

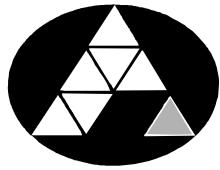
POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Matkailun koulutusohjelma

Anni Malkki

RAVITSEMUSHOITOSUOSITUSTEN TOTEUTUMINEN POTILAI-
DEN JA HENKILÖKUNNAN NÄKÖKULMASTA

Case: Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayh-
tymä

Opinnäytetyö
Marraskuu 2012



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Marraskuu 2010
Matkailun koulutusohjelma

Länsikatu 15
80120 JOENSUU
p. 050 358 2494

Tekijä
Anni Malkki

Nimeke

Ravitsemushoitosuosituksen toteutuminen potilaiden ja henkilökunnan näkökulmasta

Case: Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

Toimeksiantaja

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän ravitsemustyöryhmä

Tiivistelmä

Valtion ravitsemusneuvottelukunta uudisti ravitsemushoitosuositukset vuonna 2010. Uudistuneiden suositusten tarkoituksena on yhdenmukaistaa ravitsemushoidon käytäntöjä ja ehkäistä vajaaravitsemusta. Suositusten mukaan potilaille ja henkilökunnalle tulisi tehdä asiakastytyväisyyskysely vähintään kerran vuodessa. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä kyselytutkimus toteutettiin vuoden 2011 marraskuussa. Opinnäytetyössä analysoin potilaiden ja henkilökunnan tutkimusten tulokset. Työn tarkoituksena on selvittää, kuinka ravitsemushoitosuositus toteutuu potilaiden ja henkilökunnan näkökulmasta.

Opinnäytetyössä käytetty kyselylomake on Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemushoitosuositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin teoksesta. Kysely lähetettiin osastoille sähköisesti, josta se tulostettiin osaston henkilökunnalle ja potilaille. Kysely toteutettiin kokonaistutkimuksena. Kyselylomakkeiden tiedot syötettiin SPSS-ohjelmaan, jonka avulla tulokset analysoitiin. Tulosten analysoinnissa on käytetty kvantitatiivisia eli määrällisiä analyysimenetelmiä.

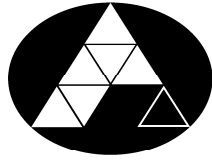
Opinnäytetyössä tehtyjen tutkimusten mukaan ravitsemushoitosuositukset toteutuvat pääosin hyvin. Kehitettävää löytyi henkilökunnan mukaan ruokien tilausohjelman käytöstä ja tiedotukseen ja viestintään liittyvistä seikoista. Potilaiden mukaan parannettavaa oli muun muassa ruoan maussa, lämpötilassa sekä ruokalistasta tiedotuksessa. Jatkotutkimuksena tästä tutkimuksesta saatuja tuloksia voisi verrata jossain toisessa laitoksessa tehtyyn tutkimukseen.

Kieli
suomi

Sivuja 57
Liitteet 3
Liitesivumäärä 3

Asiasanat

Ravitsemus, ravitsemushoito, vajaaravitsemus



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
November 2012
Degree Programme in Tourism
Länsikatu
FIN 80120 JOENSUU
Tel. 358-50 358 2494

Author
Anni Malkki

Title
Fulfillment of Nutritional Care Recommendations according to Patients and Hospital Personnel
case: Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia
Commissioned by Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia

Abstract

The National nutrition Council reformed the nutritional care recommendations in 2010. The purpose of this reformation was to equalize the standards of nutritional care and to prevent malnutrition. According to these new recommendations administering a survey to patients and hospital personnel is mandatory at least once a year to investigate their satisfaction. This study was conducted by Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia in December 2011. The purpose of this thesis was to analyze the results of the survey and investigate how nutritional care is realized according to the patients and personnel.

The questionnaire was taken from a book on nutritional care recommendations, made by the National nutrition Council. A questionnaire was mailed to every department to the patients and personnel. The study was conducted as a complete enumeration. The study was quantitative and the results were analyzed by using the SPSS- program.

On the basis of the results of this research, it can be concluded that nutritional care recommendations are mainly actualized well. According to the personnel there is improvement to make in communication and ordering of food products. Patients were unsatisfied with informing about the menu as well as the temperature and the taste of the food. This study could be continued by comparing this study to a similar study made in a different hospital.

Language
Finnish

Pages 57
Appendices 3
Pages of Appendices 3

Keywords

nutrition, nutritional care, malnutrition

Sisältö

Nimiö

Tiivistelmä

Abstract

1 Johdanto	5
1.1 Opinnäytetyön tausta ja tarkoitus	5
1.2 Opinnäytetyön viitekehys ja keskeiset käsitteet	6
1.3 Toimeksiantaja	8
2 Ravitsemushoito	9
3 Ravitsemushoidon toteuttajat	11
3.1 Moniammatillinen yhteistyö	11
3.2 Hoitajan ja laitoshuoltajan rooli ravitsemushoidon toteuttamisessa	12
3.3 Ruokapalvelujen rooli ravitsemushoidon toteuttamisessa	13
4 Ravitsemushoidon suunnittelu	14
4.1 Ravitsemustilan arviointi	14
4.2 Ravitsemustilan arviointimenetelmät	15
4.3 Vajaaravitseminen	16
5 Ruokailu	18
5.1 Ruokailun vaikutus ravitsemushoitoon	18
5.2 Ruokavaliot ja ateria-ajat	20
5.3 Ruoan jakelujärjestelmät	21
5.4 Omavalvonta	22
6 Erityisruokavaliot	22
6.1 Laktoositon ruokavalio	22
6.2 Keliakia ruokavalio	24
6.3 Kasvisruokavaliot	25
6.4 Munuaispotilaan ruokavalio	26
6.5 Ruoka-allergiat	27
6.6 Ruoan rakenne	28
7 Ravitsemushoito eri ikäryhmissä ja tilanteissa	30
7.1 Ravitsemushoito erityistilanteissa	30
7.2 Lasten ravitsemushoito	31
7.3 Vanhusten ravitsemushoito	31
8 Tutkimuksen toteutus	33
8.1 Aineiston esittely	33
8.2 Kyselytutkimus	34
8 Tutkimuksen tulokset	35
8.1 Henkilökunnan kyselytutkimuksen tulokset	35
8.2 Potilaiden kyselytutkimuksen tulokset	43
8.3 Johtopäätöksiä ravitsemushoidon toteutumisesta	52
9 Pohdinta	53
9.1 Luotettavuus ja eettisyys	53
9.2 Kehittämisaatuksia	54
Lähteet	56

Liitteet

Liite 1 Kyselylomake potilaille

Liite 2 Kyselylomake henkilökunnalle

Liite 3 POISTETTU

1 Johdanto

1.1 Opinnäytetyön tausta ja tarkoitus

Sairaalaan tulevista potilaista jopa 30–60 % on virhe- tai vajaaravittuja (Nutricia Medical 2012). Lisäksi sairaalahoidon aikana paino laskee noin 30–90 %:lla potilaista (Stratton 2005). Isossa-Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan vajaaravitsemuksen hoitoon menee jopa 10 % kaikista terveydenhuolto kustannuksista (Suurtalousuutiset 2011). Samaan aikaan sairaalan ruokapalvelujen kustannukset ovat vain muutaman prosentin luokkaa kaikista kustannuksista. Onnistuneella ravitsemushoidolla lyhennetään potilaiden sairaalassa viettämää aikaa, nopeutetaan paranemista sekä parannetaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Kustannukset pienenevät, kun toipuminen on nopeampaa. Lisäksi välttyään lisäsairauksilta ja ruokajätteen määrä pienenee, kun potilaan on mahdollista tehdä itse valintoja syömänsä ruoan suhteen. Ravitsemushoidon toteuttaminen vaatii eri ammattilaisten saumatonta yhteistyötä ja ravitsemustietoa. Ruoan laatuun, maittavuuteen ja potilaan vaikutusmahdollisuuksiin panostaminen ovat avainasemassa hoidon onnistumisessa.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta uudisti ravitsemushoitosuositukset vuonna 2010. Uudistuksen tarkoituksena on ravitsemushoidon käytäntöjen yhdenmuikaistaminen ja vastuualueiden sekä henkilökunnan roolien selventäminen. Uusien ravitsemushoitosuositusten mukaan sairaaloiden, terveyskeskusten ja hoitolaitosten on tehtävä vähintään kerran vuodessa asiakastyytyväisyyskysely potilaille ja henkilökunnalle. Kyselyn avulla seurataan ravitsemushoidon toteutumista ja mahdollisia epäkohtia. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä (PKSSK) kysely toteutettiin marraskuussa 2011 ravitsemusneuvottelukunnan toimesta.

PKSSK:n ravitsemusterapeutit lähettivät asiakastyytyväisyyskyselyt jokaiselle osastolle henkilökunnalle ja potilaille. Kyselyn vastauksia kerättiin kahden päivän aikana, minkä jälkeen kyselylomakkeet palautettiin ravitsemusterapeuteille. Tutkimuksessa käytetty kysely on Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemushoitosuositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä

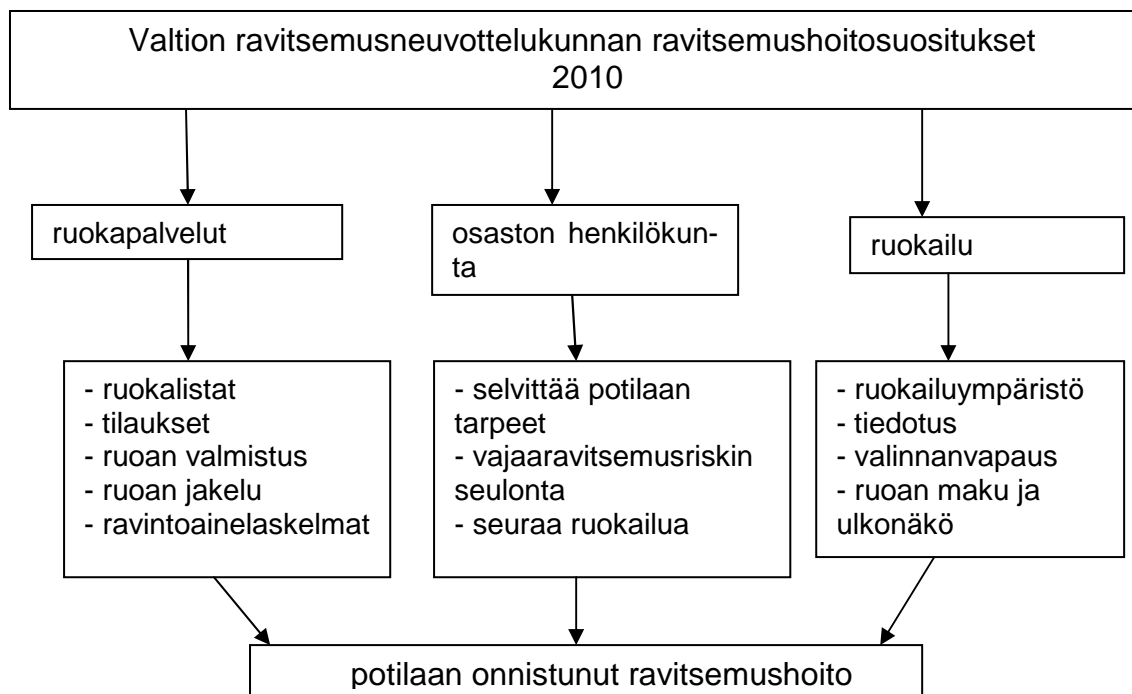
kuntoutuskeskuksiin-kirjasta. Kyselylomakkeessa on avoimia ja suljettuja kysymyksiä liittyen ruokailuun. Kysely on tehty kokonaistutkimuksena, sillä se jaettiin jokaiselle potilaalle sekä kaikille osastolla työskenteleville kahden tutkimuspäivän aikana. Henkilökunnalle ja potilaille on erilliset kyselylomakkeet. Tutkimuksen tulokset ovat yleistettävissä, koska kyseessä on kokonaistutkimus joka vastaa hyvin perusjoukkoa ja vastauksia kyselyyn tuli paljon. Kyselytutkimus on määrällistä, eli kvantitatiivista tutkimusta. Siinä kysymykset ilmaistaan sanallisesti ja vastaukset ovat numeerisessa muodossa, kuten frekvensseinä ja prosentteina.

Tämä asiakastytyväisyyskysely on ensimmäinen ravitsemushoitosuosituksen uudistumisen jälkeen tehty tutkimus, joten työ on tarpeellinen ja ajankohtainen. Kyselyn tulokset antavat PKSSK:n ravitsemusneuvottelukunnalle tietoa ravitsemushoidon toteutumisesta ja siitä kaipaako jokin tietty osa-alue kenties kehittämistä. Työn tarkoitus on selvittää toteutuuko ravitsemushoito suositusten mukaisesti ja mitä asioita tulisi mahdollisesti muuttaa, jotta ravitsemushoito vastaisi suosituksia. Opinnäytetyön tietoperustassa käsittelen ravitsemushoidon toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä kuten henkilökunnan rooleja, ruokailua ja ruokavalioita. Tietoperustan pohjalta analysoin kyselytutkimuksen tuloksia ja ravitsemushoidon onnistumista.

1.2 Opinnäytetyön viitekehys ja keskeiset käsitteet

Potilaan ravitsemushoidon onnistuminen on monien osatekijöiden summa. Pohjana ravitsemushoidon toteutuksessa käytetään Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemushoitosuosituksia. Kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla on vastuu ravitsemushoidon toteuttamisesta omalta osaltaan. Ravitsemushoidon toteutus vaatii moniammatillista yhteistyötä, ravitsemusosaamista sekä toimivaa viestintää ja tiedotusta. Potilaan ravitsemushoitoon vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa ruoan aistittavat ominaisuudet, ruokailutilanne, potilaan terveydentila ja ruokavalioon sopiva ruoka ja annoskoko.

Henkilökunnan tulee olla selvillä omasta roolistaan ravitsemushoidon onnistumisessa. Potilaan hyvään ravitsemushoitoon vaikuttaa suuresti muun muassa se, että hoitajilla on ammattitaitoa selvittää potilaan nykyinen ravitsemustila, tilata ruokavalion mukaista ruokaa ja huolehtia ruoan jakelusta. Keittiön tehtäviin kuuluu esimerkiksi terveellisen ja maistuvan ruoan valmistaminen ja pakkaaminen ja ruokalistasuunnittelu. Henkilökunnan puolesta ravitsemushoito on onnistunut, jos ruoan tilaaminen koetaan helpoksi, ruoka vastaa tilausta, tehtävänjaot ovat selvillä ja henkilökunnalla on riittävästi tietoa ravitsemuksesta.



Kuvio 1. Opinnäytetyön viitekehys

Ravitsemushoitosuositukses ovat Valtion ravitsemusneuvottelukunnan vuonna 2010 uudistamat suositukset sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Suosituksen tarkoitus on yhdenmukaistaa ravitsemushoidon käytäntöjä sekä ehkäistä vajaaravitsemusta.

Ravitsemushoito on potilaan terveyttä edistävää ravitsemusta sekä sairaiden ravitsemushoitoa. Ravitsemushoidon tavoitteena on joko ravitsemustilan parantaminen tai nykyisen ravitsemustilan ylläpito.

Vajaaravitsemus on tila, jossa ihminen saa joko liian vähän energiaa tai tarvittavia ravintoaineita. Vajaaravitsemus on etenkin lasten ja vanhusten ongelma. Vajaaravitsemus pitkittää paranemista, lisää sairaalassaolopäiviä ja edesauttaa lisäsairauksien syntyä. Vajaaravitsemusriski tulisi seuloa kaikilta sairaalan potilailta.

Ravitsemushoitoa on käsitelty laajasti useissa tutkimuksissa. Opinnäytetyöni tietoperustaan olen valinnut mielestäni merkittävimmät aiheesta tehdyt tutkimukset. Sorensen on tutkinut pro gradu työssään vajaaravitsemusta ja ruoasta nauttimista vajaaravitsemuksen hoitokeinona. Hän havaitsi, että potilaat jotka nauttivat ruokailusta saavat enemmän energiaa ja välttyvät todennäköisemmin vajaaravitsemukselta, kuin potilaat jotka eivät nauti ruokailusta. Potilas joka ei nauti ruoasta, saa vähemmän energiaa, syö vähemmän ja on todennäköisemmin vajaaravittu. (Sorensen 2010.) Suomisen tutkimuksen mukaan virhe- ja vajaaravitsemus on sairaaloissa yleistä ja hoitohenkilökunnan kyky huomata vajaaravitsemustapaukset on puutteellinen. Vanhusten D-vitamiinin saanti on lisäksi alhaista, vaikka vitamiinilisää suositellaan annettavaksi vuoden ympäri. Henkilökunnan ravitsemuskoulutuksella on positiivinen vaikutus vanhusten ravitsemushoitoon. (Suominen 2007.)

1.3 Toimeksiantaja

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän ravitsemusneuvottelukunta, joka on moniammatillinen alueellinen työryhmä. Työryhmään kuuluu lääkäreitä, ravitsemusterapeutteja, ravintopalvelupäälliköitä ja hoitajia. PKSSK:n ravitsemusneuvottelukunnan tehtävänkuviiin kuuluu muun muassa ravitsemushoidon kehittäminen ja laadun arviointi, ravitsemushoitosuosituksen toteuttaminen kuntayhtymän hoitolaitoksissa sekä yhteistyön ja tiedonkulun edistäminen. Ravitsemusneuvottelukunta antaa myös lausuntoja ravitsemushoitoon liittyen sekä suunnittelee ja järjestää ravitsemushoitoa koskevaa koulutusta.

Tutkimuksessa on mukana Pohjois-Karjalan keskussairaalan sairaalan lisäksi myös psykiatrinen Paiholan sairaala Kontiolahdella ja kehitysvammaisille tarkoitettu Honkalampi-keskus, joka sijaitsee Liperin kunnassa. Ravintopalvelut muodostuvat Tikkamäen ravintokeskuksesta, Paiholan palvelukeittiöstä, Honkalammen ravintokeskuksesta sekä äidinmaitokeskuksesta. Ruokapalveluiden käytössä on viiden viikon kiertävä ruokalista. Vuonna 2011 kuntayhtymässä oli 236 759 avohoitokäyntiä ja keskussairaalassa annettiin vuoden aikana hoitoa noin 60 000 henkilölle. Vuoden 2011 lopulla kuntayhtymä työllisti 881 henkilöä. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012.)

2 Ravitsemushoito

Hyvä ravitsemustila edistää terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä sekä ehkäisee sairauksia ja nopeuttaa niistä toipumista. Ravitsemushoito on olennainen osa potilaiden hoitoa ja monien sairauksien tärkein hoitomuoto. Ravitsemushoidolla tarkoitetaan sekä terveyttä edistävää ravitsemusta että sairaiden ravitsemushoitoa. Onnistunut ravitsemushoito vaatii moniammatillista yhteistyötä ja toimivaa viestintää. Ravitsemushoitoon kuuluu ravitsemustilan ja ravinnon tarpeen arviointi mahdollisimman pian potilaan hoitolaitokseen tai sairaalaan tullessa, ravitsemuksellisten tavoitteiden asettaminen, ravitsemushoidon toteutus, ravitsemusohjaus ja seuranta. Onnistunut ravitsemushoito säästää kustannuksia nopeuttamalla potilaiden toipumista sekä ehkäisemällä aliravitsemusta ja lisäsairauksien syntymistä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 16.)

Euroopan neuvoston päätöslauselman mukaan kaikilla tulisi olla oikeus terveelliseen ja turvalliseen ruokaan ja vajaaravittujen potilaiden määrää tulisi vähentää. Päätöslauselma sisältää kuusi pääkohtaa, joiden periaatteiden mukaisesti ravitsemushoito tulisi rakentaa kansallisella tasolla. Tavoitteena on jokaiselle yksilöllisesti suunniteltu ravitsemushoito, joka vastaa potilaan energia- ja ravintoainetarvetta ja tuottaa potilaalle mielihyvää. Euroopan neuvosto laati vuonna 2003 sairaaloihin hyvän ravitsemushoidon kymmenen tunnusmerkkiä:

- Kaikkien potilaiden ravitsemustila arvioidaan tulokeskustelussa, sekä seurataan vähintään viikon välein. Etenkin aliravitsemuksen ehkäisyyn ja hoitoon kiinnitetään huomiota.
- Jokaisella potilaalla on henkilökohtainen hoitosuunnitelma, johon kuuluu myös ravitsemushoito.
- Sairaalan hallinto ottaa päätöksissään huomioon ravitsemushoidon tärkeyden.
- Ravitsemushoito on potilaslähtöistä ja tapahtuu aina potilaan ehdoilla.
- Ateria-ajat rauhoitetaan, kaikilla tulisi olla oikeus nauttia ruoasta rauhasa.
- Henkilökunnalla on tarvittava ravitsemuskoulutus, jotta potilaiden ravitsemuksesta huolehtiminen onnistuu. Ravitsemuskoulutusta tulee olla tarjolla kaikille.
- Sairaalan laitteisto on suunniteltu niin, että siellä on mahdollista järjestää ruokahuolto juostavasti ja vastata potilaiden tarpeisiin.
- Ravitsemuspolitiikka on asiakaslähtöistä.
- Ruokatuotanto on turvallista.
- Sairaala tukee moniammatillista yhteistyötä, jota tarvitaan ravitsemushoidon onnistumiseen.

(Council of Europe 2003.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta uudisti sairaaloiden, terveyskeskusten sekä palvelu- ja hoitokotien ravitsemushoitosuositukset vuonna 2010. Suositusten tarkoituksena on yhdenmukaistaa ravitsemushoidon käytäntöjä ja lisäksi kiinnittää erityistä huomiota vajaaravitsemusriskin seulontaan sekä ruokapalvelujen ja ravitsemushoidon laatuun. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.) Ravitsemushoidon lähtökohtana on aina joko mahdollisimman hyvän ravitsemustilan ylläpito tai sen saavuttaminen. Suurimmalle osalle potilaista käy perusruokavalio, mutta ruokavalio muokataan tarvittaessa sairauden mukaan potilaalle sopivaksi, niin että pohjana käytetään aina ruokavaliosuosituksia. (Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 122.)

3 Ravitsemushoidon toteuttajat

3.1 Moniammatillinen yhteistyö

Onnistunut ravitsemushoito vaatii eri ammattiryhmien yhteistyötä, selkeää vastuunjakoa ja sujuvaa viestintää. Eri ammattiryhmät osallistuvat ravitsemushoitoon sen eri vaiheissa. Onnistumisen kannalta tärkeää on henkilöstön hyvä ravitsemustieto ja sen soveltaminen käytännön työskentelyssä. Lääke- ja hoitotieteellinen johto vahvistavat ravitsemushoidon toimintasuunnitelman ja huolehtivat riittävästä resursseista. Ruokapalveluyksikön johtaja ja esimiehet vastaavat muun muassa tuotannon ja omavalvonnan suunnittelusta sekä elintarvikehankinnoista ja muu ruokapalveluhenkilöstö huolehtii ruoan valmistuksesta, pakkauksesta ja jakelusta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 17–19.)

Lääkärillä on vastuu potilaan ravitsemuksen seurannasta muun hoidon ohella. Osastonhoitajilla on ravitsemushoidon toteutuksen kokonaisvastuu. Hoitajat ja laitoshuoltajat osallistuvat ruoan jakeluun, syöttämiseen ja seurantaan. Ravitsemusterapeutti ohjaa ravitsemusasioissa apua tarvitsevia potilaita ja kouluttaa henkilöstöä ja omaisia. Muita potilaan ravitsemushoitoon osallistuvia ammattiryhmiä ovat esimerkiksi kuljetushenkilöstö, hammaslääkäri, sosiaalityöntekijä ja apteekkihenkilöstö. Ravitsemushoidossa käytetään moniammatillisia yhteistyöryhmiä, jotka kokoontuvat säännöllisesti käsittelemään ravitsemusasioita. Työryhmissä on työntekijöitä eri osa-alueilta, muun muassa lääkäreitä, hoitajia, ravitsemusterapeutteja ja ruokapalvelupäälliköitä. Osastojen ja ruokapalvelujen sujuvan yhteistyön lähtökohta ovat säännölliset palaverit ja yhteydenpito. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 17–19.)

3.2 Hoitajan ja laitoshuoltajan rooli ravitsemushoidon toteuttamisessa

Hoitajan työhön kuuluu potilaan ravitsemushoidon toteuttaminen ja seuraaminen. Ruoka on jokaiselle henkilökohtainen asia ja potilaan tausta, kuten arvot ja asenteet vaikuttavat hänen ruokavalintoihinsa. Ruokavalio on potilaan omien valintojen ja suositusten kompromissi. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta tekemään hänelle hyödyllisiä ja terveellisiä valintoja ruoan suhteen. (Arffman ym. 2009, 122.)

Hoitaja on tiiviisti tekemisissä potilaan kanssa ja huomaa siksi ravitsemustilan muutokset nopeasti ja voi tarvittaessa ottaa yhteyttä lääkäriin tai ravitsemusterapeuttiin. Hoitaja tilaa potilaalle sopivaa ruokaa ravinnontarpeen mukaan ja kannustaa potilasta syömään. Jos hoitaja huomaa ruokailuun tai ravitsemukseen liittyviä epäkohtia, ilmoitetaan niistä ravitsemustoimikunnalle. (Arffman ym. 2009, 239.) Tarvittaessa hoitaja avustaa potilasta ruokailussa ja seuraa ravinnonsaantia ja painoa. Potilaalta tulisi myös pyytää palautetta ja huolehtia tiedonsiirrosta jatkohoitopaikkaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 18.)

Laitoshuoltajat osallistuvat tuotetilauksiin, ruoan jakeluun ja tarjoiluun. Laitoshuoltajien tulee välittää ruokailuun liittyvä palaute hoitajille ja huolehtia potilasruokailun omavalvonnasta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 18.) Lindqvistin (2008, 15) mukaan laitoshuoltajat ovat usein helpommin lähestyttäviä kuin kiireiset hoitajat, joten he ovat tärkeässä asemassa potilasta askarruttavissa käytännön asioissa ja tiedoissa. Laitoshuoltajat osallistuvat potilasta koskeviin avustustehtäviin ja ovat tärkeä osa moniammatillisessa yhteistyössä. Hoitajien ja laitoshuoltajien välinen kommunikointi on avainasemassa potilaiden ravitsemushoidon toteutuksessa ja seurannassa. Ravitsemushoidon onnistumisen kannalta hoitajien ja laitoshuoltajien roolien ja työtehtävien on oltava riittävän selkeitä, sekä laitoshuoltajalla tulisi olla tarvittavaa ravitsemusosaamista.

3.3 Ruokapalvelujen rooli ravitsemushoidon toteuttamisessa

Potilasruokailun järjestäminen vaatii ruokapalveluyksikön ja osastojen tiivistä yhteistyötä. Ruokatuotannon suunnittelun tulee olla asiakaslähtöistä. Tavoitteena on potilasruokailun asiakastyytyväisyys ja ravitsemushoidon toteutuminen ruokapalvelujen puolelta. Ruokalista suunnitellaan vaihtelevaksi ja potilaiden tarpeiden mukaiseksi. Ruokalistassa on 3–5 viikon kierto, mutta pitkäaikaispotilaille kierto voi olla pidempi. Pitkäaikaispotilaille suositellaan ruokalistaa, jossa potilaalla on mahdollisuus valita pääruoka kahdesta eri vaihtoehdosta. Ruokalistasuunnittelussa otetaan huomioon vuodenajat, juhlapyhät, keittiön resurssit ja ruoanjakelujärjestelmät. Ateriat suunnitellaan siten, että niiden haju, maku ja rakenne sopivat yhteen ja muodostavat houkuttelevan kokonaisuuden. Ateriat takaavat päivittäisten ravintoaineiden saannin ja niistä saa sopivasti energiaa. Ruokapalvelujen tietojärjestelmässä tulisi olla kattavat ravintosisältötiedot elintarvikkeista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 60.) Etenkin jos ruoka jaetaan osastolla, tulisi ruoan mukana olla ainesosatiedot (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 59).

Sairaalaruokailussa kiinnitetään huomiota rasvan, kovan rasvan, kuidun ja suolan määrään. Sen lisäksi varmistetaan hiilihydraattien, proteiinien, vitamiinien ja kivennäisaineiden riittävä saanti. Ruoanvalmistus pohjautuu vakioituihin ruoanvalmistusohjeisiin, joissa kaikki valmistusaineet punnitaan. Vakioitujen ruokaohjeiden ja tietokoneohjelmien avulla on mahdollista laskea ruokien ravintoainesisältö. Ruokalistan ravintoaineiden viikon keskiarvon tulisi vastata ravitsemussuosituksia. Tarvittavan energiamäärän tulisi kuitenkin täytyä joka päivä. Elintarvikkeiden hankinnassa ja kilpailutuksessa huomioidaan elintarvikkeiden ravitsemuksellinen laatu, eri ruokavalioihin sopivat raaka-aineet ja elintarvikkeiden rasva-, suola- ja kuitupitoisuus. Elintarvikkeiden hankintaryhmään kuuluu ruokapalvelujen edustajan lisäksi myös ravitsemusterapeutti tai ravitsemussuunnittelija. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 56–65.)

4 Ravitsemushoidon suunnittelu

4.1 Ravitsemustilan arviointi

Potilaan ravitsemushoidon suunnittelussa otetaan huomioon ruokavalion tehostamistarve, erityisruokavalion tarve, sairauteen liittyvät tekijät, ylipainoisen potilaan laihtumistarve sekä uskonto tai eettinen vakaumus. Vajaaravitsemuksen riski seulotaan viimeistään toisena hoitopäivänä, minkä jälkeen tilannetta seurataan viikon välein tai sovitusti. Potilaan ravinnontarve arvioidaan yksilöllisesti ja arviointi perustuu kansallisiin ravitsemussuosituksiin. Sairaudet voivat joko lisätä tai vähentää energian, proteiinin ja nesteen tarvetta. Vajaaravitut potilaat tarvitsevat tehostettua ravitsemushoitoa, jossa tehostus tapahtuu täydentämällä ruokavaliota energiapitoisilla välipaloilla tai täydennysravintovalmisteilla. Tarvittaessa käytetään suonensisäistä ravitsemusta lisänä tai yksinomaan, mutta ihannetilanteessa hyödynnetään ruoansulatuskanavaa ja letkuravitsemus ja suonensisäinen ravitsemus ovat käytössä vain, jos suun kautta syöminen ei ole mahdollista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27.)

Aikuisten normaalipainoisten potilaiden energian tarve on 25–35 kcal/kg/vrk. Alipainoisilla energian tarve on noin 35 kcal/kg/vrk ja lihavilla noin 25 kcal/kg/vrk. Kuume, leikkaus, tulehdus tai vamma lisää energian tarvetta noin 10–30 prosentilla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 33.) Proteiinin tarve on 0,8–1,5 g proteiinia/kg/vrk ja nesteen tarve 30–35 ml nestettä/kg/vrk. Vitamiinien ja kivennäisaineiden tarve on ravitsemussuositusten mukainen. Sairaalapotilaiden energian tarpeen arviointi on ruokien tilausmäärien perusta. (Siljamäki-Ojansuu ja Peltola 2009, 32–34.) Potilaan ruokavalion energiamäärää voidaan arvioida sukupuolen, iän, nykyisen painon ja liikumisen perusteella. Potilaan kanssa keskustellaan sopivasta annoskoosta, jonka mukaan päivittäinen energiamäärä täyttyy. Sairaalassa annoskoot on jaettu viiteen eri ryhmään taulukon mukaisesti. PKSSK käyttää taulukon 1 mukaisia ateriakokoja ja valittavissa on viisi kokoluokkaa XS-XL.

Taulukko 1. Annoskoot ja niiden sisältämät energiamäärät

Annoskoko	Energiamäärä kcal/vrk
XS erittäin pieni	1200
S pieni	1400
M keskikoko	1800
L suuri	2200
XL erittäin suuri	2600

(Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 50)

Pieniä annoskokoja voidaan tilata yli yksi vuotiaalle lapsille, jotka syövät jo normaalia ruokaa. Pienet ja keskisuuret annokset (S ja M) ovat käytössä myös, jos potilas on ylipainoinen ja laihdutus sairaala aikana on mahdollista. Liikkumattoman naispotilaan sopiva annoskoko on S tai M ja liikkuvan M tai L. Miehillä vuodepotilaan ravinnontarpeen täyttää S-L koot. Liikkuvan miespotilaan sopiva annoskoko on M-XL. Potilaan ikä ja nykyinen paino vaikuttaa energian tarpeeseen. Vajaaravitsemusriskissä olevan potilaan ravinnonsaantia lisätään suurentamalla annoskokoa tai lisäämällä välipaloja. Erittäin suurta annoskokoa käytetään muun muassa anoreksiasta toipumiseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 51, 169.)

4.2 Ravitsemustilan arviointimenetelmät

Vajaaravitsemuksen hyvä seulontamenetelmä on helppo, nopea ja luotettavasti toistettava. Lapsilla seulontaan käytetään kasvukäyriä, joissa huomiota kiinnitetään erityisesti painon laskuun, mutta myös lapsen pituuskasvu alkaa häiriintyä pitkittyneessä vajaaravitsemuksessa. Yli 65-vuotiailla riskiä arvioidaan MNA-menetelmällä (Mini Nutritional Assessment), johon kuuluu ravitsemustilan arviointiosio ja vajaaravitsemusriskin seulontaosio. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27–32.) MNA -menetelmä on helppokäyttöinen ja nopea toteuttaa. Testin vastaukset on pisteytetty ja yhteispistemäärän perusteella määritellään ravitsemustila. Vastaukset on jaettu kolmeen luokkaan, jotka ovat hyvä ravitsemustila, aliravitsemuksen riski ja aliravitsemustila. MNA -testi huomioi myös

vanhuksen psyykkisen ja fyysisen terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen ympäristön. MNA -testi on hyvin luotettava aliravitsemuksen seulonnassa. (Räihä 2010, 321.)

Sairaalassa käytetään NRS-2002 (Nutrition Risk Screening) -menetelmää ja avohoidossa MUST-menetelmää (Malnutrition Universal Screening Tool), joissa molemmissa arvioidaan tahatonta laihtumista vertaamalla nykyistä painoa 3–6 kuukauden takaiseen painoon. NRS-2002-menetelmässä ravitsemustilan arviointiin vaikuttaa painon lisäksi myös potilaan ikä ja sairaudet. Ravitsemustilan arvioinnissa pohjana käytetään potilaan antamia esitietoja, joista selviävät esimerkiksi potilaan ikä, paino, pituus, liikunta, sairaudet, niiden hoito ja muut syömiseen vaikuttavat tekijät kuten lääkitys, leikkaukset ja sädehoito. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27–32.)

Kliinisessä tutkimuksessa saadaan tietoa potilaan ravitsemustilasta muun muassa ihopoimiumittauksilla tai hiuksien, kynsien ja suun kunnon perusteella. Pituuden ja painon avulla selvitetään potilaan painoindeksi, jota käytetään aikuisten ravitsemustilan arvioinnissa. Ruoankäyttöä ja ravinnonsaantia arvioidaan osastolla silmämääräisesti tai lomakkeiden avulla ja tietoja käytetään ravitsemushoidon suunnittelussa. Tarvittaessa potilas tapaa ravitsemusterapeutin, joka tekee ravintoanamneesin eli selvittää potilaan ruokarytmin, ja syötyjen ruokien määrän sekä laadun ja juomat. Tarkoituksena on selvittää potilaan ruokailutottumukset ja niihin vaikuttavat tekijät. Ravintoanamneesi tehdään joko haastatteleamalla potilasta tai ruokapäiväkirjan tai ruoankäyttökyselyn muodossa ja sitä käytetään ravitsemushoidon suunnittelun tukena. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27–32.)

4.3 Vajaaravitsemus

Vajaaravittu potilas saa ruoasta liian vähän energiaa tai tarvittavia ravintoaineita, kuten proteiinia. Ruokavalio voi olla liian yksipuolinen, jolloin tarvittavien ravintoaineiden saanti jää liian vähäiseksi tai annokset ovat niin pieniä, ettei energiaa saada tarpeeksi. Vajaaravitsemus näkyy usein laihtumisena, mutta myös

normaali- tai ylipainoisilla voi olla heikon ravitsemustilan aiheuttamia ongelmia. Painon laskiessa tahattomasti 1–3 kuukauden aikana noin 5 prosenttia on asiaan puututtava. Sairaalan tulevista potilaista jopa 30–60 prosenttia on vajaaravituttuja. (Nutricia Medical 2012.)

Sairaalassa vajaaravitsemusta seulotaan siihen tarkoitettujen arviointimenetelmien avulla. Muita vajaaravitsemuksesta kertovia merkkejä voivat olla muun muassa syödyn ruoan vähäinen määrä, nielemis- ja purentavaikeudet, käsien voimattomuus ja väsymys. Vajaaravitsemus liittyy usein sairauteen, sillä sairaus saattaa lisätä energiantarvetta tai kiihdyttää ravintoaineiden menetystä. Iäkkäillä potilailla vajaaravitsemusriskiä lisää nälän ja janon tunteen heikkeneminen, yksinäisyys ja ruokavalion yksipuolisuus. Ikääntyessä nautitun ruoan määrä usein pienenee, joten ruoan energia- ja ravintoainetiheyden tulisi olla mahdollisimman suuri. (Nutricia Medical 2012.)

Vajaaravitsemus pidentää sairaalassaoloaikaa, lisää kuolleisuutta ja hoitokustannuksia sekä vähentää elämänlaatua. Isossa-Britanniassa ja Tanskassa tehtyjen tutkimusten mukaan potilaat saivat päivittäin vain 60–70 prosenttia suositellusta energiamäärästä. Vain 30 % potilaista sai ruoasta tarvitsevansa määrän energiaa ja proteiinia. Esteinä ravitsemushoidon toteutumiselle voi olla muun muassa henkilökunnan riittämätön koulutus, potilaan vähäiset vaikutusmahdollisuudet, henkilökunnan yhteistyön sujumattomuus tai vastuualueiden epäselvät rajat. Tarjoamalla energiapitoisia ja pieniä välipaloja usein voidaan potilaan energian saantia lisätä. Sorensen (2010) jakoi pro gradu- tutkimuksessaan potilaat kolmeen ryhmään syömiseen liittyvän motivaation mukaan. Tutkimuksessaan hän huomasi, että potilaat, jotka nauttivat syömisestä saivat myös enemmän energiaa, kuin ne potilaat jotka söivät vain selvitäkseen hengissä tai parantuaikseen nopeammin. Tämän takia olisi tärkeää, että vajaaravitsemusriskissä oleva potilas saisi toivoa hänelle mieluisia välipaloja ja aterioita, jolloin ruokailu olisi nautittavampaa. Ruoan ulkonäkö on tärkeää energiansaannin kannalta. Pienet, kauniisti ja selkeästi annostellut annokset koettiin potilaiden mielestä houkuttelevina. (Sorensen 2010.)

Vajaaravitsemuksen hoitoon käytetään tehostettua ruokavaliota. Ruokavaliota voidaan täydentää energiapitoisilla raaka-aineilla, kuten rasvaisilla maitotuotteilla. Vajaaravitulle potilaalle yritetään järjestää mahdollisuus toivoa mieluisia aterioita ja välipaloja. Tehostetussa ruokavaliossa tärkeää on pienet, mutta energiapitoiset ja usein tarjotut ruoat. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 37.)

Tarvittaessa ruokavaliota täydennetään täydennysravintovalmisteilla. Kliinisissä ravintovalmisteissa on energiaa noin 200–300 kcal. Ne sisältävät hiilihydraatteja, maidon proteiineja, öljyä, sokeria ja vitamiineja ja kivennäisaineita. Käyttövalmiita täydennysravintovalmisteita ovat muun muassa täydennetyt mehut, pirtelöt ja vanukkaat. Jauhemaisilla täydennysravintovalmisteilla voidaan lisätä ruoan tai juoman energia- ja ravintoainesisältöä. (Nutricia Medical 2012.)

5 Ruokailu

5.1 Ruokailun vaikutus ravitsemushoitoon

Ruoan tarkoitus on hyvän ravitsemustilan lisäksi mielihyvän tuottaminen ja ruoasta nauttiminen. Sairaalassa oleville potilaille ruokailu on päivän kohokohta ja sosiaalinen tapahtuma. Potilaalla on oikeus nauttia ruoka miellyttävässä ympäristössä ja haluamassaan seurassa. Sairaalassa ruokahalu voi olla normaalia huonompi, joten ruoan miellyttävyyttä voi lisätä tarjoamalla houkuttelevan näköistä ja kauniisti esille laitettua ruokaa. Ruokailua edistää myös se, että potilaalla on mahdollisuus itse valita ruokailutila, annoskoko ja ruokalaji. Kun potilas saa itse valita ruokalajin vähenee myös elintarvikejätteen määrä. Kustannukset pienenevät, kun syömätöntä ruokaa ei mene roskeen. Ruoan aistittavat ominaisuudet, kuten väri, tuoksu, rakenne, lämpötila ja maku vaikuttavat ruoan valintaan ja syödyn ruoan määrään. Myös toimiva tiedotus edistää ruokailua ja potilaiden ja henkilökunnan tulisi olla selvillä ruokailun tavoitteista, toteutuksesta ja potilaan vaikutusmahdollisuuksista ruokailuun. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 46.)

Potilasruokailua edistäviä tekijöitä ovat:

- yksilölliset valintamahdollisuudet (leivän ja juoman laatu, annoskoko, ruokailutilan valinta, mahdollisuus saada lisämausteita)
- ruokalistasta tiedottaminen
- ruoan ja juoman hyvä aistittava laatu (hyvä maku ja tuoksu, sopiva tarjoilulämpötila, potilaalle sopiva ruoan rakenne)
- ruoka-annokset ruokahalua herättäviä (annoksen sopiva koko, värikyys, asettelu, astiat ja ruokailuvälineet tarkoituksenmukaisia)
- ruokailusta tiedottaminen ennen sairaalaan tuloa tai tulokeskustelussa (ateria- ja välipala-ajat, valintamahdollisuudet, ruokailuavun saatavuus, ohjeet tuliaisista, palautteen antomahdollisuus)
- ravitsemushoidosta tiedottaminen potilaalle ja omaiselle
- säännöllinen asiakastyytyväisyyden arviointi (asiakastyytyväisyyskysely potilaille ja henkilökunnalle vähintään kerran vuodessa)
(Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 47).

Ruoalla on symboliarvoa ja sillä ilmaistaan omaa identiteettiä. Sairaalaruoasta puuttuvat kaikki normit, joihin normaalissa elämässä on totuttu. Ruoka ei olekaan samaa tai sitä ei tarjoilla tiettyyn aikaan tietyssä paikassa. Potilaiden ruokahalua voidaan parantaa, kun tehdään ruokailusta kodinomaisempaa ja tumpaa. Potilaita tulisi kohdella kuten ravintolan asiakkaita tarjoamalla heille sellaista ruokaa, jota he haluavat, jolloin he nauttivat ruokailusta enemmän. Mitä enemmän potilas nauttii ruokailusta, sitä enemmän hän saa ruoasta energiaa ja näin toipuu nopeammin ja välttyy aliravitsemukselta. Potilaat, jotka eivät nauti ruokailusta ja joutuvat pakottamaan itsensä syömään, ovat usein aliravitsemusriskissä, ja juuri heidän ruokailuunsa tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Yleisiä syitä siihen, ettei potilas syö tarjottua ruokaa ovat muun muassa pahoinvointi, suun kuivuus, huono ruokahalu ja makumuutokset. (Luova 2011.)

5.2 Ruokavaliot ja ateria-ajat

Suurimmalle osalle potilaista käy ravitsemussuosittelun mukaan koostettu perusruokavalio. Sairaalan ruokavalio on terveellinen koostumukseltaan, ateriarytmiltään ja annoskooltaan. Ruokavalio ohjaa terveellisiin ruokavalintoihin myös sairaala-ajan jälkeen kotona. Perusruokavalio käy sellaisenaan lihavuuden, korkean verenpaineen, veren rasvahäiriöiden, metabolisen oireyhtymän ja diabeteksen hoitoon. Jos potilas on vajaaravitsemusriskissä tai jokin sairaus estää perusruokavalion toteuttamisen, suunnitellaan potilaalle yksilöllinen ruokavalio perusruokavalion pohjalta tehostamalla vajaaravitun potilaan ruokavaliota tai poistamalla sopimattomat ruoka-aineet. (Valtion ravitsemisneuvottelukunta 2010, 82.) Vajaaravitsemuksen ehkäisyyn ja hoitoon käytetyssä tehostetussa ruokavaliossa potilaan energiansaantia voidaan lisätä tarjoamalla energiatiheää ruokaa (runsaasti rasvaa ja proteiinia) pieninä annoksina ja usein (Sorensen 2010).

Taulukko 2. Suositeltu ateriarytmi

Ateria	Kellonaika
Aamiainen	7.00–8.30
Lounas	11.00–12.30
Välipala	14.00–15.00
Päivällinen	17.00–18.00
Iltapala	20.00–21.00

(Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 66)

Ateria-aikojen tulee olla säännölliset ja liian pitkiä ruokailuvälejä tulisi välttää. Aterioiden lisäksi potilaalla on mahdollisuus välipaloihin milloin tahansa. Yöpaasto ei saisi ylittää 10–11 tuntia. Tämän takia iltapala tarjoillaan mahdollisimman myöhään. Ruokapalvelujen ja osaston henkilökunnan työvuorot mukautetaan suositeltuun ateriarytmiin. Taulukossa 2 esitetään suositus sopivasta ja tasaisesta ateriarytmistä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 66.) PKSSK:n ravintopalveluissa noudatetaan suositusten mukaista ateriarytmiä (PKSSK 2012).

5.3 Ruoan jakelujärjestelmät

Keskitettyssä jakelujärjestelmässä ruoat annostellaan keittiössä tarjottimille osastolle valmiiksi. Keskitetty jakelujärjestelmä vähentää osaston työtä ja siirtää erityisruokavalio-osaamista keittiöön. Keskitetty järjestelmä vähentää potilaan vaikutusmahdollisuuksia annoskoon suhteen ja voi siten lisätä hävikkiä. Ruoka ehtii usein myös jäähtyä jakeluvaunuissa ja vaunut vievät paljon tilaa. (Dammert & Pitkänen 2010.) Keskitettyssä jakelussa on oltava vaihtoehtona vähintään kolme eri annoskokoa jonka mukaan ruoka tilataan. Vaativien erityisruokavalioiden toteutuksen kannalta keskitetty jakelujärjestelmä on toimivampi ja turvallisempi, kuin hajautettu järjestelmä. Näin potilas ei saa vahingossa ruokaa, joka ei hänelle sovi. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 59–60.)

Hajautetussa ruoanjakelujärjestelmässä ateriat toimitetaan osastoille suurissa astioissa, joista ne annostellaan osastolla potilaille. Etenkin pitkäaikaispotilaille suositellaan hajautettua jakoa, jolloin potilaalla on enemmän valinnanvaraa ruoan ja annoskokojen suhteen. Hajautettu järjestelmä työllistää enemmän osaston henkilökuntaa ja vaatii ruoan jakelijalta erityisruokavalio- ja omavalvontaosaamista. Hajautetun järjestelmän hyviä puolia ovat keittiön työn ja hävikin väheneminen, ruoan säilyminen lämpimänä kauemmin ja potilaan mahdollisuus ottaa lisää ruokaa. (Dammert & Pitkänen 2010.)

Ruoan jakelujärjestelmä voi vaikuttaa potilaan syödyn ruoan määrään monella tapaa. Jakelujärjestelmä vaikuttaa esimerkiksi ruoan lämpötilaan. Oikea tarjoilu lämpötila on yksi ruoan aistittavista ominaisuuksista, joka voi vaikuttaa ruoasta nauttimiseen olennaisesti. Hajautetussa jakelujärjestelmässä ruoka säilyy lämpimänä kauemmin, koska se on suuremmassa tarjoiluastiassa kuin keskitetyssä jakelujärjestelmässä. Hajautetussa jakelujärjestelmässä potilas voi itse annostella sopivan määrän ruokaa. Tällöin potilas saa ruokaa tarpeeksi, eikä jää nälkäiseksi ruokailun jälkeen. Myös ruokajätteen määrä pienenee, kun potilas saa itse kasata oman annoksensa. PKSSK käyttää hajautettua jakelujärjestelmää Paiholan sairaalassa ja Honkalammella. Hajautettu järjestelmä sopii niihin toimipisteisiin hyvin, sillä niissä on pitkäaikaisempia potilaita kuin keskussairaalalla. Keskussairaalassa käytössä on keskitetty jakelujärjestelmä.

5.4 Omavalvonta

Omavalvonta lisää elintarviketurvallisuutta, ehkäisee riskejä ja parantaa asiakkaiden luottamusta. Lainsäädäntö edellyttää, että kaikilla elintarvikealan toimijoilla tulee olla omavalvontasuunnitelma, jota tulee noudattaa ja toteuttaa. Omavalvonnassa keskitytään toimijalle oleellisten riskien tunnistamiseen ja niiden poistamiseen. Omavalvonnassa määritellään muun muassa kylmänä ja kuumana tarjottavien ruokien sallitut tarjoilulämpötilat, siivoussuunnitelmat ja ohjeet raaka-aineiden säilytykseen ja käsittelyyn. (Elintarviketurvallisuusvirasto 2012.)

Elintarviketurvallisuuden on katettava koko tuotteen elinkaari, etenkin isoissa yksiköissä tuotteiden ja palvelun laatuun vaikuttaa monien eri henkilöiden eri vaiheissa tekemä työ. Ruokapalveluhenkilöstöltä edellytetään hygieniaosaamista. Sairaaloissa ja hoitolaitoksissa on suositeltavaa, että myös osastolla ruokailuun osallistuvat työntekijät suorittavat hygieniapassin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 67.) Sairaalan osastoilla tulisi olla omat omavalvontaohjeet, joista selviää ruokien asianmukainen käsittely, säilytys ja tarjoilu sekä työntekijöiden hygieniaohjeet (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 60).

6 Erityisruokavaliot

6.1 Laktoositon ruokavalio

Opinnäytetyössäni potilaille tehdyn kyselyn mukaan yleisimpiä erityisruokavaliota sairaalassa olivat laktoositon ruokavalio, munuaispotilaan ruokavalio, kasvisruokavalio, kala-allergia ja muut allergiat sekä keliakia ruokavalio. Näiden lisäksi oli potilaita, joille meni sosemaista sekä helposti nieltävää ruokaa. Kerron tarkemmin yleisimpien erityisruokavalioiden pääpiirteistä sekä toteutuksesta osastolla. Jätän käsittelemättä kyselyssä yksittäin mainitut erityisruokavaliot kuten letkuravitsemuksen ja perinneruokavalion.

Laktoosi-intoleranssi on maidon sokerin, eli laktoosin imeytymishäiriö. Se johtuu laktoosia ohutsuolessa pilkkovan laktaasientsyymin vähäisyydestä. Oireita ovat muun muassa ilmavaivat, turvotus, ripuli ja vatsakivut. Laktoosi-intoleranssin

hoitona on laktoosia sisältävien elintarvikkeiden vähentäminen tai poistaminen ruokavaliosta. Laktoosia on maitovalmisteissa, mutta mikäli juustoa on kypsytetty yli kolme kuukautta on laktoosi käynyt siitä pois. Laktoositonta ruokavaliota noudatetaan yksilöllisesti, koska laktoosinsietokyky vaihtelee. Kaikkia maitotuotteita ei tulisi jättää ruokavaliosta pois osteoporoosiriskin takia, vaan vaihtaa ne vähälaktoosisiin ja laktoosittomiin maitotuotteisiin. Laktaasientsyymiä saa valmisteena kaupasta ja tabletteina apteekista. Laktaasi hajottaa laktoosia, joten sen ottaminen mahdollistaa maitotuotteista nauttimisen. (Pikkarainen 2010, 473–475.)

Suurin osa potilaista sietää jonkin verran laktoosia (5–10 g kerralla), kun osa ei siedä sitä ollenkaan. Laktoosittomassa ruokavaliossa poistetaan tavallinen maito ja maitovalmisteet ja korvataan ne laktoosittomilla tuotteilla. Maito on hyvä kalsiumin lähde, joten jos sitä ei nautita, täytyy kalsiumin saannista huolehtia muilla tavoilla, esimerkiksi valmisteilla. Tuoteselosteiden lukeminen on tärkeää ruokavalion toteutuksessa, koska laktoosia saattaa olla muun muassa pikkuleivissä, makkaroissa ja muissa valmiissa ja puolivalmiissa ruoissa. Monia tuotteita saa myös täysin laktoosittomana. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 117–119.)

Ruokapalveluissa laktoositon ruokavalio toteutetaan vaihtamalla maitotuotteet laktoosittomiin maitotuotteisiin tai kalsiumilla täydennettyihin riisi-, soija- tai kaurajuomiin. Laktoosin määrä yhdessä ateriasa on korkeintaan 0,2 g. Ruokajuomaksi voi tarjota myös laktoositonta maitoa tai piimää. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 110.) Vähälaktoosinen ruokavalio käy suurimmalle osalle laktoosi-intoleranssi potilaista, ja se toteutetaan käyttämällä vähälaktoosisia maitovalmisteita. Vähälaktoosisen ruokavalion toteutuksessa voidaan käyttää myös laktoosittomia tuotteita, jolloin molemmat ruokavaliot voidaan toteuttaa samalla tavalla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 109.)

6.2 Keliakia ruokavalio

Keliakia on sairaus, jossa vehnän, ohran ja rukiin sisältämä gluteeni vaurioittaa ohutsuolen nukkarakennetta ja aiheuttaa tulehdusreaktion suolessa. Suolinukan vaurioiden takia ravintoaineiden imeytyminen häiriintyy. Ihokeliakiassa oireina on lisäksi rakkulaihottumaa iholla. Keliakian hoitona käytetään elinikäistä gluteenitonta ruokavaliota. Ruokavaliota noudattamalla oireet häviävät, mutta palaavat taas gluteenin vaikutuksesta. Hoitamattomaan keliakiaan liittyy usein myös laktoosin imeytymishäiriö, joten silloin myös laktoositon ruokavalio on tarpeen. Laktoosin sietokyky paranee kun keliakikko noudattaa ruokavaliota ja suolinukka uusiutuu. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 123.) Keliakiapotilailla on todettu myös alentunut luun mineraalitiheys, joka lisää murtuma- ja osteoporoosiriskiä (Pikkarainen 2010, 470).

Gluteenittoman ruokavalion toteutus vaatii huolellisuutta. Ruokavaliosta poistetaan kaikki gluteenia sisältävät raaka-aineet (vehnä, ohra ja ruis) ja niitä sisältävät elintarvikkeet. Gluteeniton kaura sopii keliakikoille ja lisää kuidun saantia. Gluteenipitoisia viljoja korvataan gluteenittomilla tuotteilla, kuten riisillä, tattarilla, hirssillä, maissilla ja perunalla. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 123.) Keliakikoille on tarjolla tuotteita joista gluteeni on teollisesti poistettu. Tällaisia tuotteita ovat muun muassa gluteenittomat jauhoseokset, suurimot, rouheet ja pastat. Gluteenittomia leipiä ja leivonnaisia löytyy kaupoista hyvin. Vehnästä, ohrasta, rukiista ja kaurasta valmistetut tärkkelysvalmisteet ovat gluteenittomia. (Pikkarainen 2010, 471.)

Keliakian ravitsemushoidon tavoitteena on suoliston vaurioiden korjaaminen, riittävä ravintoaineiden saannin varmistaminen, osteoporoosin ja muiden lisäsairauksien riskin minimointi ja elämänlaadun parantaminen. Keliakia ruokavalio voidaan toteuttaa sairaalassa joko gluteenittomana (gluteenin enimmäismäärä 20 mg/kg) tai erittäin vähägluteenisena (gluteenin määrä enintään 100 mg/kg). Kuidun saantiin kiinnitetään huomiota ja tarvittaessa ruokavaliota täydennetään kuitulisillä. Gluteenittomat tuotteet säilytetään muista tuotteista erillään ja myös ruoanvalmistuksessa käytetään erillisiä leikkuulautoja, veitsiä ja astioita jotta voidaan varmistua ruoan gluteenittomuudesta. Gluteeniton ruoka ja

leivonnaiset valmistetaan erillään muista tuotteista, etenkin jauhoista. Osastolle meneviin tuotteisiin liitetään aina valmistusaineluettelo. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 111–112.)

6.3 Kasvisruokavaliot

Sairaalassa on tarjolla laktovegetaarista, lakto-ovovegetaarista sekä vegaanista ruokavaliota. Syyt kasvisruokavalion noudattamiseen voivat olla terveydellisiä, eettisiä, uskonnollisia tai ekologisia. Ruokavalion perustan muodostavat täysjyvävilja, kasvikset, marjat, hedelmät, pähkinät, siemenet ja kasvisöljyt. Eläinproteiini korvataan esimerkiksi palkokasveilla ja soijasta valmistetuilla tuotteilla. Laktovegetaarisessa sekä lakto-ovovegetaarisessa ruokavaliossa terveellisen ja monipuolisen ruokavalion muodostaminen on helpompaa kuin täysin vegaanisessa ruokavaliossa. Laktovegetaarisessa ruokavaliossa maitotuotteet ovat sallittuja ja lakto-ovovegetaarisessa niiden lisäksi käytetään myös kananmunaa. Vegaaniruokavaliossa ei käytetä mitään eläinkunnan tuotteita, joten riittävien ravintoaineiden saanti on haasteellisempaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 104.)

Sairaalan tulokeskustelussa selvitetään, mitä ruokavaliota potilas noudattaa. Kasvisruokavalioiden osalta selvitetään onko, potilas täysin vegaani vai käyttääkö hän maitoa ja kananmunia. Kasvisruokavalio suunnitellaan perusruokavaliota mukailen. Ruokavalion tulisi vastata ravintosisällöltään perusruokavaliota. Kasvisruokavaliossa proteiinin saannista huolehditaan tarjoamalla päivittäin papuja, linssejä, herneitä, soijaa tai soijatuotteita. Maitoa ja kananmunaa sisältävät kasvisruokavaliot ovat ravitsemukselliselta arvoltaan hyviä ja riittäviä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 104–105.)

Vegaanin ruokavalion toteutuksessa kiinnitetään huomiota riittävään energian ja ravintoaineiden saantiin. Ruoka-annosten koko on suuri, koska kasvikunnan tuotteet ovat suurimmaksi osaksi vähäenergisiä. Energiansaantia lisätään siementen, pähkinöiden ja kasviöljyjen avulla. Proteiinia saadaan siemenistä, pähkinöistä, linsseistä, pavuista ja soijavalmisteista. Kasviproteiinit eivät sisällä kaikkia tarvittavia aminohappoja, joten niiden kanssa tarjotaan viljatuotteita, jotka

täydentävät aminohappokoostumusta. Kalsiumia saadaan kasvien lisäksi kalsiumilla täydennetyistä riisi-, soija- ja kaurajuomista. Seleenin, sinkin ja raudan tarve arvioidaan yksilöllisesti ja tarvittaessa käytetään valmisteita. Myös A- ja D-vitamiinien riittävää saantia tarkkaillaan ja tarvittaessa täydennetään. B12-vitamiinia ei saa vegaaniruokavaliosta, joten se täytyy ottaa valmisteena. Välttämättömiä rasvahappoja vegaani saa kasviöljyistä, siemenistä ja pähkinöistä. Ruokavaliosta poistetaan eläinperäiset valmistus- ja lisäaineet, kuten liivate, hera, laktoosi, kaseiini ja munajauhe. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 105–108.)

6.4 Munuaispotilaan ruokavalio

Munuaisten vajaatoiminnassa munuaisten toiminta heikkenee ja proteiiniainevaihdunnan lopputuotteet urea, kreatiini, fosfori ja kalium kertyvät elimistöön. Sen lisäksi suola-, neste- ja happo-emästasapaino järkkyy. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 127.) Munuaisten vajaatoiminnan kaikissa vaiheissa ruokavalio on yksilöllinen ja oireiden mukaan laadittu. Hoidossa tavoitteena on estää haitallisten aineenvaihduntatuotteiden, kuten urean ja kreatiinin kertymistä elimistöön. Tautiin liittyy kalsiumin ja fosfaatin aineenvaihdintahäiriö. D-vitamiinin ja raudan puute ovat myös yleisiä. Munuaisten vajaatoiminta kiihdyttää kudoksissa proteiinien hajoamista, jolloin proteiinitasapaino huononee. Samalla insuliinin teho laskee ja veren rasvahappopitoisuus nousee. Munuaispotilaan ravitsemuksen seurannassa kiinnitetään huomiota painon ja painoindeksin lisäksi kalium-, fosfaatti-, albumiini-, kreatiini-, urea-, kalsium-, magnesium- ja rasva-arvoihin. Hyvässä ajoin aloitettu ravitsemushoito voi hidastaa munuaisten vajaatoiminnan etenemistä. Ruokavaliolla voidaan vähentää fosforin kerääntymistä elimistöön ja proteiinin erittymistä virtsaan. Hyvän ravitsemustilan takaaminen, muun hoidon tukeminen ja oireiden vähentäminen ovat munuaispotilaan ravitsemushoidon tärkeimmät seikat. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 137.)

Ennen dialyysihoitoa hoitona käytetään fosfori- ja proteiinirajoitteista ruokavaliota. Fosfaattia on useissa ruoka-aineissa, kuten täysjyväviljassa ja maidossa. Sallittu määrä maitoa dialyysipotilaalle on noin yksi desilitra vuorokaudessa.

Viljatuotteet vaihdetaan vaaleisiin ja kuorittuihin viljoihin, esimerkiksi vaaleaan leipään, jossa on vähemmän fosfaatteja. Verenpaineen kohoamisen takia ruokavaliossa rajoitetaan suolan määrää viiteen grammaan vuorokaudessa. Munuaispotilaan energian tarve on noin 30–35 kcal/kg/vrk ja riittävästä energiansaannista huolehditaan tarvittaessa täydentämällä ruokavaliota. Rasvoista suositetaan pehmeitä rasvoja. Munuaissairauteen liittyy usein huonovointisuutta ja ruokahalun puutetta, joten ruoan houkuttelevuus on tärkeää energiansaannin kannalta. Munuaispotilaan ruokavalio suunnitellaan aina yksilöllisesti ravitsemusterapeutin kanssa yhteistyössä. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 138–139.)

Dialyysi tehdään joko veren kautta keinomunuaislaitteiston avulla (hemodialyysi) tai vatsakalvon kautta (peritoneaalidialyysi). Dialyysi poistaa elimistöön kertyneitä haitallisia aineita, mutta samalla menetetään myös proteiinia. Proteiinin ja fosforin saantiin kiinnitetään huomiota. Suolan ja nesteen määrää rajoitetaan, koska nestettä kertyy elimistöön, kun virtsaneritys vähenee. Riittävästä energiansaannista huolehditaan, mutta vältetään myös ylipainoa, joka vaikeuttaa hoitojen tehoamista. Peritoneaalidialyysissä potilaan vatsakalvon läpi vaihdetaan dialyysinestettä noin neljästi päivässä. Kehossa on jatkuvasti noin kaksi litraa hoitonestettä. Proteiinia menetetään dialyysinesteen mukana, joten on tärkeää turvata proteiinin saanti käyttämällä hyvälaatuista eläinperäistä proteiinia. Dialyysinesteestä imeytyy glukoosia verenkiertoon, joten painoa tulee helposti lisää, jos glukoosia ei huomioida ruokavalion koostamisessa. Munuaispotilaan ruokavalion koostaminen on haasteellista ja vaatii aina ravitsemusterapeutin asiantuntemusta. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 145–148.)

6.5 Ruoka-allergiat

Ruoka-allergian aiheuttaa ruoan sisältämä proteiini. Allergisoiva aine aiheuttaa oireita joko syötynä, kosketettuna tai hengitettynä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 113–114.) Ruoka-allergialla tarkoitetaan ruoan aiheuttamaa haitallista vaikutusta, joka voi näkyä esimerkiksi iho-oireina, hengitystieoireina tai suolen toiminnan häiriönä. Allergiassa ja yliherkkyydessä ravitsemushoitona on

oireita aiheuttavan ruoka-aineen rajoittaminen tai välttäminen. Lapsilla välttämisruokavalio on määräaikainen ja sen jälkeen oireita aiheuttanutta ruoka-ainetta kokeillaan uudestaan. Lasten allergiat paranevat usein iän myötä. Allergian aiheuttavat allergeenit ovat kasvi- tai eläinperäisten tuotteiden proteiineja. Pakkausmerkinnöissä on aina ilmoitettava jos tuote sisältää maitoa, vehnää, ohraa, ruista, kauraa, kananmunaa, kalaa, äyriäisiä, soijaa, pähkinää, selleriä, sinappia tai seesaminsiemeniä. 90 prosenttia kaikista allergioista on edellä mainittujen tuotteiden aiheuttamia. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 166–167.)

Sairaalassa allergisoivia raaka-aineita vältetään ehdottomasti, vaikka potilas kotiloissa kyseistä raaka-ainetta sietäisi jossain määrin. Allergisoivat aineet korvataan ruokavaliossa mahdollisimman samankaltaisilla tuotteilla ulkonäkönsä ja makunsa puolesta. Ruoanvalmistuksessa varmistetaan, etteivät ruoka-aineet pääse missään vaiheessa kosketuksiin allergisoivien aineiden kanssa. Tulokeskustelussa potilaalta selvitetään mahdolliset allergiat ja niiden voimakkuus. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 114–115.)

Kala-allergia oli PKSSK:n kyselytutkimuksen mukaan yleisin allergia sairaalan potilailla. Kala-allergia on voimakasoireinen ja usein oireita voi aiheuttaa jo pelkkä kalan haju. Mikäli potilas saa oireita jo pelkästä hajusta, tilataan koko osastolle kalatonta ruokaa. Myös simpukat ja äyriäiset voivat aiheuttaa oireita kala-allergikolle. Omega-3-rasvahappojen riittävästä saannista tulee huolehtia, sillä kala on sen hyvä lähde ruokavaliossa. Eri kalalajien siedossa on eroja ja tulokeskustelussa selvitetään aiheuttavatko kaikki kalat potilaalle allergiaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 121.)

6.6 Ruoan rakenne

Sairaus ja suun limakalvojen, hammasproteesien ja hampaiden huono kunto voi heikentää puremis- ja nielemiskykyä. Ruoka tarjotaan tällöin helpommin nieltävissä tai purtavassa muodossa. Ruoan rakennemuutokset voivat auttaa ruokailussa myös iäkkäitä ja suun arkuudesta ja kuivumisesta kärsiviä potilaita. Rakennemuutoksia ovat pehmeä, karkea, sileä sosemainen ja sileä nestemäinen.

Rakennemuutetusta ruoasta tulee saada saman verran energiaa kuin normaalista ruoasta. Mitä nestemäisempää ruokaa tarjotaan, sitä tärkeämpää on huolehtia ruoan täydentämisestä kliinisillä ravintovalmisteilla tai runsaasti energiaa sisältävillä elintarvikkeilla. Rakennemuunnetusta ruoasta tehdään houkuttelevampaa kiinnittämällä erityisesti huomiota ruoan väriin, tuoksuun ja makuun. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 72–73.)

Pehmeä ruokavalio sopii potilaille, joiden purentavoima on heikentynyt. Siitä voi olla apua myös iäkkäille potilaille. Pehmeän ruoan tulisi olla niin pehmeää, että sen voi hienontaa haarukalla. Ruoanvalmistuksessa tämä tarkoittaa, että kasvikset, hedelmät ja liha hienonnetaan sekä valitaan luonnostaan pehmeitä raaka-aineita. Riittävä määrä kastiketta ruoan kanssa helpottaa syömistä. Kaikki kasvikset sopivat kypsennettynä pehmeään ruokavalioon. Raakoja kasviksia voi tarjota riittävästi hienonnettuna, esimerkiksi raasteena. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 50.)

Karkea sosemainen ruokavalio on käytössä, kun tarvitaan helpommin nieltävää ruokaa eikä purentakyky riitä pehmeän ruokavalion syömiseen. Kaikki pureskeltäviä vaativat ruoka-aineet hienonnetaan ruoanvalmistusvaiheessa. Ruoan ulkonäkö muuttuu huomattavasti, joten makuun, väriin ja lämpötilaan tulee kiinnittää erityisesti huomiota. Ruokiin joudutaan soseuttamisen yhteydessä lisäämään vettä, jolloin niiden energia- ja ravintosisältö heikkenee. Tämän takia sosemaisesta ruoasta täydennetään täydennysravintovalmisteilla tai tavallisilla elintarvikkeilla, kuten kermalla, margariinilla ja öljyllä. Aterian eri osat annostellaan lautaselle erillisiksi ryhmiksi. Tuoreita vihanneksia voi tarjota erittäin hienojakoisena raasteena tai marjoja ja hedelmiä soseena. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2009, 50–51.)

Sileä sosemainen ruoka sopii nielemishäiriöistä kärsiville potilaille. Sileän, sosemaisesta ruoasta tulee olla tasaista ja sakeaa eikä siitä saa irrota nestettä tai paloja, jotka voivat ohjautua henkitorveen. Kylmä ruoka parantaa nielemisrefleksiä ja on helpompaa syödä kuin lämmin. Ruokavaliossa käytetään hedelmä- ja marjasoseita, teollisia valmiita soseita esimerkiksi lihasta sekä soseutettuja kasviksia ja kastiketta. Nielemisongelmista kärsivillä potilailla syöty ruokamäärä

jää usein pieneksi, joten ruokaa täydennetään täydennysravintovalmisteilla tai normaaleilla energiapitoisilla raaka-aineilla. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2009, 51.)

Nestemäistä ruokaa tarvitaan heikkokuntoisille potilaille sekä ruoansulatuskanavaan ja suuhun kohdistuneiden leikkausten jälkeen. Nestemäinen ruoka on vähäkuituista, jolloin se sopii myös suolistosairauksien akuutin vaiheen ruokavalioksi. Nestemäisen ruoan voi juoda nokkamukista tai paksulla pillillä. Ruokaa tarjotaan pieninä annoksina ja usein, jotta energiantarve täyttyy. Nestemäisen ruoan syömistä voi auttaa se, että potilas saa tarkan tuoteselosteen siitä, mitä ruoka pitää sisällään. Vitamiinit ja kivennäisaineet potilas saa valmisteiden muodossa. Ruokaa täydennetään kermalla, sokerilla ja muilla energiatiheillä raaka-aineilla sekä tarjotaan täydennysravintojuomia. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2009, 51–52.)

7 Ravitsemushoito eri ikäryhmissä ja tilanteissa

7.1. Ravitsemushoito erityistilanteissa

Ravitsemushoito on aina potilaslähtöistä. Suurimmalle osalle potilaista käy perusruokavalio, mutta potilaat täytyy huomioida aina yksilöinä. Joillakin potilailla sairaus vaikuttaa oleellisesti ruokavalion koostamiseen, esimerkiksi lihavuus voi olla syynä muuttaa perusruokavaliota vähäenergisemmäksi. Muita ravitsemukseen vaikuttavia sairauksia ovat muun muassa dementia, syömishäiriöt, psyykkiset sairaudet ja syöpä. Potilaan kulttuuri ja uskonto vaikuttavat ruokailuun ja potilaan omaa ruokakulttuuria kunnioitetaan ja toteutetaan ruokapalveluissa. Ruokapalveluista saa tilattua sopivaa ruokaa uskonnon tai vakaumuksen mukaan, esimerkiksi kasvisruokaa on tarjolla sitä haluaville potilaille. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 193–95.)

Lapset ja vanhukset ovat muita potilaita alttiimpia vajaaravitsemukselle ja siksi heidän ravitsemukseensa tulisi kiinnittää erityisesti huomiota. Sairastuminen lisää lapsen vajaaravitsemuksen riskiä, jos lapsi ei pysty syömään tarpeeksi täyttääkseen elimistön lisääntyneen ravinnontarpeen. Ikääntyneillä vähäinen

energiansaanti ja laihtuminen on suurempi ongelma kuin ylipaino. Ravitsemusongelmien riski on suurimmillaan yli 80-vuotiailla. (Nutricia Medical 2012.)

7.2 Lasten ravitsemushoito

Lasten ravitsemustilan arvioinnissa käytetään painon ja pituuden suhdetta. Äkillisiin muutoksiin lasten pituuspainossa tulisi puuttua, sillä muutoksen taustalla voi olla sairaus. Kasvavan lapsen painon ei tulisi missään tilanteessa laskea ilman syytä. (Arffman ym. 2009, 109.) Lapsilla esiintyvät taudit ja ongelmat eroavat merkittävästi aikuisista ja lapsuudessa korjaamatta jääneitä asioita pystytään harvoin korjaamaan myöhemmin. Lasten erikoistarpeiden ja paaston-sietokyvyn heikkouden takia liitetään aina sairaudenhoito -ohjeisiin myös ohjeet ravinnosta. (Niinikoski & Simell 2010, 581.)

Sairaalassa on tärkeää tarjota lapsille mieluista ja iän mukaista ruokaa ja tarvittaessa tehostaa ravitsemushoitoa muilla keinoilla. Lapset ovat alttiita vajaaravitsemukselle ja ravitsemushoidon tarkoituksena on taata riittävä ravitsemus, joka edistää sairauksista toipumista, estää lihaskudoksen menetystä ja vähentää tulehdustautien määrää. Alle yksivuotiailla lapsilla on oma, suolaton ja maidoton ruokavalio, joko sileänä tai karkeana soseena. Yli yksivuotiaiden lasten ruokavalio noudattelee perusruokavaliota, mutta on miedosti maustettua ja selkeää ja välipaloja on reilusti tarjolla. Kodinomainen ruokailutilanne, kehuminen ja kannustus voivat edistää lapsen syömistä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 150–152.)

7.3 Vanhusten ravitsemushoito

Vanheneminen muuttaa kehon koostumusta. Veden osuus elimistössä vähenee ja luuston tiheys pienenee. Lihaskudoksen määrä pienenee ja rasvakudoksen määrä suurenee. Muutokset altistavat ravitsemushäiriöille ja vajaaravitsemukselle. (Räihä 2010, 313.) Hyvä ravitsemustila nopeuttaa sairauksista toipumista, parantaa vireyttä ja elämänlaatua ja pitkittää kotona asumisen mahdollisuutta. Ruokailuhetken tulisi olla nautittava ja ruoan maukasta ja houkuttelevaa. Ikäihmistien ravitsemushoidossa riittävään energian, proteiinin, D-vitamiinin ja nes-

teen saantiin tulisi kiinnittää erityisesti huomiota. Kaikille ikääntyneille suositellaan D-vitamiinivalmisteen (20 mikrogrammaa/vrk) nauttimista vuoden ympäri. (Hakala 2011.)

Vanhusten ravitsemushoidossa riittävä energiansaanti ja painon ylläpitäminen tai jopa nouseminen on yleisesti suositellumpaa kuin painon laskeminen. Ravitsemushoitosuosituksessa ikääntyneet on jaettu neljään eri ryhmään sairauksien ja toimintakyvyn mukaan ja jokaiselle ryhmälle on omat ravitsemushoitosuositukset. Ryhmät joihin ikääntyneet jaetaan ovat hyväkuntoiset ikääntyneet, kotona asuvat ikääntyneet joilla on sairauksia, kotihoidon asiakkaat ja monisairaajat sekä ympärivuorokautisessa hoidossa olevat ikääntyneet. Tavoitteena on, että myös kotona asuvien vanhusten ravitsemus on kunnossa. (Hakala 2011.)

Monet vanhukset ovat jo sairaalaan tullessaan aliravittuja. Sairaus lisää energiantarvetta entisestään, joten vajaaravitsemuksen ehkäisemiseksi energiansaantia pyritään lisäämään runsaasti energiaa sisältävällä ruokavaliolla. Vanhusten pitkäaikaishoidossa otetaan huomioon ruokaan liittyvät toiveet ja tottumukset. Useimmille ikääntyneille maistuu parhaiten tavallinen suomalainen perusruoka. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2009, 203–204.)

Suomisen (2007) tekemän väitöskirjan mukaan vanhusten ravitsemushoidosta löytyi parannettavaa. Vain joka neljäs vajaaravitsemustapaus huomattiin, eikä suositeltu D-vitamiini määrä täytynyt, vaikka valmisteen käytöstä on suositukset. Syitä vanhusten vajaaravitsemukseen voivat olla muun muassa suun ja hampaiden huono kunto, ummetus, haju- ja makuaistin muutokset, lääkitys, dementia ja syrjäytyminen. Malisen (2012) tekemässä opinnäytetyössä seurattiin ravitsemushoidon toteutumista ikäihmisten yksityisessä ryhmäkodissa. Tutkimuksessaan hän seurasi viittä potilasta, joista vain kahdella täyttyi päivittäinen energiantarve. MNA- testiä ei tehty kaikille potilaille ja osa hoitajista ei ollut vielä perehtynyt uusiin ravitsemushoitosuosituksiin.

8 Tutkimuksen toteutus

8.1 Aineiston esittely

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan mukaan ravitsemushoidon toteutumista tulisi mitata vähintään kerran vuodessa asiakastyytyväisyyskyselyn avulla. Kyselyn avulla selvitetään, miltä osin ravitsemushoito toteutuu ja mitä tulisi tehdä potilaiden ja henkilökunnan tyytyväisyyden lisäämiseksi. PKKSK:n ravitsemusneuvottelukunta toteutti kyselyn marraskuussa 2011. Kyselylomakkeet on laadittu mukaillen Valtion ravitsemusneuvottelukunnan asiakastyytyväisyyskyselyitä. Kyselylomakkeet ovat erikseen potilaille (liite 1) ja henkilökunnalle (liite 2). Lomakkeissa on suljettuja ja asteikkoon perustuvia kysymyksiä, minkä lisäksi osaa kysymyksistä voi täydentää sanallisella palautteella. Molempien kyselyiden lopussa on lisäksi tilaa sanalliselle arvioinnille.

Kyselylomakkeita jaettiin sairaalan kaikille toimipisteille, osastoille ja potilaille. Kyselyssä mukana olivat keskussairaalan osastot, Honkalampi sekä Paiholan sairaala. Kyselylomakkeet lähetettiin jokaiselle osastolle, josta hoitajat tulostivat ne potilaille ja henkilökunnalle, ja ne jaettiin kaikille tutkimuspäivinä paikalla olleille. Henkilökunnan kysely jaettiin hoitajille, osastonhoitajille, sihteereille ja laitoshuoltajille. Kysely jaettiin kaikille potilaille, jotka siihen pystyivät vastaamaan. Potilaista vastaamatta jäivät muun muassa alle kouluikäiset lapset sekä mahdollisesti liian huonokuntoiset potilaat. Näiden potilasryhmien jääminen kyselyn ulkopuolelle vaikuttaa muun muassa siihen, että lasten osastoilta tuli vain vähän vastauksia. Huonokuntoisilla potilailla on usein myös huono ruokahalu, joten kyselystä on voinut jäädä pois potilaita, joiden syöminen on ollut vaikeaa tai vähäistä. Huonokuntoisten potilaiden mahdollinen vastaamatta jättäminen voi vaikuttaa kyselyn tuloksia parantavasti. Otannan tekeminen tutkimukseen ei ollut tarpeellista, koska kyselyn välittäminen jokaiselle osastolle sähköpostin kautta oli helppoa. Kysely tehtiin kokonaistutkimuksena, joten se on hyvin yleistettävissä ja vastaa perusjoukkoa. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, joten tarkkaa vastausprosenttia ei voi selvittää.

Tutkimuksessa kyselyyn vastanneet potilaat ja henkilökunta on jaettu viiteen eri ryhmään jotka ovat sosiaalipalvelut, lasten osasto, psykiatrinen osasto sekä konservatiivinen ja operatiivinen klinikkaryhmä. Konservatiiviseen klinikkaryhmään kuuluu muun muassa sisätautien ja keuhko- ja ihosairauksien osastot. Operatiiviseen klinikkaryhmään sisältyy kirurgia, ensi- ja tehohoito. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012.)

8.2 Kyselytutkimus

Opinnäytetyössäni analysoin kyselylomakkeiden aineiston kvantitatiivisella, eli määrällisellä menetelmällä. Keskeistä kvantitatiivisessa tutkimuksessa on että havaintoaineisto soveltuu määrälliseen mittaamiseen ja muuttujat voidaan laittaa taulukkomuotoon. Tuloksia kuvaillaan tilastollisten analyysien perusteella esimerkiksi prosenttitaulukoiden avulla. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2003, 131.) Kyselyaineistot koostuvat mitatuista numeroista ja luvuista. Vaikka kysymykset esitetään sanallisesti, vastaukset ilmaistaan numeerisesti esimerkiksi frekvensseinä ja prosentteina. Kysymyksiä täydennetään sanallisesti, silloin kun määrällisen tiedon esittäminen on vaikeaa tai kaivataan lisätietoa kysymykseen liittyen. (Vehkalahti 2008, 13.)

Kyselylomakkeessa on monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä sekä asteikkoihin perustuvia kysymyksiä. Monivalintakysymyksissä on valmiit numeeroidut vastausvaihtoehdot ja vastaaja valitsee niistä oikean merkitsemällä sen rastilla. Monivalintakysymysten vastausten vertailu ja analysointi on helpompaa kuin avointen kysymysten. Asteikkoon perustuvassa kysymyksessä esitetään väittämiä ja vastaaja valitsee rastilla mieleisensä vastauksen, esimerkiksi kuinka tyytyväinen olet sairaalan ruokajumalikoimaan asteikolla erittäin 1–5 (erittäin tyytymätön-erittäin tyytyväinen). Asteikolla voi olla 5–7 vastaus vaihtoehtoa. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa todellisen mielipiteen, jos sitä ei vastausvaihtoehdoista löydy. (Hirsjärvi ym. 2003, 187–190.)

Kyselylomake on vakioitu, eli jokainen kysymys kysytään vastaajilta aina samalla tavalla. Kyselylomakkeen laatiminen vaatii testausta ja paljon pohjatietoa aiheesta. Oma tutkimuksen tekoa ja jatkotutkimuksia helpottaa se, että kysely-

lomake on kirjasta ja käytössäni oli valmis aineisto. Toimeksiantaja toteutti kyselyn ja keräsi tulleet vastaukset ja työhöni kuuluu lomakkeiden tietojen käsittely ja analysointi. Kvantitatiivisen tutkimuksen tulokset esitetään taulukoina ja tunnuslukuina. Avoimet kysymykset käsittelen erikseen kirjaamalla jokaisen vastauksen ja lasken, kuinka paljon samankaltaisia vastauksia tulee, jolloin selviävät yleisimmät sanalliset palautteet.

Syötin lomakkeiden tiedot SPSS-ohjelmaan jonka avulla käsittelen ja analysoin tutkimuksen tuloksia. Ohjelmiston avulla voi tehdä tilastollisia analyysejä sekä graafisia esityksiä. Tulosten analysoinnissa käytän muun muassa ristiintaulukointia ja suoria jakaumia. Ristiintaulukointi on menetelmä, jolla tutkitaan kahden muuttujan välistä riippuvuutta (Karhunen, Rasi, Lepola, Muhli & Kanniainen 2011, 65). Ristiintaulukoinnin avulla voi selvittää esimerkiksi hoitajan ja laitoshoitajan osallistumisen ruoan jakeluun. Suora jakauma kertoo muuttujan omaisuuksien saamat arvot prosentteina tai kappaleittain, ja näin voidaan tutkia muun muassa, kuinka monta laitoshuoltajaa ja hoitajaa kyselyyn vastasi tai kuinka monta prosenttia vastanneista oli miehiä ja monta naisia. (Kananen 2010, 104.)

8 Tutkimuksen tulokset

8.1 Henkilökunnan kyselytutkimuksen tulokset

Kysely lähetettiin sähköpostilla jokaiselle osastolle, jossa se tulostettiin työntekijöille. Kyselyn vastausprosenttia ei voi määrittää, koska ei tiedetä tarkkaan, kuinka monta työntekijää kahtena tutkimuspäivänä on ollut töissä ja ovatko ihan kaikki saaneet kyselylomakkeen. Vastauksia kyselyyn tuli 321 kappaletta. Kaikki kyselyyn vastanneet eivät ole vastanneet jokaiseen kyselylomakkeen kohtaan, joten eri taulukoissa havaintojen lukumäärä (n) vaihtelee.

Taulukko 3. Työpiste (n=320)

Toimialue	lukumäärä
Sosiaalipalvelut	42
Lapset	27
Psykiatrinen	83
Konservatiivinen	86
Operatiivinen	82

Taulukossa 3 työpisteet on jaettu viiteen eri alueeseen. Kaikista 321 kyselyn vastauksesta yhdessä lomakkeessa ei ole vastattu tähän kysymykseen. Eniten työntekijöitä vastasi kyselyyn konservatiivisesta klinikkaryhmästä, toiseksi eniten psykiatrisilta klinikoilta ja kolmanneksi operatiivisilta klinikkaryhmiltä. Lasten osastolta vastauksia tuli 27 ja Sosiaalipalveluilta 42. Vastausmäärät selittyvät luonnollisesti klinikkaryhmien kokojen perusteella.

Taulukko 4. Työtehtävä (n=319)

Tehtävä	lukumäärä
Hoitaja	259
Osastonhoitaja	14
Laitoshuoltaja	33
Sihteeri	7
Muu	6

Taulukossa 4 on jaoteltu henkilökunta tehtävänimikkeen mukaan. Huomattavasti eniten henkilökunnan kyselyyn vastaajista oli työtehtävältään hoitajia. Seuraavaksi eniten oli laitoshuoltajia ja sitten osastonhoitajia. Sihteereitä vastaajissa oli seitsemän ja muita tehtävänimikkeitä kuusi.

Taulukko 5. Ravitsemusvastaava (n=312)

Kyllä	30
En	279
En tiedä	3

Kysymykseen oletko toimipiteesi ravitsemusvastaava suurin osa vastasi kieltävästi. Taulukon 5 mukaan ravitsemusvastaavia oli kolmekymmentä. Kolme työntekijää ei tiennyt onko hän toimipiteensä ravitsemusvastaava vai ei. Ristiintaulukoinnissa selvisi, että ravitsemusvastaavat olivat työtehtäviltään hoitajia ja osastonhoitajia. Kaikki kolme jotka vastasivat kyselyyn en tiedä, työskentelivät hoitajina. Vaikka epävarmuus onkin vain pientä (prosentteina 9 %), tulisi kaikkien olla selvillä omista työtehtävistään. Vuonna 2010 uudistuneiden ravitsemushoitosisuositusten yhtenä tarkoituksena on vastuualueiden ja henkilökunnan roolien selventäminen.

Taulukko 6. Lämpimien aterioiden tilaus (n=320)

Tehtävä	Säännöllisesti	Satunnaisesti	En koskaan
Hoitaja	121	124	14
Osastonhoitaja	1	9	4
Laitoshuoltaja	3	1	29
Sihteeri	0	1	6
yhteensä	126	135	57

Taulukko 6 esittää, kuinka usein eri tehtävänimikkeessä työskentelevät tekevät lämpimien aterioiden tilauksia. Eniten lämpimien aterioiden tilauksia tekivät hoitajat, jotka hoitivat tilauksia eniten sekä säännöllisesti että satunnaisesti. Laitoshuoltajissa ja sihtereissä oli eniten sellaisia henkilöitä, jotka eivät tehneet lämpimien aterioiden tilauksia ollenkaan.

Taulukko 7. Potilasruoan tarjoilu (n=319)

Tehtävä	Säännöllisesti	Satunnaisesti	En koskaan
Hoitaja	146	104	9
Osastonhoitaja	2	10	2
Laitoshuoltaja	26	7	0
Sihteeri	0	0	7
yhteensä	175	124	20

Taulukko 7 mukaan potilasruoan tarjoiluun osallistuu eniten hoitajia ja laitoshuoltajia. Hoitajissa oli yhdeksän, jotka eivät koskaan osallistu ruoan tarjoiluun, kun taas laitoshuoltajat osallistuivat kaikki joko säännöllisesti tai satunnaisesti. Laitoshuoltajien osallistuessa potilaiden ruoan tarjoiluun on huolehdittava riittävästä ravitsemuskoulutuksesta, sekä hoitajien ja laitoshuoltajien toimivasta viestinnästä ja tiedon siirtämisestä. Sihteerit eivät osallistuneet ruoan tarjoiluun ollenkaan.

Taulukko 8. Potilaan ruokailun seuranta (n=319)

Tehtävä	Säännöllisesti	Satunnaisesti	En koskaan
Hoitaja	196	61	2
Osastonhoitaja	2	10	2
Laitoshuoltaja	12	20	1
Sihteeri	0	0	7
yhteensä	212	93	14

Taulukossa 8 on esitetty kuinka usein eri tehtävissä työskentelevät osallistuvat potilasruokailun seurantaan. Sihteerit ovat ainoita, jotka eivät osallistuneet potilaan ruokailun seurantaan. Hoitajista suurin osa osallistui seurantaan säännöllisesti. Hoitajista ja osastonhoitajista molemmista vain kaksi eivät osallistuneet koskaan potilasruokailun seurantaan ollenkaan. Laitoshuoltajista suurin osa osallistui potilaan ruokailun seurantaan satunnaisesti.

Koska laitoshuoltajat osallistuivat paljon ruoan tarjoiluun, olisi tärkeää, että he osallistuisivat myös seurantaan säännöllisesti. Laitoshuoltajien tulisi raportoida potilaiden ruokailun seurannan tuloksista hoitajille. Laitoshuoltajien ja hoitajien välinen viestintä on edellytys sille, että potilaan ravitsemustilasta ollaan hyvin selvillä. Ruokailun seuranta olisi tärkeää, jotta huomataan ajoissa jos potilas ei

saa tarpeeksi energiaa tai tarvittavia ravintoaineita ja vajaaravitsemuksen riski huomataan mahdollisimman nopeasti. Ravitsemushoidon laatukriteerien mukaan ruoan tarjoilija, ruokatarjottimen kerääjä ja hoitaja tiedottavat toisilleen potilaan hoitoon vaikuttavista asioista ruokailussa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 55).

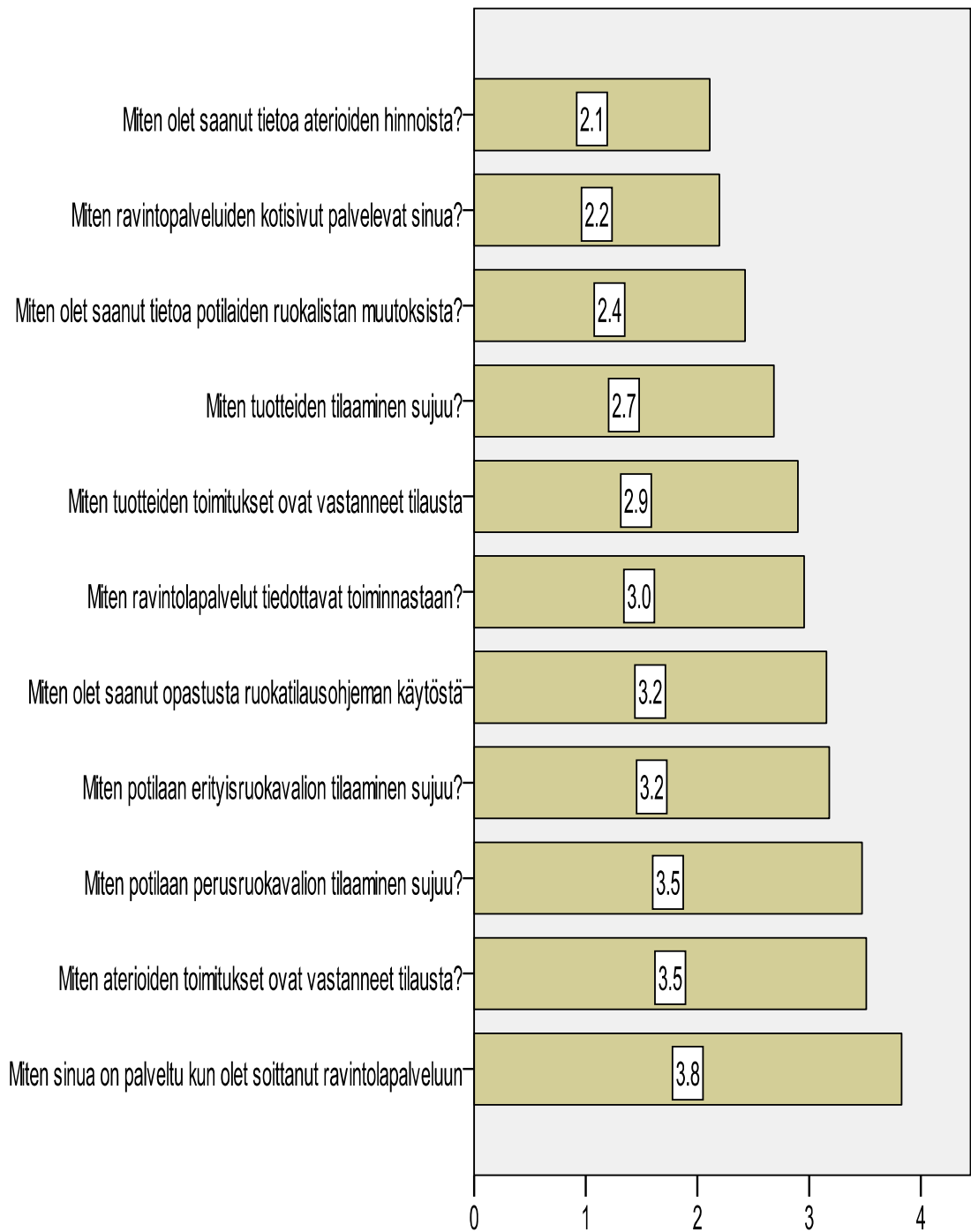
Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010, 53) mukaan potilaan ruoan ja juoman määrää arvioidaan silmämääräisesti, kun kerätään ruokatarjottimet pois. Hoitajille tulisi aina ilmoittaa, jos ruokaa jää paljon syömättä. Hoitaja voi tarvittaessa muuttaa annoskokoa ja pyytää potilaalta ruokatoiveita.

Taulukko 9. Ruokailuun kannustus (n=318)

Tehtävä	Säännöllisesti	Satunnaisesti	En koskaan
Hoitaja	196	60	2
Osastonhoitaja	3	10	0
Laitoshuoltaja	13	19	0
Sihteeri	0	1	6
yhteensä	215	90	11

Taulussa 9 on esitetty, kuinka usein eri tehtävissä työskentelevät kannustavat potilasta ruokailuun. Ruokailuun kannustuksella tarkoitetaan muun muassa sitä, että potilaille toivotetaan hyvää ruokahalua ja kysytään maistuiko ruoka. Etenkin lapsipotilaille positiivinen ruokailuun kannustus voi vaikuttaa syödyn ruoan määrään suuresti. Suurin osa hoitajista kannusti ruokailuun säännöllisesti. Hoitajista vain kaksi ei kannustanut potilaita syömään. Osastonhoitajat ja laitoshuoltajat kannustivat lähinnä satunnaisesti. Laitoshuoltajien kannustus ruokailuun olisi tärkeää, koska he osallistuivat paljon ruoan tarjoiluun. Sihteerit eivät osallistuneet kannustukseen juuri ollenkaan, eikä heidän työnkuvansa sellaista edellytäkään.

Taulukko 10. Henkilökunnan mielipiteitä ruokailuun liittyen (n=317)

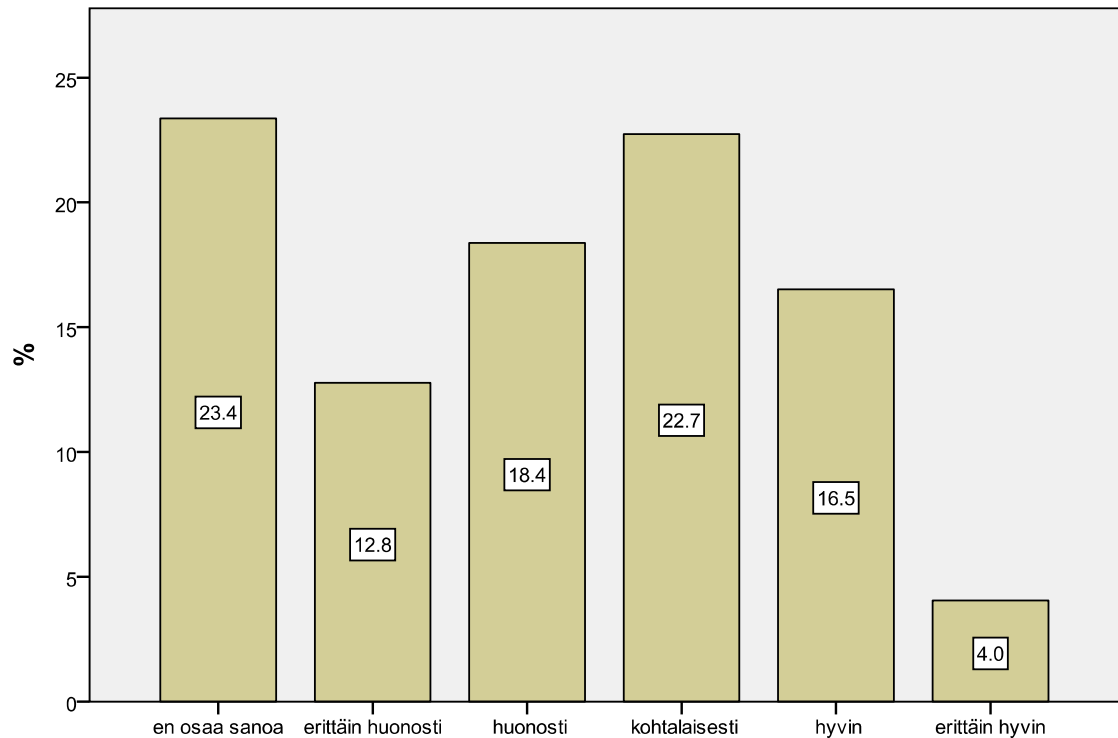


Taulukossa 10 on asteikkoon perustuvan kyselyn tulokset keskiarvoina. Kysymyksiin oli mahdollista vastata rastimalla yksi vaihtoehto yhden ja viiden välillä. Numero yksi tarkoittaa erittäin huonoa, kaksi huonoa, kolme kohtalaista, neljä hyvää ja viisi erittäin hyvää. Tyytyväisimpiä henkilökunta oli ravintolapalvelujen palveluun sinne soitettaessa. Perus- ja erityisruokavalioiden tilaaminen sujuu keskiarvon mukaan kohtalaisesti. Tuotteiden tilauksessa on ongelmia, ja se sujuu henkilökunnan mukaan huonommin kuin kohtalaisesti. Eniten ongelmia oli tiedotukseen ja viestintään liittyvissä asioissa, kuten potilaiden ruokalistan muutosten tiedotuksessa, potilasruokien hinnoissa sekä ravintolapalvelujen kotisivujen käytössä. Parantamista on myös tuotteiden tilaamisessa sekä siinä, että tuotteiden toimitukset vastaisivat tilausta.

Tuotteiden tilaaminen koettiin huonoksi sekä tässä kyselyssä että kirjallisissa palautteissa. Kuitenkin suurin osa (38 %) henkilökunnasta oli sitä mieltä, että oli saanut tilausohjelmaan hyvin opastusta. Erittäin hyvää opastusta tunsineensa 10 % ja kohtalaista 28 % vastaajista. Vastaajista 9 % ei osannut sanoa mielipidettään tai kysymys ei heidän mielestään koskenut heitä.

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010, 69) ruokapalvelujen laatukriteerien mukaan tuotteista alle 1 % saa jäädä toimittamatta, tai toimituksessa voi olla virheitä. Myös perusruokavalioiden sallitaan 1 prosentin poikkeus tilausten toteuttamisessa. Ruokapalvelujen tulisi toimittaa ateriat 15 minuutin tarkkuudella sovitun ajan mukaisesti. Erityisruokavalioiden tulee vastata tilauksia sataprosenttisesti.

Taulukko 11. Aterioiden hinnat (n=316)



Taulukossa 11 kuvataan prosentteina kuinka aterioiden hinnoista on henkilökunnan mielestä tiedotettu. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, ettei aterioiden hinnoista ole tiedotettu riittävästi. Vastaajista 23 prosenttia oli sitä mieltä ettei osaa sanoa mielipidettään asiaan tai kysymys ei koske häntä. Sanallisissa palautteissa kävi myös ilmi, etteivät kaikki tiedä mistä aterian hinnan voi tarvittaessa selvittää.

Kirjallista palautetta henkilökunnalta

Sanallisten palautteiden mukaan eniten ongelmia oli toimialasta riippumatta tilausten tekemisessä ja niiden toteutumisessa. Kaikissa viidessä ryhmässä mainittiin ongelmat tilauksissa vähintään kaksi kertaa. Huolestuttavaa on palautteiden mukaan psykiatrisilla osastoilla se, että ruokaa tulee osastoille liian vähän ja se ei aina riitä kaikille potilaille. Lastenruokiin kaivattiin lisää valikoimaa eten-

kin purkkiruokien suhteen. Yksittäisessä kommentissa mainittiin myös, ettei lapsille ole omaa ruokalistaa. Sairaalan lapsen ruokahalu on muutenkin huono, joten mieleisen ja lapselle sopivan ruoan saaminen olisi tärkeää. Palautteiden mukaan ruokalistasta ei ollut tiedotettu tarpeeksi tai lista ilmestyy näkyville liian myöhään. Palautteissa mainittiin myös, että osastot E3 ja 3E menevät usein tilausten toimituksessa sekaisin ja osastoille tulee väärää ruokaa.

8.2 Potilaiden kyselytutkimuksen tulokset

Potilaille lähetettyyn kyselyyn tuli 291 vastausta. Vastausprosentin määrittäminen ei onnistunut, koska ei ole tietoa siitä, kuinka monta potilasta tutkimuspäivinä osastoilla on ollut ja monelle kysely on jaettu. Potilaiden asiakastytyvyyssyyskyselystä yksi lomake jäi tutkimuksen ulkopuolelle. Lomakkeessa ei ollut tietoja osastosta, iästä tai sukupuolesta, ja siinä oli rasti vain yhden kysymyksen kohdalla. Kaikki potilaat eivät vastanneet lomakkeen jokaiseen kysymykseen, joten taulukoissa havaintojen lukumäärä (n) vaihtelee kysymyksen mukaan.

Taulukko 12. Osasto (n=290)

Osasto	lukumäärä
Sosiaalipalvelut	17
Lapset	5
Psykiatrinen	72
Konservatiivinen	110
Operatiivinen	86

Taulukon 12 mukaan eniten kyselyyn vastanneita potilaita on konservatiivisessa klinikkaryhmässä. Seuraavaksi tulee operatiivinen klinikkaryhmä ja kolmanneksi psykiatrinen. Lapsia on vain viisi. Lapsiksi määritellään tässä alle 16-vuotiaat potilaat. Lasten pieni määrä selittyy myös sillä, että osa lapsista on vielä alle kouluikäisiä ja kyselyyn vastaamiseen olisi tarvittu aikuisen apua.

Taulukko 13. Sairaalapäivät (n=244)

Päivät	lukumäärä
1–3	87
4–7	57
8–30	45
Yli 30	55

Sairaalassa vietetyt päivät on jaettu neljään eri ryhmään taulukon 13 mukaan. Suurin osa potilaista oli viettänyt sairaalassa 1–3 päivää. Vähiten oli sairaalassa 8–30 päivää viettäneitä.

Taulukko 14. Ikä (n=278)

Ikä	lukumäärä
0–16v.	14
17–30v.	36
31–60v.	93
61–75v.	79
Yli 75v.	56

Taulukko 15. Sukupuoli (n=285)

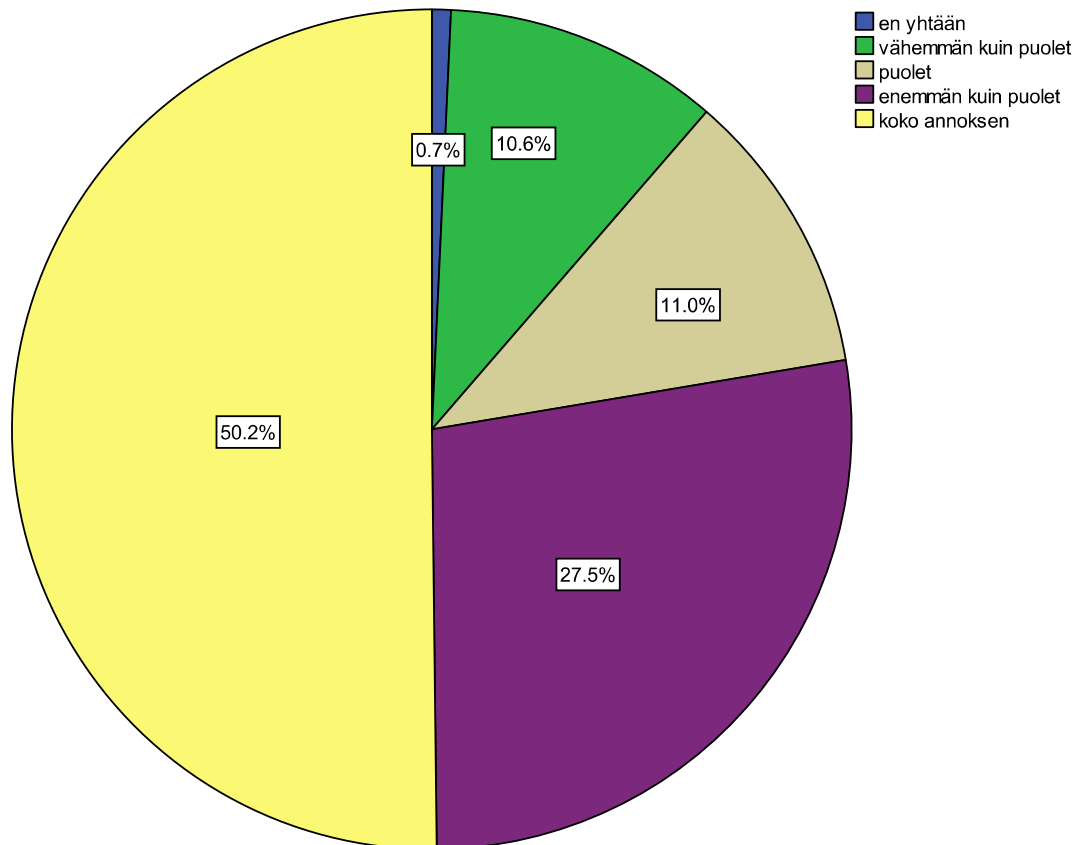
Mies	151
Nainen	134

Taulukoissa 14 ja 15 on potilaiden taustatietoja. Suurin osa potilaista oli 31–60 vuotiaita. Seuraavaksi eniten oli 61–75 vuotiaita. 0-16 vuotiaiden määrää vähentää se, että osa lapsista oli vielä liian pieniä vastaamaan kyselyyn. Miehiä oli potilaina enemmän kuin naisia.

Erityisruokavaliot

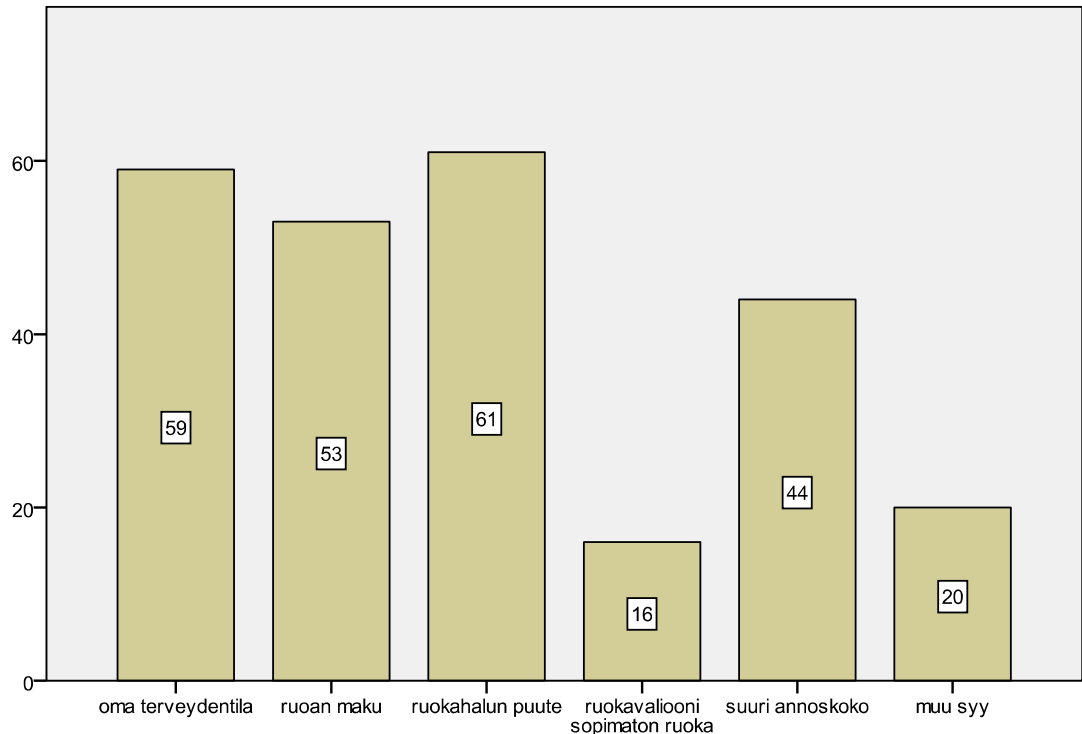
Potilaista 74 vastasi noudattavansa sairaalassa erityisruokavaliota. Potilailta kysyttiin myös mitä erityisruokavaliota he noudattavat jos vastasivat kyllä edelliseen kohtaan. Eniten oli laktoositonta ruokavaliota noudattavia (22) ja seuraavaksi munuaispotilaan ruokavaliota noudattavia potilaita (12). Kasvisruokavaliota ja kalatonta ruokavaliota noudattavia oli molempia kuusi. Näiden lisäksi oli myös gluteenitonta ruokavaliota (4), muita ruoka-aine allergioita (5) sekä vähälaktoosista ruokavaliota (2). Lisäksi mainittiin muita yksittäisiä ruokavaliota.

Taulukko 16. Syödyn ruoan määrä (n=273)



Taulukko 16 esittää potilaiden syömän ruoan määrää prosentteina. Puolet potilaista (50,2 %) söivät koko annoksen ruokaa. Noin kolmasosa (27,5 %) söi annoksesta enemmän kuin puolet. Vain 0,7 % oli jättänyt annoksen kokonaan syömättä. Sairaus heikentää usein ruokahalua ja sairaalassaoloaikana potilaan ravitsemustila voi huonontua liian vähäisen energian saannin takia. Kyselyn mukaan suurin osa vastaajista söi kuitenkin koko annoksen tai yli puolet tarjotusta annoksesta. Tulos vaikuttaa hyvältä. Vain noin kymmenen prosenttia potilaista söi annoksesta vähemmän kuin puolet. Ristiintaulukoinnin perusteella ei ollut merkittäviä eroja syömisessä sen, mukaan kuinka kauan potilas oli viipynyt sairaalassa, vaikka usein sairaus voi vaikuttaa ruokahalua heikentävästi.

Taulukko 17. Syömättömyyden syyt



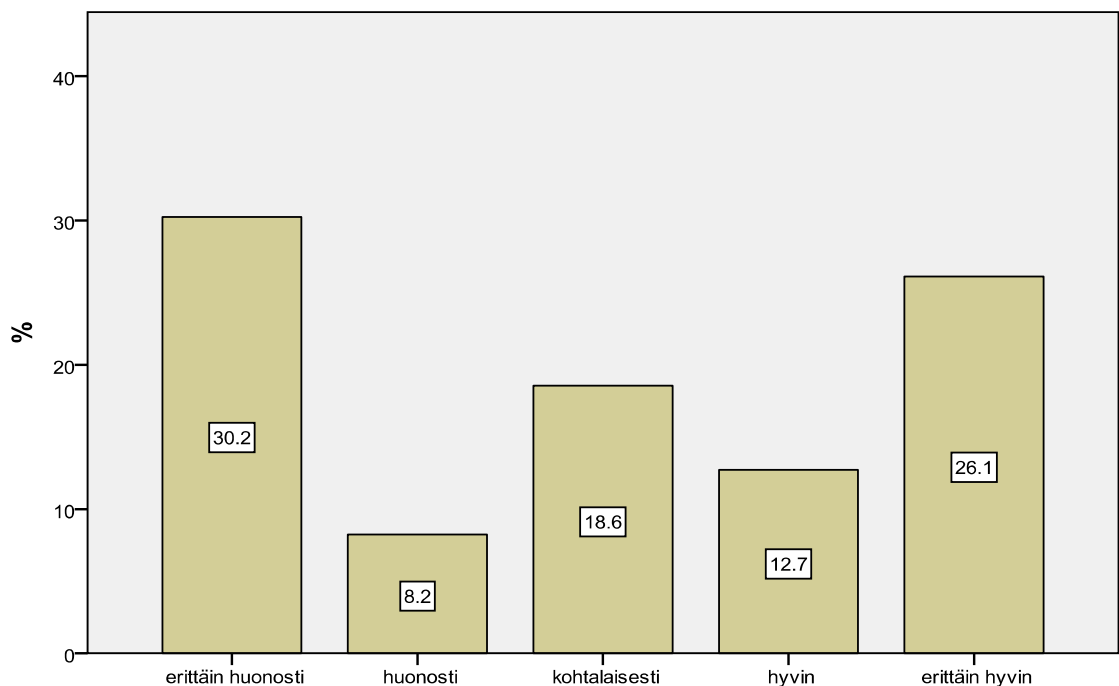
Taulukossa 17 esitetään syömättömyyden syyt frekvensseinä. Siinä tapauksessa ettei ruoka ollut maistunut yleisimmät syömättömyyden syyt olivat ruokahalun puute (61 kpl), oma terveydentila (59 kpl) sekä ruoan maku (53 kpl). Osalla suuri annoskoko vaikutti siihen, ettei kaikkea ole jaksettu syödä. Ruokavalioon sopimaton ruoka oli myös ongelma, joka vähensi tai esti potilaiden syömistä. Ravitsemushoitosisuositusten toteutumisen kannalta ruokailussa tulisi kiinnittää huomiota siihen, ettei ruoan maku tai sopimaton ruoka olisi syömistä vähentävä tekijä. Ruoan makuun ja houkuttelevuuteen voisi kiinnittää huomiota kattamalla kauniisti ja laittamalla ruoan houkuttelevasti esille. Myös houkutteleva ruoan tuoksu, esimerkiksi tuore leipä voi lisätä ruokahalua.

Kyselyssä oli mahdollista vastata myös sanallisesti siihen, mikä muu syy esti potilaita syömästä. Potilaiden mainitsemia muita syitä olivat muun muassa ruoan suolattomuus (mainittu viisi kertaa) ja mauttomat kasvikset (neljä mainintaa). Muita yksittäisiä syitä olivat esimerkiksi ruoan liian karkea rakenne, ruoan kovuus, käsien voimattomuus ja hampaiden huono kunto

Taulukko 18. Ruokailun jälkeinen nälkä (n= 273)

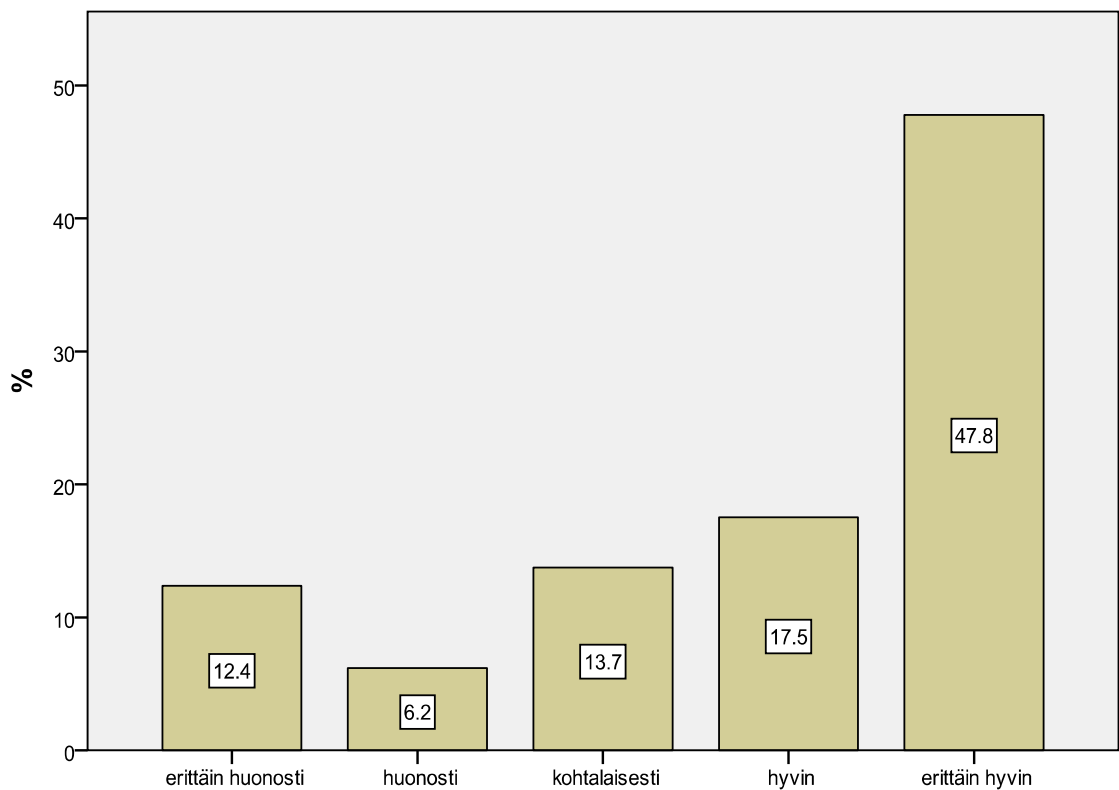
Ei kertaakaan	213
Joskus	54
Lähes aina	6

Suurin osa potilaista ei ole kokenut jäävänsä nälkäiseksi ruokailun jälkeen. Taulukon 18 mukaan kuusi potilasta vastasi jäävänsä nälkäiseksi lähes aina ja 54 joskus. Suurin osa potilaista, jotka kokivat joskus jääneensä nälkäiseksi, olivat psykiatrisilta osastoilta. Heistä 18 vastasi jääneensä joskus nälkäiseksi, kun vastauksia psykiatrisilta osastoilta yhteensä tuli 71. Lasten osastoilta kukaan ei ollut jäänyt nälkäiseksi ja sosiaalipalvelujen puolelta vain kolme potilasta koki jääneensä nälkäiseksi joskus. Konservatiiviselta klinikkaryhmältä joskus nälkäiseksi jäi 16 vastaajaa (yhteensä sieltä 106 vastausta) ja operatiiviselta 17(yhteensä 81 vastausta).



Kuvio 19. Ruokalistasta tiedotus (n=279)

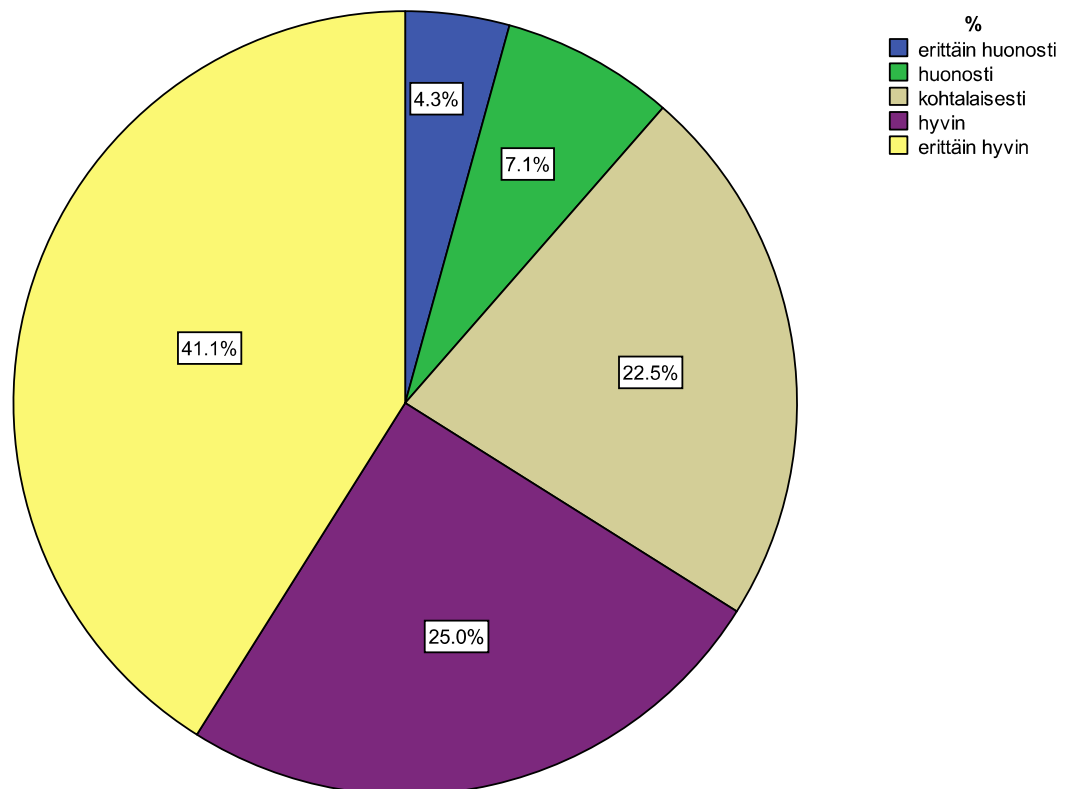
Taulukossa 19 esitetään prosentteina, kuinka tyytyväisiä potilaat olivat ruokalistasta tiedotukseen. Noin kolmasosa potilaista oli sitä mieltä, että ruokalistasta ei oltu tiedotettu riittävästi. Toisaalta myös iso osa potilaista oli sitä mieltä että ruokalistasta tiedotus on toiminut erittäin hyvin. Ristiintaulukoinnin mukaan tyytymättömyimpiä ruokalistasta tiedotukseen potilaat olivat konservatiivisilla ja operatiivisilla klinikkaryhmillä. Psykiatrisilla osastoilla tiedotukseen oltiin tyytyväisimpiä.



Kuvio 20. Ruokaan liittyvät toiveet (n=284)

Taulukko 20 kuvaa, kuinka potilaiden ruokaan liittyvät toiveet on otettu heidän mielestään huomioon. Melkein puolet (47,8 %) potilaista oli sitä mieltä, että heidän ruokaan liittyviä toiveitaan on kysytty erittäin hyvin. Ruokaan liittyviä toiveita ovat muun muassa leivän valinta, ruokajuoma ja erityisruokavalio.

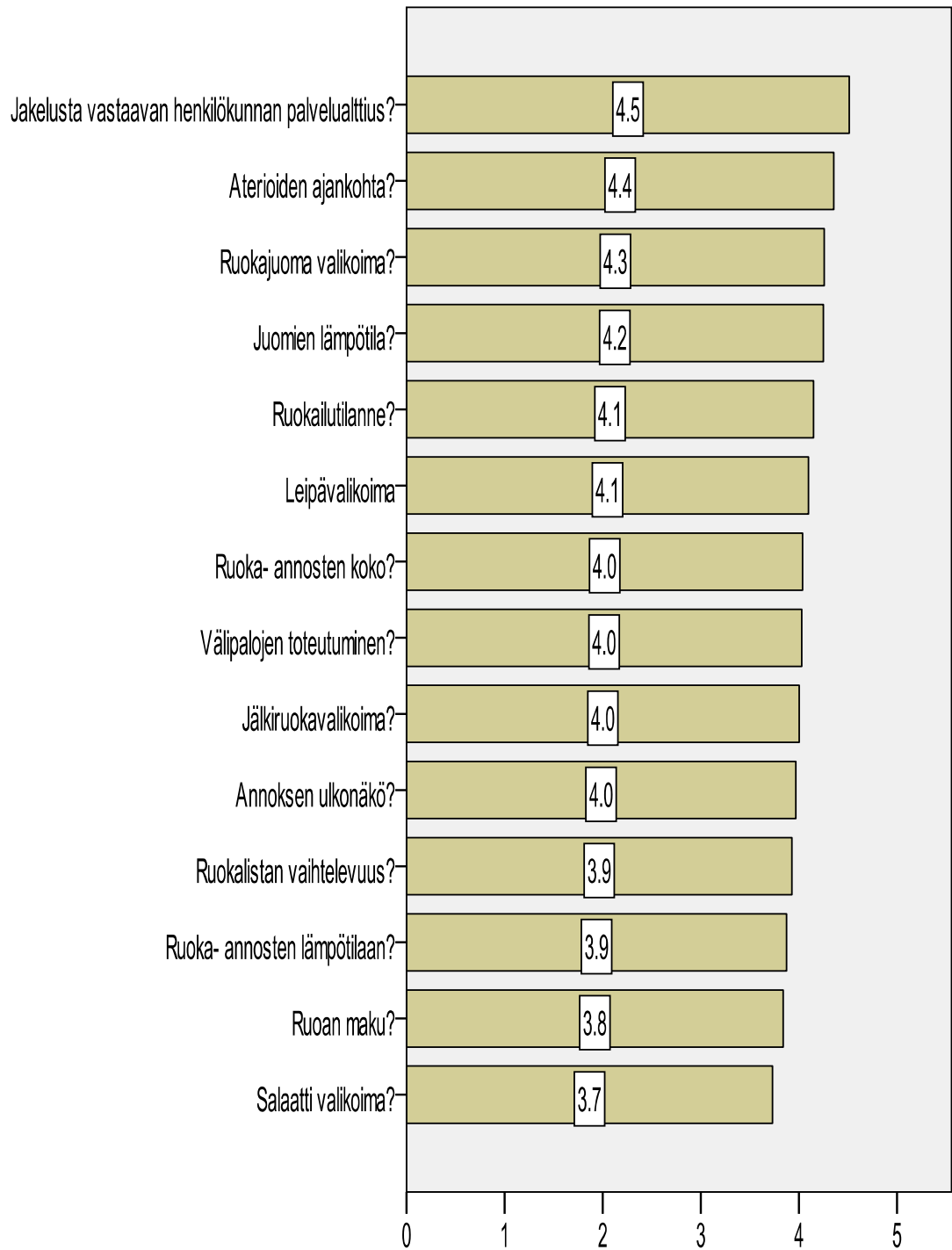
Ruokatoiveiden toteutumiseen potilaat olivat myös tyytyväisiä. 44 % potilaista piti ruokatoiveiden toteutumista erittäin hyvänä. Vastaajista 21 % mukaan toiveet toteutuivat kohtalaisesti ja 16 % mukaan hyvin. Erittäin huonosti koki toiveiden toteutumisen 8 % potilaista ja huonosti 4 %.



Kuvio 21. Odotukset sairaalaruoasta (n=280)

Potilailta kysyttiin, onko sairaalaruoka vastannut odotuksia. Odotukset ovat pääosin täyttyneet (taulukko 21). Vastaajista 4,3 % oli sitä mieltä, että ruoka vastasi odotuksia erittäin huonosti tai huonosti 7,1 %. Liian korkeat odotukset ruoan suhteen voivat vaikuttaa siihen, etteivät odotukset täyty.

Taulukko 22. Potilaiden mielipiteitä ruokailuun liittyen



Taulukossa 22 kuvataan asteikkoon perustuvan kyselyn tulokset keskiarvoina. Potilaiden tyytyväisyyttä kysymysten asioihin pyydettiin arvioimaan asteikolla 1–5, niin että 1=erittäin huono ja 5=erittäin hyvä. Keskiarvojen mukaan potilaat ovat suhteellisen tyytyväisiä, eikä missään asiassa menty alle kolmen eli kohtalaisen tuloksen. Kohtalaisiksi potilaat kokivat ruokalistan vaihtelevuuden, ruokannosten lämpötilan, ruoan maun ja salaatti valikoiman. Myös kirjallisissa palautteissa potilaat mainitsivat salaattien kuivuuden, mauttomuuden ja kastikkeiden puuttumisen olevan syitä, miksi salaatit eivät maistu. Tyytyväisimpiä potilaat olivat jakelusta vastaavan henkilökunnan palvelualltiuteen. Henkilökunnan palveluallttius voi huonokuntoisilla potilailla vaikuttaa syödyn ruoan määrään, jos ei uskalleta pyytää apua syömiseen esimerkiksi huonon kunnon tai käsien voimattomuuden takia. Myös aterioiden ajankohdat ja ruokajuomat saivat hyvän keskiarvon.

Kirjallista palautetta potilaskyselyistä

Potilailta pyydettiin palautetta kirjallisesti asioista, joihin he eivät olleet tyytyväisiä. Yleisimpiä asioita, jotka palautteista tulivat ilmi olivat muuan muassa ne, ettei ruokalistasta tiedoteta (9 palautetta) ja kasvisruoat eivät näy ruokalistassa (4 palautetta). Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010, 47) mukaan päivän ruokalistasta tulisi tiedottaa potilaille joko kirjallisesti tai sähköisesti. Ruokalaji tulisi myös nimetä sen sisältöä vastaavaksi.

Potilaat olivat sitä mieltä, että ruoka oli liian mautonta ja suolatonta (19 palautetta). Maku on ruoan hajun, rakenteen ja lämpötilan lisäksi tärkeimpiä ruoan aistittavia ominaisuuksia, ja se vaikuttaa paljon siihen, kuinka paljon ihminen syö. Ruoka oli myös liian viileää tai haaleaa neljäntoista (14) potilaan mielestä. Potilaille tulisi olla mahdollisuus maustaa ruokaa tarvittaessa itse lisää, jolloin syödyn ruoan määrä voisi lisääntyä. Ruokailuun osallistuvan henkilökunnan tulisi huolehtia siitä, että mausteita ja suolaa on tarvittaessa saatavilla (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 46, 52). Ruoan lämpötilaan voidaan vaikuttaa esimerkiksi ruoanjakelujärjestelmän valinnoilla. Ruoan lämpötila on myös osa ruoan turvallisuutta ja tarjoilulämpötilan tulisi olla omavalvonnassa määritettyjen vaatimusten mukainen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 69).

Leipävalikoimaan potilaat toivoivat lisää vaihtelevuutta (4 palautetta) ja erilaista ruisleipää (4 palautetta). Yhdeksän potilasta vastasi ettei pidä kasviksista tai että ei syö salaatteja ollenkaan. Salaatteja pidettiin myös liian kovina ja kuivina. Neljän potilaan mielestä jälkiruokana on liian usein kiisseleitä. Ruokailutilanne koettiin meluisaksi tai rauhattomaksi seitsemän potilaan palautteen mukaan.

8.3 Johtopäätöksiä ravitsemushoidon toteutumisesta

Henkilökunnalle tehdyn kyselyn mukaan tuotteiden tilaaminen koettiin vaikeaksi ja tilausohjelma monimutkaiseksi. Perus- ja erityisruokavalioiden tilaaminen sujui paremmin kuin tuotteiden tilaaminen. Tyytyväisintä henkilökunta oli ravintolapalvelujen palveluun sinne soitettaessa. Ravintolapalvelujen tiedotus, ruokalistan muutokset sekä ruokien hinnat olivat monille epäselviä. Kirjallisten palautteiden mukaan välillä viikon ruokalista tulee näkyville liian myöhään. Osaston ja ravintolapalvelujen viestintää täytyisi parantaa, jotta tiedotus asioista toimisi paremmin.

Laitoshuoltajat osallistuivat ruoan tarjoiluun paljon. Laitoshuoltajien ja hoitajien tulisi huolehtia riittävästä tiedonsiirrosta, jotta potilaiden tarpeisiin osataan vastata. Myös laitoshuoltajien riittävästä ravitsemuskoulutuksesta tulee huolehtia, jos laitoshuoltaja osallistuu ruoan tarjoiluun tai jakeluun. Tehtävien jakojen selkeys tuli ilmi myös kun kysyttiin oletko toimipisteesi ravitsemusvastaava. 9 % ei tiennyt onko hän toimipisteensä ravitsemusvastaava vai ei. Selkeästi jaetut työtehtävät ja tieto omista vastuistaan auttavat kaikkia ravitsemushoidon toteuttamisessa.

Vajaaravitsemuksen ollessa suuri ongelma potilaille, on hälyttävää että psykiatristen osastojen palautteissa mainittiin, ettei osastoille tule tarpeeksi ruokaa ja ruoka ei riitä, jos potilasmäärissä on vaihteluita. Positiivista oli, että suurin osa hoitajista kannusti potilasta ruokailemaan ja osallistui ruokailun seurantaan. Laitoshuoltajien kannustus ja seuranta oli satunnaista vaikka osallistuminen tarjoiluun oli yleistä.

Potilaat vaikuttivat kyselyn mukaan tyytyväisemmiltä kuin henkilökunta. Esimerkiksi asteikkoon perustuvassa kyselyssä potilailla mikään keskiarvo potilailla ei mennyt alle kohtalaisen. Potilaat olivat sitä mieltä, että heidän toiveitaan oli kysytty riittävästi ja ruokaan liittyvät toiveet olivat myös toteutuneet hyvin. Potilaiden syömän ruoan määrä oli suuri, ja vain pieni osa potilaista söi alle puolet annoksesta. Terveysteen liittyvien seikkojen lisäksi yleisin syy siihen, miksi potilas ei ollut syönyt koko annosta, oli ruoan maku. Ruoan mauttomuus ja suolattomuus nousi esille myös kirjallisissa palautteissa. Ruoan maku ja lämpötila olivat kohtalaista luokkaa, mutta niiden asioiden tulisi olla kunnossa, jotta potilas innostuisi syömään.

Asteikkoon perustuvassa kyselyssä tyytyväisimpiä potilaat olivat jakelusta vastaavan henkilökunnan palvelualltiuteen. Sen lisäksi aterioiden ajankohdat ja ruokajuomavalikoima miellyttivät myös. Potilaat olivat henkilökunnan kanssa samaa mieltä siitä, ettei ruokalistaista oltu tiedotettu riittävästi. Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä ruokaan ja palveluun. Tärkeimmät korjattavat seikat olivat tiedotus ja ruoan maku. Ruoan makua voi korjata vaikka tarjoamalla potilaille mahdollisuuden käyttää lisämausteita.

9 Pohdinta

9.1 Luotettavuus ja eettisyys

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten pysyvyyttä eli tutkimuksen toistettaessa tulokset olisivat samat. Reliabiliteetti voidaan varmistaa uusimalla tutkimus, mutta se on kallista, ja usein tulokset eivät ole täysin samat vaikka tutkimus olisikin luotettava. Validiteetti tarkoittaa oikeiden asioiden tutkimista. Luotettavuudessa tärkeää on, että tutkimustulokset ovat yleistettäviä. Yleistyksen edellytys on että tutkimusasetelma vastaa ryhmää, johon yleistys aiotaan kohdistaa. (Kananen 2010, 128–129.)

Opinnäytetyöhön kerätty aineisto on tehty kokonaistutkimuksena, koska kyselyt jaettiin jokaiselle potilaalle ja kaikille osastolla työskenteleville. Otannan tekeminen ei ollut tarpeellista, koska kaikki kyselyn saaneet oli helppo tavoittaa, kun kysely laitettiin osastojen sähköpostin kautta ja tiedonkeruukustannukset ovat alhaiset. Tutkimus on luotettava ja yleistettävissä, koska tutkimuskohteena on koko osaston henkilökunta sekä kaikki potilaat ja vastauksia on yhteensä noin 600 kappaletta, eli aineisto on riittävä. Tutkimuksen tiedonkeruu- ja analysointimenetelminä on yleisesti hyväksytyjä tieteellisiä menetelmiä ja ne dokumentoidaan mahdollisimman tarkkaan. Luotettavuutta lisää myös aineistolähtöisyys, metodien yhdistäminen, tutkijan vastuullisuus ja tutkimusprosessin johdonmukaisuus (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2012). Opinnäytetyön luotettavuutta voisi parantaa selvittämällä kyselyn vastausprosentin. Valmiissa aineistossa jälkikäteen vastausprosentin selvittäminen on mahdotonta, mutta jos kysely toteutetaan uudelleen voisi selvittää kuinka monta työntekijää osastoilla tutkimuspäivänä työskentelee ja mahdollisesti vielä potilaiden määrät. Näin vastausprosentti ja kyselyn luotettavuus olisi helppo selvittää

Opinnäytetyön eettisyyteen kuuluu lähdekritiikki, kaikkien käytettyjen lähteiden ilmoittaminen ja sovituista aikatauluista kiinni pitäminen. Kyselyyn osallistuneet ovat vastanneet siihen vapaaehtoisesti ja kyselyyn vastattiin anonyymisti, ilman nimiä tai muita tietoja jonka perusteella vastaajan voi tunnistaa. Eettistä on myös se, että tutkimukseen suhtaudutaan objektiivisesti ja tutkimustulokset hyväksytään sellaisenaan, eikä niitä yritetä muokata haluttuun suuntaan. Opinnäytetyön aineiston keräämiseen ei tarvinnut anoa lupaa, koska ihmiset vastasivat nimettömänä ja sain lomakkeet jo valmiiksi täytettynä. Kyselylomakkeiden oikea säilyttäminen, työn luottamuksellisuus ja toimeksiantajan toiveet on otettu huomioon.

9.2 Kehittämisaajatuksia

Opinnäytetyötä voi hyödyntää ravitsemushoitosuosituksen toteutumisen arvioinnissa ja parantamisessa. Tutkimus on ensimmäinen, joka tehdään uudistettujen ravitsemushoitosuosituksen käyttöönoton jälkeen, joten tulokset kertovat siitä kuinka suositusten toteuttamisessa on onnistuttu ja mitä parannettavaa olisi.

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemushoitosuositusten mukaan vastaava kysely täytyisi tehdä joka vuosi, joten jatkotutkimuksena voisi toteuttaa saman kyselyn ja seurata tilanteen kehitystä ja sitä, paraneeko tilanne jatkuvasti. Tutkimustuloksia voisi myös vertailla muissa sairaaloissa suoritettuihin tutkimuksiin, joissa on käytetty samaa kyselyä. Jatkotutkimuksia helpottaa, että kyselylomake on ravitsemushoitosuositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin -kirjasta, jolloin mittarit pysyvät samana ja tulosten vertailu keskenään on mahdollista.

Toimeksiantajalle tutkimuksen tärkein asia on kriittiset kohdat, joissa ravitsemushoitosuositus ei mahdollisesti toteudu, ja niiden korjaaminen. Jatkossa huomiota tulisi kiinnittää toimivaan viestintään ja tiedotukseen eri osastojen ja ammattiryhmien välillä. Tuotteiden tilaus on henkilökunnan mielestä haasteellista, joten lisäkoulutusta tarjoamalla asiaa voisi helpottaa. Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä ruokailun toteutumiseen ja etenkin henkilökunnan palveluallttiuteen. Potilaille tehdyn kyselyn pohjalta kehitettäviksi asioiksi nousivat ruoan maku, lämpötila ja ruokalistasta tiedotus.

Itselleni tutkimuksen tekeminen on mielenkiintoista ja opettavaista. Ilman valmista aineistoa näin laajan tutkimuksen tekeminen olisi ollut liian työlästä ja aikaa vievää. Kyselyiden syöttäminen SPSS-ohjelmaan oli hidasta ja ohjelman käytön opettelu itsenäisesti tuntui välillä haastavalta. Muutamien virheiden jälkeen opin ohjelman käytön. Ravitsemushoito on aiheena mielestäni kiinnostava ja tietoni siitä on syventynyt opinnäytetyön edetessä. Toiveenani on vielä jatkaa ravitsemustieteen opiskelua tulevaisuudessa, ja tämän työn tekeminen antoi lisää intoa sille. Koen että työn tekeminen oli hyödyllistä ja tärkeää. Toivon että toimeksiantaja todella yrittää kehittää asioita parempaan suuntaan tutkimustulosten mukaan.

Lähteet

- Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H., & Sinisalo, L. 2009. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita.
- Council of Europe, Committee of Ministers. 2003. Resolution on food and nutritional care in hospitals. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747>. 1.9.2012.
- Dammert, M., & Pitkänen, A. 2010. Ruokapalveluselvytys. Joensuu: Damico palvelut. <http://www.pohjoiskarjala.fi/dman/Document.phx?documentId=yn25511141859443&cmd=download>. 7.9.2012.
- Elintarviketurvallisuusvirasto. 2012. Omavalvonta. <http://www.evira.fi/portal/fi/elintarvikkeet/hygieniaosaaminen/tietopaketti/omavalvonta/>. 7.9.2012.
- Hakala, P. 2011. Ikääntyneiden ravitsemus. Terveyskirjasto. Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086. 14.9.2012.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2012. Opinnäytetyöpakki. Luotettavuus. <http://193.167.122.14/Opari/ontTukiLuotettavuus.aspx>. 19.9.2012.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Karhunen, V., Rasi, I., Lepola, E., Muhli, A. & Kanninen, A. 2011. IBM SPSS Statistics perusteet. Oulun yliopisto.
- Lindqvist, H. 2008. Laitoshuoltajan työn kehittäminen sairaalan ravitsemushoidossa. Matkailu- ravitsemis- ja talousala. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3824/Lindqvist_Hilkka.pdf?sequence=1. 3.9.2012.
- Luova, T. 14.10.2011. Pohjoismainen ruoka- ajattelu tuo uutta myös sairaalamaan. Ruokatieto. http://uutiset.ruokatieto.fi/WebRoot/1043198/X_Uutistenhallinta-2-1-palsta_uusi.aspx?id=1217904. 3.9.2012.
- Malinen, J. 2012. Laadukkaan ravitsemushoidon suunnittelu ja toteuttaminen ikäihmisten yksityisessä ryhmäkodissa. Laurea ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/45835/Malinen_Jenna.pdf?sequence=1. 16.10.2012.
- Niinikoski, H. & Simell, O. 2010. Lasten sairauksien ravitsemushoito. Teoksessa Ravitsemustiede toim. Aro, Mutanen & Uusitupa 2010. Helsinki: Duodecim, 581.
- Nutricia Medical. Vajaaravitsemus. 2012 <http://www.vajaaravitsemus.fi/vajaaravitsemus>. 15.9.2012.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 20.9.2012. Ravintopalvelut. <http://www.pkssk.fi/ravintopalvelut>. 20.9.2012.
- Pikkarainen P. 2010. Ravitsemus ja maha-suolikanavan sairaudet . Teoksessa Ravitsemustiede toim. Aro, Mutanen & Uusitupa 2010. Helsinki: Duodecim, 471,473–475.
- Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2009. Erityisruokavaliot-opas ammattilaisille. Vammala: Dieettimedia Oy.

- Räihä, I. 2010. Vanhusten ravitseminen. . Teoksessa Ravitsemustiede toim. Aro, Mutanen & Uusitupa 2010. Helsinki: Duodecim,321.
- Siljamäki-Ojansuu, U. & Peltola, T. 2009. Ravinnon tarpeen arviointi. s.32–34. Teoksessa Ravitsemushoito opas toim. Hyytinen M, Mustajoki P, Partanen R & Sinisalo-Ojala L. Helsinki: Duodecim.
- Stratton, R. 2005. Vajaaravitsemuksen tunnistaminen. Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen lehti. Bolus. 4.2005. s.8.
- Sorensen, J. 2010. Framework for developing functional foods for patients at nutritional risk. Department of Human Nutrition, Faculty of Life Sciences University of Copenhagen, Denmark
http://curis.ku.dk/ws/files/33759283/JSorensen_Dissertation_110526.pdf 10.9.2012.
- Suominen, M. 2007. Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20785/nutritio.pdf?sequence=1>. 14.9.2012.
- Suurtalousuutiset. Vajaaravitseminen terveysuhka joka neljännelle kotihoidon asukkaalle. 18.2.2011
<http://www.suurtalousuutiset.fi/index.php?vajaaravitseminen-terveysuhka-joka-neljannelle-kotihoidon-asukkaalle&subaction=showfull&id=1298038862>. 15.9.2012.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntokeskuksiin. Helsinki: Edita.
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

HYVÄ ASIAKAS

Haluamme jatkuvasti kehittää ruokapalvelujamme
vastaamaan Teidän tarpeitanne.
Siksi mielipiteenne on meille tärkeä.

Asiakastyytyväisyyskysely potilaille¹

Liite 15

Vastauspäivämäärä

pv







kk

vuosi

Olkaa hyvä ja kirjoittakaa vastaus merkittyyyn tilaan tai merkittävä rasti sopivan vaihtoehdon kohdalle.

Osasto		
Kuinka monta päivää olette ollut sairaalassa (tämä päivä mukaan lukien)?	Mikä on syntymävuotenne?	Mikä on sukupuolenne? <input type="checkbox"/> 1 Mies <input type="checkbox"/> 2 Nainen

Noudatatteko sairaalassa erityisruokavaliota? Jos vastasitte kyllä, mitä? <input type="checkbox"/> 1 Kyllä <input type="checkbox"/> 2 En
Kuinka suuren osan olette yleensä syönyt tarjotuista annoksista? <input type="checkbox"/> 1 En yhtään <input type="checkbox"/> 2 Vähemmän kuin puolet <input type="checkbox"/> 3 Puolet <input type="checkbox"/> 4 Enemmän kuin puolet <input type="checkbox"/> 5 Koko annoksen
Jos olette jättänyt annoksista osan syömättä, mikä siihen on ollut syytä? Voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon. <input type="checkbox"/> 1 Oma terveydentila <input type="checkbox"/> 2 Ruoan maku <input type="checkbox"/> 3 Ruokahalun puute <input type="checkbox"/> 4 Ruokavaliointi sopimaton ruoka <input type="checkbox"/> 5 Suuri annoskoko <input type="checkbox"/> 6 Muu syy, mikä?
Oletteko jäänyt nälkäiseksi ruokailun jälkeen? <input type="checkbox"/> 1 En kertaakaan <input type="checkbox"/> 2 Joinakin kertoina <input type="checkbox"/> 3 Lähes jokaisen ruokailun jälkeen

Miten hyvin seuraavat asiat ovat toteutuneet? 1 = erittäin huonosti – 5 = erittäin hyvin	  	Mihin yksityiskohtaan ko. asiassa olette ollut tyytymätön?
	1 2 3 4 5	
Onko teille tiedotettu päivän ruokalistasta?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Onko ruokaan liittyviä toiveitanne kysytty? (esim. leipä, ruokajuoma, erityisruokavaliointi)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ovatko pyytämäne ruokatoiveet toteutuneet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Onko sairaalaruoka vastannut odotuksianne?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Kuinka tyytyväinen olette? 1 = en lainkaan tyytyväinen – 5 = erittäin tyytyväinen	  	Mihin yksityiskohtaan ko. asiassa olette ollut tyytymätön?
	1 2 3 4 5	
Ruokalistan vaihtelevuuteen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ruokajuomavalikoimaan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Leipävalikoimaan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Salaatteihin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Jälkiruokavaliointiin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ruoka-annosten ulkonäköön	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ruoan makuun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ruoka-annosten kokoon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ruoka-annosten lämpötilaan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ruokajuomien lämpötilaan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ruokailutilanteeseen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Aterioiden ajankohtiin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Välipalojen toteutumiseen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Jakelusta vastaavan henkilökunnan palvelualltiuteen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Mitä muuta haluatte viestittää sairaalaruokailusta henkilökunnalle?		

¹ Kysely ruokailusta, Taimioja A 2009**Kiitos vastauksestanne!**

HYVÄ HENKILÖKUNTA

Haluamme jatkuvasti kehittää ruokapalvelujamme vastaamaan tarpeitanne.

Siksi mielipiteenne potilasruokailun toimivuudesta on meille tärkeä.

Asiakastyytyväisyyskysely henkilökunnalle¹ Liite 16

Ruokapalvelujen kysely vuonna _____

Ole hyvä ja kirjoita vastaus merkittyyn tilaan tai merkitse rasti sopivan vaihtoehdon kohdalle.

Mihin toimialueeseen työpisteesi kuuluu?						
1	Missä tehtävässä toimit?	<input type="checkbox"/> Hoitaja	<input type="checkbox"/> Osastonhoitaja	<input type="checkbox"/> Sairaalahuoltaja	<input type="checkbox"/> Sihteeri	<input type="checkbox"/> Muu
2	Oletko toimipisteesi ruokayhteyshenkilö?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> En	<input type="checkbox"/> En tiedä		
3	Kuinka usein teet lämpimien aterioiden tilauksia?	<input type="checkbox"/> Säännöllisesti	<input type="checkbox"/> Satunnaisesti	<input type="checkbox"/> En koskaan		
4	Kuinka usein teet tuotetilauksia?	<input type="checkbox"/> Säännöllisesti	<input type="checkbox"/> Satunnaisesti	<input type="checkbox"/> En koskaan		
5	Osallistutko potilasruoan tarjoiluun?	<input type="checkbox"/> Säännöllisesti	<input type="checkbox"/> Satunnaisesti	<input type="checkbox"/> En koskaan		
6	Osallistutko potilaan ruokailun seurantaan?	<input type="checkbox"/> Säännöllisesti	<input type="checkbox"/> Satunnaisesti	<input type="checkbox"/> En koskaan		
7	Kannustatko potilaita syömään tarjottua ruokaa esimerkiksi toivottomalla hyvällä ruokahalulla ja kysymällä miltä ruoka maistui?	<input type="checkbox"/> Säännöllisesti	<input type="checkbox"/> Satunnaisesti	<input type="checkbox"/> En koskaan		

Vastaa seuraaviin kysymyksiin asteikolla 1-5 valitsemalla mielipidettäsi vastaava kohta

1 = erittäin huonosti. 2 = huonosti. 3 = kohtalaisesti. 4 = hyvin. 5=erittäin hyvin.

	1	2	3	4	5	En osaa sanoa/ kysymys ei koske minua
8 Miten potilaan perusruokavalion tilaaminen sujuu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Miten potilaan erityisruokavalion tilaaminen sujuu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Miten tuotteiden tilaaminen sujuu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Miten aterioiden toimitukset ovat vastanneet tilausta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Miten tuotteiden toimitukset ovat vastanneet tilausta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Miten Sinua on palveltu, kun olet soittanut ruokapalveluun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Miten olet saanut opastusta ruokailausohjelman käytöstä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Miten ruokapalvelut tiedottavat toiminnastaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Miten olet saanut tietoa potilaiden ruokalistan muutoksista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Miten ruokapalveluiden intranetin kotisivut palvelevat sinua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Miten olet saanut tietoa aterioiden hinnoista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voit kirjoittaa tähän lisää palautetta (erityisesti silloin kun arvioit palvelun erittäin huonoksi – kohtalaiseksi) palveluiden parantamista varten.

¹ Potilasruokailun henkilökuntatyytyväisyyskysely, Tampereen yliopistollinen sairaala 2007

