

13 Ravitseminen

Kiinnitä huomiota erityisesti aliravitsemusriskissä olevan iäkkään ravitsemustilaan ja hyödynnä mahdollisuuksien mukaan ravitsemusterapeutin erityisosaamista, sillä

- **yksilöllinen ja motivoiva ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemukseen liittyvä ohjaus ja seuranta saattavat vähentää aliravittujen tai aliravitsemusriskissä olevien yksin asuvien iäkkäiden päivystyksellisiä uusintakäyntejä sairaalaan 30 ja 90 päivän kuluttua kotiutumisesta (C)**

30 päivän seurannassa uusintakäyntejä sairaalaan oli 11 %:lla kotikäyntiryhmän potilaista, 16 %:lla puhelininterventioryhmän potilaista ja 25 %:lla kontrolliryhmään kuuluvista. 90 päivän seurannassa uusintakäyntejä sairaalaan oli 18 %:lla kotikäyntiryhmään kuuluvista, 29 %:lla puhelininterventioryhmään kuuluvista ja 39 %:lla kontrolliryhmän potilaista. Kotikäyntiryhmässä riski uusintakäynteihin oli pienempi kuin kontrolliryhmässä 30 päivän kuluttua hoidon päättymisestä (HR = 0,4; 95 % CI 0,2–0,9; p = 0,03) ja 90 päivän kuluttua hoidon päättymisestä (HR = 0,4; 95 % CI 0,2–0,8; p < 0,01). Puhelininterventioryhmän ja kontrolliryhmän välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa 30 päivän kuluttua (HR = 0,6, 95 % CI 0,3–1,3, p = 0,18) tai 90 päivän kuluttua hoidon päättymisestä (HR = 0,7, 95 % CI 0,4–1,3, p = 0,23). PP (per protocol) -analyysi osoitti, että uusintakäyntiriski 30 ja 90 päivän kuluttua kotiutumisesta oli tilastollisesti merkitsevästi pienempi sekä kotikäynti- että puhelininterventioryhmässä kontrolliryhmään verrattuna. 30 päivän seurannassa uusintakäyntejä sairaalaan oli 4 % kotikäyntiryhmän potilaista, 7 % puhelininterventioryhmän potilaista ja 25 % kontrolliryhmään kuuluvista. 90 päivän seurannassa sairaalaan oli joutunut uudelleen 11 % kotikäyntiryhmästä, 22 % puhelininterventioryhmästä ja 39 % kontrolliryhmän potilaista. 30 päivän kuluttua kotiutumisesta uusintakäyntiriski väheni sekä kotikäyntiryhmässä (HR = 0,1; 95 % CI 0,03–0,6; p < 0,01) että puhelininterventioryhmässä (HR = 0,2; 95 % CI 0,07–0,8; p = 0,02) kontrolliryhmään verrattuna. 90 päivän kuluttua kotiutumisesta uusintakäyntiriski väheni sekä kotikäyntiryhmässä (HR = 0,2; 95 % CI 0,1–0,6; p < 0,01) että puhelininterventioryhmässä (HR = 0,5; 95 % CI 0,2–1,0; p = 0,05) kontrolliryhmään verrattuna.

Tanskalaisessa RCT-tutkimuksessa¹ (N = 208) verrattiin kahden yksilöllisen ravitsemusintervention vaikutuksia päivystyksellisiin uusintakäynteihin 30 ja 90 päivää kotiutumisesta. Ravitsemuksellista ohjausta annettiin joko kotona (45 min, n = 73; keski-ikä 86,4 v; naisia n = 57) tai puhelimitse (15 min, n = 68; keski-ikä 85,6 v; naisia n = 61) yhden, kahden ja neljän viikon kuluttua kotiutumisesta. Kontrolliryhmä sai tavanomaista hoitoa ilman seurantaa (n = 67; keski-ikä 86,3 v; naisia n = 55). Potilaat olivat yli 75-vuotiaita yksin asuvia, aliravitsemuksesta kärsiviä (The Mini-Nutritional Assessment MNA < 17) tai aliravitsemusriskissä (MNA 17 < 24) olevia iäkkäitä. Interventio räätälöitiin yksilöllisesti iäkkään mieltymysten ja tilanteen mukaan ja se kohdistui ravitsemuksellisiin tarpeisiin, jotka oli tunnistettu sairaalassa. Interventio kohdistui ravitsemus- ja ateriakäyttämiseen ruokahalun parantamiseksi ja ravinnonsaannin lisäämiseksi. Ravitsemusterapeutti käytti erilaisia ohjausstrategioita ja kannusti iäkkäitä osallistumaan aktiivisesti omaan ravitsemukselliseen hoitoonsa.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 9/13)

Näytön vahvuus: 1c

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

- **ravitsemusterapeutin toteuttama yksilölliseen ravitsemussuunnitelmaan perustuva ohjaus yhdistettynä seurantakäynteihin lääkrillä saattaa parantaa aliravitsemusriskissä olevan iäkkään toimintakykyä ja ravitsemustilaa sekä vähentää ateriapalvelun tarvetta sairaalasta kotiutumisen jälkeen. (C)**

iäkkäiden aliravitsemusriskissä olevien potilaiden toimintakyky parani yleisesti sekä interventio- että kontrolliryhmässä. Interventoryhmässä parani perusliikkuminen ($p = 0,0029$). Ravitsemustila parani interventoryhmässä tilastollisesti merkitsevästi seuraavien muuttujien osalta: paino ($p = 0,035$) sekä energian ($p < 0,001$) ja proteiinin saanti ($p = 0,001$). Ateriapalvelun käyttö väheni interventoryhmässä ($p = 0,084$).

Tanskalaisessa RCT-tutkimuksessa² arvioitiin iäkkään kotona toteutetun yksilöllisen ravitsemusohjauksen sekä siihen yhdistettyjen lääkrikäyntien vaikutuksia uusintakäynteihin, toimintakykyyn, ravitsemustilaan, sosiaalipalvelujen käyttöön ja kuolleisuuteen. Kaikki tutkimuspotilaat ($N = 152$; interventoryhmä $n = 73$, vertailuryhmä $n = 79$) tapasivat yleislääkrin kolmella seurantakäynnillä (1, 3 ja 8 viikon kuluttua kotiutumisesta), joko lääkrin vastaanotolla tai kotikäyntinä riippuen iäkkään yleistilasta. Lisäksi interventoryhmään kuuluville ($n = 73$) toteutettiin kolme ravitsemusterapeutin yksilöllistä ohjauksikäyntiä kotona yhden, kolmen ja kahdeksan viikon kuluttua kotiutumisesta. Tutkimuspotilaat olivat aliravitsemusriskissä (eli tasolla 1 Nutritional Risk Screening NRS 2002) olevia yli 65-vuotiaita henkilöitä. Ravitsemusterapeutti laati yksilöllisen ravitsemussuunnitelman ensimmäisellä kotikäynnillä toteutetun ravitsemustilan arvioinnin perusteella. Standardoitu ravitsemuksellinen haastattelu kokonaisenergian ja proteiinisaaannin selvittämiseksi toteutettiin jokaisella kotikäynnillä. Kotikäynti sisälsi myös ohjausta ravitsemuksellisiin riskitekijöihin, ruoka-aikoihin, annoskokoön, ateriatiheyteen sekä energiarikkaaseen ruokaan liittyen. Lisäksi potilas sai kirjallisia ohjeita. Ohjauksessa kiinnitettiin huomiota myös ateriapalvelun, täydennysravintovalmisteiden sekä vitamiinien ja hivenaineiden tarpeeseen.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 9/13)

Näytön vahvuus: 1c

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

Lähteet:

1. Lindegaard Pedersen J, Pedersen PU, Damsgaard EM. 2017. Nutritional follow-up after discharge prevents readmission to hospital - A Randomized Clinical Trial. The journal of Nutrition, Health & Aging 21(1), 75–82.
2. Beck AM, Kjaer S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. 2013. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation 27(6), 483–493.