

## Lääkärin rooli ravitsemushoidossa

**Optimaalinen ravitus** on terveyttä ja myös sairaudesta toipumista edistävä tekijä. Puutteellinen ravitus puolestaan on terveysriski ja lisää sairauksien hoitoon liittyviä kustannuksia. Parhaimmillaan lääkäri on ravitusneuvontaa antava auktoriteetti, potilaslähtöiseen ravitsemushoitoprosessiin aktiivisesti osallistuva klinikkoo, ohjeiden laatimiseen osallistuva asiantuntija ja terveystaloustieteellisen näkökulman huomioon ottava ravitsemushoidon kehittäjä. Lääkäreiden ravitusosaamisessa on vielä vaihtelua, mutta yhä useammin tiedotetaan ravitsemushoidon merkitys toipumista edistävänä tekijänä. Lääkäreiden lisääntyvä yhteistyö muiden ravitsemushoidon osaajien kanssa vahvistaa monialaista osaamista edellyttävää ravitsemushoitoprosessia. Näin ravitsemushoito kyetään parhaiten yhdistämään osaksi lääketieteellistä hoitoa.

Lääkärin työhön kuuluu potilaalle tarvittaessa annettava elämäntapaohjaus, johon kuuluu myös ravitusohjaus. Vääränlaista ravitsemusta ehkäisevän ja korjaavan neuvonnan rooli korostuu lääkärin työskennellessä terveyskeskuksessa, neuvolassa, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Ravitsemukseen keskeisesti liittyvät sairaudet, kuten tyypin 2 diabetes, lihavuus, sydän- ja verisuonitaudit sekä maksasairaudet, ovat merkittävä terveysongelma. Ravitsemuksella on varsin keskeinen vaikutus näiden sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon, ja hoitokontakteissa jatkuva ravitusohjaus on oleellista. Tämä ei ole pelkästään diabetes- tai sydänhoitajan tehtävä, vaan myös jokaisen lääkärin velvollisuus on antaa ravitusneuvontaa ja motivoida potilasta ravitsemuksen korjaamiseen. Näin pystytään usein parantamaan sairauksien tasapainoa, vaikuttamaan tarvittavan lääkityksen määrään ja jopa vähentämään laitoshoidon tarvetta.

Erikoissairaanhoidossa vajaaravitsemuksen, sen riskin tunnistaminen ja siihen liittyvä ravitusohjaus on tarpeen kaikilla aloilla. Esimerkiksi maha-suolikanavan leikkausten jälkeen tarvitaan sekä hoitavan lääkärin että ravitsemusterapeutin antamaa ravitusohjausta. Aloitteen ravitsemusterapeutin ottamisesta osaksi potilaan hoitoa on yleensä tultava hoitoprosessista vastaavalta lääkäriltä tai hänen esimieheltään. Käytännössä optimaalinen ravitusneuvonta on kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien yhteinen tehtävä.

Ravitsemushoidolla tarkoitetaan sekä ravitusmuutoksen heikentymistä ehkäisevää että sitä korjaavaa hoitoa. Se on lääketieteellisen hoidon tärkeä tuki, joka alkaa ravintokeskuksen tuottamasta monipuolisesta ruoasta ja ulottuu aina potilaan vajaaravitsemuksen ehkäisyyn, tunnistamiseen ja yksilölliseen ravitusohjaukseen. Siihen voi kuulua sekä normaalin ruokavalion optimointi että täydennys- ja erityisravintovalmisteiden käyttö. Ravitsemushoidolla on potilaan toipumisessa keskeinen mutta valitettavasti hieman aliarvioitu rooli. Todennäköisesti hoidon kustannuksetkin voisivat jäädä optimaalisen ravitsemushoidon myötä alhaisemmiksi. Lääkärikunnan tulisikin ottaa nykyistä aktiivisempi rooli ravitsemushoidon kehittämisessä sellaiseksi, että se tukee lääketieteellistä hoitoa, siitä saavutettavaa terveyshyötyä ja korjaa elämänlaatua.

Selkeillä ohjeistuksilla helpotetaan potilastyötä myös ravitsemushoidon osalta. Ohjeiden laatiminen ja säännöllinen päivittäminen on järkevintä toteuttaa lääkärin, ravitsemusterapeuttien ja hoitohenkilökunnan yhteistyönä. Päälekkäisen työn välttämiseksi ohjeistukset kannattaa laatia riittävän laajalle toimijajoukolle (esim. ERVA-alueelle). Parenteraalinen ravitus, täydennysravintovalmisteiden

käyttö ja letkuravitsemuksen toteutus muotoutuvat osaksi jokapäiväistä hoitokäytäntöä, jos ohjeistus on selkeää.

Terveystaloudellisesta näkökulmasta panostus elämäntapaohjaukseen, joka sisältää ravitsemusohjauksen ja virheellisten ravitsemustotumusten korjaamisen, tuottaisi terveyshyötyä ja pienentäisi terveydenhuollon kustannuksia. Ravitsemushoidon optimaalinen toteutus sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa, laitoshoidon mukaan lukien, säästäisi merkittävästi terveydenhuollon kustannuksia. Jo pelkästään vajaaravitun tai vajaaravitsemuksen riskissä olevan potilaan tunnistamisella ja korjaavilla toimenpiteillä voitaisiin ehkäistä leikkauskomplikaatioita, infektiota, painehaavoja ja samalla sairaalahoitojaksojen pitkittymistä. Voisi olettaa, että panostus ravitsemusterapeuttien virkojen lisäämiseen maksaisi itsensä korkojen kera takaisin. Yhtä oleellista on myös kaikkien ravitsemustoimijoiden osallistuminen alan koulutuksiin ja ravitsemushoi-

don prosessien kehittämiseen, jotta vajaaravitsemuksen aiheuttamat ongelmat ja lisäkustannukset minimoituisivat.

Potilaan paranemista ja kuntoutumista tukevan ravitsemushoitoprosessin edellytyksiä ovat osaavien toimijoiden riittävä määrä eri sektoreilla (1), selkeä ja tiedostettu työnjako (2), tutkittuun tietoon perustuvat ajantasaiset ohjeet (3) sekä ravitsemushoidolle myönteinen moniammatillisen yhteistyön kulttuuri (4). Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan osaaminen, aktiivisuus ja innostus ravitsemushoitoa hyödyntävän hoitoprosessin kehittämisessä kuitenkin vaihtelee eri organisaatioissa. Esimiehillä on keskeinen asema ravitsemushoitomyönteisen organisaatiokulttuurin ja hoitoprosessien kehittämisessä. Organisaatioiden ravitsemushoidon toimintatapojen vertaisarvioinnista voisi olla hyötyä. Lääkäreiden osaamista tulee lisätä kehittämällä ravitsemushoidon koulutusta sekä perus- että jatkokoulutusvaiheessa. ■



**JUHA SAARNIO, dosentti, osastonyliääkäri**  
OYS, operatiivinen tulosalue



**ANTTI MÄKITIE, professori, osastonyliääkäri**  
HYKS ja Helsingin yliopisto, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, pään ja kaulan kirurgia, operatiivinen tulosyksikkö

#### SIDONNAISUUDET

**Juha Saarnio:** Ei sidonnaisuuksia

**Antti Mäkitie:** Asiantuntijapalkkio (Sanofi-Aventis Oy, Atos Medical AB, Merck Oy)

#### KIRJALLISUUTTA

1. Agarwal E, Ferguson M, Banks M. Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr* 2013;32:737–45.
2. Guest JF, Panca M, Baeyens JP, ym. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. *Clin Nutr* 2011;30:422–9.
3. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, ym. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003;22:321–36.
4. Kuzu MA, Terzioğlu H, Genç V, ym. Preoperative nutritional risk assessment in predicting postoperative outcome in patients undergoing major surgery. *World J Surg* 2006;30:378–90.