



Hyväksytty Palveluvalikoimaneuvoston kokouksessa 25.9.2020

Palveluvalikoimaneuvoston valmistelumuistio

Elintapamuutosta tukevat tekijät elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmissä epäterveellisen ravitsemuksen ja vähäisen liikuttamisen aiheuttaman sairastumisriskin pienentämiseksi.

Sisälllys

1. Suosituksen tausta.....	3
2. Käsitteet ja tiedon hankkimiseen käytetyt menetelmät.....	4
2.1. Käsitteet.....	4
2.2. Tiedon hankkiminen.....	5
3. Terveysongelma ja sen yleisyys.....	7
3.1. Epäterveellinen ravitseminen, vähäinen liikkuminen ja lihavuus terveysongelmina ja niiden vakavuus	7
3.2. Epäterveellisen ravitsemuksen, vähäisen liikkumisen ja lihavuuden yleisyys.....	11
4. Elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmät ja niiden käytön yleisyys.....	13
4.1. Menetelmien käytön yleisyys.....	14
5. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.....	15
5.1 Vaikuttavuus ja turvallisuus.....	16
5.2 Epävarmuustekijät.....	19
6. Elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmien hoitosuositukset ja selvitykset	19
6.1 Kotimaiset hoitosuositukset ja selvitykset.....	19
6.2 Ulkomaiset hoitosuositukset ja selvitykset.....	22
7. Interventioiden kustannukset ja budjettivaikutukset.....	22
8. Eettinen tarkastelu.....	23
8.1 Ihmisarvo.....	23
8.2 Itsemääräämisoikeus.....	23
8.3 Tarve-oikeudenmukaisuus.....	24
8.4 Hoidon toteuttaminen.....	24
9. Palveluiden järjestäminen.....	24
10. Suosituksen valmisteluun ja hyväksymiseen osallistuneet.....	25
11. Suosituksen valmisteluvaiheet.....	26
12. Kommentointiprosessi.....	27
Liitteet... ..	27
Lähteet.....	29

1. SUOSITUKSEN TAUSTA

Suositusvalmistelu lähti liikkeelle, kun Lääkärit tupakkaa vastaan (DAT)-yhdistys oli tehnyt ehdotuksen Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostolle (Palkolle) tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden vieroituspalveluiden ottamisesta palveluvalikoimaan. Palko piti aihetta tärkeänä ja aloitti syksyllä 2017 valmistelun laajemmasta, elintapaohjausta ja omahoidon tukea koskevasta suosituksesta, jossa kohderyhmänä ovat kansantauteihin sairastumisen kannalta korkean riskin potilaat. Kansantaudeiksi luokitellaan sydän- ja verisuonitaudit, tyyppin 2 diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet, karies sekä mielenterveyden ongelmat. Kansantaudit heikentävät yksilön elämänlaatua ja työkykyä, niillä on suuri vaikutus kansantalouteen ja niiden hoito kuormittaa huomattavasti terveydenhuollon palveluja. Sekä yksilölle, yhteisöille että yhteiskunnalle aiheutuvien haittojen takia kansantautien kehittymistä on pyrittävä ehkäisemään.

Palko piti tärkeänä määritellä millaisia elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmiä sisällytetään palveluvalikoimaan julkisia terveystalouksia järjestettäessä. Kun ihmisellä on terveyteensä liittyvää riskikäyttäytymistä, kannattaa jokainen ”tilaisuus” muutoksen aikaansaamiseksi hyödyntää. Riskikäyttäytymisen muodot, joihin valmisteilla olevilla suosituksilla ja niissä tarkasteltavilla menetelmillä halutaan vaikuttaa, ovat epäterveellinen ravitsemus, vähäinen liikkuminen tupakoiminen, huonot nukkumiseen liittyvät tottumukset ja huono suuhygienia. Kokonaisuus on jaettu osiin siten, että tässä muistiossa tarkastellaan epäterveellistä ravitsemusta ja vähäistä liikkumista riskikäyttäytymisen muotoina. Terveellisellä ravinnolla ja riittäväällä fyysisellä aktiivisuudella voidaan tehokkaasti ehkäistä monia sairauksia, lisätä toimintakykyä ja parantaa koettua terveyttä¹. Tiedetään, että terveyttä edistävästä elintapamuutoksista hyötyvät erityisesti ne henkilöt, joilla on muutenkin kohonnut riski sairastua kansantauteihin, ja ne, jotka ovat jo sairastuneet.

Yleisimpiin kansantauteihin liittyvään riskikäyttäytymiseen puuttumista on tutkittu paljon. Erilaisia menetelmiä, joilla käyttäytymisen muutokseen tähdätään, on myös paljon. Toiset menetelmät ovat vaikuttavampia kuin toiset riippuen siitä, millaisia terveystalouksien käyttäytymisen muutosta edistäviä elementtejä muutoksen aikaansaamiseksi ne sisältävät. Valmistelutyön päätavoitteena on ollut tunnistaa ne tekijät, jotka ovat käyttäytymisen muutoksen aikaansaavan intervention välttämättömät osa-alueet. Elintapaohjauksen vaikuttavien menetelmien käyttämisellä pyritään estämään elintavoista johtuva sairastuminen tilanteessa, jossa henkilön riski sairastua on jo merkittävästi kohonnut. Lisäksi terveyserojen kaventaminen on mahdollista vaikuttavalla elintapaohjauksella ja omahoidon tuella.

Julkisessa terveydenhuollossa, erityisesti perusterveyden- ja työterveyshuollossa, tulee tarjota potilaille vaikuttavia elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmiä. Se on potilaan oikeus ja terveydenhuollon velvollisuus. Toisaalta julkisen terveydenhuoltojärjestelmän kannalta resursseja pitää kohdentaa lähtökohtaisesti vain vaikuttaviksi tiedettyihin menetelmiin, jotta ne tulevat käytettyä perustellusti ja mahdollisimman paljon terveyshyötyä tuottavasti. Suositus määrittää millaisia ovat ne palveluvalikoimaan kuu-

¹ STM 2008

luvut elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmät, joilla voidaan estää elintavoista johtuvaa sairastumista tilanteessa, jossa henkilön riski sairastua on jo merkittävästi kohonnut elintapojen takia.

2. KÄSITTEET JA TIEDON HANKKIMISEEN KÄYTETYT MENETELMÄT

2.1. KÄSITTEET

sekundaarinen ehkäisy, sekundaaripreventio

Sekundaariprevention tarkoitus on estää sairauden eteneminen tai paheneminen poistamalla riskitekijä tai pienentämällä sen vaikutusta. Sekundaaripreventio on jo osa sairauden hoitoa. Tätä voidaan toteuttaa elintapamuutoksien, terveydenhuollon antaman neuvonnan tai lääkehoidon taikka esimerkiksi järjestöjen tarjoamien erilaisten tukimuotojen avulla.²

sairauksien ensisijainen ehkäisy, primaaripreventio

Sairauksien ensisijainen ehkäisy pyrkii vähentämään alttiutta sairastua tautiin estämällä käyttäytymiseen tai ympäristöön liittyvien, terveydelle haitallisten tekijöiden vaikutukset. Ensisijaiset ehkäisytöimet estävät riskitekijän vaikutuksen ennen kuin se synnyttää sairauteen johtavia muutoksia. Toimintaa, joka kokonaan poistaa riskitekijän, kutsutaan myös varhaisehkäisyksi (primordial prevention).³

tertiarinen ehkäisy, tertiariipreventio

Toimet joilla pyritään torjumaan taudin eteneminen, komplikaatioiden ilmeneminen tai taudista aiheutuvien haittojen paheneminen (esimerkiksi toimet, joilla pyritään estämään sydäninfarktipotilaan uusi infarkti).⁴

elintapaohjaus , -neuvonta

Elintapaohjauksella tarkoitetaan neuvontaa ja ohjausta esimerkiksi ravitsemuksesta, liikkumisesta, tupakoinnista, alkoholin käytöstä ja unesta terveille tai jo sairastuneille henkilöille.⁵

terveysvalmennus

Terveysvalmennuksella tarkoitetaan asiakaskeskeistä, terveyttä edistävää ja luottamukselliseen hoitosuhteeseen perustuvaa menetelmää, jonka tavoitteena on auttaa asiakasta tunnistamaan omat tarpeensa, löytämään omat keinonsa ja psyykkiset voimavaransa saavuttaakseen terveyteen liittyviä tavoitteita ja tukea muutokseen sitoutumisessa.⁶

² Duodecim & Suomen Akatemia 2017

³ ””

⁴ Duodecim, Terveysportti Sanakirjat 2020.

⁵ Autti-Rämö ym. 2016

⁶ Kivelä 2019

omahoidon tuki

Kun totunnainen potilasohjaus tarjoaa tietoa ja teknisiä taitoja, omahoitovalmennuksessa painotetaan ongelmanratkaisutaitoja. Käytännössä tämä tarkoittaa pitkäaikaissairaalan potilaan tai henkilön, jolla on korkea riski sairastua, tilanteen kartoitusta ja omahoidon suunnittelua osana terveys- ja hoitosuunnitelmaa (asiakassuunnitelmaa), sen mukaisia terveydenhuollon tukitoimia, yksilö- tai ryhmäohjausta, seurantaa ja monipuolisten sähköisten työvälineiden käyttöä näissä.⁷

epäterveellinen ravitsemus

Tyypillisiä sairastumisriskiä lisääviä ongelmia ovat niukka kasvisten, hedelmien, marjojen ja täysjyväviljan kulutus sekä liiallinen energian, suolan ja tyydyttyneen rasvan saanti. Osalla väestöä myös sokerin saanti sekä punaisen ja prosessoidun lihan kulutus on liiallista, lisäksi joillakin on myös niukkaa suojaravintoaineiden saantia.⁸

vähäinen liikkuminen

Alle terveysliikuntasuosituksen oleva liikkuminen ja liikunta. Aikuisten liikuntasuositukset: kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa, kuten reipasta kävelyä, ainakin 150 minuuttia viikossa tai raskasta liikuntaa, kuten juoksua, 75 minuuttia viikossa sekä lihasvoimaa ja -kestävyyttä ylläpitävää tai lisäävää liikuntaa vähintään kahtena päivänä viikossa. Ikääntyneet tarvitsevat lisäksi nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää ja kehittävää liikkumista.⁹

2.2. TIEDON HANKKIMINEN

Palko on teettänyt Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella systemaattisen kirjallisuuskatsauksen elintapainterventioiden osatekijöistä ja vaikuttavuudesta korkean riskin henkilöillä (THL 21.10.2019, liite 1).

Kirjallisuuskatsauksella selvitettiin millaisilla elintapaohjauksen menetelmillä voidaan vaikuttaa keskeisiin kansantautien riskitekijöihin, kuten epäterveelliseen ravitsemukseen, vähäiseen liikkumiseen, huonoon suuhygieniaan, tupakkatuotteiden käyttöön ja nukahtamista vaikeuttaviin ja nukkumaanmenoon liittyviin tottumuksiin (huono unihygienia).

Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan vain sellaiset tutkimukset, joissa menetelmän vaikuttavuutta on arvioitu Suomessa tai muissa Pohjoismaissa. Kriteerit täyttäviä tutkimuksia löytyi kuitenkin vain vähän. Tästä syystä katsauksessa on huomioitu myös muutama muutoin relevantti tutkimus, joissa esimerkiksi seuranta-aika oli asetettu kriteerijä lyhyempi sekä mukaan hyväksyttiin muutamia artikkeleita myös joistakin muista maista, joista saatu tieto olisi sovellettavissa Suomeen. Tiedonhaun hakukriteerit määritettiin PICON avulla ja systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on kuvattu tarkemmin katsauksen rajaus, siinä käytetyt menetelmät sekä muut tavat tiedon hankkimiseen¹⁰.

⁷ Routasalo & Pitkälä 2009

⁸ FinTerveys 2017, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014

⁹ Liikunta Käypä Hoito –suositus

¹⁰ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 2019, s. 10-15

Kaikista systemaattiseen katsaukseen sisältyneistä, vaikuttavista, tutkimuksista ei nousut esiin yksilöitäviä elintapaohjauksen menetelmiä Siksi lisäksi koottiin Suomessa käytössä olevista menetelmistä vaikuttavuustietoa ja tietoa menetelmien sisältämistä osatekijöistä. Jaoston asiantuntemuksen ja kokemuksen perusteella tarkasteltaviksi valittiin menetelmiä, jotka ovat laajasti Suomessa käytössä tai joista on olemassa Suomessa tehtyä tutkimusta. Osa näin esiin nousseista menetelmistä osoittautui tutkimustiedon perusteella vaikuttaviksi ja ne oli toteutettavissa Suomen perusterveydenhuollossa. Menetelmistä löytyi samoja elintapaohjauksen osatekijöitä kuin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaikuttavista tutkimuksista, joilla potilas motivoitui ja sitoutui elintapojensa muuttamiseen.

Lisäksi Palko tilasi, ennen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teettämistä, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin Käypä hoito -yksiköltä raportin, johon on laadittu analyysi julkisen terveydenhuoltojärjestelmän antamaa omahoidon tukea ja elintapaohjausta koskevista näytönastekatsauksista ja keskeisistä kotimaisista sekä kansainvälisistä suosituksista ¹¹. Siinä tarkasteltiin elintapaohjauksen ja omahoidon tuen tehoa tai vaikuttavuutta kymmenessä terveysongelmassa, jotka olivat astma, uniapnea, tyypin 2 diabetes, lihavuus, sydän- ja verisuonisairaudet ja niiden riskitekijät, TULES-sairaudet, syömishäiriöt, mielenterveyden häiriöt ja suun terveyden ongelmat.

Tekijät totesivat raportin perusteella näyttävän selvältä, että terveydenhuoltojärjestelmän on, useiden kansanterveydenkin kannalta keskeisten terveysongelmien ja -riskien kyseessä ollen, kyettävä tarjoamaan eri muotoista omahoidon tukea ja itsehoidon ohjausta. Tuella ja ohjauksella on merkitystä sekä terveysongelmien primaariprevention (esimerkiksi suuressa sydän- ja verisuonisairauksien riskissä olevat henkilöt) että sekundaariprevention ja hoidon (esimerkiksi astma, mielenterveysongelmat) kohdalla. Muodot ja tavat, joilla tukea ja ohjausta tulee tarjota, vaihtelevat potilasryhmistä ja palvelujärjestelmän ominaisuuksista (esimerkiksi saatavuus ja saavutettavuus) riippuen.¹²

Jaosto tapasi myös StopDia- ja Onnikka –hankkeiden edustajia. He kertoivat hankkeiden kautta saatuja näkemyksiä siitä, millä menetelmillä voidaan parhaiten vaikuttaa riskikäyttäytymisen ts. huonojen ravitsemus- ja liikkumistottumusten muuttamiseen ja millaista kansallista ohjausta kliinisessä työssä tarvittaisiin.

Epäterveellinen ravitsemus ja vähäinen liikkuminen terveysongelmina ja niihin kohdenetut elintapainterventiot ovat hyvin tunnettuja myös potilaan näkökulmasta. Jaosto katsoi, että erillisellä potilasedustajien tapaamisella ei tämän aiheen yhteydessä saavutettaisi lisäarvoa, joten tilaisuutta potilaskokemusten kokoamiseksi ei erikseen järjestetty. Ota kantaa-komentointi antaa kaikille mahdollisuuden lisänäkökohtien tuomiin.

Ravitsemus- ja liikuntaneuvonnan yleisyydestä etsittiin rekisteritietoa, jotta saataisiin kuvaa siitä, kuinka paljon perusterveydenhuollossa näitä menetelmiä käytetään vuositasolla. SPAT-luokitus¹³ on perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus, jota käytetään kuvaamaan perusterveydenhuollon avohoidon toimintoja ja toimenpiteitä. Tietoa kirjauksen tasosta tai yleisyydestä ei kuitenkaan ole saatavilla, joten käytien

¹¹ Komulainen & Sipilä 2018

¹² Komulainen & Sipilä 2018

¹³ Vuoden 2020 alusta aiemmin käytössä olleet SPAT-koodit on sisällytetty osaksi THL – Toimenpideluokitusta, mutta SPAT-koodeja saatetaan edelleen käyttää kirjaamisessa ja THL ottaa niitä edelleen erikseen vastaan.

määrä ei kerro siitä, kuinka paljon ravitsemuksen ja painonhallinnan ohjausta tai liikku-
miseen liittyviä neuvonta- ja ohjauksikäyntejä todellisuudessa toteutetaan perustervey-
denhuollossa.¹⁴

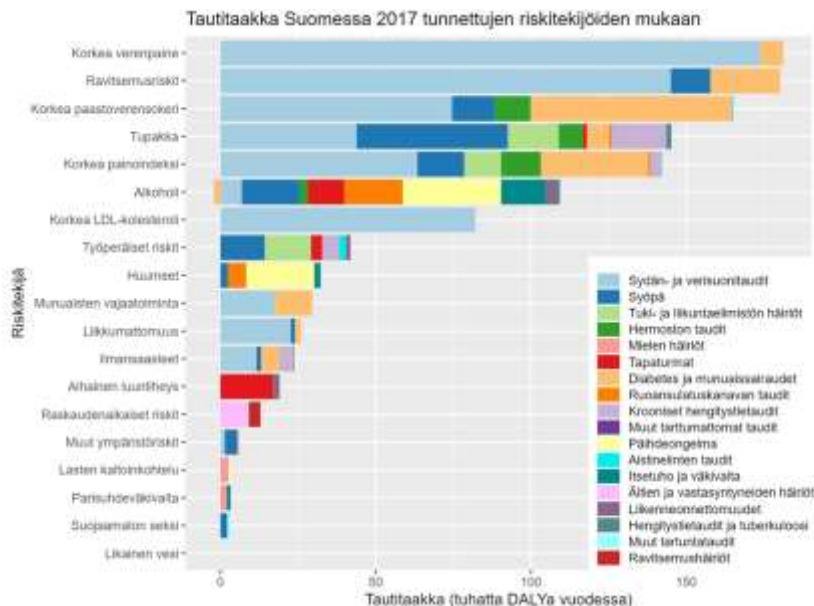
3. TERVEYSONGELMA JA SEN YLEISYYS

3.1. EPÄTERVEELLINEN RAVITSEMUS, VÄHÄINEN LIIKKUMINEN JA LIHAVUUS TERVEYSONGELMINA JA NIIDEN VAKAVUUS

Terveysongelmana ovat potilaan epäterveelliset ravitsemustottumukset ja/tai tervey-
den kannalta riittämätön liikkuminen silloin, kun ne ovat jo johtaneet korkeaan kansan-
tauteihin sairastumisen riskiin ja potilas ei ilman ulkopuolista tukea tai puuttumista ole
muuttanut elintapojaan terveyttä tukeviksi.

Ravitsemuksella ja liikunnalla on suuri merkitys terveyden ylläpitämisessä ja sairauksien
ehkäisyssä. Epäterveellinen ruokavalio ja liikkumattomuus lisäävät erityisesti sydän- ja
verisuonisairauksien, diabeteksen ja joidenkin syöpien riskiä (kuvio 1), sekä lisäksi muis-
tisairauksien ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien riskiä.

Elintason nousu ja elinympäristön sekä elintapojen muuttuminen ovat vaikuttaneet yli-
painon ja lihavuuden yleistymiseen. Fyysisesti passiivinen, paljon istumista sisältävä elä-
mätapa sekä jatkuvasti saatavilla oleva liiallinen tai epäterveellinen ruoka lisäävät liho-
misriskiä. Väestön painonnousun hillitseminen kohentaisi huomattavasti kansanter-
veyttä ja kansantaloutta.



Kuvin 1. Tautitaakka Suomessa eriteltyinä tunnettujen riskitekijöiden mukaan. [Perustuu IHME-instituutin arvioihin.](#)

¹⁴ Avohilmo 2020

Arviot osoittavat, että Suomessa lähes 40 % kuolemista voidaan selittää käyttäytymiseen liittyvillä riskitekijöillä. Vuonna 2017 kaikista kuolemista noin 20 % liittyi huonoon ravitsemukseen, 11 % tupakkaan, 4 % alkoholiin ja 3 % liikkumattomuuteen.¹⁵

Ravitsemus

Suomalaiset ravitsemussuositukset uudistettiin vuonna 2014. Sen lisäksi suosituksia on annettu erikseen eri kohderyhmille: lapsiperheet (2019), varhaiskasvatus (2018), koulu-uokailu (2017), ammatilliset oppilaitokset ja lukio (2019), korkeakouluopiskelijat (2016), ikääntyneet (2020) ja ravitsemushoito (2010). Suosituksissa korostetaan muun muassa kasvien, marjojen ja hedelmien sekä täysjyväviljan päivittäistä käyttöä, kasviöljyn ja kalan suosimista, prosessoidun ja punaisen lihan käytön vähentämistä, vähärasvaisten tai rasvattomien maitovalmisteiden ja vähäsuolaisten tuotteiden valintaa sekä sopivaa energian saantia suhteessa energian kulutukseen.

Suomalaisessa yhteiskunnassa ruokatarjonta on runsasta, mikä muodostaa haasteen terveyttä edistävän ruokavalion noudattamiselle. Pitkäaikainen energiantarpeen ylittävä energiansaanti on yksi syytekijä väestön ylipainon ja lihavuuden yleistymiseen. Yksi-puolinen, runsaasti energiaa sisältävä ravitsemus heikentää ruokavalion laatua, altistaa välttämättömien ravintoaineiden liian vähäiselle saannille ja lisää monien sairauksien riskiä mukaan lukien sydän- ja verisuonisairaudet, tyypin 2 diabetes, muistisairaudet, tietyt syöpämuodot, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja hammaskaries. Ruokavalio kuuluu osaksi kroonisten sairauksien ehkäisyä myös Käypä hoito -suositusten mukaan.¹⁶

Noin 20 % kuolemista liittyy epäterveelliseen ravitsemukseen, enemmän kuin perinteiset riskitekijät eli tupakka ja alkoholi yhteensä. Kyseessä on siis erittäin merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Erityisesti suolan ja tyydyttyneen rasvan saannin vähentäminen olisi kustannusvaikuttava tapa vähentää suomalaisten tautitaakkaa.¹⁷

Liikkuminen

Aikuisten terveyttä edistävän liikkumisen suositus uudistettiin vuonna 2019. Erityissuositukset (soveltava liikunta) sekä lasten ja nuorten suositukset tullaan uudistamaan vuoden 2020-2021 aikana (ks. [UKK-Instituutti/liikkumisensuositus](https://www.ukk-instituutti.fi/liikkumisensuositus)). Liikkumisen suositukset kiteyttävät terveyden kannalta viikoittaisen liikkumisen määrän ja antavat esimerkkejä liikkumisen muodoista. Reipasta liikkumista suositellaan 2 tuntia 30 minuuttia viikossa, mutta samat terveyshyödyt saadaan myös lisäämällä liikkumisen tehoa rasittavaksi, jolloin liikkumisen määrä on 1 tunti 15 minuuttia viikossa. Lihaskuntoa ja liikehallintaa tulee harjoittaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Uudistunut suositus huomioi entistä paremmin kevyen liikuskelun, paikallaanolon tauottamisen ja riittävän unen merkityksen.¹⁸

¹⁵ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2019

¹⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 2019, s.17.

¹⁷ Suomi ym. 2019

¹⁸ UKK-instituutti 2020

Vähäinen liikkuminen lisää riskiä sairastua tyyppin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin, useisiin syöpiin ja lievään tai keskivaikeaan masennukseen (kuvio 2). Liikkumisella on aikuisille myönteisiä vaikutuksia painon hallintaan, fyysiseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn, fyysiseen suorituskyykyyn, kehon rasvan määrään, verenpaineeseen ja veren rasva-arvoihin.¹⁹ Fyysinen aktiivisuus edesauttaa työ- ja toimintakyvyn säilyttämistä, joka edelleen vaikuttaa työn tuottavuuteen, työsuoritukseen, työvireyteen, työstä ja työstressistä palautumiseen, kognitiiviseen suorituskyykyyn, sairauslomiin ja työkyvyttömyyteen²⁰. Liikkuminen ehkäisee ikääntyvillä kaatumisia sekä niistä johtuvia loukkaantumisia. Lapsilla liikkuminen lisää luuterveyttä, vähentää liiallista painonnousua ja ylipainon riskiä. Jo pieni liikkumisen lisääminen ja paikallaanolon vähentäminen vaikuttavat myönteisesti terveyteen, ennen kaikkea lähtökohtaisesti vähän liikkuvilla. Liikkumalla enemmän voidaan myös pienentää runsaan paikallaanolon aiheuttamaa vaaraa terveydelle.²¹ Elintavoilla voidaan myös vähentää riskiä masennukseen, joka on yksinään eniten työkyvyttömyyttä aiheuttava tekijä. Yksilötasolla masennustilan kehittymisen riskiä voivat vähentää kohtalainen määrä liikuntaa ja terveellinen ruokavalio. Ohjattu liikuntaharjoittelu tukee myös toipumista masennuksesta.²²



Kuvio 2. Terveyden kannalta liian vähän liikkuvan henkilön riski sairastua kansantauteihin verrattuna liikunnallisesti aktiivisiin. UKK-instituutin 2018 Liikkumattomuuden lasku kasvaa -raportin tueksi laadittu diasarja.

Terveyden kannalta liian vähäinen liikkuminen (vähäinen fyysinen aktiivisuus, runsas istuminen ja huono fyysinen kunto) aiheuttavat Suomessa vuosittain vähintään 3,2 miljardin euron kustannukset. Kuntatasolla tämä tarkoittaa kymmenien, jopa satojen miljoonien eurojen kustannuksia vuodessa. Mikäli viisi prosenttia liian vähän liikkuvista saadaan liikkumaan suositusten mukaisesti, tuo se kunnalle satojen tuhansien, jopa miljoonien säästöt. Pelkästään sairauksien aiheuttamat, liikkumattomuudesta seuraavat terveydenhuollon ja tuottavuuden alenemisen kustannukset ovat 1,5–4,4 miljardia euroa.²³

Lihavuus

¹⁹ vonBonsdorff ym. 2011a, von Bonsdorff ym. 2011b, Kulmala ym. 2014

²⁰ Aittasalo ym. 2017, Rinne & Husu 2018

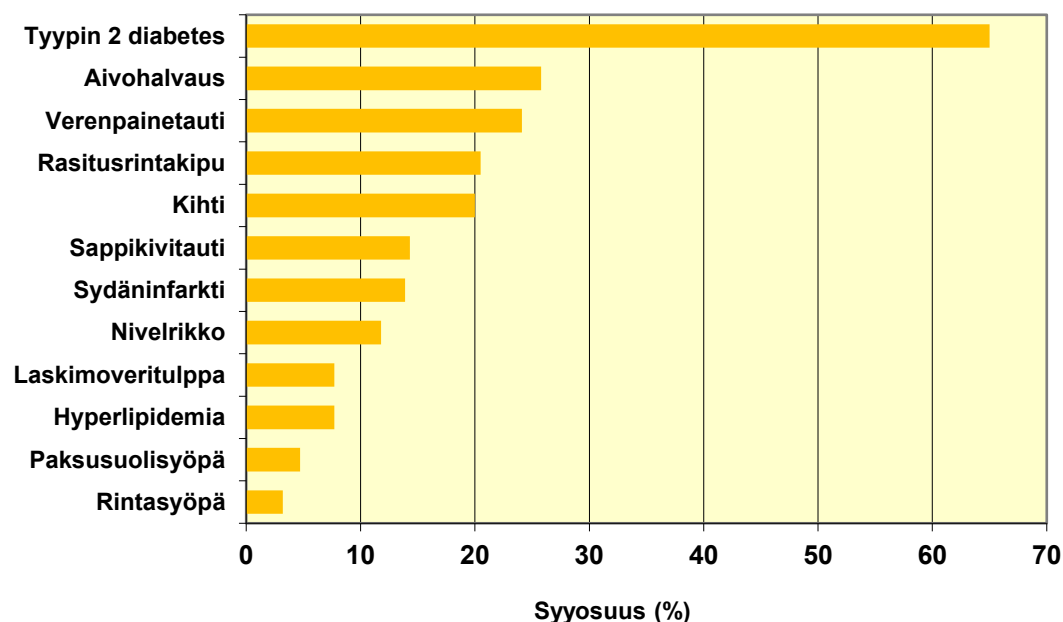
²¹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 2019, s. 18

²² Depressio Käypä Hoito -suositus

²³ Vasankari T & Kolu P

Lihavuus on seurausta pitkäaikaisesta ja liiallisesta energiansaannista suhteessa energi-ankulutukseen. Lihavuus on pitkäaikaissairaus, jossa kehon rasvakudoksen määrä on liian suuri. Lihavuuden taustatekijät ovat moninaiset ja siihen vaikuttavat monet yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät.²⁴

Ylipaino ja lihavuus ovat yksi tärkeimpiä suomalaisten kansanterveyttä uhkaavia tekijöitä. Painonhallintaa edistävät fyysinen aktiivisuus sekä terveyttä edistävä ruokavalio, jossa energiansaanti ei ylitä energian kulutusta. Lihavuuden ehkäisy ja hoito ovat tärkeitä kaikissa ikäryhmissä, sillä lihavuudella on merkittäviä fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia vaikutuksia sekä yksilölle että yhteiskunnalle.²⁵ Lihavuus suurentaa merkittävästi riskiä moniin sairauksiin ja oireyhtymiin. Lihavuus, erityisesti vyötärölle kertyneenä, lisää riskiä sairastua muun muassa tyyppin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin, moniin syöpiin sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin²⁶ (kuvio 3).



Kuvio 3. Lihavuuden syysuudet (%) joihinkin kansansairauksiin ylipainoisilla potilailla (BMI > 28 kg/m²). Markku Pekurisen esitys Kansanterveyspäivillä 2011.

Lihavuus ja siihen liittyvät liitännäissairaudet kuormittavat terveydenhuoltoa ja aiheuttavat myös merkittäviä kustannuksia. Arvion mukaan 1,4–7 % Suomen kaikista terveysmenoista johtuu epäsuorasti lihavuudesta.²⁷ Vuonna 2017 noin 11 % kuolemista liittyi ylipainoon²⁸.

²⁴ Lihavuus Käypä hoito –suositus 2020

²⁵ Lihavuus Käypä hoito –suositus 2020

²⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 2019, s. 7

²⁷ THL 2020

²⁸ Lancet 2017

3.2. EPÄTERVEELLISEN RAVITSEMUKSEN, VÄHÄISEN LIIKKUMISEN JA LIHAVUUDEN YLEISYYS

Ravitsemus

FinRavinto 2017 tutkimuksen mukaan valtaosa Suomen 18-74 –vuotiaista aikuisista (86 % miehistä ja 78 % naisista) ei saavuttanut ohjeellista 500 g vähimmäissaantisuositusta kasvien, hedelmien ja marjojen käytössä. Punaisen ja prosessoidun lihan käyttösuositus (enintään 500 g/vko) ylittyi 79 %:lla miehistä ja 26 %:lla naisista. Energiaravintoaineiden saanti oli suositusten mukaista ainoastaan tyydyttymättömien rasvahappojen ja proteiinin osalta. Tyydyttyneiden rasvahappojen suosituksen saavutti vain yksi aikuinen kahdestakymmenestä. Hiilihydraattien ja kuidun saanti oli riittämätöntä yli kahdella kolmasosalla väestöstä. Miesten keskimääräinen ruokavalio sisälsi enemmän rasvaa ja suolaista verrattuna naisten ruokavalioon. Suolaista sai liikaa yhdeksän kymmenestä aikuisesta. Naisten ruokavalio oli kokonaisuutena lähempänä suosituksia. Kotona asuvien ikääntyneiden ruokavalio oli väestötutkimusten perusteella samankaltainen kuin nuoremmilla.

²⁹

Ruokatottumukset omaksutaan varhain ja ne säilyvät usein muuttumattomina aikuisuuteen asti. Lasten ravitsemuksen ongelmia ovat muun muassa kasvien vähäinen kulutus, paljon energiaa ja vähän ravintoaineita sisältävien, kuten sokeripitoisten ruokien ja juomien, runsas kulutus, runsas suolan saanti ja ruokavalion huono rasvan laatu.³⁰

Suomalaisten ruokavaliossa ja ravitsemustottumuksissa on havaittu eroja väestöryhmien välillä. Korkeimmin koulutetut syövät enemmän kasviksia ja hedelmiä ja vähemmän punaista lihaa kuin muut. Työikäisistä miehistä 50 %:lla ja naisista 60 %:lla oli mahdollisuus ruokailla työpaikka- tai oppilaitosruokalassa. Puolet niistä, joilla tämä mahdollisuus oli, ilmoitti käyttäneensä näitä ruokapalveluita. Ylimpään koulutusryhmään kuuluvien on myös havaittu hyödyntävän henkilöstöruokailua muihin koulutusryhmiin kuuluvia enemmän.³¹

Raskaana olevien naisten terveelliset ruokavalinnat sekä ravintovalmisteiden käyttö ovat yleisimpiä vanhemmilla ja korkeammin koulutetuilla naisilla kuin nuoremmilla ja vähemmän koulutetuilla naisilla. Nuorten, vähän koulutettujen ja tupakoivien äitien ruokavalio on kauimpana ravitsemussuosituksista. Eriarvoisuutta nähdään jo vauvojen ravitsemuksessa: korkeammin koulutetut äidit imettivät puolen vuoden ikäistä vauvaa neljä kertaa useammin kuin matalimpaan koulutusryhmään kuuluvat äidit.³²

Liikkuminen

Suomalaiset aikuiset viettävät suurimman osan valvellaoloajastaan paikallaan, istuen tai makuulla. Reippaampaan liikkumiseen käytetään keskimäärin alle tunti päivässä. FinTerveys 2017-tutkimuksen mukaan miehistä 61% ja naisista 66% ei saavuttanut terveysliikuntasuosituksia, joka sisältää sekä kestävyysliikunnan että lihaskuntoa kehittävän tai ylläpitävän liikkumisen.³³ Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) mukaan

²⁹ Valsta ym. 2018

³⁰ ””

³¹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 2019, s. 17

³² ””

³³ Borodulin & Wennman 2019

89 % työkäisistä ei saavuttanut terveystuotantoa. ³⁴ Kunnan Kartta-tutkimukseen alustavien tulosten mukaan taas keskimäärin 80 % aikuisista ei saavuttanut kestävyysliikuntasuosituksia. ³⁵ Merkittävä osa suomalaisista aikuisista ei siis saavuta liikuntasuosituksia ja liikkuu terveytensä kannalta liian vähän. Vastaavasti lapset ja nuoret viettävät keskimäärin puolet valvellaoloajastaan paikallaan, istuen tai makuulla ja liikkuvat reippaasti vajaat kaksi tuntia päivässä. Vähän liikkuvilla lapsilla merkittävä osa liikkumisesta tapahtuu koulupäivän aikana. Iän myötä paikallaanoloaika lisääntyy. ³⁶ Mitä vanhemmasta väestöstä on kyse, sitä harvemmin terveystuotanto saavutetaan. Yli 80-vuotiaista vain 13 % miehistä ja 9 % naisista ylisi suosituksen mukaiseen määrään kestävyys- ja lihaskuntoliikuntaa viikossa. ³⁷

Hyvässä sosioekonomisessa asemassa (korkeampi koulutus, tulotaso ja ammattiasema) olevat henkilöt harrastavat enemmän vapaa-ajan liikuntaa ja työmatkaliikuntaa kuin matalassa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt. Työhön liittyvän ruumiillisen rasituksen suhteen tilanne on vastakkainen, sillä matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt kokevat työnsä korkean sosioekonomisen aseman henkilöitä useammin ruumiillisesti rasittavaksi. Yksilön sosiodemografisista ominaisuuksista liikunnasta edistäviä tekijöitä ovat muun muassa vanhempi ikä, miessukupuoli, ei-parisuhteessa oleminen, pieni lasten lukumäärä sekä etniseen vähemmistöryhmään kuuluminen.

Yksilön biologisista ominaisuuksista liikkumiseen liittyviä tekijöitä ovat normaalipaino ja perinnölliset tekijät. Yksilön psyykkisistä ja kognitiivisista tekijöistä liikkunnasta edistäviä tekijöitä ovat muun muassa vahva pystyvyyden, kontrollin ja motivaation tunne, liikkumisesta nauttiminen ja uskomukset liikkumisen hyödyllisyydestä. Sosiaalisista tekijöistä lääkärin, puolison tai ystävien sosiaalinen tuki liikunnan harrastamiselle on erityisen tärkeä. ³⁸

Lihavuus

Vuonna 2017 lähes kolme neljäsosaa yli 30-vuotiaista miehistä ja kaksi kolmasosaa naisista oli ylipainoisia (BMI vähintään 25 kg/m²) ja neljännes aikuisista luokiteltiin lihaviksi (BMI vähintään 30 kg/m²). Lähes joka toinen aikuinen (46 %) oli vyötärölihava (vyötärönympärys naisilla >90 cm ja miehillä >100cm). 18-29-vuotiaista miehistä lähes puolet ja naisista reilu kolmannes oli vähintään ylipainoisia (BMI >25 kg/m²) ja lähes viidesosa nuorista miehistä ja naisista oli lihavia. Vyötärölihavuuden kriteerit täyttyivät lähes joka viidennellä nuorella aikuisella. ³⁹

2–16-vuotiaista pojista 27 % ja tytöistä 18 % oli ylipainoisia vuonna 2018 (ISO-BMI⁴⁰ 25-30 kg/m²). Pojista lihavia oli 8 % ja tytöistä 4 % (ISO-BMI>30 kg/m²).⁴¹ Viime vuosikymmenten aikana lasten ja nuorten ylipaino ja lihavuus ovat lisääntyneet Suomessa. ⁴²

³⁴ Bennie ym. 2017

³⁵ Husu ym. 2018

³⁶ ””

³⁷ Borodulin & Wennman 2019

³⁸ Borodulin, Jallinoja & Koivusalo 2016

³⁹ Koponen ym. 2018

⁴⁰ Lasten painoindeksi lasketaan samalla tavalla kuin aikuistenkin, mutta laskettu painoindeksiluku ei sellaisenaan ole vertailukelpoinen aikuisten indeksin kanssa. Tämän vuoksi lasten painoa tulee aina arvioida käyttäen aikuista vastaavaa painoindeksiä (ISO-BMI). Siinä lasten painoindeksi muutetaan iänmukaisella kertoimella aikuista vastaavaksi. ISO-BMI kuvastaa hyvin lapsen rasvaprosenttia. Lasten painoindeksiä käytetään 2 vuoden iästä lähtien 18 ikävuoteen asti.

⁴¹ Lundqvist & Jääskeläinen 2019

⁴² Vuorela, Saha & Salo 2011

Koulutusryhmien välillä on eroa lihavuuden esiintyvyydessä. Perusasteen koulutuksen saaneista kolmannes oli lihavia, kun korkea-asteen koulutuksen saaneista heitä oli alle neljäsosa.⁴³ Suomessa on tehty vain vähän tutkimuksia etnisistä ryhmistä ja maahanmuuttajataustaisesta väestöstä. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus kuitenkin osoitti, että etnisillä ryhmillä voi olla terveyteen liittyviä erityistarpeita, jotka on hyvä huomioida. Kehoon ja painoon liittyvät normit ja ihanteet ovat erilaisia eri kulttuureissa. Ruokailutottumukset ja sen kautta energiansaanti sekä myös liikkumistottumukset ja –mahdollisuudet vaihtelevat eri kulttuureissa ja myös sukupuolten välillä.⁴⁴

4. ELINTAPOOHJAUKSEN JA OMAHOIDON TUEN MENETELMÄT JA NIIDEN KÄYTÖN YLEISYYS

Palkon suositusten valmisteluprosessin mukaisesti kysymyksenasettelu määriteltiin käyttäen PICO-rakennetta, jossa määritellään terveysongelma, hoito- tai kuntoutusmenetelmä (interventio), vaihtoehtoinen hoito- tai kuntoutusmenetelmä (vertailuinterventio) ja tavoiteltava hoidon tai kuntoutuksen lopputulos (terveystulos).

Lähtökohtana oli tunnistaa teoriapohjaiset menetelmät, joiden avulla potilas sitoutuu ja motivoituu elintapojensa muuttamiseen, terveellisiin ravitsemustottumuksiin ja terveyden kannalta riittävään liikkumiseen, rajaamatta etukäteen mitään menetelmiä pois.

Terveelliseen ravitsemukseen ja terveyden kannalta riittävään liikkumiseen tähtäävien menetelmien avulla potilas sitoutuu ja motivoituu elintapojensa muuttamiseen.

Tehdyn systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulosten kautta löytyi menetelmiä, joilla potilas motivoitui ja sitoutui muuttamaan ravitsemukseensa ja liikkumiseensa liittyviä elintapojaan. Jaosto arvioi näiden menetelmien ja niiden osatekijöiden vaikuttavuutta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja kokosi vaikuttavien menetelmien kuvauksista ne elementit, joilla nähtiin olevan yhteyttä potilaan motivoitumiseen ja sitoutumiseen elintapojensa muuttamiseksi. Tutkimuksista valtaosa oli monitekijäisiä, eli interventioissa pyrittiin vaikuttamaan samanaikaisesti useaan elintapaan. Ravitsemusohjauksen ja liikuntaneuvonnan yhdistelmä oli yleisin. Kaikista tutkimuksista ei noussut yksilöitäviä elintapaohjauksen menetelmiä esiin. Käytetyistä elintapaohjauksen menetelmistä erottui kuitenkin sellaisia vaikuttavia osatekijöitä, joiden avulla potilas motivoitui ja sitoutui elintapojensa muuttamiseen. Motivoivasta keskustelusta osana kokonaisuhoitoa saatiin vaikuttavuusnäyttöä useammassa tutkimuksessa. Vaikuttaviksi todetut menetelmät sisälsivät osatekijöinä lähtötilanteen kartoittamisen, tiedonvaihdon, tavoitteenasettelun, suunnitelman, seurannan ja palautteen.

Koska systemaattiseen katsaukseen sisältyneistä vaikuttavista tutkimuksista ei noussut esiin yksilöitäviä, Suomessa käytettyjä elintapaohjauksen menetelmiä, joiden osatekijöinä ovat lähtötilanteen kartoittaminen, tiedonvaihto, tavoitteenasettelu, suunnitelma, seuranta ja palaute, päädyttiin täydentämään menetelmiin liittyvää tietoa kokemukserusteisesti. Jaosto kokosi erikseen tietoa sellaisten yksilöityjen menetelmien tai

⁴³ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2019

⁴⁴ Castaneda ym. 2012

toimintamallien vaikuttavuudesta, joiden tiedettiin olevan Suomessa perusterveydenhuollossa käytössä tai, joista on Suomessa tehtyä tutkimusta, sekä varmistamaan, että ne sisälsivät samat osatekijät kuin, mitkä nousivat systemaattisen katsauksen vaikuttavista menetelmistä esiin. Neuvokas Perhe –malli, jonka taustalla on STRIP⁴⁵⁴⁶⁴⁷ (sepelvaltimotaudin riskitekijöiden interventioprojekti) -projektista kerätty tutkimusnäyttö, StopDia-ryhmäohjausmalli⁴⁸⁴⁹⁵⁰ ja Onnikka- painonhallintaohjelma yhdistettynä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan⁵¹ osoittautuivat vaikuttaviksi perusterveydenhuollossa toteutettaviksi menetelmiksi ja niistä löytyi samat osatekijät kuin systemaattisen katsauksen vaikuttaviksi todetuista tutkimusten menetelmistä.

Valmistelussa huomioitiin erikseen löytyykö tietoa am. ryhmille kohdennettavista interventioista:

- nuoret henkilöt
- iäkkäät henkilöt
- raskaana olevat henkilöt
- vähän koulutusta saaneet henkilöt
- henkilöt, joilla on mielenterveyden häiriö

Vertaistukitoiminta menetelmänä jätettiin tarkastelun ulkopuolelle, koska se ei yleensä ole terveydenhuollon ammattilaisten tuottamaa palvelua. Vertaistukitoiminta voi täydentää ammattihenkilöiden antamia palveluita ja monen potilaan kokemuksen mukaan se voi olla hyvinkin merkityksellistä ja vaikuttavaa.

4.1. MENETELMIEN KÄYTÖN YLEISYYS

Elintapoihin vaikuttamiseen, omahoitoon erikoistuneita asiantuntijoita on saatavilla 38-95 %:ssa terveyskeskuksista. Noin kolmessa neljästä terveyskeskuksessa on sovittu yhteisistä käytännöistä, jonka mukaan asiakkaille tarjotaan tukea esimerkiksi terveyskäyttäytymiseen ja imetykseen liittyen. Ravitsemussuunnittelija tai -terapeutti on ollut vuonna 2018 käytettävissä 88 %:lla terveyskeskuksista ja ravitsemusterapeutin vakansseja on ollut perusterveydenhuollossa 38 %:lla terveyskeskuksista.⁵² Tämä ei vielä kerro kuinka paljon näitä asiantuntijoita todellisuudessa käytetään. Tästä ei tietoa tällä hetkellä ole.⁵³ Käytännössä ravitsemusohjausta eri asiakasryhmissä toteuttavat laillistettujen ravitsemusterapeuttien lisäksi mm. terveyden- ja sairaanhoitajat sekä lääkärit.⁵⁴

⁴⁵ Räsänen ym. 2004

⁴⁶ Seppänen & Räsänen 2001

⁴⁷ Lagström ym. 1997

⁴⁸ Pihlajamäki ym. 2019

⁴⁹ Absetz ym. 2007

⁵⁰ Absetz ym. 2009

⁵¹ Teeriniemi ym. 2018

⁵² TEA 2018

⁵³ THL:stä saatu teksti (Timo Ståhl) perustuu muutamaan asiantuntijahaastatteluun (Tiina Laatikainen ja Patrick Sandström)

⁵⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 2019, s. 34

Ravitsemuksen ja painonhallinnan ohjauksen (SPAT1306) käyntejä on vuositasolla noin 2,5 miljoonaa. Liikkumiseen liittyviä neuvonta- ja ohjaukseyntejä (SPAT1305) on keskimäärin 150 000 vuodessa. Tietoa kirjauksen luotettavuudesta tai yleisyydestä ei kuitenkaan ole saatavilla, joten käynnit eivät kerro siitä, kuinka paljon ravitsemuksen ja painonhallinnan ohjausta tai liikkumiseen liittyviä neuvonta- ja ohjaukseyntejä todellisuudessa toteutetaan perusterveydenhuollossa.⁵⁵

Liikkuminen osana sairauksien hoitoa ja ehkäisyä on lisääntynyt terveydenhuollossa annettavan yksilöllisen liikuntaneuvonnan tai elintapaohjauksen seurauksena. Liikuntaneuvoja on ollut vuonna 2019 käytettävissä 16 %:lla terveyskeskuksista ja lisäksi terveydenhuollossa on ollut käytettävissä 30 %:lla ohjaukseyntö kuntien liikuntatoimen yksilölliseen liikuntaneuvontaan. Liikuntaneuvontaa on erityisesti tarjolla työikäisille.⁵⁶

Elintapaohjaus omana palvelunaan on lisääntynyt terveysasemilla. Elintapaohjausta tai hyvinvointivalmennusta tarjotaan prosessinomaisena yksilöllisenä palveluna terveydenhuollon ammattilaisten toteuttamana. Tietoa palvelun määrästä tai kunnista ei vielä tällä hetkellä ole.

5. SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Palko teetti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen (liite 1) elintapainterventioiden osatekijöistä ja vaikuttavuudesta korkean riskin henkilöillä. Kirjallisuuden hakustrategia laadittiin yhdessä jaoston kanssa. Tässä kappaleessa mainittujen alkuperäisten julkaisujen tarkemmat tiedot lähdeviitteineen löytyvät liitteestä 2, johon on koottu ne tutkimukset systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta, jotka päädyttiin arvioinnin jälkeen ottamaan mukaan suositukseen.

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yhteensä 49 sisäänottokriteerit täyttävää ravitsemusta ja liikkumista koskevaa tutkimusta, joista jaosto arvioi tutkittujen menetelmien vaikuttavuutta ja siirrettävyyttä perusterveydenhuollon kontekstiin. Itse suositukseen valikoitui arvioinnin jälkeen 22 tutkimusta (liite 2). Valtaosa tutkimuksista oli satunnaistettuja koe-kontrolli tutkimuksia (RCT) (n=18), lisäksi oli kohorttitutkimuksia (n=3) ja yksi ei-satunnaistettu koe-kontrollitutkimus. Valituista tutkimuksista valtaosa oli tehty Suomessa (n=12) ja loput Ruotsissa (n=6), Tanskassa (n=2), Norjassa (n=1) ja Islannissa (n=1). Interventioon osallistujamäärät vaihtelivat 35 henkilön (Kalavainen ym. 2007) ja 2798 henkilön (Saaristo ym. 2010) välillä. Yleisin seuranta-aika oli vuosi, mutta Danielsson ym. 2016 seuranta-aika ulottui viiteen vuoteen.

Kirjallisuuskatsauksessa todetaan, että valtaosa kirjallisuushaussa esiin tulleista interventioista oli vaikuttavia ainakin jonkin päätetapahtuman suhteen. Yleisimmin tuloksena raportoitiin kliinisen mittauksen muutosta (esim. paino) tai muutosta elintavassa (ruokavalio tai liikkuminen). Elintapoja koskevat tulostittarit olivat tutkimusten välillä erilaisia ja esimerkiksi liikkumisen osalta mittareina toimivat niin itse-raportoidut kuin mitatut liikkumismäärät, fyysisen aktiivisuuden tasoa yleisesti arvioivat kysymykset tai fyysinen kunto.⁵⁷

⁵⁵ Avohilmo 2020

⁵⁶ Tuunanen 2020

⁵⁷ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 2019, s.19

Elintapojen muuttamiseen liittyvät teoriat, käytetyt tekniikat tai yksittäiset menetelmät eivät yksiselitteisesti selvinneet tutkimusartikkeleista. Motivoivasta keskustelusta osana kokonaishoitoa saatiin vaikuttavuusnäyttöä useammassa tutkimuksessa. Vaikutaviksi todetut menetelmät sisälsivät osatekijöinä lähtötilanteen kartoittamisen, tiedon vaihtamisen, tavoitteenasettelun, suunnitelman tekemisen, edistymisen seurannan ja palautteen antamisen.⁵⁸

5.1 VAIKUTTAVUUS JA TURVALLISUUS

Absetz ym. 2007 tutkimuksen interventio pohjautui DPS-tutkimukseen (Diabetes Prevention Study). Elintapaohjaus koostui ravitsemusohjauksesta ja liikuntaneuvonnasta, jota annettiin ryhmässä. Aikuisten (n=352), joilla oli kohonnut riski tyyppin 2 diabetekseen, riskitekijät vähenivät merkittävästi 12 kuukauden seuranta-aikana. Painonpudotus, joka oli saavutettu vuoden kohdalla, oli pysynyt 3 vuoden seurannan kohdalla.

Danielsson ym. 2016 ruotsalaisen tutkimuksen interventio oli kohdistettu 5-13 –vuotiaille lihaville tai ylipainoisille lapsille (n=220) sekä heidän vanhemmilleen. Ohjaus oli monitekijäistä ravitsemusohjauksesta ja liikuntaneuvontaa sekä yksilönä että ryhmässä, jossa hyödynnettiin motivoivaa keskustelua. Seuranta-aika oli 5 vuotta, jonka aikana lasten BMI laski merkittävästi. Laatu heikensi se, että vain 50 % perheistä osallistui vanhempien ryhmiin.

Eriksson, Franks & Eliasson 2009 ruotsalaisessa tutkimuksessa interventio oli kohdistettu 18-65 –vuotiaille aikuisille (n=71), joilla oli kliinisesti dokumentoitu riski korkeasta verenpaineesta, dyslipidemiasta, tyyppin 2 diabeteksesta tai he olivat ylipainoisia. Interventio koostui ohjatusta liikunnasta sekä ravitsemusohjauksesta ryhmässä. Seuranta-aika oli 36 kuukautta, jossa vyötärönympäryys pieneni ja aerobinen kunto parani merkittävästi. 3 kk intervention aikana liikuntaneuvontaan osallistuminen vaihteli 15 % ja 100 %:n välillä. Ravintoneuvonnan osalta tutkittavista 63 % osallistui 3–5 ravintoneuvontasessioon ja loput 36 % vain 1–2 sessioon. Pääsiallinen syy vähäisen osallistumiseen olivat työhön liittyviä.

Juul ym. 2016 Tanskassa tehdyssä tutkimuksessa annettiin monitekijäistä ryhmämuotoista elintapaohjausta, joka pohjautui suomalaisen DPS-tutkimuksen tavoitteisiin. Interventoryhmä koostui 28-70 –vuotiaista aikuisista (n=63), joilla oli kohonnut riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen. 12 kuukauden seuranta-aikana interventoryhmän paino, vyötärönympäryys ja systolinen verenpaine laskivat merkittävästi.

Koivusalo ym. 2016 suomalaisessa tutkimuksessa toteutettiin yksilömuotoinen ravitsemus- ja liikuntainterventio raskaana oleville naisille, joilla oli kohonnut riski raskausdiabetekseen (n=155). Raskausdiabetes väheni merkittävästi ja lisäksi interventoryhmän osallistujat lisäsivät liikunta-aktiivisuuttaan ja heidän ravintonsa laatu parani raskausaikana. Lisäksi interventoryhmän raskausajan painonnousu oli pienempää kuin kontrolliryhmässä. Seuranta tehtiin raskauden ajan.

Ngandu ym. 2015 Suomessa toteutetussa tutkimuksessa annettiin monitekijäistä ryhmä- ja yksilömuotoista elintapaohjausta yhdistettynä kognitioharjoitteluun tietokoneella 60-77 –vuotiaille, joilla oli kohonnut dementiariski (n=1260). Ohjauksessa käy-

⁵⁸ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 2019, s.19-20

tettiin motivoivaa keskustelua. Kognitiiviset toiminnot paranivat, paino laski ja interventioryhmäläiset raportoivat käyttävänsä enemmän kalaa ja kasviksia sekä liikkuvansa useammin kuin kontrolliryhmä. Seuranta-aika oli 2 vuotta.

Nilsen, Bakke & Gallefors 2011 Norjassa tehdyssä tutkimuksessa annettiin monitekijäistä yksilöneuvontaa, jossa käytettiin motivoivaa keskustelua. Ohjausta saivat korkeassa tyypin 2 diabetes riskissä olevat aikuiset (n=213). BMI, aerobinen kapasiteetti ja triglyseridit paranivat merkittävästi. Seuranta-aika oli 18 kuukautta. Ryhmissä oli tilastollinen ero painossa alkutilanteesta satunnaistamisesta huolimatta (noin 2 kg). Tutkitavien oli sallittua käyttää lääkkeitä, myös painonalentamista tukevia lääkkeitä, mikä vaikeuttaa kliinisten mittaustulosten arviointia.

Njardvik ym. 2018 islantilaisessa tutkimuksessa toteutettiin monitekijäinen yksilö- ja ryhmäelintapaohjaus perheille, joissa oli 8-12 –vuotias lihava lapsi (n=84). Interventioryhmässä olevien paino oli pysynyt 2 vuoden mittauksissa matalampana kuin kontrolliryhmän.

Saaristo ym. 2010 suomalaisessa tutkimuksessa annettiin monitekijäistä ryhmä- ja yksilöelintapaohjausta aikuisille, jotka olivat korkeassa tyypin 2 diabetesriskissä (n=2798). Malli pohjautui DPS-tutkimuksen kokemuksiin ja tavoitteisiin. Interventioryhmässä paino laski ja diabetekseen sairastumisriski väheni merkittävästi. Myös useita suostuisia muutoksia havaittiin sydän- ja verisuonitautien riskitekijöissä. Seuranta-aika oli 12 kuukautta.

Teeriniemi ym. 2018 Suomessa tehdyn tutkimuksen interventio oli monitekijäinen kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan perustuva ryhmäneuvonta, jossa oli mukana internet-ohjausta. Ohjausta annettiin 20-60 –vuotiaille ylipainoisille tai lihaville aikuisille (n=532). Interventioryhmällä painonlasku oli merkittävää 2 vuoden seurannan aikana.

Tuomilehto ym. 2001 Suomessa tehdyn tutkimuksen interventio oli monitekijäinen yksilöohjauksena toteutettu ravitsemusohjaus ja liikuntaneuvonta. Potilaat olivat 40-65 –vuotiaita ylipainoisia aikuisia, joilla oli heikentynyt sokerinsieto (n=522). Interventio osoitti vähentävän diabeteksen ilmaantuvuutta, paransi ruokavalion laatua, vaikutti suostuisasti painoon ja liikuntatottumukseen sekä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin. Keskimääräinen seuranta-aika oli 4 vuotta.

Vinter ym. 2011 tanskalaisessa tutkimuksessa interventiona oli monitekijäinen yksilö- ja ryhmäohjauksena toteutettu ravitsemusohjaus ja liikuntaneuvonta. Interventioon osallistui ylipainoisia raskaana olevia naisia (n=180). Painonnousu raskauden aikana oli vähäisempää interventioryhmässä kuin kontrolliryhmässä. Seuranta jatkettiin synnytykseen asti.

Aittasalo ym. 2012 suomalaisessa tutkimuksessa interventio koostui yhdestä ryhmätaapaamisesta, ja sen jälkeen osallistujille lähetettiin kuukausittain kuuden kuukauden ajan sähköpostiviestejä, joissa kannustettiin yksilöllisen askelmäärätavoitteen saavuttamista. Osallistujat olivat iältään keskimäärin 45-vuotiaita toimistotyöntekijöitä (n=241). 12 kuukauden kohdalla rappusten kävely ja vapaa-ajan kävely lisääntyivät. Interventioryhmään valitut olivat useammin naisia, heillä oli harvemmin ala-ikäisiä huolettavia ja he olivat harvemmin ylipainoisia kuin kontrolliryhmäläiset.

Drevenhorn ym. 2012 Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa käytettiin moniosaista ja –sisällöllistä yksilöelintapaohjausta, jossa hyödynnettiin motivoivaa keskustelua. Interventioon osallistuivat potilaat, joilla oli korkea verenpaine (n=153). Interventioryhmillä laski leposyke, BMI, paino, LDL-kolesteroli ja vyötärönympäryys pieneni merkittävästi 2 vuoden seurannan aikana. Lisäksi itseraportoitu liikunta lisääntyi interventior ryhmässä 2 vuoden aikana. Lääkehoidon roolia ei eritelty tutkimuksessa.

Huvinen ym. 2018 Suomessa tehdyssä tutkimuksessa elintapaohjaus keskittyi ravitsemuksen laatuun ja liikuntatavoitteisiin. Interventioon osallistui raskaana olevia naisia, joilla oli todettu riski raskausajan diabetekseen (n=155). Interventio paransi sokeriai-neenvaihduntaa merkittävästi. Seuranta jatkui 12 kuukautta raskauden jälkeen. Tarkkuutta heikentävät itseraportoitu lähtöpaino ja liikuntamäärä.

Kalavainen ym. 2007 suomalaisessa tutkimuksessa oli useasta osatekijästä rakentuva elintapamuutosohjelma, jossa oli perhekeskeisiä ryhmätapaamisia, joissa keskityttiin elintapojen parantamiseen ja hyvinvointiin painonpudotuksen sijasta. Interventioon osallistui 7-9 –vuotiaita ylipainoisia lapsia sekä heidän vanhempiaan (n=35). Interventior ryhmässä lasten paino putosi merkittävästi. Seuranta-aika oli 12 kuukautta.

Tuomilehto ym. 2001 suomalaisessa tutkimuksessa interventio sisälsi yksilömuotoista liikuntaneuvontaa sekä ruokavalio-ohjausta. Osallistujat olivat 40-65 –vuotiaita, joilla oli heikentynyt glukoosin sietokyky, ylipainoa ja BMI yli 25 (n=265). Interventior yhmässä sairastui tyypin 2 diabetekseen merkittävästi vähemmän henkilöitä kuin kontrolliryhmässä. Interventior yhmässä raportoitiin enemmän elintapamuutoksia; lisääntynyttä liikuntamäärää ja parantuneita ruokailutottumuksia. Keskimääräinen seuranta-aika oli 3,2 vuotta.

von Bonsdorff ym. 2008 suomalaisessa tutkimuksessa osallistujille annettiin henkilökohtaista liikuntaneuvontaa, jossa käytettiin motivoivaa keskustelua. Lisäksi tarjottiin kaksi luentotilaisuutta. Interventior yhmässä oli 75-81 –vuotiaita aikuisia (n=632). Fyysinen aktiivisuus lisääntyi merkittävästi interventior yhmässä. Seuranta-aika oli 2 vuotta.

Bertz ym. 2014 Ruotsissa toteutetussa interventiossa vaikuttavaksi osoittautui yksilömuotoinen ravitsemusohjaus. Ohjausta saivat imettävät ylipainoiset tai lihavat naiset (n=33). Interventior yhmän naisilla paino putosi merkittävästi. Ravintointerventio johti pienentyneeseen energian, rasvan ja sakkaroosin saantiin. Myös rasvan ja sakkaroosin suhteelliset osuudet ruokavaliossa pienenevät ohjauksen seurauksena, kun taas proteiinien ja kuidun osuudet kasvoivat. Ravintointerventio johti myös vyötärönympäryksen kapenemiseen ja paastoinsuliiniin alenemiseen sekä HDL-kolesterolin nousuun. Seuranta-aika oli yhden vuoden.

Huseinovic ym. 2016 ruotsalaisessa tutkimuksessa annettiin yksilömuotoista ravitsemusohjausta ylipainoisille synnyttäneille naisille (n=110). Painon laskussa, ruokavalion energiansaannissa ja joissakin energiaravintoaineissa oli merkittävä ero interventio- ja kontrolliryhmien välillä. Seuranta-aika oli 12 kuukautta.

Brekke ym. 2014 Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa vaikuttavaksi osoittautui yksilömuotoinen ravitsemusohjaus. Tutkimukseen osallistui naisia, jotka olivat ylipainoisia tai lihavia ennen raskautta (n=68). Vyötärönympäryys, kokonaiskolesteroli, LDL-koleste-

roli ja paastoinsuliini laskivat merkittävästi. Seuranta-aika oli 12 kuukautta. Hoidon vaikutus oli p-arvojen valossa kohtalaisen hyvä, mutta ryhmäkoot olivat pienet ja luottamusvälien tarkemmat luvut puuttuivat.

Ngandu ym. (2015) tutkimuksessa raportoitiin muutama haittavaikutus tutkimuksen aikana liittyen lihas- ja tukieliinkipuihin. Arvioitujen elintapainterventioiden ja niiden osatekijöiden turvallisuutta kyseenalaistavaa tutkimustietoa ei kuitenkaan tullut esiin.

5.2 EPÄVARMUUSTEKIJÄT

Tämän katsauksen rajauksilla tunnistetut ravitsemus- ja liikumisinterventiotutkimukset liittyivät useimmin aikuisten lihavuuden hoitoon ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn sekä hoitoon. Tuloksissa nousi esiin myös sydän- ja verisuonitautiriskissä ja muistisairauksien riskissä oleville kohdennettuja interventioita sekä lasten lihavuuteen, raskaus- ja/tai imetysajan painoon ja verensokeritasapainoon, tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoitoon sekä ikääntyvien toimintakykyyn ja kaatumisiin keskittyviä tutkimuksia.⁵⁹ Tutkimukset eivät siis kata, asetettujen hakukriteerien vuoksi, kaikkea ravitsemukseen ja liikkumiseen liittyvää ohjausta terveydenhuollossa. Esimerkiksi ravitsemuspuolelta ei ole mukana vajaan ravitsemuksen ehkäisy ja hoito, samoin puuttuvat monet ravitsemushoitoa vaativat sairaudet (keliakia, allergiat, munuaissairaudet tms.) ja muut ravitsemukseen liittyvät ongelmat, kuten syömishäiriöt, ja niiden hoito.

Elintapoja koskevat tulosmittarit olivat tutkimusten välillä erilaisia ja esimerkiksi liikku-
misen osalta mittareina toimivat niin itse-raportoidut kuin mitatut liikkumismäärät, fyysisen aktiivisuuden tasoa yleisesti arvioivat kysymykset tai fyysinen kunto. Vaikutukseltaan heikompia interventioita ei usein julkaista, mikä osaltaan johtaa julkaisuharhaan, mutta julkaistujen tulosten perusteella voidaan vetää yhteen niissä vaikuttaviksi havaittuja toimia.⁶⁰

Elintapaohjauksen riittävää määrää tai kestoja tai yksittäisten ohjauksikäyntien kestoja ei voida läpikäydyn kirjallisuuden perusteella yksiselitteisesti määrittää. Ohjauksikäyntien määrä vaihteli tarkastelluissa tutkimuksissa 1–32 kerran välillä, minkä lisäksi tutkimuksen tarjoamaa omatoimista liikkumisharjoittelua saattoi olla koko tutkimusajan.⁶¹

Pienet osallistujamäärät voivat vaikuttaa tutkimusten luotettavuuteen ja yleistettävyyteen. Lisäksi tutkimukset, joissa osallistujat raportoivat itse ruokailuun, painoan tai liikkumismääriään, tulee suhtautua kriittisesti näiden mitattujen tulosten osalta. Vaikuttavien tutkimusten interventioista osa oli luotu itse tutkimusta varten, ja niiden taustalla oli vaikuttaviksi todettuja menetelmiä, mutta ne eivät silti olleet identtisiä kyseisten menetelmien kanssa.

6. ELINTAPOHJAUKSEN JA OMAHOIDON TUEN MENETELMIEN HOITOSUOSITUKSET JA SELVITYKSET

6.1 KOTIMAISET HOITOSUOSITUKSET JA SELVITYKSET

⁵⁹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus s. 19

⁶⁰ ”_”

⁶¹ ”_”

Käypä hoito -suositus Liikunta⁶² on julkaistu vuonna 2016. Sen mukaan terveydenhuollon ammattilaisten tehtävä on kysyä liikuntatottumuksista ja liikkumisesta, kirjata tiedot ja kannustaa liikkumaan. Terveydenhuollon ja liikunnan ammattilaiset antavat yhteistyössä yksilölliset liikuntaohjeet ja seuraavat liikuntaohjelmien toteutumista. Säännöllisen liikunnan tulee kuulua pitkäaikaissairauksien, kuten valtimotautien, lihavuuden, diabeteksen, rappeuttavien tuki- ja liikuntaelinsairauksien, ahtauttavien keuhkosairauksien, muistisairauksien, masennuksen ja useiden syöpäsairauksien, ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen, tarvittaessa yhdistettynä muihin elintapamuutoksiin ja hoitoihin. Ryhmässä tai yksilöllisesti toteutetun liikuntahoidon vaikuttavuudessa ei yleensä ole eroa silloin, kun yksilölliset rajoitteet on huomioitu. Kotiharjoittelun vaikuttavuus näyttäisi olevan vähäisempi kuin valvotun harjoittelun, koska sen toteutumisen on epävarmempaa kuin valvotun harjoittelun. Liikuntaohjelma toteutetaan yksilöllisesti – ohjattuna tai omatoimisena – tai ohjattuna ryhmäliikuntana.

Käypä hoito -suositus Lihavuus⁶³ (lapset, nuoret ja aikuiset) on julkaistu maaliskuussa 2020. Sen mukaan lihavuuden hoito on nykyisellään riittämätöntä. Terveydenhuollossa lihavuutta tulee ehkäistä ja hoitaa erityisesti potilailla, joilla on lihavuuden lisäksi liitännäissairauksia (muun muassa tyyppin 2 diabetes) tai niiden vaaratekijöitä, jotka ovat vaikeasti lihavia (BMI ≥ 35 kg/m²), tai jotka suunnittelevat raskautta, ovat raskaana, tai joilla on vaikeuksia tulla raskaaksi.

Lihavuuden hoidon tulee olla kiinteä osa terveydenhuollon toimintaa, joka edellyttää alueellisten moniammatillisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen luomista, henkilökunnan jatkuvaa kouluttamista sekä laihdutus- ja painonhallintaryhmien järjestämistä. Pääosa lihavuuden hoidosta toteutetaan perusterveydenhuollossa. Hoito on potilaslähtöistä. Potilas itse ja lasten ja nuorten osalta lisäksi hänen perheensä osallistetaan hoidon suunnitteluun ja kannustetaan omahoitoon.

Hoitomenetelmän valintaan vaikuttavat potilaan omat toiveet, elämäntilanne, voimavarat, lihavuuden määrä sekä samanaikaiset sairaudet. Hoitomenetelmä valitaan aina yhdessä potilaan kanssa keskustelemalla. Käypä Hoito -suosituksissa ehdotettavat hoitomenetelmät ovat omatoimiseen lihavuuden hoitoon motivointi eli mini-interventio tai useita ohjauksetta sisältävä tavoitteellinen elintapahoito. Suunnitelmallinen, usealla tapaamiskerralla toteutettava elintapaohjaus, jossa huomioidaan ruokailutottumukset, liikunta, uni, päihteet, psyykinen hyvinvointi ja voimavarat sekä käsitellään syömiseen ja painonhallintaan liittyviä ajatuksia, tunteita, asenteita ja käyttäytymistä, on lihavuuden ensisijainen hoitomuoto. Elintapahoito voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmäohjauksena ja siinä voidaan hyödyntää internet-pohjaista etäohjaustekniikkaa. Yksilö- ja ryhmäohjaus saattavat olla yhtä tehokkaita (C-tason näyttö⁶⁴). Internetpohjaiset lihavuuden hoito-ohjelmat ilmeisesti tukevat laihdutusta ja painonhallintaa (B-tason näyttö). Psykologiset ja käyttäytymisteorioihin perustuvat interventiot tehostavat lihavuuden hoitoa ja parantavat hoitoon sitoutumista (A-tason näyttö). Ohjauksessa hyödynnettäviä psykologisia lähestymistapoja ovat muun muassa motivoiva haastattelu, ratkaisukeskeinen työskentelytapa sekä kognitiivis-behavioraaliset menetelmät. Niiden tarkoituksena on edistää potilaan valmiuksia omahoitoon ja vastuun ottamista omasta hyvinvoinnista. Aikuisilla elintapaohjausta tukevia menetelmiä voivat olla erit-

⁶² Liikunta Käypä hoito -suositus

⁶³ Lihavuus Käypä hoito -suositus

⁶⁴ Näytönastekatsauksessa tutkimusten näytön vahvuuden ilmaisemiseen on käytetty seuraavia symboleja: A:vahva näyttö, B:kohtalainen näyttö, C:heikko näyttö, D:hyvin heikko näyttö ja NA näytön vahvuutta ei arvioitu tai se on epäselvä.

täin niukka energinen dieetti (ENED), jolla voidaan tehostaa laihtumista ja vähentää lihavuuteen liittyviä liitännäissairauksia (A-tason näyttö). Sairaalloista lihavuutta voidaan hoitaa kirurgisesti, jos asianmukainen ei-kirurginen hoito ei tuota pysyvää laihtumistulosta.

Suosituksessa mini-interventioon sisältyvät:

- lihavuuden ja elintapojen puheeksi ottaminen potilaslähtöisesti
- lihavuuden arvioiminen (paino, pituus, BMI, vyötärönympäryys, lihavuuden liitännäissairaudet ja näiden tietojen kirjaaminen potilastietojärjestelmään)
- keskustelu lihavuudesta, siihen vaikuttavista tekijöistä sekä sen vaikutuksesta potilaan hyvinvointiin
- konkreettinen omahoitosuunnitelma
- paikkakuntakohtaisesti tarjolla olevien painonhallinnan ja laihtuksen keinojen esittely painonhallinnan ja laihtuksen tueksi ja toteuttamiseksi (huomioidaan myös kansanterveysjärjestöjen, kolmannen sektorin ja muiden toimijoiden tarjoamat palvelut)
- kirjallinen ja sähköinen materiaali elintapamuutosten ja painonhallinnan tueksi

Lisäksi ravitsemusta ja liikkumista käsitellään muutamassa muussa Käypä Hoito-suosituksessa, esimerkiksi raskausdiabeteksen (2013) sekä dyslipidemioiden (2017) Käypä Hoito-suosituksissa.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet⁶⁵ (2019) ovat suosituksia, jotka erityisesti tukevat oikeaa hoidon porrastusta. Lääkärit käyttävät suosituksia päättäessään potilaan hoidosta huomioiden myös potilaan yksilöllisen elämäntilanteen ja hoidon tarpeen. Suosituksissa ei oteta kantaa hoidossa tai kuntoutuksessa käytettäviin menetelmiin, kuten terapiaihin.

Ravitsemussuosituksilla⁶⁶ pyritään parantamaan väestön terveyttä ravitsemuksen avulla. Suositukset on tarkoitettu erityisesti ruokapalveluiden, terveydenhuollon ja elintarviketeollisuuden ammattilaisten sekä eri viranomaisten käyttöön toiminnan ohjaamiseksi. Terveyttä edistävä ruokavalio on kokonaisuus. Monipuolinen ja vaihteleva ruoka-aineiden valinta mahdollistaa terveyttä edistävien aterioiden ja välipalojen koostamisen. Valtion ravitsemusneuvottelukunta on antanut eri kohderyhmille, kuten aikuisille (2014), lapsiperheille (2019) ja ikääntyneille (2020) ravitsemussuosituksia.

UKK-instituutin liikkumisen suositus⁶⁷ (2019) kertoo viikoittaisen terveyden kannalta riittävän liikkumisen määrän ja antaa esimerkkejä liikkumisen muodoista 18-64-vuotiaille. UKK-instituutti on laatinut lisäksi eri ikäisille ja eri kohderyhmille liikkumisen suosituksia. UKK-instituutti on kehittänyt myös Liikkumisreseptin, joka on tarkoitettu liikuntaneuvonnan työkaluksi terveydenhuollon vastaanotolle. Se sisältää liikuntaneuvonnan ydinkohdat, jotka täytetään jokaisen potilaan kohdalla. Reseptiin täytettävät kohdat ovat: potilaan liikkumistottumukset ja riittävyys terveyden kannalta, liikkumisen tavoitteet, liikkumisohjeet, lisäohjeet ja liikkumisen toteutumisen seuranta. UKK-instituutti tuottaa lisäksi asiakasmateriaalia, jota voidaan käyttää liikuntaneuvonnassa.

⁶⁵ STM 2019

⁶⁶ Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014

⁶⁷ UKK-instituutti 2020

Painopiste preventioon -konsensuslausumassa⁶⁸ esitetään suosituksia, jotka painottuvat sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasojen toimintaan, ja todetaan myös, että suuremmat mahdollisuudet edistää terveyttä ja hyvinvointia ovat muilla yhteiskunnan ja yhteisöjen toimialoilla. Laaja-alaisella, poikkihallinnollisella yhteistyöllä on parhaat mahdollisuudet onnistua suuren sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä ja sen jälkeen. Lausuman suosituksista osa sivuaa läheisesti tätä suositusta:

- Seurataan ja arvioidaan ehkäisevän työn laatua ja vaikuttavuutta. Määritellään yhtenäiset, valtakunnalliset laatukriteerit ja mittarit sekä seurantajärjestelmät. Kehitetään yhdenmukaisia kirjaamiskäytäntöjä ja hyödynnetään rakenteista kirjaamista.
- Edistetään sosiaali- ja terveydenhuollossa hyvinvointi- ja terveystieteiden kattavaa tunnistamista, varhaista ehkäisyä ja tukea sekä palveluihin ohjaamista. Kohdistetaan ja kohdennetaan palveluita erityisryhmille.
- Otetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa liikunta ja terveellinen ravitsemus vahvemmin osaksi keinovalikoimaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa sekä kuntoutuksessa
- Kiinnitetään huomiota sekundaariprevention käyttämättömiin mahdollisuuksiin.

6.2 ULKOMAISET HOITOSUOSITUKSET JA SELVITYKSET

Ruotsissa Socialstyrelsen on julkaissut vuonna 2015 hoitolinjauksen (**Riktlinjer**)⁶⁹ ennaltaehkäisyyn ja epäterveellisten elintapojen muuttamiseksi. Hoitolinjauksen mukaan useimmat suositellut toimenpiteet sisältävät menetelmänä motivoivan keskustelun (rådgivande samtal), jonka tarkoituksena on tukea epäterveellisen elämäntavan muutosta. Lääkkeillä ja toiminnan määrää mittaavilla laitteilla täydennetään motivoivaa keskustelua.

Hoitolinjaukseen sisältyy myös muun tyyppistä toimintaa, kuten verkkopohjaisia ohjelmia ja perhetuki-ohjelmia. Eri toimenpiteiden tarkoituksena on tukea elintapojen muutoksia ja siten parantaa terveyttä ja vähentää sairauksien riskiä.

Toimenpiteiden seuranta on tärkeää, jotta voidaan tarjota lisää motivointitukea, antaa palautetta ja arvioida tarvittaessa hoidon vaikutuksia. Seuranta nähdään luonnollisena osana kaikkia toimia ja se mukautetaan yksilön tarpeisiin.

Motivoivaa keskustelua voidaan käyttää yleisemmällä tai syvemmällä tasolla: neuvoo-antavana keskusteluna tai syvällisenä hoitokeskusteluna. Jako kahteen tasoon perustuu toimenpiteiden rakenteeseen, sisältöön ja laajuuteen, siten kuin menetelmiä tieteellisessä kirjallisuudessa kuvataan. Motivoiva keskustelu pohjautuu potilaan kanssa käytävään vuoropuheluun. Syvälliset hoitokeskustelut ovat usein sekä laajempia että pidempiä kuin neuvoo-antavat keskustelut. Lisäksi oletetaan, että henkilöstö on koulutettu menetelmän käyttöön ja, että hänellä on siihen kunnollinen pätevyys.

7. INTERVENTIOIDEN KUSTANNUKSET JA BUDJETTIVAIKUTUKSET

⁶⁸ Duodecim & Suomen Akatemia 2017

⁶⁹ Socialstyrelsen 2019

Elintapaohjauksen kustannusvaikuttavuudesta on saatavilla verraten vähän tietoa, mutta systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen löydetty tutkimukset osoittivat elintapaohjauksen olevan kustannusvaikuttavaa. Elintapamuutosten vaikutus ja siten kustannusvaikutus leviävät todennäköisesti myös yksilöä laajemmalle, koska elintapamuutokset vaikuttavat yleensä myös yksilön ympäristöön, kuten perheeseen tai muuhun lähipiiriin. Näitä tekijöitä on tutkimuksissa kuitenkin vaikea huomioida. Elintapaohjaus on kustannusvaikuttavaa etenkin, jos sitä vertaa elintapasairauksien (esim. sydän- ja verisuonisairauksien) hoitoon niiden ilmaantumisvaiheessa.⁷⁰

Tyypin 2 diabetes, joka on yksi merkittävimmistä kansantaudeista yleistyy Suomessa nopeasti ja sen keskeisimpiä syitä ovat erityisesti epäterveellinen ravitsemus ja liikunnattomuus. Taudin ilmaantumista voidaan kuitenkin siirtää tai jopa ehkäistä kokonaan kohonneessa tyypin 2 diabetes riskissä olevilla henkilöillä elintapainterventioiden avulla. Elintapainterventioiden avulla voitaisiin tuottaa 73 000 – 146 000 laaturapainotettua lisäelinvuotta, kun tyypin 2 diabetekseen ja siihen liittyvien liittännäissairauksien ilmaantuvuutta saataisiin väestötasolla vähennettyä. Tulosten perusteella elintapainterventioihin sijoitetut kustannukset on mahdollista saada takaisin 3-12 vuodessa, riippuen intervention kustannuksesta, vaikuttavuudesta ja tyypin 2 diabeteksen lähtötilanteen riskistä.⁷¹

8. EETTINEN TARKASTELU

Eettisen tarkastelun keskiössä ovat ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, tarve-oikeuden mukaisuuden, ja hoidon toteuttamisen arvioiminen.

8.1 IHMISARVO

Ihmisarvon ja ihmisen kunnioittaminen ovat sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan perusta. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden on mietittävä omalta osaltaan, miten yksilön vastuu omista elämänvalinnoistaan näkyy potilaan ohjauksessa siten, että potilaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Potilasta tulee kunnioittaa yksilönä, joka mahdollisesti ei voi kaikissa tilanteissa ottaa vastuuta tai tehdä päätöksiä omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Potilaan ihmisarvoa voi ylläpitää tarjoamalla riittävää hoitoa sekä olemalla herkkä sille, mitä potilas haluaa sanoa.^{72 73} Aito vuorovaikutus alkaa kuuntelemisesta ja eläytymisestä toisen asemaan. Kysymys on myötäelämisen taidosta. Luottamus saavutetaan osaamisen kautta osoittamalla aitoa kiinnostusta potilaaseen ja toimimalla avoimesti.⁷⁴

8.2 ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä, että hänen va-

⁷⁰ WHO 2016

⁷¹ Martikainen, Heiskanen & Jalkanen 2020

⁷² Etene 2011

⁷³ Sairaanhoidtajaliitto 2014

⁷⁴ Lääkärietiikka 2013

kaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Laki turvaa potilaan itsemääräämisoikeuden hoitopäätöksiä tehtäessä. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaalla on oikeus kieltäytyä tietystä hoidosta, hoitotoimenpiteestä tai tutkimuksesta, ja tällöin häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Jos potilas ei ole kyennyt yrityksistä huolimatta muuttamaan epäterveellisiä ravitsemustottumuksiaan tai lisäämään liikkumistaan, häntä tulee auttaa siinä. Potilaalla on kuitenkin viimekädessä vastuu omista elintavoistaan. Potilaalla on oikeus saada vaikuttavaa elintapaohjausta ja omahoidontukea elintapamuutokseensa, mutta hänen tulee myös omalta osaltaan sitoutua hoitoon.

8.3 TARVE-OIKEUDENMUKAISUUS

Eettiseltä kannalta tarve-oikeudenmukaisuuden osalta on merkityksellistä, jos voidaan vähentää riskiä sairastua vakaviin sairauksiin. Panostamalla vaikuttaviin elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmiin voi terveydenhuoltojärjestelmä välttää kustannuksia, joita syntyisi sairauksien hoidosta. Toisaalta myös inhimillisen kärsimyksen määrää voidaan vähentää, jos onnistutaan välttämään vakavasti sairastumisen. Yhteiskunnan terveydenhuollon resurssien oikeudenmukainen jakaminen tässä yhteydessä on sitä, että resursseja kohdennetaan myös ennaltaehkäisevästi sairastumisriskin pienentämiseksi niille, joiden on todettu olevan riskiryhmässä. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa elintapaohjausta tulee tarjota kaikissa terveydenhuollon palveluissa.

8.4 HOIDON TOTEUTTAMINEN

Yksilöllä itsellään on vastuu omista elintavoistaan, mutta on kohtuutonta jättää ihminen yksin riskiä aiheuttavan ravitsemustottumuksen tai liikkumattomuuden kanssa, jos hän ei niiden muuttamisessa halustaan huolimatta ole aiemmin onnistunut. Terveydenhuollon ammattilaisella taas on vastuu ottaa elintavat puheeksi potilaan kanssa, tarjota elintapaohjausta ja vastuu herättää potilaan motivaatio.

Ravitsemukseen ja liikkumiseen liittyvään elintapaohjaukseen voi liittyä osalla ammattilaisia turhautumista ja muita kielteisiä tunteita. Taustalla voi olla muun muassa se, että lihavuus nähdään itseaiheutettuna, millä voi olla vaikutusta potilaan kohteluun sekä siihen saako hän elintapaohjausta, ja millä tavalla.

Terveydenhuollon työntekijän vastuulla on pitää omaa ammattitaitoa yllä. Lisäksi työntekijällä on vastuu huolehtia työntekijän osaamisesta mahdollistamalla työntekijän osallistuminen erilaisiin koulutuksiin.

9. PALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN

Tällä hetkellä elintapaohjausta ja omahoidon tukea antavien palveluiden järjestäminen ja kustantaminen on hajautunut monelle taholle. Järjestämisvastuuta kantavat kunnat ja kuntayhtymät. Julkisessa terveydenhuollossa tuotetaan perusterveydenhuollossa

elintapaohjausta ja omahoidon tukea antavia palveluita omana toimintana ja niitä annetaan myös työterveyshuollossa. Neuvolat sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ovat tärkeässä asemassa lasten ja nuorten ennaltaehkäisevien palvelujen tarjoamisessa ja tuen tarjoamisessa.

Kuntien tulee järjestää elintapaohjausta ja omahoidon tukea antavat palvelut sisällöltään ja laadultaan kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisiksi. Eri menetelmien vaikuttavan toteuttamisen mahdollistaa vain se, että henkilökunnalla on vahvaa menetelmällistä osaamista.

Terveystieteiden laaki (6§) velvoittaa huomioimaan palveluita järjestettäessä potilaan oikeuden käyttää palveluita sekä suomen että ruotsin kielellä ja saamenkieltä saamen kielilain määrittämässä tilanteissa.

Sähköiset välineet ovat laajentamassa elintapaohjauksen ja omahoidon tuen tarjontamahdollisuuksia ja tasaamassa tunnistettuja alueellisia epätasaisuuksia saatavuudessa. Palvelujen digitalisoimista pidetään yhtenä mahdollisuutena lisätä saatavuutta ja alentaa kynnyksiä osallistua hoitoon, mutta ensin on saatava tutkimusnäyttöä digitaalisten menetelmien vaikuttavuudesta.

10.SUOSITUKSEN VALMISTELUUN JA HYVÄKSYMISEEN OSALLISTUNEET

Suositus on valmisteltu Palkon Elintapaohjauksen ja omahoidon tuen -jaostossa (ELO-jaosto) toimikaudella 24.8.2017–30.6.2020, jolloin jaoston kokoonpano oli:

Puheenjohtaja: Pekka Mäntyselkä, professori, Itä-Suomen yliopisto

Jäsenet:

- Heli Hätönen, neuvotteleva virkamies, STM (3/2019 alkaen)
- Mika Kastarinen, ylilääkäri, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 30.4.2018 asti, Kuopion yliopistollinen sairaala 1.5.2018 alkaen
- Päivi Koivuranta, hallintoylilääkäri, Suomen Kuntaliitto
- Risto Kuronen, asiantuntijalääkäri, Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä
- Olli-Pekka Lappalainen, yliopistonlehtori, LT, EHL, Helsingin yliopisto
- Meri Larivaara, johtava asiantuntija ja asiantuntijalääkäri, Mieli ry
- Sari Mäkinen, ylilääkäri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
- Meri Paavola, neuvotteleva virkamies, Sosiaali- ja terveysministeriö
- Taina Remes-Lyly, asiantuntijahammaslääkäri, Suomen hammaslääkäriseura Apollonia
- Katri Vehviläinen-Julkunen, professori, Itä-Suomen yliopisto

Suositus viimeisteltiin Palkon Elintapaohjauksen ja omahoidon tuen -jaostossa toimikaudella 14.8.2020–30.6.2023, jolloin jaoston kokoonpano oli:

Puheenjohtaja: Katri Vehviläinen-Julkunen, professori, Itä-Suomen yliopisto

Jäsenet:

- Päivi Koivuranta, hallintoylilääkäri, Suomen Kuntaliitto

- Risto Kuronen, asiantuntijalääkäri, Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä
- Sari Mäkinen, ylilääkäri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
- Taina Remes-Lyly, HL, Apollonia
- Olli-Pekka Lappalainen, yliopiston lehtori, Helsingin yliopisto
- Heli Hätönen, neuvotteleva virkamies, STM, Toimintakyky-yksikkö
- Juha Auvinen, kliininen opettaja, Oulun yo, Duodecim
- Teuvo Antikainen, ylilääkäri, Keski-Suomen keskussairaala

sekä palveluvalikoimaneuvoston sihteeristöstä:

Sari Koskinen, erityisasiantuntija, vastuuvalmistelija

Ilona Autti-Rämö, pääsihteeri (1.12.18 alkaen)

Anne Arvonen, erityisasiantuntija (osa-aikaisesti 1.5.-31.12.19)

Laura Sandström, korkeakouluharjoittelija (osa-aikaisesti 22.3.-22.6.20)

Reima Palonen, erityisasiantuntija

lisäksi asiantuntijoina jaoston alaisten pienryhmien työhön ovat osallistuneet:

Sirpa Sarlio, neuvotteleva virkamies, STM

Sari Kivimäki, asiantuntija, STM

Suosituksen hyväksymiseen Palveluvalikoimaneuvoston kokouksessa 25.9.2020 osallistivat:

Puheenjohtaja: Sirkku Pikkujämsä

Jäsenet:

- Annakaisa livari, varapj
- Minna-Liisa Luoma
- Janne Leinonen, varapj.
- Jussi Holmalahti
- Päivi Koivuranta
- Vesa Kiviniemi
- Marja Pöllänen
- Juha Auvinen
- Juhani Sand
- Miia Turpeinen
- Teppo Heikkilä
- Heikki Lukkarinen
- Katri Vehviläinen-Julkunen
- Juha Alanko
- Ismo Linnosmaa

11.SUOSITUKSEN VALMISTELUVAIHEET

7.6.2017: Palko hyväksyi nikotiinivierotus -aihe-ehdotuksen otettavaksi jatkovalmisteluun

16.11.2017: Palko nimitti Elintapaohjauksen ja omahoidon tuen –jaoston ja laajensi aiheen koskemaan kansantautien sekundaaripreventiota

14.12.2017: Jaosto kokoontui ensimmäisen kerran

29.3.2018: Elintapaohjauksen näytönastekatsausten katsaus valmistui

9.8.2018: PICO-työpaja Käypä Hoidon vetämänä

03-05/2019: kilpailutus systemaattinen kirjallisuuskatsauksen tekemiseksi

- 3.7.2019: sopimus THL:n kanssa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemiseksi
 4.10.2019: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus luovutettiin
 31.1.2020: Palko päätti jakaa suosituskokonaisuuden neljään osaan
 11.6.2020: Palko päätti suosituksen laittamisesta otakantaa-palveluun kommentoitavaksi
 25.9.2020: Palko hyväksyi suosituksen

12.KOMMENTOINTIPROSESSI

Suositusluonnos oli kommentoitavana Otakantaa-palvelussa 22.6.20-25.8.2020. Siihen antoi palautetta 35 vastaajaa. Jaosto kävi kokouksessaan 7.9.20 läpi saadun palautteen ja teki sen pohjalta suositusluonnokseen sekä valmistelumuistioon joitakin muutoksia ja tarkennuksia. Saatu palaute oli pääosaltaan positiivista.

Kommentoijien tausta vaihteli seuraavasti:

Vastaajien tausta, 35 vastaajaa	Vastaajien lkm
Potilas tai asiakas taikka heidän omaisensa	0
Potilaita tai asiakkaita edustava järjestö	1
Terveyspalvelujen tuottaja	1
Lääkevalmistaja, maahantuoja tai markkinoija	0
Sosiaali- ja terveysalan hallinto	5
Sosiaali- ja terveysalan työntekijä	12
Terveystieteiden tutkimuskeskusten edunvalvontajärjestö	3
Terveystieteiden tutkimuskeskusten tieteellinen järjestö	3
Viranomainen	2
Poliittinen päättäjä	0
Muu	8
Yhteensä	35

LIITTEET

1. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus elintapainterventioiden osatekijöistä ja vaikuttavuudesta korkean riskin henkilöillä (THL 21.10.2019).

2a Analyysi julkisen terveydenhuoltojärjestelmän antamaa omahoidon tukea ja elintapaohjausta koskevista näytönastekatsauksista ja keskeisistä kotimaisista sekä kansainvälisistä suosituksista

2b ADHD

2c Ahdistuneisuushäiriöt

2d Depressio

2e Näytönastekatsaukset

2f Sydän- ja verisuonitaudit

LÄHTEET

Absetz P, Oldenburg B, Hankonen N, Valve R, Heinonen H, Nissinen A, Fogelholm M, Talja M & Uutela A. 2009. Type 2 diabetes prevention in the real world. Three-year results of the GOAL lifestyle implementation trial. *Diabetes Care* 32(8), 1418 – 1420.

Absetz P, Valve R, Oldenburg B, Heinonen H, Nissinen A, Fogelholm M, Ilvesmäki V, Talja M & Uutela A. 2007. Type 2 diabetes prevention in the real world. one-year results of the GOAL lifestyle implementation trial. *Diabetes Care* 30(10), 2465 – 2470.

Aittasalo M. 2019. Miten tuen potilasta muuttamaan liikkumistottumuksiaan? *Lääkäri-lehti* 46(74), 2660 – 2662.

Aittasalo M, Livson M, Lusa S, Romo A, Vähä-Ypyä H, Tokola K, Sievänen H, Mänttari A & Vasankari, T. 2017. Moving To Business – changes in physical activity and sedentary behavior after multilevel intervention in small and medium sized workplaces. *BMC Public Health*, 17, 319.

Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M & Ylinen A (toim.). 2016. *Kuntoutuminen. Duodecim*.

Avohilmo. 2020. [Perusterveydenhuollon avohoidon SPAT-toimenpiteet](#). Toimenpiteet (SPAT) aluettain. THL.

Bennie JA, Pedisic Z, Suni JH, Tokola K, Husu P, Biddle SJH & Vasankari T. 2017. Self-reported health-enhancing physical activity recommendation adherence among 64 830 finnish adults. *Scand J Med Sci Sports* 27(12), 1842 – 1853.

von Bonsdorff MB, Seitsamo J, Ilmarinen J, Nygård CH, von Bonsdorff ME & Rantanen T. 2011a. Work ability in midlife as a predictor of mortality and disability in later life: a 28-year prospective follow-up study. *Canadian Medical Association Journal*, 183, 235 – 242.

von Bonsdorff ME, Kokko K, Seitsamo J, von Bonsdorff MB, Nygård CH, Ilmarinen J & Rantanen T. 2011b. Work strain in midlife and 28-year work ability trajectories. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37, 455 – 463.

Borodulin K, Jallinoja P & Koivusalo M (toim.) 2016. [Epäterveellinen ruokavalio, vähäinen liikunta ja polarisaatio – syyt kustannukset ja ohjaustoimet](#). Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta.

Borodulin K & Wennman H. 2019. [Aikuisväestön liikunta Suomessa – FinTerveys 2017 – tutkimus](#). Tilastoraportti 48/2019.

Castaneda A, Rask S, Koponen P, Mölsä M & Koskinen S (toim.). 2012. [Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa](#). Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 61/2012. Tampere: Juvenes Print.

[Depressio. Käypä hoito –suositus](#). 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

- Duodecim & Suomen Akatemia. 2017. [Painopiste preventioon. Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä.](#)
- Duodecim, Terveysportti. 2020. Sanakirjat. [Primaarinen ehkäisy.](#)
- ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE -julkaisuja 32. STM 2011.
- Husu P, Sievänen H, Tokola K, Suni J, Vähä-Yypä H, Mänttari A & Vasankari T (toim.). 2018. [Suomalaisten objektiivisesti mitattu fyysinen aktiivisuus, paikallaanolo ja fyysinen kunto.](#) Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 30/2018.
- Kivelä K. 2019. [Terveysvalmennuksen vaikuttavuus paljon terveyspalveluita käyttäville asiakkaille perusterveydenhuollossa.](#) Akateeminen väitöskirja, Oulun yliopisto. Tampere: Juvenes.
- Komulainen J & Sipilä R. 2018. Omahoidontuki ja elintapaohjaus; käypä hoito – suositusten näytönastekatsaukset ja katsaus keskeisiin kansainvälisiin hoitosuosituksiin.
- Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K & Koskinen S (toim.). 2018. [FinTerveys-tutkimus 2017. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa.](#) Raportti 4/2018. THL.
- Kulmala J, Hinrichs T, von Bonsdorff MB, Törmäkangas T, von Bonsdorff ME, Seitsamo J, Nygård CH, Ilmarinen J & Rantanen T. 2014. Work-related stress in midlife is associated with higher number of mobility limitation in old age - Results from the FLAME Study. AGE, 36, 9722.
- Kyttälä P, Erkkola M, Ovaskainen M-L, Lehtinen-Jacks S, Uusitalo L, Kronberg-Kippilä C, Lindfors P, Tapanainen H, Lahti-Koski M, Koivumäki T, Hakulinen-Viitanen T & Virtanen S. 2014. Perhelähtöinen ravintointerventio lastenneuvoloissa. Elintapainterventio Napereilla (ETANA) –esitutkimus. THL raportti 2/2014.
- Lagström H, Jokinen E, Seppänen R, Rönnemaa T, Viikari J, Välimäki I, Venetoklis J, Myyrinmaa A, Niinikoski H, Lapinleimu H & Simell O. 1997 Nutrient intakes by young children in a prospective randomized trial of low-saturated-fat, low-cholesterol diet. The STRIP baby-project. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 151(2), 181 – 188.
- Lancet. 2017. [General burden of disease.](#)
- [Lihavuus \(lapset, nuoret ja aikuiset\). Käypä hoito -suositus.](#) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lihavuustutkijat ry:n ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020.
- [Liikunta. Käypä hoito –suositus.](#) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016.
- Lundqvist A & Jääskeläinen S. 2019. Lasten ja nuorten ylipaino ja lihavuus 2018. Tilastoraportti 9/2019. FinLapset. THL.

Lääkärietiikka. 2013. 7. painos. Suomen Lääkäriliitto 2013.

Martikainen J, Heiskanen J & Jalkanen K. 2020. [Kansallisen säästöpotentiaalin mallintaminen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä Suomessa](#). Lääketalouden ja vaikuttavuuden tutkimusyksikkö. Kuopio, Itä-Suomen yliopisto.

Neuvokas Perhe tietokansio. 2014. Henkilökohtainen tiedonanto Terhi Koivumäki 28.5.2020.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. 2019. [Suomi: Maan terveystilanne 2019, State of Health in the EU](#). OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Pihlajamäki J, Männikkö R, Tilles-Tirkkonen T, Karhunen L, Kolehmainen M, Schwab U, Lintu N, Paananen J, Järvenpää R, Harjumaa M, Martikainen J, Kohl J, Poutanen K, Ermes M, Absetz P, Lindström J & Lakka T. 2019. Digitally supported program for type 2 diabetes risk identification and risk reduction in real-world setting: protocol for the StopDia model and randomized controlled trial. *BMC Public Health* 255(19), 1 – 13.

Rinne M. & Husu P. 2018. Työpaikkavalmentajat työhyvinvoinnin edistäjinä. Iällä ei ole väliä. ESR hankkeen loppuraportti (9/2018).

Routasalo P & Pitkälä K (toim.). 2009. [Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille](#). Forssa: Duodecim.

Räsänen M, Niinikoski H, Keskinen S, Heino T, Simell O, Rönnemaa T & Viikari J. 2004. Impact of nutrition counselling on nutrition knowledge and nutrient intake of 7- to 9-year-old children in an atherosclerosis prevention project. *European Journal of Clinical Nutrition* 58(1), 162 - 172.

Sairaanhoitajaliitto. 2014. [Sairaanhoitajien eettiset ohjeet](#).

Seppänen R, Räsänen L. 2001. Suomalaisen lapsen ravitsemus ja siihen kohdistuvan intervention vaikutusmahdollisuudet. *Duodecim* 117(13), 1363-1368.

Socialstyrelsen. 2019. [Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning](#).

STM. 2008. Valtioneuvoston periaatepäätös. [Terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista](#). Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2008:10.

STM. 2019. [Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019](#). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2.

Suhonen K, Aittola K, Nuutinen O & Viitasalo L. 2020. Hyvät ravitsemuskäytännöt – Ravitsemusterapeutit ja ravitsemusasiantuntijat osana terveyden edistämistä ja ravitsemushoitoa. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry.

[Suomalaiset ravitsemussuosituks 2014](#). Fogelholm M, Hakala P, Kara R, Kiuru S, Kurppa S, Kuusipalo H, Laitinen J, Marniemi A, Misikangas M, Roos E, Sarlio-

Lähteenkorva S, Schwab U & Virtanen S. 2014. Terveyttä ruoasta. Valtion ravitsemusneuvottelukunta.

Suomi J, Haario P, Asikainen A, Holma M, Raschen A, Tuomisto J, Joutsen S, Luukkanen J, Huttunen L-M, Pasonen P, Ranta J, Rimhanen-Finne R, Hänninen O, Lindroos M & Tuominen P. 2019. [Ruokajärjestelmän kansanterveydellisten vaikutusten kustannukset ja riskinarviointi](#). Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019: 63.

[TEA \(Terveystiedonvälittäminen\) perusterveydenhuollossa. 2018](#). Tiedonkeruun perustaulukot.

Teeriniemi A-M, Salonurmi T, Jokelainen T, Vähänikkilä H, Alahäivälä T, Karppinen P, Enwald H, Huotari M-L, Laitinen J, Oinas-Kukkonen H & Savolainen M. 2018. A randomized clinical trial of the effectiveness of a web-based health behaviour change support system and group lifestyle counselling on body weight loss in overweight and obese subjects: 2-year outcomes. *Journal of Internal Medicine* 284(5), 534 – 545.

[THL. 2020. Lihavuuden kustannukset](#). Luettu 14.11.2019.

Tuunanen K. 2020. [Liikkuva aikuinen. Työikäisten liikuntaneuvonnan tila 2019](#). Liikkuva aikuinen –ohjelma.

[UKK-instituutti. 2020. Liikkumisen suositukset](#).

Valsta L, Kaartinen N, Tapanainen H, Männistö S & Sääksjärvi K (toim.). Ravitsemus Suomessa - FinRavinto 2017 –tutkimus. 2018. THL Raportti 12/2018.

Vasankari T & Kolu P (toim.). 2018. [Liikkumattomuuden lasku kasvaa – vähäisen fyysisen aktiivisuuden ja heikon fyysisen kunnan yhteiskunnalliset kustannukset](#). Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 31/2018.

Vuorela N, Saha MT, Salo MK. 2011. Change in prevalence of overweight and obesity in Finnish children - comparison between 1974 and 2001. *Acta Paediatr* 100, 109 – 115.

WHO. 2016. [Integrating diet, physical activity and weight management services into primary care](#). World Health Organization. Copenhagen.