



Nina Markuksela

YLIPAINON HOITO SÄHKÖISELLÄ PALVELULLA

YLIPAINON HOITO SÄHKÖISELLÄ PALVELULLA

Nina Markuksela
Opinnäytetyö
Kevät 2012
Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma

Tekijä: Nina Markuksela

Opinnäytetyön nimi: Ylipainon hoito sähköisellä palvelulla

Työn ohjaaja: Jukka Jauhiainen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi:

Sivumäärä: 78 + 3 liitettä

Kevät 2012

Opinnäytetyössä tutkittiin ylipainon hoitoa sähköisellä palvelulla. Työn tilaajana toimi Mawell Oy, jolta tutkimuksen aihe saatiin. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten ylipainoa voidaan hoitaa sähköisellä palvelulla sekä laatia ehdotus ylipainon hoitoon tarkoitettu sähköisestä palvelusta, joka tulisi osaksi Oulun Omahoito -portaalia.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimus. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Tutkimuksen teoriaosassa selvitettiin kirjallisuuden avulla, millä keinoin ylipainoa hoidetaan niin terveydenhuollon piirissä kuin itsenäisesti. Empiriaosassa haastateltiin sekä ylipaino-ongelman parissa työskenteleviä ammattilaisia että ylipainosta kärsiviä henkilöitä. Haastatteluin selvitettiin, miten terveydenhuollossa tarjottava ylipainon hoito toteutuu Oulun seudulla käytännössä, mitkä ovat itsenäisen ja terveydenhuollon kautta toteutettavan hoidon ongelmakohtia sekä miten näitä ongelmakohtia voidaan tukea sähköisellä palvelulla. Lisäksi haastatteluilla selvitettiin, millainen vuorovaikutus tukee ylipainon hoitoa sekä millainen sähköinen palvelu motivoi käyttäjiä ylipainon hoidossa.

Tutkimuksessa saatiin selville, että ylipainon hoito sisältää paljon sellaisia osa-alueita, joita voidaan tukea sähköisellä palvelulla. Sähköisen palvelun käyttö ylipainon hoidossa mahdollistaa sen, että hoidon vaikuttavuutta voidaan tehostaa tarjoamalla käyttäjille sellaisia työkaluja, joiden avulla hoito saadaan vastaamaan parhaiten kunkin käyttäjän henkilökohtaisia tarpeita. Sähköinen palvelu tarjoaa myös ammattilaisten ja potilaiden välille uuden hoitoprosessia tukevan kommunikaatio- ja seurantakanavan.

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että etenkin terveydenhuollon ja potilaiden välissä toimivalle sähköiselle palvelulle on selkeä tarve. Tutkimuksessa hahmoteltiin yleisellä tasolla, millainen tämän palvelun tulisi olla. Terveydenhuollossa tapahtuvaa ylipainon hoitoa, sen ongelmia ja tukemista tulisi jatkossa tutkia vielä syvällisemmin, jotta terveydenhuollon ja potilaiden väliin tulevan palvelun sisällöstä ja toiminnallisuudesta voidaan laatia yksityiskohtainen suunnitelma.

Asiasanat: Sähköiset palvelut, terveyspalvelut, itsehoito, ylipaino

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	3
SISÄLLYS	4
1 JOHDANTO	6
2 YLIPAINO-ONGELMA SUOMESSA	8
2.1 Ylipainon määrittely ja luokittelu	8
2.1.1 Painoindeksi	8
2.1.2 Vyötärön mittaaminen	9
2.2 Ylipainon esiintyvyys Suomessa	10
2.3 Ylipainon tausta ja syyt	11
2.3.1 Energiansaanti ja energiankulutus	11
2.3.2 Syyt energiatasapainon muutokseen	16
2.4 Ylipainon vaikutus terveyteen	17
3 YLIPAINON HOITO	20
3.1 Ylipainon itsenäinen ennaltaehkäisy ja hoito	20
3.1.1 Laihdutusvaihe	20
3.1.2 Painonhallintavaihe	23
3.2 Ylipainon hoito perusterveydenhuollossa	24
3.3 Sairaalloisen lihavuuden hoito erikoissairaanhoidossa	29
3.4 Yhteenveto ylipainon hoidosta	32
4 SÄHKÖISET TERVEYSPALVELUT	34
4.1 Sähköisten palveluiden merkitys terveydenhuollossa	34
4.2 Oulun Omahoito -portaali	34
5 TUTKIMUSAINEISTON JA -MENETELMIEN KUVAUS	37
5.1 Tutkimuksen tavoitteet	37
5.2 Tutkimusmenetelmät	38
5.3 Aineistonkeruumenetelmä ja aineiston käsittely	39
6 YLIPAINON HOITO SÄHKÖISELLÄ PALVELULLA	41
6.1 Ylipainon itsenäinen ennaltaehkäisy ja hoito	41
6.1.1 Itsenäisen laihdutuksen ongelmakohdat	41
6.1.2 Hoidon ongelmakohtien tukeminen sähköisellä palvelulla	44
6.2 Ylipainon hoito perusterveydenhuollossa	48

6.2.1 Hoidon käytännön toteutus	48
6.2.2 Hoidon tukeminen sähköisellä palvelulla	49
6.3 Sairaalloisen lihavuuden hoito erikoissairaanhoidossa	52
6.3.1 Hoidon käytännön toteutus	52
6.3.2 Hoidon tukeminen sähköisellä palvelulla	53
6.4 Tutkimustulosten yhteenveto	55
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	58
7.1 Tutkimuksen johtopäätökset	58
7.2 Tilaajan johtopäätökset	64
7.2.1 Palvelun rakenne	64
7.2.2 Palvelun sisältö	66
7.2.3 Palvelun toiminnallisuus	67
7.2.4 Palvelun muut ominaisuudet	68
7.2.5 Palvelun käyttö	69
7.3 Pohdinta	73
LÄHTEET	75
Liite 1. Ateriaesimerkkejä	
Liite 2. Ammattilaisen haastattelurunko	
Liite 3. Ylipainoisten haastattelurunko	

1 JOHDANTO

Lihavuudesta liitännäissairauksineen on muodostunut uusi suomalainen kansantauti. Etenkin viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana ylipainoisten osuus väestöstä on lisääntynyt huomattavasti ja sairaalloisesti lihavien määrä on moninkertaistunut. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010 -tutkimuksen mukaan vuonna 2010 itseilmoitettujen pituus- ja painotietojen perusteella arvioituna miehistä 58 % ja naisista 43 % oli ylipainoisia. (1, s. 21.)

Ylipainon ja etenkin vyötärölihavuuden on todettu kasvattavan huomattavasti riskiä sairastua useisiin eri sairauksiin, kuten aikuistyyppin diabetekseen, verenpainetautiin sekä metaboliseen oireyhtymään. Riskiä sairastua ylipainoon liitettyihin sairauksiin on mahdollista pienentää usein jo muutaman kilogramman painonpudotuksella. Tämän vuoksi ratkaisuja lihavuuden hoitoon ja ennaltaehkäisyyn on tutkittu laajasti. Vaikka osa ratkaisuista toteutetaan yhteydessä terveydenhuollon kanssa, painottuvat useat hoitomenetelmät itsenäisesti toteutettavaan elämäntapamuutoksiin. (2, s. 7–8.)

Oulun Omahoito -portaali on Oulun kaupungin asukkailleen tarjoama henkilökohtainen terveyssivusto. Omahoito-portaalin tarkoituksena on tuoda terveyteen liittyvä informaatio, neuvonta ja ohjaus mahdollisimman vaivattomasti kuntalaisten saataville ja hallittavaksi sekä tarjota suora viestintäkanava kuntalaisten ja terveydenhuollon välille. (3.) Omahoito-portaaliin ollaan lisäämässä ylipainon hoitoon ja ennaltaehkäisyyn keskittyvää osiota, jonka vuoksi on tarpeen selvittää, miten ylipainon hoitoa ja ennaltaehkäisyä voitaisiin parhaiten tukea sähköisen kanavan kautta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli laatia ehdotus uudesta ylipainon hoitoon ja painonhallintaan keskittyvästä sähköisestä palvelusta, joka tulisi osaksi Oulun Omahoito -portaalia. Tutkimuksessa otettiin huomioon ylipaino-ongelman eri asteet sekä niiden mukaiset toimenpiteet: ylipainon itsenäinen hoito ja painonhallinta lievästi ylipainoisille, havaitun ylipainon hoito yhdessä terveydenhuollon kanssa sekä sairaalloisen lihavuuden hoito erikoissairaanhoidon piirissä. Työn

teoriaosassa kartoitettiin ylipainon hoidossa ja painonhallinnassa toimiviksi havaittuja menetelmiä sekä hoidon toteutumista terveydenhuollon piirissä. Empiriaosassa haastateltiin sekä ylipainosta kärsiviä henkilöitä että ylipaino-ongelman parissa työskenteleviä ammattilaisia. Haastatteluin oli tarkoitus selvittää, mitkä asiat koetaan ylipainon hoidossa haasteellisimmiksi ja millaiset sähköisen palvelun ratkaisut voisivat auttaa selviämään näistä hoidon ongelmakohdista.

Ammattilaisia haastatteleamalla pyrittiin selvittämään, miten hoito toteutuu Oulun seudulla käytännössä, mitkä ovat hoidon ongelmakohtia ja miten hoitoprosessia voisi tukea sähköisen palvelun avulla. Samoin ammattilaisia haastatteleamalla haluttiin selvittää, mitkä ovat heidän mielestään yleisimpiä syitä laihdutuksessa epäonnistumiseen ja millä keinoin potilaiden motivaatiota pidetään yllä. Ylipainosta kärsiviä henkilöitä haastatteleamalla kartoitettiin, millaista tukea he kaipaavat niin itsenäiseen kuin terveydenhuollon piirissä tapahtuvaan laihdutukseen ja painonhallintaan. Ylipainosta kärsiviä haastatteleamalla haluttiin myös selvittää, millaisin sähköisen palvelun ratkaisuoin voitaisiin motivoida ihmisiä pitkäjänteiseen laihdutukseen, millaista sisältöä ja toiminnallisuutta palvelun tulevat loppukäyttäjät toivovat palvelulta ja millainen interaktio palvelun ja käyttäjän välillä toimisi parhaiten. Lisäksi haastattelujen avulla pyrittiin selvittämään, miten sähköinen palvelu voisi parhaiten toimia potilaan ja terveydenhuollon välissä hoitoprosessia tukien niissä tapauksissa, kun potilaalla on jo olemassa oleva hoitokontakti terveydenhuoltoon.

Koska Oulun Omahoito -portaali on Oulun kaupungin tarjoama palvelu, työssä huomioitiin vain virallisten terveystieteiden mukaiset ylipainon hoitomenetelmät eikä työssä otettu kantaa esimerkiksi erilaisiin muotidieetteihin, joiden pitkäaikaisista terveysvaikutuksista ei ole tutkittua tietoa. Tutkimuksessa ei käsitellä lasten ylipainon hoitoa, vaan esitetyt hoitomenetelmät on tarkoitettu aikuisten ylipainon hoitoon.

2 YLIPAINO-ONGELMA SUOMESSA

Lihavuudesta liitännäissairauksineen on muodostunut uusi suomalainen kansantauti. Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana ylipainoisuus on lisääntynyt ja sairaalloisesti lihavien määrä moninkertaistunut. (4, s. 3.)

2.1 Ylipainon määrittely ja luokittelu

Lihavuudella tarkoitetaan kehon normaalia suurempaa rasvakudoksen määrää. Suurin osa liiasta rasvakudoksesta kertyy ihon alle, mutta sitä voi kertyä myös muihin paikkoihin, kuten vatsaonteloon. Rasvakudoksen määrän suora mittaaminen on haasteellista, joten lihavuuden arviointi tapahtuu yleensä epäsuorin menetelmin. Yleisimmin näistä menetelmistä on käytössä painoindeksi, joka korreloi hyvin kehon rasvakudoksen määrää. Toinen usein käytetty epäsuora menetelmä on vyötärön ympäryksen mittaaminen, jonka avulla arvioidaan rasvaonteloon kertyneen rasvakudoksen määrää. (5; 6.)

2.1.1 Painoindeksi

Ylipainoa ei voida arvioida pelkän painon perusteella, sillä ihmiset ovat eripituisia. Tämän vuoksi paino on suhteutettava pituuteen. Tämä tapahtuu painoindeksin (Body Mass Index, BMI) avulla. Koska painoindeksi kuvaa hyvin ihonalaisen rasvakudoksen määrää, pidetään sitä hyvänä painon mittarina. Se saadaan laskettua jakamalla henkilön paino (kg) pituuden (m) neliöllä. Painoindeksiä tulee käyttää vain 18 vuotta käyttäneille. Tätä nuoremmilla kehon suhteet poikkeavat vielä aikuisista siinä määrin, että painoindeksin käyttö sellaiseen ei ole suositeltavaa. (7.)

Painoindeksin tarjoamat lukuarvot on jaettu eri luokkiin, jotka kuvaavat ylipaino-ongelman vakavuusastetta (taulukko 1). Normaali painoindeksi vaihtelee välillä 18,5–25; painoindeksin ollessa tällä välillä ihmisen terveys on parhaimmillaan ja vastaavasti painoindeksin ollessa näiden raja-arvojen ulkopuolella sairauksien riski suurenee. Aina painoindeksin ylittäessä arvon 25 on kysymys ylipainosta. Mikäli painoindeksi on suurempi kuin 25, mutta jää 30:n alle, henkilö on lievästi ylipainoinen. Painoindeksin ollessa yli 30 kysymys on jo merkittävästä lihavuu-

desta. Taulukossa 1 on kuvattu lihavuuden luokitus painoindeksin perusteella. (7.)

TAULUKKO 1. Lihavuuden luokitus painoindeksin (BMI, kg/m²) perusteella (8)

Lihavuuden vaikeusaste	Painoindeksi (kg/m ²)
Normaalipaino	18,5–24,9
Liikapaino (ylipaino)	25,0–29,9
Lihavuus	30,0–34,9
Vaikea lihavuus	35,0–39,9
Sairaalloinen lihavuus	40,0 tai yli

Vaikka painoindeksi kuvaa suhteellisen hyvin rasvakudoksen määrää, ei se kaikissa tilanteissa toimi moitteettomasti. Esimerkiksi terveydelle vaarallinen keskivartalolihavuus, joka on merkki vatsaontelon sisälle kertyneestä liikaravasta, ei välttämättä näy lainkaan painoindeksissä, vaan painoindeksi voi olla normaali-rajossa keskivartalolihavuudesta huolimatta. Painoindeksi ei myöskään huomioi runsaan lihaskudoksen painoa kasvattavaa vaikutusta, joten esimerkiksi ammattiurheilijoiden painoindeksi saattaa olla suhteellisen korkea, vaikka kehon rasvakudoksen määrä olisikin pieni. Myös nesteen kertyminen elimistöön ja tämän painoa kasvattava vaikutus voi aiheuttaa virheitä painoindeksiin. (7.)

2.1.2 Vyötärön mittaaminen

Ylipainoa määritellään myös vyötärön ympärysmittaa (cm) arvioimalla. Sen avulla tutkitaan, onko vatsaonteloon ja sisäelimiin kertynyt liiallista rasvakudosta. Tämä rasvakudos on terveydelle vaarallisempaa kuin ihonalaisrasva. Kansainvälisessä kirjallisuudessa merkittävän vyötärölihavuuden raja-arvo on naisilla 88 cm ja miehillä 102 cm. Kliinisessä työssä muutaman senttimetrin erolla ei ole huomattavaa merkitystä, joten raja-arvot pyöristetään usein naisilla 90 sent-

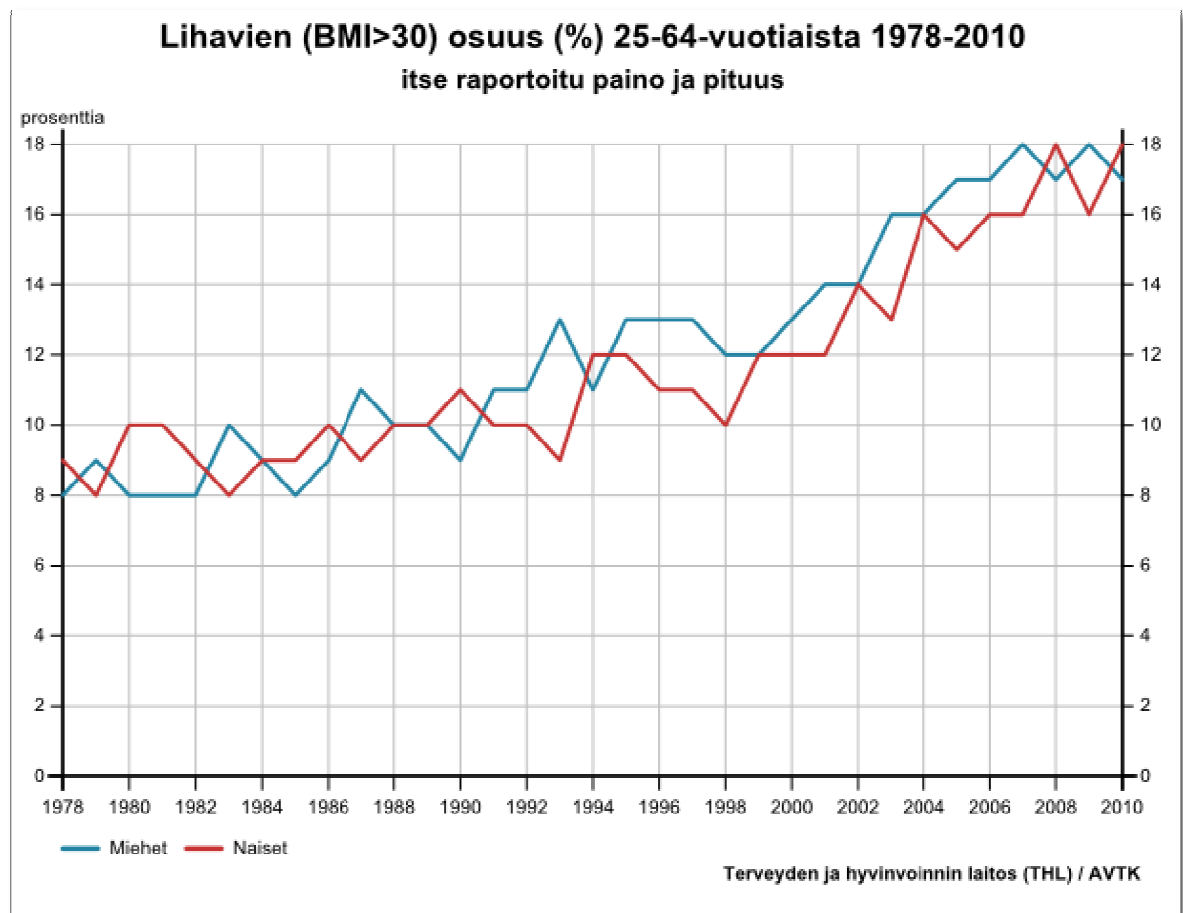
timetriin ja miehillä 100 senttimetriin. Näiden ympärysmittojen ylittyessä sydän- ja verisuonitautien sekä muiden lihavuuden liitännäissairauksien riski on suuri. Taulukossa 2 on kuvattu vyötäröympärysmittat ja niiden terveyshaitat sukupuolittain. (9.)

TAULUKKO 2. Vyötäröympärysmitta ja siihen liittyvät terveyshaitat (9)

Vyötäröympärysmitta (cm)			
	Tavoitearvo	Lievä terveyshaitta	Huomattava terveyshaitta
Miehet	< 94	94–101	> 102
Naiset	< 80	80–87	> 88

2.2 Ylipainon esiintyvyys Suomessa

Niin suomalaisten työikäisten keskimääräinen painoindeksi kuin lihavien (BMI > 30) osuus väestöstä on suurentunut 1980 luvulta lähtien. Sama trendi on nähtävissä myös 12–18-vuotiaissa nuorissa. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010 -tutkimuksen mukaan vuonna 2010 itseilmoittettujen pituus- ja painotietojen perusteella arvioituna miehistä 58 % ja naisista 43 % oli ylipainoisia (BMI > 25). Samasta tutkimuksesta käy ilmi, että vuonna 2010 25–64-vuotiaista miehistä 17 % ja naisista 18 % oli lihavia (BMI > 30). Lihavien osuus väestöstä nykypäivänä on siis lähes kaksinkertainen verrattuna 1980-luvun alkuun. Kuvassa 1 on kuvattu lihavuuden prosenttiosuudet sukupuolittain vuodesta 1978 vuoteen 2010. (1, s. 21; 10.)



KUVA 1. Lihavien prosenttiosuus 25–64-vuotiaista vuosina 1978–2010, itse raportoitu paino ja pituus (11)

2.3 Ylipainon tausta ja syyt

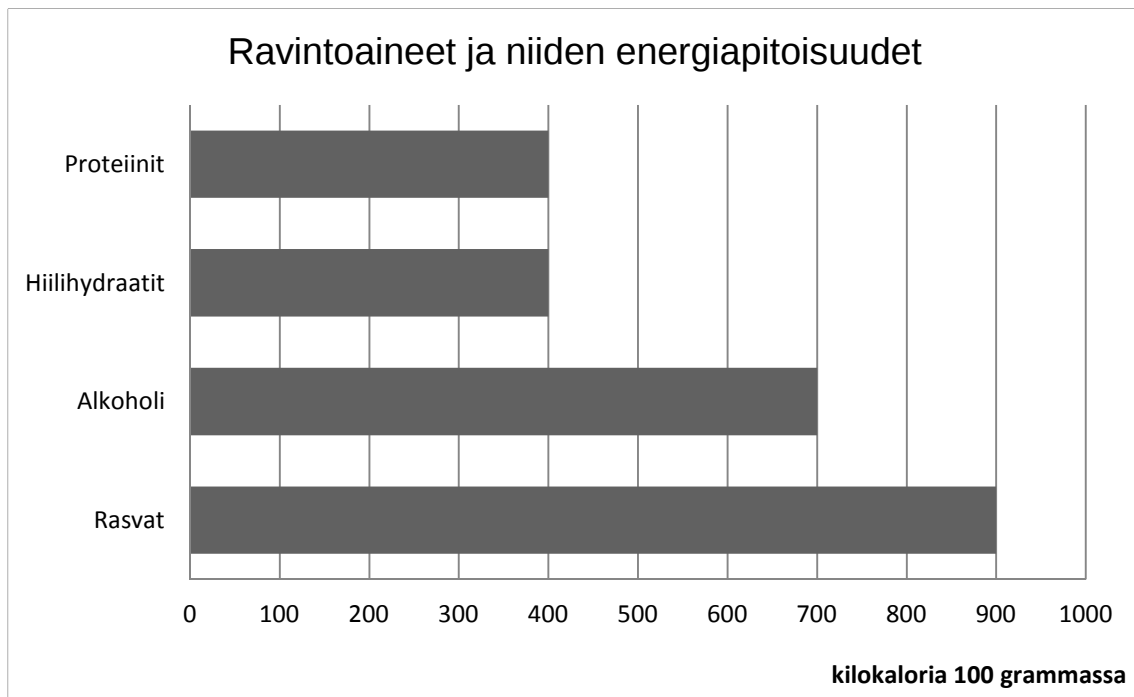
Lihomisen perimmäinen syy on pitkään jatkunut positiivinen energiatasapaino. Ihminen saa siis enemmän energiaa, kuin hän kuluttaa. Tämä ylimääräinen energia varastoituu kehoon rasvana. Energiatasapainoon vaikuttavat useat tekijät, kuten ruokavalio, liikunta, alkoholinkäyttö sekä tupakointi. (10.)

2.3.1 Energiansaanti ja energiankulutus

Elääkseen ihminen tarvitsee energiaa. Sitä saadaan niin sanotuista energiavaroaineista eli rasvoista, hiilihydraateista ja proteiineista. Näiden lisäksi myös alkoholista saadaan energiaa. (12, s. 26.)

Ravintoaineet eivät ole energiapitoisuudeltaan samanlaisia. Rasvoissa on yli kaksinkertainen määrä energiaa verrattuna proteiineihin ja hiilihydraatteihin.

Alkoholin energiapitoisuus asettuu näiden väliin. Energiapitoisuudella tarkoitetaan yhden painoyksikön sisältämää energiamäärää ja se ilmoitetaan yleensä kilokaloreina tai kilojouleina 100 grammaa kohti. Kuvaan 2 on merkitty energia-
ravintoaineiden energiapitoisuudet kilokaloreina 100 grammaa kohden.(12, s. 26, 44.)



KUVA 2. Energiaa sisältävät ravintoaineet ja niiden energiapitoisuudet (12, s. 26)

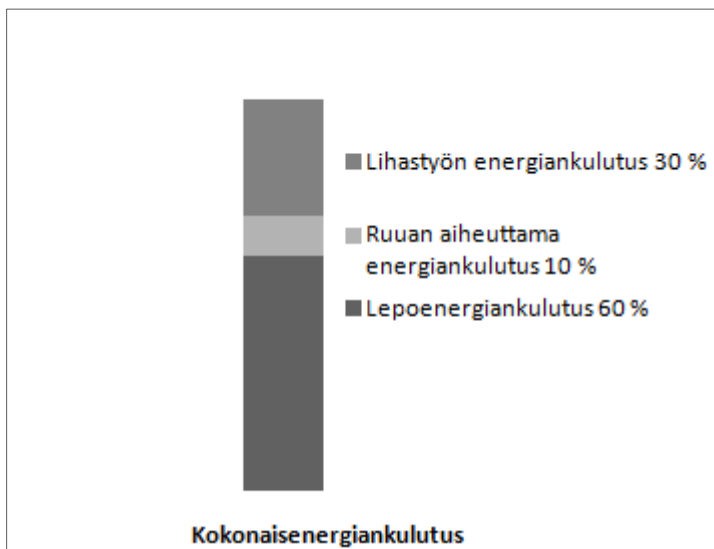
Energiaravintoaineiden lisäksi ruoka sisältää paljon muitakin ravintoaineita, jotka eivät sisällä energiaa, mutta joilla on merkitystä painonhallintaan muun muassa niiden aiheuttaman kylläisyysvaikutukseen ja nesteenkertymiseen vaikuttavien ominaisuuksiensa välityksellä. Tällaisia ravintoaineita ovat muun muassa kuidut ja suola. (12, s. 32–33.)

Energiaravintoaineet eroavat energiapitoisuutensa lisäksi myös tuottamansa aterian jälkeisen kylläisyyden eli jälkikylläisyyden kestossa. Energiaravintoaineiden jälkikylläisyysvaikutusta on tutkittu muun muassa koejärjestelyillä, joissa on verrattu, kuinka pitkään eri ravintoaineiden tuottama kylläisyysvaikutus aterian jälkeen kestää, kun aterialla on nautittu sama energiamäärä tiettyä ravinto-

ainetta. Tutkimukset mukaan heikoin kylläisyysvaikutus on rasvalla kun taas paras proteiinilla. (12, s. 42–43; 13, s. 111.)

Nautitun ruuan määrään vaikuttaa ateriakylläisyys: syöminen lopetetaan yleensä vasta silloin, kun olo on kylläinen. Tutkimusten mukaan ruuan energiapitoisuus ei vaikuta aterialla syntyvään kylläisyystunteeseen, vaan tämä tunne syntyy pääasiassa nautitun ruuan määrästä. Ihmiset syövät siis päivässä grammoina mitattuna suunnilleen saman määrän ruokaa riippumatta siitä, kuinka paljon kaloreita kyseinen ruokamäärä sisältää. Tämän johdosta ruuan energiapitoisuudella on merkittävä vaikutus painonhallintaan ja laihdutukseen: pienentämällä nautitun ruuan energiapitoisuutta saadaan päivittäistä energiansaantia alhaisemmaksi. (12, s. 43–44; 13, s. 111–112.)

Energiatasapainoon vaikuttaa energiansaannin lisäksi energiankulutus. Kokonaisenergiankulutus eli se energiamäärä, joka yhdessä vuorokaudessa kuluu, muodostuu lepoenergiankulutuksesta, ruuan aiheuttamasta energiankulutuksesta sekä lihasten käytön energiankulutuksesta. Kuvassa 3 on esitetty eri energiankulutusmuotojen osuudet kokonaisenergiankulutuksesta. (12, s. 68–69.)



KUVA 3. Energiankulutusmuotojen keskimääräiset osuudet kokonaisenergiankulutuksesta (12, s. 69)

Ihmisen perusaineenvaihdunnan energiankulutuksella eli lepoenergiankulutuksella tarkoitetaan sitä energiamäärää, joka kuluu solujen toimintaan ihmisen ollessa levossa. Solujen aktiivisuus vaihtelee suuresti kudoksittain, esimerkiksi sydän ja maksa kuluttavat painoonsa nähden paljon energiaa. Lihakset eivät levossa kuluta kovin paljon energiaa, mutta koska niitä on paljon, on niiden osuus lepoenergiankulutuksesta suuri. Myös pelkkä rasvakudos kuluttaa energiaa. Tästä johtuen ylipainoisilla ihmisillä lepoenergiankulutus on suurempi normaalipainoisiin verrattuna. Taulukkoon 3 on kuvattu eri elinten lepoenergiankulutus.(12, s. 62–63.)

TAULUKKO 3. Eri elinten lepoenergiankulutus (12, s. 62)

Elin	Elimen paino	Energiankulutus kiloa kohden päivässä	Osuus koko elimistön energiankulutuksesta
Munuaiset	0,31 kg	449 kcal	8 %
Sydän	0,33 kg	440 kcal	9 %
Aivot	1,4 kg	240 kcal	20 %
Maksa	1,8 kg	200 kcal	21 %
Lihakset	28 kg	13 kcal	22 %
Rasvakudos	15 kg	4 kcal	4 %
Muut	23 kg	12 kcal	16 %

Ruokailu kasvattaa energiankulutusta, sillä aterian jälkeen tarvitaan energiaa ruuan kuljettamiseen suolistossa, ravintoaineiden imeytymiseen sekä niiden käsittelyyn. Eri ravintoaineiden käsittelyyn kuluu eri määrä energiaa: vähiten energiankulutusta lisää rasva, eniten hiilihydraatit. (12, s. 64–65.)

Lihasten käytön energiankulutuksella tarkoitetaan kaikkea muuta tekemistä kuin rentona makaamista, sillä jo esimerkiksi pelkästään seisomiseen tarvitaan lihaksia ja se näin ollen katsotaan lihastyöksi. Yleinen tapa tarkastella lihasten

käytön energiankulutusta on verrata sitä lepoenergiankulutukseen. Tämä tapahtuu MET-luvun (metabolic equivalent) avulla. MET-luku kertoo, kuinka paljon liikunta kuluttaa energiaa lepoenergiankulutukseen verrattuna. Lepoenergiankulutuksen MET-luku on 1; MET-luku 2 tarkoittaa siis kaksinkertaista energiankulutusta lepoenergiankulutukseen verrattuna. Henkilön koko vaikuttaa liikkuesssa kulutettavaan energiamäärään, sillä suuremman massan liikuttamiseen tarvitaan enemmän energiaa. Koska MET-luku on suhteutettu lepoenergiankulutukseen, ei henkilön koko vaikuta siihen ja sitä käyttämällä voidaan vertailla eri fyysisten aktiviteettien aiheuttamaa energiankulutusta. Taulukossa 4 on listattu erilaisia aktiviteetteja ja niitä vastaava MET-luku. (12, s. 65.)

TAULUKKO 4. Erilaisten aktiviteettien rasittavuus esitettynä lepoaineenvaihdunnan kerrannaisina (MET) (14)

Aktiviteetti	MET-luku
Nukkuminen	0,9
Istuminen	1
Peseytyminen	2
Kevyt siivoaminen	2
Puutarhatyö	3
Siivoojan työ	3,5
Raskas sairaanhoitotyö	4–5
Rakennus, nostotyö	5–7
Raskaat vaiheet rakennus- ja varastotyössä	7–9
Raskas metsätyö	yli 9
Kävely 4 km/h	3
Golf kävellen, ei kantamuksia	4
Kävely 6 km/h	4–5
Kevyt pallopuoli	5–7
Juoksu 8 km/h	8
Juoksu 10 km/h	10
Soutuergometri, hyvin rasittava 200 w	12
Pyöräily 27-30 km/h	12
Hiihto, rasittava 14-18 km/h	14
Juoksu 15 km/h	15
Pyöräily yli 30 km/h	16
Kilpailunomainen kestävyysuoritus	yli 17

Ihmisten välisessä kokonaisenergiankulutuksessa on suuria eroavaisuuksia. Samankokoisten ihmisten päivittäisessä energiankulutuksessa voi usein olla jopa 1500 kilokalorin ero. Ainoa tapa merkittävästi vaikuttaa kokonaisenergiankulutukseen on lihasten käyttö, sillä lepoenergiankulutukseen ja syömisen aiheuttamaan energiankulutukseen ei huomattavasti voi itse vaikuttaa. (12, s. 69–70.)

2.3.2 Syyt energiatasapainon muutokseen

Suomalaisten energiantarve on vähentynyt jatkuvasti viimeisen 100 vuoden aikana. Vuosien kuluessa myös suomalaisten ruokavaliossa on tapahtunut tiettyjä energiansaantia pienentäviä muutoksia: kasvien ja hedelmien käyttö on huomattavasti lisääntynyt ja maitotuotteissa on siirrytty vähärasvaisiin tai rasvattomiin tuotteisiin. Myös muissa ruoka-aineryhmissä vähärasvaisten tuotteiden käyttö on huomattavasti lisääntynyt. (12, s. 12–13.)

Toisaalta useat ruokailutrendit aiheuttavat myös tavallista suuremman energiansaannin. Herkkuruokia on nykyään mahdollista syödä vaikka päivittäin, kun ne ennen kuuluivat vain juhliin. Tarjolla olevan ruokavalikoiman laajuus ja kokuhintaisuus voi myös johtaa suurempaan energiansaantiin, sillä tutkimusten mukaan usean ruokalajin valikoimasta koostuvalla aterialla saadaan enemmän energiaa kuin vähemmistä ruokalajeista koostuvalla. Myös sellaisten ruoka-aineiden käyttö, joiden tiedetään olevan erityisen epäedullisia painonhallinnan kannalta, on lisääntynyt. Näitä ovat muun muassa perunalastut sekä erilaiset pikaruuat. Samoin nykyinen elintarvikkeiden pakkaus- ja annoskokojen suureneminen vaikuttaa suurempaan energiansaantiin. (12, s. 13.)

Vaikka energiansaanti on Suomessa väestötutkimusten mukaan vähentynyt, yleistyy lihavuus siitä huolimatta. Tämä tarkoittaa sitä, että energiankulutus on vähentynyt suhteellisesti vielä energiansaantia enemmän. Suurin syy energiankulutuksen vähentymiseen on tekninen kehitys. Tämä on johtanut siihen, että ennen ihmislihaksin tehty työ hoidetaan nykyisin usein koneellisesti, jolloin energiaa ei enää kuluteta samaan malliin kuin ennen. Ruumiillinen ansiotyö on suurilta osin nykyisin kadonnut työtehtävien automatisoinnin myötä. Samoin kotityöt aina talon lämmityksestä pyykinpesuun tai ruuanlaittoon hoituvat nykyi-

sin usein pelkällä napin painalluksella, kun ne ennen vaativat osakseen ruumiillista ponnistelua. Myös liikkumisessa on tapahtunut suuria muutoksia; siinä kun ennen paikasta toiseen siirtymiseen vaadittiin ruumiillista työtä, nykyisin muun muassa autot, hissit ja liukuportaat mahdollistavat arkiliikunnan jäämisen hyvin vähäiseksi. Tekninen kehitys ei pelkästään vähennä ihmisten tarvetta käyttää omaa lihaksiaan, vaan se vaikuttaa myös osaltaan istuvan elämäntavan yleistymiseen: muun muassa televisio sekä tietokonepelit passivoivat ihmistä istumaan fyysisen aktiivisuuden sijaan. (10; 12, s. 11–12.)

2.4 Ylipainon vaikutus terveyteen

Lihavuuden ja etenkin vyötärölihavuuden on todettu lisäävän huomattavasti riskiä sairastua useisiin kansansairauksiin. Näistä sairauksista merkittävimpanä pidetään aikuistyypin (tyypin 2) diabetesta. Tämän sairauden riski myös kohoaa merkittävimmin ylipainon lisääntyessä. Normaalipainoisiin verrattuna merkittävästi lihavilla (BMI > 30) keski-ikäisillä henkilöillä sairastumisriski aikuistyypin diabetekseen on jopa 10–20-kertainen. Muita lihavuuden aiheuttamia merkittäviä sairauksia ovat muun muassa kohonnut verenpaine sekä metabolinen oireyhtymä. Taulukkoon 5 on koottu merkittävimpiä sairauksia, joita lihavuuden on todettu aiheuttavan, sekä sairastumisen riskin suuruus BMI:n ollessa yli 30. (2, s. 7–8.)

TAULUKKO 5. Sairauksien riski normaalipainoisiin verrattuna painoindeksin ollessa yli 30 (2, s. 7–8)

Sairauden riski yli 10-kertainen:
Tyypin 2 (aikuistyyppin) diabetes
Sairauden riski 2–5-kertainen:
Kohonnut verenpaine
Rasva-aineenvaihdunnan häiriöt
Metabolinen oireyhtymä
Uniapnea
Polvien nivelrikko
Kihti
Sappikivitauti
Rasvamaksa
Kohdun runko-osan syöpä
Sairauksien riski suurentunut, mutta vähemmän kuin 2-kertaiseksi:
Sepelvaltimotauti ja aivoinfarkti
Sydämen vajaatoiminta
Dementia
Naisen hedelmättömyys (infertiliteetti)
Eräät syöpämuodot (mm. vaihdevuosi-ikäisen jälkeinen rintasyöpä, paksusuolensyöpä, munuaissyöpä, ruokatorven syöpä)
Lonkkanivelten nivelrikko
Synnytysten, leikkaushoitojen ym. komplikaatiot

Myös lievässä lihavuudessa useiden sairauksien riski on kohonnut, vaikkakin lievemmin kuin vaikeammassa lihavuudessa. Lievän lihavuuden yhteydessä sairauksien riski liittyy ennen kaikkea vyötärölihavuuteen. (2, s. 8.)

Ylipainoisten kuolleisuus on lihavuudesta aiheutuvien sairauksien vuoksi normaalipainoisia suurempi. Kun painoindeksi ylittää 30, keski-ikäisten henkilöiden kuolleisuus on jo vähintäänkin kaksinkertainen verrattuna normaalipainoisiin. Mitä nuorempa lihavuus on kehittynyt, sitä suurempia ovat sairauksien ilmaantumisriski ja kuolleisuus. (2, s. 8.)

Lihavuuden on todettu heikentävän työ- ja toimintakykyä. Kun painoindeksi on yli 30, riski joutua sydänsairauksien tai tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle on yli kaksinkertaistunut. (2, s. 8–9.)

Lihavuudesta aiheutuvia sairauksia, ja täten myös kuolleisuutta, on mahdollista ehkäistä jo muutaman kilon laihduttamisella. Esimerkiksi henkilöillä, joilla on kohonnut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen, jo neljän kilogramman laihtuminen alentaa sairastumisriskin alle puoleen seuraavan neljän vuoden aikana. Samoin laihduttamalla ja painonhallinnalla voidaan tehokkaasti hoitaa lihavuuteen liittyviä sairauksia. Useissa lihavuuteen liitetyissä sairauksissa jo 5–10 %:n painon aleneminen auttaa tehokkaasti sairauden hoidossa. (2, s. 9.)

3 YLIPAINON HOITO

Laihtumisen edellytyksenä on, että energiansaanti on energiankulutusta pienempi. Laihtuakseen ihmisen tulee siis kuluttaa enemmän energiaa kuin mitä hän ravinnostaan saa. Ylipainon hoidossa keskitytäänkin tekijöihin, joilla vaikutetaan energiansaantiin ja -kulutukseen, kuten laihduttavaan ruokavalioon, ruokahalun säätelyyn ja liikuntaan. Vaikka terveydenhuolto tarjoaa apua ylipainon hoidossa, on ylipainon hoito aina myös itsenäinen prosessi ja hoidon onnistuminen on pitkälti riippuvainen ylipainoisen henkilön jokapäiväisistä valinnoista.

3.1 Ylipainon itsenäinen ennaltaehkäisy ja hoito

Ylipainon itsenäiseen hoitoon löytyy paljon tietoa niin kirjallisuudesta kuin internetistä. Tarjolla on useita erilaisia laihdutusruokavalioita ja -ryhmiä. Tässä osuudessa kuitenkin esitellään vain ylipainon itsenäiseen hoitoon soveltua laihdutusmenetelmiä, jotka on todettu toimiviksi ja ovat nykyisten terveyssuositusten mukaisia. Näin ollen muun muassa erilaisia muotidieettejä, kuten vähähiilihydraattista ruokavaliota, ei esitellä tässä tutkimuksessa ylipainon itsenäisenä hoitokeinona, sillä niiden hyödyllisyydestä ja turvallisuudesta pidemmällä aikavälillä ei ole riittävästi tutkimustuloksia.

Ylipainon hoito jaetaan yleensä laihdutus- ja painonhallintavaiheeseen. Laihdutusvaiheen tarkoituksena on alentaa painoa ja painonhallintavaiheessa keskitytään saavutetussa painossa pysymiseen.

3.1.1 Laihdutusvaihe

Laihdutusvaiheessa pyritään energiansaantia pienentämällä ja energiankulutusta kasvattamalla saamaan aikaan energiavajaus, joka johtaa laihtumiseen. Energiavajauksen suuruus määrää laihtumisnopeuden: mikäli halutaan laihtua esimerkiksi 1 kilogramma viikossa, täytyy päivittäisen energiavajauksen olla 1000 kilokaloria. (13, s. 168.)

Ennen laihdutuksen aloittamisesta on tärkeää miettiä ensin niin realistinen painotavoite, että sen voi saavuttaa. Tutkimusten mukaan ihmisillä on usein taipu-

mus pyrkii epärealistiseen painoon omaan lähtötilanteeseensa nähden, esimerkiksi huomattavasti lihavat asettavat usein tavoitteekseen pyrkiä normaali-painoon. Tällöin odotusten ja todellisuuden välillä on suuri kuilu ja epäonnistumisen todennäköisyys kasvaa. Pahimmillaan tämä voi johtaa niin suureen pettymykseen, että laihdutus lopetetaan. Painotavoitteeksi kannattaakin aluksi valita lihavuuden hoitosuosituksen mukainen 5–10 %:n painon pudotus, sillä sen saavuttaminen on useimmille mahdollista ja terveyden kannalta hyödyllistä. Mikäli tämä painotavoite saavutetaan ja tässä onnistutaan pysymään, voidaan asettaa uusi painotavoite. (12, s.184; 15, s. 42, 44.)

Tavoitetta kohden lähdetään pyrkimään elintapamuutoksilla eli ruokavalion keventämisellä ja liikunnan lisäämisellä. Elintapojen muutoksessa on tarkoitus tunnistaa vanhat tottumukset ja irtautua huonoista tottumuksista. Näiden tilalle opetellaan painon kehityksen kannalta suotuisia uusia tapoja. (15, s. 42.)

Jotta elintapojen muutoksessa onnistuttaisiin, on hyödyllistä kartoittaa nykyiset elintavat. Tämän vuoksi esimerkiksi ruokapäiväkirjan pitäminen ennen laihdutuksen aloittamista on usein hyvä idea, sillä sen pohjalta voidaan arvioida ruokavalion keskeisiä muutostarpeita ja tunnistaa lihomiselle altistavia tottumuksia, kuten esimerkiksi napostelua ja ruokavaliossa olevia hyvin energiapitoisia ruokia. Myös liikuntapäiväkirjan pito ennen laihduttamista voi olla hyödyllistä, sillä sen pohjalta voi suunnitella, miten liikuntaa voisi lisätä arkeen. (15, s. 42–43.)

Laihdutusruokavaliota noudattamalla on tarkoitus laihtua haluttu määrä muutamana kuukauden aikana. Laihdutusruokavalion teho perustuu siihen, että ruuasta saatu energian määrä on huomattavasti pienempi kuin energiankulutus. Laihtumisen nopeudeksi suositellaan enintään 0,5–1 kilogramman painon laskua viikossa, mikä tarkoittaa 500–1000 kilokalorin vähentämistä energiansaannista päivittäin. Myös vähäisemmällä energiansaannin pienentämisellä laihtuu, tällöin vain laihtumiseen kuluu enemmän aikaa. (12, s. 132; 15, s. 44.)

Terveellisen laihdutusruokavalion voi koostaa tavallisesta ruuasta, johon tehdään sellaisia muutoksia, että ruuan sisältämä energiamäärä selvästi pienenee. Muutoksia voidaan tehdä yksilöllisesti monin eri tavoin, sillä minkään yksittäisen laihdutusruokavalio-ohjeen ei ole todettu olevan muita tehokkaampi. Tauluk-

koon 6 on koottu energiansaantia pienentävän ruokavalion rakennusperiaatteet. (12, s. 132.)

TAULUKKO 6. Painoa alentavan ruokavalion keskeiset periaatteet (13, s. 174)

1. Lisätään vihannesten ja juuresten sekä marjojen ja hedelmien käyttöä ja suositaan täysjyväviljavalmisteita valkoisen viljan sijaan.
2. Vähennetään sekä näkyvän rasvan käyttöä (rasva leivän päällä) että piilorasvaa sisältävien ruoka-aineiden käyttöä (rasvassa paistettu ruoka, rasvaiset juustot, kermat ja muut maitovalmisteet, rasvainen liha, rasvaiset leivonnaiset, suklaa yms.).
3. Välitetään runsasta alkoholin sekä sokerin ja valkoisen viljan käyttöä. Ne vievät ruokavaliossa tilaa ravintosisällöltään paremmilta ruoka-aineilta.
4. Pienennetään ruoka-annoksia, mutta ei hylätä kokonaan mitään ruoka-aineryhmää.
5. Syödään päivittäin vähintään kolme ateriaa (aamupala, lounas ja päivällinen). Lisäksi voi syödä pari kevyttä välipalaa esim. päivällä ja illan-suussa.

Laihdutusruokavaliota voi koostaa kahdella eri periaatteella: joko pyritään kiinteään energiamäärään päivässä tai vähennetään aikaisemmista ruokailutottumuksista sopivasti energiaa. Kiinteällä energiamäärällä tarkoitetaan sitä, että pyritään syömään päivässä tietty energiamäärä, jonka tiedetään aina alentavan painoa. Usein tällaisen ruokavalion energiamääränä pidetään miehillä 1500:aa kilokaloria ja naisilla 1200:aa kilokaloria päivässä. Kiinteällä energiamäärällä laihtumisen suuruus on henkilön koosta riippuvainen, sillä se merkitsee erikoista energiavajausta erikokoisille ihmisille. Mitä suurikokoisempi ihminen on, sen suuremman energiavajauksen tiettyyn kalorimäärään pyrkiminen päivässä aiheuttaa ja näin ollen suurikokoinen henkilö laihtuu samalla ruokavaliolla pienikokoista enemmän. Liitteessä 1 on esimerkki painoa vähentävän ruokavalion (energiaa 1200 kcal) jakamisesta eri aterioille. (12, s. 132–133.)

Mikäli laihdutusruokavalion lähtökohtana ovat aikaisemmat ruokailutottumukset, tehdään näihin muutoksia, jotka vähentävät saatua energiamäärää esimerkiksi

500 tai 1000 kilokaloria päivässä. Tämä menetelmä johtaa yhtä suureen laihtumiseen henkilön koosta riippumatta. Tässä menetelmässä vähennetään runsaasti energiaa sisältävien ruoka-aineiden käyttöä korvaamalla niitä vähärasvaisilla kuitupitoisilla ruoka-aineilla. Osalle pelkästään tällaiset ruokavalion laadulliset muutokset eivät riitä, jolloin muutoksia on tehtävä myös ateriakokoon sekä mahdollisesti myös aterioiden ajoitukseen. (12, s. 132–133; 13, s. 174.)

Usein ylipainoiset pyrkivät laihduttamaan pelkällä liikunnalla. Liikunnalla laihtuminen on mahdollista, mutta yleensä pelkällä liikunnalla onnistutaan laihtumaan vain 2–3 kg. Liikunta on kuitenkin hyödyllistä yhdistää vähäenergiseen ruokavalioon, sillä sen avulla voidaan kasvattaa ruokavaliolla saatua laihdutustulosta muutaman kilogramman verran. Laihdutuksen aikaisella liikunnalla voidaan josain määrin pienentää laihtumisesta aiheutuvaa lihaskudoksen menettämistä. Lisäksi liikunnan lisääminen on hyvin tärkeää laihduttamalla saavutetussa painossa pysymisessä, joten jo laihduttamisen aikana on järkevää lisätä liikkumista, jota voi toteuttaa säännöllisesti laihduttamisen jälkeen. (8; 12, s. 172–173, 180.)

3.1.2 Painonhallintavaihe

Laihdutuksen jälkeinen painonhallintavaihe eli saavutetussa painossa pysyminen on tärkeä osa ylipainon hoitoa, sillä uuden painon säilyttäminen vaatii aina pysyviä muutoksia. Tämä johtuu siitä, että ihmisen laihtuessa hänen energiankulutuksensa pienenee. Tutkimusten mukaan 15 kilogramman laihtuminen vähentää päivittäistä energiankulutusta runsaat 500 kilokaloria, mikäli liikuntatottumukset ovat pysyneet ennallaan. Vastaavasti jo 5 kilogramman laihtuminen pienentää energiankulutusta noin 170 kilokaloria. Laihdutustuloksen säilyttämiseksi pienentynyt energiantarve on korvattava joko energiansaannin pysyvällä pienentämisellä tai vastaavasti energiankulutusta lisäämällä. (12, s. 74–75.)

Siirryttäessä laihdutusvaiheesta painonhallintaan ruokavaliossa on hyvä ottaa huomioon, että kokonaisenergiankulutus on pienentynyt laihdutusta edeltävästä. Ruokavaliossa on hyvä pitää mukana taulukon 6 mukaiset periaatteet. Tutkimusten mukaan rasvan vähentäminen, riittävä proteiinin saanti, kuitupitoisten ruoka-aineiden käytön lisääminen sekä säännöllinen aamupalan syönti ovat

ruokavalioon liittyviä keinoja, jotka auttavat säilyttämään laihdutustuloksen. (8; 12, s. 120.)

Liikunta on tehokas keino saavutetun painon ylläpitämisessä, sillä sen avulla voidaan nostaa energiankulutusta ja näin vastata pienentyneeseen energiantarpeeseen. Tähän tarvitaan kuitenkin kohtuullista liikuntaa, kuten reipasta kävelyä, 45–60 minuuttia päivässä. Liikkumisen ei kuitenkaan tarvitse tapahtua yhtäjaksoisesti, vaan sen voi jakaa useampaan pienempään osaan pitkin päivää eikä liikuntamuodolla ole merkitystä: esimerkiksi päivän askareiden ohessa tapahtuvan arkiliikunnan lisääminen voi pitkällä tähtäimellä toimia painonhallinnan apuna jopa tehokkaammin kuin vapaa-ajan liikunta. (12, s. 180.)

Säännöllisen painonseurannan on tutkimuksissa havaittu olevan suureksi avuksi niin ylipainon ehkäisyssä kuin saavutetussa laihdutustuloksessa pysymisessä. Säännöllisen, joko päivittäin tai vähintään viikoittain, tapahtuvan punnituksen lihomista ehkäisevän tehon uskotaan perustuvan siihen, että tällöin pienikin painonnousu huomataan nopeasti, jolloin siihen voidaan reagoida heti. (12, s. 123–125; 16.)

3.2 Ylipainon hoito perusterveydenhuollossa

Ylipainon hoito kuuluu pääasiassa perusterveydenhuollon eli terveystieteiden ja työterveyshuollon tehtäviin. Hoidon tarkoituksena on ennaltaehkäistä ja hoitaa niin lihavuuteen liittyviä kuin lihavuuden vuoksi pahenevia sairauksia sekä parantaa ylipainoisten toimintakykyä ja elämänlaatua. (8; 13, s. 272.)

Koska ylipaino on niin yleistä, ei läheskään kaikille ylipainoisille ole mahdollista tarjota hoitoa terveydenhuollossa, vaan hoitoon on valittava ne tapaukset, joille laihduttaminen ja painonhallinta ovat terveyden kannalta erityisen hyödyllistä ja jotka ovat motivoituneita hoitoon. Käypä hoito -suosituksen mukaan hoitoon valinnan perusteita ovat lihavuuden aste, vyötärölihavuus, lihavuuden liitännäissairaudet tai niiden riski, diagnoosin ajankohta sekä potilaan ikä. Potilaan katsotaan hyötyvän lihavuuden hoidosta erityisesti silloin, kun ylipainoa on paljon tai siihen liittyy vyötärölihavuutta, sillä tällöin liitännäissairauksien riski on suurentunut. Hoidon katsotaan hyödyttävän erityisesti myös niitä potilaita, joilla on jo

lihavuuteen liittyviä liitännäissairauksia, joihin laihduttamalla voidaan vaikuttaa. Myös ne potilaat, joilla on vasta todettu laihduttamisella paraneva sairaus, kuten tyypin 2 diabetes tai sen esiaste, pääsevät yleensä perusterveydenhuollon hoidon piiriin, sillä hoito on otollista aloittaa sairauden diagnosoinnin yhteydessä. Lisäksi potilaan ikä vaikuttaa hoitoon pääsyssä, sillä mitä nuorempi potilas on, sitä tärkeämpänä pidetään lihomisen ehkäisyä ja lihavuuden hoitoa. Yksi ehkä tärkeimmistä hoitoon valinnan perusteista on potilaan oma motivaatio: koska hoitoa tarvitsevia potilaita on niin paljon, hoitoresurssit kannattaa käyttää sellaisiin potilaisiin, jotka ovat valmiita muuttamaan elämäntapojaan hoidon edellyttämällä tavalla. (8.)

Kun potilas hakeutuu ylipainon, sen liitännäissairauksien tai vaaratekijöiden vuoksi hoitoon, täytyy hänelle valita sopiva hoitomuoto. Hoitomuodon valintaan vaikuttavat niin lääketieteelliset seikat kuin terveydenhuollon yksikön käytettävissä olevat resurssit. Potilaalle ei määrätä lihavuuden hoitoa, vaan hänelle annetaan tietoa hänelle sopivista hoitomahdollisuuksista ja kerrotaan, mitkä hoitovaihtoehtoista tulevat kyseeseen hänen tapauksessaan. Näiden tietojen pohjalta potilas saa itse valita hänelle parhaiten sopivan hoitomenetelmän. Lihavuuden hoitomenetelmät sekä niiden valintaperusteet on kuvattu taulukossa 7. (8; 13, s. 165.)

TAULUKKO 7. Lihavuuden hoitomenetelmän valintaperiaatteet (++) ensisijainen, + mahdollinen hoitomuoto) (8)

Painoindeksi (BMI) ja lisätekijät	Elintapa-hoito (ryhmä)	ENED1) ja elintapahoito (ryhmä)	Lääkitys + elintapa-hoito	Leikkaus + elintapa-hoito
BMI 25–29,9 kg/m ²				
Lisäksi vyötärölihavuus tai liitännäissairauksia2)	++		+3)	
BMI 30–34,9 kg/m ²	++	+	+	
Lisäksi liitännäissairauksia2)	++	+	+	
BMI 35–39,9 kg/m ²	++	+	+	
Lisäksi liitännäissairauksia2)	++	+	+	+
BMI 40 kg/m ² tai yli	++	+	+	+
1) ENED = erittäin niukkaenerginen dieetti 2) Tyypin 2 diabetes tai sen esiaste, kohonnut verenpaine, metabolinen oireyhtymä, rasvamaksa, uniapnea, kantavien nivelten nivelrikko, munasarjojen monirakkulatauti (PCOS) tai muita lihavuuden liitännäissairauksia. 3) BMI vähintään 28 kg/m ²				

Elintapahoito on lihavuuden hoitomuoto, jossa potilaalle tarjotaan useita hoitokertoja. Hoito voi tapahtua joko ryhmässä tai yksilöllisesti. Ryhmä- ja yksilöohjauksen uskotaan olevan yhtä tehokkaita, mutta hoito pyritään toteuttamaan ryhmässä aina, kun tämä on mahdollista, sillä ryhmäneuvonnan kustannukset ovat yleensä pienemmät. Hoidon tavoite on saavuttaa elintapamuutoksin vähintään 5 %:n painon aleneminen ja saavutetun painon ylläpito. Elintapahoidon ohjauksetojen määrä riippuu lihavuuden vaikeusasteesta, liitännäissairauksista sekä terveydenhuollon yksikön käytössä olevista resursseista. Yleensä hoitokertoja on 5–15. Hoidossa kiinnitetään painon alentamisen ohella huomiota niin lihavuuden liitännäissairauksien sekä niiden vaaratekijöiden hoitoon, terveellisten elämäntapojen omaksumiseen kuin toimintakyvyn ja kunnon ylläpitoon. Elintapahoidon osatekijät ja periaatteet ovat kuvattu taulukkoon 8. Kuten taulukosta 8 huomataan, ovat elintapahoidon ruokavalio- ja liikuntaohjeistukset luvun 3.1 yleisten terveyssuositusten mukaisia. Näiden lisäksi tärkeä osa elintapahoitoa on potilaan ohjaus käyttäytymismuutokseen, jonka keskeisiä ohjausmenetelmiä

on muutosaikeen muodostaminen, muutoksen toteuttamisen suunnittelu ja seuranta sekä tietoisten ja selkeiden tavoitteiden asettaminen. Näiden lisäksi potilasta ohjataan syömisen hallinnassa. (8.)

TAULUKKO 8. Lihavuuden elintapahoidon osatekijät ja periaatteet (8)

Ohjauksen sisältö	Keskeiset tavoitteet
Potilaan tilanteen kartoittaminen ja muutosten edistäminen	- Tunnistetaan muutostarpeet - Kartoitetaan muutosta tukevia tekijöitä ja voimavaroja - Käsitellään muutoksen mahdollisia esteitä ja pysyvyyttä uhkaavia tekijöitä (esim. muutokseen liittyvät asenteet, tunteet, toiveet) - Ohjataan käyttämään soveltuvia käyttäytymisenmuuttamistekniikoita
Syömisen hallinta	- Ohjataan potilasta syömisen ja painonhallintaa tukevissa tottumuksissa, joista tärkeimpiä ovat - Säännöllinen ateriarytmi - Annoskoon säätely (esim. pieni lautanen) - Turhien houkutusten välttäminen (esim. ei osteta kotiin runsasenergisii naposteluruokia)
Ruokavalion energiamäärän vähentäminen ja ravitsemuksellisen riittävyyden turvaaminen	- Vältetään runsaasti tyydyttynyttä (kovaa) rasvaa sekä nopeasti imeytyviä (valkoisia) hiilihydraatteja sisältäviä ruokia - Valitaan tilalle vesi- ja kuitupitoisia ruokia (kasviksia, marjoja, hedelmiä ja täysjyväviljaa) - Vältetään sokeri- ja alkoholipitoisia juomia - Turvataan tärkeiden ravintoaineiden riittävä saanti (proteiini, kuitu, vitamiinit, kivennäisaineet, välttämättömät rasvahapot eli pehmeä rasva) - Vältetään yksipuolisia muotidieettejä
Fyysisen aktiivisuuden lisääminen	- Päähuomio kiinnitetään päivittäisen fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen (hyöty-, arkiliikunta) - Laihduttamisen aikana suositellaan kohtalaisen kuormittavaa liikuntaa (esim. reipasta kävelyä) 45–60 minuuttia päivässä. - Laihdutuksen jälkeisen painonhallintavaiheen aikana on hyvä pyrkiä liikkumaan kohtalaisen kuormittavalla teholla jopa yli 60 minuuttia päivässä - Lihavuuden terveysriskien vähentämiseksi ja liikunnan muiden terveyshyötyjen saavuttamiseksi jo 30 minuuttia päivässä kohtalaisen kuormittavaa liikuntaa on hyödyksi, vaikka tämä määrä ei juuri auta itse laihtumisessa.

Kaikki perusterveydenhuollon lihavuuden hoitoon tarjoamat menetelmät pohjautuvat taulukon 7 mukaisesti elintapahoitoon. Elintapahoidon tukena on mahdollista käyttää lisäksi muita tukitoimia. Näitä ovat erittäin niukkaenerginen dieetti ja lääkehoito. Hoitokeinojen viimeinen vaihtoehto, lihavuusleikkaus, on kuvattu luvussa 3.3.

Erittäin niukkaenerginen dieetti sisältää korkeintaan 800 kilokaloria energiaa vuorokaudelta kohden. Jotta näin pienellä energiamäärällä turvataan kaikkien välttämättömien ravintoaineiden saanti, toteutetaan ENE-dieetti ravintovalmisteella, johon on tiiviissä muodossa lisätty tarvittavat ravintoaineet. ENE-dieetti on kehitetty korvaamaan kaikki päivän ateriat, mutta ravintovalmisteiden lisäksi dieetin aikana saa nauttia vähän energiaa sisältäviä kasviksia ja juureksia. Dieettiä toteutetaan yhtäjaksoisesti terveydenhuollon ammattilaisen ohjauksessa ja sen kesto on yleensä 6–12 viikkoa. Yleensä dieetin aloitus ajoitetaan laihdutusohjelman alkuun. (12, s. 133–134.)

Elintapahoidon tueksi voidaan aloittaa lääkehoito, mikäli potilaalla on motivaatiota laihduttaa ja muuttaa elintapojaan. Sen käytön aloittamisen ehtona on, että potilaan painoindeksi on vähintään 30 kg/m^2 tai 28 kg/m^2 , mikäli potilaalla on lihavuuden liitännäissairauksia. Mikäli lääkehoito tuottaa hyvän tuloksen, voidaan sen käyttöä jatkaa laihdutustuloksen ylläpitämiseen riittävän pitkään, jopa elinikäisesti. Suomessa ainoa lihavuuden hoitoon tarkoitettu lääke on orlistaat. (8.)

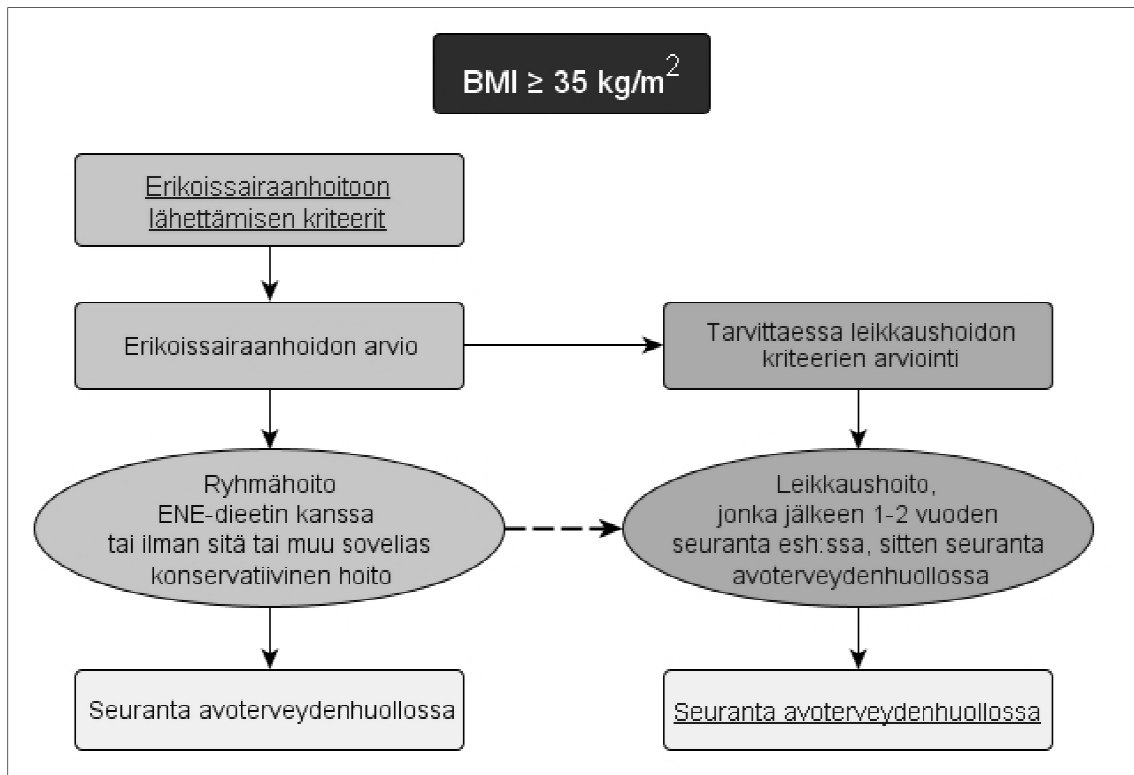
Lihavuuden yleisyyden vuoksi lihavuuden elintapahoitoa ei ole mahdollista tarjota kaikille painonhallintaohjelmaa tarvitseville. Tämän vuoksi on kehitetty lyhyt-interventio-ohjelmia painonhallintaan. Kaikki potilastyötä tekevät terveydenhuollon ammattilaiset voivat toteuttaa lyhytintervention. Siihen kuuluu asian ottaminen potilaan kanssa puheeksi, lihavuuden mittaaminen sekä ylipainosta ja sen terveysvaikutuksista keskusteleminen. Potilaalle esitellään laihdutuksen ja painonhallinnan keinoja sekä terveydenhuollon palveluja näiden toteuttamiseksi. Potilaalle myös tarjotaan kirjallista oheismateriaalia elintapamuutosten tueksi. Intervention toteutumista on mahdollista tarvittaessa tukea parilla seuranta-käynnillä. (8; 13, s. 273.)

3.3 Sairaalloisen lihavuuden hoito erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidossa hoidetaan potilaita, joiden lihavuuden aste on sairaalloinen (BMI > 40), sekä potilaita, joiden lihavuuden aste on vaikea (BMI > 35) ja siihen liittyy liitännäissairauksia, kuten esimerkiksi tyypin 2 diabetesta, kohonutta verenpainetta, uniapneaa, kantavien nivelten nivelrikkoa tai munasarjojen monirakkulatautia. Mikäli nämä kriteerit täyttyvät, voidaan potilas ohjata erikoissairaanhoidon arvioon. (8.)

Erikoissairaanhoidossa sairaalloisen lihavuuden hoito etenee pääosin Käypä hoito -suosituksen mukaisesti (kuva 4). Tarjolla olevat hoitokeinot ja toimintamallit kuitenkin vaihtelevat alueittain: osassa sairaanhoitopiireissä sairaalloista lihavuutta hoidetaan vain lihavuusleikkauksella ja siihen liittyvällä ohjauksella, kun taas joissain sairaanhoitopiireissä sairaalloisen lihavuuden hoitoon on leikkauksen ohella tarjolla myös konservatiivisia hoitomuotoja, kuten teholaihdutusryhmiä ja ravitsemusterapeutin yksilöohjausta. (8; 17, s. 2275; 18.)

Tarjolla olevien hoitomuotojen eroavaisuuksista huolimatta hoitoprosessi etenee pitkälti kuvan 4 mukaisesti. Erikoissairaanhoitoon saapuessaan potilas arvioidaan sopivan hoitomuodon löytämiseksi. Mikäli potilas on halukas lihavuusleikkaukseen, kartoitetaan potilaan soveltuvuutta leikkaukseen. Tällöin arvioidaan, täyttääkö potilas leikkaushoidon kriteerit ja löytyykö leikkaukselle vasta-aiheita (taulukko 9). Leikkaushoito ei kuitenkaan ole koskaan lihavuuden ensisijainen hoitomuoto, vaan sitä ennen lihavuutta tulee yrittää hoitaa muin keinoin (taulukko 7, luku 3.2). Leikkaushoidon kriteereissä mainittu asianmukainen edeltävä konservatiivinen hoito voi Käypä hoito -suosituksen mukaan olla esimerkiksi terveydenhuollon yksikön toteuttama laihdutusryhmähoito tai riittävän pitkä (6 kuukautta) yksilöllinen hoito, joka on johtanut vähintään 7 %:n laihtumiseen ja elämäntapamuutoksiin, mutta jonka tulos ei ole riittävä terveyden kannalta tai saavutetussa painossa ei olla pysytty. Saadusta hoidosta ei saisi olla kulunut yli viittä vuotta. (8; 17, s. 2276; 18.)



KUVA 4. Hoitoprosessi painoindeksin ollessa yli 35 kg/m² (19)

Mikäli leikkaushoidon kriteerit täyttyvät, siirretään potilas lihavuusleikkausjonoon. Vaihtoehtoisesti potilas voidaan erikoissairaanhoidon arvion perusteella ohjata ryhmähoitoon tai muuhun konservatiiviseen hoitoon, jonka jälkeen hän siirtyy joko leikkausjonoon tai takaisin avoterveydenhuollon seurantaan. Sairaaloisen lihavuuden konservatiiviset hoitokeinot, kuten esimerkiksi elintapahoito joko erittäin niukkaenergisellä dieetillä tai ilman, ovat samoja kuin lievemässä lihavuudessa (taulukko 7). Näiden hoitomuotojen toteutus on kerrottu luvussa 3.2. (8.)

TAULUKKO 9. Lihavuuden leikkaushoidon aiheet ja vasta-aiheet (13, s. 256)

Aiheet	Vasta-aiheet
Painoindeksi $> 40 \text{ kg/m}^2$ ($> 35 \text{ kg/m}^2$, jos laihtumista edellyttävä sairaus)	Lihavuuden syy on vaikea syömishäiriö tai alkoholin runsas käyttö
Ikä 18–60 (65) vuotta	Potilas ei ole yhteistyökykyinen
Hyvin toteutetut konservatiiviset hoito-yritykset ovat epäonnistuneet	Ruokatorven sairaudet
Potilas ymmärtää leikkauksen merkityksen ja sitoutuu leikkauksen vaatimuksiin	Aktiivi ulkustauti tai helikobakteeri-infektio
	Palleatyrä (mahapantaleikkaus)
	Tulehduskipulääkkeiden jatkuva käyttö

Leikkausta edeltävät toimenpiteet vaihtelevat sairaaloittain ja leikkausta edeltävät tutkimukset ja konsultaatiot ovat hyvin erilaisia. Kuitenkin aina ennen leikkausta varmistetaan, että potilas ymmärtää leikkauksen merkityksen ja on kykenevä muuttamaan pysyvästi ruokailutottumuksiaan leikkauksen vaatimalla tavalla. Monissa paikoissa potilaille järjestetään leikkauksen jälkeisistä elämäntapamuutoksista ohjausta, jossa käydään läpi muun muassa leikkauksen jälkeisten aterioiden kokoa ja syönnin nopeutta esimerkkien avulla. Ennen leikkausta potilaille annetaan asiantuntevaa ohjausta ENE-ruokavalion toteuttamisesta, sillä yleisesti leikkausta edeltävinä viikkoina potilaan tulee olla vähäenergisellä ruokavaliolla, jonka kesto on 2–6 viikkoa sairaalan ohjeiden mukaisesti. (8; 13, s. 257; 17, s. 2277.)

Lihavuuden leikkaushoidolla pyritään joko rajoittamaan ravinnon nauttimista tai vähentämään sen imeytymistä. Tavallisin leikkausmenetelmä Suomessa on mahalaukun ohitus, joka rajoittaa kerralla syötävän ruuan määrää sekä vähentää ruokahalua. Toisinaan leikkausmenetelmänä käytetään myös mahalaukun kavennusta, joka vaikuttaa ensisijaisesti syötävää ruokamäärää rajoittamalla. Muita lihavuuden leikkaushoidossa käytettäviä menetelmiä ovat pantaleikkaus,

sappi- ja haimanesteiden ohitus ja pohjukaissuolen vaihto, mutta näitä leikkauksia ei tehdä Suomessa juuri ollenkaan. (8; 13, s. 253.)

Leikkauksen jälkeinen seurannan toteutus ja kontrollikäyntien määrä ja ajankohdat sekä seurannasta vastaava taho (sisätautien tai kirurginen yksikkö, ravitsemusterapeutti ynnä muut) vaihtelevat sairaaloittain. Yleisesti ottaen leikkauksen jälkeiseen seurantaan kuuluu aina potilaan tilan (muun muassa paino, liitännäissairaudet, syömisen sujuminen, leikkaushaavat) arvioiminen sekä erilaisten laboratoriokokeiden otto. Heti leikkauksen jälkeen potilaalle kerrataan leikkauksen jälkeisen syömisen ohjeistusta joko ravitsemusterapeutin tai potilaan hoitoon perehtyneen sairaanhoitajan kanssa. Kotiutusvaiheessa potilaalle määrätään monivitamiinivalmiste pienentyneiden ruoka-annosten ja laihtumisen mahdollisesti aiheuttamien hivenaine- ja vitamiinipuutosten ehkäisyksi. Ensimmäinen leikkauksen jälkeinen kontrollikäynti järjestetään 1–2 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Tällöin arvioidaan toteutunutta syömistä, painon kehitystä ja oksentelun esiintymistä. Tämän jälkeen seurantakäynnit tapahtuvat sairaanhoidopiiriin käytäntöjen mukaan 3–6 kuukauden välein ensimmäisen 2 vuoden ajan leikkauksesta. Tämän jälkeen kontrollikäynnit toteutuvat yleensä vuosittain, kunnes leikkauksesta on kulunut 5 vuotta. Aluksi kontrollit tapahtuvat erikoissairaanhoidossa ja siirtyvät perusterveydenhuollon puolelle tavallisesti 1–2, toisinaan jopa 3, vuoden kuluttua leikkauksesta. (4, s. 168–170; 13, s. 257; 20.)

3.4 Yhteenveto ylipainon hoidosta

Ylipainon hoitoon tarjolla olevat palvelut vaihtelevat terveydenhuollossa alueittain sekä käytettävissä olevien resurssien mukaan. Ylipainon hoito pohjautuu kuitenkin aina useita ohjauskertoja sisältävään elintapahoitoon. Hoidon tavoitteena on elintapamuutoksin saavuttaa vähintään 5 %:n painon aleneminen ja saavutetun painon ylläpito. Elintapahoidolla puututaan ylipainoon johtaneisiin syihin kokonaisvaltaisesti. Hoidon osa-alueita ovat käyttäytymismuutosten ohjaus, syömisen hallinta, ruokavalion energiamäärän vähentäminen ja fyysisen aktiivisuuden lisääminen. Elintapahoitoon voidaan liittää muita laihtumista tukevia hoitomenetelmiä, kuten erittäin niukkaenerginen dieetti, lääkehoito sekä lihavuusleikkaus.

Onnistunut ylipainon itsenäinen hoito ja laihdutustuloksessa pysyminen edellyttää pitkälti samoihin asioihin puuttumista kuin elintapahoidossa. Erona on se, että elintapahoitoa saaville potilaille annetaan ohjausta ja tukea muutosten tekemiseen ja heidän menestystään seurataan, kun taas itsenäisesti laihduttavat joutuvat hankkimaan kaiken tiedon itsenäisesti ja vastaavat onnistumisesta vain itselleen. Ylipainon hoitoa voidaankin pitää pitkälti itsenäisenä prosessina, oli henkilöllä hoitokontakti terveydenhuoltoon tai ei, sillä hoidon onnistuminen edellyttää pysyviä muutoksia elintapoihin ja on riippuvainen pienistä jokapäiväisistä valinnoista.

4 SÄHKÖISET TERVEYSPALVELUT

4.1 Sähköisten palveluiden merkitys terveydenhuollossa

Sähköiset terveydenhuoltopalvelut kattavat kaikki ne tieto- ja viestintätekniikkaan perustuvat välineet, joita käytetään niin sairauksien ehkäisyssä, diagnosoinnissa ja hoidossa kuin terveydentilan seurannassa ja elämäntapojen hallinnassa. Sähköiseen terveydenhuoltoon kuuluu muun muassa kommunikaatio potilaiden ja terveyspalveluiden tuottajien välillä, tietojen vaihto terveydenhuollon ammattilaisten kesken ja tietojen siirto laitoksesta toiseen sekä potilaiden välinen vertaistuki. Terveysalan tietoverkot, sähköiset potilastietokannat, etälääketieteen palvelut sekä potilaiden seurantaan ja tukemiseen käytettävät henkilökohtaiset mukana kuljetettavat viestivät järjestelmät ovat kaikki osa sähköisiä terveydenhuoltopalveluita. Näiden avulla terveydenhoitojärjestelmistä pyritään tekemään ihmiskeskeisempiä sekä parantamaan terveydenhoitoalan tehokkuutta sekä toimintatapojen kestävyyttä. (21.)

4.2 Oulun Omahoito -portaali

Oulun Omahoito on Oulun kaupungin asukkailleen tarjoama henkilökohtainen terveyssivusto (kuva 5). Keskeisiltä osin sähköisen asioinnin järjestelmä perustuu Mawell S7 -omahoidon ratkaisuihin. Oulun Omahoito -palvelu otettiin ensimmäiseksi käyttöön Kaakkurin teknologiaterveysasemalla helmikuussa 2008 ja sen käyttö laajeni koko Oulun kaupungin kattavaksi vuonna 2011. (3; 22.)



KUVA 5. Oulun Omahoito (23)

Omahoito-portaalin tarkoituksena on tuoda terveyteen liittyvä informaatio, neuvonta ja ohjaus mahdollisimman vaivattomasti kuntalaisten saataville ja hallittavaksi. Palvelu tarjoaa suoran viestintäkanavan kuntalaisten ja terveydenhuollon välille: palvelun kautta käyttäjä voi esimerkiksi lähettää viestejä sekä omia kotimittaus tuloksiaan terveydenhuollon ammattilaisille. Palvelun tavoitteena onkin edistää kansalaisten omatoimista sairauksien hoitoa ja seurantaa. (3.)

Oulun Omahoito -portaali tarjoaa käyttäjilleen useita palveluita niin sairauksien itsenäiseen hoitoon kuin ennaltaehkäisyyn. Palveluun voi esimerkiksi syöttää erilaisten kotimittausten, kuten verensokerin, painon tai verenpaineen, mittaus tuloksia. Halutessaan käyttäjä voi myös antaa terveydenhuollon ammattilaiselle oikeuden seurata kotimittaus tuloksia. Palvelussa käyttäjällä on mahdollisuus myös täyttää erilaisia päiväkirjoja, kuten ruokapäiväkirjaa. Käyttäjä hyötyy näistä ominaisuuksista muun muassa siinä, että hän pystyy tallentamaan terveytensä liittyviä erilaisia tietoja ja arvoja keskitetysti yhteen palveluun, jossa syötetyt tiedot säilyvät jäsennellysti ja niistä on mahdollista tehdä erilaisia yhteenvetoja ja tulosteita käyttäjän tarpeiden mukaan. (23.)

Palvelun kautta on mahdollista myös tehdä tiettyjä ajanvarauksia. Tällä hetkellä palvelun kautta voi varata ajan hammaslääkäriin, lastenneuvolan tai suuhygienistin vastaanotolle. Ajan voi varata myös laboratoriotutkimuksiin. Tosin tällöin käyttäjällä täytyy olla valmiiksi lääkäriltä lähete tutkimuksiin. Myös otettujen laboratoriotulosten tulokset ovat nähtävissä palvelun välityksellä. (23.)

Oulun Omahoito sijaitsee OmaOulu-palvelussa, jonka Oulun kaupunki tarjoaa. Sen käyttö edellyttää sisäänkirjautumisen verkkopankkitunnuksilla. Tällä turvataan käyttäjän asiointi ja varmistetaan käyttäjän henkilöllisyys. (23.)

5 TUTKIMUSAINEISTON JA -MENETELMIEN KUVAUS

5.1 Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen tarkoituksena oli löytää vastaus kysymykseen, miten ylipainoa voidaan hoitaa sähköisellä palvelulla. Koska tähän kysymykseen oli vaikea löytää suoraa vastausta, lähdettiin tutkimuskysymykseen hakemaan vastausta pilkkomalla se pienempiin alikysymyksiin. Päättökysymys sekä alitutkimuskysymykset on esitetty kuvassa 6.

Miten ylipainoa voidaan hoitaa sähköisellä palvelulla?

Miten terveydenhuollon kautta tapahtuva ylipainon hoito toteutuu Oulun seudulla käytännössä?

Mitkä ovat ylipainon niin terveydenhuollon kuin itsenäisesti tapahtuvan hoidon ongelmakohtia?

Miten hoidon ongelmakohtia voidaan tukea sähköisellä palvelulla?

Millainen vuorovaikutus tukee ylipainon hoitoa?

Minkälaiset sähköiset palvelut motivoivat ylipainon hoidossa?

KUVA 6. Päättökysymys sekä alitutkimuskysymykset

Koska terveydenhuollon ylipainon hoitokäytännöt vaihtelevat alueittain ja palvelun tuleva alusta, Oulun Omahoito -portaali, on Oulun kaupungin asukkailleen tarjoama palvelu, täytyi ylipainon hoidossa mukana olevia ammattilaisia haastatteleamalla selvittää, miten ylipainon hoito toteutuu Oulun seudulla käytännössä ja millä keinoin tätä hoitoprosessia voidaan tukea sähköisen palvelun avulla. Kun hoidon käytännön toteutuminen saatiin selvitettyä, voitiin tutkia, millainen sähköinen palvelu toimisi parhaiten terveydenhuollon ja potilaan välissä.

Jotta palvelu vastaisi mahdollisimman hyvin tulevien loppukäyttäjien tarpeita, tutkimuksessa selvitettiin haastatteluin, millaista tukea ylipainosta kärsivät henkilöt kaipaavat niin itsenäiseen kuin terveydenhuollon piirissä tapahtuvaan laih-

dutukseen ja painonhallintaan. Tämän vuoksi tutkimuksessa kartoitettiin, mitkä asiat koetaan ylipainon hoidossa haasteellisimmiksi, millaiset sähköisen palvelun ratkaisut voisivat auttaa selviämään näistä hoidon ongelmakohdista ja millaisin sähköisen palvelun ratkaisuin voitaisiin motivoida ihmisiä pitkäjänteiseen laihduttukseen. Tavoitteena oli tutkia, millainen vuorovaikutus tukee ylipainon hoitoa, millaista sisältöä ja toiminnallisuutta palvelun tulevat loppukäyttäjät toivovat palvelulta ja millainen vuorovaikutus palvelun ja käyttäjän välillä toimisi parhaiten.

5.2 Tutkimusmenetelmät

Tutkimus oli laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus, sillä tutkimuksessa tarkkailtiin ihmisten käyttäytymistä ja heidän omia kokemuksiaan päämääränä ihmisten käyttäytymisen ymmärtäminen. Laadullinen tutkimus keskittyy pieneen määrään tapauksia, jotka on tarkoitus analysoida mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja perusteellisesti. (24; 25, s. 28.)

Haastateltaviksi tutkimukseen tarvittiin niin ylipainosta kärsiviä henkilöitä kuin heitä hoitavia ammattilaisia. Jotta ylipainon hoitoon terveydenhuollon piirissä Oulun seudulla tarjottavat palvelut saataisiin mahdollisimman kattavasti selvitettyä, haluttiin tutkimuksessa haastatella niin erikoissairaanhoidon että perusterveydenhoidon puolella toimivaa ammattilaista. Samoin haluttiin haastatella kahta potilasta, joista toinen on erikoissairaanhoidon ja toinen perusterveydenhuollon piirissä, jotta hoidon toteutukseen saataisiin myös potilaiden näkökulma. Lisäksi tarkoituksena oli haastatella kahta ylipainosta kärsivää henkilöä, joilla ei ole hoitokontaktia terveydenhuoltoon.

Osa haastateltavista järjestyi tilaajan antamien kontaktien välityksellä, osa omien kontaktien kautta. Erikoissairaanhoidon ammattilaisena haastateltiin ravitsemusterapeutti Terhi Jokelaista, joka on mukana OYS:n lihavuusleikkauspotilaiden hoidossa. Hänen kauttaan järjestyi myös lihavuusleikkaukseen menevän potilaan haastattelu (haastateltava 1). Perusterveydenhuollon ammattilaisena haastateltiin Keskustan terveysaseman hoitaja Eija Paasoa, joka on työnsä puolesta mukana ylipainosta kärsivien potilaiden hoidossa. Haastateltavaksi ei löytynyt ylipainosta kärsivää potilasta, jolla on hoitokontakti perusterveydenhuol-

toon, mutta korvaavaksi haastateltavaksi löytyi henkilö, jolla on omakohtainen kokemus ylipainosta sekä työnkuvansa kautta vahva tietämys perusterveydenhuollon siihen tarjoamasta hoidosta (haastateltava 2). Lisäksi haastateltava 1 oli saanut perusterveydenhuollon puolella ohjeistusta ylipainon hoitoon liitännäissairauksiensa vuoksi. Ylipainosta kärsivät henkilöt, joilla ei ole hoitokontaktia terveydenhuoltoon, löytyivät omasta tuttavapiiristäni. Toinen näistä haastateltavista on onnistunut pudottamaan reilusti painoaan ja toimii nykyään laihdutusvalmentajana. Lisäksi hänellä on pitkä laihdutushistoria sisältäen lukuisia erilaisia laihdutuskokeiluja, merkittäviä onnistumisia ja niitä seuranneita romahduksia (haastateltava 3). Toinen haastateltava on pitkään kamppaillut ylipainon kanssa löytämättä kuitenkaan toimivaa keinoa painonpudotukseen (haastateltava 4).

Haastateltaviksi järjestyneiden ylipainosta kärsivien henkilöiden ikähaarukka oli 35–65 vuotta. Kaikki haastateltavat olivat naisia.

5.3 Aineistonkeruumenetelmä ja aineiston käsittely

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin puolistrukturoitu haastattelu eli teema-haastattelu. Tässä haastattelumallissa haastattelulle on ennalta mietitty tietyt teemat, joita käydään läpi haastateltavan kanssa. Teemojen lisäksi on valmisteltu tarkkoja kysymyksiä, joita voidaan esittää haastateltaville. Ennalta laaditut kysymykset eivät kuitenkaan ole liian yksityiskohtaisia, jotta haastateltavan oma mielipide nousee esiin. Puolistrukturoidussa haastattelussa haastattelurunko on joustava ja mahdollistaa esimerkiksi tarkentavien kysymysten esittämisen. Teemojen ja kysymysten järjestyskään ei ole tarkasti ennalta määrätty, vaan se elää haastattelun mukana. Tämän menetelmän katsottiin sopivan parhaiten tähän tutkimukseen, sillä vaikka ennen haastattelujen toteutusta tiedossa oli tietyt teemat, joihin haluttiin lisäselvyyttä, ollettavissa oli, että haastattelujen lomassa nousee esille asioita, joihin haastattelija ei ole etukäteen suunnitellut kysymyksiä. Puolistrukturoitu haastattelu myös mahdollisti sen, että samaa haastattelurunkoa voitiin käyttää ylipainosta kärsiville henkilöille huolimatta siitä, onko heillä hoitokontakti terveydenhuoltoon. Kun yhdeksi teemaksi asetettiin potilaan terveydenhuollossa

saama hoito, pystyttiin aiheesta keskustelemaan niiden potilaiden kanssa, joilla hoitokontakti on olemassa, ja aihe voitiin sivuuttaa niiden henkilöiden haastatteluissa, joilla hoitokontaktia ei ole. (26.)

Haastattelurunkoja laadittiin kaksi, toinen ylipainon hoidossa mukana oleville ammattilaisille (liite 2) ja toinen ylipainosta kärsiville henkilöille (liite 3). Ammattilaisille suunnattu haastattelu oli hieman tarkemmin strukturoitu, sillä ammattilaisilta tarvittiin tietyistä asioista hyvinkin spesifiä tietoa. Myös ylipainosta kärsivien henkilöiden haastattelurungossa tietyt teemat olivat tarkemmin strukturoituja kuin toiset: esimerkiksi tulevan palvelun ominaisuuksiin keskittyvään teemaan oli etukäteen laadittu avustavia kysymyksiä siltä varalta, että haastateltava ei osaa kommentoida asiaa. Kukin haastattelu aloitettiin kuvailemalla lyhyesti tulevaa palvelua ja haastattelun tarkoitusta.

Haastattelut toteutettiin 15.12.2011–1.2.2012. Ammattilaisia haastateltiin kasvotusten heidän valitsemissaan tiloissa. Ylipainosta kärsiviä henkilöitä haastateltiin puhelimitse, sillä puhelinhaastattelun uskottiin laskevan kynnystä osallistua haastatteluun. Tosin yksi haastateltavista toivoi mieluummin haastattelua kasvotusten, jolloin näin myös meneteltiin. Ylipainoista kärsiville henkilöille kerrottiin, että heidän henkilöllisyytensä ja yhteystietonsa jäivät vain haastattelijan tietoon eikä niitä jaeta eteenpäin. Samoin heille kerrottiin, että varsinaiset haastattelut jäivät vain haastattelijan haltuun, mutta niistä poimitaan tutkimuksen kannalta oleelliset asiat. Nämä kuitenkin tullaan esittämään sellaisessa muodossa, ettei yksittäisen haastateltavan henkilöllisyyttä voi päätellä.

Kaikki haastattelut nauhoitettiin puhelimella ja haastateltavat olivat tästä tietoisia. Kukin haastattelu kesti keskimäärin yhden tunnin. Haastattelun jälkeen nauhoitettu data siirrettiin tietokoneelle ja haastattelut litteroitiin sanasta sanaan. Litteroidut haastattelut luettiin huolellisesti läpi, jonka jälkeen haastatteludataa alettiin analysoida. Kukin haastattelu teemoiteltiin eli aineisto pilkottiin ja ryhmiteltiin liitteissä 2 ja 3 esiteltyjen teemojen mukaan. Tarkoituksena oli etsiä haastatteluista kutakin teemaa kuvaavia näkemyksiä. Tämän jälkeen näkemykset eri teemoista koottiin yhteen. (25, s. 93.)

6 YLIPAINON HOITO SÄHKÖISELLÄ PALVELULLA

6.1 Ylipainon itsenäinen ennaltaehkäisy ja hoito

6.1.1 Itsenäisen laihdutuksen ongelmakohdat

Oikean tiedon puute ja tiedon soveltaminen

Jokelaisen mukaan tietovaje selittää joidenkin potilaiden laihdutuksessa epäonnistumista: ” - - et ei oo oikeen käsitystä, et missä on esim. paljo energiaa ja missä ei. Että voi ajatella, et potilas juo 2 litraa maitoa (päivässä) ja et ku se on rasvatonta, niin sehän on ihan hyvä vaihtoehto. Et ihan tämmönen tietovaje on yks.”

Myös Paaso pitää oikean ja luotettavan tiedon saamista laihduttajien kannalta ongelmallisena: ”Minun mielestä ei oo oikeestaan tiedon puutetta, mutta sen oikean tiedon saaminen ja mihinkä luottaa, et minusta se on, et pitäis olla, että sitä juurrutettas enempi. Et tulee lehdistössä, tulee mediassa, telkkarissa, joka puolella näitä asioita, niin ihmiset ei oikeestaan tiä, et mikä on luotettavaa, ku toiset kumooa jonku dieetin ja tällä tavalla. - - Paljon on sellasta huuhaata.”

Sama ilmiö tuli esille ylipainosta kärsivien haastatteluissa. Haastateltavien laihdutushistoriasta löytyi niin erilaisia pikadieettikokeiluja, laihdutusvalmisteita kuin kulloinkin muodissa olleita laihdutusruokavalioita. Osa haastateltavista koki, että tietoa laihduttamisesta löytyy ”liikaa” ja ohjeet ovat ristiriitaisia. ”Joskus (laihutus)yritykset on jääny kesken ennenku ehti alkaakaan. Et ku on ettiny ohjeita, niin ei sitte oo osannu valita sitä. Ku yks sanoo yhtä ja toinen toista. Et mikä sitte ois itelle se hyvä.” (Haastateltava 4.)

Myös tiedon ja ohjeiden soveltaminen käytäntöön koettiin haastavaksi. Esimerkiksi ylipainoisia itse työnsä pohjalta ohjannut haastateltava 2 koki omien ohjeidensa noudattamisen arjessaan vaikeana. ”Mä oon aina ollu kiinnostunut ja mulla on yks hylly ruokavalioon liittyvää kirjallisuutta ja netti lisäksi. Et mä sano- sin, et kysymys ei oo siitä, ettei oo tietoa, mutta se, että miten minä sovellan sen tiedon omaan itseeni kiireisessä työrytmissä, että se oli minun se suurin

ongelma.” Myös Jokelainen on huomannut saman ilmiön työssään: ”- - mut sit on taas niitä potilaita, jotka on vuosikausia laihduttanee ja käynee painonvartijoissa ja laskenee pisteitä ja on ollu diabetesliiton kursseilla ja kaikkee mahdollista, et kysymys ei ookaan tiedosta, vaan että tiedän mitä kannattaisi syödä, mut mä en vaan pysty toteuttamaan.”

Myös ruokavalion käytännön toteuttaminen osoittautui monelle haastateltavalle ongelmalliseksi ja sen tueksi kaivattiin konkreettisia ohjeita. Vaikka ruokavaliota oltaisi muokattu onnistuneesti luvun 3.1.1 energiansaantia pienentävien ohjeiden mukaan, ei tämäkään aina tuottanut toivottua tulosta: *”Et kyl mä niitäki koi-tin, niitä virallisia (suosituksia), et paljo kasviksia ja mitä niitä nyt on. Mut ei se oikeen auttanu missään.”* (Haastateltava 4.) Jokelainen tunnistaakin yhtenä ryhmänä ylipainoiset, joiden ruokavalion sisältö on sinällään kunnossa, mutta vaikutus ei ole toivotunlainen, sillä ongelmia on esimerkiksi annoskoossa: *”Mut sit on myöskin niitä potilaita, joilla on tavallaan hävinny semmonen peruskäsitys, et mitä on tavanomainen, mikä vois olla ns. hyvä ruokavalio. Et tavallaan semmonen ruokavalion mittakaava on muuttunu, et ne on niin hirveen suuria ne annokset, et niiltä puuttuu semmonen.”*

Tietovaje ulottuu Paason mukaan myös ruokailun rytmittämiseen, joka johtaa usein painon alenemisen kannalta epäedullisiin valintoihin: *”Että ei ihmisillä välttämättä oo tiedossa, et miten sitä pitäis syyä, et onko tärkeää aamupalan syönti, lounas, päivällinen, iltapala. Että tuota voi olla, että syödään päivällinen, ettei oikeestaan aamulla ku juua kahvit, sitten se ehkä on hallitsematonta se syönti illan aikana ja iltapalalla.”*

Painonhallintavaihe ja alentuneessa painossa pysyminen

Alentuneessa painossa pysyminen edellyttää aina luvun 3.1.2 mukaisesti jonkinasteista elintapojen muuttamista lähtötilanteeseen verrattuna. Tietoa laihdutuksen jälkeiseen painonhallintaan ja saavutetussa painossa pysymiseen on kyllä tarjolla, mutta haastattelujen perusteella se ei ole kunnolla tavoittanut haastateltavia. Laihduttamista leimaakin edelleen ajatusmalli, jossa laihdutukseen suhtaudutaan lyhytkestoisena kuurina: *”- - et on se kuvitelma, et sitte ku mä laihdun, niin mä voin palata entiseen (ruokavalioon)”* (Haastateltava 2).

Jokaisella haastatellulla oli takanaan ainakin yksi epäonnistunut painonhallintakokemus: kaikki olivat jossain vaiheessa onnistuneet pudottamaan painoaan, mutta kilot olivat palanneet takaisin. Konkreettinen tieto siitä, miten laihdutusvaiheen jälkeen menetellään, puuttui: *”Vaikka sen painon saiki niinku alene- maan, niin ei ollu mitään käsitystä, että miten pitäis tavallaan jatkaa siitä, miten lähdetään tekemään sitä uutta arkee, et se pysyy”* (Haastateltava 3). Jokelainen pitääkin kokemuksensa perusteella nimenomaan laihdutuksen jälkeistä painonhallintaa yhtenä haasteellisimmista vaiheista. Hänen mukaansa esimerkiksi laihdutusinterventiotutkimukset ovat usein aika lyhyitä, ja hänen mielestään tutkimusta on enemmän laihdutusvaiheeseen kuin siihen, miten painossa pysytään.

Psykologiset syyt

Psykologisilla syillä, kuten esimerkiksi tunnesyömisellä, on suuri vaikutus ylipainon hoidossa onnistumiseen. Jokelaisen mukaan psykologiset tekijät vaikuttavat usein merkittävästi alitajuisesti ylipainoisten tekemiin valintoihin ja vaikuttavat osaltaan hoidon onnistumiseen negatiivisesti: *”Nää syömisen psykologiset tekijät vaikuttaa siihen hirveen paljo, et esim. tunnesyöminen, et se ei välttämättä oo yhtään tietosta et hei, nyt mulla on paha olo, menempä syömään. Sitte varmasti tää ruuan mieliteot on kans semmonen, et se ohjaa. Sit tää impulssikontrolli, et kuinka altis on toimimaan hetken mielihohteista. Sit tietenki, et kuinka paljo meillä on ns. totuttuja tapoja, tämmönen ohimennen syöminen, ei esim. huomata, et aina ku mä tuun kotiin, mulla on tapana alkaa syömään jotain välittömästi.”* Ylipainoisilla henkilöillä onkin Jokelaisen mukaan usein tapana käyttää ruokaa niin itsensä lohdutukseen kuin palkitsemiseen: *”Et aika paljo on ylipainoisilla potilalla sitä, et ne antaa luvan, et mä syön, et mä oon ansainnu tän. Et ne tuntuu toisimmalta todelta ne ajatukset, et olen raskaan työviikon jälkeen ansainnu syödä. Et siellä (taustalla) on tunne väsymyksestä, lohdutuksesta.”*

Vaikka psykologiset tekijät vaikuttavat usein alitajuisesti, tunnisti osa haastateltavista niiden vaikutuksen syömiskäyttäytymiseensä: *”No yks osa sitä painonhallintaa on tää henkinen työstäminen - - ku se on prosessi, ei siitä pääse mihinkään ja se on sitä ylä- ja alamäkeä, et välillä menee hyvin ja toisena päivänä*

ollaani mieli maassa ja ollaan niin pettyneitä itteensä. Et sitä mielialasyömistä kuon aika paljon.” (Haastateltava 3.)

Motivaation loppuminen kesken

Jokelaisen mukaan harva ylipainoinen tarvitsee motivointia siihen, miksi pitäisi laihtua. *”Mä tapaan äärimmäisen harvoin potilaita, jotka haluaa olla sen painosia”*. Motivaation kohdalla ongelmana Jokelainen näkeekin ennemmin sen, miten potilaan motivaatio saadaan pysymään yllä: *”Motivaatioon liittyy se toinen tekijä, kyky pitkäjänteiseen toimintaan, miten sitä ylläpidetään. Ja minusta tässä se ongelma on nimenomaan se kyky siihen pitkäjänteiseen työskentelyyn tavoitteen suunnassa, se on musta semmonen huolenaihe.”* Haastateltavat olivat huomanneet saman ilmiön, laihdutuksen alussa ollaan usein innokkaita toimimaan, mutta innostus ei usein pysy kauaa yllä: *”Se kuuluu tohon painonhallinnan arkeen, et se (innostus) hiipuu”* (Haastateltava 3).

Vaikka ylipainoisella on halu laihtua ja hän on löytänyt toimivan keinon painon pudotukseen ja saa painonsa alenemaan, ei tämäkään aina riitä pitämään motivaatiota yllä: *”- - mut mä oon käyttäny sitä kiloklubin ravintopäiväkirjaa vuosi sitte, et se oli niinku ensimmäinen. Ja mä täyttelin sitä ja tuota siinähan oli aina ne vihreät pallot ja mä laihduin sillonkin sen 5 kg, mutta se ei niinku riittänyt mua motivoimaan siinä vaiheessa.”* (Haastateltava 2.)

6.1.2 Hoidon ongelmakohtien tukeminen sähköisellä palvelulla

Tiedon puute

Hoidon epäonnistuminen johtuu usein tiedon puutteesta. Tähän ongelmakohtaan voidaan helposti puuttua sähköisellä palvelulla, sillä palveluun voidaan koota keskitetysti kattavasti tietoa ylipainon hoidosta ja painonhallinnasta sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Tietoa tulee koota niin luvun 3.1.1 mukaisista laihdutusmenetelmistä ja vaihtoehdoista kuin luvussa 3.1.2 kuvatusta painonhallinnasta. Haastateltavien mukaan tiedon tulisi olla hyvin konkreettista. Esimerkiksi kilokaloreista puhuttaessa olisi hyvä käyttää apuna myös käytännönläheisiä esimerkkejä, kuten kalorien muuttaminen sokeripaloiksi tai reippaaksi kävelyksi. Palveluun kaivattiin myös konkreettisia ohjeita ja esimerkkejä muun muassa

ruokavalion toteuttamiseen, kuten konkreettisia esimerkkejä päivän aterioiden koostamiseen ja yksityiskohtaisia neuvoja energiansaannin pienentämiseksi.

Psykologisiin syihin puuttuminen

Sen lisäksi, että palvelussa on tietoa syömiskäyttäytymiseen vaikuttavista psykologisista tekijöistä, tulisi sähköisen palvelun tarjota käyttäjille keinoja niiden hallintaan. Moni haastateltavista toivoi, että palvelu auttaisi käyttäjiä tunnistamaan, millä eri tavoin psyyke voi vaikuttaa käyttäjän tekemiin valintoihin. Lisäksi käyttäjät toivoivat, että palvelu tarjoaisi ohjeita, joiden avulla esimerkiksi tunnesyömistä ja mielihalukontrollia voisi oppia hallitsemaan. Samoin palvelun avulla voitaisiin tukea käyttäjiä puuttumalla esimerkiksi sortumisiin ja taantumavaiheisiin.

Painonhallinnan tukeminen

Haastattelujen perusteella tieto laihdutuksen jälkeisestä painonhallinnasta ei aina tavoita ylipainosta kärsiviä. Haastateltavat pitivätkin painonhallintavaiheen tukemista sähköisellä palvelulla hyvin tärkeänä osa-alueena. Toimivana ratkaisuna pidettiin sitä, että käyttäjän saavuttaessa tavoitepainonsa tarjoaisi palvelu automaattisesti tietoa painonhallinnasta sekä antaisi aiheeseen liittyen konkreettisia, käyttäjälle kohdennettuja esimerkkejä muun muassa laskemalla, kuinka paljon käyttäjän kokonaisenergiankulutus on pienentynyt painon alenemisen myötä lähtötilanteeseen nähden. Palvelun tulisi myös tarjota käyttäjälle vaihtoehtoja, millä keinoin syntyneeseen energiavajeeseen voi vastata.

Motivaation ylläpito sähköisen palvelun avulla

Haastateltavien mielestä parhaiten ylipainon itsenäistä hoitoa tukee sellainen sähköinen palvelu, joka tarjoaa käyttäjälle mahdollisuuden osallistua aktiivisesti hoitonsa suunnitteluun. Vaikka palvelu tarjoaa hoidon tueksi valmiita menetelmiä, tulisi käyttäjällä olla mahdollisuus vertailla eri vaihtoehtoja ja valita itselleen paras menetelmä: ”- - et tavallaan voi vaikka ite räätälöidä, et mikä sopii, ja ton mä oon kokeillu ja se ei käy. Ja kaikki ei toimi kaikille.” (Haastateltava 3.)

Haastateltavat pitivät pääsääntöisesti vertaistukea erittäin tärkeänä: *"Et ku itekseen tekee, niin eihän siinä ole mitään tukee. Että siinä on silleen tosi omillansa."* (Haastateltava 3.) Osa haastateltavista uskoi hyötyvänsä huomattavasti siitä, jos palvelun kautta olisi mahdollista keskustella muiden samassa tilanteessa olevien laihduttajien kanssa, jolloin käyttäjät voisivat jakaa kokemuksiaan, tukea toisiaan ja jakaa vinkkejä keskenään: *"Kyllä se varmaan auttais, et ku tietää, et muutki on samassa tilanteessa. Et ei ois ihan yksin siinä."* (Haastateltava 4.) *"Et mäkihän sain hyvän vinkin vuosi sitten: uunijuureksia perunan tilalla ja oon jakanu sitä eteenpäin muillekki. Et semmonen toimii kans, et pystyy jakamaan sitä tietoa."* (Haastateltava 1.) Keskusteluihin osallistumisen tai niiden lukemisen uskottiin myös mahdollisesti "koukuttavan" käyttäjiä palvelun säännölliseen käyttöön. Mikäli palvelun kautta löytää samanhenkisiä ihmisiä, voi se herättää yhteisöllisyyden tunteen, joka motivoi niin palvelun käyttöön kuin hoitoon sitoutumiseen.

Haastateltavat uskoivat, että sähköisen palvelun kautta saatava palaute voi tukea käyttäjiä laihdutuksessa. Jotta palaute motivoisi käyttäjiä, tulee sen olla kannustavaa, mutta myös totuudenmukaista. Haastateltavien mukaan palautteessa tulisi aina pyrkiä löytämään positiivisia asioita sekä etsiä parannusehdotuksia: *"Et se vois vaikka ehdottaa jotaki. Et nyt on menny muuten hyvin, mutta voisitko vielä jotaki tehostaa. Että sen alottais positivistisesti sen palauteosion, ja sen jälkeen ottais sen mutta-muodon siihen, et mutta voisitko tehdä sitä vielä vähä enemmän tai et voisitko vähentää vaikka jotain."* (Haastateltava 2.) Haastateltavien mukaan sopivin palautteen muoto olisi viikoittainen yhteenveto, jossa käytäisiin läpi kuluneen viikon hyviä ja huonoja puolia sekä annettaisiin ehdotuksia seuraavalle viikolle. Palautteen tulisi sisältää niin kirjallista palautetta kuin visuaalista puolta, kuten graafeja.

Haastateltavat uskoivat, että palautteeseen olisi hyvä sisällyttää konkreettista terveydellisistä lähtökohdista tapahtuvaa motivointia. Haastatellut pitivät erittäin positiivisena ajatuksena sitä, että palautteessa kerrotaisiin esimerkiksi se, kuinka paljon diabetekseen sairastumisen riski on pienentynyt prosentteina painon alentuessa. Tällainen lähestymistapa voisi konkretisoida käyttäjille sen, että jo suhteellisen pieneltä tuntuvalla painon alenemisella voi olla terveyden kannalta

hyvin suuri merkitys. Viikoittaisen palautteen lisäksi osa haastateltavista toivoi palvelulta palautetta myös silloin, jos käyttäjä käyttää palvelua päivittäin esimerkiksi syöttämällä sinne energiansaanti- tai -kulutustietoja. Tällöin palvelu voisi antaa "pikapalautetta" välittömästi, esimerkiksi kehua käyttäjää liikuntasuorituksesta.

Haastattelujen perusteella palvelun visuaalisuudella voidaan vaikuttaa käyttäjien motivaatioon: "*- visuaalinen puoli on siinä aika tärkeä, et tulis sellanen miellyttävä*" (Jokelainen). Sisällyttämällä palveluun visuaalisia elementtejä, kuten graafeja, kuvia ja värien käyttöä, voidaan paitsi vaikuttaa palvelun käytettävyyteen, myös auttaa käyttäjiä hahmottamaan tiettyjä asioita paremmin: "*Minusta visuaalinen on hyvä, että isolle osalle ihmisiä hyvä hahmotuskeino*" (Haastateltava 2). Esimerkiksi viikoittaisessa yhteenvedossa voisi värien käytöllä tehostaa kirjallista palautetta: "*Se ois hyvä, et jos näkys vihreellä ne hyvät (valinnat) ja punasella huonot, et ne punaset jäis sitte varmaan kummittelemaan mieleen. Et sit osais ehkä paremmin välttää niitä.*" (Haastateltava 4.)

Kaikki haastateltavat uskoivat, että mikäli palvelussa olisi tietty viikoittain vaihtuva osio, auttaisi se osaltaan pitämään käyttäjien mielenkiintoa yllä: "*Joo, joku kouluttaja pitää olla. Joka tekee riippuvaiseksi siitä ohjelmasta.*" (Haastateltava 2.) "*Et se tavallaan herättäis sen mielenkiinnon et sit ne meniski sinne kattoon, et mitä kivaa siellä on tällä viikolla*" (Haastateltava 3).

Moni haastateltavista oli etsinyt esimerkiksi internetistä menetystarinoita ja piti niitä hyvänä motivointikeinona, josta voi saada tiukan paikan tullessa lisämotivaatiota laihdutukseen: "*Aika paljohan mäki käyn välillä aina kattomassa semmosia, et ihmiset on onnistunu. Et sillon ku tuntuu oikeen, et nyt ei jaks millään niin se kyllä motivoi.*" (Haastateltava 1.)

Yksi hoidon onnistumisen edellytys on järkevän painotavoitteen asettaminen. Jokainen haastateltavista piti hyvänä ideana, että tavoitepaino tulisi ohjelman kautta. Mikäli ylipainoa on paljon, pilkkoisi palvelu laihdutusurakan järkeviin välitavoitteisiin. Palvelun kautta tulevalla tavoitepainolla välttyttäisiin luvussa 3.1.1 kuvatulta epärealistisen painotavoitteen aiheuttamalta epäonnistumisen tunteelta. Vaikka painotavoite tulisi suoraan palvelulta ja palvelu myös ehdottaisi sopi-

vaa laihdutusvauhtia, pitivät haastateltavat tärkeänä, että käyttäjä pystyisi itse vaikuttamaan haluamaansa painonpudotustahtiin. Palvelun kuitenkin toivottiin varmistavan, että vauhti, jolla painoa lähdetään pudottamaan, pysyy terveellisissä rajoissa eli maksimissaan 0,5–1 kilogrammaa viikossa. Myös palvelun ehdottamaa tavoitepainoa tulisi osan haastateltavien mielestä pystyä jonkin verran muokkaamaan, kunhan tämä tapahtuisi terveyden ehdoilla.

6.2 Ylipainon hoito perusterveydenhuollossa

6.2.1 Hoidon käytännön toteutus

Oulun seudulla perusterveydenhuollossa ylipainon hoidossa pyritään noudattamaan Käypä hoito -suositusta. Keskustan terveysaseman hoitaja Eija Paason mukaan ylipainon hoitomenetelminä käytetään pääasiassa luvun 3.2 mukaisesti joko lyhytinterventiota tai elintapahoitoa. Kun vastaanotolla huomataan potilaalla olevan ylipaino-ongelma, otetaan asia herkästi puheeksi. Yleensä lääkäri ohjaa potilaan hoitajalle, jolloin hoitaja käy yksilöohjauksena läpi painonhallintaan liittyviä asioita. Mikäli potilas täyttää luvussa 3.2 mainitut elintapahoidon kriteerit ja on halukas hoitoon, ohjataan potilas kaupungin painonhallintaryhmään, jossa elintapahoito toteutetaan. Mikäli ryhmäohjaus ei tule kyseeseen, voidaan potilas ottaa uuteen hoitajan kontrolliin painonhallinta-asioissa esimerkiksi kuukauden päästä ensimmäisestä käynnistä; pitempiaikaiseen yksilöohjaukseen perusterveydenhuollossa ei kuitenkaan ole resursseja. Niissä tapauksissa, joissa potilas käy liitännäissairauksien vuoksi säännöllisissä kontrolleissa terveysasemalla, voidaan kontrollikäyntien yhteydessä kuitenkin seurata myös painon kehitystä.

Paason mukaan ohjauksessa pyritään aina käymään tietyt asiat läpi. Potilaan ylipainoon puututtaessa lähdetään aina liikkeelle terveydellisistä syistä: 5–10 %:n painon aleneminen on ylipainoisille terveyden kannalta hyödyllistä. Tarkoituksena on saada potilas huomaamaan, minkälaisia etuja painon alenemisella on potilaan terveyden kannalta. Tämän pohjalta kannustetaan potilasta valitsemaan realistinen painotavoite. Ohjauksessa käydään painonhallintaan liittyviä asioita läpi ja jaetaan potilaalle esitteitä muun muassa laihduttavan ruokavalion rakentamiseen. Ruokavalio-ohjauksessa käytetään apuna virallisia terveys suosituksia, kuten Terveysporttia, Terveyskirjastoa sekä Ravitsemusterapeuttien

yhdistyksen oppaita, joita myös annetaan potilaille mukaan. Ohjauksessa ei pyritä laskemaan kaloreita, vaan terveellisen ja painoa alentavan ruokavalion toteutusta lähdetään käymään läpi lautasmallin, ateriaesimerkkien ja ruokavalion keventämisen kautta luvun 3.1.1 mukaisesti. Potilaita ohjataan myös annoskoon tarkistamisessa ja aterioinnin rytmittämisessä. Ohjauksessa myös kannustetaan potilaita liikkumaan ja korostetaan arkiliikunnan merkitystä.

Paason mukaan ylipainon hoidon ohjeistus käydään pitkälti tiettyjen normien mukaan. Ohjeistuksen sisältö ja toteutus on kuitenkin aina riippuvainen sitä antavasta hoitajasta: *"Minun mielestä se on ohjaajan persoonakysymys, että millä tavalla hän puuttuu (potilaan ylipainoon ja sen hoitoon)"* (Haastateltava 2).

Haastateltava 1 on samoilla linjoilla ja kertoo, että ohjaajan asenteella ja ohjeistuksen sisällöllä ja konkreettisuudella on merkittävä vaikutus hoidon onnistumiseen: *"Mä käyn työterveydessä diabeteshoitajan luona, niin itse asiassa nekään ei osaa neuvoa, et ne osaa kyllä hyvin sen diabeteksen, mutta tällasta, ei saa konkreettista neuvoa ja tarpeeks oikeita neuvoja, et mitä kannattaa tehdä. Kyllä ne anto ohjeita, näitä normaaleja, mitä on. Mut se oli varmaan se, et ei motivoinu."*

Perusterveydenhuollossa annetun ohjeistuksen ongelmana onkin, että sitä ei ole aina mahdollista soveltaa kohtaamaan kunkin potilaan tarpeita. Kun ohjeistus käydään tiettyjen ennalta sovittujen ohjeiden mukaan, riskinä on, että ohjeistus on kaavamaisista ja potilaalle jää passiivinen kuuntelijan rooli. Haastateltavan 2 mukaan ohjauksen tulisi aina lähteä potilaan tarpeista ja se tulisi toteuttaa potilaskohtaisesti: *"Minusta se on tärkeä, jos siellä toisessa päässä on ihminen, joka ymmärtää. Se ammattitaitoinen ihminen - - et ei tule sellasta opettajamaisesta otetta, et annetaan ja jaetaan tietoa, vaan pystytään soveltamaan se - - Hyvin pieni ryhmä pystyy lähtemään ihan oikeesti siitä potilaan tarpeesta."*

6.2.2 Hoidon tukeminen sähköisellä palvelulla

Paason mukaan palvelun kautta voisi tukea sekä elintapahoidon että lyhytintervention käytännön toteuttamista. Palveluun tulisi koota elintapahoidon ryhmäkäynneillä läpi käytäviä asioita sekä tietoa kaikista elintapahoidon osa-alueista eli ruokavaliosta, liikunnasta, käyttäytymisen muutoksesta sekä syömisen hal-

linnasta. Näistä hyötyisivät sekä elintapahoitoryhmässä käyvät kuin etenkin lyhytintervention saaneet potilaat, jotka eivät ole saaneet yhtä kokonaisvaltaista ohjausta. Koska perusterveydenhuollossa hoito perustuu pitkälti potilaan ohjaukseen ja hoidon käytännön toteuttaminen jää potilaan omalle vastuulle, voidaan luvussa 6.1 kuvattujen itsenäisen hoidon ongelmakohtien tukemiskeinojen soveltuvan pitkälti myös perusterveydenhuollossa tarjotun hoidon tukemiseen.

Perusterveydenhuollon kautta saatavassa hoidossa on kuitenkin tiettyjä erityispiirteitä, joita ei ole otettu huomioon luvussa 6.1. Elintapahoitoa ryhmissä saaville voisi perustaa palveluun oman ryhmän, jossa he voisivat jakaa kokemuksiaan ja jatkaa yhteydenpitoa ja toistensa kannustamista ryhmäkäyntien päättymisen jälkeenkin: *”Monestihan nää potilaat, jotka on jossain ryhmässä ollu, niin toivoo et eikö tää toiminta vois vaikka jatkua. Et heille vois kehittää keskusteluympäristön, eli tietylle ryhmälle, et mitä teille kuuluu, lähdetäänkö yhdessä vaikka jonnekki. Se vois olla aika kiva. Et nytki mulla loppuu tää ryhmä huomenna ja ne on, et eikö mitenkään vois vielä tavata. Tää ryhmä onkin jo kehittänyt keskenään facebook-ryhmän. - - voisivat jatkaa prosessia yhdessä eteenpäin sen jälkeen kun virallinen ohjaus päättyy.”* (Jokelainen.)

Erona itsenäiseen laihdutukseen tässä ryhmässä on ammattilaisen ja potilaan välinen vuorovaikutus. Jokainen haastatelluista piti palvelun tarjoamaa mahdollisuutta antaa ammattilaisen seurata hoidettavan painon kehitystä hyvin tärkeänä ominaisuutena. Jo pelkkä tietoisuus siitä, että terveydenhuollon ammattilainen seuraa hoidon toteutumista, voi toimia motivointikeinona ja kannustaa potilasta sitoutumaan hoidon onnistumisen kannalta vaadittaviin muutoksiin. Vaikka viikoittainen palaute tulisi luvun 6.1.2 kaltaisesti suoraan ohjelmalta, tulisi palautetta säännöllisesti, esimerkiksi kuukausittain, myös suoraan potilaan omalta hoitajalta. Erityisen tärkeänä kuitenkin pidettiin sitä, että hoitajalta saadun palautteen tulee aina olla positiivista ja kannustavaa, sillä negatiivinen palaute saattaa lannistaa potilaan laihdutusinnon. Hoitajan roolina palvelun kautta olisi-kin lähinnä kannustaa ja tukea potilasta sekä antaa hänelle kehitysideoita sekä ohjeita.

Yksi vuorovaikutuksen muoto, jolla voidaan tukea hoidon onnistumista sähköisesti, on hoidon toteuttamisen ongelmiin ja taantumakohtiin puuttuminen. Esi-

merkiksi tilanteet, joissa potilaan painon lasku on pysähtynyt tai paino on lähtenyt uudelleen nousuun, ovat potilaille yleensä henkisesti hyvin raskaita. Haastatellut pitivät hyvänä ideana, että tällaisissa tapauksissa palvelun kautta lähtisi automaattinen ilmoitus potilaan hoitajalle, joka voisi ottaa potilaaseen yhteyttä. Näin tilanteeseen reagoitaisiin nopeasti ja hoitaja voisi kannustaa ja neuvoa potilasta tilanteen ratkaisemiseksi. Vuorovaikutuksen tulisi haastateltujen mukaan kuitenkin toimia molempiin suuntiin: potilaalla tulisi olla mahdollista konsultoida ammattilaista myös oma-aloitteisesti esimerkiksi silloin, jos hoidon toteuttamisessa on vaikeuksia. Paason mukaan ammattilaisen konsultointiin tulisi kuitenkin sopia tietyt pelisäännöt, milloin ja millaisissa yhteyksissä ammattilaista konsultoidaan. Koska hoidon toteuttaminen saattaa aiheuttaa potilailla hyvin samankaltaisia ongelmia, pitivät haastatellut hyvänä ideana koota usein kysytyt kysymykset palveluun kaikkien nähtäville. Näin käyttäjät voisivat yrittää etsiä ratkaisun ongelmaansa myös ilman hoitajan apua ja hoitajan työaikaa ei kuluisi turhaan samoihin kysymyksiin vastaamiseen.

Sähköisen palvelun käyttö perusterveydenhuollossa tarjotun hoidon rinnalla myös mahdollistaa sen, että hoito saadaan paremmin vastaamaan kunkin potilaan tarpeita. Sähköisellä palvelulla voidaan kartoittaa tapauskohtaisesti esimerkiksi potilaan ruokavaliossa olevia ongelmakohtia ja näiden perusteella ehdottaa potilaalle sopivinta ruokavaliota ja hänen tapauksessaan toimivia laihdutusmenetelmiä. Palvelua käyttämällä potilaan roolina ei ole enää passiivisesti ottaa ohjeistusta vastaan, vaan hän voi aktiivisesti osallistua hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen muun muassa tutkimalla hänelle soveltuvia laihdutusmenetelmiä sekä vertailemalla, minkälaisia eri vaihtoehtoja hänellä on niin laihdutusmenetelmän kuin -vauhdin osalta päästä painotavoitteeseensa. Näiden perusteella potilas voi itse valita omaan tilanteeseensa parhaiten soveltuvan laihdutusmenetelmän ja -tahdin ja näin osallistua ja sitoutua aktiivisesti omaan hoitoprosessiinsa.

Sekä Paason että Jokelaisen mukaan ammattilaisten tulisi palvelun kautta voida seurata potilaan painoa ja vyötärön ympärystä, joista olisi hyvä saada graafinen esitys. Myös potilaan ruokavaliota Paason mielestä voisi joissain tapauksissa seurata, jotta hoitaja voi ohjata potilasta, mikäli ruokavaliossa on vielä korjatta-

via tekijöitä. Tämän käytännön toteutus tosin voi olla haastavaa, sillä ruokapäiväkirjoista tutkimusten mukaan aina jää puuttumaan osa päivän aikana nautituista ruuista ja juomista. Tämä voisi tulla kyseeseen sellaisissa tapauksissa, kun potilas mielestään noudattaa annettuja ruokaohjeita hyvin, mutta se ei näy painossa.

Ylipainon lääkehoitoa ei Paason mukaan tarvitse tukea sähköisellä palvelulla. ENE-dieetin tukeminen on kerrottu luvussa 6.3.2.

6.3 Sairaalloisen lihavuuden hoito erikoissairaanhoidossa

6.3.1 Hoidon käytännön toteutus

Oulun yliopistollinen sairaala (OYS) vastaa Pohjois-Pohjanmaan alueen erikoissairaanhoidosta. OYS:ssa lihavuuden hoitoon potilaita otetaan luvussa 3.3 mainitun Käypä hoito -suosituksen mukaisesti eli hoidon harkintaan ohjautuvat potilaat, joilla painoindeksi on yli 40 tai yli 35 ja lihavuuteen liittyy merkittäviä liitännäissairauksia. OYS:ssa sairaalloisen lihavuuden hoidossa keskitytään tällä hetkellä vain lihavuusleikkauksiin, joten yleensä jo lähetteen laatimisvaiheessa terveyskeskuksessa tiedetään, että potilas on tulossa lihavuusleikkausarvioon. Toisinaan OYS:aan tulee myös lähetteitä, joissa pyydetään konservatiivista hoitoa, kuten ohjausta painonhallintaan, mutta nämä lähetteet käännytetään. (Jokelainen.)

Jokelaisen mukaan sairaalloisesti lihaviin lähetteet menevät sisätautien poliklinikalle, ja mikäli erikoissairaanhoidon kriteerit täyttyvät, annetaan potilaalle aika sisätautilääkärille. Sisätautilääkäri kartoittaa potilaan lääketieteellisen taustan ja leikkauskelpoisuuden sekä selvittää potilaan paino- ja laihdutushistorian. Mikäli vaikuttaa siltä, että lihavuusleikkauskriteerit täyttyvät, varataan potilaalle aika ravitsemusterapeutille. Ravitsemusterapeutti arvioi potilaan soveltuvuuden lihavuusleikkaukseen muun muassa kartoittamalla potilaan valmiutta muuttamaan pysyvästi ruokailutottumuksiaan merkittävästi.

Vaikka Käypä hoito -suosituksessa leikkauskriteerit ovat hyvin selvät, joudutaan OYS:ssa Jokelaisen mukaan kriteereitä soveltamaan, sillä alueellisesti laajalla sairaanhoitopiirillä leikkaukseen on paljon enemmän tulijoita, kuin on mahdollis-

ta leikata. Tämän vuoksi osaa kriteereistä on tiukennettu: mikäli potilaalla ei ole lihavuuteen liittyviä liitännäissairauksia, päästäkseen lihavuusleikkaukseen OYS:ssa on hänen painoindeksinsä oltava yli 45, vaikka Käypä hoito -suosituksen mukaan painoindeksiksi riittäisi yli 40. Toisaalta kriteereissä myös joustetaan esimerkiksi vakavien, mielellään terveydenhuollon seurannassa tapahtuvien laihdutusyritysten kohdalla. Useilla alueen terveyskeskuksilla ei ole tällä hetkellä tarjolla laihdutuksen ryhmä- tai yksilöohjausta, joten tällöin on kohutonta vaatia, että potilaan laihdutusyritys olisi tapahtunut terveydenhuollon seurannassa. Kuitenkin leikkaukseen hyväksyttävien potilaiden valinnassa pyritään pitämään kiinni siitä, että edellisestä vakavasta laihdutusyrityksestä ei saa olla kulunut yli viittä vuotta.

Mikäli sekä sisätautilääkärin että ravitsemusterapeutin mielestä potilas täyttää leikkauskriteerit ja soveltuu leikkaukseen, lähetetään potilaasta konsulttiopyyntö kirurgian klinikkaan ja potilas asetetaan leikkausjonoon. Tässä vaiheessa potilaaseen ei enää kohdistu laihtumisvaatimuksia, mutta potilasta kannustetaan käyttämään leikkausta edeltävä aika hyväksi ja laihduttamaan. Vähintään kolme viikkoa ennen leikkausajankohtaa potilas ryhtyy noudattamaan ENE-ruokavaliota. (Jokelainen.)

Jokelaisen mukaan leikkausta edeltävästi potilaille pidetään kertaluontoinen ravitsemusterapeutin ryhmäohjaus, jossa käydään huolella läpi ENE-ruokavalion toteutus ja jaetaan aiheesta materiaalia. Ruokavalion toteutusta ei valvota, vaan se jää potilaan omalle vastuulle. Leikkauksen jälkeen ravitsemusterapeutti tapaa potilaan 2–3, 6 ja 12 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Näillä käynneillä arvioidaan muun muassa uuden ruokavalion toteutusta.

6.3.2 Hoidon tukeminen sähköisellä palvelulla

Jokelaisen mukaan niin leikkaushoitoa edeltävää ENE-dieettiä kuin leikkauksen jälkeistä uuden ruokavalion toteuttamista olisi hyvä tukea sähköisellä palvelulla. Jokelainen kertoo, että vaikka ENE-dieetin toteuttaminen on käyty leikkausta edeltävästi huolellisesti ryhmässä läpi ja aiheesta jaettu kirjallista materiaalia, aiheuttaa dieetin käytännön toteutus potilaille toisinaan ongelmia ja kysymyksiä. Tämän Jokelainen näkee yhtenä hoitoprosessin aukkokohtana, jota olisi hyvä

tukea sähköisen palvelun avulla. Palveluun olisi hyvä koota tietoa ENE-ruokavalion käytännön toteutuksesta sekä mahdollisuus konsultoida ammattilaista ongelmatilanteissa. Aiheesta usein kysytyt kysymykset voisi koota kaikkien nähtäville, sillä usein potilailla on samankaltaisia ongelmia ruokavalion toteuttamisessa. Lisäksi dieetin toteuttamiseen voisi laatia vinkkejä ja ideoita, joita käyttäjät voivat jakaa keskenään. Ammattilaisella ei kuitenkaan ole tarvetta seurata potilaan ENE-dieetin toteutumista palvelun kautta. Haastateltava 1 on Jokelaisen kanssa samoilla linjoilla: vaikka hän on käynyt lihavuusleikkausta harkitseville suunnatussa ryhmässä, joka sisälsi useita ohjauskertoja, ja näin ollen on saanut enemmän ohjausta kuin osa leikkaukseen menevistä, pitää hän aiheesta koottua tietopakettia ja konsultointimahdollisuutta hyvänä ratkaisuna, jonka puoleen epävarmoissa asioissa voi kääntyä.

Leikkauksen jälkeen potilaiden ruokavalio ja syömistottumukset muuttuvat merkittävästi. Tällöin Jokelaisen mukaan on tärkeä huolehtia eri ravintoaineiden, erityisesti proteiinin, saannista. Jokelainen onkin ohjeistanut potilaitaan leikkauksen jälkeen käyttämään tähän apuna internetistä löytyviä ruokapäiväkirjoja ja kehottanut potilaitaan esimerkiksi kerran viikossa pitämään yhden niin sanotun testipäivän, jolloin he syöttävät sen päivän ravinnonsaannin ohjelmaan ja näin saavat yhteenvedon ravintoaineiden saannista. Ruokapäiväkirja olisikin hyvä sisällyttää tulevaan palveluun. Vaikka leikkauksen jälkeisillä kontrollikäynneillä käydään läpi uuden ruokavalion toteutusta, olisi tästäkin hyvä koota tietoa ja vinkkejä osaksi palvelua.

Haastateltava 1 uskoo tarvitsevänsä tukea leikkauksen jälkeisen ruokavalion toteuttamiseen, sillä kontrollikäynnit tapahtuvat aika harvoin. Hänen mielestään palvelussa olisi hyvä olla osio, johon on koottu kattavasti tietoa niin leikkauksen jälkeisestä ruokavaliosta kuin ylipäättään leikkauksen elämään vaikuttavista konkreettisista muutoksista. Hänen mukaansa vertaistuki on tässä vaiheessa hyvin tärkeässä roolissa ja hän uskoo, että esimerkiksi ryhmät tai keskustelupalstat, joissa leikkauksessa jo käyneet voisivat jakaa käytännön tietoa ja kokemuksiaan, olisivat suureksi avuksi. Tällöin samassa tilanteessa olleet voisivat tukea toisiaan ja jakaa kokemuksiaan ja käytännön vinkkejä. Hänen mukaansa tällainen osio palvelisi myös leikkausta harkitsevia, sillä he saisivat käytännön

tietoa muun muassa toipumisajasta ja -prosessista, leikkauksen aiheuttamista oireista ja siitä, minkälaista elämä käytännössä tulee olemaan leikkauksen jälkeen.

6.4 Tutkimustulosten yhteenveto

Oulun seudulla ylipainon hoito pohjautuu Käypä hoito -suositukseen. Hoidon toteutus on jaettu niin, että erikoissairaanhoidossa eli OYS:ssa keskitytään vain lihavuusleikkauksiin ja lihavuuden konservatiivinen hoito tapahtuu perusterveydenhuollon kautta. Ylipainon hoidon Käypä hoito -suosituksia on sovellettu vastaamaan alueellisia tarpeita. Esimerkiksi lihavuusleikkaukseen pääsykriteerit ovat painoindeksin osalta suosituksia tiukemmat, sillä suosituksen mukaiset kriteerit täyttäviä leikkaukseen halukkaita potilaita on laajan sairaanhoitopiirin alueella niin paljon, ettei leikkaushoitoa voida tarjota kaikille. Toisaalta taas kriteereissä myös joustetaan konservatiivisen hoitoyrityksen kohdalla tapauskohtaisesti, sillä kaikilla sairaanhoitopiirin terveysasemilla ei ole tarjota konservatiivista hoitoa.

Perusterveydenhuollossa tapahtuva konservatiivinen hoito keskittyy pääasiassa elintapahoitoon ja lyhytinterventioon. Elintapahoidossa ylipainon hoitoon liittyviä tekijöitä voidaan käydä yksityiskohtaisesti läpi luvun 3.2 mukaisesti. Oulussa elintapahoito keskitetään tapahtuvaksi kaupungin painonhallintaryhmissä, sillä perusterveydenhuollolla ei ole resursseja tarjota pidempiaikaista yksilöohjausta ylipainon hoitoon. Myös lyhytinterventiota käytetään perusterveydenhuollossa paljon ja vastaanotolla saadun ohjauksen jälkeen on mahdollista järjestää vielä seurantakäynti, jossa käydään läpi hoidon toteutumista. Ylipainon hoidon toteutumista voidaan seurata yksilöllisesti myös esimerkiksi liitännäissairauksien kontrolloinnin yhteydessä.

Niin lihavuuden leikkaushoitoon kuin konservatiiviseen hoitoon liittyy sellaisia osa-alueita, joihin potilaat saavat ohjeistusta, mutta joiden käytännön toteutus jää potilaan itsenäisesti toteutettavaksi. Leikkaushoidossa näitä ovat leikkausta edeltävä ENE-dieetin toteuttaminen sekä laihdutuksen jälkeiset ruokavalionmuutokset. Konservatiivisessa hoidossa taas kaikki elintapahoidon osa-alueet eli ruuan energiamäärän pienentäminen, fyysisen aktiivisuuden lisääminen, käyt-

täytymismuutoksen toteutus sekä syömisen hallinta vaativat potilaalta kykyä soveltaa annettu ohjeistus osaksi omaa elämäänsä.

Perusterveydenhuollon kautta tapahtuvassa konservatiivisessa hoidossa pyritään käymään aina tietyt asiat läpi. Ohjauksen lopullinen sisältö ja käytännönläheisyys riippuvat kuitenkin aina ohjausta antavasta henkilöstä. Etenkin vastaanotolla tapahtuvan lyhytintervention ongelmaksi koettiin, että ohjeistus saattaa olla kaavamaisista, jolloin potilaalle jää passiivinen kuuntelijan rooli. Tällöin terveydenhuollon kautta jaettu tieto jää usein yleiselle tasolle eikä välttämättä kohtaa potilaan tarpeita. Ainakin yksi haastateltavista ei kokenut hyötyneensä perusterveydenhuollon kautta saamastaan ohjauksesta ja koki sen lähes epämotivoivana.

Niin itsenäisesti kuin terveydenhuollon kautta toteutettavaa hoitoa vaikeuttavat samankaltaiset tekijät. Haastateltavat kertoivat, että ohjeistuksen soveltaminen käytäntöön tuottaa monesti vaikeuksia. Ruokavalio-ohjeiden noudattaminen on usein hankalaa ja niiden tueksi tarvittaisiin konkreettisempaa ohjausta. Välillä ongelmia on myös annoskoossa ja aterioiden rytmittämisessä. Ylipainon hoitoa leimaa myös edelleen ”laihdutuskuurimainen” ajattelutapa eikä laihdutustuloksen säilyttämiseen vaadittua pysyvää elämänmuutosta aina tiedosteta. Myös psykologiset tekijät kuten tunnesyöminen vaikeuttivat hoidon onnistumista. Yksi hoidon ongelmakohdista on myös kykenemättömyys pitkäjänteiseen työskentelyyn: aluksi innostus hoidon toteuttamiseen on yleensä suuri, mutta sillä on usein tapana hiipua ajan kuluessa.

Lisäksi itsenäisesti ylipainoa hoitavilla ongelmana oli usein oikean tiedon puute. Tietoa ylipainon hoitamisesta on tarjolla ”liikaa” ja ohjeet ovat ristiriitaisia, jolloin on vaikea tietää, mihin voi luottaa ja minkälaisin keinoin itsenäinen hoito olisi parasta toteuttaa. Etenkin tällä ryhmällä myös tieto laihdutuksen jälkeisestä painonhallinnasta oli hyvin puutteellista.

Terveydenhuollossa saatu hoito sisältää paljon sellaisia osa-alueita, joissa terveydenhuolto voi vain ohjeistaa potilasta, mutta joiden käytännön toteutus jää potilaan omalle vastuulle. Sähköinen palvelu voisi tarjota käyttäjilleen niin tietoa kuin erilaisia työkaluja ja vaihtoehtoja hoidon käytännön toteuttamiseen ja näin

tukea terveydenhuollossa annettua ohjausta. Sähköinen palvelu tarjoaa myös ammattilaisten ja potilaiden välille uuden kommunikaatio- ja seurantakeinon, joka voi tukea hoitoprosessia. Sähköisellä palvelulla voidaan tukea terveydenhuollossa saatua ohjausta myös siten, että palvelu voi tarjota käyttäjilleen työkaluja, joiden avulla hoito saataisiin paremmin vastaamaan kunkin potilaan henkilökohtaisia tarpeita. Palvelun avulla potilas myös voisi aktiivisesti osallistua omaan hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen.

Ylipainon itsenäinen hoito vastaa pitkälti terveydenhuollon kautta saatua hoitoa. Erotuksena on se, että itsenäisesti ylipainoa hoitavat joutuvat itse hakemaan tietoa ja keinoja ylipainon hoitoon, kun taas terveydenhuollon piirissä olevat saavat näitä suoraan ammattilaisilta. Heidän onnistumisestaan ei myöskään seuraa terveydenhuollon ammattilainen. Ylipainon itsenäistä hoitoa voidaan kuitenkin tukea sähköisen palvelun avulla pitkälti samoin keinoin kuin terveydenhuollossa tapahtuvaa hoitoa. Tällöin on kuitenkin huomioitava se, että palvelun tulee sisältää kattavasti tietoa ylipainon hoidosta, sillä itsenäisesti laihduttavat eivät saa näitä tietoja viralliselta taholta.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tutkimuksen johtopäätökset

Miten terveydenhuollon kautta tapahtuva ylipainon hoito toteutuu Oulun seudulla käytännössä?

Oulun seudulla ylipainon hoito on jaettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä siten, että erikoissairaanhoidossa keskitytään vain sairaallosien lihavuuden leikkaushoitoon ja kaikki ylipainon konservatiivinen hoito on keskitetty perusterveydenhuoltoon eli terveysasemille ja työterveyshuollolle.

Perusterveydenhuollossa pääasiallisina hoitomenetelminä käytetään joko lyhyt-interventiota tai elintapahoitoa. Oulussa elintapahoito toteutetaan aina kaupungin painonhallintaryhmissä. Painonhallintaryhmissä käydään Käypä hoito -suositusten mukaisia elintapahoidon osa-alueita yksityiskohtaisesti läpi. Lyhyt-interventiot toteutuvat yleensä hoitajan vastaanotolla, jossa potilas saa ylipainon hoitoon ohjeistusta. Potilas voidaan ottaa uuteen hoitajan kontrolliin painonhallinta-asioissa esimerkiksi kuukauden päästä ensimmäisestä käynnistä; pitempikäiseen yksilöohjaukseen perusterveydenhuollossa ei kuitenkaan ole Oulun seudulla resursseja. Niissä tapauksissa, joissa potilas käy liitännäissairauksien vuoksi säännöllisissä kontrolleissa terveysasemalla, voidaan kontrollikäyntien yhteydessä kuitenkin seurata myös painon kehitystä.

Potilaan ohjauksessa pyritään aina käymään tietyt asiat läpi. Potilasta ohjataan sopivan painotavoitteen asettamisessa ja potilaalle kerrotaan, minkälaisia etuja painon alenemisesta on potilaan terveyteen. Ohjauksessa käydään läpi painonhallintaan liittyviä asioita ja jaetaan potilaalle esitteitä muun muassa laihduttavan ruokavalion rakentamiseen. Ruokavalio-ohjauksessa käytetään apuna virallisia terveyssuosituksia, kuten Terveysporttia, Terveyskirjastoa sekä Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen oppaita, joita myös annetaan potilaille mukaan. Ohjauksessa ei pyritä laskemaan kaloreita, vaan terveellisen ja painoa alentavan ruokavalion toteutusta lähdetään käymään läpi lautasmallin, ateriaesimerkkien ja ruokavalion keventämisen kautta. Potilaita ohjataan myös annoskoon

tarkistamisessa ja aterioinnin rytmittämisessä. Ohjauksessa myös kannustetaan potilaita liikkumaan ja korostetaan arkiliikunnan merkitystä. Ohjeistuksen lopullinen sisältö, konkreettisuus ja toteutus ovat kuitenkin aina riippuvaisia sitä antavasta hoitajasta.

Erikoissairaanhoidossa OYS:ssa keskitytään vain lihavuusleikkauspotilaisiin. Kun potilaan on katsottu täyttävän lihavuusleikkauksen kriteerit, asetetaan hänet leikkausjonoon. Tässä vaiheessa potilaaseen ei enää kohdistu laihtumisvaatimuksia, mutta potilasta kannustetaan käyttämään leikkausta edeltävä aika hyödyksi ja laihduttamaan. Vähintään kolme viikkoa ennen leikkausta potilaan tulee siirtyä noudattamaan ENE-ruokavaliota. Ruokavalion toteutusta ei kuitenkaan valvota, vaan se jää potilaan omalle vastuulle. Leikkausta edeltävästi potilaille pidetään kertaluontoinen ravitsemusterapeutin ryhmäohjaus, jossa käydään huolella läpi ENE-ruokavalion toteutus ja jaetaan aiheesta materiaalia. Samoin tällä käynnillä annetaan ohjeistusta leikkauksen jälkeisen ruokavalion toteuttamiseen. Leikkauksen jälkeen ravitsemusterapeutti tapaa potilaan 2–3, 6 ja 12 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Näillä käynneillä arvioidaan muun muassa uuden ruokavalion toteutusta.

Mitä ongelmakohtia ylipainon niin terveydenhuollon kuin itsenäisesti tapahtuvan hoidon toteutuksessa on?

Terveydenhuollossa tapahtuvan hoidon ongelmakohtia ovat kaikki ne osa-alueet, joiden käytännön toteuttaminen jää potilaan itsenäisesti toteutettavaksi. Tällaisia osa-alueita on niin lihavuuden leikkaushoidossa kuin konservatiivisessa hoidossa. Leikkaushoidossa näitä ovat leikkausta edeltävän ENE-dieetin toteuttaminen sekä laihdutuksen jälkeiset ruokavaliomuutokset. Konservatiivisessa hoidossa taas kaikki elintapahoidon osa-alueet eli ruuan energiamäärän pienentäminen, fyysisen aktiivisuuden lisääminen, käyttäytymismuutoksen toteutus sekä syömisen hallinta vaativat potilaalta kykyä soveltaa annettu ohjeistus osaksi omaa elämäänsä.

Perusterveydenhuollossa annettavassa ohjauksessa pyritään aina käymään tietyt ennalta määrätyt asiat läpi. Tällöin ongelmana on, että ohjeistus ei välttämättä vastaa potilaan yksilöllisiä tarpeita, vaan se saattaa jäädä yleiselle tasolle

eikä ole potilaskohtaista. Ohjeistus saattaa olla kaavamaista, jolloin potilaalle jää passiivinen kuuntelijan rooli.

Ylipainon itsenäisen hoidon tyypillinen ongelma on oikean tiedon puute. Ylipainon hoitoon on tarjolla niin paljon tietoa ja eri laihdutusmenetelmiä, että itsenäisesti hoitoa toteuttavilla on usein vaikeuksia tietää, mikä tieto on luotettavaa ja mitkä hoitomenetelmistä ovat oikeasti toimivia.

Sekä itsenäistä että terveydenhuollon kautta toteutettua hoitoa vaikeuttaa se, että hoitomenetelmien käytäntöön soveltaminen on haastavaa. Vaikka henkilö olisi saanut oikeaa tietoa ylipainon hoidossa toimivista menetelmistä, tätä ei välttämättä osata toteuttaa käytännössä. Niin itsenäisen kuin terveydenhuollon piirissä toteutetun hoidon onnistumista vaikeuttavat myös psykologiset syyt, kuten tunnesyöminen ja impulssikontrollin puute. Alentuneessa painossa pysyminen eli laihdutuksen jälkeinen painonhallinta tuottaa etenkin itsenäisesti laihduttaville ongelmia ja usein heillä ei ole edes tietoa siitä, että alentuneessa painossa pysyminen edellyttää aina pysyviä muutoksia laihdutusta edeltäneisiin elintapoihin. Yksi hoidon ongelmakohtista on myös kykenemättömyys pitkäjänteiseen toimintaan ja pysyviin muutoksiin: innostus hoidon toteuttamiseen hiipuu ajan kanssa eikä edes painon aleneminen välttämättä motivoi käyttäjää jatkamaan hoidon toteuttamista.

Miten hoidon ongelmakohtia voidaan tukea sähköisellä palvelulla?

Sähköisellä palvelulla voidaan tukea ja tehostaa perusterveydenhuollon kautta tapahtuvaa elintapahoitoa sekä lyhytinterventiota. Palveluun tulisi koota tietoa elintapahoidon osa-alueista eli ruokavaliosta, liikunnasta, käyttäytymisen muutoksesta sekä syömisestä hallinnasta. Näistä hyötyisivät niin elintapahoitoryhmässä käyvät kuin etenkin lyhytintervention saaneet potilaat, jotka eivät ole saaneet yhtä kokonaisvaltaista ohjausta. Tietopaketiin olisi hyötyä myös itsenäisesti ylipainoa hoitaville. Elintapahoitoa painonhallintaryhmissä saaville potilaille voidaan sähköisen palvelun kautta tarjota yhteydenpitokanava, jolla voi tehostaa ryhmän toimintaa. Mikäli nämä potilaat voivat muodostaa palveluun oman ryhmänsä, voivat he jakaa kokemuksiaan myös ryhmätapaamisten välillä.

ja jatkaa yhteydenpitoa ja toistensa kannustamista ryhmäkäyntien päättymisen jälkeenkin.

Sähköinen palvelu mahdollistaa sen, että hoidon toteuttamisen ongelmiin ja taantumakohtiin voidaan puuttua nopeasti. Esimerkiksi tilanteet, joissa potilaan painon lasku on pysähtynyt tai paino on lähtenyt uudelleen nousuun, ovat potilaille yleensä henkisesti hyvin raskaita. Palvelu voi tällaisissa tapauksissa lähettää automaattisen ilmoituksen potilaan hoitajalle, joka voisi ottaa potilaaseen yhteyttä. Näin tilanteeseen reagoitaisiin nopeasti.

Sähköisen palvelun käyttö perusterveydenhuollossa tarjotun hoidon rinnalla tukee potilaille annettua ohjausta myös siten, että sähköinen palvelu tarjoaa keinoja, joiden avulla hoito saadaan paremmin vastaamaan kunkin potilaan tarpeita. Sähköisellä palvelulla voidaan kartoittaa tapauskohtaisesti esimerkiksi potilaan ruokavaliossa olevia ongelmakohtia ja näiden perusteella ehdottaa potilaalle sopivinta ruokavaliota ja hänen tapauksessaan toimivia laihdutusmenetelmiä. Palvelun käyttö mahdollistaa sen, että potilas voi aktiivisesti osallistua hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen esimerkiksi tutkimalla palvelun kautta hänelle soveltuvia laihdutusmenetelmiä sekä vertailemalla, minkälaisia eri vaihtoehtoja hänellä on niin laihdutusmenetelmän kuin -vauhdin osalta päästä painotavoitteeseensa. Näiden perusteella potilas voi itse valita omaan tilanteeseensa parhaiten soveltuvan laihdutusmenetelmän ja -tahdin ja näin osallistua ja sitoutua aktiivisesti omaan hoitoprosessiinsa.

Lihavuusleikkauspotilaiden hoidon ongelmakohtia eli potilaan omalle vastuulle jääviä hoidon osa-alueita voidaan tukea samankaltaisin keinoin kuin perusterveydenhuollossa. Palvelun avulla voidaan auttaa potilaita niin leikkausta edeltävän ENE-dieetin kuin leikkauksen jälkeisen ruokavalion toteuttamisessa. Palveluun tulisi koota tietoa molempien ruokavalioiden käytännön toteuttamisesta sekä mahdollisuus konsultoida ammattilaista ongelmatilanteissa. Tässäkin konsultointia voi tehostaa kokoamalla usein kysytyt kysymykset kaikkien nähtäville. Ruokavalioiden käytännön toteuttamista voidaan myös tukea palvelun kautta siten, että palveluun koottaisiin aiheeseen liittyen vinkkejä ja ideoita, joita käyttäjät voivat jakaa keskenään. Palvelun tulisi myös tarjota työkaluja, kuten ruo-

kapäiväkirjan täyttömahdollisuus leikkauksen jälkeisen ravinnonsaannin tarkistamiseen.

Itsenäisen hoidon epäonnistuminen johtuu usein tiedon puutteesta. Tähän ongelma-kohtaan voidaan helposti puuttua sähköisellä palvelulla, sillä palveluun voidaan koota keskitetysti kattavasti tietoa ylipainon hoidosta ja painonhallinnasta sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Palvelussa tarjottavan tiedon tulee olla hyvin konkreettista ja tiedon tueksi tulee tarjota käytännönläheisiä esimerkkejä. Palvelun avulla käyttäjää voidaan ohjata muun muassa ruokavalion toteuttamisessa tarjoamalla konkreettisia esimerkkejä ja ohjeita päivän aterioiden koostamiseen ja yksityiskohtaisia neuvoja energiansaannin pienentämiseksi.

Palvelun tulisi tarjota tietoa myös syömiskäyttäytymiseen vaikuttavista psykologisista tekijöistä sekä keinoja niiden tunnistamiseen. Sähköisen palvelun välityksellä käyttäjille voidaan tarjota konkreettisia ohjeita, miten esimerkiksi tunteesyömistä ja mielihalukontrollia voi oppia hallitsemaan.

Sähköisen palvelun avulla voidaan tukea käyttäjiä laihdutuksen jälkeisessä painonhallinnassa. Aiheesta tulee koota palveluun konkreettista tietoa, sillä etenkin itsenäisesti laihduttavilla on aiheeseen liittyen usein tietovajetta. Palvelun kautta käyttäjää voitaisiin auttaa painonhallinnassa tarjoamalla sisällyttämällä palveluun työkalu, joka laskee käyttäjäkohtaisesti, kuinka paljon käyttäjän kokonaisenergiankulutus on pienentynyt painon alenemisen myötä lähtötilanteeseen nähden. Palvelun tukisi käyttäjää painonhallinnassa tarjoamalla hänelle vaihtoehtoja, millä keinoin syntyneeseen energiavajeeseen voi vastata.

Millainen vuorovaikutus tukee ylipainon hoitoa?

Sähköinen palvelu tarjoaa potilaan ja ammattilaisen välille uudenlaisen vuorovaikutuskanavan, jonka avulla ylipainon konservatiivista hoitoa voidaan tukea. Hoitaja voi sähköisen palvelun välityksellä seurata hoidon toteutumista ja antaa potilaalle palautetta ja ohjeistusta säännöllisesti. Tässä kuitenkin on erityisen tärkeää, että hoitajalta saatu palaute on aina positiivista ja kannustavaa, sillä negatiivinen palaute saattaa lannistaa potilaan laihdutusinnon. Hoitajan roolina

palvelun kautta olisikin lähinnä kannustaa ja tukea potilasta sekä antaa hänelle kehitysideoita sekä ohjeita.

Jotta sähköisen palvelun mahdollistama vuorovaikutus olisi mahdollisimman tehokasta, tulee sen toimia molempiin suuntiin: potilaalla tulee olla palvelun kautta mahdollisuus konsultoida ammattilaista myös oma-aloitteisesti esimerkiksi silloin, jos hoidon toteuttamisessa on vaikeuksia. Hoidon toteuttamisen ongelmakohtia voitaisiin tukea kokoamalla palveluun usein kysyttyjä kysymyksiä kaikkien nähtäville, sillä hoidon toteuttamiseen liittyvät ongelmat ovat hyvin samankaltaisia. Näin potilaat voisivat myös itsenäisesti etsiä palvelun kautta ratkaisua ongelmaansa.

Minkälaiset sähköiset palvelut motivoivat laihduttamiseen?

Tehokas keino motivoida potilasta ylipainon hoitoon on tarjota hänelle mahdollisuus aktiivisesti osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Tämän vuoksi sähköisen palvelun tulisi tarjota käyttäjälle mahdollisuus eri hoitovaihtoehtojen vertailuun ja itselle parhaiten sopivan valintaan. Tällöin hoitoon sitoutuminen on todennäköisempää. Koska epärealistinen painotavoite johtaa yleensä motivaation laskemiseen ja hoidon epäonnistumiseen, tulee sähköisen palvelun laskea käyttäjälle realistinen painotavoite ja mahdolliset välitavoitteet, joiden saavuttaminen on mahdollista. Tällöinkin käyttäjä saa itse vaikuttaa hoitoonsa valitsemalla itse itselleen sopivimman laihdutusvauhdin.

Sähköisen palvelun tulee antaa käyttäjilleen sellaista palautetta, joka kannustaa heitä jatkamaan ylipainon hoitoa. Palautteen tulee sisältää konkreettista, terveydellisistä lähtökohdista tapahtuvaa motivointia sekä parannusehdotuksia. Tällainen motivoiva palaute voi esimerkiksi olla ilmoitus siitä, kuinka paljon sairastumisriski diabetekseen on prosentuaalisesti alentunut painonpudotuksen ansiosta. Tämänkaltaisella lähestymistavalla voidaan konkretisoida käyttäjille, että jo suhteellisen pieneltä tuntuvalta painon alenemisella on terveyden kannalta hyvin suuri merkitys.

Jotta mielenkiinto palvelun käyttöön pysyy yllä, tulee palveluun sisällyttää jokin viikoittain vaihtuva mielenkiintoinen osio, kuten esimerkiksi resepti tai artikkeli.

Tällainen ominaisuus kannustaa käyttäjiä kirjautumaan palveluun viikoittain ja näin pitää motivaatiota yllä. Lisäksi palveluun olisi hyvä sisällyttää menetystarinoita, jotka toimivat osalle käyttäjistä tehokkaana motivointikeinona.

Vertaistuki on osalle ylipainoisista tärkeä motivointikeino. Sähköisellä palvelulla voidaan tarjota käyttäjille keskusteluympäristö, jonka kautta käyttäjät voivat löytää samassa tilanteessa olevia henkilöitä. Kokemusten vaihto, keskusteluun osallistuminen tai pelkästään niiden lukeminen voi synnyttää käyttäjissä yhteisöllisyyden tunteen, joka motivoi niin palvelun käyttöön kuin ylipainon hoitoon.

Myös tietoisuus siitä, että terveydenhuollon ammattilainen seuraa hoidon toteutumista, voi toimia hyvin tehokkaana motivointikeinona ja kannustaa potilasta sitoutumaan hoidon onnistumisen kannalta vaadittaviin muutoksiin.

Myös palvelun visuaalisella puolella ja ulkoasulla voi parantaa palvelun käytön mielekkyyttä ja näin kasvattaa käyttäjien motivaatiota palvelun käyttöön. Tiedon esittäminen sanallisen muodon lisäksi visuaalisin elementein, kuten kuvin, värein ja graafein, toimii hyvänä hahmotuskeinona.

7.2 Tilaajan johtopäätökset

7.2.1 Palvelun rakenne

Jotta palvelulla voidaan vastata mahdollisimman hyvin käyttäjän tarpeeseen, tulee se jakaa sisältönsä puolesta kolmeen eri osa-alueeseen: sairaalloisen lihavuuden hoitoon, ylipainon hoitoon yhdessä perusterveydenhuollon kanssa sekä itsenäiseen ylipainon hoitoon. Kun palvelu jaotellaan lihavuuden asteen mukaan, saadaan oikea tieto ja toiminnallisuus kohdennettua oikeille käyttäjille. Näin menettelemällä voidaan antaa hyvinkin konkreettista ohjausta ja teoreettista tietoa lihavuuden asteen mukaisesti aiheuttamatta käyttäjälle tietoähkyä.

Suurin osa palveluun tulevasta tietosisällöstä ja toiminnallisuudesta on tarkoitettu kaikille käyttäjille. Palveluun kootaan tietopaketteja terveellisestä ja toimivasta painoa alentavasta ruokavaliosta, liikunnan merkityksestä laihdutukseen, laihdutuksen jälkeisestä painonhallinnasta sekä syömiskäyttäytymiseen vaikut-

tavista psyykkisistä tekijöistä. Osa palvelun sisällöstä ja toiminnallisuudesta on kuitenkin tarkoitettu vain tietyille ryhmille.

Lihavuusleikkaukseen liittyvä tieto ja toiminnallisuus tulee keskittää vain niille käyttäjille, joille lihavuusleikkaus voi olla mahdollinen, eli sairaalloisesti lihaville. Heille tulee tarjota kattavasti tietoa lihavuuden leikkaushoidosta. Tiedon tulisi olla hyvin konkreettista ja kattaa niin leikkausta edeltävä aika, itse leikkaus ja sen vaikuttavuus kuin leikkauksen jälkeinen aika. Palvelun tulee tarjota sairaalloisesti lihaville tukea niin leikkausta edeltävän ENE-dieetin kuin leikkauksen jälkeisen ruokavalion toteuttamiseen. Molempiin liittyen tulee koota tietopaketti, jossa on kerrottu ruokavalion käytännön toteutus ja siihen liittyvät erityispiirteet sekä vinkkejä ruokavalion käytännön toteutukseen. Leikkauksen jälkeisen ruokavalion tueksi palvelun tulee kannustaa käyttäjiä säännöllisesti esimerkiksi keran viikossa täyttämään ruokapäiväkirjaa, jotta ravintoaineiden saannin tasapaino voidaan varmistaa. Käyttäjille tulee tarjota mahdollisuus konsultoida ammattilaista, mikäli hoidon toteutuksessa ilmenee ongelmia. Usein kysytyt kysymykset tulee myös koota kaikkien nähtäville. Tässä osiossa käyttäjille tulee tarjota myös mahdollisuus vertaistukeen: palvelussa tulee olla keskusteluryhmä leikkausta suunnitteleville ja leikkauksen jo läpikäyneille, jonka käyttäjät voivat jakaa käytännön tietoa ja kokemuksia leikkaukseen liittyen. Sairaalloisesti lihaville tulee tarjota myös tietoa lihavuuden konservatiivisista hoitokeinoista. Tämä tieto on kuitenkin yhteistä kaikille palvelun käyttäjille lihavuuden asteesta riippumatta.

Tietyt palvelun ominaisuudet ovat vain niille käyttäjille, jotka saavat ylipainoon hoitoa terveydenhuollon piirissä. Näille käyttäjille palvelu tarjoaa mahdollisuuden ammattilaisen ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Vuorovaikutuksen tulee toimia molempiin suuntiin: ammattilaisella on mahdollisuus seurata potilaan painon kehitystä ja antaa säännöllisin väliajoin potilaalleen palautetta ja vinkkejä hoidon toteutukseen. Potilaalla taas on mahdollisuus konsultoida ammattilaista esimerkiksi hoidon toteutuksessa ilmenevissä ongelmakohdissa. Usein kysytyt kysymykset kootaan kaikkien nähtäville. Lisäksi palveluun voi liittää mahdollisuuden lähettää hoitajalle automaattinen ilmoitus, jos potilaan painon aleneminen pysähtyy pitemmäksi aikaa tai paino lähtee nousuun. Niille potilaille, jotka kuuluvat kaupungin painonhallintaryhmään, tulee perustaa palve-

luun oma ryhmä, jonka kautta he voivat pitää yhteyttä ryhmätapaamisten välillä ja jatkaa yhteydenpitoa ja toistensa kannustamista ryhmäkäyntien päättymisen jälkeen.

Itsenäiseen ylipainon hoitoon palvelu tarjoaa samanlaisia ominaisuuksia kuin terveydenhuollon piirissä oleville lukuun ottamatta vuorovaikutusta käyttäjän ja ammattilaisen välille sekä tiettyihin ryhmiin liittymismahdollisuutta.

7.2.2 Palvelun sisältö

Ruokavalio-osuus

Palveluun tulee koota ruokavaliota koskeva tietopaketti. Tässä tulee käydä läpi ruokavalion perusasioita kuten energiansaantiin vaikuttavia tekijöitä ja energiansaannin merkitystä laihduttamiseen ja painonhallintaan. Osioon kootaan myös konkreettisia esimerkkejä, joissa kuvataan eri ruokien sisältämää energiamäärää muuntamalla energia esimerkiksi sokeripaloiksi. Osiossa kerrotaan ruokavalion merkityksestä laihdutukseen ja painonhallintaan. Palvelussa esitellään luvun 3.1.1 mukaiset laihdutusruokavaliot sekä niiden vaikuttavuus. Molempien laihdutusruokavalioiden käytännön toteuttamiseen annetaan ohjeita sekä konkreettinen esimerkki.

Liikunta-osuus

Liikunta-osuuteen kootaan tietoa liikunnan merkityksestä laihdutuksessa ja painonhallinnassa. Siinä kerrotaan arkiliikunnan hyödyllisyydestä ja liikunnan terveysvaikutuksista. Osuuteen myös kootaan esimerkkejä eri aktiviteettien aiheuttamasta energiankulutuksesta.

Psykologiset tekijät

Tähän osuuteen kootaan tietoa psyykeen vaikutuksesta syömiskäyttäytymiseen. Tietoa kootaan niin impulssikontrollista, tunnesyömisestä kuin mielihalun katkaisemisesta. Tässä osiossa käyttäjille tarjotaan ohjeistusta myös käyttäytymisen muutokseen ja syömisestä hallintaan. Osuudessa tarjotaan lisäksi joitain työkaluja psykologisten syiden hallintaan. Tällainen on esimerkiksi napostelu-päiväkirja, johon kirjataan vain syöty ruoka ja syömispaikka. Tämän avulla voi-

daan tunnistaa painon alenemisen kannalta epäedullisia tapoja, kuten esimerkiksi sohvilla syöminen. Osioon kootaan myös vinkkejä napostelusyömisestä vaihtoehtoja, kuten epäterveellisten naposteltavien korvaaminen terveellisillä vaihtoehtojilla kuten kirsikkatomaateilla. Tähän osioon kootaan myös ohjeita esimerkiksi mielihaluja synnyn tunnistamiseen ja haitallisten ajatusten katkaisemiseen.

Ylipainon konservatiiviset hoitokeinot

Palvelussa tulisi olla tietoa myös siitä, miten ylipainoa voidaan hoitaa terveydenhuollossa. Palvelussa tulisi esitellä lyhyesti kaikki terveydenhuollon hoitomenetelmät eli elintapahoito, lihavuuden lääkehoito, ENE-dieetti ja leikkaushoito. Näin itsenäisesti ylipainoa hoitavat saisivat tietää, minkälaisia palveluita ja menetelmiä hoitoon käytetään terveydenhuollon puolella.

7.2.3 Palvelun toiminnallisuus

Suurin osa palvelun toiminnallisuudesta on tarkoitettu kaikille käyttäjille. Lihavuuden asteen mukaan rajoitetut toiminnallisuudet esitetään tämän osion lopussa.

Ruokapäiväkirja: Palvelussa on ruokapäiväkirjan täyttömahdollisuus, johon voi syöttää päivän aikana nautitut ruuat. Palvelu laskee niiden kokonaisenergiankulutuksen sekä antaa yhteenvedon ravintoaineiden saannista. Käyttäjällä on mahdollisuus tallentaa omat ”vakioannoksensa” ruokapäiväkirjaan, jolloin sen käyttö helpottuu.

Energiansaannin kirjaus: Palveluun on koottu lista eri ruoka-aineista. Kun käyttäjä valitsee nauttimansa ruoka-aineen listalta ja antaa annoskoon, laskee palvelu annoksen energiasisällön. Energiansaannin voi kirjata palveluun myös suoraan kilokaloreina.

Energiankulutuksen kirjaus: Palveluun on koottu lista eri aktiviteeteista. Kun käyttäjä valitsee aktiviteetin sekä antaa sille keston, laskee palvelu tämän aiheuttaman energiankulutuksen. Energiankulutus on mahdollista syöttää palveluun myös suoraan kilokaloreina

Liikuntapäiväkirja: Palvelussa on liikuntapäiväkirjan täyttömahdollisuus. Tähän käyttäjä voi kirjata päivän aikana tekemänsä liikuntasuoritukset ja niiden kestot, jolloin palvelu laskee päivän energiankulutuksen. Käyttäjällä on mahdollisuus tallentaa haluamiaan liikuntasuorituksia palveluun. Tällöin esimerkiksi työmatkaan aiheuttaman energiankulutuksen voi helposti syöttää palveluun.

Napostelupäiväkirja: Napostelupäiväkirjaan kirjataan vain syöty ruoka ja syömispaikka ja -aika. Sen avulla voidaan havaita haitallisia tapoja, kuten sohvalla syömistä tai iltapainotteista syömistä.

Ruoka-annosten valinta valmiista taulukosta: Palveluun tulee olla koottuna liitteen 1 mukaisia annosvaihtoehtoja, joiden energiamäärä on ilmoitettu taulukossa. Käyttäjä voi klikkaamalla valita haluamansa päivittäiset annokset, jolloin ohjelma laskee yhteen annosten kokonaisenergiansaannin. Palvelun kautta on mahdollista suunnitella ruoka-annokset kerralla myös pidemmälle aikavälille kuten esimerkiksi viikoksi.

Keskustelupalstat: Palvelun tulee tarjota käyttäjilleen mahdollisuus jakaa kokemuksiaan ja vinkkejään keskustelupalstojen välityksellä. Keskustelupalstan tulee toimia nimimerkillä, sillä tämä alentaa käyttäjien kynnystä osallistua keskusteluun. Keskustelut kootaan aihealueittain ja kaikilla käyttäjillä on mahdollisuus päästä lukemaan keskusteluja, vaikkeivät he osallistuisi niihin.

Osa palvelun toiminnallisuudesta on rajoitettu käyttäjäryhmien mukaan. Tällaisia toimintoja ovat ammattilaisen konsultointi ja ammattilaisen tarjoama palaute, jotka on tarjottu vain niille käyttäjille, joilla on hoitokontakti terveydenhuoltoon. Samoin ryhmien luonti on tarkoitettu vain tällaisille käyttäjille.

7.2.4 Palvelun muut ominaisuudet

Palvelun tarjoama palaute: Palvelu antaa käyttäjälle viikoittain palautetta. Palautteessa käydään läpi kuluneen viikon hyviä puolia ja annetaan ehdotuksia seuraavalle viikolle. Palaute sisältää niin kirjallista palautetta kuin visuaalista puolta kuten painokäyrän. Palautteen tulee aina olla kannustavaa. Palautteeseen tulee sisällyttää konkreettista terveydellisistä lähtökohdista tapahtuvaa motivointia, kuten tietoa siitä, kuinka paljon esimerkiksi diabetekseen sairastu-

misen riski on pienentynyt prosentteina painon alentuessa. Viikoittaisen palautteen lisäksi palvelu voi antaa myös välitöntä positiivista palautetta esimerkiksi silloin, kun käyttäjä kirjaa tehdyn liikuntasuorituksen palveluun.

Palvelun visuaalisuus: Palvelun tulee sisältää paljon visuaalisia elementtejä, joiden avulla tiettyjen asioiden hahmottamista voidaan tukea. Palvelun tulee tarjota graafisia esityksiä muun muassa painon seurannasta ja vyötärön ympärystä. Värien käytöllä voidaan tehostaa hyvien ja huonojen valintojen havaitsemista: esimerkiksi vihreää väriä voidaan käyttää, mikäli ravintosisältö on tasapainossa ja punaisella värillä korostaa ongelmakohtia.

Menestystarinat: Palveluun tulee koota esimerkkejä onnistuneista laihdutustarinoista. Näiden avulla voidaan pitää käyttäjien motivaatiota yllä.

Viikoittain päivittyvä osio: Palvelussa tulee olla näkyvällä paikalla oleva osio, jonka sisältö vaihtelee viikoittain. Tässä voi vaihtelevasti olla esimerkiksi erilaisia artikkeleita, reseptejä ja vinkkejä. Tällaisella ratkaisulla voidaan pitää käyttäjien mielenkiintoa palvelun käyttöön yllä.

7.2.5 Palvelun käyttö

Käyttäjän kirjautuessa ensimmäistä kertaa palveluun häneltä pyydetään hänen pituus- ja painotietonsa, joiden pohjalta palvelu laskee käyttäjän painoindeksin. Lisäksi käyttäjältä kysytään, onko hänellä ylipainoon liittyviä liitännäissairauksia ja joko näiden tai ylipainon pohjalta hoitokontakti terveydenhuoltoon. Näiden tietojen perusteella palvelu luokittelee käyttäjän automaattisesti yhteen kolmesta ryhmästä: sairaalloiseen lihavuuteen, perusterveydenhuollon piirissä ylipainoa hoitavaan tai itsenäisesti ylipainoa hoitavaan.

Palvelu laskee käyttäjälle automaattisesti painotavoitteen ja kertoo sen käyttäjälle. Painotavoitteen yhteydessä kerrotaan, millä keinoin tavoite on laskettu: 5–10 %:n painon alennus on terveydelle edullista. Tämän jälkeen käyttäjä ohjataan linkin kautta osioon, jossa esitellään palvelun tarjoamat vaihtoehtoiset laihdutustavat: tiettyyn kalorimäärään pyrkiminen vuorokaudessa tai nykyisen ruokavalion energiapitoisuuden pienentäminen.

Palvelu esittelee vaihtoehtoiset laihdutustavat käyttäjälle hyvin konkreettisesti, jotta käyttäjän olisi helpompi valita itselle parhaiten sopiva vaihtoehto. Ruokavalion energiapitoisuuden pienentämisen toteutus ja vaikuttavuus esitellään käyttäjälle tarjoamalla esimerkki päivän aikana täytetystä ruokapäiväkirjasta, joka sisältää paljon piiloenergian lähteitä ja energiapitoisia välipaloja. Ruokapäiväkirjaan on kirjattu kaikkien yksittäisten ruokien kalorimäärät sekä kokonaisenergiansaanti. Tämän ruokapäiväkirjan vieressä esitellään edellisestä muokattu ruokapäiväkirja, josta on poistettu turhat välipalat ja korvattu paljon energiaa sisältävät tuotteet paremmilla vaihtoehdoilla. Myös tähän ruokapäiväkirjaan on kirjattu yksittäisten ruokien kalorimäärä sekä kokonaisenergiansaanti. Esimerkin vieressä on sanallinen selitys, kuinka ruokavaliota muokkaamalla päivittäiseen energiansaantiin voi vaikuttaa. Ruokapäiväkirjojen rinnalle tulee asettaa graafinen painokäyrä, johon on kuvattu, miten paino lähtee laskemaan yllä mainituilla muutoksilla. Tällaisen esimerkin avulla käyttäjä näkee konkreettisesti, miten ruokavalion energiapitoisuuden pienentäminen vaikuttaa painoon. Mikäli hän kokee, että omassa ruokavaliossa on mahdollista toteuttaa samankaltaisia muutoksia, voi kyseinen laihdutustapa sopia hänelle parhaiten.

Myös toinen laihdutustapa, tiettyyn energiamäärään päivässä pyrkiminen, esitellään käyttäjälle konkreettisesti. Käyttäjälle annetaan konkreettinen esimerkki siitä, miten palvelun avulla rakennetaan esimerkiksi 1200 kilokaloria päivässä sisältävä ruokavalio. Esimerkissä näytetään, miten käyttäjä voi valita liitteen 1 mukaisista annosvaihtoehdoista päivän ateriansa ja kuinka kokonaisenergia päivittyy aina uuden annoksen valinnan yhteydessä. Näin käyttäjälle konkretisoidaan, kuinka hän voi palvelun avulla rakentaa päivän ruokavalionsa tietyn kalorirajan puitteissa. Esimerkin yhteydessä kuvataan sanallisesti, miten tiettyyn energiamäärään päivittäin pyrkiminen vaikuttaa painoon. Vaikuttavuudesta annettaisiin myös visuaalinen esimerkki graafisena esityksenä, johon on kuvattu esimerkiksi, miten 1200 kilokalorin päivittäinen energiansaanti vaikuttaa tietyn-painoisen henkilön painon kehitykseen.

Kun palvelun tarjoamat laihdutustavat on esitelty käyttäjälle, palataan takaisin palvelun käyttäjälle ehdottamaan painotavoitteeseen. Mikäli pudotettavaa painoa on paljon, on painotavoite pilkottu pienempiin välitavoitteisiin. Palvelu eh-

dottaa käyttäjälle sopivaa painonpudotusvauhtia ja kertoo, kuinka suurta viikoittaista painonpudotusta tähän pääsy edellyttää ja kuinka suuri päivittäisen energianvajauksen täytyy tällöin olla. Asian konkretisoimiseksi tämä esitetään myös graafisesti. Käyttäjä pystyy kuitenkin kokeilemaan palvelulla erilaisia painonpudotusvauhteja ja vertailemaan, miten valittu laihdutusvauhti vaikuttaa päivittäin tehtäviin muutoksiin ja valitsemaan itselleen sopivan tahdin. Vaikka käyttäjä saa itse valita laihdutusvauhdin, huolehtii palvelu siitä, ettei laihdutus tapahdu liian nopeasti, eikä anna käyttäjän valita nopeampaa laihdutusvauhtia kuin 1 kg viikossa.

Kun käyttäjä on valinnut painonpudotusvauhtinsa, laskee palvelu käyttäjälle tavoitekäyrän, johon on merkitty viikoittaiset painotavoitteet. Tämän jälkeen käyttäjä valitsee haluamansa painonpudotustavan.

Kun painonpudotustapa on valittu, ohjeistetaan käyttäjää palvelun käytössä. Mikäli käyttäjä on valinnut laihdutustavakseen tiettyyn energiamäärään pyrkimisen, kehoitetaan käyttäjää täyttämään ruokapäiväkirjaa yhden vuorokauden verran, jolloin palvelu voi automaattisesti hakea ruokapäiväkirjasta sellaisia ruokavalintoja, jotka olisi hyvä poistaa käyttäjän ruokavaliosta tai korvata vähemmän energiapitoisilla vaihtoehdoilla. Ruokapäiväkirjan täyttö ei kuitenkaan ole pakollista, vaan käyttäjä voi myös itsenäisesti alkaa vähentää ruuasta saamaansa energiamäärää. Käyttäjä ohjataan osioon, johon on koottu tietoa ja konkreettisia esimerkkejä energiansaannin vähentämiseksi.

Tämä laihdutusvaihtoehto ei vaadi päivittäistä energiansaannin kirjaamista palveluun. Tosin käyttäjä voi halutessaan täyttää ruokapäiväkirjaa esimerkiksi keran viikossa, jolloin hän näkee, miten ruokavalioon tehdyt muutokset ovat vaikuttaneet energiansaantiin. Samoin käyttäjä voi halutessaan kirjata palveluun energiankulutustaan. Kuitenkin tässä laihdutusvaihtoehdossa ainoa pakollinen palveluun tarvittava syöte on viikoittainen paino, jonka avulla voidaan seurata muutosten vaikuttavuutta ja tavoitevauhdissa pysymistä sekä antaa viikoittaista palautetta. Niiden käyttäjien, jotka ovat perusterveydenhuollon seurannassa, tulee kirjata palveluun viikoittain myös vyötärön ympäryksensä.

Mikäli käyttäjä taas valitsee laihdutustavakseen tiettyyn energiamäärään päivässä pyrkimisen, laskee palvelu painotavoitteen, tavoiteajan sekä käyttäjän painon perusteella sen energiamäärän, johon käyttäjän pitäisi päivittäin pyrkiä, jotta hän pääsisi tavoitteeseensa haluamassaan ajassa. Käyttäjää ohjeistetaan valitsemaan valmiista taulukoista päivittäiset ruoka-annokset, joiden energiamäärän palvelu laskee yhteen. Annoksia voi valita päivittäin, mutta halutessaan käyttäjä voi suunnitella ruokavalionsa kerralla vaikka viikoksi eteenpäin.

Tässäkään laihdutustavassa käyttäjän ei tarvitse kirjata palveluun päivittäistä energiansaantiaan, sillä tavoitteena on pitää päivittäinen energiansaanti vakiona. Ruokapäiväkirjaa voi kuitenkin käyttää apuna, mikäli käyttäjä haluaa varmistaa, että on osannut käyttää taulukoita oikein, tai tarkistaa jonkin taulukon mukaisen ateriansa energiansaannin. Halutessaan käyttäjä voi myös kirjata palveluun energiankulutuksensa. Ainoa pakollinen syöte tässäkin vaihtoehdossa on kuitenkin vain käyttäjän viikoittainen paino, jonka avulla seurataan, onko käyttäjä onnistunut toteuttamaan ruokavaliota annettujen ohjeiden mukaisesti, onko tavoitevauhdissa pysytty. Näiden tietojen pohjalta annetaan viikoittaista palautetta. Myös tässä vaihtoehdossa niiden käyttäjien, joilla on hoitokontakti terveydenhuoltoon, tulee syöttää lisäksi viikoittain vyötärön ympäryksensä.

Mikäli paino ei alene suunnitelman mukaan, voi palvelu ehdottaa käyttäjälle apuvälineitä, kuten esimerkiksi napostelupäiväkirjan täyttöä, joiden avulla voidaan löytää syitä siihen, miksei hoito etene halutulla tavalla. Mikäli painonpudotusvauhti on liian nopea, voi käyttäjä halutessaan muuttaa palvelulle antamansa tavoiteaikaa.

Kun käyttäjä on saavuttanut painotavoitteensa eikä enää halua pudottaa enempää painoa, siirrytään painonhallintavaiheeseen. Tällöin palvelu tarjoaa potilaalle automaattisesti tietoa painonhallinnasta. Palvelu myös laskee, kuinka paljon käyttäjän energiankulutus on pienentynyt lähtötilanteeseen nähden ja antaa ehdotuksia, millä keinoin syntynyt energiavaje saataisiin korvattua. Palvelu voi ehdottaa käyttäjälle esimerkiksi liikunnan ja energiansaannin erilaisia suhteita, joilla saavutettu paino onnistutaan ylläpitämään. Käyttäjä voi itse esimerkiksi syöttää palveluun, kuinka paljon hän suunnittelee liikkuvansa viikossa, jolloin palvelu kertoo, kuinka suuri energiansaanti voi tässä tapauksessa olla.

7.3 Pohdinta

Tutkimuksen aihe tuli tilaajalta. Ylipainon hoitoa on tutkittu kattavasti, mutta ti-laajalla oli tarve saada lisätietoa siihen, miten ylipainoa voidaan hoitaa sähköi-sellä palvelulla. Tämä tutkimus toimii pohjaselvityksenä sille, millainen sähköi-nen palvelu sopisi parhaiten ylipainon hoitoon.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista tutkimusta. Tutkijalla ei ollut teoreet-tista tietopohjaa eikä aikaisempaa kokemusta laadullisen tutkimuksen suoritta-misesta, sillä menetelmä ei ollut tullut vastaan edes opinnoissa. Tämän vuoksi tutkimuksen suorittaminen oli haastavaa.

Tutkimustuloksia tarkasteltaessa on huomioitava, että haastateltavien ikä ja sukupuoli saattoivat vaikuttaa tuloksiin. Kaikki haastateltavat olivat yli 35-vuotiaita ja sukupuoleltaan naisia. Mikäli haastateltavien joukossa olisi ollut myös nuorempi henkilö, olisi tutkimukseen todennäköisesti saatu erilaista näkö-kulmaa, sillä esimerkiksi sähköisten palveluiden käyttö on yleensä nuoremmalle väestölle tutumpaa. Samoin miehiltä olisi voitu saada toisenlaisia näkökulmia tutkimukseen.

Kukaan haastateltavista ei kuulunut tutkijan lähipiiriin ja suurin osa haastatelta-vista oli tutkijalle ennestään tuntemattomia. Tämä saattoi vaikuttaa tutkimustu-loksiin, sillä mikäli haastateltavat olisivat kuuluneet tutkijan lähipiiriin, olisi haas-tatteluissa saatettu päästä syvemmälle. Toisaalta kaikki haastateltavat suostui-vat osallistumaan tutkimukseen vapaaehtoisesti ja olivat hyvin kiinnostuneita tuomaan oman panoksensa ja mielipiteensä tulevan palvelun kehittämiseen.

Tutkimustuloksiin saattoi myös vaikuttaa se, että neljästä haastatellusta ylipai-no-ongelmaisesta kahdella oli taustaa myös ylipainon hoidon ohjaamisessa. Haastattelutilanteessa he asettuivat välillä enemmän ylipainon hoidon ammatti-laisen kuin ylipaino-ongelmaisen rooliin. Tällöin osa vastauksista saattoi jäädä jokseenkin yleiselle tasolle, sillä ylipainosta kärsivien henkilökohtaiset mielipi-teet välillä hukkuivat asiantuntijan roolin taakse. Toisaalta juuri näillä haastatel-tavilla oli paljon kokemusta ja erilaisia näkökulmia ylipainon hoidon vaikeuksis-ta.

Tutkimuksen eduksi olisi ollut, mikäli yhdellä haastateltavista olisi ollut henkilökohtaista kokemusta terveydenhuollon järjestämisestä painonhallintaryhmistä. Tällöin perusterveydenhuollon ylipainon hoitoon tarjoamiin palveluihin olisi saatu käytännönläheisempi potilaan näkökulma. Tällaiselta haastateltavalta olisi voitu muun muassa selvittää, mitä ongelmia ryhmähoidossa ilmeni ja millä eri keinoin ryhmähoitoa voisi tukea.

Ylipainon itsenäisen hoidon tutkimisen voi jättää jatkossa vähemmälle huomiolle, sillä itsenäiseen hoitoon on jo tarjolla useita verkkopalveluja. Tässä tutkimuksessa itsenäisesti ylipainoa hoitavien henkilöiden haastattelut olivat kuitenkin tärkeässä asemassa, sillä näiden haastattelujen avulla saatiin selville paljon sellaista tietoa, joka soveltuu myös terveydenhuollon piirissä toteutettavaan hoitoon.

Tutkimuksessa todettiin, että ylipainon hoito sisältää paljon sellaisia osa-alueita, joita voidaan tukea sähköisellä palvelulla. Tutkimuksessa saatiin selville, että etenkin terveydenhuollon ja potilaiden välissä toimivalle sähköiselle palvelulle on selkeä tarve. Tutkimuksessa myös hahmoteltiin yleisellä tasolla, millainen tämän palvelun tulisi olla. Terveydenhuollon kautta saatavan hoidon tukemisesta sähköisellä palvelulla ei kuitenkaan vielä ole tarpeeksi tutkittua tietoa. Jatkossa tulee selvittää syvällisemmin terveydenhuollossa tapahtuvaa ylipainon hoitoa, sen ongelmia ja tukemista. Näin palvelusta, sen sisällöstä ja toiminnallisuudesta voidaan laatia yksityiskohtainen suunnitelma.

LÄHTEET

1. Helakorpi Satu – Pajunen Tuuli – Jallinoja Piia – Virtanen Suvi – Uutela Antti 2011. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2010. Terveystietä ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 15/2011. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3>. Hakupäivä 29.2.2012.
2. Konsensuslausuma: LIHAVUUS – painavaa asiaa painosta. 2005. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Saatavissa: <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f101212533/konsensuslausuma.2005.net-korj.pdf>. Hakupäivä 29.2.2012.
3. Oulun Omahoitohanke. 2007. Oulun kaupunki. Saatavissa: <http://www.ouka.fi/sote/omahoito/>. Hakupäivä 29.2.2012.
4. Ikonen, Tuija S. – Anttila, Heidi – Gylling, Helena – Isojärvi, Jaana – Koivukangas, Vesa – Kumpulainen, Tuija – Mustajoki, Pertti – Mäklin, Suvi – Saarni, Samuli – Saarni, Suoma – Sintonen, Harri – Victorzon, Mikael – Malmivaara, Antti 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Terveystietä ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2009. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/739965e6-bf7f-4d48-9d29-31b2275c9976>. Hakupäivä 29.2.2012.
5. Mustajoki, Pertti 2010. Lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00042&p_haku=ylipaino. Hakupäivä 29.2.2012.
6. Uusitupa, Matti 2009. Lihavuus. Sairauksien ehkäisy. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00044#s1. Hakupäivä 29.2.2012.
7. Mustajoki, Pertti 2011. Painoindeksi (BMI). Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001. Hakupäivä 29.2.2012.

8. Lihavuus (aikuiset). 2011. Käypä hoito. Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010>.
Hakupäivä 29.2.2012.
9. Painoindeksi ja vyötärön ympärys. 2010. Lisätietoa aiheesta. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00163. Ha-
kupäivä 29.2.2012.
10. Lihavuus. 2005. Suomalaisten terveys. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00017.
Hakupäivä 29.2.2012.
11. Lihavuus. 2011. Saatavissa: <http://www.findikaattori.fi/62/>. Hakupäivä:
29.2.2012.
12. Mustajoki, Pertti 2007. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta.
Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
13. Mustajoki Pertti – Fogerholm Mikael – Rissanen Aila – Uusitupa Matti 2006.
Lihavuus. Ongelma ja hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy
Duodecim.
14. Salonen, Eija 2011. MET - energiankulutuksen ja fyysisen aktiivisuuden mit-
tari. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01039. Ha-
kupäivä 29.2.2012.
15. Hakala, Paula 1999. Paino hallintaan kotikonstein. Turku: Kansaneläkelaitos.
16. Pekkarinen, Tuula 2010. Onnistuneen painonpudottajan profiili. Lisätietoa
aiheesta. Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix01670>. Ha-
kupäivä 29.2.2012.
17. Kumpulainen, Tuija – Anttila, Heidi – Mustajoki, Pertti – Victorzon, Mikael –
Saarni, Samuli I. – Malmivaara, Antti – Ikonen, Tuija S. 2009. Sairaalloisen
lihaviin leikkaushoidon järjestäminen Suomessa. Duodecim 2009;

- 125:2275–9. Saatavissa:
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98378.pdf>. Hakupäivä 29.2.2012.
18. Aikuisten lihavuuden alueellinen hoitoketju. 2009. Hoitoketjut. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=shp00945. Hakupäivä 29.2.2012.
19. BMI > 35 kg/m². Kuva. Saatavissa:
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/Erikoissairaanhoidoon.html>. Hakupäivä 29.2.2012.
20. Mustajoki, Pertti 2011. Lihavuuden leikkaushoito. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00845. Hakupäivä 29.2.2012.
21. Sähköiset terveydenhuoltopalvelut. 2012. Terveys-EU. Euroopan unionin kansanterveysportaali. Saatavissa: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_fi.htm. Hakupäivä 29.2.2012.
22. S7 Omahoito ja sähköinen asiointi. Esite. Saatavissa:
<http://www.mawell.com/getfile.ashx?cid=59577&cc=3&refid=6>. Hakupäivä 29.2.2012.
23. Oulun Omahoito. 2012. Saatavissa: <https://www.oulunomahoito.fi/>. Hakupäivä 29.2.2012. Vaatii kirjautumisen verkkopankkitunnuksilla
24. Mitä ja millaista on laadullinen tutkimus? Saatavissa:
<http://www.valt.helsinki.fi/blogs/laadtut/pyorala.htm>. Hakupäivä 29.2.2012.
25. Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
26. Saaranen-Kauppinen, Anita – Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Luku 6.3.3 Strukturoitu ja puolistrukturoitu haastattelu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavissa:

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_3.html. Hakupäivä
29.2.2012.

Esimerkki painoa vähentävän ruokavalion (energiaa 1200 kcal) jakamisesta eri aterioille.

Aamupala (noin 200 kcal)		
Vaihtoehto 1	Vaihtoehto 2	Vaihtoehto 3
1–2 viipaletta täysjyväleipää 1 tl kasvimargariinia 1–2 viipaletta vähärasvaista juustoa tai lihaleikkelettä	2–3 dl täysjyväpuuroa 1 lasi maitoa	2–3 rkl mysliä 2 dl viiliä tai jogurttia
Lisäksi: Hedelmä tai marjoja tai 1 dl täysmehua Vihanneksia maun mukaan Teetä tai kahvia		

Lounas (noin 350 kcal)
80–100 g vähärasvaista lihaa tai kalaa tai munaa 1–2 perunaa tai 1–2 dl riisiä tai 1–2 dl makaronia Kasviksia raasteena, salaattina tai keitettynä (puoli lautasellista) 1–2 tl salaattikastiketta 1 lasi vähärasvaista maitoa tai piimää

Välipala (100–150 kcal)
Täysjyväsämpylän puolikas ja 1 tl kasvimargariinia Hedelmä tai marjoja tai 1 dl tuoremehua Kahvia tai teetä

Päivällinen (noin 350 kcal)	
Vaihtoehto 1	Vaihtoehto 2
3 dl keittoa tai 2-3 dl laatikko- tai pata-ruokaa Kasviksia (puoli lautasellista) 1–2 viipaletta täysjyväleipää 1 tl kasvimargariinia tai 1-2 tl salaattikastiketta	2–3 dl ruokaisaa salaattia (sisältää lihaa, kalaa papuja tms.) tai kasvissalaattia + 1–2 viipaletta leikkelettä 1–2 viipaletta täysjyväleipää 1 tl kasvimargariinia tai 1–2 tl salaattikastiketta
Lisäksi: Hedelmä tai marjoja tai 1 dl täysmehua Vihanneksia maun mukaan Teetä tai kahvia	

Iltapala (noin 200 kcal)		
Vaihtoehto 1	Vaihtoehto 2	Vaihtoehto 3
1–2 viipaletta täysjyväleipää 1 tl kasvimargariinia 1–2 viipaletta vähärasvaista juustoa tai lihaleikkelettä	2–3 dl täysjyväpuuroa 1 lasi maitoa	2–3 rkl mysliä 2 dl viiliä tai jogurttia
Lisäksi: Hedelmä tai marjoja tai 1 dl täysmehua Vihanneksia maun mukaan Teetä tai kahvia		

Hoidon käytännön toteutus:

- minkälaiset potilaat päätyvät hoitoon
- mitä eri hoitomuotoja on tarjolla
- hoitoprosessin eteneminen, kuinka tiheästi potilasta kontrolloidaan
- missä hoitoprosessin osissa sähköinen palvelu voi olla avuksi
- miten konkreettista potilaan ohjaus on, miten hoito toteutuu käytännössä
- hoidon ongelmakohdat / mihin potilaat tarvitsevat tukea

Palvelun ominaisuudet:

- mitä tietoa ammattilaiset kaipaavat potilaasta hoitoprosessin aikana palvelun välityksellä
- mitä uskot potilaiden / laihduttajien tarvitsevan

Potilaan motivointi

- ammattilaisen seuranta motivointikeinona?
- parhaat keinot motivoida potilasta laihdutukseen

Ylipainon hoidosta yleisesti:

- suurimmat syyt laihtumisessa epäonnistumiseen, miten tätä voi tukea sähköisellä palvelulla
- minkäasteisilla muutoksilla päästään parhaaseen tulokseen
- liikunnan/ruokavalion merkitys, painotavoite
- laihdutuksen jälkeinen painonhallinta, menetelmät laihdutustuloksen säilyttämiseksi
- vertaistuen merkitys

Itsenäiset laihdutusyritykset:

- ongelmakohdat, syyt näihin -> miksi laihdutuksessa on epäonnistuttu?
- Miten sähköinen palvelu voi tukea laihdutuksen ongelmakohdissa
- mihin tarvitaan tukea itsenäisessä laihduttamisessa, miten voisi tukea sähköisellä palvelulla?

Hoidon käytännön toteutus terveydenhuollossa (niin avo- kuin erikoissairaanhoito)

- minkälaista hoitoa olet saanut, miten toteutettiin käytännössä?
- mitä ongelmia/vaikeuksia hoidon toteuttamisessa oli
- miten saatua hoitoa voitaisiin tukea sähköisellä palvelulla / mihin olisit kaivannut lisätukea

Palvelulta vaadittavat ominaisuudet

- tietosisältö, minkälaista tietoa palveluun halutaan, konkreettisten esimerkkien tarve yms
- toiminnallisuus
- käyttöfrekvenssi (kuinka usein käytettävä palvelu paras apu laihduttamiseen,
- vuorovaikutus (minkälainen vuorovaikutus tukee laihduttamista?)
- palvelun tarjoama palaute (mitä yhteenvetoja , graafeja ym. kaivataan palvelulta?)
- vertaistuen tarve
- kontakti terveydenhuollon ammattilaisiin, minkälainen kommunikaatiota ammattilaisten ja potilaiden välillä

Motivointi

- toimivia motivointikeinoja (esim. tietoisuus ammattilaisen seurannasta)
- interaktio palvelun kanssa, minkälainen palaute motivoi
- millaiset sähköisen palvelun ratkaisut motivoivat laihdutukseen