

# Syömishäiriöpotilaiden ravitsemushoidon potilastyytyväisyyskysely – kehittäminen ja pilotointi

Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää syömishäiriöpotilaiden ravitsemushoidon potilastyytyväisyyskysely, jota ravitsemusterapeutit voivat käyttää arvioidakseen ja kehittääkseen ravitsemushoidon laatua. Tutkimuksen tavoitteena oli myös selvittää potilastyytyväisyyskyselyn käytettävyyttä sekä syömishäiriöpotilaiden tyytyväisyyttä ravitsemushoitoon. Potilastyytyväisyyskysely kehitettiin hyödyntäen kirjallisuutta ja syömishäiriöpotilaita hoitavien ravitsemusterapeuttien (n=4) teemahaastatteluja, joissa löydettiin viisi syömishäiriön laadukkaan ravitsemushoidon järjestelyyn ja toteutukseen liittyvää osatekijää: hoidon järjestelyt, ravitsemusterapeutin valmiudet, ohjauksen asiasältö, sen tunneulottuvuus ja toteutustapa. Kysymyslomake kattaa em. osatekijät ja sisältää yhteensä 32 suljettua ja kolme avointa kysymystä.

Kyselylomakkeeseen vastasi 22 iältään 13–57-vuotiasta syömishäiriöpotilasta kahdeksasta eri terveydenhuollon yksiköstä eri puolelta Suomea. Enemmistö vastanneista oli naisia (91 %) ja sairasti laihuushäiriötä (68 %). Potilastyytyväisyyskyselyyn vastanneet syömishäiriöpotilaat olivat keskimäärin hyvin tyytyväisiä ravitsemusterapeutin toteuttamaan ravitsemushoitoon.

Potilastyytyväisyyskyselyn toimivuuden arvioimiseksi kehitettiin käyttötyytyväisyyskysely, johon vastasi seitsemän ravitsemusterapeuttia ja 19 syömishäiriöpotilasta. Sekä ravitsemusterapeutit että potilaat pitivät tutkimuksessa kehitettyä potilastyytyväisyyskyselyä tärkeitä teemoja mittaavana ja kattavana. Tosin ravitsemusterapeutit kokivat kyselyn pituuden rajoittavan sen käytettävyyttä potilastyössä. Ravitsemusterapeuttien mielestä potilastyytyväisyyskysely olisi hyödyksi oman työn kehittämässä ja he olisivat myös halukkaita käyttämään sitä työssään.

**Asiasanat: potilastyytyväisyys, ravitsemushoito, syömishäiriöt**

**LEIJA-LOTTA KALAOJA, SANNA SINIKALLIO, OUTI NUUTINEN**

## JOHDANTO

Potilastyytyväisyys on merkityksellistä hoidon onnistumisessa. Potilaiden tyytyväisyyttä ravitsemushoitoon on tutkittu jonkin verran. Tutkimusten mukaan ravitsemushoitonsa tyytyväiset potilaat tulevat useammin sovituille vastaanotoille ja seurantakäynneille sekä sitoutuvat paremmin hoitoonsa kuin ravitsemusterapeutin hoitoon tyytymättömät potilaat. Täten potilastyytyväisyys

parantaa todennäköisesti myös hoidon vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta (1).

Syömishäiriötä sairastavien hoitotyytyväisyyttä on tutkittu aiemmin (2, 3), mutta ravitsemushoitoa koskevat potilastyytyväisyystutkimukset puuttuvat. Ravitsemusterapeutin toteuttamalla hoidolla on kuitenkin tärkeä merkitys syömishäiriötä sairastavien moniammatillisessa hoidossa (4, 5). Potilastyytyväisyys on yksi laa-

dun osatekijä, jota arvioidaan tyypillisesti kyse-lylomakkeen ja haastattelun avulla (6). Terveydenhuoltolain 8 §:ssä säädetään, että Suomessa tarjottavan terveydenhoidon on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua (7). Ravitsemushoidon kohdalla laatu tarkoittaa potilaan tyytyväisyyttä palvelujen saatavuuteen, sisältöön ja toteutustapaan. Ravitsemushoidon laatua on tarpeen mitata erityisesti hoidon kehittämistä varten (8).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää potilastyytyväisyyslomake syömishäiriötä sairastavia potilaita hoitavien ravitsemusterapeuttien työn laadun kehittämiseksi.

## **SYÖMISHÄIRIÖT**

Syömishäiriöt ovat vakavia mielenterveyden häiriöitä, joihin liittyy psyykkisten oireiden lisäksi fyysisiä ja sosiaalisia oireita sekä suurentunut kuolleisuuden riski (9,10). Suomalaisista naisista lähes joka kymmenes (7 %) sairastaa syömishäiriön ennen 30 vuoden ikää. Ne alkavat tavallisesti nuoruusiässä tai nuorena aikuisena ja ovat naisilla kymmenen kertaa yleisempiä kuin miehillä. Syöminen ja syömättömyys valtaavat sairastuneen koko elämän, mikä vaikeuttaa ihmissuhteiden ylläpitämistä, opiskelua ja työntekoa (11).

Syömishäiriöt jaotellaan laihuushäiriöön (anoreksia nervosaan), ahmimishäiriöön (bulimia nervosaan) ja epätyyppisiin syömishäiriöihin (12). Niille on tyypillistä oireilun aaltoilevuus ja pitkäkestoisuus. Syömishäiriöiden hoito on haastavaa ja siinä tarvitaan syvällistä ymmärrystä näiden sairauksien luonteesta (11).

## **SYÖMISHÄIRIÖIDEN RAVITSEMUSHOITO**

Ravitsemushoito on tärkeä osa syömishäiriöpotilaiden kokonaisuhoitoa. Laillistetut ravitsemusterapeutit ovat perehtyneet syömishäiriöiden hoitoon ravitsemuksen, fysiologian, neurobiologian ja vuorovaikutustaitojen näkökulmasta (5). Siten heidän tiedoistaan ja taidoistaan on hyötävä potilaan fyysisen ja psyykkisen terveyteen sekä ihmissuhteisiin vaikuttavan sairauden hoidossa (4). Syömishäiriöpotilaiden hoidossa moniammatillinen työryhmä, jossa mukana toimii myös ravitsemusterapeutti, on välttämätön (13). Ravitsemusterapeutti selvittää asiakaslähtöisesti potilaan syömiseen liittyvät asenteet, ruokailutottumukset

ja ruoankäytön sekä arvioi potilaan energiantarpeen ja ravitsemustilan. Hän toteuttaa yksilöllisen ravitsemusohjauksen seurantakäynteineen ja arvioi ravitsemushoidon onnistumista (14).

## **RAVITSEMUSHOIDON POTILASTYYTYVÄISYYS**

Potilastyytyväisyys määritellään potilaan myönteiseksi arvioksi saamastaan hoidosta odotuksiinsa ja tavoitteisiinsa nähden (15). Potilaan tyytyväisyys palveluihin, niiden toteutustapaan ja sisältöön on merkittävä osa terveydenhuollon hoidon hyvää laatua. Ravitsemusterapeutin vuorovaikutustaidot yhdessä tiedollisen ohjauksen kanssa vaikuttavat potilastyytyväisyyteen. Terveydenhuollossa on siirrytty kohti potilaskeskeistä työtapaa. Perinteisen asiantuntijalähtöisyyden sijaan siinä painotetaan potilaan ja hoitavan henkilön välisen terapeutin suhteen merkitystä ja potilaan näkökulman huomioimista ottamalla potilas mukaan oman hoitonsa suunnitteluun. Tutkimuksissa on havaittu, että vuorovaikutustaidot vaikuttavat merkittävästi potilastyytyväisyyteen: ne auttavat ravitsemusterapeuttia yksilöllistämään ravitsemushoidon kunkin potilaan tarpeisiin ja tilanteeseen sopivaksi (16).

## **SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDON POTILASTYYTYVÄISYYS**

Aikaisemman tutkimusnäytön mukaan potilaan ja terapeutin välinen suhde on keskeinen myönteisen hoitokokemuksen kannalta. Terapeutin antama emotionaalinen tuki (ymmärtäväisyys, tuomitsemattomuus, lämminhenkisyys), ammattitaito (joustavuus, perehtyneisyys syömishäiriöiden hoitoon, hoidon kokonaisvaltaisuus) sekä asiakaslähtöisyys ja läheisten huomioiminen hoidossa ovat edistäneet potilastyytyväisyyttä. Sitä ovat puolestaan heikentäneet esimerkiksi voimakas painokeskeisyys ja hoidon saamisen vaikeus (2, 3, 17).

## **TUTKIMUKSEN TAVOITTEET**

Tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena oli kehittää syömishäiriöpotilaiden ravitsemushoidon potilastyytyväisyyskysely. Lisäksi tavoitteena oli tutkia kehitetyn potilastyytyväisyyskyselyn käytettävyyttä ravitsemusterapeuttien ja potilaiden näkökulmasta. Kolmantena tavoitteena oli tutkia syömishäiriöpotilaiden tyytyväisyyttä ravitsemushoitoon.

## TUTKIMUKSEN KULKU JA AINEISTO

Tutkimuksen kulku on kuvattu kuviossa 1.

Potilastyytyväisyyslomakkeen kehittämistyö käynnistyi hakemalla potilastyytyväisyystutkimuksen keskeisiä teemoja tutkimusjulkaisuista. Näitä teemoja hyödynnettiin psykiatrisia potilaita hoitavien ravitsemusterapeuttien teemahaastatteluluissa. Kirjallisuuden ja teemahaastattelujen pohjalta kehitettiin potilastyytyväisyyskysely ravitsemusterapeuteille potilastyössä jaettavaksi. Potilastyytyväisyyskyselyyn yhdistettiin vastaajien taustatietojen keruu sekä käyttöttyytyväisyyslomakkeet ravitsemusterapeuteille ja potilaille.

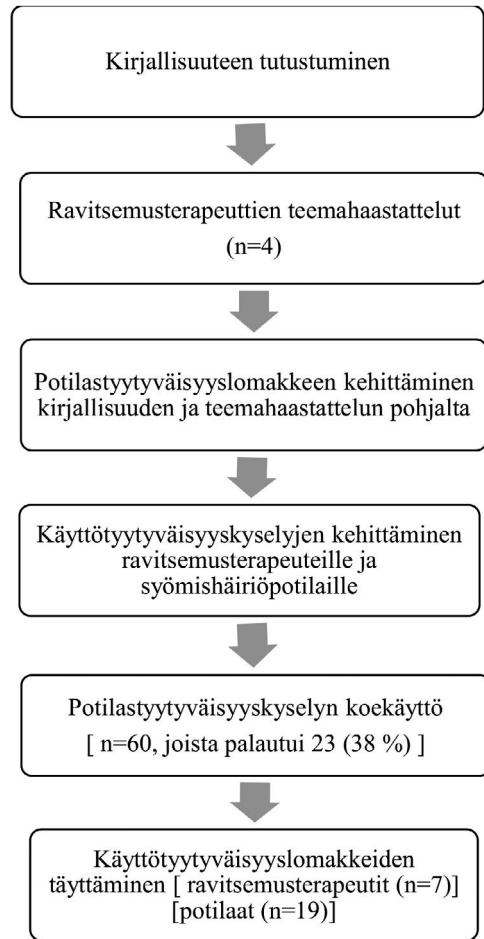
Tutkimukseen osallistui 9 syömishäiriöpotilaita hoitavaa ravitsemusterapeuttia Helsingistä ja muualta Uudeltamaalta, Kymenlaaksosta ja Savosta. He toimivat perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, opiskelijaterveydenhuollossa ja yksityisellä sektorilla. Heidät rekrytoitiin mukaan tutkimukseen psykiatrisia potilaita hoitavien ravitsemusterapeuttien sähköpostiverkoston kautta.

Kirjalliset tutkimusluvut haettiin tutkimukseen osallistuneiden terveydenhuollon yksiköiden ylilääkäreiltä tai muilta esimiehiltä. Tutkimuslupaa Itä-Suomen yliopiston eettiseltä toimikunnalta ei tarvittu, koska tässä tutkimuksessa ei puututtu tutkittavien fyysiseen koskemattomuuteen. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja sen sai keskeyttää halutessaan missä tahansa vaiheessa. Tutkija ei päässyt käsiin tutkittavien potilastietoihin, vaan syömishäiriöpotilaat vastasivat tutkimukseen täysin anonymisti.

Ravitsemusterapeuteille lähetettiin jaettavaksi yhteensä 60 potilastyytyväisyyslomaketta. Potilaat täyttivät kyselyn itsenäisesti ravitsemusterapeutin tapaamisen jälkeen ja palauttivat sen suljetussa kirjekuoreessa tutkijalle. Kyselyistä 23 (38 %) palautui määräaikaan (12/2014) mennessä. Yksi vastaus hylättiin kysymysasteikon vääринymmärryksen vuoksi. Lopullisen tutkimusaineiston muodosti 22 syömishäiriöpotilasta (Taulukko 1).

## MENETELMÄT JA TULOSTEN KÄSITTELY

Potilastyytyväisyyskyselylomakkeen kehittäminen aloitettiin aiempaan tutkimuskirjallisuuteen tutustumalla. Aiheesta löytyi vain yksi aiempi julkaisu (Vivanti ym. 2007). Kehitetyn potilastyytyväisyyskyselyyn pohjana käytettiin em. Vivantin ja



Kuvio 1. Tutkimuksen kulku.

työtovereiden (2007) Australiassa kehittämää valdootua potilastyytyväisyyslomaketta. Sen teemat olivat ravitsemusterapeutin vuorovaikutustaidot, koetut terveyshyödyt, kirjallinen ohjaisaineisto ja täytyneet odotukset (1). Potilastyytyväisyyskyselyn kehittämisessä hyödynnettiin myös muita potilastyytyväisyyttä ravitsemushoidossa käsitelleitä tutkimuksia (16,18,19). Potilastyytyväisyyskyselyyn lisättiin kysymyksiä hoidon yksilöllisyydestä, tapaamisten määrästä, ravitsemusterapeutin asiantuntevuudesta, empatiasta, tuesta ja ravitsemusterapeutin ja potilaan yhteistyöstä. Aikaisempien tutkimustulosten (2,3) pohjalta kyselyyn lisättiin vielä syömishäiriöpotilaita koskevia kysymysteemoja, kuten ravitsemusterapeutin ymmärrys syömishäiriöistä ja läheisten huomioiminen hoidossa. Potilastyytyväisyyslomake

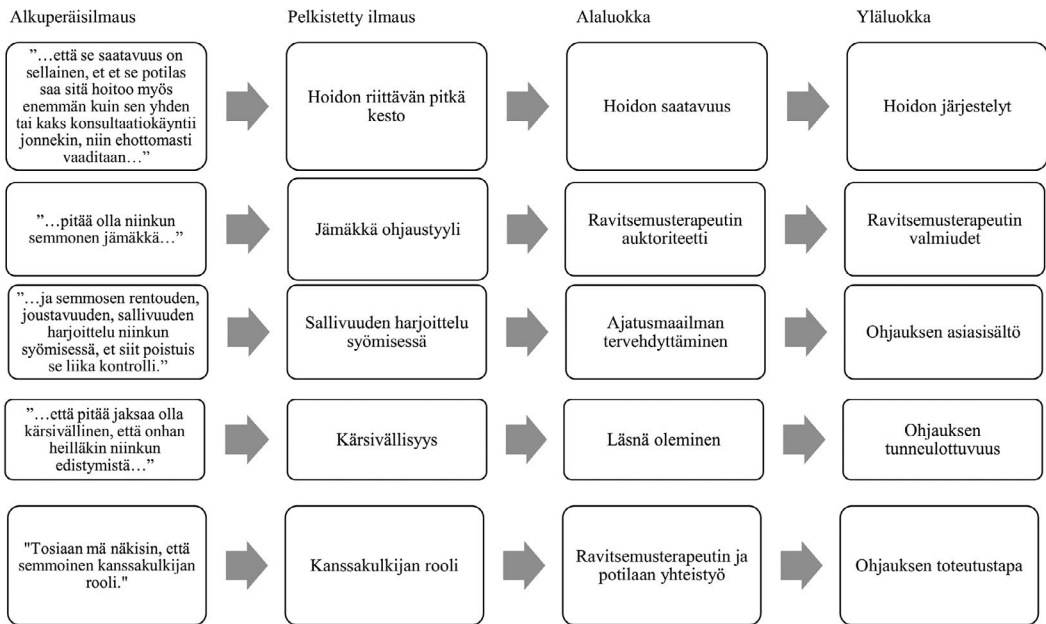
**Taulukko 1.** Syömishäiriöpotilaiden (n=22) taustatiedot ( $\bar{x}$  = keskiarvo, Md=mediaani).

	n	%	$\bar{x}$	Md	vaihteluväli
Ikä (v)			23	21	13–57
Sukupuoli					
Nainen	20	91			
Mies	2	9			
Työtilanne					
Opiskelija	16	73			
Työelämässä	2	9			
Työtön	2	9			
Eläkkeellä	2	9			
Diagnoosi					
Anoreksia nervosa	15	68			
Bulimia nervosa	1	4			
Epätyypillinen syömishäiriö	3	14			
En tiedä	3	14			
Sairauden kesto (v)			6,2	3,5	8kk–26v
Pääasiallinen hoitopaikka					
Perusterveydenhuolto	2	9			
Erikoissairaanhoido	13	59			
Yksityinen sektori	5	23			
Opiskelijaterveydenhuolto	2	9			
Hoidon kesto (v)			2,7	1,0	1kk–15v
Ravitsemusterapeutin hoitokerrat (lkm)			12	5	1–50
Hoitotiimin koko (hlö)			4	4	2–7
Hoitotiimin jäsenet					
Ravitsemusterapeutti	22	100			
Lääkäri	16	73			
Psykiatri	8	36			
Sairaanhoitaja	17	77			
Psykologi	11	50			
Fysioterapeutti	9	41			

viimeisteltiin lisäämällä siihen syömishäiriöpotilaita hoitavien ravitsemusterapeuttien teemahaastattelun tuloksia laadukkaana ravitsemushoidon osatekijöistä. Kysymysten järjestys lomakkeessa satunnaistettiin, jottei samankaltaisten kysymysten peräkkäisyys johdattelisi vastaajaa.

Ravitsemusterapeuttien teemahaastattelut (n=4) toteutettiin haastateltujen ravitsemusterapeuttien työpaikoilla (05-06/2014). Haastattelussa käsiteltiin syömishäiriön ravitsemushoi-

don keskeisiä tekijöitä, hoidon onnistumista ja potilastyytyväisyyttä. Ne nauhoitettiin Olympus J500 Pearlcoder – sanelulaitteella. Haastattelut litteroitiin sanasta sanaan ja analysoitiin aineistolähtöisellä laadullisella sisällönanalyysillä (20, 21). Litteroitua tekstiä kertyi 22 A4 – liuskaa rivinvälillä 1,5. Auki kirjoitetut haastattelut luettiin läpi useaan kertaan kokonaisuuden hahmottamiseksi. Tekstistä alleviivattiin tutkittavaa aihetta kuvaavia keskeisiä ilmauksia eli



Kuvio 2. Esimerkkejä aineistolähtöisen sisällönanalyysin etenemisestä.

alkuperäisilmauksia. Ne pelkistettiin ja pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alaluokiksi (Kuvio 2). Tämän jälkeen alaluokat yhdistettiin yläluokiksi ja koottiin vielä kokoavan käsitteen – syömishäiriöpotilaan laadukas ravitsemushoito – alle.

Potilastyytyväisyyskyselyn yhteydessä syömishäiriöpotilaat täyttivät taustatietolomakkeen. Perustietojen lisäksi taustatietolomake sisälsi kysymyksiä vastaajien sairaudentunnosta ja muutosvalmiudesta, kehonkuvasta, ruokasuhteesta ja syömishäiriön koetusta vaikutuksesta elämänlaatuun. Lisäksi sekä syömishäiriöpotilaat (n=19) että ravitsemusterapeutit (n=7) täyttivät potilastyytyväisyyskyselyn käyttötyytyväisyyslomakkeen.

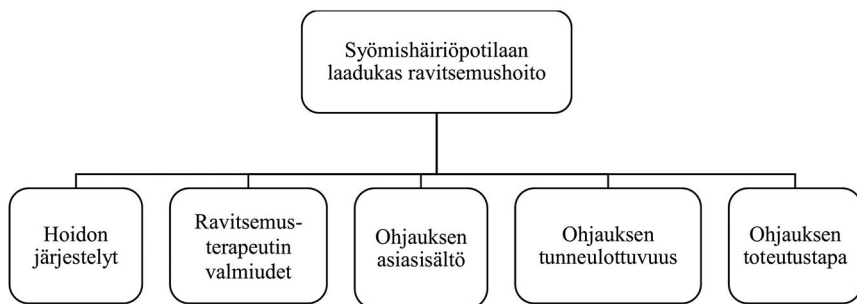
Ravitsemusterapeuttien käyttötyytyväisyyslomakkeessa oli neljä kysymystä ja syömishäiriöpotilaiden lomakkeessa viisi kysymystä, joihin vastattiin 7-portaisella Likert-asteikolla (asteikolla 1=täysin eri mieltä, 7=täysin samaa mieltä). Ravitsemusterapeuttien kysymykset koskivat potilastyytyväisyyskyselyn käytettävyyttä, kysymysten olennaisuutta ja niiden lukumäärän sopivuutta. Yhteen avoimeen kysymykseen sai antaa vapaasti palautetta kyselystä sen laatijalle. Syömishäiriöpotilaiden käyttötyytyväisyyslomak-

keen Likert-asteikolliset kysymykset koskivat syömishäiriöpotilaiden näkemystä potilastyytyväisyyskyselyn kysymysten ymmärrettävyydestä, olennaisuudesta, määrän sopivuudesta, vastaamisen helppoudesta ja halusta antaa jatkossa palautetta hoidosta. Kolmessa avoimessa kysymyksessä kysyttiin, mitä kysymyksiä potilaat lisäisivät tai poistaisivat potilastyytyväisyyskyselystä sekä pyydettiin antamaan vapaasti palautetta siitä.

Potilastyytyväisyyskyselyn ja käyttötyytyväisyyskyselyjen vastaukset käsiteltiin SPSS 19 – tilasto-ohjelmalla. Aineistoa kuvailtiin jakaumien tunnuslukujen (keskiarvon, mediaanin, vaihteluvälin), tapausten lukumäärien ja prosentiosuuksien avulla. Ravitsemushoidon potilastyytyväisyyskyselyn teemoja arvioivien mita-asteikoiden sisäistä yhtenäisyyttä selvitettiin laskemalla niiden Cronbachin alfat.

## TULOKSET

Valtaosa tutkittavista oli naisia (91 %) ja suurin osa (68 %) sairasti anoreksia nervosaa (Taulukko 1). Potilaiden keski-ikä oli 23 vuotta (vaihteluväli 13–57 v). Suurin osa potilaista oli opiskelijoita (73 %). Sairauden kesto potilailla vaihteli suuresti (=6 vuotta, vaihteluväli 8kk–26 v). Samoin



**Kuvio 3.** Syömishäiriön laadukkaan ravitsemushoidon osatekijät ravitsemusterapeuttien (n=4) teemahaastattelun perusteella.

hoitoaika vaihteli kuukaudesta yli kymmeneen vuoteen. Ravitsemusterapeutilla potilaat olivat käyneet keskimäärin 12 kertaa (vaihteluväli 1–50 kertaa). Yleisin hoitopaikka oli erikoissairaanhoido (59 %). Kaikkien potilaiden hoito toteutettiin moniammatillisesti.

### POTILASTYYTYVÄISYYSKYSelyn OSATEKIJÄT

Potilastyytyväisyyskyselyn viisi sisällöllistä osatekijää muotoutui ravitsemusterapeuttien teemahaastattelujen aineistolähtöisen sisällönanalyysin perusteella (Kuvio 3). Osatekijöiden sisältöä on havainnollistettu seuraavien lainauksien avulla:

Hoidon järjestelyt — ”...et saatavuus on sellainen, et se potilas saa sitä hoitoa myös enemmän kuin sen yhden tai kaksi konsultaatiokäyntiä jollekin...”

Haastatellut ravitsemusterapeutit ilmaisivat, että laadukas syömishäiriöpotilaan ravitsemushoito vaatii ravitsemusterapeutin tueksi moniammatillisen hoitotiimin. Hyvän ravitsemushoidon tulisi myös olla riittävän tiivistä, vastaanotto-kertoja tulisi tarjota riittävästi ja hoitoon tulisi päästä mahdollisimman pian sairauden toteamisen jälkeen.

Ravitsemusterapeutin valmiudet — ”Et jos on ite epävarma, niin se helposti varmasti näkyy siin tilanteessa ja sitten voi lisätä sitä potilaan epävarmuutta.”

Syömishäiriöpotilaiden ravitsemusohjauksen onnistuminen edellyttää ravitsemusterapeutin aitoa halua hoitaa syömishäiriöön sairastuneita. Hänen tulee luottaa ammattitaitoonsa ja uskaltaa ottaa vastuuta. Nämä ominaisuudet välittyvät potilaalle esimerkiksi ravitsemusterapeutin varmana ja jäämäkkänä ohjaustyylinä.

Ohjauksen asiasisältö — ”...tärkeintä on se täsmäsyöminen...”

Hyvän syömishäiriöiden ravitsemushoidon ytimessä on ”täsmäsyöminen” periaatteiden (riittävyden, säännöllisyyden, monipuolisuuden, sallivuuden) esittelemine potilaalle. Samalla korjaantuvat potilaan mahdollinen alipaino, ahmintoireet ja ravintoainepuutokset. Myös potilaan vääristynyttä ajatusmaailmaa pyritään kehittämään terveemmäksi.

Ohjauksen tunneulottuvuus — ”...että pitää olla tavallaan aika empaattinen ja sitten niinkun tavallaan ottaa ihminen ihmisenä.”

Ohjauksen asiasisällön lisäksi ravitsemusterapeutit pitivät vuorovaikutustaitoja tärkeinä syömishäiriöiden ravitsemushoidossa. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa ravitsemusterapeutti yrittää ymmärtää syömishäiriöön sairastunutta, kuuntelee tätä aidosti, vahvistaa potilaan uskoa omaan kykyyn tehdä muutoksia sekä valaa potilaaseen toivoa toipumisen mahdollisuudesta.

Ohjauksen toteutustapa — ” Et me yhdessä syödään ja siinä tää roolimalli ja sit se yhdessä kynnysten ylittäminen...”

Ravitsemusterapeuttien haastatteluista nousi esille, että hyvässä ravitsemushoidossa potilaita ei yritetä laittaa samaan muottiin, vaan kullekin etsitään yksilöllisesti toimiva tapa toteuttaa ravitsemusohjausta. Tärkeää on myös saada potilas mukaan hoidon suunnitteluun ja aktiiviseksi toimijaksi omassa hoidossaan. Näin pyritään välttämään vastakkainasettelu potilaan ja ravitsemusterapeutin välillä. Hoidon tulisi myös olla selkeästi tavoitteellista, eli potilaan kanssa tulisi selvittää, mihin hoidolla pyritään. Hoidon kuluessa on tarpeellista arvioida hoidon

## Taulukko 2. Syömishäiriöpotilaiden ravitsemushoidon potilastyytyväisyyskysely.

Ympyröitävät väittämät (asteikolla 1–5, 1= täysin eri mieltä, 5= täysin samaa mieltä) <sup>1</sup>

1. Sain yksilöllistä hoitoa.
2. Suositteisin ravitsemusterapeutiani muille syömishäiriötä sairastaville.
3. Ravitsemusterapeutti tuki minua selviämään vaikeista syömistilanteista.
4. Ravitsemusterapeutti oli myötätuntoinen.
5. Ravitsemusterapeutin tapaamisia tarjottiin riittävästi.
6. Ohjaus oli riittävän havainnollista.
7. Ravitsemusterapeutti oli ystävällinen.
8. Ravitsemusterapeutin tapaamiset lisäsivät toiveikkuuttani.
9. Ravitsemushoito auttoi minua voimaan paremmin.
10. Sain riittävästi tiedollista ohjausta ravitsemusterapeutilta.
11. Läheiseni, kuten perhe, puoliso, otettiin huomioon ravitsemushoidossani.
12. Sain olla mukana asettamassa ravitsemushoitoni tavoitteita.
13. Ravitsemusterapeutti ymmärsi syömishäiriötä.
14. Vastaanotolla oli hyväksyvä ilmapiiri.
15. Mielestäni ravitsemusterapeutilla itsellään vaikutti olevan luonteva suhde ruokaan ja syömiseen.
16. Ravitsemusterapeutti selvitti, miten hoitoni jatkuu tapaamisen jälkeen.
17. Sain ravitsemusterapeutilta myönteistä palautetta onnistumisistani.
18. Pääsin ravitsemusterapeutin vastaanotolle riittävän nopeasti.
19. Saamani kirjallinen aineisto hyödytti minua.
20. Sain vaikuttaa ravitsemushoitoani koskeviin päätöksiin.
21. Ravitsemusterapeutti oli aidosti läsnä.
22. Ravitsemusterapeutti oli kohtelias.
23. Ravitsemusterapeutti oli kärsivällinen.
24. Ravitsemusterapeutti perusteli ohjauksensa.
25. Ravitsemusterapeutilla oli jäykkä ohjaustyyli.
26. Ravitsemushoito auttoi minua toipumaan syömishäiriöstä.
27. Ravitsemusterapeutti oli kannustava.
28. Ravitsemusterapeutti kuunteli minua.
29. Ravitsemusterapeutti huomioi tarpeeni.
30. Ravitsemusterapeutti oli ammattitaitoinen.
31. Ravitsemusterapeutti oli luotettava.
32. Kokonaisarvioni ravitsemushoidosta (asteikolla 1–10)

Avoimet kysymykset

33. Kokonaisarviotani perustelen seuraavasti:
34. Mistä voit ravitsemusterapeuttiesi kiittää?
35. Mitä olisit toivonut ravitsemusterapeuttiesi ohjaukselta?

<sup>1</sup>Teemat ja niihin liittyvät kysymykset:

Hoidon järjestelyt (5, 16, 18)

Ravitsemusterapeutin valmiudet (13, 15, 25, 30)

Ohjauksen asiasisältö (3, 9, 10, 19, 24, 26)

Ohjauksen tunneulottuvuus (1, 2, 4, 7, 8, 14, 17, 21, 22, 23, 27, 28, 29, 31)

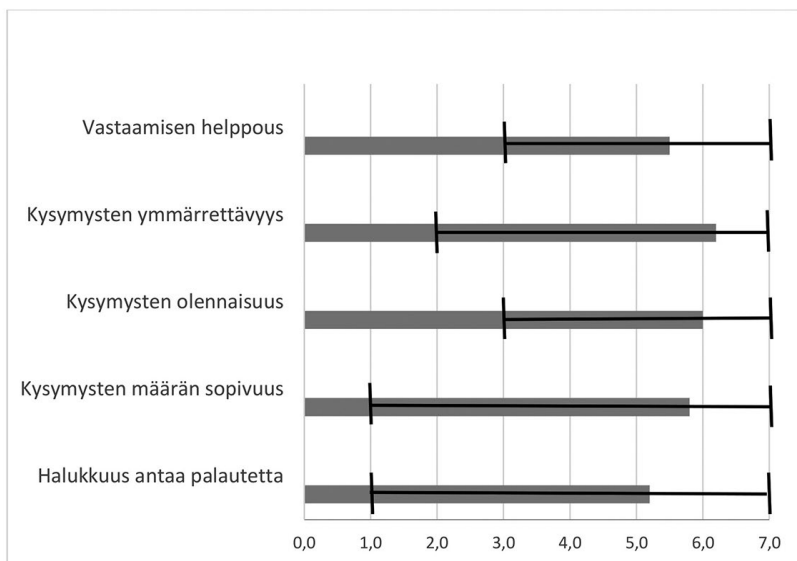
Ohjauksen toteutustapa (6, 11, 12, 20)

tavoitteiden toteutumista säännöllisin väliajoin. Syömishäiriöiden ravitsemushoidossa tarvitaan myös ymmärrystä potilaan omasta käsityksestä sairaudestaan ja tarpeen mukaan sitä voi täydentää esimerkiksi kertomalla syömishäiriökäyttäytymisen vaikutuksista elimistöön sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävästä syömisestä. Ravitsemusterapeutin on tärkeää olla havainnollinen ja käytännönläheinen, esim. laatimalla yhdessä ateriasuunnitelma ja ruokailemalla yhdessä potilaan kanssa.

### SYÖMISHÄIRIÖPOTILAIDEN RAVITSEMUSHOIDON POTILASTYYTYVÄISYYSKYSELY

Tutkimuksessa kehitetty potilastyytyväisyyskysely (Taulukko 2) sisältää 35 kysymystä, joista 32 on suljettuja ja kolme avointa. Ne käsittelevät pääasiassa ravitsemusterapeuttien teemahaastateluisia esille tulleita teemoja sekä kokonaistyytyväisyyttä ravitsemushoitoon.

Syömishäiriöpotilaiden ravitsemushoidon potilastyytyväisyyskyselyn teemoja (taulukko 2) selvittävien mitta-asteikoiden yhtenäisyys oli



**Kuvio 4.** Potilastyytyväisyyskyselyn käyttötyytyväisyys syömishäiriötä sairastavien potilaiden (n=19) näkemyksen mukaan. Keskiarvo (pylvään pää) ja vaihteluväli (R, jana), asteikolla 1–7, jossa 1 = täysin eri mieltä ja 7 = täysin samaa mieltä.

pääosin hyvä Cronbachin alfalla arvioituna: Hoidon järjestelyt ( $\alpha=0,42$ , kysymysten lukumäärä 3), ravitsemusterapeutin valmiudet ( $\alpha=0,72$ , kysymysten lukumäärä 4), ohjauksen asiasisältö ( $\alpha=0,72$ , kysymysten lukumäärä 6), ohjauksen tunneulottuvuus ( $\alpha=0,93$ , kysymysten lukumäärä 14), ohjauksen toteutustapa ( $\alpha=0,34$ , kysymysten lukumäärä 4).

#### POTILASTYYTYVÄISYSLOMAKKEEN KÄYTTÖTYYTYVÄISYYS

Ravitsemusterapeuttien käyttötyytyväisyyskyselyyn vastasi seitsemän syömishäiriöpotilaita hoitavaa ravitsemusterapeuttia. Vastaaajien mielestä potilastyytyväisyyskysely olisi hyödyksi heidän työnsä kehittämisessä (6,4, asteikolla 1–7). He olisivat myös erittäin halukkaita käyttämään sitä työssään (5,9, asteikolla 1–7). Vastajaat olivat lisäksi hyvin tyytyväisiä potilastyytyväisyyskyselyn kysymysten sisältöön (6, asteikolla 1–7). Kysymysten määrään sopivuuden suhteen oltiin sen sijaan kriittisiä (4, asteikolla 1–7). Kuuden ravitsemusterapeutin (86 %) mielestä lomakkeessa oli liikaa kysymyksiä. Vastauksista ei kuitenkaan käynyt selkeästi ilmi, mitkä kysymykset olisi poistettava.

Syömishäiriöpotilaiden käyttötyytyväisyyskyselyyn vastasi 19 syömishäiriötä sairastavaa (86 % koko tutkimuksen potilasaineistosta).

Potilaiden mielestä kyselyyn oli helppo vastata, sen kysymykset olivat olennaisia ja niitä oli sopivasti (Kuvio 4). Useimmat potilaista olivat halukkaita antamaan myös jatkossa palautetta ravitsemushoidostaan.

Syömishäiriöpotilailla oli erilaisia näkemyksiä siitä, mitkä potilastyytyväisyyskyselyn kysymykset olivat toimivia, ja mikä olisi sopiva kysymysten lukumäärä. Osan (n=6) mielestä niitä oli juuri sopivasti, eivätkä he olisi lisänneet tai poistaneet mitään. Osan (n=6) mielestä sitä vastoin kyselyssä oli liikaa samantyyllisiä kysymyksiä, minkä vuoksi vastaaminen oli puuduttavaa.

#### SYÖMISHÄIRIÖPOTILAIDEN HOITOTYYTYVÄISYYS

Potilastyytyväisyyskyselyyn vastanneet syömishäiriöpotilaat olivat keskimäärin hyvin tyytyväisiä ravitsemushoitoonsa (= 8, vaihteluväli 5–10, asteikolla 1–10, jossa 1 = erittäin tyytymätön, 10 = erittäin tyytyväinen). Tyytyväisimpiä potilaat olivat ravitsemusterapeutin ammattitaitoon, ymmärrykseen syömishäiriöistä, ohjauksen tiedolliseen osioon, kannustamiseen, tukemiseen, kuuntelemiseen ja potilaan mielipiteen ja toiveiden huomioimiseen. Tyytymättömiä he olivat erityisesti hoitoon pääsyn nopeuteen, hoidon riittävään tiiviuteen, läheisten huomioimiseen hoidossa ja ohjauksen käytännönläheisyyteen. Osa



potilaista koki myös tyytymättömyyttä vastaanoton tunneilmapiiriin ja siihen, että he eivät aina tulleet kuulluiksi.

## POHDINTA

Tässä tutkimuksessa kehitettiin uusi syömishäiriöpotilaiden ravitsemushoidon potilastyytyväisyyskysely. Sekä ravitsemusterapeutit että syömishäiriöpotilaat pitivät potilastyytyväisyyskyselyä varsin toimivana. Syömishäiriöpotilaat olivat keskimäärin hyvin tyytyväisiä ravitsemushoitoonsa.

Potilastyytyväisyyskyselyn kehittämisen prosessi, jossa hyödynnettiin sekä kirjallisuutta että ravitsemusterapeuttien teemahaastattelua, oli toimiva menetelmä. Aiemmat potilastyytyväisyys-tutkimukset ja ravitsemusterapeuttien hiljainen tieto täydensivät toisiaan. Ravitsemusterapeuttien teemahaastattelussa nousi esille samoja potilastyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä kuin kirjallisuudessakin, esimerkiksi emotionaalinen tuki, hoitavan henkilön ammattitaito ja asiakaslähtöisyys. Lisäksi teemahaastattelussa nousi esiin ravitsemusterapeutin oman ruokasuhteen, jämäkkyuden ja toiveikkuuden ylläpitämisen merkitys. Kehitetyn potilastyytyväisyyslomakkeen kysymykset olivat ryhmiteltävissä ravitsemusterapeuttien teemahaastatteluista saatujen viiden ulottuvuuden hoidon järjestelyn, ravitsemusterapeutin valmiuksien, ohjauksen asiasisällön ja tunneulottuvuuden sekä ohjauksen toteutustavan – mukaan.

Kehittämämme potilastyytyväisyyskysely sisälsi 17 kysymystä enemmän kuin Vivantin ym. (2007) kehittämä kysely. Kysymysten suurempi määrä oli perusteltu, koska Vivantin ym. (2007) kyselystä puuttui syömishäiriöpotilaiden hoidossa tärkeitä teemoja, esimerkiksi ravitsemusterapeutin syömishäiriöosaaminen, tavoitteiden asettaminen yhdessä potilaan kanssa, kärsivällisyys, hoitoon pääsyn nopeus ja omaisten huomioiminen hoidossa. Vivantin ym. (2007) kyselyssä painottui vahvasti ravitsemusterapeutin antaman kirjallisen aineiston merkitys. Kirjallisuuden ja ravitsemusterapeuttien teemahaastattelun perusteella tällainen painotus ei ollut syömishäiriöpotilaille suunnitellussa kyselyssä tarkoituksenmukainen.

Potilastyytyväisyyskyselyn käyttö syömishäiriöiden ravitsemushoidon kehittämisessä sai positiivista palautetta ja potilaat myös kiittivät

tärkeästä tutkimusaiheesta. Sekä ravitsemusterapeutit että potilaat pitivät tutkimuksessa kehitettyä potilastyytyväisyyskyselyä tärkeitä teemoja mittaavana ja kattavana. Tosin ravitsemusterapeutit kokivat kyselyn pituuden rajoittavan sen käytettävyyttä potilastyössä. Aivan kaikki potilaat eivät myöskään ilmaiseet suurta halukkuutta antaa jatkossa palautetta ravitsemushoidostaan. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden joukko oli hyvin heterogeeninen iän, sairauden keston, diagnoosin ja hoitokertojen suhteen. Tämä osaltaan heikentää tulosten yleistettävyyttä tutkimusjoukon pienen otoskoon ohella.

## SYÖMISHÄIRIÖPOTILAIDEN TYYTYVÄISYYS RAVITSEMUSHOITOON

Tutkimuksen perusteella potilaat olivat keskimäärin erittäin tyytyväisiä ravitsemushoitoonsa. Erityisen tyytyväisiä he olivat ravitsemusterapeutin asiantuntemukseen, syömishäiriöiden ymmärrykseen ja vuorovaikutustaitoihin. Eniten parannettavaa olisi heidän mielestään hoidon järjestelyissä, esimerkiksi hoitoon pääsyn nopeudessa ja tapaamisten tiheydessä. Myös läheisten huomioimisessa hoidossa ja hoidon käytännönläheisyydessä olisi vielä kehitettävää. Tulokset ovat yhdenmukaisia Eskobar-Kochin ym. (2010) ja Gulliksenin ym. (2012) tutkimustulosten kanssa (2,3). Tulosten vertailua vaikeuttaa kuitenkin se, että em. tutkimuksissa selvitettiin tyytyväisyyttä lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanottoon tai hoitoon. Tutkimuksen tuloksia tulkitessa on myös huomioitava, että kyselypalautteessa on saattanut tapahtua valikoitumista – on mahdollista, että erityisesti tyytyväiset potilaat palauttivat saamansa kyselyn ja tyytymättömät jättivät vastaamatta.

## MENETELMÄLLISET NÄKÖKOHDAT, VALIDITEETTI JA RELIABILITEETTI

Tutkimusaineiston koko oli pienehkö (ravitsemusterapeutit n=7 ja syömishäiriöpotilaat n=22). Ravitsemusterapeuttien osalta aineisto oli valikoitunutta siten, että tutkimukseen osallistui vain psykiatrisia potilaita hoitavia ravitsemusterapeutteja. Tutkimukseen osallistui erilaisia terveydenhuollon yksiköitä eri puolelta Suomea Länsi- ja Pohjois-Suomea lukuun ottamatta. Aineistossa korostui erikoissairaanhoito ja laihuushäiriöpotilaat. Ravitsemusterapeuteille jaettavaksi annetuista 60 potilastyytyväisyys-kyselylomakkeesta

palautui vain alle puolet (38 %), mikä heikentää tutkimustulosten yleistettävyyttä. Tutkijan tiedossa ei ole, kuinka suuri osa lomakkeista jäi ravitsemusterapeuteilta jakamatta tai kuinka moni potilaista jätti kyselyyn vastaamatta. Tutkimuksen puutteena voidaan pitää sitä, että vastaa-matta jättäneille potilaille ei lähetetty kyselyä uudestaan. Kyselylomakkeiden palautukseen saattoi myös vaikuttaa toivotun palautuspäivämäärän puuttuminen niistä.

Tutkimuksessa käytettiin sekä laadullista että määrällistä tutkimusotetta. Ravitsemusterapeuttien teemahaastattelu täydensi niukkaa tutkimusnäyttöä syömishäiriöpotilaiden ravitsemushoidon tyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä. Avointen kysymysten laadullinen analyysi täydensi määrällistä tietoa siitä, mihin syömishäiriöpotilaat olivat tyytyväisiä tai tyytymättömiä ravitsemushoidossa. Sen avulla saatiin myös selkeitä kehittämisehdotuksia potilastyytyväisyyslomakkeeseen.

Laadullisen tutkimuksen haasteena on tutkijan subjektiivisuuden vaikutus tutkimustuloksiin (21). Tämän takia laadullisissa tutkimuksissa käytetään usein kahta tutkijaa sisällönanalyysin tekemisessä, mutta tämä ei ollut mahdollista tässä tutkimuksessa.

Kun potilastyytyväisyyskyselyn reliabiliteettia mitattiin Cronbachin alfalla, sen teemoittaiten mitta-asteikoiden yhtenäisyys oli pääosin varsin hyvä. Teemakohtaisten kysymysten lukumäärä vaihteli kohtalaisesti ja erityisesti ohjauksen tunneulottuvuus painottui tässä potilastyytyväisyyskyselyssä kun esimerkiksi hoidon järjestelyihin ja ohjauksen toteutustapaan liittyviä kysymyksiä oli vähemmän. Ravitsemusterapeutin ja potilaan vuorovaikutuksen merkitys näytetty keskeisenä syömishäiriöiden hoidossa.

### **POTILASTYTYVÄISYYSKYSelyn HYÖDYNNETTÄVYYS**

Kehitetty potilastyytyväisyyskysely on sovellettavissa ravitsemusterapeuttien käytännön potilastyöhön. Se tarjoaa oivan työvälineen oman työn reflektointia varten. Ravitsemusterapeutti voi priorisoida ja karsia joitakin kysymyksiä tarpeen mukaan. Kyselyn käyttäminen ei välttämättä vie paljon aikaa; jo yhdellä silmäyksellä voi saada käsityksen potilaan tyytyväisyydestä hoitoon ja mahdollisista kehittämistarpeista. Systemaatti-

sesti analysoitavan ja tilastoitavan kyselyn voisi toteuttaa osana ravitsemusterapeutin ammatillisista kehittymistä ja ravitsemushoidon laadun arviointia esimerkiksi vuosittain.

Syömishäiriösairauksien erityisluonteen (mm. sairautentunnottomuuden, muutospelon, paranemista edistävien hoitotoimenpiteiden ahdistavuuden) vuoksi potilastyytyväisyyskyselyn käyttämiseen ravitsemushoidon laadun mittarina on tarpeen kuitenkin suhtautua varauksellisesti ja huomioida laadunarvioinnissa myös muut mittarit.

### **JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISHAASTEET**

Kehitetty potilastyytyväisyyslomake on sekä ravitsemusterapeuttien että syömishäiriöpotilaiden mielestä käyttökelpoinen ja keskeisiä teemoja jäsentävä, vaikka kyselylomakkeen lyhentäminen voisi parantaa sen käytettävyyttä. Tässä tutkimuksessa useimmat syömishäiriöpotilaat olivat hyvin tyytyväisiä syömishäiriöitä hoitavien ravitsemusterapeuttien toteuttamaan ravitsemushoitoon. Erityisen tyytyväisiä he olivat ravitsemusterapeutin ymmärrykseen syömishäiriöiden erityispiirteistä, tiedolliseen osaamiseen ja vuorovaikutustaitoihin. Hoitoon pääsyn nopeudessa ja hoitokertojen mitoituksessa oli syömishäiriöpotilaiden mielestä kehitettävää.

Kehitettyä potilastyytyväisyyskyselyä on tarpeen koekäyttää suuremmalla potilasjoukolla, mikä mahdollistaa kysymysten tarkemman ryhmittelyn ja karsimisen tilastollisia menetelmiä käyttäen. Sisällöllisen luotettavuuden arvioimiseksi kehitettyä kyselyä on syytä verrata johonkin nykyisin Suomen terveydenhuollossa käytössä olevaan potilastyytyväisyyskyselyyn. Jatkossa kyselystä tarvitaan helpokäyttöinen verkkopohjainen versio.

### **KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIT**

LLK osallistui tutkimuksen suunnitteluun yhdessä muiden kirjoittajien kanssa, tutkimuksen toteutukseen ja käsikirjoituksen kirjoittamiseen yhteistyössä muiden kirjoittajien kanssa. SS osallistui tutkimuksen suunnitteluun, ohjaamiseen ja käsikirjoituksen kirjoittamiseen. ON osallistui tutkimuksen suunnitteluun, oli päävastuussa ohjaamisesta ja osallistui käsikirjoituksen kirjoittamiseen.

The aim of the study was to develop a patient satisfaction questionnaire for eating disorder patients attending registered dietitian's nutrition care, in order to monitor and develop the quality of care. The study also aimed to examine the feasibility of the patient satisfaction questionnaire and to study the patients' satisfaction with the nutrition care. The questionnaire was developed using previous literature and theme interviews of dietitians (n=4) who treat eating disorder patients. In theme interviews five essential elements of the nutrition care emerged: the arrangements of the treatment, dietitian's professional skills and informational, emotional and practical components of the treatment.

The final questionnaire comprised of 32 structured questions and 3 open ended questions assessing the aforementioned elements of the nutrition care. 22 eating disorder patients from eight different treatment units in Finland

filled out the questionnaire. The majority of the patients (91 %) were female, aged 13–57 years. The most common diagnosis was anorexia nervosa (68 %). On average, the patients were very satisfied with the dietitians' nutrition care.

A feasibility questionnaire was then developed to assess the feasibility of the patient satisfaction questionnaire. Seven dietitians and 19 patients filled out the feasibility questionnaire. Importantly, both the patients and the dietitians regarded the patient satisfaction questionnaire as including essential themes. Moreover, it was seen as a potential tool for developing quality of nutrition care in eating disorder. However, majority of the dietitians suggested that a shorter version of the questionnaire might be more suitable in clinical use.

**Keywords:** patient satisfaction, nutrition care, eating disorders

## KIRJALLISUUS

- (1) Vivanti A, Ash S, Hulcomber J. Validation of a satisfaction survey for rural and urban outpatient dietetic services. *J Hum Nutr and Diet* 2007; 20:41–49.
- (2) Eskobar-Koch T, Banker JD, Crow S, ym. Service users' views of eating disorder services: an international comparison. *Int J Eat Disord* 2010; 43:549–559.
- (3) Gulliksen KS, Espeset EMS, Nordebo RHS, ym. Preferred Therapist Characteristics in Treatment of Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. *Int J Eat Disord* 2012;45:932–941.
- (4) Cockfield U, Philpot U. Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa. Managing anorexia from a dietitian's perspective. *Proc Nutr Soc* 2009; 68:281–288.
- (5) Hart S, Russel J, Abraham S. Nutrition and dietetic practice in eating disorder management. *J Hum Nutr and Diet* 2011; 24:144–153.
- (6) Lazar EJ, Fleischut P, Regan BK. Quality measurement in healthcare. *Annu Rev Med* 2012; 64: 485–496.
- (7) Terveystieteellinen tutkimuskeskus. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/201013>  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/2010132626>
- (8) Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemushoito: suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. 2. p. Helsinki: Edita; 2010, 20–22, 168–174.
- (9) Stice E, South K, Shaw H. Future Directions in Etiologic, Prevention and Treatment Research for Eating Disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2012; 41:845–855.
- (10) Sy R, Ponton K, De Marco P, ym. Quality of Life in Anorexia Nervosa: A review of the Literature. *Eat Disord* 2013; 21:206–222.
- (11) Keski-Rahkonen A. Syömishäiriöt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? *Duodecim* 2010; 126: 2209–2214.
- (12) Lähteenmäki S, Saarni S, Suokas J, ym. Prevalence of eating disorders among young adults in Finland. *Nord J Psychiatry* 2013.
- (13) Croll JK. Nutritional Impact on the Recovery Process. Teoksessa: Maine M, McGilley BH, Bunnell DW(toim.) Treatment of eating disorders: bridging the research-practice gap. Amsterdam: Elsevier; 2010, 127–142.
- (14) Ozier AD, Henry BW. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders. *J Am Diet Assoc* 2011; 111:1236–1241.

- (15) Janicijevic I, Seke K, Djokovic A, ym. Healthcare workers satisfaction and patient satisfaction – where is the linkage? *Hippokratia* 2013; 17: 157-162.
- (16) Hancock REE, Bonner G, Hollingdales R, ym. “If you listen to me properly, I feel good”: a qualitative examination of patient experiences of dietetic consultations. *J Hum Nutr and Diet* 2012; 25:275–284.
- (17) Hay P, Chinn D, Forbes D, ym. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48:977–1008.
- (18) Goodchild CE, Skinner TC, Parkin T. The value of empathy in dietetic consultations. A pilot study to investigate its effects on satisfaction, autonomy and agreement. *J Hum Nutr and Diet* 2005; 18: 181–185.
- (19) Cant RP, Aroni RA. Exploring dietitians’ verbal and nonverbal communication skills for effective dietitian-patient communication. *J Hum Nutr and Diet* 2008; 21:502–511.
- (20) Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud. p. Jyväskylä: Tammi; 2009.
- (21) Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun käytäntö ja teoria. 1. p. Helsinki: Gaudeamus; 2011.

LEIJA-LOTTA KALAOJA

*TtM, laillistettu ravitsemusterapeutti*  
*Itä-Suomen yliopisto*

SANNA SINIKALLIO

*PsT, yliopistonlehtori*

*Itä-Suomen yliopisto*  
*kasvatustieteiden ja psykologian osasto, Joensuu*  
*& Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö, Kuopio*

OUTI NUUTINEN

*FT, yliopistonlehtori*

*Itä-Suomen yliopisto*

*Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö, Kuopio*