

# Valtimosairauksien ja diabeteksen ehkäisy, hoidon ja kuntoutuksen tehostaminen Suomessa

## Ministeri Kiurun koolle kutsuma Pyöreän pöydän asiantuntijaryhmä\*

Juhani Airaksinen, professori, Turun yliopistollinen sairaala  
Tuija Brax, pääsihteeri, Sydänliitto  
Pekka Jousilahti, tutkimusprofessori, THL  
Janne Juvakka, toiminnanjohtaja, Diabetesliitto  
Sari Koski, kehittämisspäällikkö, Diabetesliitto  
Tiina Laatikainen, professori, Itä-Suomen yliopisto ja THL  
Jorma Lahtela, lääkäriineuvoston puheenjohtaja, Diabetesliitto  
Marjaana Lahti-Koski, terveysjohtaja, Sydänliitto  
Jaana Lindström, tutkimuspäällikkö, THL  
Janne Martikainen, professori, Itä-Suomen yliopisto  
Matti Rautalahti, pääsihteeri, Duodecim  
Aino Rubini, ylilääkäri, Pieksämäen kaupunki  
Tommi Vasankari, johtaja, UKK-instituutti

Suomi on sitoutunut YK:n yleiskokouksessa 2011 hyväksytyyn päätöslauselmaan tarttumattomien sairauksien ehkäisystä. Tarttumattomien sairauksien neljä pääryhmää ovat valtimotaudit, diabetes, syöpätaudit ja krooniset keuhkosairaudet. Päätöslauselman perusteella syntynyt WHO:n toimintaohjelma ja sen tavoitteet kohdistuvat tarttumattomien sairauksien yhteisiin riskitekijöihin: liikuntaan, ravitsemukseen, lihavuuteen, tupakointiin, alkoholinkäyttöön sekä kohonneen verenpaineen ja suurentuneiden kolesterolipitoisuuksien hoitoon.

Kehitys on Suomessa ollut monilta, ei kuitenkaan kaikilta osin tavoitteiden mukaista. Tavoitteisiin pääseminen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopisteen siirtämistä ongelmien toteamisesta ja hoidosta niiden ehkäisyyn, järjestelmällistä liikuntamahdollisuuksien ja liikunnan lisäämistä, järjestelmällistä ravitsemusohjauksen vahvistamista ja terveellisen ravitsemuksen tukemista, tehostettua tupakoinnin lopettamisen tukea ja terveysperusteista alkoholipolitiikkaa. Myös sekundaariprevention eli sairauksien uusiutumisen ehkäisyn käyttämättömiin mahdollisuuksiin pitää panostaa.

Kaikki edellä mainitut riskitekijät liittyvät elintapoihin, vaikka tupakointi ja alkoholin käyttö ovat vaihtelevassa määrin myös riippuvuussairauksia.

**Elintapaohjauksella/neuvonnalla** tarkoitetaan vuorovaikutteista, tarve- ja asiakaslähtöistä ja voimaannuttavaa tukea ja valmennusta, jonka tavoitteena on saada aikaan myönteinen ja pysyvä muutos henkilön käyttäytymisessä ja johon kuuluu oleellisena osana tavoitelähtöinen prosessi ja tulosten seuranta. **Elintapamuutoksen tuki** liittyy tarvelähtöiseen tukeen muutoksen eri vaiheissa. **Elintapahoidosta** puhutaan, kun henkilö on riskissä sairastua tai jo sairastunut. Siinä päävastuu on terveydenhuollossa ja tavoitteiden saavuttamista tuetaan aktiivisella interventiolla, joka voi olla lääkkeetöntä (esimerkiksi ravitsemusterapeutin antama ohjaus tai laihduttamisen tuki erittäin niukkaenergisillä valmisteilla) tai lääkkeellistä (esimerkiksi tupakoinnin lopettamisen tukilääkkeet).

\*Suositus perustuu asiantuntijaryhmä jäsenten tietoon ja kokemukseen. Suositusta varten ei ole tehty systemaattista kirjallisuuskatsausta. Suositus on asiantuntijaryhmän yhteinen näkemys, eikä sitä ole käsitelty/hyväksytty heidän taustaorganisaatioissaan.

## **Haaste 1 Riskin varhainen tunnistaminen ja riskitekijöiden hoito**

### **Sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen ja niiden riskin varhainen tunnistaminen ja riskitekijöiden hoito ei toteudu**

- a. Suuri osa sydän- ja verisuonitautien ja tyypin 2 diabeteksen suhteen korkeassa riskissä olevista on tunnistamatta, eivätkä he ohjaudu elintapaohjauksen piiriin.
- b. Sydän- ja verisuonitautien keskeiset riskitekijät (lihavuus, tupakointi, kohonnut verenpaine, korkea kolesteroli) jäävät helposti tunnistamatta ja elintapaohjaus ja riskitekijöiden hoito ei toteudu suositusten mukaisesti.
- c. Tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien tunnistaminen viivästyy.
- d. Työnjako ja yhteistyömahdollisuudet terveydenhuollon ja elintapamuutoksen tuen kannalta tärkeiden kunnan muiden toimialojen kesken ovat epäselvät.

### **Ratkaisuehdotukset**

1. Tehostetaan tyypin 2 diabeteksen riskin omaehtoista tunnistamista toteuttamalla [OmaOlo](#)-palvelussa digitaalinen tyypin 2 diabeteksen riskinarviointitesti. Palveluun sisältyy riskinmukainen palaute ja sujuva ohjaus oman asuinkunnan palveluihin riskitason niin edellyttäessä. Lisätään sydän- ja verisuonitautien riskin tunnistamista terveydenhuollossa hyödyntäen laajemmin FINRISKI-laskuria.
2. Laaditaan kansallisesti selkeä suositus toimintamalliksi riskihenkilöiden tunnistamiseen ja kuntien ja terveydenhuollon keskinäiseen työnjakoon (esimerkiksi [StopDia-malli](#)).
3. Varmistetaan, että ammattilaisten koulutus sisältää olennaisen tiedon keskeisten riskitekijöiden merkityksestä terveydelle ja kannustaa niiden aktiiviseen kysymiseen ja muuhun arviointiin.
4. Varmistetaan, että perusterveydenhuollossa on asianmukaiset ohjeet, mittarit ja välineet riskitekijöiden tunnistamiseen ja että tieto voidaan kirjata kaikkiin potilastietojärjestelmiin siten, että se on myös helposti raportoitavissa. Potilastietojärjestelmissä tulisi myös olla päätöksentekijärjestelmä, joka tukee ammattilaisia reagoimaan kohonneisiin arvoihin.
5. Terveydenhuollossa tulee varmistaa, että jokaisella ammattilaisella on riittävä osaaminen ja toimintayksiköissä selkeät ohjeet, miten riskitekijöiden hoitoprosessi toteutetaan noudattaen Käypä hoito -suosituksia.

## Haaste 2: Terveellisten elintapojen tukeminen

### Elintapaohjaus ja muu lääkkeetön hoito on riittämätöntä

- a. Elintapaohjausta ja -hoitoa ei ole perusterveydenhuollossa riittävästi priorisoitu ja resursoitu, vaikka hyödyt sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa ovat kiistattomat.
- b. Vaikuttavan elintapaohjauksen ja -hoidon menetelmien osaaminen ja toimivien mallien hyödyntäminen on puutteellista.
- c. Lihavuus on monien sairauksien riskitekijä ja komplisoi niiden hoitoa. Silti lihavuuden hoitoa ei ole tarjolla edes niille, jotka sitä itse toivovat ja olisivat siihen motivoituneita.
- d. Tupakasta vieroitusta ei ole integroitu hoitoketjuihin, vaikka tupakointi on paitsi sydän- ja verisuonisairauksien, myös monien muiden sairauksien riskitekijä ja komplisoi niiden hoitoa.
- e. Kuntien liikunta- ja muut hyte-palvelut ovat irrallaan terveydenhuollosta ja korjaavista palveluista.
- f. Monet maahanmuuttajaryhmät ovat korkeassa riskissä, mutta heidän erityistarpeitaan elintapaohjaukseen ja sairauksien ehkäisyyn liittyen ei ole huomioitu.

### Ratkaisuehdotukset

1. Perusterveydenhuollon osaamista ja resursseja tulee vahvistaa siten, että siellä pystytään tarjoamaan [näyttöön perustuvaa elintapaohjausta](#) ja elintapamuutoksen tukea sekä muuta lääkkeetöntä hoitoa pitkäaikaissairaille ja korkeassa riskissä oleville organisoidusti ja moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. Helposti saatavissa olevia koulutusmateriaaleja terveydenhuollon työntekijöille tulee tarjota valtakunnallisesti verkkokoulutuksena (esimerkiksi [Terveyskylä Pro -palvelussa](#)). Koulutustarjonnassa huomioidaan maahanmuuttajataustaisten erityistarpeet liittyen erilaisista kulttuureista tulevien kohtaamiseen ja palveluohjaukseen sekä ohjausmateriaalien kielelliseen ja kulttuurilliseen soveltuvuuteen.
2. Terveydenhuollossa tulee tarjota hoidon toteuttamiseksi tupakasta vieroituksen tukea (esimerkiksi [Tupakoimattomana leikkaukseen](#) -toimintamalli), painonhallintaryhmiä (esimerkiksi [Verkkopuntari](#)), joko omana toimintana tai yhteistyössä järjestöjen tai yritysten kanssa.
3. Digitaaliset ohjausmallit ja muut THL:n [tulevaisuuden sote-keskus](#) -kokonaisuudessa vaikuttaviksi menetelmiksi todetut toimintamallit otetaan laajamittaiseen käyttöön. Elintapaohjauksen tukena hyödynnetään laajasti järjestöjen kehittämiä verkko-ohjauksia (esimerkiksi [D-opisto](#)).
4. Terveydenhuolto muodostaa kuntien liikunta- ja muun hyte-sektorin kanssa yhteistyöverkoston, joka kehittää valmiita toimialarajat ylittäviä toimintatapoja ja palveluohjausta korkean riskin asiakkaille.
5. Kuntien tulee tarjota matalan kynnyksen tukea elintapamuutokseen kohonneessa riskissä olevalle väestölleen, esimerkiksi yhteistyössä järjestöjen (Sydänliitto, Diabetesliitto) kanssa. Tarjolla olevista palveluista viestitään aktiivisesti sekä toimijoiden kesken että kansalaisille (esimerkiksi [Jelli.fi](#) -palvelu).
6. Toiminnan vaikuttavuutta ja elintapojen muutosta mitataan, arvioidaan ja kehitetään myös objektiivisesti (esimerkiksi [exsed-elintapamittari](#))

### **Haaste 3 Hoitoketjut vaativat kehittämistä**

**Sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen hoidon ja kuntoutuksen hoitoketjut eivät toimi saumattomasti ja tehokkaasti**

- a. Työnjako ja konsultaatiokäytännöt perusterveydenhuollon (mukaan lukien työterveyshuolto) ja erikoissairaanhoidon välillä sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen hoidossa eivät ole saumattomia ja selviä.
- b. Akuuttien sydäntapahtumien ja -toimenpiteiden jälkeen sepelvaltimotautipotilaat eivät ohjaudu kunnolla perusterveydenhuoltoon sairauden uusiutumisen ehkäisyyn ja kuntoutumisen toteuttamiseksi.
- c. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen seurannan ja omahoidon ohjauksen jatkuvuutta ei ole riittävästi turvattu.
- d. Hoitoon pääsy ja tarjottava hoito ei ole maantieteellisesti kaikkialla ja kaikille väestöryhmille yhdenvertaista tai yhtä laadukasta.
- e. Perusterveydenhuollon asiakasmaksujärjestelmä ei ole kansallisesti yhtenäinen

#### **Ratkaisuehdotukset**

1. Perusterveydenhuollon (mukaan lukien työterveyshuolto) ja erikoissairaanhoidon tulee sopia ja laatia hoitoketjut ja konsultaatiokäytännöt. Näiden toteuttamista pitää myös seurata ja arvioida.
2. Potilaille tulisi olla tarjolla selkeät hoito- ja omahoidon ohjauspolut (care management), joita voidaan toteuttaa myös digitaalisesti.
3. Haasteellisiin tilanteisiin, erityisesti monisairaille potilaille tai jos hoidon tavoitteita ei ole saavutettu, tulisi olla tarjolla vastuuyöntekijämalli (case management). Vastuuyöntekijämallin (esimerkiksi vastuuhoitaja) käyttöönottamisella voidaan varmistaa hoidon asiakaslähtöisyys, kustannusten hallinta ja jatkuvuus. Vastuuyöntekijällä tulee olla oikeudet ja mahdollisuudet koordinoita potilaan hoitoa myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.
4. Valtakunnallisesti tarvitaan myös osaamiskeskuksia, jotka pystyvät tukemaan erityisesti perusterveydenhuollon toimintaa.
5. Jokaiselle pitkäaikaisairaalle laaditaan hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmien laatimisen prosesseja yhtenäistetään ja selkeytetään ja potilastietojärjestelmien tulee tukea hoitosuunnitelmien laatimista.
6. Otetaan [Tulppa-valmennus](#)<sup>1</sup> käyttöön kaikkialla Suomessa.
7. Terveystieteiden huollon preventiivisten palveluiden, kuten ravitsemus- ja liikuntaneuvonnan, tulisi olla maksuttomia.

---

<sup>1</sup> Tulppa-ryhmässä sairastunut saa tietoa sepelvaltimotaudista, sen riskitekijöistä ja miten itse voi vaikuttaa terveyteen. Tulppa-valmennus auttaa löytämään taitoja sairauden omahoitoon ja elintapamuutosten toteuttamiseen. Sairauteen sopeutumista ja voimavaroja tukee mahdollisuus vertaistukeen toisten samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien kanssa. Tulppa-ryhmään osallistuminen edistää toipumista ja työ- ja toimintakykyä. Tulppa-valmennus sopii myös diabeetikoille ja AVH-potilaille sekä heille, joilla on kohonnut riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Tulppa -kuntoutusmalli on sovitettavissa osaksi alueellista hoito- ja palveluketjua.

## **Haaste 4 Perusterveydenhuoltoa vahvistettava**

### **Erityisesti perusterveydenhuoltoon tarvitaan lisää resursseja ja osaamista sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen hoitoon**

- a. Perusterveydenhuollossa ei ole riittävästi sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen hoitoon perehtyneitä hoitajia ja lääkäreitä (sydän- ja diabeteshoitajat, kokeneet yleislääkärit, konsultoivat kardiologit ja endokrinologit).
- b. Sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen hoidossa ei hyödynnetä riittävästi moniammatillisten tiimien työtä. (ravitsemus-, jalka- ja fysioterapeutit, farmaseutit, mielenterveyden, suun terveyden tai sosiaalityön ammattilaiset).
- c. Käypä hoito-suositusten mukainen hoito ja seuranta eivät toteudu parhaalla mahdollisella tavalla, eikä hoitotuloksia seurata systemaattisesti.
- d. Sydän- ja verisuonitauteihin ja diabetekseen liittyy monisairastavuus, mistä aiheutuu erityisiä haasteita, joita ei riittävästi huomioida koulutuksessa ja hoitosuosituksissa.

### **Ratkaisuehdotukset**

1. Tulevaisuuden sote-keskukset panostavat siihen, että keskuksessa on riittävät resurssit ja osaaminen sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen hoitoon. Alueen sairastavuuden tarpeisiin vastaamisen pitää olla suunnitelmallista, eikä se saada jäädä akuutin oireiden hoidon ohella tehtäväksi tai potilaan omasta aktiivisuudesta riippuvaksi. Hoidossa pyritään pitkäaikaisiin hoitosuhteisiin. Keskuksiin luodaan sydän- ja diabeteshoitajien (tai laajempi toimenkuva pitkäaikaissairaat/monisairaat) tehtävät. Kullakin potilaalla tulee olla mahdollisuus pysyvään hoitajakontaktiin (nimetty henkilö/rooli). Keskukset huolehtivat siitä, että perusterveydenhuollon lääkäreillä on matalan kynnyksen mahdollisuus konsultoida alan erikoislääkäriä.
2. Sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon tulee panostaa hoitajien ja lääkärien perus- ja täydennyskoulutuksessa. Perusterveydenhuollon lääkäreiden tulee olla ensisijaisesti pitkäaikaissairauksien hoitoon perehtyneitä yleislääketieteen erikoislääkäreitä ja hoitajien koulutettuja sydän- ja diabeteshoitajia (tai pitkäaikaissairaat/monisairaat). Työnantajan tulee huolehtia riittävästä ja systemaattisesta täydennyskoulutuksesta. Kardiologian, endokrinologian ja yleislääketieteen erikoislääkärikoulutusta tulee lisätä vastaamaan tulevaisuuden lisääntyvää tarvetta\*.
3. Sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen ja muiden pitkäaikaissairauksien hoito toteutetaan sote-keskuksissa moniammatillisena tiimityönä, joka vaatii erityisosaamista. Tiimityön toteutuminen edellyttää selkeää ohjeistusta (työnjako, konsultaatiokäytännöt, jne.), henkilökuntaa, tiloja ja tietojärjestelmiä. Tiimityössä panostetaan erityisesti monisairastavuuden tuomiin haasteisiin.
4. Käypä hoito-suositusten toteutumiseen ja jalkautumiseen panostetaan. Keinoina jatkuva koulutus, suositusten käyttöä tukevat tietojärjestelmät ja hoitokäytäntöjen ja -tulosten seuranta. Käypä hoito -suosituksissa huomioidaan nykyistä paremmin pitkäaikaispotilaiden monisairastavuus sekä huomioidaan erityisesti seurannan ja kontrollien kustannusvaikuttavuus, jotta resurssit pystytään käyttämään parhaalla mahdollisella tavalla.

\* Myös erikoissairaanhoidossa tarvitaan lisää erikoislääkäreitä eläköitymisen ja väestön ikääntymisen tuoman kasvavan tarpeen myötä

## ***Haaste 5 Tarvitaan hyvä tietopohja hoidon tarpeen ja laadun arviointiin***

**Kansallisesti ei ole käytettävissä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tuottamaa terveyshyötyä kuvaavaa laatu-tietoa ja resurssit valtakunnalliseen riskitekijöiden ja terveyden seurantaan ovat niukat**

- a. Sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksien ja diabeteksen ehkäisyn seurantaan ja arviointiin tarvitaan tietoa sekä rekistereistä että väestötutkimuksista. Nyt saatavissa oleva väestöpohjainen tieto on valtakunnallisesti edustavaa, mutta ei riittävää esimerkiksi maakuntatasolla. Nykyisenkin järjestelmän tulevaisuus on epävarma.
- b. Potilastietojärjestelmistä ja tämänhetkisistä valtakunnallisista rekistereistä saatava tieto väestön terveydestä ja sairastavuudesta on puutteellista eikä tule koskaan riittämään ainoaksi tietolähteeksi väestön riskitekijöiden ja terveyden seurannassa.
- c. Suurin osa nykyisistä terveydenhuollon potilastietojärjestelmistä ei mahdollista systemaattista hoidon tulosten ja vaikuttavuuden seuranta ja arviointia, esimerkiksi diabetespotilaiden sokeritasapaino, verenpaine, kolesteroli, tupakointi ja BMI. Elintapahoidon toteutumisen ja elintapamuutosten seuranta ei myöskään ole mahdollista.
- d. Erikoissairaanhoidossa käytettävät laaturekisterit eivät ole kansallisesti yhtenäisiä ja perusterveydenhuollosta ne käytännössä puuttuvat lähes kokonaan. Kansallinen laaturekisterihanke kehittää kansallista rekisteröintiä, mutta sen pitkäaikainen rahoitus on auki.

### **Ratkaisuehdotukset**

1. Varmistetaan, että väestön terveysseurantatutkimusten resurssit ovat riittävät ja että tutkimusten sisältö vastaa sekä kansallisia että alueellisia tarpeita.
2. Sovitaan potilastietojärjestelmiin ja rekistereihin keskeiset tietosisällöt, jotka ovat edellytyksenä kansalliselle terveysseurannalle. Määritellään yhtenäiset rakenteet ja standardit niiden tallentamiselle. Kannustetaan palveluntuottajia kirjaamisen laadun ja kattavuuden kehittämiseen. Kehitetään tietojärjestelmiä siten, että niihin voidaan sisällyttää myös elintapoihin liittyvää ja potilaiden itse tuottamaa tietoa.
3. Kehitetään tietojärjestelmien ja kansallisten rekisterien rajapintoja, jotta kattava tiedonsiirto toteutuu. Varmistetaan, että KANTA-arkistoon kertyvä tieto ja sen rakenteet tukevat tutkimuksen, seurannan ja laaturekisterien tarpeita.
4. Kansallisen laaturekisterihankkeen ehdotuksen mukaisesti THL:ään perustetaan Kansallinen laaturekisterikeskus, jonka rahoitus turvataan.

## **Haaste 6 Säädökset ja rakenteet**

**Sote-lainsäädännöstä puuttuu ehkäisyä ja hoidon tehostamista tukevia elementtejä. Puutteita myös muissa säädöksissä, rakenteissa ja yhteiskunnalliseen ohjaukseen liittyvissä toimissa.**

- a. SOTE-uudistuksen myötä palvelujen järjestäminen siirtyy kunnilta maakuntien tehtäväksi ja tuottaminen sote-keskuksille. Monialaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen käytännön toteutus jää kuitenkin pääosin kuntien tehtäväksi. Muutoksella on merkitystä kuntien kiinnostukseen HYTE-toimintaa kohtaan. Keskeinen HYTE-osaaminen (terveyden- ja hyvinvoinnin ammattihenkilöstö siirtyy pois kuntien palveluksesta) vähenee kunnissa merkittävästi (ja monessa kunnassa voi puuttua kokonaan) ja toimialojen yhteistyötä luontevasti yhdistävä toimija jää puuttumaan.
- b. Kun työnjako HYTE- ja SOTE toiminnassa muuttuu, kuntien mahdollisuudet ja kiinnostus rahoittaa järjestöjen kanssa tehtävää yhteistyötä HYTE- ja SOTE- toiminnassa ja palveluissa pienenee. Maakuntien ja kuntien epäselvä vastuu ja työnjako hyte-toiminnassa synnyttää tilanteen, jossa myös vastuut ovat epäselvät ja kannustimet vinot. Tästä seuraa tehotonta, huonosti johdettua ja väärällä tavalla osatunnettua toimintaa, joka ei perustu parhaaseen mahdolliseen tietoon hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tarpeista ja vaikuttavuudesta.

### **Ratkaisuehdotukset**

Sote-järjestämislaissa tulee määritellä, että

1. maakuntien ja kuntien on nimettävä vastuutaho HYTE-työhön ja järjestötyöhön.
2. maakuntien ja alueen kuntien sekä järjestöjen kesken on luotava HYTE-työhön selkeät yhteistyörakenteet ja niiden osaksi järjestöjen tukea koskeva vaalikautinen sopimus.
3. Järjestöjen saamat avustukset kunnilta ja maakunnilta on tilastoitava kattavasti osana hyte-tietojen lakisääteistä keräämistä.
4. Maakuntien ja kuntien valtionosuuksissa on erillinen kannustin tehdä hyte-työtä. Tämän kannustimen ns. hyte-indikaattoreihin on lisättävä sote-järjestöjen kanssa tehtävä yhteistyö samalla lailla, kun niissä on jo liikuntajärjestöjen kanssa tehtävä yhteistyö mainittuna.
5. Jokaiseen maakuntaan on osana hyte-kertomusta laadittava julkinen lista maakunnassa tunnistetuista järjestölähtöisistä hyte-toiminnoista.

***Järjestämislain muutosten lisäksi on tärkeää ottaa käyttöön muutkin lainsäädännölliset, toiminnalliset tai fiskaaliset keinot, joiden vaikuttavuudesta on joko kotimaista tai kansainvälistä näyttöä. Näitä ovat mm***

- a. verotukselliset ja hintapoliittiset keinot
- b. yhdyskuntasuunnittelu (liikuntapaikat, luontoyhteys, joukkoliikenne, mahdollisuus autottomaan elämään ja asiointiin, epäterveellisen ruokatarjonnan paikkojen rajoittaminen...)
- c. tukitoimet vähävaraisten ja lapsiperheiden sekä maahanmuuttajataustaisen väestön terveellisen ravitsemuksen ja liikkumisen edistämiseen, [Neuvokas perhe -menetelmä](#) käyttöön monialaisesti perhetyössä, neuvoloissa ja varhaiskasvatuksessa
- d. lapsille ja nuorille kohdistuvan mainonnan ja markkinoinnin rajoitukset ja niiden parempi valvonta
- e. ravitsemussuositusten huomiointi, käyttöönotto ja niihin sitoutuminen julkisten ruokapalveluiden hankintapäätöksissä ja varhaiskasvatuksen ja koulujen ruokakasvatuksessa





LÄÄKÄRISEURA  
DUODECIM



TURUN  
YLIOPISTO



UNIVERSITY OF  
EASTERN FINLAND