

## TIIVISTELMÄ

*Eliina Haapa, Auli Pölonen.* Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. Helsinki, 2002. 80 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2001:14)  
ISBN 952-00-1083-1

Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry:n Ravitsemushoidon palvelut ja laatu -projektin tavoitteena oli kartoittaa ravitsemushoidon toteutumista sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä ja tuottaa tietoa palvelujen kehittämiseksi. Palvelujen kehittämistä pohtineessa työryhmässä oli edustajat Suomen Lääkäriliitosta, Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta, Suomen Sairaanhoidtajaliitosta, Suomen Kuntaliitosta, Helsingin yliopistollisesta keskussairaalarasta ja Ravitsemusterapeuttien yhdistyksestä.

V. 1997 Uudellamaalla tehdyn selvityksen mukaan terveydenhuoltohenkilöstö pitää ravitsemushoitoa tärkeänä. Palvelujen määrä ja laatu kuitenkin vaihtelee eikä työtä ole koordinoitu. Useat potilasryhmät jäävät ilman hoitoa, konsultointijärjestelmää ei ole ja tiedonvälitys ontuu. Hoidosta puuttuu seuranta ja jatkuvuus.

Oikea-aikaisten, asiakaslähtöisten ja vaikuttavien ravitsemushoitopalvelujen edellytys on ravitsemushoitoa arvostava organisaatiokulttuuri, riittävä määrä asiantuntevaa henkilöstöä ja selkeä työnjako. Organisoituvastuu on johdolla. Apuna voidaan käyttää ravitsemustoimikuntaa ja vastuuhenkilöiden verkostoa. Palvelut on suunniteltava alueellisesti ja eri hallintorajat ylittäen. Sairauskohtaisten ravitsemushoitosuositusten laatimiseksi tarvitaan valtakunnallista suunnittelua ja seuranta.

Ravitsemushoidon tehostaminen edellyttää työntekijöiden lisäkoulutusta, työnjaon selkiyttämistä, hoidon porrastamista, viestinnän kehittämistä ja palvelujen laadun seurantajärjestelmän luomista. Ruokapalvelut tulee järjestää hoidon kokonaisuutta ajatellen. Terveystieteiden tutkimuskeskustuksen peruskoulutuksessa ravitsemuksen osuutta on lisättävä. Palvelujärjestelmään tarvitaan lisää ravitsemusterapeutin virkoja, joita nykyisin on noin 70.

Asiantunteva ja laadukas ravitsemushoito tuottaa kustannussäästöjä. Se lisää terveenä tai ilman lisäsairautta vietettävien vuosien määrää, vähentää lääkityksen tai laitoshoidon tarvetta, tukee potilaan kykyä selviytyä kotioloissa ja parantaa elämänlaatua. Päättökäytöksenteossa tulee ottaa huomioon ravitsemushoidon merkitys tärkeänä osana kuntalaisten hyvinvointia ja olennaisena osana sairauksien hoitoa. Ravitsemusasiat tulee kytkeä osaksi kunnan terveyden edistämisen strategiaa.

**Asiasanat:** hoidon organisointi, laadunhallinta, ravitsemushoito, ravitsemusterapia, terveyspalvelut

## SAMMANDRAG

*Eliina Haapa, Auli Pölönen.* Nutritionsbehandlingen inom social- och hälsovårdssystemet. Helsingfors, 2002. 80 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115; 2001:14)  
ISBN 952-00-1083-1

Målsättningen för Näringsterapeuternas förening rf:s projekt – Nutritionsbehandlings service och kvalitet – var att kartlägga verkställandet av nutritionsbehandlingen inom social- och hälsovårdssystemet och producera information för utveckling av servicen. I arbetsgruppen som dryftat utvecklingen av kostterapiservicen ingick representanter från Finlands Läkarförbund, Finlands Hälsovårdarförbund, Finlands Sjuksköterskeförbund, Finlands Kommunförbund, Helsingfors Universitetssjukhus och Näringsterapeuternas förening.

Enligt utredningen som gjordes i Nyland år 1997 anser hälsovårdspersonalen att nutritionsbehandlingen är viktig. Tjänsternas omfattning och kvalitet varierar dock och arbetet har inte koordinerats. Flere patientgrupper förblir utan vård, konsulteringssystemet är obefintligt och informationsförmedlingen haltar. Vården saknar uppföljning och kontinuitet.

En förutsättning för en kundcentrerad kostterapi, som har åsyftad verkan, är en organisationskultur, som värdesätter nutritionsbehandling. Dessutom krävs tillräckligt med sakkunnig personal och en klar arbetsfördelning. Ledningen ansvarar för organisationen. Bistånd kan fås av en nutritionskommitte och ett nätverk av ansvariga personer. Kostterapiservicen bör planeras regionalt och utöver de olika administrativa gränserna. För att kunna göra upp sjukdomsspecifika nutritionsbehandlingsrekommendationer behövs riksomfattande planering och uppföljning.

Effektiveringen av nutritionsbehandlingen förutsätter att man ökar kunskapen, klarlägger arbetsfördelningen, graderar nutritionsbehandlingen, utvecklar informations-spridningen och skapar ett uppföljningssystem för kvalitetskontroll för kostterapiservicen. Då måltidsservice organiseras bör vårdens helhet tas i beaktande. I hälsovårdspersonalens grundutbildning bör nutritionens andel ökas. I social- och hälsovårdssystemet behövs flera näringsterapeuttjänster, av vilka det för nuvarande finns ca 70.

Sakkunnig och god nutritionsbehandling resulterar i kostnadsinbesparingar. Med hjälp av den kan man öka antalet friska år eller år utan följsjukdomar, minska behovet av medicinering eller institutionsvård, stöda patientens förmåga att klara sig hemma och förbättra livskvaliteten. I beslutsfattningen bör man ta i beaktande nutritionsbehandlings betydelse som en viktig del av kommuninvånarnas välmående samt som en väsentlig del av sjukvården. Näringsfrågor bör sammanfogas som en del av kommunens strategi för främjandet av hälsa.

**Nyckelord:** kostterapi, kvalitetskontroll, nutritionsbehandling, organisation av vård

## SUMMARY

*Eliina Haapa, Auli Pölönen.* Nutrition therapy in the developing health and social services system. Helsinki, 2002. 80 p. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2115; 2001:14)  
ISBN 952-00-1083-1

The Services and Quality of Nutritional Therapy -project of the The Association of Clinical and Public Health Nutritionists in Finland aimed at determining how nutritional therapy is implemented in the social welfare and health care services systems, and yielding knowledge for further development of services. The working group developing nutritional therapies consisted of representatives of the Finnish Medical Association, the Finnish Union of Public Health Nurses, Finnish Nurses Association, Helsinki University Central Hospital and the Association of Clinical and Public Health Nutritionists.

The survey conducted in Uusimaa District in 1997, revealed that health care professionals regard nutritional therapy as important. However, the quality and quantity vary considerably, and the work has not been co-ordinated. Several groups of patients do not receive therapy at all, consultation is not organised and communication does not always work. Therapies lack monitoring and continuity.

An organisational culture which appreciates nutrition therapies, an adequate number of professionals and clear professional boundaries are the basis of timely, client-orientated and effective nutrition therapy services. The management is responsible for organising the services, although support can be drawn from a nutrition committee and a network of focal persons can be enrolled. Nutrition therapy services should be designed for different geographical districts and crossing the borders between public sectors. For the design of disease-specific nutritional therapy recommendations, national planning and monitoring are needed.

Effective nutritional therapy services presuppose enhancing the know-how and skills of the professionals implementing therapies, stepwise organization of the therapies, better communication and creating a system of monitoring the quality of services. Catering services should be organised taking into account the whole picture of treatment. Nutrition education should have a bigger part in the basic training of health care personnel. The social welfare and health care services systems need to establish more numerous positions for clinical and public health nutritionist. Currently, there are 70 such positions at the local level.

Competent, high quality nutritional therapy saves costs. It adds the years of healthy life, or life without additional health problems, reduces the need for medication or institutional care, supports the patients' ability to cope at home longer and improves the quality of life. Municipal decision-makers should be aware, that nutrition therapy has an impact on the citizens' well-being as well as on the treatment of illnesses. Nutrition issues should be an important part of municipal health promotion strategies.

**Key words:** diet therapy, health services, nutritional therapy, organisation of care, quality control

*Food is medicine – hence let your medicine be your food (Hippocrates ca. 400 BC)*

## Lukijalle

Ravitsemushoito on monien sairauksien ainoa tai oleellinen hoitomuoto. Ravitsemushoidon vaikuttavuudesta ja mahdollisuuksista on saatu jatkuvasti vahvistusta uusissa tutkimuksissa. Useiden sairauksien hoitosuositukset ovatkin uudistuneet ja ohjausmenetelmät kehittyneet. Uusi tieto ja osaaminen ei välttämättä ole siirtynyt terveyspalvelujen käytännöksi, joten ravitsemushoidon mahdollisuudet ovat suurelta osin vielä hyödyntämättä. Ravitsemushoidon hyvällä suunnittelulla ja asiantuntevalla toteutuksella voidaan säästää terveydenhuollon voimavaroja ja parantaa potilaan ja hänen lähipiirinsä elämänlaatua.

Potilaiden ja asiakkaiden kiinnostus ravitsemushoitoa kohtaan on lisääntynyt. On pystyttävä vastaamaan tähän kysyntään. Terveydenhuollon tehtävänä on tukea kunta-laisten kykyä ottaa vastuuta omasta terveydestä ja tarjota heille tässä tarvittavaa, tutkimukseen ja asiantuntemukseen perustuvaa tietoa ja taitoa.

Ravitsemushoidon toteutus edellyttää monen terveydenhuollon ammattiryhmän osallistumista hoitoon. Menettelytavoista sopiminen ja hoitoketjujen ja –linjojen määrittely parantaa työn laatua, lisää mielekkyyttä, tukee henkilöstön jaksamista ja luo edellytykset hoidon sujuvuudelle.

Tämän julkaisun tarkoituksena on antaa terveyspalveluja kehittäville tahoille taustatietoja ja tukea ravitsemushoidon organisoimisessa ja sen integroimisessa osaksi muuta terveyspalvelujärjestelmää. Tavoitteena on luoda sellainen palvelujärjestelmä, jossa tutkittu tieto ja eri sairauksien hoitoon laaditut ravitsemushoitosuositukset kytetään integroimaan hoitokäytäntöihin. On tärkeää, että ravitsemuksellisten tarpeiden arviointi, ruoka ja ravitsemushoito ymmärretään keskeiseksi ja välttämättömäksi osaksi potilaan hoitoa. Tavoitteena on asiantunteva ja korkeatasoinen ravitsemushoito oikeaan aikaan oikeassa paikassa sekä hoidon jatkuvuus ja selkiintynyt työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken sekä eri henkilöstöryhmien välillä. Oppaan tarkoitus on myös tarjota ideoita siitä, miten päättäjät, terveydenhuollon ammattilaiset ja ruokahuollon edustajat voivat toimia yhdessä potilaiden ja asiakkaiden ravitsemushoidon parantamiseksi.

Tämä julkaisu on Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry:n työryhmän laatima ja se on osa yhdistyksen Ravitsemushoidon palvelut ja laatu-projektia. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö esittää lämpimät kiitokset kaikille niille, jotka ovat pitkän prosessin aikana osallistuneet oppaan kehittämiseen osaamisellaan ja käytännön kokemuksillaan. Julkaisu tukee, laajentaa ja jatkaa sitä ennaltaehkäisevän ja hoitavan neuvontatyön osamista, jossa Suomessa on pitkät perinteet. Samalla se palvelee terveyspalvelujärjestelmän kehittämistä toimintaympäristön uusien tarpeiden ja ajattelutapojen mukaiseksi.

Jarkko Eskola  
Osastopäällikkö, ylijohtaja

## SISÄLLYSLUETTELO

<b>Tiivistelmä</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammandrag</b> .....	<b>5</b>
<b>Summary</b> .....	<b>7</b>
<b>Lukijalle</b> .....	<b>9</b>
<b>SISÄLLYSLUETTELO</b> .....	<b>11</b>
<b>1. JOHDANTO</b> .....	<b>13</b>
<b>2. TOIMENPIDE-EHDOTUKSET</b> .....	<b>15</b>
<b>3. RAVITSEMUSHOITO</b> .....	<b>17</b>
3.1. Ravitsemushoidon arvolähtökohdat.....	17
3.2. Ravitsemushoidon tavoitteet.....	17
3.3. Ravitsemushoidon tarve ja hoitoonohjaus.....	18
3.4. Tilannearvio ja ravitsemushoitosuunnitelma.....	19
3.5. Ravitsemushoidon toteutus.....	19
3.6. Ravitsemushoidon seuranta ja arviointi.....	21
<b>4. RAVITSEMUSHOIDON NYKYTILANNE</b> .....	<b>22</b>
<b>5. RAVITSEMUSHOIDON VAHVUUDET, HEIKKOUEDET, MAHDOLLISUUDET JA UHAT</b> .....	<b>24</b>
<b>6. RAVITSEMUSHOITO KEHITTYVÄSSÄ PALVELU-JÄRJESTELMÄSSÄ</b> .....	<b>26</b>
6.1. Ravitsemussuunnittelun tuloksellisuus kansantautien ehkäisyssä.....	26
6.2. Ravitsemushoitosuosituksien ja ravitsemushoitopalvelujen koordinaointi.....	26
6.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutos.....	26
<b>7. RAVITSEMUSHOIDON KEHITTÄMINEN</b> .....	<b>28</b>
<b>8. RAVITSEMUSHOIDON RESURSSIT</b> .....	<b>29</b>
8.1. Henkilöstö.....	29
8.2. Aikaresurssit.....	32
8.3. Toimenkuvien kehittäminen.....	32
8.4. Ruokapalvelut.....	34
8.5. Apteekki- ja välinehuoltopalvelut.....	35
<b>9. RAVITSEMUSHOIDON ORGANISOINTI</b> .....	<b>36</b>
9.1. Ravitsemustoimikunta.....	36
9.2. Ravitsemusvastuuhenkilöt ja -yhdyskunnat.....	37
9.3. Ravitsemusverkosto.....	38

<b>10. RAVITSEMUSHOIDON PALVELURAKENNE.....</b>	<b>39</b>
10.1. Ravitsemushoidon tarpeen tunnistaminen .....	39
10.2. Ravitsemushoidon porrastaminen.....	40
10.3. Ravitsemushoidon hoitolinja .....	42
10.4. Ravitsemushoidon hoitoketju .....	44
10.5. Hoidon tarpeen arviointi ja palvelupaketit.....	45
<b>11. VIESTINTÄ JA RAVITSEMUSHOIDON DOKUMENTOINTI .....</b>	<b>47</b>
11.1. Potilasasiakirjat.....	47
11.2. Lähetteet ja palautteet.....	48
<b>12. TUKIJÄRJESTELMÄT .....</b>	<b>49</b>
12.1. Henkilökunnan lisäkoulutus .....	49
12.2. Konsultaatioverkosto .....	49
12.3. Työhön perehdyttäminen ja opastus .....	50
12.4. Kirjallinen aineisto .....	50
12.5. Ajankohtainen tiedottaminen.....	51
12.6. Väestön ravitsemusneuvontapalvelut .....	51
12.7. Tutkimus ja tulosten integrointi käytännön työhön .....	51
<b>13. RAVITSEMUSHOIDON LAADUNHALLINTA .....</b>	<b>53</b>
<b>14. KIRJALLISUUS .....</b>	<b>59</b>
<b>LIITTEET.....</b>	<b>65</b>
LIITE 1. 1/1 Ravitsemusterapeuttien virat ja toimet perusterveyden- huollossa 29.3.1999.....	66
1/2 Ravitsemusterapeuttien virat ja toimet erikoissairaanhoidossa sairaanhoitopiireittäin 29.3.1999.....	67
LIITE 2. Keliakiapotilaan ravitsemushoidon hoitolinja.....	68
LIITE 3. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin ravitsemushoidon laatu- vaatimukset 1997.....	70
LIITE 4. Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalokeskus, Terveystalokeskus- sairaala: Hajautettuun ruoanjakeluun siirtyminen – muutosprosessin läpivienti moniammatillisena yhteistyönä. 1998 .....	79

## 1. JOHDANTO

Sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä on ollut muutospaineiden kohteena. Päätöksenteoa on hajautettu ja vastuuta palvelujen järjestämisestä siirretty kunnille. Menojen leikkaukset ovat pakottaneet toiminnan priorisointiin. Toisaalta on tuotu esiin lääkkeettömien ja elämäntapoihin liittyvien hoitojen merkitys ja korostettu kuntalaisten kannustamista ottamaan vastuuta terveydestään. Hyvä ravitsemus ja ravitsemushoito ovat osa terveyden ylläpitoa sekä sairauksien ehkäisyä ja hoitoa.

Terveystalvvelujen saatavuudessa, laadussa ja eri tahojen välisessä yhteistyössä on havaittu parantamisen varaa. Asiaan on kiinnitetty huomiota myös hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000–2003. Uusia käytäntöjä luotaessa voidaan ottaa huomioon myös ravitsemushoidon tarpeet ja mahdollisuudet turvata vaikuttavien ravitsemushoitopalveluiden edellytykset ja saada voimavarat entistä tuloksellisempaan käyttöön.

Ravitsemushoito koskettaa merkittävää osaa väestöstä. Kansaneläkelaitoksen tilastojen mukaan pelkästään verenpainelääkkeiden sairausvakuutuksen erityiskorvaukseen oikeuttavia potilaita oli vuonna 1999 n. 455 000 potilasta, kolesterolilääkkeistä sai korvausta 174 000 potilasta, diabeteslääkkeistä n. 150 000 ja kihtilääkkeistä yli 39 000 potilasta. V. 1999 erityiskorvattujen verenpainelääkkeiden kustannukset olivat n. 659 milj. markkaa, kolesterolilääkkeiden n. 308 milj. markkaa, diabeteslääkkeiden n. 293 milj. markkaa ja kihtilääkkeiden kustannukset n. 14,5 milj. markkaa. Suuri osa ongelmista ja lääkekuluista voitaisiin ehkäistä hyvän ravitsemushoidon keinoin.

Ravitsemushoitoon kohdistuvat haasteet lisääntyvät entisestään. Lihavuus ja sen myötä tulevat terveysongelmat, mm. tyypin 2 diabetes, yleistyvät. Diabeetikoiden määrän on arvioitu nousevan 300 000:een vuoteen 2010 mennessä. Suuret ikäluokat tulevat terveystalvvelujen suurkuluttajiksi ja vanhusväestön määrä kasvaa.

Ravitsemushoidon nykyinen taso on puutteellinen eikä perustalvveluitakaan aina voida taata. Hoidosta puuttuu jatkuvuus eikä hoidon toteutumista juurikaan seurata tai arvioida järjestelmällisesti. Tarvitaan laaja-alaista ravitsemushoidon kehittämistä, jossa eri tahojen toimijat saadaan sujuvaan yhteistyöhön tavoitteena ravitsemushoitopalvelujen hyvä saatavuus, oikea-aikaisuus, asiakaslähtöisyys ja vaikuttavuus.

Tämä moniammatillisen työryhmän työhön pohjautuva julkaisu on tarkoitettu avuksi työntekijöille ja luottamushenkilöille, jotka vastaavat terveystalvvelujen järjestämisestä, kehittävät niitä tai osallistuvat ravitsemushoidon toteuttamiseen.

Julkaisu on toinen osa Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen Ravitsemushoidon palvelut ja laatu -projektia, joka käynnistettiin vuonna 1996 selvittämään ravitsemushoidon tilannetta terveydenhuollon palvelujärjestelmässä ja tuottamaan tietoa toiminnan kehittämistä varten. Projektin alkuvaiheeseen on saatu rahoitusta sosiaali- ja terveysministeriöltä. Projektin ensimmäinen osa on selvitys ravitsemushoidon toteutuksesta Uudellamaalla, ja se on julkaistu sosiaali- ja terveysministeriön monistesarjassa (2000:20). Projektin kolmannessa osassa laaditaan hyvän ravitsemushoidon mallit kansanterveydellisesti tai ravitsemushoidollisesti keskeisimpien sairauksien hoitoa varten.

Ravitsemushoidon palvelumallien kehittämistä varten koottiin työryhmä terveydenhuollon eri ammattiryhmien edustajista: Suomen Lääkäriliitosta, Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta, Suomen Sairaanhoidtajaliitosta, Suomen Kuntaliitosta, Helsingin yliopistollisesta keskussairaalarasta ja Ravitsemusterapeuttien yhdistyksestä.

Työryhmä aloitti työnsä seminaarilla, jossa tutustuttiin ravitsemushoidon palvelujen nykytilanteeseen tehtyjen selvitysten valossa. Lisäksi hahmotettiin ravitsemushoitoa potilaan näkökulmasta laatimalla hyvän ravitsemushoidon kartta. Tavoitteena oli löytää ideoita ja malleja ravitsemushoidon organisoimiseen, konsultointiin ja koulutuksen järjestämiseksi, työnjaon selkiyttämiseksi, viestinnän tehostamiseksi, ravitsemushoidon sisällön yhtenäistämiseksi ja palvelujen laadun varmistamiseksi. Lähtökohdina olivat vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja oikea-aikaisuus.

Ravitsemushoidon nykytilanteen arvioimiseksi työryhmä teki SWOT-analyysin. Tulevaisuudennäkymiä kartoitettiin myös eri ammattiryhmien edustajille suunnatulla vapaamuotoisella kyselyllä. Työryhmä työskenteli vuosien 1997 ja 1998 aikana keskustellen kustakin asiakokonaisuudesta. Sihteerin kirjoittamat tekstit käsiteltiin ryhmässä. Tekstien pohjalta muokatun julkaisun ovat kirjoittaneet Eliina Haapa ja Auli Pölönen. Julkaisu on ollut kommentoitavana eri ammattiryhmien edustajilla.

Työryhmän työ ajoittui samanaikaisesti sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön ja Suomen Kuntaliiton käynnistämän Terveystieteiden kehittämisen projektin kanssa. Vaikka ryhmät työskentelivät eri tahoilla, ja eri lähtökohdista, johtopäätökset ja kehittämiskohdat osoittautuivat samansuuntaisiksi.

Työryhmä kiittää kaikkia niitä, jotka ovat auttaneet työryhmän työskentelyä keskusteluun, vastaamalla kyselyihin ja kommentoimalla tekstiä.

Työryhmä:

Ravitsemuspäällikkö **Irmeli Siltanen**, Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry., työryhmän puheenjohtaja

Ravitsemusterapeutti **Eliina Haapa**, Ravitsemushoidon palvelut ja laatu -projektin projektipäällikkö, työryhmän sihteeri

Professori **Arpo Aromaa**, Suomen Lääkäriliitto

Erityisasiantuntija **Matti Laiho**, Suomen Kuntaliitto

Johtava ylihoitaja **Karin Långstedt**, HYKS, sisätautien klinikka

Ammatinkehittämispäällikkö **Ritva Passiniemi**, Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus

Ravitsemussuunnittelija **Auli Pölönen**, Ravitsemushoidon palvelut ja laatu -projektin johtoryhmän puheenjohtaja

Vt. toiminnanjohtaja **Tuula Öhman**, Suomen Sairaanhoidtajaliitto



## 2. TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

### TYÖRYHMÄ ARVIOI

- On olemassa vankka tietopohja ravitsemuksen ja terveyden/sairauden välisistä yhteyksistä.
- On lukuisia ravitsemusta ja ravitsemushoitoa koskevia, tutkittuun tietoon perustuvia suosituksia.
- Väestön ja terveydenhuoltohenkilöstön kiinnostus ravitsemusasioita kohtaan on lisääntynyt.
- Suomessa on koko väestön kattava terveydenhuoltojärjestelmä, jonka kautta palveluita voidaan tarjota.
- Suomessa on pitkät perinteet väestön terveystieteissä.
- Terveydenhuolto ei tällä hetkellä pysty tarjoamaan riittävää ravitsemushoitoa kaikille sitä tarvitseville.
- Ravitsemushoito on pääosin suunnittelematonta niin organisaatioiden kuin yksilöiden hoidon toteutuksen tasolla.
- Ravitsemushoidon työnjako on selkiintymätön.
- Ravitsemushoidon toteutumista ja tuloksellisuutta ei seurata järjestelmällisesti.
- Ravitsemushoitoa koskevien suositusten seurantarjestelmä puuttuu.
- Ravitsemushoidon alueella on käyttämättömiä mahdollisuuksia, mm. suurten kansantautien lääkkeettömässä hoidossa.
- Terveydenhuoltohenkilöstön peruskoulutuksessa ravitsemuksen osuus on vähäinen ajatellen työssä esiin tulevia haasteita.
- Ravitsemushoitoa toteuttava henkilökunta tarvitsee tukijärjestelmiä pystyäkseen vastaamaan työnsä asettamiin vaatimuksiin.

**TYÖRYHMÄ EHDOTTA**

- Terveydenhuolto-organisaatioiden johto ottaa aktiivisen roolin ravitsemushoidon järjestämisessä sekä resurssien kohdentamisessa ja tarpeen arvioinnissa. Se pitää huolen riittävästä ravitsemuksen asiantuntemuksesta ravitsemushoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa.
- Ravitsemushoidon suunnittelun, kehittämisen ja seurannan vastuut yksilöidään ja jaetaan alueellisella, organisaation tasolla ja työpistekohtaisesti.
- Ravitsemushoidon toteutumista seurataan ja toimintaa kehitetään tämän tiedon pohjalta.
- Ravitsemushoitoon osallistuvien työntekijöiden ja toimipaikkojen yhteistyötä ja työnjakoa kehitetään. Se voidaan tehdä osana hoitoketjujen ja hoitolinjojen suunnittelua ja kehittämistä.
- Potilaan ravitsemushoitoa koskevaa tiedonkulkua parannetaan kehittämällä työskentelytapoja, yhteistyötä, tehostamalla ravitsemushoidon dokumentointia potilasasiakirjoihin, kehittämällä lähettiläitä ja palautteita sekä luomalla tiedottamisen vastuuhenkilöjärjestelmiä.
- Paikallisesti suunnitellaan terveyden- ja sosiaalihuollon, koulutoimen sekä muiden yhteistyötahojen kanssa toimenpiteitä, joiden avulla voidaan tehostaa ravitsemusongelmien varhaista tunnistamista ja potilaan hoitoon ohjaamista.
- Potilaan ravitsemushoidon suunnitelmallisuutta lisätään. Ravitsemushoidolle asetetaan tavoitteet ja niiden toteutumista seurataan.
- Ravitsemushoitoa toteuttavan henkilökunnan osaamista tuetaan esim. konsultaatio-, työnohjaus- ja viestintäjärjestelmiä kehittämällä sekä lisäkoulutuksella.
- Terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksessa ravitsemuksen osuutta lisätään työn vaatimuksia vastaavaksi.
- Käynnistetään selvitys sairauksien ravitsemushoitosuosittelujen ja niiden toimeenpanon seurantaohjelmien aloitteenteko- ja koordinoitavien järjestämiseksi.

### 3. RAVITSEMUSHOITO

**Tässä julkaisussa ravitsemushoidolla tarkoitetaan sekä erityisruokavalioon perustuvaa, korjaavaa hoitoa, ravitsemusterapiaa, että sitä hoitoa ja ohjausta, joka on tarpeen sairastumisvaaran tai virheravitsemuksen vaaran vähentämiseksi.** Terveyden edistäminen ja ravitsemushoito muodostavat jatkumon, jossa näitä toimintoja on vaikea erottaa toisistaan.

#### 3.1. Ravitsemushoidon arvolähtökohdat

Ravitsemushoidon tavoitteena on väestön terveyden ja elämänlaadun parantuminen. Sen edellytys on, että ravitsemushoitopalvelut ovat tasa-arvoisesti ja oikea-aikaisesti kaikkien saatavilla. Toiminnassa kunnioitetaan asiakkaan omaa tahtoa, kulttuuria ja vakaumusta. Ravitsemushoito on vaikuttavaa, kun se pohjautuu ravitsemus- ja lääketieteelliseen tutkimustietoon ja toteutetaan yksilöllisesti kunkin potilaan tilanteeseen sovellettuna.

Hyvä terveys ja elämänlaatu sekä tasa-arvo ovat ne arvot, joita ravitsemushoidon kehittämistyöryhmä on pitänyt lähtökohtanaan ravitsemushoidon palvelumalleja kehittäessään. Ravitsemushoidon toteutuksessa on pidetty tärkeänä asiakaslähtöisyyttä, vaikuttavuutta ja oikea-aikaisuutta.

#### 3.2. Ravitsemushoidon tavoitteet

Ravitsemushoito on kiinteä osa potilaan kokonaishoitoa ja merkittävä elämänlaatuun vaikuttava tekijä. Ravitsemushoito ottaa huomioon potilaan elämän kokonaisuuden, jossa aterioilla ja ruoalla on psyykkissosiaalinen merkitys ravinnontarpeen tyydyttämisen lisäksi.

#### RAVITSEMUSHOIDON TAVOITTEENA ON

- tukea terveyttä ja potilaan paranemista
- estää vajaa- tai virheravitsemuksen syntyminen
- korjata jo heikentynyt ravitsemustila ja tukea elimistön vastustuskykyä
- hoitaa ja korjata sairaudesta johtuvia muutoksia elimistössä ravitsemusta muuttamalla
- estää sairaudesta tai hoidosta johtuvien liitännäissairauksien syntymistä
- helpottaa potilaan pärjäämistä sairautensa kanssa
- tukea potilaan toimintakykyä, elämänhallintaa ja kykyä ottaa vastuuta omasta terveydestään

### 3.3. Ravitsemushoidon tarve ja hoitoonohjaus

Ravitsemushoito kuuluu luonnollisena osana monien sairauksien päivittäiseen hoitoon. Eräissä sairauksissa tai tilanteissa hoito vaatii erityisruokavaliota tai tehostettua ravitsemushoitoa.

#### RAVITSEMUSHOITOA TARVITAAN MM. SEURAAVISSA TILANTEISSA TAI TAUTIEN HOIDOSSA

- aliravitsemus
- lihavuus
- diabetes
- hyperlipidemiat
- kohonnut verenpaine tai verenpainetauti
- sepelvaltimoiden ohitusleikkaus tai pallolaajennushoito
- sydämensiirto
- haiman tai maksan vajaatoiminta
- munuaisten krooninen vajaatoiminta: konservatiivinen hoito, hemo- tai peritoneaalidialyysihoito, munuaissiirto
- synnynnäinen nefroosi
- nefroottinen oireyhtymä
- keliakia
- suoliston tulehdussairaudet mm. colitis ulcerosa, Crohnin tauti
- amyloidoosi
- reumasairaudet
- kihti
- syöpätaudit
- ruoka-allergiat ja intoleranssit
- synnynnäiset aineenvaihduntaudit
- keskisuus
- nielemis- ja syömisvaikeudet (esim. hemiplegia)
- syömishäiriöt
- kirurgiset hoidot
  - suun, nielun tai ruokatorven alueella
  - mahalaukun tai haiman osat tai kokopoisto
  - suoliresektiot
  - avanteet
- sairaudet, joiden lääke- tai muu hoito muuttaa ravinnontarvetta tai edellyttää tietynlaista ruokavaliota (esim. reumataudit, syöpätaudit, HIV ja AIDS, dialyysihoidot)
- yksipuolinen ruokavalio hoidollisista, kulttuurisista, elämäntapamuksellisista, psyykkisistä tai taloudellisista syistä
- muut tilanteet, joissa on suuri aliravitsemusriski (mm. Parkinsonin tauti, ALS)
- muut tilanteet, joissa sairastumisriskiä voidaan vähentää ravitsemushoidolla
- tilanteet, joissa parantumista voidaan tukea tehostetulla ravitsemushoidolla (palovammat, traumat, haavat)

Ravitsemushoito on tuloksellisinta ja taloudellisinta, kun se ajoitetaan oikein. Silloin voidaan estää vajaa- tai virheravitsemuksen syntyminen. Sairauden hoidon ja kuntoutuksen lisäksi ravitsemusohjausta tarvitaan monissa elämän erityistilanteissa. Siksi ravitsemushoitoa toteutetaan terveydenhuollon lisäksi mm. sosiaalitoimen ja koulutoimen alueella. Ravitsemusongelman tunnistamisessa avainasemassa ovat ne henkilöt, jotka ovat lähinnä asiakkaan jokapäiväistä elämää. Olennaista on, että ongelman tunnistamisen jälkeen asiakas hakeutuu tai hänet ohjataan saamaan tarvitsemaansa hoitoa.

### 3.4. Tilannearvio ja ravitsemushoitosuunnitelma

Ravitsemushoidon tarpeen tunnistamisen jälkeen selvitetään ongelman laatu ja kartoitetaan potilaan ravitsemustila, terveydentila, mahdolliset sairaudet ja niiden vaatima hoito, mahdollinen aiempi ravitsemushoito tai -ohjaus, kartoitetaan hänen ruokavalionsa ja sen sopivuus sekä selvitetään potilaan mahdollisuudet huolehtia ruokataloudesta ja mahdollisesta erityisruokavalion toteutuksesta (asenteet, tiedot, taidot, fyysinen ja psyykinen toimintakyky, taloudelliset voimavarat, olosuhteet). Tämän pohjalta tehdään ravitsemushoitosuunnitelma.

Jokaisen potilaan ravitsemushoidon peruslinjat määräytyvät tautikohtaisten suositusten tai hyvän ravitsemushoidon käytännön mukaan. Ne on sovellettava potilaan tilanteeseen, joten hoidon tavoitteet ja keinot valitaan potilaan tarpeista ja mahdollisuuksista käsin.

Sairauskohtaisia hoitosuosituksia ovat laatineet eri potilasjärjestöt ja erikoislääkäriryhmät (Käypä Hoito -suositukset). Ohjeita sairauksien ravitsemushoidon hyvästä käytännöstä on Hyvän ravitsemushoidon mallit -julkaisuissa (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2000).

### 3.5. Ravitsemushoidon toteutus

Ravitsemushoidon toteutuksen keinot valitaan potilaan voimavarojen, ravitsemusongelman ja asetettujen tavoitteiden mukaan (Kuva 1).

RAVITSEMUSHOIDON TOTEUTUSTAPOJA	
RAVITSEMUSOHJAUS	RAVINTO
<p><b>yksilöohjaus</b></p> <p><b>ryhmäohjaus</b></p>	<p><b>perusruokavalio</b>      <b>erityisruokavalio</b> eri energiatasot</p> <p><b>rakennemuutettu ruokavalio</b> pehmeä/sosemainen/nestemäinen</p> <p><b>lisäruoka</b></p> <p><b>vitamiini-, kivennäisaine- ja muut ravintoainelisät</b></p> <p><b>täydennysravintovalmisteet</b></p> <p><b>letkuruoka</b></p> <p><b>parenteraalinen ravitsemus</b></p>

**Kuva 1.** Ravitsemushoidon toteutustapoja.

Potilaan niin kotonaan kuin laitoksessakin nauttima ruoka on käytännön ravitsemushoitoa. Tehostetun ravitsemushoidon kohdalla siihen nivoutuvat myös apteekkipalvelut.

Ohjaus on olennainen osa hoitoa. Ohjaajalta edellytetään ravitsemuksen, sairauden ja sen hoidon perustietojen lisäksi ohjaukseen ja hoitoon liittyvien menetelmien ja taitojen hallintaa. Ohjaajan tulee pystyä kartoittamaan potilaan ruokavalio, arvioimaan sen laatu ja ravitsemuksellinen riittävyys. Jos ohjaajan ravitsemushoidon tietotaito on riittämätön eikä hän osaa soveltaa tietoja asiakkaan tarpeisiin, ohjaus jää ylimalkaiseksi eikä anna valmiuksia henkilökohtaisiin valintoihin käytännön tasolla. Asiantunteva ja asiakaslähtöinen ohjaus sen sijaan tukee asiakkaan kykyä ottaa vastuuta omasta terveydestään ja sairautensa hoidosta sekä antaa tähän tarvittavat valmiudet.

Ravitsemusohjauksen tavoitteena on usein ruokatottumusten muuttuminen pysyvästi. Se on prosessi, johon tarvitaan yksilöllistä tukea sekä useita ohjauksetoja. Tuloksiin ei päästä, jos prosessi kuitataan lyhyellä keskustelulla tai pelkällä kirjallisella ohjeella. Myös yksittäisestä konsultaatiosta esim. ravitsemusterapeutin vastaanotolla saattaa olla vain vähän hyötyä, ellei ohjaus ja seuranta jatku terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanotolla. Yksilöohjauksen rinnalla voidaan soveltuviissa tilanteissa käyttää ryhmäohjausta.

Terveydenhuoltohenkilöstön lisäksi ravitsemushoidon toteuttamiseen osallistuu suuri joukko muidenkin alojen työntekijöitä.

#### RAVITSEMUSHOITOA TOTEUTTAVIA TAHOJA

- vuodeosastot
- poliklinikat: lääkärin, terveydenhoitajien, sairaanhoitajien vastaanotot
- ravitsemusterapeuttien vastaanotot
- työterveysasemat
- kotisairaanhoito
- kotipalvelu
- vanhusten hoitokodit
- vanhainkodit
- päiväkodit
- koulut
- vammaisten hoitolaitokset
- kuntoutuslaitokset
- ruokapalvelu

### 3.6. Ravitsemushoidon seuranta ja arviointi

Ravitsemushoidon toteutumista, vaikutuksia ja potilaan tilaa seurataan hoitosuunnitelman mukaisesti ja havainnot kirjataan potilasasiakirjoihin. Terveystilan ja ravitsemustilan lisäksi arvioidaan ruokavalion ravitsemuksellinen riittävyys, toteutetut muutokset ruokavaliossa ja ravitsemuskäyttäytymisessä, vaikeudet toteutuksessa, hoitoon sitoutuminen, asennemuutokset ja vaikutus elämänlaatuun. Tilanearvio ja jatkohoitosuunnitelma tehdään yhdessä potilaan kanssa.

RAVITSEMUSHOITOSUUNNITELMA	
<p><b>Tilanearvioon kuuluu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• potilaan ravitsemustilan arviointi</li> <li>• potilaan ravitsemushoitoa vaativat sairaudet, lääkitys ja muu hoito</li> <li>• aiempi ravitsemusohjaus</li> <li>• potilaan kokemukset hoidosta; onnistumiset ja epäonnistumiset</li> <li>• potilaan ruokatottumusten ja ruokavalion kartoitus ja arvio (ravintoanamneesi)</li> <li>• potilaan oma arvio tilanteestaan, halustaan ja mahdollisuuksistaan muuttaa ruokavaliota</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vuodeosastolla/kotona ruokapalvelusta tilattavan ruokavalion määrittelyn</li> <li>• ohjauksen suunnittelun (yksilö/ryhmäohjaukset, kerrat, tiheys, ketä mukaan)</li> <li>• ohjauksen tukena käytettävän kirjallisen aineiston valinnan ja mahdollisen ateriasuunnitelman laatimisen</li> <li>• ravitsemushoidon seurannasta vastaavan tahon sopimisen</li> <li>• työnjaon suunnittelun</li> </ul>
<p><b>Ravitsemushoidon tavoitteet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• perustuvat tietoon hyvästä ravitsemushoidon käytännöstä ja potilaan ruokatottumuksiin</li> <li>• sovitaan yhdessä potilaan kanssa</li> <li>• asetetaan realistisesti ja jaetaan tarvittaessa osatavoitteisiin</li> <li>• sisältävät toivotun lopputuloksen kuvauksen käyttäytymisen, ruokavalion ravitsemuksellisen sisällön ja ravitsemushoidon muun toteuttamisen osalta</li> <li>• ovat kirjattuina hoitosuunnitelmasa ja kaikkien hoitoon osallistuvien tiedossa</li> </ul>	<p><b>Seurannasta ja arvioinnista suunnitellaan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dokumentointi</li> <li>• potilaan ravitsemustilan arviointi ja seuranta</li> <li>• ruokavaliomuutokset, ruokavalion arviointi</li> <li>• hoidon onnistumisen seuranta suhteessa hoidollisiin tavoitteisiin ja sopivan ravinnonsaannin ylläpitämiseen</li> <li>• potilaan ja muiden ravitsemushoitoa toteuttavien henkilöiden hoitoon sitoutuminen, tiedot ja taidot</li> <li>• hoidon onnistumisen arviointi ja jatkohoidon tarpeen arviointi</li> <li>• palaute potilaalle ja muille ravitsemushoitoon osallistuville</li> <li>• ravitsemushoitosuunnitelman tarkistus ja jatkotoimenpiteet</li> <li>• tiedottaminen muille hoitoon osallistuville</li> <li>• prosessin jatkaminen mahdollisesti toisessa hoitopisteessä sekä siihen tarvittava tiedottaminen</li> </ul>
<p><b>Toteutussuunnitelma sisältää</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keinojen valinnan asetettujen tavoitteiden ja potilaan ongelmien mukaan</li> <li>• ruokavalion suunnittelun ja mahdollisen täydentämisen tehostetun ravitsemuksen keinoin</li> </ul>	

#### 4. RAVITSEMUSHOIDON NYKYTILANNE

Ravitsemushoidon nykytilannetta terveydenhuollossa selvitettiin vuonna 1997 osana Ravitsemushoidon palvelut ja laatu -projektia. Selvitys tehtiin kyselyllä Uudenmaan alueella kolmessa terveystieteiden keskuksessa ja niiden käyttämissä erikoissairaanhoidon toimipisteissä. Selvitys koski pääasiallisesti aikuistyyppin diabeteksen, keliakian, ruoansulatuskanavan syövän ja kotona asuvien vanhusten ravitsemushoitoa. Kyselyyn osallistui 374 lääkäriä, sairaanhoitajaa tai kotipalvelun työntekijää. Kaikki (20) Uudenmaan alueella terveydenhuollossa toimivat ravitsemusterapeutit osallistuivat kyselyyn ja ryhmähaastatteluun. Keskusteluja käytiin myös ruokapalvelun edustajien kanssa. Lisäksi ravitsemushoidon toteutumista selvitettiin muutamien päättö- ja pro gradu-töiden avulla.

**Aikuistyyppin diabeetikoiden** hoitoon osallistuvien työntekijöiden yhteistyö ja moniammatillinen hoidon suunnittelu toteutuvat melko heikosti perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidossa yhteistyö sujuu paremmin, mutta moniammatillista hoidon suunnittelua tehdään vaihtelevasti. Periaatteessa hoidolle asetetaan tavoitteita, mutta käytännössä niitä hyödynnetään puutteellisesti. Lääkkeettömään hoitoon panostus vaihtelee. 30–100 % aikuistyyppin diabeetikoista saa vastaajan tekemän arvion mukaan riittävästi ruokavalio-ohjausta. Seurantakäynneillä ruokavalio-ohjaukseen käytetään vuodessa 10–110 minuuttia perusterveydenhuollon hoitopaikasta riippuen. Diabeteshoitajien antama tai sisätautien poliklinikoilla annettu ruokavalio-ohjaus perustuu ruokatottumuksiin. Sen sijaan vuodeosastoilla muiden kuin diabeteshoitajien antama ohjaus ei aina edes tuoreilla diabeetikoilla perustu potilaan ruokatottumuksiin.

**Keliakiapotilaiden** ravitsemusohjauksen tarve on tiedostettu hyvin terveydenhuollon eri tasoilla. Ohjaajana ei kuitenkaan aina ole ravitsemusterapeutti. Ohjaus jää useimmiten vain yhteen kertaan eikä potilas näin ollen saa tarvitsemaansa tukea ravitsemushoidon toteuttamiseen. Lääkäri seuraa hoidon onnistumista lähinnä kliinisin tutkimuksin, mutta ruokavaliota ei arvioida.

**Ruoansulatuskanavan syöpäpotilaat** saavat ruokavalio-ohjausta sekä kirurgisilla osastoilla että syöpätautien klinikassa, mutta toiminnasta puuttuu kokonaisvaltainen suunnitelma. Henkilökuntaryhmät eivät tunne toistensa osuutta ruokavalio-ohjauksessa. Kirurgien ja hoitajien mukaan nykyiseen verrattuna moninkertainen määrä ruoansulatuskanavan syöpäpotilaista tarvitsisi ravitsemusterapeutin apua. Samoin syöpätautien klinikan lääkärit arvioivat noin 80 % näistä potilaista tarvitsevan ravitsemusterapeutin konsultaation. Vain vajaalla viidenneksellä on siihen mahdollisuus. Riittävästi ohjausta saa henkilökunnan mielestä noin 30 % näistä potilaista. Samansuuntaiset arviot saatiin rinta- ja munasarjasyöpäpotilaiden hoidon tarpeesta.

**Ruoka-allergisten lasten vanhemmille** tehdyssä kyselyssä ilmeni, että 80 % niistä vanhemmista, jotka eivät päässeet ravitsemusterapeutin vastaanotolle, arvioi saaneensa niukasti tai liian vähän lapsensa ruokavalioon liittyviä ohjeita. Ravitsemusterapeutin ohjauksessa käyneet vanhemmat (80 %) kokivat saaneensa riittävästi tietoja lapsensa ruokavaliosta.

**Avohoidossa olevien vanhusten** ravitsemusasioiden seuranta ei ole vakiintunut käytäntö. Ravitsemustilan seurannassa ei käytetä yhtenäisiä mittareita eikä painoa seurata järjestelmällisesti. Kotipalvelun antamista vastauksista lähes kolmanneksessa todet-



tiin, että vanhuksen paino saa laskea kolmessa kuukaudessa 5–10 kg ennen kuin syitä ryhdytään selvittämään. Vanhusten ravintolisien mm. D-vitamiinivalmisteen tarpeen arviointi on sattumanvaraista. Vuodeosastolle otettavan vanhuksen ravitsemustilaa selvitetään harvoin. Erityisruokavaliota tarvitsevien vanhusten ravitsemushoito ei ole suunnitelmallista. Terveystenhoitaja vastaa useimmiten erityisruokavalion tarpeen selvittämisestä, toteutumisesta ja seurannasta. Lääkärit eivät aina edes tiedä, keneltä vanhus voisi saada ruokavaliota koskevaa ohjausta.

**Perusterveydenhuollon** hoitajien ja lääkäreiden mukaan ohjausta vaille jäävät mm. moniongelmaiset ja eri tavoin syrjäytyneet potilaat. **Erikoissairaanhoidon** yksiköissä ruokavalio-ohjausta vaille jäävinä luetellaan suuri joukko erilaisia potilasryhmiä. Ravitsemusterapeutin ohjattavaksi potilaita lähetetään erilaisin kriteerein samastakin toimipisteestä. Vain kolmannes ravitsemusterapeuteista on sitä mieltä, että oikeat potilaat ohjataan neuvontaan. Lisäksi ongelmana on ravitsemushoidon jatkuvuuden puuttuminen etenkin erikoissairaanhoidosta perusterveydenhoitoon siirryttäessä.

Ravitsemusta koskevaa tiedonkulkua ja yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja terveyskeskuksen välillä pidetään kaikissa yksiköissä riittämättömänä. Se on puutteellista molempiin suuntiin ja estää ravitsemushoidon jatkuvuutta. Vastaajat toivovat ravitsemuksen osalta mm. perusteellisempia läheteitä ja hoitoyhteenvetoja. Potilaan sairauden vaatima ruokavalio ja hänen mahdollisesti saamansa ohjaus joudutaan useimmiten selvittämään potilaalta itseltään. Tiedonkulun ja yhteistyön puutteellisuuden vuoksi ravitsemushoidon seuranta ja tuloksellisuuden arviointi jää tekemättä.

Sekä **kouluterveydenhuollossa** että **lastenneuvoloissa** työskentelevät terveydenhoitajat pitävät yhteistyötä ja konsultaatiomahdollisuutta ravitsemusterapeutin kanssa tärkeänä ja yhteistyötä toivottiin tuntuvasti nykyistä enemmän.

Yhteistyötä **ruokapalvelun** ja osastojen välillä pidetään yleensä hyvänä. Tavallisin ongelma on ruoan tilaaminen. Osastolla ei tunneta riittävästi tilattavan nimikkeistön sisältöä ja sitä, mihin tilanteeseen kyseinen ruokavalio on tarkoitettu. Ruokapalvelussa on mahdollisuus ottaa potilaiden toiveita huomioon nykyistä yksilöllisemminkin, jos kommunikaatio sujuisi paremmin.

Terveydenhuollossa toimivien **ravitsemusterapeuttien** työkentät ovat laajat. Työssä tärkeimmät alueet ovat potilasohjaus ja muun henkilökunnan kouluttaminen. Ravitsemusterapeutin vuodessa hoitama potilasmäärä riippuu mm. toimenkuvasta, potilaisista, muun henkilökunnan tekemästä valmistelutyöstä ja käytettävissä olevista tukipalveluista. Potilaat tulevat vastaanotolle pääosin lääkärin lähettäminä. Osa potilaista lähetetään ohjaukseen ravitsemushoidon optimaalisen vaikuttavuuden kannalta liian myöhään. Virkojen pienen määrän ja lomasijaisten puuttumisen takia jonotusajat saattavat olla pitkät.

Tehdyn selvityksen perusteella ravitsemusasioista ollaan terveydenhuollossa kiinnostuneita ja ravitsemushoitoa pidetään tärkeänä. Ravitsemushoitoa ei kuitenkaan ole suunniteltu järjestelmällisesti. Ravitsemushoidon toteuttamisessa on huomattavia eroja eri sairaaloiden, terveyskeskusten ja terveysasemien välillä. Ruokavalio-ohjauksen tarve tunnustetaan huonosti. Useiden potilasryhmien saama ravitsemushoito on riittämätöntä ja monet potilaat jäävät ilman ohjausta. Ravitsemusta koskevaan tiedonkulkuun kaivataan parannusta.

## 5. RAVITSEMUSHOIDON VAHVUUDET, HEIKKOUEDET, MAHDOLLISUUDET JA UHAT

Työskentelynsä pohjaksi työryhmä on tehnyt arvion ravitsemushoidon nykytilanteesta ja tulevaisuudennäkymistä. Ravitsemushoito nähdään terveydenhuollossa vahvistuvana ja kehittyvänä alueena, ja siinä on paljon hyödyntämättömiä mahdollisuuksia. Ravitsemushoidon vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat on koottu oheiseen taulukkoon.

### Ravitsemushoidon vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat

#### Vahvuudet

- On olemassa koko väestön kattava terveydenhuoltojärjestelmä, jonka kautta palveluita on saatavilla tai voidaan tarjota
- Palveluiden saaminen ei riipu asiakkaan taloudellisesta tilanteesta
- Terveydenhuoltohenkilökunnassa on pieni, hyvin ravitsemusasioihin perehtynyt joukko
- Väestön korkea koulutustaso mm. lukutaito helpottaa hoitoa ja ohjausta
- Suomessa on pitkät perinteet väestön terveystieteissä
- Väestön ja terveydenhuoltohenkilöstön yleinen kiinnostus ravitsemusasioihin on lisääntynyt
- Ravitsemustutkimus on lisääntynyt ja sen laatu on korkea
- Tietopohja ravitsemuksen ja terveyden ja sairauden välisistä yhteyksistä on hyvä
- On olemassa lukuisia ravitsemusta ja ruokavaliohoitoa koskevia, tutkittuun tietoon perustuvia suosituksia
- Luottamus asiantuntijoihin ja laadittuihin suosituksiin on suuri

#### Mahdollisuudet

- Nopea tiedottaminen on mahdollista
- On olemassa valtakunnallisia suosituksia, joita voidaan kehittää
- Väestön halukkuus vaikuttaa omaan elämään on lisääntynyt
- Koulutustason noustessa tietoisuus ravitsemusasioista lisääntyy
- Tieto ravitsemushoidon ja -ohjauksen keinoista lisääntyy
- Kansainvälinen yhteistyö ja verkostoituminen auttavat ravitsemushoidon ja -ohjauksen kehittämisessä
- Viestinnän uusia keinoja voidaan hyödyntää
- Organisaatioiden kehittäminen (hoitolinjat, hoitoketjut ja työskentelytavat) mahdollistavat ravitsemuksen niveltämisen osaksi hoidon kokonaisuutta

### Heikkoudet

- Palveluita ei ole riittävästi saatavilla
- Terveydenhuoltohenkilökunnan ravitsemuskoulutuksen taso on hyvin vaihteleva ja valtaosan koulutus ei vastaa työn asettamia vaatimuksia
- Terveys- ja sosiaalihuollon palvelujärjestelmässä on liian vähän ravitsemusterapeutteja
- Ravitsemushoidon ja -ohjauksen työnjako on selkiytymätön
- Moniammatillinen yhteistyö on vasta alkamassa
- Suositusten toteutumisen seurantajärjestelmät puuttuvat
- Soveltavaa, käytännön ravitsemushoitoa ja -ohjausta tukevaa tutkimusta tehdään vähän
- Lääkehoidon markkinointia vastaava lääkkeettömän hoidon markkinointijärjestelmä puuttuu
- Henkilökuntaresurssien käyttö ei jakaudu tarkoituksenmukaisesti
- Puuttuu järjestelmä, joka edistäisi uuden ravitsemushoitoon ja -ohjaukseen liittyvän tiedon integrointia käytäntöön
- Ravitsemuksen asiantuntemuksen konsultaatiojärjestelmä puuttuu
- Nykyinen järjestelmä nykyisiä menetelmiä käyttäen ei pysty tuottamaan riittävää vaikuttavuutta
- Verkostoituminen puuttuu tai on vähäistä

### Uhat

- Ravitsemusasioiden arvostus on kapealla pohjalla
- Sensaatiohakuinen uutisointi ja tietotulva sekoittavat henkilökunnan ja yleisön käsityksiä ja aiheuttavat hämmennystä
- Taloudelliset resurssit muuttuvat nopeasti
- Resursointi ja tuloksellisuuden seuranta ovat varsin satunnaisia
- Ravitsemuksen viimeaikaiset positiiviset suuntaukset saattavat muuttua
- Markkinavoimat saattavat tukea ravitsemuksen kannalta epäsuotuisia suuntauksia
- Elämänarvoissa yksilöllisyys ja mielihyvää tuottavat asiat ovat korostuneet
- Vaihtoehtohoitojen käyttö lisääntyy – halutaan muuta kuin tieteellisesti todistettua hoitoa
- Koululääketieteeseen tukeutuva ravitsemushoito sekoitetaan vaihtoehtohoitoin, jolloin laillistetun ammattihenkilöstön uskottavuus vähenee
- Ravitsemushoidon ja -ohjauksen tuloksellisuutta on vaikea osoittaa talouden hoidossa käytettävässä tarkasteluvälissä (yksi budjettivuosi), ja tulokset näkyvät osittain muissa yhteiskunnan kuluissa
- Eriarvoisuus yhteiskunnassa lisääntyy
- Henkilökunnan uupuminen vaikeuttaa työn sisällöllistä kehittämistä
- Ravitsemuksen asiantuntemus terveydenhuollon suunnittelu- ja johtoelimistä puuttuu

## **6. RAVITSEMUSHOITO KEHITTYVÄSSÄ PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ**

### **6.1. Ravitsemussuunnittelun tuloksellisuus kansantautien ehkäisyssä**

Väestön ja terveydenhuoltohenkilöstön yleinen kiinnostus ravitsemusasioita kohtaan on lisääntynyt. Ravitsemus- ja lääketieteellinen tutkimus on vahvistanut käsityksiä ruokatottumusten ja useiden kansansairauksien kehittymisen välisistä yhteyksistä ja näiden tautien hoidosta. Suomalaisten ruokatottumukset ovat monelta osin muuttuneetkin suotuisaan suuntaan viimeisimpien parinkymmenen vuoden aikana. Tämän on arvioitu olevan tärkeimpiä syitä mm. väestön verenpaineen ja veren kolesterolitasojen laskuun ja edelleen aivohalvauksien ja sepelvaltimotaudin ilmaantuvuuden ja kuolleisuuden laskuun.

Osaltaan tätä myönteistä kehitystä on auttanut laaja-alainen sairauksien ehkäisy ravitsemussuunnittelu (Sosiaali- ja terveysministeriön laatima sosiaali- ja terveyskertomus vuodelta 1998). Suunnittelua on tukenut korkeatasoinen lääke- ja ravitsemustutkimus, valtakunnalliset ja pohjoismaiset ravitsemussuosituksot, elintarvikeviraston ja kuluttajaviraston aktiivinen tiedottaminen sekä terveydenhuollon ammattijärjestöjen ja kansanterveysjärjestöjen toiminta. Suunnittelun ja päätöksenteon tukena on viime vuosina ollut myös usean ministeriön ja kansanterveyslaitoksen yhteistyöhankkeena toteuttama ravitsemuksen seurantajärjestelmä (Ravitsemuskertomus v. 1995, 1996 ja 1998).

### **6.2. Ravitsemushoitosuositukset ja ravitsemushoitopalvelujen koordinointi**

Sairauksien ravitsemushoidosta annettavien ohjeiden tai suositusten laadinnasta, toimeenpanosta ja toteutuksen seurannasta sen sijaan on puuttunut valtakunnallisen ja paikallisen tason koordinointi. Sairauksien ravitsemushoidosta on annettu suositusluontoisia ohjeita, joiden laadinnasta ovat vastanneet eri potilasjärjestöt ja erikoislääkäriryhmät. Ravitsemushoidon osuus, perusteellisuus ja käytännönläheisyys vaihtelevat näissä suosituksissa. Suositusten käytäntöön soveltamisesta tai hoidon vaikuttavuudesta terveydenhuollon palvelujärjestelmään sovellettuna ei ole seurantajärjestelmiä.

### **6.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutos**

Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmän tavoitteena on tarjota riittävät palvelut kohtuullisella hinnalla tai maksutta kaikille kansalaisille asuinpaikasta tai sosiaalisesta asemasta riippumatta. Myös korkeatasoisten erityispalvelujen on oltava kaikkien niitä tarvitsevien saatavilla (STM sosiaali- ja terveystietokertomus 1998, Palvelujen tuottamisstrategia).

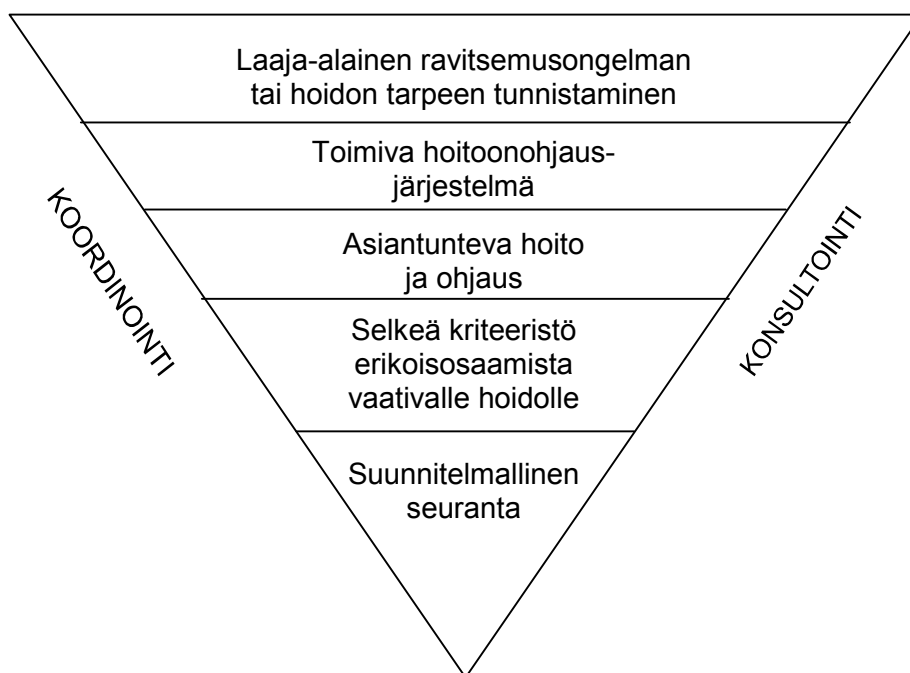
Julkisten menojen leikkaukset ovat johtaneet tarpeeseen kehittää terveyspalvelujen taloudellisuutta ja vaikuttavuutta. Osana tätä kehitystä on v. 1993 toteutettu valtionosuusuudistus ja sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelurakennemuutos. Terveydenhuollon päätöksentekoa on hajautettu, valtion ohjausta on vähennetty ja painotusta muutettu informaatio-ohjauksen suuntaan. Vastuuta ja päätösvaltaa on siirretty kun-

nille ja paikallistason toimijoille. Pyrkimyksenä on kehittää lähipalveluja, etenkin avohoitopalveluita, kehittää hoito- ja palveluketjuja, hoitokäytäntöjä ja vahvistaa asiakaslähtöisyyttä. Tämä edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden uudelleen arviointia ja paikallistason yhteistyötä. Muutos koskee myös ravitsemushoidon toteutumisen edellytyksiä, joten päätöksentekijöiden tulee saada ravitsemusta ja ravitsemushoitoa koskevaa tietoa päätöksenteon tueksi ja ravitsemusasiat tulee kytkeä osaksi kunnan terveyden edistämisen strategiaa.

Ravitsemushoidon kohdalla budjettikausi, toimintavuosi, on liian lyhyt taloudellisen hyödyn arviointiin. Ravitsemushoitoon kohdistuvien leikkausten vaikutukset saattavat näkyä vasta vuosien kuluttua. Vastaavasti hoidon tehostumisen vaikutukset saattavat väestötasolla näkyä hitaasti, mutta olla vaikutuksiltaan kauaskantoisia ja pysyviä. Terveyden- ja sosiaalihuollon alueella tehdyt kustannusleikkaukset ovat jo näkyneet ravitsemusneuvontapalvelujen heikentymisenä, koska asiantuntevaa henkilökuntaa ei ole voitu palkata riittävästi (STM sosiaali- ja terveystietomus 1998). On tiedostettava, että hyvä ravitsemushoito säästää kustannuksia. Sen avulla voidaan lisätä terveenä tai ilman lisäsairautta ellettävien vuosien määrää, vähentää lääkityksen ja muun hoidon tarvetta sekä vähentää tai lyhentää sairaala- tai laitoshoidojaksoja, tukea potilaan toimintakykyä, kykyä selviytyä kotioloissa ja parantaa elämänlaatua.

## 7. RAVITSEMUSHOIDON KEHITTÄMINEN

Parhaimmillaan ravitsemushoitopalvelut ovat saumaton osa muuta sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää. Monimuotoisen luonteensa vuoksi niitä on syytä tarkastella myös omana kokonaisuutenaan. Ravitsemushoitopalveluiden kehittämisen lähtökohta on kuntalaisten ravitsemushoitopalvelujen tarpeiden tunnistaminen ja käytettävissä olevien resurssien, mm. henkilöstöresurssien ja organisaation toimivuuden kartoitus ravitsemushoidon osalta. Suunniteltaessa parannuksia ravitsemushoidon järjestämiseen huomio tulee kiinnittää ravitsemushoidon toteutumisen kannalta keskeisiin osatekijöihin: 1) ravitsemusongelman tai ravitsemushoidon tarpeen laaja-alaiseen ja varhaiseen tunnistamiseen 2) systemaattiseen hoitoon ohjaamiseen 3) ravitsemushoidon koordinointiin 4) henkilökunnan konsultaatioverkon luomiseen 5) hoidon ja ohjauksen riittävään asiantuntemukseen 6) erikoisosaamista vaativan ravitsemushoidon määrittelyyn 7) hoidon porrastamiseen 8) sujuvien hoitolinjojen ja saumattomien ravitsemushoitoketjujen luomiseen 9) ravitsemushoidon seurannan suunnitelmallisuuteen sekä tehokkaaseen viestintään. Toiminnan sujuvuuden ja tuloksellisuuden seuranta, arviointia ja kehitystä varten tarvitaan ravitsemushoidon laadun seurantarjestelmä (Kuva 2).



**Kuva 2.** Laadukkaiden ravitsemushoitopalveluiden keskeiset edellytykset.

## 8. RAVITSEMUSHOIDON RESURSSIT

### ONNISTUNUT RAVITSEMUSHOITO EDELLYTTÄÄ HENKILÖKUNNALTA

- asiantuntemusta seuraavilla alueilla:
  - ihmisen ravitsemus
  - sairaus ja sen hoito
  - ravitsemustilan arviointi
  - elintarvikkeet, niiden koostumus ja ravintosisältö
  - ruokavalion ravitsemuksellisen riittävyyden arviointi
  - ruokavalion soveltaminen potilaan yksilöllisiin tarpeisiin sopivaksi
  - elintarvikelainsäädäntö
  - erityisvalmisteet ja kliiniset ravintovalmisteet, koostumus, käyttö ja korvattavuus
- viestintä- ja vuorovaikutustaitoja
- ajan tasalla olevaa havainto- ja muuta ohjauksen tukiaineistoa
- riittävästi aikaa
- rauhallisen ympäristön ohjaustilanteessa

### 8.1. Henkilöstö

Ravitsemushoidon tarpeen tunnistamisen sekä palvelujen saatavuuden ja laadun tärkein tekijä on riittävä ja osaava henkilökunta.

#### Ravitsemus oppiaineena perusopinnoissa

Terveydenhuollon eri henkilöstöryhmien peruskoulutuksen tarjoamat valmiudet nykyajan ravitsemushoidon tarpeita ajatellen ovat suhteellisen vähäiset. Henkilökunnan asiantuntemus riippuukin pitkälti hankitusta lisäkoulutuksesta ja omasta kiinnostuksesta ravitsemusasioita kohtaan.

Lääkäreiden koulutuksessa ravitsemusasiat opetetaan nykyään pääosin hajautettuna. Kliinisen ravitsemuksen määrä on kuitenkin pieni, useimmiten noin kaksi opintoviikkoa. Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien koulutuksessa ravitsemusta on niin ikään kaksi opintoviikkoa. Lähihoitajien koulutukseen kuuluu kotitalousopintoja kolmen viikkoa, josta noin puolet on ravitsemusopetusta.

Ammattikorkeakoulussa ravitsemusopetuksen määrää ei perusopinnoissa ole lisätty opistotason opetukseen verrattuna. Ravitsemuksen osuutta on kuitenkin mahdollisuus laajentaa jonkin verran valinnaisilla kursseilla.

Ravitsemuksen ja erityisesti ravitsemushoidon opetusta tarvitaan huomattavasti lisää kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutuksessa. Sen lisäksi opettajilta tulee edellyttää ylempää korkeakoulututkintoa ja syventäviä opintoja ravitsemusteestä tai kliinisestä ravitsemuksesta.

### Ravitsemushoitoa toteuttavat henkilöstöryhmät

Ravitsemushoidon toteuttamiseen osallistuvat useat eri henkilöstöryhmät, joista keskeisin on terveydenhuollon henkilöstö.

#### *Lääkärit*

Lääkäreillä on kokonaisvastuu potilaan hoidosta, myös ravitsemushoidosta. Lääkäri vastaa ravitsemustilan arvioinnista, hoidon suunnittelusta, seurannasta ja arvioinnista. Ravitsemusongelman tunnistaminen jää usein lääkärin tehtäväksi. Hänen suhtautumisensa ravitsemushoitoa kohtaan voi vaikuttaa ratkaisevasti potilaan asenteisiin. Lääkäri on avainasemassa hoidon toteutuksen suhteen päättäessään mm. potilaan ohjauksesta ja muun henkilökunnan osallistumisesta hoitoon. Lääkärit vaikuttavat myös eri työskentelytapojen, esimerkiksi tiimityöskentelyn, kehittymiseen. Heillä on usein myös päättäväisyyttä resurssien jaossa.

Koulutus antaa perusvalmiudet sairauksien ja ravitsemuksen välisen yhteyksien ymmärtämiselle. Ravitsemushoidon muiden osatekijöiden hallinta jää peruskoulutuksessa vähemmälle, joten esim. käytännön ravitsemushoidon toteuttamiseen liittyvien asioiden tuntemus riippuu henkilökohtaisesta kiinnostuksesta ja asenteesta ravitsemushoitoon. Lääkäreiden ravitsemustietouden lisääminen onkin ravitsemushoidon kehittämisen kannalta välttämätöntä.

Suomessa oli vuonna 1998 yksi lääkäri 330 asukasta kohden. Lääkäriytyövoiman jakautumisessa on kuitenkin alueellisia eroja (Stakes 8/1999 Terveydenhuollon ammattihenkilöt 31.12.1998).

#### *Ravitsemusterapeutit*

Ravitsemusterapeutit ovat ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita (MMM, ETM, THM, TtM) laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä ravitsemustiede tai kliininen ravitsemustiede pääaineena. He ovat ainoa terveydenhuollon henkilöstöryhmä, jolla on laaja-alainen ravitsemushoitoon keskittynyt koulutus. Ravitsemusterapeuttien osaamisalueisiin kuuluu sairauksien ja niiden hoidon tunteminen, ravitsemustilan ja ruoankäytön selvittämismenetelmät, ruokavalioiden toteuttaminen, elintarvikevalikoiman, kliinisten ravintovalmisteiden ja erityisvalmisteiden tuntemus, käytännön ruoanvalmistuksen ja elintarvikelainsäädännön osaaminen sekä taito käyttää eri ohjaus- ja koulutusmenetelmiä.

Ravitsemusterapeutteja toimii sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Ravitsemusterapeutti voi osallistua ravitsemushoitoon usealla eri tasolla:

- yksilöllisenä tai ryhmissä toteutettuna potilasohjauksena
- toimimalla moniammatillisessa tiimissä, jolloin ravitsemuksen asiantuntemus on potilaan kanssa välittömässä kontaktissa olevan henkilökunnan jäsenen käytettävissä
- henkilökunnan kouluttamisen ja konsultoinnin kautta sekä järjestämällä ravitsemushoidossa tarvittavaa tukimateriaalia
- huolehtimalla ajankohtaisesta ravitsemusasioiden tiedotuksesta



- suunnittelemalla ja organisoimalla ravitsemushoitoa
- tekemällä tutkimustyötä

Vuoden 1999 alussa Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen rekisterissä oli 243 laillistettua ravitsemusterapeuttia, joista kuitenkin vain pieni osa toimii sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Ravitsemusterapeutin toimia ja virkoja oli koko maassa 69,5. Niissä kunnissa, joissa on ravitsemusterapeutin toimi, on keskimäärin yksi ravitsemusterapeutti 77 300 asukasta kohti). Näistä 26 on perusterveydenhuollossa (keskimäärin yksi ravitsemusterapeutti 107 000 asukasta kohti) ja 41,5 erikoissairaanhoidossa (Liite 1). 3,1 miljoonaa suomalaista asuu kunnissa, joissa ei ole ravitsemusterapeutin palveluja perusterveydenhuollossa. Yhdeksän sairaanhoitopiirin alueella ei ole ravitsemusterapeuttia perusterveydenhuollossa. Paria poikkeusta lukuun ottamatta sosiaalitoimen puolella ei ole ravitsemusterapeutteja, joten terveydenhuollossa toimivat ravitsemusterapeutit joutuvat jakamaan työpanostaan myös sosiaalitoimen tarpeisiin. Ravitsemusterapia ei kuulu sairausvakuutuslain piiriin, joten yksityissektorin palvelujen käyttö on vähäistä.

Ravitsemusterapeutteja tulee saada nykyistä enemmän mukaan suunnittelutehtäviin terveyden- ja sosiaalihuoltoon sekä koulutoimen hallinnon alueelle niin paikallisen, alueellisen kuin keskushallinnonkin tasolle.

#### *Terveydenhoitajat*

Terveydenhoitajat toimivat neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa, terveystasemilla omilla vastaanotoilla, työterveyshuollossa tai kotisairaanhoidossa. He antavat ohjausta terveellisestä ruokavaliosta, tunnistavat ravitsemuksen kannalta vaaratilanteessa olevia ja antavat ruokavalio-ohjausta. Väestövastuun myötä potilaan kontakti terveydenhoitajaan muodostuu useimmiten pitkäaikaiseksi. Tarkkaa tietoa ei ole siitä, millaisin määrällisin ja laadullisin resurssein ravitsemushoitoa kunnissa toteutetaan.

Terveydenhoitajien osuutta ravitsemushoidossa on mahdollista lisätä. Siihen tarvitaan jatkuvaa lisäkoulutusta sekä hyvä yhteistyö- ja konsultaatiosuhde ravitsemusterapeutin kanssa.

#### *Sairaanhoitajat*

Sairaanhoitajat toteuttavat ravitsemushoitoa vuodeosastoilla, poliklinikoilla ja avosairaanhoidon vastaanotoilla. He antavat ruokavalio-ohjausta, seuraavat potilaan ravitsemustilaa, huolehtivat ravitsemushoidon käytännön toteutuksesta vuodeosastolla potilasruoan, täydennysravintovalmisteiden ja parenteraalisen ravitsemushoidon osalta. Sairaanhoitajien vastuu ravitsemushoidossa on suuri. Siksi on tarpeen kehittää työnjakoa ja yhteistyötä, koulusta, konsultaatio- ja muita tukijärjestelmiä.

*Tiettyihin erityisalueisiin perehtyneet hoitajat mm. diabeteshoitajat, infarktihoitajat, allergiahoitajat, nefrologiset hoitajat, reumahoitajat, avannehoitajat*

Osa sairaanhoitajista keskittyy työssään jonkin tietyn potilasryhmän hoitamiseen. Lisäkoulutuksen määrä vaihtelee. He seuraavat potilaan ravitsemustilaa ja ruokavaliion toteutumista oman erityisosaamisalueensa kannalta ja antavat siihen liittyvää

ruokavalio-ohjausta. Ajankäyttö potilasta kohden ja mahdollisuus seurantaan vaihtelee hyvin paljon. Näiden hoitajaryhmien määrästä ei valtakunnallisella tasolla ole tarkkaa tietoa.

#### *Lähihoitajat/perushoitajat*

Lähihoitajia/perushoitajia toimii sekä vuodeosastoilla, vanhainkodeissa että kotihoidossa. He ovat usein mukana ravitsemushoidon toteuttamisessa mm. ruokailutilanteissa syöttäen avustamista tarvitsevia potilaita sekä seuraten potilaiden ruokahalua ja nautitun ruoan määrää. Lähihoitajia on joissakin toimipisteissä koulutettu antamaan myös ruokavalio-ohjausta joillekin potilasryhmille.

#### *Muut henkilökuntaryhmät*

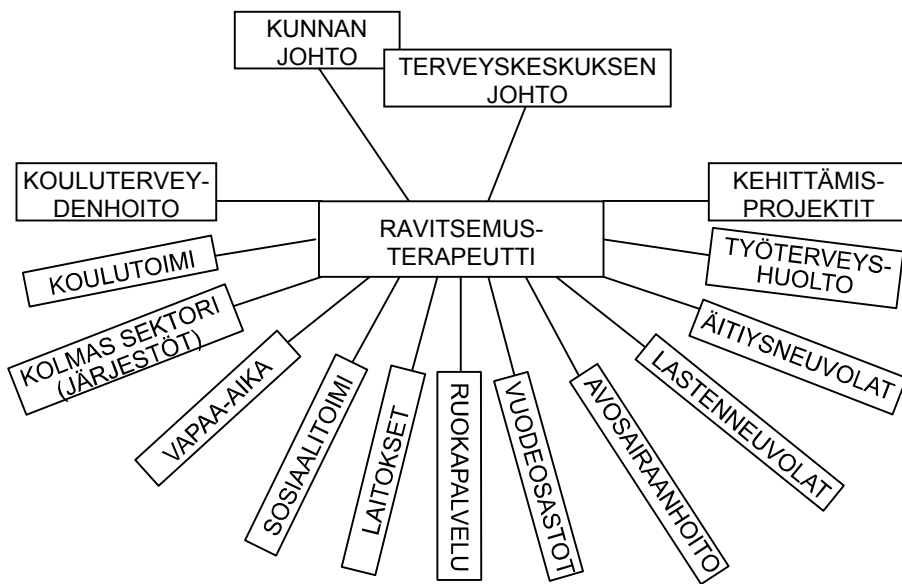
Muutkin henkilökuntaryhmät voivat työssään osallistua ravitsemushoitoon (sairaala-apulaiset, toimintaterapeutit, puheterapeutit, sosiaalityöntekijät jne.). Heidän tehtävänä on informoida hoitohenkilökuntaa havaitsemistaan ravitsemushoitoon liittyvistä ongelmista.

### **8.2. Aikaresurssit**

Ravitsemushoidon toteuttaminen vaatii henkilökunnalta osaamisen lisäksi riittävästi aikaa. Potilaan ruokatottumusten pääpiirteittäinenkin selvittäminen vie tottuneelta henkilöltä 15–30 minuuttia. Aikaa tulee varata myös tavoitteista keskustelemiseen, ohjaukseen sekä mahdollisten kirjallisten ohjeiden laatimiseen. Näin hoito on asiakaslähtöistä, potilaan tarpeisiin räätälöityä ja vaikuttavaa. Turvautumalla kaavamaiseen pikaohjaukseen tai pelkän kirjallisen aineiston antamiseen menetetään ravitsemushoidosta saatava hyöty. Myös potilasvastaanottoon liittyvä suunnittelu- ja valmistelutyö vaatii aikaa. Henkilöstön tarpeen arvioinnissa nämä ajankäyttöön liittyvät seikat on otettava huomioon. Ravitsemushoitoon käytettävän ajan tarve lisääntyy myös väestön ikääntymisen ja ruokavaliolla hoidettavien sairauksien yleistyessä.

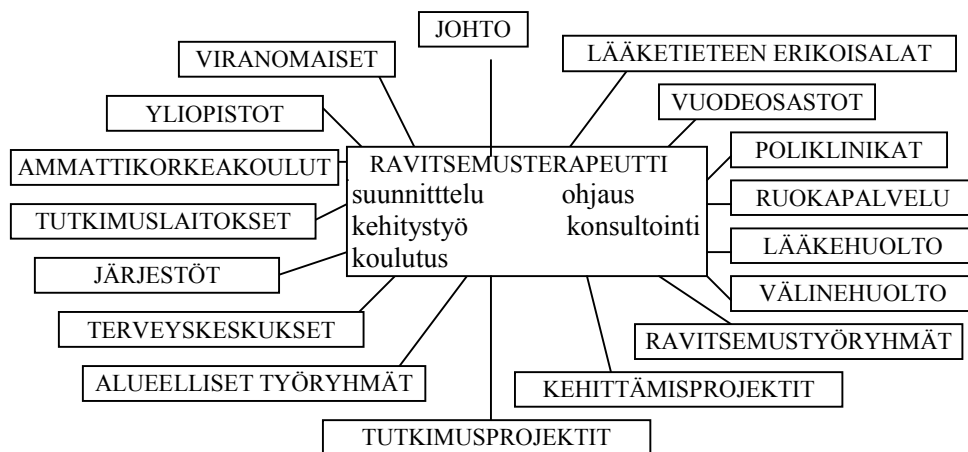
### **8.3. Toimenkuvien kehittäminen**

Ravitsemushoidon suunnittelu, koordinointi sekä toteuttaminen voidaan määritellä osaksi eri työntekijöiden toimenkuvia. Vastuunjako joudutaan ratkaisemaan paikallisten olosuhteiden ja joskus myös työntekijöiden kiinnostuksen mukaan. Hoitohenkilökunnan osuutta ravitsemushoidon toteutuksessa voidaan lisätä nimenomaan silloin, kun ravitsemusterapeuttia voidaan käyttää konsultointiin ja työnohjaukseen. On tärkeää, että tehtävät otetaan huomioon työntekijän ajankäytössä, kirjallisuusmäärärahoissa ja koulutuksen tarvetta arvioitaessa ja sijaisia palkatessa.



**Kuva 3.** Ravitsemusterapeutti ravitsemuksen resurssihenkilönä perusterveydenhuollossa.

Ravitsemusterapeuttien toimenkuvat vaihtelevat perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa organisaation tarpeiden ja luonteen mukaan (Kuva 3 ja 4). Toimenkuvat tulisi suunnitella eri hoitoprosessien ja organisaation kannalta ottaen huomioon ravitsemusterapeutin panos potilasohjauksessa, tiimeissä, henkilökunnan koulutuksessa, konsultoinnissa, ravitsemushoidon suunnittelussa ja organisoinnissa, ruokapalvelujen kehittämisessä, tiedonhankinnassa, alueellisessa yhteistyössä tai tutkimustyössä. Ravitsemusterapeuttien työpanoksen selkeä jakaminen eri tehtävien kesken auttaa asiantuntemuksen käytön tarpeen suunnittelussa, resurssien ja tulosten arvioinnissa sekä kustannusten kohdentamisessa. Pienissä yksiköissä ravitsemusterapeutin palvelut voidaan järjestää ostopalveluina.



**Kuva 4.** Ravitsemusterapeutti ravitsemuksen resurssihenkilönä sairaalassa.

#### 8.4. Ruokapalvelut

Potilasruoka on oleellinen osa ravitsemushoitoa. Ruoka tyydyttää ravinnontarpeen ja ateriat ovat usein päivän kohokohtia. Maittavat ja sopivat annokset tukevat ruokahaluja ja parantavat mielialaa. Ruoan nautittavuuteen vaikuttaa myös ruoan ulkonäkö, tarjolle pano, ruokailutilan viihtyisyys ja ruokailutilanteen rauhallisuus. Korkeatasoiset ruokapalvelut ovat siten koko ruokapalveluketjun yhteistyön tulosta.

Potilaan ruoan tilaus on osa ravitsemushoitosuunnitelmaa. Ruoantilausta tekevän työntekijän on tunnettava potilaan ravitsemushoidollisten tarpeiden ja potilaan toivomusten lisäksi myös ruokapalvelun tarjoamat vaihtoehdot. Ravitsemushoidon onnistuminen käytännön tasolla edellyttää myös ruoankäytön seuranta, ruoantilausten muuttamista tarpeiden muuttuessa tai ravinnon saannin turvaamista tehostetun ravitsemushoidon keinoin.

Sairaalassa tai laitoksessa tarjottava ruoka jää potilaalle mieleen myös mallina oikeasta ruokavaliosta. Potilasruokaa voidaan käyttää suunnitelmallisesti ohjauksen osana. Ruokailu voidaan järjestää myös opetusruokailuna. Jos ruokailu on tutkimusten tai hoitotoimenpiteiden takia tavallisuudesta poikkeavaa, on huolehdittava siitä, että potilaalle ei jää virheellistä kuvaa hänelle suunnitellusta ruokavaliosta kotiolosuhteita ajatellen.

Hajautettu ja keskitetty ruoanjakelujärjestelmä tarjoavat erilaiset mahdollisuudet ravitsemushoidon toteutukselle ja vaativat eri tavoin henkilökunnan osallistumista palveluketjun eri vaiheissa. Kun ruoka jaetaan osastolla, potilaan toivomukset voidaan ottaa yksilöllisemmin ja välittömästi huomioon. Esimerkiksi geriatrisilla tai syöpäpotilaiden osastoilla kokemukset hajautetusta ruoanjakelusta ovat olleet myönteisiä. Hajautettu ruoanjakelujärjestelmä edellyttää osastohenkilökunnalta hyvää ruokavalioiden ja ruoan tuntemusta ja sitoo henkilökunnan aikaa ruoanannostelutehtäviin. Keskitetyssä ruoanjakelujärjestelmässä sen sijaan ruoka annostellaan ravitsemuskeskuksessa valmiiksi potilaan tarjottimelle ennakoon tehdyn tilauksen mukaisesti, jolloin osastohenkilökunnan aikaa vapautuu muihin tehtäviin. Potilaan toivomusten toteutuminen edellyttää osaston ja ruokapalvelukeskuksen saumatonta ja ajantasaista viestintää.

Toiminnan tehostamisen yhteydessä ruokapalvelut on monissa yksiköissä järjestetty erilliseksi palveluyksiköksi. Vaarana on ruokapalvelun etääntyminen ravitsemushoidosta, jos painopiste siirtyy ruokapalvelujen mahdollisimman taloudelliseen tuottamiseen ravitsemushoidollisten näkökohtien jäädessä taka-alalle. On pidettävä huoli siitä, että ruoan laatu ja tarjolla olevat vaihtoehdot säilyvät sellaisina, että ravitsemushoidon toteutuminen ei vaarannu. Tämä edellyttää riittävää ravitsemushoidon ja ruokapalvelujen laadun tuntemusta niin ostajan kuin palvelujen tuottajankin puolelta. Sopimukseen tuleekin kirjata ruoan laatukriteerit ja laatuvaatimukset joiden toteutumisista seurataan. On myös arvioitava hinnoittelupolitiikan vaikutus ravitsemushoitoon. Merkittävät hintaerot ruokavalioiden välillä saattavat johtaa säästösyistä halvemman mutta potilaan hoidon kannalta huonomman vaihtoehdon valintaan. Jos ruokapalvelujen kustannuksia leikataan, toimenpiteiden vaikutuksia on tarkasteltava kokonaisvaltaisesti, jotta säästöt eivät johda lisäkustannuksiin esim. potilaiden mahdollisesti huonontuneen ravitsemustilan, yleiskunnan tai lisääntyneen infektioherkkyyden takia.

Asiantuntevalla suunnittelulla luodaan edellytykset asiakkaiden tarpeiden mukaisten, kustannuksiltaan kohtuullisten ruokapalvelujen tuottamiselle.

#### **8.5. Apteekki- ja välinehuoltopalvelut**

Ajanmukainen ja tehokas ravitsemushoidon toteutus edellyttää toimivaa yhteistyötä hoitoyksikön ja apteekin sekä välinehuollon kesken. Ravintovalmisteiden ja tehostettuun ravitsemushoittoon tarvittavan välineistön valinta- ja hankintapäätökset on syytä tehdä moniammatillisena yhteistyönä. Tarvittaessa tätä tehtävää varten voidaan perustaa tehostetun ravitsemushoidon työryhmä.

## 9. RAVITSEMUSHOIDON ORGANISOINTI

Ravitsemushoidon yhdenmukaisuus, laatu, jatkuvuus ja ajanmukaisuus edellyttävät, että työ on organisoitu yli sektorirajojen ja että sitä koordinoi moniammatillinen, pysyvä toimielin. Ravitsemushoidon organisointi voidaan toteuttaa eri tavoin riippuen henkilöstön tietotaidosta ja ottaen huomioon toimipisteen, yksikön tai alueen erityistarpeet. Keinoina voidaan käyttää toimikuntia, verkostoja ja vastuuhenkilöjärjestelmiä. Suuret kehittämishankkeet voidaan toteuttaa projekteina.

Suurin vastuu ravitsemushoidon järjestämisestä on organisaation johdolla, olipa kysymyksessä sairaanhoitopiiri, kunta, terveyskeskus, sairaala, sairaalan klinikka, kuntoutuslaitos, hoivakoti tms. Johdon tehtävänä on vahvistaa ravitsemushoidon tavoitteet ja toiminnan suunnitelmat, valvoa niiden toteutumista sekä huolehtia riittävästä resurssista, työnjaosta ja organisaation toimivuudesta. Kunta- ja sairaalaorganisaatioissa ravitsemushoitoa toteuttava henkilöstö kuuluu hallinnollisesti useisiin eri alueisiin. Asioiden sopiminen riittävän päätösvaltaisella tasolla helpottaa yhteistyön sujumista. Yhteistyön suunnittelu on tarpeen myös työterveyshuollon ja yksityissektorin terveydenhuollon kanssa.

### RAVITSEMUSHOIDON JÄRJESTÄMISEN SUUNNITTELUSSA TARVITAAN

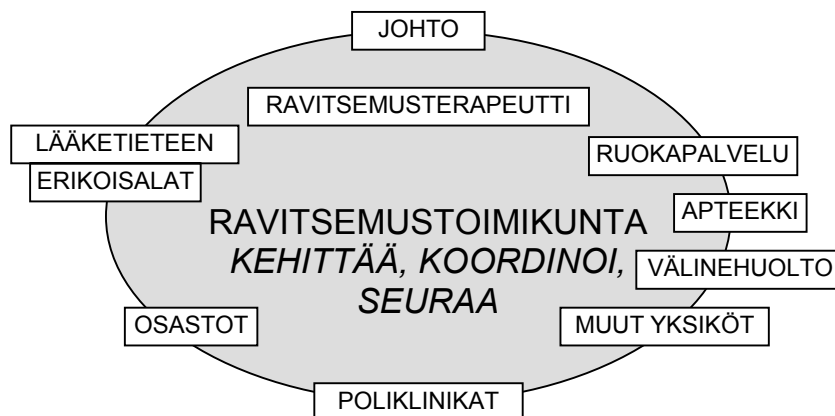
- ravitsemusterapeutti
- lääketieteen asiantuntija (tai erikoisalan asiantuntija)
- organisaation asiantuntija
- hoitotyön asiantuntija
- ruokapalvelun asiantuntija
- sosiaalitoimen (ja/tai koulutoimen) edustaja
- potilasjärjestön edustaja (tilanteen mukaan)
- kotitalous- ja kuluttaja-asiat (tilanteen mukaan)

Kehittämällä ravitsemushoitoa alueellisesti yhteistyössä voidaan kaikki käytettävissä olevat resurssit hyödyntää tehokkaimmin. Alueellisena yhteistyönä voidaan mm. luoda sairauskohtaisia hoito-ohjelmia, sopia työnjaosta, ohjauksessa käytettävästä aineistosta sekä huolehtia henkilökunnan lisäkoulutuksesta ja konsultointimahdollisuuksista. Henkilökunnan yhteinen tietopohja helpottaa yhteistyötä, vähentää muun tiedottamisen tarvetta ja luo edellytyksiä hoidon jatkuvuudelle ja laadulle.

### 9.1. Ravitsemustoimikunta

Ravitsemustoimikunta toimii organisaation johdon apuna ravitsemushoidon kehittämisen ja koordinoinnin moniammatillisena työryhmänä. Se on organisaation johdon asettama ja sillä on välitön yhteys organisaation johtoon. Työryhmä on pysyvä ja kokoontuu säännöllisesti esim. 3–5 kertaa vuodessa. Siinä on edustus kaikista keskeisistä ravitsemushoitoa toteuttavista ryhmistä (esim. ravitsemusterapeutti, johtavan

tason lääkäri, ylihoitaja, ruokapalvelun johtaja, osastojen ja/tai poliklinikoiden tai ravitsemusyhdys/vastuuhoitajien edustajat (Kuva 5). Alueellinen ravitsemustoimikunta voidaan koota toisin perustein, esim. alueellista edustusta silmällä pitäen.



**Kuva 5.** Ravitsemustoimikunta ravitsemushoidon koordinaattorina sairaalassa.

Ravitsemustoimikunnan tehtävät voidaan määrätä yksikön erityistarpeiden mukaisesti esim.:

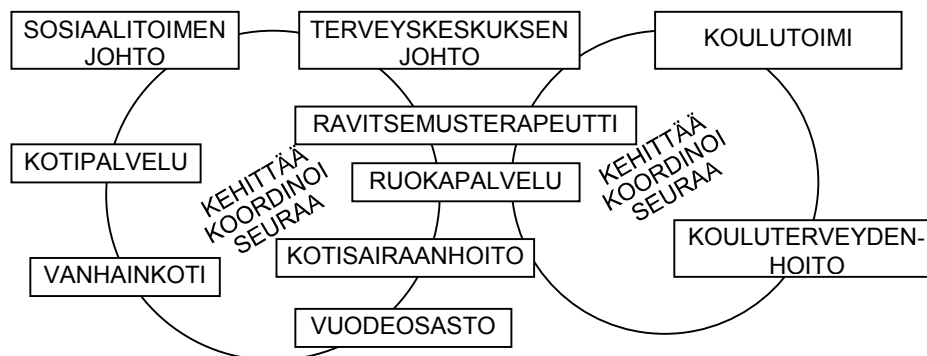
- ravitsemushoidon tavoitteista ja tasosta sopiminen
- ravitsemushoidon keinojen valinta ruokapalvelut ja apteekkipalvelut mukaan lukien
- hoitosuosituksen käyttöön otto ja toteutuksen seuranta paikallisesti
- ravitsemushoitoon tarvittavien voimavarojen arviointi
- työnjaon koordinointi
- koulutus- ja kehitystarpeiden kartoitus ja koulutuksen organisointi
- konsultaatiojärjestelmän organisointi
- henkilökunnan käytössä olevan kirjallisen aineiston arviointi ja valinta
- ravitsemusohjauksessa käytettävän aineiston arviointi ja valinta
- tehostetun ravitsemushoidon linjoista sopiminen
- ravitsemustilan määrittämenetelmien valinta
- ravitsemushoidon toteutuksen ja laadun seuranta
- ravitsemushoitoa koskevan viestinnän kehittäminen
- ajankohtaisista asioista tiedottaminen
- kannanotot ja lausunnot ajankohtaisista kysymyksistä
- yhteistyömuodoista ja -linjoista sopiminen yhteistyötahojen kanssa

## 9.2. Ravitsemusvastuuhenkilöt ja -yhdyshenkilöt

Ravitsemusvastuu- tai yhdyshenkilötoiminnan periaatteena on, että osastoille ja muihin yksiköihin nimetään ravitsemuksen vastuuhenkilö, joka saa lisäkoulutusta ravitsemushoidosta. Vastuuhenkilöiden tehtävänä on tiedottaa ja koordinoida ravitsemushoitoa omassa toimipisteessään ja siten toimia tiiviissä yhteistyössä esim. osastonhoitajan kanssa.

### 9.3. Ravitsemusverkosto

Vaihtoehtona ravitsemusvastuuhenkilöjärjestelmälle voidaan muodostaa ravitsemuksesta kiinnostuneista työntekijöistä eräänlainen ravitsemusverkosto. Sen tehtävänä on ensisijaisesti yhteistyön ja tiedonkulun kehittäminen. Myös ravitsemushoidon kehittäminen ja koordinointi voidaan organisoida verkoston kautta. Verkoston tulee toimia kiinteässä yhteistyössä organisaation johdon kanssa. Ravitsemusterapeutti toimii verkostossa erityisasiantuntijana ja koordinoijana (Kuva 6).



**Kuva 6.** Ravitsemushoidon kehittämisessä, koordinoinnissa ja seurannassa käytettävät asiakasryhmäkohtaiset verkostot.

Ravitsemustoimikunta ja ravitsemusvastuuhenkilöt tai verkoston jäsenet muodostavat koko organisaation kattavan järjestelmän, joka voi toimia tehokkaana tiedonvälittäjänä ja sen avulla voidaan toteuttaa ravitsemushoidon laadun seurantajärjestelmä.

Paikallisella tasolla on monia tahoja, jotka voivat toiminnallaan tukea ravitsemushoitoa. Kuntatasolla tällaisia voivat olla esimerkiksi elintarvikevalvonta, kuluttajaneuvonta ja ympäristöterveydenhuolto. Potilasjärjestöillä ja muilla vapaaehtoisorganisaatioilla saattaa olla mahdollisuus edistää oman potilasryhmänsä ravitsemushoitoa. Ne voivat tarjota jäsenilleen vertaistukea, järjestää ryhmäohjausta, ruoanvalmistuskursseja, erilaisia tapahtumia ja henkilökunnan koulutustilaisuuksia sekä tiedottaa uusista potilasryhmälle sopivista erityisvalmisteista.



## 10. RAVITSEMUSHOIDON PALVELURAKENNE

### 10.1. Ravitsemushoidon tarpeen tunnistaminen

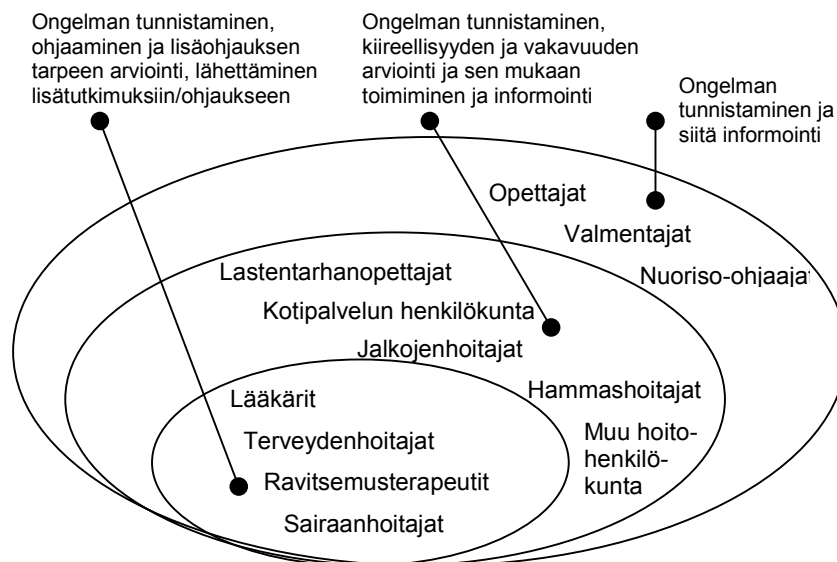
Onnistuneen ravitsemushoidon lähtökohta on ravitsemusongelman ja ravitsemushoidon tarpeen tunnistaminen ajoissa. Hoidon tarpeen tunnistaminen on tärkeää kaikkialla terveydenhuollossa. Ravitsemukseen liittyvä ongelma tai sen yhteys sairauteen on saattanut aikaisemmin jäädä huomaamatta tai ongelma on syntynyt potilaan jo ollessa hoidossa. Siksi potilaan ruoankäyttöä ja siinä tapahtuvia muutoksia sekä ravitsemustilaa on seurattava. Menetelmät valitaan potilasryhmän ja ravitsemusongelman vakavuuden mukaan ja niistä sovitaan yhteisesti. Seurannan on oltava järjestelmällistä.

#### TEHOKAS RAVITSEMUSHOIDON TARPEEN TUNNISTAMINEN EDELLYTTÄÄ

- henkilökunnalla on riittävät perustiedot ravitsemuksesta, asiakasryhmän tarpeista ja mahdollisista ravitsemusongelmille altistavista tekijöistä
- henkilökunta osaa arvioida ongelman vakavuuden ja kiireellisyyden
- jokainen henkilökunnan jäsen tietää, miten toimia ja mihin ottaa yhteyttä ja keneltä kysyä neuvoa
- jokainen henkilökunnan jäsen tietää, miten yhteys otetaan: kirjallisesti, puhelimitse vai potilasasiakirjojen välityksellä.

Ravitsemushoidon tarve saattaa ilmetä mitä erilaisimmissa yhteyksissä, jolloin avainasemassa voivat olla muutkin kuin terveydenhuollon työntekijät. Siksi tarvitaan yhteistyötä terveydenhuollon ja esim. sosiaalitoimen ja koulutoimen kanssa.

Ongelman tunnistaminen lisäksi on tiedettävä milloin on syytä toimia. Toimintakriteerien on oltava kaikkien työntekijöiden tiedossa ja kirjattuina toimipaikkakohtaiseen ravitsemushoidon suunnitelmaan (Kuva 7).



**Kuva 7.** Ravitsemushoidon tarpeen tunnistaminen.

*Koulukeittiön emäntä on huomannut viiden kahdeksannen luokan tytön parin kuukautta ajan ottaneen aterialla vain raastetta, vettä ja leipää. Hän ottaa yhteyden kouluterveydenhoitajaan. Terveystenhoitaja keskustelee tyttöjen kanssa, ja virheellisiä uskomuksia saadaan osittain korjatuksi. Terveyskeskuksen ravitsemusterapeutti kutsutaan keskustelemaan tyttöjen kanssa monipuolisen kasvisruokavalion toteutuksesta. Hän sopii seuranta-tapaamisen, johon mennessä tytöt pitävät ruokapäiväkirjaa. Yhteydenpidosta terveydenhoitajan kanssa sovitaan myös. Emännän kanssa neuvotellaan, miten tytöt voivat mahdollisimman monipuolisesti syödä koulun tarjoamaa ruokaa.*

*Eräällä osastolla on sovittu: Jos potilas kolmella peräkkäisellä aterialla syö vähemmän kuin 2/3 annoksestaan, selvitetään tilannetta*

- *kysymällä potilaalta*
- *tarkistamalla, miten ruoka on tilattu*
- *kirjaamalla syödyn ruoan määrä ja arvioimalla energiansaanti seuraavan vuorokauden aikana*
- *vertaamalla energiansaantia arvioituun tarpeeseen*
- *jos energiansaanti alittaa 80 % arvioidusta tarpeesta, lisätään täydennysravintovalmiste välipalaksi*

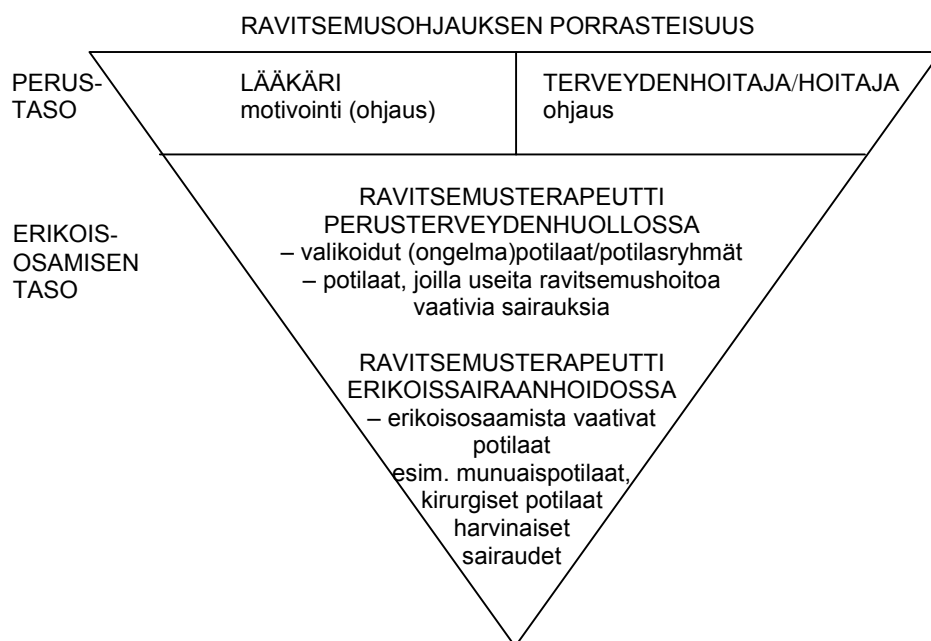
*Tilannetta seurataan vuorokauden ajan. Jos energian saanti edelleen alittaa 80 % tarpeesta arvioidaan ravitsemushoidon tehostamisen tarve.*

## 10.2. Ravitsemushoidon porrastaminen

Ravitsemushoito porrastetaan potilaan terveysongelman laadun ja ravitsemushoidon antajan tietotaito-tason mukaan. Sairauksien ravitsemushoidon perustiedot tulee olla lääkäreillä, terveydenhoitajilla ja sairaanhoitajilla. Perustietojen avulla tunnistetaan ravitsemushoidon tarve, osataan hoitaa potilasohjaus itse tai osataan tarvittaessa lähettää potilas toisen työntekijän vastaanotolle (Kuva 8).

Seuraavan tietotaito-tason muodostavat erityisalueiden hoitajat kuten diabetes-, allergia-, nefrologiset, infarkti- tai avannehoitajat. Heidän saamansa ravitsemuskoulutus on suunnattu kyseisen sairauden hoitamiseen. Suurin osa heidän asiantuntemuksestaan kertyy lyhyiden erityisongelmiin keskittyvien koulutustilaisuuksien kautta. Tämän hoitajaryhmän osaamista voidaan hyödyntää parhaiten silloin, kun heillä on tiivis yhteistyösuhde ravitsemusterapeutin ja alan erikoislääkärin kanssa.

Ravitsemusterapeutin asiantuntemusta tarvitaan, kun hoito edellyttää tuntevia muutoksia ruokavalioon, ravitsemushoidon tarve on pitkäaikainen ja etenkin silloin, kun potilaalla on useita ravitsemukseen liittyviä ongelmia tai tarvitaan erityistason ravitsemushoidon osaamista. Työnjako ravitsemusterapeutin ja muun henkilöstön kanssa on aina sovittava paikallisesti käytettävissä olevien resurssien mukaan.



**Kuva 8.** Ravitsemusohjauksen porrasteisuus.

Myös ravitsemusterapeutin työssä hoidon porrastaminen tulee olla mahdollista. Perusterveydenhuollon ravitsemusterapeuttien tulisi voida keskittyä suurten potilasryhmien ravitsemushoidon järjestämiseen ja ohjaamiseen, henkilökunnan kouluttamiseen ja konsultointiin sekä preventiivisen toiminnan kehittämiseen. Suhteellisen harvinaisten ja syvällistä erityisosaamista vaativien potilaiden ravitsemushoito olisi järjestettävä erikoissairaanhoidossa tai muissa yksiköissä, joissa toimii moniammatillinen asiantuntijatiimi. Erikoissairaanhoidon potilaiden hoito vaatii usein myös ravitsemusterapeutilta erityisosaamista, joten perusterveydenhuollon ravitsemusterapeutilla tulee olla mahdollisuus lähettää potilas erikoissairaanhoidon ravitsemusterapeutin ohjattavaksi. Järkevä hoidon porrastaminen edellyttää, että perusterveydenhuollossa on ravitsemusterapeutteja riittävästi sekä ravitsemushoitoon että terveydenedistämistyöhön. Erikoissairaanhoidon ravitsemusterapeuteilla tulisi olla mahdollisuus keskittyä muutamien potilasryhmien hoitoon, jotta riittävän syvän asiantuntemuksen säilyttäminen ja uusien hoitokäytäntöjen kehittäminen on mahdollista. Virkojen vähyyden vuoksi se on nykytilanteessa ollut mahdollista vain muutamien ravitsemusterapeuttien kohdalla.

Erikoissairaanhoidon ravitsemusterapeutin tai erikoishoitajan tulee myös voida lähettää potilas perusterveydenhuollon ravitsemusterapeutin tai sairaanhoitajan seurattavaksi. Tällä hetkellä palveluketjun toimivuuden esteenä on henkilöstöressurssien niukkuus.

Ravitsemushoitoa voidaan tarkastella myös sen perusteella, minkälaista asiantuntemusta missäkin sairauden vaiheessa tarvitaan. Sairauden alkuvaiheessa tarvitaan usein ravitsemusterapeutin ohjausta. Kun potilas on omaksunut hoidon, voidaan seuranta

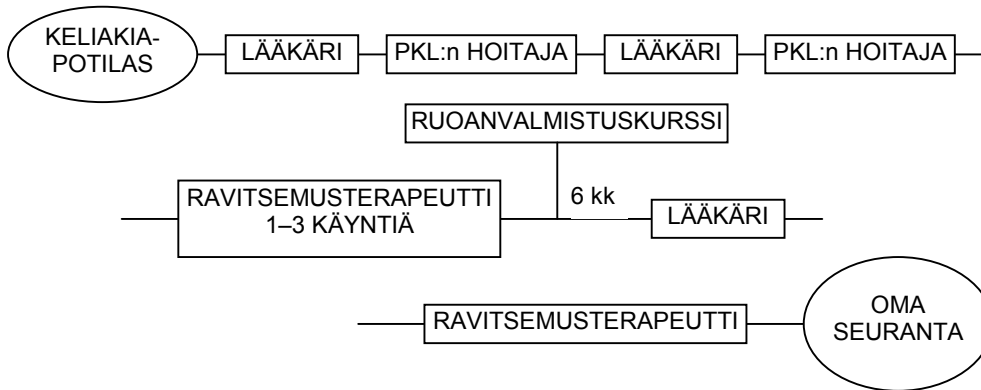
siirtää esimerkiksi erikoissairaanhoidajalle. Jos ongelmia ilmaantuu, potilas voidaan lähettää uudelleen ravitsemusterapeutin vastaanotolle.

RAVITSEMUSTERAPEUTIN OSALLISTUMINEN OHJAAMISEEN ERI TILANTEISSA	
Tarvitsevat aina ravitsemusterapeutin ohjausta.	Osa potilaista tarvitsee ravitsemusterapeutin henkilökohtaista ohjausta tai ravitsemusterapeutin osallistuminen ohjaamiseen voi tapahtua tiimin välityksellä.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- nuoruustyyppin diabetes</li> <li>- krooninen munuaisten vajaatoiminta</li> <li>- hemo- ja peritoneaalidialyysi</li> <li>- nefroottinen oireyhtymä</li> <li>- synnynnäinen suomalaistyyppinen nefroosi</li> <li>- amyloidoosi</li> <li>- haiman vajaatoiminta</li> <li>- maksan vajaatoiminta</li> <li>- keliakia</li> <li>- tulehdukselliset suolistosairaudet</li> <li>- suun, nielun tai ruokatorven alueen leikkaukset</li> <li>- mahalaukun osittainen tai kokopoisto</li> <li>- ohutsuolen resektiot</li> <li>- moniallergiset lapset ja aikuiset</li> <li>- synnynnäiset aineenvaihduntasairaudet</li> <li>- pienet sairaudet keskosen</li> <li>- keuhkohtaumatauti</li> <li>- elinsiirrot</li> <li>- syömishäiriöt</li> <li>- palovammapotilaat</li> <li>- potilaat, joilla on aliravitsemus tai suuri aliravitsemusriski</li> <li>- potilaat, joilla on useita ruokavalihoitoa vaativia sairauksia</li> <li>- vegaanit lapset, nuoret ja odottavat äidit</li> <li>- kaikki muut potilaat, joilla on ruokavaliassa vaikeita ongelmia, joita ei muun henkilökunnan kanssa pystytä ratkomaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ruoka-allergiat ja -intoleranssit</li> <li>- aikuistyyppin diabetes</li> <li>- raskaudenaikainen diabetes</li> <li>- lihavuus</li> <li>- kihti</li> <li>- reumataudit</li> <li>- sydäntaudit</li> <li>- hypertonia</li> <li>- nielemishäiriöt</li> <li>- avanneleikatut</li> <li>- toiminnalliset vatsavaivat</li> <li>- syöpä</li> <li>- psykiatriset potilaat</li> <li>- kehitysvammapotilaat</li> </ul>

### 10.3. Ravitsemushoidon hoitolinja

Palvelujen asiakaslähtöisyys ja hoidon oikea-aikaisuus on todennäköisintä silloin, kun hoito on organisoitu sujuvaksi kokonaisuudeksi potilaan tarpeita ajatellen. Ravitsemushoidon toteutus, henkilöstön työnjako ja yhteistyö voidaan suunnitella kullekin potilasryhmälle hoitolinjoittain ja hoitoketjuittain ainakin niissä sairauksissa, joissa ravitsemushoito on oleellinen osa hoitoa tai sairauden hoitomenetelmät voivat aiheuttaa aliravitsemusvaaraa. Tällaisia ovat mm. aikuistyyppin ja nuoruustyyppin diabetes, dyslipidemat, verenpainetauti, keliakia, ruoka-allergiat, krooninen munuaisten tai maksan vajaatoiminta, ruoansulatuskanavaan kohdistuvat kirurgiset toimenpiteet, nielemisongelmat, syömishäiriöt ja syöpä. Ravitsemushoito on osa näiden sairauksien hoitolinjojen ydinprosessia.

Ravitsemushoidon hoitolinja alkaa mahdollisista sairauden ehkäisemiseen liittyvistä toimenpiteistä ja jatkuu sairauden toteamisen jälkeen eri työntekijöiden antamana hoitona ja ohjauksena sekä seurantana. (Kuva 9 ja 10, Liite 2).



**Kuva 9.** Ravitsemushoidon hoitolinjan muodostuminen toisiaan seuraavista ravitsemushoidon toimenpiteistä tai ohjauksista keliakipotilaan hoidossa.

Suunnittelussa on otettava huomioon myös se, että monilla potilailla on useita ravitsemushoitoa vaativia terveysongelmia. Ravitsemushoidon pirstoutuminen irrallisiksi osiksi vältetään, kun potilaan tilanne arvioidaan kokonaisvaltaisesti ja ravitsemushoidosta tehdään kokonaissuunnitelma.

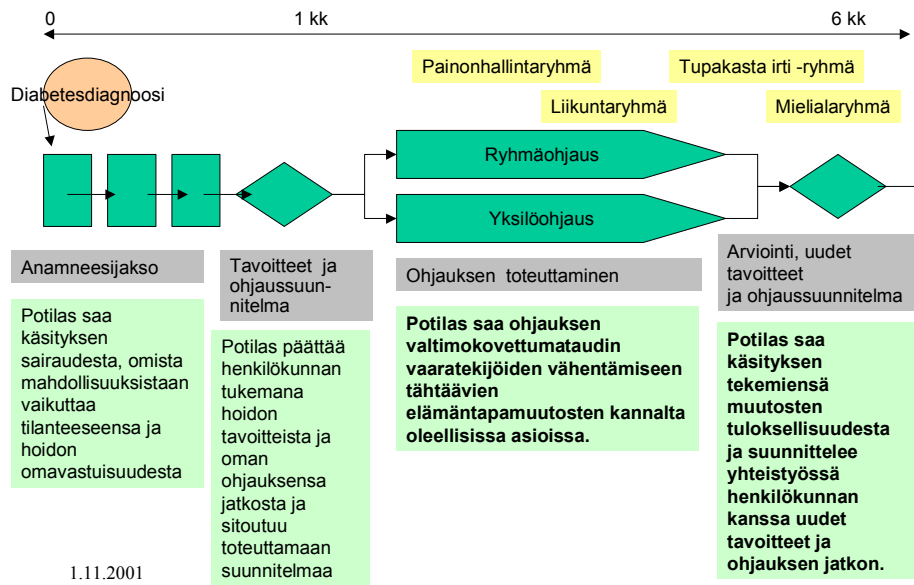
*Esimerkki aikuistyyppin diabetesta sairastavan potilaan saamasta ravitsemusohjauksesta. Hoidossa on ajan mittaan tullut esiin terveysongelma toisensa perästä. Potilas on saanut pikaista ohjausta kulloinkin esiin tulleen ongelman hoitamiseksi yksi asia kerrallaan.*

- Kun potilaalla todettiin aikuistyyppin diabetes, lääkäri kehotti välttämään sokeria ja laihduttamaan.
- Jonkin ajan kuluttua potilaan seerumin kolesterolitaso huomattiin nousseen, jolloin hän sai ohjeet jättää rasva ja kolesterolipitoiset ruoat pois. Toisella vastaanottokäynnillä häntä kehoitettiin lisäämään ruokavaliioon kasvirasvaa.
- Potilaalla todettiin myös verenpainetauti ja häntä kehoitettiin välttämään suolaa.
- Verenpainetaudin hoidossa tarvittujen diureettien käytön myötä potilaan seerumin uraattitaso nousi ja hänelle kehittyi kihti. Tällöin potilas sai ohjeet välttää puriinipitoisia ruoka-aineita.
- Nesteenpoistolääkityksen myötä myös seerumin kaliumtaso laski matalalle, joten hän sai ohjeet syödä runsaasti kaliumia sisältäviä ruokia.
- Verensokeritasoa ei saatu tavoitetasolle, joten aloitettiin insuliinihoito. Potilasta ohjattiin varomaan liiallista hiilihydraattipitoisten ruokien nauttimista ja annostelemaan niitä insuliiniannosten mukaan.
- Potilas sai jalkaansa veritulpan ja hänen hoitoonsa liitettiin hyytymiä estävä lääke. Tämän vuoksi häneltä kiellettiin sitrushedelmien ja lehtikasvisten käyttö sekä kehoitettiin välttämään K-vitamiinipitoisia ruokia.
- Verenpainelääkitystä jouduttiin muuttamaan. Tämän seurauksena potilaan veren kaliumtaso nousi ja hän sai ohjeet rajoittaa kaliumipitoisten ruokien nauttimista.
- Potilaalla todettiin valkuaista virtsassa ja sokeritaudin pohjalta syntynyt munuaisvaurio. Tällöin hän sai ohjeen välttää valkuaispitoista ruokaa.

*Millainen käsitys potilaalle on mahtanut muodostua hänelle suositellusta, sopivasta ruokavaliosta?*

*Miten tämä olisi voitu välttää?*

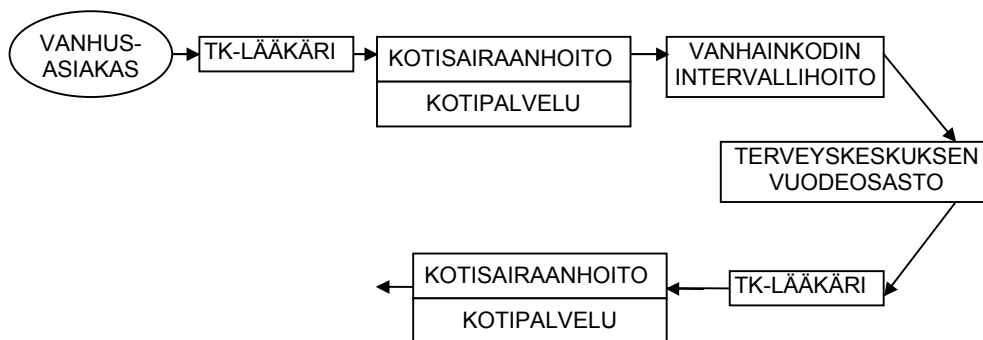
## Tehostetun lääkkeettömän hoidon toteuttamismalli



**Kuva 10.** Esimerkki aikuistyyppin diabeetikon ravitsemusohjauksesta sairauden toteamisen jälkeisen puolen vuoden aikana.

### 10.4. Ravitsemushoidon hoitoketju

Potilas saattaa tarvita hoitoa useassa hoitopaikassa (Kuva 11). Siirtyminen hoitopaikasta tai organisaatiosta toiseen on osoittautunut yhdeksi hoitoketjun heikoimmista kohdista. Hoidon oikea-aikaisuuden, jatkuvuuden, yhdenmukaisuuden, laadun sekä taloudellisuuden edellytyksenä on, että potilaan hoidon järjestämisestä ja hoitokäytännöistä sovitaan kaikkien hoitoketjun jäsenten kesken. Eri potilasryhmille laadittavia hoitoketjusuunnitelmia tehtäessä on suunniteltava myös ravitsemushoidon järjestäminen.



**Kuva 11.** Esimerkki hoitoketjun osapuolista vanhuspotilaan ravitsemushoidossa.

Useimmiten ravitsemushoito on hyvä toteuttaa samanaikaisesti muun hoidon ohella samassa hoitopisteessä. Erikoissairaanhoidossa oleva potilas ei kuitenkaan aina tarvitse erikoistason ravitsemushoitoa. Silloin ravitsemushoito voidaan toteuttaa potilaan kotipaikkakunnalla tutussa hoitopisteessä useita seurantakäyntejä sisältävänä sarjahoitona (esim. verenpainetaudin, dyslipidemioiden, lihavuuden, diabeteksen hoito). Toisaalta potilas saattaa tarvita ravitsemusterapeutin konsultaatiota erikoissairaanhoidon puolelta, vaikka muu hoito voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa. Tilanne on tällainen silloin, kun omalla paikkakunnalla ei ole tarjolla ravitsemusterapeutin palveluja.

Tehokas ja ajantasainen viestintä on tärkeimpiä hoitoketjun saumattoman toiminnan edellytyksiä. Erikoissairaanhoidon siirtävällä potilaalla saattaa olla jo pitkä historia ravitsemushoidonkin osalta. Tämän historian tunteminen hoitosuunnitelmaa laadittaessa säästää aikaa ja nopeuttaa tehokkaimman hoitotavan löytymistä. Samoin riittävän yksilöity ravitsemushoitosuunnitelma tai erikoissairaanhoidossa toteutetun ravitsemushoidon raportointi helpottaa potilaan siirtymistä perusterveydenhuoltoon tai kuntoutukseen ja varmistaa hoidon jatkuvuutta. Eräs keino viestinnän tehostamiseksi on kehittää strukturoituja lähete- ja hoitokertomuslomakkeita, joissa myös ravitsemushoidon tärkeimmät elementit ovat mukana. Hoidon jatkuvuutta voidaan turvata myös ravitsemushoidon vastuuhenkilöjärjestelmien avulla.

#### RAVITSEMUSHOITOKOKONAISUUKSIEN SUUNNITTELUSSA SOVITAAN MM.

- ravitsemushoitoa mahdollisesti tarvitsevat riskiryhmät ja potilasryhmät
- ravitsemushoidon tarpeen kriteerit ja kiireellisyys
- hoidon ja ohjauksen periaatteet
- hoidon ajoitus
- hoidon porrastus (tarve, asiantuntemus, lähetekriteerit)
- hoidon jatkuvuus ja yhdenmukaisuus
- henkilöstöresurssit
- työnjako
- viestintä toimipaikan sisällä ja eri toimipisteiden välillä
- toiminnan palaute- ja seurantajärjestelmä

Ravitsemushoidon järjestämistä koskevat suunnitelmat ja ohjeet tehdään kirjallisina, jolloin niitä voidaan käyttää myös sijaisten ja uusien työntekijöiden perehdyttämiseen.

### 10.5. Hoidon tarpeen arviointi ja palvelupaketit

Erikoissairaanhoidon yksiköihin lähetetään potilaita hoidon tarpeen arviointia ja hoitosuunnitelman laatimista varten. Ravitsemustilan ja ravitsemushoidon tarpeen arviointi tulee olla näissä suunnitelmissa mukana.

**RAVITSEMUSHOIDON TARPEEN ARVIOINTI SISÄLTÄÄ:**

- ravitsemustilan arviointi
- ravitsemuksellisten vaaratekijöiden selvittäminen
- ruokavalion toteutumisen arvio
- ravitsemushoidon tavoitteet
- ravitsemushoidon toteuttamisen suuntaviivat
- suositus seurannasta
- suositus hoidossa ja seurannassa tarvittavan ravitsemusasiantuntemuksen tasosta

Palvelujen tuotteistamisen myötä palvelupakettien käyttö on yleistynyt. Näihin tuotepaketteihin tulee muistaa liittää myös ravitsemushoito etenkin niissä tilanteissa, joissa ravitsemushoito on olennainen osa hoitoa. Ravitsemushoidon jääminen pois palvelupaketista saattaa johtaa siihen, että potilas ei saa tarvitsemaansa hoitoa tai sen saaminen viivästyy käytännön järjestelyongelmien takia. Kun kysymyksessä on erikoissairaanhoitoa vaativa sairaus, myös ravitsemushoitopalveluilta edellytetään useimmiten erikoissairaanhoidon tasoa. Ravitsemusterapeutin tai erikoissairaanhoitajan palveluiden sisällyttäminen palvelupaketteihin auttaa myös palvelujen tarjoajaa arvioimaan resurssien tarvetta.



## 11. VIESTINTÄ JA RAVITSEMUSHOIDON DOKUMENTOINTI

Ajantasainen viestintä luo edellytykset hoidon jatkuvuudelle, oikea-aikaisuudelle ja vaikuttavuudelle. Ravitsemushoito eri vaiheineen tulee dokumentoida potilasasiakirjoihin kuten muukin hoito. Jokaisen työntekijän osuus tulee kirjata, jotta taataan hoidon jatkuvuus ja seuranta sekä ohjeiden yhdenmukaisuus. Samalla vältetään välinpu-toamisia, päällekkäistä työtä sekä säästetään aikaa ja ohjauksessa käytettävää aineis-toa.

Viestinnän onnistumiseen vaikuttavat mm. potilastietojärjestelmät, työskentelytavat, työnjaon selkeys sekä henkilöstön tiedot ja asennoituminen ravitsemushoitoa kohtaan. Sähköisten tietojärjestelmien kehittyminen ja yleistyminen mahdollistaa myös ravitsemushoitoa koskevan tiedonvälityksen nopeutumisen. Niin sähköisessä kuin perinteisessä muodossa oleviin potilasasiakirjoihin tulisi kehittää ravitsemushoitoa koskevat lomakkeet. Nämä ohjaavat työskentelyä, luovat edellytyksiä hoidon yhtenäisyydelle sekä säästävät työntekijöiden ja potilaiden aikaa. Seurantalomakkeet palvelevat myös hoidon vaikuttavuuden ja laadun seurannassa niin yksittäisen potilaan kuin potilasryhmien osalta.

### 11.1. Potilasasiakirjat

*"Potilasasiakirjojen tehtävänä on palvella potilaan neuvonnan ja hoidon suunnittelua, toteutusta ja seuranta. Potilasasiakirjoilla pyritään parantamaan hoidon jatkuvuutta ja tiedon välitystä potilaan terveydentilasta, hänen saamistaan terveyspalveluista ja hoidosta sekä hoidon jatkuvuutta myös silloin, kun potilas siirtyy toiseen toimintayksikköön" .... "Potilasasiakirjojen tulee sisältää riittävät tiedot potilaan neuvonnan ja hoidon suunnittelemiseksi ja niihin liittyvien tavoitteiden asettamiseksi sekä hoidon toteuttamiseksi ja toteuttamisen seuraamiseksi". (Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä koskevat määräykset, Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelma 1993:7)*

Ravitsemushoitoa koskevista merkinnöistä ei toistaiseksi ole yhtenäistä käytäntöä.

Ravitsemushoidon osalta potilasasiakirjoista tulee ilmetä ainakin:

- tilannekartoitus
- ravitsemushoidon tavoitteet lyhyellä ja pitkällä aikavälillä
- hoitosuunnitelma
- annettu hoito ja ohjaus pääpiirteittäin
- ilmenneet ongelmat ja niiden ratkaisut
- seuranta ja sen tulosten perusteella tehdyt toimenpiteet.

Ravitsemushoitoa koskevien merkintöjen puuttuessa potilasasiakirjoista, tiedonvälitys on usein ollut potilaan varassa. Potilaan omaa vastuuta onkin viime aikoina korostettu. Kun potilas on vastuussa sairautensa hoidosta, hänen tulee tietää hoitoonsa liittyvät asiat, ja hän voi toimia tiedonvälittäjänä eri työntekijöiden välillä. Silti informaation siirto on tarpeen turvata myös muita kanavia käyttäen. Eräs ratkaisu on potilaan mukana kulkeva "reissuvihko" tai omaseurantavihko, johon jokainen ravitsemushoitoa toteuttava työntekijä tekee tarvittavat merkinnät. Vastaavat merkinnät tehdään potilasasiakirjoihin.

Ravitsemusta koskevaa tiedonkulkua voidaan edistää erilaisin vastuuhenkilöjärjestelmin. Omahoitaja- tai vastuuhoidtajajärjestelmä ja omalääkärijärjestelmä selkiyttävät työnjakoa ja vähentävät tiedottamisen tarvetta. Moniammatillisessa tiimityöskentelyssä informaation siirto on usein välitöntä ja varmaa.

## 11.2. Läheteet ja palautteet

Läheteet ja hoitoyhteenvedot ovat tärkeimmät hoidon viestintävälineet potilaan siirtäessä hoitoyksiköstä toiseen. Ravitsemushoito jää useimmiten näissä yhteyksissä pelkäksi maininnaksi, joten tätä käytäntöä on tarpeen uudistaa. Ravitsemusta koskevat tiedot ovat tarpeellisia aina, kun potilaalla on jokin ravitsemushoitoa vaativa sairaus, erityisruokavalio tai ongelmia syömisessä. Laktoosi-intoleranssi, kihti, tavalliset ruoka-allergiat, syömiseen tai nielemiseen liittyvät lievät ongelmat jäävät läheteessä helposti huomiotta. Erityisen tärkeää ravitsemusta koskevien tietojen sisällyttäminen läheteeseen on silloin, kun potilas, jolla on ravitsemushoitoa vaativa sairaus, lähetetään vuodeosastolle tai laitokseen.

Hoitoyksiköiden välillä välitettävien asiakirjojen merkitys ei rajoitu vain yhden potilaan hoitoa koskevaksi. Niiden myötä yhtenäistetään ja kehitetään hoitokäytäntöjä ja viestitetään niistä muun tiedotuksen ohessa.

Ravitsemushoidon osalta hoitolähteissä ja -palautteissa tulisi olla mm. seuraavat tiedot:

### Lähete toiseen hoitoyksikköön

- diagnoosit, lääkitys tai muu hoito
- pituus, paino, painonkehitys, muut ravitsemustilaa kuvaavat tiedot ja ravitsemustilan arvio
- syömiseen liittyvät ongelmat
- ravitsemushoidolle asetetut tavoitteet
- ravitsemushoidon toteutuminen ja mahdolliset ongelmat
- annettu ohjaus

### Palaute lähettävään yksikköön

- diagnoosit ja lääkitys
- pituus, paino, painonkehitys, muut ravitsemustilaa kuvaavat tiedot ja ravitsemustilan arvio
- ravitsemushoidon tavoitteet
- ravitsemushoidon toteutuminen ja mahdolliset ongelmat
- annettu ohjaus
- ravitsemushoidon jatkohoitosuunnitelma ja mahdolliset ongelmakohdat
- seurannan tarve ja toteuttaja

Potilaan palatessa varsinaiseen hoitopaikkaansa, esim. perusterveydenhuoltoon, voidaan erikoissairaanhoidon tai muun väliintulevan hoidon vaikutusta vahvistaa ja hyödyntää, kun palaute on riittävän yksityiskohtainen. Hoitoa voidaan siten saumattomasti jatkaa palautteen mukaisesti.

## **12. TUKIJÄRJESTELMÄT**

### **12.1. Henkilökunnan lisäkoulutus**

Suuri osa terveydenhuollon henkilöstöstä osallistuu päivittäin ravitsemushoidon toteuttamiseen. Tietojen ja taitojen täydentäminen on välttämätöntä, jotta työn haasteisiin pystytään vastaamaan. Ravinnon ja sairauksien välistä yhteyttä koskeva tieto saavuttaa työntekijät suhteellisen hyvin. Heikommin välittyvät ruokavalion käytännön toteuttamiseen liittyvät tiedot: ravitsemushoidon toteuttamisen periaatteet, elintarvikkeiden ravintosisällöt, lainsäädäntö, tiedot erityisvalmisteista ja -elintarvikkeista, ruoan turvallisuudesta ja vastaukset ajankohtaisiin kysymyksiin. Potilaiden ruokakulttuurien, ruoan valintaan vaikuttavien arvojen, uskontojen ym. tuntemus on välttämätöntä. Myös suomalainen ruokakulttuuri muuttuu kansainvälisten vaikutteiden myötä.

Ravitsemushoidon onnistuminen ja vaikuttavuus riippuu henkilökunnan kyvystä ohjata ja opastaa potilasta ruokavalinnoissa ja käytännön sovelluksissa. Tarvitaan koulutusta myös nykyaikaisten, tutkimustietoon perustuviin ohjaus- ja opetusmenetelmien käytöstä, jossa ruoanvalintaan vaikuttavat tekijät osataan ottaa huomioon. Myös laadunhallintaa ja palvelunäkökulmaa valottavat koulutuskokonaisuudet tukevat laadukkaan ja asiakaslähtöisen ravitsemushoidon toteutumista.

Koulutuksessakin ravitsemus tulee integroida osaksi kunkin potilasryhmän kokonaisuhoitoa. Koko ravitsemushoitoon osallistuvan henkilökunnan tulisi olla mukana yhteisessä koulutuksessa. Näin luodaan yhteinen tieto- ja taitopohja, jolta uuden tiedon merkitystä ja vaikutusta käytännön ravitsemushoidon toteuttamiseen on jo koulutuksen yhteydessä mahdollista pohtia. Hoitotiimien yhteiset koulutukset ovat osoittautuneet erityisen hyödylliseksi. Koulutuksen tarpeen arvioiminen on hyvä olla järjestelmällistä. Koulutustarpeet on tarkistettava työtehtävien muuttuessa.

### **12.2. Konsultaatioverkosto**

Jokaisella ravitsemushoitoon osallistuvalla työntekijällä tulee olla tiedossa, keneltä hän voi tarvittaessa kysyä neuvoa ravitsemusta koskevissa asioissa. Henkilökohtaisen konsultoinnin avulla työntekijä voi saada varmuutta työhön, kehittää ravitsemusongelmien tunnistamis- ja ratkaisukykyä, nopeuttaa hoitopäätösten tekoa ja parantaa ravitsemushoidon sujumista. Konsultaatioverkko toimii samalla palautejärjestelmänä ja sen avulla voidaan esim. tunnistaa koulutustarpeita.

Ohjaava konsultaatio on konsultaation ja koulutuksen välimuoto. Siinä työntekijä, ravitsemuksen asiantuntija ja potilas selvittävät yhdessä ravitsemukseen liittyvän ongelman. Samalla kun palvellaan potilasta, koulutetaan henkilökuntaa. Menetelmää voidaan käyttää esimerkiksi silloin, kun halutaan ottaa käyttöön uusia toimintatapoja tai ohjausmenetelmiä.

### 12.3. Työhön perehdyttäminen ja opastus

Sijaiset ja uudet työntekijät tulee perehdyttää toimipaikkakohtaisiin suunnitelmiin ravitsemushoidon toteutuksesta, työntekijöiden työn- ja vastuunjakoon sekä käytössä oleviin tukijärjestelmiin. Työtä helpottavat ajan tasalla olevat kirjalliset hoitosuunnitelmat, käsikirjat ja toimenkuvien kuvaukset.

### 12.4. Kirjallinen aineisto

Ravitsemushoitoa tukevan kirjallisen ja muun aineiston voi arvioida ja valita ravitsemustoimikunta tai ravitsemusterapeutti esim. yhdessä ravitsemusvastuuhenkilöiden tai terveystieteiden yhdyshenkilöiden kanssa. Oman aineiston laatiminen on harvoin kannattavaa, sillä korkeatasoista, asiantuntijoiden arvioimaa (Terveystieteiden tutkimuskeskus) valmista aineistoa on useimmiten saatavissa kohtuulliseen hintaan. Osa aineistoista on saatavissa myös äänitteinä.

Ohjauksen tukena käytettävä kirjallinen aineisto on ravitsemushoidon apuväline, jota muokataan ja sovelletaan kunkin potilaan tarpeiden mukaiseksi. Sillä ei kuitenkaan voi korvata henkilökohtaista ohjausta ja vuorovaikutusta.

#### AINEISTON VALINNASSA TULEE OTTAA HUOMIOON MM.

- arvot ja asiantuntemus
- tarve ja kohderyhmät: potilasryhmät, ikäryhmät, kieli- ja kulttuuri-vähemmistöt
- kattavuus ja laajuus
- käyttöalueet
- ajanmukaisuus
- saatavuus
- hinta

Työntekijät tarvitsevat ravitsemushoidon tukiaineistoa ja lähdekirjallisuutta, joka on perusteellisempaa ja laajempaa kuin potilaiden ohjauksessa käytettävä aineisto. Tällaista aineistoa ovat mm.

- hoidettavien potilasryhmien ravitsemushoitoa koskevat valtakunnalliset ja alueelliset suositukset sekä toimipaikan sovellusohjeet
- ravitsemushoitoon liittyvät käsikirjat, ruoka-ainetaulukot
- tiedot ruokapalvelun tarjoamien ruokavaihtoehtojen sisällöstä ja ohjeet palvelujen käytöstä
- ravitsemushoidon työnjakoa ja organisoimista koskevat ohjeet
- ravitsemushoitoa koskevan tiedon hankintakanavat.

## 12.5. Ajankohtainen tiedottaminen

Tiedon ajan tasalla pitämiseksi tarvitaan järjestelmä, joka mahdollistaa uuden tiedon nopean kulun kaikille ravitsemushoitoa toteuttaville ryhmille. Keinoina voidaan käyttää selkeästi suunnattua tiedottamista, kuten osastotunteja ja kokouksia, tai suuntaamatonta tiedottamista, kuten uutislehtisiä, henkilökuntalehteä, tietoiskuja, teemapäiviä ja tapahtumia kohderyhmästä riippuen. Uusi ravitsemushoitoon oleellisesti vaikuttava tieto tulee saada kaikkiin toimipisteisiin kirjallisena tai sähköisenä dokumenttina, jotta tieto tavoittaa kaikki työntekijät.

Jokainen ravitsemushoitoon osallistuva joutuu vastaamaan työssään sellaisiin kysymyksiin, jotka ovat hiljattain nousseet esiin tiedotusvälineissä tai liittyvät elintarvike-, luontaistuote- tai lääkemainontaan. Osa näistä on uutisia tai väitteitä, joiden arviointi vaatii ravitsemus- ja lääketieteen jonkin erityisalan tuntemusta. Henkilökunnalla tulisi olla tukenaan moniammatillinen tiimi, joka tarpeen mukaan ruotii kiistanalaisia kysymyksiä ja huolehtii aiheeseen liittyvästä tiedotuksesta ja mahdollisesta toimipaikkakoulutuksesta. Tämänäyttöinen tiedotus on mahdollista koordinoida myös alueellisesti.

## 12.6. Väestön ravitsemusneuvontapalvelut

Yhä lisääntyvä osa väestöstä on kiinnostunut ravitsemuksen ja terveyden välisistä yhteyksistä. Ravitsemusta ja elintarvikkeita koskevat kysymykset nousevat esiin säännöllisesti television ja radion kuluttajaohjelmissa, lehtien palstoilla ja terveydenhoito-henkilöstön vastaanotoilla. On ilmeistä, että potilailla, heidän läheisillään, terveyden-, sosiaali- ja ruokapalvelujen henkilökunnalla sekä muullakin väestöllä on tiedonsaantiin ja sen arviointiin liittyviä tarpeita, joihin ei nykyisin järjestelmin ole pystytty vastaamaan. Tätä vahvistavat potilasjärjestöjen kokemukset puhelinneuvontapalveluista. Toiminta olisi järjestettävissä kuluttajaneuvonnan tapaan puhelinpalveluna tai sähköisin viestimin.

## 12.7. Tutkimus ja tulosten integrointi käytännön työhön

Ravitsemushoidon, kuten muunkin hoidon, tulee perustua mahdollisimman paljon tieteelliseen näyttöön hoidon vaikuttavuudesta (evidence based care). Myös ravitsemushoidon kehittäminen edellyttää kiinteää yhteyttä tutkimukseen. Ravitsemushoitoa koskevan tutkimuksen ongelmana kuitenkin on se, että merkittävimmät tulokset näkyvät ehkä vasta vuosien kuluttua ja ravitsemustekijöiden vaikutusten erottaminen muiden muuttujien vaikutuksista on vaikeaa.

Ravitsemushoitoon liittyvä tutkimus voi olla lääketieteellistä, ravitsemustieteellistä, hoitotieteellistä, kasvatustieteellistä, antropologista, sosiologista jne. Ravinnon ja terveyden välisten vaikutusten tutkimuksen lisäksi tutkimus voi koskea ruoan valintaa, ruokakäyttäytymisen muutosta, ohjauksen menetelmiä, ravitsemusohjauksessa tarvittavia kommunikaatiotaitoja ym. Ravitsemushoidon kehittäminen perustuukin useiden eri tieteenalojen tuottamaan tutkimustietoon. Ravitsemushoidon tutkimus muodostaa tällä hetkellä vain pienen osan kaikesta ravitsemusta koskevasta tutkimuksesta. Työn pohjana tulee olla vankka ravitsemustieteen perustutkimus, mutta myös soveltavaa,

käytännön ravitsemushoitoon suunnattua tutkimusta tarvitaan nykyistä enemmän. Samoin ravitsemushoidon kustannustehokkuustutkimusta on tehty varsin vähän.

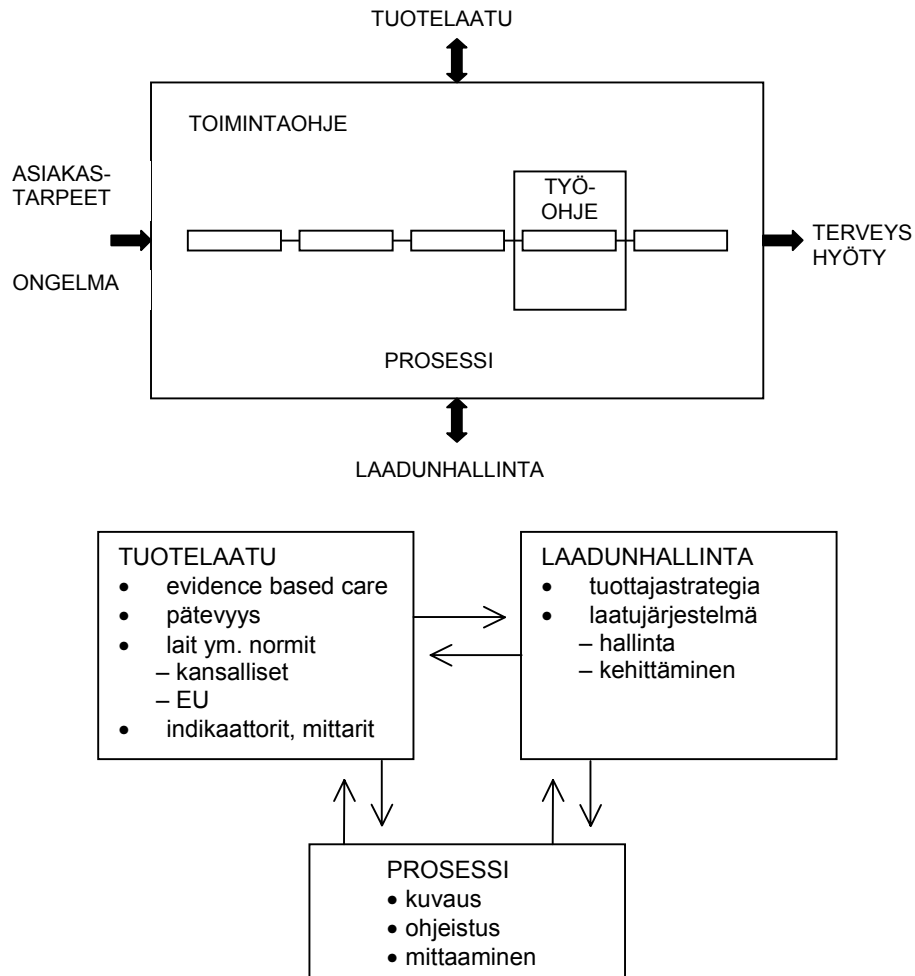
Monissa tutkimuksissa ravitsemushoito on osana tutkittavaa hoidon kokonaisuutta. Usein tutkimuksen raportoinnissa ravitsemushoidon menetelmien ja annetun ohjauksen kuvaaminen kuitataan muutamalla sanalla, mistä syystä tutkimuksen luotettavuuden arviointi tai toistaminen on vaikeaa. Tutkimuksissa, joissa ravitsemuksen merkitys on oleellinen, on käytettävä validoituja ravitsemustieteellisiä metodeja. Ravitsemusterapeuttien asiantuntemusta voidaan käyttää apuna tutkimuksessa niin ravitsemusosuuden suunnittelussa, toteuttamisessa kuin raportoinnissakin.

### 13. RAVITSEMUSHOIDON LAADUNHALLINTA

Ravitsemushoito toteutuu osana muuta terveys- ja sosiaalipalvelujärjestelmää, joten sen laatu on riippuvainen tämän järjestelmän toimivuudesta ja laadusta yleensä. Palvelujärjestelmän toimivuus ei kuitenkaan sinänsä takaa hyvää ravitsemushoidon laatua, vaan ravitsemushoitoa tulee arvioida omana kokonaisuutenaan. Ravitsemushoidon laatu syntyy siitä, että organisaatioon luodaan ravitsemushoitoa arvostava kulttuuri. Organisaatiossa tulee olla tietoa ja osaamista ravitsemushoidon luonteen ymmärtämiseen ja ravitsemushoidon prosessien hallintaan.

Potilaan kannalta ravitsemushoito muodostuu toisiaan seuraavista tapahtumista, jotka muodostavat kokonaisuuden. Tämä kokonaisuus syntyy usean toimijan yhteistyönä, joten ravitsemushoidon tavoitteista, keinoista, työnjaosta ja resursseista tulee sopia yhteisesti. Toiminnan seuranta, arviointia ja kehittämistä varten on luotava ravitsemushoidon seurantajärjestelmä. Avainasemassa ovat organisaation johto, ravitsemustoimikunta, ravitsemusvastuu- tai -yhdyshenkilöt tai muut ravitsemushoitoa kehittävät työntekijät. Tilannekartoitusten tai toiminnan seurannan tulosten arviointi voidaan tehdä ravitsemustoimikunnassa tai ravitsemushoitoa koordinoivassa ryhmässä ja lisäksi toimipisteittäin ja johtoryhmässä. Seurannassa saatua tietoa voidaan käyttää palautteena ja kehitystyön välineenä myös lääkäreiden ja osastohenkilökunnan kokouksissa

Ravitsemushoidon laadunhallinnassa voidaan käyttää samoja periaatteita kuin muunkin hoidon tai palvelujen laadunhallinnassa. Ravitsemushoidon tasoa ja toteutumista voidaan seurata organisaation toimivuuden, yksittäisten työntekijöiden työn laadun ja yksittäisten potilaiden hoidon laadun osalta. Kullakin tasolla toimintaa voidaan tarkastella rakenteiden, prosessin sekä tuloksen näkökulmasta. Toiminnan laatua seurataan suunnitelmallisesti, arvioidaan, tehdään korjaussuunnitelmat ja toteutetaan tarvittavat muutokset jatkuvan laadun parantamisen mukaisena prosessina (Kuva 12).



**Kuva 12.** Terveyspalvelun laadun osatekijät. Lähde: Suomen Kuntaliitto



*Ravitsemushoidon laadun osatekijöitä:*

<b>Rakenne</b>	<b>Prosessi</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Hoidon saatavuus</i></li> <li>• <i>Oikea-aikaisuus</i></li> <li>• <i>Riittävyys esim. ajankäytön osalta</i></li> <li>• <i>Toiminnan organisointi</i></li> <li>• <i>Henkilökunnan määrä ja ammattitaidon taso</i></li> <li>• <i>Täydennyskoulutuksen saatavuus</i></li> <li>• <i>Konsultointijärjestelmän toimivuus</i></li> <li>• <i>Tietojärjestelmien taso</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Palvelujen saatavuus, silloin kun se riippuu prosessin sisäisistä tekijöistä</i></li> <li>• <i>Palvelujen oikea-aikaisuus, silloin kun se riippuu prosessin sisäisistä tekijöistä</i></li> <li>• <i>Jatkuvuus potilaan kannalta</i></li> <li>• <i>Asiakaskeskeisyys</i></li> <li>• <i>Suunnitelmallisuus</i></li> <li>• <i>Tavoitteellisuus</i></li> <li>• <i>Tiedonkulun sujuvuus</i></li> </ul>
<p><b>Tulos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ruoankäyttö</i></li> <li>• <i>Muu tavoitteena ollut muutos ravitsemuskäyttäytymisessä</i></li> <li>• <i>Biokemialliset, hematologiset tai antropometriset tekijät</i></li> <li>• <i>Potilaan vointi, suorituskyky ja elämänhallinta</i></li> <li>• <i>Elämänlaatu</i></li> <li>• <i>Potilastyytyväisyys</i></li> </ul>	

*Ravitsemushoidon laadun arviointi ja seuranta*

Ravitsemushoidon laadun seurantaan tarvittavat tiedot kertyvät vain pieneltä osin käytössä olevien tiedonkeruujärjestelmien kautta. Siksi ravitsemushoidon jatkuvan laadun seurantajärjestelmän kehittäminen edellyttää useimmissa hoito-organisaatioissa myös uusien mittareiden käyttöönottoa. Joidenkin mittareiden käyttö voi olla jatkuvaa, toisia mittareita voidaan käyttää ajoittaisen seurannan välineinä.

### RAVITSEMUSHOIDON TOTEUTUMISEN SEURANNASSA VOIDAAN KÄYTTÄÄ

- Jonotusajat
- Ohjauksen saaminen (tietyt diagnoosit)
- Ohjaukseen käytetty aika
- Seurantakäynnit
- Työnjaon toteutuminen
- Käynnit ravitsemusterapeutin vastaanotolla (tietyt diagnoosit)
- Ruokavalioiden, myös erityisruokavalioiden tilaukset suhteessa potilasaineeseen
- Ruoankäytön seuranta vuodeosastolla
- Täydennysravintovalmisteiden käyttö vuodeosastolla
- Parenteraalisen ja enteraalisen ravitsemushoidon käyttö
- Potilasohjauksessa käytettävän aineiston tilaukset
- Henkilökunnan ravitsemusaiheinen lisäkoulutus tai teemapäivät
- Käsikirjat ja muu käytössä oleva aineisto
- Potilasasiakirja-analyysit
- Ravitsemushoidon seurantalomakkeet
- Ravitsemustilaa kuvaavat tiedot
- Ravitsemushoidon tavoitteet
- Ravitsemusohjaus
- Tilattu potilasruoka
- Hoidon toteutumisen arviointi, esteet ja jatkohoitosuunnitelma
- Päätösarviointi ja jatkohoitosuunnitelma
- Potilastyytyväisyyskyselyt

Eräiden potilasryhmien ravitsemushoidon tavoitteiden saavuttamista voidaan jossain määrin arvioida antropometrinen, hematologisten tai biokemiallisten mittareiden avulla. Tavallisimpia ovat painoindeksi, painon muutos, veren rasva-, sokeri- tai albumiinitasot sekä verenpaine. Näihin mittareihin vaikuttavat kuitenkin monet muut kuin ravitsemustekijät, joten niitä ei yksinomaan voi käyttää ravitsemushoidon laatua kuvaavina mittareina. Tämän vuoksi ravitsemushoidon toteutumisen seuranta edellyttää myös ruoankäytön ja muun ruoanvalintaan liittyvän käyttäytymisen mittaamista.

Niissä sairauksissa, joissa ravitsemushoito on oleellinen hoidon osa, tai potilasryhmä on pieni, palaute ravitsemushoidosta voidaan tehdä erikseen.

Potilasruokaa koskevan palautteen keruu tulee olla rutiinia. Palaute koskee koko ravitsemushoidon toteutuksessa mukana olevaa ketjua sisältäen ruoan tilauksen, toimituksen, kuljetuksen, ruoan laadun, maittavuuden jne. Tässä yhteydessä voidaan kerätä tietoa myös ravitsemushoidon muun toteutuksen, mm. ohjauksen osuvuudesta ja tarpeesta.

Potilailta saadaan runsaasti palautetta myös toisten toimipisteiden toiminnasta. Tätä palautetta olisi mahdollisuus kerätä ja hyödyntää järjestelmällisesti.

Laadunhallinnan lähtökohtana ja kehittämistyön alkuna on nykytilanteen kartoittaminen, arviointi ja ongelma-kohtien tunnistaminen. Nykytilanteen kartoituksessa hyödyllinen lähestymistapa saattaa löytyä, kun tarkastellaan ravitsemushoidon toteutusta potilaan näkökulmasta. Voidaan laatia potilaan polku tai vuokaavio ravitsemushoidon eri vaiheista. Tähän tulisi kuulua myös ohjauksen sisällön ja menetelmien selvittäminen. Ravitsemushoidon palveluprosessin analysointia, kuvausta ja siihen liittyviä laatuongelmia voidaan edelleen tarkastella yksityiskohtaisten matriisien ja muin terveydenhuollon palvelujen arvioinnissa käytettävien työkalujen avulla. Ongelma-kohtien ja ongelman laadun tunnistamisen jälkeen voidaan ryhtyä korjaamaan palveluprosessia, sen osatekijöitä tai taustalla vaikuttavia tekijöitä.

Arvioinnissa tarvitaan tietoa siitä, millaista hyvä ravitsemushoito kunkin potilasryhmän kohdalla on ja millaisia tavoitteita voidaan pitää riittävinä. Suomessa ei tähän mennessä ole ollut käytettävissä yhteisesti hyväksytyjä ravitsemushoidon laatu-standardeja. Niitä on viime aikoina ryhdytty laatimaan paikallisesti, kansallisesti sekä kansainvälisesti. Liitteessä 4 on esimerkki ravitsemushoidon laatu-tavoitteista, jotka on kehitetty eri henkilöstöryhmien yhteistyönä paikallisesti koko sairaanhoitopiiriä koskeväksi. Liitteen 5 esimerkissä on kuvattu sitä, miten on lähdetty parantamaan ravitsemushoidon laatua pitkäaikaisosastoilla siirtymällä keskitetystä ruoanjakelujärjestelmästä hajautettuun järjestelmään. Eräissä maissa on jo vuosia ollut käytettävissä monien potilasryhmien ravitsemushoitoa koskevat laatustandardit. Standardeissa on asetettu hoidon tavoitteet metabolian, antropometristen muuttujien, käyttäytymismuuttujien sekä elämänlaatua kuvaavien mittareiden osalta. Myös ohjausprosessi yksityiskohdittain ajankäytön resursointia ja seurannan suunnittelua myöten on kuvattu.

### ***Toiminnan kehittäminen***

Usein hoidon aikana saatavaan palautteeseen voidaan reagoida välittömästi ja korjata mahdollinen epäkohta tuoreeltaan. Hoidon lopussa tehdyssä arvioinnissa, potilas-palautteessa tai muun seurannan yhteydessä ilmenevät toiminnan puutteet voidaan ottaa huomioon seuraavien potilaiden hoidossa.

Palautteiden, parannusehdotuksien ja uusien ideoiden järjestelmällistä keräystä ja käsittelyä varten on syytä luoda järjestelmä, joka on kaikkien työntekijöiden tiedossa. Tällaisena järjestelmänä voi toimia mm. ravitsemusvastuuhoitajien verkosto yhdessä ravitsemustoimikunnan kanssa.

Kun ilmaantuu kehitystarpeita, jotka edellyttävät uusien toimintatapojen käyttöön ottoa tai muuta uudistusta, on asia arvioitava esim. ravitsemustoimikunnassa. Uutta toimintaa voidaan ensin testata ja mahdollisesti parantaa jossain yksikössä ennen kuin siitä tehdään koko organisaatiota koskeva käytäntö. Ravitsemushoidon kehittäminen voidaan käynnistää tilanteen mukaan joko organisaatiotasolla tai lähteä kehittämään nykyistä toimivampaa ratkaisua johonkin tiettyyn ravitsemushoidon alueeseen. Usein työtä voidaan tehdä osana arkipäivän toimintaa, mutta suuret kehittämishankkeet on syytä toteuttaa erillisinä projekteina, jolloin myös tarvittavat resurssit voidaan selkeästi arvioida.

Avoin vuorovaikutus, tiimityöskentely, toisen toimipisteen tai ammattikunnan työskentelyyn tutustuminen tai kokemusten vaihto valtakunnallisissa tai kansainvälisissä kokouksissa on omiaan tuomaan uusia vaikutteita toiminnan kehittämiseen. Suunnitelluista muutoksista tulee kuitenkin sopia yhteisesti, toteuttaa uudistukset koordinoitusti ja huolehtia tarpeellisesta tiedottamisesta. Muutoin on vaarana, että eri yksiköt saman organisaation sisällä kehittävät toimintaansa toisistaan tietämättä eri suuntiin. Sama arvioinnin, koordinoinnin ja tiedottamisen periaate on ulotettava myös ohjauksessa käytettävän tukiaineiston kehittämistyöhön.

Toiminnan kehittämisessä on mahdollista käyttää avuksi myös opiskelijoita ja harjoittelijoita, jotka voivat opintoihinsa liittyen tehdä suppeita selvityksiä tai projektitöitä käytännön työelämän tarpeisiin. Päätötoiden, pro gradu- tai muiden opinnäytetöiden myötä voidaan tiivistää yhteistyötä yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kanssa ja tehostaa uusimman tutkimustiedon integrointia käytännön työelämään.

## 14. KIRJALLISUUS

### **Ravitsemusta ja ravitsemushoitoa koskevia suosituksia**

Aikuisten hyperkolesterolemian ja muiden hyperlipidemioiden diagnostiikka ja hoito 1992. Suomen Sisätautiyhdistyksen, Suomen Kardiologisen Seuran, Suomen Sydäntautiliiton, Suomen Kunnallislääkärit -yhdistyksen ja Suomen Teollisuuslääketieteen Yhdistyksen työryhmän suositus. Duodecim 1993;109:205-225.

Aikuistyyppin diabeteksen hoitosuositus 1994. Suomen Diabetesliitto ry:n julkaisuja 1/1994.

Airaksinen L. ym. Joukkoruokailun ravitsemussuosituksset. Helsinki 1994.

Aromaa A, Koskinen S, Huttunen J. Suomalaisten terveys 1996. Helsinki 1997.

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010. Diabetesliitto 2000.

Diabeetikon ruokavaliosuositus 1999. Diabetes ja lääkäri. Marraskuu 1999.

Diabeettinen nefropatia – seulonta, seuranta ja hoito 1996. Diabetes ja lääkäri. Syyskuu 1996.

von Fieandt R. Hasunen K. (toim.) Ravitsemushoito ja ruokailu. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1994:2.

Hasunen K. ym. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1997:7.

Hasunen K. ym. Vanhus, ruoka ja elämänlaatu. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 12/92.

Keliakian hoitosuositus. Suomen Gastroenterologiyhdistys ry. Duodecim 1997;113:82-87.

Kohonneen verenpaineen toteaminen ja hoito, Suomen Sydäntautiliiton verenpaine-työryhmän suositus. Suomen Lääkärilehti 1994;94:1831-1840.

Medical Nutrition Therapy Across the Continuum of Care. The American Dietetic Association & Morrison Health Care, Inc. USA 1996.

National Research Council. Recommended Dietary Allowances, 10<sup>th</sup> ed. Washington D.C.: National Academy Press, 1989.

Nederlandse Vereniging van Dietisten. Quality guarantee norm for the service dietetics. 1997.

Nordiska Näringsrekommendationer. Nord 1996:28, Nordiska Ministerrådet, Köpenhamn 1996.

Nuoruustyyppin diabeteksen hoitosuositus. Suomen Diabetesliitto ry:n julkaisuja 1/1995.

Sepelvaltimotaudin ehkäisy käytännön lääkäriyössä. Yhteenveto eri yhdistysten yhteisen työryhmän (Second Joint Task Force of European and other Societies) suosituksesta. Suomen Lääkärilehti 1999;54:2107-2114.

Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride. Food and Nutrition Board & Institute of Medicine. Uncorrected Proofs. National Academy Press. Washington D.C. 1997.

Uudenmaan alueellinen diabetestyöryhmä. Diabeteksen hoito ja seuranta Uudenmaan alueella. Helsinki 1998.

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan mietintö. Suositukset kansanravitsemuksen kehittämiseksi. Komiteamietintö 1987:3.

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan mietintö. Ravitsemussuositusten toteuttaminen käytännössä. Komiteamietintö 1989:39.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Suomalaiset ravitsemussuositukset. Komiteamietintö 1998:7.

### **Muuta kirjallisuutta**

Arvoista valintoihin. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportti. STAKES Raportteja 161. Jyväskylä 1994.

Berry LL. On great service. A framework for action. New York 1995.

Commission of the European Communities. Reports of the Scientific Committee for Food: Nutrient and Energy intakes for the European Community. (Thirty-first series of Food-Science and Techniques). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1993.

Datorstödd Vård Dokumentation. Sökord - Dietister. En statusrapport inom DVD - projektet. Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut Spri. Projekt-PM, april 1997.

Ehkäisevän sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Sosiaali- ja terveystieteiden julkaisuja 1997:29.

Escott-Stump S. Nutrition and Diagnosis Related Care. Baltimore 1998.

Finravinto 1997-tutkimus. Kansanterveyslaitos, Ravitsemusosasto. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B8/1998.

Fogelhom M. ym. (toim.) Lihavuus. Duodecim. Helsinki 1997.

Haapa E, Pölonen A, Rastas M, Stirkkinen R. Ravitsemushoidon toteutuminen terveydenhuollossa. Selvitys Uudenmaan alueelta vuonna 1997. Sosiaali- ja terveysministeriö. Monisteita 2000:20.

Jaakola-Isomauno A, Laakkonen E. Ravitsemusterapeuttien virkojen perustamissuunnitelmat Suomessa. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kansanterveystiede, Tilastot ja selvitykset 3/1989.

Julkisten palvelujen arviointi. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1998.

Julkisten palvelujen laatustrategia. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1998.

Kohti sopimusaikaa ja yhteistyötä, Uudenmaan erikoissairaanhoidon selvitystehtävä. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996:4.

Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. STAKES 1995. Jyväskylä 1996.

Laakkonen E, Packalen L. (toim.). Vanhusten ravitsemus ja ruokavaliot. Dieettimedia. Vammala 1994.

Laatutyökalut. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1998.

Lahti-Koski, M. Ravitsemuskertomus 1996. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/1997.

Lahti-Koski, M. Ravitsemuskertomus 1998. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/1999.

Laitinen J. Metabolic and Nutritional Effects of Intensified Dietary Therapy in Patients with Recently Diagnosed Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. Kuopion yliopiston julkaisuja D: Lääketiede 58. Kuopio 1994.

Outinen M, Holma T, Lempinen K. Laatu ja asiakas. Laatutyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. WSOY. 1994.

Potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä koskevat määräykset. Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelma 1993:7.

Ravitsemuksen seurantajärjestelmän asiantuntijaryhmä. Ravitsemuskertomus 1995. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/1996.

Ravitsemuskasvatus. Lääkintöhallituksen ohjekirje Dno 3114/02/78. 1978.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Ravitsemus ja ruokavaliot. Käsikirja sairaan ravinnosta ja ruokailusta. Dieettimedia Oy. Helsinki 1998.

Sandow K. Point: Nutrition Counselling and the Physician – Why Reinvent the Wheel? *Am J Prev Med* 4:225-228,1996.

Sepelvaltimotaudin ehkäisy Uudenmaan läänissä. Uudenmaan lääninhallituksen julkaisusarja 1993:13.

Sheils J, Rubin R, Stapleton, D. The Estimated cost and savings of medical nutrition therapy: The Medicare population. *J Am Diet Assoc* 99:428-435.1999.

Sipilä J. Asiantuntijapalveluiden tuotteistaminen. Porvoo 1996.

Sosiaali- ja terveystietämys 1998. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1998:3.

Splett P.L. Cost Outcomes of Nutrition Intervention. Part 1. Outcomes Research. Mead & Johnson Company. Evansville 1996.

Splett P.L. Cost Outcomes of Nutrition Interventions. Part 2. Measuring Effectiveness of Nutrition Interventions. Mead & Johnson Company. Evansville 1996.

Splett P.L. Cost Outcomes of Nutrition Intervention. Part 3. Economic and Cost Analysis of Nutrition Interventions. Mead & Johnson Company. Evansville 1996.

Suomalaisten terveys 1996. Kansanterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö. Edita. Helsinki 1997.

Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Selvitysmiesraportti 1. Asiakkaan asema terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 1998:1.

Terveydenhuollon suuntaviivat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1996:16.

Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Selvitysmiesraportti 2. Terveydenhuollon toimivuus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 1998:2.

Terveydenhuolto 2000 -luvulle. Terveydenhuollon kehittämisprojektin toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 1998:5.

Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1997:27.

Tucker H. Shortened Length of Stay Is an Outcome Benefit of Early Nutritional Intervention. In *Physiology, Stress, and Malnutrition: Functional Correlates, Nutritional Intervention*. Ed. by J.M. Kinney and H.N. Tucker. Lippincott-Raven Publishers 1997 ss. 607-627.

Tuotteistus ja kustannuslaskenta. Perusterveydenhuollon Tuote-projektin raportti 1. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1995.

Työterveyslaitos. Tokyo step. Laadunhallinnan kehittämisen työkirja. Koulutusjulkaisuja 12. 1994.



Vaalgamaa K, Ohtonen J. Terveystuollon ammattihenkilöt 31.12.1998. Tilastoraportti. STAKES 8/1999.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Kansallinen väestön ravitsemuksen seurantajärjestelmä. Seurantajärjestelmäjaoston loppuraportti. Helsinki 1994.

Valtioneuvoston kertomus eduskunnalle kansanterveyden tilasta ja kehityksestä. Kansanterveyskertomus 1996. Helsinki 1996.

Valtioneuvoston päätös. Sosiaali- terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:16.

Vertio H. Terveysten edistäminen. Sairaanhoidajien koulutussäätiö, Suomen syöpäyhdistys. Hämeenlinna 1993.

Viialainen R, Lehto J (toim.). Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö, STAKES Raportteja 192. Jyväskylä 1996.

WHO. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. WHO Techn Rep Ser 797, Geneva: WHO, 1990.

**LIITTEET**

- LIITE 1. 1/1 Ravitsemusterapeuttien virat ja toimet perusterveydenhuollossa 29.3.1999.  
1/2 Ravitsemusterapeuttien virat ja toimet erikoissairaanhoidossa sairaanhoitopiireittäin 29.3.1999.
- LIITE 2. Keliakapotilaan ravitsemushoidon hoitolinja.
- LIITE 3. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin ravitsemushoidon laatuvaatimukset 1997.
- LIITE 4. Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalvvelukeskus, Terveysteskussairaala: Hajautettuun ruoanjakeluun siirtyminen – muutosprosessin läpivienti moniammatillisena yhteistyönä. 1998.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys 27.5.1999

**Ravitsemusterapeuttien virat ja toimet perusterveydenhuollossa  
29.3.1999.**

Terveyskeskus	Väestöpohja*	Ravitsemusterapeutin virkoja	Asukasta/ravitsemusterapeutti**
Espoo	204 962	1	204 962
Heinola	21 567	1	21 567
Helsinki	546 317	6	91 052
Joensuu	51 113	1	51 113
Jyväskylä	76 948	1	76 948
Kajaani	36 560	1	36 560
Kuopio	86 203	1	86 203
Lahti	96 227	1	96 227
Lieksa	15 827	1	15 827
Loviisan seudun th ky	19 000	1	19 000
Oulu	115 493	1	115 493
Pori	76 375	1	76 375
Raahen seudun th ky	34 400	1	34 000
Salon seudun ktt ky	44 402	1	44 402
Tampere	191 254	1	191 254
Turku	170 931	1	170 931
Uusikaupunki	17 479	1	17 479
Vaasa	56 587	1	56 587
Vantaa	173 860	3	57 953
YHTEENSÄ	2 035 505	26	78 289
MUU MAA	3 149 300	0	0

**HUOM**

Enemmistöllä (noin 3,1 miljoonalla suomalaisella) ei ole ravitsemusterapeutin palveluja käytettävissä perusterveydenhuollossa.

\* Väestömäärät Tilastokeskuksesta maaliskuussa 1999, kuntayhtymät soittamalla

\*\* Asukkaiden määrä ravitsemusterapeuttia kohti niissä kunnissa, joissa on virka/toimi.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys 27.5.1999

**Ravitsemusterapeuttien virat ja toimet erikoissairaanhoidossa sairaanhoitopiireittäin 29.3.1999.**

Sairaanhoitopiiri	Väestöpohja	Ravitsemusterapeutin virkoja esh:ssa	Asukasta/ravitsemusterapeutti
Uusimaa	800 640	10**	80 065
Helsinki	593 703*	–	–
Varsinais-Suomi	430 000	1	107 500
Satakunta	234 977	1	117 490
Kanta-Häme	165 026	1	165 026
Pirkanmaa	443 405	4	88 680
Päijät-Häme	208 000	2,5	46 222
Kymenlaakso	186 051	2	93 025
Etelä-Karjala	131 042*	1	131 042
Etelä-Savo	108 746	1	108 746
Itä-Savo	69 161*	2	69 161
Pohjois-Karjala	177 002	3	44 250
Pohjois-Savo	256 760	2	64 190
Keski-Suomi	259 839	2	86 613
Etelä-Pohjanmaa	201 000	2	100 500
Vaasa	167 001	2	55 667
Keski-Pohjanmaa	90 000	1	90 000
Pohjois-Pohjanmaa	364 946	2	91 236
Kainuu	93 218	1	46 609
Länsi-Pohja	69 994	1	69 994
Lappi	128 255	1	128 255
Ahvenanmaa	25 407	–	–
<b>Koko maa</b>	<b>5 204 173</b>	<b>41,5</b>	<b>125 402***</b>

\* Asukasluvut 31.12.1997, Länsi-Pohjan tieto 31.12.1998.

\*\* Näistä 7 virkaa on HYKS:ssa.

\*\*\* Asukkaiden määrä ravitsemusterapeuttia kohti niissä sairaanhoitopiireissä, joissa on ravitsemusterapeutin virka/toimi erikoissairaanhoidossa 110 485.

Ravitsemushoidon hoitolinja saattaa olla tarpeen suunnitella varsin yksityiskohtaisesti, jotta hoito sujuisi joustavasti. Tässä esimerkissä on tarkennettu sivulla 43-44 esitettyä hoitolinjan kuvausta. Tavoitteena on selventää työnjakoa ja seurantavastuita eri henkilökuntaryhmien välillä ja siten varmistaa potilaalle riittävä ohjauksen saaminen.

TYÖN-TEKIJÄ	LÄÄKÄRI	PKL:n HOITAJA	LÄÄKÄRI	PKL:n HOITAJA	RAVITSEMUSTERAPEUTTI
RAVITSEMUSHOITOTAVOITE	– koota potilaalta oireisiin, ruoankäyttöön ja ravitsemukseen liittyvää taustatietoa	– potilas ymmärtää, ettei vielä voi aloittaa ruokavalion kokeilua	– potilas ymmärtää ruokavalion noudattamisen merkityksen	– huolehtia potilaan pääsemisestä ruokavalio-ohjaukseen ja antaa ensitietoa ja kirjallista materiaalia	– potilas osaa noudattaa ruokavaliota omassa elämässään ja säilyttää hyvän elämänlaadun
TILANNEARVIO	– ruoankäyttöön liittyvät taustatiedot, painonkehitys, ravitsemustilan arviointi		– diagnoosi – tarkentaa ravitsemustilan arviota – arvioi ravintovalmisteiden tarvetta		– arvioi ravitsemustilan lääkäriltä saamiensa tietojen ja omien havaintojen pohjalta – arvioi potilaan käsityksen taudin hoidosta – arvioi ravintovalmisteiden tarpeen, ottaa tarvittaessa yhteyttä lääkäriin
OHJAUS	– tähdentää potilaalle, että ruokavalion kokeilu ennen verikokeita ja biopsiaa on ehdottomasti kielletty, koska se vaikuttaa tulokseen – kertoo tehtävistä tutkimuksista ja uusintakäynneistä	– tähdentää potilaalle, että ruokavalion kokeilu ennen verikokeita ja biopsiaa on ehdottomasti kielletty, koska se vaikuttaa tulokseen – kertoo tehtävistä tutkimuksista	– kertoo muutamalla sanalla ruokavalion periaatteet – kertoo ruokavalion merkityksestä hoidossa – kertoo ruokavalion auttavan oireisiin – kertoo, että ravitsemusterapeutin ohjauksessa käynnit kuuluvat hoitoon	– antaa kirjallisen ohjeen ruokavaliosta – käy ohjeen lyhyesti läpi potilaan kanssa – antaa keliakiayhdistyksen yhteystiedot	<b>1. käynti</b> – täydentää potilaan käsitystä ruokavalioidenhoidosta – kertoo gluteenittomista tuotteista ja gluteenittomasta leivonnasta – antaa kirjallista materiaalia tuotteista ja leivonnasta – käy ravintoanamneesin pohjalta potilaan kanssa läpi ruokavalion toteuttamista <b>2.–3. käynti</b> – tarkistaa potilaan ruokavalion – keskusteleee esiin nousseista ongelmista ja ruokavalion toteuttamisesta erilaisissa tilanteissa – täydentää tietoja valmisteista ja leivonnasta
SEURANTA			– kertoo seurannasta: – tutkimukset ja lääkärillä käynti puolen vuoden kuluttua – ravitsemusterapeutilla käynnit		– sopii seurantakäynnistä kontrolliin jälkeen

LÄHETTÄMINEN	– lähettää tutkimuksiin	– varaa lääkärille ajan	– ohjaa keskustelemaan poliklinikan hoitajan kanssa – tekee lähetteet – lähetteessä diagnoosi, ravitsemustilan arvio, ravitsemustilaa kuvaavat antropometriset ja laboratorioarvot, muut potilaan hoidossa huomioon otettavat asiat	– varaa ajan ravitsemusterapeutille (vo. 5 vrk:n sisällä) – antaa potilaalle ohjeet ajan varaamista varten tutkimuksiin ja lääkärille ½ vuoden kuluttua (ellei lääkäri toisin määrää)	– ohjaa ruoanvalmistuskursseille
KIRJAAMINEN	– kirjaa taustatiedot niin, että ne ovat myös muiden käytävissä		– ravitsemustilan arvio – määräykset/suosittelut ravintovalmisteet	– onko saanut materiaalin ja käyty läpi – ensireaktio ruokavalioon – muuta hoidossa huomioon otettavaa	– kirjaa arvion ruokavalion toteutumisesta – kirjaa ruokavalion ongelmakohtat – suositellut ravintovalmisteet/käyttöaika

	LÄÄKÄRI		RAVITSEMUSTERAPEUTTI
RAVITSEMUSHOITOTAVOITE	– selvitetään kuntoutumista		– potilaan tietojen ja taitojen tarkistaminen ja parhaaseen mahdolliseen elämänlaatuun auttavien käytäntöjen löytäminen
TILANNEARVIO	– arvioi tutkimusten tulokset	ruokavalio onnistunut	– arvioi ruokavalion toteutumisen – arvioi ruokavalion ravitsemuksellisen riittävyyden
		ruokavalio ei onnistunut	
OHJAUS	– painotetaan ruokavalion gluteenittomuuden täydellistä noudattamista – ravitsemusterapeutin kanssa selvitetään ongelmatilanteita	– onnittelee ruokavalion onnistumisesta – selvittää noudattamiseen liittyviä ongelmia, jos suuria ohjaa ravitsemusterapeutille	– käy ruokavaliota läpi ravintoanamneesin pohjalta – keskustele potilaan esilletuomista ongelmista
SEURANTA	– uusintabiopsia	– sovitaan miten jatkossa seurataan suolen kuntoa	– tarkistaa, että potilas tietää mihin ottaa yhteyttä, jos ruokavaliossa ilmenee ongelmia – pyytää potilasta täyttämään potilastyytyväisyys-lomakkeen
LÄHETTÄMINEN	– ravitsemusterapeutille lisä-ohjaukseen (potilas palaa edelliseen kohtaan käyntiin 2)	– muistuttaa tarkistuskäynnistä ravitsemusterapeutilla	
KIRJAAMINEN	– ruokavalion epäonnistuminen, mahdolliset syyt ja mahdollisesti tulevat muut ongelmat	– kirjataan sovittu seurantatapa	– kirjaa ruokavalion arvion – kirjaa toteutumisen ongelmakohtat

## SAIRAANHOITOPIIRIN RAVITSEMUSHOIDON LAATUVAATIMUKSET

Ravitsemushoito on tärkeä osa potilaan hoitoa

Ravitsemushoito toteutuu sairaalahoidon aikana siten, että potilaan ravinnontarve tyydytty, puutteellinen ravitsemustila korjaantuu ja hoito mahdollistaa hyvän ravitsemustilan ylläpidon. Lisäksi potilas saa sairaalahoidon aikana valmiudet suunnitelmalliseen ravitsemushoitoon jatkohoidossa.

TULOS	PROSESSI	RAKENNE
Arviointikohde 1.		
<b>RAVITSEMUSHOIDONTARPEEN SELVITYS JA RAVITSEMUSHOIDON SUUNNITTELU</b>		
Potilaan ruokavalio on kirjattu hoitotyön suunnitelmaan ensimmäisen vuorokauden aikana	Hoitotyöntekijä selvittää -potilaan käyttämän ruokavalion sekä siihen liittyvät rajoitukset -painonkehityksen ja potilaan pituuden	Oh ja osaston vastuulääkäri vastaavat siitä, että osastolla on -sovittu käytäntö ravitsemushoidontarpeen selvittämiseksi -sovittu käytäntö ravitsemushoidon suunnittelemiseksi -tarvittava koulutus tieto-taitotason ylläpitämiseksi
Potilas on tietoinen aliravitsemusriskistään	Oma sh kartoittaa potilaan ravitsemustilan ja epäillessään aliravitsemusriskiä käyttää apuna hyväksytyä aliravitsemusriskin kartoituslomaketta	
Potilas tietää oman ruokavalionsa ja siinä tapahtuvat muutokset	Oma sh ja hoitava lääkäri arvioivat potilaan ravitsemushoidon tarpeen  Oma sh ja potilas suunnittelevat ja sopivat hoidon edellyttämän ja yksilöllisyyden huomioonottavan ruokavalion  Oma sh neuvottelee hoitavan lääkärin kanssa ravitsemushoidosta	

TULOS	PROSESSI	RAKENNE
<b>Arviointikohde 1.</b>		
<b>RAVITSEMUSHOIDONTARPEEN SELVITYS JA RAVITSEMUSHOIDON SUUNNITTELU</b>		
	Hoitava lääkäri arvioi ja suunnittelee potilaan tarvitseman enteraalisen ja parenteraalisen ravitsemushoidon  Oma sh kirjaa sovitun ravitsemushoidon suunnitelman	

**Arviointikohde 2.**  
**POTILAAN RAVITSEMUSHOIDON TOTEUTUMINEN**

<b>Potilas saa tarvitsemansa ravitsemushoidon</b>	Hoitotyöntekijä tilaa potilaalle ruoan suunnitellun ravitsemushoidon mukaisesti	Oh ja osaston vastuulääkäri vastaavat siitä, että osastolla on -sovittu käytäntö ravitsemushoidon toteuttamiseksi -tarvittava koulutus tieto-taitotason ylläpitämiseksi
Potilaan ruokahalussa tapahtuvat muutokset näkyvät välittömästi hoitotyön suunnitelmassa	Osaston ravintohuoltoon kuuluva henkilökunta seuraa potilaan ruokahalua ja syömistä  Oma sh punnitsee potilaan kerran viikossa	
Potilas ja tarvittaessa omainen ymmärtävät saadun kirjallisen ja suullisen ohjauksen	Oma sh vastaa siitä, että potilas ja tarvittaessa omainen saavat hoidon edellyttämän yksilöllisen ravitsemusneuvonnan	
Potilas motivoituu ravitsemushoitonsa toteutukseen	Hoitava lääkäri / oma sh vastaa siitä, että potilas tiedostaa ravitsemushoidon olevan osa sairauden kokonaisuhoitoa	



TULOS	PROSESSI	RAKENNE
<b>Arviointikohde 2.</b> <b>POTILAAN RAVITSEMUSHOIDON TOTEUTUMINEN</b>		
<p>Potilas ymmärtää mieliruokien, tihennetyt ateriat ja kliinisten ravintovalmisteiden merkityksen ravitsemushoidossaan</p> <p>Potilas motivoituu tehostettuun ravitsemushoittoon</p> <p>Potilaan ravinnontarve tyydyttyy</p>	<p>Hoitava lääkäri / oma sh vastaa siitä, että potilas saa tarvittavat ravitsemusterapeutin palvelut</p> <p>Ruokahaluttomien ja aliravitsemusriskipotilaiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ruoankäyttö kirjataan</li> <li>-paino mitataan kaksi kertaa viikossa</li> <li>-biokemiallisia ravitsemustilan mittareita määritetään tarvittaessa</li> </ul> <p>Ravinnonsaanti arvioidaan joko osastolla tai ravitsemusterapiassa</p> <p>Oma sh tehostaa potilaan ruoankäyttöä:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-keskustelemalla ruoan merkityksestä</li> <li>-kyselemällä mieliruokia</li> <li>-ylimääräisillä välipaloilla</li> <li>-täydennysravintovalmisteiden käytöllä</li> </ul> <p>Ongelmatilanteissa oma sh neuvottelee hoitavan lääkärin ja muiden asiantuntijoiden sekä omaisten kanssa ravitsemushoidon tehostamisesta</p> <p>Oma sh kirjaa ravitsemushoidossa tapahtuneet muutokset ja tarkistaa ne päivittäin</p>	

TULOS	PROSESSI	RAKENNE
<b>Aviointikohde 3.</b> <b>RAVITSEMUSHOIDON ASiantuntijuus ( osasto / poliklinikka )</b>		
Henkilökunta tietää ravitsemushoidon periaatteet	Vastuuhenkilöt arvioivat ravitsemushoidon osastolla ja järjestävät riittävän koulutuksen	Oh ja vastuulääkäri kouluttautuvat ravitsemusasioissa oman tiedon tason ylläpitämiseksi
Henkilökunta on motivoitunut omalta osaltaan toteuttamaan ravitsemushoitoa		Oh ja vastuulääkäri vastaavat siitä, että osastolla on riittävästi tietoa ravitsemushoidosta
Potilas saa henkilökunnan asiantuntijuutta omassa ravitsemushoidossaan		
Ravitsemusvastaava on itse innostunut tehtävistään ja saa muun henkilökunnan kiinnostumaan ravitsemushoidosta	Ravitsemusvastaava toimii osastokohtaisen tehtävänkuvan mukaisesti	Osastolle on nimetty ravitsemusvastaava ja hänelle on kirjattu tehtävät: mm.
	Ravitsemusvastaava osallistuu shp:n järjestämään ravitsemuskoulutukseen kerran vuodessa	<ul style="list-style-type: none"> <li>-uuden tiedon välittäminen</li> <li>-ohjeet ajantasalla</li> <li>-uuden työntekijän perehdyttäminen (ruoantilaus, klin.rav.valmisteet)</li> <li>-muun henkilökunnan motivointi ja koulutus ravitsemuskysymyksissä</li> <li>-ravitsemusaiheiseen koulutukseen osallistuminen</li> <li>-yhteistyö ravitsemusterapeutin ja ravintokeskuksen yhdys henkilön kanssa</li> <li>-hintatietoisuus/taloudellisuus</li> </ul>

TULOS	PROSESSI	RAKENNE
<b>Aviointikohde 3.</b> <b>RAVITSEMUSHOIDON ASiantuntijuus ( ravitsemusterapia )</b>		
<p>Ravitsemusneuvonnassa käytetään ravitsemuskasvatuskansion sisältämää, ajantasalla olevaa aineistoa</p> <p>Henkilökunta käyttää ravitsemusterapeuttia oikea-aikaisesti ravitsemushoidon suunnittelussa ja toteutuksessa</p> <p>Potilas ja tarvittaessa omainen ymmärtävät saadun kirjallisen ja suullisen ohjauksen ja toimivat sen mukaisesti</p>	<p>Potilas ja tarvittaessa omainen saavat hoidon edellyttämän yksilöllisen ruokavalio-ohjauksen kirjallisena ja suullisena</p> <p>Potilas saa tarvittavan lisäohjauksen uusintakäynteillä ravitsemusterapiassa</p>	<p>Ravitsemusterapeutti vastaa siitä, että ravitsemusneuvonnassa käytetty aineisto on ajantasalla</p> <p>Ravitsemusterapeutti vastaa seuraavien potilaiden ravitsemusneuvonnasta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-nuoruustyypin diabetes</li> <li>-tasapainotuksessa oleva aikuistyyppin diabetes</li> <li>-gestaatiidiabetes</li> <li>-maito- ja vilja-allergia</li> <li>-muu laaja-alainen ruoka-aineallergia</li> <li>-(sub)totaaligastrektomia</li> <li>-laaja ohutsuoliresektio</li> <li>-ohutsuoliavanne</li> <li>-lasten obstipaatio</li> <li>-keliakia ja DH</li> <li>-predialyysi- ja dialyysipotilaat</li> <li>-vaikea ylipaino</li> <li>-ylipaino, johon liittyy muu ylipainosta johtuva sairaus</li> </ul>

TULOS	PROSESSI	RAKENNE
Aviointikohde 3.	RAVITSEMUSHOIDON ASIANTUNTIJUUS ( ravitsemusterapia )	Ravitsemusterapeutti vastaa seuraavien potilaiden ravitsemusneuvonnasta: -nielemis- ja muista syömisvaikeuksista kärsivät mm. -kaulan alueen syöpäpotilaat -neurologiset potilaat -kehitysvammaiset -huonosti kasvavat imeväisikäiset ja muut lapset -pitkäaikainen letkuruokinta (mm.PEG) -odottavat äidit, joilla on merkittävä ruokavaliorajoitus mm. -keliakia -kasvisruokavalio -hankala allergia -hyvin rajoitetulla ruokavaliolla olevat ( mm. kasvisruokavalio) -muut potilaat, jotka tarvitsevat yksityiskohtaista ravinnontarpeeseen ja ravinnon-saantiin liittyvää selvitystä ja ohjausta -ne potilaat, jotka kokevat tarvitsevansa ravitsemusterapeutin ohjausta

---

**TULOS**
**PROSESSI**
**RAKENNE**


---

**Aviointikohde 3.**
**RAVITSEMUSHOIDON ASiantuntijuus ( ravitsemusterapia )**


---

Henkilökunnan tieto-taitotaso ravitsemusasioissa on hyvä ja henkilökunta on kiinnostunut ravitsemushoidosta

Ravitsemusterapeutti ylläpitää henkilökunnan ravitsemukseen liittyvää ammattitaitoa konsultaation avulla ja järjestämällä ravitsemusaiheisia keskustelu-, neuvottelu- ja koulutustilaisuuksia yhteistyössä lääkäreiden, hoitohenkilökunnan ja ravintokeskuksen työnjohdon kanssa

Ravitsemusvastaaville järjestetään koulutusta kerran vuodessa

Ravitsemusterapeutti vastaa seuraavien potilaiden ravitsemusneuvonnasta **harkinnan mukaan**

**mm.**

- hyperkolesterolemia
- syömishäiriöt
- aliravitut
- syöpä
- crohnin tauti
- colitis ulcerosa
- krooninen pankreatiitti

Ravitsemusterapeutti toimii yhteistyössä lääkäreiden, hoitotyöntekijöiden ja ravintokeskuksen työnjohdon kanssa

TULOS	PROSESSI	RAKENNE
<b>Aviointikohde 3.</b> <b>RAVITSEMUSHOIDON ASiantuntijuus ( ravintokeskus )</b>		
Yhteistyö ravintokeskuksen kanssa sujuu -tiedonkulku on hyvä -ongelmakysymykset ratkaistaan	Ravintokeskuksen yhdyshenkilö osallistuu osaston yhteistyöpalaveriin tarvittaessa  Osaston henkilökunta ja ravintokeskuksen yhdyshenkilö neuvottelevat ja tarkistavat yhteistyökysymyksiä keskenään vähintään kerran vuodessa	Osastolle on nimetty oma yhdyshenkilö ravintokeskuksesta ja hänelle on määritetty tehtävät: -tiedon välittäminen osaston ja ravintokeskuksen välillä -ravintohuollon palveluista tiedottaminen ja markkinointi -opastaa ja kouluttaa ravintopalveluihin liittyvissä asioissa -seuraa ruokapalveluiden sujumista osastolla -kehittää myytävien tuotteiden tuotevalikoimaa

TULOS	PROSESSI	RAKENNE
<b>Aviointikohde 3.</b> <b>RAVITSEMUSHOIDON ASiantuntijuus ( ravitsemusneuvottelukunta )</b>		
Ravitsemushoito toteutuu erikoissairaanhoidossa edellytettävällä tasolla ja sovittujen ravitsemushoidon periaatteiden mukaisesti	Antaa lausuntoja shp:n ravitsemushoitoa koskevista kysymyksistä	Johtajaylilääkäri nimittää 2-vuotiskausittain ravitsemusneuvottelukunnan ja sen puheenjohtajan
Sairaalassa tarjottu potilasruoka ja henkilökunnan ruoka täyttää sovitut laatuvaatimukset	Hyväksyy hoidon edellyttämät ruokavaliokäytännöt	Ravitsemusneuvottelukunnan tehtävät:
	Hyväksyy ravitsemushoito-ohjeet ja pitää ne ajan tasalla	-päättää sairaalan ravitsemushoidon linjoista ja toteuttamistavoista
	Saattaa laaditut ohjeet henkilökunnan käyttöön	-päättää potilasruokailun ja henkilökunnan ruoan laatuvaatimuksista
	Suosittelee käytettävät enteraaliset ravintovalmisteet	
	Suunnittelee ja järjestää ravitsemushoitoa koskevaa koulutusta	
	Antaa suosituksia ravitsemusta käsittelevän ammattikirjallisuuden hankkimisesta	

16.2.1998

HAJAUTETTUUN RUOANJAKELUUN SIIRTYMINEN – MUUTOS-  
PROSESSIN LÄPIVIENTI MONIAMMATILLISENA YHTEISTYÖNÄ

- 20.5.1996 ravitsemustyöryhmä  
• os. 4 siirtynyt 6.5.1996 joustavaan, potilaskeskiseen aamupalajakeluun
- 16.9.1996 ravitsemustyöryhmä  
• Pl:n käyttäminen ravitsemustilan arvioinnissa
- 28.10.1996 ravitsemustyöryhmä  
• keskustelua hajautetusta ja keskitetystä ruoanjakelujärjestelmästä saatu-  
jen kokemusten pohjalta → päätös aloittaa kokeilu jollakin osastolla  
2/1997. Peruskorjaus tiedossa.  
• halukkaita kokeiluun: osastot 1, 3, 4 ja 6 sekä osasto 2 aamupalan osalta
- 2.12.1996 ravitsemustyöryhmä  
• kaikki keskitetyn jakelun piirissä olevat osastot halukkaita kokeiluun →  
kokeiluosastoksi päätettiin osasto 1 → valmistelutyön käynnistys
- 27.1.1997 ravitsemustyöryhmä  
• tiivis valmistelutyö osaston 1 ja ravintokeskuksen henkilökunnan kesken.  
Pääaterioiden jakeluun tulee alussa kaksi, myöhemmin yksi keittiöyöntekijä  
auttamaan. Sairaala-apulaiset hakevat oppia Vuoristosairaalan osastoilta.  
• pyydettiin osastoilta mielipiteitä keskitetty - hajautettu ruoanjakelu, hyö-  
dyt/haitat, ongelmat jne. Tiedossa sairaanhoitopiiriin rakennettava uusi  
ravintokeskus  
• potilaiden ravitsemustilan määrittäminen Pl:n avulla → joka 5. potilas ali-  
painoinen (Pl oli alle 20)
- 20.3.1997 ravitsemustyöryhmä  
• henkilökunnan mielipiteet ja palaute keskitetyn vs. hajautetun ruoanjakelun  
eduista ja haitoista sekä yhdistymisestä keskussairaalan ravintokeskukseen  
• osasto 4 tyytyväinen hajautettuun aamupalan jakelumalliin  
• osaston 1 kokeilu onnistunut hyvin, potilaat ja henkilökunta tyytyväisiä.  
Edelleen kehittämistä, tavoitteena asiakaslähtöisempi ruoanjakelu, jossa  
potilaan toiveet huomioidaan mahdollisimman hyvin  
• Kyllön osastot pitivät hajautettua mallia parempana, poikkeuksena osasto  
5, joka kannattaa enemmän keskitettyä mallia
- Vuoristosairaala ja päiväsairaala eivät halua vaihtaa nykyistä hajautettua  
järjestelmäänsä  
• yhteenvedo käydystä keskustelusta: "Hajautettua mallia pidetään paremmin  
soveltuvana geriatriseen sairaanhoitoon kuin keskitettyä ruoanjakelua.  
Asiakaslähtöinen ruoanjakelu ja yksittäinen ravitsemushoito edellyttävät va-  
lintamahdollisuuksia ja yksilöllistä annostelua. Yksilövastuinen hoitotyö ja  
omahoitajajärjestelmä tukevat yksilöllisen ruokavalion toteutumisen mahdol-  
lisuuksia ja asiakkaan mielipiteen huomioon ottamista ruokailutilanteessa".
- 26.5.1997 ravitsemustyöryhmä  
• palaute osaston 1 kokeilusta; toiminta sujunut hyvin, jatkuvaa työtapojen  
ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittyä. Osasto 1 ei halua pala-  
ta entiseen jakelumalliin → päätettiin jatkaa kokeilua 30.9.1997 saakka  
siten, että osaston henkilökunta huolehtii itse ruoanjakelun
- 19.8.1997 S-jory  
• päätös, että kaikilla osastoilla siirrytään hajautettuun ruoanjakelujärjestel-  
mään vuoden 1998 alusta. Ravintokeskus vastaa astioiden pesusta kun-  
nes peruskorjauksen yhteydessä osastojen keittiöt saneerataan vastaa-  
maan hajautetun ruoanjakelun vaatimuksia  
• kehoitettiin henkilökuntaa perehtymään uuteen jakelumalliin ja -kalustoon  
osastolla 1.
- 29.9.1997 ravitsemustyöryhmä  
• osaston 1 kokemuksia kehittämistyöstä  
• päätös siirtyä hajautettuun ruoanjakeluun 19.1.1998  
• nimettiin muutosta valmisteleva moniammatillinen työryhmä: edustajat jo-  
ka osastoilta ja ravintokeskuksesta  
• lisäksi päätettiin, että jokainen osasto perustaa oman työryhmänsä (tai  
osastokokoukset) muutoksen valmistelua varten  
• osaston 4 uudet päiväkahvijärjestelyt (noutopöytä)  
• osaston 7.3 aamupala noutopöydästä → osastot 7.1 ja 7.2
- 5.11.1997 ja 19.11.1997 iäkkään ravitsemuksesta - toimipaikkakoulutukset
- 17.11.1997 ravitsemustyöryhmä  
• muutosta valmistelevan työryhmän palaute  
• korostettiin, että jokaisen osaston on tärkeää tehdä itse omat suunnitel-  
mansa ja järjestelynsä muutoksesta, aikaa siirtymiseen 2 kk
- 19.1.1998 SIIRTYMINEN HAJAUTETTUUN RUOANJAKELUUN
- 28.1.1998 hajautettu ruoanjakelukokous  
• 8 päivän kokemuksia  
• muutettiin ruokavaunujen lähtöjärjestystä  
• päivitettiin ruoantilauskaavake



**SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN SELVITYKSIÄ**  
**SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS RAPPORTER**  
**REPORTS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH ISSN 1236-2115**

- 2001: 1 Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa.  
ISBN 952-00-0913-2
- 2 Ulla Reina-Knuutila. Ikä, työkyky ja tuottavuus.  
ISBN 952-00-0923-X
- 3 Proceedings of the European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion. Toim. Juha Lavikainen, Eero Lahtinen, Ville Lehtinen  
ISBN 952-00-0926-4
- 4 Matti Heikkilä, Tuukka Lahti. Työttömyysturvan karenssi. Subjekttiivinen tulkinta ja siirtyminen toimeentulotuelle.  
ISBN 952-00-0944-2
- 5 Werner Burkart, Henri Métivier, John Stather, Terttu Vartiainen. International Evaluation of the Research Activities of Radiation and Nuclear Safety Authority (STUK).  
ISBN 952-00-0976-0
- 6 Pasi Ylipaavalniemi. Vammaisten ja vajaakuntoisten työllistämisen kokonaiskartoitus.  
ISBN 952-00-1009-2
- 7 Eila Korpivuoma, Ilkka Pirttilä. Terveyskeskukset ja ikääntyvä työvoima.  
ISBN 952-00-1011-4
- 8 Päivi Rantanen, Mirja Mäkelä, Riitta Alaja, Kari Luotonen, Kaija Seppä. Päihteet ja ajokortti. Rattijuoppojen hoitoonohjausprojektin loppuraportti.  
ISBN 952-00-1016-5
- 9 Yhteenveto sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallitusten sairaanhoitopiirien psykiatrian valvontakäynneistä.  
ISBN 952-00-1021-1
- 10 Ympäristöterveydenhuollon toimintaedellytykset. Loppuraportti.  
ISBN 952-00-1024-6
- 11 Lasten- ja nuortenpsykiatrian valtionavustuksen käyttö vuonna 2000.  
ISBN 952-00-1038-6
- 12 Kaija Hasunen. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2000.  
ISBN 952-00-1067-X
- 13 Taru Kaivola, Marja Tammisto, Matti Ristola. Interventiomahdollisuudet huumeiden käyttäjien päihdeongelmiin somaattisen sairaalahoidon aikana.  
ISBN 952-00-1075-0
- 14 Eliina Haapa, Auli Pölönen. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä.  
ISBN 952-00-1083-1
- 15 Rapport om användningen av statsunderstödet för barn- och ungdomspsykiatri år 2000.  
ISBN 952-00-1087-4