



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Painonhallintapolku ylipainoisen asiakkaan hoidon pohjana työterveyshoitajan vastaanotolla Diacorissa

Bekkema, Heidi

2011 Laurea Porvoo

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Opinnäytetyön tarkoitus.....	6
3	Terveiden edistäminen.....	6
4	Työterveyshuolto perusterveydenhuollon toimijana	8
	4.1 Työterveyshuollon sisältö	9
	4.2 Työterveyshuollon merkitys terveyden edistäjänä	9
5	Lihavuusongelman yleistymisen terveydenhuollon haasteena	10
	5.1 Lihavuuden mittaaminen	11
	5.2 Lihavuuden vaikutukset terveyteen.....	12
	5.3 Lihavuuden hoito.....	13
	5.3.1 Elintapahoito	13
	5.3.2 Lyhytinterventio	14
	5.3.3 Erittäin niukkaenerginen dieetti (ENE)	14
	5.3.4 Lääkehoito	15
	5.3.5 Lihavuuskirurgia.....	15
6	Painonhallinnan perustaa	16
	6.1 Ruoka ja syöminen painonhallinnassa.....	17
	6.2 Liikunta painonhallinnassa.....	18
	6.3 Motivointi painonhallinnassa.....	19
7	Prosessikaavio työvälineenä terveydenhuollossa.....	20
8	Opinnäytetyön toteutus	22
	8.1 Opinnäytetyön toteutusympäristö.....	22
	8.2 Opinnäytetyön tausta.....	22
	8.3 Painonhallintapolku-projektin toteuttaminen.....	23
	8.4 Painonhallintapolku-työkalun käytön kuvaus.....	25
10	Johtopäätökset ja kehittämissuositukset.....	25
	Lähteet	27
	Liitteet	30
	Liite 1 Painonhallintapolku	30

Heidi Bekkema

Painonhallintapolku ylipainoisen asiakkaan hoidon pohjana työterveyshoitajan vastaanotolla Diacorissa

Vuosi 2011

Sivumäärä 30

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda työkalu, jonka käyttäminen tehostaa ja yhdenmukaistaa Diacorin työterveyshoitajien antamaa painonhallinnan ohjausta ja neuvontaa. Tavoitteena oli antaa työterveyshoitajille paremmat mahdollisuudet ylläpitää painonhallintaan kohdistuvan ohjauksen ja neuvonnan laatu hyvän työterveyshuoltokäytännön, ja käypä hoito suosituksen määritelmien mukaisena.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena työnä laillistetun, Diacorin kehittämisestä vastaavan ravitsemusterapeutin, Hanna Partasen ohjauksessa. Painonhallintapolku toimii työterveyshoitajan työtä helpottavana mallina, ja selkeänä sapluunana uusien työntekijöiden perehdytyksessä Diacorin tapaan hoitaa painonhallinta-asiakkaat.

Toiminnallisen työn teoreettisia näkökulmia lähestytään ensin terveyden edistämisen näkökulmasta, keskittyen erityisesti työterveyshuollon rooliin terveyden edistämisessä. Lisäksi perehdytään lihavuusongelman syihin, seurauksiin ja hoitoon. Painonhallintaa tarkastellaan laajemmin sekä ruuan, liikunnan että motiivoinnin näkökulmista. Prosessikaavion käsitettä kuvataan sekä yleisesti, että keskittyen terveydenhuollon näkökulmaan.

Painonhallintapolun käyttöönoton jälkeen Diacor oli ensimmäinen terveydenhuollon yksikkö, josta motivoituneelle painonhallinta-asiakkaalle löytyy oma hoitomalli. Koska painonhallintapolku oli ensimmäinen laatuaan, tulee se varmasti vielä kehittymään ja muuttumaan käytännön työn osoittamaan suuntaan. Sen puutteet ja edut tulevat ilmi vasta pidemmän käytön jälkeen. Mielenkiintoista olisi seurata painonhallintapolun vaikuttavuutta. Siihen voitaisiin käyttää arviointimenetelmää, jolla seurattaisiin painonhallintapolun käyttöönoton aikaansaamia muutoksia Diacorissa asioivien työterveyshuollon asiakkaiden painossa ja terveystyötytymisessä, sekä niiden pysyvyydessä tietyllä aikavälillä.

Asiasanat: painonhallinta, lihavuus, terveyden edistäminen, työterveyshuolto, prosessikaavio

1 Johdanto

Suomessa liikapainoisten ja lihavien lasten ja nuorten määrä on viime vuosina lisääntynyt huomattavasti. Aikuisväestössä puolestaan painon, painoindeksin ja lihavien määrän lisääntyminen on hidastunut 1990-luvun jälkeen. Kuitenkin Suomessa Vuonna 2007 oli yli 2 miljoonaa liikapainoista (BMI yli 25) työikäistä, joista noin 650 000 oli lihavaa (BMI yli 30). Saman vuoden aikana Finriski tutkimuksessa todettiin, että suomalaisista 25-74-vuotiaista miehistä 70 % ja naisista 57 % oli vähintään liikapainoisia ja 22 % miehistä ja 23 % naisista lihavia. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.) Lihavuus on tällä hetkellä näkyvimpiä kansanterveysongelmiamme. Se aiheuttaa ja pahentaa kaikkia yleisiä, terveydenhuoltoa huomattavasti kuormittavia kansantauteja, sekä lisää usean syövän vaaraa. Etenkin riski sairastua tyyppin 2 Diabetekseen on lihavilla suurentunut. Sairastumisriski on 10-30-kertainen normaalipainoisiin verrattuna. On todettu, että lihavien ihmisten elämänlaatu on huonontunut. Sairaalloisen lihavien (BMI yli 40) elinikä on lyhentynyt jopa kymmenen vuotta. (Pietilä, Sane & Nieminen 2011.)

Ennaltaehkäisevän terveydenhuollon merkitys on kasvanut paino-ongelmien lisääntyessä, ja jatkaa kasvamistaan ylipainoon liittyvien liittämissairauksien esiintyvyyden määrän samalla noustessa. Yksi merkittävimmistä lihavuuteen liittyvistä sairauksista on metabolinen oireyhtymä. MBO on teollistuneeseen tietokoneyhteiskuntaan ja epäterveellisiin elämäntapoihin liittyvä sydän- ja verisuonitautien vaaratekijäryvä, jota leimaavat stressi, liikkumattomuus, lihavuus, vatsakkuus ja insuliiniresistenssi. MBO potilaille 2-tyypin Diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien riski kasvaa merkittävästi, mutta myös masennuksen on osoitettu usein liittyvän oireyhtymään. Keskivartalolihavuus ja käytännössä vyötärönypärysmitta paljastaa useimmiten MBO:n, jota esiintyy erittäin harvoin laihoilla. Elämäntapamuutokset ovat ainoa hoitomuoto, joka vaikuttaa kaikkiin MBO:n osatekijöihin, ja sen käyttämättä jättäminen on eettisesti väärin. (Vanhala 2010.)

Terveyttä edistävän toiminnan vastuusta käydään jatkuvaa keskustelua. Mikä on yksilön vastuulla ja kuinka paljon julkinen valta voi ottaa vastuuta ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista? Ensisijainen vastuu omasta ja lähiympäristön terveydestä ja hyvinvoinnista on luonnollisesti ihmisillä itsellään. Yksilön elämäntapaan ja valintoihin vaikuttavat kuitenkin voimakkaasti hänen tiedolliset ja muut voimavaransa, elinolosuhteensa, ympäristön ja kulttuurin antamat virikkeet ja mahdollisuudet. (STM 2006.) Vastuu omasta terveydestä sisältää muiden terveyttä edistävien elintapojen lisäksi myös painonhallinnan. Yksilön oman terveyttä edistävän toiminnan tueksi yhteiskunnan on oltava valmis tarjoamaan palveluita, jotka mahdollistavat suotuisan terveystyöskäytännön. Tämän työn tarkoituksena on tuottaa työkalu, joka auttaa yksilöä itsenäiseen painonhallintaan, ja samalla toimii vastuuttajana kohti henkilökohtaista terveyden edistämistä.

Tässä opinnäytetyössä käsittelen terveyden edistämisen näkökulmaa, työterveyshuollon roolia terveyden edistämässä, lihavuutta ja sen hoitoa, sekä lopuksi keskityn painonhallintaan. Painonhallinnalla tarkoitetaan pitkäjänteistä pyrkimystä pitää paino sellaisella tasolla, että elimistö toimii mahdollisimman normaalisti. Ylipainoon johtavat elintavat - ylensyönti ja liikkumattomuus - muotoutuvat yleensä monien vuosien aikana ja vakiintuvat suurelta osin tiedostamattomiksi tottumuksiksi. Näiden tapojen muuttaminen voi kestää pitkään, jopa vuosia. Useat pienet muutokset elintavoissa usein riittävät mahdollistamaan muutoksen, joka alkaa näkyä painossa. Terveyden kannalta hyviä vaikutuksia saa jopa sillä, ettei päästä painoa nousemaan. Tämä tarkoittaa, että kuluttaa sen, minkä syö. (Suomen Diabetesliitto.)

Useimmat meistä arvostavat, ja ehkä tavoittelevatkin terveellisiä elämäntapoja. Niiden toteuttaminen koetaan usein turhan hankalaksi. Mielikuvat terveysintoilijoiden lähes maanisesta suhtautumisesta omaan kehoonsa ja askeettisuutta hipovasta kieltäytymisestä elämän nautinnoista eivät houkuttele. Kysymys ei kuitenkaan ole näin dramaattisista muutoksista. Pienillä, mutta pysyvillä päätöksillä on pidemmän päälle enemmän positiivisia vaikutuksia kuin rankoilla muutoksuureilla. Usein lyhyellä aikavälillä toteutetut rajut elämäntapamuutokset kestävät vain aikansa, kunnes entiset elämäntavat palaavat. (Pieni päätös päivässä.)

2 Opinnäytetyön tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda työkalu, jonka käyttäminen tehostaa ja yhdenmukaistaa Diacorin työterveyshoitajien antamaa painonhallinnan ohjausta ja neuvontaa. Painonhallintapolun käyttö antaa työterveyshoitajille myös paremmat mahdollisuudet ylläpitää painonhallintaan kohdistuva ohjauksen ja neuvonnan laatu hyvän työterveyshuoltokäytännön määritelmän, ja käypä hoito suosituksen mukaisena. Painonhallintapolku on selkeä hoito-ohjelma, jonka käyttöönotto ja omaksuminen parhaimmillaan myös helpottaa työterveyshoitajan kiireistä arkea. Painonhallintapolkua voi tarvittaessa käyttää pelkkänä tiedonlähteenä, koska sisältää ajanmukaista tietoa lihavuudesta, lihavuuden hoidosta ja painonhallinnasta. Asiakkaan näkökulmasta painonhallintapolku auttaa häntä kiinnittämään huomio ylipainoon ja sen moninaisiin syihin. Työterveyshoitajan päivittäistä työtä se ohjaa auttamalla valitsemaan yksilöllisesti sopiva lihavuuden hoitomuoto asiakkaan motivaation, elämäntilanteen ja tavoitteiden mukaisesti.

3 Terveyden edistäminen

Terveys on jokapäiväisen elämän voimavara ja useimmille ihmisille tärkeä arvo. Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee sen fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena, emotionaalisenä ja hengellisenä hyvinvointina, joka vaihtelee elämänkaaren eri vaiheissa. Vaikka sairauksien poissaolo onkin useimmille terveyden tärkein sisältö, voidaan terveyttä pitää myös

selviytymisenä kullekin ikäkaudelle ominaisista työ- ja toimintakyvyn vaatimuksista huolimatta sairauksista ja elämänlaatua heikentävistä häiriötekijöistä. Terveys on pääomaa, joka kasvaa yksilöiden ja yhteisöjen elämänhallinnan vahvistuessa. (STM 2006.)

Sosiaali- ja terveysministeriöllä on yleinen ohjaus- ja valvontavastuu terveyden edistämisestä. Terveiden edistäminen pohjautuu kansanterveyslakiin ja on lisäksi osana kansanterveystyötä. Terveiden edistämisestä säädetään myös tartuntatautilaissa, tupakkalaissa ja raittiustyölaissa. Ministeriön keskeinen tavoite on terveyserojen kaventaminen. Eri sosiaaliryhmien ja eri puolilla Suomea asuvien terveyden olisi oltava tasapuolisesti yhtä hyvä. Elämäntapojen muutosta tukemalla on muun muassa sydän- ja verisuonitaudit saatu vähenemään, mutta terveys- ja kuolleisuuserot ovat edelleen suuret. (STM 2010.) Yksi merkittävä askel terveyden edistämisessä ja tukemisessa on toukokuussa 2001 lanseerattu periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta, joka linjaa Suomen terveyspolitiikkaa pitkällä aikavälillä. Sen taustana on Maailman terveysjärjestön WHO:n Health for All -ohjelma, ja se jatkaa Suomen kansallista Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelmaa. Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, joka pyrkii terveyden tukemiseen ja edistämiseen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. (STM 2007.)

Yhdessä terveyden edistämisen ydinkysymykseksi on nostettu jaottelu, jossa pohditaan perustuuko terveyden edistäminen objektiiviseen näyttöön (evidence based) vai arvoihin (value based). Alun perin tämän kysymyksen esitti David Seedhouse jo vuonna 1988. David Seedhouse on ollut sitä mieltä, että kolmas vaihtoehto - se, että se olisi molempia - ei ole koherentti. Vertio täsmentää, että Viime vuosikymmeninä on ollut havaittavissa voimakas pyrkimys jäsentää terveyden edistämistä näyttöön perustuvana toimintana. Tämä näkökulma sitoo terveyden edistämisen tiukemmin lääketieteen arvoperustaan, jolloin toiminta ohjautuu kohti monia terveyskasvatuksen kannalta tärkeitä interventioita. Harri Vertio omissa kirjoituksissaan on lähestynyt terveyden edistämistä molemmista perusteista käsin. Terveiden edistäminen on arvoperusteista, mutta sen kokonaisuuteen kuuluu myös preventio, jonka puolestaan on aiheellista olla näyttöön perustuvaa. Vertio avaa teoriaansa klassisella esimerkillä: tupakointi on terveyden kannalta vaarallista ja johtaa suurella todennäköisyydellä tupakoinnista aiheutuvaan ennen aikaiseen kuolemaan (preventionäkökulmasta on siis pyrittävä - hyvään näyttöön perustuen - vaikuttavasti vähentämään tupakointia sekä yksilö- että yhteisötasolla). Tupakointi on kuitenkin ihmisille myös selviytymisen väline, jonka avulla he pyrkivät lievittämään monia itselleen hankalia oireita (terveyden edistämisen arvonäkökulmasta tupakointi voi siis olla hyväksyttävää, vaikka se aiheuttaa terveyshaittoja). Molemmat näkökulmat ovat terveyden edistämisen kannalta relevantteja. (Vertio 2010.)

Yhteiskunnallisella tasolla osuvan esimerkin terveyden ja talouden arvojen yhteentörmäyksestä antoi jokin aika sitten tapahtunut alkoholiveron laskun harkinta.

Harvinaisen konkreettisella tavalla oli mahdollista arvioida veron alentamisen terveysvaikutuksia, mutta taloudelliset arvot osoittautuivat - jälleen kerran - terveysarvoja tärkeämmiksi. Tässä tapauksessa oli vielä poikkeuksellisen hyvät mahdollisuudet todentaa vaikutukset nopeasti - haitat lisääntyivät lähes täsmälleen odotetusti. Yhteiskunnallisessa päätöksenteossa terveyden arvot ovat kyllä tärkeitä, mutta eivät niin tärkeitä, etteikö talous tarvittaessa ajaisi niiden ohi. (Em. 2010.) Lihavuuden ehkäisemisen kannalta yksi merkittävä muutos on tosin suunnitteilla. On puhuttu paljon ns. sokeriverosta, joka kohdistuisi mm. runsaasti tyhjää energiaa tuottaviin karamelleihin ja virvoitusjuomiin. (HS 2010.) Tämä suunnitelma puolestaan toimii esimerkkinä siitä kuinka taloudelliset arvot ja terveysarvot voivat myös tukea toisiaan, ja toimia yhdessä kansalaisten terveyden edistämiseksi.

4 Työterveyshuolto perusterveydenhuollon toimijana

Työterveyshuoltolaki velvoittaa työnantajan huolehtimaan työperäisten terveysvaarojen ja -haittojen, työntekijöiden terveydentilan sekä työ- ja toimintakyvyn selvittämisestä, arvioinnista ja seurannasta, mukaan lukien työstä ja työympäristöstä aiheutuvasta erityisestä sairastumisen vaarasta, sekä edellä mainituista seikoista johtuvista terveystarkastuksista ottaen huomioon työntekijän yksilölliset ominaisuudet. (Työterveyshuoltolaki 2001.) Myös valtioneuvoston periaatepäätös, Työterveys 2015 - työterveyshuollon kehittämissuunnitelma, linjaa kansallista, eri toimijoiden toimenpiteitä ja vastuualueita työntekijöiden terveyden ja työkyvyn ylläpitämiseksi osana työelämän laadun parantamista. Strategian pääpaino on työelämän laadun parantamisessa, työkyvyn ylläpitämisessä ja edistämässä ehkäiseviä toimenpiteitä tehostamalla, sekä kattavien ja laadukkaiden työterveyshuoltopalvelujen turvaamisessa. (STM 2004.)

Työterveyshuolto on osa perusterveydenhuoltoa, ja kuuluu kaikille työssäkäyville. Se on asiantuntijaorganisaatio, joka huolehtii yhdessä työnantajan kanssa työturvallisuudesta, ja työntekijöiden työ- ja toimintakyvyn ylläpitämisestä. Terveysongelmissa työterveyshuolto on apuna useilla eri tavoilla. Se hoitaa, ohjaa erikoissairaanhoidon ja kuntoutukseen, sekä auttaa työhön paluussa. Työterveyshuolto voidaan nähdä työnantajan kannalta investointina tuottavuuteen ja henkilöstön hyvinvointiin. Varhainen puuttuminen työpaikan ja työntekijöiden työterveys- ja työturvallisuusongelmiin tuottaa sijoitetun euron 3-5 kertaisena takaisin. (Työterveyslaitos 2010.)

Ammattihenkilöinä työterveyshuollossa toimivat lääkäri ja terveydenhoitaja, joilla on säädösten mukainen pätevyys toimia työterveyshuollossa. Lisäksi moniammatilliseen tiimiin kuuluvat muut asiantuntijat, joilla täytyy olla riittävät tiedot työterveyshuollosta. Näitä asiantuntijoita ovat esimerkiksi fysioterapeutit ja psykologit, sekä työhygienian, ergonomian, teknisen alan, maatalouden, työnäkemisen, ravitsemuksen, puheterapian ja liikunnan alan

asiantuntijat. Lääkärillä ja terveydenhoitajalla on velvollisuus käyttää asiantuntijoita oman osaamisensa tukena monitieteisyyden turvaamiseksi. (Martimo 2010, 227.)

4.1 Työterveyshuollon sisältö

Työterveyshuollon sisällön pohjana on toimialasta yleisesti saatavissa oleviin tietoihin, työpaikkakäynteihin, ja muihin mahdollisiin selvityksiin perustuva toimintasuunnitelma. Se sisältää työterveyshuollon yleiset tavoitteet, toimenpiteet, toimintatavat ja keinot sellaisella tarkkuudella, että niitä voidaan jälkikäteen seurata ja arvioida. Toimintasuunnitelma päivitetään joka vuosi. (Husman 2010, 65.) Toinen työterveyshuollon toiminnan perusta on työpaikkaselvitys, jonka avulla määritetään tarve työterveyshuollon toiminnalle. Työpaikkaselvityksen avulla tehdään johtopäätökset työpaikan keskeisistä terveysvaaroista, annetaan työympäristöön kohdistuvia korjausehdotuksia ja tehdään terveystarkastussuunnitelma. (Manninen, Laine, Leino, Mukala & Husman 2007, 85-86.)

Merkittävä osa työterveyshuollon ennalta ehkäisevää ja työterveyttä edistävää toimintaa ovat terveystarkastukset. Ne perustuvat työpaikkaselvityksissä esiin nousseisiin terveysriskeihin. Terveystarkastusten tavoitteena on mahdollisimman aikaisessa vaiheessa havaita työntekijän terveyteen, turvallisuuteen ja työkykyyn liittyvät riskitekijät. Jotta terveystarkastusten tarve kattaisi mahdollisimman hyvin toimialan erityisvaatimukset, on hyvä käyttää niiden suunnittelussa työpaikan edustajan, ja työterveyshuollon asiantuntijoiden apua. (Manninen, Laine, Leino, Mukala & Husman 2007, 125.)

4.2 Työterveyshuollon merkitys terveyden edistäjänä

Ihminen viettää huomattavan osa ajastaan työpaikalla. Tästä syystä työpaikan ja työtovereiden merkitys hyvinvoinnille, terveydelle ja toimintakyvylle on suuri. Työyhteisön sosiaalinen tuki ja työntekijöiden keskinäinen ilmapiiri, sekä yhteisesti hyväksytyt sääntörakenteet vaikuttavat vahvasti työntekijän toimintaan. Nämä henkilökohtaiset valinnat vaikuttavat työntekijän oman hyvinvointista lisäksi myös läheisten ja työtovereiden hyvinvointiin. Työpaikoilla on mahdollisuus tukea yksittäisten työntekijöiden omaehtoisia valintoja kohti hyvää terveyskäyttäytymistä. Työterveyshuollon vastuulla on suuri osa työikäisten ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta ja sairaanhoidosta. Työterveyshuolto toimii terveyden ja työkyvyn ammattilaisena, jota työnantajan on mahdollista konsultoida tukeakseen työntekijöidensä hyvinvointia. Aktiivinen yhteistyö ja pohdinta työpaikan toimijoiden ja työterveyshuollon välillä on tarpeen työpaikan terveyden edistämiseksi. (Husman & Liira 2010, 196-197.)

Työntekijöiden terveystarkastukset ovat iso osa ennaltaehkäisevää toimintaa työterveyshuollossa. Myös työterveyshuollon toteuttamaan sairaanhoitoon ja kuntoutukseen sisältyy ennalta ehkäisevä ja terveyttä edistävä näkökulma. (Juutilainen 2004, 113.) Terveyden edistämiseen voidaan laskea myös työpaikkojen työkykyä ylläpitävä (tyky-) toiminta, johon työterveyshuolto osallistuu tuomalla esille ongelmakohtat, vaara- tai riskitekijät ja muut haitat terveydelle tai työkyvyille. Tyky-toiminta on kuitenkin esisijaisesti työpaikan vastuulla. Se sisältää kaiken toiminnan, jolla työnantaja, työntekijät ja työpaikan yhteistoimintaorganisaatiot pyrkivät edistämään ja tukemaan työntekijöidensä hyvinvointia ja toimintakykyä työuran kaikissa eri vaiheissa. (Juutilainen 2004, 98.)

Työikäisen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen näkökulmasta työterveyshuollossa annettu neuvonta ja ohjaus ovat merkittävässä osassa. (Vallenius, Savinainen, Paavilainen 2008, 16.) Työterveyshoitajan työn tavoitteena onkin yksilön ja yhteisöjen terveyden ja työ- ja toimintakyvyn säilyttäminen ja edistäminen, sekä työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisy. Lisäksi työn päämääränä on edistää työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, sekä työyhteisön hyvinvointia. (Suomen Työterveyshoitajaliitto 2007.)

5 Lihavuusongelman yleistymisen terveydenhuollon haasteena

Lihominen tapahtuu kun elimistöön tulee enemmän energiaa kuin se kuluttaa. Lihavuus on yleistynyt voimakkaasti kahden viime vuosikymmenen aikana. (Mustajoki 2008, 10.) Näkyydestään huolimatta lihavuus on yksi huonoimmista hoidetuista kroonisista tiloista. Lihavuuden jättäminen hoitamatta tulee pitkän päälle kalliiksi. Jo melko vaatimattomalla tuntuvalla, mutta ryhmähoidolla saavutettavissa olevalla painonlaskulla voidaan esimerkiksi diabetekseen sairastuvien määrää pienentää merkittävästi. (Pietilä, Sane & Nieminen 2011.)

Yksi tärkeä syy energiankulutuksen vähenemiseen on yhteiskunnan tekninen kehitys. Aikaisemmin ansiotyö on ollut ruumiillista lihastyötä, ja myös kotityöt ovat vaatineet fyysistä ponnistelua. Myös henkilöautojen määrän lisääntyminen on vaikuttanut energian kulutuksen vähenemiseen selvästi. Televisio, ja muu viihdeteknologia houkuttelee lapsia ja nuoria pois liikunnallisten harrastusten ääreltä. Myös ruokatottumuksissa viimeisten vuosikymmenien aikana tapahtuneet muutokset tukevat lihavuuden lisääntymisen teoriaa. Herkkuruokien käyttö on arkipäiväistynyt, valikoima lisääntynyt ja hinnat laskeneet. Lisäksi suurien energisten pikaruokien ja välipalojen käyttö on lisääntynyt. Annos- ja pakkauskoot ovat suurentuneet, jolloin ruokaa syödään automaattisesti enemmän. Kiireisen arkielämän vuoksi einesten käyttö on lisääntynyt, ja kodin yhteiset ateriat vähentyneet. Myös alkoholin käytön lisääntyminen tuo päivittäiseen energian saantiimme turhan lisän. (Mustajoki 2008, 10 - 14.)

Australialaiset professorit Swinburn ja Eggert kuvaavat painonhallinnan haasteita karanneen painojunan - käsitteellä. Tämä teoria kuvaa länsimaisessa kulttuurissa tapahtuneiden liikunta- ja ruokailutrendien vaikutusta ylipainoon. Ympäristömme on tulvillaan lihavuuden lisääntymiseen suuntaavia komponentteja, ja siksi lihominen on helppoa. Junassa on useita pyöriä jotka vääjäämättä kuljettavat ihmistä kohti painon lisääntymistä. Junassa on myös jarrupyörä, mutta junan lähtiessä vyörymään alamäkeen sen vauhti kiihtyy, eikä jarrupyörän teho ole enää riittävä. Heidän mielestään onkin paradoksaalista, että laihduttaminen sitä vastoin on niin vaikeaa. Tätä paradoksia valottaa idea raskaan junan vaikeasta noususta ylämäkeen. (Swinburn, Eggert 2004.)

Kuten karanneessa painojunassakin tuli ilmi, lihavuuden taustalla on useita eri tekijöitä. On havaittu, että vähemmän koulutetut ja köyhemmät väestönosat sisältävät enemmän lihavuusongelmaa kuin koulutetut ja varakkaammat. Lisäksi elämäntilanne, ja elämänkaaren mukanaan tuomat muutokset arkeen vaikuttavat lihomistaipumukseen. Esimerkiksi avioliiton solmiminen saattaa olla riski lihomiseen. Tupakoinnin lopettaminen ja lomamatka saattavat väliaikaisesti nostaa painoa. Myös raskaus on riski pysyvään painonnousuun. Normaali painonnousu raskauden aikana on n.10kg, mutta monet lihovat enemmän raskauden kuluessa. Myös geeniperimällä on vaikutusta painoon. Yksittäisten geenien avulla ei lihavuutta voida mitenkään selittää, mutta useiden geenien yhteisvaikutuksella voi olla merkitystä. Toisilla ihmisillä geenit vaikuttavat lihomisalttiutta lisäävänä, toisilla lihomiselta suojaavina. Kuitenkin esivanhemmillamme on ollut sama geeniperimä, eikä sata vuotta sitten lihavuutta ole juuri esiintynyt. Vasta ihmisen ympäristön muuttuminen lihomista suosivaksi on tuonut esille perinnöllisen alttiuden lihomiseen. Perinnöllisyys ilmeneekin geenien ja ympäristön yhteisvaikutuksena. Sen sijaan lapsuuden ajan ruokatottumusten vaikutus aikuisen lihomistaipumukseen on selkeä. Lapsuudessa opitut ja omaksutut tavat ovat hämmästyttävän tiukassa. Monet haitalliset käyttäytymismallit saattavat juontaa juurensa lapsuuden lohdutus- ja palkitsemisherkkuihin. (Mustajoki 2008, 15-21.)

5.1 Lihavuuden mittaaminen

Lihavuudella tarkoitetaan normaalia suurempaa kehon rasvakudoksen määrää. Suurin osa ylimääräisestä rasvasta kertyy ihon alle, mutta myös vatsaonteloon kertyy liikaa rasvaa. Painoa arvioidaan painoindeksillä, joka lasketaan painosta ja pituudesta. BMI saadaan kun paino (kiloissa) jaetaan pituuden (metreissä) neliöllä, eli kg/m^2 . (Mustajoki 2010.) Painoindeksillä mitaten lihavuusluokituksen mukainen normaalipaino on 18.5-24.9. Liikapaino, eli ylipaino, on välillä 25.0 - 29.9. Lihavuudeksi määritetään BMI 30.0-34.9. Vaikeasti lihavan BMI on puolestaan 35.0-39.9, ja sairaalloisesti lihavan 40.0 tai yli. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.)

Keskivartalolihavuus lisää monien sairauksien vaaraa, ja siksi toinen hyvä tapa arvioida lihavuutta on vyötärön ympäryksen mittaaminen. Mittaus tehdään seisten. Molemmista kyljistä etsitään lonkkaluun korkein kohta, joiden yläpuolella on pehmeä alue ennen alimpia kylkiluita. Mittauskohta on oikea, kun mittanauha kulkee molempien pehmeiden kohtien päältä. Vyötärölihavuus on kyseessä, kun raja-arvot (miehillä 100 cm, naisilla 90 cm) ylittyvät. Vyötärön ympärys miehillä 90 cm ja naisilla 80 cm ovat varoitusrajoja, jolloin ollaan matkalla varsinaiseen vyötärölihavuuteen. (Mustajoki 2010.)

5.2 Lihavuuden vaikutukset terveyteen

Lihavuus lisää riskiä sairastua useisiin sairauksiin, ja samalla suurentaa myös kuolemanvaaraa. Kuolleisuus on suurinta painoindeksijakauman ääripäissä. Se suurenee selvästi painoindeksin ylittäessä arvon 30 kg/m^2 . Myös sairauksien vaaran suuruus riippuu ylipainon runsaudesta. Useimmissa sairauksissa erityisesti vyötärölihavuus ja lihavuuden varhainen alkaminen lisäävät sairastumisen riskiä. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.) Ylipaino aiheuttaa sairauksia pääasiassa aineenvaihdunnan kautta. Vatsaontelon sisälle kertyvän rasvakudoksen aineenvaihdunta on haitallisempaa kuin ihonalaisen rasvan, ja on siksi merkittävämpi lihavuuteen liittyvien sairauksien aiheuttaja. (Mustajoki 2008, 92.) Sairastumisen kannalta on merkitystä myös lihavuuden kestolla. Nuoresta iästä saakka ylipainosta kärsineellä on suurempi sairastumisriski. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.)

Riski sairastua astmaan, dementiaan ja depression kasvaa ylipainon myötä. Myös hedelmättömyyden, raskaus- ja synnytyskomplikaatioiden, sekä sikiön epämuodostumien riski on suurentunut liikapainoisilla. Diabetekseen sairastumisen riski on suorassa suhteessa painonnouluun. Riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen on liikapainoisilla 2-4-kertainen, ja lihavilla puolestaan jo 7-20-kertainen normaalipainoisiin verrattuna. Kihdin, maksasairauksien, nivelrikkojen, munuaissairauksien, sappi- ja haimasairauksien riski kasvaa ylipainon myötä. Lihavuus suurentaa myös riskiä sairastua useisiin eri syöpälajeihin, ja on yhteydessä uniapneaan, sekä lievempiin unihäiriöihin. Verenkiertoelimistön sairauksiin ylipaino vaikuttaa usein eri tavoin. Kohonneen verenpaineen vaara on liikapainoisilla naisilla noin 1.6-kertainen, ja lihavilla naisilla noin 2.5-kertainen normaalipainoisiin verrattuna. Miehillä nämä lisäriskit ovat vähän pienemmät (1.3- ja 1.8-kertaiset). Sekä verenpaineen nousu, että lihavuuteen liittyvä dyslipidemia lisäävät sydän- ja verisuonitautien vaaraa. Lihavuus on merkittävä riskitekijä sepelvaltimotaudin ja aivoinfarktin synnyssä. Lisäksi lihavuus altistaa eteisvärinälle, keuhkoembolialle sekä laskimotukoksille erityisesti ehkäisytablettien käytön yhteydessä. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.)

5.3 Lihavuuden hoito

Läheskään kaikkia ylipainoisia ei voida hoitaa terveydenhuollossa, vaan heistä valitaan ne, jotka terveyden kannalta hyötyvät siitä eniten. (Mustajoki, Rissanen, Uusitupa 2006, 165) Käypä hoito suosituksen (2011) mukaan kaksi muuta hoidon ensisijaista valintaperustetta ovat potilaan ikä ja motivaatio itsehoitoon. Nuoret ja työikäiset ovat ensisijainen kohderyhmä, iäkkäämmät potilaat vain mikäli laihtumisella on merkittävä vaikutus potilaan terveyteen ja toimintakykyyn. Hoidon valinnan perusteita ovat myös lihavuuden määrä, vyötärölihavuus, lihavuuteen liittyvät sairaudet ja niiden vaaratekijät, sekä diagnoosin ajankohtaisuus. Painonpudotuksen kannalta otollisin ajankohta on lihavuuteen liittyvän sairauden diagnosointivaihe, esimerkiksi 2-tyyppin diabeteksen toteaminen. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.)

Lihavuuden hoidon tavoitteena on lihavuuteen liittyvien sairauksien hoito ja ehkäisy, sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitäminen ja paraneminen pysyvän laihtumisen myötä. Terveydelle myönteisten vaikutusten kannalta yleensä riittää painon pysyvä pieneneminen vähintään 5 %:lla. Liikapainon ja lihavuuden ensisijainen hoitomuoto on suunnitelmallinen, usealla tapaamiskerralla (tavallisesti 5-15 kertaa) annettava elintapaohjaus (elintapahoito). Se sisältää ajatuksiin, asenteisiin, ruokavalioon ja liikuntaan painottuvaa ohjausta, ja pyrkii mahdollisimman pitkäaikaiseen tulokseen. Painonhallinnan ohjaus on kustannustehokkainta ryhmässä, joten sen tulisi olla ensisijainen elintapahoidon toteutusmuoto. Elintapahoitoa tukevin menetelminä käytetään erittäin niukkaenergiaista (ENE) ruokavaliota, lääkitystä ja leikkaushoitoa. Lihavuuden leikkaushoito tulee kyseeseen vain, mikäli asianmukainen konservatiivinen hoito ei ole tuottanut pysyvää laihtumistulosta. Jotkut potilaat voivat hyötyä myös lyhytinterventiosta, mitä voidaan käyttää painonhallintaohjauksen yhtenä muotona (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.) Myös perusterveydenhuollon yksikön resurssit vaikuttavat hoidon toteutusmahdollisuuksiin. Kaikissa yksiköissä ei välttämättä ole tarjolla lihavuuden eri hoitomuotoja (Mustajoki, Rissanen, Uusitupa 2006, 165)

5.3.1 Elintapahoito

Elintapahoito on lihavuuden hoitomuoto, jossa potilaalle tarjotaan pitkä hoitosarja. Se sisältää tavallisesti 5-15 tapaamista. Ohjaus toteutetaan ryhmässä aina kun se on mahdollista. Painonhallintaryhmän tulosten on todettu olevan samanlaisten kuin yksilöhoidon, ja kustannusten yleensä pienemmät. Elintapahoidossa ohjaus kohdistuu painonpudotuksen lisäksi lihavuuden liitännäissairauksien ja niiden vaaratekijöiden hoitoon, terveellisten elintapojen omaksumiseen sekä toimintakyvyn ja kunnon ylläpitämiseen. Elintapahoidon toteutus on moniammatillista yhteistyötä. Sen suunnittelussa ja toteutuksessa ovat mukana aiheeseen perehtynyt terveydenhuollon ammattihenkilöiden muodostama ryhmä, johon kuuluvat ainakin lääkäri, hoitaja ja ravitsemusterapeutti. Tarvittaessa voidaan konsultoida esimerkiksi

psykologia ja fysioterapeuttia tai muuta liikunnan asiantuntijaa. Elintapahoidon jälkeisten seurantakäyntien pitkän ajan merkitystä ei ikävä kyllä tiedetä. Osa asiakkaista pystyy painonhallintaan itsenäisesti pelkän asiantuntevan ja onnistuneen elintapahoidon jälkeen, mutta osa saattaa hyötyä 2-4 viikon välein toteutetuista ryhmä- tai yksilöseurantakäynneistä. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.)

5.3.2 Lyhytinterventio

Osa potilaista saattaa onnistua laihduttamaan ja säilyttämään saavuttamansa painon lyhyen intervention avulla, mutta tämän hoitomuodon tehosta ei ole kontrolloituja tutkimuksia. Lyhyeen interventioon kuuluvat asian puheeksi ottaminen, lihavuuden mittaaminen (paino, pituus, BMI, vyötärön ympäryys), keskusteleminen liikapainosta ja sen vaikutuksesta terveyteen, laihdutuksen ja painonhallinnan keinojen esittely ja terveydenhuollon palvelujen esittely laihdutuksen ja painonhallinnan toteuttamiseksi. Yksi lyhytintervention etu on, että sitä voivat toteuttaa kaikki potilastyötä tekevät. Asiakkaalle annetaan motivoivaa neuvontaa, jonka avulla häntä tuetaan itse suunnittelemaan elintapamuutoksia. Potilaan tueksi tarjotaan oheismateriaalia ruokavaliosta ja fyysisestä aktiivisuudesta. Elintapamuutoksia voidaan tarvittaessa tukea parin seurantakäynnin ajan. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.)

5.3.3 Erittäin niukkaenerginen dieetti (ENE)

ENE-dietissä päivittäinen energian saanti on korkeintaan 800 kilokaloria päivässä. ENE-dieetti toteutetaan ravintovalmisteilla, joihin on lisätty proteiineja, hivenaineita, vitamiineja ja muita ravintoaineita. Koska 800 kilokalorin sekaruuasta ei saa riittävästi välttämättömiä ravintoaineita, korvaa ENE-dieetti kaikki päivän ateriat. Dieetti toteutetaan terveydenhuollon ammattilaisen ohjauksessa, ja kestää yhtäjaksoisesti yleensä 6-12 viikkoa. Sen ideana on saada aikaan paastoa muistuttava tila, jolloin elimistössä elimistössä muodostuu runsaasti ketohappoja. Näiden rasvan ”palamisesta” aiheutuvien orgaanisten happojen ansiosta näläntunne pienenee, ja vähäisestä energiansaannista huolimatta olo on hyvä. (Mustajoki 2007, 133.) Ennen dieetin aloittamista lääkäri arvioi asiakkaan terveydentilan, ja käy läpi mahdolliset vasta-aiheet. Ehdottomat vasta-aiheet ovat normaali paino (painoindeksi alle 25 kg/m²), jokin vaikea sairaus (esim. kolmen edellisen kuukauden aikana sydäninfarkti, epästabiili angina pectoris, aivoverenkierron häiriö, huomattava munuais- tai maksasairaus, infektio), tyypin 1 diabetes, raskaus tai imetys, kliininen syömishäiriö ja psykoosi. Suhteellisia vasta-aiheita ovat ikä alle 18 tai yli 65, painoindeksi 25-30 kg/m² ja kihti. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.)

ENE-ruokavalion sisältävien laihdutusohjelmien hyöty on Yhdysvaltalaisen meta-analyysin mukaan se, että ne vähentävät liikapainoa enemmän viiden vuoden seurannan aikana (laihtuminen seurannan lopussa 7.1 kg) verrattuna vähäenergiaisen ruokavalion sisältäneiden

ohjelmien pitkäaikaistuloksiin (2.0 kg). Liikapainon nopea pienentäminen ENE-dieetillä korjaa myös tyypin 2 diabeteksen tasapainoa paremmin, ja lääkkeetön kausi on pidempi kuin vähäenergisellä ruokavaliolla laihdutettaessa. Vaikka diabeetikon paino olisi vähentynyt yhtä paljon, on sairauden tasapaino (HbA_{1c}:llä mitattuna) vuoden kuluttua ENE-ruokavaliion jälkeen parempi kuin vähäenergisellä dieetillä laihdutettaessa. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2007.) ENE-dieetin hyödyistä huolimatta sekään ei johda pysyvään tulokseen mikäli aktiiviset muutokset ruokavaliossa ja liikuntatottumuksissa dieetin lopettamisen jälkeen eivät toteudu. ENE-ruokavaliio-ohjelmaan sisältyy aina tavanomainen painonhallinnan ohjaus elintapojen pysyvään muutokseen. (Mustajoki 2007, 135.)

5.3.4 Lääkehoito

Lihavuuslääkitys sopii vain potilaille, joilla on motivaatiota laihduttaa ja muuttaa elintapojaan. Lääkitys ei yleensä ole ensisijainen hoitomenetelmä, mutta sitä voidaan käyttää silloin, kun painoindeksi on vähintään 30 (tai vähintään 28, kun potilaalla on lihavuuteen liittyviä sairauksia). Lääkkeitä voidaan käyttää paitsi laihduttamiseen myös painonhallinnan tukena muuten kuin lääkkeillä toteutetun laihduttamisen jälkeen. Lääkehoidon yhteydessä tulee aina antaa riittävästi ohjausta elintapojen muuttamiseksi. (Kaukua & Rissanen 2006.) Orlistaattien kanssa oleellista on ruuasta saatavan rasvan määrän vähentäminen. Lääkkeen sivuvaikutuksia (ulosteiden rasvaisuus tai öljyisyys, ulostamispakko ja rasvaiset ulostetahrat) ilmaantuvat liian rasvaisen ruoan nauttimisen jälkeen. (Mustajoki 2010.) On myös hyvä huomioida, että lääkkeen lopettamisen jälkeen paino yleensä aina nousee. (Kaukua & Rissanen 2006.)

Suomessa on tällä hetkellä myynnissä yksi reseptilääke lihavuuden hoitoon: orlistaatti (Xenical). Toinen lääke poistettiin myynnistä tammikuun lopussa 2010, koska sen oli todettu lisäävän sydänsairauksien vaaraa. Orlistaatti vaikuttaa suolessa, jossa se vähentää rasvan imeytymistä elimistöön noin 30 prosenttia. Apteekeissa myydään myös itsehoitovalmiste Allia, jossa vaikuttava aine on sama. Orlistaattia siinä on yhtä tablettia kohti kuitenkin puolta vähemmän kuin Xenicalissa, jolloin sivuvaikutukset vähenevät, mutta teho myös hieman heikkenee. (Mustajoki 2010.)

5.3.5 Lihavuuskirurgia

Ensisijainen lihavuudenhoidon kirurginen menetelmä on mahalaukun ohitusleikkaus. Muita menetelmiä ovat mahapantaleikkaus ja mahalaukun kavennusleikkaus. (Sane 2009.) Perusajatus leikkauksissa on mahalaukun muovaaminen siten, että jatkossa voidaan syödä vain pieniä suupaloja kerrallaan hitaasti. Leikkauksen jälkeen laihdutaan siksi, että energian saanti ruoasta vähenee. (Mustajoki 2009.) Leikkaushoidon indikaatioina on yli 40 kg/m² oleva painoindeksi, erityisesti silloin kun lihavuuteen liittyy jokin oheissairaus. Asiakkaan on oltava

20-60 vuotta, ja tilanteessa, jossa asiallinen lihavuuden elitapahoito, erittäin niukkaenergiainen ruokavalio ja lääkehoito eivät ole tuottaneet tulosta. Lihavuusleikkaukseen hyväksytyllä asiakkaalla ei myöskään saa olla kiinistä ahmimisoireyhtymää. Lisäksi on arvioitava, että asiakas pystyy noudattamaan leikkauksen jälkeisiä ruokavalio-ohjeita. (Käypä hoito, aikuisten lihavuus 2011.) Painoindeksin ollessa 35-40 kg/m² leikkaushoitoa voidaan harkita mikäli lihavuuteen liittyy useampi kuin yksi oheissairaus tai vaikeahoitoinen diabetes. (Sane 2009.)

Suurin hyöty leikkaushoidosta on lihavuuden oheissairauksien vähentyminen ja koetun elämänlaadun parantuminen. Suurimmalla osalla diabeetikoita glukoosiarvot normalistuvat laihtumisen myötä, ja uusia diabetestapauksia ilmenee leikatuilla hyvin vähän verrattuna muihin samanpainoisiin. Leikkauksen aiheuttama laihtuminen johtaa noin joka toisella leikatuista veren rasva-arvojen normalistumiseen, uniapnean paranemiseen, verenpainelääkityksen ja astmalääkityksen tarpeen vähentymiseen sekä mielialan kohentumiseen. Lisäksi nuorten naisten raskausmahdollisuudet saattavat parantua. (Sane 2009.)

Ruotsissa 2007 toteutetussa tutkimuksessa verrattiin lihavuuskirurgian kolmea eri menetelmää perinteisiin lihavuuden hoitoihin. Tutkimuksessa todettiin, että lihavuuskirurgialla on selkeä merkitys sekä elämänlaadun parantamisessa, että liitännäissairauksien ja kuolleisuuden vähenemisessä. 10 vuoden seuranta osoitti, että myös paino pysyi paremmin hallinnassa lihavuuskirurgian läpikäyneillä asiakkailla kuin verrokkiryhmällä. (Sjöström 2007.) Vuonna 2008 Suomessa tehtiin noin 400 lihavuusleikkausta. Ruotsissa määrä oli runsaat 3 000 ja Tanskassa ja Norjassa runsaat 2 000. Belgiassa lihavuusleikkauksia on tehty asukasmäärään suhteutettuna 38-kertaisesti Suomeen verrattuna. (Isolauri 2009.) Vuonna 2009 Suomessa lihavuusleikkausten määrä oli arviolta n. 600-700 potilasta. Seuraavina vuosina leikkausmäärien voidaan arvioida edelleen lisääntyvän. (Sane 2009.)

6 Painonhallinnan perustaa

Painonhallinnalla tarkoitetaan uhkaavan painonnousun estämistä tai laihduttamalla hankitussa tuloksessa pysymistä. Molemmissa tarvitaan ruokaan ja syömiseen liittyviä muutoksia, joilla päivittäinen energiamäärä vähenee pysyvästi. Mikään dieetti ei toimi painonhallinnassa, koska kukaan ei voi olla jatkuvasti dieetillä. Painonhallinta ei myöskään onnistu, jos joka päivä kokee olonsa epämiellyttäväksi tai nälkäiseksi. Painonhallinnan perusajatuksena on, että asiakas syö joka päivä itsensä normaalin kylläiseksi ja käyttää normaalia ruokaa, mutta saa ruoasta aikaisempaa vähemmän energiaa. (Mustajoki 2009.) Kuten usein virheellisesti ajatellaan, painonhallintaa ei suoriteta tahdonvoimalla. Liian tiukka painonpudotusohjelma aiheuttaa yleensä innostuksen loppaamisen. Painonhallinnan kulmakiviä on maltillisuus ja oman kehon kuuntelu. Joustaminen ja suunnitelmista poikkeaminen eivät romuta

painonhallintaa. (Mustajoki 2010, 14.) Vain hitaasti tapahtuva painonlasku mahdollistaa uusien elämäntapojen opettelun. Hitaan painonlaskun mielekäs toteuttaminen saadaan aikaan ruokavalion ja liikunnan sopivalla hallinnalla. Onnistuneen painonhallinnan perustalla ovat terveellisempien ja kevyempien ruokien syöminen nälän ja kylläisyyden mukaan - syödään sen verran kuin halutaan. Liikuntamuodoista, ja ruokavalio muutoksista valitaan ne, jotka tuntuvat hyviltä. On tärkeää myös tyytyä kompromisseihin - valitaan mieluummin vähän parempi kuin kaikista tehokkain. (Borg 2007, 32-33.)

6.1 Ruoka ja syöminen painonhallinnassa

Painonpudotuksessa oleellista on ruokavalion energiamäärän vähentäminen kulutusta pienemmäksi. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.) Energiaravintoaineita ovat rasvat, hiilihydraatit ja proteiinit. Myös alkoholi sisältää energiaa. Eniten energiaa sisältävät rasvat, toiseksi eniten alkoholi, ja vähiten hiilihydraatit ja proteiinit. (Mustajoki 2007, 132.) Tämän tiedon valossa kevyemmän, ja samalla terveellisemmän ruokavalion voi muokata vähentämällä tyydyttyntä (kovaa) rasvaa, sokeria, valkoisia viljavalmisteita, alkoholia ja muita "tyhjiä kaloreita" sisältäviä ruokia. Tämä toteutetaan esimerkiksi välttämällä rasvaisten ruokien, juustojen, leikkeleiden ja leivonnaisten, sokeri- ja alkoholipitoisten juomien ja makeisten sekä valkoisen leivän käyttöä. Lisäksi pienennetään pastan, riisin ja perunan annoskokoja, ja lisätään ruokavalioon luontaisesti vähäenergiaisia vesi- ja kuitupitoisia ruokia, kuten kasviksia, marjoja ja hedelmiä. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.) Nämä vesi- ja kuitupitoiset ruoka-aineet vaikuttavat painoon korvaamalla ruokavaliossa enemmän energiaa tuottavia ainesosia. Sopivana osana aterioita ja välipaloja kasvikset tuottavat kylläisyyden tunnetta vaikka ovatkin kevyitä. (Borg 2007, 93.)

Ruusta saatavan energian määrään vaikuttavat energiaravintoaineiden ohella myös ruokailukertojen määrä, ruoka-annosten ja jopa ruokailuvälineiden koko. (Mustajoki 2008, 140) Useiden ruokailutestien avulla on todettu, että suuremmasta annoksesta syödään tavallista enemmän. Sama pätee myös kauppojen pakkauksien ja ruokailuvälineiden kokoihin. Testien peursteella on havaittu, että ihmiset eivät edes tiedosta syöneensä enemmän, vaan ovat olleet hämmästyneitä tulokset kuultuaan. (Mustajoki 2010, 38.) Laihduttajan, ja painonhallitsijan on hyvä ylläpitää terveellinen, säännöllinen ateriarytmi. Se sisältää ainakin aamupalan, lounaan ja päivällisen, sekä tarvittaessa 1-2 välipalaa. Säännöllinen ateriarytmi edesauttaa veren glukoosipitoisuuden pysymistä tasaisempuna sekä hillitsee nälän tunteita ja houkutus napostella tai ahmia ruokaa. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.) Erityisesti aamupalan syömisellä on suuri merkitys painonhallinnassa. Useimmilla mahdollisuudet hallitumpaan ateriointiin paranevat, kun päivä on aloitettu kunnan aamupalalla. (Mustajoki 2010, 53-54.)

Syömistottumusten muuttaminen vaatii sen, että tilanteisiin varaudutaan etukäteen. On hyvä miettiä syömistä edeltäviä tapahtumaketjuja, ja pyrkiä muuttamaan syömistä edeltäviä toimintoja. Myös ruokaostosten tekeminen vaatii ennakointia ja suunnittelua. Kauppaan ei tule mennä nälkäisenä. Ostoslistan laatiminen auttaa karsimaan ylimääräiset, tyhjää energiaa sisältävät tuotteet pois kodin jää- ja ruokakaapin valikoimasta. Ruuan näkeminen on voimakas ärsyke, joka saattaa herättää kiihokkeen syömiselle. Hyvin energiapitoiset ruoat kannattaakin piilottaa kaappeihin, ja laittaa esille esimerkiksi hedelmiä. Myös yksinolo ja television katselu saattavat olla riskitilanteita ylimääräiselle napostelulle. (Mustajoki 2008, 185-187.)

Ravitsemustieteilijä Patrik Borg tuo esille 80-prosentin säännön osana painonhallitsijan ruokavaliota. Sääntö kuvaa päivittäisen ruokavalion sisältämää terveellisten ja epäterveellisten ruoka-aineiden suhdetta. Mikäli terveellisten vaihtoehtojen osuus on vähintään 80 prosenttia, voi loppu olla mitä vain. On havaittu, että täydellisen syömisestä ja 80-prosenttisesti terveellisen syömisestä välillä ei juurikaan havaita eroja terveysvaikutuksissa. (Borg 2007, 113-114.)

6.2 Liikunta painonhallinnassa

Koska painonhallinnassa on kyse energian saannin vähentämisen lisäksi energian kulutuksen lisäämisestä, on tärkeää huomioida myös liikunnan merkitys. Liikunta yksinään ei ole hyvä laihdutuskeino, sen avulla putoaa vain muutama kilo. (Mustajoki 2008, 180.) Laihduttavan liikunnan energiankulutustavoitteena on lisätä 1.3 kJ (300 kcal) verran fyysistä aktiivisuutta päivittäin. Tämä tarkoittaa 45-60 minuuttia suhteellisen kuormittavaa liikuntaa päivittäin, joka saattaa useimmille ylipainoisille olla vaikea toteuttaa. Painonhallinnan ohjauksen päähuomio tulisi kiinnittää päivittäiseen fyysiseen aktiivisuuteen, eli hyöty- ja arkiliikunnan lisäämiseen. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.) Painonhallinnan kannalta yhtä tehokasta on liikkua kymmenen minuutin pätkissä, kuin yhtäjaksoisesti. Myöskään liikuntamuodolla ei ole merkitystä. Hyötyliikunnan ja arkiliikunnan lisääminen saattaa pitkällä aikavälillä olla jopa tehokkaampi painonhallinnan tuki kuin kuntoliikunta. (Mustajoki 2008, 180.) Lihavoiman parantamiseen tähtäävällä harjoittelulla (esim. kuntosalilla) on edullisia vaikutuksia kehon koostumukseen siten, että lihaskudoksen osuus voi suurentua ja rasvakudoksen osuus pienentyä, vaikka paino pienenee vain vähän. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.)

Jo vähäisemmällä liikuntamäärällä, eli niin sanotulla terveystoiminnalla (useimpina päivinä viikossa kohtuullisen kuormittavaa fyysistä aktiivisuutta vähintään 30 minuuttia) on monia hyödyllisiä vaikutuksia terveyteen, vaikka paino ei varsinaisesti laskisikaan. Näitä terveysvaikutuksia ovat sepelvaltimotautien, kohonneen verenpaineen, tyypin 2 diabeteksen ja eräiden syöpämuotojen ehkäisy, sekä mielialaa kohentava vaikutus. (Aikuisten lihavuus, käypä hoito 2011.) Muita liikunnan etuja on lisääntyneen lihasmassan suurempi energiankulutus. Lihasten kasvaessa lepoenergian kulutuskin kasvaa, ja näin helpottaa

painonhallintaa. Liikuntalajiksi kannattaa valita tehokkaimman sijasta mieluisin vaihtoehto. Liikunnasta on hyötyä painonhallintaan vain, jos se on säännöllistä. (Mustajoki 2010, 68-71.)

6.3 Motivointi painonhallinnassa

Motivoinnin osuus on merkittävä osa elämäntapamuutoksiin pyrkivää ohjaus- ja neuvontatyötä. Ylipaino, ruokailu- ja liikuntatottumukset ovat hyvin henkilökohtaisia ja arkojakin aiheita. Lisäksi muutoshaluttomuutta voi lisätä tunne siitä, että muutos ei kannata, koska se ei tuota hyvinvointia, iloa ja nautintoa, vaan päinvastoin voi johtaa ikäviin rajoituksiin, arkipäivää hankaloitaviin kompromisseihin, luopumiseen ja totuttua heikompaan elämänlaatuun. Ihminen vastustaa muutosta luonnostaan, on helpompi toimia vanhan totumuksen mukaan. (Absetz 2010, 9.)

Empatian ilmaiseminen yksi tärkeä motivoivan ohjauksen periaate. Refleктоiva kuuntelu ja hyväksyvä ilmapiiri helpottavat muutosten tekemistä. Ohjaajan on myös muistettava, että asiakkaan epävarmuus on normaali ilmiö. Motivoivassa ohjauksessa pyritään tuottamaan asiakkaalle tiedollinen ristiriita aikaisemman terveystyöskäytymisen ja uuteen elämäntapaan johtavien tavoitteiden saavuttamisen välille. Asiakasta on hyvä tukea perustelemaan itse syitä elämäntapamuutokseen. Vastaväitteet ja puolustautuminen estävät muutosta, joten kaikenlainen väittelyn välttämäinen tukee motivoivan ohjauksen onnistumista. Mikäli vastarintaa ilmenee, on ohjaajan syytä muuttaa lähestymisstrategiaansa. Ohjattava henkilö tekee itse omat ratkaisunsa, joten uusiin näkökulmiin voi vain hoututella, ei pakottaa. Ohjaajan tulisikin sen sijaan luoda asiakkaaseen uskoa mahdollisuuden onnistumisesta ja tukea pystyvyyden tunnetta. Toivota on aina. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 49.)

Motivaation syntyisessä on kolme tekijää avainasemassa: tieto, tunne ja taito. Tiedonpuute ei ehkä ole tänä päivänä suurin ongelma, mutta tiedon antamisen tekniikka vaikuttaa motivaatioon suuresti. Tiedon antajan luotettavuus ja asiantuntevuus ovat perusedellytyksiä tiedon jakamisen onnistumiselle. Tietoa ei saa myöskään olla liikaa. (Absetz 2010, 9.)

Sisko Salo-Chydenius Päihdelinkin nettisivuilla kuvaa motivoivan vuorovaikutuksen toimintatapojen periaatteita. Hänen mukaansa eräitä tärkeitä motivoinnin keinoja ovat vahvistaminen ja muutospuheen tukeminen tunnistamalla ja nimeämällä asiakkaan vahvuuksia, esimerkkien ja tarkennuksien pyytäminen, vastaaminen, kysyminen, harkiten kyseenalaistaminen, sekä asiakkaan arvojen, tavoitteiden ja tulevaisuuden pohtiminen yhdessä hänen kanssaan. Ohjaaja rohkaisee avointen kysymysten käyttöön, koska ne kutsuvat asiakasta kertomaan tilanteestaan, ajatuksista ja tunteistaan. Yksi motivoivan ohjauksen

keino on heijastava kuuntelu. Se tarkoittaa, että työntekijä reagoi asiakkaan kertomaan esimerkiksi toistamalla tai ääneen arvailemalla mitä toinen tarkoittaa ja tarkistaa, onko hän ymmärtänyt oikein. Yksi hyvä keino on myös yhteenvedojen tekeminen ja tiivistäminen. Se aika ajoin todentaa asiakkaalle että häntä kuunnellaan. Samalla asiakkaalla on tilaisuus korjata mahdollisia väärinkäsityksiä.

Perustaitoihin kuuluu hänen mielestään lisäksi myönteisen palautteen antaminen todellisesta toiminnasta. Toimintatavalla viestitetään asiakkaalle, että hänet otetaan vakavasti. Erityisen tärkeää on välttää valmiiden ratkaisujen ja neuvojen antamista, väittelyä, syylistämistä, syyttämistä, pelottelua, uhkailua, anelua, analysointia ja tulkitsemista ja muita ns. mustan kasvatuksen menetelmiä. (Salo-Chydenius 2010.)

Painonhallinnan ohjauksessa pyritään saamaan asiakkaassa aikaiseksi asennemuutos, joka johtaa pysyvään muutokseen terveyskäyttäytymisessä. Ensireaktio muutokseen on yleensä vastarintainen, ja ohjaajan onkin hyväksyttävä myös nämä negatiiviset tunteen ilmaukset. Useilla painonhallintaryhmän asiakkailla saattaa olla takana moniakin epäonnistuneita laihdutusyrityksiä, eikä mielikuva painonhallinnasta ole positiivinen. Onkin tärkeä valita ohjaukseen keinoja, joista asiakkailla on hyviä kokemuksia. Oikein valitut keinot voivat saada aikaan onnistumisen ketjun. (Absetz 2010, 11.)

Motivaatio voidaan jaotella sisäiseen, eli itsestä lähtevään, ja ulkoiseen, eli ulkoa tulevaan. Motivaatio on sisäistä, kun tekeminen on meille sisäisesti palkitsevaa (itsessään antoisaa), henkilökohtaisesti tärkeää, tai sopii elämänarvoihimme. Mikäli toimintaamme ohjaa lähinnä toivo ulkoisesta palkkiosta tai pelko rangaistuksesta, motivaatiomme on ulkoista. Motivaation ajatellaan olevan sitä kestävämpää, mitä sisäistetumpää se on. Terveystieteissä tämä näkyy monin eri tavoin. Mikäli asiakkaalla on aito halu voida paremmin, ja hän itse kokee vointinsa kohenevan (sisäinen motivaatio) on todennäköisyys pysyvien elämäntapamuutosten saavuttamiseen hyvä. Mikäli asiakas toimii ohjeiden mukaisesti vain miellyttääkseen painonhallinnan ohjaajaa, on todennäköisempää, että pysyvää muutosta asiakkaan elämäntavoissa ei tulla saavuttamaan. (Anglé 2010.)

7 Prosessikaavio työvälineenä terveydenhuollossa

Prosessilla voidaan tarkoittaa mitä tahansa muutosta tai kehitystä, tai toisaalta mitä tahansa toimintaa. Kyseessä on ilmiö, jossa käytetään prosessi-sanaa kaikissa mahdollisissa yhteyksissä silloin, kun kehittyy jokin uusi tapa ymmärtää toimintaa. Toimintaprosessissa otetaan huomioon myös resurssit ja panokset, joiden avulla toiminnan tulokset saavutetaan. Prosessin käsite koostuu siis toiminnasta, resursseista ja tuotoksesta, joihin liittyy suorituskyky. Myös palautteen hyödyntäminen on tärkeä osa prosessin ideaa. (Laamanen 2007, 19 - 20.)

Prosessiajattelussa puolestaan lähdetään liikkeelle asiakkaasta ja hänen tarpeistaan. Siinä suunnitellaan prosessi, jonka tuloksena syntyy asiakkaan tarpeita tyydyttäviä tuotteita ja palveluita. (Laamanen 2007, 21.)

Prosessi voidaan kuvata vuokaaviomuotoisella prosessikaaviolla, ja siihen liittyvillä tekstisivuilla, eli prosessikuvauksella. Kaavion tulee kuvata todellista toimintaa, ja sen tavoitteena on olla yksiselitteinen ja helposti ymmärrettävä. Se sisältää prosessin eri vaiheet, ja määrittää yksiköiden tai toimijoiden vastualueet. (Karvonen 1999, 30 - 31.) Hyvä prosessikuvaus sisältää prosessin kannalta kriittisimmät asiat, sekä osoittaa asioiden välisiä riippuvuuksia. Lisäksi se auttaa ymmärtämään sekä kokonaisuutta, että toimijoiden omaa roolia tavoitteiden saavuttamisessa. Yksi tärkeä funktio on prosessissa toimivien ihmisten yhteistyön edistäminen. Hyvin laadittu prosessikaavio antaa myös mahdollisuuden toimia joustavasti tilanteen vaatimusten mukaan. (Laamanen 2007, 76.)

Yksi prosessimallin laatimiseen liittyvä periaate on jatkuvan kehittämisen edistäminen. Tämä toteutuu, kun prosessi aloitetaan suunnittelusta, ja päätetään aina arviointiin. Tällä tavoin toimimalla edistetään ennakointia ja oppimista organisaatiossa. (Laamanen 2007, 53.) Teknisen toteutuksen osata on tärkeää että prosessikuvaus on mahdollisimman lyhyt, sovitun rungon ja prosessikaavion mukainen, sisältää tunnistetiedot, termit ja käsitteet ovat yhtenäisiä ja sovitun mukaisia ja että se on kaiken kaikkiaan ymmärrettävä, looginen ja vaila ristiriitoja. (Laamanen 2007, 76.)

Prosessikuvaukset ovat laajassa käytössä liike- ja yritysmaailmassa, mutta niitä hyödynnetään myös terveydenhuollossa. Esimerkkinä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin vuonna 2008 toteutettu Ihannesairaala-hanke, jossa pyrittiin tuottamaan prosessikuvauksia, joilla muun muassa yhtenäistettiin toimintatapoja. Ihannesairaala- hankkeen tarkoitus oli tuottaa erikoissairaanhoidon kokonaisvaltaisia prosessimalleja lähtökohtana potilaan, henkilökunnan ja talouden näkökulmien tarkasteleminen yhtä aikaa. Prosessimallit tarjoavat uudenlaisen mahdollisuuden hoitoprosessin toiminnalliselle, taloudelliselle ja laadulliselle arvioinnille ja kehittämiselle. (Hus 2008a.)

Klass Winell avoterveydenhuollon laatupäivillä 2007 nimesi prosessikuvauksen paikalliseksi hyvän hoidon malliksi. Hänen mukaansa hyvä prosessikuvaus terveydenhuollossa kertoo mitä tehdään, milloin tehdään, kuka tekee ja milloin tekee. Siinä huomioidaan käytettävissä olevat resurssit, sekä aika ja paikka. Hyvä prosessikuvaus on ohje työntekijöille, josta he voivat tarkistaa olemassa olevat sovitut toimintatavat, ja jota voidaan käyttää uusien työntekijöiden perehdyttämiseen. Winell nimeää muutamia nyrkkisääntöjä, jotka täytyy huomioida terveydenhuollon prosessikuvausta toteutettaessa. Hänen mukaansa prosessikuvausten täytyy perustua näyttöihin ja Käypä hoito suosituksiin. Tärkeää on myös selkeä kohderyhmän

määrittely ja nopealukuisuus. Jotta prosessikuvaus olisi ymmärrettävä ja helppolukuinen, sen kuuluu sisältää vain käsitellyn aiheen keskeiset ydinasiat. Prosessikuvauksen on oltava avoin, ja tarvittaessa myös potilaiden saatavilla. Prosessia on tarkasteltava potilaan näkulmasta, ja huomioitava myös erityisryhmien asiakkudet. Näistä esimerkkinä Winell mainitsee lapset terveydenhuollon asiakkaina. Prossikuvaus ohjaa aina voimakkaasti toimintaa. Se ei saa olla ristiriidassa yhteisössä kunnioitettujen arvojen kanssa. Laatimisvaiheessa on hyvä pohtia miten vuorokaikutus huomioidaan, ja mitä jää mahdollisesti tekemättä, kun jostain asiasta on olemassa hyvä kuvaus? (Winell 2007.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli luoda hoitopolku motivoituneen painonhallinta-asiakkaan ohjaukseen Diacorin työterveyshuollossa. Käytännön toimivuuden kannalta mielestäniärkevin tapa tämän työkalun toteuttamiseen oli prosessimallin luominen. Kuten Winell edellä listaa, on prosessikaavion käytössä terveydenhuollon työkaluna useita ominaisuuksia, jotka puolsivat päätöstäni. Prosessikaavio on työkaluna selkeä ja nopealukuinen, ja helpottaa kokonaisuuden hahmottamista. Prosessikaaviossa on kuvattuna vain ydinasiat, mutta Diacorin intranetissä toimivan teknisen työkalun avulla työterveyshoitajan on mahdollista saada toimintaohjeita lisätietoa prosessikuvauksesta samasta kaaviosta avautuvien ikkunoiden avulla.

8 Opinnäytetyön toteutus

8.1 Opinnäytetyön toteutusympäristö

Diacor terveyspalvelut Oy on pääkaupunkiseudulla toimiva yritys, joka tuottaa terveyden- ja sairaanhoidon palveluita. Yrityksen koko osakekanta on Helsingin Diakonissalaitoksen säätiön omistuksessa. Diacorilla on 13 lääkäriasemaa, sairaala ja erillinen fysioterapiayksikkö. Diacor tarjoaa palveluja sekä yritys- että yksityisasiakkaille. Diacorin suurin liiketoiminta-alue on työterveyshuolto, joka edustaa noin 50 prosenttia koko yrityksen liikevaihdosta, ja noin 75 prosenttia lääkäriasemien liikevaihdosta. Yrityksen palveluihin kuuluvat myös valtakunnalliset työterveyspalvelut yhdessä johtavien alueellisten toimijoiden kanssa, sekä työhyvinvointia edistävä Wellbeing -palvelu. (Diacor terveyspalvelut Oy.)

8.2 Opinnäytetyön tausta

Hyvä työterveyshuoltokäytäntö määrittelee yhdeksi terveysneuvonnan laatukriteeriksi sen, että asiakas saa ymmärrettävää, ajantasaista ja tutkittuun tietoon perustuvaa ohjausta ja neuvontaa riippumatta siitä, kenen vastaanotolla hän käy. (Manninen, Laine, Leino, Mukala, Husman 2007, 64.) Diacorissa ei ole ollut yhtenäistä mallia, vaan työterveyshoitajat ovat ohjanneet ylipainoisia asiakkaita vapaasti valitsemiansa materiaaleja ja keinoja käyttäen. Työterveyshoitajan toimenkuva on laaja, ja osaamista vaaditaan useilta eri osa-alueilta.

Yksilöohjauksen laadullinen taso ja toteutus ovat voineet vaihdella hyvinkin suuresti riippuen ohjaajan persoonasta, resursseista, motivaatiosta ja tietopohjasta. Diacorin työterveyshuoltoon kaivattiin selkeää prosessimalli, jonka avulla työterveyshoitajat voivat hoitaa ylipainoisen asiakkaan elintapaneuvonnan, ja tarvittaessa ohjata asiakkaan eteenpäin samaa hoito-ohjelmaa käyttäen.

Työterveyshoitajien toimintatapojen kehittäminen ja yhdenmukaistaminen auttavat painonhallinta-asiakkaan ohjauksen tehostamista. Laatimani prosessikaavion avulla uskon Diacorin työterveyshoitajilla olevan paremmat mahdollisuudet ylläpitää ohjauksen ja neuvonnan laatu hyvän työterveyshuoltokäytännön määritelmän mukaisena. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena onkin luoda työkalu, joka tehostaa ja yhdenmukaistaa Diacorin työterveyshoitajien painonhallinnan ohjausta. Samalla prosessikaavio toimii työterveyshoitajan työtä helpottavana mallina, ja selkeänä sapluunana uusien työntekijöiden perehdytyksessä Diacorin tapaan hoitaa painonhallinta-asiakkaat.

Väestön toimintakyvyn ja terveyden merkittävimpiä heikentäjiä ovat alkoholin liikakulutus, epäterveellinen ravinto ja liikunnan puute. Nämä ongelmat ovat yhteydessä suurimpaan osaan kansansairauksia, ja aiheuttavat myös ennenaikaisia kuolemia. Elämäntapojen kohentamiseen ja terveyden edistämiseen satsaaminen ovat merkittäviä jo senkin vuoksi, että Suomessa riittäisi työkykyistä työvoimaa tulevaisuudessa. (Husman & Liira 2010, 199.) Tämä näkökulma on mielestäni jäänyt mediassa ilman sen ansaitsemaa huomiota. Väestön ikärakenteen muutos, ja sen mukanaan tuomat ongelmat (eläkeikäisen väestön lisääntyminen ja samanaikainen työikäisten määrän vähentyminen) ovat hyvin tiedostettuja yhteiskunnassa ja sen päättäjälimissä. On pyritty löytämään ratkaisuja ikärakenteen muutoksen mukanaan tuomiin ongelmiin kuitenkin ymmärtämättä, että myös työikäisen väestön terveydellä, ja sitä kautta työkykyisyydellä on hyvin suuri merkitys tulevaisuuden työmarkkinoilla. Tämä lisää entisestään painonhallinnan merkitystä osana tulevaisuuden terveyden edistämistalkoita, ja samalla nostaa luomani työkalun käyttöarvoa.

8.3 Painonhallintapolku-projektin toteuttaminen

Projektin toteutin laillistetun, Diacorin kehittämisestä vastaavan ravitsemusterapeutin, Hanna Partasen ohjauksessa. Hanna Partanen työnsä ja asiantuntemuksensa kautta tuntee Suomen painonhallintaohjauksen tilanteen, ja oli havainnut, että ylipainoiselle, laihtumiseen motivoituneelle asiakkaalle ei ollut olemassa yhtenäistä hoitomallia. Tämä puute herätti hänessä idean painonhallintapolusta, joka toimisi Diacorissa työterveyshoitajien työkaluna motivoituneiden ylipainoisten asiakkaiden ohjauksessa. Tapasimme Hanna Partasen kanssa syksyllä 2010, ja keskustelimme hänen ideastaan. Hanna Partanen antoi minulle vapaat kähdet lähteä toteuttamaan visiota. Vastaavanlaista ylipainoisen asiakkaan hoidon

prosessikaaviota ei ole aikaisemmin Suomessa tehty, joten lähdin liikkeelle terveyden edistämiseen, työterveyshuoltoon, lihavuuteen, painonhallintaan ja prosessimalleihin keskittyvään aineistoon ja teorian tietoon tutustumalla. Hahmottelin kaavion, joka tulisi toimimaan Diacorin intranetissä työterveyshoitajien päivittäisenä painonhallinta-asiakkaan ohjauksen työkaluna.

Saatuani kaavion ensimmäisen version valmiiksi lähetin luonnoksen Hanna Partaselle sähköpostilla. Tavatessamme uudelleen, kävimme läpi laatimani kaavion vahvuuksia ja puutteita. Lisäksi sovimme, että kutsumme Diacorin työterveyshoitajia pilotoimaan työkalun ensimmäistä versiota. Hanna Partanen lähetti sähköpostikyselyn Diacorin työterveyshoitajille, jossa tiedusteltiin kiinnostusta lähteä mukaan testaamaan tekeillä olevaa painonhallinta-asiakkaan hoitopolkua. Loppuvuodesta 2010 tapasimme 6 Diacorin työterveyshoitajaa, ja heidän asiantuntevien mielipiteidensä ja käymämme keskustelun pohjalta muokkasimme painonhallintapolkua kohti lopullista muotoa.

Alkuvuodesta ja keväällä tapasimme Hanna Partasen kanssa vielä kolme kertaa. Kävimme läpi painonhallintapolun prosessikuvauksessa mainittuja opas-materiaaleja, ja muokkasimme luonnosta teknisen toteutuksen sallivaan muotoon. Tämä Power Point esitys lähetettiin testikäyttöön samoille kuudelle Diacorissa työskentelevälle työterveyshoitajalle, jotka osallistuivat työkalun pilotointiin loppuvuodesta 2010. Ainoastaan yksi työterveyshoitajista oli ehtinyt perehtyä työkaluun, ja lähetti sähköpostilla palautetta sen käyttöominaisuuksista. Työkaluun tutustumiseen oli aikaa vain yksi viikko, joten tämä saattoi vaikuttaa vastausten niukkuuteen.

Painonhallintapolun sähköisen version Diacorin intranettiin toteutti Hanna Partanen Diacorin teknisen tuen avustuksella. Hän suunnitteli ja muokkasi tekstin ulkoasun Diacorin standardeihin sopivaksi. Kun tämä tekninen viimeistely oli valmis, tapasimme vielä kerran ennen työkalun käyttöön ottoon tähtäävää koulutustilaisuutta.

Painonhallintapolku-työkalun esittelytilaisuuksia tulee olemaan yhteensä 3 kappaletta. Ensimmäinen koulutusiltapäivä oli huhtikuussa 2011, jolloin vetovastuussa olin itse. Loput kaksi koulutusiltapäivää toukokuussa 2011 vetää Hanna Partanen. Näihin kolmeen Diacor Ruoholahden lääkärilasemalla pidettävään koulutustilaisuuteen oli kutsuttu kaikki Diacorin työterveyshoitajat. Ensimmäisessä, itse vetämässäni koulutustilaisuudessa oli mukana 16 työterveyshoitajaa, työterveyslääkäri, opinnäytetyön ohjaavat opettajat, Hanna Partanen ja Diacorin työterveyshuollon kehittämisspäällikkö. Tapahtumassa esittelin itseni, kerroin painonhallintapolun taustaa ja kävin yksityiskohtaisesti läpi työkalun käytön. Samalla esittelin painonhallintapolku-ohjelman mukaan asiakkaille jaettavaa oheis- ja tukimateriaalia, ja kävin läpi niiden käyttöä. Painonhallintapolku herätti kiinnostusta ja keskustelua. Yhdessä Hanna

Partasen kanssa vastasimme kysymyksiin, ja pyrimme esittelemään työkalun mahdollisimman käytännön läheisellä tavalla. Painonhallintapolku otetaan käyttöön Diacorin työterveyshuollossa toukokuun 2011 aikana.

8.4 Painonhallintapolku-työkalun käytön kuvaus

Painonhallintapolku otetaan käyttöön kun työterveyshuollon ammattilainen (lääkäri tai työterveyshoitaja) vastaanotolla Diacorissa toteaa asiakkaalla liikapainon (BMI 25-30) tai eri asteisen lihavuuden (BMI >30). Hän tilanteen toteamisen ja lihavuuden puheeksioton jälkeen tiedustelee ja arvioi asiakkaan painonhallinta motivaatiota.

Mikäli asiakas on painonhallintaan motivoitunut liikapainoinen (BMI 25-30) voidaan hänet ohjata painonhallintapolun mukaisesti työterveyshoitajan vastaanotolle. Tämä ensimmäinen käynti sisältää haastattelun, esitietojen keräämisen ja hoidon tarpeen kartoituksen. Ensimmäisen käynnin perusteella terveydenhoitaja jatkaa asiakkaan hoitoa kaavion ohjeen mukaisesti. Jatkoimenpiteitä ovat työterveyshoitajan toteuttamat elintapahoito ja lyhytinterventio, sekä ohjaaminen lääkärin vastaanotolle tai ravitsemusterapeutin konsultaatioon. Tarvittaessa terveydenhoitaja voi konsultoida työpsykologia tai työfysioterapeuttia asiakkaan painonhallinnan tukemiseksi. Mikäli eri asteisesta lihavuudesta kärsivä asiakas (BMI >30) on motivoitunut painonhallintaan, ohjataan hänet samalla tavalla työterveyshoitajan vastaanotolle haastattelua, esitietojen keräämistä ja hoidon tarpeen kartoitusta varten. Painonhallintapolku sisältää nämä kaksi erillistä prosessikaaviota, joissa jatkohoitosuositukset riippuvat asiakkaan ylipainon määrästä.

Mikäli asiakas ei ole motivoitunut painonhallintaan, hänen kanssaan keskustellaan elämäntilanteesta ja puuttuvan motivaation syistä. Lisäksi otetaan puheeksi lihavuuden vaikutukset terveyteen. Mikäli asiakas tämän jälkeen osoittaa hieman kiinnostusta, voidaan hänelle varata aika lyhytinterventioon terveydenhoitajan vastaanotolle. Terveydenhoitaja voi tarvittaessa ohjata asiakkaan kertaluontoiseen ravitsemusterapeutin konsultaatioon motivaation löytymisen tukemiseksi.

10 Johtopäätökset ja kehittämissuositukset

Luomani prosessimallin tarkoitus on tehostaa painonhallinta-asiakkaiden hoitoa Diacorissa. Mielestäni tällä voi olla positiivisia seurauksia tyytyväisten asiakkaiden lisäksi myös Diacorin arvostukseen ennaltaehkäisevän terveydenhuollon edelläkävijänä. Mallin lanseerauksen jälkeen Diacor on ensimmäinen terveydenhuollon yksikkö, jossa motivoituneelle painonhallinta-asiakkaalle löytyy oma hoitopolku. Tämä antaa positiivista kuvaa lääkäriaseman innovatiivisuudesta ja aktiivisesta osallistumisesta uuden kansantautimme,

lihavuuden hoitoon. Koska painonhallintapolku on ensimmäinen laatuaan, tulee se varmasti vielä kehittymään ja muuttumaan käytännön työn osoittamaan suuntaan. Sen puutteet ja edut tulevat ilmi vasta pidemmän käytön jälkeen. Painonhallintapolun kehittämistyön toivon jatkuvan Diacorissa aktiivisesti senkin jälkeen, kun oma osuuteni sen rakentamisessa päättyy. Mielenkiintoista olisi myös seurata painonhallintapolun vaikuttavuutta. Jatkona opinnäyteyölleni toimisi mielestäni arviointimenetelmä, jonka avulla voitaisiin seurata painonhallintapolun käyttöönoton aikaansaamia muutoksia Diacorissa asioivien työterveyshuollon asiakkaiden elintapamuutoksissa, ja niiden pysyvyydessä.

Absetz, P. 2010. Miten ohjaan ja motivoin elintapamuutokseen. Terveystieteiden aikakauskerta 1/2010 s.8 - 12.

Anglé, S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä. Ratkaisukeskeinen painonhallinnan ja elämäntapojen ohjaus. Luettu 14.12.2010. Suomen lääkäri-lehti.
<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000034429>

Borg, P. 2007. Rentoa painonhallintaa. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Diacor terveystieteiden Oy. Yritys. <http://www.diacor.fi/yritys.html>

Hakala, P. 2001. Syömistapakyselylomakkeen (BES) käyttöohje. Luettu 08.12.2010.
<http://www.suomenlihavuustutkijat.fi/lomakkeet/stkyseloid.pdf>

Helsingin Sanomat. 2010. Yritykset korvaisivat makeisveron sokeriverolla. Luettu 09.12.2010.
<http://www.hs.fi/politiikka/artikkeli/Yritykset+korvaisivat+makeisveron+sokeriverolla/1135259282408>

Hus. 2008a. Asiakasprosessin yhtenäistäminen parantaa hoidon sujuvuutta ja lisää tehokkuutta. Luettu 14.01.2011.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,616,617,618,20872,23212>.

Husman, K. 2010. Suomalaisen työterveyshuollon kehitys. Teoksessa Martimo, K-P., Antti-Poika, M. & Uitti, J. 2010. Työstä terveyttä. Kustannus Oy Duodecim. WS Bookwell Oy. Porvoo.

Husman, P. & Liira, J. Työpaikka terveyden edistämisen areenana. Teoksessa Martimo, K-P., Antti-Poika, M. & Uitti, J. 2010. Työstä terveyttä. Kustannus Oy Duodecim. WS Bookwell Oy. Porvoo.

Isolauri, J. 2009. Valtaako lihavuuskirurgia sairaalat? Aikakauskirja Duodecim 2009;125(20):2245-6. Luettu 19.11.2010.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=lihavuuskirurgia

Juutilainen, I. 2004. Työterveyshoitajan käsikirja. Edita Prima Oy. Helsinki.

Karvonen, O. 1999. Prosessimalli. Käsikirja prosessien kehittäjälle. Helsingin kaupunginkanslia. Helsingin kaupungin hankintakeskus. Helsinki.

Kaukua, J. & Rissanen, A. 2006, Lihavuuden lääkehoito. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 2006. Lihavuus, ongelma ja hoito. Kustannus Oy Duodecim. 3.uudistettu painos. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Keski-Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt - ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? Duodecim 2010;126:2209-14. Luettu 08.12.2010.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99078.pdf>

Koponen, H., Saari, K., Lindeman, S., Savolainen, M., Hietala, J. & Isohanni, M. 2005. Psykoosilääkehoitoon liittyvien metabolisten muutosten seuranta. Suomen Lääkäri-lehti 2005;60(16):1795-1799. Luettu 19.11.2010.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=lihavuus

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. Painos. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Käypä hoito. 2007. Aikuisten lihavuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Luettu 17.11.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010>

Käypä hoito. 2011. Aikuisten lihavuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Luettu 24.11.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010#s7>

Laamanen, K. 2007. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona - ideasta käytäntöön. 7. painos. Otavan kirjapaino. Keuruu.

Manninen, P., Laine, V., Leino, T., Mukala, K. & Husman, K. 2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Työterveyslaitos. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.

Martimo, K-P. 2010. Yhteistyön periaatteet. Teoksessa Martimo, K-P., Antti-Poika, M. & Uitti, J. 2010. Työstä terveyttä. Kustannus Oy Duodecim. WS Bookwell Oy. Porvoo.

Mustajoki, P. 2010. Lihavuuden hoito. Lääkärin käsikirja. Luettu 19.11.2010.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=lihavuus

Mustajoki, P. 2010. Painonhallinta. Painavaa tietoa kohti kevyempää oloa. Duodecim. 1. painos. WS Bookwell Oy. Porvoo.

Mustajoki, P. 2010. Tietoa potilaalle: lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 14.12.2010.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=painonhallinta

Mustajoki, P. 2009. Tietoa potilaalle: lihavuuden leikkaushoito. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 19.11.2010.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=lihavuuskirurgia

Mustajoki, P. 2009. Tietoa potilaalle: painonhallinta - ravinnon kaloreiden vähentäminen. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 14.12.2010.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=painonhallinta

Mustajoki, P. 2008. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Kustannus Oy Duodecim. 3. painos. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 2006. Lihavuus, ongelma ja hoito. Kustannus Oy Duodecim. 3.uudistettu painos. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Mustajoki, P. & Lappalainen, R. 2001. Painonhallinta, ohjaajan opas. 1. Painos. Kustannus Oy Duodecim. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Pieni päätös päivässä. Sydänliiton ja Diabetesliiton ylläpitämä sivusto.
<http://www.pienipaatospaivassa.fi/ela.php?s=1>

Pietiläinen, K., Sane, T. & Nieminen, M., S. 2011. Lihavuuden hoidossa on terästädyttävä. Lääkärilehti. Luettu 29.3.2011.
<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000035431>

Salo-Chydenius, S. 2010. 644 Motioiva haastattelu / motivoiva toimintatapa. Päihdetyön menetelmiä ja lähestymistapoja. Luettu 14.12.2010.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/644-motivoiva-haastattelu>

Sane, T. 2009. Lihavuuden leikkaushoito. Lääkärin tietokannat. Luettu 04.01.2011.
http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/ltk/koti?p_haku=ene

Sane, T. 2006. Leikkaushoito. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 2006. Lihavuus, ongelma ja hoito. Kustannus Oy Duodecim. 3.uudistettu painos. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Sjöström, L. 2007. Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. N Engl J Med 2007; 357:741-752. Luettu 19.11.2010.

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa066254#t=article>

STM. 2004. Valtioneuvoston periaatepäätös. Työterveys 2015. Työterveyshuollon kehittämissinjat. Luettu 08.12.2010.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3670.pdf&title=Tyoterveys_2015___Valtioneuvoston_periaatepaatos_fi.pdf

STM. 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 19. Luettu 08.12.2010.

<http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>

STM. 2010. Terveyden edistäminen. Luettu 08.12.2010.

<http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>

STM. Kansanterveyden neuvottelukunta. 2007. Terveys 2015 Kansanterveysohjelma. Luettu 08.12.2010.

<http://www.terveys2015.fi/tietoa.html>

Suokas, J. 2002. Syömishäiriöiden tunnistaminen ja pääperiaatteet. Luettu 17.11.2010.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=ahmimishairio

Suomen Diabetesliitto. Diabetestietoa. Laihduttaminen ja painonhallinta.

<http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/ruoka/painonhallinta>

Suomen Työterveyshoitajaliitto. 2007. Työterveyshoitajan eettiset ohjeet. Työterveyshoitaja lehti 1/2008 s.20-21.

Swinburn, B. & Eggert, G. 2004. The runaway weight gain train: too many accelerators, not enough brakes. Luettu 14.12.2010.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC518905/>

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383. Luettu 08.12.2010.

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383?search\[type\]=pika&search\[pika\]=ty%C3%B6terveyshuolto](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383?search[type]=pika&search[pika]=ty%C3%B6terveyshuolto)

Työterveyslaitos. 2010. Mitä työterveyshuolto on? Luettu 02.01.2011.

<http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyshuolto/mita/sivut/default.aspx>

Vallenius, L., Savinainen, M. & Paavilainen, E. 2010. Työterveyshoitajan antama neuvonta ja ohjaus, katsaus kirjallisuuteen. Työterveyshoitaja lehti 2/2010 s.16-17.

Vanhala, M. 2010. Metabolinen oireyhtymä. Aikakausikirja Duodecim. Luettu 02.11.2010.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=metabolinen%20oireyhtym%E4

Vertio, H. 2010. Terveyden edistämisen arvot ja talous. Julkaisussa Vastine rahalle - kannanottoja terveyden edistämisen kustannusvaikuttavuuteen. Terveyden edistämisen keskus Ry. Luettu 08.12.2010.

http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2010/2010_011.pdf

Winell, K. 2007. Miksi hoitoketjuja ja prosessikuvauksia? Luettu 14.01.2011.

<http://www.conmedic.fi/laatupaivat/2007/winell.pdf>

PAINONHALLINTAPOLKU - työkalu työterveyshoitajille

www.diacor.fi

DIACOR

ALPPIKATU | FLAMINGO | HERTTONIEMI | ISO OMENA | ITÄKESKUS | KESKUSTA | KIRKKONUMMI
LEPPÄVAARA | PASILA | PITÄJÄNMÄKI | RUOHOLAHTI | TAPIOLA | TIKKURILA | SAIRAALA



Diacorin omistaa Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö.

Yleistä painonhallintapolusta

- ” Painonhallintapolun tavoitteena on auttaa asiakasta kiinnittämään huomio ylipainoon ja sen moninaisiin syihin, sekä auttaa työterveyshoitajaa valitsemaan yksilöllisesti sopiva hoitomuoto asiakkaan motivaation, elämäntilanteen ja tavoitteiden mukaisesti.
- ” Alleviivattu teksti tarkoittaa hyperlinkkiä lisätietoihin. Takaisin pääset painamalla nuolen kuvaa sivun alanurkasta.
- ” Painonhallintapolku antaa raamit toiminnalle, mutta +pelisilmän+käyttö asiakkaan persoona ja elämäntilanne huomioiden on enemmän kuin suotavaa.

Valitse asiakkaan painoindeksi

Onko painoindeksiö

25-30

> 30

www.diacor.fi

DIACOR

ALPPIKATU | FLAMINGO | HERTTONIEMI | ISO OMENA | ITÄKESKUS | KESKUSTA | KIRKKONUMMI
LEPPÄVAARA | PASILA | PITÄJÄNMÄKI | RUOHOLAHTI | TAPIOLA | TIKKURILA | SAIRAALA

Diacorin omistaa Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö.



Onko asiakkaallasi motivaatiota painonhallintaan?

Asiakkaan motivaatiota voidaan selvittää esimerkiksi seuraavilla kysymyksillä:

- Onko sinun mielestäsi juuri nyt sopiva hetki paneutua elämäntapamuutokseen?
- Mikä juuri nyt sinua motivoi?

KYLLÄ

EI

Onko asiakkaallasi motivaatiota painonhallintaan?

Asiakkaan motivaatiota voidaan selvittää esimerkiksi seuraavilla kysymyksillä:

- Onko sinun mielestäsi juuri nyt sopiva hetki paneutua elämäntapamuutokseen?
- Mikä juuri nyt sinua motivoi?

KYLLÄ

EI

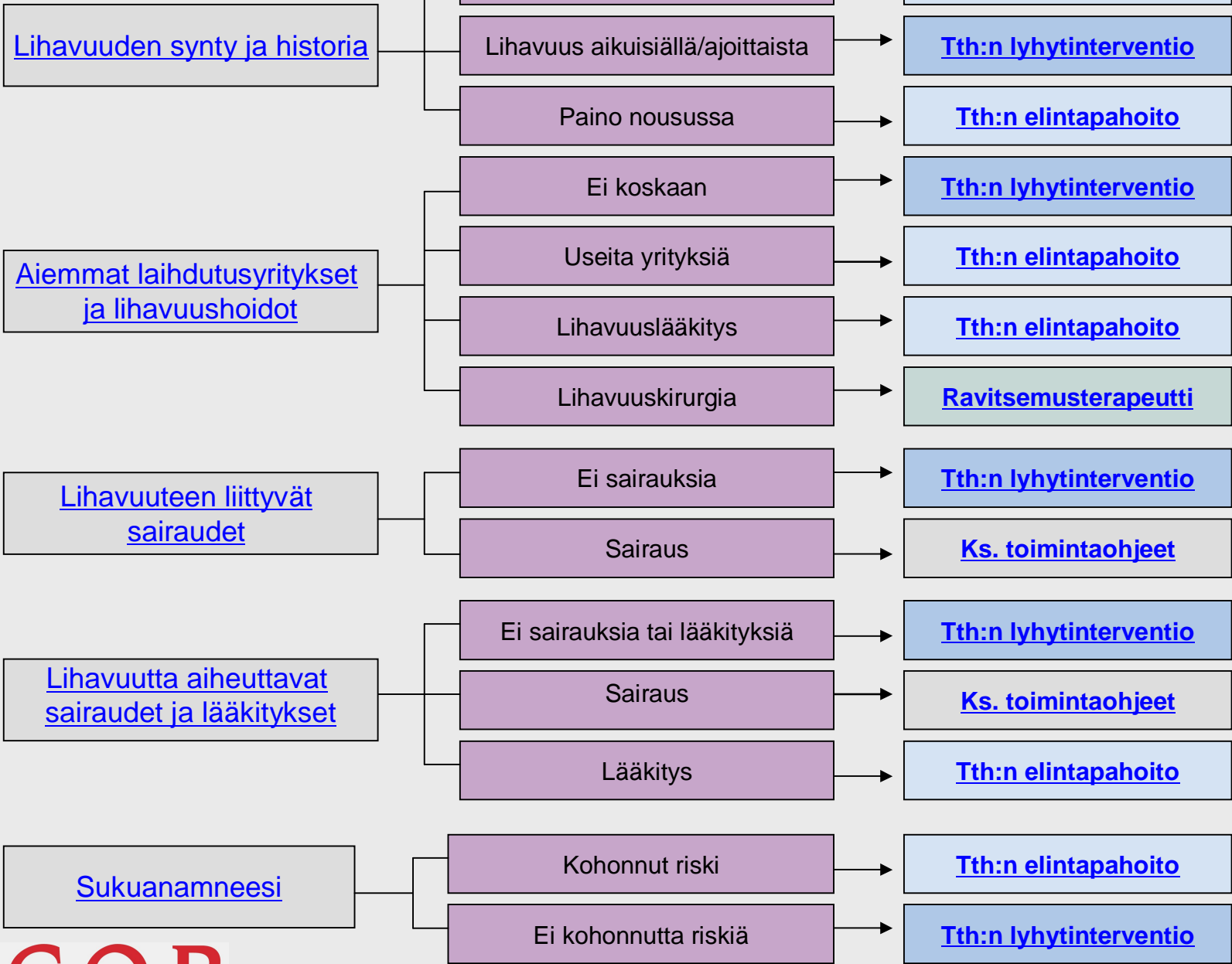
Kun motivaatio puuttuu

- ” Keskustellaan asiakkaan kanssa elämäntilanteesta ja puuttuvan motivaation syistä
- ” Kerrotaan lyhyesti lihavuuden vaikutuksista terveyteen
- ” Jos asiakkaan motivaatio edes hieman kasvaa, varataan aika [lyhytinterventioon](#)

BMI 25-30

Haastattelu,
esitiedot ja
hoidon tarpeen
kartoitus

1. käynti
90 min



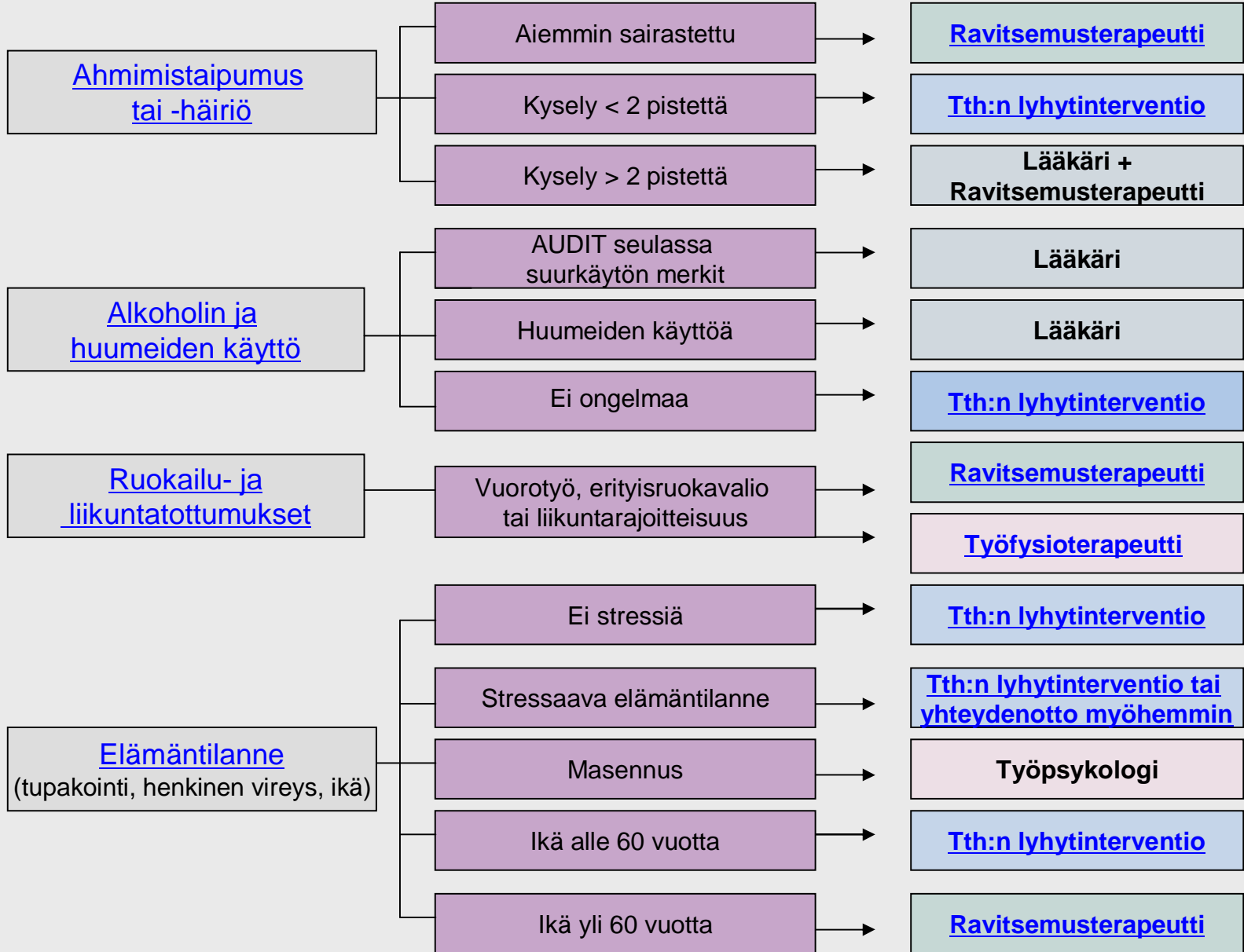
DIACOR

[Jatkuu seuraavalla sivulla](#)

BMI 25-30

Haastattelu,
esitiedot ja
hoidon tarpeen
kartoitus

1. käynti
90 min



DIACOR

[Takaisin edelliselle sivulle](#)

BMI > 30

Haastattelu,
esitiedot ja
hoidon tarpeen
kartoitus

1. käynti
90 min

[Lihavuuden synty ja historia](#)

Lihavuus lapsesta saakka

[Ravitsemusterapeutti](#)

Lihavuus aikuisiällä/ajoittaista

[Ravitsemusterapeutti](#)

Paino nousussa

[Ravitsemusterapeutti](#)

Ei koskaan

[Tth:n elintapahoito](#)

[Aiemmat laihdutusyritykset
ja lihavuushoidot](#)

Useita yrityksiä

[Ravitsemusterapeutti](#)

Lihavuuslääkitys

[Ravitsemusterapeutti](#)

Lihavuuskirurgia

[Ravitsemusterapeutti](#)

[Lihavuuteen liittyvät
sairaudet](#)

Ei sairauksia

[Tth:n elintapahoito](#)

Sairaus

[Ks. toimintaohjeet](#)

[Lihavuutta aiheuttavat
sairaudet ja lääkitykset](#)

Ei sairauksia tai lääkityksiä

[Tth:n elintapahoito](#)

Sairaus

[Ks. toimintaohjeet](#)

Lääkitys

[Ravitsemusterapeutti](#)

[Sukuanamneesi](#)

Kohonnut riski

[Ravitsemusterapeutti](#)

Ei kohonnutta riskiä

[Tth:n elintapahoito](#)

DIACOR

[Jatkuu seuraavalla sivulla](#)

BMI > 30

Haastattelu,
esitiedot ja
hoidon tarpeen
kartoitus

1. käynti
90 min

Ahmimistaipumus
tai -häiriö

Aiemmin sairastettu

Kysely < 2 pistettä

Kysely > 2 pistettä

[Ravitsemusterapeutti](#)

Tth:n elintapahoito

**Lääkäri +
Ravitsemusterapeutti**

Alkoholin ja
huumeiden käyttö

AUDIT seulassa
suurkäytön merkit

Huumeiden käyttöä

Ei ongelmaa

Lääkäri

Lääkäri

**Lääkäri +
Ravitsemusterapeutti**

Ruokailu- ja
liikuntatottumukset

Vuorotyö, erityisruokavalio
tai liikuntarajoitteisuus

[Ravitsemusterapeutti](#)

[Työfysioterapeutti](#)

Elämäntilanne

(tupakointi, henkinen vireys, ikä)

Ei stressiä

Stressaava elämäntilanne

Masennus

Ikä alle 60 vuotta

Ikä yli 60 vuotta

Tth:n elintapahoito

**Ravitsemusterapeutti
+ työpsykologi tarvittaessa**

Työpsykologi

Tth:n elintapahoito

[Ravitsemusterapeutti](#)

DIACOR

[Takaisin edelliselle sivulle](#)

Lihavuuden synty ja historia

- ” **Mistä lähtien lihavuus on ollut ongelma? Onko lihavuus ajoittaista liittyen esimerkiksi tiettyyn elämäntilanteeseen? Onko paino ollut nousussa viimeisen vuoden aikana?**
- ” Lapsuudesta saakka lihavuudesta kärsineelle asiakkaalle laihduttaminen mitä toden näköisemmin aiheuttaa suuremmat ponnistelut kuin ajoittain lihovalle ja laihtuvalle. Myös lähiaikoina tapahtuneeseen painonnousuun on syytä reagoida.

Aiemmat laihdutusyritykset ja lihavuushoidot

” Mitä dieettejä tai laihdutuskeinoja asiakas on käyttänyt, ja kuinka usein? Onko asiakkaalle ollut käytössä lihavuuslääkitys? Onko asiakkaalle suoritettu lihavuuskirurgiaa?

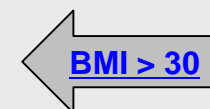
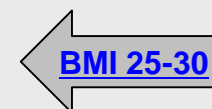
” Suomessa on tällä hetkellä myynnissä yksi reseptilääke lihavuuden hoitoon: orlistaatti (Xenical). Toinen lääke poistettiin myynnistä tammikuun lopussa 2010, koska sen oli todettu lisäävän sydänsairauksien vaaraa. Orlistaatti vaikuttaa suolessa, jossa se vähentää rasvan imeytymistä elimistöön noin 30%. Apteekeissa myydään myös itsehoitovalmiste Allia, jossa vaikuttava aine on sama. Orlistaattia siinä on yhtä tablettia kohti kuitenkin puolta vähemmän kuin Xenicalissa, jolloin sivuvaikutukset vähenevät, mutta teho myös hieman heikkenee.

” [Lisätietoa lihavuuslääkkeistä](#)

” [Lisätietoa lihavuusleikkauksesta](#)

” [Lisätietoa lihavuusleikatun ruokavaliohoidosta](#)

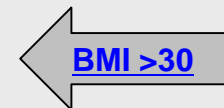
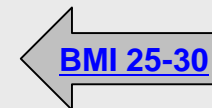
DIACOR



Lihavuuslääkkeet

- ” Lihavuuslääkitys sopii vain potilaille, joilla on motivaatiota laihtua ja muuttaa elintapojaan. Lääkitys ei yleensä ole ensisijainen hoitomenetelmä, mutta sitä voidaan käyttää silloin, kun painoindeksi on vähintään 30 (tai vähintään 28, kun potilaalla on lihavuuteen liittyviä sairauksia).
- ” Lääkkeitä voidaan käyttää paitsi laihtumiseen myös painonhallinnan tukena muuten kuin lääkkeillä toteutetun laihtumisen jälkeen. Lääkehoidon yhteydessä tulee aina antaa riittävästi ohjausta elintapojen muuttamiseksi. Orlistaattien kanssa oleellista on ruuasta saatavan rasvan määrän vähentäminen. Lääkkeen sivuvaikutuksia (ulosteiden rasvaisuus tai öljyisyys, ulostamispakko ja rasvaiset ulostetahrat) ilmaantuvat liian rasvaisen ruoan nauttimisen jälkeen. On myös hyvä huomioida, että lääkkeen lopettamisen jälkeen paino yleensä aina nousee.

DIACOR



Lihavuuskirurgia

- ” Ruotsalaisessa tutkimuksessa 2007 verrattiin lihavuuskirurgian kolmea eri menetelmää perinteisiin lihavuuden hoitoihin. Tutkimuksessa todettiin, että lihavuuskirurgialla on selkeä merkitys sekä elämänlaadun parantamisessa, että liitännäissairauksien ja kuolleisuuden vähenemisessä. Viime vuonna Suomessa tehtiin noin 400 lihavuusleikkausta. Ruotsissa määrä oli runsaat 3 000 ja Tanskassa ja Norjassa runsaat 2 000. Belgiassa lihavuusleikkauksia on tehty asukasmäärään suhteutettuna 38-kertaisesti Suomeen verrattuna.
- ” Voidaankin olettaa, että lähivuosina lihavuuskirurgia tulee lisääntymään myös Suomessa, ja työterveyshoitaja tulee kohtaamaan lihavuusleikkattuja asiakkaita vastaanotollaan. Tämä näkyy myös painonhallintaohjeistuksessa, koska lihavuuskirurgisen toimenpiteen jälkeen pitää muuttaa syömistottumuksia seuraavista syistä:
- . Ahminta ja liian nopea syöminen johtaa helposti oksennuksiin ja voi venyttää mahan yläosaan muodostettua pientä "pussukkaa". Venymisongelma liittyy etenkin pantaleikkaukseen, mutta voi ilmetä myös mahalaukun ohitusleikkauksessa
 - . Oikeilla syömistottumuksilla päästään parempaan laihtumistulokseen
 - . Vaikka ruokamäärä pienenee, siitä pitää saada riittävästi kaikkia tarpeellisia ravintoaineita

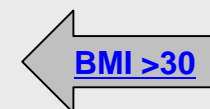
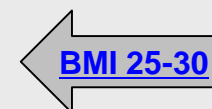
Lihavuuskirurgia

” Lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen potilaan seuranta on tärkeää, koska pitkällä aikavälillä voi esiintyä vitamiini- ja hivenainepuutoksia, ja kahden vuoden kuluttua leikkauksesta paino saattaa lähteä nousemaan. Lihavuusleikattu potilas on erikoissairaanhoidon seurannan piirissä yleensä 1. 2 vuotta, jonka jälkeen perusterveydenhuolto hoitaa vuosittaisen seurannan. Huomiota kiinnitetään seuraaviin asioihin: Painon kehitys ja BMI, oksentely ja pulauttelu, PVK, monivitamiini valmisteiden käyttö, B12-vitamiinin puute, luuston haurastuminen ja osteomalasian esto, metaboliset sairaudet ja mahdolliset, mutta harvinaiset puutostilat.

Lihavuusleikatun ruokavalio

- ” Alussa noin kuukauden ajan syödään korkeintaan 1 desilitra kerrallaan sosemaista ruokaa tukkeutumien estämiseksi. Syömiskertoja on ainakin kuusi päivässä
- ” Ruoka-annoksia suurennetaan asteittain, mutta aterian koko pidetään jatkossakin pienenä (esimerkki lounasateriasta: pieni peruna tai 1 dl perunasosetta, 1 pieni jauhelihapihvi ja 2 rkl hyvin keitettyjä vihanneksia).
- ” Kaikki ateriat nautitaan hitaasti ja ruoka pureskellaan huolellisesti. Aterioilla vältetään runsasta juomista.
- ” Runsaasti sokeria ja / tai rasvaa sisältäviä energiapitoisia ruokia ja juomia on syytä nauttia tavallista vähemmän, koska ne voivat imeytyä nopeasti ja aiheuttaa dumping oireita (huonovointisuus, sydämen tykytys, hikoilu, heikotus, vatsavaivat, pahoinvointi ja ripuli). Myös alkoholia on vältettävä.
- ” Nesteitä on juotava ainakin 1. 1.5 litraa päivässä, ja mieluiten aterioiden välillä (koskee myös maitovalmisteita).
- ” Suolen tukkeutumisriskiä lisääviä ruoka-aineita on syytä käyttää varoen. Sellaisia ovat esimerkiksi sitkeä liha, sitrushedelmien kalvot, hedelmien ja tomaatin kuoret, monet kasvikset, siemenelliset ja kovakuoriset marjat, sienet sekä leseet ja siemenet.
- ” Lääkärin määräämiä monivitamiinivalmisteita ja kalkki-D-vitamiinivalmistetta käytetään säännöllisesti.

DIACOR



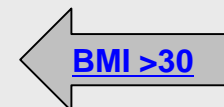
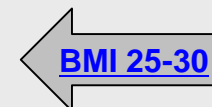
Lihavuuteen liittyvät sairaudet

- ” Astma, dementia, depressio, diabetes, hedelmättömyys ja raskauskomplikaatiot, kihti, maksasairaudet, munuaissairaudet, nivelrikko, sappi- ja haimasairaudet, syöpäsairaudet, uniapnea ja verenkiertoelimistön sairaudet.
- ” Sairastumisen riskiä lisäävät erityisesti vyötäröpainotteinen, ja varhaisessa vaiheessa alkanut lihavuus

Lihavuutta aiheuttavat lääkitykset sekä sairaudet

- ” Kilpirauhasen vajaatoiminta, Cushingin oireyhtymä, aivosairaudet, psyykenlääkkeet.
- ” Psykelääkkeistä toisen polven psykoosilääkkeet (ketiapiini, olantsapiini, risperidoni) ja tähän ryhmään usein luettu klotsapiini ovat tehokkaita, ja neurologisilta haittavaikutuksiltaan vähäisempiä kuin vanhemmat psykoosilääkkeet. Kuitenkin niiden käyttöön voi liittyä sydän- ja verisuonisairastavuutta lisääviä haittaoireita, kuten painonnousua ja veren rasva- ja sokeriarvojen nousua.
- ” Painonnousu saattaa vaikuttaa potilaan hoitomyöntyvyyteen ja aiheuttaa elämänlaadun heikkenemistä, sekä sosiaalisista kontakteista vetäytymistä. Psykoosilääkkeitä käytetään yhä useammin myös muissa indikaatioissa, kuten dementiaan liittyvissä vaikeissa käytösoireissa ja psykoottisessa masennuksessa.
- ” Ravitsemusneuvonta, säännöllinen painonseuranta ja tarvittaessa laihdutusohjelmaan osallistuminen voivat vähentää painonnousun ja aineenvaihduntamuutosten aiheuttamia haittoja, ja ovat siksi ensisijaisen tärkeitä tukimuotoja psykoosipotilaiden lääkehoidon onnistumisessa.

DIACOR



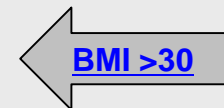
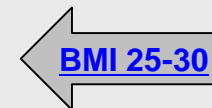
Sukuanamneesi

- ” Lihavuuden, diabeteksen ja verenpainetaudin esiintyminen lähisuvussa
- ” Tyypin 2 diabetes on lihavuussairauksista merkittävin. Sairastumisriski on 40%, jos toisella vanhemmista on tyypin 2 diabetes. Jos molemmilla vanhemmilla on tyypin 2 diabetes, sairastumisriski on 70 %.
- ” On arvioitu, että yksittäisen potilaan kohdalla noin 30-60 prosenttia verenpainetaudista olisi perinnöllisistä tekijöistä johtuvaa.

Ahmimistaipumus tai -häiriö

- ” Noin 7 % suomalaisnaisista sairastaa syömishäiriön ennen 30. ikävuottaan. Ahmimishäiriön esiintyvyys on 2,3 % ja epätyypillisten syömishäiriöiden 2,9 %. Yleisin epätyypillinen syömishäiriö on binge eating disorder (BED). BED-potilailla esiintyy ahmimista, joka aiheuttaa voimakasta psyykkistä kärsimystä, mutta ei epäasianmukaisia tyhjentäytymiskeinoja, kuten tahallista oksentamista tai runsasta liikuntaa.
- ” Ahmimistaipumusta tai -oireyhtymää voi olla vaikea tunnistaa. Lisääntyneestä tietoisuudesta huolimatta tutkimusten mukaan vuonna 2000 vain joka kuudes ahmimishäiriötä sairastavista potilaista tunnistettiin perusterveydenhuollossa.
- ” **Ahmimishäiriön tunnistamista voidaan selvittää seuraavien kysymysten avulla:**
- . **Onko sinulla usein vaikeuksia syödä hitaasti ja rauhallisesti?**
 - . **Huolestuttaako sinua ajatus, ettet enää pysty hallitsemaan syömisestäsi määrää?**
 - . **Tunnetko syyllisyyttä tai itseinhoa syötyäsi liikaa?**
 - . **Syötkö usein niin paljon ruokaa, että tunnet olosi pahoinvoivaksi?**
 - . **Hallitseeko ruoka mielestäsi elämäsi?**
- ” Jokaisesta kyllä vastauksesta annetaan yksi piste ja ei vastauksesta nolla pistettä. Mikäli asiakas saa enemmän kuin kaksi pistettä kirjoitetaan lähete ravitsemusterapeutin vastaanotolle.

DIACOR



Alkoholin ja huumeiden käyttö

- ” Mikäli AUDIT kyselyssä ilmenee alkoholin runsas käyttö, on asiakas ohjattava lääkärin vastaanotolle. Myös mikäli asiakas on huumeiden käyttäjä, ohjataan hänet lääkärin vastaanotolle.
- ” Laihduttaminen ei onnistu alkoholin suurkäyttäjillä eikä huumeiden käyttäjillä, nämä riippuvuudet hoidetaan ensin.

Ruokailu- ja liikuntatottumukset

- ” Käydään läpi sen hetkinen tilanne ja kirjataan tiedot seuraavia tapaamisia varten. Vuorotyö, erityisruokavalio ja liikuntarajoitteisuus yhdessä ylipainon kanssa aiheuttavat lisähaasteita, ja asiakkaat on syytä ohjata ravitsemusterapeutin vastaanotolle.
- ” Liikuntarajoitteiset, ja kuntoliikunnassa tukea tarvitsevat asiakkaat voivat myös hyötyä työfysioterapeutin konsultaatiosta.

Elämäntilanne

- ” Vaikeasta elämäntilanteesta aiheutuva stressi saattaa haitata laihduttamista. Mikäli laihduttamiselle ei ole riittävästi aikaa tai energiaa, voidaan sopia uusi vastaanottokäynti muutaman kuukauden päähän, tai kunnes stressaava elämäntilanne on tasaantunut.
- ” Erityistä huomiota tarvitsevat myös masentuneet asiakkaat, heidän painonhallinnan tukena voidaan käyttää työpsykologin konsultaatiota.
- ” Tupakoinnin tiedetään nopeuttavan perusaineenvaihduntaa ja vähentävän ruokahalua, ja tästä syystä tupakoinnin lopettaminen usein suurentaa painoa. Lihominen ei välttämättä ole pysyvää, mutta tämä tilannetekijä on hyvä huomioida painonhallintaa suunnitellessa.
- ” Yli 60-vuotiaiden normaali BMI on 24-29. Yli 60-vuotiaiden ruokavalioneuvonnassa on otettava huomioon ikääntymisen vaikutukset kehoon ja sen toimintaan. Tästä syystä yli 60-vuotiaat ylipainoiset on hyvä ohjata ravitsemusterapeutin vastaanotolle.

Lyhyt interventio

” **60 min vastaanotto työterveyshoitajan luona 2-3 kertaa (ensimmäinen seuranta noin 3 vkon ja toinen seuranta noin 1-3 kk päähän)**

- lihavuuden toteaminen (painon, pituuden ja vyötärön ympäryksen mittaaminen ja kirjaaminen)
- lihavuuden puheeksi ottaminen
- keskusteleminen liikapainosta ja sen merkityksestä
- laihtumisen ja painonhallinnan keinojen esittely

” [Lisätietoa motivoivasta neuvonnasta ja esimerkkikysymyksistä](#)

” [Lisätietoa lyhytinterventiossa käytettävistä materiaaleista](#)

” [Lisätietoa lyhytinterventiohoidon vaikuttavuudesta ja jatkotoimenpiteistä](#)

Motivoiva neuvonta ja esimerkkikysymyksiä

” **Motivoivan neuvonnan avulla tuetaan asiakasta itse suunnittelemaan elintapamuutoksia.**

” **Omien voimavarojen herättelyssä voidaan käyttää esimerkiksi seuraavia kysymyksiä:**

- Huolestuttaako tämänhetkinen painosi sinua?
- Mitä ajattelet painostasi?
- Oletko huomannut syitä lihomiseen?
- Mitä muutoksia elämäntavoissasi on tapahtunut kun aloit lihoa?
- Miten uskot että elämäsi muuttuisi jos olisit hoikempi?
- Mitä vaikutuksia uskot laihtumisella olevan terveyteesi?
- Onko sinun elämässäsi jotain esteitä painonpudotuksen onnistumiselle?
- Oletko aikaisemmin onnistunut pudottamaan painoasi? Millä keinoin tämä tapahtui? Voisivatko nämä muutokset jäädä osaksi pysyvää ruokavaliota tai liikuntakäyttäytymistäsi?

Lyhytinterventiossa käytettäviä materiaaleja

- ” Asiakkaan tueksi annetaan Paino hallintaan . opas ja Painon hallitsijan ABC. Asiakkaalle kerrotaan myös painonhallintaryhmien olemassaolosta, ja rohkaistaan ottamaan selvää millaisia ryhmiä esimerkiksi kotikunnan terveyspalvelut tai terveyspalveluiden ulkopuoliset tahot tarjoavat.
- ” Vastaanotolla keskustelun tukena voidaan käyttää seuraavia materiaaleja:
- ” esimerkki päivän aterioista 1200 kcal ja 1800 kcal (Diabetesliitto)
- ” monipuolisia ja terveellisiä aterioita 350 . 400 kcal ja 500 . 600 kcal (Diabetesliitto)
- ” Liikuntakortti ja [annostaulukkokortit](#)

Lyhytintervention vaikuttavuus ja jatkotoimenpiteet

- ” Osa potilaista todennäköisesti onnistuu laihduttamaan ja säilyttämään saavuttamansa painon lyhyen intervention avulla, mutta tämän hoitomuodon tehosta ei ole kontrolloituja tutkimuksia. Siksi elintapamuutoksia on hyvä tukea muutaman seurantakäynnin ajan. Asiakkaalle varataan seuranta-aika 3 viikon päähän, ja mikäli tarvetta on, vielä uusi aika edellisestä 1-3 kk eteenpäin.
- ” Seuranta- ja kontrollikäynneillä keskustellaan ruokavaliossa ja liikuntatottumuksissa tapahtuneista muutoksista, punnitaan asiakas, kirjataan paino, ja motivoivalla otteella pyritään tukemaan asiakkaan elämäntapamuutoksen pysyvyyttä.
- ” Mikäli asiakkaan paino on viimeisellä käynnillä noussut, tehdään lähete ravitsemusterapeutin konsultaatioon.

Elintapahoito

- ” Ensimmäisellä käynnillä laaditaan painonhallinnan tavoitteet ja sovitaan tapaamiskertojen määrä. Ensimmäisen käynnin ohjelmaan kuuluu myös painon, pituuden ja vyötärön ympäryksen mittaaminen ja kirjaaminen.
- ” Jatkokäynneillä punnitus (ja painon kirjaus) tapahtuvat joka kerta, vyötärön ympäryksen mittaaminen harvemmin. Mikäli asiakas on laihtunut merkittävästi liikuntaa lisäämällä, näkyy tulos nopeammin vyötärön ympäryksessä kuin painossa. Vyötärön ympäryksen mittaaminen voikin auttaa motivoimaan asiakasta.
- ” Elintapahoidon vastaanottokäyntien ensimmäisille tapaamisille on hyvä varata 60min, mutta seurantakäynneille voi riittää myös 30 min. Alussa tavataan tiheämmin (2-3 vkon välein), jatkossa harvemmin (1-3 kk).

Elintapahoito

- ” Sopiva laihdutusvauhti on noin ½ kg viikossa. Pienempikin laihtumisvauhti on mahdollinen. Asiakkaan painossa tapahtuvan muutoksen sopiva tavoite on 5. 10 %:n pysyvä pieneneminen, josta on jo suuri hyöty lihavuuteen liittyvien sairauksien hoidossa. Ohjauksen ja neuvonnan tavoitteena on pysyvä elämäntapamuutos.
- ” Verenpainetta ja seerumin laboratorioarvoja on myös hyvä seurata (tth-peruspaketti). Vaikka paino ei merkittävästi laskisikaan, tehdyt elämäntapamuutokset näkyvät todennäköisesti myös veren rasva- ja sokeripitoisuuksien kohenemisena.
- ” Mikäli painonhallinta tuottaa asiakkaalle ongelmia (motivaatio hukassa, paino nousee), voi työterveyshoitaja konsultoida ravitsemusterapeuttia myös kesken elintapahoito-ohjelman.
- ” Ravitsemusterapeutilta palaavien asiakkaiden kanssa toteutetaan elintapahoito-ohjelmaa. Mikäli ohjelman kautta saatava tuki ei ole riittävä, voi työterveyshoitaja kirjoittaa uuden lähetteen (1-3 käyntiä) ravitsemusterapeutille.

Elintapahoito

- ” Kaikille asiakkaille annetaan Paino hallintaan . opas ja [Painonhallinnan ABC](#)
- ” Vastaanottokäyntien sisällön [aihe-esimerkkejä ja muuta tukimateriaalia](#) painonhallinnan ohjaukseen
- ” Esimerkkejä asiakkaalle annettavista [kotitehtävistä](#)
- ” Asiakkaan terveydentila huomioiden voidaan jakaa myös [lisämateriaalia](#)
- ” [Motivoiva neuvonta](#)

Motivoiva neuvonta ja esimerkkikysymyksiä

” **Motivoivan neuvonnan avulla tuetaan asiakasta itse suunnittelemaan elintapamuutoksia.**

” **Omien voimavarojen herättelyssä voidaan käyttää esimerkiksi seuraavia kysymyksiä:**

- Huolestuttaako tämänhetkinen painosi sinua?
- Mitä ajattelet painostasi?
- Oletko huomannut syitä lihomiseen?
- Mitä muutoksia elämäntavoissasi on tapahtunut kun aloit lihoa?
- Miten uskot että elämäsi muuttuisi jos olisit hoikempi?
- Mitä vaikutuksia uskot laihtumisella olevan terveyteesi?
- Onko sinun elämässäsi jotain esteitä painonpudotuksen onnistumiselle?
- Oletko aikaisemmin onnistunut pudottamaan painoasi? Millä keinoin tämä tapahtui? Voisivatko nämä muutokset jäädä osaksi pysyvää ruokavaliota tai liikuntakäyttäytymistäsi?

Vastaanoton sisällön aiheita ja jaettavaa materiaalia

- ” Säännöllinen ateriarytmi (Paino hallintaan -opas s.10-11, [Hyviä välipaloja](#))
- ” [Annoskoon merkitys](#) (1200 kcal ja 1800 kcal, 350-400 kcal ja 500-600 kcal Diabetesliitto)
- ” Syömisen hallinta ja lopettaminen kun on sopivasti täynnä (Paino hallintaan . opas s.15, [Nälkä- ja kylläisyysmittari](#))
- ” Lihavuuden vaikutukset terveyteen (Paino hallintaan . opas s.4-5)
- ” [Alkoholin vaikutukset painoon](#)
- ” Lautasmalli ja erilaisten ateriavaihtoehtojen läpikäynti (Paino hallintaan . opas s.16-17)
- ” Asenteet ja painonhallinnan esteet (Paino hallintaan . opas s.6-9)
- ” [Ruokapäiväkirja](#) ja [ohjeistus ruokapäiväkirjanpitoon](#), [annostaulukkokortit](#)
- ” Ruokailutottumukset, mielihalut ja riskitilanteet syömisen hallinnassa ([Herkkupäiväkirja](#), Testaa tottumukset . lehtinen)
- ” Liikunnan merkitys painonhallinnassa (Paino hallintaan . opas s.19-23, Liikuntakortti, Askelseurantakortti)

Esimerkkejä kotitehtävistä

- ” Omien ruokareseptien tarkastelu
- ” Kasvisten ja hedelmien käyttömäärien seuraaminen
- ” Nälkä-kylläisyys mittari
- ” Mitä hyötyjä on laihduttamisesta, mitä haittoja on lihavuudesta?
- ” Oman hyötyliikunnan tarkastelu (esim. askelmittarin avulla)
- ” Ruokapäiväkirja
- ” Liikunta- ja istumapäiväkirja
- ” Pakkausmerkintöihin tutustuminen
- ” Välipala- tai herkkupäiväkirja
- ” Syömisketju (Mitkä tilanteet johtavat ylimääräiseen syömiseen?)
- ” Erehdysten kirjaaminen ja niistä oppiminen
- ” Omat vahvuudet
- ” Omat heikkoudet
- ” Oman kunnan ja lähialueiden liikuntatarjontaan tutustuminen

Ravitsemusaiheista materiaalia

- ” Valitse pehmeää rasvaa . vältä kovaa rasvaa (Diabetesliitto)
- ” Kolesteroli kohdalleen (Sydänliitto)
- ” Verenpaine kohdalleen (Sydänliitto)
- ” Valinnat kohdalleen (Sydänliitto)
- ” Paino hallintaan . syö järkevästi, laihtu pysyvästi (Ravitsemusterapeuttien yhdistys)
- ” Suolaa vain vähän (Ravitsemusterapeuttien yhdistys)
- ” Syö hyvin . ohje työikäisen ravitsemuksesta (Ravitsemusterapeuttien yhdistys)
- ” Kihtipotilaan ruokavalio (Ravitsemusterapeuttien yhdistys)
- ” Ruokavaliohoito ummetuksen hoitoon (Ravitsemusterapeuttien yhdistys)
- ” Sappipotilaan ruokavalio (Ravitsemusterapeuttien yhdistys)
- ” Keliakian ruokavaliohoito (Ravitsemusterapeuttien yhdistys)

Lähetete ravitsemusterapeutille

- ” Ravitsemusterapeutti on KEELA:n hyväksymä työterveyshuollon asiantuntija
- ” Lähetete ravitsemusterapeutille on aina KEELA luokka I
- ” Lähetete sisältää 1-3 käyntiä ja käyntien jälkeen asiakas palautuu työterveyshoitajalle tai . lääkärille
- ” Tarvittaessa voidaan kirjoittaa uusi 1-3 kerran lähetete

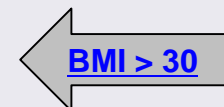
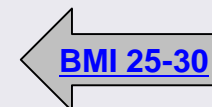
Työfysioterapeutti

- ” Työfysioterapeutti ohjaa ja neuvoa painonhallintaan liittyvissä asioissa:
 - . Liikunnan aloitus
 - ” Sopivat lajit
 - ” Harjoitusohjelmat
 - ” Harjoituspaikat
 - . Liikuntaneuvonta tuki- ja liikuntaelinoireiden yhteydessä
 - . Liikunnan terveysvaikutukset (MBO)

Lähetete työfysioterapeutille

- ” Työfysioterapeutti on Työterveyshuoltolain mukainen ja KELA:n hyväksymä työterveyshuollon asiantuntija, jonka käyttö on myös määritelty Hyvässä Työterveyshuoltokäytännössä (HTTHK)
- ” Työfysioterapeutteja on kaikilla Diacorin lääkäriasemilla
- ” Lähetteen työfysioterapeutin vastaanotolle kirjoittaa työterveyshoitaja tai työterveyslääkäri
- ” Lähetete sisältää 1-5 käyntiä ja käyntien jälkeen asiakas palautuu työterveyshoitajalle tai . lääkärille
 - . Alkukartoitus ja tavoitteiden asetus, ohjaus / ohjauskerrat, seuranta, loppuarviointi
 - . Työfysioterapeutin vastaanotto voi olla Diacorin, asiakasyrityksen tai muun ulkopuolisen tahon tiloissa.

DIACOR



Sairauden hoitotasapaino

- ” Mikäli asiakkaan sairaus on huonossa hoitotasapainossa (esim. diabetes) ohjataan asiakas ensin lääkärille ja sen jälkeen ravitsemusterapeutille
- ” Mikäli sairaus on hyvässä hoitotasapainossa, ohjataan asiakas ravitsemusterapeutille