

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Aloite ravitsemusterapeuttien antaman hoidon kustannusten saattamisesta sairausvakuutuslain piiriin

Johdanto

Yleisimmät terveysongelmat liittyvät aina ravintoon – joko sen liialliseen, virheelliseen tai riittämättömään saantiin. Ravitsemushoito on osoitettu tutkimusten mukaan merkittäväksi osatekijäksi potilaiden laadukasta hoitoa toteutettaessa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010). Laadukas ravitsemushoito tehostaa samalla lääkehoitoa, jolloin lääkitystä voidaan vähentää tai parhaimmillaan luopua siitä kokonaan. Ravitsemushoidon toteuttamisen asiantuntija terveydenhuollossa on laillistettu ravitsemusterapeutti.

Ravitsemushoidon merkitys ymmärretään sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa ja ravitsemusterapiapalveluiden kysyntä on jatkuvasti kasvanut. Ravitsemusterapeuttien vakansseja on ollut Suomen julkisessa terveydenhuollossa yhtäjaksoisesti jo 40 vuoden ajan. Valviran laillistamat ravitsemusterapeutit ovat vakiinnuttaneet asemansa terveydenhuollon ainoana ammattiryhmänä, jolla on ravitsemushoitoon ja -terapiaan erikoistunut yliopistokoulutus.

Esitys ravitsemusterapiapalveluiden korvaustasoksi

Esitämme sairausvakuutuksen korvattavaksi 30-40% yksityisen ravitsemusterapian taksoista. Korvaus koskisi yksilöohjausta ja tiettyihin tilanteisiin soveltuvaa ryhmäohjausta. Ryhmäohjaus tulisi kyseeseen lähinnä osaa lihavuuden takia ravitsemusohjausta tarvitsevia.

Liite 1. Ravitsemusterapiaa tarvitsevia sairauksia ja tilanteita

Liite 2. Lähdeviittaukset

Tampereella 15.3.2013

Toiminnanjohtaja Leila Kekkonen, Keliakialiitto ry

Toimitusjohtaja Jorma Huttunen, Suomen Diabetesliitto ry

Toiminnanjohtaja Sari Högström, Munuais- ja maksaliitto ry

Toiminnanjohtaja Ulla Suvanto, Crohn ja Colitis ry

Puheenjohtaja Eeva-Johanna Eloranta
Syömishäiriöliitto-SYLI ry

Toimitusjohtaja Ilkka Repo, Allergia- ja Astmaliitto ry

Perustelut

1. Useat Käypä Hoito-suositukset edellyttävät ravitsemushoitoa

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim julkaisee 'Käypä hoito' -suosituksia eri sairausryhmien hoitamisesta. Useissa 'Käypä hoito' -suosituksissa edellytetään asianmukaisen ravitsemushoidon toteuttamista.

2. Tehokkaalla ravitsemushoidolla kustannuksia pienemmiksi

Ravitsemusterapeutin palvelujen liittämällä muihin sairaanhoidon toimenpiteisiin on mahdollista vaikuttaa terveydenhoidon kokonaiskustannuksiin hillitsevästi.

Asianmukaisesti toteutetulla ravitsemusohjauksella ja -hoidolla voidaan tuntuvasti pienentää esimerkiksi sekä kolesterolipitoisuutta että verenpainetta alentavan lääkehoidon tarvetta ja niistä aiheutuvia kustannuksia. Vuonna 2010 KELA:n maksama korvaussumma erityiskorvattavista verenpainelääkkeistä (käyttäjää 504 788 hlö) oli 122 milj. €, kroonisen sepelvaltimotaudin lääkkeitä (käyttäjää 188 982) 18 milj. € ja krooniseen sepelvaltimotautiin liittyvän rasva-aineenvaihdunnan häiriön hoitoon tarkoitetuista lääkkeitä (käyttäjää yli 102 830 hlö) 11 milj. €. Yhteensä KELA maksoi vuonna 2010 lääkkeiden erityiskorvauksia näiden sairauksien osalta 151 milj. €.

3. KELA:n edellyttämä lääkkeetön hoito ei toteudu ja lisää siten lääkekustannuksia

KELA edellyttää ennen tiettyjen sairauksien hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden (verenpaine-, laihdutuslääkkeet ja seerumin kolesterolipitoisuutta alentavat lääkkeet) saamista korvattavana, että potilaan tulee pyrkiä hoitamaan sairauttaan ruokavalio- ja elämäntapamuutoksilla tietyn ajan, yleensä puoli vuotta. Mikäli tänä aikana potilaan tila ei kohene, hän on oikeutettu korvaukseen käyttämistään lääkkeitä. Vaatimus on kuitenkin kohtuuton, kun potilailla ei useinkaan ole mahdollisuuksia saada asiantuntevaa laillistetun ravitsemusterapeutin antamaa opastusta ravitsemushoitonsa toteuttamiseen.

4. Kansalaiset ovat eriarvoisessa asemassa

Ravitsemusterapeutin palveluista on mahdollista saada korvausta KELA:lta vain työterveyshuollon ennaltaehkäisevästä ja työkykyä ylläpitävästä ohjauksesta. Tämä asettaa jo pelkästään työterveyshuollon asiakkaat epätasa-arvoiseen asemaan sairauden laadusta riippuen. Esimerkiksi keliakiaa ei voida ehkäistä ja ravitsemushoito on keliakian ainoa hoito, mutta ravitsemusterapeutin ohjauksesta ei ole mahdollista saada korvausta. Hoitamaton tai huonosti hoidettu keliakia heikentää työkykyä lisäten komplikaatioiden riskiä ja sairauspäivien määrää.

Nykyisin käytössä olevilla julkisen terveydenhuollon ravitsemusterapiaresursseilla tuloksellisen ravitsemushoidon toteuttaminen on Suomessa mahdotonta ja täysin vailla potilaiden välistä tasa-arvoa. Vuonna 2005 voimaan tulleen Hoitotakuun tavoitetta ihmisten tasapuolisesta hoitamisesta asuinpaikasta riippumatta ei voida saavuttaa nykyisillä ravitsemusterapian voimavaroilla.

5. Julkiset palvelut eivät riitä

Suomessa on tällä hetkellä perusterveydenhuollossa yksi ravitsemusterapeutti 111 000 asukasta kohti, kun pelkästään diabeteksen hoidon kehittämissuunnitelman mukaan ravitsemusterapeuttien määrän pitäisi perusterveydenhuollossa olla vähintään 1/30 000

asukasta. 2.4 miljoonaa ihmistä asuu kunnissa, joissa ravitsemusterapeutin palveluita ei ole lainkaan saatavilla perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidossa on ravitsemusterapeutteja kaikissa keskussairaaloissa, mutta resurssien niukkuuden vuoksi jonotusajat ravitsemusterapiaan ovat usein pitkiä. Perusterveydenhuollossa on 49 ja erikoissairaanhoidossa on 85 ravitsemusterapeutin vakanssia (maaliskuu 2013). Ravitsemusterapeuttien ammattiresursseja olisi sinänsä saatavilla: Valviran rekisterissä on yli 500 laillistettua ravitsemusterapeuttia.

6. Yksityinen tarjonta ei kehity KELA-korvauksen puuttuessa

Julkisen terveydenhuollon palveluita täydentävät yksityisen sektorin ravitsemusterapiapalvelut. KELA-korvauksen puuttuessa näiden palveluiden kysyntä on kuitenkin vähäistä. Tämä vaikuttaa myös siihen, että yksityissektorilla työskentelevien laillistettujen ravitsemusterapeuttien määrä on tällä hetkellä vähäinen, arvioilta vain noin 50 henkilöllä on yksityisvastaanotto. Palvelujen kysynnän lisääntymiseen on mahdollista vastata.

7. Tasa-arvoisuutta terveydenhuollon ammattilaisten kesken

Lukuisten terveydenhuollon ammattiryhmien palvelut kuuluvat sairausvakuutuksen piiriin, joihin myös Valviran laillistamien ravitsemusterapeuttien palveluiden tulisi kokonaisuudessaan lukeutua. Vain näin voidaan tarjota kansalaisille yhdenvertainen mahdollisuus ravitsemushoitoon julkisen terveydenhuollon ravitsemusterapeuttien vakanssien vähyyden vuoksi ja toisaalta se toisi tasa-arvoa terveydenhuollon ammattilaisten keskuuteen. Täten sairausvakuutus täydentäisi parhaalla mahdollisella tavalla julkista terveydenhuoltoa käytettävissä olevat varat huomioon ottaen.

Ravitsemusterapeutin ohjaukertojen tarve eri sairauksissa

Lihavuus

Ryhmäohjaus 10 kertaa, eli Käypä Hoito-suosituksen antaman ohjausmallin mukaisesti. Yksilöohjauksen korvattavuus vain perustellusti. Lihavuuden kirurgisen hoidon yhteydessä yksilöohjaus vähintään 5 kertaa.

Diabetes

Aina, kun hoitotasapainon ongelmat johtuvat ruokavaliohoidon epäonnistumisesta, kun hoidon muuttuminen sitä edellyttää, painonhallinnassa on epäonnistuttu, todetaan muu ruokavaliohoitoa edellyttävä sairaus tai todetaan diabeteksen lisäsairauksia kuten (alkava) nefropatia tai maha-suolikanavan toimintaan vaikuttava neuropatia. Hoito jatkuu kuten nämä sairaudet edellyttävät.

Lisäksi tyyppin 1 diabeteksen yhteydessä 1-3 käyntiä sairastumisen yhteydessä, lapset sen jälkeen vuosittain ja lisäkäynnit aina metabolisen oireyhtymän toteamisen yhteydessä.

Kohonnut verenpaine

1-2 kertaa, perustellusti 3 kertaa varsinkin, jos potilaalla muita ravitsemushoitoa edellyttäviä sairauksia (esim. metabolinen oireyhtymä).

Kohonnut seerumin kolesterolipitoisuus

1-2 kertaa kaikille, perustellusti 3 kertaa varsinkin, jos potilaalla on muita ravitsemushoitoa edellyttäviä sairauksia (esim. metabolinen oireyhtymä).

Keliakia

2 kertaa kaikille. Lisäohjaukerrat perustellusti, jos vasta-ainetasot eivät laske tai ne nousevat uudelleen ja lapsella/nuorella esiintyy kasvuhäiriöitä.

Tulehdukselliset suolistosairaudet

2-3 kertaa, kun potilaan aktiivivaiheen tauti vaatii erityistä tukea ruokavalion koostamiseen, potilaana lapsi tai nuori, odottava tai imettävä äiti.

Munuaissairaudet

Munuaisten vajaatoiminnassa vajaatoiminnan asteesta riippuen 2-4 kertaa vuodessa. Lisäohjaukerrat perustellusti, kun potilaalla on muita sairauksia, huono hoitotasapaino tai kyseessä on lapsi tai nuori.

Allergiat

Aikuisille, nuorille ja kouluikäisille kerran, tarvittaessa 2 kertaa. Pienille lapsille Käypä Hoito-suosituksen mukaisesti, jos on todettu kasvuhäiriö tai laaja-alainen allergia (vilja-allergia, vilja- ja maitoallergia), 2 kertaa. Ohjaukertojen määrää lisätään perustellusti lapsen, nuoren ja aikuisen kliinisen tilanteen ja ruokavalion laajenemisen edellyttämällä tavalla.

Syömishäiriöt

Syömishäiriöissä yksilöllinen vaihtelu on erittäin suurta. Ravitsemusohjauksen tarve määritetään hoitotiimin arvion mukaan, lapsille ja nuorille Käypä Hoito-suosituksen mukaisesti. Myös aikuisten osalta arvio voidaan jatkossa tehdä Käypä hoito -suosituksen mukaisesti. Työ lasten, nuorten ja aikuisten yhteisen Käypä hoito-suosituksen laatimiseksi on aloitettu alkuvuodesta 2013.

Vajaaravitsemus

2 ravitsemusohjaukertoa, perustellusti useammin, jos potilaan kliininen tilanne sitä edellyttää.

Ravitsemusterapiaa tarvitsevia sairauksia ja tilanteita

Lihavuus

Finriski 2007 –tutkimuksen mukaan Suomessa miehistä lähes puolet ja naisista reilu kolmannes on liikapainoisia (painoindeksi 25-29.9). Reilu viidennes on merkittävästi lihavia (painoindeksi yli 30). Huolestuttavaa on, että myös alle 18-vuotiaiden lihavuus on lisääntynyt. Lihavuus on useiden sairauksien, kuten sydän- ja verisuonitautien, tyypin 2 diabeteksen, kohonneen verenpaineen ja kihdin sekä erilaisten tuki- ja liikuntaelinsairauksien keskeinen riskitekijä. Nämä taas aiheuttavat suuren osan KELA:n kustannuksista, joten lihavuutta hoitamalla näitä sairauksiakin voidaan hoitaa kokonaiskustannuksia vähentävästi. Myös sairaalloisesti lihaviin henkilöiden kirurgisten hoitojen määrä on kasvanut rajusti. Leikkaushoitojen yhteydessä ravitsemusterapeutin ohjaus ja tiivis seuranta on välttämätöntä.

Suomessa lihavuuden on arvioitu aiheuttavan yhteiskunnalle vähintään 260 miljoonan euron vuotuiset menot. Summasta vajaat 190 miljoonaa euroa on terveydenhuollon kustannuksia. Lihavuus ei ole vain kustannustaakka, vaan se nakertaa myös yhteiskunnan voimavaroja. Lihavuuden takia sairaalahoidossa on arvion mukaan 19 000 potilasta ja työkyvyttömyyseläkkeellä runsaat 5200 henkilöä. Voimavaroja menetetään myös lisääntyneiden sairaslomien myötä. Suomessa lihavuuteen liittyvien terveysongelmien vuoksi sairaslomaa saaneille kertyy yhteensä runsaat 340 000 sairaspäivää vuosittain.

Ravitsemusohjaus yksin tai yhdessä fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen tähtäävän neuvonnan kanssa on todettu sekä vaikuttavaksi että kustannusvaikuttavaksi lihavuuden hoitomenetelmäksi. Tutkimusten mukaan jo 5-10 % painon alenemisella voidaan säästää ylipainoisen henkilön sairaanhoitokustannuksia huomattavasti, kun lihavuuden aiheuttamien komplikaatioiden (kohonnut verenpaine, tyypin 2 diabetes, sepelvaltimotauti) hoidontarve vähenee. Yhdysvalloissa tehtyjen laskelmien mukaan lihavuuteen kytkeytyvien sairauksien (korkea verenpaine, hyperkolesterolemia, tyypin 2 diabetes, sepelvaltimotauti ja aivohalvaus) koko elämän aikana kertyvät hoitokustannukset ovat lihavilla 10 000\$ (US) suuremmat kuin normaalipainoisilla aikuisilla (Thompson ym. 1999).

Diabetes

Diabeetikoita on Suomessa n. 300 000, joista tyypin 2 diabeetikoita on 250 000. Lisäksi tietämättään tyypin 2 diabetesta sairastaa 200 000 henkilöä. Sairastuneiden määrän on arvioitu lisääntyvän 2 miljoonaan vuoteen 2030 mennessä, jos asiaan ei puututa. Diabetesliiton mukaan diabeteksen hoidon aiheuttamat kustannukset ovat lähes kaksinkertaistuneet kymmenessä vuodessa. Vuonna 2007 diabeteksen hoidon kustannukset olivat 1304 miljoonaa euroa, joka vastasi noin 10 % Suomen terveydenhuollon kokonaismenoista (Jarvala ym. 2010).

Ravitsemushoito on keskeinen tekijä diabeteksen hyvän hoitotasapainon ja elämänlaadun saavuttamisessa ja ylläpitämisessä (Suomen Diabetesliitto 2008). Diabetekseen liittyviä lisäsairauksia voidaan ehkäistä hyvällä hoidolla. 40 %:a diabeetikoista kärsii lisäsairauksista, jotka nostava hoidon kustannuksia (Jarvala ym. 2010). Lisäsairaudet nelinkertaistavat diabeteksen hoidon kustannukset. Diabeteksen räjähdysmäisen lisääntymisen myötä pitkäaikainen vakava

munuaissairaus on yleistynyt. Pahimmillaan munuaissairaus johtaa dialyysihoitoon, jonka vuosittaiset kustannukset ovat Munuais- ja maksaliiton laskelman mukaan noin 55 000 € vuodessa.

Diabetesta sairastavia jää ennenaikaisesti eläkkeelle kasvavalla tahdilla, vuonna 2007 ennenaikaisella eläkkeellä oli 21 268 henkilöä, mikä vastaa menetetyissä tuottavuuskustannuksissa 961.9 miljoonaa euroa. Ennenaikaisella eläkkeellä olevien vuotuinen kasvu oli 4.3 % vuosina 1998-2007 (Jarvala ym. 2010).

Sydän- ja verisuonisairaudet

Sydänliiton mukaan sydän- ja verisuonisairauksien hoidosta koituu yhteiskunnalle suurimmat suorat hoitokustannukset, vuosittain arviolta 918 milj. euroa eli 17 % kaikista hoitokustannuksista. Huolimatta sepelvaltimotaudin siirtymisestä yhä enemmän iäkkäiden sairaudeksi, sydän- ja verisuonisairaudet ovat kolmanneksi suurin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä ja niistä aiheutuu yhteiskunnalle neljänneksi suurimmat laskennalliset työpanosmenetykset, noin 1.1 miljardia euroa.

Vuonna 2008 sydän- ja verisuonisairauksien lääkeryhmästä sairausvakuutuskorvauksia sai noin 1.37 miljoonaa suomalaista (Paakkari ym. 2009). Korvausten kokonaiskustannus oli 340 miljoonaa euroa. Yleisin lääkkeiden erityiskorvaukseen oikeuttava sairaus oli verenpainetauti (Kruuti ja Harsia-Alatalo 2009).

Kohonnut verenpaine

Vuonna 2010 yli 500 000 henkilöä sai korvausta kroonisen verenpaineen lääkehoitoon. Tutkittaessa elämäntapojen vaikutusta verenpaineen alentamisessa, todettiin että elämäntapa- ja ruokavalioneuvonnalla saavutetaan parhaimmat tulokset (Booth ym. 2007). Kohonneen verenpaineen hoidossa ravitsemushoidon on todettu vastaavan vaikutukseltaan yhden verenpainelääkkeen tehoa. On arvioitu, että Suomessa ravitsemushoito, johon kuuluisi sekä yksilö- ja ryhmäohjausta, toisi n. 100 € säästön vuodessa potilasta kohden verrattuna lääkehoidon kustannuksiin. Tämä toisi kokonaisuudessaan vuositasolla yli 35 milj. € säästön terveydenhuoltomenoihin. Säästö syntyy verenpainelääkkeiden käytön ja sydäninfarktien sairaalahoidon tarpeen vähenemisestä sekä parantuneesta työkyvystä.

Suomalaiset tutkimukset osoittavat, että sekä yksilöllisellä, perusteellisella ja melko harvaan toteutetulla että ryhmämuotoisella intensiivijaksoihin perustuvalla ravitsemus- ja elämäntapaohjauksella voidaan vaikuttaa myönteisesti verenpaineeseen ja lyhyellä aikavälillä myös eräisiin muihin sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin, kuten painoon ja vyötärönympärykseen (Kastarinen ym. 2002, Mattila ym. 2003, Mattila 2009).

Kohonnut seerumin kolesterolipitoisuus

Ravitsemushoito pienentää veren kolesterolipitoisuutta alentavan lääkehoidon kustannuksia, sillä osa potilaista voi kokonaan luopua lääkehoidosta ja osalla lääkennosta voidaan pienentää. Ravitsemushoidon vaikuttavuudesta hyperkolesterolemian hoidossa on saatu näyttöä Sikandin (1998, 2000) ja Delahantyn (2001) tutkimuksista. Ravitsemusterapeutin antama yksilöllinen ravitsemusohjaus johti myönteisiin muutoksiin veren rasva-aineiden pitoisuuksissa (Sikand ym. 1998). Sikandin ja kumppaneiden (1998, 2000) laskelmien mukaan ravitsemushoidolla saavutettiin lääkehoidon kustannuksissa säästöt, jotka olivat 3–4-kertaiset verrattuna ravitsemushoidon toteuttamiseen käytettyihin varoihin.

Katsaustutkimukset, jotka summaavat yhteen tuloksia interventioista, joissa kohonnutta verenpainetta ja dyslipidemiaa on hoidettu ravitsemusohjauksen avulla, vahvistavat menetelmän vaikuttavaksi (Brunner ym. 1997, Tang ym. 1998, Hooper ym. 2004, Brunner ym. 2007). Ravitsemusohjauksella voidaan saavuttaa väestötasolle sovellettuna merkittäviä, terveyden kannalta edullisia muutoksia verenpainetasoissa ja veren rasva-ainepitoisuuksissa. Ravitsemushoidon toteuttamisen kannalta mielenkiintoinen on Thompsonin tutkimusryhmän (2003) analyysitulokset, jonka mukaan ravitsemusterapeutin antamalla ohjeilla oli suurempi vaikuttavuus kuin lääkärin ohjeilla, kun intervention tavoitteena oli alentaa veren kolesteroli- ja triglyseridipitoisuuksia ruokavalion avulla.

Keliakia ja tulehdukselliset suolistosairaudet

Tutkimusten mukaan 2 % väestöstämme sairastaa keliakiaa, mikä tarkoittaa yli 100 000 henkilöä. Keliakiadiagnoseja on tehty vasta 34 000, joten valtaosa sairastaa keliakiaa tietämättään. Keliakia on autoimmuunisairaus, jonka ainoa hoito ja ”lääke” on elinikäinen ja tarkka gluteeniton ruokavalio. Ravitsemusterapeutin antama ruokavaliohoidon ohjaus on välttämätön, sillä puutteellisesti hoidettu keliakia voi aiheuttaa lisäsairauksia, kuten osteoporoosia, hedelmättömyyttä ja suolistoalueen lymfoomaa.

Keliakian Hyvässä hoitomallissa ja Keliakian käypä hoito–suosituksessa todetaan, että keliakikon tulee saada ravitsemusterapeutin ohjauksella ensimmäisen kerran mahdollisimman pian diagnoosin jälkeen ja toisen kerran 6 kuukauden sisällä diagnoosista. Keliakialiiton vuonna 2010 tekemän tutkimuksen mukaan 1/3 julkisen terveydenhuollon yksiköistä ei pysty takaamaan varmasti edes yhtä ohjauksertaa ravitsemusterapeutin vastaanotolla. Suurimpana syynä puutteelliseen ohjauksen toteutumiseen on ravitsemusterapiaresurssien puuttuminen omasta kunnasta. Syyksi lähimmän yksityisen ravitsemusterapeutin vastaanotolle hakeutumattomuuteen on todettu se, että hoito ei kuulu KELA:n sairaanhoitokorvauksen piiriin.

Tulehduksellisia suolistosairauksia sairastaa n. 40 000 suomalaista. Crohnin tautia tai colitis ulcerosaa sairastaville kehittyy helposti ravitsemusongelmia taudin aktiivisessa vaiheessa. Jos potilaalla on vajaaravitsemuksen riskitekijöitä tai potilas on laihtunut, lapsi, nuori, raskaana oleva tai imettävä äiti, on ravitsemusterapeutin konsultaatio aina tarpeen.

Munuaissairaudet

Munuais- ja maksaliiton mukaan suomalaisista 200 000:n arvioidaan sairastavan jonkin asteista munuaistautia. Munuaissairauksien riskiryhmiin kuuluvat ihmiset joilla on korkea verenpaine, diabetes, ylipaino ja sukurasite. Vuoden 2009 alussa dialyysihoitoa sai noin 1800 henkilöä. Yli puolet potilaista on taustaltaan diabeetikkoja (Suomen munuaistautirekisteri 2009). Riskiryhmiin kuuluvien hyvä ravitsemushoito on avainasemassa munuaissairauksien vähentämiseksi. Alkuvaiheen munuaisten vajaatoiminnassa sairauden etenemistä voidaan hidastaa ja jopa estää hyvällä ravitsemushoidolla (Kylliäinen ym. 2009). Alkuvaiheen munuaisten vajaatoimintapotilaat eivät kuulu erikoissairaanhoidon piiriin.

Aktiivihoidossa olevien dialyysi- ja munuaissirrepotilaiden lukumäärä on kasvanut vuosien 1999-2009 välillä 2825 henkilöstä 4167 henkilöön (Suomen munuaistautirekisteri 2009).

Allergiat

Ruoka-aineallergioista kärsii 10-15 % imeväisikäisistä, 5-10 % kouluikäisistä ja n. 3-5 % aikuisista. Hoitoa tarvitsevien määrä on lisääntynyt johtuen sekä allergioiden lisääntymisestä että hoidon tarpeen lisääntyneestä tiedostamisesta. Nopea reagoiminen ja asianmukaisen ruokavalion koostaminen on hoidon takia erityisen tärkeää kasvavilla lapsilla ja nuorilla, mutta työ- ja toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta myös aikuisilla.

Vajaaravitsemus

Tutkimusten mukaan laitoshoidossa olevista ikääntyneistä jopa 90 % on vajaaravitsemuksen riskissä ja 60 % vakavasti vajaaravittuja (Suominen 2007). Kotihoidossa joka kymmenes ikääntynyt kärsii vajaaravitsemuksesta ja sen uhka on kasvanut joka neljännellä (Suominen 2011). Ikääntyneiden asuminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään säästää yhteiskunnan kustannuksia ollen myös ikääntyneille mieluisin asumismuoto. Hyvä ravitsemustila pitää yllä toimintakykyä ja mahdollistaa kotona asumisen. Ravitsemusterapeutin antama ravitsemusohjaus on todettu vaikuttavaksi menetelmäksi torjua vajaaravitsemusta (Rüfenacht ym. 2010, van den Berg ym. 2010). Se voidaan toteuttaa ravitsemusterapeutin kotikäynnein tai vastaanotolla lääkäriasemalla potilaan kunnosta riippuen. Lihavuuden aiheuttamiin kustannuksiin verrattuna vajaaravitsemuksen aiheuttamat kustannukset ovat lähes kaksinkertaiset (Elia 2006).

Syömishäiriöt

Syömishäiriö yhdistetään usein virheellisesti pelkästään laihuuteen. Kuitenkin vain pieni osa syömishäiriöitä sairastavista on niin laihoja, että lääketieteellisen aliravitsemuksen kriteerit täyttyvät. Suurin osa on joko normaali- tai ylipainoisia (Allen ym. 2008, Schneider 2003, Stice ym. 2009). Erikoislääkäri, Suomen Akatemian tutkijatohtori Anu Raevuoren mukaan ikävuosiin 11 - 26 mennessä n. 20 000 tyttöä/nuorta naista ja 3000 poikaa/nuorta miestä on sairastanut tai sairastaa syömishäiriötä. Vielä useampi tulee sen sairastamaan jossain elämänsä vaiheessa. Suomalaisista 27 - 47- vuotiaista 69 000 henkeä on jossain elämänsä vaiheessa sairastanut psykiatrisen häiriön kriteerit täyttävän syömishäiriön (Isomaa ym. 2009, Raevuori ym. 2009, Keski-Rahkonen ym. 2009, Keski-Rahkonen ym. 2007). Raevuoren esittämästä luvusta puuttuu BED:n (binge eating disorder, ahmintahäiriö) esiintyvyyttä, mutta kansainvälisten tutkimustulosten mukaan ahmintahäiriö on todennäköisesti yleisin syömishäiriön muoto. Lihavuuden taustalla olevan syömishäiriön mahdollisuus tunnistetaan kuitenkin toistaiseksi huonosti. Tunnistaminen olisi tärkeää, koska ahmintahäiriöstä johtuvaa lihavuutta tulisi hoitaa eri tavalla kuin muista syistä johtuvaa lihavuutta.

Syömishäiriöasiakkaiden hoito on moniammatillista työtä, jossa tarvitaan ravitsemusterapeutin osaamista. Ravitsemusterapeutin tehtävänä on mm. oikaista asiakkaan ruokaan liittyviä vääriä tottumuksia ja uskomuksia, antaa ohjeita riittävästä ja sopivasta ravitsemuksesta sekä suunnitella asiakkaan painon ja syömiskäyttäytymisen normalisoimiseen tähtäävä ravitsemushoito. Lisäksi ravitsemusterapeutilla on merkittävä rooli asiakkaan sairautentunnon lisäämisessä ja hoitoon motivoinnissa. Ravitsemushoidon tavoitteita ovat mahdollisen aliravitsemuksen korjaamisen lisäksi laihduttamisen lopettaminen tai painonhallinnan järkevöittäminen, normaalipainon hyväksyminen ja sen ylläpitäminen sekä kaoottisen syömiskäyttäytymisen normalisoiminen. Nuorilla asiakkailla tavoitteena on myös normaalin kasvun ja kehityksen turvaaminen. (Viljanen ym. 2005.)

Lähteet

Allen KL, Byrne SM, La Puma M, McLean N, Davis EA. The onset and course of binge eating in 8- to 13-year-old healthy weight, overweight and obese children. *Eat Behav.* 2008; 9: 438-446.

Booth N, Jula A, Aronen P, Kaila M, Klaukka T, Kukkonen-Harjula K, Reunanen A, ym. Cost-effectiveness analysis of guidelines for antihypertensive care in Finland. *BMC Health Services Research* 2007;172. Internet-julkaisu. doi:10.1186/1472-6963-7-172.

Brunner E, White I, Thorogood M, Bristow A, Curle D, Marmot M. Can dietary interventions change diet and cardiovascular risk factors? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Public Health* 1997;87:1415-22.

Brunner E, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;(4). Internet-julkaisu. doi: 10.1002/14651858.CD002128.pub3.

Delahanty LM, Sonnenberg LM, Hayden D, Nathan DM. Clinical and cost outcomes of medical nutrition therapy for hypercholesterolemia: a controlled trial. *J Am Diet Assoc* 2001;101:1012-6, 1021-3.

Elia M. Nutrition and health economics. *Nutrition* 2006;22:576-8.

Hooper L, Bartlett C, Davey Smith G, Ebrahim S. Advice to reduce dietary salt for prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004;(1). Internet-julkaisu. doi: 10.1002/14651858.CD003656.pub2.

Isomaa R., Isomaa A-L, Marttunen M, Kaltiala-Heino R, Björkqvist K. The prevalence, incidence and development of eating disorders in Finnish adolescents—a two-step 3-year follow-up Study. *European Eating Disorders Review* 2009; 17:199–207.

Jarvala T, Raitanen J, Rissanen P. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998-2007. Tampere: Diabetesliitto ja Tampereen yliopisto 2010.

Kastarinen MJ, Puska PM, Korhonen MH, Mustonen JN, Salomaa VV, Sundvall JE, ym. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland. *J Hypertens* 2002;20:2505-12.

Keski-Rahkonen, A. & Hoek, HW. & Linna, MS. & Raevuori, A. & Sihvola, E. & Bulik, CM. & Rissanen, A. & Kaprio, J. 2009. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine* 2009;39:823-831

Keski-Rahkonen, A. & Hoek, HW. & Susser, ES. & Linna, MS. & Sihvola, E. & Raevuori, A. & Bulik, CM. & Kaprio, J. & Rissanen, A. 2007. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry* 2007;164:1259-1265.

Kruuti J, Harsia-Alatalo J. Lääkekorvausjärjestelmä ja -korvausmenot vuonna 2008. Teoksessa: Suomen lääketilasto 2008. Helsinki: Lääkelaitos, Kansaneläkelaitos; 2009. s.62-8.

Kylliäinen S, Aho M, Larjosto M, Pölonen A ym. Krooninen munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito. Suomalaiset hoitosuosituksukset 2009. Helsinki: Munuais- ja maksaliitto, Suomen nefrologiyhdistys, Ravitsemusterapeuttien yhdistys ja Suomen munuaistautialan sairaanhoitohenkilöstö 2009.

Mattila R. Effectiveness of a multidisciplinary lifestyle intervention on hypertension, cardiovascular risk factors and musculoskeletal symptoms (väitöskirja). Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 444. Kuopio; 2009.

Mattila R, Malmivaara A, Kastarinen M, Kivelä SL, Nissinen A. Effectiveness of multidisciplinary lifestyle intervention for hypertension: a randomised controlled trial. *J Hum Hypertens* 2003;17:199-205.

- Munuais- ja maksaliitto. Suomen munuaistautirekisteri. Vuosiraportti 2009.
<http://www.musili.fi/fin/munuaistautirekisteri/>
- Paakkari P, Saastamoinen L, Martikainen J, Voipio T. Lääkevuosi 2008. Teoksessa: Suomen lääketilasto 2008. Helsinki: Lääkelaitos, Kansaneläkelaitos; 2009. s.20-7.
- Peltonen M, Harald K, Männistö S, Saarikoski L, Peltomäki P, Lund L, ym. Kansallinen FINRISKI 2007 -terveystutkimus. Tutkimuksen toteutus ja tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 34/2008. Helsinki; 2008.
- Rüfenacht U, Rühlin M, Wegmann M, Imoberdorf R, Ballmer PE. Nutritional counseling improves quality of life and nutrient intake in hospitalized undernourished patients. *Nutrition* 2010;26:53-60.
- Schneider M. Bulimia nervosa and binge-eating disorder in adolescents. *Adolesc Med.* 2003; 14: 119-131.
- Sikand G, Kashyap ML, Wong ND, HSU JC. Dietitian intervention improves lipid values and saves medication costs in men with combined hyperlipidemia and a history of niacin noncompliance. *J Am Diet Assoc* 2000;100:218-24.
- Sikand G, Kashyap ML, Yang I. Medical nutrition therapy lowers serum cholesterol and saves medication costs in men with hypercholesterolemia. *J Am Diet Assoc* 1998;98:889-94.
- Stice E, Marti CN, Shaw H, Jaconis M. An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2009; 118: 587-597.
- Suomen Diabetesliitto. Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008. Tampere: Diabetesliitto 2008.
- Suominen M. Nutrition and nutritional care of elderly people in Finnish nursing homes and hospitals (väitöskirja). Helsinki; 2007.
- Suominen M. NutriAction 2011. Kotihoidon asiakkaiden ravitsemustila. Internet-julkaisu. Viitattu 31.10.2011.
http://www.vajaaravitsemus.fi/assets/files/Raportti_NutriAction_170211.pdf
- Tang JL, Armitage JM, Lancaster T, Silagy CA, Fowler GH, Neil HAW. Systematic review of dietary intervention trials to lower blood total cholesterol in free-living subjects. *BMJ* 1998;316:1213-9.
- Thompson RL, Summerbell CD, Hooper L, Higgins JPT, Little PS, Talbot D, ym. Relative efficacy of differential methods of dietary advice: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2003;77(Suppl):1052S-7S.
- Thompson D, Edelsberg J, Colditz GA, Bird AP, Oster G. Lifetime health and economic consequences of obesity. *Arch Intern Med* 1999;159:2177-83.
- Van den Berg MGA, Rasmussen-Conrad EL, Wei KH, Lintz-Luidens H, Kaanders JHAM, Merks MAW. Comparison of the effect of individual dietary counselling and of standard nutrition care on weight loss in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Br J Nutr* 2010;104:872-7.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin.
- Viljanen R, Larjosto M, Palva-Ahola M. Syömishäiriön ravitsemushoito. Kustannus Oy Duodecim 2005.