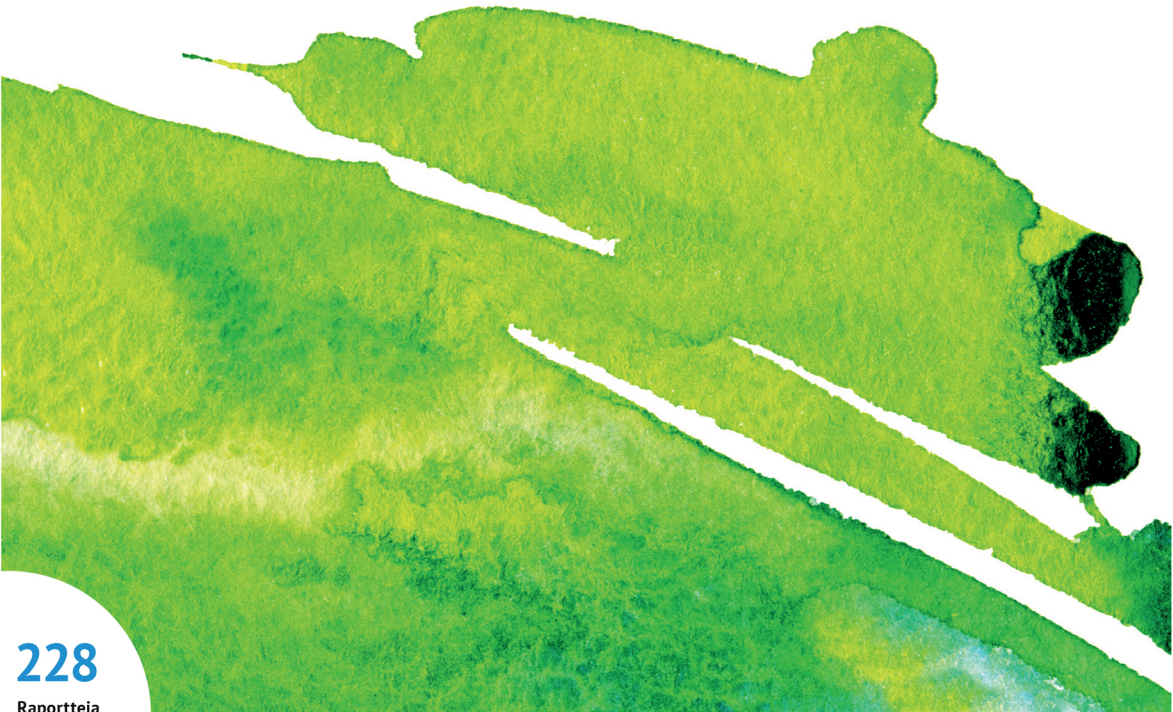


Camilla Laaksonen, Anja Kuukasjärvi
& Minna Ylönen (toim.)



Tutkimusklubit hoitotyötä kehittämässä



Camilla Laaksonen, Anja Kuukasjärvi
& Minna Ylönen (toim.)

Tutkimusklubit hoitotyötä kehittämässä

TURKU AMK 
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES



**Turun ammattikorkeakoulun
raportteja 228**

Turun ammattikorkeakoulu
Turku 2016

ISBN 978-952-216-628-9 (painettu)

ISSN 1457-7925 (painettu)

Painopaikka: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere 2016

ISBN 978-952-216-629-6 (pdf)

ISSN 1459-7764 (elektroninen)

Jakelu: <http://loki.turkuamk.fi>



Sisältö

Alkusanat	4
------------------------	----------

Taina Soini & Hannele Paltta

Tutkimusklubit näyttöön perustuvan toiminnan edistäjinä.....	7
---	----------

Camilla Laaksonen

Esimerkkejä tutkimusklubitoiminnasta

Näyttöön perustuva haavanhoito.....	17
--	-----------

Leena Jalonen & Minna Ylönen

Huomio iäkkäiden ravitsemushoitoon	23
---	-----------

Kirsi Kiviniemi, Johanna Ritvanen & Minna Ylönen

Hoitoympäristö ja iäkkäiden ravitsemus	31
---	-----------

Juulia Koskinen, Noona Mäenpää & Camilla Laaksonen

Iäkkäiden kaatumisen ennaltaehkäisy	38
--	-----------

Marja Kuusela, Kirsi Kiviniemi, Johanna Ritvanen & Minna Ylönen

Itsemääräämisoikeus ikääntyneiden hoitotyössä.....	45
---	-----------

Timo Näveri, Henna Postari, Maria Rajala, Reetta Rantanen & Maika Kummel

Tutkimusklubitoiminnan puntarointia

Hoitohenkilökunnan kokemuksia	54
--	-----------

Minna Ylönen

Koulutusorganisaation kommentteja.....	58
---	-----------

Hannele Paltta & Marjale von Schantz

Hoitotyön palveluorganisation näkökulma	61
--	-----------

Taina Soini

Kirjallisuus	64
---------------------------	-----------

Liitteet	73
-----------------------	-----------

Alkusanat

Terveystenhuoltolain (30.12.2010/1326) mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja se on toteutettava asianmukaisesti. Terveystenhuollon yksiköiden on laadittava laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta suunnitelma, jossa tulee huomioida potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. Potilasturvallisuuden tukeminen on moniammatillista ja tärkeimpänä on aina asiakas tai potilas. Turun hyvinvointitoimialalla asiakkaita tai potilaita hoidetaan sekä koti- että laitossympäristöissä, joten erilaisten ympäristöjen merkitys on huomioitava kaikessa kehittämistoiminnassa.

Jotta sosiaali- ja terveydenhuolto olisi vaikuttavaa, on tärkeää, että käytössä olevat toimintatavat ja menetelmät perustuvat parhaaseen ajan tasalla olevaan tietoon. Tavoitteena on oltava se, että kaikille potilaille turvataan paras mahdollinen, vaikuttava ja yhtenäinen hoito. Hoitotyön päätöksenteossa on huomioitava eettinen näkökulma; ei ole eettisesti oikein käyttää sellaisia menetelmiä, joiden hyödyttömyydestä on tutkimustietoa. Jos taas hoito on tutkitusti todettu tehokkaaksi ja vaikuttavaksi, on eettisesti arveluttavaa olla toteuttamatta sitä.

Hoitotyön on oltava näyttöön perustuvaa ja päätöksenteon perustuttava parhaaseen olemassa olevaan tietoon. Näyttöön perustuvan toiminnan avulla voidaan lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tuottavuutta ja turvata potilaskeskeinen hyvä hoito. Hoitotyön johtajien on huolehdittava siitä, että hoitotyötä voidaan toteuttaa turvallisesti ja hyvälle hoidolle asetettujen laatuvaatimusten mukaisesti. Johtajien on myös huolehdittava siitä, että hoitosuositukset ja -ohjeet ovat hoitohenkilökunnan saatavilla ja että hoitotyö pohjautuu näyttöön perustuviin käytäntöihin. Tiedon saamisessa ja käyttämisessä on omat haasteensa, kuten esimerkiksi tiedon puute, tiedonkulun esteet, osaamattomuus olemassa olevan tiedon analysoinnissa tai kyvyttömyys hyödyntää analysoitua tietoa. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä ja vakiinnuttamisessa käytännön toiminnaksi tarvitaan hoitotyön tekijöiden, opiskelijoiden, johtajien, kouluttajien ja tutkijoiden systemaattista yhteistyötä.

Näyttöön perustuvan hoitotyön edellytyksenä ovat hoitokulttuurin uudistamistarpeen tunnistaminen sekä muutoksen johtamisen ja kehittämistyön osaaminen. Lisäksi keskeisiä ovat myönteinen asenne tutkimus- ja kehittämistoimintaan, tieteellisen tiedon merkityksen ymmärtäminen hoitotyön kehittämisessä, yhteistoinnallinen työskentelyote, asiakaslähtöinen ajattelu- ja toimintatapa sekä oman asiantuntijuuden ylläpitäminen. On tiedossa, että hoitotyössä menetelmät vaihtelevat eivätkä ne aina perustu tutkimustiedon mukaisiin parhaisiin käytäntöihin. Onkin kehitettävä ja hyödynnettävä toimia, joilla tuetaan hoitotyön perustumista parhaaseen olemassa olevaan näyttöön.

Tutkimusklubit hoitotyötä kehittämässä -julkaisu kuvaa tutkimusklubitoimintaa ja sen tarjoamia mahdollisuuksia hoitotyön kehittämisessä. Lisäksi teos sisältää yksittäisiä esimerkkejä tutkimusklubitoiminnan toteuttamisesta sekä toiminnan arviointia eri toimijoiden näkökulmista.

Tutkimusklubit hoitotyötä kehittämässä -julkaisu on tarkoitettu ensisijaisesti terveysalan opiskelijoille, ammattihenkilöille, opettajille ja johtajille. Julkaisussa kuvataan tutkimusklubitoiminnan mahdollisuuksia edistää eri toimijoiden yhteiseen oppimiseen ja asiantuntijuuden jakamiseen perustuvaa hoitotyötä. Teoksessa kuvataan terveyspalveluiden tuottajan ja terveysalan koulutusorganisaation yhteistyössä toteuttamaa, pitkäjänteistä ja systemaattista tutkimusklubitoimintaa. Sen tarkoituksena on kehittää hoitotyötä hoitajien ja opiskelijoiden yhteisen oppimisen kautta.

Turussa toukokuussa 2016

Taina Soini
hallintoylihoitaja
Turun kaupunki

Hannele Paltta
koulutus- ja tutkimuspäällikkö
Turun ammattikorkeakoulu



Camilla Laaksonen

Camilla Laaksonen on pohjakoulutukseltaan terveydenhoitaja ja väitellyt terveystieteiden tohtoriksi (TtT) vuonna 2012. Hän toimii Turun ammattikorkeakoulussa terveys- ja hyvinvointi-tulosalueella lehtorina ja Terveyden edistäminen -tutkimusryhmän tutkimusvastaavana. Camilla Laaksosen asiantuntija-alueita ovat erityisesti terveyden edistäminen, terveydenhoito-osaaminen, terveyspalvelujärjestelmän ja -prosessien kehittäminen sekä TKI-osaaminen.



Anja Kuukasjärvi

Anja Kuukasjärvi on suorittanut kaksi filosofian maisterin tutkintoa, pääaineina suomen kieli ja pohjoismainen filologia. Hän on koulutukseltaan myös draamaopettaja ja kirjallisuusterapeutti. Anja Kuukasjärvi työskentelee Turun ammattikorkeakoulun Terveys ja hyvinvointi-tulosalueella lehtorina, julkaisuvastaavana ja Hyve-verkkojulkaisun päätoimittajana.



Minna Ylönen

Minna Ylönen on pohjakoulutukseltaan sairaanhoitaja ja suorittanut terveystieteiden maisterin (TtM) -tutkinnon vuonna 2003. Hän toimii Turun hyvinvointitoimialan hallinnossa ylihoitajana.

Tutkimusklubit näyttöön perustuvan toiminnan edistäjinä

Camilla Laaksonen

*TtT, lehtori, Terveiden edistäminen -tutkimusryhmän tutkimusvastaava
Turun ammattikorkeakoulu*

Näyttöön perustuva toiminta

Terveystenhuollon lainsäädännön ja eettisten ohjeiden mukaan hoitotyön tulee perustua parhaaseen olemassa olevaan näyttöön niin koulutuksen, hoitotyön johtamisen ja hallinnon, kuin hoitotyön osalta. Näyttöön perustuva toiminta voidaan yksinkertaistaa prosessiksi, jossa yhdistyy paras olemassa oleva tieteellinen ja muu tieto, käytännön taito ja etiikka sekä kohderyhmän näkökulma. Tämä edellyttää toimijoilta kykyä tarkastella asioita ja ympäristöä uteliaasti sekä terveen kriittisesti ja halua kehittää toimintaa, asettaa oikeita tavoitteita sekä esittää kysymyksiä ja etsiä niihin ratkaisuja. Lisäksi tarvitaan luovuutta ja osaamista erilaisen tiedon etsimiseen ja arvioimiseen sekä sen soveltamiseen päätöksenteossa ja toiminnan arvioimisessa. Parhaimmillaan näyttöön perustuva toiminta ei milloinkaan valmistu, vaan se alkaa ratkaistavista kysymyksistä ja päättyy uusiin ratkaistaviin kysymyksiin. (Terveystenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996.)

Näyttöön perustuvaa toimintaa toteutumista edistävät vahva johdon sitoutuminen, toimijoiden koulutus ja asenne, hyvä työilmapiiri ja työmotivaatio, tutkimustiedon saatavuus sekä osaamiseen ja aikaan liittyviä resursseja. Toiminnan esteet ovat pitkälti sidoksissa edistävien tekijöiden vastakohtiin, kuten johdon heikkoon sitoutumiseen, vahvaan hierarkiaan ja byrokraattiseen organisaatorakenteeseen, joustamattomuuteen, heikkoon työmotivaatioon ja huonoon työilmapiiriin sekä osaamisen ja

ajan puutteeseen. Vaikka näyttöön perustuvan toiminnan toteutuminen on monen tekijän summa, keskeisimmät tekijät liittyvät kuitenkin johdon toimintaa kohtaan osoittamaan arvostukseen, pitkäaikaiseen sitoutumiseen ja kannustukseen sekä hyvään työilmapiiriin. (Häggman-Laitila 2009a; Häggman-Laitila 2009b.)

Huolimatta siitä, että näyttöön perustuva toiminta on kirjattuna useissa terveydenhuoltoa säätelevissä normeissa ja suosituksissa, käsitteistö ei edelleenkään ole yksiselitteinen. Hoitotyötä ei aina tarkastella kriittisesti, eikä sitä osata perustella parhaan olemassa olevan näytön pohjalta. Tiedon ja käytännön toiminnan välillä on usein kuilu eikä tieto siirry osaksi toimintaa. Lisäksi valitettavan usein unohtuu ottaa huomioon asiakas. Tarvitaan erilaisia menetelmiä, joilla edistetään terveydenhuollon pohjautumista parhaaseen olemassa olevaan tietoperustaan, taitoon ja osaamiseen. Yhtä tärkeää on asiakkaan tai potilaan näkökulma kaikessa terveydenhuoltoa koskevassa päätöksenteossa, toiminnassa ja toiminnan arvioinnissa. (Häggman-Laitila 2009a; Häggman-Laitila 2009b.)

Tutkimusklubitoiminta

Tutkimusklubitoimintaa on kirjallisuudessa esitetty eräänä näyttöön perustuvaa toimintaa edistävänä menetelmänä niin lääketieteen kuin hoitotyön ympäristöissä. Se on määritelty oppimis- ja opetusmenetelmäksi, jolla voidaan edistää ymmärrystä, oikeaa asennetta, motivaatiota ja tietoa sekä taitoa, jota näyttöön perustuva toiminta edellyttää. Oppimis- ja opetustarkoituksien lisäksi tutkimusklubeja on käytetty myös uuden tutkimustiedon soveltamisessa käytännön hoitotyöhön, opiskelijoiden ja hoitajien keskinäisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön tukemiseen sekä opiskelijoiden perehtymiseen hoitotyön erilaisiin ympäristöihin. (Fineout-Overholt & Johnston 2006; Steenbeek ym. 2009.)

Tutkimusklubien on todettu monin tavoin edistävän näyttöön perustuvaa toimintaa. On kuitenkin olennaista selvittää, miten hyvin toiminta todellisuudessa tukee tiedon siirtymistä käytännön toimintaan ja näkyy asiakkaalle tai potilaalle tarjotun hoidon tai terveydenhuollon palvelun laadussa. Kirjallisuuden perusteella näyttää siltä, että klubityöskentely kehittää teoreettista ajattelua ja tutkimuksiin liittyvää tietoa, mutta tiedon siirtyminen osaksi toimintaa on osittain epävarmaa. Kritiikistä huolimatta voidaan kuitenkin todeta tutkimusklubitoiminnan olevan kustannustehokas menetelmä kehittää osaamista sekä edistää moniammatillista, toimirajat ylittävään vuoropuhelua yhteisen päämäärän saavuttamiseksi.

Siinä etsitään, jaetaan ja tarkastellaan tietoa ja erilaisia hoitokäytänteitä kriittisesti ja opitaan yhdessä. (Meriö 2009.)

Tutkimusklubien toteuttaminen

Tutkimusklubeja voidaan toteuttaa monella eri tavalla joko virtuaalisesti tai reaali-maailmassa. Klubityöskentely etenee melko tyypillisesti vaiheittain siten, että aluksi määritellään yhteinen tavoite ja etsitään tietoa yhteisen tavoitteen tai ratkaistavan ongelman saavuttamiseksi. Sen jälkeen tietoon tutustutaan, sitä arvioidaan kriittisesti ja keskustellaan, miten se suhteutuu kliiniseen asiantuntemukseen ja kohderyhmän näkökulmaan. Ryhmissä on tarkoitus jakaa asiantuntemusta ja oppia yhdessä. Tutkimusklubitoiminta voi johtaa moneen eri tulokseen, kuten päätökseen olemassa olevan toiminnan muuttamisesta tai nykyisen toiminnan pitämisestä ennallaan. Klubitoiminta johtaa usein myös lisätiedon tarpeen havaitsemiseen sekä uusiin kysymyksiin.

Olennaista tutkimusklubien onnistumisessa on, että esitetään mielenkiintoisia ja relevantteja kysymyksiä, klubilaisilla on riittävästi osaamista, toiminnalle varataan kylliksi aikaa, kokoontumisaika ja -paikka ovat sopivia ja vastuuhenkilö osaa motiivoida klubin osallistujia. Lisäksi tärkeitä onnistumisen edellytyksiä ovat johdon tuki ja osallistujien sitoutuminen toimintaan.

Virtuaaliset tutkimusklubit

Virtuaalisissa tutkimusklubeissa voidaan hyödyntää erilaisia keskustelualustoja ja case-pohjaisia työskentelymalleja. Keskusteluympäristö on parhaimmillaan motivoiva ja mahdollistaa keskustelun ajasta ja paikasta riippumatta. Nämä tekijät helpottavat osaltaan reaalis aikaisten tutkimusklubien erästä keskeisintä haastetta, osallistujien samanaikaisen osallistumisen varmistamista ja yhteisen ajan löytämistä. Virtuaaliympäristössä toteutettu tutkimusklubitoiminta tukee eri toimijoiden osallisuutta ja klubitoiminnan saatavuutta. Se tuottaa uudelleen hyödynnettävän oppimisolustan, muodostaa elektronisen rekisterin osallistujista, osallistujien aktiivisuudesta ja panoksesta keskusteluun. Lisäksi se mahdollistaa erilaisen multimediataaialin, kuten kuvien tai videoiden, hyödyntämisen keskustelussa. Parhaimmillaan virtuaalinen tutkimusklubitoiminta antaa monipuolisen, laaja-alaisen pohjan monialaisen tiedon ja asiantuntijuuden jakamiseen tietyn tapauksen tai kysymyksen ratkaisemiseksi. (Berger ym. 2011; Palan ym. 2012.)

Virtuaalisia tutkimusklubeja on toteutettu esimerkiksi USA:ssa kouluterveydenhuollon toimintaympäristössä. Koska kouluhoitajien on työnkuvasta johtuen haastavaa osallistua reaaliaikaisiin koulutustilaisuuksiin ja kehittää omaa erityisasiantuntemustaan, kokeiltiin virtuaalista toteutusta. Tutkimusklubitapaamisia oli kolme ja niihin osallistui vaihteleva määrä kouluhoitajia. Tulosten perusteella kouluterveydenhoitajat kokivat näyttöön perustuvan tiedon lisääntyneen ja tiedon myös siirtyneen kliiniseen työhön. He kokivat myös, että virtuaalisissa tutkimusklubeissa asiantuntijuutta jaettiin, kollegiaalisuuden tunne kasvoi ja vuoropuhelu tutkijoiden ja hoitajien välillä lisääntyi. (Sortedahl 2012.)

Tutkimusklubitoiminta hoitotyön perusopetuksessa

Turun ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutuksen ja Turun kaupungin hyvinvointitoimialan yhteistyönä sovellettiin tutkimusklubitoimintaa järjestämällä opiskelijoille ja hoitajille yhteisiä klubeja. Niiden tarkoituksena oli edistää sekä opiskelijoiden oppimista että hoitajien ja opiskelijoiden yhteistä oppimista ja yhteistyötä.

Kuusivaiheisen tutkimusklubiprosessin aluksi hoitajat määrittelivät ongelman tai kysymyksen, johon toivottiin ratkaisua. Tämän jälkeen hoitotyön opiskelijat hakivat opettajan tukemana tietoa hoitotyön keskeisistä tietokannoista, lainsäädännöstä, Käypä hoito -suosituksista sekä muista lähteistä. Opiskelijat myös arvioivat löytämäänsä lähteitä kriittisesti ja tuottivat lähdeaineiston pohjalta kirjallisen tiivistelmän, jonka hoitaja sai luettavakseen. Tämän vaiheen jälkeen opiskelijat aluksi lyhyesti alustivat aiheitaan yhteisissä tutkimusklubeissa. Tärkeintä niissä oli kuitenkin hoitajien ja opiskelijoiden käymä keskustelu, johon myös hoitotyön opettaja osallistui. Viimeisessä vaiheessa sekä opiskelijat että hoitajat arvioivat, miten tutkimusklubitoiminta oli vaikuttanut omaan oppimiseen ja toimintaan. Tutkimusklubitoiminnan koettiin edistävän oppimista ja yhteistyötä hoitajien ja opiskelijoiden välillä. Sen nähtiin lisäksi tukevan näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista omassa toiminnassa. (Laaksonen ym. 2012b; Laaksonen ym. 2013.)

Tutkimusklubitoiminnan tarkoituksena oli myös kehittää hoitotyön opiskelijoiden tutkimuksiin liittyvää tietoa ja tutkimustiedon hyödyntämistä. Kokemuksesta jäi vaikutelma, että opiskelijoiden tutkimuksiin liittyvä tieto lisääntyi, mutta tiedon soveltamiseen liittyvä osaaminen ei merkittävästi vahvistunut. Opiskelijoiden ikä, aikaisemmat työkokemukset ja osallistuminen tutkimuksiin liittyvään toimintaan vaikuttivat saavutettuihin oppimistuloksiin. Vaikka hoitotyön opiskelijoiden oppi-

minen ei vastannut täysin tavoitteita, todettiin tutkimusklubitoiminnan tukevan hyvin hoitotyön koulutuksen ja käytännön hoitotyön välistä vuoropuhelua ja yhteistyötä. (Mattila ym. 2013.)

Tutkimusklubitoiminta täydennyskoulutuksessa

Tutkimusklubitoiminnasta on todettu olleen monenlaista hyötyä hoitajien jatkuvassa oppimisessa ja työpaikalla tapahtuvassa täydennyskoulutuksessa ja tiedon päivittämisessä. Melko yleisesti todetaan, että tutkimusklubitoiminta edistää hoitajien pysymistä ajan tasalla oman alansa uusimmassa tutkimustiedossa, tutkimusten lukemiseen, kriittiseen arvioimiseen ja ymmärtämiseen liittyvään osaamiseen harjaantumisessa sekä näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamisessa potilastyössä. Toiminta on usein kuvattu luonteeltaan itseohjautuvaksi ja vapaaehtoiseen osallistumiseen perustuvaksi menetelmäksi, joka tuottaa osallistujilleen hyötyä ja hyviä oppimistuloksia. Toisaalta tutkimusklubitoimintaan liittyvä itseohjautuvuus ja osallistumisen vapaaehtoisuus voivat aiheuttaa sitoutumiseen liittyviä ongelmia. Onkin melko yleistä, että osallistujat eivät ole kovin aktiivisia eivätkä sitoudu toimintaan pitkäksi aikaa. Sekä osallistumisaktiiviteettia että sitoutumista esitetäänkin usein tutkimusklubitoiminnan jatkotutkimustarpeiksi. (Carly 2014.)

Hoitajien tutkimustoimintaan liittyvää itsevarmuutta ja motivaatiota on pyritty tukemaan tutkimusklubeissa. Ne voivat antaa hyvän mallin, jonka avulla työyhteisön toimintaa voidaan kehittää systemaattisesti, kriittisesti tarkastellen ja keskustellen. Haasteena on kuitenkin, miten uusi tieto ja yhteisen keskustelun kautta sovitut käytänteet todellisuudessa siirtyvät osaksi kliinistä toimintaa ja potilastyötä. (Biloudeau ym. 2012; Nesbitt 2013.) Tutkimusklubitoimintaa voidaan hyödyntää myös erilaisten erikoisalojen hoitajien keskinäisen yhteistyön ja yhteisen erityisasiantuntijuuden edistämiseen. Tutkimusklubeissa opetusmenetelmän teoreettisena viitekehyksenä voidaan hyödyntää erilaisia pedagogisia lähtökohtia, kuten esimerkiksi innovaatiopedagogiikkaa (Laaksonen ym. 2012b; Laaksonen ym. 2013).

Innovaatiopedagogiikkaa voi luonnehtia uudeksi oppimisen ja opettamisen kulttuuriksi. Sen yhtenä lähtökohtana on monialainen oppimisympäristö, jossa erilaiset ja eri tutkintoihin tähtäävät henkilöt voivat kohdata toisensa ja oppia opiskelijaa aktiivisten menetelmien avulla. Parhaimmillaan opitaan työelämäprojekteissa tai tutkimushankkeissa todellisten, olemassa olevien ongelmien kautta. (Kairisto-Mertanen ym. 2009.)

Tutkimusklubitoimintaa on käytetty myös tutkijoiden ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön edistämiseen. Se antaa tutkijoille mahdollisuuden esitellä omia tutkimuksiaan ja niiden tuloksia hoitajille. Hoitajat voivat puolestaan tuottaa tutkijalle uusia tutkimusaiheita, esittää kriittisiä kysymyksiä ja kommentteja hoitotyön käytännön ja kliinisen asiantuntijuuden näkökulmista sekä tutkimustiedon soveltamisesta käytännön hoitotyöhön. Parhaimmillaan hoitajien ja tutkijoiden välinen tutkimusklubitoiminta kaventaa tutkimuksen ja kliinisen hoitotyön välistä kuilua. Se mahdollistaa uuden tiedon siirtymisen käytännön toimijoille ja tätä kautta potilastyöhön sekä potilastyössä ja käytännön toiminnassa havaittujen ongelmien tai uusien tutkimustarpeiden siirtymisen tutkijoille. Vaikka tutkimusklubien ensisijainen tavoite olisikin vastavuoroisen oppimisen edistäminen, hyödyt saattavat keskeisesti liittyä myös vuorovaikutuksen ja yhteistyön edistämiseen sekä vastavuoroiseen tiedon ja kokemusten jakamiseen tutkijoiden ja hoitajien välillä. (Vadaparampil ym. 2014.)

Tutkimusklubitoiminta hoitotyön johtamisessa

Hoitotyön johtamisessa keskeinen tavoite on varmistaa hoitotyön korkea laatu. Jotta tuotettu palvelu olisi korkeatasoista, sen on perustuttava parhaaseen olemassa olevaan näyttöön. Tutkimusklubeja on käytetty johtamisen näkökulmasta esimerkiksi henkilöstön kehittämiseen ja hoitotyön kehittämiseen, mutta hoitotyön johtamisen kehittämiseen ei niitä yleisesti ole käytetty. Tulevaisuudessa tutkimusklubitoimintaa voidaan suunnata myös hoitotyön johtajille tukemaan tutkimustiedon hyödyntämistä johtamisessa ja uudenlaisten johtamiskäytänteiden kehittämisessä. (Gloeckner & Robinson 2010; Lizarondo ym. 2010; O’Nan 2011.)

Tässä osiossa esitellään muutamia kokeiluja hoitotyön aihealueista, joissa tutkimusklubitoimintaa on käytetty hoidon kehittämisen välineenä. Esimerkit liittyvät ikääntyneiden hyvän ravitsemustilan edistämiseen, kaatumisen ehkäisyyn, painehaavojen ennaltaehkäisemiseen ja riskiarvioon sekä itsemääräämisoikeuden toteutumiseen ikääntyneiden hoitotyössä.

Esimerkkejä tutkimusklubi- toiminnasta

Näyttöön perustuva haavanhoito

Leena Jalonen

Sairaanhoitaja, auktorisoitu haavanhoitaja

Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala, vanhus- ja vammaispalvelut

Minna Ylönen

TtM, ylihoitaja, Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala, hallinto

Haavanhoidossa toiminnan tulee perustua parhaaseen saatavilla olevaan näyttöön. Oikean tiedon ja osaamisen avulla voidaan lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tuottavuutta ja turvata asiakas- tai potilaskeskeinen hyvä hoito. Johtajien on huolehdittava siitä, että hoitosuositukset ja -ohjeet ovat hoitohenkilökunnan saatavilla. Näyttöön perustuviin toimintamalleihin liittyvän tiedon saamisessa ja käyttämisessä on omat vaikeutensa, kuten esimerkiksi tiedon puute, tiedonkulun esteet, osaamattomuus olemassa olevan tiedon analysoinnissa tai kyvyttömyys hyödyntää analysoitua tietoa. Haavanhoidossa käytettävä tieto perustuu hyvin paljon kollegoilta tai tuote-esittelijöitä opittuun. Hoitohenkilökunta ei välttämättä tunnista haavanhoidon näyttöön perustuvia tietolähteitä eikä näin ollen osaa välttämättä perustella toimintaansa. Hoitohenkilökunnan tieto ja osaaminen haavojen hoidosta eivät aina ole näyttöön perustuvien suositusten mukaisia ja hoitohenkilökunnan osaamista pitäisikin päivittää ja pitää ajan tasalla.

Haavanhoito on ollut Turun kaupungin hyvinvointitoimialan tärkeä kehittämisaikakauden vuoden ajan ja se on alusta asti kuulunut tutkimusklubien aiheisiin. Haavanhoidon tutkimusklubit toteutettiin kuusiportaista NÄYTKÖ-hankkeessa kehitettyä Tutkimusklubimallia noudattaen. Tutkimusklubit rajattiin kroonisten haavojen, kuten painehaavojen ja kroonisten alaraajahaavojen hoidon osaamisen kehittämiseen. Tutkimusklubeihin osallistui sairaanhoitajia ja muuta hoitohenkilökuntaa, hoitotyön opiskelijoita ja opettajia.

Haavan hoitamiseen liittyvä tieto ja osaaminen

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2014 toteuttaman kyselyn perusteella hoitohenkilökunta koki haavanhoito- ja haavanhoitotuoteosaamisensa riittäväksi, kun taas viidennes vastaajista ilmoitti tarvitsevänsä lisäosaamista. Keskeisimmiksi lisäosaamista kaipaaviksi alueiksi koettiin haavanhoitotuotteiden käyttäminen ja vaikeuttavuus. Lisätietoa haluttiin haavanhoidon arvioinnista ja ohjeita siitä, milloin asiakas pitäisi lähettää erikoissairaanhoidon. Myös haavanhoidon ja seurannan kirjaamisessa ilmoitettiin olevan kehitettävää. Taloudellisuuskäsitteitä pidettiin tärkeinä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014a). Vaikuttaa siltä, että hoitohenkilökunnan oman osaamisen itsearviointi ei ole yhtenevä tiedon tasoa koskevan objektiivisen tutkimuksen kanssa. Tutkimusten mukaan hoitajilla on tiedon puutetta useilla haavanhoidon osa-alueilla, esimerkiksi haavan patofysiologiaa ja etiologiaa ei tunneta. Tämä on huolestuttavaa, koska haavan syyn tunnistamisen pitäisi olla kaiken haavanhoidon lähtökohta. (Ylönen ym. 2014.)

Haavanhoito nähdään usein kovin teknisenä toimintana. Haava aiheuttaa kuitenkin potilaille monia päivittäisen elämän ongelmia ja ne on huomioitava osana hoidon suunnitelmaa. Haavan hoidon suunnitelman on kuuluttava potilaan kokonaishoidon suunnitelmaan. Lisäksi kustannuksista keskusteltaessa keskitytään usein vain haavasidosten kustannuksiin. On kuitenkin merkittävää, että hoitohenkilökunnan työaika muodostaa 33–41 prosenttia haavanhoidon kokonaiskustannuksista. (Drew ym. 2007; Posnett ym. 2009.) Hoitotyön johtajien on tärkeää ottaa huomioon, että haavanhoitoon liittyvän tiedon päivittäminen voi laskea haavanhoidon kustannuksia.

Haavanhoidosta on internetissä saatavilla luotettavaa näyttöön perustuvaa tietoa. Hoitohenkilökunnan ja esimiesten olisi aina pohdittava, miten uusin tieto saadaan parhaalla mahdollisella tavalla ja tehokkaasti osaksi käytäntöä ja miten toimintaa seurataan ja miten siitä raportoidaan. Saatavilla oleva paras näyttöön perustuva tieto on tärkeää yhdistää organisaation käytössä olevaan tietoon.

Haavanhoito suunnitelmallisena ja systemaattisena toimintana

Haavanhoidon suunnitelman ja sen toteutuksen arvioinnin pitää perustua systemaattisesti kerättyyn kokonaisvaltaiseen tietoon potilaasta ja hänen haavastaan. Tiedon keräämisessä voidaan käyttää erilaisia riskiarviointeja, esimerkiksi Braden

-riskiarviointia (Bergstrom ym. 1987). Haavan ulkonäön kuvaamisessa olisi tärkeää omaksua yhtenäiset sanastot ja haavan koon mittaamisen olisi aina oltava osa arviointia. Ravitsemustila vaikuttaa oleellisesti haavan paranemiseen. MNA:n (Mini Nutritional Assessment) (Vellas ym. 2006) tai vastaavan ravitsemusarvioinnin käyttäminen mahdollistaa potilaan tilanteen kokonaisvaltaisen arvioinnin. Hoitotyön kirjaamisen taustalla pitää olla edellä mainittujen mittaritietojen hyödyntäminen potilaan hoidon suunnittelussa ja tavoitteiden saavuttamisen arvioinnissa. Kun organisaatiossa käytetään systemaattisesti erilaisia mittareita ja hoitotyön kirjaaminen tehdään luokitellusti, hoitotyön johtajien on mahdollista yhdistää eri tietolähteistä saatua tietoa ja siten muodostaa laaja ymmärrys haavanhoidon tilanteesta sekä hoitohenkilökunnan osaamisesta ja koulutustarpeista.

Haavanhoito on aina moniammatillista ja siinä perus- ja erikoissairaanhoidon yhteistyö on tärkeää. Haavadiagnoosi on oleellinen oikean hoitomuodon valinnassa. Haavoja ei kuitenkaan välttämättä ole aina diagnosoitu. Haavan syy on aina selvitettävä ennen haavanhoidon aloittamista; etiologioiltaan erilaisilla haavoilla on erilaiset hoitoperiaatteet. Haavan paikallishoito on vain osa haavanhoitoa, mutta oikein toteutetulla paikallishoidolla voidaan merkittävästi edistää haavan paranemista. Hoitohenkilökunta päättää usein haavanhoitotuotteiden valinnasta ilman lääkärin tai haavanhoitoon erikoistuneen asiantuntijan konsultaatiota. Haavan hoidossa käytettävät paikallishoito tuotteet valitaan haavassa olevan kudostyyppin, haavan syvyyden ja eritteen perusteella. Käytettävissä on monenlaisia tuotteita, ja onkin tärkeää tietää, millä periaatteilla haavanhoitotuote valitaan ja minkälaisia ominaisuuksia kullakin tuotteella on. Lisäksi on tiedettävä, miten kulloinkin käytössä olevaa tuotetta käytetään. Hoitohenkilökunnan on aina tutustuttava tuotteen tuoteselosteeseen ja käyttöohjeeseen. Suomessa hoitohenkilökunta voi käyttää maksullista Vulnus Fennica -internetpalvelua, joka on tarkoitettu terveydenhuollon ammattilaisille ja apteekkeille. Se esittelee kaikki Suomessa markkinoitavat haavanhoitoon liittyvät tuotteet, joita on yli 600 kappaletta.

Turun hyvinvointitoimialalla työskentelee yksi auktorisoitu haavanhoitaja, joka organisoii ja johtaa haavaryhmän toimintaa. Linjajohto on nimennyt haavaryhmään edustajia eri alueilta, ja he jalkauttavat näyttöön perustuvaa tietoa omalle alueelleen. Kaikki haavat on kartoitettu kerran vuodessa jo kolmena vuonna ja kartoitus toteutetaan tulevaisuudessakin aina jokaisen vuoden maaliskuussa. Kartoituksen tuloksia käytetään täydennyskoulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Lisäksi tulosten perusteella tehdään tarkempia analyyskejä yksittäisten potilaiden tai asiakkaiden haavanhoidon tilanteesta ja mahdollisista muutostarpeista.

Tutkimusklubit haavanhoitoon liittyvän osaamisen tukena

Tutkimusklubeissa haavanhoitoa käsiteltiin alusta asti laajemmin kuin vain haavanhoitotuotteiden valintana ja niiden käyttämisenä. Haavanhoitoon liittyneet klubit oli tarkoitettu kaikkien hoitoympäristöjen hoitohenkilökunnalle. Joitakin tutkimusklubeja toteutettiin erityisesti kotihoidon hoitohenkilökunnalle, koska haavan hoidon kokonaisuus kotihoidon hoitoympäristössä poikkeaa monelta osin muista hoitoympäristöistä. Koti hoitoympäristönä asettaa oman haasteensa esimerkiksi aseptiikalle, työergonomialle ja valaistukselle. Kotihoidossa hoitaja menee yksin asiakkaan luokse, joten jokaisen hoitajan on hallittava haavanhoitoon liittyvä perusosaaminen. Osastoilla on aina joku, jota voi tarvittaessa konsultoida, mutta kotihoidossa tätä mahdollisuutta ei kotikäynnin aikana ole.

Turun hyvinvointitoimialalla työskentelee auktorisoitu haavanhoitaja, joka oli mukana määrittelemässä tutkimusklubeissa tarkasteltavia haavanhoidon aiheita. Hän kävi Turun ammattikorkeakoulussa kertomassa haavanhoidosta opiskelijoille ja samalla keskusteltiin esille nousseista aiheista, joita tutkimusklubeissa voitaisiin käsitellä. Auktorisoidun haavanhoitajan oppilaitoskäynneillä käytiin hyvin vilkasta keskustelua haavanhoidon nykyisistä käytänteistä, ennaltaehkäisystä sekä haavanhoitoon liittyvistä uskomuksista ja pohdittiin, mihin nykyiset käytänteet perustuvat. Opiskelijat saivat tietää yksiköiden konkreettisista käytännöistä esimerkkien avulla. Lisäksi keskusteltiin siitä, mitkä ovat haavanhoidon tärkeimmät kehittämiskohteet. Opiskelijat kertoivat omia kokemuksiaan haavanhoidosta, ja auktorisoidun haavanhoitajan avulla ne pystyttiin yhdistämään tutkittuun tietoon.

Lisäksi auktorisoitu haavanhoitaja oli mukana kaikissa haavanhoidon tutkimusklubeissa tuomassa haavanhoidon sekä organisaation asiantuntijanäkökulmaa käsiteltävään aiheeseen. Hänen ennakkokäyntinsä ammattikorkeakoulussa mahdollisti sen, että opiskelijoiden oli helpompi löytää tutkimuksia, joista olisi hyötyä käytännön hoitotyön kehittämisessä. Auktorisoidun haavanhoitajan ja opiskelijoiden tapaamisten ansiosta opiskelijoiden oli klubitilaisuuksissa helpompi sovittaa työnsä henkilökunnan tarpeiden mukaisesti. Yhden klubitapaamisen tuloksesta työstettiin posteripainehaavojen ennaltaehkäisystä (ks. liite 1). Posterit on nyt käytössä yksiköissä ja osastoilla. Lisäksi haavanhoidon kehittämiskokonaisuudesta työstettiin posterit EWMA (European Wound Management Association) -konferenssiin, joka pidettiin Kööpenhaminassa keväällä 2013.

Haavanhoidon tutkimusklubityöt voidaan jaotella eri hoitoympäristöihin, eri haavatyyppeihin, ravitsemukseen, hoitotuotteisiin ja potilasohjaukseen sekä haavariskin ja ihon kunnon arviointiin sekä haavojen ennaltaehkäisyyn liittyneisiin töihin (ks. taulukko 1).

TAULUKKO 1
Haavanhoitoon liittyneet tutkimusklubityöt

Kotihoito	Eri haava-tyypit	Ravitsemus	Hoito-tuotteet	Potilas-ohjaus	Ihon kunnon ja haavariskin arviointi ja haavojen ennaltaehkäisy
Haavanhoito kotona	Paine-haavojen ennalta-ehkäisy ja hoito	Ravitsemuksen ja mielialan vaikutus haavaan	Pihka ja hunaja haavan hoitovaihto-ehtoina	Ikääntymisen huomioiminen haavanhoidon ohjauksessa	Haavariskin arviointi – diabetes jalkahaavojen riskinä
Haavanhoito-käytäntöjen juurruttaminen kotihoidossa	Haavojen synty, kehittyminen ja uusiutuminen	Ravitsemuksen vaikutus haavojen parantumiseen vanhus-potilailla	Krooninen laskimope-räinen ala-raajahaava ja kompres-siohoito	Haavanhoidon potilasohjaus, ikääntyneen diabeetikon jalkahaava	Haavariskin arviointi – liikun-tarajoitteiset potilaat sekä hoitajien tiedot ja asenteet.
	Haavan-hoidon uudet tuulet	Ravitsemus-arviointi ja painehaavat	Antimik-robisten tuotteiden käyttö kroonisten haavojen hoidossa	Haavanhoi-don ohjaus ikääntyneille, diabeteksen ja ravitsemuksen näkökulma	Painehaava-riskin arviointi ikääntyneillä
	Krooninen infektoitu-nut haava	Ravitsemus-tilan arviointi ja haava		Ikäihmisten haavanhoi-don ohjaus	Painehaavojen riskimittarei-den vertailua
				Diabetes-potilaan haavanhoidon omahoidon tukeminen	Ikääntyneen ihon kunnon arviointi - psoriasis
				Haavanhoito – omahoidon tukeminen	Ennalta-ehkäisevä ihonhoito
				Psyko-sosiaalisten tekijöiden vaikutukset haavojen itsehoitoon	Ikääntyneiden jalka-ongelmien ennaltaeh-käisy
				Diabeetikon jalkojenhoi-don ohjaus ja ihon kunnon arviointi	

Yhteenveto

Tutkimusklubitoiminnan avulla saatiin koottua haavanhoidon keskeistä näyttöön perustuvaa tietoa tiivistetysti hoitohenkilökunnan käyttöön. Haavanhoitoon liittyneet tutkimusklubit olivat suosittuja ja hoitohenkilökunta osallistui aktiivisesti opiskelijoiden kanssa kehittämisen ideointiin ja keskusteluihin. Klubikeskusteluissa oli mahdollista päivittää omaa tietoa ja osaamista vastaamaan nykyistä näyttöön perustuvaa tietoa. Jotkin asiat ja käytännöt hoitotyössä ovat saattaneet rutinoitua siten, ettei niistä enää keskustella eikä pohdita uusia toimintamalleja. Tutkimusklubeissa oli lupa keskustella rauhassa omasta työstä.

Tutkimusklubien aiheiden valinnassa pyrittiin käsittelemään haavanhoitoa mahdollisimman laajasti ottaen huomioon ravitsemuksen ja potilasohjauksen merkitys haavanhoidossa ja haavan paranemisessa. Keskityttiin tiettyihin osa-alueisiin, jotka valikoituivat käytännön tarpeiden mukaan, eikä yritettykään käsitellä kaikkea haavanhoitoon liittyvää asiaa. Hoitotyö kehittyy koko ajan ja niin myös haavanhoito. Tutkimusklubitoiminnan avulla oli mahdollista tutustuttaa hoitohenkilökunta myös tärkeimpiin haavanhoidon tietolähteisiin, joita he tarvitsevat päivittäisessä hoitotyössä päivittäessään omaa tietoaan haavanhoidosta.

Kaikki tutkimusklubeissa tuotetut työt ovat saatavilla Turun hyvinvointitoimialan intranetissä jatkokehittämisen tueksi sekä hoitohenkilökunnalle että esimiehistölle. Painehaavan ehkäisy ja hoito -posteria käytetään jo yksiköissä. Siitä on helppo kerrata painehaavan hoidon keskeisimmät osa-alueet. Haavanhoidon kehittämistyö jatkuu ja klubitoita hyödynnetään myös tulevaisuudessa.

Huomio iäkkäiden ravitsemushoitoon

Kirsi Kiviniemi

TtT, vanhusten asumispalveluiden johtaja

Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala, vanhus- ja vammaispalvelut

Johanna Ritvanen

TtM, erityisasiantuntija, vanhusten avopalvelut

Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala, vanhus- ja vammaispalvelut

Minna Ylönen

TtM, ylihoitaja, Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala, hallinto

Ravitsemushoidolla tarkoitetaan sekä terveyttä edistävää ravitsemusta että sairaiden ravitsemushoitoa. Ravitsemushoitoon liittyvä asiakokonaisuus on potilas- ja asukas-turvallisen hoidon toteutumisen edellytys sekä yksi oleellinen hoitotyön tulostun-nusluku. Ravitsemus vaikuttaa hyvin paljon kääntyneiden terveyteen ja toiminta-kykyyn sekä heidän hoitonsa kokonaisuuteen monella eri tavalla. Esimerkiksi huono ravitsemustila hidastaa haavojen paranemista ja saattaa altistaa kaatumisille. Hyvä ravitsemustila puolestaan nopeuttaa sairauksista toipumista, mahdollistaa kotona asumisen pidempään ja ylläpitää hyvää elämänlaatua ja vireyttä. (Hakala 2012; Ra-vitsemushoito 2010; Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010.)

Iäkkään potilaan tai asiakkaan ravitsemus ja ravitsemushoito olivat painotetusti tut-kimuskлубien aiheena vuosina 2012–2014. Tutkimuskлубeissa on huomioitu hyvin-vointitoimialan erilaiset hoitoympäristöt ja korostettu arvioinnin merkitystä ravitse-mushoidon suunnittelun lähtökohtana.

Turun kaupungin hyvinvointitoimiala yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun terveys- ja hyvinvointialan kanssa toteutti tutkimuskлубitoimintaa osana ikäänty-

neiden ravitsemushoidon kehittämistä. Tutkimuskлубeihin osallistui hoitajia, hoitotyön opiskelijoita sekä terveysalan opettajia. Tutkimuskлубeissa tuotetut työt on koottu yhteiseen taulukkoon (ks. taulukko 1).

TAULUKKO 1.

Ikääntyneen ravitsemushoitoon liittyneet tutkimuskлубityöt aihealueittain.

Ravitsemus-ongelmat	Ravitsemus ja kaatuminen	Ravitsemustilan arviointi, kirjaaminen ja tiedonkulku	Ravitsemus ja haavanhoito
Ikääntyneen ravitsemus-ongelmia	Ravitsemuksen merkitys ikääntyvien kaatumisiin	Ikääntyneen ravitsemuksen kirjaaminen osana hyvää hoitotyötä	Ravitsemuksen vaikutus haavojen parantumiseen vanhuspotilailla
Ikääntyminen ja ravitsemus-ongelmat	Ikääntyneiden ravitsemus ja kaatuminen	Tiedonhaku ikääntyneiden ravitsemuksessa	Ravitsemusarviointi ja painehaavat
Ikääntyneiden ravitsemus ja syömishäiriöt		Dementoituneen vanhusen nesteytys ja ravitsemus sekä tiedonkulku	Ravitsemustilan arviointi ja haava
Ikääntyminen, ravitsemus ja syömishäiriöt		Tiedonkulun merkitys ikääntyneen ravitsemuksessa	
Ikääntyminen ja päihdeongelmat		Ravitsemukseen liittyvä tiedonkulku ja sen vaikutukset ikääntyneen ravitsemustilaan	
Vajaaravitsemuksen parhaat hoitokäytänteet		Ravitsemus ja tiedonkulku – ravitsemustilan arviointi ja siihen liittyvä kirjaaminen	
		Ikääntyvien ravitsemus ja tiedonkulku	
		Vanhusen aliravitsemusriskiin vaikuttavien tekijöiden kartoittaminen eri tutkimusvälinein	
		Hoitotyön ravitsemuksellinen arviointi ja kommunikointi hoito-henkilökunnan välillä	
		Vanhusen ravitsemuksen huomiointi ja tiedonkulku	
		Vanhusen aliravitsemus suhteessa kirjaamiseen	

Ikääntyneiden ravitsemustila ja virheravitsemus

Ikääntyneiden ravitsemukseen liittyvät ongelmat ovat toisenlaisia kuin työikäisten. Heikentynyt ravitsemustila voi liittyä masennukseen, yksinäisyyteen, köyhyyteen, monilääkitykseen, alkoholin liikakäyttöön ja lonkkamurtumiin. Ikääntyneille voi kehittyä nopeasti nestevajaus, koska janon tunne saattaa heikentyä. Se alentaa verenpainetta sekä lisää kaatumisalttiutta ja on haitallisempaa ikääntyneille kuin nuoremmille. Syöminen voi vaikeutua nielemisvaikeuksien, hampaattomuuden ja suun kuivumisen vuoksi. Iäkkäiden hoitamisessa on huomioitava myös laihtumista aiheuttavat sairaudet, kuten esimerkiksi kilpirauhasen liikatoiminta, korkea verensokeri, syöpä ja erilaiset ruoansulatuskanavan ongelmat. Ravitsemustila heikkenee sairauksien ja myös iän myötä. Yli 65-vuotiaista virheravitsemusta esiintyy alle 10 prosentilla, mutta yli 80-vuotiailla sitä esiintyy enenevässä määrin. Suurin ravitsemukseen liittyvä riski etenkin yli 80-vuotiailla on liian vähäinen energian saanti ja laihtuminen. (Hakala 2012; Ravitsemussuosituksen ikääntyneille 2010.)

Virheravitsemus tarkoittaa joko energian, proteiinin tai muiden ravintoaineiden saannin puutetta tai ylimäärää tai epäsuhtaa niiden tarpeeseen nähden. Virheravitsemus on merkittävä kliininen ja taloudellinen ongelma. Ravintoaineiden, kuten energian, proteiinin ja suojaravintoaineiden, puutteesta kärsivät iäkkäät ovat usein väsyneitä, voimattomia ja ruokahaluttomia. He ovat myös alttiimpia infektioille ja painehaavoille. Virheravitsemus voi lisäksi muuttaa lääkeaineiden tehoa vaikuttamalla niiden imeytymiseen ja jakautumiseen elimistössä. Lisäksi se heikentää iäkkään henkilön toipumista, toimintakykyä ja elämänlaatua. (Ravitsemushoito 2010; Ravitsemussuosituksen ikääntyneille 2010.)

Suomalaistutkimuksessa (Muurinen ym. 2012) arvioitiin vanhainkodissa tai tehostetussa palveluasumisessa olevien iäkkäiden pitkäaikaishoidon ravitsemustilaa MNA-mittarilla (Mini Nutritional Assessment) (Vellas ym. 2006). Asukkaista 26 prosentilla oli virheravitsemustila. Hyvä ravitsemustila oli 12 prosentilla ja virheravitsemusriski 62 prosentilla. Tutkimukseen osallistuneiden asukkaiden keski-ikä oli 84 vuotta. Lähes puolella painoindeksi oli alle 24. Noin 17 prosentilla asukkaista painoindeksi oli yli 30. Tutkimustulokset myös vahvistivat aiempien tutkimusten löydöksiä siinä, että virheravitsemus on yhteydessä muistisairauksiin, heikentyneeseen toimintakykyyn, suun ja ruoansulatuskanavan ongelmiin sekä psyykkiseen hyvinvointiin.

Ravitsemushoito

Tuloksellisen ravitsemushoidon perustana ovat iäkkään henkilön ravitsemustilan arviointi ja siihen yhteydessä olevien tekijöiden kartoittaminen sekä henkilöstön riittävä ravitsemustieto ja kyky soveltaa tietoa käytäntöön. Iäkkään henkilön yksilölliseen ja hyvään ravitsemushoitoon kuuluu säännöllinen punnitus ja painon seuranta sekä virheravitsemuksen riskin seulonta (MNA-mittari). Tämän tiedon perusteella suunnitellaan iäkkään henkilön ravitsemushoito, kuten tilattava ruokavalio ja mahdollisesti tarvittavat täydennysravintovalmisteet. Oikein ajoitettu ja kohdennettu ravitsemushoito säästää kustannuksia. On tärkeää tunnistaa erityisesti ne ikääntyneet, jotka hyötyvät tehoruokavaliosta ja täydennysravintovalmisteista. Ravitsemushoito on toteutettava aina jokaisen ikääntyneen tarvetta vastaavalla tavalla. Tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuvat iäkkään yksilöllisen tilannearvion perusteella esimerkiksi lääkäri, suuhygienisti ja ravitsemusterapeutti. (Ravitsemushoito 2010.)

Ravitsemushoidon seurannassa on aina seurattava ruoan sopivuutta ja riittävyyttä, mutta on otettava huomioon myös potilaan toiveet ja tilanne. Tehostetussa ravitsemushoidossa ruoan ja juoman määriä seurataan tarkasti erillisten lomakkeiden avulla ja potilaiden paino mitataan sovituin väliajoin. Ravitsemushoitoa muutetaan tarvittaessa seurantatietojen perusteella ja muun hoidon tapaan myös kaikki ravitsemushoito on kirjattava potilasasiakirjoihin.

Iäkkäiden ravitsemushoidon kehittäminen Turun hyvinvointialalla

Turun kaupungin hyvinvointitoimialalla iäkkäitä hoidetaan sekä kotihoidossa että ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköissä eli tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodissa ja pitkäaikaissairaanhoidon yksikössä. Hoitoympäristöjen erilaisuus asettaa haasteita ravitsemushoidon huomioimiselle ja arvioinnille. Turun hyvinvointitoimialalla iäkkäiden ravitsemusta ja sen arviointia on kehitetty jo usean vuoden ajan. Henkilökunnalle on järjestetty esimerkiksi moniammatillisia pienryhmäkoulutuksia, joissa on pohdittu ikääntyneen ravitsemukseen liittyviä asioita case-esimerkkien avulla. Tutkimusklubitoiminnalla on tuettu kehittämissi-työtä eri näkökulmista.

Kotihoito

Jokainen kotihoidon asiakas arvioidaan elämäntilanteen eri osa-alueita sisältävän kokonaisuuden avulla, ja siihen kuuluu myös ravitsemukseen liittyvä osio. Seula tehdään hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä, hyvinvointineuvojan vastaanotolla sekä jokaisella palvelutarpeen arviointikäynnillä. Mikäli siinä huomataan jotain poikkeavaa, asiakas ohjataan tarvittaessa ravitsemusterapeutille tai muiden tukitoimien ollessa riittämättömät aloitetaan esimerkiksi ateriapalvelu, kauppapalvelu tai varsinainen kotihoidon palvelu. Mikäli arvioidaan, että asiakas tarvitsee ravitsemustilan seurantaa, tehdään MNA (Vellas ym. 2006) tarkempien hoidon tarpeiden selvittämiseksi.

Kotihoidossa painottuu asiakkaan aktiivisuus oman ravitsemustilansa ylläpitäjänä. Mahdollisuuksien mukaan etsitään vaihtoehtoja ateriapalvelulle – aterioita tarjotaan muun muassa palvelutaloissa. Kaupparingissä pääsee käymään kaupassa saattajan kanssa sekä tapaamaan myös muita ikätovereita. Kotihoidossa korostetaan asiakkaan kanssa yhdessä tekemistä sekä toimintakyvyn ylläpitoa ja itsenäisen aterioinnin mahdollistamista muun muassa toteuttamalla itsenäisen aterioinnin mahdollistavia muutoksia keittiössä tai asentamalla tarvittavia apuvälineitä. Ruoan taloudellisuus on tärkeä kotihoidossa, koska asiakas vastaa itse kaikista ruokakustannuksista.

Jokaisen kotikäynnin yhteydessä käytetään ravitsemuksen tarkistuslistana toimivaa minimihuomiolistaa, joka helpottaa ravitsemuksen kannalta oleellisten asioiden systemaattista huomioimista. Siihen on koottu asiakkaan ravitsemukseen vaikuttavia asioita, kuten esimerkiksi toimintakyky, suuhygieniä ja hampaiden hoito. Mikäli listan mukaisen seurannan perusteella havaitaan asiakkaan ravitsemustilan ylläpitämistä vaikeuttavia seikkoja, niistä laaditaan omat tarvekohtansa asiakkaan hoitosuunnitelmaan. Samalla tehdään uudelleen muut ravitsemustilan arvioinnin mittaukset, kuten MNA ja painon mittaust, sekä lasketaan painoindeksi (BMI). Hoitosuunnitelmaan kirjataan tarkemmassa kartoituksessa esille tulleet ravitsemukseen liittyvät hoidon tarpeet sekä tavoitteet ja toimenpiteet, joilla pyritään parantamaan asiakkaan tilannetta. Kotikäynneillä on mobiililaitteen avulla mahdollista hyödyntää yksilöllistä hoitosuunnitelmaa ja sen pohjalta kirjata toteutusta ja arviointia jokaisesta käynnistä. Koska kirjaaminen tapahtuu mobiililaitteella asiakkaan kotona, asiakas on oleellista ottaa mukaan jokaiseen hoidon arvioinnin kirjaamiseen.

Hoitosuunnitelmaa päivitetään jatkuvasti asiakkaan tilanteen muuttuessa ja sitä arvioidaan kokonaisuudessaan kolmen kuukauden välein. Tarkemmassa seurannassa pidetään

erillistä listaa sekä asiakkaan saamasta ravinnosta että hänen nauttimistaan nesteistä. Hoitajat voivat konsultoida lääkäriä asiakkaan ravitsemustilaan liittyvissä ongelmissa. Kotihoidossa on mahdollisuus suuhygienistin konsultaatioon ja tarpeen mukaan asiakas ohjataan hammaslääkärin vastaanotolle. Myös ravitsemusterapeutin ammattitaitoa voidaan käyttää hyväksi. Tulevaisuudessa kotihoidossa on tarpeen kiinnittää huomiota enemmän ravinnon laatuun ateriovien arvioinnin, aterioiden koostumuksen, määrän ja hinnan sekä asiakkaan omatoimisuuden ja toimintakyvyn tukemisen lisäksi.

Vanhusten asumispalvelut

Vanhusten asumispalveluissa eli entisessä ympärivuorokautisessa hoidossa on käytössä ravitsemuksen tarkistuslista. Kun yksikköön tulee uusi asukas, otetaan huomioon ravitsemustilaan vaikuttavat sairaudet ja lääkitys, ruoka-ainerajoitteet, suun ja kielen kunto sekä nieleminen. Tulotilanteessa asukkaalta selvitetään myös hänen mieltymyksensä ruokiin ja ruokailutilanteisiin. Hoidon tarpeen ja suunnittelun olennaiset seikat on ohjeistettu kirjattaviksi hoitosuunnitelmaan.

Vanhusten asumispalveluissa otettiin käyttöön RAI-arviointijärjestelmä (Resident Assessment Instrument) syksyllä 2013. MNA-arviointi (Vellas ym. 2006) on integroitu RAI -järjestelmään (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014), joka otettiin käyttöön vanhusten asumispalveluissa syksyllä 2013. RAI-arviointi tehdään kaikille asukkailla puolivuositain. Asukkaat punnitaan kolmen kuukauden välein ja ihon kuntoa seurataan kuukausittain Braden -riskiluokitusmittarilla (ks. mittari Bergstrom ym. 1987). Vuoden 2015 tammikuussa kaikkiaan 888 keski-ikästään 85-vuotiaasta asukkaasta 14 prosentilla oli hyvä ravitsemustila, 60 prosentilla oli virheravitsemusriski ja 26 prosentilla oli virheravitsemustila. Ravitsemustilan arvioinnin perusteella hoitohenkilökunta päättää yhteistyössä lääkärin kanssa tarvittavista toimenpiteistä jokaisen asukkaan yksilöllisen tilannearvioinnin pohjalta. Tarvittaessa konsultoidaan ravitsemusterapeuttia.

Ravitsemushoitoon liittyvää osaamista on vahvistettu järjestämällä koulutusta ja organisoimalla toimintaa. Kaikissa yksiköissä on ravitsemusvastaavat ja 5–10 ravitsemusyhdyshenkilöä. Heille on järjestetty säännöllisesti koulutusta ja osaamisen ylläpitämistä edistäviä teemapalavereja. Asukkaiden ravitsemushoidossa on olennaista myös tiivis yhteistyö ruokapalveluiden tuottajan kanssa. Yhteistyön yhtenä tuloksena on Ravitsemuskäsikirja, joka toimii välittömässä asukastyössä olevan henkilökunnan käsikirjana muun muassa ruokaa tilattaessa. Useimmissa yksiköissä on niin

sanottu hajautettu ruoanjakelu eli ruoka annostellaan yksikössä asukaskohtaisesti. Henkilöstölle on järjestetty koulutusta annostelussa, jotta se vastaisi kunkin asukkaan todettua ravinnontarvetta.

Ravitsemushoito tutkimusklubien aiheena

Ikäkkään potilaan ravitseminen on ollut painotetusti tutkimusklubien aiheena vuosina 2012–2014. Tarkoituksena on ollut tukea ravitsemukseen liittyvää kokonaiskehittämistä. Tutkimusklubien aiheissa on otettu huomioon hyvinvointitoimialan erilaiset hoitoympäristöt ja korostettu arvioinnin merkitystä ravitsemushoidon suunnittelun lähtökohtana.

Tutkimusklubeissa on käsitelty muun muassa ikääntyneiden ravitsemusongelmia, ravitsemusta ja kaatumista, ravitsemustilan arviointia, kirjaamista ja tiedonkulkua sekä ravitsemusta ja haavanhoitoa. Kaikki ikääntyneiden ravitsemukseen liittyvät tutkimusklubityöt aihealueittain on tallennettu hyvinvointitoimialan intranettiin, jotta koko henkilökunnalla on mahdollisuus hyödyntää niitä omassa toiminnassaan ja kehittämistyössään.

Ikäkkäiden ravitsemuksen kehittämistyön arviointi

Ikäkkäiden ravitsemuksen kehittämistyötä arvioidaan esimerkiksi hoitotyön kirjaamisen sisällön analyysillä. Sen avulla saadaan tieto ravitsemustilan arvioinnin (MNA) määrästä. Pelkän MNA- arvioinnin löytyminen hoitotyön kirjaamisista ei riitä, vaan kirjaamista on aina tarkasteltava kokonaisuutena, eli miten ravitsemustilan arviointia on hyödynnetty potilaan hoitotyön suunnittelussa ja toteutuksessa. Jos potilaalla on todettu kasvanut virheravitsemuksen riski tai aliravitseminen, asiaan liittyvät tarpeet, tavoitteet ja toimenpiteet on kirjattava hoitosuunnitelmaan. Lisäksi kirjaamista on tarkasteltava myös päivittäisen kirjaamisen tasolla ja otettava huomioon kunkin iäkkään yksilölliset tarpeet.

Yhteenveto

Tutkimusklubitöissä on noussut esille ravitsemuksen kokonaisvaltainen merkitys iäkkään potilaan hoitotyössä. Osallistujia on ollut hyvinvointitoimialan eri alueilta, kuten kotihoidosta ja vanhusten asumispalveluista ja klubit auttoivat osaltaan

yhteisten toimintamallien jalkauttamista. On tärkeää, että iäkkäiden hoitotyössä tunnistetaan ravitsemuksen merkitys ja osataan puuttua sen mahdollisiin ongelma-alueisiin mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Ravitsemushoidossa on monenlaisia keinoja ja ne on suunniteltava jokaiselle iäkkäälle yksilöllisesti ja niiden on perustuttava systemaattiseen tarpeen arviointiin. Lisäksi on oleellista arvioida valittujen menetelmien ja keinojen vaikutuksia ikääntyneen ravitsemustilaan systemaattisesti. Tutkimuskлубeissa erityinen painopiste on ollut ravitsemustilan arvioinnissa, kirjaamisessa ja ravitsemukseen liittyvässä tiedonkulussa.

Tutkimuskлубeissa on käsitelty muun muassa ikääntyneiden ravitsemusongelmia, ravitsemusta ja kaatumista, ravitsemustilan arviointia, kirjaamista ja tiedonkulkua sekä ravitsemusta ja haavanhoitoa. Kaikki työt on tallennettu hyvinvointitoimialan intranetiin, jotta koko henkilökunnalla on mahdollisuus hyödyntää niitä omassa toiminnassaan ja kehittämistyössään.

Hoitoympäristö ja iäkkäiden ravitseminen

Juulia Koskinen

Sairaanhoitaja (AMK)

Noona Mäenpää

Sairaanhoitaja (AMK)

Camilla Laaksonen

TtT, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Suomen ikärakenne on muuttumassa voimakkaasti lähitulevaisuudessa, kun suuret ikäluokat vanhenevat ja syntyvyys laskee. Tulevaisuudessa iäkkäiden osuus väestöstä kasvaa, minkä seurauksena ongelmat ravitsemuksessa korostuvat entisestään. Haasteeksi muodostuu ikääntyneiden vajaaravitsemuksen ehkäisy ja tehokas ravitsemushoito. (Muurinen ym. 2012; Findikaattori 2014.) Vajaaravitsemuksella tarkoitetaan ravitsemuksellista häiriötä, jonka aiheuttaa epätasapainoinen ja sopimaton ruokavalio. Sitä havaitaan etenkin iäkkäillä, jotka ovat pitkäaikaisessa hoidossa vuodeostol-la tai asuvat hoitokodeissa. Heistä jopa joka neljäs on joko vajaaravittu tai vaarassa ajautua siihen. Usein kuitenkin tilanne jää huomaamatta. (O'Regan 2009; Bäcklund & Mäkisalo 2014.)

Tämä artikkeli pohjautuu opinnäytetyöhön, jossa selvitettiin miten ulkoista hoitoympäristöä kehittämällä voidaan edistää ikääntyneiden ravitsemusta. Opinnäytetyö oli osa Turun kaupungin hyvinvointitoimialan ja Turun ammattikorkeakoulun välistä tutkimusklubitoimintaan liittyvää projektia, jonka tavoitteena oli edistää hoitotyön perustuvuutta parhaaseen olemassa olevaan näyttöön. Kyseinen opinnäytetyö liittyi tutkimusklubitoimintaan siten, että sen aihe perustui hoitotyössä todettuun kehittämistarpeeseen, johon etsittiin tutkimustietoa. Tämän jälkeen tutkimus- ja muu teoriatieto tiivistettiin miellekartaksi, jota voidaan jatkossa hyödyn-

tää tutkimusklupeissa. Miellekartta on kuvattu opinnäytetyössä. (Laaksonen ym. 2012a; Laaksonen ym. 2012b; Laaksonen ym. 2013; Koskinen & Mäenpää 2014.)

Ulkoinen hoitoympäristö ja ravitsemushoito

Ulkoisella hoitoympäristöllä voidaan vaikuttaa iäkkään ruokahaluun ja syömiseen. Kun vanha ihminen joutuu pitkäaikaiseen hoitoon hoitolaitokseen tai sairaalaan, hänen on muutettava paljon ruokailutapojaan ja tottumuksiaan, mikä saattaa johtaa nopeastikin vajaaravitsemukseen. Varsinkin hoitolaitoksissa ruokailuhetken merkitys päivän rytmittäjänä korostuu, ja ruokailu on tärkeä osa iäkkään sosiaalista kanssakäymistä. Ulkoinen hoitoympäristö ruokailutilanteessa käsittää sekä sosiaalisen että fyysisen hoitoympäristön. Näihin sisältyy esimerkiksi ruokailutilanne sosiaalisena tapahtumana sekä ruoan rakenteen, kattauksen ja ulkonäön vaikutus ruokanautintoon. (Puranen & Suominen 2012; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

Ravitsemushoidon toteutus on moniulotteinen prosessi, jossa tulee huomioida iäkkään fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset sekä kulttuuriset tekijät. Iän myötä kyky maistaa ja haistaa heikkenee, myös nälän tunteen havaitseminen vaikeutuu. Ruokahalu heikkenee ja vajaaravitsemuksen riski kasvaa. Syljen erityksen väheneminen sekä mahdollinen sopimattomista hammasproteeseista johtuva kipu suun limakalvoilla ja ikenissä vaikeuttavat ruokailua ja tekevät siitä epämiellyttävän.

Iän mukanaan tuomien muutosten huomioimisen sekä laadukkaan ja monipuolisen ruuan lisäksi ruokailutilanteen pitäisi olla miellyttävä ja aktivoiva. Ruokailuajan kohdat olisi syytä suunnitella siten, että ateriavälit olisivat riittävän lyhyet, sillä iäkkäät syövät kerralla vain pieniä määriä ja välipalojen merkitys korostuu. Ravintoa voidaan rikastaa energialla ja proteiineilla, tarvittaessa käytetään erilaisia täydennysravintovalmisteita monipuolisen ravinnon tukena. (Arffman ym. 2009; Puranen & Suominen 2012; Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

Ulkoisen hoitoympäristön kehittäminen

Jotta iäkkäiden käyttäytymistä ruokailutilanteessa voitaisiin ymmärtää, on tiedettävä millaisia vaikutuksia ulkoisilla tekijöillä on syömiseen. Ruokailuun vaikuttavia ulkoisia tekijöitä ovat muun muassa hoitajan toiminta, ruokailutilanne, ruokailutila, ruoan ulkonäkö, maku ja koostumus sekä kulttuuri. Huomioimalla näitä tekijöitä, on mahdollista kohentaa iäkkään ravitsemustilaa.

Hoitajan toiminta

Syöminen ei ole vain biologinen välttämättömyys, vaan siihen liittyy vahvasti myös sosiaalinen ja psykologinen näkökulma. Sosiaalinen kanssakäyminen hoitajan kanssa vaikuttaa tutkimusten mukaan paljon iäkkäiden syömiseen ja sitä kautta ravitsemustilaan. Hoitohenkilökunnan asenteet iäkkäiden ravitsemushoitoa kohtaan vaihtelevat kuitenkin suuresti. Osa hoitajista suhtautuu myönteisesti ja aktiivisesti ravitsemushoittoon, kun taas osa ei ole siitä lainkaan kiinnostunut. Tutkimuksien mukaan sairaanhoitajat ovat keskimäärin kiinnostuneempia toteuttamaan ravitsemushoitoa hoitotyössä kuin muu hoitohenkilökunta. Ero saattaa johtua siitä, että sairaanhoitajat perehtyvät koulutuksen aikana paremmin ravitsemusasioihin kuin esimerkiksi perushoitajat. (Bachrack-Lindström ym. 2006; Dickinson ym. 2007.)

Hoitolaitoksissa asukkaat saattavat kokea hoitajien määrän ruokailutilanteessa riittämättömäksi. He eivät halua vaivata hoitajia saadakseen apua esimerkiksi ruoan pilkkomiseen, vaan jättävät mieluummin ruokansa syömättä. Potilaat tarvitsisivat yksilöllistä hoitoa ja he toivovat, että hoitajat tietäisivät ja tunnistaisivat heidän tarpeensa. Hoitajat puolestaan eivät miellä ruokailua hoitotilanteeksi ja saattavat priorisoida muita tehtäviä. Ruuan jakaminen ja tarjottimien pois kerääminen jää usein laitosapulaisten vastuulle eikä hoitaja ei ole tietoinen potilaan todellisesta syömisestä, ja ravitsemustilan seuraaminen hankaloituu. (Xia & McCutcheon 2006; Dickinson ym. 2007)

Ruokailutilanteesta saadaan toimivampi ja miellyttävämpi ajoittamalla hoitajien ruokatauot eri aikaan osaston potilaiden ruokailun kanssa. Ruokailusta saadaan luotua turvallinen ja sosiaalinen tapahtuma järjestämällä hoitajien työtehtävät siten, että he voivat esteettömästi avustaa iäkkäitä ruokailutilanteessa. Kun hoitajilla on mahdollisuus seurata potilaita ruokailun aikana, he oppivat tuntemaan potilaansa ja pystyvät myös seuraamaan paremmin heidän ravitsemustilaansa sekä puuttumaan ajoissa epäkohtiin. (Xia & McCutcheon 2006; Dickinson ym. 2007.)

Ruokailutilanne

Hoitolaitosten ruokailutilanteet voivat olla stressaavia niin iäkkäille kuin hoitohenkilökunnallekin. Sisäisten tekijöiden, kuten mieliala ja arvot, lisäksi ruokailuun vaikuttavat myös ulkoiset tekijät, kuten ympäristö ja seura. Koettu elämänlaatu ja halukkuus syödä ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa. Ajankäytön ongelmat, ruokaha-

luttomuus ja syömisvaikeudet hankaloittavat ruokailutilannetta entisestään. Ruokailutilanne on tiiviisti sidoksissa iäkkään asuinympäristöön, eikä yksilön tarpeita ja toiveita pystytä huomioimaan riittävästi. Iäkkään tulisi voida vaikuttaa enemmän siihen, mitä, missä, milloin ja kenen kanssa hän haluaa syödä. (Wikby & Fäger-skiöld 2004; Sydner & Fjellström 2005.)

Hoitolaitoksissa asuvien iäkkäiden aktiivisuustaso laskee, jolloin ruokailuhetkistä tulee entistä tärkeämpiä. Kodinomaisella ruokailulla voidaan parantaa asukkaiden elämänlaatua, fyysistä olemusta, hienomotoriikkaa sekä vaikuttaa painoon positiivisesti. Tuolloin istutaan yhdessä pöytien ääressä ja jokainen voi annostella ruokansa itse. Iäkkäiden omaa toimintakykyä aktivoiva ja ylläpitävä sekä sosiaalisuutta vahvistava toiminta korostuvat. Tutkimusten mukaan kodinomaisella ruokailulla voidaan aktivoida asukkaita osallistumaan omaan ravitsemushoitoonsa. Samalla hoitaja voi arvioida ruokailun sujumista. Aktiivisuutta on helppo tukea asettamalla esimerkiksi leipäkorit, mausteet ja juomat ruokapöytään, jolloin ne ovat jokaisen saatavilla. Iäkkäiden elämänlaatu paranee, kun he voivat toimia oman toimintakykynsä rajoissa niin itsenäisesti kuin mahdollista. Ruokailun aikana on mahdollista kommunikoida toisten asukkaiden kanssa, ja ruokailusta tulee näin sosiaalinen tapahtuma. Noloja tilanteita ei synny yhtä helposti, sillä kaikki tarvittava on käden ulottuvilla eikä avun pyytämisestä tarvitse tehdä suurta numeroa. (Nijs ym. 2006; Barnes ym. 2013.)

Ruokailussa avustamiseen liittyy niin psykologinen, kuin fysiologinen näkökulma. Ruokailussa avustaminen ei saa olla rutiininomainen tehtävä. Hoitajan ja iäkkään yhteistyö ruokailutilanteessa vaikuttaa positiivisesti syödyn ruoan määrään. Vierailuajkojen rajaaminen pois ruokailuhetkistä auttaa potilaita keskittymään syömiseen. Poikkeuksina ovat tietysti tilanteet, jolloin omainen avustaa iäkästä syömisessä. (Wright ym. 2006.)

Ruokailutilanteen on syytä olla rauhallinen, eikä sitä ennen tai sen jälkeen saisi olla suunniteltuna aktiviteetteja. Tutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä ei myöskään saisi tehdä juuri ennen ruokailua tai heti sen jälkeen, jotta potilas ei yhdistäisi näistä johtuvaa pahaa oloa ruokailuun. Kodinomaista ruokailua noudatettaessa hoitajat arvostavat ruokailutilannetta, antavat ruokailulle aikaa eivätkä aseta muita tehtäviä ruokailun edelle. (Xia & McCutcheon 2006; O'Regan 2009; Barnes ym. 2013.)

Yksilölliset ruoat, sopivat annoskoot, värikkäät ja kauniisti esille asetetut sekä erikoistilaisuuksiin liittyvät ruoat vaikuttavat iäkkäiden ruokanautintoa vahvistavasti. Ruokailujen välit pitäisi pyrkiä pitämään kohtuullisina. Iäkkään autonomiaa ja päätösvaltaa voidaan tukea tarjoamalla mahdollisuus omiin herkkuihin ja välipaloihin. Aliravitsemus pitäisi tunnistaa ja ennakoida ja siksi kaikille iäkkäille olisi hyvä tarjota välipaloja jokaisen oman tarpeen mukaan. (O'Regan 2009; Chisholm ym. 2011.)

Ruokailutila

Erilaiset näkö- ja ääniärsykkeet vaikuttavat paljon iäkkäiden ruokahaluun. Siisti, miellyttävä ja rauhallinen ympäristö, luonnolliset värit sekä yhdessä syöminen parantavat merkittävästi ruokahalua. Sen herättämiseksi olisi hyvä, että iäkäs voisi esimerkiksi esillä olevasta ruokalistasta tarkastaa, mitä ruokaa on tarjolla. Ruokahaluun negatiivisesti vaikuttavia asioita puolestaan voivat olla muun muassa vierustoverin yskiminen, sylkeminen tai huonot pöytätavat. (Wikby & Fägerskiöld 2004; Ullrich ym. 2011.)

Ruokailutilan väri, valaistus, äänet ja lämpötila vaikuttavat ruokailukokemukseen. Mitä kodinomaisempi ruokailutila on, sitä enemmän iäkkäät syövät. Väreillä on mahdollista vaikuttaa ihmisen mielialaan, ja sitä kautta emotionaalsiin, psykologisiin ja kognitiivisiin tekijöihin. Lämmin valaistus, viileä ja raikas sisäilma sekä samassa tilassa valmistettu tuoksuva ruoka tekevät ruokailutilasta houkuttelevan. Sisustuksen olisi syytä olla rauhallinen ja television pitäisi olla pois päältä. Ruokailutilassa voisi soida rauhallinen musiikki. Musiikilla voidaan luoda rento tunnelma, jolloin iäkäs haluaa olla ruokailutilassa kauemmin ja saattaa näin ollen syödä enemmän. Tutkimukset myös osoittavat, että mitä enemmän iäkkäällä on ruokavaihtoehtoja, sitä enemmän hän todennäköisesti syö. Näinhän käy helposti myös noutopöydästä ruokaa haettaessa. Leipäkorit, vesi ja hedelmät olisi hyvä olla pöydissä jatkuvasti tarjolla. (Stroebele & DeCastro 2004; Ullrich ym. 2011.)

Ruoan ulkonäkö, maku ja koostumus

Ruoan ulkonäkö, maku ja koostumus merkitsevät paljon iäkkäiden ravitsemuksessa, ja ne vaikuttavat yksilöllisesti ruoasta nauttimiseen. Näitä tekijöitä muokkaamalla voidaan vaikuttaa syödyn ruoan määrään. Odotukset ruoan mausta ovat kulttuurisidonnaisia ja ne vaikuttavat siihen, syövätkö iäkkäät ruoan maistettuaan sitä.

Makuaisti heikkenee iän myötä ja tämän vuoksi ruoka voi olla iäkkäistä mautonta. Ruoan makujen puuttuminen aiheuttaa ruokahalun heikkenemistä, mikä pahimmillaan voi johtaa aliravitsemukseen. Jos ruoka on mautonta hoitohenkilökunnan mielestä, se tuskin voi maistua hyvältä asukkaista, jotka ovat menettäneet kykyä haistaa ja maistaa normaalisti. Antamalla iäkkäille mahdollisuus lisätä ruokaansa mausteita oman maun mukaan heidän ruokahaluun ja elämänlaatuun voidaan edistää. (Stroebele & De Castro 2004; Boczek & Mckeon 2010; Wylie 2010.)

Ruoan väri on vahvasti yhteydessä ruokahaluun ja ruoan maistumiseen: värikäs ruoka-annos herättää ruokahalun tehokkaammin kuin väritön. Ruoan värillä voidaan vaikuttaa myös siihen, miltä ruoka maistuu. Eräessä tutkimuksessa tutkittaville annettiin ruskeaa vaniljajäätelöä ja valkoista suklaajäätelöä. Tuloksena oli, että tutkitut maistoivat sen, mitä olettivat ruoan olevan värin perusteella eli ruskea jäätelö miellettiin suklaa- ja valkoinen vaniljajäätelöksi. (Stroebele & DeCastro 2004.)

Värin ohella myös ruoan tuoksu yhdistyy vahvasti nälän tunteeseen ja ruoan maistuvuuteen. Lämpimän aterian tuoksu ruokailutilassa stimuloi näläntunnetta, ja tästä syystä ruoka olisikin hyvä valmistaa ruokailutilan välittömässä läheisyydessä. Ruoan tuoksulla voidaan herättää positiivisia muistoja ja vahvistaa ruokailua miellyttävänä kokemuksena. Etenkin muistisairaille tuttujen ja miellyttävien ruokien tarjoaminen on tärkeää. (Manthorpe & Watson 2003; Stroebele & DeCastro 2004.)

Ruoan koostumus vaikuttaa iäkkään ruokanautintoon ja hänen halukkuuteensa syödä. Nielemisvaikeuksien vuoksi ruoka joudutaan tarjoamaan osalle iäkkäistä pehmeänä, soseena tai nestemäisenä. Soseutettaessa myös ruoan maku kärsii sen lisäksi, että ruoan rakenne muuttuu iäkkään mielestä epämiellyttäväksi. Ruokaa pureskeltaessa syljen entsyymit vapauttavat maku- ja hajuaistimuksia edistäviä molekyylejä. Sosemaista ruokaa syötäessä tämä reaktio jää puutteelliseksi. Koska makuaistimus jää vajaaksi, iäkkäiden ruokailussa tulisi huomioida annoksen esteettisyys ja lämpötila. Ruuan maustamiseen pitäisi kiinnittää enemmän huomiota, sillä makuaistimus jää vajaaksi, joten nautinnon takaamiseksi makujen tulisi olla voimakkaampia. Eräessä tutkimuksessa iäkkäät kokivat, että soseutettu ruoka on väritöntä ja tunnistamatonta eikä tietämättömyys siitä mitä syö, herättänyt ruokahalu. Iäkkäät kokivat kateutta ja katkeruutta siitä, että vierustoveri söi tavallista ruokaa. (Keller & Duizer 2014.)

Yhteisöllisyys

Ruokailu on vahvasti sidoksissa kulttuuriin ja yhteisöllisyyteen. Ihannetilanteessa hoitopaikka luo mukavan ja kutsuvan ympäristön, jossa ystävät voivat kohdata ja nauttia yhdessä ruoasta ja ruokaperinteistä. Iäkkäille tarjottavien ruokien olisi hyvä olla tuttuja ja turvallisia sekä ruokailurutiinien joustavia. Asiakkaiden monikulttuurisuus luo useita ruokailuun liittyviä haasteita ja yksilöllisten ruokailumahdollisuuksien toteuttaminen hoitolaitoksissa edellyttää suunnittelua ja oikeanlaista asennoitumista. (Manthorpe & Watson 2003; Wylie 2010.)

Optimaalisen ravitsemustilan saavuttamiseksi on ravitsemusta suunniteltaessa syytä huomioida yksilön mieltymykset ja tarpeet. Iäkkään toiveiden kunnioittaminen ja omatoimisuuden tukeminen merkitsevät paljon. On tärkeää voida yhdistää iäkkään elintavat osaksi uusia toimintatapoja. Etenkin iäkkäät naiset ovat tottuneet vastaamaan koko perheen ruoanlaitosta. Tuo tapakulttuuri on opittu jo lapsuudessa ja näin ollen sitä on vaikea muuttaa. Itsenäisyyden ja omatoimisuuden rajoituessa avun vastaanottaminen on vaikeaa. Hoitajien pitäisikin muistaa kohdella iäkkäitä kunnioittaen, heidän rajoittuneesta toimintakyvystään huolimatta. (Gustafsson ym. 2003, Edfors & Westergren 2012.)

Iäkkäiden kaatumisen ennaltaehkäisy

Marja Kuusela

*Sairaanhoitaja (AMK), TtM, vanhusten avopalveluiden vs. palvelupäällikkö
Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala, vanhus- ja vammaispalvelut*

Kirsi Kiviniemi

*TtT, vanhusten asumispalveluiden johtaja
Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala, vanhus- ja vammaispalvelut*

Johanna Ritvanen

*TtM, erityisasiantuntija, vanhusten avopalvelut
Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala, vanhus- ja vammaispalvelut*

Minna Ylönen

TtM, ylihoitaja, Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala, hallinto

Kaatuminen on määritelty yhdeksi potilasturvallisuuden indikaattoriksi ja hoitotyön keskeiseksi tulotunnusluvuksi. Kaatumisten ennaltaehkäisemiseen liittyvät aiheet ovat olleet mukana Turun kaupungin ja Turun ammattikorkeakoulun yhteistyönä toteutetussa tutkimusklubitoiminnassa usean vuoden ajan ja painotetusti vuosina 2012–2014. Tarkoituksena on ollut tukea kaatumisten ennaltaehkäisemiseen liittyvän tiedon, taidon ja toiminnan kehittämistä. Aiheet on sovittu puoli-vuosittain ja aihekokonaisuuksia ovat olleet iäkkäiden kaatumisten perusteet, kaatumisten ennaltaehkäisy, liikkumisen ja asumisen turvallisuus sekä iäkkään heikentynyt terveys ja kaatumiset. Kaikki iäkkäiden kaatumista käsittelevät tutkimuskлубityöt on koottu taulukoksi aihealueittain (ks. taulukko 1).

TAULUKKO 1.

Ikääntyneen kaatumiseen liittyneet tutkimusklubyöt aihealueittain

lääkäiden kaatumiset	Kaatumisten ehkäisy	Liikkumisen ja asumisen turvallisuus	Heikentynyt terveys ja kaatumiset
Kaatuminen	Ikääntyneiden kaatumis-tapaturmien ehkäisy	Liikunnan merkitys ikääntyneen kaatumisen ehkäisyssä	Lääkkeiden vaikutus ikääntyneen kaatumisiin
Miksi vanhus kaatuu?	Kaatumisten ehkäisy	Turvallinen koti – ympäristötekijöiden vaikutukset ikääntyneiden kaatumisiin	Lääkehoidon vaikutukset iäkkäiden kaatumisriskeihin
Kaatumisen riskit	Kaatumisen ehkäisy	Vanhusten kaatuminen ja sen ehkäisy – ympäristöstä johtuvat tekijät	Muistin ja ravitsemuksen yhteys iäkkäiden kaatumisiin
Kaatumisten sisäiset vaaratekijät	Vanhuksen kaatumisen ennaltaehkäisyn vaikutukset elämänlaatuun	Turvallinen hoitoympäristö	Päihteiden ja masennuksen yhteys iäkkäiden kaatumisiin
lääkäiden kaatumisten ulkoiset vaaratekijät	Yksilöllisen potilasohjauksen merkitys kaatumisen ehkäisyssä	Asuinympäristön yhteys ikääntyneiden kaatumiseen ja kotona asuvien iäkkäiden arviointitestit	Terveysten edistämisen etiikka ikääntyneen kaatumisten ehkäisemisessä – lääkeshoidon näkökulma
lääkäiden kaatumisvaaran arviointi	Kaatumisten ehkäisy sisäisten vaaratekijöiden osalta	Fyysisen rajoittamisen eettisyys ikääntyneiden kaatumisen ehkäisyssä – hoitohenkilökunnan näkökulma	Terveysten edistämisen etiikka ikääntyneen kaatumisten ehkäisyssä elämänlaadun näkökulmasta
Kaatumisen pelko	Sisäiset tekijät vanhusten kaatumisten taustalla – omaisten ohjaus kaatumisten ennaltaehkäisyssä	Miten ehkäistä vanhuksen kaatumisia apuvälineiden avulla	Terveysten edistämisen etiikka ikääntyneen kaatumisen ehkäisemisessä – muistisairaudet ja teknologia
Terveysten edistämisen etiikka ikääntyneen kaatumisten ehkäisemisessä – kaatumispelko ja sen arviointi		Ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen kaatumisen ehkäisyssä	Omaisten ohjaus kaatumisten ehkäisemisessä – psyykkisten oireiden ja lääkkeiden vaikutus kaatumiseen
		Ikääntyneen kaatumisien ulkoisten riskitekijöiden ehkäisy	

Ikääntyneiden kaatumisten ennaltaehkäisyn toimintamallit

Suomessa väestö ikääntyy ja 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä lisääntyy (Tilastokeskus 2013). Joka kolmas 65 vuotta täyttäneistä ja joka toinen 80 vuotta täyttäneistä kaatuu vähintään kerran vuodessa. Toistuvasti tai enemmän kuin kahdesti vuodessa kaatuu 15 prosenttia iäkkäistä. Vuonna 2012 tapaturmaisiin kaatumisiin ja putoamisiin kuoli yhteensä 1 156 henkilöä (609 miestä ja 547 naista). Kuolemantapaukset ovat lisääntyneet 20 vuoden aikana lähes 40 prosenttia. Lisäksi kaatuminen tai putoaminen oli vuonna 2012 mukana myötävaikuttavana tekijänä yli 800 kuolemantapauksessa. (Tilastokeskus 2012.)

Kaatumisturmista noin puolet sattuu kotona tai sen välittömässä läheisyydessä ja viidennes hoitolaitoksissa. Monet kaatumisista johtuvat vammat hoidetaan itse kotona, mutta kun ikää tulee lisää, kaatumisesta aiheutuu useammin sellaisia vammoja, jotka vaativat lääkärillä tai terveydenhoitajalla käyntiä tai sairaalahoitoa. Siksi iäkkäiden kaatumisista aiheutuu huomattavasti terveyden- ja sairaanhoidon kustannuksia. Yli 75-vuotiaiden kaatumis- ja putoamistapaturmat aiheuttavat vuosittain yli 25 000 vuodeosastohoitajaksoa. Suurin osa lonkkamurtumista tapahtuu hoivakodeissa ja sairaaloissa. Vaarallisimpia ovat kolme ensimmäistä kuukautta hoivakotiin muuton jälkeen. Kaatumisen ja lonkkamurtuminen ehkäisy onkin aloitettava välittömästi, kun iäkäs tulee hoivakotiin tai joutuu sairaalaan. (Haikonen & Lounamaa 2010; Lonkkamurtuma 2011.)

Kaatumisten ehkäisyn perustana ovat sairauksien hyvä hoito, monipuolinen ravinto sekä fyysinen ja sosiaalinen aktiivisuus. Liikuntaharjoittelu on yksi tehokkaimpia kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisymenetelmiä, lisäksi on tärkeää huomioida tasapainon harjoittaminen. (Liikunta 2012.) Kaatumisten vaaratekijöiden tunnistaminen on tehokkaan ja tuloksellisen kaatumisten ennaltaehkäisyn lähtökohta. Kaatumisvaaran arvioinnin perusteella suunnitellaan yksilöllisesti vaaratekijöiden poistamisen toimenpiteet. Kaatumisriski on syytä tunnistaa kaikissa kontakteissa ja on huolehdittava tiedon kulusta jatkotoimenpiteiden varmistamiseksi. (Pajala 2012.) Jatkumo sairaalahoidosta kotihoitoon ja asumispalveluihin pitää varmistaa laadukkaalla kirjaamisella. Kaatumisten ennaltaehkäiseminen on aina moniammatillista toimintaa. Fysioterapeutin ammattitaitoa tarvitaan kaatumisten ehkäisyssä erityisesti liikkumis- ja toimintakyvyn arvioinnissa, ylläpitämisessä ja parantamisessa sekä harjoittelun suunnittelussa, soveltamisessa, toteutuksessa, arvioinnissa ja seurannassa. Ikääntyneiden kaatumisiin liittyvää osaamista on vahvistettava ja on

lisättävä tietoisuutta myös siitä, miten paljon kaatumiset aiheuttavat lisäkustannuksia terveydenhuollolle.

Turun hyvinvointitoimialan toimintamalli ikääntyneiden kaatumisten ennaltaehkäisemisessä

Iäkkäiden kaatumisten ennaltaehkäiseminen kuuluu Turun hyvinvointitoimialan potilasturvallisuussuunnitelmaan ja Turun kaupungin turvallisuussuunnitelmaan vuosille 2014–2016. Turun hyvinvointitoimialalla on jalkautettu Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen iäkkäiden kaatumisten ennaltaehkäisyyn luomaa valtakunnallista IKINÄ-toimintamallia (Pajala 2012). Ensisijaisena tavoitteena on kaatumisriskin tunnistaminen ja vähentäminen. Lisäksi tavoitteena on saada aikaan koko organisaation yhtenäinen toimintamalli kaatumisten kartoittamiseen ja arviointiin. Kaatumisten kartoittamisella ja ennaltaehkäisyn toimenpiteiden toteuttamisella haetaan perusteluja esimerkiksi rakennus- ja saneerausinvestoinneille sekä apuväline- ja laitehankinnoille. Mallin käytäntöön viemisessä hyödynnetään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemaa Kehitä ja johda iäkkäiden kaatumisten ehkäisyä -opasta (Pajala 2015.)

Hyvinvointitoimialan yksiköiden henkilökuntaa kannustetaan ilmoittamaan kaikki potilaiden kaatumiset sähköisen vaaratapahtumien raportointijärjestelmän eli HaiPro:n avulla. Potilasturvallisuuden parantamiseen päästään oppimalla läheltä piti -tilanteista ja haittatapahtumista, jolloin pystytään paremmin vähentämään samanlaisten tapahtumien toistuminen. Raportoinnin tarkoituksena on järjestelmävirheiden löytyminen, ei yksittäisten työntekijöiden syyllistäminen virheestä. Kaatumisilmoitusten määrä on vuosina 2011–2014 koko ajan lisääntynyt, koska aiheesta on keskusteltu ja ilmoittamisen merkityksestä toiminnan kehittämisessä on korostettu. Ilmoitusten mukaan useimmiten on kaaduttu potilashuoneessa ja siitä on seurauksena yleensä ollut lievä haitta potilaalle ja lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimia hoitavalle yksikölle. Myötävaikuttavina tekijöinä ovat yleisimmin olleet potilas ja läheiset tai sairauden vakavuus ja pulmallisuus. Tapahtuman riskiluokka arvioidaan yleisimmin joko vähäiseksi tai kohtalaiseksi. Tapahtumasta informointi ja keskustelu ovat yleisimpiä ehdotuksia uudelleen kaatumisen estämiseksi.

Kaatumisten ennaltaehkäisyn (IKINÄ-malli) pilotointi

IKINÄ-toimintamallia (Pajala 2012) pilotoitiin geriatrisessa sairaalahoidossa kahdella osastolla keväällä 2013. Osastoille laadittiin moniammatillinen IKINÄ-oppaan mukainen kaatumisriskin arvioinnin ohje ja toimintasuunnitelma. Toimintasuunnitelma sisälsi kaatumisriskin arvioinnin ja hoitotyön kirjaamisen ohjeen ja siinä huomioitiin moniammatillinen työskentely. Pilottiosastojen henkilökunta koulutettiin osastotunneilla ja opeteltiin käyttämään kaatumisriskin arviointimittareita The Peninsula Health Falls Risk Assessment (FRAT) ja Falls Risk for Older People (FROP) (ks. Pajala 2012.) Todettiin, että henkilökunnalla on vielä opittavaa siitä, miten mittareiden tietoja käytetään potilaan hoidollisessa päätöksenteossa. Pilotin aikana toteutettiin henkilökuntakysely, jonka tulosten perusteella geriatriseen sairaalahoitoon muokattu IKINÄ-toimintamalli soveltui hyvin yksiköiden käyttöön. Mallin jalkauttaminen vaatii kuitenkin vastaajien mukaan jatkuvaa keskustelua ja ohjausta.

Pilotin tulosten perusteella modifioitiin lääkinnällisen kuntoutuksen tarpeisiin IKINÄ-toimintamallia vastaava malli, testattiin käytettävät mittarit ja tarkasteltiin kirjaamiskäytäntöjä. Lääkinnällisen kuntoutuksen kouluttajat toimivat hyvinvointitoimialan muun henkilökunnan kouluttajina. Koulutukset suunniteltiin ja tullaan jatkossakin suunnittelemaan ja aikatauluttamaan yhteistyössä esimiesten kanssa. Tasapaino- ja lihasvoimaharjoittelua sisältävä ohjattu ryhmäliikunta vähentää tutkistusti sekä kotona asuvien iäkkäiden henkilöiden kaatumisia (Ikäinstituutti 2015a). Lääkinnällisessä kuntoutuksessa on kaksi tasapainokoulua ja viisi tasapainoryhmää sekä neljä kuntosaliryhmää eri yksiköissä.

Kaatumisten ennaltaehkäisy kotihoidossa

Kotihoidossa painottuu kodin ja sen lähiympäristön merkitys kaatumisten ennaltaehkäisyssä sekä apuvälineiden ja palvelun tarpeen arviointi. Kaikki asiakkaan hoitoon osallistuvat tahot on huomioitava laajasti. Kaatumisten ennaltaehkäisy aloitetaan seulontakyselyllä, jonka avulla kartoitetaan muun muassa tapahtuneita kaatumisia, kaatumisen pelkoa, liikkumista, ravitsemusta ja ympäristötekijöitä. Seulan tulosten perusteella asiakas ohjataan tarvittaessa esimerkiksi terveysneuvontaan tai liikuntaryhmään.

Kotihoidossa asiakkaille tehdään kaatumisriskin arviointi (FROP), jonka perusteella todetut riskit ja vaaratekijät kirjataan yksilölliseen hoitosuunnitelmaan. Hoitosuun-

nitelma on moniammatillinen ja se kattaa koko hoitotiimin arvioinnit ja konsultoidut ammattiryhmät, kuten esimerkiksi fysioterapeutin ja lääkärin. Hoitosuunnitelmaa päivitetään jatkuvasti asiakkaan tilanteen muuttuessa. Ellei asiakkaan tilassa ole muutoksia, hoitosuunnitelma tarkistetaan ja päivitetään kolmen kuukauden välein, jolloin hoidon arvioinnin perustaksi on tehtävä myös hoitosuunnitelman mukaiset seurantamittaukset. Lisäksi arvioidaan jokaisen asiakkaan mahdollisuus arki-liikkumissopimukseen, jossa arvioidaan asiakkaan yksilölliset tarpeet ja keinot ylläpitää toimintakykyä. Jokaisen asiakkaan kohdalla selvitetään, miten voidaan tukea asukkaan mahdollisuuksia asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Kotihoidon asiakkaille sopivia liikuntaryhmiä ja kuntosaliharjoittelua on eri puolilla Turku.

Kaatumisten seuranta ja niiden ennaltaehkäisy vanhusten asumispalveluissa

Vanhusten asumispalveluissa on tehostettu kaatumisten seurantaa vuodesta 2012 lähtien haattapahtumailmoitusten määriä seuraamalla. Vuonna 2012 raportointiin 437 kaatumista ja vuonna 2014 yli 900 kaatumista. Kaatumisten lisääntymisen taustalla on tehostunut raportointi ja osittain varmasti myös se, että iäkkäät henkilöt tulevat ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköihin entistä huonokuntoisimpina.

Kaatumisvaaran arviointi-instrumentti ei ole vielä systemaattisessa käytössä asumispalveluissa, mutta vuonna 2014 otettiin käyttöön RAI-arviointijärjestelmä (Resident Assessment Instrument) (THL 2014), joka sisältää esimerkiksi tasapainotestin. RAI-arviointi tehdään kaikille asukkailla kaksi kertaa vuodessa. Sen avulla saadaan tietoa yksilö-, yksikkö- ja organisaatiotasolla asukkaiden jäljellä olevista voimavaroista ja toisaalta kuntoutumista edistävän hoitotyön osuudesta. Arviointitietoa hyödynnetään asukkaiden hoitosuunnitelman laadinnassa ja yksikön toiminnan kehittämisessä. Vuonna 2015 vanhusten asumispalveluiden yhtenä kehittämisprojektina on arviointitiedon hyödyntäminen asukkaiden hoitosuunnitelman laadinnassa. Lisäksi tavoitteena on moniammatillisten interventtioiden edelleen kehittäminen kaatumisten ennaltaehkäisyyn.

Kaatumisten ennaltaehkäisyn toimintamallin arviointi

Ikääntyneiden kaatumisten ehkäisy -toimintamallin toteutumista arvioidaan hoitotyön kirjaamisen sisällönanalyysillä. Hoitotyön kirjaamisen analysoinnin avulla saadaan tietoa sovittujen toimintamallien, esimerkiksi kaatumisriskin arvioinnin, käyttöönotosta. Riskin arvioinnin kirjaaminen ei sinällään ole riittävä, vaan asiaa on tarkasteltava kokonaisuutena. Jos potilaalla on todettu arvioinnin perusteella kaatumisriski, siihen liittyvät tarpeet, tavoitteet ja toimenpiteet tulee kirjata hoitosuunnitelmaan.

Hoitotyön kirjaamisen sisällönanalyysin rinnalla tehdään yhteenvetoja ilmoitetuista vaaratapahtumista neljän kuukauden välein. Niiden määrällistä ja laadullista tietoa käytetään apuna toiminnan jatkokehittämisessä. Ilmoitusten tekeminen on tärkeää ja vähintään yhtä olennaista on kirjata järjestelmään ilmoituksen perusteella yksikössä toteutetut toimenpiteet. Kaatumisiin liittyvien ilmoitusten kokonaisuutta on käsiteltävä yhdessä esimiesten kanssa.

Yhteenveto

Kaatumisten ennaltaehkäisemiseen liittyvä toimintamallia (IKINÄ-toimintamalli) on jalkautettu, mutta siitä on keskusteltava ja sitä on arvioitava jatkuvasti. Hoito-henkilökunnan on tärkeää kiinnittää huomiota hoidon tarpeen arviointiin ja iäkään toimintakyvyn ja voinnin vaihteluihin. Yksilöllisen ja tilanteeseen liittyvän päivittäisen hoidon arvioinnin on oltava jatkuvaa ja sen on liityttävä jokaiseen hoitokontaktiin. Asiakkaan tai potilaan arviointi ja ohjautuminen oikeaan aikaan oikeaan paikkaan hoitoon sekä ammattilaisten välinen tiedonkulku ovat jatkuvan koulutuksen tärkeimpiä aihealueita kaatumisten ennaltaehkäisemisessä. Tutkimusklubitoiminnan avulla saatiin käytäntöön sovellettavaa lisätietoa kaatumisten ennaltaehkäisystä hoitohenkilökunnan käyttöön.

Opiskelijoiden laatimista kirjallisista töistä on saatu monipuolista tukimateriaalia hyvinvointitoimialan eri alueilla toteutetun kaatumisten ennaltaehkäisyn toimintamallin jalkauttamisen tueksi. Työt on tallennettu hyvinvointitoimialan intranettiin koko henkilökunnan hyödynnettäväksi.

Itsemääräämisoikeus ikäntyneiden hoitotyössä

Timo Näveri

sairaanhoitaja (AMK)

Henna Postari

sairaanhoitaja (AMK)

Maria Rajala

sairaanhoitaja (AMK)

Reetta Rantanen

sairaanhoitaja (AMK)

Maika Kummel

FT, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Turun ammattikorkeakoulun hoitotyön opetuksessa on hyödynnetty Turun kaupungin kanssa yhteistyönä toteutettavaa tutkimusklubitoimintaa muun muassa ikääntyneiden itsemääräämisoikeuden näkökulmasta. Artikkelin perustuu ikääntyneen itsemääräämisoikeuteen liittyviin tutkimuksiin, joiden pohjalta sairaanhoidon opiskelijat ja hoitohenkilökunta käsittelivät aihetta tutkimusklubeissa. Tutkimusklubiprosessin alussa opiskelijat toteuttivat ikääntyneiden itsemääräämisoikeuteen liittyvän tiedon haun ja arvioivat löytämänsä lähteet sekä valitsivat viisi tutkimusta jatkokäsittelyyn. Tässä artikkelissa esitellään neljän tutkimuksen tulokset, sillä viides tutkimus oli vielä kesken, eikä tuloksia ollut käytettävissä.

Itsemääräämisoikeus

Hoitotyön etiikkaan kuuluu olennaisena osana potilaan itsemääräämisoikeus. Se merkitsee ihmisen vapautta päättää itseään koskevista asioista. Itsemääräämisoikeudesta voidaan käyttää myös autonomia-käsitettä. Se puolestaan tarkoittaa ihmisen taipumusta ohjata omia pyrkimyksiään sekä ajatella ja toimia itsenäisesti. Myös ikääntyneellä on oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon hoitojärjestelmistä huolimatta. Kyvykkyys ja halukkuus itseään koskevaan päätöksentekoon voi vähentyä henkilön taantuessa sairauden tai muun tekijän vuoksi. Ikääntyneen toimintakykyyn vaikuttaa se, miten paljon häntä tuetaan itseään koskevassa päätöksenteossa.

Potilaan itsemääräämisoikeus ei ole kovin helposti hahmotettava asia, saatikka sitten sen ilmeneminen hoitotyössä. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on havaita tilanteet, joissa potilaan itsemääräämisoikeus on uhattuna. Henkilökunnan on huolehdittava, että potilaalla on tarvittava tieto, jotta hän voi tehdä itseään koskevia päätöksiä. Lisäksi on varmistettava, että potilas on ymmärtänyt häntä koskevan tiedon.

Suomen laissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785) on säädetty potilaan itsemääräämisoikeudesta, jonka mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillinen edustaja on mukana päätöksenteossa. Tällöin pyritään siihen, että hoito vastaisi parhaalla mahdollisella tavalla potilaan omaa tahtoa. Lain mukaan edustajan tulee huolehtia potilaan toiveiden täyttämisestä. Jos näkemykset hoidosta ovat ristiriitaisia, potilasta hoidetaan hänen etunsa huomioiden. Jos potilas ei pysty ilmaisemaan mielipiteitään, omaiset ja hoitohenkilökunta tekevät päätöksiä hänen puolestaan. Näin menetellään, jos on syytä olettaa, että potilas ei ymmärrä päätöstensä seurauksia tai ne voivat vahingoittaa häntä.

Iäkkäät potilaat haluavat vaikuttaa omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin nuoria vähemmän. Hoito- ja palvelurutiinit pitäisi suunnitella yksilöllisiksi, jotta ne ylläpitäisivät ikääntyneen kykyä ja taitoa itsemääräämiseen. Näihin rutiineihin kuuluvat myös fyysisen toimintakyvyn ja sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen. Laatusuosituksen (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013) mukaan periaatteena on iäkkäiden osallisuuden turvaaminen niin, että heidän äänensä kuuluisi kaikessa heitä koskevassa päätöksenteossa. Niin ikään van-

hospalvelulain (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980) tavoitteena on muun muassa tukea ikääntyneiden osallisuutta ja voimavaroja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmän tuoreessa esityksessä ehdotetaan säädettäväksi uusi laki sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä. Uuden lain tarkoituksena olisi vahvistaa asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta ja vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä. Niissäkin tilanteissa, joissa rajoitustoimenpiteiden käyttö olisi välttämätöntä, toimenpide tulisi mitoittaa oikein ja valita aina lievin mahdollinen keino.

Tutkimuskлубeissa käsitellyt tutkimukset

Sairaanhoitajaopiskelijat tekivät itsemääräämisoikeudesta tiedonhakuja ja valitsivat tutkimuskлубeissa yhdessä hoitajien kanssa käsiteltäviksi parhaaksi arvioidut tutkimukset (ks. taulukko 1). Tutkimuksissa kartoitettiin muitakin eettisiä osa-alueita, mutta tässä tutkimuskлубityössä esiteltiin vain itsemääräämisoikeuteen liittyviä havaintoja.

TAULUKKO 1.

Itsemääräämisoikeuteen liittyvät tutkimusklupeissa käsitellyt tutkimukset.

Tekijä, maa, vuosi	Tarkoitus	Asetelma, Mittari	Interventio	Tulosmuuttujat	Tulokset
Bolmsjö ym. 2006 Ruotsi	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla ja tulkita eettistä ympäristöä vanhus-ten hoitokodissa ja käyttää päätösten-tekemallia, jonka avulla analysoidaan tiettyjä eettisiä tilanteita kyseisessä ympäristössä.	Havainnointi- tutkimus N = 12	-	Tulkinta itse- mää- rämis- oikeudesta eettisessä ympäristössä	Asukkaat haluavat toteuttaa itse- mää- rämis- oikeuttaan, mutta se ei onnistu joidenkin tekijöiden vuoksi.
Jakobsen & Sorlie 2010 Norja	Tutkimuksen tarkoi- tuksena oli valaista eettisesti vaikeita tilanteita, joita tulee eteen vanhainko- dissa.	Haastattelu- tutkimus N = 23	-	Hoito- henkilö- kunnan kokemuksia itse- mää- rämis- oikeuden toteutumisesta	Hoito- henkilö- kunta koki itse- mää- rämis- oikeuden toteuttamisen haastavaksi.
Teeri ym. 2006 Suomi	Tutkimuksen tarkoi- tuksena oli tunnistaa ja kuvailla potilai- den, omaisten ja hoito- henkilö- kunnan kokemia eettisesti ongelmallisia tilan- teita pitkä- aikaissai- raan- hoidossa.	Haastattelu- tutkimus ja strukturoidun essee Potilaat n = 10 Omaiset n = 17 Hoitajat n = 9	-	Kokemukset itse- mää- rämis- oikeuden toteutumi- sesta	Potilaat, omaiset ja hoitajat kokivat, että itse- mää- rämis- oikeus ei toteudu parhaalla mahdollisella tavalla.
Väli- mäki ym. 2008 Suomi	Tutkimuksen tarkoi- tuksena oli tutkia sairaan- hoitaja- opiske- lijoiden käsityksiä vanhus- ten itse- mää- rämis- oikeudesta ennen ja jälke- n heidän kliinisen harjoittelunsa.	Interventio tutkimus + kysely Alkumittaus n = 120 Loppumittaus n = 115	Koulussa tapahtuva eettinen opetus, kliininen harjoittelu	Sairaan- hoitaja- opiskelijoiden käsitys itse- mää- rämis- oikeuden toteutumi- sesta	Opiskelijoiden käsitykset itse- mää- rämis- oikeuden toteu- tumisesta olivat lähtö- kohtaisesti positiivisia ja ne paranivat har- joittelun myötä

Bolmsjön, Sandmanin & Anderssonin (2006) tutkimuksen mukaan vanhusten hoitokodin asukkaat halusivat olla itsenäisiä ja vaikuttaa itseään koskeviin jokapäiväisiin päätöksiin, kuten milloin mennä ulkoilemaan tai nukkumaan. Asukkaat eivät halunneet olla henkilökunnasta riippuvaisia tai sille vaivaksi. Tutkimuksessa ilmeni, että asukkailla oli mahdollisuus tehdä päätöksiä tai valintoja, mutta he osittain pelkäsivät niiden tekemistä eikä heidän tarpeitaan eikä toiveitaan aina voitu toteuttaa. Hoitajat myös aliarvioivat asukkaiden kykyä päättää omista asioistaan ja asiakkaiden yksilöllisyyttä oli vaikea huomioida. Tutkimuksessa esiteltiin lisäksi kaksitoistaportainen eettisen päätöksenteon malli, jota voidaan soveltaa eettisen ongelman kuvailuun ja erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen löytämiseen.

Eettisen päätöksenteon malli (Bolmsjö ym. 2006):

Tunnista ja kuvaile tilannetta.

1. Ongelman nimeäminen
2. Osalliset
3. Arvot

Tunnista ja kuvaile erilaiset mahdolliset vaihtoehdot.

4. Eettiset rajoitteet
5. Rakenteelliset rajoitteet
6. Vaihtoehdot

Arvioi eri vaihtoehdot.

7. Miten vaihtoehdot vaikuttavat osapuoliin
8. Paras vaihtoehto eri osapuolten kannalta
9. Yleisesti paras vaihtoehto

Päätä, toteuta ja arvioi.

10. Hyväksyntä ja päätös
11. Toteutus
12. Arviointi

Jakobsen & Sørlien (2010) tutkimuksessa tuli esiin, että hoitohenkilökunnan voi olla toisinaan vaikea löytää tasapaino potilaan itsemääräämisoikeuden ja arvokkuuden välillä. Potilaan sairaus, kuten dementia, voi vaikeuttaa itsemääräämisoikeuden säilyttämistä esimerkiksi tilanteessa, jossa dementoitunut potilas ei halua peseytyä, mutta hänen olisi hyvä ylläpitää hygieniää. Potilaan itsemääräämisoikeuden säilyt-

tämistä saattavat vaikeuttaa myös omaisten näkemykset. Omaiset voivat vaatia itsemääräämisoikeuden toteuttamista tilanteessa, jossa potilas itse on kykenemätön tekemään päätöksiä oman etunsa mukaisesti. Toisaalta omaiset saattavat olla välittämättä potilaan päätöksistä.

Teeri, Leino-Kilpi & Välimäki (2006) raportoivat itsemääräämisoikeuden kannalta haastavan tilanteen syntymisestä, kun omaiset syöttävät potilasta, joka on kieltäytynyt syömästä, tai he vaativat, että potilaalle laitetaan nenämahaletku. Jotkut potilaat ovat kokeneet, etteivät he voi ilmaista toiveitaan, koska osaston päivärutiinit ovat niin tiukasti aikataulutettuja, henkilökuntaa on vähän ja henkilökunnalla on kiire. Potilaita on harmittanut erityisesti, että heillä ei ole ollut sanavaltaa jokapäiväiseen päätöksentekoon, kuten leivän tai juoman valintaan, nukkumaan menon ja heräämisen sekä wc:hen tai pesulle menon ajankohdasta päättämiseen. Omaisten mukaan potilaat ovat joutuneet odottamaan saadakseen apua. Hoitajat ovat kokeneet joskus unohtavansa potilaiden toiveet ja tehneensä päätökset heidän puolestaan. Hoitajat ovat myös tiedostaneet, että potilaat, jotka eivät ole voineet ilmaista itseään, ovat saaneet huonompaa hoitoa, etenkin jos potilaalla ei ole ollut tukenaan voimakastahtoisia omaisia. Hoitohenkilökunnan jäsenet ovat kokeneet itsensä riittämättömäksi, koska heidän mielestään hoitotyössä toimitaan aikataulujen eikä yksilöllisten tarpeiden mukaan.

Välimäen, Haapsaaren, Katajiston & Suhosen (2008) mukaan sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemykset vanhusten itsemääräämisoikeuden toteutumisesta hoitolaitoksissa olivat positiivisia jo ennen harjoittelujaksoa. Harjoittelun jälkeen tämä käsitys vahvistui entisestään. Sairanhoitajaopiskelijoiden mukaan itsemääräämisoikeus toteutui hyvin suhteessa vanhusten kykyyn tuoda esiin mielipiteensä omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa.

Ongelmat itsemääräämisoikeuden toteutumisessa

Tutkimusklubityöskentelyyn valituissa tutkimuksissa tuli esiin, että itsemääräämisoikeuden toteutumiseen liittyy suuria haasteita. Potilaat kokivat turhautumista, kun he eivät saaneet ääntään kuuluville ja hoitotyöntekijät kokivat epäonnistumisen tunteita tilanteissa, joissa he eivät kyenneet toteuttamaan potilaan toiveita.

Asioiden hoitaminen rutiininomaisesti vaikuttaisi uhkaavan itsemääräämisoikeutta. Päätöksen perusteleminen potilaalle ja asiasta keskusteleminen voisivat saada poti-

laan ymmärtämään asiaa muidenkin kannalta. Asiakkaiden ja potilaiden yksilöllisyyden huomioiminen saattaisi parantaa itsemääräämisoikeuden toteutumista. Potilas ei muutu persoonattomaksi hoidettavaksi hoitolaitokseen muuttamisen myötä. Olosuhteiden pakosta useista asioista ei välttämättä ehditä keskustelemaan ja niihin ei pystytä perehtymään riittävästi. Työilmapiiriin voisi olettaa vaikuttavan siihen, miten paljon hoitajilla on aikaa ja kiinnostusta paneutua potilaiden toiveisiin.

Vaikeissa eettisissä tilanteissa voisi käyttää apuna eettisen päätöksenteon mallia. Tietty toimintamalli voisi helpottaa erilaisissa eettisissä ongelmatilanteissa selviytymistä. Työyhteisössä voitaisiin päättää yhteisesti, minkälaisissa tilanteissa voidaan joustaa ja milloin pidetään kiinni yhteisistä säännöistä. Tällöin voitaisiin toimia yhdenmukaisesti, mutta kuitenkin ottaa huomioon jokaisen yksilölliset tarpeet.

Vanhuksen itsemääräämisoikeutta ei välttämättä huomioida hoitolaitosta valittaessa tai edunvalvojaa määrättäessä. Jos potilas ei itse kykene ilmaisemaan tahtoaan, asioista päättäminen voi siirtyä omaisille tai edunvalvojalle. Muistisairaahan hoitopaikka saatetaan valita sen perusteella, missä laitoksessa on vapaita paikkoja. Yhä enemmän tarvittaisiin hoitopaikkoja, joissa kaikki asukkaat saisivat mahdollisuuden yksilölliseen hoitoon.

Tässä osiossa arvioidaan tutkimusklubitoimintaa ensinnäkin hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Lisäksi sekä Turun ammattikorkeakoulu hoitotyön koulutusorganisaatioina että Turun kaupunki hoitotyön palveluorganisaationa puntaroivat tutkimusklubitoiminnan antia.

Tutkimusklubi- toiminnan puntarointia

Hoitohenkilökunnan kokemuksia

Minna Ylönen

TtM, ylihoitaja, Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala, hallinto

Turun kaupungin hyvinvointitoimiala ja Turun ammattikorkeakoulu toteuttivat vuosina 2009–2014 laajamittaisen hankkeen, jossa kehitettiin tutkimusklubitoimintaa hoitajien ja opiskelijoiden yhteistä oppimista varten. Hoitohenkilökunnalta kerättiin tutkimusklubin päätteeksi palautetta toiminnasta ja vastauksia saatiin yhteensä 497 kappaletta. Palautelomakkeessa oli sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä (ks. taulukko 1). Palautteen perusteella hoitohenkilökunta koki suurimmaksi osaksi saavansa tutkimusklubeissa uutta tietoa ja klubeissa käydyissä keskusteluissa pohdittiin tutkimustiedon hyödynnettävyyttä käytännön hoitotyössä. Tutkimusklubit vastasivat hyvin hoitohenkilökunnan odotuksia ja ne koettiin pääasiassa hyödyllisinä. Tähän artikkeliin on koottu kyselyyn vastaajien kommentteja tutkimusklubin hyvistä puolista ja sen kehittämisalueista (ks. suorat lainaukset, liite 2).

TAULUKKO 1.

Hoito henkilökunnan palautteiden vuosittaiset keskiarvot

Kysymys	2014 (n = 25)	2013 (n = 99)	2012 (n = 126)	2011 (n = 124)	2010 (n = 123)
Toiko tutkimusklubi sinulle uutta tutkimustietoa? 1 = Kyllä, 2 = Ei	1,2	1,1	1,1	1,1	1,2
Syntyikö tutkimusklubissa keskustelua tutkimustiedon hyödynnettävyydestä käytännön hoitotyössä? 1 = Kyllä, 2 = Ei	1	1,1	1,1	1	1
Vastasiko tutkimusklubi odotuksiasi? 1 = Kyllä, 2 = Ei	1	1,1	1	1,1	1
Oliko tutkimusklubi mielestäsi: 1 = Erittäin hyödyllinen, 2 = Melko hyödyllinen, 3 = Melko hyödytön, 4 = Hyödytön	2	1,8	1,8	1,8	1,7
Oliko sinulla mahdollisuutta tutustua tutkimusklubiin liittyvään seminaarityöhön ennen tutkimusklubia? 1 = Kyllä, 2 = Ei	1,7	1,5	1,7	1,5	1,3
Aiotko hyödyntää tutkimusklubiin liittyvää seminaarityötä myöhemmin? 1 = Kyllä, 2 = Ei	1,5	1,4	1,2	1,3	1,2

Tutkimusklubien hyödyt

Hoitohenkilökunta koki tutkimusklubien auttavan toimintatapojen pohtimista. Lisäksi klubeissa nousi esille asioita, joiden kehittämistä omassa yksikössä voitaisiin pohtia. Uusien ajatusten ja näkökulmien herääminen käsiteltävästä asiasta koettiin positiiviseksi.

Klubien ilmapiiri koettiin rentona ja innostavana. Vuorovaikutus opiskelijoiden ja hoitotyöntekijöiden kesken toimi hyvin. Keskustelua syntyi monissa klubeissa paljon ja hoitotyöntekijöiden välistä keskustelua erilaisista toimintamalleista pidettiin tärkeänä. Opiskelijat osallistuivat klubitoimintaan hoitohenkilökunnan mielestä hyvin, he olivat paneutuneet käsiteltävään asiaan ja koonneet monipuolisia töitä. Opiskelijat osasivat esittää asiansa selvästi ja ytimekkäästi paneutuen olennaisiin näkökulmiin käsiteltävästä asiasta.

Aiheet olivat hoitohenkilökunnan mielestä mielenkiintoisia, ajankohtaisia ja käytännönläheisiä. Esitetyn tutkimustiedon koettiin olevan sovellettavissa omaan työhön. Hoitohenkilökunta koki saaneensa uutta tietoa ja tukea näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Työaikana ei aina ole mahdollista tutustua uuteen tutkimustietoon, joten klubien avulla oli mahdollista päivittää omaa tietoaan tältä osin.

Kaikissa klubeissa ei koettu saadun aina uutta tietoa. Olemassa olevan tiedon tiivistäminen ja tiedon ja käytäntöjen pohtiminen koettiin tärkeänä. Tutkimusklubien koettiin yhdistävän koulutusta ja työelämää. Käytäntöä kehitettiin koulutuksen ja käytännön välisessä vuoropuhelussa.

Tutkimusklubien kehittämistarpeet

Tutkimusklubeissa käytettiin sekä suomalaista että kansainvälistä tutkimusta. Hoitohenkilökunta olisi kaivannut enemmän suomalaisten tutkimusten käsittelemistä. Kaikki tutkimusklubeihin osallistuneet eivät kokeneet saaneensa uutta tietoa. Lisäksi osa töistä ja esityksistä koettiin liian teoreettisina. Hoitohenkilökunta olisi halunnut enemmän näyttöön perustuvaa tietoa ja pohdintaa tiedon hyödynnettävyydestä käytännössä. Toivottiin myös enemmän käytännön esimerkkejä ja joidenkin töiden osalta laajempaa asian käsittelemistä. Ajankäyttö tutkimusklubien aikana vaatii hieman pohtimista. Nyt koettiin, että välillä asioihin ei ehditty syventyä tarpeeksi.

Yhteenveto

Kokonaisuudessaan hoitohenkilökunnan palautteessa tutkimusklubeista painottuvat positiiviset näkökulmat, kuten uuden tiedon saaminen, aiheiden pohtimisen merkitys ja niiden mielenkiintoisuus. Kaikki kyselyyn vastanneet eivät kokeneet saaneensa uutta tietoa ja esitetyn tiedon liittämistä käytäntöön olisi voinut olla enemmän. Lisäksi ajankäyttöön olisi voinut kiinnittää paikoitellen enemmän huomiota.

Hoitohenkilökunta osallistui tutkimusklubeihin vaihtelevan aktiivisesti. Vuonna 2014 klubeja järjestettiin aiempia vuosia vähemmän. Samalla osallistumisaktiivisuus väheni, vaikka aiheet koettiinkin palautteen mukaan edelleen hyödyllisiksi.

Tutkimusklubien ideana oli, että opiskelijat laativat tutkittuun tietoon perustuvan yhteenvedon. Lisäksi he esittivät tutkimusten hakuprosessin osana työtään. Klubeissa käytännön hoitotyöntekijöiden ja opiskelijoiden välisessä keskustelussa oli tarkoitus yhdistää tutkittu tieto käytäntöön ja pohtia tutkimustiedon hyödynnettävyyttä. Opiskelijoilla on mahdollisuus esittää uusia näkökulmia juuri siksi, että heille ei vielä ole muodostunut käytännön tuomaa rutinoitumista hoitotyöhön. On muistettava, että opiskelijoille pitää antaa lupa pohtia asioita uudesta näkökulmasta. Suurimmaksi osaksi tämä toteutuikin, mutta osa hoitohenkilökunnasta odotti opiskelijoiden esittävän enemmän teorian yhdistämistä käytäntöön. Tämä taas osaltaan kertoo siitä, että tutkimusklubien idea ei välttämättä ollut kaikin osin selvillä.

Hoitohenkilökunta toivoi enemmän suomalaisten tutkimusten käsittelemistä ja tästä keskusteltiin useaan otteeseen hankkeen aikana. Todettiin kuitenkin, että kaikista aiheista ei ole löydettävissä laadukasta suomalaista tutkimusta ja uusimmat tutkimukset yleensä ensimmäiseksi julkaistaan kansainvälisissä tieteellisissä lehdissä. Lisäksi todettiin että ammattikorkeakoulusta valmistuneiden hoitajien pitää osata hyödyntää uusinta niin kansallista kuin kansainvälistäkin tutkimusta hoitotyön toteuttamisessa ja kehittämisessä.

Kaiken kaikkiaan voidaan kuitenkin todeta palautteen ja kokemusten perusteella, että tutkimusklubitoiminta on hyvä tapa tuoda näyttöön perustuvaa tietoa käytäntöön. Klubit yhdistävät parhaimmillaan tutkitun tiedon käytännön tietoon ja sekä opiskelijat että hoitohenkilökunta oppivat toisiltaan.

Koulutusorganisaation kommentteja

Hannele Paltta

VTM, TtL, koulutus- ja tutkimuspäällikkö, Turun ammattikorkeakoulu

Marjale von Schantz

TtT, yliopettaja, Turun ammattikorkeakoulu

Ammattikorkeakoulujen lakisääteisenä tehtävänä on antaa työelämän ja sen kehittämisen vaatimuksiin sekä tutkimukseen perustuvaa korkeakouluopetusta ammatillisiin asiantuntijatehtäviin, tukea yksilön ammatillista kasvua ja harjoittaa ammattikorkeakouluopetusta palvelevaa sekä työelämää ja aluekehitystä tukevaa soveltavaa tutkimus- ja kehitystyötä. Tehtäviään hoitaessaan ammattikorkeakoulujen on edistettävä elinikäistä oppimista.

Hoitotyö perustuu ihmisen kokonaisvaltaiseen kunnioittamiseen ja siinä autetaan kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa ja erilaisissa ympäristöissä. Hoitotyön asiantuntijan toiminnan perustana on aina eettinen vastuu ja hyvän elämän edistäminen. Asiantuntijuuteen sisältyy kyky kehittää ja uudistaa tutkittuun tietoon perustuvaa toimintaa sekä valmiudet näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ja elinikäiseen oppimiseen tietoyhteiskunnan jäsenenä. Hoitotyön ammatissa toimiminen edellyttää myös vahvaa eettistä, kriittistä ja ammatillista ajattelun ja päätöksenteon taitoa sekä johtamis-, ohjaus- ja opetusosaamista. Lisäksi on oltava pätevä työskentelemään tehokkaasti yhdessä muiden terveysalan toimijoiden kanssa sekä kehittämään sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöjä ja niissä tarjottavien palvelujen laatua ja turvallisuutta.

Edellä kuvattuihin lähtökohtiin nojautuen Turun ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutuksen ensisijaisena tehtävänä on tuottaa osaavia asiantuntijoita Varsinais-Suomen alueella sijaitsevien terveydenhuollon organisaatioiden toiminnan toteuttamiseen ja kehittämiseen. Perimmäisenä tavoitteena on terveyspalvelujärjestel-

män asiakkaiden laadukkaan hoidon takaaminen ja väestön terveyden edistäminen. Lisäksi koulutuksella on tärkeä tehtävä alueensa kilpailukyvyyn ja elinvoiman kehittämässä ja siinä korostuvatkin toisaalta vahva tutkimusperustaisuus ja toisaalta selkeä työelämäläheisyys. Opetus perustuu Turun ammattikorkeakoulussa kehitettyyn innovaatiopedagogiikkaan, joka tarkoittaa työelämään vahvasti linkittyviä, vaihtelevia ja monimuotoisia opetusmenetelmiä. Oppimisympäristöinä toimivat yhtä hyvin ammattikorkeakoulun luokka- ja laboraatiotilat, erilaiset terveystalvlujärjestelmän yksiköt kuin virtuaaliympäristötkin. Entistä enemmän tavoitellaan myös oppimista työelämän kanssa yhdessä toteutettavissa projekteissa, joissa yhdistetään oppiminen ja soveltava tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoiminta alueen työelämän kehittämistarpeisiin.

Tutkimusklubien toteuttamisen mahdollisti toisaalta Turun ammattikorkeakoulun ja Turun hyvinvointitoimialan välinen kumppanuussopimus ja toisaalta kumppanin organisaation myöntämä taloudellinen tuki. Kumppanuustoiminnassa on kyse rajat ylittävästä vuorovaikutuksesta ja yhteisestä toiminnasta, jossa etsitään vastauksia ja ratkaisuja kysymyksiin, joihin organisaatio ei yksin omalla toiminnallaan niitä löydä. Lisäarvona myös kummankin organisaation henkilöstön osaaminen vahvistuu ja laajenee. Tutkimusklubikokeilun pääasiallisena tavoitteena oli edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä tukemalla hoitohenkilökunnan ja hoitotyön opiskelijoiden yhteistä oppimista ja osaamista. Osatavoitteina olivat opiskelijoiden tiedonhaku- sekä tutkimustiedon arviointitaitojen ja työelämän uudistamis- ja kehittämismuvalmiuksien vahvistaminen sekä opetuksen kehittäminen tiiviissä yhteistyössä työelämän organisaation kanssa. Tavoitteisiin pyrittiin kehittämällä toimintamalli, jossa menetelmänä ovat toimineet hoitohenkilökunnan ja opiskelijoiden yhteiset tutkimusklubit. Kokeilussa kehitettiin ratkaisuja sekä somaattisten että psykiatristen hoitoyksiköiden esille nostamiin hoidollisiin ongelmiin.

Tutkimusklubeihin osallistuneiden opettajien asiantuntijuus on kohdistunut sisätautien, psykiatrian ja ikääntyneiden hoitotyöhön. Keskeisiä opetuksen sisältöalueita ovat olleet ravitsemus, kaatumisten ehkäisy, itsemääräämisoikeus ja eettinen päätöksenteko ja haavanhoito. Klubeissa on toteutettu opetussuunnitelman mukaisia eri opintojaksoja tavoitteena monipuolistaa oppimismenetelmiä ja tukea opiskelijoiden näyttöön perustuvan hoitotyön oppimista. Erityisesti haluttiin kehittää oppimista projektinomaisissa olosuhteissa. Tutkimusklubimenetelmän mukaisesti opiskelijat ovat tehneet opettajien ohjauksessa tiedonhakuja aiheista, joita on yhdessä täsmennetty hyvinvointitoimialueen esimiesten näkemysten ja hoitohenkilökunnan

esittämien tarpeiden ohjaamana. Näin on voitu vahvistaa kaikkien tahojen yhteistä näkemystä sekä opetussuunnitelmien tarkoituksenmukaisista sisältövalinnoista että työelämän tarpeista. Tutkimuskubeissa myös opettajat ovat voineet testata ja kehittää osaamistaan tutkimustiedon soveltamisesta autenttisiin hoitotilanteisiin ja näin syventää näyttöön perustuvan hoitotyön osaamistaan. Opettajat ovat voineet näin kehittää asiantuntemustaan niin sisällöllisesti kuin pedagogisestikin. Usealle opettajalle kokeilussa toimiminen on ollut innostava sysäys lähteä laajemminkin toteuttamaan työelämälähtöisiä kehittämisprojekteja. Näin ammattikorkeakoulun tavoittelema uudenlainen opettajuus on saanut konkreettista sisältöä ja toimintaa.

Tutkimusklubien myötä hoitohenkilökunnan näyttöön perustuvan toiminnan osaaminen on kehittynyt. Koska hoitotyön koulutuksesta noin kolmasosa on harjoitteleupintoja erilaisissa palvelujärjestelmän toimintaympäristöissä hoitohenkilökunnan ohjauksessa, ne vaikuttavat syvällisesti hoitotyön koulutuksesta valmistuvien asiantuntijoiden osaamistasoon. Hoitohenkilökunnan näyttöön perustuva toimintatapa autenttisessa potilashoidossa vahvistaa pysyvällä ja uskottavalla tavalla koulutuksessa olevien opiskelijoiden omaa kykyä, taitoa ja tahtoa perustaa oma hoitotyön asiantuntijuus tutkimustietoon ja näyttöön. Työskentelytapana tutkimusklubimenetelmä on mahdollistanut ja edistänyt opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan aikaisempaa kollegiaalisemman yhteistyösuhteen syntymisen. Se on myös lisännyt opiskelijoiden organisaatiotuntemusta ja motivaatiota työskennellä Turun hyvinvointitoimialalla koulutuksen aikana ja valmistumisen jälkeen.

Hoitotyön palvelu- organisation näkökulmia

Taina Soini

THM, hallintoylihoitaja, Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala, hallinto

Tutkimusklubitoiminnalla on tuettu työelämälähtöisten aihealueiden systemaattista kehittämistä. Klubitapaamisissa ja -töissä käsitellyt aiheet ovat liittyneet saumatomasti osaksi hoitotyön toiminnan kokonaiskehittämistä hyvinvointitoimialalla. Koko tutkimusklubitoiminnan johtoajatuksena on ollut potilasturvallisten, näyttöön perustuvien toimintamallien tukeminen. Klubitoiminnan avulla hoitohenkilökunta on saanut tiivistettyä tietoa eri aiheista sekä klubitöissä että projektiin liittyneissä opinnäytetöissä. Kaikki opiskelijoiden laatimat tutkimusklubityöt sekä opinnäytetyöt on tallennettu hyvinvointitoimialan intranettiin, joten niiden jatkuva hyödyntäminen on mahdollista.

Tutkimusklubien aihevalinnoissa otettiin huomioon hoitotyön valtakunnalliset kehittämislinjaukset, joita tarkennettiin hyvinvointitoimialan tarpeen mukaisesti. Tutkimusklubit oli tarkoitettu kaikille hyvinvointitoimialan työntekijöille, sillä toimialan eri alueiden edustajien vuoropuhelu tukee hyvien, yhtenäisten käytäntöjen jakamista.

Ikääntyneiden toimintakyvyn arviointia käsiteltiin klubeissa hyvin laajasti. Arviointi muodostaa perustan sekä hoitotyön tarpeelle että toimintojen valinnalle. Jotkut aiheet, kuten esimerkiksi haavanhoito, olivat mukana koko ajan. Haavanhoitoa ehdittiinkin käsitellä monesta eri näkökulmasta. Auktorisoidun haavanhoitajan aktiivisuus vaikutti siihen, että sekä opiskelijoille että hoitohenkilökunnalle muodostui monipuolinen näkemys käsitellyistä aiheista. Hoitotyön kirjaaminen oli aiheena mukana koko ajan ja sitä käsiteltiin useissa töissä monella eri aihealueella. Hoitotyön pitää perustua hoitosuunnitelmaan, jossa määritellään jokaiselle potilaalle yksilölliset hoitotyön tarpeet, tavoitteet ja toiminnot. Lisäksi hoitoa ja sen vaikuttavuutta on arvioitava aina potilaan tilan muuttuessa ja arviointi on myös kirjattava säännöllisesti. Prosessimalli on kaikille hoitajille tuttu, mutta sen toteuttaminen kirjaamisesta

sa ja siten näkyväksi tekeminen onkin jo vaikeampaa. Tutkimusklubit tukivat omalta osaltaan hoitotyön kirjaamisen kehittämistä.

Kaatumisten ennaltaehkäisemisen paneuduttiin hankkeen viimeisinä vuosina. Turun hyvinvointitoimialla on systemaattisesti kehitetty kaatumisten ennaltaehkäisemistä, johon liittyvät esimerkiksi tutkimusklubitöissä käsitellyt kaatumisriskin arviointimenetelmät. Iäkkäiden ravitsemushoidon kokonaisuutta käsiteltiin laajasti eri näkökulmista ja otettiin huomioon myös ravitsemuksen kokonaisvaltainen merkitys iäkkään potilaan toimintakykyyn. Esimerkiksi ravitsemuksen merkitystä haavan paranemisessa ja kaatumisten yhteydessä käsiteltiin sen jälkeen, kun oli ensin paneuduttu iäkkäiden ravitsemusongelmiin ja niiden arviointiin.

Terveystieteiden yksi riskikohta on tiedonkulku, joten vuonna 2014 klubitöissä keskityttiin tiedonkulun parantamiseen. Aiheeksi valittiin ISBAR (lyhenne tulee sanoista I = Identify = tunnusta, S = Situation = tilanne, B = Background = tausta, A = Assessment = arvio, R = Recommendation = toimintaehdotus) -raportointityökalun käyttäminen tuki hyvinvointitoimialla toteutettua ISBAR-työkalun jalkauttamista.

Verenpaineen mittaamiseen liittyvät klubit toteutettiin hyödyntämällä simulaatiomenetelmää ja samalla kartoitettiin pienimuotoisesti hoitohenkilökunnan verenpaineen mittaamisen osaamista. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että verenpaineen mittaamisosaamisessa näyttäisi olevan kehitettävää. Simulaation hyödyntämisestä kliinisen osaamisen testaamisessa voisi harkita käytettäväksi laajemminkin. Mielenterveys- ja päihdetyön tutkimusklubeissa käsiteltiin paljon psykiatrisen hoitotyön erityisaiheita. Esillä olivat myös kaikille hoitotyössä toimiville yhteiset aiheet, kuten esimerkiksi motivoiva haastattelu ja masentuneen potilaan hoito.

Projektin aikana toteutuneet keskustelut ammattikorkeakoulun opettajien kanssa mahdollistivat tiedon jakamisen monesta eri näkökulmasta. Projektin lähtökohtana oli työelämän tarve tukea näyttöön perustuvaa toimintaa ja se muodostui koko projektin keskeisemmäksi yhteiseksi tavoitteeksi. Opiskelijat hakivat tutkittua tietoa, josta keskusteltiin klubitapaamisissa. Keskustelujen aikana pohdittiin, onko nykykäytännön muutos tarpeellinen saadun uuden tiedon perusteella. Sinällään pari kirjallista työtä ja niihin liittyvä keskustelu eivät voi yksinään aikaansaada muutosta, mutta kipinän siihen voi saada yhdenkin tutkimustiivistelmän avulla.

Projektista saatu palaute oli pääosin positiivista ja hoitohenkilökunta tiedosti tutkimusklubien roolin osana omaa toimintaansa. Hoitohenkilökunnalla ei ole aina ai-

kaa ja mahdollisuuksia tutustua uusimpaan tutkimustietoon eikä kaikilla ole kykyä analysoida sitä. Tutkimusklubitöissä esiteltiin tutkimusten sisältöjä ja niiden hakeamiseen liittyvä prosessi.

Tutkimusklubien hyvinä puolina mainittiin usein se, että keskusteltiin tutkimusten hyödynnettävyydestä käytännössä ja juuri sellaista keskustelua tarvitaan jatkossakin. Omaa työtä ja omia toimintatapoja on koko ajan pohdittava. Lisäksi on tärkeää miettiä mahdollisuuksia tehdä asioita tarvittaessa toisin. Hoitotyössä emme voi jäädä paikoilleen, vaan koska tutkittua tietoa uusista toimintamalleista tulee jatkuvasti, meillä on myös oltava keinoja ottaa se käyttöön.

Tutkimusklubit toimivat näyttöön perustuvan toiminnan vahvistajina. Ne tukivat hoitokäytäntöjen kehittämistä, muutosprosesseja ja arviointia. Hoitotyöntekijät saivat arvioitavakseen tieteellistä tietoa ja he arvioivat sen hyödyntämistä käytännössä. Tieteellisen tiedon kriittinen arviointi on taito, jonka pitäisi olla osa kaikkien hoitajien ammattitaitoa. Kun klubien avulla saatiin uutta tietoa, sen avulla oli mahdollista pohtia ja kriittisesti arvioida nykyisiä käytäntöjä. Näyttöön perustuvassa toiminnassa on olennaista oman osaamisen kriittinen arviointi ja analyysi. Tutkimusklubeista saadun palautteen perusteella voidaan todeta, että ne todellakin toimivat näyttöön perustuvan toiminnan vahvistajina.

Kirjallisuus

Arffman, S.; Partanen, R.; Peltonen, H. & Sinisalo, L. 2009. Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki: Edita.

Bachrach-Lindström, M.; Jenssen, S.; Lundin, R. & Christensson, L. 2006. Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 16, 2007–2014.

Barnes, S.; Wasielewska, A.; Raiswell, C. & Drummond, B. 2013. Exploring the mealtime experience in residential care settings for older people: an observational study. *Health and social care in the community*. Vol. 21 No. 4, 442–450.

Bauer, J. 2009. The MNA® revisited: what does the data tell us? New insights from an internationally pooled database: The MNA® International Initiative. *Scientific Symposium Proceedings, XIXth IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics*.

Bauer, J. D. 2007. Nutritional status of patients who have fallen in an acute care setting. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 20, 558–564.

Berger, J.; Hardin, H. K & Topp, R. 2011. *Journal for Nurses in Staff Development*, 2011 May-Jun; 27 (3): 116–20.

Bergstrom N.; Braden B. J.; Laguzza A. & Holman V. 1987. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research* 36(4), 205–210.

Bilodeau, I.; Pepin, J. & St. Louis, L. 2012. Journal club in a critical care unit: an innovative design triggering learning through reading and dialogue. *Dynamics Spring*; 23 (1): 18–23.

Boczko, F. & McKeon, S. 2010. Flavor enhancers. *Long-Term Living Magazine*. Vol. 9, 38–40.

Bolmsjö, I.; Sandman, L. & Andersson E. 2006. Everyday ethics in the care of elderly people. *Nursing Ethics*, 249–263.

Boström, E.; Honkonen A.; Härmälä, M.; Tulento, I. & Jalonen L. 2012. Painehaavan ehkäisy ja hoito. NÄYTKÖ-hankkeessa tuotettu poster. Terveysala. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Burbidge, D. 2013. Food for thought: Facilitating independence with finger foods. *Australian Journal of DementiaCare*.

Bäcklund, M. & Mäkisalo, H. 2014. Parenteraalinen ravitsemus- lyhytaikainen ja pysyvä hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Vol.130, No. 21, 2265–70.

Carly, L. 2014. Nursing Journal Clubs: A Literature Review on the Effective Teaching Strategy for Continuing Education and Evidence-Based Practice. The Journal of Continuing Education in Nursing 45 (12):1–7.

Chisholm, A.; Jensen, J. & Field, P. 2011. Eating environment in the aged-care residential setting in New Zealand: Promoters and barriers to achieving optimum nutrition. Observations of the foodservice, menu and meals. Nutrition & Dietetics. Vol. 88, 161–166.

Crack, J. & Crack, G. 2007. Promoting quality care for older people in meal management: whose responsibility is it? Australian Journal of Advanced Nursing. Vol. 25, No.1, 85–89.

Dickinson, A.; Welch, C. & Ager, L. 2007. No longer hungry in hospital: improving the hospital mealtime experience for older people through action research. Journal of Clinical Nursing. Vol. 17, 1492–1502.

Drew, P.; Posnett, J.; Rusling, L. 2007. The cost of wound care for a local population in England. International Wound Journal 4 (2), 149–155.

Edfors, E. & Westergren, A. 2012. Home-Living Elderly People's Views on Food and Meals. Journal of aging research. Vol 3: 761291.

EWMA – European Wound Management Association 2012. Huonosti paranevat haavat: holistinen lähestymistapa. Suomen haavanhoitoyhdistyksen suomennos. Viitattu 19.1.2015 <http://shhy.fi/>.

Findikaattori 2014. Väestön ikärakenteen kehitys. Viitattu 22.10.2014 <http://www.findikaattori.fi/fi/81>.

Fineout-Overholt, E. & Johnston, L. 2006. Teaching EBP: Implementation of Evidence: Moving from Evidence to Action Worldviews on Evidence-Based Nursing, 3 (4): 194–200.

Gloeckner, M.B. & Robinson, C. B. 2010. A nursing journal club thrives through shared governance. Journal for Nurses in Staff Development, Nov-Dec; 26 (6): 2677–0.

Gustafsson, K.; Andersson, I.; Andersson, J.; Fjellström, K. & Sidenvall, B. 2003. Older women's perceptions of independence versus dependence in food related work. Public Health Nursing. Vol. 20, 237–247.

Haikonen, K. & Lounamaa, A. (toim.) 2010. Suomalaiset tapaturmien uhreina 2009, kansallisen uhritutkimuksen tuloksia. Raportti 13, Helsinki: THL.

Hakala, P. 2012. Ikääntyneiden ravitsemus. Viitattu 22.12.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086.

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto 2013. Kodinomainen ruokailu monipuolisessa palvelukeskuksessa. Viitattu 23.10.2014 <http://gery-fi-bin.directo.fi/@Bin/d166c43c14d3f830386a46f5803b8aa6/1414071901/application/pdf/175309/8.%20Kodinomainen%20ruokailu%2014.11.13.pdf>.

Honey, C. P. & Baker, J. A. 2011. Nurse Education Today, Nov; 31 (8): 825–31.

Häggman-Laitila, A. 2009a. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävät tekijät – systemoitu katsaus hoitotyöntekijöiden käsityksiin. Tutkiva hoitotyö 7: 2, 4–12.

Häggman-Laitila, A. 2009b. Näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen – systemoitu katsaus toimintamalleihin. Tutkiva Hoitotyö 7:3, 20–27.

Ikäinstituutti 2015a. VoiTas (Voima- ja tasapainoharjoittelua iäkkäille). Viitattu 19.1.2015 <http://www.voitas.fi/etusivu/>.

Ikäinstituutti 2015b. Voimaa vanhuuteen. Iäkkäiden terveysliikuntaohjelma. Viitattu 19.1.2015 <http://www.voimaavanhuuteen.fi/fi/etusivu/>.

Jakobsen, R. & Sørli, V. 2010. Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. Nursing Ethics, 17(3), 289–300.

Jalonen, L.; Laaksonen, C.; Härmälä, M.; Paltta, H.; von Schantz, M.; Soini, T. & Ylönen, M. 2013. Journal clubs for nurses' and nursing students' collaborative learning of wound care. Poster-presentation. Copenhagen, Denmark: EWMA (European Wound Management Association).

Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus 2011. Suomen Fysioterapeutit ry. Viitattu 11.1.2015 http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00003.

Kairisto-Mertanen, L.; Kanerva-Lehto, H. & Penttilä, T. (toim). 2009. Kohti innovaatiopedagogiikkaa. Uusi lähestymistapa ammattikorkeakoulujen opetukseen ja oppimiseen. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Keller, H & Duizer, L. 2014. What do consumers think of pureed food? Making the most of the indistinguishable food. Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics. Vol.33, 139–159.

Koehn, M. & Lehman, K. 2007. Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 62:2, 209–215.

Korhonen, A., Korhonen, T. & Holopainen A. 2010. Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva toiminta. Tutkiva Hoitotyö 8, 38–42.

Korhonen, N. 2012. Declining age-adjusted incidence of fall-induced injuries among elderly Finns. *Age Ageing* 41, 75–79.

Koskinen, J. & Mäenpää, N. 2014. Ulkoisen hoitoympäristön merkitys iäkkään syömiseen. Toiminnallinen opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Saatavissa myös <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/85468/koskinen.maienpaa.pdf?sequence=1>.

Krooninen alaraajahaava 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Duodecim. Viitattu 19.1.2015 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50058>.

Laaksonen, C.; Paltta, H.; von Schantz, M.-L.; Soini, T. & Ylönen, M. 2012a. NÄYTKÖ -project – Toward nursing students' and professionals' shared learning. Teoksessa Kettunen, J.; Hyrkkänen, U. & Lehto, A. (toim.) *Applied Research and Professional Education – Proceedings from the first CARPE networking conference in Utrecht on 2–4 November 2011*. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 220–226.

Laaksonen, C.; Paltta, H.; von Schantz, M.-L.; Soini, T. & Ylönen, M. 2012b. Promoting evidence based nursing through nursing students' and nurses' shared learning 2010–2014. Teoksessa von Schantz, M. & Heinola, A. (toim.) *Expertise in Health Care and tiedonhaku*, Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 93–97.

Laaksonen, C.; Paltta, H.; von Schantz, M.-L.; Soini, T. & Ylönen, M. 2013. Journal Club as method for nurses' and nursing students' collaborative learning: a descriptive study. *Health Science Journal*, 7:3, 285–292.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntaliitto. Helsinki.

Lachance, C. 2014. *Journal of Continuing Education in Nursing*, Dec; 45 (12): 559–65.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lauri, S. (toim.). 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. *Etiikka hoitotyössä*. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Liikunta 2012. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 11.1.2015 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50075#NaN>.

Lizarondo L.; Kumar S. & Grimmer-Somers, K. 2010. Journal of Allied Health, Spring; 39 (1): e17–22.

Lonkkamurtuma 2011. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 12.1.2015 www.kaypahoito.fi.

Manthorpe, J. & Watson, R. 2003. Poorly served? Eating and dementia. Journal of Advance Nursing. Vol.41, No.2, 162–169.

Mattila, L.-R.; Rekola, L.; Koponen, L. & Eriksson, E. 2013. Nurse Education in Practice 13 (5): 423–8.

Meriö A. 2009. Hoitotyön tutkimusklubit tuovat teorian käytäntöön. Sairaanhoitaja 12/2009, 29–31.

Muurinen, S.; Soini, H.; Halttunen, M.; Savikko, N.; Suominen, N. & Pitkälä, K. 2012. Asukkaiden ravitsemustila helsinkiläisissä palvelutaloissa ja vanhainkodeissa 2011. Viitattu 9.9.2014 http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/5b07da804a1563d9975bf7b546fc4d01/ravitsemusraportti_Soini_27112012.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5b07da804a1563d9975bf7b546fc4d01.

Nesbitt, J. 2013. Journal clubs: a two-site case study of nurses' continuing professional development. Nurse Education Today. Aug; 33 (8): 8969–00.

Nijs, K.; de Graaf, C.; Kok, F. & van Staveren, W. 2006. Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomized controlled trial. BMJ. Viitattu 6.10.2014 <http://www.bmj.com/content/332/7551/1180>

O'Regan, P. 2009. Nutrition for patients in hospital. Nursing Standard, Vol 23, No 23, 35–41.

O'Nan, C. L. 2011. The effect of a journal club on perceived barriers to the utilization of nursing research in a practice setting. Journal for Nurses in Staff Development, Jul-Aug; 27 (4): 160–4, E18–9.

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Opas 16. Helsinki: THL.

Pajala, S. 2015. Kehitä ja johda iäkkäiden kaatumisten ehkäisyä: opas toimintakäytäntöjen implementointiin. Helsinki: THL.

Palan, J.; Roberts, V.; Bloch B; Kulkarni, A.; Bhowal, B. & Dias, J. 2012. The use of a virtual learning environment in promoting virtual journal clubs and case-based discussions in trauma and orthopaedic postgraduate medical education: the Leicester experience. *Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume*, Sep; 94 (9): 1170–5.

Parviainen, P.; Lillrank, P. & Iivonen, K. 2005. Johtaminen terveydenhuollossa. Tampere: Talentum Media Oy.

Posnett, J.; Gottrup, F.; Lundgren, H. & Saal, G. 2009. The resource impact of wounds on healthcare providers in Europe. *Journal of Wound Care* 18 (4), 154–161.

Puranen, T. & Suominen, M. 2012. Ikääntyneen ravitseminen – opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoittoon. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.

Ravitsemushoito 2010. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 22.12.2014 http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_net_2.painos.pdf.

Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 22.12.2014 www.ravitsemusneuvottelukunta.fi.

Ribu, E.; Haram, R. B. & Rustøen, T. 2003. Observations of Nurses' Treatment of Leg and Foot Ulcers in Community Health Care. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing: Official Publication of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society/ WOCN*. 30 (6), 342–350.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Viitattu 20.8.2015 <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>.

Sortedahl, C. 2012. Effect of online journal club on evidence-based practice knowledge, intent, and utilization in school nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2nd Quarter; 9 (2): 117–125.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 18. Viitattu 19.1.2015 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.1.2015 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014a. Selvitys kuntien hoitotarvikejakelusta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014: 28. Viitattu 7.12.2014 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=DLFE-31229.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014b. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Steenbeek, A.; Edgecombe, N.; Durling, J.; LeBlanc, A.; Anderson, R. & Bainbridge, R. 2009. Using an Interactive Journal Club to Enhance Nursing Research Knowledge Acquisition, Appraisal, and Application. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6.

Stroebele, N. & De Castro, J. 2004. Effect of ambience on food intake and food choice. *Nutrition*. Vol. 20, 821–838.

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Viitattu 22.12.2014 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf.

Suomi, A. & Hakonen, S. 2008. Kuluerästä voimavaraksi – Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Sydner, Y. M. & Fjellström, C. 2005. Food provision and the meal situation in elderly care- outcomes in different social contexts. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 18, 45–52.

Teeri, S.; Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2006. Long-term nursing care of elderly people: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing Ethics*, 116–129.

Tehy 2012. Valitse ikäsi- syntymäaika on vain yksi iän mittareista. Viitattu 20.11.2014. <http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2012/6-2012/valitse-ikasi/>.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Tietoa RAI-järjestelmästä. Viitattu 20.1.2015 <http://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.

Tervo-Heikkinen, T. 2011. Kaatumisten ehkäisy KYSissa. Pilotoinnin käytännön etenemisen kuvaus. Vetovoimainen ja turvallinen sairaala (VeTeVT) -osahanke, Raportti R5. Viitattu 14.3.2013 http://www.vete.fi/Raportit/VT/Loppuraportit/VT_Raportti_R5.pdf.

THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) 2010. Liikuntatapatuimmat. Teoksessa Haikonen, K. & Lounamaa, A. (toim.) Suomalaiset tapaturmien uhreina 2009. Kansallisen uhritutkimuksen tuloksia. THL:n raportti 13/2010. Helsinki: THL.

THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) 2014. Tietoa RAI-järjestelmästä. Viitattu 20.1.2015 <http://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>.

Tilastokeskus 2003. Väestön ikääntyminen on suhteellista. Viitattu 20.11.2014. http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_05_03_nieminen.html.

Tilastokeskus 2012. Kuolemansyytilastot 2012. Viitattu 20.12.2014 <http://www.stat.fi/til/ksyyt/>.

Tilastokeskus 2013. Väestön ikärakenne 2013. Viitattu 20.12.2014 http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestorakenne.

Toimiva koti 2014. Viitattu 20.12.2014 <http://www.toimivakoti.fi/>.

Turvallinen koti 2014. Viitattu 20.12.2014 <http://turvallinenkoti.fi/>.

Ullrich, S.; McCutcheon, H. & Parker, B. 2011. Reclaiming time for nursing practice in nutritional care: outcomes of implementing protected mealtimes in a residential aged care setting. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 20, 1339–1348.

Vadaparampil, S. T; Simmons, V. N; Lee, J.-H.; Malo, T.; Klasko, L.; Rodriguez, M.; Waddell, R.; Gwede, C. K & Meade, C. D 2014. Journal clubs: an educational approach to advance understanding among community partners and academic researchers about CBPR and cancer health disparities. *Journal of Cancer Education*, Mar; 29 (1): 122–8.

Vallejo Medina, A.; Vehviläinen, S.; Haukka, U.-M.; Pyykkö, V. & Kivelä, S.-L. 2006. *Vanhustenhoito*. Helsinki: WSOY.

Walsh, E. & Gethin, G. 2009. The lived experience of community nurses treating clients with leg ulcers. *British Journal of Community Health Nursing* 14 (9), 24–29.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vellas, B.; Villars, H.; Abellan, G.; Soto, M.; Rolland, Y.; Guigoz, Y.; Morley, J.; Chumlea, W.; Salva, A.; Rubenstein, L. & Garry, P. 2006. Overview of the MNA® - its history and challenges. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10, 456–463.

Weller, C. & Evans, S. 2012. Venous leg ulcer management in general practice. Practice nurses and evidence-based guidelines. *Australian Family Physician* 41(5), 331–337.

Wikby, K. & Fägerskiöld, A. 2004. The willingness to eat – An investigation of appetite among elderly people. *Scandinavian journal of caring sciences*. Vol. 18, 120–127.

WOCN - Wound Ostomy and Continence Nurse Society 2005. Guideline for Management of Wounds in Patients with Lower-Extremity Venous Disease. WOCN Clinical Practice Guideline Series. Viitattu 19.1.2015 <http://www.wocn.org>.

The Wound Healing Society 2007. Chronic Wound Care Guidelines. Viitattu 19.1.2015 <http://www.woundheal.org/assets/documents/final%20pocket%20guide%20treatment.pdf>.

Wright, L.; Hickson, M. & Frost, G. 2006. Eating together is important: using a dining room in an acute elderly medical ward increases energy intake. *The British Dietetic Association*. Vol. 19, 23–26.

Vuori-Kemilä, A.; Lindroos, S.; Nevala, S. & Virtanen, J. 2005. Ihmisen hyvä – Etiikka lähihoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Wylie, K. 2010. "The food here is tasteless!" Food taste or tasteless food? Chemosensory loss and the politics of under-nutrition. *Science Direct*.

Välimäki, M.; Haapsaari, H.; Katajisto, J. & Suhonen, R. 2008. Nursing students' perceptions of self-determination in elderly people. *Nursing Ethics*, 346–359.

Xia, C. & McCutcheon, H. 2006. Mealtimes in Hospital – who does what? *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 15, 1221–122.

Ylönen, M.; Stolt, M.; Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2014. Nurses' knowledge about venous leg ulcer care: a literature review. *International Nursing Review* 61 (2), 194–202.

Young, L. E. & Paterson, B. L. (toim.). *Teaching Nursing 2007. Developing a Student-Centered Learning Environment*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.

Lite 1: Painehaavan ehkäisy ja hoito

Riskiarviointi (mittarit)	
• Ihon eheyden tila	
• Ravitsemustila (MNA)	
• Braden riskiluokitus	
• Kipu	
• Asentojen käyttö	
• Makuu- tai istuma-alustan käyttö	
• Muutunut tajunnantaso	
• Hypotensio	
• Lääkitys	
• Liitännäissairaudet	
• Paine, kitka, hankaus	
• Liikuntakyky	
• Inkontinenssi	
• Kognitiiviset kyvyt	
• Aistivamma	
• Hemoglobiini	
• Ikä	
• Aikaisempi haava	

Lähteet:

Joanna Briggs Institute – koonnitarkaus 2011 (Australia), Pressure Area Care
Esa Soppi 2010 Kirjallisuuskatsaus (Suomi), Duodecim, Painehaava – esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy

Whitneys Phillips, Aslam, Barbul, Gottrup, Gould, Robson, Rodeheaver, Thomas & Sotts 2006 (USA), Guidelines for the Treatment of Pressure Ulcers (kirjallisuuskatsaus)

Laatineet:

Bostrom Elina, Honkonen Annu, Härmälä Maria, Tulento Ilona
(TurkuAMK, Terveystieteiden)

Jalonen Leena (Turun sosiaali- ja terveystoimi)
NAYTKO-projekti

Ammattitaitoinen henkilökuunta	
• Samat hoitolinjat eri hoitajilla	

Ihohoito	
• Päivittäin	
• Puhdas ja kuiva iho	
• Hyvä kosteustasapaino	
• Saippuan pH 4,5 – 5,7 (hajustamaton ja alkoholiton)	
• Tarvittaessa suojavoiteet (ei hierota ihoon)	
• Välttää hierontaa luisissa kehonosissa	

Asentohoito	
• Asennon vaihtaminen 2h välein, istuva asento 1h välein	
• Istuintynny	
• Sängyn päätypuoli matalalla	
• Paineen ja kitkan välttäminen	

Ravitseminen	
• Painonseuranta, ihannepainossa BMI yli 23	
• Proteiinit, hiilihydraatit, vitamiinit ja mineraalit	
• Ravitsemusterapeutti	

Haavahoito	
• Sidos pysy paikallaan, eikä aiheuta painaamia tai ihoärsyystä	
• Asiantunteva haavanhoitoväli	
• Kosteuden ylläpitäminen haavassa	
• Nekroottisen kudoksen poistaminen	
• Muiden infektioiden hoitaminen, edesauttaa haavan paranemista	
• Leikkaushoito	
• Kirjaaminen ja seuranta	

Pehmikkeet	
• Tynny	
• Vaahtopalat	
• Paineetta vähentävä alusta, ilma-, vaahto- tai kuitutäyteinen patja, varsinkin painehaavariskipotilaille ja 1. tai 2. asteen painehaavan saaneille	
• Donitsin käyttöä vältettävä	
• Lampaantalja, vain jos talja uusi ja hyväkuntoinen	

Kivunhoito	
• Edesauttaa haavan paranemista	

Liite 2: Suoria lainauksia tutkimusklubitoiminnan palautteista

Myönteisiä ajatuksia

Hyödyt

- Laittoi ajattelevaan toimintatapoja.
- Herätti taas ajattelevaan kyseistä asiaa.
- Sai miettimään omia toimintatapoja työssä.
- Tutkittua tietoa aiheesta, käytäntöön muutamia varteenotettavia vinkkejä
- Nousi esille asioita, joita voisi kehittää osaston toiminnassa.
- Antoi aiheita keskusteluun ja ideoita siitä, mistä asiasta haluaa saada lisätietoa.
- Herätti ajatuksia ravitsemuksesta ja että siihen pitää kiinnittää enemmän huomiota.
- Herätti taas ajattelevaan, miten tärkeää on omaisten huomiointi ja informointi.
- Uutta ajateltavaa: kuinka paljon ravitsemus vaikuttaa psyykeen?

Klubien ilmapiiri

- Rento ilmapiiri, sekä katsojat että esittäjät olivat äänessä.
- Avoin keskustelu esimerkkien valossa
- Löydetty hyviä tutkimuksia, hyvää pohdintaa keskustelun muodossa.
- Keskustelua syntyi paljon.
- Aihe herätti vilkasta ja tärkeää ajatustenvaihtoa hoitajien kesken.
- Keskustelua syntyi paljon ja samalla sai myös näkökulmaa siitä, miten toiset tekevät työtä.
- Keskustelut, kun käytännön työtä verrattiin tutkimusten tuloksiin.

- Syntyi paljon keskustelua. Vaikka asiat osaltaan ovat tuttuja, oli silti uuttakin.
- Motivoitunut ja innostava ilmapiiri
- Esitystä oli kiva kuunnella.
- Keskustelu, opiskelijaryhmän aktivoiva asenne ja kysymykset henkilökunnalle

Opiskelijoiden osuus

- Opiskelijat olivat ottaneet selvää asioista/tutkimuksista ja esittivät asiansa selvästi.
- Asia lyhyesti ja ytimekkäästi esille, hyvät tutkimusartikkelit
- Opiskelijat kiinnostuneita asioista
- Oppilaat olivat nähneet vaivaa tietojen etsimisessä.
- Opiskelijoiden paneutuminen juuri kotihoidon näkökulmasta aiheeseen
- Opiskelijat (esittävät ja yleisö) motivoituneita, odotettavissa hyviä työntekijöitä kentälle

Klubien aiheet

- Aihe mielenkiintoinen, liittyy olennaisesti työhön
- Todella mielenkiintoinen ja laaja aihe – iso kokonaisuus
- Mielenkiintoinen, hyvä eri näkökulma
- Oma työtä olennaisesti koskeva aihevalinta ja mielenkiintoinen kokonaisuus
- Ajankohtaista asiaa, mielenkiintoista kuulla kooste tutkimuksista
- Ajankohtaiset aiheet
- Aiheet olivat ajankohtaisia
- Aiheet koskettivat käytännön työtä.

- Asioita, joita voi käytännössä hyödyntää
- Liittyy hyvin juuri omaan työhön
- Tutkimustietoa, joka on sovellettavissa omaan työhön
- Käytännön hoitotyön vinkit oli kiva lisä tutkimustietoon.
- Hyödyllistä työelämälähtöistä tietoa
- Omaan työhön liittyviä aiheita, tuoreita tutkimuksia

Hoitohenkilökunnan saamat hyödyt

- Työaika ei riitä tutkimustiedon etsimiseen.
- Saa tutkittua tietoa osastolle, kun ei ehditä itse hakea.
- Uutta tutkimustietoa harvemmin itse jaksaa hakea.
- Tällä tavoin saa helposti uutta tietoa.
- Uusia tutkimustuloksia
- Uutta tietoa hoidosta
- Uusi asia esitettiin saatavilla olevien tutkimusten pohjalta.
- Riittävästi uutta tietoa
- Haavojen hoidossa tuli uusia asioita.
- Uutta tietoa pistämisestä
- Uutta tietoa II tyypin diabeteksestä, masennuksen merkitys diabeteksen hoidossa
- Uutta tutkimustietoa omaisten kohtaamisesta mielenterveystyössä
- Uutta tietoa dementiaan yhteydestä kaatumisiin tuli runsaasti.

”Kertaus on opintojen äiti”

- Yhteenveto vanhoista asioista
- Hyvää kertausta asioista
- Vanhojen asioiden päivitystä

Yhteistyön merkitys

- Yhdistää koulua ja työelämää uudella tavalla ja näyttöön perustuvaa hoitotyötä tuodaan käytännön kentille.
- Pääsi suoraan kontaktiin opettajan ja opiskelijoiden kanssa.
- Koulutuspuolen ja käytännön kentän vuoropuhelu ja yhteistyö

Kehittämistarpeita

Suomenkielisiä tutkimuksia

- Hyvä, jos olisi suomalaisia tutkimuksia.
- Vaikka joku suomalainen tutkimus lisäksi, vaikka vanhempikin
- Suomalaisia tutkimuksia olisi voinut olla enemmän.
- Mikäli mahdollista myös suomenkieliset tutkimukset olisivat kiintoisia.
- Mahdollisuuksien mukaan enemmän suomalaisia tutkimuksia
- Kotimaisia tutkimuksia enemmän

Lisää mm. käytännön tietoa

- Ei ollut paljon käytännönläheisyyttä.

- Olisin kaivannut enemmän uutta tietoa
- Enemmän näyttöön perustuvaa tietoa
- Enemmän tietoa laajasti, siinä oli lähinnä vanhojen kertaamista ja hieman uutta tietoa.
- Laajemmin haavanhoidosta, kompressiohoidosta
- Vielä enemmän voisi miettiä mitä uutta tietoa tutkimuksista voi käytäntöön saada.
- Lisää käytännön esimerkkejä.
- Tietoa enemmän käytäntöön kohdennettuna
- Esimerkkejä olisin kaivannut.
- Olisin toivonut, että olisi ollut enemmän tietoa kaatumisten ehkäisystä.
- Lisää vinkkejä tutkimustulosten soveltamiseen käytännön työssä.

Enemmän aikaa

- Yksi asia/tutkimusklubi/päivä
- Vähän perusteellisempi ja pidempi asian käsittely olisi avannut asiaa enemmän.
- Liian vähän keskusteluaikaa
- Enemmän aikaa vuoropuhelulle