



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

Lihavuuden hoito ja hoitoon ohjaaminen
työterveyshoitajan vastaanotolla

Anna Tuukkanen

Ravitsemustiede

Itä-Suomen yliopisto

Terveystieteiden tiedekunta

Lääketieteen laitos

Kansanterveystieteen ja kliinisen

ravitsemustieteen yksikkö

20.02.2022

Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta

Lääketieteen laitos

Ravitsemustiede

Tuukkanen, Anna I: Lihavuuden hoito ja hoitoon ohjaaminen työterveyshoitajan vastaanotolla

Pro gradu -tutkielma, 52 sivua, 4 liitettä (14 sivua)

Tutkielman ohjaajat: TtT Reija Männikkö, professori Kirsi Virtanen

Helmikuu 2022

Asiasanat: lihavuus, työterveyshuolto, hoitosuositukset, elintapahoito

LIHAVUUDEN HOITO JA HOITOON OHJAAMINEN TYÖTERVEYSHOITAJAN VASTAANOTOLLA

Tiivistelmä

Lihavuus on yksi suurimmista kansanterveydellisistä haasteista. Lihavuus suurentaa merkittävästi useiden sairauksien, oireyhtymien ja terveyshaittojen riskiä ja on heikentävässä yhteydessä sekä elämänlaatuun että fyysiseen ja psyykkiseen työkykyyn. Onnistunut laihduttaminen on usein vaikeaa, minkä vuoksi lihavuuden kehitystä on erityisen tärkeä pyrkiä ehkäisemään ennalta. Hoidon ja ehkäisytöiden tavoitteena on painonnousun hallinta sekä terveyden, työkyvyn ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen. Hyvin toteutettu lihavuuden elintapahoito voi johtaa kliinisesti merkittävään painonlaskuun ja vähentää lihavuudesta johtuvaa sairastuvuutta.

Tämä pro gradu -tutkielma toteutettiin Terveystalo Oy:n työterveyshoitajille suunnattuna kyselytutkimuksena. Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaisen hoidon ja hoitoon lähettämisen toteutumista Terveystalon työterveyshoitajien toteuttamissa työhöntulo- ja alkutarkastuksissa. Tutkielman tavoitteena oli tuottaa tietoa hyödynnettäväksi Terveystalon lihavuuden hoitopolun kehitystyössä. Tutkimuksen aikana luodussa kyselylomakkeessa lihavuuden hoitoa ja vastaanottokäytäntöjä koskevien kysymysten pohjana käytettiin lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaisia suosituksia lihavuuden hoidosta terveydenhuollossa. Kysely jaettiin 150 työterveyshoitajalle yhdeksään Terveystalon toimipisteeseen. Vastauksia saatiin 40 kappaletta. Aineisto käsiteltiin IBM SPSS Statistics -tilasto-ohjelmalla, ja sen kuvauksessa käytettiin frekvenssi- ja teema-analyysiä.

Kyselyyn vastanneista työterveyshoitajista neljännes oli tutustunut uudistettuun lihavuuden Käypä hoito -suositukseen, ja heistä 80 prosenttia oli käyttänyt suositusta työnsä tukena. Asiakkaan korkea painoindeksi lisäsi ravitsemusterapeutille ja lääkärille lähettämisen todennäköisyyttä muista terveydellisistä tekijöistä riippumatta. Lihavuuden elintapahoidon toteutumisessa ja hoitoon lähettämässä oli puutteita erityisesti moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa. Työhöntulo- ja alkutarkastuksessa selvitettävät asiat sekä työterveyshoitajien toimintatavat vastaanotolla vastasivat lihavuuden Käypä hoito -suosituksen ohjeistusta kuitenkin pääosin hyvin, kun huomioidaan työterveyshuollon työkykyyn keskittyvä luonne sekä hoidon asiakaskohtainen tarvelähtöisyys. Suurimmiksi haasteiksi lihavuuden tunnistamisessa, hoidossa ja hoitoon ohjauksessa koettiin kiire, asiakkaan hoitohaluttomuus, yhteisten käytäntöjen ja systemaattisen ohjausmallin puute sekä työterveyshoitajan oman tiedon ja osaamisen riittämättömyys.

University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences

School of Medicine

Institute of Public Health and Clinical Nutrition

Tuukkanen, Anna I: Treatment of obesity and referring to further care at an occupational health nurse's appointment

Master's thesis, 52 pages, 4 appendices (14 pages)

Supervisors: Ph.D. (Health Sci., Nutr.) Reija Männikkö, Professor Kirsi Virtanen

February 2022

Keywords: obesity, occupational health care, care guidelines, lifestyle intervention

TREATMENT OF OBESITY AND REFERRING TO FURTHER CARE AT AN OCCUPATIONAL HEALTH NURSE'S APPOINTMENT

Abstract

Obesity forms one of the most significant challenges in public health. Obesity increases the risk of several diseases, syndromes and health detriments, and is associated with reduced physical and psychological work ability as well as lower quality of life. Weight loss is often found difficult to succeed in, which only emphasizes the importance of obesity prevention. The aim of obesity treatment and preventative care is to control weight gain and increase health, work ability and the length of functional life span. Lifestyle interventions in the treatment of obesity can, when executed well, lead to clinically significant weight loss and a reduction in obesity-related morbidity.

This master's thesis examined the implementation of care and referrals to further care in clients with obesity at pre-employment health examinations carried out by occupational health nurses at Terveystalo. The Current Care Guideline for obesity was used as a standard point of reference. As a means to gather the required data, an online questionnaire was created and delivered to 150 occupational health nurses at nine Terveystalo clinics. The data (n=40) was analyzed in IBM SPSS Statistics software using frequency and theme analysis. The purpose of this thesis was to provide information for the benefit of Terveystalo in their process of creating a systematic care pathway for the treatment of obesity.

One quarter of the occupational health nurses who responded to the questionnaire had familiarized themselves with the latest Current Care Guideline for obesity. Out of these, 80% had also used the guideline as a source of information for issues relating to work. High body mass index in a client independently increased the likelihood of a referral to a doctor and a dietitian regardless of other health-related factors. Barriers in the implementation of both lifestyle interventions and referrals to further care were found especially in regard to lack of multiprofessional cooperation. Matters addressed at pre-employment health examinations, however, complied mainly well with the Current Care Guideline for obesity, especially when considering the work-ability-oriented nature and client-oriented approach at occupational health care appointments. Lack of time, client's reluctance to receiving care, lack of systematic care guidelines and insufficiency of nurses' own knowledge and skills were reported as the most significant challenges in recognizing, treating, and referring clients with obesity.

Sisältö

1	Johdanto	6
2	Lihavuus	7
2.1	Lihavuuden määritelmä	7
2.2	Lihavuuden esiintyvyys	8
2.3	Lihavuuden taustatekijöitä.....	9
2.4	Lihavuuden ehkäisy.....	10
2.4.1	Yhteiskunnalliset toimet.....	10
2.4.2	Yksilökohtaiset toimet	11
2.5	Lihavuus ja terveys.....	11
2.6	Lihavuus ja työelämä.....	13
2.7	Lihavuus ja talous.....	14
3	Lihavuuden hoito.....	14
3.1	Käypä hoito -suositukset yleisesti.....	14
3.2	Lihavuuden Käypä hoito -suositus	16
3.3	Lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukainen elintapahoito.....	17
3.3.1	Elintapahoidon toteutus.....	17
3.3.2	Elintapahoidon sisältö	18
3.3.3	Elintapahoidon vaikutus painoon	20
4	Hoitosuosituksen toteutuminen Suomessa.....	20
5	Tavoitteet	24
6	Aineisto ja menetelmät	24
7	Tulokset	26
7.1	Taustatiedot	26
7.1.1	Esitiedot.....	26
7.1.2	Lihavuuden Käypä hoito -suositus työssä.....	27

7.2	Vastaanotto ja ohjaus	27
7.2.1	Toimintatavat vastaanotolla.....	27
7.2.2	Ravitsemusterapeutille lähettäminen	30
7.2.3	Lääkärille lähettäminen	31
7.2.4	Psykologille lähettäminen	32
7.2.5	Fysioterapeutille lähettäminen	33
7.3	Onnistumiset ja kehityskohdat	34
7.3.1	Lihavuuden tunnistaminen.....	34
7.3.2	Hoito ja hoitoon ohjaus	35
8	Pohdinta	37
8.1	Tulosten tarkastelu	37
8.1.1	Suosittelujen käyttö ja tunnettuus	37
8.1.2	Toimintatavat vastaanotolla.....	38
8.1.3	Ravitsemusterapeutille ja lääkärille lähettäminen	39
8.1.4	Psykologille ja fysioterapeutille lähettäminen	41
8.1.5	Haasteet ja puutteet lihavuuden hoidossa	41
8.2	Tutkimuksen luotettavuus	42
9	Johtopäätökset	44

Lähteet

Liitteet

1 Johdanto

Lihavuus on endokrinologinen pitkäaikaissairaus, joka koskettaa noin joka neljättä suomalaista aikuista (THL 2018). Lihavuuteen läheisesti liittyvien liitännäissairauksien ohella myös sen psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä heikentävät vaikutukset aiheuttavat sekä yksilöllisiä että yhteiskunnallisia haasteita niin suuremman sairastuvuuden kuin kansantaloudellisten kustannustenkin kautta. Lihavuuden terveyshaitat jakautuvat sekä aineenvaihdunnallisiin, kehoa kuormittaviin että psyykkisiin vaikutuksiin, ja terveydenhuollon kustannusten lisäksi erityisesti työkyvyttömyyteen liittyvät kustannukset muodostavat suuren osan lihavuuden taloudellisesta kuormasta (Pekurinen 2006). Terveydenhuollon tehtävä lihavuuden tunnistamisessa ja hoidossa on hyvin keskeinen. Lihavuuden hoito ja laihduttaminen on kuitenkin usein vaikeaa ja hoitoon pääsy tarpeeseen nähden riittämätöntä, joten hoidon vaikuttavuuden ja saatavuuden kehittämisen lisäksi huomiota tulisi kiinnittää erityisesti lihavuuden kehitystä ennaltaehkäiseviin toimiin.

Tämän pro gradu -tutkielman toimeksiantajana toimii Terveystalo Oy. Tutkielman tavoitteena on selvittää lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaisen elintapahoidon ja hoitoon lähettämisen toteutumista Terveystalossa työterveyshoitajien toteuttamissa työhöntulo- ja alkutarkastuksissa tutkimuksen aikana luotavan kyselylomakkeen avulla. Työhöntulo- ja alkutarkastukset ovat usein uuden työntekijän ensimmäinen kontakti työterveyshuoltoon, ja tavoittavat siten laajan osuuden työterveyshuollon asiakaskunnasta. Kyseiset tarkastukset ovat näin ollen myös työterveyshuollon ensimmäinen mahdollisuus havaita ja tavoittaa lihavuuden hoidosta tai sen kehitystä ennaltaehkäisevistä toimista mahdollisesti hyötyvät asiakkaat sekä arvioida lihavuudesta aiheutuvia tai sille altistavia työkykyyn ja -ympäristöön liittyviä riskejä. Tämä tutkielma toimii omalta osaltaan Terveystalon lihavuuden hoitopolun kehittämistyön tukena tarjoten tietoa lihavuuden hoidosta ja siinä koetuista puutteista työterveyshoitajan näkökulmasta aivan asiakkaan työterveyshoitosuhteen ensimmäisissä vaiheissa.

Aiemmissä hoitosuosittelujen toteutumista selvittäneissä suomalaisissa tutkimuksissa on havaittu puutteita suositusten toteutumisessa sekä tarvetta henkilöstön jatkuvalle kouluttautumiselle (Karppi ym. 2010, Trujillo ym. 2012, Karma ym. 2015). Käypä hoito -suosituksia tutkittaessa suositusten havaittiin toteutuvan pääosin hyvin (Karma ym. 2015, Karppi ym. 2010). Suositusten mukaisten käytäntöjen toteutumiseen on myös mahdollista vaikuttaa positiivisesti (Tuppurainen ym. 2014). Tämän pro gradu -tutkielman oletetaan havaitsevan puutteita sekä lihavuuden hoidon että hoitoon lähettämisen toteutumisessa erityisesti moniammatillisen yhteistyön saatavuuteen ja työterveyshoitajan asiakaskohtaisesti käytettävissä olevaan vastaanottoaikaan liittyvillä osa-alueilla.

2 Lihavuus

2.1 Lihavuuden määritelmä

Lihavuus on fyysistä ja psyykkistä elämänlaatua heikentävä endokrinologinen pitkäaikaissairaus, jossa kehon rasvakudoksen määrä on huomattavasti lisääntynyt pitkäaikaisen energiansaannin ja -kulutuksen epätasapainon seurauksena (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Lihavuus suurentaa merkittävästi useiden sairauksien ja oireyhtymien sekä lähes kaikissa elimissä esiintyvien terveyshaittojen riskiä (Pietiläinen ym. 2015). Lihavuuden liitännäissairaudet jakautuvat metabolisiin eli aineenvaihdunnallisiin haittoihin, mekaanisiin eli kehon painoon, kokoon ja kuormitukseen liittyviin haittoihin sekä mentaalisiin eli psyykkisiin haittoihin. Erityisesti varhain alkanut lihavuus ja vyötärölle kertynyt ylimääräinen rasvakudos lisäävät sairastumisriskiä (Bender ym. 1999). Lihavuus aiheuttaa myös merkittäviä yhteiskunnallisia kustannuksia terveydenhuollon, työkyvyttömyyseläkkeiden ja muiden sosiaaliturvan kulujen kautta (Pekurinen 2006).

Lihavuus diagnosoidaan ja sen vakavuus luokitellaan kehon painon ja pituuden suhteeseen perustuvan painoindeksin (body mass index, BMI) sekä vyötärön ympärysmittan avulla (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). BMI lasketaan jakamalla kehon paino (kg) metreinä mitatun pituuden neliöllä (m²). Se on yleensä vahvasti yhteydessä kehon rasvakudoksen määrään ja on spesifi, joskaan ei kovin herkkä, liiallisen rasvan määrän osoitin. BMI:n avulla ei voida erottaa turvotuksen tai epätavallisen suuren lihasmassan aiheuttamaa painon nousua, mutta nämä voidaan arvioida kliinisessä tutkimuksessa. Painoindeksiin perustuva aikuisten lihavuuden luokitus on esitetty alla olevassa taulukossa (Taulukko 1).

Taulukko 1. Aikuisten lihavuuden luokitus painoindeksin (BMI, kg/m²) perusteella (muokattu Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020)

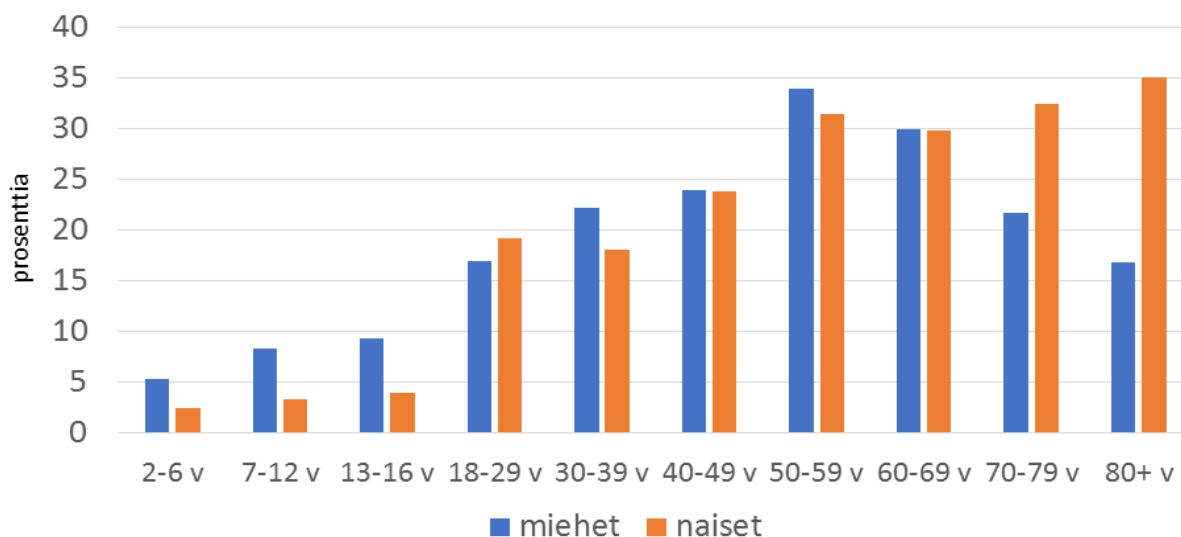
Normaalipaino	Ylipaino			
	Lihavuus			
			Vaikea lihavuus	Sairaalloinen lihavuus
18,5–24,9	25,0–29,9	30,0–34,9	35,0–39,9	40 tai yli

Vyötärön ympäryksen kasvu eli vyötärölihavuus ilmaisee sisäelimiin ja vatsaonteloon kertyneen haitallisen rasvakudoksen määrää (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Liiallisesti lisääntyessään viskeraalirasvan aineenvaihdunnallinen aktiivisuus ja haitallisuus terveydelle on suurempaa kuin esimerkiksi lantiolle ja reisiin kertyvän ihonalaisrasvan. Suuri vyötärön ympäryys on myös vahvasti yhteydessä suurempaan kuolleisuuteen

(Bigaard ym. 2005). Kliinisessä työssä merkittävän vyötärölihavuuden alarajana pidetään naisilla arvoa 90 cm ja miehillä 100 cm (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020).

2.2 Lihavuuden esiintyvyys

Vuonna 2017 toteutettuun FinTerveys-tutkimukseen perustuen arviolta noin 2,5 miljoonalla yli 30-vuotiaalla suomalaisella aikuisella on ylipainoa (THL 2018). Joka neljäs aikuinen täyttää lihavuuden, ja lähes joka toinen vyötärölihavuuden määritelmän. Miehistä lähes kolmella neljästä ja naisista kahdella kolmesta on ylipainoa, ja lihavuutta on noin neljänneksellä molemmissa sukupuolissa. Koulutusryhmien välinen ero lihavuuden esiintyvyydessä on myös huomattava: vuonna 2017 lihavuutta esiintyi kolmanneksella perusasteen koulutuksen saaneista, kun korkeakoulutetuilla lihavuutta oli joka viidennellä. Lihavuuden esiintyvyys ikäryhmittäin ja sukupuolittain vuonna 2017 on esitetty kuvassa 1.



Kuva 1. Lihavuuden esiintyvyys ikäryhmittäin ja sukupuolittain 2017 (THL 2020b)

Lihavuus yleistyi Suomessa useiden vuosikymmenien ajan 2000-luvun alkupuolelle saakka, jolloin kehitys hidastui tai jopa tasaantui (THL 2018). Vuosien 2011 ja 2017 välillä työikäisten painoindeksi ja vyötärön ympäryskäänäntyivät kuitenkin uudelleen nousuun. Tuona aikana lihavuuden esiintyvyys kasvoi 30–64-vuotiaiden miesten keskuudessa 24 prosentista 27 prosenttiin, ja saman ikäisten naisten keskuudessa 22 prosentista 26 prosenttiin. Lihavuuden kehityskulku Suomessa ei kuitenkaan ole verrattain poikkeuksellinen, sillä myös maailmanlaajuisesti lihavuuden arvioidaan lähes kolminkertaistuneen vuodesta 1975 (WHO 2020). Maailmassa arvioidaan olevan jo noin kaksi miljardia ylipainoista yli 18-vuotiasta, joista yli 650 miljoonalla on myös lihavuutta.

2.3 Lihavuuden taustatekijöitä

Lihavuuden taustalla vaikuttaa lukuisia syitä ympäristöstä yksilölliseen perimään (Kaukua 2010). Pohjimmiltaan lihavuudessa on kyse pitkäaikaisesta liiallisesta energiansaannista suhteessa energiankulutukseen. Lihomisen taustalla on ennen kaikkea elinympäristön ja -tapojen vähittäinen muuttuminen lihomista edistäviksi. Merkittävimpinä lihomisen yleistymistä selittävinä tekijöinä lienevätkin viime vuosikymmeninä ravinnon laadussa, saatavuudessa ja syömistottumuksissa tapahtuneet suuret muutokset sekä ruumiillisen työn vähenemisestä, kulkuvälineiden kehityksestä ja kaupungistumisen lisääntymisestä johtuva suurentunut fyysinen inaktiivisuus (Kaukua 2010, WHO 2020). Runsasenergistien ruokien edullisuus, ravinnon saatavuus sekä tuotevalikoiman laajuus ja suuret annos- ja pakkauskoot houkuttelevat liialliseen energiansaantiin (Sørensen 2009, Vandevijvere ym. 2015).

Lihavuus on aiemmin ollut osoitus vauraudesta, kyvystä syödä tarvetta enemmän ja mahdollisuudesta kulkea ilman omaa fyysistä ponnistelua (Mustajoki ym. 2006). Modernissa länsimaisessa yhteiskunnassa lihavuus on kuitenkin muuttunut suuremmissa määrin alempien sosioekonomisten luokkien ongelmaksi. Selittäviä tekijöitä ei täysin tunneta, mutta yhteyttä selittänee ainakin osittain pienituloisten niukemmin kasviksia ja runsaammin sokeroituja virvoitusjuomia suosivat ruokatottumukset (Ovaskainen ym. 2012). Vuorotyön ja etenkin yötyön on myös havaittu olevan yhteydessä painon nousuun ja vyötärölihavuuden kehittymiseen ainakin uni-valverytmin sekoittumisesta aiheutuvien hormonaalisten muutosten kautta (Sun ym. 2018). Niukka uni jo itsessään altistaa lihomiselle (Partonen 2020b). Myös psykososiaalisilla tekijöillä, kuten yksinäisyydellä, stressillä ja masennuksella on yhteyksiä suurentuneeseen lihavuuden ja painonnousun riskiin (Lauder ym. 2006, Needham ym. 2010, Sinha ja Jastreboff 2013). Psykososiaaliset tekijät eivät kuitenkaan ole yksiselitteisiä, sillä samat asiat voivat usein olla sekä lihavuuden syitä että seurauksia.

Ympäristön ja elintapojen sekä sosioekonomisten ja psykososiaalisten tekijöiden lisäksi myös perimällä on yhteyksiä painon kehitykseen. Perimä voi selittää jopa 30–70 prosenttia ihmisten välisistä painoeroista (Goodarzi 2018, Loos 2018). Perimän rooli on kuitenkin monimutkainen, eikä geneettinen alttius lihomiseen ilman ympäristön ja elintapojen vaikutusta riitä vielä yksin määräämään kenelle lihavuus kehittyy. Yksittäisestä geenistä johtuva monogeeninen lihavuus on todella harvinaista, ja tavallinen, polygeeninen lihavuus on tyypillisesti usean geenin ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksen tulos (Mustajoki ym. 2006). Lihavuuteen liittyvät geenit vaikuttavat suurilta osin syömisestä säätelemiseen, eivätkä niinkään aineenvaihduntaan (Pietiläinen ym. 2015). Terveellisillä elintavoilla voikin vaikuttaa ennaltaehkäisevästi geneettisen alttiuden ilmentymiseen. Lihavuuteen vaikuttavista geeneistä tiedetään kuitenkin toistaiseksi vielä vähän.

2.4 Lihavuuden ehkäisy

2.4.1 Yhteiskunnalliset toimet

Lihavuus on merkittävä kansanterveydellinen haaste, jonka ennaltaehkäisyyn tulisi kiinnittää suurta huomiota myös yhteiskunnallisella tasolla (THL 2018). Jo kehittyneestä lihavuudesta laihduttaminen ja saavutetun laihdutustuloksen onnistunut ylläpito on usein vaikeaa, sillä muun muassa yltäkyläinen ympäristö ja painonpudotusta vastustavat fysiologiset ja psykologiset mekanismit heikentävät onnistumisen todennäköisyyttä (Mutanen ym. 2021). Lihavuuden ehkäisy tavoitteena on painonnousun hallinta sekä terveyden, työkyvyn ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Ehkäisevien toimien tulisi kohdistua koko väestöön ja erityisesti heihin, joilla lihomisen ja liitännäissairauksien riski on suuri (Mutanen ym. 2021). Jo pienelläkin pysyvällä painonpudotuksella voidaan saavuttaa merkittäviä terveyshyötyjä (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Yksilön elintavoilla on painonhallinnassa keskeinen asema, mutta koska lihavuuden taustasyöt ovat moniulotteiset, on vastuu ennaltaehkäisystä yksilöiden ja perheiden lisäksi myös yhteiskunnallisilla toimijoilla (THL 2018). Lihomiskehityksen pysäyttämiseksi tarvitaan laaja-alaista eri toimijoiden yhteistyötä terveyden edistämiseksi eri sektoreilla, kuten asuinympäristöjen suunnittelussa, oppilaitoksissa, työpaikoilla ja vapaa-ajan harrastuksissa ja palveluissa.

Valintaympäristön muokkauksella eli niin kutsutulla tuuppauksella voidaan vaikuttaa yksilöiden terveyttä edistävään toimintaan (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Tuuppauskeinoja ovat esimerkiksi kaupoissa elintarvikkeiden hyllyjärjestyksen muuttaminen, ruoan tarjoilu- ja annoskokojen pienentäminen sekä ympäristön muokkaaminen liikuntaa edistäväksi (Marteau ym. 2012). Arnon ja Thomasin (2016) meta-analyysin mukaan tuuppaustoimet lisäsivät aikuisten terveyttä edistäviä valintoja keskimäärin noin 15 prosenttia. Vastikään julkaistussa systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyysissä tuuppaustoimien havaittiin alentaneen myös painoa, BMI:tä ja vyötärön ympäristä erityisesti aikuisilla, joilla oli lihavuutta (Li ym. 2021). Vaikutukset olivat merkitseviä, vaikkakin jokseenkin vähäisiä (-0,96 kg, -0,3 kg/m² ja -0,75 cm vastaavassa järjestyksessä). Tämän havainnon perusteella tuuppaustoimia voitaisiin kuitenkin suositella yhtenä painonhallintaa edistävänä toimintamallina. Toisaalta tuuppauksen painonhallintaa edistävien vaikutusten havaittiin heikentyvän ajan myötä, joten ainoana painonhallinnan keinona se olisi todennäköisesti riittämätön.

Terveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa lihavuuden riskissä olevat henkilöt ja ohjata heidät moniammatillisen hoidon ja ennaltaehkäisyn pariin (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Painonnousuun ja sen syihin tulee tarjota kokonaisvaltaista hyvinvointia edistävää tukea mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Elintapaohjaus on tärkeä keino edistää ja tukea terveellisten elintapojen omaksumista ylipainon ja lihavuuden

ehkäisemiseksi (THL 2020a). Elintapaohjauksessa tulisi huomioida muutoksille otolliset elämänvaiheet, kuten raskauden suunnittelu, nuoruudessa kotoa muutto ja ikääntyessä eläkkeelle jääminen, ja tarvittaessa tarjota tällöin yksilölle sopivinta elintapaohjausta (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Terveystieteiden tehtävänä on myös tunnistaa ja määritellä lihavuutta ehkäisevää työtä tukevat toimenpiteet ja rakenteet.

2.4.2 Yksilökohtaiset toimet

Lihavuutta ehkäisevät ja painonhallintaa tukevat elintavat koostuvat pääasiassa ruokavalioon, fyysiseen aktiivisuuteen ja uneen liittyvistä toiminnoista. Viralliset ravitsemussuositukset toimivat terveyttä edistävänä ja painonhallintaa tukevana ruokavalion perustana sekä lihavuutta ehkäisevästi että laihduttamisen jälkeen (VRN 2018). Rasvaisten ruokien ja sokerin käyttöä tulisi vähentää ja suosia useammin vähäenergisistä ruoka-aineista, kuten vihanneksista, juureksista, hedelmiä, marjoja ja täysjyväviljoja (Aro ym. 2016). Näiden kuitupitoisten ruoka-aineiden runsas kulutus suojaaa painonnousulta ja suurelta vyötärön ympäryksen kasvulta (Fogelholm ym. 2012). Rasvan lähteitä ei tulisi kuitenkaan karsia ruokavaliosta täysin, vaan suosia erityisesti kasvi- ja kalaperäistä tyydyttymätöntä rasvaa (VRN 2018). Ruoka-ainetason valintojen lisäksi säännöllinen ateriaritmi ja energiankulutukseen suhteutetut annoskoot tukevat keskeisesti painonhallintaa (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020).

Syömistottumusten muutosten lisäksi keskeinen strategia lihavuuden ehkäisyssä on fyysisen aktiivisuuden lisääminen. Painonhallintaa edistää päivittäinen arkiaktiivisuus, kuten puutarhanhoito tai portaiden nouseminen jalan, sekä istumisen ja muun paikallaolon vähentäminen ja vapaa-ajalla tapahtuva monipuolinen liikunta (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Terveystieteiden ammattilaisen tulisi ottaa liikuntatottumukset puheeksi, kirjata tiedot seurantaan varten ja kannustaa asiakasta liikkumaan. Liikunnalla on myös itsenäinen suojavaikutus sydän- ja verisuonitauteja ja diabetesta vastaan, joten liikunta on aina hyödyksi, vaikka paino ei vähenisikään (Aro ym. 2016). UKK-instituutti onkin laatinut aikuisväestölle liikuntasuositukset, joissa korostetaan kevyttä liikuskelua mahdollisimman usein, paikallaolon tauottamista ja riittävää määrää palauttavaa unta (UKK-instituutti 2019). Aikuisille suositeltu säännöllinen unen määrä on 7–9 tuntia yössä (Partonen 2020a). Riittävän pitkä ja riittävän hyvälaatuinen uni yhdessä säännöllisen unirytmien kanssa edistää painonhallintaa (Partonen 2020c).

2.5 Lihavuus ja terveys

Lihavuudella on sekä fyysistä että psyykkistä terveyttä ja hyvinvointia heikentäviä vaikutuksia. Lihavuus ja painonnousu heikentävät fyysistä elämänlaatua annosvasteenomaisesti sitä enemmän, mitä enemmän

ylipainoa on (Karhunen 2020). Psykkinen huonovointisuus vaikuttaa olevan yhteydessä lihavuuteen erityisesti lapsilla ja nuorilla (Anglé 2020), mutta myös lihavilla aikuisilla esimerkiksi masennuksen riski on noin 30 prosenttia normaalipainoisia aikuisia suurempi (Pereira-Miranda ym. 2017). Henkilöt, joilla on lihavuutta, kohtaavat painonsa vuoksi ennakkoluuloja, kiusaamista ja syrjintää monilla elämän osa-alueilla, kuten median välityksellä, työelämässä, ihmissuhteissa ja jopa terveydenhuollossa (Puhl ja King 2013). Ennakkoluuloista ja stigmasta mahdollisesti johtuva ammatillisen tuen ja kannustuksen puute saattaa myös osaltaan selittää normaalipainoisiin henkilöihin verrattuna keskimääräistä matalampaa kouluttautuneisuutta (Kim ym. 2017) ja alhaisempaa tulotasoa (Kim ja von dem Knesebeck 2018) niiden henkilöiden keskuudessa, joilla on lihavuutta.

Lihavuuden aiheuttamat terveyshaitat jaetaan pääsääntöisesti kolmeen luokkaan. Merkittävimpiin metabolisiin eli aineenvaihdunnallisiin haittoihin kuuluvat tyypin 2 diabetes, kohonnut verenpaine, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt ja sepelvaltimotauti (Pietiläinen ym. 2015). Tyypin 2 diabeteksen riski on lihavuudessa jopa 10-kertainen ja sepelvaltimotaudin riski noin 4–5-kertainen normaalipainoon verrattuna (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Mekaanisista, eli kehon kuormitukseen liittyvistä haitoista, yleisin on liikkumista ja päivittäisiä toimintoja, kuten pukeutumista, hankaloittava nivelrikko (Pietiläinen ym. 2015). Rasvamassan paine kaulan ja nielun alueella lisää myös unenaikaisia hengityskatkoksia aiheuttavan uniapnean kehittymistä. Mentaalisiin eli mielen toimintoihin liittyvät haitat, kuten masentuneisuus ja ahdistuneisuus, voivat puolestaan sekä seurata että aiheuttaa lihomista. Erityisesti vaikealla ja sairaalloisella lihavuudella on yhteys runsaasiin psykososiaalisiin ongelmiin ja heikkoon elämänlaatuun (Kaukua 2010). Lihavuuteen liittyy myös noin kaksinkertainen muistisairauden riski, puolitoistakertainen aivoinfarktin riski ja lukuisia lisääntymisterveyttä heikentäviä vaikutuksia sekä naisilla että miehillä (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020).

Lihavuuden terveysvaikutukset ovat kuitenkin yksilöllisiä, sillä perintötekijät ja elintavat vaikuttavat suuresti haittojen kehittymiseen ja ilmentymiseen (Pietiläinen ym. 2015). Lihavuuteen liittyvät sairaudet ja oireyhtymät ovat voimakkaasti sidoksissa myös lihavuuden määrään ja fyysiseen kuntoon (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Terveydelliset haitat suurenevat selvästi painoindeksin ylittäessä arvon 30 kg/m^2 (Mustajoki ym. 2006, Pietiläinen ym. 2015). Erityisesti varhain alkanut lihavuus ja vyötärölle kertynyt ylimääräinen rasvakudos lisäävät sairastumisriskiä (Bender ym. 1999). Myös kuolleisuus lisääntyy kasvavasti suhteessa painoindeksiin sen arvon ylittäessä 30 kg/m^2 (Aune ym. 2016). Kestävyyskunnolla on merkitystä painoindeksin ja kuolleisuuden yhteyteen, sillä hoikan huonokuntoisen kuolemanvaara on suurempi kuin ylipainoisen hyväkuntoisen (Kaukua 2010). Toisaalta lihavuutta on syytä pyrkiä välttämään hyväkuntoisenakin, sillä hyvän kunnon suojaavista vaikutuksista huolimatta lihavan hyväkuntoisen riski sairastua tyypin 2 diabetekseen on suurempi kuin huonokuntoisen normaalipainoisen (Fogelholm 2020). Painonpudotuksella lihavuuden aiheuttamia haittoja voidaan ehkäistä ja yleisterveyttä parantaa, vaikka jo ilmentyneisiin sairauksiin se ei aina

enää vaikutakaan (Pietiläinen ym. 2015). Jo 5–10 prosentin laihtuminen vähentää esimerkiksi diabetesriskin alle puoleen (Mustajoki ym. 2006).

2.6 Lihavuus ja työelämä

FinTerveys 2017 -tutkimuksen aineistoon perustuvan poikkileikkaustutkimuksen mukaan suomalaisten ylipainoisten ja lihavien henkilöiden elämänlaatu on selvästi normaalipainoisia henkilöitä heikompi (Vesikansa ym. 2020). Suurimmat erot havaittiin tyytyväisyydessä yleiseen terveydentilaan ja elämänlaatuun sekä koettuun päivittäiseen vireystilaan ja toimeentuloon. Ylipainoiset ja lihavat henkilöt kokivat sekä fyysisen että psyykkisen työkykynsä normaalipainoisia henkilöitä heikommaksi, ja käyttivät enemmän itseraportoituja työpoissaoloja. Fyysisen työkyvyn koki hyväksi tai erittäin hyväksi 73 prosenttia lihavista, 69 prosenttia vaikeasti lihavista ja 53 prosenttia sairaalloisen lihavista henkilöistä, kun vastaava osuus normaalipainoisista henkilöistä oli 90 prosenttia. Sairauspoissaolopäiviä raportoitiin edeltäneen 12 kuukauden aikana lihavilla henkilöillä keskimäärin 11,3 päivää, vaikeasti lihavilla henkilöillä 13,4 päivää ja normaalipainoisilla henkilöillä 7,6 päivää. Yli 14 sairauspoissaolopäivää raportoineilla lihavuutta esiintyi kaksinkertainen määrä normaalipainoon nähden (21-24 % vs. 11 %).

Lihavuuden ja työkyvyn yhteys havaittiin myös hollantilaisia työntekijöitä tarkastelleessa tutkimuksessa (Nigatu ym. 2016). Kokonaistyökykyä arvioiva pistemäärä oli merkitsevästi alempi lihavilla (84,1) kuin normaalipainoisilla (87,7) vuorotyötä tekeville työntekijöillä. Iällä, koulutuksella, tupakoinnilla, alkoholin käytöllä, liikunnalla ja sosiaalisilla suhteilla vakioituna merkitsevyys tosin säilyi vain lihavuuden ja työn tuotannollisten sekä fyysisten vaatimusten välillä ($p < 0,05$). Myös osana Helsinki Health Studya toteutetussa väitöstutkimuksessa lihavuuden havaittiin vaikuttavan työkykyyn lisäämällä sekä pitkien että lyhyiden sairauspoissaolojen riskiä ja aiheuttaen erityisesti tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuvia työkyvyttömyyseläkkeitä (Roos 2014). Työolosuhteilla, kuten yötyöllä ja työperäisellä stressillä, havaittiin vain heikko yhteys merkittävään painonnousuun.

Vuorotyön ja erityisesti juuri yötyön yhteys ylipainoon ja lihavuuteen on kuitenkin havaittu useissa muissa tutkimuksissa (Tada ym. 2014, Griep ym. 2014, Peplonska ym. 2015, Silva-Costa ym. 2017, Liu ym. 2018). Vuorotyön on todettu lisänneen ylipainon riskiä jopa 25 prosenttia ja lihavuuden riskiä 17 prosenttia (Liu ym. 2018). Vuorotyön ja painonnousun välinen yhteys saattaa välittyä vuorokausirytmien energia-aineenvaihduntaa ja kehon hormonaalista toimintaa säätelevän vaikutuksen kautta. Vuorotyön seurauksena mahdollisesti kehittyvä univaje näyttäisi olevan selvästi yhteydessä ylipainon ja lihavuuden kehittymiseen (Cooper ym. 2018). Häiriintynyt uni lisää ruokahalua ja energiapitoisten ruokien valintaa (Benedict ym. 2012) sekä vähentää

energian kulutusta ja häiritsee insuliiniaineenvaihduntaa (Buxton ym. 2012). Lisääntynyt energiansaanti yhdessä vähentyneen kulutuksen ja häiriintyneen aineenvaihdunnan kanssa altistaa kehon painonnousua aiheuttaville muutoksille.

Myös vähäinen auktoriteetti työpaikalla tehtävien päätösten suhteen, työhön liittyvän hallinnan tunteen väheneminen ja työn fyysisen rasituksen väheneminen vaikuttavat olevan yhteydessä ylipainon ja lihavuuden kehittymiseen (Dobson ym. 2020). Työolojen psykososiaalisilla muutoksilla, kuten työn vaativuudella, kuormittavuudella ja sosiaalisten stressitekijöiden lisääntymisellä, on yhteyksiä huomattavaan painonnousuun (Kottwitz ym. 2014, Niskanen ym. 2017). Suuresti lihoneiden henkilöiden ruokavaliotottumukset ovat myös epäterveellisempiä ja aktiivisuus vähäisempää kuin normaalipainoisilla henkilöillä, mikä osaltaan sekä altistaa että ylläpitää ongelmaa (Niskanen ym. 2017).

2.7 Lihavuus ja talous

Lihavuus on merkittävä taloudellinen taakka sekä kehittyvissä että kehittyneissä maissa (Tremmel ym. 2017). Lihavuuden hoitoon kuluu kansainvälisesti arviolta noin 0,7–2,8 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista, ja lihaviiden henkilöiden terveydenhoitokulut ovat noin 30 prosenttia suuremmat kuin normaalipainoisten henkilöiden (Withrow ja Alter 2011). Vuonna 2005 lihavuudesta koitui arviolta 260 miljoonan euron kustannukset suomalaiselle yhteiskunnalle (Pekurinen 2006). Tästä 190 miljoonaa kului terveydenhuollon kustannuksiin ja loput sosiaaliturvan maksuihin, erityisesti työkyvyttömyyseläkkeisiin. Kaksi kolmasosaa yhteiskunnan lihavuusmenoista oli yhteydessä tyypin 2 diabetekseen, aivohalvaukseen ja nivelrikkoon. Vuonna 2005 työkyvyttömyyseläkkeellä oli yli 5000 henkilöä, ja lihavuuden aiheuttamia sairauspäiviä raportoitiin vuoden aikana noin 340 000. Lihavuuden hoitokustannukset kattoivat arviolta kolme prosenttia suomalaisen terveydenhuollon kokonaismenoista ja 1,8 prosenttia sosiaaliturvan kuluista. Lihavuus aiheuttaa siis merkittävän yhteiskunnallisen kuluerän, ja tarve lihavuuden ehkäisylle ja hoidolle kansantaloudellisten resurssien säästämiseksi on suuri.

3 Lihavuuden hoito

3.1 Käypä hoito -suositukset yleisesti

Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia ja yhteenvedoja yksittäisten sairauksien ja oireyhtymien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta (Käypä hoito -

suositukset 2021). Käypä hoito -suositustyö käynnistyi vuonna 1994 jo olemassa olevien, eri puolella Suomea luotujen hoitosuosituksen yhtenäistämiseksi ja hoidon laadun parantamiseksi (Kaila ja Nuutinen 2003, Käypä hoito -suositukset 2021). 1990-luvun puolivälissä käytössä olleita kansallisia, alueellisia ja paikallisia hoitosuosituksia koottiin arvioitavaksi jopa 719 kappaletta (Mäntyranta ym. 2003). Erinäisten ohjeistusten nähtiin olevan laajassa käytössä, mutta päällekkäistä työtä oli tehty paljon, eikä perusteellisia hoito-ohjelmia tai konsensuslausumia juuri hyödynnetty käytännön työssä. Tärkeänä tulevaisuuden tavoitteena hoitosuosituksen kokoamisessa nähtiin myös niiden yhtenäisen päivittämisen mahdollistaminen (Kaila ja Nuutinen 2003).

Käypä hoito -suositukset käsittelevät tärkeitä suomalaisten terveyteen, sairauksien hoitoon ja sairauksien ehkäisyyn liittyviä kysymyksiä, ja sisältävät myös perusteltuja kannanottoja aiheista, joista ei vielä ole tieteellistä näyttöä tai joista sitä ei voida saada (Käypä hoito -suositukset 2021). Ne tarjoavat sairauksien hoidon lisäksi tietoa myös terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä, kuten liikunnasta, päihteiden käytöstä ja leikkauksiin valmistautumisesta. Suositukset toimivat käytännön hoitotyön tukena yleisistä lähtökohdista käsin, eikä niiden tarkoituksena ole korvata lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen perusteltua arviota yksittäisen potilaan parhaasta mahdollisesta hoidosta (Kaivola ja Myllymäki 2004, Käypä hoito -suositukset 2021). Hoitosuosituksen olemassaolo ja julkinen saatavuus eivät myöskään vähennä lääkärin velvollisuutta informoida potilasta tämän sairaudesta ja hoitovaihtoehtoista ennen hoidon antamista (Kaivola ja Myllymäki 2004). Potilaan itsemääräämisoikeus voi myös huomattavasti vaikuttaa hoidon sisältöön. Valtaosa suomalaisista lääkäreistä ja terveydenhuollon ammattilaisista kokee suositukset tärkeinä ja hyödyllisinä apuvälineinä käytännön työn suunnittelussa ja toteutuksessa (Miilunpalo ym. 2002, Jousilahti ym. 2007). Yleisten hoitosuosituksen on havaittu parantavan terveydenhuollon toimintakäytäntöjä hoitoprosessien ja päätetapahtumien suhteen myös kansainvälisessä vertailussa (Grimshaw ja Russell 1993).

Suositukset perustuvat systemoituihin kirjallisuushakuihin, ja laadintyössä noudatetaan näyttöön perustuvan lääketieteen (Evidence Based Medicine, EDM) kansainvälisiä menetelmiä (Käypä hoito -suositukset 2021). Laatijana toimii Suomalainen Lääkäriseura Duodecim yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa julkisen rahoituksen tuella. Terveydenhuollon henkilöstön ja kansalaisten päätöksenteon tueksi tarkoitettujen suositusten lisäksi on julkaistu myös yleiskielisiä, potilaan näkökulmasta suosituksen keskeisen sisällön tiivistäviä potilasversioita. Vuonna 1997 valmistuneesta ensimmäisestä keliakiaa käsitelleestä hoitosuosituksesta lähtien suosituksia on julkaistu 104 ja potilasversioita 98 kappaletta (Kaila ja Nuutinen 2003, Käypä hoito -suositukset 2021). Kaikki Käypä hoito -suositukset ovat saatavilla maksutta osoitteessa www.kaypahoito.fi.

3.2 Lihavuuden Käypä hoito -suositus

Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suositus julkaistiin ensimmäisen kerran vuonna 2002 (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Suositus uudistettiin maaliskuussa 2020, jolloin aiemmin erillään olleet aikuisten ja lasten lihavuuden hoitosuositukset yhdistettiin ja synkronoitiin saman suosituksen alle (Pietiläinen 2020). Suosituksessa on edelleen huomioitu molemmille ikäryhmille ominaiset erityispiirteet, ja erityisesti käytännönläheistä ja aiempaa pehmeämpää sekä moniammatillista lähestymistapaa lihavuuteen ja lihavuuden hoitoon on korostettu. Raskaudesta ja ikääntyneiden lihavuuden hoidosta on lisätty kokonaan uudet kappaleensa. Lääkehoidon osalta suosituksiin on lisätty kaksi uutta lääkevaihtoehtoa, ja lihavuusleikkausta edeltävän painonpudotuksen vähimmäistavoite on laskettu seitsemästä prosentista viiteen prosenttiin. Uudistunut suositus korostaa myös perusterveydenhuollon roolia lihavuuden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Lihavuuden hoidon tulisi olla kaikilla tasavertaisesti saatavilla, myös opiskelija- ja työterveyshuollon asiakkaila. (Pietiläinen 2020)

Lihavuuden Käypä hoito -suosituksen keskeinen sanoma kiteytyy hoidon saatavuuden ja hoidon laadun varmistamiseen. Hoidon ja ehkäisytoimien tavoitteena on estää lihavuuden paheneminen, tukea potilasta painonhallinnassa, ehkäistä ja hoitaa lihavuudesta aiheutuneita sairauksia sekä parantaa työ- ja toimintakykyä ja elämänlaatua (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Lihavuuden hoidon tulee olla kiinteä osa perusterveydenhuollon toimintaa sekä terveyskeskuksissa että työterveyshuollossa. Hoitoon pääsy on taattava valtakunnallisesti kaikissa ikäryhmissä, sillä lihavuudella on merkittäviä fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia vaikutuksia sekä yksilöille että yhteiskunnalle. Erityistä huomiota lihavuuden ehkäisyyn ja hoitoon tulisi kiinnittää henkilöillä, joilla on vaikea-asteinen lihavuus ($BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$) tai lihavuuden lisäksi liitännäissairauksia, sekä naisilla, jotka suunnittelevat raskautta, ovat raskaana tai kokevat vaikeuksia raskaaksi tulemisessa. Tasokkaan hoidon toteuttamiseksi on resursoitava riittävästi osaavaa ja moniammatillista henkilökuntaa sekä huolehdittava henkilökunnan jatkuvasta kouluttamisesta. Lihavuuden hoitotiimiin tulee kuulla lihavuuden hoitoon perehtynyt lääkäri, sairaan- tai terveydenhoitaja sekä ravitsemusterapeutti. Näiden lisäksi psykologin ja fysioterapeutin tai muun liikunnan asiantuntijan tulisi olla vähintään konsultoitavissa. Valtaosan hoidosta voi toteuttaa aiheeseen perehtynyt hoitaja tai ravitsemusterapeutti, mutta moniammatillisuus parantaa hoidon tuloksellisuutta. Lihavuusleikkausten lisäksi monisairaat ja hankalahoitaiset potilaat, joiden hoito perusterveydenhuollossa ei ole mahdollista, on suosituksen mukaisesti ohjattava erikoissairaanhoidon piiriin. (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020)

Käypä hoito -suosituksen mukaan lihavuutta ei tulisi nähdä vain muille sairauksille ja oireyhtymille altistavana tilana, vaan omana, itsenäisenä sairautenaan, jonka ensisijaisena hoitokeinona toteutetaan alla tarkemmin

kuvattua elintapahoitoa (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Hoidon toteutuksessa painottuu kokonaisvaltaista hyvinvointia tukevan ravitsemuksen, liikunnan, unen ja psykologian merkitys, kunnioittava ja kannustava suhtautuminen potilaaseen ja lihavuuteen sekä hoidon potilaslähtöisyys ja osallistavuus. Elintapaohjausta tukevinä menetelminä voidaan käyttää kaupallisilla valmisteilla tai tavallisella ruoalla toteutettavaa erittäin niukkaenergistä dieettiä (ENED) ja lääkehoitoa. Lääkehoitoa on mahdollista hyödyntää myös onnistuneen laihdutuksen jälkeen painonlaskun pysyvyyden tukemiseksi. Sairaalloista lihavuutta voidaan tarvittaessa hoitaa lisäksi kirurgisesti, mikäli muut hoitokeinot eivät ole tuottaneet toivottua lopputulosta. Lihavuusleikkaus ei kuitenkaan itsessään estä uudelleen lihomista, vaan vaatii myös aina pysyviä elintapamuutoksia ravitsemusterapeutin ohjeistuksessa sekä vuosittaista jatko-seuranta. Lihavuuden hoitoa ja hoitoon pääsyä pidetään tällä hetkellä tarpeeseen nähden riittämättömänä, sillä hoito tavoittaa vain pienen osan sitä tarvitsevista (Pietiläinen ym. 2019).

3.3 Lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukainen elintapahoito

3.3.1 Elintapahoidon toteutus

Lihavuuden elintapahoidossa potilaalle tarjotaan useita yksilö- tai ryhmäohjauskertoja hänen painonhallintansa kannalta keskeisiin elintapoihin liittyvistä asioista lähiohjauksena, etäohjauksena tai internetin välityksellä (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Hoidon tavoitteena on potilaan yksilöllisestä tilanteesta riippuen joko painonhallinta nykyistä painoa ylläpitämällä tai vähintään viiden prosentin painonpudotus ja saavutetun painon ylläpito. Yksilö- ja ryhmäohjauksen tehokkuudessa ei välttämättä ole eroa (Teeriniemi ja Hakala 2020), mutta kustannustehokkuuden, vertaistuen ja yhdessä oppimisen edun vuoksi ryhmäohjauksen käyttö on suositeltavaa. Ohjauskertojen määrä sovitaan potilaskohtaisesti lihavuuden vaikeusasteen, liitännäissairauksien ja muiden sairauksien sekä käytettävissä olevien resurssien mukaan (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Ensimmäisen 6–12 kuukauden aikana tapaamisia suositellaan järjestettävän 1–2 kertaa kuukaudessa, aluksi viikoittain, yhteensä 14 kertaa tai enemmän. Vähemmällä tapaamisilla painonpudotus jää tavallisesti vaatimattomammaksi (Tronieri ym. 2019), ja toisaalta laihtumistulokset yleensä säilyvät paremmin, mikäli seuranta voidaan jatkaa pidempään myös laihdutuksen alkutavoitteen saavuttamisen jälkeen (Webb ja Wadden 2017). Painonhallinnan onnistumista ja elintapojen ylläpitämistä tulisi joka tapauksessa seurata myös tulevien terveydenhuollon kontaktien yhteydessä.

3.3.2 Elintapahoidon sisältö

Elintapahoidon sisältö suunnitellaan yksilöohjauksessa potilaan kanssa hänen tarpeidensa mukaisesti (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Alkukartoituksessa selvitetään sekä potilaan nykytilanne että siihen vaikuttavat taustatekijät ja toiveet, kuten aiemmat laihdutusyritykset, painohistoria ja potilaan omat ajatukset painostaan ja tuentarpeestaan. Ryhmäohjauksen sisältö sovitetaan kunkin ryhmän tarpeiden mukaisella painotuksella, jonka lisäksi jokaiselle osallistujalle suunnitellaan yksilölliset ja realistiset muutostavoitteet. Muutostavoitteiden tunnistamisen apuna sekä yksilö- että ryhmäohjauksessa voidaan potilaan kanssa keskustella painonhallinnan haasteita käsittelevän 6-FQ-kyselyn (six-factor questionnaire) väittämistä ja auttaa häntä oivaltamaan itse keskeisimmät haasteensa (Kushner ym. 2016). Ryhmäohjauksen tukena voidaan toteuttaa myös lyhyitä yksilövastaanottoja (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Ohjausmuodosta riippumatta hoidossa on huomioitava potilaan itsemääräämisoikeus ja tuettava onnistumisen uskon ja myönteisen kehonkuvan kehittymistä, joiden on havaittu ennustavan onnistumista sekä painon alenemisessä (Teixeira ym. 2015) että painonlaskun pysyvyydessä (Montesi ym. 2016). Näitä ominaisuuksia voidaan tukea ohjaustyöhön soveltuvilla ja lihavuuden hoidossa vaikuttaviksi todetuilla psykologisilla lähestymistavoilla, kuten motivoivalla haastattelulla ja kognitiivisella käyttäytymisterapialla (Burgess ym. 2017, Jacob ym. 2018).

Elintapaohjaus kiteytyy syömisen hallintaa ja painonhallintaa tukevien ruokatottumusten, asenteiden ja käyttäytymisen vahvistamiseen sekä fyysisen aktiivisuuden ja riittävän unen vähittäiseen lisäämiseen (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Ruokatottumusten suhteen ohjauksen keskeisenä pyrkimyksenä on parantaa syömisen hallintaa esimerkiksi rauhoittamalla ja säännöllistämällä syömistä, lisäämällä kasvisten osuutta ruokavaliossa ja pienentämällä runsasenergistien ruokien annoskokoja. Ohjauksessa pyritään tarkastelemaan ja tunnistamaan painonhallintaa estäviä ajatuksia, tunteita ja toimintamalleja ja etsimään yhdessä toimivia keinoja joustavan syömisen hallinnan lisäämiseksi. Potilaan taipumusta ahmimistyyppiseen syömiseen voidaan lisäksi arvioida esimerkiksi Binge Eating Scale (BES) -kyselyn avulla (Gormally ym. 1982) ja tunteiden säätelykeinona esiintyvää tunnesyömistä Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ) -kyselyn joko lyhennetyllä tai kokonaisella versiolla (Karlsson ym. 2000) tai vaihtoehtoisesti keskustelemalla aiheista vapaamuotoisesti. Kyselyt löytyvät suomennettuina ja vapaasti saatavilla muun muassa Suomen Lihavuustutkijoiden verkkosivuilta (Suomen lihavuustutkijat ry 2021).

Painonhallintaa ja terveyttä edistävän ruokavalion voi käytännössä toteuttaa monin tavoin. Yksilölliset mieltymykset ja ruoanvalinnan mahdollisuudet huomioiva ruokavalio tuottaa yleensä parhaat ja pysyvimmat tulokset (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Riittävän ravinto- ja suojaravintoaineiden, erityisesti proteiinin, saannin turvaaminen ja ruokavalintojen monipuolisuudesta huolehtiminen on kuitenkin tärkeää

etenkin laihdutettaessa, jolloin energiansaanti ja syödyn ruoan määrä tyypillisesti jonkin verran vähenee. Proteiinin saantisuositukseksi esitetään laihdutettaessa 1–1,5 g kehon painokiloa kohden, kun paino lasketaan painoindeksin huomioivalla mukautetulla painolla (Teeriniemi ja Karhunen 2021). Riittävä proteiinin saanti tukee laihduttamista ja sen jälkeistä painonhallintaa proteiinin kylläisyyttä ylläpitävien ja nälän tunteita ehkäisevien vaikutusten vuoksi (Martens ja Westerterp-Plantenga 2014). Ruokatottumuksia ja ravitsemuksellista riittävyttä voi arvioida haastattelemalla, ruokapäiväkirjan avulla tai erilaisilla ruoankäyttöä selvittävillä kyselyillä (Männistö 2016). Valtion Ravitsemusneuvottelukunnan laatimat suomalaiset ravitsemussuositukset toimivat hyvänä perustana painonhallintaa ja kokonaisterveyttä tukevan ruokavalion koostamiselle (VRN 2018). Suositusten mukainen ruokavalio koostuu pääosin kasviksista, marjoista, hedelmistä ja täysjyvätuotteista, kalasta ja vähärasvaisista liha- ja maitovalmisteista tai näiden kasviperäisistä korvikkeista sekä pehmeän rasvan lähteistä.

Kliinisesti merkittävän painonlaskun ($\geq 5\%$) saavuttamiseksi tarvitaan yleensä muutoksia ruokavalion lisäksi myös liikuntatottumuksissa (Swift ym. 2014). Liikunta yhdessä laihtumisen ja ruokavalion kanssa edistää veren kolesteroliarvojen ja glukoosiaineenvaihdunnan edullisia muutoksia (Uusitupa 2016). Rungas fyysinen aktiivisuus tukee myös tehokkaasti painonhallintaa laihduttamisen jälkeen (Kaukua 2010). Elintapahoidon tavoitteena on yksilöllisten mieltymysten ja mahdollisten liikuntarajoitteiden mukainen maltillinen arkiaktiivisuuden lisääminen ja paikallaanolon vähentäminen konkreettisin neuvoin niin, että liikkumisesta tulee vähitellen säännöllistä (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Aktiivisuuden suunnittelussa voidaan käyttää pohjana väestön liikuntasuosituksia, joissa kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa, kuten reipasta kävelyä, suositellaan tehtäväksi 2 tuntia 30 minuuttia viikossa (UKK-instituutti 2019). Samat terveyshyödyt saa myös lisäämällä liikkumisen tehoa rasittavaksi, jolloin suositeltava liikunnan määrä on 1 tunti 15 minuuttia viikossa. Lisäksi lihasvoima- ja liikehallintaharjoittelua suositellaan tehtävän kahdesti viikossa. Juuri kestävyysliikunnan ja lihasvoimaharjoittelun yhdistelmä näyttäisikin olevan tehokkain tapa vaikuttaa suotuisasti kehonkoostumuksen muutoksiin ylipainossa ja lihavuudessa (Schwingshackl ym. 2013). Lihasvoimaharjoittelu auttaa myös säilyttämään lihaskudosta laihduttamisen aikana (Cava ym. 2017). Aktiivisuuden seurannassa voidaan hyödyntää esimerkiksi liikuntapäiväkirjaa ja erilaisia sovelluksia tai aktiivisuusmittareita (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Pienikin aktiivisuuden lisäys on parempi kuin ei muutosta lainkaan. Painonhallinnan ja terveyden kannalta niin paras ruokavalio kuin liikuntamuotokin on sellainen, joka on sekä potilaalle itselleen mieluinen että mahdollinen toteuttaa ja ylläpitää myös pitkällä aikavälillä.

Nukkumistottumusten ja mahdollisten univaikeuksien selvittäminen kuuluu myös suositusten mukaiseen lihavuuden elintapahoitoon (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Niukka uni jo itsessään altistaa ylipainon

kertymiselle ja lihomiselle (Partonen 2020). Suositeltavana unen määränä pidetään aikuisilla 7–9 tuntia yössä, ja tähän tavoitteeseen tulisi potilaita kannustaa myös unen hyvä laatu huomioiden (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Apuna nukkumistottumusten selvittämisessä ja seurannassa voidaan käyttää esimerkiksi uni-valvepäiväkirjaa. Lihavuuden kannalta keskeisin unihäiriö on uniapnea, jonka riskiä suurentavat sekä ylipaino ja lihavuus (Uniapnea: Käypä hoito -suositus 2017) että jo pienissäkin määrin vyötärölihavuus (Martinez-Rivera ym. 2008). Hoitamaton uniapnea voi heikentää ajoterveystta ja työkykyä sekä lisätä ennenaikaisen kuoleman riskiä, joten uniapnean mahdollisuus ylipainoisilla ja lihavilla potilailla tulisi aina selvittää (Uniapnea: Käypä hoito -suositus 2017, Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020).

3.3.3 Elintapahoidon vaikutus painoon

Hyvin toteutettu lihavuuden elintapahoito voi johtaa kliinisesti merkittävään painonlaskuun ja vähentää lihavuudesta johtuvaa tyyppin 2 diabetekseen sairastuvuutta (Curry ym. 2018). Kahden systemaattisen katsauksen mukaan elintapahoitoon osallistuneet tutkittavat pudottivat painoa keskimäärin noin 2,4 kg (LeBlanc ym. 2018) ja 2,9 kg (Dombrowski ym. 2010) enemmän kuin verrokkiryhmien tutkittavat ja saavuttivat viiden prosentin painonpudotuksen lähes kaksinkertaisesti verrokkiryhmää todennäköisemmin (RR 1,94) (LeBlanc ym. 2018). Laihtumiseen tähtäävän lihavuuden elintapahoidon tavoitteena on vähintään juuri viiden prosentin painonpudotus, sillä jo tällä määrällä voidaan realistisesti saavuttaa terveydelle edullisia kehon aineenvaihdunnallisia muutoksia ja vähentää tyyppin 2 diabeteksen riskiä (Teeriniemi ja Pekkarinen 2020). Laihdutuksessa onnistumisen ja hoidon vaikuttavuuden näkökulmasta ei vaikuttaisi olevan eroa toteutetaanko elintapahoito yksilöneuvontana vai ryhmäohjauksena (Teeriniemi ja Hakala 2020). Myös internetpohjainen ohjaus sekä itsenäisesti että ryhmäohjauksen osana käytettynä voi olla toimiva ja kustannustehokas tapa tukea laihdutusta ja painonhallintaa (Teeriniemi ym. 2018, Kupila ja Pietiläinen 2020). Elintapahoitoon osallistumisesta ja siihen liittyvistä ruokavaliomuutoksista ja lisääntyneestä fyysisestä aktiivisuudesta ei ole havaittu aiheutuvan merkittäviä fyysisiä tai psyykkisiä haittavaikutuksia (Curry ym. 2018).

4 Hoitosuosituksen toteutuminen Suomessa

Käypä hoito -suositusten lisäksi Suomessa on laadittu myös muita eri tilanteisiin kohdennettuja hoitosuosituksia, kuten sairaanhoitopiirien päätöksenteon tueksi tarkoitettuja HALO-suosituksia (FinCCHTA 2021) ja hoitotyötä tukevia Hotus-hoitosuosituksia (Hotus 2021). Jotta laaditut suositukset vakiintuisivat hoitokäytännöiksi, tulisi niiden käyttöönotto sisällyttää esimerkiksi organisaatioiden pitkäjänteiseen kehitystoimintaan (Sipilä ja Lommi 2014). Hoitosuosituksen käyttöönottoa ja toteutumista on tutkittu

Suomessa muutamissa vertaisarvioituissa julkaisuissa. Tässä kappaleessa käsiteltyjen tutkimusten pääpiirteet on koottu alla olevaan taulukkoon (Taulukko 2).

Ahtiluodon ym. (2017) systemaattinen katsaus kokosi suomalaisten hoitosuosittelujen implementointia eli käyttöönottoa käsitteleviä vertaisarvioituja tutkimuksia erityisesti tuolloin suunnitteilla olleen sote-uudistuksen laadintatyön tarpeisiin. Uudistusta laadittaessa tarvittiin suomalaiseen ympäristöön sovellettavaa tietoa sekä implementointimenetelmien vaikuttavuudesta että sote-uudistuksen vaikutuksista terveydenhuollon toimien vaikuttavuuteen. Katsauksen sisäänottokriteerit täyttäneissä, pääosin perusterveydenhuoltoon sijoittuneissa kuudessa julkaisussa käsiteltiin muun muassa implementoinnin edellytyksiä, esteitä ja toteutusta sekä muutosta terveydenhuollon ammattilaisten tiedoissa ja asenteissa. Kaikissa tutkimuksissa pyrittiin toimintatapojen muutokseen, ja yleisimpänä suositusten implementoinnin menetelmänä käytettiin etä- tai lähiyhteydellä toteutettuja koulutuksia. Määrällisistä tutkimuksista saatiin tilastollisesti merkitseviä tuloksia kuitenkin vain niukasti. Tutkimusta hoitosuosittelujen implementoinnista Suomessa tarvittaisiinkin lisää, sillä vertaisarvioituja julkaisuja aiheesta on toistaiseksi vain vähän.

Karma ym. (2015) selvittivät 31 Käypä hoito -suositusten, 19 HALO-suositusten ja neljän muun suosituksen toteutumista Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) erikoissairaanhoidossa. Suosituksista valittiin keskimäärin 5–6 keskeisintä ohjetta, joiden toteutumista hoitoprosesseissa tarkasteltiin. HALO-suositukset ja muut suositukset toteutuivat HUS:n alueella melko hyvin, ja Käypä hoito -suositukset pääasiassa hyvin. Helsingin seudun yliopistollisessa keskussairaalassa (HYKS) hyvin toteutui 27 Käypä hoito -suositusta (87 %), joista kiitettävästi kahdeksan. Muulla HUS:n alueella hyvin toteutui 30 suositusta (90 %), joista kiitettävästi seitsemän. Tyydyttävästi toteutui neljä suositusta HYKS:n ja kolme muun HUS:n alueella. Käypä hoito -suositusten tarkastelu antanee tosin jokseenkin valikoituneen kuvan hoitokäytäntöjen tilasta, sillä osasta HUS:n yleisimmistä prosesseista, kuten normaalista synnytyksestä, ei ole laadittu spesifejä Käypä hoito -suosituksia. Suuri osa suosituksista myös kohdistuu erikoissairaanhoidon sijaan pääasiassa perusterveydenhuollon toimiin. Hoitoprosessien laaduntarkkailun parantamiseksi tutkijat ehdottavat kullekin prosessille oleellisten seurattavien laatuksiteereiden lisäämistä osaksi hoitosuosituksia.

Laatukriteerien täyttymistä tutkittiin myös Tuppuraisen ym. (2014) toimesta skitsofrenian hoidossa Niuvanniemen sairaalassa. Tutkimuksessa selvitettiin hoitosuosittelujen tiedottamisen ja henkilökunnan motivoinnin vaikutusta hoidon laatuun kaikilla, myös vaikeimmin sairailta potilailta. Henkilökunnan tiedottaminen, koulutus ja palkkaan liittyvä motivointi lisäsi hoitosuosittelujen toteutumista vuoden aikana 81,5 prosentista 91,3 prosenttiin. Hoidon laadun seurantaan ja suositusten toteutumiseen tulisi tutkijoiden mukaan kiinnittää huomiota psykiatrisissa yksiköissä jatkossakin. Lisäkoulutuksen tarve havaittiin myös varhaisia

raskaudenkeskeytyksiä toimittavissa terveydenhuollon yksiköissä, joissa henkilökunnan ohjeistuksen taso oli vaihteleva ja osin puutteellinen (Trujillo ym. 2012). Yksiköiden hoitokäytännöissä esiintyi merkittäviä poikkeamia ja jopa käytäntöjä, jotka eivät perustuneet tutkittuun tietoon. Henkilökunnan jatkuvaa koulutusta peräänkuulutettiin myös muistipotilaiden Käypä hoito -suositukseen perustuvaa hoitoketjua tarkastelleessa tutkimuksessa, jossa erityisesti edunvalvonnan ja kuntoutuksen osalta havaittiin puutteita (Karppi ym. 2010). Suoranaisten puutteiden lisäksi vaihtelua hoitosuosituksen toteutukseen voi tuoda myös tutkitun tiedon erilaiset tulkinta- ja painotustavat, kuten eurooppalaisia ja suomalaisia nivelreuman hoitosuosituksia vertaillaessa tutkimuksessa havaittiin (Mäkinen ym. 2013). Selviä poikkeamia löytyi muun muassa ensisijaisesti valittavan hoitomuodon osalta. Eroista huolimatta kaikkien nivelreuman hoitosuositusten tavoite oli kuitenkin sama: hoito tulisi aloittaa varhain, ja hoidon päämääränä on potilaan oireettomuus.

Taulukko 2. Hoitosuositusten toteutuminen Suomessa

Viite	Tutkimustyyppi	Aineisto	Tutkimuskohde	Keskeinen tulos	Ehdotetut jatkotoimenpiteet
Ahtiluoto ym. (2017)	Systemaattinen katsaus	6 vertaisarvioitua julkaisua	Suomenkielisten hoitosuositusten implementointi	Implementointitutkimusta on tehty vain vähän. Yleisin implementoinnin menetelmä on ollut koulutus	Hoitosuositusten käyttöönotosta ja implementointimenetelmien vaikuttavuudesta tarvitaan lisätutkimusta
Karma ym. (2015)	Poikkileikkaus-tutkimus	31 Käypä hoito -suositusta, 24 muuta suositusta	Hoitosuositusten toteutuminen erikoissairaanhoidossa	Käypä hoito -suositukset toteutuivat pääasiassa hyvin, muut suositukset vaihtelevasti	Suositus seurattavista laatuksista helpottaisi laaduntarkkailua
Tuppurainen ym. (2014)	Seuranta-tutkimus	Sairaalan laatuksien seurantatiedot	Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen toteutuminen	Henkilökunnan tiedotus hoitosuosituksista ja palkkaan liittyvä motivointi paransi hoidon laatua	Hoidon laadun seurannan tulisi kuulua psykiatristen yksiköiden toimintaan
Mäkinen ym. (2013)	Poikkileikkaus-tutkimus	Strukturoitu kyselylomake (n=18)	Tuoreen nivelreuman hoitokäytännöt Suomessa	Suomalainen hoitokäytäntö poikkeaa selvästi eurooppalaisesta hoitosuosituksista	Tutkimusta yksittäisissä klinikoissa toteutuvasta hoidosta tarvitaan
Trujillo ym. (2012)	Poikkileikkaus-tutkimus	47 yksikön henkilökunnan ohjeet	Käypä hoito -suosituksen toteutuminen varhaisissa raskaudenkeskeytyksissä	Ohjeistuksen tasossa vaihtelua ja osin puutteita, hoitokäytännöissä merkittäviä poikkeamia	Seuraavaan Käypä hoito -suositukseen päivitykseen lisätään hoidon malliohjeet
Karppi ym. (2010)	Rekisteri-tutkimus	Uusien muistipotilaiden potilastiedot (n=710)	Käypä hoito -suosituksen toteutuminen muistipotilaiden hoitoketjussa	Suosituksia toteutuvat pääosin hyvin	Henkilökunnan jatkuvasta koulutuksesta tulisi huolehtia

5 Tavoitteet

Tämän pro gradu -tutkielman toimeksiantajana toimii Terveystalo Oy. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaisen hoidon ja hoitoon lähettämisen toteutumista Terveystalon työterveyshoitajien toteuttamissa työhöntulo- ja alkutarkastuksissa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan jatkossa hyödyntää Terveystalossa lihavuuden hoitopolun kehitystyössä.

Tutkimuskysymykset:

1. Toteutuuko lihavuuden hoito työterveyshoitajan vastaanotolla lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaisesti?
2. Tapahtuuko lihavuuden hoitoon lähettäminen työterveyshoitajan vastaanotolla lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaisesti?
3. Millä lihavuuden hoidon osa-alueilla työterveyshoitajat kokevat puutteita?

Hypoteesit:

1. Lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaisen elintapahoidon toteutumisessa työterveyshoitajan vastaanotolla on puutteita.
2. Lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaisessa hoitoon lähettämisessä työterveyshoitajan vastaanotolla on puutteita.
3. Lihavuuden hoidossa koetaan puutteita oman osaamisen ja vastaanottoajan keston riittävydessä sekä moniammatillisen yhteistyön saatavuudessa.

6 Aineisto ja menetelmät

Tämä pro gradu -tutkielma toteutettiin Terveystalo Oy:n työterveyshoitajille suunnattuna kyselytutkimuksena. Tutkimuksen aikana luodulla kyselylomakkeella arvioitiin lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaisen elintapahoidon ja hoitoon lähettämisen toteutumista Terveystalon työhöntulo- ja alkutarkastuksissa. Kyselylomakkeessa kartoitettiin työterveyshoitajien työhöntulo- ja alkutarkastusten asiakasjakautumaa lihavuuden näkökulmasta, tutustuneisuutta lihavuuden Käypä hoito -suositukseen sekä suosituksen käyttöä työn tukena. Lisäksi selvitettiin työterveyshoitajien toiminta- ja ohjaustapoja vastaanotolla, työhöntulo- ja alkutarkastuksen sisältöä sekä asiakkaan ravitsemusterapeutille, lääkärille, psykologille ja fysioterapeutille

ohjaamisen perusteita. Lopuksi lomakkeessa kysyttiin työterveyshoitajien näkemyksiä lihavuuden tunnistamisen, hoidon ja hoitoon lähettämisen toteutumisesta sekä näihin liittyvistä haasteista, onnistumisista ja kehityskohdista heidän työyksiköissään. Lihavuuden hoitoa ja vastaanottokäytäntöjä koskevien kysymysten pohjana käytettiin lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaisia suosituksia lihavuuden hoidosta terveydenhuollossa. Kyselylomake toteutettiin Webropol-lomakeohjelmistolla ja on esitetty kokonaisuudessaan liitteessä 1.

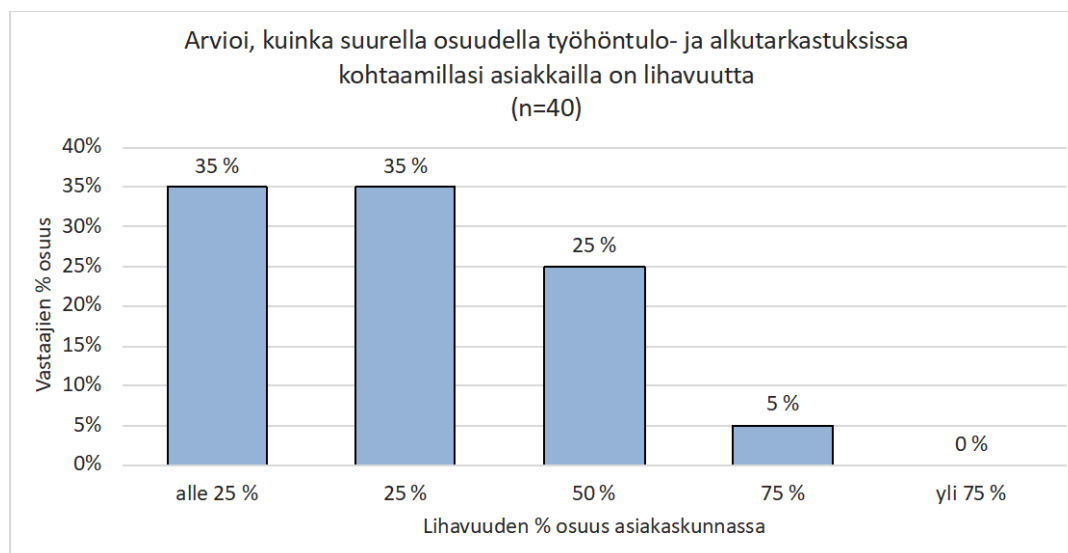
Kyselyn pilotointi toteutettiin yhdellä työterveyshoitajalla, kahdella ravitsemustieteen opiskelijalla sekä kolmella ravitsemus- ja terveysalan ulkopuolisella henkilöllä huhtikuussa 2021. Valmis kysely jaettiin sähköisesti noin 150 työterveyshoitajalle yhdeksään Terveystalon toimipisteeseen Pohjois-Savossa, pääkaupunkiseudulla ja Pirkanmaalla huhti–toukokuussa 2021. Vastauksia kyselyyn saatiin 40 kappaletta. Tutkimuksen määrällisen aineiston muodostaneet suljetut kysymykset analysoitiin IBM SPSS Statistics -tilasto-ohjelman frekvenssianalyysillä. Avointen, laadullisten vastausten käsittelyssä käytettiin teema-analyysiä. Selvät epä johdonmukaisuudet vastauksissa korjattiin vastaamaan kysymyksen asettelua tulosten tulkinnan selkeyttämiseksi. Kun esimerkiksi kysymyksen vastausvaihtoehdoksi oli annettu ”Potilaan halukkuus hoitoon”, mutta vastaaja oli jättänyt tämän vaihtoehdon valitsematta ja sen sijaan vastannut ”Muu, mikä?”-kohtaan ”Jos potilas haluaa”, on vastaus koodattu uudelleen vastauksena ”kyllä” vaihtoehtoon ”Potilaan halukkuus hoitoon”. Lisäksi työterveyshoitajille lähetetyssä kyselylomakkeessa käytetty termi ”potilaat” on valmiiseen tutkielmaan korjattu Terveystalon käytännön mukaiseksi termiksi ”asiakkaat”. Tutkittavien anonymiteetin varmistamiseksi tutkimuksessa ei kerätty kyselyyn vastanneiden työterveyshoitajien henkilöllisyys- tai tunnistetietoja, eikä tutkimuksen toteuttamiseen tarvittu eettisen toimikunnan lausuntoa.

7 Tulokset

7.1 Taustatiedot

7.1.1 Esitiedot

Kaksi kolmesta työterveyshoitajasta arvioi kohtaavansa vastaanotollaan lihavuutta noin joka neljännellä asiakkaalla tai harvemmin. Neljäsnes vastaajista arvioi lihavien asiakkaiden osuuden kattavan noin puolet asiakaskunnasta. Kahdella vastaajalla (5 %) lihavuuden kriteerit täyttyivät arviolta 75 prosentilla työhöntulo- ja alkutarkastuksissa kohdatuista asiakkaista. Arvio lihavuuden osuudesta työterveyshoitajien asiakaskunnassa on esitetty tarkemmin kuvassa 2.

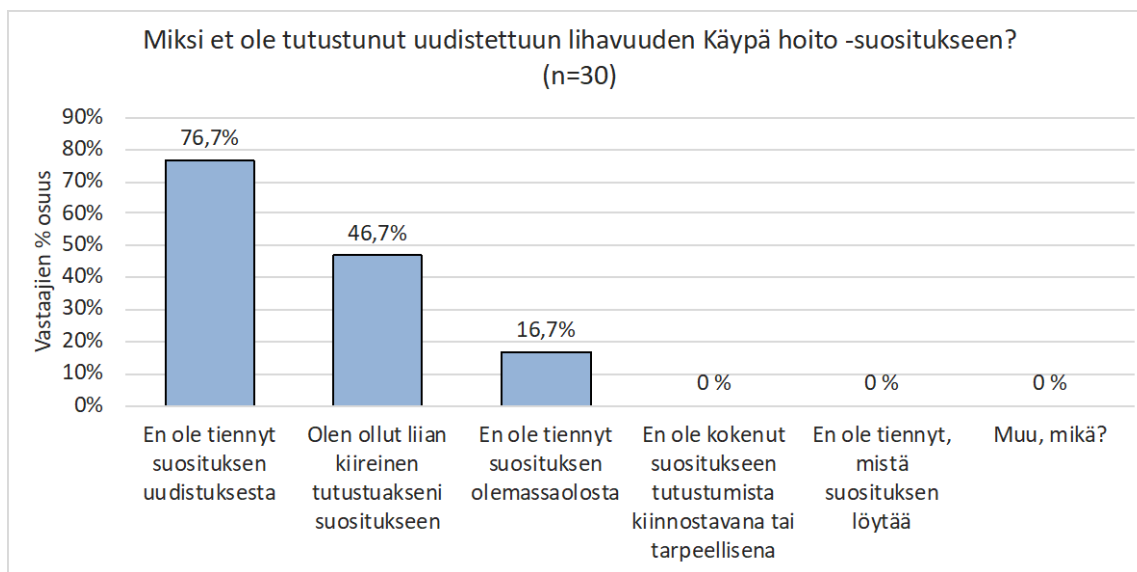


Kuva 2. Arvio lihavuuden osuudesta asiakaskunnassa

Suurin osa työterveyshoitajista koki roolinsa lihavuuden hoidossa hoitoon välittäjänä (73 %) ja/tai itse hoidon antajana (63 %). Vastaajista 48 prosenttia koki osallistuvansa lihavuuden hoitoon yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa. Omasta roolista annettiin tarkennuksia ja perusteluita avoimeen vastauskenttään 13 kappaletta. Näistä yhdeksässä mainittiin yhteistyö ravitsemusterapeutin kanssa, kolmessa lääkärin vastaanotolle lähettäminen ja yhdessä myös tyofysioterapeutin ja -psykologin osaamisen hyödyntäminen. Työterveys sopimuksen luonne mainittiin neljässä vastauksessa omaan rooliin vaikuttavana tekijänä, sillä sopimuksen laajuus määrittää mahdollisuudet yhteistyöhön muiden ammattilaisten kanssa. Kuusi vastaajaa nosti lisäksi esiin tapauskohtaisen harkinnan asiakkaan hoidon tarpeesta ja hoitohalukkuudesta, joka myös osaltaan vaikuttaa työterveyshoitajan asemaan kunkin asiakkaan hoitopolulla kokonaisuudessaan.

7.1.2 Lihavuuden Käypä hoito -suositus työssä

Vastaajista 75 prosenttia (30 työterveyshoitajaa) ei ollut tutustunut uudistettuun lihavuuden Käypä hoito -suositukseen. Yleisimmiksi syiksi tähän ilmoitettiin tietämättömyys suosituksen uudistuksesta sekä liiallinen kiire (Kuva 3). Ne kymmenen työterveyshoitajaa (25 %), jotka olivat tutustuneet uudistettuun suositukseen, olivat kaikki tutustuneet myös suosituksen elintapahoidon osuuteen. Suositukseen tutustuneista työterveyshoitajista kahdeksan (80 %) oli käyttänyt suositusta työnsä tukena joko potilaan ohjeistuksessa, tai hakeakseen tietoa lihavuudesta tai lihavuuden hoidosta. Kukaan työterveyshoitajista ei ilmoittanut käyttäneensä suositusta diagnostiikan tukena.



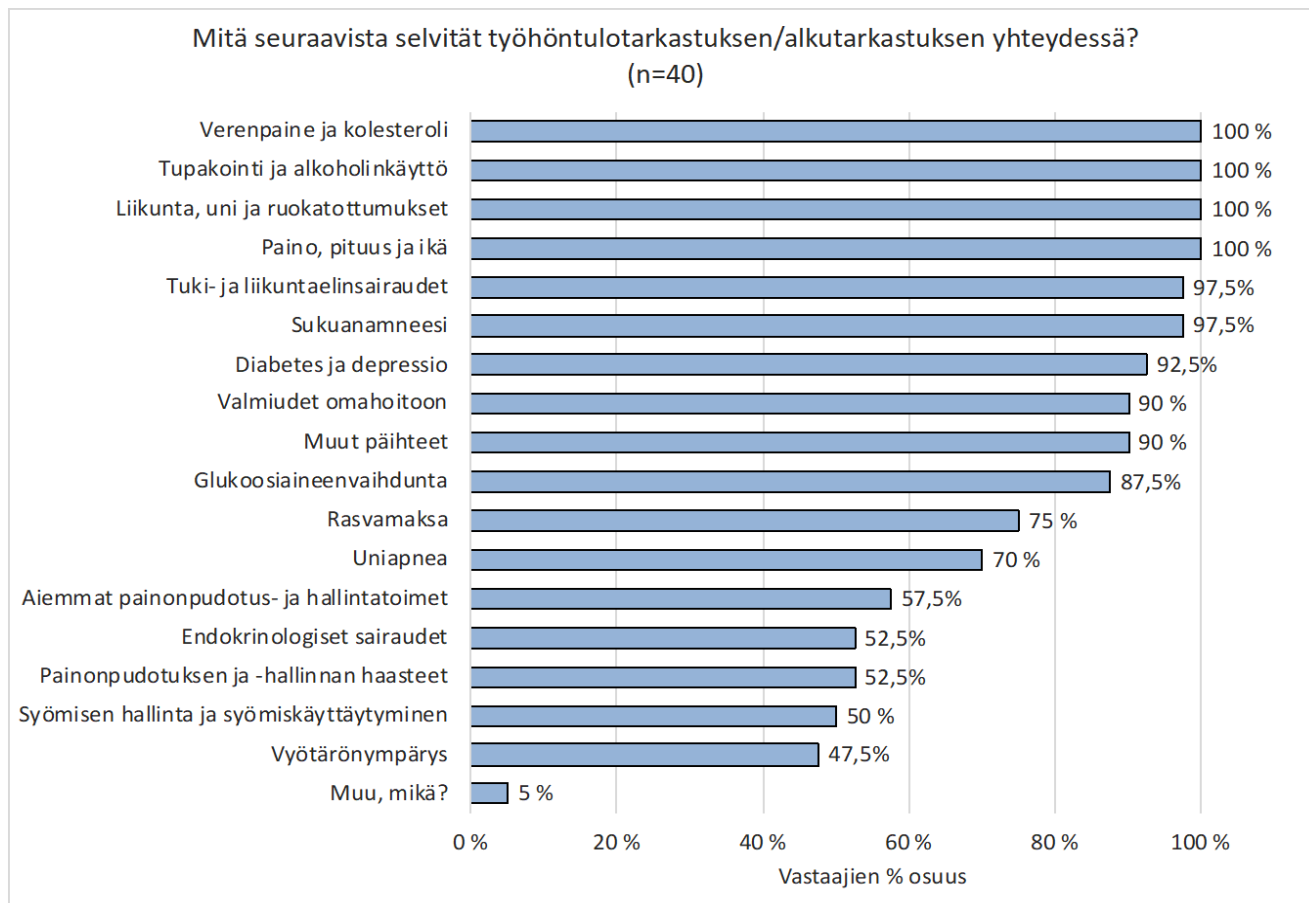
Kuva 3. Suositukseen tutustumattomuuden syyt

7.2 Vastaanotto ja ohjaus

7.2.1 Toimintatavat vastaanotolla

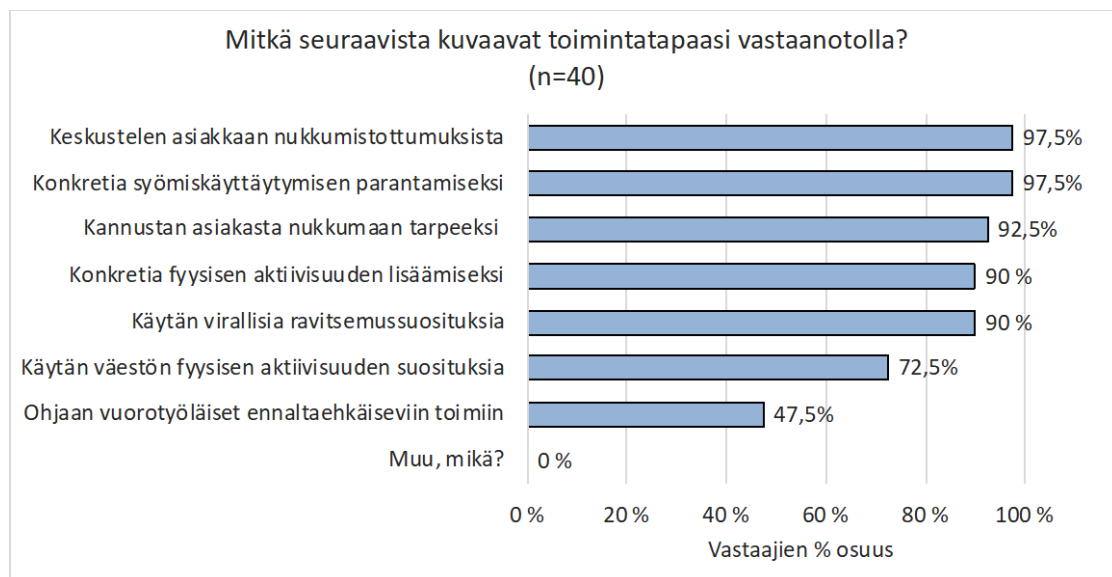
Vastausten perusteella työhöntulo- ja alkutarkastuksissa selvitettiin vähiten asiakkaan vyötärön ympärystä, syömiskäyttäytymistä sekä painonpudotus- ja painonhallintahistoriaa, ja eniten elintapoihin, keskeisimpiin terveydellisiin tiloihin sekä antropometriin perusmittoihin liittyviä asioita (Kuva 4). Kuudessa avoimessa vastauksessa korostettiin työterveyssovimuksen merkitystä siinä, mihin asioihin työhöntulo- ja alkutarkastuksissa voidaan puuttua. Esimerkiksi työterveyden toimintasuunnitelman mukainen laboratoriotutkimusten laajuus vaihtelee sopimuksesta riippuen. Joihinkin sopimukseen verikokeita ei kuulu lainkaan. Kaksi vastaajaa huomautti, että työterveyden tarkastusten luonne on vahvasti työkykyyn ja työhön

soveltavuuteen keskittyvä. Tämä näkökulma yhdessä asiakaskohtaisen tarvelähtöisyyden ja tarkastuksiin käytettävissä olevan ajan kanssa määrää pitkälti sen, mihin asioihin päätetään ja ehditään kiinnittää kunkin asiakkaan kohdalla tarkemmin huomiota. Kysymyksen Muu, mikä -vastausvaihtoehtoon annettiin lisäksi yksittäisinä mainintoina sydäninfarktiin tai vakavaan aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen todennäköisyyttä arvioivan FINRISKI-laskurin käyttö vastaanotolla sekä palautumisesta keskusteleminen.



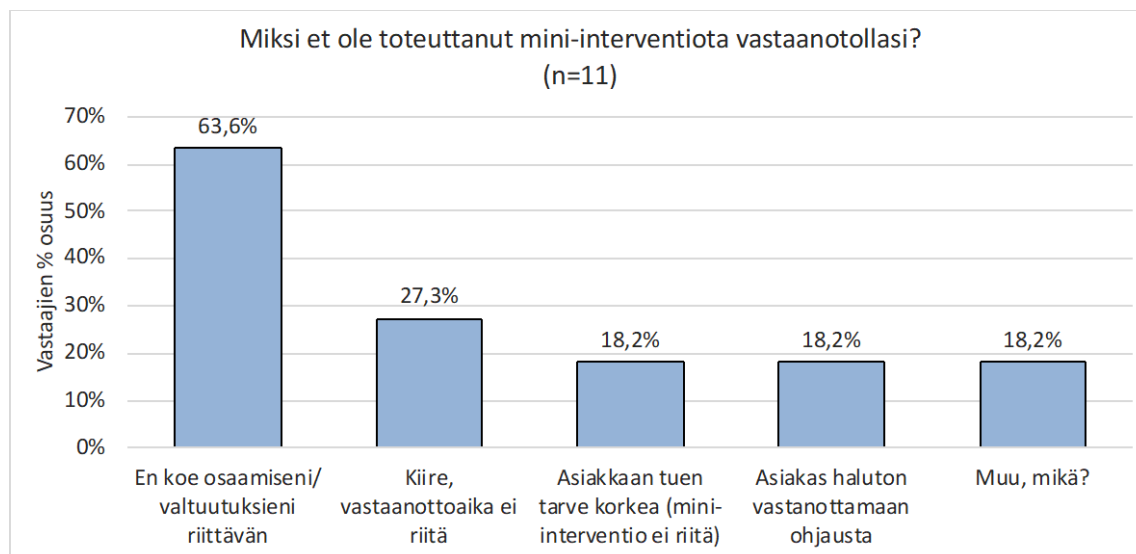
Kuva 4. Työterveyshoitajan vastaanotolla työhöntulo- tai alkutarkastuksessa selvittävät asiat

Kyselylomakkeessa esitetyt toimintatavat toteutuivat vastaanotoilla vuoro- ja yötyötä tekevien asiakkaiden ennaltaehkäisevää ohjausta lukuun ottamatta noin 73–98-prosenttisesti (Kuva 5). Vastaajista 48 prosenttia (19 työterveyshoitajaa) ilmoitti ohjaavansa vuoro- ja yötyötä tekevät asiakkaat terveysongelmien ennaltaehkäisyyn pariin esimerkiksi keskustelemalla itse vuorotyön mahdollisista riskeistä sekä ruoka- ja unirytmien sovittamisesta työn vaatimuksiin, huolehtimalla lakisääteisen tarkastustiheyden toteutumisesta pidemmällä aikavälillä sekä ohjaamalla potilaan tarvittaessa muille asiantuntijoille jatkotoimenpiteitä varten. Tarjolla olevasta Uniryhmästä, jonne asiakkaita voitiin ohjata, esiintyi avoimissa vastauksissa yksittäinen maininta.



Kuva 5. Toimintatavat vastaanotolla

Kaikki kyselylomakkeeseen vastanneet työterveyshoitajat ilmoittivat ymmärtävänsä, mitä potilaskeskeinen työskentelytapa, kuten motivoiva haastattelu, tarkoittaa, ja 95 prosenttia kertoi käyttävänsä sitä ohjauksessaan vastaanotolla. Jatko-ohjauksen ja hoitotavoitteet työterveyshoitajat vastasivat päättävänsä yhdessä asiakkaan kanssa keskustellen. Ensisijaisesti ohjeistettaviksi lihavuuden hoitomuodoksi nousi lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaisesti elintapaohjaus (65 %) sekä mini-interventio (32 %). Vastaajista 70 prosenttia (29 työterveyshoitajaa) oli myös itse toteuttanut mini-interventiota vastaanotollaan. Näissä tilanteissa asiakkaan tuen tarve oli joko koettu niin matalaksi, että mini-intervention arveltiin sillä hetkellä riittävän (93 %) tai asiakas oli ilmoittanut olevansa haluton osallistumaan pitempiaikaiseen elintapahoitoon (70 %). Kaksi työterveyshoitajaa nosti esiin työterveyssovimusten laajuuden merkityksen. Esimerkiksi lihavuuden ryhmäohjaus ja ravitsemusterapia eivät sisälly kaikkiin sopimuksiin, mikä rajaa työterveyshoitajan jatko-ohjeistamisen mahdollisuuksia. Niiden 11 työterveyshoitajan keskuudessa, jotka eivät olleet toteuttaneet mini-interventiota vastaanotollaan, yleisimpänä syynä ilmoitettiin kokemus oman osaamisen tai valtuuksien puutteesta sekä vastaanoton ajallinen rajallisuus (Kuva 6). Eräs työterveyshoitaja kuvasi tilannetta näin: ”Työhöntulotarkastuksessa fokus on työssä ja työhyvinvoinnissa ja näiden asioiden käsittely vie paljon aikaa. Lihavuuden hoidolle voi valita erillisen ajan.”



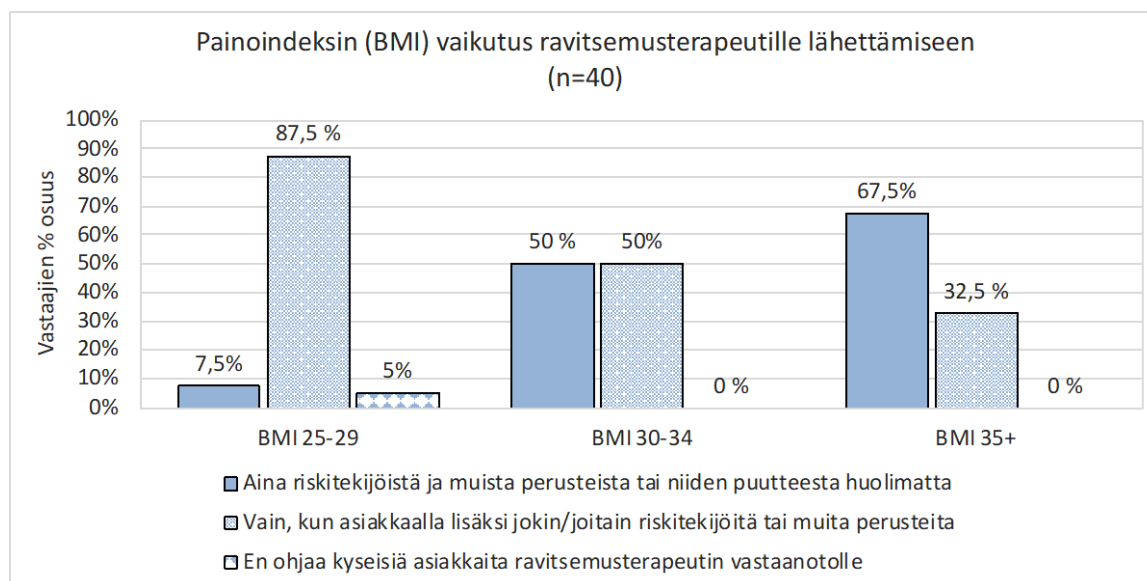
Kuva 6. Mini-intervention toteuttamattomuuden syyt

7.2.2 Ravitsemusterapeutille lähettäminen

Mitä korkeampi asiakkaan painoindeksi (BMI), sitä useammin työterveyshoitajat ilmoittivat tarjoavansa suoraan lähetettä ravitsemusterapeutin vastaanotolle muista mahdollisista terveydellisistä tekijöistä riippumatta (Kuva 7). Vastaavasti mitä matalampi BMI oli kyseessä, sitä suurempi merkitys muilla lähetettä puoltavilla tekijöillä oli. Kaikissa BMI-luokissa merkittävimmit lähettämistä puoltaviksi perusteiksi (yli 80 %) nousivat ongelmat syömiskäyttäytymisessä ja syömiseen liittyvässä ajattelussa sekä asiakkaan oma valmius ja halukkuus hoitoon. Seuraavaksi yleisimmät perusteet (50–80 %) liittyivät pitkäaikaiseen laihdutus historiaan, tyyppin 2 diabetekseen, ruokavalihoitoa vaativaan sairauteen ja lihavuusleikkaukseen. Vähiten painoarvoa ravitsemusterapialähetteen perusteena annettiin koko perheen ylipainolle, ruokavaliolla toteutettavalle ENE-dieetille sekä raskaudelle, raskauden toiveelle tai imetykselle (alle 25 %). Kaikki kyselylomakkeeseen sisältyneet ravitsemusterapeutille lähettämistä puoltavat perusteet eri BMI-luokille vastausprosentteineen ovat nähtävillä yksityiskohtaisesti liitteessä 2.

19 työterveyshoitajaa perusteli tai kommentoi vastauksiaan avoimiin vastauskenttiin. Yhdeksän työterveyshoitajan avoimissa vastauksissa korostui työterveyssopimuksen mahdollinen rajoittavuus, mikäli ravitsemusterapiaa ei sopimukseen kuulu, ja jos kuuluu, niin missä tilanteissa. Eräs työterveyshoitaja pohti, että vaikka terveydellinen syy sinänsä olisi riittävä indikaatio ohjata asiakas ravitsemusterapeutille, onko työnantajan vastuulla kustantaa lihavuuden hoito-ohjaus sen vuoksi, että työntekijällä on esimerkiksi toive raskaudesta. Joidenkin sopimusten ilmoitettiin myös sisältävän tietyn BMI-ajan, jonka ylittyttyä ravitsemusterapialähete voidaan vasta lukea kuuluvaksi työterveydenhuollon piiriin. 17 vastauksessa nostettiin

esiin myös asiakaskohtainen tarveharkintaisuus lähetteen tarjoamiseen painosta riippumatta sekä asiakkaan motivaatio ja hoitohalukkuus. Kaikki asiakkaat eivät tarjouksesta ja tarpeesta huolimatta tahdo esimerkiksi ravitsemusterapeutin lähetettä. Eräs vastaaja kuvasi työterveyshuollon luonteen ja asiakkaan hyödyn välistä tasapainoilua näin: ”Suurin osa yrityksilläni olevista sopimuksista on määritelty siten, että ravitsemusterapeutille voidaan ohjata, jos on työkykyriski – tällöin täytyy miettiä, onko lievä ylipaino työkykyyn vaikuttava vaiva, jos mitään muuta ei ole kuin BMI hieman yli 25”.

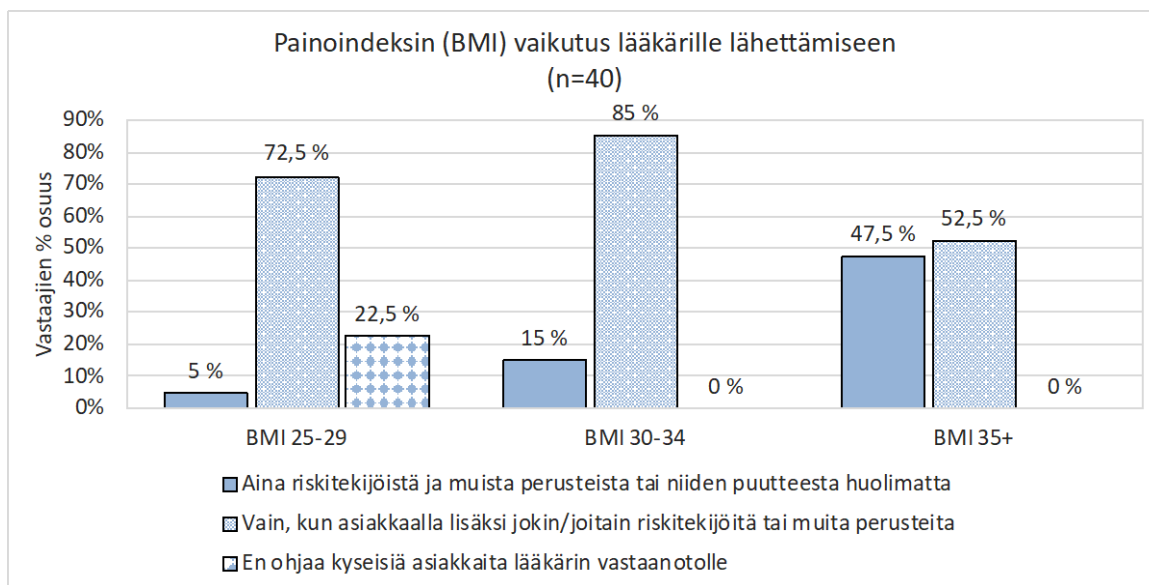


Kuva 7. Painoindeksin vaikutus ravitsemusterapeutille lähettämiseen.

7.2.3 Lääkärille lähettäminen

Myös lääkärille lähetettäessä lähete tarjottiin sitä todennäköisimmin pelkän BMI:n perusteella, mitä korkeampi asiakkaan BMI oli (Kuva 8). Muiden lähetettä tukevien perusteiden merkitys ei tosin laskenut tasaisesti BMI:n kasvun myötä, kuten ravitsemusterapeutille lähettämisen kohdalla, vaan oli korkeimmillaan BMI-luokassa 30–34. Merkittävin lääkärille lähettämisen syy BMI-luokassa 25–29 (yli 80 %) oli lääkehoito tai lääkehoidon tarve. BMI:n noustessa yli 30:n tähän valintaprosenttiluokkaan ylsivät myös uniapnea, tyypin 2 diabetes, muu erikoissairaanhoidon tarve tai lihavuuden riskitekijä sekä asiakkaan hoitohalukkuus. Vähiten painoarvoa lääkärille lähettämiseksi kaikissa BMI-luokissa nähtiin vyötärönympäryksellä ja koko perheen ylipainolla (alle 25 %). Kaikki kyselylomakkeeseen sisältyneet lääkärille lähettämistä puoltavat perusteet eri BMI-luokille vastausprosentteineen ovat nähtävillä yksityiskohtaisesti liitteessä 3.

17 työterveyshoitajaa perusteli tai kommentoi vastauksiaan avoimiin vastauskenttiin. Näistä 12:sta painottui tarve lääkärikäyntiä vaativille terveydellisille haasteille tai epäily mahdollisesta sairaudesta sekä asiakaskohtainen arvio kokonaistilanteesta, joiden perusteella lääkärin lähetettä harkittiin. Jos näistä tekijöistä tai laboratoriotuloksista ei noussut erityistä indikaatiota, vastaajat eivät kokeneet lääkärin lähetettä tarpeelliseksi pelkän ylipainon perusteella. Kaksi työterveyshoitajaa mainitsi osaavansa antaa ohjausta ja neuvontaa pelkkään painoon ja elintapoihin sekä joihinkin sairauksiin liittyen itsekin, tai tarvittaessa tarjoavansa asiakkaalle ravitsemusterapeutin vastaanottoa perusteellisemmän ohjauksen mahdollistamiseksi.

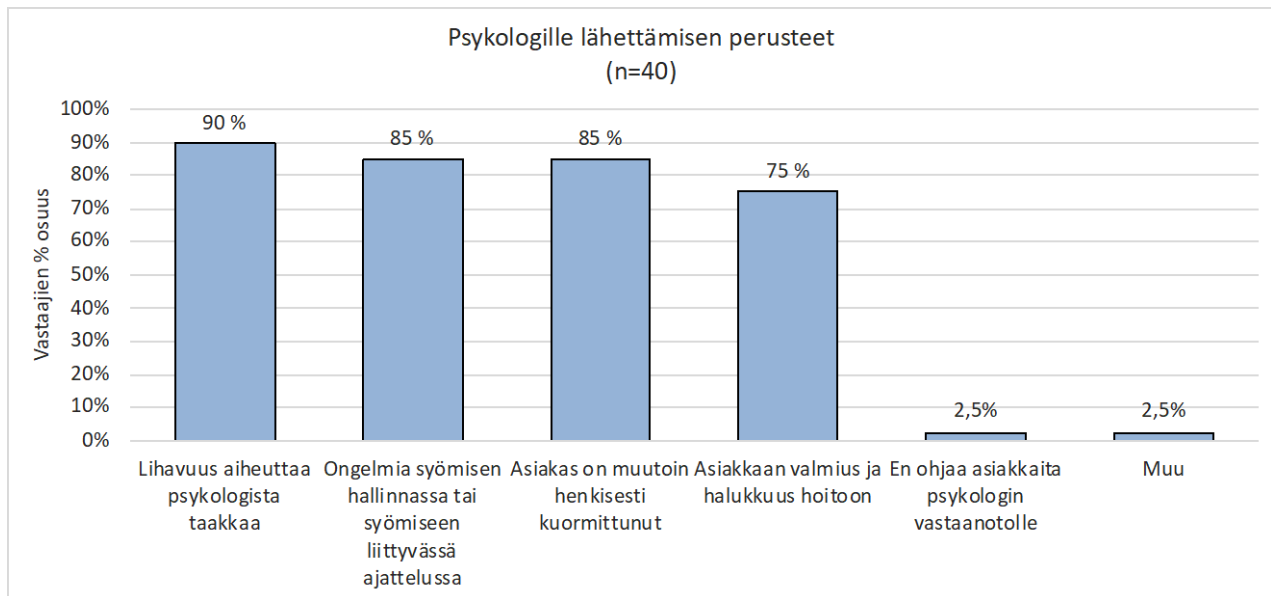


Kuva 8. Painoindeksin vaikutus lääkärille lähettämiseen

7.2.4 Psykologille lähettäminen

Ylipainoisen tai lihavan asiakkaan psykologille lähettämisen perusteet jakautuivat melko tasapuolisesti kyselylomakkeessa annettujen vastausvaihtoehtojen kesken (Kuva 9). Merkittävimmiksi perusteiksi (yli 80 %) nähtiin lihavuuden aiheuttama psykologinen taakka, ongelmat syömisen hallinnassa tai siihen liittyvässä ajattelussa sekä muu henkinen kuormitus. Myös asiakkaan valmius ja halukkuus hoitoon valittiin lähetteen perusteeksi lähes yhtä usein (75 %). Seitsemästä avoimesta vastauksesta yhdessä lähetteen tekemisen edellytykseksi nostettiin psykologin vastaanoton sisältyminen työterveys sopimukseen sekä työkyvyn näkökulmasta perusteltavissa oleva psykologisen hoidon ja tuen tarve. Kolmessa vastauksessa tunnistettiin myös painonhallinnan ja syömiskäyttäytymisen yhteys motivaatioon, ajatuksiin ja tunteisiin sekä se, että näiden aiheiden käsittelystä psykologin kanssa voisi olla asiakkaalle hyötyä painonhallinnan tukemiseksi. Myös

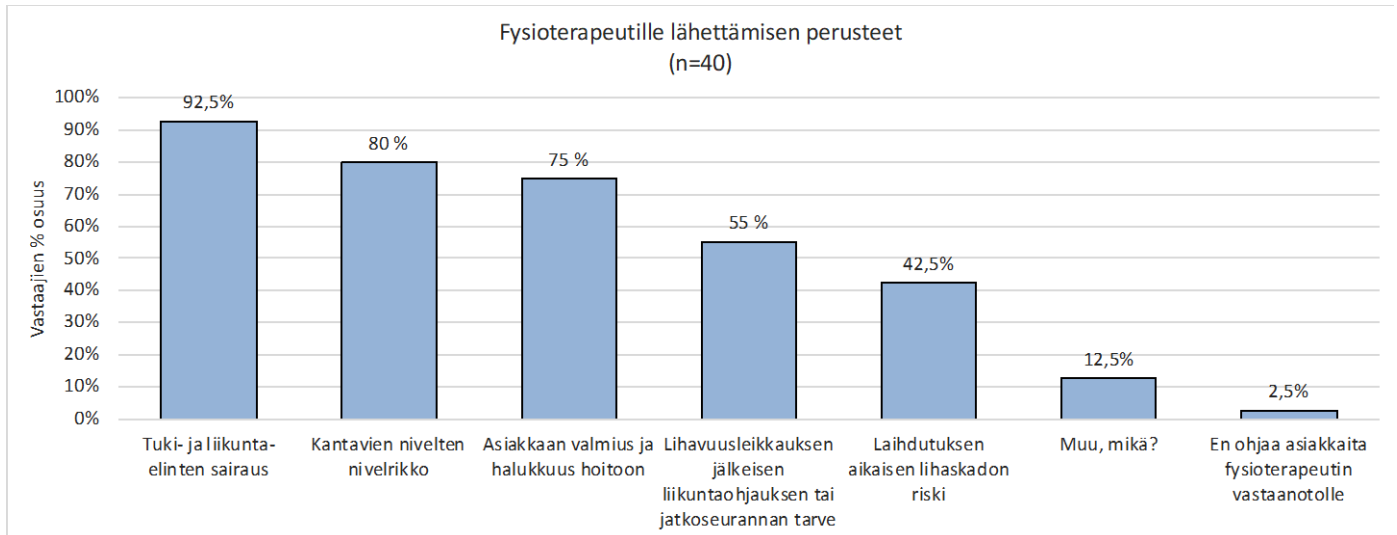
asiakkaan oma motivaatio ja hoitohalukkuus mainittiin kahdessa vastauksessa. Kaikki kyselylomakkeeseen sisältyneet psykologille lähettämistä puoltavat perusteet vastausprosentteineen ovat nähtävillä liitteessä 4.



Kuva 9. Psykologille lähettämisen perusteet

7.2.5 Fysioterapeutille lähettäminen

Fysioterapeutille asiakkaita ilmoitettiin ohjattavan fyysisten vaivojen johdosta, mikäli työterveyssojimus kattoi myös fysioterapian (Kuva 10). Työkykyä haittaava tai työstä johtuva vaiva koettiin yleensä riittäväksi perusteeksi läheteelle. Yleisimpiä kyselylomakkeessa kysytyjä perusteita olivatkin juuri tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä kantavien nivelten nivelrikko (yli 80 %) sekä asiakkaan valmius ja halukkuus hoitoon (75 %). Noin puolet työterveyshoitajista lähettäisi asiakkaan fysioterapeutille myös lihavuusleikkauksen jälkeistä liikunnanohjausta ja jatkoseurantaä sekä laihtuksen aikaisen lihaskadon riskin arviointia varten. Viidessä Muu-vaihtoehtoon annetussa vastauksessa sekä neljässä avoimessa vastauksen perustelussa mainittiin lähetteen perusteeksi lisäksi liikunnan lisäämiseen tähtäävä liikuntalähete sekä asiakkaan halu ja tarve liikunnan ohjaukselle tai liikunnan aloittamiseen motivoinnille. Kaikki kyselylomakkeeseen sisältyneet fysioterapeutille lähettämistä puoltavat perusteet vastausprosentteineen ovat nähtävillä liitteessä 4.

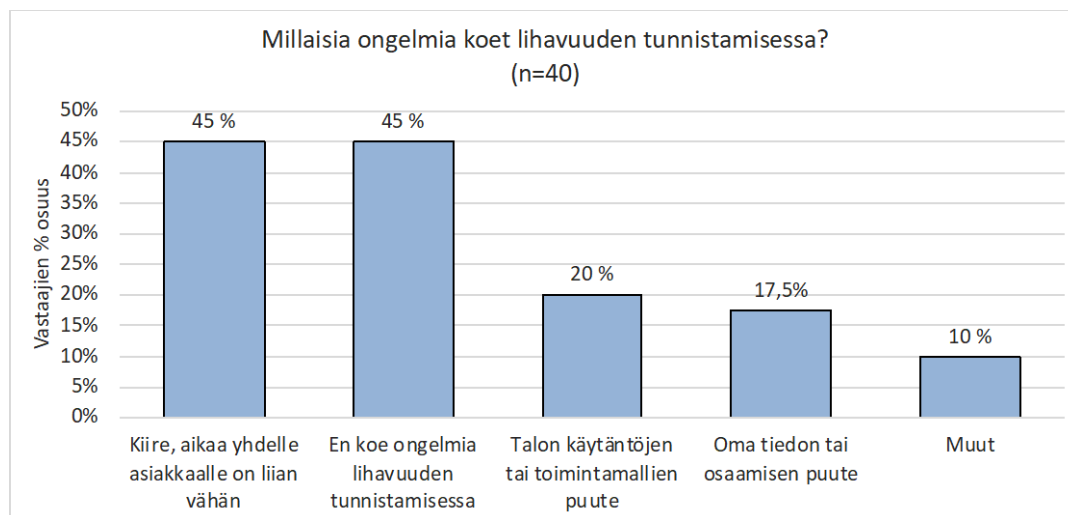


Kuva 10. Fysioterapeutille lähettämisen perusteet

7.3 Onnistumiset ja kehityskohdat

7.3.1 Lihavuuden tunnistaminen

Lihavuuden tunnistamisen koettiin toteutuvan vastaajien yksiköissä pääasiassa hyvin. Hieman alle puolet vastaajista ei kokenut ongelmia lihavuuden tunnistamisessa lainkaan (Kuva 11). Niillä, jotka kokivat haasteita lihavuuden tunnistamisessa, yleisimmiksi yksittäisiksi ongelmiksi koettiin kiire ja asiakaskohtaisesti käytettävissä olevan ajan riittämättömyys. Tarkentavia avoimia vastauksia annettiin viisi kappaletta, ja näissä lihavuuden tunnistamisen ongelmina nostettiin yksittäisinä mainintoina byrokratia, yhteisten toimintamallien puute, halu tarjota kehorauhaa laihdutuspuheen sijaan sekä työhöntulo- ja alkutarkastusten terveyttä työhön soveltuvuuden ja työkyvykkyyden näkökulmasta tarkasteleva luonne. Ylipaino ja lihavuus eivät välttämättä itsessään vaikuta työkykyyn, minkä vuoksi aiheen tarkastelu voidaan kokea epäoleellisena tai perusteettomana varsinkin tilanteissa, joissa tarkastusaikaa kuluu runsaasti muihin asioihin.



Kuva 11. Ongelmat lihavuuden tunnistamisessa

7.3.2 Hoito ja hoitoon ohjaus

Avointen vastausten perusteella 27 työterveyshoitajaa (68 %) koki lihavuuden tunnistamisen, hoidon ja hoitoon ohjauksen toteutuvan yksikössään hyvin. Seitsemän työterveyshoitajaa (18 %) arvioi näiden osa-alueiden toteutumisen kohtalaiseksi. Kuusi vastaajaa (15 %) ei oman ilmoituksensa mukaan joko osannut ottaa tilanteeseen kantaa tai jätti kokonaan vastaamatta. Työterveyshoitajista 25 (63 %) mainitsi erityisesti ravitsemusterapeutille ja muille asiantuntijoille ohjauksen ja moniammatillisen yhteistyön toteutuvan heidän yksiköissään hyvin. Eri ammattialojen vastaanottoaikoja ja resursseja koettiin voitavan hyödyntää matalalla kynnyksellä ja hyvällä saatavuudella. Ravitsemusterapeuttien vastaanottoaikojen lisääntyminen, heidän hyvä ammatillinen osaamisensa sekä selkeät käytännöt ja ohjeet ravitsemusterapeutille ohjaamisesta saivat kiitosta. Myös monipuolisia toteutustapoja etäyhteyksien ja digitaalisten ohjausmahdollisuuksien, kuten OmaTerveys-sovelluksen, kautta kiiteltiin.

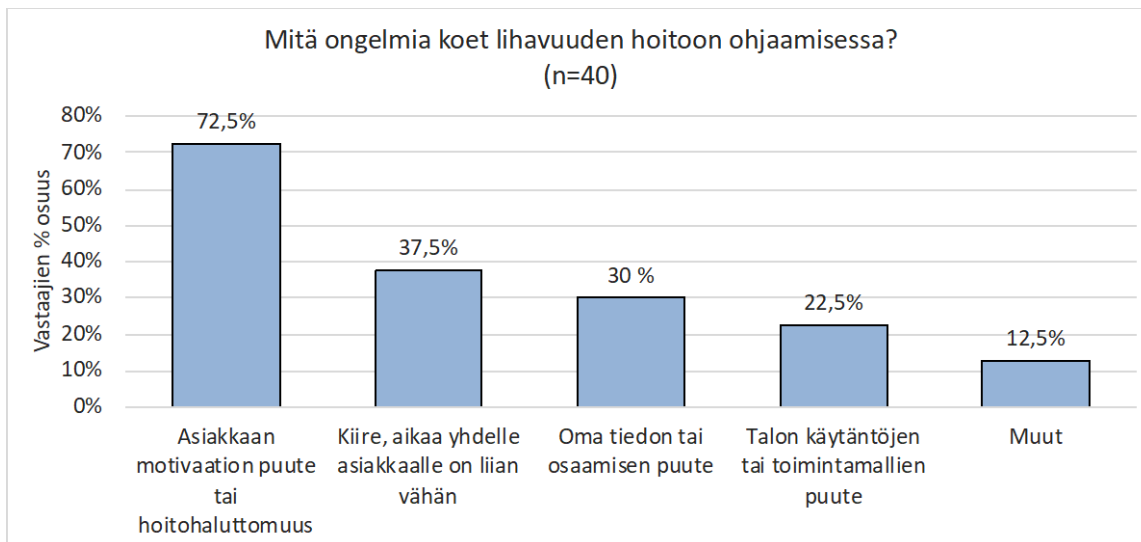
Lihavuuden hoidon kehityskohdaksi nousi erityisesti selkeän ja systemaattisen ohjausmallin puute (11 mainintaa). Lihavuuden hoitoon kaivattiin systemaattisuutta, yhteisiä hoitokäytäntöjä ja toimintaa kokonaisuudessaan ohjaavia toimintamalleja. Kuuden työterveyshoitajan mukaan asiantuntijälähetteen tultua käytetyksi asiakkaan jatkohoito ja seuranta joissain tapauksissa keskeytyy, vaikka jatkoseurannan tarvetta edelleen olisi. Asiakkaan hoitopolku on työterveyshoitajan tiedossa lähetteen tekemiseen asti, mutta sen jälkeen tieto jatkotoimista ja toteutuneesta hoidosta katkeaa. Yksi työterveyshoitaja toivoi käytäntöjen yhtenäistämistä myös ravitsemusterapeuttien toimintaan, sillä hänen saamansa asiakaspalautteen perusteella erään ravitsemusterapeutin vastaanotolla oli esiintynyt jatkuvasti ylipainosta syylistämistä ja

epäjohdonmukaista lihavuuden hoitomuotojen suosittamista. Tämä oli heikentänyt myös hänen halukkuuttaan ohjata asiakkaita jatkohoitoon. Lisäksi neljässä vastauksessa myös moniammatillista yhteistyötä sekä tiimien ja kollegoiden välistä kommunikaatiota toivottiin parannettavan. Yhtenä esimerkkinä pyydettiin hyväksi todettujen asiakasohjausmateriaalien jakamista kollegoiden kesken nykyistä enemmän.

Yhdeksässä vastauksessa tuotiin esille työterveyshoitajien lisäkoulutuksen tarve. Työterveyshoitajille toivottiin lisätietoa lihavuudesta, ravitsemuksesta ja ravitsemusterapian hyödyistä lihavuuden hoidossa, jotta he osaisivat paremmin perustella asiakkaalle, miksi ravitsemusterapeutin vastaanotolle kannattaa lähteä. Tarkempaa ohjausta ja konkreettisia esimerkkejä pyydettiin myös siitä, missä tilanteissa asiakas tulisi lähettää millekin asiantuntijalle. Vahvistuksen ja ohjeistuksen tarvetta koettiin myös työterveyshoitajan oman osaamisen syventämisessä lihavuuden hoitoon ja hoitomahdollisuuksiin liittyen sekä työterveyshoitajan ammattitaidon laajempaan hyödyntämiseen vastaanotolla. Myös lisäkeinoja lihavuuteen puuttumiseen ja asiakkaan motivoimiseen toivottiin. Yksittäisenä mainintana pyydettiin koulutusta myös alueellisista hoitomalleista julkisen ja yksityisen sektorin välillä lähettämiskäytäntöjen selkeyttämiseksi.

Yhteistyömahdollisuudet eri sektoreiden välillä koettiin muutaman vastaajan mukaan osin epäselviksi ja byrokratialtaan ohjausta hankaloittaviksi. Sopivaa hoitomahdollisuutta ei välttämättä ole eri sektoreilla ajankohtaisesti saatavilla, ja pitkän odotusajan nähtiin heikentävän asiakkaan motivaatiota hakeutua hoitoon. Kolme työterveyshoitajaa ilmoitti lisäksi työterveys sopimuksissa esiintyvän usein puutteita ja epäselvyyksiä siinä, mitä toimia sopimus tarkalleen kattaa ja mitä toimintakäytäntöjä mihinkin sopimukseen voidaan soveltaa.

Avoimiin kysymyksiin annetut vastaukset toistuivat osin myös lihavuuden hoitoon ohjaamisen ongelmia selvittäneen monivalintakysymyksen vastauksissa (Kuva 12). Yleisimmäksi haasteeksi lihavuuden hoitoon ohjaamisessa koettiin asiakkaan motivaation puute ja hoitohaluttomuus (72,5 %). Osa asiakkaista ei tahdo jatkolähetettä työterveyshoitajan ehdotuksesta huolimatta. Muiksi haasteiksi koettiin kiire, oman osaamisen riittämättömyys sekä yhteisten toimintamallien puute lihavuuden hoitoon ohjaamisessa. Hoitoon ohjaamisen mahdollisuuksien kerrottiin olevan myös täysin riippuvaisia työterveys sopimuksen sisällöstä. Kaikkiin sopimuksiin ei kuulu esimerkiksi ravitsemusterapeutin palveluita lainkaan, jolloin lähetettä ei voida tehdä, vaikka asiakas siitä selvästi hyötyisi.



Kuva 12. Lihavuuden hoitoon ohjaamisen ongelmat

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

8.1.1 Suositusten käyttö ja tunnettuus

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena oli selvittää lihavuuden hoidon ja hoitoon lähettämisen toteutumista Terveystalon työhöntulo- ja alkutarkastuksissa. Lihavuuden hoidossa ja hoitoon lähettämisessä havaittiin puutteita erityisesti moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa sekä toimintamallien yhtenäisyydessä. Työterveyshoitajien vastausten perusteella suurimmiksi haasteiksi koettiin potilaan hoitohaluttomuus, vastaanottoajan riittämättömyys sekä systemaattisen toimintamallin ja oman osaamisen puute.

Lihavuutta esiintyy Suomessa arviolta joka neljännellä aikuisella (THL 2018). Työterveyshoitajien arvio lihavuuden esiintymisestä vastaanotolla kohtaamiensa potilaiden keskuudessa asettui keskimäärin myös noin neljännekseen asiakaskunnasta (Kuva 2), ja vastaa siten valtakunnallista esiintyvyyttä. Tieto lihavuuden Käypä hoito -suosituksen uudistuksesta ei puolestaan ollut aikanaan saavuttanut kaikkia työterveyshoitajia mahdollisesta yksiköiden sisäisestä sekä niin valtakunnallisen kuin terveydenhuoltoalankin medioiden uutisoinnista huolimatta (Kallunki 2020, Duodecim 2020), sillä suurin osa heistä ilmoitti olleensa tietämätön suosituksen uudistuksesta. Vähäinen tutustuneisuus uudistettuun suositukseen on saattanut jossain määrin vaikuttaa kyselytutkimuksesta saatuihin tuloksiin ja lisätä puutteita suosituksiin verrattujen toimintamallien

toteutumisessa. Pääperiaatteiltaan sekä vanha että uudistettu suositus vastaavat kuitenkin toisiaan hyvin, joten mikäli vanha suositus oli työterveyshoitajille edes jossain määrin tuttu, kovin merkittävää eroavaisuutta tuloksissa olisi tuskin havaittu laajemmastakaan uudistettuun versioon tutustuneisuudesta huolimatta.

Työterveyshoitajan työnkuva ja osaamisalue on laaja, ja lihavuus on vain yksi osa työtä. Työterveyshoitajan itsensä vastuulle jäävä kaikkiin mahdollisiin suosituksiin tutustuminen ja niiden päivityksistä ajan tasalla pysyminen ei välttämättä ole työajan puitteissa mahdollista eikä tarpeenmukaista. Toiseksi yleisimmäksi syyksi nousutta kiirettä voitaneenkin pitää järkeenkäypänä selityksenä suositukseen tutustumattomuudelle. Uudistettuun suositukseen tutustuneista työterveyshoitajista kukaan ei ollut käyttänyt suositusta diagnostiikan tukena, vaan ainoastaan tiedonhakuun potilaan ohjeistuksesta, lihavuudesta ja sen hoidosta. Työterveyshoitajan työnkuva ei edellytä diagnostiikkaa, joten kyseistä vastausvaihtoehtoa voidaan tässä yhteydessä pitää epäoleellisena ja tarpeettomana.

8.1.2 Toimintatavat vastaanotolla

Työhöntulo- ja alkutarkastuksissa eniten selvitettiin yleisimpiä sairauksia ja elintapoja sekä keskeisimpiä antropometrisiä mittoja (Kuva 4). Vähiten selvitettiin syömiskäyttäytymiseen ja painonhallintaan liittyviä aiheita sekä endokrinologiaa ja vyötärön ympärystä. Vastaanoton ajallinen rajallisuus ja työkykykeskeisyys ovat todennäköisesti yhtenä syynä sille, miksi syömiskäyttäytymisen ja painonhallinnan laajat kokonaisuudet jäävät vähälle huomiolle. Vastaanottoa edeltävästi täytettävässä sähköisessä alkukartoituslomakkeessa selvitetään asiakkaan perusterveyttä, kuten näkökykyä, unta ja painoa, mutta ei esimerkiksi syömiskäyttäytymistä ja painonhallintahistoriaa (Reija Männikkö, Terveystalo Oy, suullinen tiedonanto 10.2.2021). Nämä aiheet jäävät käsiteltäviksi vastaanotolla tapauskohtaisen tarpeen ja käytettävissä olevan ajan puitteissa. Lisäksi esimerkiksi rasvamaksan selvittämiseen tarvitaan verikokeita, joita ei kaikkiin työterveyssovimuksiin automaattisesti sisälly. Verikokeisiin perustuvia markkereita ei tästä syystä voida selvittää rutiininomaisesti ilman erillistä ja selkeää tapauskohtaista perustetta. Kuvassa 4 esitetystä kysymyksestä on myös huomioitava, että vastausvaihtoehtojen pohjana käytettiin lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaista ohjeistusta asioista, joita tulisi selvittää asiakkaalta, jolla on lihavuutta. Kysymyksen asettelussa ei kuitenkaan rajattu tilannetta koskemaan vain vastaanottoa lihavan asiakkaan kanssa, joten vastauksissa saattaa hyvin näkyä esimerkiksi keskimääräinen arvio yleisimmin toteutuvista tilanteista sekä asiakaskohtainen tarvelähtöisyys.

Asiakkaan vyötärön ympärystä selvitti hieman alle puolet työterveyshoitajista (Kuva 4). Lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaan yhtenä lihavuuden ehkäisyn tavoitteena ja erityisesti terveydenhuollon tehtävänä kuitenkin on, että jokainen aikuinen tietää sekä oman painoindeksinsä että vyötärön ympäryksensä ja

ymmärtää niiden merkityksen terveydelleen (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Tämä tavoite ei tässä tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella toteudu kaikissa työhöntulo- ja alkutarkastuksissa.

Vyötärön ympäryksen selvittämättömyyteen ei saatu vastaajilta perusteluita, joten selviä johtopäätöksiä syistä ei voida tehdä. Kehon koostumuksen arvioinnissa saatetaan käyttää pääasiassa vain silmämääräistä arviota sekä painoindeksiä, ja kokea näiden riittävän. Vyötärön ympäryksen tarkempi mittaaminen saatetaan kokea tarpeettomaksi ja mahdollisesti myös asiakkaalle epämukavaksi toimenpiteeksi etenkin, jos paino ja kehon koostumus on asiakkaalle epämieluisa ja sensitiivinen puheenaihe.

Ravitsemus- ja liikuntakeskustelun perustana olisi suositeltavaa käyttää virallisia ravitsemus- ja väestön liikuntasuosituksia, joita lähes kaikki vastaajat ilmoittivatkin käyttävänsä (Kuva 5). Ne työterveyshoitajat, jotka eivät ilmoittaneet käyttävänsä suosituksia keskustelun perustana, eivät myöskään perustelleet vastaustaan tarkemmin. Tästä syystä vastauksista ei voida vetää johtopäätöstä siitä, ohjaavatko kyseiset työterveyshoitajat ravitsemus- ja liikunta-asioita lainkaan tai mahdollisesti suositusten vastaisesti, vai jättävätkö he viralliset suositukset mainitsematta, vaikka ohjauksen sisältö suosituksia vastaisikin. Vuorotyön ja yötyön terveyshaittojen ennaltaehkäisyyn ei puolestaan toistaiseksi ole valtakunnallisesti vakiintunutta käytäntöä. Tämä saattaa osaltaan selittää tulosta, jonka mukaan vain alle puolet työterveyshoitajista ohjasi vuorotyötä tekeviä asiakkaitaan ennaltaehkäisevien toimenpiteiden pariin.

8.1.3 Ravitsemusterapeutille ja lääkärille lähettäminen

Asiakkaan painoindeksi vaikutti selvästi ravitsemusterapeutille ja lääkärille ohjaamiseen. Mitä suurempi BMI, sitä todennäköisemmin asiakas ohjattiin asiantuntijalle muista perusteista riippumatta. Lääkärille lähetettäessä muiden lähetettä puoltavien perusteiden merkitys korostui enemmän kuin ravitsemusterapeutille lähetettäessä, ja perusteluissa painotettiin lääkinnällisen tai muutoin sairauksiin liittyvän hoidon ja arvion tarvetta. Pelkän BMI:n perusteella asiakkaita ohjattiin enemmän ravitsemusterapiaan kuin lääkärille kaikissa tarkastelluissa BMI-luokissa. Eroa ravitsemusterapian ja lääkärin vastaanotolle lähettämisen perusteissa voisi selittää ymmärrys eri ammattilaisten osaamisalueiden erityispiirteistä sekä ravitsemusterapian vaikuttavuudesta elintapakeskeistä ja kokonaisvaltaista lähestymistapaa vaativassa lihavuuden hoidossa. Näin ollen vaikuttaisi siltä, asiakkaita ohjattaisiin lihavuuden hoitoon ainakin pääpiirteittäin asiakas- ja tarvelähtöisesti kulloinkin parhaiten soveltuvalle asiantuntijalle. Terveystalon periaatteen mukaan asiakas on kuitenkin erityisen suositeltavaa ohjata ravitsemusterapeutin vastaanotolle muun muassa silloin, kun asiakkaan BMI ylittää arvon 30 (Reija Männikkö, Terveystalo Oy, suullinen tiedonanto 10.2.2021). Tämä käytäntö ei vastausten perusteella toteudu kaikissa työhöntulo- ja alkutarkastuksissa, sillä BMI:n lisäksi muut

lähetettä puoltavat perusteet vaikuttivat BMI-luokassa 30–34 edelleen puoleen, ja myös luokassa BMI 35+ vielä noin kolmannekseen läheteistä.

Lihavuuden Käypä hoito -suositus ei aseta BMI-rajaa ravitsemusterapeutin läheteelle, vaan painottaa tapauskohtaista arviota asiakkaan kokonaistilanteesta ja lihavuuden asteesta. Ravitsemusterapeutille lihavuuden hoitoon tulisi suosituksen mukaisesti kuitenkin aina tehdä lähete, jos asiakkaalla on useita vaikeasti hoidettavia lihavuuden liitännäissairauksia tai muita haasteita, kuten ruokavaliohoitoa vaativia sairauksia. Myös syömiskäyttäytymiseen liittyvät haasteet, pitkäaikainen laihdutushistoria, ruokavaliolla toteutettava ENE-dieetti, suunnitteilla oleva lihavuusleikkausarvio sekä jo tehty lihavuusleikkaus, jonka seuranta vaatii ravitsemusohjausta, ovat ravitsemusterapialähetteen aiheita. Syömisen hallintaan ja syömistä koskevan ajatteluun liittyviä ongelmia lukuun ottamatta yllä mainittuja haasteita ei tässä tutkimuksessa kuitenkaan täysin tunnistettu ravitsemusterapialähetteen perusteiksi. Kaikkien BMI-luokkien keskiarvona tarkasteltuna ruokavaliohoitoa vaativan sairauden valitsi lähetteen perusteeksi noin kaksi kolmesta työterveyshoitajasta, pitkäaikaisen laihdutushistorian hieman yli puolet ja ruokavaliolla toteutettavan ENE-dieetin vain noin neljännes työterveyshoitajista (Liite 2). Lisäksi vastaanotolla selvitettäviä asioita kysyttäessä asiakkaan painonpudotushistoriaa, painonpudotuksen ja -hallinnan haasteita sekä syömisen hallintaa ja syömiskäyttäytymistä kartoittavat aiheet jäivät valintaosuuksiltaan matalimmiksi (Kuva 4). Näin ollen myöskään Käypä hoito -suosituksen mukainen ravitsemusterapeutille ohjaaminen ei vaikuttaisi toteutuvan työhöntulo- ja alkutarkastuksissa täysin suosituksen mukaisesti. Toisaalta ravitsemusterapian tarpeen kattava selvittäminen kyseisten tarkastusten aikana voi olla haastavaa, sillä muita selvitettäviä asioita on paljon. Työterveysnäkökulmaan keskittyvä vastaanottoaika ei välttämättä tarjoa riittäviä mahdollisuuksia perehtyä ruoanvalintaan ja syömiskäyttäytymiseen liittyviin kysymyksiin sillä tarkkuudella, jota kunkin asiakkaan yksilöllisen tilanteen selvittäminen vaatisi.

Kysymysten asettelu ja vastausten perusteella ei voida vetää voimakkaita johtopäätöksiä siitä, kuinka hyvin työterveyshoitajat tuntevat suositukset ja lähetekäytännöt. Tutkimus ei anna täyttä varmuutta siitä, ovatko työterveyshoitajat arvioineet vastauksissaan ensisijaisesti kuinka asiassa tulisi toimia, vai kuinka heillä todellisuudessa on mahdollisuus toimia muun muassa vastaanottoajan, työhöntulo- ja alkutarkastuksen työkykykeskeisen luonteen sekä työterveys sopimusten sisällön määrittämissä puitteissa. Lihavuuden hoitoon liittyvä keskustelu saattaa lisäksi nousta merkittävämmiin esille vasta työterveyshuollon myöhemmissä kontakteissa. Kuten yllä mainittu, vastaanotolla selvitettäviä asioita kysyttäessä ei myöskään määritetty arvioitavaa tilannetta koskemaan vain sellaisen asiakkaan kohtaamista, jolla on jo havaittavaa lihavuutta (Kuva 4). Vastauksissa saattaakin näkyä esimerkiksi keskimääräinen arvio useimmin selvitetystä asiasta sekä hoitokäytäntöjen mukainen asiakaskohtainen tarvelähtöisyys.

8.1.4 Psykologille ja fysioterapeutille lähettäminen

Lihavuuden hoitotiimissä psykologin ja fysioterapeutin tulisi Käypä hoito -suosituksen mukaisesti olla vähintään konsultoitavissa (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2020). Psykologin ammattitaidosta on monelle asiakkaalle hyötyä lihavuuteen ja syömisen hallintaan liittyvien psyykkisten taakkojen käsittelemiseksi. Vastaavasti fysioterapeutin rooli painon aiheuttamien mekaanisten vaivojen hoidossa ja erityisesti lihavuusleikkauksen jälkeisessä liikuntaohjauksessa on keskeinen. Vastausten perusteella työterveyshoitajat tunnistavat hyvin kummallekin ammattiryhmälle keskeisiä hoidon aiheita. Ainoastaan lihavuusleikkaukseen ja laihtumisen aikaiseen lihaskatoon liittyvät fysioterapeutille lähettämisen perusteet jäivät vastausosuudeltaan keskimäärin hieman alle 50 prosenttiin. Lihavuusleikkauksien toteutus ja jatkohoito kuuluvat toisaalta erikoissairaanhoidon piiriin, joten leikkaukseen ja sen jälkeiseen seurantaan liittyvä kysymys on työterveyshoitajalle todennäköisesti jokseenkin epäoleellinen. Laihtumisen aikaisen lihaskadon ehkäisy olisi kuitenkin tärkeä huomioida lihavuuden hoidon kokonaisuudessa hoitopaikasta riippumatta, ja fysioterapeutin ammattitaidon laajempi tunnistaminen tälläkin osa-alueella olisi varmasti arvokas ja huomioimisen arvoinen etu kaikille hoitoon osallistuville osapuolille. Aihe ei kuitenkaan välttämättä ole juuri työhöntulo- ja alkutarkastuksessa keskeinen, joten tulisi selvittää, onko aiheesta käyty keskustelu enemmän läsnä muissa terveydenhuollon kontakteissa, vai onko liikuntaohjauksen tiedostamisessa ja hyödynnettävyydessä yleisemminkin puutteita. Osa asiakkaista saattaa toki myös jo liikkua lihaskudoksen säilymisen kannalta riittävästi, jolloin ohjaukselle ei välttämättä koeta tarvetta.

8.1.5 Haasteet ja puutteet lihavuuden hoidossa

Hieman yli puolet työterveyshoitajista koki haasteita lihavuuden tunnistamisessa (Kuva 11). Merkittävimmiksi syiksi valittiin kiire sekä yhteisten toimintamallien ja oman osaamisen puute. Lihavuuden kriteeristö on kuitenkin verrattain yksinkertainen ja valtakunnallisesti yhtenäinen perustuen yksiselitteisesti mitattaviin painoindeksiin ja vyötärönympäryksen raja-arvoihin, joten tunnistamisen sinänsä voisi uskoa olevan jokseenkin suoraviivaista. Paino ja pituus kuuluvat lisäksi jo sähköisessä alkukartoituksessa kirjattaviin tietoihin, joten painoindeksiin laskemiseen tarvittavat tiedot ovat jokaisen asiakkaan kohdalla helposti ja nopeasti saatavilla. Toki aiemmin mainittu vyötärönympäryksen mittaamatta jättäminen saattaa heikentää etenkin vyötärölihavuuden tunnistamista.

Suurin osa työterveyshoitajista koki lihavuuden hoidon kokonaisuudessaan toteutuvan yksiköissään hyvin. Hoitoon ohjaamisessa asiakkaasta lähtevä motivaation puute tai hoitohaluttomuus nousi suurimmaksi ongelmaksi tilanteissa, joissa työterveyshoitajan arvion mukaan hoidolle olisi aihetta. Tarkemmin ei selvinnyt,

mistä syistä asiakkaat eivät jatkolähetteitä halunneet. Lihavuuden hoitoon ja ravitsemusterapiaan saattaa liittyä esimerkiksi ennakkoluuloja ja stigmaa, mikä voi rajoittaa hoitohalukkuutta. Asiakkaan elämäntilanne saattaa olla haastava, eikä voimavarojen välttämättä koeta riittävän monitahoiseen ja usein huomattavia muutoksia vaativaan lihavuuden hoitoon. Terveiden hoitoon ja edistämiseen tähtääviin toimiin voi myös olla vaikea motivoitua, jos asiakkaan arvomaailman keskipiste on hyvin kaukana terveydestä ja hyvinvoinnista. Näiden asiakkaista kumpuavien haasteiden lisäksi noin kolmannes työterveyshoitajista koki puutteita omassa tiedossaan ja osaamisessaan. Lisäkoulutusta toivottiinkin muun muassa juuri asiakkaan motivointiin ja yleisesti lihavuuden hoitoon liittyvän osaamisen vahvistamiseen. Yhtäläisesti näiden tulosten kanssa henkilöstön jatkuvan kouluttamisen tarve havaittiin tarpeelliseksi myös aiemmissa Käypä hoito -suositusten toteutumista tarkastelleissa tutkimuksissa (Trujillo ym. 2012, Karppi ym. 2010).

Systemaattisen toimintamallin puute sekä työterveyshuollon työkykykeskeinen luonne koettiin haasteeksi hieman alle joka neljännessä tai harvemmassa vastauksessa. Kuten mainittu, lihavuuden hoidolle ei tällä hetkellä ole valmista ja yhtenäistä hoitopolkua, joten huomio on täysin ymmärrettävä ja perusteltu. Työkykyyn keskittyvät työterveyshuollon tarkastukset asettavat toisaalta omanlaisensa haasteen lihavuuden hoidolle. Keskeinen kysymys on, onko lihavuus itsessään työkykyriski, ja jos on, missä tilanteissa ja millä lihavuuden asteella. Lihavuuden liitännäissairauksilla, kuten nivelvaivoilla, voi toki olla huomattavaa heikentävää vaikutusta työkykyyn. Tulisiko liitännäissairauksien tai niiden riskin silti oikeuttaa asiakkaan pääsy työnantajan kustantamaan lihavuuden hoitoon myös tilanteissa, joissa varsinaista työkykyhaittaa ei ainakaan toistaiseksi havaittavasti aiheudu? Onko työnantajan vastuulla hoitaa suoranaisesti työkykyyn liittymätön lihavuus? Lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaisesti lihavuuden hoidon, myös ryhmämuotoisen elintapahoidon, on kuitenkin oltava osa perusterveydenhuoltoa ja täten myös työterveyshuoltoa, sekä tasavertaisesti saatavilla kaikille. Jos asiakas ei työterveyshuollon kautta saa asianmukaista lihavuuden hoitoa, voidaanko hänen luottaa saavan hoitoa jostain muualta? Lihavuuden hoidon tulisi myös olla moniammatillista, ja ravitsemusterapeutin olisi oltava osa jokaista lihavuuden hoitotiimiä. Työterveyshuollossa tämä ei toteudu tapauksissa, joissa asiakkaan työterveyssopimus rajoittaa ravitsemusterapiapalveluiden saatavuutta.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kyselytutkimuksen luotettavuutta osoittaa edustava ja riittävän suuri otoskoko, korkea vastausprosentti sekä oikeita asioita mittaavat ja koko tutkimusongelman kattavat kysymykset (Heikkilä 2014). Tässä tutkimuksessa tavoiteltu otoskoko oli 150 työterveyshoitajaa yhdeksästä eri Terveystalon toimipisteestä eri puolilta Suomea, jolloin otosta oltaisiin voitu pitää suhteellisen kattavana. Vastauksia kyselyyn saatiin kuitenkin vain 40 kappaletta, hieman yli neljännes tavoitteesta. Näin ollen vastausprosentti jäi 27 prosenttiin. Tutkittavien

yksityisyydensuojan vuoksi heistä ei kerätty lainkaan tunnistetietoja, joten vastausten jakautumista eri toimipisteiden välille ei voida määrittää. Otoksesta ei voida myöskään päätellä luotettavasti kuvaavatko vastaajat keskimääräistä työterveyshoitajaa, vai valikoituiko vastaajiksi mahdollisesti suhteellisesti enemmän esimerkiksi heitä, joilla oli jo jokin selvä näkemys lihavuuden hoidon toteutumisesta ja sen ongelmakohdista. Vastauksissa saattaa esiintyä myös systemaattista virhettä, mikäli kysytyjä asioita on vastauksissa kaunisteltu tai vähätelty. Pakolliseksi asetettuihin avoimiin kysymyksiin vastattiin toisaalta ahkerasti ja vastaukset tukivat monesti saman suuntaisten strukturoitujen kysymysten vastauksia. Saatuihin tuloksiin on kuitenkin hyvä suhtautua jokseenkin varauksellisesti alhaisesta vastausprosentista johtuen.

Kyselytutkimuksen kysymykset pyrittiin rakentamaan keskeisten tutkittavien aiheiden ympärille tutkimuskysymykset huomioiden. Vastausten pohjana käytettiin keväällä 2020 uudistettua lihavuuden Käypä hoito -suositusta soveltuvin osin. Kysymysten asettelussa käytettiin sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä, joiden lisäksi tarjottiin myös vapaaehtoista mahdollisuutta perustella vastausta tai antaa lisätietoja avoimiin tekstikenttiin. Näin tutkimuksesta pyrittiin saamaan monipuolisesti tutkimusongelmaa kartoittava ja siihen vastaava kokonaisuus, jossa vastaajan on mahdollisuus esittää näkemyksiään myös laajemmin kuin vain tarkalleen kysytyyn kysymykseen vastaamalla.

Mikäli kysely toteutettaisiin uudelleen, vastausvaihtoehtoja ja niiden tulkintaa voisi selkeyttää muuttamalla osan monivalintakysymyksistä preferenssikysymyksiksi, joissa vastaaja valitsisi vain yhden tilannetta mielestään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. Toisaalta monivalintakysymykset mahdollistavat laajemman ja kattavamman aineiston, sillä eri vastausvaihtoehtojen erittely tärkeysjärjestykseen voi vastaajana olla erityisesti moniulotteisissa aiheissa haastavaa. Kehityskohtien ja ongelmien lisäksi myös lihavuuden hoidon onnistumisia olisi voinut kysyä monivalintakysymyksenä. Toisaalta onnistumisista kysyttiin joka tapauksessa avoimesti, ja haasteiden selvittäminen oli tässä tutkimuksessa yhtenä tutkimuskysymyksenä onnistumisia tärkeämmässä asemassa. Useampia kysymyksiä olisi voinut tarkentaa koskemaan nimenomaan toimintaa ylipainon ja lihavuuden yhteydessä yleisten toimintatapojen sijaan, jolloin olisi saatu tarkempaa dataa juuri lihavuuden hoidosta. Jokaiselta asiakkaalta kaikkia kyselyssä esitettyjä asioita ei ole tarpeenkaan selvittää. Toisaalta yleisten toimintatapojen kuvaaminen antaa myös mielenkiintoista laajempaa näkemystä toiminnan nykytilanteesta kokonaisuudessaan. Työterveyshoitajilta olisi myös voinut varmistaa, onko heidän yksikössään ylipäänsä saatavilla sekä ravitsemusterapeutti, psykologi että fysioterapeutti. Toisaalta tämä olisi voinut heikentää tutkittavien yksityisyyden suojaa, mikäli joissain toimipisteissä ammattilaisten saatavuuden tilanne olisi helposti tunnistettava. Myös työterveys sopimukset saattaisivat rajata ammattilaisten käytettävyyttä, vaikka heitä yksikössä olisikin.

9 Johtopäätökset

Lihavuuden elintapahoidon toteutumisessa ja hoitoon lähettämässä työterveyshoitajien toteuttamissa työhöntulo- ja alkutarkastuksissa on lihavuuden Käypä hoito -suositukseen verrattuna puutteita erityisesti moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa ja toimintamallien yhtenäisyydessä. Työhöntulo- ja alkutarkastuksessa selvitettävät asiat sekä työterveyshoitajien toimintatavat vastaanotolla vastaavat lihavuuden Käypä hoito -suosituksen ohjeistusta kuitenkin pääosin hyvin, kun huomioidaan työterveyshuollon työkykyyn keskittyvä luonne sekä hoidon asiakaskohtainen tarvelähtöisyys. Työterveyshoitajan suurimpina haasteina lihavuuden hoidossa kokonaisuudessaan koetaan vastaanottoajan riittämättömyys ja kiire, asiakkaan motivaation puute ja hoitohaluttomuus, yhteisten toimintamallien ja systemaattisen ohjausmallin puute sekä työterveyshoitajan oman tiedon ja osaamisen riittämättömyys.

Laajempi jatkotutkimus työterveyshoitajien lisäksi myös muissa ammattiryhmissä ja terveydenhuollon vaiheissa on tarpeen laajemman kuvan saavuttamiseksi lihavuuden hoidon toteutumisesta ja sen haasteista yksityisessä terveydenhuollossa kokonaisuudessaan.

Lähteet

Anglé S. Lihavien lasten psyykkinen hyvinvointi. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020.

Arno A, Thomas S. The efficacy of nudge theory strategies in influencing adult dietary behaviour: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2016;16:676.

Aro A, Mutanen M, Uusitupa M, Aantaa R. Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim 2016.

Aune D, Sen A, Prasad M ym. BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. *BMJ* 2016;353:i2156.

Bender R, Jöckel K, Trautner C, Spraul M, Berger M. Effect of Age on Excess Mortality in Obesity. *JAMA* 1999;281:1498-1504.

Benedict C, Brooks SJ, O'Daly O,G. ym. Acute Sleep Deprivation Enhances the Brain's Response to Hedonic Food Stimuli: An fMRI Study. *J Clin Endocrinol Metab* 2012;97:E443-E447.

Biggaard J, Frederiksen K, Tjønneland A ym. Waist circumference and body composition in relation to all-cause mortality in middle-aged men and women. *Int J Obes* 2005;29:778-784.

Burgess E, Hassmén P, Welvaert M, Pumpa KL. Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis: Behavioural strategies improve programme adherence. *Clinical obesity* 2017;7:105-114.

Buxton OM, Cain SW, O'Connor S,P. ym. Adverse metabolic consequences in humans of prolonged sleep restriction combined with circadian disruption. *Science translational medicine; Sci Transl Med* 2012;4:129ra43.

Cava E, Yeat NC, Mittendorfer B. Preserving Healthy Muscle during Weight Loss. *Advances in nutrition (Bethesda, Md.); Adv Nutr* 2017;8:511-519.

Cooper CB, Neufeld EV, Dolezal BA, Martin JL. Sleep deprivation and obesity in adults: a brief narrative review. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine; BMJ Open Sport Exerc Med* 2018;4:e000392.

Curry SJ, Krist AH, Owens DK ym. Behavioral Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2018;320:1163-1171.

Dobson KG, Gilbert-Ouimet M, Mustard C, Smith PM. Body mass index trajectories among the Canadian workforce and their association with work environment trajectories over 17 years. *Occup Environ Med* 2020;77:374-380.

Dombrowski SU, Avenell A, Sniehott FF. Behavioural Interventions for Obese Adults with Additional Risk Factors for Morbidity: Systematic Review of Effects on Behaviour, Weight and Disease Risk Factors. *Obesity facts; Obes Facts* 2010;3:377-396.

Duodecim. Uusittu lasten, nuorten ja aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suositus: ehkäisyä ja hoitoa tehostettava, painavaa huomiota riskiryhmiin. Duodecim 2020.

FinCCHTA. Katsauksia ja suosituksia. 2021. <https://www.ppshp.fi/Tutkimus-ja-opetus/FinCCHTA/Sivut/HTA-julkaisuja.aspx>

Fogelholm M. Huono kestävyyskunto vs. lihavuus sairaus- ja kuolleisuusriskinä. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim* 2020.

Fogelholm M, Anderssen S, Gunnarsdottir I, Lahti-Koski M. Dietary macronutrients and food consumption as determinants of long-term weight change in adult populations: a systematic literature review. *Food & nutrition research; Food Nutr Res* 2012;56:19103-45.

Goodarzi MO. Genetics of obesity: what genetic association studies have taught us about the biology of obesity and its complications. *The Lancet. Diabetes & endocrinology; Lancet Diabetes Endocrinol* 2018;6:223-236.

Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982;7:47-55.

Griep RH, Bastos LS, Fonseca Mde J ym. Years worked at night and body mass index among registered nurses from eighteen public hospitals in Rio de Janeiro, Brazil. *BMC Health Serv Res* 2014;14:603-4.

Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342:1317-1322.

Heikkilä T. Tilastollinen tutkimus. Edita Publishing Oy 2014.

Hotus. Hotus-hoitosuositus. 2021. <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksset/> (luettu 2.5. 2021).

Jacob A, Moullec G, Lavoie KL ym. Impact of Cognitive-Behavioral Interventions on Weight Loss and Psychological Outcomes: A Meta-Analysis. *Health Psychol* 2018;37:417-432.

Jousilahti P, Komulainen J, Hanski T, Kaila M, Ketola E. Perusterveydenhuollon lääkärit tuntevat hyvin Käypä hoito -suositukset. *Lääkärilehti* 2007;62:3319-3323.

Kaila M, Nuutinen L. Mitä kuuluu, Käypä hoito? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2003;119:867-871.

Kaivola J, Myllymäki K. Hoitosuositukset ja laki. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2004;120:2971-6.

Kallunki E. Lihavuuden uusi hoitosuositus painottaa syyllistämisen välttämistä – hyvä uni, stressinhallinta ja uudet lääkkeet mukaan hoitokeinoihin. 2020.

Karhunen L. Lihavuuden vaikutus elämänlaatuun. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim* 2020.

Karlsson J, Persson L, Sjöström L, Sullivan M. Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Int J Obes* 2000;24:1715-1725.

Karma P, Roine R, Simonen O, Isoaho E. Noudatetaanko hoitosuosituksia erikoissairaanhoidossa? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2015;131:1467-74.

Karppi P, Rahkonen T, Rissanen A, Puuronen S, Kalliopohja K, Suhonen J. Käypä hoito -suositusten toteutuminen Keski-Suomen muistipotilaiden hoitoketjussa. *Lääkärilehti* 2010;65:1833-1838.

Kaukua J. Lihavuus. Kirjassa: Välimäki M, Sane T, Dunkel L, toim. *Endokrinologia*. Helsinki: Duodecim 2010.

Käypä hoito -suositukset. *Suomalainen lääkärisseura Duodecim*. 2021. <https://www.kaypahoito.fi/> (luettu 12.4. 2021).

Kim T, Roesler N, Knesebeck O. Causation or selection – examining the relation between education and overweight/obesity in prospective observational studies: a meta-analysis. *Obesity reviews; Obes Rev* 2017;18:660-672.

Kim T, von dem Knesebeck O. Income and obesity: what is the direction of the relationship? A systematic review and meta-analysis. *BMJ open; BMJ Open* 2018;8:e019862.

Kottwitz MU, Grebner S, Semmer NK, Tschan F, Elfering A. Social stress at work and change in women's body weight. *Ind Health* 2014;52:163-171.

Kupila S ja Pietiläinen K. Internet-pohjaiset ohjelmat laihtuksessa ja painonhallinnassa. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020.

Kushner RF, Choi SW, Burns JL. Development of a six-factor questionnaire for use in weight management counseling. *Patient Educ Couns* 2016;99:2018-2025.

Lauder W, Mummery K, Jones M, Caperchione C. A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. *Psychol. Health Med* 2006;11:233-245.

LeBlanc ES, Patnode CD, Webber EM, Redmond N, Rushkin M, O'Connor E, A. Behavioral and Pharmacotherapy Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2018;320:1172-1191.

Lihavuus: Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lihavuustutkijat ry:n ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki 2020.

Liu Q, Shi J, Duan P ym. Is shift work associated with a higher risk of overweight or obesity? A systematic review of observational studies with meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2018;47:1956-1971.

Loos RJF. The genetics of adiposity. *Curr Opin Genet Dev* 2018;50:86-95.

Marteau TM, Hollands GJ, Fletcher PC. Changing Human Behavior to Prevent Disease: The Importance of Targeting Automatic Processes. *Science (American Association for the Advancement of Science)* 2012;337:1492-1495.

Martens EA, Westerterp-Plantenga M. Protein diets, body weight loss and weight maintenance. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2014;17:75-79.

Martinez-Rivera C, Abad J, Fiz JA, Rios J, Morera J. Usefulness of Truncal Obesity Indices as Predictive Factors for Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Obesity (Silver Spring, Md.); Obesity (Silver Spring)* 2008;16:113-118.

Miilunpalo S, Toropainen E, Mäkinen M. Miten valtakunnalliset suositukset tunnetaan terveyskeskuksissa? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2002;118:613-619.

- Montesi L, El Ghoch M, Brodosi L, Calugi S, Marchesini G, Dalle Grave R. Long-term weight loss maintenance for obesity: a multidisciplinary approach. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity; Diabetes Metab Syndr Obes* 2016;9:37-46.
- Mustajoki P, Fogelholm M, Rissanen A, Uusitupa M. *Lihavuus: ongelma ja hoito*. Helsinki: Duodecim 2006.
- Mutanen, M. Niinikoski, H. Schwab, U. Uusitupa, M. (toim.) *Ravitsemustiede*. Helsinki: Duodecim 2021.
- Mäkinen H, Rantalaiho V, Pirilä L, Kautiainen H, Puolakka K. Miten tuoretta nivelreumaa hoidetaan Suomessa? *Lääkärilehti* 2013;68:2833-2838.
- Männistö S. Ruoankäytön tutkimusmenetelmät. Kirjassa: Aro A, Mutanen M, Uusitupa M, toim. *Ravitsemustiede*. Helsinki: Duodecim 2016, s. 256-261.
- Mäntyranta T, Kaila M, Varonen H, Roine RP, Lappalainen J. *Hoitosuosituksen toimeenpano*. Vammala: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2003.
- Needham B, Epel E, Adler N, Kiefe C. Trajectories of Change in Obesity and Symptoms of Depression: The CARDIA Study. *Am J Public Health* 2010;100:1040-1046.
- Nigatu YT, van de Ven, H. A., van der Klink, J. J., Brouwer S, Reijneveld SA, Bültmann U. Overweight, obesity and work functioning: the role of working-time arrangements. *Appl Ergon* 2016;52:128-134.
- Niskanen R, Holstila A, Rahkonen O, Lallukka T. Changes in working conditions and major weight gain among normal- and overweight midlife employees. *Scand J Work Environ Health* 2017;43:587-594.
- Ovaskainen M, Paturi M, Harald K, Laatikainen T, Männistö S. Aikuisten ruokavalinnat ja sosioekonomiset erot Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2012;49.
- Partonen T. Riittävä uni. *Duodecim* 2020a.
- Partonen T. Unen pituuden merkitys lihavuudelle. *Duodecim* 2020b.
- Partonen T. Unihäiriöt lihavuudessa. Näytönastekatsaus, *Duodecim* 2020c.
- Pekurinen M. Mitä lihavuus maksaa? *Duodecim* 2006;122:1213.

Peplonska B, Bukowska A, Sobala W. Association of Rotating Night Shift Work with BMI and Abdominal Obesity among Nurses and Midwives. PLoS One 2015;10:e0133761.

Pereira-Miranda E, Costa PRF, Queiroz VAO, Pereira-Santos M, Santana MLP. Overweight and Obesity Associated with Higher Depression Prevalence in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Coll Nutr 2017;36:223-233.

Pietiläinen, K. 2020, "Mitä uutta aikuisten Käypä hoito -suosituksesta", *Mitä uutta lasten, nuorten ja aikuisten lihavuudesta – lihavuuden Käypä hoito -suositus käyttöön*; THL, Duodecimin Käypä hoito -yksikkö, Suomen Lihavuustutkijat Ry.

Pietiläinen K, Mustajoki P, Borg P. Lihavuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2015.

Pietiläinen K, Mustajoki P, Heikius A. Lihavuuden hyvällä hoidolla vähennetään sairastavuutta ja terveydenhuollon kustannuksia. Suomen Lihavuuslääkäriyhdistys r.y. 2019.

Puhl RM, PhD., King KM, M.P.H. Weight discrimination and bullying. Best Practice & Research: Clinical Endocrinology & Metabolism; Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2013;27:117-127.

Roos E. Obesity, weight change and work disability - a follow-up study among middle-aged employees. Väitöskirja. University of Helsinki 2014.

Schwingshackl L, Dias S, Strasser B, Hoffmann G. Impact of different training modalities on anthropometric and metabolic characteristics in overweight/obese subjects: a systematic review and network meta-analysis. PLoS one; PLoS One 2013;8:e82853.

Silva-Costa A, Griep RH, Rotenberg L. Night work and BMI: is it related to on-shift napping? Rev Saude Publica 2017;51:97-8787.2017051007094.

Sinha R, Jastreboff AM. Stress as a Common Risk Factor for Obesity and Addiction. Biol Psychiatry 2013;73:827-835.

Sipilä R, Lommi M. Hoitosuositukset eivät muutu hoitokäytännöiksi itsestään. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2014;130:832-9.

Sørensen TI, A. Challenges in the study of causation of obesity: Conference on 'Multidisciplinary approaches to nutritional problems' Symposium on 'Diabetes and health'. Proc Nutr Soc 2009;68:43-54.

Sun M, Feng W, Wang F ym. Meta-analysis on shift work and risks of specific obesity types. *Obes Rev* 2018;19:28-40.

Suomen lihavuustutkijat ry. Tutkimuksen avuksi. 2021. <http://suomenlihavuustutkijat.fi/tutkimuksen-avuksi/> (luettu 12.4.2021).

Swift DL, Johannsen NM, Lavie CJ, Earnest CP, Church TS. The Role of Exercise and Physical Activity in Weight Loss and Maintenance. *Prog Cardiovasc Dis* 2014;56:441-447.

Tada Y, Kawano Y, Maeda I ym. Association of body mass index with lifestyle and rotating shift work in Japanese female nurses. *Obesity (Silver Spring)* 2014;22:2489-2493.

Teeriniemi A ja Hakala P. Ryhmäohjaus verrattuna yksilöneuvontaan lihavuuden elintapahoidossa. *Duodecim* 2020.

Teeriniemi A ja Karhunen L. Proteiinin tarve painonhallinnassa. *Duodecim* 2021.

Teeriniemi A ja Pekkarinen T. 5 % laihtumistavoitteen terveyshyödyt. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim* 2020.

Teeriniemi A, Salonurmi T, Jokelainen T ym. A randomized clinical trial of the effectiveness of a Web-based health behaviour change support system and group lifestyle counselling on body weight loss in overweight and obese subjects: 2-year outcomes. *J Intern Med* 2018;284:534-545.

Teixeira PJ, Carraca EV, Marques MM ym. Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC medicine; BMC Med* 2015;13:84.

THL. Lihavuuden ehkäisy. 2020a. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/lihavuus/lihavuuden-ehkaisy> (luettu 19.3. 2021).

THL. Lihavuuden yleisyys. 2020b. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/lihavuus/lihavuuden-yleisyys> (luettu 18.3. 2021).

THL 2018, *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus*, THL.

Tremmel M, Gerdtham U, Nilsson PM, Saha S. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. *International journal of environmental research and public health; Int J Environ Res Public Health* 2017;14:435.

Tronieri JS, Wadden TA, Chao AM, Tsai AG. Primary Care Interventions for Obesity: Review of the Evidence. *Curr Obes Rep* 2019;8:128-136.

Trujillo L, Heikinheimo O, Tuomi S, Hurskainen R. Toteutuuko Käypä hoito -suositus varhaisissa raskaudenkeskeytyksissä? *Lääkärilehti* 2012;67:333-337.

UKK-instituutti. Liikkumalla terveyttä – askel kerrallaan. Viikoittainen liikkumisen suositus 18–64-vuotiaille 2019. <https://ukkinstituutti.fi/liikkuminen/liikkumisen-suositukset/aikuisten-liikkumisen-suositus/> (luettu 19.3. 2021).

Uniapnea: Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistyksen ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä., Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki 2017.

Uusitupa M. Lihavuus. Kirjassa: Aro A, Mutanen M, Uusitupa M, toim. Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim 2016, s. 364.

Vandevijvere S, Chow CC, Hall KD, Umali E, Swinburn BA. Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis. *Bull World Health Organ* 2015;93:446-456.

Vesikansa A, Jokelainen J, Mehtälä J ym. Lihavuuden yhteys elämänlaatuun ja työkykyyn suomalaisessa aikuisväestössä. *Lääkärilehti* 2020;75.

VRN 2018, *Terveyttä ruoasta! Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014*, VRN.

Webb VL, Wadden TA. Intensive Lifestyle Intervention for Obesity: Principles, Practices, and Results. *Gastroenterology* 2017;152:1752-1764.

WHO. Obesity and overweight. 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (luettu 18.3. 2021).

Withrow D, Alter DA. The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. *Obesity reviews*; *Obes Rev* 2011;12:131-141.

Liitteet

Liite 1 (1/10)

Liite 1. Kyselytutkimus

(mukailtu alkuperäisestä Webropol-kyselypohjasta)

KYSELYTUTKIMUS LIHAVUUDEN HOIDON TOTEUTUMINEN

Pakolliset kentät merkitään asteriskilla (*) ja ne tulee täyttää lomakkeen viimeistelemiseksi.

Lihavuus on merkittävä kansanterveydellinen ongelma, jonka hoidossa terveydenhuollolla on tärkeä ja keskeinen asema. Terveystalon tehtävänä on tunnistaa lihavuuden riskissä olevat henkilöt ja ohjata heidät ehkäisyyn ja hoidon pariin.

Tämän kyselytutkimuksen tavoitteena on selvittää lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaisen hoidon ja hoitoon lähettämisen toteutumista Terveystalon työterveyshoitajien ohjaamissa työhöntulotarkastuksissa ja alkutarkastuksissa. Tutkimus toteutetaan Isä-Suomen yliopistossa kliinisen ravitsemustieteen yksikössä osana Pro Gradu -tutkielmaa.

Kyselyyn vastaaminen on myös erinomainen tilaisuus Sinulle antaa palautetta ja vaikuttaa. Kaikki annetut vastaukset ja kehitysehdotukset ovat arvokkaita!

Valitse parhaiten Sinua kuvaava vaihtoehto/vaihtoehdot ja tarkenna tai perustelee halutessasi vastauksesi annettuun kommenttiosioon. Myös kaikkiin avoimiin kysymyksiin toivotaan vastausta.

Antamiasi vastauksia käsitellään luottamuksellisesti eikä tutkimuksessa kerätä henkilö- tai tunnistetietoja. Mikäli toivot Terveystalon ulkopuoliselta tutkijalta yhteydenottoa, jätäthän yhteystietosi 'Muut kommentit ja palaute tutkimustilille' -kohtaan. Yhteystietoja ei yhdistetä antamiisi vastauksiin.

Kesto: noin 10 min.

Kiitos osallistumisestasi!

Esitiedot

Ylipainon raja-arvona pidetään pääsääntöisesti BMI:n arvoa 25, lihavuuden rajana BMI 30 ja vaikean lihavuuden rajana BMI 35. Vyötärölihavuudessa vyötärön ympärysmittan raja-arvo on naisilla 90 cm ja miehillä 100 cm.

1. Arvioi, kuinka suuri osuus työhöntulo- ja alkutarkastuksissa kohtaamistasi potilaista on lihavia. *

- alle 25 %
- 25 %
- 50 %
- yli 75 %

2. Miten koet oman roolisi lihavuuden hoidossa? (voit valita useita) *

- Annan itse hoitoa ja ohjausta
- Toimin hoitoon välittäjänä potilaan ja muun ammattilaisen välillä
- Osallistun lihavuuden hoitoon yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa
- Muu, mikä? _____

Tarkennuksia tai perusteluita vastauksellesi: _____

Lihavuuden Käypä hoito -suositus**3. Oletko tutustunut maaliskuussa 2020 uudistettuun lihavuuden Käypä hoito -suositukseen? ***

- Kyllä
- En

4. Miksi et ole tutustunut uudistettuun lihavuuden Käypä hoito -suositukseen? (voit valita useita)

- En ole tiennyt suosituksen olemassaolosta
- En ole tiennyt suosituksen uudistuksesta
- Olen ollut liian kiireinen tutustuakseni suositukseen
- En ole kokenut suositukseen tutustumista kiinnostavana tai tarpeellisena
- En ole tiennyt, mistä suosituksen löytää
- Muu, mikä? _____

5. Oletko tutustunut kyseisen suosituksen aikuisten elintapahoidon osuuteen?

- Kyllä
- En

6. Oletko käyttänyt lihavuuden Käypä hoito -suositusta työsi tukena?

- Kyllä
- En

7. Mihin olet käyttänyt suositusta? (voit valita useita)

- Diagnostiikan tukena
- Potilaan ohjeistuksen tukena
- Tiedonhakuun lihavuudesta
- Tiedonhakuun lihavuuden hoidosta
- Muu, mikä? _____

8. Miksi et ole käyttänyt suositusta? (voit valita useita)

- Olen ollut liian kiireinen käyttääkseni suositusta
- En ole kokenut suositusta tarpeellisena
- Olen käyttänyt muita suosituksia tai ohjeistuksia, mitä? _____
- En kohtaa suositukseen soveltuvia potilaita vastaanotollani
- Muu, mikä? _____

Vastaanotto ja ohjaus**9. Mitä seuraavista selvität vastaanotolla työhöntulotarkastuksen/alkutarkastuksen yhteydessä? (voit valita useita) ***

- Ikä
- Paino
- Pituus
- Vyötärönympäryys
- Ruokatottumukset
- Syömisen hallinta ja mahdollinen syömishäiriötyyppinen syömiskäyttäytyminen
- Aiemmat painonpudotus- ja hallintatoimet
- Suurimmat haasteet painonpudotuksessa ja -hallinnassa
- Liikunta ja muu fyysinen aktiivisuus
- Uni ja stressinhallinta
- Tupakointi
- Alkoholin käyttö
- Muut päihteet
- Sukuanamneesi: diabetesriski, lihavuus, valtimosairaudet ja syövät

- Lipidiaineenvaihdunta (kokonaiskolesteroli, HD- ja LDL-kolesteroli, triglyseridit)
- Glukoosiaineenvaihdunta (paastoglukoosi, 2 tunnin glukoosirasitus, HbA1c)
- Verenpaine
- Diabetes
- Rasvamaksa (ALAT, FIB4-indeksi)
- Depressio ja muut psyykkiset sairaudet
- Tuki- ja liikuntaelinsairaudet, vaikutukset liikuntaan ja sen lisäämiseen
- Uniapnea
- Endokrinologiset sairaudet (hypotyreoosi, hyperkortisolismi)
- Valmiudet omahoitoon (halukkuus ja voimavarat laihduttamiseen tai painonhallintaan)
- Muu, mikä? _____

Tarkennuksia tai perusteluita vastauksellesi: _____

Ravitsemusterapeutin vastaanotto

10. Kun potilaan BMI on 25–29, ohjaan potilaan ravitsemusterapeutin vastaanotolle... *

- Aina riskitekijöistä ja muista perusteista tai niiden puutteesta huolimatta
 - Vain, kun potilaalla lisäksi jokin/joitain riskitekijöitä tai muita perusteita, mitä? (vaihtoehdot avautuvat alle, voit valita useita)
 - En ohjaa kyseisiä potilaita ravitsemusterapeutin vastaanotolle, miksi? _____
- Vyötärön ympäryys ≥ 90 cm (naisilla) tai ≥ 100 cm (miehillä)
 - Pitkäaikainen laihdutushistoria
 - Ongelmia syömisen hallinnassa tai syömiseen liittyvässä ajattelussa (tunnesyöminen, ahminta, syömishäiriöt ym.)
 - Ruokavaliohoitoa vaativa sairaus (munuaisten vajaatoiminta, keliakia, hankalat ruoka-ainerajoitteet ym.)
 - Suunnitteilla tai tehty lihavuusleikkaus
 - Ruokavaliolla toteutettava ENE-dieetti
 - Potilaalla valmius ja halukkuus hoitoon
 - Raskauden toive, raskaus tai imetys
 - Koko perheen ylipaino
 - Diagnosoitu tyyppin 2 diabetes tai sen esiaste

- Kohonnut verenpaine
- Dyslipidemia
- Rasvamaksa
- Sepelvaltimotauti
- Uniapnea
- Muu, mikä? _____

Tarkennuksia tai perusteluita vastauksellesi: _____

11. Kun potilaan BMI on 30–34, ohjaan potilaan ravitsemusterapeutin vastaanotolle... *

- Aina riskitekijöistä ja muista perusteista tai niiden puutteesta huolimatta
- Vain, kun potilaalla lisäksi jokin/joitain riskitekijöitä tai muita perusteita, mitä? (vaihtoehdot avautuvat alle, voit valita useita)
- En ohjaa kyseisiä potilaita ravitsemusterapeutin vastaanotolle, miksi? _____

Tarkennuksia tai perusteluita vastauksellesi: _____

12. Kun potilaan BMI on ≥ 35 , ohjaan potilaan ravitsemusterapeutin vastaanotolle... *

- Aina riskitekijöistä ja muista perusteista tai niiden puutteesta huolimatta
- Vain, kun potilaalla lisäksi jokin/joitain riskitekijöitä tai muita perusteita, mitä? (vaihtoehdot avautuvat alle, voit valita useita)
- En ohjaa kyseisiä potilaita ravitsemusterapeutin vastaanotolle, miksi? _____

Tarkennuksia tai perusteluita vastauksellesi: _____

Lääkärin vastaanotto

13. Kun potilaan BMI on 25–29, ohjaan potilaan lääkärin vastaanotolle... *

- Aina riskitekijöistä ja muista perusteista tai niiden puutteesta huolimatta
- Vain, kun potilaalla lisäksi jokin/joitain riskitekijöitä tai muita perusteita, mitä? (vaihtoehdot avautuvat alle, voit valita useita)
- En ohjaa kyseisiä potilaita lääkärin vastaanotolle, miksi? _____

- Vyötärön ympärys ≥ 90 cm (naisilla) tai ≥ 100 cm (miehillä)
- Lääkehoito tai lääkehoidon tarve
- Suunnitteilla tai tehty lihavuusleikkaus
- Muu erikoissairaanhoidon tarve
- Potilaalla valmius ja halukkuus hoitoon
- Raskauden toive, raskaus tai imetys
- Koko perheen ylipaino
- Diagnosoitu tyyppin 2 diabetes tai sen esiaste
- Uniapnea
- Muu lihavuuden liitännäissairaus tai riskitekijä (kohonnut verenpaine, dyslipidemia, rasvamaksa, sepelvaltimotauti, kantavien nivelten nivelrikko, astma tai munasarjojen monirakkulatauti (PCOS))
- Muu, mikä? _____

Tarkennuksia tai perusteluita vastauksellesi: _____

14. Kun potilaan BMI on 30–34, ohjaan potilaan lääkärin vastaanotolle... *

- Aina riskitekijöistä ja muista perusteista tai niiden puutteesta huolimatta
- Vain, kun potilaalla lisäksi jokin/joitain riskitekijöitä tai muita perusteita, mitä? (vaihtoehdot avautuvat alle, voit valita useita)
- En ohjaa kyseisiä potilaita lääkärin vastaanotolle, miksi? _____

Tarkennuksia tai perusteluita vastauksellesi: _____

15. Kun potilaan BMI on ≥ 35 , ohjaan potilaan lääkärin vastaanotolle... *

- Aina riskitekijöistä ja muista perusteista tai niiden puutteesta huolimatta
- Vain, kun potilaalla lisäksi jokin/joitain riskitekijöitä tai muita perusteita, mitä? (vaihtoehdot avautuvat alle, voit valita useita)
- En ohjaa kyseisiä potilaita lääkärin vastaanotolle, miksi? _____

Tarkennuksia tai perusteluita vastauksellesi: _____

Psykologin ja fysioterapeutin vastaanotto

16. Missä tilanteissa ohjaat ylipainoisen tai lihavan potilaan psykologin vastaanotolle? (voit valita useita) *

- Potilaalla valmius ja halukkuus hoitoon
- Ongelmia syömisen hallinnassa tai syömiseen liittyvässä ajattelussa (tunnesyöminen, ahminta, syömishäiriö ym.)
- Kun lihavuudesta aiheutuu psykologista taakkaa
- Kun potilas on muutoin henkisesti kuormittunut
- En ohjaa potilaita psykologin vastaanotolle, miksi? _____
- Muu, mikä? _____

Tarkennuksia tai perusteluita vastauksellesi: _____

17. Missä tilanteissa ohjaat ylipainoisen tai lihavan potilaan fysioterapeutin vastaanotolle? (voit valita useita) *

- Potilaalla valmius ja halukkuus hoitoon
- Kantavien nivelten nivelrikko
- Tuki- ja liikuntaelinten sairaus
- Laihdutuksen aikaisen lihaskadon riski
- Lihavuusleikkauksen jälkeisen liikuntaohjauksen tai jatkoseurannan tarve
- En ohjaa potilaita fysioterapeutin vastaanotolle, miksi? _____
- Muu, mikä? _____

Tarkennuksia tai perusteluita vastauksellesi: _____

Vastaanotto ja ohjaus

18. Mitkä seuraavat kuvaavat toimintatapaasi vastaanotolla? (voit valita useita) *

- Käytän ravitsemuskeskustelun perustana virallisia ravitsemussuosituksia
- Esitän konkreettisia esimerkkejä syömiskäyttäytymisen parantamiseksi (säännölliset ateriat, jotka aterialle kasviksia, kuitupitoinen leipä...)
- Käytän liikuntakeskustelun perustana väestön fyysisen aktiivisuuden suosituksia

- Esitän konkreettisia esimerkkejä aktiivisuuden lisäämiseksi (portaiden valinta hissien sijaan, matkojen kulkeminen edes osin pyörällä tai jalan...)
- Keskustelen potilaan nukkumistottumuksista
- Kannustan potilasta nukkumaan tarpeeksi (7–8 tuntia/yö)
- Ohjaan vuorotyötä, erityisesti yötyötä tekevät potilaat ennaltaehkäisevien toimenpiteiden pariin, minne? _____
- Muu, mikä? _____

Tarkennuksia tai perusteluita vastauksellesi: _____

19. Suunnittelen ja päätän jatko-ohjauksen ja hoitotavoitteet pääasiallisesti... *

- Yhteistyössä potilaan kanssa
- Itse oman parhaan näkemykseni mukaisesti
- En suunnittele tai päätä jatko-ohjausta ja tavoitteita, miksi? _____
- Muu, mikä? _____

Tarkennuksia tai perusteluita vastauksellesi: _____

20. Yleisin ensisijaisesti ohjeistamani/suosittamani lihavuuden hoitomuoto: *

- Elintapahoito (pitkäkestoinen yksilö- tai ryhmäohjaus)
- Mini-interventio (kertaluontoinen omahoitoon motivointi vastaanotolla)
- ENE-dieetti
- Lääkehoito
- Lihavuusleikkaus
- En ohjeista/suosita lihavuuden hoitomuotoja, miksi? _____
- Muu, mikä? _____

Tarkennuksia tai perusteluita vastauksellesi: _____

21. Olen toteuttanut lihavuuden hoidon mini-interventioita työhöntulotarkastuksen/alkutarkastuksen yhteydessä: *

- Kyllä
- En

22. Mistä syystä/missä tapauksissa? (voit valita useita)

- Potilaan tuen tarve matala (mini-interventio voi riittää)
- Potilas haluton osallistumaan elintapahoitoon
- Muu, mikä? _____

22. Mistä syystä/missä tapauksissa? (voit valita useita)

- Potilaan tuen tarve korkea (mini-interventio ei riitä)
- Potilas haluton vastaanottamaan ohjausta
- En koe osaamiseni/valtuuksieni riittävän
- Kiire, vastaanottoaika ei riitä
- Muu, mikä? _____

24. Ymmärrän, mitä potilaskeskeinen työskentelytapa, esimerkiksi motivoiva haastattelu, tarkoittaa *

- Kyllä
- En

25. Käytän ohjauksessa potilaskeskeinen työskentelytapa, esimerkiksi motivoivaa haastattelua *

- Kyllä
- En

Haasteet ja onnistumiset

26. Millaisia ongelmia koet lihavuuden tunnistamisessa? (voit valita useita) *

- Oman tiedon tai osaamisen puute
- Henkilökunnan tai resurssien puute
- Talon käytäntöjen tai toimintamallien puute

- Puutteelliset potilastiedot tai tietojen saatavuus
- Kiire, aikaa yhdelle potilaalle on liian vähän
- Potilas jättää tulemassa vastaanotolle
- En koe ongelmia lihavuuden tunnistamisessa
- Muu, mikä? _____

Tarkennuksia tai perusteluita vastauksellesi: _____

27. Millaisia ongelmia koet lihavuudenhoitoon ohjaamisessa? (voit valita useita) *

- Oman tiedon tai osaamisen puute
- Henkilökunnan tai resurssien puute
- Talon käytäntöjen tai toimintamallien puute
- Moniammatillisen yhteistyön puute
- Puutteelliset potilastiedot tai tietojen saatavuus
- Potilaan epämotivaatio tai hoitohaluttomuus
- Kiire, aikaa yhdelle potilaalle on liian vähän
- Potilas jättää tulemassa vastaanotolle
- En koe ongelmia lihavuuden hoitoon ohjaamisessa
- Muu, mikä? _____

Tarkennuksia tai perusteluita vastauksellesi: _____

28. Miten mielestäsi lihavuuden tunnistaminen, hoito ja hoitoon lähettäminen toteutuu yksikössäsi? *

29. Mikä mielestäsi lihavuuden tunnistamisessa, hoidossa ja hoitoon lähettämisessä toimii yksikössäsi hyvin ja missä on onnistuttu? *

30. Mitä kehityskohteita näet yksikössäsi lihavuuden tunnistamiseen, hoitoon ja hoitoon lähettämiseen liittyen?

31. Muut kommentit ja palaute tutkimustiimille: _____

Liite 2. Lähettämisen perusteet ravitsemusterapeutille BMI-luokittain**BMI 25-29 Ravitsemusterapia (n=34)**

	n	%	
Ongelmia syömisen hallinnassa tai ajattelussa	29	87,9%	>80 %
Asiakkaan valmius ja halukkuus hoitoon	28	84,8%	
Ruokavalihoitoa vaativa sairaus	25	75,8%	
Diagnosoitu tyypin 2 diabetes tai sen esiaste	19	57,6%	50-80 %
Pitkäaikainen laihdutushistoria	17	51,5%	
Dyslipidemia	16	48,5%	
Rasvamaksa	14	42,4%	
Sepelvaltimotauti	14	42,4%	
Suunnitteilla tai tehty lihavuusleikkaus	13	39,4%	25-50 %
Uniapnea	13	39,4%	
Kohonnut verenpaine	11	33,3%	
Vyötärönympäryys ≥ 90 cm (naisilla) tai ≥ 100 cm (miehillä)	10	30,3%	
Ruokavaliolla toteutettava ENE-dieetti	8	24,2%	
Raskauden toive, raskaus tai imetys	8	24,2%	<25 %
Koko perheen ylipaino	6	18,2%	
Muu, mikä?	1	3,0 %	

BMI 30-35 Ravitsemusterapia (n=19)

	n	%	
Asiakkaan valmius ja halukkuus hoitoon	17	94,4%	>80 %
Ongelmia syömisen hallinnassa tai ajattelussa	16	88,9%	
Ruokavalihoitoa vaativa sairaus	13	72,2%	
Diagnosoitu tyypin 2 diabetes tai sen esiaste	12	66,7%	50-80 %
Pitkäaikainen laihdutushistoria	11	61,1%	
Suunnitteilla tai tehty lihavuusleikkaus	10	55,6%	
Rasvamaksa	8	44,4%	
Ruokavaliolla toteutettava ENE-dieetti	7	38,9%	
Sepelvaltimotauti	7	38,9%	25-50 %
Dyslipidemia	6	33,3%	
Uniapnea	6	33,3%	
Raskauden toive, raskaus tai imetys	5	27,8%	
Vyötärönympäryys ≥ 90 cm (naisilla) tai ≥ 100 cm (miehillä)	4	22,2%	
Koko perheen ylipaino	4	22,2%	<25 %
Kohonnut verenpaine	4	22,2%	
Muu, mikä?	2	11,1%	

BMI 35+ Ravitsemusterapia (n=12)

	n	%	
Ongelmia syömisen hallinnassa tai ajattelussa	9	81,8%	>80 %
Asiakkaan valmius ja halukkuus hoitoon	9	81,8%	
Pitkäaikainen laihdutushistoria	6	54,5%	
Ruokavalihoitoa vaativa sairaus	6	54,5%	50-80 %
Diagnosoitu tyypin 2 diabetes tai sen esiaste	6	54,5%	
Vyötärönympärys \geq 90 cm (naisilla) tai \geq 100 cm (miehillä)	4	36,4%	
Suunnitteilla tai tehty lihavuusleikkaus	4	36,4%	
Kohonnut verenpaine	4	36,4%	
Rasvamaksa	4	36,4%	25-50 %
Dyslipidemia	3	27,3%	
Sepelvaltimotauti	3	27,3%	
Uniapnea	3	27,3%	
Ruokavaliolla toteutettava ENE-dieetti	2	18,2%	
Koko perheen ylipaino	1	9,1%	<25 %
Muu, mikä?	1	9,1%	
Raskauden toive, raskaus tai imetys	0	0 %	

Liite 3. Lähettämisen perusteet lääkärille BMI-luokittain

BMI 25-29 Lääkäri (n=28)

	n	%	
Lääkehoito tai lääkehoidon tarve	23	85,2%	>80 %
Muu lihavuuden liitännäissairaus tai riskitekijä	21	77,8%	
Uniapnea	20	74,1%	
Muu erikoissairaanhoidon tarve	19	70,4%	50-80 %
Diagnosoitu tyypin 2 diabetes tai sen esiaste	19	70,4%	
Suunnitteilla tai tehty lihavuusleikkaus	14	51,9%	
Asiakkaan valmius ja halukkuus hoitoon	14	51,9%	
Raskauden toive, raskaus tai imetys	5	18,5%	
Muu, mikä?	1	3,7%	<25 %
Vyötärönympäryys ≥ 90 cm (naisilla) tai ≥ 100 cm (miehillä)	0	0 %	
Koko perheen ylipaino	0	0 %	

BMI 30-35 Lääkäri (n=33)

	n	%	
Lääkehoito tai lääkehoidon tarve	29	90,6%	>80 %
Asiakkaan valmius ja halukkuus hoitoon	28	87,5%	
Diagnosoitu tyypin 2 diabetes tai sen esiaste	27	84,4%	
Muu lihavuuden liitännäissairaus tai riskitekijä	27	84,4%	
Muu erikoissairaanhoidon tarve	26	81,3%	
Uniapnea	26	81,3%	
Suunnitteilla tai tehty lihavuusleikkaus	19	59,4%	50-80 %
Raskauden toive, raskaus tai imetys	12	37,5%	25-50 %
Vyötärönympäryys ≥ 90 cm (naisilla) tai ≥ 100 cm (miehillä)	4	12,5%	
Koko perheen ylipaino	4	12,5%	<25 %
Muu, mikä?	2	6,3%	

BMI 35+ Lääkäri (n=20)

	n	%	
Muu erikoissairaanhoidon tarve	18	94,7%	>80 %
Lääkehoito tai lääkehoidon tarve	17	89,5%	
Diagnosoitu tyypin 2 diabetes tai sen esiaste	17	89,5%	
Uniapnea	17	89,5%	
Asiakkaan valmius ja halukkuus hoitoon	16	84,2%	
Muu lihavuuden liitännäissairaus tai riskitekijä	16	84,2%	
Suunnitteilla tai tehty lihavuusleikkaus	14	73,7%	50-80 %
Raskauden toive, raskaus tai imetys	6	31,6%	25-50 %
Vyötärönympäryys ≥ 90 cm (naisilla) tai ≥ 100 cm (miehillä)	2	10,5%	
Muu, mikä?	2	10,5%	<25 %
Koko perheen ylipaino	1	5,3%	

Liite 4. Lähettämisen perusteet psykologille ja fysioterapeutille

Psykologia (n=40)

	n	%	
Lihavuus aiheuttaa psykologista taakkaa	36	90 %	>80 %
Ongelmia syömisen hallinnassa tai syömiseen liittyvässä ajattelussa	34	85 %	
Asiakas on muutoin henkisesti kuormittunut	34	85 %	50-80 %
Asiakkaan valmius ja halukkuus hoitoon	30	75 %	
En ohjaa asiakkaita psykologin vastaanotolle	1	2,5%	25-50 %
Muu	1	2,5%	<25 %

Fysioterapia (n=40)

	n	%	
Tuki- ja liikuntaelinten sairaus	37	92,5%	
Kantavien nivelten nivelrikko	32	80 %	>80 %
Asiakkaan valmius ja halukkuus hoitoon	30	75 %	
Lihavuusleikkauksen jälkeisen liikuntaohjauksen tai jatkoseurannan tarve	22	55 %	50-80 %
Laihdutuksen aikaisen lihaskadon riski	17	42,5%	25-50 %
Muu, mikä?	5	12,5%	
En ohjaa asiakkaita fysioterapeutin vastaanotolle	1	2,5%	<25 %