RAVITSEMUSHOIDON VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTIKYSELY – KEHITTÄMINEN JA PILOTOINTI

Kuru Henna

Pro gradu -tutkielma

Ravitsemustiede

Lääketieteen laitos

Terveystieteiden tiedekunta

Itä-Suomen yliopisto

Maaliskuu 2020

Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta
Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö
Ravitsemustiede
KURU HENNA M: Ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointikysely – kehittäminen ja pilotointi
Pro gradu -tutkielma, 90 sivua, 2 liitettä (9 sivua)
Ohjaajat: TtT Männikkö Reija, TtM Rinta Mikko
Maaliskuu 2020

Avainsanat: ravitsemus, ravitsemushoito, vaikuttavuus, arviointi, kysely

RAVITSEMUSHOIDON VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTIKYSELY – KEHITTÄMINEN JA PILOTOINTI

Ravitsemushoito on osoitettu vaikuttavaksi itsenäisenä hoitomuotona tai osana moniammatillisen tiimin toteuttamaa hoitoa yleisimpien kroonisten elintapasairauksien hoidossa. Ravitsemushoitoa ei siitä huolimatta hyödynnetä terveydenhuollon nykymallissa sen tutkittua potentiaalia vastaavaa määrää. Ravitsemushoidon prosessiin kuuluu hoidon vaikuttavuuden arviointi. Usein ravitsemushoidon vaikuttavuutta ei kuitenkaan arvioida rutiininomaisesti osana vastaanottotyöskentelyä ja tarve käytännön arviointityökaluille on olemassa. Pro gradu -tutkielman tavoitteena oli kehittää ravitsemushoidon vaikuttavuutta arvioiva kyselylomake Terveystalo Oy:n ravitsemusterapeuttien käyttöön sekä arvioida kehitetyn arviointikyselylomakkeen käytettävyyttä ravitsemusterapeuttien näkökulmasta.

Pro gradu -tutkielman kirjallisuuskatsausosiossa tarkasteltiin ravitsemushoidon vaikuttavuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkielman kokeellisessa osiossa esitellyn teoriapohjan pohjalta kehitettiin ravitsemushoidon arviointikysely. Arviointikysely pilotoitiin Terveystalon ravitsemusterapeuttien keskuudessa 25 päivää kestäneen ajanjakson aikana. Tulokset arviointikyselyn toimivuudesta kerättiin käyttäjätyytyväisyyskyselyn avulla. Arviointikyselyä tuli kokeilla osana vastaanottotyöskentelyä 10 kertaa ennen käyttäjätyytyväisyyskyselyyn vastaamista. Pilotointijakson tuloksena vastauksia käyttäjätyytyväisyyskyselyyn saatiin yhdeksältä (n=9) ravitsemusterapeutilta. Tieto pilotointiprosessista ja sen etenemisestä lähti 48 ravitsemusterapeutille. Näin ollen osallistumisprosentiksi jäi 16 prosenttia. Vain yksi vastaajista (11 %) ei kokenut kyselyä tarpeelliseksi. Suurimmat esteet arviointikyselyn käytölle osana vastaanottotyötä olivat unohdus (89 %) ja ajan puute (56 %). Arviointikyselyn täyttöön kului suurimmalla osalla vastaajista (56 %) tavoitteen mukainen aika, eli 1-3 minuuttia. Kokonaisuudessaan arviointikysely tai osia siitä koettiin monimutkaisiksi ja haastaviksi tulkita, eikä sitä oltu tällaisenaan valmiita ottamaan osaksi päivittäistä vastaanottotyötä. Tarve ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointikyselylle on siis olemassa, mutta pro gradu -tutkielmassa kehitetty arviointikysely ei sellaisenaan vielä sovellu osaksi Terveystalon ravitsemusterapeuttien vastaanottotyötä. Kyselyä on aiheellista yksinkertaistaa ja jatkokehittää saadun palautteen pohjalta paremmin ravitsemusterapeuttien päivittäiseen työskentelyyn sopivaksi. Jatkokehitetyn arviointikyselyn uudelleen testaamista suositellaan.

University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences
School of Public Health and Clinical Nutrition
Nutrition
KURU HENNA M: Nutrition therapy effectiveness – development and pilot testing of an assessment questionnaire
Master's Thesis, 90 p. and 2 attachments (9 pages)
Supervisors: PhD Männikkö Reija, MsC Rinta Mikko
March 2020

Keywords: nutrition, effectiveness, medical nutrition therapy, assessment, questionnaire

NUTRITION THERAPY EFFECTIVENESS - DEVELOPMENT AND PILOT TESTING OF AN ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

Medical nutrition therapy provides an effective and evidence-based medical approach to treat the most common chronic lifestyle-related diseases both as an independent treatment or as part of the multidisciplinary approach. According to the best practices, the effectiveness of medical nutrition therapy should be assessed. In the current health care settings, medical nutrition therapy is not fully practiced to the extent of its researched potential. Furthermore, its effectiveness is not systematically evaluated, hence there is a need for practical assessment tools. The two objectives of this master's thesis were to develop an assessment questionnaire that would allow dietitians at Terveystalo Ltd. to measure the effectiveness of the nutrition therapy treatment in consistent matter as part of their daily appointments and to research their perceptions about the usability of the developed assessment questionnaire.

The literature review of the master's thesis examines the evidence of the effectiveness of medical nutrition therapy. The nutrition therapy effectiveness assessment questionnaire was developed based on the literature review and the theoretical framework presented in the experimental section of the thesis work. The developed assessment questionnaire was pilot tested for 25 days by the dietitians of Terveystalo Ltd. The perceptions of the usability were surveyed during the pilot testing period with a user usability survey. Dietitians were advised to use the assessment questionnaire with clients at least 10 times before answering the user usability evaluation survey. The study population consisted of total 48 dietitians. Total of nine (n=9) responses were received, hence the participation rate was 16 %. The results showed that only one (11 %) of the respondents did not find the survey necessary. Two biggest barriers for using the assessment questionnaire as part of the daily work were forgetting (89 %) and lack of time (56 %). The majority of the respondents (56 %) were able to complete the assessment questionnaire within the targeted time, i.e. 1-3 minutes. The overall perception was that the developed assessment questionnaire or parts of it were too complex or difficult to interpret and therefore, the respondents found it challenging to integrate it to their daily patient appointments. All in all, there is a need for the nutrition therapy effectiveness assessment questionnaire, but the assessment questionnaire developed in the master's thesis is not suitable as it is. The questionnaire should be simplified and further developed based on the received feedback for it to better fit into the daily work of the dietitians. It is recommended to retest the furtherly developed assessment questionnaire.

KIITOKSET

Lämpimät kiitokset ohjaajilleni Reija Männikölle ja Mikko Rinnalle. Reijalle erityiskiitos kaikesta ajankäytöstäsi liittyen työni kehittämiseen ja eteenpäin viemiseen. Olet taitava ohjaaja ja annoit valtavan arvokkaita kehitysehdotuksia ja kommentteja. Mikolle erityiskiitos avusta, kommenteista ja näkökulmista arviointikyselyn kehittämiseen liittyen sekä pilotointiprosessin konkreettisesta läpiviemisestä ja aktiivisesta promoamisesta Terveystalolla.

Kiitokset myös kaikille arviointikyselyn pilotointiprosessiin osallistuneille ravitsemusterapeuteille ja asiakkaille sekä mentorilleni Mari Salmiselle. Kaikki kommentit ja kehittämisehdotukset olivat arvokkaita ja tärkeitä sekä arviointikyselyn kehittämiselle käyttäjäystävällisempään suuntaan että koko pro gradu -tutkielman kehittämiselle.

Lämmin kiitos myös pro gradu -tutkielmani toiselle tarkastajalle Anu Ruususelle. Arvostan kovasti ammattitaitoasi ja sitä, että päätit antaa aikaasi työni tarkastamiseen.

Kiitos myös avopuolisolleni Juhalle korvaamattomasta tuesta ja siitä, että kuuntelit ja kannustit minua eteenpäin, kun minulla oli työn kanssa haastavaa. Lisäksi kiitokset muulle perheelleni ja ystävilleni kaikesta tuesta ja kannustuksesta mitä sain teiltä matkan aikana.

Suuret kiitokset!

Turussa 03.03.2020

Henna Kuru

Henna Kuru

LYHENNELUETTELO

BMI	Body Mass Index	Painoindeksi
DCP	Dietetic Care Process	Ravitsemushoidon prosessi
DPPs	The Diabetes Prevention Programs	Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy-ohjelmat
FCW	Food Choice at Work	Ruokavalinnat työpaikalla
FODMAP	Fermentable Oligo-, Di-, Monosaccharides and Polyols	Fermentoituvat oligo-, di-, mono-sakkaridit ja polyolit
IBS	Irritable Bowel Syndrome	Ärtyvän suolen oireyhtymä
IMPECD	Improvement of education and competencies in dietetics	Ravitsemusterapiakoulutusten ja ammattivalmiuksien edistäminen
KELA	The Social Insurance Institution of Finland	Kansaneläkelaitos
M&OE	Monitoring & Outcome Evaluation	Seuranta- ja arviointi
QoL	Quality of Life	Elämänlaatu
SMART	Specific, Measurable, Achievable, Resultsoriented and Time-bound	Spesifi, mitattavissa oleva, saavutettavissa oleva, tuloskeskeinen ja aikaan sidottu

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO 9
I KIRJALLISUUSKATSAUS 10
2 RAVITSEMUSHOIDON VAIKUTTAVUUS 10
2.1 Ravitsemushoidon määritelmä 11
2.2. Ravitsemushoidon vaikuttavuuden seuranta ja arviointi 11
2.2.1 M&OE -seuranta- ja arviointityökalun esittely 12
2.2.2 M&OE -seuranta- ja arviointityökalun ominaisuudet 14
2.3 Tutkimusnäyttö ravitsemushoidon vaikuttavuudesta 18
2.3.1 Ravitsemushoidon vaikuttavuus eri sairauksien hoidossa 18
2.3.2 Ravitsemushoidon vaikuttavuus osana moniammatillisen tiimin toteuttamaa hoitoa 24
2.3.3 Tapaamiskertojen määrän vaikutus ravitsemushoidon vaikuttavuuteen 26
3 RAVITSEMUSHOIDON VAIKUTTAVUUTEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ 28
3.1 Ravitsemusterapeuttien henkilökohtainen ohjaustyyli ja luotto omiin kykyihin 28
3.2 Ravitsemushoidon arvon vähäinen tunnettuus 29
3.3 Ravitsemushoidon riittämättömät korvausmallit 31
3.4 Ravitsemushoidon myöhäinen alkamisajankohta ja vähäinen määrä 32
3.5 Tarjolla oleva ristiriitainen ja epäluotettava ravitsemustieto 33
3.6 Ravitsemushoidon toteuttaminen muiden kuin ravitsemusterapeuttien toimesta 33
3.7 Ravitsemushoitoa koskevan nimikkeistön vaihtelevuus 34
3.8 Ravitsemusterapeuttien koulutuksen tason maailmanlaajuinen vaihtelevuus 35
4 RAVITSEMUSHOIDON HAASTEET JA MAHDOLLISUUDET NYKYTIEDON VALOSSA 37
4.1 Haasteet ja mahdollisuudet julkisessa terveydenhuollossa 37
4.2 Haasteet ja mahdollisuudet työterveyshuollossa 40
II KOKEELLINEN OSA 43
5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET 43
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS 44

6.1 Tutkimusasetelmana konstruktiivinen tutkimus 44
6.2 Kyselylomakkeen kehittäminen 45
6.2.1 Kysymysten muotoilu 45
6.2.2 Kyselylomakkeen erityispiirteet 47
6.3 Arviointikyselylomakkeen teoriapohja 47
6.3.1 Teoria vastaanottojen lukumäärää koskevalle kysymykselle 48
6.3.2 Teoria käyttäytymisen muutoksia kartoittaville kysymyksille 48
6.3.3 Teoria ruokavalion laadullisia tekijöitä kartoittaville kysymyksille 50
6.3.4 Teoria työn tekemistä ja yleistä jaksamista ja vireyttä kartoittaville kysymyksille 52
6.4 Arviointikyselylomakkeen pilotointi ja aineiston keruu käyttäjätyytyväisyyskyselyllä 55
6.5 Käyttäjätyytyväisyyskyselyn tulosten analysointi 55
7 TULOKSET 57
7.1 Pilotointi prosessin toteutuminen 57
7.2 Arviointikyselyn täyttömäärä pilotointijakson aikana 58
7.3 Käyttäjätyytyväisyyskyselyn monivalintakysymysten tulokset 58
7.3.1 Esteet arviointikyselyn käytölle 58
7.3.2 Arviointikyselyn täyttämiseen kuluva aika 59
7.3.3 Arviointikyselyn pituus 60
7.4 Käyttäjätyytyväisyyskyselyn KYLLÄ/EI -kysymysten tulokset 60
7.4.1 Arviointikyselyn täytön vaivattomuus 60
7.4.2 Arviointikyselyn kysymysten selkokielisyys ja ymmärrettävyys 61
7.4.3 Arviointikyselyn kysymysten looginen järjestys 62
7.4.4 Kaiken oleellisen kysyminen arviointikyselyssä 62
7.4.5 Arviointikyselyn kysymysten tarpeellisuus 63
7.4.6 Arviointikysely tavoitteenasettelun tukena 64
7.4.7 Arviointikysely osana jokapäiväistä vastaanottotyötä 65
7.5 Käyttäjätyytyväisyyskyselyn avoimien kysymysten tulokset 65
7.5.1 Avoimet vastaukset muutokset käyttäytymisessä -osiolle 65

7.5.2 Avoimet vastaukset ruokavalion laadulliset tekijät -osiolle 66

7.5.3 Avoimet vastaukset muutosten vaikutuksia työn tekemiseen ja jaksamiseen -osiolle 66

7.5.4 Muita kommentteja, kehitysehdotuksia ja terveisiä arviointikyselyn kehittäjälle ... 67

8 POHDINTA 68

8.1 Arviointikyselyn pilotoinnin onnistuminen 68

8.2 Kehitetyn arviointikyselyn vahvuudet ja heikkoudet 71

8.2.1 Arviointikyselyn kehittämisprosessin onnistuminen 71

8.2.2 Arviointikyselyn muutosehdotukset 72

8.2.3 Jatkotutkimusehdotukset ja mitä olisi voinut tehdä toisin 76

8.3 Kehitetyn arviointikyselylomakkeen hyödynnettävyys ja vaikutukset 77

8.4 Ravitsemushoidon vaikuttavuus ja sen arviointi 80

8.5 Ravitsemushoidon vaikuttavuustiedon levittämisen vaikutukset 81

9 JOHTOPÄÄTÖKSET 83

LÄHTEET 84

LIITE 1. Ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointikysely. 91

LIITE 2. Käyttäjätyytyväisyyskysely. 97

1 JOHDANTO

Hyvää ravitsemustilaa voidaan pitää yhtenä keskeisimmistä osista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä (Howatson ym. 2015, Terveystalo 2019). Hyvän ravitsemuksen vaikutukset näkyvät kiistatta myös oppimisessa, työn teossa ja jaksamisessa (EFAD 2017, Terveystalo 2019). Oikeanlaiset ruokavalinnat voivat mahdollistaa aktiivisemman arjen, tukea mielen hyvinvointia, edistää hyvää syömiskäyttäytymistä ja painonhallintaa sekä lisäksi parantaa unen laatua ja ehkäistä myös monien sairauksien puhkeamista. Ennaltaehkäisevät toimet ovat vaikuttavin ja edullisin keino välttää krooniset sairaudet ja ruokavaliointerventiot vaikuttavat positiivisesti terveyteen jokaisessa elämänkaaren vaiheessa (Slawson ym. 2013). Yleisimmät krooniset kansansairaudet, kuten sydän- ja verisuonisairaudet, koholla olevat verenpaine- ja kolesteroliarvot sekä tyypin 2 diabetes, ovat usein suorassa tai epäsuorassa yhteydessä ravitsemukseen. On olemassa vahvaa tutkimusnäyttöä siitä, että laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemus- ja elintapaohjaus on vaikuttavaa monien kroonisten sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa (Slawson ym. 2013). Terveydenhuollon tiimeissä ravitsemuksen erityisasiantuntijoilla, eli laillistetuilla ravitsemusterapeuteilla, on parhaimmat valmiudet toteuttaa sairauksia ennaltaehkäisevää, terveyttä edistävää ja elämänlaatua parantavaa ravitsemusohjausta.

Toimeksiantajana pro gradu -tutkielmalle toimii Terveystalo Oy, jonka tavoitteena on kehittää ravitsemusterapiapalveluiden saatavuutta ja hyödynnettävyyttä eri sairauksien ja oireiden hoitopoluilla. Tähän liittyen pro gradu -työn tavoitteena oli kehittää työkalu Terveystalon tuottaman ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointiin. Ravitsemusterapeutin vastaanotolle tulevista Terveystalon asiakkaista yli 90 prosenttia on työterveyshuollon asiakkaita (Mikko Rinta, Terveystalo Oy, suullinen tiedonanto 15.5.2019). Erityisen mielenkiintoista tämän pro gradu -työn pohjalta on tarkastella ravitsemushoidon vaikuttavuutta myös työnantajanäkökulmasta. Työterveyssopimuksien sisältöä pohtivat työnantajat ovat kiinnostuneita siitä, kuinka paljon ravitsemusohjauksella voidaan vaikuttaa tekemättömän työn kustannuksiin sekä työntekijän terveys- ja ravitsemuskäyttäytymiseen. Pro gradu -työn teoriaosuudessa tarkastellaan laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttaman ravitsemushoidon vaikuttavuutta sekä perusterveydenhuollon että työterveyshuollon näkökulmista. Tutkielman kokeellisessa osassa tavoitteena on kehittää ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointityökalu, joka tarkoittaa tulevaisuudessa Terveystalon potilastietojärjestelmään integroitavaa kyselyä. Tavoitteena on tulevaisuudessa kyselyn avulla kerätä tietoa ravitsemushoidon vaikuttavuudesta ja luoda siten uutta tärkeää tietoa hyödynnettäväksi paitsi suomalaisille ravitsemuspalvelujen tarjoajille myös päätöksenteon tueksi ravitsemuspalvelujen ostosta ja tarjonnasta päättäville tahoille.

I KIRJALLISUUSKATSAUS

Pro gradu -tutkielman kirjallisuuskatsauksessa keskitytään vetämään yhteen jo löytyvää tutkimusnäyttöä ravitsemushoidon vaikuttavuudesta sekä tarkastelemaan, millä tavoin ravitsemushoidon vaikuttavuutta arvioidaan, ja millaiset ovat ravitsemushoidon mahdollisuudet nykytiedon valossa niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla ja työterveyshuollossa tulevaisuudessa. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusotos koostuu lähinnä systemaattisista katsauksista ja meta-analyyseista, joiden luotettavuus on tieteellisten tutkimusten korkeinta tasoa (Kuva 1). Lisäksi tarkasteluun otettiin vain tutkimuksia, joissa ravitsemushoidon tai -terapian toteuttajina ovat olleet laillistetut ravitsemusterapeutit.

Kuva 1. Tutkimusnäytön vahvuus (muokattu Martins ja Buschang 2015).

2 RAVITSEMUSHOIDON VAIKUTTAVUUS

Laillistettu ravitsemusterapeutti on ammattilainen, joka käyttää tutkittua tietoa ruoasta ja ravitsemuksesta terveyden edistämiseen sekä sairauksien ennaltaehkäisyyn ja parantamiseen tavoitteenaan niin yksilön, ryhmien, yhteisöjen kuin väestön terveyden optimointi (ICDA 2014). Tässä työssä ravitsemushoidon käsitteellä tarkoitetaan nimenomaan laillistetun ravitsemusterapeutin antamaa ohjausta. Ravitsemushoidon vaikuttavuudella taas tarkoitetaan sitä, missä määrin ravitsemusohjaus tai -interventio tuottaa haluttuja lopputuloksia (Vanherle ym. 2018). Jotta ravitsemushoidon vaikuttavuuteen liittyvät seuraavissa kappaleissa esitetyt tekijät voi ymmärtää syvällisemmin, on tärkeää tietää, mitä ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemushoito pitää sisällään.

2.1 Ravitsemushoidon määritelmä

Ravitsemushoito tavallisesti seuraa ennalta suunniteltua mallia, johon kuuluu ravitsemustilan ja ravinnon tarpeen arviointi sekä vajaaravitsemuksen riskin seulonta, ravintoanamneesin otto, ravitsemushoidon suunnittelu ja tavoitteiden asettelu yhteistyössä potilaan kanssa sekä ravitsemusohjaus ja ravitsemushoidon toteutus (Lacey ja Pritchett 2003, VRN 2010). Lisäksi prosessiin kuuluu seuranta sekä ravitsemushoidon vaikuttavuuden ja laadun arviointi. Ravitsemushoidon tavoitteena on muokata potilaan ravitsemuskäyttäytymistä terveyttä edistäväksi ja hoitoa tukevaksi (Lacey ja Pritchett 2003). Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (VRN) (2010) mukaan ravitsemushoito edistää potilaiden elämänlaatua, terveyttä sekä säästää kustannuksia. Ravitsemushoidon tarkoituksena on ennaltaehkäistä sairauksia ja edistää yksilöiden kokonaisvaltaista terveyttä ja toimintakykyä. Laillistetut ravitsemusterapeutit ovat yhteiskunnassamme ainutlaatuisesti pätevöityneitä tarjoamaan ravitsemushoitoa ja -interventioita, jotka kustannustehokkaasti tukevat ja edistävät terveyttä, ehkäisevät kroonisia sairauksia ja parantavat elämänlaatua aina lapsuudesta lähtien (Haapa ja Pölönen 2002, Slawson ym. 2013, Mitchell ym. 2017). Ravitsemushoito myös toimii monien sairauksien ainoana tai keskeisenä hoitomuotona ja ravitsemushoidon vaikuttavuudesta on saatu jatkuvasti vahvistusta uusissa tutkimuksissa (Haapa ja Pölönen 2002). Tiedon karttuessa useiden sairauksien hoitosuosituksia on uudistettu ja ohjausmenetelmiä kehitetty. Kuitenkaan uusi tieto ja osaaminen eivät ole välttämättä siirtyneet osaksi terveyspalvelujen käytäntöjä, joten ravitsemushoidon mahdollisuuksien voidaan todeta olevan vielä monin osin hyödyntämättä.

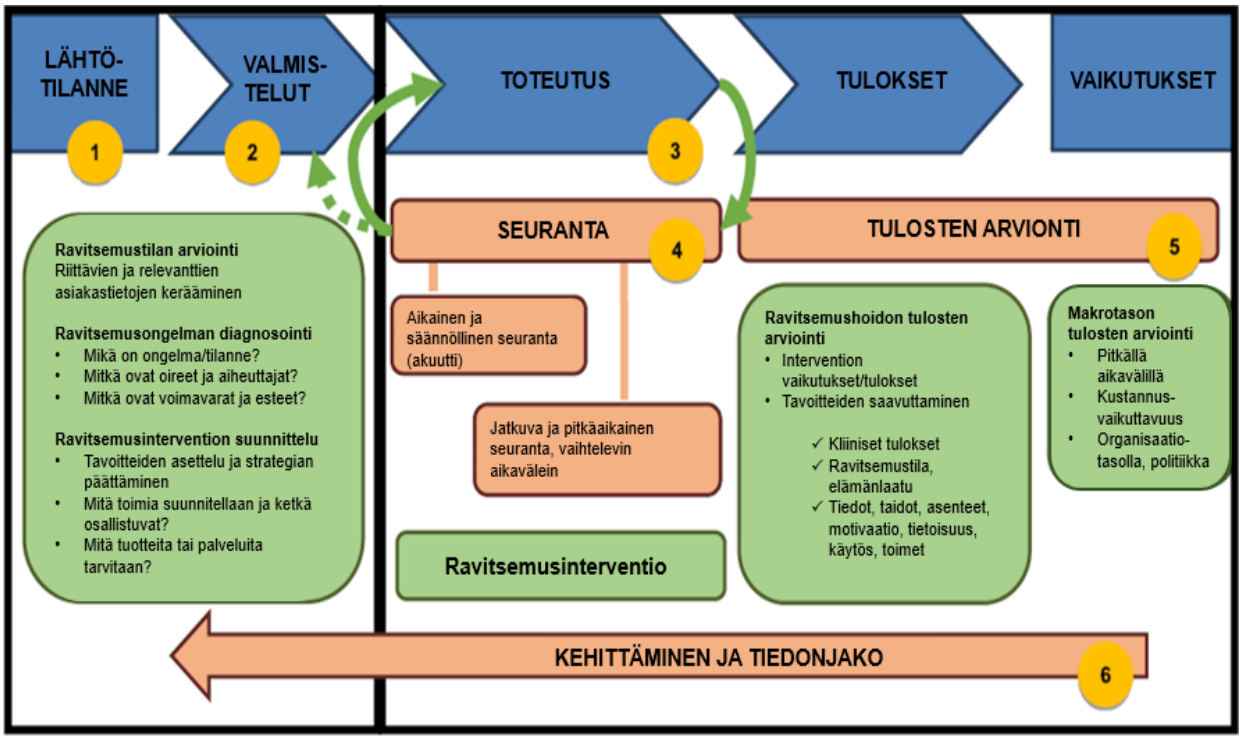
2.2. Ravitsemushoidon vaikuttavuuden seuranta ja arviointi

Ravitsemushoidon vaikuttavuuden arvioimiseksi tarvitaan tietoa siitä, miten ohjaus on vaikuttanut asiakkaan terveydentilaan ja päivittäiseen käytännön elämään (Vanherle ym. 2018). Ravitsemushoidon vaikuttavuutta arvioitaessa tarkastelun alle tarvitaan selkeitä vaikuttavuutta osoittavia tekijöitä. Valtaosassa tässäkin pro gradu -työssä tarkastelun alla olleissa tutkimuksissa vaikuttavuutta mittaavina tekijöinä oli lähinnä kliinistä terveyttä kuvantavia tekijöitä, kuten antropometrisiä mittauksia, eli esimerkiksi vyötärönympärys, paino tai painoindeksi (BMI), ja laboratorioarvoja, kuten veren kolesteroli- tai glukoosiarvoja. Sen sijaan laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttaman ravitsemusohjauksen muita tuloksia, kuten muutoksia psykologisessa suhtautumisessa muun muassa ruokaympäristöä, ravitsemusta ja itsestä huolehtimista kohtaan, ei juurikaan ole vaikuttavuuden mittareina käytetty (EFAD 2017). Vaikka psykologisten tekijöiden tarkka mittaaminen on haastavaa, ei tule unohtaa, että ravitsemushoidolla voi olla

laajemmat positiiviset vaikutukset kuin, mitä yleisimmillä tällä hetkellä käytössä olevilla mittareilla saadaan selville. Myös Vanherle ym. (2018) toteavat, että seurantaa ja arviointia ei juuri ole hyödynnetty vielä kovin kokonaisvaltaisesti ravitsemuskäyttäytymistä koskien, vaan tämänhetkiset mallit ovat rajoittuneet lähinnä ravinnonsaannin, antropometristen, biokemiallisten ja fyysisten muutosten mittaamiseen. Lisäksi haasteena ravitsemushoidon vaikuttavuuden mittaamisessa on löytää pienet, mutta merkittävät muutokset (Mitchell ym. 2017). Yleiset ruokavalion arvioinnin työkalut voivat olla liian yleismaailmallisia mitatakseen yksittäisen asiakkaan kannalta merkittäviä, mutta pieniä ruokavaliomuutoksia, kuten jonkin spesifin ravintoaineen saantia. Arviointityökalut eivät välttämättä ole siis pystyneet tuomaan päämuutosta tai kaikkia merkittäviä ravitsemusohjauksen pohjalta tehtyjä muutoksia esille. Siitä syystä vastaanotolla käyneen asiakkaan spesifi, mutta tärkeä muutos ravitsemuksessa ei välttämättä tule esille, ja siten ravitsemushoidon vaikuttavuus ei tutkimustuloksissa myöskään välttämättä näy koko potentiaalissaan. Porter ym. (2016) peräänkuuluttavat lisäksi, että jokaista ravitsemukseen liittyvää oiretta koskien tulisi kehittää vähimmäisvaatimukset riittävistä lopputuloksista terveydentilassa, jotta ravitsemushoidon vaikuttavuus pystytään osoittamaan asiantuntevalla tavalla ja myös sen korvaustarpeet lääketieteellisenä hoitovaihtoehtona perustelemaan paremmin.

2.2.1 M&OE -seuranta- ja arviointityökalun esittely

Siitä huolimatta, että ravitsemushoito on yhä tärkeämmässä roolissa sekä akuuttien että kroonisten sairauksien hoidossa, ovat ravitsemusterapiapalvelut terveydenhuollon palveluista usein ensimmäisiä, joista kustannussyistä leikataan (Vanherle ym. 2018). Siksi terveydenhuollossa toteutetun ravitsemushoidon vaikuttavuutta ja kustannuksia on tärkeää mitata. Tätä tavoitetta ajatellen Vanherle ym. (2018) kehittivät EU:n rahoittamassa projektissaan “Improvement of Education and Competences in Dietetics (IMPECD)”, ravitsemusohjauksen vaikuttavuuden seurantaa ja arviointia helpottavan työkalun. Ravitsemushoidon arviointiin tarkoitettua, myöhemmin taulukossa 1. esiteltyä, seuranta- ja arviointityökalua Monitoring & Outcome evaluation (M&OE), oli yhteistyössä kehittämässä viisi ravitsemusalan asiantuntijaa viidestä eurooppalaisesta korkeakoulutasoisesta instituutiosta. M&OE on tarkistuslistan tyyppinen työkalu, ja osa kattavampaa ravitsemusohjauskokonaisuutta ohjeistamaan koostettua IMPECD-logiikkamallia (Kuva 2). IMPECD-mallissa ravitsemushoitoprosessi (the Dietetic Care Process, DCP) koostettiin yhtenäiseksi logiikkamalliksi, jonka avulla M&OE:n asema oli mahdollista esittää suhteessa ravitsemusintervention suunnitteluun ja toteutukseen sekä yksilö että ryhmäohjauksessa (Vanherle ym. 2018).



Kuva 2. IMPECD-logiikkamalli ravitsemusalalle (muokattu Vanherle ym. 2018). Täydellinen ravitsemushoitoon kehitetty IMPECD-malli. Siniset laatikot kuvastavat kokonaisuudessaan logiikkamallin askelia, vihreät ravitsemushoidon prosessia (Dietetic Care Process, DCP) ja punaiset hoidon seurannan ja arvioinnin (Monitoring and Outcome Evaluation, M&OE) askelia.

M&OE-mallin perimmäisenä tavoitteena on korostaa ravitsemushoidon seurannan ja arvioinnin tärkeyttä ja tarjota siihen työkalu (Vanherle ym. 2018). Kehitetyn työkalun on tarkoitus auttaa keräämään vastaanotolla kattavasti paitsi makrotason tietoa, eli organisaatio- ja kustannustason tietoja muun muassa ajan- ja resurssien käytöstä, myös relevantteja mikrotason tietoja, eli yksittäisten asiakkaiden hoidon kulkua kuvastavia yksityiskohtaisia tietoja, mikä auttaa optimoimaan ravitsemushoitoa mahdollisimman hyvin terveyttä edistäväksi sekä osoittamaan sen taloudellista merkitystä. M&OE:ssa on yhdistetty jo olemassa olevia seuranta- ja arviointimalleja yhdeksi kattavaksi ravitsemusalalle sopivaksi malliksi. Mallin laaja-alaisella jalkauttamisella ja hyödyntämisellä nähdään olevan tulevaisuudessa paljon arvoa, sillä se mahdollistaa edullisesti ja hallitusti rutiinitietojen keräämisen ravitsemushoidon aikana. Siten malli parantaa ravitsemushoidon vaikuttavuuden todistamista monien sairauksien osalta, mutta samanaikaisesti palvelee myös ravitsemushoidon laadun mittarina (Vanherle ym. 2018).

Vanherle ym. (2018) mukaan tiivis seuranta ja arviointi mahdollistavat ravitsemusterapeuttien tehdä tutkimusta paitsi päivittäisen työnsä vaikuttavuudesta myös samalla huomaamaan mahdolliset henkilökohtaiset haasteet. M&OE-mallia ei vielä laaja-alaisesti ole sovellettu käytännössä, mutta tavoitteena on, että tulevaisuudessa sen avulla on mahdollista johdonmukaistaa

ravitsemustutkimuksissa vaikuttavuutta osoittavien tekijöiden käyttöä ja mahdollistaa siten parempaa vertailua tutkimusten välillä (Vanherle ym. 2018). Lisäksi tavoitteena on, että mallin laaja-alaisen jalkauttamisen tuloksena ravitsemustutkimuskentällä käytettyä termistöä saadaan yhtenäistettyä. Koska tarkoituksena on saattaa Vanherle ym. (2018) kehittämä malli laaja-alaiseen käyttöön, ja sillä on myös selkeitä liiketoiminnallisia hyötyjä, sovelletaan M&OE -tarkistustyökalun sisältöä myös Terveystalolle suunniteltavassa ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointikyselyssä.

2.2.2 M&OE -seuranta- ja arviointityökalun ominaisuudet

Hyvä ravitsemushoidon suunnittelu ja toteutus ei yksinään riitä haluttujen lopputulosten toteutumiselle, vaan edistystä tulee seurata ja arvioida korkealaatuisen hoidon varmistamiseksi (Vanherle ym. 2018). Toisaalta myöskään pelkkä huolellinen seuranta ja arviointi ei korjaa huonoa ravitsemusintervention toteutusta. M&OE-tarkistuslistatyökalun avulla ravitsemusterapeutin on mahdollista hyödyntää ennalta määritettyjä ”tarkistuspisteitä” loogisen ja selkeän intervention toteuttamiseksi sekä tehdä tarvittaessa muutoksia ravitsemushoidon aikana (taulukko 1). Lisäksi Vanherle ym. (2018) toteavat, että ravitsemusterapeutin tulisi ohjata aina SMART-mallin mukaan, eli tavoitteiden tulisi olla spesifejä, mitattavissa ja saavutettavissa olevia, tuloskeskeisiä sekä aikaan sidottuja (Specific, Measurable, Achievable, Resultsoriented and Timebound). Eri tavoitteille tulisi myös olla eri indikaattorit, ja M&OE-mallissa onkin pyritty löytämään erilaisille SMART-mallin mukaisille tavoitteille indikaattorit, jotka parhaiten kuvaisivat kyseenomaiseen tavoitteeseen pääsyä. Lisäksi Vanherle ym. (2018) mukaan ravitsemusterapeutin tulisi päättää hoidolle päätavoite sekä arvioida hoidon lopussa päästiinkö siihen. Koska malli kannustaa edellä mainittuihin toimiin, M&OE voi olla merkittävässä roolissa paitsi ravitsemushoidon avulla saavutettujen onnistumisten esille tuomisessa myös onnistuneessa ohjauksen tavoitteiden asettelussa.

Taulukko 1. Ravitsemushoidon seuranta ja arviointi –tarkistuslistan sisältö (Monitoring and Outcome Evaluation -checklist, M&OE-checklist) (muokattu Vanherle ym. 2018).

Ravitsemusala	**Indikaattoreiden kategoriat**	**Yksityiskohtainen esimerkki**
Kaikki ravitsemusalat	Syömishistoria	Ateriointi- ja napostelutavat Nesteensaanti, nestetasapaino Ravintoaineiden saanti ja -tasapaino Energiansaanti – energian kulutus Tämänhetkiset ja aikaisemmat laihdutus-kuurit ja/tai ruoansaannin muokkaukset ja rajoitukset
	Kliininen tila	Sairaushistoria Tämänhetkinen terveyden tila Lääkkeiden käyttö Kliiniset kokeet
	Ravitsemustila	Antropometriset mittaukset Kehonkoostumus Ravitsemukseen vaikuttavat fyysiset löydökset; hammasterveys, nielemisvaikeudet/dysfagia Fyysinen aktiivisuus, fyysinen toimintakyky, liikkuvuus
	Henkilökohtaiset tekijät	Koulutus/ perehtyneisyys (terveys-)kirjallisuuteen Sosiaalinen status, tulot Tupakointi Sosiaalinen osallistuneisuus, harrastukset Perhetilanne, lasten määrä
	Intervention toteutus/täytäntöönpano	Osallistumisaste, intervention noudattaminen/hyväksyminen
	Haitalliset lopputulokset ja esteet/helpottajat	Mahdolliset haittavaikutukset, invasiivisuus
	Elämänlaatu (QoL)	QoL mittaavat kyselyt, hyvinvointi-indikaattorit (sosiaaliset, taloudelliset, subjektiiviset)
	Osallistujien tyytyväisyys	Tyytyväisyyspisteet
	Kustannukset, terveydenhuollon hyväksikäyttö	Taloudelliset tiedot Tarvittava aika Sairaalakäyntien pituus/määrä
Ravitsemusohjaukselle spesifit	Käyttäytyminen	Ruoka- ja ravitsemustietous Uskomukset ja asenteet ruoasta ja terveydestä, ruokavalinnat Syömistyyli Käyttäytymiseen vaikuttavat tekijät (väsymys, ahdistus jne.)
	Ympäristö	Ruoan tai ruokaan ja ravitsemukseen liittyvien tarvikkeiden saantiin liittyvät tekijät mikrotasolla (esim. keittiön toimivuus, kotitalous), mesotasolla (esim. matka kauppaan, naapurusto, kulkuvälineet, leikkikentät, työpaikka) tai makrotasolla (esim. hinnoittelu, media, säädökset, ruokalahjoitukset)
	Motivaatio ja voimaannuttaminen	Muutosvaihe: esiharkinta, harkinta, suunnittelu, toteutus, ylläpito Ajatukset, tunteet, horjuvuus ja esteet käyttäytymisen muutoksille

(jatkuu)

Taulukko 1 jatkuu.

Ravitsemusala	Indikaattoreiden kategoriat	Yksityiskohtainen esimerkki
Ravitsemusohjaukselle spesifit (jatkuu)	Motivaatio ja voimaannuttaminen	Usko omiin kykyihin, itsensä johtaminen Tietoisuus, sitoutuvuus, päättäväisyys
	Sosiaalinen tuki	Sukulaisten ja ystävien tuki
	Asiakkaan autonomia	
Kansanterveyttä edistävälle ravitsemukselle spesifit	Käyttäytyminen	Kts. ylhäältä
	Ympäristö	Kts. ylhäältä
	Kansallinen strateginen johtaminen ja säädökset	Kansalliset ravitsemus- ja liikuntasuositukset Säädökset elintarvikkeiden markkinoinnille
	Tukevat ympäristöt ja ohjelmat	Terveyskampanjoihin osallistuvien koulujen määrä, ohjauksen tarjonta perusterveydenhuollossa
	Tutkimussysteemi	Kansalliset ruoan käytön tutkimukset
	Kohderyhmän saavuttaminen	Osallistujien määrä tai osuus, vastausprosentti
Lääketieteelliselle ravitsemukselle spesifit	Elintarvike- ja ravintoaineiden hallintavirasto	Lisäravinteet, esim. suun kautta otettavat ravintolisät Enteraalinen letkuravitsemus ja suonensisäinen ravitsemus
	Metaboliset indikaattorit	Elektrolyyttitasapaino Verensokeri Laktaatti Maksan entsyymit Tulehdusmarkkerit Todellinen energiansaanti verrattuna ohjeistettuun energian saantiin
	Terveydentilan indikaattorit	Fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky Lihasmassa Kliinisten hoitojen sietokyky
	Vaikutusten indikaattorit	Sairaalahoitojen lukumäärä Sairaanhoitokustannukset

Tiedonkeruu on koko seuranta- ja arviointiprosessin ydin (Vanherle ym. 2018). Sen avulla ravitsemusterapeutin on mahdollista osoittaa, että asiakkaan tarpeisiin on vastattu. Samalla saadaan kerättyä riittävästi tietoa asiakkaan kliinisen terveydentilan muutoksista hoidon vaikuttavuuden korostamiseksi sekä kerättyä hyödynnettävää tietoa taloudellisia laskelmia varten. Jotta riittävät tiedot saadaan kerättyä, tulee arviointimenetelmien olla selkeitä, edullisia, aikaa säästäviä ja olla helposti käytettävissä jokapäiväisessä työssä. Kuten aikaisemmin mainittiin, tällä hetkellä olemassa olevissa ravitsemushoidon seuranta ja arviointi -mallit ovat rajoittuneet lähinnä ruoansaannin, antropometristen, biokemiallisten ja fyysisten muutosten mittaamiseen. M&OE-tarkistuslistan avulla pyritään saamaan kokonaisvaltaisempaa kuvaa asiakkaan ravitsemuskäyttäytymisestä, ja siten tarkistuslistaan on sisällytetty laaja-alaisemmin myös henkilökohtaisia sekä sosiaalisia ja ympäristöön liittyviä ravitsemuskäyttäytymiseen vaikuttavia näkökulmia, joita voi hyödyntää arviointityökaluja kehittäessä.

Usein ajatellaan, että tulosindikaattorien tulisi olla niin ”kovia” kuin mahdollista, jotta ne ovat luotettavia ja vahvistavat edistyksen asiakkaan terveydessä tai kliinisessä tilassa (Vanherle ym. 2018). Kuitenkaan lääketieteessä tyypillisesti kovimpana indikaattorina pidetty ”kuolleisuus” on harvoin ravitsemustieteessä yhtä merkityksellinen tai kovin hyvin sovellettavissa oleva indikaattori. ”Pehmeät” tulosindikaattorit taas osoittavat muutoksia käyttäytymisessä, kuten vaikkapa lisääntyneessä energiansaannissa. Pehmeitä muutoksia indikoivia vastauksia on usein kerätty kyselytyökalujen avulla ilman vertausta muutoksista kliinisessä terveydentilassa, sairaudessa tai sairauden riskitekijässä. Pehmeät indikaattorit voivat olla kuitenkin hyvin tärkeitä linkkejä ravitsemusterapeutin työn ja sairauden riskitekijän välisten muutosten esille tuomisessa. Näin ollen niitäkin olisi hyvä olla mukana ravitsemustieteellisessä tutkimuksessa ja vaikuttavuuden osoittamisessa. Syy-seuraussuhteet voidaan osoittaa myös yhdistämällä ”pehmeitä” ja ”kovia” indikaattoreita. Tämä monesti voikin olla parempi ja kaiken kaikkiaan toimivampi keino osoittaa ravitsemusterapeutin tekemän työn arvoa. Esimerkkinä tällaisesta tapauksesta voisi olla osoittaa pehmeänä indikaattorina tyydyttymättömien rasvahappojen lisääntynyt saanti ruokavaliosta ja samalla johdonmukaisesti kovana indikaattorina laskeneet veren LDL-kolesteroliarvot. Lisäksi Vanherle ym. (2018) mukaan kliinisessä ravitsemustieteessä suositeltavaa olisi moniulotteisten ja asiakaskeskeisten indikaattoreiden, kuten elämänlaatua (Quality of Life, QoL) tai kustannusvaikuttavuutta käytännössä osoittavien indikaattoreiden, käyttö. Erityishyödyllisenä M&OE -mallissa nähdään asiakastyytyväisyyden esille tuominen sekä taloudellisten ulottuvuuksien osoittaminen nykyajan ympäristöissä, joille ominaista on rajalliset resurssit.

IMPECD-hankkeen tuloksena Vanherle ym. (2018) kokosivat M&OE-tarkistuslistatyökaluun erilaisiin ravitsemusohjaus tilanteisiin sopivia indikaattoreita taulukossa 1. esitetyn jaottelun mukaisesti. Mallia voi soveltaa koko organisaatiotasolla ravitsemushoidon vaikuttavuuden arvioinnin työkaluissa. Malliin ei sisälly syömishäiriöiden hoitoa indikoivia mittareita, sillä siihen olisi täytynyt ottaa laajemmin huomioon psykologiset ulottuvuudet oikeiden tulosten osoittamiseksi.

2.3 Tutkimusnäyttö ravitsemushoidon vaikuttavuudesta

Pro gradu -tutkielmassa keskityttiin tarkastelemaan perusterveyden- ja työterveyshuollon ravitsemuspalvelujen piirissä hoidettavia kroonisia sairauksia, kuten lihavuutta, sydän- ja verisuonisairauksia, ja niitä aiheuttavien riskitekijöiden hoitoa sekä esi- ja tyypin 2 diabetesta. Nämä edellä mainitut sairaudet ovat samalla myös suurimpia työterveyshuollon ravitsemuspalveluissa hoidettavia sairauksia ärtyvän suolen oireyhtymän (Irritable bowel syndrome, IBS) lisäksi (Mikko Rinta, Terveystalo Oy, suullinen tiedonanto 15.5.2019). Tutkimukset otettiin tarkasteluun vain, jos ravitsemusohjauksen toteuttajana oli laillistettu ravitsemusterapeutti.

2.3.1 Ravitsemushoidon vaikuttavuus eri sairauksien hoidossa

Mitchell ym. (2017) toteuttamassa systemaattisessa katsauksessa tarkastelun alla oli 26 satunnaistettua ja kontrolloitua tutkimusta, joissa 5500 aikuista perusterveydenhuollon potilasta saivat laillistetun ravitsemusterapeutin toimesta ravitsemusohjausta (Taulukko 2). 26:sta tutkimuksesta 18:ssa havaittiin tilastollisesti merkitseviä muutoksia interventio- ja kontrolliryhmän välillä ruokavaliossa, antropometrisissä mittauksissa ja/tai kliinisissä kokeissa. Laillistetun ravitsemusterapeutin konsultaatiot ainoana hoitomuotona perusterveydenhuollossa aikuisille potilaille olivat katsauksen pohjalta vaikuttavia ruokavalion laadun parantamisessa, diabetekseen liittyvässä hoidossa, kuten verensokeri- ja sokerihemoglobiiniarvojen (HbA1c) kohentumisessa, ja painonhallinnassa painonlaskun ja pienentyneen vyötärönympäryksen myötä sekä rajallisesti raskauteen liittyvän painonnousun hallinnassa. Katsauksen pohjalta ravitsemusterapeutin konsultaatiota ei itsenäisenä hoitomuotona suositella veren rasva-arvojen tai korkean verenpaineen hoidossa, sillä näyttö sen vaikuttavuudesta ei ollut yhtä johdonmukaista. Näiden osalta Mitchell ym. (2017) suosittelevat tutkimaan ravitsemushoidon vaikuttavuutta osana moniammatillisen tiimin toteuttamaa hoitoa.

Taulukko 2. Tutkimusnäyttö ravitsemushoidon vaikuttavuudesta.

Viite	Otos		Menetelmät, asetelma	Tulokset
	Tutkimuksia	Tutkittavia		
Mitchell ym. (2017)	26	n=5500 perusterveydenhuollossa ravitsemusohjausta saavaa potilasta	Systemaattinen katsaus	Laillistetun ravitsemusterapeutin ravitsemusohjaus perusterveydenhuollossa on vaikuttavaa ruokavalion laadun parantamisessa, diabeteksen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa sekä painonpudotuksessa ja rajallisesti raskausajan painonnousun ehkäisemisessä. Tulokset eivät tue ravitsemusohjauksen tehokkuutta ainoana hoitomuotona dyslipidemian tai korkean verenpaineen hoidossa.
Sikand ym. (2018)	34	n=5704 sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä omaavaa aikuista	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi (vaikuttavuus)	Useat, laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttamat yksilötapaamiset kasvokkain johtivat merkitsevästi parempaan rasvaprofiiliin, painoindeksiin, verensokeritasapainoon sekä verenpaineeseen, ja ovat kliinisesti vaikuttavia sekä kustannustehokkaita rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä ja sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä omaavilla potilailla.
Sikand ym. (2018)	7	n=11 335 aikuista tutkittavaa	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi (kustannusvaikuttavuus)	Ravitsemushoito ravitsemusterapeutin toimesta on kustannusvaikuttavaa dyslipidemian hoidossa. Ravitsemushoito lisää laadukkaita elinvuosia, parantaa veren rasva-arvoja ja vähensi lääkkeiden tarvetta ja määrää.
Parker ym. (2014)		n=76 aikuista, jolla heikentynyt paastoverensokeri tai HbA1c 5,7-6,3 %	Prospektiivinen satunnaistettu kliininen rinnakkaistutkimus	Laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemushoito laskee tehokkaasti HbA1c-arvoja potilailla, joilla on esidiabetes. Verrattuna tavanomaista hoitoa saaneeseen ryhmään, ravitsemushoitoa saaneella ryhmällä HbA1c (P=0.01) parani merkitsevästi ja tyypin 2 diabeteksen riskitestin tulos (P=0.001) selvästi merkitsevästi enemmän.
Riegel ym. (2016)	13	n= 2050 korkeanverenpaineen omaavaa tutkittavaa	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi	Moniammatillisen tiimin toteuttamalla hoidolla, joka sisältää ravitsemussuosituksiin pohjautuvaa ravitsemuskonsultaatiota, on tilastollisesti merkitseviä edullisia vaikutuksia korkeaan verenpaineeseen pääosin silloin, kun laillistettu ravitsemusterapeutti on osana tiimiä.
Ross ym. (2019)	10	n=1274 tutkittavaa, joilla korkeat veren kolesteroliarvot	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi	Laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemusohjaus on tilastollisesti merkitsevästi tehokkaampaa veren triglyseriditasojen laskemisessa sekä vähintään yhtä tehokasta myös muiden veren rasva-arvojen parantamisessa kuin tavanomainen hoito perusterveydenhuollossa.
Sun Y ym. (2017)	69	n=22 009	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi	Elämäntapainterventiot ovat tehokkaita painon ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöiden vähentämisessä. Laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttamat interventiot saavuttivat suuremman painonpudotuksen kuin ei-ravitsemusterapeuttien toteuttamat interventiot. Ravitsemusterapeuttien toteuttamien elämäntapainterventioiden potilaskohtaiset kustannukset olivat alhaisempia kuin ei-ravitsemusterapeuttien toteuttamien elämäntapainterventioiden potilaskohtaiset kustannukset. Toteuttamiskanavien välillä ei huomattu merkitsevää muutosta lopputulokseen.
Williams ym. (2019)	14	Tutkimuksista 5 (n=1598) mukana painonlaskua analysoivassa meta-analyysissa ja 4 (n=1224) BMI:n laskua analysoivassa meta-analyysissa.	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi	Tutkittavien ryhmät, jotka saivat laillistetun ravitsemusterapeutin ravitsemusohjausta, pudottivat keskimäärin vähän, mutta tilastollisesti merkitsevästi enemmän sekä painoa (-1.03 kg lisää) ja BMI:tä (-0.43 lisää) verrattuna tavanomaista hoitoa saaneisiin.

(jatkuu)

Taulukko 2, jatkuu.

Viite	Otos		Menetelmät, asetelma	Tulokset
	Tutkimuksia	Tutkittavia		
Agee ym. 2017	1	n=81 ravitsemusterapeutin vastaanotolla hoitoa saaneet, n=147 muuta hoitoa saaneita vähätuloisia tyypin 2 diabetes diagnoosin saaneita	Taipumuspistesovitettu kohorttitutkimus (Propensity score-matched cohort study), seuranta-aika 1 vuosi	Vaikka vähätuloiset voivat kohdata useita menestyksekkään ravitsemusterapian toteuttamista vaikeuttavia esteitä, on kokeneen laillistetun ravitsemusterapeutin ravitsemushoito vaikuttava lisä tyypin 2 diabeteksen hoidossa.
Franz ym. 2017	22	n=8019	Systemaattinen katsaus	Vahvaa näyttöä on siitä, että ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemushoito laskee HbA1c:ta 2 % 3kk ajanjaksolla, ja ravitsemushoitoa jatkamalla lasku on pysyvää. Vahvaa näyttöä on myös ravitsemushoidon positiivisesta vaikutuksesta vähempään lääkkeiden käyttöön sekä parantuneeseen elämänlaatuun. Näyttö ravitsemushoidon vaikutuksista sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin ja painonhallintaan on vaihtelevaa. Ravitsemushoito on vaikuttavinta, kun tapaamiskertoja on vähintään 3 ja mielellään 6 ensimmäisen kuukauden aikana. Myös vuosittaista seurantakäyntiä tutkimusnäytön perusteella suositellaan.
Howatson ym. 2015	20	Tutkimuksista 10 (n=13342) tarkasteli lihavuuden ja sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin liittyvää hoitoa, 6 (n=1925 (yhden tutkimuksen potilasmäärästä ei mainintaa)) vajaaravitsemuksen hoitoa ja 4 (n= 18 494 (kahden tutkimuksen potilasmäärästä ei mainintaa)) kustannusvaikuttavuutta.	Systemaattinen katsaus	Ravitsemusterapeutin toteuttama ruokavaliointerventio on tilastollisesti ja kliinisesti merkitseviä edullisia vaikutuksia lihavuuden, sydän- ja verisuonisairauksien, diabeteksen ja vajaaravitsemuksen hoidossa ikääntyvillä ihmisillä verrattuna tavanomaiseen hoitoon. Perusterveydenhuollossa työskentelevien ravitsemusterapeuttien avulla voidaan saavuttaa merkittäviä taloudellisia hyötyjä, sillä jokainen ruokavaliointerventioihin käytetty 0,60 euroa voi mahdollisesti säästää terveydenhuollon kustannuksia 3,20–57,50 euroa.

Ross ym. (2019) 10 satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta ja 1530 potilasta käsittäneen systemaattisen katsauksen ja meta-analyysin mukaan laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemusohjaus on tilastollisesti merkitsevästi tehokkaampaa veren triglyseriditasojen laskemisessa sekä vähintään yhtä tehokasta myös muiden veren rasva-arvojen, eli kokonaiskolesteroli-, HDL- ja LDL-arvojen, parantamisessa kuin tavanomainen perusterveydenhuollossa tarjottava hoito (Taulukko 2). Sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä ja hoidossa ensisijainen lähestymistapa on ruokailutottumusten muutokset. Laillistetuilla ravitsemusterapeuteilla on riittävä tieto- ja ammattitaito toteuttaa paitsi yksilöityä ravitsemusohjausta myös ottaa huomioon sekä muokata sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin luettavia muitakin elämäntapoja. Kuten Ross ym. (2019) alleviivaavat, olisi riskitöntä ja suotavaa tehdä ravitsemushoidosta osa tavanomaista sydän- ja verisuonisairauksien liittyvää hoitoa, sillä tutkimusnäytön perusteella laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemushoito on vähintään yhtä vaikuttavaa kuin tavanomainen hoito.

Parker ym. (2014) taas toteuttivat prospektiivisen satunnaistetun kliinisen rinnakkaistutkimuksen, jossa he tutkivat ravitsemushoidon vaikuttavuutta paastoverensokeri-, HbA1c- ja seerumin rasva-arvoihin sekä tyypin 2 diabeteksen riskitestin tuloksiin 12 viikon tutkimusjakson aikana (Taulukko 2). Tutkimukseen osallistui 76 ylipainoista tai lihavaa aikuista, joilla oli paastoverensokeriarvot koholla tai HbA1c-arvo välillä 5,7–6,3 prosenttia. Ensisijaisena arvioinnin mittarina oli paastoverensokeri ja toissijaisina HbA1c, seerumin rasva-arvot sekä Suomessakin aktiivisessa käytössä oleva tyypin 2 diabeteksen riskitesti. Paastoverensokerin arvojen muutosten osalta tutkimusryhmien väliset erot eivät olleet merkitseviä, mutta ravitsemushoitoa saaneella ryhmällä HbA1c (P=0.01) parani merkitsevästi ja tyypin 2 diabeteksen riskitestin tulos (P=0.001) parani selvästi merkitsevästi enemmän verrattuna tavanomaista hoitoa saaneeseen ryhmään. Tyypin 2 diabeteksen riskitestin tulos parani ravitsemushoitoa saaneella ryhmällä keskimäärin 2,23 pistettä ja tavanomaista hoitoa saaneilla 0,4 pistettä. Kokonaiskolesteroliarvojen ja LDL-kolesteroliarvojen laskussa ryhmien välinen ero ei ollut merkitsevä, mutta molempien ryhmien kokonaiskolesteroliarvot (P=0.01) ja LDL-kolesteroliarvot (P=0.04) laskivat merkitsevästi riippumatta hoitotavasta. Lisäksi tutkijat huomasivat ravitsemushoitoa saaneilla potilailla positiivia muutoksia hedelmien ja vihannesten kulutuksessa sekä fyysisessä aktiivisuudessa. Ravitsemushoitoryhmän potilaista kasviksia, hedelmiä tai marjoja kuluttavien potilaiden määrä nousi tutkimusjakson aikana 61 prosentista 93 prosenttiin, kun taas tavanomaista hoitoa saaneiden ryhmässä kasviksia, hedelmiä tai marjoja kuluttavien potilaiden määrä laski 63 prosentista 57 prosenttiin. Fyysisen aktiivisuuden osalta ravitsemushoitoryhmän potilaista vähin-

tään 30 minuuttia päivittäin liikkuvien potilaiden määrä nousi tutkimusjakson aikana 21 prosentista 95 prosenttiin, kun taas tavanomaista hoitoa saaneiden ryhmässä nousu oli maltillisempaa 21 prosentista 43 prosenttiin.

Koska laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemushoito laskee tehokkaasti HbA1c-arvoja potilailla, joilla on esidiabetes, voi se siten viivästyttää tai ehkäistä tyypin 2 diabeteksen puhkeamisen (Parker ym. 2014). Tyypin 2 diabetes on kallis sairaus hoitaa, joten ottaen huomioon laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttaman ravitsemushoidon tuomat positiiviset vaikutukset diabeteksen riskitestissä ja terveyskäyttäytymisessä sekä vähintään yhtä tehokkaat vaikutukset myös paastoverensokeri- ja rasva-arvoissa, tulisi korvauskäytännöissä ehdottomasti huomioida ravitsemushoito esidiabeteksen hoitomuotona. Esidiabeteksen hoidon ohella myös tyypin 2 diabeteksen hoito on suurilta osin elämäntapojen optimointia, missä ravitsemusterapeutti on ammattilainen, ja siksi diabeteksen hoito tulisikin aina aloittaa ravitsemusterapeutin konsultaatiolla ja ohjauksella (Briggs ja Stanley 2018).

Sun ym. (2017) 69 tutkimusta ja yhteensä 22 009 potilasta sisältäneen systemaattisen katsauksen ja meta-analyysin tulokset ovat linjassa edellä mainittujen tutkimustulosten kanssa (Taulukko 2). He tutkivat laillistettujen ravitsemusterapeuttien toteuttamien tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn kehitettyjen elintapainterventioiden vaikuttavuutta, kustannuksia ja kustannusvaikuttavuutta verrattuna ei-ravitsemusterapeuttien toteuttamiin interventioihin. Lisäksi he tarkastelivat tuloseroja myös kasvokkain tai teknologian välityksellä toteutettujen interventioiden välillä. Tulosten mukaan elintapainterventiot ovat tehokkaita hoitomuotoja painon ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöiden vähentämisessä. Laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttamilla interventioilla saavutettiin painonpudotuksen osalta suurempi pudotus kuin ei-ravitsemusterapeuttien toteuttamilla interventioilla. Lisäksi huomattiin mukana olleiden kustannuksia raportoineiden tutkimusten pohjalta, että ravitsemusterapeuttien toteuttamien elämäntapainterventioiden potilaskohtaiset kustannukset ovat alhaisempia kuin ei-ravitsemusterapeuttien toteuttamien elämäntapainterventioiden potilaskohtaiset kustannukset. Kasvokkain tai teknologian välityksellä toteutettavien interventioiden välillä taas ei huomattu tilastollisesti merkitseviä muutoksia lopputuloksissa.

Tyypin 2 diabeteksen hoidon osalta Amerikan diabetesliitto (American Diabetes Association, ADA) (2019) alleviivaa, että ravitsemushoito on olennainen osa tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyä, hoitoa ja itsehoito-ohjausta. Jokaisen diabeetikon tulisi päästä diabeteksen hoitoon

erikoistuneen ravitsemusterapeutin yksilövastaanotolle, koska se on todistetusti paitsi kustannustehokasta myös vaikuttavaa (ADA 2019). Tätä tukee Agee ym. (2017) vuoden pituinen väestöpohjainen taipumuspistesovitettu kohorttitutkimus (Propensity score-matched cohort study), jossa ravitsemusterapeutin toteuttaman hoidon vaikuttavuutta verrattiin muuta hoitoa saaneisiin vähätuloisiin tyypin 2 diabeetikoihin (Taulukko 2). Huolimatta siitä, että vähätuloiset potilaat voivat sosiodemografisen asemansa puolesta kohdata useita menestyksekkään ravitsemusterapian toteuttamista vaikeuttavia esteitä, kuten varallisuuteen, asenteisiin ja tietouteen liittyviä haasteita, oli diabeteksen hoitoon erikoistuneen laillistetun ravitsemusterapeutin ravitsemushoito vaikuttavaa tyypin 2 diabeteksen hoidossa. Tutkimuksessa tarkastelun alla olivat HbA1c- sekä verenpainearvot. Verrattuna muuta hoitoa saaneisiin, HbA1c-arvot sekä systolinen että diastolinen verenpaine paranivat tilastollisesti merkittävästi potilailla, jotka saivat ravitsemushoitoa. Yhden vuoden seurannan kohdalla HbA1c:n lasku oli –0.8 prosenttia ($P < 0.01$), systolinen verenpaine laski –8.2 mmHg ($P < 0.01$) ja diastolinen verenpaine laski –4.3 mmHg ($P < 0.05$). Ravitsemushoito näyttää siis olevan vaikuttavaa myös vähätuloisten tyypin 2 diabeetikoiden hoidossa.

Franz ym. (2017) toteuttivat systemaattisen katsauksen, joka koostui 22 tutkimuksesta, joissa mukana oli yhteensä 8019 potilasta (Taulukko 2). Katsauksen tarkoituksena oli tarkastella näyttöä ravitsemushoidon vaikuttavuudesta peilaten tyypin 1 ja 2 diabeteksen hoitosuosituksiin. Vahvaa näyttöä saatiin siitä, että ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemushoito laskee HbA1c:ta kaksi prosenttiyksikköä kolmen kuukauden ajanjaksolla, ja ravitsemushoitoa jatkamalla lasku on pysyvää. Yksilöllistä ravitsemushoitoa suositellaan diabeteksen hoitoon, sillä näyttöön perustuvista ravitsemusinterventioista on monia hyötyjä sekä tyypin 1 että 2 diabetespotilaille, ja se saattaa siten olla merkittävä osa menestyksekästä diabeteksen hoitoa. Vahvaa näyttöä on myös ravitsemushoidon positiivisesta vaikutuksesta vähempään lääkkeiden käyttöön sekä parantuneeseen elämänlaatuun. Näyttö ravitsemushoidon vaikutuksista sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin ja painonhallintaan on vaihtelevampaa, mutta ravitsemushoidon vaikutus oli kuitenkin neutraali tai positiivinen.

Williams ym. (2019) toteuttivat systemaattisen katsauksen ja meta-analyysin, jonka tavoitteena oli selvittää laillistetun ravitsemusterapeutin painonhallintaohjauksen vaikuttavuutta verrattuna vähäistä tavanomaista hoitoa tai ei lainkaan hoitoa saaneisiin aikuisiin painonhallintapotilaisiin (Taulukko 2). Tutkimus on tiedettävästi ensimmäinen, joka analysoi ravitsemushoidon vaikuttavuutta itsenäisenä hoitomuotona painonhallintaan. Ravitsemusterapeutit ovat pitkään anta-

neet painonhallintaohjausta, mutta sen vaikuttavuudesta on vähänlaisesti tutkimusnäyttöä. Systemaattiseen katsaukseen hyväksyttiin 14 tutkimusta, joista viisi tutkimusta (tutkittavia 1598) otettiin mukaan painonlaskua analysoivaan meta-analyysiin ja neljä tutkimusta (tutkittavia 1224) BMI:n laskua analysoivaan meta-analyysiin. Tutkimuksista kuudessa ravitsemusterapeuttien interventiot olivat vaikuttavuudeltaan merkitseviä ja lisäksi tutkimuksista neljässä hoidolla oli merkitsevästi positiiviset vaikutukset edellä mainittuihin tekijöihin sekä interventio- että kontrolliryhmillä. Meta-analyysien osalta tutkittavien ryhmät, jotka saivat laillistetun ravitsemusterapeutin ravitsemusohjausta, pudottivat keskimäärin vähän, mutta tilastollisesti selvästi merkitsevästi enemmän sekä painoa, –1.03 kg (P<0.0001), että BMI:ta, –0.43 (P< 0.0001), verrattuna tavanomaista hoitoa tai ei hoitoa saaneiden tuloksiin. Williams ym. (2019) mukaan tehokkaille ja näyttöön pohjautuville keinoille ehkäistä ja hoitaa lihavuutta on tarvetta, ja siksi lisää tutkimusta, jotka sisältävät lisäksi kustannusvaikuttavuuden analysointia, tarvitaan esitetyn näytön vahvistamiseksi.

Howatson ym. (2015) systemaattisen katsauksen tavoitteena oli tarkastella perusterveydenhuollossa tarjottavan ravitsemushoidon vaikuttavuutta potilaiden terveyden sekä laajemmin taloudellisesta näkökulmasta (Taulukko 2). Katsaukseen sisällytettiin yhteensä 20 tutkimusta, joista 10 tutkimusta tarkasteli diabeteksen, lihavuuden ja sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin liittyvää ravitsemushoitoa (n=13342 potilasta). Tutkimuksista kuusi taas tarkasteli vajaaravitsemuksen ravitsemushoitoa (n=1925, yhden tutkimuksen potilasmäärästä ei mainintaa) ja tutkimuksista neljä tarkasteli ravitsemushoidon kustannusvaikuttavuutta (n=18 494, kahden tutkimuksen potilasmäärästä ei mainintaa). Laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttamalla ravitsemusinterventiolla on tilastollisesti ja kliinisesti merkitseviä edullisia vaikutuksia lihavuuden, sydän- ja verisuonisairauksien, diabeteksen hoidossa sekä ikääntyvien ihmisten vajaaravitsemuksen hoidossa verrattuna tavanomaiseen hoitoon terveydenhuollossa. Perusterveydenhuollossa työskentelevien ravitsemusterapeuttien avulla voidaan saavuttaa merkittäviä taloudellisia hyötyjä, sillä jokainen ruokavaliointerventioihin käytetty 0,60 euroa voi mahdollisesti säästää terveydenhuollon kustannuksia 3,20-57,50 euroa. Mainittakoon siis, että ravitsemushoito ei ole vain vaikuttava ja potilaslähtöinen vaan myös kustannustehokas hoitotapa. Katsauksen tulokset antavat viitteitä siitä, että ravitsemushoidon avulla voidaan parantaa perusterveydenhuollon asiakkaiden terveyttä ja elämänlaatua.

2.3.2 Ravitsemushoidon vaikuttavuus osana moniammatillisen tiimin toteuttamaa hoitoa

Riegel ym. (2016) toteuttivat systemaattisen katsauksen ja meta-analyysin tutkiakseen terveydenhuollon henkilöistä koostuvan moniammatillisen tiimin toteuttaman hoidon vaikuttavuutta korkean verenpaineen hoidossa silloin, kun tiimissä on tai ei ole mukana laillistettu ravitsemusterapeutti (Taulukko 2). Tutkimukseen sisällytettiin 13 tutkimusta ja 2050 korkean verenpaineen omaavaa aikuista tutkittavaa. Tulosmittarina toimi systolinen ja diastolinen verenpaine sekä tutkimusten tuli kestää vähintään kahdeksan viikkoa ja sisältää seurantajakson aikana vähintään yksi ravitsemusohjaus verrattuna tavanomaiseen hoitoon. Verratessa moniammatillisen tiimin toteuttamaa hoitoa tavanomaiseen hoitoon, lasku oli suurempaa sekä systolisessa verenpaineessa, –2.82 mmHg (95 % CI: 4.03– –1.62), että diastolisessa verenpaineessa, –1.37 mmHg (95 % CI: –2.11 – –0.62). Kun ositetun analyysin avulla tarkasteltiin hoitotuloksia vain ravitsemusterapeutin sisältäneiden moniammatillisten tiimien osalta, huomattiin ravitsemusterapeuttien sisältämän moniammatillisen hoitotiimin toteuttaman hoidon laskevan tilastollisesti merkitsevästi systolista verenpainetta, –3.21 mmHg (95 % CI: –4.14 – –2.27), sekä diastolista verenpainetta, –1.46 mmHg (95 % CI: –2.06 – –0.86). Lisäksi huomattiin, että vain silloin, kun ravitsemusterapeutti oli osana moniammatillista hoitotiimiä, saatiin verenpaineeseen vaikuttavia tilastollisesti merkitseviä muutoksia natriumin saannin ja systolisen verenpaineen laskun (–3.5 mmHg (95 % CI: –4.52 – –2.48)) sekä diastolisen verenpaineen laskun (–1.69 mmHg (95% CI: –2.36 – –1,02)) välillä. Samanlainen huomio tehtiin energiansaannin vähentämisen ja systolisen verenpaineen laskun (–2.83 mmHg (95 % CI: –5.11 – –0.54)) sekä diastolisen verenpaineen laskun (–0.92 mmHg (95 % CI: –2.21 – 0.37)) välillä. Ravitsemukseen perehtyneen asiantuntijan, eli laillistetun ravitsemusterapeutin, toimesta annetut ravitsemussuositukset korkean verenpaineen hoidossa tuottivat parempia tuloksia, sillä se johti potilaan parempaan ymmärrykseen ravitsemuksen roolista korkean verenpaineen aiheuttajana ja sen hoidossa. Näin ollen moniammatillisen tiimin toteuttamalla hoidolla, joka sisältää ravitsemussuosituksiin pohjautuvaa ravitsemusohjausta, on tilastollisesti merkitseviä edullisia vaikutuksia korkeaan verenpaineeseen pääosin vain ravitsemusterapeutin ollessa osana tiimiä (Riegel ym. 2016).

Amerikkalaisen Ravitsemusakatemian (Academy of Nutrition and Dietetics) ylläpitämän Evidence Analysis Libraryn (EAL) yhdeksän tutkimusta sisältänyt systemaattinen katsaus on linjassa edellä esitellyn Riegel ym. (2016) toteuttaman tutkimuksen kanssa. Katsauksen mukaan vahvaa näyttöä on ravitsemusterapeutin toteuttaman ravitsemusintervention ja -ohjauksen vaikuttavuudesta ja positiivisista vaikutuksista painonhallintaan, verenpaineeseen, seerumin rasva-arvoihin ja glykoituneeseen hemoglobiinin (HbA1c), kun interventiot toteutetaan osana moniammatillisen terveydenhuollon tiimin toteuttamaa hoitoa (EAL 2008). Myös Tyypin 2 dia-

beteksen ennaltaehkäisyohjelmat (The Diabetes Prevention Programs, DPPs) ovat johtaneet parempiin kliinisiin lopputuloksiin lääkkeitä useammin ja intensiivisimmillä ohjelmilla saatiin parhaat tulokset laillistettujen ravitsemusterapeuttien toimiessa näiden ohjelmien pääohjaajina (Briggs ja Stanley 2018).

2.3.3 Tapaamiskertojen määrän vaikutus ravitsemushoidon vaikuttavuuteen

Sikand ym. (2018) systemaattinen kirjallisuuskatsaus on laaja, kattava ja kunnianhimoinen katsaus laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttaman ravitsemushoidon vaikuttavuudesta veren rasva-aineenvaihdunnan ja sydänsairauksien riskitekijöiden hoidossa (Taulukko 2). Katsauksessa tarkasteltiin 34:ää tutkimusta, joista 11 olivat satunnaisesti kontrolloituja, RCT-tutkimuksia. Tulosten yleistettävyyttä lisää se, että tarkastelun alla olleet tutkimukset on toteutettu 12:ssa eri maassa, tutkittavien määrä oli suuri (n=5704) ja sosiodemografinen tausta moninainen. Lisäksi tarkastelun alle otettiin vain tutkimukset, joissa ravitsemushoitoa oli antanut siihen pätevöitynyt ravitsemusalan ammattilainen, kuten laillistettu ravitsemusterapeutti. Tutkittavina olivat potilaat, joilla oli dyslipidemia, sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä, paino-ongelmia, esidiabetes, tyypin 2 diabetes ja/tai metabolinen oireyhtymä sekä potilaita, joilla jo oli tai ei vielä ollut sydän- tai verisuonisairautta. Ravitsemushoidon vaikuttavuutta systemaattisesti arvioineen katsauksen mukaan ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemushoito oli kustannusvaikuttavaa ja johti merkittävästi parantuneeseen lipidiprofiiliin, painoindeksiin, verensokeritasapainoon, ja verenpaineeseen, kun tapaamiskertoja oli useampia ja hoito kesti kolmesta 21:een kuukauteen. Systemaattisen katsauksen pohjalta näyttää siltä, että parhaan hyödyn saavuttamiseksi ravitsemusterapeutin vastaanotolla tulee vierailla useamman kerran kertaluontoisten vastaanottojen sijaan (Taulukko 2). Myös Franz ym. (2017) systemaattisessa katsauksessa huomattiin, että huolimatta diabeteksen muodosta tai sen riskitekijöistä, ravitsemushoito oli vaikuttavinta, kun tapaamiskertoja oli vähintään kolmesta kuuteen ensimmäisen kuuden kuukauden aikana. Myös vuosittaista seurantakäyntiä tutkimusnäytön perusteella suositellaan.

Samaan tapaan Academy of Nutrition and Dietetics ovat julkaisuissaan systemaattisesti tarkastelleet yhteyksiä tapaamiskertojen määrän ja ravitsemushoidon vaikuttavuuden välillä. Briggs ja Stanleyn (2018) mukaan tyypin 2 diabeetikoilla olisi hyvä olla 3–6 ravitsemusterapeutin tapaamista ensimmäisen kuuden hoitokuukauden aikana, ja tarkempi arvio tapaamisten määrästä tulisi pohjautua yksilölliseen arvioon asiakkaan/potilaan tarpeesta (Briggs ja Stanley 2018). Lisäksi ravitsemusterapeuttien tulisi tämän jälkeen sisällyttää vähintään yksi vuotuinen vastaanottokerta, sillä vahvaa tutkimusnäyttöä on jatkuvan ravitsemushoidon hyödyistä diabeteksen ja

pitkäaikaisen verensokerin (HbA1c) hallinnassa ja alhaisempien arvojen säilyttämisessä. Painonpudotuksen osalta taas parhaimpiin tuloksiin päästään, kun tapaamisia on yksilö- tai ryhmäohjauksen muodossa peräti 14 kertaa vähintään kuuden kuukauden ajanjakson aikana ja painonhallinta vaiheessakin kuukausittain vähintään vuoden ajan.

3 RAVITSEMUSHOIDON VAIKUTTAVUUTEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

Seuraavissa kappaleissa esitellään ravitsemushoidon vaikuttavuuteen vaikuttavia useita ulkoisia tekijöitä, mutta myös hoitoa toteuttavaan ravitsemusterapeuttiin liitettäviä henkilökohtaisia tekijöitä ja taitoja. Ulkoisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi terveydenhuollon järjestelmän toimivuus, vallalla olevat korvausmallit ja ravitsemusterapeuttien koulutuksen laajuus ja sisältö. Henkilökohtaisia tekijöitä taas voivat olla esimerkiksi ravitsemusterapeutille ominainen ohjaustyyli ja luotto omiin kykyihinsä.

3.1 Ravitsemusterapeuttien henkilökohtainen ohjaustyyli ja luotto omiin kykyihin

Tanaka ym. (2014) tutkivat kyselytutkimuksensa avulla, kuinka ravitsemusterapeuttien henkilökohtaiset opetus- ja tukena olemisen taidot vaikuttavat ravitsemushoidon vaikuttavuuteen. Opetustaitoihin (teaching skills) kuuluvia perustaitoja käytettiin ravitsemushaastattelussa usein, mutta valmennustaitojen (coaching skills) käyttö ei ollut yhtä suosittua. Moninkertaisen lineaarisen regressioanalyysin pohjalta huomattiin, että korkea hoidon vaikuttavuus oli yhteydessä korkeisiin pisteisiin opetustaidoissa suunnitteluvaiheessa sekä korkeisiin pisteisiin tukena olemisen taidoissa (support skills) kokonaisuudessaan. Tulokset indikoivat, että sen lisäksi että ravitsemusterapeutit käyttävät ravitsemusohjauksessa opetustaitoja hyvin ja säännöllisesti, tulisi myös tukena olemisen taitoja harjoittaa ja parantaa vaikuttavan ravitsemusohjauksen takaamiseksi. Monet nykyajan kroonisista sairauksista ovatkin elintapasairauksia, jolloin myös ravitsemusterapeuteilla tärkeäksi taidoksi nousee potilaiden motivointi ja kannustus parempiin valintoihin ja elintottumuksiin. Lisätutkimusta kuitenkin tarvitaan, sillä Tanaka ym. (2014) tutkimuksessa vastaajina toimineita ravitsemusterapeutteja oli yhteensä vain 75.

Hancock ym. (2012) analysoivat laadullisen haastattelututkimuksensa pohjalta asiakaskokemukseen vaikuttaneita tekijöitä ravitsemusterapeuttien vastaanotolla 17:ltä potilaalta. Asiakaskokemusten ymmärtäminen ohjaustilanteissa voi auttaa ymmärtämään, kuinka ohjauksen vaikuttavuutta voi parantaa. Haastattelujen analysoinnin pohjalta hyvät kommunikointitaidot sekä hyvä suhde potilaan ja ravitsemusterapeutin välillä sekä toimivat, tehokkaat ja luotettavat ohjeet, tuomitsematon lähestymistapa ja säännöllinen tuki olivat tärkeitä tekijöitä positiivisen vastaanottokokemuksen luonnissa. Samat asiat eivät kuitenkaan aina johda eri potilaiden kohdalla edellä mainittuihin lopputuloksiin. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista potilaista piti siitä, että ravitsemusohjaus toteutettiin potilaskeskeisellä lähestymistavalla, mutta osa piti enemmän joko ravitsemusterapeutti- tai potilasjohtoisesta ohjauksen kulusta. Erityisen tärkeänä pidettiin

myös sitä, että ravitsemusterapeutti otti huomioon potilaan toiveet ja tavoitteet vastaanotolla sekä osasi tehdä yksityiskohtaisia hyödyllisiä havaintoja potilaan elämästä ja käyttäytymisestä, ja että he edelleen muokkasivat ohjauksen sisältöä näiden mukaisesti. On siis tärkeää, että ravitsemusterapeutti osaa muokata ohjaustyyliään potilaskohtaisesti, eikä käytä samanlaista lähestymistapaa jokaisen potilaan kohdalla, sillä yhdellä toimiva ohjaustyyli ei selvästikään välttämättä toimi toiselle. Tätä puoltaen Hancock ym. (2012) huomasivat, että ne potilaat, joille jäi negatiivinen kokemus vastaanotosta, raportoivat myös jälkeenpäin, ettei ohjaus ollut tehokasta ja etteivät olleet saavuttaneet tavoitteita. Potilaat, jotka olivat pitäneet ohjausta positiivisena kokemuksena, taas raportoivat olleensa tyytyväisiä ohjauksen lopputulokseen ja saavuttaneensa tavoitteet useammin.

Lu ja Dollahiten (2010) toteuttaman kuvailevan poikkileikkaustutkimuksen tavoitteena oli tutkia laaja-alaisesti, millainen vaikutus ravitsemusterapeutin luottamuksella omiin kykyihinsä on ravitsemusohjauksen tehokkuuteen erilaisissa ohjaustilanteissa. Tutkimuksessa analysoitiin luottamusta omiin ohjauskykyihin, taitojen käyttöä ja ohjaukseen liittyviä ominaisuuksia tehdä töitä. Yleisesti ottaen ravitsemusterapeutit raportoivat korkeaa luottamusta omiin kykyihinsä ja säännöllistä omien taitojensa hyödyntämistä. Ne, jotka ohjasivat potilaita yli 50 prosenttia työajastaan, työskentelivät todennäköisimmin yksityisellä puolella tai avohoidossa, ja heidän vastaanottonsa olivat useimmin toistuvia ja kestoltaan pidempiä. Luottamus omiin kykyihin korreloi positiivisesti edellä mainitun ohjaustyyppisen työn kanssa. Myös ohjauskokemuksen lisääntyminen, ohjausten määrä ja omien taitojen aktiivinen hyödyntäminen ennustivat selvästi parempaa luottamusta omiin kykyihin. Lisää tutkimusta kuitenkin tarvitaan oman ohjauskyvyn luottamuksen ja todellisen ohjaussuorituksen väliltä, sillä nyt ravitsemusterapeutit arvioivat itse omaa suoriutumistaan. Hyvää tutkimuksen pohjalta kuitenkin oli se, että ravitsemusterapeuteilla vaikuttaa olevan korkea itsetunto käyttää monia erilaisia ohjausmetodeja hyväkseen ja pääosin he kokevat osaavansa käyttää niitä vaihdellen eri potilaiden kanssa. Näin ollen Lu ja Dollahiten (2010) tutkimuksen pohjalta on tärkeää muistaa, että ravitsemusohjauksen vaikuttavuuteen vaikuttaa myös ravitsemusterapeutin ohjauskokemuksen määrä, omien taitojen hyödyntäminen ja niiden kanssa positiivisesti korreloiva luottamus omiin kykyihin vastaanottotilanteissa.

3.2 Ravitsemushoidon arvon vähäinen tunnettuus

Ravitsemusterapeuttien toteuttama ravitsemus- ja elintapaohjaus vaikuttaa edullisesti paitsi yleisellä tasolla kansanterveyteen myös merkittävästi ohjausta saaneiden yksilöiden terveyden-

tilaan (Slawson ym. 2013). Terveydenhuollon perimmäinen tavoite on vastata yksittäisten potilaiden tarpeisiin (Jortberg ja Fleming 2014). Ravitsemus on merkittävässä osassa ihmisten terveyden edistämisessä ja sairauksien ehkäisyssä, ehkä jopa merkittävämmässä kuin tähän asti on osattu ajatellakaan (Jortberg ja Fleming 2014). Ravitsemusterapeuteilla on laadukkaan koulutuksensa kautta eväät juuri ravitsemuksen ja siihen liittyvien ongelmakohtien korjaamiseen, mutta ravitsemusterapeuttien tietoja ja taitoja ei hyödynnetä riittävästi (Jortberg ja Fleming 2014, EFAD 2017). Lisäksi ravitsemusterapiapalvelujen tarjontaa tulee laajentaa myös niin perus- kuin erikoissairaanhoidossa. Kuvassa 3 havainnollistetaan arvon määritelmää terveydenhuollossa (Jortberg ja Fleming 2014). Ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemushoito voi tuoda hoitoon arvoa paitsi korkeamman laadun myös kustannussäästöjen kautta. Näin ollen laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttaman ravitsemushoidon arvoa osana potilaan hoitoa ei tule missään nimessä unohtaa, sillä se voi olla merkittävä kokonaishoidon laadun kannalta.

$$\text{Arvo} = \frac{\text{Laadukas lopputulos*}}{\text{Kustannukset**}}$$

*Henkilön tarpeet ja tavoitteet täytetty

**Rahallisten kustannusten lisäksi myös mainetta koskevat kustannukset ja markkinaosuus

Kuva 3. Arvon määritelmä terveydenhuollossa (Jortberg ja Fleming 2014).

Laillistetut ravitsemusterapeutit ovat myös koulutettuja ravitsemusalan ammattilaisia, jotka hallitsevat ravitsemukseen, terveyteen ja eri ruokavalioihin liittyvät ohjeistukset, käyttäytymismallit ja niiden viestintään liittyvät strategiat (EFAD 2017). He ovat koulutettuja ymmärtämään ruoan ja terveyden välisen yhteyden ihmisen elämänkaaren kaikissa eri vaiheissa ja viestimään näistä yhteyksistä terveydenhuollon palvelujen tarjoajille, poliittisille päättäjille, yhteiskunnalle ja yhteisöille sekä viestinnän lisäksi ottamaan aktiivisesti osaa kansanterveyden edistämiseen ja siihen liittyvään tutkimukseen. Jortberg ja Fleming (2014) toteavat laillistetun ravitsemusterapeutin antaman ravitsemushoidon olevan ratkaisevaa väestön tehokkaan terveyden edistämisen kannalta. Kaikkien terveydenhuollon sidosryhmien tulisi täysissä määrin tunnistaa ja käsittää ravitsemusterapeuttien moniulotteisuus sekä arvo osana terveydenhuollon tiimejä. Terveydenhuollon on tarkoitus taistella kroonisia kansansairauksia vastaan ennaltaehkäisevällä terveydenhuollolla. Näitä sairauksia tehokkaasti ennaltaehkäisevä ravitsemus- ja elintapaohjaus on

juuri ravitsemusterapeuttien vahvuus- ja taitolajeja, joten he ovat oikeita ja keskeisiä henkilöitä tarttumaan tähän haasteeseen. Jortberg ja Fleming (2014) muistuttavat, että ravitsemusterapeutit ovat osoittaneet arvonsa ja vaikuttavuutensa potilaiden parempien hoitotulosten kautta koko potilaan elämänkaaren ajan aina raskausajan ravitsemuksesta, lapsuus- ja nuoruusajan ravitsemukseen kuin kroonisten sairauksien, kuten tyypin 2 diabeteksen, painonhallinnan, rasvaaineenvaihdunnan häiriöiden ja verenpaineen, ennaltaehkäisyssä ja hoidossa niin aikuisilla kuin iäkkäilläkin. Meidän tuleekin saada myös päättäjät ymmärtämään ravitsemusterapeuttien tekemän työn arvo ja positiivinen vaikutus aina yksilötasolta, yksilöiden väliseen, yhteisölliseen, institutionaaliseen, yhteiskunnalliseen ja julkisen politiikan tasolle asti (Slawson ym. 2013).

3.3 Ravitsemushoidon riittämättömät korvausmallit

Ravitsemusterapeutit ovat osoittaneet hyvien hoitotuloksien myötä tehokkuutensa paitsi terveyden edistäjinä ja monien eri sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa myös monisairaidenkin potilaiden hoidossa (Jortberg ja Fleming 2014). Perusterveydenhuollon lääkärit sekä useat potilaslähtöiset hoitokodit ja väestön terveyttä mittaavat projektit ovat raportoineet ravitsemusterapeutin tuomista hyödyistä osana terveydenhuollon toimijoiden tiimiä. Nykyisin on laaja-alaisesti tunnustettu, että suorituskykyinen, monialainen terveydenhuollon tiimi on keskeinen työkalu potilaskeskeisen, hyvin koordinoidun ja vaikuttavan terveydenhuoltomallin rakentamisessa. Ravitsemusterapeutit ovat aktiivisia ja arvokkaita voimavaroja näissä tiimeissä. Yhtenä isoimpana esteenä ravitsemusterapeuttien sisällyttämiselle osaksi terveydenhuollontiimejä on riittämättömät korvausmallit muun muassa kelakorvauksien ja työterveyssopimuksien osalta. Tällä hetkellä ravitsemushoidon korvattavuus on usein hyvin rajallista ja asiaan tulisi saada muutos (Sikand ym. 2018). Laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttamalle ravitsemushoidolle tarvitaan kattavampia korvattavuuksia myös Suomessa ja ravitsemusterapiapalvelut tulee vahvemmin ja laajemmin sisällyttää terveyttä edistäviin etuussuunnitelmiin, kuten työterveyssopimuksiin. Ongelmallista siis usein on se, että esimerkiksi vakuutussopimuksissa ravitsemushoitoa ei korvata samoissa määrin kuin tutkimusnäytön perusteella olisi tarpeellista ja, vaikka laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemushoito on tunnustettu kulmakiveksi monen elintapasairauden hoitosuosituksissa (Rhodes ja Kirkpatrick 2018). Sama pätee usein työterveyssopimuksissa ja työterveyshuollossa (Mikko Rinta, Terveystalo Oy, suullinen tiedonanto 15.5.2019). Osin tästä syystä lääkärit tekevät tällä hetkellä ravitsemushoidon todelliseen potentiaaliin ja kustannustehokkuuteen nähden liian vähän lähetteitä ravitsemusterapeuttien vastaanotoille (Rhodes ja Kirkpatrick 2018). Ravitsemushoitoa ei siis hyödynnetä näyttöä vastaavaa potentiaalista määrää, ja siten on tärkeää, että tulevaisuudessa laillistetun ravitsemusterapeutin

toteuttaman ravitsemushoidon vaikuttavuudesta saadaan levitettyä enemmän tietoa. Tällä tavoin on mahdollista lisätä arvostusta ravitsemusterapeuttien toteuttamaa ravitsemus- ja elintapaohjausta kohtaan niin loppukäyttäjien, eli asiakkaiden ja potilaiden, kuin lähetteitä kirjoittavien sairaanhoitajien ja lääkäreiden, että kolmansien ravitsemusterapiapalveluja kustantavien osapuolienkin, kuten yritysjohdon ja muiden päättäjien, silmissä. Ravitsemushoidon vaikuttavuuden osoittamisen lisäksi myös kustannusvaikuttavuus on osa-alue, joka päättäjiä kiinnostaa, ja siten tarvitaan näkyvää tulosten arviointia (Vanherle ym. 2018). Muun muassa EAL:n (2007) 10 tutkimusta sisältäneen systemaattisen katsauksen tulosten mukaan on vahvaa näyttöä siitä, että ravitsemushoito on kustannusvaikuttavaa ja sillä saavutetaan kustannussäästöjä ja -hyötyjä dyslipidemian, lihavuuden, tyypin 2 diabeteksen ja muiden kroonisten sairauksien hoidossa. Tämänhetkiset olemassa olevat tutkimukset ovat osoittaneet edullisia terveysvaikutuksia ja alhaisempia kustannuksia tutkimuksissa, joissa ravitsemusterapeutin toteuttamaa ravitsemusohjausta on verrattu muiden terveydenhuollon toimijoiden toteuttamaan ohjaukseen (Howatson ym. 2015). Vahvan näytön osoittaminen ravitsemusterapeuttien toteuttaman ravitsemushoidon vaikuttavuudesta terveyteen positiivisesti on elintärkeää ravitsemusterapeuttien ja ravitsemuspalvelujen vahvan roolin juurruttamiseksi terveydenhuollossa (Vanherle ym. 2018). Ravitsemusterapeuttien ainutlaatuinen ammattitaito ravitsemuksen ja siihen vaikuttavien tekijöiden saralla on tunnustettava nyt ja tulevaisuudessa terveydenhuollossa (Jortberg ja Fleming 2014). Tieto tulee saada levitettyä terveydenhuollon tarjonnasta ja maksuista päättäville päättäjille niin julkisessa kuin yksityisessäkin terveydenhuollossa, ja heidän tulee luoda menettelytapoja ja systeemeitä, jotka tunnustavat ravitsemusterapeuttien panoksen tärkeyden.

3.4 Ravitsemushoidon myöhäinen alkamisajankohta ja vähäinen määrä

Verrattuna edellisissä kappaleissa esiteltyyn tutkimustietoon, todellisuudessa tällä hetkellä ravitsemushoitoa saa liian usein vasta, kun potilaan tilanne on akuutti tai, kun sairaus tai sen riskitekijät ovat jo ilmaantuneet (Allergia- ja astmaliitto ym. 2013). Ravitsemushoito on vaikuttava ja kustannuksia säästävä tapa hoitaa muun muassa lihavuutta, kohonnutta verenpainetta ja diabetesta (Linjama ym. 2007, Allergia- ja astmaliitto 2013). Esimerkiksi yhden dialyysihoitoon asti etenevän diabetestapauksen ennaltaehkäisy tuottaa merkittävät kustannussäästöt, sillä vuosi dialyysihoidossa maksaa noin 55 000 euroa (Munuais- ja maksaliitto 2018). Erikoissairaanhoidossa on myös huomattu, että vajaaravitsemusriskissä olevien potilaiden hoito vajaaravitsemustilan tunnistamisesta lähtien on yhä puutteellisella tasolla ja vajaaravitsemus aiheuttaa lähes kaksinkertaiset kustannukset lihavuuden hoitokustannuksiin verrattuna (Elia 2006). Va-

jaaravitsemustilalla on huomattu olevan suora yhteys pidentyneisiin hoitoaikoihin, lisääntyneisiin komplikaatioriskeihin leikkausten jälkeen ja huonontuneeseen hoitoennusteeseen (VRN 2010). Ennaltaehkäisevä hoito, hyvä ravitsemustila ja riittävä ravintoaineiden saanti nopeuttavat sairaudesta toipumista ja laskevat siten terveydenhuollon kustannuksia. Myöskään lihavuuden hoito ei ole toivotulla tasolla. Lihavuuden primaariprevention tasolle, eli jo ylipainon ehkäisyyn, venytään harvoin ravitsemushoidon tämänhetkisten resurssien puitteissa (Allergia- ja astmaliitto ym. 2013). Ravitsemushoitoon pääsee liian myöhään, jos ollenkaan. Näin ollen, laillistetuille ravitsemusterapeuteille osoitetuilla resursseilla ei nykytilanteessa useinkaan voida varmistaa eri sairauksien hoitoon tarvittavaa ravitsemusohjausta ja -hoitoa, terveyden edistämisestä puhumattakaan. Voidaan siis todeta, että ravitsemushoidon vaikuttavuus ei ole vielä läheläkään sellaista tasoa, mihin sillä olisi potentiaalia (Allergia- ja astmaliitto ym. 2013) ja tähän vaikuttaa ravitsemushoidon myöhäinen alkamisajankohta sekä ravitsemusterapiaresurssien ja hoitokertojen vähäinen määrä.

3.5 Tarjolla oleva ristiriitainen ja epäluotettava ravitsemustieto

Asiakkaat ja potilaat usein kohtaavat ristiriitaista ja luotettavuudeltaan vaihtelevaa tietoa sosiaalisessa mediassa ja internetissä. Tästä syystä Rhodesin ja Kirkpatrickin (2018) mielestä esimerkiksi aikaisemmin esitelty Sikandin ym. (2018) tekemä katsaus yhä vähättelee laillistetun ravitsemusterapeutin antaman ravitsemusohjauksen arvoa asiakkaalle. Sosiaalisen median ja internetin sisältämien harhaanjohtavien väitteiden lisäksi elintarviketuottajat markkinoivat tuotteitaan usein kyseenalaisin terveysväittein ja -vaikutuksin (Rhodes ja Kirkpatrick 2018). Ravitsemusterapeutit ovat koulutettuja vastaamaan kuluttajien kohtaamiin virheellisiin väittämiin ja muihin haasteisiin ravitsemuskentällä sekä antamaan yksilöllistä, tutkittuun tietoon pohjautuvaa ja luotettavaa ravitsemusohjausta asiakkaille. Näin ollen ravitsemusterapeutin toteuttamalla ravitsemusohjauksella voi olla vielä isompaa lisäarvoa ravitsemusterapeutin kumotessa harhaanjohtavia ja hämmennystä aiheuttavia tietoja sekä valistaessa asiakasta luotettavan tiedon lähteistä. Massaohjausten sijaan ravitsemusterapeutin vastaanotolla asiakas saa varmuudella ehdotuksia ruokavaliomuutoksista, jotka pohjautuvat asiantuntijan arvion pohjalta hänen yksilöllisiin taustatietoihinsa, tarpeisiinsa ja antropometrisiin mittauksiin sekä tieteelliseen tietopohjaan.

3.6 Ravitsemushoidon toteuttaminen muiden kuin ravitsemusterapeuttien toimesta

On tavallista, että esimerkiksi ärtyvän suolen oireyhtymän (IBS), mutta myös monen muun ravitsemusongelman ja sairauden kohdalla ravitsemusohjausta antavat myös muut terveydenhuollon ammattilaiset tai ravitsemusalalla toimivat yksityishenkilöt kuin ravitsemusterapeutit (O'Keeffe ja Lomer 2017). IBS:n hoitoon kehitetty FODMAP-ruokavalio, jossa paksusuolessa fermentoituvien ja oireita aiheuttavien hiilihydraattien määrää on rajoitettu, auttaa noin 70 prosenttia potilaista. FODMAP-ruokavalio on alun perin ravitsemusterapeuttien kehittämä hoitomuoto, ja siten myös tutkimustulokset on kerätty pitkälti ravitsemusterapeuttien toteuttaman hoidon pohjalta. Ravitsemusterapeutit ovat myös ainoita terveydenhuollon ammattilaisia, jotka saavat koulutuksen FODMAP-ruokavalion ohjaukseen. Vallalla oleva trendi, jonka mukaan myös muut kuin ravitsemusterapeutit ohjaavat FODMAP-ruokavaliota, on huolestuttava, koska tutkimusnäyttöä ei ole saatavilla muiden kuin ravitsemusterapeuttien toteuttaman FODMAP-ruokavalio-ohjauksen vaikuttavuudesta tai kustannuksista (O'Keeffe ja Lomer 2017). Ravitsemusterapeutin toteuttama FODMAP-ruokavalion ohjaus on vaikuttavaa ja tutkimusnäyttö tukee ravitsemusterapeutin toteuttamaa hoitoa sekä yksilö- että ryhmäohjauksissa (O'Keeffe ja Lomer 2017). Jotta kasvavaan hoidon tarpeeseen ja lähetteisiin pystytään vastaamaan, ja FODMAP-ruokavaliohoito pysyisi ravitsemusterapeuttien toteuttamana hoitomuotona, tulisi ravitsemusterapiaresursseja terveydenhuoltoon lisätä ja miettiä myös innovatiivisia keinoja lisääntyvien IBS-ravitsemusohjausten toteuttamiseksi. Lisää tutkimusta tarvitaan erityisesti ryhmäohjauksen vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta mahdollisena vastauksena kasvavaan hoidon tarpeeseen. Lisäksi tulevaisuudessa on tärkeää verrata muiden kuin ravitsemusterapeuttien toteuttaman FODMAP-ruokavalio-ohjauksen vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta ravitsemusterapeuttien toteuttamaan ohjaukseen. Tärkeää on tässä yhteydessä myös mainita, että verrattuna ei-terveydenhuollon ammattilaisiin, ravitsemusterapeuttien tulee myös noudattaa eettisiä periaatteita, mikä osaltaan jo lähtökohtaisesti lisää ravitsemusterapeutin antaman hoidon luotettavuutta.

3.7 Ravitsemushoitoa koskevan nimikkeistön vaihtelevuus

Myös ravitsemusohjausta ja -hoitoa koskeva nimikkeistö tulee saada yhdenmukaistettua, jotta puhuttaessa ravitsemushoidon vaikuttavuudesta erotetaan, milloin puhutaan ravitsemusterapeutin toteuttamasta ja milloin muun terveydenhuollon ammattilaisten antamasta ravitsemusohjauksesta. Ravitsemushoitoa koskeva nimikkeistön sekalaisuus on ollut haasteena myös tässä pro gradu -tutkielmassa. Esimerkiksi tässä työssä ravitsemushoidolla on tarkoitettu ravitsemusterapeutin toteuttamaa ravitsemusohjausta, mutta yleisellä tasolla ravitsemushoitoon voivat

osallistua monet toimijat aina esimerkiksi puheterapeutista lääkäriin ja keittiöhenkilökuntaan (VRN 2010). Ravitsemusterapia on selkeästi ravitsemusterapeutin toteuttamaa ravitsemusohjausta. Ravitsemushoito taas voi käytännössä olla monialaista ja monen terveydenhuollon toimijan toteuttamaa hoitoa samanaikaisesti. Yleistä ravitsemusohjausta taas voivat ravitsemusterapeutin lisäksi antaa myös muut terveydenhuollon toimijat oman työnsä ohessa. Yksilöllisen ravitsemusohjauksen taas tulisi olla ravitsemusterapeutin toteuttamaa (VRN 2010, Kuntaliitto 2017). Näin ollen puhuttaessa ravitsemushoidosta, voi olla vaikea erottaa, mikä on ravitsemusterapeutin antaman panoksen vaikuttavuus kokonaishoidon vaikuttavuuteen. Toisaalta, jos ravitsemusterapeutti toimii koko ravitsemushoidon vastuuhenkilönä samalla tapaa kuin lääkäri toimii koko hoidon vastuuhenkilönä, voidaanko yhä ajatella ravitsemushoidon vaikuttavuutta tarkastellessa, että kyseessä on ravitsemusterapeutista riippuvainen ja ravitsemusterapeutin toteuttama hoitomuoto. Tällöin nykymallia enemmän ravitsemusterapeutin tulisi osallistua muun henkilökunnan kouluttamiseen ravitsemusasioista sekä olla tietoinen siitä, mitä ravitsemushoitoprosessiin jokaisen sairauden kohdalla sisältyy ja noudatetaanko sovittuja prosessimalleja todellisuudessa. Terveydenhuollon muiden toimijoiden tulisi tällaisessa tilanteessa entistä vahvemmin tunnistaa se, etteivät he koulutuksensa puolesta todellisuudessa ole ravitsemuksen ammattilaisia, vaan että ravitsemusosaaminen on ravitsemusterapeuteilla (Jortberg ja Fleming 2014, EFAD 2017). Näin ollen ravitsemusterapeuttien puoleen tulisi kääntyä ja heihin tukeutua matalalla kynnyksellä toteutettaessa ravitsemushoidon kokonaisuutta. Ravitsemusterapeutti taas pystyy ammattitaitonsa ja tiiviin yhteistyön avulla varmistamaan, että perustason ravitsemusohjaukseen on muillakin terveydenhuollon ammattilaisilla riittävä tieto- ja taitotaso.

3.8 Ravitsemusterapeuttien koulutuksen tason maailmanlaajuinen vaihtelevuus

Yksi haaste ravitsemushoidon vaikuttavuuden mittaamisessa, ja siten katsauksessa mukana olleiden tutkimusten vertailukelpoisuudessa, on ravitsemusterapiakoulutusten sisällön ja pituuden vaihtelevuus maailmanlaajuisesti (ICDA 2016). Kansainvälisenä vähimmäisvaatimuksena ravitsemusterapeutin koulutuksen tasolle on kandidaatintutkinto kliinisestä ravitsemustieteestä, vähintään 500 tuntia ammattiin ohjaavaa työharjoittelua ja kansainvälisten pätevyysvaatimusten täyttäminen. Suuressa osassa maista koulutus vastaa kandidaatin tutkintoa ja vain Suomessa, Uudessa-Seelannissa, Islannissa ja Norjassa kaikki laillistetut ravitsemusterapeutit ovat käyneet vähintään yliopistotasoisen maisteritutkinnon. Voidaan siis sanoa, että Suomessa ravitsemusterapeuttikoulutus on maailmanlaajuisesti korkeinta tasoa. Näin ollen Suomessa voidaan luottaa siihen, että ravitsemusterapeuteilla on laaja ja kattava koulutuspohja toteuttaa ravitse-

mushoitoa. Suomessa ravitsemushoidon vaikuttavuutta on tutkittu kuitenkin vähemmän ja esimerkiksi tähän pro gradu -tutkimukseen ei löydetty yhtäkään suomalaista kliinisessä työssä tehtyä ravitsemushoidon vaikuttavuutta käsittelevää tutkimusta. Näin ollen erityisen mielenkiintoista on saada tietoa suomalaisten ravitsemusterapeuttien kliinisessä työssä ohjaaman ravitsemushoidon vaikuttavuudesta arviointikyselyn pohjalta. Huolimatta hyvästä koulutuksen tasosta Suomessa, tulee niin maailmanlaajuisesti kuin Suomessakin muistaa, että ravitsemushoidon korkea laatu, tasalaatuisuus ja luotettavuus tulee varmistaa toteuttamalla ravitsemushoito ravitsemussuosituksiin ja tutkittuun näyttöön pohjautuen (ICDA 2016). Ravitsemushoidon tasoa tulee myös auditoida. Jotta hoito on vaikuttavaa, tulee sen sisällön olla vertailukelpoista ja hyviksi todettuja periaatteita noudattavaa huolimatta sitä toteuttavasta ravitsemusterapeutista. Siten on tärkeää panostaa organisaatiotasolla ravitsemushoidon sisällön ohjeistuksiin, viimeisimmän tiedon jakamiseen, ravitsemusterapeuttien kouluttamiseen sekä asiakkaille ja potilaille tarjottavien materiaalien ja selkeiden noudatettavien hoidon prosessipolkujen luomiseen.

4 RAVITSEMUSHOIDON HAASTEET JA MAHDOLLISUUDET NYKYTIEDON VALOSSA

Yhteys paremman terveyden, talouden ja kestävämmän ympäristön välillä on osoitettu vahvasti (WHO 2013). Ihmiset, jotka ovat terveitä ja tekevät terveyttä edistäviä valintoja elintavoissaan, oppivat paremmin, ansaitsevat enemmän ja antavat isomman panoksen yhteiskunnalle ja sosiaaliselle ympäristölle, jossa asuvat (WHO 2013, EFAD 2017). Globaalilla tasolla ei-tarttuvien tautien jatkuva kasvu on yksi aikakautemme isoimmista kansanterveydellisistä ongelmista (Geanie ym. 2016, WHO 2013). On todennäköistä, että ilman ruokaympäristöjämme positiiviseen suuntaan muokkaavia muutoksia niin paikallisella, kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla, WHO ei pääse tavoitteisiinsa, joiden mukaan ei-tarttuvien tautien ilmentymisessä saavutettaisiin kahden prosentin vuosittainen lasku ja vuoteen 2020 mennessä lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen ilmentymisen kasvu pysäytettäisiin (Geanie ym. 2016). Lihavuutta aiheuttavat ruokaympäristöt ovat yksi lihavuusepidemian ja ravitsemukseen liittyvien ei-tarttuvien tautien ilmentymisen kasvun merkittävimmistä syistä. Peilaten WHO:n tavoitteeseen, myös Suomen ruoka- ja ravitsemusympäristössä olisi tätä tavoitetta koskien vielä paljon tehtävää. Vaikka suomalaisten ruokavalio on yleisesti ottaen mennyt jatkuvasti parempaan suuntaan, suomalaisista harva syö vieläkään ravitsemussuositusten mukaisesti (THL 2018/FinRavinto 2017). Ongelmakohtia ovat muun muassa kuidun, kasvisten, hedelmien ja marjojen liian vähäinen saanti sekä suolan ja punaisen lihan liiallinen saanti. Ravitsemusterapeuteilla on siis paljon annettavaa ja tehtävää sekä julkisella että yksityisellä terveydenhuollon sektorilla. Isona uutena ja ajankohtaisena mahdollisuutena ja samalla haasteena niin julkisella kuin yksityiselläkin puolella on noussut digitaalisten terveyspalveluiden ja -teknologian käyttöönotto ja jalkauttaminen onnistuneesti niin ravitsemusterapeuttien kuin asiakkaiden käyttöön (Franz ja MacLeod 2018).

4.1 Haasteet ja mahdollisuudet julkisessa terveydenhuollossa

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja kunnan peruspalvelujen valtionosuuden perusteena olevaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin. Terveydenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Lisäksi lain mukaan kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän terveydenhuollosta vastaavan henkilöstön rakenteen ja määrän on vastattava alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä terveydenhuollon palvelujen tarvetta. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) terveyden edistämisellä tarkoitetaan yksilöön, väestöön, yhteisöihin

ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista terveyttä edistävällä tavalla. Ravitsemusterapeutit ovat ravitsemuksen erityisasiantuntijoita, joiden osaamisesta hyötyy sekä kuntalainen että kunnan yhteistyöverkosto (Agronomiliitto ja Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2019). Tällä hetkellä terveydenhuollossa ei pystytä tarjoamaan riittävää ravitsemushoitoa kaikille sitä tarvitseville (Haapa ja Pölönen 2002). Suomessa ravitsemusterapiapalveluiden saatavuus vaihtelee, eivätkä kansalaiset siten ole tasavertaisessa asemassa kunnissa eri puolella Suomea. Linjassa jo tehtyjen ravitsemushoidon vaikuttavuutta käsittelevien tutkimusten kanssa, ravitsemushoidon resurssien lisäämistä terveyttä edistävämpään ja sairauksia ennaltaehkäisevämpään suuntaan voidaan perustella myös terveydenhuoltolain (1326/2010) nojalla.

Ottaen huomioon edellä mainitun ja aikaisemmin esitellyn Howatson ym. (2015) katsauksen pohjalta saadun vakuuttavan näytön potentiaalisten kustannussäästöjen suuruudesta, ravitsemusterapeuttien virkojen lisäämisestä perusterveydenhuollossa olisi mitä todennäköisimmin taloudellista hyötyä. Perusterveydenhuollossa tulee lisätä laadukkaita ravitsemusterapiapalveluja tarjoavien ravitsemusterapeuttien määrää, jotta ravitsemusterapiapalvelut todella olisivat kaikille saatavilla ja edullisia (Howatson ym. 2015). Ravitsemusterapeuttien riittävä määrä perusterveydenhuollossa mahdollistaa myös ravitsemusterapeuttien kouluttaa muuta henkilökuntaa ravitsemukseen liittyvän ohjauksen hyvästä sisällöstä. Yhdistyneen kuningaskunnan hoitosuosituksissa suositellaan neljää täysipäiväistä diabeteksen hoitoon erikoistunutta ravitsemusterapeuttia jokaista 250 000 asukasta kohden (Dyson ym. 2011). Howatson ym. (2015) mukaan Uudessa-Seelannissa, jossa he toteuttivat tutkimuksensa vuonna 2015, toteutunut luku oli 1,67 ravitsemusterapeuttia, eli alle puolet Yhdistyneen kuningaskunnan suosituksesta. Suomessa diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelmaan pohjautuvien tietojen mukaan ravitsemusterapeuttien määräksi perusterveydenhuollossa suositellaan vähintään yhtä ravitsemusterapeuttia 30 000 asukasta kohden (RTY 2019). Tällä hetkellä potilastyössä julkisessa terveydenhuollossa työskentelee 184 ravitsemusterapeuttia, joista 69 perusterveydenhuollossa ja 115 erikoissairaanhoidossa. Kokoaikaisesti alueellista terveydenedistämistyötä tekeviä ravitsemusterapeutteja ja -suunnittelijoita on lisäksi seitsemän. Väkilukuun suhteutettuna Suomessa on perusterveydenhuollossa tällä hetkellä yksi ravitsemusterapeutti jokaista 80 000 asukasta kohden, ja noin 2 miljoonaa suomalaista asuu kunnissa, joissa ei ole lainkaan ravitsemusterapeuttien

vakansseja perusterveydenhuollossa. Myös Suomessa ravitsemusterapeutteja on terveydenhuollossa siten ohjeistuksiin nähden riittämättömästi.

Yli valtio- ja väestörajojen johdonmukaisena tavoitteena terveydenhuollossa on ollut väestönterveyden parantaminen ja terveydenhuollon kustannusten hallitseminen (Jortberg ja Fleming 2014). Perusterveydenhuollon ja väestönterveyden välillä on huomattu vahva korrelaatio niin kansainvälisissä kuin amerikkalaisissakin tutkimuksissa. Alueilla, joilla on panostettu enemmän perusterveydenhuoltoon ja perusterveydenhuollon lääkäreiden määrään kuin erikoissairaanhoitoon ja erikoissairaanhoidon lääkäreiden määrään, on terveempi väestö kuin erikoissairaanhoitoon keskittyvillä alueilla. Vahva perusterveydenhuolto tarjoaa hyötyjä niin hoidon paremman laadun ja kustannusten paremman hallitsemisen kuin paremman kansanterveyden ja terveyteen liittyvien vähäisemmän sosioekonomisen epätasa-arvon kautta. Ravitsemusterapiapalvelut ovat osa vahvaa perusterveydenhuoltoa ja perusterveydenhuollon lääkärit ovat raportoineet ravitsemusterapeuttien vastaanottojen tuomista hyödyistä osana moniammatillisen tiimin toteuttamaa hoitoa. Tutkimusten mukaan lääkärit kyllä uskovat ravitsemuksen olevan tärkeässä osassa potilaidensa hoitoa, mutta eivät koe olevansa tarpeeksi koulutettuja antamaan parasta mahdollista ravitsemusohjausta (Adams 2006).

Tähän liittyen Bonilla ym. (2016) huomasivat tutkimuksensa pohjalta Kanadan perusterveydenhuollon eri ammattilaisten toteuttamien hoidon aikaisten ruokavalion arviointitoimien vaihtelevan suuresti. Terveydenhuollon ammattilaiset kartoittavat paitsi määrältään ja laadultaan myös menetelmiltään hyvin vaihtelevasti ravitsemus- ja ruokavalioasioita vastaanotoillaan. Ravitsemusterapeuteilla oli selkeimmät, yksityiskohtaisimmat ja toimivimmat keinot ruokavalion kokonaisuuden kartoittamiseen ja muokkaamiseen, kuin muulla terveydenhuollon henkilökunnalla. Muu henkilökunta koki joko, ettei ravitsemusasioiden kartoittaminen kuulu heidän työtehtäviinsä tai niiden esille ottamiseen ei välttämättä ole tarpeeksi aikaa tai itsevarmuutta tai, ettei ravitsemusohjauksella ole vaikutusta potilaan ruokailutottumuksiin. Tällä hetkellä toimivamman ja vaikuttavamman ravitsemusohjauksen toteuttamiseen sekä ruokavalioiden riskitekijöiden kartoittamiseen terveydenhuollossa tarvitaan selkeitä ja helposti käytettäviä työkaluja (Bonilla ym. 2016). Tämän huomioon ottaen, ja kuten Agronomiliitto ja Ravitsemusterapeuttien yhdistys (2019) ovat kannanotossaan todenneet, ravitsemusterapeuttien vastuualueisiin kuuluu paitsi asiakaslähtöinen ja yksilöllinen ravitsemusohjaus, myös eri henkilöstöryhmien kouluttaminen ja konsultointi ravitsemusasioihin liittyen sekä toteuttavan ravitsemushoidon kehittäminen ja arviointi laadukkaiden palveluiden varmistamiseksi. Kun terveydenhuollossa ravitsemusohjaus annetaan selkeämmin laillistetun ravitsemusterapeutin vastuualueeksi ja heitä

on tarpeeksi levittämässä ravitsemustietoa ja -osaamista myös muille, voi muu terveydenhuollon henkilökunta paremmin keskittyä niihin terveyden edistämisen osa-alueisiin, joilla heillä on parhaat tietotaidot ja koulutus.

Tällä hetkellä ravitsemushoitoon pääsy on hankalaa. Esimerkiksi Briggs ja Stanley (2018) toteavat katsauksensa pohjalta, että valitettavasti vain noin puolet diabetespotilaista saavat sairauteensa liittyen ohjausta ja yhä harvempi pääsee ravitsemusterapeutin vastaanotolle. Tutkimuksessa, jossa mukana oli 28 404 diabetespotilasta, vain 9,1 prosenttia näki ravitsemusterapeuttia edes kerran yhdeksän vuoden tutkimusjakson aikana. Mahdollisia ravitsemusterapeutin vastaanotolle pääsyn estäviä tekijöitä ovat maantieteellinen saavutettavuus, vaihteleva ravitsemusterapiapalvelujen korvattavuus vakuutus- ja työterveyssopimuksissa sekä ymmärtämättömyys ravitsemushoidon hyödyistä niin potilaiden kuin lähetteitä kirjoittavien lääkäreiden ja sairaanhoitajien osalta. Itse ravitsemusterapeuttien osalta vastaanotolle pääsyn esteitä olivat mahdollisuuden puute tarjota ravitsemushoitoa ja diabeteksen itsehoito-ohjausta samana päivänä sekä aikaisemmin esille tuodut palveluntarjoajien rajallisuudet. Tutkimuksessa myös huomattiin, että ne, joilla on suurin lihavuuden, esidiabeteksen ja tyypin 2 diabeteksen riski, kokivat usein myös eniten hankaluuksia päästä hyödyntämään ravitsemusterapeutin palveluita.

4.2 Haasteet ja mahdollisuudet työterveyshuollossa

Ravitsemusterapeutilla on työterveyshuollossa keskeinen rooli työkyvyn edistämisessä ravitsemuksen keinoin, sillä ravitsemus vaikuttaa merkittävästi päivittäiseen työkykyyn ja mahdollisten ennenaikaista työkyvyttömyyttä aiheuttavien sairauksien ennaltaehkäisemisessä (Linjama ym. 2007). Myös kustannusnäkökulmasta ravitsemushoidon merkitystä työterveyshuollossa voidaan perustella esimerkiksi työtehon lisääntymisellä tai sairauspoissaolojen vähentymisellä (Mikko Rinta, Terveystalo Oy, suullinen tiedonanto 15.5.2019). Tehokas työterveydenhuolto edistää asiakkaiden työterveyttä ja vähentää työnantajan kustannuksia (Terveystalo 2018). Terveystalon teettämien Tekemättömän työn vuosikatsaus -tutkimusten mukaan viimeisen kymmenen vuoden aikana (2008-2018) otannassa mukana olleiden Suomessa toimivissa organisaatioissa tekemättömän työn kustannukset ovat laskeneet keskimäärin 1,39 prosenttiyksikköä palkkasummaan suhteutettuna (Terveystalo 2019). Laskua selittämässä ovat työkyvyttömyysmaksujen ja sairauspoissaolokustannusten väheneminen. Samanaikaisesti työterveyshuollon painopiste on siirtynyt ennaltaehkäisevämpään suuntaan ja työterveyshuoltoon on panostettu enemmän aina vuoteen 2014 asti, jonka jälkeen keskimääräiset kokonaiskustannukset ovat hieman laskeneet. Tekemätön työ aiheuttaa positiivisesta kehityksestä huolimatta yhä merkittävän

kustannuserän Suomen työelämässä ja tekemättömään työhön liittyy edelleen merkittävä säästöpotentiaali (Terveystalo 2018). Tekemättömän työn kustannukset -vertailututkimuksen mukaan 43 suuressa organisaatiossa tekemättömän työn kustannusten yhteenlaskettu summa oli vuonna 2017 noin 84 miljoonaa euroa. Jos vuosikatsausten tulokset suhteutetaan koko Suomen yksityissektoriin, vuosikustannukset olisivat noin 3,6 miljardia euroa (Terveystalo 2018 ja 2019). Jos tulokset taas suhteutetaan koko Suomen yksityiseen ja julkiseen sektoriin, vuosikustannukset ovat noin 6,4 miljardia euroa (Terveystalo 2018). Erityisesti työterveyshuollossa olisi mahdollisuuksia toteuttaa ravitsemushoitoa sairauksia ennaltaehkäisevämmin ja työterveysasiakkaiden kokonaisvaltaista terveyttä edistävästi. Tämä kuitenkin vaatii resurssien ohjaamista entistä enemmän kohti ennaltaehkäisevää toimintaa. Ravitsemusterapiapalveluja hyödynnetään työterveyshuollossa toistaiseksi liian vähän. Osana työterveyspalveluita, ravitsemushoitoa tarjotaan tällä hetkellä suhteellisen vähän, jos ollenkaan. Hyvin tyypillistä on, että sopimus kattaa työntekijälle kahdesta maksimissaan viiteen käyntikertaan (Rinta Mikko, Terveystalo Oy, puhelinkeskustelu 5.12.2018). Vain 4 prosenttia työterveyshuolloista oli vuonna 2003 käyttänyt ravitsemusterapeuttia edes kuukausittain (STM ja Työterveyslaitos 2005). Ravitsemuspalveluja tulisi siten tarjota työterveyssopimuksissa laajemmalla mittakaavalla kuin nykyään, sillä hyvä ravitsemus parantaa päivittäistä työvireyttä ja työssä jaksamista (Linjama ym. 2007). Voidaankin todeta, että työhyvinvointia ja terveyttä edistävä ravitsemus on työnantajan ja työntekijän yhteinen etu.

Myös nykyistä laajempi Kansaneläkelaitoksen (KELA) korvaavuus ravitsemusterapiapalvelujen suhteen edistäisi ravitsemuspalvelujen tarjontaa työterveyssopimuksissa. Kelan (2018) mukaan työterveyshuollon ravitsemusterapiapalveluista aiheutuneita kustannuksia voidaan korvata vain tilanteissa, joissa työterveyslääkäri tai -hoitaja on arvioinut hoidon tarpeelliseksi, esimerkiksi työpaikkaselvitysten tai terveystarkastusten perusteella. Kelakorvaus edellyttää myös, että työterveyshuollon ravitsemushoidon asiantuntijoina toimivat vain laillistetut ravitsemusterapeutit, joilla on lisäkoulutus työterveyshuoltoon. Aron ym. (2017) mukaan ruokailutottumukset muuttuvat vähitellen, joten ravitsemusohjauksen tulisi olla jaksoittaista. Tiedetään myös, että ravitsemushoidon onnistumisen kannalta muutoksia tulisi kerralla juurruttaa vain rajallinen määrä (EFAD 2017). Ja ollakseen vaikuttavaa, terveyttä edistävän hoidon tulee vahvistaa potilaiden onnistumisen ja pystyvyyden tunteita. Pystyvyyden ja onnistumisen tunteet auttavat myös hoitoon sitoutumisessa. Lisäksi Aron ym. (2017) mukaan onnistuneeseen ohjaukseen tulee sisältyä myös hoidon seuranta ja palaute. Tällainen on harvoin mahdollista toteuttaa työterveyshuollon tarjoamalla nykymallilla. Pätevät laillistetut ravitsemusterapeutit hyvin sijoitet-

tuina ovat ravitsemusalan asiantuntijoita, jotka voivat tehokkaasti auttaa työntekijöiden terveyteen liittyvien tavoitteiden ja tulosten saavuttamisessa, kuten ravitsemuksellisen ja toiminnallisen tilan sekä elämänlaadun parantamisessa. Näin ollen ravitsemusterapeuttien työ auttaa paitsi luomaan terveempiä työpaikkoja myös vähentää työntekijöiden sairastuvuutta ja saa aikaan merkittäviä terveydenhuollon palveluihin liittyviä kustannussäästöjä (Vanherle ym. 2018). Ravitsemusterapeutit ovat osoittaneet antamansa ravitsemushoidon tehokkuuden tyypin 2 diabeteksen, painonhallinnan, rasva-aineenvaihdunnan ja korkean verenpaineen hoidossa (EAL 2007). Positiivisiin lopputuloksiin ja ravitsemushoidon arvoon verraten potilaiden hoidossa, perusterveydenhuollon palvelut eivät tarjoa kokonaisvaltaista tai parasta hoitoa, jos terveydenhuollon tiimiin ei kuulu ravitsemusterapeuttia ja ravitsemushoitoa osana hoitoa. Tämä sama pätee työterveyspalveluihin, sillä juuri edellä mainitut potilasryhmät, IBS:n lisäksi, ovat suurimpia ravitsemusterapeuttien asiakasryhmiä työterveyshuollossa, ja siten tutkimusnäytön valossa ravitsemusterapeutin palvelut tulisi ehdottomasti sisältyä laajemmassa mittakaavassa työterveyssopimuksiin.

Yhtenä mahdollisuutena työterveyshuollossa on myös erilaisten ravitsemusinterventioiden toteuttaminen työpaikoilla. Tunnettu Geaney ym. (2016) toteuttama The Food Choice at Work -tutkimus (FCW) oli kattava ja monipuolinen työpaikkainterventio, joka yhdisti ravitsemusopetuksen ja työpaikkaympäristön muutoksia ravitsemuksen osalta. Ravitsemusopetus sisälsi ryhmäluentoja, yksilötapaamisia ja yksityiskohtaista tiedonjakoa ravitsemuksesta. Ympäristölliset muutokset sisälsivät ruokalistamuutoksia, alennuksia hedelmistä, annoskokojen tarkkailua sekä terveyttä edistävien tuotteiden strategista sijoittelua, eli niin sanottua tuuppausta, esillepanoissa. Parhaat ja tilastollisesti merkitsevät tulokset interventiosta saatiin ryhmällä, jolla oli yhdistetty sekä ympäristön muokkaus terveyttä edistävämmäksi että ravitsemusopetus (Geaney ym. 2016). Tutkimus osoitti, että työpaikalla tapahtuvat hyvin suunnitellut ravitsemusinterventiot ovat vaikuttavia, vähentävät työntekijöiden suolan ja tyydyttyneen rasvan saantia sekä pienentävät BMI:tä ja parantavat ravitsemustietoutta. FCW:n kaltaisia interventioita tulisi harkita toteuttavaksi laajemmalla mittakaavalla paikallisella, kansallisella ja kansainvälisellä yritystasolla työntekijöiden ruokavalion ja painonhallinnan edistämiseksi. Työterveyshuollon avulla tällaisia interventioita voi tarjota työterveyshuollon kautta ravitsemuspalveluja tilaaville yrityksille. Ravitsemusterapeutit ovat asiantuntijoita, joilla on taidot kyseisten kattavien interventioiden toteuttamiseen, työntekijöiden kouluttamiseen ja työpaikkojen ravitsemusympäristöjen muokkaamiseen terveyttä edistäviä valintoja laaja-alaisesti tukeviksi.

II KOKEELLINEN OSA

5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Pro gradu -tutkielman toimeksiantajana toimi Terveystalo Oy. Terveystalo Oy:lla on tavoitteena kehittää ravitsemusterapiapalveluiden saatavuutta sekä hyödynnettävyyttä eri sairauksien ja oireiden hoitopoluilla. Tähän liittyen pro gradu -tutkielman tavoitteena oli kehittää työkalu Terveystalon ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointiin sekä arvioida työkalun toimivuutta. Käytännössä työssä luotiin potilastietojärjestelmään integroitava sähköinen lomake, jonka avulla ravitsemusterapeutti voi arvioida asiakkaan ja ohjauksen lähtötilannetta sekä hoidon vaikuttavuutta hoidon aikana ja sen päätyttyä. Pro gradu -työn kokeellisen osan tavoitteena oli kehittää kyselylomake, jonka avulla on mahdollista selkein markkerein osoittaa ravitsemushoidosta koituvia hyötyjä. Lomakkeen kysymykset muotoiltiin mittaamaan erityisesti ravitsemushoidon vaikuttavuuden osa-alueita, joiden avulla myös hoidon kustannusvaikuttavuutta on mahdollista perustella. Saatua tietoa on tarkoitus hyödyntää ravitsemusterapiapalveluiden saatavuuden perustelussa ja päätöksenteon tukena.

Pro gradu -työn tavoitteet olivat

1. Kehittää ravitsemushoidon vaikuttavuutta arvioiva kyselylomake Terveystalo Oy:n ravitsemusterapeuttien käyttöön

2. Arvioida kehitetyn arviointikyselylomakkeen käytettävyyttä ravitsemusterapeuttien näkökulmasta

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Pro gradu -tutkielman menetelmänä toimi kirjallisuuskatsaus, jonka pohja-aineistona käytettiin ravitsemushoidon vaikuttavuutta ja sen mittaamista ja arviointia käsitteleviä tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksen avulla selvitettiin tutkimuksen teoriapohjaa ja perustelut työssä kehitetylle kyselylle sekä muotoiltiin arviointikyselyn kysymysten ja vastausvaihtoehtojen sisältöä hyvien käytäntöjen mukaisiksi. Lisäksi kuten jo aikaisemmin mainittiin, pro gradu -työssä tapahtuvan tutkimuksen tavoitteena oli luoda käytännöntyössä hyödynnettävä ja ravitsemushoidon vaikuttavuutta mittaava työväline Terveystalolla työskenteleville ravitsemusterapeuteille. Ojasalo ym. (2010) mukaan, jos tehtävänä on luoda jokin konkreettinen tuotos, kuten mittari, malli tai suunnitelma, lähestymistavaksi kehittämistehtävälle sopii konstruktiivinen tutkimus. Näin ollen valitsin pro gradu -tutkielmassani kehitettävän kyselyn lähestymistavaksi konstruktiivisen tutkimuksen.

6.1 Tutkimusasetelmana konstruktiivinen tutkimus

Ojasalon ym. (2010) mukaan konstruktiivisessa tutkimuksessa luodaan ongelmanratkaisun lopputuloksena jokin uusi rakenne. Vaikka se ei sitä suoranaisesti ole, konstruktiivinen tutkimus muistuttaa uuden innovaation luomista. Tutkimukseni perusteella syntyvän uuden potilastietojärjestelmään integroitavan sähköisen kyselyn toteuttamisen pohjaksi tarvittiin paljon jo olemassa olevaa teoreettista tietoa. Sen lisäksi, että tutkimuksessa kehiteltävän kyselyn haluttiin pohjautuvan teoreettiseen tietoon, kyselystä pyrittiin tekemään mahdollisimman asiakaslähtöinen, jotta ravitsemusterapeuttien on miellyttävä ottaa kysely käyttöön osaksi työtään. Kehiteltävän kyselyn toimivuuden arvioimiseksi kerättiin empiiristä tietoa pilotoimalla kysely Terveystalon asiakkailla heidän kanssaan toimivien ravitsemusterapeuttien toimesta. Ojasalo ym. (2010) toteavatkin, että konstruktiivisessa tutkimuksessa on tärkeää toteuttajan ja loppukäyttäjien välinen vuoropuhelu. Hyvän ja aktiivisen kehittämistyön aikana tapahtuvan kommunikoinnin avulla lopputuloksena syntyvästä mallista saadaan mahdollisimman käyttäjälähtöinen.

Myös käytännöllisyys korostuu; konstruktiivisessa lähestymistavassa selvitetään, mikä toimii ja mikä ei (Ojasalo ym. 2010). Voidaankin todeta, että uusi rakenne, tässä tapauksessa ravitsemushoidon vaikuttavuutta mittaava sähköinen kyselylomake, ei tule olemaan suoranaisesti innovaatio vaan rakenne, joka syntyy konstruktiivisen kehittämistyön tuloksena. Tavoitteena konstruktiivisessa tutkimuksessa on usein saada liiketoimintaan ja tiedeyhteisöön

uutta tietoa uudenlaisen, mutta teoreettisesti perustellun ratkaisun avulla. Myös tässä pro gradu -työssä kehitettävän arviointityökalun avulla pyritään saamaan uutta tietoa Terveystalolle tutkimustiedon ja teoreettisen viitekehyksen pohjalta kehitetyn ratkaisun avulla. Konstruktiivisen tutkimuksen lopputuloksena käytännön ongelmaan tarjottu ratkaisu on vahvasti sidottu teoreettiseen tietoon, joten sen tulisi osoittautua myös käytännössä onnistuneeksi ja toimivaksi. Ojasalo ym. (2010) havainnollistavat konstruktiiviseen tutkimukseen liittyvän prosessin alla olevan kuvan 4 mukaisesti.

Kuva 4. Konstruktiivisen tutkimuksen prosessi (muokattu Ojasalo ym. 2010).

6.2 Kyselylomakkeen kehittäminen

Arviointikyselyn tulee osoittaa mahdollisimman selkeästi ravitsemushoidon hyödyt. Siitä syystä kyselyyn sisällytettiin tutkittuun tietoon pohjautuen terveyttä tukevia ja yleisimpiä kansansairauksia ennaltaehkäisevien ruokavalintojen laatua, positiivista ravitsemuskäyttäytymistä sekä työn tekemisen ja yleisen jaksamisen sekä vireyden muutoksia mittaavia kysymyksiä. Terveystalon työterveysasiakkaan hyötyminen ravitsemushoidosta tulee pystyä osoittamaan työnantajayritykselle, Kelalle ja mahdollisille muille päättäville tahoille. Tavoitteena oli, että ravitsemusohjauksen tuloksena tapahtunut edistys ja saavutetut hyödyt pystytään esittämään konkreettisesti etenevässä muodossa. Tällä tavalla on mahdollista esittää, että esimerkiksi kolmesta tai useammasta vastaanottokäynnistä on selkeästi enemmän hyötyä kuin yhdestä, mikä olisi linjassa kirjallisuuskatsauksessa esitettyjen tutkimusten kanssa.

6.2.1 Kysymysten muotoilu

Suomen kansalliset Terveyttä ruoasta -ravitsemussuositukset pohjautuvat tutkimusnäyttöön terveyttä edistävästä ja sairauksia ehkäisevästä ravitsemuksesta (VRN 2014). Arviointikyselyn (LIITE 1) kysymykset pohjautuvat edellä mainittuihin suomalaisiin ravitsemussuosituksiin, pro gradu -tutkielman kirjallisuuskatsaukseen sekä myöhemmin esiteltävään arviointikyselylomakkeen teoriapohjaan, joissa kaikissa on tarkasteltu ravitsemushoidon vaikuttavuutta eri sairauksien hoitopoluilla sekä vaikuttavuutta mittaavia tekijöitä ja indikaattoreita. Lopullisessa kyselyssä on kaksi jana- ja kuusi monivalintakysymystä. Pilotoinnissa käytettävässä Webropol-lomakkeella täytettävässä kyselyssä on lisäksi kaksi esitietoja kartoittavaa kysymystä, jotka voidaan jättää pois, kun kysely siirretään osaksi Terveystalon potilastietojärjestelmää.

Kyselystä pyrittiin tekemään mahdollisimman helppo- ja nopeakäyttöinen, jotta ravitsemusterapeutit ottavat sen todellisuudessa käyttöönsä. Kuten jo mainittiin, suuren osan kysymyksistä ravitsemusterapeutti voi täyttää ravintoanamneesin ja tavanomaisen vastaanottohaastattelun pohjalta. Siten mahdollisimman suuri osa kyselyn kysymyksistä pyrittiin tekemään ravintoanamneesin pohjalta toteutettaviksi nopeasti täytettäviksi ’klikkikysymyksiksi’. Avointen kysymysten määrää taas rajoitettiin minimiin. Hirsjärven ym. (2014) mukaan avoimet kysymykset auttavat monivalintakysymysten vaihtoehtojen tulkinnassa sekä antavat mahdollisuuden tunnistaa vastaajan viitekehyksiä ja motivaatioon liittyviä seikkoja. Siten tähänkin kyselyyn avoimet kysymykset sisällytettiin monivalintakysymysten yhteyteen, jotta ravitsemusterapeutilla ja/tai asiakkaalla on mahdollisuus tehdä tarkennuksia monivalintakysymyksien vastauksiin. Tällaisia kysymyksiä kutsutaan puolistrukturoiduiksi kysymyksiksi. Lisäksi arviointikyselyssä on kaksi 10-portaiseen asteikon sisältävää janakysymystä, joiden avulla tarkastellaan motivaation ja syömisen taidon hallinnan kehittymistä nousevan tai laskevan skaalan avulla.

Todellisessa tilanteessa Terveystalon ravitsemusterapeutit tulevat keräämään arviointikyselyllä kerättävät tiedot teemahaastattelua muistuttavassa muodossa. Teemahaastattelulle ominaista on, että haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka järjestys ja muoto puuttuu (Hirsjärvi ym. 2014). Teemahaastattelu on käyttökelpoinen kvantitatiiviseen tutkimukseen ja sillä kerätystä aineistosta voidaan laskea muun muassa frekvenssejä. Lisäksi teemahaastattelun avulla kerätty aineisto voidaan johtaa tilastollisten analyysien edellyttämään muotoon ja sen avulla saatuja tietoja sekä tuloksia voidaan tulkita ja analysoida monin eri tavoin. Ravitsemusterapeutti siis haastattelee asiakkaalta vastausvaihtoehdot osana tavanomaista työtään hyödyntäen tässä työssä kehitettyä kyselylomaketta. Tavoitteena on, että haastattelu on nopea ja helppo tehdä osana vastaanottotyötä sen jälkeen, kun kysymykset on saatu huolellisesti laadittua ja järjestettyä.

Kyselyn osalta tähdättiin siihen, että se on täytettävissä 1-3 minuutissa. Mahdollista on myös, että kyselyn käyttö helpottuu ja nopeutuu entisestään ravitsemusterapeutin oppiessa käyttökokemuksen kautta, millä tarkkuudella kyselylomakkeen kysymykset tulee vastaanotolla kysyä. Tällöin vastaukset kyselyn kysymyksiin saadaan jo haastattelun aikana sopivien tarkentavien kysymysten avulla.

6.2.2 Kyselylomakkeen erityispiirteet

Kyselylomakkeen huolellinen suunnittelu ja sujuva tai automaattinen tallennus verkkomuodossa mahdollistaa sen, että lomakkeen avulla saatu aineisto voidaan käsitellä nopeasti analysoitavaan muotoon (Hirsjärvi ym. 2014). Tämä on erityisen tärkeää Terveystalolle kehitettävän arviointikyselyn tuottamien tuloksien hyödyntämisen kannalta tulevaisuudessa, ja tästä syystä kysely integroidaankin tulevaisuudessa Terveystalon potilastietojärjestelmään.

Arviointikyselyssä pohditaan ravitsemusasioiden ja ruokavalion tilaa sillä hetkellä, kun kysymykset kysytään. Näin ollen tulokset antavat parhaan vertailukuvan ravitsemushoidon vaikuttavuudesta, esimerkiksi vastaanottojen välillä. Kun kyselyn tuloksia tarkastellaan, tulee muistaa, että sen hetkisen vastaanoton vaikutukset näkyvät vasta seuraavan vastaanottokerran kyselyssä, jolloin viimeisen vastaanottokerran jälkeen voisi joissain tapauksissa olla aiheellista soittaa tai muulla tavoin selvittää asiakkaalta tapahtuneet muutokset ruokavaliossa ja ravitsemuskäyttäytymisessä.

6.3 Arviointikyselylomakkeen teoriapohja

Pro gradu -tutkielmassa kehitetty ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointikysely (LIITE 1) pohjautuu teoreettiseen tietoon ja tutkimusnäyttöön. Arviointikyselyn tavoitteena on selvittää ravitsemuskäyttäytymisen ja ruokavalion laadullisten tekijöiden lähtötilannetta sekä seurantakäynneillä niiden kehitystä ja asiakkaan kokemia hyötyjä. Tiiviiseen kyselyyn on pyritty valitsemaan työterveyshuollossa yleisimmin hoidettavien sairauksiin tai niiden riskitekijöihin liittyvät keskeisimmät ravitsemukselliset tekijät. Näin ollen ruokavalion laadullisten tekijöiden osalta kartoituksen alla ovat sellaiset kirjallisuuskatsauksenkin tutkimuksissa toistuneet terveyttä edistävät valinnat, joilla on tutkitusti merkitystä paitsi arjen ja työssäjaksamisen myös sydän- ja verisuonisairauksien, painonhallinnan sekä esi- ja tyypin 2 diabeteksen kannalta. Osa valinnoista ovat terveydelle edullisia valintoja lisäksi syövän ja muistihäiriöiden kehittymisen

kannalta. Koska tavoitteena on, että arviointikyselyä voi käyttää myös tavoitteenasettelun tukena vastaanotolla, vastausvaihtoehtoihin on merkitty nämä terveyttä tutkitusti edistävät vaihtoehdot. Seuraavaksi on esitelty kysymys- ja vastausvaihtoehtokohtaisesti tutkittuun tietoon pohjautuvat perustelut niiden valinnalle osaksi arviointikyselyä.

Lisäksi yhtenä tavoitteena oli luoda tietoa, joka auttaa niin terveyspalvelujen sijoittajia, lähetteitä kirjoittavia lääkäreitä kuin palveluja käyttäviä yksilöitä ymmärtämään ravitsemushoidon mahdollisuudet hoidon laatua ja tuloksia parantavana sekä kokonaishoidon kustannuksia vähentävänä hoitomuotona. Tämä olisi linjassa kirjallisuuskatsauksen tutkimustulosten kanssa (Briggs ja Stanley 2018). Vanherle ym. (2018) mukaan kustannushyötyanalyysien ei välttämättä tarvitse olla peräisin perinteisestä tutkimusympäristöstä, vaan pohjatiedot niille voidaan hankkia myös erilaisista lähteistä. Esimerkiksi organisaatiotasolla kerättyä tietoa voidaan käyttää osoittamaan saavutettuja säästöjä tai parantunutta tuottavuutta muun muassa vähentyneiden sairaspoissaolojen tai terveydenhuollon palveluiden vähäisemmän käytön kautta. Tämä on tavoitteena myös seurantakäynneillä täytettävässä osiossa Terveystalo Oy:lle kehitettävässä ravitsemushoidon arviointikyselyssä.

6.3.1 Teoria vastaanottojen lukumäärää koskevalle kysymykselle

Ensimmäisenä arviointikyselyssä kartoitetaan, onko kyseessä aloitustapaaminen vai seurantakäynti, ja, jos kyseessä on seurantakäynti, niin kuinka mones sellainen. On todettu, että ravitsemushoito on vaikuttavampaa, kun tapaamisia on useampia peräkkäin kertaluontoisten vastaanottojen sijaan (Sikand ym. 2018, Briggs ja Stanley 2018).

6.3.2 Teoria käyttäytymisen muutoksia kartoittaville kysymyksille

Käyttäytymistä koskevat kysymykset arviointikyselyssä arvioivat asiakkaan motivaatiota sekä syömisen taidon hallinnan tasoa. Vastaukset ovat asiakkaan oma arvio tilanteestaan. Asiakkaan motivaation tasoon voidaan vaikuttaa tavoitteenasettelulla ja tunnistamalla asiakkaan muutosvaihe (Vanherle ym. 2018). Apuna voi käyttää muutosvaihemallia, jossa muutos nähdään prosessina, jonka vaiheita ovat esiharkinta, harkinta, valmistelu ja ylläpito (Vanherle ym. 2018, Prochaska ja Velicer 1997). Muutos ei siis tapahdu hetkessä, vaan asiakkaalle annetaan tukea prosessissa etenemiseen. Käytännössä asiakas voi kulkea myös vaiheiden välillä edestakaisin ja ominaista onkin, että prosessiin kuuluvat repsahdukset ja epäonnistumiset, joiden jälkeen prosessi siitä huolimatta jatkuu. Prosessia näin ollen edistää hoitosuhteen jatkuvuus ja asiakas

tavallisesti hyötyy alkuvaiheessa tiheistä tapaamisista, kun taas ylläpitovaiheessa tapaamisia voi olla harvemmin. 57 tutkimusta sisältäneen systemaattisen katsauksen mukaan muutosvaihemallin soveltaminen kroonisten tautien hoidossa, ja niiden hoitoon liittyvissä terveyskäyttäytymisen muutoksissa, oli vaikuttavaa ja johti positiivisiin tuloksiin suurimmassa osassa tutkimuksista (Hashemzadeh ym. 2019). Katsauksen tarkastelun alla olleet krooniset taudit olivat muun muassa lihavuus, sydän- ja verisuonisairaudet, krooniset selkäkivut ja osteoporoosi. Krooniset taudit aiheuttivat tavallisesti muun muassa kiputiloja sekä työajan vähenemistä tai sairauspoissaoloja. Muutosvaihemallin vaikuttavuus, kustannustehokkuus ja ajankäytön säästöt on tunnustettu myös muiden kroonisten tilojen kuten tyypin 2 diabeteksen ja joidenkin syöpämuotojen hoidossa. Kroonisten tautien ollessa merkittävä yhteiskunnallinen ja maailmanlaajuinen ongelma, katsaus antaa viitteitä siitä, että muutosvaihemallia voidaan soveltaa, Terveystalollakin yleisesti hoidettavien, kroonisten tautien kuten lihavuuden, verisuonisairauksien ja tyypin 2 diabeteksen hoidossa tuloksekkaasti. Lisäksi asiakkaan tunteet, esteet käyttäytymisen muutoksille, usko omiin kykyihin, itsensä johtamisen taidot, tietoisuus ravitsemusasioista, sitoutuvuus hoitoon ja päättäväisyys ovat tekijöitä, jotka vaikuttavat asiakkaan motivaatioon positiivisesti tai negatiivisesti, ja siten myös ravitsemushoidon onnistumiseen (Vanherle ym. 2018). Ravitsemusterapeutin yksi tärkeimmistä taidoista on näiden tekijöiden tunnistaminen, motivoinnin ja tukena olemisen taidot sekä erilaisten motivaatiota kasvattavien tekniikoiden ja työkalujen käyttö vastaanotolla (Tanaka ym. 2014, EFAD 2016, Dietitians board 2017). Motivaatiota koskevan kysymyksen avulla siis paitsi näkee, onko asiakkaan lähtömotivaatiotaso suotuisa muutoksille, seurantakäynneillä myös, kuinka hyvin ravitsemusterapeutti on onnistunut asiakkaan motivoinnissa.

Syömisen taidot hyvin hallitsevilla taas on joustavampi suhtautuminen ruokaa ja syömistä kohtaan, ja heillä on paremmat tiedot ja taidot toteuttaakseen terveyttä edistävää ja monipuolista ravitsemusta (Lohse ym. 2010, Satter 2007). Syömisen taidot hyvin hallitsevilla esiintyy myös vähemmän sydän ja verisuonisairauksien riskitekijöitä, heillä on keskimäärin alhaisempi BMI ja alhaisemmat verensokeritasot sekä paremmat kolesteroliarvot (Lohse ym. 2010). Henkilöillä, jotka hallitsevat syömisen taidot, on positiivinen asenne syömistä ja ruokaa kohtaan, heidän ruokavalionsa on monipuolinen ja he hyväksyvät laajan kirjon ruokia. Lisäksi he osaavat toteuttaa intuitiivisen syömisen periaatteita, syödä nälän ja kylläisyyden tunteiden mukaan ja heillä on tiedot ja taidot toteuttaa säännöllistä ateriarytmiä sekä tehdä ruokaa. Tunnistamalla syömisen taidon osa-alueet ja mahdolliset puutteet niissä, ravitsemusterapeuttien on mahdollista asettaa vastaanotolla toimivia tavoitteita sekä opettaa ja tukea asiakkaita syömisen taidon paremman hallinnan kannalta oikeiden asioiden opettelussa (Satter 2007). Asiakkaan syömisen

taidon hallinnan lisääntyminen seurantakäynneillä kielii vaikuttavasta ravitsemushoidosta positiivisten ravitsemukseen liittyvien tietojen ja taitojen lisääntyessä.

6.3.3 Teoria ruokavalion laadullisia tekijöitä kartoittaville kysymyksille

Ruokavalion laadullisia tekijöitä kartoittaviksi tekijöiksi ruokavaliossa teorian pohjalta nousivat säännöllinen syöminen, kasvisten, hedelmien ja marjojen määrä ruokavaliossa, täysjyväviljatuotteiden määrä ruokavaliossa sekä pehmeän rasvan lähteiden määrä ruokavaliossa. Näiden kysymysten kohdalla ravitsemusterapeutti tekee arvion vastaanotolla tehdyn ravintoanamneesin ja haastattelun pohjalta. Ruokavalion laadullisia tekijöitä koskevien kysymysten vastausvaihtoehtoihin on lisäksi merkitty myös tavoitteellinen taso, jolloin ravitsemusterapeutti voi käyttää arviointikyselyä myös tavoitteenasettelun tukena vastaanotolla.

Säännöllinen ateriarytmi pitää verensokerin tasaisempana, ylläpitää parempaa hammasterveyttä sekä auttaa painonhallinnassa ja hyvän vireystilan ylläpidossa (TTL 2019b, VRN 2014). Säännöllisen ja terveellisen syömisen avulla energiaa riittää sekä aivoille että lihaksille työn tekemiseen ja työstä palautumiseen (TTL 2019b). Ravitsemussuositusten mukaan sopiva aterioinnin väli on 3-5 tuntia, jolloin tavoiteltava aterioiden määrä päivässä on tavallisesti noin 4-5 ateriaa (VRN 2014). Jos vastaanotolla on johonkin erityisryhmään kuuluva henkilö, kuten vuorotyöläinen, lapsi, nuori tai urheilija, on tämä hyvä kirjoittaa lisätietoihin. Heillä tavoiteltava aterioiden määrä voi perustellusti olla kuusi ateriaa tai enemmänkin päivässä. Muutoin näin tiheä aterioinnin määrä taas voi viitata naposteluun tai ylensyöntiin, ja voi siten olla haitaksi hammasterveydelle (Hammaslääkäriliitto 2019) tai altistaa elintapasairauksille, kuten tyypin 2 diabetekselle ja lihavuudelle (Mekary 2013, Mekary 2012). Myös liian epäsäännöllinen syöminen on riskitekijä elintapasairauksille, ja verrattuna 1-2 ateriaa nauttiviin tutkittaviin, kolme ateriaa syöneillä on jo selvästi alhaisempi riski sairastua esimerkiksi tyypin 2 diabetekseen ja heidän BMI:t ovat alhaisempia. Erityisesti aamupalan nauttimisesta näyttäisi olevan hyötyä painonhallinnassa ja elintapasairauksien ehkäisyssä.

On olemassa vahvaa näyttöä siitä, että kasvikunnan tuotteisiin, eli kasviksiin, marjoihin, hedelmiin, palkokasveihin ja täysjyväviljaan, painottuva sekä pääasiassa kasvi- ja kalaperäistä tyydyttymätöntä, eli pehmeää rasvaa, sisältävä ruokavalio vähentää riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin, tyypin 2 diabetekseen, kohonneeseen verenpaineeseen ja tiettyihin syöpätyyppeihin (Sydänliitto 2016, VRN 2014). Painonhallinnan kannalta tämän tyyppisen ruokavalion energiatiheys on pieni, mikä ehkäisee lihomista ja auttaa painonhallinnassa. Näin ollen nämä

kolme tekijää valittiin säännöllisen syömisen lisäksi arviointikyselyyn kartoittamaan ruokavalion laadullisia tekijöitä.

Viimeisimmän FinRavinto 2017 –tutkimuksen (2018) mukaan kasviksia, hedelmiä ja marjoja söi 500 gramman päivittäisen suosituksen mukaan vain 14 prosenttia suomalaisista miehistä ja 22 prosenttia suomalaisista naisista. Useissa väestötutkimuksissa runsaasti kasviksia sisältävän ruokavalion on todettu pienentävän riskiä sairastua sekä sydän- ja verisuonitauteihin että syöpiin (Aro ym. 2012). Ravitsemustietouden lisäämisen avulla on mahdollista lisätä kasvisten määrää ruokavaliossa, mikä taas on tärkeää monien kroonisten sairauksien ehkäisyssä (Wagner 2016). Aune ym. (2017) toteuttaman meta-analyysin, johon otettiin yhteensä 95 vuosien1985-2016 välillä tehtyä etenevää kohorttitutkimusta, mukaan sekä vähentyneiden sydän- ja verisuonitautien että kuolemien näkökulmasta terveyttä edistävämpi määrä kasviksia ruokavaliossa olisi jopa 800 grammaa päivässä, ja syöpäsairauksien näkökulmasta 600 grammaa päivässä. Näin ollen kasvisten osalta vastausvaihtoehtoihin on eritelty kaksi tavoitetta; ensimmäinen tavoite on yltää suositusten mukaiseen 500 grammaan päivässä, josta edelleen tavoitteena on kasvisten, hedelmien ja marjojen lisääminen ruokavaliossa 800 grammaan päivässä, jolloin saavutetaan parhaimmat terveydelliset hyödyt.

Täysjyväviljavalmisteet ovat tärkeä suojaravintoaineiden ja kuidun lähde (VRN 2014). Runsas kuidun saanti taas on osa terveyttä edistävää ruokavaliota (Sydänliitto 2016). Runsas täysjyväviljojen käyttö ja kuidun saanti pienentää lihomisen, ylipainon ja lihavuuden sekä paksusuolen syövän riskiä (WCRFI 2018). World Cancer Research Fund International (WCRFI) suosituksen (2018) mukaan täysjyväviljatuotteita ja muita kuitupitoisia tuotteita tulisi nauttia määrältään niin paljon, että kuitua saadaan ruokavaliosta vähintään 30 grammaa päivässä. Runsaskuituinen ruokavalio pienentää riskiä sairastua muun muassa tyypin 2 diabetekseen, verenpainetautiin, sydän- ja verisuonisairauksiin sekä paksusuolen syöpään (Aro 2015, Aro ym. 2017). Jos täysjyväviljojen saanti ruokavaliosta arvioituna energiantarpeen mukaan, on noin kuusi annosta naisilla ja yhdeksän annosta miehillä, ja kasviksia on ruokavaliossa suositusten mukaisesti vähintään 500 grammaa päivässä, täyttyvät suomalaisten ravitsemussuositusten mukaiset kuidunsaantisuositukset (naisilla vähintään 25 grammaa ja miehillä 35 grammaa päivittäin) (VRN 2014). Lisäksi runsaskuituinen, usein pureskelua vaativa ja syljeneritystä vilkastuttava ruokavalio suojaa myös hampaita reikiintymiseltä (Aro ym. 2017). Suomalaisten ravitsemussuositusten mukaan vähintään puolet ruokavalion viljavalmisteista tulee olla kuitupitoisia vaihtoehtoja (VRN 2014). Näin ollen arviointikyselyn viljatuotteita koskevassa kysymyksessä selvitetään ruokavalion vilja-annosten määrää ja laatua.

Arviointikyselyn viimeisessä ruokavalion laadullisia tekijöitä selvittävä kysymys keskittyy selvittämään pehmeän rasvan riittävää saantia. Tutkimuksissa on huomattu, että tyydyttyneen rasvan korvaaminen pehmeillä, erityisesti monityydyttymättömillä rasvahapoilla, pienentää sepelvaltimotaudin riskiä (Sydänliitto 2016, Mozaffarian ym. 2010). Välttämättömien rasvahappojen riittävän saannin ruokavaliosta voi turvata syömällä pehmeää rasvaa suosituksen mukaisen määrän, eli energiantarpeen mukaan 5-7 annosta päivässä (Sydänliitto 2016). Näin ollen pehmeän rasvan suosituksen mukaista saantia koskevalla vastausvaihtoehdolla varmistetaan mitä todennäköisimmin myös välttämättömien rasvahappojen riittävä saanti ruokavaliosta. Tällöin pehmeä rasva mitä todennäköisimmin myös korvaa ruokavaliossa kovaa rasvaa tai sitä on suhteessa kovaan rasvaan terveyden kannalta edullinen määrä, eli vähintään kaksi kolmasosaa ruokavalion sisältämistä rasvoista. Todellinen arvio tästä tapahtuu ravitsemusterapeutin toimesta vastaanotolla ja poikkeukselliset tilanteet on hyvä kirjata lisätietoihin. Rasva sisältää kuitenkin paljon energiaa, joten rasvan määrän ruokavaliossa tulisi olla kohtuullinen (Sydänliitto 2016). Tällöin se ei syrjäytä muita energiaravintoaineita ruokavaliossa, eikä vaikeuta painonhallintaa. Tästä syystä vastausvaihtoehdoissa kartoitetaan myös suosituksen ylittävää määrää. Poikkeuksena ovat esimerkiksi vajaaravitsemusriskissä olevat henkilöt sekä urheilijat, joilla suositeltava määrä voi perustellusti hyvin olla yli seitsemän annosta, jolloin tämä tieto tulisi taas kirjoittaa lisätietoihin.

6.3.4 Teoria työn tekemistä ja yleistä jaksamista ja vireyttä kartoittaville kysymyksille

Työn tekemistä sekä yleistä jaksamista ja vireyttä kartoittavat kysymykset kysytään arviointikyselyssä vain seurantakäynneillä. Asiakas arvioi ravitsemushoidon vaikutuksen työn tekemiseen sekä yleiseen jaksamiseen ja vireyteensä itse. Terveyden edistäminen terveellisiä elintapoja lisäämällä vaikuttaa työstä palautumiseen ja työkykyyn (TTL 2019a). Käytännön keinoja ovat ravitsemuksen, palautumisen ja levon sekä fyysisen aktiivisuuden parantaminen. Työkykyyn vaikuttavan ravitsemuksen osalta keskiössä on säännöllinen ja terveellinen syöminen sekä sen mahdollistaminen työpaikoilla (TTL 2019b). Hyvä ravitsemus parantaa päivittäistä työvireyttä ja vaikuttaa siten päivittäisiin työsuorituksiin ja työssä jaksamiseen (Linjama ym. 2007). Ravitsemuksesta huolehtiminen on parhaimmillaan myös ennaltaehkäisevää terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä (TTL 2019a). Verrattuna tilanteeseen, jossa hoidetaan sairauksia, ennaltaehkäisevällä työkyvyn edistämisellä voidaan saavuttaa merkittäviä taloudellisia hyötyjä. Työterveyslaitoksen (TTL) ”Näyttöön perustuvaa terveyden edistämistä työpaikoilla (2016-2019)” -hankkeen ravitsemusta käsittelevään katsaukseen sisällytettiin 13 tutkimusta. Tutkimukset tar-

kastelivat vaikuttavia keinoja, joilla työpaikat onnistuivat edistämään terveyttä tukevaa ravitsemusta ja aikaansaatuja muutoksia ruoankäytössä (esim. kasvisten ja hedelmien tai rasvan saanti) ja/tai sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöissä (mm. paino, vyötärönympärys) (TTL 2019a). Tutkimuksia, joissa ravitsemuksen vaikutuksia suoraan työkykyyn olisi mitattu, ei löydetty. Tutkimusnäyttö työtehon ja ravitsemuksen välisistä yhteyksistä on yhtä niukkaa. Näin ollen tässä pro gradu -tutkielmassa kehitetty tutkimustietoon pohjautuva arviointikysely on arvokas työkalu ravitsemuksen edistämisen ja työn tekemisen välisen mahdollisen positiivisen yhteyden osoittamiseen.

Arviointikyselyyn termiksi, joka mittaa paitsi työkykyä, mutta samalla myös työtehoa, valittiin työn tekeminen. Termiin päädyttiin arviointikyselyn kannalta oleellisen ja moniulotteisen presenteismin käsitteen kautta. Presenteismi tarkoittaa tehotonta työntekoa (Johns 2010). Toisin sanoen ollaan töissä, mutta ei tehdä töitä tai ei saada kokonaisuudessaan juuri mitään aikaan. Monien yleisten terveysongelmien, kuten IBS:n, allergioiden, niveltulehdusten, mutta myös fyysisen aktiivisuuden ja painonhallinnan, huono hallinta ovat yhteydessä työn tuottavuuden laskuun, eli presenteismiin (Schultz ja Edington 2007). Presenteismin taas on huomattu aiheuttavan suurempaa työn tuottavuuden menetystä kuin sairauspoissaolot (Schultz ym. 2009; Johns 2010). Presenteismin arvioidaan aiheuttavan siten myös vähintään yhtä suuret, tai jopa moninkertaisesti suuremmat, kustannukset työnantajille kuin perinteisenä työkyvyn mittarina käytetyt sairaspoissaolot (Schultz ja Edington 2007; STM 2014). Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) (2014) Tehottoman työpanoksen kustannus -raportin mukaan presenteismin kustannukset ovat yhtä palkansaajaa kohden 1590 euroa ja yhteiskunnallisella tasolla noin 3,4 miljardia euroa vuodessa. Kustannusarviossa esitetyt luvut ovat kuitenkin alakanttiin, koska STM:n laskelmissa presenteismillä on tarkoitettu ainoastaan sairaana työskentelyä. TTL:n (2013) mukaan taas presenteismi, on sairaudesta tai muutoin puutteellisesta alisuoriutumisesta johtuva tuottavuuden alentuma. Presenteismin arvioidaan aiheuttavan merkittävän työpanosmenetyksen vuosittain, ja vaikka suuruudesta ei ole tarkkaa tietoa, TTL (2013) arvioi presenteismin kustannusten olevan neljä prosenttia Suomen vuotuisesta kokonaistuotannosta, eli noin seitsemän miljardia euroa. Edellä mainittujen taloudellisten menetysten ajatellaan edelleen olevan varovaisia arvioita, sillä käytännössä presenteismi voi tarkoittaa edellä mainittujen terveysongelmien lisäksi myös väsymyksen eri asteita, moninaisia vatsaongelmia, selkäkipuja tai päänsärkyä, mutta pahimmillaan ja vakavimmallaan myös työntekoa vielä hyvin vakavasti sairaana (Schultz jaF Edington 2007). Presenteismi ei kuitenkaan ole työntekijöiden töiden laiminlyöntiä tai laiskuutta, sillä presenteismi voi vaikuttaa myös tunnollisiin, aikaansaaviin ja tehokkaisiin työntekijöihin

(Schultz ja Edington 2007, Johns 2010). Tällöin tehokasta työaikaa voidaan menettää myös ideoinnin ja luovan ajattelun heikentymisen sekä lisääntyneiden virheiden määrän kautta.

Kun työntekijän hyvinvointi kohenee, presenteismin on huomattu vähenevän (Virgin Pulse 2016). Työhyvinvointi vaikuttaa organisaation maineeseen, kilpailukykyyn ja taloudelliseen tulokseen (TTL 2019c). Työhyvinvoinnilla on tutkimusten mukaan myönteinen yhteys moniin yritysten tulosmittareihin, kuten työntekijöiden vähäisempään vaihtuvuuteen, sairauspoissaoloihin ja tapaturmiin, mutta myös tuottavuuteen, voittoon ja asiakastyytyväisyyteen. Työhyvinvointiin panostetut investoinnit voivatkin maksaa itsensä moninkertaisina takaisin edellä mainittujen tekijöiden kautta. Työhyvinvoinnilla on osoitettu olevan taloudellista merkitystä niin yksittäisen liiketoiminnan kuin kansantalouden kannalta (TTL 2013). Strömberg ym. (2017) ovat arvioineet terveyteen ja työympäristöön liittyvien ongelmien aiheuttamien työnteon tuottavuuden alenemisen kustannuksia ja johtaneet niistä kertoimia, joilla voi suuntaa antavasti laskea työntekijän tuottavuuden alenemisen todellisia kustannuksia. Arvioidut kustannuspalkkakertoimet ovat keskimäärin 1,70 akuutille presenteismille ja 1,54 krooniselle presenteismille, kun taas sairaspoissaoloille kerroin on 1,97. Vaikka kertoimien perusteella kustannuksia työnantajalle eniten aiheuttavat poissaolot, presenteismiin liittyvät kokonaiskustannukset voivat olla korkeampia, sillä presenteismiä aiheuttavat ongelmat ovat yleisempiä. Kun kaikki krooniset sairaudet otetaan huomioon, työn tuottavuuden alenemaan ja presenteismiin liittyvät kustannukset ylittävät moninkertaisesti poissaolojen ja sairaudenhoidon kustannukset (Collins ym. 2005). Vastaavasti on todettu, että hyvinvoivalla työpaikalla organisaatio on suorituskykyinen ja tuottava sekä tunteja käytetään enemmän tehokkaaseen työn tekemiseen (TTK 2019). Kun tällaiseen tulokseen päästään pitkäjänteisellä työllä ja työn tekemisen eri osa-alueiden kehittämisellä moniammatillisen verkoston avulla, työhyvinvointiin sijoitettu euro voi tutkitusti tuottaa kuusi euroa. Myös Schultz ym. (2009) korostavat, että työnantajat voivat vähentää presenteismiä panostamalla työntekijöiden yksilölliseen sekä kohdennettuun elintapaohjaukseen, terveysongelmien ehkäisyyn ja hallintaan, eli siihen, mitä juuri ravitsemusohjaus pitkälti on. Tästä syystä arviointikyselyllä halutaan mitata Terveystalon teettämän ravitsemusohjauksen vaikutuksia työn tekemiseen. Kun työn tekemisen muutoksia mitataan tuntitasolla, saadaan helposti rahaksi muutettavia tuloksia.

Arviointikyselyn avulla on mahdollista selvittää, arvioida, asettaa tavoitteiksi ja seurata kehitystä ravitsemuksen kannalta työkykyyn ja -tehoon vaikuttavien tekijöiden (säännöllinen syöminen sekä kasvikunnan tuotteiden, täysjyväviljatuotteiden ja pehmeän rasvan riittävä saanti)

osalta. Lisäksi ravitsemusterapeutilla on tiedot ja taidot toteuttaa ohjausta, jonka avulla on mahdollista löytää yhdessä asiakkaan kanssa ratkaisuja säännöllisen ja terveellisen ravitsemuksen toteuttamiseksi kotona ja työpaikoilla huolimatta asiakkaan työnkuvasta tai työoloista. Siten ravitsemushoidon vaikutuksista asiakkaan työn tekemiseen kartoittavalla kysymyksellä on tärkeä rooli vaikuttavuustiedon keräämisen kannalta arviointikyselyssä.

Kuten aikaisemmin mainittiin, terveyden edistäminen terveellisiä elintapoja lisäämällä vaikuttaa työstä palautumiseen (TTL 2019a). Käytännön keinoja ovat ravitsemuksen, palautumisen ja levon sekä fyysisen aktiivisuuden parantaminen. Säännöllinen syöminen on yksi tekijöistä, jotka ylläpitävät myös hyvää vireystilaa. Kun syöminen säännöllistyy ja ruokavalion ravitsemuksellinen laatu muuttuu terveyttä tukevaksi, asiakas paitsi jaksaa työssään, mutta voi myös vapaa-ajallaan paremmin. Kun vapaa-ajalle lisääntyy voimia tehdä jotain mielekästä ja liikkua, voi se vaikuttaa positiivisesti hyvinvointiin, työstä palautumiseen ja jaksamiseen myös töissä ollessa. Viimeisellä kysymyksellä pyritään selvittämään ravitsemushoidon vaikutuksia asiakkaan yleiseen jaksamiseen ja vireyteen vapaa-ajalla.

6.4 Arviointikyselylomakkeen pilotointi ja aineiston keruu käyttäjätyytyväisyyskyselyllä

Ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointikyselylomake pilotoitiin 7.-31.10.2019 25 päivän pituisella ajanjaksolla Terveystalossa työskentelevien ravitsemusterapeuttien toimesta. Ravitsemusterapeutit ottivat kyselylomakkeen käyttöön osana tavanomaista vastaanottotyötänsä ja tavoitteena oli, että vähintään 10 ravitsemusterapeuttia ottaisi osaa pilotointiin testaten arviointikyselyä vähintään 10 kertaa ennen käyttäjätyytyväisyyskyselyn täyttöä. Asiakkaiden kohdalla ei ollut poissulkukriteerejä. Tämä tarkoitti, että kyselyn pystyi täyttämään huolimatta asiakasryhmästä, eli hoidettavasti ravitsemusongelmasta, sekä siitä, oliko kyseessä ensi- vai seurantakäynti. Tavoitteena oli, että arviointikyselyä siten pilotoitaisiin yhteensä vähintään 100 kertaa ennen käyttäjätyytyväisyyskyselystä saatavia tuloksia. Tämä tarkoitti, että käyttäjätyytyväisyyskyselyn otoskooksi olisi tullut vähintään 10 täytettyä kyselyä, mikäli pilotoinnin tavoitteeseen olisi päästy.

6.5 Käyttäjätyytyväisyyskyselyn tulosten analysointi

Ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointikyselyä pilotoinneille ravitsemusterapeuteille kehitettiin käyttäjätyytyväisyyskysely (LIITE 2), ja se jaettiin kaikille kyselyn pilotointimahdollisuudesta tiedon saaneille ravitsemusterapeuteille. Käyttäjätyytyväisyyskyselyn avulla kerätyt

vastaukset toimivat pro gradu -tutkielman aineistona, ja siten pro gradu -työn tulokset-osiossa analysoidaan laadullisesti käyttäjätyytyväisyyskyselystä saatuja vastauksia. Linjassa pro gradu -tutkielman toisen tavoitteen kanssa, saatujen tietojen ja tulosten pohjalta arvioidaan kehitetyn kyselylomakkeen käytettävyyttä ravitsemusterapeuttien näkökulmasta.

Pilotointiin osallistuville ravitsemusterapeuteille suunnatussa käyttäjätyytyväisyyskyselyssä oli kolme monivalintakysymystä ja seitsemän kyllä/ei -kysymystä sekä neljä avointa kysymystä. Käyttäjätyytyväisyyskysely täytettiin anonyymisti ja esitietoina kerättiin ainoastaan tieto siitä, kuinka monta kertaa kyselyn täyttänyt ravitsemusterapeutti täytti arviointikyselyä pilotoinnin aikana. Käyttäjätyytyväisyyskyselyn monivalintakysymysten avulla selvitettiin arviointikyselylomakkeen käyttöön kuluvaa aikaa, sen sopivaa pituutta sekä mahdollisia esteitä arviointikyselyn käytölle. Kyllä/ei -kysymysten avulla selvitettiin muun muassa ravitsemusterapeuttien halua käyttää arviointikyselyä myös tulevaisuudessa sekä arviointikyselyn selkeyttä, toimivuutta ja helppoutta käyttää. Lisäksi kyllä/ei -kysymyskategoriassa selvitettiin, onko ravitsemusterapeuttien mielestä arviointikyselyyn tarpeen lisätä vielä kysymyksiä tai vastaavasti ovatko jotkin mukana olevista kysymyksistä turhia. Kyllä/ei -kysymysten avoimissa osioissa oli mahdollisuus myös antaa muutosehdotuksia. Käyttäjätyytyväisyyskyselyn neljässä avoimessa kysymyksessä oli mahdollista antaa palautetta arviointikyselystä sen aihealueittain. Aihealueet olivat muutokset käyttäytymisessä, ruokavalion laadulliset tekijät ja muutosten vaikutukset työn tekemiseen sekä yleiseen jaksamiseen ja vireyteen. Lisäksi lopuksi oli mahdollista antaa muita kommentteja, kehitysehdotuksia sekä terveisiä kyselyn kehittäjälle.

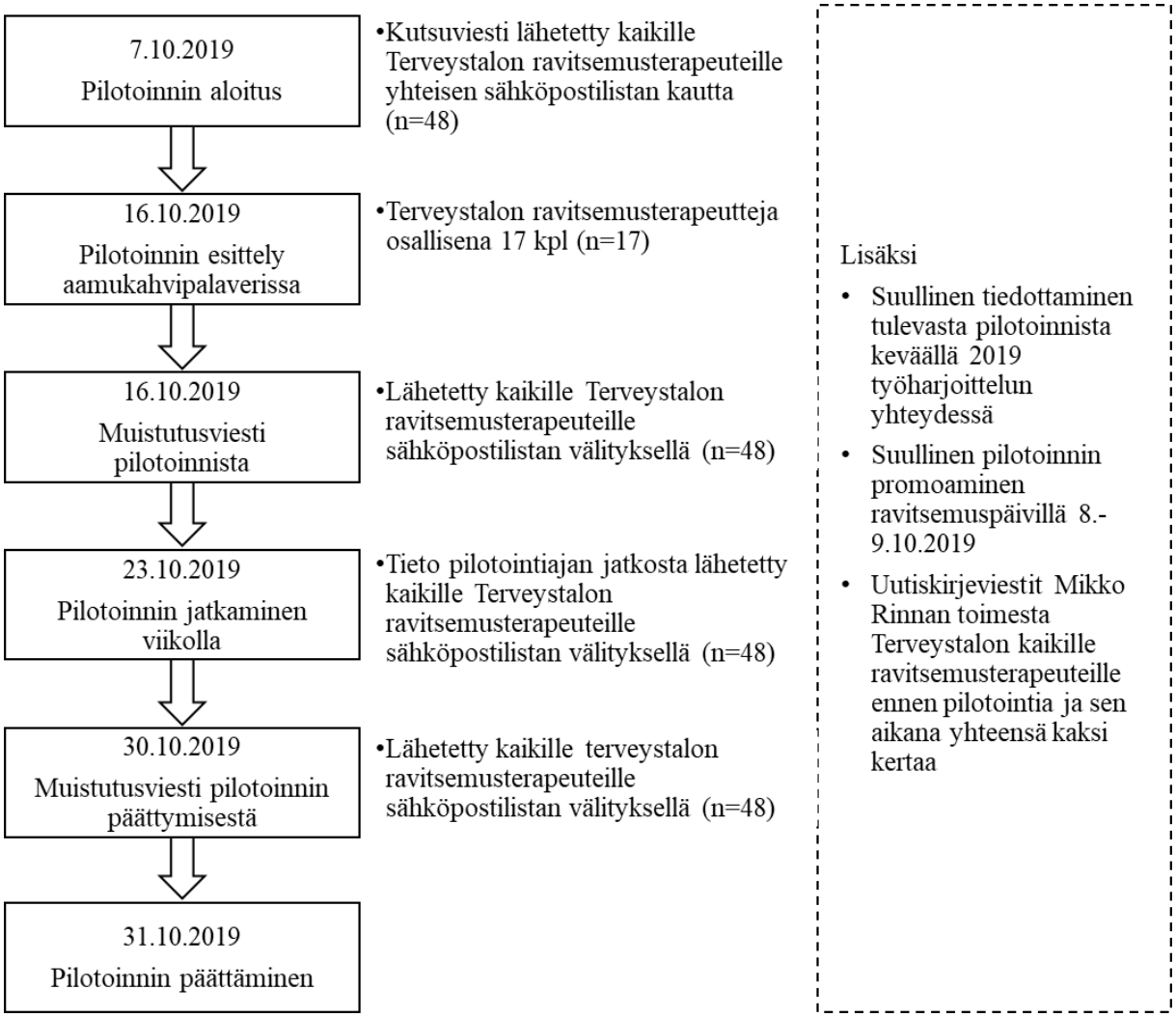
Pilotoinnin päätyttyä käyttäjätyytyväisyyskyselystä saadut vastaukset kerättiin Excel-taulukkoon ja vastaukset ryhmiteltiin koskemaan mahdollisimman hyvin kutakin kysyttyä kysymystä. Tästä syystä joidenkin kysymysten kohdalla vastattu avoin vastaus tai sen osia ryhmiteltiin uudestaan sopivamman kohdekysymyksen alle. Saadut monivalinta- ja kyllä/ei -kysymysten vastaukset johdettiin pylväsdiagrammeiksi, joiden avulla tulokset laskettiin ja esitettiin myös prosenttimuodossa. Kysymyksiä koskevien avoimien vapaa sana -osioiden vastaukset analysoitiin laadullisesti kunkin kysymyksen kohdalla erikseen.

7 TULOKSET

Pro gradu -tutkielman tulososiossa tarkastellaan kehitetyn arviointikyselyn pilotointiprosessin aikana käyttäjätyytyväisyyskyselyyn saatuja vastauksia. Käyttäjätyytyväisyyskyselyllä vastaajat antoivat palautetta arviointikyselystä sekä arvioivat sen käytettävyyttä.

7.1 Pilotointi prosessin toteutuminen

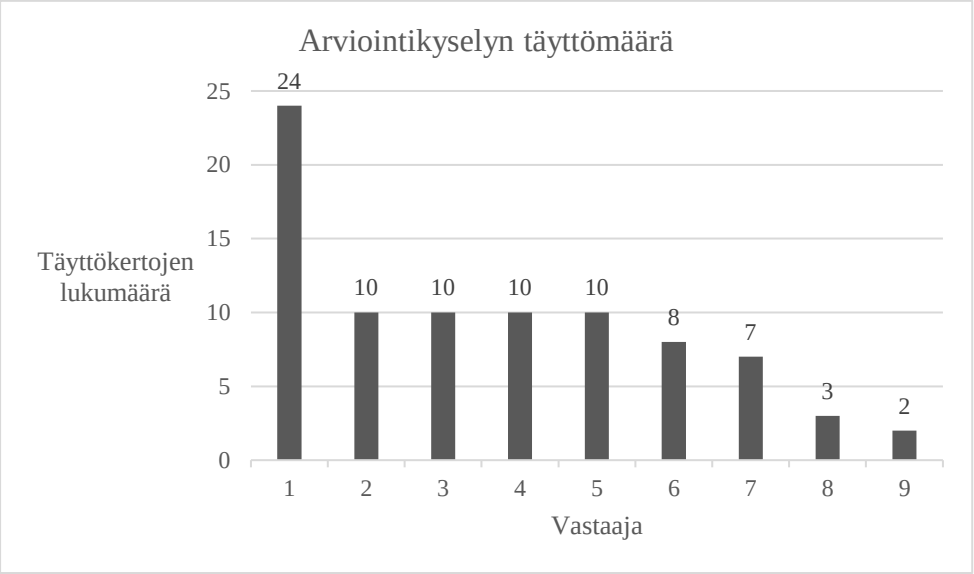
Pilotointiprosessin (Kuva 5) tuloksena käyttäjätyytyväisyyskyselyyn vastasi yhdeksän (n=9) ravitsemusterapeuttia. Tieto pilotoinnista lähti 48 ravitsemusterapeutille. Näin ollen pilotoinnin osallistumisprosentti jäi 19 prosenttiin.



Kuva 5. Pilotoinnin toteutuksen prosessikaavio.

7.2 Arviointikyselyn täyttömäärä pilotointijakson aikana

Ohjeistettuna edellytyksenä käyttäjätyytyväisyyskyselyn täytölle oli testata arviointikyselyä pilotin aikana vastaanotolla vähintään kymmenen kertaa. Yhdeksästä vastanneesta ravitsemusterapeutista neljä oli käyttänyt arviointikyselyä vähemmän kuin kymmenen kertaa ennen vastaamista käyttäjätyytyväisyyskyselyyn (Kuva 6). Yksi vastaajista oli testannut arviointikyselyä ennen käyttäjätyytyväisyyskyselyn täyttöä 24 kertaa. Kaiken kaikkiaan arviointikyselyä testattiin pilotoinnin aikana 84 kertaa.

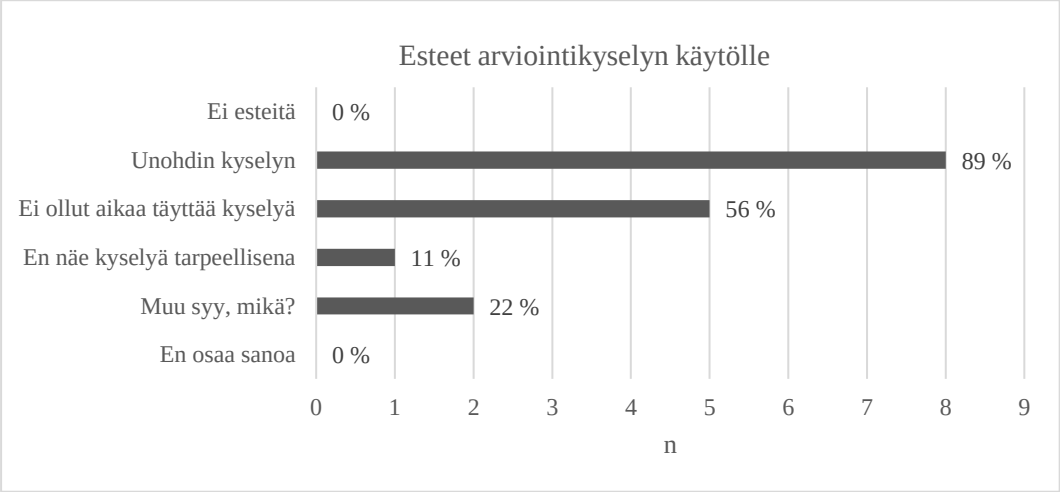


Kuva 6. Arviointikyselyn täyttömäärä ennen käyttäjätyytyväisyyskyselyyn vastaamista.

7.3 Käyttäjätyytyväisyyskyselyn monivalintakysymysten tulokset

7.3.1 Esteet arviointikyselyn käytölle

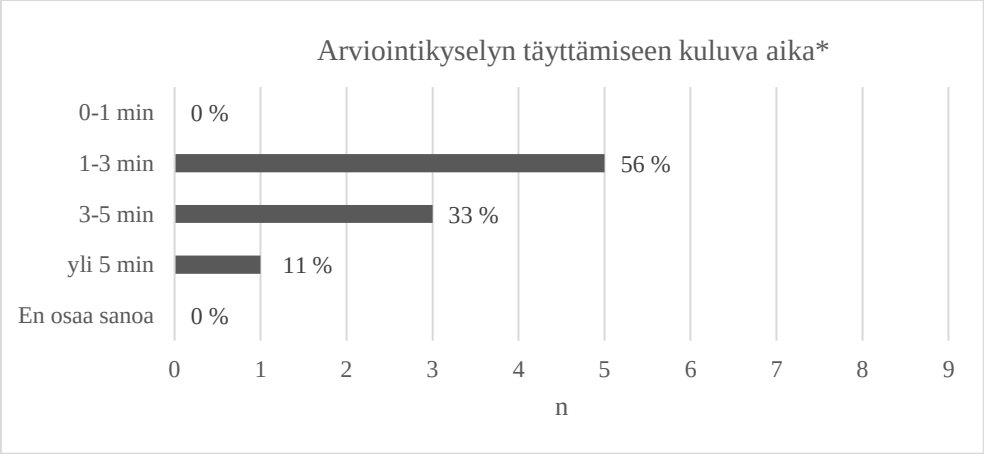
Ravitsemusterapeutit raportoivat suurimmiksi esteiksi arviointikyselyn käytölle vastaanotolla unohduksen (89 %) ja ajan puutteen (56 %) (Kuva 7). Yksi vastaajista (11 %) ei kokenut kyselyä tarpeellisena ja kaksi ravitsemusterapeuttia raportoi arviointikyselyn täyttämisen esteeksi muita syitä (22 %). Muita esteitä täyttämiselle olivat kyselyn lopettaminen kesken, sillä vastaaja koki tärkeämpänä muut vastaanotolla esille tulleet asiat. Lisäksi yksi vastaaja, joka oli täyttänyt arviointikyselyä vähemmän kuin 10 kertaa pilotin aikana, raportoi olleensa pilotin aikana lomalla, joten esteeksi muodostui vastaanottojen vähyys.



Kuva 7. Esteitä kehitetyn arviointikyselyn käytölle ravitsemusterapeutin vastaanotolla.

Kommentteja avoimeen vapaa sana -osioon antoi yhdeksästä ravitsemusterapeutista neljä. Vastauksissa korostui ajan sekä rutiinin puute täyttää kyselyä osana tavanomaista vastaanottoa. Vastanneista ravitsemusterapeuteista kaksi olivat lisäksi kokeneet arviointikyselyn tai sen osien sopimattomaksi kyseenomaiseen vastaanottotilanteeseen joidenkin asiakkaiden kohdalla. Näin ollen he kommentoivat kyseisessä tilanteessa kokevansa kyselyn ylimääräiseksi velvoitteeksi tai jättäneensä sen tietoisesti täyttämättä. Yksi ravitsemusterapeuteista raportoi kyselyn täyttämisen alkaneen sujua paremmin osana vastaanottoa muutaman täyttökerran jälkeen.

7.3.2 Arviointikyselyn täyttämiseen kuluva aika



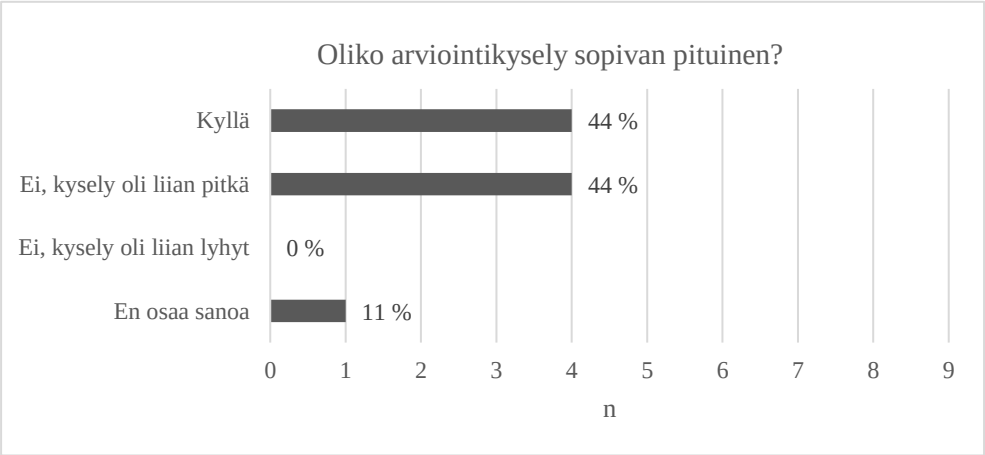
*Vastausvaihtoehdoissa edellinen vaihtoehto kysyy aina edelliseen täyteen minuuttiin asti ja seuraava lähtien siitä. Esimerkiksi, jos kyselyn täyttämiseen meni arviolta 3 min 30 s, vastaaja on valinnut vastausvaihtoehdon 3-5 minuuttia.

Kuva 8. Arviointikyselyn täyttämiseen kuluva aika.

Yhdelläkään ravitsemusterapeutilla ei kulunut arviointikyselyn täyttämiseen alle minuuttia (Kuva 8). Suurimmalla osalla (56 %) meni kyselyn täyttämiseen 1-3 minuuttia (56 %) tai 3-5 minuuttia (33 %). Yhdellä vastaajalla aikaa kyselyn täyttämiseen kului yli viisi minuuttia.

7.3.3 Arviointikyselyn pituus

Arviointikyselyn pituus jakoi mielipiteitä tasaisesti ravitsemusterapeuttien keskuudessa sopivan pituisen (44 %) sekä liian pitkän (44 %) kyselyn välillä (Kuva 9). Yksi vastaajista ei osannut sanoa oliko kysely sopivan pituinen vai ei. Avoimeen vapaa sana -osioon kommentteja antoi yhdeksästä ravitsemusterapeutista viisi. Näistä vastauksista neljä ei käsitellyt arviointikyselyn pituutta, joten ne siirrettiin sopivampiin vastauskategorioihin. Kyselyn pituutta koskevan kommentin mukaan kyselyn sopiva pituus riippui ajasta ja siitä, oliko kyseessä ensi- vai seurantakäynti.



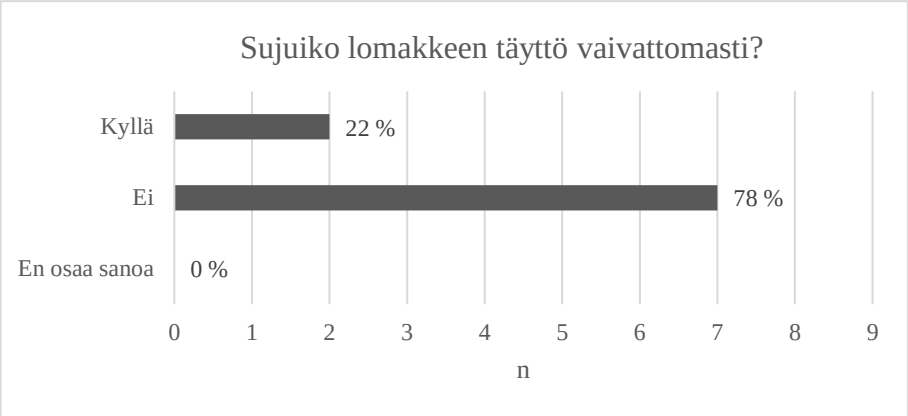
Kuva 9. Arviointikyselyn pituuden sopivuus.

7.4 Käyttäjätyytyväisyyskyselyn KYLLÄ/EI -kysymysten tulokset

7.4.1 Arviointikyselyn täytön vaivattomuus

Kaksi (22 %) yhdeksästä vastanneesta ravitsemusterapeutista piti arviointikyselyn täyttöä vaivattomana (Kuva 10). Suurin osa (78 %) oli kuitenkin sitä mieltä, ettei lomakkeen täyttö sujunut vaivattomasti. Kommentteja antoi yhdeksästä ravitsemusterapeutista kuusi. Näistä vastauksista kolme ei suoranaisesti käsitellyt kyselyn vaivattomuutta, joten ne siirrettiin sopivampiin vastauskategorioihin. Jäljelle jääneissä kommenteissa syiksi korostui joidenkin kysymysten koke-

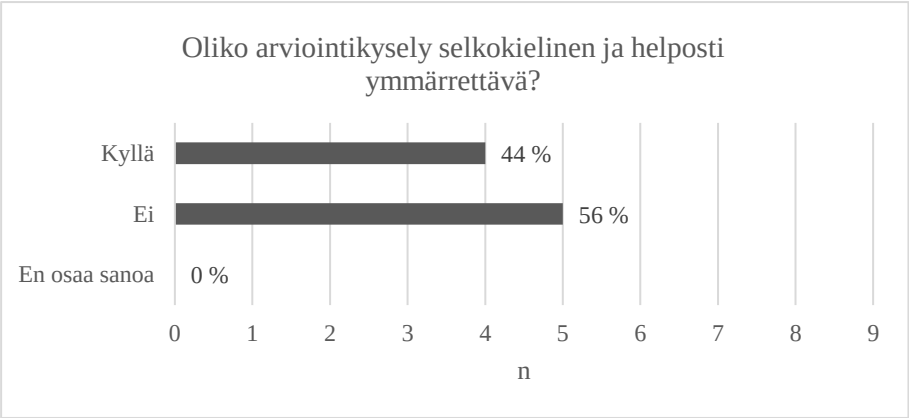
minen monimutkaisiksi tai haastaviksi esittää asiakkaalle sekä tarkkojen ruokamäärien arvioinnin hankaluus joidenkin asiakkaiden kohdalla. Lisäksi yksi ei-vastausvaihtoehdon valinneesta ravitsemusterapeutista kommentoi, että kyselyn täyttö oli osaltaan vaivatonta, mutta sitä vähensi se, että seurantakäynnillä esitettäviä kysymyksiä tuli itsekin lukea ”oma aikansa” ennen selittämistä asiakkaalle.



Kuva 10. Arviointikyselyn täytön vaivattomuus.

7.4.2 Arviointikyselyn kysymysten selkokielisyys ja ymmärrettävyys

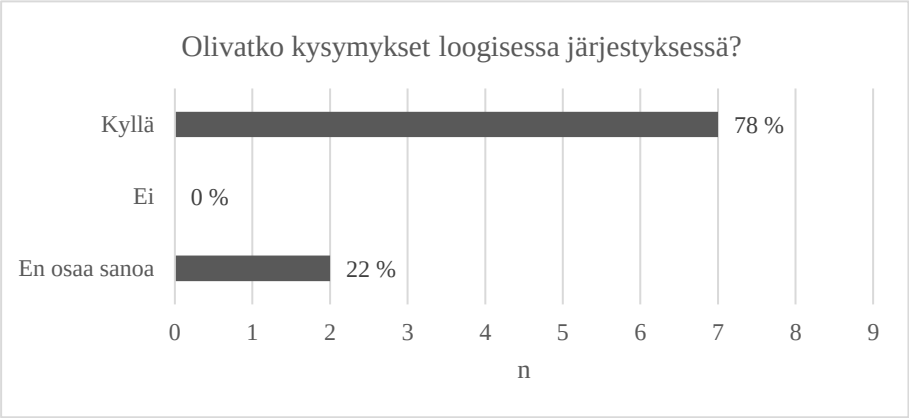
Neljä (44 %) yhdeksästä ravitsemusterapeutista piti arviointikyselyn kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja selkokielisinä ja helposti ymmärrettävinä (Kuva 11). Hieman suurempi osa (56 %) oli kuitenkin sitä mieltä, etteivät kyselyn kysymykset tai vastausvaihtoehdot olleet selkokielisiä tai helposti ymmärrettäviä. Parannusehdotuksia antoi viidestä ei-vastausvaihtoehdon valinneesta ravitsemusterapeutista neljä. Näistä vastauksista kolmessa vastauksien kaikki osat eivät suoranaisesti käsitelleet kyselyn selkokielisyyttä ja ymmärrettävyyttä, joten ne siirrettiin sopivampiin vastauskategorioihin. Erityisesti toivottiin joidenkin kysymysten kohdalla vastausvaihtoehtojen tulkinnanvaraisuuden vähentämistä. Lisäksi toivottiin kysymysten selkeyttämistä ja yksinkertaistamista. Itsearvioinnin pohjalta vastattaviin kysymyksiin viitaten, yksi ravitsemusterapeutti kuvaili välillä jäävän epävarma tunne siitä, onko asiakas ymmärtänyt kysymyksen sekä kysymyksessä käytetyt termit varmasti oikein.



Kuva 11. Arviointikyselyn kysymysten selkokielisyys ja ymmärrettävyys.

7.4.3 Arviointikyselyn kysymysten looginen järjestys

Suurin osa (78 %) ravitsemusterapeutista oli sitä mieltä, että arviointikyselyn kysymykset olivat loogisessa järjestyksessä (Kuva 12). Kukaan ei ollut suoraan sitä mieltä, etteivätkö kysymykset olisi loogisessa järjestyksessä. Ravitsemusterapeuteista kaksi (22 %) eivät osanneet kertoa mielipidettään.



Kuva 12. Arviointikyselyn kysymysten looginen järjestys.

7.4.4 Kaiken oleellisen kysyminen arviointikyselyssä

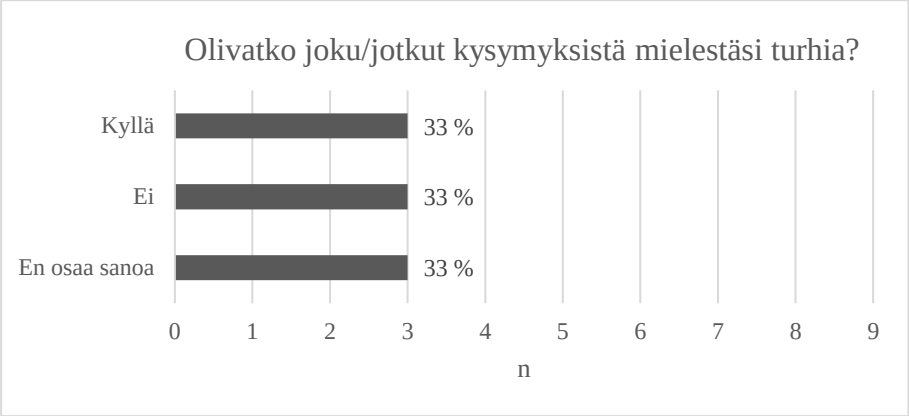
Kolme (33 %) yhdeksästä vastanneesta ravitsemusterapeutista oli sitä mieltä, että kyselyssä kysyttiin kaikki oleellinen (Kuva 13). Ravitsemusterapeuteista neljä (78 %) oli sitä mieltä, että joitain kysymyksiä jäi vielä kysymättä ja kaksi (22 %) ei osannut sanoa jäikö jotain vielä kysymättä. Kommentteja tai ehdotuksia lisäkysymyksiksi antoi kuudesta ei- tai en osaa sanoa-vastausvaihtoehdon valinneista ravitsemusterapeutista viisi. Näistä vastauksista yksi ei liittynyt

kysyttyyn kysymykseen, joten se siirrettiin sopivampaan vastauskategoriaan. Yksi vastaajista ehdotti lisäkysymyksiksi maitotuotteiden tai herkkujen määrää ruokavaliossa kartoittavat kysymykset. Yksi vastaaja toivoi proteiinin ja kalsiumin saantia kartoittavia lisäkysymyksiä. Yksi vastaajista taas halusi tarkkoja määriä kartoittavien kysymysten tilalle ruokavalion kokonaissuuntaa kartoittavia kysymyksiä, ja yksi toivoi kysymystä siitä, onko ravitsemusohjaus parantanut elämänlaatua.

Kuva 13. Arvio kaiken oleellisen kysymisestä arviointikyselyssä.

7.4.5 Arviointikyselyn kysymysten tarpeellisuus

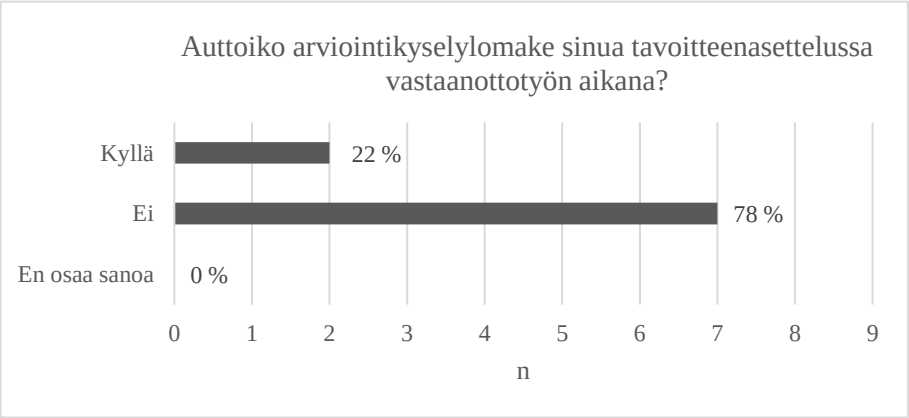
Vastanneiden ravitsemusterapeuttien mielipiteet jakaantuivat tasaisesti heidän arvioidessaan, oliko jokin arviointikyselyn kysymyksistä turha (Kuva 14). Ravitsemusterapeuteista kolme (33 %) koki yhden tai useamman arviointikyselyn kysymyksen turhaksi, kolme (33 %) ei kokenut yhtäkään kysymystä turhaksi ja kolme (33 %) ei osannut ottaa kantaa. Kommentteja antoi kolme kyllä-vastausvaihtoehdon valinnutta ravitsemusterapeuttia. Yksi ravitsemusterapeuteista koki turhana eritellä seurantakäynneillä esitettävät kaksi kysymystä ja ehdotti niiden yhdistämistä. Kahdesta muusta kommentoineesta ravitsemusterapeutista toinen ehdotti syömisen taidon hallintaa koskevan kysymyksen vaihtoa johonkin muuhun kysymykseen ja toinen taas ruokavalion laatua annosajattelun kautta kartoittavien kysymysten tilalle ennemminkin kylläisyyttä ja aterioiden koostamista käytännössä kartoittavia kysymyksiä.



Kuva 14. Arviointikyselylomakkeen kysymysten tarpeellisuus.

7.4.6 Arviointikysely tavoitteenasettelun tukena

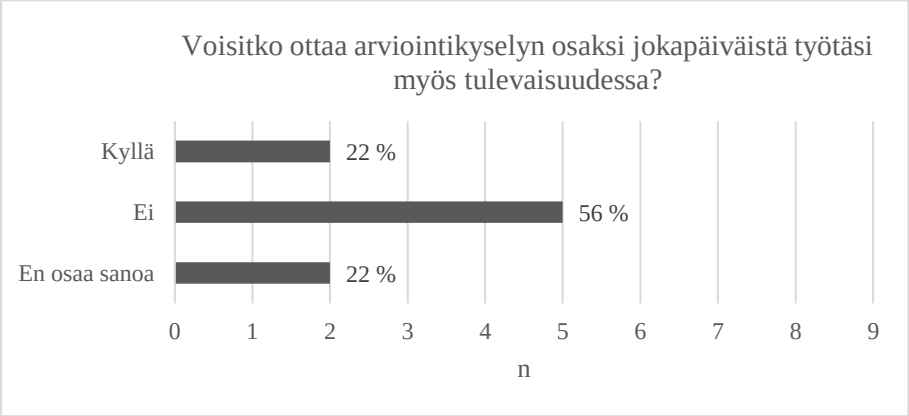
Vastanneista ravitsemusterapeuteista kahden (22 %) mielestä arviointikysely auttoi tavoitteenasettelussa vastaanottotyönaikana (Kuva 15). Suurin osa (78 %) ravitsemusterapeuteista ei kokenut kyselyn auttavan tavoitteenasettelussa vastaanottotyönaikana. Kommentteja antoi seitsemästä ei-vastausvaihtoehdon valinneista ravitsemusterapeuteista kuusi. Näistä vastauksista yksi ei liittynyt kysyttyyn kysymykseen, joten se siirrettiin sopivampaan vastauskategoriaan, ja taas yksi muualta siirretty vastaus sisällytettiin osaksi vastauksia. Kommenteissa korostui, ettei arviointikyselyn tavoitteet tuoneet välttämättä mitään uutta vastaanotolla tapahtuvaan tavoitteenasetteluun sekä se, että vastaanotolla asetetut tavoitteet ovat usein asiakkaan itsensä asettamia tavoitteita, jolloin ne voivat merkittävästikin poiketa arviointikyselyssä asetetuista tavoitetasoista. Vastaajista yksi koki hieman häiritsevänä ja mahdollisesti vastauksia ohjailevana tavoitetasojen merkitsemisen vastausvaihtoehtoihin. Yksi vastaajista kertoi vastanneensa ”Ei” siitä syystä, että täytti arviointikyselyä vastaanoton lopussa ja tavoitteet taas asetetaan vastaanoton aikana.



Kuva 15. Arviointikysely tavoitteenasettelun tukena.

7.4.7 Arviointikysely osana jokapäiväistä vastaanottotyötä

Vastanneista ravitsemusterapeuteista kaksi (22 %) olivat valmiita ottamaan arviointikyselyn osaksi päivittäistä työtään myös tulevaisuudessa (Kuva 16). Suurin osa (56 %) ei ollut valmis ottamaan arviointikyselyä osaksi jokapäiväistä työtään tulevaisuudessa ja kaksi (22 %) ei osannut sanoa. Kaikki viisi ei-vastausvaihtoehdon valinnutta ravitsemusterapeuttia perustelivat vastaustaan. Kommenteissa korostui kiire ja kyselyn kokeminen toimimattomaksi tällaisenaan. Yksi ravitsemusterapeuteista oli sitä mieltä, ettei kyselylle ole tarvetta, koska käy samoja asioita läpi vastaanotolla ilman kyselyäkin. Yksi ravitsemusterapeutti korosti kyselyn mielestään sopivan tällaisenaan enemmän ravitsemusneuvonta kuin -terapiatyöhön.



Kuva 16. Arviointikysely osana jokapäiväistä vastaanottotyötä

7.5 Käyttäjätyytyväisyyskyselyn avoimien kysymysten tulokset

7.5.1 Avoimet vastaukset muutokset käyttäytymisessä -osiolle

Kommentteja avoimeen kysymykseen, jossa arvioitiin arviointikyselyn muutokset käyttäytymisessä -osiota, antoi yhdeksästä vastaajasta viisi. Lisäksi tarkasteluun otettiin viisi muista kysymyksistä kerättyä kommenttia. Vastauksissa korostui termien ymmärtämisen vaikeus, erityisesti asiakkaan osalta, sekä kysymysten eritasoinen sopivuus eri asiakasryhmille. Osa vastanneista ravitsemusterapeuteista koki, että motivaatiotason arvioiminen oli asiakkaille haastavaa. Osa koki motivaatiotason arvioimisen hyvänä lisänä vastaanottotyölle. Syömisen taidon hallinta oli vastanneiden ravitsemusterapeuttien kokemusten mukaan terminä asiakkaille haastava; ja siten mahdollisesti liian vaikea ja monimutkainen kysymys kysyä arviointikyselyssä. Yksi ravitsemusterapeuteista kommentoi, että asiakkaan vastaus tähän kysymykseen saattoi siten olla ”hatusta heittämistä”. Ravitsemusterapeuteista kaksi toivoi selkeyttä siitä, tarkoitetaanko

motivaatiokysymyksellä vastaanotolle tullessa vai sieltä lähtiessä olevaa motivaation tasoa. Moni ravitsemusterapeuteista koki, että tämän kategorian kysymykset olivat helpompi ”sovittaa omaan suuhun”, kun arviointikyselyä oli käyttänyt muutaman kerran. Yksi vastanneista ravitsemusterapeuteista toivoi tämäntyyppisiä kysymyksiä lisää.

7.5.2 Avoimet vastaukset ruokavalion laadulliset tekijät -osiolle

Kommentteja avoimeen kysymykseen, jossa arvioitiin arviointikyselyn ruokavalion laadulliset tekijät -osiota, antoi alun perin yhdeksästä vastaajasta viisi. Lisäksi tarkasteluun otettiin kahdeksan muista kysymyksistä kerättyä kommenttia. Vastauksissa korostui erityisesti tarkkojen annosmäärien arvioinnin vaikeus sekä kysymysten ja vastausvaihtoehtojen kokeminen liian monimutkaisiksi. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, ettei ensikäynnillä välttämättä käydä kaikkia kysyttyjä ruokavalion laadullisia asioita vielä läpi. Yksi vastaajista taas piti hyvänä sitä, että arviointikyselyn avulla nämä esiin nostetut laadulliset asiat tuli varmasti vastaanotolla käytyä läpi. Yksi vastaajista myös toivoi, että mukana olisi ollut enemmän ruokavalion laadullisia tekijöitä mittaavia kysymyksiä. Yksi vastaajista kommentoi, ettei käytä annosajattelua työskentelytapanaan kuin harvojen potilasryhmien kohdalla; ja toivoikin siten erilaista, ruokavalion kokonaisvaltaisemmin huomioon ottavaa lähestymistapaa kysymyksiin. Yleisesti ottaen laadullisista kysymyksistä aterioiden ja kasvisten määrän arviointi koettiin kommenttien perusteella helpoimmaksi. Ruokavaliossa olevien viljatuotteiden ja pehmeän rasvan määrän arviointi taas koettiin haastavammaksi, virhealttiimmaksi ja enemmän aikaa vieväksi. Näiden kahden kysymyksen vastausvaihtoehtoihin toivottiin vielä useimmiten myös tarkennuksia. Keskiarvon arvioiminen koettiin vastaajien keskuudessa aika ajoin haastavaksi, jos asiakkaan päivät olivat syömisten osalta hyvin vaihtelevia. Yksi vastaaja ehdotti vilja-annosten määrää kartoittavan kysymyksen vaihtoa kuidun määrää kartoittavaan kysymykseen.

7.5.3 Avoimet vastaukset muutosten vaikutuksia työn tekemiseen ja jaksamiseen -osiolle

Kommentteja avoimeen kysymykseen, jossa arvioitiin arviointikyselyn muutosten vaikutuksia työn tekemiseen ja jaksamiseen -osiota, antoi yhdeksästä vastaajasta viisi. Lisäksi tarkasteluun otettiin yksi muista kysymyksistä kerätty kommentti. Vastauksissa korostui vastausvaihtoehtojen kokeminen hieman monimutkaisiksi; erityisesti työn tekemisen tai yleisen jaksamisen ja vireyden parantumisen arvioiminen tunteina koettiin hankalaksi. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että osion kysymysten ja vastausvaihtoehtojen lukemiseen ja selittämiseen asiakkaille kuluu

liian pitkä aika. Yksi vastaaja ehdotti vastausvaihtoehtojen tilalle liukukytkin -mallisia vastausvaihtoehtoja. Kaksi vastaajista piti osiota hyvänä ja hyödyllisenä. Yksi vastanneista ravitsemusterapeuteista piti osion kysymyksiä turhina.

7.5.4 Muita kommentteja, kehitysehdotuksia ja terveisiä arviointikyselyn kehittäjälle

Avoimeen kysymykseen, jossa sai antaa kommentteja, kehitysehdotuksia ja terveisiä arviointikyselyn kehittäjälle, vastasi yhdeksästä vastaajasta yksi (henkilökohtaiset tervehdykset jätetty pois). Lisäksi tarkasteluun otettiin kolme muista kysymyksistä kerättyä kommenttia. Vastauksissa korostui kokemus siitä, ettei arviointikysely sovi osaksi terapeuttista tyyliä noudattavaa vastaanottotyötä. Perusteluina oli, että yksityiskohtaisiin ruokavaliota koskeviin asioihin saatetaan joidenkin asiakkaiden kanssa siirtyä vasta merkittävästi myöhemmin tai muutoksia itse ruokavaliossa tapahtuu hitaasti, vaikka ajatustasolla muutosta olisikin tapahtunut. Yksi vastaaja koki myös, että kyselyiden täyttäminen saattaa häiritä luottamuksen syntymistä vastaanotolla. Yksi vastaajista toivoi monivalintakysymysten sijaan enemmän kysymysten 1-2 (motivaation ja syömisen taidon hallinnan taso) tyyppisiä liukukytkin -kysymyksiä, ja yksi vastaajista ehdotti arviointikyselyn testaamista myös muilla kuin ravitsemustieteen ammattilaisilla:

> *”Testasitko lomaketta "amatöörillä", eli sellaisella, joka ei ole ammattilainen? Sieltä saa parhaan palautteen, koska he eivät ymmärrä ns. ammattislangia/termejä. Jolloin väkisinkin kysymysten taso yksinkertaistuu.”*

8 POHDINTA

Pro gradu -tutkielmassa kehitettiin ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointikysely ja se pilotoitiin Terveystalo Oy:n ravitsemusterapeuttien toimesta. Pilotista saatujen tulosten pohjalta voidaan todeta, että pro gradu -tutkielmassa kehitetty arviointikysely nähdään tarpeellisena, mutta se ei vielä sellaisenaan sovellu osaksi Terveystalo Oy:n ravitsemusterapeuttien vastaanottotyötä. Kyselyä on aiheellista yksinkertaistaa ja jatkokehittää muutosehdotusten mukaisesti paremmin ravitsemusterapeuttien päivittäiseen työskentelyyn sopivaksi. Myös jatkokehitetyn arviointikyselyn uudelleen testaamista suositellaan ennen kuin kysely tai osia siitä todellisuudessa integroidaan osaksi Terveystalon uutta potilastietojärjestelmää.

Seuraavaksi tarkastellaan pilotoinnista saatujen tulosten ja kirjallisuuden pohjalta tarkemmin arviointikyselyn pilotoinnin onnistumista sekä kehityn arviointikyselyn vahvuuksia, heikkouksia ja hyödyntämismahdollisuuksia. Lopuksi tarkastellaan lyhyesti myös kirjallisuuskatsauksen pohjalta saatua tietoa ravitsemushoidon vaikuttavuudesta ja sen arvioinnista suhteessa jo olemassa olevaan tutkimusnäyttöön.

8.1 Arviointikyselyn pilotoinnin onnistuminen

Tavoitteena oli, että käyttäjätyytyväisyyskyselyyn vastaa vähintään kymmenen Terveystalon ravitsemusterapeuttia. Ehtona oli myös, että ennen käyttäjätyytyväisyyskyselyyn vastaamista kehitettyä arviointikyselyä testattaisiin vastaanotolla vähintään kymmenen kertaa, jolloin arviointikyselyäkin tulisi testattua pilotin aikana vähintään 100 kertaa. Tätä tavoitetta ei kuitenkaan pilotoinnin aikana saavutettu, vaan vastauksia käyttäjätyytyväisyys kyselyyn saatiin yhdeksältä ravitsemusterapeutilta ja arviointikyselyn testimäärä jäi 84 kertaan. Kuten kuvasta 6 voidaan nähdä, käyttäjätyytyväisyyskyselyyn vastanneiden kesken arviointikyselyn täyttökertojen määrä oli korkein ensimmäisenä käyttäjätyytyväisyyskyselyyn vastanneella ja täyttökertojen määrä tasaisesti vähenee, mitä myöhemmin käyttäjätyytyväisyyskyselyyn on vastattu. Tämä saattaa viitata siihen, että pilotointiin ja sen edellyttämään arviointikyselyn kymmeneen testaamiskertaan on herätty mahdollisesti vasta liian myöhäisessä vaiheessa. Toinen vaikuttava tekijä on voinut olla pilotointijakson liian lyhyt kesto. Alkuperäisen pilotointijakson pituuden, eli 18 päivää, arvioitiin yhdessä Terveystalon johtavan ravitsemusterapeutin Mikko Rinnan kanssa riittävän Terveystalolla osa-aikaisenakin töitä tekeville ravitsemusterapeuteille ottamaan vastaan vähintään 10 asiakasta ja testata myös arviointikyselyä 10 kertaa. Pilotointijaksolle kuiten-

kin osui syysloma-aika sekä valtakunnalliset ravitsemuspäivät, joten pilotointijaksoa pidennettiin viikolla, yhteensä 25 päivän mittaiseksi. Siitä huolimatta edellä mainitut tekijät ovat saattaneet vaikuttaa testauskertojen vähäiseen määrään (84 kertaa) ja käyttäjätyytyväisyyskyselyn alhaiseen vastausprosenttiin (19 %). Vastaavan tyyppisissä kahdessa tutkimuksessa, joissa oli kehitetty ja pilotoitu kysely, oli pilotointijakson pituus molemmissa kaksi kuukautta ja vaateena yksi vastaus (Nurmeksela ym. 2019, Kennedy ym. 2019). Ensimmäisessä tutkimuksessa vastausprosentiksi saatiin terveydenhuoltoalan hoitajien toimesta 59 prosenttia (n=61) (Nurmeksela ym. 2019) ja toisessa ravitsemusalan ammattilaisten toimesta 57 prosenttia (n=17) (Kennedy ym. 2019). Olisi siis ollut perusteltua pidentää pilotointijakson kestoa entisestään, mutta tähän ei kyetty pro gradu -työn aikataulutuksen puitteissa.

Tiedetään, että vaikutusmahdollisuudet ovat merkittävässä osassa työntekijöiden sopeutumisessa uusiin muutoksiin (Keva 2018). Sekä motivaatio, innostus, ilo että voimavarat kohdata uusi muutos ehtyvät, jos työntekijälle ei anneta mahdollisuutta vaikuttaa työnsä sisältöön. Lisäksi monet aloitteet ja projektit ovat epäonnistuneet yritysten puutteellisen sisäisen viestinnän takia (Heide ja Johansson 2008). Tieto pilotoinnista lähti varmuudella kaikille pilotin aikana Terveystalo Oy:lla töissä olleille ravitsemusterapeuteille (n=48) useaan kertaan. Erityisen tyytyväisiä voidaan olla myös pilotin oheispromoamiseen pro gradu -tutkielman tekijän ja Terveystalon johtavan ravitsemusterapeutin toimesta. Tietoa pilotoinnista jaettiin muun muassa Terveystalon ravitsemusterapeuttien kuukausittaisessa valtakunnallisessa aamukahvipalaverissa, valtakunnallisilla ravitsemuspäivillä ja pro gradu -tutkielman tekijän työharjoittelun aikana aktiivisesti (Kuva 5). Lisäksi pilotin aikana mielenkiintoa koetettiin herättää usealla tavalla. Jokaisessa pilotista lähteneessä infoviestissä korostettiin pilotin olevan ainutlaatuinen mahdollisuus vaikuttaa lopullisen arviointikyselyn sisältöön, joka mitä todennäköisimmin tulee olemaan osa päivittäistä työtä tulevaisuudessa. Myös arviointikyselyn merkitystä Terveystalolle ja ravitsemusterapiapalvelujen tarjonnan kehittämiselle perusteltiin useaan otteeseen sekä suullisesti että kirjallisesti (Liite 2). Tieto pilotista siis levitettiin huolellisesti ja arviointikyselyn tarpeellisuudesta sekä vaikuttamismahdollisuuksista viestittiin, mutta tästä huolimatta pilottiin saatiin niukka osallistumisprosentti. Näin ollen pilotin pohjalta saatua otosta (n=9, 19 %) ei voida yleistää Terveystalon ravitsemusterapeutteja edustavaksi joukoksi, ja on syytä pohtia, mitkä muut tekijät osallistumattomuuteen mahdollisesti vielä vaikuttivat.

Huomion arvoista on, että vain yksi pilottiin vastanneista ravitsemusterapeuteista ei nähnyt kyselyä tarpeellisena. Tulos on linjassa tutkimusnäytön kanssa, jonka mukaan tarve ravitsemus-

hoidon vaikuttavuuden arviointityökaluille on olemassa (Vanherle ym. 2018). Suurin osa vastaajista kommentoi arviointikyselyn käytön esteeksi vastaanotolla kiireen ja unohduksen (kuva 7). Nämä ovat todennäköisesti samalla myös pilottiin osallistumattomuuteen vaikuttaneita tekijöitä. Lisäksi Terveystalolla ravitsemusterapeutit toimivat itsenäisinä ammatinharjoittajina, joten voi olla, ettei tällaisiin kehotuksiin reagoida yhtä herkästi kuin palkallisina työntekijöinä. Myös kymmenen arviointikyselyn testaamiskertaa saattoi tuntua osallistumista harkitsevista haastavalta toteuttaa, ja koska pilotointiin osallistuminen oli vapaaehtoista, voi olla, että pilotointiin osallistuminen tuntui tällöin helpommalta ohittaa eikä siihen siitä syystä lähdetty mukaan. Mielenkiintoista olisi tietää, kuinka moni olisi osallistunut, jos vastaamiseen olisi riittänyt vain yksi arviointikyselyn testikerta vastaanotolla, sillä tällaisissa tutkimuksissa vastausprosentti oli selkeästi korkeampi (Nurmeksela ym. 2019, Kennedy ym. 2019). Ohjeistetulla kymmenellä testaamiskerralla oli kuitenkin tarkoituksensa; tavoitteena oli saada arviointikyselyn täyttö jo hieman rutinoitumaan, jolloin se mahdollisesti olisi sujuvampaa ja nopeutuisi vastaamaan todellista tilannetta vastaanotolla. Lisäksi tavoitteena oli nähdä, asettuvatko kysymykset jokaisen testaavan ravitsemusterapeutin omaan suuhun muutaman käyttökerran jälkeen ja, että testaava ravitsemusterapeutti osaisi jo esimerkiksi ravintoanamneesin oton aikana alkaa kysymään ruokavalion laadullisia tekijöitä sillä tarkkuudella kuin ne arviointikyselyssä ovat, jotta ne olisivat helppo vain ”klikkailla” kyselystä nopeasti. Lisäksi taustalla ajatuksena oli myös se, että jokaisella ravitsemusterapeutilla tulisi arviointikyselyn pilotin aikana vastaanotolle asiakkaita eri potilasryhmistä ja sekä ensi- että seurantakäyntiläisiä. Tällä tavoin ajateltiin, että käyttäjätyytyväisyyskyselyn vastauksista saadaan enemmän varteenotettavaa tietoa.

Uusien innovaatioiden onnistunut jalkauttaminen vaatii myös tukea ja esimerkkiä esimiehiltä sekä luottamusta sekä yritystä kohtaan että työntekijän ja esimiehen välille (Thakur ja Srivastava 2018). Tätä ajatellen pilotissa mukana oleville Terveystalon ravitsemusterapeuteille pyrittiin tarjoamaan tukea pilotointiprosessin aikana ja sitä edeltävästi monin eri tavoin. Koko prosessin ajan työntekijöitä kannustettiin ottamaan yhteyttä heti, jos kyselyiden täyttö herättää kysymyksiä. Lisäksi valtakunnallisessa aamukahvipalaverissa pilotointiprosessia ja arviointikyselyä esiteltiin tarkemmin kyselyiden kehittäjän, eli allekirjoittaneen toimesta, ja tarjottiin mahdollisuus esittää kysymyksiä (Kuva 5). Myös Terveystalon johtava ravitsemusterapeutti esimiehenä näytti esimerkkiä testaamalla arviointikyselyä ja palauttamalla käyttäjätyytyväisyyskyselyn ensimmäisten joukossa. Lopputuloksena saadut kaikki yhdeksän vastausta, huolimatta siitä, että neljä vastanneista oli täyttänyt arviointikyselyä alle kymmenen kertaa, sisällytettiin mukaan tuloksiin, jotta otosta saatiin kasvatettua.

8.2 Kehitetyn arviointikyselyn vahvuudet ja heikkoudet

Tällä pro gradu -työllä pyrittiin luomaan Terveystalon ravitsemusterapeuttien ravitsemushoidon vaikuttavuuden mittaamisen työkaluksi arviointikysely, jonka tuloksia voi hyödyntää tulevaisuudessa mahdollisesti myös päätöksenteon tukena ja perusteluna. Tämän tavoitteen lähestymistavaksi valittu Ojasalon ym. (2010) esittelemä konstruktiivisen tutkimuksen prosessi toimi kehitystyön runkona hyvin ja arviointikysely kehitettiinkin pitkälti sen mukaisesti. Jotta kaikki prosessin vaiheet olisi todellisuudessa toteutettu prosessin ohjeistuksen mukaisesti, olisi dataa tullut kerätä käyttäjätyytyväisyyskyselyn lisäksi myös arviointikyselystä, jotta nähdään mittaako kehitetty malli sitä, mitä sen halutaan mittaavan (Ojasalo ym. 2010). Tämä ei kuitenkaan pro gradu -tutkielman toteutuksen rajallisen aikataulun ja työn laajuuden puitteissa ollut mahdollista. Käytännössä arviointikyselyllä tallennettavaa dataa olisi tullut pystyä keräämään niin pitkältä ajalta, että pilottiin osallistuneet asiakkaat olisivat tulleet useammalle seurantakäynnille. Näin ollen, kun arviointikyselyyn on saatu tehtyä tarvittavat muutokset tämän pro gradu -tutkielman tulosten ja muutosehdotusten pohjalta, ja jatkokehitetty arviointikysely tai osia siitä otetaan käyttöön, on arviointikyselyn tulosten arviointi ja analysointi varteenotettava pro gradu -tutkielman aihe esimerkiksi jollekin toiselle opiskelijalle.

8.2.1 Arviointikyselyn kehittämisprosessin onnistuminen

Kuten vastaavanlaisissa tutkimuksissa (Dizon ym. 2011, Nurmeksela ym. 2019) myös tässä pro gradu tutkimuksessa kyselyn sisällön kehittäminen aloitettiin keräämällä aiheesta tietoa kirjallisuuskatsauksen avulla. Myös Ojasalon ym. (2010) esittelemään konstruktiivisen tutkimuksen vaiheisiin kuuluu teoreettisen tiedon kerääminen aiheesta. Tarkempi kyselyn teoreettinen viitekehys esiteltiin kysymyskohtaisesti tutkielman menetelmät osiossa. Näin ollen voidaan todeta, että tutkimuksessa kehitetyn kyselyn vahvuutena on, että kysymysten teoreettinen viitekehys pystytään helposti esittelemään ja kysymysten sisällyttäminen kyselyyn perustelemaan.

Parhaan mahdollisen käytettävyyden saavuttamiseksi myös itse kyselylomake toteutettiin tutkitusti toimiviksi todetuin periaattein. Hirsjärven ym. (2014) mukaan tärkeintä on kyselyn selvyys, eli se, että kysymykset sisältävät mahdollisimman vähän monimerkityksellisiä sanoja, kuten ’yleensä’ tai ’usein’, ja, että kysymykset ovat muotoiltu siten, että kaikki vastaajat ymmärtävät niiden merkityksen samalla tavalla. Lisäksi kysymysten on hyvä olla lyhyitä ja yleisten kysymysten sijaan on parempi pyrkiä käyttämään spesifisiä, rajattuja kysymyksiä eikä kysymysten tulisi sisältää kaksoismerkityksiä. Lisäksi pakotetun vastausvaihtoehdon sijaan tulee

muistaa tarjota neutraalivaihtoehto, kuten ’en tiedä’ tai ’ei mielipidettä’. Vaihtoehtoja tarjoavien kysymysten kohdalla taas luotettavamman vastauksen saa, jos monivalintavaihtoehtoja on useampia kuin ’kyllä/ei’ tai ’samaa mieltä/eri mieltä’. Jos vaihtoehtoja on vähän, vastaajilla on suurempi taipumus valita suotavaksi tietämänsä vaihtoehto, vaikka se ei olisi totuudenmukainen vastaus. Lisäksi hyvässä kyselyssä on osattu välttää kaikenlainen johdattelu niin kysymyksissä kuin vastausvaihtoehdoissa, ja myös kyselyssä käytettyjen sanavalintojen tulee olla yleiskielellisesti ymmärrettäviä. Hirsjärven ym. (2014) mukaan alkuun tulisi myös sijoittaa yleisimmät ja helpoimmin vastattavat kysymykset ja yksityiskohtaisemmat, ajatustyötä vaativammat loppuun. Tätä koskien pro gradu -työssä kehitettyyn arviointikyselyn ruokavalion laadulliset tekijät -osion alkuun sijoitettiin useimmiten vastaanotolla joka tapauksessa ravintoanamneesin pohjalta saadut vastaukset, jotta kysely tulisi täytettyä vastaanoton edes niiltä osin. Samoin tätä mielessä pitäen jokaisen kysymyksen kohdalle lisättiin myös vastausvaihtoehto ’ei tietoa’, jolloin ravitsemusterapeutin ei tarvitse antaa virheellistä vastausta ja voi ohittaa tarvittaessa sen nojalla osan kysymyksistä. Tämän pro gradu -työn aikana toteutetun pilotoinnin tarkoituksena oli tarkistaa myös muiden edellä mainittujen näkökohtien toteutuminen ja mahdollistaa kyselyn korjaaminen tarpeen vaatiessa. Tulosten pohjalta voidaan todeta, että arviointikyselyn kysymykset oli onnistuttu asettelemaan loogiseen järjestykseen, mutta vaivattomuutta, selkokielisyyttä ja yksinkertaistusta arviointikyselylle kaivattiin lisää.

8.2.2 Arviointikyselyn muutosehdotukset

Tavallista konstruktiiviselle prosessille on, että vuoropuhelussa loppukäyttäjien kanssa tuotosta muokataan käyttäjäystävällisempään suuntaan (Ojasalo ym. 2010). Näin ollen myös tässä työssä annetaan saadun palautteen pohjalta arviointikyselylle kehitysehdotuksia. Käyttäjätyytyväisyyskyselyn pohjalta saatuja kehitysehdotuksia tarkastellessa tulee muistaa, että pilottiin vastasi vain yhdeksän ravitsemusterapeuttia, jolloin vastauksia ei voida kovin hyvin yleistää. Toisekseen arviointikysely taas kehitettiin kattavan kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja tukeutuen konstruktiivisen tutkimuksen prosessiin, joten tuotoksen taustalla olevasta teoriasta tulee muistaa pitää kiinni.

Kuten jo mainittiin, positiivista oli, että suurin osa pilotointiin osallistuneista vastaajista näki kyselyn tarpeellisena, sillä vain yksi (11 %) vastaajista ei nähnyt kyselyä tarpeellisena (Kuva 7). Myös ehdottomasti suurimpana koettu este kyselyn täytölle oli unohdus, mikä on helposti korjattavissa oleva muutos, jos arviointikysely todella otetaan tulevaisuudessa systemaattisesti

osaksi päivittäistä vastaanottotyötä. Yhteenvetona käyttäjätyytyväisyyskyselyn pohjalta voidaan kuitenkin todeta, että arviointikyselylle käyttöönottoa ajatellen eduksi olisi, jos arviointikyselyä on mahdollista yhä lyhentää ja yksinkertaistaa, jotta se todellisuudessa tulisi otettua osaksi vastaanottotyötä. Tällaisenaan kyselyn oli valmis ottamaan osaksi vastaanottotyötä vain kaksi (22 %) vastaajista. Yksinkertaistusta kaivattiin erityisesti laadullisten kysymysten vastausvaihtoehtojen kohdalla, ja tähän pyritään muutosehdotuksissa ottamaan kantaa (Taulukko 3). Samoin joitain tarkennuksia myös kaivattiin. Erityisesti asiakkaan motivaation tasoa elintapamuutoksiin kartoittavan kysymyksen kohdalla saadun palautteen pohjalta hämmennystä oli herättänyt se, koskeeko kysymys asiakkaan motivaation tasoa vastaanotolle tullessa vai sieltä lähtiessä. Muutosehdotuksissa otettiin myös tähän kantaa (Taulukko 3).

Tulosten mukaan arviointikysely tuntui vastaajista ensikäynnillä liian pitkältä tai sen täyttämiseen ei jäänyt muilta läpikäytäviltä asioilta riittävästi aikaa. Tavallisesti ravitsemusterapeutin vastaanotolla on ensikäynnillä enemmän kartoitettavia ja läpikäytäviä asioita kuin seurantakäynneillä. Lisäksi on selvää, että arviointikyselyn täyttämiseen kuluu myös ensikäynnillä enemmän aikaa, kun asiakkaalle esitellään ensimmäistä kertaa kyselyn tarkoitus ja selostetaan kysymykset auki. Tätä ajatellen, vaikka tavoiteaikaan, eli arviointikyselyn 1-3 minuutin täyttöaikaan ylsi suurin osa (56 %) vastaajista (Kuva 8), olisi eduksi, että kyselyä saadaan entisestään lyhennettyä. Positiivista oli, että vaikka arviointikyselyssä on seurantakäynneille kaksi lisäkysymystä, kysely oli koettu liian pitkäksi lähinnä ensikäynneillä. Tämäkin osaltaan viittaa siihen, että vastauksiin on todellisuudessa vaikuttanut ensikäynneillä lähinnä ajan puute. Lisäksi, kun kokemusta arviointikyselyn käytöstä tulee lisää, voi täyttöön kuluva aika myös ensikäynneillä lyhentyä.

Tarkastellessa avoimista kysymyksistä saatuja vastauksia, oli havaittavissa, että näkemykset kehitysehdotuksista vaihtelivat suuresti toisistaan. Vastausten pohjalta oli havaittavissa hyvin erilaisia ohjaustapoja, mikä osaltaan vaikutti kehitysehdotuksien sisältöön; toiset vastaajista saattoivat pitää hyvänä sellaisia arviointikyselyn ominaisuuksia, joita toiset olisivat olleet valmiita muuttamaan tai jopa poistamaan arviointikyselystä. Vaikka osa ravitsemusterapeuteista korostivat ohjaustyylinsä olevan terapeuttinen ja olivat sitä mieltä, että ruokavalon laadullisia tekijöitä kartoittavat kysymykset sopivat paremmin ravitsemusneuvontaan kuin -terapiaan ja asiakkaille, jotka ”haluavat tarkistuttaa ruokavalionsa terveellisemmäksi”, tulee muistaa, että huolimatta henkilökohtaisesta ohjaustyylistä ravitsemusterapeutille on ammattieettisesti oikein varmistaa asiakkaalla olevan riittävä tietotaso siitä, millaiset ruokavalion laadulliset tekijät tu-

kevat hänen terveyttään (ICDA 2016). Ravitsemusterapeuteilla on siis oikeus noudattaa itselleen ominaista ohjaustyyliä, mikä on myös suositeltavaa, mutta ammattivastuuta ei tule siitä huolimatta unohtaa. Arviointikyselyyn mukaan otetut neljä ruokavalion laadullista tekijää nousivat tärkeimmiksi kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltuja kroonisia elintapasairauksia ehkäiseviksi ja terveyttä laaja-alaisesti tukeviksi ravitsemuksellisiksi tekijöiksi, mikä tukee niiden sisällyttämistä osaksi arviointikyselyä. Osa vastanneista ravitsemusterapeuteista taas kaipasi lisää ruokavalion laadullisia tekijöitä kartoittavia kysymyksiä. Kuitenkin, koska kyselyn on hyvä olla mahdollisimman lyhyt ja sitä tulee mieluummin lyhentää vielä entisestään, on järkevä pidättäytyä teorian pohjalta valituissa neljässä merkityksellisemmässä kroonisia elintapasairauksia ehkäisevässä ruokavalion laadullisessa tekijässä, jotka arviointikysely nyt sisältää.

Yhtenä arviointikyselyn vahvuuksista on mahdollisuus käydä vuoropuhelua asiakkaan kanssa. Yleisesti ottaen kyselyjen heikkouksiin lukeutuu kysymysten ja vastausvaihtoehtojen väärinymmärrykset ja vastaamattomuus (Hirsjärvi ym. 2014). Koska arviointikysely toteutetaan vuoropuheluna ravitsemusterapeutin ja asiakkaan toimesta, tietoa saadaan kerättyä kaikilta asiakkailta, joille ravitsemusterapeutti kyselyn toteuttaa. Samoin vuoropuhelun avulla ravitsemusterapeutti pystyy varmistamaan, että kaikkiin kysymyksiin saadaan vastaus sekä sen, että asiakas on ymmärtänyt haastavimmatkin kysymykset ja vastausvaihtoehdot oikein.

Kuten kirjallisuuskatsauksessa tuli esille, epäkohtana ravitsemushoidon vaikuttavuuden mittaamisessa tällä hetkellä on se, ettei laadullisia tekijöitä tavallisesti käytännöntyössä välttämättä rutiininomaisesti mitata tai ne useammin sivuutetaan taltioimatta (Vanherle ym. 2018). Laadullisia tekijöitä ei saisi arviointityökaluja kehitettäessä sivuuttaa, koska tiedetään, etteivät kaikki ravitsemushoidon vaikuttavuutta osoittavat indikaattorit suinkaan ole määrällisiä, kuten tällä hetkellä useimmiten käytetyt mittarit, eli antropometriset mittaukset tai kliiniset laboratoriokokeet, ovat. Ravitsemushoidossa ravitsemusterapeutin arviointikykyyn pohjautuvat kaikki laadullisesti kerättävä tieto, kuten oireiden kehittymiseen, toimintakykyyn, hyvinvointiin sekä käyttäytymiseen liittyvät aspektit, joita voivat olla muun muassa asiakkaan tiedon tason, uskomusten ja asenteiden muutokset sekä muutosvalmius ja asiakastyytyväisyys. Näiden tietojen keräämiseen voidaan harkita laadullisia arviointiasteikkoja tai lyhyitä kyselylomakkeita, mutta paljon tietoa yllä mainituista asioista saa myös havainnoimalla asiakasta ja kyselemällä tavanomaisen ravitsemushaastatteluun kuuluvia kysymyksiä vastaanoton aikana. Tämän kyselyn vahvuutena siten on myös ei määrällisten, mutta selkeästi vaikuttavuutta teorian pohjaltakin osoittavien tekijöiden taltioiminen, joita kartoitetaan arviointikyselyn kahdessa ensimmäisessä kysymyksessä, jotka käsittelevät asiakkaan syömisen taidon hallinnan ja motivaation tasoa.

Laadullisten muutosten lisäksi ravitsemushoidon vaikuttavuuden mittaamisen haasteena on löytää asiakkaan ravitsemuksen kannalta pienet, mutta merkittävät muutokset (Mitchell ym. 2017). Yleiset ruokavalion arvioinnin työkalut voivat olla liian yleismaailmallisia mitatakseen asiakkaan kannalta merkittäviä, mutta pieniä ruokavaliomuutoksia, kuten jonkin spesifin ravintoaineen saantia. Arviointityökalut eivät välttämättä ole siis pystyneet tuomaan päämuutosta tai kaikkia merkittäviä ravitsemusohjauksen pohjalta tehtyjä muutoksia esille. Siitä syystä vastaanotolla käyneen asiakkaan spesifi, mutta tärkeä muutos ravitsemuksessa ei välttämättä tule esille, ja ravitsemushoidon vaikuttavuus ei näy koko potentiaalissaan. Näiden taltiointia tukee arviointikyselyn monivalintakysymysten loppuun lisätyt avoimet ’lisätietoja’ -kohdat. Siitä huolimatta käyttäjätyytyväisyyskyselyn tulosten pohjalta osa vastaajista oli sitä mieltä, ettei arviointikyselyn avulla tällä hetkellä saatu taltioitua välttämättä kaikkia merkittäviä muutoksia. Tästä syystä arviointikyselyyn lisätään loppuun kohta, jossa kysytään, onko jokin tärkeä vastaanotolla esiin tullut muutos tai huomionarvoinen seikka jäänyt kirjaamatta. Konkreettiset muutokset, joita käyttäjätyytyväisyyskyselystä saadun palautteen pohjalta ja teoriapohjaan nojautuen ehdotetaan ovat seuraavassa taulukossa (Taulukko 3).

Taulukko 3. Arviointikyselyn muutosehdotukset.

Muutosehdotus 1:	**Motivaation tasoa kartoittavan kysymyksen tarkennus koskemaan asiakkaan motivaation tasoa vastaanotolta lähtiessä.**
Selite	Tällä kysymyksellä on tarkoitus kartoittaa asiakkaan motivaation tasoa muutoksiin vastaanoton lopulla, ei sitä miten motivaation taso on vastaanoton aikana muuttunut. Tarkoituksena on saada tietoa asiakkaan motivaation tason ja hänen tekemiensä ruokavalion laadullisten muutosten välisistä yhteyksistä.
Muutosehdotus 2:	**Tavoitetasojen poisto ruokavalion laadullisia tekijöitä kartoittavista kysymyksistä.**
Selite	Nämä poistamalla kyselyä saadaan lyhennettyä, ja koska osa ravitsemusterapeuteista käytti tätäkin osaa kyselystä vuoropuhelussa asiakkaiden kanssa, kokivat he, että tavoitetasojen näkyminen saattoi ohjata asiakkaan vastauksia. Ravitsemusterapeutit taas kokivat, että heillä tavoitetasot ovat ilman merkintöjäkin selvillä, ja näin tulee voida ravitsemusterapeuteilta odottaakin. Tavoitetasot voidaan yhä säilyttää esimerkiksi osana ravitsemusterapeuteille annettavaa kyselyn täyttöohjetta.
Muutosehdotus 3:	**Seuraavan kysymyksen lisääminen kyselyn loppuun: Onko jokin mielestäsi tärkeä, vastaanotolla esiin tullut muutos tai huomionarvoinen seikka jäänyt kirjaamatta?**
Selite	Tämän kysymyksen avulla ravitsemusterapeutilla on mahdollista kirjata ylös mielestään merkityksellinen ja hoidon kannalta oleellinen muutos tai huomionarvoinen tieto, joka ei muuten kyselyn avulla tulisi ilmi. Vastausvaihtoehdoiksi ehdotetaan seuraavaa: Ei Kyllä, mikä?

(jatkuu)

Taulukko 3, jatkuu.

Muutosehdotus 4:	**Pehmeän rasvan lähteiden annosesimerkkien uusiminen uuden Ruoka ja sydän -suosituksen mukaisiksi.**
Selite	Uusi Sydänliiton (2019) Sydän ja ruoka -suositus julkaistiin syksyllä 2019 pilotoinnin ollessa jo käynnissä. Pehmeän rasvan annosesimerkit saivat myös pilotoinnin pohjalta palautetta ja niitä toivottiin yksinkertaistettavan. Myös palautteen pohjalta ehdotettu öljypohjainen salaatinkastike on syytä ottaa mukaan yhdeksi pehmeän rasvan lähteeksi. Uusiksi annosesimerkeiksi suositellaan vaihdettavaksi seuraavat: ”Esimerkki pehmeän rasvan riittävästä saannista: 1 rkl rypsiöljyä tai öljypohjaista salaatinkastiketta ja 6 tl väh. 60 % kasvimargariinia TAI 1,5 rkl rypsiöljyä tai öljypohjaista salaatinkastiketta ja 3 tl väh. 60 % kasvimargariinia. Lisänä tai vaihtoehtoisesti yksi annoksista voi olla 2 rkl (30g) pähkinöitä. Laske arvio asiakkaan pehmeän rasvan annosten määrästä ruokavaliossa peilaten esimerkkipäivään, joka vastaa 5-7 annosta” (Sydänliitto 2019).
Muutosehdotus 5:	**Viljavalmisteita kartoittavan kysymyksen vastausvaihtoehtojen yksinkertaistaminen, ja täysjyväviljavaihtoehtojen määrän selvittäminen ruokavaliossa myös, jos tavoitetasot poistetaan.**
Selite	Uusi vastausehdotus koostetaan siten, että aluksi vastataan, onko vähintään puolet asiakkaan nauttimista vilja-annoksista täysjyväviljavaihtoehtoja, ja tämän jälkeen, kuinka monta annosta viljatuotteita ruokavaliossa on kokonaisuudessaan päivittäin. Vähintään puolet päivittäisistä vilja-annoksista on täysjyväviljavaihtoehtoja: Kyllä/Ei Vilja-annosten kokonaismäärä päivittäisessä ruokavaliossa keskimäärin Harvemmin kuin 1 annos tai ei yhtään annosta päivässä 1 annos päivässä 2 annosta päivässä 3 annosta päivässä 4 annosta päivässä 5 annosta päivässä 6 annosta päivässä 7 annosta päivässä 8 annosta päivässä 9 annosta tai enemmän päivässä

8.2.3 Jatkotutkimusehdotukset ja mitä olisi voinut tehdä toisin

Jälkeenpäin on tullut esille toimia, joita olisi voinut tehdä toisin tai toteuttaa jo ennen arviointikyselyn kehittämistä. Ensinnäkin arviointikyselyä kehittämässä oli vain ravitsemustieteilijöitä (pro gradu -tutkielman tekijä ja ohjaajat), vaikka lopullisen arviointikyselyn tietyt osat tulevat myös suoraan asiakkaiden arvioitavaksi. Näin ollen linjassa tulosten kanssa voidaan todeta, että olisi ollut hyödyllistä testata arviointikyselyä jo ennen pilotointia myös ei-ammattilaisilla, eli tulevilla asiakkailla. Näin olisi mahdollisesti saatu jo ennen pilotointia kiinni, mitkä kyselyn termit ja kysymykset ovat asiakkaiden näkökulmasta haastavimpia ymmärtää ja joiden selittämiseen ja läpikäymiseen menee ravitsemusterapeuteilla siten enemmän aikaa. Ylipäätänsä olisi

ollut hyödyllistä ottaa prosessiin mukaan esitestausvaihe. Tätä ajatusta tukee myös samantyyppiset tutkimukset, joissa Nurmeksela ym. (2019) olivat esitestausvaiheessa testanneet kehittämäänsä kyselyä kahdeksalla henkilöllä ja Dizon ym. (2011) kuudella henkilöllä. Jälkimmäisessä tutkimuksessa testihenkilöt osallistuivat myös kyselyn kehittämiseen ja kriteerinä oli, että testihenkilöillä on paitsi kyseisen alan korkeakoulututkinto myös vähintään kaksi vuotta käytännön työkokemusta vastaanottotyöstä. Myös tämä olisi ollut varteenotettava ehdotus, sillä tällöin kehittämisessä mukana olevilla olisi ollut paras mahdollinen käytännön näkökulma kyselyn kehitystyöhön jo kehittämisvaiheessa.

Lisäksi pro gradu -työn aiheeseen liittyen olisi ollut hyödyllistä löytää tietoa ravitsemushoidon vaikuttavuuden mittaamiseen jo olemassa olevista arviointityökaluista vielä enemmän kuin tähän katsaukseen tietoa löydettiin. Tällä hetkellä ei kuitenkaan tiedettävästi ole mitään validoitua arviointikyselyä ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointiin (Vanherle ym. 2018). Näin ollen ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointikysely kehitettiin kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten ja muun kerätyn teoreettisen viitekehyksen pohjalta itse. Tulevaisuudessa varteenotettava pro gradu -työn aihe voisi olla tutkia systemaattisesti ja monitieteellisesti hyvien arviointityökalujen piirteitä sekä käydä läpi validoituja muilla terveydenhuollon aloilla käytössä olevia hoidon vaikuttavuuden arviointimenetelmiä ja -työkaluja. Vastaavasti jatkotutkimus voi myös keskittyä pro gradu -työn pohjalta jatkokehitetyn ja uudelleen testatun arviointikyselyn validointiin. Koska ravitsemushoidon vaikuttavuus vaihtelee eri sairauksien välillä, jatkossa voisi kehittää myös sairausryhmäkohtaisia ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointikyselyitä, joissa tässä pro gradu -tutkielmassa kehitettyä kyselyä tai osia siitä voidaan käyttää hyödyksi. Mielenkiintoista olisi tutkia myös, millainen vaikutus arviointikyselyn käyttöönotolla aikanaan on Terveystalon perimmäiseen tavoitteeseen, eli ravitsemusterapiapalveluiden saatavuuden parantamiseen todellisuudessa.

8.3 Kehitetyn arviointikyselylomakkeen hyödynnettävyys ja vaikutukset

Kehitetyn arviointikyselylomakkeen avulla Terveystalo Oy:n ravitsemusterapeuttien toteuttaman ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointi voi parantua. Arviointikyselylomake voi myös välillisesti parantaa ravitsemusterapiapalveluiden tasalaatuisuutta ja auttaa ravitsemusterapeutteja tavoitteenasettelussa vastaanotolla sekä saamaan palautetta omasta työstään (Vanherle ym. 2018). Arviointikyselyn käyttöönotto voi lisäksi välillisesti parantaa Terveystalo Oy:n ravitsemusterapiapalveluiden saatavuutta, sillä niin Terveystalossa sisäisesti kuin loppukäyttäjille ja

sidosryhmille ulkoisesti pystytään aiempaa tehokkaammin todentamaan ravitsemusterapiapalveluiden vaikuttavuutta.

On tärkeää, että ravitsemusterapeutit näkevät kyselyn arvokkaana työkaluna, jotta he ottavat sen käyttöön. Näin ollen heidän tulee sisäistää kyselyn perimmäinen tarkoitus; heidän tekemänsä työn tulosten tallentaminen hyödynnettävään muotoon. Arviointikyselyn tavoitteena ei siis ole vain kysellä asiakkaan ravitsemusta koskevia kysymyksiä, vaan perimmäisenä tarkoituksena ja hyötynä on pääsääntöisesti vastaanotolla muutoinkin esille tulevien tietojen taltiointi vertailukelpoiseen muotoon myös myöhempää hyödyntämistä varten (Vanherle ym. 2018). Tuloksista siis hyötyy paitsi asiakas näkemällä mahdolliset ruokavaliossa ja syömiskäyttäytymisessään tapahtuneet konkreettiset muutokset ja hyödyt, mutta myös Terveystalo ja siellä toimivat ravitsemusterapeutit tarkastellessaan oman palveluntarjontansa laatua ja tehoa. Lisäksi saaduista tuloksista hyötyvät ravitsemusterapiapalveluiden ostosta päättävät päätöksentekijät, sillä kyselyn avulla kerättyä tietoa voidaan käyttää heidän päätösten tukena ja perusteluna.

Kuten jo todettiin, tarve ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointityökaluille on yhteiskunnallisellakin tasolla kiistämättä olemassa, sillä ravitsemusterapiaprosessiin kuuluu kiinteästi hoidon vaikuttavuuden arviointi (Mitchell ym. 2017, Vanherle ym. 2018), mutta tällä hetkellä ravitsemushoidon vaikuttavuutta ei kuitenkaan useinkaan arvioida rutiininomaisesti osana vastaanottotyöskentelyä (Vanherle ym. 2018). Tämä tuli ilmi myös pro gradu -tutkielman käyttäjätyytyväisyyskyselyn vastausten pohjalta, sillä vain yksi vastaajista (11 %) oli sitä mieltä, ettei arviointikyselylle olisi tarvetta. Ravitsemushoidon vaikuttavuuden mittaamiseen ei löydy yleisesti tunnettuja tai validoituja työkaluja (Vanherle ym. 2018). Erityisesti kaivataan vaikuttavuuden arviointityökaluja myös ravitsemushoidolle tyypillisten vaikuttavuutta osoittavien laadullisten tekijöiden mittaamiseen perinteistä määrällisten mittareiden, kuten antropometristen mittausten ja laboratorioarvojen rinnalle. Tällaisia laadullisia tekijöitä ovat muun muassa asiakkaan toimintakykyä ja sen muutoksia, tietotasoa, asenteita, muutosvalmiutta ja erilaisia ravitsemustaitoja arvioivat mittarit. Kehitetty arviointikysely on siis arvokkaan työn aloitus jo sellaisenaan, mutta lisäarvoa kyselylle tuo se, että arviointikyselyssä on mahdollista mitata myös laadullisina tekijöinä asiakkaan syömisen taidon hallinnan ja motivaation tasoa sekä seurantakäynneillä vaikutuksia työn tekemiseen ja yleiseen jaksamiseen ja vireyteen. Vaikka arviointikyselyä tulee toki jatkokehittää, voi onnistuneella arviointikyselyllä olla tässäkin mielessä suuret käyttöaihiot jopa yhteiskunnallisella tasolla. On tärkeää, että erilaiset terveydenhuollon tahot ja päivittäistä työtä tekevät ravitsemusterapeutit havahtuisivat ravitsemushoidon vaikuttavuuden arvioinnin tarpeeseen ja rutiininomainen arviointi saadaan yhtä lailla osa hoitoa kuin

esimerkiksi ravintoanamneesin otto. Tällä pystytään varmistamaan paitsi hoidon tasalaatuisuus ja tavoitteiden saavuttaminen myös osoittamaan ravitsemushoidon merkitys eri sairauksien hoitopoluilla (Vanherle ym. 2018).

Vaikuttavuuden systemaattinen mittaaminen ja arviointi on siten syytä aloittaa niin julkisessa kuin yksityisessäkin terveydenhuollossa ja saatua tietoa vaikuttavuudesta levittää. Ravitsemusterapiapalveluina tarjottavan ravitsemushoidon vaikuttavuuden johdonmukaisen mittaamisen ja kustannusvaikuttavuuden osoittamisen avulla on mahdollista entistä paremmin perustella päättäville tahoille ravitsemusterapiapalveluiden tärkeyttä (Jortberg ja Fleming 2014, Vanherle ym. 2018). Tämän ymmärryksen avulla voidaan saada ohjattua lisää resursseja ravitsemusterapiayksiköille sekä luotua uusia vakansseja ravitsemusterapeuteille. Tällaiset toimet parantaisivat samaan aikaan ravitsemusterapiapalveluiden näkyvyyttä, tunnettuutta ja saatavuutta. Näiden lisäksi potilasjonot mahdollisesti lyhenisivät, hoitoon pääsisi nopeammin ja suurempi joukko saisi ennaltaehkäisevää apua ravitsemusongelmiinsa. Näin ollen mahdollisesti saavutettaisiin siis positiivinen tapahtumien kierre, jonka avulla ravitsemushoidosta saataisiin entistäkin vaikuttavampaa.

Terveydenhuollon kustannukset ovat alati kasvavat, ja siten yhä kustannustehokkaammille ja vaikuttavimmille hoitomuodoille ja toiminnalle on tarve (THL 2017). Ravitsemushoito on osoittautunut tehokkaaksi hoitomuodoksi monien elintapasairauksien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä (Allergia- ja astmaliitto ym. 2013). Erityisesti yksityisen sektorin työterveyshuollossa on mahdollista tehdä ketterämmin ja nopeammin muutoksia paremman tarjonnan suuntaan verrattuna julkiseen terveydenhuoltoon. Tämä pätee myös Terveystaloon, jolle ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointikysely pro gradu -tutkielmassa kehitettiin. Tutkimusnäyttö tukee ravitsemushoidon toteuttamista sairauksia ennaltaehkäisevästi ja asiakkaan kokonaisvaltaista terveyttä edistävästi, mutta sen toteuttaminen käytännössä vaatii resurssien ohjaamista kohti ennaltaehkäisevämpää toimintaa (Linjama ym. 2007). Näin ollen voidaan todeta, että ravitsemuspalveluja tulisi tarjota työterveyssopimuksissa laajemmalla mittakaavalla kuin nykyään, sillä ravitsemusterapeutilla on työterveyshuollossa keskeinen rooli työkyvyn edistämisessä ravitsemuksen keinoin. Ravitsemus vaikuttaa merkittävästi päivittäiseen työkykyyn, se parantaa myös päivittäistä työvireyttä, työssä jaksamista ja työhyvinvointia. Lisäksi se on merkittävä tekijä mahdollisten työkyvyttömyyttä aiheuttavien sairauksien ennaltaehkäisemisessä (Linjama ym. 2007). Hyvän ja terveyttä edistävän ravitsemuksen voidaan siis nähdä olevan työnantajan ja työntekijän yhteinen etu. Työterveyssopimuksien sisältöä koskeviin päätöksiin vaikuttaa ravit-

semushoidon vaikuttavuuden osoittamisen lisäksi myös kustannusvaikuttavuuden osoittaminen. Työnantajia kiinnostavia kustannuksia kuvaavia tekijöitä ovat ravitsemushoidon vaikutukset työtehoon, sairauspoissaolojen määrään sekä presenteismiin. Kehitetyssä arviointikyselyssä on siitä syystä otettu mukaan myös ravitsemushoidon vaikutuksia työn tekemiseen kartoittava kysymys, ja tämä on samalla yksi kyselyn vahvuuksista myös hyödyntämismahdollisuuksien kannalta toimeksiantajayritykselle.

8.4 Ravitsemushoidon vaikuttavuus ja sen arviointi

Pro gradu -tutkielman kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttaman ravitsemushoidon vaikuttavuutta. Voidaan todeta, ettei ravitsemushoitoa verrattuna aikaisempaan tutkimusnäyttöön vieläkään hyödynnetä terveydenhuollon nykymallissa sen tutkittua potentiaalia vastaavaa määrää (Linjama ym. 2007, Allergia- ja astmaliitto ym. 2013, Jortberg ja Fleming 2014, Briggs ja Stanley 2018). Ravitsemushoito on osoitettu vaikuttavaksi yleisimpien kroonisten elintapasairauksien hoidossa sekä itsenäisenä hoitomuotona (EAL 2007, Howatson ym. 2015, Sikand ym. 2018) että osana moniammatillisen tiimin toteuttamaa hoitoa (Riegel ym. 2016). Tarkastelun alla olivat painonhallinta-, verenpaine-, rasva-aineenvaihdunnan häiriöstä ja glukoosiaineenvaihdunnan häiriöistä kärsivät potilaat. Tutkimuksissa, joissa ravitsemushoitoa ei ole voitu osoittaa vaikuttavammaksi hoitomuodoksi kuin tavanomainen hoito, on ravitsemushoito siitä huolimatta ollut vähintään yhtä vaikuttavaa kuin tavanomainen hoito (Ross ym. 2019). Lisäarvo, jonka ravitsemusterapeutit kuitenkin tuovat tällaisessa tilanteessa monien sairauksien hoitoon, on merkittävä, sillä laillistetuilla ravitsemusterapeuteilla on riittävä tieto- ja ammattitaito toteuttaa paitsi sairauskohtaista ja yksilöityä ravitsemusohjausta myös ottaa huomioon sekä muokata samalla muitakin sairauksien riskitekijöihin luettavia elämäntapoja. Toisaalta ravitsemushoito voidaan ottaa myös toisten kroonisten elintapasairauksien hoitomuotojen rinnalle, jolloin se tehostaa ja tuo lisäarvoa kokonaishoitoon. Esimerkiksi, vaikka sydänsairauksiin on saatavilla farmaseuttista lääkehoitoa, saadaan ravitsemusterapeutin toteuttamalla elintapainterventioilla lisähyötyä jäljellä olevien sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden ja tarvittavien lääkkeiden määrän vähentämisen sekä hoitokustannusten vähenemisen kautta (Allergia- ja astamliitto ym. 2013, Sikand ym. 2018). Myös moniammatillisen tiimin toteuttama hoito oli vaikuttavinta silloin, kun laillistettu ravitsemusterapeutti oli osana tiimiä (EAL 2008, Riegel ym. 2016). Välillisten positiivisten vaikutusten näkökulmasta ja verrattuna esimerkiksi pelkkään lääkehoitoon, olisi aika riskitöntä tuoda ravitsemushoito osaksi monen tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkastelun alla olleen kroonisen elintapasairauden hoitoa. Li-

säksi, vaikka kirjallisuuskatsauksessa ei suoranaisesti tarkasteltu ravitsemushoidon kustannusvaikuttavuutta, tuli ilmi, että se on monesti myös edullisempaa kuin tavanomainen hoito (Parker ym. 2014, Sun ym. 2017, Briggs ja Stanley 2018). Näin ollen ravitsemushoitoa voidaan mahdollisesti pitää myös varsin kustannustehokkaana hoitomuotona.

Kaiken kaikkiaan, voidaan todeta, että ravitsemusterapiapalveluiden saatavuutta on tärkeää edistää tulevaisuudessa. Vaikuttamaton terveydenhuolto on epäeettistä, koska se tarkoittaa sitä, että ihmiset saavat huonompaa hoitoa kuin olisi mahdollista tai pahimmassa tapauksessa jäävät kokonaan hoitoa vaille. Tehottomuus johtaa myös turhaan sairasteluun ja jopa ennenaikaisiin kuolemiin, kuten tässä pro gradu -tutkielmassa on tullut ilmi. Julkisessa terveydenhuollossa haaste on laillistettujen ravitsemusterapeuttien vakanssi- ja resurssipula. Yksityisessä terveydenhuollossa ravitsemusterapiapalveluita taas pystytään tarjoamaan, mutta kelakorvausten ja työterveyssopimuksissa tarjottavien ravitsemuspalveluiden vähäinen määrä rajoittavat kysyntää. Tarve ravitsemushoidon laajempaan tarjontaan on siis olemassa sekä yksityisessä että julkisessa terveydenhuollossa. Ravitsemushoidon vaikuttavuuden osoittaminen tahoille, jotka päättävät ravitsemusterapiapalveluiden tarjoamisesta, on suuressa osassa laillistettujen ravitsemusterapeuttien uusien työpaikkojen luomisessa sekä ravitsemusterapiapalvelujen tarjonnan parantamisessa suuremmassa mittakaavassa, esimerkiksi työterveyspalveluiden kautta. Kustannukset ovat merkittävä ja usein ratkaiseva tekijä päätöksenteossa, joten tarvitsemme ravitsemushoidon tarjonnan perustelun pohjaksi lisää tietoa ja näyttöä paitsi ravitsemushoidon vaikuttavuudesta myös kustannusvaikuttavuudesta.

8.5 Ravitsemushoidon vaikuttavuustiedon levittämisen vaikutukset

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta nousi vahvasti esiin se, ettei ravitsemusterapeutin tekemän työn arvoa tunnisteta kokonaisuudessaan vielä muiden terveydenhuollon toimijoiden silmissä. Tällä on suora vaikutus ravitsemusterapiapalvelujen heikkoon saatavuuteen, sillä ravitsemusterapeutin vastaanotolle ei siten yksinkertaisesti ymmärretä ohjata potilasta siinä määrin kuin olisi todellinen tarve (Jortberg ja Fleming 2014). Näin ollen ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointi ja tietoisuuden levittäminen ravitsemushoidon vaikuttavuudesta niin yhteiskunnallisella tasolla kuin toimipaikka- ja sidosryhmäkohtaisesti on avainasemassa ravitsemushoidon juurruttamisessa osaksi monien kroonisten elintapasairauksien hoitoa. Ravitsemusterapeutit ovat riippuvaisia lääkärien ja hoitajien tekemistä lähetteistä sekä yksityisellä että julkisella puolella. Myös Sikand ym. (2018) kuuluttavat katsauksensa pohjalta tarvetta muistuttaa kliinikoita poti-

laidensa ohjaamisesta ravitsemusterapeutin vastaanotolle, sillä ravitsemushoito näyttäytyy olevan hyvin tärkeä osa hoitoa rasva-aineenvaihdunnan häiriötilanteissa ja sydän- ja verisuonisairauksien hoidossa tai ennaltaehkäisyssä. Parhaan hyödyn saavuttamiseksi ravitsemusterapeutin vastaanotolla tulee vierailla useamman kerran kertaluontoisten visiittien sijaan (Sikand ym. 2018). Näin ollen esimerkiksi kolmannen osapuolen maksajien tulisi harkita heti useiden ravitsemusterapiakäyntien kattamista (Sikand ym. 2018, Rhodes ja Kirkpatrick 2018). Ohjaus ravitsemusterapeutin vastaanotolle ja useamman ohjaustapaamisen järjestäminen mahdollistavat asiakkaalle parhaan mahdollisen hoidon ja terveyden. Peilaten saatua tietoa työterveyssopimuksiin, olisi parhaiden hyötyjen saavuttamiseksi tärkeää myydä sopimukseen heti mahdollisuus useampaan ravitsemusterapiakäyntiin.

Kunnallisalan kehittämissäätiön kansalaistutkimuksen (2017) mukaan myös enemmistö suomalaisista (54 %) pitää soten tärkeimpänä tavoitteena palveluiden yhdenvertaisuuden ja saatavuuden parantamisen. Tämän kanssa linjassa pro gradu -tutkielman kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta voidaan ravitsemusterapiapalvelujen saatavuuden parantamista pitää tärkeänä tavoitteena. Tämä edellyttää, että ravitsemusterapeuttien toteuttamia vaikuttavia, ja usein kustannustehokkaita, elämäntapainterventioita hyödynnettäisiin terveydenhuollossa riittävissä määrin (Werstuck ja Buccino 2018). Jotta tutkimuksissa tuotettu vaikuttavuustieto saadaan käytännöntasolla hyödynnettyä, tulee se osata osoittaa oikeille henkilöille. Näin ollen, jotta ravitsemusterapiapalvelujen saatavuutta on mahdollista käytännössä parantaa, tulee ymmärtää potilaan kulkema hoitopolku kokonaisuudessaan, ja se kenestä tai mistä tekijöistä ravitsemusterapeutin vastaanotolle pääsyn vaikeus tai helppous johtuu. Kuten terveydenhuollon palvelujen saatavuuden parantaminen yleensäkin, myös ravitsemusterapiapalvelujen saatavuuden parantamisen on vaikuttavuuden osoittamisen lisäksi hyvin monisyinen, kysynnästä ja tarjonnasta riippuvainen prosessi, johon osallistuu monet eri tahot (Andersen 1995). Näitä tahoja ovat muun muassa palveluun ohjaava osapuoli, eli lähetteen tekijä, palvelun ostaja tai rahoittaja sekä palvelun loppukäyttäjä eli asiakas tai potilas. Ensisijaisen tärkeää on, että tieto ravitsemushoidon vaikuttavuudesta viestitään ja sisäistetään kaikkien näiden tahojen toimesta, ja tämä pro gradu -tutkielma pyrkiikin osaltaan vastaamaan tähän haasteeseen tarjoamalla levitettävää tietoa kaikille näille tahoille ja osa-alueille.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Pro gradu -työn tavoitteisiin, jotka olivat kehittää ravitsemushoidon vaikuttavuutta arvioiva kyselylomake Terveystalo Oy:n ravitsemusterapeuttien käyttöön ja arvioida kehitetyn kyselylomakkeen käytettävyyttä ravitsemusterapeuttien näkökulmasta, päästiin. Pro gradu -tutkielmassa kehitetty arviointikysely nähtiin tarpeellisena, mutta se ei kuitenkaan vielä sellaisenaan sovellu osaksi Terveystalo Oy:n ravitsemusterapeuttien vastaanottotyötä. Kyselyä on aiheellista yksinkertaistaa ja jatkokehittää muutosehdotusten mukaisesti paremmin ravitsemusterapeuttien päivittäiseen työskentelyyn sopivaksi. Myös jatkokehitetyn arviointikyselyn uudelleen testaamista suositellaan ennen kuin kysely tai osia siitä todellisuudessa integroidaan osaksi terveystalon uutta potilastietojärjestelmää. Lisätutkimusta ravitsemushoidon vaikuttavuuden mittaamiseen sopivista arviointityökaluista tarvitaan, jotta tulevaisuudessa on mahdollista kehittää myös validoituja, laajempaan yhteiskunnalliseen käyttöön soveltuvia arviointityökaluja. Myös pitkäaikaista korkealaatuista jatkotutkimusta tarvitaan laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttaman ravitsemushoidon vaikuttavuudesta ainakin tässä tutkimuksessa tarkasteltujen kroonisten elintapasairauksien eli dyslipidemian, verenpaineen, esi- ja tyypin 2 diabeteksen ja painonhallinnan osalta. Lisäksi erityisesti ravitsemushoidon kustannusvaikuttavuudesta tarvitaan lisää systemaattisesti tutkittua tietoa.

Pro gradu -tutkielman pohjalta voidaan todeta, että laillistetun ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemushoito on pääsääntöisesti vaikuttavaa monien kroonisten sairauksien hoidossa sekä itsenäisenä hoitomuotona että ravitsemusterapeutin toimiessa osana moniammatillista tiimiä. Kaikissa tarkastelluissa tutkimuksissa ravitsemushoito oli vähintään yhtä vaikuttavaa kuin tavanomainen hoito. Verrattuna tavanomaiseen hoitoon, ravitsemusterapeuteilla on ainutlaatuiset taidot toteuttaa sairauskohtaista ja yksilöllistä ravitsemushoitoa, myös samalla laaja-alaisesti muokata muiden elintapasairauksien riskitekijöitä, mikä tekee ravitsemushoidosta riskittömän ja vertaansa vailla olevan hoitomuodon. Lisäksi tuli ilmi, että ravitsemushoito on vaikuttavinta, kun se toteutetaan monisarjaisena. Kliinikoiden tulisi ohjata terveydenhuollon asiakkaat ravitsemusterapeutin vastaanotolle useammin, ja ravitsemushoidon tarjonnan parantamiseksi, se tulisi saada vahvemmin korvaavuuksien piiriin niin julkisella kuin yksityisellä puolella. Suuri tarve ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointityökaluille on olemassa ja vaikuttavuuden mittaamisen tulisi olla osa rutiininomaista vastaanottotyötä. Tätä kautta saisimme lisää tietoa myös Suomessa toteuttavan ravitsemushoidon vaikuttavuudesta.

LÄHTEET

ADA. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2019. 2019. http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2018/12/17/42.Supplement_1.DC1/DC_42_S1_2019_UPDATED.pdf (luettu 10.9.2019).

Agee MD, Gates Z, Irwin PM Jr. Effect of Medical Nutrition Therapy for Patients with Type 2 Diabetes in a Low-/No-Cost Clinic: A Propensity Score-Matched Cohort Study. Diabetes Spectrum. 2018;31(1):83–89.

Agronomiliitto, Ravitsemusterapeuttien yhdistys. Ravitsemusterapeutin osaamisella terveyttä kuntalaisille ja tehoa hoitoketjuun. http://rty.fi/wp-content/uploads/Ravitsemusterapeuttien_lowres.pdf (luettu 22.7.2019).

Allergia- ja Astmaliitto ry, Crohn ja colitis ry, Diabetesliitto, Keliakialiitto, Munuais- ja maksaliitto, Syömishäiriöliitto-SYLI ry, Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Tiedote: Ravitsemushoito voi tuoda säästöjä terveydenhuollon menoihin. 2013. https://www.allergia.fi/site/assets/files/1456/tiedote_eduskunta_18_04_2013_ravitsemusterapeutin_apu_kelan_piiriin.pdf (luettu 26.11.2018).

Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?. Journal of Health and Social Behavior. 1995;3(1):1-10.

Aro A. Ravintokuitu. Terveyskirjasto Duodecim. 2015. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00013 (luettu 19.9.2019).

Aro A, Mutanen M, Uusitupa M. Ravitsemustiede. 4.-7. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2017.

Aune D, Giovannucci E, Boffetta P, Fadnes LT, Keum N, Norat T, Greenwood DC, Riboli E, Vatten LJ, Tonstad S. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality - a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. International Journal of Epidemiology. 2017;46(3):1029–1056.

Bonilla C, Brauer P, Royall D, Keller H, Hanning RM, DiCenso A. Interprofessional dietary assessment practices in primary care: A mixed-methods study. Journal of Interprofessional Care. 2016;30(1):77-82.

Briggs EK, Stanley K. Position of the academy of nutrition and dietetics: The role of medical nutrition therapy and registered dietitian nutritionists in the prevention and treatment of prediabetes and type 2 diabetes. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2018;118(2):343-353.

Collins J, Baase C, Sharda C, Ozminkowski R, Nicholson S, Billotti G, Turpin R, Olson M, Berger M. The Assessment of Chronic Health Conditions on Work Performance, Absence, and Total Economic Impact for Employers. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2005;47(6):547-557.

Dietitians Board. Professional Competencies & Standards for Dietitians. Wellington: Dietitians Board 2017. https://www.dietitiansboard.org.nz/wp-content/uploads/2019/04/Professional-Standards-and-Competencies-for-Dietitians-Web-Version.pdf (luettu 19.9.2019).

Dizon JM, Grimmer-Somers K, Kumar S. The physical therapy profile questionnaire (PTPQ): development, validation and pilot testing. BMC Research Notes. 2011;4:362-368.

Dyson PA, Kelly T, Deakin T, Duncan A, Frost G, Harrison Z, Khatri D, Kunka D, McArdle P, Mellor D, Oliver L, Worth J. Diabetes UK evidence-based nutrition guidelines for the prevention and management of diabetes. Diabetic Medicine. 2011;28:1282-8.

EAL. Academy of Nutrition and Dietetics Evidence Analysis Library. What is the evidence to support the cost-effectiveness, cost benefit or economic savings of outpatient MNT services provided by an RD?. Evidence Analysis Library. 2007. https://www.andeal.org/topic.cfm?cat=4085&conclusion_statement_id=251001 (luettu 9.7. 2019).

EAL. Academy of Nutrition and Dietetics Evidence Analysis Library. What is the evidence to support effectiveness of nutrition interventions and counseling provided by an RD when part of a healthcare team?. Evidence Analyses Library. 2008. https://www.andeal.org/topic.cfm?menu=5284&cat=3676 (luettu 25.10.2019).

EFAD. Federation of Associations of Dietitians. Revised Dietetic Competence and the six domains of dietetic competency in Europe. 2016. http://www.efad.org/media/1418/revised-dietetic-competence-and-6-domains-of-competency.pdf (luettu 18.9.2019).

EFAD. Federation of Associations of Dietitians. Health in the workplace - the role of the dietitian in Europe. 2017. http://www.efad.org/media/1387/efad-health-in-the-workplace-report.pdf (luettu 9.7.2019).

Elia M. Nutrition and health economics. Nutrition. 2006;22(5):576-578.

Franz MJ, MacLeod J, Evert A, Brown C, Gradwell E, Handu D, Reppert A, Robinson M. Academy of nutrition and dietetics nutrition practice guideline for type 1 and type 2 diabetes in adults: Systematic review of evidence for medical nutrition therapy effectiveness and recommendations for integration into the nutrition care process. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2017;117(10):1659-1679.

Franz MJ, MacLeod J. Success of nutrition-therapy interventions in persons with type 2 diabetes: challenges and future directions. Diabetes Metabolic Syndrome and Obesity. 2018;11:265–270.

Geaney F, Kelly C, Di Marrazzo JS, Harrington JM, Fitzgerald AP, Greiner BA, Perry IJ. The effect of complex workplace dietary interventions on employees' dietary intakes, nutrition knowledge and health status: a cluster controlled trial. Preventive Medicine. 2016;89:76-83.

Haapa E, Pölönen A. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002. http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309236155 (luettu 26.11.2018).

Hammaslääkäriliitto. Ravinto ja suunterveys. https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/yleistietoa-suunterveydesta/ravinto-ja-suunterveys#.XYTTzSgzbIV (luettu 20.9.2019).

Hancock REE, Bonner G, Hollingdale R, Madden AM. ‘If you listen to me properly, I feel good’: A qualitative examination of patient experiences of dietetic consultations. Journal of Human Nutrition and Dietetics. 2012;25(3):275-284.

Hashemzadeh M, Rahimi A, Zare-Farashbandi F, Alavi-Naeini AM, Daei A. Transtheoretical Model of Health Behavioral Change: A Systematic Review. Iran Journal of Nursing and Midwifery Research. 2019;24(2):83-90.

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. 19. Painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi 2014.

Howatson A, Wall C, Turner-Benny P. The contribution of dietitians to the primary health care workforce. Journal of Primary Health Care. 2015;**7**(4):324-332.

ICDA. International Confederation of Dietetic Associations. International standards for dietitian-nutritionists. 2014. https://www.internationaldietetics.org/Downloads/International-Definition-of-Dietitian.aspx (luettu 26.1.2020).

ICDA. International Confederation of Dietetic Associations. Dietitians-nutritionists around the world – their education and their work. 2016. https://www.internationaldietetics.org/Downloads/2016-ICDA-Education---Work-report.aspx (luettu 26.1.2020).

Johansson C, Heide M. Speaking of change: three communication approaches in studies of organizational change. Corporate Communications: An International Journal. 2008;13(3):288-305.

Johns G. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. Journal of Organizational Behaviour. 2010:31;519-542.

Jortberg BT, Fleming MO. Registered dietitian nutritionists bring value to Emerging health care delivery models. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2014;114(12):2017-2022.

KELA. Kansaneläkelaitos. Mikä on korvattavaa työterveyshuoltoa?. https://www.kela.fi/tyonantajat-korvattava-tyoterveyshuolto (luettu 7.12.2018).

Adams K, Lindell K, Kohlmeier M, Zeisel S. Status of nutrition education in medical schools. The American Journal of Clinical Nutrition. 2006;83(4):941-944.

Kennedy LG, Kichler EJ, Seabrook JA, Matthews JI, Dworatzek PDN. Validity and reliability of a food skills questionnaire. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2019;51(7):857-864.

Keva. Julkisen alan työhyvinvointi vuonna 2018. Kevan tutkimuksia 1/2018. https://www.keva.fi/globalassets/2-tiedostot/ta-tiedostot/esitteet-ja-julkaisut/tutkimusraportti-julkisen-alan-tyohyvinvointi-vuonna-2018.pdf (luettu 26.1.2020).

Kunnallisalan kehittämissäätiö. Kansa: Soten tärkein tavoite on palveluiden yhdenvertaisuuden ja saatavuuden parantaminen. 2017. https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/07/soten-tarkein-tavoite-on-palveluiden-yhdenvertaisuuden-ja-saatavuuden-parantaminen.pdf (luettu 26.1.2020).

Kuntaliitto. Ravitsemusterapianimikkeistö. Helsinki 2017. https://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=3416 (luettu 17.12.2019).

Lacey K, Pritchett E. Nutrition care process and model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. Journal of the American Dietetic Association. 2003;103(8):1061-1072.

Linjama H, Häkkinen L, Laitinen J, Pehkuri K. Ravitsemusterapeutti työterveyshuollossa. Työterveyslääkäri 2007;25(1):78–82.

Lohse B, Psota T, Estruch R, Zazpe I, Sorli JV, Salas-Salvadò J, Serra M, Stotts Krall J, Márquez F, Ros E. Eating Competence of Elderly Spanish Adults Is Associated with a Healthy Diet and a Favorable Cardiovascular Disease Risk Profile. The Journal of Nutrition. 2010;140(7):1322-1327.

Lu AH, Dollahite J. Assessment of dietitians' nutrition counselling self-efficacy and its positive relationship with reported skill usage. Journal of Human Nutrition and Dietetics. 2010;23(2):144-153.

Martins RP & Buschang P. What is the level of evidence of what you are reading?. Dental Press Journal of Orthodontics. 2015;20(4):22-25.

Mekary RA, Giovannucci E, Cahill L, Willett WC, van Dam RM, Hu FB. Eating patterns and type 2 diabetes risk in older women: breakfast consumption and eating frequency. American Journal of Clinical Nutrition. 2013;98(2):436–443.

Mekary RA, Giovannucci E, Willett WC, van Dam RM, Hu FB. Eating patterns and type 2 diabetes risk in men: breakfast omission, eating frequency, and snacking. American Journal of Clinical Nutrition. 2012;95(5):1182–1189.

Mitchell LJ, Ball LE, Ross LJ, Barnes KA, Williams LT. Effectiveness of dietetic consultations in primary health care: A systematic review of randomized controlled trials. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2017;117(12):1941-1962.

Mozaffarian D, Micha R, Wallace S. Effects on Coronary Heart Disease of Increasing Polyunsaturated Fat in Place of Saturated Fat: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PLOS Medicine. 2010;7(3):e1000252.

Nurmeksela A, Kinnunen J, Kvist T. Nurse managers' work content: development of the questionnaire and results of the pilot study. Scandinavian Journal of Caring Science. 2019. Doi: 10.1111/scs.12796.

Ojasalo K, Moilanen T, Ritalahti J. Kehittämistyön menetelmät. 1.-2., painos. Helsinki: WSOYpro OY 2010.

O'Keeffe M, Lomer MCE. Who should deliver the low FODMAP diet and what educational methods are optimal: a review. Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2017;32:23-26.

Ottelin A-M. Ravitsemushoidon kustannusvaikuttavuus. Helsinki: Tekes 2003.

Parker AR, Byham-Gray L, Denmark R, Winkle PJ. The effect of medical nutrition therapy by a registered dietitian nutritionist in patients with prediabetes participating in a randomized controlled clinical research trial. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2014;114(11):1739-1748.

Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing patient outcomes measurement. The New England Journal of Medicine. 2016;374(6):504-506.

Prochaska J, Velicer W. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. American Journal of Health Promotion. 1997;12(1):38–48.

Rhodes KS, Kirkpatrick CF. The value of incorporating medical nutrition therapy by a registered dietitian nutritionist in clinical practice. Journal of Clinical Lipidology. 2018;12(5):1109-1110.

Riegel GR, Ribeiro PAB, Rodrigues MP, Zuchinali P, Moreira LB. Efficacy of nutritional recommendations given by registered dietitians compared to other healthcare providers in reducing arterial blood pressure: Systematic review and meta-analysis. Clinical Nutrition. 2018;37(2):522-531.

Ross LJ, Barnes KA, Ball LE, Mitchell LJ, Sladdin I, Lee P, Williams LT. Effectiveness of dietetic consultation for lowering blood lipid levels in the management of cardiovascular disease risk: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Nutrition & Dietetics. 2019;76(2):199–210.

RTY. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Ravitsemusterapeutit julkisessa terveydenhuollossa. https://rty.fi/lisatietoa-jasenista/ (luettu 19.7.2019).

Satter E. Eating competence: Definition and evidence for the satter eating competence model. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2007;39(5):142-153.

Schultz A, Chen C, Edington D. The Cost and Impact of Health Conditions on Presenteeism to Employers. Pharmacoeconomics. 2009;27:365-378.

Schultz A, Edington D. Employee Health and Presenteeism: A Systematic Review. Journal of Occupational Rehabilitation. 2007;17:547-579.

Sikand G, Cole RE, Handu D, deWaal D, Christaldi J, Johnson EQ, Arpino LM, Ekvall SM. Clinical and cost benefits of medical nutrition therapy by registered dietitian nutritionists for management of dyslipidemia: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Lipidology. 2018;12(5):1113-1122.

Slawson DL, Fitzgerald N, Morgan KT. Position of the academy of nutrition and dietetics: The role of nutrition in health promotion and chronic disease prevention. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2013;113(7):972-979.

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. Menetetyn työpanoksen kustannus. 2014. https://stm.fi/documents/1271139/1332445/Menetetyn+ty%C3%B6panoksen+kustannus+2+%282%29+%282%29.pdf/63af9909-0232-474d-bf2e-aa4c50936c33 (luettu 14.10.2019).

STM ja Työterveyslaitos. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutus ja käyttö vuonna 2003. STM Selvityksiä 2005:6. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71782/Selv200506.pdf?sequence=1 (luettu 26.9.2019).

Strömberg C, Aboagye E, Hagberg J, Bergström G, Lohela-Karlsson M. Estimating the effect and economic impact of absenteeism, presenteeism, and work Environment–Related problems

on reductions in productivity from a managerial perspective. Value in Health. 2017;20(8):1058-1064.

Sun Y, You W, Almeida F, Estabrooks P, Davy B. The effectiveness and cost of lifestyle interventions including nutrition education for diabetes prevention: A systematic review and meta-analysis. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2017;117(3):404-421.

Sydänliitto. Sydänliiton ravitsemussuositus. Päivitetty 24.3.2016. https://sydanliitto.fi/ammattilaisnetti/ravitsemus/suosituksia/sydanliiton-ravitsemussuositus (luettu 16.9.2019).

Sydänliitto. Sydän ja ruoka - suosituksia sydänterveyttä edistävään ravitsemukseen. Päivitetty 7.10.2019. https://sydanliitto.fi/ammattilaisnetti/ravitsemus/suosituksia/sydan-ja-ruoka-suositus#rlaatu (luettu 20.12.2019).

Tanaka A, Kawamura M, Yamada K, Morioka I. Association between teaching and support skills and subjective effectiveness of nutritional guidance of registered dietitians at hospitals in a Japanese prefecture. Environmental Health and Preventive Medicine. 2014;19:72-80.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Terveystalo. Tekemättömän työn vuosikatsaus 2018. Helsinki: Terveystalo 2018. https://www.terveystalo.com/Global/tth/Tekem%C3%A4tt%C3%B6m%C3%A4n%20ty%C3%B6n%20vuosikatsauksen%20tulosraportti%20%2021112018.pdf (luettu 7.12.2018).

Terveystalo. Tekemättömän työn vuosikatsaus 2019 tulosesitys. Helsinki: Terveystalo 2019. https://www.terveystalo.com/Global/tth/Tekem%c3%a4tt%c3%b6m%c3%a4n%20ty%c3%b6n%20vuosikatsaus%202019%20tulosesitys.pdf (luettu 2.11.2019).

Thakur R, Srivastava S. From resistance to readiness: the role of mediating variables. Journal of Organizational Change Management. 2018;31(1):230-247.

THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ravitsemus Suomessa - FinRavinto 2017 -tutkimus. Julkari 2018. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-238-3 (luettu 26.10.2019).

THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2017. https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus (luettu 20.12.2019).

TTL. Työterveyslaitos. Terveyden edistämisen suositukset työpaikoille. Näyttöön perustuvaa terveyden edistämistä työpaikoilla (2016-2019). 2019a. https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2018/11/Terveyden-edist%C3%A4misen-suositukset-ty%C3%B6paikoille_sivuttain_TULOSTUS.pdf (luettu 19.9.2019).

TTL. Työterveyslaitos. Ravitsemus – Mars matkalle! – Terveyttä työpaikoille -vinkkilistat. Näyttöön perustuvaa terveyden edistämistä työpaikoilla (2016-2019). 2019b. https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2018/11/Vinkkilista-Ravitsemus_NETTI.pdf (luettu 19.9.2019).

TTL. Työterveyslaitos. Työhyvinvointi on investointi. 2019c. https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/ (luettu 21.9.2019).

TTL. Työterveyslaitos. Työ ja terveys suomessa 2012 – seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Tampere: Tammerprint 2013. https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2016/11/tyo-ja-terveys-suomessa-2012.pdf

TTK. Työturvallisuuskeskus. Tuottavuus ja työhyvinvointi. https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ja_tyosuojelu/tyoturvallisuuden_perusteet/johtaminen_ja_esimiestyo (luettu 21.9.2019).

Vanherle K, Werkman AM, Baete E, Barkmeijer A, Kolm A, Gast C, Ramminger S, Höld E, Kohlenberg-Müller K, Ohlrich-Hahn S, Walters ME, Wewerka-Kreimel D, Adam M, Valentini L. Proposed standard model and consistent terminology for monitoring and outcome evaluation in different dietetic care settings: Results from the EU-sponsored IMPECD project. Clinical Nutrition. 2018;37(6):2206-2216.

Virgin Pulse. Clocking on and checking out: Why your employees may not be working at optimal levels and what you can do about it. 2016. https://gccmarketing.blob.core.windows.net/marketing-site/marketo/resources/presenteeism/us-presenteeism-whitepaper.pdf (luettu 10.9.2019).

VRN. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemushoito – Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima Oy 2010.

VRN. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Terveyttä ruoasta – suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.

Wagner MG, Rhee Y, Honrath K, Blodgett Salafia EH, Terbizan D. Nutrition education effective in increasing fruit and vegetable consumption among overweight and obese adults. Appetite. 2016;100:94-101.

WCRFI. World Cancer Research Fund International. Recommendations and public health and policy implications. 2018. https://www.wcrf.org/sites/default/files/Recommendations.pdf (luettu 26.6.2019).

Werstuck MMD, Buccino J. Dietetic staffing and workforce capacity planning in primary health care. Canadian Journal of Dietetic Practice and Research. 2018;79(4):181-185.

WHO. World Health Organization. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1 (luettu 23.7.2019).

Williams LT, Barnes K, Ball L, Ross L, Sladdin I, Mitchell LJ. How Effective Are Dietitians in Weight Management?. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Healthcare Basel. 2019;7(1):E20.

LIITE 1. Ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointikysely.

(Muokattu alkuperäisestä Webropol-kyselypohjasta.)

Ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointikysely

Kyselyn täyttöohjeet:

Ravitsemusterapeutti täyttää kyselyn. Kysymykset 4-5 ja 10-11 ovat asiakkaan omia arvioita, kysymykset 6-9 ravitsemusterapeutin arvioita ravintoanamneesin pohjalta. Valitse parhaiten kuvaava vaihtoehto, täydennä kommenttikenttään asiakkaan tilannetta avaavia lisätietoja tarvittaessa.

Tapaamisen esitiedot

Alle merkitään, kuinka mones ravitsemusterapeutin tapaaminen asiakkaalla on kyseessä koskien tätä ravitsemusinterventiota (lasketaan yhteen kaikki käynnit myös useammalla konsultaatiolähetteellä).

1. Merkitse alle, kuinka mones tapaaminen on kyseessä nykyisen ravitsemusintervention aikana.

- ◯ 1. käynti
- ◯ 2. käynti
- ◯ 3. käynti
- ◯ 4. käynti
- ◯ 5. käynti
- ◯ 6. käynti
- ◯ 7. käynti
- ◯ 8. käynti
- ◯ 9. käynti
- ◯ 10. käynti
- ◯ > 10 käynti

2. Asiakkaan ikä

Asiakkaan ikä vuosina [ ]

3. Asiakkaan ensisijainen tavoite?

- ◯ Painonhallinta ja laihduttaminen
- ◯ Suolistosairaudet ja toiminnalliset vatsavaivat
- ◯ Syömishäiriö tai muu syömiseen liittyvä häiriötila tai ongelma
- ◯ Muu sairauden ravitsemushoito (esim. diabetes, hypertensio, dyslipidemia)
- ◯ Yleistä terveyttä ja toimintakykyä (tai työkykyä) edistävä ja ylläpitävä ravitsemusohjaus
- ◯ Lihavuusleikkaukseen liittyvä ravitsemusohjaus
- ◯ Muu leikkauksiin liittyvä ravitsemusohjaus (pre- ja postoperatiivinen)
- ◯ Lasten ravitsemusongelmiin liittyvä ohjaus
- ◯ Fyysisen kunnon kehittäminen tai kehonkoostumuksen muokkaaminen ravitsemuksen keinoin
- ◯ Ei mikään yllämainituista

Muutokset käyttäytymisessä

4. Asiakkaan motivaation taso elintapamuutoksiin

Vastaus on asiakkaan oma arvio tilanteestaan. Arvioi asteikolla 1-10, 1 ollessa huonoin mahdollinen motivaation taso ja 10 ollessa paras mahdollinen motivaation taso.

Huonoin mahdollinen motivaation taso 1 Paras mahdollinen motivaation taso ☐ Ei tietoa

5. Asiakkaan syömisen taidon hallinnan taso

Vastaus on asiakkaan oma arvio tilanteesta. Arvioi asteikolla 1-10, 1 ollessa huonoin mahdollinen syömisen taidon hallinnan taso ja 10 paras mahdollinen syömisen taidon hallinnan taso.

Syömisen taitoihin keskeisesti kuuluu keskeisesti mm. myönteinen ja joustava suhtautuminen ruokaa ja syömistä kohtaan, ruokarajoitteiden välttäminen, nälän ja kylläisyyden tunteiden mukaan syöminen, ruokailuun keskittyminen ja säännöllisestä ateriarytmistä huolehtiminen.

Huonoin mahdollinen syömisen taidon hallinan taso 1 Paras mahdollinen syömisen ☐ Ei tietoa

Ruokavalion laadulliset tekijät

Kysymykset 6-9 täytetään ravintoanamneesin pohjalta ravitsemusterapeutin toimesta. Valitse parhaiten tilannetta kuvaava vaihtoehto ja kirjoita tilannetta avaavia lisätietoja tarvittaessa. Voit käyttää kyselyä myös tavoitteenasettelun tukena.

6. Säännöllinen syöminen; kuinka monta ateriaa asiakas syö keskimäärin päivässä?

Yksi ateria on esim. aamupala, lounas, päivällinen, iltapala, välipala.

Jos vastaanotolla on erityisryhmiin kuuluva henkilö, kuten vuorotyöläinen, lapsi, nuori tai urheilija, voi tavoiteltava aterioiden määrä perustellusti olla 6 ateriaakin tai enemmän päivässä. Valitse tällöin vaihtoehto "6 ateriaa tai enemmän päivässä perustellusti" ja kirjoita perustelu lisätietoihin. Muussa tapauksessa valitse vaihtoehto "6 ateriaa tai enemmän päivässä".

- ◯ 1-2 ateriaa
- ◯ 3 ateriaa
- ◯ Tavoite: 4-5 ateriaa
- ◯ 6 ateriaa tai enemmän
- ◯ 6 ateriaa tai enemmän perustellusti
- ◯ Ei tietoa
- ◯ Lisätietoja: [ ]

7. Kasvisten, hedelmien ja marjojen määrä asiakkaan päivittäisessä ruokavaliossa keskimäärin (pois lukien peruna ja bataatti).

Yksi annos esim. 1 tomaatti, 1dl raastetta tai marjoja, 1 omena tai banaani.

- ◯ Harvemmin kuin 1 tai ei yhtään annosta
- ◯ 1 annos päivässä
- ◯ 2 annosta päivässä
- ◯ 3 annosta päivässä
- ◯ 4 annosta päivässä
- ◯ Tavoite: 5 annosta päivässä, eli suositus 500g päivässä täyttyy
- ◯ Tavoite: 6 annosta tai enemmän päivässä, eli suositus 500g päivässä ylittyy ja kasvisten saanti lähenee 800g päivittäin (Keskittyy esimerkillisesti kasvisten saantiin ja lähes joka aterialle sisältyy jotain kasvikunnan tuotteita)
- ◯ Ei tietoa
- ◯ Lisätietoja: [ ]

8. Vilja-annosten määrä asiakkaan päivittäisessä ruokavaliossa keskimäärin

Yksi annos on esim. puoli lautasellista täysjyväviljapuuroa, 1 viipale täysjyväleipää tai 1 dl kypsennettyä täysjyvälisäkettä. Vähintään puolet vilja-annoksista on suositeltavaa olla kuitupitoisia täysjyväviljavaihtoehtoja.

- ◯ Harvemmin kuin 1 tai ei yhtään annosta
- ◯ 1 annos päivässä
- ◯ 2 annosta päivässä
- ◯ 3 annosta päivässä
- ◯ 4 annosta päivässä
- ◯ 5 annosta päivässä
- ◯ Vain miehet: 6-8 annosta päivässä
- ◯ Tavoite: Naiset päivässä 6 annosta tai enemmän energian tarpeen mukaan (Keskittyy esimerkillisesti kuitupitoisten täysjyväviljavaihtoehtojen valintaan, puolet vilja-annoksista täysjyvävilja-annoksia ja lähes joka aterialle sisältyy jotain täysjyväviljapitoista. Näin ollen, kuidunsaantisuositus väh. 25g päivässä mitä todennäköisimmin ylittyy päivittäin)
- ◯ Tavoite: Miehet päivässä 9 annosta tai enemmän energian tarpeen mukaan (Keskittyy esimerkillisesti kuitupitoisten täysjyväviljavaihtoehtojen valintaan, puolet vilja-annoksista täysjyvävilja-annoksia ja lähes joka aterialle sisältyy jotain täysjyväviljapitoista. Näin ollen, kuidunsaantisuositus väh. 35g päivässä mitä todennäköisimmin ylittyy päivittäin)
- ◯ Ei tietoa
- ◯ Lisätietoja: [ ]

9. Mikä kuvaa parhaiten pehmeän rasvan lähteiden määrää asiakkaan päivittäisessä ruokavaliossa?

Yksi annos on esim. 1tl rypsiöljyä, 1 2/3 tl väh. 60% margariinia, 2 rkl pähkinöitä

Pehmeää rasvaa tulee ruokavaliossa olla riittävästi, mutta kuitenkin kohtuullisesti, sillä se sisältää paljon energiaa. Tästä syystä vastausvaihtoehdoissa kartoitetaan myös suosituksen ylittävää määrää. Poikkeuksena esimerkiksi vajaaravitsemusriskissä olevilla sekä urheilijoilla suositeltava määrä voi perustellusti olla 8 annosta tai yli. Valitse tällöin vastausvaihtoehto "8 annosta tai enemmän päivässä perustellusti" ja kirjoita perustelu lisätietoihin.

- ◯ Harvemmin kuin 1 tai ei yhtään annosta päivässä
- ◯ 1 annos päivässä
- ◯ 2 annosta päivässä
- ◯ 3 annosta päivässä
- ◯ 4 annosta päivässä
- ◯ Tavoite: 5-7 annosta päivässä energian tarpeen mukaan (Saanti suosituksen mukaista ja asiakas keskittyy esimerkillisesti pehmeän rasvan lähteiden valintaan)
- ◯ 8 annosta tai enemmän päivässä
- ◯ 8 annosta tai enemmän päivässä perustellusti
- ◯ Ei tietoa
- ◯ Lisätietoja [ ]

Seuraavat kysymykset ovat tarkoitettu seurantakäynnillä täytettäväksi. Jos kyseessä on aloitustapaaminen, kysely on nyt valmis. Siirry tämän sivun loppuun ja paina lähetä.

Muutosten vaikutukset työtehoon

Kysymykset 10-11 täytetään VAIN SEURANTAKÄYNNILLÄ ja asiakkaan oman arvion pohjalta. Valitse tilannetta parhaiten kuvaava vaihtoehto ja kirjoita lisätietoja tarvittaessa.

10. Asiakkaan arvio ravitsemusohjauksen vaikutuksesta työn tekemiseen lähtötilanteeseen verrattuna

Kysymys kysytään asiakkaaltaja vastaus on asiakkaan oma arvio tilanteestaan.

Jos vaikutus on positiivinen tai negatiivinen, perustele mistä syystä (esim. oirekuvan helpottunut tai pahentunut, vajaakuntoisena työskentely vähentynyt, yleinen jaksaminen ja vireys parantunut tai heikentynyt, ei osaa sanoa tai jokin muu syy). Voit perustella myös usean syyn.

- ◯ Vaikuttanut päivittäin positiivisesti työn tekemiseen.
  Jos, kuinka monena tuntina päivässä ja mistä syystä vaikuttanut positiivisesti?
  [ ]
- ◯ Vaikuttanut useita kertoja viikossa, mutta ei päivittäin positiivisesti työn tekemiseen.
  Jos, mistä syystä vaikuttanut positiivisesti?
  [ ]
- ◯ Vaikuttanut kerran pari viikossa positiivisesti työn tekemiseen.
  Jos, mistä syystä vaikuttanut positiivisesti?
  [ ]
- ◯ Vaikuttanut kerran pari kuukaudessa positiivisesti työn tekemiseen.
  Jos, mistä syystä vaikuttanut positiivisesti?
  [ ]
- ◯ Vaikuttanut vielä harvemmin kuin kerran kuussa positiivisesti työn tekemiseen tai ei vaikutusta työn tekemiseen.
- ◯ Vaikutus työn tekemiseen on ollut negatiivinen.
  Jos, mistä syystä vaikutus on ollut negatiivinen?
  [ ]
- ◯ Ei työssä tällä hetkellä (esim. työtön tai pitkä sairasloma)
- ◯ Ei tietoa
- ◯ Lisätietoja: [ ]

11. Asiakkaan arvio ravitsemusohjauksen vaikutuksesta yleiseen jaksamiseen ja vireyteen vapaa-ajalla lähtötilanteeseen verrattuna

Kysymys kysytään asiakkaalta ja vastaus on asiakkaan oma arvio tilanteestaan.

Jos vaikutus on ollut positiivinen tai negatiivinen, perustele mistä syystä (esim. oirekuva helpottunut tai pahentunut, tietojen ja taitojen lisääntyminen, syömisestä on tullut rennompaa, syöminen säännöllistynyt, unen määrä ja/tai laatu lisääntynyt, ei osaa sanoa tai jokin muu syy). Voit perustella myös usean syyn.

- ◯ Vaikuttanut päivittäin positiivisesti yleiseen jaksamiseen ja vireyteen.
  Jos, kuinka monena tuntina ja mistä syystä vaikuttanut positiivisesti?
  [ ]
- ◯ Vaikuttanut useita kertoja viikossa, mutta ei päivittäin positiivisesti yleiseen jaksamiseen ja vireyteen.
  Jos, mistä syystä vaikuttanut positiivisesti?
  [ ]
- ◯ Vaikuttanut kerran pari viikossa positiivisesti yleiseen jaksamiseen ja vireyteen.
  Jos, mistä syystä vaikuttanut positiivisesti?
  [ ]
- ◯ Vaikuttanut kerran pari kuukaudessa positiivisesti yleiseen jaksamiseen ja vireyteen.
  Jos, mistä syystä vaikuttanut positiivisesti?
  [ ]
- ◯ Vaikuttanut vielä harvemmin kuin kerran kuussa positiivisesti tai ei vaikutusta jaksamiseen ja vireyteen.
- ◯ Vaikutus jaksamiseen ja vireyteen on ollut negatiivinen.
  Jos, mistä syystä vaikutus on ollut negatiivinen?
  [ ]
- ◯ Ei tietoa
- ◯ Lisätietoja: [ ]

LIITE 2. Käyttäjätyytyväisyyskysely.

(Muokattu alkuperäisestä E-lomakekyselypohjasta.)

UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

KÄYTTÄJÄTYYTYVÄISYYSKYSELY - RAVITSEMUSHOIDON VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTIKYSELY

Ravitsemushoito on kustannustehokasta ja vaikuttavaa monen sairauden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Tämän käyttäjätyytyväisyyskyselyn tarkoituksena on saada kehitysehdotuksia ja palautetta ravitsemushoidon vaikuttavuuden arviointiin kehitetyn kyselyn toimivuudesta. Em. kyselylomake on kehitetty tuottamaan tietoa Terveystalossa tapahtuvan ravitsemushoidon vaikuttavuudesta. Arviointikyselyn tavoitteena on selvittää ravitsemuskäyttäytymisen ja ruokavalion laadullisten tekijöiden lähtötilannetta sekä seurantakäynneillä niiden kehitystä ja lisäksi asiakkaan kokemia hyötyjä. Ruokavalion laadullisten tekijöiden osalta kartoituksen alla ovat sellaiset terveyttä edistävät valinnat, joilla on tutkitusti merkitystä paitsi arjen ja työssäjaksamisen myös sydän- ja verisuonisairauksien, esi- ja tyypin 2 diabeteksen, syövän ja muistihäiriöiden kehittymisen kannalta. Koska tavoitteena on, että arviointikyselyä voi käyttää myös tavoitteenasettelun tukena vastaanotolla, vastausvaihtoehtoihin on merkitty nämä terveyttä tutkitusti edistävät vaihtoehdot. Vaikuttavuuden arviointi ja osoittaminen on tärkeää paitsi oman toiminnan arvioinnissa myös perustellessa päättäjille ravitsemusterapiasta koituvia hyötyjä, ja miksi ravitsemusterapiaa kannattaa sisällyttää riittävästi esimerkiksi työterveyssopimuksiin.

Kaikki käyttäjätyytyväisyyskyselyn avulla saatu palaute ja kehitysehdotukset ovat arvokkaita ja tärkeitä, sillä kysely tulee mitä todennäköisemmin olemaan osa työtäsi!

Arviointikyselylomaketta pääset tarkastelemaan tästä linkistä. Näin ollen, voit halutessasi tarkastella sen sisältämiä kysymyksiä ja rakennetta vastatessasi tähän kyselyyn.

Täyttöohjeet: Täytä kysely yhden (1) kerran, kun olet testannut arviointikyselyä vastaanotolla vähintään 10 asiakkaan kanssa.

Vastaa paras mahdollinen vaihtoehto, ja kommentoi halutessasi täydennyksiä ja tarkennuksia vastauksillesi. Jos palautteesi koskee yksittäistä kysymystä ja/tai sen vastausvaihtoehtoja, muista kertoa, mitä kysymystä palaute koskee. Myös kaikkiin avoimiin kysymyksiin toivotaan vastausta.

Palaute annetaan kyselylomakkeella anonyymisti. Jos haluat antaa palautteen omalla nimelläsi, voit täyttää tunniste- ja yhteystietosi 'Muita kommentteja, kehitysehdotuksia ja/tai terveisiä arviointikyselyn kehittäjälle:' -kohtaan.

Kesto: Noin 5 min.

ESITIEDOT

1. Kuinka monta kertaa täytit arviointikyselylomakkeen pilotin aikana?

Huom! Anna vastaus kokonaislukuna.

MONIVALINTAKYSYMYKSET

2. Mikä mahdollisesti esti vastaanotolla täyttämästä arviointikyselylomaketta?

- ☐ Ei esteitä
- ☐ Unohdin kyselyn
- ☐ Ei ollut aikaa täyttää kyselyä
- ☐ En näe kyselyä tarpeellisena
- ☐ Muu syy, mikä?
- ☐ En osaa sanoa

Jos vastasit muu syy, mikä se oli?

Vapaa sana/ Kommentoitavaa:

3. Kuinka kauan sinulla keskimäärin meni aikaa arviointikyselyn täyttämiseen?

- ☐ 0-1 min
- ☐ 1-3 min
- ☐ 3-5 min
- ☐ Yli 5 min
- En osaa sanoa

Huom! Vastausvaihtoehdoissa edellinen vaihtoehto kysyy aina edelliseen täyteen minuuttiin asti ja seuraava lähtien siitä. Esimerkiksi, jos sinulla meni kyselyn täyttämiseen arviolta 3 min 30 s, valitse vastausvaihtoehto 3-5 minuuttia.

4. Oliko arviointikysely mielestäsi sopivan pituinen?

- ☐ Kyllä, kysely oli sopivan pituinen
- ☐ Ei, kysely oli liian pitkä
- ☐ Ei, kysely oli liian lyhyt
- ☐ En osaa sanoa

Vapaa sana/ Kommentoitavaa:

KYLLÄ/EI -KYSYMYKSET

5. Sujuiko lomakkeen täyttäminen vaivattomasti?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ En osaa sanoa

Jos vastasit ei, mikä siihen vaikutti?

6. Olivatko lomakkeen kysymykset ja vastausvaihtoehdot selkokielisiä ja helposti ymmärrettävissä?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ En osaa sanoa

Jos vastasit ei, mitä parantaisit?

7. Olivatko kysymykset mielestäsi loogisessa järjestyksessä?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ En osaa sanoa

Jos vastasit ei, miten parantaisit järjestystä?

8. Kysyttiinkö arviointikyselylomakkeessa mielestäsi kaikki oleellinen?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ En osaa sanoa

Jos vastasit ei, mitä mielestäsi jäi kysymättä?

9. Oliko joku/jotkut kysymyksistä mielestäsi turhia?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ En osaa sanoa

Jos vastasit kyllä, mikä/mitkä kysymykset olivat mielestäsi turhia? Perustele.

10. Auttoiko arviointikyselylomake sinua tavoitteenasettelussa vastaanottotyön aikana?

- [ ] Kyllä
- [ ] Ei
- [ ] En osaa sanoa

Jos vastasit ei, mistä syystä kysely ei auttanut tavoitteenasettelussa vastaanottotyön aikana?

11. Voisitko ottaa arviointikyselyn osaksi jokapäiväistä työtäsi myös tulevaisuudessa?

- [ ] Kyllä
- [ ] En
- [ ] En osaa sanoa

Jos vastasit en, mistä syystä et voisi?

AVOIMET KYSYMYKSET

12. Kommentteja MUUTOKSET KÄYTTÄYTYMISESSÄ -osiota koskevista kysymyksistä?

13. Kommentteja RUOKAVALION LAADULLISET TEKIJÄT -osiota koskevista kysymyksistä?

14. Kommentteja MUUTOSTEN VAIKUTUKSISTA TYÖN TEKEMISEEN JA JAKSAMISEEN -osiota koskevista kysymyksistä?

15. Muita kommentteja, kehitysehdotuksia ja/tai terveisiä arviointikyselyn kehittäjälle:

TIETOJEN LÄHETYS

Tallenna

Kiitos palautteesta, vastauksistasi ja pilotointiin käyttämästäsi ajasta!