

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma

2003–2010

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma

2003–2010



Diabetesliitto
DIABETESKESKUS

DEHKO – Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma 2000–2010
Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010

Toimituskunta: Leena Etu-Seppälä
Pirjo Ilanne-Parikka
Eliina Haapa
Jukka Marttila
Sanna Korkee
Tarja Sampo

Julkaisija: Suomen Diabetesliitto ry
ISBN: 952-5301-36-2
Ulkoasu ja taitto: Aino Myllyluoma

2. painos

Paino: Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2004

Esipuhe

Tyypin 2 diabeteksen yleistyminen on todellinen ja vakava kansanterveysshaaste niin Suomessa kuin muuallakin teollistuneissa maissa. Ohjelman mukaan tällä hetkellä 160 000 suomalaista sairastaa tätä sairautta. Jos mitään ei tehdä sairauden ehkäisemiseksi, aikuistyyppin diabetesta sairastavien määrä kasvaa joka vuosi 15 000–20 000 uudella diabeetikolla. Kasvu on niin nopeata ja suurta, että hoitojärjestelmämme on suurissa vaikeuksissa tai ei selviä hoidosta.

Aikuistyyppin diabetesta voidaan sen lisäsairauksien takia pitää yhä enemmän sydän- ja verisuonisairautena. Tämä tekee sairauden ehkäisystä entistä tärkeämmän kansanterveyden kannalta.

Hyvä asia tyypin 2 diabeteksen kohdalla on se, että tutkimustiedon mukaan sairautta voidaan tehokkaasti ehkäistä ja hoitaa elämäntapamuutoksien avulla. Elämäntapamuutokset ovat ehkäisyssä jopa kaksi kertaa tehokkaampia kuin lääkehoito. Sairauden ehkäisyyn panostaminen on välttämätöntä, koska se on ainoa keino estää kustannusten kohoamista yhteiskunnalle kestämättömiksi. Myös ihmisen kannalta on edullisempää, ettei sairautta tule. On huomattava, että tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmassa esitetyt toimenpiteet, kuten ravinto- ja liikuntatottumusten muuttaminen, ehkäisevät diabeteksen ohella sydän- ja verisuonisairauksia, osteoporoosia ja ikääntymiseen liittyviä monia muita terveyshaittoja.

Tyyppin 2 ehkäisyohjelma on ensimmäinen kansallisella tasolla valmistunut ohjelma maailmassa, joten sitä seurataan tarkasti. Diabeteksen yleistyminen on maailmanlaajuinen ilmiö, johon Maailman terveysjärjestö WHO on kiinnittänyt huomiota jo 1990-luvun alkupuolelta lähtien.

Sosiaali- ja terveysministeriö kiinnittää huomiota myös siihen, että ehkäisyohjelmassa on huomioitu meneillään olevat kansalliset ohjelmat ja strategiat. Tyyppin 2 ehkäisyohjelma on yhdensuuntainen asetettujen kansallisten terveystavoitteiden kanssa ja on erinomainen väline tavoitteiden saavuttamisessa. Samoin on ilahduttavaa nähdä laaja järjestöjen välinen yhteistyö ehkäisyohjelman valmistelussa. Diabetesliitto ja Sydänliitto ovat aktiivisesti kehittäneet samanaikaisesti myös käytännön välineitä ja merkkejä helpottamaan väestön valintoja muun muassa elintarvikkeiden suhteen.

Haluan kiittää ohjelman valmistamiseen osallistuneita ja erityisesti Diabetesliittoa ja Sydänliittoa ansiokkaasta ja mittavasta valmistelutyöstä. Esitän, että tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma otetaan heti käyttöön kaikkialla terveydenhuollossa ja muualla ruokahuolto-, liikunta-, kaavoitus- yms. palveluissa. Väestömme terveys ja hyvinvointi on koko yhteiskunnan asia.



Eva Biaudet
Peruspalveluministeri

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma

Suunnitteluryhmä

Puheenjohtaja: Professori Jaakko Tuomilehto

*Sihteerit: Dehko-sihtööri Satu Kiuru
Dehko-sihtööri Keiju Pääskynkivi*

Jäsenet:

Dosentti Johan Eriksson, Kansanterveyslaitos

Pääsihtööri Leena Etu-Seppälä, Suomen Diabetesliitto

Johtaja Mikael Fogelholm, UKK-instituutti

Erikoistutkija Paula Hakala, Kelan tutkimusosasto

Neuvotteleva virkamies Kaija Hasunen, Sosiaali- ja terveysministeriö

Ylilääkäri Pirjo Ilanne-Parikka, Suomen Diabetesliitto

Erikoissairaanhoitaja Päivi Karpakka, Suomen Laihdutusohjaajat

Ohjelmajohtaja Jyrki Komulainen, Likes/Kunnossa kaiken ikää -ohjelma

Väestövastuuhoitaja Sirkka-Liisa Kudjoi, Lempäälän terveyskeskus

Ylilääkäri Kaj Lahti, Vaasan terveyskeskus

Erikoistutkija Marjaana Lahti-Koski, Kansanterveyslaitos

Toiminnanjohtaja Tiina Lampisjärvi, Suomen Kuntourheiluliitto/Finfood

Kehityspäällikkö Ritva Larjomaa, Suomen Kuntaliitto

Ravitsemustutkija Jaana Lindström, Kansanterveyslaitos

Ravitsemusterapeutti Arja Lyytikäinen, Jyväskylän sosiaali- ja terveyspalvelukeskus

Johtava ylilääkäri Seppo Miilunpalo, UKK-instituutti / Kiipulan koulutus- ja kuntoutuskeskus

Ylilääkäri Pertti Mustajoki, Peijaksen sairaala

Kehityspäällikkö Mika Pyykkö, Suomen Sydänliitto

Professori Aila Rissanen, Suomen Lihavuustutkijat

Asiantuntijalääkäri Matti Romo, Suomen Sydänliitto (27.9.2001 asti)

Tiedotuspäällikkö Tarja Sampo, Suomen Diabetesliitto

Asiantuntijalääkäri Tiina Telakivi, Kela, Terveys- ja toimeentuloturvaosasto

Johtava lääkäri Olli Tiitola, Teollisuuslääketieteen yhdistys

Professori Matti Uusitupa, Kuopion yliopisto

Asiantuntijalääkäri Hannu Vanhanen, Suomen Sydänliitto (27.9.2001 alkaen)

Sisällysluettelo

| | |
|--|----|
| 1. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma lyhyesti | 7 |
| 2. Tyypin 2 diabetes – terveydenhuollon aikapommi | 9 |
| Monen sairauden summa | 9 |
| Lähes joka kolmannella alttius sairastua | 9 |
| Lisäsairauksista korkeat hoitokustannukset | 10 |
| 3. Kolmea tietä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn | 11 |
| Ehkäisyohjelman kolme strategiaa | 11 |
| Ehkäisyohjelma vastaa WHO:n suosituksiin | 12 |
| Ehkäisyohjelma nivoutuu kansallisiin ohjelmiin | 12 |
| 4. Ohjelman tavoitteet ja tulostavoitteet | 13 |
| Väestöstrategia | 13 |
| Korkean riskin strategia | 14 |
| Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia | 15 |
| 5. Toimenpide-esitykset | 16 |
| 6. Ohjelman toteutus ja arviointi | 18 |
| Toteutus | 18 |
| Arviointi | 19 |
| 7. Tieteellinen näyttö ohjelman tukena | 20 |
| DPS-tutkimus vahvistaa: tyypin 2 diabeteksen ehkäisy onnistuu elintapoja muuttamalla | 20 |
| Lihavuus on tyypin 2 diabeteksen merkittävä riskitekijä | 22 |
| Tupakointi altistaa tyypin 2 diabetekselle | 25 |
| 8. Väestöstrategia | 26 |
| Yhteiskunnalliset toimenpiteet | 27 |
| Yksilöihin kohdistuvat toimenpiteet | 35 |
| 9. Korkean riskin strategia | 41 |
| Tyypin 2 diabeteksen esiaste tunnistettavissa | 41 |
| Kohonneen riskin omaavat ehkäisevän toiminnan piiriin | 42 |
| Lihavuuden järjestelmällinen hoito ja sen organisointi | 44 |
| 10. Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia | 48 |
| Elintapamuutosten avulla sydän- ja verisuonitautien ehkäisyyn | 48 |

| | |
|--|-----------|
| 11. Yhteiskunnan valmiudet kansansairauksien ehkäisyyn 2000-luvun Suomessa | 51 |
| WHO:sta vauhtia terveyden edistämiseen | 51 |
| Valtionhallinnon rooli terveyden edistämässä | 52 |
| Kuntien hyvinvointipoliittisista ohjelmista ryhtiä kehittämistyöhön | 53 |
| Perusterveydenhuolto väestön terveyden edistäjänä | 54 |
| Työterveyshuolto tavoittaa 80 prosenttia työikäisestä väestöstä | 54 |
| Järjestöillä laaja palvelujen kirjo, innostusta ja osaamista | 55 |
| Tutkimus tukee terveyden edistämistä | 55 |
| Suomella hyvät valmiudet tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn | 56 |
| 12. Sosiaali- ja terveystieteiden selkärangana väestöstrategian toteuttamisessa | 57 |
| 13. Taustatietoa ja työvälineitä ohjelman toteuttamiseen | 64 |
| 13.1 Terveysterot kasvaneet | 64 |
| 13.2 Ruokatottumukset parantuneet, arkiliikunta vähentynyt | 68 |
| 13.3 Elintapamuutosten tukeminen | 71 |
| 13.4 Pieni päätös päivässä -projekti | 75 |
| 13.5 Tyypin 2 diabeteksen riskitesti | 77 |
| 13.6 Liikkumisresepti | 80 |
| 13.7 Sydänmerkki | 82 |
| Liitteet | |
| Liite 1 Tyypin 2 diabeteksen tehostetun elintapahoidon laatuksiteerit | 84 |
| Liite 2 Terveystta kaikille vuoteen 2000 - kuntaohjelman suositukset 1996 | 87 |
| Liite 3 Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO) 2000–2003 | 88 |
| Liite 4 Poimintoja Terveys 2015 -ohjelmassa esitetyistä toimintasuunnista | 89 |
| Liite 5 Kansallisen terveydenhuoltoprojektin (2002–2007) suosituksia | 90 |
| Liite 6 Malli terveyden edistämisen organisoimiseksi Suomessa | 92 |
| Lähteet | 93 |

1. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma lyhyesti

Suomessa on 200 000 diabeetikkoa (2000), joista 160 000 on tyypin 2 diabeetikoita. Heidän määränsä arvioidaan kasvavan jopa 70 prosentilla vuoteen 2010 mennessä. Tyypin 2 diabetes on jo nyt yksi mitavimmista ongelmista perusterveydenhuollossa, jossa valtaosa sitä sairastavista hoidetaan. Tyypin 2 diabetes on vakava sairaus, joka voi aiheuttaa useita hoidoltaan kalliita lisäsairauksia. Tyypin 2 diabeteksen ja sen lisäsairauksien ehkäisy on ainoa keino estää ongelman kasvaminen yhteiskunnalle kestävämmäksi.

Tyypin 2 diabeteksen rajua yleistymistä edesauttavat virheelliset ruokatottumukset, vähentynyt fyysinen aktiivisuus ja näiden vuoksi entisestäänkin yleistynyt lihavuus, joka on tyypin 2 diabeteksen merkittävä riskitekijä.

Sairaudelle altistavia perintötekijöitä on maamme väestöstä ainakin kolmasosalla, ehkä jopa puolella. Sen vuoksi on tärkeää suunnata ehkäisevät toimenpiteet samanaikaisesti sekä koko väestöön että niihin henkilöihin, joilla on erityisen suuri vaara sairastua.

Arviolta 50 000 suomalaista sairastaa tyypin 2 diabetesta tietämättään, sillä se on pitkään oireeton ja saattaa kehittyä piilevänä jopa 15 vuoden ajan. Vain sairauden varhainen diagnosointi ja ajoissa aloitettu hoito voivat estää vakavien lisäsairauksien ilmaantumisen.

Ehkäisyohjelman pohjana on suomalaisesta DPS-tutkimuksesta (Diabetes Prevention Study) saatu tieto. Tutkimus osoitti ensimmäisenä maailmassa, että elintapojen korjaaminen voi alentaa huomattavasti diabetesariskia.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma sisältää kolme samanaikaisesti toteutettavaa strategiaa:

Väestöstrategia pyrkii edistämään koko väestön terveyttä ravitsemuksen ja liikunnan keinoin siten, että tyypin 2 diabeteksen vaaratekijät, kuten lihavuus ja metabolinen oireyhtymä, vähenevät kaikissa ikäryhmissä. Strategia sisältää yhteiskunnallisia ja yksilöihin suunnattavia toimenpiteitä, joiden tärkeänä tavoitteena on lihavuuden ehkäisy.

Korkean riskin strategia suuntaa yksilökoh-taisia toimenpiteitä henkilöihin, joilla on erityisen suuri vaara sairastua tyypin 2 diabetekseen. Strategia tarjoaa järjestelmällisen mallin riskiryhmiin kuuluvien seulontaan, ohjaukseen ja seurantaan. Riskienhki-löiden seulonnassa käytetään Kansanterveyslaitoksen kehittämää tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomaketta.

Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia kohdistuu vastasairastuneisiin tyypin 2 diabeetikoihin. Tavoitteena on saada heidät ajoissa järjestelmällisen hoidon piiriin ja estää siten elämänlaatua heikentävien ja hoidoltaan kalliiden lisäsairauksien kehittyminen. Strategia tarjoaa konkreettiset ohjeet tehostettuun elintapahoitoon.

Ehkäisyohjelma sisältää strategiakohtaiset organisoinnin tavoitteet ja tulostavoitteet sekä 12 avaintoimenpidettä tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjelman toteuttaminen edellyttää eri toimijoiden laaja-alaista yhteistyötä terveellisen ravitsemuksen ja liikunnan edistämiseksi sekä suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän valmiuksien li-

säämistä ja terveyttä edistävän toiminnan terävöittämistä. Toteutuksessa hyödynnetään kaikkia ajankohtaisia terveystoiminnallisia strategioita, ohjelmia ja projekteja sekä kansanterveys-, ravitsemus- ja liikuntajärjestöjen palveluita. Väestöstrategiayhteistyö ulotetaan koko suomalaiseen järjestökenttään.

Ehkäisyohjelman toteutettavuus ja kustannusvaikuttavuus arvioidaan neljässä sairaanhoitopiirissä viisivuotisen toimeenpanohankkeen (2003–2007) avulla. Ehkäisyohjelmaan liittyvää koulutusta ja materiaalia on saatavissa koko maassa.

2. Tyypin 2 diabetes – terveydenhuollon aikapommi

■ Monen sairauden summa

Tyypin 2 (aikuistyyppin) diabetes on perinnöllisestä taipumuksesta ja elintavoista johdettu aineenvaihduntasairaus, jonka puutteellinen tai liian myöhään aloitettu hoito altistaa jo olemassa olevien häiriöiden lisäksi useille vakaville lisäsairauksille.

Lähes 80 prosenttia tyypin 2 diabeetikoista on ylipainoisia, ja heidän riskinsä saada sepelvaltimotauti tai aivohalvaus on 2–4-kertainen verrattuna muun väestön sairastumisvaaraan. Sydäninfarkti aiheuttaa diabeetikoille merkittävästi enemmän sydämen vajaatoimintaa ja kuolemia kuin muulle väestölle. Diabeetikoista 75–80 prosenttia kuolee sydän- ja verisuonitauteihin.

Diabeetikoiden huomattava sydän- ja verisuonikuolleisuus liittyy myös munuais-sairauteen (nefropatiaan), joka saattaa johtaa dialyysihoitoon ja munuaisensiirtoon. Nefropatiaa on 25–50 prosentilla tyypin 2 diabeetikoista. Tyypin 2 diabetes on yleisin syy krooniseen munuaisten vajaatoimintaan, ja kymmenessä vuodessa sen aiheuttama aktiivihoidon (dialyysihoidon) määrä on kuusinkertaistunut. Valtimotauti ja hermostohäiriö (neuropatia) aiheuttavat diabeetikoille muuhun väestöön verrattuna 13-kertaisen alaraaja-amputaatiovaaran. Silmänpohjan verkkokalvosairautta (retinopatiaa) todetaan yli 50 prosentilla tyypin 2 diabeetikoista 10 vuoden sairastamisajan jälkeen.

■ Lähes joka kolmannella alttius sairastua

Vähintään kolmasosalla suomalaisista on perinnöllinen alttius sairastua tyypin 2 diabetekseen, ja 10–20 prosentilla on heikentynyt sokerinsieto, joka on yksi sairauden ennusmerkkejä.

Suomessa on 200 000 diabeetikkoa (2000), joista 160 000:lla on tyypin 2 diabetes. Tyypin 1 (nuoruustyyppin) diabeetikoita on 40 000. Lisäksi arviolta ainakin 50 000 suomalaista sairastaa tyypin 2 diabetesta tietämättään, sillä se on pitkään oireeton ja saattaa kehittyä jopa 15 vuoden ajan.

On arvioitu, että tyypin 2 diabeetikoiden määrä lisääntyy 70 prosentilla jo vuoteen 2010 mennessä. Sairauden rajua yleistymistä edesauttavat virheelliset ruokatottumukset, vähentynyt fyysinen aktiivisuus ja näiden vuoksi entisestäänkin yleistynyt lihavuus, joka on tyypin 2 diabeteksen merkittävä riskitekijä. Sekä lihavuutta että tyypin 2 diabetesta todetaan yhä nuoremmilla henkilöillä.

■ Lisäsairauksista korkeat hoitokustannukset

Sydän- ja verisuonisairauksien kansantaloudellinen kuormitus on suuri. Hoitoon tarvittavien lääkkeiden korvauksiin ja erilaisiin sairaalassa tehtyihin toimenpiteisiin kuuluu yhteiskunnan varoja yli 410 miljoonaa euroa vuodessa. Lihavuudesta aiheutuvan sairaanhoidon osuus puolestaan on 1,4–7 prosenttia maamme terveydenhuollon kokonaiskustannuksista.

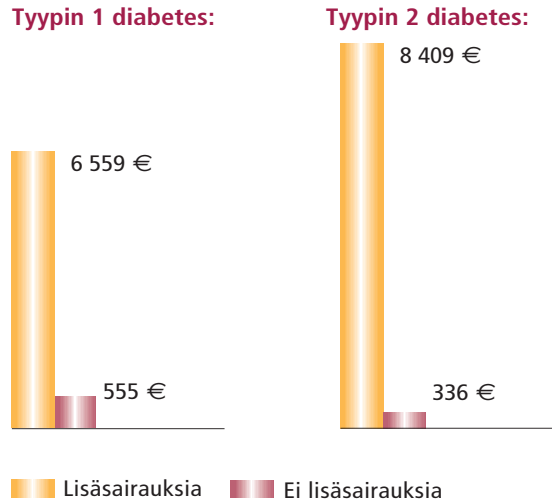
Diabeetikoiden hoidon vuotuiset kokonaiskustannukset ovat yli 11 prosenttia maamme terveydenhuollon kokonaiskustannuksista, vaikka diabeetikoiden osuus maamme väestöstä on noin neljä prosenttia.

Diabeetikoiden hoidon kokonaiskustannukset ovat 875 miljoonaa euroa vuodessa (v. 1997). Diabeteksen ja sen lisäsairauksien aiheuttamat hoitokustannukset ovat tästä 505 miljoonaa euroa (58 prosenttia kokonaiskustannuksista). Loput 370 miljoonaa euroa (42 prosenttia kokonaiskustannuksista) koostuvat muiden sairauksien kuin diabeteksen hoidosta eli kertovat, mitä hoitokustannukset olisivat "ilman diabetesta".

Mikäli tyypin 2 diabeteksen yleistymistä ei ehkäistä, diabeteksen ja sen lisäsairauksien vuotuiset hoitokustannukset voivat nousta nykyisestä 505 miljoonasta eurosta jopa 841 miljoonaan euroon vuoteen 2010 mennessä.

Valtaosa eli 90 prosenttia 505 miljoonan euron hoitokustannuksista koostuu diabeteksen lisäsairauksien hoidosta. Lisäsairauksien ilmaantuminen voi nostaa tyypin 2 diabeteksen hoitokulut 24-kertaisiksi ja tyypin 1 diabeteksen hoitokulut 12-kertaisiksi, koska ne vaativat usein kallista vuodeosastohoitoa. Valtaosa tyypin 2 diabeetikoiden vuodeosastohoidon kustannuksista koostuu sydän- ja verisuonisairauksien hoidosta.

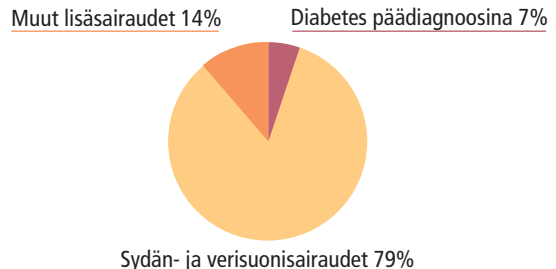
Diabeteksen keskimääräiset hoitokustannukset (euroa henkilöä kohti vuodessa)



Lisäsairaudet nostavat diabeteksen aiheuttamat hoitokustannukset tyypin 1 diabeetikolla keskimäärin 12-kertaisiksi ja tyypin 2 diabeetikolla keskimäärin 24-kertaisiksi.

Lähde: Kangas 2002

Tyypin 2 diabetekseen liittyvän vuodeosastohoidon (155 miljoonaa euroa/vuosi) kustannusten jakauma



Lähde: Kangas 2002

3. Kolmea tietä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn

Tyypin 2 diabetes on yksi mittavimmista ongelmista perusterveydenhuollossa, jossa valtaosa sitä sairastavista hoidetaan. Taudin ja siihen liittyvien lisäsairauksien ehkäisy on ainoa keino estää ongelman kasvaminen yhteiskunnalle kestävämmäksi.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisylle on vahva tieteellinen näyttö. Ehkäisyn mahdollisuudet ja onnistumisen todisti ensimmäisenä maailmassa suomalainen diabeteksen ehkäisy tutkimus (Diabetes Prevention Study, DPS 2001), jonka viesti on yksiselitteinen: tyypin 2 diabetes on ehkäistävissä tai sen puhkeaminen siirrettävissä ravinto- ja liikuntatottumuksia muuttamalla, vaikka perinnöllinen alttius sairastua ja sairastumiselle altistavat riskitekijät olisivat olemassa.

Tyypin 2 diabeteksen keskeisimmät muutettavissa olevat vaaratekijät ovat varsin hyvin tunnettuja: lihavuus, vähäinen liikunta ja ravinnon epätasapaino eli liiallinen energian ja rasvan saanti sekä vähäinen kuidun saanti. DPS-tutkimuksen (luku 7) mukaan näihin vaikuttaminen voi alentaa diabetesriskiä 58 prosentilla.

■ Ehkäisyohjelman kolme strategiaa

Tyypin 2 diabetekseen altistavia perintötekijöitä on maamme väestöstä todennäköisesti ainakin kolmasosalla, ehkä jopa puolella. Sen vuoksi on tärkeää suunnata ehkäisevät toimenpiteet samanaikaisesti sekä koko väestöön että niihin henkilöihin, joilla on erityisen suuri vaara sairastua.

Lisäksi tarvitaan selkeä järjestelmä seulon-tojen yhteydessä diagnosoitavien tyypin 2 diabeetikkojen varhaisen hoidon käynnistämiseen, jotta erityisesti sydän- ja verisuonitautien kehittyminen voidaan estää.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma koostuukin kolmesta samanaikaisesti toteutettavasta strategiasta. Keskeisellä sijalla kaikissa strategioissa ovat terveyttä edistävät ruoka- ja liikuntatottumukset, tehostettu elintapaohjaus sekä laaja toimijoiden joukko. Perusterveydenhuollon rinnalla toimivat koko työterveyshuolto, apteekit diabetesyhdyshenkilöineen sekä järjestöjen painonhallinta- ja liikuntapalvelujen verkosto. Ehkäisyohjelman kansanterveydellinen merkitys on suuri, koska sen esittämällä toimenpiteillä voidaan ehkäistä myös lihavuutta sekä sydän- ja verisuonisairauksia.

Väestöstrategia (luku 8) pyrkii edistämään koko väestön terveyttä ravitsemuksen ja liikunnan keinoin siten, että tyypin 2 diabeteksen vaaratekijät, kuten lihavuus ja metabolinen oireyhtymä, vähenevät kaikissa ikäryhmissä. Strategia sisältää yhteiskunnallisia ja yksilöihin suunnattavia toimenpiteitä, joiden tavoitteena on lihavuuden ehkäisy.

Korkean riskin strategia (luku 9) suuntaa yksilökohtaisia toimenpiteitä henkilöihin, joilla on erityisen suuri vaara sairastua tyypin 2 diabetekseen. Strategia tarjoaa järjestelmällisen mallin riskiryhmiin kuuluvien seulontaan, ohjaukseen ja seurantaan. Riskihenkilöiden seulonnassa käytetään Kansanterveyslaitoksen kehittämää tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomaketta (luku 13.5).

Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia (luku 10) kohdistuu vastasairastuneisiin tyypin 2 diabeetikoihin. Tavoitteena on saada heidät ajoissa järjestelmällisen hoidon piiriin ja siten estää elämänlaatua heikentävien ja hoidoltaan kalliiden lisäsairauksien

kehittyminen. Strategia tarjoaa konkreettiset ohjeet tehostettuun elintapahoitoon sekä laatuksiteerit käytännön toteuttamiseen.

■ Ehkäisyohjelma vastaa WHO:n suosituksiin

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy on kansallisen diabetesohjelmamme Dehkon (Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010) päätavoite. Ehkäisyohjelman toteuttaminen on Suomelle sekä kansallisesti että kansainvälisesti suuri haaste. Kansallisesti ohjelma on välttämätön, koska terveydenhuollon henkilöresurssit ja taloudelliset resurssit eivät tule kestäämään tyypin 2 diabeetikoiden määrän räjähdysmäistä kasvua.

Diabeteksen yleistyminen on maailmanlaajuinen ilmiö, johon Maailman terveysjärjestö WHO on kiinnittänyt huomiota jo 1990-luvun alkupuolelta lähtien. Ensimmäisen suosituksensa diabeteksen ehkäisystä WHO antoi vuonna 1994, ja vuonna 2000 järjestön yleiskokous korosti päätöslauselmassaan kansansairauksien, muun muassa diabeteksen, ehkäisyn tärkeyttä.

WHO on luomassa maailmanlaajuisia strategioita, jonka avulla ehkäistään tyypin 2 diabetesta, lihavuutta sekä muita lisääntymässä olevia kansansairauksia liikunnan ja ravitsemuksen keinoin. Järjestön yleiskokous hyväksyi toukokuussa 2002 Diet, Physical Activity and Health -päätöslauselman, joka kehottaa maailman terveysministeriöitä käynnistämään em. kansansairauksien ehkäisyyn tähtäviä kansallisia ravitsemus- ja liikuntapainotteisia ohjelmia.

■ Ehkäisyohjelma nivoutuu kansallisiin ohjelmiin

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma vastaa omalta osaltaan konkreettisesti paitsi WHO:n suosituksiin, myös Terveys 2015 -kansanterveysohjelman, Kansallisen terveydenhuolto-ohjelman, Sosiaali- ja terveyspo-

liitiikan strategiat 2010 ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman 2000–2003 haasteisiin. Ohjelma nivoutuu luontevasti myös kuntien hyvinvointiohjelmiin, Terve kunta -hankkeeseen sekä lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kuntastrategioihin.

Ohjelmassa on otettu huomioon Kohonnan verenpaineen Käypä hoito -suositukseen, Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suositukseen, Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot Käypä hoito -suositukseen, Terveystta edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietinnön ja koulu-terveydenhuollon oppaan linjaukset sekä ravitsemuspoliittisen toimintaohjelman lähtökohdat ja suositukset.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma pohjautuu maamme johtavien diabetes-, lihavuus-, ravitsemus- ja liikunta-asiantuntijoiden tietoon, DPS-tutkimuksesta saatuihin tuloksiin ja kokemuksiin, perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon edustajien arki-käytännön tuntemukseen sekä sosiaali-, terveys- ja liikuntajärjestöjen vankkaan rooliin.

Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi on ollut Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteistyön oleellinen perusta Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman väestöstrategiaa valmisteltaessa. Lisäksi liitot ovat laajalla yhteistyöllään kehittäneet Sydänmerkki-järjestelmän (luku 13.7) helpottamaan terveellisen ruokavalion koostamista sekä Pieni päätös päivässä -projektillaan (luku 13.4) luoneet terveydenhuollon ja väestön tueksi uusia malleja painonhallinnan ryhmäohjaukseen ja ohjaajakoulutukseen sekä elintapamuutoksia tukevaan vertaisryhmätoimintaan.

Eväät ja puitteet tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseen ovat olemassa: terveyden edistämistä painottava yhteiskunta monine ohjelman tavoitteita tukevine toimenpideohjelmineen, terveydenhoidon, ravitsemuksen ja liikunnan huippuosaaminen sekä valtava toimijoiden joukko.

4. Ohjelman tavoitteet ja tulostavoitteet

Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman pää-tavoitteena on kehittää terveyden edistämisen organisaatiota ja ehkäisevän terveydenhuollon toimintakäytäntöjä siten, että lihavuuden, tyyppin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisystä tulee järjestelmällistä, laajaan yhteistyöhön perustuvaa toimintaa. Ohjelma sisältää organisaatiota koskevat tavoitteet sekä tulostavoitteet, joihin pyritään vuoteen 2010 mennessä väestöstrategian, korkean riskin strategian sekä varhaisen diagnoosin ja hoidon strategian avulla.

■ Väestöstrategia

Organisoinnin tavoitteet

- * Terveyden edistämisen valtakunnallinen, alueellinen ja paikallinen organisaatio on toimiva ja vastuut on määritelty selkeästi. Toiminta kattaa ympäristön ja sosiaalisten käytäntöjen kehittämiseen liittyvän yhteistyön sekä laajaan liikunta-, ravitsemusneuvonta- ja painonhallintayhteistyöhön liittyvän koordinoinnin valtakunnallisine verkostoineen.
- * Terveyttä edistävän toiminnan ja kansansairauksien ehkäisyn nykyresursseja arvioidaan uudelleen ja hyödynnetään tehokkaasti. Resursseja lisätään tarpeen mukaan valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla.
- * Jokaisessa kunnassa on terveyden edistämistä ja kansansairauksien ehkäisyä koskeva toimintasuunnitelma osana kunnan hyvinvointistrategiaa sekä terveyden edistämiseen osallistuvien toimijoiden ja palvelujen verkosto. Suunnitelman toteutumista arvioidaan säännöllisesti, ja toimintaa kehitetään tulosten, uuden tiedon ja saatujen kokemusten pohjalta.
- * Terveyden edistämiseen on kehitetty "matalan kynnyksen" malli, joka tavoittaa ne kohderyhmät, jotka ovat esimerkiksi koulu- ja työterveyshuollon ulkopuolella.
- * Terveyden edistäminen ja määrätietoinen kansansairauksien ehkäisy on perusterveydenhuollon (mukaan lukien neuvolat, työterveyshuolto, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto) sekä varusmiespalvelua suorittavien ja ikääntyvien terveydenhuollon suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa.
- * Terveyttä edistävän toiminnan tuloksellisuus on turvattu toimijoiden sopimien yhteisten toimintalinjojen, henkilökunnan jatkuvan koulutuksen, laatujärjestelmän ja siihen sisältyvän säännöllisen arvioinnin avulla.
- * Ravitsemusasiiantuntemuksen määrää lisätään perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Lisäksi painonhallintaan liittyvä ryhmätoiminta kuuluu pysyvästi sekä terveyskeskusten että työterveyshuollon asiakaspalveluun, ja terveydenhuolto on osa paikallista painonhallinta-, liikunta- ja ravitsemusohjauspalvelujen verkostoa.

Tulostavoitteet

- * Toteutetaan Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohanke (2003–2007) sekä terveyden edistämiseen ja kansansairauksien ehkäisemiseen tähtäävien valtakunnallisten toimenpideohjelmien keskeisimmät suositukset. Tällaisia ohjelmia ovat Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi (1997–), Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämisestä (2002), Valtion ravitsemuspoliittinen ohjelma (2003), Terveysliikunnan paikalliset suositukset (2000) sekä Diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämisohjelma (2000–2010).
- * Terveellisten ruokatottumusten ja terveyttä edistävän liikunnan perusviestit ovat pääosalle väestöä tuttuja, mikä näkyy arkiliikunnan ja terveyttä edistävien ruokatottumusten yleistymisenä.
- * Niiden henkilöiden määrä, jotka liikkuvat päivittäin vähintään puoli tuntia, lisääntyy – arkiliikunta mukaan lasketuna.
- * Lihavien (BMI \geq 30) osuus työikäisistä vähenee 20 prosentista 15 prosenttiin, tyypin 2 diabeteksen yleistyminen hidastuu ja sydän- ja verisuonisairaudet sekä muut lihavuuteen liittyvät ongelmat vähenevät.
- * Kodit, päiväkodit ja koulut sekä järjestöt toimivat aktiivisesti yhteistyössä terveellisiin elintapoihin ohjaamisessa. Lasten ja nuorten liikunta, terveelliset ruokatottumukset sekä henkinen ja fyysinen hyvinvointi yleistyvät ja lihavuus vähenee.

- * Ehkäisyohjelman keskeiset viestit ovat tavoittaneet toimijatahot kuntapäätäjistä terveydenhuollon ammattilaisiin ja järjestöaktiiveihin. Ohjelman tunnettuutta, asenteita ja tiedotuksen onnistumista sekä vaikuttavuutta mitataan kyselyin.
- * Yhä suurempi osa väestöstä on tietoinen omista mahdollisuuksistaan edistää terveyttään, tuntee tyypin 2 diabeteksen syntytyypit ja sairastumisen ehkäisykeinot. Terveysviestinnän laatua kehitetään ja terveyttä edistävien toimintojen markkinointia tehostetaan. Asenteita ja tietotasona mitataan gallup tutkimuksin.

■ Korkean riskin strategia

Organisoinnin tavoitteet

- * Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden seulonta, ohjaus ja seuranta ovat perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon suunnitelmallista toimintaa. Elintapojen kirjaaminen on toimiva ja käytännöllinen osa sähköistä hoitokertomusjärjestelmää, ja tulosten seuranta osa terveydenhuollon yksiköiden laadunseurantajärjestelmää.
- * Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvien ohjauksessa ja hoidossa sovelletaan kohonneen verenpaineen, aikuisten lihavuuden ja tupakoinnin Käypä hoito -suosituksia. Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaan toimitaan neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon lastenklinikoissa.

Tulostavoitteet

- * 75 prosenttia tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvista tiedostaa olevansa suuressa sairastumisvaarassa ja on saanut ohjeita diabetesriskin hallintaan.

- * 50 prosenttia korkean riskin yksilöistä on tehostetun elintapaohjauksen ja seurannan piirissä tai toteuttaa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä omaehtoisesti.
- * 70 prosenttia diagnosoimattomista diabeetikoista on löydetty seulonnan avulla.
- * Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimivuus ja ehkäisyn kustannusvaikutavuus on osoitettu ohjelman toimeenpanohankkeen avulla vuosina 2003–2007.

■ Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia

Organisoinnin tavoitteet

- * Seulonnan ja seurannan yhteydessä diagnosoitavien tyypin 2 diabeetikoiden tehostettu elintapahoito aloitetaan viivymättä, sydän- ja verisuonitautien riskit kartoitetaan ja jatkotoimia varten laadi-

taan pitkäjänteinen hoitosuunnitelma. Riskitekijöiden tilannetta seurataan säännöllisesti vuositarkastuksen yhteydessä, ja hoitoa tehostetaan tarvittaessa ja viivytyksettä asiaankuuluvalla lääkityksellä lisäsairauksien synnyn ehkäisemiseksi.

Tulostavoitteet

- * Vastasairastuneet tyypin 2 diabeetikot saavat hyvän liikkeellelähdon hoidossa, oppivat alusta alkaen ravitsemuksen, liikunnan ja painonhallinnan merkityksen sairautensa hallinnassa ja ymmärtävät oman roolinsa lisäsairauksien ehkäisemisessä.
- * Diabeteksen hoidossa tarvittava lääkahoito toteutuu optimaalisesti.
- * Diabetekseen liittyvät lisäsairaudet vähenevät Dehkon tavoitteiden mukaisesti.

5. Toimenpide-esitykset

Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma sisältää 12 avaintoimenpidettä väestöstrategian, korkean riskin strategian sekä varhaisen diagnoosin ja hoidon strategian tavoitteiden saavuttamiseksi.

Avaintoimenpiteiden toteuttaminen edellyttää eri toimijoiden laaja-alaista yhteistyötä terveellisen ravitsemuksen ja liikunnan edistämiseksi sekä suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän valmiuksien lisäämistä ja ehkäisevän terveydenhuollon terävöittämistä. Toteutuksessa hyödynnetään kaikkia ajankohtaisia terveystieteellisiä strategioita, ohjelmia ja projekteja sekä kansanterveys-, ravitsemus- ja liikuntajärjestöjen palveluita.

Avaintoimenpiteet

1

Terveyden edistämisen valtakunnallinen, alueellinen ja kunnallinen organisaatio järjestetään toimivaksi, nykyaikaiseksi ja hyvin palvelevaksi kokonaisuudeksi. Terveyttä edistävä toiminta sisällytetään kuntien toiminta- ja taloussuunnitelmiin, ja siihen osoitettavia resursseja lisätään tarpeen mukaan.

Toimijat: kunnat • läänit • valtio • Terveyden edistämisen keskus • järjestöt

2

Perusterveydenhuollon ravitsemusasiantuntemuksen määrää lisätään siten, että ravitsemusterapeuttien virkojen määrää kasvatetaan tuntuvasti.

Toimijat: kunnat • sairaanhoitopiirit

3

Hoito-, ravitsemis- ja opetushenkilökunnalle luodaan tehokas täydennyskoulutusjärjestelmä, joka luo ja ylläpitää ravitsemukseen, liikuntaan, painonhallintaan sekä keskeisten kansansairauksien ehkäisyyn liittyvää ammattitaitoa.

Toimijat: terveydenhuolto • sairaanhoitopiirit • läänit • oppilaitokset • Kuntakoulutus • Stakes • UKK-instituutti • järjestöt

4

Aikuisväestön ikäkausitarkastusten toteuttamiseen perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa laaditaan yhtenäinen valtakunnallinen suositus.

Toimijat: sosiaali- ja terveysministeriö • Stakes • Kuntaliitto • terveydenhuollon ammatti- ja asiantuntijajärjestöt • muut järjestöt

5

Terveyden edistämiseen kehitetään ”matalan kynnyksen” malli, joka tavoittaa ne kohderyhmät, jotka ovat esimerkiksi koulu- ja työterveyshuollon ulkopuolella.

Toimijat: Stakes • Kuntaliitto • kunnat

6

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointiin panostetaan viranomaisten, terveydenhuollon ja järjestöjen laajan yhteistyön avulla.

Toimijat: opetusministeriö • sosiaali- ja terveysministeriö • Opetushallitus • Stakes • Kuntaliitto • Terveyden edistämisen keskus • koulut • päiväkodit • Lasten terveysfoorumi • muut järjestöt

7

Terveyskeskuksissa ja työterveysasemilla otetaan käyttöön tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake, ja sen avulla löydetyille korkean sairastumisvaaran omaaville annetaan riskin pienentämiseen tähtäävää neuvontaa. Uusien diabeetikoiden tehokas ohjaus ja hoito aloitetaan viipymättä.

Toimijat: terveyskeskukset • työterveysasemat • sairaanhoitopiirit • Diabetesliitto

8

Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan esitykset toteutetaan valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti.

Toimijat: hallitus • ministeriöt • liikunta-alan sekä sosiaali- ja terveystoimen asiantuntijalaitokset • perusterveydenhuolto ja sosiaalitoimen alaiset laitokset • kunnat • koulut • päiväkodit • työpaikat • järjestöt

9

Toteutetaan Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemuspoliittisen toimintaohjelman esitykset.

Toimijat: hallitus • ministeriöt • kunnat • kodit • perusterveydenhuolto • työterveyshuolto • ikääntyvien terveydenhuolto • joukkoruokailu • järjestöt

10

Luodaan valtakunnallinen ravitsemusneuvonta-, liikunta- ja painonhallintapalvelujen verkosto terveydenhuollon tueksi.

Toimijat: sosiaali- ja terveysministeriö • Terveyden edistämisen keskus • liikunta- ja urheilupistot • UKK-instituutti • kuntoutuslaitokset • järjestöt

11

Luodaan terveyden edistämisen valtakunnallinen arviointijärjestelmä.

Toimijat: sosiaali- ja terveysministeriö • Stakes • Kansanterveyslaitos • Työterveyslaitos • Kela • Kuntaliitto • Terveyden edistämisen keskus • UKK-instituutti • yliopistot

12

Toteutetaan Terve Media! -projekti, jonka tavoitteena on kehittää kansallista uutis- ja terveysjournalismia järjestöjen, median ja muiden toimijoiden yhteistyönä, jotta mediajulkisuus tukisi pitkäjänteisesti muuta terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyyn tähtäävää toimintaa.

Toimijat: Diabetesliitto • Sydänliitto • muut kansanterveys-, ravitsemus- ja liikuntajärjestöt

6. Ohjelman toteutus ja arviointi

■ Toteutus

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy on Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelman (Dehko 2000–2010) päätavoite. Vuodesta 2010 lähtien tyypin 2 diabeteksen, ja samalla myös sydän- ja verisuonisairauksien sekä lihavuuden ehkäisyyn tähtäävän toiminnan tulisi olla perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa suunnitelmallista ja näyttöön perustuvaa toimintaa, jonka toteuttamisen tukena on laaja järjestöjen ja muiden toimijoiden yhteistyöverkosto.

Dehkon valmistelun ja toteuttamisen koordinaattorina Diabetesliitto sitoutui myös tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman valmistamiseen kutsumansa laajan asiantuntijajoukon avulla ja on itse ohjelmassa yhtenä toimijana muiden rinnalla. Ehkäisyohjelman toteutuksessa väestöstrategia koskee koko väestöä ja toimijoina on terveyden edistämisen paikallinen, alueellinen ja valtakunnallinen toteuttajajoukko. Korkean riskin strategiasta sekä varhaisen diagnoosin ja hoidon strategiasta vastaa ensisijaisesti terveydenhuolto yhteistyössä kuntien muiden toimijoiden sekä järjestöjen kanssa.

Sosiaali-, terveys- ja liikuntajärjestöjen rooli ehkäisyohjelmassa perustuu niiden olemassa olevien palvelujen, ohjelmien ja projektien kohdistamiseen järjestelmällisesti sekä väestöön että riskiryhmiin yhteistyössä perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon kanssa.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma ja siihen liittyvä materiaali tulee kaikkien toimijoiden käyttöön. Kunkin strategian toteuttamiseen luodaan yhteistyöverkosto, jonka avulla lähdetään rakentamaan ohjelman käytännön toteutusta. Terveydenhuollon osalta ohjelman lanseeraus tapahtuu

Diabetesliiton, Sydänliiton, sairaanhoitopiirien diabetestyöryhmien, työterveyshuollon sekä liikuntajärjestöjen ym. avulla. Kaikissa sairaanhoitopiireissä järjestetään tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn ja ohjelmaan liittyvää koulutusta.

Toimeenpanohanke neljässä sairaanhoitopiirissä 2003–2007

Ehkäisyohjelman liikkeelle saamiseksi ja vaikuttavuuden mittaamiseksi neljä sairaanhoitopiiriä toimii viiden vuoden ajan, 2003–2007, erityisalueina, joissa ehkäisyohjelman toteutusta erityisesti korkean riskin sekä varhaisen diagnoosin ja hoidon strategioiden osalta arvioidaan järjestelmällisesti. Tähän ehkäisyohjelman ns. toimeenpanohankkeeseen osallistuvat Etelä-Pohjanmaan, Keski-Suomen, Pirkanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit. Hankkeen avulla pyritään tuottamaan tietoa, joka tukee ehkäisyohjelman toteuttamista koko maassa.

Toimeenpanohankkeen konkreettiset tavoitteet

Palvelujärjestelmän kehittämiseen liittyvät tavoitteet:

- 1) Tuoda perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimintaan uusi ehkäisevä toimintatapa suunnattuna erityisesti tyypin 2 diabetekseen, jolloin samalla ehkäistään myös muita suuria kansansairauksia.
- 2) Luoda alueellisia ja paikallisia toimintamalleja ja -ohjelmia tyypin 2 diabeteksen ja siihen liittyvien sydän- ja verisuonisairauksien, silmänpohjamuutosten, munuaisvaurioiden ja jalkaongelmien ehkäisemiseksi.

- 3) Kouluttaa terveydenhuoltohenkilöstöä ehkäisevän toiminnan perusteisiin, tiimityöhön ja yhteistyöhön muiden terveyden edistämisen toimijoiden kanssa.
- 4) Kehittää koko terveydenhuollossa käytöön otettavissa olevia ehkäiseviä työmuotoja, mm. malli elintapahoidosta ja -ohjauksesta.
- 5) Edistää tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmassa esitettyjen työmuotojen leviämistä koko maan terveydenhuollossa.

Terveyden edistämiseen liittyvät tavoitteet:

- 6) Osoittaa että kohdennettu ehkäisevä toiminta vaikuttaa tyypin 2 diabeteksen esiintyvyyteen, sen alkamisikään ja väestön yleiseen terveydentilaan.
- 7) Kehittää väestötason terveyden edistämisen lisäksi tarvittavaa tautikohtaista lähestymistapaa tyypin 2 diabeteksessä (korkean riskin strategia, varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia).
- 8) Parantaa alueellisesti ja sosiaalisesti väestön tasa-arvoa terveyden suhteen.
- 9) Osoittaa ehkäisevän toiminnan kustannusvaikuttavuus.

Kliiniset tavoitteet:

- 10) Todeta korkeassa diabetesriskissä olevat henkilöt väestössä.
- 11) Diagnosoida sairaudestaan tietämättömät tyypin 2 diabeetikot aiempaa varhaisemmin.

- 12) Saattaa diagnosoidut tyypin 2 diabeetikot nopeasti tarkoituksenmukaisen hoidon piiriin.

- 13) Vähentää tyypin 2 diabeteksen lisäsaikarauksien esiintyvyyttä ja hoitotarvetta.

Koska kysymys on tutkimuksiin perustuvasta, tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn liittyvän valtakunnallisen toimintamallin luomisesta, ehkäisyohjelman toimeenpanovaiheen toteuttaminen edellyttää sosiaali- ja terveysministeriön, Kansanterveyslaitoksen, Työterveyslaitoksen, UKK-instituutin, Kansaneläkelaitoksen, Stakesin ja Kuntaliiton ym. yhteistä panostusta hankkeeseen.

■ Arviointi

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohanke 2003–2007 toimii ohjelman arvioinnin välineenä, jolla testataan ohjelman toteutettavuutta ja vaikuttavuutta käytännössä sekä kustannusvaikuttavuutta. Hankealueiden tuloksia verrataan koko maan sairaanhoitopiireistä saataviin tuloksiin.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman arvioinnin välineinä toimivat koko ohjelman ajan Kansanterveyslaitoksen suomalaisten terveyttä ja terveyskäyttäytymistä selvittävät tutkimukset ja ravitsemuskertomukset, joita uusitaan määräajoin.

Vuonna 2010 koko ohjelman väestövaikutusta tutkitaan arvioimalla sen kattavuutta, tehokkuutta, käyttöönottoastetta, toteutettavuutta ja pysyvyyttä.

7. Tieteellinen näyttö ohjelman tukena

■ DPS-tutkimus vahvistaa: tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy onnistuu elintapoja muuttamalla

Suomalainen diabeteksen ehkäisy tutkimus (Diabetes Prevention Study, DPS 2001) osoitti ensimmäisenä maailmassa, että tyyppin 2 diabetes on ehkäistävissä ravinto- ja liikuntatottumuksia muuttamalla. Tutkittavien diabetesriski aleni 58 prosentilla tehostetun ruokavalio- ja liikuntaohjauksen myötä tapahtuneella elintapojen korjaamisella. Samaan tulokseen on päätenyt myös amerikkalainen Diabetes Prevention Program -tutkimus (2002).

DPS-tutkimukseen osallistui 522 keski-ikäistä henkilöä viidellä paikkakunnalla (Helsinki, Kuopio, Turku, Tampere ja Oulu) vuosina 1993–1998. Kaikilla heillä oli jonkinasteinen ylipaino (painoindeksi yli 25 kg/m²) sekä lievästi kohonnut veren-sokeri tai heikentynyt sokerinsieto. Tutkittavat täyttivät yksityiskohtaiset ruokapäiväkirjat tutkimuksen alussa ja vuosittain, ja liikuntaa mitattiin tarkoilla kyselyillä. Tämän lisäksi tehtiin antropometrisia mittauksia ja laboratoriotutkimuksia. Mittaukset toistettiin jokaisena tutkimusvuotena.

Tutkittavat jaettiin satunnaisesti tehostettuun tai tavanomaiseen neuvontaryhmään. **Tehostettu neuvontaryhmä** sai säännöllisesti yksilöllistä neuvontaa erityisesti painonpudotuksessa, ravinnon kokonaisenergian ja rasvan määrän vähentämisessä, rasvan laadun muuttamisessa eläinrasvoista kasvirasvoihin ja öljyihin sekä kuidun lisäämisessä ruokavalioon. Myös liikuntaneuvonta oli yksilöllistä, ja siinä pyrittiin mahdollisuuksien mukaan ohjaamaan henkilöitä liikkumaan heitä itseään parhaiten miellyttävällä tavalla. Tavoitteena oli parantaa

fyysistä kuntoa ja vahvistaa lihaksia, jotka ovat tärkeitä sokeriaineenvaihdunnan kannalta. Liikuntaohjelma sisälsi kuntosalin ja ryhmäliikuntaa, ja tutkittavia neuvottiin liikkumaan mahdollisimman paljon myös jokapäiväisissä askareissaan.

Tavanomainen neuvontaryhmä sai ruokavalio- ja liikuntaneuvontaa alkutilanteessa sekä vuosittaisilla seurantakäynneillä lääkärin ja ravitsemusterapeutin luona. Neuvonta oli yleisluntonoista eikä pohjautunut tarkkoihin henkilökohtaisiin mittauksiin. Tavoitteena oli antaa tutkittaville ohjeita, joiden perusteella he saattoivat halutessaan tehdä tarvittavia muutoksia elintapoihinsa.

Valtaosa sairastuneista kuului tavanomaiseen neuvontaryhmään

Kun tutkimuksen seurantavaihe päättyi vuoden 2000 maaliskuussa, oli 86 tutkimukseen osallistunutta henkilöä sairastunut diabetekseen. Sairastuneista 59 oli tavanomaisessa neuvontaryhmässä ja 27 tehostetussa neuvontaryhmässä.

Kaiken kaikkiaan uusien diabetesta-pausten ilmaantuvuus tehostetun neuvonnan ryhmässä oli 58 prosenttia matalampi kuin tavanomaisessa neuvontaryhmässä. Tämä tarkoittaa sitä, että yli puolet diabetesta-pauksista voitiin ehkäistä, tai ainakin diabeteksen alkamishetkeä voitiin siirtää myöhemmälle iälle. Tehostetun neuvonta-ohjelman vaikutus oli samanlainen niin miehillä kuin naisillakin.

Elintapojen korjaaminen vaikutti diabetesariskiin varsin nopeasti. Jo kahden vuoden kuluttua diabeteksen ilmaantuvuus tehostetun neuvonnan ryhmässä oli merkittävästi matalampi kuin tavanomaisen neuvonnan ryhmässä.

Tehostetun neuvonnan ryhmässä tehdyt elintapamuutokset olivat suhteellisen pieniä. Olennaista oli kuitenkin se, että tutkittavat tekivät muutoksia useisiin elintapoihinsa samanaikaisesti. Tällä oli suuri merkitys tutkimustuloksiin. Henkilöistä, jotka saavuttivat kaikki viisi tavoitetta elintapojensa korjaamisessa, ei yksikään sairastunut diabetekseen tutkimuksen aikana. Sen sijaan henkilöistä, jotka eivät päässeet yhteenkään tavoitteeseen, 35 prosenttia sairastui diabetekseen.

Tehostetun ravinto- ja liikuntaneuvonnan tavoitteena oli, että tutkimusryhmäläiset toteuttaisivat seuraavat muutokset:

- 1) Painoindeksi < 25 kg/m² tai painonpudotus vähintään 5 prosenttia lähtöpainosta.
- 2) Kokonaisrasvan saanti alle 30 prosenttiin kokonaisenergiasta.
- 3) Eläinrasvojen (tydyttyneen rasvan) osuus kokonaisrasvamäärästä alle 30 prosenttiin.
- 4) Kuidun määrä > 15 g/1 000 kcal.
- 5) Liikuntaa yli 4 tuntia viikossa.

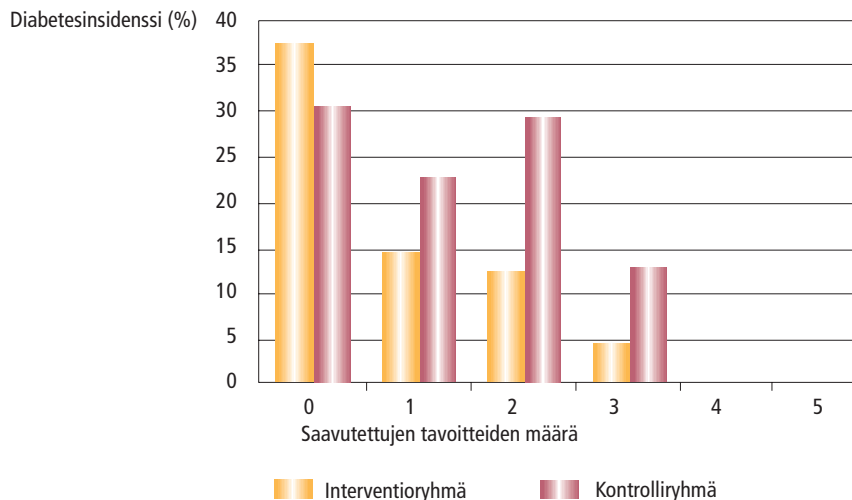
Yhdellekään niistä, jotka saavuttivat neljä tai viisi tavoitetta, ei tullut diabetesta seurantavaiheen aikana. Mitä vähemmän tavoitteita henkilö saavutti, sitä varmemmin hän sairastui diabetekseen.

Laihtuminen alentaa diabetesriskiä huomattavasti

Painon muutoksen vaikutus on keskeinen diabeteksen ehkäisyssä. Tutkimus osoitti, että 2–3 kilon painonnousu kaksinkertaistaa ylipainoisen henkilön vaaran sairastua tyyppin 2 diabetekseen. Toisaalta ylipainoisen henkilön diabetesriski alenee 80 prosentilla, mikäli hän onnistuu pienentämään painoaan 10 kilolla.

Tehostettu elintapaneuvonta auttoi tutkittavia laihduttamisessa: tutkittavien paino aleni keskimäärin 4,2 kg ensimmäisen vuoden kuluessa, ja kahden vuoden kohdalla saavutettu painon aleneminen oli 3,8 kg. Tavanomaista elintapaneuvontaa saaneiden paino aleni 0,8 kg. Tutkittavien painon aleneminen liittyi selvästi vähäisempään energian saantiin ja lisääntyneeseen liikuntaan.

Diabeteksen ilmaantuvuus suhteessa saavutettujen tavoitteiden määrään



Neuvonta vaikutti sekä ravinto- että liikuntatottumuksiin. Esimerkiksi ruokavalion rasvojen määrä väheni ja kuitujen määrä lisääntyi enemmän tehostetun neuvonnan kuin tavanomaisen neuvonnan ryhmässä. Parhaiten tavoitteisiin päästiin liikunnassa: vuoden kuluttua seuranta-ajan alkamisesta 80 prosenttia tehostetun neuvonnan ryhmäläisistä liikkui vähintään neljä tuntia viikossa. Myös tavanomaisen neuvonnan ryhmässä liikuntaa harrastettiin melko paljon.

Tutkimustulokset osoittavat, että omaehtoinen toiminta diabeteksen ehkäisemiseksi on mahdollista, kun asiantuntijat ovat antaneet siihen tarvittavan ohjauksen. Tutkimuksessa ei käytetty lääkkeitä eikä sellaisia toimenpiteitä, joita ei voida toteuttaa osana normaalia perusterveydenhuoltoa. Lisäksi kaikki toimenpiteet, joiden avulla diabetesriski aleni, olivat henkilöiden itsensä tekemiä.

DPS-tutkimus toteutettiin Kansanterveyslaitoksen johdolla, ja sen päätutkijoina toimivat akatemiaprofessori Jaakko Tuomilehto Kansanterveyslaitoksesta ja professori Matti Uusitupa Kuopion yliopistosta. Tutkimus julkaistiin *New England Journal of Medicine* -lehdessä toukokuussa 2001.

■ Lihavuus on tyypin 2 diabeteksen merkittävä riskitekijä

Aikuisten lihavuuden arviointi

1. Painoindeksi

Aikuisten lihavuuden asteen arvioinnissa käytetään painoindeksiä (BMI, Body Mass Index, paino jaettuna pituuden neliöllä), joka korreloi voimakkaasti rasvakudoksen määrään. Aikuisten normaalipainon yläraja on WHO:n asiantuntijaryhmän suositusten mukaisesti 25 kg/m², ja sen ylittyessä lihavuuteen liittyvien terveysvaarojen ilmaantuvuus alkaa kasvaa.

Kun painoindeksi on 30 kg/m² tai enemmän, henkilö luokitellaan lihavaksi, ja silloin sairastumisvaara on selvästi suurentunut. Mitä suuremmaksi painoindeksi nousee, sitä suuremmaksi kasvaa myös sairastuvuus- ja kuolleisuusriski. Diabetesriski kasvaa yli 15-kertaiseksi painoindeksin noustessa arvosta 23 kg/m² arvoon 35 kg/m².

Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suositus (2002) luokittelee lihavuuden asteen painoindeksin (BMI, kg/m²) perusteella seuraavasti:

| Painoindeksi (kg/m ²) | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| 18,5–25 | Normaali paino |
| >25 | Ylipaino, lihavuus |
| 25–30 | Lievä lihavuus |
| 30–35 | Merkittävä lihavuus |
| 35–40 | Vaikea lihavuus |
| >40 | Sairaaloinen lihavuus |

Painoindeksin viiterajat soveltuvat parhaiten 20–60-vuotiaille, ja niiden avulla voidaan osoittaa olemassa olevan ja erityisesti suurenevan painon aiheuttamat terveysvaarat.

2. Vyötärönympäryys

Painoindeksi ei kerro rasvan sijaintia, ja siksi lihavuuden ja sen terveyshaittojen arvioinnissa käytetään mittarina myös vyötärön ympärysmittaa. Etenkin vatsaontelon sisään kertynyt (viskeraalinen) liikarvas lisää sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöitä (insuliiniresistenssi ja diabetes, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, kohonnut verenpaine). Vyötärönympäryksen mittaaminen täydentää painoindeksiä terveyshaittoja arvioitaessa erityisesti lievässä ja merkittävässä lihavuudessa.

Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaan naisten sydän- ja verisuonisairauksien ja muiden sairauksien vaara on suuri, jos vyötärönympäryys on yli 90 cm. Miesten vastaava raja on 100 cm.

Lasten lihavuuden arviointi

Lasten lihavuus määritellään kasvukäyrien avulla. Lapsi on lievästi lihava, jos hänen suhteellinen painonsa on yli 20–29 prosenttia suurempi kuin hänen pituuttaan vastaava keskipaino. Jos suhteellinen paino on 40–60 prosenttia vastaavaa keskipainoa suurempi, on kyseessä merkittävä lihavuus. Vaikeasta lihavuudesta puhutaan, jos paino on yli 60 prosenttia vastaavaa keskipainoa suurempi.

Lihavuus vaikuttaa monien kansansairauksien syntyyn

Lihavuus on merkittävä tekijä monien kansansairauksien synnyssä, mutta erityisen selvä yhteys sillä on tyypin 2 diabeteksen, kohonneen verenpaineen, sepelvaltimo- taudin, kihdin, sappikiven, polvien nivelri- kon sekä rinta- ja kohtusyövän ilmaantu- vuuteen.

Sairastumisriski on suurin diabetek- sessä: kun painoindeksi ylittää 30 kg/m², keski-ikäisen henkilön vaara sairastua nou- see ainakin 10-kertaiseksi normaalipainoi- sen sairastumisvaaraan verrattuna. Liha- vuuden hoito ehkäisee mainittujen sairauk- sien riskiryhmiin kuuluvilla taudin puhkea- mista ja parantaa jo sairastuneiden elämän- laatua sekä ehkäisee lisäsairauksien syntyä. Viime vuosina on lihavuuden jatkuvasti lisääntyessä ryhdytty kiinnittämään entistä enemmän huomiota vyötärölihavuuden ilmenemiseen, sillä sen on todettu ennakoiv- an selvästi tyypin 2 diabeteksen ja meta- bolisen oireyhtymän vaaraa.

Lihavuuteen liittyviä sairauksia ja vastaavat näytönasteet:

| Sairaus | Näytön aste |
|---------------------------|-------------|
| Tyypin 2 diabetes | A |
| Kohonnut verenpaine | A |
| Metabolinen oireyhtymä | B |
| Sepelvaltimotauti | A |
| Obstruktiivinen uniapnea | C |
| Kihti | A |
| Sappikivet | A |
| Rasvamaksa | B |
| Polvien nivelrikko | A |
| Astma | B |
| Heikentynyt elämänlaatu | B |
| Eräät syöpämuodot: | |
| Rintasyöpä | A |
| Kohdunrunгон syöpä | A |
| Paksusuolen syöpä | B |

- A = Vahva tutkimusnäyttö. Useita menetelmäl- lisesti tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia.
- B = Kohtalainen tutkimusnäyttö. Ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelpollisia tutkimuksia.
- C = Niukka tutkimusnäyttö. Ainakin yksi kelpolli- nen tieteellinen tutkimus.

Lähde: Aikuisten lihavuuden Käypä Hoito -suositus 2002

Suomalaisten lihavuus yleistyy

Suomalaisista joka toinen työikäinen mies ja joka kolmas nainen on ylipainoinen. Pohjoismaiden kärkeen ylipainoisuudellaan sijoittuva kansamme lihoo edelleenkin, ja varsinkin terveyden kannalta haitallisin vyötärölihavuus on yleistynyt. Ylipainosta ja lihavuudesta 2/3 johtuu elintavoista, ja niiden muuttaminen alentaakin painoa 90 prosentilla ylipainoisista.

Vuodesta 1972 viiden vuoden välein toteutettu Kansanterveyslaitoksen FIN- RISKI-tutkimus osoittaa, että työikäisten miesten painoindeksin keskiarvo on suu- rentunut tasaisesti. Vuosina 1982–1997

lihavien osuus (BMI>30 kg/m²) kasvoi 15,4 prosentista 19,8 prosenttiin.

Naisten keskimääräinen painoindeksi näytti laskevan 1980-luvulle tultaessa, mutta kääntyi sitten uudelleen nousuun. Vuosina 1982–1997 lihavien naisten osuus nousi 17,2 prosentista 19,4 prosenttiin.

Eläkeiän kynnyksellä olevien miesten sekä nuorten naisten ja miesten painoindeksi oli 1990-luvun lopulla selvästi suurempi kuin 1980-luvun alussa. Sukupuolten väliset erot ovat pienentyneet, mutta naisilla painoindeksi nousee, ja lihavuus yleistyy iän myötä edelleenkin voimakkaammin kuin miehillä.

**Lihavuuden (BMI ≥ 30) esiintyvyys (%)
Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan**

| | Miehet | Naiset |
|----------|--------|--------|
| 30–44 v. | 15,4 | 13,7 |
| 45–54 v. | 23,3 | 25,4 |
| 55–64 v. | 27,5 | 31,9 |
| 65–74 v. | 22,7 | 33,5 |
| 75–84 v. | 20,6 | 30,4 |
| 85+ | 11,3 | 14,5 |

Väestöryhmien väliset erot korostuvat

Eri väestöryhmien väliset erot ovat selvästi havaittavissa. Koulutus on yhteydessä naisten lihomiseen: vähiten koulutusta saaneiden painoindeksi on selvästi suurempi kuin pidempään kouluttautuneiden. Miehillä keskimääräinen painoindeksi on noussut kaikissa koulutusryhmissä, mutta eroa on sen sijaan työelämässä ja työelämän ulkopuolella olevien välillä: ennenaikaiselle eläkkeelle jääneet ja työttömät olivat 1990-luvun lopulla selvästi lihavampia kuin vastaavassa elämäntilanteessa olleet miehet 1980-luvun alussa.

Lasten lihavuus lisääntyy

Lasten lihavuus lisääntyy aikuisten lihavuuden tapaan kaikkialla maailmassa. Tämän seurauksena tyyppin 2 diabetes yleistyy myös

lapsilla: tutkimukset esimerkiksi USA:sta, Kiinasta ja Englannista osoittavat, että jopa 12-vuotiailla on todettu tyyppin 2 diabetes. Korkean syntymäpainon on tutkimuksissa todettu altistavan lihavuudelle ja pienen syntymäpainon diabetekselle. Lihavuus on suomalaisten lasten ja nuorten ravitsemushäiriöistä yleisimpiä. Tuoreimpien tutkimusten mukaan 7–15-vuotiaista lapsista 11–15 prosenttia on lihavia.

Sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöitä lapsilla selvittänyt LASERI-tutkimus on osoittanut, että lasten lihavuus on myös meillä lisääntynyt. STRIP baby -tutkimuksesta puolestaan selviää, että toistetusti ravitsemusohjausta saaneiden lasten ja heidän perheidensä joukossa oli ylipainoisia lapsia selvästi vähemmän kuin kontrolliryhmässä. Lihavuus kasvat-
taa sydän- ja verisuonitautien sekä tyyppin 2 diabeteksen vaaraa myös lapsilla.

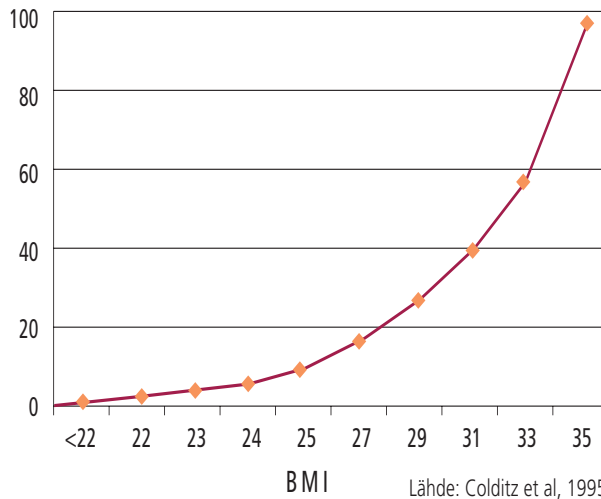
Lihavuuden ehkäisy merkittävästi edullisempaa kuin hoito

Ylipainon ja lihavuuden jatkuva lisääntyminen on vakava uhka suomalaisten terveydelle, ja lihavuudesta johtuvien sairauksien hoito kuormittaa terveydenhuoltoa. Noin 80 prosenttia maamme 160 000 tyyppin 2 diabeetikosta on ylipainoisia.

Lihavuuden ehkäisy on välttämätöntä, sillä lihavuuden hoito on kallista ja vaikeaa, ja laihduttamisen pitkäaikaistulokset ovat toistaiseksi olleet varsin vaatimattomat. Lisäksi ylipainoisten ja lihaviin suomalaisten määrä on niin suuri, ettei terveydenhuolto kykene ottamaan vastaan kuin murto-osan hoitoa ja ohjausta tarvitsevasta väestöstä.

Lihavuuden ehkäisy tulisi aloittaa jo lapsuusiässä. Lapsen elämänsä aikana on kaksi lihavuuden kehittymiselle otollista ajankohtaa: ikävuodet 5–7 ja nuoruusikä. Näinä ajankohtina alkanut lihavuus saattaa lisätä lihavuuden pysyvyyttä. Pitkäaikaisseurannassa on havaittu, että 30 prosenttia

Suhteellinen diabetesriski BMI:n mukaan



aikuisista lihavista naisista oli lihavia jo varhaisessa nuoruusiässä, kun ainoastaan 10 prosenttia lihavista aikuisista miehistä oli lihavia teini-iässä. Vanhempien lihavuudella on merkitystä myös lasten lihavuuden kehittymiseen: lihavien vanhempien lasten suhteellinen paino näyttää suurenevan iän myötä enemmän kuin normaalipainoisten vanhempien lasten suhteellinen paino.

Ehkäisyssä ja hoidossa ei kuitenkaan onnistuta, ellei ylipainoa ja lihavuutta yleisesti tunnusteta merkittäväksi terveysvaaraksi ja ellei siihen puutua riittävän ajoissa. Painon ja vyötärön ympäryksen mittaamisen tulisi olla luonteva osa terveydenhuollon toimintaa, aivan samoin kuin verenpaineen mittaaminen jo on.

■ Tupakointi altistaa tyypin 2 diabetekselle

Useissa prospektiivisissä tutkimuksissa on osoitettu, että tupakointi lisää riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen. Riski on annosvasteinen: mitä enemmän ja kauemmin tupakoi, sitä suuremmaksi sairauden riski kasvaa.

Väestötutkimusten mukaan tupakointi on lisännyt tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskiä 20 prosentista 94 prosenttiin. Voi

ajatella, että tupakoivat henkilöt elävät muutenkin epäterveellisemmin ja lisääntynyt tyypin 2 diabetes aiheutuisi muun muassa ylipainosta. Muut elintavat eivät kuitenkaan selitä tupakoinnin aiheuttamaa lisäriskiä.

Will, Galuska ym. (2001) seurasivat 14 vuotta 275 190:ää miestä ja 434 637:ää naista ja selvittivät muun muassa tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta. Tupakoinnin määrä lisäsi kumulatiivisesti tyypin 2 diabeteksen riskiä siten, että yli 20 savuketta (yksi aski) polttavien miesten ja naisten riski sairastua oli 1,2-kertainen. Yli 40 savuketta (2 askia) polttavien miesten diabetesriski oli 1,45-kertainen ja naisten 1,37-kertainen.

Tupakoinnin vaikutus oli riippumaton tutkittavan painosta, ja tupakointi nosti 40 prosentilla tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskiä kaikissa painoindeksiluokissa (BMI). Esimerkiksi tupakoivien naisten, joiden BMI oli yli 30, riski sairastua oli 9-kertainen verrattuna normaalipainoisten tupakoivien naisten sairastumisriskiin.

Myös Sargeant, Khaw ym. (2001) toteavat, että ravitsemuksella ei voi selittää tupakoinnin aiheuttamaa tyypin 2 diabeteksen lisäriskiä, vaan tupakointi on itsenäinen riskitekijä. Ylipaino ja tupakointi yhdessä näyttävät kumuloivan sairastumisriskiä.

8. Väestöstrategia

Tavoite: *tyypin 2 diabetekseen vaikuttavien riskitekijöiden ja metabolisen oireyhtymän ehkäisy.*

Keinot: *lihavuuden järjestelmällinen ehkäisy sekä terveellisten ruokatottumusten ja arkiliikunnan edistäminen viestinnän, koulutuksen, elintapaohjauksen ja näitä tukevan laajan palveluverkoston avulla.*

Kohderyhmä: *koko väestö.*

Toimijat: *kaikki toimijat valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla.*

Väestöstrategian ensisijainen tavoite on lihavuuden ehkäisy. Lihavuuden ehkäisy perustuu väestön elintapojen muuttamiseen siten, että arkiliikunta lisääntyy ja ruokatottumukset muuttuvat terveellisemmiksi, alkoholin käyttö vähenee ja energian saannin ja kulutuksen suhde kääntyy näin edullisempaan suuntaan.

Lihavuuden ehkäisyä koskevat päätavoitteet ovat:

- 1) ehkäistä ylipainon kehittyminen normaalipainoisille lapsille ja aikuisille
- 2) ehkäistä ylipainon kehittyminen lihavuudeksi niillä, joilla jo on ylipainoa
- 3) tukea painonhallintaa laihduttamisen jälkeen.

Konkreettiset tavoitteet, joihin pyritään kaikissa ikäryhmissä, noudattelevat Lihavuus – ongelma ja hoito -kirjan (Duodecim 1998) suosituksia:

Lapset ja nuoret:

Tavoite: Paino ei nouse enempää kuin 20 prosenttia yli kasvukäyrätilastojen keskiarvon.

Aikuiset, joiden BMI < 30 ja vyötärön ympärysmitta alle 90 cm (naiset) / alle 100 cm (miehet):

Tavoite: Paino ei nouse.

Aikuiset, joiden BMI > 30 tai vyötärön ympärysmitta yli 90 cm (naiset) / yli 100 cm (miehet):

Tavoite: Paino ja vyötärön ympärysmitta pienenevät pysyvästi 5–10 prosenttia.

Erityistä huomiota kiinnitetään seuraaviin riskiryhmiin ja -kausiin:

1. Riskiryhmät

- Lihavien vanhempien lapset
- Tyypin 2 diabeetikoiden lähisukulaiset

2. Riskikaudet

- Murrosikä, vaihdevuodet ja raskaus
- Työttömyys, eläkkeelle jääminen
- Tupakoinnin lopettaminen, hiljattain laihduttaneet

Lihavuuden sekä tyypin 2 diabeteksen ja muiden lihavuudesta johtuvien sairauksien ehkäisy edellyttää yhteiskunnallisia toimenpiteitä sekä yksilöihin kohdistuvia toimenpiteitä.

Koko väestön terveyden edistämiseen vai-
kutetaan liikunta-, ravinto-, terveys-, kou-
lutus-, yhteiskunta- ja ympäristöpoliittisilla
toimenpiteillä, jotka tukevat ihmisten oma-
ehtoista arkiliikuntaa ja painonhallintaa.
Toimijoina ovat valtio, läänit, kunnat, elin-
tarviketeollisuus ja -kauppa, järjestöt ym.

Yhteiskunnalliset toimenpiteet ovat:

- 1) **Ravitsemus- ja liikunta-asiiantuntemusta lisätään perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa.**
- 2) **Hoito- ja ravitsemishenkilökunnan sekä päiväkotien ja koulujen opettajien täydennyskoulutusta tehostetaan.**
- 3) **Joukkoruokailujärjestelmän laatua kehitetään.**
- 4) **Lasten ja nuorten terveys-, ravitsemus- ja liikuntakasvatusta tehostetaan.**
- 5) **Koko väestöä palvelevia liikuntapaikkoja tuetaan ja määrää lisätään.**
- 6) **Vähärasvaisten ja -suolaisten elintarvikkeiden valikoimaa lisätään.**
- 7) **Ympäristön rakentamisessa huomioidaan arkiliikunnan tarpeet.**
- 8) **Terveystarkastusten sisältöä ja toteutusta kehitetään.**
- 9) **Terveyden edistämisen koordinointi järjestetään valtakunnallisella, maakunnallisella ja kunnallisella tasolla.**
- 10) **Järjestöjen yhteistyötä tiivistetään.**

Yhteiskunnalliset toimenpiteet esitellään yksityiskohtaisesti sivuilla 27–35.

Yksilöihin kohdistuvista toimenpiteistä tärkeimpiä ovat keskeisten terveyteen, ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvien tietojen ja taitojen lisääminen koko väestössä,

painonhallintaan ja liikuntaan aktivoivien tukitoimien tarjoaminen kaikille niitä tarvitseville ja riskiryhmiin kuuluville sekä riskyksiöihin kohdistettava tehostettu ohjaus ja tuki.

Päätoimijoina ovat perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, järjestöt ja tiedotusvälineet.

Yksilöihin kohdistuvat toimenpiteet ovat:

- 1) **Pelkistetty, ydinasioihin perustuva elintapaohjaus.**
 - A) **Ravitsemusohjaus**
 - B) **Arkiliikuntaan painottuva liikuntaohjaus**
 - C) **Painonhallintakurssit ja vertaistukiryhmät**
 - D) **Tupakoinnin vähentämiseen tähtäävä ohjaus**
- 2) **Terveyden edistäminen viestinnän keinoin.**

Yksilöihin kohdistuvat toimenpiteet esitellään yksityiskohtaisesti sivuilla 35–40.

■ Yhteiskunnalliset toimenpiteet

- 1) *Ravitsemus- ja liikunta-asiiantuntemusta lisätään perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa*

Ravitsemusasiiantuntemus perusterveydenhuollossa on puutteellista, koska ravitsemusterapeutteja on käytettävissä vain murto-osassa terveyskeskuksia. Hoitajien tehtäviin kuuluvat myös ravitsemusohjaus ja painonhallintakurssien vetäminen, mutta koulutusta on saatavissa sattumanvaraisesti. Työterveyshuollossa ravitsemusterapeutteja ei yleensä ole lainkaan vaan ravitsemusohjaus sekä painonhallinta-asiat kuuluvat työterveyshoitajan tehtäviin muun terveydenhuollon ohella. Ravitsemusohjaukseen liittyvää täydennyskoulutusta tarvitaan kipeästi.

Ravitsemusterapeutin rooli ravitsemuspoliittisten linjojen luojana, käytännön

toteutuksen koordinaattorina ja muun hoitohenkilökunnan kouluttajana on perustana koko kansansairauksia ehkäisevälle toiminnalle. Suomessa on (2002) noin 30 ravitsemusterapeutin/-suunnittelijan tointa perusterveydenhuollossa. Yli kolme miljoonaa suomalaista asuu kunnissa, joissa ei ole lainkaan saatavilla ravitsemusterapiapalveluita.

Sekä Diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämishjelmassa (Dehko 2000–2010) että vuonna 2003 valmistuvassa Valtionravitsemusneuvottelukunnan ravitsemuspoliittisessa toimintaohjelmassa esitetään ravitsemusterapeuttien määrän tuntuvaa lisäämistä siten, että maassamme olisi yksi ravitsemusterapeutti 30 000 asukasta kohti.

Liikunta-asiantuntemusta perusterveydenhuollossa edustavat useimmiten fysioterapeutit, mutta varsinaiseen väestön liikuntaneuvontaan ei terveyskeskuksissa ja työterveysasemilla ole käytännössä ollut mahdollisuutta panostaa. Painonhallinnassa ravitsemus yhdistetään liikuntaan, ja arkiliikunnan lisäämisen välttämättömyys on kaikkien kotimaisten ja kansainvälisten tutkimusten viesti yhdeksi lihavuuden ehkäisyyn pääkeinoksi. Painonhallinnan ohjaus ja kurssit edellyttävät liikunnan asiantuntijoiden käyttöä myös perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa.

2) Hoito- ja ravitsemishenkilökunnan sekä päiväkotien ja koulujen opettajien täydennyskoulutusta tehostetaan

Koska koko väestö käyttää perusterveydenhuollon palveluja ja yli 80 prosenttia työikäisestä väestöstä on työterveyshuollon piirissä, hoitohenkilökunnan järjestelmällinen täydennyskoulutus on välttämätöntä erityisesti kansansairauksien ehkäisyyn liittyvissä kysymyksissä. Lihavuuden, tyyppin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyyn liittyvä riskitekijöiden

seuranta ja ohjaus kuuluvat tulevaisuudessa entistä enemmän hoitajien työhön. Siksi valmiudet tehtävien hoitamiseen on turvattava hyvällä peruskoulutuksella ja tehokkaalla täydennyskoulutusjärjestelmällä.

Tätä painottavat toimenpide-esityksissään myös Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, Valtion ravitsemusneuvottelukunta ravitsemuspoliittisessa toimintaohjelmassaan sekä jo aiemmin Toimenpideohjelma suomalaisen sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi ja Diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämishjelmassa Dehko.

3) Joukkoruokailujärjestelmän laatua kehitetään

Valtaosa väestöstä on joukkoruokailun piirissä muun muassa päiväkodeissa, kouluissa ja muissa oppilaitoksissa, puolustuslaitoksessa sekä työpaikoilla. Ravitsemishenkilökunnan tehokas perus- ja täydennyskoulutus on avainasia kansallisten ravitsemussuositusten toteutumiseksi joukkoruokailussa.

Joukkoruokailun avulla voidaan vaikuttaa merkittävästi ruokatottumuksiin, ja siksi suurkeittiöiden tarjoaman ruuan ravitsemuksellista laatua ja toiminnan seuranta on kehitettävä Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemuspoliittisen toimintaohjelman sekä suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseen tähtäävän toimenpideohjelman esitysten mukaisesti.

4) Lasten ja nuorten terveys-, ravitsemus- ja liikuntakasvatusta tehostetaan

Lasten ja nuorten lihavuuden ehkäisyssä päiväkodeilla, kouluilla, ammattioppilaitoksilla ja ammattikorkeakouluilla on kotien ohella merkittävä rooli. Opettajien täydennyskoulutukseen tulee liittää pysyväksi osaksi terveyttä, ravitsemusta, liikuntaa ja keskeisten kansansairauksien (lihavuus, tyyppin 2 diabetes, sydän- ja verisuonitaudit)

ehkäisyä koskeva osuus.

Ehkäisyyn liittyvät perusasiat opetetaan lapsille neuvolan ja kouluterveydenhuollon lisäksi päiväkodissa sekä osana peruskoulun opintoja. Jotta kotiympäristö tukisi opetusta, perheiden tulisi olla tiiviissä yhteistyössä neuvolan, päiväkodin, koulun ja kouluterveydenhuollon kanssa.

Nuorten tietoja terveyteen vaikuttavista tekijöistä, ravitsemuksesta ja liikunnasta syvennetään lukioluokilla, ammatillisissa oppilaitoksissa, ammattikorkeakouluissa ja varusmiespalvelussa. Varusmiesten sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa tarkistetaan opetuksen perillemeno ja annetaan jatko-ohjaus.

5) *Koko väestöä palvelevia liikuntapaikkoja tuetaan ja määrää lisätään*

Harrastusliikuntamahdollisuuksia luotaessa ja laajennettaessa on tärkeää, että opetusministeriön kunnille antamalla liikunta- paikka-avustuksilla tuetaan ensisijaisesti laajoja väestöjoukkoja palvelevia liikunta- paikkoja. Avustuspolitiikan periaatteissa tulee korostaa terveyttä edistävien maksutomien ja huokeahintaisten liikuntamahdollisuuksien turvaamista kuntalaisille.

6) *Vähärasvaisten ja -suolaisten elintarvikkeiden valikoimaa lisätään*

Suomalaiset saavat ruokavaliostaan edelleen liikaa rasvaa, erityisesti kovaa rasvaa, sekä suolaa. Yhteiskunnallisten toimenpiteiden olennaisena osana on vaikuttaa peruselintarvikkeiden kehittämiseen siten, että ne rasvan määrän ja laadun sekä suolapitoisuuden suhteen vastaavat suosituksia. Tässä elintarviketeollisuudella on ratkaisevan tärkeä merkitys. Kaupan rooli on olennainen vähärasvaisten ja -suolaisten tuotteiden markkinoinnissa.

Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi esitti 1990-luvun lopulla elintarviketeollisuudelle vähärasvaisten ja -suolaisten elintarvikkeiden kehittämistä sekä sellaisen järjestelmän käynnistämistä, jonka avulla helpotettaisiin terveyttä edistävien elintarvikkeiden valintaa. Vuonna 2000 Sydänliitto ja Diabetesliitto käynnistivät laajan asiantuntijavalmistelun perusteella kehitetyn Sydänmerkki-järjestelmän, jossa elintarvikevalmistaja voi anoa Sydänmerkin käyttöoikeutta pakatulle elintarvikkeelleen. Sydänmerkin myöntämisperusteena on tuoteryhmäkohtaisesti määriteltynä rasvan määrä ja laatu sekä suolan määrä. Vuoden 2003 alussa Sydänmerkin käyttöoikeus oli 19 yrityksen hieman yli 130 tuotteella. Järjestelmä auttaa ihmisiä tekemään rasvan ja suolan kannalta ravitsemuksellisesti parempia valintoja ja helpottaa sillä tavoin osaltaan terveellisen ruokavalion koostamista (luku 13.7)

Järjestelmä helpottaa ja tukee ihmisten terveyttä edistäviä ruokavalintoja, ja siksi elintarviketeollisuuden tulisi osaltaan vaikuttaa näiden elintarvikkeiden määrän kasvattamiseen. Myös maa- ja metsätalousministeriön sekä kauppa- ja teollisuusministeriön tulisi voimakkaasti tukea elintarvikkeiden kehittämistä vähärasvaisempaan ja vähäsuolaisempaan suuntaan, ja kaupan panostaa aktiivisesti tämäntyyppisten elintarvikkeiden markkinointiin.

7) *Ympäristön rakentamisessa huomioidaan arkiliikunnan tarpeet*

Arkiliikunnan merkittävän vähenemisen on todettu olevan ehkä suurin syy väestön lihomiseen. Lukuisilla tutkimuksilla on osoitettu, että liikunnasta saatava hyöty liittyy sen säännöllisyyteen. Näin esimerkiksi arkiliikuntaan sisältyvällä työmatkaliikunnalla edistetään terveyttä ja helpotetaan painonhallintaa.

Yhteiskunnalla on oma vahva osuutensa arkiliikuntaan kannustamisessa, sillä kuntien tehtävänä on luoda ja taata mahdollisuudet turvalliseen pyöräilyyn ja kävelyyn sekä vaikuttaa monin eri tavoin liikuntaystävällisen ympäristön syntymiseen. Kevyen liikenteen verkostojen rakentamisessa tulisi huomioida, että väestöllä on mahdollisuus toteuttaa kävellen ja pyöräillen koulu- ja työmatkaliikuntansa sekä vapaa-ajan liikkumisensa.

Suomi kuuluu liikenneturvan kehittämässä kärkimaihin, ja tähän asti kävely- ja pyöräteiden rakentaminen onkin liittynyt ensisijaisesti liikenneturvallisuuden parantamiseen. Päätäjien tulee kuitenkin tiedostaa, että kävelyn ja pyöräilyn edellytysten kehittäminen on investointia myös koko väestön terveyden edistämiseen.

8) *Terveystarkastusten sisältöä ja toteutusta kehitetään*

Pääosiltaan lakisääteinen terveystarkastuskäytäntömme on Suomen terveydenhuollon vahvuuksia. Terveystarkastuksiin kuuluvat odottavien äitien tarkastukset, lasten ikäkausitarkastukset vauvasta kouluunmenovaiheeseen, koululaisten ja opiskelijoiden terveystarkastukset, kutsuntatarkastukset, työhöntulotarkastukset sekä työterveys- ja perusterveydenhuollon suorittamat muut ikäkausitarkastukset. Terveystarkastusjärjestelmän ongelmana on se, ettei se tavoita esimerkiksi opiskelija- ja työterveys- ja perusterveydenhuollon ulkopuolella olevia.

Lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn kannalta terveystarkastusjärjestelmästä löytyy sekä sisältöön että käytäntöön liittyviä aukkoja, jotka on tärkeää paikata, jotta todellisiin tuloksiin päästään.

Seuraavat toimenpiteet tulisi saada osaksi terveystarkastuksia:

- * painoindeksin ja vyötärön ympäryksen mittaaminen sekä lähisukulaisten sairaustaan selvittäminen luonnollisiksi osiksi aikuisten terveystarkastuksia
- * diabetesriskin seuranta tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeen (luku 13.5) avulla
- * ravitsemus- ja liikuntatottumusten kirjaaminen sekä niissä tapahtuvien muutosten seuranta
- * ylipainoisten järjestelmällinen ohjaus painonhallintaan (painonhallintakurssit, omaehtoinen toiminta, vertaistukitoiminta)
- * lasten lihavuuden järjestelmällinen ehkäisy, hoito ja seuranta.

Ikäkausi- ja työterveystarkastukset

Aikuisten ikäkausitarkastusten määräaikaikäisuuden käytäntö on tällä hetkellä kirjava sekä työterveyshuollossa että kunnallisissa terveystarkastuksissa. Työterveydenhuoltoon kuuluu terveystarkastusten järjestämisen määrättyssä ajassa työhön ottamisen jälkeen ja uusintatarkastusten järjestäminen määräajoin työsuhteen kestäessä. Työntekijän terveydentilaa työssäoloaikana seurataan uusintatarkastuksissa, ja säännöllisesti määrävuosina tehtävien tarkastusten avulla voidaan ehkäistä sairauksien puhkeaminen hoitamalla riskitekijöitä riittävän varhaisessa vaiheessa. Kun uusintatarkastusten määrävuosia ei ole mitenkään yhtenäisesti määritelty, voi työhöntulotarkastus jäädä työntekijän ainoaksi terveystarkastukseksi, ennen kuin sairaudet ovat jo ilmenneet.

Aikuisille tehtävien kunnallisten ikäkausitarkastusten muoto ja tiheys vaihtelevat kunnittain, ja tarkastuksiin otettavien ikäluokkien määrä saattaa riippua kunnan

budjetissa kulloinkin käytettävissä olevista varoista. Jotta lihavuuden ja tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy todella maanlaajuisesti onnistuu, on määrättyjen ikäluokkien terveystarkastuksista sovittava valtakunnallisesti yhtenäinen käytäntö.

Työttömien terveystarkastukset

Työttömät jäävät työterveyshuollon terveystarkastusten ulkopuolelle, ja kynnyks nostaa kutsua kunnallisiin ikäkausitarkastuksiin voi olla korkea. Koska työttömät ja syrjäytyneet kuuluvat niihin ryhmiin, joissa lihavuuden on todettu erityisesti lisääntyneen, on heitä varten kehitettävä ns. matalan kynnyksen malli, joka voitaisiin toteuttaa perusterveydenhuollon, työvoimahallinnon ja työttömien yhdistysten yhteistyönä. Sosiaalivirasto, Pelastusarmeija, A-klinikat ja perusterveydenhuolto voisivat puolestaan kehittää terveystarkastusmallin syrjäytyneille.

Terveystarkastuksen tavoitteena tulisi olla työttömän tai syrjäytyneen terveydentilan tarkastaminen, riskitekijöiden kartoittaminen ja tarvittaessa tutkimuksiin ohjaaminen, sekä keskustelu, jossa käydään läpi asiakkaan elämäntilanne, ongelmat ja tuen tarve.

Äitiysneuvolatarkastukset

Neuvolassa tehtävät terveystarkastukset ja odottavien äitien seuranta ovat lihavuuden ja tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn kannalta avaintilanteita saada nuori perhe elintapakartoitukseen ja -ohjaukseen. Äidit ovat kaikkien koululaisille tehtyjen kyselyjen mukaan tärkeimpiä vaikuttajia ruokatottumuksiin ja terveyteen liittyvissä kysymyksissä, ja siksi äitien neuvontaan näissä asioissa pitää kiinnittää entistä enemmän huomiota jo odotusaikana.

Painoindeksi ja vyötärönympäryys mitataan raskauden alussa, painonkehitystä seurataan raskauskuukausina ja raskauden

jälkeiseen painonhallintaan annetaan ohjeet. Lähisuvun terveystaustan kirjaaminen on tärkeää mahdollisen raskausdiabeteksen ja myöhemmän tyyppin 2 diabeteksen vuoksi.

Raskausdiabeteksen sairastaneet kuuluvat tyyppin 2 diabeteksen riskiryhmiin, joihin liittyviä toimenpiteitä käsitellään toimenpideohjelman korkean riskin strategiassa (luku 9).

Lasten ja nuorten terveystarkastukset

Neuvolaikäisten lasten terveystarkastukset on määritelty selkeästi, ja neuvoloiden ohjeistoa ollaan parhaillaan uusimassa. Lihavuuden ehkäisyyn on uusissa ohjeissa kiinnitetty aiempaa enemmän huomiota. Yksi seurantamalli ja sitä tukevat toiminnot löytyvät Jyväskylän sosiaali- ja terveystalvelukeskuksen terveyden edistämisyksiköstä, jossa on luotu Lasten lihavuuden ehkäisymalli. Mallia on toteutettu jo pari vuotta, ja siinä hyödynnetään Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen kehittämiä Mahtavat muksut sekä Suurenmoiset nuoret -painonhallintaryhmäohjelmia.

Kouluterveydenhuollon uudessa oppaassa (2002) koululaisille tehtävät terveystarkastukset on jaettu seulontatutkimuksiin ja laaja-alaisiin terveystarkastuksiin. Seulontatutkimusalueisiin kuuluvat ylipaino ja lihavuus, joiden esiintymistä tutkitaan vuosittain kasvukäyrien avulla. Jos koululainen on lihava, hänet lähetetään oppaan mukaan jatkotutkimuksiin, mutta elintapaohjauksesta oppaassa ei puhuta. Koululaisille tehdään laaja-alainen terveystarkastus 1.–2. luokilla, 5.–6. luokilla sekä 8. luokalla. Siihen sisältyvät muun muassa suvun perinnöllisten sairauksien selvitys, lasten arkipäivän elämäntilanne ja vapaa-ajankäyttö. Vanhempien osallistumista lasten terveystarkastuksiin ja kouluyhteistyöhön on vahvistettu. Molemmista tarkastustyypeistä kiinnitetään huomiota sydän- ja verisuonitautien ehkäisyyn. Myös lihavuus ja tyyppin 2

diabetes pitäisi ottaa selkeästi esiin vaaratekijöinä, jotka voidaan ehkäistä.

Kutsuntatarkastukset

Kutsuntatarkastukset koskevat varusmiespalvelukseen tulevia nuoria, joista valtaosa on miehiä. FINRISKI-tutkimusten mukaan nuorten miesten lihavuus on selvästi lisääntynyt, ja tämä sekä nuorten entistä huonompi fyysinen kunto näkyvät lääkäreiden mukaan myös kutsuntatarkastuksissa. Lisäksi lihominen varusmiespalvelun aikana on yleistynyt.

Puolustusvoimien ruokapalveluissa noudatetaan valtion ravitsemussuosituksia, ja lihominen liittyykin vastikään tehdyn tutkimuksen mukaan vapaa-aikana harrastettavaan perinteisiin ”sotkun” munkkikahveihin. Kutsuntatarkastusten viestien perusteella Puolustusvoimat on ryhtynyt antamaan varusmiehille kunto-ohjeita ennen varsinaista palvelukseen astumista.

Varusmiespalvelun aikaisessa terveydenhuollossa tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota elintapoihin, ja ylipainon aiheuttamat vaarat on tuotava konkreettisesti esiin. Tyypin 2 diabeteksen riskitestin (luku 13.5) teettäminen terveystarkastusten yhteydessä on havainnollistava keino karvoittaa tilannetta ja antaa jatko-ohjeita.

9) Terveyden edistämisen koordinointi järjestetään valtakunnallisella, maakunnallisella ja kunnallisella tasolla

Väestöä ja yhteiskuntaa rasittavien lihavuuden, tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisy edellyttää ensisijaisesti olemassa ja valmisteilla olevien valtakunnallisten ohjelmien toimenpiteesitysten toteuttamista sekä kokonaisvaltaista terveyden edistämistoimintojen koordinoitua valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla.

Koordinointi sisältää suunnitelmallisen yhteistyön luomisen eri ohjelmien ja eri toimijoiden välille, olemassa olevien toimintojen laajan hyödyntämisen sekä tavoitteiden toteutumisen säännöllisen seurannan ja arvioinnin.

Kaikki elementit kansansairauksien ehkäisyyn ovat käsillä, mutta olemassa olevia heikkouksia on korjattava ja organisaatiota terävöitettävä, jotta tulokselliseen toimintaan päästään joka tasolla.

Terveyden edistämisen koordinointi valtion tasolla

Ravitsemuspolitiikan ja terveyttä edistävän liikuntapolitiikan koordinointi

Ravitsemus- ja liikunta-asioita käsitellään ja hallinnoidaan erillään, vaikka ne lihavuuden ehkäisyssä, painonhallinnassa ja kaikessa terveyden edistämisessä kuuluvat oleellisesti yhteen.

Ravitsemusasioista vastaavat sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ja maa- ja metsätalousministeriö. Asiantuntijaelimenä toimii Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Sen ravitsemuspoliittisessa toimintaohjelmassa esitetään kokopäiväistä pääsihteeriä ja lisäresurssointia neuvottelukunnan roolin vahvistamiseksi ja ravitsemusalueen koordinoimiseksi nykyistä paremmin. Pääsihteerin sijoituspaikka on ilmeisesti maa- ja metsätalousministeriö.

Liikunta-asioista vastaa opetusministeriö, mutta myös sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on alkanut vahvemmin toimia terveyttä edistävän liikunnan alueella: se valmisti järjestöjen kanssa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2000), rahoittaa opetusministeriön ohella Kunnossa kaiken ikää -ohjelmaa ja asetti terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan (2000). Toimikunnan työn tuloksena julkaistiin Komiteamietintö (2002) sekä Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän

liikunnan kehittämislinoista (2002). Mietinnön esityksiin sisältyvät muun muassa päätoimisen sihteerin palkkaaminen, terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunnan nimittäminen sekä taloudellinen resurssointi terveyttä edistävään liikuntaan. Vuoden 2002 syksyllä sosiaali- ja terveysministeriön perustettiin liikunnan erikoissuunnittelijan toimi. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriöön asetettiin uudeksi asiantuntijaelimeksi Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta.

Kansansairauksien ehkäisyn ja terveyden edistämisen kokonaiskoordinoinnin kannalta on tärkeää, että ravitsemus- ja liikunta-asioiden valtakunnallinen koordinaativastuu terveyden edistämiskysymyksissä on selkeästi yhdellä taholla. Luontevimmalta tuntuisi, että kokonaisvastuun kantaisi vuoden 2002 alusta toiminut STM:n terveyden edistämisen ryhmä, ja että sen johdon alaisuuteen sijoitettaisiin myös ravitsemuksesta ja terveyttä edistävää liikunnasta vastaavat henkilöt.

Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöjärjestelmän uudistaminen

Kuntiin aikanaan perustetun terveyskasvatuksen yhdyshenkilöjärjestelmän valtakunnallisena koordinaattorina toimii nykyisin Stakes. Vuonna 2000 valmistuneessa Pirkasen ja Pietilän selvityksessä tehtiin konkreettiset esitykset vanhentuneen järjestelmän uusimiseksi.

Muutaman omatoimisen kunnan esimerkki (Jyväskylä, Rauma) osoittaa, miten paljon terveyden edistämisen alueella voidaan saada aikaan, kun toiminta on organisoitu nykyaikaisesti ja ammattitaitoisesti, ja kun oikeisiin asioihin on panostettu. Stake sin tulisi yhteistyössä Kuntaliiton ja terveydenedistämisyksikkönsä jo perustaneiden kuntien kanssa laatia valtakunnallinen suositus maamme kunnille terveyskasvatuksen yhdyshenkilöjärjestelmän uudistamisesta

terveyden edistämisen suunnittelijaksi tai yksiköksi em. raportin esitysten mukaisesti. Stakesin tulee jatkossa vastata alueen toimihenkilöiden täydennyskoulutuksesta yhteistyössä Kuntakoulutuksen kanssa.

Lisäksi Stakesin tulisi yhteistyössä Kuntaliiton ja kuntien kanssa aktiivisesti jatkaa kuntien hyvinvointistrategioiden kehittämistä, esimerkiksi Terve kunta- ja Terve koulu-hankkeita koko maahan laajentamalla.

TEK:n toiminnan terävöittäminen kansansairauksien ehkäisyssä

Terveyden edistämisen keskus TEK on puolivirallinen organisaatio, joka saa pääosan rahoituksestaan Raha-automaattiyhdistykseltä ja sosiaali- ja terveysministeriöltä. Sen jäsenistön muodostavat 118 järjestöä ja yhteisöä, ja sillä on liki 30 työntekijää. Se toimii terveyden edistämisen osamiskeskuksena. Tehtäviin kuuluu välittää terveyttä koskevaa tietoa ja osaamista, kokeilla uusia toimintatapoja, arvioida terveyttä edistäviä ohjelmia, menetelmiä ja aineistoja sekä kehittää niiden laatua. TEK tekee STM:lle ehdotukset ministeriön järjestöille myöntämien terveydenedistämisvärojen jaosta.

Järjestöjen ja terveydenhuollon yhteistyöllä on tärkeä merkitys yleisimpien kansansairauksien ehkäisyssä. Järjestöillä on runsaasti terveyden edistämiseen liittyviä palveluita, ohjelmia ja projekteja, joilla voitaisiin tukea väestön elintapoihin vaikuttavaa terveydenhuollon toimintaa. Kattavaa järjestelmää toimivaan palveluyhteistyöhön ei kuitenkaan ole kehitetty.

Terveyden edistämisen keskuksen Terveysverkko tarjoaa hyvät mahdollisuudet saada tietoa eri palveluista. Konkreettisen yhteistyökäytännön luominen terveydenhuollon ja järjestöjen välille edellyttää kuitenkin yhteisesti kehitettävää toimintamallia, ja siinä Terveyden edistämisen kes-

kuksen tulee toimia primus motorina. Mallin tulisi perustua lihavuuden, tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien sekä muiden kansansairauksien ehkäisyyn laajalla yhteistyöllä, jonka pohjana on järjestöjen liikunta-, ravitsemus- ja painonhallintapalvelujen järjestelmällinen hyödyntäminen perusterveydenhuollossa ja työterveys- ja työterveyshuollossa. Mallin tulee samalla synnyttää palveluverkosto, josta terveydenhuolto löytää mahdollisimman helposti palveluihin liittyvät oleelliset tiedot verkkosivuilta ja palveluoppaasta. Palveluverkosto kuuluisi luonnollisena osana nykyiseen Terveysverkkoon.

TEK:n tulee toiminnassaan panostaa nykyistä enemmän suurten kansansairauksien ehkäisyyn myös henkilöresurssien avulla. Tämän alueen vahvistaminen edellyttää yhden toimihenkilön täysipäiväistä panosta.

Läänien roolin voimistaminen terveyden edistämiseen alueellisessa koulutuksessa ja arvioinnissa

Läänien sosiaali- ja terveysosastojen tehtäviin kuuluu myös terveyden edistäminen alueellaan. Lihavuuden, tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä läänien toimintaa tulee kehittää niin, että ne tukevat voimakkaasti alan ammatillista täydennyskoulutusta sekä panostavat terveyden edistämistoimenpiteisiin ja niiden tulosten arviointiin.

Terveyden edistämisen koordinointi kuntatasolla

Lihavuuden ja siitä aiheutuvien vakavien kansansairauksien ehkäisy on kunnan ja kuntalaisten etu ja välttämätöntä sosiaali- ja terveysmenojen hillitsemiseksi. Ehkäisyn pohjana on hyvin toimiva terveyden edistämisen organisaatio, jossa kunnan johto ottaa päävastuun kuntansa asukkaiden terveyden

edistämisestä ja huolehtii riittävien resurssien turvaamisesta tähän tarkoitukseen. Ehkäisyn päätoteuttajina ovat perusterveydenhuolto, työterveyshuolto ja järjestöt.

Lääkintöhallituksen aikaisen terveyskasvatusjärjestelmän jäljiltä kuntien kansanterveystyössä toimii vielä noin 250 terveyskasvatuksen yhdyshenkilöä. Terveyskasvatuksen yhteistyöryhmä on olemassa enää kolmanneksessa kunnista. Tehtäväkuva kummankin osalta on epäselvä, ja resurssit toimintaan ovat useissa kunnissa olemattomat. Kunnissa on meneillään monenlaisia terveyden edistämisen hankkeita, mutta kokonaiskoordinaatio, suunnitelmallisuus ja arviointi puuttuvat. Sen sijaan tarve järjestelmälliseen terveyden edistämistoimintaan tiedostetaan, ja motivaatiotakin löytyy.

Stakesin teettämässä, terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden haastatteluun perustuvasa selvityksessä suositellaan seuraavia kehittämistoimenpiteitä:

- ★ Kunnat rakentavat oman terveyden edistämisen infrastruktuuriin, joka pohjautuu kunnan kokoon, toimintakulttuuriin ja vallitseviin olosuhteisiin.
- ★ Kunnan ja terveyskeskuksen johto sekä eri toimintasektoreiden edustajat muodostavat vastuuryhmän (ent. terveyskasvatuksen yhteistyöryhmä).
- ★ Koordinaattoriksi palkataan nykyistä terveyskasvatuksen yhdyshenkilöä vastaava terveysalan ammattilainen, jonka nimike olisi esimerkiksi terveyden edistämisen suunnittelija. Suurissa kunnissa toimi on kokopäiväinen, pienissä puolipäiväinen.
- ★ Koordinaattorin tehtäväkuva, hallinnollinen asema ja toimintaresurssit määritellään selkeästi.

- * Koordinaattorille turvataan mahdollisuus säännölliseen täydennyskoulutukseen, ja hän vastaavasti kouluttaa muuta henkilöstöä kunnan terveyden edistämisen strategioihin liittyvissä kysymyksissä.

Kehittämistoimenpiteiden avulla kunnallisesta terveyden edistämisestä tulisi järjestelmällistä, jolloin toiminnalle voi asettaa laatuvaatimukset ja sen tuloksia voidaan arvioida.

10) *Apteekit diabetesohjelmallaan mukana tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä*

Suomen Apteekkariliiton käynnistämän Apteekkien diabetesohjelman tavoitteet noudattavat suurelta osin Dehkon tavoitteita, joten myös sen painopisteenä on tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja hoidon tehostaminen. Ohjelman myötä apteekkeihin on nimetty yli 600 diabetesyhdyshenkilöä (2003). Apteekkien diabetesohjelmaan on kirjattu apteekin tehtäväksi muun muassa paikallisten toimintamallien sopiminen yhdessä muun terveydenhuollon ja potilasjärjestöjen kanssa, elintapamuutosten positiivisista vaikutuksista kertovan viestin vahvistaminen ja potilaan ohjaaminen lääkäriin korkeaa verensokeripitoisuutta epäiltäessä. Apteekeissa annettavan elintapohjauksen aiheita ovat erityisesti painonhallinta, ruokavalio, liikunta, tupakoinnin lopettaminen ja alkoholin käyttö. Monesti apteekki voi olla ainoa terveydenhuollon toimipiste, jonka asiakkaana korkean riskin ryhmään kuuluva henkilö on. Apteekit eivät tee verensokerimittauksia, mutta mitaustoimintaa voi kuitenkin järjestää apteekkeissa yhteistyössä paikallisen muun terveydenhuollon kanssa. Apteekki voi tarjoutua tukemaan esimerkiksi terveyskeskusten tai diabetesyhdistysten järjestämiä seulontakampanjoita. Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeita on jo laajalti apteekkeissa asiakkaiden saatavilla.

11) *Järjestöjen yhteistyötä tiivistetään*

Terveyden edistämisen alueella ovat kautta aikojen toimineet kansanterveysjärjestöt ja muut sosiaali- ja terveysalueen järjestöt. Lihavuuden, tyypin 2 diabeteksen, sydän- ja verisuonisairauksien sekä muiden kansansairauksien uhat koskevat kuitenkin koko Suomen kansaa, ja siksi perinteisten vaikutustapojen rinnalla on viestinnässä, palvelujen markkinoinnissa ja elintapoihin vaikuttamisessa nyt hyödynnettävä Suomen laajaa järjestökenttää. Kukin järjestö kantaa vastuuta jäsenkunnastaan, ja terveyden edistäminen on jäsenkunnan oma etu. Järjestöjen kautta tavoitetaan arviolta ainakin pari miljoonaa eri-ikäistä suomalaista.

Järjestöjen suuret jäsenmäärät ja niiden olemassa olevat suorat kanavat antavat erinomaiset mahdollisuudet tuottavaan yhteistyöhön lihavuuden, tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyyn liittyvän tiedon välittämisessä.

Lasten terveyden edistämiseksi avainroolissa on Lasten terveysfoorumi -verkosto, jossa on mukana (2003) 11 järjestöä, joiden toiminnassa lasten ja nuorten terveyden edistämiseksi on keskeinen asema. Mukaan tulisi liittää myös seurakuntien päiväkerhotoiminta, jonka kautta tavoitetaan ehkä sellaisiakin perheitä, joihin muuten ei saada kontaktia.

Nuorten terveyden edistämiseen voidaan vaikuttaa nuorisojärjestöjen, urheiluseurojen, Nuoren Suomen, Koululiikuntaliiton, Opiskelijoiden liikuntaliiton ja harastusjärjestöjen kautta.

Työssä olevat työikäiset tavoitetaan parhaiten ammattijärjestöjen ja työnantaja-järjestöjen kautta sekä erilaisten harrastusjärjestöjen piiristä. Työttömien yhdistykset tavoittavat ainakin osan työttömistä, ja kansanterveysjärjestöt voivat lähestyä työttömiä myös yhteistyössä työvoimatoimistojen kanssa. Syrjäytyneiden aikuisten tavoit-

Ravinnon rasvan kaksi ominaisuutta

| Määrä | | Laatu | |
|--|---------------------------------|--|--|
| Rasva, jota ei nähdä (piilorasvaa) | Rasva, joka näkyy | Kova rasva <ul style="list-style-type: none"> • kylmässä • usein piilorasvaa | Pehmeä rasva <ul style="list-style-type: none"> • kylmässä • usein näkyvää |
| esim. makkara, juusto, viineri, pasteija, suklaa | esim. rasiamargariini voi, öljy | esim. rasvaiset lihat ja liha- ja maitovalmisteet, leivonnaiset, suklaa | esim. rasiamargariini, öljyt, rasvainen kala, broileri, pähkinät, avokado |
| | | Nostaa veren kolesterolia | Laskee veren kolesterolia |

Lähde: Painonvartijat

tamisessa Pelastusarmeija monine yömajaja ruokapalveluineen on avainasemassa.

Eläkeläisjärjestöihin kuuluu noin 400 000 eläkeläistä. Omiakin kampanjoita terveyden edistämiseksi järjestetään, mutta yhteistyöhalukkuutta löytyy. Jäsenistö kuuluu lihavuuden, tyypin 2 diabeteksen, sydän- ja verisuonisairauksien sekä muiden kansansairauksien ehkäisyyn ydinkohderyhmään.

■ Yksilöihin kohdistuvat toimenpiteet

1) Pelkistetty, ydinasioihin perustuva elämäntapaohjaus

A) Ravitsemusohjaus

Lihavuuden ehkäisyyn liittyvä ravitsemusohjaus perustuu suomalaisiin ravitsemussuosituksiin. Sisällöllisesti se painottuu energian saannin ja kulutuksen tasapainottamiseen, rasvan ja suolan käytön vähentämiseen sekä kohtuulliseen alkoholin käyttöön ohjaamiseen. Lisäksi korostetaan vihannesten, hedelmien ja marjojen käyttöä ja viljatuotteiden kulutuksen lisäämistä. Oleellista ohjauksessa on ongelmakohtien käsittely, terveyden kannalta parempien ruokavalintojen tekeminen ja päivittäisten ruokavalintojen merkitys. Ohjaus pelkistään perusviesteihin ja yksinkertaiseen kieleen, ja asiat kuvataan mahdollisimman havainnollisesti. Perusasiat ovat kaikille

ikäryhmille samat, mutta opetusmenetelmien valinta ratkaistaan kunkin ikäryhmän ja sopivan viestintävälineen mukaan.

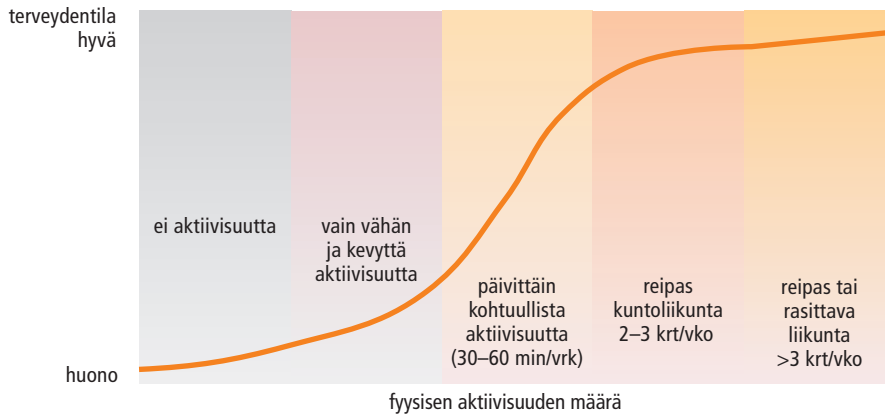
Energian saannin ja kulutuksen terveyden kannalta tärkeä tasapaino on tehtävä tutuksi jo lapsesta alkaen.

Tavoitteena ohjauksessa on, että ihminen jo suhteellisen nuoresta asti tietää:

- * mihin ruoasta tulevaa energiaa tarvitaan
- * mikä on päivittäinen energiantarve
- * miten energiamäärä eri aterioista kertyy (konkreettinen malli päivän aterioista oman energiatarvetason mukaan)
- * mitä ruokia voi syödä täysin vapaasti (ruokakolmio)
- * minkälaisista ruoista tulee eniten energiaa (esimerkkilistat, ruokakolmio)
- * miten itse voi vaikuttaa valinnoillaan energian saantiin
- * mitä tarkoittaa energian kuluttaminen ja miten eri liikuntamuodot vaikuttavat.

Rasvan käytön vähentäminen ja terveydelle edullisemmän rasvan valitseminen kuuluvat väestön ravitsemusohjauksen avainasioihin. Vaikka rasvaisista maitotuotteista vähäras-

Fyysisen aktiivisuuden yhteys terveyteen



Suurin terveyttä edistävä vaikutus on päivittäisen aktiivisuuden lisäämisellä. Kuntoliikunta tehostaa myönteisiä vaikutuksia.

Lähde: Lihavuus – ongelma ja hoito -kirja, Kustannus Oy Duodecim

vaisiin ja rasvattomiin siirtyminen onkin viime vuosina edennyt maassamme jo melko hyvin, on runsas rasvan saanti yksi suomalaisten lihavuuteen liittyvä tekijä.

Maitotuotteissa ja margariineissa valintoja helpottavat selkeä erottelu ja päällysmerkinnät: esimerkiksi eriväriset maitotölkit ja rasvaprosentin tai vähärasvaisuuden näkyvä merkintä margariinien, jogurttien ym. pakkausten kyljessä. Ravitsemusohjauksessa on kuitenkin tärkeää havainnollistaa eri rasvalaatuojen tunnistaminen.

Sydänmerkin (luku 13.7) tutuksi tekeminen kuuluu tämän päivän ravitsemusohjaukseen. Sydänmerkki auttaa löytämään rasvan ja suolan kannalta ravitsemuksellisesti paremmat valinnat.

Tuoteseloste on myös tärkeä tiedonvälittäjä ruokavalintoja tehtäessä, ja sen löytämisen, lukemisen ja ymmärtämisen tulee kuulua jokaisen kuluttajan perustaitoihin. Oleellisia asioita tuoteselosteissa ovat viimeisen käyttöpäivän lisäksi energian kokonaismäärä sekä rasvan, kuidun ja suolan määrä.

Hampurilaisruokailun jatkuvasti kasvanut suosio osoittaa, että pikaruoka on tullut jäädäkseen, ja nykyisin myös hampurilaisketjujen tuotteiden ravintosisältö-

doista voi vertailla ruoka-annosten ja aterioiden eroja energiapitoisuudessa ja rasvan määrissä.

Kyselyjen ja tutkimusten mukaan noin 80 prosenttia kouluikäisistä syö joka päivä kouluaikana makeisia ja nauttii virvoitusjuomia, ja valtaosa lasten viikko- ja kuukausirahasta menee makeisiin. Tämä on alue, jossa perheiden tulee itse ratkaista oma kantansa, mutta perheille on kuitenkin syytä tuoda lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen uhat esiin. Koulujen rooli on miettiä, miten kouluruokailu saataisiin houkuttelevammaksi ja kannattaisiko makeis- ja virvoitusjuoma-automaattien leviämistä kouluihin rajoittaa.

Alkoholin suuren kulutuksen vähentäminen edellyttää terveydenhuollolta, järjestöiltä ja tiedotusvälineiltä tehostettua viestintää liikakäytön terveydellisistä haitoista. Terveystarkastuksissa asia tulee esiin terveydentilaa koskevaa kyselylomaketta täytettäessä. Luokittelu eri ryhmiin alkoholin kulutuksen mukaan kiinnittää lomakkeen täyttäjän omaa huomiota viimeistään silloin, kun hän huomaa kuuluvansa suurkuluttajien ryhmään. On myös hyödyllistä osoittaa taulukolla, kuinka paljon alkoholista kertyy energiaa ja auttaa tiedostamaan,

että jo pienikin määrä alkoholia sisältää ylimääräistä energiaa.

Väestön on myös hyvä oppia seuraamaan oman fyysisen olemuksensa ja terveydentilansa kehitystä. Tähän oleellisia välineitä ovat vaaka, mittanauha ja painoindeksitaulukko sekä nuoruudesta lähtien myös tyyppin 2 diabeteksen riskitesti (luku 13.5).

B) Arkiliikuntaan painottuva liikuntaohjaus

Liikuntaan kannustaminen on myönteistä ja mahdollisuuksia tarjoavaa terveyden edistämistä. Fyysisellä aktiivisuudella ja henkiselä hyvinvoinnilla on selvä yhteys: liikunta voi lievittää ahdistusta ja masennusta, parantaa itsetuntoa sekä kykyä selviytyä henkisestä stressistä. Kaikkein merkittävintä on kuitenkin säännöllisen liikunnan vaikutus terveyteen ja erityisesti lihavuuden, tyyppin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyyn. Terveystarkastusten yhteydessä on tärkeää käydä läpi asiakkaan liikuntatottumuksia ja kannustaa sekä arkiliikunnan ylläpitämiseen että myös eri liikuntaharrastusten kokeiluun. On oleellista, että passiivinen henkilö oppii ymmärtämään liikunnan tuoman fyysisen, henkisen ja terveyteen liittyvän hyödyn.

Liikuntaohjauksen ensisijaisena tavoitteena on arkiliikunnan lisääminen ja pienistä annoksista koostuva päivittäinen liikuntakooste, jonka voi aloittaa mahdollisimman inhimillisesti ja omaan elämään sopivalla tavalla.

Terveysliikunnan paikalliset suositukset -julkaisuun (sosiaali- ja terveysministeriö 2000) on kirjattu yleisesti hyväksytty terveysliikunnan suositus: aikuisten tulisi harrastaa kohtuullisesti rasittavaa liikuntaa tai muuta fyysistä aktiivisuutta useimpina päivinä viikossa, ja mieluiten päivittäin, vähintään 30 minuutin ajan yhtenä tai useampana jaksona. Fyysinen aktiivisuus voi koostua useista eri toimin-

noista, kuten portaitten noususta, puutarhan hoidosta, haravoinnista tai lumen luonnista, tanssista tai työmatkan tai sen osan kulkemisesta jalan tai polkupyörällä jne. Suositellun 30 minuutin liikunnan voi toteuttaa myös kunto- tai virkistysliikuntana. Runsaan kolmen kilometrin kävelylenkki täyttää normaalikuntoisen aikuisen terveysliikunnan päivittäisen perustarpeen.

Lihavuuden ehkäisyyn tähtäävän liikuntaneuvonnan kannattaa keskittyä ensisijaisesti väestön arkiliikunnan lisäämiseen. Lihavuus – ongelma ja hoito -kirjassa (Duodecim 1998) on seuraavia esimerkkejä arkiaktiivisuuden lisäämisestä:

- * käytetään portaita
- * kävellään tai pyöräillään töihin
- * jos käytetään bussia, jäädään aikaisemalla pysäkillä pois ja kävellään loppumatka
- * jos käytetään autoa, jätetään auto riittävän kauas määränpästä ja kävellään loppumatka
- * kävellään kauppaan, parturiin, kampaamoon ym. asioille
- * juostaan, peuhataan ja lasketaan mäkeä lasten kanssa
- * luodaan lunta, lapioidaan ja perataan puutarhassa, leikataan nurmikko
- * siivotaan reippaasti, jynssätään, lakaistaan lattia ja piha, piiskataan mattoja
- * käydään tansseissa
- * totutellaan toimimaan ripeästi, jolloin arkiaktiivisuus vaikuttaa sekä energiankulutukseen että terveyskuntoon.

Lihavuuden ehkäisyyn tähtäävän liikuntaohjauksen tulisi puuttua erityisesti niihin tottumuksiin, jotka vähentävät arkiaktiivi-

suutta. Näitä ovat esimerkiksi auton tai bussin käyttö lyhyilläkin työ- ja koulumatkoilla, hissien käyttö portaitten sijasta, television runsas katselu (keskimäärin 2,5 tuntia päivässä) ja tietokonepelien liiallinen suosio vapaa-ajan harrastuksena.

Fyysisen aktiivisuuden on huomattu vähenevän myös tietyissä elämäntilanteissa, mikä niinkään tulisi huomioida liikuntaohjauksessa. Lihavuus – ongelma ja hoito -kirja nimeää kuusi elämänvaihetta tai -tilannetta, joissa fyysinen aktiivisuus vähenee:

- 1) **6–7 vuoden ikä:** leikinomainen fyysinen aktiivisuus vähenee kouluun mentäessä.
- 2) **Murrosikä:** urheiluharrastukset vähenevät.
- 3) **25–35 vuoden ikä/miehet:** työhön meneminen ja perheen perustaminen, arkiaktiivisuus vähenee elintason parantuessa, urheiluharrastusten väheneminen.
- 4) **20–40 vuoden ikä/naiset:** arkiaktiivisuus ja urheiluharrastukset vähenevät.
- 5) **60–70 vuoden ikä:** ansiotyön aiheuttama aktiivisuus poistuu ja myös arkiaktiivisuus voi vähentyä.
- 6) **Työttömyys:** ansiotyön aiheuttama aktiivisuus poistuu ja usein myös arkiaktiivisuus voi vähentyä. Kuntoliikunnan harrastaminen voi lisääntyä muun tekemisen puutteessa tai vähentyä esimerkiksi rahan tai motivaation puuttuessa.

Esimerkki tunnin arkiaktiivisuudesta päivässä (Lihavuus – ongelma ja hoito -kirja, Kustannus Oy Duodecim)

| | |
|------------------------------|----------------|
| Kävely kotoa bussille | 5 min. |
| Kävely bussista töihin | 7 min. |
| Portaita työpäivän aikana | 8 min. |
| Kävely ruokalaan ja takaisin | 6 min. |
| Kävely töistä bussille | 7 min. |
| Kävely bussilta kauppaan | 8 min. |
| Kävely kaupasta kotiin | 6 min. |
| Lumen luonti | 13 min. |
| Yhteensä | 60 min. |

C) Painonhallintakurssit ja vertaistukiryhmät

Pysyvään painonhallintaan pääseminen edellyttää pitkäjänteistä sitoutumista ja vaatii ammattitaitoista ohjausta ja tukea. Perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa on vuosikausia neuvottu ylipainoisia ihmisiä laihduttamaan, ja maassamme on järjestetty laihdutuskursseja (mm. Kuntourheiluliiton KiloKimppa-ohjelma, Painonvartijoiden toiminta, sosiaali- ja terveysalan järjestöjen kurssit). On perustettu Laihdutusohjaajien yhdistys, ja painonhallintaryhmien ohjaajakoulutusta järjestävät UKK-instituutti, Suomen Kuntourheiluliitto ja Suomen käyttäytymistieteellinen tutkimuslaitos.

Suomalaisten lihominen kuitenkin jatkuu, ja ylipainoisten laihdustulokset ovat suurelta osin jääneet vaatimattomiksi. Myös kurssien vetäjien voimat ja motivaatio ovat usein koetuksella erityisesti perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa.

Lihavuuden ehkäisy on koko yhteiskunnan asia. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemuspoliittinen ohjelma edellyttää terveydenhuollon huolehtivan väestön painonhallintaa edistävien palveluiden (ravitsemusneuvonta, painonhallintakurssit) järjestämisestä siten, että niitä on saatavissa riittävästi jokaisessa terveyskeskuksessa.

Tämä vaatii perusterveydenhuollolta ja työterveyshuollolta nykyistä suurempaa panostusta omaehtoista painonhallintaa tukevaan toimintaan sekä lisää henkilökunnan koulutustarvetta ja edellyttää myös lisää pontta tähänastiseen toimintaan.

Diabetesliiton ja Sydänliiton Pieni päätös päivässä -projektissa on kehitetty painonhallintakursseja varten uudentyyppinen ohjaajakoulutus ja ryhmämalli sekä elintapamuutosten tukemiseksi ITE-vertaisyhmätoimintaa (luku 13.4).

D) Tupakoinnin vähentämiseen tähtäävä ohjaus

Jokainen tupakoitsija on yksilö ja siksi myös tupakoinnin lopettamiseen löytyy monta erilaista keinoa ja menetelmää. Yksi tällainen on niin sanottu kuuden askeleen ohjelma, joka on auttanut monia irti tupakasta. Ohjelman askeleet ovat 1) valmistautuminen, 2) tuen ja rohkaisun hankkiminen, 3) uusien taitojen ja käyttäytymismallien opettelu, 4) lääkityksen hankkiminen tarvittaessa ja korvaushoidon käyttäminen ohjeiden mukaisesti, 5) valmistautuminen retkahduksiin ja vaikeisiin hetkiin sekä 6) itsensä kiittäminen ja palkitseminen. Ohjelmaan ja muuhun tupakoinnin lopettamista tukevaan materiaaliin ja toimintaan voi tutustua esimerkiksi internetin kautta, osoitteessa www.tupakka.org.

2) Terveyden edistäminen viestinnän keinoin

Terveyden edistämistä tukeva viestintä on väestön tietotason ja motivoinnin tärkeimpiä välineitä. Media on vuosikymmenten aikana aiheuttanut terveyteen liittyvillä viesteillään sekä kaaosta että myönteistä kehitystä. Viimeaikainen tilanne on kuitenkin osoittanut, että mitä enemmän ajankohtaista suomalaisten terveyteen, ruokaan ja ruokatottumuksiin, liikuntaan ja elintapoihin liittyvää tutkimustietoa on saatavissa, sitä asiallisempia ovat myös lehdistön artikkelit ja pääkirjoitukset ja sitä parem-

min ne tukevat terveyden edistämisen linjoja – sama koskee television ja radion ohjelmia.

Väestöön tulee suunnata pitkäjänteistä, yhdensuuntaista tiedottamista, jonka ydinsanomana on tyypin 2 diabeteksen/ sydänsairauksien ehkäistävyys ja keinot sekä yksilön/perheen oma vastuu ja monet mahdollisuudet terveyden edistämässä ja sairauksien ehkäisyssä. Yhteistyötä muun muassa lääketieteen toimittajien kanssa kehitetään. Ohjelman toimijatahojen omia viestintäkanavia hyödynnetään suunnitelmallisesti. Terve media! -projektilla vaikutetaan yhteistyössä muiden kansanterveysjärjestöjen kanssa suomalaiseen terveysjournalismiin – toimituspoliittisiin linjauksiin, terveystietolähteiden käyttöön jne.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmaa tehdään tunnetuksi sekä joukkotiedotusvälineiden avulla (yhteiskunnalliselle agendalle pääsy, mielipidevaikuttaminen) että täsmäviestinnällä toimijatahoille, kuten kuntapäättäjät, terveydenhuollon ammattilaiset, järjestöjen avainhenkilöt (ohjelman käynnistymisen tukeminen). Ohjelman käynnistymistä ja etenemistä toimeenpanohankkeeseen kuuluvissa sairaanhoitopiireissä ja muualla maassa uutisoidaan aktiivisesti ja huolehditaan hyvin hankkeen sisäisestä viestinnästä. Mediajulkisuutta (itse ohjelma, perusviestit) mitataan Observer-seurannan tuottamien osumien kautta.

9. Korkean riskin strategia

| | |
|--------------------|---|
| Tavoite: | <i>ehkäistä tai siirtää tyypin 2 diabeteksen puhkeaminen henkilöille, joilla on suuri sairastumisvaara.</i> |
| Keinot: | <i>henkilökohtaisen diabetesriskin arviointi, suunnattu verensokerin seulonta ja seuranta, sydän- ja verisuonisairauksien kartoittaminen ja hoito, ravitsemus- ja liikuntaohjaus, tehokas lihavuuden hoito.</i> |
| Kohderyhmä: | <i>tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöt eli tyypin 2 diabeetikoiden lähisukulaiset, raskausdiabeetikot, henkilöt, joilla on kohonnut verenpaine tai kohonnut verensokeri tai rasva-aineenvaihdunnan häiriö tai metabolinen oireyhtymä, ylipainoiset / vyötärölihavat.</i> |
| Toimijat: | <i>erityisesti perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, ravitsemusneuvonta-, painonhallinta- ja liikuntapalveluiden verkosto.</i> |

■ Tyypin 2 diabeteksen esiaste tunnistettavissa

Tyypin 2 diabetes kehittyy yleensä hitaasti, vähäoireisesti ja siten salakavalasti. Varsinaista diabetesta edeltää oireeton sokeriainenvaihdunnan häiriö, jolloin verensokeriarvot ovat normaalien ja diabeettisten glukosiarvojen välillä (IFG = Impaired Fasting Glucose eli kohonnut paastoglukoosi, IGT = Impaired Glucose Tolerance eli heikentynyt glukosinsieto). Nämä voidaan todeta mittaamalla plasmasta paasto- ja kahden tunnin glukosiarvo (sokerirasituskokeessa tai aterian jälkeen). IGT-esiintyvyys vaihtelee eri tutkimuksissa riippuen tutkittavasta väestöstä ja tutkimusmenetelmästä. Suomalaisella 45–54-vuotiaalla väestöllä IGT:n esiintyvyys on 11–15 prosenttia ja yli 65-vuotiaalla 20–25 prosenttia. Eri tutkimuksissa riski tyypin 2 diabeteksen kehittymiselle 5–10 vuoden kuluessa on noin 50 prosenttia.

Metabolinen oireyhtymä (MBO)

Metabolinen oireyhtymä on tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijärypäs. Vaaratekijöiden kasau-

tuminen aiheuttaa suuremman riskin kuin yksittäisten vaaratekijöiden perusteella voisi arvioida. Metabolisen oireyhtymän ehkäisy ja hoito ehkäisevät tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ilmaantumista.

Metabolisen oireyhtymän kriteerit (WHO 1999)

Heikentynyt glukosinsieto (IGT), kohonnut paastoglukoosi (IFG), diabetes tai muuten todettu insuliiniresistenssi sekä kaksi seuraavista:

- Kohonnut valtimopaine ($\geq 140/\geq 90$ mmHg)
- Kohonnut seerumin triglyseridipitoisuus ($\geq 1,7$ mmol/l) ja/tai matala HDL-kolesterolin taso ($< 0,9$ mmol/l miehillä ja $< 1,0$ mmol/l naisilla)
- Keskivartalolihavuus (vyötärö/lantiosuhde miehillä $> 0,90$ ja naisilla $> 0,85$) ja/tai painoindeksi > 30 kg/m²
- Mikroalbuminuria (virtsan albumiinin eritys ≥ 20 µg/min).

Yhdysvaltalaisen National Cholesterol Education Program -ohjelman (www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/) mukaan metabolinen oireyhtymä voidaan kliinisesti todeta, jos kolme seuraavista viidestä kriteeristä täyttyy :

- 1) keskivartalolihavuus: vyötärönympäryys >88 cm/naiset ja > 102 cm/miehet
- 2) verenpaine $\geq 130/\geq 85$ mmHg
- 3) paastoglukoosi $\geq 6,1$ mmol/l
- 4) S-triglyseridit $\geq 1,7$ mmol/l
- 5) HDL-kolesteroli <1,2 mmol/l /naiset ja <1,0 mmol/l /miehet.

Tyypin 2 diabeetikoista 40–60 prosentilla on kohonnut verenpaine. Metabolinen oireyhtymä todetaan heikentyneen sokerin siedon omaavista 50–70 prosentilla ja noin 80 prosentilla tyypin 2 diabeetikoista. (Iso-maa 2001, DPS, julkaisematon havainto).

Tyypin 2 diabeteksen riskitesti

Tyypin 2 diabetesriskin tunnistamiseen käytetään Kansanterveyslaitoksessa vuonna 2001 Dehko-yhteistyöprojektina kehitettyä tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomaketta (luku 13.5), joka perustuu FINRISKI-tutkimuksiin.

Riskitesti sisältää kahdeksan pisteytettyä kysymystä, ja yhteenlasketut pisteet kertovat todennäköisyydestä sairastua tyypin 2 diabetekseen seuraavan kymmenen vuoden aikana.

Testi on helppo tehdä muutamassa minuutissa omatoimisesti esimerkiksi internetissä (www.diabetes.fi), apteekkeissa tai erilaisten yleisökampanjoiden yhteydessä.

Lomakkeen kääntöpuolella vastaajalle kerrotaan lyhyesti, mitä hän voi itse tehdä sairastumisvaaran pienentämiseksi.

Testiä käytetään suunnattuun riskitestaukseen työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon tarkastuksissa.

Riskitestissä alle 12 pistettä saavalle henkilölle annetaan yleistä ohjausta ja kirjallista materiaalia terveyttä edistävästä elintavoista ja ruokavaliosta ja hänet ohjataan käyttämään paikallisia painonhallinta- ja liikuntapalveluja. Ohjauksen avuksi sopivat esimerkiksi Sydänliiton materiaali, Diabetesliitosta saatava ”Mikä nyt neuvoksi” -lehtinen ja paikallinen liikuntakalenteri.

■ Kohonneen riskin omaavat ehkäisevän toiminnan piiriin

Jos henkilö saa riskitestissä yli 12 pistettä tai käy jo ennestään vastaanotolla lievästi kohonneen verensokerin (IFG, IGT), kohonneen verenpaineen, rasva-aineenvaihdunnan häiriön tai raskausdiabeteksen vuoksi, hänet voidaan ohjata suoraan diabetesta ja sydän- ja verisuonisairauksia ehkäisevän toiminnan piiriin.

Tarkemmat mittaukset ja tutkimukset tehdään terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolla

- Selvitetään paino, pituus, painoindeksi, vyötärönympäryys sekä verenpaine (toimitaan Kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suosituksen 2001 mukaan).
- Määritetään plasman paastoglukoosipitoisuus ja annetaan 75 g glukoosia sisäl-

| Riskitestissä saatu pistemäärä | Sairastumisriski |
|--------------------------------|--|
| Alle 7 | Pieni (arviolta yksi sadasta sairastuu) |
| 7–11 | Jonkin verran lisääntynyt (arviolta yksi 25:sta sairastuu) |
| 12–14 | Kohtalainen (arviolta joka kuudes sairastuu) |
| 15–20 | Suuri (arviolta joka kolmas sairastuu) |
| Yli 20 | Hyvin suuri (arviolta puolet sairastuu) |

tävä neste juotavaksi (ellei paastoarvo ole ≥ 7 mmol/l). Uusi arvo mitataan kahden tunnin kuluttua ensimmäisestä. Vaihtoehtoisesti tai paikallisen käytännön mukaan annetaan lähete laboratorioon sokeiriasituskoetta varten.

- Laboratoriokokein tutkitaan rasva-aineenvaihdunta (fS-KOL, fS-HDL-kol, fS-triglyseridit ja LDL-kol), selvitetään maksan (S-GT ja/tai S-ALAT), kilpirauhasen (S-TSH) ja munuaisten toimintaa (S-KREA, u-alb/krea tai nU-alb) ja verenkuva (pvk) sekä sydänfilmi (EKG).

Jo tässä vaiheessa kerrotaan alustavasti diabeteksen ehkäisystä elintapamuutoksin ja henkilö ohjataan pitämään kirjaa syömisistään ja liikunnastaan. Hänen kanssaan sovietaan seurantakäynnistä hoitajan luona ja varataan vastaanottoaika omalääkärille tai työterveyslääkärille. Hänelle kerrotaan myös hoitoyksikössä järjestettävästä diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyyn tähtäävästä toiminnasta.

Jos plasman sokeripitoisuus muuten oireetomalla henkilöllä ylittää diabeteksen diagnoosirajan eli on paastoarvona $\geq 7,0$ mmol/l tai 2 t arvo on $\geq 11,1$ mmol/l, tutkimus toistetaan.

Jos arvo uusintatutkimuksessa on $< 7,0$ mmol/l ja 2 t arvo $< 11,1$ mmol/l, henkilö ohjataan ehkäisevien toimenpiteiden piiriin.

Jos diabeteksen raja-arvot ylittyvät uusintatutkimuksessakin, henkilö ohjataan omalääkärin vastaanotolle ja varhaisen hoidon piiriin:

- päivystyksenä, jos fP-gluc on > 15 mmol/l tai virtsassa on happoja
- ensiohjauksen jälkeen viikon kuluessa, jos fP-gluc on 10–14,9 mmol/l

- ensiohjauksen jälkeen kuukauden kuluessa, jos fP-gluc on 7–9,9 mmol/l

2–4 viikon kuluttua hoitaja tapaa korkean riskin omaavan henkilön uudelleen:

- kokeiden tulokset ja mahdolliset seurattamittaukset kirjataan ja selvitetään
- aloitetaan henkilökohtainen ohjaus ruoka- ja liikuntapäiväkirjan perusteella
- tehdään ajanvaraus omalääkärille ellei vastaanottoa samalla kertaa ole järjestynyt.

Toimintamalli omalääkärille ohjaamiseen

Päivystyksenä, jos fP-gluc > 15 mmol/l tai virtsassa happoja tai verenpaine $> 200/120$ mmHg.

Uusi aika viikon sisällä, jos fP-gluc 10–14,9 mmol/l tai verenpaine 180–200/110–119 mmHg tai triglyseridit yli 10 mmol/l.

Uusi aika kuukauden kuluessa, jos fP-gluc 7–9,9 mmol/l tai verenpaine 160–179/100–109 mmHg tai triglyseridit 5–10 mmol/l tai LDL-kolesteroli $> 4,5$ mmol/l.

Uusi aika 1–3 kuukauden kuluessa, jos fP-gluc 6–7 mmol/l tai verenpaine 140–159/ 90–99 mmHg tai triglyseridit 1,7–4,9 mmol/l tai LDL-kolesteroli 2,6–4,5 mmol/l.

Seuranta

Jos henkilöllä todettiin alkututkimuksissa plasman glukoosipitoisuus kohonneeksi, mutta ei diabetesta (fP-gluc 6,1–6,9 tai gluc 2 t 7,8–11 mmol/l), uusi paastogluukoosiarvo tutkitaan puolen vuoden kuluttua ja sitten vuosittain. Jos arvot olivat normaalit, uusintamittaukset tehdään muista riski-

tekijöistä riippuen 1–3 vuoden välein. Verenpaineen ja veren rasva-aineenvaihdunnan seurannassa ja hoidossa huomioidaan sydän- ja verisuonisairauksien riski (riskilaskuri; Lääkäriin CD, Kustannus Oy Duodecim; www.terveysportti.fi ja www.verkkoklinikka.fi) ja Käypä hoito -suositukset.

Yksilöllistä lyhytohjausta tai pitkäjänteistä ryhmäohjausta

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisemiseen voidaan soveltaa Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen 2002 periaatteita sekä käyttää Liikkumisreseptiä (luku 13.6).

Osa korkean sairastumisriskin omaavista henkilöistä on lyhyen ohjauksen ja neuvonnan jälkeen valmis ja halukas muuttamaan elintapojaan ja ruokatottumuksiaan. Heidät ohjataan paikallisten painonhallinta- ja liikuntapalvelujen piiriin. Seuranta-käynneistä sovitaan yksilöllisesti.

Hoitoyksikkö voi myös järjestää yleisötilaisuuksia, tietoiskuja tai terveystoreja, joissa kerrotaan lihavuuden yleistymisen, vähäisen liikunnan ja diabeteksen yhteyksistä. Tavoitteena on saada vielä muutostarvetta harkitsevat aktivoitumaan.

Osa korkean riskin henkilöistä tarvitsee tehokkaamman ohjauksen ja on halukas osallistumaan pidempään neuvontaan. Heidät ohjataan tehostettuun yksilöohjaukseen ravitsemusterapeutille, terveydenhoitajalle, työterveyshoitajalle tai mieluiten moniammatillisen tiimin suunnittelemaan ryhmäohjelmaan.

Ryhmäohjauksessa on itse työskentelymuotoon, ryhmään, perustuvia hyötyjä. Ryhmä tarjoaa mahdollisuuden vertaiskokenusten vaihtamiseen ja käsittelyyn sekä tukee tiedon prosessointia. Jäsenet voivat myös yhdessä pohtia, arvioida ja etsiä käytännön sovellutuksia ryhmälle tarjottua tai ryhmästä noussutta tietoa ja kokemuksia hyödyntäen. Ryhmän jäsenet tarjoavat toisilleen malleja ja sijaiskokemuksia, jotka

vertaisaseman perusteella voivat olla vahvempia kuin ammattihenkilöiden tarjoamat.

Ryhmäohjaus perustuu noin kymmenen tapaamiseen paikallisten resurssien mukaan ja ohjaajana toimii ravitsemusterapeutti tai hoitaja.

Ryhmätyöskentelyn keskeiset tavoitteet:

- ★ diabetekseen, sydänsairauksiin ja ylipainoon liittyvien ajatusten, tunteiden ja käsitysten selvittäminen
- ★ omien liikunta- ja ruokatottumusten ja niihin liittyvän muutosvalmiuden pohtiminen
- ★ ruokavalio- ja liikuntatietous
- ★ omien liikuntamahdollisuuksien ja -tapojen löytäminen
- ★ oman tilanteen arviointi ja tunnistaminen
- ★ oman konkreettisen suunnitelman laatiminen.

Painonhallintaan liittyvää ryhmäohjaajien koulutusta järjestävät mm. Diabetesliitto ja Sydänliitto (luku 13.4), UKK-instituutti ja Kuntourheiluliitto.

■ Lihavuuden järjestelmällinen hoito ja sen organisointi

Valtakunnalliset linjat lihavuuden hoidolle määrittää Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suositus, joka on valmistunut toukuussa 2002. Hoitosuosituksen on laatinut Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä.

Hoitosuositus on suunnattu lähinnä perusterveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon, joissa lihavuuden hoitoa pääosin toteutetaan. Vaikean ja sairaalloisen lihavuuden osalta kohteena on myös erikoissai-

Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvien tavoittaminen ja sairastumista ehkäisevät toimenpiteet

1 Diabetesriskitestissä yli 12 pistettä saaneet henkilöt

Yleinen oman riskin testaaminen

- internet (www.diabetes.fi)
- apteekit
- järjestöt ja yhdistykset
- tiedotusvälineet
- kampanjat terveydenhuollossa, "terveystori"

Suunnattu riskitestausta

- työterveyshuolto / perusterveydenhuolto
- säännölliset ikäkausitarkastukset
- kutsuntatarkastus
- työhöntulotarkastus ja määräaikaistarkastukset

2 Normaalin vastaanotto toiminnan yhteydessä todettavia riskitekijöitä

- keskivartalolihavuus: vyötärön ympärys > 88 cm (naiset), vyötärön ympärys > 102 cm (miehet) ja / tai painoindeksi > 30 kg/m² sekä
- verenpaine $\geq 140 / \geq 90$ mmHg tai verenpainelääkitys tai
- tiedossa oleva rasva-aineenvaihdunnan häiriö tai lipidilääkitys

3 Aikaisemmin tai vasta todettu sokeriaineenvaihdunnan häiriö

- raskausdiabetes
- heikentynyt glukoosinsieto (IGT)
- kohonnut paastoglukoosi (IFG)

EHKÄISEVÄT TOIMENPITEET AIHEELLISIA

Ensimmäinen terveydenhoitajan / työterveyshoitajan vastaanotto:

- ✳ Esitiedot
- ✳ Mittaukset:
 - paino, pituus, painoindeksi ja vyötärön ympärys, verenpaineen kaksoismittaus
 - plasman paastoglukoosi ja 2 t arvo 75 g glukoosin juomisen jälkeen (tai lähete laboratorioon sokerirasitusta varten)
- ✳ Lähete laboratoriokokeisiin:
 - fS-KOL, HDL-kol, triglyseridit, LDL-kol
 - u-alb/krea tai nU-alb, fS-KREA, S-GT, S-ALAT, PVK ja EKG
- ✳ Ruoka- ja liikuntapäiväkirjan antaminen ja käytön ohjaus
- ✳ Seurantakäynn(e)istä sopiminen ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä tukevasta paikallisesta toiminnasta kertominen
- ✳ Ajanvaraus omalääkärille / työterveyslääkärille

Toinen terveydenhoitajan / työterveyshoitajan vastaanotto 2–4 viikon kuluttua:

- ✳ Kokeiden tulokset
- ✳ Seurantamittaukset (kirjataan seurantalomakkeeseen ja henkilön omaan seurantakorttiin)
- ✳ Ruoka- ja liikuntapäiväkirjan läpikäynti, tavoitteista sopiminen ja neuvonta
- ✳ Ehkäisyryhmään rekrytointi
- ✳ Ohjaaminen liikuntapalvelujen piiriin

Ensimmäinen omalääkärin / työterveyslääkärin vastaanotto:

- ✳ Innostuksen ja motivaation herättäminen
- ✳ Kliininen tutkiminen, laboratoriokokeiden tulkinta: diagnoosi ja kokonaisriskin arvio riskilaskurilla
- ✳ Kliinisen tilan hoito, hoitotavoitteista ja seurannasta sopiminen
- ✳ Liikuntarajoitusten arviointi, liikkumisresepti
- ✳ Tarvittaessa nikotiinikorvaushoito, lihavuuden lääkehoidon arviointi

raanhoito. Suosituksen päätavoitteena on lihavuuden hoidon tehostaminen koko terveydenhuollossa.

Suosituksen kohderyhmät ja tavoitteet

Suuri osa terveydenhuollon asiakkaista on ylipainoisia (painoindeksi yli 25 kg/m²). Koska resurssit eivät anna mahdollisuuksia kaikkien ylipainoisten aktiiviseen hoitoon, hoito kohdistetaan erityisesti potilaisiin, joilla on tyypin 2 diabetes tai heikentynyt glukoosinsieto, kohonnut verenpaine, uniapnea tai veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä. Muita valintaperusteita ovat lihavuuden vaikeusaste ja vyötärölihavuus. Lihavuuden hoidon tavoitteena on 5–10 prosentin pysyvä painon pieneneminen, sillä jo tällä tuloksella pystytään lukuisten tutkimusten mukaan parantamaan sokeritasapainoa, alentamaan verenpainetta, korjaamaan veren rasvatasapainon häiriöitä sekä lieventämään uniapneaa.

Hoitomuodot

Hoitosuositus nimeää viisi lihavuuden hoitomuotoa:

- 1) Lyhytohjaus eli mini-interventio
- 2) Perushoito (useita ohjauksetojoja elintapojen pysyväksi muuttamiseksi, yleensä ryhmässä)
- 3) Perushoito + erittäin niukkaenergiainen ruokavalio
- 4) Lääkehoito + ohjausta elintapojen muuttamiseksi
- 5) Leikkaushoito

Näistä tavallisin, lihavuuden perushoito, jaetaan kahteen osaan, laihduttamiseen ja painonhallintaan. Kumpikin edellyttää pää-

asiassa ryhmässä tapahtuvaa, useita kertoja sisältävää ohjausta elintapamuutoksiin. Ohjauksessa keskitytään ruuan energiamäärän vähentämiseen (erityisesti rasvan määrä ja laatu), liikunnan lisäämiseen (erityisesti arkiliikunta), syömisen hallintaan sekä näihin liittyviin kognitiivisiin tekijöihin (ajat- telun, tilanteiden tai mielialan tulkintojen muutoksiin pohjautuva elintapojen muuttaminen). Perushoito kestää yleensä 15–20 viikkoa, minkä jälkeen voidaan järjestää harvemmin toistuvia ns. ylläpitokäyntejä.

Koska perushoitoa ei voida järjestää kaikille lihaville, suositellaan ns. lyhytohja- uksen käyttöönottoa. Lyhytohjaus, mini- interventio, sisältää 1–3 tapaamista, joiden aikana pyritään herättämään potilaan kiin- nostus painonhallintaan niin, että hän ryh- tyy toimeen omin päin tai etsii tukea terve- ydenhuollon ulkopuolelta.

Vastaava ohjausmuoto on jo todennä- köisesti käytössä monessa paikassa, mutta virallistamalla lyhytohjaus sekä terminä että hoitomuotona pyritään vahvistamaan myös sen roolia lihavuuden hoidossa ja innosta- maan hoitohenkilökuntaa kehittämään ohja- uksen sisältöä. Elintapaohjaus (luku 13.3) kuuluu kaikkiin lihavuuden hoitomuotoihin.

Lihavuuden hoidon organisointi

Lihavuuden hoidon tulee kuulua kiinteänä osana perusterveydenhuollon ja työter- veyshuollon normaaliin toimintaan. Eri- koissairaanhoidossa voidaan hoitaa sai- raalloista lihavuutta (BMI > 40m²) ja vai- keaa lihavuutta (BMI 35–40 kg/m²) sil- loin, kun siihen liittyy sairauksia, joissa laihtumisesta on hyötyä. Lihavuuden leik- kaushoito keskitetään yliopistollisiin kes- kussairaaloihin tai muihin suuriin saira- aloihin.

Lihavuuden hoitomenetelmien käyttö

| | Perushoito (ryhmä) | ENED ja perushoito (ryhmä) | Lääkehoito + ohjaus | Leikkaushoito |
|--|--------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| BMI 25–30 kg/m ² lisäksi vyötärölihavuus tai sairauksia ¹ | ++ | | + (BMI ≥ 28) | |
| BMI 30–35 kg/m ² lisäksi vyötärölihavuus tai sairauksia ¹ | ++ ++ | + ++ | + + | |
| BMI 35–40 kg/m ² lisäksi sairauksia ¹ | ++ ++ | ++ ++ | + + | + |
| BMI > 40 kg/m ² | ++ | ++ | + | + |

++ = ensisijainen, + = mahdollinen hoitomuoto

ENED = erittäin niukkaenergiainen dieetti

¹ = tyypin 2 diabetes tai heikentynyt glukoosinsieto, kohonnut verenpaine, dyslipidemiat, uniapnea

Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suositus 2002

Valintaperusteita lihavuuden hoitoon

| KRITEERI | MERKITYS |
|--|---|
| Lihavuuden aste | Mitä suurempi ylipaino sitä suurempi sairauksien vaara ja muut haitat. |
| Rasvakudoksen jakautuminen kehon eri osiin | Vyötärölihavuuteen liittyy metabolisia häiriöitä. |
| Lihavuuteen liittyvät sairaudet | Tyypin 2 diabetes tai sen vaara (heikentynyt glukoosinsieto), kohonnut verenpaine, dyslipidemiat ja uniapnea. Muista sairauksista esimerkiksi krooninen keuhkosairaus, sydämen vajaatoiminta ja alaraajojen nivelrikko. |
| Diagnoosihetki | Otollinen lähtökohta lihavuuden hoidolle on silloin, kun todetaan laihduttamalla paraneva sairaus (etenkin tyypin 2 diabetes). |
| Ikä | Mitä nuorempi potilas, sitä tärkeämpää on lihavuuden hoito. Iäkkäiden (yli 65-vuotiaat) lihavuuden hoidosta ei ole riittävästi tutkimuksia. Heillä lihavuuden hoito on aiheellista vain, jos ylipaino uhkaa vakavasti toimintakykyä tai jos vointia heikentävä sairaus edellyttää sitä. |

Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suositus 2002

10. Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia

| | |
|--------------------|---|
| Tavoite: | <i>diabeteksen diagnostiset kriteerit täyttävien henkilöiden saaminen mahdollisimman nopeasti hoitoon ja seurantaan.</i> |
| Keinot: | <i>systemaattinen ravitsemus- ja liikuntaohjauksen sisältävä elintapahoidon jakso, asianmukaiset tutkimukset, tarvittavan lääkehoidon arvio ja toteutus, hoidonohjaus, hoitovälineet ja seuranta.</i> |
| Kohderyhmä: | <i>riskiryhmien seulonnassa ja seurannassa diagnosoidut diabeetikot.</i> |
| Toimijat: | <i>erityisesti perusterveyshuolto, työterveyshuolto, ravitsemusneuvonta-, painonhallinta- ja liikuntapalveluiden verkosto.</i> |

Riskiryhmään kuuluvien seulonnan yhteydessä joukosta löytyy aina myös henkilöitä, joiden todetaan täyttävän diabeteskriteerit. Kansaneläkelaitos edellyttää kuuden kuukauden lääkkeettömää hoitoa ja kuuden kuukauden peruskorvauskautta ennen erityiskorvauksen saamista diabeteslääkitykseen. Lääkkeettömään hoitoon ei tähän asti ole kuitenkaan ollut minkäänlaisia ohjeita, ja vastasairastuneiden tyypin 2 diabeetikoiden ruoka- ja liikuntatottumuksiin liittyvä ohjaus on ollut sattumanvaraista.

Varhaisen hoidon tehokas ja aktiivinen toteutus on erittäin tärkeää hyvän hoitotasapainon saavuttamiseksi ja diabetekseen liittyvien lisäsairauksien ehkäisemiseksi. Tästä syystä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmaan kuuluu kolmantena osana varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia, joka sisältää tehostetun elintapahoidon mallin sekä sen käytännön toteutukseen liittyvät laatuksiteerit (liite 1).

Tyypin 2 diabeteksen elintapahoidon järjestäminen suunnitellaan toimipaikka-kohtaisesti, ja siihen varataan resurssit. Käytännön toteuttamisessa tehdään yhteistyötä paikallisesti ja alueellisesti.

Tehokas elintapahoito on moniammatillista tiimityötä, jossa mukana ovat lääkärin ja diabeteshoitajan (väestövastuuhoitajan, työterveyshoitajan) lisäksi ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti tai liikunnanohjaaja ja psykologi. Erityistä huomiota kiinnitetään ohjaukseen osallistuvan henkilökunnan väliseen tiedonkulkuun.

Yksilöllinen ja oikea-aikainen elintapahoito aloitetaan viivytyksettä diabeteksen toteamisen yhteydessä. Diabeetikolle annetaan heti alussa selkeä kuva sairaudesta, sen hoidosta ja ohjauksen kulusta. Samalla korostetaan hänen omaa vastuutaan hoidon toteuttajana. Ohjaus suunnitellaan yksilöllisesti, ja se on potilaslähtöistä. Toteutuksessa hyödynnetään myös ryhmäohjausta. Mahdollisen lääkehoidon aloittaminen ei vaikuta elintapahoidon toteuttamiseen.

■ Elintapamuutosten avulla sydän- ja verisuonitautien ehkäisyyn

Ensimmäisen puolen vuoden aikana ohjauksessa keskitytään niihin elintapamuutoksiin, joilla voidaan vaikuttaa sydän- ja veri-

suonisairauksien vaaratekijöihin. Tarve puolison, läheisen tai perheen ruuanlaittajan ohjaukseen osallistumiseen arvioidaan ja siitä sovitaan jokaisen osalta erikseen.

Ohjaus alkaa lyhyellä, yksilöllisesti toteutettavalla anamneesi- ja motivointijaksolla, jonka aikana diabeetikko saa tietoa sairaudesta, sen vakavuudesta ja hoitomahdollisuuksista. Samalla hän saa käsityksen hoitokontaktien jatkumisesta ja tuntee olonsa turvalliseksi, saa vastauksia kysymyksiinsä, ymmärtää hoidon omavastuisuuden, käy läpi omia elintapojaan ja tilannettaan, ja ajatukset muutoksen tarpeellisuudesta alkavat herätä. Tämän jälkeen diabeetikko asettaa henkilökunnan tukemana itselleen tavoitteet seuraavalle puolelle vuodelle, ja ohjauksen kulusta päätetään yhdessä.

Ohjaus ryhmässä

Ohjaus toteutetaan ryhmäohjauksena, ellei sille ole erityistä estettä. Ryhmään kootaan muutaman viikon aikana diagnosoidut tyyppin 2 diabeetikot. Ellei ryhmää saada tässä ajassa kokoon, toteutetaan samat teemat yksilöohjauksena. Ryhmän aikataulu ja koko (2–8 henkeä) sovitetaan kulloisenkin tilanteen mukaan, ja ryhmätapaamisia on aluksi 1–2 viikon välein. Ryhmän ohjelma ja ohjauksen sisältö suunnitellaan moniammatillisesti.

Ryhmässä käsiteltäviä aiheita ovat:

- ★ sairastumiskokemuksen läpikäynti, omahoito ja oma vastuu terveydestä
- ★ sydän- ja verisuonitautien ilmaantumisen estäminen: paino, rasva-aineenvaihdunta, verenpaine, liikunta, tupakointi
- ★ terveellinen syöminen: rasvan määrä ja laatu, ruokavalion kokonaisuus
- ★ miten suhtautua herkkuihin ja alkoholiin, juhliin jne.

- ★ syömisen ja painon hallinta
- ★ oman syömisen tarkastelu ruokapäiväkirjan perusteella
- ★ liikunnan merkitys terveyden ylläpitämisessä
- ★ positiivisia kokemuksia liikunnasta
- ★ verensokerimittauksen hyödyntäminen omahoitoon motivoivana tekijänä
- ★ milloin ja miksi tarvitaan lääkehoitoa (verenpaine, kolesteroli, verensokeri, veren hyytymistekijät)
- ★ muut diabeteksen hoitoa tukevat tahot ja lähteet.

Yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa

Diabeteksen ryhmäohjauksen osana tai lisäksi hyödynnetään muita paikkakunnalla toimivia ryhmiä kuten painonhallinta-, liikunta-, tupakoinnin lopettamis- ja ruoanvalmistusryhmät. Ryhmät voivat olla terveyskeskuksen, työterveysaseman tai kunnan omaa toimintaa tai ostopalveluja (yksityiset ravitsemusterapiaryhmät, järjestöjen ylläpitämät ryhmät, Painonvartijat ym.). Tarvittaessa ryhdytään järjestämään uusia ryhmiä omana toimintana, yhteistyössä muiden tahojen kanssa tai usean terveyskeskuksen tai työterveysaseman yhteisenä hankkeena. Diabetesliiton ja Sydänliiton paikalliset yhdistykset tarjoavat erilaista vertaisryhmätoimintaa terveydenhuollon tueksi.

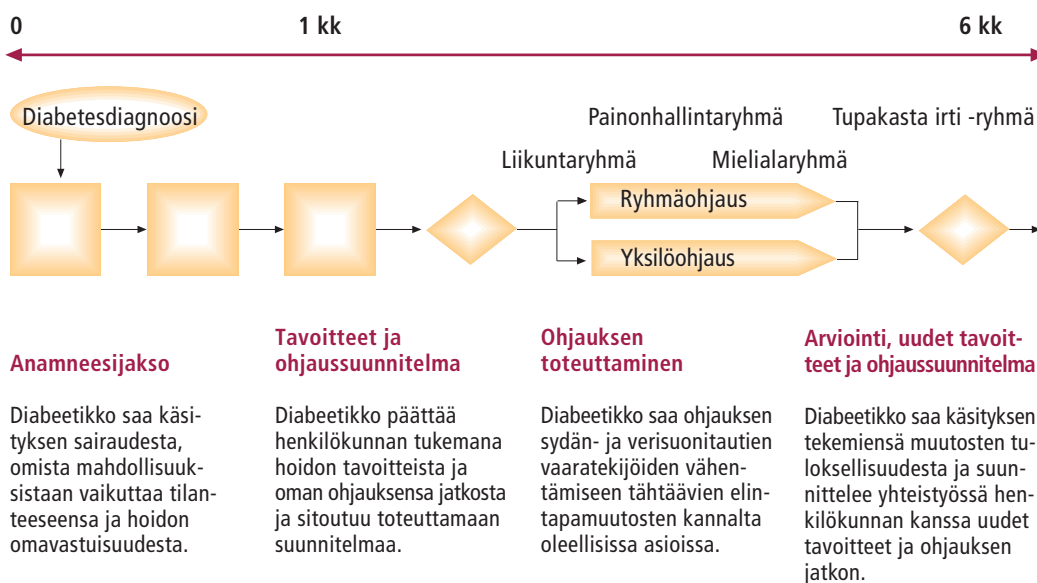
Yksilöohjausta tarpeen mukaan

Yksilöohjaus on tarpeen, jos ryhmän kokonaisuus ei onnistu tai diabeetikko ei omien erityistarpeidensa johdosta sovi ryhmäohjaukseen tai ei halua siihen osallistua. Ohjaus suunnitellaan ja tapaamiskertojan määrä

sovitaan diabeetikon tarpeiden mukaan. Ohjauksessa käydään läpi yksilöllisesti soveltaen samat asiakokonaisuudet kuin ryhmässäkin. Joissakin tapauksissa diabeetikko ei vielä ole valmis paneutumaan sairautensa hoitoon. Tällöin on tärkeää ylläpitää hoitokontakteja ja lisätä hänen tietämystään sairaudesta ja omista mahdollisuuksista edistää omaa terveyttään.

Tarpeen vaatiessa ryhmästä tai yksilöohjauksesta voidaan lähettää henkilö erityisasiantuntijan antamaan yksilöohjaukseen. Ensimmäisen puolen vuoden kuluttua tilanne arvioidaan suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Arvion pohjalta sovitaan uusia tavoitteita ja suunnitellaan ohjauksen ja hoitokontaktien jatko yhdessä potilaan kanssa.

Tehostetun elintapahoidon toteuttamismalli



11. Yhteiskunnan valmiudet kansansairauksien ehkäisyyn 2000-luvun Suomessa

Kansansairauksien (lähinnä sydän- ja verisuonitautien) ehkäisyyn tähtäävän terveyden edistämisen perusta luotiin kuntiin lääkintöhallituksen ohjekirjeillä 1970- ja 1980-luvuilla. Tuolloin syntynyt terveyskasvatusyhdyshenkilöjärjestelmä on yhä periaatteessa olemassa, mutta se toimii hyvin epätasaisesti paikkakunnasta riippuen. Eräät kunnat, kuten esimerkiksi Jyväskylä, ovat kehittäneet yhden hengen järjestelmästä erinomaisesti toimivan, nykyaikaisen terveydenedistämisyksikön, kun taas valtaosassa kuntia vanha malli ei toimi, mutta uuttakaan ei ole lähdetty kehittämään.

Terveyden edistämisen ja terveyskasvatuksen yhdyshenkilötoiminnan koordinointi ja kehittäminen siirtyivät vuonna 1997 sosiaali- ja terveysministeriöltä Stake-sille. Järjestelmän uudistamista ollaan harkitsemassa vuonna 2000 tehdyn terveyskasvatusyhdyshenkilöitä koskevan raportin ja kuntien hyvinvointiohjelmien tarpeiden pohjalta.

Raportin mukaan kuntien kansanterveysystyössä toimii 253 terveyskasvatuksen yhdyshenkilöä, jotka ovat pääosin terveydenhoitajia. Heidän tuekseen alun perin perustetut kuntien terveyskasvatuksen yhteistyöryhmät ovat suurelta osin lopettaneet toimintansa, ja muodollisesti niitä on jäljellä kolmasosalla kunnista.

Nykyisessä tilanteessa yhdyshenkilöiden toimenkuva on valtaosalla määrittelemätön, viikoittaiseksi työajaksi on varattu alle puoli päivää, toimintaedellytykset ovat puutteelliset ja kuntien johdon tuki työlle puuttuu.

Yhdyshenkilöt ovat kuitenkin motivoituneita työhönsä, vaikka toiminnan tärkeyden ja resurssien niukkuuden välinen ristiriita turhauttaa. Raportin konkreettiset kehittämisesitykset perustuvat olemassa olevien perusresurssien nykyistä huomattavasti tehokkaampaan hyödyntämiseen (ks. Väestöstrategia) ja koko järjestelmän nykyaikaistamiseen.

■ WHO:sta vauhtia terveyden edistämiseen

WHO:n periaatteita kansallisella tasolla noudattavien Terveyttä kaikille 2000 -ohjelman ja Terveys 2015 -kansanterveysohjelman valmistelun vaikutuksesta on terveyden edistäminen saanut uutta hohtoa 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa. Terveyden edistämisen päämäärä liitettiin hallitusohjelmaan 1999–2003, uuteen liikuntalakiin, uudistettuun perustuslakiin sekä uudistettuun työterveydenhuoltolakiin.

Ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia (STM 1997), Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003 (TATO, STM 1999) sekä Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 (STM, 2001) korostavat kaikki vahvasti terveyden edistämisen ja laaja-alaisen ehkäisevän työn tärkeyttä pyrittäessä kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma perustuu WHO:n Health 21 -ohjelmaan sekä Euroopan alueen vastaavaan ohjelmaan. Kotimaisen ohjelman strategiana on

konkreettinen terveyden edistäminen, ja laajaan yhteistyöhön tähtäävä ohjelma toimii kehyksenä yhteiskunnan eri osa-alueilla kehitettävälle terveyden edistämiselle. Joka-päiväisen elämän toiminnan kentät ovat ohjelmassa avainasemassa. Valtioneuvosto suosittelee, että eri tahot, keskushallinto, kunnat, tutkimuslaitokset ja järjestöt sisällyttävät ohjelman periaatteet omiin suunnitelmiinsa. Ohjelman lisäksi hallitus käynnisti syksyllä 2001 kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projektin toimenpide-esitykset vuosiksi 2002–2007 julkistettiin huhtikuussa 2002, ja ensimmäiset hankemäärärahat jaettiin helmikuussa 2003.

■ Valtionhallinnon rooli terveyden edistämisessä

Terveyden edistämisen korkein valtion hallinnon viranomainen on sosiaali- ja terveysministeriö, jonka alaisuudessa toimivat Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos ja Stakes. Ministeriön asiantuntijaeliminä toimivat Kansanterveyden neuvottelukunta, Työterveyshuollon neuvottelukunta ja Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta. Kullakin laitoksella ja neuvottelukunnalla on terveyden edistämiseen ja kansansairauksien ehkäisyyn liittyviä tehtäviä. Läänien sosiaali- ja terveysosastoilla on alueellinen vastuu sosiaali- ja terveyspolitiikan toteutumisesta ja terveyden edistämisestä.

Terveyden edistämisen keskus toimii osaltaan terveyden edistämiseen tähtäävien projektien järjestölinkkinä valtionhallintoon, koska se saa ministeriöltä vuosittain toimintaansa tukea, ja se tekee järjestöjen hankkeita koskevat esitykset ministeriön terveyden edistämisen vuotuisia määrärahoja jaettaessa.

Valtakunnallisten ravitsemussuositusten tuottamisesta ja niiden toteutumisen seurannasta vastaava Valtion ravitsemus-

neuvottelukunta toimii maa- ja metsätalousministeriön alaisena. Liikuntaan liittyvä valtion hallinnon toiminta tapahtuu puolestaan opetusministeriössä. Liikuntalaki määrittelee täsmällisesti ministeriön, läänien ja kuntien roolit liikunnan edistämiseen ja toteuttamiseen liittyvässä toiminnassa. Myös eduskunnan valvonnassa toimivalla Kansaneläkelaitoksella on terveyden edistämiseen liittyviä tehtäviä.

Teoriasta käytäntöön

Terveyden edistäminen ei ole jäänyt valtionhallinnon tasolla pelkästään lakipykäliksi, poliittisiksi dokumenteiksi eikä hyllyllä pölyttäviksi ohjelmiksi. Kansanterveyslaitos on kehittänyt erinomaisia terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen liittyviä seurantamenetelmiä ja Stakes yhteistyössä kuntien ja Kuntaliiton kanssa Terve kunta- ym. hyvinvointiohjelmaa sekä seurantamenetelmiä kuntien, koulujen, koululaisten hyvinvointihankkeiden arvioimiseen.

Valtakunnallinen Kunnossa kaiken ikää (KKI) -ohjelma on auttanut yli 40-vuotiaita aloittamaan liikkuvan ja liikunnallisen elämäntavan jo useiden vuosien ajan. KKI-ohjelma on eri ministeriöiden (opetusministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, liikenne- ja viestintäministeriö, ympäristöministeriö) välisen rahoituksellisen ja toiminnallisen yhteistyön kautta saanut aikaan lähes 700 tuetun paikallishankkeen verkoston, jota tuetaan alueellisilla ja valtakunnallisilla toimenpiteillä.

Sosiaali- ja terveysministeriö valmisti Sydänliiton ja laajan asiantuntijajoukon kanssa Toimenpideohjelman suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi 1997, ja se seurasi myös tiiviisti Diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämisohjelman (Dehkon) valmistumista Kansanterveyden neuvottelukunnan alaisen sydän- ja diabetesjaoksen välityksellä 1998–2000.

Terveys 2015 -ohjelma ja Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi antavat lähivuosina kehukset valtion ja kuntien terveyden edistämistointaan.

Terveysliikunta on viime vuosina syntynyt käsite, jonka edistämiseen sosiaali- ja terveysministeriö on tuottanut Terveysliikunnan paikalliset suositukset yhteistyössä Sydänliiton ja UKK-instituutin kanssa vuonna 2000. Vielä paljon tuntuvampi panostus oli Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan nimeäminen. Toimikunnan mietintö konkreettisine toiminta- ja resurssiesityksineen valmistui vuoden 2001 lopulla. Esitysten mukaisesti ministeriöön perustettiin terveyttä edistävän liikunnan erikoissuunnittelijan toimi sekä neuvottelukunta (2002). Vuonna 2002 Valtioneuvosto teki periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan kehittämisestä.

Liikenne- ja viestintäministeriössä on meneillään kaksi liikuntaan ja liikkumisympäristöön liittyvää ohjelmaa. Kävelypoliittisen ohjelman tarkoituksena on edistää toimia, joilla lisätään kävelyn suosiota arkipäivän matkantekomuotona ja parannetaan jalankulkuympäristön viihtyisyyttä, turvallisuutta ja esteettömyyttä. Pyöräilypoliittinen ohjelma taas pyrki edistämään pyöräilyä kestävä kehityksen mukaisena ja terveellisenä liikuntamuotona. Ohjelman toteutuksessa on mukana myös ympäristöministeriö.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on laatinut ravitsemuspoliittisen toimintaohjelman vuonna 1998 julkaistujen kansallisten ravitsemussuositusten toteuttamiseksi.

■ Kuntien hyvinvointipoliittisista ohjelmista ryhtiä kehittämistyöhön

Kuntien tehtävät terveyden edistämässä määritellään selkeästi muun muassa perustuslaissa, kansanterveyslaissa, kuntalaissa, liikuntalaissa ja työterveydenhuoltolaissa.

Kuntien terveyden edistämisen välineitä ovat sosiaali- ja terveystoimi, liikuntatoimi ja opetustoimi, kunta työnantajana ja kunta joukkorukoukailun järjestäjänä. Kunnat osallistuvat moniin valtakunnallisiin projekteihin ja ohjelmiin, joiden ansiosta yhteistyö muiden toimijoiden kanssa on lisääntynyt vuosi vuodelta.

Stakes ja Kuntaliitto ovat yhteistyössä kannustaneet ja auttaneet maamme kuntia 1990-luvulta lähtien luomaan hyvinvointipoliittisia ohjelmia kunnan toimintojen järjestelmälliseen kehittämiseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialue kuuluu ohjelmien keskeisiin sisältöihin.

Ohjelmiin liittyy määräaikaisten hyvinvointiselontekojen laatiminen. Viime aikoina monessa kunnassa on myös tuotettu erityisesti lasten ja nuorten hyvinvointiin liittyviä raportteja. Hyvinvointistrategioiden merkityksen painottaminen jatkuu Terveys 2015 -ohjelman lanseerauksen yhteydessä. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Kuntaliitto ovat laatineet Hyvinvointiosaaminen kunnissa -kuntatyökirjan apuvälineeksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.

Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman pohjalta syntyi Terveyden edistämisen kunnassa -projekti (Terve kunta), jossa seitsemän kokeilukuntaa osallistui kaksivuotiseen projektiin 1994–1995. Projektin tavoitteena oli tehostaa valtakunnallisen terveyspolitiikan toteutumista kunnissa, arvioida toimintaohjelmien tarvetta kunnissa, käynnistää kuntakohtaisia toimintaohjelmia kansanterveydellisten tavoitteiden saavuttamiseksi, lisätä terveysnäkökohtien painoarvoa kunnallisessa päätöksenteossa, edistää hallintokuntien välistä yhteistyötä terveyden edistämässä sekä arvioida tehtyä työtä.

Projektiin osallistuneissa kunnissa toteutettiin kahden vuoden kuluessa yli 40 kehittämishanketta. Kuntien kokemusten

pohjalta laadituissa suosituksissa (liite 2) korostettiin kunnallisen terveystyöpoliittisen ohjelman tärkeyttä, tarvetta laaja-alaiseen keskusteluun terveysarvoista kunnan johdossa, johdon sitoutumisen tärkeyttä sekä tiedotuksesta, verkostoitumisesta ja yhteistyöstä saatavia hyötyjä. Projektin pohjalta ovat syntyneet Terve kunta -verkosto, vuotuiset Terve kunta -päivät sekä Terve koulu -hanke.

■ Perusterveydenhuolto väestön terveyden edistäjänä

Perusterveydenhuolto, neuvolajärjestelmä, kouluterveydenhuolto sekä opiskelija-, varusmies- ja työterveyshuolto ovat terveyden edistämisen ja kansansairauksien ehkäisyn peruspilareita. Perusterveydenhuollossa on kautta aikojen tehty myös ehkäisevää työtä, vaikka siihen tarvittava resurssointi on vuodesta toiseen jäänyt sairaanhoidon jalkoihin. Terveydenhoitajat jakavat asiakaskontaktissaan säännöllisesti järjestöjen tuottamaa materiaalia, tiedottavat kansansairauksien ehkäisyyn liittyvistä asioista, järjestävät painonhallintakursseja ja osallistuvat mahdollisuuksiensa mukaan valtakunnallisten ja paikallisten kampanjoiden toteuttamiseen myös terveyskeskuksissa.

UKK-instituutin arvioinnin mukaan etenkin perusterveydenhuollon lääkärit ovat ottaneet Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelman, Dehkon, vastaan varsin hyvin, ohjelmaan on perehdytty, ja se on saanut aikaan toimintatapojen muutosta terveyskeskuksissa. Jo vuoden 2001 aikana toteutetun tyypin 2 ehkäisyä pohjustaneen, terveydenhuollolle suunnatun viestintäkampanjan aikana voitiin myös todeta, että terveyskeskusten kiinnostus tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn on suurta, ja konkreettisten ohjeiden toteuttamiseen ollaan valmiita. Kiinnostus on sen jälkeen lisääntynyt entisestään, mikä johtuu erityisesti Dehkon ja alueellisten diabeteshankkeiden tarjoamasta koulutuksesta.

■ Työterveyshuolto tavoittaa 80 prosenttia työikäisestä väestöstä

Työterveyshuollon piiriin kuuluu noin 80 prosenttia Suomen 2,3 miljoonasta työtä tekevästä eli 1,8 miljoonaa ihmistä. Palkansaajien osalta kattavuus on nykyisin 90 prosenttia, yrittäjien osalta noin 50. Työterveyshuolto käsittää lakisäätteisesti terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn tähtäävän toiminnan, jota työterveydenhuoltolaki (2002) entisestään korostaa. Lain keskeisiin tavoitteisiin kuuluu työntekijöiden terveyden ja työkyvyn edistäminen niin, että työura jatkuu vanhuuseläkeikään asti.

Vapaaehtoisesti työnantajat voivat järjestää työntekijöilleen myös sairaanhoitopalveluja, joiden piirissä on jo 84 prosenttia palkansaajista. Työterveyspalveluista 40 prosenttia toteutuu perusterveydenhuollon ja 60 prosenttia yksityisten työterveydenhuoltopalvelujen kautta.

Kansansairauksien ehkäisyn ja hoidon kannalta tärkeintä työterveyshuollon toimintaa ovat erilaiset terveystarkastukset sekä niihin liittyvä elintapaohjaus, painonhallintakurssit sekä -kampanjat. Perustarkastuksiin kuuluvat työhöntulotarkastus ja määräaikaistarkastukset, joita toteutetaan esimerkiksi osasto- tai ammattikohtaisesti tai sovitun käytännön mukaisesti ikäryhmittäin.

Tarkastukset toimivat kutsuperiaatella ja tavoittavat hyvin kohderyhmän. Nykyisissä tarkastuksissa selvitetään yleensä tarkastettavalla itsellään ja lähisuvulla todetut sairaudet, tutkitaan verenpaine ja painoindeksi sekä usein myös verensokeri ja veren rasva-arvot. Tarkastusten tekemisestä vastaavat työterveyshoitaja ja -lääkäri.

Työterveydenhuollon tekemät terveystarkastukset toimivat jo nykyisellään jos-sain määrin tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden seu-

lana, ja valmiudet tarkastusten kehittämiseksi määrätietoisempaan riskiryhmien seurlontaan ovat olemassa. Terveystarkastusten perusteella työterveyshuollolla on hyvät mahdollisuudet järjestää tiettyihin riskiryhmiin kuuluvien jatkoseuranta, suurelta osin työterveyshoitajien voimin tehtävä ravitsemus- ja liikuntaohjaus sekä painon ja verenpaineen hoito-ohjelma. Pääosalla työterveyshuollon yksiköitä on myös seuranta-tarkoituksiin sopivat ATK-järjestelmät.

■ Järjestöillä laaja palvelujen kirjo, innostusta ja osaamista

Valtakunnalliset sosiaali- ja terveysjärjestöt sekä liikunta- ja urheilujärjestöt ovat tänä päivänä monipuolisesti toimivia, ammattitaitoisesti johdettuja organisaatioita, joiden panos terveyden edistämässä on ratkaisevan tärkeä. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen jäsenistöön kuuluu 1,5 miljoonaa suomalaista, ja liikunta- ja urheilujärjestöjen toimintaan osallistuu 800 000 suomalaista. Raha-automaattiyhdistys rahoittaa sosiaali- ja terveysjärjestöjen erilaisia hankkeita, ja liikuntajärjestöt saavat toimintaansa tukea veikkausvaroista ja opetusministeriöltä. Yhteistyötä yli toimintasektoreiden tehdään entistä enemmän, jotta saadaan näkyvyyttä ja mittavuutta hankkeiden toteuttamiseen. Terveyspoliittinen ilmapiiri ja valmiudet kannustavat kansansairauksien tehokkaan ehkäisyyn.

■ Tutkimus tukee terveyden edistämistä

Suomen Akatemia käynnisti vuonna 2001 Terve-ohjelman, joka on terveyden edistämisen tutkimusohjelma vuosiksi 2001–2004. Ohjelmassa on neljä kokonaisuutta:

terveyden edistämisen politiikka, lähiyhteisöt, työterveys sekä lapset ja nuoret. Tärkeää tietoa on odotettavissa esimerkiksi nuoriin liittyvistä kolmesta tutkimuksesta, Päijät-Hämeen yhteisöinterventiotutkimuksesta ja Helsingin kaupungin henkilöstön terveystutkimuksesta. Tutkimusohjelmaa koordinoi Suomen Syöpäyhdistys, ja tutkimusta tukevat Suomen Akatemian lisäksi Työsuojelurahasto, liikenne- ja viestintäministeriö ja Syöpäsäätiö.

Hyvät seurantajärjestelmät

Suomalaisten terveyttä ja hyvinvointia seurataan monin tavoin. Kansanterveyslaitos tuottaa säännöllisesti ja määrävuosina erilaisia väestön terveyttä käsitteleviä tutkimusraportteja: FINRISKI-tutkimukset viiden vuoden välein (tuorein 2002), Terveys 2000, Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (vuotuinen), Eläkeikäisten terveyskäyttäytyminen ja terveys (joka toinen vuosi) ja Ravitsemuskertomus (joka toinen vuosi). Stakesin raporteissa käsitellään muun muassa kuntien hyvinvointistrategioiden ja perusterveydenhuollon toimintojen kehittymistä, ja viime aikoina Stakes on raportoinut tuloksia erityisesti nuorten hyvinvointia ja terveyttä koskevista selvityksistään.

Sekä Kansanterveyslaitoksen että Stakesin tutkimukset, selvitykset ja raportit luovat kaikki ajan tasalla olevaa kuvaa suomalaisten hyvinvointi- ja terveystilanteesta ja kehityssuunnista. Terveyden edistämiseen tehty työ on tuottanut monilta osin positiivisia tuloksia, mutta samalla nyky aikaan liittyvät uudet uhat romuttavat aiempia saavutuksia. Uusia keinoja ja välineitä tarvitaan kansanterveyden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi.

■ Suomella hyvät valmiudet tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn

Suomi on 1970- ja 1980-luvuilla osoittanut Pohjois-Karjala -projektillaan kykenevänsä tehokkaaseen ja laaja-alaiseen terveyden edistämiseen ja sepelvaltimotaudin ehkäisyyn. Nyt, 2000-luvun alkupuolella yhteiskuntamme on tiedollisesti, taidollisesti ja resurssiltaan moninkertaisesti kehittyneempi. Terveyspoliittinen ilmapiiri, kansantaloudelliset näkökohdat ja laajojen toimijajoukkojen olemassa olevat valmiudet

tarjoavat kaikki mahdollisuudet suuria väestöryhmiä koskevien kansansairauksien, kuten lihavuuden, tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien tehokkaaseen ehkäisyyn.

Valtakunnallista koordinointia kuitenkin tarvitaan: terveyden edistämiseen tähtäävien projektien, ohjelmien ja hankkeiden määrä niin viranomaisten, kuntien kuin järjestöjenkin taholla on lukuista. Resurssien ja viestien yhdistäminen sopivilta osin mahdollistaa laajamittaisen, todellisia tuloksia tuottavan terveyden edistämisen.

12. Sosiaali- ja terveystoiminta selkärangan väestöstrategian toteuttamisessa

Maamme sosiaali- ja terveystoiminta tukee terveyden edistämiseen ja kansansairauksien ehkäisyyn liittyviä hankkeita erityisesti periaatteellisella tasolla, mutta nykyisin yhä voimakkaammin myös käytännössä.

Terveyden edistämisen tavoite on sisällytetty Suomen keskeisiin lakeihin sekä terveydenhuollon valtakunnallisiin strategioihin ja ohjelmiin. Laeissa annetaan puitteet valtakunnalliseen, alueelliseen ja kunnalliseen terveyden edistämiseen sekä määrittämään valtion, läänien, kuntien, perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon tehtävät. Terveyden edistämisen kannalta tärkeimpiä lakeja ovat perustuslaki, kuntalaki, kansanterveyslaki, työterveydenhuoltolaki ja liikuntalaki.

Vuonna 2001 painettu Sosiaali- ja terveystoiminnan strategiat 2010 -raportti on STM:n luoma linjaus sosiaali- ja terveydenhuollon lähivuosien kehittämistyölle. Sitä edelsi 1997 julkaistu Ehkäisevän sosiaali- ja terveystoiminnan strategia.

Yksityiskohtaisemmin terveyden edistämiseen ovat puuttuneet valtionhallinnon tärkeimmät ohjelmat: Lipposen II hallituksen hallitusohjelma 1999–2003, Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoiteohjelma (TATO) 2000–2003, Terveydenhuolto 2000 -hanke, Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, joka seuraa Terveyttä kaikille 2000 -ohjelmaa, sekä Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002–2007.

Terveyden edistäminen kuuluu päästrategioihin

Sosiaali- ja terveystoiminnan strategiat 2010 linjaa sosiaali- ja terveystoiminnan näkemykset maamme sosiaali- ja terveydenhuollon strategisista painotuksista lähivuosina. Tavoitteena on, että suomalainen yhteiskunta vuonna 2010 on sosiaalisesti elinvoimainen, taloudellisesti kestävä sekä toimintoiltaan tehokas ja dynaaminen.

STM:n asettamat kahdeksan tavoitetta vuoteen 2010 mennessä:

1. Työelämässä jatketaan keskimäärin 2–3 vuotta nykyistä kauemmin.
2. Väestön toimintakyky on parantunut ja siirtänyt hoivan tarvetta myöhäisemmäksi elinkaarella.
3. Väestön terveyserot ovat kaventuneet nykyisestä.
4. Ennaltaehkäisevä työ on vakiinnutettu toiminnan normaaliksi osaksi.
5. Palvelujen saatavuutta ja laatua on parannettu lisäämällä alueellista yhteistyötä.
6. Toimeentuloturva takaa kohtuullisen toimeentulon samalla, kun se kannustaa työikäisiä työhön.
7. Sosiaaliturvan kestävä rahoitus perustuu yhteisvastuuseen, jota omavastuu täydentää.
8. Köyhyys Suomessa pysyy viime vuosikymmeninä vakiintuneella alhaisella tasolla.

Ministeriö kiteyttää tavoitteiden toteuttamiseen tähtäävän sosiaaliturvan kehittämisen neljään päästrategiaan: terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen, työelämän vetovoiman lisäämiseen, syrjäytymisen ehkäisyyn ja hoitoon sekä toimiviin palveluihin ja kohtuulliseen toimeentuloturvaan. Raportissa esitetään kullekin strategialle toimenpidelinjaukset.

Ehkäisevän sosiaali- ja terveystoiminnan toteuttajina ovat ministeriön listaamina: eduskunta, valtioneuvosto, STM, muita ministeriöitä, keskushallinnon virastot ja laitokset, työsuojelupiirit, lääninhallitukset, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, RAY ja korkeakoulut.

TATO 2000–2003 vie hallitusohjelman tavoitteita käytäntöön

Suomen hallitusohjelman 1999–2003 tavoitteisiin on kirjattu, että ”väestön terveyden ja toimintakyvyn edistäminen otetaan julkista ja yleistä päätöksentekoa ja toimintaa ohjaavaksi ja siihen vaikuttavaksi tekijäksi”. Keskeisenä tavoitteena hallitusohjelmassa on, että ”kansalaisten hyvinvointi ja turvallisuus vahvistuu ja että ihmisen omaehtoista ponnistelua hyvinvointinsa edistämiseksi kannustetaan”.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma, TATO 2000–2003, on hallitusohjelman tavoitteiden toteuttamiseen tähtäävä konkreettinen toimintaohjelma. Siinä esitettävät toiminnan painotukset keskittyvät hyvinvointia tukevan ympäristön rakentamiseen, ajoissa tapahtuvaan ongelmiin ehkäisemiseen ja palvelujen parantamiseen. Toiminnan edellytysten turvaamiseksi ohjelmassa kiinnitetään erityistä huomiota henkilöstön kouluttamiseen ja tukemiseen sekä rahoituksen varmistamiseen.

Ohjelmassa on 21 konkreettista tavoitetta ja 86 tavoitteita tukevaa toimenpide-

suositusta. Keskeiset tavoitteet ja suositukset liittyvät kunnallisten hyvinvointipoliittisten ohjelmien luomiseen, ikääntyvien itsenäisen suoriutumisen tukemiseen, lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä syrjäytymiseen ehkäisemiseen ja päihdeongelmien ehkäisyyn.

Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman kannalta tärkeät toimenpidesuositukset koskevat palvelujen saatavuutta, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön resursointiin, täydennyskoulutukseen ja jaksamiseen liittyviä kysymyksiä sekä valtionosuusjärjestelmän uudistamista (liite 3).

Terveys 2015 -ohjelmassa pääpaino terveyden edistämisessä

Jo Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelma (1986) korosti kaikkien yhteiskunnallisten toimijoiden vastuuta kansanterveydestä. Sosiaali- ja terveysministeriön alaisen Kansanterveyden neuvottelukunnan valmistelema Terveys 2015 -kansanterveysohjelma on laaja yhteistyöohjelma, jonka pääpaino on terveyden edistämisessä.

Ohjelma sisältää kahdeksan kansanterveyttä koskevaa tavoitetta, jotka kohdistuvat tämän ajan keskeisiin ongelmiin. Niiden korjaaminen edellyttää yhdensuuntaista toimintaa eri tahoilta. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma toimii laajana kehityksenä yhteiskunnan eri osa-alueilla kehitettävälle terveyden edistämiselle.

Terveys 2015 -ohjelman ikäryhmittäiset tavoitteet painottuvat lasten ja nuorten terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden edistämiseen, työikäisten työ- ja toimintakyvyn kehittämiseen ja yli 75-vuotiaiden toimintakyvyn paranemiseen. Koko väestön osalta tavoitellaan terveenä elämistä nykyistä pitempään, tyytyväisyyttä terveydenhuoltopalveluiden saatavuuteen sekä eri väestöryhmien terveys- ja kuolleisuuserojen pienemistä.

Terveys 2015 -ohjelman keskeiset tavoitteet

Ikäryhmittäiset tavoitteet

1. Lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvattomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi.
2. Nuorten tupakointi vähenee siten, että 16–18-vuotiaista alle 15 prosenttia tupakoi: nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvät terveysongelmat kyetään hoitamaan asiantuntevasti eivätkä ne ole yleisempiä kuin 1990-luvun alussa.
3. Nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee kolmanneksella 1990-luvun lopun tasosta.
4. Työikäisten työ- ja toimintakyky ja työelämän olosuhteet kehittyvät siten, että ne osaltaan mahdollistavat työelämässä jaksamisen pidempään ja työstä luopumisen noin kolme vuotta vuoden 2000 tasoa myöhemmin.
5. Yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan.

Kaikille yhteiset tavoitteet

6. Suomalainen voi odottaa elävänsä terveenä keskimäärin kaksi vuotta kauemmin kuin vuonna 2000.
7. Suomalaisten tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen sekä koettu oma terveydentila ja kokemukset ympäristön vaikutuksesta omaan terveyteen säilyvät vähintään nykyisellä tasolla.
8. Tavoitteisiin pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Tällöin tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen viidenneksellä.

Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman kannalta keskeisiä asioita Terveys 2015 -ohjelmassa ovat eräät valtioneuvoston eri toimijoille esittämät toimintasuunnat. Niissä korostetaan kuntien tukemista erilaisissa terveyden edistämiseen liittyvissä toiminnoissa, järjestöjen kuulemista ja niiden toiminnan tukemista sekä terveyden edistämistoimien vaikutusten järjestelmällistä arviointia (liite 4).

Kansallisella terveydenhuolto- projektilla 2002–2007 tehoa terveydenhuollon palvelujärjestelmään

Valtioneuvosto asetti syyskuussa 2001 Kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projekti kartoitti terveydenhuollon nykyiset ja uhkaamassa olevat ongelmat ja laati toimenpideohjelman ongelmien poistamiseksi vuoteen 2007 mennessä. Projekti täydentää Terveys 2015 -kansanterveysohjelmaa.

Projektin 9.4.2002 antamat toimenpide-esitykset kohdistuvat ensisijaisesti hoidon saatavuuden parantamiseen, perusterveydenhuolto- ja erikoissairaanhoidon järjestelmän rationalisoimiseen, terveydenhuoltohenkilöstön perus- ja täydennyskoulutukseen sekä terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittämiseen. Kansallisten ja alueellisten ehkäisy- ja hoito-ohjelmien laatimiseen kannustetaan ja toimintaan luvataan myös taloudellista tukea. Ehkäisevän toiminnan merkitys tulee hyvin esiin lähipalveluita koskevassa osuudessa.

Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman kannalta erityisen tärkeää toimenpideohjelmassa on terveyden edistämisen voimakas esiintyminen sekä suositukset 1, 4, 6 ja 8 (liite 5). Terveyden edistämistä käsittelevässä osuudessa todetaan, että ”liikunnan puute, epäterveellinen ravinto, lihavuus, tupakka ja päihteet lisäävät voimakkaasti sairastavuutta ja palvelujen tarvetta. Julkisella vallalla on mahdollisuus vaikuttaa kansalaisten terveyteen monilla hallinnon alueilla. ...Myönteisten vaikutusten aikaansaamista edistää yhteistyö eri toimijoiden ja hallinnon alojen välillä”. Projekti näkee kuntien hyvinvointipoliittisen ohjelmatyön tärkeänä toteutuskanavana terveyden edistämässä, jota kansalaisjärjestöt voivat omalla panoksellaan tukea. Ehkäisevä näkökulma kuuluu hyvinvointipoliittiseen ohjelmaan.

Suosituksessa 1 todetaan muun muassa, että kuntien hyvinvointipoliittisessa työssä korostetaan terveyden edistämistä, sairauksien ehkäisyä, seudullisten ratkaisujen kehittämistä ja palvelujärjestelmän eri osien ja kunnan eri sektorien yhteistyötä. Lisäksi painotetaan, että kunnat ja muut toimijat edistävät väestön terveyttä Terveys 2015 -kansanterveysohjelman mukaisesti.

Toinen ehkäisyohjelman kannalta tärkeä suositus on terveydenhuoltohenkilöstön koulutukseen panostaminen (suositus

4). Tähän vaikutetaan konkreettisesti lain, velvoitteiden, sisältöä ja toteutusta koskevien suositusten sekä rahoituksen avulla.

Suositus 6 koskee terveydenhuollon lähipalvelujen järjestämistä seudullisina toiminnallisina kokonaisuuksina. Lähipalvelujen tuottajan vähimmäiskooksi katsotaan toiminnallinen kokonaisuus, joka palvelee noin 20 000–30 000 asukkaan väestöpohjaa. Tämä malli saattaisi antaa perusterveydenhuollolle esimerkiksi nykyistä paremmat mahdollisuudet tarjota väestölle terveyden edistämiseen tarkoitettuja ravitsemusneuvonta-, painonhallinta- ja liikuntapalveluja.

Suositus 8 on niin ikään tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman kannalta tärkeä ja käsittää valtion rahoituksella kehitettävän kansallisen elektronisen potilaskertomuksen. Tämä mahdollistaisi nykyistä paremmin tyyppin 2 diabeteksen riskitekijöiden seurannan ja ehkäisyn sekä elintapojen kirjaamisen ja seurannan.

Suomessa riittävästi tietotaitoa lihavuuden ehkäisyyn

Suomen Lihavuustutkijoiden sekä korkeatasoisen liikunta- ja ravitsemustutkijajoukon ansiosta maassamme on tietoa ja osaamista lihavuuden yleistymiseen, terveysvaaroihin, hoitoon ja ehkäisyyn liittyvissä kysymyksissä. Tätä asiantuntemusta ei kuitenkaan ole hyödynnetty riittävästi diabeteksen ehkäisyä ajatellen.

Avainasemassa lihavuuden ehkäisyssä ovat terveelliset ruokatottumukset ja säännöllinen liikunta, joiden avulla paino pysyy hallinnassa vuosista ja elämäntilanteista huolimatta. Molempien vaikutuksesta terveyteen on kiistatonta näyttöä, ja siksi kummankin alueen vahvistamiseen on viime vuosina panostettu voimakkaasti maamme sosiaali- ja terveyspolitiikassa. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin edistäminen painottuu Terveys 2015 -kan-

santerveysohjelmassa sekä Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mie-tinnössä ja Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemuspoliittisessa toimintaohjelmassa. Näiden ohjelmien toimenpide-esityksiä konkretisoi osaltaan vasta uusittu Kouluterveydenhuolto-opas (2002), jossa on otettu huomioon alan konsensuskokuksen (2001) viestit. Em. ohjelmien toimenpide-esitykset ja niiden toteuttaminen luovat pohjan Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman väestöstrategialle. Korkean riskin strategiassa on hyödynnetty Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suositusta.

Ravitsemussuositukset tehokkaammin käytäntöön

Valtion ravitsemusneuvottelukunta antoi tuoreimmat suomalaisten ravitsemussuositukset vuonna 1998 (edelliset 1987) ja kiinnitti perusteluissaan erityistä huomiota väestön lihavuuden lisääntymiseen. Ravitsemussuositusten tavoitteissa keskeisiä ovat energian saannin ja kulutuksen tasapainottaminen sekä kovan rasvan ja natriumin saannin vähentäminen. Kansallisia ravitsemussuosituksia täydentävät viranomaisten

antamat erityissuositukset kouluruokailusta (1999), suositukset alle kouluikäisten lasten ja odottavien ja imettävien naisten ruokailusta (1997) sekä suositukset puolustusvoimille (1995), joukkoruokailuun (1994), sairaaloille ja hoitolaitoksille (1994), vanhus-hoitolaitoksille (1992), urheilijoille (1990) ja vankeinhoitolaitokselle (1988).

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan valmisteleman ravitsemuspoliittisen toimintaohjelman avulla pyritään saamaan 1998 julkaistut suositukset nykyistä tehokkaammin käytäntöön. Neuvottelukunta korostaa, että aikuisväestön ravitsemuskäyt-täytymisen muuttuminen suositusten mukaiseksi vähentäisi merkittävästi muun muassa sepelvaltimotaudin, verenpainetaudin, veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden, lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen esiintyvyyttä.

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan toimintaohjelmassa on lähes sata toimenpide-suositusta. Suositukset on ryhmitelty valmisteluvaiheessa seuraavasti: valtionhallinto, kunta, koti, neuvola ja lasten päivähoito, peruskoulu ja muut oppilaitokset, sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä, puo-

Valtion ravitsemusneuvottelukunta tulee painottamaan toimintaohjelmassaan erityisesti seuraavien ravitsemuspoliittisten tavoitteiden toteutumista:

- Painotetaan erityisesti ylipainon ja lihavuuden ehkäisyä.
- Terveysthuollossa ja hoitolaitoksissa varmistetaan riittävä ravitsemusasiantuntemus.
- Kuluttajilla on kaikissa elämäntavaiheissa tiedot, taidot ja keinot tehdä terveyttä edistäviä elintarvikevalintoja ja koostaa aterioita.
- Peruskoulun, lukion ja ammatillisten oppilaitosten opettajat saavat riittävästi täydennyskoulutusta ravitsemuksessa.
- Joukkoruokailussa kehitetään laatujärjestelmiä, joka käsittää paitsi ruoan turvallisuuden myös sen ravitsemuksellisen laadun.
- Edistetään erityisryhmien, erityisesti nuorten, ruoankäytön tutkimusta.

lustusvoimat, työaikainen ruokailu, alkutuotanto, elintarviketeollisuus ja kauppa, viestintä, järjestöt, koulutus, ravitsemustutkimus, elintarvikkeiden turvallisuus ja ravitsemuksen kannalta tärkeät pakkausmerkinnät. Eri ikäryhmiin liittyviä suosituksia esitetään useissa kohdissa.

Rahoitusta, koordinaatiota ja kehitysprojekteja terveyttä edistävään liikuntaan

Lipposen II hallitus (1999–2003) otti terveyden edistämisen yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi hallitusohjelmaansa. Suurten ohjelmien (TATO 2002–2003, Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002–2007) rinnalla on konkreettisesti kiinnitetty erityistä huomiota terveyttä edistävää liikuntaa vahvistaviin toimenpiteisiin. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa Terveysliikunnan paikalliset suositukset vuonna 2000 ja asetti samana vuonna Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan laatimaan konkreettista toimenpideohjelmaa. Komiteamietintö valmistui joulukuussa 2001. Liikunta kuuluu opetusministeriön vastuualueeseen, mutta terveystoimikunnan edistämishankkeiden toteuttamiseen ovat sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi liittyneet myös liikenne- ja viestintäministeriö, ympäristöministeriö ja metsähallitus.

Komiteamietintö sisältää yhteensä 53 toimenpide-ehdotusta, jotka on kiteytetty mietinnön pohjalta laadittuun Valtioneuvoston periaatepäätökseen (2002) seuraaviksi pääalueiksi:

1) Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunnan perustaminen sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen, neuvottelukunnalle päätoiminen pääsihteeri ja

toiminnalle rahoitus sosiaali- ja terveysministeriön ja opetusministeriön hallinnonaloilta

- 2) Noin 3,3 miljoonan euron vuosittainen lisämääräraha terveyttä edistävän liikunnan kehittämiseen vuoteen 2005
- 3) Terveyttä edistävän liikunnan tarpeet huomioidaan kaavaus suunnittelussa ja lähiliikuntapaikkojen rakentamisessa
- 4) Konkreettisia toimenpiteitä liikunnan edistämiseksi ihmisen elinkaaren eri vaiheissa:
 - Liikunta liitetään osaksi lasten ja nuorten hoito- ja koulupäivää sekä iltpäivätoimintaa.
 - Perheliikunnan muotoja ja palveluita kehitetään.
 - Kehitetään työterveyshuollon terveystoimintapalveluja ja niiden korvauskäytäntöjä tavoitteena ehkäisevän ja kuntouttavan liikunnan saaminen Kelan tuen piiriin.
 - Työyhteisön tukema, verotuksen piiriin kuuluva terveystoimintapalvelu määritellään ja luodaan yhteneväinen verotuskäytäntö työyhteisöjen ja työnantajien osalta.
 - Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten toimintakykyä parantavaan liikuntaan kansallinen ohjelma ja ikääntyvien ohjattuun terveystoimintaan laatukriteeristö.
- 5) Terveyttä edistävä liikunta nivelletään osaksi kunnan hyvinvointipolitiikkaa
- 6) Terveyttä edistävän liikunnan koulutuksen kehittäminen, yhtenäistäminen ja yhteistyön luominen alueelle
- 7) Terveyttä edistävän liikunnan tutkimusohjelma (liikunnan terveystoimintatutkimukset, terveystoimintapalveluiden edistämismahdollisuudet eri tasoilla)

- 8) Väestön fyysisen aktiivisuuden seuranta: Luodaan olemassa olevia seurantatutkimuksia hyödyntäen pysyvä seurantatutkimuskokonaisuus, jolla saadaan tietoa koko väestön terveystilasta ja sen muutoksista.

Sydänohjelman ensimmäinen vaihe keskittynyt ravitsemukseen ja liikuntaan

Vuonna 1997 käynnistynyt Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi sisältää 118 toimenpidesuosituksen, joiden avulla pyritään vaikuttamaan terveyden edistämiseen koko yhteiskunnan toiminnan alueella. Ohjelman koordinaattorina toimiva Suomen Sydänliitto on toteutuksen ensimmäisinä vuosina keskittynyt ensisijaisesti kahteen pääalueeseen, ravitsemukseen ja liikuntaan sekä niihin liittyvän materiaalin tuottamiseen, kou-

lutukseen ja viestintään. Sydänliitto on näillä alueilla toiminut aktiivisena vaikuttajana, luonut laajan yhteistyöverkoston ja on toimijana monissa yhteisprojekteissa, joiden tuloksena ovat esimerkiksi syntyneet Terveystilaston paikalliset suosittuimmat ja Liikku.fi -kumisehdotukset (luku 13.6).

Sydänliiton ja Diabetesliiton yhteistyöllä on luotu elintarvikkeiden Sydänmerkki-järjestelmä (luku 13.7). Toinen yhteinen hanke on Pieni päätös päivässä -projekti (13.4), jolla on kehitetty malleja painonhallinnan ryhmäohjaukseen ja ohjaajakoulutukseen ja elintapamuutoksia tukevaan ITE-vertaisryhmätoimintaan. Kumpikin yhteisistä projekteista on Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamaa toimintaa ja liittyy järjestöjen yhteistyöhön sydän- ja verisuoniterveyden edistämisen ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn väestöstrategian yhteisellä alueella.

13. Taustatietoa ja työvälineitä ohjelman toteuttamiseen

13.1 Terveyserot kasvaneet

Maamme terveyspolitiikan tavoitteena on koko väestön mahdollisimman hyvä terveys ja mahdollisimman pienet terveyserot eri väestöryhmien välillä. Tavoite kirjattiin jo Terveyttä kaikille 2000 -ohjelmaan vuonna 1986. Suurten väestöryhmien huono terveys heikentää merkittävästi koko väestön keskimääräistä terveyden tasoa. Kun terveyserot johtuvat muutettavissa olevista tekijöistä, jolle altistuminen ei perustu yksilön vapaaseen valintaan, niitä voidaan pitää eriarvoisuutena. Terveydellisen eriarvoisuuden vähentäminen onkin ollut terveyspolitiikkamme yhtenä keskeisenä päämääränä viime vuosikymmenien aikana, mutta toistaiseksi siinä on onnistuttu vain osittain.

Toukokuussa 2002 julkistettu Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000 -tutkimus osoittaa, että miesten ja naisten välisen elinajan odotteen ero on supistunut, mutta sosioekonomiset sairastuvuuserot ovat säilyneet ennallaan, ja ennestäänkin suuret kuolleisuuserot ovat kasvaneet. Korkeasteen koulutuksen saaneiden ja ylempien toimihenkilöiden elinajanodote on pidentynyt selvästi nopeammin kuin peruskoulutettujen ja työntekijäammateissa toimivien. Terveyserojen vähentäminen on näistä syistä edelleen myös Terveys 2015 -ohjelman keskeinen tavoite.

Silloin, kun väestöryhmien terveyserojen tärkeimmät syyt ovat tiedossa, niihin on puututtava. Merkittävä osa väestöryhmien välisistä terveyseroista liittyy elinoloihin ja -tapoihin ja on vähennettävissä erilaisin terveys- ja yhteiskuntapoliittisin toimin.

Osittain biologisesti väistämättömiin terveyseroihin kuuluvat ikä- ja sukupuoliryhmien väliset terveyserot, mutta niidenkin huomiointi on erittäin tärkeää terveydenhuollon tulevaisuuden haasteita ajateltaessa.

Nykyiset ikäihmiset edustavat sukupolvia, joiden elämäntapa ja elinolosuhteet ovat monessa suhteessa olleet erilaiset kuin niiden, jotka tulevat eläkeikään 20–30 vuoden kuluttua. Nuoret ovat säästyneet monilta terveyttä vaarantavilta olosuhteilta, mutta tilalle on tullut uusia ongelmia. Esimerkiksi lisääntynyt päihteiden käyttö, liikunnan väheneminen ja siitä johtuva ylipainoisuus sekä astman, allergioiden ja diabeteksen yleistymisen voivat vaikuttaa merkittävästi väestön tautikirjon ja toimintakyvyn kehitykseen tulevaisuudessa.

■ Miesten ja naisten kuolleisuusero suuri

Suomessa miesten ja naisten välinen kuolleisuusero on kansainvälisestäkin katsottuna suuri, vaikka se vuoden 1977 huipusta eli 8,8 vuodesta kaventuikin 6,9:ään vuoteen 2000 mennessä. Miehet kuolevat varhaisemmin kuin naiset, ja sukupuolten välinen suhteellinen kuolleisuusero on suurimmillaan 20–29 vuoden iässä, jolloin miesten kuolleisuus on yli kolminkertainen naisten kuolleisuuteen verrattaessa. Noin 70 ikävuoteen asti miesten kuolleisuus on vähintään kaksinkertainen naisten kuolleisuuteen verrattuna. Nuorilla ero johtuu ennen kaikkea tapaturmista ja väkivaltaisista kuolemista, keski-ikäisillä ja

vanhemmilla taas useimmiten sepelvaltimotautikuolemista. Muita miesten suurempaan kuolleisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat alkoholiin liittyvät sairaudet, alkoholi-myrkytykset, keuhkosityöpiä ja itsemurhat. Alkoholin käytön ja tupakoinnin uskotaan olevan pääsyy noin puoleen miesten ja naisten elinajan odotteiden erosta. Nämä terveyskäyttäytymisen sukupuolierot ovat kuitenkin supistuneet, jolloin on oletettavaa, että myös kuolleisuusero tulee edelleen pienemään lähivuosisikymmeninä.

Kuolleisuuseroon verrattuna sairastavuuden ja toimintakyvyn rajoitusten erot sukupuolten välillä ovat melko pienet. Miehet joutuvat työkyvyttömyyseläkkeelle hieman yleisemmin kuin naiset ja eri syistä. Miehillä on erityisesti sydän- ja verisuonitautien sekä vammojen ja myrkytysten perusteella myönnettyjä eläkkeitä enemmän kuin naisilla, kun taas yli 55-vuotiailla naisilla eläkkeiden pääsyyinä ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja mielenterveyteen liittyvät ongelmat. Koetussa terveydessä miehillä ja naisilla ei juurikaan ole eroja, ja pitkäaikaissairastavuus on suurin piirtein samaa tasoa. Iän myötä naisilla on enemmän vaikeuksia liikkumisessa ja voimaa vaativissa toiminnoissa, miehillä taas on kuulo-ongelmia. Naisilla on pidemmän elinajan vuoksi toimintarajoitteista aikaa jopa 7,5 vuotta enemmän kuin miehillä.

■ Huomattavia alueellisia terveyseroja

Alueelliset erot väestön elinajan pituudessa ovat huomattavia kuolleisuuserojen pienemisestä huolimatta. Sydän- ja verisuonisairaudet, tapaturmat, väkivaltaiset kuolemat ja alkoholi ovat keskeisimpiä syitä alueiden välisiin kuolleisuuseroihin. Pääkaupunkiseudun vaurilla alueilla, Kauniaisissa ja Kulosaarissa, sekä Vaasan rannikkoseudulla ja Ahvenanmaalla eletään pisimpään.

Lyhin elinajan odote on Kymenlaaksossa, Päijät-Hämeessä, Pohjois-Karjalassa, Kainuussa ja Lapissa, sekä miehillä myös Etelä-Karjalassa ja naisilla Pohjois-Savossa. Näissä maakunnissa asuvilla elinajan odote on miehillä noin neljä vuotta ja naisilla 2–3 vuotta lyhyempi kuin Pohjanmaalla ja Ahvenanmaalla asuvilla. Kauniaisien ja Kuloosaaren asukkaiden elinajan odote on vielä kolmisen vuotta pitempi kuin viimeksi mainituilla ja noin vuoden pitempi kuin koko maailman huippua edustavassa Japanissa.

Myös muiden terveystietojen mukaan alueelliset erot ovat pääpiirteittäin samansuuntaisia kuin kuolleisuuserot. Työkyvyttömyyseläkkeiden yleisyyden aluevaihtelu on koko ajan tasoittunut, mutta ne ovat edelleen yleisimpiä Itä- ja Pohjois-Suomessa. Syynä ovat muun muassa sydän- ja verisuonisairaudet sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja vakavat mielenterveyden häiriöt. Pitkäaikaissairaiden osuus on pääkaupunkiseudulla pienempi ja Itä-Suomessa suurempi kuin muualla.

■ Sosioekonomisilla tekijöillä selvä yhteys terveyteen

Kaikilla sosioekonomisilla tekijöillä on johdonmukainen ja selvä yhteys terveyden eri osoittimiin. Eniten tietoa Terveys 2000 -tutkimus antaa terveyden vaihtelusta koulutuksen ja ammattiin perustuvan sosiaaliryhmän mukaan. Sosiaaliryhmien väliset kuolleisuuserot ovat olleet Suomessa sekä 1980- että 1990-luvulla poikkeuksellisen suuret lähes kaikkiin muihin Länsi-Euroopan maihin verrattuna. Elinajan odote on kasvanut Suomessa kaikissa koulutus- ja sosiaaliryhmissä. Erityisesti 1980-luvulta lähtien sen kasvu on kuitenkin ollut ylemmissä koulutusryhmissä nopeampaa kuin enintään perusasteen koulutuksen saaneilla, ja toimihenkilöillä kasvu on ollut nopeam-

paa kuin muissa sosiaaliryhmissä. Tuloluokien väliset terveyserot ovat yhtä selvät ja johdonmukaiset kuin koulutusryhmien väliset erot.

Kuolleisuus on lähes kaikkien kuolinsyiden osalta suurinta työntekijöiden ja vähiten koulutusta saaneiden ryhmissä. Sydän- ja verisuonisairaudet ovat yleisyytensä vuoksi selvästi tärkein sosioekonomisiin kuolleisuuseroihin liittyvä kuolemansyyryhmä. Sosiaaliryhmien välisten kuolleisuuserojen kasvu 1980-luvulla johtui suurelta osin siitä, että kuolleisuus sydän- ja verisuonisairauksiin pieneni nopeammin toimihenkilöillä kuin työntekijöillä. Alkoholin ja siitä johtuvien sairauksien osuus kuolleisuuseroissa on ollut 1990-luvulta lähtien kasvava, mutta alkoholin ohella tupakointi ja ravinto ovat merkittäviä sosioekonomisten kuolleisuuserojen selittäjiä.

Lisäksi eräät terveydenhuollon toimenpiteet ovat Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan saattaneet kärjistää kuolleisuuseroja: esimerkiksi sepelvaltimoiden ohitusleikkaukset olivat 1980-luvulla yleisempiä yleisillä toimihenkilöillä, vaikka itse tauti oli selvästi tavallisempi työntekijöillä. Myös akuutin sydäninfarktin hoito oli intensiivisempää väestön suurituloisempaan kolmannekseen kuuluvilla kuin pienituloisilla.

Sosioekonomisten ryhmien väliset sairastavuuserot ovat huomattavat ja vastavat kuolleisuuseroja. Terveenä ja toimintakykyisenä ellettävien vuosien määrä vaihtelee sosiaaliryhmittäin vieläkin enemmän kuin elinajan odote. Korkea-asteen koulutuksen saaneet miehet voivat odottaa elävänsä terveenä peräti 10,9 vuotta ja naiset 8,4 vuotta pitempään kuin enintään perusasteen koulutuksen saaneet.

Aikuisiässä havaittavien sosioekonomisten terveyserojen syyt löytyvät nykyisten olosuhteiden lisäksi jo lapsuudesta ja nuoruudesta. Lapsuuden elinolot ja vanhempien sosioekonominen asema näyttä-

vät ennustavan sekä sosioekonomista asemaa että terveystyötyymistä ja terveyttä aikuisiässä. Lisäksi on todettu, että terveystyötyymisen perusteella voidaan jo teini-iässä melko hyvin ennustaa, mihin sosiaali- ja koulutusryhmään lapsi aikuise-
na sijoittuu.

Suomen sosioekonomisten ryhmien väliset kuolleisuuserot ovat jo aiemminkin olleet moniin muihin maihin verrattuna suuret, ja viimeisen parin vuosikymmenen aikana ne ovat entisestään kasvaneet. Sairastavuuserot ovat säilyneet kutakuinkin entisen suuruisina. Sosioekonomisten terveyserojen syyt tunnetaan osittain. Esimerkiksi tupakointi ja epäterveelliset juomatavat ovat yleisimpiä alimmissa sosiaaliryhmissä, ja nämä terveystyötyymisen erot ovat viime vuosikymmeninä korostuneet.

Puutteelliset sosioekonomiset voimavarat lisäävät hyvin monin tavoin lähes kaikkien sairauksien ja toimintakyvyn rajoitteiden ilmaantuvuutta ja myös huonontavat niiden ennustetta. Erityisen tärkeitä terveyserojen syitä ovat varhaiset ja nykyiset elinolot, terveystyötyyminen ja terveyspalvelut. Tehokas eriarvoisuuden supistaminen edellyttää näiden kaikkien tekijöiden kohentamista nimenomaan huonoimassa asemassa olevien keskuudessa.

■ Siviilisäätö ja työllisyys vaikuttavat terveyseroihin

Terveydentila vaihtelee myös siviilisäädyn, työllisyyden ja äidinkielen mukaan. Naimissa olevien ennenaikainen kuolleisuus on selvästi pienempi kuin naimattomien, eronneiden ja leskien. Siviilisäätöjen väliset kuolleisuuserot ovat viime vuosikymmeninä kasvaneet, ja ne ovat erityisen suuret miehillä. Eroja todetaan kaikissa yleisimmissä kuolemansyyryhmissä, ja ne johtuvat sekä terveyteen liittyvästä valikoitumisesta että avioliiton ja yleensä parisuhteen terveyttä

edistävästä vaikutuksista: sosiaalisesta tuesta, myönteisemmästä kiinnittymisestä sosiaaliseen ympäristöön ja terveellisemmistä elintavoista.

Myös muilla terveyden osa-alueilla on siviilisäätiryhmien välillä samansuuntaisia eroja. Esimerkiksi leskillä on enemmän pitkäaikaissairauksia kuin muilla väestöryhmillä. Naimisissa olevien koettu terveys oli 1990-luvun lopulla keskimääräistä parempi ja eronneiden huonompi kuin muiden siviilisäätiryhmien. Työttömien kuolleisuus ja sairastavuus on keskimääräistä suurempaa, ja siksi korkeana säilyvä työttömyys on myös merkittävä kansanterveydellinen uhka. Etenkin nuorten pitkäaikaistyöttömyys johtaa helposti yleisempään syrjäytymiseen ja siitä seuraaviin terveysongelmiin.

Suomen väestö on ollut viime aikoihin asti poikkeuksellisen yhtenäinen. Merkittävin etninen vähemmistö on ollut maamme ruotsinkielinen väestö, jonka terveys on osoittautunut olevan jonkin verran keskimääräistä parempi. Erityisesti miesten väliset erot näkyvät kaikissa ikäryhmissä. Ruotsinkielisten miesten kuolleisuus on noin 20 prosenttia pienempi kuin suomenkielisten, mikä johtuu suomenkielisten miesten sydän- ja verisuonitautien sekä tapaturmien ja väkivallan yleisyydestä.

Maahanmuutto on tuonut maahamme muitakin etnisiä vähemmistöjä, joiden terveydelle muun muassa poikkeuksellisen suuri työttömyys asettaa merkittävän uhan. Suomessa asuvien ulkomaalaisten määrä kasvoi 1990-luvun aikana 25 000:sta 90 000:een. Heidän terveytensä vaihtelusta on toistaiseksi vähän tietoa.

13.2 Ruokatottumukset parantuneet, arkiliikunta vähentynyt

Lihominen on yleistynyt siitä huolimatta, että väestön ruokatottumukset ovat pääsääntöisesti muuttuneet hyvään suuntaan. Viimeksi kuluneiden 30 vuoden aikana suomalaisten keskimääräinen ruokavalio on monipuolistunut ja kovien eläinrasvojen kulutus laskenut. Vähärasvaiset maitotuotteet ovat vallanneet markkinat rasvaisemmilta, ja hedelmien ja vihannesten kulutus on lisääntynyt 2–3-kertaiseksi. Kuitenkin esimerkiksi alkoholin ja muiden energiapiitoisten juomien kulutus on noussut selvästi.

Ruokatottumusten positiivisen kehityksen rinnalla arkiliikunta on kuitenkin vähentynyt ja sen myötä energian saannin ja kulutuksen suhde on muuttunut epäedulliseen suuntaan.

■ Ruokavalinnoissa selviä muutoksia

Kansanterveyslaitos on tarkastellut suomalaisten ruoankulutuksen muutoksia ns. ravintotaseiden avulla 30 vuoden aikajäniteellä. Kun 1950-luvulla peruna ja vilja olivat yleisimmät ruoka-aineryhmät, vuosituhanen vaihteessa kärjessä olivat marjat ja hedelmät. Perunaa syödään nykyisin murtoosa 1950-luvun määristä, mutta keitetty peruna on edelleenkin yleisin pääruuan kanssa nautittava lisuke.

Viljan vuosittainen kulutus oli vuosituhanen vaihteessa 10 kiloa pienempi kuin 1960-luvulla henkilöä kohden lasketuna. Ruista syödään erityisesti Itä-Suomessa, ja se on yleensä vanhempien ikäluokkien suosiossa. Sen sijaan vaaleat ruokaleivät ovat suosituimpia Etelä-Suomessa ja nuorten keskuudessa.

Lihan kulutuksen kasvuun vaikuttaa erityisesti broilerin suuri suosio, joka on kasvanut tasaisesti. Broilerin kulutus oli vuosituhanen päättyessä jo lähes viidennes kaikista lihalaaduista. Kalan osuus ruokavaliossa on pysynyt yhä vähäisenä, eikä se vastaa kansallisten ruokavaliosuositusten määriä.

Kasvisten käyttö on lisääntynyt voimakkaasti viime vuosikymmeninä, mutta suotuisasta kehityksestä huolimatta kasvisten päivittäiskäyttäjien osuus on varsin pieni nuorten ja nuorten aikuisten joukossa. Tomaatti, kurkku ja salaatti ovat suosituimmat kasvikset. Hedelmistä suosituimpia ovat appelsiini, omena ja banaani.

Nestemäisten maitovalmisteiden kokonaiskulutus on ollut pitkään laskusuunnassa. Täysmaidon käyttö on romahtanut, kevytmaito on säilyttänyt suosikkiasemansa 1970-luvulta lähtien ja on erityisesti miesten ja poikien suosima laatu. Rasvattoman maidon suosio on kuitenkin lisääntynyt koko ajan, ja se on etenkin naisten ja tyttöjen valinta. Muista maitotuotteista juuston ja jogurtin kulutus on kasvanut, viimeksi mainitun moninkertaistunut 1960-lukuun verrattuna.

Rasvan saannin osalta kehitys on mennyt myönteisempään suuntaan sekä rasvan määrän että laadun suhteen. Rasvan saantia on pystytty karsimaan erityisesti tyydyttyneen rasvan kustannuksella. Voi on menettänyt suosiotaan, kun taas margariinien sekä rasvaseosten osuus on vastaavasti kasvanut. Myös kasviöljyn käyttö ruoanvalmistuksessa on yleistynyt ja erityisesti nuoret ovat omaksuneet sen käytön.

Virvoitusjuomien, mehujen ja alkoholin kulutus on kasvanut. Selvimmin on lisääntynyt oluen suosio, olutta juodaan nyt yli kaksi

kertaa enemmän kuin 30 vuotta sitten. Ruokatottumuksia ja -käytäntöjä ovat muuttaneet merkittävästi myös pikaruokaketjujen voimakas esiinmarssi, kasvisruokavalioiden yleistyminen sekä erilaisista allergioista ja sairauksista johtuneet ruoka-ainerojitukset.

Suomen Gallupin Keittiö 2001 -tutkimuksen mukaan kotiruoka ja vanhat suosikkiruuat ovat vielä voimissaan, joskin ne kilpailevat hampurilaisten ohella pizzan ja broilerin kanssa.

■ Autoistuminen, TV ja PC syinä arkiliikunnan vähenemiseen

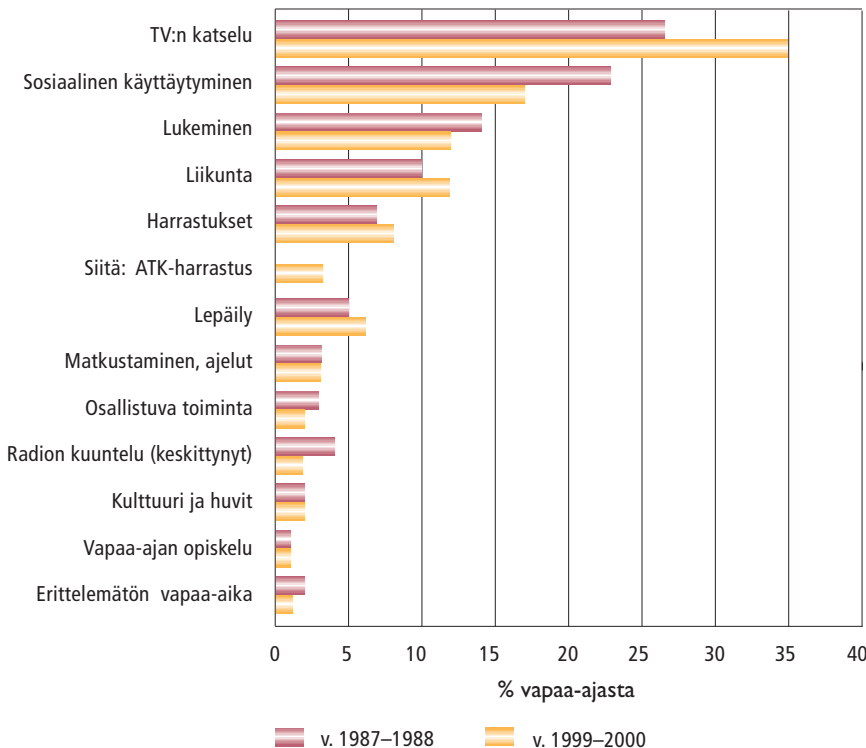
Eri tutkimusten mukaan suomalaisten vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt lievästi,

mutta arkiliikunnan osuus on monista syistä vähentynyt. Erityisesti tähän ovat vaikuttaneet työn keveneminen, autoistuminen, television katselun lisääntyminen ja yhteiskunnan tietokoneistuminen.

Autojen määrän kasvu ja autoilun lisääntyminen liittyvät liikenne- ja viestintäministeriön selvitysten mukaan enemmän perhetilanteeseen kuin asuinpaikan sijaintiin. Erityisesti lasten syntyminen lisää perheissä yksityisautoiluun siirtymistä. Kouluikäisten lasten perheisiin hankitaan usein ns. kakkosauto, jota tarvitaan muun muassa lasten harrastusten vuoksi.

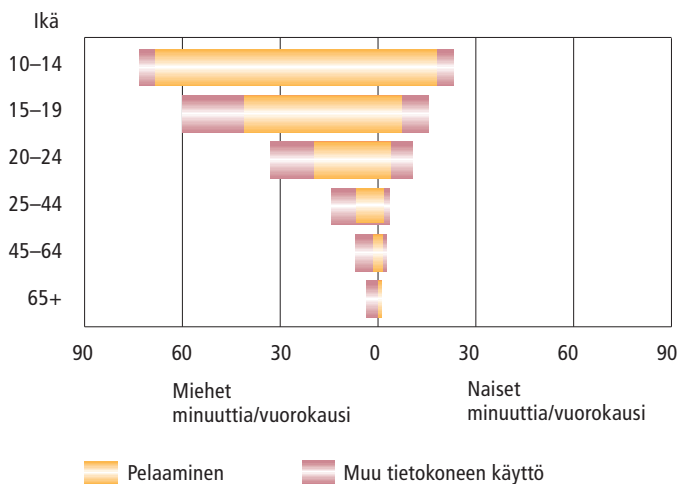
Samojen selvitysten perusteella miehet käyttävät autoa työmatkoihinsa ja muuhun liikkumiseensa selvästi enemmän kuin naiset. Henkilöauton kuljettajina tehdyistä

Vapaa-ajan jakautuminen käyttötavan mukaan vuosina 1987–1988 ja 1999–2000



Lähde: Tilastokeskus

Tietokoneen parissa vietetty aika sukupuolen mukaan ikäryhmittäin vuosina 1999–2000



Lähde: Tilastokeskus

matkoista lähes puolet (43 prosenttia) on alle viiden kilometrin pituisia.

Television katselu on Tilastokeskuksen ajankäyttötutkimuksen (2001) mukaan edelleenkin suomalaisten suosituin vapaa-ajan harrastus. Viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana TV:n katselu on lisääntynyt niin, että se vie jo yli kolmanneksen väestön vapaa-ajasta. Suomalaiset käyttävät television katseluun keskimäärin yli 2,5 tuntia päivässä.

Kolmas arkiliikunnan vähenemiseen merkittävästi vaikuttava tekijä on työ- ja koulumaailman tietokoneistuminen sekä kotitietokoneiden yleistyminen. Tilastokeskuksen ajankäyttötutkimuksen tulokset

kertovat, että vajaalla puolella suomalaisista on tietokone kotona. Yli puolella tietokoneen omistajista on myös internet-yhteys.

Vuosina 1987–1988 tietokoneen ääressä vietetyn vapaa-ajan osuus oli alle prosentin. Kymmenen vuotta myöhemmin, 1999–2000 se oli noussut kolmeen prosenttiin. Keskimäärin tietokonetta käytetään vapaa-aikana 1,5 tuntia vuorokaudessa. Suurin käyttäjäryhmä ovat alle 25-vuotiaat, ja 10–14-vuotiaat viettävät tietokoneen ääressä jopa 10 prosenttia vapaa-ajastaan. Valtaosa tietokoneen käytöstä vapaa-aikana on pelien pelaamista. Aikuisten tietokoneen käyttö vapaa-aikana on vähäisempää kuin lasten.

13.3 Elintapamuutosten tukeminen

Omat päivittäiset päätökset vaikuttavat sydämen ja verisuonten hyvinvointiin enemmän kuin arvataankaan. Lisäksi tiedetään, että mitä paremmin sydän ja verisuonet voivat, sitä vireämmin aivot toimivat. Hyvä terveys takaa toimintakyvyn, ja siihen voidaan vaikuttaa ravinnon, säännöllisen liikunnan ja tupakoimattomuuden avulla. Oikeat päivittäiset ravintovalinnat ja liikuntakäyttäytyminen vaikuttavat edullisesti veren kolesteroliin, verenpaineeseen ja painohallintaan.

Elintapamuutosten aikaansaaminen ei ole pelkästään kiinni tiedon määrästä tai oikeellisuudesta. Elintapojen perusta luodaan jo lapsuudessa, ja perhetausta sekä sosiaaliryhmä vaikuttavat paljon terveyskäyttäytymiseen. Paremmin koulutetun väestön elintavat ovat yleensä lähempänä suosituksia kuin vähemmän koulutetun väestön. Terveysviestit ja tarjolla oleva toiminta terveyden edistämiseksi eivät kohtaa tai puhuttele sitä noin 10–20 prosentin väestönosaa, joka psykososiaalisen taustansa perusteella kuuluu suuren vaaran ryhmään.

Elintapojen muuttaminen on pitkä prosessi, joka alkaa ongelman ja sen merkityksen tiedostamisesta. Virikkeenä voi olla lähiomaisen tai tuttavan sairastuminen tai seulontatarkastuksen tulos. Elintapojen muuttaminen edellyttää tiedon sisäistämistä ja ymmärtämistä. Muutoksen perustana ovat omat voimavarat ja oma halukkuus muutosten tekemiseen, ja sitä kautta toimivien ratkaisujen etsiminen.

Terveysthuoltohenkilökunta voi ohjata ja antaa henkilökohtaista tukea muutosprosessin aikana. Tärkeää on moniammatillisuus ja se, että annettu tieto on yhdensuuntaista. Ryhmässä annettu tieto täydentää yksilöohjausta. Lisähyötyä tulee

koettujen onnistumisten ja epäonnistumisten jakamisesta ryhmässä. Ohjauksella tuetaan ihmisten pyrkimyksiä edistää omaa tilannettaan käytettävissä olevin keinoin empowerment-filosofian mukaisesti. Terveysthuollon henkilökunnan rooli on olla enemmän valmentajana ja muutoksen tuki-jana kuin ohjeitten määrääjänä. Henkilö itse etsii silloin ratkaisuja asiantuntijan tuella.

Terveyspsykologian mallit voivat toimia työkaluina. Nykyisin tunnetuimmat ja tutkituimmat mallit ovat suunnitellun käyttäytymisen teoria ja muutosvaihemalli, joka on osa Prochaskan transteoreettista mallia.

■ Elintavan muuttumisen taustalla on ajattelun muutos

Elintavan tietoinen muuttaminen ei ole yksittäiseen päätökseen perustuva teko. Elintapamuutoksen tavoittelu ja muutosprosessin käynnistyminen edellyttävät muutoksia ajattelussa sekä suhtautumisessa omiin tottumuksiin. Suunnitellun käyttäytymisen mallissa aikomus muuttaa tottumuksia edellyttää riittävän suotuisia asenteita, voittopuolisesti myönteisiä odotuksia ja pystyvyyttä eli ajatusta siitä, että juuri minun on mahdollista toteuttaa muutos omassa elämäntilanteessani. Lisäksi läheisten ihmisten suhtautumisella sekä odotuksilla ja normeilla voi olla merkitystä. Muuttunut ajattelu voi johtaa toiminnan muuttamiseen, mikä taas voi tuottaa myönteisiä lääketieteen keinoilla todennettavia biologisia muutoksia. Ajatteluun liittyvien muutosten taustalla on muutos omassa elämäntilanteessa tai jonkin sairauden oireet tai sairauden uhka. Omat ja muiden kokemukset ja toisten

antama malli vaikuttavat ajatteluamme. Tieto tottumusten terveydellisestä merkityksestä on tärkeä muutoksen käynnistämiseksi, mutta se ei riitä muutoksen toteuttamiseen tai ylläpitämiseen. Keskeisintä ohjauksessa on tutustua ohjattavien omiin käsityksiin, ajatuksiin ja kokemuksiin sekä avoimia kysymyksiä esittämällä herättää mielenkiinto ja oma ajattelu. Alussa on tärkeää kartoittaa nykytilanne ja eritellä siitä ensin hyvät asiat. Sen jälkeen johdatetaan keskustelu siihen, miten elintapoja voisi korjata.

■ Tukea ja ohjausta vaihe vaiheelta

Tottumuksen omaksumisen prosessi etenee erillisten muutosvaiheiden kautta, joiden aikana tarvitaan erilaista ohjausta. Muutosvaiheet seuraavat toisiaan loogisesti, eikä niiden yli voi siirtyä. Muutos vaatii aikaa, pohtimista ja kokeiluja sekä kokemusten hankkimista yritysten kautta.

Esiharkintavaiheessa henkilö ei tiedosta muutoksen tarvetta tai pitää muutoksen toteuttamista liian vaativana. Esiharkinnasta harkintaan siirtyminen voi johtua elämäntilanteen muuttumisesta, sairauden oireista tai sen uhasta tai uusimmasta tiedosta.

Harkintavaiheessa henkilö selvittää ohjajan avulla itselleen

- ★ millaisesta muutoksesta on kysymys
- ★ mitä muutokseen tarvitaan
- ★ mitä hyötyä ja haittaa muutoksesta on
- ★ miten haittoja voisi rajoittaa ja miten niitten kanssa voisi tulla toimeen.

Harkintavaihe on hyvä käydä läpi mahdollisimman tarkkaan ja avoimesti. Muutoksen toteutumisen ja pysyvyyden kannalta on tärkeää ennakoita tulevat hankaluudet, vaurautua niihin ja käsitellä hankaluuksia avoi-

mesti myös jatkossa. Epäonnistumiset kuuluvat asiaan.

Aloitteluvaiheessa käynnistetään muutoksen konkreettinen valmistelu sekä keskustellaan tehdyistä muutoksista ja niistä kerittyneistä kokemuksista. Tämän perusteella valmisteluja hiotaan tavallista arkista hyvinvointia tukevaksi.

Ylläpito-vaiheessa tottumuksen muutos on jo tapahtunut, mutta sen ylläpito vaatii vielä huomiota ja seurantaa ja ehkä uuden tottumuksen hiomistakin. Alttius palata aikaisempaan tottumukseen on vielä suuri. Kun uusi tottumus säilyy ilman erityistä ponnistelua ja seurantaa, on kysymys vakiintuneesta tavasta. Aikuisiässä tehtyjen elintapamuutosten menestyksellinen ylläpito edellyttää usein jatkuvaa ja tietoista työskentelyä.

Muutosvaihemallissa repsahdukset ovat osa oppimista. Ne ovat paluuta aikaisempaan vaiheeseen. Kokeilu ja harjoittelu ovat olennainen osa oppimista. Muutoksen alkaminen ei tarkoita suoraviivaista etenemistä, vaan prosessi voi missä vaiheessa tahansa pysähtyä ja palautua taaksepäin. Voi käydä myös niin, että henkilö mieltää tehneensä muutoksia, vaikka mitään oleellista muutosta ei olisi tapahtunutkaan. Mielikuva ei siis vastaa todellisuutta.

Muutosvaihemalli korostaa kahta keskeistä tukemisen periaatetta. Tuen ja ohjauksen tulee olla pitkäaikaista, ja tuen täytyy muuttua muutoksen etenemisen myötä vaihe vaiheelta eli olla yksilöllistä ja tilanteenmukaista.

■ Muutoksen esteet

Muutosyritys voi kaatua siihen, että yritetään liian suurta muutosta kertarysäyksellä tai liian monta samanaikaista muutosta

yhtaikaa. Onnistumisen todennäköisyyttä lisää keskittyminen yhteen selkeään henkilön itse valitsemaan muutokseen kerrallaan. Muutos vaatii voimavaroja, joita ei kannata hajoittaa turhan monelle taholle. Kokemus onnistuneesta muutoksesta tukee seuraavia muutoksia. Suomalaisessa menestyksellisessä tyypin 2 diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa (DPS) korostettiin useiden elintapamuutosten yhteisvaikutusta, mutta siinäkin tehostettu neuvonta toteutettiin vaiheittain aloittaen syömisestä ja edeten myöhemmin liikuntatottumuksiin.

Tottumusten menestyksellinen muuttaminen kannattaa aloittaa arvioimalla henkilön elämäntilanne ja selvittämällä, onko hänellä juuri nyt riittävästi voimavaroja muutoksen tavoitteluun. On selvittettävä myös, kuinka paljon hän on valmis panostamaan voimavaroja muutoksen aikaansaamiseksi. Esimerkiksi masennuksen hoitaminen tai ylenmääräisen stressin vähentäminen voivat vahvistaa yleisiä voimavaroja. Henkilöllä pitää olla riittävästi lepoa ja mahdollisuus latautua ennen kuin hän kykenee irrottamaan voimavaroja elintapamuutokseen. Jatkuvasti kuormittuneelle henkilölle nautintoaineet, kuten tupakka ja alkoholi, tai ylenmääräinen syöminen ovat helppoja irrottautumisen ja lohdun lähteitä.

Oikeastaan elintapamuutos on yksittäisen tottumuksen tietoista muuttamista, ei elämäntavan muuttamisesta. Joskus vasta elämäntavan hahmottamisen ja sen tietoisuuden muuttamisen jälkeen elintapamuutoskin voi toteutua. Muutokset harkitsee ja toteuttaa yksilö itse, ei hoitohenkilökunta. Hoitohenkilökunnalla on kuitenkin keskeinen merkitys muutoksen tukijana sen eri vaiheissa, kertyvän kokemuksen käsittelyssä ja kannustajana – eikä pelkästään muutoksen tarpeellisuuden osoittajana.

Ohjattavan omaan tilanteeseen ja voimavaroihin perustuva ohjaus luo tiiviin ja avoimen yhteistyön ohjattavan ja ohjaajan välille. Kysymys ei ole ohjeiden antamisesta ja noudattamisesta, vaan avoimesta tilanteesta, jossa etsitään ratkaisuja yhdessä.

■ Muutoksen tukeminen on vaativaa työtä

Pitkäaikainen ja ohjattavan henkilön itsensä toteuttaman muutoksen tukeminen on vaativa tehtävä, johon useimpien ammattiryhmien peruskoulutus on antanut vain rajalliset valmiudet. Siksi henkilökunnan motivaatio tehtävään voi olla huono, mikä heijastuu ohjattaviin ja heikentää lopputulosta. Organisaatiossa ei välttämättä ymmärretä työn luonnetta, sen arvostus ja tuki voivat olla heikot ja annetut resurssit riittämättömiä. Ohjauksessa ei siis ole kysymys pelkästä tiedon jakamisesta, vaan jostakin paljon vaativammasta. Ohjauksen toteuttaminen vaatii koulutusta, suunnittelua, aikaa ja soveltuvat puitteet.

On tärkeää tiedostaa, että elintapamuutosten tukeminen on koko paikallisen hoitotiimin ja myös apteekit mukaan lukien kaikkien terveydenhuoltosektorilla toimivien tehtävä. Käytännön ohjaus jää useimmiten hoitajan harteille, mutta ohjaukseen on saatava lääkärin ja kaikkien muitten ammattiryhmien, kuten fysio- ja ravitsemusterapeuttien ja psykologien, tuki. Lääkärin rooli voi olla konsultoiva, ja työtiimeissä on sovittava yhteisesti, milloin henkilö ohjataan lääkärin arvioon esimerkiksi riskitekijöiden lääkehoitoa varten. Kaikkien ohjaukseen osallistuvien on jaettava yhdenmukainen käsitys ohjauksen merkityksestä, menetelmistä ja sisällöstä. Ohjaus on mielletty aikaisemmin tehottomaksi, mutta nyt kontrolloitujen diabetek-

sen ehkäisy tutkimusten antamat tulokset osoittavat kiistattomat hyödyt. Hyvät tulokset edellyttävät riittäviä resursseja ja sekä yksilö- että ryhmäohjauksen soveltamista.

Elintapaohjauksessa yksilöohjausta

tulee täydentää ryhmäohjauksella, tai ainakin siihen tulee tarjota mahdollisuus. Toiminnan vaikuttavuuden kannalta merkitsevät paljon etenkin ryhmän antama tuki ja yksittäisistä kokemuksista kertyvä yhteinen tieto.

13.4 Pieni päätös päivässä -projekti

Sydänliiton ja Diabetesliiton laajan yhteistyön yhtenä konkreettisena muotona on kolmivuotinen Pieni päätös päivässä -projekti (2000–2003), jonka lähtökohtana on tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden, ylipainon ja metabolisen oireyhtymän ehkäisy. Lähtökohtina ovat Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi sekä Diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämisohjelma, Dehko.

Raha-automaattiyhdistyksen tukema Pieni päätös päivässä -projekti käsittää kaksi toiminnallista kokonaisuutta. Ensimmäinen on laihduttamisen ja painonhallinnan ryhmätoimintamalli terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön ja siihen liittyvä ohjaajien koulutus. Toimintamallin kehittämisessä Kansaneläkelaitoksen tutkimusosasto on järjestöjen virallinen yhteistyökumppani.

Toinen kokonaisuus perustuu Sydänliiton kokemuksiin ITE-vertaisryhmätoiminnasta, jonka on todettu tukevan ihmisiä elintapamuutosten teossa. Edellä mainittuihin toimintakokonaisuuksiin Diabetesliitto ja Sydänliitto tuottavat ohjaajakoulutuksen lisäksi ryhmän ohjaajan tukimateriaalia ja asiakasmateriaalia. Koulutukseen ja aineistoon on otettu mukaan uusin tieto metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisystä, lihavuuden hoidosta, syömis- ja liikuntakäytännön muuttamisesta sekä ryhmäohjauksen hyödyntämisestä.

■ Painonhallintaryhmien ohjaajakoulutus

Ohjaajakoulutusmallin toimivuutta testattiin yhteensä kymmenellä pilottikurssilla, joista kaksi ensimmäistä järjestettiin vuo-

den 2001 lopulla ja loput vuoden 2002 aikana.

Jokaiseen ohjaajakurssiin liittyy arviointi, ja mallin antamien eväiden toimivuutta käytännössä arvioidaan Kuopion yliopiston pro gradu -työnä Siilinjärven terveyskeskuksessa. Kela on yhteistyökumppanina kurssimateriaalin kehittämisessä.

Kehittämistyön päämääränä on pysyvä ohjaajakoulutus, jonka työvälineenä on ryhmätoimintamalli. Pitkän ajan tavoitteena on luoda ohjaajaverkosto, jonka täydennuskoulutuksesta ja työssä oppimisesta huolehditaan internetin ja työnohjauspäivien avulla.

Koulutus on suunnattu hoitajille, ravitsemusterapeuteille, fysioterapeuteille ja liikunnanohjaajille, jotka työssään tapaavat ylipainoisia ihmisiä. Uuden koulutusmallin ovat rakentaneet Sydänliiton ja Diabetesliiton ravitsemuksen, liikunnan ja psykologian asiantuntijat.

■ Ohjaajakoulutuksen elementit

Terveydenhuollon ravitsemus- ja painonhallintatoiminnoissa ollaan entistä enemmän siirtymässä ryhmäohjaukseen. Ryhmissä ihmiset saavat tiedon lisäksi vertaistukea elämäntapamuutosten omaksumisessa. Yksilöohjaus on edelleenkin tarpeellista silloin, kun asiakas ei syystä tai toisesta halua tai sopeudu ryhmäopetukseen.

Sekä ryhmässä että yksilöllisesti tapahtuva painonhallinnan ohjaus poikkeaa selvästi perinteisestä hoitotyöstä. Lihavuutta ei voida parantaa, vaan ylipainoinen henkilö on ohjattava itse auttamaan itseään. Parhaat tulokset painonhallinnassa saadaan monipuolisilla, riittävän pitkillä ohjelmilla.

Ohjaustyössä tarvitaan erilaisia keinoja, jotka tuottavat asiakkaalle omien oivalusten kautta uusia näkökulmia. Uudessa ryhmäohjaajan koulutuksessa painotetaan erityisesti psykologista, valmentavaa otetta ohjauksessa ja kokemuksellista oppimista.

Koulutuksen sisältö koostuu neljästä osa-alueesta:

1. Lääketieteellinen perusta

- lääketieteelliset perusfaktat metabolisesta oireyhtymästä
- painonhallinta ja elintapamuutokset (ravitsemus/liikunta)
- lääkehoito

2. Painonhallinnan perusta

- painonhallinnan merkitys
- omien ruokatottumusten reflektointi
- ruokavalion laadulliset/määrälliset muutokset

3. Liikunnan perusta

- liikunnan fyysinen ja psyykinen merkitys elämänlaadun kohentajana
- motivoiva aloittaminen
- liikunnan "annostelu"

4. Ryhmäohjauksen perusta

- valmentava ote ryhmäohjaukseen
- ryhmädynamiikan hyödyntäminen
- ohjaajan rooli ja tehtävät
- ryhmämallinen läpikäyminen

Painonhallintaryhmissä oppiminen tapahtuu oman harkinnan ja ratkaisukeskeisyyden kautta, ja siksi ohjaamista opiskelevat-

kin tutkivat ja pohtivat omia ruoka- ja liikuntatottumuksiaan. Liikuntaa opiskellaan omakohtaisten liike- ja liikuntakokemusten kautta.

Koulutus koostuu lähikoulutuksesta ja etätyöskentelystä:

- ✦ lähijakso 3 päivää
- ✦ etätyöskentely 4–5 viikkoa
- ✦ lähijakso 2 päivää
- ✦ työnohjaus halukkaille, kun oma ryhmä on aloittanut toiminnan (2–6 kuukauden kuluttua).

■ ITE-vertaistukiryhmät

ITE-ryhmät ovat elintapojen remonttiryhmä ihmislle, jotka haluavat pudottaa painoaan sekä alentaa kohonneita kolesterolia, verenpaine- ja verensokeriarvojaan tai ehkäistä niiden kohoamista. ITE-ryhmä sopii jokaiselle, joka haluaa edistää omaa terveyttään. Erityisesti ryhmä sopii niille, joilla on suuri vaara sairastua tai jotka jo ovat sairastuneet sydän- ja verisuonisairauksiin tai tyyppin 2 diabetekseen. Diabetesliitto ja Sydänliitto organisoivat ITE-ryhmätöimintää diabetes- ja sydänyhdistysten sekä muiden yhteistyötahojen kanssa.

ITE-ryhmissä keskitytään vain elintapamuutoksiin, kuten ruokavalioon ja liikuntaan. Lääke- tai muitakaan hoitoja ryhmässä ei käsitellä ilman, että paikalla on sitä varten kutsuttu asiantuntija. ITE-ryhmien ohjaajaksi ei tarvita terveydenhuollon ammattilaista, vaan ohjaaja on maallikko, yksi ryhmäläisistä. Diabetesliitto ja Sydänliitto (sydänpiirit) järjestävät ohjaajien koulutusta.

pieni päätös päivässä

13.5 Tyypin 2 diabeteksen riskitesti

Tyypin 2 diabetesriskin seulontaan (korkean riskin strategia) käytetään Kansanterveyslaitoksessa vuonna 2001 Dehko-yhteistyöprojektina kehitettyä tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomaketta.

Riskitestilomake sisältää kahdeksan pisteytettyä kysymystä, ja yhteenlasketut pisteet kertovat, miten todennäköistä on sairastua tyypin 2 diabetekseen seuraavan kymmenen vuoden aikana. Lomakkeen kääntöpuolella vastaajalle kerrotaan lyhyesti, mitä hän voi itse tehdä sairastumisvaaran pienentämiseksi ja milloin hänen on syytä hakeutua neuvontaan ja tarkempiin tutkimuksiin. Testi on helppo tehdä muutamassa minuutissa omatoimisesti esimerkiksi internetissä (www.diabetes.fi), apteekkeissa tai erilaisten yleisökampanjoiden yhteydessä. Lomakkeita on saatavana Diabetesliitosta sekä suomeksi että ruotsiksi.

■ Riskitesti perustuu FINRISKI-väestötutkimuksiin

Riskitesti perustuu FINRISKI-87 ja FINRISKI-92 -tutkimuksista poimittuun, suo-

malaisväestöä hyvin edustavaan satunnaisotantaan. Näiden henkilöiden diabetessairastuvuutta seurattiin Kansaneläkelaitoksen erityiskorvattavien lääkkeiden rekisterin ja sairaaloiden hoitorekisterin avulla vuoden 1997 loppuun.

Testin muuttujiksi valittiin seitsemän diabetesriskiin selvästi vaikuttavaa tekijää: ikä, painoindeksi, vyötärönympäryys, verenpainelääkkeiden käyttö, aikaisempi kohonnut verensokerin esiintyminen, päivittäisen liikuntasuosituksen täyttyminen sekä vihannesten ja hedelmien päivittäinen käyttö. Rasvan käytön selvittäminen yhdellä kysymyksellä osoittautui mahdottomaksi, ja se jätettiin sen vuoksi pois. Muuttujat pisteytettiin riskisuhteen perusteella, jolloin kokonaispistemäärä on 0–21. Lopulliseen riskitestiin otettiin muiden tutkimusten perusteella mukaan myös sukulaisilla todettu diabetes, jolloin testin maksimipistemäärä on 26.

Todennäköisyys diabetekseen sairastumiseen on sitä suurempi, mitä korkeamman pistemäärän lomakkeen täyttävä henkilö saa.

| Riskitestissä saatu pistemäärä | Sairastumisriski |
|--------------------------------|--|
| Alle 7 | Pieni (arviolta yksi sadasta sairastuu) |
| 7–11 | Jonkin verran lisääntynyt (arviolta yksi 25:sta sairastuu) |
| 12–14 | Kohtalainen (arviolta joka kuudes sairastuu) |
| 15–20 | Suuri (arviolta joka kolmas sairastuu) |
| Yli 20 | Hyvin suuri (arviolta puolet sairastuu) |

TYYPIN 2 DIABETEKSEN SAIRASTUMISRISKIN ARVIOINTILOMAKE

Rengasta oikea vaihtoehto ja laske pisteet yhteen.

1. Ikä

- 0 p. Alle 45 v.
2 p. 45 – 54 v.
3 p. 55 – 64 v.
4 p. Yli 64 v.

2. Painoindeksi

(katso taulukosta kääntöpuolelta)

- 0 p. Alle 25 kg/m²
1 p. 25 – 30 kg/m²
3 p. Yli 30 kg/m²

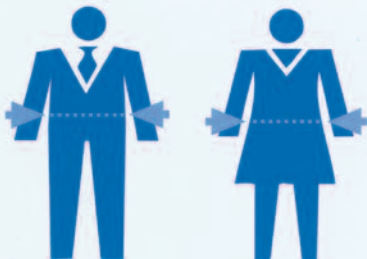
3. Vyötärön ympäryys mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yleensä navan kohdalta)

MIEHET

- 0 p. Alle 94 cm
3 p. 94 – 102 cm
4 p. Yli 102 cm

NAISET

- Alle 80 cm
80 – 88 cm
Yli 88 cm



4. Sisältyykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla ns. arkiliikunta mukaan lukien?

- 0 p. Kyllä
2 p. Ei

5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?

- 0 p. Päivittäin
1 p. Harvemmin kuin joka päivä

6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä?

- 0 p. En
2 p. Kyllä

7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla (esim. terveystarkastuksessa, jonkin sairauden yhteydessä, raskauden aikana)?

- 0 p. Ei
5 p. Kyllä

8. Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaisillasi todettu diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?

- 0 p. Ei
3 p. Kyllä: isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai serkuilla (mutta ei omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai lapsilla)
5 p. Kyllä: vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla

Riskipisteitä yhteensä

Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on

- alle 7 Pieni: arviolta yksi sadasta sairastuu
7 – 11 Jonkin verran lisääntynyt: arviolta yksi 25:stä sairastuu
12 – 14 Kohtalainen: arviolta joka kuudes sairastuu
15 – 20 Suuri: arviolta joka kolmas sairastuu
yli 20 Hyvin suuri: arviolta puolet sairastuu





MITÄ VOIT TEHDÄ SAIRASTUMISRISKIN PIENENTÄMISEKSI?

Et voi vaikuttaa ikääsi, etkä perinnölliseen alttiuteen. Sen sijaan muut diabetekselle altistavat tekijät: liikapaino, vatsakkuus, vähäinen liikunta, ruokatottumukset ja tupakointi ovat omia valintojasi. Elämäntapoihisi liittyvillä valinnoilla voit joko kokonaan ehkäistä tai ainakin siirtää tyypin 2 diabetesta mahdollisimman myöhäisiin vuosiin.

Jos suvussasi on diabetesta, ole erityisen tarkka siinä, että painosi ei pääse vuosien mittaan nousemaan. Erityisesti vyötärönmitan kasvaminen merkitsee riskin lisääntymistä. Kohtuullinen ja säännöllinen liikunta laskee diabetesriskiä. Kiinnitä huomiota myös ruokavalioosi: nauti päivittäin runsaasti kuitupitoisia viljatuotteita ja kasviksia. Jätä pois

ylimääräiset kovat rasvat ja suosi pehmeitä kasvirasvoja.

Tyypin 2 diabetes ei alkuvaiheessa yleensä aiheuta mitään oireita. Jos sait testissä 12 – 14 pistettä, sinun kannattaa vakavasti pohtia liikunta- ja ruokatottumuksiasi ja kiinnittää huomiota painoosi estääksesi diabeteksen kehittymistä. Ota yhteyttä terveydenhoitajaan tai omalääkäriin lisä-neuvoja ja tutkimuksia varten.

Jos sait testissä 15 pistettä tai enemmän, käy mittauttamassa verensokerisi - sekä paastoarvo että sokerirasituksen tai aterian jälkeinen arvo - mahdollisen oireettoman diabeteksen toteamiseksi.

PAINOINDEKSI

Normaalipainon arvioinnissa käytetään painoindeksiä, joka lasketaan siten, että paino jaetaan pituuden neliöllä. Esimerkki: jos pituutta on 165 cm ja painoa 70 kg, on painoindeksi

$$\frac{\text{Paino (kg)}}{\text{Pituus (m)}^2} = \frac{70}{1,65 \times 1,65} = 25,7$$

Kun painoindeksi on 25–30, laihduttamisesta on hyötyä, ja erityisesti kannattaa huolehtia, ettei paino ainakaan nouse. Kun painoindeksi on yli 30, lihavuuden terveydelliset haitat alkavat selvästi lisääntyä ja laihduttaminen on tärkeää.

PAINOINDEKSITAULUKKO

| Pituus (cm) | 50 | 52 | 54 | 56 | 58 | 60 | 62 | 64 | 66 | 68 | 70 | 72 | 74 | 76 | 78 | 80 | 82 | 84 | 86 | 88 | 90 | 92 | 94 | 96 | 98 | 100 | 102 | 104 | 106 | 108 | 110 | 112 | 114 | 116 | 118 | 120 | 122 | 124 | 126 | 128 | 130 | 132 | 134 | 136 | | | |
|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 2000 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 198 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 196 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 194 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 192 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 190 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 188 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 186 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 184 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 182 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 180 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 178 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 176 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 174 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 172 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 170 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 168 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 166 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 164 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 162 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 160 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 158 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | |
| 156 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | |
| 154 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | |
| 152 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 |

Paino (kg) ←

normaalipaino lievä lihavuus merkittävä lihavuus vaikea lihavuus sairallinen lihavuus

13.6 Liikkumisresepti

Terveydenhuollossa annettavan liikuntaneuvonnan tueksi on kehitetty liikkumisresepti, jonka tarkoitus on kannustaa lääkäreitä aktiivisempaan potilasohjaukseen ja antaa heidän potilailleen konkreettiset ohjeet käteen. Hankkeen toteuttaminen on tapahtunut Suomen Reumaliiton johdolla, ja siihen ovat osallistuneet Lääkäriliitto, Sydänliitto, UKK-instituutti, Kunnossa kaiken ikää -ohjelma ja Jyväskylän yliopisto. Liikkumisreseptiä on kokeiltu terveyskeskuksissa kaksivaiheisen pilottijakson avulla. Liikkumisresepti ja siihen liittyvät neuvonta- ja toimintamallit julkistettiin helmikuussa 2002.

■ Miksi resepti?

Säännöllisellä fyysisellä aktiivisuudella, toteutuupa se arkisena hyötyliikuntana tai kunnan ja virkistykseen vuoksi harrastettuna liikuntana, on suuri merkitys monien sairauksien ehkäisyssä, eräiden sairauksien hoidossa sekä ikääntyvien toimintakyvyn ylläpidossa. Näiden vaikutusten osalta liikunnasta on vakuuttava tieteellinen näyttö, minkä vuoksi ihmisten säännöllisen fyysisen aktiivisuuden lisääminen ja ylläpito on myös terveydenhuollon kannalta perusteltua.

Liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden edistämiseen tarvitaan laaja-alaista toimintaa ja monien tahojen yhteistyötä (Terveysliikunnan paikalliset suositukset, STM 2000). Väestö arvostaa lääkäreiden tietämystä, ja omassa vastaanottotyössään lääkärit tapaavat jatkuvasti ihmisiä, joilla liikunnan lisääminen tai aikaisemman liikunnan ylläpitäminen olisi hyvin perusteltua. On siis tärkeää, että lääkärit ottavat kantaa potilaitensa liikumisen tarpeeseen ja määrään.

Jokaisella lääkärillä lienee kokemuksia siitä, että elintapoja koskeva perusteellinen neuvonta ei välttämättä ole tuottanut tavoiteltuja tuloksia potilaan elintavoissa.

Moni voikin kysyä, kuinka siis toteuttaa tuloksellisesti lyhyen vastaanottoajan puitteissa niinkin monipuolista elämäntapaa kuin liikumista koskevaa neuvontaa.

Yhdysvalloissa (Calfas ym. 1996), Uudessa Seelannissa (Swimburn ym. 1998) ja Australiassa (Smith ym. 2000) toteutetut kontrolloidut tutkimukset osoittavat, että lyhytkin, mutta suunnitelmallisesti annettu liikuntaneuvonta lisää vähän liikkuvien potilaiden viikoittaista liikunnan määrää ainakin jonkin verran. Näissä tutkimuksissa lääkärin antamaa neuvontaa jäseni kirjallinen liikkumisresepti, jonka käyttöön lääkärit olivat saaneet koulutuksen.

■ Resepti on selkeä ja helppokäyttöinen

Kotimaisen liikkumisreseptin laatimisessa pyrittiin kansainvälisten tutkimusten ohella noudattamaan lähtökohtia, jotka perustuvat laajemmin elintapojen muutosta ja terveyskasvatusta sekä suomalaisten lääkäreiden liikuntaneuvontaa koskeviin tutkimustietoihin. Reseptin laadintaa ohjanneet periaatteet olivat yksilöllisyys, helppokäyttöisyys, ohjeiden selkeys ja ymmärrettävyys sekä neuvonnan jatkuvuus.

Reseptin käyttöönoton helpottamiseksi Liikkumisresepti-hanke on tuottanut sen käyttöä koskevaa koulutusmateriaalia ja koulutusta sekä käyttäjille tarkoitettua lyhyen käyttäjäoppaan. Liikkumisreseptin kehittämishaikeudessa saadut kokemukset osoittavat, että 1–3 tunnin mittaisen koulutuksen ja oheismateriaalin avulla asiasta kiinnostuneet lääkärit omaksuvat reseptin käyttämiseen tarvittavat tiedot.

Muutaman omakohtaisen harjoituksen jälkeen resepti sopii luontevaksi osaksi perusterveydenhuollon vastaanottokäytäntöä. Liikkumisreseptejä saa Suomen Lääkäriliitosta.

L I I K K U M I S R E S E P T I

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Nykyinen, vähintään 30 minuuttia päivässä toteutuva, säännöllinen liikkuminen:

ei juuri mitään

kevyttä liikkumista _____ päivänä viikossa

ripeää liikkumista _____ päivänä viikossa

rasittavaa liikkumista _____ päivänä viikossa

terveyden kannalta

riittävää

riittämätöntä

Liikkumisen terveysterveysteet tai tavoite: _____

OHJE:

| Liikkumismuodot ja/tai lajit | Päivänä viikossa | Kesto päivässä | Rasittavuus | |
|--|------------------|----------------|--|----------|
| Esim. kävely töihin tai harrastukseen, nurmikon leikkuu, lumen luonti, työmatkapyöräily, kävelylenkkeily, kotivoimistelu, ohjattu liikunta, pallopelit, tanssi, kuntosaliharjoittelu | | minuuttia | kevyt • ei juurikaan hengästymistä ripeä • jonkin verran hengästymistä rasittava • voimakasta hengästymistä | sykealue |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Lisäohjeet:

esite _____

käynti _____ luona puh. _____

muu _____

Toteutumisen arviointi ja seuranta:

seuraavalla vastaanottokäynnillä _____

_____ kk:n kuluttua _____ luona puh. _____

muu _____

Pvm: ____/____ ____

Lääkärin allekirjoitus

13.7 Sydänmerkki



Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi sisältää lukuisia suosituksia, joiden toteuttaminen alkoi vuonna 1998. Tuolloin alkoi myös valmistelutyö, jonka seurauksena Sydänliitto ja Diabetesliitto käynnistivät vuoden 2000 alussa elintarvikkeiden Sydänmerkki-järjestelmän. Sydänmerkki kertoo kuluttajalle yhdellä silmäyksellä, että merkitty tuote on tuoteryhmässään rasvan ja suolan kannalta ravitsemuksellisesti parempi valinta. Sydänmerkki-järjestelmän ensisijaisena tavoitteena on väestön terveyden edistäminen. Elintarvikevalmistajalle Sydänmerkki puolestaan on tehokas keino markkinoida sen myöntämisperusteet täyttäviä elintarvikkeita.

Sydänmerkki helpottaa osaltaan terveellisen ruokavalion koostamista. Helppotajuisena täydennyksenä pakkaamisen ravintoarvomerkinnöille se auttaa tekemään rasvan määrän ja laadun sekä suolan määrän kannalta parempia valintoja.

Sydänmerkin käyttöoikeus voidaan myöntää (2003) seuraavien kuuden elintarvikeryhmän tuotteille:

- * Maito ja maitovalmisteet sekä niiden kaltaiset valmisteet
- * Ravintorasvat
- * Lihavalmisteet
- * Leipä ja viljavalmisteet
- * Valmisruoat, aterian eri osat ja puolivalmisteet
- * Mausteet ja maustekastikkeet.

Ne tuotteet, joilla ei ole rasvan ja suolan saannin kannalta olennaista merkitystä, on jätetty merkintäjärjestelmän ulkopuolelle (esim. kasvikset ja hedelmät). Myöskään

pakkaamattomat elintarvikkeet eivät tässä vaiheessa kuulu merkintäjärjestelmän piiriin. Sydänmerkin myöntämisperusteena on:

- * kokonaisrasva ja rasvan laatu (kovan rasvan ja pehmeän rasvan suhde)
- * natrium (suolan natriumin lisäksi raaka-aineista ja lisäaineista tuleva natrium)
- * kolesteroli (joissakin tuoteryhmissä)
- * kuitu (Leipä ja viljavalmisteet -elintarvikeryhmässä runsaskuituisissa tuotteissa voidaan käyttää Sydänmerkki + kuitu-merkkiä).

Sydänmerkin käyttöoikeuden myöntää elintarvikevalmistajan hakemuksen perusteella vastuujärjestöjen nimeämä asiantuntijaryhmä. Käyttöoikeus myönnetään määräjäksi. Sydänmerkin käyttöoikeus on maksullinen, mutta järjestelmän tarkoituksena ei ole tuottaa voittoa, vaan käyttöoikeusmaksuista saadut tulot käytetään järjestelmän ylläpitokustannusten kattamiseen. Vuoden 2003 alussa Sydänmerkin käyttöoikeus on 19 yrityksen yhteensä 131 eri tuotteella.

Vastuujärjestöt panostavat voimakkaasti Sydänmerkin tunnetuksi tekemiseen. Sydänmerkki-materiaalia saa Sydänliitosta ja Diabetesliitosta. Myös internetistä osoitteesta www.sydanmerkki.fi löytyy järjestelmään ja aihepiiriin laajemminkin liittyvää lisätietoa. Marraskuussa 2002 tehdyn Sydänmerkin tunnettavuutta ja hyödyntämistä mitanneen tutkimuksen mukaan 42 prosenttia aikuisväestöstä tunnistaa Sydänmerkin ja noin joka neljäs aikuinen on tehnyt elintarvikevalintoja sen perusteella usein tai satunnaisesti.

Liitteet

TYYPIN 2 DIABETEKSEN TEHOSTETUN ELINTAPAHOIDON LAATUKRITEERIT

HOIDON TOTEUTUMINEN

| Tavoite | Laatukriteeri | Laatuindikaattori tai seurantatapa |
|---|--|---|
| I DIAGNOOSI Diabeteksen varhainen toteaminen. | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnoosi tehdään heti, kun sen kriteerit täyttyvät. • Diabeetikko saa selkeät ohjeet jatkotapaamisista. | <ul style="list-style-type: none"> • Merkintä potilastietojärjestelmässä. • Ohjeet annettu suunnitelman mukaisesti : seurataan ajoittaisella kyselyllä ohjaukseen tulijoilta. |
| II ANAMNEESIJAKSO Diabeetikko tietää omat mahdollisuutensa vaikuttaa sairauteensa. | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnoosi ja hoidon omavastuu on selvitetty diabeetikolle. • Henkilökunta kartoittaa diabeetikon elämäntilannetta kokonaisuutena. Selvitetään mitä muutoksia hän on jo tehnyt. • Diabeetikolla on mahdollisuus keskustella sairastumiseen liittyvistä tunteista. | <ul style="list-style-type: none"> • Merkintä potilastietojärjestelmässä. • Merkintä potilastietojärjestelmässä elämäntilanteesta, ruoka- ja liikuntatottumuksista sekä jo tehdyistä elin- tapamuutoksista. • Sovitun ajankäytön toteutuminen. |
| III TAVOITTEET JA OHJAUSSUUNNITELMA Ohjaus alkaa viivytyksettä. | <ul style="list-style-type: none"> • Ohjaus aloitetaan välittömästi diabeteksen toteamisen jälkeen. | <ul style="list-style-type: none"> • Aika diagnoosista ensimmäiseen ohjaukseen. • Aika diagnoosista tavoitekeskusteluun. |
| Ohjaus on suunnitelmallista. | <ul style="list-style-type: none"> • Ohjauksen toteutus pohjautuu diabeetikon kanssa käytyn tavoitekeskusteluun. • Tavoitteet ja ohjaussuunnitelma kirjataan potilastietojärjestelmään ja annetaan kirjallisena diabeetikolle. • Diabeetikko allekirjoittaa/hyväksyy tavoitteet ja ohjaussuunnitelman. • Tavoitteet ja suunnitelma ovat kaikkien ohjaukseen osallistuvien tiedossa. Kirjaamisen käytännöt on sovittu ja kuvattu laatukäsikirjassa. | <ul style="list-style-type: none"> • Tavoitekeskustelu on käyty. • Tavoitteet ja ohjaussuunnitelma on kirjattu. • Diabeetikko on allekirjoittanut/muuten hyväksynyt suunnitelman. • Kirjaaminen toteutuu suunnitelman mukaisesti. |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Ohjaussuunnitelma laaditaan seuraavan puolen vuoden ajalle. Ohjaussuunnitelma laaditaan yhteistyössä diabeetikon ja hoitohenkilökunnan kanssa. Ohjaus toteutetaan diabeetikon tarpeita vastaten ryhmä- ja/tai yksilöohjauksena hyödynnäen paikkakunnalla olevaa tarjontaa. | <ul style="list-style-type: none"> Ohjaussuunnitelmaan on määritelty seuraavat asiat: <ul style="list-style-type: none"> ohjauksen painopistealueet ohjauksen toteutussuunnitelma ohjauksen aikataulu ja arviointikeskustelun ajankohta. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Tavoitteiden ja ohjaussuunnitelman tekoon osallistuu diabeetikon lisäksi lääkäri, diabeteshoitaja ja sopimuksen mukaan muita työn tekijöitä. | <ul style="list-style-type: none"> Suunnitelman tekoon osallistuneet. |
| IV OHJAUKSEN TOTEUTTAMINEN | Ohjaus järjestetään diabeetikon tarpeita vastaten. | <ul style="list-style-type: none"> Ohjaus toteutuu laaditun suunnitelman mukaan. Suunnitelmaa korjataan tarvittaessa. | <ul style="list-style-type: none"> Merkintä ohjauksen toteutumisesta ja suunnitelman korjauksista. |
| V ARVIOINTI, UUDET TAVOITTEET JA OHJAUSSUUNNITELMA | Diabeetikko arvioi oman elin-tapamuutoksiin tähtäävän prosessin onnistumista, saamansa ohjauksen ja tuen riittävyttä ja suunnittelee henkilökunnan tukemana ohjauksen/seurannan jatkoon. | <ul style="list-style-type: none"> Diabeetikon arvio siitä, missä on onnistunut ja missä tarvitsee lisätukea. Diabeetikon arvio ohjauksesta. | <ul style="list-style-type: none"> Diabeetikon suullinen arvio kirjattu. Diabeetikon antama kirjallinen palaute (palautelomake). Kliiniset ja biokemialliset mittarit. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Asetetaan uudet tavoitteet ja tehdään ohjaussuunnitelma seuraavalle ajanjaksolle (esim. 1 v.) | <ul style="list-style-type: none"> Tavoitteet ja ohjaussuunnitelma sovitaan ja kirjataan kuten edellisellä kerralla. |

HOITOJÄRJESTELYT

| Tavoite | Laatukriteeri | Laatuindikaattori tai seurantatapa |
|---|--|---|
| Ohjauksen järjestäminen ja resurssointi on suunnitelmallista ja pitkäjänteistä. | <ul style="list-style-type: none"> Ohjausmallin suunnittelulle ja toteuttamiselle on johdon tuki. | <ul style="list-style-type: none"> Käynnistys, resurssit ja tarvittavat valtuutukset suunnittelulle ja toteutukselle. Toteuttamisen seuranta. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Ohjauksen järjestäminen ja siihen varattavat resurssit (työntekijät ja osaaminen, aika, tilat) on suunniteltu ja kuvattu laatukäsikirjaan. Erytisasiantuntijoiden konsultaatioiden kriteerit on kuvattu. | <ul style="list-style-type: none"> Resurssien toteutuminen Erytisasiantuntijoiden käytön toteutuminen kriteerien mukaan. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Henkilökunta sitoutuu ohjausmallin toteuttamiseen. Sitouttaminen on jatkuvaa. | <ul style="list-style-type: none"> Toteuttava henkilökunta osallistuu suunnitteluun ja toteutumisen seurantaan. Henkilökunnan tyytyväisyys. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Uudet työntekijät perehdytetään tiimin toimintaan, ohjausmalliin ja käytännön työskentelytapoihin. Uusien työntekijöiden perehdyttäminen ja siihen liittyvät vastuut on kuvattu laatukäsikirjassa. | <ul style="list-style-type: none"> Perehdyttäminen on toteutunut suunnitelman mukaan. |
| Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa ja vertaistuen tarjoaminen. | <ul style="list-style-type: none"> Tiedot paikkakunnan muista ruokavaliiohjauksen, painonhallintaryhmien, liikuntaryhmien ja tupakkavieroitusryhmien järjestäjistä, sisällöistä ja aikatauluista on käytettävissä. Paikkakunnalla toimivan diabetesyhdistyksen esittely. | <ul style="list-style-type: none"> Kooste paikkakunnan eri ryhmistä saatavilla. Vastuuhenkilö ja päivitys sovittu. Yhteyshenkilö diabetesyhdistykseen sovittu. |
| Ohjaus on ammattitaitoista. | <ul style="list-style-type: none"> Moniammatillinen työskentely/ tiimityöskentely toteutuu käytännössä. Yhteistyökäytännöistä sovittu laatukäsikirjassa. Yhteydenottoja ja tapaamisia työntekijöiden välillä voidaan toteuttaa joustavasti tarpeen mukaan. | <ul style="list-style-type: none"> Henkilökunnan arvio yhteistyön toteutumisesta määräajoin. Sovittujen yhteisten tapaamisten toteutuminen. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Työntekijät saavat tarvitsemansa koulutuksen. Työntekijällä on mahdollisuus konsultoida ja saada ohjausta. Diabetesvastuulääkäri ja diabeteshoitaja ohjaavat muita työntekijöitä. Erytistyöntekijöiden konsultaatiot tiimille ja yksittäisille diabeetikoille ovat käytettävissä. Yhteydenottotavoista on sovittu ja ne on kuvattu laatukäsikirjassa. | <ul style="list-style-type: none"> Yhteisten koulutuksien toteutuminen Työntekijöiden ohjaamiselle on varattu aikaa. Toteutumista seurataan aika-ajoin. |
| Ohjauksen järjestämistä ja toteuttamista seurataan ja arvioidaan. Korjataan toimintaa suunnitelmallisesti arvioinnin perusteella. | <ul style="list-style-type: none"> Ohjausta arvioidaan ohjaajan ja organisaation näkökulmasta. Organisaation jatkuva laadunarviointi. Ryhmäohjauksen arviointi. Tiimin toiminnan arviointi. Suunnitellaan palautteen perusteella tarvittavat muutokset/korjaukset. | <ul style="list-style-type: none"> Arviointien toteuttamistapa ja ajoittaminen suunniteltu. Arvioinnin toteutumisen seuranta. Muistiot arviointipalaverista. Muutosten suunnittelun vastuiden jako ja käynnistyminen. |

Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -kuntaohjelman suositukset 1996

(Terveyden edistäminen kunnissa -raportti, STM:n julkaisuja 1996:15)

- Päätelmä:** Suositellaan, että kunnat valmistelevat terveystoimintansa omista lähtökohdistaan, mutta myös muualla saatuja kokemuksia tulee pyrkiä hyödyntämään. Terveyden edistäminen etenee kunnissa oppimisprosessina, jossa kehitysvaiheita ei voida yleensä ohittaa.
- Päätelmä:** Kunnassa kannattaa käydä terveydestä laaja-alaista arvokeskustelua, jossa väestön terveyttä ja sen edistämismahdollisuuksia käsitellään monipuolisesti. Kunnallisissa päätöksissä ratkaisuvaihtoehtojen terveysvaikutukset tulisi arvioida, jotta suunnitteilla olevien päätösten merkitys väestön terveydelle voidaan punnita muiden argumenttien rinnalla.
- Päätelmä:** Koko väestöön suuntautuvan toiminnan lisäksi kunnissa tulee kiinnittää huomiota riskiryhmiin ja virittää toimintaa, joilla pyritään vähentämään väestöryhmien välisiä terveyseroja.
- Päätelmä:** Vastedes kannattaa selvittää tarkemmin, miten järjestöt ja asukkaat saadaan mukaan edistämään väestön terveyttä. Toiminnan on oltava tasavertaista yhteistyötä kaikkien osallistujien kesken. Jokaisella osapuolella on oltava mahdollisuus tehdä tärkeinä pitämiään asioita.
- Päätelmä:** Kaikkia osapuolia hyödyttävää yhteistyötä syntyy silloin, kun toiminnalla on yhteiset tavoitteet ja kukin osapuoli voi tuoda yhteistyöhön oman asiantuntemuksensa.
- Päätelmä:** Kunnan ylimmän johdon tulee olla sitoutunut terveyden edistämisen tavoitteisiin ja vastata niiden toteutumisesta kunnassa.
- Päätelmä:** Luottamushenkilöt pitäisi saada kaikilla tasoilla mukaan toteuttamaan terveysstrategiaa ja toimimaan aktiivisesti terveyden edistämishjelmissä. Heidän merkityksensä on erittäin tärkeä, kun pyritään aktivoimaan kansalaisia ja järjestöjä. Kunkin kunnan toimintakulttuuri ratkaisee, voidaanko terveyden edistämässä saavuttaa tuloksia ilman luottamushenkilöiden aktiivista panosta.
- Päätelmä:** Vastuu terveyden edistämisestä tulee olla kunnan ylimpään johtoon kuuluvalla henkilöllä.
- Päätelmä:** Kunnassa tulee olla terveyden edistämisasiota koordinoiva henkilö, joka huolehtii siitä, että hankkeet saavat tukea toisiltaan ja että kaikkien osapuolien osaaminen ja asiantuntemus tulee hyödynnettyä. Yhdys henkilön esimies tulisi olla terveyden edistämisestä kunnassa vastaava henkilö.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO) 2000–2003

Poimintoja toimenpide-esityksistä:

- (46) Kunnat tiedottavat palvelujen saatavuutta koskevista asioista kuntalaisilleen. Stakes ja Suomen Kuntaliitto julkaisevat tutkimusraportteja kuntien välisistä eroista palvelujen saatavuudessa, järjestämistavoissa, kustannuksissa ja rahoituksessa. Huolehditaan siitä, että julkaisut ovat helposti kuntien käytettävissä.
- (47) Kunnissa lisätään palvelusitoumuskäytäntöjä. Toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa otetaan huomioon kuntalaisilta saatava palaute palvelujen kehittämistarpeesta.
- (54) Sosiaali- ja terveysministeriö tukee Käypä Hoito-projektin suositusten ja niitä koskevien terveystaloudellisten arviointien rahoitusta. Terveystaloudellisten arviointien yhteydessä vahvistetaan alueellisten hoito-ohjelmien laadintaa ja käyttöönottoa.
- (56) Suomen Kuntaliitto ja Stakes tukevat paikallisen ja alueellisen tason työtä, joka tähtää oman toiminnan tuloksellisuuden arvioinnin saamiseen osaksi hoito- ja palveluyksiköiden normaalia toimintaa, ja arvioivat tulokset.
- (62) Kunnat ja kuntayhtymät seuraavat henkilöstön täydennyskoulutuksen tarvetta ja tarjoavat riittävät mahdollisuudet osallistua siihen. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee vuonna 2000 esityksen menettelystä, jolla voidaan ohjelmakaudella tukea niitä kuntia, jotka toteuttavat työyhteisöä koskevan pitkäjänteisen täydennyskoulutusohjelman. Lääninhallitukset tukevat kuntia täydennyskoulutus suunnitelmien teossa ja arvioivat niiden toteutumista.
- (66) Kansanterveyslaitos, Stakes ja työterveyslaitos rakentavat terveyden edistämisen konsultaatiojärjestelmän kuntien, perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon tukemiseksi. Sen avulla tuotetaan ja levitetään ammattihenkilöille tietoa ja vahvistetaan heidän osaamistaan sekä annetaan ammattihenkilöille mahdollisuus saada terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyyn pulmiin yksittäistapauksissa asiantuntijatukea.
- (68) Sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö laativat yhdessä Suomen Kuntaliiton, Kuntien Eläkevakuutuksen ja Tilastokeskuksen kanssa vuoden 2001 loppuun mennessä valtakunnallisen kehitysarvion sosiaali- ja terveysalan työvoimatarpeesta. Samalla vakiinnutetaan menetelmät henkilöstön työvoima- ja koulutustarpeen ajantasaiseksi seuraamiseksi.
- (77) Kunnissa ja kuntayhtymissä otetaan käyttöön henkilöstötilinpäätös. Erityisen tarpeen henkilöstötilinpäätös on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstötilanteen arvioinnissa. Suomen Kuntaliitto tukee kuntia henkilöstötilinpäätöksen käyttöönotossa, seuraa sen yleistymistä ja arvioi kokemuksia.
- (79) Sosiaali- ja terveydenhuollon perustamishankkeiden valtionosuusjärjestelmä uudistetaan asteittain vuoden 2000 alusta lukien. Perustamishankkeisiin nykyisin käytettävissä olevia voimavaroja suunnataan valtioneuvoston vahvistaminen menokehyksien puitteissa kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan kehittämistä ja tehostamista sekä toimintatapojen uudistamista tukevien hankkeiden toteuttamiseen siten, että uudistettu järjestelmä on täysimääräisesti voimassa vuonna 2003.

Poimintoja Terveys 2015 -ohjelmassa esitetyistä toimentasuunnista

- 18) Terveiden edistämisen näkökulma otetaan nykyistä paremmin huomioon kaikissa terveyspalveluissa, mihin pyritään myös työpaikoilla henkilöstöä kehittämällä. Riittävät voimavarat terveyden edistämistoimintaan ja terveydensuojeluun turvataan väestön tarpeiden mukaisesti, myös järjestettäessä palvelut ostopalveluina.
- 19) Kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuvan valtionrahoituksen perusteita tarkistetaan siten, että siinä otetaan huomioon myös kunnan toimenpiteet asukkaiden terveyden edistämiseksi.
- 20) Tämän ohjelman toimeenpanossa, toteutumisen arvioinnissa ja muokkaamisessa muuttuvia olosuhteita vastaavaksi huolehditaan kansalaisten, kansalaisliikkeiden ja kansanterveysjärjestöjen osallistumisesta ja kuulemisesta valtakunnallisesti, paikallisesti ja kaikilla ohjelmaan osallistuvilla hallinnon sektoreilla. Terveysalan kansalaisjärjestöjen vaikutusmahdollisuuksien ja toimintaedellytysten turvaaminen ja kehittäminen on osaltaan julkisen vallan vastuulla. Kansalaisten omaa roolia terveytensä edistämässä rohkaistaan.
- 24) Terveiden edistämisen näkökulma otetaan nykyistä paremmin huomioon kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksessa jo peruskoulutuksesta lähtien. Perustetaan yliopistojen sekä sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan laitosten yhteistyönä kansanterveysalan kansallinen koulutus- ja tutkimusverkosto. Työelämän terveysvaikutusten tuntemusta terveydenhuollon koulutuksessa parannetaan kehittämällä verkostokoulutusmallia.
- 30) Joka neljäs vuosi tehdään ulkopuolinen arviointi eri politiikkalohkojen toiminnasta aiheutuneista terveysvaikutuksista käyttäen hyväksi muun muassa sosiaali- ja terveystietoa. Arvion perusteella valtioneuvosto päättää tarvittavista toimenpiteistä.
- 31) Valmistellaan yhdessä kuntien kanssa malleja kuntatasolla tapahtuvalle toimenpiteiden terveysvaikutusten arvioinnille, niin, että se otetaan osaksi kunnan toiminnan ja talouden suunnittelua.

Kansallisen terveydenhuoltoprojektin (2002–2007) suosituksia

Suositus 1:

Kunnat arvioivat sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta ja järjestämistä osana hyvinvointipoliittista ohjelmatyötä. Työssä korostetaan terveyden edistämistä, sairauksien ehkäisyä, seudullisten ratkaisujen kehittämistä ja palvelujärjestelmän eri osien ja kunnan eri sektoreiden yhteistyötä.

Kunnat ja muut toimijat edistävät väestön terveyttä Terveys 2015 -kansanterveysohjelman linjausten mukaisesti.

Alkoholiyhtiön, Alko Oy:n ulkopuolella vähittäismyynnissä olevien käymisteitse valmistettujen alkoholijuomien enimmäisalkoholipitoisuutta alennetaan nykyisestä 4.7 prosentista tavoitteena alkoholin kokonaiskulutuksen sekä alkoholista aiheutuvien terveyshaittojen ja niiden palvelujärjestelmälle aiheutuvien kustannusten vähentäminen.

Suositus 4:

Täydennyskoulutusta koskevat säännökset otetaan kansanterveys- ja erikoissairaanhoidolakiin vuoden 2003 loppuun mennessä. Työnantaja veloitetaan huolehtimaan henkilöstön täydennyskoulutuksesta ja seuraamaan koulutuksen toteutumista osana toimintayksikön laadun turvaamista. Työntekijä veloitetaan täydennyskoulutukseen toimintayksikön kehittämissuunnitelman mukaisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, Suomen Kuntaliitto, Kunnallinen työmarkkinalaitos ja ammattijärjestöt laativat täydennyskoulutuksen sisältöä ja toteuttamista koskevat suositukset vuoden 2003 loppuun mennessä. Täydennyskoulutuksen minimikesto määritellään porrasteisesti ottaen huomioon peruskoulutuksen ja tutkintojen laajuus sekä työtehtävät.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksiin osoitetaan 10 milj. € täydennyskoulutuksen järjestämiseksi vuodesta 2004 lähtien.

Suositus 6:

Terveysthuollon lähipalvelut järjestetään seudullisina toiminnallisina kokonaisuuksina. Toimipisteverkon tulee olla hajautettu siten, että matkat eivät muodostu käytön esteeksi. Palvelut tuotetaan asiakaslähtöisesti yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa väestövastuuperiaatteella. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joiden järjestäminen edellyttää laajaa väestöpohjaa, tuotetaan seudullisena yhteistyönä. Vanhustenhuollon tulee pohjautua kunnan vanhuspoliittiseen strategiaan.

Mielenterveytyön arvopalvelut, psykososiaaliset palvelut ja päihdepalvelut sekä niihin liittyvä päivystys järjestetään seudullisena toiminnallisena kokonaisuutena yhteistyössä kolmannen ja yksityisen sektorin kanssa.

Terveysten edistäminen ja sairauksien ehkäisy ovat oleellinen osa lähipalveluja. Tämän varmistamiseksi kunnat kehittävät terveyden edistämisen johtamista ja poikkihallinnollisia yhteistyörakenteita.

Suositus 8:

Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Kuntaliitto ja muut toimijat määrittelevät terveydenhuollon järjestelmien yhteensopivuuden takaavat yhteiset hallinnolliset palvelut ja avoimet rajapinnat alue- ja perustietojärjestelmien väliseen saumattomaan tietojen vaihtoon. Määrittelytyöhön ja mallisovellusten tekemiseen varataan 0.8 milj. euron määräraha vuonna 2003.

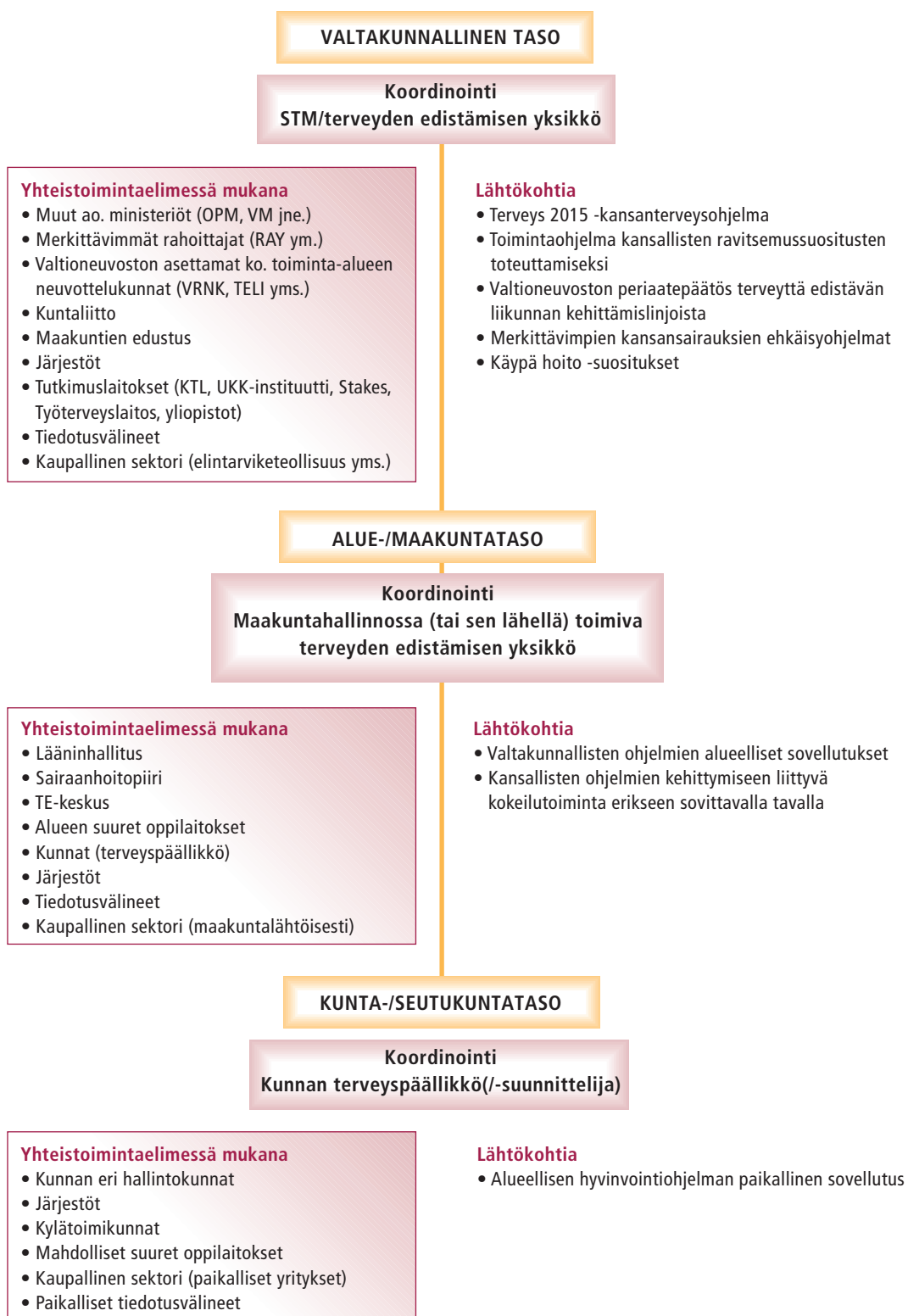
Valtakunnalliset palvelut ja terveydenhuollon järjestelmien rajapinnat tehdään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella kaikkia terveydenhuollon toimijoita velvoittaviksi vuoteen 2007 mennessä.

Tietoturvaliteikka ja tietojen luovuttamisen periaatteet määritellään sosiaali- ja terveysministeriön, tietosuojavaltuutetun toimiston, Stakesin ja Suomen Kuntaliiton yhteistyönä. Säädosvalmistelu käynnistetään sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta tarpeellisten yhteistyökumppanien kanssa vuonna 2003.

Yliopistosairaanhoidopiirit koordinoivat alueellisen tietohallinnon kehittämistyötä erityisvastuualueilla. Viiden erityisvastuualueen tietohallinnon kehittämiseen varataan palvelujärjestelmän kehittämishankkeisiin osoitettavasta määrärahasta yhteensä 30 miljoonaa euroa vuosina 2004–2007.

Terveysten- ja sosiaalihuollon valtakunnallisen tilastointi- ja tietopalvelujärjestelmän (Stakes) modernisointiin osoitetaan yhteensä 1.6 miljoonan euron määräraha vuosille 2004 ja 2005.

Malli terveyden edistämisen organisoimiseksi Suomessa



LÄHTEET

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy tutkimukset

- Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344:1343–1350.
- Diabetes Prevention Research Group. Reduction in the evidence of type 2 diabetes with life-style intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346:393–403.

Valtioneuvoston periaatepäätöksiä, ministeriöiden strategioita, suosituksia, ohjelmia ym.

- Valtioneuvoston periaatepäätös. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002–2007. Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.
- Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.
- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4.
- Valtioneuvoston päätös. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1999:16.
- Ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1997:29.
- Elämänkulku ja terveys. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1999:22.
- Kansallisen ikäohjelman 1998-2002 loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2002:3.
- Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämiss-hankeista 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:10.
- Selonteko lasten ja nuorten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2002:12.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulla. Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen Kuntaliitto. Jyväskylä 1999.
- Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010. Kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2001.
- Suomalaiset ravitsemussuosituks. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Maa- ja metsätalousministeriö. Komiteamietintö 1998:7.
- Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämisodotukset. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2002:18.
- Terveyden edistämisen suunnitelma vuodelle 2003. Sosiaali ja terveysministeriö. Sisäiset julkaisut.
- Terveydenhuolto 2000-luvulla. Terveydenhuollon kehittämisprojektin toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 1998:5.
- Terveystieteiden paikalliset suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2000:1.
- Terveyttä edistävän liikunnan kehittämisohjelmien mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö. Komiteamietintö 2001:12.
- Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1993: 2.

Kansanterveyslaitoksen tutkimuksia, julkaisuja ja raportteja

- Helakorpi Satu, Uutela Antti, Prättälä Ritva, Puska Pekka. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2000. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B8/2000.
- Helakorpi Satu, Patja Kristiina, Prättälä Ritva, Aro Arja R, Uutela Antti. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2002. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B12/2002.
- Korhonen HJ, Jousilahti P, Vartiainen E, Juolevi A, Sundvall J, Puska P. FINRISKI 1997: Kaupunkiraportti. Tutkimus kroonisten kansantautien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista ja terveyspalvelujen käytöstä Helsingissä, Vantaalla, Joensuussa, Kuopiossa, Oulussa ja Turussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 4/1999.

- Korpelainen Vesa, Nummela Olli, Helakorpi Satu, Kuosmanen Pekka, Uutela Antti, Puska Pekka. Tautien ehkäisy ja terveyden edistäminen Pohjois-Karjalassa: terveystietäytymisen ja prosessitekijöiden muutoksia vuosina 1978–1998. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 13/1999.
- Lahti-Koski Marjaana. Body mass index and obesity among adults in Finland. Department of Epidemiology and Health Promotion, Public Health Institute and Department of Public Health. University of Helsinki. Helsinki 2001.
- Lahti-Koski Marjaana ja Kilkkinen Annamajja. Ravitsemuskertomus 2000. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 1/2001.
- Lihavuus-teemanumero, Kansanterveys. Kansanterveyslaitoksen tiedotuslehti 1/1997.
- Sulander Tommi, Helakorpi Satu, Nissinen Aulikki, Uutela Antti. Eläkeikäisen väestön terveystietäytymisen ja terveys keväällä 2001 ja niiden muutokset 1993–2001. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 17/2001.

Stakesin julkaisuja, raportteja, oppaita ja esityksiä

- Koskinen Seppo & Teperi Juha (toim.). Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. Stakes. Raportteja 243. Jyväskylä 1999.
- Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes. Oppaita 51.
- Perttilä Kerttu. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Stakes. Tutkimuksia 103. Jyväskylä 1999.
- Pirskanen Marjatta & Pietilä Anna-Maija. Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt ja terveyden edistäminen. Selvitys terveystietäytymisen yhdyshenkilöiden toiminnasta ja sen kehittämistarpeesta. Stakes. Aiheita 11/2000. Helsinki 2000.
- Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Stakes. Oppaita 34. Jyväskylä 1999.
- Sihto Marita. Terveyspoliittisen ohjelman vastaanotto – Tutkimus Suomen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman toimeenpanosta terveydenhuollossa. Stakes. Tutkimuksia 74. Jyväskylä 1997.

Kelan julkaisuja

- Kangas Tero. Diabeetikkojen terveyspalvelut ja niiden kustannukset. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 67. Helsinki 2002.

Kuntaliiton julkaisuja

- Suomen Kuntaliiton tutkimus- ja kehittämishohjelma 2001–2003. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2001.

Käypä hoito -suosituksia

- Kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suositus. Duodecim. 2002:1.
- Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suositus. Duodecim 2002:10.
- Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vierotushoidot. Käypä hoito -suositus. Duodecim 2002:12.

Suomen Akatemian ja yliopistojen julkaisuja

- Terve. Terveyden edistämisen tutkimusohjelma 2001–2004. Suomen Akatemia. Helsinki 2001.
- Ketola Eeva. Cardiovascular disease risk factor challenging primary health care. The quality of risk factor regarding an early prevention. Department of Public Health Care. University of Helsinki. Northern Health Care Center Helsinki, Finland. Väitöskirja. Helsinki 2001.

Tilastokeskuksen julkaisuja

- Pääkkönen Hannu, Niemi Iiris. Suomalainen arkiajanikäyttö vuosituuhannen vaihteessa. Tilastokeskus/Kulttuuri ja viestintä. 2002:2.

WHO:n julkaisuja

- Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO Consultation. WHO/NCD/NCS/99.2. World Health Organization, Department of Noncommunicable Disease Surveillance. Geneva 1999.
- Diet, physical activity and health. Resolution of the 55th World Health Assembly, WHA 55.23, May 2002, Geneva.
- Guidelines for the development of a national programme for diabetes mellitus. WHO/DBO/DM/91.1. World Health Organization, Division of Noncommunicable Diseases and Health Technology. Geneva 1991.
- King H, Gruber W, Lander T. Implementing national diabetes programmes. Report of a WHO meeting .WHO/DBO/DM/95.2. World Health Organization, Division of Noncommunicable Diseases. Geneva 1995.

- Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. World Health Organization, Division of Noncommunicable Diseases. Geneva 1998.
- Prevention of diabetes. World Health Organization. Geneva 1994.

Kansanterveysohjelmia

- Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010. Suomen Diabetesliitto. Tampere 2000.
- Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1997: 27.
- Pyykkö Mika. Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi – työpöydältä todellisuuteen. Suomen Sydänliiton julkaisuja 2001:3.
- Miesten sydän- ja verisuoniterveyden edistäminen metabolisen oireyhtymän seulontamenettelyn avulla. Projektisuunnitelma. Helsingin Sydänpiiri 2001.
- Pieni päätös päivässä -projekti 2000–2003. Suomen Diabetesliitto ja Suomen Sydänliitto.
- Tasapaino-ohjelma lihavuuden ehkäisemiseksi. Versio 2/2000 (keskeneräinen). Suomen lihavuustutkijat ry.

Artikkeleita, raportteja, kirjoja ym.

Ravitsemus ja lihavuus

- Fogelholm Mikael, Hakala Paula, Rissanen Aila, Uusitupa Matti. Lihavuus – ongelma ja hoito. Kustannus Oy Duodecim 1999.
- Haapa Eliina, Pölönen Auli, Rastas Merja, Stirkkinen Riitta. Ravitsemushoidon toteutuminen terveydenhuollossa. Selvitys Uudenmaan alueelta vuonna 1997. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000: 20.
- Heinonen Kirsi, Heinonen Liisa. Uutta intoa metabolisen oireyhtymän ehkäisyyn ryhmänohjaajien koulutuksesta. Diabetes ja lääkäri 1/2002, Diabetesliitto.
- Miilunpalo Seppo. Kysely järjestöjen toteuttamasta, terveellistä ravitsemusta edistävästä toiminnasta. UKK-instituutti. Tampere 2001.
- Pekurinen Markku, Pokka-Vuento Marja, Salo Heini, Idänpään-Heikkilä Ulla. Lihavuus- ja terveysmenot Suomessa 1997. Alkuperäistutkimus. Suomen Lääkärilehti 1–2/2000.
- Lahti-Koski Marjaana. Painonhallinta-luento Diabetes ja sydänsairaudet -koulutuspäivillä 26.9.2000, Lahti.
- Lahti-Koski M, Vartiainen E, Männistö S, Pietinen V. Age, education and occupation as determinants of trends in body mass index in Finland from 1982 to 1997. International Journal of Obesity 2000; 24:1669–1676.
- Mahtavat muksut – ratkaisuja lihavun lapsen hoitoon. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 1999.
- Mustajoki Pertti, Lappalainen Raimo. Painonhallinta. Ohjaajan opas. Kustannus Oy Duodecim 2001.
- Ravitsemushoito ja -ohjaus Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Projektiryhmän loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2000.
- Sihvola Seija. Lasten lihavuuden ehkäisy on aikuisten asia. Liikunta & Tiede 5/2000.
- Siljamäki-Ojansuu Ulla, Isosomppi Riitta, Korpio Anitta, Kukkonen Juha, Oksa Heikki, Parikka Anja, Peltola Terttu, Pietilä Marianne. Valkeakosken ravitsemusprojekti. Loppuraportti 2001. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2001.
- Suurenmoinen nuori – ratkaisuja liikapainoisen nuoren painonhallintaan. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2000.
- Väinölä Heidi. Ravitsemushoidon kustannukset ja lääkekustannushyöty vastatodetuilla tyyppin 2 diabeetikoilla. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio 2001.

Liikunta

- Anttila Rainer. Kunnossa kaiken ikää -ohjelma. Ensimmäisen toimikauden 1995–1999 seurantatuloksia. Liikunnan ja kansanterveyden tutkimuskeskus. Jyväskylä 2002.
- Borg P. Liikunta ja lapsen lihavuuden ehkäisy. Arkiliikunta avain pysyvään painon hallintaan. Liikunta & Tiede 5/2000.
- Haapanen-Niemi N. Liikunnan vaikuttavuus ja terveydenhuollon kustannukset – tuottaako liikuntamarkka monta takaisin? Liikunta & Tiede 3–4/2000.
- Kukkonen-Harjula Katriina. Metabolinen oireyhtymä: lihavuus, diabetes, kohonnut verenpaine ja liikuntahoito. Liikunta & Tiede, Erikoisliite 2000.
- Liikunta ja ylipaino -teemanumero. Terveysliikunnan tutkimusuutiset 2002. UKK-instituutti.
- Nieminen Leena. Liikuntarakentaminen. Etusija lähiliikuntapaikoille. Liikunta & Tiede 3-4/2000.

- Physical activity and cardiovascular disease prevention in the European Union. The European Heart Network 1999.
- Rauramaa Rainer. Koronaaritaudin preventiohoito liikunnan avulla. Liikunta & Tiede, Erikosliite 2000.
- Suni J, Oja P, Pasanen M, Miilunpalo S, Wuori I. Fyysisen aktiivisuuden ja terveystiliikunnan yhtenevyys. Seurantatutkimus keski-ikäisillä miehillä ja naisilla. Liikunta & Tiede, Erikosliite 2000.
- Suomi Kimmo. Liikuntapaikat ja tasa-arvo: lähemmäs, halvemmalla, useammalle. Asiakas-kansalainen on palvelunsa ansainnut. Liikunta & Tiede 3–4/2000.
- Tammelin T, Näyhä S, Rintamäki H, Järvelin M-R. Suojaako nuoruusiän liikunta inaktiivisuudelta aikuisena. Liikunta & Tiede, Erikosliite 2000.

Muut lähteet

- Ajzen, I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50:179–211.
- Alberti KGMM et al. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO Consultation. Part 1: Diagnosis and classifications of diabetes mellitus. World Health Organization Department of Noncommunicable Disease Surveillance. Geneva 1999.
- Calfas KJ et al. *Prev Med* 1996;25:225–233.
- Cheta, Dan Mircea. Preventing Diabetes. Theory, practice and new approaches. John Willey & Sons Ltd. England 1999.
- Colditz GA, Willett WC, Rotnitzky A, Manson JE. Weight gain as a risk factor for clinical diabetes mellitus in women. *Ann Intern Med* 1995; 122:481–486.
- Diabetes and Cardiovascular Disease. Time to act. International Diabetes Federation 2001. Belgium 2001.
- Hypertension in Diabetes Study Group. HDS 1: Prevalence of hypertension in newly presenting type 2 diabetic patients and the association with risk factors for cardiovascular and diabetic complications. *J Hypertens* 1993;11:309–317.
- Isomaa B, Almgren P, Tuomi T et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2001; 24:683–689.
- Jungman Tor. Sydänterveyden monimuotoinen talous. *Sydän-lehti* 2002;1:31.
- Koskinen Seppo. Väestöryhmien väliset terveyserot. *Esitys Terveys 2015 -ohjelman tilaisuudessa*. Joulukuu 2001. Helsinki.
- Laakso M, Rönnemaa T, Pyörälä K, Kallio V, Puukka P, Penttilä I. Atherosclerotic vascular disease and its risk factors in non-insulin-dependent diabetic and nondiabetic subjects in Finland. *Diabetes Care* 1988;11:449–463.
- National Cholesterol Education Program. Third report on the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation and treatment for high blood cholesterol in adults. National Institutes of Health Publication No 01–3670, 2001.
- Mykkänen L, Kuusisto J, Pyörälä K, Laakso M. Cardiovascular disease risk factors as predictors on type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus in elderly subjects. *Diabetologia* 1993;36:553–559.
- Patja K. Tupakointi ja aikuistyyppin diabeteksen riski. *Suomen Lääkärilehti* 2002;39:3855–3858.
- Prochaska, J.O. and Velicer, W.F. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 1997;12:38–48.
- Pyörälä K. Valtimotaudin vaaran yksilöllinen arvioiminen. *Duodecim* 1999;115:1129–1134.
- Sargeant LA, Khaw KT, Bingham S et al. Cigarette smoking and glycaemia: the EPIC-Norfolk Study. European prospective investigation into cancer. *Int J Epidemiol* 2001;30:547–554.
- Smith BJ et al. *Br J Sports Med* 2000;34:262–267.
- Swimburn BA. *Am J Public Health* 1996;88:288–291.
- Valle T, Tuomilehto J, Eriksson J. Epidemiology of NIDDM in Europids. Kirjassa: Alberti KGMM, Zimmet P, DeFronzo RA, Deen H (toim). *International Textbook of Diabetes Mellitus, Second Edition*. John Wiley & Sons Ltd. Chichester New York Brisbane Toronto 1997.
- Vanhala MJ, Kumpusalo EA, Pitkääjärvi TK, Takala JK. "Metabolic syndrome" in a middle-aged Finnish population. *Journal of Cardiovascular Risk* 1997;4:291–295.
- Vanhala M. Metabolinen oireyhtymä ja sen merkitys. *Suomen Lääkärilehti* 1998;53:3087–3091.
- Will JC, Galuska DA, Ford ES, Mokdad A, Calle EE. Cigarette smoking and diabetes mellitus: evidence of a positive association from a large prospective cohort study. *Int J Epidemiol* 2001;30:540–546.
- Wannamethee SG, Perry IJ. Smoking as a modifiable risk factor for type 2 diabetes in middle-aged men. *Diabetes Care* 2001;24:1590–1595.
- Yki-Järvinen H. Mitä aikuistyyppin diabeteksessä tulisi hoitaa? *Duodecim* 1999;115:1119–1120.