

Täydennysravintovalmisteet vajaaravitsemuksen hoidossa



TIIVISTELMÄ





Vajaaravitsemus, varsinkin sairauteen liittyneenä, on laaja-alainen ongelma, joka vaikuttaa joka vuosi miljoonien eurooppalaisten elämään. Vajaaravitsemuksen seuraukset vaikuttavat haitallisesti sekä yksilöihin että yhteiskuntaan. Vajaaravitsemus lisää terveydenhoitoressurssien käyttöä. Pelkästään Euroopassa vajaaravitsemuksen kustannukset saattavat olla peräti 170 miljardia euroa.

Vajaaravitsemusta todetaan useimmin laitoksissa, erityisesti sairaaloiden, vanhainkotien ja hoitokotien potilailla, mutta eniten vajaaravitsemusta tai sen riskiä esiintyy iäkkäillä kotona ja hoitokodeissa asuvilla ihmisillä. Kaikissa näissä paikoissa vajaaravitsemus jää usein huomiotta, havaitsematta ja hoitamatta. Euroopan väestön ikääntyessä vajaaravitsemusta on välttämätöntä ryhtyä ehkäisemään, toteamaan ja hoitamaan.

“Täydennysravintovalmisteet vajaaravitsemuksen hoidossa” aineisto (dossier) perustuu laajaan, riippumattomaan näyttöön ja tutkimukseen. Aineistoon on

koottu viimeisin tieto, kuten tärkeimmät vajaaravitsemuksen syyt, esiintyvyyttä ja seurauksia koskevat päätelmät ja tutkimustulokset. Aineisto korostaa rutiiniseulonnan tarvetta ja osoittaa, kuinka tärkeää tehostettu ravitsemushoito ja erityisesti täydennysravintovalmisteiden käyttö kliinisesti tehokkaana ja myös terveydenhuollon kustannuksia säästävänä menetelmänä on.

Tämä vihkonen on selkeä ja helpokäyttöinen tiivistelmä aineiston sisältämistä tutkimuksista. Tiivistelmästä käyvät selkeästi ilmi tärkeimmät vajaaravitsemukseen liittyvät faktat ja tunnusluvut, ja se sisältää esimerkkejä hyvästä hoitokäytännöstä sekä riippumattomien asiantuntijoiden lausuntoja.

Medical Nutrition International Industry (MNI) pyrkii lisäämään tietoisuutta vajaaravitsemuksesta ja toivottaa teidät kaikki tervetulleiksi mukaan taisteluun vajaaravitsemusta vastaan.

MNI:n puolesta
Dr. Meike Engfer ja
Dr. Ceri Green

“Täydennysravintovalmisteet vajaaravitsemuksen hoidossa” aineisto löytyy englanniksi alla olevan ruutukoodin (QR) kautta ja osoitteesta www.medicalnutritionindustry.com





Medical Nutrition International Industry (MNI) on kansainvälinen teollisuusyhdistys, jonka jäsenyritykset tukevat potilaiden hoitoa ja kuntoutusta tuottamalla sairauskohtaiseen ravitsemushoittoon, sekä enteraaliseen että parenteraaliseen ravitsemukseen, tarvittavia tuotteita ja palveluita.

Yhdistyksen jäsenet ovat johtavia kansainvälisiä yrityksiä, jotka kehittävät, valmistavat ja markkinoivat kliinisiä ravintovalmisteita ja niiden käyttöä tukevia palveluja: Abbott, Baxter, B. Braun, Fresenius Kabi, Nestlé Health Science ja Nutricia.

MNI tukee tutkimusta, joka koskee kliinisen ravitsemushoidon mahdollisuuksia potilaiden terveyden parantamiseen, ja tutkimustulosten siirtämistä rutiinikäyttöön jakamalla tietoa hyvistä hoitokäytännöistä ja suosituksista sekä niiden käytöstä.

MNI on sitoutunut taistelemaan sairauteen liittyvää vajaaravitsemusta vastaan ja tukee ravitsemuseulontaa validoiduin työkaluin kaikissa asianmukaisissa yhteyksissä sekä seulonnan jälkeen sopivaa ravitsemushoitoa niille, joilla todetaan vajaaravitsemusriski.

MNI on hyvin selvillä terveydenhuolto-organisaatioiden paineista ja siitä, ettei ravitsemusta aina pidetä olennaisena osana hoitoa. Siksi se pyrkii varmistamaan, että vajaaravitsemuksen syistä, esiintyvyydestä ja seurauksista saadaan vahvaa näyttöä, joka on päättäjien ja terveydenhuollon ammattilaisten käytettävissä. Täydennysravintovalmisteet ovat ravitsemushoidon osa, jota käyttämällä voidaan hoitaa vajaaravitsemusta, parantaa hoitotuloksia ja pienentää vajaaravitsemuksen aiheuttamia huomattavia kustannuksia.

Lisätietoa saa osoitteesta secretariat@medicalnutritionindustry.com tai www.medicalnutritionindustry.com

ESIPUHE	2
MNI	3
VAJAARAVITSEMUS	4
• Vajaaravitsemus terveysongelmana	4
• Vajaaravitsemuksen esiintyvyys	5
• Vajaaravitsemuksen syyt	6
• Vajaaravitsemuksen seuraukset	7
• Vajaaravitsemuksen kustannukset	8
RATKAISU	9
• Ravitsemushoito hoitotavoitteena	9
• Tapausselostus	10
• Täydennysravintovalmisteiden kliininen hyöty	11
• Täydennysravintovalmisteiden taloudelliset hyödyt	12
• Täydennysravintovalmisteet hyvän ravitsemushoidon osana	13
SUOSITUKSET	14
KIITOKSET	15
KIRJALLISUUSVIITTEET	16





Vajaaravitsemus terveysongelmana

Termi “virheravitsemus” käsittää sekä liikaravitsemuksen (liikapainon ja lihavuuden) että aliravitsemuksen, mutta tässä vihkosessa käsitteellä “virheravitsemus” (sairauteen liittyvä vajaaravitsemus) tarkoitetaan vajaaravitsemusta ja vajaaravitsemusriskiä. Vajaaravitsemus on Euroopassa yleistä, ja 33 miljoonan ihmisen arvioidaan olevan vajaaravitsemusriskissä.¹

Vajaaravitsemus johtuu riittämättömästä ravinnonsaannista, ja ongelman ytimenä ovat vaikeus syödä ja sairaus.² Vaikka luotettavia seulontatyökaluja on olemassa, vajaaravitsemus jää usein vieläkin havaitsematta ja hoitamatta niin sairaaloissa, vanhainkodeissa ja hoitokodeissa kuin kotona asuvien keskuudessa. Ravitsemushoitoa saa usein alle 50 % niistä potilaista, joiden on todettu olevan vajaaravittuja.^{3,4} Vajaaravitsemus pitää siis pystyä toteamaan varhain ja hoitamaan asianmukaisesti, jotta sen vaikutusta pystyttäisiin vähentämään.

Vajaaravitsemus liittyy useimmiten sairauteen, ja sitä voi esiintyä missä ikäryhmässä tahansa vanhuksista pikkulapsiin. Iäkkäillä riski on erityisen suuri – yli 65-vuotiailla 30 % tavallista suurempi.⁵ Vajaaravitsemus on yleistä sairaaloissa, vanhainkodeissa ja hoitokodeissa.

Vajaaravitsemuksella on sekä klinisiä että taloudellisia seurauksia niin yksilön kuin koko yhteiskunnan kannalta. Erityisesti on syytä huomata, että vajaaravituiilla sairaalapotilailla esiintyy selvästi tavallista enemmän komplikaatioita, ja infektoriski on yli kolme kertaa suurempi kuin hyvässä ravitsemustilassa olevilla.^{6,7}

Vajaaravitsemuksella on erityisen haitallinen vaikutus kotona asuviin vanhuksiin, sillä se huonontaa toiminta- ja liikuntakykyä sekä vähentää kykyä tulla toimeen itsenäisesti. Kotona asuvat vajaaravitut potilaat käyvät tavallista useammin lääkärillä ja joutuvat sairaalahoitoon useammin kuin hyvässä ravitsemustilassa olevat potilaat.⁸

Ison-Britannian lukujen perusteella vajaaravitsemuksen vuosikustannusten Euroopassa arvioidaan olevan noin 170 miljardia euroa - yli kaksinkertaiset verrattuna liikalihavuuden aiheuttamiin kustannuksiin.^{1,9} Jatkuvasti saadaan lisää näyttöä, kuinka sopivalla ravitsemushoidolla vähennetään vajaaravitsemuksen aiheuttamia haittavaikutuksia terveydentilaan.¹⁰

Vajaaravitsemuksen esiintyvyys

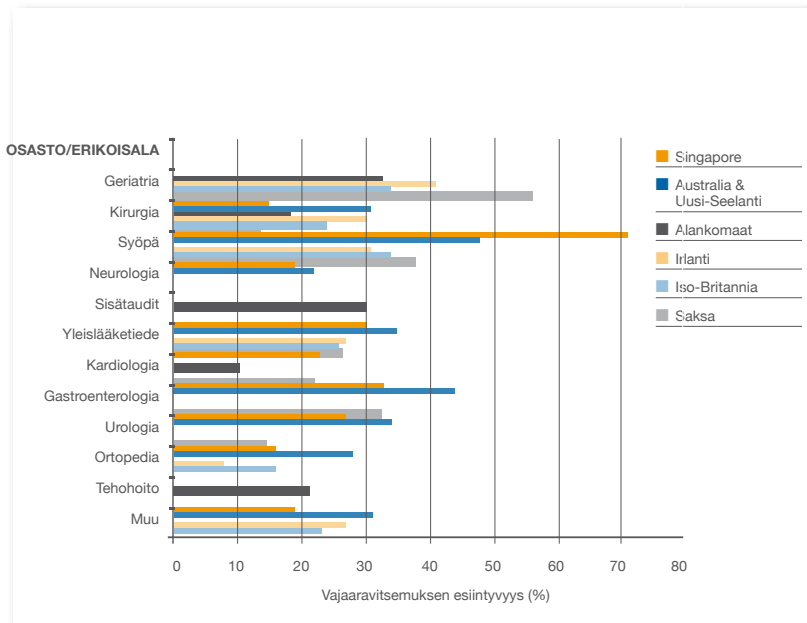
Vajaaravitsemus ei ole uusi ongelma. Se on yleistä koko terveydenhuollossa. Koska vajaaravitsemuksen riskiä ei seulota rutiinisti, siihen ei useinkaan päästä puuttumaan eikä sitä päästä ehkäisemään hyvissä ajoin.

Vajaaravitsemus on yleistä eri potilas- ja ikäryhmissä:

- Laajojen tutkimusten mukaan suunnilleen joka neljännellä aikuisella sairaalapotilaalla on joko vajaaravitsemuksen riski tai jo vajaaravitsemustila^{5,11-13}
- Enemmän kuin joka kolmannella hoitokotien asukkaalla on joko vajaaravitsemuksen riski tai jo vajaaravitsemustila¹⁴⁻¹⁷

- Joka kolmannella kotona asuvalla ikäihmisellä on vajaaravitsemuksen riski¹⁴
- Lähes joka viidennellä Alankomaissa sairaalahoitoa tarvitsevista lapsista on akuuttia tai kroonista vajaaravitsemusta¹⁸

Vajaaravitsemus on yleistä monilla sairaalaosastoilla, erityisesti pitkäaikais- ja syöpäosastoilla (ks. kuva 1). Moni laitospotilas on vajaaravitsemusriskissä, mutta riski on suurin kotona ja hoitokodeissa asuvilla potilailla – arviolta 93 % kaikista henkilöistä, joilla on vajaaravitsemusta tai sen riski, asuu kotona ja hoitokodeissa.²³



Kuva 1

Vajaaravitsemuksen esiintyvyys ja riski jaettuna sairaalaosastojen ja niiden erikoisalojen mukaan, joihin kuuluva sairaus on sairaalahoidon tärkeimpänä syynä^{5,19-22}

MITÄ ASiantuntijat SANOVAT

Dr. Ailsa Brotherton työskentelee Ison-Britannian Department of Health's QIPP Safe Care workstream työryhmässä ja on Ison-Britannian parenteraalisen ja enteraalisen ravitsemuksen yhdistyksen (British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, BAPEN) johtoryhmän kunniasihteri:

“Meidän on parannettava potilaiden saamaa ravitsemushoitoa. Vajaaravitsemus on todettava aikaisessa vaiheessa, ja on varmistettava, että varsinkin sille alttiit potilaat koko terveydenhuollossa seulotaan ja he saavat henkilökohtaisen ravitsemushoito-ohjelman ja että riskiryhmään kuuluvia seurataan seulonnan jälkeen asianmukaisesti.”

AVAINASIAIT

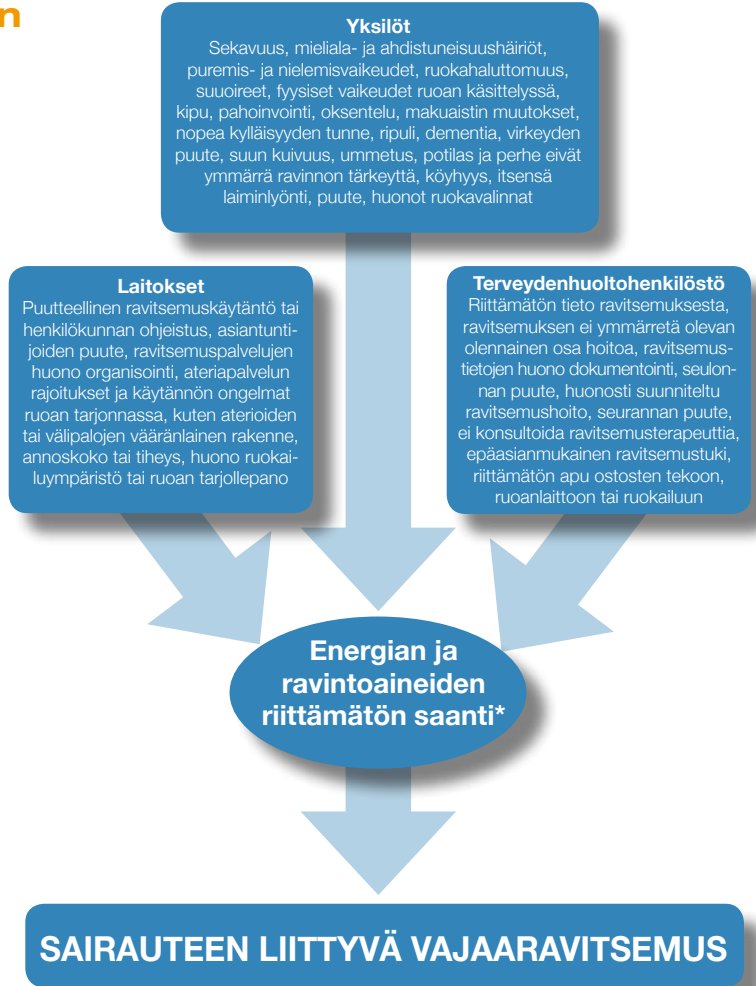
- Todettuakaan vajaaravitsemusta ei aina hoideta.
- Vajaaravitsemus on laajalle levinnyt kansanterveysongelma Euroopassa, jossa 33 miljoonan ihmisen arvioidaan olevan vajaaravitsemusriskissä.
- Vajaaravitsemus koskee kaikkia väestöryhmiä ja on yleisintä kotona ja hoitokodeissa asuvien iäkkäiden keskuudessa.
- Vajaaravitsemus heikentää toimintakykyä, vähentää omatoimisuutta ja on yhteydessä lisääntyneeseen terveyspalvelujen käyttöön.

Vajaaravitsemuksen syyt

Vajaaravitseminen johtuu ensisijaisesti riittämättömästä ravinnonsaannista, koska sairaus ja sen hoito vähentävät syödyn ruoan määrää.^{2,24}

Heikentyneeseen syömiseen voi olla monta syytä, kuten huono ruokahalu, nielemisvaikeudet ja lääkkeiden sivuvaikutukset.² Ravinnonsaanti vähenee erityisesti syöpäpotilailla, joilla voi olla hoidosta johtuvia makuuainin muutoksia tai pahoinvointia, sekä neurologisilla potilailla, jotka eivät välttämättä pysty nielemään tai syömään itse. Yli 50 % sairaalapotilaista ei syö tarjottua ateriaa kokonaan, ja 30 % hoitokotien asukkaista syö alle puolet lounaastaan,^{25,26} mikä tarkoittaa sitä, että potilaat eivät useinkaan saa tarvitsemaansa ravintoa.

Vajaaravitseminen ei kuitenkaan tarkoita vain liian vähäistä ravinnonsaantia (ks kuva 2). Vajaaravitsemusongelmaa pahentaa se, että viranomaisten, laitosten ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastuunjako ei ole selkeä eikä seurantaa ole tarjolla riittävästi koulutusta eikä välineitä. Asianmukaisten ja tehokkaiden ratkaisujen löytämiseksi ja käyttöön ottamiseksi tarvitaan siis moniammatillista yhteistyötä.



Kuva 2 Aikuisen riittämättömään energian ja ravintoaineiden saantiin johtavat tekijät sairauteen liittyvän vajaaravitsemuksen syyinä (mukailtu lähteestä Stratton et al. 2003)²

*Joidenkin ravintoaineiden tarve voi lisääntyä imeytymishäiriön tai aineenvaihdunnan muutosten takia tai koska ravintoaineita poistuu liikaa elimistöstä.

AVAINASIAT

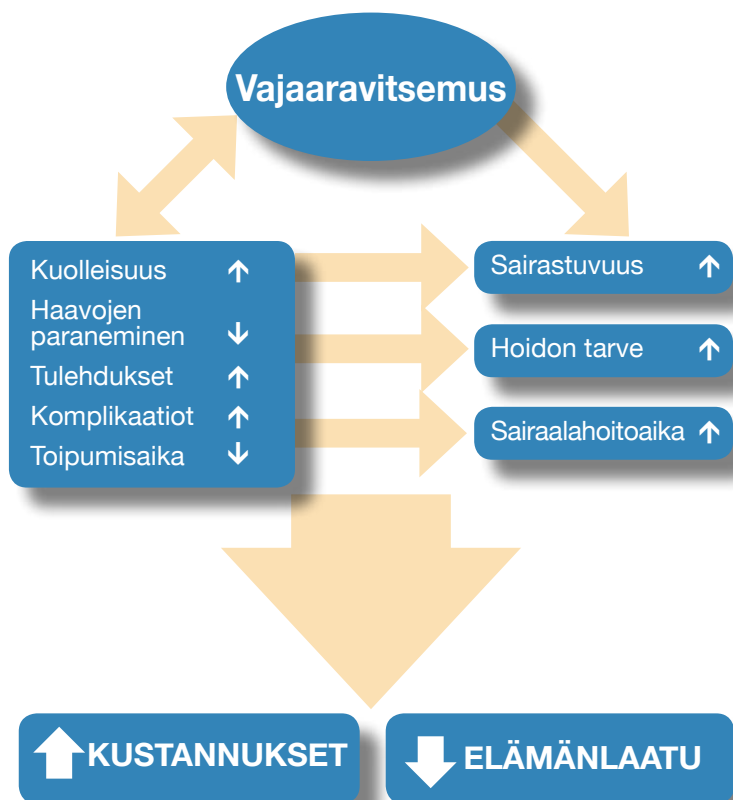
- Heikentyneeseen ruoan syömiseen johtava sairaus ja sen hoito ovat suurin vajaaravitsemuksen aiheuttaja.
- Erityisen alttiita ovat syöpäpotilaat ja potilaat, joilla on jokin neurologinen sairaus.
- Tehokkaimmin vajaaravitsemusta voidaan hoitaa moniammatillisena yhteistyönä, johon osallistuvat terveydenhuollon työntekijät, laitokset ja sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaiset.

Vajaaravitsemuksen seuraukset

Vajaaravitsemus voi vaikuttaa haitallisesti kehon jokaiseen elimeen, ja sillä voi olla kauaskantoisia fyysisiä ja psykososiaalisia seurauksia. Vajaaravitsemus voi esimerkiksi heikentää immuunivastetta, hidastaa haavojen paranemista, vähentää lihasvoimia ja aiheuttaa uupumusta, aktiivisuuden puutetta, apatiaa, masennusta ja itsensä laiminlyömistä.²³ Vajaaravitsemus voi heikentää vakavasti varsinkin kotona asuvien iäkkäiden ihmisten toiminta- ja liikuntakykyä ja omatoimisuutta. Kaikkiaan vajaaravitsemus voi huonontaa elämänlaatua.²

Vajaaravitsemuksella on monia kliinisiä seurauksia (ks. kuva 3).²⁷ Vajaaravituilla sairaalapotilailla on merkittävästi enemmän komplikaatioita (30,6 %) kuin potilailla, joiden ravitsemustila on hyvä (11,3 %)²⁸. Riskiryhmän sairaalapotilaiden kuolleisuus on merkittävästi - jopa 24 % - muita suurempi.²⁸

Vajaaravitsemus voi suurentaa valtion terveysmenoja, sillä se lisää terveydenhoitoresurssien käyttöä esimerkiksi pidentämällä sairaalahoitajaksoja ja lisäämällä uusintahoitajaksoja. Vajaaravittujen potilaiden keskimääräinen sairaalahoitoaika voi pidentyä 30 %.²⁸



Kuva 3 Vajaaravitsemuksen vaikutus ennusteeseen (mukailtu lähteestä Norman et al. 2008)²⁷

MITÄ ASIAANTUNTIJAT SANOVAT

Professori Alessandro Laviano on sisätautiopin apulaisprofessori Rooman Sapienza-yliopiston kliinisen lääketieteen laitoksella ja Euroopan parenteraalisen ja enteraalisen ravitsemuksen yhdistyksen (European Society of Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN) Educational and Clinical Practice Committeeen puheenjohtaja:

”Potilaiden vajaaravitsemusta ei pidetä tärkeänä; hoidossa keskitytään ensisijaisesti perussairauksiin. Meidän on ymmärrettävä, että ellei potilas saa riittävästi ravintoa, vajaaravitsemus lisää komplikaatioita ja hidastaa toipumista. Kaikilla muilla elämänaloilla pyritään laihduttamaan, mutta tässä on tarkoitus säilyttää potilaan paino tai lisätä sitä. Se ei välttämättä saa yleistä hyväksyntää.”

AVAINASIAT






- Vajaaravittujen sairaalapotilaiden komplikaatoriski on yli kolme kertaa tavallista suurempi.
- Vajaaravitsemus voi pidentää sairaalahoitoaika.
- Vajaaravitsemus suurentaa sairaalassa hoidettavien riskipotilaiden kuolleisuutta.

Vajaaravitsemuksen kustannukset

Koska vajaaravitsemus lisää terveydenhoitoresurssien käyttöä pidentämällä sairaala- hoitoaikaa sekä lisäämällä uusintahoitajaksoja ja komplikaatioita, vajaaravitsemukseen ja sen riskiin liittyvien kustannusten arvioidaan olevan Euroopassa 170 miljardia euroa.¹

AVAINASIAT

- Vajaaravitsemukseen ja sen riskiin liittyvien kustannusten arvioidaan olevan Euroopassa 170 miljardia euroa.
- Vajaaravitsemuksen hoitoon liittyvät kustannukset ovat peräti 10 % Irlannin terveydenhuollon ja sosiaalitoimen vuosibudjetista.
- Vajaaravitsemukseen liittyvien kustannusten uskotaan nousevan tulevina vuosina.

Maa	Väkiluku (noin)	Vajaaravitsemuksen arvioidut kustannukset
 Iso-Britannia	60,8 miljoonaa	15 miljardia euroa - vajaaravitsemukseen liittyvät kokonaiskustannukset vuonna 2007 ³⁰
 Saksa	82,4 miljoonaa	9 miljardia euroa , ja nousevat vuoteen 2020 mennessä 11 miljardiin euroon - vajaaravitsemukseen liittyvät kustannukset ³¹
 Alankomaat	16,8 miljoonaa	1,9 miljardia euroa - sairauteen liittyvän vajaaravitsemuksen aiheuttamat lisäkustannukset yhteensä vuonna 2011, mikä on 2,1 % Alankomaiden koko terveystuloista ja 4,9 % terveydenhuoltosektoreiden kokonaistuloista ³²
 Irlanti	4,1 miljoonaa	1,4 miljardia euroa - vuonna 2007 Irlannin terveydenhuollon ja sosiaalitoimen vuosibudjetista käytettiin 10 % vajaaravitsemuksen hoitoon ³³
 Eurooppa	738,2 miljoonaa	170 miljardia euroa - sairauteen liittyvän vajaaravitsemukseen arvioidut kustannukset Euroopassa ¹

Taulukko 1 Esimerkkejä vajaaravitsemuksen arvioiduista kustannusvaikutuksista eri puolilla Eurooppaa

Ravitsemushoito hoitotavoitteena

Ravitsemustuki on välttämätön osa potilaan hoitoa. Ensin on varmistettava, että tarjolla on ruokahalua herättävää, ravitsevaa ruokaa, joka täyttää potilaiden ravitsemukselliset, kulttuurin ja uskonnon vaatimukset. Hyvään ravitsemushoitoon kuuluu vajaaravitsemusriskin seulonta ja hoidon suunnittelu, jolla varmistetaan, että potilaat saavat heille sopivaa ravintoa oikeaan aikaan.

Vajaaravitsemusta ei voi käsitellä erillisenä asiana. Nyt pyritään siihen, että sidosryhmät yhdessä ryhtyisivät lisäämään tietoisuutta vajaaravitsemuksesta ja hoitamaan vajaaravitsemusongelmaa koordinoitusti koko terveydenhuollossa.

Kesäkuussa 2009 Tšekin EU-puheenjohtajakaudella jäsenvaltioiden terveysministeriöiden ja useiden muiden sidosryhmien edustajat antoivat Prahan julistuksen, jonka mottona oli "Stop disease-related malnutrition and diseases due to malnutrition!" (loppu sairauteen liittyvälle vajaaravitsemukselle ja siitä johtuville sairauksille). Julistuksessa vaadittiin seuraavia vajaaravitsemuksen vastaisia toimenpiteitä:

- yleistä tietoisuutta ja koulutusta
- suosituksen laatimista ja käyttöönottoa
- pakollista seulontaa
- vajaaravitsemuksen tutkimista
- ravitsemushoitoa koskevaa koulutusta terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisille
- tukea kansallisille ravitsemushoitosuunnitelmille, niiden käyttöönotolle ja rahoitukselle koko terveydenhuollossa

- vajaaravitsemuksen ottamista mahdollisesti yhdeksi pääaiheista seuraavilla EU-puheenjohtajakausilla

Varsovan julistus annettiin lokakuussa 2011 Puolan EU-puheenjohtajakaudella. Siinä avainalueita on vahvistettu, että voidaan toimia kaikkia niitä erilaisia haittavaikutuksia vastaan, joita vajaaravitsemuksella voi olla potilaille ja terveydenhoitojärjestelmille:

- vajaaravitsemusriskin seulonnan tuominen rutiinikäyttöön koko EU-alueella
- yleinen tietoisuus
- korvausjärjestelmät
- lääketieteellinen koulutus

Niille potilaille, joiden todetaan olevan vajaaravituttuja tai joilla todetaan vajaaravitsemuksen riski, on annettava riittävää ravitsemustukea. Ravitsemusneuvonnan ja tavallisen ruoan rikastamisen jälkeen kliinisten täydennysravintovalmisteiden käyttö ravitsemushoidossa on näyttöön perustuva keino hoitaa tehokkaasti heikossa kunnossa olevia potilaita.

MITÄ ASiantuntijat SANOVAT

Professori Koen Joosten, lasten tehohoitolääkäri (Erasmus MC - Sophia Children's Hospital, NL) ja Alankomaiden parenteraalisen ja enteraalisen ravitsemuksen yhdistyksen (Dutch Society of Parenteral and Enteral Nutrition, NESPEN) rahastonhoitaja, kommentoi moniammatillisen lähestymistavan merkitystä:

"Koko sairaalajärjestelmän yhteistyö on kaikkein tärkeintä, kun luodaan uutta ohjelmaa. Vastuunjako, tavoitteiden määrittäminen, tietoisuuden lisääminen ja hyvät viestintäkanavat lääkäreiden, sairaanhoitajien, ylimmän johdon ja tietojärjestelmien välillä ovat välttämättömiä, jotta uuden toimintatavan käyttöönotto onnistuisi."

TAPAUSSÉLOSTUS

Vajaaravitsemus ei saa olla väistämätön osa sairautta ja ikääntymistä. Jokaisen pitää vaatia, että seulontoja tehdään vajaaravitsemuksen toteamiseksi ja että oikean ravitsemushoidon antaminen oikeaan aikaan varmistetaan.



Tämä on Annen tarina - esimerkki henkilökohtaisesta hoitosuunnitelmasta toipumisen edistämiseksi.

Annen tausta

Anne on iäkäs, yksin asuva nainen. Hänen miehensä kuoli kaksi vuotta sitten. Ennen Anne oli hyvin sosiaalinen ja kävi monissa tapahtumissa, mutta nykyään häntä näkee harvoin kaupungilla. Hän ei pysty lähtemään kotoa ja saa apua etäisiltä sukulaisiltaan näiden satunnaisilla käynneillä. Hänen terveydentilansa on huono, ja hänellä on hengitystiesairaus.

Anne ei pysty käymään ruokakaupassa eikä valmistamaan omia aterioitaan. Hän ei ehkä ymmärrä, kuinka tärkeää olisi laittaa itselleen ravitsevaa ruokaa. Hän saattaa olla masentunut. Hengitystiesairaus voi vaikeuttaa hengittämistä ja syömistä

Annen hoito

Annea hoitavan terveydenhoitotiimin pitäisi

- tarkistaa vajaaravitsemuksen riski käyttäen validoitua seulontamenetelmää
- hoitaa Annen hengitystiesairautta ja masennusta
- järjestää apua kaupassa käyntiin ja ruoanlaittoon
- hankkia täydennysravintovalmisteita, kunnes Anne pystyy syömään riittävästi tarpeisiinsa nähden
- seurata hänen tilaansa varmistuakseen siitä, että ravitsemushoito saavuttaa asetetut tavoitteet.



MITÄ ASIAANTUNTIJAT SANOVAT

Professori Jean-Pierre Michel on Geneven yliopiston lääketieteen kunniaprofessori ja EUGMS:n (European Union Geriatric Medicine Society) puheenjohtaja:

“Täydennysravintovalmisteiden määräämisestä voi odottaa monenlaista kliinistä hyötyä, kuten painonlisäystä, lihasvoiman kasvua ja liikkumisen paranemista sekä hengitystoiminnan paranemista, jotka kaikki helpottavat omatoimisuutta ja parantavat elämänlaatua.”

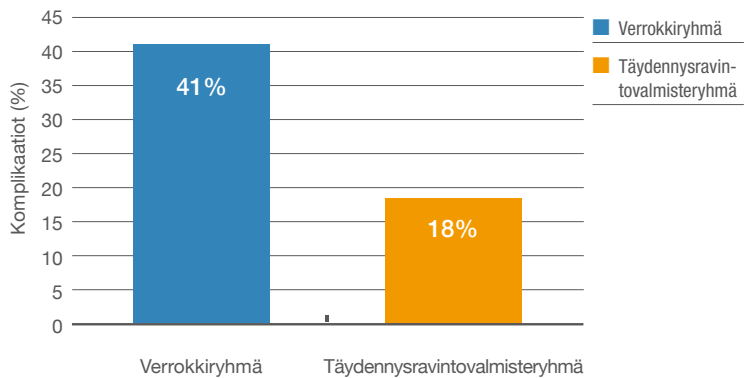
Täydennysravintovalmisteiden kliininen hyöty

Täydennysravintovalmisteet ovat kliinisesti tehokas ratkaisu vajaaravitsemukseen. On runsaasti vahvaa näyttöä siitä, että täydennysravintovalmisteet ovat osoittautuneet onnistuneeksi keinoksi hoitaa vajaaravitsemusta ja parantaa niiden potilaiden hoitotuloksia, jotka pystyvät kyllä syömään mutta eivät tarpeisiinsa nähden riittävästi.

Täydennysravintovalmisteiden on todettu parantavan sekä laitoksetä avohoidossa olevien erilaisten potilasryhmien ravitsemusta, toimintakykyä ja kliinistä tilaa.

Tärkeimmät havainnot osoittavat, että täydennysravintovalmisteet parantavat selvästi hoitotulosta. Ne

- vähentävät kuolleisuutta jopa 24 % tavanomaiseen hoitoon verrattuna²
- vähentävät komplikaatioita tavanomaiseen hoitoon verrattuna^{2,34,35} (ks. kuva 4)
- lisäävät sekä sairaalapotilaiden että kotiutettujen iäkkäidenkin potilaiden painoa.³⁴



Kuva 4 Komplikaatioita on vähemmän täydennysravintovalmisteita saaneilla sairaalapotilailla kuin verrokeilla (mukailtu lähteestä Stratton et al. 2003)²

AVAINASIAIT

- Täydennysravintovalmisteet ovat tehokas, henkilöön kajoamaton ratkaisu vajaaravitsemuksen hoitoon.
- Täydennysravintovalmisteet lisäävät painoa ja estävät laihtumista potilailla, jotka joko ovat vajaaravittuja tai joilla on vajaaravitsemuksen riski.
- Täydennysravintovalmisteita käytettäessä vajaaravittujen potilaiden kuolleisuus ja komplikaatioiden määrä ovat johdonmukaisesti pienemmät tavanomaista hoitoa saaneisiin verrattuna.

MITÄ ASiantuntijat SANOVAT

Professori Jean-Pierre Michel:

“Täydennysravintovalmisteiden käyttö on tärkeää, sillä se vähentää komplikaatioita ja nopeuttaa toipumista, mikä lyhentää sairaalahoitoaika ja vähentää näin kustannuksia.”

Täydennysravintovalmisteiden taloudelliset hyödyt

On todettu, että täydennysravintovalmisteita käyttämällä voidaan säästää, koska se vähentää terveydenhoitopalvelujen käyttöä. Tämä koskee sekä sairaala- että avopuolta (ks. taulukko 2). Ison-Britannian terveystieteiden (NICE) taloudellinen mallinnus (2006) osoitti, että täydennysravintovalmisteet ovat kustannustehokkaita seulo- ja hoito-ohjelmaan yhdistettynä.³⁴ NICE luokittelee täydennysravintovalmisteet hyvinkin rahanarvoiseksi hoitomuodoksi.

Vajaaravitsemuksen hoidossa täydennysravintovalmisteet paitsi parantavat potilaiden vointia, ne

myös antavat terveydenhuoltohenkilökunnalle mahdollisuuden kustannusten hallintaan. Tämä on merkittävää erityisesti, koska väestö ikääntyy ja ravitsemustilaa huonontavia kroonisia sairauksia on paljon, mikä lisää kustannuksia. Vajaaravitsemuksen hallinta ja hoito voivat olla osaratkaisua tähän ongelmaan. Vaikka kustannukset kohdistuisivat yhtäälle ja hyödyt toisaalle, vajaaravitsemuksen tehokas ehkäisy ja hoito saavat aikaan kokonaissäästöjä sosiaali- ja terveysalalla. Esimerkiksi runsaasti proteiinia sisältävien täydennysravintovalmisteiden käyttö vähentää toistuvia sairaalahoitojaksoja 30 %.³⁹

Maa	Potilasryhmä	Säästö potilasta kohti
SAIRAALA		
Alankomaat ³⁶	Vatsakirurgiset potilaat	252 €
Iso-Britannia ²⁹	Kirurgisia, iäkkäitä ja aivohalvauspotilaita koskevat tulokset yhteensä	1002 € (sairaalavuorokauden kustannukset) 352 € (komplikaatioiden kustannukset)
AVOPUOLI		
Ranska ³⁷	Vajaaravitut iäkkäät ihmiset (> 70-vuotiaat)	195 €
Saksa ³⁸	Täydennysravintovalmisteita sairauteen liittyvän vajaaravitsemusriskin vuoksi tarvitsevat	234-257 €

Taulukko 2 Esimerkkejä tutkimuksista, joissa täydennysravintovalmisteiden käytön on osoitettu säästävän kustannuksia^{29,36-38}

AVAINASIA

- Ison-Britanniassa on todettu, että täydennysravintovalmisteiden käyttö säästää hoitokulun lyhenemisen vuoksi 1000 € potilasta kohti.
- Kotona asuvat, täydennysravintovalmisteita saavat potilaat tarvitsevat muita vähemmän terveydenhuollon kotikäyntejä.
- Runsasproteiinisten täydennysravintovalmisteiden käyttö vähentää sairaalahoidon uusintahoitojaksoja kaikkiaan 30 %.



Täydennysravintovalmisteet hyvän ravitsemushoidon osana

Yhä useampi katsoo täydennysravintovalmisteiden olevan olennainen osa potilaan vajaaravitsemuksen kokonaisvaltaista hoitoa laitoksessa ja kotona. Käsitystä tukee vahva näyttö, että täydennysravintovalmisteet parantavat sekä ravinnonsaantia että kliinistä hoitotulosta, toiminnallista ja taloudellista lopputulosta.

Valtion viranomaiset, virastot, terveysministeriöt, klinisen työn asiantuntijat ja ammatilliset järjestöt ovat monessa maassa kehittäneet näyttöön perustuvia suosituksia vajaaravitsemuksen hoitoon, usein näiden sidosryhmien yhteistyönä.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa hyvän ravitsemushoitokäytännön pitäisi sisältää erilaisia strategioita ja toimintoja, joiden tavoitteena on varmistaa, että jokainen potilas saa sopivinta mahdollista, yksilöllisesti räätälöityä ravitsemushoitoa oikeaan aikaan, jotta ravinnonsaanti ja ravitsemustila saataisiin mahdollisimman hyväksi ja hoitotulokset entistä paremmiksi.

Tiedetään, että ravitsemussuosituksilla on ollut sekä potilaiden että terveydenhuollon ammattilaisten kannalta myönteinen vaikutus. Tästä on kuitenkin usein vaikeaa saada esimerkkejä, joko siksi että tehtyjä ohjeistuksia ei välttämättä ole täysin otettu käyttöön, tai koska hyvää hoitokäytäntöä ei ole dokumentoitu eikä siitä ole kerrottu muille. On selvää, että koordinoitu moniammatillinen yhteistyö on tarpeen, jotta terveydenhuollon ammattilaiset pystyisivät viemään "akateemisia suosituksia" käytäntöön.

Vuodesta 2008 lähtien MNI on antanut vuosittain apurahan parhaalle kansalliselle aloitteelle, joka koskee näyttöön perustuvaa vajaaravitsemuksen torjuntaa käytännössä. Lisätietoa näistä projekteista on osoitteessa www.medicalnutritionindustry.com.

MITÄ ASiantuntijat SANOVAT

Dr. Ailsa Brotherton:

"On tarpeeksi näyttöä, että ravitsemuksella on merkittävä vaikutus potilaan hoitoon, ja että se sekä kohentaa terveydentilaa että tuo säästöä."

ESIMERKKEJÄ PARHAISTA TOIMINTATAVOISTA

- Seulonta käyttäen **MUST-**menetelmää paransi ravitsemushoitoa ja hoitosuunnitelmien asianmukaista käyttöä, lyhensi sairaalahoitoaika ja vähensi kustannuksia.⁴⁰
- Kun ravitsemusassistentti tuki intensiivisesti iäkkäiden naispuolisten lonkkamurtumapotilaiden syömistä

- täydennysravintovalmisteiden kera Walesin viranomaisten suositusten mukaan, energiansaanti lisääntyi merkittävästi ja kuolleisuus aleni sekä traumaosastolla että neljän kuukauden seurannassa.⁴¹
- Kun espanjalaisen sairaalan syöpäpotilaiden hoidossa otettiin käyttöön ravitse-

- mushoito-ohjelma, laihtuminen väheni 60 prosentilla ja paino lisääntyi 17 prosentilla potilaista.⁴²
- Kun belgialaisessa sairaalassa otettiin käyttöön iäkkäiden potilaiden ravitsemushoito-ohjelma, sairaalahoitoaika lyheni merkittävästi.⁴³

Taistelussa vajaaravitsemusta vastaan aina toteamisesta parhaan mahdollisen, kustannustehokkaan hoidon tarjoamiseen on useita avaintemoja:

- Työn joka tasolla on oltava mukana **useita sidosryhmiä**.
- **Tietoisuus ja koulutus** ovat onnistumisen kannalta keskeisiä.
- **Auditoinnit ja laadunparannustoimenpiteet** ovat välttämättömiä.
- On luotava mahdollisuudet **hyvien toimintamallien** jakamiseen.

MNI on sitoutunut lisäämään tietoisuutta vajaaravitsemuksesta ja kannustamaan rutiiniseulonnan ja ravitsemustilan arviointiin sekä asianmukaisen ravitsemushoidon käyttöönottoa kaikissa terveydenhoitopaikoissa ja kotona asuvien keskuudessa. Jotta näihin tavoitteisiin päästäisiin, MNI antaa seuraavat suositukset:



Vajaaravitsemuksen toteaminen

- Kullakin maalla pitäisi olla ravitsemuskäytäntö, joka kattaa vajaaravitsemuksen vastaavasti kuten on lihavuudesta ja liikapainosta.
- Alttiiden ryhmien rutiiniseulonnan pitäisi olla osa kansallista ravitsemuskäytäntöä.
- Vajaaravitsemuksen ja sen riskin toteamiseen pitäisi käyttää validoituja seulontatyökaluja.
- Tarvitaan selkeä ohje, kuka on vastuussa vajaaravitsemuksen seulonnasta.

Esiintyvyys

- Vajaaravitsemuksen esiintyvyyttä ja riskiä pitäisi sitoutua mittaamaan järjestelmällisesti, ja tuloksista pitäisi kertoa.

Syyt

- Ravitsemushoito-ohjelmien pitäisi perustua näyttöön ja ottaa huomioon vajaaravitsemuksen syyt ja hoidon tavoitteet mutta myös ympäristön ja käytännön asettamat rajoitukset.

Seuraukset

- Tietoisuutta vajaaravitsemuksen laajoista kielteisistä seurauksista potilaiden, terveyspalvelujen tuottajan ja koko yhteiskunnan kannalta pitäisi lisätä.

Ravitsemushoito-suunnitelma

- Esimerkkejä hyvästä hoitokäytännöstä pitäisi jakaa laajalti, jotta ne helpottaisivat kansallisten suositusten käyttöönottoa ja resurssien parasta mahdollista hyödyntämistä.

Täydennysravinto- tovalmisteiden hyödyt

- Täydennysravintovalmisteiden käytön hyödystä on runsaasti näyttöä. Tämä pitäisi viedä käytäntöön, jotta ne potilaat, jotka ravitsemushoitoa tarvitsevat, saisivat sitä.

Neuvonta

- Vajaaravittujen tai vajaaravitsemuksen riskissä olevien potilaiden hoito-ohjeiden pitäisi olla uusimman ravitsemushoitoa (kuten täydennysravintovalmisteiden käyttöä) koskevan näytön mukaista ja antaa selkeitä, käytännöllisiä ohjeita, miten ja milloin ravitsemushoitoa tulisi käyttää.

Hyvä toimintamalli

- Esimerkkejä hyvästä hoitokäytännöstä pitäisi jakaa laajalti, jotta ne helpottaisivat kansallisten suositusten käyttöönottoa ja resurssien parasta mahdollista hyödyntämistä.

MNI haluaa kiittää seuraavia tietojaan ja asiantuntemustaan jakaneita asiantuntijoita heidän panoksestaan:



Dr. Ailsa Brotherton työskentelee Ison-Britannian Department of Health's QIPP Safe Care workstream työryhmässä, joka on laatinut kansallisen ohjelman parantamaan ravitsemusta ja nesteytystä. Ailsa on Ison-Britannian parenteraalisen ja enteraalisen ravitsemuksen yhdistyksen (BAPEN) johtoryhmän kunniasihteerin, yhdistyksen laaturyhmän jäsen ja Englannin terveysviranomaisten NHS QUEST organisaation Clinical Engagement and Leadership osaston johtaja.



Professori Koen Joosten on lasten tehoitollääkäri (Erasmus MC - Sophia Children's Hospital, NL). Hän on monen ravitsemuskomitean jäsen, Alankomaiden lastenlääkäriyhdistyksen (Dutch Paediatric Association) ravitsemustyöryhmän puheenjohtaja, Alankomaiden vajaaravitsemuksen johtoryhmän (Dutch Malnutrition Steering Group) jäsen ja Alankomaiden parenteraalisen ja enteraalisen ravitsemuksen yhdistyksen (Dutch Society of Parenteral and Enteral Nutrition, NESPEN) rahastonhoitaja.



Professori Alessandro Laviano, on sisätautiopin apulaisprofessori Rooman Sapienza-yliopiston kliinisen lääketieteen laitoksella ja Euroopan parenteraalisen ja enteraalisen ravitsemuksen yhdistyksen (European Society of Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN) koulutusta ja kliinistä käytäntöä käsittelevän komitean (Educational and Clinical Practice Committee) puheenjohtaja.



Professori Jean-Pierre Michel on Geneven yliopiston lääketieteen kunniaprofessori. Hän on EUGMS:n (European Union Geriatric Medicine Society) puheenjohtaja (2012–2013) ja Maailman terveysjärjestön (WHO) ikääntymistä ja elämän kulkua (Ageing and Life-Course) käsittelevän ohjelman asiantuntija. Hän on yksi EAMAn (European Academy for Medicine of Aging), MEAMAn (Middle East Academy of Medicine of Aging) ja IAGG:n (International Association of Gerontology and Geriatrics) Master Classes on Ageing in Asia koulutuksien perustajista.



Fionna Page BSc (Hons), RD, kokosi ja kirjoitti aineiston MNI:n puolesta. Fionna on laillistettu ravitsemusterapeutti, jolla on monen vuoden kokemus sekä kliinisestä työstä (erityisesti sairaala- ja kotihoitopotilaiden ravitsemushoidosta) että kliinisiä ravintovalmisteita tuottavasta teollisuudesta.

KIRJALLISUUSVIITTEET

1. Ljungqvist O, de Man F. *Nutr Hosp* 2009;**24**:368-70.
2. Stratton RJ et al. Wallingford: CABI Publishing, 2003.
3. Meijers JM et al. *Nutrition* 2009;**25**:512-9.
4. Van Nie-Visser NC et al. *Clin Nutr Suppl* 2009;**4**(2):45 (abstract 99).
5. Russell C, Elia M. Redditch: BAPEN, 2012.
6. Sorensen J et al. *Clin Nutr* 2008;**27**:340-9.
7. Schneider SM et al. *Br J Nutr* 2004;**92**:105-11.
8. Guest JF et al. *Clin Nutr* 2011;**30**:422-9.
9. House of Commons Health Committee. London, The Stationery Office. 2004.
10. Volkert D et al. *Clin Nutr* 2006;**25**:330-360.
11. Schindler K et al. *Clin Nutr* 2010;**29**:552-9.
12. Imoberdorf R et al. *Clin Nutr* 2010;**29**:38-41.
13. Meijers JM et al. *Br J Nutr* 2009;**101**:417-23.
14. Kaiser MJ et al. *J Am Geriatr Soc* 2010;**58**:1734-8.
15. Suominen MH et al. *Eur J Clin Nutr* 2009;**63**:292-6.
16. Lelovics Z et al. *Arch Gerontol Geriatr* 2009;**49**:190-6.
17. Parsons EL et al. *Proc Nutr Soc* 2010;**69**:E197
18. Joosten KF et al. *Arch Dis Child* 2010;**95**:141-5.
19. Agarwal E et al. *Clin Nutr* 2012;**31**:41-47.
20. Lim SL et al. *Clin Nutr* 2012;**31**:345-350.
21. Meijers JM et al. *Br J Nutr* 2009;**101**:417-423.
22. Pirlich M et al. *Clin Nutr* 2006;**25**:563-72.
23. Elia M, Russell C. Redditch: BAPEN, 2009.
24. Gibbons T, Fuchs GJ. *Clin Pediatr (Phila)* 2009;**48**:356-61.
25. Hiesmayr M et al. *Clin Nutr* 2009;**28**:484-91.
26. Valentini L et al. *Clin Nutr* 2009;**28**:109-16.
27. Norman K et al. *Clin Nutr* 2008;**27**:5-15.
28. Sorensen J et al. *Clin Nutr* 2008;**27**(3):340-349.
29. Elia M et al. Redditch: BAPEN, 2005.
30. Elia M & Stratton RJ. Redditch, BAPEN. 2009.
31. Cepton. Malnutrition in Germany: Munich, 2007.
32. Freijer K et al. *Clin Nutr* 2012; Jul 10 Epub.
33. Rice N, Normand C. *Public Health Nutr* 2012; Feb 8 Epub.
34. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical guideline 32. London: NICE, 2006.
35. Milne AC et al. Cochrane Database Syst Rev 2009;CD003288.
36. Freijer K, Nuijten MJ. *Eur J Clin Nutr* 2010;**64**:1229-34.
37. Arnaud-Battandier F et al. *Clin Nutr* 2004;**23**:1096-103.
38. Nuijten M, Mittendorf T. *Akt Ern Med* 2012;**37**:126-133.
39. Cawood AL et al. *Ageing Res Rev* 2012;**11**:278-296.
40. Cawood AL et al. *Clin Nutr Suppl* 2009;**4**(2):81
41. Duncan DG et al. *Age Ageing* 2006;**35**:148-53.
42. Caro MM et al. *Nutr Hosp* 2008;**23**:458-68.
43. Pepersack T. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;**60**:787-92.

Tarkemmat tiedot ja täydellinen lähdeluettelo katso:
"Oral Nutritional Supplements to Tackle Malnutrition".
www.medicalnutritionindustry.com



The Medical Nutrition International Industry (MNI)
Rue de l'Association 50, 1000 Brussels, Belgium
www.medicalnutritionindustry.com

Yhteydenotot: secretariat@medicalnutritionindustry.com

Tämän vihkosien suomennoksen kustansi Nutricia Medical Oy, Linnankatu 24 A, 20100 Turku
puh. (02) 274 4111, infosuomi@nutricia.com, www.nutricia.fi