

Paula Hakala, Tuula Toikka,  
Merja Paturi ja Ilona Autti-Rämö

## Ravitsemuskuntoutuksen toteutuminen Kelan järjestämällä kuntoutuskursseilla





# Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 135

KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2015

*Paula Hakala, Tuula Toikka, Merja Paturi ja Ilona Autti-Rämö*  
***Ravitsemuskuntoutuksen toteutuminen  
Kelan järjestämällä kuntoutuskursseilla***

## **Kirjoittajat**

Paula Hakala  
Dosentti, FT, johtava tutkija  
Kelan tutkimusosasto  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Tuula Toikka  
LuK, tutkija  
Kelan tutkimusosasto  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Merja Paturi  
MMM, erikoistutkija  
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos  
etunimi.sukunimi@thl.fi

Ilona Autti-Rämö  
Tutkimusprofessori, LKT, johtava ylilääkäri  
Kelan terveysosasto  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Sarjan julkaisut on hyväksytty  
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

Graafinen suunnittelu: Pekka Loiri

ISBN 978-951-669-966-3 (nid.)  
ISBN 978-951-669-967-0 (pdf)

ISSN-L 1238-5050  
ISSN 1238-5050 (painettu)  
ISSN 2323-7724 (verkkajulkaisu)

Juvenes Print  
Tampere 2015

## Tiivistelmä

Hakala P, Toikka T, Paturi M, Autti-Rämö I. **Ravitsemuskuntoutuksen toteutuminen Kelan järjestämällä kuntoutuskursseilla.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 135, 2015. 127 s. ISBN 978-951-669-966-3 (nid.), ISBN 978-951-669-967-0 (pdf).

Ravitsemuskuntoutuksella (ravitusneuvonta ja ruokatarjonta) on erityisen tärkeä merkitys ravitsemukseen liittyvien sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä. Sillä voidaan vaikuttaa myönteisesti myös kuntoutujien toiminta- ja työkykyyn sekä elämänlaatuun. Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, miten ravitsemuskuntoutus toteutetaan eri kuntoutuslaitoksissa. Tutkimuksen erityiskohteiksi valittiin seitsemän erityyppistä kuntoutuskurssia. Tiedot kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella. Se lähetettiin 55 kuntoutuslaitokseen, joissa toteutetaan Kelan järjestämiä kuntoutuskursseja. Vastaukset saatiin 50 (91 %) laitoksesta. Ravitusneuvontaa annettiin 45 laitoksessa. Neuvontaa antoi yleisimmin laillistettu ravitsemusterapeutti (80 %), mutta myös muiden ammattiryhmien edustajat, kuten terveyden- ja sairaanhoitajat sekä lääkärit. Neuvonnan tärkeimmiksi aihepiireiksi vastaajat arvioivat seuraavat: terveellinen ravitus yleensä, painonhallinta, säännöllinen ateriarytmi, kuidun riittävä saanti sekä rasvojen laatu ja määrä. Ateriatarjonta vastasi hyvin tai melko hyvin annettua ravitusneuvontaa lähes kaikissa laitoksissa. Terveellisen aterian koostaminen havainnollistettiin lautasmallin avulla joka neljännessä laitoksessa. Ravitsemuskuntoutuksen kehittämisohjeissa painotettiin ravitusneuvonnan ja ruokatarjonnan laadun varmistamista sekä joustavuuden ja asiakaslähtöisyyden lisäämistä. Tulosten perusteella voidaan esittää seuraavaa: Jokaisessa kuntoutuslaitoksessa tulisi olla laillistettu ravitsemusterapeutti, joka vastaa siitä, että ravitusneuvonta ja ruokatarjonta ovat ravitsemussuosituksen mukaisia. Ruokatarjontaa tulisi kohentaa erityisesti parantamalla rasvojen laatua ja vähentämällä suolan käyttöä ruokien valmistuksessa. Lautasmalli tulisi olla esillä kaikissa laitoksissa esimerkkinä terveellisestä ateriasta. Ravitsemuskuntoutusta koskevia standardeja tulisi tarkentaa ja ravitsemuskuntoutus tulisi ottaa Kelan auditoinnin piiriin.

**Avainsanat:** ravitsemuskuntoutus, ravitusneuvonta, ruokatarjonta, kuntoutuskurssit, kuntoutuslaitokset, ravitsemussuositukset

## Sammandrag

Hakala P, Toikka T, Paturi M, Autti-Rämö I. **Hur kostrehabiliteringen genomförs under rehabiliteringskurser ordnade av FPA?** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa, undersökningar 135, 2015. 127 s. ISBN 978-951-669-966-3 (hft.), ISBN 978-951-669-967-0 (pdf).

Kostrehabiliteringen (kostrådgivning och måltidsutbud) har särskilt stor betydelse vid behandling och förebyggande av många sjukdomar. Den kan ha en positiv inverkan också på rehabiliteringsklienternas funktions- och arbetsförmåga samt livskvalitet. Studiens syfte var att undersöka hur kostrehabiliteringen genomförs vid olika rehabiliteringsinrättningar. Rehabiliteringskurser av sju olika slag valdes som speciella studieobjekt. Data samlades in med ett elektroniskt frågeformulär. Det skickades till de rehabiliteringsinrättningar vid vilka rehabiliteringskurser ordnade av FPA genomfördes. Svarsblanketterna återsändes från 50 inrättningar (91 %). Kostrådgivning gavs vid 45 inrättningar. Rådgivningen gavs vanligtvis av en legitimerad näringsterapeut (80 %), men ofta även av någon annan person inom hälsovårdsbranschen såsom hälsovårdare, sjuksköterskor och läkare. Enligt dem som besvarade enkäten var de viktigaste ämnesområdena hälsosam kost i allmänhet, en regelbunden måltidsrytm, ett tillräckligt intag av fiber samt fettets kvalitet och mängden fett. Måltidsutbudet motsvarade väl eller relativt väl kostrådgivningen vid nästan alla inrättningar. En hälsosam måltid åskådliggjordes med hjälp av tallriksmodellen vid en fjärdedel av inrättningarna. I utvecklingsförslagen gällande kostrehabiliteringen betonades att kvaliteten på kostrådgivningen och måltidsutbudet borde kontrolleras och att flexibiliteten och kundinriktningen borde ökas. Utifrån resultaten kan man framföra följande förslag: Vid alla rehabiliteringsinrättningar borde det finnas en legitimerad näringsterapeut som ansvarar för att kostrådgivningen och måltidsutbudet följer näringsrekommendationerna. Måltidsutbudet borde förbättras, i främsta hand skulle detta ske genom att man förbättrar fettets kvalitet och minskar användningen av salt i matlagningen. En modellmåltid skulle exemplifieras med tallriksmodellen vid alla inrättningar. Standarderna angående kostrehabilitering skulle preciseras och kostrehabiliteringen skulle inkluderas i den auditering som utförs av FPA.

**Nyckelord:** kostrehabilitering, kostrådgivning, måltidsutbud, rehabiliteringsinrättning, rehabiliteringskurs, näringsrekommendationer

## Abstract

Hakala P, Toikka T, Paturi M, Autti-Rämö I. **Implementation of nutrition rehabilitation as part of rehabilitation courses organised by Kela.** Helsinki: Kela, Studies in social security and health 135, 2015. 127 pp. ISBN 978-951-669-966-3 (print), ISBN 978-951-669-967-0 (pdf).

Nutrition rehabilitation (nutrition counselling and food service) is of particular importance in the treatment and prevention of many diseases. It also has a positive impact on functioning, work capacity and quality of life. The aim of this study was to discover how nutrition rehabilitation is implemented by rehabilitation institutions. Seven types of rehabilitation courses were selected as special objects of study. The study was carried out as an electronic questionnaire. It was emailed to 55 institutions offering rehabilitation services organised by Kela (the Social Insurance Institution of Finland). The form was returned by 50 (91%) of the institutions. Nutrition counselling was given in 45 institutions, mainly by registered dietitians (80%) but also by other health personnel such as nurses and physicians. The key topics of the counselling were healthy eating habits, weight control, regular meal patterns, adequate intake of dietary fibre, and quality and amount of fat. Food service was well or moderately well aligned with nutrition counselling in almost all institutions. The food plate model was on view in one out of four of the institutions. As for the standards guiding nutrition rehabilitation, the responses focused on the following suggestions: Ensure the quality of nutrition counselling and food service and increase flexibility and customer orientation. The results suggest the following: All rehabilitation institutions should have a nutrition expert who is responsible for ensuring that nutrition counselling and food service are in line with nutrition recommendations. The food service should be upgraded by improving the quality of fat and decreasing the amount of salt in food preparation. The healthy meal should be demonstrated by the food plate model in all institutions. Standards concerning nutrition rehabilitation should be defined and nutrition rehabilitation should be adopted by Kela as an audit criterion.

**Keywords:** nutrition rehabilitation, nutrition counselling, food service, rehabilitation courses, rehabilitation institutions, nutrition recommendations

## ALKUSANAT

Ravitsemusneuvonnan toteutusta eri kuntoutuslaitoksissa selvitettiin postikyselyn avulla ensimmäisen kerran vuonna 1999. Kyselyn tuloksia esiteltiin ravitsemuskuntoutuksen teemapäivänä, jonka Kela järjesti 12.11.1999 Turussa. Selvityksen tulokset viittasivat siihen, että ravitsemusneuvonnan toteutuksessa on monilta osin kohentamisen varaa (Rastas 1999).

2000-luvulla Kelan järjestämiä kuntoutuskursseja koskevia standardeja uudistettiin ravitsemusneuvonnan osalta mm. siten, että niihin kirjattiin ravitsemusterapeutin ja ravitsemusneuvojan pätevyysvaatimukset. Lisäksi vuonna 2008 päivitettiin ravitsemusneuvontaa koskevat tekstit Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardiin (versio 15), jonka piiriin kuuluvat mm. diabetesta, metabolista oireyhtymää, sydäntauteja ja uniapneaa sairastaville tarkoitetut kurssit. Näillä kursseilla ravitsemuksen rooli on sairauden kannalta keskeinen.

Jotta saataisiin selville, millainen on ravitsemusneuvonnan toteutuksen nykytilanne eri kuntoutuslaitoksissa, katsottiin ajankohtaiseksi tehdä uusi tutkimus. Sen toteuttamiseen antoivat sysäyksen myös eräiden Kelan järjestämään kuntoutuksen osallistuneiden henkilöiden yhteydenotot. Vastoin heidän odotuksiaan kuntoutuslaitoksessa annettu ravitsemusneuvonta ja ruokatarjonta eivät vastanneet kaikilta osin ravitsemussuosituksia.

Tutkimus koskee kaikkia niitä kuntoutuslaitoksia, joissa toteutetaan Kelan järjestämää kuntoutusta. Tarkoitus oli saada ravitsemuskuntoutuksesta aikaisempaa monipuolisempaa ja syvällisempää tietoa, jota voidaan hyödyntää sekä ravitsemusneuvonnan että ruokatarjonnan kehittämisessä.

On ilmeistä, että ravitsemuksen merkitystä tärkeänä osana kuntoutusta ei tunnisteta riittävän hyvin. Aiheesta ei myöskään löydy selkeää kirjallista koostetta, jonka avulla siihen voisi perehtyä. Sen vuoksi katsottiin tarpeelliseksi laatia raportin alkuun huomattavasti laajempi ravitsemuskuntoutusta käsittelevä kirjallisuuskatsaus kuin millaista pelkästään tutkimuksen aihe olisi edellyttänyt. Katsauksessa valotetaan ravitsemuksen merkitystä kuntoutuksessa eri näkökulmista ja esitellään ravitsemuskuntoutuksen perustaksi soveltuvia ravitsemussuosituksia. Katsaus sisältää myös koosteen Kelan järjestämistä kuntoutuskursseista ja ravitsemuksen roolista niiden osana. Lisäksi esitellään sellaisia Suomessa toteutettuja kuntoutusaiheisia tutkimuksia, joissa on kuvattu



ravitsemuskuntoutuksen toteutusta ja raportoitu myös ravitsemuskuntoutukseen liittyviä tuloksia.

Esitämme lämpimät kiitokset kaikille kuntoutuslaitoksille sekä niissä kyselyyn vastanneille henkilöille, jotka suhtautuivat myönteisesti tutkimukseen ja käyttivät vastaamiseen arvokasta aikaansa.

Kiitämme myös suunnittelija Petra Niilolaa sekä tutkija Vesa-Pekka Juutilaista, jotka opastivat ja avustivat sähköisen Digium-kyselylomakkeen laadinnassa, kyselyn toteuttamisessa sekä tulosten hyödyntämisessä. Lisäksi kiitämme kaikkia raportin arviointiin ja viimeistelyyn osallistuneita henkilöitä.

*Turussa tammikuussa 2015*

*Tutkijaryhmän puolesta*

*Paula Hakala  
Johtava tutkija*

## SISÄLTÖ

<b>LYHENTEET JA TERMIT</b> .....	11
<b>1 JOHDANTO</b> .....	13
<b>2 RAVITSEMUS JA KUNTOUTUS</b> .....	17
2.1 Ravitsemuksen rooli kuntoutuksessa.....	17
2.1.1 Lihavuus ja kuntoutus.....	18
2.1.2 Vajaaravitseminen ja kuntoutus.....	18
2.1.3 Muita ravitsemukseen liittyviä kuntoutustarpeita .....	19
2.1.4 Ravitsemusneuvonnan ja -hoidon vaikutuksia.....	20
2.2 Ravitsemukseen liittyviä suosituksia ja kuntoutus.....	21
2.2.1 Suomalaiset ravitsemussuosituksiset .....	21
2.2.2 Ravitsemushoitosuositus .....	21
2.2.3 Joukkoruokailun kehittäminen Suomessa -toimenpidesuositus .....	22
2.2.4 Diabeteksen ja sydänsairauksien ravitsemushoitoa koskevat suositukset.....	22
2.2.5 Käypä hoito -suositukset .....	23
2.2.6 Toimenpideohjelmat.....	24
2.2.7 Ravitsemussuosituksiset ikääntyneille .....	25
<b>3 KELAN JÄRJESTÄMÄ KUNTOUTUS</b> .....	26
3.1 Perustietoa kuntoutuksesta.....	26
3.2 Kelan järjestämät kuntoutuskurssit .....	26
3.2.1 Perustietoa kuntoutuskursseista .....	26
3.2.2 Kuntoutuskursseja koskevat standardit .....	27
3.2.3 Sairausryhmäkohtaiset kuntoutuskurssit: yleiskuvaus .....	28
3.2.4 ASLAK-kuntoutuskurssit ja TYK-toiminta: yleiskuvaus.....	30
3.2.5 Kuntoutuskurssien rakenne .....	31
3.3 Ravitsemuskuntoutus ja siihen liittyvät tavoitteet.....	31
3.3.1 Ravitsemusneuvontaa antava henkilöstö .....	31
3.3.2 Ravitsemusneuvonnan toteutus ja sisältö .....	32
3.3.3 Ravitsemuskuntoutusta ohjeistavat standardit.....	32
3.3.4 Ruokapalvelujen toteutus .....	33
<b>4 RAVITSEMUSPAINOTTEISIA KUNTOUTUSAIHEISIA TUTKIMUKSIA</b> .....	34
<b>5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET</b> .....	42
<b>6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS</b> .....	43
6.1 Kyselylomakkeen laatiminen ja sisältö.....	43
6.2 Tutkimuksen kohderyhmä.....	43
6.3 Aineiston muodostuminen .....	44
6.4 Tulosten käsittely .....	45

<b>7 TULOKSET</b> .....	46
7.1 Kyselyyn vastaajat.....	46
7.2 Ravitsemusneuvonnan toteutus ja sisältö.....	46
7.2.1 Ravitsemusneuvonnan antajat.....	46
7.2.2 Ostopalvelujen käyttö .....	47
7.2.3 Neuvonnan keskeiset aihepiirit.....	48
7.2.4 Ravintorasvojen käyttöä koskeva neuvonta.....	49
7.2.5 Suolan käyttöä koskeva neuvonta .....	50
7.2.6 Neuvonnan tukimateriaali ja laskentaohjelmien käyttö.....	50
7.2.7 Ravitsemussuosittelujen hyödyntäminen neuvonnassa .....	51
7.2.8 Ravitsemusneuvonnan ja ruokapalvelujen yhteistyö.....	53
7.2.9 Ruokapalvelujen ja ravitsemusneuvonnan vastaavuus .....	53
7.3 Ravitsemusneuvonta eri kuntoutuskursseilla.....	55
7.3.1 Tutkimuksen erityiskohteena olleet kurssit .....	55
7.3.2 Ravitsemusneuvonnan päätavoitteet .....	56
7.3.3 Ryhmässä annetun ravitsemusneuvonnan toteutus.....	57
7.3.4 Yksilöllisen ravitsemusneuvonnan toteutus .....	60
7.3.5 Ravitsemusneuvontaan käytetty aika.....	62
7.3.6 Ravitsemusneuvonnan vaikutusten seuranta ja mittaaminen ....	63
7.3.7 Ravitsemusasioiden kirjaaminen kuntoutusselosteeseen .....	64
7.3.8 Tuen järjestäminen kuntoutuskurssin jälkeen.....	64
7.3.9 Ravitsemusneuvonta muilla kuntoutuskursseilla .....	64
7.4 Ruokapalvelujen toteutus .....	66
7.4.1 Välipalojen tarjonta .....	66
7.4.2 Terveellisten aterioiden havainnollistaminen .....	68
7.4.3 Vakioruokaohjeet sekä ruokien ravintosisällön laskeminen .....	69
7.4.4 Ravitsemussuosittelujen hyödyntäminen .....	69
7.4.5 Ravintorasvojen tarjonta ja niiden käyttö ruoanvalmistuksessa .....	71
7.4.6 Kasvis- ja erityisruokavalioiden toteutus.....	73
7.4.7 Ruokapalvelujen kehittämissuunnitelmat.....	73
7.4.8 Ruokapalvelujen kehittämistarpeet.....	75
7.4.9 Ehdotukset ravitsemuskuntoutusta koskevien standardien kehittämiseksi .....	76
<b>8 TULOSTEN TARKASTELU</b> .....	80
8.1 Tutkimuksen toteutus.....	80
8.2 Ravitsemusneuvonta yleensä.....	81
8.3 Ravitsemusneuvonta eri kuntoutuskursseilla.....	83
8.4 Kuntoutuslaitosten ruokapalvelut .....	85
8.5 Ehdotukset kuntoutuskurssien ja niitä koskevien standardien kehittämiseksi .....	87
8.6 Mahdollisia virhelähteitä .....	88
<b>9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TOIMENPIDESUOSITUKSET</b> .....	89

<b>LÄHTEET</b> .....	91
<b>Liitetaulukot 1–7</b> .....	97
<b>Liite 1.</b> Kyselylomake .....	106
<b>Liite 2.</b> Laitosten johtajille lähetetty tutkimusta koskeva ennakkoviesti .....	126
<b>Liite 3.</b> Kyselyyn vastaajille lähetetty saatekirje .....	127

## LYHENTEET JA TERMIT

**ASLAK-kurssi:** ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus; harkinnanvaraista kuntoutusta

**avomuotoinen kuntoutuskurssi:** kurssi, johon ei kuulu majoitusta

**auditointi:** Kelan toteuttama järjestelmällinen ja riippumaton arviointi kuntoutustoiminnan laadun varmistamiseksi ja kehittämiseksi

**BMI:** painoindeksi (body mass index)

**GAS-menetelmä (Goal Attainment Scale):** käytetään tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin apuvälineenä

**IDQ-mittari (Index of Diet Quality):** ruokavalion laadun mittari, jonka avulla voidaan selvittää ruokavalion laatu suhteessa ravitsemussuositukseen

**Kelan harkinnanvarainen kuntoutus:** eduskunnan vuosittain vahvistaman rahan määrän puitteissa järjestettävä kuntoutus, joka voi olla ammatillista tai lääkinnällistä kuntoutusta

**Kelan standardit:** standardeissa kuvataan kuntoutuksen toteuttajat, sisältö ja laatuvaatimukset

**laillistettu ravitsemusterapeutti:** ravitsemustiedettä yliopistossa pääaineenaan opiskellut ammattihenkilö, jolle Valvira on myöntänyt oikeuden harjoittaa laillistettua ravitsemusterapeutin ammattia

**laitosmuotoinen kuntoutuskurssi:** kurssi, johon kuuluu majoitus ja siten kuntoutuksen palveluntuottajan yhtäjaksoinen ja ympärivuorokautinen palveluvastuu

**MBO-kurssi:** metabolista oireyhtymää sairastaville tarkoitetut kurssi

**palveluntuottaja:** taho, joka toteuttaa Kelan järjestämän kuntoutuksen (esim. yksityinen yritys, laitos, säätiö tai vammaisjärjestö)

**ravintoanamneesi:** ihmisen ruoankäytöstä joko haastattelemalla tai erilaisilla lomakkeilla saadut tiedot

**ravitsemushoito:** terveyden edistäminen sekä sairauden hoito tai ehkäisy ruokavalion avulla

**ravitsemuskuntoutus:** koostuu ravitsemusneuvonnasta ja sitä tukevasta ruoka-

tarjonnasta. Sen avulla kuntoutujia ohjataan ravitsemukseen liittyvien sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä

**ravitsemusneuvoja:** tehtävänimike. Ravitsemusneuvoja voi toimia kuntoutuslaitoksessa ravitsemusterapeutin ohjauksessa. Perustutkintona tehtävään esimerkiksi sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai kotitalousopettajan koulutus

**ruokapalvelu:** ruokailuun liittyvä toimintojen kokonaisuus, jonka tuloksena ovat erilaiset ateriat

**suolamittari:** laite, jonka avulla voidaan tarkistaa ruokien ja juomien suolapitoisuus. Mittari soveltuu kaikkien ruokaa valmistavien ja sen turvallisuutta valvovien tahojen käyttöön

**Tules-kurssi:** tuki- ja liikuntaelinsairauksia (tules) sairastaville tarkoitettu kuntoutuskurssi

**TYK-kurssi:** työkykyä ylläpitävä kuntoutus, jota järjestetään sekä lakisääteisesti että harkinnanvaraisesti

**vajaaravitsemus:** energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saannin epäsuhde tai puute niiden tarpeeseen nähden, mikä haittaa elimistön toimintaa tai sairauden hoitoa

**vakioruokaohje:** yhdenmukaistettu ruokaohje, jonka avulla saadaan eri valmistuskerroilla ruokaa valmistettaessa sama määrä samanlaista ruokaa. Se takaa ruoan tasaisen laadun ja mahdollistaa esimerkiksi ruoan ravintosisällön laskemisen ja vertailun suosituksiin

## 1 JOHDANTO

Kuntoutuksella tarkoitetaan työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseen, parantamiseen ja palauttamiseen tähtäävää toimintaa. Kelan kuntoutus voi olla joko ammatillista tai lääkinällistä, ja se sisältää kuntoutumisen kannalta tarpeellisen tutkimuksen ja hoidon. Kuntoutus perustuu yleensä kuntoutussuunnitelmaan ja sen toteutumisen arviointiin. Kuntoutus edellyttää moniammatillista yhteistyötä. (Kelan terminologinen sanasto 2012.)

Kela kustantaa monenlaista kuntoutusta, josta osa toteutetaan kuntoutuslaitoksissa laitosmuotoisina kuntoutuskursseina. Niiden yleinen tavoite on kuntoutukseen osallistujien fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen työ- ja toimintakyvyn parantaminen tai säilyttäminen. Kuntoutuskurssien laatua valvotaan Kelan standardien avulla.

Kelan standardien mukaan lähes kaikkien kuntoutuskurssien tavoitteisiin kuuluu terveyden edistäminen, minkä vuoksi niiden kurssiohjelmiin tulee sisältyä ainakin josain määrin elintapaohjausta. Siihen kuuluu monilla kuntoutuskursseilla olennaisena osana ravitsemusneuvontaa<sup>1</sup>. Koska kuntoutuslaitoksissa annettava ravitsemusneuvonta liittyy erityisesti kuntoutujien toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen, sitä parhaiten kuvaava termi on ravitsemuskuntoutus.

Ravitsemuskuntoutuksesta ei ole olemassa sellaista määritelmää, joka sopisi kuvaamaan kuntoutuslaitoksissa toteutettavaa ravitsemuskuntoutusta. Sen vuoksi tämän tutkimuksen yhteydessä katsottiin tarpeelliseksi luoda tarkoitukseen soveltuva uusi määritelmä:

Ravitsemuskuntoutus (nutrition rehabilitation) koostuu ravitsemusneuvonnasta ja sitä tukevasta ruokatarjonnasta. Sen avulla kuntoutujia ohjataan siinä, miten ravitsemukseen liittyviä sairauksia voidaan hoitaa ja ehkäistä ruokavalion avulla. Ravitsemuskuntoutus on osa kuntoutujan toimintakyvyn ylläpitoa ja elämänlaadun kohentamista.

Ravitsemuskuntoutukseen kuuluvat seuraavat osa-alueet:

- ruokavalion arviointi tai ravintoanamneesi
- tavoitteista sopiminen yhteistyössä kuntoutujan kanssa
- terveyttä edistävä ravitsemusneuvonta (toteutus ryhmässä ja/tai yksilöllisesti tarpeen mukaan)
- ravitsemussuosituksiin perustuva ruokatarjonta, joka tukee ravitsemusneuvontaa
- tavoitteiden saavuttamisen seuranta ja arviointi
- kuntoutuksen jälkeisistä jatkotoimenpiteistä sopiminen.

---

<sup>1</sup> Ravitsemusneuvonta (dietary counselling) on yksilöön tai pienryhmään kohdistuva opetus ja neuvonta, jonka tarkoitus on korjata virheellinen ruoankäyttö ja väärät ruokattotumukset ja saada neuvottavat noudattamaan terveellistä ruokavaliota (Väättäinen 1977).

Ravitsemuskuntoutus toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä ravitsemusterapeutin ohjauksessa.

Ravitsemukseen liittyy suuria terveydellisiä ongelmia, kuten lihavuus, tyypin 2 diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet (tules), jotka lisääntyvät jatkuvasti. Ne aiheuttavat suuria kustannuksia sekä kansantaloudellisesti että yksilötasolla. Vaikka muitakin syitä näihin kansansairauksiin löytyy, ravinnolla on niihin kiistaton yhteys. Sen vuoksi ravitsemuksen merkitys näiden sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa on keskeinen. Monia sairauksia voitaisiin hoitaa nykyistä tehokkaammin ravitsemuskuntoutuksella ja ravitsemushoidolla<sup>2</sup> kalliiden lääkehoidosten sijaan.

Ravitsemuskuntoutuksella on keskeinen rooli varsinkin niillä kuntoutuskursseilla, jotka on tarkoitettu tyypin 2 diabetesta, metabolista oireyhtymää, uniapneaa, sydän-sairauksia ja tule-sairauksia sairastaville. Myös ASLAK<sup>3</sup>- ja TYK<sup>4</sup>-kursseilla ravitsemuskuntoutuksella on tavanomaista tärkeämpi merkitys. Sen vuoksi näitä kursseja koskevissa standardeissa on kuvattu ne aihepiirit, joita ravitsemusneuvonnan tulee sisältää (ks. luvut 3.2.2–3.2.4). Kaikkia neuvontaan liittyviä seikkoja ei ole kuitenkaan ohjeistettu. Näin ollen kuntoutuslaitoksen ja ravitsemusneuvontaa antavan henkilön oman harkinnan varaan jää monilta osin se, miten neuvonta käytännössä toteutetaan.

Monissa kuntoutuslaitoksissa myös muiden alojen ammattilaiset kuin laillistetut ravitsemusterapeutit<sup>5</sup> saattavat antaa ravitsemusneuvontaa. Näin ollen myös neuvontaa antavan henkilön ravitsemustietämyksen taso ja ajantasaisuus sekä ohjaustaidot vaikuttavat neuvonnan toteutukseen ja sisältöön.

Laitosmuotoisia kuntoutuskursseja koskeva Kelan standardi edellyttää, että täysihoitoon kuuluu aamiainen, lounas, kevyehkö päivällinen ja välipalat sekä päivällä että illalla. Aterioiden laadusta mainitaan vain, että ruoan tulee olla monipuolista ja terveellistä ja että erityisruokavalio tulee järjestää sitä tarvitseville (ks. luku 3.3.4). Näin ollen ruokatarjontaa koskeva ohjeistus on kovin yleisluontoinen ja jättää paljon tulkinnan varaa sen suhteen, millaisia aterioita ja välipaloja kuntoutujille laitoksissa tarjotaan.

Uudet *Suomalaiset ravitsemussuosituksen* (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014) ovat ravitsemusneuvonnan perusta. Niiden pohjana on laaja tutkimustieto siitä, miten

2 Ravitsemushoito (nutritional care) tarkoittaa terveyden edistämistä sekä sairauden hoitoa tai ehkäisyä ruokavalion avulla. Riittävä ravinnonsaanti turvataan sopivan ruokavalion avulla. Tarvittaessa käytetään täydennysravintovalmisteita tai letkuravitsemusta ja/tai suonensisäistä ravitsemusta. Ravitsemushoitoon kuuluvat ravitsemustilan ja ravinnon tarpeen arviointi, ravintoanamneesi, tavoitteiden asettelu mahdollisuuksien mukaan potilaan kanssa, ravitsemushoidon toteutus, ravitsemusohjaus ja seuranta sekä vaikuttavuuden ja laadun arviointi (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b).

3 Ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen varhaiskuntoutus.

4 Työkykyä ylläpitävä toiminta.

5 Ravitsemustiedettä yliopistossa pääaineenaan opiskellut ammattihenkilö, jolle Valvira on myöntänyt oikeuden harjoittaa laillistetun ravitsemusterapeutin ammattia (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559).



eri ravintoaineet ja ruoka-aineet vaikuttavat sairauksia ehkäisevästi ja terveyttä edistävästi. Suositukset on tarkoitettu terveelle väestölle, mutta ne soveltuvat sellaisenaan myös tyypin 2 diabetesta sairastaville sekä henkilöille, joilla verenpaine tai veren rasva-arvot ovat koholla. Suositukset on tarkoitettu käytettäväksi mm. joukkoruokailun suunnittelussa sekä ravitsemusopetuksen ja -kasvatuksen perusaineistona. Näin ollen perusolettamuksena voidaan pitää sitä, että kuntoutuslaitoksissa annettava ravitsemuskuntoutus perustuu voimassa oleviin ravitsemussuosituksiin. Ravitsemusneuvonnan tulisi olla myös yhdenmukaista riippumatta siitä, kuka sitä antaa.

Pelkästään ravitsemusneuvonta ei välttämättä muuta kuntoutujien syömiskäyttäytymistä joko lainkaan tai hänen terveytensä kannalta riittävästi. Sen vuoksi on olennaisen tärkeää, että kuntoutuslaitosten ruokatarjonta tukee annettua ravitsemusneuvontaa ja siten kuntoutujien kuntoutumista. Sen tulisi antaa kuntoutujille kokemus siitä, että terveyttä ja toimintakykyä tukeva ruoka on myös maukasta. Tavoitteena on, että se houkuttelee kuntoutujaa soveltamaan kuntoutuksen aikana oppimiaan asioita ruokavalintoihin myös kotiooloissa – sekä kuntoutusjaksojen välillä että kuntoutuksen päättymisen jälkeen.

Ei ole kuitenkaan olemassa kokonaiskäsitystä siitä, kuka tai ketkä ravitsemusneuvontaa antavat, miten se toteutetaan käytännössä ja miten sen sisältö vastaa nykyisiä ravitsemussuosituksia eri kuntoutuslaitoksissa. Ei ole myöskään tietoa siitä, missä määrin aterioiden valmistus, ravintosisältö, ravitsemuslaatu, aterioiden ajoitus ym. seikat eri laitoksissa vastaavat kuntoutujille annettua ravitsemusneuvontaa ja kansallisia ravitsemussuosituksia. Vaikka Kelassa toteutetaan järjestelmällistä kuntoutuspalvelujen auditointia, ruokapalvelujen laatu ei kuulu sen yhteydessä seurattaviin aihepiireihin.

Koska tieto ravitsemuskuntoutuksen toteutumisesta käytännössä on puutteellista, katsottiin tarpeelliseksi saada siitä yleiskuva niissä kuntoutuslaitoksissa, joissa järjestetään Kelan kustantamia laitospuotoisia kuntoutuskursseja. Lisäksi haluttiin saada tarkempaa tietoa ravitsemuskuntoutuksen toteutuksesta ja sisällöstä niillä kuntoutuskursseilla, joissa ravitsemuksella on keskeinen tai tavanomaista tärkeämpi rooli. Näiksi valittiin tietyt sairausryhmäkohtaiset kuntoutuskurssit sekä ASLAK- ja TYK-kurssit (taulukko 1, s.16).

**Taulukko 1.** Perustietoja tutkimuksen erityiskohteena olleista vuonna 2011 toteutuneista laitosmuotoisista kuntoutuskursseista ja niiden kustannuksista.

Kuntoutuskurssit	Kursseja järjestäneet laitokset lkm	Kursseja yhteensä lkm	Kursseille osallistuneet yhteensä lkm	Kuntoutuspalveluista aiheutuneet kustannukset (1 000 €)
Ylipainoisten tules-kurssit	14	52	450	926
Uniapneaa sairastaneiden kurssit	3	24	203 (+ 70 omaista)	501
Tyyppin 2 diabetesta sairastaneiden kurssit	4	14	154 (+ 65 omaista)	421
Metabolista oireyhtymää sairastaneiden kurssit	4	6	43	87
Sydäntauteja <sup>a</sup> sairastaneiden kurssit	11	54	368 (+ 182 omaista)	857
<b>Sairausryhmäkohtaiset kurssit, yhteensä</b>	<b>36</b>	<b>150</b>	<b>1 218 (+ 317 omaista)</b>	<b>2 792</b>
ASLAK-kurssit	33	715	13 281	25 120
TYK-toiminta	30	119	2 983 <sup>b</sup>	8 016

<sup>a</sup>Iskeemiset sydänsairaudet (mm. sepelvaltimotauti), läppäviat ja sydänlihassairaus.

<sup>b</sup>Luvuissa mukana sekä ryhmämuotoiseen kuntoutukseen (n. 40 %) että yksilölliseen kuntoutukseen osallistuneet (n. 60 %).

Lähteet: Kelan kuntoutustilasto 2011 (ASLAK-kursseihin ja TYK-toimintaan osallistuneiden määrä ja kustannukset). Muut tiedot saatu Kelan kuntoutusryhmältä (Anneli Lahdenperä, sähköpostitiedonanto 8.2.2013 ja Leena Penttinen, sähköpostitiedonanto 20.8.2013).

## 2 RAVITSEMUS JA KUNTOUTUS

### 2.1 Ravitsemuksen rooli kuntoutuksessa

Suomalaisten ruokatottumukset ovat viime vuosina monin tavoin kohentuneet. Niissä on tapahtunut kuitenkin myös sellaisia epäsuotuisia muutoksia, jotka heikentävät väestön terveyttä ja työkykyä. Kuntoutujilla ravitsemusongelmat liittyvät tavallisin syyhin, että energiansaanti on liian runsasta kulutukseen nähden. Tämä on johtanut lihomiseen ja siihen liittyviin sairauksiin. Toisaalta kuntoutujien joukossa on henkilöitä, jotka saattavat kärsiä vajaaravitsemuksesta<sup>6</sup> tai joilla on riski saada se. Erityisen haasteen ravitsemuskuntoutukselle asettaa se, jos samassa kuntoutujaryhmässä on sekä lihavia että vajaaravitsemuksesta kärsiviä henkilöitä.

Kuntoutujilla on usein muitakin sairauksia (esim. keliakia, Crohnin tauti, colitis ulcerosa, ruoka-allergia ym.), jotka edellyttävät tietynlaisen erityisruokavalion noudattamista. Heidän mahdollisuutensa saada asiantuntevaa ravitsemusneuvontaa kotipaikkakuntansa terveyskeskuksessa ovat rajalliset, koska ravitsemusterapeutteja toimii julkisessa terveydenhuollossa niukasti<sup>7</sup> ja yleensä vain suurimmissa kaupungeissa. Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämissuunnitelmassa Dehko 2000–2010 (Diabetesliitto 2011) ravitsemusterapeuttien määräksi suositellaan yhtä 30 000:ta asukasta kohti (nykytilanne 1/109 000 asukasta). Noin 2,3 miljoonaa suomalaista asuu kunnissa, joiden perusterveydenhuollossa ei ole tarjolla ravitsemusterapeutin palveluja lainkaan. (Ravitsemusterapeutit julkisessa terveydenhuollossa 2014.)

Edellä mainitut seikat on tärkeää ottaa huomioon kuntoutuskurssien ravitsemusneuvonnan suunnittelussa ja toteutuksessa. Kuntoutujien ravitsemusneuvontaan on tärkeää kiinnittää huomiota myös siitä syystä, että tiedotusvälineissä ja sosiaalisessa mediassa esitetään ristiriitaisia näkemyksiä ravinnon ja terveyden välisistä yhteyksistä. Tämä hämärtää käsityksiä siitä, mikä ravitsemukseen liittyvästä informaatiosta on luotettavaa tutkimuksiin perustuvaa tietoa ja millainen ruokavalio on itse kullekin terveyden kannalta suositeltavin.

Seuraavissa luvuissa käsitellään tarkemmin ravitsemuksen roolia kuntoutuksessa erityisesti silloin, kun kuntoutuja kärsii liika- tai vajaaravitsemuksesta. Niistä molemmat altistavat kuntoutujan erilaisille sairauksille. Liikaravitsemus ilmenee ylipainoisuutena (BMI 25–29,9 kg/m<sup>2</sup>) tai lihavuutena (BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>) ja vajaaravitsemus yleensä laihuutena. Tosin myös lihava henkilö voi olla joidenkin ravintoaineiden saannin suhteen vajaaravittu esim. silloin, jos hänen ruokavalionsa on ollut pitkäaikaisesti liian yksipuolinen.

6 Vajaaravitsemus on energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saannin epäsuhde tai puute niiden tarpeeseen nähden, mikä haittaa elimistön toimintaa tai sairauden hoitoa. Se voi kehittyä niin laihoille kuin lihavillekin (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b).

7 Yhteensä 144, joista perusterveydenhuollossa 50 ja erikoissairaanhoidossa 94 ravitsemusterapeuttia.

### 2.1.1 Lihavuus ja kuntoutus

Lihavuuden yleistyminen on useiden kansansairauksien keskeinen riskitekijä. Varsinkin heikko taloudellinen tilanne, työttömyys ja stressaavat elämäntilanteet altistavat lihomiselle. (Mustajoki ym. 2006.) Näin ollen on ilmeistä, että kuntoutukseen osallistuvilla on enemmän paino-ongelmia kuin työikäisellä väestöllä keskimäärin<sup>8</sup>.

Lihavuus aiheuttaa monille fyysisten sairauksien lisäksi myös psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Ne voivat heikentää työkykyä, hankaloittaa opiskelua, vaikeuttaa työnsaantimahdollisuuksia ja heikentää elämänlaatua monin eri tavoin. (Mustajoki ym. 2006.) Nämä seikat vaikeuttavat myös kuntoutumisen onnistumista.

Koska lihavuus heikentää työkykyä ja työn tuottavuutta, kuntoutujan onnistuminen painonhallinnassa ja tarvittaessa laihduttamisessa on hänen oman etunsa lisäksi myös sekä yhteiskunnan että työnantajan edun mukaista (Østbye ym. 2007; Robroek ym. 2010).

Monet lihavuuteen liittyvistä sairauksista (metabolinen oireyhtymä, tyyppin 2 diabetes, uniapnea, sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet sekä tule-sairaudet) ovat juuri niitä, joita sairastaville Kela järjestää harkinnanvaraista sairausryhmäkohtaista kuntoutusta. Lihavuuden ehkäisy ja hoidon tärkeys on tuotu esiin monissa edellä mainittujen sairauksien ehkäisyä ja hoitoa koskevissa suosituksissa ja toimenpideohjelmissa (ks. luku 2.2).

Lihavuuteen liittyvien tule-sairauksien kansanterveydellistä merkitystä on käsitelty mm. Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksessa (Mäenpää ja Lehto 2012). Kirjoittajien mukaan avainasemassa ovat lihavuusongelman ja sen vaikutusten tiedostaminen ja myöntäminen, terveydenhuollon ammattilaisten koulutus sekä hoidon porrastuksen ja hoitoketjun toiminnan terävöittäminen.

### 2.1.2 Vajaaravitsemus ja kuntoutus

Liikapainoisten lisäksi kuntoutujien joukossa voi olla myös henkilöitä, jotka kärsivät vajaaravitsemuksesta tai joilla on tavanomaista suurempi vajaaravitsemuksen riski (esim. ikääntyneet ja vaikeavammaiset). Vajaaravitsemuksen taustalla voi olla esimerkiksi syömishäiriöitä, ruoansulatuskanavan toimintahäiriöitä ja runsas lääkitys. Vaikeavammaisilla vajaaravitsemuksen riskiä voivat lisätä myös syömishäiriöt, aineenvaihdunnalliset häiriöt, poikkeava energiankulutus, kivut ja erilaiset liitännäissairaudet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.)

8 Finriski-tutkimuksen mukaan vähintään liikapainoisia ( $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) on työikäisistä (25–64-v.) miehistä kaksi kolmesta ja naisista joka toinen. Joka viides työikäinen on lihava ( $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ). Lisäksi noin joka kolmannella vyötärönympäryys ylittää suositellun lukeman, joka on miehille  $\leq 100 \text{ cm}$  ja naisille  $\leq 90 \text{ cm}$  (Männistö ym. 2012).

Vajaaravitsemuksella on monia kielteisiä seurauksia. Varsinkin liian niukka proteiinin, D-vitamiinin ja kalsiumin saanti voi aiheuttaa lihaskatoa ja haurastuttaa luustoa, mikä heikentää liikunta- ja toimintakykyä sekä kehon hallintaa. Sen seurauksena kaatumis- ja murtumavaara kasvaa. Myös altistuminen infektiosairauksille lisääntyy. Vajaaravitseminen voi äärimmillään aiheuttaa hengenvaarallisen rytmihäiriön. Hoitamattomat ravitsemusongelmat johtavat pitkittyessään helposti noidankehään, jossa laihduttaminen, toimintakyvyn heikkeneminen ja infektiokierre seuraavat toistaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.)

Ravitsemuskuntoutuksen avulla voidaan hidastaa vajaaravitun kuntoutujan laihduttamista sekä kohentaa hänen toimintakykyään. Jos vajaaravitsemuksen vaara on ilmeinen, on tärkeää varmistaa sekä energian että proteiinin riittävä saanti. Vajaaravitsemuksesta kärsivä voi tarvita myös tehostettua ravitsemushoitoa. Tällöin voi olla tarpeen käyttää ruuan lisäksi tehdasvalmisteisia täydennysravintovalmisteita. Niistä saa lisää energiaa, proteiinia ja muita ravintoaineita silloin, kun henkilö ei voi, ei halua tai ei jaksa syödä riittävästi tavallista ruokaa. Tarjolla on runsaasti erilaisia ravintosisällön, maun ja rakenteen osalta toisistaan poikkeavia valmisteita. Osa niistä on kehitetty vastaamaan tiettyjen potilasryhmien erityistarpeita; esimerkiksi syöpää ja munuaisten vajaatoimintaa sairastaville on omia valmisteita. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.)

Vajaaravitsemuksen syitä ja seurauksia sekä ravitsemushoidon vaikutuksia on tutkittu erityisesti ikääntyneillä (esim. Niedert 2005; Suominen 2007; Nieuwenhuizen ym. 2010) ja kehitysvammaisilla (esim. Van Riper ja Wallace 2010). Näitä tutkimustietoja voidaan soveltaa myös muihin kuntoutujiin, jotka kärsivät vajaaravitsemuksesta.

### *2.1.3 Muita ravitsemukseen liittyviä kuntoutustarpeita*

Kuntoutujilla voi olla myös muunlaisia ravitsemukseen liittyviä sairauksia tai ongelmia, joihin he voivat saada apua ja tukea ravitsemuskuntoutuksesta. Näistä mainittakoon tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes sekä erilaiset suolistosairaudet, kuten Crohnin tauti ja colitis ulcerosa. Myös dialyysipotilaiden kuntoutuksessa ravitsemuksella on merkittävä osuus. Lisäksi monet lihavuusleikkauksen läpikäyneet saattaisivat hyötyä ravitsemuskuntoutuksesta, jos leikkauksen jälkeen syömisessä ja ravitsemustilassa ilmenee ongelmia ja paino alkaa uudelleen nousta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.)

On myös viitteitä siitä, että ravitsemus tulisi huomioida nykyistä paremmin erilaisia mielenterveysongelmia potevien kuntoutuksessa. Ruusunen (2013) tutkimuksen mukaan masentuneiden ruokavalio on usein terveiden ruokavaliota yksipuolisempi ja huonompi. Terveellinen ruokavalio oli yhteydessä vähentyneeseen ja epäterveellinen ruokavalio lisääntyneeseen masennusoireiden esiintyvyyteen 20 seurantavuoden aikana. Lisäksi kolmen vuoden pituisen elämäntapaintervention aikana tutkittavien masennusoireet vähenivät, mikä liittyi mm. onnistuneeseen painonlaskuun. Näin

ollen ruokavaliolla voi olla merkitystä sekä masennuksen ennaltaehkäisyssä että hoidossa.

#### 2.1.4 Ravitsemusneuvonnan ja -hoidon vaikutuksia

Ravitsemusneuvonnan ja -hoidon hyöty on osoitettu monien sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Ravitsemusneuvonta yksistään tai osana laajempaa elämäntapainterventiota on vaikuttava menetelmä hoitaa lihavuutta (esim. Kiiskinen ym. 2008; Foster ym. 2010). Ravitsemusneuvonnalla voidaan vaikuttaa suotuisasti myös sydän- ja verisuonisairauksien merkittäviin riskitekijöihin, kuten kohonneeseen verenpaineeseen (esim. Kastarinen ym. 2002; Mattila ym. 2003; Mattila 2009) sekä veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin (esim. Sikand ym. 2000; Delahanty ym. 2001; Rees ym. 2013).

Vakuuttavaa ja pitkäaikaista näyttöä on myös ravitsemus- ja muun elintapaneuvonnan merkityksestä tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä (esim. Tuomilehto ym. 2001; Lindström ym. 2006; Lindström ym. 2013). Tuoretta tutkimusnäyttöä on myös siitä, että liikapainoisilla tyyppin 2 diabeetikoilla intensiivinen elämäntapaohjaus sekä alentaa painoa että parantaa merkittävästi ja pitkäaikaisesti verensokeritasapainoa ja vaikuttaa myönteisesti myös muihin diabetekseen liittyviin sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin (Look AHEAD research group 2010; Unick ym. 2011).

Äskettäin julkaistu yhteispohjoismainen Sysdiet -tutkimus osoitti, että Välimeren ruokavalioon pohjautuva mutta pohjoismaisista ruoista koottu ns. Itämeren ruokavalio<sup>9</sup> vähentää riskiä sairastua sydäntauteihin ja metaboliseen oireyhtymään. Tutkitut söivät kasviksia, marjoja ja hedelmiä vähintään puoli kiloa päivässä ja viljasta vähintään puolet oli ruista. Tutkimusruokavaliota noudattaneilla seerumin LDL-kolesterolipitoisuus aleni, HDL-kolesterolipitoisuus nousi ja haitallisten rasva-hiukkasten kokonaispitoisuus väheni tavanomaista ruokavaliota noudattaneisiin verrattuna. Lisäksi erään tulehdustekijän (IL-1 Ra)<sup>10</sup> pitoisuus oli tutkimusruokavaliota noudattaneilla 20 % pienempi kuin vertailuryhmään kuuluneilla (Uusitupa ym. 2013).

Näyttöä on myös siitä, että vajaaravitsemuksesta kärsivien ravitsemushoito on tehokasta ja säästää kustannuksia (esim. Arvanitakis ym. 2009; Beck ym. 2013). Sen avulla on voitu parantaa mm. ikääntyneiden ravitsemustilaa ja lisätä heidän fyysistä aktiivisuuttaan (Milne ym. 2009; Baldwin ja Weekes 2012). Energiansaantia on pystytty lisäämään käyttämällä ravintoaineilla rikastettua ruokaa, auttamalla ikääntyneitä syömään sekä antamalla heille välipaloja (Lorefalt ym. 2005; Zizza ym. 2010). Myös

9 Itämeren ruokavaliossa kovia eläinrasvoja korvataan rypsiöljyllä ja kasviöljypohjaisilla levitteillä, käytetään rasvattomia ja vähärasvaisia maitovalmisteita ja syödään kalaa 2–3 kertaa viikossa. Ruokavaliossa käytetään runsaasti paikallisia kausihedelmiä (esim. omena, päärynä, luumu), marjoja, kasviksia, juureksia, palkokasveja ja kaaleja sekä suositaan ruista, ohraa ja kauraa täysjyväviljatuotteina. Leivän ja pastan tulee sisältää vähintään 6 % kuitua ja alle 1 % suolaa.

10 Pidetään herkimpana merkinä metaboliselle oireyhtymälle, joka ennustaa diabetesriskiä ja maksan rasvoittumista.

sairaalasta kotiutuville iäkkäille potilaille annettu ravitsemusneuvonta on vaikuttanut myönteisesti ravinnonsaantiin, ravitsemustilaan, painoon ja fyysiseen toimintakykyyn (Beck ym. 2013).

## 2.2 Ravitsemukseen liittyviä suosituksia ja kuntoutus

Viime vuosina on julkaistu useita sellaisia ravitsemukseen liittyviä suosituksia ja toimenpideohjelmia, jotka tulisi ottaa huomioon ja jotka soveltuvat hyödynnettäviksi myös ravitsemuskuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Seuraavissa luvuissa esitellään niistä keskeisimmät.

### 2.2.1 Suomalaiset ravitsemussuosituksiset

Suomalaiset ravitsemussuosituksiset (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014) perustuvat pohjoismaisiin ravitsemussuosituksiin (Nordic Nutrition Recommendations 2013). Ne on laadittu perusteellisen systemaattisen tieteellisen selvitystyön tuloksena. Ravitsemussuosituksia päivitetään uuden tutkimustiedon karttuessa kahdeksan vuoden välein. Niiden laadinnassa huomioidaan väestön elintavoissa ja kansanterveystilanteessa tapahtuneet muutokset.

Ravitsemussuosituksia annetaan sekä ruokien valinnasta että ravintoaineiden saannista. Niissä korostetaan arkisten ruokavalintojen, säännöllisen ateriarhythmin ja kohutuullisen kokoisten ruoka-annosten merkitystä, jotta energiansaanti ei ylittäisi kulutusta. Kun ruokavalion kokonaisuus on kunnossa, ei yksittäisten ravintoaineiden saantiin tarvitse kiinnittää erityistä huomiota. Suositusten perusteella on laadittu ravitsemusneuvonnan tueksi ruokakolmio ja lautasmalli. Niiden tarkoitus on viestittää, että terveellisen ruokavalion voi koostaa monin eri tavoin ja että suositeltava ruoka on maukasta, monipuolista ja värikästä.

Myös juomien käytöstä on laadittu erillinen opas: *Juomilla on väliä – harkitse, mitä juot* (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a). Se sisältää juomasuosituksiset erikseen lapsille ja nuorille, aikuisille sekä ikääntyneille.

### 2.2.2 Ravitsemushoitosuositus

Ravitsemushoitosuositus (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b) on laadittu ravitsemushoidon kehittämiseksi ja yhdenmukaistamiseksi erityisesti sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Sitä voidaan hyödyntää myös palvelu- ja hoitokodeissa sekä kuntoutuslaitoksissa. Suosituksessa kuvataan moniammatillisen ravitsemushoidon toteuttamismalli. Siinä otetaan huomioon ravitsemusneuvonnan ja ruokapalvelun sekä hoito- ja lääketieteen näkökulmat.

Erityisesti suosituksen ruokatuotantoa käsittelevää osiota voidaan hyödyntää soveltuvin osin kuntoutuslaitosten ateriatarjonnan laadun kehittämässä ja seurannassa. Siinä käsiteltyjä aiheita ovat ruokalistasuunnittelu, ruoanvalmistus, ruoanjakelu ja annostelu, ravintosisältölaskelmat, ateria-ajat, asiakastyytyväisyys, omavalvonta ja ruokapalvelun laatukriteerit.

Suosituksessa on esitetty mm. terveellisen aterian suolan, rasvan ja kovan rasvan enimmäismäärät. Suositus sisältää myös ruokapalvelujen laatukriteerit. Ne koskevat 12 eri aihealuetta alkaen elintarvikkeiden hankinnasta ja päättyen kehittämiseen, koulutukseen ja yhteistyön eri muotoihin. Suositusta voidaan hyödyntää kuntoutuslaitoksissa muutenkin monin tavoin, mm. erityisruokavaliota tarvitsevien kuntoutujien ruokavalioiden suunnittelussa ja ravitsemusneuvonnassa.

### 2.2.3 Joukkoruokailun kehittäminen Suomessa -toimenpidesuositus

Ruokapalvelujen tarjoama lounas on monille päivän ainoa lämmin ateria. Näin ollen sen merkitys on väestön terveyden, työvireyden ja yleisen hyvinvoinnin kannalta erittäin tärkeä. Joukkoruokailun kehittämistä koskevassa suosituksessa annetaan työvälineet ruokapalveluiden ja elintarvikkeiden hankintaan. Siinä esitetään aterioiden ravitsemuslaadun kriteerit erikseen pääruoalle, energialisäkkeelle ja muille aterian osille. Niissä kiinnitetään erityistä huomiota rasvan määrään ja laatuun sekä suolan ja kuidun määrään. Nämä kriteerit on tarkoitettu käytettäväksi aterioiden suunnittelussa ja toteutuksessa henkilöstö-, opiskelija- ja kouluravintoloissa. Ne soveltuvat myös lounas- ja päivällisaterioiden suunnitteluun erilaisissa hoito- ja kuntoutuslaitoksissa (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2010).

### 2.2.4 Diabeteksen ja sydänsairauksien ravitsemushoitoa koskevat suositukset

*Diabeetikon ruokavaliosuositus* (Diabetesliitto 2008) on laadittu käytännön oppaaksi diabeetikoiden ruokavalio-ohjaukseen. Suosituksen mukaan diabeetikon ravitsemushoidon tavoitteet ovat seuraavat: 1) diabeetikon ohjaaminen tasapainoisiin ruokatottumuksiin ja nauttimaan ruoasta, 2) diabeetikon joustavan oman hoidon edistäminen, 3) hoitosuosituksen mukaiset veren rasva- ja glukoosipitoisuudet sekä verenpaine- ja painon saavuttaminen ja ylläpito, 4) lisäsairauksien ja niiden etenemisen ehkäisy ja 5) hyvä elämänlaatu. Suosituksessa käsiteltyjä pääaiheita ovat ravitsemuksen yleiset periaatteet, painonhallinta, lääkkeiden ja ruoan yhteensovittaminen, diabeetikon ruokailun haasteet eri ikäkausina ja ravitsemusohjaus sekä diabeteksen ehkäisy.

Erityisesti diabeetikoiden ja MBO-potilaiden kuntoutuksen tueksi on laadittu suositus *Ravitsemuspalvelujen järjestäminen ja laatukriteerit* (Diabetesliitto 2011). Suositus koostuu kolmesta aihealueesta, jotka ovat seuraavat: 1) tarjottavan perusruoan laatu, ruokailun suunnittelu ja ruoan tarjolle panno, 2) ruokailutilanteen hyödyntämi-



nen oppimismahdollisuutena ja 3) ravitsemispalveluhenkilökunnan ammattitaito. Suosituksessa korostetaan, miten tärkeä osa kuntoutusprosessia tarjottava ruoka ja ruokailutilanteet ovat. Tarjotun ruoan tulee olla sellaista, että kuntoutujien on mahdollista soveltaa käytäntöön suositusten mukaista ruokavaliota sen laadun, ajoituksen, ateriakokonaisuuden ja määrän osalta.

*Ravinto sydänterveyden edistämässä* -suosituksessa (Suomen Sydänliitto 2010) käsitellään koko väestölle tarkoitettua sydänystävällistä ruokaa käytännön näkökulmasta. Siinä vastataan myös sydänpotilaiden ravitsemukseen liittyviin erityiskysymyksiin ja opastetaan sydäntautien vaaratekijöiden vähentämiseen ravitsemuksen keinoin. Suosituksen lopussa on tiivistetty kooste tutkimusnäytöstä, johon suositus pohjautuu. Suositus on hyvä ajan tasalla oleva tietolähde terveytensä huolehtimisesta kiinnostuneille kansalaisille, sydänpotilaille sekä ravitsemusneuvontaa antaville terveydenhuollon ammattilaisille.

Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportissa käsitellään kuntoutusta sydän- ja verisuonitauteja, aivoverenkiertohäiriöitä sekä diabetesta sairastavien kuntoutuksen kannalta. Suosituksessa ehdotetaan, että työikäisillä diabetes tulisi huomioida myös esim. Kelan järjestämässä ammatillisessa kuntoutuksessa tai ASLAK-kuntoutuksessa. Suosituksessa esitetään, että veteraanikuntoutuksen väheneminen tarjoaa mahdollisuuden lisätä tyyppin 2 diabetesta sairastavien kuntoutusta. Tämä kuitenkin edellyttää kuntoutuslaitosten henkilökunnan tehokasta diabetekseen liittyvää täydennyskoulutusta. (Kansanterveyslaitos 2008.)

### 2.2.5 Käypä hoito -suositukset

Monia Suomalainen Lääkäriseura Duodecim julkaisemia hoitosuosituksia (Käypä hoito 2014) voidaan hyödyntää sekä ryhmämuotoisessa että yksilöllisessä ravitsemusneuvonnassa. Niistä löytyy runsaasti tutkimuksiin perustuvaa tietoa ravitsemuksen merkityksestä lihavuuden ja eri sairauksien hoidossa ja myös potilasneuvontaan liittyvää ohjeistusta. Niistä muutama esimerkki:

Aikuisten lihavuuden hoitoa koskevassa suosituksessa on kattava katsaus mm. siihen, miten elintapahoito ja sen osana ravitsemusneuvonta vaikuttavat painoon sekä eri sairauksiin ja niiden riskitekijöihin. Lisäksi siinä opastetaan, miten neuvonta on suositeltavinta toteuttaa käytännössä. (Käypä hoito 2013c.)

Dyslipidemiaa ja diabetesta sairastaville suositellaan pääpiirteittäin samankaltaista ruokavaliota kuin muullekin väestölle. Keskeistä on ruokavalion monipuolisuus, tyydyttyneen (kovan) rasvan välttäminen, tyydyttymättömien (pehmeiden) rasvojen ja kalan käytön suosiminen sekä riittävä kuidun määrä. Ruoan energiamäärän tulisi olla suhteutettu energiankulutusta vastaavaksi. Ravitsemusohjauksesta vastaavan tulisi olla ravitsemusterapeutti tai asiaan erittäin perusteellisesti koulutuksella perehdytetty hoitaja, jotta ravitsemushoidon tavoitteiden mukaisen ruokavalion

noudattaminen onnistuisi hyvin ja ravitsemushoidon teho olisi paras mahdollinen. Ravitsemushoidon toteuttamiseen ei riitä yksi neuvontakerta, vaan potilaalla tulee olla mahdollisuus seurantakäynteihin. Jos potilaalla on useampia ravitsemushoidolla hoidettavia terveysongelmia tai sairauksia, hänen tulee saada ravitsemusterapeutin ohjausta. (Käypä hoito 2013a ja 2013b.)

Tyypin 2 diabeetikoiden hoidossa korostuu lisäksi painonhallinta ja tyypin 1 diabeetikoiden hoidossa ruoan, liikunnan ja insuliinin yhteen sovittaminen. Kaikkien diabetekseen sairastuneiden tulee saada asiantuntevaa ravitsemusohjausta sairauden toteamisvaiheessa ja aina tarvittaessa hoitopaikasta riippumatta. Ravitsemusohjauksen tulee olla yksilöllistä ja asiakaslähtöistä. Sen perustana ovat diabeetikon tarpeet ja aikaisemmat ruokatottumukset. (Diabetesliitto 2008; Käypä hoito 2013a.)

Muita ravitsemusneuvonnassa hyödynnettäviksi soveltuvia Käypä hoito -suosituksia ovat mm. *Aivoinfarkti*, *Kohonnut verenpaine*, *Lihavuus (lapset ja nuoret)*, *Osteoporoosi* sekä *Uniapnea*. Joistakin suosituksista on hyötyä erityisesti yksilöllistä ravitsemusneuvontaa tarvitsevien kuntoutujien ohjauksessa. Tällaisia suosituksia ovat esimerkiksi *Keliakia*, *Ruoka-allergia lapsilla* sekä *Syömishäiriöt lapsilla ja nuorilla*. (Käypä hoito 2014.)

### 2.2.6 Toimenpideohjelmat

*Valtakunnallisessa uniapneaohjelmassa 2002–2012* (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002) nostetaan ravitsemukseen liittyen esiin laihduttamisen ja painonhallinnan merkitys uniapnean hoidossa ja viitataan lihavuutta koskevaan Käypä hoito -suositukseen (2013c). Laihdutuksen ja painonhallinnan lisäksi suosituksen muita keskeisiä aihealueita ovat liikunta, tupakoinnista vieroitus sekä alkoholin liikakäytön estäminen. Ohjelmassa käsitellään myös uniapneapotilaiden kuntoutusta. Siinä todetaan mm., että ensisijaista on omatoimiseen kuntoutumiseen ohjaaminen ja kannustaminen.

*Kansallisessa TULE-ohjelmassa* (Suomen Tule 2007) todetaan, että lihavuus on yksi tärkeimpiä tule-sairauksien riskitekijöitä. Ylipainolla on vahva yhteys polven, lonkan ja käden nivelrikon riskiin. Sillä on yhteyttä myös selkävaivoihin, sillä se ennustaa mm. työkyvyttömyyseläkkeeseen johtavia pitkäaikaisia selkäsairauksia. Näiden syiden vuoksi lihavuuden ehkäisy ja vähentäminen on kirjattu yhdeksi ohjelman keskeiseksi tavoitteeksi. Lisäksi riskitekijöistä tuodaan esiin kalsiumin ja D-vitamiinin liian niukka saanti, mikä lisää osteoporoosin vaaraa. Ohjelmassa todetaan myös, että runsaasti kasviksia, hedelmiä, kasviöljyä ja kalaa sisältävä ruokavalio liittyy nivelreuman ja nivelrikon pienentyneeseen vaaraan, mutta vaikutusmekanismia ei tunneta.

### 2.2.7 Ravitsemussuositukset ikääntyneille

Ikääntyneille on laadittu omat ravitsemussuositukset. Ne on tarkoitettu yli 60-vuotiaille henkilöille ja kaikille ikääntyneiden parissa työskenteleville. Ikääntyneet on suosituksessa jaoteltu toimintakyvyn ja sairastavuuden mukaan neljään ryhmään seuraavasti: 1) hyväkuntoiset ikääntyneet, 2) kotona asuvat ikääntyneet, joilla on useita sairauksia 3) kotihoidon asiakkaat, joilla on ulkopuolisen avun tarve ja 4) ympärivuorokautisessa hoidossa olevat. Suosituksessa käsitellään ravitsemukseen liittyviä ongelmia ja keinoja niiden ratkaisemiseksi erikseen kussakin edellä mainituista ryhmistä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010c.)

Terveille ikääntyneille voidaan soveltaa samoja ravitsemusta koskevia suosituksia kuin muillekin aikuisille. Vanhentuminen ja erilaiset sairaudet tuovat kuitenkin mukanaan seikkoja, jotka asettavat ravitsemusneuvonnalle ja tarjottavalle ruoalle erityisvaatimuksia. Esimerkiksi masennus, muistisairaudet, syöpätaudit, murtumien ja leikkausten jälkitilat sekä hampaiden ja suun ongelmat voivat heikentää ruokahalua ja/tai vaikeuttaa syömistä.

Suosituksessa korostetaan sitä, että ravinnolla on huomattava vaikutus ikääntyneiden terveyteen ja toimintakykyyn. Hyvä ravitsemustila nopeuttaa sairauksista toipumista, pitkittää kotona asumisen mahdollisuutta ja parantaa vireyttä sekä elämänlaatua. Erityisen tärkeää on ehkäistä ikääntyneen tahaton painonlasku, joka voi johtaa vajaa-ravitsemukseen. Lisäksi tulee huolehtia energian, proteiinin, D-vitamiinin ja nesteen riittävästä saannista. Olennaista on huolehtia myös siitä, että ikääntyneille tarjottava ruoka on maukasta ja ravitsevaa, jotta ruokailutilanteet olisivat ruokahalua herättäviä ja virkistäviä tapahtumia.

Ikääntyneille suositellaan hieman suurempaa painoindeksiä (24–29 kg/m<sup>2</sup>) kuin työikäisille. Pienestä ylipainosta voi olla heille terveyden kannalta jopa hyötyä. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että ikääntynyt on hyväkuntoinen eikä lihavuus haittaa toimintakykyä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010c.)

Ikääntyneillä laihduttaminen on perusteltua vain silloin, jos laihtumisella arvioidaan olevan myönteinen vaikutus terveyteen ja toimintakykyyn. Yli 70-vuotiaille laihduttaminen on kuitenkin harvoin tarpeen. Liian runsaasta ja nopeasta laihtumisesta voi olla enemmän haittaa terveydelle kuin liikapainosta. Laihdutus ei saa aiheuttaa terveystriskejä, kuten lihaskudoksen menetystä tai luukatoa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010c.)

### 3 KELAN JÄRJESTÄMÄ KUNTOUTUS

#### 3.1 Perustietoa kuntoutuksesta

Kela järjestää ja korvaa kuntoutuspalveluja Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) perusteella. Tästä laista käytetään nimitystä Kelan kuntoutuslaki (KKRL).

Kelan järjestämä kuntoutus kohdistuu pääosin työikäisiin. Kuntoutusta on tarjolla myös alle 16-vuotiaille lapsille, joille Kela järjestää vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta. Kelan harkinnanvaraista kuntoutusta voivat joissain tapauksissa saada myös työelämän ulkopuolella olevat yli 65-vuotiaat henkilöt. Heidän toimintakykyään ja elämänlaatuaan voidaan parantaa tai ylläpitää kuntoutuksella. Sairauskohtaisia sopeutumisvalmennuskursseja järjestetään kaikenikäisille. (Kelan kuntoutus 2014.)

Kelan järjestämä kuntoutus on yleensä kuntoutujille maksutonta. Kela maksaa kuntoutuksen ajalta kuntoutusrahaa, jos kuntoutukseen osallistuminen aiheuttaa kuntoutujalle ansionmenetyksiä. Kela korvaa myös kuntoutuksesta aiheutuneita matkakustannuksia. Vuonna 2011 Kelan kustantamaan kuntoutukseen osallistui noin 87 300 henkilöä ja kuntoutuspalveluista aiheutuneet kustannukset olivat noin 262,2 miljoonaa euroa eli noin 3 003 euroa kuntoutujaa kohden (Kelan kuntoutustilasto 2011). Kelan lisäksi myös eräät muut tahot järjestävät kuntoutusta<sup>11</sup>.

Kelalla ei ole omia palveluntuottajia, vaan se hankkii kuntoutuspalvelut kilpailuttamalla ulkopuolisia palveluntuottajia ja tekee näiden kanssa usean vuoden sopimuksen. Kelan hankkimien kuntoutuskurssien henkilöstö, rakenteet ja sisältö määritellään Kelan kuntoutuksen avo- ja laitospalveluista koskevista standardeista ja ne ovat valtakunnallisesti sitovia. Palveluntuottaja voi olla yksityinen yritys, laitos, säätiö tai vammaisjärjestö. (Kelan kuntoutus 2014.)

Kelassa seurataan sopimuksenmukaisten kuntoutuspalvelujen toteutumista auditoinnin avulla. Se tarkoittaa Kelan toteuttamaa järjestelmällistä ja riippumatonta arviointia kuntoutustoiminnan laadun varmistamiseksi ja kehittämiseksi. Auditoinnin yhteydessä selvitettäviä aihepiirejä ovat laadun hallinta, henkilöstö, tilat ja laitteet, asiakasturvallisuus, kuntoutujan oikeudet, kuntoutusprosessi ja dokumentaatio. (Kelan kuntoutus 2014.)

#### 3.2 Kelan järjestämät kuntoutuskurssit

##### 3.2.1 Perustietoa kuntoutuskursseista

Kelan kuntoutus jakautuu järjestämisvelvollisuuden ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen piiriin kuuluvaan toimintaan. Järjestämisvelvollisuus koskee ammatillista

---

<sup>11</sup> Ammatillista kuntoutusta järjestävät Kelan lisäksi työeläkelaitokset sekä työ- ja elinkeinotoimistot. Lääkinnällistä kuntoutusta järjestää myös mm. julkinen terveydenhuolto, kuten terveyskeskukset sekä sairaalat. Lisäksi kolmas sektori (esimerkiksi mielenterveysseurat ja diabetesyhdistykset) järjestää kuntoutuskursseja eri kohderyhmille.

kuntoutusta ja vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta sekä 1.1.2011 alkaen myös kuntoutuspsykoterapiaa. Asiakkaalla on subjektiivinen oikeus järjestämisvelvollisuuteen kuuluvaan kuntoutukseen silloin, kun hän täyttää laissa säädetyt edellytykset. (Kelan kuntoutus 2014.)

Kela järjestää lisäksi harkinnanvaraista ammatillista ja lääkinnällistä kuntoutusta rahamäärällä, joka vastaa vuosittain vähintään neljää prosenttia vakuutettujen sairausvakuutusmaksuina kertyneestä määrästä. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen kohdistaminen suunnitellaan kolmevuotiskausittain ottaen huomioon erityisesti sellaiset ajankohtaiset kuntoutustarpeet, joihin muut tahot eivät vastaa. Harkinnanvarainen kuntoutus on viime vuosina kohdistunut pääosin työssä olevaan väestöön ja se on luonteeltaan työkykyä ylläpitävää. Sen piiriin kuuluvat mm. sairausryhmäkohtaiset kuntoutuskurssit<sup>12</sup> ja sopeutumisvalmennuskurssit<sup>13</sup>, ASLAK-kurssit (ammatillisesti syvennetty lääkinnällinen kuntoutus) ja pieni osa TYK-toiminnasta eli työkykyä ylläpitävästä toiminnasta. (Kelan kuntoutus 2014.)

Vuonna 2011 harkinnanvaraiseen kuntoutukseen osallistui noin 48 000 kuntoutujaa ja sen kustannukset olivat 89,9 miljoonaa euroa (Kelan kuntoutustilasto 2011).

### 3.2.2 Kuntoutuskursseja koskevat standardit

Kelan järjestämän kuntoutuksen hankintaa ja toteutumista ohjaavat kuntoutustoimenpiteitä koskevat standardit (Kelan standardit 2014). Niissä kuvataan kuntoutuksen toteuttajat ja sisältö sekä kuntoutuksen laatuvaatimukset. Standardien tavoitteena on taata se, että kaikki kuntoutukseen osallistuvat saavat laadukasta ja kunkin kuntoutustoimenpiteen mukaista kuntoutusta riippumatta siitä, missä laitoksessa kyseinen kuntoutustoimenpide järjestetään. Standardien noudattamista seurataan ja arvioidaan säännöllisesti.

Palveluntuottajan tulee toteuttaa kuntoutus standardin mukaisesti kuitenkin huomioiden yksilölliset tarpeet ja tavoitteet sekä pyrkiä mahdollisimman suureen vaikuttavuuteen. Kuntoutusprosessin laatuun vaikuttavat mm. riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstö, asianmukaiset ja turvalliset tilat ja laitteet sekä palveluntuottajan kokemus kuntoutustoiminnasta. Standardit sitovat palveluntuottajaa osana Kelan ja palveluntuottajan välistä sopimusta. Standardit ovat kuntoutuksen palvelulinjasta<sup>14</sup> riippuen voimassa kyseisen palvelulinjan sopimuskauden ajan, yleensä neljä vuotta.

12 Kuntoutuskurssien tavoite on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen työ- ja toimintakyvyn parantaminen tai säilyttäminen siten, että se auttaisi henkilöä pysymään työelämässä. Kuntoutujia ohjataan kunnon ylläpitämiseen omatoimisesti.

13 Sopeutumisvalmennuskurssien tavoite on antaa kuntoutujille valmiuksia mahdollisimman täysipainoiseen elämään sairaudesta tai vammasta huolimatta. Tähän pyritään mm. antamalla tietoa sairaudesta ja sen vaikutuksista ja tukemalla selviytymistä sairauden kanssa.

14 Palvelulinja on palveluntuottajan toteuttama kuntoutusmuoto (esimerkiksi uniapneaa sairastavien aikuisten kuntoutuskurssien palvelulinja), jonka sisältö ja toteuttaminen on määritelty standardissa.

Vuoden 2011 alussa ja sen jälkeen voimaan tulleet avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardit koostuvat kahdesta osasta seuraavasti: 1) kaikkia palvelulinjoja ja niiden eri alalinjoja koskeva yleinen osa ja 2) palvelulinjakohtaiset osat. Osat täydentävät toisiaan, eikä niitä voi soveltaa erillisinä.

Standardin yleisessä osassa kuvataan mm. kuntoutuksen toteuttamista, kuten sen ohjelmaa ja rakennetta yleisesti. Siinä esitetään myös kuntoutuksen toteuttamiseen osallistuvan henkilöstön ammatti- ja tehtävänimikkeet ja niihin liittyvät pätevyysvaatimukset. Standardin yleistä osaa päivitetään pääasiassa silloin, kun kuntoutusta ohjaaviin lakeihin tulee muutoksia.

Eri palvelulinjojen standardeissa kuvataan yksityiskohtaisemmin mm. kuntoutuksen tavoitteet, kuntoutujien valinta, henkilöstövaatimukset, kuntoutuksen toteutus ja sisältö sekä arviointi ja mittaaminen. Kuntoutus voidaan palvelulinjasta riippuen toteuttaa laitos- tai avojaksoina, kuntoutuspäivinä, käyntikertoina tai niitä kaikkia yhdistellen. Palvelu-linjakohtaisia standardeja päivitetään hankintakierrosten yhteydessä.

Kela seuraa kuntoutuksen vaikuttavuutta. Arvioinnin keskeiset alueet ovat kuntoutuksen tavoitteet, kuntoutuksella saavutettu elämänlaatu ja toiminta- tai työkyky. Kuntoutuksen tavoitteet laaditaan yhdessä kuntoutujan, palveluntuottajan ja muiden kuntoutuksen kannalta merkittävien yhteistyötahojen, kuten hoitavan tahon, kanssa. (Kelan standardit 2014.)

Koska käsillä oleva tutkimus koskee vain tiettyjä Kelan järjestämiä laitospuotoisia kuntoutuskursseja, seuraavissa luvuissa kuvataan tarkemmin vain kyseisiä kursseja. Tiedot perustuvat niitä koskeviin standardeihin, joista on poimittu vain ravitsemuskuntoutuksen kannalta olennaisimmat asiat. Kutakin kuntoutuskurssia koskevat tarkat standardit löytyvät Kelan verkkosivuilta (Kelan standardit 2008–2013).

### 3.2.3 Sairausryhmäkohtaiset kuntoutuskurssit: yleiskuvaus

Sairausryhmäkohtaiset kurssit tukevat sairastuneita tai vammautuneita henkilöitä sekä heidän perheitään monissa eri elämäntilanteissa. Ne voivat olla laitos- tai avomuotoisia ja yhdessä tai useammassa osassa toteutettuja. Niiden pituus, jaksotus ja sisältö vaihtelevat sairaus- ja kohderyhmän tarpeiden mukaan. Avomuotoisissa kursseissa kuntoutusta on noin 6–8 tuntia päivässä ja kurssilaiset yöpyvät kotonaan. Laitospuotoisissa jaksoissa on toimintaa myös iltaisin ja kurssilaiset yöpyvät kuntoutuslaitoksessa.

Koska tämän tutkimuksen erityiskohteena olleita kursseja koskevissa yleistiedoissa ja niiden kohderyhmässä ei ole tapahtunut oleellisia muutoksia vuoden 2011 jälkeen, kurssit kuvataan näiltä osin nykyisin voimassa olevien standardien mukaisesti. Poikkeuksena ovat tules-kurssit, joiden kohderyhmässä on tapahtunut selkeä muutos.

**Tules-kurssit.** Tules-kurssit on tarkoitettu kuntoutujille, joilla on niska-, selkä-, nivel- ja pehmytosa-sairauden oireita. Niiden lisäksi heillä voi olla psyykkisiä, sosiaalisia tai toiminnallisia häiriöitä, jotka vaikeuttavat selviytymistä työssä ja muissa arkipäivän toimissa.

**a) Vuosina 2008–2011 toteutetut tules-kurssit.** Yllä mainittuina vuosina voimassa olleen standardin mukaan järjestettiin neljänlaisia tules-kursseja seuraavasti: 1) tules-kurssit selkä-, niska- ja niveleisille, 2) ylipainoisten tules-kurssit, 3) tules-oireisten elämäntapainkurssit ja 4) tules-oireisten kivunhallintakurssit.

Koska tämän tutkimuksen erityiskohteena olivat ylipainoisten tules-kurssit, tässä yhteydessä kuvataan tarkemmin vain näitä kursseja. Ne oli tarkoitettu kuntoutujille, joilla oli tule-sairauden lisäksi ylipainoa (painoindeksi yleensä 30–45 kg/m<sup>2</sup>). Kuntoutujilla voi olla myös psyykkistä oireilua.

Kurssien ohjelma painottui ravitsemus- ja terveysneuvontaan sekä painonhallinnan ohjaukseen, jota oli noin puolet ohjelmasta. Ravitsemusterapeutilla oli keskeinen osuus kurssilla. Hän oli mukana kurssin suunnittelussa ja toteutuksessa sekä ohjasi kuntoutujia henkilökohtaisesti. Lisäksi ravitsemus- tai ravintoneuvoja voi ravitsemusterapeutin ohjauksessa antaa ravintoneuvontaa. Ravitsemusohjausta ja harjoituksia voivat antaa lisäksi esim. sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja ja fysioterapeutti. Harjoituksilla tarkoitetaan kuntoutusjaksojen välisiksi ajoiksi annettuja kotitehtäviä.

**b) Nykyiset tules-kurssit (vuonna 2012 voimaan tulleen standardin mukaan).** Vuoden 2012 alussa tuli voimaan uusi tules-kurssien palvelulinjaa koskeva standardi. Sen mukaan ylipainoisille ei järjestetä enää omia tules-kursseja. Niiden sijaan järjestetään työelämässä olevien tules-kursseja sekä työelämästä poissa olevien Typo-tules-kursseja. Ne on tarkoitettu selkä-, niska- ja niveleisille, joilla tule-oireilu on kestänyt yli 3 kuukautta. Kuntoutuksen tarvetta voi tule-oireilun lisäksi lisätä psyykinen, sosiaalinen tai toiminnallinen oire tai ylipaino. Kuntoutuja ei saa olla kuitenkaan sairaalloisen lihava (painoindeksi yli 40 kg/m<sup>2</sup>), koska lihavuus estää fyysiseen ryhmämuotoiseen kuntoutukseen osallistumisen. Näin ollen samassa kurssiryhmässä voi olla sekä yli-, normaali- että alipainoisia henkilöitä.

**Uniapneaa sairastavien kurssit.** Kurssit on tarkoitettu henkilöille, joilla on asianmukaisesti diagnosoitu uniapneaoireyhtymä ja aloitettu mahdolliset hoidot (esim. N-CPAP-hoito eli ylipainehengityshoito). Lisäksi edellytetään mm., että kuntoutujilla on vaikeuksia laihduttamisessa ja painonhallinnassa sekä merkittävää päiväväsytys- ja mahdollisesti muita oheissairauksia. Kuntoutujilla tulee olla tarve terveellisten elämäntapojen omaksumiseen. Heillä ei saa olla terveydellisiä esteitä osallistua ryhmäliikuntaan esimerkiksi vaikean sydän- tai tuki- ja liikuntaelinsairauden vuoksi.

**Metabolista oireyhtymää ja tyyppin 2 diabetesta sairastavien kurssit.** Vuonna 2011 olivat voimassa omat, hieman toisistaan poikkeavat standardit tyyppin 2 diabetesta sairastavien kursseille ja metabolista oireyhtymää sairastavien kursseille. Vuoden 2013

alusta lähtien niillä on ollut yhteinen standardi. Näiden kurssin kohderyhmiä ovat vaikeahoitoista metabolista oireyhtymää ja tyypin 2 diabetesta sairastavat aikuiset, joille sairaus aiheuttaa fyysisiä sekä psyykkisiä tai sosiaalisia työ- ja toimintakyvyn rajoituksia. Terveystuonon tehostettu hoito ja ohjaus eivät ole riittäneet, joten kuntoutujalla on edelleen tehostetun tuen tarve painonhallintaan, elämäntapojen muutokseen, lääkehoidon ohjaukseen ja sairauden hyväksymiseen.

Muut kurssille valinnan kriteerit ovat seuraavat: ylipaino (BMI yli 35 kg/m<sup>2</sup>), jonka hoito ei ole tuottanut tulosta, diabeteslääkitys ja kohonnut paastosokeriarvo (fPgluk yli 6,0 mmol/l) sekä lääkitys rasva-aineenvaihdunnan häiriöön tai kohonneet rasva-arvot. Standardissa on paastoglukoosin osalta vanhempi Maailman terveysjärjestön WHO:n kriteeri, eikä nykyisin voimassa oleva American Diabetes Associationin ADA:n kriteeri, joka julkaistiin vasta vuonna 2012.

**Sydänsairauksia sairastavien kurssit.** Aikuisten kurssille valitaan aikuisia sepelvaltimotautipotilaita, joilla on useita riskitekijöitä tai joilla on työ- ja toimintakykyä rajoittava angina pectoris -oire (rasitusrintakipu) tai jotka ovat sairastaneet sydäninfarktin tai joille on tehty ohitusleikkaus tai pallolaajennus. Kurssin kohderyhmään kuuluvat myös sydämen vajaatoimintaa, kardiomyopatiaa tai synnynnäistä sydänvikaa sairastavat sekä aikuiset, joille on tehty läppäleikkaus.

#### *3.2.4 ASLAK-kuntoutuskurssit ja TYK-toiminta: yleiskuvaus*

ASLAK-kuntoutuskurssit. ASLAK-kurssit ovat työpaikka- tai ammattialakohtaisia ja niitä järjestetään alueellisesti ja valtakunnallisesti. Kurssit toteutetaan laitos- tai avomuotoisena kuntoutuksena tai niiden yhdistelmänä. Kurssien sisältö perustuu ratkaisuihin ja käytäntöihin, jotka tukevat terveyden edistämistä, elämänhallintaa sekä työ- ja toimintakyvyn paranemista. Kuntoutusprosessi etenee eri teemojen kautta, joita ovat mm. terveys, ravitsemustieto ja fyysinen aktiivointi sekä psykososiaalinen ohjaus ja neuvonta. (Kelan standardit 2014.)

Kuntoutukseen valitaan henkilöitä, joilla esiintyy työstä johtuvaa fyysistä, henkistä ja sosiaalista kuormittumista ja joiden työ- ja toimintakyvyn heikkenemisen riskit ovat jo selvästi todettavissa. Tämä johtaa helposti terveysongelmien kasautumiseen ja työkyvyn heikkenemiseen. Kuntoutujan sairausoireet ovat vielä lieviä ja palautuvia, ja hänen sairauspäivärahopäiviensä määrä on vähäinen. Kuntoutujalla tulee olla useita työvuosia jäljellä. (Kelan standardit 2014.)

**TYK-kuntoutustoiminta.** TYK-kuntoutus voi olla ryhmämuotoista tai yksilöllistä kuntoutusta. Kurseja järjestetään alueellisesti ja valtakunnallisesti. Ryhmämuotoinen valmennus voidaan toteuttaa ammattialakohtaisena tai saman työpaikan työntekijöiden tai samaa työtä tekevien valmennuksena. Kuntoutukseen kuuluu selvitysjakso, jossa laaditaan yksilöllinen valmennussuunnitelma, sekä valmennusjakso.



Kuntoutusjaksot voidaan toteuttaa myös lyhyissä jaksoissa, joiden välillä kuntoutuja työskentelee työpaikallaan. (Kelan standardit 2014.)

Kuntoutuksen kohderyhmänä ovat henkilöt, joilla on lähivuosina työkyvyttömyyden uhka tai heidän työkykynsä ja ansiomahdollisuutensa ovat olennaisesti heikentyneet sairauden, vian tai vamman vuoksi. Lisäksi edellytetään, että kuntoutustarve ja -mahdollisuudet on riittävästi selvitetty työpaikalla tai työterveyshuollossa eivätkä työpai-kan ja työterveyshuollon toimenpiteet ole olleet riittäviä. Kuntoutujan terveydentilan muutoksista kertovat fyysinen ja psyykinen kuormittuneisuus, työssä pahenevat oireet, runsas terveystalvelujen käyttö ja työstä poissaolot. (Kelan standardit 2014.)

### 3.2.5 Kuntoutuskurssien rakenne

Liitetaulukon 1 on koottu sairausryhmäkohtaisten kurssien rakennetta sekä ravitsemusneuvontahenkilöstön roolia kursseilla koskevia tietoja. Vuonna 2011 voimassa ollutta standardia koskevat tiedot on esitetty erikseen, samoin kuin nykytilannetta koskevat standardit (vuoden 2012 tai 2013 alussa voimaan tulleet standardit). Liite- taulukon 2 on koottu vastaavat tiedot ASLAK- ja TYK-kurssien osalta.

Joillakin kuntoutuskursseilla ohjattuun kuntoutuksen ohjelmaan voi sisältyä kaikille kuntoutuslaitoksen asiakkaille tarkoitettuja yleisluentoja ja yleisliikuntaosuuksia, jotka liittyvät kurssin tavoitteisiin ja sisältöön ja soveltuvat kyseessä oleville kuntou- tujille. Tules-kursseilla näitä osuuksia voi olla enintään yhteensä 5 tuntia ja uniapneaa sekä sydänsairauksia sairastavien kursseilla enintään yhteensä 10 tuntia.

## 3.3 Ravitsemuskuntoutus ja siihen liittyvät tavoitteet

Seuraavissa luvuissa kuvataan, miten Kelan standardeihin on kirjattu ravitsemusneu- vontaa antavien henkilöiden pätevyysvaatimukset, ravitsemusneuvonnan sisältö eri kuntoutuskursseilla sekä ruokapalveluiden toteutus.

### 3.3.1 Ravitsemusneuvontaa antava henkilöstö

Ravitsemusneuvontaa antavien henkilöiden nimikkeet pätevyysvaatimuksineen on kirjattu standardiin seuraavasti:

**Ravitsemusterapeutti.** ”Ravitsemustiedettä yliopistossa pääaineenaan opiskellut ammattihenkilö, jolle Valvira on myöntänyt oikeuden harjoittaa laillistetun ravitse- musterapeutin ammattia (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559).”

**Ravitsemus-/ravintoneuvoja.** ”Tehtävänimike. Ravitsemusterapeutin ohjauksessa kuntoutuslaitoksessa voi toimia myös ravitsemus- ja ravintoneuvoja, joilla on pe-

rustutkintona esimerkiksi sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai kotitalousopettajan koulutus” (Kelan avo- ja laitosmuotoisen ... 2012).

### *3.3.2 Ravitsemusneuvonnan toteutus ja sisältö*

Ravitsemusneuvonnan toteutusta ja sisältöä koskevat standardit eri kurssien osalta on kuvattu eri liitetaulukkoissa seuraavasti: tules-kurssit ja uniapneaa sairastavien kurssit (liitetaulukko 3), tyyppin 2 diabetesta ja metabolista oireyhtymää sairastavien kurssit (liitetaulukko 4), sydänsairauksia sairastavien kurssit (liitetaulukko 5) sekä ASLAK- ja TYK-kurssit (liitetaulukko 6).

Kaikkien näiden kurssien ravitsemusneuvontaa koskevien standardien sisältöä tarkennettiin jossain määrin niiden uusimpien päivitysten yhteydessä (vuonna 2011 ja sen jälkeen voimaan tulleet standardit). Aikaisempien ja nykyisten standardien välillä ei ole suuria eroja. Poikkeuksen muodostavat tules-kurssit, joiden ohjelma ei ole nykyisin yhtä ravitsemuspainotteinen kuin aikaisemmin (liitetaulukko 3). Lisäksi uudesta tyyppin 2 diabetesta ja metabolista oireyhtymää sairastavien kuntoutuskurssija koskevasta standardista on poistettu ravitsemispalvelujen järjestämistä ja laatu-kriteereitä koskeva maininta (liitetaulukko 4).

### *3.3.3 Ravitsemuskuntoutusta ohjeistavat standardit*

Standardeissa on esitetty jokaiselle kuntoutuskurssille monia yleisluontoisia tavoitteita. Sellaiset tavoitteet, joihin ravitsemuskuntoutuksella on mahdollisuus vaikuttaa, liittyvät terveyden edistämiseen, elintapojen kohentamiseen tai painonhallintaan tai molempiin. Standardeissa ravitsemuskuntoutukseen liittyvä yleisin mittari on BMI eli painoindeksi (liitetaulukko 7).

Kelassa on käytetty vuoden 2010 alusta lähtien tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin apuvälineenä GAS-menetelmää (Goal Attainment Scaling) (Autti-Rämö ym. 2010). Sen avulla voidaan laatia yksilölliset konkreettiset tavoitteet yksittäiselle kuntoutujalle. Tavoitteiden toteutumista voidaan tarkastella yksilö- ja ryhmätasolla. (Kelan avo- ja laitosmuotoisen ... 2012.)

Kuntoutujan ravitsemukseen liittyvä konkreettinen tavoite voi olla esimerkiksi tietyn suuruinen painon muutos (liikapainoisilla painon lasku, alipainoisella painon nousu), jonkin terveyden kannalta suositeltavan ruoka-aineen käytön lisääminen ja/tai terveyden kannalta haitallisen ruoka-aineen käytön vähentäminen tietyllä aikavälillä.

Kelassa toteutettiin vuosina 2010–2011 ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuusprojekti (AKVA), jossa kuvattiin mm. ASLAK-kuntoutukseen osallistuneiden (n = 114) GAS-tavoitteita. Liikunnan lisäämisen jälkeen yleisin tavoite oli painon pudottaminen, joka oli asetettu tavoitteeksi 60 %:lla kuntoutujista. 22 %:lla tavoite

liittyi itsestä huolehtimiseen, kuten ruokavalion noudattamiseen tai tupakan tai alkoholin käytön vähentämiseen (Sukula 2013). Artikkelissa ei selitetä tarkemmin, mitä ruokavalion noudattamisella tarkoitetaan. Kyse lienee suositusten mukaisesta ruokavaliosta, koska lauseessa käsitellään itsestä huolehtimiseen liittyviä asioita.

#### 3.3.4 *Ruokapalvelujen toteutus*

Standardin mukaan kuntoutujille tulee lähettää ennen kuntoutusta ennakkokyselylomake, jossa tiedustellaan esim. allergiaan ja erikoisruokavalioon liittyviä erityistarpeita. Laitos- ja avomuotoisten kuntoutuskurssien ruokatarjonta on ohjeistettu standardissa seuraavasti:

”Ruoka on monipuolista ja terveellistä. Henkilöstöllä on ravitsemuksen erityisosaamista kuntoutujan ravinnon erityistarpeiden, esimerkiksi erityisruokavalion, huomioon ottamiseksi. Palveluntuottaja järjestää erityisruokavalion sitä tarvitseville kuntoutujille, silloin kun lääkäri on todennut erityisruokavalion tarpeen.

Täysihoitoon kuuluu aamiainen, lounas, kevyehkö päivällinen ja välipalat (päivällä ja illalla) itsepalveluna tai tarvittaessa avustettuna. Avomuotoisena toteutettavassa kuntoutuksessa tarjottavaan päivittäiseen ravintoon kuuluu yksi ateria ja tarpeelliset välipalat.” (Kelan avo- ja laitosmuotoisen ... 2012.)

#### 4 RAVITSEMUSPAINOTTEISIA KUNTOUTUSAIHEISIA TUTKIMUKSIA

Tutkimuksista, joihin sisältyy osana kuntoutusta myös ravitsemusneuvontaa, ei löytynyt yhteen koottua tietoa. Sen vuoksi katsottiin perustelluksi koota tällaisia tutkimuksia koskeva keskeisin ja tuorein tutkimustieto tämän raportin yhteyteen.

Mukaan otettujen tutkimusten kriteerit olivat seuraavat:

- Tutkimus oli julkaistu viimeksi kuluneiden 15 vuoden aikana (vuonna 1998 tai myöhemmin).
- Tutkimuksen kuntoutusohjelmaan sisältyi ravitsemusneuvontaa, jonka sisältöä ja toteutusta oli myös kuvailtu. Mikäli ravitsemusneuvonnasta oli julkaisussa pelkkä maininta, julkaisua ei hyväksytty mukaan katsaukseen.
- Tutkimus oli kuvattu myös aineiston ja tulosten osalta siinä määrin tarkasti, että se oli perusteltua ottaa mukaan katsaukseen.

Edellä mainitut kriteerit täyttäviä kotimaisia tutkimuksia koskevat perustiedot ja tulokset on koottu taulukkoon 2a. Tutkimusten ravitsemuskuntoutusta koskevat tiedot löytyvät taulukosta 2b (s. 36). Vastaavat tiedot Suomen ulkopuolella tehdyistä tutkimuksista löytyvät taulukoista 3a ja 3b (s. 40, 41).

Terveyteen liittyvistä riskitekijöistä kirjattiin taulukoihin vain ne, joissa tapahtui tilastollisesti merkitseviä muutoksia (tilastollisesti merkitsevänä pidettiin muutosta:  $p < 0,05$ ). Niistä esitetään tarkkojen lukujen sijaan pelkästään muutosten suunta.

Ravitsemuskuntoutuksen kuvauksen tarkkuus ja laajuus vaihteli eri tutkimusten välillä. Näin ollen eri tutkimusten ravitsemuskuntoutusta koskevat tiedot eivät ole vertailukelpoisia. Tutkimuksissa ei ole arvioitu ravitsemuskuntoutuksen laatua.

**Suomessa tehdyt tutkimukset.** Kaikki tutkimukset kuuluivat Kelan järjestämän kuntoutuksen piiriin lukuun ottamatta yhtä (Julkunen ym. 2012), joka oli Raha-automaattiyhdistyksen tukema. Niissä on keskitetty lähinnä kuntoutujien painossa ja terveydentilassa tapahtuneiden muutosten tarkasteluun.

Tutkimusten tulokset osoittavat, että kuntoutuskurssien aikana kuntoutujien painossa, ruokatottumuksissa ja sairauksien riskitekijöissä tapahtui myönteisiä muutoksia. Monet näistä muutoksista myös pysyivät ainakin osittain kuntoutuksen päättymisen jälkeen jopa useiden vuosien ajan (taulukko 2a, s. 35).

**Taulukko 2a.** Perustiedot ja tuloksia Suomessa tehdyistä tutkimuksista, joissa ravitsemus oli osana kuntoutusohjelmaa.

Tekijät ja kurssityyppi	Tutkimuspaikka ja -aika	Osallistujat		Kuntoutuskurssin kesto ja toteutus	Seuranta-ajankohta ja osallistuneiden määrä	Painon muutokset kg (% ka. ja laihuneiden osuus niittä osin kuin tiedot on raportoitu)	Muutosten suunta terveyden riskitekijöissä <sup>a</sup>	Huomioitavia tekijöitä
		Lkm	Ikä, v, ka. (vaihtelu-väli)					
Hakala ym. 1999–2003, ylipainoisten ylipainoisten tules-kurssit 1995–1997	Kelan kuntoutuksen palveluyksikkö <sup>b</sup> , Turku 1995–1997	59 (naisia 76 %)	48 (30–60)	38 (26–54)	6 kk 3 laitosjaksoa (5 + 11 + 4 vrk)	6 kk -4,7 M, -6,9 N 1 v -4,8 M, -5,3 N 2 v -6,6 M, -4,8 N (M + N -4,6 %)	6 kk glukoosi↓ insuliini↓ 6 kk ja 2 v HDL-kol↓ HDL/kok.kol. parani triglyseridit↓	Tutkituista 33 %:lla MBO ja 80 %:lla vähintään lieväasteisen ahmimis-häiriön oireita Tutkimuksessa ei ollut vertailuryhmää
Hämäläinen ja Röberg 2007 <sup>a</sup> , sydänkuntoutuskurssit	Kelan tutkimusosasto, Turku. 4 eri laitokseen järjestetyt kuntoutuskurssit 2003–2004	134 (naisia 20 %)	Tieto puuttuu (45–65)	29,0 (eri laitoiksi-sa 28–33)	3–6 kk 2–3 laitosjaksoa Alkujakso 12–15 vrk Seuranta(jakso)t 2–5 vrk	3–6 kk -0,4 M, -1,4 N <sup>c</sup> +1,2 M, -1,6 N <sup>d</sup> 8–12 kk <sup>e</sup> +0,3 M, -2,2 N <sup>c</sup> +1,1 M, -4,2 N <sup>d</sup>	Terveyteen liittyvän elämälaadun monilla osa-alueilla tapahtui merkittävä parannemista <sup>e</sup>	35 %:lla BMI > 30 kg/m <sup>2</sup> Tutkimus oli katsausluontoinen
Kurki ym. 2008, MBO:ta sairastavien kurssit	Siuntion hyvinvointikeskus 2003–2006	96 (naisia 55 %)	52 (35–62)	35,5 (25–51)	12 kk Laitosjakso (3–5 vrk) 2, 4, 6 ja 12 kk kurssin alkamisesta	6 kk -3 M, -3,6 N 2 v -3 M, -2,6 N ≥ 5 % laihuneiden osuus 25 %	2 v triglyseridit↓ (M + N) verenpaine↓, glukoosi↓ ja HDL-kol↑ (M)	Tutkimuksessa ei ollut vertailuryhmää
Haapakoski 2009, ylipainoisten tules-kurssit	Hopeantiemen kuntoparantola, Nummela 1988–1992	379 (naisia 79 %)	49 (26–64)	36 (25–68)	3 viikkoa Osalle ryhmästä seuranta(jakso) (3 vrk) 3 kk laitosjakson päättymisen jälkeen	3 kk -8,6 M, -6,1 N 5 v <sup>f</sup> -3,9 (4 %) M+N ≥ 5 % laihuneiden osuus 43 %	3 kk verenpaine↓ n = 129g HDL-kol↑ n = 42 <sup>g</sup>	Lihavia (BMI ≥ 30) 91 % Tutkimuksessa ei ollut vertailuryhmää
Juulunen ym. 2012, sepevalitio-potilaiden avokurssi	Kuntoutussäätiön Malminkartanon kuntoutuskeskus <sup>h</sup> 2008–2011	286 (naisia 46 %) Kr: 175 Vr: 111	69,5 (60–88)	27,8 (keskihajonta 4, 3)	6 kk 9 kurssipäivää viikon välein (3 kk:n ajan) ja 1 päivä 3 kk:n kulluttua	6 kk n = 268 (94 %) (Kr: muutos -0,3 BMI-yksikköä, Vr: ei muutosta)	Kuntoutusryhmässä BMI↓ (Kr: muutos -0,3 BMI-yksikköä, Vr: ei muutosta)	Ikääntyneille suosittelussa painossa (BMI 24–29) 45 %, ylipainoisia 35 %, alipainoisia 20 %

MBO = metabolinen oireyhtymä, M = miehet, N = naiset, n = henkilöiden lukumäärä, ka. = keskiarvo, Kr = kuntoutusryhmä, Vr = vertailuryhmä. <sup>a</sup>Huomioitu vain tilastollisesti merkitsevät muutokset. <sup>b</sup>Nykyisin Kuntoutusryhmä Petrea. <sup>c</sup>Painon muutos koko ryhmässä. <sup>d</sup>Painon muutos niillä, joiden tavoitteena oli laihua (59 % ryhmästä). <sup>e</sup>Fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky, emotionaaliset rajoitukset, tarmokkuus, ruokavalion rasvan laatu. <sup>f</sup>Painotiedot perustuvat tutkittujen itse puhelimitse tai lomakkeella ilmoittamiin tietoihin. <sup>g</sup>Mittaukset tehtiin vain osalle tutkituista. <sup>h</sup>Yhteistyössä Helsingin ja Vantaan terveyskeskuksen kanssa. <sup>i</sup>Painon muutoksen sijaan raportoitu BMI:n muutos vertailuryhmään verrattuna. <sup>j</sup>Muutos vertailuryhmään verrattuna.

**Taulukko 2b.** Kuntoutuksen tai ravitsemuskuntoutuksen tavoite, toteutus ja sisältö Suomessa tehdyissä tutkimuksissa, joissa ravitsemus oli osana kuntoutusohjelmaa.

Tekijät	Tavoite	Ravitsemusneuvonnan toteutus
<b>Hakala ym. 1999–2003</b>	Antaa käytännön ohjausta ja motivoida kuntoutujia elintapojen muutokseen sekä pitkäjänteiseen painonpudotusta tukevaan elämänsentteeseen	Ravitsemusterapeutin (RT) ryhmäohjausta yhteensä 10 tuntia ja yksilöllistä ohjausta 3 kertaa (30–45 min/kerta) Ravintoneuvojan havaintoesitys ruoanvalmistuksesta Ruokapäiväkirja (3 vrk) 4 kertaa Ohjeita myös kirjallisena Moniammatillisen hoitotiimin <sup>a</sup> motivointia ja opastusta
<b>Hämäläinen ja Röberg 2007a</b>	Yleistavoite: fysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn säilyttäminen ja palauttaminen parhaalle mahdolliselle tasolle	Laitos A: Ryhmäohjaus <sup>b</sup> Laitos B: Ryhmäohjaus <sup>b</sup> ja mahdollisuus laihdutusohjaukseen Laitos C: Ryhmä <sup>b</sup> - ja yksilöohjaus Laitos D: Käytännön harjoittelu <sup>c</sup> ja osalle yksilöohjaus Ryhmäohjausta 6 (4,5–10) tuntia ja yksilöohjausta ka. 1 tunti Moniammatillinen tiimi <sup>d</sup>
<b>Kurki ym. 2008</b>	Vähentää MBO:n riskitekijöitä (lihavuus, alkoholin käyttö ym.) ja ohjata terveyttä edistäviin elintapamuutoksiin	Ravitsemusterapeutin ohjaus ryhmässä ja yksilöllisesti Ruokapäiväkirja (7 vrk) 4 kertaa, minkä pohjalta RT keskusteli muutosten tarpeista ja niiden toteutuksesta käytännössä Ohjeita myös kirjallisena Moniammatillisen hoitotiimin <sup>e</sup> ohjaus
<b>Haapakoski 2009</b>	Motivoida kuntoutujia pitkäjänteiseen painonpudotusta tukevaan elämänsentteeseen	Ravitsemusterapeutin neuvontaa ryhmässä 4 kertaa Käytännön harjoituksia opetuskeittiössä Ohjeita myös kirjallisena
<b>Julkunen ym. 2012</b>	Kuntoutuksen tavoite: kehittää perusterveydenhuoltoon soveltuva avokuntoutusmalli sepelvaltimotautipotilaille (yli 60 v)	2 ravitsemusaiheista ryhmätapaamista (90 min/kerta) erikoissairaanhoitajan ohjauksessa Ruokapäiväkirjan täyttö Kuntoutusryhmän kokonaisuohjauksen toteutti työryhmä <sup>g</sup>

MBO = Metabolinen oireyhtymä.

<sup>a</sup>Ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti, psykologi, lääkäri, sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja.

<sup>b</sup>Luennot ja ryhmäkeskustelut.

<sup>c</sup>Lounaan valmistaminen ja sen nauttiminen yhdessä, keskustelu käytetyistä raaka-aineista, ruokaohjeista ja ruokien valmistusmenetelmistä.

<sup>d</sup>Erikoislääkäri, kardiologi tai kuntoutuslääkäri, sairaan- tai terveydenhoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja psykologi. Joissakin laitoksissa ravitsemusterapeutti, kardiologi tai sosiaalityöntekijä kuului tiimiin kiinteästi, toisissa he osallistuivat tiimityöhön tarpeen mukaan.

<sup>e</sup>Kuntoutuslääkäri, psykologi, ravitsemusterapeutti ja fysioterapeutti.

<sup>f</sup>Muutoksen toteutuminen etenee tunnistettavissa olevien, toisistaan eroavien vaiheiden kautta, jotka ovat esiharkinta, harkinta, valmistelu/päätöksenteko, toiminta ja ylläpito.

<sup>g</sup>Sisätautilääkäri, kuntoutuslääkäri, erikoissairaanhoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja psykologi.

Taulukko 2b jatkuu.

Kurssin aihealueet ja ravitsemuskuntoutuksen keskeinen sisältö	Ruokatarjonta	Kurssin erityispiirteitä
Ravinto, liikunta, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi sekä elämäntilanne <b>Alkujakso:</b> tavoitepaino, terveellisen ruokavalion perusteet ja ohjausta ruokien valintaan <b>Kurssijakso:</b> Ruokien laatu ja määrä tarkemmin <b>Yksilötapaaminen:</b> Kotijakson aikana tehtyjä ruokavaliomuutosten arviointi ja neuvottelu jatkotoimenpiteistä	Laitoksen tarjoama ruoka toimi esimerkkinä erityisesti kasvien käytöstä Mallilautasen avulla havainnollistettiin suositeltavan ruokannoksen koko	Ravitsemusterapeutti osallistui lounaalle kerran joka ryhmän kanssa Ravitsemusterapeutti järjesti kurssin päättyessä kuntoutujille jatko-seurannan kotipaikkakunnalla, mikäli kuntoutujat sitä toivoivat
Terveys ja tavoitteet, ravitsemus, fyysinen suorituskyky sekä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi Ruokavalion, erityisesti rasvan laadun paraneminen sekä painonhallinta	Ruokatarjontaa ei kuvailtu	Kokonaisvaltaisuus, yksilölläisyys ja kuntoutujan omat tavoitteet ohjasivat kuntoutuksen etenemistä Ruokavalion seurannassa käytettiin ruokavaliokyselyä, jonka perusteella laskettiin rasvan laatua kuvaava indeksi
Ohjaus pohjautui Prochaskan muutosvaihemalliin Ravitsemusaiheet: kuitu, tyydyttynyt rasva, ateriarytmi, lautasmalli	Ruokatarjontaa ei kuvailtu	Kuntoutujille lähetettiin motivaatiota vahvistava kirje 6 kk ja 3 kk ennen viimeistä kurssijaksoa
Ravitsemus, liikunta ja psyykinen hyvinvointi Uudenlaisten ruokatottumusten omaksuminen	Aterioina aamiaisen, lounas ja päivällinen, mutta ei välipaloja Ennen jokaista ateriaa esillä malliateria, jonka mukaisesti kuntoutujat valitsivat ruokansa ja juomansa seisoavasta pöydästä	Lakto-ovo-vegetaarinen ruokavaliio Mahdollisuus vesi- tai kylpyhoitoihin Raittiusperiaate
Painonhallinnan perusteet, energiaravintoaineet, rasvan laatu ja sen vaikutus veren rasva-arvoihin Ravitsemukseen liittyvät peruskäsitteet: BMI, energiantarve ja -saanti, lautasmalli jne.	Jokaiseen kurssipäivään sisältyi lounas, mutta sitä ei kuvailtu	Vertailuryhmälle samat tutkimukset kuin kuntoutusryhmälle tutkimuksen alussa ja 6 kk:n kuluttua Vertailuryhmän hoito yleisen käytännön mukaisesti

Tutkimuksista neljässä raportoitii myös muita kuin taulukkoon 2a koottuja tuloksia seuraavasti:

Liikapainoisiin tules-kuntoutujiin kohdistuneessa tutkimuksessa (Hakala ym. 1999, 2000a, 2000b ja 2003) tutkimuksessa selvitettiin syömistottumuksiin ja laihtumistuloksen pysyvyyteen vaikuttaneita tekijöitä. Selvästi ahmimisoireisten osuus lähes puollittui. Lisäksi tietoinen syömisestä hillintä lisääntyi ja alttius impulsiiviselle syömiselle ja nälän tunteille väheni erityisesti naisilla. Hyvää laihtumistulosta ennusti erityisesti syömisestä hallinnan paraneminen ja syömishäiriöiden oireiden väheneminen sekä aterioiden iltaan painottumisen ja rasvan käytön väheneminen.

Sydänkuntoutustutkimuksessa (Hämäläinen ja Röberg 2007a) havaittiin, että kuntoutujien paino laski erityisesti niissä laitoksissa, joissa ravitsemusohjaus oli havainnollista ja joissa ohjausta antoi ravitsemusalan ammattilainen.

Kurjen ym. (2008) tutkimuksessa seurattiin kuntoutujien ruokavaliossa ja elämänlaadussa tapahtuneita muutoksia. Energiansaanti väheni ja ruokavalion kuitupitoisuus lisääntyi sekä miehillä että naisilla. Lisäksi naisilla tyydyttyneen rasva saanti väheni ja proteiinin osuus energiasta suureni. Terveysteen liittyvä elämänlaatu parani lähes kaikilla osa-alueilla sekä miehillä että naisilla.

Julkusen ym. (2012) tutkimuksessa tapahtui selvää kohenemistä kuntoutujien kokonaisriskipisteissä<sup>15</sup> ja kaikissa elämänlaatua koskevissa tuloksissa (mittari RAND-36) vertailuryhmään verrattuna. Ruokatottumuksissa tapahtuneet muutokset olivat yhteydessä sekä verenpaineen että LDL-kolesterolitason laskuun ja ne selittivät verenpaine-ervojen laskua enemmän kuin lääkityksessä tehdyt muutokset. Ne selittivät merkittävästi myös LDL-kolesterolin laskua lääkemuutosten lisäksi. Tutkijoiden mukaan ryhmämuotoinen ravitsemusneuvonta on periaatteessa mahdollista toteuttaa perusterveydenhuollossa ilman suuria lisäkustannuksia. Tutkimuksesta tehtäviä joi-topäätöksiä rajoittavat mm. seuranta-ajan lyhyys sekä osallistujien valikoituminen<sup>16</sup>, sillä tutkimukseen hakeutuivat pääosin hyväosaiset ikääntyneet.

Katsaukseen otettiin edellä kuvattujen tutkimusten lisäksi mukaan Koikkalaisen (2001) tutkimus, jossa selvitettiin ruokailutottumusten muuttamiseen liittyneitä esteitä sepelvaltimotautiin ja sydäninfarktiin sairastuneilla. Tutkimukseen osallistui 364 potilasta, joista 214 (59 %) oli tutkimuksen aikana sydänkuntoutuksessa. Tutkimusmenetelmänä käytettiin haastattelua ja kyselylomakkeita. Tutkittavat kokivat ruokavalion noudattamisen vaikeaksi sosiaalisissa ruokailutilanteissa, erityisesti juhlassa, matkoilla ja ravintolassa. Varsinkin työssä käyville miehille terveyttä edistävä syöminen työaikana tuotti ongelmia. Ruokavalion muuttamista koettiin vaikeuttavan myös sen, että kaupassa oli vaikea valita itselle sopivia ruokia. Tutkimuksen pohjalta kehitettiin malli esteiden ja ongelmien käsittelemiseksi ravitsemusohjauksessa.

**Ulkomaisia tutkimuksia.** Ravitsemuskuntoutuksen liittyviä ulkomaisia tutkimuksia on julkaistu niukasti. Ne liittyivät sydänpotilaiden kuntoutukseen lukuun ottamatta yhtä, jossa verrattiin ryhmäohjauksen vaikutuksia yksilöohjauksen vaikutuksiin tyyppin 2 diabeetikoilla (Vadsdrup ym. 2009 ja 2011). Tässä tutkimuksessa ryhmäohjaus ei ollut yksilöohjausta tuloksellisempaa, vaikka siihen käytettiin enemmän ohjaajaresursseja.

Kaikissa tutkimuksissa oli havaittavissa myönteisiä muutoksia kuntoutujien ruokavaliossa, painossa ja/tai sairauksien riskitekijöissä, joskin osassa tutkimuksista muutokset olivat lyhytaikaisia (taulukko 3a, s. 40).

<sup>15</sup> Painoindeksin, seerumin kokonaiskolesterolitason, systolisen ja diastolisen verenpaineen, tupakoinnin ja liikunnan määrän avulla laskettu yhteissumma.

<sup>16</sup> Osa henkilöistä hakeutui tutkimukseen oma-aloitteisesti lehti-ilmoituksen perusteella, joten he olivat jo valmiiksi kiinnostuneita terveydestään. He kokivat myös elämänlaatunsa paremmaksi kuin vastaavanikäinen väestö.



Pitkäkestoisin ja aineistoltaan suurin oli Italiassa tehty tutkimus (Giannuzzi ym. 2008). Siinä seurattiin sydänsairauksien riskitekijöiden lisäksi päätetapahtumina sydänsairastavuutta ja -kuolleisuutta, joita tapahtui 17 %:lla kuntoutujista. Kuntoutusryhmässä erilaiset sydäntapahtumat vähenivät tehokkaasti verrattuna vertailuryhmään, mikä oli yhteydessä myönteisiin muutoksiin sydänsairauksien riskitekijöissä (taulukot 3a, s. 40 ja 3b, s. 41).

Yllättävä havainto oli se, että yhdessäkään ulkomaisessa tutkimuksessa ei kuvailtu millään tavoin kuntoutuksen aikaista ruokatarjontaa (taulukko 3b). Syy siihen voi olla julkaisutilan puute tai se, ettei ruokatarjontaa ole mielletty oleelliseksi osaksi ravitsemuskuntoutusta, kuten tulisi mieltää.

**Taulukko 3a.** Perustiedot ja tuloksia Suomessa tehdyistä tutkimuksista, joissa ravitsemus oli osana kuntoutusohjelmaa.

Tekijät ja kurssityyppi	Tutkimuspaikka ja -aika	Osallistujat		Kuntoutuksen kesto ja toteutus	Seuranta-ajan kohta ja osallistujien määrä	Painon kg (%) tai BMI:n muutokset ka.	Muutosten suunta ja/tai ruokavaliossa <sup>a</sup>	Huomioitavia tekijöitä
		Lkm	Ikä, v, ka. (vaihteluväli)					
Leslie ym. 2004, sydäninfarkti- ja diabetekuntoutus	Skotlantia, 2 akuuttisairaala 1997–1998	98 (naisia 30%)	57,5 (35–75)	28 (-)	3 kk n = 76 (78%) 12 kk n = 70 (71%)	3 kk, paino -0,4 Kr, +0,5 Vr 12 kk, paino +0,2 Kr, +2,0 Vr	3 kk Triglyseridit ↓ Hedelmien ja kasvien käyttöä voite toteutui 65/31 %:lla (Kr/Vr) 12 kk LDL-kol ↓ (Kr/Vr)	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus
Twardella ym. 2006, sydäninfarkti- ja diabetekuntoutus	Saksa, 2 kuntoutus- ja klinikkaa 1 000–2 000	1 206 (naisia 16%)	59 (30–70)	27 (-)	3 vk sekä 1 ja 2 vuotta n = 880 (73%)	(-)	Hyvään ruokavalion omaavien osuus: Alku: 30 % 3 vk: 91 % 1 v: 49 % 3 v: 42 %	Kohorttitutkimus. Ruokavalio luokiteltiin frekvenssikyseilyn tietojen perusteella (hyvä, kohtalainen huono).
Giannuzzi ym. 2008, (GOSPEL-tutkimus), sydäninfarkti- ja diabetekuntoutus	Italia, 78 sydänkuntoutuskeskusta 2001–2005	3 241 (naisia 14%)	58 (-)	26,5 (-)	6 kk, 1, 2 ja 3 v n = 3 240 → 275 (100 → 85%)	Alku-3 v BMI +1,7 Kr +2,1 Vr	Alku-3 v <sup>b</sup> HDL-kol ↑ LDL-kol ja triglyseridit ↓ Välimeren ruokavalio toteutui 64/56 %:lla (Kr/Vr)	Satunnaistettu kontrolloitu monikeskustutkimus.
Froger-Bompas ym. 2009, sydäninfarkti- ja diabetekuntoutus	Ranska, sairaalan sydänkuntoutusyksikkö	Kr: 104 Vr: 32 (kaikki miehiä)	Kr: 56 Vr: 50 (-)	Kr: 27 Vr: 26 (-)	6 kk-3 v Kr: n = 94 (90%) Vr: n = 24 (75%)	(-)	6 kk-3 v LDL-kol ↓, HDL-kol ↑, rasvojen laatu parani <sup>c</sup> sekä hedelmien ja kasvien käyttö <sup>d</sup> (Kr/Vr)	Havainnoiva, ei satunnaistettu tutkimus. Rasvojen sekä hedelmien ja kasvien käyttö <sup>d</sup> (Kr/Vr) kartoitettiin frekvenssikyseilyllä.
Vadstrup ym. 2009, 2011a ja b, Jacobsen ym. 2012, tyypin 2 diabetekuntoutus	Tanska, terveyskeskus (Kr) ja sairaalan diabeteklinikka (Vr) 2006–2008	143 (naisia 41%)	58 (-)	32,5 (-)	6 kk Kr: ryhmäohjaus kerran viikossa + ohjattu liikunta 2 x viikossa 1 ja 2 v (tuloksia ei ole vielä raportoitu)	6 kk Molemmissa ryhmässä paino ja vöjäärön ympärysmittaus ↓, veren paine ↓, veren glukoositasapaino ↑ ja terveyteen liittyvä elämäntapa ↑	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	

(-) Tietoa ei ole julkaisussa raportoitu., n = lukumäärä, Kr = kuntoutusryhmä, Vr = vertailuryhmä, Kr/Vr = muutos tai ero kuntoutusryhmässä verrattuna vertailuryhmään. <sup>a</sup>Huomioitu vain tilastollisesti merkitsevät muutokset. <sup>b</sup>Jisäksi sydänperäisten sairauksien ja -kuolemien riski väheni. <sup>c</sup>Ruokavalion rasvojen laadun muutos näkyi myös verestä mitattujen rasvahappopitoisuuksien muutoksina. <sup>d</sup>Hedelmien ja kasvien käytön lisääminen näkyi myös verestä mitattujen C-vitamiini- ja folaatipitoisuuden nousuna. <sup>e</sup>Frekvenssikyseilyn perusteella muodostettiin ruokavalion latua kuvaava pistemäärä.

**Taulukko 3b.** Kuntoutuksen tai ravitsemuskuntoutuksen (tai tutkimuksen) tavoite, toteutus ja sisältö ulkomailta tehdyissä tutkimuksissa, joissa ravitseminen oli osana kuntoutusohjelmaa.

Tekijät	Tavoite	Ravitsemusneuvonnan toteutus	Kurssin aihealueet ja ravitsemuskuntoutuksen keskeinen sisältö	Ruoka- tarjonta	Kurssin erityispiirteitä
Leslie ym. 2004	Vaikeuttaa kuntoutujien ruokavalioon, painoon, veren rasva-arvoihin ja verenpaineeseen	Kr ja Vr: 1 x ravitsemusterapeutin ryhmäneuvontaa. Kr: Edellisen lisäksi sairaanhoitajan ryhmäneuvontaa 4 kertaa + kirjallista materiaalia.	Muita aihealueita ei kuvattu. Kr: Ruokavaliomuutosten määrälliset tavoitteet: Hedelmiä ja marjoja $\geq 5$ annosta/vrk, rasvaista kalaa 2–3 krt/vk ja tydytynyttä rasvaa $< 10$ E-%.	(-)	Kr: Kuntoutujan läheinen (puoliso tms.) sai osallistua neuvontaan.
Twardella ym. 2006	Optimaalisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn saavuttaminen ja ylläpitäminen	Yksilöllisesti ja ryhmässä. Luentoja ja ruoanvalmistuskurssi. Kirjallista materiaalia.	Fysioterapia, rentoutus, psyykkinen ja sosiaalinen ohjaus, toimintaterapia sekä terveyskasvatus. Ravitsemusaiheet: hedelmät ja kasvikset, kookijävähä, rasvan laatu, sokeri ja suola.	(-)	Osallistuminen vapaaehtoisista, esim. vain 30 % sai yksilöllistä ravitsemusneuvontaa ja 15 % osallistui ruoanvalmistuskurssiin.
Giannuzzi ym. 2008	Saada aikaan psyyviä, yksilöllisiin risikitekijöihin perustuvia muutoksia elintavoissa ja terveydentilassa	Kr: Moniammatillinen ohjaustiimi: erikoissairaanhoitaja, fysioterapeutti ja kardiologi (tarvitessa psykologi ja toimintaterapeutti).	Kr: Ohjattu liikunta (30 min), elintapa- ja terveysneuvonta; Välimeren ruokavalio, tupakoinnin lopetus, stressin hallinta (1–1,5 t). Vr: Tavanomainen hoito (lääkärin tapaaminen (6 kk:n sekä 1, 2 ja 3 vuoden kuluttua).	(-)	Perheenjäseniä kehoitettiin kannustamaan kuntoutujaa elintapamuutoksiin.
Froger-Bompas ym. 2009	Selvitää ravitsemusneuvonnan vaikutusta sydänpotilaiden ruokavaliota noudattamiseen	Kr: Ravitsemusterapeutin yksilöneuvonta (3 krt) ja ryhmäneuvonta (3 krt)	Muita aihealueita ei kuvattu. Neuvonta perustui sydänpotilaiden ravitsemussuosituksiin (Lichtenstein ym. 2006).	(-)	Puoliso sai osallistua neuvontaan.
Vadstrup ym. 2009, 2011a ja b, Jacobsen ym. 2012	Verrata moniammatillisen ryhmäohjauksen vaikutusta perinteisen yksilöohjauksen vaikutuksiin	Ravitsemusterapeutin ohjauksessa. Kr: Ruoanvalmistuskurssi (2 x 3 t) ja ostosmatka ruokakauppaan (1 x 2 t). Vr: Yksilöllinen ruokavaliosuunnitelma (1 t + 2 x 30 min).	Molemmissa ryhmässä sama ”voimaantumiseen” perustuva sisältö: itsehoito, ohjattu liikunta, ruokavalio, tupakoinnin lopetus ja jalkojen hoito. Kr: Toteutus ryhmäneuvontana Vr: Toteutus yksilöneuvontana	(-)	Kurssin alussa motivoiva haastattelu. Kurssilaiset asettivat omat tavoitteensa. Puoliso sai osallistua ruoanvalmistuskurssiin.

(-) Tietoa ei ole julkaisussa raportoitu.  
Kr = Kuntoutusryhmä.  
Vr = Vertailuryhmä.  
E-% = prosenttia energian kokonaissaannista.

## 5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen keskeinen tavoite oli ravitsemuskuntoutuksen nykytilanteen kartoittaminen niissä kuntoutuslaitoksissa, joissa toteutetaan Kelan järjestämiä kuntoutuskursseja.

Tutkimuksen osatavoitteina oli saada vastauksia erityisesti seuraaviin kysymyksiin:

- Miten ravitsemusneuvonta toteutetaan eri kuntoutuslaitoksissa ja erityisesti niillä kuntoutuskursseilla, joissa ravitsemuksen rooli on tavanomaista tärkeämpi?
- Miten ruokatarjonta toteutetaan eri kuntoutuslaitoksissa?
- Miten ravitsemusneuvonnassa ja ruokatarjonnassa hyödynnetään nykyisiä ravitsemussuosituksia?
- Millaisia kehittämistarpeita ravitsemuskuntoutukseen liittyy?

Tutkimuksessa saatua tietoa on tarkoitus hyödyntää Kelan järjestämällä kuntoutuskursseilla annettavan ravitsemusneuvonnan ja kuntoutuslaitosten ruokatarjonnan sekä niitä koskevien standardien kehittämisessä.

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 6.1 Kyselylomakkeen laatiminen ja sisältö

Tutkimusta varten suunniteltiin kyselylomake, joka soveltuu sähköisesti täytettäväksi (Digium-kyselylomake). Sitä esitettiin ensin tutkijaryhmään kuuluneiden henkilöiden lisäksi kahdella muulla henkilöllä (fysioterapeutti ja ravitsemusterapeutti) omassa työyhteisössä. Sen jälkeen kysely lähetettiin vielä käytännön testausta varten viiteen eri kuntoutuslaitokseen ravitsemusterapeuteille täytettäväksi, mistä oli sovittu etukäteen heidän kanssaan. Heiltä saadun palautteen jälkeen lomake viimeisteltiin.

Lopullinen kyselylomake koostui kolmesta osiosta:

- Osio I. Yleistietoa ravitsemusneuvonnasta (18 kysymystä)
- Osio II. Kuntoutuslaitosten ateriatarjonta (16 kysymystä)
- Osio III. Ravitsemusneuvonta eri kuntoutuskursseilla (30 kysymystä).

Osiossa III tutkimuksen erityiskohteena olivat seuraavat kuntoutuskurssit:

- 1) ylipainoisten tules-kurssit
- 2) uniapneaa sairastavien kurssit
- 3) tyypin 2 diabetesta sairastavien kurssit
- 4) metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kurssit
- 5) sydäntauteja sairastavien kurssit
- 6) ASLAK-kurssit
- 7) TYK-kurssit.

Jos laitoksessa järjestettiin muitakin ravitsemusohjausta sisältäviä kurseja, vastaajilla oli mahdollisuus kuvata myös niillä annettua ravitsemusneuvontaa.

Suurin osa lomakkeen kysymyksistä oli monivalintakysymyksiä. Joissakin niissä annetuista vastausvaihtoehdoista voi valita vain yhden, toisissa useita vaihtoehtoja. Lähes kaikissa kysymyksissä oli yhtenä vastausvaihtoehtona: ”En osaa sanoa”. Monissa kysymyksissä vastausta oli mahdollisuus tarkentaa sanallisesti. Lisäksi kyselylomakkeella oli runsaasti avoimia kysymyksiä (kyselylomake liitteenä 1).

### 6.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimusaineistoksi valittiin ne kuntoutuslaitokset, joissa järjestettiin Kelan kustantamaa kuntoutusta vuonna 2011.

Tutkimuksen kohteeksi soveltuvien kuntoutuslaitosten löytäminen ei sujunut yhtä helposti kuin oli alun perin oletettu, koska niistä ja niiden johtajista ei ollut käytävissä ajantasaista listaa yhteystietoineen. Tähän vaikutti se, että tutkimusta aloitettaessa kuntoutuslaitosten toiminta oli muuttunut monella tavalla. Laitoksia oli yhdistetty ja kaikissa ei enää toteutettu Kelan järjestämiä kuntoutuskursseja. Myös laitoksen johtaja oli saattanut äskettäin vaihtua. Tämän vuoksi oli välttämätöntä sel-

vittää sen hetkinen tilanne tukeutumalla laitosten internetsivuihin. Laitokset valittiin tutkimukseen niistä löytyneiden tietojen perusteella.<sup>17</sup>

Palveluntuottajaluettelosta poimittiin ne kuntoutuslaitokset sekä niihin rinnastettavat säätiöt, yhdistykset tms.<sup>18</sup>, joilla on oikeus antaa harkinnanvaraista, ammatillista tai vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta ja joiden toimesta oletettiin järjestettävän kuntoutuskursseja.

Listalle saatiin 62 kuntoutuslaitosta. Niiden nettisivuilta poimittiin kunkin laitoksen johtajan nimi ja sähköpostiosoite.

Ennen kyselylomakkeen lähettämistä kuntoutuslaitosten johtajille (n = 62) lähetettiin sähköpostitse joukkoviestinä etukäteistieto siitä, miksi ja miten ravitsemuskuntoutusta koskeva kysely tullaan toteuttamaan (liite 2). Viestissä kunkin laitoksen johtajaa pyydettiin nimeämään henkilö, jonka hän arvioi pystyvän vastaamaan parhaiten kyselyyn laitoksensa osalta. Joukkoviestiin saatiin vastaus määräpäivään mennessä 16 johtajalta (26 %). Vastaamatta jättäneille lähetettiin uusintakysely heidän nimellään varustettuna. Jos edelleenäkään ei saatu vastausta, kysely lähetettiin kolmannen kerran.

Laitosten johtajilta saatujen vastausten perusteella aineistosta jätettiin pois seitsemän laitosta seuraavista syistä: Joistakin eri paikkakunnilla toimivista laitoksista oli muodostettu yhtymiä, ja viidessä niiden toimipaikoista ei enää järjestetty ryhmämuotoista kuntoutusta. Lisäksi kahdessa laitoksessa ryhmämuotoista kuntoutusta ei järjestetty muutoinkaan. Näin ollen tutkimuksen lopulliseen lähtöaineistoon jäi 55 kuntoutuslaitosta. Näiden laitosten johtajista kyselyn ennakkoviestiin vastasi 51 henkilöä (93 %) ja he ilmoittivat kyselyyn vastaajaksi nimeämänsä henkilön tai henkilöiden yhteystiedot. Johtajista neljä ilmoitti vastaajaksi itsensä.

### 6.3 Aineiston muodostuminen

Kun kyselyyn vastaajiksi nimettyjen henkilöiden yhteystiedot oli saatu, kyselylomake lähetettiin heille sähköisesti saatekirjeen kera (liite 3). Kysely pyydettiin täyttämään ja palauttamaan sähköisesti. Mikäli kyselyyn ei saatu vastausta määräpäivään mennessä, se lähetettiin uudelleen ja tarvittaessa vielä kolmannen kerran. Vastaajiksi nimetyt täyttivät ja palauttivat kyselylomakkeen yhtä henkilöä lukuun ottamatta, joten vastaukset saatiin 50 kuntoutuslaitoksesta (91 % tutkimuksen lähtöaineistosta). Näin ollen kyselyyn vastaajia ja ateriapalveluja koskevien kysymysten osalta vastausten määrä on 50 (luvuissa 7.1 ja 7.4 esitetyt tulokset).

17 Ks., [www.kela.fi](http://www.kela.fi) > ratkaisutyö > kuntoutus > palveluntuottajahaku.

18 Tuonnempana näistä kaikista käytetään termiä kuntoutuslaitokset.

Vastauksista kävi ilmi, että kyselyyn vastanneista laitoksista 45:ssä (90 %) annettiin kuntoutuskursseilla ravitsemusneuvontaa. Näin ollen ravitsemusneuvonnan yleiskuvausta koskevien kysymysten osalta vastausten määrä on 45 (luvussa 7.2 esitetyt tulokset). Avokysymyksiin vastanneiden määrä vaihteli kysymyksittäin, ja yleensä vastausten määrä jäi niissä edellä kuvattua pienemmäksi.

#### 6.4 Tulosten käsittely

Digium-kyselyn monivalintakysymyksistä saatiin numeeriset tulokset kahdessa eri muodossa: yksittäiset vastaukset Excel-tiedostona ja niistä tuotetut muuttujakohtaiset frekvenssijakaumat taulukkoina ja pylväskuvioina. Jos johonkin monivalintakysymykseen tai sen osaan oli jätetty vastaamatta, se tulkittiin vaihtoehdoksi ”En osaa sanoa”. Kategoristen muuttujien osalta tulokset esitetään frekvenssitauluina ja graafisina esityksinä. Numeerisia muuttujia tarkastellaan keskiarvon ja vaihteluvälin perusteella.

Vastaukset avokysymyksiin saatiin listattuina kysymyskohtaisesti. Avovastauksen laadullisessa analyysissä käytettiin luokittelevaa aineiston lukutapaa ja temaattista sisältöanalyysiä. Osa avovastauksista voitiin luokitella kysymyksen sisällön mukaisiin kategorioihin. Nämä tulokset on taulukoitu tunnistettujen kategorioiden mukaisesti.

Loput avovastauksista ovat vapaamuotoisia lisäselvityksiä. Niissä vastaajien käyttämien yksilöllisten sanavalintojen ja lausemuotoilujen takaa etsittiin yleisempiä teemoja. Niiden kautta tiivistettiin aineiston sisältämää vaihtelua. Vastauksista laadittiin sanalliset koosteet, joiden yhteydessä esitetään myös suoria lainauksia vastauksista. Suorien lainausten kirjoitusasua on tarvittaessa muutettu sen varmistamiseksi, ettei vastauksesta voi tunnistaa, mitä kuntoutuslaitosta kyseinen vastaus koskee.

## 7 TULOKSET

### 7.1 Kyselyyn vastaajat

Kyselyyn vastanneista noin kolmannes kuului laitoksen johtohenkilöstöön (laitoksen johtaja, kuntoutus-, terveys- tai muu päällikkö, vastaava lääkäri tms.). Yhtä moni vastaajista oli ravitsemusterapeutti (taulukko 4).

**Taulukko 4.** Kyselyyn vastaajien jakautuminen ammattiaseman mukaisesti eri laitoksissa (n = 50).

Ammatti tai ammattiasema	Lkm	%
Laitoksen johtoa edustava henkilö	16	32
Ravitsemusterapeutti	16	32
Työterveys-, terveyden- tai sairaanhoitaja	7	14
Ruokahuoltopäällikkö	4	8
Vastaukset mietittiin 2 henkilön <sup>a</sup> yhteistyönä	4	8
Fysioterapeutti	2	4
Työhönvalmennuksen ohjaaja	1	2

<sup>a</sup>Kuntoutuspäällikkö ja ravintoneuvoja, kuntoutuspäällikkö ja toimitusjohtaja, ruokahuoltopäällikkö ja sairaanhoitaja, työterveyshoitaja ja ravintoneuvoja.

Vastaajista vajaalla puolella (46 %) oli ainakin jonkinasteinen ravitsemukseen tai ruokahuoltoon liittyvä peruskoulutus, kun otetaan huomioon myös ne vastaukset, joita oli mietitty kahden henkilön yhteistyönä.

Vastaajat olivat työskennelleet kyselyn kohteena olevassa kuntoutuslaitoksessa keskimäärin 12 vuotta (vaihteluväli 0,8–32,5 vuotta). Ravitsemuskuntoutuksen parissa ilmoitti työskennelleensä 46 henkilöä (92 %). Heillä työskentelyvuosien määrä vaihteli 0,8–30,5 vuoden välillä. Vastaajista noin kolmannes oli työskennellyt laitoksessa ravitsemuskuntoutuksen parissa vähemmän kuin 6 vuotta, toinen kolmannes 6–12 vuotta ja loput yli 12 vuotta.

### 7.2 Ravitsemusneuvonnan toteutus ja sisältö

#### 7.2.1 Ravitsemusneuvonnan antajat

Ravitsemusneuvonnan periaatteista vastasi yli puolessa laitoksista ravitsemusterapeutti (taulukko 5, s. 47).

Ravitsemusterapeutti antoi ravitsemusneuvontaa valtaosassa (80 %) niistä laitoksista, joiden kuntoutuskursseihin sitä sisältyi. Yli puolessa laitoksista neuvontaa antoivat myös terveydenhoitaja, sairaanhoitaja ja/tai lääkäri, joko pelkästään tai ravitsemusterapeutin antaman neuvonnan lisäksi (taulukko 6, s. 47).



**Taulukko 5.** Ravitsemusneuvonnan periaatteista vastannut henkilö eri laitoksissa (n = 45).

Ammattinimike	Lkm	%
Ravitsemusterapeutti (yliopistollinen koulutus: TtM, MMM tai ETM)	27	60
Terveyden- tai sairaanhoitaja	7	16
Vastuuhenkilöä ei ole sovittu	7	16
Ruokahuoltopäällikkö	2	4
Ravitsemusneuvoja	2	4

**Taulukko 6.** Ravitsemusneuvontaa antaneiden henkilöiden lukumäärä eri laitoksissa (n = 45).

Ammattinimike	Lkm
Ravitsemusterapeutti (yliopistollinen koulutus: TtM, MMM tai ETM) <sup>a</sup>	36
Terveydenhoitaja	29
Sairaanhoitaja	29
Lääkäri	25
Fysioterapeutti	19
Ruokahuoltopäällikkö	11
Ravitsemusneuvoja <sup>b</sup>	5
Toimintaterapeutti	5
Joku muu <sup>c</sup>	3
<b>Henkilöitä yhteensä</b>	<b>162</b>

<sup>a</sup>Vastanneista 12 (33 %) tarkensi olevansa laillistettu ravitsemusterapeutti.

<sup>b</sup>Suurtalousemäntä, jolla ravitsemuksen erityisopintoja, kotitalousopettaja, fysioterapeutti/sairaanhoitaja/liikunnanohjaaja, jolla Suomen Sydänliiton ja Suomen Diabetesliiton järjestämä painonhallintakoulutus (Pieni päätös päivässä), elintarviketieteiden maisteri sekä henkilö, jolla ravitsemuksen erikoistumisopintoja (perustutkintoa ei ilmoitettu).

<sup>c</sup>Lähihoitajat sekä kuntoutusohjaaja.

### 7.2.2 Ostopalvelujen käyttö

Yli puolessa laitoksista (58 %) ostettiin ravitsemusneuvontapalveluja laitoksen ulkopuolelta; kaikissa laitoksissa laillistetulta ravitsemusterapeutilta ja sen lisäksi kahdessa laitoksessa työterveyshoitajalta sekä yhdessä laitoksessa elintarviketieteiden maisterilta.

Ostopalvelujen määrä oli keskimäärin 5 tuntia viikossa, ja se vaihteli puolesta tunnista 12 tuntiin viikossa. Ostopalveluita käytettiin eniten ryhmäneuvonnan toteuttamiseen (23 laitosta) ja yksilöllisen neuvonnan toteuttamiseen (21 laitosta). Myös ravitsemuskuntoutuksen suunnitteluun palkattiin osaamista (9 laitosta).

### 7.2.3 Neuvonnan keskeiset aihepiirit

Lähes kaikki vastaajat (93 %) mainitsivat keskeisiksi neuvonnan aiheiksi tasapainoisen ja monipuolisen ruokavalion merkityksen terveyden ja hyvinvoinnin kannalta sekä painonhallintaan liittyvät asiat. Tärkeäksi aiheeksi koettiin myös säännöllinen ateriarytmi (69 %). Viiden tärkeimmän aiheen listalle nousivat myös ruokavalion laatuun liittyvät aiheet (taulukko 7).

**Taulukko 7.** Viisi keskeisintä aihetta, joihin neuvonnalla pyrittiin kuntoutujien ruokatottumuksissa vaikuttamaan; taulukko koottu laitosten (n = 45) avovastausten perusteella.

Ravitsemusneuvonnan keskeiset aihepiirit	Lkm
Terveelliset elintavat yleensä; tasapainoinen ja monipuolinen ruokavalio, joka edistää terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä	42
Painonhallinta; energiansaannin suhteuttaminen kulutukseen	42
Säännöllinen ateriarytmi	31
Riittävä kuidun saanti (kasvien, marjojen, hedelmien ja täysjyväviljan käytön lisääminen)	25
Rasvojen laatu ja määrä (riittävä pehmeiden rasvojen / välttämättömien rasvahappojen saanti sekä kovien rasvojen välttäminen)	21
<b>Vastauksia yhteensä</b>	<b>161</b>

Melko monen vastaajan tärkeimpinä mainitsemia muita aiheita olivat terveellisen aterian koostaminen / lautasmalli (26 %), riittävä suojaravintoaineiden saanti (22 %) ja diagnoosikohtainen ruokavalio-ohjaus (22 %). Näitä harvinaisempia (enintään 5 vastaajaa / aihe) aiheita olivat mm. sokerin, valkoisten viljavalmisteiden ja suolan käytön vähentäminen, nesteiden valinta ja riittävä saanti, terveellinen ruoanvalmistus sekä ikääntymisen vaikutukset ruokavalioon.

Laitoksissa, joissa kuntoutujilla oli nielemisvaikeuksia ja muita syömiseen liittyviä vaikeuksia, tärkeäksi aiheeksi nostettiin myös ruokavalion koostumukseen, rakenteeseen ja täydentämiseen liittyvät seikat.

Vastaajista 11 henkilöä kommentoi neuvonnan keskeisiä aihepiirejä koskevaa vastaustaan tarkemmin. Kommenteista 7 oli aiheen kannalta relevantteja. Niistä voitiin muodostaa seuraavat kolme teemaa:

**Teema 1. Yksilöllisen ohjaustarpeen huomiointi.** Teemoista nousi selkeimmin esiin yksilöllisyyden huomioinnin tärkeys. Osaan kurssiohjelmista sisältyikin yksilöllinen tapaaminen tai mahdollisuus keskustella ja neuvotella ruokavaliosta henkilökohtaisesti kuntoutujan kanssa tarpeen mukaan.

” – Kuntoutajat tekevät omat valintansa ja päätöksensä itse. Jos kuntoutuja ei esim. halua rasvavaihteita käyttää, esittelemme, miten muuten voi valita ravinnon rasvoja niin, että rasvojen laatusuhteen painopiste on pehmeiden/öljymäisten rasvojen puolella.”

”Kaikilla kursseilla on ryhmämuotoisia interaktiivisia ravintoon ja painonhallintaan liittyviä alustus- ja keskusteluryhmiä, joita täydennetään tarvittaessa yksilöllisellä ohjauksella. Diabetes- ja sydänkursseilla on laillistetun ravitsemusterapeutin yksilölliset vastaanotot.”

” – Yksilötapaamisten yhteydessä pyritään löytämään kuntoutujan omaan arkeen ja terveyshaasteisiin soveltuvat vaihtoehdot.”

**Teema 2. Muidenkin aiheiden kuin ruokavalion käsittely.** Vastauksissa tuotiin esiin moniammatillinen lähestymistapa. Ohjauksessa käsiteltiin ravintoasioiden lisäksi myös muita elintapoihin liittyviä tekijöitä, kuten liikuntaa ja alkoholin vaikutuksia.

”Lisäksi käydään läpi erityisruokavalioiden tarve, liikunnan ja lääkkeiden vaikutuksia – –”

”Puhutaan syömistottumuksista – – Myös alkoholista keskustellaan, sen terveysvaikutuksista ja turhista kaloreista – –”

**Teema 3. Sallivuus.** Vastauksista kuvastui myös se, että ruokavalioasioita käsiteltiin myönteisessä valossa pyrkien välttämään sitä, että jokin ruoka saisi täysin kielteisen leiman.

”Yleisesti kannustetaan noudattamaan monipuolista ruokavaliota, jossa mikään/ mitkään ruoka-aineet eivät olisi täysin kiellettyjä – –”

#### 7.2.4 Ravintorasvojen käyttöä koskeva neuvonta

Valtaosassa laitoksista leivän päälle suositeltiin rasvaksi kasviöljypohjaista rasvaa, jonka rasvapitoisuus on vähintään 60 % (taulukko 8). Leivonnassa ja ruoanvalmistuksessa käytettäväksi selvästi eniten suositeltu rasva oli kasviöljy tai juokseva margariini (taulukko 9, s. 50).

**Taulukko 8.** Leivän päälle ensisijaisesti suositeltu rasvavivite eri laitoksissa (n = 45).

	Lkm	%
Kasviöljypohjainen rasvavivite (rasvaa vähintään 60 %)	31	69
Kasviöljypohjainen rasvavivite (kevytlivite; rasvaa alle 60 %)	5	11
Voi-kasviöljyseos (kevytlivite; rasvaa alle 60 %)	3	7
Voi-kasviöljyseos (rasvaa vähintään 60 %)	1	2
Ei osaa sanoa	5	11

**Taulukko 9.** Ruoanvalmistukseen ja leivontaan ensisijaisesti suositeltu ravintorasva eri laitoksissa (n = 45).

	Ruoanvalmistus		Leivonta	
	Lkm	%	Lkm	%
Kasviöljy tai juokseva margariini	35	78	28	62
Kasviöljypohjainen rasvalevite (rasvaa vähintään 60 %)	4	9	10	22
Ei mitään rasvaa	1	2	-	-
Ei osaa sanoa	5	11	7	16

### 7.2.5 Suolan käyttöä koskeva neuvonta

Suolan käytöstä annettiin ohjeita 43 laitoksessa. Vastauksista 88 %:ssa (n = 38) kuvattiin tarkemmin neuvonnan sisältöä. Jotkut vastaajista mainitsivat useamman kuin yhden aiheen. Neuvonta voitiin jakaa karkeasti seuraaviin kolmeen aihepiiriin: suolan käytön vähentäminen, suolan saantisuositukset ja neuvonta yksilöllisen tarpeen ja diagnoosin mukaan (kohonnut verenpaine, lääkitys ym.).

Vastauksissa nostettiin konkreettisina esimerkkeinä esiin erityisesti piilosuolan saannin välttäminen, vähemmän suolaa sisältävien leipien valinta ja sydänmerkkituotteiden suosiminen. Lisäksi suolan käyttöä neuvottiin vähentämään korvaamalla suola yrteillä ja muilla mausteilla ruoanvalmistuksessa.

Vastaajista kolme raportoi, että suolan käyttöön liittyvää kirjallista materiaalia jaettiin niille kuntoutujaryhmille, joille se katsottiin aiheelliseksi. Yksi vastaajista mainitsi, että kuntoutujille annettiin täytettäväksi Sydänliiton kehittämä suolankäyttötesti, jonka tuloksia hyödynnettiin neuvonnassa.

### 7.2.6 Neuvonnan tukimateriaali ja laskentaohjelmien käyttö

Laitoksista 87 %:ssa (n = 39) kuntoutujia ohjattiin ravitsemusaiheisen lisätiedon läheteille. Kaikkein yleisintä oli neuvoa heitä hakeutumaan suositeltaville nettisivuille. Näin tehtiin 37 laitoksessa. Lisäksi kuntoutujille annettiin kirjallista materiaalia neuvonnan tueksi. Tavallisinta oli jakaa potilasjärjestön tuottamia oppaita. Yli puolessa laitoksista (60 %) jaettiin myös itse tuotettua materiaalia (taulukko 10, s. 51). Vastaajista vajaa kolmannes ei osannut kertoa, millaista materiaalia jaettiin.

Yksittäisistä muista lisämateriaaleista mainittiin esitelmien luentorungot, kopiot ajankohtaisista lehtiartikkeleista, Kunnossa kaiken ikää (KKI) -ohjelma, KKI:n tartu tilaisuuteen -kalenteri, ruokaohjeet sekä ruokatottumustesti.

**Taulukko 10.** Kuntoutujille neuvonnan tueksi jaettu lisämateriaali sen tuottajatahon mukaan luokiteltuna eri laitoksissa (n = 45).

Materiaalin tuottaja/julkaisija	Lkm
Potilas- ym. järjestöt	34
Elintarviketeollisuus	29
Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry	28
Kuntoutuslaitoksessa itse tehty materiaali	28
Valtion ravitsemusneuvottelukunta	26
<b>Vastauksia yhteensä<sup>a</sup></b>	<b>145</b>

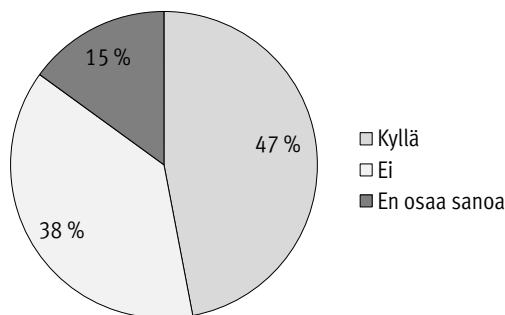
<sup>a</sup>Koska laitoksissa voitiin jakaa monenlaista tukimateriaalia, lukujen summa on suurempi kuin 45.

Eräissä vastauksessa kuvattiin kirjallisen materiaalin käyttöä ohjauksen tukena hyvinkin tarkasti eli seuraavasti:

”Neuvontaa toteutetaan mm. Sydänliiton Painohallinta-ohjaajakoulutuksen (Pieni päätös päivässä) periaatteita noudattaen Lisäksi asiakkaiden ja henkilökunnan käytössä on ravitsemuskansiot – – sekä SYDÄNMERKKI-aineistoa.”

Vajaassa puolessa (n = 21) laitoksista käytettiin ravitsemusneuvonnan suunnittelussa ja/tai toteutuksessa apuna jotakin tietokonepohjaista ravinnonsaannin laskentaohjelmaa (kuvio 1). Niistä mainittiin nimeltä seuraavat: Nutrica, Aromi (Aterix/Jamix), Nutrica + Aromi (Aterix/Jamix), Diet 32, Diet 32 + Aivo2000 ja Nutri-Flow.

**Kuvio 1.** Ravinnonsaannin laskentaohjelmien käyttö ravitsemusneuvonnan suunnittelun ja/tai toteutuksen apuna eri laitoksissa (n = 45).



### 7.2.7 Ravitsemussuosittelusten hyödyntäminen neuvonnassa

Ravitsemusneuvonnassa hyödynnettiin useimmiten Sydänliiton suosituksia. Myös Diabetesliiton ja Valtion ravitsemusneuvottelukunnan erilaisten suositusten hyödyntäminen oli yleistä (taulukko 11, s. 52). Laitoksissa hyödynnettiin kysytyistä suosituksista keskimäärin viittä eri suositusta. 31 %:ssa (n = 14) laitoksista hyödynnettiin

kaikkia ja vajaassa puolessa (n = 21) viittä tai kuutta suositusta. Laitoksista 11 %:ssa (n = 5) hyödynnettiin kahdesta neljään suositusta ja yhtä monessa ei hyödynnetty suosituksia lainkaan.

**Taulukko 11.** Ravitsemukseen liittyvien suositusten hyödyntäminen ravitsemusneuvonnassa eri laitoksissa (n = 45).

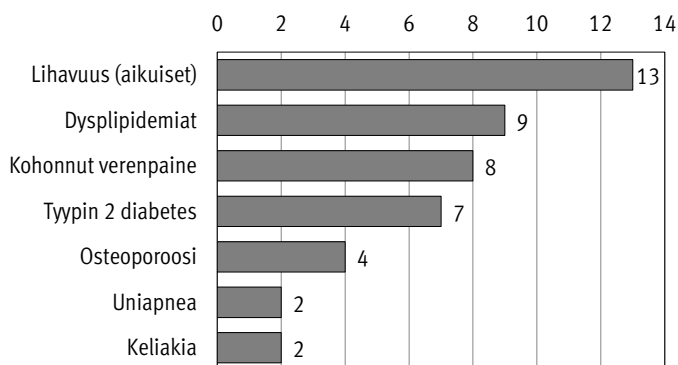
Ravitsemussuositukset	Lkm
Sydänliiton suositukset	39
Diabetesliiton suositukset	38
VRN <sup>a</sup> :n suositukset ikääntyneille	36
VRN <sup>a</sup> :n suositukset: Ravinto ja liikunta tasapainoon	35
VRN <sup>a</sup> :n Ravitsemushoito -suositus	32
VRN <sup>a</sup> :n juomasuosituksiset	32
Lääkäriseura Duodecim <span>in</span> Käypä hoito -suositukset	22
<b>Vastauksia yhteensä<sup>b</sup></b>	<b>234</b>

<sup>a</sup> Valtion ravitsemusneuvottelukunta.

<sup>b</sup> Koska samassa laitoksissa voitiin hyödyntää useita eri suosituksia, lukujen summa on suurempi kuin 45.

Lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito -suosituksia hyödynnettiin noin puolessa laitoksista. Vastaajista 19 kuvasi tarkemmin, mitä kyseisistä suosituksista hyödynnettiin. Yleisimmin hyödynnettiin aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suositusta (kuvio 2).

**Kuvio 2.** Käypä Hoito -suositukset, joita raportoitiin hyödynnettävän ravitsemusneuvonnassa eri laitoksissa<sup>a</sup> (n = 19).



<sup>a</sup> Koska monissa laitoksissa hyödynnettiin monia eri Käypä hoito -suosituksia, kuviossa esitettyjen lukujen summa on suurempi kuin 19.

Käypä hoito -suosituksista mainittiin lisäksi yksittäisinä suosituksina seuraavien sairauksien hoitoa koskevat suositukset: nivelreuma, Crohnin tauti ja allergiat. Lisäksi mainittiin yleisesti ”syöpäsairauksia koskevat suositukset”. Kolmen laitoksen vastauksessa ei nimetty mitään tiettyä suositusta, vaan mainittiin, että suosituksia hyödynnetään sairauskohtaisesti tarpeen mukaan.

### 7.2.8 Ravitsemusneuvonnan ja ruokapalvelujen yhteistyö

Laitoksista 36:ssa ravitsemusneuvontaa antava henkilö teki yhteistyötä ruokapalveluista ja/tai ruoanvalmistuksesta vastaavan henkilön (ammattinimike ravitsemispäällikkö, ravintolapäällikkö, emäntä, keittiöpäällikkö, keittiömestari, kokki, tms.) kanssa. Yhdessä vastauksessa mainittiin, että laitoksessa toimi moniammatillinen työryhmä, johon kuului myös laitoksen emäntä. Työryhmässä käytiin läpi kuntoutujien hoitoon, ravitsemukseen ja kuntoutukseen liittyviä asioita.

Kuntoutujien yksilöllisiä tarpeita, kuten erityisruokavalioita, koskevaa yhteistyötä tehtiin eniten (10 vastausta). Muina yhteistyön aiheina mainittiin mm. ruokalistojen suunnittelu, aterioiden sisällön suunnittelu, mallilautasen sisältö, välipalatarjonta, rakennemuunnettu ruoka, ateriarytmi ja tuotevalikoima. Yhdessä vastauksessa mainittiin, että myös keittiöhenkilökunta antaa ravitsemusneuvontaa. Vastaajista kolme ei kuvaillut yhteistyön aiheita lainkaan.

### 7.2.9 Ruokapalvelujen ja ravitsemusneuvonnan vastaavuus

Vastaajien mielestä laitoksen ruokapalvelut tukivat ravitsemusneuvontaa hyvin tai melko hyvin lähes kaikissa laitoksista (taulukko 12).

**Taulukko 12.** Vastaajan arvio siitä, miten hyvin ruokapalvelu tukee ravitsemusneuvontaa eri laitoksissa (n = 45).

	Lkm	%
Hyvin	20	45
Melko hyvin	22	49
Melko huonosti	1	2
Huonosti	1	2
En osaa sanoa	1	2

Ruokapalvelujen ja ravitsemusneuvonnan vastaavuutta kommentoitiin 13 avovastauksessa, joista 8 liittyi kysytyyn aiheeseen. Kommenteissa korostettiin neuvonnan ja ruokapalvelujen vastaavuuden tärkeyttä. Lisäksi esitettiin syitä siihen, miksi suositukseen perustuvan ravitsemusneuvonnan mukaisten ruokapalvelujen toteutus on usein haasteellista. Vastaukset voitiin ryhmitellä neljään eri teemaan seuraavasti:

**Teema 1. Ruokapalvelujen merkitys ravitsemusneuvonnan tukena.** Ruokatarjonnan koettiin olevan merkittävä osa ravitsemuskuntoutusta. Sen vuoksi pidettiin tärkeänä, että se perustuu ravitsemussuosituksiin. Ruokapalveluissa koettiin myös olevan erilaisia kehitystarpeita.

”Ruokailutilanteet ovat myös opetustilanteita ja yhtä tärkeitä kuin muu opetus. Ne antavat käytännössä esimerkin siitä, millaista ruokaa suositellaan. Mukaan anne-

taan myös ruokareseptejä tarjottavasta ruuasta, lautasmalliesimerkit ovat näkyvissä ja koko päivän esimerkkinä 1 600 kcal:n mallipäivä.”

”Kasviksia tarjotaan enemmän kuin suosituksissa (esim. salaatteja tai tuoreita vihanneksia kaikilla aterioilla). Ruokatarvikeostot perustuvat ravitsemussuosituksiin.”

”Päivittäin aamiaisella, lounaalla ja päivällisellä on esillä tarjottimella ravintolamme edustalla 1 200 kcal:n esimerkkiateria. Sydänystävällisyyden toivoisin olevan näkyvämmän esillä ravintolassamme. Esimerkiksi, että tietyt kriteerit täyttävät aterian osat olisivat merkittynä linjastossa tai tarjoaisimme sydänmerkki-ateriakokonaisuuksia – –”

”Ravintolan ruuanvalmistuksessa käytettävä rasvan laatu mukailee sydänystävällistä linjaa. Tosin voitakin käytetään leivonnassa ja yksittäispakattuja voinaappejakin on kuntoutujille tarjolla, kun niillekin kysyntää on.”

Yhdessä vastauksessa todettiin, etteivät ruokapalvelut tue ravitsemusneuvontaa lainkaan. Syyn siihen arvioitiin olevan taloudellisia.

”Raha ratkaisee keittiössä. Ruokien valmistuksessa ei noudateta ravitsemussuositusta lainkaan. Käytetään paljon tyydyttynyttä rasvaa, paistomargariinia, eineksiä, makkaraa, valmispihvejä – –”

**Teema 2. Erityyppisistä kuntoutujista aiheutuva haaste.** Haasteeksi ruokapalvelujen toteutuksessa koettiin erityyppiset kuntoutujat, joilla ravitsemukseen liittyvät ongelmat saattoivat poiketa suuresti toisistaan.

”Kuntoutuslaitoksen ruokapalvelujen pyörittäminen on varsin haasteellista, kun joukossa on hyvin erityyppisiä kuntoutujia: ylipainoisia työikäisiä (ASLAK- ja TYK-kuntoutujia), liikuntarajoitteisia, pyörätuolissa liikkuvia kuntoutujia, joilla painonhallinta on tavoitteena. Kuntoutujaryhminä on myös geriatria, ikääntyneitä ja aliravitsemusriskissä olevia kuntoutujia. Toisaalta myös kuntoutujia, joilla jokin neurologinen sairaus ja saattavat olla vajaaravittuja – –”

**Teema 3. Itse maksavista asiakkaista aiheutuva haaste.** Toisena haasteena koettiin itse maksavat asiakkaat, joiden odotusten ja tarpeiden oletettiin poikkeavan suositusten mukaisesta ruokatarjonnasta.

”– – laitoksen ravintolassa syö myös ”itse maksavia” asiakkaita. Kuitenkin peruslinja suositusten mukaista: paistamiseen rypsiöljy, kermana 10 % kasvirasvasekoite jne., kasvien tarjonta on kuuluisan hyvää.”

”Ravitsemuksellisen laadun peruskriteerit täyttyvät pitkälle – – toisaalta ravintola palvelee kuntoutusasiakkaiden lisäksi kokous- ja juhla-asiakkaita, joiden toiveita ruokailun suhteen myös huomioidaan.”



**Teema 4. Lähiruokatrendin aiheuttama haaste.** Ruokatrendeistä nousi yhdessä vastauksessa esiin lähiruoan suosiminen, jolloin rasvan laadun osalta ruokatarjonta ei vastaa ravitsemusneuvontaa.

”Käytämme lähialueen tuottajia ja keittiömme valmistaa kaikki ruuat alusta loppuun itse. Emme käytä ollenkaan eineksiä. Lähiruokakonseptiin kuuluu myös jonkin verran voin ja kerman käyttöä, joka ei tue täysin ravitsemusneuvonnan sisältöä – –”

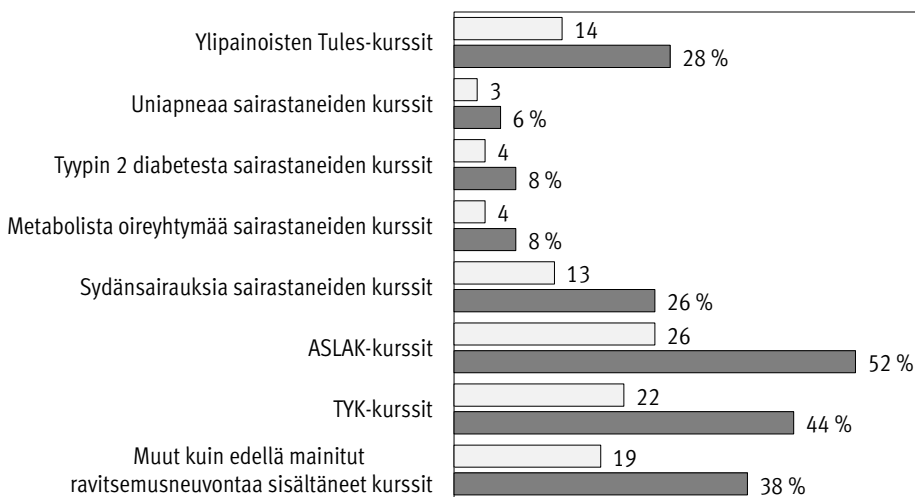
### 7.3 Ravitsemusneuvonta eri kuntoutuskursseilla

#### 7.3.1 Tutkimuksen erityiskohteena olleet kurssit

Tutkimuksen erityiskohteena olivat sellaiset vuonna 2011 järjestetyt sairausryhmäkohtaiset kuntoutuskurssit sekä ASLAK-kurssit ja TYK-kurssit, joiden ohjelmaan oletettiin sisältyvän ainakin jossain määrin ravitsemusneuvontaa. Tutkimuksen tulosten mukaan näin olikin.

Sairausryhmäkohtaisista kursseista tule-oireisille henkilöille ja sydäntauteja sairastaville kursseja järjestäviä laitoksia oli selvästi eniten. Noin puolessa laitoksista järjestettiin ASLAK-kursseja ja vajaassa puolessa laitoksista TYK-kursseja. Runsas kolmannes laitoksista oli sellaisia, joissa ei järjestetty tutkimuksen erityiskohteena olleita kursseja lainkaan. Niissä järjestettiin kuitenkin muita sellaisia kuntoutuskursseja, joiden ohjelmaan sisältyi ravitsemusneuvontaa (kuvio 3).

**Kuvio 3.** Niiden laitosten lukumäärä sekä osuus kyselyyn vastanneista kuntoutuslaitoksista ( $n = 50$ ), joissa raportoitiin järjestetyn tutkimuksen erityiskohteena olleita tai muita kuntoutuskursseja vuonna 2011.



Jatkossa sairausryhmäkohtaisista kursseista käytetään seuraavia lyhenteitä:

- tules-kurssit (= ylipainoisten tules-kurssit)
- uniapneakurssit (= uniapneaa sairastaneiden kurssit)
- diabeteskurssit (= tyyppin 2 diabetesta sairastaneiden kurssit)
- MBO-kurssit (= metabolista oireyhtymää sairastaneiden kurssit)
- sydänkurssit (= sydänsairauksia sairastaneiden kurssit).

Kuntoutuskursseista kolmessa laitosjaksojen määrä oli kaikissa laitoksissa yhtä suuri, mutta muiden kurssien jaksotuksessa oli jonkin verran laitospaikoista vaihtelua. Eniten vaihteli tules-kurssien sekä uniapnea- ja TYK-kurssien jaksotus (taulukko 13).

**Taulukko 13.** Laitosjaksojen lukumäärä eri kuntoutuskursseilla (n = vastaajien/kursseja järjestäneiden laitosten määrä).

	Tules- kurssit (n = 14)	Uniapnea- kurssit (n = 3)	Diabetes- kurssit (n = 4)	MBO- kurssit (n = 4)	Sydän- kurssit (n = 13)	ASLAK- kurssit (n = 26)	TYK- kurssit (n = 22)
Laitosjaksojen määrä	2–6	2–4	2	3	2	3–4	3–5

Kelan standardeissa määritelty kurssien rakenne ja ravitsemusneuvonnan toteutus eri kursseilla on koottu liitetaulukoihin 1 ja 2.

### 7.3.2 Ravitsemusneuvonnan päätavoitteet

Kyselyyn vastaajia pyydettiin ilmoittamaan ravitsemusneuvonnan keskeisin tavoite kullakin kuntoutuskurssilla. Moni vastaaja ilmoitti kuitenkin useita tavoitteita. Tällöin vastaus tulkittiin siten, että ensimmäiseksi mainitun tavoitteen oletettiin olevan keskeisin tavoite.

Edellä kuvattua tulkintatapaa käyttäen kaikkien uniapneakurssien ja lähes kaikkien tules-kurssien osalta keskeisin tavoite liittyi laihduttamiseen ja painonhallintaan. Diabetes- ja MBO-kursseja koskevat tavoitteet sen sijaan hajautuivat tasan neljän aihealueen kesken. Sydänkurssien tavoitteet painoutuivat ruokavalion laadun parantamiseen. ASLAK- ja TYK-kurssien tavoitteet olivat yleisluontoisempia ja liittyivät suurimmaksi osaksi terveyden edistämiseen (taulukko 14, s. 57).

Esimerkki moniosaisesta tavoitteesta, jonka lopullinen tavoite liittyy painonhallintaan:

”Opastaa kuntoutujat itse arvioimaan omia ruokatottumuksiaan: niiden hyviä puolia ja muutostarpeita. Sen jälkeen pienten muutosten käytäntöön vieminen. Yleensä muutokset koskivat sellaisia ruokavalintoja, joiden avulla helpottuu energiansaannin vähentäminen ja laihtumisen alkuun saattaminen maltillisella tavalla.”

**Taulukko 14.** Ravitsemusneuvonnan keskeiset tavoitteet eri kuntoutuskursseilla. Taulukko koottu avovastausten perusteella (n = vastaajien / kurssia järjestäneiden laitosten lukumäärä).

Ravitsemusneuvonnan keskeisin tavoite	Tuleskurssit n = 14	Uniapnea- kurssit n = 3	Diabetes- kurssit n = 4	MBO- kurssit n = 4	Sydän- kurssit n = 13	ASLAK- kurssit (n = 26)	TYK- kurssit (n = 22)
Laihduttaminen/painonhallinta	11	3	1	1	-	-	-
Ruokavalion laadun parantaminen / sydänystävällinen ruokavalio <sup>a</sup>	-	-	1	1	9	-	-
Terveyttä edistävät ruokatottumukset, niiden merkityksen ymmärtäminen ja omaksuminen	-	-	-	-	4	17	17
Säännöllinen ateriarytmi	2	-	-	1	-	4	3
Lautasmalli	-	-	-	-	-	2	1
Elintapamuutosten pysyvyys	1	-	-	1	-	-	-
Opastaa kuntoutujat arvioimaan ruokatottumuksiaan: niiden hyviä puolia ja muutostarpeita	-	-	1	-	-	-	-
Hyvä verensokeritasapaino	-	-	1	-	-	-	-
Kurssin tavoitteiden mukainen	-	-	-	-	-	2	1

<sup>a</sup>Rasvan ja hiilihydraattien laatu, kuidun määrä, suolan määrä.

### 7.3.3 Ryhmässä annetun ravitsemusneuvonnan toteutus

Uniapnea-, diabetes- ja MBO-kursseja järjesti vain 3–4 laitosta. Niitä koskevat tulokset on myöhemmin yhdistetty sen vuoksi, ettei yksittäisten laitosten vastauksia voisi tunnistaa. Yhdistämistä puolsi myös se, että eri laitosten kyseisiä kursseja koskevat vastaukset olivat melko samankaltaisia.

Sairausryhmäkohtaisia kursseja sekä ASLAK- ja TYK-kursseja koskevat tulokset esitetään rinnakkain samoissa taulukossa, mikä helpottaa niiden keskinäistä vertailua. Muita kyselyssä esille tulleita kursseja koskevat tulokset on koottu lukuun 7.3.9.

**Ravitsemusneuvonnan antajat.** Kaikissa kuntoutuslaitoksissa sairausryhmäkohtaisille kursseille osallistujat saivat ravitsemusterapeutin antamaa neuvontaa. Tämän lisäksi kaikilla kursseilla myös joku tai jotkut muiden alojen ammattilaiset antoivat ravitsemukseen liittyvää ohjausta (taulukko 15, s. 58). Valtaosa (70–90 %) sairausryhmäkohtaisilla kursseilla ravitsemusneuvontaa antaneista henkilöistä oli mukana kuntoutustiimissä, loput vain tarvittaessa.

ASLAK- ja TYK-kursseille osallistujat saivat ravitsemusterapeutin neuvontaa noin 80 %:ssa laitoksista. Ravitsemusterapeutin lisäksi tai hänen sijastaan ohjausta antoivat monen muunkin alan ammattilaiset, useimmiten terveydenhoitajat (taulukko 15).

**Taulukko 15.** Ryhmässä annetun ravitsemusneuvonnan toteuttajat eri kuntoutuskursseilla, lkm (%); n = vastaajien / kurssia järjestäneiden laitosten lukumäärä.

Ravitsemusneuvonnan antajat	Tules- kurssit n = 14	Uniapnea-, diabetes- ja MBO-kurssit n = 11	Sydän- kurssit n = 13	ASLAK- kurssit n = 26	TYK- kurssit n = 22
Ravitsemusterapeutti	14 (100)	11 (100)	13 (100)	21 (81)	18 (78)
Terveydenhoitaja	3 (21)	3 (27)	5 (38)	7 (27)	6 (26)
Sairaanhoitaja	2 (14)	2 (18)	4 (31)	4 (15)	2 (9)
Lääkäri	1 (7)	3 (27)	3 (23)	3 (12)	3 (13)
Fysioterapeutti	2 (14)	2 (18)	1 (8)	2 (8)	-
Ravintoneuvoja	-	1 (9)	-	3 (12)	3 (13)
Diabeteshoitaja	-	1 (9)	-	-	-
Ruokahuollosta vastaava henkilö	-	1 (9)	-	-	-

Eri ammattilaisten roolia sairausryhmäkohtaisilla kursseilla kuvaavat seuraavat avovastaukset:

”Osa ryhmäneuvonnasta [= ruokavalion perusteet -luento] käsittelee ns. perusasioita koko kurssille yhtä aikaa. Perusluennon jälkeen on ryhmätilanne, jossa edetään enemmän keskustellen ja kuntoutujien kysymysten mukaan. Hoitajien ja lääkärin ryhmätilanteissa saattaa tulla ravitsemuskysymyksiäkin eteen ja niistä silloin puhutaan siellä. Varsinaiset ravitsemusohjauksen ryhmät pitää ravitsemusterapeutti. Emäntä pitää ruuanvalmistuksen havaintoesitykset ryhmille.”

”Ravitsemusterapeutti piti luennot, sairaanhoitaja järjesti [Sydänliiton] suola- ja rasvanäyttelyn sekä antoi tarvittaessa yksilöllistä neuvontaa.”

**Ravitsemusneuvonnan sisältö.** Kaikilla kursseilla ravitsemusneuvonta räätälöitiin suurimmaksi osaksi kuntoutujien tarpeet huomioiden. ASLAK- ja TYK-kursseilla noin joka neljännessä laitoksessa järjestettiin avoimia ravitsemusaiheisia luentoja, joihin minkä tahansa kuntoutuskurssin jäsenet saivat osallistua (taulukko 16).

Avovastauksista ilmeni, että monien laitosten kurssit sisälsivät sekä räätälöityä että vakioimuotoista ohjausta ja että kursseja toteutettiin monin eri tavoin:

”Osa ravintotunneista oli samaa kaikille ryhmille, mutta osa räätälöity ryhmän tarpeiden mukaan.”

”Ravitsemusterapeutin ryhmät ovat samansisältöiset kaikille sillä hetkellä talossa oleville kuntoutujille, terveydenhoitajan keskusteluryhmissä voi huomioida osallistujien tarpeet paremmin.”

”Perusterveelliseen ruokavalioon ohjaavat osuudet kaikille ryhmille, lisäksi kullekin ryhmälle ”räätälöityä” ryhmien tärkeiksi näkemien asioiden käsittelyä. Neuvontaa annettiin myös pienryhmissä jonkin yksittäisen teeman (usein painonhallinta) ympärillä niille ryhmän jäsenille, joilla asia omana kuntoutustavoitteena.”

”ASLAK- ja TYK-ryhmillä on omat ravitsemusterapeutin luennot/keskustelutilaisuudet. Lisäksi ravitsemusneuvoja pitää ns. yleisöluentoja, joihin kaikki kuntoutujat voivat osallistua. Erikseen sovitusti näille ryhmille on myös omia ravitsemusneuvojan ryhmiä.”

Kursseihin sisältyi ruoanvalmistukseen liittyvää ohjausta lähes kaikilla sairausryhmäkohtaisilla kursseilla. Niitä järjestäneistä laitoksista 36–54 %:ssa kuntoutujat osallistuivat myös itse ruokien valmistamiseen. ASLAK- ja TYK-kursseilla ruoanvalmistukseen liittyvää ohjausta annettiin vain joka kolmannessa laitoksessa. Ohjaus koostui lähinnä kirjallisten ruoka-ohjeiden jakamisesta sekä ruoanvalmistukseen liittyvän keskustelun lomassa annetuista vinkeistä (taulukko 16).

**Taulukko 16.** Ryhmässä annetun ravitsemusneuvonnan toteutus eri kuntoutuskursseilla, lkm (%)<sup>a</sup>; n = vastaajien/kurssia järjestäneiden laitosten määrä.

Ravitsemusneuvonnan toteutustapa	Tules-kurssit n = 14	Uniapnea-, diabetes- ja MBO-kurssit n = 11	Sydän- kurssit n = 13	ASLAK- kurssit n = 26	TYK- kurssit n = 22
Samanlaisena kaikille	4 (29)	2 (18)	5 (42)	8 (31)	6 (27)
Räätälöitynä kuntoutujien tarpeet huomioiden	12 (86)	10 (91)	10 (83)	20 (77)	20 (77)
Avoin luento, jolla mukana muitakin kuntoutujia	-	-	-	6 (23)	6 (27)
Neuvontaan sisältyi ruoanvalmistukseen liittyvää ohjausta	13 (93)	11 (100)	11 (85)	8 (31)	8(36)
Kuntoutujat valmistivat itse ruokaa	7 (54)	4 (36)	4 (36)	-	-
Havaintoesitys ruoanvalmistuksesta	4 (31)	3 (27)	3 (27)	1 (11)	-
Ruokaohjevihkoon/keittokirjaan tutustuminen ohjatusti	4 (31)	2 (18)	1 (9)	-	2 (29)
Ruokaohjevihko/keittokirja ilman erityisneuvoja	1 (8)	3 (27)	2 (18)	6 (67)	3 (43)
Muunlaista ohjausta	5 (38)	4 (36)	5 (45)	4 (44)	3 (43)

<sup>a</sup>Koska samalla kurssilla saatettiin antaa ohjausta useammalla kuin yhdellä tavalla, prosenttilukujen summa on suurempi kuin 100.

Keskimäärin 41 % vastaajista ilmoitti, että laitoksessa annetaan myös muunlaista ruoanvalmistukseen liittyvää ohjausta kuin vastausvaihtoehdoiksi oli annettu. Muunlaisen ohjauksen sisältöä kuvattiin avovastauksissa mm. seuraavasti:

”Ohjattu kaupassa käynti.”

”Keskustelua ruoanvalmistuksesta, vinkkejä ja yhteistä pohdintaa vaihtoehdoista, soveltuviin tuotteisiin tutustumista tyhjien elintarvikepakkausten kautta.”

”Käytiin läpi suositeltavia elintarvikevalintoja, joita käyttää ruoanvalmistuksessa, ja mietittiin keinoja esim. kasvien lisäämiseen aterioille.”

”Ohjausta nettisivujen käyttöön sekä suullista ohjausta ruuan valmistukseen, yhteisiä ruokailutilanteita kuntoutujien kanssa.”

”Ruokaohjeita myös kurssin aikana ruokalistalla olleista ruuista esiteltiin ja annettiin kotiin mukaan, myös keittokirjojemme ohjeita esiteltiin. Tarvittaessa emäntä ohjasi ruuanlaittoon myös yksilöllisesti.”

**Ruokatottumusten kartoitus.** Sydänkursseilla ruokatottumukset kartoitettiin ennen ryhmäohjausta hieman alle puolelta (46 %) kuntoutujista, mutta muilla sairausryhmäkohtaisilla kursseilla lähes kaikilta (75–100 %). Selvästi yleisimmin käytetty kartoitusmenetelmä oli ruokapäiväkirja. ASLAK- ja TYK-kursseilla kuntoutujien ruokatottumukset kartoitettiin vain joka neljännessä laitoksessa.

Kartoitusmenetelmiä kuvailevat avovastaukset osoittavat, että joissakin laitoksissa kokeiltiin eri menetelmiä ja niitä käytettiin monipuolisesti.

”Koeluonteisesti olemme käyttäneet IDQ (Index of Diet Quality) -mittaria, julkaistu Lääkärilehdessä 3/2012 vsk 67. Ryhmissä on lisäksi käytetty itse laatimaamme ruokatottumusten laatutestiä ja lomaketta: ”Arvio omista ruokatottumuksista”.

”Kurssin ryhmäohjelma alkaa heti toisena kurssipäivänä, joten ruokatottumus-kartoitusta ei ennen tätä ehdi tehdä, emmekä ole sitä nähneet tarpeelliseksi. Ravitsemusterapeutin haastattelun/vastaanoton yhteydessä tehdään aluksi ravintoanamneesi. Tämä henkilökohtainen ravitsemusterapeutin tapaaminen oli kuitenkin useimmiten vasta sen jälkeen, kun kurssin ryhmäohjelma oli jo käynnistynyt... Itsearviointilomakkeet ovat käytössä ryhmissä. Pidämme hyvänä lähestymistapana itsearviointimenetelmiä ja meillä on myös ”tutki ruokatottumuksiasi” -testi käytössä, joka löytyy seuraavan linkin takaa: [http://www.diabetes.fi/files/594/Testaa\\_ruokatottumuksesi\\_2011\\_netti.pdf](http://www.diabetes.fi/files/594/Testaa_ruokatottumuksesi_2011_netti.pdf). Suunnittelemme, että jatkossa voisimme ottaa IDQ-mittarin käyttöön ensi vuoden kursseilla, vaikka se ei tuo esiin muuta kuin laadullisia asioita. Suurimmalla osalla kuntoutujista on kuitenkin ongelmana liiallinen ruuan määrä tarpeeseen ja painonhallintatavoitteeseen nähden.”

”Ruokapäiväkirjaa pidettiin kotona ennen kuntoutusjakson alkua sekä kuntoutuksen aikana – kuntoutusjakson ruokapäiväkirja sisälsi myös syömisen hallintaan liittyviä harjoituksia sekä liikuntapäiväkirjan. Lisäksi kuntoutusjaksojen välillä pidettiin seurantapäiväkirjaa, jossa oli eri ajanjaksoina ruokailutottumuksiin ja syömisen hallintaan liittyviä vaihtelevia tehtäviä.”

#### 7.3.4 Yksilöllisen ravitsemusneuvonnan toteutus

Kaikki tules-kursseille osallistuneet saivat yksilöllistä ravitsemusneuvontaa. Sen sijaan sydänkursseille osallistuneiden tilanne vaihteli siten, että vain vajassa puolessa laitoksista yksilöllistä neuvontaa annettiin kaikille. ASLAK- ja TYK-kursseilla

yksilöllisen neuvontaa annettiin yleensä vain osalle kuntoutujista eli sen saaminen oli harkinnanvaraista (taulukko 17).

**Taulukko 17.** Yksilöllisen ravitsemusneuvonnan toteutus eri kuntoutuskursseilla, lkm (%); n = vastaajien/kursssia järjestäneiden laitosten lukumäärä.

Yksilöllinen ravitsemusneuvonta	Tuleskurssit n = 14	Uniapnea-, diabetes- ja MBO-kurssit n = 11	Sydänkurssit n = 13	ASLAK-kurssit n = 26	TYK-kurssit n = 22
Kaikille	14 (100)	9 (82)	5 (39)	1 (4)	3 (14)
Vain osalle	-	2 (18)	6 (46)	20 (77)	17 (77)
En osaa sanoa	-	-	2 (15)	5 (19)	2 (9)

Kuntoutujan yksilölliseen neuvontaan ohjautumista kuvattiin mm. seuraavasti:

”Vain osa kuntoutujista valitsee ravitsemusterapeutin haastattelun. Osa menee mieluummin psykologille. Toisella jaksolla myös psykologin valinneet voivat halutessaan tulla ravitsemusterapeutin vastaanotolle. Aina on kuitenkin niitä, jotka eivät halua, mutta vähemmistö. Yksilölliseen ravitsemusneuvontaan tullaan siis omasta aloitteesta, myös lääkäri tai oma hoitaja voi joskus suositella. Yksilöllinen ravitsemusneuvonta ei ole automaattisesti kaikille, mikä on hyvä asia. Toteutuneet yksilöneuvonnat ovat olleet yleensä erittäin hyödyllisiä, ei mitään pakkopullaa. Ja loppujen lopuksi noin 80 % kuntoutujista tulee yksilölliseen ravitsemusneuvontaan.”

”ASLAK- ja TYK-kuntoutujat ohjataan tarpeen mukaan yksilölliseen ravitsemusneuvontaan. Arvion yksilöllisen neuvonnan tarpeesta tekee työryhmän lääkäri yhdessä työryhmän kanssa.”

Kaikilla kursseilla yksilöllistä ravitsemusneuvontaa antoi pääasiassa ravitsemusterapeutti. Myös muiden ammattialojen edustajat antoivat yksilöllistä neuvontaa, tavallisimmin terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja. Tämä oli yleisempää sydän- sekä ASLAK- ja TYK-kursseilla kuin muilla kursseilla (taulukko 18).

**Taulukko 18.** Yksilöllisen ravitsemusneuvonnan antajat eri kuntoutuskursseilla, lkm (%)<sup>a</sup>; n = vastaajien/kursssia järjestäneiden laitosten lukumäärä.

Ravitsemusneuvonnan antajat	Tuleskurssit n = 14	Uniapnea-, diabetes- ja MBO-kurssit n = 11	Sydänkurssit n = 13	ASLAK-kurssit n = 26	TYK-kurssit n = 22
Ravitsemusterapeutti	14 (100)	11 (100)	11 (85)	15 (62)	13 (59)
Terveydenhoitaja	2 (14)	1 (9)	4 (31)	9 (38)	8 (36)
Sairaanhoitaja	2 (14)	4 (36)	3 (23)	4 (17)	3 (14)
Lääkäri	3 (21)	1 (9)	1 (8)	2 (8)	1 (5)
Ravintoneuvoja	-	1 (9)	-	2 (8)	2 (9)
Diabeteshoitaja	-	1 (9)	-	-	-
Ruokahuollosta vastaava henkilö	-	1 (9)	-	-	-

<sup>a</sup>Koska yksilöllistä neuvontaa saattoi antaa useamman kuin yhden ammattialan edustaja, prosenttilukujen summa on suurempi kuin 100.

### 7.3.5 Ravitsemusneuvontaan käytetty aika

Eri kurssien ravitsemusneuvontaan käytetyssä aikamäärässä oli melko suurta vaihtelua eri kuntoutuslaitosten välillä. Sairausryhmäkohtaisilla kursseilla ryhmäneuvontaan käytetyksi ajaksi ilmoitettiin yleensä jokin aikamäärä 2–10 tunnin väliltä. ASLAK-kursseilla vastaava aikaväli oli yleensä 1,5–5 tuntia ja TYK-kursseilla 1,5–7 tuntia. Yksilölliseen neuvontaan käytetty aikamäärä vaihteli kaikilla kursseilla 0,5–5 tunnin välillä. Nämä ajat ovat kuitenkin vain suuntaa antavia<sup>19</sup>.

Vastaajat kokivat neuvontaan käytetyn ajan vastaavan paremmin tarvetta tules-kursseilla kuin muilla kursseilla. Sydänkursseilla vajaa puolet ja ASLAK- sekä TYK-kursseilla noin 40 % vastaajista koki neuvontaan varatun ajan liian vähäiseksi (taulukko 19).

**Taulukko 19.** Vastaajien arvio ravitsemusneuvonnalle varatun aikamäärän sopivuudesta, lkm (%); n = vastaajien/kurssia järjestäneiden laitosten lukumäärä.

Varatun aikamäärän sopivuus	Tules-kurssit n = 14	Uniapnea-, diabetes- ja MBO-kurssit n = 11	Sydän-kurssit n = 13	ASLAK-kurssit n = 26	TYK-kurssit n = 22
Aikamäärä sopiva	13 (93)	8 (73)	7 (54)	15 (58)	13 (59)
Aikaa liian vähän	1 (7)	2 (18)	6 (46)	10 (38)	9 (41)
Aikaa turhan paljon	-	1 (9)	-	-	-
En osaa sanoa	-	-	-	1 (4)	-

Avovastauksissa ravitsemusneuvontaan tarvittavan ajan lisätarvetta perusteltiin ja toteutusta kuvattiin mm. seuraavasti:

”Joihinkin kuntoutuskursseihin kuuluu vain yksi ravitsemusterapeutin yksilövastaanottoaika (60 min). Seurantakäynti toisella (tai kolmannella/neljännellä) jaksolla olisi tärkeää, jotta kuntoutuja motivoituisi tehtäviin muutoksiin ja kuntoutujan prosessia pääsisi seuraamaan ja tukemaan paremmin. Yksi hassu käynti ei ole tuloksekasta ravitsemusohjausta!”

”ASLAK- ja TYK-kursseilla toivotaan toistuvasti enemmän aikaa ravitsemusteemalle.”

Yhdessä vastauksessa todettiin, että aikaa ravitsemusneuvonnalle on jo lisätty.

”Uusissa ASLAK- ja TYK-kuntoutuksissa ravitsemusneuvontaosuutta onkin lisätty, ravitsemusterapeutti tapaa ryhmän jokaisella jaksolla (eli ryhmäneuvonta-aika kaksinkertaistui) sekä ASLAK-kursseilla jokaisen myös yksilöllisesti, TYK-kursseilla yksilöllinen tapaaminen tarpeen mukaan.”

<sup>19</sup> Tarkkoja aikamääriä ei ole mahdollista raportoida. Jotkut vastaajat olivat ilmeisesti käsittäneet aikaa koskevat kysymykset väärin, koska ilmoittivat epärealistisen suuria aikamääriä (niitä ei otettu huomioon). Lisäksi moni jätti vastaamatta varsinkin ASLAK- ja TYK-kurssien neuvonta-aikaa koskevaan kysymykseen.



### 7.3.6 Ravitsemusneuvonnan vaikutusten seuranta ja mittaaminen

**Ruokavalion toteutumisen seuranta kotioloissa.** Ruokavalion toteutusta kotona laitosjaksojen välillä selvitettiin useammin sairausryhmäkohtaisilla kursseilla kuin ASLAK- ja TYK-kursseilla (taulukko 20).

**Taulukko 20.** Selvitys siitä, miten kuntoutujien ruokavalio toteutui kotona laitosjaksojen välillä, lkm (%); n = vastaajien/kurssia järjestäneiden laitosten lukumäärä.

Selvitys ruokavalion toteutumisesta kotona	Tules-kurssit n = 14	Uniapnea-, diabetes- ja MBO-kurssit n = 11	Sydän-kurssit n = 13	ASLAK-kurssit n = 26	TYK-kurssit n = 22
Kyllä	9 (64)	10 (91)	9 (69)	13 (50)	13 (59)
Ei	4 (29)	1 (9)	4 (31)	9 (35)	8 (36)
En osaa sanoa	1 (7)	-	-	4 (15)	1 (5)

Yleisin seurantamenetelmä oli se, että kuntoutujat tekivät kotijaksolla erilaisia välitehtäviä, joista mainittiin erityisesti ruokapäiväkirjan pitäminen. Ruokavalion toteutumisesta voitiin selvittää myös kyselylomakkeen avulla tai haastattelemalla kuntoutujia.

Eräs vastaaja kuvaili ja pohti seurannan toteutusta seuraavasti:

”Välajakson onnistumista seurattiin puhelinkontaktilla ja toiselle jaksolle tultaessa katsottiin miten tavoitteet oli saavutettu, mutta varsinaisesti systemaattista ruokavalion toteutumisen mittausta ei tehty. Jos sellaista haluaa tehdä, olisi se järkevää tehdä vasta molempien kuntoutumisjaksojen jälkeen. Tällöin vaikuttavuuden mitauksessa tarvittava lähtötason tieto pitäisi olla käytettävissä ja jos ruokavaliota kysyttäisiin/mitattaisiin monessa kohtaa, se voisi häiritä kuntoutusta. Ehkä laadullista IDQ-mittaria voisi käyttää, mutta se ei paljoa erottele kokemuksemme mukaan.”

**Ravitsemusneuvonnan vaikutusten mittaaminen.** Ravitsemusneuvonnan vaikutuksia mitattiin eniten tules-kursseilla (86 %) ja enemmän muillakin sairausryhmäkohtaisilla kursseilla (69–73 %) kuin ASLAK- ja TYK-kursseilla (54–55 %).

Joissakin laitoksissa vaikutusten mittaamiseen käytettiin useita menetelmiä. Joka kolmas vastaaja ilmoitti menetelmäksi kuntoutujien punnitsemisen, jonka avulla seurataan painon muutoksia. Joka neljäs vastaaja raportoi, että käytössä on GAS-tavoitelomake ja siihen liittyvä keskustelu. Yhtä moni ilmoitti menetelmäksi vyötärön ympäryksen mittaamisen.

Joka viidennessä vastauksessa tuotiin esiin, että kuntoutujien ruokatottumusten muutoksia mitataan jollakin tavalla, yleisimmin kyselylomakkeen avulla, harvemmin haastattelemalla tai ruokapäiväkirjan avulla. Noin joka kymmenes vastaaja ilmoitti menetelmäksi terveydentilaa koskevat mittaukset (veren rasva- ja sokeripitoisuuden

ja/tai verenpaineen mittaaminen). Muista mittausmenetelmistä mainittiin kehon koostumuksen mittaus, asiakaspalaute sekä kuntoutuskurssin alku- ja loppukyselyt.

### 7.3.7 Ravitsemusasioiden kirjaaminen kuntoutusselosteeseen

Kuntoutusselosteeseen oli yleisintä kirjata kaikilla kuntoutuskursseilla kuntoutuji- en painoa koskevat muutokset. Sairausryhmäkohtaisilla kursseilla kirjaaminen oli jonkin verran yleisempää kuin ASLAK- ja TYK-kursseilla (taulukko 21). Tietojen kirjaamisen toteutti yleensä ravitsemusneuvonnan antaja, mutta joskus myös lääkäri, sairaanhoitaja, omahoitaja, kurssivastaava tai joku muu kuntoutustiimin jäsen.

**Taulukko 21.** Kuntoutusselosteeseen kirjattuja asioita, lkm (%)<sup>a</sup>; n = vastaajien / kurssia järjestäneiden laitosten lukumäärä.

Kuntoutusselosteeseen kirjatut asiat	Tules- kurssit n = 14	Uniapnea-, diabetes- ja MBO-kurssit n = 11	Sydän- kurssit n = 13	ASLAK- kurssit n = 26	TYK- kurssit n = 22
Neuvonnan sisältö	12 (86)	9 (82)	8 (80)	15 (58)	12 (55)
Neuvonnan tavoitteet	11 (79)	9 (82)	7 (70)	11 (42)	9 (41)
Yksilöohjauksen sisältö	13 (93)	10 (91)	8 (80)	15 (58)	13 (59)
Painon muutokset	14 (100)	11 (100)	9 (90)	17 (63)	15 (68)
Jatkosuunnitelmat	13 (93)	11 (100)	8 (80)	15 (58)	14 (64)
Jotain muuta <sup>b</sup>	2 (14)	1 (9)	2 (20)	6 (23)	14 (18)
En osaa sanoa	-	-	-	1 (4)	1 (5)

<sup>a</sup>Koska kuntoutusselosteeseen kirjattiin monia asioita, prosenttilukujen summa on suurempi kuin 100.

<sup>b</sup>GAS-tavoitekeskustelun sisältö tai kuntoutujan ravitsemukseen liittyvät tavoitteet ja kommentit.

### 7.3.8 Tuen järjestäminen kuntoutuskurssin jälkeen

Runsas kolmannes laitoksista (34–41 %) raportoi järjestävänsä kuntoutujille ravitsemukseen ja/tai painonhallintaan liittyvää tukea kuntoutuskurssin jälkeen. Yleisintä oli ohjata kuntoutuja hakeutumaan jatkoseurantaan kotipaikkakunnalla työterveys- huoltoon tai perusterveydenhuoltoon. Laitoksesta saatettiin varata myös tapaamisaika valmiiksi ravitsemusterapeutille, terveydenhoitajalle tai diabeteshoitajalle.

### 7.3.9 Ravitsemusneuvonta muilla kuntoutuskursseilla

Vastaajat saivat kuvailla vapaamuotoisesti niitä kuntoutuskursseja, jotka eivät olleet tämän tutkimuksen erityiskohteena mutta joiden ohjelmaan sisältyi ravitsemusneuvontaa. Tällaisia kursseja tuotiin esiin lukuisa määrä (suoliston toimintahäiriöitä, astmaa, allergioita, reumaa, syöpää ja fibromyalgiaa sairastaville, aivohalvaus- ja MS-

potilaille, vaikeavammaisille, omaishoitajille, mielenterveyspotilaille, uupuneille, yli 65-vuotiaille ym. järjestetyt kurssit). Osa kursseista oli perhekurseja.

Seuraavassa esimerkkejä ravitsemusneuvonnan toteutuksen kuvauksista erityyppisillä kursseilla:

**Crohnin tautia ja Colitis Ulcerosaa (krooninen koliitti) sairastavien sopeutumisvalmennuskurssit:**

”Neuvonnassa keskityttiin ruokavalioon sairauden hoidon tukena sekä hyvän ravitsemustilan ylläpitäjänä, käytiin läpi ruokavalion keinoja suoliston oireiden vähentämiseksi, esiteltiin kliinisiä täydennysravintovalmisteita sekä eri tilanteisiin sopeutettuja ruokavalintoja.”

**Als-sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssit:**

”Ravitsemusterapeutti kertoi rakennemuutetuista ruokavalioista, ruoka-aineiden rakenteesta ja valinnasta nielemishäiriöissä sekä juomien ja ruokien sakeuttamisesta (sakeuttamisaineet). Lisäksi demonstroitiin nesteiden sakeuttaminen ja leivän hytelöinti sakeuttamisaineella. Kerrottiin sosesalaattien valmistuksesta + reseptejä mukaan. Lopuksi maisteltiin täydennysravintovalmisteita.”

**ALS- ja lihassairaiden voimavarakurssit:**

”Kurssin sisältö riippuu siitä millaista ravitsemusterapian osuutta talomme on tarjonnut maksavalle taholle eli tässä tapauksessa esim. lihastautiliitolle. Als-kursseilla ja lihassairaiden voimavarakurssilla keittiöryhmä kuuluu ohjelmaan. Keittiöryhmät antavat paljon, mutta myös kuluttavat ravitsemusterapeutin resurssia esivalmisteluineen ja tarvikehankintoineen. Onneksi toteutamme keittiöryhmät yhteistyössä toimintaterapeutin kanssa.”

**CF-kurssit (kystinen fibroosi):**

”Perhekurseilla oli vanhemmille ravitsemusterapeutin luento/keskustelutilaisuus ja tarvittaessa perhekohtaista ohjausta. CF-nuorten kurssin kuntoutujat osallistuivat CF-perhekurssin vanhempien kanssa em. luennoille. Tarvittaessa järjestettiin perhekohtaista ohjausta, jota toteutti, lääkäri, terveydenhoitaja tai ravitsemusterapeutti.”

**Elämäntapa- ja voimavarakurssit:**

”Keittiöryhmiin oli varattu enemmän aikaa. Silloin kuntoutujat valmistavat itse ateriakokonaisuuden ravitsemusterapeutin ehdotelman pohjalta.”

**Uupuneiden ja mielenterveysoireisten kuntoutujien kurssit:**

”Käytiin läpi terveellistä ruokavaliota oman kuntoutumisen ja jaksamisen tukena sekä pohdittiin ryhmän esiin tuomien ongelmien ratkaisukeinoja (esim. jaksamattomuus, painonhallinta).”

## Yli 65-vuotiaiden kurssit:

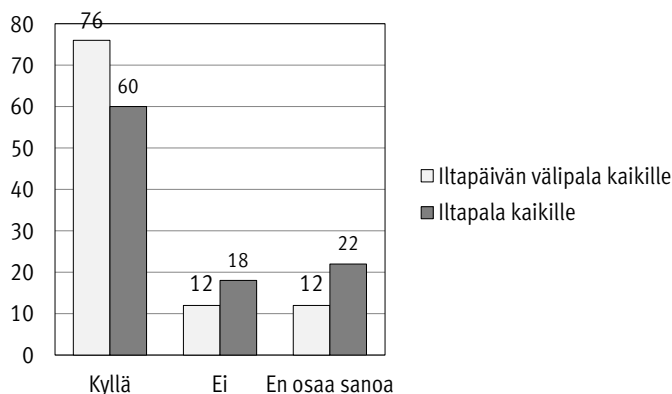
”Ravitsemusneuvonnassa keskityttiin ikääntymisen tuomiin muutoksiin ja ruokailun sopeuttamiseen uuteen tilanteeseen sekä kuntoutujien itsensä tuomien haasteiden ratkaisukeinoihin sekä ikääntyvien ravitsemuspalveluihin.”

### 7.4 Ruokapalvelujen toteutus

#### 7.4.1 Välipalojen tarjonta

Kaksi kolmasosaa laitoksista tarjosi iltapäivän välipalan ja hieman yli puolet iltapalan kaikille kuntoutujille (kuvio 4).

**Kuvio 4.** Iltapäivän välipalan ja iltapalan tarjonta eri laitoksissa, % (n = 50).



Iltapäivän välipala tarjottiin vain terveydentilan sitä edellyttäessä (lähinnä diabeetikoille ja vajaaravituille) 11 laitoksessa. Iltapala tarjottiin vastaavalla perusteella 15 laitoksessa.

Avovastauksissa noin puolet (n = 27) vastaajista kuvaili väli- ja/tai iltapalojen tarjontaa tarkemmin. Vastaukset voitiin ryhmitellä kolmeen teemaan seuraavasti: väli- ja iltapalojen tarjontatapa, niiden sisältö sekä erityisruokavaliota tarvitsevien huomiointi. Samassa vastauksessa saatettiin kuvailla vain jotakin edellä mainituista teemoista tai useampia kuin yhtä niistä.

**Teema 1. Väli- ja iltapalojen tarjontatapa.** Tarjontatavassa tuli esiin kolme erilaista vaihtoehtoa. Niistä yleisin oli päivän pääaterioilta mukaan otettavat väli- ja iltapalat. Välipalat saattoivat olla myös vapaasti otettavissa majoitustilojen jääkaapista, jonne täydennettiin välipaloja päivittäin. Kolmas tapa oli tarjota välipalat pääaterioiden tapaan ruokasalissa.

**Teema 2. Väli- ja iltapalojen sisältö.** Väli- ja iltapalojen sisällössä oli vaihtelua laitosten välillä siten, että joissakin oli tarjolla useita ruokavaihtoehtoja, joissakin juoman

lisäksi vain 2–3 vaihtoehtoa ja joissakin pelkästään yksi vaihtoehto. Iltapaloilla oli yleensä laajempi ruokavalikoima kuin välipaloilla, mutta iltapala saattoi olla myös pelkkä hedelmä.

Väli- ja iltapalat olivat pääosin ravitsemussuositusten mukaisia. Eräs vastaaja mainitsi, että aterioiden väli on niin pieni, ettei suurin osa kuntoutujista koe tarvitsevana erillistä välipalaa.

Esimerkkejä monia vaihtoehtoja sisältävistä väli- ja iltapaloista:

”Välipaloja varten jääkaapissa on tarjolla esim. voileipää, jogurttia, hedelmiä, juomia, tarvittaessa täydennysravintovalmisteita jne.”

”Iltapäivällä on tarjolla kahvia/teetä, leikkeleitä/juustoa, tummaa/vaaleaa leipä, hedelmiä, jogurttia, mehua/maitoa, kurkkua/tomaattia.”

”Iltapalaksi maitovalmiste, hedelmä, leipä + levite + leikkele.”

”Iltapalalla puuroa tai teetä, maitoa, leipää, leikkeleitä, kurkkua, tomaattia ym. (ei sisällä kahvia).”

”Iltapala tarjoillaan kaikille, josta voi ottaa myös viiliä, jogurttia tai vastaavaa myöhäislääkkeiden ottamisen yhteyteen.”

Esimerkkejä 2–3 vaihtoehtoa sisältävistä väli- ja iltapaloista:

”Päiväkahvi kaikille joka päivä, jonka kanssa on tarjolla voileipää ja vihanneksia tai kahvileipä.”

”Aterioilta voi ottaa halutessaan hedelmiä ja voileipiä välipaloiksi.”

”Marjakiisseliä tai hedelmä, jogurttia.”

Esimerkkejä yhden vaihtoehdon sisältävistä väli- ja iltapaloista (juoman kanssa tai ilman juomaa):

”Kahvia ja keksejä, ei muuta ellei kyseessä ole esim. diabeetikko.”

”Hedelmä iltapalaksi – tarvittaessa saa runsaamman iltapalan.”

**Teema 3. Erityisruokavaliota tarvitsevien huomiointi.** Erityisruokavaliota tarvitsevista mainittiin ja huomioitiin erityisesti diabeetikot, joiden oli katsottu tarvitsevan tavanomaista enemmän välipaloja.

”Lisävälipalat voivat olla tarpeen, jos diabeetikolla tulee matalan verensokerin oireita. Siksi nopeasti verensokeria nostavaa ruokaa/juomaa on hyvä olla saatavilla muulloinkin kuin aterioilla.”

”Diabeetikoille tehdään runsaampi iltapala, jonka he ottavat mukaan päivälliseltä majoitustiloihin.”

”Insuliinihoitoisille diabeetikoille ja tarvittaessa muillekin järjestetään keittiöltä valmiit välipalat ja iltapala päiväsalin jääkaappiin.”

”Kelan standardien mukaisten välipalojen lisäksi tarvittavat välipalat esim. diabeetikoille ja vajaaravituille.”

”Erytisyruokavaliot ja muut välipalatoiveet toteutetaan tarpeiden/terveyden mukaisesti. Välipalat varataan tällöin erikseen ja kuntoutuja saa ne ravintolasta mukaansa pääaterioilta.”

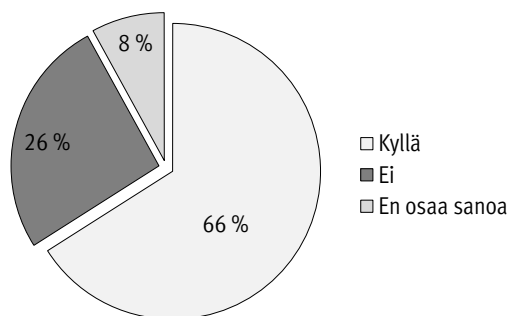
Jos iltapäivän välipala ja/tai iltapala ei sisällynyt kuntoutujien ateriatarjontaan, vastaajista 12 ilmoitti, että niiden nauttimiseen oli mahdollisuus kuntoutujan omalla kustannuksella laitoksen kahvilasta tai ravintolasta. Yksi vastaaja mainitsi, että kuntoutuja voivat käydä ostamassa välipalatarpeita lähikaupasta.

#### 7.4.2 Terveellisten aterioiden havainnollistaminen

Yli puolessa laitoksista terveellinen ateria havainnollistettiin pääaterioilla lautasmallia hyödyntäen, mutta joka neljännessä ei mitenkään (kuvio 5).

Vastauksista 31:ssä kuvattiin tarkemmin, miten terveellisen aterian havainnollistaminen käytännössä toteutettiin. Yleisin havainnollistamistapa oli laittaa tarjoilulinjaston alkuun esille lautasmallin mukainen mallilautanen (taulukko 22, s. 69).

**Kuvio 5.** Terveellisen aterian koostamisen havainnollistaminen eri laitoksissa, % (n = 50).



**Taulukko 22.** Terveellisen aterian havainnollistamisessa käytetyt keinot, niissä laitoksissa, joissa aterioita havainnollistettiin (n = 31).

Terveellisen aterian havainnollistaminen	Lkm
Lautasmallin mukainen malliateria <sup>a</sup>	13
Lautasmalli kuvana tai julisteena	6
Kirjalliset ohjeet lautasmallista	3
Lautasmalli käytiin läpi luennolla	3
Lautasmalli havainnollistettiin ohjatun ruokailun yhteydessä	2
Aihetta käsiteltiin vain tiettyjen kurssien yhteydessä (ei mainittu miten)	4

<sup>a</sup>Päivän kaikilla aterioilla (2), vain lounaalla (8), lautasmallin lisäksi myös juliste tms. (2), vain teemaviikkojen yhteydessä (1); Suluissa oleva luku kuvaa vastausten lukumäärää.

#### 7.4.3 Vakioruokaohjeet sekä ruokien ravintosisällön laskeminen

Laitoksista 28 %:ssa (n = 14) kaikki ruokaohjeet olivat vakioruokaohjeita. 15 laitoksen ruokaohjeista vain osa oli vakioruokaohjeita ja yhtä monen laitoksen osalta kysymykseen ei osattu vastata.

Vastaajista joka kolmas tiesi kertoa, että laitoksessa laskettiin ravintosisältötiedot ainakin osasta ruokia. Lähes yhtä moni ei tiennyt, tehtiinkö ruoista ravintoainelaskelmia. Eniten oli sellaisia laitoksia (38 %), joissa ravintosisältölaskentaa ei tehty lainkaan.

Ravintoainelaskennassa käytettyjä ohjelmia olivat seuraavat: Aromi (Aterix/Jamix), Diet 32, Aivo2000 ja Nutri-Flow. Yksi vastaaja mainitsi, että ravintosisältötietojen laskennassa hyödynnetään Sydänliiton laskentapalvelua.

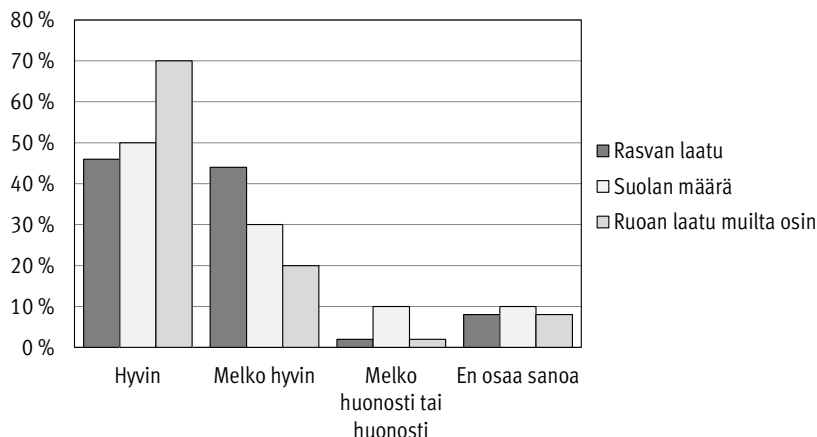
Ruokien suolapitoisuuden seurannassa käytettiin suolamittaria 14 laitoksessa. Vastaajista 18 ilmoitti, ettei suolamittaria ole käytössä ja yhtä moni ei osannut vastata kysymykseen.

#### 7.4.4 Ravitsemussuositusten hyödyntäminen

Ravitsemushoito-suositusta hyödynnettiin noin puolessa (48 %) laitoksista. Vastaajista 30 %:lla ei ollut tietoa asiasta ja 6 % ei tuntenut tätä suositusta.

Vastaajista runsaat 80 % arvioi laitoksessa tarjotun ruoan vastaavan nykyisiä ravitsemussuosituksia joko hyvin tai melko hyvin. Ruoan laatu arvioitiin hieman paremmaksi muilta osin kuin rasvan laadun ja suolan määrän osalta (kuvio 6, s. 70).

**Kuvio 6.** Vastaajien arvio siitä, miten ruokatarjonta<sup>a</sup> vastasi nykyisiä ravitsemussuosituksia eri laitoksissa, % (n = 50).



<sup>a</sup>Kuviossa 6 ruoan laatu muilta osin tarkoittaa kasvien määrää ja laatua, maitovalmisteiden vähärasvaisuutta, täysjyväviljan käyttöä yms.

Vastaajista 18 kuvaili avovastauksissa ruokatarjonnan ja suositusten vastaavuutta tarkemmin. Vastaukset voitiin luokitella kahteen teemaan. Niistä toisessa nostettiin esiin esimerkkejä siitä ruokatarjonnan osasta, jossa vastaavuus suosituksiin koettiin hyväksi tai melko hyväksi. Toinen teema koostuu vastauksista, joissa tuotiin esiin suositusten toteuttamista vaikeuttavia seikkoja. Ne olivat osin samoja, jotka tulivat esiin jo aikaisemmin ruokapalvelujen ja ravitsemusneuvonnan vastaavuutta koskevissa avovastauksissa.

**Teema 1. Ruokapalvelut vastasivat suosituksia hyvin tai melko hyvin.** Eniten vastauksia tuli ruokien suolamäärän vähentämisestä, joka ei kuitenkaan ollut aina ongelmatonta. Myös Sydänmerkki-ateriajärjestelmä oli saanut jalansijaa joissakin laitoksissa. Esimerkkeinä hyvästä vastaavuudesta mainittiin seuraavat seikat (suluissa mainittu samankaltaisten vastausten lukumäärä silloin, kun se oli suurempi kuin yksi):

- pyrkimys vähäsuolaisuuteen (6)
- käytössä tai kokeilussa Sydänmerkki-ateriajärjestelmä (4)
- kasvien ja salaattien tarjonta runsasta (2)
- maitovalikoima suositusten mukainen (2)
- suositetaan täysjyväviljavalmisteita
- huomioidaan ikääntyneiden ravitsemussuosituksia
- palaute kuntoutujilta: ”lounas on erittäin monipuolinen ja laadukas”.

**Teema 2. Suositusten noudattamista vaikeuttaviksi koettuja seikkoja.** Suolan vähentämiseen koettiin liittyvän haasteita. Vastauksissa tuotiin esiin, että aina se ei onnistu, koska leipä täytyy ostaa ja kaikista suurtaloustuotteista ei ole saatavissa vähäsuolaista vaihtoehtoa. Myös ruokailijoilta saatiin joskus kielteistä palautetta ruoan vähäsuolaisuudesta. Halutessaan he saivat lisätä sitä itse ruokaansa.



Vastaajista viisi koki suositusten noudattamista vaikeuttavan sen, että ruokailu tapahtui ostopalveluna ravintolassa, jossa ruokaili muitakin asiakkaita ja jonka tarjontaan oli sen vuoksi vaikea vaikuttaa. Esimerkki aihetta käsittelevästä vastauksesta:

”Tässä toiminnan laajuudessa ravintolamme ruokatarjontaa on lähes mahdotonta saada täysin ravitsemussuosituksia vastaavaksi, sillä ravintolassamme vierailee myös talomme ulkopuolisia, itse maksavia asiakkaita päivittäin. Ravintola tuottaa ruokapalveluja myös muihin talomme ulkopuolisiin tilaisuuksiin.”

Rasvan laadun osalta suositusten noudattamista vaikeuttavaksi koettiin laitoksen lähiruokakonsepti sekä asiakaskunnan mieltymykset.

”Lähiruokakonseptiin on liitetty myös paikallinen pienmeijerissä valmistettu voi, jonka käyttö ei kaikilta osin tue ravitsemussuosituksia.”

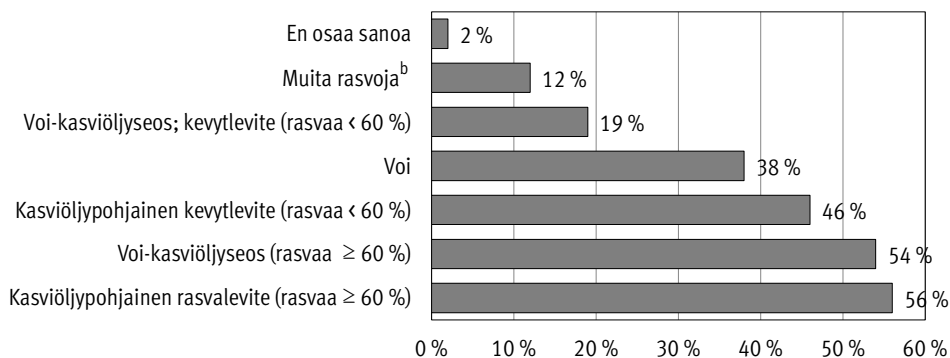
”Useat meidän asiakkaista on vanhuksia, ja he ovat oppineet syömään voita leivän päällä.”

#### *7.4.5 Ravintorasvojen tarjonta ja niiden käyttö ruoanvalmistuksessa*

Laitoksissa oli aterioilla tarjolla leivän päälle laitettavaksi yksi tai useampia rasvoja. Yleisimpiä niistä olivat kasviöljypohjaiset ja voi-kasviöljypohjaiset, vähintään 60 % rasvaa sisältävät rasvavevitteet. Myös kevytlevitteiden (rasvaa < 60 %) tarjonta oli yleistä. Voita oli tarjolla 18 laitoksessa (kuvio 7, s. 72).

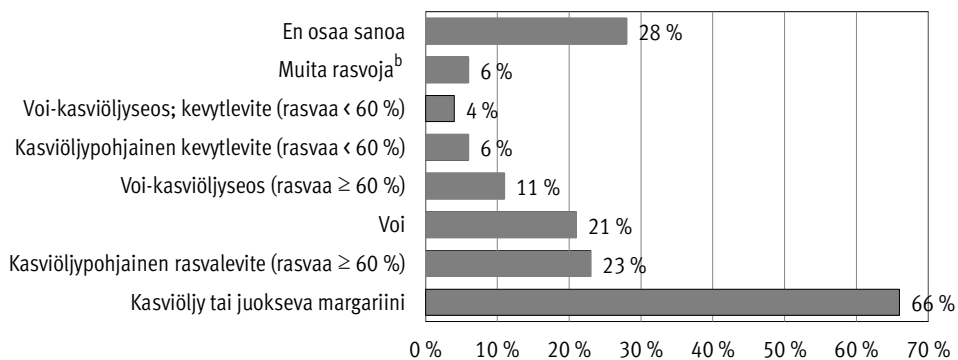
Noin puolessa laitoksista (n = 24) oli tarjolla kahta ja noin joka kolmannessa (n = 15) kolmea erilaista rasvavevitettä. Kuudessa laitoksessa oli tarjolla vain yhdenlainen rasvavevite ja kahdessa 4–5 erilaista rasvavevitettä.

Ruoanvalmistuksessa yleisimmin käytetty rasva oli kasviöljy tai juokseva margariini. Kasviöljypohjaisen rasvavevitteen ja voin käyttö oli lähes yhtä yleistä. Noin joka neljäs vastaajista ei tiennyt, mitä rasvaa tai rasvoja ruoanvalmistuksessa käytettiin (kuvio 8, s. 72).

**Kuvio 7.** Leivän päälle aterioiden tarjolla olleet rasvavalevitteet eri laitoksissa<sup>a</sup> (n = 50).

<sup>a</sup>Koska tarjolla voi olla useampia kuin yksi rasvalaatu, prosenttilukujen summa on suurempi kuin 100.

<sup>b</sup>Muina rasvoina mainittuja rasvoja: laktoositon margariini, Benecol (rasvaa < 60 %), ryypsiöljy sumutepullossa, pähkinä- ja/tai soijalevite.

**Kuvio 8.** Ruoanvalmistuksessa käytössä olleet rasvalaadut<sup>a</sup> eri laitoksissa (n = 50).

<sup>a</sup>Koska tarjolla voi olla useampia kuin yksi rasvalaatu, prosenttilukujen summa on suurempi kuin 100.

<sup>b</sup>Muina rasvoina mainittuja rasvoja: paistomargariini, kasvimargariini (ei kerrottu rasvapitoisuutta) ja kasvirasvasekoite, jossa rasvaa 15 %, josta tyydyttyntä rasvaa 3,8 % (Sydänmerkki-tuote).

Ruoanvalmistuksessa käytetyn rasvan laadusta saatiin tarkempaa tietoa 36 laitoksesta. Käytössä oli tavallisimmin yhdenlainen rasva (15 laitosta) tai kahdenlaista (14 laitosta) rasvaa. Jos ruoanvalmistuksessa käytettiin vain yhdenlaista rasvaa, rasva oli kahta laitosta lukuun ottamatta kasviöljy tai juokseva margariini. Jos käytössä oli kahdenlaista rasvaa, yleisimmät rasvayhdistelmät olivat kasviöljy tai juoksevaa margariini + kasviöljypohjainen rasvavalevite, jossa rasvaa ≥ 60 % (5 laitosta) ja kasviöljy tai juokseva margariini + voi (4 laitosta). Kolmea erilaista rasvaa oli käytössä kuudessa ja neljää erilaista rasvaa yhdessä laitoksessa.

#### 7.4.6 Kasvis- ja erityisruokavalioiden toteutus

Kuntoutujilla oli kaikissa laitoksissa mahdollisuus noudattaa kasvisruokavaliota ja myös tarvitsemaansa erityisruokavaliota. Erityisruokavaliion saamiseksi valtaosassa laitoksista (76 %) riitti kuntoutujan oma toivomus. Laitoksista neljässä edellytettiin lääkärin lausuntoa ja yhdessä ravitsemusterapeutin arviota erityisruokavaliion tarpeesta.

Avovastausten mukaan kolme yleisintä erityisruokavaliota olivat laktoositon ja/tai vähälaktoosinen ruokavalio (kaikki mainitsivat), keliakiaruokavalio (41 mainintaa) ja ruokarajoitukset kala-, mauste- ym. allergian vuoksi (15 mainintaa).

Muista erityisruokavalioidista mainittiin kolmen yleisimmän listalla vain diabeetikon, kihtipotilaan ja sappipotilaan ruokavalio sekä rakennemuunneltu ruokavalio (esim. pehmeä tai sosemainen). Ne mainittiin enintään viidessä vastauksessa.

#### 7.4.7 Ruokapalvelujen kehittämissuunnitelmat

Vajaassa puolessa laitoksista (44 %) oli tehty kehittämissuunnitelmia ruokapalvelujen parantamiseksi. Vajaa kolmannes (30 %) vastaajista ei ollut tietoinen mahdollisista suunnitelmista.

Avovastauksissa 21 henkilöä kuvasi tarkemmin laitoksensa kehittämissuunnitelmia. Niiden määrä vaihteli yhdestä kahdeksaan yhtä vastausta kohti. Sama kehittämisaihe saattoi tulla esiin useammassa kuin yhdessä vastauksessa.

Esitetyt kehittämissuunnitelmat voitiin jaotella kolmeen pääteemaan. Niiden sisältä löytyi erityyppisiä yksittäisiä suunnitelmia, jotka on koottu kunkin teeman alle.

**Teema 1. Ruokapalvelujen laadun parantaminen.** Kehittämissuunnitelmista suurin osa liittyi ruokien ravitsemuslaadun parantamiseen, mutta myös muunlaista laadun kehittämistä tuotiin esiin (suluissa niiden vastausten määrä, joissa kyseistä aihetta käsiteltiin useammassa kuin yhdessä vastauksessa):

- ravintoainelaskelmien tekeminen tai esiin tuominen ruokailijoille (4)
- Sydänmerkki-ateriaoikeuden hakeminen tai sydänmerkkiaterioiden sisällön kehittäminen (3)
- ruokalistojen kehittäminen (2)
- omavalvontasuunnitelman laatiminen, jossa ravitsemuslaatu mukana
- ravitsemuskäsikirjan laatiminen
- ravitsemustyöryhmän perustaminen
- erityisruokavalioiden valmistaminen ja tarjolle pano
- jatkuva ruokatarjonnan kehittäminen: suolan vähentäminen, salaattit, kastikkeet ym.
- sisäinen auditointi ravitsemuskeskuksessa
- ruokateemapäivät

- raaka-aineiden hankintasuunnitelmat kotimaisuutta suosien
- lähiruoan suosiminen
- luomuruoka-vaihtoehdon tarjoaminen
- vuodenaikojen huomiointi ateriatarjonnassa
- lounaan keventäminen päivällisen hyväksi
- ruokatarjonnan kehittäminen terveellisempään suuntaan kuvaamatta asiaa tarkemmin (5).

**Teema 2. Ravintotietojen välittyminen.** Kehittämissuunnitelmia oli tehty jonkin verran myös ravintoa koskevien tietojen välittymisen parantamiseksi. Ne koskivat ruokatarjontaa koskevan informaation lisäämistä suoraan kuntoutujille sekä ruokapalveluhenkilöstön koulutuksen lisäämistä tavoitteena kuntoutujien asiakaspalvelun parantaminen. Vastaukset ryhmiteltiin seuraavasti (suluissa niiden vastausten määrä, joissa aihetta käsiteltiin useammassa kuin yhdessä vastauksessa):

- henkilökunnan palaverit asiakaspalautteista, uusista suosituksista ym. (2)
- ravintosisältötietojen tuominen esiin entistä paremmin
- asiakastytyväisyyskyselyt
- asiakaspalvelun parantaminen
- täydennyskoulutus
- tiedottaminen yleensä.

**Teema 3. Tila- ja laitehankinnat.** Ruokailutiloja ja keittiölaitteita koskevia suunnitelmia tuotiin esiin kahdessa vastauksessa, jotka tähtäsivät ruokien ravitsemuslaadun ja asiakaspalvelun kehittämiseen:

- keittiöremontti, joka antaa mahdollisuuden ruokapalvelujen laadulliseen kehittämiseen ja ravitsemusneuvonnan käytännön harjoitteluun
- ruoan jakelun kehittäminen ja siihen liittyvä tilojen ja laitteiden uusiminen.

Esimerkki kehittämissuunnitelmasta, jossa tuotiin esiin monia eri kehittämisasihteita:

”Raaka-aineiden hankintasuunnitelmia, suositaan kotimaista. Ravintoainelaskelmien esille tuominen. Ruokateemapäivien järjestäminen. Asiakastytyväisyyskyselyt. Dieettivastaavan vierailut osastoilla ja niiden palautteiden perusteella ruokapalvelun kehittäminen. Ruokalistoja kehitetään jatkuvasti kun markkinoille tulee uusia hyväksi kokemiamme raaka-aineita ja ruoan valmistustapoja. Uusien tuotteiden kokeilua. Vuodenaikojen huomioon ottamista.”

Esimerkki kehittämissuunnitelmasta, jonka mukaan ruokatarjonta kehitetään sopivaksi sekä kuntoutujille että itse maksaville asiakkaille:

”Kehittämissuunnitelman mukaan kuntoutujille tarjotaan laadukasta, terveellistä ja omassa keittiössä valmistettua lähiruokaa. Suunnitelman mukaan kuntoutujille tarjotaan samaa ruokaa kuin esim. kokous- ja loma-asiakkaille. Tavoitteena tarjota ravintoa osana monipuolista kuntoutusta.”

### 7.4.8 Ruokapalvelujen kehittämistarpeet

Kyselyyn vastanneista 32 (64 %) koki, että laitoksen ruokapalveluissa on edelleen kehittämistarpeita. Heistä 27 nosti esiin 1–3 konkreettista kehittämistarvetta, jotka käsittelivät suurelta osin samoja aiheita kuin edellisessä luvussa (7.4.7) kuvatut kehittämissuunnitelmat. Ne voitiin jaotella kahteen pääteemaan seuraavasti:

**Teema 1. Ruokatarjonnan laadun parantaminen.** Kehittämistarvetta koettiin olevan eniten suolan määrän vähentämisessä, jälkiruokien kehittelyssä, ruokatarjonnan tasalaatuisuuden varmistamisessa sekä asiakaslähtöisyyden lisäämisessä seuraavasti (suluissa niiden vastausten määrä, joissa kyseistä aihetta käsiteltiin useammassa kuin yhdessä vastauksessa):

- aterioiden suolan määrän vähentäminen tai seuraaminen (3)
- jälkiruokien kehittäminen paremmiksi (3)
- vakioruokaohjeiden käytön lisääminen (2)
- ravintosisältötietojen saanti helpommaksi (2)
- ruokien tasalaatuisuuden parantaminen tai laadun hallinnan uudistaminen (2)
- asiakaslähtöisyys tai yksilöllisten toiveiden huomiointi (2)
- aterioiden rytmitys ja painotus kuntoutujien ohjelmaa ja ruoasta nauttimista tukevaksi
- monipuolisuuden lisääminen
- kuitupitoisten välipalaleivonnaisten ja ateriakokonaisuuksien kehittely
- salaattivalikoiman kehittäminen
- erityisruokavaliotarjonnan ja toteutuksen järjeistäminen
- ruokalistasuunnittelun parantaminen
- sosemaisten ruokien kehittäminen
- uusien suositusten huomiointi.

**Teema 2. Ravintotietojen välittyminen.** Ravintoa koskevien tietojen välittymisen osalta koettiin tärkeäksi kehittää erityisesti sitä, että kuntoutujat saavat konkreettisen mallin suositeltavan aterian koostamisesta sekä tietoa myös aterioiden ravintosisällöstä. Tiedottamiseen liittyy myös tarve kehittää ruokapalvelujen ja ravitsemusneuvonnan välistä yhteistyötä. Vastaukset voitiin luokitella seuraavasti (suluissa niiden vastausten määrä, joissa ko. aihetta käsiteltiin useammassa kuin yhdessä vastauksessa):

- päivän aterioista aito lautasmalli esille (2)
- ruokien ravintosisältötiedot paremmin näkyville (2)
- yhteistyön parantaminen ravitsemusneuvonnan ja ruokapalvelujen välillä (2)
- erityisruokavaliomerkinnot, ruoan alkuperä ym. paremmin näkyville
- henkilökunnan koulutuksen lisääminen
- tiedottaminen yleensä ja palautteet.

Kehittämistarpeina esitettiin lisäksi (edellä mainittujen teemojen ulkopuolella) kuntoutustoiminnan muutosten huomiointi sekä kustannustehokkuuden lisääminen.

Esimerkkejä kehitystarpeita koskevista vastauksista:

”Vakioruokaohjeiden käyttöön otossa ja tarjottavien ruokien ravintosisältöjen laskennassa olisi paljon kehittämistä. Omien resurssien puitteissa koen sen haasteellisena, koska asiakas- ja ryhmäohjaukselta ei aikaa juuri muuhun kehittämistyöhön jää. Kerran vuodessa kokoontuu ravitsemustyöryhmä, jossa mukana ravitsemusterapeutti, keittiön emäntä ja osastojen henkilökuntaa.”

”Kiertävä 9 viikon ruokalista on haasteellinen kun otetaan huomioon vuodenajan vaihtelut ruokalistassa. Vuosittain pyritään kokeilemaan aina jotakin uutta ruokalajia tai ruokalajia, jota ei ole ollut vähään aikaan ruokalistalla.”

”Yhteistyön parantaminen ravitsemusneuvonnan ja ruokapalvelujen välillä. Siinä tarvitaan jatkuvaa vuoropuhelua, jotta toimimme käytännössä samalla tavalla kuin opetamme.”

#### *7.4.9 Ehdotukset ravitsemuskuntoutusta koskevien standardien kehittämiseksi*

Kuntoutuskurssien ravitsemusneuvontaa koskeviin standardeihin oltiin yleensä melko tyytyväisiä. Esiin tuodut kehittämissuhteet koskivat joko kuntoutuskursseja yleensä tai jotain tiettyä kuntoutuskurssia. Esiin nousivat erityisesti seuraavat kuusi teemaa:

**Teema 1. Joustavuuden ja asiakaslähtöisyyden lisääminen.** Joustavuuden lisäämistä perusteltiin mm. sillä, että silloin voitaisiin paremmin huomioida kuntoutujien yksilölliset tarpeet ja mieltymykset. Sillä katsottiin olevan kuntoutujia motivoiva vaikutus.

”Standardin tulisi antaa enemmän mahdollisuutta toteuttaa eri vaihtoehtoja ravitsemusneuvonnalle, joustavuutta koska kaikki eivät tarvitse neuvontaa yhtä paljon. Jotkut voivat tarvita enemmän yksilöneuvontaa, osa hyötyy selkeästi enemmän ryhmäkeskusteluista. Lisääntyneet yksilöaikavaatimukset heikentävät ryhmämuotoisen kuntoutuksen vertaistuen kokemista. Monet päällekkäiset yksilöajat häiritsevät ryhmäytymistä.”

”Ravitsemusneuvonnan ohjausta ryhmämuotoisesti riittävästi sekä mahdollisuus joustavasti ryhmän tarpeiden mukaiseen lisäohjaukseen ryhmän ja yksilönä.”

”Yksilöllinen ravitsemusneuvonta saisi mielellään edelleen perustua omaan valintaan eikä automaattisesti kaikille. Sen ajankohtaa ei pitäisi määritellä ensimmäisellä jaksolla tehtäväksi. Monesti on hyvä että ihmiset saavat rauhassa kypsyä muutoksiin. Joku joka ei ensimmäisellä jaksolla halua ravitsemusneuvontaa, voisi toisella tai kolmannella jaksolla olla vasta valmis ruokavaliomuutoksiin ja silloin itse haluaa neuvontaa. Pitäisi voida kuunnella ihmisten omaa tarvetta ja tahtoa asiakaslähtöisesti – –”

”Jatkossa suuntaus enemmän tarpeenmukaiseen ja kuntoutujan motivaatioperusteiseen tarvittaessa tapahtuvaan ohjaukseen.”

**Teema 2. Ruokapalvelujen laadun parantaminen ja valvonta.** Puutteeksi koettiin se, että kuntoutuslaitoksissa tarjottavan ruoan laadusta ei ole olemassa standardia. Näin ollen ruoan laatu voi vaihdella suuresti eri laitoksissa. Standardin ja auditoinnin avulla voitaisiin varmistaa se, että ruokatarjonta toimii konkreettisenä esimerkkinä terveyttä tukevasta ruokavaliosta ja perustuu voimassa oleviin ravitsemussuosituksiin.

”Kuntoutuksen aikana tarjottavan ruokailun tulee olla linjassa kuntoutuksen ravitsemusneuvonnan kanssa. Myös kuntoutuksenaikaiselle ruokailulle pitäisi laatia selkeät kriteerit ja valvoa että ravitsemussuositusten mukaista ja/ tai sydänmerkkikriteerien mukaista ruokaa on tarjolla. Tätä puolta pitäisi myös auditoida. Auditioijilla pitäisi olla tällaista osaamista, joten sitä varten pitäisi rekrytoida ravitsemusasiantuntijoita. Diabetesliitossa on kehitelty ”Ravitsemispalvelujen laadun arviointiin itsearviointitesti” kuntoutuksen ruokapalvelujen järjestäjille (<http://www.diabetes.fi/files/872/ravitsemist2011web.pdf>). Kela voisi markkinoida tätä laatutestiä ja ryhtyä pitämään sitä ajan tasalla. Sen käytön soisi leviävän ainakin diabeetikoiden ja MBO-potilaiden kuntoutuksen järjestäjille – –”

**Teema 3. Ravitsemusneuvonnan laadun varmistaminen.** Ravitsemusneuvonnan laatua heikentäväksi koettiin se, että neuvontaa antavat muutkin kuin ravitsemuksen ammattilaiset. Jos heidän tietonsa eivät ole ajan tasalla, on vaarana se, että kuntoutujat saavat eri henkilöiltä toistensa kanssa ristiriitaisia neuvoja. Tämä heikentää neuvonnan uskottavuutta.

”Ravitsemuskuntoutuksen pääasiallisena vastuunkantajana tulisi olla laillistettu ravitsemusterapeutti – tällöin ravitsemusneuvonnan laatu ja oikea kohdentuminen toteutuisivat.”

**Teema 4. Lisää aikaa ravitsemusneuvonnalle.** Liian vähäisen neuvonta-ajan katsottiin olevan eräs syy siihen, ettei neuvonta aina tuota tuloksia. Sen koettiin myös vaikeuttavan neuvontamenetelmien monipuolista käyttöä.

”Kuntoutujille täytyy antaa mahdollisuus useampaan käyntiin ravitsemusterapeutilla (ä väh. 60 min). Yksi käynti ei tue johdonmukaista ravitsemuskuntoutusta!! Täytyy olla seurantaa!! Lisäksi ravitsemusterapeutille tulee varata riittävästi aikaa kuntoutujien papereihin tutustumiseen ja kirjausten tekemiseen sekä mahdollisesti ruokapäiväkirjojen laskemiseen.”

”Lisää aikaa ravitsemusneuvontaan, jotta mahdollista tehdä ohjauksesta käytännönläheisempää: ohjattu ruokailu/kaupassakäynti yms.”

”Ravitsemusneuvontaa ravitsemusterapeutin ohjaamana pitäisi edellyttää kaikissa standardeissa jokin minimimäärä sekä mahdollistaa yksilöohjaus.”

”Yksilöohjausta lisää, käytännön harjoitteita mukaan (eli myös ryhmätunteja lisää).”

**Teema 5. Tietyille kuntoutujaryhmille omat kurssit.** Vastaajat kokivat, että joillakin kursseilla ravitsemusneuvonnan antaminen on hankalaa, jos kurssilaisten lähtökohdat ja tarpeet ovat kovin erilaiset.

”Uusissa standardeissa kehityssuunta on ollut hyvä tyypin 1 diabeetikoiden kuntoutuksessa. Aikamoisen järkytyksen koimme, kun kuulimme, että näkövammaisten ja munuaissairaiden diabeetikoiden kuntoutuskurssit lopetetaan Kelan toimesta. Ajatus kai on että he voisivat tulla tavallisille kursseille, mutta se on miltei mahdotonta. Opetus ja ohjaus tulee näkövammaisten kohdalla etenkin järjestää näkövammaisuus huomioon ottaen. Monesti näkövammaisilla ja munuaissairailta on ravitsemusohjauksen sisällön suhteen aivan omanlaisensa tarpeet (valkuaisrajoitus, fosforirajoitus). He eivät voi osallistua tavalliseen diabeteskurssin ruokavalio-ohjaukseen, koska se vain sotkee heitä. Ohjaus on järjestettävä erikseen ja siksi näiden kurssien jatkaminen erillisinä olisi perusteltua.”

”Tules-ylipainoisille pitäisi järjestää jälleen oma kurssinsa.”

”Oma ASLAK-kurssi painonhallinnan painotuksella.”

**Teema 6. Kurssien jaksotus ja pituus.** Kurssien eri jaksojen välistä aikaa ehdotettiin lyhennettävän ja kurssien kokonaiskesto pidennettävän.

”Kuntoutuskurssien välijaksot eivät saisi olla kamalan pitkiä ja niiden aikana voisi olla yhteydenpitoa esim. moodlen välityksellä, jolloin välijaksostakin tulisi aktiivisempi.”

”Lyhyemmät seurantavälit (3–4 kk) ja pidempi kesto (2 v).”

lähettävän/hoitavan tahon kiinteämpi sitouttaminen toimintaan

”Kurssin keston tulisi olla vähintään vuosi.”

Lisäksi ehdotettiin, että painonhallinta-laihdutusohjaukseen tuli laittaa BMI-raja ja että psykologin ja ravitsemusterapeutin yhteistyötä tulisi korostaa.

Eräessä vastauksessa kuvattiin, miten äskettäin tehty muutos ASLAK-kurssin standardiin on vaikuttanut ravitsemusneuvonnan toteuttamiseen.

”juuri alkanut 4-vuotiskausi uuden standardin pohjalta, jossa terveys ja liikuntateema yhdistetty ja ravitsemusneuvontaa annettava aika väheni. Koska kolmea teemaa tulee olla joka jaksolla yhtä paljon ja ravitsemus ja liikunta yhdistettiin yhteen teemaan, tuntimäärät vähenevät. Toki jos jollekin ryhmälle on erityisen tärkeää saada juuri ravitsemusohjantaa, niin sitten on vähennettävä liikuntaa, jotta teemojen välinen tasapaino säilyy.”

Eräs vastaaja koki standardissa olevan maininnan ”toteutetaan tarvittaessa” johtavan kilpailutuksen vuoksi siihen, ettei kyseistä asiaa toteuteta.



”– – Kun tarjouskilpailuissa halvin hinta ratkaisee, standardeissa mainitut tarvittaessa toteutettavat aiheet jäävät huomiotta siinä pelossa, että hinta nousisi liian korkeaksi eikä palveluntuottaja pääsisi uusien palveluntuottajien joukkoon.”

## 8 TULOSTEN TARKASTELU

### 8.1 Tutkimuksen toteutus

**Kyselyyn vastaajat.** Tutkimuksen kannalta olisi ollut ihanteellista, jos kysely olisi voitu osoittaa kuhunkin laitokseen suoraan sellaiselle henkilölle, joka on parhaiten perillä sekä laitoksen ravitsemusneuvonnasta että ruokapalveluista. Tällaista henkilöä ei ollut kuitenkaan mahdollista itse nimetä. Sen vuoksi katsottiin parhaaksi keinoksi lähestyä ensin kunkin laitoksen johtajaa ja pyytää häntä valitsemaan ravitsemusaiheiseen kyselyyn vastaajaksi soveltuvin henkilö.

Tässä yhteydessä jouduttiin pohtimaan myös sitä, ketä johtajaa on viisainta lähestyä, sillä monissa laitoksissa oli useampia päällikkötason henkilöitä (esim. toimitusjohtaja, hotellin johtaja, kuntoutuspäällikkö, palvelupäällikkö ja vastaava lääkäri). Lähestymisen kohteeksi valittiin laitoksen johtajaksi tulkittu henkilö sen vuoksi, että hän saisi samalla ennakkotiedon tekeillä olevasta tutkimuksesta, jonka piiriin myös hänen johtamansa laitos kuului.

**Kyselylomake.** Sähköisesti toteutettuun Digium-kyselyyn liittyi sekä hyviä että huonoja puolia. Hyviin puoliin voidaan laskea se, että vastaaminen siihen on sujuvaa ja mutkatonta. Vastaamisen voi myös tarpeen tullen keskeyttää ja jatkaa vastaamista sopivampana aikana myöhemmin. Tämän voi olettaa lisäävän vastaamisaktiivisuutta verrattuna postitse lähetettyyn kyselyyn. Tässä tutkimuksessa vastausprosentti olikin erittäin hyvä (91 %). Myös monivalintakysymysten vastauksia tarkentavia lisätietoja (avovastauksia) saatiin kiitettävän paljon.

Digium-kyselyn huonona puolena nousi esiin kysymysten rakenteeseen ja määrään liittyvät rajoitukset. Sen vuoksi alun perin suunnitellun lomakkeen rakennetta ja kysymysten muotoa jouduttiin muokkaamaan sähköiseen vastaamiseen soveltuvaksi.

Myös kysymysten määrää jouduttiin vähentämään karsimalla tutkimuksen erityiskohteeksi valittujen kuntoutuskurssien määrää. Niiksi päädyttiin valitsemaan merkittävimpiin kansansairauksiin liittyvät kurssit sekä ASLAK- ja TYK-kurssit, joita järjestettiin lukumääräisesti paljon ja monissa laitoksissa.

Tärkeää olisi ollut saada syvennettyä tietoa myös sellaisista kursseista, joille osallistuu kuntoutujia, joilla on vajaaravitsemuksen riski (esim. erilaiset vaikeavammaisille tarkoitettut kurssit). Niistä saatiin kuitenkin jonkin verran tietoa avokysymyksen avulla.

Hämmennystä aiheutti hieman se, että Digium-kyselyn voi palauttaa vain yksi henkilö laitosta kohden. Näin ollen esimerkiksi vastaajaksi nimetty henkilö ei voinut vastata vain niihin kysymyksiin, joihin hän tiesi suoralta kädeltä vastauksen (esim. ravitsemusneuvontaa koskevat kysymykset) ja lähettää kyselyä toiselle henkilölle (esim. laitoksen ravitsemispäällikölle), joka olisi osannut vastata ruokapalveluja koskeviin kysymyksiin. Jotkut ratkaisivat vastaamisen pohtimalla yhdessä vastaukset kysymyksiin, jotka toinen heistä kirjasi kyselylomakkeeseen.

## 8.2 Ravitsemusneuvonta yleensä

**Ravitsemusneuvonnan antajat.** Kuntoutuslaitoksista 60 %:ssa ravitsemusneuvonnasta vastasi yliopistollisen koulutuksen saanut laillistettu ravitsemusterapeutti. Näin pyrittiin varmistamaan se, että neuvonta on suositusten mukaista riippumatta siitä, kuka neuvonnan käytännössä toteuttaa. Jos neuvonnasta vastaa joku muu tai vastuuhenkilöstä ei ole sovittu, neuvonnan yhdenmukaisuus vaarantuu. Neuvonnan uskottavuus kärsii ja kuntoutujan motivaatio tehdä muutoksia heikkenee, jos laitoksen henkilöstö antaa ristiriitaisia ohjeita.

Tuloksista kävi ilmi, että yhdeksässä laitoksessa ei työskennellyt yhtään ravitsemusterapeuttia. Jos ravitsemusohjaus annettiin muun henkilöstön toimesta, vaarana oli se, ettei neuvonta aina perustunut ravitsemussuosituksiin. Lisäksi ruokavalion toteutuksen ohjaaminen käytännössä vaatii ravitsemustietojen ja neuvontataitojen jatkuvaa ajan tasalla pitämistä sekä hyvää elintarvikevalikoimien tuntemusta, jotka ovat keskeinen osa ravitsemusterapeutin ammattiosaamista.

Yli puolessa laitoksista ravitsemusterapeutti palkattiin ostopalveluna laitoksen ulkopuolelta antamaan ravitsemusneuvontaa. Vastauksista ei valitettavasti käynyt ilmi, saivatko kuntoutujat ravitsemusneuvontaa ainoastaan tältä terapeutilta vai palkattiin-ko hänet vakinaisen ravitsemusterapeutin lisäksi. Ostopalveluna toteutetun neuvonnan heikkoihin puoliin kuuluu mm. se, ettei se anna terapeutille samanlaista mahdollisuutta ravitsemuskuntoutuksen kokoisvaltaiseen kehittämiseen kuin vakinaisessa virassa toimivalla terapeutilla on. Yleensä lienee myös niin, ettei yhteistyön tekemistä ruokapalveluista vastaavan henkilöstön kanssa sisälly ostopalveluun.

Rastaan (1999) selvityksestä on julkaistu tuloksia vain abstraktina, joten tämän tutkimuksen tulosten vertailu niihin on mahdollista vain pieneltä osalta. Tuolloin Kelan kustantamaa kuntoutusta järjestettiin 75 kuntoutuslaitoksessa ja ravitsemusneuvontaa antaneista selvästi suurempi osa oli sairaan- tai terveydenhoitajia, fysioterapeutteja ja lääkäreitä kuin ravitsemusterapeutteja. Tilanne on tältä osin viimeisten 15 vuoden aikana huomattavasti kohentunut. Tähän lienee vaikuttanut olennaisesti se, että Kelan standardeihin kirjattiin 2000-luvun alussa ravitsemusterapeutin pätevyysvaatimukset<sup>20</sup>. Lisäksi yhä useamman kuntoutuskurssin standardiin on niiden päivityksen yhteydessä kirjattu, että kurssin ohjelmaan tulee sisältyä ravitsemusterapeutin neuvontaa. Tästä syystä laitoksiin on palkattu lisääntyvästi ravitsemusterapeutteja ja/tai ostettu ulkopuolisen ravitsemusterapeutin palveluja.

**Neuvonnan keskeiset aihepiirit.** Neuvonnan aihepiireistä nousivat yhtä keskeisinä esiin terveellinen ravitsemus yleensä sekä painonhallinta. Myös säännöllistä ateriaritmiä ja ruokavalion laatua pidettiin tärkeinä aiheina. Vastaukset viittaavat siihen, että suurella osalla kuntoutujista oli paino-ongelmia.

---

20 Yliopistollisen koulutuksen saanut laillistettu ravitsemusterapeutti.

Avovastauksissa painotettiin erityisesti sitä, että myös ryhmäneuvontaa annettaessa yksilöllinen ohjaustarve pyritään ottamaan huomioon. Tämä onkin erittäin tärkeää, sillä samassa ryhmässä voi olla sekä ylipainoisia että normaali- ja alipainoisia, joiden neuvontatarpeet ovat monilta osin erilaiset.

**Rasvaa ja suolaa koskeva neuvonta.** Valtaosassa laitoksista suositeltiin ravintorasvaksi suositusten mukaista kasviöljypohjaista rasvaa. Joukossa oli kuitenkin neljä laitosta, joissa suositeltiin voipohjaista rasvaa (voikasviöljyseosta) ja viisi laitosta, joissa vastaaja ei osannut nimetä suositteluinta rasvaa. Tämä viittaa siihen, että joissakin laitoksissa tietämys rasvaa koskevista suosituksista oli puutteellista tai että suosituksia ei jostain syystä huomioitu neuvonnassa.

Suolan käyttöä koskeva neuvonta painottui suolan käytön vähentämistä koskevaan ohjaukseen. Yhden vastaajan mainitsema Sydänliiton laatima suolankäyttötesti soveltuisi hyvin neuvonnan pohjaksi kaikissa niissä laitoksissa, joissa annetaan sydän- ja verisuonisairauksien hoitoon ja ehkäisyyn liittyvää ohjausta.

**Ruokavalion kartoitus ja laskentaohjelmat.** Kaikkien sairausperustaisten kuntoutuskurssien standardeihin on kirjattu menetelmäksi ruokapäiväkirja. Sen pohjalta kuntoutujan ja ravitsemusterapeutin on helppo neuvotella yhdessä mahdollisten ruokavaliomuutosten tavoitteista ja toteutustavoista. On kuitenkin syytä pohtia, onko ruokapäiväkirja aina paras keino saada tietoa kuntoutujan ruokatottumuksista. Osa kuntoutujista voi kokea sen täyttämisen liian työlääksi, mikä voi jopa vähentää kiinnostusta ravitsemusneuvontaa ja ruokavaliomuutoksia kohtaan. Lisäksi aliraportointi on tavallista varsinkin ylipainoisilla, joskaan se ei tarkoita sitä, ettei ruokapäiväkirjoista voisi olla hyötyä (Hirvonen ym. 1997).

Ruokavalion kartoitukseen ja seurantaan olisikin hyvä kehittää ruokapäiväkirjaa kevyempiä menetelmiä. Niistä tuotiin avovastauksissa esiin mm. kuntoutujan itsensä tekemä ruokavalion arviointi ravitsemusterapeutin ohjauksessa. Kun kuntoutuja arvioi ja oivaltaa itse ruokavalionsa mahdolliset puutteet ja muutostarpeet, se voi lisätä muutosvalmiutta.

Ravinnonsaannin laskentaohjelmien hyödyntämisen soisi olevan nykyistä runsaampaa. Laskentaohjelman avulla voi havainnollistaa konkreettisesti sen, miten tekemällä pieniä muutoksia ruokavalinnoissa ruokavalion energiamäärä pienenee ja laatu paranee. Tämä voi osaltaan motivoida kuntoutujaa ruokavaliomuutosten tekemiseen.

**Ravitsemussuositusten hyödyntäminen.** Erilaisten ravitsemussuositusten hyödyntäminen oli yleistä ja monipuolista. Huolestuttavaa oli kuitenkin se, että laitoksista viidessä ei hyödynnetty suosituksia lainkaan. Tämä viittaa siihen, että näissä laitoksissa tietämys suosituksista oli puutteellista tai että kyselyyn vastaaja ei ollut niiden hyödyntämisestä tietoinen. On olennaisen tärkeää, että kuntoutuslaitoksissa annettava ravitsemusneuvonta on yhdenmukaista ja perustuu voimassa oleviin ravitsemussuosituksiin.

Monien sairauksien Käypä hoito -suosituksissa annetaan ohjeita myös sairauden ravitsemushoidosta. Näitä suosituksia hyödynnettiin vain osassa laitoksista, joten niiden käytössä olisi muissa laitoksissa tehostamisen varaa.

### 8.3 Ravitsemusneuvonta eri kuntoutuskursseilla

**Ravitsemusneuvonnan toteutus.** Ravitsemusneuvonnan toteutuksessa sairausperusteisten ja muiden kurssien välillä oli selkeitä eroja. Sairausryhmäkohtaisilla kursseilla neuvontaa annettiin enemmän ja se oli ammattimaisempaa sekä yksilöllisempää kuin ASLAK- ja TYK-kursseilla.

On ilmeistä, että ASLAK- ja TYK-kursseilla ravitsemuksen merkitystä ei pidetä yhtä tärkeänä kuin sairausryhmäkohtaisilla kursseilla, koska niiden keskeinen tavoite on vaikuttaa kuntoutujien työ- ja toimintakykyyn. On kuitenkin syytä huomioida, että terveystietä edistävät elintavat auttavat ylläpitämään työkyvyn kannalta riittävää terveyttä, kuten Koskinen ym. (2006) ovat todenneet. Näin ollen myös terveelliset ruokatuotokset ja hyvä ravitsemustila pitävät yllä työkykyä. ASLAK- ja TYK-kurssia koskevia standardeja onkin jo ravitsemusneuvonnan osalta uudistettu viimeisimmän päivityksen yhteydessä (tulivat voimaan 1.1.2012).

Monilla sairausryhmäkohtaisilla kursseilla kuntoutujat osallistuivat myös itse ruokien valmistamiseen, minkä jälkeen niitä maisteltiin yhdessä. Näin käytännönläheinen ohjaus on suositeltavaa, mutta se edellyttää, että laitoksessa on siihen soveltuva tila (opetuskeittiö). Siitä, kuinka monessa laitoksista opetuskeittiö on käytettävissä, ei ole tietoa.

Yksilöllisen neuvonnan osalta nousi esiin, että joidenkin kurssien standardien mukaan kuntoutujilla on mahdollisuus valita yksilöllinen neuvonta-aika vaihtoehtoisesti ravitsemusterapeutin tai jonkin muun ammattiryhmän edustajan vastaanotolle. Tämä on epäkohta sen vuoksi, että kuntoutuja voi valita esim. psykologin vastaanoton, jolloin hän jää ilman ravitsemusneuvontaa, vaikka siihen olisi ilmeinen – kuntoutujan itsensä tiedostama tai tiedostamaton – tarve. Varsinkin silloin, kun kuntoutujalla on useampia ruokavalioon liittyviä terveysongelmia, hänen tulee saada ravitsemusterapeutin ohjausta.

Tuloksista kävi ilmi, että sydänkursseille osallistuvilla oli heikompi mahdollisuus saada ravitsemusterapeutin yksilöllistä ohjausta kuin muihin sairausryhmäkohtaisiin kursseihin osallistuvilla ja että heidän neuvontaansa oli käytettävissä liian vähän aikaa. Nämä ovat selkeitä epäkohtia, sillä sydänsairauksien ehkäisyä ja hoitoa koskevassa ravitsemusneuvonnassa tarvitaan tavanomaista enemmän erityisosaamista, motivointitaitoja ja yksilöllisten tekijöiden huomiointia. Tutkimusten mukaan ravitsemusneuvonnan ja muutoksiin motivoinnin vähäisyys on eräs keskeinen syy siihen, että ruokavalion terveellinen koostaminen tuottaa potilaalla vaikeuksia (Koikkalainen 2001).

Kelan sydäntuntoutuksista aikaisemmin saatujen tulosten perusteella on nostettu esiin hoitoketjujen katkeamisen, tiedonkulun ja yhteistyön ongelmat, jotka vaikeuttavat hoidon jatkuvuutta (Hämäläinen ja Röberg 2007b). Katkeamattoman hoito- ja kuntoutusketjun luominen ja varmistaminen on tärkeää myös ravitsemuskuntoutuksen vaikuttavuuden kannalta.

On ilmeistä, että yksi neuvontakerta ravitsemusneuvonnan toteuttamiseen on liian vähän, kuten avovastauksissa tuotiin esille. Sekä kuntoutujan että neuvontaa antavan henkilön motivaation kannalta on tärkeää, että kuntoutujalla on mahdollisuus seurantakäynteihin. Tämä luo edellytykset ravitsemuskuntoutuksen kehittämiseksi.

Myös kansainvälisessä kirjallisuudessa on nostettu esiin ravitsemusneuvonnan tärkeys osana laaja-alaista kuntoutusta. Erityisesti on painotettu sitä, että ravitsemusneuvonnan tulee olla pitkäaikaista ja sen tavoitteiden tulee olla yksilöllisiä, jotta ruokavalio- ja muutokset olisivat pysyviä. Tutkijat kaipaavat myös lisää pitkäaikaistutkimuksia ravitsemuskuntoutuksen vaikutuksista erityisesti sydänpotilaiden elämänlaatuun, sairastavuuteen ja kuolleisuuteen sekä kuntoutuksen kustannustehokkuuden selvittämistä (Leslie ym. 2004; Twardella ym. 2006; Giannuzzi ym. 2008; Elbaz ja Roncalli 2009).

**Ravitsemusneuvonnan vaikutusten seuranta.** Ravitsemusneuvontaa koskevien vaikutusten mittaaminen oli selvästi yleisempää sairauserustaisilla kuin ASLAK- ja TYK-kursseilla. Yleisintä oli seurata kuntoutujien painon muutoksia. Tämä tulos on linjassa Sukulan (2013) tutkimuksen havainnon kanssa, jossa ASLAK-kuntoutukseen osallistuneilla painon pudottamien oli toiseksi yleisin GAS-tavoite liikunnan lisääminen -tavoitteen jälkeen.

Laitoksista runsas kolmannes pyrki järjestämään tukea kuntoutujille kotipaikkakunnalla kuntoutuskurssin päättymisen jälkeen. Näin olisi tärkeää toimia kaikissa laitoksissa, sillä kurssin jälkeen jatkuvalla tuella voi olla tärkeä merkitys elintapamuutosten tekemisessä ja niiden ylläpitämisessä. Esimerkiksi aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen (2013c) mukaan ohjauksen tai seurannan tulisi jatkua vähintään kaksi vuotta, jotta elintapojen ja painon muutokset olisivat pysyviä. Kuitenkin lähes kaikki kuntoutuskurssit eri jaksoineen toteutetaan nykyisin yhden vuoden sisällä, joten seurannan järjestäminen muulla tavoin olisi tärkeää.

**Ravitsemusneuvonta muilla kuin tutkimuksen erityiskohteena olleilla kursseilla.** Muiden kuntoutuskurssien ravitsemusneuvonnasta saatiin viitteellistä tietoa vapaa-muotoisista avovastauksista. Koska kurssija järjestetään hyvin erilaisista sairauksista kärsiville ryhmille, neuvonnan toteutusmuoto vaihtelee kurssin kohderyhmän tarpeiden mukaan. Esimerkiksi vaikeita suolistosairauksia potevien ja syömisvaikeuksista kärsivien kuntoutujien ohjaus vaatii erityisosaamista ja täydennysravintovalmisteiden sisällön ja käyttötarkoituksen tuntemusta.

## 8.4 Kuntoutuslaitosten ruokapalvelut

**Ruokapalvelujen ja ravitsemusneuvonnan vastaavuus.** Suurin osa kyselyyn vastaa- jista arvioi laitoksen ruokatarjonnan vastaavan suosituksia hyvin tai ainakin melko hyvin. Avovastauksissa korostettiin ruokailun tärkeyttä opetustilanteena, sillä par- haimmillaan se antaa käytännön esimerkin siitä, miltä suositusten mukainen ruoka näyttää ja maistuu. Avovastauksissa nostettiin kuitenkin esille joitakin epäkohtia, joiden koettiin vaikeuttavan suositusten mukaisen ruokatarjonnan toteuttamista.

Ruokapalvelujen laatua heikentäväksi seikaksi koettiin erityisesti se, että jos laitokses- sa ruokaili kuntoutujien lisäksi itse maksavia asiakkaita, heidän oletettiin haluavan syödä muunlaista kuin suositusten mukaista ruokaa. Sen vuoksi ruoka saattoi olla suositeltua rasvaisempaa ja suolaisempaa sekä sisältää enemmän kovia rasvoja. Voisi kuitenkin olettaa, että nykypäivänä yhä useampi maksava asiakas on kiinnostunut huolehtimaan terveydestään myös ruokavalion avulla. Jos suositusten mukainen ruoka on myös maukasta, niin kuin sen tulisi olla, se parhaimmillaan hälventää ennakkoluuloisia asenteita terveellistä ruokaa kohtaan.

Esille tuli myös, että lähiruoan suosiminen voi aiheuttaa sen, ettei laitoksessa pääosin käytössä oleva rasva ole linjassa suositusten kanssa. Lähiruoan tarjoaminen on sinänsä kannatettavaa. Tällöinkin tulisi kuntoutujille olla kuitenkin tarjolla vähintään yksi myös rasvan laadun osalta suosituksia vastaava ruokavaihtoehto.

**Ilt- ja välipalojen tarjonta.** Tutkituista laitoksista noin joka kolmannessa kuntoutu- jille ei ollut tarjolla iltapäivän välipalaa ja vajaalle puolelle ei tarjottu iltapalaa. Tämä merkitsee käytännössä sitä, että lounaan ja päivällisen ja/tai päivällisen ja aamupalan väli saattoi jäädä monella kuntoutujalla liian pitkäksi. Tällöin on vaarana se, että nälän yllättäessä aterioiden välillä kuntoutuja ostaa sellaisia välipaloja ja juomia, jotka eivät kuulu suositeltaviin ruokiin ja juomiin. Kävi myös ilmi, että jos laitoksessa oli tarjolla väli- ja iltapaloja, niiden valikoima saattoi vaihdella suuresti eri laitosten välillä.

Jotta kuntoutujat olisivat tasa-arvoisessa asemassa ruokapalvelujen suhteen, tulisi ruokatarjontaa koskevaa standardia tarkentaa niin, että väli- ja iltapala olisi tarjolla kaikissa laitoksissa. Myös kaikkien aterioiden sekä väli- ja iltapalojen sisältö ja ajoitus tulisi ohjeistaa niin, että ne tukisivat kuntoutumisen onnistumista. Jos kuntoutuja (esim. ikääntynyt, lihavuusleikkauksessa ollut tai diabeetikko) pystyy syystä tai toi- sesta syömään vain pieniä ruoka-annoksia, hänellä tulee olla mahdollisuus aterioida tavanomaista useammin.

**Terveellisen aterian havainnollistaminen.** Terveellisen aterian kokoaminen ha- vainnollistettiin yli puolessa laitoksista jollakin tavoin. Kuitenkin vain osassa niistä oli ruokailun yhteydessä esillä tarjolla olevista ruoista koottu suositusten mukainen ateriakokonaisuus eli lautasmalli. Selvä epäkohta oli se, että joka neljännessä laitok- sessa aterian koostamista ei havainnollistettu millään tavoin.

**Vakioruokaohjeiden käyttö.** Joissakin laitoksissa ei ollut vakioruokaohjeita käytössä lainkaan ja tarjottavien ruokien ravintosisältötietojen laskeminen oli vähäistä. Vakioruokaohjeet ja niiden ravintosisällön laskenta olisi syytä ottaa käyttöön kaikissa laitoksissa. Ne selkeyttävät ruokaa valmistavien työtä ja niiden avulla on helpointa varmistaa aterioiden laatu esimerkiksi rasvan laadun ja määrän sekä suolan määrän osalta. Saatavissa on useita laskentaohjelmia, joiden avulla ruokien ravintosisältö on helppo ja nopea tarkistaa.

Vakioruokaohjeisiin ja niiden ravintosisällön laskentaan panostamista puoltaa teknologinen kehitys, joka mahdollistaa myös kuntoutuslaitoksissa uudenlaisen palvelukonseptin. Suomessakin on testattu lupaavin kokemuksen ns. ”älykästä palvelulinjastoa”, joka kertoo välittömästi ruokailijan lautaselleen kokoaman aterian ravintosisällön ja sen vertailun suosituksiin. Tiedot voi saada automaattisesti myös sähköpostiin ja älypuhelimeen (Tuikkanen ja Rautiainen 2013).

Kaikissa laitoksissa tulisi ottaa käyttöön suolamittari, jonka avulla voi nopeasti tarkistaa ruokien suolapitoisuuden. Jos suolan lisääminen ruokaan perustuu pelkästään ruoan valmistajan suolamieltymykseen, ruokien suolapitoisuus voi vaihdella päivittäin ja nousee helposti suositeltua suuremmaksi.

**Ravitsemussuositusten hyödyntäminen.** Yllättävää oli se, että vuonna 2010 ilmes-  
tynyttä Ravitsemushoitosuositusta raportoitiin hyödynnettävän vain noin puolessa  
laitoksista, vaikka se on laadittu palvelemaan myös kuntoutuslaitosten tarpeita.

Kuntoutuslaitosten ruokatarjonnan koettiin vastaavan ravitsemussuosituksia yleensä hyvin tai melko hyvin. Hyvinä puolina nostettiin esiin erityisesti pyrkimys vähäsuolaisuuteen, Sydänmerkki-ateriajärjestelmän käyttö tai kokeilu ja runsas salaattien tarjonta.

Toisaalta suolan käytön vähentäminen koettiin myös haasteelliseksi mm. sen vuoksi, että vähäsuolaisia leipiä on niukasti saatavilla, ja koska ruokailijat voivat kokea ruoan mauttomaksi, jos he ovat tottuneet suolaisempaan ruokaan.

**Ravintorasvojen tarjonta ja käyttö.** Ravitsemussuosituksissa suositeltavin rasvale-  
vite (kasviöljypohjainen rasva, jossa rasvaa vähintään 60 %) oli tarjolla leivän päälle  
laitettavaksi vain runsaassa puolessa laitoksista. Miltei kaikissa laitoksissa oli tarjolla  
useampi kuin yksi rasvalaatu, joten laitosten on syytä tarkistaa rasvavalikoimaa.  
Olennaista on huolehtia siitä, että kuntoutujalla on mahdollisuus valita terveytensä  
kannalta suositeltavin rasvalaatu, vaikka muitakin rasvoja olisi tarjolla.

Ruoanvalmistuksessa käytetyt rasvat olivat pääosin suositusten mukaisia kasviöljy-  
pohjaisia rasvoja, joskin käytössä oli myös voita ja voi-kasviöljyseoksia. Olennaista on  
ruokien valmistuksessa huolehtia siitä, että yleisimmin käytetty rasva on suositusten  
mukainen.



**Ruokapalvelujen kehittämissuunnitelmat ja -tarpeet.** Lähes puolessa laitoksista oli tehty jo suunnitelmia ruokapalvelujen parantamiseksi ja yli puolessa koettiin olevan edelleen kehittämistarpeita. Niistä valtaosa tähtäsi ruokatarjonnan laadun parantamiseen. Tämä viittaa siihen, että keskeiset kehitystarpeet oli hyvin tiedostettu. Myös ravintotietojen entistä parempaan välittymiseen sekä kuntoutujille että kuntoutuslaitoksen työyhteisöön kuuluville oli tehty jonkin verran suunnitelmia. Myös tämä on tärkeä kuntoutumisen onnistumiseen vaikuttava tekijä.

## 8.5 Ehdotukset kuntoutuskurssien ja niitä koskevien standardien kehittämiseksi

Ravitsemusneuvontaa koskeviin standardeihin oltiin melko tyytyväisiä. Tähän vaikuttanee se, että kaikkien ravitsemuspainotteisten kurssien standardeja oli päivitetty jo pari vuotta aikaisemmin ennen tutkimuksen toteuttamista. Esiin tuotiin kuitenkin useita kehittämissuunnitelmia, jotka kannattaisi huomioida kuntoutuskursseja kehitettäessä ja niitä koskevia standardeja päivitettäessä. Sellaisia olivat erityisesti sekä ravitsemusneuvonnan että ruokatarjonnan laadun varmistaminen, mihin löytyy monenlaisia helposti toteutettavia keinoja.

Tärkeänä pidettiin myös joustavuuden ja asiakaslähtöisyyden lisäämistä sekä riittävän ajan varaamista neuvonnalle. Näiden seikkojen tärkeyttä puoltaa Koikkalaisen (2001) havainnot sydänpotilaiden ruokavaliomuutosten esteistä. Hänen mukaansa ruokavaliomuutukseen liittyviä ongelmia ja esteitä tulisi käsitellä ravitsemusneuvonnassa siten, että ne koettaisiin luonnolliseksi osaksi muutosta. Tämä vaikuttaa neuvonnan sisältöön ja tekee siitä potilaslähtoisempää ja yksilöllisempää, mikä vaatii luonnollisesti enemmän aikaa kuin pelkkä perinteinen neuvonta.

Tietyille kuntoutujaryhmille toivottiin järjestettävän omia kursseja. Ravitsemuskuntoutuksen, kuten muunkin kuntoutuksen, kehittämisen kannalta olisi eduksi, jos kukin kuntoutuslaitos erikoistuisi ohjaamaan tietyntyyppisiä kuntoutujaryhmiä. Se tarjoaisi aikaisempaa paremmat mahdollisuudet kurssien vaikuttavuuden seuraamiseen ja sen myötä ohjelmien sisällön sekä ohjaus- ja seurantamenetelmien kehittämiseen. Se edistäisi myös kuntoutuslaitosten henkilöstön ammattitaidon kehittymistä ja syventymistä ja sen myötä työmotivaation säilymistä mahdollisimman hyvänä.

Ravitsemusneuvonnalle toivottiin enemmän aikaa erityisesti ASLAK- ja TYK-kursseilla sitä kuitenkaan tarkemmin perustelematta. Lisäajan tarvetta voidaan perustella sillä, että ravitsemuskuntoutuksella voidaan vaikuttaa työkyvyn paranemiseen. Ravitsemuskuntoutuksessa tulisikin kiinnittää huomiota kuntoutujien yksilöllisiin työn vaatimuksiin ja työkyvyn edistämisen mahdollisuuksiin ravitsemuksen avulla. Tämä edellyttää sitä, että ravitsemusohjaukseen on käytettävissä nykyistä enemmän aikaa.

Kyselyyn vastaajat eivät tuoneet kehitysehdotuksissaan esiin näkemyksiään ravitsemuskuntoutuksen jatkuvuudesta. Kuntoutuskurssi on kuitenkin osa laajempaa kuntoutuksen kokonaisuutta. Sitä edeltää aikaisemmin muualla aloitettu hoitopro-

sessi, ja kuntoutumisen tulisi jatkua jossakin muodossa myös kurssin jälkeen. Tärkeä kehittämisen ja jatkotutkimuksen aihe olisikin selvittää, miten kuntoutuksen aikana syntynyttä motivaatiota ja aloitettuja elintapamuutoksia voitaisiin tehostetusti tukea kurssin jälkeen.

## 8.6 Mahdollisia virhelähteitä

Tutkimusta suunniteltaessa ilmeni monia asioita, joita ei osattu etukäteen ennakoida. Erittäin tärkeäksi osoittautui se, että kyselylomakkeen sisältö ja toimivuus testataan huolella ennen käyttöönottoa.

Tutkimuksen tuloksia voidaan pitää suurelta osin luotettavina. Moniin kysymyksiin saatiin vastaukset kaikilta ja ne vaikuttivat loogisilta. Toisaalta joihinkin kysymyksiin tuli melko paljon ”En osaa sanoa” -vastauksia tai kysymyksiin jätettiin vastaamatta, (osuus enimmillään 11–30 %). Tällaisia olivat ravintorasvoja, ravinnonsaannin laskentaohjelmien käyttöä, väli- ja iltapalojen tarjontaa, vakioruokaohjeiden käyttöä ja niiden ravintosisällön laskentaa, Ravitsemushoitosuosituksen hyödyntämistä sekä ravitsemuskuntoutuksen kehittämissuunnitelmia koskevat kysymykset.

Miksi kysymyksiin ei osattu vastata tai jätettiin vastaamatta, selittynee pääosin sillä, että vastaajista vain 23 oli ravitsemuksen ammattilaisia. Muilla vastaajilla ei ollut ilmeisesti käytännön tuntumaa ravitsemuskuntoutuksen toteutukseen. Näin ollen heillä ei ollut suoralta kädeltä tiedossa vastauksia kaikkiin kysymyksiin. Joillakin vastaajilla myös laitoksessa työskentelyajan lyhytaikaisuus saattoi olla syynä siihen, etteivät he olleet vielä tietoisia kaikista kysytyistä asioista. Olisi vaatinut ylimääräistä vaivannäköä selvittää vastaukset konsultoimalla aiheesta tietävämpiä henkilöitä, joten osa vastaajista jätti sen tekemättä.

Miksi kyselyyn vastaamista ei delegoitu kaikissa laitoksissa ravitsemuksen ammattilaiselle, jää arvailujen varaan. Eräs syy on se, että kaikkien laitosten henkilökuntaan ei kuulunut ravitsemusterapeuttia, jolloin jonkin muun alan ammattilainen hoiti ravitsemusneuvonnan perustyönsä ohessa. Syy voi olla myös se, että osassa laitoksista ravitsemusneuvonnan toteuttaja ei kuulunut laitoksen henkilökuntaan, jolloin kyselyyn vastaamisen ei katsottu kuuluvan hänen tehtäviinsä.

Kysymyksiin olisi ehkä vastattu tarkemmin, jos ravitsemusneuvontaa koskeva kysely ja ruokapalveluja koskeva kysely olisi toteutettu erikseen. Tällöin vastaajaksi olisi saatu todennäköisesti nykyistä paremmin tutkimuksen aihealueen käytännössä tunteva henkilö. Kyselylomakkeet olisivat olleet myös nykyistä lyhyempiä, jolloin niiden täyttäminen olisi ollut vähemmän aikaa vievää.

On myös mahdollista, että laitoksen toiminnasta pyrittiin antamaan mieluummin hieman todellista parempi kuin todellista huonompi kuva, sillä Kela vastaa näiden kuntoutuskurssien järjestämisestä ja kustannuksista ja ohjeistaa kuntoutuksen toteutusta standardien avulla. Tämä lienee kuitenkin melko epätodennäköistä, sillä havaittuja epäkohtia tuotiin esiin varsin vapaasti.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TOIMENPIDESUOSITUKSET

Ravitsemuskuntoutuksen onnistumisen kannalta on olennaisen tärkeää, että kuntoutuslaitoksissa annettava ravitsemusneuvonta on yhdenmukaista ja perustuu voimassa oleviin ravitsemussuosituksiin.

Yhtä tärkeää on se, että laitoksissa tarjottava ruoka tukee annettua ravitsemusneuvontaa. Sen tulee täyttää terveelliselle aterialle annetut ravitsemuslaadun kriteerit ja olla samalla maistavaa. Ruokailutilanteiden tulisi olla kuntoutujille myönteisiä ja virkistäviä tapahtumia ja tarjota esimerkillinen malli siitä, että suositusten mukainen ruoka on ammattitaitoisesti valmistettuna myös maukasta. Tällöin se houkuttelee ja rohkaisee terveellisten ruokien valintaan myös kotioloissa kuntoutuksen jälkeen.

Hyvin toteutettuna ravitsemuskuntoutus tukee kuntoutujien ravitsemukseen liittyvien tavoitteiden saavuttamista sekä terveyttä ja työkykyä.

Tutkimus toi esiin useita ravitsemuskuntoutusta koskevia kehittämistarpeita.

*Kyselyyn vastanneiden* kommentteista nousivat esiin erityisesti seuraavat kehittämissuositukset:

- Kuntoutusta koskevien standardien tulisi olla niin joustavia, että kaikilla kuntoutujilla olisi mahdollisuus saada ryhmässä annetun neuvonnan lisäksi tarvittaessa myös yksilöllistä ravitsemusneuvontaa.
- Kuntoutuksen asiakaslähtöisyyttä tulisi lisätä siten, että kuntoutujilla on mahdollisuus saada riittävästi yksilöllistä tarvettaan vastaavaa ohjausta ja motivointia.
- Ravitsemusneuvonnalle tulisi varata enemmän aikaa. Yksi neuvontakerta on liian vähän, eikä se anna mahdollisuutta neuvonnan vaikutusten seurantaan.
- Ravitsemusneuvonnan ja ruokapalvelujen laatu ja suositustenmukaisuus tulisi varmistaa.
- Sellaisille kuntoutujaryhmille, joilla on ravitsemukseen liittyviä erityistarpeita, tulisi järjestää omia kuntoutuskursseja (esim. munuaissairaat diabeetikot ja ylipainoiset tule-oireiset kuntoutujat).

*Tutkimuksen tulosten* perusteella ravitsemuskuntoutusta on tarpeen kehittää seuraavasti:

- Kaikissa kuntoutuslaitoksissa tulisi olla ravitsemuskoulutuksen saanut ammattilainen (laillistettu ravitsemusterapeutti), joka antaa ravitsemusneuvontaa ja vastaa sen lisäksi myös muun laitoksessa annettavan ravitsemusneuvonnan toteutuksesta ja sisällöstä.
- Jos ravitsemusneuvontaa antavat muutkin terveydenhuollon ammattilaiset, ravitsemusterapeutin tehtäviin tulee sisältyä heidän koulutuksensa ravitsemusasioissa, jotta annettu neuvonta on yhdenmukaista ja perustuu voimassa oleviin ravitsemussuosituksiin.
- Ravitsemuskuntoutuksen laatua ja toteutustapaa on tarpeen kehittää erityisesti sydänpotilaiden kuntoutuskursseilla sekä ASLAK- ja TYK-kursseilla.

- Lautasmallin tulee olla esimerkkinä suositusten mukaisen aterian koostamisesta kaikissa kuntoutuslaitoksissa ainakin pääaterioilla.
- Yhteistyötä ravitsemusneuvontaa antavan henkilöstön ja ruokapalveluista vastaavan henkilöstön välillä tulee kehittää, jotta laitoksen ruokatarjonta tukisi parhaalla mahdollisella tavalla ravitsemusneuvontaa ja kuntoutumisen onnistumista.
- Kuntoutuslaitosten ruokapalveluissa tulisi käyttää enenevässä määrin vakioruokaohjeita ja ravinnonsaannin laskentaohjelmia sekä ottaa käyttöön suolamittari. Niiden avulla ruokien laatua voidaan seurata ja kehittää entistä paremmin suosituksia vastaavaksi.
- Ruokatarjontaa koskevia standardeja tulee kehittää siten, että laaditaan kuntoutuslaitosten ateria- ja välipalatarjonnan sisältöä ja ajoitusta koskevat, ravitsemussuosituksiin perustuvat laatuksiteerit.
- Kelan toteuttamaa kuntoutuspalvelujen auditointia tulisi laajentaa siten, että sen piiriin kuuluvat myös ravitsemusneuvonnan ja ruokapalvelujen toteutus ja laatu.
- Ravitsemuskuntoutuksen toteutusta ja sisältöä tulisi vastaisuudessa tutkia erityisesti niillä kuntoutuskursseilla, joihin osallistujilla vajaaravitsemuksen riski on tavanomaista suurempi (esim. suolistosairauksia potevien, eri tavoin vaikeavammaisten sekä ikääntyneiden kuntoutuskurssit).

## LÄHTEET

Arvanitakis M, Coppens P, Doughan L, Van Gossum A. Nutrition in care homes and home care. Recommendations. A summary based on the report approved by the Council of Europe. *Clin Nutr* 2009; 28: 492–496.

Autti-Rämö I, Vainiemi K, Sukula S, Louhenperä A. GAS-menetelmä. Käsikirja. Helsinki: Kela, 2010.

Baldwin C, Weekes CE. Dietary counselling with or without oral nutritional supplements in the management of malnourished patients. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Hum Nutr Diet* 2012; 25: 411–426.

Beck AM, Kjar S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge. A randomized controlled trial. *Clin Rehab* 2013; 27: 483–493.

Delahanty LM, Sonnenberg LM, Hayden D, Nathan DM. Clinical and cost outcomes of medical nutrition therapy for hypercholesterolemia. A controlled trial. *J Am Diet Assoc* 2001; 101: 1012–1023.

Diabetesliitto. Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008. Tampere: Diabetesliitto, 2008. Saatavissa: <<http://www.diabetes.fi/files/308/Ruokavaliosuositus.pdf>>. Viitattu 8.7.2014.

Diabetesliitto. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma Dehko 2000–2010. Tampere: Diabetesliitto, 2011. Saatavissa: <[http://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon\\_loppuraportti.pdf](http://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon_loppuraportti.pdf)>. Viitattu 8.7.2014.

Diabetesliitto. Ravitsemuspalvelujen järjestäminen ja laatukriteerit. Tampere: Diabetesliitto, 2011. Saatavissa: <<http://www.diabetes.fi/files/872/ravitsemist2011web.pdf>>. Viitattu 17.3.2014.

Elbaz M, Roncalli J. Cardiac rehabilitation provides favourable long-term dietary changes. Why not extend the educational programme? *Arch Cardiovasc Dis* 2009; 102: 85–87.

Foster GD, Wyatt HR, Hill JO ym. Weight and metabolic outcomes after 2 years on a low-carbohydrate versus low-fat diet. A randomized trial. *Ann Intern Med* 2010; 153 (3): 147–157.

Froger-Bompas C, Laviolle B, Guillo P ym. Sustained positive impact of a coronary rehabilitation programme on adherence to dietary recommendations. *Arch Cardiovasc Dis* 2009; 102 (2): 97–104.

Giannuzzi P, Temporelli PL, Marchioli R ym. Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction. Results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network. *Arch Intern Med* 2008; 168 (20): 2194–2204.

Haapakoski M. Ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa sekä psykologista ohjausta sisältävän laituskuntoutuksen vaikutus koettuun terveydentilaan, terveystyötyymiseen ja ilmoitettuun painonkehitykseen. Seurantatutkimus ylipainoisten TULE -sairaiden kuntoutuskursseista. Kuopio: Kuopion yliopisto, Julkaisuja D, Lääketiede 469, 2009.

Hakala P, Karppi SL, Marniemi J, Rastas M, Tikka J, Virta L. Effects of a rehabilitation course on body weight and composition in obese patients with musculoskeletal diseases. A twoyear followup study. 9th European Congress on Obesity 3.–6.6.1999, Milano. Poster. Abstract 540. *Int J Obes* 1999; 23 (suppl 5): S165.

Hakala P, Karppi SL, Marniemi J, Rastas M, Tikka J, Virta L. Long-term effects of a rehabilitation course on eating behaviour in obese subjects. 10th European Congress Obesity 24.–27.5.2000a, Antwerpen, Belgia. Poster. Abstract 340. *Int J Obes* 2000;24 (Suppl 1): S105.

Hakala P, Karppi S-L, Marniemi J, Rastas M, Tikka J, Virta L. Kuntoutuskursseille osallistuneiden liikapainoisten tule-oireisten henkilöiden kahden vuoden seuranta. Mitkä tekijät selittävät laihtumisen onnistumista? Tutkimusseminaari Kuntoutuksen ja sen vaikuttavuuden arviointi 21.–22.8.2000b. Helsinki: Kuntoutussäätiö. Abstrakti.

Hakala P, Karppi S-L, Marniemi J, Rastas M, Tikka J, Virta L. Effects of a rehabilitation course on perceived health in obese subjects. 12th European Congress on Obesity. Helsinki, Finland 29.5.–1.6.2003. Poster. (Abstract). *Int J Obes* 2003; 27 (suppl 1).

Hirvonen T, Männistö S, Roos E, Pietinen P. Increasing prevalence of underreporting does not necessarily distort dietary surveys. *Eur J Clin Nutr* 1997; 51: 297–301.

Hämäläinen H, Röberg M. Kokonaisvaltainen katse sydänkuntoutukseen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 88, 2007a.

Hämäläinen H, Röberg M. Sydänkuntoutus osana moniulotteista palveluketjua. *Suom Lääkäril* 2007b; 62 (41): 3771–3775.

Jacobsen R, Vadstrup E, Røder M, Frølich A. Predictors of effects of lifestyle intervention on diabetes mellitus type 2 patients. *Sci World J* 2012; 962951.

Julkunen J, Pietilä P, Gustavsson-Lilius M, Sala R, Sauliala T, Notkola V. Yli 60-vuotiaiden sepelvaltimotautia sairastavien avokuntoutuksen kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi (Sydän 60+). Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön tutkimuksia 85, 2012.

Kansanterveyslaitos. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2, 2008.

Kastarinen MJ, Puska PM, Korhonen MH ym. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care. A 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland. *J Hypertens* 2002; 20 (12): 2505–2512.

Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Yleinen osa. Päivitetty 15.12.2012. Helsinki: Kela. Saatavissa: <[http://www.kela.fi/documents/10180/157956/Yleinen+osa\\_paivitetty+versio.pdf/76c52504-34d8-4d87-8ffd-f2661426effe](http://www.kela.fi/documents/10180/157956/Yleinen+osa_paivitetty+versio.pdf/76c52504-34d8-4d87-8ffd-f2661426effe)>. Viitattu 8.7.2014.

Kelan kuntoutus 2014. Helsinki: Kela. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/kuntoutus>>. Viitattu 8.7.2014.

Kelan kuntoutustilasto 2011. Helsinki: Kela. Saatavissa: <[http://uudistuva.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Kunto\\_11\\_pdf/\\$File/Kunto\\_11.pdf](http://uudistuva.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Kunto_11_pdf/$File/Kunto_11.pdf)>. Viitattu 8.7.2014.

Kelan standardit. Helsinki: Kela. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/standardit>>. Viitattu 8.7.2014.

Kelan terminologinen sanasto. Terveysteen liittyvät käsitteet. Helsinki: Kela ja Sanastokeskus TSK, 2012, 2. laitos. Saatavissa: <[http://www.tsk.fi/tiedostot/pdf/Kelan\\_terminologinen\\_sanasto\\_2.pdf](http://www.tsk.fi/tiedostot/pdf/Kelan_terminologinen_sanasto_2.pdf)>. Viitattu 8.7.2014.

Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. Terveysteden edistämisen mahdollisuuksien arviointi. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki: Sosiaali- ja terveystministeriö, Julkaisuja 1, 2008.

Koikkalainen M. Ruokailutottumusten muuttamisen esteet sydänpotilailla. Kuopio: Kuopion yliopisto, Julkaisuja D, Lääketiede 262, 2001.

Koskinen S, Martelin T, Sainio P, Gould R. Työkykyyn vaikuttavat tekijät. Julkaisussa: Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S, toim. Työkyvyn ulottuvuudet. Terveyst 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kela, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, 2006.

Kurki M, Hemiö K, Lindström J, Jaakkola L. Ryhmämuotoinen elintapaohjaus meabolisen oireyhtymän hoidossa. Helsinki: Miina Sillanpään Säätiö, Miina Sillanpään Säätiön julkaisuja A:7, 2008.

Käypä hoito. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>>. Viitattu 8.7.2014.

Käypä hoito. Diabetes. Helsinki: Suomalaisen Lääkäri-seuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkäri-neuvoston asettama työryhmä, 2013a. Saatavissa: <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50056.pdf>>. Viitattu 8.7.2014.

Käypä hoito. Dyslipidemiat. Helsinki: Suomalaisen Lääkäri-seuran Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkäreiden Yhdistys ry:n asettama työryhmä, 2013b. Saatavissa: <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50025.pdf>>. Viitattu 8.7.2014.

Käypä hoito. Lihavuus (aikuiset). Helsinki: Suomalaisen Lääkäri-seuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä, 2013c. Saatavissa: <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi24010.pdf>>. Viitattu 8.7.2014.

Leslie WS, Hankey CR, Matthews D, Currall JE, Lean ME. A transferable programme of nutritional counselling for rehabilitation following myocardial infarction. A randomised controlled study. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58: 778–786.

Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M ym. Diet and lifestyle recommendations revision 2006. A scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation* 2006; 114 (1): 82–96.

Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M ym. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention. Follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006; 368 (9548): 1673–1679.

Lindström J, Peltonen M, Eriksson JG ym. Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years. Long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). *Diabetologia* 2013; 56 (2): 284–293.

Look AHEAD research group. Longterm effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus. Four-year results of the Look AHEAD trial. *Arch Intern Med* 2010; 170 (17): 1566–1575.

Lorefalt B, Wissing U, Unosson M. Smaller but energy and protein-enriched meals improve energy and nutrient intakes in elderly patients. *J Nutr Health Aging* 2005; 9 (4): 243–247.

Mattila R. Effectiveness of a multidisciplinary lifestyle intervention on hypertension, cardiovascular risk factors and musculoskeletal symptoms. Kuopio: Kuopion yliopisto, Julkaisuja D, Lääketiede 444, 2009.

Mattila R, Malmivaara A, Kastarinen M, Kivelä SL, Nissinen A. Effectiveness of multidisciplinary lifestyle intervention for hypertension. A randomised controlled trial. *J Hum Hypertens* 2003; 17 (3): 199–205.

Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev* 2009: CD003288.

Mustajoki P, Fogelholm M, Rissanen A, Uusitupa M, toim. Lihavuus – ongelma ja hoito. Helsinki: Duodecim, 2006.

Mäenpää H, Lehto M. Lihavuuteen liittyvät TULE-sairaudet ovat kasvaneet kansanterveysongelmaksi. *Suom Lääkäril* 2012; 67 (10): 747.

Männistö S, Laatikainen T, Vartiainen E. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimuksesta tiiviisti 4, 2012. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-792-9>>. Viitattu 8.7.2014.

Niedert KC. Position of the American Dietetic Association. Liberalization of the diet prescription improves quality of life for older adults in long-term care. *J Am Diet Assoc* 2005; 105: 1955–1965.

Nieuwenhuizen WF, Weenen H, Rigby P, Hetherington MM. Older adults and patients in need of nutritional support. Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. *Clin Nutr* 2010; 29 (2): 160–169.

Nordic Nutrition Recommendations 2013. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 2013. Saatavissa: <<http://www.slv.se/en-gb/Startpage-NNR/>>. Viitattu 8.7.2014.

Rastas M. Ravitsemusneuvonta Kelan kustantamalla kuntoutuskursseilla -kyselyn tuloksia. Abstrakti seminaarissa: Hyvinvointia ruoasta – ravitsemuskuntoutuksen teemapäivä. Turku: Kela, tutkimus- ja kehitysyksikkö, 12.11.1999.



Ravitsemusterapeutit julkisessa terveydenhuollossa. Helsinki: Ravitsemusterapeuttien yhdistys, 2014. Saatavissa: <<http://rty.fi/wp-content/uploads/2014/05/Rav-ter-resurssit-huhtikuu-2014-tk-esh-ostopalv.pdf>>. Viitattu 8.7.2014.

Rees K, Dyakova M, Ward K, Thorogood M, Brunner E. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 3:CD002128.

Robroek SJW, van der Berg TIJ, Plat JF, Burdorf A. The role of obesity and lifestyle behaviours in a productive workforce. *Occup Environ Med* 2010; 68 (2): 134–139.

Ruusunen A. Diet and depression. Kuopio: University of Eastern Finland, Dissertations in Health Sciences 185, 2013.

Sikand G, Kashyap ML, Wong ND, Hsu JC. Dietitian intervention improves lipid values and saves medication costs in men with combined hyperlipidemia and a history of niacin noncompliance. *J Am Diet Assoc* 2000; 100 (2): 218–224.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002–2012. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Julkaisuja 4, 2002. Saatavissa: <<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/uniapnea/uniapnea.pdf>>. Viitattu 8.7.2014.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Joukkoruokailun kehittäminen Suomessa. Joukkoruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän toimenpidesuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Selvityksiä 11, 2010. Saatavissa: <[http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1492345](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1492345)>. Viitattu 8.7.2014.

Sukula S. Hyvin laaditut tavoitteet ovat kuntoutuksen selkäranka. *Kuntoutus* 2013; (2): 41–46.

Suomen Sydänliitto. Ravinto sydänterveyden edistämiseksi. Helsinki: Suomen Sydänliitto, 2010. Saatavissa: <<http://verkkojulkaisu.viivamedia.fi/sydanliitto/suositukset>>. Viitattu 8.7.2014.

Suomen Tule. Kansallinen TULE-ohjelma 2008–2015. Helsinki: Suomen Tule, 2007. Saatavissa: <<http://www.suomentule.fi/KTO.pdf>>. Viitattu 8.7.2014.

Suominen MH. Nutrition and nutritional care of elderly people in Finnish nursing homes and hospitals. Helsinki: University of Helsinki, 2007.

Tuikkanen R, Rautiainen T. Ravintolan älykäs itsepalvelulinjasto auttaa ruokailijaa kokoamaan terveellisempiä aterioita. *Bolus* 2013; 19 (3): 20–21.

Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG ym. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344 (18): 1343–1350.

Twardella D, Merx H, Hahmann H, Wüsten B, Rothenbacher D, Brenner H. Long term adherence to dietary recommendations after inpatient rehabilitation. Prospective follow up study of patients with coronary heart disease. *Heart* 2006; 92 (5): 635–640.

Unick JL, Beavers D, Jakicic JM ym. Effectiveness of lifestyle interventions for individuals with severe obesity and type 2 diabetes. Results from the Look AHEAD trial. *Diabetes Care* 2011; 34 (10): 2152–2157.

Uusitupa M, Hermansen K, Savolainen MJ ym. Effects of an isocaloric healthy Nordic diet on insulin sensitivity, lipid profile and inflammation markers in metabolic syndrome. A randomized study (SYSDIET). *J Intern Med* 2013; 274 (1): 52–66.

Vadstrup ES, Frølich A, Perrild H, Borg E, Røder M. Effect of a group-based rehabilitation programme on glycaemic control and cardiovascular risk factors in type 2 diabetes patients. The Copenhagen Type 2 Diabetes Rehabilitation Project. *Patient Educ Couns* 2011a; 84 (2): 185–190.

Vadstrup ES, Frølich A, Perrild H, Borg E, Røder M. Health-related quality of life and self-related health in patients with type 2 diabetes. Effects of group-based rehabilitation versus individual counselling. *Health Qual Life Outcomes* 2011b; 9: 110.

Vadstrup ES, Frølich A, Perrild H, Borg E, Røder M. Lifestyle intervention for type 2 diabetes patients. Trial protocol of The Copenhagen Type 2 Diabetes Rehabilitation Project. *BMC Public Health* 2009; 9: 166.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Juomilla on väliä. Harkitse, mitä juot. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010a. Saatavissa: <[http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/vrnes\\_a4\\_290909\\_net.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/vrnes_a4_290909_net.pdf)>. Viitattu 8.7.2014.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveystieteisiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010b. Saatavissa: <[http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito\\_net\\_2.painos.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_net_2.painos.pdf)>. Viitattu 8.7.2014.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010c. Saatavissa: <<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>>. Viitattu 8.7.2014.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2014. Saatavissa: <[http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuositukset\\_2014\\_fi\\_web.2.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.2.pdf)>. Viitattu 8.7.2014.

Van Riper CL, Wallace LS. Position of the American Dietetic Association. Providing nutrition services for people with developmental disabilities and special health care needs. *J Am Diet Assoc* 2010; 110 (2): 296–307.

Väättäin R, toim. Ravitsemusalan sanasto. Helsinki: Otava, 1977.

Zizza CA, Arsiwalla DD, Ellison KJ. Contribution of snacking to older adults' vitamin, carotenoid, and mineral intakes. *J Am Diet Assoc* 2010; 110 (5): 768–772.

Østbye T, Dement JM, Krause KM. Obesity and workers' compensation. Results from the Duke health and safety surveillance system. *Arch Intern Med* 2007; 167 (8): 766–773.

## Liitetaulukot

**Liitetaulukko 1.** Tutkimuksen erityiskohteena olleiden sairausryhmäkohtaisten laitosmuotoisten kuntoutuksurssien rakennetta ja ravitsemusneuvontahenkilöstön roolia kurssilla koskevat vuonna 2011 voimassa olleet ja nykyisin (vuodesta 2013 eteenpäin) voimassa olevat standardit.

	Tules-kurssit		Uniapneaa sairastavien kurssit				Tyypin 2 diabetesta sairastavien aikuisten kurssit		MBO:ta sairastavien aikuisten kurssit		MBO:ta ja tyypin 2 diabetesta sairastavien aikuisten kurssit		Sydänsairauksia sairastavien aikuisten kurssit	
	Yli-painoisille	Selkä-, niskaja nivel-oireisille	2008–2011	2012–2015	2009–2012	2013–2016	2009–2012	2009–2012	2009–2012	2013–2016	2009–2012	2013–2016	2009–2012	2013–2016
						Vähintään 3		3	16 (6 + 5 + 5 tai 10 + 3 + 3)	3	15 (5 + 5 + 5, jaksojen pituus > 3 vrk)	2–3	14 (9 + 5 tai 5 + 5 + 4)	15 (5 + 5 + 5, jaksojen pituus > 3 vrk)
Kurssijaksojen lukumäärä	2–3	3–4			2–4	Vähintään 3	2	3	3	3	2–3	2–3	2–3	Vähintään 3
Kurssipäivien määrä, vrk	17 (12 + 5 tai 5 + 12 tai 4 + 9 + 4 tai 9 + 4 + 4)	15 (esim. 5 + 5 + 5)	17 (12 + 5 tai 10 + 4 + 3 tai 5 + 5 + 4 + 3)	15 (5 + 5 + 5, jaksojen pituus > 3 vrk)	17 (12 + 5 tai 10 + 4 + 3 tai 5 + 5 + 4 + 3)	15 (5 + 5 + 5, jaksojen pituus > 3 vrk)	14 (9 + 5)	16 (6 + 5 + 5 tai 10 + 3 + 3)	15 (5 + 5 + 5, jaksojen pituus > 3 vrk)	15 (5 + 5 + 5, jaksojen pituus > 3 vrk)	14 (9 + 5 tai 5 + 5 + 4)	15 (5 + 5 + 5, jaksojen pituus > 3 vrk)	15 (5 + 5 + 5, jaksojen pituus > 3 vrk)	15 (5 + 5 + 5, jaksojen pituus > 3 vrk)
Kurssin kokonaiskesto	12–15 kk	12 kk	6–9 kk	12 kk	10 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>	n. 6 kk	n. 12 kk	12 kk	12 kk	9–11 kk	10 <sup>a</sup>	12 kk	12 kk
Ryhmän enimmäiskoko, henkilöä	8–10	10	10 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>	12 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>	10 <sup>b</sup>	10 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
Ravitsemusterapeutti moniammatillisen työryhmän jäsen	Kyllä <sup>c</sup>	Ei	Kyllä <sup>c</sup>	Kyllä <sup>c</sup>	Kyllä <sup>c</sup>	Kyllä <sup>c</sup>	Kyllä <sup>c</sup>	Kyllä <sup>c</sup>	Kyllä <sup>d</sup>	Kyllä <sup>c</sup>	Kyllä <sup>c</sup>	Kyllä <sup>c</sup>	Kyllä <sup>c</sup>	Kyllä <sup>c</sup>
Ravitsemusterapeutti erityistyöntekijä	Ei	Kyllä (pakollinen)	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei
Kurssin toteutukseen voi osallistua myös ravitsemusneuvoja	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Ravitsemusterapeutin osuus ohjelmassa	Ei ohjeistettu	Ei ohjeistettu	Ei ohjeistettu	Vähintään 10 tuntia	Ei ohjeistettu	Ei ohjeistettu	Ei ohjeistettu	Ei ohjeistettu	Ei ohjeistettu	Ei ohjeistettu	Ei ohjeistettu	Ei ohjeistettu	Ei ohjeistettu	Vähintään 10 tuntia

<sup>a</sup> Kuntoutujan omainen tai läheinen voi osallistua kurssille 2 vrk:n ajan.

<sup>b</sup> Kuntoutujan omainen tai läheinen voi osallistua kurssille 4 vrk:n ajan (2 + 2 vrk).

<sup>c</sup> Ravitsemusterapeutti voi toimia ryhmäohjaajana.

<sup>d</sup> Ravitsemusterapeutti voi toimia ryhmäohjaajana ja/tai kuntoutujan ja omaisten omaohjaajana.

**Liitetaulukko 2.** ASLAK- ja TYK-kurssien rakennetta ja ravitsemusneuvontahenkilöstön roolia kurssilla koskevat vuonna 2011 voimassa olleet ja nykyisin (vuodesta 2013 eteenpäin) voimassa olevat standardit.

	ASLAK-kurssit <sup>a</sup>		TYK-kurssit	
	Voimassaolokausi			
	2008–2011	2012–2015	2008–2011	2012–2015
Kurssijaksojen lukumäärä	3–4	Lyhytkestoinen 3–4, pitkäkestoinen 3–7 (+ työpaikkakäynti tarvittaessa)	3–5	1–2 selvitysjaksoa + 3–4 valmennusjaksoa + (+ 1–2 työpaikkakäyntiä tarvittaessa)
Kurssipäivien määrä, vrk	15–21 vrk (esim. 5 + 11 + 5 tai 5 + 5 + 5 + 5) ja 1 yhteistyöpäivä	Lyhytkestoinen 10–12 vrk (esim. 3 + 5 + 4), pitkäkestoinen 20–22 vrk (esim. 5 + 5 + 5 + 5)	30–31 vrk (esim. 10 + 6 + 5 + 10) ja 1–2 yhteistyöpäivää	30–33 vrk (selvitysjakso 11–12 vrk, valmennusjaksot 18–19 vrk) ja 1–2 yhteistyöpäivää
Kurssin kokonaiskesto	n. 12 kk	Lyhytkestoinen 8 kk, pitkäkestoinen noin 12 kk	1–2 vuotta	2 vuotta
Ryhmän koko, henkilöä	8–10	8–10	6–8	6–8
Ravitsemusterapeutti ammatillisen työryhmän jäsenenä	Ei	Ei	Ei	Ei
Ravitsemusterapeutti erityistyöntekijänä <sup>b</sup>	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Kurssin toteutukseen voi osallistua myös ravitsemusneuvoja	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Ravitsemusterapeutin osuus, tunteja	Ei ohjeistettu	Ei ohjeistettu	Ei ohjeistettu	Ei ohjeistettu

<sup>a</sup>Kurssi voi olla lyhyt- tai pitkäkestoinen.

<sup>b</sup>Tarve arvioidaan kuntoutujaryhmän tarpeiden perusteella.

**Liitetaulukko 3. Tules-oireisten ja uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssien ravitsemusneuvontaa koskevat vuonna 2011 voimassa olleet ja nykyisin (vuodesta 2013 eteenpäin) voimassa olevat standardit.**

Kurssin vaihe/ neuvonta	Tules-kurssit		Uniapneaa sairastavien kurssit	
	Ylipainoisille 2008–2011	Työelämässä oleville selkä-, niska- ja niveloireisille 2012–2015	Voimassaoloaika 2009–2012	2013–2016
Alkujako	Ennakokyselyssä kurssilaisille lähetetään ruokapäiväkirja. Ravitsemusterapeutti haastattelee kuntoutujan. Haastattelussa tehdään kartoitus nykytilanteesta ja laaditaan painonhallintaa koskeva kuntoutustavoite.	Ravitsemusterapeutti haastattelee yksilöllisesti kuntoutujan.	Kurssilaiset pitävät ruokapäiväkirja ennen kurssin alkua 3–4 päivän ajan. Ravitsemusterapeutti haastattelee ja ohjaa kuntoutujaa.	Ruokapäiväkirja (RPK) ennen kurssin alkua 3–4 päivän ajan. Ravitsemusterapeutti käy kuntoutujan kanssa läpi RPK:n ja antaa siltä palautteen. Kaksi moniammatillisen työryhmän jäsentä (toinen voi olla ravitsemusterapeutti) haastattelevat yhdessä kuntoutujan ja tekevät tarvittavat arviot.
Ravitsemusneuvonnan sisältö	<p>Kuntoutujalle annetaan tietoa ja ohjausta terveelliseen ravintoon ja viipainon hallintaan liittyvistä asioista huomioiden lisäksi tule-sairauden aiheuttamat rajoitteet.</p> <p>Aiheet liittyvät mm. seuraaviin asioihin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>opastus terveelliseen ravintoon ja hyvän ravinnon perusteisiin</li> <li>eritystarpeiden huomiointi ruokavaliossa</li> <li>ylipainoon liittyvien sairauksien ehkäisy</li> <li>tietoa lääkkeiden vaikutuksista painonhallintaan</li> <li>ravintoon ja painonhallintaan liittyvät harjoitteet</li> <li>ruokapäiväkirjan pitäminen kaupassa käyminen ja aterian valmistaminen ja ruokailu yhdessä.</li> </ul>	<p>Kuntoutuja saa tietoa ja ohjausta terveelliseen ravintoon ja painonhallintaan liittyvistä asioista. Ohjauksessa huomioidaan lisäksi tule-sairauden aiheuttamat rajoitteet.</p> <p>Neuvonnassa on hyvä ottaa huomioon Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuosituksia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 2014.)</p> <p>Ohjauksessa käsiteltäviä aiheita ovat seuraavat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>painonhallinnan keskeisiä periaatteita</li> <li>terveyttä edistävän ruokavalion koostumus (ravintokuidun määrä, rasvan määrä ja laatu, suola, alkoholi ym.)</li> <li>ruokavalion toteutus käytännössä (ruokien valinta ja valmistus, aterioiden koostaminen, annoskoot, ruokailurytmi ym.)</li> <li>tule-sairauteen liittyvän luuston haurastumisen riskin tunnistaminen ja tarvittavat tukihoidot</li> <li>erityiskysymyksiin vastaaminen tarpeen ja ajankohtaisuuden mukaan, tarvittaessa mahdollisuus yksilölliseen neuvontaan.</li> </ul>	<p>Neuvonnassa käsitellään erityisesti seuraavia aiheita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ruokavalion merkitys terveydelle, erityisesti sydänsairauksien ehkäisyyn ja hoidon kannalta</li> <li>terveyttä edistävän ruokavalion koostumus (ravintokuidun määrä, rasvan määrä ja laatu ym.)</li> <li>ruokavalion toteutus käytännössä (ruokien valinta ja valmistus, aterioiden koostaminen, annoskoot, ruokailurytmi ym.)</li> <li>erityiskysymyksiin vastaaminen tarpeen ja ajankohtaisuuden mukaan (erilaiset dieetit, glykemiat indeksi ym.)</li> </ul> <p>Ruokapäiväkirjan perustuu muutostarpeiden kartoitus, muutoksissa opastus ja niiden seuranta yhdellä välillä.</p>	<p>Kuntoutujan ja tämän omaisen/läheisen kanssa tutustutaan terveelliseen ravintoon ja laihduttukseen sekä painonhallintaan liittyviin asioihin.</p> <p>Asiakokonaaisuuteen kuuluu esimerkiksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>terveellisen ja hyvän ravinnon perusteet sekä merkitys omalle hyvinvoinnille</li> <li>päivittäisten aterioiden ja välipalojen suunnittelu ja toteuttaminen</li> <li>erityistarpeiden huomiointi ruokavaliossa</li> <li>ruokavalion merkitys terveydelle, erityisesti diabeteksen ja siihen liittyvien sairauksien ehkäisyyn ja hoidon kannalta</li> <li>terveyttä ja painonhallintaa edistävän ruokavalion koostumus (ravintokuidun määrä, rasvan määrä ja laatu ym.)</li> <li>ruokavalion toteutus käytännössä (ruokien valinta ja valmistus, aterioiden koostaminen, annoskoot, ruokailurytmi ym.)</li> <li>erityiskysymykset tarpeen ja ajankohtaisuuden mukaan (erilaiset dieetit, glykemiat indeksi ym.)</li> <li>ruokapäiväkirjan perustuu muutostarpeiden kartoitus, muutoksissa opastus ja niiden seuranta yhdellä välillä.</li> </ul> <p>Neuvonnassa on hyvä ottaa huomioon Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ohjeistus. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 2014.)</p>

Liitetaulukko 3 jatkuu.

*Liitetaulukko 3 jatkuu.*

Välitehtävät	Elämäntapamuutosten arviointi Kuntoutuajat pitävät kirjaa ruokatu- tumuksistaan (ruokapäiväkirja) ja painostaan. Kuntoutujaalle ane- taan ravitsemusohjeet kirjallisena.	Yksilöllisen tarpeen mukaan: Elämäntapamuutosten työstäminen ja itsearviointi. Ruokapäiväkirjan pitämi- nen ja painonseurannan kirjaaminen.	Ruokapäiväkirjan pitäminen ja painotietojen kirjaaminen.	Ruokapäiväkirjan pitäminen ja tavoitteiden mukainen laihutus. Laihuttamisen ja painonhallinnan konkreettiset tavoitteet kuntoutusjaksojen välillä.
Keskimäinen kurssijakso (tai jaksot)	Ravitsemusterapeutti tapaa kuntoutujan yksilöllisesti kullakin välilläksolla.	Ravitsemusterapeutti haastattelee tai tapaa kuntoutujan yksilöllisesti (yksilöllisen tarpeen mukaan).	Yksi työryhmän jäsenistä (voi olla ravitsemusterapeutti) haastattelee yksilöllisesti kuntoutujan.	Fysioterapeutti tai ravitsemusterapeutti arvioi haastattele- malla kuntoutujan arjessa selviämistä.
Päätösjakso	Ravitsemusterapeutin yksilöllinen tapaaminen.	Ravitsemusterapeutti haastattelee tai tapaa kuntoutujan yksilöllisesti (yksilöllisen tarpeen mukaan).	Psykologin, sosiaalityöntekijän tai ravitsemusterapeutin kanssa käy- tävä yksilö- tai ryhmäkeskustelu.	Erikoislääkäri haastattelee yhdessä fysioterapeutin tai ravit- semusterapeutin kanssa kuntoutujan ja arvioi kuntoutujan arjessa selviämistä.

**Liitetaulukko 4. Tyypin 2 diabetesta ja MBO:ta sairastavien laitosmuotoisten kuntoutuskurssien ravitsemusneuvontaa koskevat vuonna 2011 voimassa olleet ja nykyisin (vuodesta 2013 eteenpäin) voimassa olevat standardit.**

Kurssin vaihe/ neuvonta	Tyypin 2 diabetesta sairastavien aikuisten kurssit			MBO:ta ja tyypin 2 diabetesta sairastavien aikuisten kurssit (yhdistetty standardi) <sup>a</sup>
	2008–2011	2009–2012	Voimassaoloaika	
Alkuvaihe/ 1. jakso	Psykologi tai ravitsemusterapeutti haastattelee kuntoutujan.	Ennakkokyselyssä mukana ravitsemustottumuskyseily. Ennakkotehtävänä ruokapäiväkirjan pitäminen ja painotietojen kirjaaminen (3–4 päivän ajan). Ravitsemusterapeutti haastattelee kuntoutujan.	2013–2016	Kurssilaiset pitävät ruokapäiväkirjaa ennen kurssin alkua 3–4 päivän ajan. Kaksi moniammatillisen työryhmän jäsentä (toinen voi olla ravitsemusterapeutti) haastattelevat erikseen kuntoutujan ja tekevät tarvittavat anviot.
Ravitsemusneuvonnan sisältö	Kuntoutujalle annetaan tietoa ja ohjausta terveelliseen ravintoon ja painonhallintaan liittyvistä asioista huomioiden sairauden aiheuttamat rajoitteet.	Kuntoutujalle annetaan tietoa ja ohjausta terveelliseen ravintoon ja painonhallintaan liittyvistä asioista huomioiden sairauden aiheuttamat rajoitteet.		Kuntoutujan ja hänen omaisensa tai läheisensä kanssa tutustutaan terveelliseen ja painonhallintaa edistävään ravintoon.
	Neuvonnassa käsitellään erityisesti seuraavia aiheita: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ruokavalion merkitys terveydelle, erityisesti diabeteksen ja siihen liittyvien sairauksien ehkäisyyn ja hoidon kannalta</li> <li>– terveystietoa ja painonhallintaa edistävien ruokavalion koostumus (ravintokuidun määrä ja laatu ym.)</li> <li>– ruokavalion toteutus käytännössä (ruokien valinta ja valmistus, aterioiden koostaminen, annoskoot, ruokailurytmi ym.)</li> <li>– ruokailun ja lääkehoidon yhteensovittaminen</li> <li>– erityisyksymyksiin vastaaminen tarpeen ja ajankohtaisuuden mukaan (erilaiset dieetit, glykemialindeksi ym.).</li> </ul>	Neuvonnassa käsitellään erityisesti seuraavia aiheita: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ruokavalion merkitys terveydelle, erityisesti metabolisen oireyhtymän ja siihen liittyvien sairauksien ehkäisyyn ja hoidon kannalta</li> <li>– terveystietoa ja painonhallintaa edistävien ruokavalion koostumus (ravintokuidun määrä ja laatu ym.)</li> <li>– ruokavalion toteutus käytännössä (ruokien valinta ja valmistus, aterioiden koostaminen, annoskoot, ruokailurytmi ym.)</li> <li>– erityisyksymyksiin vastaaminen tarpeen ja ajankohtaisuuden mukaan (erilaiset dieetit, glykemialindeksi ym.).</li> </ul>	Asiakokonaisuuteen kuuluu esimerkiksi: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ruokavalion merkitys terveydelle, erityisesti diabeteksen, siihen liittyvien sairauksien ehkäisyyn ja hoidon sekä oman hyvinvoinnin kannalta</li> <li>– päivittäisten aterioiden ja välipalojen suunnittelu ja toteutus</li> <li>– painoa alentavan ruokavalion toteutusta käytännössä (henkilökunnan edustaja mukana ruokailutilanteissa)</li> <li>– erityistarpeiden huomioiminen ruokavaliossa</li> <li>– terveystietoa ja painonhallintaa edistävien ruokavalion koostumus (ravintokuidun määrä ja laatu ym.)</li> <li>– ruokavalion toteutus arjessa (ruokien valinta ja valmistus, aterioiden koostaminen, annoskoot, ruokailurytmi ym.)</li> <li>– ruokailun ja lääkehoidon yhteensovittaminen</li> <li>– erityisyksymykset tarpeen ja ajankohtaisuuden mukaan (erilaiset dieetit, glykemialindeksi ym.)</li> <li>– ruokapäiväkirjaan perustuva muutostarpeiden kartoitus, muutoksissa opastus ja niiden seuranta.</li> </ul>	
	Neuvonnassa käsitellään erityisesti seuraavia aiheita: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ruokavalion merkitys terveydelle, erityisesti diabeteksen ja siihen liittyvien sairauksien ehkäisyyn ja hoidon kannalta</li> <li>– terveystietoa ja painonhallintaa edistävien ruokavalion koostumus (ravintokuidun määrä ja laatu ym.)</li> <li>– ruokavalion toteutus käytännössä (ruokien valinta ja valmistus, aterioiden koostaminen, annoskoot, ruokailurytmi ym.)</li> <li>– ruokailun ja lääkehoidon yhteensovittaminen</li> <li>– erityisyksymyksiin vastaaminen tarpeen ja ajankohtaisuuden mukaan (erilaiset dieetit, glykemialindeksi ym.).</li> </ul>	Ruokapäiväkirjaan perustuva muutostarpeiden kartoitus, muutoksissa opastus ja niiden seuranta.		Ravitsemusneuvonnassa on hyvä ottaa huomioon Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ohjeistus <sup>b</sup> . Lisäksi voidaan käyttää Diabeetikon ruokavaliosuosituksia (2008) <sup>c</sup> .
Välitteävät	Elämäntapamuutosten arviointi. Ruokapäiväkirjan pitäminen.	Elämäntapamuutosten arviointi. Ruokapäiväkirjan pitäminen ja painotietojen kirjaaminen.		Jaksolla aloitettujen elämäntapamuutosten soveltaminen arkeen ja itsearviointi. Ruokapäiväkirjan pitäminen ja tavoitteiden mukainen painonhallinta sekä sen tuloksellisuuden seuranta.

*Liitetaulukko 4 jatkuu.*

## Liitetaulukko 4 jatkuu.

Keskimmäinen jakso (tai jaksot)	Ravitsemusterapeutin tapaaminen yksilöllisen tarpeen mukaan.	Ravitsemusterapeutin tapaaminen yksilöllisen tarpeen mukaan.	Ravitsemusterapeutin haastatteluja ja tapaamisia yksilöllisen tarpeen mukaan.
Päättöjakso	Ravitsemusterapeutin kanssa käytävä yksilö- tai ryhmäkeskustelu.	Ravitsemusterapeutin yksilö- tai ryhmäkeskustelu.	Ravitsemusterapeutin haastatteluja ja tapaamisia yksilöllisen tarpeen mukaan.
Muuta	Laitoksen tulee täyttää DEHKOssa (Suomen kansallinen diabetesohjelma) kehitetty ravitsemuspalvelujen järjestäminen ja laatuksikriteerit.	Laitoksen tulee täyttää DEHKOssa (Suomen kansallinen diabetesohjelma) kehitetty ravitsemuspalvelujen järjestäminen ja laatuksikriteerit.	

<sup>a</sup> Haastattelujen, tapaamisten ja loppukeskustelujen keskimääräinen kesto noin 60 minuuttia.

<sup>b</sup> [www.ravitsemusneuvottelukunta.fi](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi)

<sup>c</sup> [www.diabetes.fi](http://www.diabetes.fi).



**Liitetaulukko 5.** Sydänsairauksia sairastavien aikuisten laitospuotoisten kuntoutuskurssien ravitsemusneuvontaa koskevat vuonna 2011 voimassa olleet ja nykyisin (v. 2013) voimassa olevat standardit.

Kurssin vaihe/ neuvonta	Sydänsairauksia sairastavien aikuisten kurssit	
	Voimassaolokausi	
	2009–2012	2013–2016
Alkuvaihe	Lääkäri määrittelee ravitsemusterapeutin konsultaation tarpeen kuntoutujasta saatujen esitietojen perusteella.	Kaksi moniammatillisen työryhmän jäsentä (toinen voi olla ravitsemusterapeutti) haastattelevat kuntoutujan ja tekevät tarvittavat arviot.
Ravitsemusneuvonnan sisältö	<p>Kuntoutujalle annetaan tietoa ja ohjausta terveelliseen ravintoon ja painonhallintaan liittyvistä asioista huomioiden sairauden aiheuttamat rajoitteet.</p> <p>Neuvonnassa käsitellään erityisesti seuraavia aiheita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ruokavalion merkitys terveydelle, erityisesti sydänsairauksien ehkäisyyn ja hoidon kannalta</li> <li>– terveyttä ja painonhallintaa edistävän ruokavalion koostumus (ravintokuidun merkitys, rasvan määrä ja laatu, suola, alkoholi ym.)</li> <li>– ruokavalion toteutus käytännössä (ruokien valinta ja valmistus, aterioiden koostaminen, annoskoot, ruokailurytmi ym.)</li> <li>– erityiskysymyksiin vastaaminen tarpeen ja ajankohtaisuuden mukaan (erilaiset dieetit, glykemia-indeksi ym.).</li> </ul>	<p>Kuntoutujan ja omaisen tai läheisen kanssa tutustutaan terveelliseen ravintoon ja painonhallintaan liittyviin asioihin.</p> <p>Asiakokonaisuuteen kuuluu esimerkiksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– terveellisen ja hyvän ravinnon perusteet sekä merkitys omalle hyvinvoinnille, kasvuille ja kehitykselle</li> <li>– päivittäisten aterioiden ja välipalojen suunnitteleminen ja toteuttaminen</li> <li>– ruokailun ja lääkityksen yhteensovittaminen</li> <li>– erityiskysymykset tarpeen ja ajankohtaisuuden mukaan (erilaiset dieetit, glykemia-indeksi ym.)</li> <li>– ruokapäiväkirjaan perustuva muutostarpeiden kartoitus, muutoksissa opastus ja niiden seuranta.</li> </ul> <p>Ravitsemusneuvonnassa on hyvä ottaa huomioon Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ohjeistus. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 2014.)</p>
Välitehtävät	Tarvittaessa ruokapäiväkirja.	Jaksolla aloitettujen elintapamuutosten työstäminen ja itsearviointi.
Keskimmäisen jakso	Ravitsemusterapeutin tapaaminen yksilöllisen tarpeen mukaan.	Fysioterapeutti tai psykologi tai ravitsemusterapeutti arvioi haastatteleamalla kuntoutujan arjessa selviytymistä.
Päätös vaihe		Lääkäri ja yksi moniammatillisen työryhmän jäsen (esim. ravitsemusterapeutti) haastattelevat yhdessä kuntoutujan. Lisäksi muut ryhmän jäsenet (esim. ravitsemusterapeutti) tekevät haastatteluja yksilöllisen tarpeen mukaan.

Liitetaulukko 6. ASLAK- ja TYK-kuntoutuskurssien ravitsemusneuvontaan liittyvät vuonna 2011 voimassa olleet ja nykyisin (v. 2013) voimassa olevat standardit.

Kursin vaihe/ neuvonta	ASLAK-kurssit		TYK-kurssit	
	Voimassaolokausi			
	2008–2011	2012–2015	2008–2011	2012–2015
Alkujakso	-	Eriytyöntekijän haastattelu (esim. ravitsemusterapeutti) yksilöllisen tarpeen perusteella.	-	Tarvittaessa erityisryöntekijät (esim. ravitsemusterapeutti) haastattelevat kuntoutujan.
Ravitsemusneuvonnan sisältö	<b>Terveys- ja ravitsemusneuvonta</b> Terveysneuvonta sisältää yleistä terveyden edistämiseen tähtävää ohjausta ja ravitsemusneuvontaa sekä ohjausta terveyden elämäntapojen ja itsehoidon omaksumiseen.	<b>Terveys- ja ravitsemustieto</b> Sisältää yleistä terveyden edistämiseen suuntaavaa ohjausta ja terveyttä tukevien elämäntapojen omaksumista. Kuntoutujaa kannustetaan oman terveyden edistämiseen ja ohjataan itse oivaltamaan terveydentilansa ja siihen liittyvät muutostarpeet. Kurssilla lisätään ravintotietoutta ja korostetaan itsehoidon tärkeyttä. Lisäksi painotetaan tasapainoisen ja kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tärkeyttä. Ryhmäkeskusteluissa tai -työskentelyissä jaetaan kokemuksia ja haetaan uusia ideoita kuntoutujan oman hyvinvoinnin lisäämiseksi.	<b>Terveys- ja ravitsemusneuvonta</b> Terveysneuvonta sisältää yleistä terveyden edistämiseen tähtävää ohjausta ja ravitsemusneuvontaa sekä ohjausta terveyden elämäntapojen ja itsehoidon omaksumiseen.	<b>Ravitsemusneuvonta</b> Sisältää yleistä tietoa ja ohjausta ravinnon merkityksestä terveydelle. Kuntoutujaa motivoidaan edistämään omaa terveyttään ja lisäksi häntä ohjataan tekemään tarvittavia muutoksia elämäntavoissaan. Kuntoutujia motivoidaan työkyvyn ylläpitämistä ja parantamista tukeviin ruokavaliomuuksiin.
Välitehtävät	Työstetään terveyteen ja elämäntapoihin liittyviä asioita.	Voi liittyä terveyteen ja elintapojen muutoksiin.	Voi liittyä elämäntapojen tarpeen arviointeihin.	Voi liittyä terveyteen ja elintapojen muutoksiin.
Keskimmäinen jakso(t)	-	Ryhmässä pyritään kannustamaan, tukemaan sekä motivoimaan kuntoutujaa pitämään huolta omasta terveydestään ja työkyvystään.	-	-
Päätesjakso	-	Eriytyöntekijöiden (esim. RT) haastattelu yksilöllisen tarpeen perusteella.	-	Tarvittaessa erityisryöntekijät (esim. RT) haastattelevat ja tekevät lopputkimukset.

**Liitetaulukko 7.** Tutkimuksen erityiskohteena olleiden kuntoutuskurssien yleisiä tavoitteita ja mittareita koskevat nykyisin voimassa olevat (vuodesta 2013 eteenpäin) standardit, jotka liittyvät ravitsemuskuntoutukseen<sup>a</sup>.

Kurssit	Yleiset terveyteen ja ravitsemukseen liittyvät tavoitteet <sup>b</sup>	Mittarit <sup>c</sup>
Tules-kurssit selkä-, niska- ja niveloireisille.	Kuntoutuksen ja terveiden elintapojen merkityksen ymmärtäminen.	Painoindeksi (BMI) ja vyötärön ympäryksen mittaus alku- ja päätösjaksolla. <sup>d</sup>
Uniapneaa sairastavien kurssit	Terveiden elämäntapojen omaksuminen. Motivaation vahvistaminen itsensä hoitamiseen esim. laihduttamiseen.	Painoindeksi (BMI), vyötärön ympärysmitta, kaulan ympärysmitta.
Tyypin 2 diabetesta ja MBO:ta sairastavien kurssit	Elämäntapamuutoksen aikaansaaminen. Painonpudotustavoitteen saavuttaminen (puolen vuoden aikana) sekä jatkosuunnitelma saavutetun painon ylläpitämiseksi.	Painoindeksi (BMI), vyötärön ympärysmitta.
Sydänsairauksia sairastavien kurssit	Terveiden elämäntapojen ja itsehoito-ohjelmien omaksuminen.	Painoindeksi (BMI).
ASLAK-kurssit	Terveyden edistäminen ja siihen liittyvän neuvonnan ja ohjauksen hyödyntäminen.	Ei ravitsemukseen liittyvää mittaria.
TYK-kurssit	Edistää terveyttä ja neuvoa sen ylläpitämisessä.	Ei ravitsemukseen liittyvää mittaria.

<sup>a</sup> Nämä tavoitteet ja mittarit eivät poikkea juuri lainkaan vuonna 2011 voimassa olleiden standardien tavoitteista ja mittareista.

<sup>b</sup> Lisäksi kaikilla kurseilla asetetaan kuntoutujien omia yksilöllisiä tavoitteita, joiden mittaamisessa käytetään tavoitelomaketta (GAS-menetelmä). Nämä tavoitteet voivat liittyä myös ravitsemukseen, kuten ruoka- ja syömistottumuksiin, ja/tai painonhallintaan.

<sup>c</sup> Pakollisten mittaus- ja arviointimenetelmien lisäksi palveluntuottaja voi käyttää muita soveltuvia arviointimittareita, kyselyjä ja testejä kuntoutujan yksilöllisen tarpeen mukaan.

<sup>d</sup> Jos tavoitteena on painonpudotus, mittaukset tehdään jokaisella kurssijaksolla.

## LIITE 1. Kyselylomake

### Kysely ravitsemuskuntoutuksesta

Ravitsemuskuntoutuksella tarkoitetaan tässä kyselyssä kuntoutujille annettua ravitsemusneuvontaa sekä laitosten ruokatarjontaa. Tutkimuksen tulokset tullaan käsittelemään ja julkaisemaan täysin luottamuksellisesti siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäisten kuntoutuslaitosten vastauksia.

Kysely koostuu kolmesta osiosta

- Osio I. Yleistietoa ravitsemusneuvonnasta (nykytilanne)
- Osio II. Kuntoutuslaitoksen ateriatarjonta (nykytilanne)
- Osio III. Ravitsemusneuvonta eri kuntoutuskursseilla (tietyt vuoden 2011 kurssit)

Vastaa kysymyksiin valitsemalla sopivin vaihtoehto (tai vaihtoehdot) ja/tai kirjoittamalla vastaukset avoimiin kysymyksiin.

Voit tarvittaessa keskeyttää vastaamisen ja jatkaa vastaamista myöhemmin käyttämällä lomakkeen alareunassa olevaa toimintoa.

Kuntoutuslaitoksen  
nimi

Lomakkeen  
täyttäjän  
ammattinimike

**Kuinka kauan olet työskennellyt kyselyn kohteena olevassa kuntoutuslaitoksessa?**  
(Anna vastaus vuosina, esim. 6,5)

\_\_\_\_\_

**Kuinka kauan olet työskennellyt ravitsemuskuntoutukseen liittyvien tehtävien parissa?**  
(Anna vastaus vuosina, esim. 6,5)

\_\_\_\_\_

Osio I. Yleistietoa ravitsemusneuvonnasta (nykytilanne)

#### 1. Annetaaneko laitoksenne kuntoutuskursseilla ravitsemusneuvontaa?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

#### 2. Kuka laitoksesanne vastaa ravitsemusneuvonnan pääperiaatteista?

- Fysioterapeutti
- Lääkäri
- Sairaanhoidaja
- Terveystenhoitaja
- Toimintaterapeutti
- Ruokahuoltopäällikkö/emäntä
- Kukaan vastaa omalta osaltaan (yhteistä vastuuhenkilöä ei ole sovittu)
- En osaa sanoa
- Ravitsemusneuvoja, mikä koulutus? \_\_\_\_\_
- Ravitsemusterapeutti, mikä koulutus? \_\_\_\_\_
- Joku muu, mikä koulutus? \_\_\_\_\_

**3. Antavatko seuraaviin ammattiryhmiin kuuluvat henkilöt ravitsemusneuvontaa laitoksessanne?**  
(*Esim. pitävät ravitsemusaiheisia luentoja jaltai antavat ohjausta ryhmässä tai yksilöllisesti*)

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Fysioterapeutti	( )	( )	( )
Lääkäri	( )	( )	( )
Sairaanhoitaja	( )	( )	( )
Terveydenhoitaja	( )	( )	( )
Toimintaterapeutti	( )	( )	( )
Ruokahuoltopäällikkö/emäntä	( )	( )	( )
Ravitsemusneuvoja, mikä koulutus?	( )	( )	( )
Ravitsemusterapeutti, mikä koulutus?	( )	( )	( )
Joku muu, mikä koulutus?	( )	( )	( )

**4. Käytetäänkö laitoksessanne laitoksen ulkopuolisten ravitsemusasiantuntijoiden palveluja ostopalveluna?**

- ( ) Kyllä  
( ) Ei  
( ) En osaa sanoa

**5. Millaisten ravitsemusasiantuntijoiden ostopalveluja käytetään?**

- [ ] Laillistettu ravitsemusterapeutti  
[ ] Muu ravitsemusasiantuntija, koulutustausta: \_\_\_\_\_

**6. Mikä on ravitsemusneuvontaan käytettyjen ostopalvelujen määrä yhteensä keskimäärin viikossa?**  
(*Anna vastaus tunteina, esim. 2,5. Jos et osaa arvioida määrää, jätä vastaus tyhjäksi*)

\_\_\_\_\_

**7. Millaisiin tehtäviin ravitsemusasiantuntijan ostopalveluja käytetään?**

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Ravitsemuskuntoutuksen suunnitteluun	( )	( )	( )
Ryhmäneuvonnan toteuttamiseen	( )	( )	( )
Yksilöllisen neuvonnan toteuttamiseen	( )	( )	( )
Muihin tehtäviin, millaisiin?	( )	( )	( )

**8. Mitkä ovat 5 keskeisintä asiaa, joihin kuntoutujien ruokatottumuksissa pyritään neuvonnalla vaikuttamaan?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Voit halutessasi tarkentaa vastaustasi:**

\_\_\_\_\_

**9. Mitä rasvaa kuntoutujia suositellaan käyttämään ensisijaisesti leivän päällä?**

- Ei mitään rasvaa
- Voita
- Voi-kasviöljyseosta (rasvaa vähintään 60 %)
- Voi-kasviöljyseosta (kevytlevite; rasvaa alle 60 %)
- Kasviöljypohjaista rasvavitettä (rasvaa vähintään 60 %)
- Kasviöljypohjaista rasvavitettä (kevytlevite; rasvaa alle 60 %)
- En osaa sanoa
- Muuta rasvaa, millaista? \_\_\_\_\_

**10. Mitä rasvaa kuntoutujia suositellaan käyttämään ensisijaisesti leivonnassa?**

- Ei mitään rasvaa
- Voita
- Voi-kasviöljyseosta (rasvaa vähintään 60 %)
- Voi-kasviöljyseosta (kevytlevite; rasvaa alle 60 %)
- Kasviöljypohjaista rasvavitettä (rasvaa vähintään 60 %)
- Kasviöljypohjaista rasvavitettä (kevytlevite; rasvaa alle 60 %)
- Kasviöljyä tai juoksevaa margariinia
- En osaa sanoa
- Muuta rasvaa, millaista? \_\_\_\_\_

**11. Mitä rasvaa kuntoutujia suositellaan käyttämään ensisijaisesti ruoanvalmistuksessa?**

- Ei mitään rasvaa
- Voita
- Voi-kasviöljyseosta (rasvaa vähintään 60 %)
- Voi-kasviöljyseosta (kevytlevite; rasvaa alle 60 %)
- Kasviöljypohjaista rasvavitettä (rasvaa vähintään 60 %)
- Kasviöljypohjaista rasvavitettä (kevytlevite; rasvaa alle 60 %)
- Kasviöljyä tai juoksevaa margariinia
- En osaa sanoa
- Muuta rasvaa, millaista? \_\_\_\_\_

**12. Annetaanko kuntoutujille ohjeita suolan käytöstä?**

- En osaa sanoa
- Ei
- Kyllä, millaisia? \_\_\_\_\_

**13. Annetaanko kuntoutujille ravitsemusaiheista materiaalia neuvonnan tueksi?**

- En osaa sanoa
- Ei
- Kyllä

**14. Millaista ravitsemusaiheista lisämateriaalia kuntoutujille annetaan?**

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Kuntoutuslaitoksessa itse tehtyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valtion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ravitsemusneuvottelukunnan  
julkaisemaa

Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen julkaisemaa	( )	( )	( )
Potilas- ym. järjestöjen julkaisemaa	( )	( )	( )
Elintarviketeollisuuden julkaisemaa	( )	( )	( )
Ohjataan suositeltaville nettisivuille	( )	( )	( )
Muuta materiaalia, millaista?	( )	( )	( )

15. Käytetäänkö ravitsemusneuvonnan suunnittelussa ja/tai toteutuksessa apuna jotakin tietokonepohjaista ravinnoisaannin laskentaohjelmaa?

- ( ) En osaa sanoa  
( ) Ei  
( ) Kyllä, ohjelman nimi? \_\_\_\_\_

16. Hyödynnetäänkö ravitsemusneuvonnassa seuraavia ravitsemukseen liittyviä suosituksia?

	En tunne ko. suositusta	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositus: Ravinto ja liikunta tasapainoon	( )	( )	( )	( )
Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositus: Ravitsemussuositukset ikäntyneille	( )	( )	( )	( )
Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositus: Ravitsemushoito - suositukset	( )	( )	( )	( )
Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositus: Juomasuositukset	( )	( )	( )	( )
Diabetesliiton ravintosuositukset	( )	( )	( )	( )
Sydänliiton ravintosuositukset	( )	( )	( )	( )
Lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito -suosituksia; Jos hyödynnetään, mitä niistä?	( )	( )	( )	( )

17. Tekeekö ravitsemusneuvontaa antava henkilö (tai henkilöt) yhteistyötä laitoksenne ruokapalveluista vastaavan henkilöstön (ravitsemispäällikkö, emäntä ym.) kanssa?

- ( ) En osaa sanoa  
( ) Ei  
( ) Kyllä, kenen kanssa ja missä asioissa? \_\_\_\_\_

**18. Miten hyvin laitoksenne ateriatarjonta tukee siellä annettavaa ravitsemusneuvontaa?**

- Hyvin  
 Melko hyvin  
 Melko huonosti  
 Huonosti  
 En osaa sanoa

**Voit halutessasi tarkentaa vastaustasi**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Osio II. Kuntoutuslaitoksen ateriatarjonta (nykytilanne)

**1. Sisältyykö laitoksenne ateriatarjontaan pääaterioiden (aamupala, lounas, päivällinen) lisäksi myös välipala päivällä (päiväkahvi) ja/tai iltapala?**

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Välipala päivällä kaikille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iltapala kaikille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Välipala vain tarpeen vaatiessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iltapala vain tarpeen vaatiessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Voit halutessasi tarkentaa vastaustasi:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Jos välipala päivällä ja/tai iltapala ei sisälly ateriatarjontaan, onko kuntoutujiilla sen ja/tai niiden nauttimiseen halutessaan mahdollisuus?**

- En osaa sanoa  
 Ei  
 Kyllä, miten? \_\_\_\_\_

**3. Havainnollistetaanko terveellisen aterian koostaminen pääaterioilla lautasmallin avulla?**

- En osaa sanoa  
 Ei  
 Kyllä, miten? \_\_\_\_\_

**4. Käytetäänkö laitoksenne ruokapalveluissa vakioruokaohjeita?**

- En osaa sanoa  
 Ei  
 Kyllä, mutta vain osittain  
 Kyllä, kaikki ruokaohjeet ovat vakioruokaohjeita



**5. Onko laitokses­san­ne tarjottavista ruoista laskettu ravintosä­lätötiedot?**

- En osaa sanoa  
 Ei  
 Kyllä

Jos ruoista on laskettu ravintosä­lätötiedot, mikä on käytössä oleva laskentamenetelmä?

---



---



---

**6. Käytetäänkö pääruokien suolapitoisuuden seuraamisessa suolamittaria?**

- En osaa sanoa  
 Ei  
 Kyllä

**7. Hyödynnetäänkö ruokapalvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa seuraavaa suositusta: Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuslaitoksiin (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010)**

- En ole tutustunut kyseiseen suositukseen  
 En osaa sanoa  
 Ei  
 Kyllä

**8. Miten hyvin laitokses­san­ne tarjottava ruoka vastaa mielestäsi nykyisiä ravitsemussuosituksia koskien seuraavia asioita?**

	Hyvin	Melko hyvin	Melko huonosti	Huonosti	En osaa sanoa
Rasvan laatu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suolan määrä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruoan laatu muilta osin (kasvisten määrä ja laatu, maitovalmisteiden rasvaisuus ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Voit halutessasi tarkentaa vastaustasi:**

---

**9. Mitä rasvaa tai rasvoja on aterioilla tarjolla leivän päälle laitettavaksi?**

- Ei mitään rasvaa  
 Voita  
 Voi-kasviöljyseosta (rasvaa vähintään 60 %)  
 Voi-kasviöljyseosta (kevytleivite; rasvaa alle 60 %)  
 Kasviöljypohjaista rasvaveitettä (rasvaa vähintään 60 %)  
 Kasviöljypohjaista rasvaveitettä (kevytleivite; rasvaa alle 60 %)  
 En osaa sanoa  
 Muuta rasvaa, millaista? \_\_\_\_\_

**10. Mitä rasvaa tai rasvoja käytetään laitoksessanne ruokien valmistuksessa?**

- Ei mitään rasvaa
- Voita
- Voi-kasviöljyseosta (rasvaa vähintään 60 %)
- Voi-kasviöljyseosta (kevytlevite; rasvaa alle 60 %)
- Kasviöljypohjaista rasvaveitettä (rasvaa vähintään 60 %)
- Kasviöljypohjaista rasvaveitettä (kevytlevite; rasvaa alle 60 %)
- Kasviöljyä tai juoksevaa margariinia
- En osaa sanoa
- Muuta rasvaa, millaista? \_\_\_\_\_

**11. Onko laitoksessanne mahdollista noudattaa kasvisruokavaliota?  
(lakto-ovovegetaarinen, laktovegetaarinen tai vegaaninen)**

- En osaa sanoa
- Ei
- Kyllä

**12. Onko laitoksessanne mahdollista noudattaa erityisruokavaliota?  
(esim. laktoositon, keliakiaruokavalio, allergiaruokavaliot ym.)**

- En osaa sanoa
- Ei
- Kyllä

**13. Mitkä ovat kolme yleisintä laitoksessanne toteutettavaa erityisruokavaliota?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**14. Millä perusteella erityisruokavalio laitoksessanne toteutetaan?**

- Edellytetään lääkärin lausunto
- Ravitsemusterapeutin konsultaatio/arvio tarpeesta riittää
- Kuntoutujan oma toivomus riittää
- En osaa sanoa
- Jokin muu peruste, millainen? \_\_\_\_\_

**15. Onko laitoksessanne tehty kehittämissuunnitelmia ruokapalveluiden parantamiseksi?**

- En osaa sanoa
- Ei
- Kyllä, millaisia? \_\_\_\_\_

Jos suunnitelma löytyy kirjallisena, voit kirjoittaa tähän sitä koskevan nettilinkin tai lähettää suunnitelman erillisenä sähköpostina tai kirjeitse tutkimuksesta vastaavalle henkilölle (paula.hakala@kela.fi, Peltolantie 3, 20720 Turku).

\_\_\_\_\_

**16. Onko laitoksenne ruokapalveluissa mielestäsi kehittämistarpeita?**

- En osaa sanoa
- Ei
- Kyllä, millaisia? \_\_\_\_\_

## Osio III. Ravitsemusneuvonta eri kuntoutuskursseilla (tietyt vuoden 2011 kurssit)

1. Järjestettiinkö laitoksessanne vuonna 2011 seuraavia kuntoutuskursseja?  
(*Voit valita useita vaihtoehtoja*)

- Ylipainoisten TULES-kurssit  
 Uniapneaa sairastavien kurssit  
 Tyypin 2 diabeetikoiden kurssit  
 Sydäntauteja sairastavien kurssit  
 Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kurssit  
 ASLAK-kuntoutuskursseja  
 TYK-kuntoutuskursseja  
 Ei mitään edellä mainituista kursseista

2. Kuinka monta laitosjaksoa kuhunkin kuntoutuskurssiin sisältyi?  
(*Vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksessanne järjestettiin*)

	jaksojen määrä/kurssi
Ylipainoisten TULES-kurssit	<input type="text"/>
Uniapneaa sairastavien kurssit	<input type="text"/>
Tyypin 2 diabeetikoiden kurssit	<input type="text"/>
Sydäntauteja sairastavien kurssit	<input type="text"/>
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kurssit	<input type="text"/>
ASLAK-kurssit	<input type="text"/>
TYK-kurssit	<input type="text"/>

3. Sisältyikö kuntoutuskursseihin ryhmässä annettua ravitsemusneuvontaa (luentoja ja/tai keskusteluja)?  
(*Vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksessanne järjestettiin*)

	Kyllä, kaikille kuntoutujille	Kyllä, mutta vain osalle kuntoutujista	Ei	En osaa sanoa
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tyypin 2 diabeetikoiden kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**5. Jos kursseihin sisältyi ryhmässä annettua ravitsemusneuvontaa, miten neuvonta toteutettiin?**  
(Vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksessanne järjestettiin)

	Samanlaisena kaikille ryhmille	Neuvonta "räätälöidään" kuntoutujaryhmän tarpeet huomioiden	Neuvonta järjestään avoimina luentoina, joihin muidenkin kuntoutuskurssien kuntoutujat voivat osallistua	Muulla tavoin, miten?
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Tyypin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
ASLAK -kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
TYK -kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____

**Voit halutessasi tarkentaa vastaustasi:**

---



---

**6. Sisältyikö kuntoutuskursseihin ruoanvalmistukseen liittyvää ohjausta?**  
(Vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksessanne järjestettiin)

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
Tyypin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )

Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
ASLAK - kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
TYK - kuntoutuskurssit	( )	( )	( )

**7. Jos kursseihin sisältyi ruoanvalmistukseen liittyvää ohjausta, millaista ohjausta annettiin?**  
(Voit valita useita vaihtoehtoja, mutta vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksessanne järjestettiin)

	Käytännön ruoanvalmistusta, jossa kuntoutujat valmistivat itse ruokaa	Havaintoesitys ruoanvalmistuksesta	Ruokaohjevihko tai keittokirja, johon tutustuttiin ohjaajan johdolla	Ruokaohjevihko tms. ilman erityisneuvoja	Muuta aiheeseen liittyvää, millaista?
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Tyyppin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_____
ASLAK - kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_____
TYK - kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_____

**8. Kartoitettiiniko kuntoutujien ruokatottumukset kuntoutuskurssilla ennen ryhmäneuvontaa?**  
(Vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksessanne järjestettiin)

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
Tyyppin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit	( )	( )	( )

Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
ASLAK - kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
TYK - kuntoutuskurssit	( )	( )	( )

### 9. Jos ruokatottumukset kartoitettiin, mikä oli kartoitusmenetelmä?

*(Voit valita useita vaihtoehtoja, mutta vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksessanne järjestettiin)*

	Koko ruokavaliota koskeva ravintokysely	Tiettyjä ruoka- tai ravintoaineita koskeva kysely	Ruokapäiväkirja	Muu menetelmä, millainen?
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Tyypin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____

**Voit kuvailla käytettyjä menetelmiä tarkemmin.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 10. Sisältyykö kuntoutuskursseihin yksilöllistä ravitsemusneuvontaa?

*(Vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksessanne järjestettiin)*

	Kyllä, kaikille kuntoutujille	Kyllä, mutta vain osalle kuntoutujista	Ei	En osaa sanoa
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	( )	( )	( )	( )
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )	( )





**12. Jos yksilöllistä neuvontaa annettiin, kartoitettiinko kuntoutujien ruokatottumukset ennen yksilöllistä neuvontaa?**

*(Vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksessanne järjestettiin)*

	Kyllä, kaikilta	Kyllä, mutta vain osalta	Ei	En osaa sanoa
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	( )	( )	( )	( )
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )	( )
Tyypin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit	( )	( )	( )	( )
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )	( )
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )	( )
ASLAK -kuntoutuskurssit	( )	( )	( )	( )
TYK -kuntoutuskurssit	( )	( )	( )	( )

**13. Jos ruokatottumukset kartoitettiin ennen neuvontaa, mikä oli kartoitusmenetelmä?**

*(Voit valita useita vaihtoehtoja, mutta vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksessanne järjestettiin)*

	Koko ruokavaliota koskeva ravintokysely	Tiettyjä ruoka- tai ravintoaineita koskeva kysely	Ruokapäiväkirja	Muu menetelmä, millainen?
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Tyypin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
ASLAK -kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
TYK -kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____

**14. Kuinka paljon kuntoutujat saivat ravitsemusneuvontaa ryhmässä/henkilö ja/tai yksilöllisesti/henkilö kunkin kuntoutuskurssin aikana?**

*(Vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksesanne järjestettiin ja merkitse vastaus tunteina, esim. 2,5; 1 tunti = 60 min)*

	Ryhmässä/henkilö/kurssi	Yksilöllisesti/henkilö/kurssi
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit		
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit		
Tyyppin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit		
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit		
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit		
ASLAK - kuntoutuskurssit		
TYK - kuntoutuskurssit		

**15. Mitä mieltä olet kuntoutuskursseilla ravitsemusneuvonnalle varatusta aikamäärästä?**

*(Vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksesanne järjestettiin)*

	Aikaa oli turhan paljon	Aikaa oli sopivasti	Aikaa oli liian vähän
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
Tyyppin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
ASLAK - kuntoutuskurssit	( )	( )	( )
TYK - kuntoutuskurssit	( )	( )	( )

**Voit halutessasi tarkentaa vastaustasi.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**16. Luettele, mikä oli kunkin kuntoutuskurssin tärkein ravitsemusneuvonnan tavoite?**

Ylipainoisten  
TULES-oireisten  
kuntoutuskurssit \_\_\_\_\_

Uniapneaa  
sairastavien  
kuntoutuskurssit \_\_\_\_\_

Tyypin 2  
diabeetikkojen  
kuntoutuskurssit \_\_\_\_\_

Sydäntauteja  
sairastavien  
kuntoutuskurssit \_\_\_\_\_

Metabolista  
oireyhtymää  
(MBO)  
sairastavien  
kuntoutuskurssit \_\_\_\_\_

ASLAK -  
kuntoutuskurssit \_\_\_\_\_

TYK -  
kuntoutuskurssit \_\_\_\_\_

**17. Mitattiinko kurseilla annetun ravitsemusneuvonnan vaikutuksia?  
(Vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksessanne järjestettiin)**

	En osaa sanoa	Ei	Kyllä, miten?
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
Tyypin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
ASLAK - kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
TYK - kuntoutuskurssit	( )	( )	_____

**18. Tekikö ravitsemusneuvontaa antava henkilö yhteistyötä (tiimityötä) muiden kuntoutusryhmän ohjaajien kanssa? (Vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksessanne järjestettiin)**

	En osaa sanoa	Ei	Kyllä, oli mukana kuntoutustiimissä tarvittaessa	Kyllä, vain kuntoutustiimissä tarvittaessa
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	( )	( )	( )	( )
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )	( )
Tyypin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit	( )	( )	( )	( )
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )	( )
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	( )	( )

**19. Selvitettiinkö, miten kuntoutujien ruokavalio toteutui käytännössä kotioloissa laitosjaksojen välillä? (Vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksessanne järjestettiin)**

	En osaa sanoa	Ei	Kyllä, miten?
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
Tyypin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
ASLAK -kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
TYK -kuntoutuskurssit	( )	( )	_____

**20. Kirjattiinko ravitsemusneuvontaa koskevia asioita yleensä kuntoutusllesteeeseen?**

- ( ) En osaa sanoa  
 ( ) Ei  
 ( ) Kyllä

## 21. Jos kirjattiin, mitä asioita kuntoutuslosteeseen kirjattiin ravitsemusneuvontaa koskien?

	En osaa sanoa	Selvitysneuvonnan sisällöstä	Selvitysneuvonnan tavoitteista	Selvityksyksilöohjauksesta	Selvityspainon muutoksista	Selvitysjatkosuunnitelmita	Jotain muuta, mitä?
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tyypin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ASLAK -kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
TYK -kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## 22. Jos kirjattiin, kuka kirjasi ravitsemusneuvontaa koskevan osuuden kuntoutuslosteeseen? (Vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksessanne järjestettiin)

	En osaa sanoa	Ravitsemusneuvonnan antaja	Lääkäri	Joku muu, ammattinimike?
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tyypin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

ASLAK - kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____
TYK - kuntoutuskurssit	[ ]	[ ]	[ ]	_____

**23. Järjestettiinkö kuntoutujille kuntoutuskurssin päättymisen jälkeen ulkopuolista tukea liittyen ravitsemuskuntoutukseen ja/tai painonhallintaan?**  
(Vastaa vain niiden kurssien osalta, joita laitoksessanne järjestettiin)

	En osaa sanoa	Ei	Kyllä, millaista tukea?
Ylipainoisten TULES-oireisten kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
Tyypin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
ASLAK - kuntoutuskurssit	( )	( )	_____
TYK - kuntoutuskurssit	( )	( )	_____

**24. Miten seuraavien kuntoutuskurssien standardeja tulisi kehittää, jotta ne vastaisivat aikaisempaa paremmin kuntoutujien ravitsemuskuntoutuksen tarpeita?**

TULES-oireisten kuntoutuskurssit	_____
Uniapneaa sairastavien kuntoutuskurssit	_____
Tyypin 2 diabeetikkojen kuntoutuskurssit	_____
Sydäntauteja sairastavien kuntoutuskurssit	_____
Metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavien kuntoutuskurssit	_____
ASLAK - kuntoutuskurssit	_____

TYK -  
kuntoutuskurssit \_\_\_\_\_

25. Järjestettiinkö laitoksessanne vuonna 2011 edellä kysytyjen kurssien lisäksi muita kuntoutuskursseja (esim. vaikeavammaisten ym. kurssit), joilla annettiin ravitsemusneuvontaa?

- En osaa sanoa  
 Ei  
 Kyllä, mitä kurseja? \_\_\_\_\_

26. Jos järjestettiin, kuvaile lyhyesti niiden ravitsemusneuvontaa.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. Jos järjestettiin, miten kyseisten kuntoutuskurssien standardeja tulisi mielestäsi kehittää, jotta ne vastaisivat aikaisempaa paremmin kuntoutujien ravitsemuskuntoutuksen tarpeita?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

28. Osallistuitko vuoden 2011 aikana johonkin ravitsemusaiheiseen koulutukseen?

- Kyllä  
 En

29. Millaista ravitsemuskuntoutukseen liittyvää koulutusta toivoisit itsellesi järjestettävän?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

30. Palautetta kyselyn lähettäjälle:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voit jättää alle yhteystietosi mahdollisia lisäkysymyksiä varten koskien standardien kehittämistä.

Lomakkeen  
täyttäjän nimi \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite \_\_\_\_\_

Puhelin \_\_\_\_\_

**LIITE 2.** Laitosten johtajille lähetetty tutkimusta koskeva ennakkoviesti

Viestin otsake:

**Ravitsemuskuntoutus – Kelan kyselytutkimus alkamassa**

Hyvä vastaanottaja

Kelan tutkimusosasto tekee kevään 2012 aikana tutkimuksen, joka koskee kuntoutuslaitoksissa annettavaa ravitsemuskuntoutusta (ravitsemusneuvontaa ja ateriatarjontaa). Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten ravitsemuskuntoutus toteutetaan eri kuntoutuslaitoksissa. Tutkimuksen tuloksia käytetään mm. kuntoutuskursseihin sisältyvän ravitsemusneuvonnan ja sitä koskevien standardien kehittämisessä.

Tutkimuksen tulokset tullaan käsittelemään ja julkaisemaan täysin luottamuksellisesti siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäisten kuntoutuslaitosten tilannetta.

Lähetämme kuntoutuslaitokseenne lähiaikoina sähköisessä muodossa aihetta koskevan kyselylomakkeen. Lomakkeen täyttäminen vie aikaa 30-60 minuuttia riippuen siitä, millaisia kuntoutuskursseja laitoksessanne järjestetään.

Pyytäisin Teitä ystävällisesti välittämään tämän viestin henkilölle, joka tuntee parhaiten laitokseenne ravitsemuskuntoutusta ja pystyy siten parhaiten vastaamaan kyselyyn. Jos laitoksellanne on toimintayksiköitä usealla paikkakunnalla, välittääkää tämä viesti jokaiseen toimintayksikköön niiden ravitsemuskuntoutusta parhaiten tuntevalle.

Pyydän myös ilmoittamaan valitsemanne vastaajan (tai vastaajien) nimet ja sähköpostiosoitteen Petra Niilolalle (petra.niilola@kela.fi). Tällöin hän voi lähettää kyselylomakkeen sähköisesti suoraan nimeämällemme henkilölle.

Jos emme saa vastaustanne keskiviikkoon 28.3.2012 mennessä, otamme sen jälkeen uudelleen yhteyttä.

Toivon, että suhtaudutte myötämielisesti tähän tutkimukseen.

Annan siitä tarvittaessa mielelläni lisätietoja.

Turussa 09.03.2012

Ystävällisin terveisin

Johtava tutkija  
Paula Hakala  
paula.hakala@kela.fi  
Matkapuhelin 040 765 8562  
Kelan tutkimusosasto  
Peltolantie 3, 20720 Turku



### LIITE 3. Kyselyyn vastaajille lähetetty saatekirje

Viestin otsake:

#### **Kyselytutkimus ravitsemuskuntoutuksesta**

Hyvä ravitsemuskuntoutuksen toteuttaja

Kelan tutkimusosasto toteuttaa tutkimuksen, joka koskee kuntoutuslaitoksissa annettavaa ravitsemuskuntoutusta (ravitsemusneuvontaa ja ateriatarjontaa). Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten ravitsemuskuntoutus toteutetaan eri kuntoutuslaitoksissa. Tutkimuksen tuloksia käytetään kuntoutuskursseihin sisältyvän ravitsemusneuvonnan ja sitä koskevien standardien kehittämisessä.

Tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Tulokset raportoidaan siten, ettei kuntoutuslaitoksia voi niistä tunnistaa. Kyselyyn vastaaminen kestää 30 min - 2 tuntia riippuen siitä, millaisia kuntoutuskursseja laitoksessanne järjestetään.

LINKKI kyselyyn:

Kyselyn viimeinen vastauspäivä on keskiviikko 2.5.2012.

Kokemuksesi ja mielipiteesi ovat erityisen tärkeitä ja annan mielelläni tarvittaessa lisätietoja tutkimuksesta.

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen

Johtava tutkija

Paula Hakala

paula.hakala@kela.fi

puhelin 020 634 2829

matkapuhelin 040 765 8562

Kelan tutkimusosasto

Peltolantie 3, 20720 Turku

## VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN TUTKIMUKSET

- 134 Hinkka K, Aalto L, Toikka T.** Uudenlaiseen työhönkuntoutukseen? Viiden kuntoutusmallin arvioinnin tuloksia. 2015. ISBN 978-951-669-964-9 (nid.), ISBN 978-951-669-965-6 (pdf).
- 133 Ekholm E, Teittinen A.** Vammaiset nuoret ja työntekijäkansalaisuus. Osallistumisen esteitä ja edellytyksiä. 2014. ISBN 978-951-669-951-9 (nid.), ISBN 978-951-669-952-6 (pdf).
- 132 Hirvilampi T, Laakso S, Lettenmeier M.** Kohtuuden rajat? Yksin asuvien perusturvan saajien elintaso ja materiaalijalanjälki. 2014. ISBN 978-951-669-947-2 (nid.), ISBN 978-951-669-948-9 (pdf).
- 131 Kehusmaa S.** Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. 2014. ISBN 978-951-669-941-0 (nid.), ISBN 978-951-669-942-7 (pdf).
- 130 Linnanvirta S.** Yksin asuvien kansaneläkeläismiesten taloudellinen ja sosiaalinen turva. 2014. ISBN 978-951-669-939-7 (nid.), ISBN 978-951-669-940-3 (pdf).
- 129 Salminen A-L, Hämäläinen P, Karhula M, Kanelisto K, Ruutiainen J.** MS-kuntoutujien ryhmämuotoinen moniammatillinen avokuntoutus. Kuntoutusmallin kehittäminen ja arviointi. 2014. ISBN 978-951-669-930-4 (nid.), ISBN 978-951-669-931-1 (pdf).
- 128 Härkäpää K, Harkko J, Lehikoinen T.** Työhönvalmennus ja sen kehittämistarpeet. 2013. ISBN 978-951-669-921-2 (nid.), ISBN 978-951-669-922-9 (pdf)
- 127 Ahola E, Hiilamo H, toim.** Köyhyyttä Helsingissä. Toimeentulotuen saajat ja käyttö 2008–2010. 2013. ISBN 978-951-669-913-7 (nid.), ISBN 978-951-669-914-4 (pdf).
- 126 Tuominen U.** The effect of waiting time on health outcomes and costs of total joint replacement in hip and knee patients. A prospective randomized controlled trial. 2013. ISBN 978-951-669-911-3 (print), ISBN 978-951-669-912-0 (pdf).
- 125 Pitkälä K, Savikko N, Pöysti M, Laakkonen M-L, Kautiainen H, Strandberg T, Tilvis R.** Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Satunnaistettu vertailututkimus. 2013. ISBN 978-951-669-909-0 (nid.), 978-951-669-910-6 (pdf)