

Hyvä ravitseminen on elinehto – erityisesti sairaille

Vaikeasti sairaan ravitseminen

Yliopistosairaalan osastolle tulee sädehoidossa oleva 50-vuotias mies, jolla on kasvain nielun alueella. Pääosin potilas syö suun kautta, mutta laihtumisen vuoksi hänelle aloitetaan PEG-letkun kautta pieniannoksinen tukiravitseminen. Parin päivän kuluttua pyydetään ravitsemusterapeuttia suunnittelemaan ravitsemuksen tehostamista, koska syöminen on vähentynyt. Potilas toteaa, ettei hänellä ole ylähampaita ja että tämä vaikeuttaa kiinteän ruoan syömistä. Pehmeän ruoan tilaaminen pysäyttää painonlaskun, vaikka letkuravitsemukseen ei tehdä muutoksia.

Viimeisten kymmenen vuoden aikana on kiinnitetty yhä enemmän huomiota sairautteen liittyvään vajaaravitsemukseen (disease-related malnutrition, DRM) (Beck ym. 2001). Ongelmasta aiheutuvien kulujen on arveltu muodostavan jopa 10 % terveyden- ja sosiaalihuollon kustannuksista (Elia ja Russell 2009, Rice ja Normand 2012). Sairaalapotilaista 23–40 %:n on arvioitu MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) -seulan perusteella kärsivän vajaaravitsemuksesta tai olevan sen vaarassa (Pirlich ym. 2006, Ruxton ym. 2008, Westergren 2008, Meijers 2009). Vaikka kattavaa selvitystä Suomessa ei olekaan tehty, on syytä olettaa, että selkeä vajaaravitseminen tai sen riski ovat hyvin yleisiä ongelmia suomalaisillakin sairaalapotilailla. Kuopion yliopistolliseen sairaalaan (KYS) hoitoon tulleista vastadiagnosoiduista syöpäpotilasta 58 % oli MUST- ja NRS (Nutritional Risk Screening) -seulojen perusteella vajaaravittuja tai vajaaravitsemusvaarassa (Alden 2008). Muilla osastoilla noin 40 % potilaista on ollut NRS-seulalla arvioiden vajaaravittuja tai vajaaravitsemusvaarassa (julkaisematon havainto).

Miksi sairaiden potilaiden ravitsemuksen arviointi ja seuranta on tärkeää? Lääketiede kehittyi huomattavasti vauhtia, ja vaikeasti sairaita potilaita hoidetaan yhä enemmän. Osittain vajaaravitseminen liittyy väestön ikääntymiseen. Sairaus lisää kuitenkin aina energiantarvetta

– jopa kaksinkertaiseksi normaaliin nähden. Samaan aikaan potilaan ruokahalu on usein huono ja syöminen voi olla vaikeaa esimerkiksi pahoinvoinnin, limakalvorikkujen tai suolistoleikkauksen jälkitilan vuoksi. Tästä seuraava vajaaravitseminen lisää komplikaatio-riskiä, pidentää hoitoaikaa ja vähentää potilaan omatoimisuutta (Elia ym. 2005, Stratton ym. 2006, Sorensen ym. 2008).

Suurimmalla osalla vaikeasti sairaista potilaista keskeinen kysymys on vajaaravitsemuksen tunnistaminen. Sairaalassamme käytössä olevan NRS-seulan käyttö on vielä satunnaista huolimatta hoitohenkilökunnan aktiivisesta koulutuksesta ja panoksesta. Kiireiseen rutiniin on vaikea lisätä vajaaravitsemuksen tehokasta seulontaa, vaikka se viekin vain muutamia minuutteja henkilökunnan työajasta. Toisaalta vajaaravitsemuksen hoidon on osoitettu vähentävän kustannuksia (Elia ja Russell 2009). Ravitsemushoitosuosituksen mukaan jokaisen potilaan vajaaravitsemusriski pitäisi selvittää esimerkiksi NRS-seulalla viimeistään toisena hoitopäivänä ja seula on toistettava viikon välein osastohoidon jatkuessa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010).

Toinen keskeinen ongelma on riittävän ravitsemusosaamisen takaaminen ruokavalioiden koostamisessa ja toteutuksessa. Sairaalan ruokahuollon tulisi kehittää maittavia ja sopivan kokoisia aterioita potilaille, joiden ruokahalu on huono. KYS:ssä on usean vuoden ajan kehitetty yhteistyötä ravintohuollon ja osastojen välillä. Vuonna 2011 tilatuista 660 000 potilasateriasta noin 58 000 (9 %) oli runsaasti energiaa ja proteiinia sisältäviä annoksia. Tarve olisi kuitenkin mainittujen laskelmien perusteella todennäköisesti huomattavasti suurempi.

Esimerkkipotilaamme tilanteen hoito ei vaatinut suonensisäistä ravitsemusta tai edes letkuravitsemuksen tehostamista. Riitti, kun tilattiin rakenteeltaan potilaalle sopivaa ruokaa. Ravitsemusta tehostetaan yksinkertai-

simmillaan runsasenergiaisella ja paljon proteiinia sisältävällä ruokavaliolla. Seuraavana tehostamiskeinona ovat kliiniset täydennysravintovalmisteet. Vasta tämän jälkeen harkitaan letkuravintoa ja viimeisenä vaihtoehtona suonensisäistä ravitsemusta. Toki osalla potilaista jo lähtötilanteen perusteella letkuravinto tai suonensisäisen ravitsemus voi olla ensisijainen vaihtoehto. Tämä koskee esimerkiksi tehohoitopotilaita. Liian tehokkaaseen suonensisäiseen ravitsemukseen liittyy kuitenkin riskejä, kuten maksa-arvojen suurentuminen, hyperglykemia ja hypofosfatemia. Välttämättä suonensisäisen ravitsemuksen hyödyt eivät siis ole haittoja suurempia. Nykyään eurooppalaiset ja yhdysvaltalaiset suositukset eroavat sen suhteen, kuinka nopeasti letkuravitsemuksesta pitäisi siirtyä suonensisäiseen ravitsemukseen (Casaer ym. 2011). Painon, kliinisen tilan ja veriarvojen (esim. prealbumiini) seuranta on välttämätöntä, mutta muutokset niissä kertovat ravitsemustilan muutoksista vasta päivien kuluessa. Tärkeintä on tarkkailla päivittäin ravitsemuksen toteutumista tehdyn suunnitelman mukaan seuraamalla painoa ja kirjaamalla ruokailut muistiin. Jos ravinnon saanti ei korjaannu toivotusti, on ravitsemusta tehostettava.

Sairas ihminen tarvitsee ravintoa tavallista enemmän. Syömiselle pitää siis luoda oikeat edellytykset ja syömisvaikeuksiin tulee reagoida aktiivisesti ravitsemusta tehostamalla.

Lääkäri vastaa yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa potilaan hoidosta – ja tähän kuuluu olennaisesti myös riittävä ravitsemus. Lääkärin on tiedettävä, miten paljon energiaa ihminen karkeasti arvioiden tarvitsee painokiloa kohti (20–25 kcal/kg) ja miten paljon sairaus lisää energiantarvetta (noin 1,2–2,0-kertaiseksi sairauden mukaan). Hänen tulisi siis arvioida ravitsemuksen riittävyys päivittäin ja ryhtyä viipymättä toimenpiteisiin, mikäli ravitsemus ei toteudu suunnitellusti. Ravitsemusterapeuttia kannattaa käyttää apuna. ■



JUSSI PIHLAJAMÄKI, professori, ylilääkäri
Itä-Suomen yliopisto, kliininen ravitsemustiede ja KYS, kliinisen ravitsemuksen yksikkö



HELENA GYLLING, emeritaprofessori
Itä-Suomen yliopisto, kliininen ravitsemustiede



URSULA SCHWAB, dosentti, kliininen opettaja, ravitsemusterapeutti
Itä-Suomen yliopisto, kliininen ravitsemustiede ja KYS, kliinisen ravitsemuksen yksikkö

SIDONNAISUDET

- Jussi Pihlajamäki: Ei sidonnaisuuksia
- Helena Gylling: Ei sidonnaisuuksia
- Ursula Schwab: Asiantuntijapalkkio (Recallmed Oy)

KIRJALLISUUTTA

- Alden H. Syöpäpotilaan aliravitsemusvaaran seulonta ja ravinnonsaannin tehostaminen hoidon alkuvaiheessa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto 2008.
- Beck AM, Balknäs UN, Fürst P, ym. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition – report and guidelines from the Council of Europe. Clin Nutr 2001;20:455–60.
- Casaer MP, Mesotten D, Hermans G, ym. Early versus late parenteral nutrition in critically ill adults. N Engl J Med 2011;365:506–17.
- Elia M, Russell C. Combating malnutrition: recommendations for action. Report from the Advisory Group on Malnutrition, led by The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) 2009.
- Elia M, Stratton RJ, Russell C, ym. The

- cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults. The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition 2005.
- Meijers JM, Schols JM, van Bokhorst-de van der Schueren MA, ym. Malnutrition prevalence in The Netherlands: results of the annual Dutch national prevalence measurement of care problems. Br J Nutr 2009;101:417–23.
- Pirlich M, Schutz T, Norman K, ym. The German hospital malnutrition study. Clin Nutr 2006;25:563–72.
- Rice N, Normand D. The cost associated with disease-related malnutrition in Ireland. Public Health Nutrition 2012;8:1–7.
- Ruxton CH, Gordon J, Kirkwood L, ym. Risk of malnutrition in a sample of acute and long-stay NHS Fife in-patients: an

- audit. J Hum Nutr Diet 2008;21:81–90.
- Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, ym. EuroOOPS: an international, multi-centre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. Clin Nutr 2008;27:340–9.
- Stratton RJ, King CL, Stroud MA, ym. 'Malnutrition Universal Screening Tool' predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. Br J Nutr 2006;95:325–30.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin, 2010.
- Westergren A, Lindholm C, Axelsson C, ym. Prevalence of eating difficulties and malnutrition among persons within hospital care and special accommodations. J Nutr Health Aging 2008;12:39–43.