havaitakseen asiaan liittyvät ominaisuudet. (Anttila 2005, 276 - 277.)

Laadullisen analyysin tavoitteena on jäsentää tutkimuskohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Kontekstilla tarkoitetaan asian liittymistä ympäristöönsä. Siten analyysi on mahdollista kytkeä esimerkiksi sosiaalisiin yhteyksiin, kuten tässä tutkimuksessa lähihoitajien työyhteisöön. Intention tarkoituksena on selvittää, miksi asia ilmaistaan niin kuin ilmaistaan tai miksi asia tapahtuu. Perusajatus tietoa analysoitaessa on, että saatu informaatio on totta. Siksi on tärkeää, että tietojen keruuvaiheessa tutkittaville tutkimuksen tarkoitus on selvä. (Anttila 2005, 276 - 277.)

Laadullisen tutkimuksen analysointi voi alkaa jo aineistonkeruun yhteydessä. Siksi on suositeltavaa, että kenttätutkimuksen tehnyt henkilö myös tekee tutkimuksen analysoinnin. Laadullisessa tutkimuksessa kenttätutkimus, tutkija ja

analyysi muodostavat kokonaisuuden, jonka perusteella lopullinen analyysi syntyy. (Anttila 2005, 277 - 278). Tutkimuksen syvyyden tason määrittelee analyysimenetelmä. Tasot jaetaan neljään osaan. Ensimmäisellä tasolla analyysi on lähinnä kuvaava. Toisella tasolla ilmiö kuvataan syvällisesti. Kolmannella syvyydellä analysoidaan vaativat laadulliset tutkimusmenetelmät, joiden analyysi perustuu tulkintaa, ymmärtämiseen tai merkityksenantoon. Syvimmällä tasolla analyysin tarkoituksena on selvittää ilmiöiden rakenteita ja yhteyksiä muihin asioihin. (Anttila 2005, 280 - 281). Sisällönanalyysi sijoittuu toiselle tasolle.

Sisällönanalyysi sopii hyvin laadullisiin tutkimuksiin ja opinnäytetöihin. Sitä voidaankin pitää perusanalyysimenetelmänä, sillä useimmat laadullisen tutkimuksen analyysit perustuvat siihen. Sitä voidaan käyttää analysointitapana useissa eri tutkimussuuntauksissa, mutta varsinkin fenomenologisessa, etnografisessa ja fenomenografisessa tutkimussuuntauksissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 14, 91.)

Laadullisen tutkimuksen analysointi jakaantuu neljään osaan. Aluksi valitaan asia, mikä aineistossa kiinnostaa. Yleensä se ilmenee tutkimuksen tarkoituksena, tutkimusongelmana tai tutkimuskysymyksistä. Seuraavaksi aineisto koodataan. Koodaus tapahtuu tutkijan näkemyksestä. Sille on ominaista, että näkemykset perustuvat kirjoitettuihin muistiinpanoihin, ne käsittelevät tutkijalle tärkeitä asioita ja toimivat jäsennyksen testausvälineenä. Kolmannessa vaiheessa aineisto luokitellaan, teemoitetaan tai tyypitellään. Tutkimuksessa käytetään teemoittelua, koska haastattelu tehdään teemahaastatteluna ja niiden periaatteet ovat samat. Teemojen selkiytyttyä etsitään aineistosta tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. Viimeisenä eli yhteenvedon kohdalla selviää, haetaanko aineistosta samanlaisuutta tai erilaisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92 – 93.) Metsämuuronen (2008, 51) suosittelee käsitekartan hyödyntämistä sisällönanalyysin teossa. Näin työ saadaan visuaaliseen muotoon, joka helpottaa tutkijan kokonaisuuden hahmottamista. Sen avulla voidaan myös selkeyttää eri osien välisiä suhteita.

Tutkimuksen analysoinnin logiikka on induktiivinen eli analysointi on yksittäisistä tapauksista yleistykseen. Vastakohta on deduktiivinen analyysi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.)

Sisällönanalyysin avulla analyysi tapahtuu järjestelmällisesti ja tasapuolisesti. Analyysin heikkona puolena on, että sen avulla aineisto lähinnä järjestetään tuloksien tekoa varten. Yleisesti ottaen laadullisen analyysin tarkoitus on luoda järjestelmällinen päättely ja tulkinta, joka alkaa aineiston osiin purkamisesta. Sitä seuraa aineiston käsitteellistäminen ja siitä edelleen aineiston koonti johtopäätöksiksi tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 108.)

Sisällönanalyysi voidaan jakaa aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen ja teorialähtöiseen analyysiin. Tutkimuksen analyysi on teoriasidonnainen, koska siinä analysoidut asiat valitaan aineistosta, mutta siinä tieto ohjaa ja auttaa analyysia. Eli aineistosta muodostetaan yleiskäsitys, jossa kokemus liitetään teoreettisiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96, 117.)

Teoriaohjaava sisällönanalyysi tapahtuu seuraavasti. Haastelussa saatu alkuperäinen ilmaisu muutetaan lyhempään muotoon eli pelkistetyksi ilmaisuksi. Pelkistetyt ilmaisut yhdistetään ja niistä muodostetaan alaluokkia. Alaluokat yhdistetään ja niistä muodostuu edelleen yläluokka. Eri yläluokat muodostavat yhdistävän käsitteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 118.)

1.4.2 Tutkimusmenetelmä ja tutkimusote

Tutkimusstrategiat jaetaan perinteisesti kokeelliseen tutkimukseen, survey-tutkimukseen sekä tapaustutkimukseen. Tämä tutkimus edustaa survey-tutkimusta, koska tutkimuksessa kerätään tietoa yhdenmukaistetussa muodossa. Aineisto kerätään yksilöittäin käyttäen kyselylomaketta sekä haastattelemalla esimiehiä. Analyysin avulla pyritään kuvailemaan ja selittämään tutkittua asiaa. (Hirsijärvi ym. 2001, 122.)

Survey-tutkimuksessa käytetään satunnaisotosta, jotta tutkimuksen tulos edustaisi tutkimuskohdetta yleisesti. Sille on ominaista myös strukturoitujen kyselylomakkeiden käyttö. Kysymykset laaditaan esimerkiksi teoreettisen viitekehyksen perusteella. (Järvinen & Järvinen 2004, 56 – 57.) Toisaalta Vilkka (2005, 126) toteaa, että laadullisen tutkimusaineiston koolla ei ole väliä eikä otoksia tehdä. Laadullisen tutkimuksen perustana on tutkimusaineiston laatu.

Vilkka (2005, 113 – 114) korostaa tutkimuksen lähestymistavan merkitystä haastattelumetodin valinnassa. Häneen mielestään teemahaastattelu ei ole paras vaihtoehto fenomenologisen lähestymistavan omaavalle tutkimukselle, koska tällöin kysymysten tulisi olla hyvin avoimia ja vähän haastateltavaa ohjaavia sekä tilanne keskustelevalta. Avointa keskustelua voidaan pitää hyvänä vaihtoehtona. Avoin keskustelu vaatii kuitenkin haastattelijalta kokemusta ja taitoa sekä paljon aikaa. (Hirsijärvi ym. 2001, 196.) Teemahaastattelun laatua voidaan parantaa kuitenkin kysymystenasettelulla. Mielipiteiden sijaan yritetään saada vastauksiksi esimerkkejä, vertauksia ja kertomuksia (Vilkka 2005, 114.).

Systeemi tarkoittaa järjestelmää tai ryhmää, jolla on yhteinen päämäärä. Tai toimintamallia, jonka avulla jokin saadaan toimimaan. Systeemi koostuu vähintään kahdesta yhteen kietoutuneesta tekijästä. Näiden tekijöiden välillä on esimerkiksi toiminnallisia yhteyksiä, joiden avulla ne erottuvat omaksi kokonaisuudeksi. (Anttila 2005, 432.)

Systeemiajattelun ympärille on kehittynyt erilaisia metodeja. Yhteistä niille on, että avulla pyritään ymmärtämään havaittujen ilmiöiden ja tapahtumien ominaisuuksia ja niiden välisiä yhteyksiä. Sen avulla hahmotetaan eri tekijöiden järjestystä, ja täten saadaan selitys tarkastelun kohteena olevista ongelmista. Systeemianalyysi perustuu selitys- ja kuvausjärjestelmään. Systeemianalyysillä on kaksi päälohkoa eli perinteinen systeemianalyysi ja pehmeä systeemianalyysi. (Anttila 2005, 433 – 435.)

Pehmeä systeemianalyysi on amerikkalaisen Peter Checklandin vuonna 1986 julkaisema menetelmä. Menetelmä sopii käytännönläheisten ja tulostavoitteisten kehittämishankkeiden tutkimuksiin. Se perustuu pehmeästi,

huonosti ja epätäsmällisesti määriteltyihin ongelmiin. Ongelmat käsitellään todellisessa maailmassa. Ratkaisuna on, että asianomaiset pitävät sitä onnistuneena, tilanne on parantunut tai asiaan on saatu selvyyttä. Menetelmä sopii erityisen hyvin mukautuvaksi menetelmäksi käytännön tilanteisiin. (Anttila 2005, 436.)

Pehmeän systeemimetodologian ideana on liikkua todellisuuden ja ideoista liikkeelle lähtevän ongelmanratkaisun ja sen mallinnuksen aikaansaamalla alueella kiertäen, kunnes päädytään selkeään, perusteltuun ratkaisuun. Tämän jälkeen aloitetaan tarvittavat toimenpiteet. Asetetaan tavoitteet, mietitään mittausmenetelmät ja suunnitellaan menetelmät tulosten arvioimiseksi. Systemissä haetaan vastausta samanaikaiseksi sekä mitä että miten kysymyksiin. (Anttila 2005, 436 - 437.)

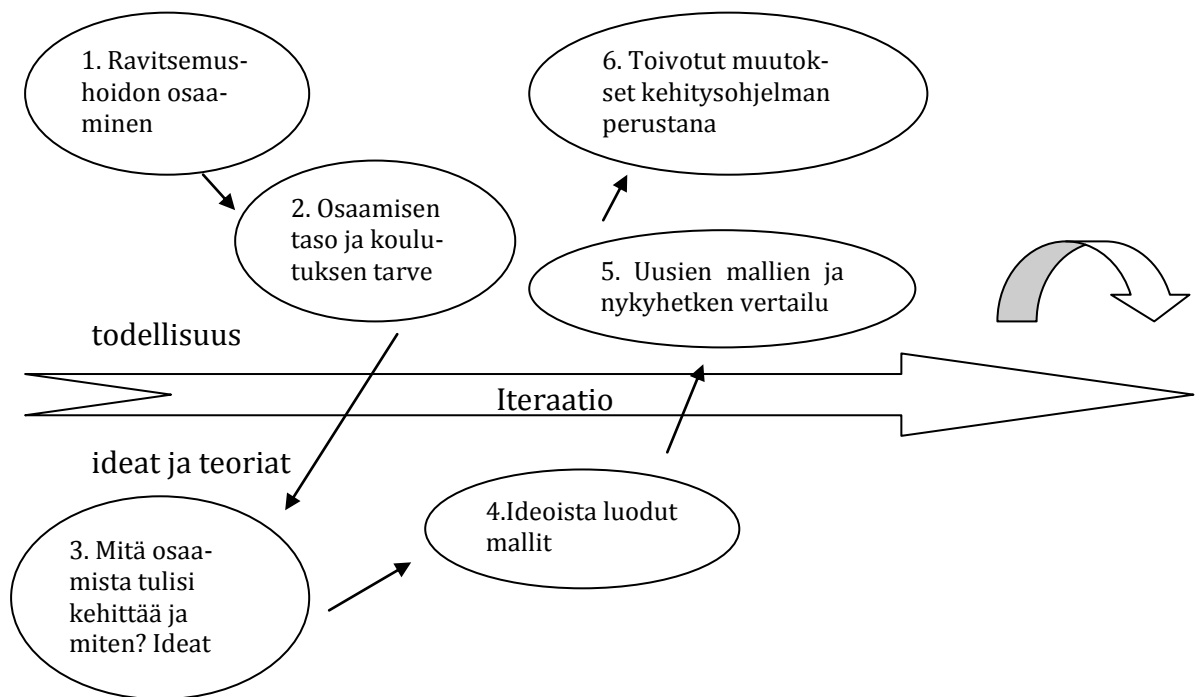
Pehmeä systeemianalyysi muistuttaa ongelmaratkaisuprosessia, mutta siinä ei pyritä äkkiä keksittyyn tilapäiseen tarkoitukseen, vaan siinä tutkitaan koko sitä prosessia, joka vaaditaan ratkaisun syntymiseen. Siinä on tarve seurata, ymmärtää ja suunnitella muutosta yhteyksissä, joissa asiat yhdessä muodostavat ratkaisun. (Anttila 2005, 437.) Pehmeän systeemianalyysin vaiheet tapahtuvat todellisessa sekä ideoiden että teorioiden maailmassa. Kierro tapahtuu siirtymällä näiden maailmojen kesken ja palaamalla lopuksi takaisin. (Anttila 2005, 437.)

Pehmeän systeemianalyysin vaiheet

- on havaittu jokin heikosti tai huonosti määritelty ongelma tai kehittämistarve, parannetaan tai kehitetään järjestelmää
- ongelman täsmentäminen
- selvitetään sisäistä rakennetta ja siihen liittyvien prosessien osatekijöiden vuorovaikutusta
- mietitään osatekijöitä, joilla systeemiä voitaisiin parantaa tai kehittää
- määritellään tärkeimmät näkymät, joilla parannusta tai kehittymistä saataisiin aikaan ja muodostetaan niistä erilaisia käsite- ja ratkaisumalleja

- parannellaan ja kehitellään malleja systeemiajattelun periaatteella
- verrataan ratkaisumalleja todellisuuteen
- vertailun tuloksia hyväksi käyttäen määritellään todellisuuden tasolla systeemiin kohdistuvat suotavat ja toivottavat muutokset
- tehdään tarvittavat toimenpiteet (Anttila 2005, 437.)

Pehmeän systeemianalyysin osat (Kuvio 4) sijoittuvat opinnäytetyöhön. Kuvio 4 alkaa jäsentymättömästä ongelmasta, joka työssä on lähihoitajien osaamisen taso ravitsemushoidossa. Toisessa kohdassa ongelma on jäsentynyt lähihoitajille suoritetun kyselyn avulla. Samassa kyselyssä kysytään myös koulutustarvetta ravitsemushoidosta. Näiden tietojen pohjalta siirrytään todellisesta maailmasta ideoiden ja teorioiden alueelle. Aluksi luodaan kyselyiden pohjalta visio siitä, mitä osaamista tulisi kehittää ja miten sitä tulisi kehittää. Mietitään mahdollisia ratkaisumalleja. Ratkaisumalleista siirrytään takaisin todelliseen maailmaan. Vertailussa ja kehitysohjemassa hyödynnetään esimiesten näkökulmia haastattelun muodossa. Opinnäytetyön osalta pehmeän systeemianalyysin soveltaminen jää tähän vaiheeseen. Parhaimmillaan pehmeän systeemianalyysin soveltaminen yltää toiminnan muuttamiseksi ja kokeilemiseksi ja siitä edelleen silloisen ongelman lähteminen uudelle kierrokselle analyysia soveltaen. (Anttila 2005, 436 – 438.) Vaikka tässä tutkimuksessa ei päästä toiminnan ongelmien ratkaisuvaiheeseen, voidaan tuloksia hyödyntää esimerkiksi tutkituissa työyhteisöissä.



Kuvio 1. Pehmeän systeeminanalyysin soveltaminen (Anttila 2005, 436, 438; Checkland & Scholes 1990, 27.)

2 Osaaminen mahdollistajana

2.1 Osaamisen kartoitus

Heljä Hätönen (2007, 7) on käsitellyt osaamiskartoitusta kehittämisen työvälineenä. Hän painottaa, että kehittämisessä tärkeintä on pätevyiden lisääminen, oppimisympäristön kehittäminen sekä esteiden poistaminen. Tulevaisuuden osaamisalueiden ja ydintehtävien avulla luodaan pohja kehittämiselle.

Osaamiskartan avulla osaamisen käsite konkretisoituu ja yhdenmukaistuu. Sen laatiminen alkaa miettimällä vastausta kysymykseen miksi osaamiskartta laaditaan. Sen jälkeen laaditaan yhteinen käsitys siitä, mitä osaamista tarvitaan nyt, ja miten se tulee muuttumaan tulevaisuudessa. Tulevaisuuden tarpeiden

pohjalta mietitään kehittämistä. Tärkeää on miettiä myös osaamisen määritelmä. (Hätönen, 2007, 12; Hanhinen 2007, 83.)

Osaamisen määrittäminen tulee perustua koko henkilöstön yhteiseen näkemykseen. Siksi onkin tärkeää, että yhteisen näkemyksen luomiseen osallistuvat johdon lisäksi eri ammattialojen ja eri työtehtäviä hoitavat tahot. Osaaminen voidaan määritellä esimerkiksi tietojen ja taitojen monipuoliseksi hallinnaksi ja soveltamiseksi. Siihen sisältyy myös organisointikyky, elinikäisen oppimisen taidot, reflektointi, muuntautumiskyky sekä kyky työskennellä ryhmässä. (Hätönen 2007, 12.)

Osaamisen määritelmiä on useita, mutta Sveiby (1997, 37 - 39) on määritellyt osaamisen kykyinä toimia. Hän ei pidä sitä kaiken kattavana määritelmänä, vaan ennen kaikkea käytännön käsitteenä. Osaamisen säännöt eivät ole helposti muutettavissa, ne tukevat tietoprosessia. Mitä enemmän osaamme, sitä enemmän voimme muokata toimintatapaamme. Saadessamme lisää tietoa, voimme jopa kehittää uusia sääntöjä.

Osaamiskartan laatimisen seuraava vaihe on osaamisalueiden kuvaaminen. Niiden määrittely perustuu organisaation visioihin ja strategioihin sekä niistä johdettuun kuvaan osaamisen vaatimuksista. Osaamiskarttaan olisi hyvä kuvata koko organisaation osaaminen konkreettisena toiminnan kuvauksena. (Hätönen 2007, 23.) Vaikka organisaatiot ovat erilaisia, löytyy niistä kuitenkin osaamisalueita, jotka toimivat lähes kaikissa organisaatioissa. Hätönen (2007, 26) jakaa osaamisalueet organisaation ydinosoitukseen, arvoihin ja toimintatapoihin liittyvään osaamiseen, työelämäosaamiseen sekä yksilölliseen ammattiosaamiseen.

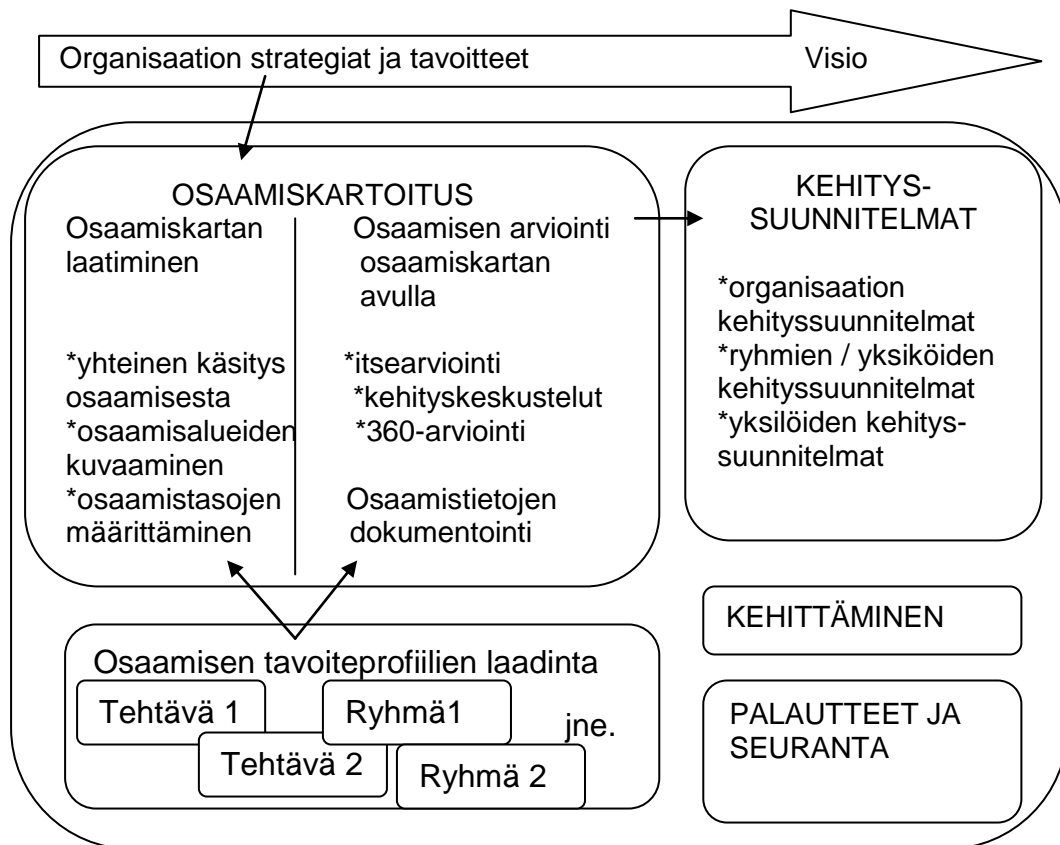
Osaamiskartan laatimisen kolmas kohta on osaamistasojen määrittäminen. Se on tärkeää, jotta osaaminen voidaan arvioida yhtenäisesti. Arviointi voi perustua asteikkoon tai sovittujen osaamistasojen tasoon. Alin taso on perusosaamista, joka yleensä on työn suorittamisen kannalta riittävä taso. 0-tasolla ei ole vielä riittävää osaamista. Näin voi olla esimerkiksi uuden työntekijän kohdalla tai

puhuttaessa tulevaisuuden osaamisesta. Osaamistasojen määrittäminen voi perustua esimerkiksi ammatillisen koulutuksen kriteereihin. (Hätönen 2007, 27, 30.)

Osaamisen tavoiteprofiilien laadinta voidaan suorittaa joko ennen osaamisen arviointeja tai arviointien jälkeen. Osaamisprofiilien avulla osaaminen liitetään tavoitetasolle eri henkilöille tai ryhmille. Sen avulla voidaan helposti yhdistää osaamisen taso työn suorittajaan sekä miten osaamista arvioidaan ja kehitetään. (Hätönen 2007, 35.)

Osaamiskartassa siirrytään seuraavaksi osaamisen arviointiin. Arviointi on tärkeä osa osaamisen kehittämistä, sillä arvioinnin perustana oleva tieto määrittelee kehittämisen suunnan. Arvioinnin lähtökohtana on asetettujen tavoitteiden saavuttaminen. Osaamista voidaan arvioida muun muassa itsearviointina, kehityskeskusteluina ja 360 – arviointina. Itsearviointissa työntekijä arvioi omaa osaamistaan määriteltyihin kriteereihin verrattuna. Kehityskeskusteluiden avulla esimiehet kartoittavat alaistensa työtä, työtilannetta, osaamista ja sen kehittämistä. Kehityskeskustelut olisi hyvä toteuttaa vähintään kaksi kertaa vuodessa. 360 – arvioinnissa palautteen antavat esimiehet, alaiset, työkaverit sekä muut kiinteässä yhteistyössä toimivat henkilöt. (Hätönen 2007, 40 – 44.) Osaamisen arvioinnin jälkeen suoritetaan osaamistietojen dokumentointi (Hätönen 2007, 48).

Kehityssuunnitelmien ja kehittämisen tarkoituksena on järjestelmällinen osaamisen hyödyntäminen. Organisaation on tärkeää tietää henkilöstön osaamisen taso sekä kehitystarve, jotta molempia voidaan hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla. Siksi molempia pitäisi tukea ja kehittää jatkuvasti. (Hätönen 2007, 49 – 51.)



Kuvio 2. Osaamiskartoituksen kehittämisen vaiheet (Hätönen 2007, 8)

Osaamiskartoituksia varten on kehitetty myös tietojärjestelmiä. Hanhinen (2007, 83) esittelee CQ -järjestelmän, joka on alun perin kehitetty työhallinnon käyttöön Satakuntaan ja Kaakkois-Suomeen. CQ tulee sanoista Competence connecting Qualifications. Sen avulla työntekijöiden osaamisalueet ja yritysten osaamistarpeet kartoitetaan ja tallennetaan tietokantaan, josta saadaan selville osaamiseen liittyvät tiedot henkilöittäin, ammattikunnittain tai yksilötasolla. Tämä mahdollistaa myös monipuolisen kehitystoiminnan.

2.2 Osaamisen kehittäminen

Osaamisen kehittämistä voidaan käyttää yhtenä kehittämisen toteuttamislinjana. Tällöin kehittyminen ja jatkuva uusiutuminen edellyttävät oppimisen mahdollisuuksia ja haasteita henkilöstölle, jotka mahdollistavat oppimisprosessin. Oppivan organisaation kehittämiskäytännöt edellyttävät avointa tiedonvaihtoa sekä reflektointia. Johdon rooli on mahdollistaa mahdolliset kehittämistoiminnan tuotokset. (Sarala 2000, 30.)

Osaamisen ja oppimisen kehittämisessä niiden edistäminen pitää huomioida jo suunnitteluvaiheessa. Mietitään, millainen organisaation oppimisympäristö on nyt ja mitä mahdollisuuksia se tarjoaa oppimiselle. Jos mahdollisuuksissa todetaan puutteita, mietitään oppimismahdollisuuksien parannuskeinoja. Kiinnitetään huomiota muun muassa tehtävänkiertoon, benchmarkingiin, ulkopuolisiin koulutusmahdollisuuksiin sekä opintopiirien toimintaan. (Sarala 2000, 36 - 37.)

Kehittämistavoitteet muuttuvat yhteiskunnan muutoksien mukana. Siksi onkin tärkeää, että kehittämistyön tavoitteena on organisaation ja työntekijän etujen yhdenmukaistaminen. Miten työntekijän elämisen valmius ja mielekkyys sekä organisaation tavoitteellinen toiminta sopivat yhteen? (Sarala 2000, 36 - 37.)

Työntekijän asemaa helpottaa, jos hän omaa kyvyn jäsentää asioita, osaa toimia aktiivisena jäsenenä kehittämisessä ja omaa kyvyn nähdä asiat muiden näkökulmasta. Asiaa helpottavat myös suhteellisuuden taju ja välttämättömyyksien hyväksyminen. Osaaminen ja oppiminen eivät rajoitu pelkästään työelämään, vaan kyse on elämän hallinnasta myös työyhteisön ulkopuolella. (Sarala 2000, 59.)

2.3 Oppiva organisaatio

Toiminnan kehittämisessä oppivan organisaation malleissa lähtökohtana on koko henkilöstön kehittäminen ja yhdessä oppiminen. Siksi onkin tärkeää, että kaikki työntekijät hallitsevat oppivan organisaation ajattelutavan kolme kokonaisuutta

- Oman työn taitava ja taloudellinen tekeminen
- Oman tietotaidon siirtäminen muille
- Oman työn kehittäminen yhteistyössä tovereiden kanssa (Sarala 2000, 14.)

Työntekijöiden aktiivisuuden lisäksi tarvitaan oppivan organisaation kehittämisessä sitoutunutta johtoa. Johto toimii tulevaisuudensuunnitelmien avaajina. Suunnitelmien pohjalta laaditaan visio siitä, mihin toiminnalla tähdätään ja mitkä ovat toiminnan tavoitteet. (Sarala 2000, 9.) Organisaation oppimista edistää, jos henkilökunnalla on mahdollisuus osallistua omaa työtään koskeviin muutoksiin. Avoin vuorovaikutus ja keskustelukulttuuri organisaatioissa kuitenkin vasta mahdollistavat oppimisen. (Mäkisalo 2003, 48 - 49.)

Oppiva organisaation ominaisuutena on kyky luoda, hankkia ja siirtää tietoa sekä muuttaa toimintaansa ja käyttäytymistään uuden tiedon ja uusien käsitysten mukaiseksi. Jotta tämä olisi mahdollista, edellyttää se muun muassa, että osaamisen näkökulma on kiinteä osa työn ja organisaation tulevaisuutta. Toisaalta tietotaito on kaikkien saavutettavissa, koska työympäristö ja työ toimivat oppimisympäristönä. Oman työn kehittämisessä tarvitaan yhteistyötä sekä omien ja organisaation toimitapojen kyseenalaistamista. (Sarala 2000, 8 ja 11.)

Oppivan organisaation tärkeä osa-alue on osaaminen ja sen hyödyntäminen jokapäiväisessä elämässä. Opimme muun muassa erilaisten kokeilujen ja yhteistyön edistämisen avulla. On tärkeää myös osata reflektoida niin omia kuin yhteisiäkin kokemuksia. Vaikka oppimisessa ja osaamisessa suunnataan kohti tulevaisuutta, on organisaation historia ja kokemukset tärkeä lähtökohta

käytännön oppimisessa. Voidaan puhua myös hiljaisesta tiedosta. (Mäkisalo 2003, 48 – 49.)

Nonakan ja Takeuchin organisaation oppimisen mallina on uuden tiedon luomisen teoria. Siinä organisaation oppimisen taustana ovat tiedon ja osaamisen omaksuminen yksilön ja ryhmien välillä vuorovaikutuksena, miten he antavat muille ja vastaavasti miten he vastaanottavat muilta osaamista. Tieto muuttuu hiljaisesta näkyväksi ja siitä edelleen hiljaiseksi tiedoksi neljän vaiheen kautta. Hiljaisen tiedon sosialisatio koostuu kokemus- ja mallioppimisesta. Siinä opitaan yhdessä tekemisen avulla. Puhutaan kognitiivisesta oppipoikamallista. Seuraavassa vaiheessa eli ulkoistamisen toimintamallissa hiljainen tieto muuttuu näkyväksi keskustellen ja arvioiden. Sen jälkeen tulee yhdistämisen vaihe, jossa sovitut asiat otetaan käytäntöön toimintasääntöinä ja ohjauksina. Neljäntenä vaiheena on sisäistäminen, jolloin tieto muuttuu jälleen hiljaiseksi. Tällöin työntekijät ottavat uudet tavat käyttöönsä vähitellen oppien kokemuksen kautta asiat uudella tavalla. (Viitala 2005, 168 - 169.)

Myös Crossanin, Hildebrandtin ja Whiten organisaation oppimisen mallissa oppimisen lähtökohtana on hiljainen tieto. Heidän neljä väittämää ovat, nykyisen osaamisen ja uuden osaamisen välillä on jännite, oppiminen tapahtuu yksilön, ryhmän ja organisaation tasolla, oppiminen liittyy sosiaalisiin ja psykologisiin muutosvaiheisiin sekä ihmisten suunnitelmat ohjaavat toimintaa muokaten tietorakenteita. Henkilökohtaisella tasolla oppiminen perustuu kokemuksiin, mielikuviin ja keskusteluun. Ryhmätasolla oppimista tukevat jaettu ymmärrys, hyväksyntä ja vuorovaikutus. Organisaation oppimisen lähtökohtana ovat arviointijärjestelmät, säännöt ja toimintamallit. (Viitala 2005, 175 - 176.)

Oppivalle organisaatiolle on ominaista, että siellä hyväksytään virheet ja epävarmuus. Virheistä on mahdollisuus oppia. Samoin ristiriidoista. Ristiriitatilanteissa oppimista tapahtuu muun muassa uusien näkökulmien sekä niistä syntyvien uusien ratkaisujen kautta. Molemmista tilanteista tarvitaan taitoa reflektointiin. Tällöin ihminen mietiskelee kokemuksiaan tietoisesti ja lopputuloksena on uudenlainen ymmärrys ja käyttäytyminen. (Mäkisalo 2003, 53 - 54.)

2.4 Yksilön osaaminen

Yksilön osaamista voidaan pitää henkilökohtaisena menestystekijänä työelämässä. Osaava työntekijä takaa työllisyytensä. Osaamisen kehittäminen on työntekijän ja työnantajan keskinäinen sopimus. Työnantaja sitoutuu jatkuvaan kehittämiseen, toisaalta työntekijän pitää olla kiinnostunut elinikäisestä oppimisesta. Säännölliset suunnittelu- ja kehityskeskustelut mahdollistavat työntekijälle osaamisen kehittämisen jatkuvuuden, osaaminen kehittämisessä pitää katsoa tulevaisuuteen. Kehityssuunnitelman laadinta edesauttaa tarvittavan osaamisen tekemistä näkyväksi. Työntekijä voi peilata omaa osaamistaan suunnitelmaan. Siksi on tärkeää, että organisaatiossa tarvittava osaaminen on kaikkien osapuolien tiedossa. (Sydänmaanlakka 2007, 169 – 170.)

Yksilön osaamista voidaan edesauttaa myös ura- ja seuraajasuunnittelulla. Tämä auttaa työntekijän osaamisen kehittämistä järjestelmällisesti työuran edetessä. Usein ura- ja seuraajasuunnittelun piiriin kuuluvat vain ylin johto. Siksi onkin tärkeää, että työntekijä itse pitää huolen osaamisensa kehittymisestä (Sydänmaanlakka 2007, 170 – 171.)

Yksilön osaamisen kehittämisessä itsensä johtamisen taito on tärkeää ja sen merkitys kasvaa koko ajan. Organisaatioon liittyvää on työympäristön nopea muuttuminen, mikä edellyttää yksilöltä joustavuutta, luovuutta ja nopeaa reagointikykyä. Toisaalta toimintakokonaisuus on muuttunut siten, että jaetun johtajuuden takia työntekijät saavat lisää vastuuta ja samalla johtavat itseään. (Sydänmaanlakka 2006, 16.)

3 Ravitseminen osana kokonaisvaltaista hoitotyötä

3.1 Ravitsemushoidon tavoitteet ja hyöty

Ravitsemushoidon tavoitteena on asiakkaan hyvinvointi ja ravitsemustilan paraneminen. Oikeanlaista ruokavaliota tulisi olla tarjolla kaikissa elämäntilanteissa asiakkaan omaa tahtoa kunnioittaen. Sairauden aikana ravitsemuksen merkitys korostuu. Ravitsemushoidon tavoitteena ovat terveyden edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä sairauksien hoito ja niistä toipuminen muuta hoitoa tukien. (Hyytinen, Mustajoki, Partanen & Sinisalo-Ojala 2009, 5.)

Ravitsemushoidon avulla estetään vajaa- ja virheravitsemuksen syntyminen. Hyvän ravitsemustilan omaava asiakas kestää hoidot vajaan ravittua paremmin. Hoidon oikea-aikaisuuden avulla voidaan korjata huonontunutta ravitsemustilaa sekä lisätä vastustuskykyä. Ravitsemushoito lisää myös asiakkaan tahtoa ottaa vastuuta omasta terveydestään. Vaikka edellä mainitut tavoitteet perustuvat pitkälti sairauden hoitoon, ei ravitsemushoidon tavoitteissa ja toteutuksessa saa kuitenkaan unohtaa ruoan psyykkissosiaalista merkitystä elämänlaadun parantamisen lähtökohtana. (Haapa & Pölönen, 2002, 17 [Viitattu 14.1.2010].)

Sairauskohtaisten ravitsemushoidon tavoitteiden hallinta ja käytännön toteutus pitää olla hallinnassa kaikilla ravitsemushoitoon osallistuvilla tahoilla. Kirjallisuudesta löytyy paljon tietoa, mutta työyhteisöt voivat selventää ravitsemushoidon tavoitteita työyhteisössä.

Ravitsemushoidon hyödyt ovat moninaiset. Ravitsemushoito on eräiden sairauksien, kuten keliakian, ainoa hoitomuoto. Toisaalta ravitsemushoidon asianmukaisella toteutuksella voidaan ehkäistä monien sairauksien puhkeamista tai sairauteen liittyvien liitännäissairauksien puhkeamista. Sen avulla voidaan myös tehostaa muun hoidon vaikutusta. Lääkkeiden käyttöä on mahdollista vähentää tai niiden lääkeaineiden tehoa voidaan parantaa oikean ravitsemuksen myötä. (Hyytinen ym. 2009, 5.)

Oikein järjestetyllä ravitsemushoidolla voidaan vähentää terveydenhuollon kustannuksia. Asiakkaiden toipuminen nopeutuu ja sairaalassa tapahtuvat hoitajaksot lyhenevät. Myös sairauteen liittyvät komplikaatiot vähenevät. Asiakkaan yleiskunto paranee. (Hyytinen ym. 2009, 5; Arffman ym. 2009, 11)

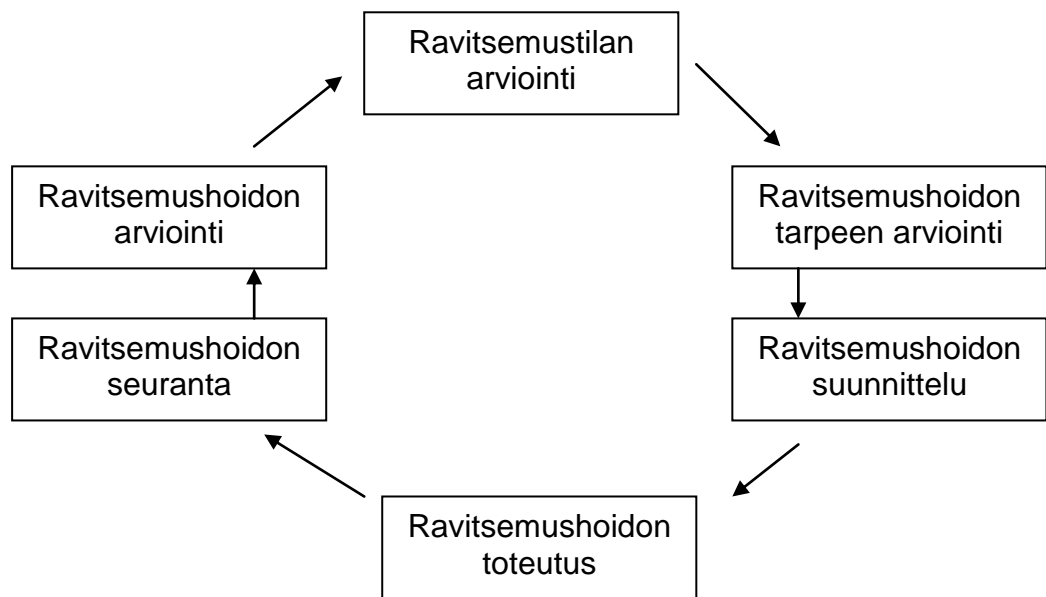
3.2 Ravitsemushoidon toteutus

Ravinnon merkitys terveyden ylläpitäjänä ja sairauksien ehkäisyssä on huomattava. Joidenkin sairauksien, esimerkiksi ruoka-allergioissa ja sydän- ja verisuonitaudeissa, hoidossa ja ennaltaehkäisyssä ruokavalio on merkittävä tai peräti ainoa hoitomuoto. Hollannissa tehdyn tutkimuksen mukaan yleislääkärillä vastaanotolla käyneiden tärkeimmäksi hoitomuodoksi riittäisivät ruokavaliomuutokset joka kuudennelle potilaalle. (Hyytinen ym. 2009, 5; Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 11.)

Kuten edellä jo mainitsin, oikein toteutetun ruokavaliohoidon avulla voidaan muun muassa tehostaa muun hoidon vaikutusta. Eräissä sairauksissa, kuten syöpäsairauksissa, hyvä ravitsemustila voi olla edellytys muun hoidon onnistumiselle. Siksi onkin tärkeää, että ravitsemushoito toteutetaan kokonaisvaltaisesti unohtamatta ravitsemushoidon seurannan vaikutusta. (Hyytinen ym. 2009, 5.)

Ravitsemushoito koostuu (Kuvio 2)

- Asiakkaan ravitsemustilan arvioinnista
- Ravitsemushoidon suunnittelusta, johon kuuluvat muun muassa ravinnon ja ruoan tarpeen arviointi ja ravitsemushoidon tavoitteiden asettaminen
- Ravitsemushoidon toteutuksesta
- Seurannasta ja arvioinnista



Kuvio 3. Ravitsemushoidon kulku (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 12)

3.2.1 Asiakkaan ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoidon tarpeen arviointi

Ravitsemushoito alkaa asiakkaan ravitsemustilan arvioinnista. Tavoitteena on optimaalisen ravitsemustilan saavuttaminen, jolloin asiakas saa niin paljon energiaa ja ravintoaineita kuin hänen paras mahdollinen terveydentilansa vaatii. Virheravitsemukseen kuuluu tärkeiden ravintoaineiden tarpeen ja hyväksikäytön epätasapaino. Virheravitsemusta esiintyy kaikissa painoryhmissä. Vajaaravitsemus taas syntyy, kun asiakkaalla on ruuan pitkäaikaisesta vajauksesta aiheutunut sairaalloinen tila. Ravitsemustilan arvioinnin tavoitteena on tunnistaa asiakkaat, joilla on vajaaravitsemus tai heille mahdollisesti kehitty se. Sen myötä sairaudesta parantuminen hidastuu, hoitojen sietokyky laskee ja infektiot lisääntyvät. Hyvän ravitsemustilan on todettu lyhentävän hoitajaksoja noin puolella. (Hyytinen ym. 2009, 26; Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 14.)

Ravitsemustilan arvioimiseksi on olemassa useita eri menetelmiä. Kaikille asiakkaille tehdään tulohaastattelun yhteydessä ainakin silmämääräinen arviointi, mitataan pituus ja paino sekä selvitetään painomuutokset viimeksi kuluneen kuuden kuukauden aikana. Lisäksi selvitetään sairauteen liittyviä ruokailumuutoksia. Riskiryhmille, kuten imeytymishäiriöistä kärsivät potilaille ja yksin asuville ikäihmisille, pitäisi tehdä tarkempi ravitsemustilan arviointi. Tällöin voidaan käyttää hyödyksi painon seuranta, ruokavalioanamneesia ja ruoankäytön seuranta, laboratoriotutkimuksia, kliinisiä tutkimuksia, toimintakyvyn arviointia sekä antropometrisia mittauksia. Useimpiin mittauksiin liittyy rajoituksia ja virheen mahdollisuuksia. Siksi onkin tärkeää, että ravitsemustilan arvioinnissa käytetään useampaa mittaria samanaikaisesti. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 15 – 19.)

Painon seuranta on helpoin ja tärkein arviointimenetelmä. Painoindeksin avulla asiakkaan painoa verrataan valmiin taulukon painorajoihin. Tahaton painonlasku voidaan seurata helposti prosentuaalisen painonmuutoksen avulla. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 16 – 17.)

Ruokavalioanamneesin ja ruoankäytönseurannan tarkoituksena on kartoittaa asiakkaan syömän ruoan määrä ja laatu, ruokailussa tapahtuneet muutokset sekä ruokailuun liittyvät muut ongelmat. Kartoituksessa voidaan hyödyntää valmiita kaavakkeita. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 17.) RAI (Resident assessment instrument) on tarkoitettu kotona asuvien vanhuksien kokonaisvaltaiseen fyysisen ja psyykkisen tilan arviointiin, tiedollisten toimintojen sekä ravitsemustilan arviointiin. Sen avulla kartoitetaan vanhuksien kotona asumisen mahdollisuudet sekä vaatimukset. Vajaaravitsemusta kartoituksessa voidaan hyödyntää esimerkiksi MNA (Mini nutritional assessment), MUST (Malnutrition universal screening tool) ja NRS-2002 (Nutritional risk screening). MNA (liite 1) on käytössä lähinnä yli 65-vuotiaiden koti- ja laitoshoidossa sekä MUST (liite 2) perusterveydenhuollossa. NRS-2002 (liite 3) on tarkin menetelmä ja sitä käytetäänkin sairaaloissa. (Arffman ym. 2009, 110 – 111.)

Laboratoriotutkimuksia tehdään potilaskohtaisessa seurannassa. Ne soveltuvat erityisesti ravitsemustilan arviointiin ja seurantaan tiettyjen ravintoaineiden puutosten toteamiseksi. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 17.)

Kliinisen tutkimuksen avulla tutkitaan asiakkaan ravitsemustilaa muun muassa ihon, limakalvojen, hiuksien ja kynsien kunnon tai lihasten surkastumisen perusteella. Kuivan ihon sekä hauraiden kynsien perusteella voidaan epäillä puutosoireita. Lihasten surkastumisen taustalla voi olla puutostila varsinkin proteiinin osalta tai vähäinen liikunta. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 18; Hyytinen ym. 2009, 29.)

Toimintakyvyn mittauksissa arvioidaan suorituskykyä ja lihasfunktioita. Niiden avulla arvioidaan asiakkaan selviytymistä kotona asumiseen sekä arkiaskareisiin. Suorituskykyä voidaan arvioida esimerkiksi käden puristusvoimasta ja hengityselimien voimasta. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 18.)

3.2.2 Ravitsemushoidon suunnittelu

Ravitsemushoidon suunnitteluun kuuluvat ravinnon ja ruoan tarpeen arviointi, hoidon tavoitteiden asettaminen sekä ravitsemusohjaus. Ravinnon tarpeen arviointi tehdään lähinnä sairaalan asiakkaille sekä niiden sairauksien yhteydessä, jolloin ravitsemuksella on tavallista suurempi merkitys sairauden hoidon kannalta esimerkiksi syömishäiriöiden ja munuaissairauksien yhteydessä. (Hyytinen ym. 2009, 32.)

Ravinnon ja ruoan tarpeen arviointiin kuuluvat energian, proteiinin ja nesteen tarpeen määrittely. Energiatarve perustuu oikeaan ruokamäärään. Sitä voidaan seurata painon seurannan ja asiakkaan palautteen avulla. Keskimääräinen energiatarve voidaan määrittellä valmiiden taulukoiden perusteella, jotka huomioivat muun muassa asiakkaan iän, sukupuolen, painon sekä liikkumiskyvyn. Oikean energiatarpeen saanti on tärkeää, jotta elimistö ei käytä proteiinia energiaksi. Proteiinin tarve on terveillä aikuisilla 0,8 g/kg, mutta

sen tarve on suurempi muun muassa ikääntyvillä ja vajaaravituilla. Tarkan proteiinitarpeen määrittäminen voidaan tehdä ureatypen ja proteiinistatuksen avulla. Nesteen tarve on noin 30 – 35 ml painokiloa kohden, josta noin puolet saadaan ravinnosta. Määrän arvioinnissa huomioidaan myös mahdollinen lisätarve esimerkiksi sairauden takia. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 20 – 23; Hyytinen 2009, 32 – 34.)

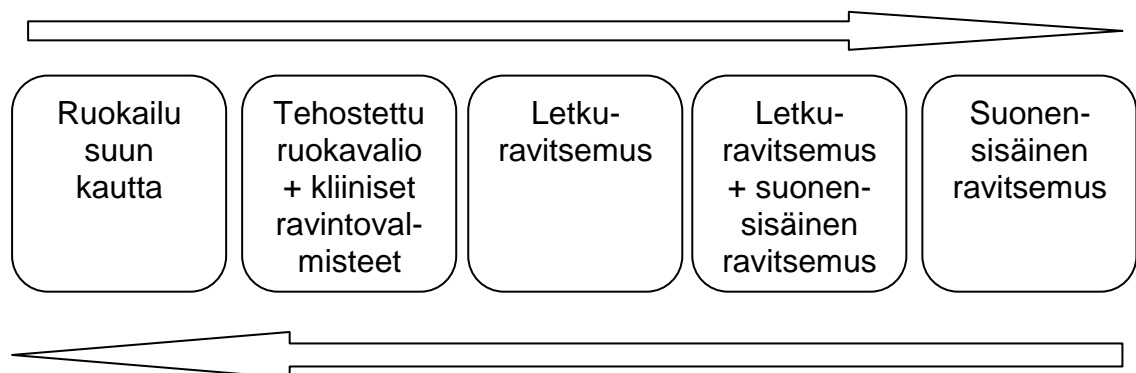
Ravitsemushoidon tärkeimpinä tavoitteina ovat asiakkaan hyvinvointi eli sairauden tai sairauteen liittyvien oireiden ja elämänlaadun parantaminen. Tärkeää on kuitenkin asettaa määritellyt tavoitteet ravitsemushoidolle. Yleensä tavoitteet koskevat sairauden kannalta olennaisempien ruokatapojen tarkistamista. Muutossuunnitelma on hyvä toteuttaa ns. TARMO – periaatetta käyttäen. Periaatteen säännöt ovat, että tavoitteen tulee olla tarkka, aikataulutettu, realistinen, mitattavissa oleva sekä perustuu omaan tekoon. Tavoitteet laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa, ja ne perustuvat asiakkaan tarpeisiin ja tahtoon. Jos tavoitteita ei saavuteta, ne arvioidaan uudestaan ja mietitään uudet keinot saavuttaa asetetut tavoitteet. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 23 – 24.)

Tavoitteet on hyvä asettaa ravitsemusohjauksen yhteydessä. Ravitsemusohjausta voidaan antaa sekä yksilö- että ryhmäohjauksena. Lisäksi ohjaukseen tulee osallistua henkilö, joka vastaa ohjattavan ravitsemuksen toteutuksesta kotona. Ohjaus perustuu ravintoanamneesiin, jonka perusteella löydetään tärkeimmät muutosta vaativat epäkohdat. Anamneesin avulla asiakas myös itse tunnistaa ruokavalionsa epäkohdat. Uuden ruokavalion tulee perustua asiakkaan mieltymyksiin ja elämäntilanteeseen. Muutokset tulee olla pieniä ja mahdollisia. Ohjaustilanteessa korostetaan mahdollisuuksia rajoitusten sijasta. Ohjaajan pitää puhua siten, että asiakas ymmärtää myös käytetyt termit. Lisäksi valinnat pitää perustella asiakkaalle siten, että hän tajuaa muutoksen tärkeyden oman itsensä kannalta. Ravitsemusohjauksen toteutuminen ja mahdolliset muutokset tulisi tarkistaa uusintakäynneillä. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 24 - 24; Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 112; Haapa & Pölönen, 2002, 20 [Viitattu 14.1.2010].)

3.2.3 Käytännön toteutus

Ruoka valmistetaan ravintopalveluissa suositusten mukaan. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan vuonna 2005 julkaisema ”Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon” soveltuvat terveille, kohtalaisesti liikkuville ihmisille. Ravitsemussuosituksien lähtökohtana on terveellinen ja monipuolinen ravinto, siksi ne soveltuvat myös muun muassa tyyppin 2 diabeetikoille sekä henkilöille, joiden verenpaine tai veren rasva-arvot ovat koholla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2005 [Viitattu 30.1.2010].) Näiden lisäksi ovat erilliset suositukset muun muassa lapsille, kouluruokailuun sekä ikääntyneille. Ravitsemushoidon yhdenmukaistamista varten ovat ravitsemushoitosuositukset. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2009 [Viitattu 30.1.2010].)

Ravitsemushoito toteutetaan vajaaravitsemuksen seulonnan ja ravitsemustilan arvioinnin perusteella. Asiakkaan hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että se on yksilöllistä ja oikein kohdennettua. Toteutuksessa on tärkeää huomioida myös asiakkaan voimavarat. Hoidon tehostamiseen on olemassa eri menetelmiä (Kuvio 3), jotta kaikissa hoidon vaiheissa voidaan taata asiakkaan oikea energia ja ravintoaineiden saanti. (Hyytinen ym. 2009, 36; (Haapa & Pölönen, 2002, 19 [Viitattu 14.1.2010].)



Kuvio 4. Ravitsemushoidon tehostamisen keinot (Hyytinen ym. 2009, 36.)

Ravitsemushoidon toteutukseen vaikuttava se, tarvitseeko asiakas perusruokavaliota tai erityisruokavaliota ja minkä suuruinen ateriakoko valitaan asiakkaalle. Ruoan rakennemuutokset huomioidaan hoidon kaikissa vaiheissa yksilöllisesti. Ravinnonantoreitti vaikuttaa olennaisesti ravinnon laatuun ja määrään. Uskonto, mieltymykset sekä eettiset lähtökohdat otetaan huomioon. (Hyytinen ym. 2009, 36.) Myös ruoan jakelu joko keskitettynä tai hajautettuna ruoanjakeluna vaikuttaa ravitsemushoidon toteutukseen. Hajautetussa ruoanjakelussa asiakkaan päivittäiset toiveet voidaan huomioida paremmin. (Aapro 2008, 102.)

Ravitsemushoidon suunnittelu ja toteutus on moniamatillista toimintaa. Siihen osallistuvat kaikki terveydenhuollon ammattilaiset sekä ruokapalveluhenkilöstö. Ravitsemushoidon tehokkuden kannalta on tärkeää, että kaikki osapuolet ymmärtävät sen merkitys osana asiakkaan hyvinvointia. Käytännön toteutuminen edellyttää johdon sitoutumista ravitsemushoitoon, jotta sille annetaan tarvittavat resurssit. Ravitsemushoito edellyttää myös laaja-alaista tieto-taito –tasoa. Lähihoitajat osallistuvat ravitsemushoidon toteutukseen muun muassa avustamalla asiakasta ruokailussa. He antavat myös ravitsemusohjausta. (Aapro 2008, 94 – 96.)

3.2.4 Ravitsemushoidon seuranta ja arviointi

Ravitsemushoidon kirjaaminen potilastietoihin on ravitsemushoidon seurannan ja arvioinnin edellytys. Potilastietoihin kirjataan muun muassa annettu ravitsemusohjaus, painonmuutokset sekä syödyt ruokamäärät. Niiden perusteella arvioidaan hoidon tavoitteiden toteutumista ja mietitään muutostarpeet. Jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että tiedot siirtyvät asiakkaan mukana eri hoitopaikkoihin. (Aapro ym.2008, 110.)

Ravitsemushoidon toteutumista on hyvä seurata myös ravitsemustilaa kuvaavilla suureilla. Silloin voidaan käyttää muun muassa painoa, puristusvoimaa sekä olkavarren ympärystä kuvaavina suureina. Tutkimukset, mitatut suureet sekä tutkimustiheys kirjataan ylös ja seurataan muutosta.

Ravitsemushoidon toteutumista on hyvä seurata lisäksi asiakkaan omakohtaisten kokemusten periaatteella. Asiakkaalta voidaan tiedustella olotilan ja lihasvoiman muutoksista tai ruokahalun muutoksista. Negatiivisen palautteen myötä ravitsemushoidon toteutumista on seurattava tarkemmin ja mietittävä mahdollisuuksia ravitsemushoidon tehostamiseksi. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 30.)

3.3 Ravitsemustoimikunta

Ravitsemushoidon kehittämiseksi, yhteensovittamiseksi sekä kokonaisvaltaisen toteutumisen seuraamiseksi kaikissa terveydenhuollon yksiköissä ja sairaaloissa tulee olla ravitsemustoimikunta. Ravitsemustoimikunta on monialainen elin, johon kuuluvat kaikki ravitsemushoidon toteutukseen osallistuvat tahot muun muassa lääkärit, hoitajat, ravitsemusterapeutti sekä ruoka-, lääke- ja välinehuollosta vastaavat henkilöt. Lisäksi toimikuntaan voi kuulua tarvittaessa erityistyöntekijöitä, kuten psykologi ja fysioterapeutti. Ravitsemustoimikunta on johdon kokoama, ja siksi se toimii läheisessä yhteistyössä johdon kanssa. Ravitsemustoimikunta voi toimia myös alueelliselta pohjalta. Silloin on tärkeää, että edustus toimikunnassa on kattava sekä alueellisesti että tehtäväkuvan mukaan. (Haapa & Pölönen 2002, 36- 37; Arffman ym. 2009, 239- 240.)

Ravitsemustoimikunnan tärkein tehtävä on ravitsemushoidon kokonaisvaltaisen koordinointi. Tarkemmat tehtävät voidaan eritellä tarpeiden mukaan. Erityistarpeita voivat olla esimerkiksi ajankohtaisista asioista tiedottaminen tai yhteisistä toimintamuodoista sopiminen yhteistyökumppaneiden kanssa. (Haapa & Pölönen 2002, 36- 37; Arffman ym. 2009, 239- 240.)

3.4 Ravitsemushoitosuositukset ja laatukriteerit

Ravitsemushoitosuositus on Valtion ravitsemusneuvottelukunnan julkaisema suositus, joka ilmestyy vuonna 2010 Editan kustantamana. Se korvaa vuonna 1994 ilmestyneen Ravitsemushoito- ja ruokailu – suosituksen. Uusi suositus on huomattavasti edellistä laajempi. Uutena sisältönä ovat muun muassa vajaaravitsemusriskin seulonta sekä ravitsemushoidon tehostaminen. Suositus sisältää myös laatukriteerit ruokapalveluihin ja ravitsemushoitoon. Suositukseen on lisätty monien sairauksien, muun muassa ruoansulatuskanavan ja munuaistautien ruokavaliot. (Nuutinen, Mikkonen, Peltola, Silaste, Siljamäki-Ojansuu, Uotila, Sarlio-Lähteenkorva 2009, 3 [Viitattu 17.2.2010]; Valtion ravitsemusneuvottelukunta [Viitattu 17.2.2010].) Ravitsemushoitosuositusten liitteistä löytyy apua käytännön työskentelyyn. Siellä on muun muassa esimerkki sairaalaruokailun asiakastytyväsyyskyselystä sekä taulukko lasten energian, proteiinin ja nesteen tarpeesta painokiloa kohti. (Nuutinen ym. 2009, 184 ja 192.)

Ravitsemushoitosuosituksen tarkoituksena on yhdenmukaistaa ravitsemushoidon toteuttamistapa sekä kuvata sen toteuttamismalli. Suositusten lähtökohtana on tutkimuksiin perustuva tieto sekä hyvä käytäntö. Suosituksissa huomioidaan hoito- ja lääketieteen, ravitsemusterapian ja ruokapalvelujen vaatimukset. Suositukset on tarkoitettu koko henkilökunnalle sekä päättäjille niin sairaaloissa, terveyskeskuksissa, vanhainkodeissa, hoito- ja kuntoutuslaitoksissa kuin palvelukodeissa. (Nuutinen ym. 2009, 3 [Viitattu 17.2.2010].)

Suosituksissa ravitsemushoito tarkoittaa niin terveyttä edistävää ravitsemusta kuin sairaiden ravitsemushoitoakin. Siksi onkin tärkeää, että ravitsemushoidosta laaditaan toimintasuunnitelmat ja annetaan hoidon toteutukseen riittävät resurssit. Ravitsemushoidon toteutumisen kannalta on tärkeää, että organisaatiossa on riittävästi henkilökuntaa, ruokapalveluilla on tarpeeksi rahaa käytettävissä, henkilöstö hallitsee ravitsemushoidon toteutuksen ja tarvittaessa on mahdollisuus saada asiantuntijoilta apua ongelmatilanteissa. (Nuutinen ym. 2009, 3 [Viitattu 17.2.2010].)

Ravitsemushoidon yhtenä keskeisenä haasteena on ravitsemushoidon laadun varmistus. (Nuutinen ym. 2009, 3 [Viitattu 17.2.2010].) Ravitsemushoitosuosituksissa annettavista ravitsemushoidon laatukriteereiden pohjalta kukin osasto laatii ja hyväksyy omat laatukriteerit. Työn tuloksellisuuden kannalta on tärkeää, että laatukriteerit ovat osa työyhteisön laatutyötä. Kriteerien toteutumista pitää seurata järjestelmällisesti, ja ne pitää päivittää tarvittaessa. Osaston ravitsemushoidon laatukriteerit jaetaan 10 eri alueeseen. (Nuutinen ym. 2009, 34 - 35 [Viitattu 17.2.2010].)

Ravitsemushoidon laatukriteerit osastolla

- Vajaaravitsemuksen riskin arviointi, jossa laatukriteerinä voi olla
 - vajaaravitsemusriskin arviointi hoidon alussa
 - painon punnitus ja vajaaravitsemusriskin seulonta viikoittain tai sovitusti
 - kirjaaminen potilasasiakirjoihin
 - seulonnan perusteella tehtävät jatkotoimenpiteet
- Ruoan tilaaminen, jossa laatukriteerinä voi olla
 - huomioidaan tulokeskustelussa ja muissa tilanteissa esiin tulleet potilasruokailuun vaikuttavat asiat
 - ruoan rakennemuuntelutarpeen huomioiminen
 - annoskoon valinta energiantarpeen ja asiakkaan toiveiden perusteella
- Ateriarytmi, jossa laatukriteerinä voi olla
 - ateriarytmi perustuu kolmeen pääateriaan ja 2 – 3 välipalaan
 - yöpaasto korkeintaan 10 – 11 tuntia
- Ruokailu, jossa laatukriteerinä voi olla
 - ateria tarjotaan asiakkaan valinnan mukaan osaston ruokailutilassa tai potilashuoneessa
 - ruokailutilanteen miellyttävä ja rauhallinen
 - ruokailuun riittävästi aikaa
 - ruokailussa avustetaan tarvittaessa
- Ruokailun turvallisuus, jossa laatukriteerinä voi olla
 - osastolla käytössä omavalvontasuunnitelma

- Potilasruokailun seuranta, jossa laatukriteerinä voi olla
 - asiakkaiden syödyn ruoan määrän arvioiminen silmämääräisesti
- Vajaaravitun tai sen riskissä olevan potilaan ravitsemushoidon tehostaminen, jossa laatukriteerinä voi olla
 - ravitsemushoidon tehostamisen suunnitteluun osallistuvat kaikki ravitsemushoidon toteutukseen osallistuvat
 - toteutusta seurataan yksilöllisesti
- Tiedonkulku, jossa laatukriteerinä voi olla
 - asiakas on tietoinen, mitä aterialla on tarjolla
 - ruoan tarjoilija, ruokatarjottimen kerääjä ja hoitaja tiedottavat toisilleen potilaan hoitoon vaikuttavista ruokailun muutoksista
 - osaston ravitsemusvastaava tiedottaa ruokailuun liittyvistä asioista kaikille osapuolille
- Sairaalaruokailun asiakastytyväisyys, jossa laatukriteerinä voi olla
 - asiakkaalla palautteenanto mahdollisuus
- Ravitsemusosaaminen, jossa laatukriteerinä voi olla
 - esimies huolehtii henkilökunnan ravitsemusosaamisesta
 - yhteistyö ravitsemusterapeutin kanssa (Nuutinen ym. 2009, 34 - 35 [Viitattu 17.2.2010].)

Ruokapalvelujen laatukäsikirja sisältää ruokapalvelujen laatukriteerit, joten ne kuuluvat olennaisena osana sairaalan laatutyöhön. Laatukriteerit hyväksytään ja kirjataan. Niiden toteutumista pitää seurata säännöllisesti, ja ne päivitetään tarvittaessa. Päivityksistä tulee kertoa ravitsemushoidon toteutukseen osallistuville. Ruokapalvelujen laatukriteerit jaetaan 13 eri alueeseen. (Nuutinen ym. 2009, 44 [Viitattu 17.2.2010].)

Ruokapalvelujen laatukriteerit

- Elintarvikkeiden hankinta, jossa laatukriteerinä voi olla
 - elintarvikkeiden hankinnassa kiinnitetään huomiota ravitsemukselliseen ja aistinvaraisesti arvioituun laatuun sekä kokonaistaloudelliseen arviointiin

- Ruokavalioiden valikoima, jossa laatuksiteerinä voi olla
 - Perus- ja erityisruokavalioiden tarjonta
 - rakennemuunneltujen saatavuus perus- ja erityisruokavalioidista
- Ravintosisältö, jossa laatuksiteerinä voi olla
 - perustuu Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksiin (VRN 2005)
 - erityisruokavalioiden ravintosisältö sama, perusteltuna voi poiketa suosituksista
 - tarjolla vähintään kolmea eri annoskokoa
 - aterioiden ravintosisällöt saatavissa
- Ateriarytmi, jossa laatuksiteerinä voi olla
 - tarjolla kolme pääateriaa ja 2 – 3 välipalaa
 - ateriat tarjotaan tasaisesti pitkin päivää, iltapala mahdollisimman myöhään
- Ruokalista, jossa laatuksiteerinä voi olla
 - ainakin pitkäaikaispotilaille annetaan mahdollisuus valita kahdesta eri pääruokavaihtoehdosta
 - kalaruokia tarjolla 2 -3 kertaa viikossa
 - Makkararuokia enintään kerran viikossa
 - ruokalistan pituus akuuttisairaalassa 3 – 5 viikkoa, pitkäaikais-sairaanhoidossa vähintään 5 viikkoa
- Tiedottaminen, jossa laatuksiteerinä voi olla
 - ruokalista asiakkaiden saatavilla
 - tehokasta tiedotusta osastoille
- Aterioiden ja tuotteiden tilaus ja toimitus, jossa laatuksiteerinä voi olla
 - tilaus- ja toimitusprosessi on kuvattu
 - perusruokavaliosta alle 1 % saa poiketa tilatusta ruoasta
 - erityisruokavalioidissa 100 % vastaavuus tilauksiin nähden
 - tuotteista alle 1 % saa jäädä toimittamatta tai toimitus on väärä
 - aterioiden toimitus 15 minuutin tarkkuudella sovitusta ajasta
 - reklamaatiokäytäntö kaikkien osapuolien tiedossa ja niiden käsittely asiallista

- Ruokatuotannon turvallisuus, jossa laatukriteerinä voi olla
 - ruoanvalmistus ja tarjoilulämpötila lainsäädännön mukaiset
 - tuoteselosteet saatavilla tarvittaessa
- Kustannustehokkuus, jossa laatukriteerinä voi olla
 - raaka-aineiden tilaus tarkoituksenmukainen
 - ruoanvalmistus pastaa
 - hävikkiä seurataan ja ryhdytään tarvittaessa toimenpiteisiin
- Asiakastyytyväisyys, jossa laatukriteerinä voi olla
 - ruoka maukasta
 - asiakkailta palautteenantomahdollisuus
 - tyytyväisyyskyselyt vuosittain henkilökunnalle ja asiakkaille, kyselyjen raportointi ja kehitystyö niiden pohjalta
- Kehittäminen ja koulutus, jossa laatukriteerinä voi olla
 - jatkuva kehittäminen joko osana omaa työtä tai kehittämisprojekteina
 - ruokapalvelut edustettuna ravitsemushoidon työryhmissä
 - yliopisto- ja keskussairaaloiden kokoisten yksiköiden palveluksessa ravitsemusterapeutti, pienissä yksiköissä hankinta ostopalveluina
 - henkilökunnan jatkuva koulutus
- Yhteistyö osastojen kanssa, jossa laatukriteerinä voi olla
 - osaston ravitsemusvastaava ja ruokapalveluiden vastaavat kokoontuvat vähintään kerran vuodessa arviointia ja kehittämistä varten
 - ruokapalvelut kouluttavat osastojen henkilökuntaa tarvittaessa (Nuutinen ym. 2009, 44 - 45 [Viitattu 17.2.2010].)

Ravitsemushoidon laatukriteerit niin osastolla kuin ruokapalveluissakin sisältävät henkilökunnan kehittämisen ja kouluttamisen. Ravitsemussuosituksen toteutuksessa yhtenä tärkeänä haasteena onkin henkilökunnan ravitsemusosaamisen taso sekä sitoutuminen ravitsemushoittoon. (Nuutinen ym. 2009, 3 [Viitattu 17.2.2010].)

4 Kartoitus lähihoitajien ravitsemushoidon osaamisen tasosta

4.1 Tutkimuksen toteutus

Tutkimuksen kohdejoukko on valittava tarkoituksen mukaisesti (Hirsijärvi ym. 2001, 122). Koska tutkimuksen kohteena ovat lähihoitajat, kaikilla kyselyyn vastanneilla pitää olla lähihoitajien koulutus. Työyhteisöt on valittu siten, että ne ovat toimineet Loimaan ammatti- ja aikuisopiston lähihoitajaopiskelijoiden työssäoppimispaikkoina vuonna 2008. Kaksi työnantajista on yksityisiä, yksi säätiö ja muut julkisen sektorin työpaikkoja. Tutkittavat työyhteisöt edustavat kotihoitoa, päivähoitoa, terveyskeskuksia, palvelukeskuksia sekä tehostettua palveluasumista.

Tutkimusmenetelminä ovat kyselylomake sekä haastattelu. Molemmat sopivat hyvin tutkimukseen, jossa halutaan selvittää tutkittavien ajatuksia, tuntemuksia ja uskomuksia (Hirsijärvi ym. 2001, 172). Kysely on survey-tutkimuksen lähtökohta. (Anttila 2005, 260 – 261.) Tutkimuksen kyselylomakkeen testasivat lähihoitajien oppisopimusryhmä, jonka perusteella lomakkeeseen tehtiin korjaus. Korjaus koski kysymysten numerointia. Toinen huomautus koski ravitsemushoidon osa-alueiden pilkkomista liian pieniin osiin. Jako perustuu kuitenkin ravitsemusterapeuttiyhdistyksen jakoon, enkä siksi kokenut tarpeelliseksi muuttaa sitä.

Kyselylomake (Liite 4) on strukturoitu, joka sisältää kaksi avointa kysymystä. Yhdessä kysymyksessä käytetään järjestysasteikkoa, jolloin vastaaja laittaa asiat järjestykseen kriteerin mukaan. Varsinaisten kysymysten lisäksi lomakkeessa kysytään vastaajan henkilöllisyyttä kokevia tietoja muun muassa ikää ja työpaikkaa. Taustatietoja tulee kerätä vain tutkimuksen kannalta olennaisiin asioihin. Kyselylomakkeet lähetettiin keskitetysti esimiehille, jotka jakoivat lomakkeet lähihoitajille.

Viikolla 7 soitin kaikkiin työyhteisöihin kysyäkseni mahdollisuutta ja kiinnostusta osallistua tutkimukseen. Ainoastaan Loimaan aluesairaalan kohdalla tuli ongelmia. Sairaanhoidopiirin tutkimuslupa – käsittely voi kestää jopa useamman kuukauden. Koska tutkimukseni tarkoituksena on yleisellä tasolla selvittää lähihoitajien ravitsemushoidon osaamista, jätin sen pois kohdejoukosta. Samalla kerroin tutkimuksen taustasta ja toteutuksesta. Viikon 8 alussa lähetin esimiehille 16 kirjettä, jotka sisälsivät 72 kyselylomaketta vastauskuorineen. Vastausaikaa oli vajaa kaksi viikkoa.

Samalla soittokierroksella kysyin esimiehen halukkuutta osallistua haastatteluun. Haastattelu tehtiin kahdeksalle henkilölle siten, että jokaisesta työyhteisön lajista oli kaksi edustajaa. Koska laadulliselle tutkimukselle on ominaista tutkimussuunnitelman muokkaantuminen tutkimuksen edetessä, haastattelurunko muotoutuu kyselyn tulosten perusteella. (Hirsijärvi ym. 2001, 155.) Monimenetelmällisyydellä on tarkoitus lisätä tutkimuksen luotettavuutta, vaikka haastattelujen kohderyhmänä eivät olekaan lähihoitajat. (Anttila 2005, 277.)

Tutkimuksen haastattelu tapahtuu yksilöhaastatteluna teemahaastattelun periaatteella. Haastattelurunko lähetettiin haastateltaville etukäteen sähköpostitse, mutta teemahaastattelun periaatteen mukaisesti kysymysten tarkka rakenne muokkaantui haastattelun edetessä. Lähtökohtana oli keskeisten teemojen mukaan tapahtuva haastattelu, jota täydennettiin lisäkysymyksillä. Teemahaastattelun vapaamuotoisuudesta huolimatta tavoitteena oli saada tutkimuksen tarkoitusta tukevia vastauksia. Teemahaastattelut sopivat hyvin laadullisen tutkimuksen haastattelumuodoksi. (Hirsijärvi ym. 2001, 195; Tuomi & Sarajärvi 2009, 74.)

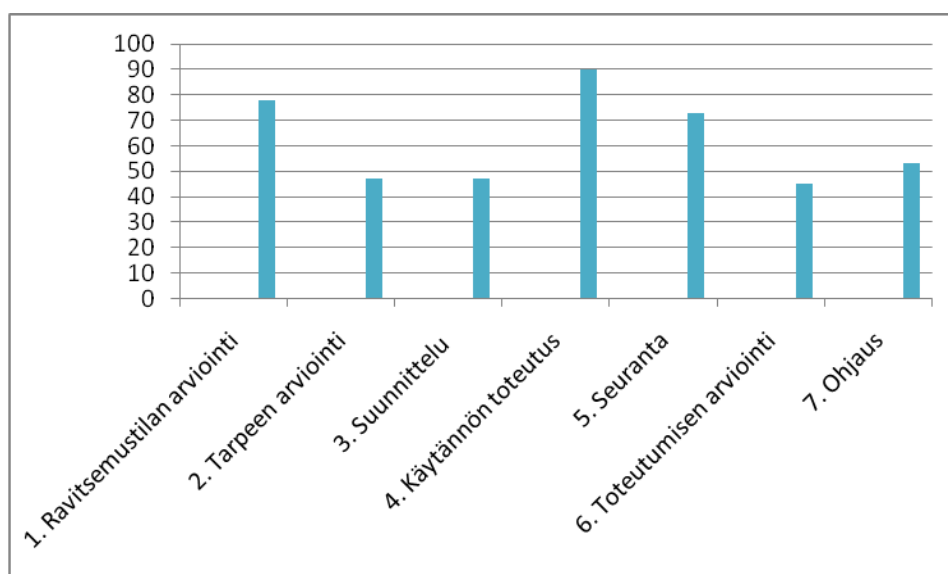
Lähetettyyn haastattelurunkoon liitettiin myös taustatietokysely. Sen tarkoituksena oli selvittää haastateltavien koulutusta ja työkokemusta nykyisessä työpaikassa. Siinä kysyttiin myös haastateltavan ravitsemukseen liittyviä työtehtäviä, kokemusta ravitsemushoidon osa-alueista sekä omaa arviota ravitsemushoidon osaamisesta. Haastattelut tehtiin 16.4 – 27.4.2010 välisenä aikana.

4.2 Kyselyn tulokset

Lähetettyihin 72 kyselyyn tuli 54 vastausta, joista kaksi palautui tyhjänä ja yksi hylättiin, koska vastaajana oli kodinhoitaja. Vastausprosentti oli 75. Kaikki vastaajat olivat naisia. Vastaajien ikäjakaumalla, työssäoloajalla tai työpaikalla ei ollut tutkimuksen kannalta merkitystä, koska tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lähihoitajien ravitsemushoidon osaamista ja kehittämistä yleisellä tasolla. Näiden vastausten avulla voidaan kuitenkin lisätä tutkimuksen luotettavuutta, sillä vastaajat edustivat lähihoitajia hyvin kattavasti niin ikänsä kuin työpaikkansakin puolesta. Ikäjakaumassa alle 30 -vuotiaita oli 33 % ja yli 55 – vuotiaita 12 % vastaajista Toisaalta vastaajista 33 % oli toiminut alle viisi vuotta lähihoitajana ja 25 % vastaajista yli 10 vuotta. Vastaajista 18 % työskentelee kotipalvelussa, 25 % terveyskeskuksessa, 31 % palvelukeskuksessa, 16 % päiväkodissa, 6 % ryhmäperhepäivähoidossa sekä 4 % yksityisessä hoitokodissa.

Ravitsemushoidon toteutukseen osallistumisesta sai valita vaihtoehtojen määrän. Taulukossa 1 kuvataan vastaajien osallistumista ravitsemushoidon toteutukseen. Vastaajista 20 % osallistui ravitsemushoidon kaikkiin osa-alueisiin. Käytännön toteutus oli suosituin vaihtoehto, sillä siihen osallistui 90 % vastaajista. Vastaavasti ravitsemushoidon toteutumisen arviointiin osallistui vähiten vastaajista, 45 % vastaajista.

Taulukko 1. Ravitsemushoidon toteutukseen osallistuminen.



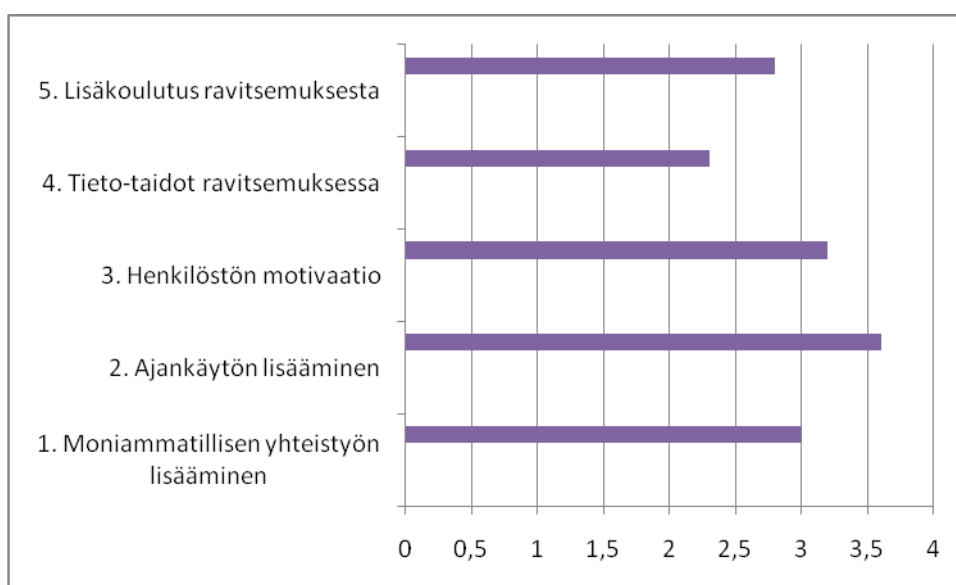
Vastaajista 78 % tarvitsee ravitsemushoidon osaamista päivittäin, 22 % toisinaan. Vastaajista 12 % arvioi ravitsemushoidon osaamisen erittäin hyväksi, 61 % riittäväksi ja 20 % kohtalaiseksi. 7 % vastaajista oli jättänyt kohdan täyttämättä.

Lisäkoulutusta erityisruokavalioista on saanut 35 % vastaajista, 10 % ravitsemusohjauksesta, 10 % ravitsemushoidon tehostamisen mahdollisuuksista ja 18 % vastaajaa sairauskohtaisen ravitsemushoidon toteutuksista. Heistä 10 % on saanut lisäkoulutusta diabeteksestä. 6 % on saanut lisäkoulutusta sapsen tai kihdin ravitsemushoidosta. Haavanhoito ja ravinnontarpeesta sekä Alzheimerista, dementiaasta, vähälaktoosisesta, laktoosittomasta, gluteenittomasta ja allergioista ravitsemushoidon lisäkoulutusta on saanut 2 % vastaajista.

Kuudennessa kysymyksessä tiedusteltiin vaihtoehtojen tärkeyttä osaamisen kehittämisessä. Eniten eli 25 % sai 1 – sijojen lisäkoulutusta ravitsemuksesta. Toiseksi eniten saivat tieto-aidot ravitsemuksesta, kun 24 % vastaajista totesi sen tärkeimmäksi vaihtoehdoksi. Se sai myös vähiten 5- sijojen, jolloin sen

keskiarvo oli kaikkein pienin. Kysymyksen analysointi tapahtuikin keskiarvon perusteella eli mitä pienempi keskiarvo, sen tärkeämpänä vastaajat pitivät vaihtoehtoa (Taulukko 2). Vähiten merkitykselliseksi todettiin ajankäytön lisääminen.

Taulukko 2. Osaamisen kehittämisen tärkeys keskiarvojen perusteella lähihoitajien kyselystä.



Vastaajista 53 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta ja 45 % ei kokenut tarvitsevansa lisäkoulutusta. 2 % ei ollut vastannut kysymykseen. Vastaajista 29 % koki tarvitsevansa koulutusta erityisruokavalioista ja 24 % yleisesti ravitsemushoidon osalta. Vähiten eli 8 % vastaajista koki tarvitsevansa koulutusta käytännön toteutuksesta ja ravitsemushoidon toteutumisen arvioinnissa. Yksi vastaajista koki tarvitsevansa koulutusta kaikilta osa-alueilta.

Kysely lomakkeessa oli kaksi avointa kysymystä, joissa voi antaa kommentteja omaan osaamiseen tai ravitsemushoitoon liittyen. Vastaajista 27 % antoi lisäkommentteja, jotka ovat seuraavia:

Ravitsemustieto tärkeää, ikäni huomioon ottaen työsarkaa vähän jäljellä, joten näillä tiedoilla ja eväillä jatketaan. En kaipaa lisää koulutusta, mutta alan kirjallisuutta ja artikkeleita luen mielelläni jo oman terveytenikin kannalta.

Tärkeää jos yksikössä olisi erityisruokavaliota tarvitseva lapsi.

Kumpi kaikki ymmärtäisivät että ravitsemuskin on yksi osa kokonaisvaltaista hoitoa!

Mielestäni vanhusten ravitsemukseen kiinnitetään aivan liian vähän huomiota!

Ravitsemus on tärkeä asia. Varsinkin niille, jotka eivät itse enää ymmärrä sen päälle. Joka päivä täytyy seurata vanhusten ravitsemusta. Kaikki eivät osaa itse syödä tai tunne nälkää.

Haluaisin tietää enemmän. Työskentelen yöhoitajana nykyisin, joten taidot ruostuvat. Aikaisemmin työskentelin yksikössä, jossa asukkaille tuli valmiit annokset.

Vanhuksillakin ylipaino saattaa olla terveysriski monella tavalla, pitäisi olla energian saanti ja kulutus samalla tasolla. Omalla työpaikalla dieettejä noudatetaan seuraavissa sairauksissa, diabetes, kihti, laktoositon, munuaisten vajaatoiminta ja sappiruokavaliio.

Kun asiakas ei itse tottele ohjeita mahdotonta.

Käytän tukena kirjasia ym. monisteita joissa on esim. mainittu eri ruokamäärien hhtti lukemia ym. tietoa.

Vanhusten monipuolinen ravitsemus on haastaa kun ovat tottuneet tietynlaiseen ruokaan esim. salaatit, juurekset, hedelmät ei oikein meinaa maistua.

Omat erityisruokavaliot auttavat myös. Työssä tekemällä oppii.

Työpaikan oma keittiö huolehtii pitkälti ravitsemushoidosta.

Dementikot haastavia. Toiset syö kaiken mitä löytää ja toiset unohtavat syödä kokonaan.

Olen koulutukseltani myös kokki joten koulutukseen on kuulunut ravitsemushoito ym.

4.3 Teemahaastattelun tulokset

Teemahaastateltujen työyhteisöjen esimiehistä kaksi edusti kotihoitoa, yksi päiväkotia, yksi ryhmäperhepäivähoitoa, kaksi terveyskeskusta, yksi palvelukeskusta sekä yksi tehostettua palveluasumista. Haastattelujen kestot vaihtelivat 40 minuutin ja 75 minuutin välillä. Haastattelutilanteet olivat

rauhallisia ja suurin osa haastateltavista oli tutustunut haastattelurunkoon etukäteen.

Teema 1 käsitteli ravitsemushoidon osa-alueita. Aluksi keskusteltiin lähihoitajien toteuttamista ravitsemushoidon osa-alueista. Osa-alueet kuuluvat pääsääntöisesti lähihoitajien toimenkuvaan, mutta toteutus on hyvin erilainen. Tehtäviä ei ole kaikissa paikoissa määritelty ja osa-alueiden toteutus satunnaista. Painoa seurataan aistinvaraisesti ja kirjaamista tehdään pääsääntöisesti ongelma- ja poikkeustilanteissa. Järjestelmällisintä on ravitsemushoidon käytännön toteutus sekä ohjaus. Ruoanvalmistusta on 38 % paikoista, sekin lähinnä aamu- tai välipalan valmistusta. Ruoan annostelu ja syöttäminen kuuluvat useimmiten lähihoitajien toimenkuvaan. Ohjaus kuuluu kaikkien lähihoitajien toimenkuvaan tavalla tai toisella.

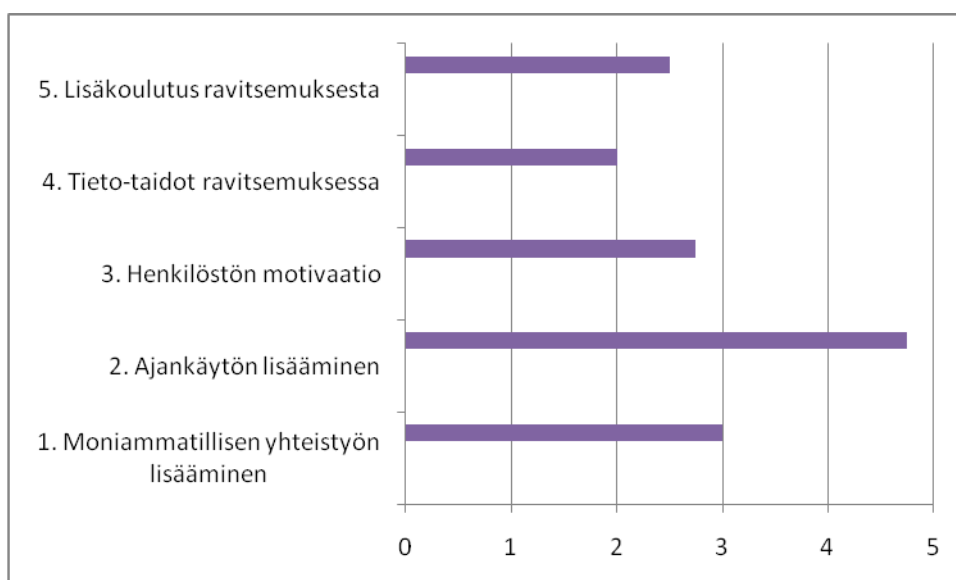
Ohjauksen ja neuvonnan tarpeen uskottiin lisääntyvän myös tulevaisuudessa. Lisäksi ravitsemustilan tarpeen arvioinnin sekä seurannan tehostamisen merkityksen uskottiin lisääntyvän tulevaisuudessa. Samoja osa-alueita pidettiin tärkeimpinä myös tällä hetkellä.

Teema 2 käsitteli lähihoitajien osaamista. Aluksi kartoitettiin lähihoitajien ravitsemushoidon osaamisen ylläpitämistä. Varsinaista koulutusta on tällä hetkellä hyödynnetty vähän. Osaamista pidetään yllä muun muassa hankkimalla kirjallisuutta, keskustelemalla asioista sekä pyytämällä apua keittiöltä. Osaamisen suurimpana esteenä pidettiin motivaation puutetta, kangistumista vanhoihin kaavoihin sekä ravitsemuksen kuulumista keittiöhenkilökunnan vastuulle. Haastateltavien mielestä osaamista tulisi lisätä ainakin ravitsemushoidon tarpeen järjestelmällisen arvioinnin, esimerkiksi MNA kaavakkeiden avulla sekä ohjauksen osalta.

Teema 3 käsitteli lähihoitajien ravitsemushoidon kehittämistä. Kaikki vastaajat olivat samaa mieltä, että työnantaja on sitoutunut osaamisen kehittämiseen. Toisissa paikoissa työnantaja tuki kouluttautumista enemmän kuin toiset, mutta tilannekohtaisesti koulutuksiin oli kuitenkin mahdollista päästä.

Lähihoitajien kyselyssä ja esimiesten haastattelussa oli sama kysymys työyhteisöjen kehittämisen mahdollisuuksista. Tiedot analysoitiin samalla tavalla laskemalla vastauksista keskiarvo. Pienin keskiarvo eli tärkeimmäksi ravitsemushoidon kehittämisen mahdollisuudeksi koettiin tieto-aidot ravitsemuksesta (Taulukko 3). Se koettiin tärkeimmäksi kehittämismahdollisuudeksi 38 % vastauksista. Vähiten tärkeimmäksi koettiin ajankäytön lisääminen. Se sai 88 % 5 – sijoja.

Taulukko 3. Osaamisen kehittämisen tärkeys keskiarvojen perusteella esimiesten haastattelusta.



Viimeisenä kysyttiin mentoroinnin, työn laajentamisen tai raikastamisen, ryhmissä työskentelyn tai projektissa oppimisen käyttöä osaamisen kehittämisessä. Mentorointia ja hiljaista tietoa hyödynnettiin kaikissa työyhteisöissä. Useimmissa paikoissa työn laajentamista ei pidetty mahdollisena, koska työt oli sidottu työvuoroihin tai työyhteisössä kaikki tekivät jo kaikkea. Työn rikastamista sen sijaan pidettiin hyvänä vaihtoehtona. Useat työyksiköt työskentelivät jo entuudestaan ryhmissä tai tiimeissä, ja se koettiin hyvänä vaihtoehtona. Osassa oli hyödynnetty projekteissa oppimista. Se

koettiin mielekkääksi tavaksi oppia, kunhan sen vetäjänä ei toimi ulkopuolinen henkilö, jolloin projektin lopputtua myös tieto häviää.

Haastattelun lopuksi kysyin haastateltavilta mahdollisia lisäkommentteja haastatteluun tai yleensä ravitsemushoitoon liittyen. Kaikki haastateltavat toivat esille joko haastattelun aikana tai lopuksi, että ravitsemushoitoon kiinnitetään liian vähän huomiota. Se on kyllä osa kokonaishoitoa, mutta sen hyväksi ei tehdä riittävästi. Se jää muun hoidon varjoon. Yksi haastateltavista totesi, että haavanhoito saa osakseen paljon enemmän huomiota kuin ravitsemus, mutta kenties haavanhoitoa ei tarvittaisi tässä mittakaavassa, jos ravitsemusasiat olisivat kohdallaan.

4.4 Johtopäätökset

Tutkimuksen tarkoituksena oli löytää vastataukset seuraaviin kysymyksiin:

- Mikä on lähihoitajien ravitsemushoidon osaamisen taso nyt?
- Mitä ravitsemushoidon osaamisen osa-alueita tulisi kehittää?
- Miten osaamista tulisi kehittää, jotta lähihoitajan ammattitaito vastaisi työelämän vaatimuksia ravitsemushoidon osalta?

Kaikkiin tutkimuskysymyksiin löydettiin vastaus. Tosin lähihoitajille tehtyjen kyselyjen ja esimiehille tehtyjen haastatteluiden tulokset poikkeavat toisistaan vähän, mutta toisaalta useamman tutkimusmenetelmän käytön tarkoituksena on lisätä tutkimuksen luettavuutta (Anttila 2005, 277).

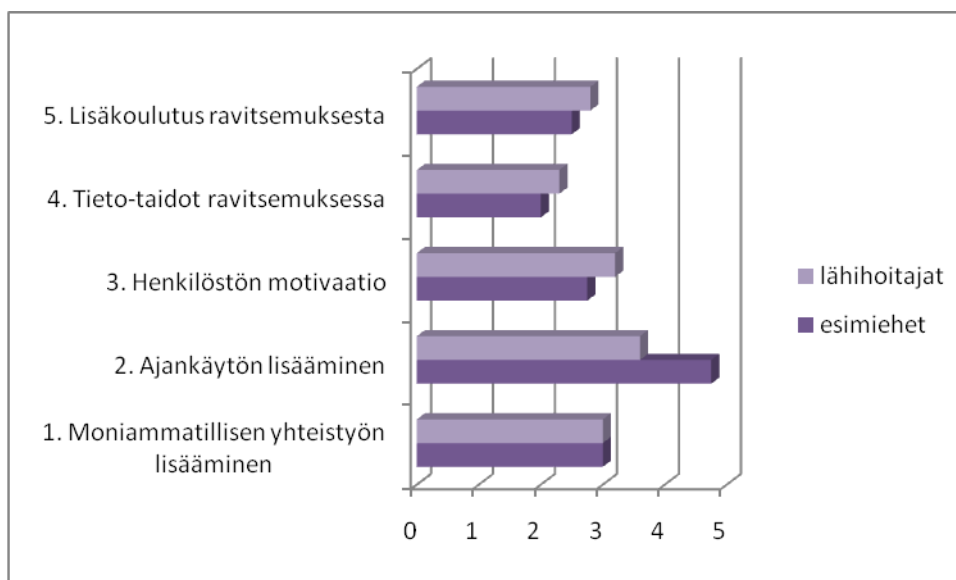
Tutkittaessa lähihoitajien osaamisen tasoa kyselyn perusteella lähihoitajista yli puolet (61 %) ilmoitti omaavansa riittävät tiedot ravitsemushoidosta. Vastaajista 12 % ilmoitti omaavansa erittäin hyvät tiedot ja 20 % kohtalaiset tiedot. Haastatteluissa ei suoraan kysytty esimiesten näkemystä lähihoitajien ravitsemushoidon osaamisesta, mutta kaikki myönsivät, että kehitettävää osaamisessa on. Haastatteluissa tuli ilmi, että lähihoitajat eivät ole osallistuneet

ravitsemusta koskeviin koulutuksiin lähivuosina. Kuitenkin ravitsemusta koskevat asiat muuttuvat ja muun muassa uusia suosituksia on tullut viime vuosina, jopa viime kuukausien aikana tiheään tahtiin. Osaamisen päivittäminen perustuu pitkälti omaan aktiivisuuteen ja kiinnostukseen sekä omakohtaiseen kokemukseen esimerkiksi erityisruokavalioista. 63 % lähihoitajista oli saanut lisäkoulutusta ainakin yhdeltä ravitsemushoidon osa-alueelta.

Kehittämistä vaativista ravitsemushoidon osa-alueista kysyttiin sekä lähihoitajilta että esimiehiltä. Lähihoitajista 53 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta ja 45 % ei kokenut tarvitsevansa lisäkoulutusta. 2 % ei vastannut kysymykseen. Lähihoitajista 29 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta erityisruokavalioista ja 24 % yleisesti ravitsemushoidon osalta. Vähiten eli 7 % kehittämisestä arvioitiin tarvittavan käytännön toteutuksessa sekä ravitsemushoidon toteutumisen arvioinnissa. Esimiesten haastattelussa eniten kehittämistä vaativiksi osa-alueiksi nousivat ravitsemustilan arviointi, ravitsemushoidon toteutumisen arviointi sekä ohjaus. Esimiesten haastattelussa tiedusteltiin myös tulevaisuuden näkymiä ravitsemushoidon osalta ja yleensä edellä mainittu esimiesten näkemys ravitsemushoidon kehittämistä vaativista osa-alueista oli yhtenevä tulevaisuuden näkymien kanssa. Lähihoitajista 14 % koki tarvitsevan lisäkoulutusta ohjauksessa ja ravitsemustilan arvioinnissa.

Kolmas tutkimuskysymys miten osaamista tulisi kehittää, jotta lähihoitajan ammattitaito vastaisi työelämän vaatimuksia ravitsemushoidon osalta, toteutettiin samanlaisena sekä lähihoitajille että esimiehille. 5-kohtaisessa kyselyssä piti moniammatillisen yhteistyön lisääminen, ajankäytön lisääminen, henkilöstön motivaatio, tieto-aidot ravitsemuksesta sekä lisäkoulutus ravitsemuksesta laittaa tärkeysjärjestykseen. Taulukossa tärkeysjärjestyksestä on laskettu keskiarvon eli mitä lyhyempi palkki (Taulukko 4), sitä tärkeämmäksi vastaajat kyseisen asian kokivat. Molemmissa kyselyissä tieto-aidot koettiin tärkeimmäksi kehittämistavaksi ja ajankäytön lisääminen vähiten tärkeimmäksi. Kaikissa vastauksissa esiintyi hajontaa, mutta esimiesten mielestä ajankäytön lisääminen oli 88 %:n mielestä vähiten tärkeä seikka osaamisen kehittämisessä.

Taulukko 4. Osaamisen kehittämisen tärkeys keskiarvojen perusteella lähihoitajien kyselystä ja esimiesten haastattelusta.



4.5 Kehittämishaasteet

Kyselyn perusteella lähihoitajien ravitsemusosaaminen ja sen kehittämistarve vaihtelee suuresti. Vain 12 % ilmoitti omaavansa erittäin hyvät tiedot ravitsemushoidosta ja samalla 45 % ilmoitti, ettei tarvitse lisäkoulutusta. Yksi kyselyyn vastanneista arvioi osaamisensa kohtalaiseksi, mutta kysyttäessä koulutustarvetta vastasi, ettei tarvitse lisäkoulutusta. Osaamisen merkitystä ei mielletä ravitsemushoidon toteutumisen edellytykseksi. Toisaalta esimiesten haastattelussa tuli esille, että osaamista pitää kehittää.

Kyselyn tärkeimmiksi kehittämiskohteiksi ravitsemushoidon osaamisen osalta nousivat erityisruokavaliot tai ravitsemushoito yleisellä tasolla. Haastattelun perusteella tärkeimmiksi kehittämisalueiksi nousivat ravitsemusohjaus sekä ravitsemustilan tarpeen arvioinnin ja seurannan tehostaminen. Kun samalla mietitään vastauksia niin kyselyiden kuin haastatteluiden osalta siitä, mikä kehittäisi eniten osaamista, nousee molempien vastausten perusteella tieto-

taidot ravitsemuksesta tärkeimmäksi asiaksi. Seuraavaksi tärkeimmäksi arvioitiin lisäkoulutus ravitsemuksesta.

Tieto-taidot ovat ravitsemushoidon kokonaisvaltaisen toteutumisen edellytys. Tätä asia korostettiin myös Tampereen yliopistosairaalan munuaissairauksien vuodeosastolta ravitsemushoidon kehittämistä koskevassa lehtiartikkelissa. Ensin työyhteisöissä pitää selvittää, mitä osaamista ravitsemushoidon osaaminen tarkoittaa ja tätä kautta lähteä selvittämään osaamisen tasoa.

Kolmannessa tutkimuskysymyksessä haettiin vastausta siihen, miten osaamista tulisi kehittää, jotta lähihoitajan ammattitaito vastaisi työelämän vaatimuksia ravitsemushoidon osalta. Koska koulutuksen pitää vastata työelämän haasteisiin, pitäisi ravitsemushoidon opetuksen kehittäminen lähteä työelämän vaatimuksista. Työelämän pitäisi määritellä, mitä ravitsemushoidon osaamista esimerkiksi Vanhustyön koulutusohjelman lähihoitajalta vaaditaan. Työelämä määrittelee osaamisen tason määrän sekä laadun ja opetussuunnitelma laaditaan työelämän vaatimusten perusteella. Haapan ja Pölösen tekemässä selvityksessä vuodelta 1997 todetaan, että peruskoulutuksessa ravitsemuksen osuus on vähäinen työn vaativuuteen nähden. Reilussa kymmenessä vuodessa osaamisen tarve on huomattavasti lisääntynyt ja samalla asiat muuttuvat entistä nopeampaan tahtiin.

Osaamisen lisäksi ongelmiksi nousivat työtehtävien määrittelemättömyys sekä ravitsemushoidon osa-alueiden toteutuksen satunnaisuus. Jotta ravitsemus saataisiin osaksi kokonaisvaltaista hoitoa, pitää osaaminen konkretisoida. Kehittämisehdotukseni on Ravitsemusvastaavan taitokortti. On olemassa muun muassa Hygieniosaamiskortti, Ensiapukortti sekä uutena tulokkaana Potilassiirtojen Ergonomiakortti. Miksi ravitsemushoitoon ei tarvita määriteltyä osaamista, koska tutkimukseni mukaan lähes 80 % tarvitsee ravitsemushoidon osaamista päivittäin ja loputkin lähihoitajista toisinaan.

Ravitsemusvastaavan taitokorttia eivät tarvitsisi kaikki hoitajat, mutta taitokortin omaavien hoitajien määrä pitää suhteuttaa hoitajien määrään. Kortin saaminen

edellyttää ravitsemushoidon opiskelua niin teoriassa kuin käytännössäkin. Kortin saa näytön perusteella. Kortti on määräaikainen ja tietojen päivitys tapahtuisi 2 – 3 vuoden välein. Kortissa on eri tasoja, joita voi täydentää päivityksien yhteydessä. Kuka tarvitsee perusteellista tietoa diabeteksen ravitsemushoidon osaamisesta, suorittaa Ravitsemusvastaavan taitokortin lisäksi diabeteksen ravitsemusosaamista osoittavan taitotason. Kuka tarvitsee tietoa keliaakikon ravitsemushoidosta, suorittaa lisäksi keliaakikon taitotason. Perusosaamisen lisäksi saadaan erityisruokavalio- tai sairauskohtaista osaamista työyhteisöihin. Kortin avulla ravitsemushoidon osalta ammattitaito lisääntyy, se osoittaa koulutuksen vaikuttavuutta ja kiinnostus ravitsemushoitoa kohtaan lisääntyy. Tämä edistää myös ravitsemushoidon seuranta ja jatkuvuutta.

5 Yhteenveto

Tämän tutkimuksen päätarkoitus oli selvittää lähihoitajien osaamisen tasoa sekä kartoittaa lisäkoulutuksen tarvetta ravitsemushoidosta. Pehmeän systeemanalyysin avulla pyrittiin löytämään mahdollisia tapoja kehittää osaamista. Osaamisen taso koettiin vaihtelevaksi, samoin kehittämisen tarve. Lähihoitajista reilu puolet (53 %) koki tarvitsevansa lisäkoulutusta ravitsemushoidosta. Esimiehet olivat kaikki sitä mieltä, että ravitsemushoidon osaamista pitäisi kehittää. Kehittämisen mahdollisuuksina mentorointi, työn laajentaminen ja rikastaminen, ryhmätyöskentely sekä projektityöskentely koettiin hyvinä tapoina osaamisen kehittämisessä. Tutkimuksessa käytettiin induktiivista päättelyn logiikkaa. Siinä päättely tapahtuu yksittäisistä tapauksista yleistyksen. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 95.)

Ravitsemushoidon palvelut ja laatu-projektin tuloksena oli, että ravitsemushoidon merkitys ymmärretään, mutta hoidon taso vaihtelee, se ei toteudu yhteistyössä eri tahojen kesken ja seuranta ei tehdä. Tampereen yliopistosairaalan vuodeosaston kokemukset olivat vastaavanlaiset. Ravitsemushoidon osaamisessa oli kehitettävää ja moniammatillisuuden

mahdollisuuksia ei hyödynnetty. Toisaalta käytännön kokemus siitä, että asiakkaan ruokakortissa lukee ”maidoton, Hyla käy” puhuvat puolestaan ravitsemushoidon osaamisen kehittämisen tarpeesta. Myös teoreettisen viitekehyksen Ravitsemus osana kokonaisvaltaista ”hoitotyötä” puhuu ravitsemushoidon laaja-alaisuudesta ja monipuolisuudesta, jota ei lähihoitajaopinnoissa pystytä omaksumaan.

Aikaisempien tietojen sekä tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että ravitsemushoito on tärkeä osa lähihoitajan työkuva, jonka kokonaisvaltaiseen hoitamiseen tarvitaan lähihoitajakoulutuksen lisäksi jatkuvaa koulutusta ja tietojen päivittämistä. Lähihoitajien moninaisen työkuva takia hoitotyöhön liittyvien asioiden täydellinen hallinta on tuskin mahdollista, siksi ravitsemushoitosuosituksissa esille tullut ravitsemusvastaavan nimeäminen olisi hyvä keino tehostaa ravitsemushoidon osaamista osastolla.

Teoreettisen viitekehyksen yhteydessä tuli esille, että laadullinen tutkimus pitää aloittaa ilman ennakkoasenteita. Kuitenkin tutkijalta edellytetään kiinnostusta ja tietoa asiasta. Itse en lähtenyt tutkimuksen ilman ennakkoasenteita, mikä johtuu tiedosta ja kokemuksesta asiasta. Pitkäaikainen työkokemus ravintopalveluissa asiakkaiden ollessa ”vauvasta vaariin” on luonut ennakkoasenteita asiaa kohtaan. Toisaalta kiinnostus ja tieto asiasta voittaa ennakkoasenteiden aiheuttaman ongelman.

Tutkimuksen tarkoitus saavutettiin pääsääntöisesti. Lähihoitajien osaamisen kartoituksen sekä kehittämisen kohdalla mitä – kysymykseen löytyivät vastaukset. Sen sijaan miten -kysymykseen ei löytynyt riittävää vastausta. Pehmeän systeemianalyysin avulla oli tarkoitus löytää ideoiden ja teorioiden kohdalla uusia tapoja kehittää ravitsemushoidon osaamista. Valitsemani mentorointi, työn laajentaminen tai raikastaminen, ryhmissä työskentely ja projektissa oppiminen olivat jo niin laajasti käytössä työyksiköissä, että uusien mallien luominen ja tekeminen haastattelujen pohjalta jäi puutteelliseksi.

Pehmeän systeemianalyysin tulosten jäädessä kehittämisen osalta puutteellisiksi, olisi jatkotutkimus ravitsemushoidon osaamisen kehittämisen

kannalta tärkeä aihealue. Toisaalta ravitsemushoidon aseman parantaminen osana kokonaisvaltaista hoitotyötä edellyttäisi tutkimusta myös siihen liittyvien kustannuksien ja siitä saatavan taloudellisen hyödyn vertailua.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää koulutusten suunnittelussa, ravitsemushoidon koulutuksessa, käytännön työskentelyssä sekä tutkimuksessa. Hoitohenkilökunnalle suunnattua ravitsemushoitoon liittyvää koulutusta pitäisi olla enemmän tarjolla. Tutkimuksen perusteella tarvitaan lisää tietoa varsinkin ravitsemustilan arviointiin, ravitsemushoidon toteutumisen arviointiin sekä ohjaukseen liittyvissä asioissa. Käytännön työskentelyssä ravitsemushoito pitäisi ottaa määrätietoisemmin osaksi hoitotyötä ja samalla kehittää sitä entistä enemmän.

Virheiden välttämiseksi huolimatta tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Siksi onkin tärkeää, että tutkimuksen luotettavuutta käsitellään tutkimuksen julkaisun yhteydessä. Reliaabelius eli luotettavuus arvioi ennen kaikkea tutkimuksen tuloksena saatua aineiston laatua tai tutkimustulosta. Mietitään vastausta kysymykseen onko tavoitteet saavutettu. Validius eli pätevyys tarkoittaa, että käytetyt mittarit todella mittaavat sitä, mitä on tarkoitettu. (Hirsijärvi ym. 2001, 213; Anttila 2005, 185.)

Luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimusta voidaan pitää luotettavana esimerkiksi, jos kaksi eri tutkijaa analysoi samanlaisen tutkimustuloksen. Tai samasta asiasta tehdään rinnakkaistutkimus. (Hirsijärvi ym. 2002, 213.) Tutkimuksen tulos tuskin olisi sama rinnakkaistutkimuksena, koska lähihoitajien työnkuva ja työyhteisöt ovat niin erilaisia. Jo pelkästään kotipalvelussa lähihoitajien työnkuva vaihtelee eri kuntien kesken huomattavasti. Tosin tutkimuksen tarkoituksena on selvittää lähihoitajien yleistä ravitsemushoidon osaamista. Myös työnantajan aktiivisuus koulutuksien järjestämisissä ja työuran pituus vaikuttavat tutkimustuloksiin. Tutkimuksen luotettavuutta on lisätty monimenetelmällisyydellä tekemällä sekä kysely että haastattelu (Anttila 2005, 277). Lisäksi työyhteisöt on valittu neljältä eri sektorilta, joilla työskentelee paljon lähihoitajia.

Pätevyyden arvioinnissa on tärkeää, että mittarit ja menetelmät ovat tarkoituksenmukaisia tutkimuksen kannalta. Toisaalta, jos kyselylomakkeen täyttäjät ymmärtävät kysymykset eri lailla kuin tutkija on tarkoittanut, tutkimuksen pätevyys vähenee ratkaisevasti. Laadullisessa tutkimuksen pätevyyttä voidaan lisätä selittämällä tutkimuksen toteutus tarkasti. Esimerkiksi haastattelun toteutuksesta on hyvä kertoa olosuhteet ja paikat, aika, häiriöt haastattelun aikana, mahdolliset virhetulkinnat sekä tutkijan oma arvio tilanteesta. Myös tulosten analysoinnin tarkkuus lisää pätevyyttä. (Hirsijärvi ym. 2001, 213 – 215.) Tutkimuksen pätevyyttä onkin pyritty lisäämään yksityiskohtaisella selvityksellä tutkimuksen toteutuksesta.

LÄHTEET

Kirjallisuus

Aapro, Sari; Kupiainen, Harriet Leander, Marketta, 2008. Ravitsemushoito käytännössä. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Anttila, Pirkko 2005. Ilmaisu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Tallinna: AS Pakett.

Anttila, Pirkko 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Tampere: Juvanes Print.

Arffma, Senja; Partanen, Raija; Peltonen, Heidi & Sinisalo, Laura (toim.) 2009. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Editas Prima Oy.

Checkland, Peter & Scholes, Jim 1990. Soft Systems Methodology in Action. Chichester; John Wiley & Sons Ltd.

Hanhinen, Taina 2007. Osaamiskartoitukset yrityksen henkilöstön kehittämisen apuna. Teoksessa Nurminen, Ritva (toim.) Osaaminen hallintaan. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Hirsijärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2001. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Hyytinen, Milla; Mustajoki, Pertti; Partanen, Raija & Sinisalo-Ojala, Laura (toim.) 2009. Ravitsemushoito-opas. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hätönen, Heljä 2007. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Educa-Instituutti Oy. Helsinki: Editas Prima Oy.

Metsämuuronen, Jari 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Mäkisalo, Merja 2003. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009. Erytisruokavaliot – opas ammattilaisille. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Sajama, Sinikka 2009. Ravitsemus kuuluu hoitajille. Tehy 10/2009, 14 – 18.

Sarala, Urpo 2000. Toiveista totta. Työyhteisöjen kehittäminen käytännössä. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmia. Helsinki: Yliopistopaino.

Sveiby, Karl Erik 1997. The New Organizational Wealth. Managing & Measuring Knowledge-Based Assets. San Francisco; Berrett-Koehler Publishers Inc.

Sydänmaanlakka, Pentti 2006. Älykäs itsensä johtaminen. Näkökulmia henkilökohtaiseen kasvuun. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sydänmaanlakka, Pentti 2007. Älykäs organisaatio. Economica – kirjasarjan julkaisu nro 17. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Livonia Print.

Viitala, Riitta 2005. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

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

Sähköiset lähteet

Haapa, Eliina & Pölonen, Auli 2002. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki. [Viitattu 14.1.2010]. Saatavissa <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ravitsemushoito/ravhoito.pdf>.

Lindqvist, Hilka 2008. Laitoshuoltajan työn kehittäminen sairaalan ravitsemushoidossa. Opinnäytetyö. [Viitattu 27.2.2010]. Saatavissa https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3824/Lindqvist_Hilka.pdf?sequence=1.

Mattinen, Annukka 2007. Ravitsemusohjaus hoitotyössä – ammattikorkeakoulun rooli terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien ravitsemushoidon osaamisessa. [Viitattu 27.2.2010]. Saatavissa <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522160041.pdf>.

Nuutinen, Outi; Mikkonen, Ritva; Peltola, Terttu; Silaste, Marja_Leena; Siljamäki- Ojansuu, Ulla; Uotila, Heini & Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa 2009. Ravitsemushoitosuositus. [Viitattu 17.2.2010]. Saatavissa <http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/Ravitsemushoitosuositus.pdf>.

Opintoluotsi.fi. Opetusministeriö. [Viitattu 15.2.2010]. Saatavissa http://www.opintoluotsi.fi/fi-FI/koulutusalat_ja_ammattit/opetusohjelma.aspx?StudyProgrammId=84ad5b88-6fd4-4df4-a024-e138266d4b8d.

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry. Lähihoitaja. [Viitattu 15.2.2010]. Saatavissa <http://www.superliitto.fi/?cat=53>.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainon. [Viitattu 30.1.2010]. Saatavissa <http://www.evira.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.fin.pdf>.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemussuositukset.. [Viitattu 30.1.2010]. Saatavissa <http://www.evira.fi/portal/vrn/fi/ravitsemussuosituks/erillisryhmat/>.

Julkaisemattomat lähteet

Anttila, Pirkko 2009. Työelämälähtöinen, toiminnallinen opinnäytetyö. Luentomateriaali Lahden ammattikorkeakoulu 25.2.2009.

Liite 1 (1/3). Ravitsemustilan arviointi / MNA (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 214 - 215)

Nimi: _____ Sukupuoli: _____ Ikä: _____ Pvm: _____

Paino: _____ Pituus(cm) _____ Polvi-kantapäämitta(cm): _____

Merkitse pisteet ympyröimällä oikea vaihtoehto ja laske yhteen.

Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän, jatka arviointiin.

A Onko syöminen vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruoka-haluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia

0 = kyllä, syöminen on vähentynyt huomattavasti

1 = kyllä, syöminen on vähentynyt hieman

2 = ei muutoksia

B Painonmenetys kolmen viime kuukauden aikana

0 = painonmenetys yli 3 kg

1 = ei tiedä

2 = painonmenetys 1-3 kg

3 = ei painonmenetystä

C Liikkuminen

0 = vuode- tai pyörätuolipotilas

1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona

2 = liikkuu ulkona

D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus

0 = kyllä 2 = ei

E Neuropsykologiset ongelmat

0 = dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

1 = lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

2 = ei ongelmia

F Painoindeksi eli BMI (=paino/(pituus)²kg/m²)

0 = BMI on alle 19

1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21

2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23

3 = BMI on 23 tai enemmän

Seulonnan tulos (maksimi 14 pistettä)

12 pistettä tai enemmän riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut, arviointia ei tarvitse jatkaa

11 pistettä tai vähemmän riski virheravitsemukselle on kasvanut

Liite 1 (2/3)

Arviointi**G Asuuko haastateltava kotona**

0 = ei 1 = kyllä

H Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolme reseptilääkettä

0 = kyllä 1 = ei

I Painehaavaumia tai muita haavoja iholla

0 = kyllä 1 = ei

J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)

0 = 1 ateria

1 = 2 aterialla

2 = 3 aterialla

K Sisältääkö ruokavalio vähintään

- yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä
- kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot)
- lihaa, kalaa tai kanan lihaa joka päivä

0,0 = jos 0 tai 1 kyllä -vastausta

0,5 = jos 2 kyllä -vastausta

1,0 = jos 3 kyllä -vastausta

L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä, marjoja tai kasviksia

0 = ei 1 = kyllä

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

0,0 = alle 3 lasillista

0,5 = 3-5 lasillista

1,0 = enemmän kuin 5 lasillista

N Ruokailu

0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä

1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua

2 = syö itse ongelmitta

O Oma näkemys ravitsemustilasta verrattuna muihin samanikäisiin

0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus

1 = ei tiedä tai lievä virhe- tai aliravitsemus

2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia

P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin

0,0 = ei yhtä hyvä

0,5 = ei tiedä

1,0 = yhtä hyvä

2,0 = parempi

Liite 1 (3/3)**Q Olkavarren keskikohdan ympärystmitta (OVY cm)**

0,0 = OVY on alle 21 cm

0,5 = OVY on 21-22 cm

1,0 = OVY on yli 22 cm

R Pohkeen ympärystmitta (PYM cm)

0 = PYM on alle 31 cm

1 = PYM on alle 31 cm tai enemmän

Arviointi (maksimi 16 pistettä)

Seulonta (maksimi 14 pistettä)

Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)

Asteikko

1. yli 23,5 pistettä: hyvä ravitsemustila

2. 17 - 23,5 pistettä: virheravitsemuksen riski kasvanut

3. alle 17 pistettä: kärsii virhe- tai ali ravitsemuksesta

1. Ravitsemusarviointi tehdään noin kolmen kuukauden välein

2. Riski virheravitsemukselle kasvanut, selvitetään seuraavat asiat:

- Heikentääkö lääkitys ravinnonsaantia?
- Onko dementialla tai masennuksella vaikutusta?
- Onko ruokavalio yksipuolinen tai tasapainoton?
- Onko asiakkaalla makuuhaavoja?
- Asiakkaasta tilanteesta keskustellaan lääkärin kanssa, sovitaan ohjauksesta ja sopivasta ruokavaliosta
- tilanteen seuranta ja uusi arvio kolmen kuukauden kuluttua

3. Tehdään sama lisäselvitys kuin kohdassa 2

- selvitetään virheravitsemuksen syy
- puututaan ongelmaan välittömästi
- käytetään kliinisiä ravintovalmisteita

Liite 2. Vajaaravitsemusriskin seulonta / MUST (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 213)

1. Painoindeksi

BMI	Pisteet
yli 20	= 0
18,5-20	= 1
alle 18,5	=2

2. Laihtuminen

Laihtuminen 3-6 kk aikana	Pisteet
alle 5 %	= 0
5-10 %	= 1
yli 10 %	= 2

3. Akuutin sairauden vaikutus

Lisää 2 pistettä, jos potilaan ravinnonsaanti on ollut tai tulee olemaan vähäistä tai jos potilas ei pysty syömään yli viiteen päivään
--

Laske pisteet kohdista 1 - 3 yhteen

4. Vajaaravitsemusriskin arviointi

- 0 pistettä = vähäinen riski
 1 piste = kohtalainen riski
 2 tai yli pistettä = korkea riski

5. Jatkotoimenpiteet

Vähäinen riski

Hoida tavanomaisesti ja toista seulonta

- Seulonnan toistot
 *sairaalassa kerran viikossa
 *hoitolaitoksessa kerran kuukaudessa
 *kotihoitossa kerran vuodessa

Kohtalainen riski

Seuraa ja toista seulonta Seuraa potilaan ravinnon ja nesteen saantia kolmen päivän ajan

- Seulonnan toistot
 *sairaalassa kerran viikossa
 *hoitolaitoksessa vähintään kerran kuukaudessa
 *kotihoitossa vähintään 2-3 kuukauden välein

Korkea riski

Hoida ja seuraa hoidon tehoa! ravitsemusterapeutin konsultointi tai paikallinen hoitokäytäntö

- Tehostettu ravitsemus energia- ja proteiinipitoisen ruuan ja kliinisten täydennysravintojuomien avulla**
 Ravitsemushoidon tehon seuranta
 *sairaalassa kerran viikossa
 *hoitolaitoksessa kerran viikossa
 *kotihoitossa kerran kuukaudessa

Liite 3 (1/2). Vajaaravitsemusriskin seulonta NRS 2002 (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 211)

Potilaan nimi ja henkilötunnus			Päiväys	
Pituus cm	Nykypaino kg	punnittu/ ilmoitettu	BMI	Paino 3 kk sitten kg
1. Arvio ravitsemustilasta				
A. BMI		B: Painonlasku viimeisen 3 kk aikana	C. Ruuan määrä viimeisen viikon aikana	
yli 20,5	0	Ei ole laihtunut	0	Syönyt kuten normaalisti
18,5 - 20,5	2	5 - 10 %	1	Syönyt yli puolet
Alle 18,5	3	10 - 15 %, yli 5 %/2 kk	2	Syönyt noin puolet tai alle
		Yli 15 %, yli 5 %/1kk	3	Syönyt erittäin vähän
Valitse suurin pistemäärä yllä olevista kohdista A, B ja C				
2. Sairauden vaikeusaste ravitsemustilanteen mukaan				
Normaali tilanne	Lievä	Kohtalainen	Vakava	
	*potilaan yleiskunto on heikentynyt, mutta hän jaksaa olla jalkeilla *kroonisesti sairas potilas, joka on sairaalassa akuutin komplikaation takia *krooninen haava alle 25 cm ₂ *dialyysihoito *syöpäsairaus *alkoholismi, huumeongelma	*vuodepotilas *liikkuva potilas, jolla esim. ruoansulatuskanavan, hematologinen tai luun syöpä vaikea IBD, äskettäinen suuri vatsan alueen leikkaus, toistuvat leikkaukset, äskettäinen aivohalvaus, vaikea infektio, palovamma, painehaava, laaja krooninen haava, lonkkamurtuma, monivamma	*tehohoito *pään alueen vammat *kantasolusiirto	
0	1	2	3	
3. Jos ikä on 70 tai yli, lisää 1 piste				
Seulontapisteesä yhteensä				

Liite 3 (2/2).

Seulonnan tulos ja toimenpiteet eri riskiluokissa

0 pistettä	Ei vajaaravitsemuksen riskiä	* kirjaa seulontatulokset *tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti
1-2 pistettä	Vähäinen vajaaravitsemuksen riski	*kirjaa seulontatulokset *kannusta potilasta hyvään ravitsemukseen *tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti
3-4 pistettä	Kohtalainen vajaaravitsemusriski	*kirjaa seulontatulokset *tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti *tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti
yli 4 pistettä	Vakava vajaaravitsemusriski	*kirjaa seulontatulokset *tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti, myös ravitsemusterapeutti *tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti

Liite 4 (1/4). Saatekirja ja kyselylomake

Hei Lähihoitaja!

Olen Päivi Varjonen ja opiskelen ylempää AMK – tutkintoa Turun ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyötäni varten tutkimusta lähihoitajien ravitsemushoidon osaamisesta ja kehittämistarpeista. Toivon saavani tärkeää tietoa siitä, mikä on lähihoitajien osaamisen taso ja miten sitä pitäisi kehittää, jotta lähihoitajien ammattitaito vastaa työelämän haasteisiin ravitsemushoidon osalta.

Käsittelen vastaukset luottamuksellisesti ja käytän tietoa vain opinnäytetyötäni varten. Tuloksia ei ole mahdollista liittää yksittäiseen vastaajaan. Olen sopinut kyselyn tekemisestä esimiehesi / työnantajasi kanssa.

Kyselyyn vastaaminen on tärkeä osa opinnäytetyöni onnistumista. Siksi toivonkin, että löydät kiireen keskeltä hetken aikaa vastaamiseen. Lähihoitajat työskentelevät niin erilaisissa paikoissa, joten et ehkä tunnista kaikkia kysymyksiä omaksesi. Valitse vaihtoehtoista mielestäsi sopivin vaihtoehto.

Mikäli haluat saada lisätietoa tutkimuksesta, voit kääntyä puoleeni puhelimitse tai sähköpostitse. Vastaan mielelläni tutkimustani koskeviin kysymyksiin.

Vastaukset tulee **palauttaa 5.3.2010 mennessä**

Päivi Varjonen
Turuntie 601
21870 Riihikoski

0500 123 236
paivi.varjonen@elisanet.fi

Kiitos vastauksestasi!

Liite 4 (2/4).

Ravitsemushoidon osaamisen kartoittaminen ja kehittämistarpeiden määrittäminen lähihoitajan työssä - kyselylomake

Pyydän Sinua vastaamaan mahdollisimman tarkasti seuraaviin kysymyksiin joko vastaukselle varattuun tilaan tai rastimalla oikea vaihtoehto. Tarkastele kysymyksiä nykyisen työsi kannalta.

Taustatiedot

Olen nainen mies Ikäni _____v.

Olen toiminut nykyisessä työssäni _____ vuotta. Olen toiminut lähihoitajana _____ vuotta.

Työskentelen

- kotipalvelussa terveyskeskuksessa
 palvelukeskuksessa päiväkodissa / ryhmäperhepäivähoidossa
 muualla, missä? _____

1. Osallistun ravitsemushoidon toteutukseen

- ravitsemustilan arvioinnissa (esim. painon seuranta)
- ravitsemushoidon tarpeen arvioinnissa
- ravitsemushoidon suunnittelussa (esim. ravinnon tarpeen arviointi)
- käytännön toteutuksessa (esim. ruoan valmistus, annostelu ja syöttäminen)
- ravitsemushoidon seurannassa
- ravitsemushoidon toteutumisen arvioinnissa
- ravitsemushoidon ohjauksessa

Liite 4 (3/4).

2. Tarvitseen ravitsemushoidon osaamista

- päivittäin
 - toisinaan
 - en koskaan, miksi? _____
-

3. Ravitsemushoitoa ajatellen taitoni ovat

- erittäin hyvät
- riittävät
- kohtalaiset
- puutteelliset

4. Olen saanut lisäkoulutusta ravitsemushoidossa

- erityisruokavalioista
 - ravitsemusohjauksesta
 - ravitsemushoidon tehostamisen mahdollisuuksista
 - sairauskohtaisen ravitsemushoidon toteutuksesta, mistä?
-

- muussa, missä?
-

5. Muita kommentteja ravitsemushoidon osaamiseesi liittyen

Liite 4 (4/4).

6. Mikä seuraavista kehittäisi mielestäsi eniten osaamistasi

Tärkeysjärjestys (1 = tärkein, 2 = toiseksi tärkein.....5 = vähiten tärkeä)

___ moniammatillisen yhteistyön lisääminen

___ ajankäytön lisääminen

___ henkilöstön motivaatio

___ tieto-aidot ravitsemuksessa

___ lisäkoulutus ravitsemuksesta

Jokin muu, mikä tai mitkä? _____

7. Tarvitsen vielä koulutusta työtehtävieni helpottamiseksi ja tehostamiseksi nykyisessä työssäni

kyllä en

missä? (voit valita useampia vaihtoehtoja)

yleisesti ravitsemushoidon osalta

erityisruokavalioissa

ravitsemustilan arvioinnissa

ravitsemushoidon suunnittelussa

käytännön toteutuksessa

ravitsemushoidon seurannassa

ravitsemushoidon toteutumisen arvioinnissa

ravitsemushoidon ohjauksessa

muussa, missä?

Mietteitä ravitsemushoidosta _____

Kiitos!

Liite 5 (1/3). Teemahaastattelun taustatietokysely ja haastattelurunko

Hei,

Tässä kuvaus haastattelun kulusta:

Haastattelu toteutetaan yksilöhaastatteluna. Haastattelu koostuu esittäytymisen ja johdannon jälkeisistä kolmesta teemasta. Varsinaisen haastatteluosion aluksi täytetään taustatietokysely, jolla kartoitetaan mm. työkokemustasi ja työtehtäviäsi. Sen jälkeen käsitellään ravitsemushoidon osa-alueita (Teema 1.). Toisessa teemassa (Teema 2.) keskitytään osaamiseen ja viimeisessä teemassa osaamisen kehittämiseen (Teema 3.).

Tutkimus käsittää kahdeksan yksilöhaastattelua. Kaikille haastatteluun osallistujille teema-alueet ovat samat. Teema-alueiden käsittelyjärjestys ja tapa voivat vaihdella työyhteisöjen erilaisuudesta johtuen.

Haasteluun tulee varata aikaa noin 1 tunti. Tutkimuksen analysointia varten haastattelu nauhoitetaan. Haastatteluaineistoa käytetään vain tutkimustani varten eikä tuloksista ilmene vastaajaa. Haastatteluaineisto on luottamuksellista ja siitä saatua tietoa säilytetään vain tutkimuksen tekemisen ajan.

Mikäli haastattelu-aika 22.4 klo 12 ei jostain syystä sopisikaan, pyydän ilmoittamaan siitä minulle numeroon 0500-123 236.

Ystävällisin terveisin: Päivi Varjonen

paivi.varjonen@elisanet.fi

Liite 5 (2/3).

Taustatietokysely haastattelua varten

Koulutukseni _____

Olen toiminut nykyisessä työssäni _____ vuotta.

Työskentelen

kotipalvelussa terveyskeskuksessa

palvelukeskuksessa päiväkodissa / ryhmäperhepäivähoidossa

muualla, missä? _____

Ravitsemukseen liittyvät työtehtäväni _____

Oma kokemukseni ravitsemushoidon osa-alueista (listattu haistattelurunkoon)

Arvio omasta ravitsemushoidon osaamisesta _____

Liite 5 (3/3).

Teemahaastattelurunko

Teema 1. Ravitsemushoidon osa-alueet

- Mitä ravitsemushoidon osa-alueita lähihoitajat toteuttavat työssään tällä hetkellä?
ravitsemustilan arviointia (esim. painon seuranta)
ravitsemushoidon tarpeen arviointia
ravitsemushoidon suunnittelua (esim. ravinnon tarpeen arviointi)
käytännön toteutus (esim. ruoan valmistus, annostelu ja syöttäminen)
ravitsemushoidon seuranta
ravitsemushoidon toteutumisen arviointi
ravitsemushoidon ohjaus
- Entä tulevaisuudessa?
- Mitä osa-aluetta / osa-alueita pidät tärkeänä ravitsemushoidon kannalta?

Teema 2. Osaaminen

- Miten lähihoitajien ravitsemushoidon osaamista pidetään yllä / kehitetään?
- Mikä on osaamisen suurin este?
- Minkä ravitsemushoidon osa-alueen osaamista tulisi lisätä?

Teema 3. Kehittäminen

- Miten työnantaja on sitoutunut ravitsemushoidon osaamisen kehittämiseen?
- Mikä kehittäisi eniten osaamista teidän työyhteisössä? Laita seuraavat väittämät tärkeysjärjestykseen. Perustele valinta.

Tärkeysjärjestys (1 = tärkein, 2 = toiseksi tärkein.....5 = vähiten tärkeä)

___ moniammatillisen yhteistyön lisääminen

___ ajankäytön lisääminen

___ henkilöstön motivaatio

___ tieto-aidot ravitsemuksessa

___ lisäkoulutus ravitsemuksesta

Jokin muu, mikä tai mitkä? _____

- Mitä mieltä olet
 1. mentoroinnin eli kokemusperäisen tietojen ja osaamisen siirtämisen (hiljainen tieto)
 2. työn laajentamisen / työn rikastamisen
 3. ryhmissä työskentelyn
 4. projektissa oppimisen

vaikutuksesta osaamisen kehittämisessä teidän työyksikössä?

Kiitos!