

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

2010

Armi Vartiainen & Tiina Vartiala

# OSASTON JA RAVINTOKES- KUKSEN VÄLINEN TIEDON- KULKU JA YHTEISTYÖ



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Armi Vartiainen & Tiina Vartiala

## OSASTON JA RAVINTOKESKUKSEN VÄLINEN TIEDONKULKU JA YHTEISTYÖ

Tämä opinnäytetyö liittyy Turun sosiaali- ja terveystoimessa meneillään olevaan ravitsemustutkimukseen: Ravitsemuksen vaikutus lonkkamurtumapotilaiden toimintakykyyn (RavLon) sekä ravitsemushoidon kehittämishankkeeseen (RavTerv). Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten osastojen ja ravintokeskuksen välinen tiedonkulku toteutuu käytännössä vanhuspotilaan ravitsemukseen liittyen, minkälaista yhteistyötä näiden tahojen välillä on ja miten potilaan ravitsemukseen liittyvä tieto kulkee osaston sisällä.

Tutkimuksen kohderyhmänä oli kaikki sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat sekä sairaala-apulaiset (N=283) Turun sosiaali- ja terveystoimen 12 geriatrisen sairaalahoidon osastolta. Tutkimus toteutettiin tätä tutkimusta varten laaditulla kyselylomakkeella. Määräaikaan palautettuja kyselylomakkeita oli 108 kappaletta. Vastausprosentti oli 38%.

Tuloksista kävi ilmi, että keskitetyn ruoanjakelujärjestelmän piirissä työskentelevistä kaikkien ammattiryhmien edustajat osallistuivat tasapuolisesti tiedonkulkuun. Hajautetussa ruoanjakelujärjestelmässä sairaala-apulaiset osallistuivat eniten tiedon välittämiseen ravintokeskukseen. Enemmistö koki ravintokeskuksen ja osaston välisten yhteisten palaverien parantavan tiedonkulkua ja yhteistyötä ja palaverien aiheet koettiin hyödyllisiksi. Palaverihin osallistuminen oli kuitenkin kaikissa ammattiryhmissä vähäistä ja koettiin, että palavereja ei ollut riittävästi.

Työnjako potilaan ruokaa koskevien tietojen välityksessä koettiin selkeäksi ja potilaan ruokailussa tapahtuneet muutokset kirjattiin tai välitettiin suullisesti eteenpäin. Ravitsemustilaa arvioitiin riittävän usein ja ruokavalio tarkistettiin säännöllisesti ravitsemusongelmien yhteydessä. Potilaan mielipiteet otettiin huomioon ruokatilausta tehtäessä, mutta koettiin, että potilaalta ei kysytty riittävästi palautetta ravitsemuksesta eikä palautetta välitetty ravintokeskukseen.

Tämä opinnäytetyö osoitti, että tiedonkulun ja yhteistyön ylläpitäminen on tärkeää, jotta voidaan edistää vanhuspotilaan ravitsemusta. Säännölliset palaverit ravintokeskuksen ja osaston välillä takaavat, että ajankohtainen tieto välittyy molemminpuolisesti potilaan ravitsemushoidon osapuolille. Tutkimuksen tuloksia ei voi sellaisenaan yleistää, vaan lisää tutkimusta aiheesta tarvitaan, jotta saadaan vertailukohteita. Tuloksia voidaan kuitenkin pitää suuntaa antavina.

### ASIASANAT:

ravitsemus, tiedonkulku, yhteistyö

Armi Vartiainen & Tiina Vartiola

## FLOW OF INFORMATION AND COOPERATION BETWEEN THE DEPARTMENT AND NUTRITION CENTER

This bachelor's thesis is part of ongoing nutrition research: Nutrition's affect in the functional ability of a patient with hip fracture and nutritional care development project of Turku Municipal Social Services and Health Care Department. The purpose of this thesis was to explore and explain the cooperation and the flow of information between the departments and nutrition center, and the flow of information in the department in relation to elderly patients' nutritional care.

The target group of this study was all the nurses, practical nurses and orderlies (N=283) working in 12 geriatric wards of Turku Municipal Social Services and Health Care Department. This study was carried out as a questionnaire survey with an indicator developed especially for this study. 108 questionnaires were returned by the deadline. The response rate was 38%.

The result of this study showed, that the occupational groups working within the centralized food distribution system were all attending equally to the delivery of information to nutrition center. Within the centralized food distribution system orderlies were attending most to the delivery of information. The majority regarded the common meetings between the nutrition center and the department improving the flow of information and cooperation and the topics of the meetings were considered as useful. Participation in meetings, however, was low in all occupational groups, and was regarded, that there weren't enough meetings.

Division of labor concerning the delivery of information about patient's food was considered clear and the changes in patient's dining were registered or forwarded verbally. Nutritional status was evaluated often enough and the diet was revised regularly in the context of nutritional problems. Patient's opinions were taken into account when ordering food, but the patients were not asked for sufficient feedback of nutrition and feedback was not transmitted to the nutrition center.

This bachelor's thesis showed that maintenance of the cooperation and flow of information is important in order to prevent the malnutrition of elderly patients. Regular meetings between the nutrition center and the department guarantee, that the current knowledge is transmitted mutually to both partners of nutritional care. Results of this study can't be directly generalized, as more research is needed on the subject to provide comparison. However, results can be regarded as indicative.

### KEYWORDS:

nutrition, flow of information, cooperation

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS</b>	<b>7</b>
2.1 Ikääntyneen ravitsemustilan arviointi	8
2.2 Ravitsemushoidon suunnitelma	9
<b>3 OSASTON VASTUU JA TOIMINTA POTILAAN RAVITSEMUKSESSA</b>	<b>10</b>
3.1 Osaston hoitohenkilökunnan vastuualueet ravitsemushoidossa	10
3.2 Osaston muun henkilökunnan vastuu	12
3.3 Ruokatilauksen tekeminen Mysli-ohjelmalla	12
3.4 Hoitohenkilökunnan ravitsemustietojen päivitys	12
<b>4 RAVINTOKESKUKSEN VASTUU JA TOIMINTA POTILAAN RAVITSEMUKSESSA</b>	<b>14</b>
4.1 Ravintokeskuksen henkilökunta ja työtehtävät	14
4.2 Sairaaloiden ruoanjakelujärjestelmät	15
4.2.1 Keskitetty ruoanjakelujärjestelmä	15
4.2.2 Hajautettu ruoanjakelujärjestelmä	16
<b>5 TIEDONKULKU JA YHTEISTYÖ SEKÄ YLEISIMMÄT ONGELMAT NIIHIN LIITTYEN</b>	<b>17</b>
5.1 Ravitsemushoidon kirjaaminen	17
5.2 Moniammatillinen ravitsemustyöryhmä	18
5.3 Tiedonkulun ja yhteistyön puutteet	19
5.4 Tiedonkulkua ja yhteistyötä edistävät asiat	20
<b>6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT</b>	<b>22</b>
<b>7 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>23</b>
7.1 Tutkimusmenetelmä	23
7.2 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi	24
<b>8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>25</b>
<b>9 TUTKIMUSTULOKSET</b>	<b>28</b>
9.1 Osallistujien taustatiedot	28
9.2 Osaston ja ravintokeskuksen tiedonkulun toteutuminen potilaan ravitsemukseen liittyen osastojen näkökulmasta	32

9.3 Yhteistyö osaston ja ravintokeskuksen välillä potilaan ravitsemukseen liittyen osastojen näkökulmasta	39
9.4 Tiedonkulun toteutuminen osaston sisällä potilaan ravitsemukseen liittyen	43
<b>10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>	<b>48</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>52</b>

## **LIITTEET**

Liite 1.Kyselylomake: Osaston ja ravintokeskuksen välinen tiedonkulku ja yhteistyö

# 1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten osastojen ja ravintokeskuksen välinen tiedonkulku toteutuu käytännössä vanhuspotilaan ravitsemukseen liittyen, minkälaista yhteistyötä näiden tahojen välillä on ja miten potilaan ravitsemukseen liittyvä tieto kulkee osaston sisällä. Tämä aihe on tärkeä, koska aliravitsemuksella on vakavat seuraukset vanhuspotilaan terveyteen, sairauksista toipumiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen.

Osastojen ja ravintokeskuksen toimintatapojen ja vastuualueiden selvittäminen on tärkeää, jotta voidaan taata potilaalle yksilöllinen ja paras mahdollinen ravitsemus hänen tarpeidensa ja suositusten mukaan sekä selvittää mahdolliset tiedonkulun ongelmat näiden kolmen tahon välillä.

Opinnäytetyö liittyy Turun sosiaali- ja terveystoimessa meneillään olevaan ravitsemustutkimukseen: Ravitsemuksen vaikutus lonkkamurtumapotilaiden toimintakykyyn (RavLon) sekä ravitsemushoidon kehittämishankkeeseen (RavTerv). Tutkimuksen aineisto kerättiin Turun sosiaali- ja terveystoimen 12 geriatrisen sairaalahoidon osastoilta. Tutkimus oli määrällinen ja se toteutettiin kyselylomakkeella.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää ravintokeskuksen ja osaston välisen tiedonkulun ja yhteistyön parantamiseksi ja kehittämiseksi potilaan ravitsemukseen liittyen. Tuloksia voidaan käyttää myös esille tulleiden ongelmakohtien huomioimiseen ja sitä kautta niiden korjaamiseen.

## 2 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS

Hyvä ravitsemus on tärkeä osa ihmisen elämänkaarta. Sen avulla voidaan ehkäistä sairauksien puhkeamista ja pitää yllä ihmisen luonnollista vastustuskykyä. Erityisesti vanhuksilla on kuitenkin todettu häiriöitä ravitsemuksessa sekä liian vähäistä energian ja proteiinien saantia tarpeeseen nähden. (Suominen 2007, 13,19.) Iän myötä energiankulutus pienenee ja myös syödyn ruoan määrä vähenee. Tämä voi johtaa proteiinin, vitamiinien ja kivennäisaineiden puutostiloihin, jos saanti ei vastaa kulutusta. Energian- ja proteiinin saannin väheneminen kiihdyttää lihaskatoa ja lisää tulehdusriskiä. Proteiinin vähyden vuoksi infektiot saavat myös helpommin jälkiseurauksia. Vanhuksilla energiansaannin tulisi olla vähintään 1500 kcal (6,5MJ) ja ruokavalion monipuolinen. Tällöin useimpien ravintoaineiden saanti on todennäköisesti turvattu. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 14-15.)

Aliravitsemuksen riski nousee iän ja toiminnallisen kyvykkyyden heikkenemisen seurauksena (Suominen 2007, 25). Ikääntyessä osteoporoosin eteneminen kiihtyy. Lihaskunnon ja kehon hallinnan heikkenemisen myötä, ikääntynyt kaatuu helpommin ja murtumavaara on suurempi. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 15.) Myös Nematyn ynnä muiden (2006, 209-210) tutkimustulokset osoittavat, että jopa puolet lonkkamurtumapotilaiden ravitsemusta käsittelevään tutkimukseen osallistuneista potilaista oli aliravittuja ja että ravitsemustila huononi nopeasti sairaalassaoloaikana liikkumattomuuden ja toiminnallisuuden puutteen myötä. Aliravitsemus sekä murtumaa ja sen leikkaushoitoa seuraava katabolinen tila taas heikentävät kykyä vastustaa infektioita, hidastavat haavan paranemista, aiheuttavat väsymystä sekä lihasheikkoutta, pidentävät sairaalahoitoaika ja tämän myötä heikentävät kuntoutumisen ennustetta. (Duodecim 2006.)

Ikääntyneen ravitsemukseen vaikuttaa maku- ja hajuastin heikentyminen, joka vähentää nälän tunnetta. Ruokailua saattaa vaikeuttaa syljenerityksen väheneminen, suun kuivuminen ja nielemisvaikeudet sekä hampaattomuus tai sopima-

ton proteesi. Huomioon tulee ottaa myös jotkin laihtumista aiheuttavat sairaudet kuten erilaiset ruoansulatuskanavan ongelmat, hypertyreoosi, hyperglykemia tai syöpä. Lääkityskin voi huonontaa ruokahalua. Iän myötä myös kylläisyyden tunne saattaa tulla aiempaa nopeammin. (Sinisalo 2009, 100; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 16.)

Hoitohenkilökunnan tulisi selvittää entistä tarkemmin ravitsemussuositukset ja potilaan yksilölliset tarpeet. Pedersenin (2003, 251) mukaan vanhemmat ortopediset potilaat, joiden hoito perustui heidän omaan aktiiviseen osallistumiseensa ravitsemusasioissa, olivat selvästi paremmin ravittuja kuin potilaat, jotka saivat tavanomaista hoitoa.

## 2.1 Ikääntyneen ravitsemustilan arviointi

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ikääntyneiden ravitsemussuositusten mukaan (2010a, 30) ikääntyneiden painoa tulisi seurata säännöllisesti kerran kuukaudessa ja sen tulisikin olla osana terveydentilan selvitystä. Painossa tapahtuvat muutokset ovat tärkeämpää huomioida kuin yksittäiset painonmittaukset tai normaalipainon selvittäminen. Erityisesti ikääntyneillä tulisi epäillä ravitsemustilan huononemista, jos laihtuminen on nopeaa ja tahatonta ja sille ei löydy erityistä syytä. Ikääntyneiden suositeltava painoindeksialue on 24-29 kg/m<sup>2</sup>. Painoindeksin ollessa alle tämän suosituksen, sairastuvuus ja ennenaikaisen kuoleman riski lisääntyy.

Ravitsemustila voidaan arvioida myös MNA (Mini Nutritional Assessment) -menetelmällä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 31). MNA -testi on tarkoitettu yli 65-vuotiaiden ihmisten ravitsemustilan arviointiin sekä virhe- ja aliravitsemuksen ja virheravitsemusriskin tunnistamiseen. Virheravitsemus johtuu energian tai välttämättömien ravintoaineiden suhteellisesta tai täydellisestä puutteesta tai ylimäärästä ruokavaliossa. Virheravitsemuksesta kärsivä potilas voi olla joko yli- tai alipainoinen. Aliravitsemuksella taas tarkoitetaan energian tai ravintoaineiden riittämätöntä saantia tarpeeseen nähden. Useimmissa tapauksissa tämä ilmenee huomattavana laihtumisena, joka voi olla seurausta ra-



vinnon puutteesta tai sairaudesta johtuvasta ravinnon tarpeen muuttumisesta tai imeytymishäiriöstä. (Haglund 2007, 176,179.) MNA -testin avulla löydetään riittävän varhaisessa vaiheessa ikääntyneen henkilön ravitsemusongelmat ja niihin pystytään puuttumaan ajoissa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 31.)

Ruokavalion laatua sekä syödyn ruoan määrää tulee arvioida. Keskeisimmät keinot ravitsemuksen arvioinnissa ja sen suunnittelussa ovat ruokailun seuranta, energian, proteiinin ja ravinnonsaannin arviointi. Yhtenä apuvälineenä voidaan käyttää ruokapäiväkirjaa, jossa tarkkaillaan muun muassa energian ja proteiinin saantia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 31-32.)

## 2.2 Ravitsemushoidon suunnitelma

Ravitsemushoidon suunnitelmaa tehtäessä otetaan huomioon sekä ikääntyneen potilaan että omaisten antamat tiedot sairauksista, ruokailutottumuksista, rajoituksista ja mieltymyksistä. Suunnitelmaa tehtäessä olisi suositeltavaa käyttää apuna ikääntyneen ravitsemukseen perehtynyttä ravitsemussuunnittelijaa tai -terapeuttia. Keskeisintä ikääntyneiden ravitsemushoidon toteuttamisessa on moniammatillinen yhteistyö etenkin ravintokeskuksen ja hoitohenkilökunnan kesken. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 31-32.)

Hyvällä ravitsemushoidon suunnittelulla ja toteutuksella ylläpidetään hyvää toimintakykyä, ehkäistään painonvaihteluita, hidastetaan tahatonta laihtumista sekä ikääntyneen anoreksian etenemistä. Ruokavalion tulee olla monipuolinen, mutta nautittujen ruokamäärien ollessa iäkkäillä pieniä, tarvitsee ruoan energia- ja ravintoainetiheyden olla normaalia suurempi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 31-33.) Eryityisesti vanhuspotilailla on saatu hyviä kokemuksia ravitsemuksessa tarjoamalla useita välipaloja ja mieliruokia, pienentämällä annoskokoa sekä lisäämällä aterioiden ja välipalojen energiatiheyttä. Tällä saadaan ravinnonsaantia lisättyä jopa 25%. (Orell-Kotikangas 2003, 26-27.)

### 3 OSASTON VASTUU JA TOIMINTA POTILAAN RAVITSEMUKSESSA

Laadukkaan ravitsemushoidon perusedellytyksenä on riittävä määrä henkilökuntaa sekä muita resursseja. Erityisen tärkeää on selkeä vastuunjako ja sujuva yhteistyö eri ammattiryhmien välillä. Tuloksiin pääsy edellyttää henkilöstön riittävää ravitsemustiedon määrää ja kykyä soveltaa sitä käytäntöön. (Nuutinen ym. 2009, 8.) Usein ikääntyneitä hoitavat henkilöt arvioivatkin potilaan ravinnon- ja energiansaannin suurempana mitä se todellisuudessa on (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 31). Ravitsemushoidon lähtökohtana on potilas itse, ja myös omaiset ovat keskeisessä asemassa ravitsemushoidon onnistumisessa. Oikein ajoitettu ja kohdennettu ravitsemushoito on myös kustannustehokasta. (Nuutinen ym. 2009, 8.)

#### 3.1 Osaston hoitohenkilökunnan vastualueet ravitsemushoidossa

Osastonhoitajalla on päävastuu osaston potilaiden ravitsemushoidossa. Hänen tehtävänä on myös välittää tieto osaston hoitajille, jotta he osaavat toteuttaa käytännössä yhdessä potilaan ja omaisten kanssa parasta mahdollista ravitsemushoitoa. Hoitajien työnkuvaan kuuluu vajaaravitsemuksen riskin seulonta sekä potilaan ravinnontarpeen oikea arviointi ja yksilöllisen ruokavalion tilaus. (Nuutinen ym. 2009, 9.) Turun kaupunginsairaалassa ruokatilaukset toteutetaan sähköisesti Mysli -ohjelman välityksellä. Tämän ruokatilauksen tekeminen kuuluu myös hoitajan tehtäviin. Osastolla ruoanjakelu ja tarjoilu toteutetaan yhteistyössä sairaala-apulaisten kanssa ja potilasta avustetaan ruokailussa tarvittaessa potilaan omien voimavarojen mukaan. (Nuutinen ym. 2009, 9.)

Hoitajalla on tärkeä rooli potilaan hyvän ravitsemustilan ylläpitämisessä ja sen saavuttamisessa. Hän tuntee potilaan hoidon kokonaisuuden ja näin ollen on helpommin potilaan saavutettavissa ja voi seurata potilaan terveydentilassa tapahtuvia muutoksia. (Sinisalo & Arffman 2009, 239.) Sairaanhoidajat toteuttavat ravitsemushoitoa esimerkiksi vuodeosastoilla, poliklinikoilla ja avosairaanhoidon

vastaanotoilla (Haapa & Pölönen 2002, 31). Heidän tehtävänä on antaa ruokavalio-ohjausta sekä seurata ja arvioida potilaan ravitsemustilaa asianmukaisesti. Näin pystytään arvioimaan potilaan ravitsemustilaa totuudenmukaisesti ja toteuttamaan laadukasta ravitsemushoitoa yksilöllisesti. Hoitaja myös varmistaa, että potilas saa tarvittaessa lähetteen lääkärin tutkimusten, laboratorion tutkimustulosten ja hoitotarpeen mukaan ravitsemusterapeutin ruokavalio-ohjaukseen. Sairaanhoidajat myös huolehtivat ravitsemushoidon käytännön toteutuksesta osastolla potilasruoan, täydennysravintovalmisteiden ja parenteraalisen ravitsemushoidon osalta. Hoitaja varmistaa, että potilas saa hänelle sopivaa ruokaa ja on tarvittaessa yhteydessä ravintokeskukseen. (Sinisalo & Arffman 2009, 239.)

Sairaanhoidajilla on suuri vastuu ravitsemushoidossa ja tämän vuoksi on tarpeen kehittää työnjakoa, yhteistyötä, koulutusta sekä konsultaatio- ja muita tukijärjestelmiä (Haapa & Pölönen 2002, 31). Hän on osana asiantuntijatiimiä ja huolehtii potilaan suositusten mukaisesta hoidon kokonaisuudesta (Sinisalo & Arffman 2009, 239). Osa sairaanhoidajista (esimerkiksi diabeteshoitaja) on lisäkoulutautunut työssään jonkin tietyn potilasryhmän hoitamiseen. Heidän toimenkuvaansa kuuluu seurata potilaan ravitsemustilaa ja ruokavalion toteuttamista oman erityisosaamisalueensa osalta ja antaa siihen liittyvää ruokavalio-ohjausta. (Haapa & Pölönen 2002, 31-32.) Sairaanhoidajat joutuvat toimimaan myös usein ravitsemusterapeutin tehtävissä, koska heitä ei osastoilla ole yleensä tarpeeksi saatavilla (Henning 2009, 301).

Lähi- ja perushoitajat ovat mukana ravitsemushoidon toteuttamisessa muun muassa ruokailutilanteissa syöttämässä potilaita sekä seuraamalla potilaiden ruokahalua ja syödyn ruoan määrää. Lähihoitajat antavat myös mahdollisesti ruokavalio-ohjausta potilaille. (Haapa & Pölönen 2002, 32.)

### 3.2 Osaston muun henkilökunnan vastuu

Sairaala-apulaiset osallistuvat ravitsemushoitoon kertomalla hoitohenkilökunnalle havaitsemistaan ravitsemushoitoon liittyvistä ongelmista ja tarpeista (Haapa & Pölönen 2002, 32; Nuutinen ym. 2009, 9). Heidän tulee arvioida silmämääräisesti potilaan syömää ruokamäärää ja ilmoittaa hoitajalle, jos ruokaa jää paljon syömättä. Henkilökunnan tulisi myös kysyä päivittäin annoskoon sopivuutta sekä ruokatoiveita ja muuttaa ruokatilausta tarpeen mukaan. Potilaalta tulisi myös kysyä palautetta ruoasta tai tiedottaa mahdollisuudesta antaa palautetta. Palautteen saaminen potilaalta ravitsemuksen suhteen on ensisijaisen tärkeää, jotta pystytään arvioimaan toteutetun ravitsemushoidon hyötyjä ja haittoja sekä mahdollisia kehityskohteita. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 53-55.)

### 3.3 Ruokatilauksen tekeminen Mysli-ohjelmalla

Ruokatilausta tehtäessä kirjaudutaan sisään Mysli -ohjelmaan omilla tunnuksillaan. Tämän jälkeen haetaan Pegasos-ohjelmasta sisään kirjatut potilaat ja siirretään tiedot Mysli-ohjelmaan. Sitten täytetään potilaskorttiin ruokailijan ateria-tiedot. Täytettäviä kohtia ovat ruokavalio, annoskoko, lisäruokavalio, käyttötarvikkeet, juoman lisukkeet, sopimattomat ruoka-aineet, väliaikainen ruokavalio ja vapaata tekstiä (osaston ja ruokailijan lisätietoja). Erikseen täytetään leivät, juomat ja mahdolliset tuotteet aamupalalle, lounaalle ja päivälliselle. Tämän jälkeen tilaus hyväksytään ja lähetetään. Myös tuotetilaus tehdään Mysli-ohjelman kautta. (Ruokapalvelu Katerinki 2010.)

### 3.4 Hoitohenkilökunnan ravitsemustietojen päivitys

Hoitajilla on myös velvollisuus osallistua ravitsemuskoulutukseen, jotta he pystyvät tarjoamaan potilaille ajantasaista ravitsemushoitoa ja ohjausta (Nuutinen ym. 2009, 9). Henkilökunta hyötyykin ravitsemuskoulutuksesta, jonka avulla he voivat aiempaa paremmin vastata ikääntyneiden yksilöllisiin tarpeisiin (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 31). Jotta potilas saisi optimaalisimman hyödyn osastolla toteutetusta ravitsemushoidosta jatkossakin, tulee hoitajien huo-

lehtia tiedonkulusta ravitsemuksen osalta myös potilaan siirtyessä jatkohoito- paikkaan (Nuutinen ym. 2009, 9).

Hoitajien on välttämätöntä täydentää tietojaan ja taitojaan, jotta työn haasteisiin pystytään vastaamaan. Ravinnon ja sairauksien välistä yhteyttä koskeva tieto on hoitajilla melko hyvin hallussa. Heikommin tunnetaan ruokavalion käytännön toteuttamiseen liittyvät tiedot: ravitsemushoidon toteuttamisen periaatteet, elintarvikkeiden ravintosisällöt, lainsäädäntö, tiedot erityisvalmisteista ja elintarvikkeista, ruoan turvallisuudesta sekä vastaukset ajankohtaisiin kysymyksiin. (Haapa & Pölönen 2002, 49.) Tampereen yliopistollisen sairaalan Ravitsemushoidon kehittäminen aikuisten veritautiosastolla -projektissa tuli ilmi henkilökunnan lisätiedon tarve ravitsemusasioista. Tueksi ja perehdytykseksi laadittiin ravitsemusohjauksen neuvontarunko. (Silvennoinen ym. 2008, 14.) Ravitsemushoidon onnistumiseksi henkilökunnalla tulee olla kykyä ohjata ja opastaa potilasta ruokavalinnoissa ja käytännön sovelluksissa. On suositeltavaa, että koko ravitsemushoitoon osallistuvan henkilökunnan tulisi olla mukana yhteisessä koulutuksessa. Näin luodaan yhteinen tieto- ja taitopohja. Hoitotiimien yhteiset koulutukset on todettu erityisen hyödyllisiksi. (Haapa & Pölönen 2002, 49.)

Sijaisten ja uusien työntekijöiden tulisi saada perehdytys toimipaikkakohtaisiin suunnitelmiin ravitsemushoidon toteutuksesta sekä työn- ja vastuunjaosta. Tätä helpottavat ajan tasalla olevat kirjalliset hoitosuunnitelmat, käsikirjat ja toimenkuvien kuvaukset. Ravitsemushoitoon osallistuvalla henkilökunnalla tulee olla myös tiedossa, keneltä voi tarvittaessa kysyä neuvoa ravitsemusta koskevissa asioissa. Näin saadaan varmuutta työhön, kehittää ravitsemusongelmien tunnistamis- ja ratkaisukykyä, nopeuttaa hoitopäätösten tekoa ja parantaa ravitsemushoidon sujuvuutta. (Haapa & Pölönen 2002, 49-50.)

## 4 RAVINTOKESKUKSEN VASTUU JA TOIMINTA POTILAAN RAVITSEMUKSESSA

Ravintokeskuksen tehtävänä on huolehtia siitä, että potilas saa yksilöllisesti suunniteltua, monipuolista, tasapainoista ja nautittavaa ruokaa sopivan annoksen. Lähtökohtana ruokalistan toteutuksessa tulee olla potilaat ja heidän tarpeensa. (Hellstén 1997, 66.) Ravintokeskuksen vastuulla on myös ruoan suunnittelu ikääntyneille sopivaksi. Ruoan ravitsemuksellisen sisällön tulee olla hyvä ja sen tulee sisältää sopivasti energiaa ja tarpeeksi ravintoaineita. Ravintokeskuksen tulisi hankkia myös palautetta ruokailusta ja vastata saamiinsa palautteisiin. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2006, 64; Vanhustyön keskusliitto 2005, 30.)

Ravintokeskuksen johtajalla, esimiehillä sekä ravitsemussuunnittelijoilla on päävastuu tuotannon ja omavalvonnan suunnittelussa. Heidän työnkuvaansa kuuluu myös tuotekehitys, elintarvikehankinnat sekä asiantuntija- ja koulutuspalveluiden järjestäminen ruokapalveluhenkilökunnalle. Muun ravintokeskuksen henkilökunnan tehtäviin kuuluu omavalvonta, ruoan valmistus sekä ruoan jakaminen potilaskohtaisesti tarjottimille. (Nuutinen ym. 2009, 9.)

### 4.1 Ravintokeskuksen henkilökunta ja työtehtävät

Ravintokeskuksen henkilökuntaan kuuluu ravitsemispäällikkö, joka vastaa koko yksikön toiminnasta. Työnjohtajien tehtävät jakautuvat toimistoapulaisen tehtäviin, henkilöstöhallinnon tehtäviin, tuotetilauksien tekemiseen, ruoanjakeluun osallistumiseen sekä keittiön toiminnan ylläpitämiseen. Heidän tehtäviinsä kuuluu myös ruokakorttien tulostus kolme kertaa päivässä: aamiaisen, lounaan ja päivällisen yhteydessä. Iltapala toimitetaan osastoille päivällisen mukana. (Ruokapalvelu Katerinki 2010.)

Ravintokeskuksen ruoanvalmistuksesta vastaavat kokit, joista osa on erityisruokavalioita valmistavia eli dieettikokkeja. Muut kokit työskentelevät lämpimän keittiön puolella valmistaen perus- ja rakennemuutetun ruoan. Lisäksi ravinto-

keskuksessa toimii ruokapalvelutyöntekijöitä, joista osa työskentelee henkilökunnan ruokasalissa, osa kylmäkeittiössä, osa astiahuollossa, osa dieettikeittiön ja osa lämpimän keittiön apulaisina. Arkipäivisin ravintokeskuksessa toimii varastoapulainen, joka muun muassa ottaa tavarat sisään, vie varastoihin sekä auttaa kokkeja tarpeen mukaan. Hankinta- ja logistiikkakeskus kuljettaa ruoan osastoille joko tunneleita pitkin tai auton kanssa pääsairaalan ulkopuolella sijaitseville osastoille. (Ruokapalvelu Katerinki 2010.)

Ravintokeskus pitää viikoittain henkilökunnan palaverin, jossa käsitellään ravintokeskuksen omia asioita sekä mahdollisesti osastoilta tulleita asioita. Ravintokeskus on osastojen kanssa tekemisissä pääosin puhelimen ja Mysli-ohjelman välityksellä. Puhelin on tärkeä yhteydenpitoväline tiedonkulun kannalta poikkeustilanteissa, esimerkiksi ruokatilauksen myöhästyessä. (Ruokapalvelu Katerinki 2010.)

## 4.2 Sairaaloiden ruoanjakelujärjestelmät

Ruoanjakelujärjestelmät vaihtelevat sairaaloiden mukaan. Pääjakelujärjestelmät jaotellaan hajautettuun ja keskitettyyn ruoanjakelujärjestelmään. Tutkimusosastojemme ruoanjakelusta osa toteutetaan keskitetyn ja osa hajautetun järjestelmän mukaan. Kaskenlinnan osastot 3C, 3D, 4C ja 4D ovat hajautetun ruoanjakelujärjestelmän piirissä. Loput kahdeksan tutkimusosastoaamme kuuluvat keskitettyyn ruoanjakelujärjestelmään. (Ruokapalvelu Katerinki 2010.)

### 4.2.1 Keskitetty ruoanjakelujärjestelmä

Keskitetyssä ruoanjakelujärjestelmässä ruoka annostellaan valmiiksi potilastarjottimille ravintokeskuksessa. Ruoka-annokset toimitetaan osastokohtaisesti potilaan nimellä varustettuna. Tämän jälkeen osastoilla tarjottimille lisätään juoma sekä voileipä. Kaikki astiat sekä tarjottimet toimitetaan takaisin ravintokeskukseen pestäviksi. (Haglund ym. 2007, 189.)

Keskitetyn ruoanjakelujärjestelmän osastoilla hoitajien tehtävänä on potilaskorin täyttö ja ateriatilauksen teko. Sairaala-apulaiset tekevät tuotetilauksen muun

muassa maidot, leivät, kahvit, mehut, hedelmät ja kahvileivät. (Ruokapalvelu Katerinki 2010.)

#### 4.2.2 Hajautettu ruoanjakelujärjestelmä

Hajautetulla ruoanjakelujärjestelmällä tarkoitetaan sitä, että ruoka valmistetaan ravintokeskuksessa ja jaetaan ruoankuljetusvaunuihin osastojen ruokailijoiden määrän mukaan. Ruoankuljetusvaunut kuljetetaan osastoille, joissa hoitajat annostelevat ruoan määrän potilaille tai potilaat itse kokoavat annoksensa noutopöydästä sairaanhoitajan ohjaamana. Ruoka-astioiden pesu tapahtuu osastoilla, mutta ruoanvalmistus- ja jakeluastiat toimitetaan pestäväksi ravintokeskukseen. (Haglund ym. 2007, 189.)

Hajautetun ruoanjakelujärjestelmän osastoilla sairaala-apulaiset tekevät tilaukset (Ruokapalvelu Katerinki 2010). Hajautetussa ruoanjakelujärjestelmässä hoitohenkilökunnalla onkin suuri vastuu ruokailusta ja potilaiden aterioiden kokoamisesta. Tämä järjestelmä vaatiikin hoitohenkilökunnalta tarkkaa tietoa ruokavaliosta. Potilaan kannalta tämä järjestelmä on joustavampi, koska hänen toiveensa voidaan ottaa vielä huomioon ruokaa jaettaessa. (Hellstén 1997, 65.)



## 5 TIEDONKULKU JA YHTEISTYÖ SEKÄ YLEISIMMÄT ONGELMAT NIIHIN LIITTYEN

Ajantasainen viestintä luo lähtökohdat hoidon jatkuvuudelle, oikea-aikaisuudelle ja vaikuttavuudelle. Ravitsemushoito ja sen eri vaiheet on tärkeää kirjata potilasasiakirjoihin kuten muukin hoito. Jokaisen hoitajan tulee kirjata potilasasiakirjoihin toimintansa potilaan ravitsemusta koskien, jotta taataan hoidon jatkuvuus, seuranta sekä yhdenmukaisuus. Näin pystytään välttämään väliinputoamisia, päällekkäistä työtä sekä säästetään aikaa ja ohjauksessa käytettävää aineistoa. (Haapa & Pölönen 2002, 47.) Enemmän yhteistyötä kuitenkin tarvitaan osaston ja ravintokeskuksen välillä vanhuspotilaan aliravitsemusriskin ja tarpeiden tunnistamiseksi (Suominen 2007, 54-55).

### 5.1 Ravitsemushoidon kirjaaminen

Viestinnän onnistumisen kannalta tärkeitä asioita ovat muun muassa potilastietojärjestelmät, työskentelytavat, työnjaon selkeys sekä henkilökunnan tiedot ja asennoituminen ravitsemushoitoa kohtaan. Sähköisten tietojärjestelmien kehittymisen ja yleistymisen ansiosta myös ravitsemushoitoa koskeva tiedonvälitys on nopeutunut. Potilasasiakirjoissa olevat ravitsemushoidon lomakkeet ohjaavat työskentelyä, luovat edellytyksiä hoidon yhtenäisyydelle sekä säästävät työntekijöiden ja potilaiden aikaa. Seurantalomakkeista on hyötyä myös hoidon vaikuttavuuden ja laadun seurannassa niin yksittäisen potilaan kuin potilasryhmien osalta. (Haapa & Pölönen 2002, 47.)

Tampereen yliopistollisen sairaalan -projektissa tuli esille, että eniten parantamisen varaa hoitohenkilökunnalla oli ravitsemusasioiden kirjaamisessa sähköiseen potilaskertomusjärjestelmään (Silvennoinen ym. 2008, 21). Kun ravitsemushoitoa koskevat tiedot puuttuvat potilasasiakirjoista, on tiedonvälitys ollut usein potilaan omalla vastuulla. Tällöin potilaan tulee tietää hoitoonsa liittyvät asiat voidakseen toimia tiedonvälittäjänä eri työntekijöiden välillä. Tiedonkulku tulisi kuitenkin ensisijaisesti turvata muita keinoja käyttäen. Yhtenä vaihtoehtona tähän on potilaan mukana kulkeva omaseurantavihko, johon jokainen ravitse-

mushoitoa toteuttava työntekijä tekee tarvittavat merkinnät ja nämä merkitään myös potilasasiakirjoihin. Ravitsemusta koskevaa tiedonkulkua on mahdollista edistää myös erilaisin vastuuhenkilöjärjestelmin, kuten omahoitaja-, vastuuhoitaja- tai omalääkärijärjestelmän avulla. Tämä selkeyttää työnjakoa ja vähentää tiedottamisen tarvetta. Moniammatillisessa ryhmätyöskentelyssä tiedonkulun välittyminen on varmaa. (Haapa & Pölönen 2002, 47-48.)

## 5.2 Moniammatillinen ravitsemustyöryhmä

Moniammatillisten yhteistyöryhmien kokoaminen edistää myös osaston ja ravintokeskuksen välistä yhteistyötä ja tiedonkulkua. Jokaisessa sairaalassa tai hoitolaitoksessa tarvitaan tällainen ravitsemustyöryhmä tai -tiimi suunnittelemaan ja organisoimaan ravitsemushoidon toteuttamista sekä seuraamaan suositusten mukaisen ruokailun toteutumista esimerkiksi asiakastyytyväisyyskyselyjen avulla. Tätä kautta se pystyy myös kehittämään edelleen omaa toimintaansa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 17-19.) Tarpeen mukaan se myös käsittelee kiistanalaisia kysymyksiä ja huolehtii aiheeseen liittyvästä tiedotuksesta ja mahdollisesta toimipaikkakoulutuksesta (Haapa & Pölönen 2002, 51). Tällaiset ravitsemustyöryhmät kokoontuvat säännöllisesti käsittelemään ravitsemusasioita ja niissä tulisi olla mukana lääkäri, hoitaja, ravitsemusterapeutti tai -suunnittelija sekä ruokapalvelusta ravitsemispäällikkö (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 17-19).

Ravintokeskuksen ja osaston välillä toimivilla ravitsemusterapeuteilla on yksistäänkin tärkeä rooli tiedonkulun ja yhteistyön kannalta. Heidän työnkuvansa on todella laaja ja tärkeimmät osa-alueet ovat potilasohjaus ja muun henkilökunnan kouluttaminen ravitsemusasioissa. (Haapa & Pölönen 2002, 23.) Ravitsemussuunnittelijoiden haasteena on saada koko ravitsemusketju toimimaan suositusten mukaisesti aina ravintokeskuksesta potilaalle saakka. Tehtäviin kuuluu myös usein ravitsemuskasvatusaineiston tuottaminen. (Ahonen & Schildt 2001, 22-23) Tampereen yliopistollisen sairaalan -projektissa nousi esille ravitsemussuunnittelijan tarve osana työyhteisöä, koska ravitsemusohjausta tarvitsevien potilaiden määrä oli kasvanut. Aikaisemmin osaston ja ravitsemussuunnittelijoi-

den yhteistyö oli ollut vähäistä, koska yhteistyömuotoja ja toimintakäytäntöjä ei ollut sovittu. Projektissa arvioitiin, että ravitsemussuunnittelijaa tarvittaisiin noin 1–1,5 päivänä viikossa. (Silvennoinen ym. 2008, 15, 20.)

### 5.3 Tiedonkulun ja yhteistyön puutteet

Yleisesti yhteistyötä ruokapalvelun ja osastojen välillä pidetään hyvänä. Tavallisimpana ongelmana pidetään ruoan tilaamista. Tämä johtuu siitä, että osastoilla ei tunneta riittävästi tilattavan nimikkeistön sisältöä ja sitä, mihin tilanteeseen kyseinen ruokavalio on tarkoitettu. (Haapa & Pölönen 2002, 22-23.) Ravintokeskus ja osasto eivät tunne toistensa toimintatapoja ja töitä tarpeeksi hyvin sekä puhuvat usein täysin eri kieltä. Tämä aiheuttaa sekaannuksia tiedon välityksessä. (Sairaala 1997, 23.) Jos kommunikaatio sujuisi nykyistä paremmin, voitaisiin myös potilaiden omia toiveita ottaa huomioon yksilöllisemmin. (Haapa & Pölönen 2002, 22-23.) Yleisesti tiedonkulkuun liittyviä ongelmia ovat tiedonsaannin viivästyminen, tiedonkulun katkeaminen, yhteistyökyvyn sekä tiedon laadun puutteellisuus ja hoitohenkilökunnan resurssien vähyys (Salmelainen 2008, 152).

Vuonna 1997 valmistuneen Ravitsemushoidon palvelut ja laatu -projektin selvityksen mukaan ravitsemusasioista ollaan terveydenhuollossa kiinnostuneita ja ravitsemushoitoa pidetään tärkeänä. Puutteena kuitenkin on, että ravitsemushoitoa ei ole suunniteltu järjestelmällisesti. Ravitsemushoidon käytännön toteutuksessa on suuria eroja sairaaloiden, terveyskeskusten ja terveysasemien välillä. Ruokavalio-ohjauksen tarve tunnustetaan huonosti ja monien potilasryhmien saama ravitsemushoito on riittämätöntä ja useat potilaat jäävät ilman ohjausta. Etenkin ravitsemusta koskevaan tiedonkulkuun kaivataan parannusta. (Haapa & Pölönen 2002, 22-23.)

#### 5.4 Tiedonkulkua ja yhteistyötä edistävät asiat

Jotta ajankohtainen tieto olisi kaikkien saatavilla, tarvitaan järjestelmä, joka mahdollistaa uuden tiedon nopean kulun kaikille ravitsemushoitoa toteuttaville ryhmille. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi pitämällä osastokokouksia ja palaveria sekä teemapäiviä ja tapahtumia. Olisi suositeltavaa, että ajankohtainen tieto ravitsemushoidosta saavuttaisi kaikki toimipisteet joko kirjallisena tai sähköisenä dokumenttina. (Haapa & Pölönen 2002, 51.)

Ravintokeskuksen ja osastojen yhteistyön perusta on säännölliset palaverit ja toimiva yhteydenpito. Ruoka- tai ravitsemusyhdyshenkilöt ovat osaston valitsemia edustajia, jotka huolehtivat oman yksikkönsä ja ravintokeskuksen välisestä tiedonkulusta sekä ravitsemukseen ja potilasruokailuun liittyvän tiedon välityksestä omalla osastollaan. (Ahonen & Schildt 2001, 22-23; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 19.)

Kerran vuodessa tavoitteena on järjestää osastojen ja ravintokeskuksen välinen yhteistyötä edistävä palaveri. Näihin palavereihin osallistuvat osastonhoitaja, ylihoitaja tai valtuutettu sekä osaston muuta henkilökuntaa. Ravitsemuskeskuksen puolesta paikalla on ravitsemispäällikkö. Työnjohtajat ja kokit osallistuvat mahdollisuuksien mukaan. Aiheet käsittelevät ravintokeskuksen esille tuomia asioita esimerkiksi ravintoainelaskelmia, sen tuloksia ja ruokatilauksia. Käsiteltävänä on myös osastojen toivomuksia, kuten jonkin ruoan pois jättämistä tai ruoan rakenteen muuttamista. (Ruokapalvelu Katerinki 2010.)

Tampereen yliopistollisen sairaalan –projektissa nähtiin myös tärkeänä järjestää yhteistyökokouksia ravintokeskuksen kanssa. Kokouksissa keskusteltiin toiveista, niiden perusteluista sekä toteuttamismahdollisuuksista. Tämän lisäksi sovittiin uusista käytännöistä ruokatilauksiin, ruokalajivalikoimaan ja tarjoiluun liittyen. Kokouksia pidettiin erittäin tärkeinä ja vastaavia yhteistyökokouksia päätettiin jatkossa järjestää 1–2 kertaa vuodessa. Edistystä koettiin tapahtuneen muun muassa yhteistyössä ravitsemussuunnittelijan kanssa sekä ravintokeskuksen kanssa. Myös toiveruokien tilaaminen potilaille oli parantunut ja potilaan

saaman proteiinimäärän ja kalorimäärän arvioinnissa oli tapahtunut parannusta. (Silvennoinen ym. 2008, 18, 21.)

Ravintokeskuksen palaute osastoille on vähäistä ja käsitellään myös yleensä palaverissa. Useimmiten palaute koskee keskitetyn ruoanjakelun astioiden palautusta, esimerkiksi toiveita siitä, ettei tarjottimella olisi hoitotarvikkeita. Ylipäätään ravitsemuskeskus on tyytyväinen tiedonkulkuun ja yhteistyöhön osastojen kanssa. Potilaspalautetta tulee ravintokeskukseen todella harvoin. (Ruokapalvelu Katerinki 2010.)

Tarvittaessa ravintokeskus ottaa esille ajankohtaisen ja tiedotustyyppisen aiheen osastonhoitajien viikkopalaverissa ja sovitaan myös yhteisistä käytännöistä. Ravintokeskuksen ravitsemispäällikkö käy myös osastoilla kouluttamassa Mysli-ohjelman käyttöön. Tämä on lähentänyt ravintokeskuksen ja osastojen yhteistyötä. (Ruokapalvelu Katerinki 2010.)

Osastojen ja ravintokeskuksen yhteistyötä tulee lähentämään marraskuussa 2010 Turun sosiaali- ja terveystoimessa alkava projekti, jonka tuloksena on uusi ravitsemiskäsikirja. Ravitsemiskäsikirja sisältää uudet yhtenäiset ohjeet erityisruokavalioista, toiminnasta sekä tilausohjelmista. Projektin vetäjänä toimii ravitsemissuunnittelija, jonka toimenkuvaan kuuluu kaikkien sairaalapotilaiden ravitsemus. Projektiin osallistuvat ovat pääosin sairaanhoitajia sekä ravintokeskuksesta valitut henkilöt. (Ruokapalvelu Katerinki 2010.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten osastojen ja ravintokeskuksen välinen tiedonkulku toteutuu käytännössä vanhuspotilaan ravitsemukseen liittyen, minkälaista yhteistyötä näiden tahojen välillä on ja miten potilaan ravitsemukseen liittyvä tieto kulkee osaston sisällä. Tutkimusongelmat olivat:

1. Miten osaston ja ravintokeskuksen välinen tiedonkulku toteutuu käytännössä potilaan ravitsemukseen liittyen osastojen näkökulmasta?
2. Minkälaista yhteistyötä osaston ja ravintokeskuksen välillä on potilaan ravitsemukseen liittyen osastojen näkökulmasta?
3. Miten potilaan ravitsemukseen liittyvä tiedonkulku toteutuu osaston sisällä?

## 7 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

### 7.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus edustaa empiiristä tutkimusta. Empiirinen tutkimus perustuu tutkimuskohteen mittaamiseen ja havainnointiin. Se voidaan jakaa kvantitatiiviseen ja kvalitatiiviseen tutkimukseen. Kvantitatiivinen tutkimus etenee täsmällisesti vaiheittain. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 64-65.)

Yksi kvantitatiivisista aineistonkeruumenetelmistä on kysely. Siitä käytetään nimitystä survey, joka tarkoittaa erilaisia kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoja. Aineisto kerätään standardoidusti perusjoukosta. (Hirsjärvi 2010, 193-195.) Yleisimmin käytetty aineistonkeruumenetelmä on kyselylomake (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87), jolloin tutkittavalle annetaan valmiit vastausvaihtoehdot (Lauri & Kyngäs 2005, 63). Kyselylomake on tehokas aineistonkeruu menetelmä, koska se säästää aikaa sekä tieto on helposti ja nopeasti analysoitavissa. Myös vastaajalle kyselylomake on helppo vaihtoehto ja vastaaminen ei vie liikaa aikaa, koska hänen tulee valita vain valmiista vaihtoehdoista itselleen sopivin. Kyselylomaketta käytettäessä tulee otoskoon olla riittävän suuri, jolloin aineistosta saadaan mahdollisimman luotettavaa ja tarkkaa tietoa. (Hirsjärvi 2010, 193-195.)

Tutkimusmenetelmäksi valittiin määrällinen eli kvantitatiivinen toteutustapa suuren otoskoon takia. Näin myös aineisto on helpommin käsiteltävissä ja pystytään tarkastelemaan eri muuttujien välisiä suhteita tilastollisin menetelmin (Lauri & Kyngäs 2005, 63). Tutkimus toteutettiin käyttäen mittarina tätä tutkimusta varten laadittua kyselylomaketta. Kyselylomakkeen perustana käytettiin tutkimuksen teoreettista viitekehystä sekä tästä johdettuja tutkimusongelmia. Kyselylomakkeen alussa kartoitettiin vastaajien taustatietoja. Sen jälkeen suurin osa kyselylomakkeen kysymyksistä oli väittämiä. Näihin vastattiin asteikolla 1-5, jossa 1 oli ”täysin eri mieltä ja 5 ”täysin samaa mieltä”. Vastaajan tuli rastittaa kyselylomakkeesta omasta mielestään sopivin vaihtoehto.

Väittämien lisäksi käytettiin myös strukturoituja monivalintakysymyksiä. Väittämiä ja monivalintakysymyksiä täydennettiin joillakin avoimilla kysymyksillä laajemman tiedon saamiseksi. Avoimille kysymyksille oli jätetty riittävästi tilaa vastausta varten.

Kyselylomakkeessa (Liite 1.) ensimmäiseen tutkimusongelmaan vastasivat kysymykset 5, 6, 7, 9, 14, 15, 16, 17, 26, 30 ja 31. Toiseen tutkimusongelmaan liittyvät kysymykset olivat 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 ja 28. Kolmanteen tutkimusongelmaan vastasivat kysymykset 8, 10, 11, 12, 13 ja 29.

## 7.2 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi

Tutkimuksen aineisto kerättiin Turun sosiaali- ja terveystoimen 12 geriatrisen sairaalahoidon osastoilta. Kohderyhmänä olivat kaikki näiden osastojen sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat sekä sairaala-apulaiset (n=283). Tutkimusaineisto kerättiin lokakuun 2010 aikana ja vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Kyselylomakkeen saatekirjeessä selvennettiin tutkimuksen tarkoitusta, luottamuksellisuutta ja vapaaehtoisuutta. Kyselylomakkeet toimitettiin Turun sosiaali- ja terveystoimeen ylihoitajalle henkilökohtaisesti. Vastatut lomakkeet palautettiin ylihoitajalle sisäisessä postissa ja toimitettiin tutkijoille.

Tutkimus toteutettiin kokonaistutkimuksena, jolloin koko perusjoukko otettiin huomioon aineistoanalyysissä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100). Kyselylomakkeita toimitettiin yhteensä 283 kappaletta, joista määräaikaan mennessä palautettiin 108 kappaletta. Vastausprosentti oli 38%. Palautetut kyselylomakkeet numeroitiin ja strukturoitu aineisto syötettiin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) -ohjelmaan analysoitavaksi.

Aineisto käsiteltiin ja analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttämällä SPSS -ohjelmaa, joka on yleisimmin käytetty ohjelma hoitotieteellisten aineistojen analysoinnissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100). Aineistosta tarkasteltiin frekvenssejä sekä prosentuaalisia jakaumia, joista tehtiin ristiintaulukoinnit. Avoimille kysymyksille tehtiin sisällön erittely ja analyysi. Sisällön analyyseistä tehtiin olennaiset johtopäätökset.



## 8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella reliabiliteetin ja validiteetin näkökulmista. Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta sekä pysyvyyttä ja kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validiteetti tarkoittaa koko tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2010, 231.) Tutkimuksessa käytetyn mittarin validiteetti on koko tutkimuksen luotettavuuden perusta. Mittarin validiteetilla tarkoitetaan sitä, mittaako mittari haluttua asiaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.)

Tämä tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, jossa mittarina käytettiin tätä tutkimusta varten laadittua kyselylomaketta. Tutkimus toteutettiin kokonaistutkimuksena, jolloin huomioon otetaan koko perusjoukko (Hirsjärvi ym. 2010, 231). Huomioon tulee myös ottaa kadon määrä. Tulosten yleistettävyyden vuoksi on tärkeä arvioida, miten hyvin tutkimukseen vastanneet edustavat perusjoukkoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152, 156.)

Tässä tutkimuksessa vastaajien kadon määrä oli suuri. Vastausprosentti oli 38%. Osasyynä tähän saattaisi olla vastausajan lyhyys sekä kyselylomakkeen ulkoasu ja pituus. Tähän tutkimukseen vastanneiden joukko edusti kuitenkin tasapuolisesti koko perusjoukkoa ammattialoittain verrattuna. Perusjoukosta (n=283) sairaanhoitajia oli 37%, perus- ja lähihoitajia 50% ja sairaala-apulaisia 13%. Tutkimukseen vastanneista (n=108) sairaanhoitajia oli 35%, perus- ja lähihoitajia 47% ja sairaala-apulaisia (ja muita) 18%. Tämän perusteella saatujen tulosten voidaan ajatella pätevän koko perusjoukkoon suuntaa antavasti.

Kyselylomakkeen kysymysten tulee pohjautua tutkimuksen teoriaosioon (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 153). Tässä tutkimuksessa käytettiin Medic-, Cinahl- ja Cochrane -tietokantoja tiedonhakuun. Hakusanoina olivat ravitsemus, ikääntynyt, vanhus, tiedonkulku, yhteistyö, ravintokeskus, nutrition, elderly, cooperation, communication ja nutrition center.

Kyselylomake tulee myös esitellä, jolloin saadaan lisää tietoa sen luotettavuudesta ja toimivuudesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154). Tässä tutkimuksessa kyselylomake esiteltiin tutkijoiden opiskeluyhteisössä. Testaajaa pyydettiin antamaan palautetta ja korjausehdotuksia suullisesti. Palautteen mukaan selvennettiin vielä kyselylomakkeen sanamuotoja ymmärrettävämpään muotoon.

Kyselytutkimuksen haittapuolia luotettavuuden kannalta voi olla, että se houkuttelee vastaamaan harkitsematta ja myös jokin vaihtoehto saattaa puuttua, jos kaikkea ei ole otettu huomioon. Kysymysten tulee olla myös ymmärrettäviä mahdollisten väärinkäsitysten poissulkemiseksi. (Puhakka 2005.) Tämän tutkimuksen esitelmänsä ei kuitenkaan ilmennyt, että jokin vaihtoehto olisi puuttunut.

Mittarin reliabiliteetin kannalta on tärkeää, että mittarilla on kyky mitata tutkittavia asioita kattavasti (Vilka 2007, 150). Tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa kysymyksiä oli riittävästi jokaista tutkimusongelmaa kohden ja vastausvaihtoehdot olivat selkeitä, joten tutkimusongelmiin saatiin vastaukset. Mittariin liittyvät epätarkkuudet voivat johtua itse mittarista tai vastaajien epäjohdonmukaisuudesta (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 209). Tämän tutkimuksen mittarin kysymykset olivat yksiselitteisiä, lukuun ottamatta yhtä selventävää kysymystä, jonka vastaajat olivat tulkinneet eri tavoin.

Tähän tutkimukseen vastanneet osallistuivat vapaaehtoisesti. Kyselylomakkeen saatekirjeessä selvennettiin tutkimuksen tarkoitusta, luotettavuutta ja vapaaehtoisuutta tutkimukseen osallistuneiden tietoisena suostumuksena varmistamiseksi. Tutkimukseen valitut edustivat kaikki perusjoukkoa, joten näin tasa-arvo säilyi koko ajan. Yksi tutkimukseen osallistumisen lähtökohta on itsemääräämisoikeus. Tässä tutkimuksessa tutkittaville oli annettu mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietojansa tai keskeyttää tutkimus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.) Myös vastaajien anonymiteetti säilytettiin koko ajan, koska vastaukset kerättiin nimettöminä ja tutkijat eivät olleet suoraan yhteydessä vastaajiin. Tutkimustietoja ei ole luovutettu myöskään kenellekään

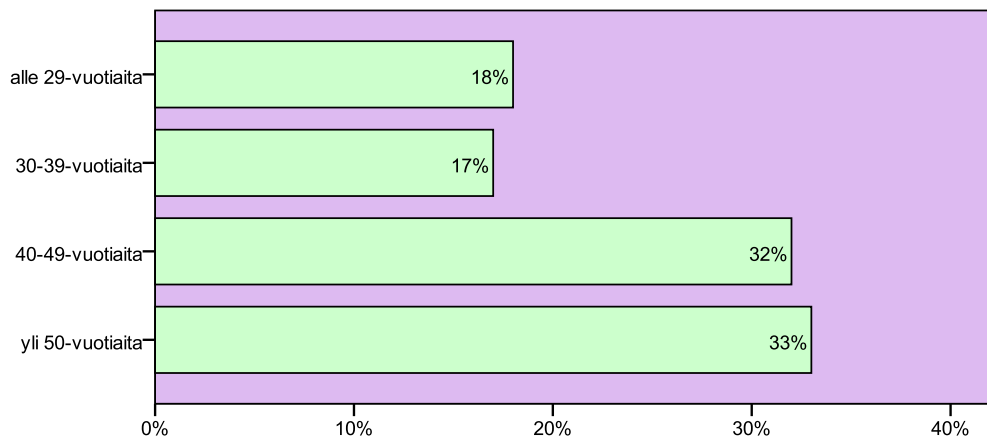
tutkimusprosessin ulkopuolisille. Kyselylomakkeet hävitettiin tutkimuksen valmistumisen jälkeen polttamalla.

## 9 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen tuloksia tulkittaessa on väittämistä tekstissä yhdistetty vastaus1 ja 2 tarkoittamaan ”eri mieltä” ja 4 ja 5 ”samaa mieltä”. Vastausvaihtoehto 3 ei tekstissä tulkittu, koska se ei ilmaissut mielipiteen yhtenevyyttä tai eroavuutta selkeästi.

### 9.1 Osallistujien taustatiedot

Ikää varten kyselylomakkeessa oli varattu tyhjä kohta, johon vastaaja sai itse kirjoittaa ikänsä. 108 osallistuneesta kahdeksan jätti vastaamatta. Vertailun helpottamiseksi vastanneet jaettiin neljään kategoriaan: alle 29-vuotiaisiin, 30-39 -vuotiaisiin, 40-49-vuotiaisiin ja yli 50-vuotiaisiin (Kuvio 1.).

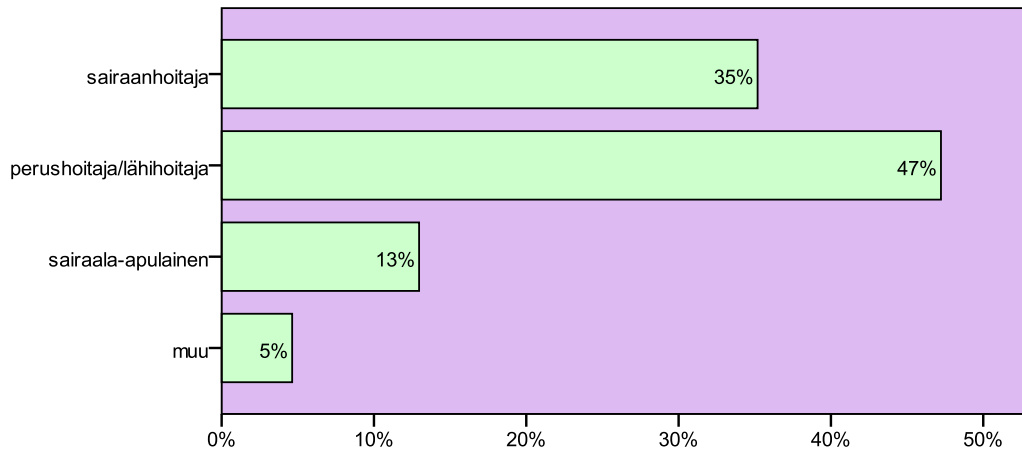


Kuvio 1. Vastanneiden ikäjakauma prosentteina (n=100).

Yli puolet vastanneista oli iältään yli 40 -vuotiaita (65%) ja vähiten oli 30-39-vuotiaita (17%).

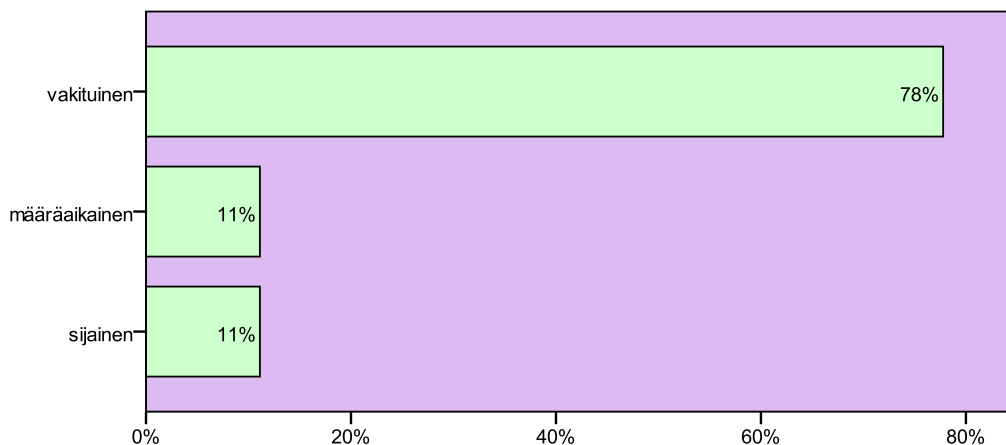
Kyselylomakkeessa oli annetut vastausvaihtoehdot ammateista. Tähän kohtaan vastasivat kaikki 108 osallistunutta (Kuvio 2.). Suurin vastaajaryhmä oli perus- ja lähihoitajat, joita oli lähes puolet vastanneista (47%). Sairaanhoidajia vastan-

neista oli reilu kolmannes (35%). Loput vastaajista olivat sairaala-apulaisia (13%) sekä 5% muita (hoitoapulaisia ja laitoshuoltajia).



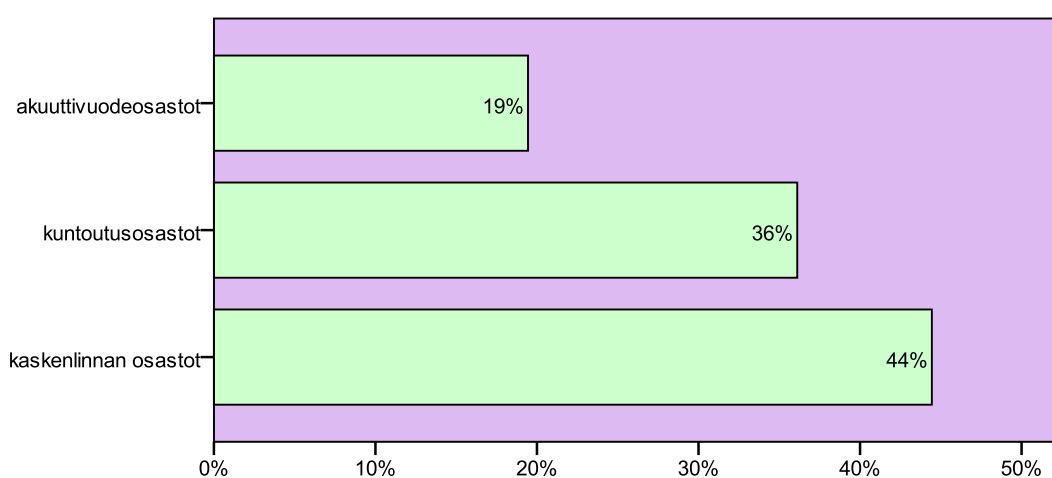
Kuvio 2. Vastanneiden ammattijakauma prosentteina (n=108).

Myös toimenkuvasta kyselylomakkeessa oli valmiit vastausvaihtoehdot (Kuvio 3.). Tähän kohtaan vastasivat kaikki osallistuneet (n=108). Suurin osa vastanneista oli vakituksessa työsuhteessa (78%). Vastanneista määräaikaisia ja sijaisia oli saman verran, molempia noin kymmenesosa (11%).



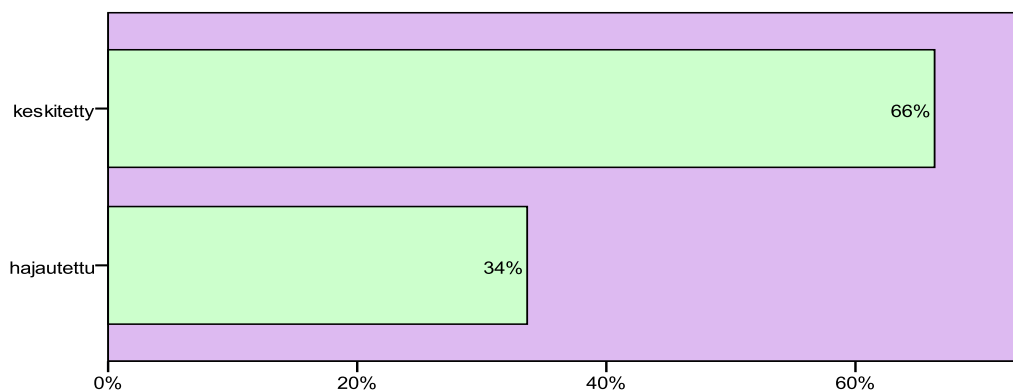
Kuvio 3. Vastanneiden toimenkuva prosentteina (n=108).

Kyselylomakkeessa oli valmiit vastausvaihtoehdot Turun sosiaali- ja terveystoimen 12 geriatrisen sairaalahoidon osastosta (Kuvio 4.). Kaikki vastaajat yhtä lukuun ottamatta ilmoittivat osastonsa. Enemmistö vastanneista (n=107) työskenteli jollain viidestä Kaskenlinnan osastosta (44%) ja viidesosa (19%) kahdella akuuttivuodeosastolla. Muut vastanneet (36%) olivat viideltä kuntoutusosastolta.



Kuvio 4. Vastanneiden osastojakauma prosentteina (n=107).

Osastojen perusteella osastot jaettiin sen mukaan, kumpi ruoanjakelujärjestelmä osastolla oli käytössä, hajautettu vai keskitetty (Kuvio 5.). Enemmistö (66%) vastanneista (n=107) työskenteli keskitetyn ruoanjakelujärjestelmän osastoilla. Kolmasosa (34%) kuului hajautetun ruoanjakelujärjestelmän piiriin.



Kuvio 5. Keskitetty ja hajautettu ruoanjakelujärjestelmä prosentteina (n=107).

Tutkimuksessa osallistujien taustatietona kartoitettiin myös, kokiko osaston henkilökunta saavansa tarpeeksi koulutusta ravitsemukseen liittyen (Taulukko 1.). 108 osallistuneesta 31 jätti vastaamatta tähän kohtaan. Sairaanhoitajista (n=33) lähes puolet (45%) sekä perus- ja lähihoitajista (n=32) reilu kolmannes (35%) koki, että ravitsemuskoulutusta ei ollut tarpeeksi. 18% sairaanhoitajista sekä neljännes (25%) perus- ja lähihoitajista koki kuitenkin, että ravitsemuskoulutusta oli riittävästi. Sairaala-apulaisista (n=8) 38% mielestä ravitsemuskoulutusta oli tarpeeksi, kun taas 13% mielestä koulutusta oli liian vähän. Muiden ammattien edustajien (n=4) mielipiteet jakoutuivat tasaisesti.

Taulukko 1. Ravitsemuskoulutuksen riittävyys (n=77).

	sairaanhoitaja n=33	perushoitaja/ lähihoitaja n=32	sairaala- apulainen n=8	muu n=4
täysin eri mieltä	24%	16%	13%	0%
2	21%	19%	0%	25%
3	36%	41%	50%	50%
4	18%	16%	38%	25%
täysin samaa mieltä	0%	9%	0%	0%

## 9.2 Osaston ja ravintokeskuksen tiedonkulun toteutuminen potilaan ravitsemukseen liittyen osastojen näkökulmasta

Osaston ja ravintokeskuksen tiedonkulun toteutumista potilaan ravitsemukseen liittyen selvitettiin kuudella väittämällä, viidellä monivalintakysymyksellä ja kahdella avoimella kysymyksellä.

Tutkimuksessa selvitettiin yleisesti eri ammattiryhmien osallistumista osastolla potilaan ruokaa koskevien tietojen välitykseen ravintokeskukseen (Taulukko 2.). Vastanneet (n=107) nimesivät keskitetyn ruoanjakelujärjestelmän piirissä työskentelevistä sairaanhoitajista 76%:n osallistuvan potilaan ruokaa koskevien tietojen välitykseen ravintokeskukseen. Perus- ja lähihoitajista nimettiin osallistuvan 83% ja sairaala-apulaisista 85%. Hajautetun ruoanjakelujärjestelmän piirissä toimivista sairaanhoitajista nimettiin vain 28%:n osallistuneen potilaan ruokaa koskevien tietojen välitykseen ravintokeskukseen. Myös perus- ja lähihoitajien osallistumisprosentti oli pienempi (22%) kuin keskitetyn ruoanjakelujärjestelmän piirissä. Sairaala-apulaisten kerrottiin osallistuvan eniten (94%) tietojen välitykseen ravintokeskukseen.

Taulukko 2. Osaston henkilökunnan osallistuminen potilaan ruokaa koskevien tietojen välitykseen ravintokeskukseen (n=107).

		sairanhoitaja		perushoitaja/lähihoitaja		sairaala-apulainen	
		ei	kyllä	ei	kyllä	ei	kyllä
ruoanjakojärjestelmä	keskitetty	24%	76%	17%	83%	15%	85%
	hajautettu	72%	28%	78%	22%	6%	94%

Kyselylomakkeessa vastaaja sai vapaasti kuvailla edellä mainittujen eri ammattiryhmien työnkuvaa potilaan ruokaa koskevien tietojen välitykseen liittyen. Hoitohenkilökunnan tehtävänä oli selvittää potilaalta taustatiedot ja ravitsemukseen vaikuttavat sairaudet. Hoitaja otti ruokaa tilattaessa huomioon potilaan energi-



antarpeen, ruoka-aineallergiat, erityisruokavaliot, mahdolliset nielemisvaikeudet, hampaiden kunnon, pystyikö potilas syömään kiinteää vai pehmeää ruokaa sekä potilaan omat tottumukset ja mieltymykset ruoan suhteen. Jollei potilas itse pystynyt jostain syystä tietoa antamaan, selvitettiin ne esimerkiksi aiemmista potilastiedoista tai omaisilta. Hoitaja kertoi potilaan muuttuneen tai uuden potilaan ruokavalion sairaala-apulaisille, jotka tekivät ruokatilaukset Mysli-ohjelmalla tai soittamalla ravintokeskukseen. Sairaala-apulainen myös päivitti useimmiten ohjelman tiedot ja teki tuotetilaukset, kuten kahvit, iltapalat ja juomat. Sairaala-apulaisen tehtäviin kuului myös ruoan jako potilaille ja astioiden kerääminen.

Vastanneista (n=71) keskitetyn ruoanjakelujärjestelmän piirissä (Taulukko 3.) toimivista sairaanhoitajista (n=30) sekä perus- ja lähihoitajista (n=30) 83% käytti työssään Mysli-ohjelmaa. Vastanneista sairaala-apulaisista (n=11) kaikki vastasivat käyttävänsä Mysliä. Muut osastolla työskentelevät ammattiryhmät eivät kuuluneet keskitetyn ruoanjakelujärjestelmän piiriin. Hajautetun ruoanjakelujärjestelmän osastoilla (Taulukko 4.) työskentelevistä vastanneista (n=36) sairaanhoitajista (n=8) sekä perus- ja lähihoitajista (n=20) ei kukaan käyttänyt Mysli-ohjelmaa työssään. Vastanneet sairaala-apulaiset (n=3) ja muiden ammattiryhmien edustajat (n=5) käyttivät kaikki työssään Mysliä.

Taulukko 3. Mysli-ohjelman käyttö ammattialoittain keskitetyssä ruoanjakelujärjestelmässä (n=71).

keskitetty ruoanjakelujärjestelmä		ammatti			
		sairaanhoitaja ja	perushoitaja/lähihoitaja	sairaala-apulainen	muu
		n=30	n=30	n=11	n=0
käytätkö työssäsi Mysli-ohjelmaa	kyllä	83%	83%	100%	0%
	ei	17%	17%	0%	0%

Taulukko 4. Mysli-ohjelman käyttö ammattialoittain hajautetussa ruoanjakelujärjestelmässä (n=36).

hajautettu ruoanjakelujärjestelmä	ammatti				
	sairaanhoitaja ja	perushoitaja/lähihoitaja	sairaala-apulainen	muu	
	n=8	n=20	n=3	n=5	
käytätkö työssäsi Mysli-ohjelmaa	kyllä	0%	0%	100%	100%
	ei	100%	100%	0%	0%

Mysli-ohjelmaa käyttävistä (Taulukko 5.) vastanneista (n=72) sairaanhoitajista (n=26) suurin osa (42%) käytti ohjelmaa viikoittain. Reilu neljännes (27%) käytti Mysliä harvemmin kuin kuukausittain. Vastanneista perus- ja lähihoitajista (n=27) lähes puolet (48%) käytti Mysli-ohjelmaa viikoittain. Vastanneista sairaala-apulaisista (n=14) 79% ja muista ammattiryhmistä (n=5) 80% vastasi käyttävänsä Mysliä päivittäin.

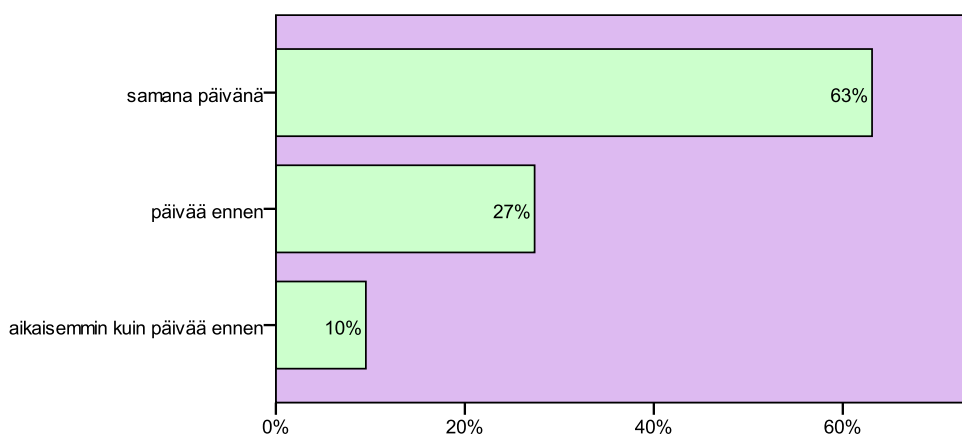
Taulukko 5. Mysli-ohjelman käyttö ammattialoittain (n=72).

	ammatti	Mysli-ohjelman käyttö			
		päivittäin	viikoittain	kuukausittain	harvemmin
	sairaanhoitaja (n=26)	23%	42%	8%	27%
	perus-/lähihoitaja (n=27)	26%	48%	22%	4%
	sairaala-apulainen (n=14)	79%	21%	0%	0%
	muu (n=5)	80%	20%	0%	0%

Tutkimuksessa selvitettiin myös avoimella kysymyksellä, miten vanhuspotilaan energiantarvetta vastaava ruoka valittiin Mysli-ohjelmasta. Lähtökohtaisesti naisille valittiin Mysli-ohjelmasta 6,7 Mj ja miehille 7,5 Mj. Tietoa saatiin myös haastattelemalla potilasta tai omaista sekä arvioimalla ravitsemustilaa. Sen jälkeen tarkistettiin potilaan erityistarpeet, kuten allergiat, dieetit, ravitsemukseen vaikuttavat sairaudet. Rikastettu ruoka valittiin riippuen potilaan ravitsemustilasta, painoindeksistä ja sairauksista. Potilaan tilanteessa tai voinnissa tapahtuvien

muutosten perusteella tai lääkärin määräyksestä energiantasoa ja ruokatilausta muutettiin. Huonosti syöville potilaille tilattiin välipaloja ja energialisia sekä säädettiin annoskokoja. Myös potilaan liikkuaessa paljon, ruoan energiantasoa lisättiin.

Selvitettäessä, milloin potilaan ruokatilaus tulee tehdä viimeistään Mysli-ohjelmaan 108 vastanneesta 24 jätti vastaamatta (Kuvio 6.). Enemmistö vastaajista (63%) oli sitä mieltä, että ruokatilaus tulisi tehdä viimeistään samana päivänä. 27% vastasi, että ruokatilaukset tulisi tehdä viimeistään päivää ennen. Kymmenesosan (10%) mielestä potilaan ruokatilaus tulisi tehdä jo aikaisemmin kuin päivää ennen. Tutkimuksessa selvitettiin myös avoimella kysymyksellä, kuinka monta tuntia aikaisemmin ruokatilaus tulisi tehdä saman päivän aikana. Vastausten mukaan ruokatilaus tuli tehdä viimeistään 2-3 tuntia ennen ruoan tuloa osastolle. Tämän monivalintakysymyksen vastauksista pääteltiin, että kysymystä oli tulkittu väärin. Osa vastaajista oli ymmärtänyt ruokatilauksen tuotetilauksena. Tämän vuoksi tulokset tässä kohdassa eivät ole täysin luotettavia.

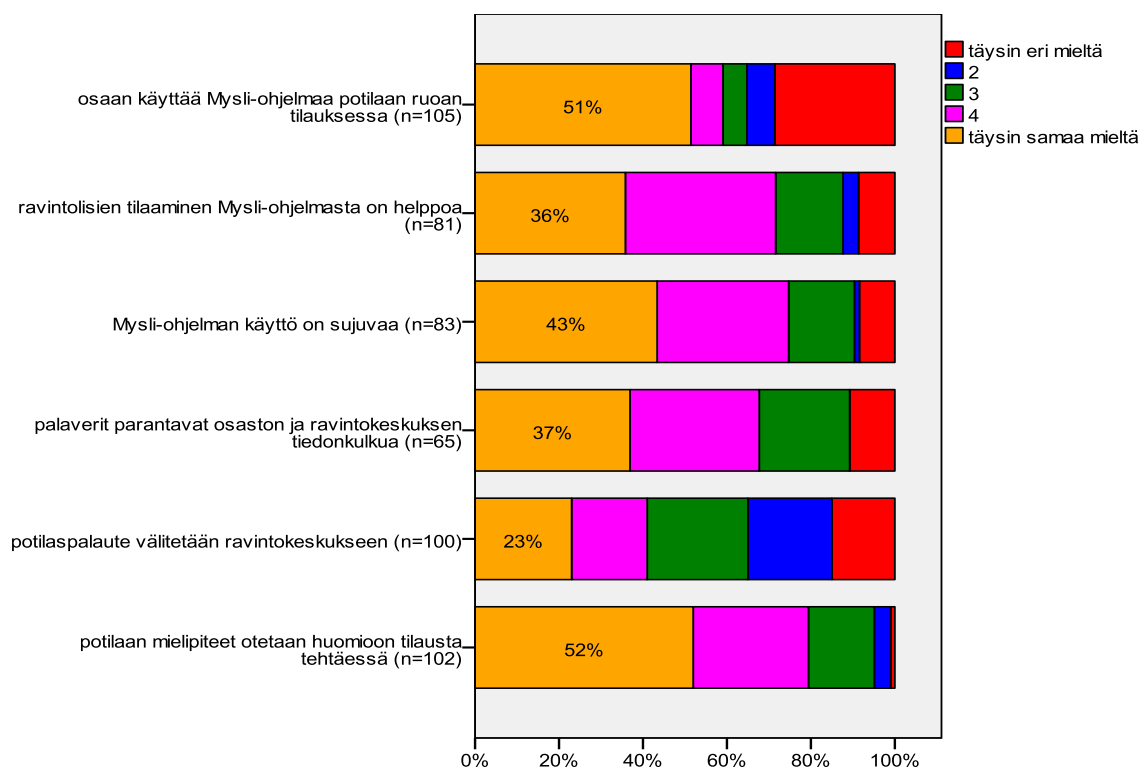


Kuvio 6. Ruokatilaukset tulee tehdä viimeistään (n= 84).

Toimintaa ruokatilauksen myöhästyessä selvitettiin monivalintakysymyksellä ja vastanneista (n=90) 97% soitti ravintokeskukseen myöhästyneen tilauksen. 1%

vastanneista käytti Mysli-ohjelman pikatilausta ja 2% kertoi ravintokeskuksen ottavan yhteyttä osastolle kehottaen tekemään unohtuneen ruokatilauksen.

Vastaajista (n=105) yli puolet (59%) oli samaa mieltä siitä, että osaa käyttää Mysli-ohjelmaa potilaan ruoan tilaukseen (Kuvio 7.). Yli kolmannes (36%) vastaajista oli kuitenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista (n=83) 74% mielestä Mysli-ohjelman käyttö oli sujuvaa ja 72% vastaajista (n=81) koki ravintolisien tilaamisen Myslistä helpoksi. Vastanneista (n=65) 68% oli sitä mieltä, että yhteiset palaverit paransivat osastojen ja ravintokeskuksen välistä tiedonkulkua. Reilu kymmenesosa (11%) vastanneista oli kuitenkin täysin eri mieltä asiasta. Ruokailausta tehtäessä 79% vastanneista (n=102) otti potilaan omat mielipiteet huomioon. Potilaspalautteen välittämisestä ravintokeskukseen kysyttäessä mielipiteet jakautuivat tasaisesti. Vastanneista (n=100) 41% mielestä palaute välitettiin ravintokeskukseen, kun taas 35% mielestä näin ei tapahtunut.



Kuvio 7. Tiedonkulun toteutuminen potilaan ravitsemukseen liittyen osastojen näkökulmasta.

Vastauksista vertailtiin ikää, ammattia ja toimenkuvaa (Taulukko 6, 7, 8) suhteessa siihen, miten koki palaverien vaikuttavan tiedonkulkuun osaston ja ravintokeskuksen välillä. Vastaajista yli 50 -vuotiaat (76%), sairaala-apulaiset (80%) ja sijaiset (71%) kokivat eniten palaverien parantaneen osaston ja ravintokeskuksen välistä tiedonkulkua. Merkityksettömimpinä palavereja tiedonkulun parantamisessa pitivät 30-39 -vuotiaat (25%), sairaanhoitajat (16%) ja määrääkaiset työntekijät (14%). Muiden ammattiryhmien edustajia ei otettu vertailuissa huomioon, koska tämän ryhmän edustajia oli määrällisesti vähän.

Taulukko 6. Ikä suhteessa mielipiteeseen palavereista ja tiedonkulun paranemisesta (n=63).

		alle 29	30-39	40-49	yli 50
		n=8	n=12	n=22	n=21
palaverit parantavat osaston ja ravintokeskuksen tiedonkulkua	täysin eri mieltä	13%	25%	9%	0%
	3	38%	17%	18%	24%
	4	25%	0%	45%	38%
	täysin samaa mieltä	25%	58%	27%	38%

Taulukko 7. Ammatti suhteessa mielipiteeseen palavereista ja tiedonkulun paranemisesta (n=61).

		sairaanhoitaja	perushoitaja/ lähihoitaja	sairaala- apulainen
		n=25	n=26	n=10
palaverit parantavat osaston ja ravintokeskuksen tiedonkulkua	täysin eri mieltä	16%	8%	10%
	3	20%	31%	10%
	4	24%	19%	70%
	täysin samaa mieltä	40%	42%	10%

Taulukko 8. Toimenkuva suhteessa mielipiteeseen palavereista ja tiedonkulun paranemisesta (n=65).

		vakituinen	määräaikainen	sijainen
		n=51	n=7	n=7
palaverit parantavat osaston ja ravintokeskuksen tiedonkulkua	täysin eri mieltä	12%	14%	0%
	3	20%	29%	29%
	4	29%	14%	57%
	täysin samaa mieltä	39%	43%	14%

Vertailtaessa iän, ammatin ja toimenkuvan vaikutusta (Taulukko 9, 10, 11) mielipiteeseen potilaspalautteen välittämisestä ravintokeskukseen vastanneista yli 50 -vuotiaat (48%), sairaanhoitajat (47%) sekä perus- ja lähihoitajat (47%) ja vakituiset (46%) olivat eniten sitä mieltä, että potilaspalaute välitettiin ravintokeskukseen. Alle 29 -vuotiaat (46%) sekä 30-39 -vuotiaat (46%), sairaalapulaiset (42%) ja määräaikaiset (50%) olivat eniten sitä mieltä, että potilaspalaute ei välitetty ravintokeskukseen.

Taulukko 9. Iän yhteys mielipiteeseen potilaspalautteen välittämisestä (n=94).

		alle 29	30-39	40-49	yli 50
		n=15	n=15	n=31	n=33
potilaspalaute välitetään ravintokeskukseen	täysin eri mieltä	13%	33%	13%	6%
	2	33%	13%	23%	18%
	3	7%	27%	26%	27%
	4	20%	20%	16%	21%
	täysin samaa mieltä	27%	7%	23%	27%

Taulukko 10. Ammatin yhteys mielipiteeseen potilaspalautteen välittämisestä (n=95).

		sairaanhoitaja	perushoita- ja/lähihoitaja	sairaala- apulainen
		n=36	n=45	n=14
potilaspalaute välitetään keittiöön	täysin eri mieltä	14%	13%	21%
	2	19%	22%	21%
	3	19%	18%	36%
	4	22%	20%	7%
	täysin samaa mieltä	25%	27%	14%

Taulukko 11. Toimenkuvan yhteys mielipiteeseen potilaspalautteen välittämisestä (n=100).

		vakituinen	määräaikainen	sijainen
		n=77	n=12	n=11
potilaspalaute välitetään keit- tiöön	täysin eri mieltä	16%	25%	0%
	2	17%	25%	36%
	3	22%	17%	45%
	4	21%	8%	9%
	täysin samaa mieltä	25%	25%	9%

### 9.3 Yhteistyö osaston ja ravintokeskuksen välillä potilaan ravitsemukseen liittyen osastojen näkökulmasta

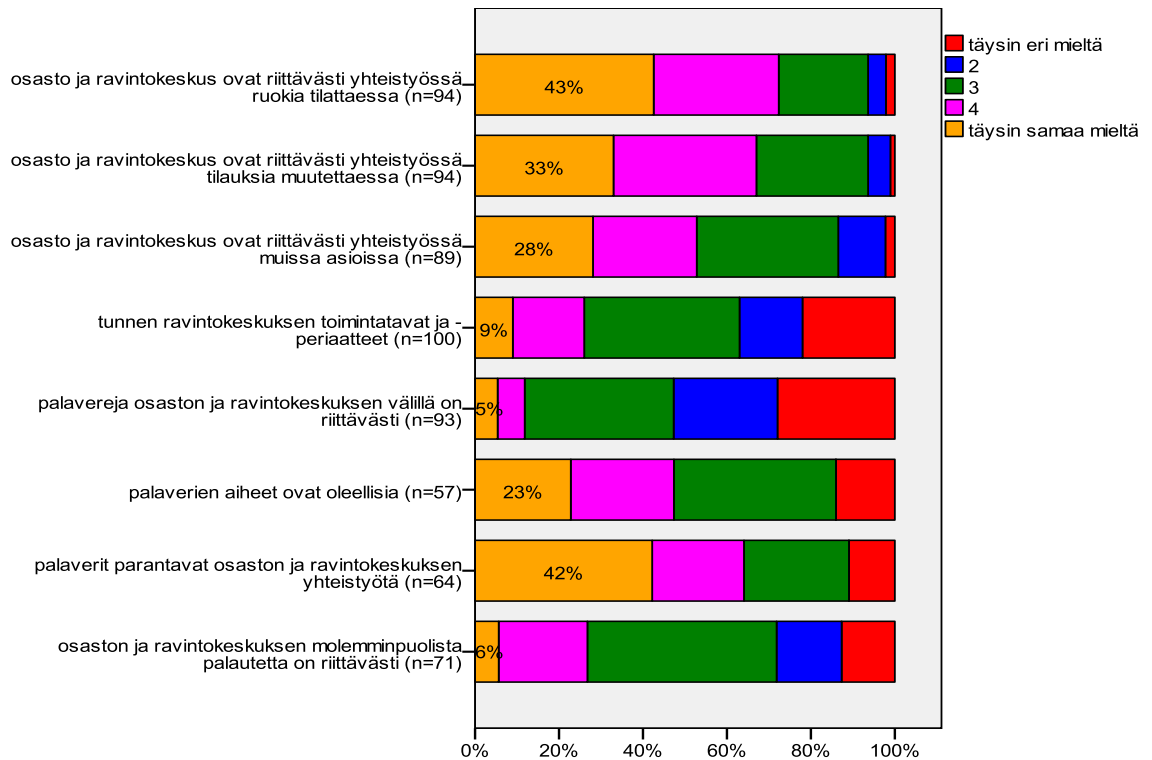
Yhteistyötä osaston ja ravintokeskuksen välillä selvitettiin kahdeksalla väittämällä, yhdellä monivalintakysymyksellä sekä kolmella tarkentavalla avoimella kysymyksellä.

Vastaajista (n=94) 73% koki että osaston ja ravintokeskuksen yhteistyö oli riittävää ruokia tilattaessa; tilauksia muutettaessa 67% koki yhteistyön riittäväksi (Kuvio 8.). Yhteistyö muissa asioissa oli vastanneista (n=89) reilun kymmenes-

osan (13%) mielestä riittämätöntä, kun taas riittäväksi sen koki yli puolet (53%) vastaajista. Tällaisiksi muiksi asioiksi vastaajat nimesivät ohjeiden kysymisen, erilaiset toiveet, kysymykset erityisruokavalioista, ruoan rakenteesta ja sisällöstä, lisäravinnosta sekä toimituksiin ja kuljetuksiin liittyvissä asioissa. Myös ravintokeskus otti tarvittaessa yhteyttä osastolle epäselvissä tilauksissa. Muuhun yhteistyöhön tyytymättömät vastaajat toivoivat lisää ravitsemuskoulutusta osaston henkilökunnalle esimerkiksi erityisruokavaliosta. Toivottiin myös, että ravintokeskuksesta saisi asiantuntijan ohjaamaan potilasta uuteen ruokavalioon liittyen.

Ravintokeskuksen toimintatavat ja -periaatteet tunsivat neljännes (26%) vastanneista (n=100) ja 37% vastanneista ei tuntenut niitä (Kuvio 8.). Ravintokeskuksen ja osastojen välisiin palavereihin sairaanhoitajista vastasi osallistuneensa 24%, perus- ja lähihoitajista 14% ja sairaala-apulaisista 15%. Vastanneista (n=93) yli puolet (53%) koki, että palaveria osaston ja ravintokeskuksen välillä ei ollut riittävästi. Vain kymmenesosan (11%) mielestä niitä oli tarpeeksi. Osa vastaajista ei ollut edes kuullut palavereista ja useimmiten vastaajat mainitsivat niitä olleen 1-2 kertaa vuodessa. Palaverihin osallistuneista vastaajista osa ilmoitti olleensa palaverissa kuluneen vuoden aikana ja osa kahden vuoden sisällä. Vastanneista (n=57) lähes puolet (48 %) koki palaverien aiheet kuitenkin oleellisiksi ja 14% vastanneista koki aiheet vähemmän tärkeiksi. Vastanneista (n=64) enemmistön (64%) mielestä palaverit paransivat yhteistyö osaston ja ravintokeskuksen välillä ja kymmenesosa (11%) piti niitä hyödyttöminä yhteistyön kannalta. Kysyttäessä osaston ja ravintokeskuksen molemminpuolisen palautteen riittävydestä mielipiteet jakaantuivat tasaisesti. Vastanneista (n=71) neljännes (27%) koki palautetta olevan riittävästi, kun taas neljännes (28%) vastaajista koki, että sitä ei ole tarpeeksi.





Kuvio 8. Yhteistyö potilaan ravitsemukseen liittyen osastojen näkökulmasta.

Vertailtaessa ikää, ammattia ja toimenkuvaa (Taulukko 12, 13, 14) suhteessa mielipiteeseen palaverien riittävästä osaston ja ravintokeskuksen välillä vastanneista 40-49 -vuotiaat (17%), perus- ja lähihoitajat (13%) ja vakituiset työntekijät (13%) kokivat eniten, että palavereja oli riittävästi. Alle 29 -vuotiaat (72%), sairaanhoitajat (59%) ja määräaikaiset työntekijät (75%) olivat eniten sitä mieltä, että palavereja ei ollut riittävästi.

Taulukko 12. Ikä suhteessa mielipiteeseen palaverien riittävydestä (n=88).

		alle 29	30-39	40-49	yli 50
		n=14	n=16	n=29	n=29
palavereja osaston ja ravintokeskuksen välillä on riittävästi	täysin eri mieltä	36%	25%	28%	21%
	2	36%	31%	17%	28%
	3	29%	38%	38%	38%
	4	0%	0%	10%	7%
	täysin samaa mieltä	0%	6%	7%	7%

Taulukko 13. Ammatti suhteessa mielipiteeseen palaverien riittävydestä (n=88).

		sairaanhoidaja	perushoitaja ja/lähihoitaja	sairaalaapulainen
		n=34	n=40	n=14
palavereja osaston ja ravintokeskuksen välillä on riittävästi	täysin eri mieltä	35%	25%	29%
	2	24%	30%	21%
	3	35%	33%	43%
	4	3%	8%	7%
	täysin samaa mieltä	3%	5%	0%

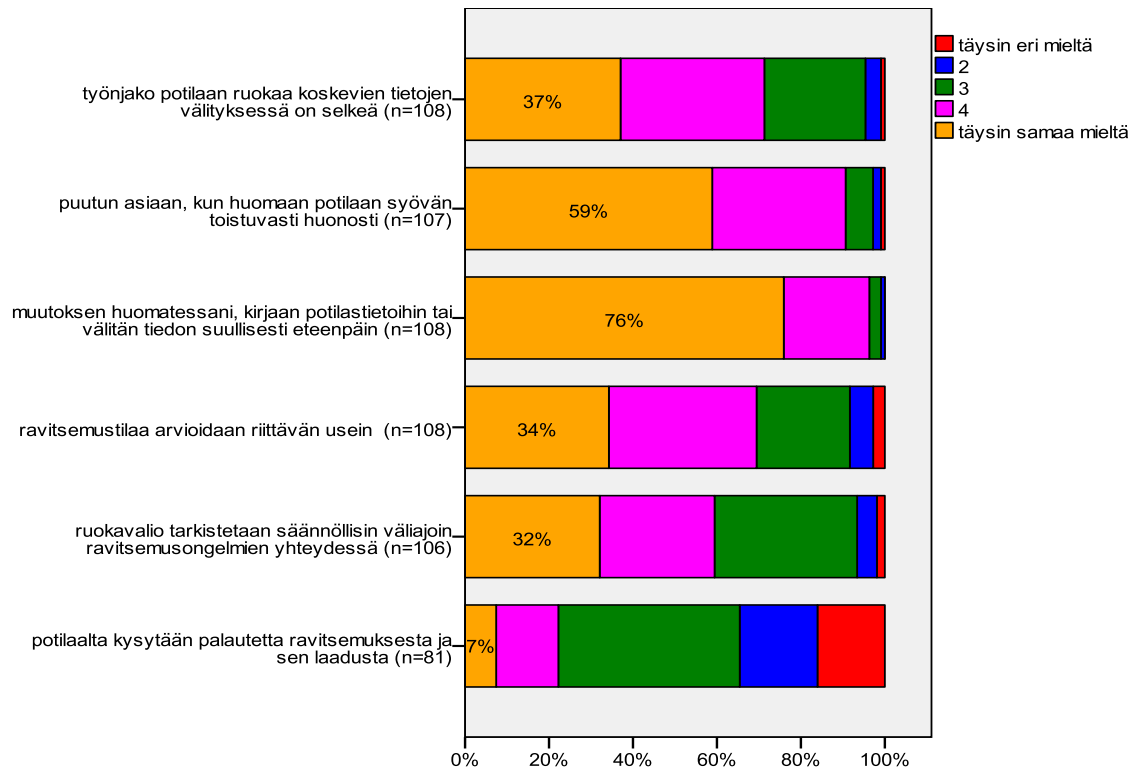
Taulukko 14. Toimenkuva suhteessa mielipiteeseen palaverien riittävydestä (n=93).

		vakituinen	määräaikainen	sijainen
		n=70	n=12	n=11
palavereja osaston ja ravintokeskuksen välillä on riittävästi	täysin eri mieltä	23%	33%	55%
	2	24%	42%	9%
	3	40%	17%	27%
	4	6%	8%	9%
	täysin samaa mieltä	7%	0%	0%

#### 9.4 Tiedonkulun toteutuminen osaston sisällä potilaan ravitsemukseen liittyen

Tiedonkulun toteutumista osaston sisällä vanhuspotilaan ravitsemukseen liittyen selvitettiin kuudella väittämällä ja yhdellä tarkentavalla avoimella kysymyksellä. Vastaajista (n=108) enemmistön (71%) mielestä työnjako potilaan ruokaa koskevien tietojen välityksessä oli selkeä (Kuvio 9.). Vain 5% mielestä työnjako oli epäselvä. Vastanneista (n=107) lähes kaikki (91%) puuttuivat asiaan, kun huomasivat potilaan syövän toistuvasti huonosti. Tätä kysymystä tarkennettiin myös avoimella kysymyksellä, joka selvitti henkilökunnan tapoja puuttua tähän tilanteeseen. Vastaajien mukaan tilannetta seurattiin ja keskusteltiin työryhmän kesken sekä tarvittaessa konsultoitiin ravitsemusterapeutteja. Potilaan ravitsemustilaa arvioitiin ja tiedot kirjattiin potilastietoihin. Potilaan kanssa keskusteltiin mahdollisista syistä ja kannustettiin syömisessä sekä tarjottiin mieliruokia. Tarvittaessa tehtiin muutoksia ruoan rakenteeseen tai ruokatilaukseen esimerkiksi tilaamalla ravintolisiä, rikastettua ruokaa tai tehojuomia.

Huomatessaan muutoksen vanhuspotilaan ruokailussa, vastanneista (n=108) melkein kaikki (96%) kirjasivat tiedon potilastietoihin tai välittivät tiedon suullisesti eteenpäin (Kuvio 9.). Vastanneista (n=108) 69% koki, että potilaan ravitsemustilaa arvioitiin riittävän usein. Kymmenesosan (9%) mielestä ravitsemustilaa ei arvioitu riittävästi. Vastaajista (n=106) yli puolen (59%) mielestä potilaan ruokavalio tarkistettiin säännöllisesti ravitsemusongelmien yhteydessä. Alle kymmenesosan (7%) mielestä näin ei tapahtunut. Vastanneista (n=81) 22% koki, että potilaalta kysytään palautetta ravitsemuksesta ja sen laadusta. Kuitenkin kolmasosa (35%) vastanneista oli sitä mieltä, että potilaalta ei kysytty riittävästi palautetta näihin asioihin liittyen.



Kuvio 9. Tiedonkulun toteutuminen osaston sisällä

Vertailtaessa ikää, ammattia ja toimenkuvaa (Taulukko 15, 16, 17) suhteessa mielipiteeseen ravitsemustilan arvioinnin riittävydestä 40-49 -vuotiaat (78%), perus- ja lähihoitajat (80%) ja vakituiset työntekijät (78%) kokivat eniten, että ravitsemustilaa arvioitiin riittävän usein. Alle 29 -vuotiaat (11%), sairaalapulaiset (14%) ja sijaiset (25%) olivat eniten sitä mieltä, että ravitsemustilan arviointi oli riittämätöntä.

Taulukko 15. Ikä suhteessa mielipiteeseen ravitsemustilan arvioinnin riittävydestä (n=100).

		alle 29	30-39	40-49	yli 50
		n=18	n=17	n=32	n=33
ravitsemustilaa arvioidaan	täysin eri mieltä	0%	6%	3%	3%
riittävän usein	2	11%	0%	6%	6%
	3	39%	24%	13%	21%
	4	39%	41%	44%	24%
	täysin samaa mieltä	11%	29%	34%	45%

Taulukko 16. Ammatti suhteessa mielipiteeseen ravitsemustilan arvioinnin riittävydestä (n=103).

		sairaanhoitaja	perushoita- ja/lähihoitaja	sairaala- apulainen
		n=38	n=51	n=14
ravitsemustilaa arvioidaan	täysin eri mieltä	5%	0%	7%
riittävän usein	2	3%	8%	7%
	3	29%	12%	50%
	4	42%	39%	0%
	täysin samaa mieltä	21%	41%	36%

Taulukko 17. Toimenkuva suhteessa mielipiteeseen ravitsemustilan arvioinnin riittävydestä (n=108).

		vakituinen	määräaikainen	sijainen
		n=84	n=12	n=12
ravitsemustilaa arvioidaan	täysin eri mieltä	2%	0%	8%
riittävän usein	2	4%	8%	17%
	3	17%	42%	42%
	4	39%	17%	25%
	täysin samaa mieltä	38%	33%	8%

Verrattaessa ikää, ammattia ja toimenkuvaa (Taulukko 18, 19, 20) suhteessa mielipiteeseen palautteen kysymisestä potilaalta ravitsemuksesta ja sen laadusta, vastaajista 40-49 -vuotiaat (32%), perus- ja lähihoitajat (24%) ja määräaikaiset (30%) olivat eniten sitä mieltä, että potilaalta kysyttiin palautetta ravitsemuksesta ja sen laadusta. 30-39 -vuotiaat (53%), sairaanhoitajat (41%) ja sijaiset 44% kokivat eniten, että potilaalta ei kysytty palautetta.

Taulukko 18. Ikä suhteessa mielipiteeseen palautteen kysymisestä potilaalta (n=77).

		alle 29	30-39	40-49	yli 50
		n=13	n=13	n=25	n=26
potilaalta kysytään palautetta ravitsemuksesta ja sen laadusta	täysin eri mieltä	15%	15%	12%	19%
	2	23%	38%	12%	15%
	3	46%	46%	44%	38%
	4	15%	0%	20%	19%
	täysin samaa mieltä	0%	0%	12%	8%

Taulukko 19. Ammatti suhteessa mielipiteeseen palautteen kysymisestä potilaalta (n=77).

		perushoitaja sairaanhoitaja	perushoitaja ja/lähihoitaja	sairaala- apulainen
		n=32	n=34	n=11
potilaalta kysytään palautetta ravitsemuksesta ja sen laadusta	täysin eri mieltä	25%	9%	18%
	2	16%	24%	18%
	3	41%	44%	45%
	4	9%	15%	18%
	täysin samaa mieltä	9%	9%	0%

Taulukko 20. Työnkuva suhteessa mielipiteeseen palautteen kysymisestä potilaalta (n=81).

		vakituinen	määräaikainen	sijainen
		n=62	n=10	n=9
potilaalta kysytään palautet-	täysin eri mieltä	15%	30%	11%
ta ravitsemuksesta ja sen	2	18%	10%	33%
laadusta	3	45%	30%	44%
	4	15%	20%	11%
	täysin samaa mieltä	8%	10%	0%

## 10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten osastojen ja ravintokeskuksen välinen tiedonkulku toteutuu käytännössä potilaan ravitsemukseen liittyen, minkälaista yhteistyötä näiden tahojen välillä on ja miten potilaan ravitsemukseen liittyvä tieto kulkee osaston sisällä.

Keskitetyn ruoanjakelujärjestelmän osastoilla osallistuivat vastaajien mukaan kaikkien ammattiryhmien edustajat tasapuolisesti potilaan ruokaa koskevien tietojen välitykseen ravintokeskukseen. Hajautetussa ruoanjakelujärjestelmässä taas vastattiin sairaala-apulaisten osallistuvan eniten tietojen välitykseen ravintokeskukseen. Vastaajat nimesivät hoitohenkilökunnan tehtäviksi muun muassa potilaan taustatietojen ja ravitsemukseen vaikuttavien sairauksien selvittämisen sekä potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimisen ruokaa tilattaessa. Nämä tiedot välitettiin sairaala-apulaiselle, joka päivitti tiedot Mysli -ohjelmaan ja teki tuotetilaukset. Sairaala-apulaisen tehtäviin nimettiin myös ruoan jako potilaille ja astioiden kerääminen.

Keskitetyn ruoanjakelujärjestelmän piirissä lähes kaikkien ammattiryhmien edustajat käyttivät työssään Mysli -ohjelmaa, kun taas hajautetun ruoanjakelujärjestelmän osastoilla vain sairaala-apulaiset ja muun ammattiryhmien edustajat vastasivat käyttävänsä Mysliä. Vajaa puolet Mysli -ohjelmaa käyttävistä sairaanhoitajista sekä perus- ja lähihoitajista käytti Mysliä viikoittain. Lähes kaikki sairaala-apulaiset ja muun ammattiryhmien edustajat mainitsivat käyttävänsä Mysliä päivittäin. Vastanneet kertoivat valitsevansa vanhuspotilaan energiantarvetta vastaavan ruoan Mysli -ohjelmasta lähtökohtaisesti naisten ja miesten perusenergiantarpeen mukaan. Tämän jälkeen otettiin huomioon vielä potilaan erityistarpeet. Usein valittiin vanhuspotilaalle rikastettu ruoka.

Selvitettäessä, milloin potilaan ruokatilaus tulisi tehdä viimeistään, yli puolet vastanneista ilmoitti, että tilaus tulisi tehdä viimeistään samana päivänä. Lähes kaikki vastanneet tekivät myöhästyneen tilauksen puhelimitse. Ruokapalvelu



Katerinkin mukaan (2010) puhelin onkin tärkeä yhteydenpitoväline tiedonkulun kannalta poikkeustilanteissa.

Yli puolet vastaajista kertoi osaavansa käyttää Mysli -ohjelmaa potilaan ruoan tilauksessa ja enemmistö koki Mysli -ohjelman käytön sujuvaksi ja ravintolisien tilaamisen helpoksi. Potilaan mielipiteet otettiin huomioon ruokatilausta tehtäessä, mutta potilaspalautteen välitti ravintokeskukseen alle puolet vastanneista. Kuten Haapa ja Pölönen ovat aiemmin todenneet (2002, 22-23), jos kommunikaatio sujuisi paremmin osaston ja ravintokeskuksen välillä, voitaisiin potilaiden toiveita ottaa huomioon yksilöllisemmin. Reilu puolet vastanneista koki yhteisten palaverien parantaneen osaston ja ravintokeskuksen välistä tiedonkulkua.

Enemmistö vastaajista koki osaston ja ravintokeskuksen yhteistyön riittäväksi niin ruokia tilattaessa, tilauksia muutettaessa kuin muissakin asioissa. Muiksi asioiksi vastaajat nimesivät ohjeiden kysymisen, erilaiset toiveet, kysymykset erityisruokavalioista, ruoan rakenteesta ja sisällöstä, lisäravinnosta sekä toimiin ja kuljetuksiin liittyvissä asioissa. Ravintokeskuksen toimintatapoja ja -periaatteita suurin osa vastaajista ei tuntenut.

Palavereihin osallistuneiden määrä kaikissa ammattiryhmissä oli vähäistä ja palavereja kerrottiin olleen 1-2 kertaa vuodessa. Aiemmin on todettu, että ravintokeskuksen ja osastojen yhteistyön perustana on säännölliset palaverit ja toimiva yhteydenpito (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 19). Yli puolet vastaajista koki, että palavereja osaston ja ravintokeskuksen välillä ei ollut riittävästi. Lähes puolet vastanneista koki kuitenkin palaverien aiheet oleellisiksi. Enemmistön mielestä palaverit paransivat yhteistyötä osaston ja ravintokeskuksen välillä. Kysyttäessä osaston ja ravintokeskuksen välisen palautteen riittävydestä mielipiteet jakautuivat tasaisesti.

Tiedonkulun ja yhteistyön tulisi olla jo kuitenkin osaston sisällä aukotonta. Enemmistö vastaajista koki, että työnjako potilaan ruokaa koskevien tietojen välityksessä oli selkeää. Lähes kaikki puuttuivat asiaan, kun huomasivat potilaan syövän huonosti. Vastaajat kertoivat puuttuvansa asiaan seuraamalla ti-

lannetta, keskustelemalla työryhmän kesken sekä tarvittaessa konsultoimalla ravitsemusterapeuttia. Potilaan kanssa keskusteltiin mahdollisista syistä ja kannustettiin syömisessä sekä tarjottiin mieliruokia. Tarvittaessa tehtiin muutoksia ruoan rakenteeseen ja ruokatilaukseen.

Huomatessaan muutoksen potilaan ruokailussa melkein kaikki vastanneista kirjasivat tiedon potilastietoihin tai välittivät tiedon suullisesti eteenpäin. Suurin osa vastanneista koki, että ravitsemustilaa arvioitiin riittävän usein ja yli puolen mielestä potilaan ruokavalio tarkistettiin säännöllisesti ravitsemusongelmien yhteydessä. On todettu, että potilasasiakirjoihin tulee kirjata potilaan ravitsemusta koskevat tiedot, jotta taataan hoidon jatkuvuus, seuranta sekä yhdenmukaisuus (Haapa & Pölonen 2002, 47).

Reilun kolmasosan mielestä potilaalta ei kysyty riittävästi palautetta ravitsemuksesta ja sen laadusta. Aiemmin on kuitenkin todettu, että potilaalta tulisi kysyä palautetta ruoasta sekä myös tiedottaa mahdollisuudesta antaa palautetta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 55). Pedersenin (2003, 247) mukaan potilailla, jotka osallistuivat aktiivisesti omaan ravitsemukseensa, oli selvästi parempi ravitsemustila.

Tämän tutkimuksen tarkoitus toteutui hyvin, koska vastaukset tutkimusongelmiin saatiin. Kaiken kaikkiaan tiedonkulku osaston ja ravintokeskuksen välillä toimi hyvin. Kehittämistä olisi kuitenkin potilaspalautteen välittämisessä edelleen ravintokeskukseen. Yhteistyö osaston ja ravintokeskuksen välillä koettiin melko hyväksi. Näiden kahden tahon välisiä palavereja tulisi kuitenkin lisätä yhteistyön kehittämiseksi. Osaston sisällä tieto kulki pääosin hyvin. Kuitenkin kehittämistä olisi palautteen kysymisessä potilaalta. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää ravintokeskuksen ja osaston välisen tiedonkulun ja yhteistyön parantamiseksi ja kehittämiseksi potilaan ravitsemukseen liittyen. Tuloksia voidaan käyttää myös esille tulleiden ongelmakohtien huomioimiseen ja sitä kautta niiden korjaamiseen.

Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida kuitenkaan sellaisenaan yleistää, vaan lisää tutkimusta aiheesta tarvitaan, jotta saadaan vertailukohteita. Tuloksia voidaan kuitenkin pitää suuntaa antavina.

## LÄHTEET

Ahonen, K. & Schildt, S. 2001. Ravitsemussuunnittelijoita tarvitaan terveydenhuoltoon. Sairaala Vol.63 No. 3/2001, 22-23.

Duodecim 2006. Lonkkamurtumapotilaiden hoito. Viitattu 10.2.2010. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50040#R94>

Haapa E. & Pölonen A. 2002. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. Viitattu 11.2.2010. Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ravitsemushoito/ravhoito.pdf>

Haglund, B. ; Huupponen, T. ; Ventola, A-L. ; Hakala-Lahtinen, P. 2007. Ihmisen ravitsemus. 9., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaali Oy

Hellstén, S. 1997. Uudistuva laitoshuolto: Opas sairaala- ja laitospalaistyöhön. 2. painos. Vammala: Suomen Kuntaliitto.

Henning, M. 2009. Nursing's role in nutrition. CIN: Computers, Informatics, Nursing Vol. 27, No. 5/2009, 301–306.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki: Tammi

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki:WSOY

Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Vantaa: WSOY

Nematy M.; Hickson M.; Brynes A.; Ruxton C. & Frost G. 2006. Vulnerable patients with a fractured neck of femur: nutritional status and support in hospital. Journal of Human Nutrition & Dietetics Vol. 19 No.3/2006, 209-218.

Nuutinen O.; Mikkonen R.; Peltola T.; Silaste M-L.; Siljamäki-Ojansuu U.; Uotila H. & Sarlio-Lähteenkorva 2009. Ravitsemushoitosuositus. Viitattu 11.2.2010. Saatavissa: <http://www.wb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/Ravitsemushoitosuositus.pdf>

Orell-Kotikangas, H. 2003. Ravitsemuksen merkitys potilasruokailussa. Sairaala Vol. No.66. 4/2003, 26-27.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY

Pedersen P-U. 2003. Nutritional care: the effectiveness of actively involving older patients. Journal of Clinical Nursing Vol. 14 No.2/2005, 247-255.

Puhakka, V. 2005. Tutkimusmenetelmät. Viitattu 24.4.2010. Saatavissa: [http://www.tol.oulu.fi/kurssit/tutkimusmenetelmat/Tutkimusmenetelmat19\\_9.pdf](http://www.tol.oulu.fi/kurssit/tutkimusmenetelmat/Tutkimusmenetelmat19_9.pdf)

Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2006. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot – opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. 6., uudistettu painos. Vammala: Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry

Ruokapalvelu Katerinki 19.10.2010. Mäntymäen ravintokeskus, Turku.

Sairaala 1997. Ruokaan ja ruokailuun tyytyväinen potilas osaston ja keittiön yhteistyöllä. Sairaala Vol. 59 No. 8/1997, 22-23.

Salmelainen U. 2008. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitospuolisessa kuntoutuksessa. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Viitattu 11.2.2010. Saatavissa: [http://www.fpa.fi/in/internet/liite.nsf/NET/231008123624PB/\\$File/tutkimuksia98\\_netti.pdf?OpenElement](http://www.fpa.fi/in/internet/liite.nsf/NET/231008123624PB/$File/tutkimuksia98_netti.pdf?OpenElement)

Silvennoinen, R.; Viitala, H.; Hiltunen, S.; Koponen, R.; Liitiä, P. & Siljamäki-Ojansuu, U. 2008. Ravitsemushoidon kehittäminen aikuisten veritautiosastolla. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu: 27.10.2010. Saatavissa: <http://www.tays.fi/download.aspx?ID=1344&GUID=%7B61A925B8-F206-4CC6-8A54-863A4E720B69%7D>

Sinisalo, L. 2009. Ikääntyvät ja vanhukset. Teoksessa Arffman, S.; Partanen, R.; Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita.

Sinisalo, L. & Arffman, S. 2009. Hoitajan rooli ravitsemusyhteistyössä. Teoksessa Arffman, S.; Partanen, R.; Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita.

Suominen, M. 2007. Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals. Viitattu 10.2.2010. Saatavissa: [http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/fin/hankkeet/vanhusten\\_ravitsemus/](http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/fin/hankkeet/vanhusten_ravitsemus/)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita. Viitattu 20.10.2010 Saatavissa <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b. Ravitsemushoito - Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita.

Vanhustyön keskusliitto 2005. Ravitsemus osana ikääntyneen hyvää hoitoa. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi

## **Kyselylomake: Osaston ja ravintokeskuksen välinen tiedonkulku ja yhteistyö**

Olemme Turun ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä yhteistyössä Turun sosiaali- ja terveystoimen kanssa liittyen meneillään oleviin ravitsemustutkimuksiin (RavLon ja RavTerv).

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tutkia ja selvittää osastojen ja keittiön välistä tiedonkulkua ja yhteistyötä potilaiden ravitsemushoitoon liittyen erityisesti vanhuspotilaiden kannalta. Osastojen ja keittiön toimintatapojen ja vastualueiden selvittäminen on tärkeää, jotta voidaan taata potilaalle yksilöllinen ja paras mahdollinen ravitsemus hänen tarpeidensa mukaan sekä selvittää mahdolliset tiedonkulun ongelmat näiden kolmen tahon välillä.

Tutkimukseen valitut ovat Turun sosiaali- ja terveystoimen 12 geriatrisen sairaalahoidon osastolla työskentelevät kaikki sairaanhoitajat, perushoitajat/lähihoitajat sekä sairaala-apulaiset. Kyselytutkimukseen vastaaminen on vapaaehtoista ja anonymiteetti säilyy koko ajan. Tutkimuksen toteutusta varten olemme saaneet tutkimusluvan Turun sosiaali- ja terveystoimelta.

Ole ystävällinen ja vastaa kyselylomakkeeseen. Aikaa kyselylomakkeen täyttämiseen on kaksi viikkoa. **Palauta kyselylomake 24.10. mennessä käytetyssä kirjekuoressa ylihoitajalle tutkimus- ja kehitysyksikköön sisäisessä postissa.**

Valmis työmme raportoidaan opinnäytetyönä marraskuussa 2010, minkä jälkeen se on saatavissa Turun ammattikorkeakoulun Ruiskadun kirjastosta; lisäksi se toimitetaan sähköisessä muodossa Turun sosiaali- ja terveystoimen hoitotyönosaston hallintoylihoitajalle.

Vaivannäöstä ja yhteistyöstä etukäteen kiittäen

Armi Vartiainen & Tiina Vartiala

armi.vartiainen@students.turkuamk.fi,

tiina.vartiala@students.turkuamk.fi

Liite 1.

1) Ikäsi \_\_\_\_\_

2) Mikä on ammatillinen koulutuksesi? Rastita sopivin vaihtoehto (vain yksi vaihtoehto).

- sairaanhoitaja
- perushoitaja/lähihoitaja
- sairaala-apulainen
- muu, mikä \_\_\_\_\_

3) Toimenkuvasi. Rastita sopivin vaihtoehto.

- vakituinen
- määräaikainen
- sijainen

4) Millä geriatrisen sairaalahoidon osastolla työskentelet?

- Akuuttivuososasto 1
- Akuuttivuososasto 2
- Eristysoosasto (Kaskenlinna)
- Geriatrinen arviointiyksikkö
- Geriatrinen jatkokuntoutusosasto
- Kaskenlinna osasto 4C
- Kaskenlinna osasto 4D
- Kaskenlinna osasto 3C
- Kaskenlinna osasto 3D
- Neurologinen jatkokuntoutusosasto
- Ortopedinen kuntoutusosasto alakerta
- Ortopedinen kuntoutusosasto yläkerta

Liite 1.

5) a. Ketkä osallistuvat osastollanne potilaan ruokaa koskevien tietojen välitykseen keittiöön?

- sairaanhoitaja
- perushoitaja/lähihoitaja
- sairaala-apulainen

b. Kuvaile lyhyesti omin sanoin a-kohdassa mainitsemasi henkilön/henkilöiden toimenkuvaa vanhuspotilaan ravitsemustietojen välityksessä keittiöön.

---

---

---

6) a. Käytätkö työssäsi WebMysli –ohjelmaa?

- Kyllä
- Ei

b. Kuinka usein?

- päivittäin
- viikoittain
- kuukausittain
- harvemmin

7) Miten valitset WebMyslistä vanhuspotilaalle hänen energian tarvettaan vastaavan ruuan? Vastaa omin sanoin lyhyesti.

---

---



Liite 1.

**Seuraaviin väittämiin vastataan asteikolla 1-5, jossa 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä. Rastita aina vain yksi vaihtoehto.**

	5	4	3	2	1
	Täysin samaa mieltä				Täysin eri mieltä
8) Työnjako potilaan ruokaa koskevien tietojen välityksessä on selkeä.					
9) Osaan käyttää WebMysli-ohjelmaa potilaan ruuan tilauksessa.					
10) a. Kun huomaan vanhuspotilaan syövän toistuvasti huonosti, puutun välittömästi asiaan.					

10) b. Millä tavalla puutut?

---

---

	5	4	3	2	1
	Täysin samaa mieltä				Täysin eri mieltä
11) Kun huomaan muutoksen vanhuspotilaan ruokailussa, kirjaan sen potilastietoihin tai välitän tiedon suullisesti eteenpäin.					
12) Vanhuspotilaan ravitsemustilaa arvioidaan mielestäni riittävän usein osastollamme.					
13) Vanhuspotilaan ruokavalio tarkistetaan säännöllisin väliajoin ravitsemusongelmien yhteydessä.					
14) Ravintolisien tilaaminen WebMysli-ohjelmasta on helppoa.					
15) Mielestäni WebMysli-ohjelman käyttö on sujuvaa.					

Liite 1.

16) a. Milloin ruokatilaukset tulee tehdä viimeistään? (valitse vain yksi vaihtoehto)

- samana päivänä
- päivää ennen
- aikaisemmin kuin päivää ennen

b. Jos samana päivänä, kuinka monta tuntia aikaisemmin?

\_\_\_\_\_

17) Miten toimit, jos ruokatilaus myöhästyy? (valitse vain yksi vaihtoehto)

- soitan keittiöön
- käytän WebMyslin pikatilausta
- muu, mikä? \_\_\_\_\_

**Seuraaviin väittämiin vastataan asteikolla 1-5, jossa 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä. Rastita aina vain yksi vaihtoehto.**

	5	4	3	2	1
	Täysin samaa mieltä				Täysin eri mieltä
18) Osastomme ja keittiö ovat riittävästi yhteistyössä keskenään <u>ruokia tilatessa.</u>					
19) Osastomme ja keittiö ovat riittävästi yhteistyössä keskenään <u>tilauksia muutettaessa.</u>					
20) a. Osastomme ja keittiö ovat riittävästi yhteistyössä keskenään <u>muissa asioissa.</u>					

20) b. Missä asioissa esimerkiksi? \_\_\_\_\_

Liite 1.

Seuraaviin väittämiin vastataan asteikolla 1-5, jossa 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä. Rastita aina vain yksi vaihtoehto.

	5	4	3	2	1
	Täysin samaa mieltä				Täysin eri mieltä
21)Tunnen keittiön toimintatavat ja -periaatteet.					
22) a. Palavereja osastomme ja keittiön välillä on riittävästi.					

22) b. Kuinka usein \_\_\_\_\_

23) a. Oleko osallistunut palavereihin?

Kyllä

Ei

b.Milloin viimeksi osallistuit? \_\_\_\_\_

	5	4	3	2	1
	Täysin samaa mieltä				Täysin eri mieltä
24)Palaverien aiheet ovat oleellisia.					
25)Palaverit parantavat keittiön ja osastomme välistä yhteistyötä.					
26)Palaverit parantavat keittiön ja osastomme välistä tiedonkulkua.					
27)Koulutusta hoitajille ravitsemukseen liittyen on riittävästi.					
28)Osastomme ja keittön välistä molemminpuolista kehittävää palautetta on riittävästi.					
29)Potilaalta kysytään palautetta ravitsemuksesta ja sen laadusta.					

Liite 1.

Seuraaviin väittämiin vastataan asteikolla 1-5, jossa 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä. Rastita aina vain yksi vaihtoehto.

	5				1
	Täysin samaa mieltä				Täysin eri mieltä
30) Potilaan antama palaute välitetään keittiöön.					
31) Potilaan mielipiteet ravitsemuksesta otetaan huomioon tilausta tehtäessä.					