



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Tavoitteena laadukas ja asiakaskohtainen ravitsemus - Kotihoidon työntekijöiden koulutus- tarpeet iäkkäiden ravitsemukseen liittyen

Niemi, Maria

2017 Laurea





LAUREA Laurea-ammattikorkeakoulu
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Tavoitteena laadukas ja asiakaskohtainen ravitsemus

- Kotihoidon työntekijöiden koulutustarpeet iäkkäiden ravitsemukseen liittyen

Niemi Maria
Terveystyön edistäminen, palveluiden
kehittäminen ja johtaminen YAMK
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2017

Terveyden edistämisen koulutusohjelma,
palveluiden kehittäminen ja johtaminen
Sairaanhoitaja (Ylempi AMK)

Maria Niemi

Tavoitteena laadukas ja asiakaskohtainen ravitsemus - Kotihoidon työntekijöiden koulutustarpeet iäkkäiden ravitsemukseen liittyen

Vuosi 2017 Sivumäärä 75

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin kotihoidon hoitajien koulutustarpeita liittyen iäkkäiden ihmisten ravitsemukseen ja ruokailuun. Opinnäytetyössä tutkittiin kotihoidon hoitajien ja kotihoidon ohjaajien käsityksiä hoitajien koulutustarpeista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös kartoittaa keinoja, joilla hoitajien ruokailu- ja ravitsemusosaamista voidaan arvioida.

Opinnäytetyön tiedonkeruu toteutettiin Helsingin kaupungin kotihoidon henkilökunnalle. Tutkimusaineisto kerättiin kotihoidon työntekijöiltä ja kotihoidon ohjaajilta laadullisella kyselykaavakkeella. Tutkimukseen osallistui 28 vastaajaa. Vastaajista 5 oli kotihoidon ohjaajia ja hoitajia oli 23. Aineiston analyysissä on käytetty sisällönanalyysia. Tutkimus haki vastausta kolmeen tutkimuskysymykseen.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia hoitajien koulutustarpeet ovat ikääntyneiden ruokailu- ja ravitsemustilanteisiin liittyen?
2. Millaisia esimiesten näkemykset ovat hoitajien koulutustarpeista ikääntyneiden ruokailu- ja ravitsemustilanteisiin liittyen?
3. Millä keinoilla hoitajien ruokailu- ja ravitsemusosaamista tulisi kartoittaa?

Opinnäytetyön tulokset tiivistyivät viiteen yläkategoriaan, jotka ovat asiakaskohtainen ja laadukas hoito, hoitajien tulevaisuuden koulutustarpeet kotihoidossa, kotihoidon nykyiset ravitsemuskoulutushaasteet, tiiviimpi moniosaajien yhteistyö ja osaamisen hyödyntäminen tulevaisuudessa sekä ravitsemusosaamisen kartoittamisen keinot. Kokoavaksi kattokäsitteeksi muodostui laadukas ja asiakaskohtainen ravitsemushoito. Laadukkaan asiakaskohtaisen ravitsemushoidon toteuttaminen ja siihen vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen voivat edistää kotihoitotyötä lisäämällä hoitajien tietoja, taitoja ja valmiuksia kohdata ravitsemukseen liittyviä haasteita. Ruokailuun ja ravitsemukseen liittyvät osaamistarpeet vaihtelivat paljon yksilöllisesti, hoitajien koulutustarpeet olivat erilaisia ja se asettaa haasteita osaamisen arviointiin, osaamisen jakamiseen työyhteisössä ja työyhteisön osaamisen lisäämiseen kotihoidossa.

Kehittämissuunnitelmassa esitellään suosituksia ratkaisuihin, jotka kotihoidon koulutusten suunnittelussa ja osaamisen lisäämisessä tulisi huomioida.

Asiasanat: ravitsemus, osaaminen, koulutustarve, kotihoito, ikääntyneet

Maria Niemi

Objective being to provide high-quality and customer-specific nutrition - Education and training needs of home care workers related to nutrition of older people

Year	2017	Pages	75
------	------	-------	----

This thesis aims to study home care personnel's training needs related to older people's nutrition and eating. This thesis explored home care personnel's and home care directors' perceptions of employees' training needs. The purpose of this thesis is to identify ways in which care personnel's food and nutrition skills can be assessed.

Thesis data collection was carried out with the City of Helsinki Home Care staff. The research material was collected from employees of home care and home care supervisors by using qualitative questionnaires. The total study involved 28 respondents. 5 of the respondents were home care directors and 23 were nurses. Content analysis was chosen as the method of analysis of the material. The research will focus on three research questions.

The research questions are:

1. What are the training needs of home care personnel caring for older people in situations related to eating and nutrition?
2. What are the managers' views on care personnel's training needs in situations related to eating and nutrition?
3. By what means should the eating and nutrition knowledge of employers of home care staff be surveyed?

The thesis results were condensed into five upper categories, which are customer-specific and high-quality care, the future training in home care of employees of home care, current nutrition education challenges in home health care, enhanced multi-talented co-operation and exploitation of knowledge in the future as well as nutrition knowledge mapping efforts. High-quality and customer-specific nutritional therapy emerged as the main concept. and understanding the factors that influence it can promote the work of home care staff by increasing the capacity to face the challenges.

The development plan sets out the recommendations for the solutions that should be taken into account when developing home care training.

Keywords: nutrition, skills, training needs, home care, elderly people

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Kotihoidon ja ravitsemuksen viitekehys	8
	2.1 Kotihoidon ja kotipalvelun rooli ravitsemuksen toteuttamisessa	8
	2.2 Hyvä ravitsemus ja sen toteuttamiseen liittyvät tekijät	11
	2.3 Ravitsemusosaamisen arviointi ja osaamisen ja osaamisen arvioinnin viitekehys16	
3	Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät	20
	3.1 Menetelmät ja aineisto	20
	3.2 Aineiston analyysi	21
	3.3 Laadullisen kyselyn arviointia tutkimusmenetelmänä	22
4	Tulokset	25
	4.1 Asiakaskohtainen ja laadukas hoito	25
	4.2 Kotihoidon ravitsemuskoulutushaasteet kotihoidon ohjaajien mukaan	28
	4.3 Ravitsemusosaamisen kartoittamisen keinot.....	31
5	Pohdinta	33
	5.1 Asiakaskohtaiseen laadukkaaseen hoitoon ja hoitajien tulevaisuuden koulutustarpeisiin kotihoidossa vaikuttavat tekijät	33
	5.2 Kotihoidon ravitsemuskoulutushaasteisiin ja entistä tiiviimpään moniosaajien yhteistyöhön liittyvät tekijät kotihoidon ohjaajien mukaan	35
	5.3 Ravitsemusosaamisen arvioinnin tausta.....	36
6	Kehittämissuunnitelma	39
	6.1 Asiantuntijaraadin arvioita tuloksista ruokailu ja ravitsemisosaamisen kartoittamisen keinoja kohtaan	39
	6.2 Toiminnan kehittäminen	42
	6.2.1 Osaamiskartan ja osaamisen arvioinnin hyödyntäminen.....	43
	6.2.2 Keinoja osaamisen lisäämiseksi.....	44
7	Luotettavuus ja eettisyys	47
	7.1 Luotettavuus	47
	7.2 Eettisyys	50
8	Lähteet	52
9	Taulukot	58
10	Liitteet.....	67

1 Johdanto

Tässä opinnäytetyössä selvitetään kotihoidon hoitajien koulutustarpeita liittyen iäkkäiden ihmisten ravitsemukseen ja ruokailuun. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös selvittää kotihoidon ohjaajien eli hoitajien esimiesten näkemyksiä hoitohenkilökunnan koulutustarpeista. Opinnäytetyössä kartoitetaan niitä keinoja, joilla hoitajien ruokailu- ja ravitsemusosaamista voidaan arvioida. Kotihoidon hoitohenkilökuntaan voi kuulua esimerkiksi terveydenhoitajia, sairaanhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia, kodinhoitajia ja apuhoitajia. Hoitajat ovat mukana toteuttamassa asiakkaan ruokailu- ja ravitsemushoitoa. Ikääntyneellä tarkoitetaan iäkästä eläkeläistä, joka tässä tapauksessa saa lisäksi kotihoidon palveluja. Kotihoidossa on paljon asiakkaita, jotka tarvitsevat ulkopuolista apua ruokaillessaan ja toteuttaessaan hyvää ravitsemusta. Kotihoidon asiakkaina voi olla myös aikuisia työikäisiä ja vammaisia. Ravitsemus huomioidaan kotihoidon asiakkailla osana asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Hoitohenkilökunnalta edellytetään tietoa ja osaamista ravitsemuksesta ja menetelmistä ruokailun avustamisessa. Hyvä ravitsemus ei aina toteudu tavoitteista huolimatta. Vanhainkodeissa ja sairaaloissa virhe- ja aliravitsemus ovat yleisiä. Myös kotihoidossa ravitsemuksessa on puutteita. (Soini 2004; Suominen 2007). Henkilökunnan ruokailu- ja ravitsemusosaamisen kartoittaminen ja sitä kautta mahdollistuvat korjaavat toimet edistävät asiakkaan saamaa hyvää ja laadukasta hoitoa.

Lähi vuosina ikääntyneiden määrä Suomessa kasvaa. Tämä aiheuttaa tarvetta entistä tarkoituksenmukaisemmin kohdentaa palveluita ikääntyville asiakkaille. Ikääntyminen vaikuttaa ravitsemukseen. Ruokahalu voi heiketä perussairauksien vuoksi ja suun ongelmat voivat hankaloittaa syömistä ja johtaa painon alenemiseen. Aliravitsemus lisää lihaskatoa, joka lisää kaatumisvaaraa. Pitkään jatkunut huono ravitsemustila voi johtaa laihtumiseen, toimintakyvyn laskuun, iho-ongelmien lisääntymiseen ja infektiokierteeseen. Seurauksena voi olla hoidon kustannusten lisääntyminen. (Hakala 2012.) Esimerkiksi iho-ongelmien ennaltaehkäisemiseksi kansallisissa hoitosuosituksissa ohjataan parantamaan ravitsemushoitoa, jos asiakkaalla on krooninen alaraajahaava. Ravitsemusta voidaan parantaa esimerkiksi ateriäväljen lyhentämisen, välipalojen lisäämisen avulla ja huolehtimalla proteiinin saannista. Apuna voidaan käyttää tarvittaessa kliinisiä ravintovalmisteita, joissa on energiaa ja proteiinia. (Siljamäki-Ojansuu 2014.)

Kotihoidon asiakkaiden ongelmat ja sairaudet voivat vaikuttaa hyvän ravitsemuksen toteuttamiseen. Monet kotihoidon asiakkaat tarvitsevat ulkopuolista apua ruokaillessaan. Henkilökunnan riittävä osaaminen ja tieto auttavat terveellisen ravitsemuksen koostamisessa. Ongelmien ennaltaehkäisy on tärkeää, sillä ikääntyneiden ravitsemustilanteen korjaaminen on haasteellista.

Suomessa on tutkittu vähän kotihoidon henkilökunnan ravitsemushoidon osaamista ja hoitajien koulutustarpeita liittyen ravitsemukseen. Kotihoidon henkilöstön ruokailu- ja ravitsemusosaamiseen liittyvää tutkittua tietoa ei ollut paljon saatavilla. Siksi tämän opinnäytetyön toteuttaminen tuntui perustellulta.

2 Kotihoidon ja ravitsemuksen viitekehys

Seuraavaksi käsitellään kotihoidossa ravitsemuksen toteuttamiseen läheisesti liittyviä asioita, käsitteitä ja ravitsemushoidon taustaa.

2.1 Kotihoidon ja kotipalvelun rooli ravitsemuksen toteuttamisessa

Kotihoidolla tarkoitetaan yhdistettyä kotipalvelua ja kotiin annettavaa sairaanhoitoa, joka on terveydenhuoltolakiin perustuvaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön Sosiaali- ja terveysministeriö). Kotihoidon palveluiden saaminen edellyttää toiminnanvajausta tai sairautta, jonka vuoksi henkilö ei tule toimeen ilman ulkopuolista apua. Merkittävä osa kotihoidon asiakaista on ikääntyneitä, mutta asiakaina voi olla myös vammaisia ja työikäisiä. Tämän vuoksi opinnäytetyö voi tarjota uusia näkökulmia kaikille hoitoalan työntekijöille, vaikka se on toteutettu ikääntyneiden näkökulmasta.

Helsingissä toteutettiin vuonna 2015 kotihoidon käyntejä yhteensä 2 847 746 kertaa. Tuolloin kotihoidon säännöllisiä ja tilapäisiä asiakkaita oli kaikkiaan 17 928. (Kuuden suurimman kaupungin vanhustenpalvelujen vertailu 2014.) Suomessa säännöllistä kotihoitoa sai marraskuussa 2015 kaikkiaan 73 278, heistä 56507 oli yli 75-vuotiaita. Helsingin alueella säännöllistä kotihoitoa 30.11.2015 sai 6408 asiakasta. Tiedot on koottu kuntien, kuntayhtymien ja yksityisten palveluntuottajien tiedoista ja sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä. (Väyrynen & Kuronen 2015: 3-5.) Kotihoitotyön luonne ja ikääntyvän väestön yhä suurempi määrä lähivuosina aiheuttavat osaamisvaatimusten ja työn tehokkuuden uudelleen arviointia. Haasteita hoitotyön laadulle voi suuren asiakasmäärän lisäksi tulevaisuudessa aiheuttaa myös hoitohenkilökunnan eläköityminen. On ennustettu, että yli 75-vuotiaiden määrä voi Suomessa jopa kaksinkertaistua seuraavien 25 vuoden aikana. (Suomen virallinen tilasto 2015). Ikääntymisen mukanaan tuomat sairaudet vaikuttavat hoidon toteuttamiseen ja kotihoitotyön tehostamiseen paineet tuottavuutta lisäämällä kasvavat (Groop 2014).

Kotihoidossa suuri rooli on vastuuhoidajalla, sillä hänen tarkoituksenaan on varmistaa palvelusuunnitelman ajantasaisuus. Vastuuhoidajan tehtävänä on arvioida palvelutarpeen muutoksia ja reagoida niihin. (STM 2013: 41-42.) Asiakkaiden tarpeet ja hoidon kokonaisuus pitää olla kirjattuna ajanmukaisissa hoito- ja palvelusuunnitelmissa, sillä ne ohjaavat työntekijöiden toimintaa. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmiin pitäisi sisällyttää myös riskien ennakointia. (STM 2013: 32.) Vastuuhoidaja voi tarpeen vaatiessa pyytää apua muilta ammattihenkilöiltä ruokailu- ja ravitsemusaiheisiin ongelmiin liittyen. Strategisen johdon ja lähijohtajien tehtävänä on varmistaa, että henkilökunnalla on eritystä ammattitaitoa ja osaamista ravitsemuksesta ja ikääntymisen vaikutuksesta ravitsemushoidon toteuttamiseen (STM 2013: 54-55).

Hyvän ravitsemuksen toteutuminen on yksi kotihoidon perusasioista. Helsingin kaupungin kotihoidon hoitajat käyttävät ravitsemuksen toteuttamisen apuna Kotiateria-opasta ja Valtion ravitsemusneuvottelukunnan opasta ”Ravitsemussuositukset ikääntyneille” (Omavalvontasuunnitelma 2016: 22). Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuositukset on laadittu eri ikäisten yksilöllinen tilanne huomioiden ja oppaaseen on laadittu ravitsemussuositukset ikääntymisen eri vaiheisiin. Ravitsemussuosituksissa on ohjeet hyväkuntoiselle ikääntyneelle, sairaalle kotona asuvalle ikääntyneelle, kotihoidon asiakkaalle, akuutisti sairaalle ikääntyneelle ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevalle asiakkaalle. Opas sisältää monenlaisia ohjeita, neuvoja ravitsemuksen erityistilanteisiin ja neuvoja henkilöille, jotka toteuttavat ravitsemushoitoa. Suosituksessa on huomioitu myös kotona asuvat ikääntyneet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 20-56; Suominen ym. 2014: 861). Kotihoidon keinoja ravitsemustilanteen arvioimiseksi ovat esimerkiksi painon seuranta, ravitsemustilan arviointi ja ruokavalion laadun ja nautitun ruoan määrän arvioiminen. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010.)

Ravitsemushoidolla tarkoitetaan hoitoa, jonka päämääränä on asiakkaan ravitsemustilanteen ylläpito tai sen kohentaminen. Ravitsemushoitoon liittyy ruokailun seuranta, ruoan laadun arviointi, ravitsemustilan arviointi ja painon seuranta. Ravitsemushoitoon kuuluu ruokavalion suunnittelu, ruokailun toteuttaminen ja tarvittaessa tehostettu ravitsemushoito, kuten ruoan rikastaminen tai täydennysravintovalmisteet. Ravitsemushoito toteutetaan aina asiakkaan yksilöllisistä lähtökohdista. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010: 30-36.)

Ruokailua toteutetaan kodeissa hyvin eri tavoin ja siihen vaikuttavat monet seikat, kuten yleinen terveydentila, sairaudet ja henkilökohtaiset mieltymykset. Hyvä ravitsemus vaikuttaa hyvinvointiin, toimintakykyyn ja ylläpitää terveyttä. Hoidon kokonaisuuden arvioinnissa tulisi kiinnittää huomiota tukipalvelujen välttämättömyyteen (STM 2013: 28-30). Tukipalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi kauppa- ja ateriapalveluita. Tukipalveluiden avulla voidaan helpottaa niiden asiakkaiden arjesta selviytymistä, jotka eivät itse voi asioida kaupassa tai valmistaa ruokaa. Monet ikääntyneet kotihoidon asiakkaat ovat käyttäneet kotiin tilattavaa ateriapalvelua (Aldén-Nieminen ym. 2009: 23; Helsingin kaupunki 2016). Valmiit ateriat kotiin tuotuina helpottavat monen kotihoidon asiakkaan arkea. Usein aterioinnin tukena tai apuna tarvitaan lisäksi kotihoidon henkilökuntaa, jotka varmistavat säännöllisen ja monipuolisen ruokailun toteutumisen. Mikäli ruokaostosten hankkiminen on asiakkaalle vaikeaa, voidaan hänelle järjestää kauppapalvelua. Kauppapalvelun avulla ruokaostokset toimitetaan asiakkaalle suoraan kotiin. Palvelukeskuksissa on myös mahdollisuus ruokailuun ja sieltä voi saada ravitsemusneuvontaa, luentoja ja palvelukeskuksissa järjestetään ravitsemukseen liittyvää ryhmätoimintaa. (Omavalvontasuunnitelma 2016: 23.)

Vanhusten määrän lisääntyminen lähivuosina asettaa terveydenhuollolle erilaisia vaatimuksia. Gerontologisen ja monialaisen osaamisen edistäminen on mainittu myös KASTE- ohjelmassa vuonna 2012 (KASTE 2012: 15,25). KASTE -ohjelmassa kohdistettiin painoarvoa asiakkaisiin, joilla on runsasta lääkkeiden käyttöä, mielenterveys- ja päihdeongelmia. Asiakkaiden ravitsemustila oli myös tarkastelun kohteena. Tavoitteena oli lisätä ravitsemustilan jatkuvaa arviointia ja ravitsemussuositusten tehokkaampaa käyttöä. (KASTE 2012: 24-25).

Vappu Salo on vuonna 2012 tutkinut väitöskirjassaan kotipalvelun työntekijöiden ja ravitsemusvastaavien koulutustarpeita ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen ja ammatillisen kasvun tukemista iäkkäiden asiakkaiden kohdalla. Kotipalvelulla tarkoitettiin Salon tutkimuksessa sosiaalihuoltolain mukaista kotipalvelua, joka vastasi asiakkaiden asumisen, henkilökohtaisen hoidon ja huolenpidon tarpeisiin. Palvelu on tarkoitettu henkilöille, joilla on sairaus tai vamma tai muuten alentunut toimintakyky. (Salo 2012.) Salo tutki lähihoitajia, kodinhoitajia, kotiavustajia ja työntekijöitä, joilla oli samanlainen koulutus ja työkokemus. Salo haastatteli 19 kotipalvelun työntekijää, tutki kyselyillä 27 kotipalvelun ravitsemusvastaavaa ja lopuksi muodosti osa-alueet, joihin koulutuksella voidaan vaikuttaa. Ravitsemusvastaavilla tarkoitettiin kotipalvelun työntekijöitä, joilla oli ravitsemusasioiden hoito vastuullaan. Ravitsemusvastaavilta selvitettiin mitä tietoja työntekijät ravitsemuksesta tarvitsivat hoitotyössä, mitä mahdollisuuksia hoitajilla oli osaamisensa edistämiseksi ja miten työnantaja auttoi kotipalvelun työntekijöitä kouluttautumisessa. Salon tutkimusta edeltää vuonna 2006 tehty ravitsemustutkimus kotipalvelun työntekijöille (Salo 2012).

Salo havaitsi, että työntekijät tarvitsivat koulutusta ravitsemuksen perustiedoissa. Henkilökunta tarvitsi lisää tietoa sopivan ruokavalion koostumuksesta ja iäkkäille sopivasta ruoasta. Henkilökunnan mielestä koulutusta tarvittiin erityisruokavalioista ja siitä, miten virheravitsemus voidaan havaita. Ruoan ja lääkkeiden yhteensovittaminen myös mietitytti paljon hoitajia. (Salo 2012: 115-123.) Osa Salon tutkimista hoitajista tarvitsi apua ohjaustilanteisiin, mutta osa hoitajista ei kokenut sitä tarpeelliseksi. Ne hoitajat, jotka apua tarvitsivat ohjaustilanteisiin, mainitsivat haluavansa uutta tietoa ravitsemuksesta, vinkkejä ja varmuutta sosiaalisiin tilanteisiin. (Salo 2012: 98-100, 103.) Tutkimuksen mukaan hoitajat tarvitsivat myös tietoa keinoista, joilla ravitsemusta osattaisiin paremmin tukea. Huonoa ruokahalua potevien asiakkaiden hoitoon hoitajat olisivat tarvinneet apua ja ammatillista tukea. Henkilökunta oli toivonut koulutusta miten syödyn ruoan määrää voisi arvioida ruokailun aikana ja sen jälkeen. (Salo 2012: 122-125.)

Osa Salon tutkimukseen osallistuneista hoitajista olisi halunnut lisää koulutusta ruokapäiväkirjan täyttämiseen. (Salo 2012: 108-109). Ruoan kulutuksen seuraamisen apuna käytettiin myös viestivihkoa ja muuta kirjaamista. Viestivihko on asiakkaan kotona oleva vihko, jonne hoitajat

ja omaiset voivat kirjoittaa tiedotettavia asioita asiakkaasta. Asiakkaiden ruoankulutusta seurattiin myös havainnoimalla muilla tavoin. (Salo 2012: 104-105.)

Salon tutkimuksessa ravitsemusvastaavien mukaan kotipalvelun työntekijät tarvitsisivat ravitsemuskoulutusta erityisesti ruoan ja lääkkeiden yhteensopivuudesta, erityisruokavalioista, tietoa ravitsemuksen vaikutuksista vanhenemisessa. Tietoa tarvitaan lisää siitä, miten aliravitsemus tunnistettaisiin paremmin ja miten ravitsemustilaa arvioidaan. Tietoa tarvittaisiin lisää kansansairauksista, ruokapäiväkirjan täyttämisestä ja ruoan koostumuksesta. Koulutusta kaivattiin ravitsemusvastaavien mukaan lisäravinteista, eri sairauksiin liittyvistä ruokavalioista ja neuvoja milloin soseutetusta ruoasta tulisi siirtyä pehmeään ruokaan. Lisäksi koulutusta haluttiin siitä, miten asiakasta opittaisiin paremmin houkuttelemaan syömään. (Salo 2012: 133-134.)

Ravitsemusvastaavien omat koulutustarpeet olivat samansuuntaisia kuin heidän arvionsa työntekijöiden koulutustarpeista kotipalvelussa. Työntekijöiden työtä voi kehittämis ehdotusten mukaan edistää lisäämällä koulutusvaihtoehtoja ja työtä helpottavia tekijöitä. Tällaisina keinoina mainittiin ruokapäiväkirjojen käytön osaaminen, tieto siitä, mikä merkitys aamiaisella on, nesteytyksen vaikutus ihmiselle ja helpot ruoat. Aliravitsemuksen ja ylipainon havaitseminen, ruoan ja liikunnan yhteen liittäminen ja erityisruokavaliot nimettiin hyviksi koulutuksen aiheiksi. Tietoa siitä, miten iäkkäiden ruokailutottumuksiin voitaisiin vaikuttaa, tarvittiin. Keinoina vaikuttaa ravitsemukseen otettiin esille ikääntyneille itselleen kohdistetut luennot. (Salo 2012: 137-140.) Salon mukaan koulutukseen osallistumisen mahdollisuudet olivat toisilla työntekijöillä hyvät ja toisilla työntekijöillä osallistumismahdollisuuksia ei ollut. Työntekijöillä ei ollut aina tietoa, mihin koulutukseen olisi voinut osallistua. Salon mukaan ravitsemusvastuhenkilöille tarjottu säännöllinen koulutus paransi heidän osaamistaan.

2.2 Hyvä ravitsemus ja sen toteuttamiseen liittyvät tekijät

Ravitsemus vaikuttaa sairauksien syntyyn ja siksi sillä on taloudellisia ulottuvuuksia. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan esimerkiksi vuonna 2002 diabeteksen hoitokustannukset olivat vuodessa 505 miljoonaa euroa. Mikäli sairastuvuus diabetekseen laskisi 30 %, voisivat hoitokustannukset vastaavasti alentua 151,5 miljoonalla eurolla. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Sairauksien ennaltaehkäisy olisi tärkeää kansanterveydellisten vaikutusten lisäksi myös yksilön näkökulmasta.

FINRISKI ja Finravinto 2012 - tutkimusten avulla on kerätty tietoa suomalaisen aikuisväestön ruokailuista ja ravinnonsaannista. Suomalaisten aikuisten ravitsemustilanteen paraneminen on pysähtynyt. Syynä tähän ovat ravintorasvojen lisääntynyt käyttö ja kuidun vähäinen saanti ravinnosta. Suomalaiset syövät huonolaatuisia hiilihydraatteja. Kasvisten käyttö on ravinnossa kuitenkin suomalaisilla lisääntynyt. (Helldán ym. 2013: 125-126.) Iäkkäiden ruokailutottumuk-

set sen sijaan ovat parantuneet viime vuosina. Voin käyttäminen leivän päällä on vähentynyt (Holstila, Helakorpi & Uutela 2012: 23). Vuonna 1985 voita käytti leivän päällä 60% kaikista 65-79 -vuotiaista ja vuonna 2013 voita käytti enää 10%. Ikääntyneet ovat lisänneet kasviöljyjen käyttöä ja rasvattoman maidon käyttöä kotitalouksissa. Kasviksia ja hedelmiä kulutetaan myös entistä enemmän. (Helldán 2014: 16.)

Eskelisen tutkimuksessa todetaan, että keski-iässä nautittu epäterveellinen ruoka voi lisätä riskiä sairastua dementiaan tai Alzheimerin tautiin myöhemmin elämässä. Epäterveellinen ruokavalio voi vaikuttaa kognitiivisiin toimintoihin. Tästä syystä keski-ikäisen terveellinen ruokavalio voi edistää parempaa aivoterveystta ikääntyneenä. (Eskelinen 2014: 62-75.) Jyväkorven ym. poikkileikkaustutkimuksessa havaittiin, että liikuntarajoitteisilla ja ikääntyneillä, joilla oli kognitiivista heikkenemistä, oli huono ravitsemustila. Kaikilla asiakkailla tutkituissa ryhmissä oli alentunut energian, proteiinin ja hivenaineiden saanti. Yleisintä oli D, E, folaatin ja tiamiinin vajuus. Tutkimuksessa havaittiin kotona asuvien ravitsemuskoulutusta saaneiden ikääntyneiden hivenaineiden saannin olevan korkeampi kuin palvelutalon asukkailla. Tutkimukseen osallistuneilla kotona asuvilla Alzheimerin tautia sairastavilla naisilla oli alhaisin ravinnon energiamäärä, proteiinin ja C-vitamiinin määrä. (Jyväkorpi ym. 2015: 464-471.) Ravitsemuksellisten riskien ja ravitsemukseen vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen auttaa hoitohenkilökuntaa vastaamaan erilaisten asiakkaiden tarpeisiin ravitsemushoidossa.

Muistisairaudet ja huono fyysinen toimintakyky vaikuttavat palvelutarvetta lisäävästi. Samoin vaikuttavat yksin asuminen, vähäiset kontaktit ympäristöön ja niukat palvelut. Sopimaton ja vaikeakulkuinen ympäristö vaikeuttavat palveluiden käyttöä. (STM 2013: 29.) Ruillierin ym. mukaan dementoituneiden vanhusten toimintakykyä ja omaishoitajien ravitsemustilaa olisi arvioitava huolellisesti. Iäkkäiden potilaiden MNA-pisteet olivat sidoksissa omaishoitajan MNA-testien tuloksiin. 59% ikääntyneistä dementia-asiakkaista olivat aliravitsemusriskissä ja 23% ikääntyneistä oli huono ravitsemustilanne. Omaishoitajien vastaavat luvut olivat 32% ja 5%. (Ruillier, Lagarde, Bouisson, Bergua & Barberger-Gateau 2013: 580-8.) MNA (Mini nutritional assessment) on yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin tarkoitettu testi (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010: 31). MNA -testiä käytetään paljon arvioinnin apuvälineenä iäkkäiden ruokavalion arvioinnissa.

Ikääntyneillä voi olla aliravitsemusta ja sen tunnistaminen olisi tärkeää. Aliravitsemuksella tarkoitetaan tilannetta, jossa paino on pudonnut yli 3 kg kolmen kuukauden aikana ja painoindeksi on alle 23 kg/m². Ikääntynyt voi syödä hyvin vähän, tai vain soseutettuja ja neste-mäisiä ruokia. Asiakkaan infektiot ja painehaavat voivat olla aliravitsemuksen oireina. (Hakala 2012; Shinji, Mayomi, Junko & Hiromi 2010). Hyvä ravitsemus vaikuttaa hyvinvointiin, toimintakykyyn ja ylläpitää terveyttä (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010: 56). Vanhainko-deissa ja sairaaloissa virhe- ja aliravitsemus ovat yleisiä. Suominen tutki ikääntyneiden ravit-

semusta ja ravitsemushoitoa vanhainkoti- ja sairaalaympäristöissä. (Suominen 2007.) Myös kotihoidossa ravitsemuksessa on havaittu puutteita. Soinin tutkimus koski kotisairaanhoidon asiakkaita. Soinin mukaan kotisairaanhoidon asiakkaista virheravitsemuksen vaarassa olivat henkilöt, joilla oli sairauksia ja jotka eivät selviytyneet täysin omatoimisesti ruokahankinnosta ja ruoan valmistuksesta. (Soini 2004.)

Helsingin pitkäaikaishoidon sairaaloissa tehty tutkimus osoittaa, että hoitohenkilökunta tunnisti huonosti asiakkaiden aliravitsemuksen. Hoitajat tunnistivat 15% aliravituiksi, vaikka MNA-testin mukaan 57% asiakkaista kärsi aliravitsemuksesta (Suominen, Sandelin, Soini & Pitkälä 2009: 292-296). Testillä saadun pistemäärän avulla voidaan havaita asiakkaat, joilla on virheravitsemus ja asiakkaat, joiden ravitsemus on kunnossa. Testi tunnistaa myös virheravitsemusriskissä olevat henkilöt. (Suominen, Puranen & Jyväkorpi, 2013: 14.) Tunnistamalla virheravitsemuksen riskissä olevat henkilöt, voitaisiin oikeanlaiseen ravitsemukseen ohjata ajoissa. Tapauksissa, joissa MNA testin pistemäärä oli pienempi kuin 17, hoitajat tunnistivat erittäin aliravitut anorektiset asiakkaat. Hoitajat tunnistivat vain yhden kolmasosan aliravitsemuksesta kärsivistä asiakkaista, joilla oli BMI alle 20 ja MNA testin tulos alle 17. (Suominen ym. 2009: 292-296.) BMI (Body mass index) tarkoittaa kehon painoindeksiä, jonka laskemisessa käytetään henkilön painoa ja pituutta. Yli 60-vuotiailla BMI:n tulisi olla välillä 24-29 kg/m² nykyisten Käypä hoito -suositusten mukaan (Käypä hoito -suositus 2013). Hoitajat tunnistivat vain 2% aliravitsemuksessa olleista asiakkaista, joiden BMI oli yli 24, mutta MNA alle 17. Potilaat, jotka kärsivät aliravitsemuksesta eivät myöskään saaneet hoitajilta tarpeeksi välipaloja ja ravintolisiä. Yksi kuudesta aliravitusta potilaasta sai oraalisia ravintovalmisteita. (Suominen ym. 2009: 292-296.)

Yli neljäsosa vanhainkotien asukkaista kärsi heikosta ravitsemuksesta (Suominen 2005 ym.). Huonoin tilanne oli pitkäaikaissairaanhoidossa, sillä yli puolella asiakkaista oli virheravitsemusta (Suominen ym. 2009). Iäkkäillä kotihoidon asiakkailla pieniruokaisuus, nielemisvaikeudet ja painon lasku edellisten kolmen kuukauden aikana olivat yhteydessä alhaiseen painoon. Heikentynyt ravitsemustila vanhainkodeissa oli yhteydessä naissukupuoleen, pitkään hoitoaikaan laitoksessa, alentuneeseen toimintakykyyn, heikkoon syömiseen, nielemisongelmiin, muistisairauksiin, suureen lääkemäärään ja ummetukseen. (Suominen ym. 2005; Suominen 2007:42-45). Milnen ym. 2009 mukaan alentuneeseen ravinnon saantiin olivat yhteydessä parkinsonintauti, suun ja nielun sairaudet ja avun tarve ruokaillessa. Yli 85 vuoden ikä, masennus, aivohalvaus, kaatuilu, lonkkamurtumat ja painehaavat olivat aliravitsemuksen riskitekijöitä. (Milne, Potter, Vivanti & Avenell 2009.)

Kaipaisen ym. 2015 mukaan kotihoidon asiakkailla aliravitsemuksessa on tai sen riskissä on jopa 86% asiakkaista. Heidän tutkimukseensa osallistui 229 ikääntynyttä. Aliravitsemuksen kanssa yhteydessä olivat monien lääkkeiden käyttö, masennus ja kognitiivinen heikentyminen.

(Kaipainen, Tiihonen, Hartikainen & Nykänen 2015, 47-51.) läkkäillä kotihoidon asiakkaila aliravitsemus liittyi usein toiminnanvajaukseen (Kiesswetter ym. 2013: 345-350). Sairaalasta kotiutuneilla aliravitsemuksesta kärsivillä asiakkaila kolmen kuukauden suun kautta otettu ravintolisä havaittiin hyödylliseksi ja hoito oli kustannustehokasta (Norman 2011: 735-742). Kotihoidon asiakkaila oli korkea riski sairastua aliravitsemukseen, yli puolet asiakkaista oli aliravitsemusriskissä tai potivat aliravitsemusta tutkimuksen mukaan (Soini ym. 2004).

Lihasmassan pieneneminen, joka johtuu proteiinialiravitsemuksesta, voi aiheuttaa fyysisen kunnan alenemista ja edistää kaatumistapaturmia. Pitkään jatkunut puutteellinen ravinnon- ja ravintoaineiden saanti on yhteydessä tulehdusten ja sairauksien lisääntymiseen ja kuolleisuusriskin kohoamiseen. (Bauer ym. 2013: 542-559) Ikääntyneiden hyvinvoinnin tukemiseksi, toipumisen edistämiseksi ja toiminnallisuuden ylläpitämiseksi lisäämällä proteiinien käyttöä ruokavaliossa on tutkimusnäyttöä. Sairastaminen lisää yleensä elimistön proteiinin tarvetta. (Bauer ym. 2013: 542-559.) Morleyn ym. mukaan riittävä proteiinin saanti ruoasta on keskeistä sarkopenian eli lihaskadon ehkäisyssä (Morley ym. 2011: 391-396).

Ravitsemusseurannoilla voi olla myönteisiä vaikutuksia. Tanskalaisessa tutkimuksessa kokeiltiin ennaltaehkäisevää ravitsemusseurantaa aliravitsemuksesta kärsiville sairaalasta kotiutuneille asiakkaille. Osallistujia tutkimuksessa oli 208. Tutkimuksessa havaittiin, että yksin asuvat itsenäiset iäkkäät hyötyivät kotikäynnin tehdyistä ravitsemusseurannoista ja asiakkaiden päivittäiset toiminnot ja taidot eivät heikentyneet kontrolliryhmiin verrattuna. (Pedersen, Pedersen & Damsgaard 2016: 845-853.)

Ravitsemusneuvonnan hyödyistä on olemassa tutkimusnäyttöä. Ravitsemusneuvonta tukee varhaisen puuttumisen etuja asiakastyössä. (STM 2013: 25; Suominen 2007: 42-45). Vanhuspalvelulain 12§ avulla on yritetty edistää palveluja ja asiakkaiden hyvinvointia. Lain avulla on pyritty vaikuttamaan ihmisten kokemaan hoitoon ja hoidon kustannuksiin. (STM 2013: 24; Vanhuspalvelulaki - pykälistä toiminnaksi 2013). Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan ravitsemussuosituksista tulisi lisätä tietoutta. Asiakkaiden ohjauksessa pitäisi paremmin huomioida ruokailun säännöllisyys ja ruoan monipuolisuus. Ruoan mukana olisi hyvä saada riittävästi proteiineja, energiaa, kuituja ja nesteitä. Asiakkaiden ohjauksessa tulisi huomioida myös D-vitamiinilisän käyttö. Asiakkaiden ravitsemustilan ja painon seurannan avulla voidaan arvioida hoidon toteutumista. Hoidon toteuttamisessa voi olla tarpeellista hyödyntää ravitsemusalan ammattihenkilöiden apua. (STM 2013: 28-30.)

Suunniteltujen ravitsemusinterventioiden avulla voitiin parantaa ikääntyneiden ravintoaineiden saantia ja ruokavalion laatua. Ravitsemusinterventiot lisäsivät ikääntyneiden elämänlaatua ja estivät muistisairaiden kaatumisia kotona Jyväkorven tutkimuksen mukaan. (Jyväkorpi ym. 2016: 68-85, 97.) Ravitsemustilanteen paranemista ja proteiinin suurempaa käyttöä edis-

tivät kotihoidon asiakkaille tarjottu video-ohjaus. Video-ohjaus liittyi IITA- kuntoutushankkeeseen, jossa Helsingin kaupungin iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden ravitsemustila ja ravinnon-saanti arvioitiin. 25 osallistujasta 80%:lla havaittiin ravitsemustilan lievästi heikentyneen ja heillä oli alhainen ravintoaineiden saanti ruoasta. (Puranen, Finne-Soveri, Auranne, Lehtinen-Fraser & Suominen 2013.)

Ravitsemus muistisairaana kodissa -tutkimuksen tulokset osoittivat, että kotona asuville yli 65-vuotiaille personoitu ravitsemusohjaus- ja ravitsemushoito paransivat asiakkaiden ravinnon-saantia ja myös muistisairaiden ryhmässä proteiinin ja kalsiumin saanti suurentui. Tutkittavat olivat tarvittaessa saaneet täydennysravintovalmisteita. Muistisairailla kokivat elämänlaatusa paremmaksi tutkimuksen jälkeen verrattuna kontrolliryhmään. (Suominen ym. 2013: 7-8,44, 48.) MNA testillä mitattuna muistisairaista 44%:lla oli riski virheravitsemukseen, kun omaishoitajien vastaava tulos oli 16%. Tutkituista 93% vastasi, että erityisiä ravitsemuksellisia ongelmia heillä ei ollut. Ikääntyneet edustivat hyvin epäyhtenäistä ryhmää ja yksilöllisiä eroja ikääntyneiden keskuudessa oli paljon. Osalla ruokavalio oli erittäin monipuolinen ja sisälsi laadukkaita tuotteita ja toisilla ikääntyneillä ruokavalio saattoi olla yksipuolinen. Tutkittavien ruokavaliota verrattiin valtion ravitsemusneuvottelukunnan kansallisiin ravitsemussuosituksiin vuodelta 2005. (Suominen ym. 2013: 38-39.) D-vitamiinin käyttö lisääntyi ja elämänlaatu parani interventoryhmässä kontrolliryhmään verrattuna. (Suominen ym. 2013: 42-43.)

Puolisohoitajan sukupuolella on havaittu olevan vaikutusta pariskuntien ruokavalioon. Jos puolisohoitajana oli mies, muistisairaana ravinnossa oli monesti puutteita (Puranen ym. 2014: 672-676). Ravinnossa oli tällöin niukasti proteiinia ja C-vitamiinia. Tutkimukset osoittavat, että räätälöidystä ravitsemusohjauksesta on hyötyä. Yksilöllisesti suunniteltu tuki ovat havaittu kustannustehokkaaksi (Eloniemi-Sulkava ym. 2009: 2200-2208). Jyväskylän ym. interventiotutkimuksen mukaan yksilöllisesti suunniteltu ravitsemushoito tukee iäkkäiden ravitsemuksen toteuttamista, ylläpitää ja lisää toimintakykyä. Samalla terveydenhuollon palveluiden tarve vähenee ja elämänlaatu kasvaa. Tutkimuksessa Alzheimerin tautia sairastaville kotona asuvat asiakkaat tarjottiin ravitsemusterapeutin kotikäyntejä, neuvontaa suullisesti ja kirjallisesti ja liikuntaohjausta. Asiakkaat saivat myös täydennysravinnejuomia ja D-vitamiinia. (Jyväskylä, Puranen, Pitkälä & Suominen 2012.)

Potilasohjaus on tärkeä osa hoitoa, sillä sen avulla asiakkaat ymmärtävät tilanteensa paremmin, saavat tietoa ja osaavat käyttää sitä itsensä hoitamisessa. Kotihoidon asiakkaissa on tapahtunut viime vuosina muutoksia. Entistä monipuolistuneempi asiakaskunta luo omat haasteensa hoitotyölle (Hassi 2005:75-81). Elorannan mukaan hoitotyöntekijöiden potilasohjaustaidot ovat parantuneet ja erityisesti ohjauksen sisältö on laajentunut (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014: 63-73). Ravitsemushoitoa antavat myös monet muut tahot kuin hoitotyöntekijät. Esimerkiksi omaishoitajat tekevät hoitotyötä ja auttavat hoidettavaa toteuttamaan ra-

vitsemushoitoaan. Erityisesti dementiaa sairastavien ravitsemushoidon tukemiseen on ollut tiedon tarvetta. (Hassi 2005:72, 98).

Suun kunto vaikuttaa olennaisesti ruokailun onnistumiseen. Monilla ikääntyneillä on suun ja hampaiston sairauksia. Sairaudet ja lääkkeet voivat vaikuttaa suuta kuivattavasti ja syljen eritystä vähentävästi. Ikääntyneet käyttävät suun hoidon palveluja vähemmän verrattuna työikäisiin ja suun terveyteen voi vaikuttaa myös sosiaaliryhmä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015: 11.) Suusairauksia esiintyy enemmän dementiaa sairastavilla kuin ihmisillä, joilla dementiaa ei ole (Syrjälä ym. 2012: 36-42). Monet muistisairaat tarvitsevat apua hampaidensa hoidossa, lisäksi muistisairaiden ruokailua voivat haitata nielemisvaikeudet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015: 14). Riittämätöntä suuhygienian toteutumista iäkkäillä voivat edistää kognitiivinen heikkeneminen, muut suunterveyden ongelmat ja aliravitseminen. Hampaattomat ikääntyneet eivät aina käyttäneet hammasproteesia, mikä vaikutti ravitsemuksen toteuttamiseen. (Saarela 2014: 65.) Saarelan mukaan ruokailua voivat vaikeuttaa kivut ja suun huono terveydentila. Jos proteesit eivät pysy paikoillaan tai hiertävät tai hampaita ei ole, ravintoaineiden saannissa voi ilmetä puutteita. Ravitsemustilaa huonontavat puremis- ja nielemisongelmat ja suun kuivuminen. Erityisesti proteiini-aliravitsemusvaara voi silloin lisääntyä. (Saarela ym. 2016: 225-232. Saarela 2014: 65)

Hyvän suuhygienian toteuttamista estivät hoitohenkilökunnan kielteiset asenteet ja osaamisen puuttuminen. Työntekijät tarvitsivat koulutusta ja riittävästi aikaa hoitotoimien toteuttamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015: 34.) Suun terveydenhuollon ammattilaiset auttavat suun hoidossa. Suunhoidon haasteiden edistämiseksi moniammatillisuutta tulisi lisätä ja vajaaravitsemusriskissä olevien asiakkaiden tunnistamista parantaa. Hoitajia kouluttamalla voidaan paremmin havaita ravitsemusongelmat ja saada esille suun terveyden haasteet. Yksilöllisen hoidon suunnittelu, suun hoidon säännöllisyys ja ennaltaehkäisevä työtapo edistäisivät suun terveyttä. Iäkkäille suunnatut liikkuvat suunhoidon palvelut voivat olla monille asiakkaille hyödyllisiä. (Saarela 2014: 66-67.) Suun kunto vaikuttaa osaltaan sosiaaliseen kanssakäymiseen ja yleiseen elämänlaatuun.

2.3 Ravitsemusosaamisen arviointi ja osaamisen ja osaamisen arvioinnin viitekehys

Osaamista voidaan arvioida esimerkiksi organisaation tai yksittäisen työntekijän näkökulmista. Osaamisella tarkoitetaan niitä tietoja, taitoja, kykyjä, asenteita ja valmiuksia, joita työn suorittaminen vaatii. Työelämässä tarvitaan teoreettista tietoa ja taitoa soveltaa sitä käytännössä. Osaamiseen liittyvät myös ongelmanratkaisukyky, ammattitaito ja työyhteisötaidot. Näitä tekijöitä kutsutaan yleisesti työelämäosaamiseksi. Työelämäosaamisen yhteydessä puhutaan usein myös kompetenssin ja kvalifikaation käsitteistä. (Hanhinen 2010: 48-49, 71-86.) Jotta osaamista voidaan arvioida, tulee työntekijän, tiimin ja esimiehen arvioimiseen luoda osaamisen arviointiin keinot ja menetelmät (Viitala 2005: 152-156).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on monenlaista osaamista, jotka vaikuttavat hyvän ruokailu- ja ravitsemushoidon toteutumiseen. Osaamisen arvioinnin lisäksi vaikuttavat työssä vaadittavat tiedot ja taidot. Työntekijöiden osaamisella voidaan edistää työyhteisön tai organisaation kilpailuetua, erityisesti osaamisresurssien kohdennuttua täsmällisesti. Osaamisen oikea-aikainen kohdentaminen edistää työn laadukasta toteuttamista. Kotihoidossa ei ole hoitajien käytössä erillisiä ravitsemuskriteereitä vaan kotihoidon ravitsemusosaamista ohjaa hoitajien peruskoulutus ja ammatissa työskenneltäessä hankittu osaaminen, koulutus ja valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositukset ja niihin perustuvat ohjeet (Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut 2016: 22). Helsingin kaupungin kotihoidossa ravitsemuksen toteuttamista arvioidaan omavalvontasuunnitelman avulla. Omavalvontasuunnitelma on apuna palveluiden toteutumisen seurannassa, riskien kartoituksessa ja on siten laadunhallinnan tuki. Asiakkaalle tehtävässä hoitosuunnitelmassa arvioidaan asiakkaan ravitsemustilanne ja suun kunto. Asiakaskohtaiseen hoitosuunnitelmaan kirjataan ravitsemushoidon tavoitteet ja keinot, miten ne saavutetaan. RAI -arvioinnin avulla saatuja tietoja käytetään hoitosuunnitelmassa hyödyksi. (Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut 2016: 13, 22-23.) RAI on kansainvälinen hoidon laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä (THL).

Tavallisin keino osaamisen arviointiin sosiaali- ja terveydenhuollossa työntekijöiden keskuudessa ovat kehityskeskustelut. Osaamista voidaan arvioida myös monilla muilla tavoilla, kuten osaamiskartan avulla, itsearvioinnilla ja 360 -arvioinnin avulla. 360-arviointi antaa tietoa monesta näkökulmasta, yksilöltä, työntekijöiltä, esimieheltä, yhteistyökumppaneilta ja muilta sidosryhmiltä. Monipuolisuus lisää 360-arvioinnin luotettavuutta ja sitä pidetään hyvänä arviointikeinona. (Hätönen 2011: 34-42.)

Osaamiskartoituksessa pohjana ovat määritellyt osaamiskriteerit esimerkiksi osaamisprofiilit, joiden mukaisesti osaamista voidaan edelleen edistää. Kehityskeskusteluiden apuna käytetään itsearviointia. Itsearvioinnissa työntekijä arvioi omaa osaamistaan ja oppimistaan kriittisesti työssä vaadittujen edellytysten mukaan. Monesti itsearviointia täydennetään vertaisarvioinnilla tai esimiehen antamalla arvioinnilla. (Hätönen 2011: 32-45.) Kehityskeskusteluilla arvioidaan työntekijän osaamista ja mietitään kehitysmahdollisuuksia ja keinoja niiden saavuttamiseksi. Kehityskeskustelun voi toteuttaa esimiehen ja yksilön välillä, ryhmän kesken yhteisesti tai kollegoiden välillä. Kehityskeskustelut ovat johtamisen apuväline ja niiden avulla voidaan ennakoida resurssien käyttöä. Osaamisen arvioinnissa tulee kuitenkin muistaa arvioinnin luotettavuuden tarkastelu. (Hätönen 2011: 34-43.) Esimerkiksi tutkimuksessa, jossa käytettiin sairaanhoitajien ammattipätevyyttä arvioivaa NCS-mittaria (Nurse competence Scale) hoitajien esimiehet arvioivat sairaanhoitajien osaamisen paremmaksi kuin sairaanhoitajat itse. (Numminen, Leino-Kilpi, Isoaho & Meretoja 2015:142-150).

Työyksikön henkilöstön määrää ja osaamista määrittelee vanhuspalvelulaki (980/2012), terveydenhuoltolaki (1326/2010), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), sosiaali- huoltolaki (710/1982) (STM 2013: 40-41). Henkilöstöllä on oltava työn vaatima koulutus ja osaaminen. Seuraavaksi käsitellään opetushallituksen ammattitaitovaatimuksia lähihoitajien osalta, sillä kotihoidossa työskentelee paljon lähihoitajia vanhustyössä. Lähihoitajan perustutkinnon ammattitaitovaatimusten mukaan lähihoitajan tulee täyttää kasvun ja tukemisen ohjauksen, hoidon ja huolenpidon, kuntoutumisen tukemisen lisäksi vanhustyön koulutusohjelman vaatimukset. Vanhustyön koulutusohjelman ammattitaitovaatimuksia ovat eettisten periaatteiden mukainen työskentely, hoidon toteuttamiseen ja arviointiin liittyvät vaatimukset, tuen antamisen ja vuorovaikutuksen osaaminen, liikkumiseen kannustamisen osaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, lääkehoidon osaaminen, tiedon ja kielitaidon hyödyntäminen työssä, yhteistyöosaaminen, taito edistää työhyvinvointia ja työturvallisuutta ja palautteen käsittelytaidot. (Opetushallitus 2010: 29,48,151.)

Hyvän hoidon toteutumiseen vaikuttavat moniammatilliset yhteistyötaidot erilaisissa verkostoissa, laaja-alaisen osaamisen ylläpitotaidot ja hoidollisten haasteiden ennakointi. Hyvän hoidon toteutumiseen vaikuttavat työntekijöiden päätöksentekotaidot, tekninen osaaminen ja asiakaslähtöinen ote. (Hassi 2005:72, 82.) Esimerkiksi hoitotyön prosessien tunteminen parantaa toteutuneen hoidon laatua (Hassi 2005:72, 99). Hassin mukaan tulevaisuuden hoitotyössä kotihoidossa tarvitaan sosiaalista ja tunneosaamista, kliinistä osaamista, yhteistyöosaamista ja kehittämis- ja kehittymisosaamista. Nämä kaikki osa-alueet vaikuttavat hyvän ravitsemushoidon toteuttamiseen kotihoidossa. (Hassi 2005: 92, 124.) Kotihoidon vanhustyössä ovat edelleen ajankohtaisia Hassin vuonna 2005 määrittelemät kotihoidon ammattitaitovaatimukset.

Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus- hankkeessa määriteltiin yleissairaanhoitajan ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset. Osaamisen alueita sairaanhoitajille olivat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko. Osaamisalueisiin kuuluivat ohjaus- ja opetus- taidot, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö ja sosiaali- ja terveystalouden laatu ja turvallisuus. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015: 35-47.) Terveydenhoitajien osaamisalueet koostuvat terveyden edistämiseen tähtäävästä työstä, yksilön, perheen ja yhteisön hoitotyön osaamisesta, terveellisen ja turvallisen ympäristön edistämisestä, yhteiskunnallisesta osaamisesta ja terveydenhoitajatyön johtamisesta ja kehittämistyöstä (Haarala 2014: 5).

Opetushallituksen ennakointityöryhmän laatiman Vanhuspalveluiden osaamistarveraportin mukaan kotihoidossa tarvittava osaaminen käsittää vanhuspalveluiden yhteisten osaamisalueiden hallintaa. Tällaista osaamista on eettinen, ammattieettinen ja arvoihin liittyvä osaaminen. Terveystalouden osaamisen taidot, kuten aivoterveystalouden parantaminen, lääkehoidon

osaaminen, asiakkaan omahoidon ohjaus, kuntoutusosaaminen ja teknologian hallinta, ovat vanhuspalveluille ominaisia alueita. Sosiaalipalveluajon osaaminen sisältää sosiaalipalveluiden tuntemuksen, yhteistyön omaisten ja perheen kanssa ja arjenhallin taitojen tukemisen. Vanhustyön palveluiden osaamiseen kuuluu vanhustyön palveluprosessin hallinta, vanhenemiseen liittyvä tieto, vanhustyön lakien tuntemus ja vanhuksen elämän kunnioittaminen. Näiden lisäksi vanhuspalveluissa tarvitaan asiakaspalvelutaitoja, läsnäoloa, asiakaslähtöisyyden ymmärtämistä ja asiakkaan osallisuuden tukemista. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamiseen liittyy edellä mainittujen lisäksi hoidon vaikuttavuuden arvioinnin osaaminen, yksilöllisyyden ymmärtäminen, saavutettavuuden ja esteettömyyden ja viriketoiminnan osaaminen. Yhteisvastuullisuus ja yhteiskunnallisen päätöksentekoprosessin tuntemus ja talousosaaminen ovat ennakointiryhmän tunnistamia osa-alueita. Yhteisten osaamisalueiden lisäksi työntekijöillä tulisi olla kotona asumista tukevan palvelutoiminnan osaamista kuten ryhmässä toimimisen taitoja, tietoa vanhuspalveluista, taitoa auttaa virikkeellisuuden toteuttamisessa. Kotona asumista tukevaa toimintaa ovat myös saattohoitotaidot, terveyden edistämisen osaaminen liikunnan keinoin, työn kehittämisen taidot ja työhön sitoutuminen. (Taipale-Lehto & Bergman 2013: 26-27.)

Ammattiryhmittäin tehty tarkastelu osoittaa ennakointiryhmän tunnistavan lähihoitajien osaamisessa osittain samoja osaamisalueita, kuten edellä mainitut. Vuorovaikutustaidot, työyhteisöosaaminen, kommunikointitaidot, kielitaito ja kirjaamisen osaaminen ovat tulevaisuudessa tärkeitä taitoja. Motivaatio, aktiivisuus ja asenne ovat lähihoitajille tärkeitä ominaisuuksia. Ennakointiryhmän mukaan lähihoitaja tarvitsevat palveluiden tuotanto-osaamista, hoidon kokonaisuuden hahmottamista, tietoa sairauksista, perushoitotaitoa ja taitoa antaa asiakkaille neuvontaa. (Taipale-Lehto & Bergman 2013: 29.)

Terveydenhuollon ammattikorkeakoulutettujen osaamisalueiksi ennakointiryhmä muotoili yleistiedot ja taidot, kuten kyvyn viestintään ja tiedottamiseen, kielitaito ja eettinen osaaminen. Päätöksenteon taito ja näyttöön perustuva hoitotyön käyttö päivittäisessä työssä nähtiin tulevaisuudessa tärkeänä. Palveluiden tuotanto-osaaminen hyvinvoinnin tukemisessa ja toimintakykyyn vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen ja ohjaustaidot ovat hoitoalalla tulevaisuuden taitoja. Ammatillisen osaamisen korostuminen entistä itsenäisemmissä töissä tulee korostumaan tulevaisuudessa. Asiakaskontaktien hallinta, työyhteisöosaaminen ja vastuullisuus henkilökohtaisten piirteiden ohella ovat edellytyksiä tulevaisuuden terveydenhuollon ammattikorkeakoulutetuilla. Vaikuttavuuden arvioiminen ja tutkimus- ja kehittämisosaaminen ovat osa tulevaisuuden osaamishaasteita. (Taipale-Lehto & Bergman 2013: 30.) Näitä määriteltyjä osaamistarpeita voidaan käyttää koulutuksen kehittämisen apuna tai määriteltäessä hoitajien osaamisvaatimuksia.

3 Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyön avulla selvitetään kotihoidon hoitohenkilökunnan koulutustarpeita ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen. Opinnäytetyön avulla selvitetään myös kotihoidon ohjaajien näkemyksiä hoitohenkilökunnan ruokailu- ja ravitsemuskoulutustarpeista. Opinnäytetyössä kartoitetaan niitä keinoja, joilla hoitajien ruokailu- ja ravitsemusosaamista voidaan arvioida. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja se suoritettiin Helsingin Kaupungin kotihoidossa, selvittämällä hoitohenkilökunnan ja esimiesten näkemyksiä. Tutkimukseen ovat voineet osallistua kotihoidon ohjaajat, terveydenhoitajat, sairaanhoitajat, lähihoitajat, kodinhoitajat, kotiavustajat, perushoitajat tai muut terveydenhuollon koulutuksen saaneet ammattihenkilöt, joka osallistuvat iäkkään asiakkaan ruokailun tai ravitsemuksen toteuttamiseen, arviointiin tai seurantaan. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia hoitajien koulutustarpeet ovat ikääntyneiden ruokailu- ja ravitsemustilanteisiin liittyen?
2. Millaisia esimiesten näkemykset ovat hoitajien koulutustarpeista ikääntyneiden ruokailu- ja ravitsemustilanteisiin liittyen?
3. Millä keinoilla hoitajien ruokailu- ja ravitsemusosaamista tulisi kartoittaa?

3.1 Menetelmät ja aineisto

Aineisto kerättiin kotihoidon työntekijöiltä ja kotihoidon ohjaajilta laadullisella kyselykaavakkeella 1.8-19.8.2016. Osallistujilla oli 3 viikkoa aikaa vastata kyselyyn. Tavoitteena oli saada 20 vastausta osallistujilta. Lopullisia vastauksia kyselyllä saatiin 28. Vastaajista 5 oli kotihoidon ohjaajia ja hoitajia 23. Osallistujat valikoituvat vapaaehtoisuuden periaatteella. Opinnäytetyöntekijä lähetti sähköpostilla tiedotteen tutkimuksen kulusta kotihoidon päällikölle, joka jakoi tiedotetta kotihoidon ohjaajille ja he edelleen hoitotyöntekijöille tiimeissä. Kotihoidon ohjaajat levittivät tietoa tästä tutkimuksesta työyksiköissä ja selvittivät työntekijöiden halukkuutta osallistua kyselyyn. Opinnäytetyöntekijä lähetti sähköpostitse kotihoidon päällikölle varsinaisen informointikirjeen, jota kotihoitopäällikkö ja kotihoidon ohjaajat jakoivat sähköpostin liitteenä halukkaille osallistujille. Informointikirje kyselyyn vastaajille (Liite 1) sisälsi tiedot opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimuksen kulusta. Informointikirjeen tavoitteena oli markkinoida tutkimusta, jakaa informaatiota tutkimuksesta ja houkutella osallistumaan tutkimukseen.

Laadullinen kysely jaettiin halukkaille osallistujille sähköpostitse. Tiedot osallistujilta kerättiin avoimella kyselyllä, jossa oli ruokailu- ja ravitsemuskoulutuksiin liittyviä kysymyksiä. Hoitajille ja kotihoidon ohjaajille oli erilliset kyselyt eli kysely kotihoidon hoitajille (Liite 2) ja kysely kotihoidon ohjaajille (Liite 3). Täytetyt kyselykaavakkeet palautuivat opinnäytetyön

tekijälle postitse vastauskuorissa. Yksittäisten vastaajien anonymiteetistä pidettiin huolta, eikä tunnistetietoja, eikä vastausrekistereitä pidetty.

Opinnäytetyössä selvitetään hoitajien ruokailu- ja ravitsemuskoulutustarvetta kotihoidossa ja tärkein lähdeaineisto oli kyselyillä saatu materiaali. (Kylmä & Juvakka 2007: 22-26.) Laadullinen kyselylomake valikoitui tiedonkeruumenetelmäksi, sillä kyselyyn vastaajien näkemykset ja ideat haluttiin saada esille. Opinnäytetyön avulla haluttiin saada ensikäden tietoa kotihoidon henkilökunnalta (Alasuutari 2011: 110). Opinnäytetyöntekijälle oli tärkeää, että vastaajat voivat kertoa mielipiteensä omin sanoin. Lyhyet avoimet kysymykset ovat hyviä tiedonkeruun keinoja ja vastaajat ja opinnäytetyön tekijä eivät myöskään olleet henkilökohtaisessa kontaktissa (Kylmä & Juvakka 2007: 104). Kyselylomakkeeseen valittiin avoimia kysymyksiä, sillä vastaajien vastausvaihtoehtoja ei haluttu supistaa valmiiksi mietittyihin vastausvaihtoehtoihin. Kysymysten ei myöskään haluttu olevan johdattelevia. Vastaajilta toivottiin laajoja ja monisanaisia vastauksia. (Jyrinki 1976: 94-95.) Hyvin laadittua kyselylomaketta pidetään tärkeänä kyselytutkimuksessa (Valli & Aaltola 2015: 127).

Kyselylomake luotiin mahdollisimman yksinkertaiseksi ja helpoksi täyttää, jotta vastaajien olisi mahdollisimman helppoa täyttää eikä kysymykset aiheuttaisi virhetulkinnan vaaraa (Jyrinki 1976: 80). Kyselylomakkeen kysymykset muodostuivat tutkimuskysymysten aihepiiristä käsin (Valli & Aaltola 2015: 84-88). Vallin ja Aaltolan ohjeen mukaan kyselylomakkeesta ei suunniteltu liian pitkää, sillä pitkä kysely olisi voinut vähentää halukkuutta osallistua kyselyyn.

3.2 Aineiston analyysi

Tulokset analysoitiin laadullisia menetelmiä käyttäen. Kotihoidon hoitajien ja kotihoidon ohjaajien täyttämät kyselylomakkeet analysoitiin sisällön analyysiä käyttäen. Analyysi tapahtui vaiheittain aineiston litteroinnin jälkeen. Litteroinnissa aineisto käytiin läpi ja merkittiin siten, että tutkimuskysymyksiin liittyvä tieto erottui aineistosta. Tässä käytettiin apuna esimerkiksi eri värejä. (Tuomi & Sarajärvi 2013: 92.) Saaduista vastauksista muodostettiin tutkimuskysymyksiin liittyviä pelkistettyjä ilmaisuja (Alasuutari 2011: 40). Analyysiyksikkö määriteltiin ennen sisällönanalyysiin ryhtymistä. Analyysiyksikkönä oli sana, lause, ilmaisu tai ajatusrypäs eli huomio kiinnitettiin vastausten sisältöön. Analyysiyksikkö määräytyi tutkimuksen laadun, saadun aineiston ja tutkimuskysymysten mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2013: 110; Kynäs & Vanhanen 1999: 5.) Kyselystä saadut tulokset pilkottiin ensin pienemmiksi osiksi (Metsämuuronen 2008: 47-49). Tässä apuna käytettiin tekstinkäsittelyohjelmaa. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin luokiksi. Tässä apuna käytettiin sanoja ja ilmaisuja, joita vastaajat olivat itse käyttäneet. Tilanteessa, jossa pelkistetty ilmaisu olisi voinut kuulua kahteen alakategoriaan samanaikaisesti, ratkaisevaa oli se alkuperäinen sanamuoto, jota informantit olivat itse käyttäneet. Materiaali jaettiin saman sisältöisiksi luokiksi, jotta aineisto jäsen-

tyisi hallitumpaan muotoon. Näin toimimalla muodostui sopivia kokonaisuuksia erilaisten aihepiirien mukaisesti. Analyysin perustana toimivat tutkimuksen tarkoitus ja aikaisemmin määritellyt tutkimuskysymykset. Muodostuneet luokat eli alakategoriat nimettiin. Aineisto tiivistyi lopulliseen muotoonsa, kun alakategorioista johdettiin yläkategorioita. (Kylmä & Juvakka 2007: 112-118; Tuomi & Sarajärvi 2013: 101-102). Yläkategoriat toimivat ikään kuin otsikoina siihen kuuluville alakategorioille. Tutkimusaineistosta nostettiin esiin olennainen käyttökelpoinen tieto tulkintaa ja päättelyä apuna käyttäen (Tuomi & Sarajärvi 2013: 112).

Luokittelun avulla pystyttiin tutkimaan aihetta yleisemmällä tasolla. Aineiston analysoinnin tarkoituksena oli saattaa tieto hallittavampaan muotoon. (Alasuutari 2011: 39-43,50-51). Aineiston pelkistämisen ja ryhmittelyn avulla aineistosta voitiin muodostaa teoreettisia käsitteitä abstrahoidulla (Miles & Huberman 1994). Abstrahoinnin avulla muodostettuja luokkia, ala- ja yläkategorioita käytettiin apuna raportin kirjoitusvaiheessa (Alasuutari 2011: 44; Tuomi & Sarajärvi 2013: 103). Lopuksi muodostettiin kaikkia yläkategorioita kuvaava kokoava kattokäsite.

Tarkastelun pohjana toimivat tutkimuskysymykset (Alasuutari 2011: 44). Tutkimuksen tulokset esitellään tutkimuskysymyksittäin ja esitellään luokittelujen avulla muodostuneet kategoriat ja niiden sisällöt.

3.3 Laadullisen kyselyn arviointia tutkimusmenetelmänä

Kyselylomakkeen avulla saatiin näyttöä työntekijöiden koulutustarpeista ja tutkimuskysymykseen saatiin vastaus (Kylmä & Juvakka 2007: 162). Kysely haluttiin toteuttaa kotihoidon henkilökunnan parissa, sillä he kohtaavat päivittäin asiakkaita, jotka tarvitsevat apua ruokailussa tai ravitsemusasioissa. Oletuksena oli, että juuri heiltä saataisiin paras mahdollinen ajankohtainen tieto. Tutkimukseen osallistuvien vastaajien määrän suunnittelu oli haastavaa ja opinäytetyöntekijä mielti tulisiko kohderyhmän kriteereitä tarkentaa. (Tuomi & Sarajärvi 2013:85-86.)

Aineiston analysointi sisällön analyysiä käyttäen on aikaa vievää, joten liian suurta määrää informantteja ei voitu käyttää. Toisaalta oli toivottavaa saada riittävä määrä vastauksia, jotta tulosten analysoinnissa olisi riittävä määrä materiaalia. Opinäytetyön tekijä halusi tavoitella aineiston kylläntymistä. Tämä tarkoittaa sitä, että uudet tutkimuksen osallistujat eli toimijat eivät toisi enää uusia lähestymiskulmia materiaaliin. (Kylmä & Juvakka 2007: 27.) Käytännössä oli mahdotonta tietää, missä vaiheessa aineisto olisi riittävän kylläntynyt. Toisaalta piti huomioda Helsingin kaupungin työntekijöiden mahdollisuudet osallistua tutkimuksen tekemiseen kesälomakuukausien aikana elokuussa. Kesäaika ja tutkimuksen empiirisen osion sijoittuminen lomakuukausien ajankohtaan on saattanut vaikuttaa vastaajien osallistumiseen. Kyselyä ei olisi voinut jakaa koko kotihoidon henkilöstölle.

Pyyntö vastata kyselylomakkeeseen lähetettiin vain niille alueille, jotka olivat ilmaisseet halunsa osallistua laadulliseen kyselyyn. Kotihoidon ohjaajat selvittivät itse osallistumishalukkuutta työyksiköissä. Kysely kohdistettiin pienelle määrälle kotihoidon hoitajia ja kotihoidon ohjaajia. (Jyrinki 1976: 111.) Kyselyn vastausaika on ollut 3 viikkoa ja vastaaja on voinut täyttää kaavakkeen hänelle parhaiten sopivana ajankohtana. Kyselyn toteuttamisessa pyrittiin hyödyntämään työntekijöiden saavutettavuus ja vastaajat valikoituivat näitä periaatteita noudattaen. Lomake esitettiin kahdella hoitotyöntekijällä ennen käyttöä, sillä esitestauksen avulla voitiin arvioida lomakkeen käyttökelpoisuutta. (Valli & Aaltola 2015: 88-90.) Kyselylomaketta hieman muunneltiin testaamisen jälkeen.

Vallin ja Aaltolan mukaan tutkittavat saattavat jättää vastaamatta avoimiin kysymyksiin (Valli & Aaltola 2015: 87). Avoimen kyselyn käyttöön liittyvien riskien olemassaolo otettiin huomioon jo tutkimusasetelman suunnitteluvaiheessa, mutta silti ei voinut olla varmaa palautuisiko opinnäytetyöntekijälle kaikki kyselylomakkeet vai tulisiko vastaan lomakkeiden hylkäämisiä tai puutteellisesti täytettyjä lomakkeita. Informantit eivät olleet vastanneet kaikkiin kysymyksiin tai osa vastaajista oli vastannut puutteellisesti tai erittäin lyhyesti. Vastaamattomuuteen on saattanut vaikuttaa kysymyksen sisältö ja käytetty sanamuoto tai kysymyksen sijainti lomakkeessa (Jyrinki 1976: 123, 107).

Lomakkeiden täyttäminen käsin saattoi vaikuttaa siihen, että vastauksia analysoitaessa opinnäytetyöntekijä saattoi joutua käyttämään tulkintaa. Tämän olisi voinut välttää, mikäli sähköinen kysely olisi ollut mahdollista toteuttaa. Tiedonhankintamenetelmäksi ei haluttu valita verkkokyselyä, sillä sen toteuttaminen olisi vienyt enemmän aikaa ja tutkimus ei olisi ollut mahdollista toteuttaa suunnitellussa aikataulussa. Verkkokyselyiden vastaajien kontrolloiminen olisi voinut myös olla hankalaa, ellei ne olisi kohdennettu suoraan tietyille vastaanottajaryhmälle (Kuula 2006:174).

Kyselylomaketutkimuksen haittapuolena voi olla se, että osallistujia ei saada tarpeeksi tai kyselylomake voi olla puutteellisesti täytetty. Opinnäytetyöntekijä ei tiedä kuka kyselyyn on vastannut ja se voi heikentää tulosten luotettavuuden arvioimista. (Jyrinki 1976: 25-27.) Mikäli tutkimusmenetelmäksi olisi valittu haastattelu, havaintoihin ja tulkintoihin olisi voinut vaikuttaa haastattelutilanteen sujuvuus. Opinnäytetyöntekijä ei halunnut vuorovaikutustilanteen vaikuttavan tutkimustilanteessa, kuten haastattelussa olisi voinut tapahtua. (Alasuutari 2011: 148-149.)

Tarkentavien kysymysten esittäminen ei kyselyssä ole mahdollista verrattuna haastattelutilanteeseen (Valli & Aaltola 2015: 84-88). Opinnäytetyöntekijä ei tiedä onko vastaaja ymmärtänyt kysymyksen niin kuin opinnäytetyöntekijä on sen tarkoittanut. Kyselyn luotettavuutta tutki-

musmenetelmänä lisää haastatteluun verrattuna se, että kotihoidon ohjaajille ja hoitajille oli lähes sama kysely sanansisältöisin kysymyksiin. Tutkimusmenetelmäksi ei haluttu valita haastattelua, sillä se olisi sitonut tutkittavien aikaa paljon enemmän. Jos menetelmäksi olisi valittu strukturoitu kysely, vastaajat olisivat voineet antaa vastauksia vain valituista vastausvaihtoehdoista.

Vastaajat saivat mahdollisuuden antaa palautetta kyselylomakkeella ja monet vastaajista käyttivät tätä mahdollisuutta. Yksi vastaajista oli liittännyt omat yhteystietonsa vastauslomakkeeseen opinnäytetyöntekijän käyttöön, mahdollisia lisäkysymyksiä varten. Vastaajilla on ollut mahdollisuus esittää opinnäytetyön toteuttamista koskevia tarkentavia kysymyksiä opinnäytetyöntekijältä sähköpostitse. Yksi vastaaja otti yhteyttä kyselyn palauttamiseen liittyen.

4 Tulokset

Tuloksissa eritellään tutkimuskysymyksittäin ensin hoitajien ruokailu- ja ravitsemiskoulutustarpeet, jonka jälkeen esitellään kotihoidon ohjaajien näkemykset liittyen hoitajien ruokailu ja ravitsemuskoulutustarpeisiin. Lopuksi esitellään ruokailu ja ravitsemusosaamisen kartoittamisen keinoja. Asiakokonaisuuksien havainnollistamiseksi analyysistä on laadittu taulukoita, jotka ovat opinnäytetyön liitteenä. Hoitajia tutkimukseen osallistui 23 ja kotihoidon ohjaajia 5.

4.1 Asiakaskohtainen ja laadukas hoito

Tässä alaluvussa kuvataan ensimmäisen tutkimuskysymyksen tulokset. Ensimmäinen tutkimuskysymys on ”Millaisia hoitajien koulutustarpeet ovat ikääntyneiden ruokailu- ja ravitsemustilanteisiin liittyen?” Tutkimuskysymyksen vastaukset kiteytyvät kahteen yläkategoriaan, jotka ovat ”asiakaskohtainen ja laadukas hoito” ja ”hoitajien tulevaisuuden koulutustarpeet kotihoidossa” (kts. Taulukot 1 ja 2). Ensin käsitellään tuloksia liittyen ”asiakaskohtaiseen ja laadukkaaseen hoitoon” ja sen jälkeen ”hoitajien tulevaisuuden koulutustarpeet kotihoidossa”. Tuloksia kuvataan alakategorioiden muodossa, tuoden esille millaisista pelkistetyistä ilmauksista ne rakentuvat. Yläkategoria saa näin selityksensä alakategorioista.

Vaihteleva koulutuksen tarve liittyen ruokailuun ja ravitsemukseen tuli tuloksissa esille. Hoitajien ruokailu ja ravitsemuskoulutuksen tarpeeseen vaikuttivat yksilölliset kokemukset, aikaisemmat koulutukset ja työtilanne. Osa hoitajista koki tarvitsevansa koulutusta kertauksen muodossa, osa toivoi sen olevan kaikille pakollista. Toiveena oli saada toteutukseltaan erilaisia koulutuksia kotihoidon henkilöstölle. Ruoka- ja ravitsemusaiheisia koulutuksia pidettiin tärkeinä ja hoitajat halusivat koulutusta lisää. Vaihtelevaan koulutuksen tarpeeseen vaikutti myös se, ettei koulutus ollut aina tarjonnut uutta tietoa hoitajalle.

Koulutuksiin osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat hoitajien mukaan se, ettei sopivaa koulutusta ole ollut tarjolla tai koulutuksia ei oltu järjestetty tai tarjottu tai niille ei ollut tarvetta. Hoitajista osa oli sitä mieltä, että koulutuksiin on helppoa osallistua, sillä koulutuksia oli järjestetty samoissa työtiloissa. Koulutuksiin osallistumiseen vaikuttivat myös henkilökohtaiset syyt, kuten aikaansaamattomuus. Koulutuksissa pystyi olemaan läsnä vain rajallinen määrä hoitajia kerrallaan. Verkkokursseille osallistumista pidettiin helppona vaihtoehtona ja niitä toivottiin lisää.

Hoitajien erilainen koulutustausta vaikutti hoitajien nykyiseen koulutustarpeeseen. Hoitajat, jotka olivat olleet koulutuksissa, mainitsivat olleensa useissa erilaisissa koulutuksissa. Hoitajat mainitsivat terveydenhoitajapäivät, kotiateriaoppaan perehdyttämiskoulutuksen, ravitsemuspäivät, ravitsemusyhdyshenkilöille järjestetyn koulutuksen, koulutus kotiruokaoppaaseen

liittyen, muistisairaudet ja ravitseminen koulutus ja ikääntyneen ravitsemuskoulutus. Lisäksi he olivat olleet useissa erilaisissa koulutuksissa, joissa oli tullut informaatiota ravitsemuksesta, näitä olivat aliravitsemuskoulutus, ikäihmisen ruokailu, kotihoidon asiakkaan ravitseminen, haavanhoito koulutus, MUST seulontamenetelmä koulutus, saattohoitoasiakkaiden ruokailu ja arkiliikkumiskoulutus. RAI- koulutuksessa hoitajat olivat saaneet tietoa RAI -arvioinnin avulla esille tulleiden ravitsemustietojen hyödyntämiseen.

Muissakin koulutuksissa oli tullut tietoa ravitsemuksesta. Tällaisia olivat haavahoitokoulutus, kuntoutuksen koulutukset, ravitseminen-liikkumiskoulutus, kirjaamiskoulutus ja tiimien omat kokoukset. Asiakkaiden ravitsemusta oli käsitelty myös tiimin jäsenien kanssa. Opiskelijoiden opinnäytetyöt olivat tarjonneet ravitsemustietoa. Hoitajat olivat saaneet lisäravinteista tietoa koulutuksessa. Ateriatoimittajan edustaja oli käynyt kertomassa hoitajille ajankohtaisista asioista. Eräässä koulutuksessa oli edustettuina eri alojen asiantuntijat esimerkiksi lääkäri, ravitsemusterapeutti ja suunhoidon ammattilainen. Hoitajat olivat osallistuneet tuotesittelyihin ja ravitsemusterapeutin työyhteisössä pitämiin koulutuksiin. Hoitajat olivat tarvittaessa konsultoineet ravitsemusterapeuttia suoraan.

Hoitajat kokivat tarvitsevansa lisää *ruokailutilanteeseen vaikuttavien tekijöiden* tuntemusta. Tällaisina mainittiin erilaisten tuotteiden tunteminen ja ravintoaineiden imeytyminen eri ruoka-aineiden yhteydessä. Hoitajat tarvitsivat tietoa, miten asiakkaille tilattavia ruokia kaupapalvelusta tulisi tilata, jotta ravitseminen toteutuisi monipuolisena. Hoitajat olisivat tarvinnut lisätietoa aterian koostamiseen ja haastaviin asiakastilanteisiin, kuten ruokahaluttomien tai omaehtoisten asiakkaiden tukemiseen. Hoitajat ilmaisivat huolestuneisuutta kotihoidon asiakkaiden käyttämiä valmisruokien suurta käyttömäärää kohtaan. Hoitajat tarvitsivat neuvoja, mitä he voisivat tehdä, jos asiakas ei halua syödä. Tietoa ravitsemuskuntoutuksesta haluttiin ja toivottiin ravitsemuskouluttajien tekevän asiakkaiden luona kotikäyntejä.

Hoitajat kokivat tarvitsevansa koulutusta saavuttaakseen *riittävän ruokailu- ja ravitsemusosaamisen tason*. Koulutusta tarvittiin tiedon lisäämiseksi erilaisten sairauksien vaikutuksista ravitsemukseen. Hoitajia kiinnostivat myös ruoan vaikutukset sairauksien puhkeamiseen ja miten eri ravintoaineet vaikuttavat eri sairaustiloissa.

”Ravitseminen on todella tärkeä osa-alue terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä”

Tietoa haluttiin ikääntyneen muistisairaana ravitsemuksen erityispiirteistä ja ikääntymisen vaikutuksista ravitsemukseen. Suolistosairaudet, colitis ulcerosa (haavainen paksusuolentulehdus), erityisruokavaliot ja suolistobakteerit kiinnostivat hoitajia. Hoitajat haluavat tietää enemmän lisäravinteista ja lisäravinnejuomista. Hoitajia kiinnosti ravitsemushoito, joka to-

teutetaan muuten kuin suun kautta. Hoitajat toivoivat oppimateriaalien ajanmukaistamista ja niiden ylläpitämistä.

Asiakaskohtaiseen ja laadukkaaseen hoitoon kuuluu myös *ravitsemusongelmien havaitseminen ja niiden arviointi*. Kotihoidon hoitajia askarrutti laihojen ja alipainoisten ikääntyneiden hoito. Koulutustarvetta oli aliravitsemukseen ja vajaaravitsemukseen ja ylipainoon liittyen.

Hoitajat ottivat esille *hoidon laadun varmistamiseen* liittyviä osaamistarpeita. Näitä olivat hoitajien huomiot vaihtelevasta hoidon laadusta. Hoitajilla oli erilaisia käsityksiä hyvästä ravitsemushoidosta. Heidän vaihtelevat tiedot ja taidot vaikuttivat hoitoon, jota kotihoidon asiakkaat saivat. Hoitajat toivoivat ravitsemusmittareiden ajanmukaistamista ja niiden ylläpitoa. Yhtenä laadunvarmistamisen keinona hoitajat mainitsivat mahdollisuuden saada ravitsemuskouluttaja suoraan asiakkaan kotiin tapahtuvalle kotikäynnille.

Seuraavaksi esitellään kotihoidon hoitajien näkemyksiä tulevaisuuden koulutustarpeista liittyen ruokailuun ja ravitsemukseen. Tulevaisuuden koulutustoiveiden aihepiirit olivat osittain samoja kuin heidän arviossaan nykyisestä ruokailu- ja ravitsemuskoulutustarpeestaan. Liitteenä oleva Taulukko 2 esittelee analyysin lopputuloksen visuaalisessa muodossa.

Hoitajilla oli paljon *toiveita ja odotuksia tulevaisuuden ruokailu- ja ravitsemusaiheisista koulutuksista kohtaan*. He toivoivat monipuolisia ja laadukkaita koulutuksia, jotka vastaisivat hoitajien yksilöllisiin tarpeisiin. Koulutusten haluttiin olevan mielenkiintoisia ja selkeitä. Hoitajat halusivat saada koulutusten avulla näyttöön perustuvaa uusinta tietoa. Koulutusten haluttiin olevan käytännönläheisiä, sillä hoitotyöhön kaivattiin toimivia vinkkejä. Koulutusten toivottiin olevan pakollisia kaikille hoitajille ja niiden tulisi hyödyntää kotihoidon ravitsemukselle asettamia laatuksiteereitä.

Hoitajilla oli *laaja-alaista teoretiedon tarvetta*. Hoitajat toivoivat tulevaisuudessa asiantuntijoiden pitämiä luentoja, tästä mainittiin lääkärin pitämät luennot. Sairauksien vaikutuksista ravitsemukseen haluttiin tietää lisää, esimerkkinä mainittiin verenpainetauti ja diabetes. Eri sairauksien yhteyksistä ruokavalioon haluttiin enemmän koulutusta ja ruokavalioiden hyödyistä sairauksien hoidossa haluttiin tietoa.

”Toivon tietoa miten eri sairauksia voisi hoitaa syömällä oikein”

”Miksi pitää olla ns. rikastettu ruoka kermalla ja voilla, kun niistä on olemassa veritulppariski.”

Kotihoidon asiakkailla koulutustarvetta oli muistisairauksien tuomien haasteiden huomioimisessa ravitsemushoidossa ja ripuloivien asiakkaiden ravitsemuksesta. Allergiat ja erityisruokavaliot nousivat esille yhtenä koulutuksen osa-alueena tulevaisuudessa. Teoriatietoa tarvittiin siitä, miten ikääntyminen pitäisi ravitsemushoidossa huomioida, minkälainen ravinnon tarve ikääntyneillä on ja mitä lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutukset ovat.

Hoitajilla oli *käytännön työhön ja arjenhallintaan liittyviä osaamistarpeita* tulevaisuuteen liittyen. Hoitajat kohtaavat työssään monia tilanteita, joiden ratkaiseminen mietitytti heitä. Hoitajat tarvitsivat keinoja asiakkaiden ruokavalion monipuolistamiseksi ja tietoa keinoista, joilla ruokailua voitiin muuttaa asiakkaalle miellyttävämmäksi. Tällaisina keinoina tuli esille ruoan asettelu kauniisti esille ja hoitajan tekemät toimet ruokailun edistämiseksi, kuten tarjoamalla asiakkaalle seuraa. Ruokahaluttomuus, nälän tunteen puuttuminen, vanhuksen syömään ja juomaan houkuttelu olivat niitä arjen haasteita, joihin hoitajat tarvitsivat keinoja ja vinkkejä mielestään myös tulevaisuudessa. Ravitsemuskouluttajia toivottiin kotikäynneille asiakkaiden kotiin. Muistihäiriöisten asiakkaiden ruokailun toteuttaminen sekä muistihäiriöisen ravitsemuksen arvioiminen kuuluvat hoitajien mukaan tulevaisuuden kotihoidon työhön. Tulevaisuuden osaamishaasteena nimettiin ravitsemustilanteen kartoittaminen ja arviointi ja vajaaravitsemuksesta kärsivien tunnistamisen osaaminen.

Erilaisista tuotteista haluttiin tietää lisää, hoitajat toivoivat tuote-esittelyjä. Lisäravinteet kiinnostivat, erityisesti miten kaupan tuotteet voisivat korvata lisäravinteiden saantia ja kuinka valmisaterioista voisi koostaa terveellisen aterian erityisesti allergiselle asiakkaalle. Hoitajilla oli huolestuneisuutta kotihoidon asiakkaiden käyttämien valmisruokien suurta käyttömäärää kohtaan. Tulevaisuuden hoitotyössä tarvitaan osaamista asiakaslähtöisyyden toteuttamisessa. Ruokavalioon kerrottiin olevan vaikeaa vaikuttaa, sillä monille asiakkaille tuli kotiin valmiit ruoat.

”Hoitaja ei voi vaikuttaa asiakkaan ruokailuun, sillä melkein kaikille tulee valmiit kotiateriat”

4.2 Kotihoidon ravitsemuskoulutushaasteet kotihoidon ohjaajien mukaan

Tässä alaluvussa kuvataan toisen tutkimuskysymyksen tulokset. Toinen tutkimuskysymys on ”Millaisia esimiesten näkemykset ovat hoitajien koulutustarpeista ikääntyneiden ruokailu- ja ravitsemustilanteisiin liittyen?” Tutkimuskysymyksen vastaukset kiteytyvät kahteen yläkategoriaan, jotka ovat ”kotihoidon nykyiset ravitsemuskoulutushaasteet” ja ”tiiviimpi moniosaajien yhteistyö ja osaamisen hyödyntäminen tulevaisuudessa” (kts. Taulukot 3 ja 4). Ensin käsitellään tuloksia liittyen ”kotihoidon nykyisiin ravitsemuskoulutushaasteisiin” ja sen jälkeen ”tiiviimpään moniosaajien yhteistyöhön ja osaamisen hyödyntämiseen tulevaisuudessa” liittyvät

tulokset. Tuloksia kuvataan alakategorioiden muodossa, tuoden esille millaisista pelkistetyistä ilmauksista ne rakentuvat. Yläkategoria saa näin selityksensä alakategorioista.

Ensin esitellään kotihoidon ohjaajien *näkemykset ruokailu- ja ravitsemuskoulutuksia kohtaan*. Kotihoidon ohjaajien mukaan Helsingin kaupungilla on ruokailu- ja ravitsemuskoulutusta aina tarjolla ja koulutukselle on aina tarvetta. Kotihoidon ohjaajien vastauksissa ilmeni tarve koulutusten suurempaan määrään, koulutuksia pitäisi olla enemmän. Kotihoidon ohjaajien mielestä ruokailu- ja ravitsemuskoulutukset ovat aina ajankohtaisia ja henkilökunta on niitä myös pyytänyt. Ravitsemushoito on osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa ja sen osaamista edistetään tavoitteellisesti kotihoidon strategian avulla. Esimiehet kannustivat työntekijöitä osallistumaan koulutuksiin. Koulutuksiin oli helpompaa järjestää osallistuminen, jos koulutuksesta tiedettiin aikaisessa vaiheessa.

Kotihoidon ohjaajien mielestä hoitajien *ravitsemusarvioinnin osaamista ja osaamisen hyödyntämistä* tulisi hoitotyössä edistää. Esimiesten mukaan hoitajat tarvitsevat lisää tietoa MUST seulontamenetelmän, MNA -testin ja RAI -järjestelmän käyttöön. MUST seulontamenetelmällä tarkoitetaan vajaaravitsemusriskissä oleville henkilöille tarkoitettua testiä. Edellä mainituilla menetelmillä voidaan arvioida asiakkaan ravitsemustilannetta. Ravitsemustilanteen kartoittamisen edistämiseksi esimiehet toivat esille myös koulutukset ruokapäiväkirjan käyttöön ja koulutuksen matalan BMI:n riskeistä. Hoitajille toivottiin koulutusta huonon ravitsemuksen riskeistä, ravitsemusongelmista ja ravitsemuksen dokumentoinnista.

”RAI toimintakykymittarin oikeaa hyödyntämistä tarvitaan sekä RAI:n ymmärrystä.”

Kotihoidon ohjaajien mielestä tarvittiin *terveyden ylläpitoon tähtäviä koulutuksia*, kuten koulutukset terveellisen ruokavalion koostamisesta ja erityisruokavalioista. Koulutukset, jotka edistivät asiakkaiden kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamista ja terveyden edistämistä, olivat toivottavia.

Sairauksien ja ravitsemuksen yhteisvaikutusten ymmärtäminen oli esimiesten mielestä toivottavaa. Hoitajien tuli ymmärtää lään ja sairauksien vaikutukset ravitsemukseen ja ravitsemuksen vaikutukset eri sairauksiin. Kotihoidossa on muistihäiriöisiä asiakkaita ja siksi muistihäiriöisten asiakkaiden ravitsemukselliset haasteet ovat tärkeitä.

Hoitajilta tarvittiin osaamista myös *ruokailutilanteeseen vaikuttavien tekijöiden ymmärtämiseen*. Tietoa tarvittiin lääkkeiden ja ruoan yhteisvaikutusten huomiointiin hoitotyössä ja ruokailun avustamiseen.

Seuraavaksi esitellään tulokset, jotka koskevat kotihoidon ohjaajien näkemyksiä hoitajien ruokailu- ja ravitsemuskoulutushaasteista tulevaisuudessa. Liitteen Taulukossa 4 on kuvattu tässä luvussa käsitellyt ala- ja yläkategoriat ja niiden sisällöt. Tulevaisuudessa tarvitaan tiiviimpää moniosaajien välistä yhteistyötä ja osaamisen hyödyntämistä tulevaisuudessa.

Esimiesten mukaan hoitajilla on ravitsemukseen liittyvää *teoriatiedon tarvetta* tulevaisuudessa. Toivottiin, että mahdollisimman moni hoitaja voisi osallistua koulutuksiin. Tietoa tarvitaan PEG-ravitsemuksesta eli perkutaanisen endoskooppisen gastrostomia asiakkaan hoidosta. PEG-ravitsemuksessa ravinnon antoon tarkoitettu syöttöletku on viety mahalaukkuun vatsanpeitteiden läpi (Saarnio, Pohju & Ahtola 2014: 2239-44). Tietoa tarvitaan suuongelmistä ja nielemisvaikeuksista. Osaamista tarvitaan myös laitteiden käyttöön. Erilaisten sairauksien tunteminen ja sairauksien huomioiminen ravitsemuksellisin keinoin nähtiin tulevaisuuden koulutushaasteena. Sairaudet, joista halutaan lisää koulutusta, olivat diabetes ja munuaissairaudet. Näyttöön perustuvan tutkimustiedon parempi käyttö työyhteisöissä on yksi tulevaisuuden haasteista.

Tarvetta on *käytännöllisen tiedon ja osaamisen* edistämiseksi. Asiakkaiden toiveiden huomioiminen, kuuntelu, keskustelu ja asiakkaan motivointi esitettiin tärkeinä osaamisalueina kotihoidossa. Asiakkaan kanssa yhteisesti suunnittelemalla esimerkiksi kauppahankinnat voidaan osallistaa asiakas hoitonsa toteuttamiseen. Käytännöllisen osaamisen toteuttamiseen liittyy hoitosuunnitelmien parempi hyödyntäminen tiimissä. Kotihoidon ohjaajat toivoivat tiimin terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan entistä enemmän tekevän yhteistyötä asiakkaiden vastuuhoitajan kanssa niin, että hoito- ja palvelusuunnitelmia arvioitaisiin eri menetelmiä hyödyntäen. Esimerkkeinä eri menetelmien käyttöön olivat RAI- arviointi, mittaukset, ravitsemuslomakkeiden käyttö ja ravitsemusterapeutin konsultointi. Ravitsemustilanteen arvioinnin osaamista halutaan parantaa ja arvioinnin tuloksia paremmin hyödyntää kotihoitotyössä.

”RAI- mittarilla seulotaan alipainoiset, tahattomasti laihuneet ja mahdollisessa virheravitsemusriskissä olevat”

Sosiaali- ja terveysalan *ammattilaisten osaamisen hyödyntäminen ja osaamisen yhdistämisen* haasteet ovat osa tulevaisuutta. Kotihoidon ohjaajien mukaan ravitsemusterapeutin kanssa toivotaan tiiviimpää yhteistyötä, luentoja, konsultaatiomahdollisuuksia ja säännöllisiä tiimitunteja työyhteisöissä. Hoitosuunnitelmien syventäminen ravitsemusterapeutin kanssa ja tapauskohtaisesti oppimalla ja tietoa soveltamalla käytäntöön koettiin hyväksi oppimismenetelmäksi.

”Konkreettisesti opastetaan MUST ja MNA sekä arvioitaisiin esimerkkitapauksen ravitsemusta”

”BMI näyttää ylipainon, mutta ei kerro ravitsemuksen sisällöstä”

”Pitää muistaa että BMI ei kerro kehon koostumuksesta eli ylipainoiset voivat olla myös virheravitsemuksen riskissä”

Vastuunkantoa ja vastuunottoa ravitsemushoidon toteuttamisessa pidetään tulevaisuudessa tärkeänä. Tärkeitä ovat ravitsemusyhdyshenkilöille ja ravitsemusvastaaville tai ravitsemustyöntekijöille suunnattu koulutus ja heidän työpanoksensa ravitsemusasioiden edistämiseksi. Ravitsemusyhdyshenkilöt tuovat tietoa koulutuksista tiimeihin ja siten mahdollistavat muiden tiimin jäsenten oppimista.

Tulosten mukaan *keinoina ja kehitysehdotuksina* tulevaisuuden koulutushaasteisiin vastaimiseksi kotihoidon ohjaajat mainitsivat hoitajille järjestettävät Nonstop perehdytyskoulutukset. Koulutuksia voitaisiin järjestää eri tasoisina, kuten perehdytyskoulutuksen alkeiskurssi ja perehdytyskoulutus työelämässä hieman edistyneille hoitajille. Verkkokurssien tarjoamat mahdollisuudet ja opiskelumateriaalien hyötykäyttö voisivat tarjota tulevaisuudessa tukea hoitajien osaamisen kehittämiseksi. Koulutusten tarjoaminen ja järjestäminen mahdollisimman monelle oli toivottavaa.

”Monipuolisia koulutuksia tarvitaan”

4.3 Ravitsemusosaamisen kartoittamisen keinot

Tämä alaluku kuvaa kolmannen tutkimuskysymyksen tulokset. Tutkimuskysymys kuuluu: ”Millä keinoilla hoitajien ruokailu- ja ravitsemusosaamista tulisi kartoittaa?” Tutkimuskysymyksen vastaukset kiteytyivät yläkategoriaan, joka on ”ravitsemusosaamisen kartoittamisen keinot” (kts. Taulukko 5). Käsittelen ensin tuloksia liittyen ”arvio asiakkaan voinnin perusteella” ja sen jälkeen ”hoitajan osaamisen arviointi”. Tuloksia kuvataan alakategorioiden muodossa, tuoden esille millaisista pelkistetyistä ilmauksista ne rakentuvat. Yläkategoria saa näin selityksensä alakategorioista.

Vastaajien näkemykset erosivat toisistaan kysyttäessä pitäisikö hoitajien ravitsemusosaamista mitata. Hoitajien ja esimiesten vastaukset liittyen osaamisen arviointiin ovat käsitelty yhteisesti seuraavalla tavalla. 28 Vastaajasta 7 oli sitä mieltä, ettei hoitajien ruokailu- ja ravitsemusosaamisen mittaamista tarvita. 9 vastaajaa oli jättänyt tähän kysymykseen vastaamatta tai ei osannut ilmaista kantaansa. Osaamisen kartoittamista kannatti 12 vastaajaa. Ne vastaajat, joiden mielestä osaamista tulisi arvioida tai kartoittaa, nimesivät useita keinoja sen toteuttamiseksi.

Asiakkaan voinnin perusteella tapahtuva arvio hoitajan ravitsemusosaamisesta edusti ensimmäistä arvioinnin näkökulmaa. Tällainen arvio voi perustua hoitajan arvioon asiakkaan voinnista ja sen apuna voidaan käyttää esimerkiksi painon mittausta ja ravitsemustilan arviota. Asiakkaan ravitsemustilanteen nähtiin heijastavan hoitohenkilökunnan osaamista ja siksi hoitajan osaamisen kartoittamista ei pidetty välttämättömänä. Vastaajien mielestä hoitajilla oli osaamista peruskoulutuksen vuoksi.

Toinen vastaajien esille nostama näkökulma edustaa *hoitajan osaamisen arviointia*. Tätä voidaan vastaajien mukaan mitata testeillä, ravitsemustietämystesteillä ja hygieniapassin avulla. Ravitsemusosaamista mittaava osio voisi olla esimerkiksi osana hoitajille pakollista lääkelaskukoetta. Hoitajien osaamista voidaan arvioida tulosten mukaan myös keskustelemalla ja kehityskeskusteluiden avulla. Kehityskeskusteluissa kartoitetaan laaja-alaisesti hoitotyöntekijöiden osaamista. Vastauksissa ehdotettiin ravitsemusosaamisen arviointimahdollisuutta perehdytysohjelmaan sisällytettynä, osana näyttöprosessia ja arviointia sähköisten verkkokurssien avulla. Näyttöprosessilla tarkoitetaan osaamisen arviointijärjestelmää, joita suoritetaan tutkinnon osana ammattiopinnoissa esimerkiksi lähihoitajaopinnoissa. Verkkokurssiin voisi liittyä ravitsemustietämystesti, jolla tietämystä voisi arvioida. Keskusteluin ja muistutteluin tapahtuva osaamisen varmistaminen nähtiin myös arjessa toimivana ratkaisuna. Tällä tavoin toimimalla jokainen hoitaja olisi tietoinen omasta osaamisestaan ja mitä kehittymisen mahdollisuuksia se voisi tarjota.

5 Pohdinta

Alakategorioille ja yläkategorioille muodostui kokoava kattokäsite, joka on ”laadukas ja asiakaskohtainen ravitsemushoito”. Laadukkaan asiakaskohtaisen ravitsemushoidon toteuttaminen ja siihen vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen voi edistää kotihoitotyötä. Asiakaskohtaiseen laadukkaaseen hoitoon, hoitajien tulevaisuuden koulutustarpeisiin, kotihoidon ravitsemuskoulutushaasteisiin, ravitsemusosaamisen kartoittamisen keinoihin ja tiiviimpään moniosaajien yhteistyöhön ja osaamiseen tähtäävä toiminta voivat edistää hoitohenkilökunnan parempia valmiuksia, tietoja ja taitoja vastata ravitsemuksellisiin haasteisiin kotihoidossa. Tutkimuksen tulosten mukaan kotihoidon hoitajilla oli erilaisia koulutustarpeita liittyen ruokailuun ja ravitsemukseen. Tulosten mukaan hoitajilla on tarvetta ravitsemuskoulutukselle.

5.1 Asiakaskohtaiseen laadukkaaseen hoitoon ja hoitajien tulevaisuuden koulutustarpeisiin kotihoidossa vaikuttavat tekijät

Tulosten mukaan yli puolet hoitajista ei ollut käynyt oman kertomansa mukaan ruokailu- ja ravitsemusaiheisissa koulutuksissa. Tuloksiin on voinut vaikuttaa kysymyksen muoto kyselylomakkeessa ja tulosten tulkintaan vaikuttavat seikat. Kyselylomakkeen kysymykset eivät erottelleet tarkoitettiinko ruokailu- ja ravitsemusaiheisilla koulutuksilla informaalista, formaalia vai non-formaalista koulutusta. Informaalista oppimista voi tapahtua esimerkiksi työssä oppimalla, formaali koulutus tarkoittaa tutkintoon johtavaa koulutusta, kuten peruskoulussa, ammattiopinnoissa tai yliopistossa hankittu koulutus. Non-formaali koulutus voi olla esimerkiksi ammatillista täydennyskoulutusta. Ovatko hoitajat maininneet tiimissä tapahtuvan ravitsemusasioista tapahtuneen keskustelun tai neuvottelun olleen koulutusta, vaikka se olisi tapahtunut oppimalla työtä tehden, esimerkiksi keskustellen, raporteilla, kokouksissa tai konsultaatioissa. Pidettiinkö tiimissä olleita koulutuksia koulutuksina vai olivatko ne hoitajien mielestä enemmän työssä tapahtuvaa oppimista.

Kaksi kolmannesta ravitsemusaiheisiin koulutuksiin osallistuneista hoitajista piti koulutuksia hyödyllisinä. Koulutusten suunnittelu ja toteutus oli onnistunut, sillä koulutuksia pidettiin selkeinä ja monipuolisina. Hoitajat toivat esille myös negatiivisia asioita koulutuksista, kuten koulutusten mielenkiinnottomuuden ja liian suuren tietomäärän. Hoitajien kokemuksiin on saattanut vaikuttaa jo olemassa oleva osaaminen, motivaatio, tiedon ja taidon määrä ja työtilanne. Hoitajat mainitsivat tarvitsevansa monenlaista osaamista tällä hetkellä ja tulevaisuudessa ja osaamistarpeet vaihtelivat paljon yksilöllisesti. Tämä asettaa haasteita osaamisen arviointiin ja osaamisen jakamiseen työyhteisössä. Mitä keinoja hoitajat voisivat hyödyntää työyhteisössä osaamisen lisäämiseksi? Hoitajilla oli paljon odotuksia ja toiveita tulevaisuuden ruokailu- ja ravitsemusaiheiselta koulutukselta. Arvioinnin haasteet ja itsearviointiin vaikuttavat tekijät ovat voineet vaikuttaa annettuihin vastauksiin. Hoitajat pitivät ravitsemusta kuitenkin tärkeänä osa-alueena asiakkaan hoidon kannalta.

Ravitsemuksen toteuttamiseen vaikuttivat teoreettinen ja käytännöllinen osaaminen ja näissä osa-alueissa hoitajat halusivat kehittyä. Tämä tutkimus tarjosi osittain samoja tuloksia kuin Salon vuonna 2012 tekemä tutkimus. Yhteneväiset koulutustarpeet, joita molemmissa tutkimuksissa esiintyi, olivat tiedon tarve ravitsemuksen perustiedoissa ja tiedon tarve ikääntyväälle sopivan ruoan koostumuksesta ja sopivan ruokavalion koostamisesta. Molemmissa tutkimuksissa tuli esille tiedontarve erityisruokavalioihin liittyen, virheravitsemuksen havainnoinnin osaaminen ja ruoan ja lääkkeiden yhteensovittaminen. (Salo 2012: 115-123.) Hoitajien mukaan ravitsemuksen toteuttamisen haasteena nähtiin lääkkeiden ja ruoan yhteen sovittaminen. Hoitotyössä menetellään Turvallinen lääkehoito -oppaan ohjeiden mukaisesti (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016). Työntekijät kotihoidossa joutuvat monissa tilanteissa etsimään tietoa ruoan ja ravitsemuksen yhteensovittamisesta, jotta ravinnon saanti ei heikkene ja lääkaineet voivat imeytyä kunnolla elimistön käyttöön. Voisiko asiakastietojärjestelmien lääkelistaa kehittää niin, että se voisi tarjota entistä paremmat mahdollisuudet huomioida tärkeitä lääkkeisiin liittyvät tiedot ja huomiot. Voisiko tulevaisuuden lääkelista esimerkiksi automaattisesti huomauttaa hoitajaa, jos hoidossa on kiinnitettävä huomiota ruoan ja lääkkeen yhteisvaikutuksiin.

Yhteneväisiä tuloksia Salon tutkimuksen kanssa olivat avun tarpeet ohjaustilanteisiin, vinkit ja neuvot sosiaaliin tilanteisiin ja tukemisen avuksi. Hoitajat kaipasivat neuvoja ruokavalion arviointiin ja ruokahaluttoman asiakkaan hoitoon. (Salo 2012: 98-103, 122-125.) Tutkimuksissa mainittu ravitsemustilan arvioimisen tärkeys tuli esille myös tämän tutkimuksen tuloksissa (KASTE 2012: 24-25; Suominen ym. 2009, 292-296; Suominen ym. 2013).

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan hoidon arvioimisessa tulisi arvioida myös tukipalveluiden tarve. Tässä opinnäytetyössä ei tutkittu tukipalveluita, eikä vastaajat maininneet niihin liittyviä asioita. Hoitajien mukaan sen sijaan tietoa tarvitaan lisää sairauksien vaikutuksista ravitsemukseen ja tietoa miten ravitsemuksellisin keinoin voitaisiin hoitaa erilaisia sairauksia. Eskelisen tutkimuksessa epäterveellisellä ruokavaliolla oli yhteys myöhemmin ilmaantuviin aivosairauksiin (Eskelinen 2016: 62-75). Jyväkorven mukaan kotona asuvilla ikääntyneillä ruokavalio kohentui heidän saamansa ravitsemusohjauksen vuoksi (Jyväkorpi ym 2015: 464-471). Muun muassa näiden tutkimustulosten perusteella on suotavaa lisätä hoitajien mahdollisuuksia lisätä omaa ravitsemustietouttaan ja edistää ravitsemuksen riskien tunnistamista, jotta kaikki ravitsemukseen liittyvät tekijät voitaisiin asiakkaiden kokonaishoidossa ja potilasohjauksessa huomioida. Pitäisikö ravitsemus nähdä tulevaisuudessa entistä enemmän lääkkeenomaisena hoitokeinona. Ehkä tulevaisuudessa kotihoidon asiakkaalle saatetaan antaa liikuntareseptin lisäksi ravitsemusresepti ja ohjeet oikeanlaisten hyviksi havaittujen probioottien käyttöön.

Monille kotihoidon asiakkaille tulee kotiin valmiit kotiateriat ja toiset syövät kaupan valmisruokia. Kotiaterioiden ravitsemuksellinen sisältö on suunniteltu, mutta kaupan valmisruokia kuluttavien asiakkaiden kohdalla hoitajien haasteena on koostaa asiakkaalle terveellinen ja monipuolinen ateria tai välipala, jonka toteuttamisessa on huomioitu yksilöllisesti sairaudet, lääkitykset, allergiat, mieltymykset ja yksilölliset muut ruokailuun vaikuttavat tekijät. Hoitaja voi tarvita yksittäisen asian kuten ”terveellisen ruokavalion koostaminen” toteuttamisessa monia taitoja, kuten tiedon hankinta, tiedon soveltaminen, välittäminen ja jakaminen, potilaan ohjaustaidot ja asiakkaan motivointi, asiantuntijoiden konsultointi ja kirjaaminen, hoitosuunnitelman laadinta, toteuttaminen ja arvioiminen. Hoitotyössä yhdistyvät teorian ja käytännöllisen osaamisen hallinta ja ammattitaitovaatimukset.

Salon tutkimuksen perusteella hoitajilla oli käytössään monia keinoja, joiden avulla he pystyivät tukemaan ravitsemusta. Hoitajat kokivat, että asiakkaalle tarjottu seura edisti ruokailua ja ruokahalua. (Salo 2012: 98-100.) Huonon ruokahalun omaavia asiakkaita hoitajat auttoivat lämmittämällä ruokia, lisäämällä niihin mausteita ja huolehtimalla ruokailutilanteen miellyttävyydestä. Tätä edistivät esimerkiksi lautasten käyttö kattauksessa ja hedelmien ja vihannesten tarjoaminen. (Salo 2012: 103, 163, 96.) Ruokailutottumuksiin iäkkäillä vaikuttivat seura, sairaudet ja ruoan ulkonäkö (Salo 2012: 102). Näitä keinoja hoitajat käyttävät myös Helsingin kotihoidossa ja tulosten mukaan niistä halutaan tietää enemmän. Ruokailutilanteen järjestäminen miellyttäväksi, vinkit ruokahaluttomuuden poistamiseen ja erilaisten tuotteiden tuntemus ja niiden hyödyntäminen hoidossa olivat hoitajille tervetulleita. Suun terveydentilan huomioiminen on tärkeää ja suun terveydentilan kohentamiseen liittyvää tietoa halutaan lisää.

5.2 Kotihoidon ravitsemuskoulutushaasteisiin ja entistä tiiviimpään moniosajien yhteistyöhön liittyvät tekijät kotihoidon ohjaajien mukaan

Kotihoidon ohjaajien näkemys hoitajien ruokailu- ja ravitsemuskoulutustarpeista oli saman suuntainen hoitajien näkemyksiin verrattuna. Samoja aihepiirejä koulutuksille mainitsivat sekä hoitajat, että kotihoidon ohjaajat. Tämä osoittaa, että esimiehillä on näkemys hoitajien työssä vaadittavista taidoista ja osaamisesta. Tällaisina mainittiin esimerkiksi sairauksien vaikutus ravitsemukseen, asiakaslähtöinen työskentely, lääkkeiden ja ruoan yhteisvaikutukset, suun terveys, ruokavalion koostamisen haasteet ja ravitsemustilanarvioinnin osaaminen. Kotihoidon ohjaajat toivat kuitenkin hoitajia enemmän esille ravitsemustilan arviointiin liittyviä seikkoja. Kotihoidon ohjaajien mukaan hoitajat tarvitsevat käytännön osaamista ravitsemusasioista ja teoriatietoa sen lisäksi. Kotihoidon ohjaajat myös nostivat hoitajia enemmän esille hoitosuunnitelmien merkityksen. Kotihoidon ohjaajien mukaan hoitosuunnitelmissa tulisi entistä enemmän hyödyntää RAI- arvioinnin antamaa tietoa asiakkaan voinnista ja ravitsemuksesta tulisi enemmän kirjata hoitosuunnitelmiin ja potilastietoihin. Ravitsemuksen toteutumisen arvioinnissa tulisi käyttää erilaisia arviointimenetelmiä ja niiden avulla saatua tietoa tulisi

soveltaa yhdessä tiimin työntekijöiden ja muiden ammattilaisten kesken. Ravitsemusyhdyshenkilöiden ja ravitsemusterapeutin hoitotyöntekijöille antama apu nähtiin tärkeänä ravitsemusosaamisen edistämiseksi ja kiinteää yhteistyötä heidän kanssaan toivottiin. Myös Salon tutkimuksessa osaamista parantavina tekijöinä olivat yhteistyö ja moniammatillinen työtapa (Salo 2012: 145, 164-166). Salon tutkimuksessa ratkaisuksi esiin nousseisiin haasteisiin löytyivät työssä oppiminen ja koulutusten järjestäminen. Tällä tavoin työntekijöiden tietoa voidaan lisätä ja löytää arjen haastavat tilanteet. (Salo 2012: 145, 164-166.)

Kotihoidon ohjaajien mukaan näyttöön perustuvaa parasta ajantasaista tietoa tulisi paremmin hyödyntää. Saundersin mukaan sairaanhoitajilla on puutteelliset tiedot ja taidot näyttöön perustuvan toiminnan käyttöön hoitotyössä. Myös Saundersin mukaan näitä valmiuksia tulisi edelleen kehittää, sillä näyttöön perustuva toiminta on edellytys tulokselliseen ja vaikuttavaan työtapaan (Saunders 2016:39-49.) Näyttöön perustuvassa toiminnassa otetaan huomioon esimerkiksi luotettava tutkimustieto, järjestelmälliset katsaukset ja yhteenvedot ja hoitosuositukset hoidon tukena. Tutkitun tiedon käyttö hoitotyössä edistää hoidon vaikuttavuuden toteutumista ja hoidon laadun paranemista. Näyttöön perustuvan tiedon käyttö parantaa hoidon laatua.

Koulutustarve arvioidaan kotihoidossa yksilöllisesti kehityskeskusteluissa, joissa osallisina ovat hoitaja ja kotihoidon ohjaaja. Kotihoidon ohjaaja kartoittaa kehityskeskustelussa tiedustelemalla koulutushalukkuutta ja koulutustarvetta. Koulutukset perustuvat työntekijän henkilökohtaiseen kehittämissuunnitelmaan ja koulutusten nähtiin lisäävän työntekijän motivaatiota. Tiimi pyrkii yhdessä miettimään koulutuksiin lähtevät hoitajat ja valitsemaan koulutuksista hyödyllisimmät.

5.3 Ravitsemusosaamisen arvioinnin tausta

Lait, koulutusjärjestelmä ja työelämän vaatimukset määrittelevät hoitotyöntekijöiden osaamista. Ammatillinen perusosaamisen taso saavutetaan ammattiopinnoissa ja ammattikorkeakouluopinnoissa ja lisää oppimista tapahtuu työyhteisöissä ja työtä tekemällä. Osaaminen karttuu työelämässä tarvittavien osaamisvaatimusten mukaisesti, esimerkiksi muistisairaiden kanssa työskennellessä oppii haasteista, jotka liittyvät muistisairauksien hoitoon. Hoitoalan ammattilaisten ammattitaitovaatimusten määrittely ja osaamisalueiden yhteinen pohtiminen ja kehittäminen edistävät hoitoalan ammattilaisten asemaa ja osaamista. Ravitsemusosaamiseen ja hyvän ravitsemuksen toteuttamiseen liittyy monia taitoja, jotka tulee hallita ja jotka vaikuttavat ravitsemushoidon toteuttamiseen.

Tulosten mukaan vastaukset liittyen osaamisen kartoittamiseen vaihtelivat paljon. Tulokset osoittavat, että hoitajien ruokailu- ja ravitsemusosaaminen voi heijastua asiakkaan vointiin ja siksi hoitajien ravitsemusosaamista arvioitiin asiakkaan voinnin seurannan avulla, asiakkaan

ravitsemustilan arvioinnin avulla ja seuraamalla hoitosuunnitelmien toteuttamista. Asiakkaan voinnin perusteella tapahtuvaa hoitajien osaamisen arviointia voidaan kritisoida siitä, että hoitohenkilökunnan osaamisen puutteet huomataan viiveellä. Toisaalta kotihoitotyö on yhteistyötä, jolloin työyhteisön jäsenet täydentävät toistensa osaamista. Tämä saattaa aiheuttaa sen, ettei yksittäisen hoitajan osaamispuutteita heti huomata. Hoitajan osaamisen arviointia tapahtuu lisäksi kehityskeskusteluissa ja vuorovaikutuksessa työyhteisöissä, jolloin kehittymisen kohteisiin voidaan vaikuttaa. Koulutukset perustuvat työntekijän henkilökohtaiseen kehittymissuunnitelmaan ja lähtökohtana koulutuksiin osallistumiseen on työntekijän oma huomio omista kehittymistarpeistaan.

Tulosten mukaan hoitajien ravitsemusosaamista voisi kartoittaa monin tavoin, kuten hygieniapassin tapaisella testillä, ravitsemustietämystä mittaavilla testeillä tai testeillä, jotka olisivat verkkokurssien yhteydessä. Verkkokurssien tarjoamia mahdollisuuksia pidettiin hyvinä, sillä ne ovat nykyaikaisia, niitä voisi suorittaa oman aikataulun mukaisesti ja yksilöllisesti. Ravitsemusosaamisen arviointi näyttöprosessissa voisi olla hyvä arvioinnin keino lähihoitajien kohdalla, mutta se ei tavoita välttämättä muita ammattiryhmiä. Ravitsemusosaamista voitaisiin arvioida perehdytyksessä, silloin kun työyhteisöön tulee uusi työntekijä, mutta silloin tulisi keksiä keino, miten jo työssä olleet hoitajat voisivat tällaiseen perehdytykseen osallistua. Tai miten perehdytyksessä saatava tieto saataisiin siirrettyä työssä olleille hoitajille. Kotihoidon ohjaajilta tuli idea jatkuvista perehdytyskoulutuksista, joita voisi toteuttaa vaativuudeltaan kahden tasoisina. Tällaisissa koulutuksissa voisi olla erilaisia sisältöjä, kuten muistisairaudet, ravitsemus ja kuntoutus. Tällainen perehdytyskoulutus voisi olla käyttökelpoinen kaikille Helsingin kaupungin työntekijöille. Vastajat miettivät perehdytyksen pakollisuutta, miten asia näyttäytyy työntekijän näkökulmasta. Jos perehdytyksestä seuraa hoidon laadun kohoaminen ja hoitajan parempi tietotaito, niin hyöty koituu lopulta asiakkaan ja organisaation eduksi.

Käytännön haasteena osaamisen ylläpitämisessä ja perehdyttämisessä on työvoiman vaihtuvuus ja sijaisjärjestelyt, tällöin uuden työntekijän perehdyttäminen voidaan joutua toteuttamaan nopeastikin ja aina ei voida tietää perehdyttäjän ja perehtyvän hoitajan osaamista yksityiskohtaisesti. Onnistuneet rekrytoinnit voivat mahdollistaa oikeanlaisen osaamispääoman kartuttamisen.

Tulosten hyödyntäminen hoitotyön kehittämiseksi ja johtamisen tukena voi edistää asiakkaiden parempaa hoitoa ja johtaa laadultaan tasokkaampaan hoitoon. Entistä tarkempi osaamisen kartoittaminen, tietoisuuden lisääntyminen osaamisesta ja osaamisen kehittymisen seuranta voi edistää hoitotyötä. Tuloksia voidaan hyödyntää kotihoidon henkilökunnan koulutustarpeen kartoittamisessa ja muutosten havaitsemisessa. Koulutustarpeiden monipuolisuutta voidaan paremmin ymmärtää tulosten avulla. Tuloksia voidaan hyödyntää ohjauksen apuna tai

perehdytyksessä, työskentelytapojen muuttamisessa ja päätöksenteon tukena. Opinnäytetyön tuloksia hyödyntämällä voi edistää ruokailuun ja ravitsemukseen liittyvän koulutuksen toteutumista, koulutustarpeen arvioimista tai muuta siihen liittyvää tekijää. Tavoitteena on, että opinnäytetyö tarjoaisi uutta tietoa, näkökulmia ja ideoita työn kehittämiseen tai toimintatapojen muutokseen. Tutkimustuloksia voidaan käyttää ruokailu- tai ravitsemuskoulutusten suunnittelun kehittämisessä, koulutustarpeen arvioinnissa ja osaamisen mittaamisen tukena.

Ravitsemuksen hoitoon kannattaa panostaa, sillä ikääntyville ravitsemuksen hoidolla voi olla kansanterveydellisiä ja taloudellisia hyötyjä, yksilöllisten hyötyjen lisäksi. Yhä suurempi osa ihmisistä elää iäkkäiksi ja riski sairastua ikääntyneenä lievään kognitiiviseen heikentymiseen ja dementiaan voi estyä ruokavalion avulla (Eskelinen 2014: 62-75). Hoitajat tunnistavat ikääntyneiden aliravitsemuksen huonosti. Laihtuminen on myös ikääntyneillä ongelmallista. Tähän voidaan vastata ravitsemushoidon keinoin. (Suominen ym. 2013: 292.296.) Käypä hoito -suositusten mukaan esimerkiksi muistisairauksia voidaan nykyäsitöksen mukaan ennaltaehkäistä puuttamalla taudin riskitekijöihin, kuten korkeaan verenpaineeseen. Aivojen terveyttä voidaan edistää huolehtimalla sydämen terveydestä (Käypä hoito 2010.)

Tässä tutkimuksessa ei selvitetty mistä hoitajat hankkivat tietoa silloin, kun tarvitsevat sitä ravitsemusasioissa. Osa vastaajista oli saanut koulutusta ja toiset eivät, kaikki hoitajat eivät myöskään kokeneet sitä tarvitsevansa. Hoitajien tietoperustaa olivat vahvistaneet koulutusten ohella, Valtion ravitsemusneuvottelukunnan opas ja tietoa oli kertynyt myös työtä tekemällä ja yhteisissä keskusteluissa työyhteisöissä ja asiantuntijoiden kanssa. Jatkotutkimushaasteena voisi olla selvittää kuinka paljon hoitajat käyttävät näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa työssä tukena ja mistä he tarvittaessa etsivät tietoa työnsä tueksi. Jatkotutkimushaasteena voisi olla myös tutkia miten hoitajien mielestä moniammatillinen yhteistyö toteutuu ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää miten osaamiskartoituksia on hyödynnetty aikaisemmin.

6 Kehittämissuunnitelma

Kehittämissuunnitelmassa yritetään löytää ratkaisuja tulososiossa ilmenneisiin koulutustarpeisiin. Kehittämissuunnitelman pohjana ovat laadullisella kyselyllä saadut tulokset ja asiantuntijaraadin kommentit esitetyistä tuloksista. Asiantuntijaraati koostui kolmestatoista sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstä, joille tutkimuksen tulokset esiteltiin. Tulosten esittelyn yhteydessä tehtiin pohdintatehtävä (kts. Liite 4), jonka tuotokset kerättiin kirjallisesti ylös. Tavoitteena oli selvittää, vastaako asiantuntijaraadin mielestä opinnäytetyön tulokset hoitajien koulutustarpeita ja he arvioivat myös miten käyttökelpoisena osaamisen arvioinnin keinot kotihoidossa ovat. Alaluku 6.1 liittyy kolmanteen tutkimuskysymykseen. Sen jälkeen esitellään alaluvussa 6.2 kehittämissuunnitelman suositukset asioista, jotka kotihoidon koulutuksissa tulisi huomioida.

6.1 Asiantuntijaraadin arvioita tuloksista ruokailu ja ravitsemisosaamisen kartoittamisen keinoja kohtaan

Asiantuntijaraati sai pohdittavakseen ruokailu- ja ravitsemisosaamisen kartoittamisen keinot. He arvioivat ruokailu- ja ravitsemusosaamisen arvioinnin keinoja, joita laadulliseen kyselyyn vastanneet osallistajat olivat maininneet. Kotihoidon asiantuntijoita käytettiin hyödyksi arvioidessa kyselyn tuloksia. Arvioinnin keinojen nostaminen keskusteluun, pohdintaan ja arvioinnin kohteiksi, voi auttaa löytämään parhaita tapoja kehittää toimintaa. Asiantuntijaraadilla oli lyhyt aika miettiä kyseistä tehtävää, mutta siitä huolimatta arvokkaita ajatuksia saatiin esille.

Asiakkaiden voinnin ja ravitsemustilan arvioinnin avulla voidaan asiantuntijaraadin mukaan arvioida hoitajan ravitsemusosaamista. Painon muutokset havaitaan ja kirjataan. Painon ja hyvinvoinnin muutoksista tulisi kirjata asiakastietojärjestelmään vielä entistä paremmin. Asiakkaan voinnin ja asiakkaan ravitsemustilanteen arviointia pidetään merkittävänä hoitajan osaamisen varmistamisen keinona. Kirjaamista ravitsemuksesta pidettiin tärkeänä, sillä silloin potilastietojärjestelmään kirjattu tieto olisi paremmin hyödynnettävissä ja sitä voisi käyttää päätöksenteon tukena. Tietoa eri menetelmistä ravitsemustilan kartoittamiseen toivottiin ja niitä koskevia koulutuksia. Raadissa tuli esille näkökohta siitä, voiko yksilöllisen osaamisen arviointi johtaa työn suorittamiseen, hoitamisen sijasta. Tästä syystä viitattiin osaamisen yleisen arvioinnin olevan parempi arvioinnin keino. Näkökantaa perusteltiin sillä, että usein asiakasta hoitavat useat hoitajat ja asiakkaan vointi on seurausta koko hoitohenkilökunnan osaamisesta.

Ravitsemusosaamista mittaava testi olisi asiantuntijoiden mielestä hyvä, mikäli se olisi mahdollista toteuttaa verkossa eli sähköisesti. Ravitsemustietämystestin voisi järjestää myös tiimikokouksen yhteydessä, jolloin osallisilla olisi mahdollisuus keskustella testin tuloksista ja

ravitsemukseen liittyvistä asioista yhdessä. Hoitajien ravitsemusosaamisen arviointia pidettiin tärkeänä ja esille nousi kysymyksiä arviointia kohtaan, kuten miten paljon testaaminen vie aikaa ja mitä toimenpiteitä pitäisi tehdä ennen sen toteuttamista. Pelkkä osaamistestin suorittaminen ei raadin mukaan tue ravitsemusosaamista, vaan keskustelun ja yhteisen pohdiskelun vaikutus toimisi arvioiden mukaan kotihoidossa paremmin.

Verkkokurssit, virtuaalikoulutukset ja live-koulutus, joita voisi tehdä oman aikataulun mukaisesti, olivat asiantuntijaraadin mukaan hyviä vaihtoehtoja osaamisen arviointiin. Verkkokurssseja voisi käyttää esimerkiksi yhtenä osaamisen arvioinnin keinona kotihoidossa. Osallistuminen niihin olisi helppoa, sillä erillisiin koulutustiloihin ei tarvitsisi siirtyä, verkkokurssseja voisi suorittaa useat hoitajat samaan aikaan, niihin osallistumista pidettiin joustavana vaihtoehtona ja koulutustarjontaa lisäävänä tekijänä. Mikäli suoritetuista verkkokurssseista jäisi dokumentti, voisi arvioinnissa palata aiheeseen myöhemmin. Digitalisaatio nähtiin asiana, joka yhä enemmän tulevaisuudessa tulee näkymään myös sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. Verkkokurssiin voisi liittää myös RAI-järjestelmän tietoutta. Hyvänä vaihtoehtona pidettiin mahdollisuutta tutustua ensin materiaaliin ja sen jälkeen osallistua osaamista arvioivaan testiin, kuten lääkelaskukokeissa. Vastaja pohti pitäisikö osaamista arvioiva testi suorittaa jo koeaikana. Testiin kohdistettiin myös kritiikkiä, sillä sen pelättiin antavan liian pinnallisen kuvan työntekijän osaamisesta ja vastaajat pelkäsivät testien mahdollistavan vilpillisen toiminnan.

Kehityskeskusteluiden avulla järjestetty osaamisen arviointi nähtiin hyvänä vaihtoehtona kartoittaa hoitajan osaamista. Kehityskeskustelu nähtiin käytännönläheisenä arvioinnin menetelmänä, sillä esimies saa tiedon suoraan työntekijältä ja osaamistarpeista voidaan yhdessä keskustella. Kehityskeskusteluissa voidaan varmistaa, että hoitaja on tietoinen ravitsemuksen perusteista ja ikääntyneen asiakkaan ravitsemuksen haasteista. Kehityskeskusteluissa varmistetaan, että hoitaja osaa käyttää sovitteja mittareita ja ymmärtää niiden merkityksen. Kehityskeskustelut selvittävät myös aseptiikan, hygienian ja elintarvikkeiden säilymiseen liittyviä tekijöiden hallintaa. Kehityskeskustelun haasteena oli vastaajan mukaan se, onko kehityskeskusteluun käytettävän ajan puitteissa mahdollista käsitellä ravitsemusosaamista syvällisesti ja kehityskeskustelua ei pidetty osaamisen arvioinnin välineenä. Kehityskeskustelun tueksi kaivattiin kuitenkin ”raameja ja mittareita”. Kehityskeskusteluihin nähtiin vaikuttavan kehityskeskustelun pitäjän oma koulutustausta ja asiantuntemus ravitsemushoidosta.

Keskustelemalla tapahtuva hoitajan ruokailu- ja ravitsemusosaamisen arviointi herätti arviointia keskustelun tarjoamista monista näkökulmista. Asiantuntijaraadin mukaan keskustelu edistää esimiehen kuvaa hoitajan osaamisesta ja edistää koulutusten suunnittelun toteuttamista. Haittana keskustelussa ovat joskus toimimattomat vuorovaikutustilanteet ja uhkana nähtiin arvioijan puuttuva substanssiosaaminen. Näillä tekijöillä voi olla vaikutusta näyttöön perustuvan toiminnan toteutumiseen. Mahdollisuuksina tuli esiin tiimin osaamispääoman kar-

tuttaminen keskusteluihin ja työntekijän henkilökohtaisen kehittymisen edistäminen. Oppimisen kerrottiin tapahtuvan vuorovaikutuksessa kollegoiden kanssa. Keskusteluihin tapahtuvaa arviointia myös kritisoitiin. Keskustelua ei pidetty hyvänä menetelmänä, sillä se sitoo arvioijan aikaa, hoitajien vaihtuvuus aiheuttaisi arvioinnille haasteita ja kysymys heräsi siitä, kuka työryhmässä olisi arvioinnin toteuttaja ja miten se toteutettaisiin käytännössä. Keskustelun toteuttamista varten toivottiin mittaria ja ohjeita. Käytännön työssä tapahtuvan oppimisen ja oppimistilaisuuksien hyödyntämisen ja yhteisesti moniammatillisesti keskustellen voi parantaa työyhteisön kollektiivista osaamis-pääoma. Työyhteisöihin kaivattiin pohdintaa ravitsemusasioista, laadukkaita koulutuksia ja erityisesti ravitsemuskoulutuksia kotihoidon tarpeisiin. Asiantuntijaraati keskusteli osaamiskartan antamista mahdollisuuksista osaamisen arviointiin.

Hygieniapassi ruokailu- ja ravitsemusosaamisen kartoittamisessa oli osalle asiantuntijaraadin jäsenistä vieras. Hygieniapassin suorittamista toivottiin kaikille niille hoitajille, jotka käsittelevät ruokaa tai ovat muuten ravitsemuksen kanssa tekemisissä. Asiantuntijaraati haluaisi käyttää hygieniapassin kaltaista osaamispassia, jonne kirjattaisiin suoritettut koulutukset ja näin sitä voisi käyttää osaamisen todentamisessa.

Näyttöprosessissa tapahtuvan hoitajan osaamisen arvioinnin etuja olisi osaamisen varmistaminen ja ravitsemusosaamisen tärkeyden korostuminen. Etuna on myös kaikille osallistujille saamat kysymykset ja menetelmän soveltuvuus kaikille työntekijöille. Haittana vastaajan mukaan olisi se, että näyttöprosessi jo nykyiselläänkin kestää melko kauan ja ravitsemusosion lisääminen siihen laajentaisi aihepiiriä ja asettaisi haasteita suorittamisen ajalliseen kestoan. Raadin mukaan lähihoitajille järjestettävässä näyttökeskustelussa käydään nykyisin läpi ravitsemusta. Esille tuli ajatus, riittääkö terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien ammattitaito vastaanottamaan myös ravitsemukseen liittyvää näyttöä, vai olisiko syytä käyttää osaamisen arviointiin ravitsemusterapeuttien ammattitaitoa. Näyttöprosessissa tapahtuva arviointi on helppoa toteuttaa, sillä siihen vaadittavat kriteerit ovat jo valmiina.

Perehdytysohjelmaan sisältyvän hoitajan ravitsemusosaamisen arvioinnin etu olisi ruokailu- ja ravitsemusasioiden liittyminen kotihoidon kokonaisuuteen ja ravitsemuksen tärkeys nousisi erityisesti esille. Perehdytys voisi koostua tai siihen voisi sisältyä verkkokurssikin. Nykyiseen perehdytyspolkuun kuuluu vastaajan mukaan Pegasos ohjelman ja RAI - arvioinnin opetusta, mutta myös ravitsemusaiheisen perehdytyksen sisältyminen perehdytykseen voisi tulevaisuudessa olla aiheellista. Kritiikkiä sai perehdytyksen puuttuminen, perehdytyksen toteutus ja perehdytykseen käytetty liian vähäinen aika. Perehdytys tapahtui joskus käytännössä niin, että toinen hoitaja perehdytti uutta hoitajaa oman työnsä ohessa. Vastaajan mukaan perehdytyspolun koulutuksiin ilmoittautumismenettely oli hankala ja siihen toivottiin joustavuutta, kuten mahdollisuus ilmoittautua kaikkiin perehdytyskoulutuksiin yhdellä kertaa. Perehdyttäjän oman osaamisen heijastuminen perehdytykseen mietitytti vastaajaa. Perehdytysohjel-

maan sisältyvää osaamisen arviointia voisi käyttää uusien työntekijöiden kanssa ja sen käytön haittana tuli esille, etteivät työelämässä jo olevat työntekijät tätä perehdytystä saa. Helsingin kaupungissa työestetään juuri ravitsemusosiota perehdytyksen tueksi kotihoidon henkilöstölle.

Raadin mukaan osaamisen arvioinnin eri menetelmiä yhdistelemällä, kuten testit ja verkkokurssit, voitaisiin arvioida monipuolisesti ravitsemusosaamista. Näitä tietoja syvennettäisiin osaamiskeskusteluihin kehityskeskustelussa, jonka perusteella koulutuksen toteuttamista suunnitellaan. Osaamisen hyödyntäminen ja tiedon soveltaminen hoitotyössä tarkoittavat hoitosuunnitelman yksilöllisen laatimisen kullekin asiakkaalle ja suunnitelman toteutumisen jatkuvaa arviointia. Asiantuntijoiden mielestä tämän toteuttamiseksi tuli saada riittävän paljon erilaisia välineitä ja opiskelumateriaalia, joiden avulla tietoa saadaan ja voidaan kerätä. Kehittämissideoina ja kehittämisen keinoina asiantuntijaraadissa nimettiin perehdytyskoulutukset, joita haluttiin järjestää alkeiskursseina ja kursseina edistyneille. Toiveita oli myös verkkokurssien toteuttamista kohtaan, sekä opiskelumateriaalien uudistaminen ja videoiden käyttöönotto opiskelumateriaaleina.

6.2 Toiminnan kehittäminen

Kehittämissuunnitelmaa ovat ohjanneet tutkimuksen tulokset (luku 4) ja asiantuntijaraadin kommentit (alaluku 6.1). Kehittämissuunnitelmassa esitellään suositukset ratkaisusta, jotka kotihoidon koulutusten suunnittelussa ja osaamisen lisäämiseksi tulisi huomioida. Ruokailuun ja ravitsemukseen liittyvät osaamistarpeet vaihtelivat paljon yksilöllisesti, hoitajien koulutustarpeet olivat erilaisia ja se asettaa haasteita osaamisen arviointiin, osaamisen jakamiseen työyhteisössä ja työyhteisön osaamisen lisäämiseen kotihoidossa. Siksi kehittämissuunnitelmana on laatia suositukset, jotka kotihoidon henkilökunnan koulutuksissa tulisi huomioida.

Kotihoidon hoitajilla on paljon osaamista eivätkä kaikki hoitajat kokeneet tarvitsevansa osaamista ravitsemuksesta lisää. Koska osa hoitajista kokee puutteita tiedoissa ja taidoissa, asiakkaiden hoito voi vaihdella hoitajasta riippuen. Perusosaamisen taso saavutetaan ammatitopinoissa ja ammattikorkeakoulussa, sen lisäksi osaamiseen vaikuttaa myös työelämässä hankittu osaaminen. Jotta hoitajien monenlaisiin ruokailu- ja ravitsemusosaamistarpeisiin voidaan vastata, pitäisi tarkastella hoitajien ammattitaitovaatimuksia ja laatia niihin tarvittaessa tarkennuksia. Jotta kotihoidon ruokailu- ja ravitsemusosaamista voitaisiin edistää tulisi määritellä tarkemmin se osaamisen taso, jota kotihoidon hoitajilta edellytetään. Kotihoidon ravitsemuskriteerien määrittely saattaisi tuoda selkeyttä hyvän ravitsemuksen toteuttamiseen. Ravitsemusosaamisen osaamiskriteerien määrittelyssä voidaan käyttää esimerkiksi asiakkaan näkökulmaa, työntekijän näkökulmaa tai organisaation näkökulmaa ja valtakunnallisia ravitsemussuosituksia. Ravitsemusosaamisprofiileja tai osaamisen tavoiteprofiileja voidaan hyödyntää esimerkiksi osaamiskartoituksen teossa.

6.2.1 Osaamiskartan ja osaamisen arvioinnin hyödyntäminen

Osaamiskartan laadinta auttaa osaamisen hallinnassa ja on tukena silloin, kun osaamisista halutaan keskustella, osaamista halutaan arvioida, seurata ja kehittää. Se voidaan laatia tiimin osaamisista, koko työyhteisön tai organisaation osaamisista tai erikseen valitusta rajatusta teemasta, kuten ravitsemushoidon osaaminen. Osaamiskartan avulla saadaan kokonaisnäkemys osaamisesta ja osaamisen kehittymisalueet täsmentyvät. Osaamiskartta onnistuu parhaiten mitä monipuolisempi osallistujakunta on ollut sen laadinnassa mukana. Se laaditaan monesti tulevaisuutta ajatellen ja sitä voidaan käyttää apuna esimerkiksi rekrytoinneissa. (Hätönen 2011: 18-19.) Osaamiskartoituksen avulla työyhteisössä oleva osaaminen saadaan näkyväksi ja henkilökohtainen osaamispotentiaali esiin.

Osaamiskartan luontia edeltää organisaation osaamisen määrittely, jonka jälkeen tehdään osaamiskartta. Karttaan nimetään olennaiset todelliset työn osaamisalueet ja kriteerit osaamisen arvioimiseksi. Sen jälkeen muodostetaan osaamisen tavoiteprofiilit, joiden avulla osaamisen arviointia tehdään. Osaamisen arviointi voidaan tehdä itsearviointina tai kehityskeskusteluissa esimiehen kanssa. Kehityskeskusteluissa voisi arvioida tarkemmin ravitsemusosaamista, määritellä tavoitteita ja miettiä kehittämisen keinoja. Kehityskeskustelut voidaan toteuttaa kahdenkeskinä keskusteluina esimiehen ja alaisen välillä, kollegoiden kesken tai yhteisesti ryhmässä. (Hätönen 2011: 34; Viitala 2005: 361-365). Kehityskeskusteluissa voidaan hyödyntää osaamiskartoituksen tuloksia. Myös 360°-arviointi soveltuu osaamisen arviointiin ja tarjoaa arviointiin monia näkökulmia. Sillä voi koota palautetta arvioinnin kohteena olevalta henkilöltä, hänen kollegoiltaan, esimiehiltä ja asiakkailta. (Hätönen 2011: 36-40.)

Tasapuolista hoitajien osaamisen arviointia edistää osaamistasojen ja arviointikriteerien määrittäminen. Osaamistasoja voi olla esimerkiksi yhdestä viiteen, kuten perusosaamistaso, hyvän osaamisen taso, erinomainen osaamistaso ja huippuasiantuntijan osaamisen taso. Osaamistasojen määrittelyssä voidaan käyttää apuna ammatillisiin perustutkintoihin määritellyjä osaamisen arviointikriteereitä tai muita tapoja. (Hätönen 2011: 21-24.) Osaamisprofiilien kuvaaminen auttaa hahmottamaan mitä osaamisia työntekijöillä tulee olla ja mitä osaamista pitää arvioida ja kehittää. Osaamisprofiilit sisältävät osaamisalueiden ja osaamistasojen määrittelyt. (Hätönen 2011: 27.)

Osaamisen arviointi perustuu asetettujen tavoitteiden ja osaamisprofiilien toteutumiseen. Itsearviointissa arvioidaan omaa osaamista, omia suorituksia ja toimintaa kriittisesti. Itsearviointi parantaa työntekijän ymmärrystä oman työn liittymisestä koko työyhteisön toimintaan. (Hätönen 2011: 32-33.) Se edistää myös henkilökohtaisten kehittymisalueiden löytämistä. Monien osaamisen arvioinnin eri menetelmien käyttö antaa luotettavimman lopputuloksen. Eri-laisin keinoin tapahtuva osaamisen arviointi auttaa suunnittelemaan henkilöstön puuttuvan osaamisen hankkimista ja työntekijöiden sijoittelua organisaatiossa.

6.2.2 Keinoja osaamisen lisäämiseksi

Keinoja osaamisen lisäämiseksi työyhteisöissä on monia. Monipuoliset koulutukset, joissa on huomioitu tutkimuksen tuloksissa (luku 4) havaitut haasteet, kuten asiakaskohtaiseen ja laadukkaaseen hoitoon liittyvät haasteet, hoitajien nykyiset ja tulevaisuuden koulutustarpeet kotihoidossa, tiiviimpään moniosaajien yhteistyöhön ja osaamisen hyödyntämiseen tähtäävät toimet ja ravitsemusosaamisen kartoittamiseen liittyvät keinot. Koulutuksia tarvitaan hoitajille lisää, sillä ne edistävät oppimista. Verkkokoulutusten toteuttaminen voi olla yksi ratkaisu. Keinot opitun tiedon soveltamiseksi käytäntöön ovat tärkeitä. Sisäiset organisaatiokohtaisiin tarpeisiin kohdistetut koulutukset ja ulkoiset koulutukset voivat tarjota monipuolista tietoa työntekijöille. (Hätönen 2011: 94-96.) Koulutusten suunnittelun haasteet liittyvät siihen, että hoitohenkilökunnan ravitsemuskoulutustarpeet eroavat paljon toisistaan ja hoitajat tarvitsisivat erityisesti kotihoidon tarpeisiin kohdennettua tietoa ja koulutuksia. Yksilöt oppivat eri tavoilla, joten mahdollisuus huomioida yksilölliset tavat ja tyylit oppia ovat tärkeitä.

Koulutusten lisäksi kotihoidon henkilökunnan osaamista lisäävät monenlaiset oppimisen mahdollisuudet, kuten kirjalliset materiaalit itseopiskeluun tai mahdollisuudet oppia työtä tekemällä tai yhteisesti tietoa jakamalla. Kirjallisten virallisten materiaalien ohella voi olla tarpeellista ohjata työntekijöitä etsimään ruokailu- ja ravitsemusaiheista tietoa myös muista sopivista lähteistä. Tulisiko työyhteisöissä olla valmiina lista lähdeaineistosta ja hyvistä ravitsemusaiheisista lähteistä, mikäli henkilökunta tarvitsee lisää tietoa ja haluaa syventää taitoja tietystä aihepiiristä. Tieto siitä, mistä lähdemateriaalia voi hankkia itsenäisesti saattaisi helpottaa kiireistä hoitotyön arkea. Kirjallisuudesta voi löytyä tietoa haasteisiin, joita kotihoidon hoitajat kohtaavat, kuten ruokahaluttomuus ja puremis- ja nielemisvaikeudet. Esimerkiksi kirjassa Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot, löytyy paljon tietoa. (Suominen 2008.) Opiskelumateriaalit ravitsemuksesta, joihin pääsisi mobiililaitteilla voisi olla myös hyvä ratkaisu työntekijöille, joilla on liikkuva työ. Apua lääkkeiden ja ravitsemuksen yhteensovittamiseen voisi tarjota potilastietojärjestelmien älykäs lääkelista, joka huomauttaisi hoitajaa lääkkeen ja tietyn ruoka-aineen yhdistelmien sopimattomuudesta. Tällaisten huomioitavien tietojen näkyminen hoito- ja palvelusuunnitelmissa olisi tärkeää.

Tietoa hoitoalan ammattilaisille voitaisiin tarjota verkkokurssien tai verkkotehtävien, pelien tai osaamista kartoittavien testien muodossa. Kehittämiskohteena voisi olla verkkokurssien kehittäminen ja niiden yhteydessä ravitsemusosaamisen arvioiva osio. Verkkokurssien tai testien kehittämisessä kannattaisi hyödyntää alan oppilaitosten opiskelijoita ja muita yhteistyöverkostoja, ravitsemusterapeutteja ja niiden sisällön tuottamisessa tulisi huomioida ravitsemussuositukset.

Jos halutaan lisätä työyhteisön kollektiivista osaamista ja osaamispääomaa voisi miettiä keinoja, jotka edistävät vuorovaikutuksessa tapahtuvaa tiedon jakamista. Työyhteisöjen jo ole-

massa olevia oppimisen ja tiedon välittämisen tapoja vahvistamalla, voidaan edistää oppimisen kehittymistä. Tällaisia ovat esimerkiksi raportointikäytännöt, yhteiset kokoukset ja niiden sisältöjen systemaattinen kehittäminen ja tiedonkulun parantaminen. Työyhteisöissä voi oppia ruokailu- ja ravitsemusasioista keskustelemalla toisten työntekijöiden kanssa. Oppimista tapahtuu työssä osittain huomaamatta, mutta jos siitä halutaan tehdä tavoitteellisempaa, voidaan yhteisiin kokouksiin määritellä etukäteen aiheita, joita yhteisesti keskustelemalla syvennetään. Esimerkiksi ravitsemustilanteen arvioinnin osaamista tarvitaan tulosten mukaan lisää ja sitä voisi oppia tiimissä tällä tavoin. Oppimisen tueksi tarvittaisiin keinoja, jotka edistävät ravitsemusterapeutin ja ravitsemusyhdyshenkilöiden ravitsemusosaamisen siirtymistä hoitajien keskuudessa.

Ravitsemustilanteen arvioinnin opetus käytännönläheisesti ja keinot, jotka edistävät yhteistä moniammatillista hoitosuunnitelmien yksilöllistä suunnittelua, tukevat hoitajien osaamisen kehittymistä. Erilaisten ruokailu- ja ravitsemushoidon käytänteiden pohdinta voi edistää uudenlaisten toimintatapojen, toimintamallien tai toimintaprosessien muodostumiseen ja edistää laadunhallintaa. Oman työn ohessa tapahtuvaa sisäistä kehittämistä voi tehdä kuka tahansa työyhteisön jäsenistä. Se ei ole sidottu virallisiin kehittämistehtäviin, vaan on vapaampaa kehittämistä ja ihmistenvälistä yhteistyötä. (Hätönen 2011: 74-75.) Sisäiset kehittäjät ovat luonnostaan kehittämissuuntautuneita, mutta tarvitsevat ympärilleen myös muita kehittämisestä innostuneita työntekijöitä.

Vertaisoppimisen avulla tapahtuvassa oppimisessa ammattilaiset oppivat toisiltaan yhteistyössä vastavuoroisesti. Se perustuu tiedon jakamiseen ja kokemusten välittämiseen. (Hätönen 2011: 79.) Oppimiseen voidaan käyttää myös ulkoista vertaisarviointia, jossa saman työkokemuksen omaavat suorittavat arvioinnin. Molemmilla osapuolilla on mahdollisuus oppia uutta toisiltaan. Vertaisarviointi tapahtuu aina arviointikriteerien mukaan ja etenee järjestelmällisesti vaiheittain. (Hätönen 2011: 79-81.) Kotihoidon ravitsemusosaamista voitaisiin arvioida myös tätä menetelmää apuna käyttäen. Arviointiin tulee valmistautua ja varata siihen aikaa. Vertaisarvioinnin vaiheiden jälkeen (joita ovat alkuvalmistelut, vertaisarviointikäynti, vertaisarviointiraportti ja toteutusvaihe) seuraa toinen vertaisarviointikierron (Hätönen 2011: 80). Syklimäisyys on ominaista vertaisarvioinnissa.

Työyhteisön osaamisen vahvistamisen keinoksi voisi sopia myös mentorointi. Mentoroinnissa keskustellen ja vuorovaikutuksessa kokenut mentori ohjaa ja auttaa mentoroinnin kohteena olevaa työntekijää. Tavoitteena on auttaa oppijaa itseään löytämään parhaat keinot toimia, ei niinkään antaa valmiita ohjeita. Ohjattava oppii työtä tekemällä, saaden ideoita ja ymmärtämällä. Mentorointiin liittyy monesti ammattiin tai kehitymisalueisiin liittyvien tehtävien tekoa varsinaisten mentorointitapaamisten välillä. (Hätönen 2011: 88-89.) Mentorointi tukee ammatillista kehittymistä, auttaa arvioimaan omia mahdollisuuksia, kehittää itsetuntemusta

ja organisaation sitoutumista. Mentorointi auttaa omien käsitysten reflektoinnissa, antaa mahdollisuuden oppia muilta lisää ja tukee muutoksissa. Mentorointia voidaan toteuttaa yksilömentorointina, vertaismentorointina, ryhmässä ja internetin avulla. (Hätönen 2011: 89-91; Viitala 2005: 366-369). Mentorina toimii yleensä työyhteisön ulkopuolinen henkilö.

Hyvä tapa tehostaa osaamista on perehdytys. Perehdyttämistä työtehtäviin tapahtuu yleensä uuden työntekijän kohdalla. Perehdytyksen avulla työntekijälle muodostuu kokonaisvaltainen kuva työtehtävistään ja työpaikan toimintatavoista. (Hätönen 2011: 71.) Perehdytyksessä voidaan myös vaikuttaa hoitajien osaamiseen liittyen ravitsemukseen, mikäli perehdytys on suunnitelmallista ja systemaattista ja täyttää sille asetetut tavoitteet. Perehdytyksessä on hyvä käyttää ohjeita ja perehdyttämissuunnitelmaa apuna, jotta oleelliset asiat muistetaan käydä läpi. Onnistuessaan perehdyttämisellä on kauaskantoisia vaikutuksia, kuten työhön sitoutumisen ja työntekijän vastuunoton lisääntyminen. Perehdyttäjälle itselleen tarjoutuu myös uusia näkökulmia työhön ja uutta työntekijää kohtaan. (Hätönen 2011: 71-73; Viitala 2005: 256-360). Perehdytys tulisi suhteuttaa perehtyjän osaamistasoon ja työkokemukseen, mutta myös kokenut työntekijä voi kokea perehdytyksen tarvetta. Perehdytys voi tapahtua keskustelemalla, koulutuksin, ammattilaisen kanssa yhdessä tekemistä tai kirjallisiin materiaaleihin tutustumista.

Kehittämistoimintaa voisi kohdentaa perehdyttämisen tutkimiseen, toteuttamiseen ja sen edistämiseen, jotta se toteutuisi parhaalla mahdollisella tavalla. Idea jatkuvista perehdytyskoulutuksista on hyödyllinen ja sen toteuttamista kannattaa pohtia tarkemmin. Esimerkiksi kuka perehdyttäjä voi olla, miten perehdytys toteutetaan, toteutuuko se samoja periaatteita noudattaen kaikille, kuinka uutta tai kokenutta tulisi perehdyttää ja miten tietoa siirretään työntekijöiden välillä.

Yksi oppimisen tapa on työkierto, jota voi toteuttaa myös työryhmän sisäisenä toimintana. Työkierron avulla voidaan edistää hoitajien osaamista. Työkierrossa oleva hoitaja siirtyy omasta halustaan toiseen tehtävään oppiakseen uutta. Kehittämisen keinoina voidaan käyttää myös työpajoja, joissa keskustellen ja pohtien kehitetään valittua teemaa, kuten ravitsemus. (Hätönen 2011: 98-101.) Yksi keino lisätä osaamisen hallintaa ja saada apua ideointiin voi olla eOsmo-hankkeen myötä luodut virtuaaliset työkalut, kuten työkirja, innokukka ja dynaaminen palapeli (Puhakka, Sihvo, Väyrynen, Häkkinen & Kukkonen 2011). Terveystieteiden osaamisen johtamiseen liittyvä eOsmo -hanke oli vuosina 2009-2011 ja sen tavoitteena oli ratkoa osaamiseen liittyviä haasteita, tarjota niihin ratkaisuja, lisätä osaamisverkostoyhteistyötä ja tukea työyhteisöissä hyvinvointia.

Osaamisen kehittämisen keinoja on monia ja menetelmän valinnassa on otettava huomioon sen käyttötarkoitus ja kohderyhmä. Koulutusten ohella kannattaa edistää sosiaalisissa verkos-

toissa tapahtuvaa oppimista. Ruokailu- ja ravitsemusosaamiselle asetetut tavoitteet ohjaavat osaamisen kehittämistä, osaamisen tason saavuttamista, sen ylläpitämistä ja arvioimista. Osaamista voidaan ylläpitää ja uudistaa esimiehen kannustavalla ja aktivoivalla otteella ja työntekijöiden henkilökohtaisia kehittymistavoitteita tukemalla. Näin voidaan vaikuttaa laadukkaan ja asiakaskohtainen ravitsemushoidon toteutumiseen tulevaisuudessa.

7 Luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus on tieteellisen tiedon tärkeä lähtökohta (Toikko & Rantanen 2009 :158). Luotettavuus todennetaan laadullisessa tutkimuksessa siten, että tutkimuksen kulku, eteneminen ja tehdyt valinnat kuvataan seikkaperäisesti. Luotettavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset ovat totuudenmukaisia, objektiivisia ja puolueettomia. Tutkimuksen tuloksissa ei saisi näkyä opinnäytetyöntekijän oma tulkinta, vaikka sitä on mahdotonta välttää siitä syystä, että opinnäytetyöntekijä on tutkimusasetelman asettaja ja tulosten tulkitsija. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 134-136.) Opinnäytetyön luotettavuutta on pyritty parantamaan selkeydellä ja menetelmien ja tehtyjen valintojen perustelemisella. Aineistonkeruun tapahtumat on kuvattu kirjallisessa työssä. Toimijoilla on ollut omakohtaista kokemusta asiakkaiden ruokailusta ja ravitsemushoidosta, joten aihe on ollut heille tuttu. Tutkimuksen tekijä on pyrkinyt huomioimaan työelämän tarpeita ja toiveita tutkimusprosessin aikana. (Kylmä & Juvakka 2007: 130-133, 149.)

7.1 Luotettavuus

Koska vastaajien määrä on kuitenkin pieni, tutkimuksella saatuja tuloksia ei voida täysin yleistää koskemaan tilannetta koko Helsingin kotihoidon alueella. Tutkimustulokset antavat tietoa niistä ruokailu- ja ravitsemushoidon haasteista, joita hoitotyössä voi olla. Asiakkaan ravitsemustilanteeseen vaikuttaa moni asia hoitajan ravitsemushoidon osaamisen lisäksi. Koulutustarpeet ovat yksilöllisiä ja hoitajien osaamiseen vaikuttavat vaihtelevat tekijät, kuten työkokemus, aikaisemmat työsuhteet, työtehtävät, omat kiinnostuksen kohteet ja kouluttautuminen. Laadullisella kyselyllä ei selvitetty vastaajien taustaa, kuten koulutus ja työhistoria, sillä anonymisuus haluttiin säilyttää (Valli & Aaltola 2015: 86). Vastaajien tunnistamattomuus oli tärkeää, jotta vastaajia voitiin houkutella osallistumaan tutkimukseen. (Kuula 2006: 200-201.) Raportoinnin eri vaiheissa on kunnioitettu tätä päämäärää. Kyselykaavakkeissa ei kysytty ikää, työvuosien määrää, sukupuolta, etnistä taustaa tai nimiä. (Kuula 2006: 210-212.) Tämän vuoksi tulosten pohdinnassa ei voida hyödyntää taustatietojen, kuten työkokemuksen vaikutusta hoitajan osaamiseen tai koulutuksen tarpeellisuuteen. Vastausten perusteella ei voitu päätellä oliko eroja eri koulutustaustan omaavilla vastaajilla. Työryhmäkohtaisia eroja koulutustarpeessa ei myöskään voida eritellä. Tämä ratkaisu voi heikentää tulosten luotettavuutta. Kyselyillä saadut tiedot hävitettiin niiden tullessa tarpeettomiksi. Tutkittua tietoa

suomalaisten kotihoidon hoitajien ravitsemuskoulutustarpeista ei ollut paljon saatavilla, tämä vaikutti opinnäytetyön toteutukseen.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, vastaavuuden, siirrettävyyden, varmuuden, riippuvuuden, vakiintuneisuuden ja vahvistettavuuden näkökulmista (Tuomi & Sarajärvi 2013, 138-139). Arvioissa otetaan huomioon tutkimustilanteen toteutuminen.

Tiedon uskottavuutta on pyritty lisäämään esittelemällä ja pohtimalla tutkimuksen tuloksia ja arvioimalla niiden merkitystä. Tutkimusprosessin aikana on hyödynnetty tutkimuspäiväkirjaa. Uskottavuutta on pyritty vahvistamaan hyödyntämällä triangulaatiota eli samasta aiheesta on pyritty nostamaan eri näkökulmia. Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten menetelmien tai lähteiden yhdistämistä tutkimuksessa. Esimerkiksi hoitajien osaaminen, kotihoidon ohjaajien näkemykset osaamisesta ja aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tuoma tieto on pyritty kuvaamaan totuudenmukaisesti. Asiantuntijaraatia käytettiin tulosten arvioimisen apuna aihepiiriä syventäen. (Kylmä & Juvakka 2007: 127-129.) Asiantuntijaraadilla oli mahdollisuus kokouksessa arvioida keinoja, joiden avulla hoitajien ruokailu- ja ravitsemusosaamista voidaan arvioida. Triangulaatiolla ja aineiston kylläntymisen eli saturaation avulla on pyritty lisäämään aineiston luotettavuutta. (Lincoln, & Cuba, 1985: 299-328.) Saatujen tulosten uskottavuutta parantaa kyselyillä saatu suora tieto vastaajilta. Tulosten uskottavuutta ovat voineet heikentää tulosten analyysivaiheen haasteet esimerkiksi vastauslomakkeiden epäselvä käsiala tai tulkin-tavirheet. Uskottavuutta lisäävät useat saman suuntaiset vastaukset (Alasuutari 2011: 111).

Opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt käsittelemään saatua materiaalia siten, ettei alkuperäinen tieto ole vääristynyt analyysin edetessä. Tämä parantaa vastaavuuden toteutumista. Analyysin eri vaiheissa on tehty tarkistuksia ja analyysin eri vaiheissa tarkasteltu niiden todenperäisyyttä kyselyillä saatuun alkuperäiseen aineistoon verrattuna. (Tuomi & Sarajärvi 2013: 138-139.) Laadullisella kyselyllä saadun aineiston analyysi ja käsitteiden hierarkia on opinnäytetyöntekijän luoma. Analyysin tuottamat kategoriat, ala- ja yläkäsitteet ja kokoava käsite on esitelty, jotta lukijan on helpompi ymmärtää, miten tuloksiin on päädytty.

Kyselyillä saatuja tietoja voidaan hyödyntää työyhteisössä ja saatuja havaintoja soveltaa työn kehittämisessä. (Tuomi & Sarajärvi 2013: 138-139.) Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan soveltaa muissa samankaltaisissa työyhteisöissä esimerkiksi kotihoidossa pääkaupunkiseudulla. Tulosten siirrettävyyden näkökulma toteutuu parhaiten, kun kyseessä on vastaavanlainen ympäristö ja olosuhteet, kuten tutkimukseen osallistuvilla on ollut. Tulosten siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten käyttöä muualla samankaltaisissa olosuhteissa. Esimerkiksi tämän opinnäytetyön tuottamia tuloksia voitaisiin saada myös muissa yksiköissä, joissa tutkittaisiin kotihoidon henkilökunnan ruokailu- ja ravitsemuskoulutustarvetta. Jotta tuloksia voidaan

siirtää muualle, pitää olla riittävästi tietoa tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä, jossa tutkimus on suoritettu. (Kylmä & Juvakka 2007: 129.) Vappu Salon tutkimuksessa saatiin samankaltaisia tuloksia kuin tässä opinnäytetyössä, vaikka se oli toteutettu kotipalvelussa. Tämän opinnäytetyön tulokset eivät edusta täysin kaikkien kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä, sillä kyselyyn ei vastannut koko Helsingin kaupungin henkilöstö. (Tuomi & Sarajärvi 2013: 138-139.) Kaikki vastaajat eivät myöskään kokeneet tarvitsevansa ruokailu- tai ravitsemusaiheista koulutusta tällä hetkellä.

Opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt ennakoimaan muita kyselyn toteuttamiseen vaikuttavia tekijöitä tulosten varmuuden lisäämiseksi. Kyselyn olisi voinut esimerkiksi tehdä toisena ajankohdantana uudestaan, mikäli osallistujia ei olisi tullut riittävästi ensimmäisellä kierroksella. (Tuomi & Sarajärvi 2013: 138-139.) Opinnäytetyöntekijä ei tiedä keitä vastaajat ovat olleet tai miten ennustamattomat tekijät ovat voineet vaikuttaa tutkimuksen toteutukseen. Kyselyn toteutusajankohtaa siirrettiin myöhemmäksi osallistujien ja opinnäytetyöntekijän aikataulusyistä. Opinnäytetyön tekijä ei ole voinut vaikuttaa olosuhteisiin, jotka tutkittavilla on ollut kyselylomaketta täytettäessään. (Tuomi & Sarajärvi 2013: 138-139.) Tutkittavien rajausta vakituiseen henkilökuntaan olisi saattanut tuottaa erilaisia tuloksia. Tulosten varmuuden lisäämiseksi analyysiä on havainnollistettu liitteenä olevin taulukoin. Riippuvuus näkökulma opinnäytetyön toteutuksessa on pyritty toteuttamaan toimimalla tieteellisten periaatteiden ohjaamana. Opinnäytetyön toteuttamisessa on huomioitu Helsingin kaupungin ohjeet tutkimuslupahakemuksen teossa (Helsingin kaupunki 2015) ja Laurea Ammattikorkeakoulun ohjeet opinnäytetyön tekijöille. (Tuomi & Sarajärvi 2013: 138-139.)

Vakiintuneisuutta tuloksissa edistää se, että työyhteisön jäsenillä oli mahdollisuus esittää arvioita tulosten oikeellisuudesta muiden arvioitsijoiden lisäksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013: 138-139.) Tuloksia on kuvattu avoimesti ja niin, että ulkopuolinen voi arvioida niiden todenperäisyyttä. Tulokset on pyritty esittämään niin, että niiden tuottamaa tietoa voidaan soveltaa vastaavassa kontekstissa. Nämä seikat vaikuttavat tulosten vahvistettavuuteen. (Tuomi & Sarajärvi 2013: 138-139.) Vahvistettavuuden näkökulmaa on pyritty ylläpitämään tutkimuspäiväkirjan avulla ja kuvailemalla tutkimusprosessin eteneminen. (Kylmä & Juvakka 2007: 129.) Vahvistuvuutta lisää se, että muista lähteistä on saatu saman sisältöisiä tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2013: 138-139.) Kotihoidon hoitajien ravitsemuskoulutustarvetta ei ole paljon Suomessa tutkittu tai tieto on organisaatioiden sisäisessä käytössä. Salon tutkimuksen tulokset ovat olleet saman suuntaisia. Vakuuttavuus tarkoittaa tutkimuksen läpinäkyvyyden ja pätevyyden toteutumista (Toikko, & Rantanen 2009: 123). Lincolnin ja Cuban mukaan vakuuttavuus liittyy vahvasti tutkimuksen uskottavuuteen ja johdonmukaisuuteen. Tähän on pyritty vaikuttamaan kuvaamalla tutkimuksen kulku, myös tuloksia huonotavat asiat.

7.2 Eettisyys

Eettisyydellä tarkoitetaan rehellisyyttä, avoimuutta ja kriittisyyttä (Hallamaa 2002). Eettiin toimintaan liittyy ammatin harjoittamisen kunnioittaminen, kollegiaalisuus ja sosiaalinen vastuunkanto (Kuula 2006: 30-31). Tutkimuseettisesti tärkeitä lähtökohtia ovat tarkkuus, huolellisuus ja vastuullinen viestintä opinnäytetyön eri vaiheissa. Aiheen valinta on ollut rajattu, eikä se ole ollut tutkittavien näkökulmasta eettisesti arveluttava. Suunnitelmallisuus opinnäytetyön toteuttamisessa lisää tiedon hyödynnettävyyttä. Tutkimusluvan (kts. Liite 5) saaminen oli edellytys tutkimuksen suorittamiselle. Hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan toimimisen ja osallisten vastuiden ja velvollisuuksien selvittämisen lisäksi huolehdittiin tietosuojan toteutumisesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002: 3; Kuula 2006: 34-35; Tuomi & Sarajärvi 2013: 132-133).

Eettisyys on pyritty huomioimaan jo tutkimussuunnitelman tekovaiheessa. Eettisyys näkyy kaikissa valinta- ja päätöksentekotilanteissa. Opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt arvioimaan aiheen valinnan aikana ja tutkimussuunnitelman tekovaiheessa esimerkiksi eri lakien vaikutuksen opinnäytetyön tekemiseen. (Kylmä & Juvakka 2007: 67, 137-139, 144-145.) Toimijat ovat aikuisia työyhteisön jäseniä, jotka eivät ole Opinnäytetyöntekijään nähden haavoittuvassa asemassa. Tutkimusaiheen valinnassa huomioitiin aiheen merkitys työelämälle, sen vaikutukset terveyden- ja sairaanhoidon kustannuksiin ja hoidon vaikuttavuuteen ja aiheen merkitys asiakkaan hyvinvoinnille.

Tutkittavat pysyivät anonyymeinä, eikä henkilötietoja joutunut ulkopuolisille. Opinnäytetyöntekijän tavoitteena oli minimoida haitta ja vaiva, joka tutkittaville voisi aiheutua opinnäytetyön osallistumisesta. (Kylmä & Juvakka 2007: 149-152.) Tutkimusasetelmassa huomioitiin opinnäytetyön tekemisestä aiheutuvat vaikutukset työntekijöihin. Vastaaajille lähetettiin valmiit vastauskuoret, jotta kyselyiden palauttaminen olisi mahdollisimman helppoa.

Luottamuksellisuutta vastaajien ja opinnäytetyöntekijän välillä edistettiin tiedottamalla, miten vastaajien antamia tietoja käytetään opinnäytetyössä ja miten annettuja sopimuksia noudatettiin (Kuula 2006: 64). Luottamuksellisuutta lisää informointikaavake, joka jaettiin kaikille tutkimukseen osallistuville ennen tutkimusta. (Valli & Aaltola 2015: 88). Opinnäytetyöntekijä pyrki pitämään osalliset tiedotettuina opinnäytetyön kulusta. Saatua aineistoa on käytetty opinnäytetyön materiaalina ja sitä ollaan käsitelty niin, ettei se ole voinut joutua muiden osapuolien haltuun. Tietosuojalainsäädäntö huomioitiin tiedonhankintaa suunniteltaessa ja kyselylomakkeen tekovaiheessa. Tietosuojan päämääränä on suojata tiedon antajan etua, oikeuksia ja yksityiselämää. (Kuula 2006: 64,77.) Tietosuojasta on huolehdittu niin, että tiedot ovat olleet salasanan takana ja suojattuna. (Kuula 2006: 114-115). Tietojen luottamuksellinen käsittely huomioitiin koko opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa. Tulokset pyrittiin esittä-

mään niin, että yksittäistä vastaajaa ei voisi tunnistaa. Tulokset esitettiin rehellisesti ja totuudenmukaisesti (Kylmä & Juvakka 2007: 147).

8 Lähteet

- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. Uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Bauer, J., Biolo, G., Cederholm, T., Cesari, M., Cruz-Jentoft, A., Morley, J., Phillips, S., Sieber, C., Stehle, P., Teta, D., Visvanathan, R., Volpi, E. & Boirie, Y. 2013. Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From The PROT-AGE Study Group. *JAMDA* 14 (8), 542-559.
- Eloniemi-Sulkava U., Saarenheimo M., Laakkonen, M. L., Pietilä, M., Savikko, N., Kautiainen, H., Tilvis R. S. & Pitkälä, K. H. 2009. Family care as collaboration: effectiveness of a multi-component support program for elderly couples with dementia. Randomized controlled intervention study. *Journal of the American Geriatric Society* 57 (12), 2200-2208.
- Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitoyöntekijöiden näkökulmasta?/Does the empowerment patient education realize from the perspective of the nurses. *Hoitotiede* 26 (1), 63-73.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen -Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuushanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto, Suomen sairaanhoidajaliitto ry ja kirjoittajat. Porvoo: Bookwell.
- Groop, J. 2014. Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus projektin julkaisu 1. Helsinki: Kuntaliitto.
- Hallamaa, J. 2002. Tieteen etiikka: ei mitään sensaatioiden siveysoppia. *Tieteessä tapahtuu* 22 (4).
- Hanhinen T. 2010. Työelämäosaaminen, Kvalifikaatioiden luokitusjärjestelmän konstruointi. Akateeminen väitöskirja. Kasvatustieteiden laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hätönen, H. 2011. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II. Helsinki: Educa instituutti.
- Jyrinki, E. 1976. Kysely ja haastattelu tutkimuksessa. 2. Uudistettu painos. Hämeenlinna: Gummerus.
- Jyväkorpi S. K., Pitkälä, K. H., Puranen T. M., Björkman M. P., Kautiainen, H. Strandberg T. E., Soini H. & Suominen M. H. 2015. Low protein and micronutrient intakes in heterogeneous older population samples. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 61 (3), 464-471.
- Kiesswetter, E., Pohlhausen S. Uhlig, K., Diekmann, R., Lesser, S., Hesecker, H. Stehle, P. Sieber C. C. & Volkert, D. 2013. Malnutrition is related to functional impairment in older adults receiving home care. *The Journal of nutrition, health & aging*. 17 (4), 345-350.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus 1. painos. Helsinki: Edita prima.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.
- Lincoln, Y. & Guba, E. 1985. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. *Metodologiasarja* 4. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Miles, M. B. & Huberman A. M. 1994. *Qualitative data analysis* 2. painos. California: Sage.

- Morley, J.E., Argiles, J.M., Evans, W.J., Bhasin, S., Cella, D., Deutz N.E., Doehner, W., Fearon K.C. Ferrucci, L., Hellerstein M.K., Kalantar-Zadeh K., Lochs, H., MacDonald, N., Mulligan, K., Muscaritoli, M., Ponikowski, P. Posthauer, M.E., Rossi Fanelli F., Schambelan M., Schols A.M., Schuster, M. W. & Anker S.D. 2010. Society of Sarcopenia, Cachexia, and wasting Disease. Nutritional recommendations for the management of sarcopenia. *Journal of the American Medical Directors Association* 11 (6), 391-396.
- Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H. & Meretoja, R. 2015. Congruence between nurse managers' and nurses' competence assessments: A correlation study. *Journal of Nursing Education and Practice* 5 (1), 142-150.
- Rullier, L., Lagarde, A., Bouisson, J., Bergua, V. & Barberger-Gateau, P. 2013. Nutritional status of community-dwelling older people with dementia: associations with individual and family caregivers' characteristics. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 28 (6), 580-8.
- Saarela, R. 2014. Oral and nutritional problems among residents in assisted living facilities. Academic dissertation. Faculty of Medicine. Helsinki: University of Helsinki.
- Saarela, R., Lindroos, E., Soini, H., Hiltunen, K., Muurinen, S., Suominen, M. & Pitkälä, K. 2016. Dentition, nutritional status and adequacy of dietary intake among older residents in assisted living facilities. *Gerodontology* 33 (2), 225-232.
- Salo, V. 2012. Kotipalvelun työntekijöiden koulutustarpeet ja ammatillisen kasvun tukeminen iäkkäiden ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C osa 329. Turku: Turun yliopisto.
- Shinji I., Mayomi, O., Junko, S. & Hiromi, S. 2010. The impact of malnutrition and nutrition-related factors on the development and severity of pressure ulcers in older patients receiving home care. *Clinical Nutrition* 29 (1), 47-53.
- Soini H. 2004. Nutrition in Patients Receiving Home Care. Doctoral thesis. Turku: University of Turku.
- Suominen, M. 2008. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot. Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. Vammala: Ravitsemusterapeuttien yhdistys.
- Suominen, M., Muurinen, S., Routasalo, P., Soini, H., Suur-Uski, I., Peiponen, A., Finne-Soveri, H. & Pitkälä, K.H. 2005. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European journal of clinical nutrition* 59 (4), 578-583.
- Suominen, M. 2007. Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals. Academic Dissertation. Helsinki: Helsinki University.
- Suominen, M.H., Sandelin, E., Soini, H. & Pitkälä, K.H. 2009. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *European Journal of Clinical Nutrition* 63 (2), 292-296.
- Suominen, M., Puranen, T. & Jyväkorpi, S. 2013. Ravitsemus muistisairaana kodissa. Loppuraportti. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.
- Suominen, M. H., Jyväkorpi, S.K., Pitkälä, K. H., Finne-Soveri, H., Hakala, P., Mannisto S., Soini, H. & Sarlio-Lahteenkorva S. 2014. Nutritional guidelines for older people in Finland. *The Journal of Nutrition, Health and Aging* 18 (10), 861-867.
- Syrjälä, A-M, Ylöstalo, P., Ruoppi, P., Komulainen, K., Hartikainen, S., Sulkava, R. & Knuuttilla, M. 2012. Dementia and oral health among subjects aged 75 years or older. *Gerodontology* 29 (1), 36-42.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: University Press.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. Uudistettu painos. Vantaa: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. Uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint.

Valli, R. (toim.) & Aaltola, J. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I, metodin valinta ja aineistonkeruu: vinkkejä aloittelevalle tutkijalle. 4. Uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Viitala, R. 2005. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Ota-va.

Sähköiset lähteet

Aldén-Nieminen, H., Raulio, S., Männistö, S., Laitalainen, E., Suominen, M. & Prättälä, R. 2009. Ikääntyneiden suomalaisten ateriointi, Ruokapalveluiden seurantaraportti 3. THL 2009/7. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 15.6.2016.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79979/5572b601-e49d-4196-aeaf-22b5b968a7eb.pdf?sequence=1>

Eskelinen, M. 2014. The Effects of Midlife Diet on Late-Life Cognition: An Epidemiological Approach. Faculty of Health Sciences. Dissertations in Health Sciences 220. Kuopio: University of Eastern Finland. Viitattu 3.7.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1394-4/urn_isbn_978-952-61-1394-4.pdf

Haarala, P. 2014. Terveystenhoitajan ammatillisen osaamisen kuvaus. Terveystenhoitajakoulutuksesta valmistuvien osaamisalueet, tavoitteet ja keskeiset sisällöt. Helsinki: Metropolia. Viitattu 30.11.2016

http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Sosiaali_ja_terveys/Terveystenhoitotyö/Terveystenhoitajan_ammattillisen_osaamisen_kuvaus.pdf

Hakala, P. 2012. Ikääntyneiden ravitsemus. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Duodecim. Viitattu 14.6.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086

Hassi, T.M. 2005. Yhteiskunnalliset muutossuunnat ja kotihoidon työntekijöiden osaaminen tulevaisuudessa: vanhustyön asiantuntijoiden käsityksiä yhteiskunnallisista megatrendeistä ja kotihoidossa vaadittavasta osaamisesta. Lisensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto: Ammattikasvatuksen tutkimus ja koulutuskeskus. Viitattu 30.6.2016.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/76393/lisuri00025.pdf?sequence=1>

Helldán A., Raulio S., Kosola M., Tapanainen H., Ovaskainen M-L. & Virtanen S. 2013. Finravinto 2012 -tutkimus. Raportti 2013/16. Tampere: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.5.2016.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110839/THL_RAP2013_016_%26liitteet.pdf

Helldán, A., Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveystkäyttäytyminen ja terveyst keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993-2013. Raportti 2014/15. Tampere: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 21.3.2017.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116236/URN_ISBN_978-952-302-188-4.pdf?sequence=1

Helsingin Kaupunki. Kaupungin palvelut, Kotihoito. Helsinki: Sosiaali- ja terveysvirasto. Viitattu 22.8.2016. <http://www.hel.fi/www/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/hallinto/palvelut/palvelukuvaus?id=3041>

Helsingin kaupunki tutkimusluvut. Sosiaali- ja terveysviraston ohjeita tutkimusluvan hakijalle 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysvirasto. Viitattu 22.8. 2016. <http://www.hel.fi/www/sote/fi/paatoksenteko/tutkimus-ja-kehittamishankeluvat/tutkimusluvut/tutkimusluvut>

Holstila, A-L, Helakorpi S.& Uutela A. 2012. Eläkeikäisen väestön terveystyytyminen ja terveys keväällä 2011 ja niiden muutokset 1993-2011. Raportti 56/2012. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.11.2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104397/URN_ISBN_978-952-245-716-5.pdf?sequence=1

Inkinen, R., Volmanen, P.& Hakoinen, S. 2016. Turvallinen lääkehoito opas. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015/14. Viitattu 1.11.2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1

Jyväkorpä, S. 2016. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions of nutrient intake, diet quality and quality of life. Academic Dissertation. Faculty of Medicine. Helsinki: University of Helsinki. Viitattu 11.10.2016. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160518/NUTRITIO.pdf>

Jyväkorpä S., Puranen T., Pitkälä K.& Suominen M. 2012. Nutritional treatment of aged individuals with Alzheimer disease living at home with their spouses: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2012 13: 66. Viitattu 5.8.2016. [Http://www.trialsjournal.com/content/13/1/66](http://www.trialsjournal.com/content/13/1/66)

Kaipainen T., Tiihonen M., Hartikainen I.& Nykänen I. 2015. PREVALENCE OF RISK OF MALNUTRITION AND ASSOCIATED FACTORS IN HOME CARE CLIENTS. *The Journal of Nursing Home Research* (1), 47-51. Viitattu 24.7.2016. <http://www.jnursinghomeresearch.com/468-prevalence-of-risk-of-malnutrition-and-associated-factors-in-home-care-clients.html>

KASTE 2012-2015 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. 2012. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö 2012:1. Viitattu 15.6.2016. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74066/STM_2012_%20KASTE_FI_usi.pdf?sequence=1

Kuuden suurimman kaupungin vanhustenpalvelujen vertailu. 2014. Aineiston ylläpitäjä on Helsingin kaupungin tietokeskus ja alkuperäinen tekijä Kuuden suurimman kaupungin sosiaali- ja terveysviraston/jen edustajat. Aineisto on ladattu Helsinki Region Infoshare -palvelusta 25.06.2016 lisenssillä Creative Commons Nimeä 4.0 Kansainvälinen (CC BY 4.0). Viitattu 25.6.2016 <http://www.hri.fi/fi/dataset/kuuden-suurimman-kaupungin-vanhustenpalvelujen-vertailu>

Käypä hoito -suositus, Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013. Aikuisten lihavuus. Duodecim. Viitattu 12.10.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi24010>

Käypä hoito -suositus, Muistisaraudet 2010. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 8.11.2016 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi50044#suositus>

- Milne, A. Potter, J., Vivanti, A. & Avenell, A. 2009. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. The Cochrane database of systematic reviews (2), CD003288. Viitattu 9.10.2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370584>
- Norman K., Pirlich M., Smoliner C. Kilbert A., Schulzke J.D., Ockenga J. & Reinhold T. 2011. Cost-effectiveness of a 3-month intervention with oral nutritional supplements in disease-related malnutrition: a randomised controlled pilot study. *European Journal of Clinical Nutrition* 65 (6), 735-742. Viitattu 1.11.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21407248>
- Opetushallitus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, lähihoitaja 2010. Ammatillisen perustutkinnon perusteet. Määräys 17/011/2010. Vaasa. Viitattu 30.11.2016. http://www.oph.fi/download/124811_SoTe.pdf
- Pedersen, J. L., Pedersen, P. U. & Damsgaard, E. M 2016. Early Nutritional Follow-Up after Discharge Prevents Deterioration of ADL Functions in Malnourished, Independent, Geriatric Patients Who Live Alone - A Randomized Clinical Trial. *The Journal of Nutrition, Health and Aging* 20 (8), 845-853. Viitattu 4.1.2017. <http://link.springer.com/article/10.1007/s12603-015-0629-2>
- Puhakka, A., Sihvo, P., Väyrynen, K., Häkkinen, M. & Kukkonen, T. 2011. Työkirja. Viitattu 14.1.2017. <http://www.eosmo.fi/tyokirja/tyokirja.html>
- Puranen T., Finne-Soveri H., Auranne K., Lehtinen-Fraser M. & Suominen M.H. 2013. Nutritional Intervention Via Videoconferencing for Older Adults Receiving Home Care - A Pilot Study. *The Journal of Frailty & Aging* 2(1),33-7. Viitattu 8.9.2016. <http://europepmc.org/abstract/med/27070456>
- Puranen T., Pietilä S., Pitkälä K., Kautiainen H., Raivio M., Eloniemi-Sulkava U., Jyväkorpi S. & Suominen M. 2014. Caregivers' male gender is associated with poor nutrient intake in AD families (NuAD-trial). *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 18 (7), 672-676. doi:10.1007/s12603-014-0499-z Viitattu 4.11.2016. <http://link.springer.com/article/10.1007/s12603-014-0499-z>
- Ravitsemussuositukset ikääntyneille. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita. Viitattu 13.6.2016. <https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ikaantyneet.suositus-3.pdf>
- Saarnio, J., Pohju, A. & Ahtola, H. 2014. Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 130 (21), 2239-44 Viitattu 29.9.2016. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti///duo11943>
- Sairaala-, kuntoutus, ja hoivapalvelut. 2016. Omavalvontasuunnitelma. Iäkkäiden henkilöiden palvelujen yhteinen omavalvontasuunnitelma 2016. 31.5.2016. Helsingin kaupunki sosiaali- ja terveystieteiden virasto. Viitattu 1.11.2016. <http://www.hel.fi/static/sote/virasto/skh/ovs-2016/kotihoito-keskinen.pdf>
- Saunders H. 2016. Nurses' readiness for evidence-based practice: Implementing the paradigm shift of transforming evidence for clinical practice. *Dissertations in Health sciences*. Kuopio: University of Eastern Finland. Viitattu 31.10.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2167-3/urn_isbn_978-952-61-2167-3.pdf
- Siljamäki-Ojansuu U. 2014. Oikean ravitsemuksen toteuttaminen oikealla ravinnonantotavalla potilaalla, jolla on krooninen alaraajahaava. Käypä hoito -suositus. *Duodecim*. Viitattu 4.11.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix02037>

Soini, H., Routasalo, R. & Langström, H. 2004. Characteristics of the mini-nutritional assessment in elderly home-care patients. *European Journal of Clinical Nutrition* (58), 64-70. Viitattu 8.6.2016.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14679369>

Kotihoito ja kotipalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaalipalvelut. Viitattu 27.9.2016.

<http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013:11 Helsinki. Viitattu 15.6.2016

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja. 2015. Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveydenhuoltoon ikääntyneillä. 2015:6 Helsinki. Viitattu 16.6.2016.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126798/STM_Toimintamalleja_muuttaen_parempaan%20suun.pdf?sequence=1

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste verkkojulkaisu.

ISSN=1798-5137. 2015. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 19.10.2016.

http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html

Taipale-Lehto U. & Bergman T. 2013. Vanhuspalveluiden osaamistarveraportti raportit ja selvitykset 2013: 14. Opetushallitus. Tampere. Viitattu 12.9.2016.

http://www.oph.fi/download/154602_Vanhuspalveluiden_osaamistarveraportti.pdf

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Mikä on RAI? Ikääntyminen ja palvelujen ja hoidon laatu.

Viitattu 29.9.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/mika-on-rai>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Seuranta ja vaikuttavuus, Vaikuttavuus ja kustannukset.

Viitattu 31.10.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/seuranta-ja-vaikuttavuus/vaikuttavuus-ja-kustannukset#alkoholi>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 10.6.2016.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf

Vanhuspalvelulaki - pykälistä toiminnaksi. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö 14/2013. Viitattu 22.8.2016.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110437/URN_ISBN_978-952-245-966-4.pdf

Väyrynen, R. & Kuronen, R. 2015. Tilastokatsaus 8/2016. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.1.2017

<https://www.julkari.fi/handle/10024/130786>

9 Taulukot

Taulukko 1: Hoitajien tämänhetkinen koulutustarve	60
Taulukko 2: Hoitajien näkemykset tulevaisuuden koulutustarpeista	62
Taulukko 3: Kotihoidon ohjaajien näkemys hoitajien nykyisestä koulutustarpeesta	63
Taulukko 4: Kotihoidon ohjaajien näkemys tulevaisuuden koulutushaasteista	65
Taulukko 5: Ravitsemusosaamisen mittaaminen ja arvioinnin keinot hoitajien ja kotihoidon ohjaajien mukaan.....	66

Hoitajien tämänhetkinen koulutustarve

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<p>Koulutusta tarvitaan kertauksen muodossa, koulutusta tarvitaan, koulutuksen pitäisi olla pakollista kaikille, tarvitaan erilaisia koulutuksia, koulutus ei tuonut uutta tietoa,</p> <p>-----</p>	<p>Vaihteleva koulutuksen tarve</p>	
<p>En tarvitse, ei ole tarjottu, ei järjestetty, aikaansaamattomuus, on, helppoa, samoissa tiloissa, verkkokursseille helppo osallistua,</p> <p>-----</p>	<p>Koulutuksiin osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä</p>	<p>Asiakaskohtainen ja laadukas hoito</p>
<p>terveydenhoitajapäivät, kotiateriaopaskoulutus, ravitsemuspäivät, ravitsemusyhdyskoulutus, muistisairaudet ja ravitsemus koulutus, ikääntyneen ravitsemuskoulutus, aliravitsemuskoulutus, ikäihmisen ruokailu, kotihoidon asiakkaan ravitsemus, haavanhoito koulutus, MUST seulontamenetelmä koulutus, saattohoitoasiakkaiden ruokailu ja arkiliikkumiskoulutus. RAI- koulutuksia, haavahoitokoulutus, kuntoutuksen koulutukset, ravitsemusliikkumiskoulutus, kirjaamiskoulutus ja tiimien omat kokoukset, opinnäytetyöt, ateriatomittajan edustaja, tuote-esittelyt, ravitsemusterapeutin,</p> <p>-----</p>	<p>Hoitajien erilainen koulutustausta</p>	
<p>ravintoaineiden imeytyminen eri ruoka-aineiden kanssa, aterian koostaminen, tuotetuntemus, tuote-esittelyt, ruokailutilanteen haasteet, omaehtoisuus, ruokahaluttomuus, tuki, ravitsemuskouluttajat kotikäynneille, kuntoutus, ei halua ruokaa, ruokien tilaus kaupasta, huolehtuneisuutta kotihoidon asiakkaiden käyttämiä valmisruokien</p>	<p>Ruokailutilanteeseen vaikuttavat tekijät</p>	

<p>suurta käyttömäärää kohtaan, -----</p> <p>sairauksien vaikutukset ravitsemukseen, suolistosairaudet, suolistobakteerit, ravintoaineiden vaikutus eri sairauksissa, vanhusten ravitsemuksen erityispiirteet, ikääntymisen vaikutus ravitsemukseen, ikäihmisen ravitsemus, erityisruokavaliot, oppimateriaalien ajanmukaistaminen ja ylläpito, lisäravinteet, lisäravinnejuomat, parenteraalinen ravitsemus (laskimoon), muun kuin suun kautta otetun ravitsemuksen, ravitsemustietous, muistisairaudet, colitis ulcerosa</p> <p>-----</p> <p>Vaihtelevat tiedot ja taidot, vaihtelevat käsitykset hyvästä ravitsemushoidosta, Vaihteleva hoidon laatu, mittareiden ajanmukaistaminen ja ylläpito, hoitajan omat käsitykset,</p> <p>-----</p> <p>Alipaino, aliravitsemus, ylipaino, vajaaravitsemus, liihat</p>	<p>Riittävän ruokailu- ja ravitsemusosaamisen taso</p> <p>Hoidon laadun varmistaminen</p> <p>Ravitsemusongelmien havaitseminen ja arviointi</p>	
--	---	--

Taulukko 1: Hoitajien tämänhetkinen koulutustarve

Hoitajien näkemykset tulevaisuuden koulutustarpeista

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<p>maalaisjärkeisiä koulutuksia, käytännönläheisyys, käytännön vinkkejä, monipuolisia, laadukkaita yksilöllisiin tarpeisiin, mieleenpainuvia koulutuksia, selkeitä ja mielenkiintoisia. Tietoa. Uutta tietoa halutaan, Koulutukset pitäisivät olla pakollisia kaikille. kotihoidon ravitsemuksen laatuksiteerien hyödyntämistä. Tietoa joka olisi perusteltua,</p> <p>-----</p> <p>asiantuntijoiden luentoja, lääkärin pitämiä koulutuksia, sairauksien vaikutuksen ravitsemukseen ja ruokailuun, dm, rr-tauti, muistisairauden erityispiirteet ravitsemuksen toteuttamiseen, ripuloivien asiakkaiden ravitsemus, allergisten ravitsemus, toivon tietoa miten eri sairauksia voisi hoitaa syömällä oikein (ruokavalioiden hyöty sairauksien hoidossa), eri sairauksien yhteys ruokavaliioon, (sairaus-> ruoka, ruoka-> sairaus), ripuloivien ravitsemus,</p> <p>allergiat, erityisruokavaliot,</p> <p>ikä ja ravitsemus, vanhustyön ravitsemusosaamisen vahvistaminen, ravinnon tarve iäkkäillä, iän vaikutus ravitsemuksessa,</p> <p>ravitsemuksen ja lääkkeiden yhteisvaikutukset,</p> <p>-----</p> <p>keinoja ruokavaliion monipuolistamiseen, miten kartoittaa, muuten kuin BMI, ravitsemus tilan arviointi. miten seulotaan esim vaajaravitut, ruoka ja ikäänny-</p>	<p>Toiveet ja odotukset tulevia koulutuksia kohtaan</p> <p>Laaja-alainen teorian tiedon tarve</p>	<p>Hoitajien tulevaisuuden koulutustarpeet kotihoidossa</p>

<p>neen muistisairaana ravitsemustilan arviointi. Ruokailun miellyttävyyden edistäminen koulutuksessa, esim kaunis annos, hoitajan panostus ruokailussa, seurustelun merkitys. Keinoja ja vinkkejä syömättömän vanhuksen kohtaamiseen. miten houkuttaa vanhus syömään ja juomaan, ei nälän tunnetta, ei muista syödä, ruokahaluttomuus, tuote-esittelyjä, tuotetietoutta pitäisi olla enemmän,</p> <p>lisäravinnekoulutus, miten lisäravinteita voisi saada kaupan tuotteista korvaamaan lisäravinteita,</p> <p>miten valmisaterioista voisi koostaa terveellisen aterian ja erityisesti allergiselle.</p> <p>asiakslähtöisyys, hoitaja ei voi vaikuttaa asiakkaan ruokailuun, sillä melkein kaikille tulee valmiit kotiateriat, ruokailun miellyttävyys</p> <p>kouluttajat kotikäynnille,</p>	<p>Käytännön työhön ja arjenhallintaan liittyvä osaamistarve</p>	
--	--	--

Taulukko 2: Hoitajien näkemykset tulevaisuuden koulutustarpeista

Kotihoidon ohjaajien näkemys hoitajien nykyisestä koulutustarpeesta

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<p>Koulutusta aina tarjolla, koulutukselle on tarvetta, pitäisi olla enemmän, olisi hyvä olla enemmän, toiveita ravitsemuskoulutuksia koskien, jatkuvasti ajankohtainen aihe, osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa, kotihoidon strategian mukaisesti, kannustan osallistumaan, tieto aikaisessa vaiheessa</p> <p>-----</p> <p>must-testien käyttö, MNA, RAI, ruokapäiväkirjat, matalan BMI:n riskeistä, ravitsemuksen kartoittamisen osaaminen, huonon ravitsemuksen riskit, ravitsemusongelmien havaitseminen, ravitsemuksen dokumentoinnin opetus, ravitsemusongelmista, ruokapäiväkirjakoulutus</p> <p>-----</p> <p>Terveellisen ruokavalion koostaminen, kokonaisvaltainen hoito, erityisruokavaliot, terveyden edistäminen</p> <p>-----</p> <p>Lääkkeiden ja ruoan yhteisvaikutukset ja niiden huomiointi, ruokailun avustamiskoulutus, miten huomioidaan lääkitykset ja ruoka</p> <p>-----</p> <p>Sairauksien vaikutus ravitsemukseen, muistihäiriöisten ravitsemus, dementiaa kärsiville, lään vaikutus ravitsemukseen, iän ja sairauksien vaikutukset</p>	<p>Näkemykset ruokailu- ja ravitsemus koulutuksia kohtaan</p> <p>Ravitsemusarvioinnin osaaminen ja osaamisen hyödyntäminen</p> <p>Terveyden ylläpitoon tähtäävät koulutukset</p> <p>Ruokailutilanteeseen vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen</p> <p>Sairauksien ja ravitsemuksen yhteisvaikutusten ymmärtäminen</p>	<p>Kotihoidon nykyiset ravitsemuskoulutushaasteet</p>

Taulukko 3: Kotihoidon ohjaajien näkemys hoitajien nykyisestä koulutustarpeesta

Kotihoidon ohjaajien näkemys tulevaisuuden koulutushaasteista

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<p>PEG-ravitseminen, suuongelmat, nielemisvaikeudet, laite-edustaja antamassa ohjausta, koulutuksia monille, tutkimustiedon tuominen työyhteisöön on vähäistä, ravitseminen eri sairauksien näkökulmasta, diabeetikon, munuaisongelmaisten ravitseminen</p> <p>-----</p> <p>Asiakkaiden toiveiden huomioiminen, yhteinen suunnittelu, asiakkaan motivointi, asiakkaan kuuntelu, keskustelu ja yhdessä suunnittelu, mitä ostetaan kaupasta</p> <p>Hoitosuunnitelmien hyödyntäminen tiimissä, (th/sh+vastuuhoidaja), tiimin th/sh läpikäy vastuuhoidajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelmia yhdessä eri menetelmiä hyödyntäen (esim RAI, ravitsemuslomakkeet, ravitsemusterapeutin kons.), ravitsemustilanteen arvioinnin osaaminen ja hyödyntäminen, uusinta tietoa RAI ja BMI:stä, ravitsemuslomake, RAI toimintakykymittarin oikeaa hyödyntämistä tarvitaan sekä RAI:n ymmärrystä</p> <p>-----</p> <p>tiiviimpi yhteistyö ravitsemusterapeutin kanssa tehtävä, säännölliset tiimitunnit,</p> <p>Ravitsemusterapeutin avulla tiedon syventämistä hoitosuunnitelmien avulla, asia-</p>	<p>Teoriatiedon tarve</p> <p>Käytännöllisen tiedon ja osaamisen tarve</p> <p>Ammattilaisten osaamisen hyödyntäminen ja osaamisen yhdistäminen</p>	<p>Tiiviimpi moniosaajien yhteistyö ja osaamisen hyödyntäminen tulevaisuudessa</p>

<p>kas case tyypisiä esimerkkejä ja soveltamista käytäntöön, jotta tieto ei jää irralliseksi, ravitsemusvastaavien koulutuksia pidettiin tärkeinä, työpanos ravitsemusasioiden kehittämiseksi, vastuunkanto, ravitsemusterapeutin kons., Tiedon soveltaminen, vastuunotto, konkreettisesti opastetaan MUST ja MNA sekä arvioitaisiin esimerkkitapauksen ravitsemusta, säännölliset tapaamiset ravitsemustyöntekijän kanssa</p> <p>-----</p> <p>Nonstop perehdytyskoulutukset (2-tasoa: edistyneet ja alkeet), verkkokurssit, materiaalit, koulutukset</p>	<p>Keinot ja kehitysehdotukset</p>	
---	------------------------------------	--

Taulukko 4: Kotihoidon ohjaajien näkemys tulevaisuuden koulutushaasteista

Ravitsemusosaamisen mittaaminen ja arvioinnin keinot hoitajien ja kotihoidon ohjaajien mukaan

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<p>Mitataan asiakkaiden voinnin perusteella, mitataan asiakkaan ravitsemustilan arvioinnin avulla</p> <p>-----</p> <p>Mitataan testillä hoitajien tietämystä, mitataan Hygieniapassilla, kehityskeskusteluilla, keskustelemalla, perehdytysohjelmaan sisällytettynä, arviointi ravitsemustietämystestillä, verkkokurssit, osana näyttöprosessia</p>	<p>Arvio asiakkaan voinnin perusteella</p> <p>Hoitajan osaamisen arviointi</p>	<p>Ravitsemusosaamisen kartoittamisen keinot</p>

Taulukko 5: Ravitsemusosaamisen mittaaminen ja arvioinnin keinot hoitajien ja kotihoidon ohjaajien mukaan

10 Liitteet

Liite 1: Informointikirje tutkimukseen osallistuville	68
Liite 2: Kysely kotihoidon hoitajille.....	69
Liite 3: Kysely kotihoidon ohjaajille	71
Liite 4: Pohdintatehtävä	73
Liite 5: Tutkimuslupa.....	74

Liite 1: Informointikirje tutkimukseen osallistuville

Informointikirje tutkimukseen osallistuville

Hyvä kotihoidon työntekijä ja esimies!

Olen YAMK tutkintoa suorittava opiskelija Laurea-ammattikorkeakoulusta. Opiskelen Terveystieteiden edistämisen, palveluiden kehittämisen ja johtamisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja teen opinnäytetyötä tutkimalla Helsingin kotihoidon henkilökunnan koulutustarpeita ikääntyvien ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen. Tutkimuksen avulla kartoitetaan myös esimiesten näkemyksiä hoitohenkilökunnan koulutustarpeista.

Tiedot osallistujilta kerätään avoimella kyselykaavakkeella, johon ei tule osallistujien henkilötietoja. Kyselyllä saadut tiedot säilytetään luottamuksellisesti ja tulokset esitetään niin, että yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa. Tulokset raportoidaan Laurealle ja Helsingin Kaupungille.

Toivoisin sinun osallistuvan tutkimukseen. Kyselylomakkeet jaetaan elokuussa. Tutkimukseen osallistumisaika on 1.8-19.8.2016.

Tutkimustulosten analysointi toteutetaan laadullisin menetelmin. Tutkimustuloksia hyödynnetään kotihoidon työn kehittämisessä. Tutkimustuloksia voidaan käyttää ruokailu- tai ravitsemuskoulutusten suunnittelun kehittämisessä, koulutustarpeen arvioinnissa, osaamisen mittaamisen tukena tai muilla Helsingin kaupungin arvioimilla tavoilla.

Tutkimus perustuu vapaaehtoisuuteen. Osallistumisen voi perua milloin tahansa tutkimuksen aikana ilmoittamalla siitä tutkimuksen tekijälle.

Tutkimusta varten on saatu tutkimuslupa Helsingin Kaupungilta.

Mikäli sinulla on tutkimuksesta kysyttävää, voit ottaa minuun yhteyttä.

Ystävällisin terveisin,

Maria Niemi
Sairaanhoitaja
p. [poistettu]

Liite 2: Kysely kotihoidon hoitajille

Hyvä kotihoidon työntekijä

08/2016

Vastaathan muutamiin kysymyksiin, kiitos! Lisää kirjoitustilaa paperin toisella puolella.

Oletko ollut työnantajan järjestämissä ruokailu- tai ravitsemusaiheisissa koulutuksissa? Kertoisitko minkälaisissa?

Olivatko koulutukset hyödyllisiä? Vastasivatko ne mielestäsi tarkoitustaan?

Onko sinulla nyt tarvetta ruokailu- tai ravitsemusaiheiselle koulutukselle? Minkälaista koulutusta tarvitsisit?

Mitä toivoisin tulevaisuuden ruokailu- tai ravitsemusaiheiselta koulutukselta?

Onko ruokailu- ja ravitsemusaiheisiin koulutuksiin helppoa tai vaikeaa osallistua? Miksi?

Mitä muuta ruokailu- ja ravitsemuskoulutukseen liittyvää haluaisit sanoa?

Pitäisikö mielestäsi ruokailu- ja ravitsemusosaamista mitata jotenkin? Miten?

Mitä muuta koulutusta tarvitsisit tällä hetkellä? Miksi? (Muu kuin ruokailu- ja ravitsemusaiheinen koulutus)

Haluatko antaa palautetta tämän kyselyn toteutuksesta?

Liite 3: Kysely kotihoidon ohjaajille

Hyvä kotihoidon ohjaaja!

08/2016

Vastaathan muutamiin kysymyksiin, kiitos! Lisää kirjoitustilaa paperin toisella puolella.

Onko hoitohenkilökunta osallistunut ruokailu- tai ravitsemusaiheisiin koulutuksiin? Kertoisitko minkälaisiin?

Hyötyivätkö työntekijät koulutuksistaan? Vastasivatko ne mielestäsi tarkoitustaan?

Onko hoitohenkilökunnalla nyt tarvetta ruokailu- tai ravitsemusaiheiselle koulutukselle? Minkälaista koulutusta he tarvitsisivat?

Mitä toivoisit hoitotyöntekijöille suunnatulta ruokailu- tai ravitsemusaiheiselta koulutukselta tulevaisuudessa?

Onko hoitohenkilökunnan helppoa tai vaikeaa osallistua ruokailu- ja ravitsemusaiheisiin koulutuksiin? Miksi?

Mitä muuta ruokailu- ja ravitsemuskoulutuksiin liittyvää haluaisit sanoa?

Pitäisikö mielestäsi hoitotyöntekijöiden ruokailu- ja ravitsemusosaamista mitata jotenkin? Miten?

Mitä muuta koulutusta hoitajat tarvitsisivat tällä hetkellä? Miksi? (Muu kuin ruokailu- ja ravitsemusaiheinen koulutus)

Haluatko antaa palautetta tämän kyselyn toteutuksesta?

Liite 4: Pohdintatehtävä

Arvioi seuraavia vaihtoehtoja. Mitä kyseinen vaihtoehto voisi tarkoittaa kotihoidossa ruokailuun ja ravitsemusosaamiseen liittyvässä kartoittamisessa. Mieti ja kirjoita pohtien eri näkökulmia (edut, haitat, mahdollisuudet ja uhat ym.). Kuinka käyttökelpoinen tämä vaihtoehto olisi käytännössä? Miten sen voisi toteuttaa?

1. Mitataan hoitajan osaaminen asiakkaiden voinnin perusteella ja asiakkaan ravitsemustilan arvioinnin avulla.
2. Mitataan testillä hoitajien tietämystä, esimerkiksi ravitsemustietämystä.
3. Kartoitetaan hygieniapassilla hoitajan ruokailu- ja ravitsemusosaamista
4. Arvioidaan kehityskeskusteluilla hoitajan ruokailu- ja ravitsemusosaamista
5. Arvioidaan keskustelemalla hoitajan ruokailu- ja ravitsemusosaamista
6. Verkkokurssit hoitajien ruokailu- ja ravitsemusosaamisen arvioinnissa
7. Arviointi osana näyttöprosessia
8. Perehdytysohjelmaan sisällytetty arviointi
9. Muu tapa?
10. Mitä keinoa sinä haluaisit käyttää tulevaisuudessa?

Liite 5: Tutkimuslupa



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto
Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut
Etelän palvelualue
Etelän palvelualueen johtaja

Pöytäkirjanote

1 (2)

16.06.2016

Maria Niemi

11 §**Päätös tutkimuslupahakemuksesta HEL 2016-007041**

HEL 2016-007041 T 13 02 01

Päätös

Toimistopäällikkö päätti myöntää tutkimusluvan Maria Niemen tutkimuslupahakemukselle "Kotihoidon työntekijöiden koulutustarpeet iäkkäiden ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen" (ylempi amk). Opinnäytetyön yhteishenkilönä sosiaali- ja terveysvirastossa on

Päätöksen perustelut

Opinnäytetyössä kartoitetaan henkilökunnan ja esimiesten käsityksiä hoitajien koulutustarpeista liittyen ruokailuun ja ravitsemukseen. Tarkoituksena on tehdä avoin kyselytutkimus kotihoidon hoitajille ja esimiehille. Tulokset analysoidaan laadullisia menetelmiä käyttäen.

Tutkimuslupaan sovelletaan seuraavia ehtoja:

Tutkimuksesta ei tule koitua kustannuksia sosiaali- ja terveysvirastolle.

Tutkimusraportista ei saa olla tunnistettavissa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä.

Tutkija saapuu pyydettyä maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia Helsingin sosiaali- ja terveysvirastoon.

Tutkimuksen valmistuttua toimitetaan tutkimusraportti tai sähköinen osoite, josta se on luettavissa, sosiaali- ja terveysviraston käyttöön (osoite Helsingin kaupunki, Kirjaamo, Sosiaali- ja terveysvirasto, PL 10, 00099 Helsingin kaupunki).

Lisätiedot

Helena Soini, erityissuunnittelija, puhelin: 310 46933
helena.soini(a)hel.fi

Postiosoite
PL 6000
00099 HELSINGIN KAUPUNKI
sosiaalijaterveys@hel.fi

Käyntiosoite
Toinen linja 4 A
Helsinki 53
www.hel.fi/sote

Puhelin
+358 9 310 5015
Faksi
+358 9 310 42504

Y-tunnus
0201256-6

Tilinro
FI1880001200052430
Alv.nro
FI02012586



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveystieteiden virasto
Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut
Etelän palvelualue
Etelän palvelualueen johtaja

Pöytäkirjanote

2 (2)

16.06.2016

Liitteet

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1 | Tutkimuslupahakemus 10.6.2016 |
| 2 | Tutkimussuunnitelma |
| 3 | Muut liitteet |

Muutoksenhaku

Otteet

Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveystieteiden lautakunta

Ote
Hakija

Yhteyshenkilö

Otteen liitteet
Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja
terveystieteiden lautakunta
Liite 1
Liite 2
Liite 3

Pöytäkirjanote on lähetetty asianosaiselle 21.6.2016.

Etelän palvelualueen johtaja

Liisa Viljaranta
vs. palvelualueen johtaja

Postiosoite
PL 6000
00099 HELSINGIN KAUPUNKI
sosiaalijaterveys@hel.fi

Käyntiosoite
Toinen linja 4 A
Helsinki 53
www.hel.fi/sote

Puhelin
+358 9 310 5015
Faksi
+358 9 310 42504

Y-tunnus
0201256-6

Tilinho
FI1880001200052430
Alv.nro
FI02012566