

Onnistunut ravitsemushoito edellyttää käytännöistä sopimista ja moniammatillista yhteistyötä

## Hyödynnä ravitsemushoidon mahdollisuudet

**Martti otetaan sairaalahoitoon** keuhkoah-  
taumataudin pahenemisen vuoksi. Hän on  
laihtunut entisestään. Tulokeskustelussa sai-  
raanhoitaja toteaa seulontatestin avulla koh-  
talaisen vajaaravitsemuksen riskin, selvittää  
ruokatoivomukset ja tilaa hänelle tehostetun  
ruokavalion. Ravitsemusterapeutti suunnitte-  
lee Martin ruokailutottumusten pohjalta ravi-  
tsemushoidon tehostamistoimenpiteet osasto-  
jaksolle ja kotiin. Suunnitelma liitetään Martin  
hoitopalautteeseen. Kotikunnan terveyskes-  
kuksen ravitsemusterapeutti jatkaa siitä, mi-  
hin sairaalassa on päästy. Ravitsemushoito on  
osa Martin hoitoa, koska keuhkoah-  
taumatauti lisää vajaaravitsemuksen riskiä ja vajaaravitse-  
mus puolestaan heikentää hengitysilihaksia ja  
altistaa infektioille, mikä vaikeuttaa keuhko-  
sairautta (1).

Martin vajaaravitsemuksen riskiin päästään  
puuttumaan, jos henkilökunnalla on valmius  
tunnistaa vajaaravitsemus tai sen vaara, jos  
sairaalan ruokapalvelut ja kliinisten ravinto-  
valmisteiden valikoimat ovat ajantasaiset, jos  
osaston lääkäri ja muu henkilökunta saa ravi-  
tsemushoidosta koulutusta, jos ravitsemusterapeu-  
tilla on osastolla käytettävissä ja jos perus-  
terveydenhuollossa on ravitsemusterapeutin  
palveluita. Valitettavan usein kuitenkin edellä  
mainitut ravitsemushoidon edellytykset ovat  
puutteelliset. Silloin ravitsemushoito on sattui-  
manvaraista.

Ravitsemushoidon historia on komea. Hip-  
pokrateen lause ”Ruoka olkoon lääkkeesi” on  
ollut vuosisatoja sairaanhoidon kulmakivi.  
Elias Lönnrot liitti vuonna 1838 ravitsemus-  
hoidon osaksi potilaan kokonaisuhoitoa kirjas-  
saan Suomalaisen Talonpojan Koti-Lääkäri.  
Terveyskylpylöissä ja parantoloissa lääkärin  
määräämät dieetit ovat olleet tärkeitä hoito-

muotoja. Nykyään ravitsemus on mainittu  
Käypä hoito -suosituksissa ja niihin liittyneis-  
sä näytönastekatsauksissa 81 kohdassa. Sana  
”nutrition” löytyy 154 Cochrane-katsaukses-  
ta otsikosta, tiivistelmästä tai avainsanana.  
ESPENin (The European Society for Clinical  
Nutrition and Metabolism, [www.espen.org](http://www.espen.org))  
suositukset ohjaavat ravitsemushoitoa kaik-  
kiällä maailmassa. Suomessa tukeudutaan  
lisäksi Valtion ravitsemusneuvottelukunnan  
ravitsemushoitosuositukseen (2).

Miksi ravitsemushoito on tärkeää? Ensinnä-  
kin vajaaravitsemus on huomattavan yleistä:  
sairaalapotilaista 20–50 %:lla on todettu va-  
jaaravitsemus (3, 4). Havaintojemme mukaan  
sen esiintyvyys TAYS:ssa on samaa suuruus-  
luokkaa. Suomessa 28 % vanhainkodissa asu-  
vista oli vajaaravittuja ja pitkäaikaisairaanhoi-  
dossa hoidettavista 56 %:lla (5).

Toiseksi potilaan ravitsemustila vaikuttaa  
sairauden kulkuun ja potilaan ennusteeseen.  
Huono ravitsemustila altistaa infektioille sekä  
heikentää toipumista, lihasten toimintakykyä  
ja haavan paranemista. Vajaaravitsemus piden-  
tää sairaalahoitoa 30–70 %:lla (3, 4, 6), huon-  
ontaa elämänlaatua ja lisää komplikaatioita,  
lääkkeiden tarvetta sekä kuolemanvaaraa (3,  
6). Ravitsemustilaa on voitu parantaa seulo-  
malla potilaita vajaaravitsemusriskin suhteen  
ja aktiivisella ravitsemushoidolla (3, 7), jopa  
ilman kliinisiä ravintovalmisteita (8). Täyden-  
nys- tai letkuravintovalmisteiden aktiivinen  
käyttö pienentää vajaaravituilla hoidon kompli-  
kaatioita 40 %:lla, lyhentää sairaalahoitojak-  
soa keskimäärin kuudella päivällä ja pienentää  
kuolleisuutta lähes kolmanneksella (9).

Kolmanneksi ravitsemushoito on myös  
taloudellisesti perusteltua. Huono ravitse-  
mustila lisää kustannuksia pidentyneen hoi-

toajan sekä suurentuneen hoidon tarpeen ja terveydenhuoltopalvelujen käytön vuoksi (3, 4). Vajaaravitsemusriskissä olevien potilaiden sairaalahoitokustannukset olivat 20 % korkeammat (10) tai jopa kaksinkertaiset (3) muihin saman DRG-ryhmän potilaisiin verrattuna. Vajaaravitsemuksen hoito täydennysravintovalmisteiden avulla on osoitettu terveystaloustieteellisesti vaikuttavaksi (11). Englannissa NICE:n (National Institute for Health and Clinical Excellence) suositusten mukainen vajaaravitsemuksen seulonta, ravitsemustilan arviointi ja ravitsemusinterventiot kustantaisivat 32,2 miljoonaa punttaa vuodessa (12). Samalla kuitenkin säästettäisiin sairaalahoitokustannuksissa 45,5 miljoonaa punttaa. Ravitsemussuositusten noudattaminen tuottaisi näin Englannissa 13,3 miljoonan punnan nettokustannussäästön vuodessa.

Miten lähteä kehittämään ravitsemushoitoa? Sairaalaosastolla tai poliklinikassa on hyvä keskittyä aluksi työyksikön tärkeäksi kokemaan ongelmaan. TAYS:n syöpäosastoilla tällainen oli potilaiden huono ravitsemustila, joka usein esti syöpälääkityksen. Kehittämistyöhön tarvitaan lääkäri, hoitotyön edustaja ja ravitsemusterapeutti. Yhdessä suunnitellaan toimintatavat ja työnjako. Sovitaan, miten toimitaan vajaaravitsemuksen riskin eri luokissa. Tällöin suuri osa ravitsemushoidosta onnistuu lääkärin ja hoitajien tekemänä. Ravitsemusterapeutti osallistuu kohtalaisessa tai vakavassa vajaaravitsemuksen riskissä olevien hoitoon. TAYS:ssa useilla osastoilla on sovittu

ravitsemusterapeutin vastaanoton kriteerit ja viikkoaikataulu, mikä sujuvoittaa työntekoa ja mahdollistaa tehostetun ravitsemushoidon kohdentamisen sitä tarvitseviin.

Viime vuosina on opittu ymmärtämään ravitsemusterapeutin tarpeellisuus myös perusterveydenhuollossa (13). Vuonna 2000 Pirkanmaalla perusterveydenhuollossa toimi vain yksi ravitsemusterapeutti, mistä alueellinen ravitsemustyöryhmämme oli huolissaan (14). Nyt Pirkanmaalla on perusterveydenhuollossa kahdeksan ravitsemusterapeutin toimea eli yksi ravitsemusterapeutti 62 500 asukasta kohden. Määrä on kuitenkin edelleen vähäinen, kun ottaa huomioon sairauksien hoidon lisäksi kunnissa tehtävän terveyden edistämistyön.

Ravitsemushoidon tehostamisen käytäntöjen tulisi olla hallinnassa kaikkialla, minne potilaat sairaalasta siirtyvät. Pirkanmaalla ravitsemushoitokäytäntöjä on yhtenäistetty muun muassa alueellisen ravitsemussuunnitelman avulla (15). Potilaiden ruokailu ja ravitsemushoito kuulostavat yksikertaisilta ja helposti toteutettavilta asioilta. Kuitenkin edelleen on potilaita, joiden ravitsemustilaan ja ravitsemushoitoon ei ole kuukausiin kiinnitetty huomiota. Tietojärjestelmiä tulisi kehittää sellaisiksi, että ne edistävät ravitsemushoidonkin osalta päätöksentekoa, potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta. Ravitsemushoidon hyödyntäminen edellyttää systemaattista toimintaa, sujuvaa moniammatillista yhteistyötä ja ravitsemusterapeuttien asiantuntemusta. ■



**HEIKKI OKSA, dosentti, ylilääkäri,**  
toimialueen johtaja, lääkintöneuvos  
TAYS, toimialue 1



**ULLA SILJAMÄKI-OJANSUU, MMM,**  
johtava ravitsemusterapeutti  
TAYS, ravitsemusterapiayksikkö

### SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

## KIRJALLISUUTTA

1. Collins PF, Stratton RJ, Elia M. Nutritional support in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2012;95:1385–95.
2. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemushoito: suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima Oy 2010.
3. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr* 2008;27:5–15.
4. Freijer K, Tan SS, Koopmanschap MA, Meijers JM, Halfens RJ, Nuijten MJ. The economic costs of disease related malnutrition. *Clin Nutr* 2013;32:136–41.
5. Soini H, Suominen MH, Muurinen S, Strandberg TE, Pitkälä KH. Malnutrition according to the mini nutritional assessment in older adults in different settings. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:765–6.
6. Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, ym. EuroOOPS: an international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. *Clin Nutr* 2008;27:340–9.
7. O'Flynn J, Peake H, Hickson M, Foster D, Frost G. The prevalence of malnutrition in hospitals can be reduced: results from three consecutive cross-sectional studies. *Clin Nutr* 2005;24:1078–88.
8. Nykänen I, Rissanen TH, Sulkava R, Hartikainen S. Effects of individual dietary counseling as part of a comprehensive geriatric assessment (CGA) on nutritional status: a population-based intervention study. *J Nutr Health Aging* 2014;18:54–8.
9. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence based approach to treatment. Wallingford: CABI Publishing 2003.
10. Amaral TF, Matos LC, Tavares MM, ym. The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clin Nutr* 2007;26:778–84.
11. Freijer K, Bours MJ, Nuijten MJ, ym. The economic value of enteral medical nutrition in the management of disease-related malnutrition: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15:17–29.
12. National Institute for Health and Care Excellence. Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition [verkkodokumentti]. NICE Clinical Guideline no. 32. Julkaistu 20.2.2006. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10978/29979/29979.pdf>
13. Vaalto J. Ravitsemushoitoon kannattaa panostaa terveyskeskuksissa. *Yleislääkäri* 2012;27:22–3.
14. Oksa H, Siljamäki-Ojansuu U, Peltola T, ym. Ravitsemusterapeutin palveluja tarvitaan lisää. *Suom Lääkäril* 2001;56:5153–5.
15. Siljamäki-Ojansuu U, Pölonen A, Salminen T, ym. Pirkanmaan alueellinen ravitsemussuunnitelma 2011. Tampere 31.5.2011. [www.pshp.fi/download.aspx?ID=31399&GUID={386D0992-F78F-4417-975D-F0DB93E5E19D}](http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=31399&GUID={386D0992-F78F-4417-975D-F0DB93E5E19D})