

NutriAction 2011: Kotihoidon asiakkaiden ravitsemustila

Merja Suominen

17.2.2011

Tutkimuspaikat ja –menetelmä

- Tutkimus toteutettiin marras-joulukuun 2010 ja tammikuun 2011 aikana.
- Tutkimukseen osallistui kuusi kuntaa
 - Nummi-Pusula, Vihti, Karkkila (Karviaisen kuntayhtymä)
 - Nokia
 - Muurame
 - Laukaa
- Kyselylomake kehitettiin MUST-testin pohjalta (Malnutrition Universal Screening Tool) (*Elia 2003*).



TULOKSET

Tuloksia

- Tutkimukseen osallistui yhteensä 630 iäkästä kotihoiton asiakasta kuudesta eri kunnasta.
- Keski-ikä oli 80,3 vuotta ja naisia heistä oli 70 %.
- Painoindeksin keskiarvo oli 27,1.
- Vakavassa vajaaravitsemusriskissä oli joka neljäs asukas
- Vajaaravittuja (BMI alle 21) oli kymmenesosa, ja vakavassa riskissä painoindeksi (21-23,9) oli 16 %:lla.

Tuloksia

- Vajaalla puolella (40 %) tutkituista painoindeksi oli suositeltava 24-29,9.
- Ylipainoisia tutkituista oli runsas neljännes.
- Painonlaskua viimeisen kolmen kuukauden aikana oli 8 %:lla kotihoidon asiakkaista ja painoa ei ollut mitattu 11 %:lla.
- Muistisairautta sairasti kolmannes.
- Yli puolella oli heikentynyt toimintakyky ja runsaalla kolmanneksella heikentynyt yleiskunto.

Tuloksia

- Vain vajaa puolet tutkituista söi ruokaa suositellun määrän ja lähes kolmannes söi puolet tai vähemmän suositellusta ravinnontarpeesta.
- Niillä, jotka söivät suositellun määrän ruokaa, oli painoindeksin keskiarvo korkeampi (28,4) kuin vähemmän syöneillä (BMI 26,0)($p < 0,001$).
- Ateriapalvelun sai noin puolet tutkituista.

Tuloksia

- Täydennysravintovalmisteita käytti 5 % tutkituista.
- Vajaaravitsemusriskiä lisäsivät muistisairaudet, heikentynyt yleiskunto, vähäinen syöminen, nielemisvaikeudet ja sosemainen ruoka.

	Kaikki
Tutkittuja (% kaikista)	630
Keski-ikä	80,3 v
Sukupuoli, naisten osuus	70
Asuu yksin (%)	71
Muistisairaus (%)	30
BMI keskiarvo	27,1
BMI<21 (%)	10
BMI 21-23,9 (%)	16
BMI 24-29 (%)	40
BMI>29 (%)	28
Söi kaiken (%) (hoitajan arvio)	46
Söi kaiken (%) (oma arvio)	53
Söi puolet tai vähemmän H/O	32/31
Ateriapalvelu (%)	49
Ravintovalmisteiden käyttö	5

VAJAARAVITSEMUKSEN VAIKUTUKSET

Vajaaravitsemus

- Vajaaravitsemus syntyy, kun elimistön energia-, proteiini tai ravintoaineiden saanti ei vastaa tarvetta.
- Proteiini/energia –vajaaravitsemus syntyy kun elimistö ei saa riittävästi energiaa ja/tai proteiinia.
- Ravitsemustila voi heiketä liian vähäisen syömisen tai sairauksien seurauksena.
- Myös ylipainoinen voi kärsiä ravintoaineiden puutoksesta.

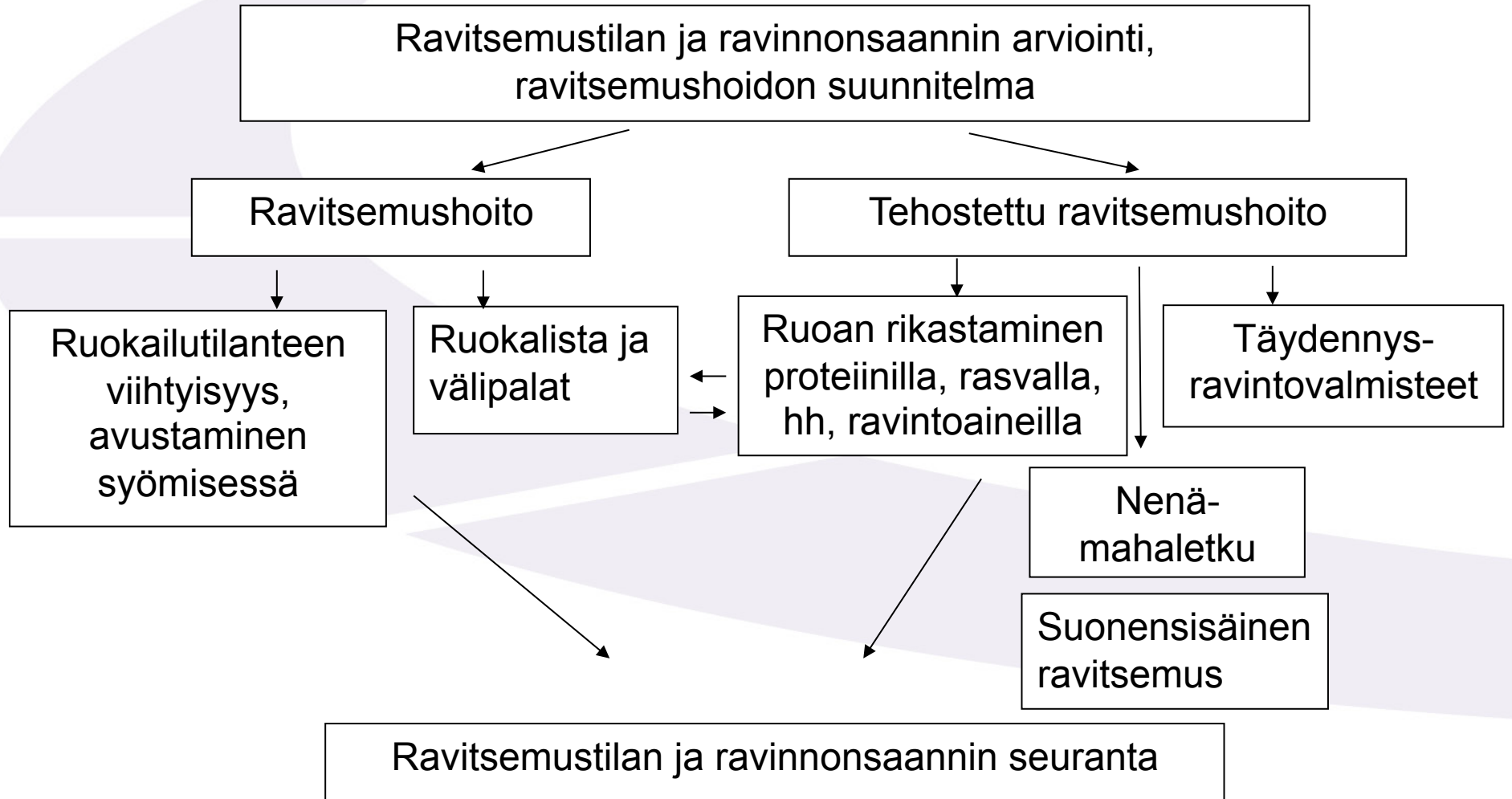
Ravitsemuksen sudenkuopat

- Fyysinen aktiivisuus vähenee -> Energian tarve pienenee
- Ravintoaineiden tarve ei pienene
- Kehon rasvaton massa (lihakset!) pienenee
- Rasvakudoksen suhteellinen osuus lisääntyy
- Proteiinisynteesi heikkenee, proteiinin tarve kasvaa
- Ruokahalu heikkenee
- Laihtuminen ja alipaino vakavin ongelma erityisesti sairauksien yhteydessä (muistisairaus)

Ikääntymisen eri vaiheet

- 1. vaihe:
 - Terve ikääntyminen, ei ravitsemuksellisia puutteita
 - Ei suuria immunologisia muutoksia ennen 90. ikävuotta
- 2. vaihe, “tavallinen ikääntyminen”
 - On sairauksia, immunologisia muutoksia voidaan korjata ravintolisillä, vaikka ravitsemustila ei ole huono
- 3. vaihe
 - Ravitsemustila heikentynyt, immuunivaste heikentynyt
 - Sairauksista toivutaan hitaasti, mikä kuluttaa entisestään ravintoainevarastoja
-> immuunivaste heikkenee
 - Tehostettu ravitsemushoito tarpeen

Ikääntyneen ravitsemushoito



Vajaaravitsemuksen seurauksia

- Painon vaihtelut, laihtuessa menetetään lihaskudosta, painon noustessa takaisin, rasvan osuus kehossa lisääntyy.
- Tahaton painonlasku, alhainen painoindeksi
- > negatiivinen vaikutus toimintakykyyn, kuolleisuus lisääntyy
- Virheravitsemus on yhteydessä moniin sairauksiin kuten painehaavoihin, murtumiin...
- Mieliala laskee, ruokahaluttomuus lisääntyy.
- Liikkuminen vähenee, hengitys ja sydämen toiminta huononevat.
- Infektioherkkyys lisääntyy, intensiivihoidon tarve lisääntyy.
- Hoidon teho huononee, sairaalassaoloaika pitenee.

Virheravitsemuksen kustannukset

- Hoitamattomasta vajaaravitsemuksesta johtuvia kustannuksia, kuten pidentyneitä sairaalassaoloaikoja tai lisääntyneitä lääkekustannuksia ei ole tutkittu Suomessa
- Sairauksien yhteydessä aliravitsemuksen kustannukset v. 2003 >7.3 miljardia (billion) ja >10 % julkisista terveydenhuoltomenoista Englannissa
- Tästä suurin osa kuluu yli 65 v. väestöön, vaikka se on kokonaisväestöstä n. 15 %
- Puolet näistä kustannuksista syntyy sairaalan ulkopuolella, pääasiassa pitkäaikaishoidossa
- Elämänlaatu, omaishoitajien taakka ym. ei näy suoraan kustannuksissa, myös näitä tulee ottaa huomioon

Ravitsemussuositukset ikääntyneille



Suosituksen valmistellut työryhmä:

Merja Suominen

ETT, projektijohtaja

Suomen muistiasiantuntijat ry

Harriet Finne-Soveri

LT, geriatrian dosentti, yksikön päällikkö

Ikäihmisten palvelut

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Paula Hakala

FT, dosentti, johtava tutkija

Kelan tutkimusosasto

Pirjo Hakala-Lahtinen

MMM, toimitusjohtaja

HUS Ravioli

Satu Männistö

ETT, dosentti, erikoistutkija

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kaisu Pitkälä

LT, yleislääketieteen professori

Helsingin yliopisto

Sirpa Sarlio-Lähteenkorva

FT, dosentti, neuvotteleva virkamies

Sosiaali- ja terveysministeriö

Helena Soini

TtT, kehittämisspäällikkö

Vanhusten palvelut

Helsingin kaupunki

Kiitos!

