

**Toitumisnõustamise lõimimine
esmatasandi tervishoiusüsteemi**

**Lõpparuanne
2023**

Uuring viidi läbi Sotsiaalministeeriumi tellimusel.

Uuringu eri etappides osalesid:

Tellijapoolsed koordinaatorid:	Kadi Reintam, Sille Pihlak, Heli Laarmann, Mari Teesalu (kõik Sotsiaalministeeriumist)
Aruande autorid:	Anna Karolin, Anu Varblane, Jaanika Hämmal, Kaijo Rüütsalu, Kertti Elery Kaljuste (kõik Kantar Emorist)
Aruandesse panustanud eksperdid:	Dr. Marta Velgan, Dr. Kristel Ehala-Aleksejev, Dr. Heli Tähepõld
Valimi koostamine: Küsitlustöö juhid:	Alise Udam Anu Ilves, Kaja Nebel, Margit Puskar
Küsitlusprogramm ja andmetöötlus:	Alje Roopärg
Joonised:	Maire Nõmmik, Tarvi Talv
Keeletoimetus:	Merje Klopets

Uuringutiim tänab Tagli Pitsit ja Jennifer Browni nende olulise panuse eest ekspertidena!

Uuringule viitamine: Karolin, A., Varblane, A., Hämmal, J., Rüütsalu, K., Kaljuste, K E. (2023). *Toitumishõustamise integreerimine Eesti esmatasandi tervishoidu*. Kantar Emor.

Kontaktinfo:

AS Emor
Maakri 21
10145 Tallinn
www.kantaremor.ee

tel: 626 8500
emor@emor.ee

Sisukord

Sisukord	3
Sissejuhatus	6
Uuringu lähtekohad ja metoodika	8
1.1 Metoodika	9
1.2 Hetkeolukord Eestis	10
1.2.1 Mida Eestis pakutakse	10
1.2.2 Toitumisharjumuste teenusepakkujad ja kutsestandardid	11
1.2.3 Toitumisharjumistega seotud probleemid esmatasandi tervishoius	12
1.2.4 Toitumisharjumuste ja -teraapia õpe	12
2. Riikide praktikate analüüs	14
2.1.1 Kanada	15
2.1.2 Sloveenia	18
2.1.3 Soome	21
2.2 Riikide praktikate sobivus Eesti konteksti	26
3. Elanikkonna uuringud	33
3.1 Uuringute eesmärk, sihtrühm ja metoodika	33
3.2 Kehakaal ja tervis	35
3.3 Söömisharjumused ja nende kujunemine	37
3.4 Söömisharjumuste muutmine: motivatsioon, takistused ja infoallikad	39
3.5 Vajadus toitumisharjumuste järel	48
3.6 Kogemus toitumisharjumuste nõustamisega	51
3.7 Toitumisharjumuste muutmine perearsti juures: hoiakud ja ootused	56
3.8 Kokkuvõte	69
4. Tervishoiutöötajate kvantitatiivuuring	72
4.1 Uuringute eesmärk, sihtrühm ja metoodika	72
4.2 Tervishoiutöötajate tunnetatud toitumisharjumuste nõustamise vajadus patsientide seas	73
4.3 Regulaarne toitumisharjumuste teenus	75
4.4 Tervisliku toitumise teemade käsitlemine patsientidega	77
4.5 Hoiakud plaanitava lahenduse suhtes	83
4.6 Huvi täienduskoolituste vastu	85

4.7	Esmajärjekorras teenusele ligipääsu vajavad sihtrühmad	89
4.8	Kokkuvõte	93
5.	Tervishoiutöötajate kvalitatiivuuring	96
5.1	Uuringu eesmärk, sihtrühm ja meetodika	96
5.2	Senine kogemus toitumishõustamisega	96
5.3	Visioon toitumishõustamisest esmatasandi tervishoius	98
5.4	Toitumishõustamise teenuse osutamise protsess	99
5.5	Toitumishõustamise sihtgrupp	101
5.6	Nõuded teenuseosutajatele	103
5.7	Vajalikud ressursid teenuse osutamiseks	104
5.8	Takistused teenuse osutamisel	105
5.9	Teenuse osutamine maapiirkondades	105
5.10	Töotervishoiuarstide nägemus	106
5.11	Kokkuvõte	107
6.	Eesti toitumishõustajate sekkumiste ja teenuste mudel	109
6.1	Sekkumiste ja teenuste sihtrühmad	109
6.2	Toitumishõustajate sekkumiste mitmetasandiline mudel	111
6.3	Vajaduse hindamine	114
6.4	Perearsti meeskonna, toitumishõustaja ja toitumisterapeudi rollid ja ülesanded	115
6.5	Toitumishõustamisteenuste koostumise arv, kestus	116
6.6	Teenuse sisu ja meetodid	117
6.7	Ligipääs teenusele	118
6.8	Regionaalne kättesaadavus	118
6.9	Teenuseosutajad ja nende pädevused	119
6.9.1	Ootused teenuseosutajatele	119
6.9.2	Pädevusnõuded	121
6.10	Tervishoiutöötajate koolitamine	125
6.11	Mudeli loomine Eesti esmatasandi tervishoidu	126
6.11.1	Vajadus spetsialistide ja teenuse järele	127
6.11.2	Teenuse kohta materjalide koostamine	129
6.11.3	Loomise kulud	129
7.	Kokkuvõte ja soovitused	131
7.1	Summary	135
7.2	Kokkuvõte vene keeles	138
8.	Kasutatud kirjandus	143
9.	Lisad	150
9.1	Lisa 1 intervjuu eritüd eksperide nimekiri	150

9.2	Lisa 2: elanikkonna kvantitatiivuuringu ankeet	150
9.3	Lisa 3: elanikkonna kvalitatiivuuringu valim	162
9.4	Lisa 4: tervishoiutöötajate kvalitatiivuuringu valim	164
9.5	Lisa 5: tervishoiutöötajate kvantitatiivuuringu ankeet	165
9.6	Lisa 6. Mudeli kaasamisarutelus (19.06.2023) osalenud eksperdid	171

Sissejuhatus

Sarnaselt ülejäänud maailmaga on ülekaalulisus ja rasvumine Eestis aina suurenev probleem. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu 2022. aasta andmetel on järjest vähenenud normaalkaalu kuuluva rahvastiku osakaal, ülekaalulised või rasvunud on 60% meestest ja 46% naistest (Reile & Veideman, 2023). Samuti on kasvamas ülekaaluliste ja rasvunud laste ning noorte osakaal. Kui 2014. aastal oli 11-, 13- ja 15-aastastest lastest poiste puhul ülekaalus või rasvunud 18% ja tüdrukute puhul 12%, siis 2022. aastal olid osakaalud vastavalt juba 25% ja 15% (Tervise Arengu Instituut [TAI], 2023a).

Ülemäärane kehakaal on seotud mitmete terviseprobleemidega ja mittenakkushaiguste suurenenud riskiga. Ülekaalulisus on seotud näiteks 2. tüüpi diabeedi, insuliiniresistentsuse, südame-veresoonkonna haiguste, hingamisteede haiguste ja osade pahaloomuliste kasvajatega (World Health Organization [WHO], 2021). Samuti võib ülekaalulisus negatiivselt mõjutada krooniliste haiguste kulgu ja ravi (Ravijuhendite nõukoda, 2019). Mittenakkushaigused on oluliseks töövõimetus ja enneaegse suremuse põhjustajaks kogu maailmas (WHO, 2022) ning toovad endaga kaasa nii kaudsed kui otsesed ravikulud. Ülekaalulisuse ja rasvumisega seotud kulud olid Eestis 2015. aastal kokku 45,5 miljonit eurot (Partei, 2016).

Peamine ülemäärase kehakaalu tekkimise põhjus on tasakaalustamata toitumine, lisaks on soodustavateks teguriteks istuv ja väheaktiivne eluviis, vähene uni ja teised faktorid (WHO, 2021). Toidust saadakse rohkem energiat kui seda kulutada suudetakse. Selle üks põhjuseid on kestav ning liigne kõrge energiasisaldusega toidu tarbimine, mis ei sisalda piisavalt organismile vajalikke kiudained ning mikrotoitaineid. Maailma Terviseorganisatsioon WHO on selle probleemi lahendusena välja pakkunud sekkumisi rahvastiku ja indiviidi tasandil (WHO Regional Office for Europe [WHO/Europe], 2016).

Sekkimised rahvastiku tasandil keskenduvad sageli ennetusele ning tegelevad tervisedenduse (tervislikud valikud ja aktiivne eluviis), toidu koostise reguleerimise (nt soola, lisatud suhkrute ja transrasvhapete vähendamine toidus), lastele suunatud toiduturunduse reguleerimise ja keskkonna planeerimisega füüsilise aktiivsuse tõstmiseks (*ibid*). Siia hulka kuuluvad ka rahanduspoliitilised meetmed ning meediakampaaniad (Köhler, 2016).

Individuaalsel tasandil peaks iga kontakti, kus inimene tervishoiusüsteemiga kokku puutub, kasutama võimalusena riskifaktorite kaardistamiseks ning teenuste pakkumiseks, pidurdamaks käitumuslike ja bioloogiliste riskitegurite progresseerumist mittenakkushaigusteks (WHO/Europe, 2016). Üheks selliseks riskitegurite kaardistavaks ja pidurdavaks teenuserühmaks on tervikliku eluviisi nõustamisteenused (*counselling on diet, physical activity and weight management*; WHO/Europe, 2016; Ravijuhendite nõukoda, 2019), sh toitumisenõustamine.

Selliste teenuste või sekkumiste pakkumine esmatasandi tervishoius annab inimestele võimaluse saada teadmisi ja oskusi oma toitumisharjumuste ja liikumisharjumuste muutmiseks. Kehakaal on oluline riskifaktor, mida saab mõjutada tervislikku elustiili järgides (LeBlanc et al, 2011; Wadden et al, 2011), vähendades seeläbi kroonilistesse haigustesse haigestumise riski. Nende teenuste pakkumine esmatasandi tervishoius muudab need kättesaadavamaks ja kulutõhusamaks ning suurendab patsientide rahulolu ja ravist kinnipidamist (WHO/Europe, 2016). Hästi üles ehitatud teenusemudel

võimaldab saada laiemat pildi patsiendi terviseprobleemidest ja tervisenäitajate parandamiseks vajalikest eesmärkidest. Seega on WHO soovitude kohaselt kasulik lõimida selliseid sekkumisi või teenuseid esmatasandi tervisesüsteemi.

Siiski on uuringud näidanud, et sellised teenused ei ole veel esmatasandi tervishoius piisavalt laialt levinud või kvaliteetsed (WHO/Europe, 2016). Nende efektiivsust võivad esmatasandil mõjutada nii patsiendist kui süsteemist tulenevad tegurid (*ibid*). Näiteks võivad patsiendid erineda oma teadmistelt tervisliku toitumise kohta, võimekuselt ja oskustelt süüa valmistada ning ka vastutuselt toidu valmistamise eest. Samuti erinevad inimeste majanduslikud võimalused endale tervisliku toiduvaliku lubamiseks, motiveeritus kehakaalu vähendamiseks ning tervisealane kirjaoskus. Üheks süsteemist tulenevaks takistuseks on selgete ja praktiliste soovitude puudus, mis teeb arsti jaoks keerukaks patsiendile toitumis- ja liikumisalaste soovitude andmise. Samuti on olulisteks takistusteks ebapiisavad teadmised ja vähene võimekus patsiendi vajadustele vastavat teenust pakkuda, vähene aeg teenuse läbiviimiseks ning puudulikud preemia- ja motivatsioonisüsteemid teenuse pakkumise julgustamiseks (WHO/Europe, 2016).

Seega vajab tervikliku eluviisi nõustamisteenuste lõimimine esmatasandi arstiabiga põhjalikku analüüsi, kus kaardistatakse hetkeolukord, kitsaskohad, eeldused, vajadused ning uuritakse teiste riikide kogemusi sarnase eesmärgi saavutamisel. Sotsiaalministeeriumi tellitud uuringu **eesmärgiks on töötada välja Eesti olusid arvestav toitumisnõustamise teenuse mudel**, mis võtaks arvesse teenuse eduka juurutamise tingimusi esmatasandi tervishoius.

Üldised uuringuküsimused eesmärgi saavutamiseks on järgnevad:

- millised on Eesti oludele sarnaste ja eeskujuks olevate riikide toitumisnõustamise praktikad esmatasandi tervishoiusüsteemis ning mis on nende tugevusteks ja nõrkusteks? Kuidas need sobivad Eestile?
- Millised on Eesti elanike vajadused, hoiakud, ootused ja vaated toitumise ning toitumisnõustamise suhtes üldiselt ja sihtrühmade kaupa?
- Millised on esmatasandi tervishoiutöötajate vaated toitumisnõustamisele, selle vajalikkusele ja võimalikule rakendamisele Eestis? Milles nähakse takistusi ning millised on tervishoiutöötajate vajadused nõustamise elluviimiseks? Mis motiveeriks tervishoiutöötajaid teenust pakkuma?
- Milline on paindlik ja terviklik mudel Eesti esmatasandi tervishoius toitumisnõustamise läbiviimiseks? Milliseid tegevusi ja ressursse on tarvis? Milline on potentsiaal olemasolevate spetsialistide pädevuse tõstmiseks? Kuidas on teenuste pakkumine korraldatud? Kuidas tagada teenuse regionaalne kättesaadavus?

Uuringu lähtekohad ja meetodika

Tervikliku eluviisi nõustamisteenused on katusmõiste väga erinevatele sekkumistele ja teenustele. Kõige laiemalt peetakse silmas ennetavaid või riske maandavaid tervislikku toitumist, piisavat füüsilist aktiivsust, und jt teemasid käsitlevaid sekkumisi või teenuseid suurenenud mittenakkushaiguste riskiga, enamasti ülekaaluliste või rasvunud sihtrühmadele (WHO/Europe, 2016). Eestis räägitakse teenustest enamasti **toitumisenõustamise** egiidi all, eristades toitumisenõustaja ja toitumisterapeudi kutseid. Samas käsitlevad mõlemad nõustajad kutsenõuete järgi ka näiteks füüsilise aktiivsuse teemasid (SA Kutsekoda, 2023).

Samal ajal pakuvad riigid sarnaseid nõustamisteenuseid nii ülekaalu ja sellega seotud mittenakkushaiguste ennetamiseks või riskide maandamiseks, aga ka juba välja kujunenud haiguste raviks, kus toitumise ja eluviisi muutmisel on tervisele oluline mõju. Sellise fookusega teenused ja sekkumised on selle uuringu peamine fookus ning uuringu raames ei käsitleta teisi rasvtõve jt haigustega seotud ravimeetodeid. Väiksemal määral vaadeldakse lisaks ülekaalule ja rasvumisele ning nendega seotud kaasuvatele haigustele ka alakaalu, alatoitumuse ja taimetoidu erinevate vormidega seotud terviseriske maandavaid nõustamisteenuseid.

Sellised teenused ja sekkumised on nii riikide praktikas kui teaduskirjanduses oma lähenemistelt väga eriilmelised ning on raske teha selgeid ja tugevaid järeldusi nende efektiivsuse ja tõendus põhise kohta. Eluviisi muutmine on ülekaaluliste või rasvunud patsientide tervises seisundi parandamiseks vajalik, ent erinevaid meetodeid kasutavad sekkumised on andnud erinevaid tulemusi. Inimestel on olnud pikaajaliselt raske sekkumistes saavutatud tulemusi säilitada (Ravijuhendite nõukoda, 2019). Teaduskirjandust sekkumiste alal analüüsinud Ravijuhendite nõukoda (Ravijuhendite nõukoda, 2019) järeldas, et paremaid tulemusi on saavutanud:

- kombineeritud sekkumised (nii toitumis- ja liikumissoovitusi kui käitumuslikke sekkumisi hõlmavad; multidistsiplinaarsed, s.t ka meditsiinitöötajaid sekkumistesse kaasanud sekkumised),
- pikaajalised ja intensiivsemad (rohkem kohtumisi) sekkumised,
- pereliikmeid kaasavad sekkumised.

Käesolevas uuringus on kasutatud järgmisi mõisteid:

- **Toitumisalased sekkumised** on üldine mõiste tervist toetavate toitumise ja eluviisi teemasid käsitlevate teenuste ja sekkumiste kohta, mis võivad hõlmata individuaalset või grupinõustamist, psühholoogilist abi, toitumisravi, komplekssekkumisi jms. Selle uuringu raames käsitleti peamiselt toitumisalaseid sekkumisi, mis aitavad ennetada või maandada ülekaalu ja südameveresoonekonna haigustega seotud terviseprobleeme.
- **Toitumisenõustamise teenus** on üldine mõiste tervist toetavale ning toitumist ja teisi eluviisi teemasid käsitlevale individuaalsele nõustamisteenusele, mida võidakse pakkuda nii tervele kui haigele inimesele ning mida viib läbi vastava väljaõppega spetsialist.

Selles uuringus on **eristatud** ennetusfookusega toitumisenõustamist (läbiviijaks Eestis kehtiva toitumisenõustaja kutsestandardile vastav spetsialist, SA Kutsekoda, 2023a) ning haiguspuhust

toitumisnõustamist (läbiviijaks Eestis kehtiva toitumisterapeudi kutsestandardile vastav spetsialist, SA Kutsekoda, 2023a). Alapeatükis 6.8. „Teenuseosutajad ja nende nõuded ja pädevused“ on käsitletud toitumisnõustaja ja -terapeudi kutseõuete uuendamist.

Ennetusfookusega toitumisnõustamine tähistab kahepoolset nõustamissuhet, mille puhul toitumisnõustaja selgitab välja toitumuslikud probleemid, lähtudes omandatud teadmistest toidu ja toitumise mõjust inimese tervisele, sh haiguste tekkele, abistab klienti toitumiseabes orienteerumisel, kliendile sobivate valikute tegemisel, individuaalse tasakaalustatud menüü koostamisel ning füüsilise aktiivsuse korrigeerimisel (SA Kutsekoda, 2023a). Ennetusfookus viitab terve inimese, sh haigusriskis inimese nõustamisele, kellel ei ole haigusest tulenevaid erisusi.

Haiguspuhune toitumisnõustamine – inglise keeles kasutatakse mõistet *nutritional counselling*, mida võib ka tõlkida eesti keeles kui toitumisnõustamist. See mõiste on spetsiifilisem ja tähistab kahepoolset nõustamissuhet, kus patsient ja tervishoiutöötajast meeskonnaliige hindavad haiguse või terviseprobleemiga patsiendi toitumist, tuvastavad toitumisalased probleemid, vajadused ja eesmärgid, arutavad erinevaid viise üle nende eesmärkide saavutamiseks ja lepivad kokku sammudes eesmärgi saavutamiseks ja selle jälgimiseks. Sekkumise eesmärk on aidata patsientidel mõista toitumise ja käitumuslike muutuste mõju oma tervisele ja keskenduda praktilistele viisidele toitumisvajaduste rahuldamiseks tervist toetaval viisil. Toitumisnõustamist viib läbi erialase haridusega dietoloog (*dietologist*, Vasiloglou et al., 2019), Eesti mõistes toitumisterapeut.

- **Toitmisravi** (*nutritional care*) on raviteenus, mis hõlmab kõiki igas vanuses patsientidele suunatud toitumisega seonduvaid ennetus- või ravitegevusi ning selle sisuks on haigusseisunditest tingitud toiduenergia või toitainete puuduse või haigusest tingitud metaboolsete muutuste põhjustatud tervisekahju ennetus, diagnostika ja ravi. Toitmisravi protsess hõlmab ka normaalse söömise piiratuse korral seda takistavate muudetavate füsioloogiliste ja psühholoogiliste tegurite väljaselgitamist ning normaalse söömise taastamise igakülgset toetamist. Toitmisravi rakendatakse suukaudse toitmisravina, enteralse ehk seedetraktikaudse või parenteraalse ehk veenikaudse toitmisena või nende kombinatsioonina (Pöld et al., 2022). Toitmisravi osaks on ka (haiguspuhune) toitumisnõustamine. Selles uuringus on toitmisravile viidatud enamasti kui Eestis rahastatud toitmisravi teenustele, mida osutab toitmisravi täiendkoolituse läbinud ja vastava sertifikaadiga spetsialist. Toitmisravi teenuseid osutatakse enamasti spetsiifilisemate terviseprobleemide korral, selle uuringu vaates on kõige relevantsem terviserisk alatoitumus ja sellega kaasnevad tervisemõjud (alapeatükis 6.1. „Sekkumiste sihtrühmad“).
- **Komplekssekkumised** on eraldi ja kindlal eesmärgil loodud sekkumisloogika ja meetoditega sekkumised, kus toitumisnõustamist kombineeritakse erinevate spetsialistide ja teenustega (nt füsioterapeut, kliiniline psühholoog, arstid). Neid kasutatakse sageli keerukamate probleemide korral. Selles uuringus on komplekssekkumisi kajastatud riikide praktikate analüüsis (Soome & Sloveenia) ja Eesti toitumisalaste sekkumiste mudeli peatükis.
- **Tervisliku eluviisi lühiajalised käitumuslikud sekkumised ehk lühisekkumised** on lühikesed (5–30 minutit) struktureeritud nõustamised, mis võimaldavad esmatasandi tervishoiutöötajal aidata patsiendil alustada suure riskiga käitumise muutmist (ingl *brief behavioral intervention*) (Ravijuhendite nõukoda, 2019). Lühisekkumisi on uuringus kajastatud alapeatükis 6.9. „Tervishoiutöötajate täienduskoolitused“. Eestis on juba rakendatud näiteks lühisekkumist alkoholi liigtarvitamise (TAI, 2021).

1.1 Metoodika

Uuringu raames kombineeriti erinevaid meetodeid. **Riikide praktikate** kaardistamiseks viidi läbi veebiotsing Google otsingumootori ning akadeemilise otsingumootori *Google Scholar* abiga. Kuna praktikate kohta ei leitud piisavalt allikaid, viidi kaardistamiseks ja info valideerimiseks läbi süvaintervjuid erinevate riikide 1–3 eksperdiga. Riikide analüüsi jaoks intervjueeritud ekspertide

nimekiri on leitav lisast 1. Riikide praktika sobivust Eestisse analüüsiti koos tervishoiu ja toitumise ekspertidega, võrreldes praktikaid Eesti esmatasandi tervishoiu praktikate ja eripäradega.

Eesti hetkeolukorra ja olude kaardistamiseks viidi lisaks läbi süvaintervjuud projekti kaasatud ekspertidega ja kohalike ekspertidega näiteks Tervise Arengu Instituudist, Tervisekassast, Eesti Kliinilise Toitumise Seltsist, samuti toitumisharjumuste teenusepakkujatega. Lisaks tehti kirjalikke järelepärimisi. Samuti kasutati erinevate rakendusuuringute ja asjakohaste veebilehtede materjale.

Elanike ning esmatasandi tervishoiutöötajate hoiakute, ootuste ja vajaduste uurimiseks viidi nendes sihtrühmades läbi nii küsitlusuuringud veebi teel kui ka kvalitatiivsed intervjuud fookusgruppides. Elanike sihtrühmas kasutati kvalitatiivset lähenemist kvantitatiivse uuringu tulemuste laiendamiseks ja tõlgendamiseks. Uuringus vaadeldi 16–64 a Eesti elanike vaateid ja hoiakuid. Eesti teenusemodelit arendades peeti kirjanduse või riikide praktikate põhjal vajadusel silmas ka teisi vanuserühmi.

Tervishoiutöötajate puhul viidi perearstide ja -õdede seas kõigepealt läbi kvalitatiivne uuring, et koguda küsitlusuuringuks sisendit ning sellele järgnes sama sihtrühma hulgas küsitlusuuring. Eraldi viidi läbi süvaintervjuud töötervishoiuarstidega. Selles uuringus ei vaadeldud teiste esmatasandi tervishoiutöötajate, näiteks ämmaemandate vaateid. Perearstid, -õed olid uuringu fookuses, kuna nende roll on toitumisharjumuste teenuse vaates oluline, töötervishoiuarste intervjuueriti, kuna nendel on oluline roll tööealise elanikkonna tervise hindamisel ja seega sissejuhataval hindamisel ja nõustamisel. Mõlema sihtrühma uuringute uurimisküsimusi, valimit ja täpsemat meetodikat on kirjeldatud peatükkides 3 („Elanikkonna uuringud“), 4 ja 5 (tervishoiutöötajate kvalitatiiv- ja kvantitatiivuuring), uuringu ankeetid on uuringu lisas 2-5.

Eestile sobiva mudeli kirjeldus loodi, tuginedes eelnevatel uuringutel ja ekspertarvamustel, täiendades vajalikke kohti teaduskirjanduse ja rakenduslike allikate toel. Lisaks viidi tervishoiuvaldkonna strateegiliste osapooltega 19. juunil 2023 läbi aruteluseminar, kus vaadeldi Eestile sobiva toitumisharjumuste teenuse mudeli tähtsamaid valikuid. Kõikide kaasatute nimekiri on välja toodud lisas 6.

1.2 Hetkeolukord Eestis

Eesti toitumise riiklikke meetmeid käsitleb „[Rahvastiku Tervise Arengukava 2020–2030](#)“, mille osaks on ka „Tervist toetavate valikute programm“ koos tasakaalustatud toitumise ja füüsilise aktiivsuse edendamise tegevustega. Väljatöötamisel on rahvastiku toitumisest põhjustatud terviseprobleeme adresseerivaid poliitikameetmeid käsitlev [toitumise ja liikumise roheline raamat](#) (Sotsiaalministeerium, 2023). Strateegia elluviimise eest Sotsiaalministeeriumi haldusalas vastutab Tervise Arengu Instituut (edaspidi TAI) (Terviseinfo, 2023). TAI koordineerib ka [Eesti riiklike toitumis- ja liikumissoovituste](#) koostamist. Viimane soovituste versioon anti välja 2017. aastal ning soovitusi uuendatakse 2023. a, võttes aluseks uued Põhjamaade toitumissoovitused (Blomhoff et al., 2023). TAI koordineerib ka toitumisteabe jagamist veebilehe [www.toitumine.ee](#) ja teiste materjalide kaudu. Lisaks on välja arendatud [NutriData](#) toitumisprogramm ja rakendus, mis võimaldab analüüsida enda poolt sisestatud toidupäevikute ja menüüde energia- ja toitainete sisaldust.

Olulise arenguna on Eestis välja töötamisel või juba valminud toitumist, ülekaalu ja ennetamist käsitlevad ravijuhendid:

- „[Ülekaalulise või rasvunud patsiendi käsitus esmatasandil](#)“ (Ravijuhendite nõukoda, 2019)
- „[40–65-aastase täiskasvanu tervise jälgimise ja haiguste ennetamise juhend](#)“ (Eesti Haigekassa, 2023).

1.2.1 Mida Eestis pakutakse

Eesti tervishoiusüsteemis ei pakuta 2023. aastal toitumisharjumuste ennetamist eraldi, avalikest vahenditest rahastatava tervishoiuteenusena, nõustamist võidakse sageli pakkuda erinevatel põhjustel teiste

tervishoiuteenuste raames. Toitumisnõustamist võidakse läbi viia läbi näiteks perearstikeskustes pereõde või harvemal juhul perearsti poolt. Perearstikeskustes toitumisnõustamise võimekust uurinud diplomitöös (Konsap, 2020) leiti, et küsitlud perearstid ja pereõed näevad vajadust toitumisnõustamise teenuse järele kõige enam veerandi enda patsientide puhul (37% küsitlusuuringu vastajatest), aga oluline osa ka kolmandiku (30% vastajatest) või isegi poole patsientidest puhul (20% vastajatest). Toitumisalaseid vestlusi peeti uuringu järgi kõige sagedamini ülekaalust või rasvumisest tekkinud tüsistuste riski või ülekaalu tekkimise probleemiga patsientidega. Uuringus töid perearstid ja -õed toitumisnõustamise läbiviimise peamiste takistustena välja ajapuudust ehk liiga lühikest vastuvõtuaega (82% vastajatest), samuti patsientide puuduvat huvi (60%) ning tervishoiutöötajate endi ebapiisavat väljaõpet toitumisnõustamise pakkumiseks (53%) (Konsap, 2020). Neid küsimusi uuritakse ka selles analüüsis tervishoiutöötajate uuringus (peatükk 4 ja 5).

Toitumise teemasid käsitletakse seoses erinevate terviseprobleemidega ka eriarstiabi visiitidel ning ka töötervishoiuarsti juures. Diabeediga seonduvalt nõustatakse toitumisega seotud teemasid ka diabeediõdede poolt.

Alates 2023. a rahastab Tervisekassa tervishoiuteenusena **haiguspuhuse toitmisravi konsultatsiooni**, mida tohib osutada erialase täiendkoolitusega arst, õde või kutsega toitumisterapeut, kellele on EstSPEN sertifitseerimiskomisjon väljastanud toitmisravi spetsialisti täiendkoolituse sertifikaadi (Eesti Kliinilise Toitmise Selts, 2023). 2023. augusti seisuga oli sertifikaadi saanud 22 spetsialisti.

1.2.2 Toitumisnõustamise teenusepakkujad ja kutsestandardid

Eestis on üha enam erinevaid spetsialiste, kes pakuvad soovijatele toitumisnõustamise teenust. Valdavalt on tegemist kliendi poolt tasutavate teenustega eraturul. 2013. a on Eestis Kutsekoja poolt kinnitatud toitumisnõustaja ja -terapeudi kutsestandardid. Eesti kutseregulatsiooni järgi on toitumisnõustamine protsess, kus vastava väljaõppega spetsialist hindab koos inimesega tema toidu tarbimist; selgitab välja toitumuslikud probleemid ning pakub teavet, tuge ja meetmeid, mis aitavad inimesel vajalikke muudatusi toitumises teha ja säilitada (SA Kutsekoda, 2023a). Vastavalt 2023. aastal kehtivale kutsestandardile nõustab toitumisnõustaja klienti, lähtudes tõenduspõhistest Eestis kehtivatest toidu-, toitumis- ja liikumissoovitustest ning toitumist puudutavatest ravi- ja tegevusjuhenditest tervise hoidmiseks, edendamiseks ja haiguste ennetamiseks. Toitumisnõustaja selgitab välja toitumuslikud probleemid. Ta abistab klienti toitumisteabes orienteerumisel, kliendile sobivate valikute tegemisel, individuaalse tasakaalustatud menüü koostamisel ning füüsilise aktiivsuse korrigeerimisel. Kaasuvate haiguste puhul võib toitumisnõustaja nõustada haigeid koostöös vastava spetsialistiga ainult tasakaalustatud toitumise osas, kuid ei määra haiguspuhuseid või piirangutega dieete (SA Kutsekoda, 2023a).

Toitumisterapeut oskab lisaks tavapärasele toitumisnõustamisele anda nõu ka terviseprobleemidega kliendile, et vältida haiguse süvenemist ja suurendada krooniliste haigusseisundite korral heaolutunnet. Toitumisterapeut ei diagnoosi haigusi ega ravi klienti (SA Kutsekoda, 2023b).

Nii nõustajal kui ka terapeudil peavad olema teadmised inimese anatomiast ja füsioloogiast, biokeemiast, teaduspõhistest toitumis- ja liikumissoovitustest, nõustamise tehnikatest, andmekaitsest, eetikast, kõikidest toidu ning toitumisega seotud teemadest (Pitsi, 2018). Toitumisnõustaja kutse saamise eelduseks on vähemalt keskharidus, läbitud erialane täienduskoolitus ja töökogemus (st on viidud läbi toitumisnõustamist vähemalt 30-le kliendile; Eesti Toitumisnõustajate Ühendus [ETNÜ], 2023a). Toitumisterapeudi kutse eeldab kõrgharidust, soovitatavalt tervise- või loodusteadust, läbitud toitumisteraapia täienduskoolitust või toitumisteraapia-alast kõrgharidust ning töökogemust (vähemalt 30 kliendi nõustamine) (SA Kutsekoda, 2023b),

Probleemid teenusepakkumisega

Mitmes uuringu raames läbi viidud ekspertintervjuus mainiti erinevaid probleeme praeguse toitumisnõustamise ja toitumisterapeudi teenuse taseme, kutsestandardi ja kutsealase järelevalvega.

Nii toodi välja, et vähesed täienduskoolituse läbinutest taotlevad toitumisinõustaja ja -terapeudi kutset. 2023. aasta seisuga on kutsega toitumisinõustajaid Eestis kokku 10 ning toitumisterapeute 13, samas kui täienduskoolituse läbinud toitumisinõustajaid on 600 ringis. Kuna toitumisinõustaja kutse taotlemine on tasuline ning kompetentse tuleb iga viie aasta tagant uuesti tõendada, kuid samas ei anna kutse olemasolu praegu olulist eelist tööturul, ei ole toitumisinõustajatel ja -terapeutidel motivatsiooni kutse taotlemiseks. Samuti on kritiseeritud kutseeksami liiga madalat raskusastet. Toitumisterapeutide puhul pidasid intervjuueeritud eksperdid kutsenõudeid üldiselt sobivaks, ent probleeme nähti teenuse kvaliteedis, järelevalves, õppe kvaliteedis ja kutseeksami raskusastmes.

Tervishoiutöötajad töid ekspertintervjuudes ja vestlusingides välja ka probleemseid nõustamisjuhtumeid, kus patsiendi suunamine toitumisinõustaja või -terapeudi juurde põhjustas perearsti arvates probleeme ning nõustaja soovitusel olid tõendus- või teaduspõhiste praktikatega vastuolus. Perearstid pelgavad, kas isegi kutse olemasolu annaks kindluse, et toitumisinõustaja või -terapeut lähtub tõenduspõhistest juhistest. Seega on üheks oluliseks üle vaatamist nõudvaks teemaks ka **järelevalve** kutse saanud toitumisinõustajate ja -terapeutide üle. Lisaks sellele, et tervishoiutöötajad kahtlevad tegutsevate toitumisinõustajate või -terapeutide pädevuses, puudub neil sageli ülevaade sellestki, kuhu üldse oleks võimalik patsiente toitumisinõustamisele saata. Nt 60% käesolevas uuringus osalenud tervishoiutöötajatest ei tea, kuhu patsiente nõustamisele suunata ning 48% leiab, et toitumisinõustajate professionaalne tase on väga varieeruv ja seetõttu ei teata, keda usaldada.

1.2.3 Toitumisinõustamisega seotud probleemid esmatasandi tervishoius

Üheks olulisemaks murekohaks Eesti esmatasandi tervishoius on **tervishoiutöötajate vananemine ja nappus**, eriti maapiirkondades (Kalda et al., 2023). Kuna toitumisinõustamist viiakse tervishoiusüsteemis läbi perearstide ja pereõdede poolt, mõjutab töötajate nappus ja sellega seotud ülesannete rohkus nõustamise kättesaadavust. 2021. aastal oli Eesti perearstide keskmine vanus 55,5 eluaastat ning 27% perearstidest olid 65-aastased või vanemad. Tuhande elaniku kohta on Eestis 6,48 õde ning selle näitajaga jääb Eesti Euroopa Liidu keskmisele alla (TAI, 2022a). Eesti rahvatervise arengukavas on seatud 2025. a eesmärgiks üheksa õde 1000 elaniku kohta. SA Kutsekoja tööjõu valdkonna uuringu andmetel ei ole selle eesmärgi saavutamine 2025. aastaks võimalik, tulenevalt madalamast prognoositava lõpetajate arvust ning väljarände trendidest (Mets & Veldre, 2017). Samas on pereõdede tegevuspiirid laienenud ning roll perearsti meeskonnas muutunud ühe olulisemaks, mistõttu on ka vajadus õdede järele üha suurem (Noor, 2020).

Tulenevalt õdede ja arstide puudusest on ühe lahendusena tööjõupuudusest tekkivale survele pakutud välja osa ülesannete liikumist teiste tervishoiuspetsialistide kätte (Mets & Veldre, 2017). Ka toitumisinõustamise võib olla üks selline teenus, kuna ühe olulisema takistusena nõustamise pakkumisel perearstide ja -õdede poolt tuuakse välja ajapuudust: vastuvõtuaeg ühe patsiendi kohta on nii lühike, et selle käigus tuleb tegeleda patsientide jaoks kiireloomulisemate teemadega kui toitumine (Konsap, 2020).

1.2.4 Toitumisinõustamise ja -teraapia õpe

Eestis on temaatilisi õpekavasid kõrghariduse tasemel vähe. Lisaks õenduserialadele võiks uuringus osalenud ekspertide hinnangul sobivad teadmised anda ka nt tervisedenduse, füsioteraapia, rahvatervise, võib-olla ka psühholoogia erialad, kui neid täiendaks toitumisinõustamise alane täiendusõpe.

2023. a seisuga pakuvad otseselt toitumisinõustamisalast õpet Eestis neli kooli:

- Annely Sootsi Koolituse Tervisekool pakub toitumisinõustaja täienduskoolituse õpet alates aastast 2008. Kooli täies mahus (610 tundi) lõpetanud nõustajad omandavad kutsestandardi tasemel toitumisinõustaja teadmised. Edasi saab õppida nii toitumisterapeutiks kui funktsionaalse toitumise terapeutiks.

- TLÜ Haapsalu kolledži tervisejuhi eriala (rakenduskõrgharidus, bakalaureus) raames on võimalik omandada toitumishariduse kutsestandardi tasemel koolitust alates 2014. aastast. Alates 2015. aastast on Haapsalu kolledžis võimalik õppida tervisejuhiks toitumishariduse suunal, kutse on uuringu valmimise hetkeks saanud seitse eriala vilistlast. See on ainuke tasuta õppe võimalus.
- Rahvatervise Akadeemias on alates 2016. aastast toitumishariduse täiendusõpe, mille I mooduli (488 tundi) läbimisel on õppijal vajalikud teadmised ning oskused toitumishariduse edukaks läbiviimiseks ja valmisolek 5. taseme toitumishariduse kutse kvalifikatsiooni taotlemiseks.
- Tartu Ülikool pakub alates 2023. aastast ingliskeelset ja tasulist kliinilise toitumise magistriõppekava, mille eelduseks on terviseteaduste seotud bakalaureusekraad.
- Tartu Tervishoiu kõrgkool pakub täienduskoolitust tervisevaldkonna kõrgharidusega spetsialistidele, valmistamaks neid ette toitumisterapeudi kutseks (Tartu Tervishoiu Kõrgkool, 2023).

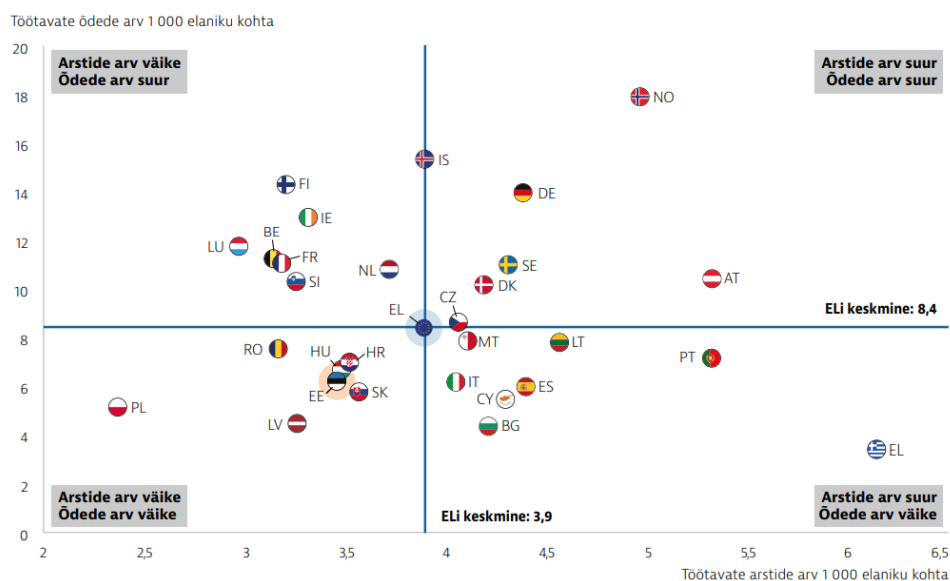
Lisaks pakub venekeelset toitumisspetsialisti õpet ka Eesti Massaaži ja Teraapiakool (2023). Samuti käsitletakse toitumise ja nõustamisoskustega seotud teemasid mõningal määral teistes tervishoiu ja meditsiiniga seotud õppekavades ning erinevatel täienduskoolitustel (vt alapeatükk 6.10. Tervishoiutöötajate koolitamine).

2. Riikide praktikate analüüs

Selles peatükis antakse ülevaade toitumis- ja eluviisinõustamise praktikatest teistes riikides. Praktika kaardistamisel keskenduti teenustele ja/või sekkumistele, mille eesmärk on ennetada ja/või maandada ülekaalu ja sellega seotud haiguste riske ja tagajärgi. Kõigepealt kirjeldatakse riikide praktikaid ja lühidalt nende tugevusi ja nõrkusi ning seejärel analüüsitakse nende sobivust Eesti konteksti. Eesti konteksti puhul on peetud silmas ka ekspertarvamusi teiste riikide praktikate kohta, kuna riikide nõustamise taseme kohta ei leitud ühtsetel alustel võrreldavaid hinnanguid. Kuna riikide kohta olid kättesaadavad väga erinevad allikad, on praktikate kirjeldused küll sarnase struktuuri, ent erineva põhjalikkuse astmega.

Vaatluse alla on võetud kolme riigi – **Kanada, Sloveenia ja Soome** – praktikad. Kanada on tuntud toitumishõustamise põhjaliku ja teadusuuendusi arvestava lähenemise poolest ning on eeskujuks mitmetele teistele praegu teenuseid uuendavatele riikidele, näiteks Iirimaa ja Tšiilile. Samas on Kanada ja Eesti tervishoiusüsteemide korraldus ning maht erinevad. Sloveenia on Eestiga sarnase ajaloolise ja sotsiaalmajandusliku taustaga ning kulutused tervishoiule SKPst on sarnaselt Eestiga alla Euroopa Liidu keskmise (OECD, 2021). Nii Sloveenia kui ka Soome eristuvad Eestist kõrgema töötavate õdede suhtarvu poolest (Joonis 1). Sloveenia praktika on näide terviklikust riiklikust rahvaterviseprogrammist, kus pakutakse omanõoliselt ja kogukondlikke teenuseid. Soome erineb Eestist nii kõrgemate tervishoiukulutuste kui töötavate õdede suhtarvu poolest, ent paistab silma mitme teenusega sihtrühmadele ning praegu mõju hindamist läbiva veebipõhise kliinilise toitumisprogrammiga.

Joonis 1. Töötavate arstide ja õdede arv 1000 elaniku kohta Euroopa Liidu riikides (OECD, 2021).



Märkus. ELi keskmine on kaalumata keskmine. Portugali ja Kreeka puhul osutavad andmed kõikidele tegevusloaga arstidele, mis tähendab, et praktiseerivate arstide arv on hinnatud tegelikust palju suuremaks (nt Portugali puhul umbes 30% võrra). Austria ja Kreeka puhul on õdede arv hinnatud tegelikust väiksemaks, kuna arvesse on võetud üksnes haiglates töötavaid õdesid. Allikas: Eurostati andmebaas (2019. aasta või lähima aasta andmed).

Teiste selles teemas eeskujude andvate riikidena mainisid erinevad eksperdid veel Suurbritanniat (head teenusestandardid ning teenused kohalikul tasandil), Saksamaad (terviklik ja mahukas nõustamissüsteem), Hollandit (palju akadeemilisi uuringuid ja tugev akadeemiline koolkond), Portugali (kogukondlikud teenused) ning Lirimaa (teenus on praegu muutmisel, eeskujuks võeti Kanada).

2.1.1 Kanada

Kanada puhul tuleb arvesse võtta, et tegemist on föderatsiooniga, mis jaguneb kümneks provintsiks ja kolmeks territooriumiks. Tervishoiusüsteemis tähendab see seda, et Kanada föderaalvalitsus vastutab riiklike standardite kehtestamise ja haldamise, piirkondlike (provintsid ja territooriumid) tervishoiuteenuste rahastamise, spetsiifiliste gruppide tervishoiuteenuste osutamise toetamise ja muude tervisega seotud funktsioonide täitmise eest (Government of Canada, 2023). Piirkondlikud valitsusasutused vastutavad oma piirkonnas tervishoiuteenuste pakkumise, administreerimise ja osutamise eest. Seega võivad teenused piirkonniti tugevalt erineda.

Kanada riiklikult rahastatud tervisekindlustussüsteem katab inimesele enamiku tervishoiu- ja erakorralise meditsiini teenuste kuludest (Government of Canada, 2021). Piirkonniti võivad kindlustusplaanid erineda, kõik teenused ja tooted ei pruugi olla üle Kanada sarnaselt kaetud. Lisaks riiklikult rahastatud ravikindlustusele on saadaval vabatahtlik eraettevõtete poolt pakutav ravikindlustus, mis katab laiema valiku tervishoiuteenustest ja -toodetest, näiteks retseptiravimid, hambaravi, prillid ja taastusravi.

Toitumisenõustamine on ekspertintervjuu põhjal mõeldud inimestele üle elukaare, ent põhiliselt täiskasvanutele, vanemaealistele ja noortele peredele. Näiteks võib inimene soovida muuta oma söömisharjumusi või on tal muid tähelepanu vajavaid tervisehäireid. Toitumisenõustamisel käsitletakse põhiliselt tervisehäireid, mis on seotud krooniliste haigustega (nt diabeet ja südame-veresoonkonna haigused). Harvem käsitletakse vaimse tervise probleeme, alatoitumist, väikelaste toitumist, neeruhaigusi, neelamishäireid, dementsust, seedetraktihaigusi (ärritunud soole sündroomi, põletikulist soolehaigust, tsöliaakiat), häirunud söömiskäitumist ja bariaatrilist kirurgiat. Ühe riskigrupina peetakse silmas taimetoitlasi, kelle puhul kasutatakse taimetoitlaste nõustamise tõendus põhiseid praktikaid (vaata eksperdi toodud näidet [siit](#); Global Resource for Nutrition Practice, 2023).

Toitumisenõustamist pakuvad Kanadas peamiselt tervishoiutöötajatest **registreeritud toitumisterapeudid ehk dietoloogid** (Dietitians of Canada, 2018a). Dietoloogide juurde on võimalik pääseda nii tasuliste erasektori teenuste kui ka riiklikult rahastatud avaliku sektori kaudu. Toitumisenõustamise kulu võivad katta tööandja või tema poolt pakutav ravikindlustus, avalik ravikindlustus või erapanus. Dietoloogid tegelevad toitumisega seotud teaduslike teadmiste tõlgendamise ja rakendamise, et saavutada, säilitada ja edendada üksikisiku, grupi ja kogukonna paremat tervist. Tõendus põhiseid praktikaid kasutades parandavad dietoloogid patsientide toitumust või vähendavad haigestumise riski (Abouei et al., 2021). Dietoloogid viivad sageli kogukondades ellu ka erinevaid ennetustegevusi (Canadian Dietetic Practice, 2023).

Esmatasandi tervishoiuasutustes on dietoloogid üldjuhul osa **interdistsiplinaarsetest tervisemeeskondadest**. Meeskonnas võivad peale dietoloogi olla veel arstid, õed, proviisorid, tegevusterapeudid, füsioterapeudid, logopeedid, sotsiaaltöötajad jpt (College of Dietitians of Ontario, 2017; Dietitians of Canada, 2018a). Dietoloogid töötavad patsiendiga üldiselt individuaalselt, et hinnata tema toitumise riskide ja vajadusi. Töötatakse välja plaan, et toitumist parandada, ning toetatakse patsienti plaani elluviimisel (College of Dietitians of Ontario, 2017). Teenust pakutakse nii ambulatoorselt, virtuaalselt kui ka telefoni teel.

Paljud Kanada dietoloogid kasutavad oma töös **toitmisravi protsessi** (*Nutrition Care Process*; Academy of Nutrition and Dietetics, 2022). Toitmisravi protsess koosneb **neljast sammust**: toitumise hindamine, toitumise diagnoos, (Atkins et al., 2012), toitumise sekkumine ning sekkumise mõju ja tulemuste hindamine (Joonis 2).

Joonis 2. Kanada toitmisravi protsess



Hindamisetapis kogub dietoloog andmeid, mis on seotud patsiendi toitumisega (toidu ja toitainete tarbimine, ravimite kasutamine, uskumused ja teadmised, tervisliku toidu kättesaadavus, kehaline aktiivsus), kehaliste mõõtude (kaal, pikkus, KMI), meditsiiniliste testide ja protseduuridega, toitumisega seotud füüsiliste leidudega (füüsiline välimus, lihaste ja rasva kadu, neelamisfunktsioonid, isu, meeleolu) ning patsiendi üldise meditsiinilise ajalooga (varasemad diagnoosid, haiguslugu, kaasuvad haigused) ning tervise, perekondliku ja sotsiaalmajandusliku ajalooga (vanus, tööalane seisund).

Diagnoosimisel tuvastatakse ja markeeritakse patsiendi toitumisprobleemid, mille lahendamiseks hakatakse tegelema. Tuleb tähele panna, et diagnoos (nt ebaregulaarne süsivesikute tarbimine) erineb meditsiinilisest diagnoosist (nt diabeet). Kasutatakse ühtset terminoloogiat ning diagnoosi puhul märgitakse üles, mis on probleem, põhjused ning sümptomid.

Sekkumise eesmärk on muuta toitumisega seotud käitumist, riskifaktoreid, keskkondlikke tingimusi või terviseseisundit, et lahendada või parandada probleeme, mis diagnoosimisel tuvastati. Sekkumised on valitud ja kohandatud vastavalt patsiendi vajadustele. Sekkumised on tavaliselt suunatud probleemi põhjuste muutmisele või eemaldamisele. Sekkumise eesmärgid püstitatakse koostöös kliendiga ning need pakuvad võimaluse progressi jälgida ja mõõta.

Sekkumisi on võimalik paigutada **viide kategooriasse**: toitumisalane harimine (oskused ja teadmised), toitumise nõustamine (koostööl põhinev suhe, eesmärkide ja tegevusplaanide püstitamine koordineerimine (konsulteerimine või suunamine teise tervishoiutöötaja või institutsiooni poole), elanikkonnapõhised toitumisalgatused (sekkumised, mis on mõeldud kogu elanikkonna toitumisele heaolu suurendamiseks).

Viimase sammuga **hinnatakse**, kas sekkumised on eesmärkide saavutamisel olnud edukad või vajavad muutmist. Täpsemalt on võimalik antud raamistiku kohta uurida Swan et al. (2017) artiklist.

Ajaliselt kestab esimene kohtumine tavaliselt 45 minutit kuni 1 tund (Dietitians of Canada, 2020). Järgnevad kohtumised on lühemad (alates 15 minutit), ent võivad vajadusel kesta ligi ühe tunni. Seal hinnatakse edusamme, antakse lisanõu või -informatsiooni ja kohandatakse sekkumisplaani vastavalt vahepeelsele edenemisele. Töötatakse koos kliendiga ning vastavalt tema vajadustele, eesmärkidele, võimalustele ja võimekusele. Kohtumised võivad toimuda ka veebis või telefonitsi. Kohtumiste arv varieerub ja sõltub kliendi vajadustest. Minimaalne nõustamiste arv on üldiselt 3-8 kohtumist, krooniliste haiguste või multiprobleemsete patsientide puhul on tarvis pikaajalist, mõnikord terve elu kestvat nõustamistuge. Keerukamate patsientide puhul kasutatakse sekkumiste kombinatsiooni: nii nõustamist kui näiteks eraldi disainitud kompleks-sekkumisi (kestus u 2 aastat). Nõustamissessioonide vahele jääb tavaliselt 4–6 nädalat.

Dietoloogi töö toetamiseks on olemas palju nõuandeid, tööriistu ja infomaterjale. Need võivad erineda sõltuvalt sihtrühmast, kliendi terviseseisundist, haigustest ja/või toitumisest. Ekspertintervjuus toodi välja neist rohkem kasutatavad:

- veebipõhine andmebaas, mis võtab kokku praktikapõhiseid tõendeid toitumise kohta (*Practice-based Evidence in Nutrition (PEN)* (Dietitians of Canada, 2023a));
- kognitiiv-käitumisteraapial põhinev programm *Craving Change*, mille eesmärk on aidata inimesel mõista ja käsitleda oma probleemseid söömiskäitumisi ja söömisega seotud ihasid (Craving Change Inc, 2023);

- Kanada dietoloogide (*Dietitians of Canada*) kodulehele koondatud materjalid dietoloogidele (Dietitians of Canada, 2023b);
- Toitumis- ja Toitumisteaduste Akadeemia (*Academy of Nutrition and Dietetics*) loodud EatRight.org kodulehele koondatud infomaterjalid (raamatud, juhised, veebiseminarid, treeningsertifikaadid) (Academy of Nutrition and Dietetics, 2023);
- Kanada alatoitumuse töörühma (*Canadian Malnutrition Task Force*) koostatud toitumisraviteekonnad ning alatoitumuse diagnoosimise tööriist (Canadian Malnutrition Task Force, 2021);
- kliinilised ravijuhised erinevate seisundite jaoks, nt toitumisteraapia juhised ülekaalulisuse puhul (Brown et al., 2022) või diabeedi puhul (Sievenpiper et al., 2018);
- Esmatasandi Dietoloogide Ühingu (*Primary Care Dietitians' Association*) kodulehel olevad materjalid patsiendile (Primary Care Dietitians Association, 2022).

Konkreetsema tervise seisundi käsitlemiseks esmatasandi tervishoius on *Obesity Canada* huvikaitse organisatsioon välja töötanud põhjalikud ravijuhised ja materjalid selle kohta, kuidas käsitleda ülekaalulisi patsiente (Obesity Canada, 2020). Põhifookus on 5A raamistikul ja interdistsiplinaarsetel meeskondadel. **5A raamistik koosneb viiest sammust:** patsiendilt loa küsimine, et arutada tema kaaluga seotud teemasid; ülekaalulisusega seotud riskide ja kaalutõusu potentsiaalsete põhjuste hindamine; ülekaalulisuse riskide osas nõustamine, kaalukaotusega seotud kasude ja ravivõimaluste arutamine; realistlike eesmärkideni jõudmine ja konkreetse plaani koostamine; patsiendi toetamine barjääride ja ülekaalulisuse põhjustega tegelemisel, pakkudes hariduslikku teavet ning suunates teda teiste teenusepakkujate poole, samuti järelkontroll (kas muutused on aidanud eesmärke saavutada; Obesity Canada, 2021). Teised teenusepakkujad võivad olla tervisemeeskonna teised liikmed (õed, dietoloogid, psühholoogid, sotsiaaltöötajad, spordipsühholoog, kirurg) ning nende valik peaks sõltuma patsiendi ülekaalulisuse põhjustest, barjääridest ja komplikatsioonidest.

Obesity Canada ülekaaluliste patsientide ravijuhise kohaselt käsitletakse ülekaalulisust kui kroonilist haigust, millele ei ole olemas ühte kõigile inimestele sobivat raviplaani. Samuti mõjutavad inimeste tervist oluliselt sotsiaalmajanduslikud elutingimused (*social determinants of health*; WHO, 2023). Ravi tuleks seetõttu planeerida vastavalt inimesele, tema ülekaalulisuse põhjustele ning barjääridele. Toitumise ja liikumisega seotud eesmärgid peaksid olema realistlikud, ühiselt püstitatud ning sobituma inimese väärtustega, kultuurilise ja sotsiaalse taustaga. Eesmärkide saavutamist saab toetada psühholoogiliste, farmakoloogiliste ja vajadusel kirurgiliste sekkumistega. Põhiline fookus ei tohiks olla kaalulangusel, vaid tähtis on tervise ja heaolu paranemine.

Kanadas oli sealse tervise teabe instituudi kohaselt 2021. aastal 12 680 registreeritud dietoloog (Canadian Institute for Health Information, 2021). Dietoloogiks saamine eeldab toidu ja toitumisteaduste bakalaureuseõppe edukat läbimist akrediteeritud ülikoolis, juhendatud praktika läbimist ning edukat Kanada dietoloogide või toitumisterapeutide kutseregistri (*Canadian Dietetic Registration*) eksami sooritamist või dietoloogide nõuetele vastamist (Aboueid et al., 2021). Enamikul esmatasandi tervishoius töötavatel registreeritud dietoloogidel on omandatud täiendavad pädevused või sertifikaadid (kognitiiv-käitumisteraapia, intuiitiivne toitumine, düsfaagia, alatoitumine, imetamiskonsultandid, personaaltreenerid, sertifitseeritud diabeedi juhendajad, bariaatria koolitajad, erialakoolituste tunnistused). Näiteks Ontario provintsis töötavatest registreeritud dietoloogidest oli 87%-l olemas lisapädevused ning 40%-l magistrakraad (Dietitians of Canada, 2018b). Ekspertintervjuus kirjeldati dietoloogide haridust kui kombinatsiooni teadmistest toitumise ja tervise, aga ka psühholoogia, nõustamise ja sekkumise, kogukonna- ja sotsiaaltöö ja sotsiaalmajanduslike erisuste alal.

Kanada süsteemi **tugevuseks** on interdistsiplinaarsed meeskonnad, mis võimaldavad vastata patsientide kaebustele ja vajadustele efektiivselt ja paindlikult. Samuti toetatakse teenuse pakkumisel

ühistele põhimõtetele ja raamistikele, mis ühtlustab teenuse kvaliteeti ja pakub dietoloogidele tuge. Näited raamistikest: Kanada toitumissoovitused (Health Canada, 2019), toitumisoõustamise raamistik (Swan et al., 2017), ülekaalulise ravijuhis (Obesity Canada, 2020). Välja on töötatud ka palju toitumise ja toitumisoõustamisega seotud lisamaterjale, mis aitavad pakkuda kvaliteetset ja tõenduspõhiste praktikatega kooskõlas teenust ning patsiendil eluviisimuutust tulemuslikult ette võtta. Samas võivad dietoloogid kasutada kutsenõuetega kooskõlas olevaid enda valitud materjale. Välja saab tuua ka kaalu teemal stigmatiseerimist vähendavaid ja teadlikkust kasvatavaid lähenemisi ning materjale, samuti tugevaid huvikaitseorganisatsioone. Lisaks on dietoloogidele kehtestatud selged erialased nõuded ning nende koolitamiseks on olemas akrediteeritud õppekavad ülikoolides.

Kanada süsteemi puhul saab välja tuua ka mõned **probleemkohad**. Esiteks on esmatasandi tervishoius puudus registreeritud dietoloogidest, mis piirab eriti äärealadel või maapiirkondades elavate inimeste ligipääsu teenusele. Teiseks on esmatasandi töötajate (k.a dietoloogide) toitumisoõustamise teadmised ja oskused erinevad (Wynn et al., 2010), kuna mitmed praktikad omandatakse vabatahtlike täienduskoolituste raames. Paljud esmatasandi teenuseosutajad (perearstid, õed) ei saa meditsiinilist haridust omades piisavalt toitumisalaseid teadmisi. Samuti on esmatasandi tervishoiutöötajatel vähe aega ja see takistab põhjaliku toitumisoõustamise läbiviimist. See kõik võib viia teenuse kvaliteedi kõikumiseni ning tervisealase ebavõrdsuseni. Kanada süsteemis ei paista olevat ühist lähenemist prioriteetsetele sihtrühmadele ja nende tuvastamisele. See võimaldab ühelt poolt pakkuda teenuseid kõigile huvilistele, ent on tõenäoliselt kulukas.

2.1.2 Sloveenia

Sloveenias on riiklik tervisekindlustus, mis katab enamiku avalikest terviseteenuse kuludest. Lisaks on laialt kasutusel vabatahtlikud erakindlustusskeemid, millega kaetakse avalike terviseteenuste omaosalust/visiiditasusid (OECD, 2021). Sloveenia terviseministerium vastutab tervishoiu planeerimise ja reguleerimise eest, haiglavõrku haldab riik. Esmatasandi tervishoiusüsteemi eest vastutavad kohalikud omavalitsused ning loodud on kogukondlikud tervisekeskused, kus lisaks esmatasandi tervishoiuteenustele viiakse läbi ka kogukondlikke rahvatervise algatusi ja sekkumisi (OECD, 2021). Tervishoiuteenuste väljatöötamises ja pakkumises mängib suurt rolli Sloveenia Riiklik Rahvatervise Instituut (*Slovenian National Institute of Public Health*).

Sloveenias loodi 2002. a südame- ja veresoonehaiguste vastaseks võitluseks ja varajaseks avastamiseks riiklik programm *National Programme for Primary Prevention of Cardiovascular Diseases*. Ühe olulise tegevusena alustati programmi „Koos tervise nimel“ („*Together for Health*“), mis keskendus südame- ja veresoonehaiguste ennetamisele ja varajasele märkamisele ning hõlmas sõeluuringuid ning sekkumisi eluviisimuutusteks nii inimese kui kogukonna ja elanikkonna tasemel. Eraldi pöörati tähelepanu suurema regionaalse mahajäämusega Pomurje regioonile (*ibid.*). Programm kestab senini, kuigi strateegiaid ja meetodeid on vahepeal uuendatud.

Vastavalt programmile käivitati 2002. aastal riiklik südame- ja veresoonehaiguste sõeluuring, kuhu kutsuti kõiki 45–70-aastaseid naisi, 35–65-aastaseid mehi ning südame-veresoonehaiguse riskirühmi (riski ennustajad on näiteks alkoholi ja tubaka tarvitamine, ülekaal, kõrge vererõhk, diabeet) (Fras, 2015). Sõeluuring hõlmas kirjaliku ankeedi täitmist, ankeedi põhjal välja valitud inimeste tervisekontrolli ning selle põhjal sekkumisplaani loomist ning individuaal- ja grupisekkumiste pakkumist (Zakotnik et al., 2007). Perearstikeskustele pandi kohustus viia läbi sõeluuringuid vaadeldavast rahvastikust umbes 20% inimeste seas aastas (Fras, 2015). Kõik uuringud ja programmid on riiklikku tervisekindlustust omavatele inimestele tasuta (*The National Health Insurance Fund, NHIF*). Perearstikeskused said ennetavate tervisekontrollide läbiviimise innustamiseks täiendava rahastuse.

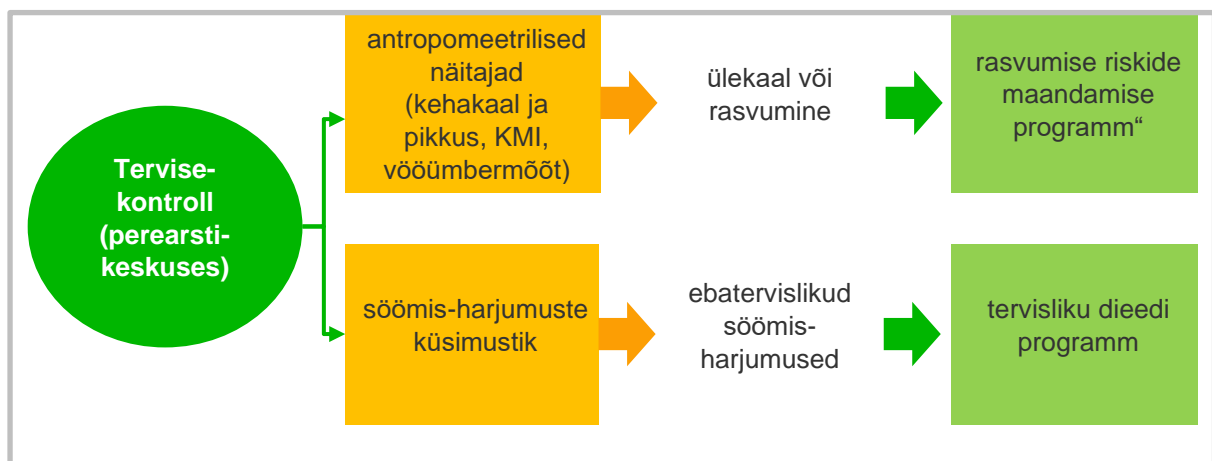
Olulist osa programmis mängisid 2002. a omavalitsustesse ja perearstikeskuste juurde loodud 61 tervisedenduskeskust (*Health Promotion Centers*), mille põhiroll oli pakkuda eluviisioõustamist peamiste mittenakkushaiguste vastu, kombineerides ja individuaalseid lähenemisi. Keskused viisid ja viivad senini kogukonnas läbi erinevaid toitumis- ja liikumisalaseid programme. Individuaalseid

lühinõustamisi suitsetamisest ja alkoholi liigtarvitamisest loobumiseks viisid läbi perearstid (Zakotnik et al., 2007). Keskustes töötasid interdistsiplinaarsed meeskonnad, kuhu kuulusid arstid, õed ja sageli ka füsioterapeudid, psühholoogid jt tervise spetsialistid. Kõik meeskonna liikmed läbisid temaatilise, riikliku programmi raames organiseeritud täienduskoolituse (Fras, 2015).

Individuaalnõustamine hõlmas vähemalt viit 15-minutilist sessiooni patsiendi kohta. Grupisekkumistena pakuti 2–4 korda toimuvaid kuni 95-minutilisi töötubasid sagedusega kord nädalas kolmel teemal: tervisedendus, liikumine, riskifaktorid. Pikemaajalised töötoad hõlmasid 4–12 korda toimuvaid 1–1,5-tunniseid töötube sagedusega kord nädalas kuni kord kuus erinevatel teemadel: tervislik kaalulangetus, tervislik toitumine, kehaline aktiivsus ning suitsetamisest loobumine (Fras, 2015).

Sloveenia programm toimib 2023. a nii, et perearstikeskuste ning pereõdede ja -arstide roll on pakkuda inimestele varajasele märkamisele suunatud tervisekontrolli ning suunata riskis patsiendid tervisedenduskeskusesse tasuta toitumis- ja eluviisinõustamise programmidesse (Joonis 3). Ennetava tervisekontrolli vanusepiiri on langetatud ning täiskasvanuid kutsutakse sõeluuringutesse alates 30. eluaastast (riskirühmi varem) ning seejärel iga viie aasta järel (*The National Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2023*). Lisaks täiskasvanutele pööratakse aktiivset tähelepanu ka lastele ja nende peredele, ent laste tervist ja toitumist jälgivad lastearstid.

Joonis 3. Sloveenia toitumisnõustamise programmid „Tervislik toitumine“ ja „Rasvumise riskide maandamise programm“ ning vajaduse hindamine

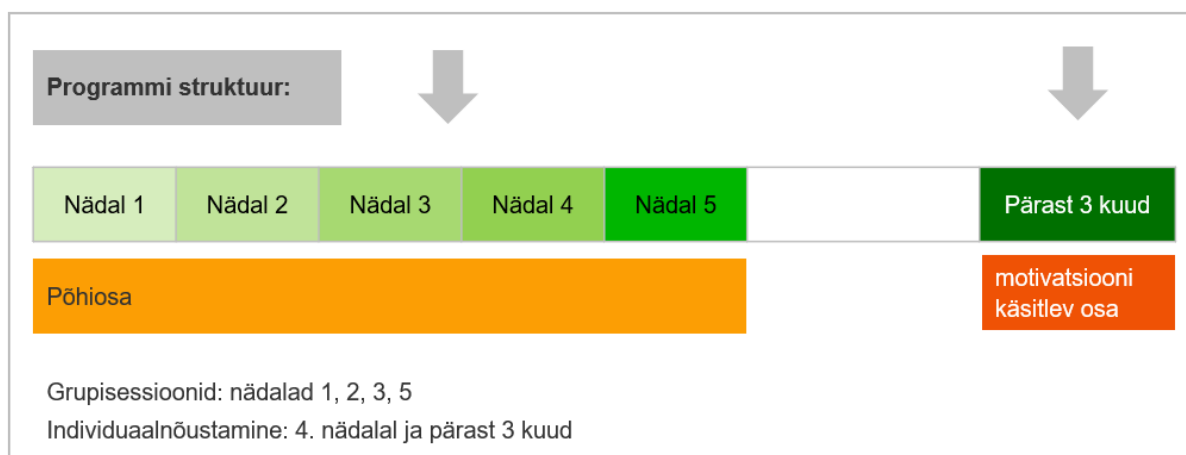


Tervisedenduskeskused pakuvad toitumise ja eluviisi muutmiseks kahte 8-liikmelistes gruppides toimuvat programmi: **rasvumise riskide maandamise** („*Obesity Management Programme*“) ja **tervisliku toitumise** („*Healthy Diet*“) programm. Programmid käsitlevad tervisliku toitumise, kehalise aktiivsuse, stressi maandamise ja une teemasid. Osalejate jaoks on välja töötatud pabermaterjalid, senini digitaalseid abivahendeid ei ole. Samas kasutavad erinevaid digitaalseid abivahendeid programmi läbiviijad, näiteks energiavajaduse arvutamiseks.

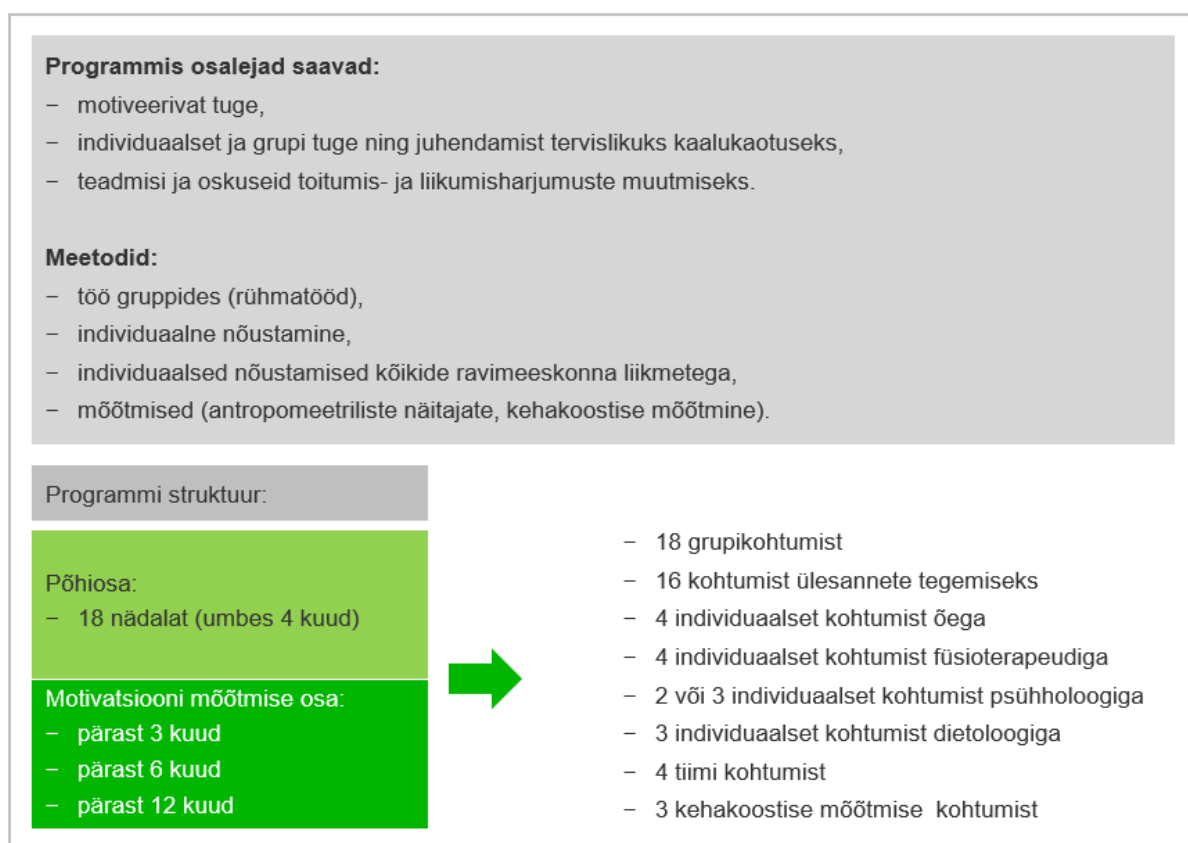
Tervisliku toitumise programmi suunatakse ebatervislike söömisharjumustega normaalkaalus või kergemas ülekaalus (KMI 25–27.5), krooniliste haiguste riskis või juba krooniliste haigustega inimesed. Suunamise vajaduse tuvastamiseks tuleb täita söömisharjumuste küsimustik. Programmi eesmärk on pikaajaline söömisharjumuste muutus ning 8-liikmelises grupis omandatakse teadmisi tervisliku toitumise kohta. Programmi juhivad kas dietoloog või vastava väljaõppega õde. Programmis võivad osaleda ka patsiendi pereliikmed ning see hõlmab ka nõustamist ja motivatsiooniga tegelemist (**Error! Reference source not found.**).

Sloveenias ei ole eraldi programme või sekkumisi taimetoitlastele, teemat käsitletakse vajadusel individuaalse nõustamise abil.

Joonis 4. Tervisliku toitumise programmi ülesehitus



Joonis 5. Programm rasvumise riskide maandamiseks



Programmi rasvumise riskide maandamiseks suunatakse antropomeetriliste näitajate (kehakaal ja pikkus, KMI, vööümbermõõt) alusel ülekaalulisi või rasvunud inimesi (kehamassiindeks üle 30 või kehamassiindeks üle 27,5 ning mõne kroonilise haiguse või haigusrisi esinemine). Programmi eesmärk ei ole tingimata kaalulangetus, vaid pikaajaline eluviisimuutus. Programmi viib läbi interdistsiplinaarne meeskond, kuhu kuuluvad spetsiaalse väljaõppega õde (sageli meeskonna juht), dietoloog, füsioterapeut, psühholoog ja arst. Grupikohtumised kestavad 4 kuud, programmis on ka erinevad individuaalsed nõustamisest kõikide meeskonna liikmetega. Motivatsiooni käsitlevad kohtumised toimuvad ka 3, 6 ja 12 kuud pärast programmi (Joonis 5).

Ekspertintervjuude järgi koolitatakse programmimeeskonna liikmeid Sloveenia Riikliku Rahvatervise Instituudi poolt erinevate koolitusmoodulite abil. Pereõed perearstikeskuses on läbinud 2,5-päevase

koolituse, programmi juhtivad õed aga umbes 25-päevase koolituse. Teiste meeskonnaliikmete puhul sõltub koolitusvajadus nende erialast. **Dietoloogid on saanud oma väljaõppe kas bakalaureuse- või magistriõppes ning läbivad samuti lisakoolituse.** Ekspertide hinnangul ei ole Sloveenias dietoloogide haridusnõuded programmile veel sobivaks kujundatud, ajutiselt lahendati probleem instituudi pakutavate koolitustega.

Uuringu autoritele teadaolevalt ja intervjuueeritud ekspertide hinnangul ei ole Sloveenia programmide mõju süsteemselt ja võrdlevalt hinnatud. Samas töid intervjuueeritud väliseksperdid välja, et tervisedendusekeskuste programmi tulemusi mõõdetakse programmi lõpus ning tulemused näitasid, et osalejate toitumis- ja liikumisharjumused ning tervisenäitajad paranesid võrreldes sõeluuringu tulemustega. Tegemist ei ole aga kliinilise uuringuga.

Pärast tervisedenduskeskuste 15 tegutsemisaastat on Sloveenias aga enam kui poolel elanikkonnast hinnatud südame- ja veresoonehaiguste riskifaktoreid. Tervisedenduskeskuste programmides osales 15 aasta jooksul (2007–2015) 50 000 inimest. Samaaegselt langes enneaegne suremus südameveresoonehaigustesse aastatel 2007–2015 Sloveenias 19% (327-lt 266-le 100 000 inimese kohta; Fras, 2015).

Sloveenia praktikate **tugevuseks** on laiahaardeline, tervet elanikkonda kaasav mitmetasandiline lähenemine. Sõeluuringu korraldus võimaldab küsimustiku abil suuremas haigusriskis inimesed üles leida, samal ajal valides sõeluuringusse juba suuremas riskis inimesed. Tervisedenduskeskused kannavad kogukonnas laiemat rolli tervisliku eluviisi toetamisel koostöös omavalitsustega. Sekkumisprogrammid on kujundatud suuremate prioriteetsete sihtrühmade vajadusi silmas pidades ning sinna suunamiseks on lihtsad ja selged kriteeriumid. Väiksemas grupis koos töötamine on kuluefektiivne, aga ka grupi tuge võimaldav meetod. Sekkumistega tegeleb interdistsiplinaarne meeskond, kuhu on kaasatud erinevaid vajalikke kompetentse, näiteks ka psühholoogia ning liikumise teemadel. Ekspertide väljaõpe on lahendatud vajaduspõhise moodulkoolitusega.

Sloveenia lähenemisel on ka mõned **probleemkohad**. Programmi ei ole tervikuna süsteemselt hinnatud ja seega ei ole usaldusväärseid andmeid programmi või selle osade tulemuslikkuse kohta. Kuigi inimestega töötavad mitmed spetsialistid, vajab dietoloogiline haridus edasist tähelepanu.

Üleriigiline ja nii laialdane sõeluuring ei pruugi olla kuluefektiivne meetod riskirühmade tuvastamiseks. Positiivne on, et eluviisinõustamise sekkumisprogrammidesse suunamiseks on selged instrumendid ja mõõdikud. Kuigi ekspertintervjuudes mainiti just harjumuste ja tervise parandamisele suunatud sekkumisprogrammide eesmärgi, jätavad hindamismõõdikud ja programmi nimi mulje võimalikust ülekaalu stigmatiseerimisest sihtrühma vaates. See aga ei pruugi eluviisimuutusele või programmi sisenemisele kaasa aidata. Selles osas on eeskujulikum Kanada lähenemine.

2.1.3 Soome

Soome tervishoiusüsteem põhineb avalikel tervishoiuteenustel, millele on õigus kõigil riigis alaliselt elavatel inimestel. Riiklikku tervishoidu rahastatakse riigi maksutuludest ja kohustuslikust **sotsiaalkindlustussüsteemist**. Ambulatoorsed ravimid (*outpatient medicines*), tervishoiuteenuste saamisega seotud reisikulud, rasedus- ja sünnituspuhkus ning haiguspuhkuse hüvitised on riikliku **ravikindlustussüsteemi** osa. Samuti katab see poole tööandja kohustuslikest tervishoiukuludest ja hüvitab teatud protsendi teenustest, mida sagedamini osutab erasektor. Erakindlustuse roll on viimasel kümnendil pidevalt kasvanud. Lisaks avaliku sektori poolt pakutavale oli täiendav eraravikindlustus 2019. aasta lõpus enam kui 22%-l soomlastest (MinnaLearn, 2023). Lisaks avalikele tervishoiuteenustele ja eratervishoiuteenustele pakuvad töötajatele töötervishoiuteenuseid ka tööandjad (töötervishoiuarstide süsteem).

Soomes tegutseb alates 1954. aastast **riiklik toitumisnõukogu** (*Valtion ravitsemusneuvottelukunta*), mille eesmärk on jälgida soomlaste toitumist ja tervist ning anda toitumissoovitusi elanikkonna tervise

parandamiseks. Kui esialgu keskendus nõukogu toitumisalaste puuduste kõrvaldamisele (nt andes soovitusi lisada soolale joodi, et vältida kilpnäärme suurenemist, ja margariinile A- ja D-vitamiini, et ei tekiks pimedas nägemise häireid ja rahhiiti), siis viimastel aastakümnetel on peamiseks väljakutseks muutunud pigem liigsest või valet tüüpi toidu tarbimisest tingitud terviseprobleemide leevendamine. **Suurimad väljakutsed rahvatervises on praegu seotud ülekaalulisuse ja II tüüpi diabeedi levimusega nii täiskasvanute kui ka laste seas.** Samuti on oluliseks eesmärgiks südameveresoonkonna haiguste ennetamine toitumise kaudu (Finnish Food Authority, 2021).

Soome üheks **tugevuseks** peetaksegi **laialdasi teadmisi toitumisprobleemidest ja nende põhjustest**. Need teadmised on saavutatud regulaarsete seiresüsteemide ja pikaajaliste epidemioloogiliste uuringutega. Toitumisenõukogu uuendab jooksvalt oma toitumissoovitusi (alates 2005. aastast ka liikumissoovitusi) tervele elanikkonnale ning teised spetsialistide rühmad annavad erisoovitusi konkreetsetele sihtgruppidele (nt beebid ja eelkooliealised, kooliealised, rasedad ja imetavad emad, vanemaealised, taimetoitlased, spetsiifiliste toitumispiirangutega (nt diabeet, tsöliaakia, laktoositalumatus, lehmapiimavalgu-allergia) inimesed).

Tervis on Soome riiklikes strateegiadokumentides olulisel kohal ja vastava poliitika elluviimisega tegelevad ühiselt sotsiaal- ja tervise- ja haridusministeerium, haridusministeerium ning põllumajandus- ja metsandusministeerium. Nii ametivõimud, organisatsioonid ja ettevõtted kui ka tööstus teevad omavahel koostööd. Kooliealistest 70–90% ja tööealistest kolmandik sööb vähemalt ühe söögikorra päevas kas kooli- või töökoha sööklas. Seega on **väga oluline toitlustusasutuste roll**: see, et toidukohad pakuvad tasakaalustatud ja tervislikku toitu, on viimastel kümnenditel avaldanud soomlaste tervisele olulist mõju. Kooli- või töökoha sööklas einestavate inimeste toiduvalik on lähedasem riiklikele toitumissoovitustele kui neil, kes ei söö toitlustuskohas (Raulio et al., 2010). Samuti on tervislike toiduvalikute kättesaadavust parandatud seadusandluse abil, nt piirates koolides mittevajalike näkside kättesaadavust ja pakkudes nende asemel tervislikemaid alternatiive (Pietinen et al., 2010).

Soome ennetus- ja rahvatervise programmid tuginevad riiklikele toitumissoovitustele, mille on välja töötanud riiklik toitumisenõukogu ja Soome Terviseamet. Soovitused põhinevad teaduslikel uuringutel ning on kohandatud vastavalt erinevatele elanikerühmadele, sh lastele, rasedatele ja vanemaealistele. Lisaks toitumissoovitustele pakub süsteem ka erinevaid tööriistu ja materjale, mis on toeks nii toitumisenõustajatele kui aitavad tavakodanikel oma söömisharjumusi paremini jälgida. Näiteks on olemas **toidupäevikud ja toitainete kalkulaatorid**, mis aitavad jälgida toitumise kvaliteeti ja tagada vajalike toitainete piisava tarbimise. Toitumisenõustamist pakutakse erinevatele elanikerühmadele, sh lastele, noortele, rasedatele ja vanemaealistele. Nõustamise käigus antakse individuaalseid soovitusi ja juhiseid tervislikumaks toitumiseks ning toitumisega seotud haiguste ennetamiseks.

Muuhulgas sisaldavad toitumissoovitused juhiseid **taimetoitlastele ja veganitele**. Soome on üks kõrgeima taimetoitlaste ja veganite osakaaluga riike Euroopas: taimetoitlasi on u 12% ja veganeid u 3% elanikkonnast. Taimetoitlusesse ei suhtuta kui millessegi tavapärasest erinevasse ning ka riiklikud soovitusel ütlevad, et tasakaalus toit võib olla nii lihal kui ka taimsetel saadustel põhinev. Samuti leitakse, et hoolikalt koostatud veganmenüü sobib ka rasedatele ja imetavatele naistele, lastele ning noortele. Kuna taimetoitlus ja veganlus on Soomes suhteliselt levinud, ei eeldata, et vaid taimetoitlaseks olemine tähendaks vajadust toitumisenõustamise järele. Erandiks on mingi haigusega haiglasse jõudnud patsiendid. Veganitel on teistest suurem risk B12- ja D-vitamiini, tsingi- ja kaltsiumivaeguse tekkeks ning sealt edasi osteoporoosi ja alatoitumiseni jõudmiseks. Lisaks võib suureneda rauavaegusaneemia oht. Toitainete piisavuse hindamiseks on haiglasse sattudes vajalik toitumisterapeudi konsultatsioon. Isegi kui patsient on pikka aega järginud toitaineliselt piisavat vegantoitumist, võib haigus muuta toitainete vajadust või nõrgendada mõne toitainete imendumist.

Soomes on ülekaalulisus kasvav probleem kõigis vanusegruppides. Ülekaalulisel on 72% üle 30-aastastest meestest ja 63% sama vanadest naistest. Seejuures on 26% meestest ja 27% naistest rasvunud. Ka laste seas on ülekaalulisus levinud: 2–6-aastastest poistest oli 2017. a seisuga

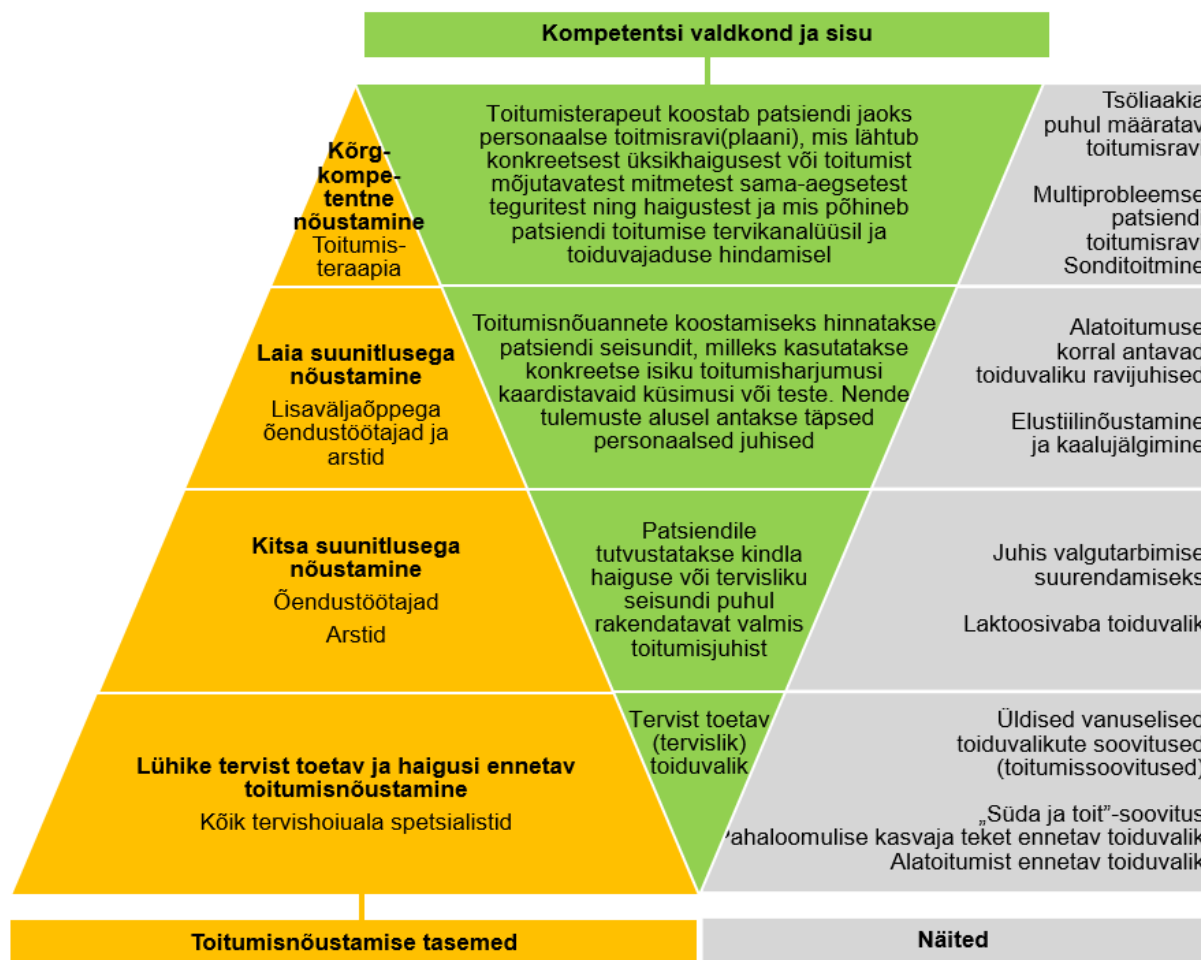
ülekaalulisi 27% ja tüdrukutest 17%, rasvunud oli 8% poistest ja 4% tüdrukutest (Kuusipalo, 2021). Seetõttu on **peamised sihtrühmad, kellele toitumisnõustamist pakutakse, ülekaalulised ja diabeeti põdevad inimesed**, aga ka rasedad, lapsed ja vanemaealised. Veel tuuakse välja inimesi, kellel on **probleeme seedimisega** (ärritunud soole sündroom, põletikulised soolehaigused, tsöliaakia). Toitumisnõustamise eesmärk on aidata inimestel omandada tervislikumad toitumisharjumused ja kontrollida kaalu (MantraCare, 2023).

Toitumisnõustamist saab Soomes käsitleda mitmetasandilisena (vt Joonis 6). Sissejuhatavalt annab toitumissoovitusi perearst, kuid enamasti suunab ta patsiendi edasi õe, diabeediõe, õest toitumisnõustaja või spetsiifilise probleemi korral (nt söömishäired, haiguste tõttu raskendatud söömine vms) toitumisterapeudi juurde. Soomes kasutatakse igapäevakeeles tihtipeale termineid toitumisnõustaja, -terapeut, -treener, -ekspert jms segiläbi, viidates inimestele, kes annavad toitumisalaseid juhiseid. Suurimat segadust tekitavad tavaliselt toitumisterapeudi (dietoloogi) ja toitumisnõustaja nimetus. (Ristimäki, 2020)

Toitumisterapeut (*ravitsemusterapeutin* soome keeles) on magistrikraadiga terviseteaduste spetsialist, kes tunneb inimese füsioloogiat, söömiskäitumist ja toitumist. Kraadi saamiseks on vaja 300 ainepunkti ja õpe kestab 3+2 aastat. (Ristimäki, 2020) Magistriõppesse võib astuda ka mõne muu valdkonna bakalaureusekraadiga pärast nõutud lisaõpingute läbimist ja sisseastumiseksami sooritamist. **Toitumisteraapia on Soomes litsentseeritud tegevus**. Et osutada toitumisteraapia teenust või nimetada ennast toitumisterapeudiks (*registered dietitian; nutritionist*), tuleb taotleda *Valvira* (*National Supervisory Authority for Welfare and Health* Soome Sotsiaal- ja Tervishoiuamet) tegutsemisluba. Litsentseeritud professionaalid registreeritakse *Terhikkis* (keskne tervishoiutöötajate register). **Litsentsiga toitumisterapeut** (kliiniline toitumisspetsialist) on ainuke tervishoiutöötaja, kellel on toitumisalane kõrgharidus. Toitumisterapeudid viivad läbi haiguspuhust toitumisnõustamist.

Toitumisnõustaja (*ravintoterapeutin* soome keeles) koolitus on 108 ainepunkti ehk u kolmandik toitumisterapeudi kraadi mahust. Toitumisnõustajaks saab 3–3,5 aastaga. Samas ei ole toitumisnõustaja tegevusvaldkond kuidagi kontrollitud ning selle ametinimetuse all tegutsevate isikute üle ei toimi mingit järelevalvet. (Ravitsemusterapeutti, 2023) Õdede ja arstide baaskoolituses on toitumistemaatika vähe ja oskuste süvendamiseks on vaja täiendusõpet. Toitumisalase täiendkoolituse läbiviimisel võivad õed läbi viia laiema suunitlusega toitumisnõustamist.

Joonis 7. Toitumisnõustamise ja -teraapia tasemed Soomes



Eesti kutsestandardi mõistes **toitumisnõustamise teenust osutavad lisaväljaõppega õed perenõuandlates** (sisuliselt esmatasandi tervisekeskused). Võimalik on pöörduda ka tasuta erasüsteemi toitumisnõustaja juurde. Lisaks on haiglate juures toitumisterapeutid, kes enamasti tegelevad tõsisemate juhtumitega (nt patsiendid, kellel erinevate haiguste tõttu on söömine raskendatud).

Toitumisalane juhendamine on mitut professionaali hõlmav **meeskonnatöö**. Oluline on see, et patsienti raviv tervishoiutöötaja tunneks ära, mis ulatuses juhendamist inimene vajab ja teaks, kuidas toetada patsiendis motivatsiooni tärkamist. Soomes on olemas juhend (*ravitsemushoitosuositus*), mille põhjal perearstid ja -õed saavad otsustada, kas suunamine toitumisnõustaja või -terapeudi juurde on vajalik (nt rasvumine, bariatrilisele operatsioonile minek, soolepuudulikkus jne on piisavad põhjused toitumisterapeudi juurde suunamiseks). Toitumisterapeudi juurde pääseb:

- tervisekeskuse arsti või õe saatekirjaga;
- haigla või polikliiniku arsti saatekirjaga;
- töötervishoiuarsti või -õe saatekirjaga.

Riiklikus süsteemis (perenõuandlates, haiglates) on teenus ravikindlustusega patsientidele tasuta. Eratoitumisterapeudi juurde saab aja broneerida ilma saatekirjata. (RTY, 2023) Haiglate juures olevate toitumisterapeutide ülesandeks on muuhulgas ka **patsientide lähedastest** koosnevate rühmade koolitamine.

Registreeritud toitumisterapeudid pakuvad järgmisi teenuseid:

- nõustamine toiduvalikute ja toitumisjuhiste osas,
- juhendamine kehalise aktiivsuse suurendamiseks,
- abi toitumiskordade planeerimisel,
- abi kaalulangetamisel või kaalu kontrollimisel,
- abi toidust tingitud haiguste ennetamisel või ravimisel. (MantraCare, 2023).

Kõige lihtsama **toitumisalase vestluse** eesmärk on suurendada patsiendi teadlikkust tervist edendavast dieedist või toitumise tähtsusest haiguse ravis ning tõsta motivatsiooni. Sellist vestlust võivad läbi viia kõik tervishoiutöötajad. Toitumisest räägitakse üldisel tasandil ilma individuaalsete suuniste andmiseta. See võib olla näiteks vestlus, kus taldrikureegli ja toidupüramiidi abil julgustatakse patsienti regulaarselt ja mitmekülgset sööma. Lisaks saab patsienti suunata täpsemaid juhendmaterjale kasutama. Arutelu võib esile tuua vajaduse konkreetsema nõustamise järele ja sel juhul suunatakse patsient edasi kas toitumisnõustaja või -terapeudi juurde.

Ulatusliku toitumisnõustamise puhul, mida viib läbi toitumisnõustaja (lisaväljaõppega õde) võetakse arvesse patsiendi varasemaid toitumisharjumusi, eelistusi, väärtushinnanguid, kliinilist seisundit (nt toitmisseisund) ja toitumisvajadusi. Seisundi hindamiseks kasutatakse lihtsaid toidutarbimise küsimusi või teste. Nendest lähtuvalt seatakse eesmärgid. Nõustamine algab toitumisel juba hästi minevate asjade esiletõstmisega ja julgustamisega neid säilitada. Laiaulatuslik toitumisnõustamine eeldab, et nõustaja omab piisavalt toitumisalaseid teadmisi ja suudab seda teavet kliendile antavates toitumisjuhistes rakendada.

Toitumisnõustaja kohtumised kliendiga toimuvad valdavalt näost näkku, kuid koroonaajal hakati üha enam kohtumisi tegema ka veebi teel. Toitumisnõustamist vaadatakse kui dialoogi, kus eesmärgid seatakse koos patsiendiga. Alustuseks pannakse paika 1–2 eesmärki. Eluviisimuutuste elluviimiseks on enamasti vaja mitut kohtumist 6–12 kuu jooksul. Edukas nõustamine eeldab nõustajalt nii toitumisalaste teadmiste edasiandmist kui ka söömiskäitumise ja selle muutmise seotud psühholoogiliste mehhanismide/tegurite mõistmist. Juhendamisel kasutatakse **motiveerivat intervjuerimist** ning võetakse arvesse patsiendi valmisolekut oma söömisharjumusi muuta.

Toitumisnõustaja vastuvõtt kestab uuringus osalenud ekspertide sõnul tavaliselt ühe tunni (see sisaldab ka paberitööd), laste puhul 45 minutit. Vahel piisab ühest kohtumisest, kuid näiteks tsöliaakia puhul on vaja minimaalselt kahte korda, sest oluline on näidata ka sobivaid tooteid jne. Vahel tehakse teine kohtumine telefoni teel. Kui on keerulisemad juhtumid, siis kohtutakse 2–4 korda.

Ülekaaluliste puhul püütakse neid koondada **gruppidesse**, mis kohtuvad kuus korda. Sama lähenemist kasutatakse söömishäirega inimeste (nt anorektikute) puhul. Kohtumiste vahel peavad inimesed täitma toidupäevikut. Samamoodi gruppides pakutakse mõningaid toitumisnõustamise teenuseid haiglate juures, näiteks nn **orienteerumispäevadel**, mil patsient ja tema pereliikmed saavad infot mitmelt erinevalt tervishoiutöötajalt.

Ühe innovaatilise lahenduse näitena on Soomes kasutatud **HealthyWeightHub.fi** platvormi, millel on veebipõhine ülekaalu vähendamise programm **HealthyWeightCoaching** (HWC). HWC on 12-kuuline sekkumine ülekaalulistele täiskasvanutele (kehamassiindeksiga üle 25). Programm on kombinatsioon toitumisest, füüsilisest aktiivsusest ja kongitiivkäitumuslikest lähenemistest, kus suur rõhk on aktsepteerimis- ja pühendumisteraapial (*acceptance and commitment therapy, ACT*). Igal osalejale on lisaks automaatselt interaktiivsele programmile ka personaalne juhendaja ehk *coach*. Patsiendid värvatakse programmi suunamisega kas esmatasandi tervishoiust, töötervishoiuarsti poolt, haiglast või

mõnest Soome erakliinikust. Programmis on nädalased moodulid erinevate harjutustega ja see on osalejatele tasuta.

Aastasele sekkumisele järgneb viieaastane jälgimisperiood. Programmi alguses, 3., 6., 9. ja 12. kuul, täidetakse ankeet tervise, elukvaliteedi ja eluviisi kohta. Kaalu märgitakse iganädalaselt. Unekvaliteedi mõõtmiseks kasutatakse *Basic Nordic Sleep Questionnaire* põhjal muudetud testi, mis sisaldab küsimusi uneaja pikkuse, väsimuse, uneapnoe ja ravimite kohta. Tervisega seotud elukvaliteeti mõõdetakse RAND36 küsimustikuga. Psühholoogilist paindlikkust mõõdetakse testiga, kus on kaaluga seotud mõtete ja tunnete kohta 22 küsimust, millele antakse hinnanguid Likert-tüüpi skaalal (*Acceptance and Action Questionnaire for Weight* (AAQW)). Programmi mõju uuriv kliiniline uuring peaks valmima 2030. aastal (Väätäinen et al., 2019). Programmi tavalise grupinõustamisega võrdlev kulu-uuring järeldas, et programm võimaldaks samade kulude juures ravida Soomes 3,8 korda rohkem patsiente kui tavaline grupinõustamine (Väätäinen et al., 2019).

Kokkuvõttes saab öelda, et Soome toitumisnõustamise süsteemi iseloomustab terviklik lähenemine, mille aluseks on riiklikud toitumissoovitused. Eesmärk on **tõsta teadlikkust laiemalt** ja püüda parandada üldiselt Soome elanike söömisarjumusi ja tervist ning ennetada toitumisest tingitud haigusi.

Soomes on **probleemiks** toitumisnõustamise teenuse ebapiisavus, s.t riiklikult ei suudeta teenust rahastada nii palju kui vaja. Seetõttu ei saa näiteks vanemaealised ja rasedad nii palju toitumisnõustamise teenust kui võiks: neid ei peeta kõige pakilisemateks sihtrühmadeks. Uuringu jaoks intervjueritud toitumisprofessori sõnul elab kaks miljonit soomlast omavalitsustes, kus pole toitumisterapeute. Haiglates on see teenus olemas, aga väiksemates keskustes mitte. Erasektoris on küll piisavalt toitumisnõustajaid, kuid nende teenus on tasuline ja tihti omavad nad väga kitsast kogemust (on spetsialiseerunud valdavalt ülekaalule). Samuti on probleemiks see, et toitumisnõustamise ja -ravi teenuste tulemuslikkuse kohta on vähe teavet. See info peaks olema nii piirkondlikul kui riiklikul tasandil sotsiaal- ja tervishoiusüsteemis kättesaadav.

2.2 Riikide praktikate sobivus Eesti konteksti

Järgnevas tabelis (Tabel 1) on välja toodud kokkuvõtlik ülevaade riikide toitumisalaste sekkumiste praktikatest ning neist tulenevad soovitused Eestis toitumisnõustamise teenuse arendamiseks. Kuna vaadeldud riikides ei ole päris võrreldavaid toitumisnõustamise praktikaid, on tabelis püütud välja tuua erinevaid lähenemisi, mida teistes riikides kasutatakse ja mida võiks kaaluda eeskujuna Eestile (st eesmärk pole niivõrd teiste riikide omavaheline võrdlemine kui Eestisse sobivate lahenduste leidmine).

Tabel 1. Ülevaade riikide toitumisalaste sekkumiste, sh toitumisnõustamisteenuste praktikast

Näitaja	Kanada	Sloveenia	Soome
Meditsiiniõdede ja arstide arv 1000 elaniku kohta (2019. a andmed)	Õdesid 9,98 Arste 2,3	Õdesid 10,28 Arste 3,3	Õdesid 14,3 Arste 3,2
	Võrdluseks: Eestis õdesid: 6,48; arste: 3,43		
Rasvunute (KMI ≥ 30) osakaal täiskasvanud elanikkonnast (2016. a andmed)	Meestest 30,5% Naistest 30,4%	Meestest 20,1% Naistest 21,9%	Meestest 24,6% Naistest 21,5%
	Võrdluseks: Eestis meestest 25%; naistest 19%		
Tervishoiukulutuste osakaal SKPst (2021. a andmed)	11,68%	9,15%	7,7%
	Võrdluseks: Eestis 7,47%		
Toitumisnõustamisteenuste üldine korraldus ja lähtekohad (sh ennetuspoliitika, riiklikud programmid jms)	<p>Dietoloogide juurde on võimalik pääseda nii läbi riiklikult rahastatud tervishoiusüsteemi kui ka tasuliste erasektori teenuste kaudu.</p> <p>Toitumisnõustamisel käsitletakse põhiliselt tervisehäireid, mis on seotud krooniliste haigustega (nt diabeet ja südame-veresoonkonnahaigused).</p> <p>Obesity Canada juhiste kohaselt käsitletakse ülekaalusust kui kroonilist haigust, millele ei ole olemas ühte kõigile inimestele sobivat raviplaani. Oluliseks teguriks on ka sotsiaalmajanduslikud tingimused. Põhiline fookus ei ole kaalulangusel, vaid tähtis on tervise ja heaolu paranemine.</p>	<p>2002. a loodi südame- ja veresoonkonnahaiguste vastaseks võitluseks ja varajaseks avastamiseks terviklik riiklik programm. Selle raames käivitati sõeluuring, kuhu kutsuti kõiki 45–70aastaseid 70-aastaseid naisi, 35–65aastaseid 65-aastaseid mehi ning teisi südame-veresoonkonnahaiguse riskirühmi, sh ülekaalulisi, kõrge vererõhuga ja diabeeti põdevaid inimesi.</p> <p>Samuti töötati välja sekkumisi eluviisimuutusteks ning avati 61 tervisedenduskeskust, kus pakutakse siiani eluviisnõustamist.</p> <p>Sloveenias pakuvad pereõed ja -arstid varajasele märkamisele suunatud tervisekontrolle ning suunavad riskiga patsiendid tervisedendamiskeskusesse tasuta toitumise ja eluviisi nõustamisprogrammidesse. Seega on rõhk varajasel märkamisel ja ennetamisel.</p>	<p>Riiklikult on välja töötatud toitumissoovitused, mis põhinevad teaduslikel uuringutel ja mida arvestavad oma töös ka toitumisnõustajad.</p> <p>Seejuures pakutakse erinevaid tööriistu ja materjale, mis aitavad inimestel oma söömisharjumusi paremini jälgida ja hinnata (nt toidupäevikud ja toitainete kalkulaatorid).</p> <p>Toitumisnõustamise eesmärk on aidata inimestel omandada tervislikumad toitumisharjumused ja kontrollida oma kaalu.</p> <p>Toitumisnõustaja ja -terapeudi juurde on võimalik pääseda nii läbi riiklikult rahastatud tervishoiusüsteemi kui ka tasuliste erasektori teenuste kaudu.</p>

Näitaja	Kanada	Sloveenia	Soome
Toitumisnõustamise ja toitumisteraapia teenuse pakkujad	Toitumisnõustamist pakuvad peamiselt registreeritud dietoloogid . Esmatasandi tervishoiuasutustes on dietoloogid üldjuhul osa interdistsiplinaarsetest tervisemeeskondadest, kus võivad olla veel arstid, õed, farmatseudid, tegevusterapeutid, füsioterapeutid, logopeedid, sotsiaaltöötajad. Dietoloogid on Kanadas tervishoiutöötajad.	Toitumisnõustamise programme pakutakse tervisedenduskeskustes, kus töötavad interdistsiplinaarsed meeskonnad, kuhu kuuluvad arstid, õed, sageli ka füsioterapeutid, psühholoogid jt tervisespetsialistid. Kõik meeskonnaliikmed läbivad temaatilise riikliku programmi raames organiseeritud täienduskoolituse. Meeskondi juhivad kas dietoloogid või täiendusõppe läbinud õed.	Toitumisnõustamist saab käsitleda mitmetasandilisena. Üldisemaid toitumisalaseid soovitusi saab anda perearst, kuid vajaduse korral suunab ta patsiendi edasi toitumisnõustaja väljaõppega õe, diabeediõe või keerulisematel juhtudel toitumisterapeudi juurde. Toitumisterapeutiks võivad end nimetada tervishoiutöötajate registris registreeritud ja 3+2-aastase toitumisalase kõrghariduse omandanud spetsialistid. Litsentsiga toitumisspetsialist on ainuke tervishoiutöötaja, kellel on toitumisalane kõrgharidus.
Nõuded toitumisnõustajale/toitumisterapeutile	Dietoloogiks saamiseks peab olema omandatud toidu ja toitumisteaduste alal bakalaureusekraad akrediteeritud ülikoolis, läbitud praktika ja sooritatud Kanada dieediregistri eksam. Sageli on dietoloogidel ka magistrikraad. Dietoloogide haridus on kombinatsioon teadmistest toitumise ja tervise, aga ka psühholoogia, nõustamise ja sekkumise, kogukonna- ja sotsiaaltöö ning sotsiaalmajanduslike erisuste kohta.	Dietoloogid on saanud oma väljaõppe kas bakalaureuse- või magistriõppes ning läbivad lisakoolituse.	Litsentseeritud toitumisterapeut peab olema registreeritud keskses tervishoiutöötajate registris. Toitumisterapeut on omandanud 3+2-aastase toitumisalase kõrghariduse.
Teenuse osutamise viis	Teenust pakutakse nii ambulatoorselt, virtuaalselt kui ka telefoni teel.	Teenust pakutakse pigem ambulatoorselt, vajadusel ka virtuaalselt või telefoni teel.	Teenust pakutakse nii ambulatoorselt, virtuaalselt kui ka telefoni teel.
Prioriteetne sihtrühm	Pole väga selget sihtrühma: teenus on mõeldud põhiliselt täiskasvanutele, vanemaealistele ja noortele peredele ehk kõikidele abivajajatele. Intervjuudes	Sõeluuringule kutsutakse al 30. eluaastast (riskirühmi juba varem) ja seejärel iga 5 aasta järel. Programmidesse sõelutakse ülekaalus	Ülekaalulised ja diabeeti põdevad inimesed, aga ka rasedad, lapsed ja vanemaealised. Samuti inimesed, kellel on probleeme seedimisega (nt ärritunud

Näitaja	Kanada	Sloveenia	Soome
	toodi sageli välja kõrget vajadust teenuse järele alates vanemast keskeast, sageli on probleemiks ka kaasuvad haigused. Ka taimetoitlased on üks sihtrühm.	või rasvunud inimesed või ebatervislikult toituvad inimesed. Tervisedenduskeskused viivad kogukondades läbi ka erinevaid ennetavaid sekkumisi ja projekte.	soole sündroom, põletikulised soolehaigused, tsöliaakia).
Kasutatavad lähenemised, programmid	Kanadas on palju raamistikke ja juhiseid toitumisharjumuste läbiviimiseks. Paljud toitumisharjutajad kasutavad oma töös toitumisravi protsessi , mis koosneb neljast sammust: toitumise hindamine, toitumisharjumuste diagnoos, toitumisharjumuste sekkumine ning selle mõju ja tulemuste hindamine.	Tervisedenduskeskustes pakutakse kaht 8-liikmelistes gruppides toimuvat programmi. Tervisekontrollis vaadatakse antropomeetrilisi näitajaid (kehakaal, pikkus, KMI, vööümbermõõt) ning täidetakse söömisharjumuste küsimustik. Ülekaalus või rasvunud suunatakse „ Rasvumise riskide maandamise programmi “, ebatervislikult toitujad „ Tervisliku dieedi programmi “. Programmis osalejad saavad teadmisi ja oskusi toitumis- ja liikumisharjumuste muutmiseks, motiveerivat tuge ning juhendamist ja toetust tervislikuks kaalukaotuseks.	Innovaatiliseks lahenduseks on ülekaaluliste täiskasvanutele HealthyWeightCoaching (HWC) programm : 12-kuuline sekkumine, kus on kombineeritud tervislik toitumine, füüsiline aktiivsus ja kognitiivkäitumuslikud lähenemised. Igal osalejal on ka personaalne juhendaja. Programmi saab suunata esmatasandilt, töötervishoiuarsti, haigla või mõne Soome erakliiniku saatekirjaga. Programm on osalejatele tasuta. Seniste hinnangute põhjal võimaldaks programm samade kulude juures ravida Soomes 3,8 korda rohkem patsiente kui tavaline grupinõustamine.
Nõustamise kestus	Esimene kord 45 min–1 h, edaspidi 15 min–1 h	Grupisekkumiste puhul 95-minutilised töötööd või 1–1,5-tunnised töötööd	1 h, laste puhul 45 minutit
Nõustamiste hulk	Varieerub, sõltub kliendi vajadustest. Minimaalselt 3–8 kohtumist, keerukamate juhtumite puhul pikaajaline nõustamine, mõnikord läbi terve elukaare. Samuti kasutatakse keerukate juhtumite puhul mitmeid sekkumisi.	Vähemalt 5 individuaalset kohtumist; grupisekkumiste puhul 2–4 korda 95-minutilisi töötube või 4–12 korda 1–1,5-tunniseid töötube.	Varieerub, sõltub kliendi vajadustest. Enamasti 2–4 korda 6 kuni 12 kuu jooksul. Ülekaaluliste grupikohtumised toimuvad 6 korda.
Süsteemi tugevused	Interdistsiplinaarsed meeskonnad , mis võimaldavad vastata patsientide vajadustele efektiivselt ja paindlikult. Teenuse pakkumisel tuginetakse ühistele, viimastel teadusuuringute	Laiahaardeline, tervet elanikkonda kaasav mitmetasandiline lähenemine. Sõeluuringu korraldus võimaldab suuremas haigusriskis inimesed üles	Riigi tasandil on laialdased teadmised toitumisprobleemidest ja nende põhjustest. Need teadmised on saavutatud regulaarsete

Näitaja	Kanada	Sloveenia	Soome
	<p>põhimõtetele ja raamistikele (nt ülekaalulisuse ravijuhis) ning kasutatakse samu tööriistu. See ühtlustab teenuse kvaliteeti ja pakub tuge nõustajatele.</p> <p>Selged erialased nõuded toitumisenõustajatele ja nende koolitamiseks on olemas akrediteeritud õppekavad ülikoolides.</p> <p>Abi on vajadusel pikaajaline.</p>	<p>leida, samal ajal valides sõeluuringusse juba suuremas riskis inimesed.</p> <p>Sekkumisprogrammidesse suunamiseks on lihtsad ja selged kriteeriumid.</p> <p>Grupisekkumised: väiksemas grupis koos töötamine on kuluefektiivne, aga samas grupi tuge võimaldav meetod.</p> <p>Sekkumistega tegeleb interdistsiplinaarne meeskond, kuhu on kaasatud erinevaid vajalikke kompetentse, sh psühholoogia ning liikumise teemadel. Ekspertide väljaõpe on lahendatud vajaduspõhise moodulkoolitusega.</p> <p>Tervisedenduskeskused viivad läbi ka ennetavaid sekkumisi, on eraldi programm mittenakkushaiguste ennetusega tegelemiseks.</p>	<p>seiresüsteemide ja pikaajaliste epidemioloogiliste uuringutega.</p> <p>Perioodiliselt uuendatud toitumis- ja liikumissoovitused tervele elanikkonnale ning erisoovitused konkreetsetele sihtgruppidele.</p> <p>Tervis(sh toitumine) on riiklikes strateegiadokumentides olulisel kohal ning strateegiaid viiakse ellu . Nii ametivõimud, organisatsioonid, ettevõtted kui ka tööstus teevad omavahel koostööd rahvatervise edendamiseks (nt toitlustuskohad jälgivad põhjalikult riiklike toitumissoovitusi). Tervislike toiduvalikute kättesaadavust on parandatud ka õigusaktide abil, nt piirates koolides mittevajalike näkside kättesaadavust ja pakkudes tervislikemaid alternatiive.</p>
<p>Probleemkohad, millega Eestis arvestada</p>	<p>Esmatasandi tervishoius on puudus registreeritud dietoloogidest, mis piirab eriti äärealadel või maapiirkondades elavate inimeste ligipääsu teenusele.</p> <p>Esmatasandi töötajate (k.a dietoloogide) toitumisenõustamisalased teadmised ja oskused on erinevad, kuna mitmed praktikad omandatakse vabatahtlike täienduskoolituste raames.</p> <p>Ei ole ühtset lähenemist prioriteetsetele sihtrühmadele ja nende tuvastamisele. See võimaldab ühelt poolt pakkuda teenuseid kõigile</p>	<p>Laialtuluslik sõeluuring on kulukas, samas pole veel teada selle tulemuslikkust. Lisaks ei pruugi kehvemate tervisenäitajatega inimesed sõeluuringus osalemise vastu huvi üles näidata. Eestis ei ole üleriiklik sõeluuring mõistlik, kuna inimestel on perearstikeskusega sage kontakt (Hämmal, 2022).</p> <p>Hindamismõõdikud ja programmi nimed võivad näida ülekaalu stigmatiseerivad, see aga ei pruugi eluviisimuutusele või programmi sisenemisele kaasa aidata.</p>	<p>Riik ei suuda teenust nii palju rahastada kui oleks nõudlust. Eriti on probleeme väiksemates keskustes.</p> <p>Erasektoris on küll piisavalt toitumisenõustajaid, kuid nende teenus on tasuline ja tihti on neil väga kitsas kogemus (on spetsialiseerunud valdavalt ülekaalule).</p>

Näitaja	Kanada	Sloveenia	Soome
	huvilistele, ent ei pruugi olla tulemuslik ega kuluefektiivne.		
Soovitused Eestile: mida tasuks Eestis üle võtta	<ul style="list-style-type: none"> - Tuleb tegeleda inimeste harimise, teadlikkuse tõstmise ja tervist toetava eluviisi võimendamise laiema. Individuaalne toitumisnõustamine on kulukas teenus ja seetõttu oleks kuluefektiivsem tegeleda ennetustööga ja tervislikku toitumist soodustava keskkonna loomisega. Näiteks võib tuua Soome riiklike toitumissoovitusi, mida jälgivad ka toitlustusasutused, või juhendeid ebatervislike näkside ja magusate jookide (sh energijookide) mitte pakkumiseks lasteasutustes. Samuti võib kasutada inimeste teadlikkuse tõstmiseks teisi osapooli peale toitumisnõustaja, nt kooliõdesid ja koolitunde, rasedate puhul ämmaemandaid, tööalase elanikkonna puhul töötervishoiuarste või tööandjaid ja igapäevast töökeskkonda. Ka Sloveenial on eraldi riiklik erinevate tegevustega erinevatel tasemel ennetusprogramm ning tervisekeskused viivad kogukondades ellu erinevaid rahvaterviseprojekte. - Teenuse osutamisel võiksid olla eristatud prioriteetsed sihtrühmad, nt ülekaalulised ja/või rasvunud, südame- ja veresoonehaigustega, diabeeti põdevad, välja kujunenud krooniliste ja mittekrooniliste haigustega inimesed, samuti rasedad, lapsed ja noored, taimetoitlased. Nii teiste riikide praktika kui ka WHO soovitused ütlevad, et kõige kuluefektiivsem ja tulemuslikum on keskenduda kõrge riskiga osale elanikkonnast. Vajaduse hindamiseks peaksid olema konkreetsed ja selged kriteeriumid. Teenus võiks olla prioriteetsetele sihtrühmadele kättesaadav tasuta (s.t osana Tervisekassa poolt tasutud teenustest), kuid hiljem ka laiemalt, st tasulise teenusena. - Eestisse võiks sobida lähenemine, kus toitumisnõustamise vajadus selgitatakse välja regulaarse perearsti visiidi käigus, mitte sõeluuringuga. Eesti inimestel on perearstiga üldiselt tihe kontakt ning tervishoiukontrolle tehakse erinevatel põhjustel (töötervishoid, erinevad load jne) sagedasti kogu elanikkonnas. - Väga kõrge rasvumisega inimeste puhul võiks kaaluda Soome ja Sloveenia praktikatega sarnast intensiivsemat ja mitme sekkumiselemendiga programmi. Samuti võib selliseid programme kaaluda bariaatriliste sekkumiste ning teiste meditsiiniliselt riskantsete ja/või kulukate protseduuride puhul (nt põlve- või puusaoperatsioonid), kus probleemid on seotud ülekaaluga või protseduuri edukus sõltub eluviisi muudatuse edukusest. Ka võiks sarnaste muredega inimestele pakkuda grupinõustamist ja -tuge. - Teenuse osutamise ergutamiseks soovib WHO kasutada perearstide jaoks eraldi motiveerivaid rahastuskeeme. Sellist lahendust koos kohustusega sõeluuringuid läbi viia kasutas oma programmis ka Sloveenia. Nii tasub ka Eestis kaaluda, kuidas motiveerida esmatasandi tervishoiu töötajaid oma patsiente teenusele suunama. - Teiste riikide praktikatele tuginedes võiks toitumisnõustamise teenuseosutaja rollis olla kõrgharidusega ja kutsenõuetele vastav dietoloog või eraldi väljaõppega õde. Esialgse tervisenäitajate kaardistuse ja suunamise teeks perearsti meeskond (harvem eriarst, töötervishoiuarst), kes tuvastab ka kroonilised haigused ja määrab muu ravi. Toitumisnõustaja pädevusnõuded on siiski keerukas küsimus. Meditsiinilise kõrgharidusega nõustaja (nagu Sloveenias) suudaks nõustada nii eluviisi kui ka krooniliste haigustega seotud teemadel. Samas on see kulukas valik, sest meditsiinilase kõrghariduse kulud on kõrged ning meditsiiniõdesid on juba praegu puudu. Kui toitumisnõustamise teenuse sisu on teadmised toitumisest ja tervislikust eluviisist ning nõustamisoskused, ei pruugi meditsiiniharidus olla tingimata vajalik, vaid pigem lisaväärtus. Võimalik 		

Näitaja	Kanada	Sloveenia	Soome
	<p>on rakendada ka n-õ Soome varianti, kus kõige lihtsama nõustamisega tegelevad perearstid/-õed, keerukamate juhtudega spetsiaalse väljaõppega õed/toitumisnõustajad ja tõsiste juhtumitega spetsiifilise kõrgharidusega toitumisterapeutid.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toitumisnõustaja väljaõpe peaks keskenduma toitumise, füüsilise aktiivsuse ja psühholoogilise nõustamise tehnikatele nagu motiveeriv intervjuerimine, kognitiiv-käitumuslik teraapia jm sarnased praktikad. Mõned neist tehnikatest võib omandada ka täienduskoolitusena, nagu nt Kanadas. Lisaks võib kaaluda ka nt kogukonnaga suhtlemise ja sotsiaaltöö praktikate lisamist väljaõppesse. Samuti on Kanada näitel oluline pöörata eraldi tähelepanu kaalu või rasvumise stigmatiseerimise probleemi teadvustamisele. - Kuna ka perearsti meeskond mängib toitumisnõustamise teenuses olulist rolli, võiks toitumisnõustamisalaseid täienduskoolitusi pakkuda ka neile. Samas ei tohiks toitumisnõustamist tutvustada perearstidele ja -õdedele kui uut kohustust, millega nad peavad tegelema (sh peavad koolitustel käima), vaid see võiks olla vabatahtlik võimalus nii oma teadmiste täiendamiseks kui ka patsientide edasisuunamiseks toitumisnõustaja juurde. - Toitumisnõustamise teenuse fookuses peaks olema tervislik toitumine ja füüsiline aktiivsus ning eluviisi mõjutamine psühholoogiliste nõustamistehnikate abil. Kõige põhjalikum ja eeskujulikum lähenemine on selles osas Kanadas ning sealseid lähenemisi ja materjale võiks ka Eestis üle võtta. Kanada näitel võivad dietoloogid kasutada erinevaid praktikaid, kuid kokku on lepitud üldistes rakendamis- ja nõustamispõhimõtetes ning nende piirides, et tagada teenuse ühtlane tase. Samuti on välja arendatud materjalid, mis lihtsustavad nõustajate tööd. - Toitumisnõustamise teenus võiks hõlmata mitut kohtumist ja eeskujuks võiks olla Kanadas kasutusel olev toitumisravi protsess. Esimene kohtumine peaks olema pikem (nt kuni üks tund) ja hõlmama patsiendi toitumisprobleemide kaardistust, eesmärkide kokkuleppimist ning sekkumis(t)e valimist. Edasised kohtumised võivad olla lühemad (30–45 minutit). Patsiendi harjumuste kaardistamiseks võiksid olemas olla eeltäidetavad vormid või materjalid, et tegevust hõlbustada. Lisaks võiks olla hilisem kohtumine või kohtumised tulemuste hindamiseks, nt 3, 6, 9 või 12 kuud pärast nõustamise lõppu. Selline lähenemine on kasutatud Soomes. - Kaaluda võib ka erinevaid lisasekkumisi konkreetsete sihtrühmade puhul, nt rasedatele, lastele ja peredele mõeldud veebi teel läbitavaid haridusprogramme või kogukondlikke haridus- vm abistavaid programme, nagu Sloveenias. - Välja tuleks töötada infomaterjalid nii nõustajale kui patsiendile, mis säästaksid aega teenuse osutamisel aega ja samas abistaksid patsiente. Näiteks kui levinud probleemiks osutub see, et inimesed ei oska valmistada tasakaalustatud ja mitmekesist ning seejuures maitsvat toitu, võib kasu olla seda põhioskust puudutavate materjalide loomisest ja jagamisest (nt mitte ainult retseptid, vaid videod toiduvalmistamisest, samuti õpetused poes tervislike valikute tegemiseks). Arvestades Eesti avalike digiteenuste taset, võiksid materjalid ja tööriistad olla kättesaadavad nii digitaalsel kujul kui paberkanalil. - Kui tegemist on riiklikult rahastatud teenusega, on oluline analüüsida toitumisnõustamise ja -teraapia tulemuslikkust. 		

3. Elanikkonna uuringud

3.1 Uuringute eesmärk, sihtrühm ja meetodika

Elanikkonna uuringute eesmärk oli hinnata inimeste valmisolekut ja vajadust saada toitumisharjumuste muutustele toetust ja teadmisi, kaardistades nende ootusi, vajadusi ja barjääre. See aitab mõista, kuidas teenust kliendisõbralikult üles ehitada. Uuringute sihtrühmaks oli kogu elanikkond, kuna vajadus toitumisharjumuste muutusele võib tekkida erinevas eluetapis ja eri põhjustel, tähelepanu on pööratud erineva kehakaaluga (alakaalulised, normaalkaalulised, ülekaalulised) ja söömisharjumustega (taimetoitlased, veganid, toidutalumatus jms) inimestele.

Elanikkonna uuringud viidi läbi nii esindusliku üle-eestilise küsitlusuuringuna kui ka fookusgrupp-uuringuna.

Uurimisküsimused olid järgnevad:

- Millised on inimeste hoiakud, ootused ja vaated tervislikule toitumisele ning toitumisharjumuste muutusele üldiselt ja sihtrühmade (sugu, vanus jne) lõikes?
- Millised on inimeste vajadused toitumisharjumuste muutuse osas (nt muutuse kättesaadavus, järjepidevus) ning kuidas need eri sotsiaaldemograafilistes rühmades erinevad?
- Millised on toitumisharjumuste muutusega seotud takistused ja hirmud? Milline on inimeste motivatsioon toitumisharjumuste muutumisele osaleda?
- Kuidas inimesed hindavad oma võimekust ja võimalust toitumist muuta ning mida selleks vajatakse?
- Kuidas suhtutakse toitumisharjumuste muutumisele esmatasandi tervishoius? Millised on ootused ja kõhklused?

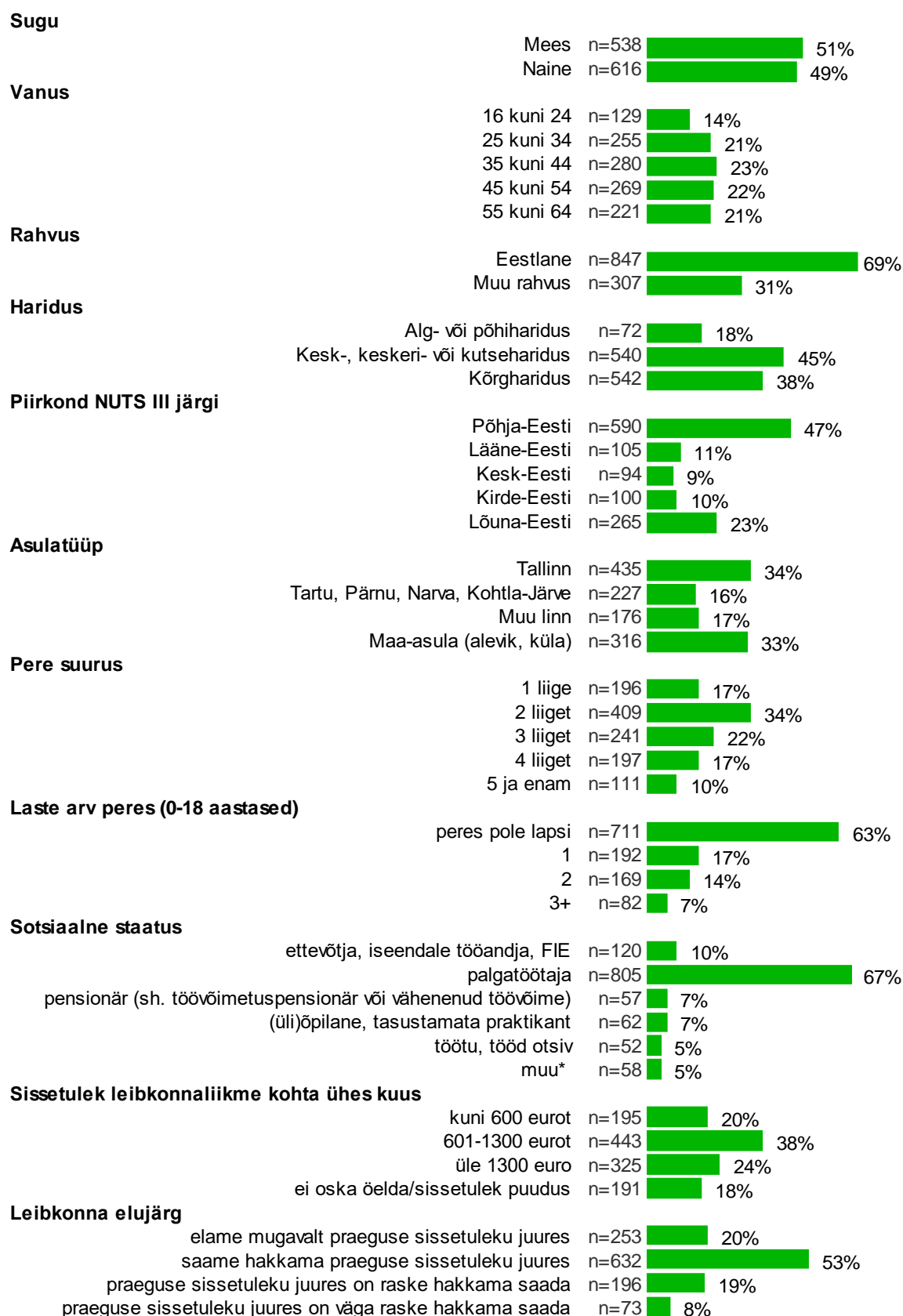
Küsitlusuuringu sihtrühmaks olid 16–64-aastased Eesti elanikud. Statistikaameti andmetel elab seisuga 01.01.2022 Eestis kokku 827 498 antud vanuses inimest. Valimi suuruseks kujunes 1154 vastajat. Küsitlusuuringule sai vastata veebis eesti või vene keeles. Küsitlustöö viis Kantar Emor läbi ajavahemikus 15.02 – 6.03.2023.

Veebiküsitluseks kasutati Kantar Emori eelvärvatute baasi. Vastajakontaktid on kogutud mitmeastmelise juhuvalikuga kodudes personaalintervjuude käigus või telefoniküsitlustega. Baas on valideeritud ja sobiv esinduslike uuringute valikväljavõtteks.

Küsitlusuuringu valim on regioonide (NUTS III klassifikatsiooni alusel Põhja-Eesti, Lääne-Eesti, Kesk-Eesti, Kirde-Eesti, Lõuna-Eesti) siseselt esinduslik järgmistes lõigetes: sugu, vanuserühm ja asulatüüp (pealinn, suur linn, muu linn, maa-asula), ning üle-eestiliselt rahvuse ja kolme haridustaseme lõikes. Vastajate kaalutud profiil on toodud Joonis 8.

Aruandes uuringu tulemusi illustreerivate jooniste lugemisel tuleb silmas pidada, et protsendid on joonistel esitatud ümardatud kujul, mistõttu tulemus kokku ei pruugi alati olla 100%.

Joonis 8. Vastajate profiil, kaalutud % ja kaalumata n (kõik vastajad, n=1154)



*(lapsehoolduspuhkusel, kodune, ajateenija, muu mitteaktiivne)

Kvalitatiivuurings viidi läbi neli fookusgruppi elanikega (vt osalejate valimi kirjeldust Lisas 3). Osalejad värvati kvantitatiivuuringu abil ning fookusgruppidesse koondati inimesed kehamassiindeksi alusel, pidades silmas, et igas grupis oleks eri tüüpi taimetoitlasi. Nii viidi läbi kaks fookusgruppi ülekaaluliste inimestega eesti ja vene keeles ning arutelud alakaaluliste ja normaalkaaluliste inimestega. Kõik intervjuud viidi läbi virtuaalselt Microsoft Teamsi keskkonnas, intervjuude kestus oli 1,5–2 tundi. Osalejate nõusolekul salvestati intervjuud analüüsiks.

Fookusgruppides käsitletud teemad:

- üldised teadmised ja hoiakud tervislikust toitumisest;
- senised kogemused tervisliku toitumise ja eluviisi muutmisega, sh toitumisoostamisega;
- raskused tervislikult toitumisel ja eluviisimuutuste ette võtmisel;
- esmamuljed, põhilised ootused toitumisoostamise teenusele;
- vaated abivahenditele lisaks toitumisoostamise teenusele;
- kõhklused ja hirmud teenuse kasutamisel.

3.2 Kehakaal ja tervis

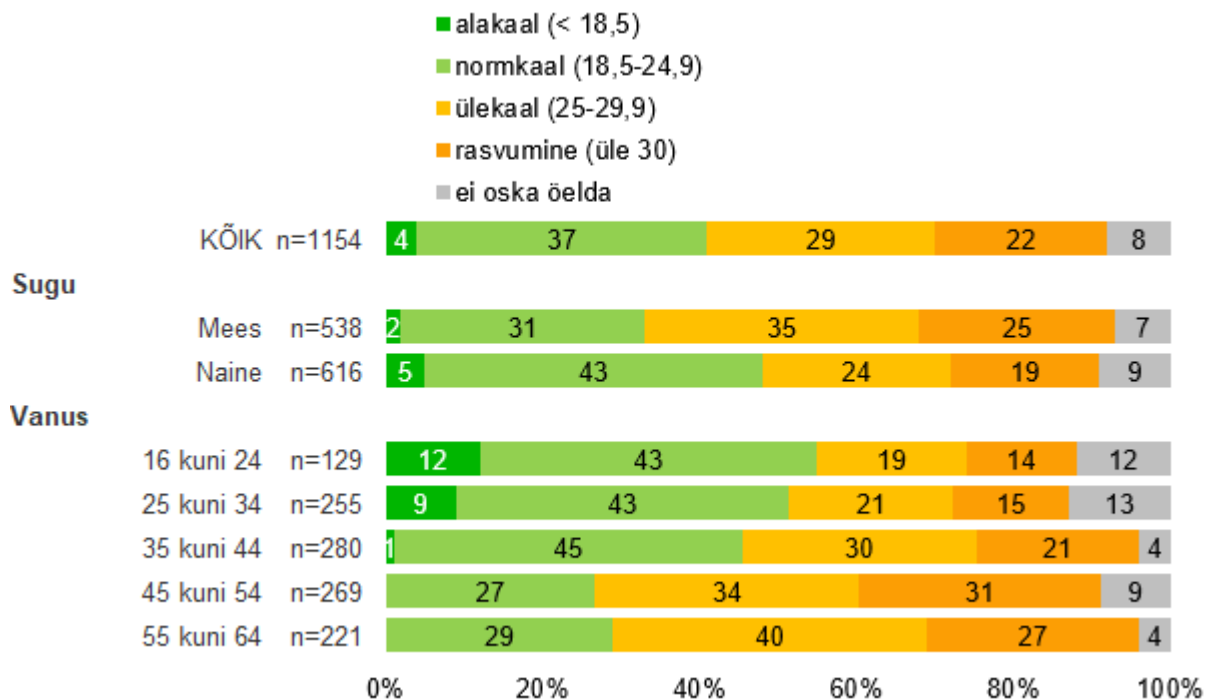
Uuringus küsitud vastaja pikkuse ja kaalunumbri alusel arvutatud kehamassiindeks (KMI)¹ näitab, et terviseriske suurendavas ülekaalus või rasvunud on 51% elanikest vanuses 16–64 (Joonis 9)². Sealhulgas on ülekaalulised või rasvunud 60% meestest ja 43% naistest. Nende osakaal kasvab vastavalt sellele, mida vanema inimesega on uuringus tegu: 16–24-aastastest on ülekaalus või rasvunud kolmandik, 55–64-aastastest aga juba kaks inimest kolmest.

Küsites uuringus inimese pikkust ja kaalu täpsustati, kas inimene märkis mõõdetud pikkuse ja viimase aasta jooksul kaalunud kehakaalunumbri või ligikaudse tulemuse. Suurem osa vastajatest (81%) märkis pikkuse puhul mõõdetud tulemuse. Oma kehakaalu jälgivad inimesed veelgi enam: 87% on end kaalunud või lasknud kaaluda viimase aasta jooksul ja 13% ei osanud oma (täpset) kaalunumbrit öelda või märkisid enam kui aasta tagasi kaalunud tulemuse. Enda pikkust teavad teistest veidi paremini 25–34-aastased (86%), täpset kehakaalunumbrit aga 35–44-aastased (91%). Ülekaalus või rasvunud inimestest 92% teavad oma kehakaalunumbrit.

¹ Kehamassiindeks (KMI) väljendab inimese kehakaalu ja pikkuse suhet. Arvutusvalem: $KMI = \text{kaal (kg)} / \text{pikkus (m)}^2$.

² Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu 2022 andmetel oli ülekaalus või rasvunud 52,7% elanikest vanuses 16–64. aastat. Vt Reile R, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2022. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2023.

Joonis 9. Kehamassiindeks soo ja vanuse lõikes (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Küsitati ka **enesehinnangulise kehakaalu kategooria** kohta (Error! Reference source not found.). Joonis 10). Enamik inimesi hindab end olevat normaalkaalus (44%) või ülekaalus (41%), 9% tunnistab end rasvunuks ja 6% alakaaluliseks. Kaalu sooviks langetada 72% inimestest: kõige sagedamini soovivad alla võtta ülekaalulised inimesed (39%), kuid kaalu soovivad (veidi) vähendada ka normaalkaalus olevad inimesed (24%) ning rasvunud (9%). Piir ülekaalu ja rasvumise vahel ei ole inimestele sageli tõenäoliselt selge, sest suur osa rasvunuid märkis end tegelikult ülekaaluliseks. 20% inimestest on oma kehakaaluga rahul ega sooviks midagi muuta, 9% sooviks võtta juurde.

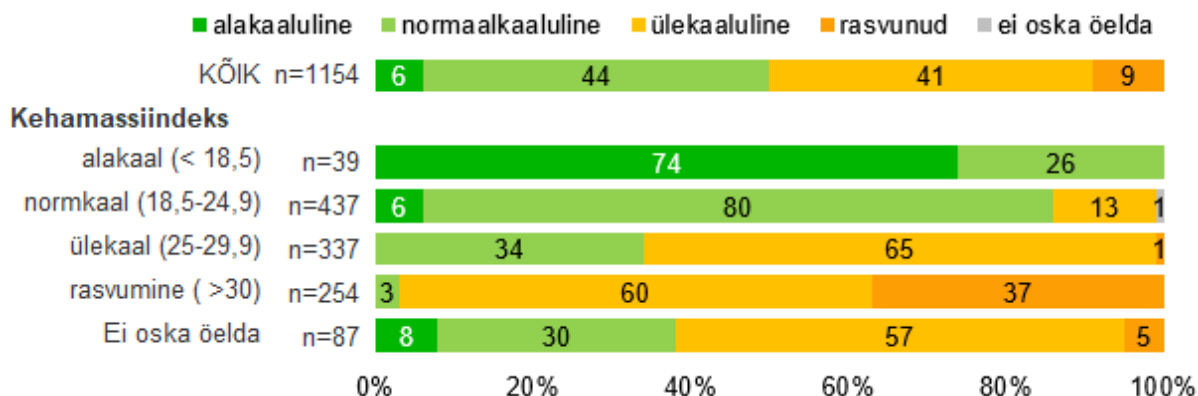
Joonis 10. Suhtumine oma kehakaalu (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Võrreldes seda, kuidas inimesed ise tajuvad enda kehakaalu ning milline on tegelikult nende **kehamassiindeks**, siis 59% inimestest tajub seda üsna täpselt ehk nende enesehinnanguline kehakaal ja KMI kattuvad ja 32% hindavad end valesti (Joonis 11). Ülejäänute puhul ei olnud piisavalt andmeid, et võrdlust teha. Kõige sagedamini hindavad oma kehakaalu adekvaatselt ala- ja normaalkaalus inimesed. Ülekaalulistest kolmandik peab end normaalkaalus olevaks. Ennekõike hindavad oma kehakaalu valesti mehed: 44% ülekaalulistest meestest ja 20% ülekaalulistest naistest hindab end olevat normaalkaalus. Rasvunud inimestest 60% peavad end ülekaaluliseks ja 37% hindab kehakaalu

adekvaatselt. Taaskord hindavad mehed oma kehakaalu sagedamini valesti: 67% rasvunud meestest ja 50% rasvunud naistest hindavad end olevat ülekaalulised. See on kooskõlas varasemate uuringute leidudega, mille kohaselt mehed on ei ole nii avatud tegelema on kaaluprobleemidega või kehakaalul silma peal hoidma, kuna nad alahindavad oma keha suurust enam kui naised (Betz et al., 1994; Yan et al., 2009).

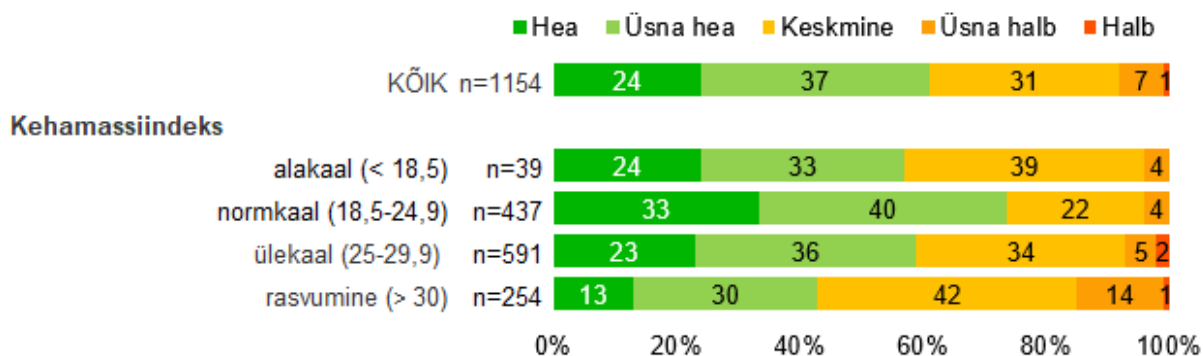
Joonis 11. Enesehinnanguline kehakaal kehamassiindeksi lõikes (% kõikidest vastajatest, n=1154)



61% elanikest hindavad oma tervist heaks või üsna heaks, 31% keskmiseks ja 8% halvaks või üsna halvaks (Joonis 12). Naised hindavad võrreldes meestega oma tervist sagedamini heaks (64% vs 58%), mehed aga keskmiseks (34% vs 28%). Vanuse lõikes on häid hinnanguid enam andnud 16–24-aastased (73%), samas kui 45–54-aastased on häid hinnanguid andnud keskmisest vähem ning sagedamini andnud keskmise (39%) või halva hinnangu (12%) ning 55–64-aastased on sagedamini andnud halva hinnangu oma tervisele (15%).

Tervisehinnangutes on vahe normaalkaalus ning ülekaalus või rasvunud inimeste vahel: normaalkaalulistest 73% hindavad oma tervist heaks, samas kui ülekaalulistest 60% ja rasvunutest vaid 43%. Viimased hindavad oma tervist halvaks kolm korda sagedamini kui normaalkaalulised (15% vs 5%).

Joonis 12. Hinnang enda tervisele kehamassiindeksi lõikes (% kõikidest vastajatest, n=1154)



3.3 Söömisharjumused ja nende kujunemine

Valdav enamik (85%) elanikest vanuses 16–64 on segatoidulised ehk söövad praktiliselt kõike või on mõnevõrra vähendanud liha osakaalu menüüs (fleksitaarlased). Suuruselt järgmine grupp on ketodieedi-vaimus toitujad, kes söövad ennekõike liha, köögivilju ja salateid ning on vähendanud või ära jätnud teraviljatooted. Liha, kala ja mereannid on menüüst välistanud 2% elanikest, sh 1% ei tarbi

mingeid loomset päritolu tooteid ehk on veganid (Joonis 13). Meeste seas on enam segatoidulisi, kes oma toitumist mingite toidugruppide välistamisega ei piira (meeste seas 83% vs naiste seas 76%), naiste seas on võrreldes meestega enam neid, kes on vähendanud liha tarbimist või asendanud selle kala/mereandidega (vastavalt 9% vs 4% ja 4% vs 2%).

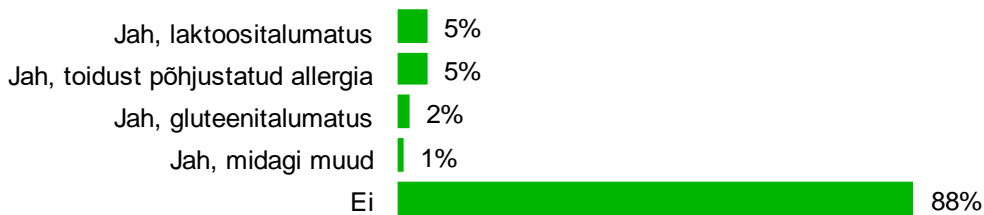
Joonis 13. Kuidas Te kirjeldaksite oma igapäevast toidumenüüd? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Mingit loomset või taimset päritolu toitu välistab 13% inimestest. Vanuse lõikes on neid kõige enam 16–24-aastaste seas (20%), aga ka 55–64-aastaste hulgas (17%). Seda tehakse eri vanuses eri põhjustel, tõenäoliselt on vanemaealiste puhul enam mängus tervisest tingitud põhjused, samas kui nooremate seas on need pigem maailmavaatelised ja väärtustele tuginevad põhjused (kuid võivad olla seotud ka toiduallergia või -talumatusega). Kõige vähem on mingite toiduainete välistajaid 35–44-aastaste seas (9%). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring näitab, et taimetoitluse eri vormid on kasvav trend: taimetoitlaste või veganite osakaal on võrreldes 2020. aastaga kasvanud nii meeste (3,5% vs 1,8%) kui naiste (7,2% vs 3,9%) seas (Reile & Veideman, 2023).

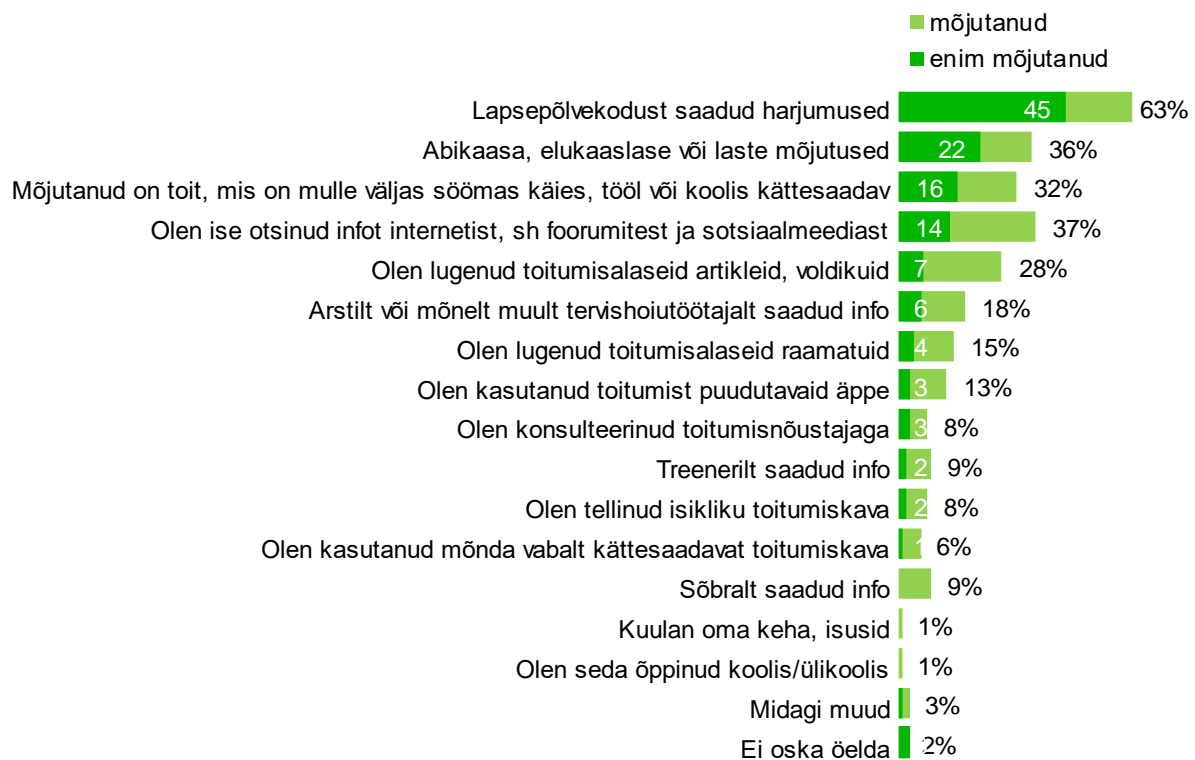
Iga kaheksas (12%) inimene ütleb, et tal on **diagnoositud toidutalumatus või toidust põhjustatud allergia** (Joonis 14). Sagedamini toovad seda välja naised (16% vs 7% meestest) ja 25–34-aastased (19%) ning harvem 55–64-aastased (6%).

Joonis 14. Kas Teil on diagnoositud toidutalumatus või toiduallergia? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Inimeste **söömisharjumusi** on nende endi hinnangul **kõige enam mõjutanud** lapsepõlves kujunenud harjumused: peamiseks mõjutaks peavad seda ligi pooled (45%) elanikest ning tervikuna mainivad 63% (Joonis 15). Veel on mõjutajate seas enam mainitud ise info otsimist internetist, partneri või laste mõjutusi ning kodust väljas süües kättesaadavat toitu.

Joonis 15. Kellest või millest lähtuvalt on kujunenud Teie praegused söömisharjumused? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



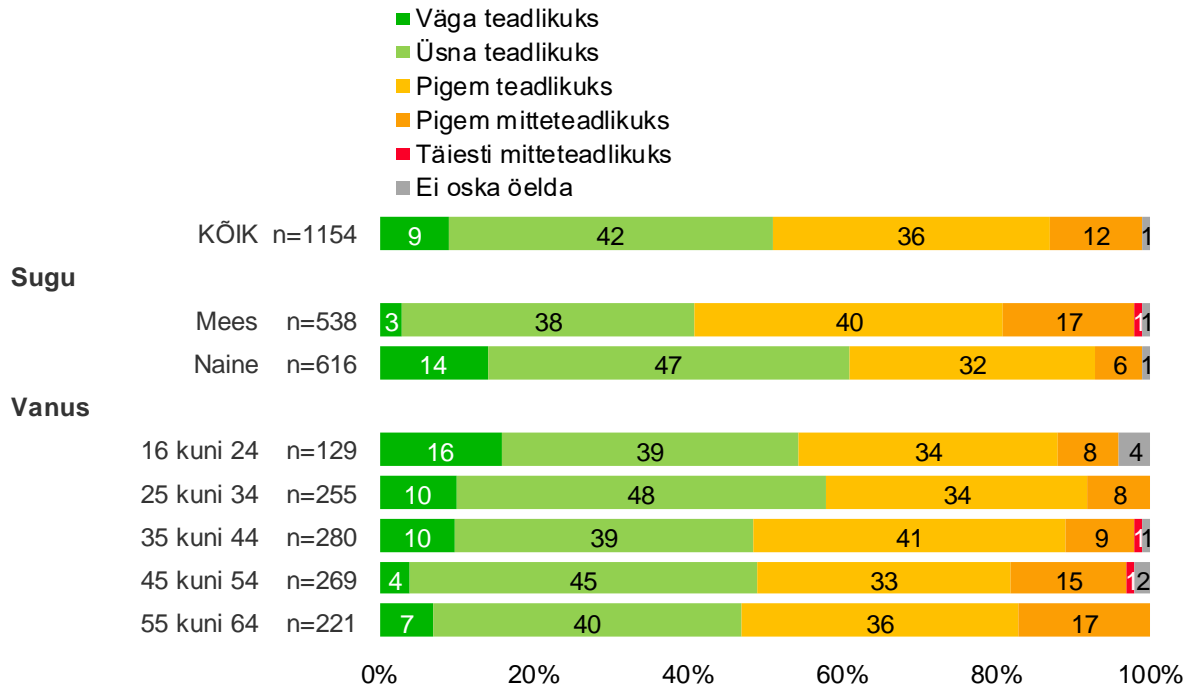
Mehed toovad võrreldes naistega enam välja lapsepõlvkodu ning partneri/laste mõjutusi (42% vs 30% naistest). Naisi on samuti palju mõjutanud lapsepõlvkodu, kuid meestega võrreldes on nad ise suuremad info otsijad ja lugejad: seda nii internetist, artiklitest, voldikutest kui raamatutest. Nad on meestega võrreldes enam kasutanud toitumisalaseid äppe (19% vs 7% meestest), tellinud isikliku toitumiskava (11% vs 5%) või kasutanud mõnda vabalt kättesaadavat toitumiskava (8% vs 5%), ning konsulteerinud toitumisharjutajaga (13% vs 3% meestest).

3.4 Söömisharjumuste muutmine: motivatsioon, takistused ja infoallikad

Väga või üsna **teadlikuks peab end tervisliku toitumise teemadel** 51% inimestest, keskmiselt teadlikuks 36% ning pigem mitteteadlikuks 12% (Joonis 16). Seega hindavad inimesed oma teadmisi

5-pallisel skaalal rahuldavaks või heaks (keskmine 3,5 palli). Mitteteadlikuks peavad end sagedamini mehed ja 45–64-aastased inimesed. Normaalkaalus inimesed peavad end sagedamini teadlikuks kui ülekaalulised (56% vs 48%), kuid siin mängib rolli ka vanus: mida vanem inimene, seda suurema tõenäosusega on tal ülekaal ning madalam hinnang oma teadlikkusele.

Joonis 16. Kui teadlikuks Te peate ennast tervislikku toitumist puudutavatel teemadel? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Kvalitatiivuuringu uuriti osalejate käest seda, millist toitumist peetakse tervislikuks. Kõige olulisemana toodi välja mitmekesisest ja tasakaalustatud toitu, millega on tagatud vajalikud toitained. Lisaks rõhutati ka toidu värvilisust, kohalikku päritolu ja kvaliteetseid tooraineid ning mõõdukaid koguseid ja toitumise regulaarsust. Sageli toodi välja, et inimese enda keha annab märku oma vajadusest, oluline on siis keha kuulata ja mõõdukas koguses tasakaalustatud toitu süüa. Rõhutati suhkrurohketes söökides ebatervislikkust.

- “ Ma arvan, et tervislikult söömine ei tähenda igavat toidulauda ja maitsvatest toitudest loobumist, vastupidi – et see hõlmab endas tasakaalu, mille me saavutame, kui sööme mitmekesiselt ja nii palju kui meie keha vajab. Nii saame me kätte vajalikud toitained, et olla terve ja tegus. Ja ma arvan, et sellepärast ei ole ükski toit tervislik ega ka mitte tervislik. Kasulik või kahjulik - kõik sõltub kogustest ja söömise sagedusest. Arvan, et süüa võib kõike, aga ikkagi õigetes kogustes.” – M, 54, ülekaalus, fleksitaarlane.
- “ Veebis, kui ringi tuhnida, siis seal on ohjeldamatult igasugust infot selle kohta, et vaja seda suunatust rohkem. Näiteks selle esmatuvustust vaadates, paarile küsimusele vastused, ma saan aru, et see oleks mulle sobilik, ma saaksin sealt edasi. Võib-olla nüüd peaks (info – toim.) olema rohkem süstematiseeritud selle asemel, et neid juurde toota.” – M, 63, ülekaalus, segatoiduline.
- “ Praegu neid asju ongi nii palju, et väga keeruline on leida seda stardipunkti, et millest mina võiksin alustada.” - N, 37, ülekaalus, segatoiduline.

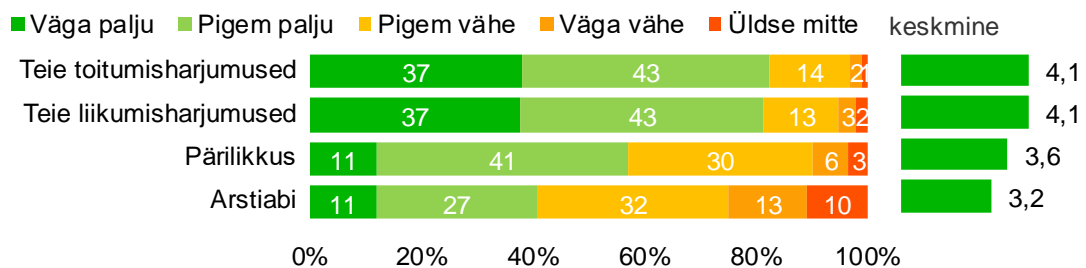
Osalejad hindasid enda teadmisi tervislikust toitumisest üldiselt heaks ning leiti, et olemasolevat infot tervisliku toitumise kohta on väga palju kätte saada. Samal ajal toodi välja info vastuolulisust: ei olda kindlad, milline info on õige ja milliseid soovitusi jälgida ning kui palju rõhku millisele soovitusel panna.

Enda toitumisest rääkides mainiti mitmeid trendipõhiseid toitumislähenemisi, mida loetu põhjal katsetati. Näiteks üks osaleja oli varasemalt olnud skeptiline külmutatud köögiviljade osas nende väidetavalt vähenenud vitamiinisalduse tõttu, teine aga keskendus mõnda aega n-ö supertoitudele, näiteks kookosjahu ja toorkakao tarbimisele. Sageli mainiti ka äärmuslikke dieetide pidamist, näiteks n-ö kapsasupidieeti.

- " Mina rohkem püüan nüüd oma toitumist jälgida ja aeg-ajalt teen ka uurimustöid, et ka toidu kohta, et ma saingi teada, et külmutatud juurviljad on ka täiesti tervislikud ja just väga hästi säilinud, seetõttu ma julgen neid ka (süüa – toim.)." – M, 26, alakaalus, segatoiduline.
- " Mina olin vahepeal see, kes õhinapõhiselt läks kaasa igasuguste supertoitude teemaga, ostsin toorkakaod ja kookosjahu, aga kahjuks pean tõdema, et tulin tagasi kõikide koduste asjade juurde." – N, 34, alakaalus, segatoiduline.
- " Ma olen siin vahepeal teinud neid supidieete, et nädal aega ja kaotad seal 7–8kg. Jah, okei, töötab, aga see tuleb kõik suhteliselt kiiresti tagasi, pidevalt seda suppi süüa ei jõua." – M, 63, ülekaalus, segatoiduline.

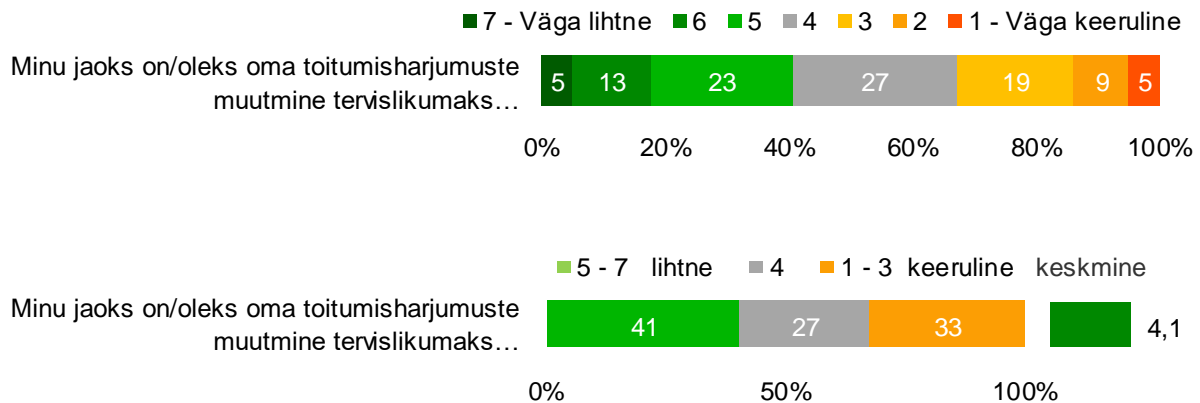
Kui inimestel paluti võrrelda, **kui palju mõjutavad nende tervist toitumis- ja liikumisharjumused, pärilikkus ja arstiabi**, siis ollakse üsna hästi kursis, et sellel, mida inimene ise saab enda heaks ära teha, on suur mõju tema tervisele: 80% inimesi leiab, et toitumis- ja liikumisharjumused mõjutavad tervist palju (Joonis 17). Üle poole inimestest (52%) peab oluliseks pärilikkuse ning 38% arstiabi mõju. Naised leidsid võrreldes meestega sagedamini, et nende tervist mõjutavad palju söomisharjumused (83% vs 77%), pärilikkus (59% vs 45%) ja arstiabi (41% vs 34%). Söomisharjumuste mõju peavad eri vanuserühmad üsna ühtemoodi oluliseks, kuid veidi vähem tajuvad seda 55–64-aastased (75%). Liikumisharjumuste suurt mõju teadvustavad keskmisest enam 25–34-aastased (86%).

Joonis 17. Palun hinnake, kui palju Teie arvates mõjutavad Teie tervist...? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Kui inimestel paluti 7-pallisel skaalal hinnata, kui lihtne või keeruline on nende jaoks oma **söomisharjumuste muutmine tervislikumaks**, siis üldjuhul peetakse seda keskmise raskusastmega või sellest veidi raskemaks ülesandeks (4,1 palli 7st, kui 7 tähendab „väga lihtne“) (Joonis 18). Need, kes on ise viimase kolme aasta jooksul püüdnud oma söomisharjumusi muuta, hindavad seda siiski mõnevõrra keerulisemaks ülesandeks (keskmine hinnang 4,0 palli ehk 38% hindavad pigem lihtsaks andes 5–7 palli) kui need, kes pole seda proovinud (keskmine hinnang 4,3 palli 44% hindavad pigem lihtsaks). Ülekaalulised hindavad seda kaks korda sagedamini keeruliseks ülesandeks (40% annavad 1–3 palli) kui normaalkaalus olevad inimesed (22% annavad 1–3 palli).

Joonis 18. Sõltumata sellest, kas Te olete oma söömisharjumuste muutmisega tegelenud või mitte, palun hinnake järgmist väidet 7 pallisel skaalal, kus 7 on „väga lihtne“ ja 1 on „väga keeruline“ (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Kvalitatiivuurings toodi välja mitmeid olulisi raskusi tervisliku toitumisega, väga palju mainiti raskusi **tervisliku ja mitmekülgse toitumise ühildamisel töö, pere, üldise eluviisi ning pideva kiire elutempoga**. Kiire töö- ja elutempo tõttu ei jõuta sageli toitumist planeerida, tervist toetavaid toite osta või valmistada. Selle asemel haaratakse harjumuslik ja mugav, ent sageli tervist mitte toetav eine või süüakse erinevaid mittevajalikke näkse. Kiire elutempo mõjutas osalejate arvates ka nende und ja stressitaset ja seetõttu tuntakse ebatervislikke isusid. Naised mainisid sageli raskusi toitumisega pärast laste saamist, kuivõrd väikseid lapsi kasvatades on vähe vaba aega ja suurem stressitase. Mainitud olukordades ei olnud osalejatel kindlat plaani ja otsust tervisliku toitumise põhimõtetest kinni pidada ning keerukas või kiire olukord oli nende jaoks põhjus kompromissi tegemiseks.

- " Minul oli enne lapsi jumala korras toitumisrežiim, sõin korralikult ja kaalusin vähem ka. Nüüd mul ei ole aega enam enda jaoks, teen kõike jooksu pealt, mis tähendab, et ilmus kiirtoit ja sellised aspektid. Vanasti proovisin ma veganlust ja taimetoitumist ja lihtsalt sportlikku toitumist, aga nüüd ei jõua enam midagi. Ei jaks lihtsalt." – N, 59, ülekaalus, segatoiduline.
- " Kui oled väikese lapsega, siis sa ei pane tähele, mida sa sööd – kiiresti topid suhu esimesi asju, mis ette satuvad. Siis hakkasin kaaluma 100+ kilo." – N, 41, ülekaalus, segatoiduline.
- " Kiirustamine, et vahel on töö väga kiire, siis on vaja see lõunasöök ära süüa ja edasi minna. Jah, ma tean, et see ei ole tervisele kasulik, et seda tuleb ikka planeerida, seda toidukorda, millal ma söön hommikul, lõunal, õhtul. Et eriti see lõuna-aeg - see kipub olema, et peab kiiresti sööma ja edasi." – M, 54, ülekaalus, fleksitaarlane.
- " Kui ma vahetasin töökohta, et ma töötasin graafiku alusel ja öösiti ja see mõjutas mul rohkem isusid ja asju. Et mõni päev pole eriti isu ja sööd normi piires ja mõnel teisel päeval lihtsalt söön ära ja no lihtsalt mingit täituvust ei ole ja siis paari tunni pärast sööd jälle, aga see oli rohkem seotud selle graafikuga, mis mul oli. Et noh, töökoha vahetusega on see kohe märgatavalt paranenud." – M, 24, ülekaalus, segatoiduline.

Teine oluline raskus seisnes **harjumuste muutmises ja motivatsiooni hoidmises**. Intervjueeritavad tõid välja, et ebatervislike harjumuste muutmine on raske ning kiusatusi on maitsva, aga vähem soovitatava toidu- näiteks maiustuste või kiirtoidu näol- mitmeid. Alati ei oldud ka kindlad, kas nendest toitudest loobumiseks või nende tarbimise vähendamiseks leitakse motivatsiooni. Sellega seoses viidati toituledele, millest ei olda nõus loobuma või millest loobumine ei tundu lihtsalt tehtav. Ka toodi välja mitmeid olukordi, kus toidul oli oluline roll mõne vaimse tervise mure (näiteks masenduse) leevendamisel või kiirel ajal lohutusena.

- " Väga palju aastaid ma ei lisa enam suhkrut ega soola kuskile, aga samas ma ei suuda magusast ära öelda. Mul on kindlasti vaja šokolaaditükikest süüa või midagi." – N, 41, ülekaalus, segatoiduline.
- " Tahaks muidugi paarkümmend kilo alla võtta, aga enamasti see ei õnnestu. Enamasti õnnestub korralik toidukord süüa ka alles õhtul, päeval pigem snäkin. Õhtul siis süüa. Tahaks muuta enda päevase snäkkimise harjumust, süüa selle asemel suppi või midagi, aga üldse ei õnnestu hetkel. Olen üritanud muuta, aga kõik tuleb tagasi." – M, 40, ülekaalus, segatoiduline.
- " Üksindus ja depressioon on mõjutanud kindlasti kõiki neid asju. Kui olen masenduses, siis ma pigem süüa hästi palju, tahad lihtsalt midagi teha, isegi, kui see on lihtsalt toidu tarbimine." – M, 23, ülekaalus, segatoiduline.

Ka alakaalulised inimesed toovad välja harjumuste muutmise raskust – on raske mõelda, milliseid teisi toite teha või mis täidaks eesmärgi, ent oleks samas maitsev.

- " No üks asi on näiteks harjumus ka minu meelest. Oled harjunud viisil süüa, siis on raske muuta. Vaatad poes, et oi tore, et võib-olla oleks hea süüa hoopis seda, aga mis ma sellega ikkagi teen. Et sa pead otsima ja mõtlema, et vahepeal on lihtsalt see harjumuse asi ka." – N, 34, alakaalus, pesketaarlane.

Fookusgruppides mainiti ka arusaama, et tervislik toitumine on kallis. Osalejad ei olnud kindlad, kas see nii on, aga seda käsitleti kui levinud arvamust.

- " Et tervislik toitumine on kallis inimestele. See on nagu laialt levinud, et tervislikult toituda – see on kallis." – N, 45, normaalkaalus, fleksitaarlane.
- " No tõenäoliselt võib olla rahaline asi ka. Ma tean üht inimest, kes on tervisliku toitumise spetsialist ja teab poode, kus on puhast ja ökotooteid ja tegelikult selline kõige puhtam toode maksab ka päris palju raha. Et näiteks kui sa seda kõige puhtamat ökotoodet tahad, siis pead olema valmis päris palju maksma, et just see rahaline võimekus." – M, 26, alakaalus, segatoiduline.

Kokkuvõttes ilmneb inimeste üldiste ja igapäevaelus rakendatavate teadmiste vahel suur lõhe. Olgugi et mitmeid tervisliku toitumise põhimõtteid mõistetakse, ei ole paljudel inimestel praktilisi arusaamu, kuidas söömisharjumuste muutmist ette võtta ja enda elus rakendada. Seetõttu jäävad eluviisi muutmise katsed lühiajalisteks ning sageli minnakse harjumuspärase toiduvalikute juurde tagasi.

Suurem osa inimestest (75%) mõistab, et **söömisharjumuste muutmise sõltub ennekõike neist endist**, 16% hinnangul peavad inimene ja toitumisharjumuste võrdset panustama ja 9% leiab, et pigem on suurem nõustaja roll (Joonis 19). Nõustaja rolli näevad suuremana sagedamini naised (12% vs 7% meestest, aga ka gluteenitalumatusega (33%) ning ülekaalulised inimesed (26%). Enda suuremat rolli tajuvad sagedamini 16–24-aastased noored, kõrgharidusega ning majanduslikult hästi toimetulevad inimesed.

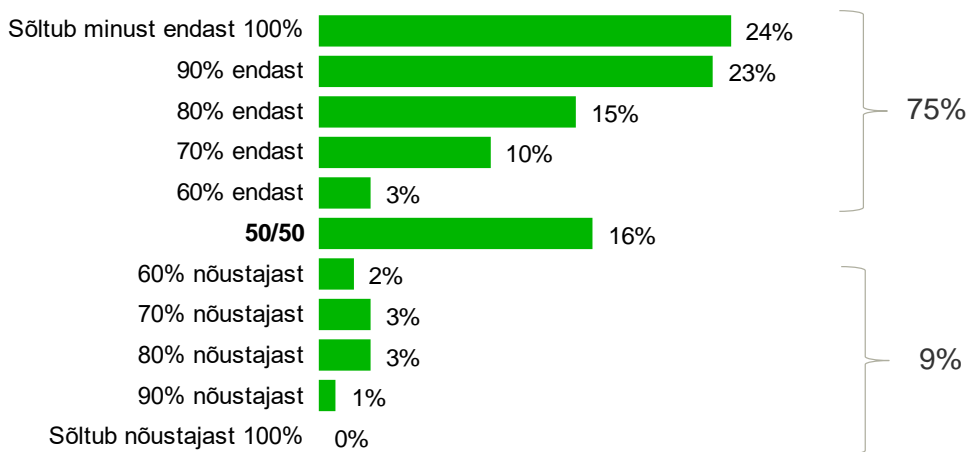
Enamik kvalitatiivuuringu osalejaid leidis, et **inimene peab ise olema motiveeritud** ning juba enne nõustamist aktiivselt enda motivatsioonile mõtlema. Nõustaja saab olla abiks ja toeks. Sageli mõtestati enda motivatsiooni ja nõustaja rolli sellest tulenevalt erinevalt – mõni soovis vaid 1-2 kohtumist, et saada teada, kuidas tegutseda. Mõni aga tundis, et nõustaja roll on meenutada ja hoida motivatsiooni aktiivseks tegutsemiseks. Paljud rõhutasid nõustaja rolli uute harjumuste tekitamisel ja toetamisel, kuna hätta jäädakse just harjumuste juurutamisel.

- " Et see polegi nii väga see toitumine, vaid just see harjumuse juurutamine. Et noh, võib-olla see oleks minu jaoks oluline, kui ma käiksin sellise inimese juures, et (ta oleks – toim.) käitumispsühholoogiliselt ka pädev mind nõustama. Et ei ütleks lihtsalt, et ära söö seitset kotletti järjest." – N, 38, ülekaalus, segatoiduline.

- ” Ma usun, et see on väga oluline: meil võib olla soov muuta, aga kui ei teki seda õiget harjumust toitumise ja liikumise koha pealt, ega siis ei muutu mitte midagi. See võib-olla ongi see, mis väga paljudel on puudu. Olemas on soov, aga seda motivatsiooni pikemaajaliselt uut harjumust sisse viia, et see nagu on see miinuskoht hetkel.“ – N, 37, ülekaalus, segatoiduline.
- ” Sa pead ikka motiveeritud olema, aga kui tulemust ikkagi pole, tuleb see võimalus kellelegi teisele jätta.“ – N, 38, ülekaalus, segatoiduline.

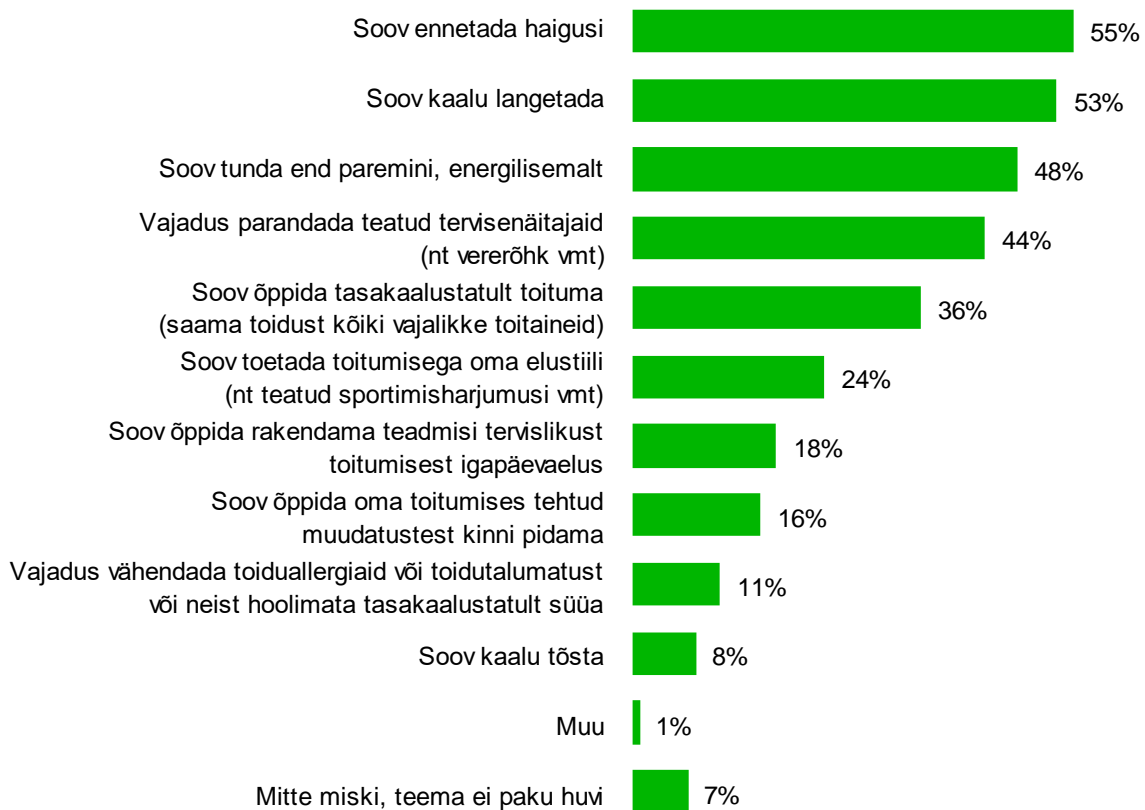
Üks levinumaid toitumisharjumuste muutmise rakendatavaid praktikaid on motiveeriv intervjuerimine, aitamaks inimesel dūnaamiliselt enda motivatsiooni leida, sõnastada ja hoida. Sarnaselt teiste uuringutega (nt Hāmmal et al., 2023) vaatlesid osalejad eluviisi muutmise motivatsiooni pigem must-valgena, rāākides sellest sageli kui omadusest, mis inimesel selles valdkonnas kas on vōi ei ole. Motivatsiooni ja distsipliini rolli ja toimimise teemat vōiks ũhe nōustamise vōi infomaterjalide teemana eraldi kāsitleda, kuna nendel vaadatel vōib olla osalemist vōi tulemust pārssiv mōju. Nāiteks kui suunamise hetkel motivatsiooni ei tunta, vōidakse arvata, et seda ei teki kunagi.

Joonis 19. Kui palju Teie arvates oma sōomisharjumuste muutmisel sōltub Teist endast ja kui palju nōustajast? (% kōikidest vastajatest, n=1154)



Kōige enam motiveeriks inimesi oma sōomisharjumusi parandama vōi toitumisharjumuste muutmise juurde minema soov ennetada haigusi (55%) ning langetada kaalu (53%), kuid ligi poolte jaoks (48%) oleks eesmārgiks parem ja energilisem enesetunne ning tervisenāitajate (nt vererōhk) parandamine (Joonis 20). Vaid 7% ũtleavad, et neid ei motiveeriks miski, kuna see teema ei paku ũldse huvi. Naised on vōrreldes meestega maininud enamikku teemadest sagedamini, vālja arvatud tervisenāitajate parandamine ja eluviisi toetamine, mille puhul erinevusi soo lōikes ei ole. Ainsana toovad mehed naistega vōrreldes sagedamini vālja kaalu tōstmise soovi (11% vs 5%). Toiduallergia ja gluteenitalumatusega inimesed mainivad teistega vōrreldes enam soovi ťppida tasakaalustatult toituma ning vajadust vāhendada allergiast vōi talumatusest tingitud vaevusi. Viimast toovad enam vālja ka laktoositalumatusega inimesed. 68% ũlekaalulistest vōi rasvunud inimestest toovad motivaatorina vālja soovi kaalu langetada, aga ka soovi ťppida toitumises tehtud muudatustest kinni pidama (19%). Rasvunud inimesed mainivad sagedamini vajadust parandada tervisenāitajaid (57%).

Joonis 20. Mis Teid motiveeriks oma söömisharjumusi parandama või toitumisnõustamisele minema? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Kõige enam takistab inimesi oma söömisharjumusi tervislikumaks muutmast see, et pole püsivust harjumusi muuta või uusi harjumusi hoida (29%) (Joonis 21). Iga neljas inimene nimetab rahalisi väljaminekuid (25%), kuigi tervislik toitumine ei ole tingimata kallis, ning seda, et söömisharjumused juba on tervislikud (23%). Viimast toovad KMI alusel normaalkaalus olevad inimesed oluliselt enam välja kui ülekaalus või rasvunud inimesed (37% vs 15%). Umbes viiendik toob välja ajakulu ning motivatsioonipuudust muutuste ette võtmiseks. Professionaalse toe (nagu toitumisnõustaja) puudumist nimetab takistusena 7% inimesi. Naised toovad meestega võrreldes enam välja püsivuse puudumist harjumuste muutmiseks või hoidmiseks (35% vs 24% meestest), ajakulu (19% vs 15%) ning seda, et nad juba tegelevad harjumuste muutmise (12% vs 6%). Mehed mainivad enam teadmiste ja oskuste (nt toiduvalmistamisoskused) puudumist (13% vs 9% naistest). Noorim sihtgrupp (16–24-aastased) toovad peamise põhjusena välja rahapuuduse (43%), aga ka ajakulu ning teadmiste/oskuste puudumise. Enam kui veerand (26%) 35–44-aastastest toovad takistusena välja motivatsioonipuuduse. 55-64 aastaste jaoks on olulisemad takistuseks püsivus, samuti näe paljud enda toitumisharjumuste muutmise vajalikkust, pidades neid juba tervislikeks. Võrreldes teiste vanuserühmadega nähakse liigseid rahalisi väljaminekuid väiksema takistusena (15% vs üldine 25%).

Enam kui pooltel (54%) inimestest on viimase kolme aasta jooksul olnud tingituna kehakaalust või tervisenäitajatest **isiklik kogemus söömisharjumuste muutmisel** (

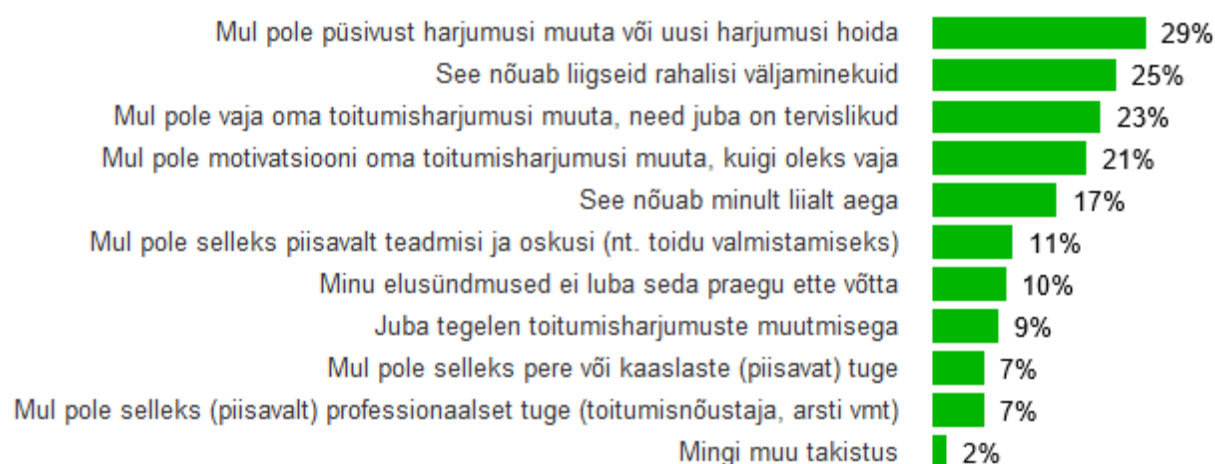
Joonis 22), sh 37% on seda ette võtnud korduvalt

Joonis 22. Mida noorema inimesega on tegemist, seda tõenäolisemalt on ta oma söömisharjumusi püüdnud muuta. See võib olla tingitud sellest, et neil on enam diagnoositud toidutalumatust ja -allergiaid. Samuti on info tervislikust toitumisest ja erinevatest toitumisviisidest eri allikatest kättesaadavam kui kunagi varem ning noored on altimad uusi asju katsetama. Ennekõike on oma

toitumisharjumuste muutmisega tegelenud rasvunud inimesed (65%), kuid ka peaaegu pooled (44%) normaalkaalus olevatest inimestest. Enam toovad seda välja ketodieedi võtmes toituvad inimesed (peamiselt loomne toit kombineerituna köögiviljaga) (71%) ning toiduallergia või -talumatuse diagnoosiga inimesed (77%).

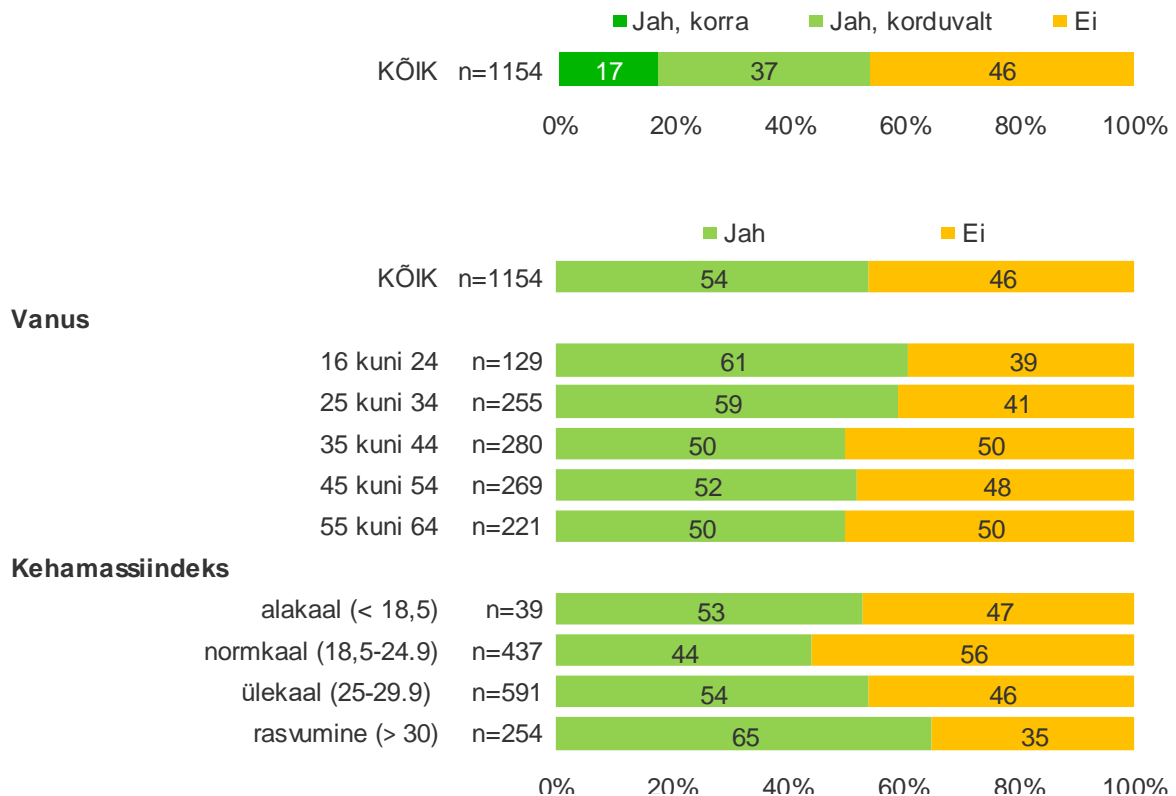
Üle poole (54%) neist, kes on oma söömisharjumusi püüdnud muuta, on jõudnud tulemusteni, kuid märkimisväärne osa (36%) harjumusi muuta püüdnutest ütleb, et tulemused ei ole püsima jäänud ja vaid 18% on jõudnud püsivate tulemusteni. Naised jõuavad püsivate tulemusteni veidi sagedamini (22% vs 14% meestest), samas kui mehed jõuavad enda hinnangul sagedamini ajutiste tulemusteni (42% vs 32%). Ka ülekaalus /rasvunud inimestel on keerulisem jõuda püsivate tulemusteni, sagedamini on muudatused ajutised (40% või ei jõuta nendeni üldse (23%)). Samas normaalkaalus inimesed, kes on muutusi teinud, on püsivate tulemusteni jõudnud sagedamini (31%).

Joonis 21. Mis võib Teid takistada oma söömisharjumusi tervislikumaks muutmast? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



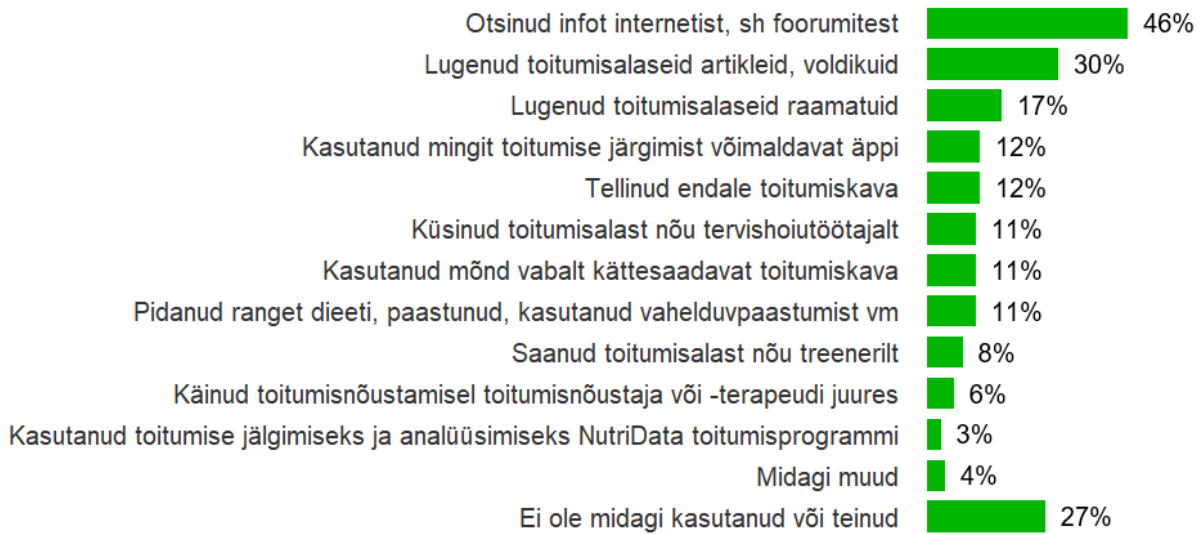
Joonis 22. Kas Te olete viimase 3 aasta jooksul tegelenud või tegelete praegu oma söömisharjumuste muutmisega (tingituna nt üle- või alakaalust, kõrgenenud

kolesteroolitasemest või veresuhkrust, toiduallergiast, taimetoitlusest vm)? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Peamiseks infoallikaks toitumisalaste muudatuste tegemiseks on internet, kust infot on otsinud pea iga teine (46%) inimene (Joonis 23Joonis 23). Lisaks sellele on teavet saadud ka toitumisalastest artiklitest, voldikutest ja raamatutest (37%). Äppe- ja/või toitumiskavasid (personaalseid või vabalt kättesaadavaid), sh NutriData programmi, on kasutanud 28%. Kelleltki – kas siis tervishoiutöötajalt, treenerilt või toitumise spetsialistilt – on infot saanud 20% inimestest. Üldse pole infot otsinud 27%. Naised on märgatavalt usinamad info otsijad, olles kasutanud kõiki mainitud võimalusi enam kui mehed. Mehed ei ole sagedamini midagi teinud (38% vs 15% naistest). Keskmisest enam otsivad infot internetist ja kasutavad äppe 16-34-aastased. Keskmisest enam on 25–34-aastased lugenud erinevaid materjale väljaspool interneti, kasutanud äppe (21%), tellinud endale toitumiskava (20%) ning pidanud ranget dieeti (14%). Mõnda vabalt kättesaadavat toitumiskava on keskmisest enam (16%) kasutanud 35–44-aastased.

Joonis 23. Mida järgnevatest Te olete kasutanud, et kehakaalu langetamise, tõstmise või toitumise korrigeerimise kohta infot saada või tulemuseni jõuda? (% kõikidest vastajatest, n=1154)

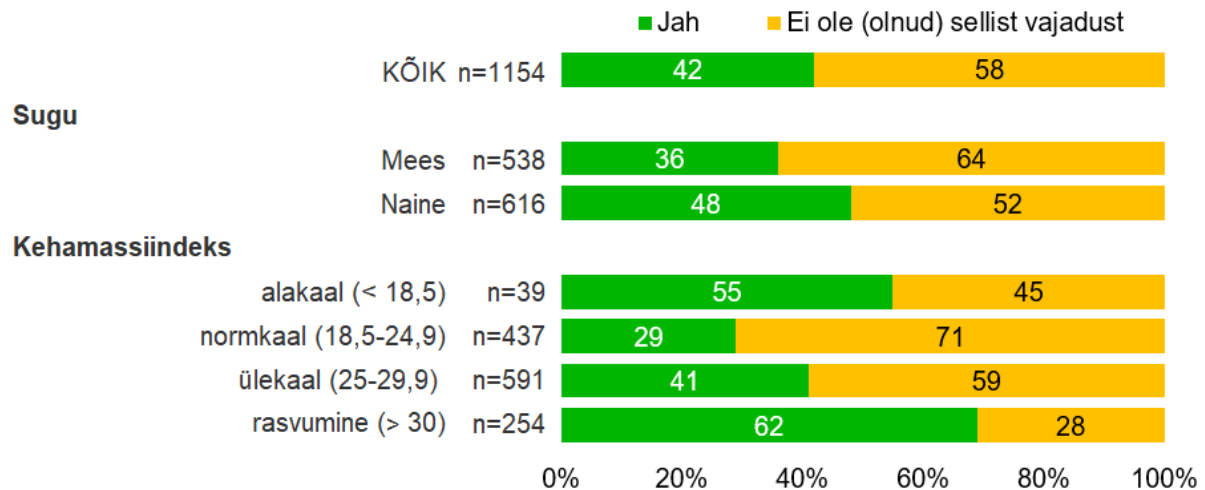


3.5 Vajadus toitumisenõustamise järele

42% inimestest ütleb, et neil on viimase kolme aasta jooksul olnud vajadus või on praegu vajadus täpsemate toitumisalaste juhiste või toitumisenõustamise järele tingituna kehakaalust, analüüsinäitudest, allergiast, taimetoitlusest või muust (Joonis 24). Kõige sagedamini on inimestel seda nõu olnud vaja nende endi arvates (30%), aga ka perearsti või pereõe (9%), muu tervishoiutöötaja (5%), sõbra, tuttava, pereliikme (3%), treeneri või toitumisenõustaja (1%) arvates.

Naistel on seda vajadust esinenud enam ja seda eelkõige nende endi arvates (36% vs 23% meestest), aga ka mõne muu tervishoiutöötaja (kui perearst või -õde) arvates (7% vs 3% meestest). Meestele on toitumisega tegelemise vajadust sagedamini välja toonud perearst või -õde (11% vs 7% naistest). Perearst või -õde on toitumisjuhiste vajalikkust enam välja toonud ka 45–54-aastastele (12%).

Joonis 24. Kas Teil on viimase 3 aasta jooksul olnud vajadus või oleks praegu vajadus täpsemate toitumisalaste juhiste või toitumisoostamise järele (tingituna nt üle- või alakaalust, kõrge kolesteroolitasemest või veresuhkrust, toiduallergiast, taimetoitlusest vm)? (% kõikidest vastajatest, n=1154)

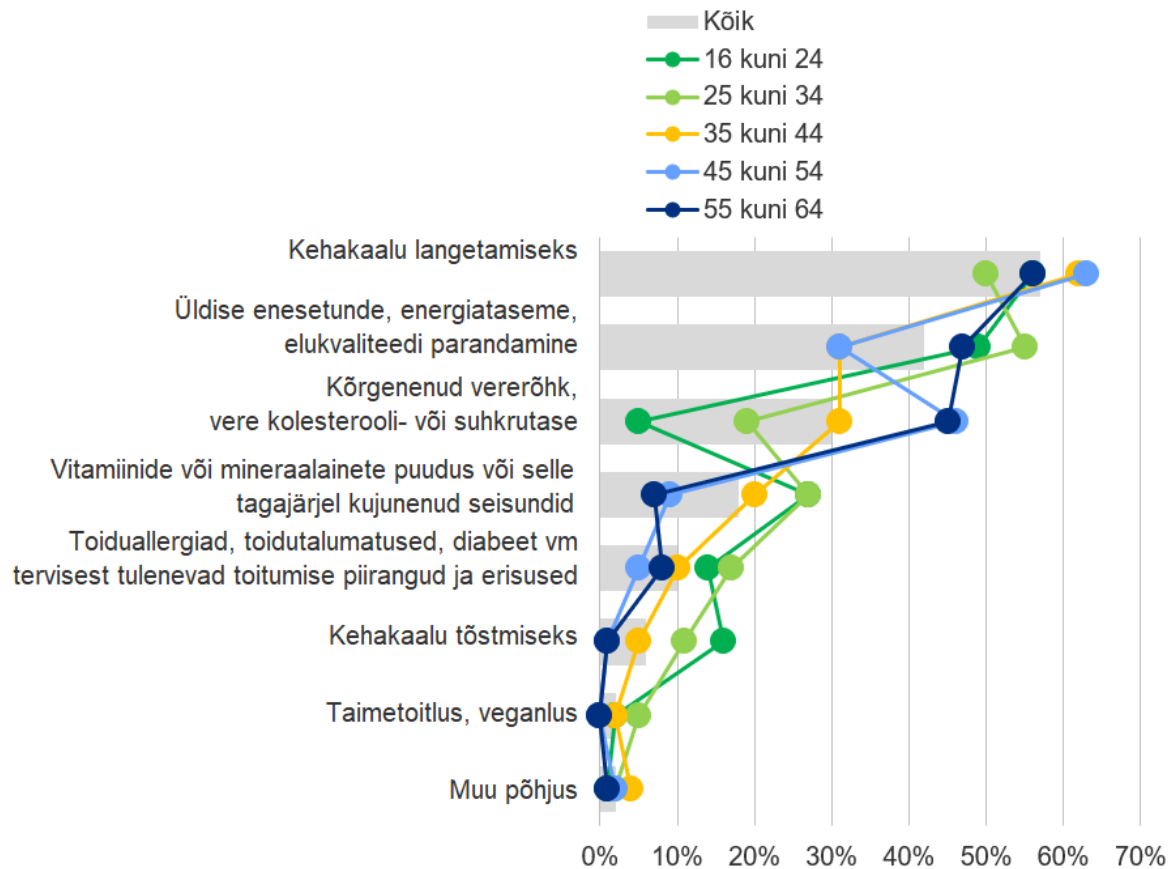


Ennekõike on toitumisalast täpsemat nõu või juhiseid vajanud rasvunud inimesed ning seda nii nende endi (45%) kui ka perearsti (16%), muu tervishoiutöötaja (8%) ning pere ja sõprade arvates (7%). Alakaalulistel inimestel on seda nõu vaja sagedamini mõne muu tervishoiutöötaja hinnangul (17%), aga ka sõprade ja pere arvates (11%).

Kõige sagedamini on nõu vajatud kehakaalu langetamiseks (57%), üldise enesetunde ja elukvaliteedi parandamiseks (42%) ning kõrge kolesterooli või veresuhkru näituste tõttu (30%) (Joonis 25). Vitamiinide või mineraalainete puuduse (27%) või kehakaalu tõstmiseks (16%) vajadis keskmisest sagedamini nõu 16-24-aastased noored. Üldise enesetunde parandamise, toiduallergiast ja -talumatuse ning taimetoitluse või veganluse tõid põhjustena keskmisest enam välja 25–34-aastased inimesed. Kehakaalu langetamise järel on 45–64-aastastel põhjusena teisel kohal kõrge kolesterooli või veresuhkru näidud (45%).

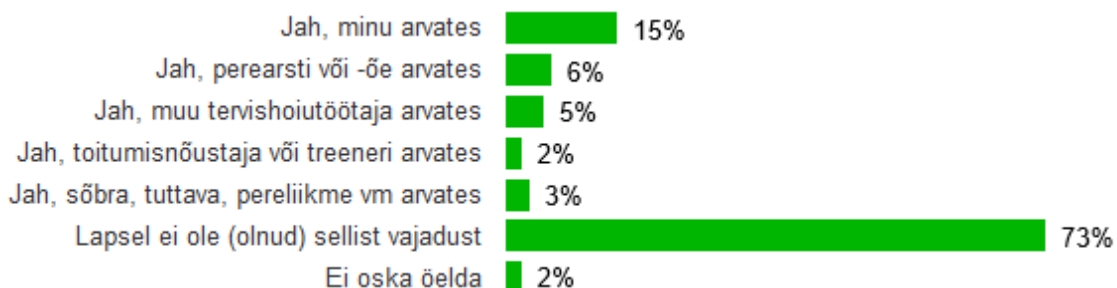
Alakaalulised inimesed, kes on vajanud toitumisjuhiseid, toovad ennekõike välja kehakaalu tõstmise vajaduse (62%), normaalkaalulised üldise enesetunde parandamise (49%), kehakaalu langetamise (22%), tervisenäitajate parandamise (22%), aga keskmisest enam ka toiduallergiast või -talumatusest tulenevad piirangud (17%). Rasvunud inimeste puhul on põhjuseks peamiselt kaalulangetus (89%), aga ka kõrge kolesterooli või veresuhkru näidud (41%).

Joonis 25. Mis põhjusel või põhjustel Te vajaksite või olete vajanud toitumisalaseid juhiseid või toitumisenõustamist? (% vastajatest, kes on viimase 3 aasta jooksul on enda või kellegi teise arvates vajanud toitumisalaseid juhiseid, N=473)

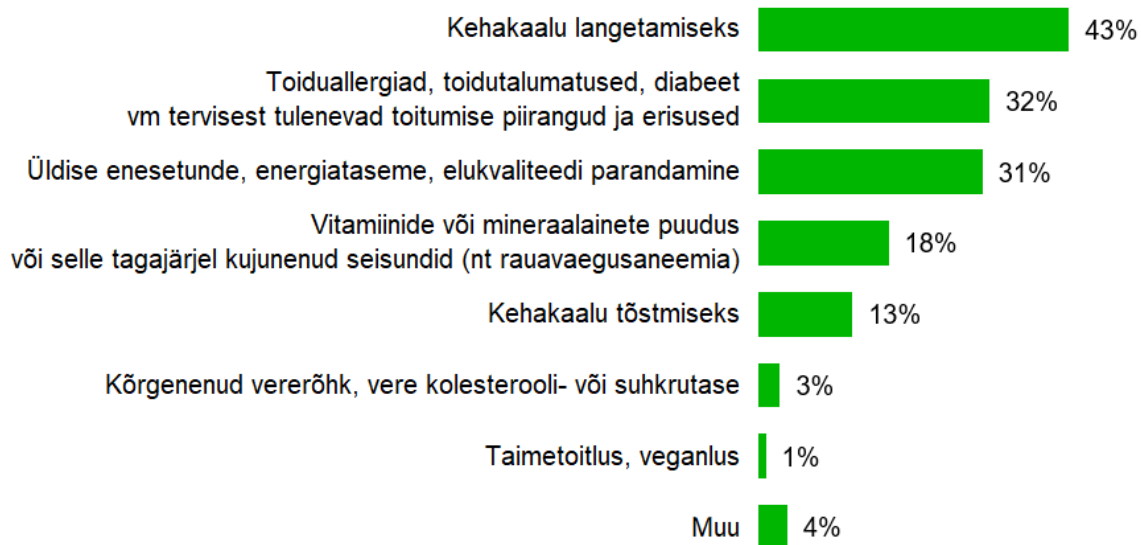


Neljandik inimestest (25%), kelle peres on kuni 18-aastaseid lapsi, ütleb, et **lapsel on praegu või varem olnud vajadus täpsemate toitumisjuhiste või toitumisenõustamise järele** (Joonis 26). Kõige sagedamini on seda (olnud) vaja vanema enda hinnangul, kuid 11% toob välja ka arsti või muu tervishoiutöötaja hinnangut. Ennekõike (43%) on see olnud tingitud vajadusest langetada lapse kehakaalu, kuid ligi kolmandikul juhtudest ka toiduallergia, toidutalumatuse, diabeedi või muude tervisest tulenevate piirangute tõttu või selleks, et parandada lapse üldist enesetunnet ja elukvaliteeti (Joonis 27).

Joonis 26. Kas Teie lapsel on viimase 3 aasta jooksul olnud vajadus või oleks praegu vajadus täpsemate toitumisalaste juhiste või toitumisenõustamise järele (tingituna nt üle- või alakaalust, kõrgenenud kolesteroolitasemest või veresuhkrust, toiduallergiast, taimetoitlusest vm)? See ei tähenda automaatselt, et ta on ka nõustamisel käinud (% vastajatest, kelle peres on kuni 18-aastaseid lapsi, n=443)



Joonis 27. Mis põhjusel või põhjustel Teie laps vajaks või on vajanud toitumisalaseid juhiseid või toitumise nõustamist? (% vastajatest, kelle peres olevatel kuni 18-aastastel lastel on olnud vaja täpsemaid toitumisalaseid juhiseid või nõu, n=109).



3.6 Kogemus toitumisalase nõustamisega

Viimase kolme aasta jooksul on mõne tervishoiutöötaja vastuvõtul (nt perearst, pereõde, töötervishoiuarst, naistearst, meestearst, muu eriarst, ämmaemand või keegi teine) käinud 83% inimestest. Sagedamini ei ole vastuvõtule jõudnud mehed (23% vs 12% naistest) ja maal elavad inimesed (20%).

Umbes kaks inimest kolmest ütlevad, et neid on tervishoiutöötaja vastuvõtul kaalutud (vähemalt ühel korral). Sagedamini toovad seda välja mehed (75% vs 64% naistest), 16–34-aastased (77%) ning KMI alusel rasvunud inimesed (76%) (Joonis 28 **Error! Reference source not found.**).

Iga teisele (52%) ülekaalus või rasvunud inimesele on tervishoiutöötaja vastuvõtul öeldud, et nad on ülekaalulised ja peaksid kaalu langetama. Sealhulgas on seda sagedamini kuulnud KMI alusel rasvunud inimesed (78%), ülekaalulistele öeldakse seda oluliselt harvem (33%).

Seda, et nad on alakaalulised ja peaksid kaalus juurde võtma, on öeldud 7%-le inimestest. Seda on kogunud 59% KMI alusel alakaalus olevatest inimestest ja 6% normaalkaalus inimestest.

Pea iga teine (47%) inimene ütleb et talle ei ole kaaluga seoses viimase kolme aasta jooksul tervishoiutöötaja vastuvõtul tehtud ühtegi märkust. Kõige sagedamini on olnud nii normaalkaalus inimeste puhul (67%), samas kui ülekaaluliste puhul on seda ette tulnud 49% ja rasvunud inimeste puhul 15% juhtudest.

Mõningaid toitumisalaseid soovitusi seoses mõne analüüsitud näitaja mittevastavusega normile või infolehti/veebilehe aadressi on jagatud 37%-le inimestest, kes on kolme aasta jooksul arsti juures käinud. Rasvunud inimestest kogesid seda ligi pooled (49%) ning normaal- ja ülekaalulistest kolmandik (33-34%). Enam on sellist nõu või infot antud 55–64-aastastele (46%).

Kvalitatiivuurings osalejatest olid mitmed toitumise teemat perearstiga arutanud või saanud perearstilt või mõnelt teiselt tervishoiutöötajalt soovitusi. Tervisliku toitumise teemal enda initsiatiivil perearsti poole ei pöörduta, kuid see teema võib üles tulla seoses mõne terviseprobleemi või halvenenud näitajaga.

- " *Perearst ei ole, aga töötervishoiuarst, kui tema juures käisin suvel, mainis, et olen jõudnud sellisesse ikka, kus peaks siis lähemalt toitumist jälgima. Et selline lihtne ja muretu noorus, kus sai kaloreid kiiresti ära kulutatud... et kaalu tõusust ja istuvast tööst tulenevalt peaksin vaatama. Aga rohkem ta nagu lähemaid soovitusi ei andnud, sest noh, põhimõtteid ma tean või teadsin sel hetkel, aga näpunäiteid või kust midagi leida ta ei soovitanud." – N, 37, ülekaalus, segatoiduline.*

Taimetoitlastel oli perearstiga vestlustest mitmeid kogemusi, kus nende söömisharjumustele anti hinnanguid või nende hinnangul mittesobivaid soovitusi. Taimetoitlased tõid välja, et taimetoitlaseks hakatakse erinevat moodi – mõni kohandab toitumist aegamööda liha söömist vähendades, mõni loobub tugeva emotsiooni ajal koheselt loomset päritolu toitudest. Seega võivad neil olla erinevad vajadused. Vestlustes perearstiga tajuti teatavat halvaksapanu ning mõnikord anti soovitusi siiski loomset päritolu toite süüa.

- " *Selles mõttes oli kasu küll, ta andis mulle mingeid võib-olla selliseid nõuandeid, et kui ma söön C-vitamiini rohkeid toite, siis see raud lihast või mis iganes, kasvõi peedist imendub paremini. Et sellise info ma sain, aga üldiselt ma sain sealt teatavat sellist, noh natuke nagu sellist silmapööritust. Kuidas ma nüüd niimoodi, et liha ei söö." – N, 23, normaalkaalus, fleksitaarlane,*
- " *See on jutuks tulnud, me pole otseselt arutanud, et mida peaks sööma, kuna ma olen seda infot saanud mujalt. Perearst on imestanud, et kõik näitajad on korras ja hästi, et ise olete taimetoitlane, aga kõik on tasakaalus. Korraks on tulnud esile, oli terviseprobleem ja tuli jutuks, et kas teil on mingeid toitumisasjad ka ja siis rääkisime sellest, mida ma söön või ei söö." – N, 34, alakaalus, pesketaarlane.*

Paljud intervjuueeritute olid seoses enda toitumise, peamiselt ülekaaluga, otsinud abi kas perearstilt, treenerilt või toitumisharjumustajalt või proovinud erinevaid programme. Toitumisharjumustaja abi oli kasutatud pigem harva, kõige rohkem mainiti erinevaid abistavaid programme, näiteks Fitlap, nutikell ja rakendus Fitbit, NutriData, venekeelset rakendust „Sit30“ jne. Sageli toodi positiivse aspektina välja programmidega kaasnevaid Facebooki tugigruppe või 24/7 tuge. Samas mainiti sageli, et programmid ei toonud kaasa pikaajalist kaalulangust, kuna nende soovitusi oli keerukas igapäevaelus rakendada. Ka rõhutati, et sellised programmid on pikapeale kallid.

- " *„Mina olen pöördunud, minu kogemus on nukker. See oli umbes 6 aastat tagasi, kaalusin rohkem kui 120 kilo. Arst ütles, et ma peaksin alla võtma. Küsisin siis olemasolevate dietoloogide kohta ja mulle anti visiitkaart. (...) See oli lihtsalt dietoloogi kabinet, mitte kliinikum või midagi. Kõik, mis mulle sealt öeldi oli – sööge vähem! Ja saadeti minema. Pärast tasusin 35-eurise arve.“ – N, 41, ülekaalus, segatoiduline.*
- " *Jaa, mina tellisin endale sügisel toitumiskava ja seal on olemas Facebooki tugigrupp, kus kõik saavad jagada, mida nad parasjagu siis sellest toidukavast endale süüa tegid või kuidas neil kas kaalulangetus või kaalutõus, vastavalt nende enda soovidele, siis läheb. Aga jah, ma olen kava järgi retseptidest süüa teinud, aga see harjumus, et seda õiget toidukogust iga kord jälgida – seda ei ole veel tulnud. Ja ikka kipub minema niimoodi, et tuleb mingi kiirem aeg ja siis ei võta seda retseptiraamatut ette ja ei tee toidukava järgi soovitatud asju, aga on enam-vähem, et mis oled harjunud tegema ja mida saab kiiresti teha ja siis need kalorid jälle on sellised, et ei vasta sellele, mis võiks olla. Siis tuleb hästi palju sellist mugavussöömist, et täna teeme kiiresti, homme vaatame jälle, mis seal toidukavas on.“ – N, 37, ülekaalus, segatoiduline.*
- " *Mina avastasin hiljuti Tervise Arengu Instituudi lehe pealt ühe väga vahva sellise, ma ei tea, kas tema kohta võib instrument öelda, aga kus on samamoodi, toidupäevik, liikumispäevik, hästi mugav on. Arvutab kõik välja ja ütleb, et nüüd on vaja süüa seda või neid asju rohkem. Sest kummalisel kombel jah eile avastasin ja hästi vahva asi oli.“ – N, 51, alakaalus, segatoiduline.*

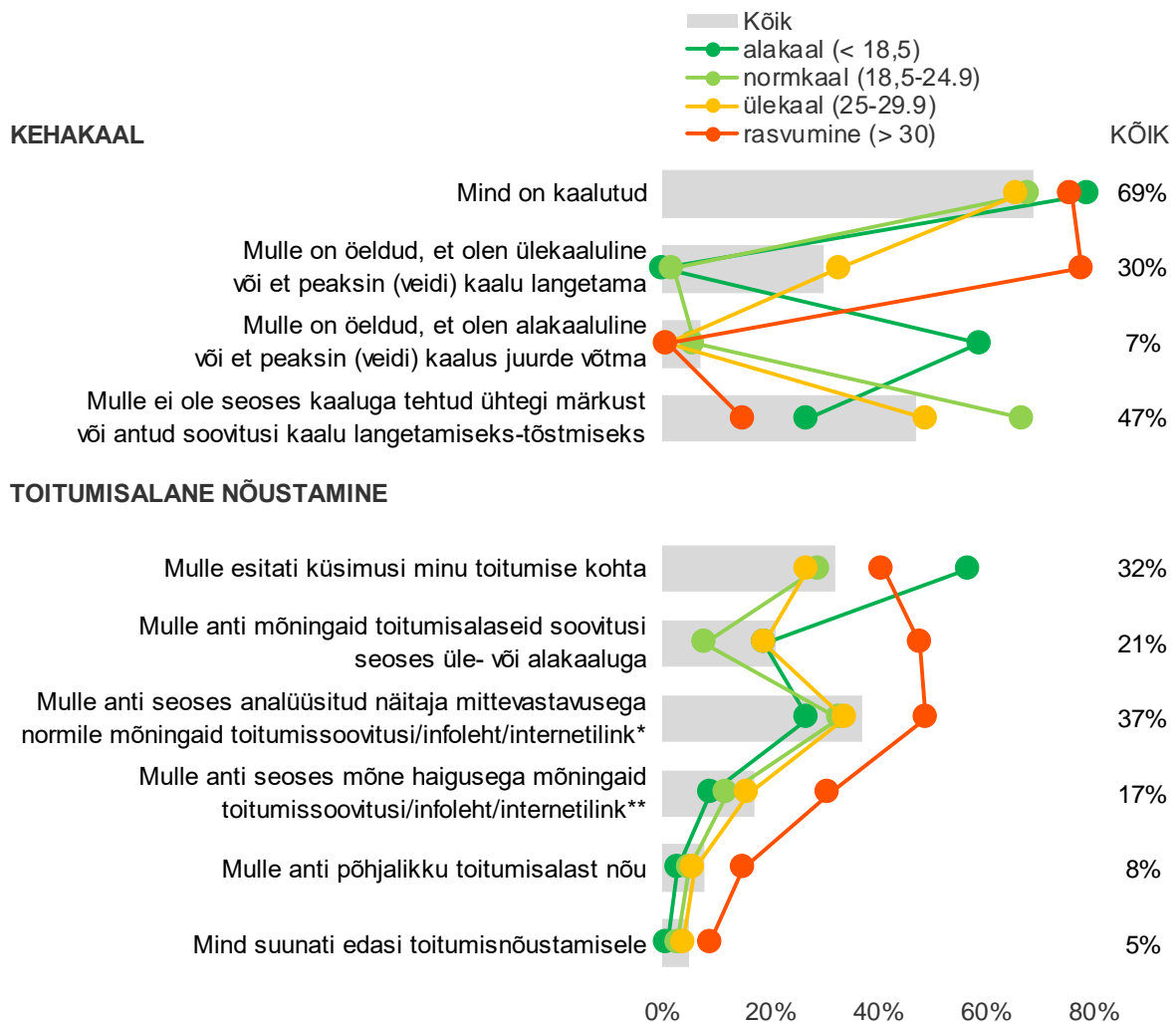
Toitumise kohta esitati küsimusi umbes kolmandikule elanikest. Sagedamini toovad seda välja toiduallergia või -talumatusega inimesed (43%), aga ka alakaalus (57%) ning rasvunud inimesed (41%).

Mõningaid toitumisalaseid soovitusi seoses üle- või alakaaluga anti 21%-le inimestest. Rasvunud inimestest 48% ütlevad, et said soovitusi, kuid ülekaalus inimestest vaid 19% ning sama suur on see näitaja ka alakaaluliste puhul. Seega on need kaks olulist rühma sageli jäänud vajaliku tähelepanu alt välja.

Seoses mõne haiguse või haigusliku seisundiga või lähtuvalt inimese toitumisest anti mõningaid soovitusi või infoleht või internetilehe link 17%-le elanikest. Rasvunud inimestest said seda 31%, ülekaalulistest 16%, normaalkaalulisest 12% ja alakaalulistest 9%.

Põhjalikku toitumisalast nõu sai 8% ja toitumishõustamisele suunati 5% inimestest. Enam on nende seas rasvunud inimesi: vastavalt 15% ja 9%. Toidutalumatuse- või allergiaga inimestest said põhjalikku nõu 13% ja nõustamisele suunati 10%. Toitumishõustamisele on enam edasi suunatud naised (7% vs 3% meestest) ning 16–24-aastaseid (12% vs 2% 35–44-aastastest, keda on suunatud kõige vähem) (Joonis 28).

Joonis 28. Nüüd küsime Teie kogemuste kohta perearsti, pereõe, töötervishoiuarsti vm tervishoiutöötajaga. Palun mõelge tagasi viimasele kolmele aastale ning märkige, kas Te puutusite järgneva kokku või mitte (% vastajatest, kes on viimase kolme aasta jooksul käinud mõne tervishoiutöötaja vastuvõtul, n=973).



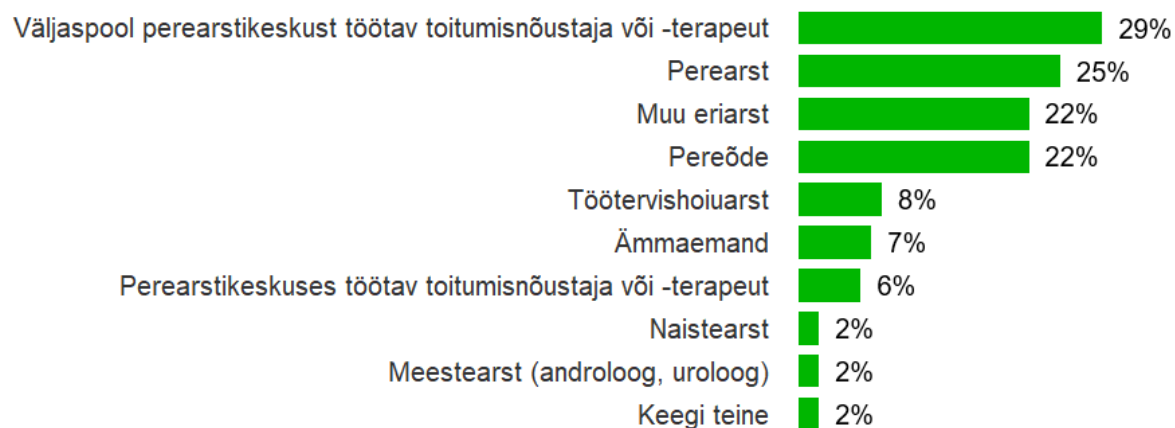
*mulle anti mõningaid toitumisalaseid soovitusi seoses mõne analüüsitud näitaja mittevastavusega normile või anti infoleht või mõni internetilehekülje link vm, kust ise vastavat infot leida (analüüsitud näitajad on näiteks vererõhk, kolesteroolitase, veresuhkrutase, vitamiinide või mineraalide tase jne)

**mulle anti mõningaid toitumisalaseid soovitusi seoses mõne haiguse või haigusliku seisundiga (nt diabeet) või lähtuvalt minu toitumisest (nt olen vegan) või anti infoleht, mõni internetilehekülje link vm, kust ise vastavat infot leida

Valdav enamik (85%) patsientidest, kes suunati toitumisnõustamisele, sinna ka läksid. Antud uuringu valimis tähendab 15% nõustamisele minemata jätnud inimest kokku kuut patsienti, kes toovad põhjusena välja seda, et loodeti ise hakkama saada, nõustaja asub kaugel, ei usutud, et nõustaja saab aidata või teenus on kallid.

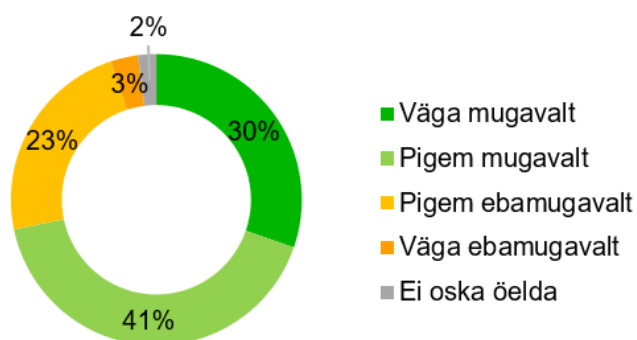
Need, kes said põhjalikku toitumisalast nõu või läksid toitumisnõustamisele, kuhu neid suunati, toovad kõige sagedamini välja, et neid nõustas väljaspool perearstikeskust töötav toitumisnõustaja või -terapeut (Joonis 29). Perearst nõustas veerandil juhtudest ja veidi üle viiendikul juhtudest oli see muu eriarst või pereõde.

Joonis 29. Kes andis Teile põhjalikku toitumisalast nõu või viis läbi toitumisharjumuste muutmist? (% vastajatest, kes on viimase 3 aasta jooksul saanud põhjalikku toitumisalast nõu või keda on suunatud toitumisharjumuste muutmisele, n=97)



Enamik inimesi tundis end sel ajal, kui spetsialist nendega toitumisest või kehakaalust rääkis, mugavalt (71%), kuid üle veerandi inimestest tajus ebamugavustunnet (27%) (Joonis 30). Ebamugavalt tundsid end sagedamini naised (35% vs 10% meestest), 16–24-aastased noored (63%) ning rasvunud inimesed (46%).

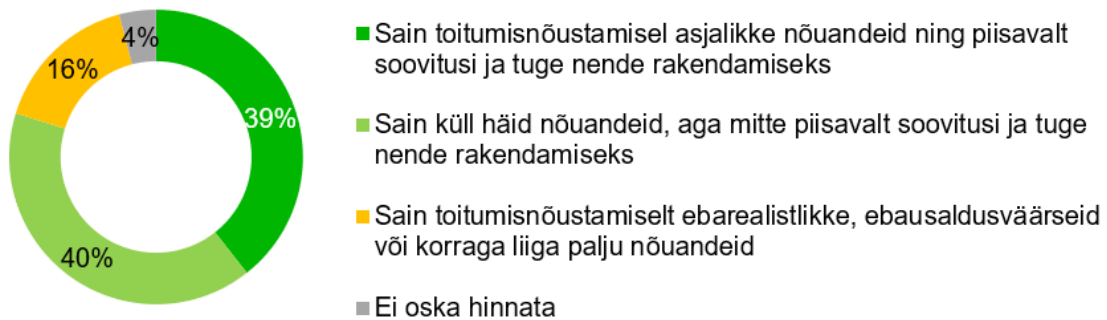
Joonis 30. Kuidas Te end tundsite, kui arst, muu tervishoiutöötaja või toitumisharjumuste muutmise spetsialist Teiega Teie toitumisest ja/või kehakaalust rääkis? (% vastajatest, kes on viimase 3 aasta jooksul saanud põhjalikku toitumisalast nõu või keda on suunatud toitumisharjumuste muutmisele, n=97)



Uuringu valimis oli 37 inimest, kes suunati edasi toitumisharjumuste muutmisele ja kes sinna ka läksid. Neist pooled (54%) käisid seal 1–2 korda ja ülejäänud 3 või enam korda. Enamasti (73%) eelnes nõustamisele inimese söömisharjumuste väljaselgitamine: nad kas täitsid ise toidupäevikut või esitati neile küsimusi nende toitumise kohta.

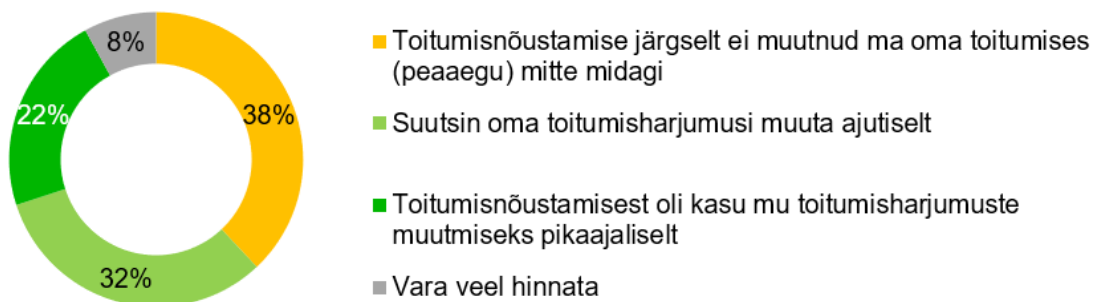
Samuti sai suurem osa nõustamisel käinud inimestest sealt häid ja asjalikke nõuandeid (79%), kuid umbes pooled neist tunnevad, et vajaka jäi soovitud ja soovitud rakendamiseks (Joonis 31). Vaid 16% ütleb, et ei jäänud saadud nõuannetega rahule: need olid ebarealistlikud, ebausaldusväärsed või oli neid korruga liiga palju. Viimast toovad enam välja inimesed, kes käisid nõustamisel vaid 1–2 korda ehk nõustamise aeg ei olnud tõenäoliselt piisav ning aega toe pakkumiseks ei olnud piisavalt (27% vs 2% neist, kes käisid 3+ korda). Pooled 3 või enam korda nõustamisel käinutest jäid rahule nii saadud nõuannete kui ka toega nende .

Joonis 31. Kuidas Te hindate toitumisharjumuste muutumise saadud nõuandeid? (% neist, keda suunati toitumisharjumuste muutumisele ja kes sinna läksid, n=37)



Toitumisharjumuste muutumise tagajärjel muutis oma söömisharjumusi umbes viiendik nõustamisel käinutest (Joonis 32). Oma toitumises ei muutnud (peaaegu) mitte midagi 38% ning harjumusi suutsid ajutiselt muuta 32%. Need, kes käisid nõustamisel 1–2 korda, ei suutnud tõenäolisemalt oma harjumusi üldse muuta võrreldes nendega, kes käisid seal 3 või enam korda (65% vs 6%). Enam kordi nõustamisel käinud inimesed ütlesid sagedamini, et suutsid harjumusi muuta ajutiselt (56% vs 13%). Samas pikaajalisi muutusi saavutasid ühtemoodi sageli (umbes viiendikul juhtudest) nii lühema kui pikema nõustamiskogemusega inimesed: mingi osa inimestest on ise sisemiselt piisavalt motiveeritud ja meelekindlad harjumuste püsivaks muutmiseks hoolimata välisest toest või selle puudumisest.

Joonis 32. Kuidas toitumisharjumuste muutumise mõjutas Teie söömisharjumusi, kui üldse? (% neist, keda suunati toitumisharjumuste muutumisele ja kes sinna läksid, n=37)



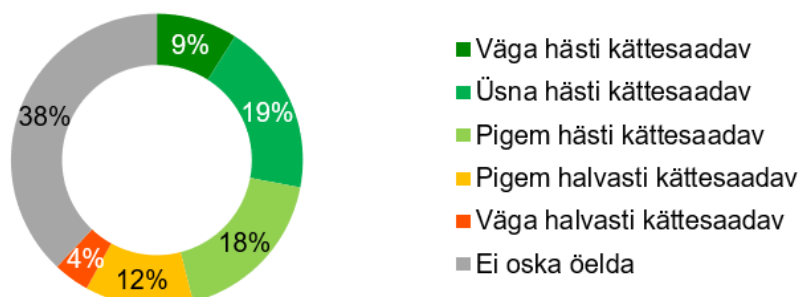
Ligi pooled (48%) nõustamisel käinutest leiavad, et nad said toitumisharjumuste muutumise tagajärjel abi või leevendust seoses oma probleemiga, mille pärast nad sinna suunati. Probleemile ei saanud lahendust 40% sihtgrupist ja 12% ütleb, et seda on veel vara hinnata. Vähem (1–2 korda) nõustamisel käinud inimesed leiavad võrreldes rohkem (3 või enam korda) käinutega sagedamini, et nad ei saanud seoses oma probleemiga abi (61% vs 16%).

3.7 Toitumisharjumuste muutumise perearsti juures: hoiakud ja ootused

Toitumisharjumuste muutumise peab Eestis väga või üsna hästi kättesaadavaks 28% inimestest, 18% annavad sellele keskmise hinnangu (5-pallises süsteemis võrdväärne hindega 3) ning 16% hinnangul on see pigem või väga halvasti kättesaadav (Joonis 33). Kõnekas on seegi, et paljud (38%) ei oska selle teenuse kättesaadavust Eestis hinnata. Teenust peavad hästi kättesaadavaks sagedamini 16–24-aastased noored, eestlased, ettevõtjad, kõrgema sissetulekuga (üle 1300 euro kuus pere liikme kohta) ning oma sissetulekuga hästi toimetulevad inimesed.

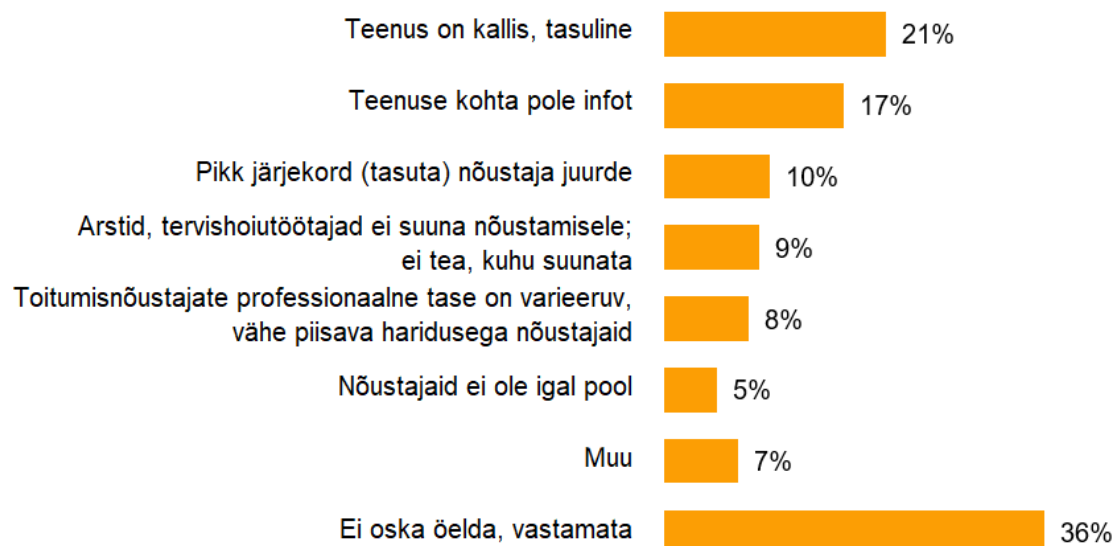
Toitumisnõustamine on halvasti kättesaadav sagedamini naiste, muu rahvusest elanike, majanduslikult mitteaktiivsete inimeste (töötud, kodused jne) ning majanduslike toimetulekuraskustega inimeste hinnangul. Kättesaadavust ei oska hinnata sagedamini 55–64-aastased ja muust rahvusest elanikud.

Joonis 33. Kui kättesaadav on Teie hinnangul Eestis toitumisnõustamine? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Peamiselt peetakse toitumisnõustamist raskesti kättesaadavaks, kuna seda hinnatakse kalliks teenuseks ning selle kohta puudub piisav info (Joonis 34). Täpsemalt peetakse siin silmas seda, et pole infot, kuhu ja kuidas peaks pöörduma, et saada toitumisalast nõu, ning ka seda, et pole üldse teada, mis kujul see teenus on olemas. Välja tuuakse ka pikki järjekordi, toitumisnõustajate professionaalse taseme varieeruvust ning seda, et arstid ei suuna sellele teenusele. Kvalitatiivuuringuus toodi probleemina välja, et tervishoiutöötajatelt saadud soovitused on sageli olnud üldised, mitte keskendunud sellele, mida täpselt süüa või kuidas tegutseda.

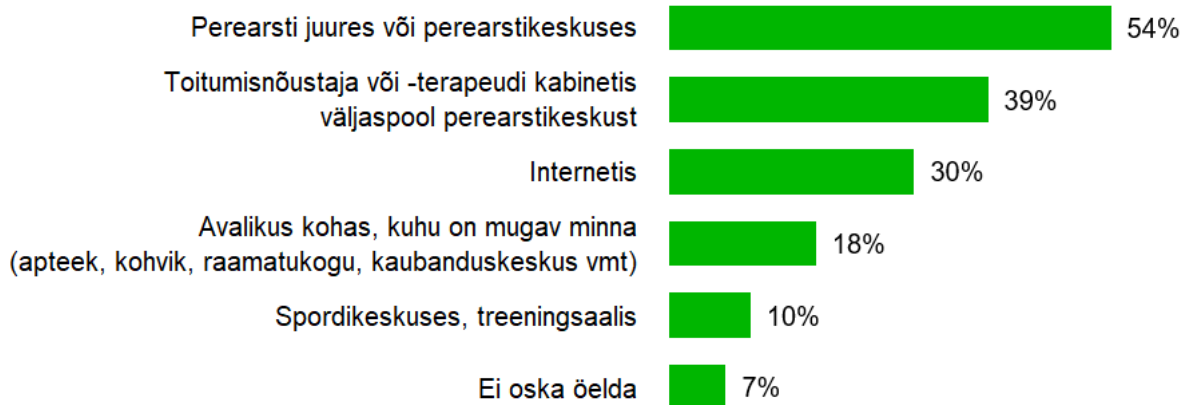
Joonis 34. Miks Teie hinnangul on toitumisnõustamine Eestis pigem või väga halvasti kättesaadav? Spontaansed vastused (% vastajatest, kelle hinnangul toitumisnõustamine on Eestis pigem või väga halvasti kättesaadav)



Elanikud on üsna avatud ideele, et **toitumisnõustamine võiks aset leida perearsti juures või perearstikeskuses**: võrreldes muude paikadega, kus toitumisnõustamist võiks pakkuda, valisid selle koha üle poole inimestest (54%) (Joonis 35). Ligi 40% soovib, et nõustamine toimuks toitumisnõustaja või -terapeudi kabinetis väljaspool perearstikeskust ning 30% meelest võiks see toimuda veebipõhiselt. Avalikus kohas võiks see aset leida viiendiku hinnangul. Toitumisnõustaja kabinetis sooviksid käia naised enam kui mehed (49% vs 30%); naiste jaoks on see peaaegu võrdväärne perearsti

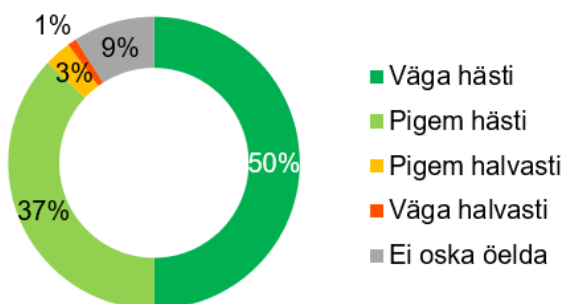
juures toimuva nõustamisega (56%). Mehed eelistavad kõige enam perearsti juures toimuvat nõustamist (52%). Seda eelistavad teistest enam ka 35–44-aastased elanikud. Keskmisest vähem on maininud internetis toimuvat nõustamist 45–54-aastased ning avalikke paiku ja treeningsaale 55–64-aastased.

Joonis 35. Kus võiks Teie meelest ennekõike aset leida toitumisnõustamine neile inimestele, kes seda vajavad (tingituna nt üle- või alakaalust, kõrgeenenud kolesteroolitasemest või veresuhkrust, toiduallergiast, taimetoitlusest vm)? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Üldine **toetus ideele hakata pakkuma toitumisnõustamist perearsti juures** on suur: sellesse suhtub väga või pigem hästi 87% elanikest, sealhulgas 50% väga hästi (Joonis 36). Halvasti suhtub vaid 4% ning nende seas eri eristu konkreetseid elanikkonnarühmi. Siiski ei oska ligi kümnendik seda ideed hinnata: nende seas on enam mehi, 45–64-aastaseid ja maa-asulate elanikke. Toitumisnõustaja kabineti ideed hindavad kõrgemalt alakaalulised (61% vs üldiselt 39%), ülekaalulised toetavad veidi vähem ideed pakkuda nõustamist avalikus kohas (15% vs üldiselt 18%).

Joonis 36. Kuidas Te suhtute sellesse, kui toitumisnõustamist hakatakse pakkuma Teie perearsti juures või perearstikeskuses?



Kvalitatiivuurings reageeriti perearstikeskustes pakutava toitumisnõustamise teenuse mõttele **positiivselt**, kuna leiti, et mitmed sihtrühmad vajavad toitumise muutmisel nõustaja abi. Välja toodi ülekaalulisi lapsi ja noori, vanemaelisi ning ülekaaluga hädas inimesi. Samuti rõhutati, et enim vajavad abi eluviisist tingitud haigustega inimesed.

- " Jah, juba sellepärast, et ta on teadmistega inimene ja ma saangi ju tema teadmiste varal oma tervise paremaks." – M, 58, ülekaalus, segatoiduline.
- " Mina küll arvan, et see toitumisnõustamine võiks olla kättesaadavam ja rohkem levinud, sest ega see teadmine, mida süüa ja kuidas ja mis sinu keha jaoks hea on... mulle küll ei tundu, et inimesed teavad, mis neile hea on. Nad ei tea väga palju sellest ja kui ma mõtlen enda peale

ka, siis mis koolist meeles on, et söö viis peotäit värsket asja päevas, aga rohkem ma küll ei mäleta, et oleks midagi külge jäänud. See ongi kõik, mis ma olen teada saanud, on ise tasapisi uurides ja just seeläbi, et ma pean läbi mõtlema, mida ma söön, mille asemel. See võiks olla üldlevinum küll.“ – N, 34, alakaalus, pesketaarlane.

Nõustamisteenuse toomine esmatasandi tervishoidu aitaks kaasa selle teenuse kättesaadavusele ka maapiirkondades (seda eriti nende inimeste vaates, kellel puuduvad head transpordivõimalused).

“ Kindlasti on see vajalik ja riigipoolne asi, aga kuna ma ise elan maapiirkonnas, siis ma mõtlen, et seda, et maakohas on mingi väike perearstikeskus olemas, aga kui näiteks see maa-perearst saadaks selle toitumisnõustaja juurde maakonnakeskusesse, mis on 35 km, siis maainimene sinna ei lähe ja mõtleb „ah, okei, ma saan ise hakkama““. – M, 40, normaalkaalus, segatoiduline.

Teisalt arvasid mitmed uuringus osalejad, et nad ise tingimata toitumisnõustaja abi ei vaja. Mõni soovis kasutada eratreeneri abi, et saada ka detailne trennikava, mõni nägi oma probleemide põhjuseid enda arvates selgelt ja seega nõustamist ei vajanud. Mõnel juhul oli inimesel küll mure ülekaalu pärast, ent arvati, et ei leita aega toitumisnõustaja teenuse kasutamiseks.

“ Ei, ma arvan, et see on tõenäoliselt kellelegi vajalik, minule mitte, absoluutselt ei kõneta... Ma pigem olen spordiklubis, kus ka on vastava taustaga inimesed, kes pakuvad sellist teenust. Okei, tasuda tuleb rohkem, aga ma vähemalt saan kombinatsioonis sellega, et ma saan liikumissoovitused koos toitumissoovitustega.“ – N, 38, ülekaalus, segatoiduline.

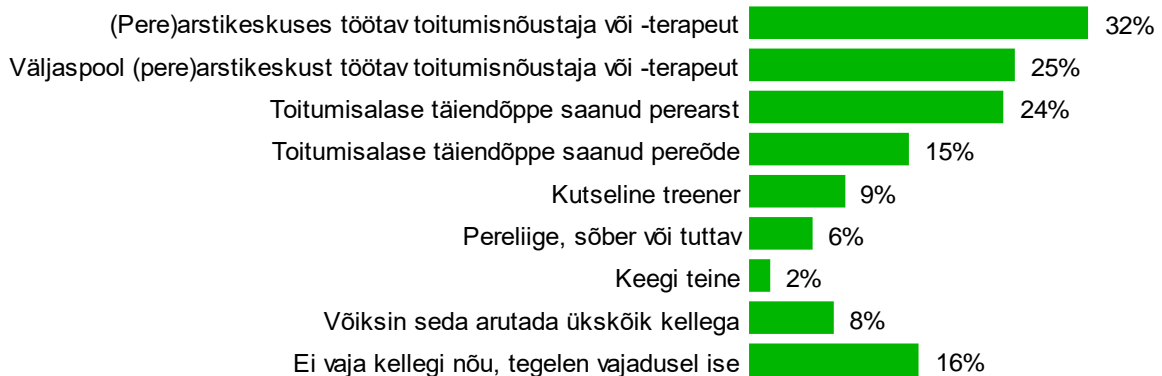
“ Ma ei kasutaks seda teenust, kuna mul on niivõrd suur ajapuudus lihtsalt. Ma tean, kuhu saaks ka praegu pöörduda, aga aega pole.“ – N, 44, ülekaaluline, segatoiduline.

Toitumisnõu vajava inimese puhul tuleb eristada kaht aspekti: ühelt pool tema valmidus ise nõu saamiseks professionaali poole pöörduda ja teisalt avatus selle suhtes, kui professionaal enda algatusel soovib nõu anda. Uuringus vaadati mõlemat aspekti.

Soovides ise muuta oma söömisharjumusi, oleksid inimesed ennekõike valmis pöörduma (pere)arstikeskuses töötavad toitumisnõustaja või -terapeudi poole, kuid ligi veerand pöörduks ka väljaspool (pere)arstikeskust töötavad toitumisnõustaja või -terapeudi või toitumisalase täiendõppe saanud perearsti poole (Joonis 37). Vastava väljaõppega pereõde eelistatakse mõnevõrra vähem, kuid siiski enam võrreldes kutselise treeneri või lihtsalt tuttavaga. Ligi kümnendikul ei ole vahet, kellega arutada oma harjumuste muutmist ja 16% ei vaja kellegi nõuandeid, olles valmis ise enda harjumusi muutma.

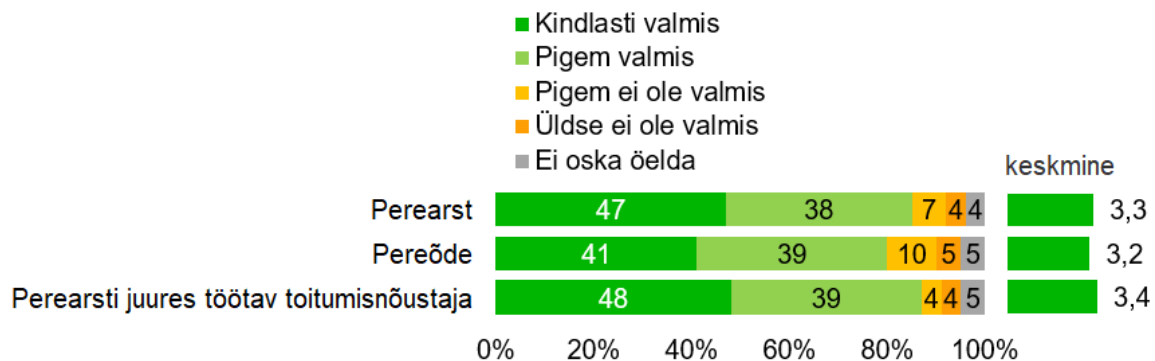
Naised eelistavad meestega võrreldes enam (pere)arstikeskuses või väljaspool seda töötavat toitumisnõustajat või -terapeuti (38% ja 32%), meeste jaoks oleks esimene valik aga täiendõppe saanud perearst (29%), kes nende jaoks on pea võrdväärne (pere)arstikeskuses või väljaspool seda töötava toitumisnõustaja või -terapeudiga. Meeste jaoks sagedamini ei ole vahet, kellelt nõu saada (12% vs 4% naistest). Noorim sihtrühm (16–24-aastased) mainib treenerit keskmisest enam (16%), kuigi esinelik on neil elanikkonna keskmisega võrreldav. Toitumisalase täiendõppe saanud pereõde toovad enam välja 45–54-aastased (19%), näiteks 16–24-aastased noored mainivad teda keskmisest vähem (7%). Ise tegeleksid teemaga vajadusel tõenäolisemalt 55–64-aastased (26%), kelle jaoks see on arstikeskuses töötava nõustaja ja eriväljaõppe saanud perearsti kõrval kolmas valik.

Joonis 37. Juhul, kui Teil endal oleks vaja muuta oma söömisharjumusi (tingituna nt üle- või alakaalust, kõrgeenenud kolesteroolitasemest või veresuhkrust, toiduallergiast, taimetoitlusest vm), siis kelle poole Te selleks ennekõike pöörduksite? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Kui elanikelt küsiti selle kohta, kellega nad oleksid valmis oma söömisharjumusi arutama, kui need inimesed ise küsiksid teema kohta ja sooviksid nõu anda, siis valmisolek rääkida sel teemal perearsti, pereõde või perearsti juures töötava toitumisinõustajaga on üsna sarnane. Toitumisinõustajaga on valmis oma söömisharjumustest rääkima 87%, perearstiga 85% ja pereõega 80% elanikest (Joonis 38). Suuri erisusi elanikkonnarühmade vahel ei ole. Võrdluses meestega on naiste seas veidi enam neid, kes pole valmis rääkima perearsti või pereõega. Toitumisinõustajaga on veidi vähem valmis rääkima 55–64-aastased.

Joonis 38. Kuivõrd Te oleksite valmis arutama oma söömisharjumusi iga järgneva inimesega, kui nad ise Teie söömisharjumuste kohta küsiks ja sooviksid Teile nõu pakkuda? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Kõige olulisemad takistused oma söömisharjumuste arutamiseks perearstikeskuses töötava toitumisinõustajaga on usk ise hakkamasaamisesse, pikk ootejärjekord ja teenuse hind (kui see teenus peaks eraldi tasu eest või teatud omaosalusega hakkama olema) (Joonis 39). Viimased kaks on tinglikud takistused, mille tekkimist ei ole praegu võimalik ette näha. Teistest enam (27% vs üldiselt 8%) kardavad tervishoiutöötajate poolset halvustamist või teadmatust teenuse kohta ning piinlikkustunnet alakaalulised, kes samuti on vähem kindlad enda iseseisvalt hakkama saamise võimes („saan ise hakkama“ väitega nõustumine 6% vs üldiselt 23%). Ülekaalulised inimesed nõustuvad teistega võrreldes vähem väitega, et neil pole vaja enda toitumisega tegeleda (6% vs üldiselt 12%), samas nõustuvad rohkem väitega, et nad ei suuda nagunii enda toitumisharjumusi pikaajaliselt muuta (9% vs üldiselt 11%).

Need, kes ei oleks valmis arutama oma söömisharjumusi perearstiga, toovad peamise põhjusena välja arvamuse, et perearst ei saa neid selles küsimuses aidata (28%), kuid keskmisest sagedamini ka seda, et nad lihtsalt ei soovi temaga neil teemadel rääkida.

Need, kes ei sooviks söömisharjumusi arutada pereõega, toovad samuti kõige sagedamini välja arvamuse, et pereõde ei saa neid aidata (27%), kuid keskmisest sagedamini kardetakse, et pereõde ütleb halvasti või annab hinnanguid (12%).

Need, kes ei soovi sel teemal rääkida toitumisnõustajaga, usuvad ennekõike, et nad saavad ise hakkama (31%) ja lihtsalt ei soovi sel teemal nõustajaga rääkida (21%).

Lahtiste kommentaaridena töid inimesed takistustena välja veel järgmist:

- konkreetne perearst ei ole pädev, on ükskõikne, ebameeldiva suhtlusstiiliga,
- nõustamisel lähtutakse kindlast riikliku soovitusena koostatud toidupüramiidist ja ei arvestata individuaalsete eripärade ja vajadustega,
- ei usalda perearsti ja pereõde teadmisi toitumise valdkonnas, nad ei saa olla sama kompetentsed kui vastava haridusega nõustajad,
- tõsiseltvõetavad saaksid olla ainult need arstid või nõustajad, kes on ise füüsiliselt heas vormis ehk ei ole ülekaalulised.

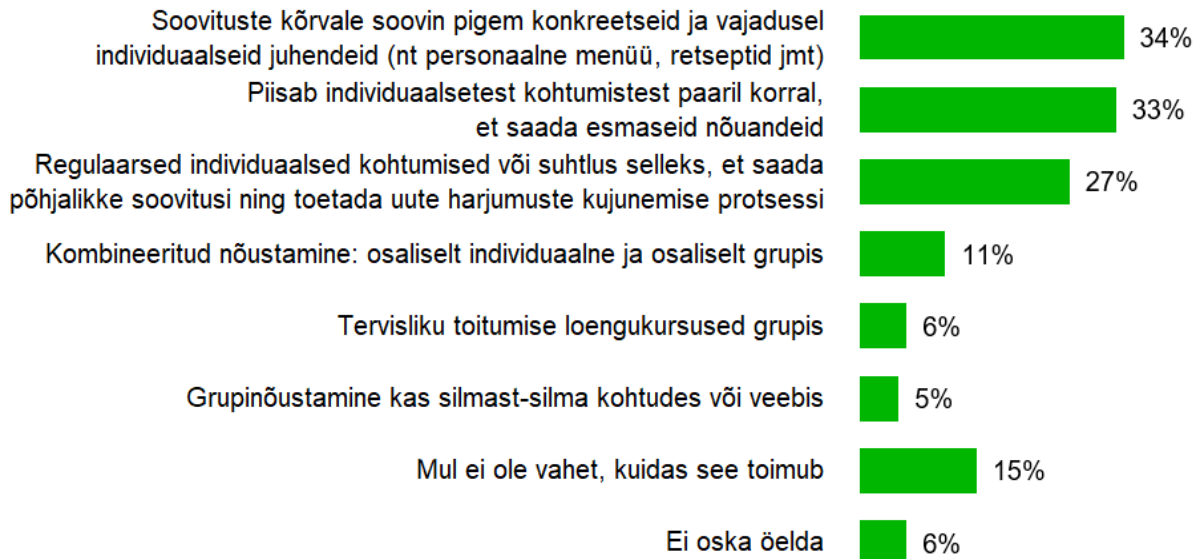
Joonis 39. Mis võib Teid takistada oma söömisharjumusi perearsti, pereõde või perearsti juures töötava toitumisnõustajaga arutamast? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Umbes kolmandik inimestest sooviks, et toitumisnõustamise puhul perearsti juures saaksid nad soovitusi ning selle juurde konkreetseid ja vajadusel individuaalseid juhendeid nagu personaalne menüü või retseptid (Joonis 40). Kolmandik leiab, et piisab paarist individuaalsest kohtumisest esmaste nõuannete saamiseks ning veidi üle veerandi sooviks regulaarseid individuaalseid kohtumisi, et saada

põhjalikke soovitusi ja toetust muudatuste protsessis. Ennekõike jääb eelistustest kõlama **soov individuaalse lähenemise järele**, grupivormis lahendusi – loengukursused, grupinõustamine – sooviks saada 10% inimestest.

Joonis 40. Kuidas võiks toitumisenõustamine perearsti juures või perearstikeskuses toimuda? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Mehed leiavad kõige sagedamini, et piisab paaril korral kohtumisest (38%) ning neil ei ole sagedamini ka vahet, kuidas nõustamine toimub (17% vs 12% naistest). Naised soovivad võrreldes meestega enam konkreetseid individuaalseid juhendeid (43% vs 26% meestest), regulaarseid kohtumisi ja tuge (34% vs 20% meestest), kombineeritud nõustamist (14% vs 7%) ning loengukursuseid grupis (9% vs 3%).

Noorim sihtrühm (16–24-aastased) soovib teistega võrreldes enam konkreetseid ja vajadusel individuaalseid juhendeid (44%) ning regulaarseid kohtumisi ja tuge (39%). Regulaarsusest on vähem huvitatud 45–64-aastased (21%) ning konkreetset individuaalset soovitusi pakuvad vähem huvi 55–64-aastastele. **Rasvunud inimesed rõhutavad ennekõike regulaarseid kohtumisi ja tuge ning konkreetseid individuaalseid soovitusi.**

Individuaalset ja grupinõustamist võrreldes leiti, et individuaalne nõustamine, kasvõi ainult alguses, on väga tähtis. Seda seetõttu, et soovitakse vastuseid enda toitumist puudutavatele küsimustele ja oma murede kuulamist ja põhjalikku käsitlemist. Grupp võib olla hea tugi, kuid mitmeid intervjuueeritavad arvasid, et nad ei sooviks grupis väga sügavaid isiklike muresid jagada või et neil poleks grupinõustamiseks aega.

- " Hea küsimus, ma ise pigem ka eelistaksin personaalset, mitte grupis. Mina just tahaksin kogu info saada personaalselt, mitte et see oleks mingile grupile üldisem jutt." – M, 40, normaalkaalus, segatoiduline.
- " Ma olen nõus, et see peaks siis olema kombineeritud, et nii individuaalne kui ka grupitegevus, sest seal keskmine eesti inimene ei taha võib-olla väga oma probleeme lahata, see võiks olla selline, et jagatakse üldisi teadmisi, mitte et "Mari, räägi, mis probleemid sul on" – et siis võib-olla mitte." – N, 34, alakaalus, segatoiduline.

Grupinõustamist peeti üheks jätkunõustamise võimaluseks. Nii saaks seal koos võtta ette midagi praktilist, näiteks poes tooteid valida või valmistada toite, mis toetaksid tervislikku toitumist või kaalulangust. Samuti arvati, et grupi tugi võib mõjuda lohutavalt – ei tunta end oma murega üksi ning

koos suudetakse paremini distsipliini hoida. Lisaks ühistegevustele mainiti veebipõhiste gruppide võimalust, kus saaks vahetada mõtteid ja leida tuge. Grupi kokkupanekul tuleks silmas pidada inimeste ja nende eesmärkide sarnasust ning kokkusobivust. Mõned osalejad soovisid grupitegevusi ka sotsiaalsel eesmärgil – et tunda end vähem üksi.

- " *Võib-olla keegi pole mõelnudki selle peale, et toitumise osas grupinõustamine, et mis võiks see kasu olla, et grupinõustamine ei pea olema see, et istud grupis ringis tooli peale, nagu filmis on need AA-koosolekud. See võib olla ju see, et kusagil seltsimaja köögis saadakse kokku ja grupis tehakse endale tervislik eine, seltsis koos. Saab inimestega suhelda, saab midagi uut õppida, mõnda uut toitu proovida teha, mida muidu ei julgeks, samas oleks see tervislik ja menüüdes kusagil olemas, et mis on tervislik.* – N, 37, ülekaalus, segatoiduline.
- " *See oleks huvitav kogemus, et võib-olla saaks endale sellise toetusgrupi, kellega väljaspool seda individuaalnõustamist aidata ja hoida siht ees. Üksinda kaaluteemade ja toitumise teemadega maadelda on päris keeruline, aga kui sul on keegi tugi olemas, väljaspool seda nõustajat, et kes ei saa sinuga igapäevaselt suhelda, et minu meelest see aitaks kaasa.* – N, 37, ülekaalus, segatoiduline.
- " *No nagu üks-ühele sa oled suurema pinge all ja kõik tuleb sulle, mis nõustaja räägib, aga kui sa oled grupis, siis sa näed, et teistel inimestel ka, nendel on ka oma sellised, kuidas ma ütlesin eesti keeles, neil on ka oma sellised võitlused. Saate üksteist toetada ja grupis on põnevam.* – N, 62, normaalkaalus, fleksitaarlane.

Kvalitatiivuurings osalejad arvasid, et **sobiva kohtumiste arvu** võiks määrata toitumisenõustaja vastavalt inimese vajadusele. Taaskord mõtestati enda vajadusi erinevalt: kui sooviti saada teadmisi ja nõu, räägiti pigem 1–2 kohtumisest. Rohkem psühholoogilist tuge vajavad osalejad arvasid, et kohtumiste vahel võiks olla pikem aeg tegutsemiseks, ent pigem viitasid pikemale ja intensiivsemale koostööle. Mõnel juhul räägiti aastatepikkusest koostööst. Teenusemahu teemat võiks nõustamisel käsitleda, et vältida valeootuste teket.

- " *„Ma mõtlen, et kui esimene kord on sissejuhatav, et siis nii palju kordi peaks käima, et tekiks harjumus. Ta võiks olla metoodiline, et harjumuse tekitamine, et siis on sellel ka mingi metoodiline sisu taga, mitte et vaatame, mitu korda kokku saame, et kas aasta või neli või kaksteist.*“ – M, 58, ülekaalus, segatoiduline.
- " *Seda võiks tegelikult otsustada see toitumisenõustaja, et kui sa oled temaga piisavalt aus ja räägid temaga nii, nagu asjad on, siis juba tema otsustaks, et nüüd on saanud järje peale ja võiksid nüüd ise edasi lasta. Aitab raha kulutamises.*“ – M, 63, ülekaalus, segatoiduline.

Veebinõustamise võimalusse suhtuti üldiselt positiivselt, kuigi leiti, et esimene kohtumine võiks siiski olla füüsiline. See aitaks kaasa usaldusliku suhte tekkimisele ja maandaks skeptilisust või hirmu. Fookusgrupi osalejad eelistasid enamasti siiski füüsilisi kohtumisi, kuna pidasid neid mõjuvamaks.

- " *Online on kuidagi vähem individuaalne. Mulle mõjub nii. Mida see spetsialist näeb peale sinu näo? Mida me räägime seal? Mitu kilo ma olen alla võtnud? Päris elus saab mingeid mõõtmisi teha, analüüse.*“ – M, 40, ülekaalus, segatoiduline.
- " *Mugavus ja kvaliteet – see ikka tahab päris palju aega. Sest see teenus oleks ju tööpäeva sees, ma pean tööpäevast ära käima, ütleme, et kohapeal läheb pool tundi, pool tundi sinna ja tagasi ka, ütleme selline poolteist või kaks tundi juba tööajast läinud. Aga kui see on veebi teel, siis seda enda päevast või tööpäevast on palju lihtsam, kiirem ja mugavam (võtta – toim.),*” – N, 37, ülekaalus, segatoiduline.

Mobiilse või veebi teel nõustamise eelistena nähti paremat ligipääsu võimaldamist teenuse kasutamiseks maapiirkonna elanikele. Veebinõustamise puhul nähti olulise takistustena nõustatavate internetiühenduse kehva taset ja asjaolu, et madalama digipädevusega inimesed ei pruugi

veebinõustamist tahta või osata sellest osa võtta. Siin võib lahenduseks olla veebinõustamiskabinet mõne kohaliku asutuse ruumides või mobiilses nõustamises.

“ Üks variant on kindlasti muidugi sellised mobiilsed toitumisnõustajad, kes käivadki paar korda kuus kuskil asulates kohapeal. Või siis vajaduspõhiselt, kus on perearst teada andnud, et sinna, kus on vaja, sinna tuleb kohale. Aga kindlasti jah, see on vajalik. Täiesti nõus.” – M, 40, normaalkaalus, segatoiduline.

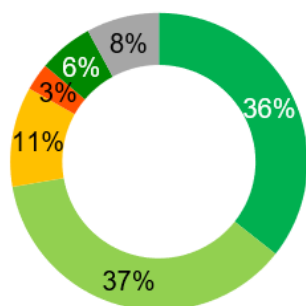
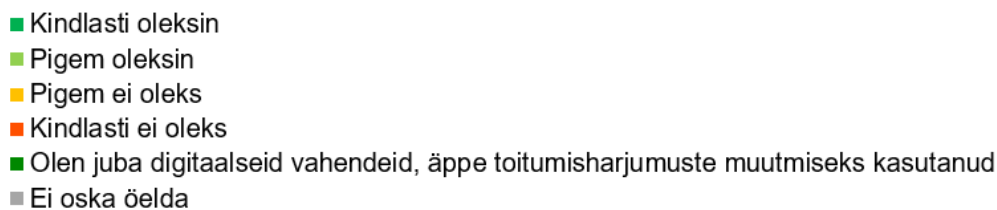
Valdav enamik (73%) inimesi on **toitumisnõustamise protsessis valmis kasutama digitaalseid vahendeid**, kui neid vahendeid neile soovitatakse ja õpetatakse kasutama. Seda pole valmis tegema 13% ning 6% vastas, et on digivahendeid selleks juba kasutanud (Joonis 41). Digivahendeid on enam kasutanud naised (9% vs 2% meestest), 16–24-aastased, toidutalumatusse või -allergiaga inimesed (10% vs 5% neist, kel pole talumatust või allergiat). Sagedamini ei ole valmis digitööriistu kasutama 55–64-aastased inimesed (25%).

Lisaks digivormis infole (*podcastid*, rakendused, veebilehed), toodi välja vajadust füüsilisel kujul olemasolevate materjalide järele (mõeldes vähesemate digioskustega inimestele). Samuti arvati, et toitumisnõustaja võiks olla veebis või telefonitsi kättesaadav kas toeks või küsimuste tekkimisel. See ootus peegeldab harjumust kasutada kliendituge, mis on paljude kaasaegsete teenuste üheks osaks

“ Võiks olla ka see, et kui ise ikka tunned, et on vaja toetust või tarkust sinna juurde, et siis saakski helistada ja saakski lõögile ja saakski abi. Asja mõte võikski ju olla, et sa pöördud ja sa saad abi.” – M, 58, ülekaalus, segatoiduline.

“ „No podcastid on sellised head asjad, et neid saab kuulata/vaadata siis, kui sul parasjagu aega on ja podcast võiks olla selline, kus oleks ka huvitavaid retsepte jagada või internetis live’is koos kokkamist teha. Et juhendaja teeb ees ja kõik saavad endale teha. Või näha ja kuulda mingit uut infot podcasti kaudu, et ei pea alati kohal käima, vaid saad ka sellist rühma motivatsiooni ja tuge sealt.” – N, 37, ülekaalus, segatoiduline.

Joonis 41. Kas Te oleksite valmis kasutama toitumisnõustamise protsessis digitaalseid vahendeid, kui arst või nõustaja neid Teile soovitaks ja õpetaks kasutama? (% kõikidest vastajatest, n=1154)

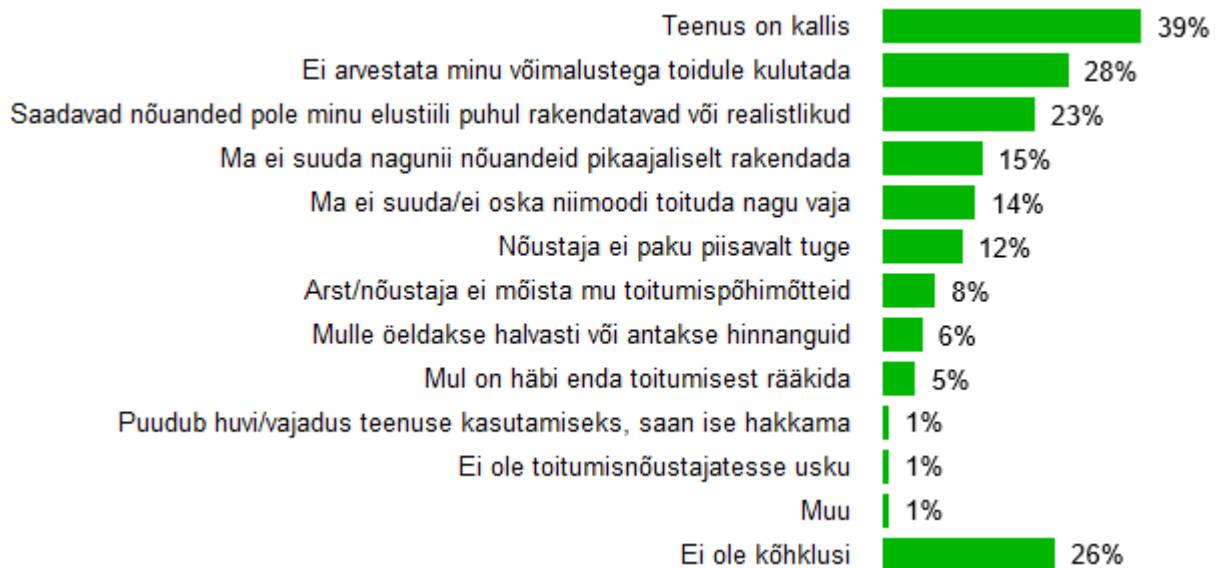


Toitumisnõustamise teenusega kaasnevad kõhklused on ennekõike seotud rahalise poolega: kardetakse, et teenus on kallis (39%), aga ka seda, et see ei arvesta inimese võimalustega toidule kulutada (28%) (Joonis 42). Veerand inimestest kardab, et saadavad nõuanded pole nende eluviisi puhul rakendatavad või realistlikud. Iga neljas (26%) inimene ütleb, et neil pole teenusega seoses

kõhklusi. Naistel on erinevaid kõhklusi enam kui meestel: vastavalt 79% naistest ja 69% meestest väljendab neid. Enam on kõhklusi 16–34-aastastel ning vähem 55–64-aastastel. Viimaste seas on küll enam neid, kel pole toitumisnõustajatesse usku (3%).

Alakaalulised inimesed kardavad sagedamini, et nad ei suuda nõuandeid pikaajaliselt rakendada (34%), ei oska toituda nagu vaja (30%) ja neil on häbi oma toitumisest rääkida (23%). Ülekaalulised inimesed muretsevad sagedamini kui teised selle pärast, et neile öeldakse halvasti või antakse hinnanguid (12%) ning neil on häbi oma toitumisest rääkida (8%).

Joonis 42. Millised on Teie kõhklused seoses toitumisnõustamise teenuse kasutamisega? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Kvalitatiivuurings seotud kõhkluste üle arutledes leidis mitu osalejat, et nõustamisteenus on tõsiste probleemidega inimestele ning enda olukorda nii tõsiseks ei peetud. See tähendab, et perearst või -õde võiksid suunamisel kergemate juhtumitega inimesi julgustada, kuna paljud võivad enda olukorra alahinnata. Lisaks väljendati hirmu sattuda naeruvääristamise või halvustamise ohvriks, kui abi otsib inimene, kelle probleem pealtnäha ei tundu suur (nt on ainult kerge ülekaal).

" No ma arvan takistus samamoodi võibki olla see, et sa kardad, et sind naeruvääristatakse, sinu probleemi, et seda ei võeta tõsiselt. Ka mingid halvad kogemused varasemalt arstide või kellegagi, et siis võib-olla ei julge rääkida sellest. Stigmat ja igasugused sellised asjad." – N, 34, alakaalus, pesketaarlane.

" Ma tunnen, et kui on natuke ülekaalus inimesed, siis nad vaatavad, et ah, sul on ju hästi, sul ei ole ju probleeme. Aga samas mul on teistmoodi probleemid, et kui ma jätan hommikul söömata, siis lõunaks ma võin kukkuda kokku. Kondid ja liha, et mingi ülekaalus inimene ei mõista seda. Kui ma oleks toitumisnõustaja juurde (läinud – toim.), grupi kohtumine, et nad vaataksid mind, et kuule, sa oled ikka väga vales kohas." – N, 34, alakaalus., segatoiduline.

Veel väljendati ebakindlust nõustamissuhte osas – kas tekiks usaldus ja julgus spetsialistiga enda muresid jagada. Samuti toodi välja kahtlused spetsialisti taseme osas – kas ikkagi saadakse kvaliteetset nõu.

- " *Ainukene hirm on seotud sellega, et äkki see spetsialist ei olegi nii spetsialist ja pärast soovib halbu asju.*" – M, 40, ülekaaluline.ülekaalus, segatoiduline.
- " *Ma arvan, et rohkem paneb mõtlema, et kas tekib see usalduse tunne ja koostöö või ei teki. Rohkem on see küsimus üleval.*" – M, 58, ülekaalus, segatoiduline.

Üks oluline takistus on ka **hirm muutuste ees**. See võib tähendada, et nõustaja pakub välja liiga ambitsioonikad muutused, mida ei suudeta rakendada või ei peeta realistlikuks. Samuti võib mureks olla soov samu harjumusi jätkata tundes, et nendest on võimatu loobuda.

- " *Projekti raames sain käia füsioteraapias, kus minu füüsilisele tervisele tähelepanu pöörati ja siis seal kohapeal kohtusin ja ütlesin, et olen ebaaktiivne, et ma ei liigu eriti, istun kodus toas. Siis ta ütleski, et me ei hakka siin trenni tegema, sul niikuinii kogemusi pole. Ta hakkas väga detailselt minu elu kohe muutma, et nüüd te nagu, ladus välja erinevaid treeningasju, et hakkad 3 korda nädalas käima trennis ja hakkad iga päev liikuma. Ühe hetkega tahtis mu elu täiesti ümber pöörata, muuta, see oli minu jaoks piisavalt negatiivne ja šokeeriv, et ma tulin koju ja siis ütlesin oma projektijuhile, et sinna ma enam minna ei taha. Ma olen selline tundlik inimene ja ma küll olen valmis vastu võtma juhendusi, aga kui hakatakse totaalselt muutma, siis tavaliselt see lööb mind rivist välja, seda ma üle ei elaks. Ka minu vaimsele enesetundele mõjub kehvasti.*" – M, 26, alakaalus, segatoiduline.

Tunnise vastuvõtu eest on valmis maksuma 82% inimestest, sealhulgas 11% ei oska öelda, kui palju (Joonis 43). Kõige sobivamaks omaosaluse määraks peetakse 5–10 eurot. Kui vaadata laiemaid vahemikke, siis 27% inimestest maksaksid kuni 10 eurot ja 29% 11–30 eurot. Üle 30 euro oleks valmis maksuma 15%.

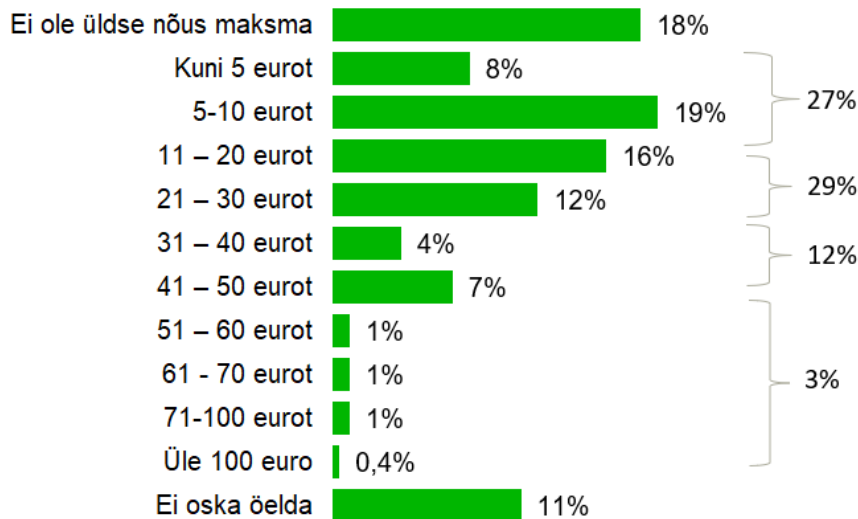
Üldse ei ole teenuse eest valmis maksuma ligi viiendik elanikest (18%). Sagedamini poleks üldse nõus maksuma mehed (21%) ning 55–64-aastased inimesed (35%), muust rahvusest elanikud (25%), madalama sissetulekuga inimesed (kuni 600 eurot kuus pereliikme kohta) (26%). Kõrgem vanus tähendab ka halvemat tervist ja suuremat tõenäosust ülekaaluks. Nendest, kes oma tervist halvaks hindavad, ei oleks iga kolmas (32%) valmis toitumisnõustamise eest maksuma ja ligi viiendik maksaks kuni 5 eurot. Ülekaalus või rasvunud inimestest ei oleks 22% nõus midagi maksuma. **Seega olulistele riskirühmadele on vajalik tagada teenus, mille eest inimene ise ei pea maksuma või maksaks vaid visiiditasu.**

Kvalitatiivuurings osalejad töid välja, et teenustasu on seotud vastutuse ja motivatsiooniga. Leiti, et tasuta teenusesse võib inimene suhtuda liiga kergekäeliselt minnes sellega niisama tutvuma, mitte tõsise sooviga midagi muuta. Seetõttu pooldati kasvõi väikse visiiditasu olemasolu. Arvati, et olulisemad ja terviseprobleemidega sihtrühmad peaksid kindlasti teenusele ligipääsu saama ja see ei tohiks raha taha jääda. Samas sooviti, et riigipoolse kvaliteedigarantiiga teenus oleks tasulisena kättesaadav ka teistele

- " *Ma arvan jah, et pigem rahakotisõbralikum võiks olla see teenus küll. Päris tasuta oleks ka muidugi hea, aga kõik vajavad raha ja palka. Peamine, et seda saaksid endamus endale lubada, kellel seda vaja on.*" – M, 26, alakaalus, segatoiduline.
- " *Et jah, selles mõttes, ma arvan, et 60% inimestest läheb sinna ja see jääbki sinna, nad saavad aru, et nad ei saa seda värki ja minu arust see ongi see koht, miks see ei tohiks olla tasuta – „lähen vaatan, mis ta räägib, mis ta mulle ikka teha saab“. Peabki olema see enda vastutus: minul on seda vaja, mitte toitumisnõustajal. Minul on seda vaja! Ma peangi minema sinna selle teadmisega, et mul on seda vaja. Mitte ma ei tee seda naabri kassile või kellelegi teisele.*" – N, 45, normaalkaalus, fleksitaarlane.

" Ma arvan ka, et kui näiteks perearst on suunanud, siis võiks olla ainult näiteks visiiditasu eest, aga kui sa tahad lihtsalt minna, et sul pole seda nii väga vaja, siis võiks tasuline olla." – N, 34, alakaalus, segatoiduline.

Joonis 43. Kui Teil oleks enda hinnangul tõsine vajadus söömisharjumusi muuta, kui palju Te maksimaalselt oleksite nõus toitumise nõustajale umbes 1 tund kestva vastuvõtu eest ise maksma? (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Spontaansetest vastustest ilmneb, et kõige enam vajavad inimesed toitumise nõustamise teenuselt **toitumisealaseid teadmisi, personaalset ja konkreetset lähenemist, asjatundlikkust ning viisakat ja mõistvat suhtumist** (Joonis 44).

Kvalitatiivuuring tõi välja mitmeid täiendavaid ootusi. Kõige enam oodatakse, et toitumise nõustaja oleks **usaldusväärsete erialateadmistega spetsialist** ja oskaks anda inimesele **head, talle sobivat ja tulemuslikku nõu**. Usaldusväärsus tähendab ennekõike, et tuntakse tervisliku toitumise põhimõtteid ja antakse teaduslikku infot. Ka mainiti mitmeid kordi litsentsi või diplomi nõuet ja et nõustaja taust oleks kontrollitud. Usaldusväärsus tähendas mitme osaleja jaoks ka **head nõustamissuhte**: usalduslikkust ja konfidentsiaalsust ning ära kuulamist ja et inimese murede üle ei tehtaks nalja, neid ei halvustataks ning et neid võetaks tõsiselt.

" Tahtsin öelda seda, et see patsiendi ja nõustaja suhe peaks kujunema usaldusväärseks. Toitumine on mingis mõttes selline intiimne tegevus. Kui peaks nii olema, et mingitest asjadest ei saa rääkida selle toitumise nõustajaga, et kui sellist usaldust ei teki... usaldusliku suhte loomine või selle tekitamine, et kui helistame ja jah, see saab kindlasti olema üks teema." – M, 63, ülekaalus, segatoiduline.

Samuti oodatakse, et spetsialist annaks inimestele nendest lähtuvat, **individuaalset** nõu ja et inimese mured tervisega kaardistataks põhjalikult, leides probleemid ja lahendused. See läheb kokku murega, mis inimestel praeguse toitumise nõustamisega on: tervishoiutöötajatel ei ole aega nendel teemadel põhjalikult nõustada.

" Et pilt endast ette saada, et kui ta on ikka diplomeeritud nõustaja, ma usun, et ta saab mind igatpidi järjele saada, et igast soovitusi ja asju. Pärast on juba rohkem ikkagi enda asi, et

järgiks seda. Aga ma arvan, et kui pakutaks sellist teenust, et see võiks olla järjepidev ja igati kättesaadav. Et mitte, et korra käid ära ja kuulad ära, nagu ma perearsti juures praegu käin.“ – M, 63, ülekaalus, segatoiduline.

” Et on kartus, et see kogu protsess jääb jube kliiniliseks ja numbriteks ja ei ole piisavalt personaalne. See muidugi sõltub sellest nõustajast ka, et kuidas see kontakt saavutatakse. Et kas see ongi kiire nõustamine, et vaatame numbrid üle ja mine pea dieeti või on seal tegelikult ka nagu suhte loomine, usalduse loomine ja individuaalne lähenemine, mitte ei pane pika puuga kõigile ühe ja sellesama dieedi peale.“ – N, 37, ülekaalus, segatoiduline.

Osalejad leidsid, et toitumisenõustaja peaks oskama probleempõhiselt nõustada ka eri taimetoitluse vorme praktiseerivaid inimesi ning pakkuda inimesele nõu **kooskõlas tema toitumiseelistustega**. Näiteks taimetoitlased leidsid, et paljudel värsketel taimetoitlastel võiks teenust tarvis minna, eriti kui otsus loomset toitu vähendada tuleb järsult ja ilma menüüd läbi mõtlemata.

” Toitumisenõustaja on see, kes suudab...et öelda veganile, et davai, hakka liha sööma, et see on täiesti mõttetu üritus. Et ikkagi see toitumisenõustaja peab olema nii pädev, et ta suudab sellele samale veganile leida need aseained ja asjad... nõustaja peab olema niivõrd pädev, et ta suudaks erinevate sellistega toime tulla.“ – N, 45, normaalkaalus, fleksitaarlane.

Joonis 44. Kujutage ette, et Teile pakutakse toitumisenõustamist Teie perearsti juures või perearstikeskuses, siis mida Te sellele teenuselt kõige enam ootate? Mida Te vajate? Spontaansed vastused. (% kõikidest vastajatest, n=1154)



Toitumisenõu vaadeldi eri vaatenurkadest. Inimesed soovisid, et nende söömisharjumusi ja probleeme analüüsitaks ja pakutaks rakendatavat nõu. Sealhulgas võiksid olla päevamenüüd (milline peaks näiteks välja nägema inimese hommiku- ja lõunasöök), toiduretseptid ja taskukohased ostusoovitused. Teadusliku info kõrval mainiti nõustaja **oskust rääkida praktiliselt, kogemuse ja näidete põhjal**, et tekiks uskumus, et muutus on võimalik ja et toitumisenõustaja on end praktilises töös tõestanud.

- " Ma olen konkreetne inimene: kui ma oleksin läinud sinna, siis ilmselt mingi konkreetse küsimuse või probleemiga. /.../ Kui oleksid mingid konkreetsed pakkumised, et selline võiks välja näha hommikusöök, selline lõuna- ja selline õhtusöök." – N, 44, ülekaalus, segatoiduline.
- " Oma kogemus muidugi tuleb kasuks, kui ta oskab sellest rääkida, soovitada, juhendada." – M, 26, alakaalus, segatoiduline.

Lisaks soovitakse saada rohkem teavet ja usaldusväärseid infomaterjale erinevate teemade kohta. Infot on praegu palju, aga selles ei osata orienteeruda ega teata, mis on tulemuste saavutamisel kõige tähtsam.

Kuivõrd toitumine on fookusgruupiintervjuudes osalenute hinnangul sageli seotud teiste muredega – eriti vaimse tervisega, väljendati ootust, et **toitumisnõustaja teeks koostööd teiste spetsialistidega**. Enamasti väljendasid muret tervishoiusüsteemis töötanud inimesed.

- " Võib-olla ütleks, et tavaliselt kui inimesel on terviseprobleem, olgu see siis toitumine või mõni muu tervishoiu probleem, siis tavaliselt see probleem ei ole ju ainult keskendunud ühele asjale. Toitumisnõustaja võiks olla selles meeskonnas ja see kindlasti on tulemuslikum, kui inimese probleem saab määratletud ja toitumisnõustaja täidab selles oma rolli. Võib olla ka nii, et inimesel on mingid muud probleemid." – N, 51, alakaalus, segatoiduline.

Mitu fookusgrupis osalejat väljendas ootust, et pakkuda tuleb **eluviisinõustamist laiemalt**, eriti liikumisega seotult. Seda nähti olulisena, kuna inimest tuleb intervjueeritavate arvates käsitleda terviklikult. Ühe olulise teemana mainiti ka suhteid perega ja kuidas muutust ellu viia, kui nõustatava pere samme ei toeta. Liikumise osas võivad inimestel olla **kõrgendatud ootused**, kuna mitmed osalejad soovisid saada spetsiifilist liikumisalast nõu, näiteks trennikava või jõusaali harjutuste tehnika parandamist. Ootused võivad olla kõrged ka **kaalulangetamise tulemuslikkuse osas**, kuna mitu osalejat väljendas ootust, et soovivad alguses saada kiireid tulemusi kaalu langetamisel ja siis laiemalt edasi vaadata. Teenuse hea toimimise eesmärgil tuleks seega nõustaja roll selgepiiriliselt ära kirjeldada ja seda kommunikeerida kõigile seotud osapooltele (tervishoiutöötajad, kliendid). Nõustaja pädevuspiire ületavate teemade puhul saab inimestele anda soovitusi, kust vajalikku infot leida. Nõustamisteenuse tulemuslikkuse osas tuleks nõustatavatele selgitada, millised on mõistlikud ootused koostöö osas. Nõustamisel on oluline silmas pidada, et inimesed vajavad eluviisi muutmisel kiireid väikseid eduelamusi ja nendele tähelepanu juhtimist.

3.8 Kokkuvõte

Inimesed **ei hinda oma kehakaalu sageli adekvaatselt**. Kõige sagedamini hindavad seda valesti ülekaalus ja rasvunud inimesed: kolmandik ülekaalulistest peab end normaalkaalus olevaks ning 60% rasvunutest peab end ülekaaluliseks. Sagedamini ei oska oma kehakaalu õigesti hinnata mehed. Ebaadekvaatne hinnang kehakaalule tähendab, et tervishoiutöötaja või nõustaja kõrvalpilg ning tagasiside on olulised selleks, et saaks mõelda eluviisi muutusele.

Ennekõike rasvunud, kuid ka ülekaalulised inimesed **hindavad oma tervist** harvem heaks kui normaalkaalulised ning rasvunud hindavad oma tervist halvaks kolm korda sagedamini kui normaalkaalulised.

Mingit loomset või taimset päritolu toitu välistab 13% inimestest ning 12%-l elanikest on nende endi sõnul **diagnoositud toidutalumatus või toidust põhjustatud allergia**. Seetõttu on nende toitumine seotud piirangutega ning nad võivad tasakaalustatud menüü koostamiseks vajada infot ja tuge.

Inimeste **enesehinnangulised teadmised tervislikku toitumist puudutavatel teemadel** on rahuldava ja hea vahel (keskmiselt 3,5 palli 5-st). Väga teadlikuks peab end siiski vaid kümnendik. Inimesed tunnevad, et kuigi infot toitumise kohta on palju, on see sageli vastuoluline ning selles on

keeruline orienteeruda. Seetõttu katsetatakse ka kõikvõimalikke trendipõhiseid lähenemisi, mis ei aita pikaajaliste tasakaalustatud söömisharjumuste kujundamisele kaasa.

Toitumis- ja liikumisharjumuste olulist mõju oma tervisele (võrreldes pärikkuse ja arstiabiga) teadvustab suurem osa elanikest (80%). Naised peavad toitumise mõju oluliseks mõnevõrra sagedamini kui mehed. **Söömisharjumuste muutmine tervislikumaks** ei ole aga suuremale osale elanikest lihtne ülesanne. Seda eriti ülekaalulistele inimestele, kes hindavad seda keeruliseks kaks korda sagedamini kui normaalkaalulised. Samuti pole see lihtne ning nende jaoks, kel juba on kogemusi oma söömisharjumuste tervislikumaks muutmisega. Viimase kolme aasta jooksul on söömisharjumuste muutmisega tegelenud 54% ülekaalulistest ja 65% rasvunud inimestest, neist enamik korduvalt. Umbes pooled harjumusi muutnutest on jõudnud tulemuseni, kuid enamasti ei jää need püsima (ülekaalulistest või rasvunutest on enda hinnangul püsivate tulemusteni jõudnud vaid 12%).

Raskusi valmistab nii harjumuste muutmine, uute harjumuste ja motivatsiooni hoidmine kui ka tervisliku ja mitmekülgse toitumise lõimimine tiheda elutempo ja individuaalse eluviisiga. Kõige keerulisem on inimeste jaoks toitumist puudutavate teadmiste püsiv ja praktiline rakendamine igapäevaelus. Levib ka müüt, et tervislik toitumine on kallis (25% elanikest peab seda harjumuste muutmisel takistuseks).

Viimase kolme aasta jooksul või praegu on olnud vajadus täpsemate toitumisalaste juhiste või toitumisnõustamise järele tingituna kehakaalust, analüüsinäitudest, allergiast, taimetoitlusest või muust 42%-l inimestest (see tähendab uuringu vea piire arvestades 314 449 - 347 549 inimest vanuses 16-64). Kõige sagedamini on seda nõu vajanud rasvunud inimesed ja seda ennekõike nende endi arvates (45%), kuid ka perearsti hinnangul (8%). Peamiseks põhjuseks on vajadus langetada kehakaalu ning parandada üldist enesetunnet ja elukvaliteeti. Rasvunud inimesed toovad lisaks ülekaalule oluliselt sagedamini põhjusena välja ka halvenenud tervisenäitajaid. Veerand vastajatest, kelle peres on kuni 18-aastaseid lapsi, ütles, et **lapsel on praegu või on varem olnud vajadus täpsemate toitumisalaste juhiste või toitumisnõustamise järele**. Ennekõike on ka sel juhul probleemiks ülemäärane kehakaal, kuid kolmandikul juhtudest ka toiduallergia, toidutalumatus, diabeet või muud tervisest tulenevad piirangud.

Kehakaalu osas on tehtud mingi märkus või antud soovitusi kaalu tõstmiseks/langetamiseks 45%-le viimase kolme aasta jooksul tervishoiutöötaja vastuvõtul käinud inimestest. Rasvunud inimestele on märkusi tehtud või soovitusi antud enam (73%), samas kui ülekaaluliste inimeste puhul ei erine see näitaja elanike keskmisest (43%). Põhjalikku toitumisalast nõu on saanud vaid 8% elanikest, sealhulgas 6% ülekaalulistest ja 15% rasvunutest ning 13% toidutalumatus- või allergiaga inimestest. Pigem on ülemäärase kehakaaluga inimesed saanud mõningast toitumisalast nõu kas seoses oma kehakaalu või halvenenud tervisenäitajatega, kuid ka sellist nõu on saanud suhteliselt vähesed (rasvunutest maksimaalselt pooled, ülekaalulistest umbes viiendik, mis puudutab kehakaalu ja kolmandik, mis puudutab tervisenäitajate mittevastavust normile). Seega ei jõua tervishoiutöötajad toitumisalase nõustamisega tegeleda ja seda isegi mitte kriitilistes sihtrühmades.

Toitumisnõustamisele on edasi suunatud 5% viimase kolme aasta jooksul tervishoiutöötajat külastanud elanikest, sealhulgas 4% ülekaalulus, 9% rasvunud ja 10% toidutalumatus- või allergiaga inimestest.

Kõige sagedamini andis põhjalikku nõu või viis toitumisnõustamist läbi väljaspool perearstikeskust töötav toitumisnõustaja või -terapeut või perearst ise. Suurem osa toitumisnõustamisel käinutest said sealt häid ja asjalikke nõuandeid, kuid vähemalt pooled tunnevad, et vajaka jäi soovitustest ja toest nende rakendamiseks. Samuti ilmneb, et need, kes käisid nõustamisel vaid 1–2 korda, ei jäänud suurema tõenäosusega nõuannetega rahule võrreldes nendega, kes käisid seal kolm või enam korda. Kolm või enam korda nõustamisel käinud inimesed suutsid suurema tõenäosusega oma harjumusi muuta (kasvõi ajutiselt) kui nõustamisel vähem kordi käinud inimesed. Samuti said nõustamisel enam kordi käinud inimesed suurema tõenäosusega oma probleemile abi või leevendust.

Toitumisnõustamise teenuse kättesaadavust Eestis hindavad inimesed rahuldavaks (3,3 palli 5-pallisel skaalal), kuid väga paljudel (38%) puudub arusaam selle kättesaadavusest. Teenust peavad kättesaadavamaks kõrgema sissetuleku ja hea majandusliku toimetulekuga inimesed, kes tõenäoliselt suudavad vajadusel selle eest ise maksta. Ennekõike peetaksegi nõustamist raskesti kättesaadavaks selle hinna tõttu, kuid ka seetõttu, et teenuse ja selle pakkujate kohta puudub piisav info.

Üldine **toetus ideele hakata pakkuma toitumisnõustamist perearsti juures** on suur: sellesse suhtub väga või pigem hästi 87% elanikest, sealhulgas 50% väga hästi. Ühtemoodi ollakse oma söömisharjumusi **valmis arutama nii perearsti kui perearsti juures töötava toitumisnõustajaga** (85–87%), pereõe puhul on valmidus pisut madalam (80%). Kõige **olulisemateks takistusteks**, miks oma söömisharjumusi ei soovitaks arutada perearsti, pereõe või perearsti juures töötava toitumisnõustajaga, on **usk ise hakkamasaamisesse, pikk ootejärjekord ja teenuse hind (kui see teenus peaks olema eraldi tasu eest või teatud omaosalusega)**. Viimased kaks on tinglikud takistused, mille tekkimist ei ole praegu võimalik ette näha. Takistaksid ka arsti, õe või nõustaja tajutud ebapädevus või ebaviisakas suhtlusstiil (sh hinnangute andmine) ja see, kui ei arvestata nõustatava individuaalsete eripäradega. Perearsti ja -õe puhul kahtleb osa inimesi ka nende kompetentsuses, mis ei saavat olla samal tasemel väljaõppinud toitumisnõustajaga.

Kõige enam ootavad inimesed nõustamiselt lisaks soovitudele konkreetseid ja vajadusel individuaalseid juhendeid (nt personaalne menüü, retseptid). Pea võrdväärselt on neid, kes usuvad, et piisaks paarist individuaalsest kohtumisest, et saada esmaseid nõuandeid (sagedamini eelistavad mehed) ja neid, kes sooviksid regulaarseid kohtumisi ja suhtlust, et toetada uute harjumuste kujunemist (sagedamini naised). **Ennekõike jääb eelistustest kõlama soov individuaalse lähenemise järele**, grupivormis lahendusi – loengukursused, grupinõustamine – sooviks saada 10% inimestest. Tuleb siiski arvestada, et see on üldhinnang, teadmata grupinõustamise konkreetseid tingimusi. Rasvunud inimesed rõhutavad ennekõike vajadust regulaarsete kohtumiste ja toe ning konkreetsete individuaalsete soovitude järele.

Toitumisnõustamise teenusega kaasnevad **kõhklused** on ennekõike seotud selle rahalise poolega: kardetakse, et teenus on kallis (39%), aga ka seda, et see ei arvesta inimese võimalustega toidule kulutada (28%) ning veerand inimestest kardab, et saadavad nõuanded pole nende eluviisi puhul rakendatavad või realistlikud.

Tunnise toitumisnõustaja vastuvõtu eest on küll 82% elanikest **valmis maksma**, kuid väljakäidavad summad ei saaks olla suured. Kuni 10 eurot oleks valmis maksma 27% inimestest ning üle 30 euro oleks valmis maksma vaid 15%.

Digitaalseid vahendeid (virtuaalne toidu- ja kaalupäevik, toitude energiasaldust arvutavad rakendused vms) on toitumisnõustamise protsessis valmis kasutama 73% elanikest ning 6% on neid selleks juba kasutanud. Seega ligi 80% on avatud digitaalsete tööriistade kasutamiseks. Siiski soovitakse toetavaid infomaterjale ka füüsilisel kujul inimestele, kes on digivahendite kasutamisele vähem avatud, kuna neil puuduvad oskused või võimalused.

4. Tervishoiutöötajate kvantitatiivuuring

4.1 Uuringute eesmärk, sihtrühm ja metoodika

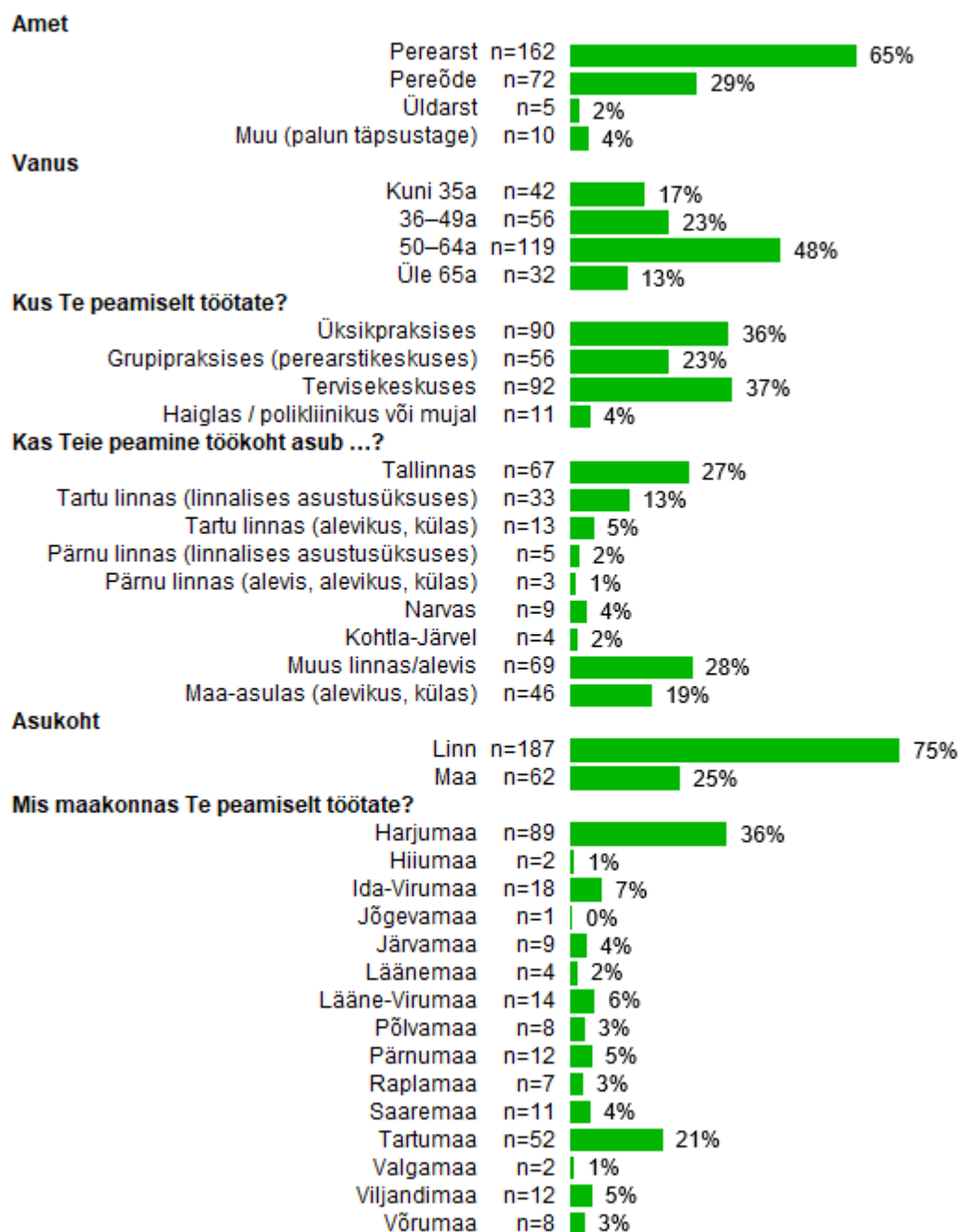
Tervishoiutöötajate hulgas viidi läbi nii kvantitatiiv- kui kvalitatiivuuring eesmärgiga selgitada välja tervishoiutöötajate hinnang toitumisharjumuste teenuse vajalikkusele ja rakendatavusele Eestis. Nii on võimalik mõista, milliseid takistusi näevad tervishoiutöötajad teenuse pakkumisel, millised on nende ootused teenuse korraldusele ja motivatsioon teenust pakkuda. Uuringus osalesid perearstid, üldarstid ning pereõed. Käesolevas peatükis on välja toodud kvantitatiivuuringu tulemused. Uuringumeetodiks oli ankeetküsitlus.

Uurimisküsimused olid järgnevad:

- Mida tähendab esmatasandi toitumisharjumuste (sh arusaam toidu ja tervise seostest ning toitumisharjumustest kui osast laiemast eluviisiharjumusest (uni, liikumine jms)?
- Milline oleks parim formaat toitumisharjumuste läbiviimiseks esmatasandi tervishoius?
- Millised on peamised takistused toitumisharjumuste läbiviimiseks esmatasandi tervishoius (sh tervishoiutöötajate oskused ja teadmised, tervishoiukorraldus ja töötajate rollijaotus, aja- ja raharessurss nii täiendõppe kui harjumuste pakkumisel)?
- Millised on tervishoiutöötajate vajadused ja motivatsioon, et toitumisharjumuste esmatasandi tervishoius läbi viia?
- Milline on senine kogemus toitumisharjumuste läbiviimisel ja milliseid võtteid on selleks kasutatud?
- Milline on tervishoiutöötajate hinnangul parim väljaõppe formaat ja käsitletavate teemade valik?
- Kuidas erinevad perearstide, pereõdede ja teiste tervishoiutöötajate nägemused?
- Kuidas erinevad üksikpraksises ja suuremas kliinikus ning maal ja linnas töötavate tervishoiutöötajate seisukohad?

Küsitluse sihtrühmaks olid Eestis tegutsevad pere- ja üldarstid ning pereõed. Valimi suuruseks kujunes 249 vastajat. Kuna üldarste ja muid arste oli valimis vaid 15, on nende vastuseid kajastatud koos perearstidega. Küsitlusele sai vastata veebis ja telefoni teel, nii eesti kui vene keeles. Küsitlustöö viis Kantar Emor läbi ajavahemikus 10.–26.05.2023. Vastajate profiil on esitatud alloleval joonisel.

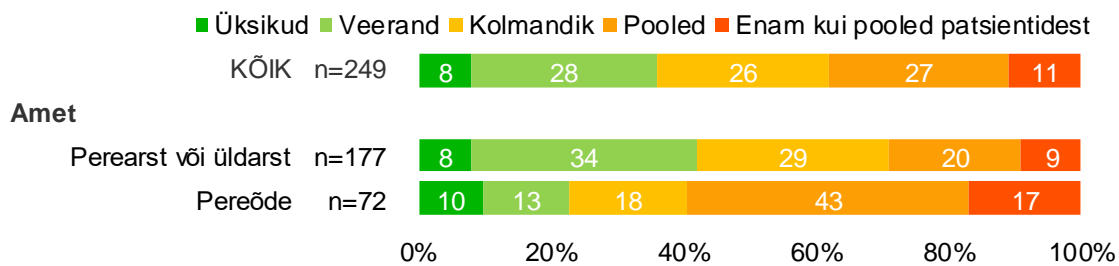
Joonis 45. Tervishoiutöötajate kvantitatiivuuringu vastajate profiil (kõik vastajad, n=249)



4.2 Tervishoiutöötajate tunnetatud toitumislase nõustamise vajadus patsientide seas

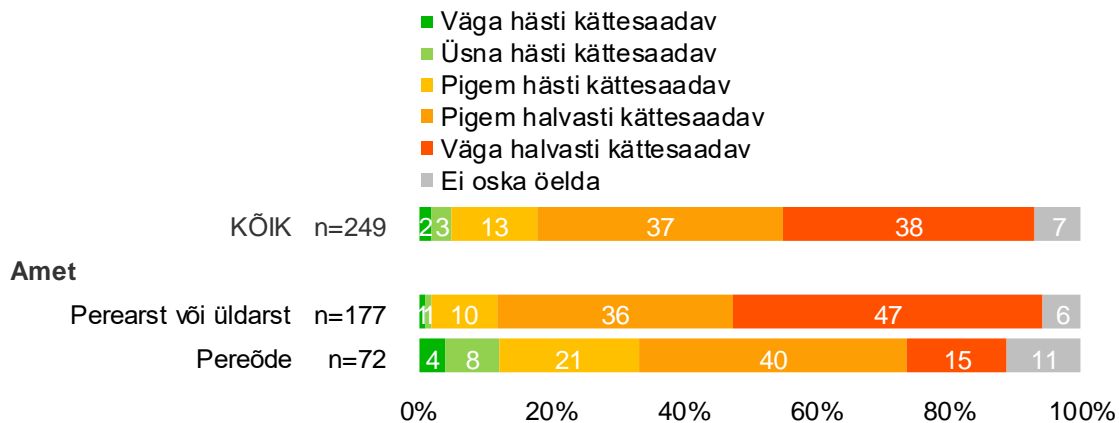
Nii pere- ja üldarstid kui pereõed näevad oma patsientide seas vajadust toitumislase nõustamise järele (Joonis 46). Pereõed näevad vajadust laiemana: üle poole pereõdedest arvab, et toitumislase nõustamist vajaksid pooled patsiendid (43%) või isegi üle poole patsientidest (17%), samas kui perearstide seas näeb nõustamise vajadust pooltel patsientidel iga viies (20%) ja rohkem kui pooltel patsientidel pea iga kümnes (9%). Seda, et toitumislase nõustamist vajavad vaid üksikud patsiendid, arvab pea iga kümnes arst (8%) ja pereõde (10%). Seega näitavad tulemused, et pigem nähakse vajadust toitumislase nõustamise järele.

Joonis 46. Kui suur osa Teie patsientidest vajaks toitumisalast nõustamist? (% kõigist vastajatest, n=249)



Kõigist vastajatest pisut enam kui kolmandik (38%) arvab, et kvaliteetsed toitumisnõustamise teenused on Eestis hetkel väga halvasti kättesaadavad. Sama paljud on arvamusel, et need on pigem halvasti kättesaadavad (37%) (Joonis 47). Pere- ja üldarstide seas on olukorra hinnang väga pessimistlik: pooled (47%) arvavad, et teenus on väga halvasti kättesaadav ning kolmandik (36%), et teenus on pigem halvasti kättesaadav. Vastusevariante, et toitumisnõustamise teenus on hetkel üsna hästi või väga hästi kättesaadav, märkis mõlemat vaid 1% pere- ja üldarstidest. Pereõed on toitumisnõustamise teenuste kättesaadavuse suhtes veidi optimistlikumad. Siiski arvab ka enamik pereõdedest, et nõustamisteenus on pigem halvasti (40%) või väga halvasti (15%) kättesaadav, aga iga viies (21%) leiab, et kättesaadavus on pigem hea, ning iga kaheksas, et kättesaadavus on üsna hea (8%) või väga hea (4%). Valdavalt on hinnangud kvaliteetsete toitumisnõustamise teenuste kättesaadavusele madalad.

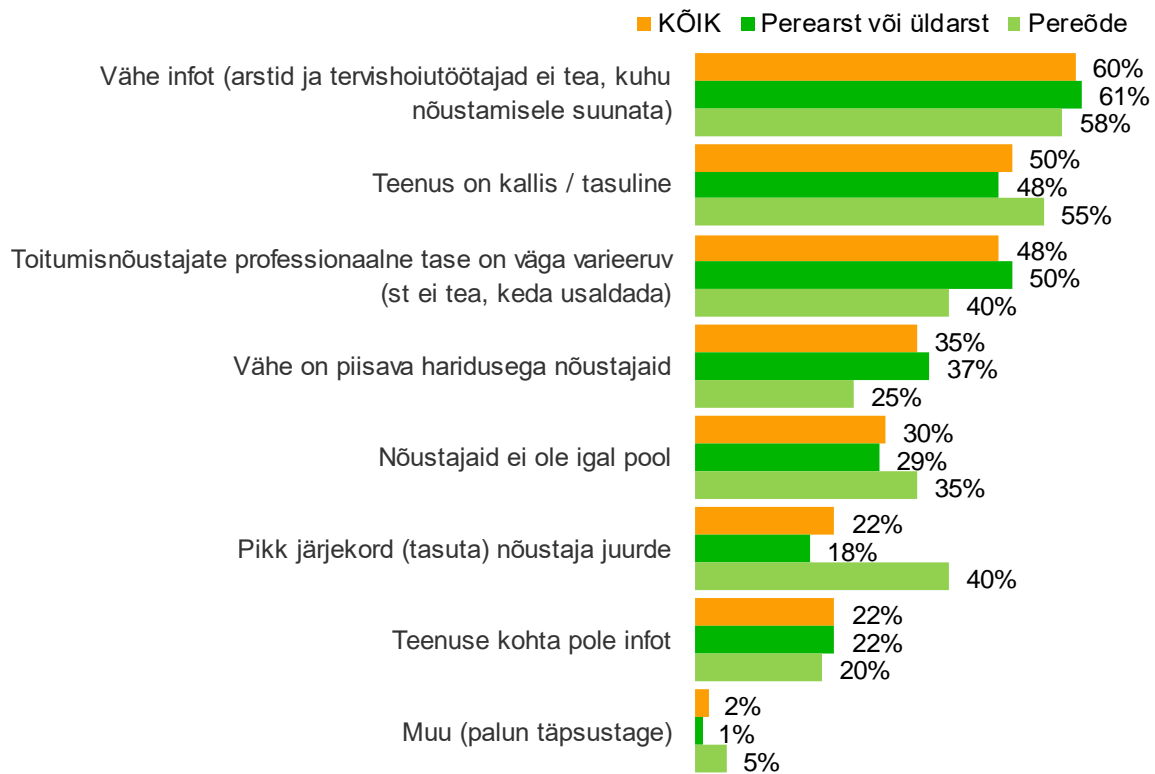
Joonis 47. Kui kättesaadavaks Te peate praegu Eestis kvaliteetseid toitumisnõustamise teenuseid (st teenust, mida pakub tõendus põhise lähenemise ja vastava haridusega toitumisnõustaja)? (% kõigist vastajatest, n=249)



Enam kui pool vastanutest märkis toitumisnõustamise halva kättesaadavuse põhjuseks vähese info (60%), samuti tõi iga teine (50%) vastaja välja teenuse kalliduse ja toitumisnõustajate professionaalsuse taseme varieeruvuse (48%) (Joonis 48). Pere- ja üldarstid märkisid teistest

sagedamini piisava haridusega nõustajate vähesust (37%), pereõed aga pikka järjekorda (40%) ning nõustajate asukohta (35%).

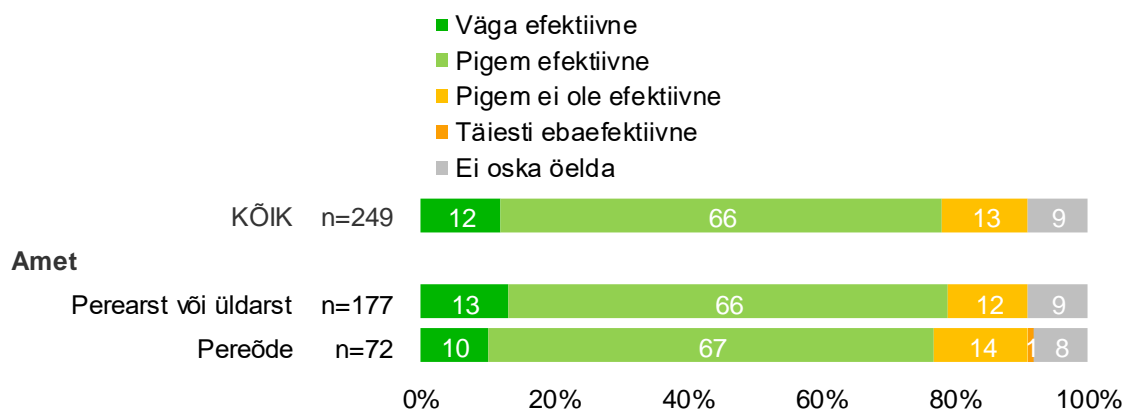
Joonis 48. Mis põhjusel on Teie hinnangul kvaliteetne toitumisenõustamine Eestis halvasti kättesaadav? (% nendest, kes arvavad et toitumisenõustamine on Eestis pigem halvasti või väga halvasti kättesaadav, n=187)



4.3 Regulaarne toitumisenõustamise teenus

Vastajatelt uuriti, kui efektiivseks lahenduseks peavad nad hea kvaliteediga regulaarset toitumisenõustamise teenust (Joonis 49). Kaks kolmandikku (66%) vastajatest usub, et taoline teenus võiks olla pigem efektiivne, 12% usub, et teenus saab olema väga efektiivne ning 13% leiab, et pigem ei ole efektiivne. Selle kohta ei osanud midagi arvata pea iga kümnes (9%) vastaja. Regulaarse toitumisenõustamise teenuse suhtes on perearstid ja pereõed väga sarnaselt meelestatud.

Joonis 49. Kui efektiivseks lahenduseks Te peate hea kvaliteediga regulaarset toitumisharjumuste muutmise teenust (st kas usute, et selle tulemusel inimesed suudavad oma käitumist muuta/parandada)? (% kõigist vastajatest, n=249)



Vastajatel paluti oma arvamust ka põhjendada (Joonis 50). Veerand vastajatest (25%) arvas, et kui patsient on motiveeritud, aitab ka nõustamine ja teadmiste andmine jõuda tulemusteni, pereõed on selles veelgi tugevamalt veendunud (33%). Samuti mainiti tihti seda, et teenuse efektiivsus sõltub nõustajast (17%, sh pereõdede seas 13%) ja nõustamise järjepidevusest (14%). Leiti ka seda, et patsiendid ei ole piisavalt motiveeritud, et nõustamisest oleks kasu (9%, sh pereõdede seas 15%). Kolmandik vastajatest (30%) ei osanud oma arvamust põhjendada.

Joonis 50. Palun põhjendage, miks Te nii arvate. (% kõigist vastajatest, n=249)

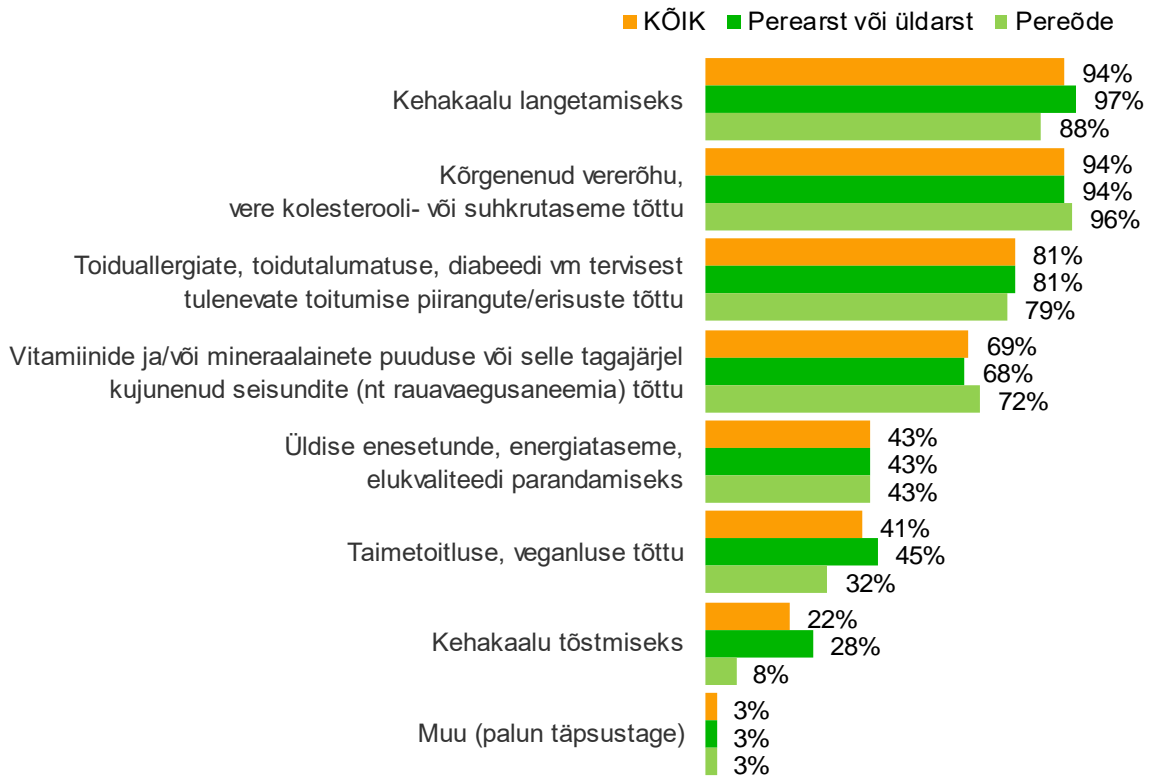


4.4 Tervisliku tootumise teemade käsitlemine patsientidega

Uuringus kaardistati, millistel juhtudel käsitletakse tervisliku tootumise teemasid patsientidega praegu (Joonis 51). Praktiliselt kõik vastajad tõstatavad antud teemat kehakaalu langetamise kontekstis (94%) ning kõrgeenenud vererõhu, vere kolesterooli- või suhkru taseme kontekstis (94%). Samuti tõstetakse tervisliku tootumise teema esile, rääkides toiduallergiast või tootumise piirangutest (80%) ja vitamiinide ning mineraalainete puudusest (69%). Üldise enesetunde kontekstis räägitakse tervislikust tootumisest

alla pooltel juhtumitest (43%). Kehakaalu tõstmisest vesteldes räägitakse tervislikust toitumisest vaid ühel juhul viiest (22%).

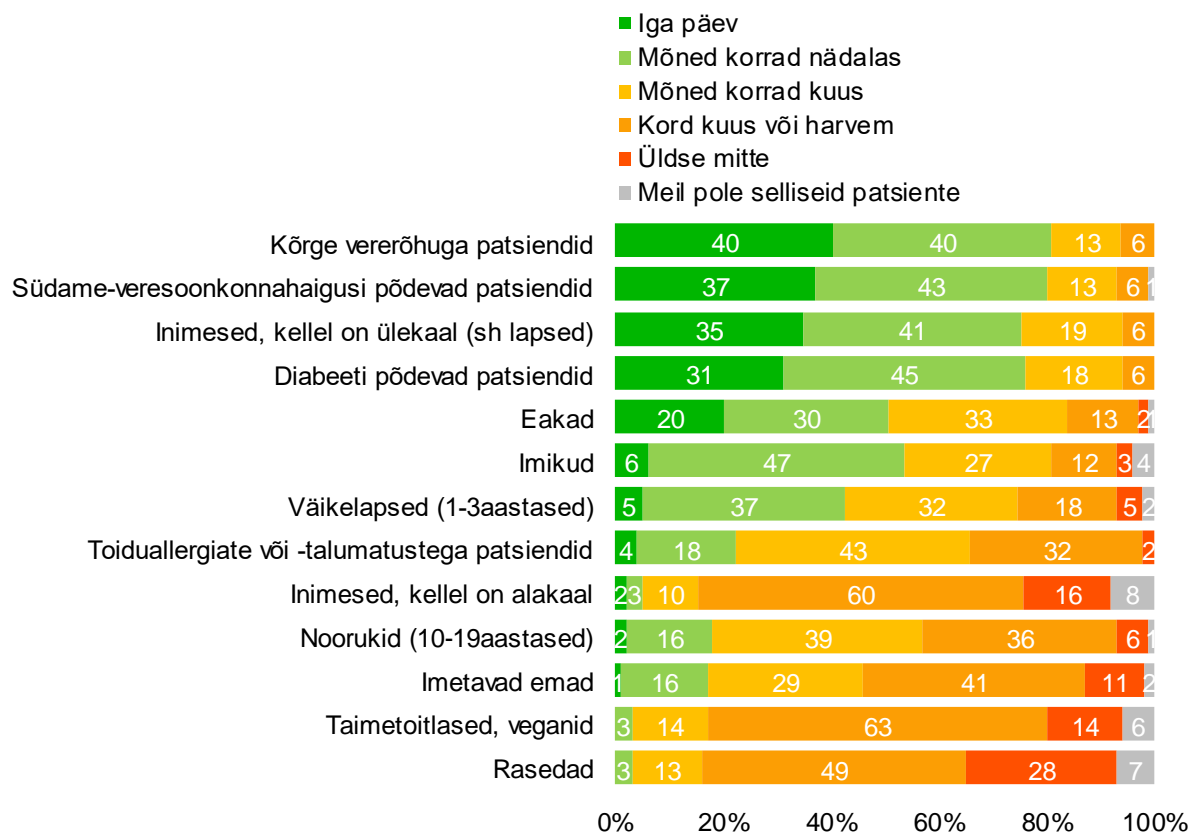
Joonis 51. Millistel juhtudel Te praegu käsitlete patsientidega tervisliku toitumise teemasid. (% kõigist vastajatest, n=249)



Täpsustati ka seda, milliste sihtrühmadega ja kui sageli tervisliku toitumise teemasid käsitletakse (Joonis 52). Mõne sihtrühma puhul käsitleb tervisliku toitumise teemasid igapäevaselt kolmandik vastajaid, kõige rohkem kõrge vererõhu (40% igapäevaselt) ning südame-veresoonkonna haigustega (37% igapäevaselt) patsientidega, samuti ülekaaluliste (35% igapäevaselt) ning diabeeti põdevate inimestega (31% igapäevaselt). Vanemaealiste, imikute ning väikelaste vastuvõttudel puututakse tervisliku toitumise teemadega kokku pigem mõned korrad nädalas. Alakaaluliste, taimetoitlaste ning rasedate sihtrühmadega käsitletakse tervisliku toitumise teemasid enamasti kord kuus või harvem, noorukite ning imetavate emade puhul mõned korrad kuus või harvem.

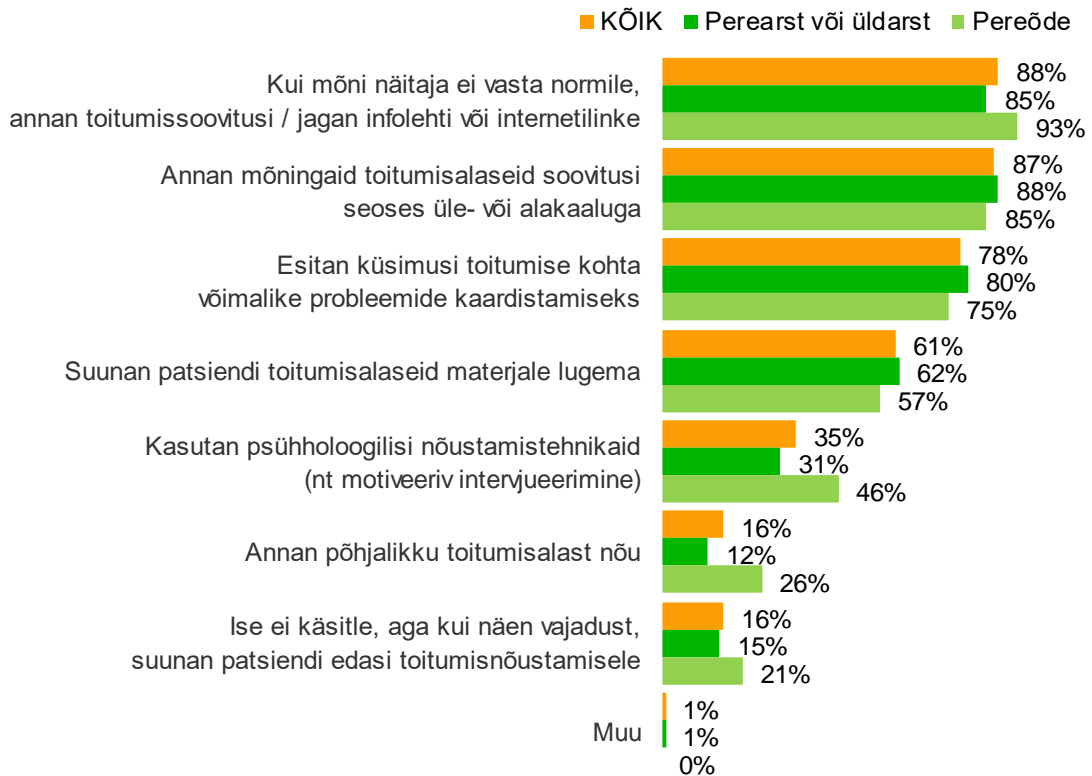
Võrreldes seda, kui sageli käsitlevad erinevaid tervislikku toitumist puudutavaid teemasid perearstid ja pereõded, ilmneb, et sageduses pole märkimisväärseid erinevusi. Perearstide hulgas on rohkem kui õdede seas neid, kes käsitlevad tervisliku toitumise teemasid ülekaaluga patsientidega igapäevaselt. Pereõded käsitlevad toidu teemat ülekaaluliste patsientidega pigem mõned korrad nädalas kui igapäevaselt. Pereõded võtavad ka alakaaluliste patsientidega tervisliku toidu teemaks harvem kui perearstid. Samas käsitlevad nad toitumise teemat sagedamini vanemaealiste patsientidega.

Joonis 52. Milliste sihtrühmadega ja kui sageli Te oma praksises tervisliku toitumise teemasid käsitate? (% kõigist vastajatest, n=249)



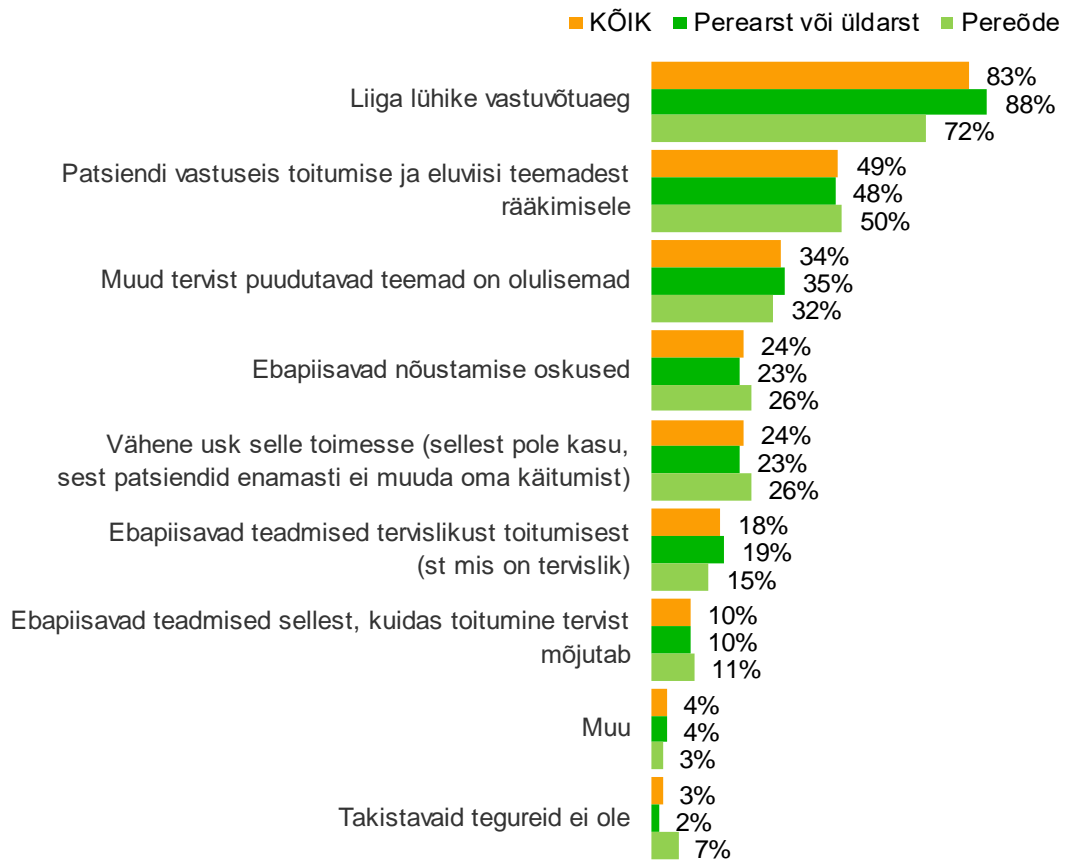
Lisaks uuriti, millisel määral hetkel patsientidega tervisliku toitumise teemasid praegu (Joonis 53) ja mis seda takistab (Joonis 54). Enamik vastajaid märkis, et nad annavad toitumissoovitusi ning jagavad infolehti või veebilinke juhul, kui mõni tervisenäitaja ei vasta normile (88%), või seoses üle- või alakaaluga (87%). Üle poole vastajatest esitab lisaks küsimusi toitumise kohta võimalike probleemide kaardistamiseks (78%) ja suunab patsiente lugema toitumisalaseid materjale (61%). Pereõed märkisid arstidest oluliselt rohkem, et kasutavad tervisliku toitumise käsitlemise käigus ka psühholoogilisi nõustamistehnikaid (46% vs 31% arstide seas) ning annavad põhjalikku toitumisalast nõu (26% vs 12% arstide seas). Iga seitsmes arst (15%) ja iga viies pereõde (21%) märkis, et nad küll ei käsitlenud tervisliku toitumise teemat patsientidega ise, kuid suunavad neid vajadusel edasi toitumisnõustamisele.

Joonis 53. Mil määral Te praegu käsitlete patsientidega tervisliku toitumise teemasid? (% kõigist vastajatest, n=249)



Peamise takistusena tervisliku toitumise teema põhjalikumaks käsitlemiseks nimetati vastuvõtuoja ajalist piirangut (83%, eriti teravalt tunnetavad seda just arstid – 88% vs 72% pereõdede seas). Iga teine vastaja nimetas takistusteks patsiendi vastuseisu toitumise ja eluviisi teemadest rääkimisele (49%) ning kolmandik vastajatest väitis, et muud tervist puudutavad teemad on olulisemad (34%). Iga neljas vastaja mainis takistusena mõnda temast endast tulenevat tegurit: ebapiisavaid nõustamisoskusi (24%), vähest usku teema käsitlemise toimesse (24%) või ebapiisavaid teadmisi tervislikust toitumisest (18%). Mingeid takistusi teema käsitlemiseks ei näinud 2% arstidest ja 7% pereõdedest. Tulemuste najal saab väita, et tervisliku toitumise teemade põhjalikuks käsitluseks patsientidega on erisuguseid takistavaid tegureid.

Joonis 54. Mis Teid praegu takistab tervisliku toitumise teemasid põhjalikumalt käsitlemast? (% kõigist vastajatest, n=249)



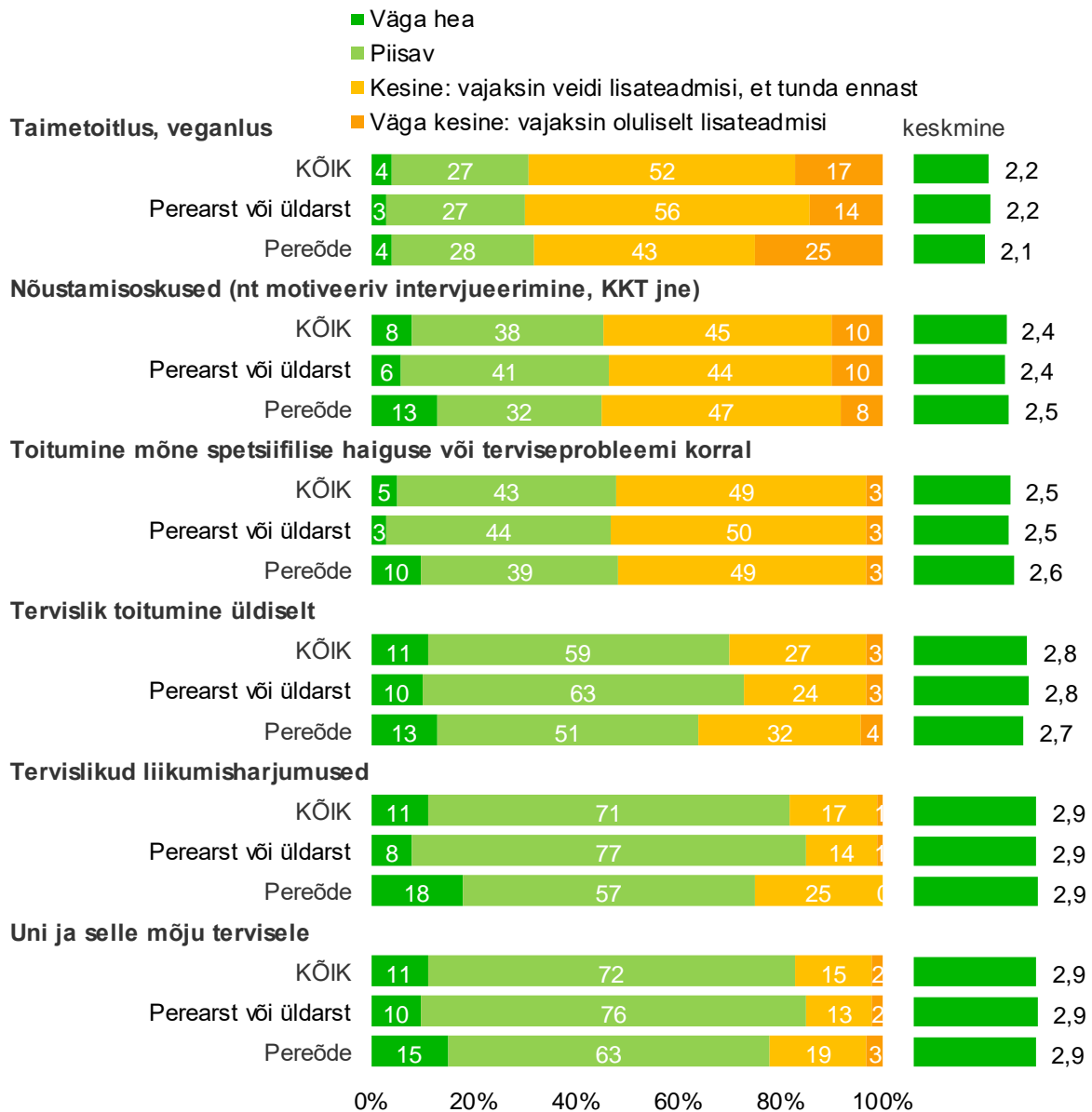
Arstidel ja pereõdedel paluti hinnata enda ettevalmistust toitumise ja tervisliku eluviisi nõustamise läbiviimiseks erinevate teemade lõikes (Joonis 55). Kõige madalamalt hindasid vastajad oma ettevalmistust taimetoitluse ja veganluse teemal: üle poole vastajatest (52%) hindas oma ettevalmistust sel teemal kesiseks, 25% pereõdedest ja 14% arstidest lausa väga kesiseks.

Suhteliselt madalalt hinnati ka enda teadmisi toitumisest mõne spetsiifilise haiguse või terviseprobleemi korral ning nõustamisoskusi. Spetsiifilise toitumise puhul hindas oma teadmisi kesisteks (49%) või väga kesisteks (3%) iga teine vastaja, nõustamisoskuste puhul veelgi enam (55%). Nende seas, kes hindavad oma ettevalmistust väga heaks, on pereõdesid oluliselt rohkem kui arste (nõustamisoskuste puhul 13% vs 6%, spetsiifilise toitumise puhul 10% vs 3%). Neid, kes enda arvates teemasid piisavalt ei valda, on pereõdede ja arstide seas võrdselt.

Tervisliku toitumise teemas üldiselt tunnevad vastajad end kindlamalt: siin hindas oma ettevalmistust kui kesist (27%) või väga kesist (3%) kolmandik vastajaid ning iga kümnes (11%) tunneb, et on saanud tervisliku toitumise teemal väga hea ettevalmistuse.

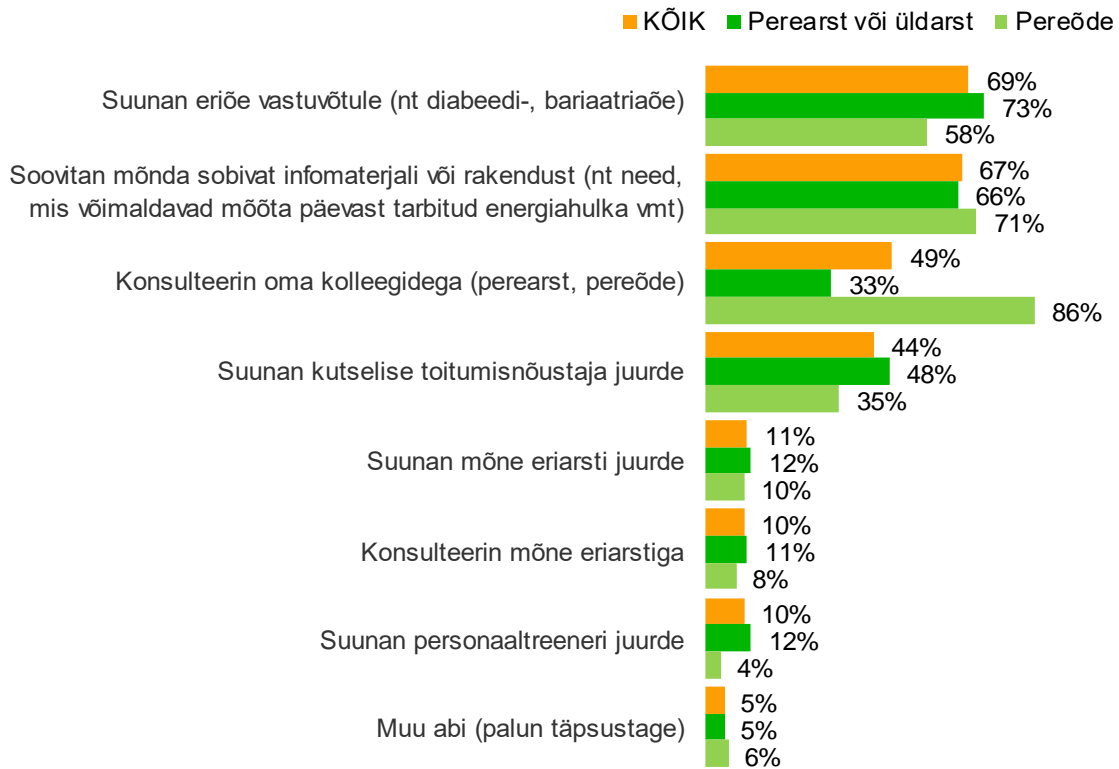
Kõige pädevamana tunnevad vastajad end tervislike liikumisharjumiste ning une ja selle tervisele mõju teemades: siin hindas oma teadmisi piisavateks või väga headeks üle 80% vastajatest. Ka nende teemade puhul on endas täiesti kindlaid pereõdesid rohkem kui arste (liikumisharjumuste teemal 18% vs 8%, une teemal 15% vs 10%).

Joonis 55. Kuidas Te hindate enda ettevalmistust toitumise ja tervisliku eluviisi alase nõustamise läbiviimiseks järgmiste teemade lõikes? (% kõigist vastajatest, n=249)



Kui arsti või pereõde juurde satub patsient, kellele ei osata ise toitumise nõu pakkuda (Joonis 56), suunab kaks vastajat kolmest patsiendi eride vastuvõtule (69%) või soovib mõnda sobivat infomaterjali või rakendust (67%). Pereõded konsulteerivad taolises olukorras oma kolleegidega oluliselt sagedamini kui pere- ja üldarstid: arstidest konsulteerib antud teemal kolleegidega vaid iga kolmas (33%), pereõdedest aga lausa 86%. Alla poole vastanutest (44%) suunaks sellise murega patsiendi kutselise toitumise nõustaja juurde. Iga kümnes (11%) vastaja suunaks sellises olukorras patsiendi eriarsti juurde, konsulteeriks eriarstiga (10%) või suunaks patsiendi personaaltreeneri juurde (10%).

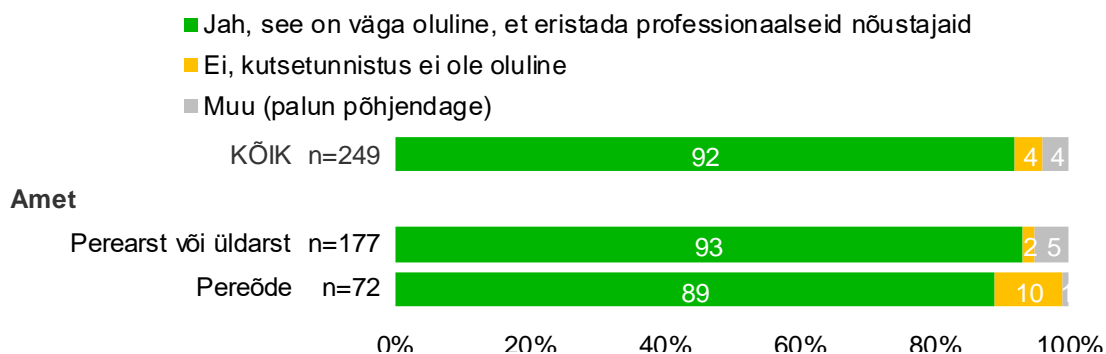
Joonis 56. Kui Teie juurde satub patsient, kellele Te ei oska ise toitumisalast nõu pakkuda, siis kellega Te nõu peate või kuhu patsiendi edasi suunate? (% kõigist vastajatest, n=249)



4.5 Hoiakud plaanitava lahenduse suhtes

Üle 90% meditsiinitöötajatest on üksmeelel, et kutsetunnistuse olemasolu toitumisnõustajal on väga oluline eeldus, et suunata patsient tema juurde (Joonis 57), perearstid on selles küsimuses eriti nõudlikud – 93% arstidest arvab, et kutsetunnistus on oluline ning vaid 2% ei pea kutsetunnistust määravaks, samas kui pereõdede seas on vastav suhe 89% ja 10%.

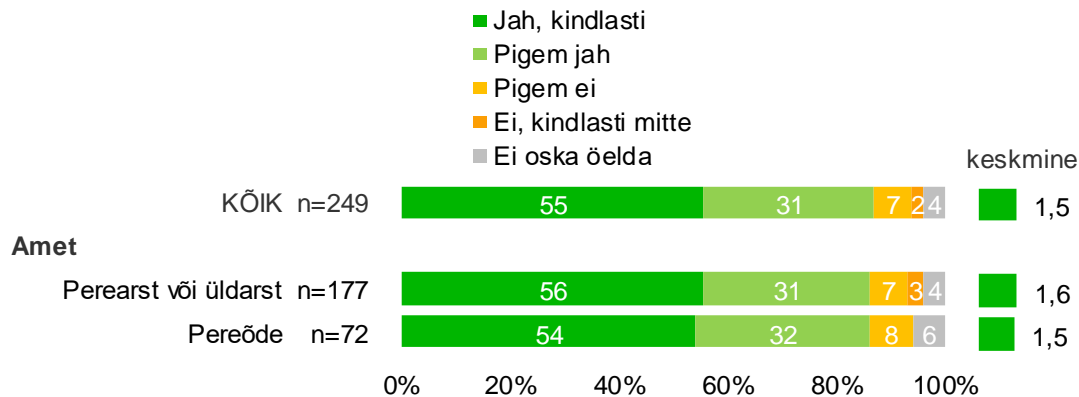
Joonis 57. Kas Teie arvates peaks toitumisnõustajal olema kutsetunnistus, et Te oleksite valmis oma patsiente tema juurde suunama? (% kõigist vastajatest, n=249)



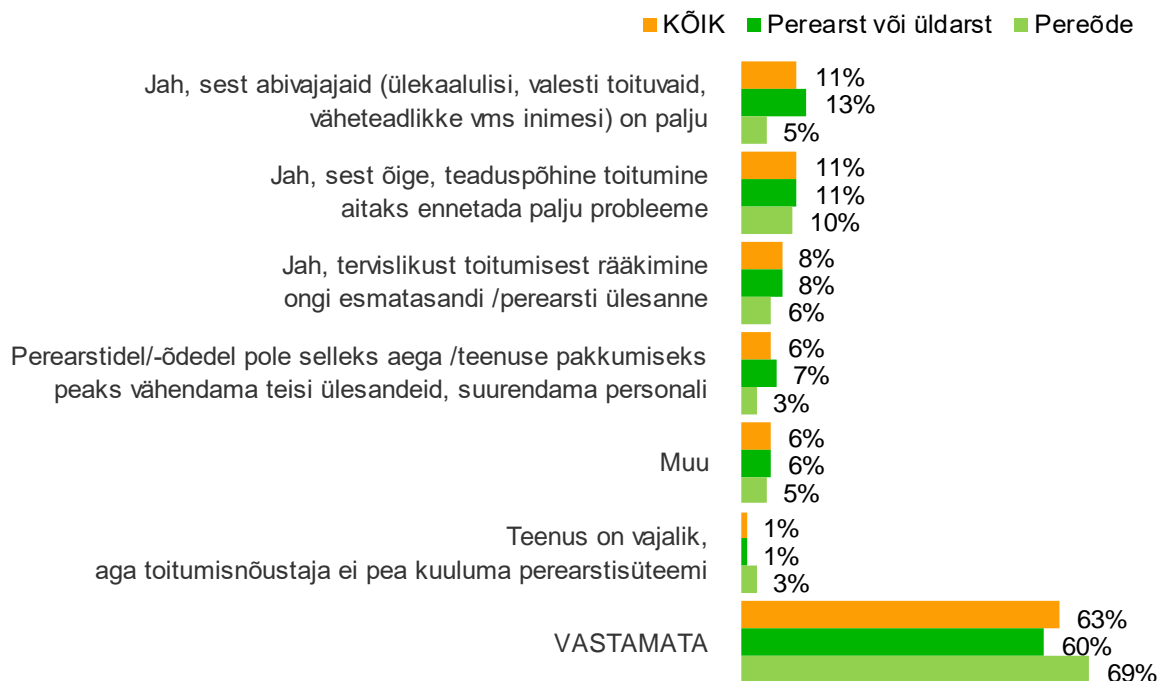
Enamik küsitletutest arvavad, et Eesti perearstisüsteemis oleks kindlasti (55%) või pigem (31%) vaja pakkuda toitumisnõustamise teenust (Joonis 58). Arstide ja pereõdede hinnangud praktiliselt ei erine selles küsimuses.

Nendelt, kes näevad toitumisharjumuste muutumise teenuse pakkumise vajadust Eesti perearstisüsteemis, paluti oma arvamust ka põhjendada (Joonis 59). Kaks kolmandikku vastajatest (63%) siiski ei osanud või ei soovinud oma arvamust põhjendada. Ülejäänud töid põhjenduseks võrdselt välja abivajajate suurt hulka (11%), õige toitumise osatähtsust paljude probleemide ennetamisel (11%) ja ka seda, et tervislikust toitumisest rääkimine ongi perearsti üks ülesannetest (8%). Mõned (1%) siiski tõdesid ka seda, et perearstidel ja -õdedel pole selleks tegelikult aega ja antud teenuse pakkumiseks oleks vaja vähendada teiste ülesannete hulka või suurendada personali hulka.

Joonis 58. Kas Teie hinnangul oleks vaja Eesti perearstisüsteemis toitumisharjumuste muutumist pakkuda? (% kõigist vastajatest, n=249)



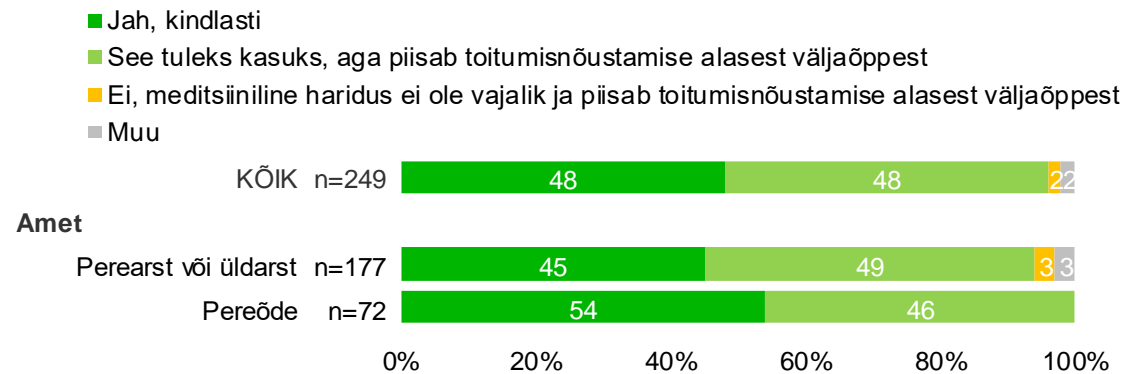
Joonis 59. Palun põhjendage, miks Te nii arvate (% nendest, kes vastasid küsimusele, kas Eesti perearstisüsteemis oleks vaja pakkuda toitumisharjumuste muutumist, "jah, kindlasti" või "pigem jah", n=215).



Toitumisharjumuste muutumise meditsiinilise baashariduse olemasolu vajalikkuse suhtes on vastajad jagunenud pooleks (Joonis 60) – ühed arvavad, et meditsiiniline baasharidus peab kindlasti olema (48%), teised – et see tuleks küll kasuks, aga tegelikult piisab ka toitumisharjumuste muutumise väljaõppest (48%). Pereõdede

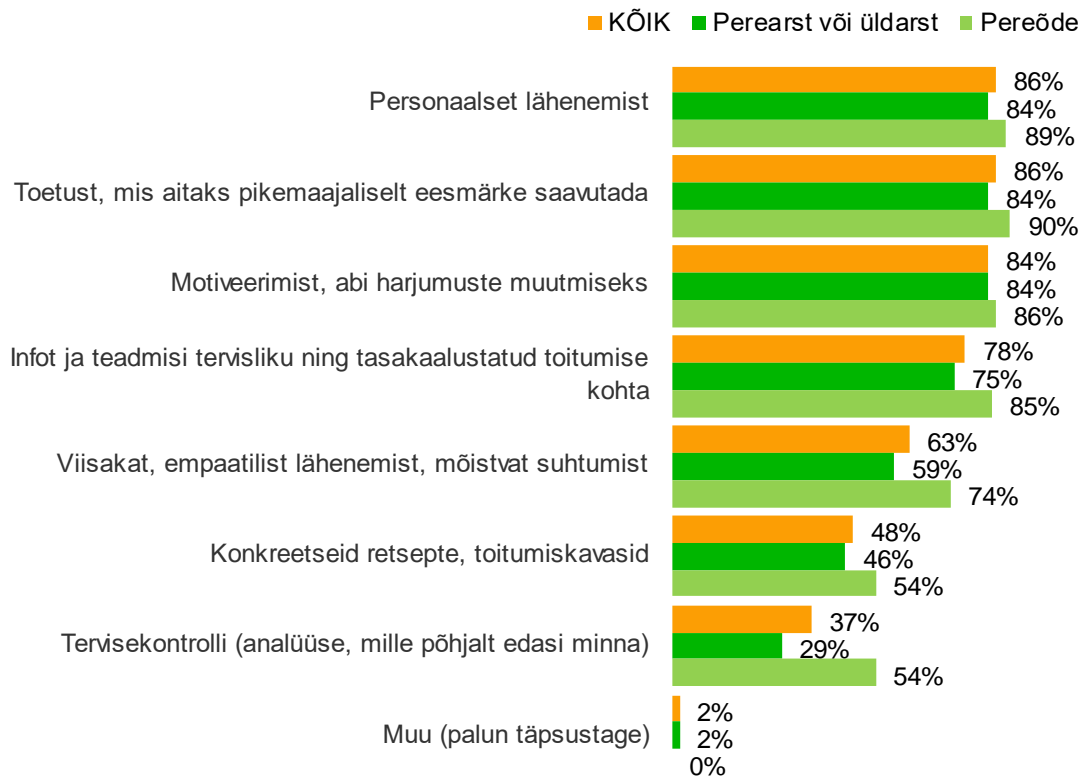
seas on veidi rohkem neid, kes on meditsiinilise baashariduse nõude poolt (54% vs 46%), perearstide seas aga neid, kes ei pea seda kohustuslikuks (45% s 49%).

Joonis 60. Kas Teie arvates on vajalik, et toitumisharidustajal oleks meditsiiniline baasharidus?



Enamik vastajaid arvavad, et seoses toitumisharidustamisega vajavad patsiendid eelkõige (Joonis 61) **personaalset lähenemist** (86%); **toetust, mis aitaks saavutada pikemaajalisemaid eesmärke (86%) ning motiveerimist ja abi harjumuste muutmisel** (84%). Enamik peab oluliseks ka infot ja teadmisi tervisliku ning tasakaalustatud toitumise kohta (78%) ning viisakat, empaatilist lähenemist ja mõistvat suhtumist (63%) – viimaseid kahte hindavad eriti just pereõded (vastavalt 85% ja 74%). Pooled vastajad (48%) pidasid oluliseks ka konkreetseid retsepte ja toitumiskavasid. Tervisekontrolli peavad oluliseks toitumisharidustamise teenuse sisendiks 54% pereõdedest ja 29% arstidest.

Joonis 61. Mis Te arvate, milliseid teadmisi või tuge patsiendid seoses toitumisharidustamisega kõige enam vajavad? (% kõigist vastajatest, n=249)

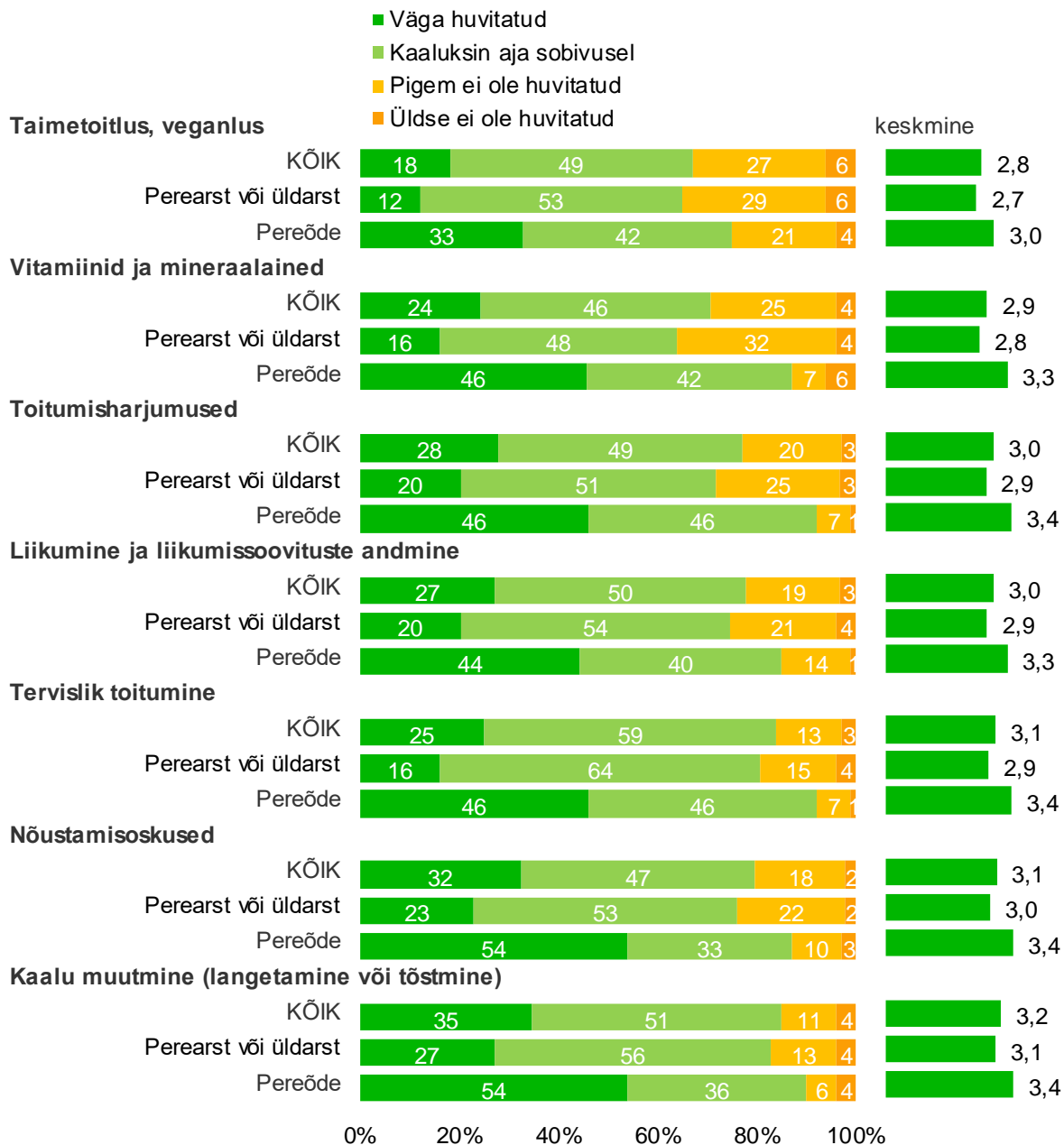


4.6 Huvi täienduskoolituste vastu

Vastajatelt uuriti, kas nad on huvitatud täienduskoolitustest erinevatel toitumist ja tervislikku eluviisi puudutavatel teemadel (Joonis 62). Vaatamata sellele, et varasemalt hindasid vastajad oma ettevalmistust nendel teemadel väga erinevalt (Joonis 55), on valmidus osaleda täienduskoolitustel teemade lõikes suhteliselt ühetaoline – kõigist täienduskoolitustest on huvitatud (igal juhul või sobiva aja leidmisel) umbes 80% vastajatest. Veidi rohkem ollakse huvitatud täienduskoolitustest kaalu muutmise (86%) ja tervisliku toitumise (84%) teemal, veidi väiksem on huvi taimetoitluse (67%) ning vitamiinide ja mineraalainete (70%) teemade vastu, hoolimata sellest, et nt taimetoitluse osas on teadmised pigem madalad. Samas nt pooled neist, kes pidasid oma teadmisi taimetoitlusest ja veganlusest väga kesiseks, kaaluksid aja sobivusel täiendkoolitusel osalemist ja veerand oleks vastavast koolitusest väga huvitatud. Seega on vähemalt antud vastuste põhjal perearstidel ja -õdedel soov ennast toitumise ja tervisliku eluviisi teemadel harida.

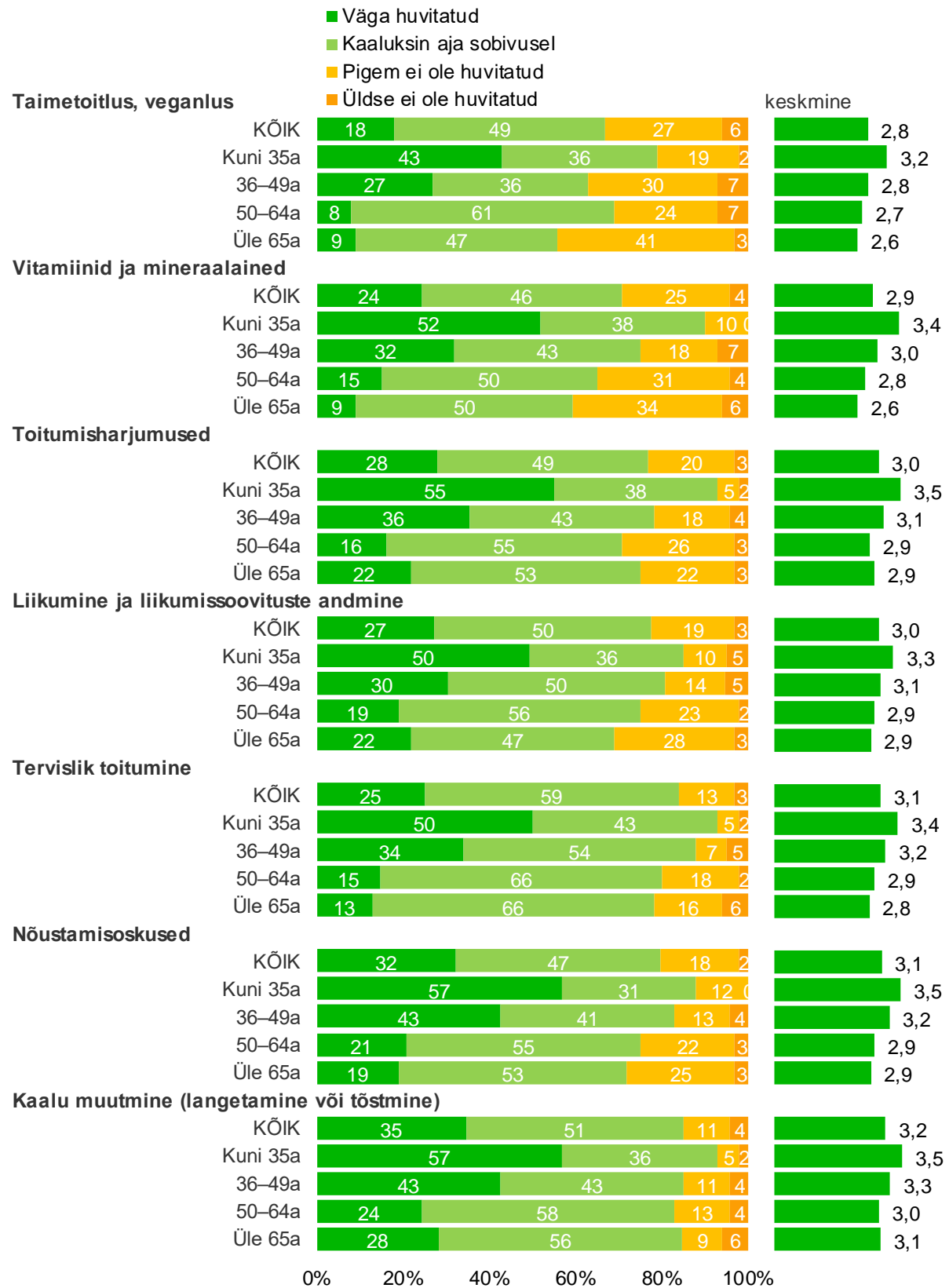
Kõigi teemade puhul on täienduskoolitustest väga huvitatud pereõdesid k kaks korda rohkem ja täienduskoolitusest mitte huvitatud pereõdesid palju vähem kui pere- ja üldarste (Joonis 62).

Joonis 62. Kui Teile pakutaks täiendkoolitust järgmistel tootumist ja tervislikku eluviisi puudutavatel teemadel, kui huvitatud Te sellest oleksite? (% kõigist vastajatest, n=249, tulemused ametirühmade lõikes)



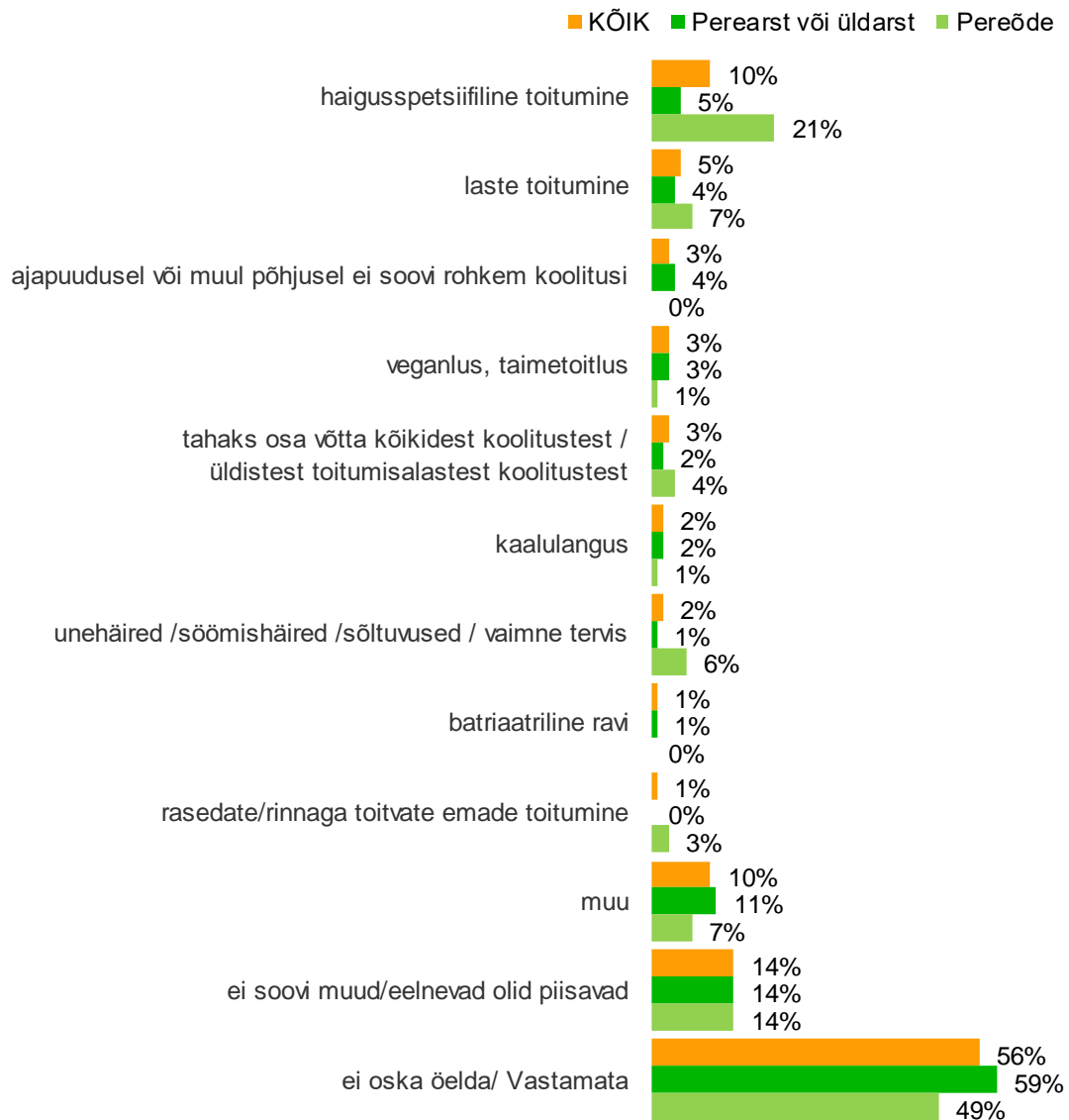
Vanusegruppidest (Joonis 63) on enim valmis täienduskoolitust läbima kõigis teemades kuni 35-aastased (keskmiselt 52% on väga huvitatud ning 89% on valmis kaaluma teemat aja sobivusel) ning huvi langeb sujuvalt vanuse kasvades. Kõige vähem on täienduskoolitustest huvitatud üle 65-aastased vastajad (keskmiselt 17% on vähe huvitatud ning 71% on valmis kaaluma teemat aja sobivusel). Noorte seas on huvi kõige kõrgem nõustamisoskuste (57% väga huvitatud, 88% nõus kaaluma) ning kaalu muutmise (57% väga huvitatud, 93% nõus kaaluma teemade vastu). Üle 65-aastaste seas on kõige populaarsemateks täienduskoolituste teemadeks liikumine ja liikumissoovituste andmine (22% väga huvitatud, 69% nõus kaaluma), söömisharjumused (22% väga huvitatud, 75% nõus kaaluma) ning sarnaselt noortega kaalu muutmine (28% väga huvitatud, 84% nõus kaaluma).

Joonis 63. Kui Teile pakutaks täiendkoolitust järgmistel tootumist ja tervislikku eluviisi puudutavatel teemadel, kui huvitatud Te sellest oleksite? (% kõigist vastajatest, n=249, tulemused vanuserühmade lõikes)



Vastajatel oli võimalus ka ise käia välja võimalikud täienduskoolituste teemad (Joonis 64), seda kasutas kolmandik vastajatest. Kõige rohkem mainiti haiguspetsiifilise toitumise teemat – eriti on sellest teemast huvitatud pereõed (21% vs 5% arstide seas). Mainiti ka laste toitumist (5%), taimetoitlust (3%), kaalulangust (2%), unehäireid (2%) ja rasedate ning rinnaga toitvate emade toitumise teemat (1%).

Joonis 64. Millistel toitumist ja tervislikku eluviisi puudutavatel teemadel Te veel sooviksite täiendkoolitust saada? (% kõigist vastajatest, n=249)



4.7 Esmajärjekorras teenusele ligipääsu vajavad sihtrühmad

Vastajatel paluti teha pingerida, kus tuli märkida, millised sihtrühmad peaksid saama ligipääsu toitumisnõustamise teenusele esmajärjekorras (Joonis 65). Esikohale paigutati üksmeelselt ülekaaluliste ja krooniliste haigustega inimeste sihtrühm: 68% vastajatest paigutasid nad esimesele kohale, 92% vastajatest esimese kolme olulisema sihtrühma hulka.

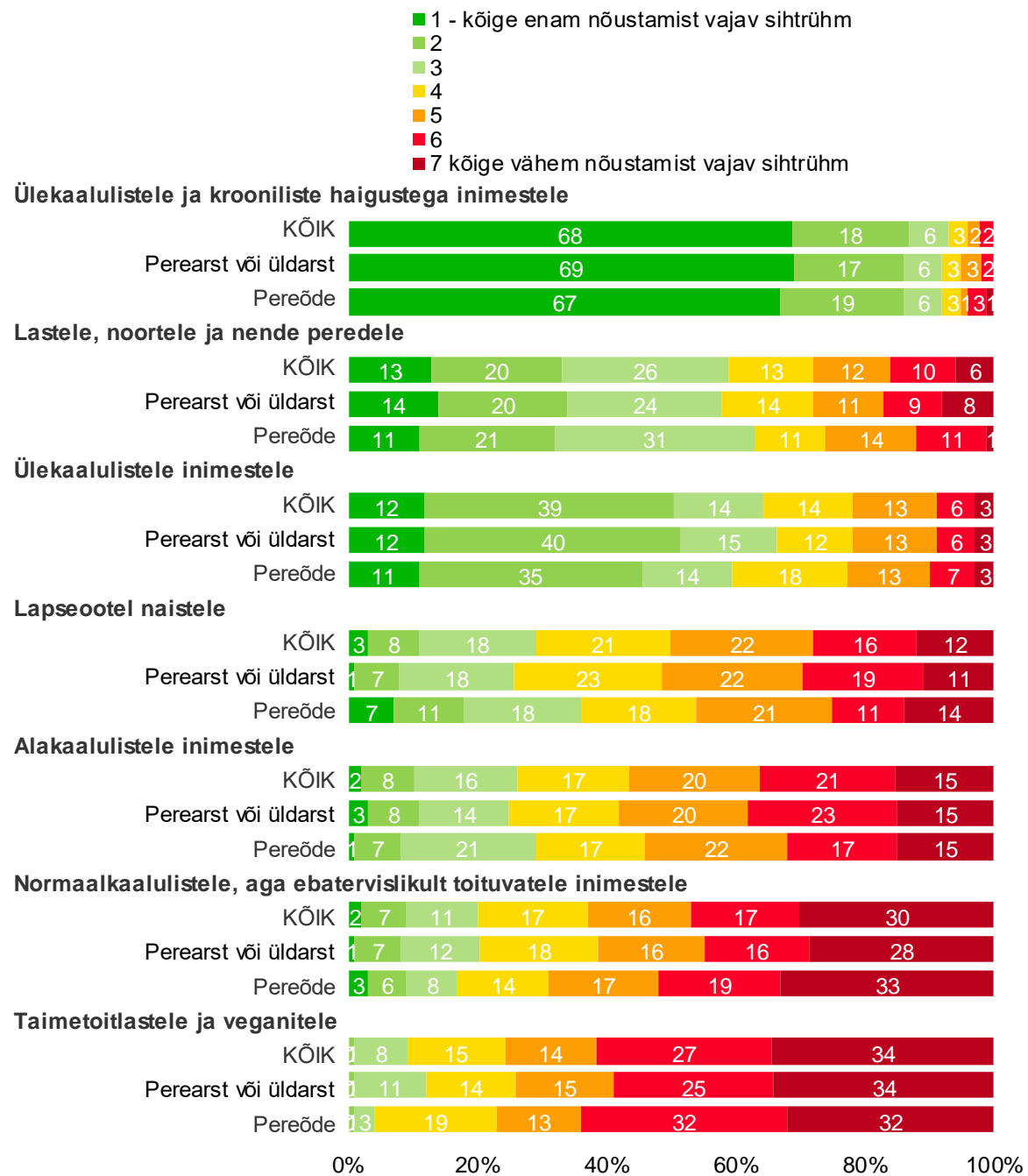
Teist ja kolmandat kohta jagavad lapsed, noored ja nende pered ning ilma krooniliste haigusteta ülekaalulised inimesed: lapsi ja noori paigutati veidi enam esimesele (13%) ja kolmandale kohale (26%), ülekaalulisi pigem teisele kohale (39%).

Lapseootel naised ja alakaalulised inimesed jagavad 4.–5. kohta. Esimesele kohale pingereas paigutasid neid vaid 2–3% vastanutest. Pereõed paigutasid rasedaid ja alakaalulisi veidi rohkem pingerea esiotsa kui pere- ja üldarstid.

Normaalkaalulised, aga ebatervislikult toituvad inimesed paigutati pingereas kuuendale kohale. Kolmandik vastanutest (30%) pani selle sihtrühma viimaseks, kuid leidis ka vastajaid, kelle arvates peaksid nad olema pingereas esimesed (2%), teised (7%) või kolmandad (11%).

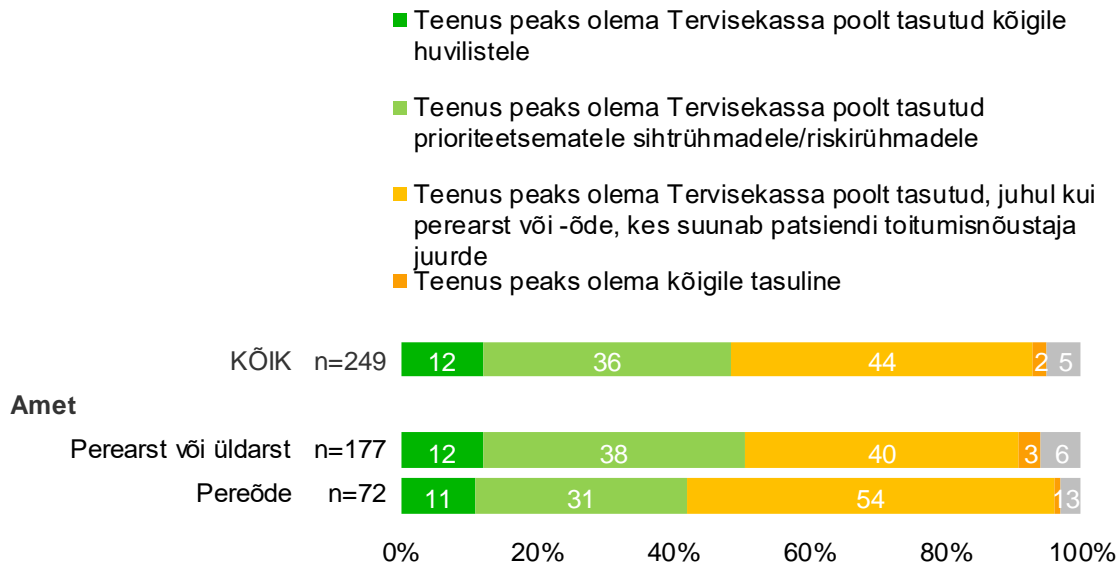
Viimasele kohale paigutati üksmeelselt taimetoitlased ja veganid. Pingereas esimesele ega teisele kohale ei paigutatud neid üldse, ka kolmandale kohale pani neid vaid iga kümnes vastaja (8%), samas kui viimasele (34%) või eelviimasele (27%) kohale pingereas paigutas neid üle poolte vastajatest. Pereõed peavad taimetoitlasi ja veganeid vähem oluliseks sihtrühmaks kui pere- ja üldarstid.

Joonis 65. Millistele sihtrühmadele tuleks ligipääs toitumisnõustamise teenusele esmajärjekorras tagada? (% kõigist vastajatest, n=249)



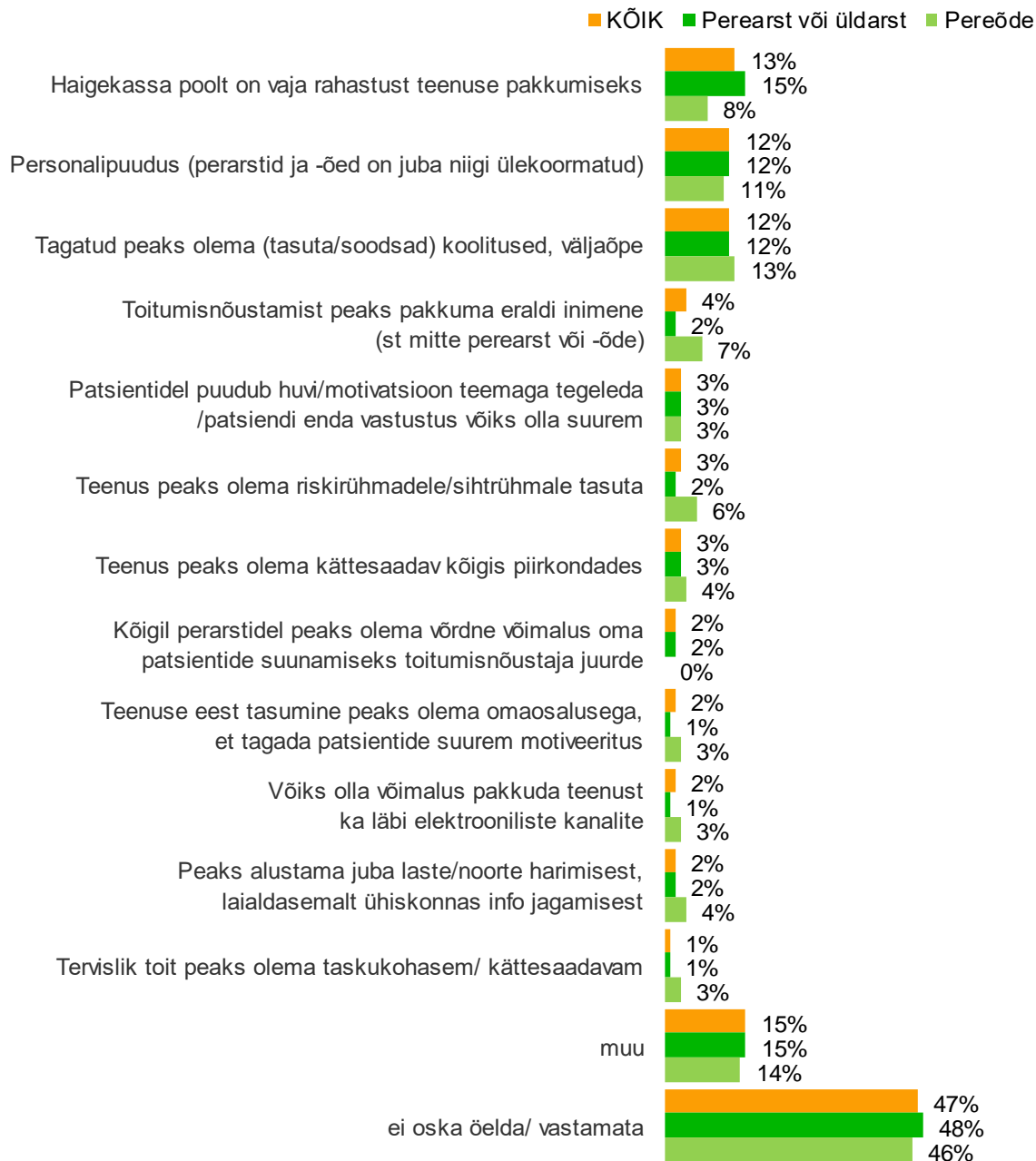
Toitumisnõustamise teenus peaks olema Tervisekassa poolt tasutud kõigile huvilistele 12% vastajate hinnangul (Joonis 66). Veel 36% arvavad, et teenus peaks olema Tervisekassa poolt tasutud prioriteetsemate sihtrühmade ja riskirühmade puhul, ning 44%, et teenus peaks olema Tervisekassa poolt tasutud juhul, kui patsiendi suunab teenusele perearst või -õde. Seda, et teenus peaks olema kõigile tasuline, pooldab vaid 3% arstidest ja 1% pereõdedest. Võrreldes pere- ja üldarstidega eelistavad pereõded veidi enam, et teenus oleks perearsti või -õe suunamise korral patsiendile tasuta.

Joonis 66. Kuidas peaks Teie arvates olema korraldatud toitumisharjutamise teenuse eest tasumine? (% kõigist vastajatest, n=249)



Vastajad said vabalt jagada mõtteid, millega veel peaks arvestama Eesti perearstisüsteemis toitumisharjutamise teenust ette valmistades (Joonis 67). Kõige rohkem märgiti Haigekassa (nüüdse Tervisekassa) rahastuse vajalikkust (13%), personalipuudust (12%) ning koolituste ja väljaõpete tagamise vajalikkust (12%). Avaldati ka lootust, et toitumisharjutamist peaks pakkuma eraldi inimene, mitte perearst või -õde (4%, sh 7% pereõdede seas). Mainiti huvi ja motivatsiooni puudumist patsientide seas (3%), tasuta teenuse võimalikkust riskirühmadele (3%), teenuse kättesaadavust kõigis piirkondades (3%) ja võrdseid võimalusi perearstide seas oma patsientide saatmiseks toitumisharjutaja juurde (2%), patsientide rahalist omaosalust motivatsiooni tõstmiseks (2%) ning teenuse pakkumise võimalikkust läbi elektroonsete kanalite (2%). Tõdeti ka seda, et harimist toitumise teemal peaks ühiskonnas laialdasemalt tegema ning alustada tuleks lastest ja noortest (2%) ning et tervislik toiduvalik peaks olema taskukohasem ja kättesaadavam (1%).

Joonis 67. Millega tuleks Eesti perearstisüsteemis toitumisharjumuste teenust pakkuma hakates Teie arvates veel arvestada? (% kõigist vastajatest, n=249)



4.8 Kokkuvõte

Perearstid ja üldarstid ning pereõed pigem näevad vajadust toitumisharjumuste teenuse järel, nentides, et suur osa nende patsientidest vajaks seda teenust. Sealjuures ei hinda arstid ja pereõed kvaliteetsete toitumisharjumuste teenuste kättesaadavust Eestis hetkel väga heaks: kolm neljandikku sihtrühmast leiab, et **teenus on pigem või väga halvasti kättesaadav**. Pereõed peavad kättesaadavuse piiranguks eelkõige infopuudust, teenuse maksumust, toitumisharjumuste taseme varieeruvust ning pikki järjekordi tasuta nõustamisele. Arstid toovad samuti eelkõige välja infopuuduse, teenuse maksumuse ja nõustajate professionaalse taseme varieeruvuse, kuid on taseme ning vajaliku haridusega nõustajate olemasolu suhtes kriitilisemad.

Regulaarset toitumisenõustamise teenust peavad arstid ja pereõed **efektiivseks lahenduseks inimeste käitumise muutmiseks või parandamiseks**: – 78% nõustub, et see oleks väga või pigem efektiivne. Seega on arstidel ja pereõdedel usk selle mõjusse. Efektiivsuse osas leiavad pereõded arstidest enam, et patsiendil peab olema kõrge **motivatsioon**, et jõuda soovitud tulemusteni käitumise muutmisel.

Praegu käsitletakse patsientidega tervisliku toitumise teemasid eelkõige **kehakaalu langetamise** eesmärgil ning **kõrgeenenud vererõhu/vere kolesterooli/veresuhkru taseme** tõttu. Vähe käsitletakse tervisliku toitumise teemasid kehakaalu tõstmise eesmärgil ning taimetoitluse/veganluse tõttu või üldise enesetunde parandamise eesmärgil.

Uurides tervisliku toitumise teemade käsitlemise sagedust, on ka siinkohal kõige sagedamini (peamiselt igapäevaselt või mõned korrad nädalas) teemat käsitletud just patsientidega, kel on kõrge vererõhk, südame-veresoonkonnahaigus, ülekaal ja/või diabeet. Harva räägitakse teemast rasedate ja taimetoitlaste/veganitega (enamjaolt kord kuus või harvem).

Tervisliku toitumise teemasid käsitletakse eelkõige **toitumissoovitusi andes** või **infolehti/veebilinke jagades** siis, kui patsiendi mõni näitaja ei vasta normile, sh antakse soovitusi seoses üle- või alakaaluga. Nii arstid kui ka pereõded küsivad küsimusi toitumise kohta, et võimalikke murekohti kaardistada. Pereõded kasutavad psühholoogilisi nõustamistehnikaid enam kui üld- ja perearstid. Peamine **takistus** tervisliku toitumise teemade põhjalikuks käsitlemiseks on vastuvõtu **ajaline piirang**, teisi takistusi mainiti oluliselt vähem. Siiski tuuakse sageli välja ka patsientide vastuseisu toitumise ja eluviisi teemadest rääkimisel. Teema põhjaliku käsitlemise osas näevad pereõded vähem takistusi kui üld- ja perearstid.

Hinnates oma **ettevalmistust** toitumise ja tervisliku eluviisi nõustamise läbiviimiseks on tervishoiutöötajad andnud madalaimad hinnangud veganluse ja taimetoitluse teemadele. Pigem kõrgelt hinnatakse oma ettevalmistust nõustamaks patsiente tervislike liikumisharjumuste ning une ja selle mõju osas.

Kui oskused patsiendi nõustamiseks jäävad **puudulikuks**, suunatakse patsient edasi erioe vastuvõtule või soovitatakse mõnda sobivat infomaterjali/rakendust. Kutselise toitumisenõustaja juurde suunamist mainiti oluliselt harvem. Pereõded toovad arstidest oluliselt enam välja seda, et nad konsulteeriksid sel teemal kolleegiga.

Tervishoiutöötajad hindavad **toitumisenõustajate kutsetunnistuse olemasolu** väga oluliseks, et eristada professionaalseid nõustajaid. **Meditsiinilise baashariduse** osas arvab võrdväärne osa tervishoiutöötajatest, et meditsiiniline baasharidus peaks toitumisenõustajatel kindlasti olemas olema või et see tuleks kasuks, kuid piisab ka toitumisenõustamise väljaõppest. Arstid on kutsetunnistuse osas pereõdedest veelgi nõudlikumad, kuid pereõded on arstidest nõudlikumad meditsiinilise baashariduse olemasolu suhtes.

Tervishoiutöötajad näevad, et patsiendid vajavad eelkõige **personaalset lähenemist, toetust** pikemaajaliselt eesmärkide saavutamiseks ning **motiveerimist** ja abi harjumuste muutmiseks. Pereõded toovad arstidest enam välja ka mõistva ja empaatilise suhtumise vajadust, tervisekontrolli ja infot tasakaalustatud toitumise kohta.

Toitumist ja tervislikku eluviisi käsitlevate **täienduskoolituste** puhul on huvi madalam taimetoitluse ja veganluse täienduskoolituste osas, kuigi see on teema, milles tervishoiutöötajad oma ettevalmistust kõige madalamalt hindavad. Siinkohal on kindlasti roll sellel, kuivõrd suur osa patsientidest vajaks antud teemaga seotud nõustamist. Uuringu teema 4.3, Joonis 7 näitab, et 1% Eesti elanikkonnast on veganid ning 1% taimetoitlased, mis on väike osa elanikkonnast ning seeläbi ka väike osa tervishoiutöötajate patsientidest.

Suurim huvi on **kaalu muutmise, nõustamisoskuste ja tervisliku toitumise** koolituste vastu. Pereõed on üldiselt täienduskoolitustest enam huvitunud kui üld- ja perearstid, arstidel on olulisem roll **ajalisel kaalutlusel**. Vanuselises lõikes on oluliselt suurem huvi täienduskoolituste vastu alla 35-aastastel tervishoiutöötajatel. Vanuse kasvades huvi väheneb, kuid seal võib olla roll ka pikemal kogemusel ja varasemalt läbitud koolitustel. Pereõed toovad eraldi huvipakkuva teemana välja ka haigusspetsiifilise toitumise täienduskoolituse soovi.

Tervishoiutöötajate hinnangul tuleks toitumisnõustamise teenustele **esmajärjekorras ligipääs tagada** ülekaaluliste ja krooniliste haigustega inimeste puhul. Olulisteks sihtrühmadeks peetakse veel lapsi, noori ja nende peresid ning ilma kroonilise haiguseta ülekaalulisi inimesi. Küsitluse tulemustest saab järeldada, et **tervishoiutöötajad peavad tervisliku toitumise teemat kõige olulisemaks just ülekaalulisuse puhul**.

Tervishoiutöötajate hoiak on, et toitumisnõustamise teenuse eest peaks tasuma **Tervisekassa**, kuid seda eelkõige juhul, kui nõustamisele suunab perearst või pereõde. Toitumisnõustamise teenuse pakkumise puhul Eesti perearstisüsteemis peetaksegi üheks väga oluliseks punktiks just **rahastust**. Veel tuuakse välja, et arvestada tuleb **personali suurust** (perearstid ja pereõed on juba ülekoormatud) ning tasuta või soodsate **koolituste ja väljaõppe** kättesaadavust.

5. Tervishoiutöötajate kvalitatiivuuringu

5.1 Uuringu eesmärk, sihtrühm ja meetodika

Tervishoiutöötajate kvalitatiivuuringu eesmärk oli kaardistada, milline on esmatasandi tervishoiutöötajate (eelkõige perearstide ja -õdede) nägemus toitumishoiu teenuse loomimisest esmatasandi tervishoiu, vajadusest teenuse järele ja võimalikest takistustest. Samuti uuriti arstide ja õdede hoiakuid teenuse pakkumise suhtes ning motivatsiooni seda teha.

Kvalitatiivuuringu raames viidi läbi 4 fookusgruppi perearstide ja -õdedega. Grupid toimusid 21.–23.03.2023 ning ühe grupiintervjuu pikkus oli 1–1,5h. Osalejate leidmiseks kasutati avalikes andmebaasides kättesaadavaid perearstide kontakte. Eesmärk oli kaasata nii üksik- kui grupipraktises tegutsevaid perearste ja -õdesid, samuti maal ja linnas töötavaid inimesi. Neljas grupis osales 19 tervishoiutöötajat: 10 perearsti, 8 pereõde ja 1 perearstikeskuses töötav resident, neist 11 osalejat töötab grupi- ja 8 üksikpraktises. Fookusgruppide valim on leitav lisast 4.

Lisaks perearstidele ja -õdedele viidi läbi kaks süvaintervjuud ka töötervishoiuarstidega, kuna nad on oluliseks kohustuslikuks kontaktpunktiks meditsiinisisüsteemiga töötavatele inimestele, kes ehk pole ammu perearsti vastuvõtul käinud. Nii nagu perearstidel ja -õdedel on ka töötervishoiuarstidel võimalus osutada toitumishoiu vajadusele. Töötervishoiuarstide vaade on välja toodud pt 5.10

5.2 Senine kogemus toitumishoiu teenusega

Fookusgruppides osalenute kogemusel **tegelevad mõningal määral toitumishoiu teenusega nii perearstid kui ka pereõded, kuid valdavalt on see siiski pereõdede pärusmaa**. Peamiselt nõustatakse inimesi, kellel on kroonilised haigused (diabeet, kilpnäärmehaigused, vere kõrge kolesteroolitase jms), probleemid seedimisega või eluviisist tingitud erisused toitumisel (veganlus ja taimetoitus). Diabeeti põdevaid inimesi on võimalik suunata ka diabeediõde juurde.

- " *Kõhuprobleemide puhul tuleb toitumishoiu teenust teha; siis, kui on diabeetikud; siis, kui on ülekaaluga tegemist, samuti laste puhul, nii et see valdkond on üsna lai. Selline tihe kokkupuude selle nõustamise teemaga. Ja samuti, kes on eritoitumisel vastavalt oma eluviisile, kes soovivad taimetoitlased olla ja siis ka nende jälgimine ja nõustamine." – pereõde, üksikpraktis, Tallinn.*
- " *Tegelikult ega ma otseselt selle toitumishoiu ei tegelegi, rohkem on õdede teema see. Sellised pikemad nõustamised ja jutuajamised on neil, võib-olla sellised raskemad patsiendid, kelle puhul õed tahavad äkki, et arst oma konkreetse sõna ütleb, siis need tulevad minu juurde. Selles mõttes jah, minu õed on võib-olla targemad isegi selle toitumise alal kui mina." – perearst, grupipraktis, Lääne-Virumaa.*
- " *Toitumishoiu teenusega tegeleme peamiselt diabeetikutega ja vastutus kuulub pereõde töökohustuste hulka, vähemalt meie keskuses." – perearst, grupipraktis, Tallinn.*
- " *Põgusat nõustamist on igapäevaselt nii minu kui pereõde poolt. Me pole läbinud põhjalikke koolitusi ja tunneme teenusest puudust, küllaltki pakiline probleem on." – perearst, üksikpraktis, Tartumaa.*

Mõnel perearstil on kogemus, kus tema patsiendid on käinud toitumisharjutaja juures, kuid **tihti kahtlevad arstid selliste spetsialistide pädevuses ja lähenemise teaduspõhisuses.**

- " *Minu patsiendid Tallinnas on sattunud väga kummaliste inimeste otsa, kes annavad väga huvitavaid tervisenõuandeid. Praegu võib toitumisharjutajaks nimetada end igaüks. Patsiendid on saanud kummalist tagasisidet, neid on suunatud tegema mikrobioomi uuringut, millel pole tõenduspõhist tausta ja seega olen sellel teemal reserveeritud.*" – perearst, grupipraksis, Tallinn.
- " *Mul on kogemus, kus toitumisharjutaja on pannud inimese sellerimahladieedile, see tähendab nõuanded ei ole olnud tõenduspõhised. Tahaks ikkagi seda kindlustunnet, et see teenus, mida ta osutab... et ta on saanud vastava koolituse ja sellel on mõistlik sisu.*" – perearst, grupipraksis, Põlvamaa.

Osalejad märgivad, et **vajadus teenuse järele on kindlasti olemas**, sest sageli on **inimeste teadlikkus tervislikust toitumisest väga madal**. On küll ka neid, kes on äärmiselt (lausa liigagi) teadlikud, aga tihti ei teata isegi seda, mis on taldrikureegel. Teadlikkus varieerub vanuseti – enamasti on nooremad teadlikumad. Perearstid ja -õed peavad oluliseks jälgida ka taimetoitlaste ja veganite teadlikkust toitumisel. Seejuures tuleb arvestada teema tundlikkusega (näiteks on võimalused tervist toetavamate toitumise ostmiseks sageli piiratud). Üldiselt leitakse siiski, et patsientide huvi toitumisharjutamise vastu on kasvamas.

- " *Nõudlus selle nõustamise järgi on väga suur. Eeldame, et inimene peaks olema teadlikum, aga tegelikult on see väga lapsekingades. Tulevad inimesed, kes ei tea mitte midagi.*" – pereõde, grupipraksis, Saaremaa.
- " *Toitumisharjutamist vajab väga suur osa praegu, sest viimasel ajal on eluviis muutunud, toitumine on muutunud ja meil on ülekaalulised lapsed. See hulk kasvab ja on juba hästi suur.*" – pereõde/toitumisterapeut, grupipraksis, Tallinn.
- " *Minu meelest peaaegu iga patsient vajab nõustamist, sest harjumused on inimestel väga muutunud ja info tervislikust toitumisest ka puudub.*" – pereõde, üksikpraksis, Tallinn.
- " *Tegelikult jah, teatakse päris vähe toitumisest. /.../ Teatakse seda, mida hetkel promotakse, aga kõige lihtsamaid asju ei teata. /.../ Võtame kõige lihtsama asja – taldrikureegel – mis taldrikul olema peab. Isegi seda ei teata. Aga seda teatakse küll, mis vitamiine ja toidulisandeid vaja on. Mõne puhul imestadki, missugused varud kodus olemas on. Aga siis tekibki küsimus, et oled sa ikka teadlik, miks sa just seda võtad; mis on see põhjus. Teatakse, et see on hea, aga miks ta hea on, miks ta vajalik on, siis ei teata.*" – pereõde/toitumisterapeut, grupipraksis, Saaremaa.
- " *Täpselt see, mis meil siin on – Erik Orgu ja mis netis saadaval on, nende järgi nad (patsiendid – toim.) on hästi teadlikud. Mida pulbri kujul vedelikuna sisse saab tarbida. Tegelikult ei teata mitte midagi, tegelikult see infosulg piirdub doktor Google'iga neil. Kahjuks.*" – perearst, grupipraksis, Tartu.
- " *See toitumise teema on ka noorte või üldse inimeste puhul hell. Kui sellest hakata niimoodi juttu tegema, siis seda peab ka tajuma, et kuidas see patsient meelestatud on. Ega me ei saa ju kedagi sundida, et võta nüüd alla ja kui tal on oma harjumused kujunenud, et see on pikk protsess, seal päevadega ja tundidega ei juhtu midagi. Inimese nõusolek ja koostöö on hästi oluline, tema tahtmine ja otsus.*" – pereõde, üksikpraksis, Tallinn.
- " *Tudengitega sel nädalal just rääkisin ketogeensest dieedist ja nad tõid ohuna välja, et liiga palju söömisest ja toitumisest rääkimine on riskitegur söömishäirete tekkeks ja neil on täiesti õigus.*" – perearst, üksikpraksis, Võrumaa.

Osalejad tunnevad, et **üldjuhul ei ole perearsti ega -õe väljaõpe piisav, et toitumisharjutamisega sügavuti tegeleda**. Samas leitakse ka seda, et perearst ei peagi oskama toitumisharjutamise teemaga väga detailidesse minna ja kui on keerulisem juhtum (nt vähahaige patsient), siis on ikkagi vaja juba

toitumisterapeudi abi. Eraldi toodi välja, et näiteks järjest kasvava populaarsusega taimetoitluse ja veganluse järgijate nõustamisel jäävad perearstide ja -õdede teadmised vajaka ja ära kuluksid lisakoolitused. Fookusgruppidest võtsid osa mõned pereõded, kes olid läbinud toitumishõustaja koolituse. Nende hinnangul andis koolitus neile nii vajalikke teadmisi toitumisest kui ka nõustamispsühholoogiast.

- " *Toitumishõustamist spetsiaalselt ma õppinud ei ole. /.../ Olen ise õppinud nii palju kui huvi selle teema vastu on. Ja hea meelega õpiks juurde, kui oleks mingid kursused või midagi sellist." – perearst, üksikpraksis, Läänemaa.*
- " *Perearstina eraldi koolitust ei ole ma väga teinud. Igapäevane töö sisaldab toitumishõustamist ja loomulikult suurem osa sellest tööst on teadvustamine, et see inimene sööb valesti või et selle haigusega peab ta nüüd midagi muutma, et need nüansid – need grammid/kilokalorid – need on väga üksikute inimeste puhul niivõrd olulised." – perearst, grupipraksis, Põlvamaa.*
- " *Alguses, kui ise alustasin pereõena, siis ilma selleta, et põhja all oleks (s.t toitumishõustamise haridusega – toim.), oli tegelikult päris keeruline nõustada. Ilma selle baasita on toitumishõustamine väga pinnapealne – annan brošüüri kaasa ja räägin natuke juurde, aga õppet tuli kaasa nõustamisoskus, et inimene jõuaks ise arusaamiseni, miks on vaja seda teha." – pereõde/toitumisterapeut, grupipraksis, Saaremaa.*

5.3 Visioon toitumishõustamisest esmatasandi tervishoius

Toitumishõustamise teenuse väljakujundamisel on **vajalik laiem vaade**: olukorda ei päästa ainult toitumishõustamise teenuse pakkumine esmatasandil, vaid üldisem teavitustöö tervislikust toitumisest kogu elukaare jooksul.

- " *See peaks olema üldhariduslik küsimus ja juba koolis tuleks selgeks rääkida, mis on tervislik toitumine." – perearst, üksikpraksis, Tartumaa.*
- " *See toitumise ja söömise haridus peaks tulema koolist. Ja siis võib-olla ei oleks perearstide juurde seda teemat vaja. /.../ Sama on liikumine, sellega on sama probleem – ta (inimene – toim.) ei tea, mis ta keha on, miks ta lihas valutab, kus ja mis valutab, otsib sealt tagant haigust. /.../ Need üksikud haritud inimesed peaks kuidagi puistama haridusasutustesse, et seal suudaks midagi ära teha ja siis hakkab ehk kasvama uus elustiil hoopiski." – perearst, grupipraksis, Põlvamaa.*

Toitumishõustamist nähakse kui eluviisi nõustamist: see käsitleb toitumist, liikumist ja põgusalt ka und – kõik need on eksistentsiaalselt vajalikud komponendid. Fookusgrupis osalejad näevad toitumishõustamist kui lisateenust tervise- ja/või perearstikeskustes. Seejuures on oluline tagada piisav aeg nõustamiseks, sest perearstide või -õdede visiitide keskmine pikkus ei ole selleks praegu piisav. Samas on väga **oluline, et toitumishõustamisega ei pandaks meditsiinisüsteemile selliseid ülesandeid, mida saaks efektiivsemalt täita mujal, näiteks üldhariduse andmisel** (tuuakse välja, et algteadmised tervislikust toitumisest võiks saada koolist, mitte individuaalselt toitumishõustajalt).

- " *Mina leian küll, et see on väga vajalik ja just tervisekeskuste teema, kus praegu ju Haigekassa püüab vaadata ümber tervisekeskuste teenuste või võimaluste ampluaad. Neid on praegu natuke, aga ilmselt tuleb neid lisateenuseid tervisekeskustele juurde. Kõik niisugused nõustamised, need peaks olema täiesti eraldi: inimesel (s.t toitumishõustajal – toim.) on aega, et patsiendiga tegeleda pool tundi, kolmveerand tundi, mis iganes. Kasvõi tund aega, et see läheb eraldi tasustamisele ja eraldi graafikuna tervisekeskuste ühises kompleksis." – perearst, grupipraksis, Lääne-Virumaa.*
- " *Meil on niigi tööpäevad igatepidi lõhki. Ma saan aru, kui meil on näiteks üks konkreetne haigus, siis haiguspuhune toitumishõustamine ja liikumishõustamine ja kõik see ülejäänud elustiilnõustamine, et see jääks meditsiinisüsteemi ja isegi selle jaoks on ressursi juurde vaja.*

Aga me ei saa võtta haridussüsteemist ja kogu muust süsteemist ülesandeid.“ – perearst, üksikpraksis, Võrumaa.

Osalejad leiavad, et perearstidele ja -õdedele ei tohiks toitumisnõustamise teenust näidata kui uut kohustust, millega nad peavad tegelema, vaid täiendavat võimalust.

“ Arvan, et lisakohustuseks ei saa seda tõesti panna, aga võimaluseks võiks ta ju olla.“ – perearst, üksikpraksis, Läänemaa.

5.4 Toitumisnõustamise teenuse osutamise protsess

Üldine arvamus osalejate hulgas on see, et **toitumisnõustamisega võiks tegeleda eraldi inimene**, kelle juurde perearst või -õde saaks patsiendi vajadusel suunata. Esmase ülevaatus ja hindamine, kas teenus on näidustatud, peakski tegema eelkõige pereõde. Seejuures on väga oluline lisaks tervislikule seisundile hinnata ka patsiendi **motivatsiooni** toitumisnõustamisel osaleda. Vajadusel võiks õde teha juba ka vereanalüüsi või lasta patsiendil pidada toidupäevikut (nt Nutridata abil). Eraldi toitumisnõustaja vähendaks kindlasti perearstide ja -õdede töökoormust.

“ See teekond algab perearsti juurest, kes paneb diagnoosi; leiab, et midagi on valesti. Ma arvan, et ta võiks käia ka pereõde juurest läbi, kes vaatab üle ravimid, kaalud, pikkused võib olla ka allergiad. Pereõde võiks suunata toitumisnõustaja juurde, aga enne ära selekteerida, kas ta patsient üldse tahab seda ja kas tasub üldse suunata.“ – pereõde, grupipraksis, Saaremaa.

“ Peab selgeks tegema, mis selle patsiendi motivatsioon on, et niisama peale lennata ka ei saa. Siis on blokk ees ja eks sellist suhtumist on palju, et ei soovita sellest rääkida ja lihtsalt väljutakse kabinetist. Motivatsioon välja selgitada ja siis edasi suunata.“ – pereõde, üksikpraksis, Tartu.

“ Mina usaldaks selle otsustamise pereõele. Krooniliste haiguste jälgimine on pereõdede teema, nad tunnevad patsiente põhjalikumalt. Kroonilise haiguse nõustamise ajal tuleb see päris hästi välja, kus õde saab teha esmase nõustamise ära ja siis selgub ka motiveeritus edasise osas. See (toitumisnõustamine – toim.) on päris hea asi, kuhu võiks pereõde saada suunata selle patsiendi edasi.“ – perearst, grupipraksis, Tallinn.

Enamik osalejatest leiab, et patsiendil võiks olla **minimaalselt 2–3 kohtumist toitumisnõustajaga**. Esimesel korral nõustaja kuulab inimest, et kaardistada hetkeolukord (mis mured tal on, mida ta juba oma tervise jaoks teeb), teisel korral pannakse paika eesmärgid ja edasised tegevused. Esimesed kohtumised võiks kesta umbes üks tund, edaspidi ka vähem. Kuna iga inimene on erinev ja nõuab personaalset lähenemist, on keeruline paika panna kohtumiste täpset arvu.

“ Mõnel piisab ka ühest korrast: ta soovib saada mingit infot, kust alustada, ning pusib ise edasi. Väga raske on öelda keskmist kohtumiste arvu.“ – perearst, grupipraksis, Tallinn.

“ Oleneb inimesest, üks kohtumine kestab toitumisnõustajal üks tund. Mõnel on üks- kaks-kolm kohtumist, isegi kuni viis võib olla. See sõltub inimesest, kui kiiresti ta haarab neid nõuandeid ja soovitusi.“ – perearst, grupipraksis, Pärnumaa.

“ Sellise järjepideva nõustamise mõttes, et püsivalt elustiili muuta, on üks kord vähe. Me ei saa sealt järjepidevust, kaks–kolm korda võiks olla miinimum. Mul ei ole neid patsiente ka palju olnud, keda ma olen pidanud niimoodi nõustama. Toitumisnõustajad oskavad selles osas seda paremini öelda, aga mulle endale tundub, et kui ma nõustan kas alkoholi tarbimisest või suitsetamisest loobumise teemal, siis usaldusliku suhte tekkimiseks on seda kontakti natuke pikemalt vaja.“ – perearst, grupipraksis, Tallinn.

“ See sõltub kahepoolsest tööst, nõustaja ja inimene seal teisel pool, et kuidas ta saab enda plaanid paika pandud, kui palju ta arvestab neid nõustaja nõuandeid. Ma kujutan ette, et see võiks olla niisugune pikem plaan, mitte et käib nädalas viis korda, vaid võib-olla esimene nõustamine ja hiljem siis käib korra paari nädala tagant näiteks või korra kuuski rääkimas,

kuidas läheb, ja arutamas, et mida muuta või mida teha.“ – perearst, grupipraksis, Lääne-Virumaa.

Toitumisnõustamisele suunamisel peavad olema **kindlaksmääratud kriteeriumid**, mille põhjal tegutsevad kõik meditsiinitöötajad. Samuti peavad olema kriteeriumid teenuseosutajale.

“ Ma arvan, et siin tekivad paratamatult mingid kriteeriumid juba Haigekassa poolt, keda tohiks suunata. On vaja sellist juhendit. See ei pea just trükivariandis olema – elektroonilise kättesaadavusega, sellest piisab, et kõik saaksid ühtmoodi reeglitest aru. Meedikust toitumisterapeut oleks ideaalne. Aga ma ei näe selleks väljaateid, kui meedikuid on niigi puudu: siin tuleb minna elustiilinõustamisele, aga mitte meediku poolt. Peaks olema kutsestandard ja ühised arusaamad ning tõendus põhjus- ja pädevusnõuded selle teenuse osutajale.“ – perearst, üksikpraksis, Tartumaa.

Toitumisnõustamise teenuse puhul on tähtis tagada **piisav kättesaadavus ja teenuse saamise asukoht**, olgu selleks lahenduseks kas toitumisnõustaja igapäevane kohalolek perearsti- või tervisekeskustes või roteeruv liikumine tervisekeskuste vahel. Nõustamisteenus peaks olema kättesaadav kõigile, nii Tervisekassaga koostööd tegevatele väiksematele praksistele kui ka suurematele tervise- ja perearstikeskustele. Oluline on ka, et teenus tuleb tagada võrdsetl igale abivajajale.

“ Ta ei pea olema igapäev tervisekeskuses kohapeal, aga peaks olema turvaline võimalus neid inimesi kuhugi suunata. /.../ Et meil oleks kindlad kokkulepped olemas, mida see teenus tähendab ja kes seda teenust pakub ja kuidas see hinnastamine on – see on ülioluline.“ – perearst, grupipraksis, Tallinn.

“ Ma olen üksikpraksises. Keskused pakuvad kõiki neid lisateenuseid, aga üksikpraksised sageli unustatakse. Neil peaks see suunamise võimalus samuti olemas olema. Ma ei näe võimalust, et siia veel eraldi spetsialisti võtta. Samas tervisekeskuses nad teevad neid teenuseid oma keskuse patsientidele. Igas maakonnas võiks olla toitumisterapeuti teenus kättesaadav, elustiili, toitumisnõustamine veel laiemalt.“ – perearst, üksikpraksis, Tartumaa.

“ Ideaalne oleks muidugi, kui ta oleks tervisekeskuse enda juures.“ – perearst, grupipraksis, Lääne-Virumaa.

“ Siin tekib jälle see tervise võrdsuse teema, sest kui me ütleme, et see asi on teenus, mis on Haigekassa rahastatud, siis ta peab olema võrdsetl kättesaadav kõigile. Ma olen ka diabeedi mittefarmakoloogilise ravijuhendi töögrupis ja otsime ka otsapidi toitumisnõustamisi ja liikumisnõustamisi, sinna haagib väga hästi see, et kui me juba midagi pakume, siis me peame pakkuma nii, et kõik saavad seda võrdsetl kätte.“ – perearst, üksikpraksis, Võrumaa.

“ See oleneb tervisekeskusest. Kui on suur keskus, siis seal peaks kindlasti olemas keskuses (toitumisnõustaja – toim.). Meil on 14 arsti, meil on väga palju patsiente, meile kindlasti kuluks ära üks nõustaja. Üksikpraksistes võiks olla mitme praksise peale see inimene, kes käib nädalas korra, vastavalt vajadusele.“ – pereõde, grupipraksis, Pärnumaa.

“ Pereõde ülesannetele anda lisaks see kindlasti ei tohiks olla, see on liiga suur lisaülesanne. See võiks olla eraldiseisev spetsialist, kes ideaalis oleks õeharidusega.“ – perearst, grupipraksis, Tallinn.

Teenuse eest võiks tasuda Tervisekassa. et see oleks võimalikult paljudele kättesaadav. Patsientidele on olulisel kohal teenuse osutamise hind.

“ Ideaalne teenus on siis, kui patsient saab selle nii, et Haigekassa on rahastanud või noh, ütleme, et see minimaalselt 5 eurot või nagu need visiiditasud on eriarsti juures, see oleks patsiendile okei. Esmalt ikkagi vaadatakse seda rahalist poolt.“ – pereõde, üksikpraksis, Tallinn.

- " Kas seda ei võiks lahendada sarnaselt suitsetamisest loobumise programmile? Seal olid TAI kaudu koolitused ja väljaõpe ning teenus ka eraldi hinnastatud Haigekassa poolt." – perearst, grupipraksis, Tallinn.
- " Võiks olla sarnane nagu meil on praegu teraapiafondid: kui inimene on diagnoosiga olemas, kui tal on tahtmine ka, siis võiks olla teraapiafondi kaudu, et haigekassa poolt rahastatud kindlasti. Siin perearst peab otsustama, mis teraapiat inimene vajab. Mõnikord ei ole vaja alustada toitumisharjumustest, vaid psühholoogist." – pereõde/toitumisterapeut, grupipraksis, Tallinn.
- " Jah, ma arvan ka, et kui Tervisekassa rahastab seda programmi rohkem, et ödede ja perearstide seas seda koolitust läbi viia, siis on neid palju rohkem. Sest ma ütlen ausalt, töökoormus on väga suur. Ja motivatsioon minna seda ise pere ja töö kõrvalt, väikese lapse kõrvalt õppima, ei ole nii suur." – pereõde, üksikpraksis, Tartu.
- " Haigekassale jah, nagu täidetakse Perearst2 või Perearst3 programmis ravilugu ja pannakse arvele nõustamine ja saadetakse see Haigekassale. Siis on nii, et omalt poolt perearstile esitab toitumisharjumustest arve ja perearst edastab selle ning võtab raha Haigekassalt." – pereõde/toitumisterapeut, grupipraksis, Tallinn.

Toitumisharjumustest teenuse pakumine võiks toimida meeskonnas: tervisekeskuses võiksid ideaalis koos olla perearstid ja -õded, sotsiaaltöötaja, vaimse tervise õde, võib-olla ka psühhiaater, füsioterapeut, toitumisharjumustest. Siis saaksid arstid ja õded mugavalt ning vahetult tagasisidet, kuidas patsiendil on läinud. Eriti oluline on see siis, kui patsient vajab toitumisharjumustest mingi haiguse pärast. Igal juhul (ka siis, kui toitumisharjumustest on mujal) tuleb tagada perearstide ja nõustajate vaheline koostöö ja informeeritus ning tagasisideandmise võimalus, näiteks Digiloo abil. Tervishoiutöötajate sõnul on oluline jagada kokkuvõtet toitumisharjumustest ning see peaks sisaldama ka peamisi eesmärke ja tegevusplaane.

- " Kindlasti oleks see hea, kui ta (kokkuvõtte nõustamisest – toim.) tuleks kuidagi Digilukku näiteks. Füsioterapeudid ilmselt varsti saavad Digilukku panema hakata, logopeedid ka, et sinna alla võiks kuuluda ka toitumisharjumustest, kes tegelevad just selliste inimestega, kellele on haiguse pärast see oluline. Kes lihtsalt tahab kaalu langetada, siis see võib-olla ei olegi nii oluline tagasiside, aga haigetel küll." – perearst, grupipraksis, Lääne-Virumaa.
- " Praegu hetkel toimibki niimoodi, et nõustaja tegeleb haigla juures ja meile ei tule ei tagasisidet ega arveid. Ta lähebki nagu haiglateenusena ja tasuta on ta ainult diabeetikutele, teistele on ta tasuta teenus. Selliselt muidugi võiks mingil määral ta edasi minna, aga võib-olla natuke laiendada seda gruppi, kes tasuta teenust vajab, aga diabeetikud kohe kindlasti, siin ei ole küsimustki." – perearst, grupipraksis, Lääne-Virumaa.
- " See (kokkuvõtte Digiloo – toim.) peaks olema mingi kokkuvõtte sellest visiidist, mis selle patsiendiga tehti, mis on edusammud ja mis on tegevusplaanid edasi." – pereõde, grupipraksis, Pärnumaa.
- " Kui see (toitumisharjumustest – toim.) on oma majas sees, siis on ikkagi kergem, et puututakse kokku ja arutatakse patsientide asju. Enda perearstipraksise järgi: meil on füsioterapia seal kõrval, meie praksise all. Perearst ja füsioterapeut teevad väga tihedat koostööd ja suhtlevad vastuvõtude vahepeal ehk selles suhtes, kui on oma majas sees, siis see koostöö on olemas." – pereõde, üksikpraksis, Tallinn.

5.5 Toitumisharjumustest sihtgrupp

Pearstide ja pereõdede sõnul peaksid toitumisharjumustest teenuse peamiseks sihtgrupiks olema **terviseprobleemidega inimesed**. Senine kogemus näitab, et valdavalt nõustatakse **diabeeti põdevaid inimesi, ülekaalulisi (sh lapsi), seedimisprobleemidega ja ka eritoitumisega inimesi**. Ometi lähevad siin osalejate arvamused lahku: **mõned leiavad, et ka ülekaal on piisav põhjus, et patsient vajaks toitumisharjumustest**, sest ülekaal on paljude haiguste puhul riskiteguriks. **Teised**

jällegi arvavad, et ainuüksi ülekaalu pärast ei peaks patsienti toitumisnõustamise teenusele suunama, vaid sel juhul võiks inimene ise huvi korral ja oma kulul pöörduda toitumisnõustaja juurde. Leitakse, et oluline otsustuskoht on ka patsiendi motivatsioon: kui inimene on väga motiveeritud, siis võiks arstil või õel siiski olla võimalus patsienti edasi teenusele suunata.

Lisaks pöörduvad perearsti ja -õe poole toitumisteemaliste küsimustega **noored emad ja isad**. See on igati teretulnud, sest toitumisalase teadlikkuse tõstmine tulekski tagada juba elukaare alguses, et vähendada tagajärgedega tegelemist.

- " *Toitumisnõustaja minu õppes ei tegele üldse haigete inimestega. Tegeleb tervisliku toitumisega ja lihtsamad diagnoosid ainult. Selleks peab olema toitumisterapeut, kes erinevate haigustega inimesi nõustab. Lihtsamad diagnoosid, näiteks kõhukinnisus, kaalulangetamine. Üldiselt krooniliste haigustega... isegi hüpertoonikut võib nõustada, kui ravi kontrolli all. Aga vähihaiget toitumisnõustaja ei tohi nõustada.*" – pereõde, grupipraksis, Pärnumaa.
- " *Ikka ülekaalulised; diabeetikutel on juba praegu võimalus seda teenust saada. Need, kel veel võimalik diabeeti ennetada. Järgmine rühm on kõrgenenud vererõhuga ja kolesterooliga inimesed, südamehaiged – see rühm on veel laiem.*" – perearst, üksikpraksis, Tartumaa.
- " *Näiteks tuleb ema lapsega, on imetav ema. Ta küsib väga sageli, et mida ta võib süüa ja mida mitte. Neid toitumisalaseid küsimusi ja samuti kolesterooli ja muude probleemide puhul küsitakse ka kohe õe käest ikkagi, et mida ma nüüd süüa võin ja mida ma ei või siis.*" – pereõde, üksikpraksis, Tallinn.
- " *Ülekaalulised ja kindlasti juba lapseeas. /.../ Kui inimene juba tuleb, kes on ülekaalus, siis me tegeleme tagajärgedega, aga tegelikult peaks see asi juba olema kooliprogrammides ja tervise toetamine algab ju juba lapseeas.*" – pereõde, üksikpraksis, Tallinn.
- " *Mina tooks lapsed ka tegelikult välja, kuna laste seas on ülekaalulisus tõusvas trendis. Üldse see lisatoiduga alustamine: kui sa oled esimest korda vanem, siis seda infot on väga palju. Me (pereõded – toim.) räägime küll, aga kui nad koju jõuavad, siis kui palju neil on meelde jäänud? Siis nad hakkavad sealt raamatust vaatama, aga /.../ hea oleks kellegagi suhelda. Oleks hea, kui nõustaja oskaks väikeste lastega emasid nõustada, mis moodi süüa ja mis valikuid teha. Ja sealt edasi, kui lapsed on juba lasteaia ja koolis, see oleks ka väga hea.*" – pereõde, grupipraksis, Saaremaa.
- " *Diabeediga inimene ja need elustiilihaigused ka juurde võiks olla esmane sihtrühm.*" – perearst, grupipraksis, Tallinn.
- " *Minu kui arsti jaoks on toitumisnõustaja eesmärk tõenäoliselt tegelda hüpertoonia ja teist tüüpi diabeedi haigetega. Ilmselt seda väga ennetavat tegevust ei teeks, välja arvatud siis, kui patsient ise ei pöördu selle küsimuse osas. Päris tervet inimest, kellel ei ole mitte ühtegi tervisekaebust, me ei saada ka toitumisnõustaja juurde.*" – perearst, grupipraksis, Tallinn.
- " *See väikelaste teema ka. Ma arvan, et me perekeskuses suudame imiku toitumisega alustamised suhteliselt hästi lahendada, aga lasteaia ja koolilapse teemad vahel nõuavad päris intensiivset nõustamist. Vahest on lastevanematega päris raske ühele nõule saada, mis see probleem on ja kuidas seda käsitleda.*" – perearst, grupipraksis, Tallinn.
- " *Kui lähed sellele teele, et hakata toitumisest rääkima, siis see läheb kuidagi nii laiaks ja see vajab nii palju aega. /.../ See haakub mõnes mõttes suitsetamise ja alkoholi tarvitamise nõustamisega, et on grupp, mis sageli läheb ühest asjast teise üle. Hakkad rääkima toidust ja siis tuleb välja, et võib-olla on hoopis alkohol süüdi, miks insuliiniväärtused tõusevad. Ja jälle süstib rohkem ja siis hakkad vaatama, mis seal taga on. Seal on söömisvead ja tihti tuleb ka alkohol välja.*" – perearst, grupipraksis, Lääne-Virumaa.
- " *Mina alustaksin ikkagi noortest, näiteks emad. Lapse tervis algab sellest hetkest, et mida ema tegelikult sööb.*" – pereõde/toitumisterapeut, grupipraksis, Saaremaa.

Osalejad on ühel meelel, et **sihtgrupp tuleb selgelt ära piiritleda**. Võimaluse korral ei tohiks unustada vanemaid inimesi, kellele tuleb selgitada söömisharjumuste seost tervisliku eluviisi tagamisel, samuti vitamiinide ja mineraalainete olulisust.

- " Eks see ülekaal jah on peamine probleem, aga vitamiinide osas ka, D-vitamiini peab juurde võtma pidevalt ja foolhappe ja B12 vitamiini taset määrama. Ja vanematel inimestel võib kaltsiumipuudus tulla, et selle koha pealt oleks ka hea nõustada." – resident, grupipraksis, Võrumaa.
- " Läheneks võib-olla kõige algusest, et emad, kes jäävad lapseootele. /.../ Vanematelt inimestelt väga palju tuleb sellist vastukaja, kui sa hakkad toitumisnõustamist tegema näiteks 70+ inimesele, siis kiputakse ütleva, et ma olen ju nii vanaks elanud juba ja söönud kõike ja mul pole mõtet muuta kõike seda. Aga kui vaadata, mis kõik need kroonilised haigused neil on – nii palju saaks ära hoida või edasi lükata tegelikult selle sama toitumisega." – pereõde/toitumisterapeut, grupipraksis, Saaremaa.

5.6 Nõuded teenuseosutajatele

Osalejate jaoks on väga oluline, et **toitumisnõustaja oleks vastava kutsega või sertifitseeritud töötaja (litsentsiga)**. Arstidel on vaja kindlust, et nad saavad oma patsiendi teaduspõhise spetsialisti juurde. Mõned fookusgruppides osalenud tervishoiutöötajad ei olnud teadlikud, et Eestis on võimalik omandada toitumisnõustaja kutse. Ilmselt puuduvad siis ka teadmised selle kohta, kus kutselised toitumisnõustajad tegutsevad. Seega on väga oluline tagada läbimõeldud ja korrastatud toitumisnõustamise teenuse pakkujate süsteem.

- " Mina ei teadnud, et on olemas sertifitseeritud toitumisnõustajad. Aga kes konkreetselt on sertifitseeritud, kes mitte, kust seda infot on võimalik saada?" – perearst, grupipraksis, Põlvamaa.
- " Pereõed teevad praegu seda tööd nagunii ja koolitusi ja seminare... pidevalt ju tegelikult õed ennast koolitavad ja täiendavad, aga kui mõelda nüüd sellist spetsialisti-toitumisnõustajat, siis võiks seal ikkagi olla tõsisem õpe taga ja mingi erialane tunnistus kohe, et tõesti ta ongi väga tark ja ongi võimeline nõustama erinevaid, nii haigeid kui terveid kui igasuguste probleemidega inimesi." – perearst, grupipraksis, Lääne-Virumaa.
- " Olulisem oleks ikkagi ära litsentseerida kogu see tervishoiunõustajate ja toitumisnõustajate seltskond. Praegune toitumisnõustaja kutsestandard tegelikult ei vasta sellele, mida meditsiiniliselt me sellest asjast arvame." – perearst, üksikpraksis, Võrumaa.
- " Puudus on just sellest korrastatud süsteemist, mitte niivõrd sellest, et on veel mingid nõustajad." – perearst, grupipraksis, Tallinn.
- " Mina tahaks toitumisnõustaja näol professionaalset kõrgelt haritud väga teadlikku inimest omale meeskonda. Just hiljuti mingi toitumisnõustaja võttis minuga ühendust, kes siis esimese hooga kirjeldas ennast toitumisnõustajana. Siis ma otsisin tema diplomi ja ma loomulikult seda ei leidnud. Siis ma küsisin ja ta ütles, et tal tegelikult seda veel pole. Aga juba ta oli toitumisnõustaja." – perearst, grupipraksis, Põlvamaa.
- " Täpselt just see standard, et oleks tõendus põhine teenus, praegu mul pole infot, kus neid koolitatakse, mis see tase on, mis see õppesisu on, mingi kutsestandard võiks olla." – perearst, grupipraksis, Tallinn.

Fookusgruppides osalenud **pereõed, kellel on olemas toitumisnõustaja haridus, tunnevad end nõustamise protsessis kindlamalt**. Ka mõned teised osalejad leiavad, et sooviks id toitumisnõustamise teemal lisakoolitusi.

- " Ma tean, mida ma jagan neile. Kui on mingi kindla diagnoosiga inimene, siis ma tean, mida talle soovitada ja nii edasi. Ma ei saa võtta niimoodi inimest, et kõigile sobib üks toitumise stiil. Pean

ikkagi arvestama kõike seda, mis diagnoos tal on, mis ravimeid ta tarvitab, milline tema elukvaliteet on, kus ta elab.“ – pereõde/toitumisterapeut, grupipraksis, Saaremaa.

- ” Lõpetasin detsembris toitumisnõustaja õppe Rahvatervise Akadeemias. Väga vajalik pereõde töös, tunnen ennast julgemini ja paremini. Toitumisaselt meie keskuses nõustavad mina ja üks õde veel, kes on õppinud toitumisteraapiat. Ilma selle baasita on toitumisnõustamine väga pinnapealne, annan brošüüri kaasa ja räägin natuke juurde, aga õppest tuli kaasa nõustamisoskus, et inimene jõuaks ise arusaamiseni, et miks on vaja seda teha. Nõudlus selle nõustamise järgi on väga suur.“ – pereõde, grupipraksis, Saaremaa.
- ” Minu arvates igas perearstikeskuses kas perearst või pereõde peab oskama nõustada. Või õpetatud inimene peab olema keskuses juba sees.“ – pereõde, üksikpraksis, Tallinn.
- ” Ma arvan, et ka pereõdedele peaks korraldama regulaarseid koolitusi. Väga paljud, ma usun, ei käi nendel koolitustel niisama ja väga paljudel on kooli lõpetamisest nii pikk maa möödunud ja ega tavaõppes sellele väga põhjalikult ei pöörata tähelepanu.“ – pereõde, üksikpraksis, Tartu.

Üldine arvamus on, et toitumisnõustajatel võiks olla **meditsiiniline haridus selleks, et neil oleks rohkem võimalusi tegutsemiseks** (nt vitamiinide soovitude andmine ja vereanalüüside mõistmine).

- ” Toitumisnõustaja ei tohi isegi vitamiine soovitada, kui tal ei ole meditsiinilist haridust. Perearsti süsteemis on hästi raske... Toitumisnõustaja võiks olla meditsiinilise haridusega – siis tal on rohkem võimalusi. Ma tunnen, et mul on rohkem võimalusi kui tavalisel toitumisnõustajal, kuna ma töötan ka pereõena. Muidugi toitumisterapeut oleks väga kõva sõna – kui igas tervisekeskuses käiks terapeut vastuvõtte tegemas. Aga ma arvan, et see on väga ilus unistus – hea, kui toitumisnõustajagi saaks, eks ta teeks väga suure töö ära, neid elustiili nõustamisi on ka väga palju teha.“ – pereõde, grupipraksis, Saaremaa.
- ” Aluspõhi meditsiiniline oleks olemas, õpib juurde toitumisnõustajaks. See annab suurema hüppe võrreldes tavalise toitumisnõustajaga.“ – pereõde, grupipraksis, Pärnumaa.
- ” Meedikust toitumisterapeut oleks ideaalne. Aga ma ei näe selleks väljavaateid, kui meedikuid on niigi puudu: siin tuleb minna elustiilinõustamisele, aga mitte meediku poolt.“ – perearst, üksikpraksis, Tartumaa.

5.7 Vajalikud ressursid teenuse osutamiseks

Toitumisnõustajatele oleks vaja välja töötada juhendmaterjalid ja abimaterjalid, mis muudaksid töö hõlpsamaks. Ühtlustatud ja reguleeritud töökorraldus tagaks ka ühtsed arusaamad meditsiinitöötajate seas. Hetkel jagavad arstid ja õed TAI väljatöötatud brošüüre, mis on lihtsasti mõistetavad ja esialgse materjalina sobivad patsiendi toetamiseks.

- ” TAI on hästi hea brošüür, kus on kirjas taldrikureeglid ja kõik asjad, kuidas pakendit lugeda. Seal on erinevad brošüürid soola ja suhkru kohta, rasvade kohta ja ka lihtsalt tervislik toitumine. Need on väga head – mina annan need oma patsientidele kaasa.“ – pereõde, grupipraksis, Saaremaa.
- ” Aga juhendmaterjalide osas ka, et eks selle nõustamise juures tuleb infot väga palju. Siis oleks hea, kui patsiendile oleks mingi väike voldik või brošüür kaasa anda. Siis ta saab hiljem järele vaadata. /.../ Kui oleks ka paberil, siis saab näiteks külmkapile panna ja vajadusel jälle vaadata.“ – resident, grupipraksis, Võrumaa.

Uuendusliku lahendusena toodi fookusgrupis välja **visuaalne materjal**, mis toetaks visiidi läbiviimist patsiendiga.

- ” Mida olen mõelnud, et võiks olla piltmaterjal, n-ö lototüüpi. Kaardid, kus ühel poolel toidud – tavaline kogus, mis ühe portsjonina süüakse. Teisel pool oleks diagramm, mida see toit sisaldab: valgud, süsivesikud, rasvad - mis osakaalus ja kui palju kaloreid see sisaldab. Neil (patsientidel – toim.) on väga kehv ettekujutus, mis toidus on. Igal toitumisnõustajal

oleks sellest abi, kui ta saaks näitlikustatud taldrikut laduda sellise lotoga.“ – perearst, üksikpraksis, Tartumaa.

- ” Lihtsalt teinekord, kui ei saa teada, mida inimene on harjunud sööma, siis paluks tal panna kaartidest kokku, mis tema menüü on olnud või mis tema arvates oleks tervislik menüü. Laseks tal komplekteerida ja siis oleksid need kaardikesed abiks nendele, kes ei suuda neid asju üles kirjutada ja ei suuda päevikuid pidada, kes on sõnaahtrad ja kellelt ei saa seda juttu välja tõmmata.“ – perearst, üksikpraksis, Tartumaa.

5.8 Takistused teenuse osutamisel

Ühe peamise takistusena toitumisharjumuste teenuse pakkumisel toovad osalejad välja **ajapuudust**. Samuti mainitakse, et perearstidel ja -õdedel **pole piisavalt häid teadmisi ja/või oskusi**, et põhjalikumalt toitumisharjumuste läbi viia. Eraldi toitumisharjumuste võimaldaks pereõdedel tegeleda muude ülesannetega ja vähendaks nende töökoormust.

- ” Mina ideaalis näeks ikkagi tervisekeskuses eraldi inimest, kes tegeleb sellega, kes on saanud korraliku koolituse, kes on tõesti tark inimene sellel alal. See võtaks väga palju ka pereõdedelt koormust vähemaks, sest me saaksime kasutada väljastpoolt aega. Talvekuudel pereõdedel praktiliselt ei ole aega sellist pikka korralikku nõustamist teha. See on juba ajapiirang. Aga kui meil on inimene, kes on olemas, kes on tasustatud teatud patsientidele, siis väga hea oleks kasutada seda teenust.“ – perearst, grupipraksis, Lääne-Virumaa.
- ” Meil (perearstidel – toim.) on kõik teemad sünnist surmani ju. Ühegi asjaga päris süvitsi minna niimoodi lõputult ei saa. Me peame teadma, kuhu inimene õigel hetkel suunata ja millist infot talle jagada, aga mina küll ei näe seda, et hakata eraldi seda teenust veel pakkuma oma töö kõrvalt.“ – perearst, grupipraksis, Tartu.
- ” Vastuvõtuaeg on limiteeritud, sa pead teised asjad ka ära tegema, näiteks õpetama diabeetikut glükomeetrit kasutama, natuke seal räägid siis toitumisest ka.“ – pereõde, grupipraksis, Saaremaa.
- ” Perearstil pole aega sellise teemaga tegeleda, pereõdel võib-olla veel natuke on.“ – pereõde, grupipraksis, Pärnumaa.
- ” See lihtsalt info jagamine, see käib pereõde töö juurde, kui on vajadus. Aga just nõustamiseks ja pikaaegseks ja eesmärgipäraseks isikustatud sekkumiseks – selleks küll ei ole perearstil ja pereõdel aega. See on põhjus, miks toitumisharjumuste eraldi võiks olla.“ – perearst, grupipraksis, Tallinn.

Rahapuudus tekitab muret nii arstidele kui õdedele ja seda nii koolituste hindu kui ka patsientide toidukorvivaates.

- ” Teine asi on rahakott. Tegelikult ongi nii, et toit on kallis, kala on kallis. Nad ei saa neid asju osta. Muidugi läheb punane liha või sealiha igapäevaselt, sest see on odavam kui kala, kalkun ka. No see rahakott loeb, kõik ei saa lubada endale tervislikku toitu, kala kolm korda nädalas. Kalkun ja palju juurvilju ja marjad – see on kallis lõbu.“ – pereõde/toitumisterapeut, grupipraksis, Tallinn.

5.9 Teenuse osutamine maapiirkondades

Teenuse osutamiseks maapiirkondades on võimalik kaaluda **veebilahendusi**. Samas võib see olla takistuseks nende inimeste jaoks, kes ei ole elektrooniliste lahenduste kasutamisel nii vilunud. Mitmed osalejad töötavad ise kaugemates piirkondades ja leiavad seejuures, et tegelikult ei ole kaugus keskusest nii oluline teema. Nende hinnangul on maainimesed üldiselt harjunud ikka vähemalt kord nädalas keskuses poes käima. Kui motivatsiooni on, küll siis leitakse ka võimalus toitumisharjumuste juurde minna, eriti teades, et kohtumisi oleks näiteks ainult kaks–kolm. Regionaalses vaates oleks

nutikaks võimaluseks n-ö **mobiilne toitumishõustaja**, kes käib erinevatel päevadel erinevates praksistes vastuvõtte tegemas.

- " *Mina olen väiksemast kohast ja mul ei ole siin kuhugi toitumishõustaja juurde saata. Meil ei ole siin seda. Ma olen Haapsalu linnas. Nii et kui saata, siis ainult Tallinna. Paljud nooremad inimesed on liikuvad, aga vanemad ei liigu kuskile.*" – perearst, üksikpraksis, Läänemaa.
- " *Me peaksime mõtlema, et kõik saaksid võrdset seda kätte ja siis ta võikski olla näiteks pigem veebipõhine ja siis erandkonnas kabinetipõhine.*" – perearst, üksikpraksis, Võrumaa.
- " *Eks maakoha inimestel ongi see probleem, et väga palju vanemad inimesed tegelikult ei valda ju ka seda veebiteemat. Ja mis vanemad, ka 50-aastased, et kõik ei ole valmis selleks. Linnas leiab ikka mingi võimaluse, aga just ongi probleem maainimestega, kes ei suuda võib-olla veebi teel suhelda ja ka kohale minna on probleem. Aga pigem ikkagi see peaks olema niisugune patsient-hõustaja suhtlus, mitte mingid üldised loengud kuskil küla kultuurimajas, et siis see ei ole niisugust efekti. Hõustamine on ikka kahepoolne, on nõustaja ja on inimene, kellega tegeletakse ja kellel see probleem on.*" – perearst, grupipraksis, Lääne-Virumaa.
- " *Hõustaja võib ühes keskses olla kuus kasvõi ühe või kaks päeva ja siis on ülejäänud aja järgmises. Aga saatekiri peaks ikka olema, muidu jookseb väga täis nimekiri.*" – resident, grupipraksis, Võrumaa.
- " *Ma olen sellega nõus, et võimalikult paljudes tervisekeskustes või perearstikeskustes võiks olla seda teenust. Eriti Saaremaal, Pärnumaal ja ka Tartumaal /.../, nt Võru ja Rõpina linnad, et seal on samad probleemid, aga seal pole kuskilt võtta toitumishõustajat.*" – pereõde/toitumisterapeut, grupipraksis, Tallinn.

Hõustamisteenuse osutamisel mängib rolli ka **keeleaspekt**. **Eestikeelsed arstid ja -õed tunnetavad lisakoormust venekeelse sõnavara õppimisel**. Selleks, et tagada täisväärtuslik abi, on vaja suhelda patsientidega neile kõige arusaadavamal keeles.

- " *Tallinna perearstikeskuses on hästi palju vaja vene keeles sõnavara vallata, et siis ma peaksin selle kakskeelselt veel õppima. Sorry, aitäh – ütlesin selle kohta. Keeleliselt võib-olla mõnel ei ole üldse seda probleemi, aga selline erispetsiifiline nõustamine, siis sa pead ju kõik need terminid jällegi selgeks õppima.*" – pereõde, üksikpraksis, Tallinn.

5.10 Töotervishoiuarstide nägemus

Pärast perearstide ja -õdede nägemuse kaardistamist viidi läbi kaks süvaintervjuud töotervishoiuarstidega, et hinnata, mil määral kattub nende vaade teiste tervishoiutöötajatega. Intervjuude käigus ilmnes, et erinevate sihtrühmade nägemus on üsnagi sarnane. Küsitletud töotervishoiuarstid rõhutasid ennetustegevuse tähtsust ja leidsid, et nii nagu nt Soomes, tuleks ka Eestis veelgi rohkem tegeleda riigi tasandil teadlikkuse tõstmisega tervislikust toitumisest ja selle olulisusest. Seejuures võiksid kasuks tulla ka üleriigilised kampaaniad sarnaselt näiteks „Septembris ei joo“ alkoholi tarvitamise vähendamise kampaaniaga.

Nagu teised uuringus osalenud tervishoiutöötajad, arvasid ka töotervishoiuarstid, et toitumishõustamise teenuse järele on kindlasti vajadus olemas. Nt üks arst tõi välja, et tema patsientide puhul vajaks kolm inimest kümnest toitumishõustamist. Kuna töotervishoiuarstid teevad ära antropomeetrilised mõõtmised, on neil teenusevajadusest hea ülevaade.

Intervjueeritud töotervishoiuarstid leidsid, et sissejuhatava toitumisealase sekkumisega tegelevad nad vajadusel juba praegugi. Nt mõne ameti puhul peab kehamassiindeks olema alla 30 – muidu tervisetoendit ei anta. Suurema kehamassiindeksiga klientidele annavad töotervishoiuarstid või -õed põgusaid juhiseid kaloraaži ja toitumise kohta. Ent nagu perearstidel, on ka neil probleemiks ajapuudus: kuna vastuvõtuaeg on 20 minutit ühe inimese kohta, ei ole pikemaks vestluseks mahti. Seetõttu oleks töotervishoiuarstid väga rahul, kui neil oleks võimalus suunata kliente usaldusväärsele toitumishõustajale

või -terapeudi juurde. Ka toodi välja, et praegu toitumisnõustajaid küll on, aga nende taust ja kvalifikatsioon ei ole teada. Toitumisnõustajal võiks töötervishoiuarstide hinnangul olla kutse ning meditsiiniline taust, et ta saaks aru inimkeha toimimisest. Seega sobiksid selle ameti peale nende arvates ideaalselt täienduskoolituse läbinud õed.

Töötervishoiuarstid töid välja, et toitumisnõustamise puhul on oluline patsiendi toetamine ning motivatsiooni andmine. Seega peetakse psühholoogilisi oskusi nõustamise juures väga oluliseks. Leitakse, et algul võiks teenuseosutamine toimida individuaalselt, hiljem grupis. Toitumisnõustaja võiks aidata eesmärkide ja tegevuskava paika panemisel, toetada selle järgimisel ning vaadata vahepeal tulemused üle, kuid vastutus eesmärkide saavutamise eest oleks ikkagi kliendil endal. Teenus ei tohiks olla päris tasuta: siis pole inimestel motivatsiooni sellega tegeleda. Arvatakse, et isegi 5-eurone visiiditasu on liiga väike. Samas peab teenus siiski olema hinna poolest kättesaadav.

5.11 Kokkuvõte

Tervishoiutöötajad kirjeldavad oma senistest kogemustest tulenevalt, et kõik perearstid ja pereõed **tegelevad mõningal määral toitumisnõustamisega**: see tuleb jutuks kroonilisi haiguseid põdevate patsientidega (diabeet, kilpnäärmehaigused, vere kõrge kolesteroolitase või kõrge vererõhk jms) kui ka üldistel terviseetematel vestlustel. Siiski nenditakse, et toitumisnõustamine pole otseselt perearstide pärusmaa ning pereõed tegelevad sellega rohkem. Pereõdedel on patsientidega pikemad nõustamised, kuid ka nemad tunnevad, et **kohustuste hulk ja ajakulu on liiga suured**. Perearstide ja -õdede vastuvõttude ajalist piirangut toodi ka küsitlusuuringus välja olulise takistusena. Perearstid ja pereõed jagavad baasinfot ning erisuguseid materjale (näiteks brošüüre), kuid tuntakse, et toitumisnõustamisega süvisi tegelemiseks ei ole neil piisavat **väljaõpet**. Kui nõustamiseks ei ole piisavalt aega, võib see õhnestada ka usaldusliku nõustamissuhte loomist. Et inimesed võivad olla kaalu teemal tundlikud ning karta hukkamõistu, on nõustamiseks ja hoiakuvaba koostöö kujundamiseks tarvis rohkem aega.

Tervishoiutöötajad näevad **toitumisnõustamise teenuse järele suurt vajadust**. Perearstid ja -õed nendivad, et inimeste teadlikkus tervislikust toitumisest on väga madal ning kriitilisena nähakse ka laste toitumist ja ülekaalulisust. Seejuures aga väljendatakse üldiselt arvamust, et toitumisnõustamisega peaks tegelema **eraldi inimene**, kelle juurde saab perearst või -õde patsiendi suunata. Ideaalis võiks toitumisnõustaja olemas olla igas tervisekeskuses või maapiirkondades n-ö mobiilse toitumisnõustajana, kes käib erinevates perearstikeskustes.

Tervishoiutöötajad on seni kogenud toitumisnõustamisega seoses olukordi, kus nad on patsiendi edasi suunanud nõustaja juurde, kuid saavad hiljem patsiendilt kummalist tagasisidet saadud kummaliste nõuannete kohta – see. See tekitab arstides ebakindlust ja kahtlusi, kuid võrd palju on **pädevaid ja teaduspõhise lähenemisega toitumisala spetsialiste**. Kindlustunnet suurendaksid jooksvat uuendamist nõudva kutsetunnistusega toitumisnõustajad. Suurt väärtust nähakse ka selles, kui toitumisnõustajatel on **meditsiiniline haridus** – siiski, **ent** nenditakse, et meedikuid on niigi puudu, ja seega see ei ole kõige realistlikum ootus. Ka küsitlusuuringu tulemused näitavad, et toitumisnõustajate kutsetunnistuse olemasolu on pere/üldarstidele ja pereõdedele väga oluline ning meditsiinilise baashariduse olemasolu nähakse suure kasutegurina.

Perearstid ja pereõed tunnevad, et patsiendid vajaksid vähemalt 2-3 kohtumist toitumisnõustajaga, kuid vajadused on patsientide lõikes erinevad. Soovitakse, et suunamisel oleksid kindlad kriteeriumid või juhised, mille järgi tegutseda. Samuti peavad olema kriteeriumid teenuseosutajale, eriti eelmainitud hariduse/väljaõppe osas. Teenuse eest võiks tasuda Tervisekassa, et tagada patsientidele teenuse kättesaadavus ka rahalises mõttes.

Kõige olulisemate **sihtgruppidenä** näevad tervishoiutöötajad eelkõige terviseprobleemidega inimesi, kuid arvamused lahknevad ülekaalulisuse puhul. Osa intervjuueerituid nendib, et ülekaal on piisav põhjus

toitumisnõustamisele saatmiseks (ennetamaks terviseprobleeme), kuid teine osa leiab, et ainult ülekaalu tõttu ei peaks patsienti edasi suunama, vaid see võiks olla inimese enda huvi korral ja oma kulul. Motivatsioon eluviisi muuta on tervishoiutöötajate silmis peamine tegur, mis määrab toitumisnõustamise kasuteguri – seda toodi enim välja ka tervishoiutöötajate kvantitatiivses küsitlusuuringus.

Teenuse osutamise **takistustena** nähakse perearstide ja -õdede ajapuudust ning väheseid teadmisi/oskusi teema osas. Leitakse, et toitumisnõustamisega võiks tegeleda eraldi spetsialist. Teisena nähakse murekohta rahas: seda nii meditsiinitöötajate (koolitused maksavad) kui ka patsientide vaates (tervislik ostukorv on kallis, maksumus määrab nõustamisteenuse kasutamise). Maakotades võib probleemina esineda see, et kõigil ei ole võimalik suuremasse asulasse sõita, et toitumisnõustamise teenust saada, seda eelkõige just vanemate sihtrühmade puhul. Saab kaaluda veebilahendusi, kuid ka selle osas on just vanemad inimesed kesisemas olukorras kui digipädevamad noored. Arstid ja õed tunnevad, et nõustamisteenuse osutamisel on roll ka keeleaspektil – eestikeelsed tervishoiutöötajad tunnetavad lisakoormust venekeelse sõnavara õppimisel.

6. Eesti toitumisalaste sekkumiste ja teenuste mudel

6.1 Sekkumiste ja teenuste sihtrühmad

Võttes arvesse teiste riikide praktikaid, WHO soovitusi (2016) ning Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise väljakutseid, võiksid Eesti toitumisalased sekkumised olla suunatud ja disainitud rahvatervise vaates **prioriteetseid sihtrühmi silmas pidades**. Ekspertarutelude ja -intervjuude ning teiste riikide praktikate põhjal võiksid Eesti kontekstis olla olulised ja esimesed sihtrühmad järgmised:

- **Ülekaalus või rasvunud inimesed, kelle tervisenäitajad ennustavad südameveresoonehaiguste ja/või diabeediriski.** Lisaks ülekaalule või rasvumisele võivad terviseriski ennustada näiteks kõrge vererõhk või veresuhkru tase, düslipideemia, südame- ja veresoonehaigused perekondlikus ajaloos või käitumuslikud faktorid (nt suitsetamine või vähene füüsiline aktiivsus) (Visseren et al., 2021).

Toitumisharjumuste muutmine (eluviisi, sh toitumise parandamine) oleks nende puhul abiks, et haigust ära hoida või tagasi pöörata ning parandada tervisenäitajaid ja kehakoostist.

Kerge ülekaal ei ole tingimata terviserisk (eriti vanuses 65+), kuigi varajane sekkumine võib olla abiks tervisenäitajate edasise halvenemise ärahoidmisel. Et rasvumist käsitletakse ka eraldiseisva haigusena, võib mõnikord tarvis minna haiguspuhust nõustamist ehk vähemalt toitumisterapeudi pädevust. Juhtumid on tõsiselt aga erinevad ning selle dilemma lahendamiseks diagnostilised küsimustikud ja juhendid suunamisel. Perearstidel võiks olla teenusele **suunamisel valikuõigus**, et arvestada riskidega laiemalt.

- **Ülekaalus või rasvunud ning kaasuvate haigustega inimesed** sõltuvalt juhtumist ja perearsti meeskonna suunamisel. Ka siin oleks toitumisharjumuste muutmine toetav roll tervisenäitajate parandamises, kuigi nii rasvtõbi kui teised haigused võivad vajada erineva intensiivsusega teenuseid või sekkumisi. Mõndade juhtumite puhul võib abi olla toitumisharjumuste muutmisest, **haiguspuhuse toitumise** vajaduse korral toitumisterapeudist, toitumisravi spetsialistist, eriarstist või mõnest intensiivsemast ja komplekssest erisekkumisest.

Seetõttu on patsientide sõelumisel ja vajaduse hindamisel oluline roll ning perearsti meeskond peaks andma täpseid suuniseid haigusloole ning nõustamise eesmärkide osas ning vajadusel tervisenäitajaid nõustamise kulgedes jälgima. Oluline on selge rollijaotus ja pädevuspiiride selgitamine patsiendile ning hea koostöö nõustaja ja perearstikeskuse vahel. Nende patsientide suunamisel võib abiks olla riskipatsientide ravijuhtimise algoritm (Eesti Haigekassa, 2018).

Nende sihtrühmade suurust on keerukas hinnata, kuna ei ole selgeid andmeid haiguste esinemise kohta elanikkonnas KMI lõikes. Elanikkonna uuringu andmete põhjal on Eestis 2023. aastal 16–64-aastaste elanike seas ligikaudu 250 999 ülekaalulist (KMI 25,0 kuni 29,9) ning 190 413 rasvunud inimest (KMI \geq 30,0; WHO, 2010) ehk kokku **on potentsiaalsete sihtrühmade**

suurus 441 412 inimest. Antud uuringu tulemused sarnanevad TAI 2022. aasta uuringu tulemustega (Reile & Veideman, 2023). Täpne vajadus teenuse järele võib nende sihtrühmade puhul olla aga väiksem – kõik inimesed ei pruugi abi vajada või soovida, samuti võib abi olla näiteks info jagamisest või sissejuhatavast nõustamisest.

- **Ülekaalulised lapsed, noored ja nende pered.** Ülekaalulisus ja vähene liikumine on ka Eesti laste ja noorte puhul levinud probleemid (TAI, 2023b). Kõrge kehamassiindeks lapseas ennustab eluviisiga seotud haiguste esinemist täiskasvanuna (Llewellyn et al., 2016). Kuigi väga olulist rolli probleemi ennetamisel mängivad teised meetmed, võiks toitumisharjumuste muutmine aidata probleemi lahendada ja riske maandada. Kuna vanematel on suur roll laste toitumis- ja liikumisharjumuste kujundamisel ja muutmisel, peaks nõustamine keskenduma ka lapsevanematele ja perele tervikuna. Eraldi tuleks silmas pidada teenusele suunamise vanuse alampiiri.

Tervise Arengu Instituudi 2018/19. õppeaasta seireuuringus (Glušková et al., 2021) leiti, et võrreldes 2015/16. õppeaasta uuringuga jäi nii ülekaalulisuse (16–17%) kui ka rasvumise osakaal (10–11%) esimese klassi õpilaste seas samaks. Kokkuvõttes oli iga neljas esimese klassi õpilane ülemäärase kehakaaluga. Neljanda klassi õpilaste seas küündis ülekaalulisuse osakaal juba 21%ni ning rasvumise osakaal 12%ni; seega oli iga kolmas õpilane ülemäärase kehakaaluga. Lisaks leiti Tervise Arengu Instituudi (2023) 2022. aastal läbiviidud uuringus, et 11, 13 ja 15-aastaste Eesti noorte seas on iga viies ülekaaluline. Neist andmetest lähtudes ja selle põhjal üldistades on potentsiaalse sihtrühma suurus **56 845** last ja noort vanuses 1–19a.

Ligipääsu võimaldamist võiks kaaluda ka **lisasihtrühmadele** kas vajaduspõhiselt või pärast teenuse välja arendamist:

- **Alakaalulised ja/või alatoitumuses inimesed.** Alakaalulisi inimesi oli Eestis 2022. a 2,3% (Reile & Veideman, 2023), sõltuvalt juhtumist võib neil olla vajadus toitumisharjumuste muutmise järele näiteks kaalutõstmise eesmärgil.

Alatoitumus on aga eraldi tähelepanu ja lähenemist nõudev terviseprobleem. Alatoitumus põhjustab ajutist või püsivat tervisekahju ning on tingitud toiduenergia ja/või toitainete defitsiidist. Alatoitumus võib esineda haiguspuhusest või kaasneva haiguseta. Mõnikord on tegemist sotsiaalmajandusliku, haiguspuhuse alatoitumuse puhul aga meditsiinilise probleemiga, mis sageli vajab käsitlemist seoses teiste haiguste raviga ja ravijärgse hooldusega. Alatoitumuse levimuse kohta rahvastikus tervikuna ei ole Eestis uuringuid tehtud, teistest enam on alatoitumise riskis imikud, väikelapsed, vanemaealised ning erinevate haigustega patsiendid. Sõltuvalt diagnoosist võib 20–50% haiglapatsientidest ning 20–30% ambulatoorsetest patsientidest olla mõjutatud alatoitumusest (Pöld et al., 2022). Ka ülekaalulised või rasvunud inimesed on suuremas alatoitumuse riskis, kuna kaaluga tegemiseks kasutatavad muutused – näiteks toiduenergiat piirav menüü – võivad kaasa tuua erinevate toitainete defitsiidi. Alatoitumust tuvastatakse sõeltestimise abil (Pöld et al., 2022).

Alatoitumuse probleem ei ole selle analüüsi põhifookuses, ent toitumisharjumuste muutmine võib olla üks viis alatoitumuse sõelumiseks. Sõltuvalt patsiendist võib toitumisharjumuste muutmine olla üks toitumisravi samm, kuna toitumisravi vajaduse otsustamisel analüüsitakse patsiendi menüüd ning nõustatakse toitumisel alusel, et anda teavet energia- ja valgurikkamate toiduainete ja vedelike valimiseks ning toidu töhustamiseks (Pöld et al., 2022).

Alatoitumus ja alakaalulisus vajavad põhjalikku käsitlemist ka **tervishoiutöötajate täienduskoolitustel**, kuna ekspertintervjuud viitasid ohule, et tervishoiutöötajad võivad probleemi valesti mõista. Näiteks kui muidu ülekaaluline patsient kaotab kiiresti kaalu, võidakse seda alatoitumuse asemel tõlgendada eluviisi positiivse muutuse tagajärjena. Ka

kvalitatiivintervjuudes töid alakaalulised inimesed välja muret enda tervise seisundi valesti hindamisega. Tervishoiutöötajate uuringus mainiti kaalulangusest rääkimist teistest eesmärkidest vähem (22% vs kaalutõusu teema 94%), mistõttu võib eeldada, et tervishoiutöötajad ei ole praegu teemast väga teadlikud.

- **Taimetoitlased.** Elanikkonna kvantitatiivuurings oli eri vormi taimetoitlasi kokku 2%, neist 1% lakto-ovo-vegetaarlased ja 1% veganid. Lisaks oli uuringus pesketaarlaseid 3% ja fleksitaarlaseid 6%. Taimetoitlaste osakaal elanikkonnast on väike, kuigi aja jooksul on osakaal kasvanud ja tulenevalt näiteks kliimaeesmärkidest võib muutuda üha populaarsemaks toitumisviisiks. Eesti toitumis- ja liikumissoovituste (Pitsi et al., 2017) kohaselt võib valesti planeeritud ja läbimõtle mata taimetoidumenüü tuua kaasa suurema riski B-12 vitamiini, D-vitamiini, seleeni jm vaeguse tekkeks ning seega ka pikaajalised terviseriskid. Taimetoitlasi kui teenuse sihtrühma võiks teenusele suunata **vajaduspõhiselt, kui tuvastatakse konkreetne tervise- või toitumisprobleem**. Seda võiks tuvastada eraldi küsimustikuga toitumise kohta.

Esimese sekkumislahendusena võiksid sihtrühma abistamisel suurt rolli mängida detailsed ja köitvad, näidismenüüdega infomaterjalid, mida tervishoiutöötajad saaksid inimesi lugema või vaatama suunata. Samuti võiks abi olla küsimustikest, kus inimene saab vastavalt enda toitumisrežiimile sobivat üldist nõu. Materjalid ja nõustamine on olulised, kuna tervishoiutöötajate praegused teadmised taimetoitlusest ei ole head: kvantitatiivuurings pidas enda teadmisi kesiseks või väga kesiseks kaks kolmandikku küsitletud tervishoiutöötajatest. Ka fookusgrupis mainisid taimetoitlased kogemusi, kus nende toitumiseelustesse suhtuti negatiivselt. Samuti on oluline tervishoiutöötajaid teema osas koolitada ning anda juhised teema hinnanguvabaks käsitlemiseks.

- **Lapseootel naised ja paarid.** Kuna juba rasedusaegne toitumine mõjutab lapse tervisenäitajaid ning rasedusega on tarvis toitumist kohandada/muuta, on ka lapseootel naised ning tuleviku vaates nende partner ennetuse vaatenurgast oluline sihtrühm. Samas võib olla kuluefektiivsem kasutada suunamisel lapseootel paaridega kokkupuutu vaid tervishoiutöötajaid, näiteks ämmaemandaid, ning kasutada info jagamiseks (veebi-)kursusevormi, kuna tulevastel lapsevanematel võib olla elumuutuse osas kõrgem motivatsioon infot otsida. Samuti võiks teha koostööd perekoolidega, millest lapseootel vanemad sageli osa võtavad.
- **Lapsed, noored, nende vanemad ja lastega pered üldiselt.** Isegi kui laps pole ülekaalus, on lastega pered oluline sihtrühm, kuivõrd välja kujunenud söömisharjumused mõjutavad inimesi hiljem täiskasvanutena (63% inimestest tõi elanikkonna uuringus oma praeguste toitumisharjumuste peamise kujundajana välja lapsepõlvkodu mõjusid) ning paljud lapsevanemad ei ole tervisliku toitumise põhimõtetest teadlikud. Mitmed eksperdid rõhutasid intervjuudes sihtrühma ja nende probleemide ennetamise olulisust ning lastevanemate madalate teadmiste probleemi.

Samal ajal on efektiivsemaid viise sekkumiseks kui toitumisenõustamine, kuna perede nõustamine võib võrreldes teiste sihtrühmadega olla ajamahukam ja nõuda laiemaid teadmisi peredega seotud nõustamisest. Üks põhisekkumisi on tervisliku toitumise ja liikumise õpe haridussüsteemis, selle eelduseks on õpetajate piisavad teadmised tervislikust toitumisest. Nii WHO (2016) kui eksperdid mainisid ka teisi sekkumisviise probleemsete perede leidmiseks ja abistamiseks, näiteks kooliõdede rolli vajaduse tuvastamisel ja info jagamisel. Samuti võivad haridusasutused ja kaudsemalt kohalikud kogukonnad olla head kohad, kus lapsevanemaid harida ning erinevatesse sekkumistesse kaasata.

6.2 Toitumisalaste sekkumiste mitmetasandiline mudel

Analüüsi raames läbi viidud uuringud osutavad selgelt, et on vaja **eraldi toitumisalaste sekkumist** esmatasandi tervishoius nii elanike kui tervishoiutöötajate vaates. Kuigi toitumisharjumuste muutmist võidakse perearstikeskustes läbi viia juba praegu, on suurteks takistusteks aktuaalsemad tervisemured, liiga lühike vastuvõtuaeg ja tervishoiutöötajate oskused. Enamik perearstikeskuste töötajaid peab enda teadmisi eluviisireformist piisavaks, ent vähem teadlikuks peetakse end näiteks nõustamistehnikate ja mõne spetsiifilise toitumisprobleemi teemal. Patsiendid on uuringu järgi nõustamisele avatud, ent teema käsitlemine nõuab aega ja usaldusliku õhkkonna loomist. Eraturul pakutavaid teenuseid ei peeta üldiselt kättesaadavaks. Peamiste probleemidena näevad nii elanikud kui tervishoiutöötajad infopuudust kvaliteetse nõustamise kohta ning probleeme teenuse kalliduse ning nõustamise taseme ebaühtlusega. Ka tervishoiuvaldkonna tööjõu-uuringud osutavad vajadusele tuua tervishoidu lisatõhjust, et võimaldada paremat tööülesannete jaotust ja seeläbi kvaliteetsemat abi (Mets & Veldre, 2017).

Toitumisharjumuste muutmiseks võiks moodustada osa **toitumisalaste sekkumiste mitmetasandilise abi mudelist** (Joonis 68), kus terviklik, tervist toetavat eluviisi käsitlev nõustamine on kättesaadav **kahe teenusena: toitumisharjumuste muutmise (nõustajaks toitumisharjumuste muutmise) ja haiguspuhane toitumisharjumuste muutmise, (nõustajaks vähemalt toitumisterapeut³)**. Kuna prioriteetsete sihtrühmade hulgas on tõenäoliselt palju terviseprobleemide ja/või kaasuvate haigustega inimesi, on neil tarvis haiguspuhust nõustamist. Näiteks elanikkonna uuringus hindas oma tervist heaks 73% normaalkaalulistest inimestest, samas kui ülekaalulisest 63% ja rasvunud inimestest 43%. Viimased hindavad oma tervist halvaks kolm korda sagedamini kui normaalkaalulised (15% vs 5%). Lisaks subjektiivsetele hinnangutele on mitmed süstemaatilised ülevaated ja meta-analüüsid leidnud seose ülekaalu või rasvumise ja erinevate kaasuvate haiguste (2. tüüpi diabeet, südame-veresoonkonnahaigused, pahaloolumulised kasvaja; Guh et al., 2009) ja psüühikahäirete (depressioon; Jantarantoi et al., 2017) esinemise vahel. WHO andmetel põhjustavad ülekaal ja rasvumine 44% kõikidest diabeedi juhtudest, 23% südame isheemiatõve juhtudest ja 7–41% kindlat tüüpi pahaloolumulistest kasvajatest (*The European Association for the Study of Obesity*, 2023). Teist tüüpi diabeedi juhtumitest 65-80% on saadud just ülekaalu ja rasvumise tagajärjel (WHO, 2011). Samas võib olla ka inimesi, kes on küll haiguste riskis, ent kes saaksid toitumisharjumuste muutmise abi.

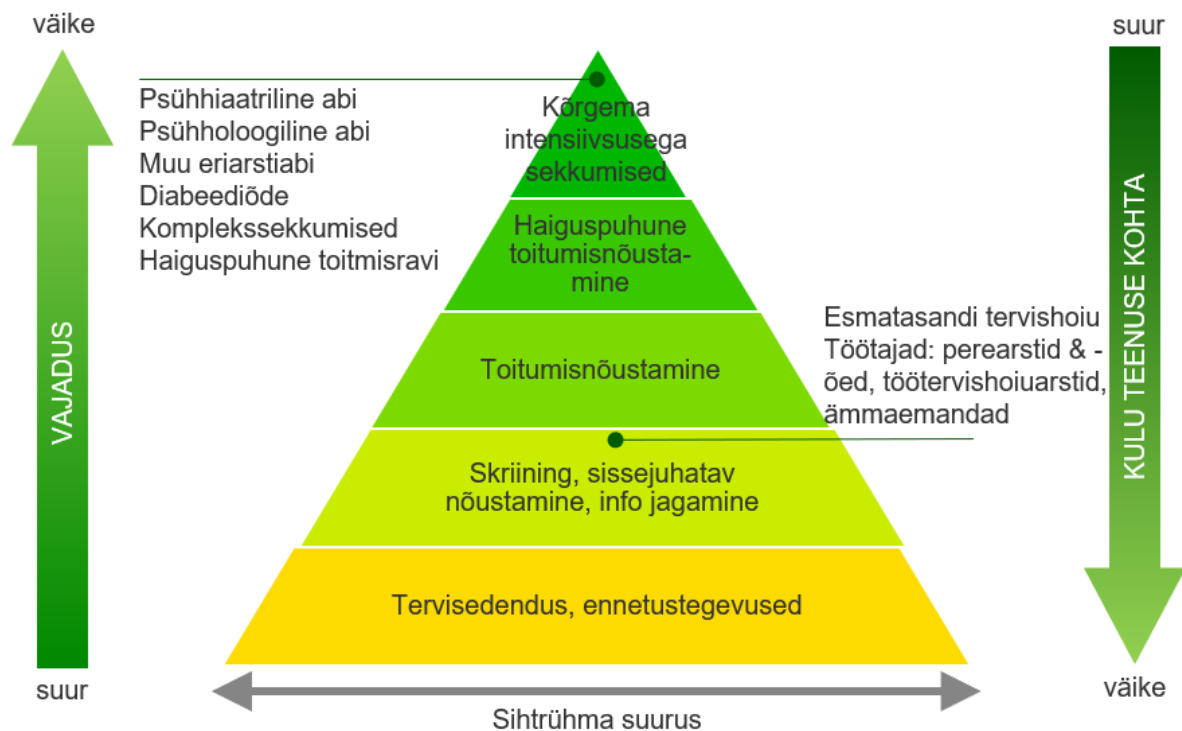
Mitmetasandilise abi moodustavad:

- 1) üldine rahvastikupõhine tervisealane ennetus erinevatel tasanditel, erinevad materjalid, eneseabi;
- 2) skriining, terviseseisundi hindamine, sissejuhatav nõustamine esmatasandi tervishoiutöötajate poolt (info, lühikesed käitumuslikud sekkumised – edaspidi lühisekkumised);
- 3) toitumisharjumuste muutmise teenus ja haiguspuhane toitumisharjumuste muutmise;
- 4) haiguspuhuse toitmisravi teenus;
- 5) teised intensiivsemad ja/või spetsiifilisemad sekkumised (vaimse tervise õde, psühhiaater, (kliiniline) psühholoog, diabeediõde, komplekssekkumised, muu eriarstiabi).

Mõned inimesed võivad lisaks välja toodud konkreetsele teenusele vajada rohkemate spetsialistide abi. Näiteks teiste riikide praktikas kaasatakse meeskondlikku töösse arste, kliinilisi psühholooge või füsioterapeute. Neid võimalusi saaks kasutada ka Eestis.

³ Teenuse osutamiseks vajalikud pädevused on kirjeldatud pädevusnõuete alapeatükis.

Joonis 68. Toitumisalaste sekkumiste mudel.



Komplekssekkumised viitavad teenustele, kus eraldi kujundatud sekkumisloogika alusel kombineeritakse toitumisnõustamist erinevate spetsialistide ja teenuste abiga (füsioterapeut, kliiniline psühholoog, arstid). Soomes katsetatakse praegu näiteks veebipõhist sekkumist *HealthyWeightHub.fi* ning Sloveenias oli rasvunud inimestele eraldi disainitud intensiivsem sekkumine. Eestis pakub söömisprobleemide puhul sarnast teaduslikult tõestatud efektiivsusega söömis- ja kehakaaluprobleemide kognitiiv-käitumuslikku gruppipsühhoteraapiat tasulise teenusena Psühhiaatria ja Psühhoteraapia Keskus Sensus (Sensus, 2023). Need sekkumised vajavad eraldi analüüsimist ning siinsetele oludele kohandamist. Sellistel programmidel võiks ekspertintervjuude põhjal olla ka potentsiaali toetada näiteks bariaatriliseks lõikuseks valmistuvaid patsiente enne ja pärast kirurgilist sekkumist.

Kaheteenuselise mudeli hind ja alternatiivid

Kaheteenuselise mudeli rakendamine võib olla keerukas: perearstikeskuse töötajad peavad oskama inimesi vastavalt terviseprobleemile (väljaõppe ja küsimustike abil) suunata õigele teenusele ja mitu teenust võivad tekitada segadust. Ka nõuab kaheteenuseline süsteem kahe erineva kutse nõuete uuendamist ja väljaõppe toetamist ning kahekordseid süsteemi haldamiskulusid. Kaheteenuselise süsteemi alternatiiviks on toitumisnõustamise teenus, mida viib läbi vähemalt toitumisnõustaja või toitumisterapeudi väljaõppega inimene. Kaheteenuselise süsteemi eelis alternatiivide ees on pikaajalisem kuluefektiivsus: toitumisnõustaja väljaõppe kulud on võrreldes toitumisterapeudi omadega madalamad ning tekib karjäärisüsteem, kus alustatakse toitumisnõustajana ning hiljem liigutakse soovi korral edasi toitumisterapeudiks.

Vaid (tervete inimeste) toitumisoostamise väljaõppega spetsialist ei pruugi osata kaasuvate haigustega inimesi noostada ning see võib kaasa tuua madala noostamiskvaliteedi või tagajärjed patsiendi tervisele. Kuna tervishoiuttajad väljendasid uuringutes noostajate usaldusväarsuse pärast suurt muret, võib see osutada teenuse käivitamisel ka oluliseks takistuseks – inimesi lihtsalt ei suunata teenustele. Seega ei ole see variant prioriteetsete sihtrühmade jaoks sobiv.

Kui noostamisteenust pakuks alati vähemalt toitumisterapeudi kutsenõuetele vastav noostaja, võiks see aidata leevendada usaldusväarsuse probleemi ning teenust saaks osutada nii haiguste riskis kui juba diagnoosi saanud inimestele. Toitumisterapeudi kutse nooab aga pikemat ja kulukamat väljaõpet ning võib kaasa tuua kõrgemad kulud ja tjpuuduse teenuse käivitamisel ja pakkumisel. heteenuselise mudeli puhul **on toitumisterapeudi kutse pdevusnudena sobivam.**

Järgnevalt kirjeldame toitumisoostamise ja haiguspuhuse toitumisoostamise teenuste erinevaid etappe.

6.3 Vajaduse hindamine

Toitumisoostamisteenuste alguspunktiks on perearstikeskuse kontakt inimesega kas regulaarse külastuse või suunamise kaudu. Et enamikul Eesti elanikest on oma perearstikeskusega regulaarne kontakt (Hmmal, 2022), ei ole Eestis otstarbekas viia läbi leriiklikke tervisekontrolle, vaid leida ja tuvastada abivajajaid kas (nt riskiandmeid kasutava) eelanalüüsi, oportunistlike tervisekontrollide vm külastuste käigus. Patsiendi loal teemat tstatades toimub **vajaduse hindamine** erinevate hindamisvahendite abil. Vajaduse hindamiseks tuleks välja töötada selged juhised.

Vajaduse hindamine ja hindamisvahendid:

Smiskitumise hindamine (söömishäirete hindamise skaala SHS abil) söömishäirete tuvastamiseks (Ravijuhendite nõukoda, 2019).

Emotsionaalse seisundi hindamine (näiteks emotsionaalse enesetunde küsimustiku EEK-2 abil) võimalike meeleoluhäirete tuvastamiseks.

Alatoitumuse ja selle riski hindamine sltestimise käigus (Eestis kasutatav alatoitumuse slumise ravijuhend on Eesti Kliinilise Toitumise Seltsi snol 2023. a loomisel).

Tervisenitajate mõõtmine vajaduse hindamiseks ja terviseseisundi kaardistamiseks (kehakaal, pikkus, vbermt jne), kehamassi mõjutavate tegurite kaardistamine⁴ (toitumisharjumused, kehaline aktiivsus/istuv eluviis, ekraaniaeg, uni, ravimite ja toidulisandite kasutamine, kaasuvad terviseriskid), võttes arvesse vanuselisi eripärasid (Ravijuhendite nõukoda, 2019).

Taimetoitlaste puhul toitumisharjumuste kaardistamine ja vajadusel võimalike terviseriskide hindamine.

Kaasuvate haiguste või terviseprobleemide kaardistamine ja hindamine.

Selline hindamine võimaldab leida patsiendid, kelle ülekaal võib olla seotud psüühikahäire(te)ga (söömishäire, meeleoluhäired) või kes on alatoitumuses ning vajavad seetõttu haiguspuhust toitmisravi (sh toitumisoostamist) (Ravijuhendite nõukoda, 2019). Kui mõne aspekti hindamine ei ole ajakulu silmas pidades perearstisüsteemis mõistlik, võib slumise suunata toitumisoostajale või -terapeudile

⁴ Eluviisi kaardistav nidisksimustik on leitav ravijuhendi „lekaalulise või rasvunud patsiendi ksitlus esmatasandil“ lisast 3 (Ravijuhendite nõukoda, 2019).

tegemiseks ning hiljem perearstile hindamiseks saatmiseks. Need teemad peaksid sellisel juhul olema osa nõustamise väljaõppest ja teenusejuhisest.

Toitumisenõustamise teenusele võiksid inimesi otse suunata ka teised südame-veresoonkonna haiguste diagnoosimise ja raviga seotud eriarstid (nt endokrinoloogid, kardioloogid, reumatoloogid), et vältida liigset tagasi perearsti juurde saamist. Samuti võiksid vajadust hinnata ja sissejuhatavat nõustamist pakkuda teised esmatasandi tervishoiutöötajad, näiteks ämmaemandad ja töötervishoiuarstid. Ka nende puhul vajab eraldi läbimõtlemit, kuidas vajaduse tuvastamise korral patsient teenusele suunata: kas näiteks soovitusena teenuse kohta või otsesuhtluses perearstiga.

Kui patsient ei soovi toitumisenõustamise vm teenuseid või vajab eelkõige infot, piisab **sissejuhatavast nõustamisest** ehk praktilise ja toetava info vormis abist infomaterjalide, lühiajaliste käitumuslike sekkumiste jm sarnase näol. Seda võiksid läbi viia perearstid- ja õed ning teised esmatasandi tervishoiutöötajad. Neile tuleks pakkuda sissejuhatava nõustamise läbiviimiseks rohkem tuge konkreetsete toitumis- ja liikumisalaste juhiste, soovitusete, infomaterjalide loetelu, koolituste jms näol.

6.4 Perearsti meeskonna, toitumisenõustaja ja toitumisterapeudi rollid ja ülesanded⁵

Teiste riikide praktikas on toitumisenõustamise või toitumisravi teenused (*nutritional counselling*) avaliku tervishoiuteenusena laiem meeskondlik töö, mida juhib ja vahendab patsiendile enamasti dietoloog või mõnikord meditsiinilase kõrgharidusega spetsialist. Eestis võiks **juhtroll olla perearstil ja tema meeskonnal**, kes tulenevalt haigusloost määrab nõustamise eesmärgi tervisenäitajate parandamiseks, teeb tihedat koostööd nõustajaga, jälgib patsiendi tervisenäitajaid nõustamise kulgedes ning talletab nõustamise tulemuse. Keerukamate juhtumite puhul saab perearst konsulteerida teiste tervishoiutöötajatega või suunata patsiendi vajadusel lisateenusteni või järgmise tasandi teenusteni.

Toitumisenõustaja roll on nõustada klienti, lähtudes tõenduspõhistest Eestis kehtivatest toidu-, toitumis- ja liikumissoovitustest ning toitumist puudutavatest ravi- ja tegevusjuhenditest tervise hoidmiseks, edendamiseks ja haiguste ennetamiseks. Toitumisenõustaja selgitab välja toitumuslikud probleemid, lähtudes omandatud teadmistest toidu ja toitumise mõjust inimese tervisele, sh haiguste tekkele. *Töös kliendiga arvestab toitumisenõustaja teenusele suunanud tervishoiutöötajate suunistega.*

- Ta abistab klienti toitumisteabes orienteerumisel, kliendile sobivate valikute tegemisel, individuaalse tasakaalustatud menüü koostamisel ning füüsilise aktiivsuse ja *unehügieeni* korrigeerimisel. *Ta soovitab ja aitab kliendil rakendada käitumuslikke muutusi enda eluviisis.*
- Kaasuvate haiguste puhul võib toitumisenõustaja nõustada haigeid koostöös vastava spetsialistiga ainult tasakaalustatud toitumise osas, kuid ei määra haiguspuhuseid või piirangutega dieete. *Toitumisenõustaja võib läbi viia sõelumist terviseprobleemide tuvastamiseks, jagades saadud infot vastava tervishoiutöötajaga.*
- Toitumisenõustaja mõistab koostöö tähtsust teiste erialade esindajate ning kliendivõrgustiku liikmetega. Ta võib kliendigruppidele korraldada praktilisi töötubasid ja loenguid, *gruupinõustamist*.
- Toitumisenõustaja täiendab ennast pidevalt ja rakendab tõenduspõhiseid teadmisi praktikas.

Toitumisterapeudi roll on rakendada tõenduspõhiseid teadmisi toitumisest, *füüsilisest aktiivsusest ja unehügieenist* inimeste tervise edendamiseks ja terviseprobleemide korral patsiendi heaolu ja toimetuleku suurendamiseks. Ta lähtub Eestis kehtivatest toidu-, toitumis- ja liikumissoovitustest ning

⁵ Rolli kirjelduses on kasutatud praegusi kutsenõudeid (Kutsekoda, 2023a ja 2023b), vajalikud täiendused on lisatud kursiivis.

toitumist puudutavatest ravi ja tegevusjuhenditest. Ta tunneb nõustamise põhimõtteid. *Töös kliendiga arvestab toitumisterapeut teenusele suunanud tervishoiutöötajate suunistega.*

- Toitumisterapeut selgitab välja toitumuslikud probleemid, lähtudes omandatud teadmistest toidu ja toitumise mõjust tervisele, sh haiguste tekkele ja olemasolevate haiguste kulule. Ta töötab kliendiga personaalselt, aidates vältida haiguse süvenemist ning suurendades heaolu krooniliste haigusseisundite korral.
- Toitumisterapeut täiendab ennast pidevalt erialaselt, rakendab teadmisi praktikas, hoiab ennast kursis uuemate tõendus põhiste teadusuuringutega ja mõistab enesetäiendamise olulisust oma tegevuses.
- Vastava lisaväljaõppe olemasolul võib toitumisterapeut tegeleda ka operatsioonieelsete ja -järgsete klientidega, haiglaravil olevate, k.a intensiivravi patsientidega. Vajadusel nõustab toitumisterapeut meditsiinipersonali haiguspuhuse toitumise osas.
- *Ta soovitab ja aitab kliendil rakendada käitumuslikke muutusi enda eluviisis.*
- *Toitumisterapeut võib läbi viia sõelumist teiste terviseprobleemide tuvastamiseks, jagades saadud infot vastava tervishoiutöötajaga.*
- *Toitumisterapeut mõistab koostöö tähtsust teiste erialade esindajate ning kliendivõrgustiku liikmetega. Ta võib kliendigruppidele korraldada praktilisi töötubasid ja loenguid, grupinõustamist.*

Lisaks toitumisenõustajale ja -terapeutile on oluline roll ka toitumisravi spetsialistidel⁶ (Eesti Kliinilise Toitumise Selts, 2023).

Töökorralduse poolest võiks toitumisenõustaja või -terapeut olla kas perearstikeskuse töötaja või sarnaselt näiteks kliiniliste psühholoogidega eraldi teenusepakkuja, kelle juurde perearst saab abivajaja suunata. Elanikkonna uuringus toetati ideed, et toitumisenõustaja töötaks perearstikeskusega samas kohas (54%), kuigi pooldati ka eraldi kabineti ideed (39%).

6.5 Toitumisenõustamisteenuste kohtumiste arv, kestus

Usaldusliku nõustamissuhte loomiseks peaks **esmane nõustamine** olema järgnevatest pikem (45–60min). Hea nõustamissuhte tekkimiseks võiks tegemist olla füüsilise kohtumisega. Teiste riikide praktika ja ekspertarvamuste põhjal võiksid **järgnevad nõustamised** kesta 30–60 minutit ning minimaalselt võiks koos esmanõustamisega olla 3–4 nõustamist (Kanadas nt 3–8 nõustamist). Ekspertintervjuudes toodi välja, et rasvunud patsientide puhul võib sageli olla tarvis rohkem kohtumisi ning pikaajalist sekkumist, näiteks vähemalt 5–10 kohtumist 6–9 kuu jooksul, aeg kohtumiste vahel pikeneb aegamööda. Vajaduse toe ja individuaalse nõustamise järele töid elanikkonna uuringus välja ka rasvunud inimesed. Ülekaalulise või rasvunud patsiendi puhul on sekkumiste soovituslik kestus olnud uuringutes erinev, varieerudes 12 nädalast 6 kuuni, ühe kohtumise pikkus on 30–60 minutit. (Ravijuhendite nõukoda, 2019). Nõustamiste arvu võiks määrata perearst koostöös toitumisenõustaja või -terapeutiga, seda vajadusel pikendades. Et patsiendil oleks aega muutusi ette võtta, võiks kohtumiste vahel olla vähemalt 2–3 nädalat. Ülevaateid patsiendi edasimineku kohta võiks perearsti meeskonnale saata vajadusel jooksvalt.

Tulemuste hindamine ja teenuse lõpetamine. Viimase nõustamise jooksul tuleks koos patsiendiga viia läbi sekkumise hindamine ja nõustaja või terapeut võiks teha perearstile kokkuvõtte töö tulemustest.

⁶ Toitumisravi spetsialistide baaspädevuste loetelu on välja toodud analüüsis „[Suukaudse toitumisravi efektiivsus, kulud ja korraldus](#)“ (lisa 7, Pöld et al., 2022).

Samuti võiks toitumisnõustaja või -terapeut arutada patsiendiga viise eluviisi muutuste säilitamiseks ja edasiseks eneseabiks. Perearsti meeskond võiks mõõta terviseprobleemi ja püstitatud eesmärgiga seotud näitajaid ja talletada nõustamise tulemuse, olulised asjaolud ning otsustada vajadusel edasise ravi üle. Eraldi vajab läbimõtlemit, kuidas info e-tervise infosüsteemi jõuab.

Sekkumiste tulemuste mõõtmine ja järeltulemuste tegemine nõuab eraldi läbimõtlemit. Samas tuleks kasuks, kui luua esialgu kas või lihtne tulemuste talletamise meetodika, et võimaldada järeltulemuste tegemist teenuse tulemuslikkuse ja kvaliteedi kohta.

6.6 Teenuse sisu ja meetodid

Sarnaselt teiste riikidega võiksid toitumisnõustamise teenused keskenduda **laiemalt tervislikkust toetava eluviisi nõustamisele** ja selleks vajalike muutuste ettevõtmisele ja säilitamisele, kattes tervisliku toitumise, piisava liikumise ning kergelt une ja üldise heaolu teemasid. Teenuse sisu peaks hõlmama nõu ka taimetoitluse, alatoitumuse ja levinumate toitumuspüüangute osas, kuna need mured võivad olla kõikide sihtrühmade seas. Nõustajad ja terapeutid peaksid muuhulgas oskama nõustada lapsi, noori ja peresid. Samuti võiksid nad läbi viia täiendava hindamise (vt alapeatükk 6.3 „Vajaduse hindamine“) vaimse tervise probleemide, söömishäirete ja alatoitumuse esinemise osas, andes probleemsetest märkidest teada perearsti meeskonnale.

Teenuste üldine eesmärk võiks olla patsiendi tervise parandamine ning tema abistamine tervist toetavate valikute tegemisel ja eluviisi muutmisel. Saavutatava eesmärgi võiksid kokku leppida nõustaja või terapeut ja patsient. Suuniseid tervisenäitajate ja eesmärkide kohta võiks nõustajale või terapeutile anda ka patsiendi haiguslugu tundev perearst. Välisekspertide intervjuudes rõhutati vajadust **vaadelda tervist toetavat eluviisi kaalulanguse eesmärgist laiemalt**, sest kaalulangus ei pruugi kõikide patsientide jaoks olla realistlik või vajalik eesmärk. Näiteks võidakse keskenduda kehakoostise muutmisele ja/või tervisenäitajate parandamisele. Samuti tuleks nõustamisel soovitada paremate tulemuste saavutamiseks käitumuslikke sekkumisi (Ravijuhendite nõukoda, 2019).

Elanikkonna uuringutes rõhutati **personaalsust** ehk **soovi individuaalse menüü või retseptide** järele, kuna inimeste eelistused ja võimalused on erinevad ning peljatakse endale sobimatut menüüd. Osa inimesi arvas, et nad vajavad vaid paari kohtumist, teised eelistaksid regulaarseid kohtumisi ja suhtlust, et toetada uute harjumuste tekkimist ja saada põhjalikumaid soovitusi. Inimestel on toitumisnõustamisele erinevad ootused ja vajadust võiksid siin hinnata arst ja nõustaja.

Kuivõrd inimesed pelgavad tervisliku toitumise kallidust, võiks nõustamisel pöörata rohkem tähelepanu **tervislike ja soodsate** valikute tegemisele. Kuna inimeste jaoks on kõige raskem tuua tervislikku eluviisi just kiirsesse igapäeva, võiks teenuse sisu ja seda toetavad materjalid olla võimalikult **praktilised**, andes nippe ja nõu, kuidas tasakaalustatud toitumist igapäevasesse ellu lõimida.

Samuti võiks ühe lahendusena kaaluda **gruupinõustamist**, kus nõusoleku andnud sarnaste probleemidega inimesed saavad nõustajalt või terapeudilt samaaegset juhendamist ja toetust kas vahetult kohtudes või veebi teel. Kuigi grupinõustamine on näidanud võrdset efektiivsust individuaalnõustamisega, on suuremat kehamassi vähenemist täheldatud just sekkumistes, milles on mingil määral rakendatud ka grupinõustamist (LeBlanc et al., 2018; Ravijuhendite nõukoda, 2019). Samuti on grupinõustamine kuluefektiivsem. Lisaks saab grupinõustamist kombineerida erinevate praktiliste tegevustega, nagu koos toiduvalmistamine või poes toidu valimine. Elanikkonna uuringutes eelistati rohkem individuaalset nõustamist, kvalitatiivuuringu selgitati seda sooviga saada endale sobivat nõu ja tähelepanu. Seega on grupinõustamisel inimeste hinnangul pigem täiendav roll.

Nii elanikkonna uuringus kui ekspertintervjuudes pakuti välja muutusi hõlbustavaid **nutirakendusi või veebiprogramme** toitumisnõustamise toetamiseks. Pidades silmas digioskuste erinevat taset, peaksid nõustamist toetavad materjalid olema paralleelselt kättesaadavad ka paberkuul, näiteks täidetava

vihikuna. Ekspertintervjuudes rõhutati, et abimaterjalid peaksid olema võimalikult lihtsad, praktilised ja visuaalselt haaravad.

6.7 Ligipääs teenusele

Tulemuslikkuse tagamiseks võiksid **prioriteetsed sihtrühmad saada teenusele ligi sümboolse tasu eest** ja seda perearsti suunamise kaudu. Perearstile võiks jääda paindlikkus suunamisel, pidades silmas patsientide sobivust ja täpset olukorda. Tuleb arvestada, et abivajajad ei pruugi ise olla abi küsimisel häälekad ning siin võib kasu olla andmepõhistest tööriistadest ning **proaktiivsest teema** tõstatamisest kõige suurema vajadusega sihtrühmade seas.

Ka elanike fookusgruppides sooviti, et ligipääsu saaksid abivajajad ning väljendati hirmu, et päris tasuta teenuse korral võidakse teenust liiga kergekäeliselt või valel eesmärgil ära kasutada. Sümboolne visiiditasu võiks seda riski veidi maandada. Elanikkonna kvantitatiivuuringu põhjal tuntakse samas muret, et ligipääs teenusele võib olla inimese jaoks kallis. Samuti ei ole ligi 18% elanikest valmis teenuse eest maksma või kui, siis nt 5–10 eurot (19% vastajatest).

Eraldi küsimus on, kas teenusele **võiksid kõrgema tasu eest saada ligipääsu ka teised huvilised**. Esialgul ei ole see mõistlik, kuna vajadus teenuse järele on tõenäoliselt suur ning piisava hulga teenusosutajate koolitamine võib võtta aega. Läbi viidud uuringute põhjal tuntakse praegu muret ka eraturul tegutsevate toitumise nõustajate teenuse kvaliteedi ja usaldusväärseuse pärast, kuna inimestel ei ole heade nõustajate kohta infot ega usaldusväärseid soovitusi. Kui seoses teenuse loomisega uuendatakse toitumise nõustajate ja -terapeutide kutse- ja/või pädevusnõudeid, võib see probleemi lahendada, eeldusel, et tekib ka nimekirja sobivatest teenusepakkujatest eraturul. Siin võib lisaks olla abi kutseühenduste teavitustööst või soovitusinfo kogumisest ja avaldamisest.

6.8 Regionaalne kättesaadavus

Eraldi analüüsi vajab küsimus, **kuidas tagada toitumise nõustamisteenuste kättesaadavus üle Eesti**. Kui vaadata vajadust teenuse järele regionaalselt, siis rahvastiku tihedus on maakonniti erinev ning vajadus on kogumahus suurem kõige tihedamini asustatud piirkondades. Samaaegselt võib hõredamini asustatud piirkondades elavatel inimestel olla teenuste järele suurem vajadus. Tervise Arengu Instituudi ülevaate järgi on kõige kõrgem ülekaaluliste ja rasvunud inimeste osakaal Eesti maakondade lõikes (16–64a inimeste hulgas) Valgemaal (64,8% vs Eestis keskmiselt 52%), Jõgevamaal ja Järvamaal (TAI, 2022b). Ülemäärase kehakaaluga 1. klassi laste osakaal on kõige kõrgem Saaremaal (36,6% vs Eestis keskmiselt 26,5%), Pärnumaal ja Lääne-Virumaal (TAI, 2022b).

Teiste riikide praktikate põhjal ei ole hõredalt asustatud piirkondade elanikel enamasti head ligipääsu teenustele, kuna nendes piirkondades **ei ole piisavalt teenusepakkujaid** ning **vahemaa teenuseni** on inimeste jaoks **liiga pikk**. Regionaalse ligipääsu teemat toodi murekohana välja ka elanikkonna ja tervishoiutöötajate uuringutes. Eesti on geograafiliselt suuruselt palju väiksem ning tõenäoliselt võivad probleemiks osutuda kesised transpordivõimalused ning teenusepakkujate vähene kohalolu hõredalt asustatud piirkondades.

Et teenus asuks piisavalt lähedal, võiksid toitumise nõustamise teenused olla seotud teiste esmatasandi tervishoiuteenustega **tervisekeskuste** filiaalide või perearstipraksiste mudeli ja taristu kaudu. Kui piirkonnas ei ole tervisekeskust või sobivaid ruume, võiks nõustamist läbi viia **kohalikes ruumides**, näiteks koostöös kohalike omavalitsustega. Sellise lahenduse puhul on oluline ruumi hubasus ja sobivus nõustamise läbi viimiseks ning selle asukoht ja lähedus piirkonna inimestele. Näiteks arvasid inimesed kvalitatiivuuringu, et juba pikema vahemaa (20–35 km) või keeruka teavituse puhul nende lähedased või tuttavad teenusele lihtsalt ei läheks. Ruumid peaksid võimaldama ka veebinõustamist (internetiühendus, ekraan jms) ning vajalikke tehnilisi tööriistu (nt kaal jms).

Piisaval hulgal teenusepakkujate tagamiseks on mitmeid võimalusi. Üheks eelduseks on **piisaval hulgal spetsialistide tagamine üleriigiliselt** ehk nende koolitamine, samuti teiste võimalike aladega võrreldes konkurentsivõimelise töötasu maksmine. Olulist rolli mängivad ka **töötingimused**: hea töökeskkond, sh ruumid ja taristu, erialane tugi ja teenuse osutamist toetavad materjalid või meetodid, suurem iseseisvus töös, võimalus tulemuslikuks koostööks teiste spetsialistidega ning võimalikult madal halduskoormus (Sepp et al., 2015; Paat- Ahi et al., 2021).

Meelitamaks teenusepakkujaid suurematest asulatest kaugematesse piirkondadesse, võiks kirjanduse ja ekspertarvamuste põhjal kasutada lisaks järgmisi lahendusi:

- Teenuse rahastaja pakub **kõrgemat teenustasu või lähtetoetust** teenuse pakkumiseks hõredalt asustatud piirkondades. See kataks teenuse osutamise kulud ning annaks rahalise lisaboonuse. Motiveerimaks spetsialiste pakkuma mobiilseid teenuseid, tuleks täpsustada kaugustasude arvutamise tingimused, näiteks kaugus keskusest, visiitide keskmine pikkus ja esitatud analüüsid (Sepp et al., 2015).
- **Kohaliku omavalitsuse rolli suurendamine nõustamisega seotud tegevustes**: omavalitsuse ruumides teenuse pakkumise võimaldamine ja spetsialistidele soodsate elamistingimuste loomine. Ka võivad omavalitsused pakkuda teenusepakkujatele ka lisatöövõimalusi, näiteks töösuhte kaudu nõustamise vaheldamist teiste kogukondlike ennetustegevustega. Näiteks nii Kanadas kui Sloveenias viivad dietoloogid osana enda tööst ellu erinevaid kogukondlikke ennetusprojekte.
- **Mobiilne toitumisenõustamine**, mille puhul käib teenusepakkuja kindlatel aegadel erinevates piirkondades nõustamist läbi viimas. Näiteks palliatiivse ravi pakkumiseks kasutatakse Hollandis nelja püsivalt mobiilset palliatiivravi meeskonda (Kalda et al., 2023). Püsivalt mobiilsete teenusepakkujatega saaks sõlmida eraldi lepingud ning seeläbi arendada välja ka sobiva töökorralduse nõustamise läbiviimiseks erinevates piirkondades.
- Mobiilset toitumisenõustamist võib kombineerida **veebinõustamisega**, eriti pärast esimest nõustamist. Veebinõustamisel nägid elanikud ja tervishoiutöötajad ka mitmeid takistusi. Maapiirkondades või -majapidamistes ei pruugi olla piisavalt head interneti ning sealsetel patsientidel võib olla halvem ligipääs. Seetõttu tuleks veebinõustamise pakkumisel tagada ka internetiühendusega nõustamisruumi olemasolu patsiendile lähedalasuvas asulas.
- **Telefoninõustamine** võib pakkuda head alternatiivi veebinõustamisele, kui internetiühendus või digioskused viimast pärsivad. Telefoninõustamist pakutakse palliatiivse ravi korral nii Lätis, Hollandis kui ka mingil määral Soomes (Kalda et al., 2023), see ei ole võõras ka Eesti tervishoiutöötajatele. Mitu uuringut, mis käsitlesid toitumisenõustamise läbiviimist telefoni teel, kinnitasid, et inimesed andsid selle teostatavusele, vastuvõetavusele ja asjakohasusele positiivseid hinnanguid (Huda et al., 2018), samuti on see meetod osutunud efektiivseks (Valente et al., 2022). Telefoninõustamine ei pruugi olla kõikide inimeste jaoks sobiv, sest usaldusliku nõustamissuhte tekkimine on seal keerukam. Telefoninõustamise ei võimalda ka nõustamise käigus visuaalseid materjale kasutada.
- **Väljaõppe ajal või järel praktikasüsteemi** kujundamine nii, et juba õpingute ajal soodustatakse töösuhete loomist eelistatult kaugemates piirkondades. Lahendus eeldab piirkondlikult kättesaadava kutsega juhendaja olemasolu ning koostööd haridusasutustega.

6.9 Teenuseosutajad ja nende pädevused

6.9.1 Ootused teenuseosutajatele

Erinevatel sihtrühmadel on toitumisnõustamise teenusepakkujatele erinevad ootused. Need saab käesoleva uuringu käigus kogutud info põhjal kokku võtta järgnevalt:

- teadmised meditsiinist ja tervisest, sh inimkeha toimimisest (anatoomiast, biokeemiast), ülekaalulisusest, alakaalulisusest ja alatoitumusest. Kui tervishoiutöötajate jaoks on oluline, et toitumisnõustajal ja -terapeudil oleksid piisavad teadmised meditsiinist (baasteadmised anatoomiast, füsioloogiast ja biokeemiast ning nende sidumine tervikuks läbi toitumisteadmiste), siis uuringusse kaasatud teised eksperdid ja toitumisnõustamist õpetavate koolide esindajad leiavad enamasti, et toitumisnõustaja väljaõpe peab olema piisav, et ta mõistaks inimest kui tervikut, aga meditsiiniline baasharidus ei ole otseselt vajalik. Samas on baasteadmised olulised, et osata anda teaduspõhist infot ka nõustamisolukorras.
- **Tõenduspõhisus ja teaduslikult usaldusväärse ning riiklike toitumis- ja liikumissoovitustega kooskõlas oleva toitumis- ja tervisenõu andmine.** Paljud tervishoiutöötajad kõhklevad praegu inimeste toitumisnõustaja või -terapeudi juurde suunamisel, sest neil puudub kindlustunne inimestele antavate soovituste usaldusväärsuses. Samuti toodi kvalitatiivuurings ja ekspertintervjuudes välja mitmeid negatiivseid kogemusi, kus toitumisnõustaja või -terapeut oli andnud patsiendile tõendusel mittepõhinevaid ja mõnikord tervist kahjustavaid soovitusi. Ka elanikkonna fookusgruppides mainiti probleemi, et toitumisnõustajate kohta ei ole usaldusväärseid soovitusi ning inimesed pole seetõttu kindlad, kas teenusest on abi.
- **Piisavad ja praktilised teadmised tasakaalustatud ja mitmekesise toitumise, liikumise ja une, käitumuslike sekkumiste teemadel, sh kaalu langetamiseks või tõstmiseks ning tervisenäitajate parandamiseks.** Liikumise puhul ei ole vaja koostada detailset trennikava, vaid anda vajalikke soovitusi. Uni on samuti oluline teema, kuid uuringuosalisel leiavad, et ka une puhul ei pea toitumisnõustaja teemaga süvitsi minema (s.t ei ole vaja nõustada tõsiste unehäiretega patsiente, vaid anda pigem lihtsamaid soovitusi nt ekraaniaja piiramiseks enne uinumist vms). Teadmised toitumisest peaksid hõlmama praktilist infot, näiteks kuidas panna kokku tervislik ostukorv ja retseptid hinnatundliku inimese puhul.
- **Oskus kasutada konkreetsele patsiendile sobivaid nõustamis- ja motiveerimistehnikaid.** Nii uuringusse kaasatud eksperdid, tervishoiutöötajad kui elanikud leiavad, et toimiv toitumisnõustamine ei seisne ainult info jagamises, vaid äärmiselt oluline on kasutada õigeid nõustamisoskusi ja motiveerimistehnikaid, mis toetavad patsienti harjumuste muutmisel ja eesmärkide saavutamisel. Seejuures on oluline, et muutused jäävad ka püsima. Oskuste puhul tuleb välja tuua, et oluline roll on praktilal: vaid kogemus ja piisav harjutamine annab kindluse omandatud teadmisi ka realses elus edukalt rakendada.
- Patsiendid ootavad **personaalset lähenemist**, seega peab toitumisnõustaja suutma aru saada, milline lähenemine konkreetse inimese puhul toimib (nt kas on vaja tihedat kohtumist ja n-ö käehoidmist või on tegemist pigem iseseisvama patsiendiga, kelle puhul piisab eesmärkide ja tegevuskava kokkuleppimisest ning aeg-ajalt tulemuste ülevaatamisest). Nii on võimalik luua usalduslik nõustamissuhe, mis aitab kaasa eesmärkide saavutamisele ja tulemuste püsimisele.
- **Teadmised meditsiinisüsteemi toimimisest.** Hoolimata sellest, et toitumisnõustaja meditsiinilise baashariduse vajalikkuse osas jäid uuringuosalisel erinevatele seisukohtadele, toodi ühe ootusena siiski välja meditsiinisüsteemi ja valdkonna tundmist, et toitumisnõustaja oskaks „rääkida tervishoiutöötajatega sama keelt“ ja nii oleks tagatud efektiivne koostöö.
- **Toitumisterapeutide puhul oodatakse teadmisi peamistest eluviisiga seotud haigustest ja terviseprobleemidest.** Tulenevalt prioriteetsetest sihtrühmadest peaksid toitumisterapeutid oskama nõustada terviseprobleemidega ning ülekaalus ja rasvunud, alakaalus ja alatoitumuses

inimesi nende eluviisi muutmise teemal. Haigupuhuse nõustamise puhul seab toitumisenõustamise eesmärgi perearsti meeskond, toitumisterapeut aga nõustab patsienti ette võetavate muutuste osas, arvestades haigusloost tekkinud vajaduste ning eripäradega.

- Sihtrühmade valiku tõttu peaksid toitumisenõustajad ja -terapeudid oskama nõustada ka **lapsi ja noori ning nende vanemaid**.

6.9.2 Pädevusnõuded

Toitumisenõustamisteenuste pakkumise potentsiaali on mitmetel osapooltel, näiteks täienduskoolituse läbinud perearstidel või pereõdedel, täienduskoolituse läbinud ja vastava kutsega toitumisenõustajatel ja -terapeutidel, toitumisravi spetsialistidel, eraldi toitumisenõustamise kõrgharidusega spetsialistidel või muu tervise- või meditsiinilase hariduse saanud spetsialistidel. Sihtrühmade ootustest, teiste riikide praktikast ja ekspertaruteludest tulenevalt peaks hea teenuse kvaliteedi huvides Eesti toitumisenõustaja ja -terapeudi kutsenõuete ja pädevuse puhul üle vaatama järgmised aspektid:

- erialase hariduse nõuded,
- kutse taotlemine ja kutseksam,
- järelevalve kutse ja teenuse kvaliteedi üle,
- erialaste haridusvõimaluste laiendamine ja hariduse kvaliteet,
- praktikasüsteem.

Erialase hariduse nõuded

Pakume ekspertarutelude põhjal kutsenõuete uuendamiseks välja kolm valikut **toitumisenõustajate ja -terapeutide erialase hariduse osas**:

1. **Meditsiiniline (nt meditsiiniõe) haridus vähemalt bakalaureuseõppe tasemel** ning lisaks toitumisenõustamise täienduskoolitus (nii tervisliku toitumise kui nõustamise aspektist), terapeutide puhul haiguspuhuse toitumisenõustamise väljaõpe.
2. **Üldisem tervisedendusealane kõrgharidus vähemalt bakalaureuseõppe tasemel**, lisaks toitumisenõustamise täienduskoolitus, terapeutide puhul haiguspuhuse toitumisenõustamise väljaõpe.
3. **Haridusnõuded jäävad samaks nagu seni kutsekirjeldustes märgitud** (toitumisenõustaja puhul keskharidus, toitumisterapeudi puhul kõrgharidus, soovitatavalt tervise- või loodusteaduste valdkonnas (SA Kutsekoda, 2023)).

Meditsiinilise kõrgharidusega toitumisenõustaja või -terapeudi suurimad eelised on meditsiinilised teadmised, tervishoiusüsteemi ning teadus- ja tõenduspõhiste standardite hea tundmine. See tagaks usaldusväarsuse ja hea koostöö patsiente teenustele suunavate arstide ja õdedega. Suurimateks murekohtadeks on aga asjaolud, et meditsiinitöötajaid on niigi puudu, meditsiiniline haridus on aeganõudev, ei pruugi olla kutsuv ning on ka kuluka väljaõppega. Nii võib see nõue võtta ära väärtuslikku tööjõudu mujalt meditsiinisüsteemist ning tööjõunappuse tõttu ei pruugi vastava haridusega inimesi ka toitumisenõustamisteenuste pakkumiseks jätkuda.

Tervisedendusala kõrgharidus koos toitumisenõustamise täienduskoolitusega või **dietoloogia/toitumisenõustamise kõrgharidus tervisedenduse fookusega** lisaks kindlust, et tegemist on tõenduspõhist lähenemist valdavate nõustajatega, kellel on piisavad teadmised tervislikust eluviisist ning kompetentsid kvaliteetse nõustamisprotsessi läbiviimiseks. Selle nõuete kombinatsiooni plussiks on see, et laiema tervisedendusala kõrgharidusega inimesi on oluliselt rohkem kui kitsalt meditsiinile spetsialiseerunuid, seega on ka võimalikke teenuseosutajaid rohkem. Eraldi dietoloogia

kõrghariduse lahendust kasutavad mitmed riigid, näiteks Kanada, Suurbritannia, Holland, Soome ja Iirimaa (mõne riigi puhul eeldatakse magistritasemel haridust). Eestis on uuringu valmimise ajal olemas mõned temaatilised õppekavad, näiteks toitumisharidustajaid välja koolitav tervisejuhi õppekava Tallinna Ülikooli Haapsalu kolledžis. Selle valiku teostamiseks on tarvis temaatilisi õppekavasid edasi arendada ning tagada piisav maht tasuta õppekohti nii toitumisharidustajate kui -terapeutide väljaõppeks. Samas oleksid väljaõppekulud väiksemad kui meditsiinilise hariduse nõude puhul ning välditaks probleemi, kus meditsiini väljaõppega töötajate osas on veelgi suurem konkurents töötajate saamiseks.

Silmas tuleb pidada, et toitumisterapeutide senistes kutsealades on juba kõrghariduse nõue, soovitatavalt tervise- või loodusteaduste valdkonnas. Kiire turu-uuringu põhjal on Eestis kutse on saanud ka mitmed teise valdkonna haridusega spetsialistid.

Kõrgharidusnõude puhul tekib küsimus, mis saab olemasoleva täienduskoolitusega toitumisharidustajatest ja -terapeutidest. Nende puhul oleks mõistlik kasutada õpingute kiirendatud vormi ning kanda olemasolevad teadmised VÕTA-süsteemiga üle. Teine võimalus oleks kasutada uuendatud kutseeksami või hindamise läbimist ehk nende kogemuse ja senise väljaõppe võrdsustamist haridusega uuendatud kutseeksami sooritamisel.

Kolmanda võimalusena võiks kaaluda seniste **haridusnõuetega jätkamist**, keskendudes kutsealade **teistele aspektidele**. See valik lähtub eeldusest, et toitumisharidustamise protsessis osaleb ka perearsti meeskond, kes jälgib tervisenäitajaid. **Kui kutse oleks teenuse osutamise eelduseks ning kutseksam ja järelevalvesüsteem oleksid ranged**, võiks see tagada usaldusväarsuse tervishoiutöötajate silmis. Selle valiku suurimad riskid on siiski tervishoiutöötajate ja patsientide võimalik skeptitsism ning seega probleemid teenuse käivitamisel ja suunamisel. Samuti on küsitav, kas toitumisharidustamise oskusi saab omandada täienduskoolituse abil, kui enamiku teist tüüpi nõustamisega seotud ametite (nt psühholoog, karjäärinõustaja) eelduseks on pikem väljaõpe, s.t erialane kõrgharidus. Muret praeguse turul pakutava teenuse kvaliteedi ning tõendus- ja teaduspõhisuse osas väljendasid mitmed eksperdid.

Järgnevalt on kokkuvõtlikult välja toodud iga nõude plussid ja miinused:

Tabel 2. Meditsiiniline kõrgharidus vähemalt bakalaureuseõppe tasemel ning toitumisharidustamise või haiguspuhuse toitumisharidustamise täienduskoolitus

Plussid	Miinused
<ul style="list-style-type: none"> + laialdased teadmised inimese tervisest, teadus- ja tõenduspõhisusest; + usaldusväarsus tervishoiutöötajate ja patsientide silmis; + kompetentsus ka haigete või haigusriskis patsientidega tegelemiseks; + teadmised meditsiinisüsteemi toimimisest. 	<ul style="list-style-type: none"> - vastava haridusega inimestest on juba suur puudus; - kõrge õppekulu, pikk aeg õppimiseks; - võimalik tööjõupuudus, kuna meditsiinis on palju teisi karjäärivalikuid; - vaid osal patsientidest on tarvis haiguspuhust nõustamist.

Tervisedenduse või toitumisharidustamise kõrgharidus vähemalt bakalaureuseõppe tasemel ning (vajadusel) toitumisharidustamise või haiguspuhuse toitumisharidustamise täienduskoolitus

Plussid	Miinused
<ul style="list-style-type: none"> + head teadmised tervisedendusest, inimese tervisest ning teadus- ja tõenduspõhisusest; + võimalikke teenuseosutajate ring laiem kui meditsiini baashariduse nõude puhul; 	<ul style="list-style-type: none"> - suhteliselt kõrge õppekulu, pikk aeg õppimiseks; - võimalik tööjõupuudus, kuna teisi karjäärivalikuid on veel;

<ul style="list-style-type: none"> + väljaõpe juba hariduse käigus; + teatav usaldusväärus tervishoiutöötajate ja patsientide silmis. 	<ul style="list-style-type: none"> - piiratud õppekohtade arv, seega võimalik teenuseosutajate puudus; - veidi väiksem usaldusväärus tervishoiutöötajate silmis võrreldes meditsiinihariduse valikuga.
---	--

Toitumisnõustamise või haiguspuhuse toitumisnõustamise täienduskoolitus koos kutsetunnistusega

Plussid	Miinused
<ul style="list-style-type: none"> + võimalike teenuseosutajate ring oluliselt laiem kui teiste haridusnõuete puhul; + võimalik rakendada juba olemasolevaid spetsialiste, mis omakorda tähendab ajavõitu teenusega alustamisel. 	<ul style="list-style-type: none"> - vähene usaldusväärus tervishoiutöötajate silmis, seetõttu võimalikud probleemid teenusele suunamisega; - võimalikud teenuse kvaliteedi ja seega tulemuslikkuse probleemid; - teenuse toimimisel on vaja ranget järelevalvesüsteemi; - tulenevalt teenusekirjeldusest on vaja täienduskoolituse õppekavu uuendada.

Kutsenõuete uuendamine

Toitumisnõustaja või -terapeudi kutse olemasolu võiks olla avalikest vahenditest rahastatava teenuse osutamise eelduseks. Ekspertintervjuudes toodi välja järgnevaid ettepanekuid kutsenõuete uuendamiseks:

- kutseksamite taseme ja hindamissüsteemi ülevaatamine ja rangemaks muutmine, teadmiste eeltesti nõue, ühtlustatud tagasiside vorm eksamile;
- avalikest vahenditest rahastatavate õppekavade ja õppekohtade loomine või olemasolevate ühtlustamine;
- olemasoleva täiendusõppe kvaliteedi kontrollimine;
- toitumisnõustaja kutse puhul muuta senine vähemalt keskhariduse nõue kõrghariduse nõudeks;
- kutse kui avaliku teenuse osutamise eeltingimuse kehtestamine, toimiva teenuse järelevalvesüsteemi loomine.

Kuna toitumisnõustajate ja -terapeutide pädevus on tervishoiutöötajate seas läbi viidud uuringutest välja tulnud ühe suurima murekohana teenuse pakkumisel, võiks ilma meditsiinilise kõrghariduseta toitumisnõustajate ja -terapeutide usaldusväärust ja tõsiseltvõetavust tervishoiutöötajate silmis tõsta **kutse nõue**. Uuringus osalenud perearstide ja -õdede jaoks on väga oluline, et teenust pakuks kutsega nõustaja – 92% leiab, et see on väga oluline, et eristada professionaalseid nõustajaid.

Kutseid saab taotleda ka praegu (vt alapeatükk 1.2. „Hetkeolukord Eestis“), kuid kuna see on kulukas ja sellega ei kaasne selgeid eeliseid, ei ole toitumisnõustajatel ja -terapeutidel sageli motivatsiooni seda protsessi ette võtta. Kui teenusosutajal oleks vaja kutset, oleks see kindlasti kaalukas argument kutse

omandamiseks. Lisaks annaks rohkem väärtustatud kutsetunnistus võimaluse juba tegutsevatele nõustajatele, kes saaksid soovi korral oma teadmiste ja kogemuste n-ö ametliku kinnituse.

Teenuse järelevalve

Oluline osa teenuse usaldusväärsuse tagamisel on toimiv järelevalve teenuse üle. Järelevalve osas käidi ekspertaruteludes välja järgmised ettepanekud:

- tagasiside saamine tervishoiutöötajatelt epikriiside kaudu teenuse jooksul ja pärast teenuse lõppu;
- patsientidelt pisteliselt tagasiside kogumine nõustamise kohta;
- patsientidel ja tervishoiutöötajatel võiks olla võimalus teatada probleemsetest juhtumitest, see võib eeldada probleemsete praktikate näitlikustamise ülevaate loomist patsientidele;
- probleemsete juhtumite õiglaseks käsitlemiseks ja lahendamiseks komisjoni loomine, näiteks Tervisekassa, Terviseameti või kutsete andmisega seotud asutuse juures;
- teenusenõuete lepinguline reguleerimine, oluliste rikkumiste puhul teenuslepingu lõpetamine. Sarnast süsteemi probleemide lahendamiseks kasutab Töötukassa tööturukoolituste puhul (Töötukassa, 2023).

Järelevalve praktikatest teistes riikides

Teiste riikide praktikas kasutatakse dietoloogide töö reguleerimiseks õigusaktidest tulenevat litsentsinõuet, teenusestandardeid ja tööd teenuse kvaliteediga ning järelevalvekomisjone. Näiteks Kanada Ontario provintsis peavad kõik registreeritud dietoloogid järgima *College of Dietitians of Ontario* kutseregulatsioone, kaebuste läbivaatamiseks on eraldi komisjon (College of Dietitians of Ontario, 2023). Suurbritannias peavad dietoloogid olema kantud registrisse, järgima kutse- ja eetikastandardeid ning alluma ka teiste sarnaste ametite üle järelevalvet tegeva komisjoni *The Health and Care Professions Council* (HCPC) otsustele, dietoloogidel on ka erialase vastutuskindlustuse kohustus (The Association of UK Dietitians, 2023). Teenuste kvaliteeti tagamiseks kasutatakse ka näiteks supervisiooni ning jälgitakse klientide tagasisidet. Kui inimene soovib Suurbritannias esitada kaebuse dietoloogi tegevuse kohta, soovitatakse esimesena pöörduda dietoloogi tööandja või patsiendi õigusi käsitleva tööandja esindaja poole ning tõsisemate juhtumite korral HCPC poole. Soomes täidab sarnaseid ülesandeid *Valvira*. Järelevalvekomisjonid ei tegele kaebustega teenuse kvaliteedi, vaid pigem tõsiste kutse-eetika rikkumiste kohta. Teiste riikide praktika puhul tuleb silmas pidada, et üheks kutsenõuete ja -eetika tagamise mehhanismiks on seal kvaliteetne tervishoiu- ja dietoloogia alane kõrgharidus.

Erialaste haridusvõimaluste ja praktikasüsteemi laiendamine

Ekspertintervjuudes toodi sageli välja muret seoses tasuta haridusvõimaluste vähesusega toitumisnõustamise erialal. Leiti, et on vaja luua rohkem avalikest vahenditest rahastatud akrediteeritud õppekavasid ja -kohti heal tasemel spetsialistide väljakoolitamiseks, eriti toitumisterapeutide kutse puhul. Esmatasandi tervishoiusüsteemis teenuse pakkumine oleks lisaargument nendele erialadele lisakohtade loomiseks hariduspoliitikavaates, eriti meditsiinitöötajate puudust silmas pidades. Senini on väga paljud toitumisnõustajad ja -terapeutid omandanud tasulise hariduse oma kuludega ja see loob ka ootuse kõrgemaks teenusetasuks kui avalik tervishoiusüsteem suudaks tulevikus pakkuda.

Uuringus osalenud eksperdid ja tervishoiutöötajad peavad oluliseks seda, et toitumisnõustaja või -terapeut oleks meditsiinisüsteemi toimimisega kursis. Selle võiks tagada **juhendatud praktika või**

kutseasta läbimine meditsiinisüsteemis või teenuseosutaja juures. See tähendab, et erialase väljaõppe saanud spetsialist läbiks praktika perearsti, -õe või juba esmatasandil töötava kutsega toitumisnõustaja või -terapeudi kõrval ning näeks, kuidas toimub teenuse pakkumine, samuti koostöö ning infovahetus erinevate poolte vahel. Esmakordse rakendamise puhul peaksid juhendamist läbi viima teised osapooled, näiteks täienduskoolituse läbinud või kutsega pereõed. Juhendatud praktika läbimise nõue kehtib ka näiteks psühholoogiavaldkonna kutsete taotlemisel.

6.10 Tervishoiutöötajate koolitamine

Lisaks eraldi teenustele mängivad inimeste valikute suunamisel olulist rolli **teised tervishoiutöötajad** (perearstid, pereõed, ämmaemandad, töötervishoiuarstid, osa eriarstidest), kes saavad vastavalt vajadusele infomaterjale, nõustamist või lühisekkumisi pakkuda. Tervishoiutöötajate uuringus peeti enda teadmisi vähemalt piisavaks kõige enam une (83% küsitletutest), tervislike liikumisharjumiste (82%) ja toitumise (70%) teemadel. Vähem kindlalt hinnati enda teadmisi toitumise kohta mõne spetsiifilise terviseprobleemi korral (vähemalt piisavaks 48%), nõustamisoskuste (46%) ja kõige vähem taimetoitluse (31%) osas.

Samuti ilmnis uuringust, et kõige enam nõustatakse patsiente kehakaalu langetamise ja südame-veresoonkonna haigustega seoses, kõige vähem aga taimetoitluse ja veganluse ning kehakaalu tõstmisega seoses. See võib tuleneda asjaolust, et nende probleemidega inimesi on elanikkonnas vähem, ent viitab sellele, et need teemad on seetõttu tervishoiutöötajate jaoks ka vähem tuttavad. Ekspertintervjuudes toodi olulise probleemina välja vähest teadlikkust alatoitumuse teemal ja samas probleemi laialdast esinemist elanikkonnas.

Kõige enam tuntakse huvi täienduskoolituste vastu teemadel, millega kõige sagedamini tegeletakse: näiteks kaalu muutmine, nõustamisoskused, tervislik toitumine jms. Täienduskoolituste vastu tunnevad teistega võrreldes rohkem huvi pereõed (keskmiselt umbes viiendiku võrra rohkem). Ekspertintervjuudes toodi välja probleeme seoses tervisliku eluviisi nõustamise vähese käsitlemisega tervishoiutöötajate väljaõppes.

Seetõttu võiks tervishoiutöötajatele pakkuda täienduskoolitusi. Täienduskoolituste täpset mahtu on keerukas hinnata, allolevas tabelis 3 on lisaks teemadele toodud ka näited olemasolevatest koolitusvõimalustest⁷.

Tabel 3. Näited olemasolevatest koolitusvõimalustest tervishoiutöötajatele.

Teema	Näited olemasolevatest täienduskoolitustest ja nende maht
Uute teenustega seotud mudeli ja materjalide tutvustus (võib olla ka teabeürituse vormis):	<ul style="list-style-type: none"> ○ teenuste korraldus, vajaduse hindamine, koostöö, ○ infomaterjalid erinevatele sihtrühmadele.
Lühisekkumised	Sekkumispõhine
Suhtlemis- ja nõustamisoskused (sh erinevad tehnikad või lähenemised)	Motiveeriva intervjuerimise rakendaja väljaõpe, maht 260 akadeemilist tundi (ah) + 200h iseseisvat õpet; Motiveeriva intervjuerimise algtaseme koolitus, 26h, https://emita.ee/algavad-koolitused-2/

⁷ Koolituste näited on kogutud ekspertintervjuudest või veebiotsingu abil, silmas on peetud tervishoiutöötajatele sobivaid koolitusi. Näited ei ole tingimata eeskujuks, vaid koolitusmahu näitlikustamiseks.

Kaalu muutmise toetamine (langetamine või tõstmine)	Tartu Tervishoiu Kõrgkoolilt toitumise baaskoolitus I meditsiinitöötajatele, kokku 553 ah, https://www.nooruse.ee/koolitused/jateenused/koolitused/koolituskalender/
Tasakaalustatud ja mitmekesine toitumine, liikumine, neil teemadel soovitude andmine	TalTechi mikrokraad „Toit ja toitumine“, maht kokku 858 ah, 33 EAPd, https://taltech.ee/kursus/27264 Põhja-Eesti Regionaalhaigla koolitus „Toitumisenõustamise (dietoloogia) aluskoolitus, I ja II osa“, mõlemad 16ah, https://koolitus.regionaalhaigla.ee/courses/view/2023/4/66704 , https://koolitus.regionaalhaigla.ee/courses/view/2023/5/66706
Toitumine spetsiifiliste terviseprobleemide korral	Koolitused on probleemipõhised. Näiteks koolitus tsöliaakiast Rahvatervise Akadeemias, maht 8ah, http://rahvatervis.ee/wp-content/uploads/2016/10/11_Tso%CC%88liaakia-ja-toitumine.pdf
Taimetoitlus ja veganlus	Rahvatervise Akadeemia kursus „Teadlik veganlus“, maht 8h, https://rahvatervis.ee/kursused/teadlik-veganlus/
Alatoitumus	Regionaalhaigla koolitus „Suukaudne ja enteraalne toitumisravi“, maht 8 tundi. https://koolitus.regionaalhaigla.ee/courses/view/2023/8/66626 Inglisekeelne tasuta koolitusprogramm „LLL Programme in Clinical Nutrition and Metabolism“ erinevatel teemadel, kokku 40 teemamoodulit. https://lllnutrition.com/

Tervisliku eluviisi lühiajalised käitumuslikud sekkumised ehk lühisekkumised

Kuna individuaalne eluviisinõustamise teenus ei ole paljudel juhtudel vajalik, võib lisaabi olla ka erinevatest **lühisekkumistest** (*brief interventions*), mida tervishoiutöötajad võiksid kindlate terviseprobleemide korral kasutada (Ravijuhendite nõukoda, 2019). 2018. a läbi viidud süsteemne analüüs järeldas, et toitumisteemalised lühisekkumised on lühiajaliselt efektiivsed, pikaajaliste tulemuste kohta on info puudulik (Whatnall et al., 2018). Sekkumised võivad tulenevalt terviseprobleemist hõlmata erinevaid teemasid ja psühholoogilisi lähenemisi. Analüüsist selgus, et kõige efektiivsemad lühisekkumised sisaldavad vastaval teemal harimist ning praktilisi ja kognitiiv-käitumuslikke komponente. Viimast näitlikustavad meetodid, nagu negatiivsete emotsioonide vähendamine ning suusõnaline võimekuses veenmine (nt minevikus saavutatud edu põhjal). Tõhusate praktiliste komponentide sekka kuuluvad isiklik tagasiside praeguste harjumuste kohta ning isiklike eesmärkide seadmine ja tegevuskava loomine. Eestis rakendatavad lühisekkumised eeldaksid eelnevat sobivus- ja mõjuanalüüsi ning seejärel katsetamist ja rakendamist sarnaselt juba kasutuses olevatele samalaadsetele sekkumistele.

6.11 Mudeli lõimimine Eesti esmatasandi tervishoidu

Teenuste käivitamise esimene fookus võiks olla sissejuhatava nõustamise, vajaduse hindamise ja toitumisenõustamise ning haiguspuhuse toitumisenõustamise teenuste käivitamisel. Nende teenuste kõige **olulisemateks eeldusteks** on:

- vajaliku väljaõppega spetsialistide olemasolu,
- teenuse tööriistad ja süsteemivalmidus perearstisüsteemis,
- läbimõeldud ja toimiv järelevalvesüsteem.

Lisaks võiksid valmis olla infomaterjalid sissejuhatavaks nõustamiseks ja info jagamiseks. Samuti tuleks läbi mõelda uut teenust puudutav kommunikatsioon perearsti meeskondadele. See looks nende jaoks head eeldused teenuse usaldusväärseks pidamiseks.

Kuna nõustajate koolitamine toimub järk-järgult, võiks teenused käivitada esialgu väiksemas mahus katseprojektina, suurendades mahtu samm-sammult. Kuivõrd toitumisterapeutide õpe on enamasti pikem, võivad esimeseks sihtrühmaks olla näiteks haigusriskis ülekaalulised inimesed või ülekaalus lapsed ja noored⁸. Samas võiks katseprojektis olla 2-teenuseline mudel, kuna vajadus ka haiguspuhuse toitumishõustamise järele on suur. Samuti võimaldaks see katseprojektist õppimise kaudu jõuda kiiremini piisava kvaliteediga teenusteni.

6.11.1 Vajadus spetsialistide ja teenuse järele

Täpset vajadust tööjõu ja teenuse järele on keerukas hinnata, sest riikide kohta ei ole võrdlevaid andmeid ning toitumisalased sekkumised või teenused on üles ehitatud erinevatel põhimõtetel, kaasates erineva pädevusega tööjõudu erinevate sihtrühmade jaoks. Samuti ei ole teenuse kvaliteedi kohta võrdlevat infot, mis aitaks tööjõu piisavust hinnata. Seetõttu toome mõned teadaolevad andmed teiste riikide kohta, kuid nende põhjal ei tohiks teha julgeid üldistusi, kuna vajadus teenuse järele ei lange riikide suurust arvestades tingimata lineaarselt. Enamik all olevatest andmetest käib dietoloogide kohta, kelle kutsenõuded on Eestis pigem võrreldavad toitumisterapeudi omadega. Nagu riikide analüüsist selgus, kasutavad paljud riigid meeskonnapõhist lähenemist, mis tähendab, et sihtrühmadega teevad tööd veel teised spetsialistid.

Näiteks Kanadas oli 2021. aasta seisuga 12 688 nõuetele vastavat dietoloogi, mis teeb 100 000 inimese kohta 34 dietoloogi (Canadian Institute for Health Information, 2021). Suurbritannias oli 2020. aastal veidi alla 10 000 litsentseeritud (*registered*) dietoloogi (The British Dietetic Association, 2020), mis teeb 100 000 elaniku kohta umbkaudu 14,9 dietoloogi. Nende numbrite hulgas on ka väljaspool avalikku tervishoidu töötavad spetsialistid.

Soomes töötas 2023. aastal avalikus tervishoiusüsteemis 191 toitumisterapeuti (72 esmatasandi tervishoius ning 119 haiglates või eriarstiabi tasemel). Soomes on 77 000 elaniku kohta 1 dietoloog ning umbes 2 miljonit soomlast elavad piirkonnas, kus dietoloogi teenused ei ole kättesaadavad. Näiteks Soome diabeediennetusprogrammi *DEHKO* soovitusel peaks dietoloogide osakaal olema vähemalt 1 dietoloog 30 000 inimese kohta, Soome Kliiniliste ja Rahvatervise Toitumisspetsialistide Ühingu hinnangu kohaselt on Soomes vaja 1 dietoloogi iga 22 000 inimese kohta (Soome Kliiniliste ja Rahvatervise Toitumisspetsialistide Ühingu, 2023). Kui eeldada, et Soome toitumisspetsialistid sarnanevad kutsenõuetele Eesti toitumisterapeutidega ning suhtarv on ülekantav, peaks Eestis olema vastavalt *DEHKO* hinnangule umbes 45 toitumisterapeuti ning vastavalt ühingu hinnangule 62 toitumisterapeuti. Selles hinnangus ei ole arvestatud toitumishõustajaid. Silmas tuleb pidada, et kuigi ka Soomes on ülekaal ja rasvumus suured probleemid, on seal toitumisalast infot jagatud pikaajalisemalt.

Riik	Aasta	Spetsialistide koguhulk	Hulk 100 000 elaniku kohta
Kanada	2021	12 688 nii avalikus kui eratervishoius kokku	34
Suurbritannia	2020	10 000 nii avalikus kui eratervishoius kokku	14,9
Soome	2023	191 avalikus tervishoius	1,3

⁸ Ekspertarvamuse järgi on Eestis ülekaaluliste laste tugiprogrammi ja nõustamist varasemalt läbi viidud Tallinna Lastehaiglas.

Üks võimalus toitumistalaste sekkumiste **vajaduse hindamiseks** rahvastikus on lisaks potentsiaalsele sihtrühma suurusele (vt alapeatükk 6.1.) võtta arvesse ka **arstide ja elanike hinnanguid vajaduse kohta**. Põhinedes käesoleva uuringu raames 16–64-aastase elanikkonna seas läbi viidud uuringu tulemustele selgub, et 41% ülekaalulistest (**111 194 inimest**) ja 62% rasvunud inimestest (**108 836**) **tunnistab praegust või hiljutist (viimase 3 aasta jooksul) vajadust toitumisharjumuste järel**. Lisaks sihtrühmale **on toitumisharjumuste vajalikkust väljendanud ka 29% (112 949) normkaalus ja 55% (10 948) alakaalus inimestest**.

Laste ja noorte puhul (kuni 18-aastased) **toovad 25% vanematest** välja praegust või möödunud vajadust toitumisharjumuste järel, mis puudutab vähemalt **71 000 last ja noort**⁹. Ennekõike tingib selle kaalu langetamise vajadus (43%): meil on vähemalt **30 554** last ja noort, kelle vanemad näevad vajadust toitumisharjumuste järel ülemäärase kehakaalu tõttu.

Toitumistalaste sekkumise vajalikkust tunnistavad sihtgruppi kuuluva inimese enda või tema lapsevanema hinnangul kokku (konservatiivsel eeldusel) seega ligikaudu 250 000 inimest, mis moodustab poole (~49,8%) kõikidest sihtgruppi kuuluvatest inimestest. Kuna enamik rasvunud inimestest hindavat end olevat vaid ülekaalulised, kolmandik ülekaalulistest inimestest hindab end olevat normaalkaalus ning lapsevanemad kalduvad ülemäärase kehakaaluga laste kehakaalu alahindama, võib vajadus mõne toitumistalaste sekkumise järel olla tegelikult suurem. Samas ei pruugi kõik inimesed sekkumist või teenuseid vajada või soovida.

Veel üks võimalus vajaduse hindamiseks on tugineda tervishoiutöötajate arvamusele. **Üle kolmandiku tervishoiutöötajatest (perearstid, pereõed, üldarstid) hindavad toitumisharjumuste vajalikkust vähemalt poole enda patsientide puhul**. Arvestades, et 2021. aastal töötas Eestis 940 perearsti ja iga perearsti kohta oli keskmiselt 1417 patsienti (TAI, 2022), võib selline hinnang tähendada toitumisharjumuste vajalikkust ligikaudu 665 990 inimese puhul.

Põhinedes Soome diabeediennetusprogrammi *DEHKO* ning Kliiniliste ja Rahvatervise Toitumisspetsialistide Ühingu soovitudele ja eeldades riiklike olude sarnasust, peaks Eestis 100 000 elaniku kohta olema vähemalt 3,3–4,5 toitumisterapeuti ehk Eesti peale kokku 46–62 terapeuti. Lisaks oleks tarvis ka toitumisharjumustajaid ja mudelis nimetatud teisi teenuseid.

Võrdluseks on Eestis 2023. aasta seisuga väljaõppe läbinud toitumisharjumustajaid küll umbes 600, kuid neist kutsega on vaid 10 toitumisharjumustajat ning 13 toitumisterapeuti. Tallinna Ülikooli tervisejuhi õppekava on seni, s.t 2023. aasta augusti seisuga, lõpetanud 209 inimest (Tallinna Ülikooli Haapsalu kolledž, e-suhtlus), toitumisharjumustaja kutse on saanud 7 vilistlast. Toitumisterapeuti spetsialisti täienduskoolituse sertifikaadi on saanud 22 spetsialisti. Ühtlasi on avalduste hulk võrreldes vastuvõetute arvuga viiekordne. Nende spetsialistide rakendamine ja selleks kuluv aeg sõltub harjumustajate ja -terapeutide kutse- ja pädevusnõuete uuendamise sisust.

Tegevused piisava tööjõu tagamiseks:

- toitumisharjumustajate ja toitumisterapeutide kutseõuete uuendamine;
- avalike akrediteeritud kõrghariduse tasemel õppekavade juurde loomine ja ühtlustamine uuendatud haridus- ja kutseõuetele vastamiseks;

⁹ Uuringus paluti kuni 18-aastase (k.a) lapse vanemal hinnata, kas lapsel on viimase 3 aasta jooksul olnud vajadus või oleks praegu vajadus täpsemate toitumistalaste juhiste või toitumisharjumuste järel. Kui peres oli mitu sellist last, paluti mõelda neist noorimale.

- otsuse tegemine, mida teha juba kutseliste või täienduskoolitusi läbinud inimestega: näiteks kiirendatud korras õppekava läbimine, uuendatud nõuetega kutseeksami tegemine ja selle haridusnõuetega võrdsustamine vms;
- täienduskoolituste pakkujatega koostöös nende koolituste sisu uuendamine, vastamaks uuendatud kutsenõuetele ja teenuse vajadustele. Eraldi tuleks silmas pidada täienduskoolitusi juba väljaõppe läbinud inimestele;
- piisava etteteatamisega info jagamine eriala reklaamimiseks koostöös kutseühendustega ning seni kehtinud kutsega nõustajate ja terapeutide piisavalt vara informeerimine;
- kiiret tööleasumist soodustavate rahaliste meetmete kasutamine: kutse taotlemise kompenseerimine, nõustamisteenuse käivitamise toetus vms.

6.11.2 Teenuse kohta materjalide koostamine

Et toitumisharjumuste muutumise teenused oleksid tulemuslikud, peaks teenuse sisu põhinema parimatel tõendusmaterjalidel praktikatel. Samuti võiks osana teenusest kasutada erinevaid veebitööriistu ja teisi erinevaid patsienti abistavaid infoallikaid (nt retseptidega). See eeldab esialgu aga teenuse sisu ja materjalide osaliselt kesket arendamist (Ravijuhendite nõukoda, 2019), koostöös Tervise Arengu Instituudi, tervishoiutöötajate, haridusasutuste ning toitumisharjumuste ja kutseühendustega (nt Eesti Toitumisharjumuste Ühing, Eesti Toitumisteraapia Assotsiatsioon ja Eesti Kliinilise Toitmise Selts EstSpen).

Teiseks tuleks koostöös arstliku komisjoniga luua teenusekirjeldus, digilahendus, vajaduse hindamise materjalid ja juhised, samuti leppida kokku teenuste sihtrühmades. Riikide analüüsi põhjal oleks hea lähtuda Kanada lähenemisest ja materjalidest.

Lisaks materjalidele teenuse kohta vajavad tähelepanu ka **sissejuhatava nõustamise materjalid**. Need peaksid sisaldama häid soovitusi usaldusväärsete infomaterjalide kohta erinevatele sihtrühmadele erinevas vormis. Samuti võiks tervishoiutöötajatel olla nimekiri usaldusväärsetelt uuendatud kutsenõuetele vastavatest toitumisharjumustest ja -terapeutidest eraturul. Sihtrühmadele on Tervise Arengu Instituut juba mitmeid materjale loonud veebilehele www.toitumine.ee.

6.11.3 Lõimimise kulud

Arvestades teenuste kasutuselevõtu peamisi eelduseid, on toitumisharjumuste muutumise teenuste esmatasandi tervishoidu lõimimiseks tarvis järgmisi rahalisi ressursse:

Tabel 4. Lõimimise peamised kululiigid

Kulu, selgitus	Ühekordne või püsikulu
Teenusepakkujate väljakoolitamisega seotud kulud	
Kutsestandardite uuendamine	Ühekordne, edaspidi tavaline osa kutsete arendamise protsessist
Akrediteeritud õppekavade juurde loomine ja/või uuendamine kõrgkoolides (sõltub kutsenõuete uuendamisest)	Ühekordne, edaspidi tavapärane osa õppekavade arendamisest
Akrediteeritud õppekavadel õppijatele tasuta õppekohtade pakkumine	Püsikulu, seoses suurema tööjõuvajadusega teenuse käivitamisel on alguses vaja rohkem õppekohti, hiljem sõltuvalt vajadusest

Seniste kutsenõuete alusel õppe läbinud toitumisnõustajate ja -terapeutide koolitamine uutele kutsenõuete vastamiseks	Ühekordne kulu
Praktikasüsteemi loomine ja rakendamine (haldus, juhendamistasud)	Püsikulu, õppijate arvust sõltuv
Kutserregistri loomine ja haldamine	Ühekordne, edaspidi halduskulu
Kutsete taotlemistasu kompenseerimine kutse taotlemise soodustamiseks	Kuna tegemist on kutse taotlust julgustava meetmega, võib see vastavalt vajadusele olla ajutine või püsiv.
Teenuse välja arendamise kulud	
Teenuse materjalide ja tööriistade loomine esmatasandi tervishoiutöötajatele, sh: <ul style="list-style-type: none"> • teenusekirjeldus, juhised ja tööriistad vajaduse hindamiseks ning sõelumiseks esmatasandi tervishoiutöötajatele • Sissejuhatava hindamise juhised • Usaldusväärsete infomaterjalide nimekirjad, nende uuendamine 	Ühekordne, edaspidi jooksev uuendamine
Toitumisnõustamisteenuste integreerimine tervishoiu veebisüsteemidesse	Ühekordne, edaspidi jooksev uuendamine
Toitumisnõustamisteenuste materjalid ja tööriistad klientidele/patsientidele veebis ja paberil	Ühekordne, edaspidi jooksev uuendamine
Esmatasandi tervishoiutöötajatele teenuse tutvustamine koolitusel või seminaril koos sissejuhatava nõustamise tutvustamisega	Ühekordne, edaspidi jooksev uuendamine
Tervishoiutöötajate täienduskoolitused tervist toetava toitumise ja eluviisi jt teemade kohta	Püsikulud
Teenuse järelevalve: <ul style="list-style-type: none"> • Järelevalve komisjoni, süsteemi ja tegevuskava loomine • Kaebuste kogumise süsteem (nt veebileht) 	Ühekordne, edaspidi jooksev uuendamine
Teenuse osutamisega seotud kulud	
Teenuse kasutuselevõtu ergutamine – (esialgsed) boonused tervishoiutöötajatele kõrge vajaduse või riskiga patsientide suunamise eest	Ajutine kulu
Regionaalse ligipääsu tagamise meetmed: <ul style="list-style-type: none"> • Kvaliteetse töökeskkonna ja taristu loomine hõredalt asustatud piirkondades • Kõrgem teenusetasu või lähtetoetus rahastaja poolt teenuse pakkumiseks hõredalt asustatud aladel • Mobiilse toitumisnõustamise pakkumine 	Taristu kulud alguses kõrgemad, hiljem jooksvad, teised kulud püsivad

7. Kokkuvõte ja soovitused

See analüüs otsis vastuseid küsimusele, milline on paindlik ja terviklik mudel esmatasandi tervishoius toitumisalaste sekkumiste, täpsemalt toitumisharjumuste läbiviimiseks Eestis. Selleks uurisime teiste riikide praktikaid ja teaduskirjandust, Eesti inimeste vajadusi, tervishoiutöötajate vaateid ja takistusi ning ekspertide arvamusi ja soovitusi.

Riikide praktikate analüüs

Analüüsis vaadeldi kolme riigi – Kanada, Soome ja Sloveenia – praktikad ning WHO analüüse (2016). Kõikides riikides suunavad inimese vajaduse ilmnemisel toitumisharjumuste teenusele perearsti meeskonnad, Sloveenia kasutab terviseriskide tuvastamiseks üleriigilist sõelumist tervisekontrolli näol. Kanadas ja Sloveenias pakutakse toitumisharjumuste teenuseid erinevatest tervishoiutöötajatest koosnevates meeskondades, mida juhib erialase haridusega registreeritud toitumisterapeut ehk dietoloog, Sloveenias võib see olla ka eriväljaõppega meditsiiniõde. Soomes viivad sissejuhatavat nõustamist läbi eriväljaõppega esmatasandi rahvatervise õed, keerukama vajaduse puhul toitumisterapeutid. Kõikides riikides eeldatakse toitumisterapeutidelt või dietoloogilt erialast kõrgharidust, enamasti magistrikraadi tasemel. Soomes ja Kanadas, nagu paljudes teistes riikides, on tegemist registreerimist või litsentsi nõudva ametiga. Sloveenia ja Soome kasutavad mitmetasandilisi teenuseid: Sloveenias on rasvunud inimestele eraldi intensiivsema sekkumisega programm, Soomes pakutakse nii laia suunitlusega toitumisharjumuste, toitumisterapeuti teenuseid kui erisekkumisi rasvunud ja kaasuvate haigustega inimestele.

Riikide analüüsi jm kirjanduse põhjal on Eestil tarvis laiemat südame- ja veresoonekonna **haiguste ennetamise ja riskide vähendamise poliitikat**, mis hõlmaks erinevaid ennetavaid rahvatervise poliitikaid ning tegevusi erinevates valdkondades (haridus-, maksu-, sotsiaalpoliitika jne) ja tasanditel (riik, kohalikud omavalitsused, erasektor, eriti tööandjad). Erilist tähelepanu väärib laste ja noorte tervis ja ülekaalu ennetamine või riskide maandamine, kus oluline roll on laiema ennetustegevusel vanemate ja laste teadlikkuse tõstmise näol tervislikust eluviisist ning nutikatel piirangutel, aga ka kitsamalt riskirühmale suunatud nõustamisel. Ka vanemaealised on oluline riskirühm nii ülekaalu, kaasuvate haiguste kui alatoitumuse vaates. Individuaalsed nõustamisteenused on meetmena kallid ning sobivad seetõttu paremini hiliseks ennetuseks või varajaseks riskide maandamiseks ning probleemide leevendamiseks (WHO, 2016). Ennetusele või riskide maandamisele keskenduvad teenused vajavad Eesti tervishoiusüsteemi rahastusse kohandamist.

Eestile võiks sarnaselt teiste riikidega sobida mitmetasandiline toitumisalaste sekkumiste mudel, kus pakutakse nii toitumisharjumuste, haiguspuhust toitumisharjumuste kui ka keerulisemate juhtumite puhul spetsiifilist või kompleksset abi. Teenusepakujate kutsenõuded on teenuse loomisel võtmeküsimuseks ning teiste riikide nõuded on Eestis 2023. a kehtivatest nõuetest pigem rangemad, eeldades enamasti magistritasemel kõrgharidust dietoloogia alal. Paljudes riikides on üheks põhisisühmaks kaasuvate haigustega inimesed, seega **haiguspuhust** toitumisharjumuste vajavad sihtrühmad. Toitumisharjumuste teenustesse on mõistlik kaasata laiem tervishoiutöötajate meeskond või võrgustik ning hea koostöö vajab mudelis eraldi tähelepanu.

Elanike vajadused

Eesti 16–64-aastaste elanike seas läbi viidud uuringud näitasid, et toitumisharjumuste muutmine on suuremale osale neist keeruline ülesanne ning vajadus täpsemate toitumisalaste juhiste või toitumisalaste sekkumiste järele on suur. **Elanikest 42% (see tähendab uuringu vea piire arvestades 314 449–347 549 inimest vanuses 16–64a)** vajavad neid oma sõnul tingituna kehakaalust, analüüsinäitudest, allergiast, taimetoitlusest või muust kas enda, tervishoiutöötaja või kellegi teise hinnangul. Seda väljendasid eriti tugevalt rasvunud inimesed. **Lisaks leidis 25% kuni 18-aastaste (k.a) lastega vanematest, et nende lapsed vajavad või on vajanud toitumisalaseid juhiseid või toitumisnõustamist.**

Inimesed ei pea toitumisnõustamise teenust Eestis hetkel hästi kättesaadavaks teenuseks (hästi kättesaadavaks peab seda vaid 28%). **Toetus** teenuse saamiseks perearsti või perearstikeskuse juures **on elanikkonnas suur**: sellesse suhtub väga või pigem hästi 87% elanikest. Ühtviisi ollakse valmis oma söömisharjumusi **arutama nii perearsti kui perearsti juures töötava toitumisnõustajaga** (85–87%); pereõe puhul on valmidus pisut madalam (80%). **Kõige enam ootavad inimesed nõustamiselt** lisaks soovitudele konkreetseid ja vajadusel individuaalseid juhendeid (nt personaalne menüü, retseptid). Väga oluline on saada nõu ja tuge, kuidas lõimida tervislikku toitumist kiire ja individuaalse eluviisiga nii, et uued harjumused jääksid kiire igapäevaelus püsima. Teenuse vormi puhul jääb ennekõike kõlama eelistus individuaalse lähenemise järele, seda eriti rasvunud inimeste jaoks. See ei välista kindlasti ka grupinõustamise pakkumist või kombineerimist individuaalse nõustamisega. Teenusega kaasnevad kõhklused on ennekõike seotud selle rahalise poolega: kardetakse, et teenus on kallis (39%), aga ka seda, et see ei arvesta inimese võimalustega toidule kulutada (28%). Veerand inimestest kardab, et saadavad nõuanded pole nende eluviisi puhul rakendatavad või realistlikud.

Uuringud tervishoiutöötajate seas

Perearstid ja pereõed näevad **toitumisalaste sekkumiste järele suurt vajadust**, nentides, et märkimisväärne osa nende patsientidest vajaks toitumisnõustamise teenust. Leitakse, et inimeste teadlikkus tasakaalustatud ja mitmekesisest toitumisest on väga madal. Kriitilise kohana nähakse ka laste toitumist ja ülekaalulisust.

Seejuures peab **kolm neljandikku sihtrühmast toitumisnõustamise teenuse kättesaadavust hetkel pigem või väga halvaks**. Kättesaadavust piiravateks teguriteks on infopuudus, teenuse maksumus, toitumisnõustajate taseme varieeruvus ning pikk järjekord tasuta nõustamisele. Perearstid ja -õed ise tunnevad, et nende kohustuste hulk on juba niigi suur, nii et nad ei jõua piisaval määral toitumisnõustamisega tegeleda. Mainitakse ka väheseid teadmisi ja (nõustamis)oskusi, mistõttu toitumisnõustamisega võiks tervishoiutöötajate sõnul tegeleda eraldi spetsialist, kelle juurde perearst või -õde saab patsiendi suunata. Suunamise jaoks on vaja kokku leppida kindlad kriteeriumid, mille põhjal tegutsevad kõik meditsiinitöötajad.

Perearstid ja -õed **usuvad toitumisnõustamise mõjusse**: 78% küsitletutest nõustub, et regulaarne toitumisnõustamine oleks efektiivne lahendus inimeste käitumise muutmiseks. Tervishoiutöötajad näevad, et patsiendid vajavad eelkõige personaalset lähenemist, pikemaajalisemat tuge eesmärkide saavutamiseks ning motiveerimist ja abi harjumuste muutmisel. Pereõed toovad välja ka vajaduse mõistva ja empaatilise suhtumise, tervisekontrolli ja tasakaalustatud toitumise info järele.

Toitumisnõustamise teenuse **peamiseks sihtgrupiks** peavad tervishoiutöötajad ülekaalulisi ja krooniliste haigustega inimesi. Oluliste sihtrühmadena mainitakse veel lapsi, noori ja nende peresid ning ilma krooniliste haigusteta ülekaalulisi inimesi. Tervishoiutöötajad leiavad, et prioriteetsete sihtrühmade puhul peaks toitumisnõustamise teenus olema Tervisekassa poolt tasutud.

Tervishoiutöötajaid motiveeriks oma patsiente teenusele suunama see, kui **teenusepakkujaks** oleks kõrgharidusega ja kutsetunnistusega toitumisinõustaja, kelle lähenemise tõendus põhiseses saab kindel olla. Samuti on arstide ja õdede jaoks oluline, et nad saaksid toitumisinõustajalt tagasisidet, kuidas patsiendil on läinud. Eriti oluline on see siis, kui patsient vajab toitumisinõustamist mingi haiguse pärast.

Eesti toitumisalaste sekkumiste mudel

Eesti toitumisalased sekkumised võiksid olla kättesaadavad eelkõige rahvatervise vaates prioriteetsetele sihtrühmadele, potentsiaalselt umbes 450 000 inimesele (16–64a), lisaks lastele ja eakatele. Nendeks on:

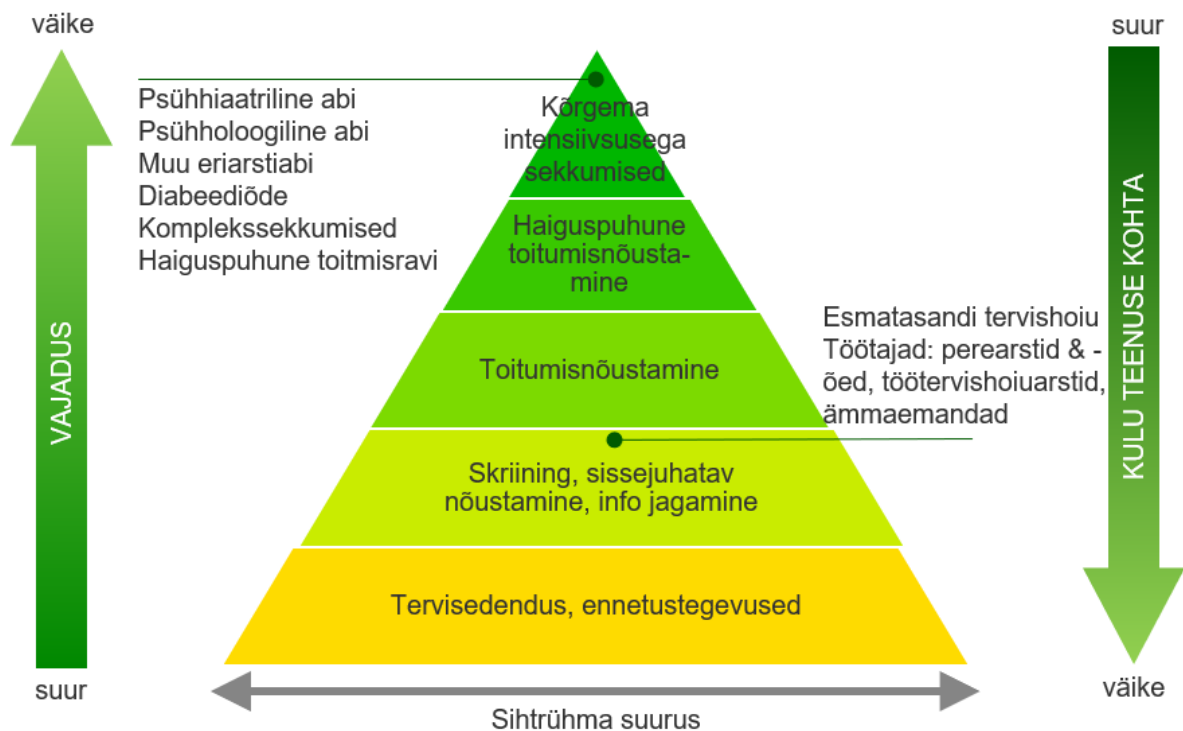
- ülekaalus või rasvunud inimesed, kelle tervisenäitajad ennustavad südame-veresoonkonna haiguste- ja/või diabeediriski;
- ülekaalus või rasvunud ning kaasuvate haigustega inimesed sõltuvalt juhtumist ja perearsti meeskonna suunamisel;
- ülekaalulised lapsed, noored ja nende pered.

Lisaks tuleks läbivalt silmas pidada suuremas alatoitumusriskis sihtrühmi: imikuid, lapsi, eakaid, ülekaalulisi inimesi. Samuti on teenuse puhul pikas perspektiivis olulised ka alakaalulised inimesed, erinevaid taimetoidu menüüsid järgivaid inimesed ning lapseootel naised ja pered. Lõplikud sihtrühmad peaks määrama ekspertide komisjon, võttes arvesse erinevate tervishoiuuringute andmeid.

Eestile sobib **toitumisalaste sekkumiste mitmetasandilise abi mudel**, mille moodustavad:

- 1) üldine rahvastikupõhine ennetus erinevatel tasanditel, erinevad materjalid, eneseabi;
- 2) skriining, sissejuhatav nõustamine esmatasandi tervishoiutöötajatelt (info, lühikesed käitumuslikud sekkumised ehk lühisekkumised);
- 3) toitumisinõustamise teenus ja haiguspuhune toitumisinõustamine;
- 4) haiguspuhuse toitmisravi teenus;
- 5) teised intensiivsemad ja/või spetsiifilisemad sekkumised (vaimse tervise õde, psühhiaater, (kliiniline) psühholoog, diabeediõde, komplekssekkumised, muu eriarstiabi).

Joonis 69. Toitumisalaste sekkumiste mudel.



Teenuses mängib keskset rolli **perearsti meeskond**, kes tervisekontrolli käigus hindab inimese vajadust, eluviisi, motivatsiooni ja terviseprobleeme ning välistab teistsugust ravi nõudvad terviseprobleemid. Perearsti meeskond annab digilahenduse abil toitumisnõustajale või -terapeudile juhised ravieesmärgi kohta, jälgib patsiendi tervist, kaasab vajadusel lisaspetsialiste ning talletab nõustamise tulemuse.

Teenuste käivitamise ja toimivuse võtmeküsimuseks on **toitumisnõustaja ja -terapeudi** usaldusväärsust tagavad **pädevusnõuded**: millist erialast haridust ja praktikaid ning sellealaseid võimalusi on tarvis, kas ja kuidas uuendada teenuse osutamise eelduseks olevaid kutsenõudeid ning kuidas usaldusväärsust järelevalve abil tagada. Nii tervishoiutöötajate seas läbi viidud uuringutes kui ekspertintervjuudes toodi välja probleeme praeguse nõustamise tasemega, eriti teadus- ja tõenduspõhiste praktikate jälgimise osas. Erialaste haridusnõuete puhul on meditsiinihariduse nõue selle valdkonna tööjõupuudust arvestades tõenäoliselt liiga kulukas ja riskantne, mõistlik võib aga olla vähemalt tervisevaldkonna või toitumisnõustamise kõrghariduse nõue koos vajalike täienduskoolitustega. Samuti aitaksid usaldusväärsust tagada täienduskoolituste taseme ühtlustamine ning kvaliteetsete avalikult rahastatavate ja akrediteeritud väljaõppevõimaluste juurde loomine nii kõrghariduse kui täienduskoolituste tasemel. Uuendamist vajavad ka kutse taotlemise protsess ja -nõuded.

Usaldusväärsuse tagamisel on oluline roll toimival **teenuse järelevalvel**. Järelevalvesüsteemi osana võiks kasutada patsientide ja perearsti meeskondade tagasisidet, olulist rolli mängiksid kaebusi läbi vaatav ekspertkomisjon näiteks Tervisekassa, Terviseameti või kutseühenduste juures.

Mudeli lõimimine esmatasandi tervishoidu eeldab esimesena sobiva pädevuse ja kutsenõueteiga toitumisnõustajate ja -terapeutide kutsenõuete uuendamist ja inimeste koolitamist. Lisaks eeldab see teenuse tööriistade (sh digilahenduse) ja infomaterjalide loomist tervishoiutöötajatele, nõustajatele, terapeudidele ja patsientidele ning hästi toimivat järelevalvesüsteemi. Teenusekirjelduse ja -materjalide loomisel võiksid eeskujuks olla Kanada lähenemised ja materjalid.

Regionaalse kättesaadavuse tagamiseks tuleks kaaluda erinevaid lahendusi, näiteks häid töötingimusi ja töökeskkonda sõltumata asukohast, kõrgemat teenusetasu rahastaja poolt teenuse pakkumiseks hõredalt asustatud piirkondades ning mobiilset toitumisenõustamist või veebi või telefoni teel nõustamist.

7.1 Summary

This analysis sought to identify a flexible and comprehensive model for primary-level nutritional interventions, specifically the provision of **nutrition counselling** in Estonia. This was done by examining the practices of other countries, the needs of Estonian people, the views and perceived obstacles of healthcare professionals, as well as opinions and recommendations from experts.

Analysis of Practices in Different Countries

The analysis examined the practices of three countries – Canada, Finland, and Slovenia – as well as recommendations of WHO/Europe (2016). In all these countries, primary healthcare teams, led by family physicians, refer patients to nutrition counselling services in case of a need. Slovenia uses nationwide screening for health risks in the form of health checks. In Canada and Slovenia, nutrition counselling services are provided by teams of various healthcare professionals led by registered nutrition therapists (dietitians); in Slovenia, the teams could also be led by medical nurses with specialised training. In Finland, introductory counselling is conducted by primary-level public health nurses with specialised training, and in more complex cases, nutrition therapists are involved. In all countries, nutrition therapists or dietitians are expected to have professional higher education, usually at the master's degree level. In Finland and Canada, as in many other countries, this profession requires official registration or licensure. Slovenia and Finland employ multi-level services—Slovenia has a separate, more intensive intervention program for obese individuals, while Finland offers general broad-level nutrition counselling, nutrition therapy as well as specialized interventions for obese individuals and those with comorbid diseases.

Based on the analysis of other countries, Estonia would need a **wider policy for non-communicable disease prevention and risk reduction**, encompassing various public health policies and activities across different areas (education, taxation, social policy, etc.) and levels (national, municipal, private sector, and especially employers). Special attention should be given to the health of **children and youth** and preventing obesity and managing risks, where a crucial role is played by broader preventive measures to raise awareness among parents and children about healthy lifestyle, smart regulations and more focused counselling for at-risk groups. The elderly are also an important target group due to the prevalence of obesity and weight problems, malnutrition and other linked problems. Individual counselling services are expensive and therefore better suited for late-stage prevention or early risk management and problem alleviation (WHO/Europe, 2016). Such preventative or risk alleviating services need accommodating into the Estonian public health care and its financing model.

Similarly to other countries, Estonia should adopt a multi-level model of nutrition interventions, offering both preventative and disease-specific nutritional counselling, as well as specific or comprehensive assistance for more complex cases. The qualifications of service providers are a key consideration in creating the service. The requirements for qualification are generally stricter in other countries than Estonia's existing requirements in 2023, often demanding specialised education in nutrition counselling or dietology, typically at the master's degree level. In many countries, the main target group includes overweight or obese individuals with comorbid diseases, making them candidates for disease-specific nutrition counselling. Involving a broader team or network of healthcare professionals in nutrition counselling services is necessary, and ensuring good cooperation between the professionals requires specific attention in the model.

Needs and Views of the People

Studies conducted among Estonian residents aged 16-64 showed that changing dietary habits is a challenging task for most, and there is a significant demand for more precise nutritional guidance or nutrition counselling. **42% of residents (which, accounting for the margin of error, translates to 314,449 - 347,549 individuals aged 16-64)** feel the need for such guidance due to factors like weight, analysis results, allergies, vegetarianism, or other factors, as assessed by themselves, healthcare professionals, or others. This sentiment is particularly strong among obese individuals. Additionally, **25% of parents with children up to and including 18 years old feel that their children need or have needed dietary guidance or nutrition counselling.**

People do not currently perceive nutrition counselling services in Estonia as easily accessible (only 28% consider it easily accessible). Support for accessing the service through family physicians or primary care centres is high in the population, with 87% responding favourably. People are equally willing to **discuss their dietary habits with both family physicians and nutrition counsellors working in family physician offices (85-87%)**, while willingness for discussion with nurses is slightly lower (80%). **What people mostly expect from counselling**, in addition to recommendations, are specific and, if necessary, individualised guidelines (such as personalised menus, recipes). It is very important to receive advice and support on integrating healthy eating into a fast-paced and individual lifestyle, so that the new habits are sustainable. People, especially obese people, prefer individual counselling compared to group counselling, which has otherwise demonstrated good results. These types could also be combined, as long as individual counselling is part of the service. Concerns associated with the service primarily relate to its financial aspects: there is fear that the service is expensive (39%), but also that it does not take into account individuals' financial capabilities for food (28%), and a quarter of people worry that the advice provided might not be applicable or realistic for their lifestyle.

Surveys of Healthcare Professionals

Family doctors and nurses see **a significant need for nutrition interventions**, acknowledging that a considerable portion of their patients would benefit from nutrition counselling services. Awareness of healthy nutrition is perceived to be very low among the general population. Critical areas identified include children's nutrition and problems with excess weight in the population.

Among this target group, **three-quarters consider the accessibility of nutrition counselling services to be poor or very poor.** Factors limiting accessibility include lack of information, the cost of the service, the variability in the expertise of nutrition counsellors, and long waiting times for free counselling. Family physicians and nurses themselves feel that their responsibilities are already substantial, leaving them insufficient time to adequately engage in nutrition counselling. Limited knowledge and (counselling) skills are also mentioned as challenges, suggesting that a separate specialist should handle nutrition counselling, to whom family physicians or nurses can refer patients. Defining specific criteria for referrals, valid for all medical practitioners, is necessary.

Family physicians and nurses believe in **the effectiveness of nutrition counselling**: 78% agree that regular nutrition counselling would be an effective solution for behaviour change among patients. Healthcare professionals see that patients primarily need a personalised approach, long-term support for goal achievement, as well as motivation and assistance in changing habits. Family nurses also emphasise the need for understanding and empathetic attitudes, health assessments, and information about balanced nutrition.

Healthcare professionals consider overweight and individuals with chronic diseases to **be the main target group** for nutrition counselling. They also mention other important target groups, such as children, youth, and their families, as well as overweight individuals without chronic diseases.

Healthcare professionals suggest that nutrition counselling for priority target groups should be covered by the national Health Insurance Fund.

Healthcare professionals would be motivated to refer their patients to the service if the **service providers** were certified nutrition counsellors and therapists with higher education, whose evidence-based approach is reliable. Additionally, doctors and nurses value feedback from nutrition counsellors on their patients' progress. This is particularly important when patients require nutrition counselling due to a specific health condition.

Estonian Nutrition Counselling Service Model

Nutrition counselling services in Estonia could be primarily available to priority target groups from a public health perspective, potentially encompassing around 450,000 individuals (aged 16-64), children in addition to that. These groups include:

- Overweight or obese individuals at risk of cardiovascular diseases and/or diabetes;
- Overweight or obese individuals with comorbid diseases, depending on the case and referral from the family physician team;
- Overweight children, young people, and their families.

In addition, high-risk groups for malnutrition – infants, children, the elderly, and overweight individuals – should be continuously considered. Furthermore, underweight individuals, those following various vegetarian diets, pregnant women, and families are also important in the long-term perspective of the service. Precise target groups should be

Estonia would benefit from **a multi-level model of nutrition interventions**, consisting of:

1. General population-based health promotion at various levels, with various materials and self-help resources;
2. Screening and introductory counselling conducted by primary healthcare professionals (information, brief behavioural interventions, hereinafter referred to as brief interventions);
3. Nutrition counselling services;
4. Disease-specific nutrition therapy services;
5. Other intensive and/or specific interventions (mental health nurse, psychiatrist, (clinical) psychologist, diabetes nurse, complex interventions, other specialised medical care).

The central role in the service would be played by **the family physician team**, which would assess an individual's needs, lifestyle, motivation, and health issues during health checks, ruling out health problems requiring different treatment. The family physician team would provide guidance to nutrition counsellors or therapists using a digital solution, monitor the patient's health, involve additional specialists when necessary, and record the outcomes of counselling.

The key question in the launch and functioning of services is ensuring the **reliability of nutrition counsellors and therapists** through **competency requirements** – in which field should specialists be educated and receive training, whether and how to update occupational qualification standards, and how to ensure reliability through supervision. Both healthcare professional surveys and expert interviews highlighted issues with the current level of counselling, especially in terms of adhering to evidence-based practices. Regarding educational requirements, medical education requirement may be too costly and risky, given the workforce shortage in this field; however, it might be reasonable to

require higher education in the field of health or nutritional counselling specifically, coupled with necessary further training. Standardising the level of further training and creating more high-quality publicly funded and accredited opportunities at both the higher education and non-formal training would also help to ensure reliability. Occupational qualification standards for nutritional councillors and therapists in Estonia also need updating.

Effective monitoring and supervision play an important role in ensuring reliability of nutritional counselling services. As part of the oversight system, feedback from patients and teams of family doctors could be used to assess service levels. An expert committee run by either the Estonian Health Insurance Fund, Health Board or the occupational association for nutritional councillors and therapists could review serious complaints and manage the occupational registry.

Integrating the model into primary healthcare firstly requires updating occupational standards for nutritional counsellors and therapists in Estonia and providing necessary training to existing specialists to match those standards. In addition, different service tools and materials need to be created for health care workers and councillors to ensure smooth referral, introductory counselling, and nutritional counselling for patients with different needs. The Canadian nutrition counselling approaches and materials could serve as a guiding model when creating the service program. The system for monitoring and regulating the service needs to function well to prevent problems with the quality of the service and thus distrust from health care workers.

To ensure **regional accessibility** of nutritional counselling services, different flexible solutions should be applied: ensuring good occupational infrastructure and working conditions, offering higher financial incentives for service provision in sparsely populated areas or providing mobile nutritional counselling or counselling via web or phone.

7.2 Kokkuvõte vene keeles

Цель данного анализа заключалась в поиске гибкой и целостной модели для проведения в Эстонии вмешательства в области питания, а точнее для предоставления услуги консультации по питанию. В ходе исследования были проанализированы практики других стран, имеющиеся потребности жителей Эстонии, мнения медицинских работников, а также рекомендации экспертов.

Опыт других стран

В рамках анализа рассматривались практики трех стран - Канады, Финляндии и Словении, а также отчёты ВОЗ (2016). Во всех трёх странах, при появлении у человека потребности в консультации на тему питания, направление на посещение консультации исходит от команды семейного врача. С целью выявления потенциальных рисков для здоровья среди населения Словения также проводит общенациональные проверки здоровья. В Канаде и Словении консультации по питанию предоставляются командами, состоящими из медицинских работников под руководством терапевта по питанию или диетологом с профессиональным образованием, соответствующим государственному стандарту. В Словении командой может так же руководить медицинская сестра с дополнительной специальной подготовкой. В Финляндии первичные консультации проводят медсестры общего профиля со специальной подготовкой, а в более сложных случаях - диетологи. Во всех странах профессия диетолога или терапевта по питанию подразумевает высшее образование в области питания, как правило, на уровне магистра. В Канаде и Финляндии, как и во многих других странах, данная профессия так же требует лицензирования и регистрации. Словения и Финляндия используют многоуровневые услуги. В Словении есть отдельная, более интенсивная программа, для лиц с избыточным весом. В Финляндии для лиц с избыточным весом и сопутствующими заболеваниями предоставляются

как консультации по питанию широкого профиля и услуги диетолога, так и возможности специализированного вмешательства.

Исходя из анализа стран и других литературных источников, Эстонии требуется более обширная политика по профилактике неинфекционных заболеваний и снижения рисков, которая бы включала в себя различные меры в области общественного здравоохранения и действия как в различных областях (образование, налогообложение, социальная политика и т. д.) так и на разных уровнях (государственный, местное самоуправление, частный сектор и в особенности работодатели). Особое внимание заслуживает здоровье детей и подростков, где важную роль играют как более широкие предупредительные меры по повышению осведомленности родителей и детей о здоровом образе жизни, так и консультации, ориентированные на представителей группы риска. Индивидуальные консультации являются дорогостоящей мерой и, следовательно, более подходят для профилактики проблем на более поздних стадиях или для смягчения проблем на ранних стадиях (ВОЗ, 2016).

По примеру других стран, для Эстонии могла бы подойти модель многоуровневого вмешательства в области питания, в рамках которой предоставляются как консультации по питанию, консультации по заболеваниям связанными с питанием так и конкретную помощь при более сложных случаях. Требования к уровню образования и подготовке персонала, предоставляющего услуги, является ключевым вопросом при создании этой услуги. В других странах требования строже, чем текущие правила, действующие в Эстонии в 2023 году, и предполагают уровень образования в области консультирования по питанию по крайней мере на уровне магистра. Во многих странах одной из основных целевых групп являются лица с сопутствующими заболеваниями, т. е. люди, нуждающиеся в **консультации по заболеваниям связанными с питанием**. К консультационным услугам по питанию разумно подключить более разностороннюю команду специалистов, включающую в себя медицинский персонал с квалификациями в различных областях. Налаживание сотрудничества между персоналом, предоставляющим услугу, требует отдельного внимания при разработке модели.

Потребности населения

Исследования, проведенные среди населения Эстонии в возрасте от 16 до 64 лет, показали, что изменение пищевых привычек является сложной задачей для большинства из них. Среди жителей Эстонии так же существует высокая потребность в более точных рекомендациях по питанию или активном вмешательстве в их пищевое поведение. **42% населения (что, учитывая допустимую погрешность исследования, составляет от 314 449 до 347 549 человек в возрасте от 16 до 64 лет)** считают, что им необходимы рекомендации или вмешательства в связи с проблемами с весом, показаниями анализов, аллергией, вегетарианством или по каким-либо другим причинам как по их собственному мнению, так и по мнению медицинских работников или окружающих. Особенно это касается лиц с избыточным весом. **Кроме того, 25% родителей детей до 18 лет считают, что их детям необходимы или были необходимы рекомендации или инструкции по питанию.**

В настоящее время большинство людей не считают услуги консультирования по питанию легко доступными в Эстонии (легко доступными считают услуги только 28%). Уровень поддержки у возможности получить услугу у семейного врача или в центре семейного врача очень высок: к этому варианту относятся очень или скорее хорошо 87% населения. Люди также готовы **обсуждать свои пищевые привычки как с семейными врачами, так и с диетологами, работающими в центре семейного врача (85–87%);** готовность к обсуждению с медсестрами немного ниже (80%). **Самое важное для жителей** - получать от консультанта помимо общих рекомендаций индивидуальные инструкции к образу питания (например, персональное меню, рецепты). Очень важно получать советы и поддержку в том, как интегрировать здоровое питание в быстрый и индивидуальный образ жизни так, чтобы новые привычки остались с человеком

навсегда. Что касается формы предоставления услуги, то предпочтение отдается индивидуальному подходу, особенно среди людей с избыточным весом. Это, конечно, не исключает посещения групповых консультаций или их сочетания с индивидуальными консультациями. Основные опасения относятся к финансовой стороне вопроса: есть опасение, что услуга дорогая (39%), а также, сомнение в том, что не будут учтены финансовые возможности человека тратить деньги на питание (28%). Четверть опрошенных так же имеет подозрение, что предоставляемые советы не применимы или не реалистичны для их образа жизни.

Исследования среди медицинских работников

Медицинские работники первичного звена (семейные врачи, врачи общей практики и медицинские сестры) **видят большую потребность во вмешательстве в области питания** и отмечают, что значительная часть их пациентов нуждается в услугах консультаций по питанию. Они считают, что уровень осведомленности людей о сбалансированном и разнообразном питании очень низкий. Как критическую проблему также выделяют детское питание и ожирение.

При этом три **четверти целевой группы считают, что в настоящее время доступность услуги консультирования в сфере питания скорее низкая**. Факторами, ограничивающими доступность, являются недостаток информации, стоимость услуги, нестабильный уровень квалификации диетологов и долгие очереди на бесплатные консультации. Семейные врачи и медицинские сестры считают, что объем их обязанностей уже слишком велик, и они не могут уделить достаточно времени консультациям по питанию. Также упоминается недостаток знаний и навыков консультирования, поэтому, по мнению медицинских работников, консультацией по питанию должен заниматься отдельный специалист, к которому семейный врач или медицинская сестра могут направить пациента. Для направления необходимо установить определенные критерии, по которым бы работали все медицинские работники.

Семейные врачи и медицинские сестры **верят в эффективность консультации по питанию**: 78% опрошенных соглашались, что регулярная консультация по питанию была бы эффективной мерой для изменения поведения людей. Медицинские работники видят, что пациенты в первую очередь нуждаются в индивидуальном подходе, поддержке в достижении долгосрочных целей и в мотивировании для изменения привычек. Медицинские сестры также подчеркивают необходимость в эмпатичном подходе к пациенту, а также в мониторинге его здоровья и подачи информации о сбалансированном питании.

Медицинские работники считают, что **основной целевой аудиторией** для консультаций по питанию являются лица с избыточным весом и хроническими заболеваниями. Важными группами также являются дети, подростки и их семьи, а также лица с избыточным весом, но без хронических заболеваний. Медицинские работники считают, что для вышеперечисленных групп услуги по консультации по питанию должны оплачиваться Кассой Здоровья.

Медицинских работников мотивировало бы направлять своих пациентов на консультацию, если бы услугу оказывал диетолог с высшим образованием и профессиональной лицензией, чья методика основывалась бы на научных исследованиях. Врачи и медицинские сестры также считают важным получать обратную связь от диетолога о состоянии пациента, особенно если пациент нуждается в консультации по питанию из-за какого-либо заболевания.

Модель вмешательства в области питания для Эстонии

В Эстонии вмешательства в сфере питания должны быть доступны прежде всего приоритетным группам с точки зрения общественного здравоохранения, что по приблизительным оценкам

составляет около 450 000 человек (в возрасте 16–64 лет) и 57 000 детей и молодых людей (в возрасте 1–19 лет). К ним относятся:

- лица с избыточным весом или ожирением, у которых показатели здоровья предсказывают риск сердечно-сосудистых заболеваний и/или диабета;
- лица с избыточным весом или ожирением и сопутствующими заболеваниями, в зависимости от случая и направления врачей первичного уровня;
- дети и молодые люди с избыточным весом, а также их семьи.

Кроме того, необходимо постоянно учитывать группы лиц с повышенным риском недоедания - грудных младенцев, детей, пожилых людей, лиц с избыточным весом. Также в долгосрочной перспективе важно обращать внимание на людей с недостаточным весом, тех, кто придерживается различных вегетарианских рационов, беременных женщин и семей, ожидающих ребёнка.

Для Эстонии подходит модель многоуровневого вмешательства в сфере питания, которая включает в себя:

- 1) общие меры профилактики заболеваний среди населения: различные материалы и самопомощь;
- 2) скрининг, вводное консультирование медицинскими работниками первого звена (информация, краткосрочные поведенческие вмешательства, в дальнейшем - кратковременные вмешательства);
- 3) услуги консультации по питанию и консультации по питанию, связанные с заболеванием;
- 4) лечение заболеваний с помощью питания;
- 5) другие более интенсивные и/или специализированные вмешательства (медсестры психического здоровья, психиатры, (клинические) психологи, медсестры по диабету, комплексные вмешательства, другие специализированные медицинские услуги).

В центре этой модели стоит **команда семейного врача**, которая, производя проверку состояния здоровья, оценивает потребности человека, его образ жизни, мотивацию и проблемы со здоровьем, исключая при этом заболевания, требующие иной медицинской помощи. Команда семейного врача отправляет информацию о пациенте консультанту или терапевту по питанию в цифровом виде, следит за состоянием здоровья пациента, вовлекает при надобности дополнительных специалистов, и документирует результаты консультации.

Ключевым вопросом, касающимся внедрения и эффективности предоставления услуг, являются требования к компетентности консультанта или терапевта, гарантирующие надежность услуги - какого рода образование и практический опыт требуются специалисту и как обновлять требуемые профессиональные стандарты. Также важно понять, как было бы лучше контролировать уровень предоставляемых услуг. Как показали опросы медицинских работников и экспертные интервью, на сегодняшний день имеются проблемы в сфере пищевых консультаций, особенно в отслеживании использования при консультировании научных и доказанных методов. В связи с требованиями к образованию в медицинской сфере, предполагается, что медицинское образование будет слишком дорогим и рискованным с учетом дефицита кадров в этой области; разумным может быть хотя бы высшее образование в сфере здравоохранения вместе с курсами повышения квалификации. Кроме того, повышению надёжности предоставляемой услуги способствовало бы выравнивание качества образования

на уровне курсов по повышению квалификации и создание дополнительных мест для обучения, финансируемых из общественных средств как на уровне высшего образования, так и на уровне курсов по повышению квалификации.

В обеспечении надежности услуги немаловажную роль играет система контроля предоставляемых услуг. Обратную связь от пациентов и команды семейного врача можно рассматривать как возможную часть такой системы контроля. Также важной частью системы могут быть экспертные комиссии (например, при Кассе Здоровья или Департаменте здоровья) рассматривающие возникающие жалобы пациентов и медицинских работников.

Интеграция предлагаемой модели в первое звено здравоохранения предполагает, прежде всего, обновление требований к квалификации консультантов и терапевтов по питанию, а также подготовку специалистов, соответствующих заявленным требованиям. Так же необходимо создание нужных инструментов для консультации, включая цифровые решения и информационные материалы, для медицинских работников, консультантов, терапевтов и пациентов, а также установление системы контроля.

Для обеспечения региональной доступности следует применять различные гибкие решения: обеспечение хорошей условий труда, предложение более высоких финансовых стимулов для оказания услуг в малонаселенных районах или предоставление мобильных консультаций по питанию или консультаций через Интернет или телефон.

8. Kasutatud kirjandus

- Aboueid, S., Giroux, I., Ratti, S., & Hermosura, J. (2021). *Dietetics: Introduction to the Health Workforce in Canada*. https://www.hhr-rhs.ca/images/Intro_to_the_Health_Workforce_in_Canada_Chapters/09_Dietetics.pdf
- Academy of Nutrition and Dietetics. (2022, november 30). *The Nutrition Care Process (NCP)*. <https://www.ncpro.org/nutrition-care-process>
- Academy of Nutrition and Dietetics. (2023). *Science-based nutrition and dietetics products and resources*. <https://www.eatrightstore.org/product-type>
- The Association of UK Dietitians. (2023). *Raising concerns*. <https://www.bda.uk.com/about-dietetics/what-is-dietitian/raising-concerns.html>
- Atkins et al., (2012). Canadian perspectives on the nutrition care process and international dietetics and nutrition terminology. *Dietitians of Canada*. <https://www.dietitians.ca/DietitiansOfCanada/media/Documents/Resources/Canadian-Perspectives-on-the-Nutrition-Care-Process-and-International-Dietetics-and-Nutrition-Terminology-Position-Paper.pdf?ext=.pdf>
- The Association of UK Dietitians. (2023). *Dietitian or nutritionist?* Vaadatud 09.08.2023, <https://www.bda.uk.com/about-dietetics/what-is-dietitian/dietitian-or-nutritionist.html>.
- Betz, N. E., Mintz, L., & Speakmon, G. (1994). Gender differences in the accuracy of self-reported weight. *Sex Roles*, 30(7), 543–552. <https://doi.org/10.1007/BF01420801>
- The British Dietetic Association. (2020). [Artikkel COVID-19 mõjude kohta dietoloogide seas]. <https://committees.parliament.uk/writtenevidence/11137/pdf/>
- The British Dietetic Association. (2011). *BDA Practice Supervision*. <https://www.bda.uk.com/uploads/assets/42fd0e92-7d14-4d59-856c8b83eb339007/practice-supervision-document.pdf>
- Blomhoff, R., Andersen, R., Arnesen, E. K., Christensen, J. J., Eneroth, H., Erkkola, M., Gudaviciene, I., Halldórsson, Þ. I., Høyer-Lund, A., Lemming, E. W., Meltzer, H. M., Pitsi, T., Siksna, I., Þórsdóttir, I., & Trolle, E. (2023). Nordic Nutrition Recommendations 2023. *Nordic Council of Ministers*. <https://doi.org/10.6027/nord2023-003>
- Brown, J., Clarke, C., Johnson Stokolossa, C., & Sievenpiper, J. (2022). *Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Medical Nutrition Therapy in Obesity Management*. Obesity Canada. <https://obesitycanada.ca/guidelines/nutrition/>
- Canadian Dietetic Practice. (2023). *Population and Public Health Dietetic Practice in Canada*. <https://dietitiansselfassessment.ca/explore/population-and-public-health.aspx>
- Canadian Institute for Health Information. (2021). *Health workforce in Canada: Overview*. <https://www.cihi.ca/en/health-workforce-in-canada-overview>

- Canadian Malnutrition Task Force. (2021, juuni 10). *Primary & Community Care*.
<https://nutritioncareincanada.ca/resources-and-tools/primary-community-care/overview>
- College of Dietitians of Ontario. (2017, august 8). *Nutrition Care Dietetic Practice in Canada*.
<https://dietitianselfassessment.ca/explore/nutrition-care.aspx>
- College of Dietitians of Ontario. (2023). *About us*. <https://www.collegeofdietitians.org/about-us.aspx>
- Contact Point for Cross-Border Healthcare. (2023, juuni 23). *Supervision of healthcare in Finland*. EU-healthcare.fi. <https://www.eu-healthcare.fi/healthcare-in-finland/healthcare-system-in-finland/supervision-of-healthcare-in-finland/>
- Craving Change Inc. (2023). *Craving Change Inc.* <https://www.cravingchange.ca/our-company/>
(vaadatud 21.08.2023)
- Dietitians of Canada. (2018a). *Dietitians in Primary Health Care: A Pan-Canadian Environmental Scan*. <https://www.dietitians.ca/DietitiansOfCanada/media/Documents/Resources/2018-Executive-Summary-Dietitians-in-Primary-Health-Care-A-Pan-Canadian-Environmental-Scan.pdf>
- Dietitians of Canada. (2018b). *The Dietitian Workforce in Ontario Primary Health Care Survey Report*. <https://www.dietitians.ca/DietitiansOfCanada/media/Documents/Resources/2018-Dietitian-Workforce-in-Ontario-PHC-Survey-Report.pdf>
- Dietitians of Canada. (2020, detsember 1). *What can I expect when I go and see a dietitian?*
<https://www.unlockfood.ca/en/Articles/About-Dietitians/What-can-I-expect-when-I-go-and-see-a-dietitian.aspx>
- Dietitians of Canada. (2023a). *What is PEN? PEN: Practice-based Evidence in Nutrition*. Salvestatud 18.03.2023, https://www.pennutrition.com/content/PEN_COMMUNITY_What_is_PEN
- Dietitians of Canada. (2023b). *Resource Library*. <https://www.dietitians.ca/Advocacy/Toolkits-and-Resources?Page=1>
- Eesti Haigekassa. (2018). *Eesti riskipõhise ravi juhtimise projekti juhend*.
<https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/perearstid/Riskipatsientide%20ravi%20juhtimise%20juhend.pdf>
- Eesti Haigekassa. (2023). *40–65-aastase täiskasvanu tervise jälgimise ja haiguste ennetamise juhend*. <https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/225/40-65-aastaste-taiskasvanute-tervise-jalgimise-ja-haiguste-ennetamise-juhend>
- Eesti Kliinilise Toitmise Selts. (2023). *Sertifitseerimine*. <https://www.estspen.ee/sertifitseerimine/>
- Eesti Massaaži- ja Teraapia Kool. (2023). *Toitumisspetsialisti eriala*.
<https://massaaz.ee/ru/toitumisspetsialisti-eriala/>
- Eesti Toitumishõustajate Ühendus. (2023). *Kutse andmine*. <https://www.toitumishouustajad.ee/kutse-andmine/>
- Elia, M. (2003). *The 'MUST' report. Nutritional screening of adults: a multidisciplinary responsibility*.
<https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must-report.pdf>
- The European Association for the Study of Obesity. (2023). *Obesity statistics*. Vaadatud 09.08.2023,
<https://easo.org/media-portal/statistics/>

- Fras, Z. (2015). *Country report Slovenia – June 2015*. <https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Subspecialty/EACPR/Country%20of%20the%20month/Documents/slovenia-country-of-the-month-full-report.pdf>
- Finnish Food Authority. (2021, august 2). *National Nutrition Council*. <https://www.ruokavirasto.fi/en/foodstuffs/healthy-diet/national-nutrition-council/>
- Global Resource for Nutrition Practice. (2023). Otsingu tulemus: <https://www.pennutrition.com/searchresult.aspx?terms=vegan>
- Glušková, N., Nelis, L., & Nurk, E. (2021). Eesti õpilaste kasvu seire: 2018/19. õppeaasta uuringu raport. *WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2021
- Government of Canada. (2021, detsember 3). *Health care in Canada: Access our universal health care system*. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/services/new-immigrants/new-life-canada/health-care/universal-system.html>
- Government of Canada. (2023, veebruar 21). *Canada's health care system*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>
- Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L., & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 9, 88. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-88>
- Health Canada. (2019). *Canada's dietary guidelines for health professionals and policy makers*. publications.gc.ca/pub?id=9.852216&sl=0
- Heinsalu, K. (2022). Üleskutse: märka haiguspuhust alatoitumust! *Meditsiiniuudised* <https://www.mu.ee/uudised/2022/11/09/uilekutse-marka-haiguspuhust-alatoitumust>
- Huda, T. M., Alam, A., Tahsina, T., Hasan, M. M., Khan, J., Rahman, M. M., Siddique, A. B., Arifeen, S. E., & Dibley, M. J. (2018). Mobile-Based Nutrition Counseling and Unconditional Cash Transfers for Improving Maternal and Child Nutrition in Bangladesh: Pilot Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(7), e156. <https://doi.org/10.2196/mhealth.8832>
- Hämmal, J. (2022). *Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile*. https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/2022-04/Arstiabi%20uuringu%20aruanne%202021_Q4_KantarEmor.pdf
- Hämmal, J., Karolin, A., Männik, S-L., Niit, R., Reinson, H., Rüütsalu, K. (2023). Meeste nõustamis- ja tervishoiuteenuste kasutamise uuring. <https://www.sm.ee/media/3347/download>
- Jantaratnotai, N., Mosikanon, K., Lee, Y., & McIntyre, R. S. (2017). The interface of depression and obesity. *Obesity research & clinical practice*, 11(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.07.003>
- Kalda, L., Pedjasaar, M., & Toomla, A. (2023). Palliatiivse ravi korraldus Euroopas fookusega vaimse tervise teenustele ja ettepanekud Eestile. Haap Consulting.
- Kalda, R., Roováli, L., Suija, K., Kiisk, E., Riismaa, A., Trankmann, S., Ilves, K., Nõmm, K., Urmann, H., Saar, P., & Raag, M. (2023). *Inimkeskse haiglaeelse erakorralise meditsiinilise abi analüüs*. <https://www.sm.ee/media/2851/download>

- Kondrup, J., Rasmussen, H. H., Hamberg, O., Stanga, Z., & Ad Hoc ESPEN Working Group (2003). Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 22(3), 321–336.
[https://doi.org/10.1016/s0261-5614\(02\)00214-5](https://doi.org/10.1016/s0261-5614(02)00214-5)
- Konsap, P. (2020). *Eesti perearstikeskuste toitumisealase nõustamise võimekus. Diplomitöö*. Tallinna Ülikooli Haapsalu kolledž.
- Köhler, K. (2016, november 24). *Ülekaalulisus ja rasvumine on suurimad terviseriskid*. Terviseinfo.
<https://www.terviseinfo.ee/et/blogi/4689-ulekaalulisus-ja-rasvumine-on-suurimad-terviseriskid>
- Leblanc, E. S., O'Connor, E., Whitlock, E. P., Patnode, C. D., & Kapka, T. (2011). Effectiveness of primary care-relevant treatments for obesity in adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, 155(7), 434–447.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-7-201110040-00006>
- LeBlanc, E. S., Patnode, C. D., Webber, E. M., Redmond, N., Rushkin, M., & O'Connor, E. A. (2018). 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*, 320(11), 1172–1191.
<https://doi.org/10.1001/jama.2018.7777>
- Llewellyn, A., Simmonds, M., Owen, C. G., & Woolacott, N. (2016). Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 17(1), 56–67.
<https://doi.org/10.1111/obr.12316>
- MantraCare. (2023). *Nutrition Counseling in Finland*. Vaadatud 09.08.2023,
<https://mantracare.org/finland/dietitian-nutritionist/>
- Mets, U., & Veldre, V. (2017). *Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: tervishoid*. SA Kutsekoda.
https://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2016/04/tervishoiu_uuringu_terviktekst.pdf
- MinnLearn. (2023). *The Finnish Health System*. Vaadatud 09.08.2023,
<https://courses.minnlearn.com/en/courses/rethinking-health/finland/the-finnish-health-system/>
- The National Institute of Public Health of the Republic of Slovenia. (2023). *When and where do preventive examinations take place?* Vaadatud 09.08.2023,
<https://www.skupajazdravje.si/en/preventive-examinations/when-and-where-do-preventive-examinations-take-place/>
- Noor, K. (2020, aprill 5). *Õdede puudus ei lahene iseenesest*. Eesti Õdede Liit.
<https://www.ena.ee/puudus/>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Slovenia: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Obesity Canada. (2020). *Clinical Practice Guidelines for Adults*.
<https://obesitycanada.ca/guidelines/chapters/>
- Obesity Canada. (2021, juuni 5). *5As Team. Improving obesity prevention and management in primary care*. <https://obesitycanada.ca/5as-team/>

- Partei, M. (2016). *Cost of Overweight and Obesity in Estonia. Master's Thesis. School of Economics and Business Administration. Faculty of Social Sciences. University of Tartu.*
- Pietinen, P., Männistö, S., Valsta, L. M., & Sarlio-Lähteenkorva, S. (2010). Nutrition policy in Finland. *Public health nutrition*, 13(6A), 901–906.
<https://doi.org/10.1017/S1368980010001072>
- Pitsi, T. (2018, juuli 1). *Teeme selgeks, kes on toitumisnõustaja ja kes toitumisterapeut ning mida nad teevad.* <https://omamaitse.delfi.ee/artikkel/82900889/teeme-selgeks-kes-on-toitumisnoustaja-ja-kes-toitumisterapeut-ning-mida-nad-teevad>
- Pitsi, T., Zilmer, M., Vaask, S., Ehala-Aleksejev, K., Kuu, S., Lõhmus, K., Maser, M., Nurk, E., Lindsaar, M., Sooba, E., Sammel, A., Raukas, R., Parts, L., Villa, I., Radin, M., Liebert, T., Einberg, Ü., Simm-Pärle, P., Lamp, H., ... Potisepp, S. (2017). *Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, 2017.
- Primary Care Dietitians Association. (2022). *PCDA's public library.*
<https://www.primarycaredietitianassociation.org/resources>
- Pöld M., Lepp H-L., Uibo O., Juus E., Oad S, Reinson K., Lember M., Saarsalu S, Kiiwet R-A., Jürisson M. (2022). *Suukaudse toitmisravi efektiivsus, kulud ja korraldus*. Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut. <https://www.estspen.ee/wp-content/uploads/2022/11/TTH54Toitmisravi.pdf>
- Raulio, S., Roos, E., & Prättälä, R. (2010). School and workplace meals promote healthy food habits. *Public health nutrition*, 13(6A), 987–992. <https://doi.org/10.1017/S1368980010001199>
- Ravijuhendite nõukoda. (2019). *Ülekaalulise või rasvunud patsiendi käsitus esmatasandil. RJ-E/34.1-2019.*
- Reile, R., & Veideman, T. (2023). *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2022*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, 2023.
- SA Kutsekoda. (2023a). *Kutsestandardid: Toitumisnõustaja, tase 5.*
<https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10731012>
- SA Kutsekoda. (2023b). *Kutsestandardid: Toitumisterapeut, tase 6.*
<https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10731523>
- Sensus. (2023). *Oktoobrist alustab söömisprobleemide grupiteraapia*. Vaadatud 15.08.2023,
<https://www.sensus.ee/oktoobrist-alustab-soomisprobleemide-grupiteraapia>
- Sepp, V., Humal, K., Saar, P., Kivi, L., Puolokainen, T., Themmas, E., Espenberg, K., Rätsep, A., Ingerainen, D., Kalda, R., Loodla, K., Aksen, M., Lees, K., Vahaste-Pruul, S., Ristmäe, M., Varblane, U. (2015). *Uuring esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine*. Tartu: Tartu Ülikool.
- Sievenpiper, J. L., Chan, C. B., Dworatzek, P. D., Freeze, C., & Williams, S. L. (2018). Nutrition Therapy. *Canadian Journal of Diabetes*, 42(Supplement 1), S64–S79.
<https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.009>
- Soome Kliiniliste ja Rahvatervise Toitumisspetsialistide Ühing. (2023). <https://rty.fi/lisatietoa-jasenista/> (külastatud 21.08.2023)

- Sotsiaalministeerium. (2023). *Toitumise ja liikumise roheline raamat*. <https://www.sm.ee/toitumise-ja-liikumise-roheline-raamat>
- Swan, W. I., Vivanti, A., Hakel-Smith, N. A., Hotson, B., Orrevall, Y., Trostler, N., Howarter, K. B., & Papoutsakis, C. (2017). Nutrition care process and model update: Toward realizing people-centered care and outcomes management. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(12), 2003–2014. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.07.015>
- Tartu Tervishoiu Kõrgkool. (2023). *Toitumise baaskoolitus I*. <https://koolitused.nooruse.ee/et/koolitused/koolitused/register/419>
- Tervise Arengu Instituut. (2023). *Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine*. https://tai.ee/sites/default/files/2021-11/Alkoholi_liigtarvitamise_varajane_avastamine_EST.pdf
- Tervise Arengu Instituut. (2022a, juuli 6). *Kui palju on Eestis tervishoiutöötajaid?* <https://www.tai.ee/et/uudised/kui-palju-eestis-tervishoiutootajaid>
- Tervise Arengu Instituut. (2022b). *Maakondade jaotumine*. https://www.terviseinfo.ee/images/Maakondade_jaotumine_-_v%C3%B5rdlustabel.pdf
- Tervise Arengu Instituut. (2023a). *Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring* (HBSC uuring). Tabel KU32: Kehamassiindeksi kategooriad soo ja vanuserühma järgi. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_05Uuringud_03HBSC_03Kehalene_aktiivsus/KU32.px/table/tableViewLayout2/
- Tervise Arengu Instituut. (2023b). *Rahvastiku tervise aastaraamat 2023. Eesti rahvastiku tervise ja selle mõjurite muutused 2000–2022*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, 2023.
- Terviseinfo. (2023). *Riiklik poliitika*. <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/toitumine/riiklik-poliitika>
- Töötukassa. (2023). *Koostöövõimalused koolitajatele*. <https://www.tootukassa.ee/et/teenused/partneritele/koostoovoimalused-koolitajatele>
- Vabariigi Valitsus. (2023). *Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu*. <https://www.riiqiteataja.ee/akt/104042023010>
- Valente, A., Jesus, J., Breda, J., Dinis, A., Correia, A., Godinho, J., Oliveira, T., & Garagarza, C. (2022). Dietary Advice in Hemodialysis Patients: Impact of a Telehealth Approach During the COVID-19 Pandemic. *Journal of renal nutrition : the official journal of the Council on Renal Nutrition of the National Kidney Foundation*, 32(3), 319–325. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2021.04.002>
- Vasiloglou, M. F., Fletcher, J., & Poulia, K. A. (2019). Challenges and Perspectives in Nutritional Counselling and Nursing: A Narrative Review. *Journal of clinical medicine*, 8(9), 1489. <https://doi.org/10.3390/jcm8091489>
- Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J.-M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C. H., Desormais, I., Di Angelantonio, E., Franco, O. H., Halvorsen, S., Hobbs, F. D. R., ... Hollander, M. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42 (34). <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>

- Väättäinen, S., Soini, E. J., Arvonen, S., Suojanen, L., & Pietiläinen, K. (2019). Potential direct secondary care cost benefits of HealthyWeightHub - Virtual Hospital 2.0 digital lifestyle intervention. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 11(4), 342–356. <https://doi.org/10.23996/fjhw.82457>
- Wadden, T. A., Volger, S., Sarwer, D. B., Vetter, M. L., Tsai, A. G., Berkowitz, R. I., Kumanyika, S., Schmitz, K. H., Diewald, L. K., Barg, R., Chittams, J., & Moore, R. H. (2011). A two-year randomized trial of obesity treatment in primary care practice. *The New England journal of medicine*, 365(21), 1969–1979. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1109220>
- Whatnall, M. C., Patterson, A. J., Ashton, L. M., & Hutchesson, M. J. (2018). Effectiveness of brief nutrition interventions on dietary behaviours in adults: A systematic review. *Appetite*, 120, 335–347. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.09.017>
- World Health Organization. (2010, mai 6). *A healthy lifestyle - WHO recommendations*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>
- World Health Organization. (2011, november 2). *Diabetes*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/diabetes>
- World Health Organization. (2015, september 21). *Noncommunicable diseases progress monitor 2015*. Geneva: WHO; 2015.
- World Health Organization. (2021, juuni 9). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Health Organization. (2022, september 16). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2016). *Integrating diet, physical activity and weight management services into primary care*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344017>
- World Health Organization. (2023). *Social determinants of health*. Vaadatud 09.08.2023, https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- Wynn, K., Trudeau, J. D., Taunton, K., Gowans, M., & Scott, I. (2010). Nutrition in primary care: Current practices, attitudes, and barriers. *Canadian family physician*, 56(3), e109–e116.
- Yan, A. F., Zhang, G., Wang, M. Q., Stoesen, C. A., & Harris, B. M. (2009). Weight perception and weight control practice in a multiethnic sample of US adolescents. *Southern medical journal*, 102(4), 354–360. <https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e318198720b>
- Zakotnik, J. M., Fras, Z., & Kragelj, L. Z. (2007). The WHO Countrywide Integrated Non-communicable Diseases Intervention (CINDI) programme in Slovenia. *Health Promotion And Disease Prevention*, 204-219. <https://doi.org/10.2390/biecoll-mhpc4-1.9.4>

9. Lisad

9.1 Lisa 1 intervjueeritud ekspertide nimekiri

Nimi	Ametinimetus	Organisatsioon
Tagli Pitsi	Toitumise ja liikumise osakonna ekspert	Tervise Arengu Instituut
Haïdi Kanamäe	Toitumise ja liikumise valdkonna juht	Tervise Arengu Instituut
Siret Saarsalu	Toitumisterapeut, tegevjuht	Nutrilligent OÜ
Liina Viiret	Tervisejuhi õppekava kuraator ja õpetaja	TLÜ Haapsalu kolledž
Küllli Friedeman	esmatasandi teenuste osakonna juht	Tervisekassa
Liis Kruus	Haiguste ennetuse ja tervisedenduse portfelli juht	Tervisekassa
Hanna-Liis Lepp*	Liige, toitmisravi vanemarst-osakonna juhataja Põhja-Eesti Regionaalhaiglas	Eesti Kliinilise Toitumise Selts
Siiri Oad*	Liige, toitmisraviteenuste juhtivspetsialist Põhja-Eesti Regionaalhaigla	Eesti Kliinilise Toitumise Selts
Ursula Schwab	Professor (nutrition therapy)	University of Eastern Finland
Helary Lainjärv	Töötervishoiuarst	Medihub OÜ
Jennifer Brown, , MSc., RD, CBE	Coordinator	Canadian Obesity Advocacy Network (COAN)
Mr. Rok Poličnik*	Public Health Nutritionist	NIJZ National Institute of Public Health in Slovenia
Ms. Andrea Backović Juričan*	National Health Promotor	NIJZ National Institute of Public Health in Slovenia
Mr. Rade Pribaković Brinovec*	Head of Department	NIJZ National Institute of Public Health in Slovenia

*paarisintervjuu formaat

9.2 Lisa 2: elanikkonna kvantitatiivse ankeeti

A. Sotsiaaldemograafiline taust I

A1. Kas Te olete?

1. mees
2. naine
3. muu

A2. Kui vana Te olete? (VAHEMIK 16-64 aastat)

Palun kirjutage:

A3. Kas Te elate...?

1. Tallinnas
2. Tartu linnas (linnalises asustusüksuses)
3. Tartu linnas (alevikus, külas)
4. Pärnu linnas (linnalises asustusüksuses)
5. Pärnu linnas (alevis, alevikus, külas)
6. Narvas
7. Kohtla-Järvel
8. Muus linnas/alevis
9. Maa-asulas (alevikus, külas)

KUI MUU LINN VÕI MAA-ASULA, SIIS KÜSI:

A4. Mis maakonnas Te elate?

1. Harjumaa
2. Hiiumaa
3. Ida-Virumaa
4. Jõgevamaa
5. Järvamaa
6. Läänemaa
7. Lääne-Virumaa
8. Põlvamaa
9. Pärnumaa
10. Raplamaa
11. Saaremaa
12. Tartumaa
13. Valgamaa
14. Viljandimaa
15. Võrumaa

A5. Mis on Teie rahvus?

1. eestlane
2. venelane
3. muu rahvus

A7. Mitu kuni 18-aastast (kaasa arvatud) last Teil on? Arvestage siia nii bioloogilised kui kasulapsed.

Kirjutage: _____

Ei ole ühtegi last vanuses 0-18 aastat

B. Tervis ja kehakaal

Järgnevalt küsime Teie üldise tervise ja füüsilise tervise näitajate kohta.

B1. Kuidas Te hindate oma tervist käesoleval ajal? Mõelge oma tervisele kõige üldisemalt ja ärge arvestage ajutisi terviseprobleeme

1. hea
2. üsna hea
3. keskmine
4. üsna halb
5. halb

B2. Kui pikk Te olete (ilma jalanõudeta)? Arvestage sentimeetrites

1. mõõdetud tulemuscm
2. ei olegi mõõdetud või ei mäleta täpselt, arvan, et umbes ...cm
3. ei oska üldse öelda

B3. Kui palju Te kaalute (ilma riieteta)? Arvestage kilodes

naiste puhul täpsustus: Kui ootate hetkel last, siis palun kirjutage raseduseelne kaal

1. kaalutud viimase aasta jooksul ...kg
2. kaalutud rohkem kui aasta tagasi või arvan, et kaalun umbes ...kg
3. ei oska üldse öelda

B4. Mis iseloomustab Teie suhtumist Teie kaalunumbrisse enim. Arvan, et... ÜKS VASTUS

1. olen alakaaluline, sooviksin juurde võtta
2. olen alakaaluline ja ei soovi midagi muuta
3. olen normaalkaaluline, sooviksin (veidi) alla võtta
4. olen normaalkaalus, sooviksin kaaluda (veidi) enam
5. olen normaalkaaluline ja ei soovi kaalu muuta
6. olen ülekaaluline, sooviksin alla võtta
7. olen ülekaaluline ja ei soovi midagi muuta
8. olen rasvunud (ehk tugevalt ülekaaluline), sooviksin alla võtta
9. olen rasvunud ja ei soovi midagi muuta

Palun hinnake, kui palju Teie arvates mõjutavad Teie tervist...? RANDOMISEERIDA

VÄITEID

		Väga palju	Pigem palju	Pigem vähe	Väga vähe	Üldse mitte	Ei oska öelda
B5.	Teie toitumisharjumused	5	4	3	2	1	0
B6.	Teie liikumisharjumused	5	4	3	2	1	0
B7.	Pärilikkus	5	4	3	2	1	0
B8.	Arstiabi	5	4	3	2	1	0

C. Tervislik toitumine ja toitumisnõustamine

Nüüd küsime Teie toitumisharjumuste kohta.

C1. Kui teadlikuks Te peate ennast tervislikku toitumist puudutavatel teemadel?

1. Väga teadlikuks
2. Pigem teadlikuks
3. Pigem mitteteadlikuks
4. Täiesti mitteteadlikuks
5. Ei oska öelda

C2. Kellest või millest lähtuvalt on kujunenud Teie praegused toitumisharjumused? Valige kõik Teie kohta käivad variandid.

1. Lapsepõlvkodust saadud harjumused

2. Abikaasa, elukaaslase või laste mõjutused
3. Arstilt või mõnelt muult tervishoiutöötajalt saadud info
4. Treenerilt saadud info
5. Sõbralt saadud info
6. Olen ise otsinud infot internetist, sh foorumitest ja sotsiaalmeediast
7. Olen lugenud toitumisalaseid raamatuid
8. Olen lugenud toitumisalaseid artikleid, voldikuid
9. Olen konsulteerinud toitumisinõustajaga
10. Olen kasutanud toitumist puudutavaid äppe
11. Olen tellinud isikliku toitumiskava
12. Olen kasutanud mõnda vabalt kättesaadavat toitumiskava
13. Mõjutanud on toit, mis on mulle väljas söömas käies, tööl või koolis kättesaadav
14. Midagi muud, täpsustage
15. Ei oska öelda

C3. Kuidas Te kirjeldaksite oma igapäevast toidumenüüd?

1. Söön (peaaegu) kõiki nii loomset kui taimset päritolu toite v.a neid toite, mis ei maitse või mis tekitavad vaevusi (allergilist reaktsiooni, puhitust, kõhuvalu vm) (segatoiduline)
2. Söön nii taimset kui loomset päritolu toitu, aga ei söö liha ühel või mitmel päeval nädalas (fleksitaarlane)
3. Söön lisaks taimsele toidule ka piimatooteid, muna ja/või kala/mereande, aga mitte liha (peskataarlane)
4. Söön lisaks taimsele toidule mune ja/või piimatooteid, kuid olen välistanud liha ja kala/mereannid (lakto-ovo-vegetaarlane)
5. Söön ainult taimset toitu ja ei tarbi mingeid loomset päritolu tooteid (vegan)
6. Söön suures osas loomset päritolu toitu, mida kombineerin köögiviljade ja salatitega; ei söö või söön vähe teraviljatooteid
7. Muu, palun täpsustage
8. Ei oska vastata

C4. Kas Teil on diagnoositud toidutalumus või toiduallergia? 2-5 ON MULTI

1. Ei
2. Jah, gluteenitalumus
3. Jah, laktoositalumus
4. Jah, toidust põhjustatud allergia
5. Jah, midagi muud, soovi korral täpsustage

C5. Kas Teil on viimase 3 aasta jooksul olnud vajadus või oleks praegu vajadus täpsemate toitumisalaste juhiste või toitumisinõustamise järele (tingituna nt üle- või alakaalust, kõrgenenud kolesteroolitasemest või veresuhkrust, toiduallergiast, taimetoitlusest vm). See ei tähenda automaatselt, et olete ka nõustamisel käinud. MITU VASTUST 1-5

1. Jah, minu enda arvates
2. Jah, perearsti või pereõe arvates
3. Jah, muu tervishoiutöötaja arvates
4. Jah, toitumisinõustaja või treeneri arvates
5. Jah, sõbra, tuttava, pereliikme vm arvates
6. Ei ole (olnud) sellist vajadust

KUI C5=VÄHEMALT ÜKS JAH 1-5:

C6. Mis põhjusel või põhjustel Te vajaksite või olete vajanud toitumisalaseid juhiseid või toitumisinõustamist? MITU VASTUST VÕIMALIK

1. Kaalu langetamine
2. Kaalu tõstmine
3. Kõrgenenud vererõhk, vere kolesterooli- või suhkrutase
4. Taimetoitlus, veganlus
5. Toiduallergiad, toidutalumatused, diabeet vm tervisest tulenevad toitumise piirangud ja erisused
6. Üldise enesetunde, energiataseme, elukvaliteedi parandamine
7. Muu põhjus, palun täpsustage...

VASTAVAD KÕIK

C7. Kas Te olete viimase 3 aasta jooksul tegelenud või tegelete praegu oma toitumisharjumuste muutmisega (tingituna nt üle- või alakaalust, kõrgenenud kolesteroolitasemest või veresuhkrust, toiduallergiast, taimetoitlusest vm)?

1. Jah, korra
2. Jah, korduvalt
3. Ei

KUI ON TEGELENUD TOITUMISHARJUMUSTE MUUTMISEGA, C7=1 VÕI 2 EHK JAH

C8. Kas Te jõudsite toitumisharjumuste muutmise käigus püsivate tulemusteni (kaal muutus soovitud suunas, tervisenäitajad paranesid, menüü on tasakaalustatud vm)? Kui olete seda 3 aasta jooksul teinud korduvalt, siis mõelge viimasele korrale.

1. Jõudsin püsivate tulemusteni
2. Jõudsin tulemusteni, aga ajutiselt
3. Ei
4. Vara veel hinnata

VASTAVAD KÕIK

C9. Mis võiks Teid takistada oma toitumisharjumusi tervislikumaks muutmast?

1. Mul pole vaja oma toitumisharjumusi muuta
2. Juba tegelen oma toitumisharjumuste muutmisega
3. Mul pole motivatsiooni oma toitumisharjumusi muuta, kuigi oleks vaja
4. Mul pole püsivust harjumusi muuta või uusi harjumusi hoida
5. Mul pole selleks piisavalt teadmisi ja oskusi (nt. toidu valmistamiseks)
6. Mul pole selleks pere või kaaslaste (piisavat) tuge
7. Mul pole selleks (piisavalt) professionaalset tuge (toitumisinõustaja, arsti vmt)
8. See nõuab liigseid rahalisi väljaminekuid
9. See nõuab minult liialt aega
10. Minu elusündmused ei luba seda praegu ette võtta
11. Mingi muu takistus, täpsustage

C10. Sõltumata sellest, kas Te olete oma toitumisharjumuste muutmisega tegelenud või mitte, palun hinnake järgmist väidet 7 pallisel skaalal, kus 7 on „väga lihtne“ ja 1 on „väga keeruline“: minu jaoks on/oleks oma toitumisharjumuste muutmise tervislikumaks...

- 1- Väga keeruline-----7- väga lihtne

C11. Mida järgnevatest Te olete kasutanud, et kehakaalu langetamise, tõstmise või toitumise korrigeerimise kohta infot saada või tulemuseni jõuda? Märkige kõik Teie kohta kehtivad variandid.

1. Otsinud infot internetist, sh foorumitest
2. Lugenud toitumisalaseid raamatuid
3. Lugenud toitumisalaseid artikleid, voldikuid
4. Pidanud ranget dieeti (nt ketodieet, paleodieet, Atkinsi dieet vm), paastunud, kasutanud vahelduvpaastumist vm
5. Tellinud endale toitumiskava
6. Kasutanud mõnd vabalt kättesaadavat toitumiskava
7. Kasutanud mingit toitumise järgimist võimaldavat äppi (Elisa, MyFitnessPal vm)
8. Kasutanud toitumise jälgimiseks ja analüüsimiseks NutriData toitumisprogrammi
9. Küsinud toitumisalast nõu tervishoiutöötajalt
10. Käinud toitumishõustamisel toitumishõustaja või -terapeudi juures
11. Saanud toitumisalast nõu treenerilt
12. Midagi muud, palun täpsustage
13. Ei ole midagi kasutanud või teinud

KUI VASTAJAL ON KUNI 18 AASTASI (K.A) LAPSI

C12. Kas Teie lapsel on viimase 3 aasta jooksul olnud vajadus või oleks praegu vajadus täpsemate toitumisalaste juhiste või toitumishõustamise järele (tingituna nt üle- või alakaalust, kõrgeenenud kolesteroolitasemest või veresuhkrust, toiduallergiast, taimetoitlusest vm). See ei tähenda automaatselt, et ta on ka nõustamisel käinud. Kui Teil on mitu sobivat vanuses last, kes vajavad/vajasid toitumisalaseid juhiseid, siis mõelge noorimale neist. MITU VASTUST

1. Jah, minu arvates
2. Jah, perearsti või -õe arvates
3. Jah, muu tervishoiutöötaja arvates
4. Jah, toitumishõustaja või treeneri arvates
5. Jah, sõbra, tuttava, pereliikme vm arvates
6. Lapsel ei ole (olnud) sellist vajadust
7. Ei oska öelda

KUI C12=1-5 EHK ON VAJADUS TOITUMISHÕUSTAMISE JÄRELE

C13. Mis põhjusel või põhjustel Teie laps vajaks või on vajanud toitumisalaseid juhiseid või toitumishõustamist MITU VASTUST VÕIMALIK

1. Kaalu langetamine
2. Kaalu tõstmine
3. Vitamiinide või mineraalide puudus või selle tagajärjel kujunenud seisundid (nt rauavaegusaneemia)
4. Kõrgeenenud vererõhk, vere kolesterooli- või suhkrutase
5. Taimetoitlus, veganlus
6. Toiduallergiad, toidutalumatused, diabeet vm tervisest tulenevad toitumise piirangud ja erisused
7. Üldise enesetunde, energiataseme, elukvaliteedi parandamine
8. Muu, palun täpsustage...

C14. Kas Te olete viimase kolme aasta jooksul käinud mõne tervishoiutöötaja vastuvõtul (nt perearst, pereõde, töötervishoiuarst, naistearst, meestearst, muu eriarst, ämmaemand või keegi teine) enda tervise tõttu?

1. Jah
2. Ei

KUI C14=KUI JAH

C15. Nüüd küsime Teie kogemuste kohta perearsti, pereõe, töötervishoiuarsti vm tervishoiutöötajaga. Palun mõelge tagasi viimasele kolmele aastale ning märkige, kas Te puutusite järgnevaga kokku või mitte. Skaala: jah, ei, ei mäleta

KEHAKAAL

1. olen käinud tervishoiutöötaja vastuvõtul, mind on kaalutud
2. mulle on öeldud, et olen ülekaaluline või et peaksin (veidi) kaalu langetama
3. mulle on öeldud, et olen alakaaluline või et peaksin (veidi) kaalus juurde võtma
4. mulle ei ole seoses kaaluga tehtud ühtegi märkust või antud soovitusi kaalu langetamiseks-tõstmiseks

TOITUMISALANE NÕUSTAMINE

5. mulle esitati küsimusi minu toitumise kohta
6. mulle anti mõningaid toitumisalaseid soovitusi seoses üle- või alakaaluga
7. mulle anti mõningaid toitumisalaseid soovitusi seoses mõne analüüsitud näitaja mittevastavusega normile või anti infoleht või mõni internetilehekülje link vm, kust ise vastavat infot leida (analüüsitud näitajad on näiteks vererõhk, kolesteroolitase, veresuhkrutase, vitamiinide või mineraalide tase jne)
8. mulle anti mõningaid toitumisalaseid soovitusi seoses mõne haiguse või haigusliku seisundiga (nt diabeet) või lähtuvalt minu toitumisest (nt olen vegan) või anti infoleht, mõni internetilehekülje link vm, kust ise vastavat infot leida
9. mulle anti põhjalikku toitumisalast nõu
10. mind suunati edasi toitumisenõustamisele

KUI SAI TOITUMISALAST NÕU VÕI SUUNATI NÕUSTAMISELE, C15= 9-10

C16. Kes andis Teile toitumisalast nõu või viis läbi toitumisenõustamist? MULTI

1. Perearst
2. Pereõde
3. Töötervishoiuarst
4. Naistearst
5. Ämmaemand
6. Meestearst (androloog, uroloog)
7. Muu eriarst
8. Perearstikeskuses töötav toitumisenõustaja või -terapeut
9. Väljaspool perearstikeskust töötav toitumisenõustaja või -terapeut
10. Keegi teine, täpsustage
11. Mind küll suunati toitumisenõustamisele, kuid ma ei läinud sinna

KUI KÄIS TOITUMISENÕUSTAMISEL, C15= 10 JA C16≠11

C17. Mitu korda Te toitumisenõustamisel käisite?

1. 1 -2 korda
2. 3-5 korda

3. Üle 5 korra

C18. Kas toitumisnõustamisele eelnes Teie toitumisharjumuste väljaselgitamine: nt täitsite toidupäevikut või esitati Teile küsimusi Teie toitumise kohta?

1. Jah
2. Ei
3. Ei mäleta

KUI SAI TOITUMISALAST NÕU VÕI SUUNATI NÕUSTAMISELE, C15= 9-10 JA C16#11

C19. Kuidas Te end tundsite, kui arst, muu tervishoiutöötaja või toitumisnõustaja Teiega Teie toitumisest ja/või kehakaalust rääkis?

1. Väga mugavalt
2. Pigem mugavalt
3. Pigem ebamugavalt
4. Väga ebamugavalt
5. Ei oska öelda

KUI KÄIS TOITUMISNÕUSTAMISEL, C15= 10 JA C16#11

C20. Kuidas Te hindate toitumisnõustamisel saadud nõuandeid?

1. Sain toitumisnõustamisel asjalikke nõuandeid ning piisavalt soovitusi ja tuge nende rakendamiseks
2. Sain küll häid nõuandeid, aga mitte piisavalt soovitusi ja tuge nende rakendamiseks
3. Sain toitumisnõustamiselt ebarealistlikke, ebausaldusväärseid või korraga liiga palju nõuandeid
4. Ei oska hinnata

C221. Kuidas toitumisnõustamine mõjutas Teie toitumisharjumusi, kui üldse?

1. Toitumisnõustamise järgselt ei muutnud ma oma toitumises (peaaegu) mitte midagi
2. Suutsin oma toitumisharjumusi muuta ajutiselt
3. Toitumisnõustamisest oli kasu mu toitumisharjumuste muutmiseks pikaajaliselt
4. Vara veel hinnata

C22. Kas Te saite toitumisnõustamise tagajärjel abi või leevendust probleemile, mille pärast Teid sinna suunati?

1. Jah
2. Ei
3. Vara veel hinnata

KUI EI LÄINUD TOITUMISNÕUSTAMISELE, KUHU SUUNATI, C16=10

C23. Mis põhjustel Te ei läinud toitumisnõustamisele, kuhu Teid suunati? RANDOMISEERIDA VARIANTE 3-15

1. ma ei tahtnud oma toitumisega tegeleda
2. mul ei ole vaja oma toitumisega tegeleda
3. arvasin, et saan ise hakkama / sain ise hakkama
4. mul polnud aega
5. ebasobivad vastuvõtuajad
6. nõustaja asub kaugel, pole transporti
7. pikk ootejärjekord

8. teenuse kõrge hind
9. ei teadnud, kelle poole pöörduda
10. ei uskunud, et nõustaja saab mind aidata
11. kartsin, et mulle öeldakse halvasti või antakse hinnanguid
12. ei soovinud oma toitumist nõustajaga arutada
13. piinlikkus- või ebamugavustunne
14. teadmatus selle ees, mida nõustaja teeb
15. ma ei suuda nagunii oma toitumisharjumusi (pikaajaliselt) muuta
16. sain abi mujalt; Palun täpsustage, kellelt ja millist
17. muu oluline takistus, täpsustage ei oska öelda

D. Toitumisenõustamine perearsti juures

Järgnevalt küsimused toitumisenõustamise kohta üldisemalt.

VASTAVAD KÕIK

D1. Kui kättesaadav on Teie hinnangul Eestis toitumisenõustamine?

1. Väga hästi kättesaadav
2. Pigem hästi kättesaadav
3. Pigem halvasti kättesaadav
4. Väga halvasti kättesaadav
5. Ei oska öelda

D2. Kus võiks Teie meelest ennekõike aset leida toitumisenõustamine neile inimestele, kes seda vajavad (tingituna nt üle- või alakaalust, kõrge kolesteroolitasemest või veresuhkrust, toiduallergiast, taimetoitlusest vm)? Palun valige kuni kaks varianti. RANDOMISEERIDA VARIANTE

1. Perearsti juures või perearstikeskuses
2. Toitumisenõustaja või -terapeudi kabinetis väljaspool perearstikeskust
3. Avalikus kohas, kuhu on mugav minna (apteek, kohvik, raamatukogu, kaubanduskeskus vmt)
4. Spordikeskuses, treeningisaalis
5. Internetis
6. Ei oska öelda

D3. Juhul, kui Teil endal oleks vaja muuta oma toitumisharjumusi (tingituna nt üle- või alakaalust, kõrge kolesteroolitasemest või veresuhkrust, toiduallergiast, taimetoitlusest vm), siis kelle poole Te selleks ennekõike pöörduksite? Palun valige kuni 2 varianti

1. Toitumisalase täiendõppe saanud perearst
2. Toitumisalase täiendõppe saanud pereõde
3. (Pere)arstikeskuses töötav toitumisenõustaja või -terapeut
4. Väljaspool (pere)arstikeskust töötav toitumisenõustaja või -terapeut
5. Kutseline treener
6. Pereliige, sõber või tuttav
7. Keegi teine, palun täpsustage
8. Võiksin seda arutada ükskõik kellega
9. Ei vaja kellegi nõu, tegelen vajadusel ise

Kuivõrd Te oleksite valmis arutama oma toitumisharjumusi iga järgneva inimesega, kui nad ise Teie toitumisharjumuste kohta küsiks ja sooviks Teile nõu pakkuda? RANDOMISEERIDA VÄITEID

		Kindlasti valmis	Pigem valmis	Pigem ei ole valmis	Üldse ei ole valmis	Ei oska öelda
D4.	Perearst	5	4	3	2	1
D5.	Pereõde	5	4	3	2	1
D6.	Perearsti(keskuse) juures töötav toitumiseõhustaja	5	4	3	2	1

D7. Mis võib Teid võib takistada oma toitumisharjumusi perearsti, pereõde või perearsti juures töötava toitumiseõhustajaga arutamast? Valige kõik sobivad põhjused.

1. ma ei taha oma toitumisega tegeleda
2. mul ei ole vaja oma toitumisega tegeleda
3. saan ise hakkama
4. mul pole aega
5. ebasobivad vastuvõtuajad
6. arst, õde, nõustaja asub kaugel, pole transporti
7. pikk ootejärjekord
8. teenuse kõrge hind
9. ei usu, et ta saab mind aidata
10. kardan, et arst, õde või nõustaja ütleb mulle halvasti või annab hinnanguid
11. ei soovi oma toitumist temaga arutada
12. piinlikkus- või ebamugavustunne
13. teadmatus selle ees, mida arst, õde või nõustaja teeb
14. ma ei suuda nagunii oma toitumisharjumusi (pikaajaliselt) muuta
15. otsiksin nõu mujalt; palun täpsustage, kellelt ja millist
16. muu oluline takistus, täpsustage
17. ei oska öelda

D8. Mis Teid motiveeriks oma toitumisharjumustega tegelema või toitumiseõhustamisele minema? Valige kõik sobivad.

1. Soov kaalu langetada
2. Soov kaalu tõsta
3. Soov õppida tasakaalustatult toituma (saama toidust kõiki vajalikke toitaineid)
4. Soov ennetada haigusi
5. Vajadus parandada teatud tervisenäitajaid (nt vererõhk vmt)
6. Vajadus vähendada toiduallergiaid või toidutalumatust või neist hoolimata tasakaalustatult süüa
7. Soov õppida rakendama teadmisi tervislikust toitumisest igapäevaelus
8. Soov õppida oma toitumises tehtud muudatustest kinni pidama
9. Soov tunda end paremini, energilisemalt
10. Soov toetada toitumisega oma elustiili (nt teatud sportimisharjumusi vmt)
11. Muu, täpsustage
12. Mitte miski, teema ei paku huvi

D9. Kuidas Te suhtute sellesse, kui toitumiseõhustamist hakatakse pakkuma Teie perearsti juures või perearstikeskuses?

1. Väga hästi
2. Pigem hästi
3. Pigem halvasti
4. Väga halvasti
5. Ei oska öelda

D10. Kuidas võiks toitumisnõustamine perearsti juures või perearstikeskuses toimuda? Valige eelistatud variandid. Kuni 3 vastust. 1 ja 2 VÄLISTAVAD ÜKSTEIST

1. Individuaalne kohtumine paaril korral, et saada esmaseid nõuandeid
2. Regulaarsed individuaalsed kohtumised või suhtlus selleks, et saada põhjalikke soovitusi ning toetada uute harjumuste kujunemise protsessi
3. Soovituste kõrvale soovin pigem konkreetseid ja vajadusel individuaalseid juhendeid (nt personaalne menüü, retseptid jmt)
4. Grupinõustamine kas silmast-silma kohtudes või veebis
5. Tervisliku toitumise loengukursused grupis
6. Kombineeritud nõustamine: osaliselt individuaalne ja osaliselt grupis
7. Mul ei ole vahet, kuidas see toimub
8. Ei oska öelda

D11. Kas Te oleksite valmis kasutama toitumisnõustamise protsessis digitaalseid vahendeid kui arst või nõustaja neid Teile soovitaks ja õpetaks kasutama? Peame siin silmas näiteks virtuaalse toitumis- ja kaalupäeviku kasutamist, toitute kaloraaži arvutavaid äppe vmt.

1. Kindlasti oleksin
2. Pigem oleksin
3. Pigem ei oleks
4. Kindlasti ei oleks
5. Olen juba digitaalseid vahendeid, äppe toitumisharjumuste muutmiseks kasutanud
6. Ei oska öelda

D12. Millised on Teie kõhklused seoses toitumisnõustamise protsessiga?

1. teenus on kallid,
2. nõustaja ei paku piisavalt tuge,
3. ei arvestata minu võimalustega toidule kulutada,
4. mulle öeldakse halvasti või antakse hinnanguid
5. mul on häbi enda toitumisest rääkida
6. arst/nõustaja ei mõista mu toitumispõhimõtteid
7. saadavad nõuanded pole minu elustiili puhul rakendatavad või realistlikud
8. ma ei suuda/ei oska niimoodi toituda nagu vaja
9. ma ei suuda nangunii nõuandeid pikaajaliselt rakendada
10. Muu, soovi korral täpsustage
11. Ei ole kõhklusi

D13. Kui palju Teie arvates oma toitumisharjumuste muutmisel sõltub Teist endast ja kui palju nõustajast? KASUTADA LIUGURIT, MIDA SAAB TÕMMATA NII, ET MÄÄRAB ÄRA, MITU PROTSENTI SÕLTUB ÜHEST JA MITU TEISEST

Sõltub minust endast-----Sõltub nõustajast

D14. Kui Teil oleks enda hinnangul tõsine vajadus toitumisharjumusi muuta, kui palju Te oleksite nõus toitumisnõustajale umbes 1 tund kestva vastuvõtu eest ise maksma?

1. Ei ole üldse nõus maksma
2. Kuni 5 eurot
3. 5-10 eurot
4. 11 – 20 eurot
5. 21 – 30 eurot
6. 31 – 40 eurot
7. 41 – 50 eurot

8. 51 – 60 eurot
9. 61 - 70 eurot
10. 71-100 eurot
11. Üle 100 euro
12. EI OSKA ÖELDA

D15. Kujutage ette, et Teile pakutakse toitumisnõustamist Teie perearsti juures või perearstikeskuses, siis mida Te sellele teenuselt kõige enam ootate? Mida Teie vajate? EI OLE KOHUSTUSLIK

A. Sotsiaaldemograafiline taust II

Lõpetuseks veel mõned küsimused Teie kohta

A6. Milline on Teie kõrgeim lõpetatud haridustase?

ÜKS VASTUS

1. algharidus (kuni 6 klassi)
2. põhiharidus
3. kutseharidus põhihariduseta või põhihariduse baasil
4. kesk- või gümnaasiumi haridus
5. kutsekeskharidus (sh keskeri- või tehnikumiharidus) põhihariduse baasil
6. kutsekeskharidus või kutseõpe keskhariduse baasil
7. keskeri- või tehnikumiharidus keskhariduse baasil
8. bakalaureus, magister, doktor või võrdsustatud haridus (sh. rakenduskõrgharidus)

A7. Mitu inimest on teie leibkonnas, kui Te arvestate nende hulka ka iseennast? Leibkonnaks nimetatakse ühel aadressil elavat ja ühiselt rahalisi ressursse kasutavat inimeste rühma. Leibkonnaliikmete hulka loe need inimesed, kes veedavad vähemalt pool ajast teiega ühel aadressil.

_____ inimest

A8. Kas Te olete praegu peamiselt... Palun märkige üks põhiline

1. ettevõtja, iseendale tööandja, FIE
2. palgatöötaja (ka palgata töötaja pereettevõttes/talus)
3. töötu, tööd otsiv
4. (üli)õpilane, tasustamata praktikant
5. pensionär (vanadus-, ennetähtaegne või sooduspensionil)
6. töövõimetuspensionär või vähenenud töövõimega isik
7. isapuhkusel või lapsehoolduspuhkusel
8. ajateenija või asendusteenistuja
9. kodune
10. muu mitteaktiivne

A9. Kui suur oli viimase 12 kuu jooksul Teie pere keskmine ühe kuu sissetulek ühe pereliikme kohta? Liitke kokku kõigi leibkonnaliikmete ühes kuus kättesaadud sissetulekud ilma maksudeta (sh. pensionid, stipendiumid, toetused jmt) ning jagage saadud summa leibkonnaliikmete arvuga). Kui elate üksinda, siis kui suur on Teie enda netosissetulek ühes kuus?

1. alla 300 euro

2. 301-400 eurot
3. 401-500 eurot
4. 501-600 eurot
5. 601-700 eurot
6. 701-800 eurot
7. 801-900 eurot
8. 901-1000 eurot
9. 1001-1300 eurot
10. 1301-1500 eurot
11. 1501-1700 eurot
12. 1701-2000 eurot
13. üle 2000 euro
14. sissetulek puudus
15. Ei oska öelda

A10. Kuidas kirjeldaksite oma leibkonna praegust elujärge?

1. elame mugavalt praeguse sissetuleku juures
2. saame hakkama praeguse sissetuleku juures
3. praeguse sissetuleku juures on raske hakkama saada
4. praeguse sissetuleku juures on väga raske hakkama saada

Täname vastamast!

9.3 Lisa 3: elanikkonna kvalitatiivuuringu valim

Ülekaaluliste fookusgrupp

Vanus	Sugu	Haridus	Elukoht	KMI	Emakeel	Toitumisvorm
24	Mees	Kesk- või gümnaasiumi haridus	Tartu linnas (linnalises asustusüksuses)	38,82	Eesti	Segatoiduline
54	Mees	Kutsekeskharidus või kutseõpe keskhariduse baasil	Tallinn	26,3	Eesti	Fleksitaarlane
22	Naine	Bakalaureus, magister, doktor või võrdsustatud haridus	Tartu linnas (linnalises asustusüksuses)	36,33	Eesti	Fleksitaarlane
37	Naine	Bakalaureus, magister, doktor või võrdsustatud haridus	Pärnumaal	27,33	Eesti	Segatoiduline
38	Naine	Bakalaureus, magister, doktor või võrdsustatud haridus	Tallinn	*	Eesti	Segatoiduline

63	Mees	Kutsekeskharidus	Harjumaal	40,89	Eesti	Segatoiduline
58	Mees	Bakalaureus, magister, doktor või võrdsustatud haridus	Harjumaal	*	Eesti	Söök suure osas loomset päritolu toitu

Normaalkaalus fookusgrupp

Vanus	Sugu	Haridus	Elukoht	Kehamass indeks	Emakeel	Toitumisvorm
23	Naine	Bakalaureus, magister, doktor või võrdsustatud haridus	Tallinn	20,08	Eesti	Fleksitaarlane
25	Mees	Kesk- või gümnaasiumi haridus	Tallinn	23,37	Eesti	Segatoiduline
40	Mees	Kutsekeskharidus	Jõgevamaal	23,55	Eesti	Segatoiduline
49	Mees	Bakalaureus, magister, doktor või võrdsustatud haridus	Harjumaal	25,45	Eesti	Fleksitaarlane
45	Naine	Kutsekeskharidus	Viljandimaal	21,83	Eesti	Fleksitaarlane
62	Naine	Bakalaureus, magister, doktor või võrdsustatud haridus	Valgamaal	22,31	Eesti	Fleksitaarlane

Alakaaluliste fookusgrupp

Vanus	Sugu	Haridus	Elukoht	KMI	Emakeel	Toitumisvorm
34	Naine	Bakalaureus, magister, doktor või võrdsustatud haridus	Tallinn	17,85	Eesti	Peskataarlane
51	Naine	Bakalaureus, magister, doktor või võrdsustatud haridus	Tallinn	16,77	Eesti	Segatoiduline
34	Naine	Põhiharidus	Pärnu linnas (alevis, alevikus, külas)	17,91	Eesti	Segatoiduline

34	Naine	Bakalaureus, magister, doktor või võrdsustatud haridus	Tallinn	17,79	Eesti	Muu
26	Mees	Kutsekeskharidus	Raplamaal	15,57	Eesti	Segatoiduline

Venekeelne ülekaaluliste fookusgrupp

Vanus	Sugu	Haridus	Elukoht	Kehamass indeks	Emakee I	Toitumisvorm
40	Mees	Keskeri- või tehnikumiharidus keskhariduse baasil	Narva	26,73	Vene	Segatoiduline
59	Naine	Bakalaureus, magister, doktor või võrdsustatud haridus	Tallinn	25,48	Vene	Sööb suures osas loomset päritolu toitu
44	Naine	Bakalaureus, magister, doktor või võrdsustatud haridus	Tallinn	24,8	Vene	Segatoiduline
23	Mees	Kutseharidus põhihariduseta või põhihariduse baasil	Harjumaa	26,84	Vene	Segatoiduline
41	Naine	Kutseharidus põhihariduseta või põhihariduse baasil	Harjumaal	29,39	Vene	Sööb suures osas loomset päritolu toitu

9.4 Lisa 4: tervishoiutöötajate kvalitatiivuuringu valim
Tervishoiutöötajate fookusgruppide osalejad
1. grupp

perearst, üksikpraksis, Tartumaa
 perearst, üksikpraksis, Põlvamaa
 perearst, grupipraksis, Tallinn
 pereõde (lõpetab toitumishariduse õpet), grupipraksis, Pärnumaa
 pereõde (läbinud toitumishariduse õppe), grupipraksis, Saaremaa

3. grupp

perearst, grupipraksis, Põlvamaa
 perearst, grupipraksis, Võrumaa
 perearst, grupipraksis, Tartu

2. grupp

perearst, üksikpraksis, Võrumaa
 perearst, üksikpraksis, Läänemaa
 perearst, grupipraksis, Lääne-Virumaa
 perearst, grupipraksis, Tartu

pereõde, üksikpraksis, Harjumaa

pereõde, üksikpraksis, Tallinn

4. grupp

pereõde/toitumisterapeut, grupipraksis, Tallinn
 pereõde, üksikpraksis, Tallinn
 pereõde, üksikpraksis, Tartu

pereõde/toitumisterapeut, grupipraksis,
Saaremaa

resident, grupipraksis, Võrumaa

9.5 Lisa 5: tervishoiutöötajate kvantitatiivuuringu ankeet**A. Taustainfo****A1. Mis on Teie amet?**

4. Perekirurg
5. Pereõde
6. Üldarst
7. Muu (palun täpsustage):

A2: Kui vana Te olete?

1. Kuni 35a
2. 36–49a
3. 50–64a
4. Üle 65a

A3. Kus Te peamiselt töötate?

1. Üksikpraksises
2. Grupipraksises (perekirurgikeskuses)
3. Tervisekeskuses
4. Haiglas / polikliinikus
5. Erakliinikus
6. Muu: (palun täpsustage)

A4. Kas Teie peamine töökoht asub ...?

10. Tallinnas
11. Tartu linnas (linnalises asustusüksuses)
12. Tartu linnas (alevikus, külas)
13. Pärnu linnas (linnalises asustusüksuses)
14. Pärnu linnas (alevis, alevikus, külas)
15. Narvas
16. Kohtla-Järvel
17. Muus linnas/alevis
18. Maa-asulas (alevikus, külas)

KUI MUU LINN VÕI MAA-ASULA, SIIS KÜSI:

A5. Mis maakonnas Te peamiselt töötate?

16. Harjumaa
17. Hiiumaa
18. Ida-Virumaa
19. Jõgevamaa
20. Järvamaa

21. Läänemaa
22. Lääne-Virumaa
23. Põlvamaa
24. Pärnumaa
25. Raplamaa
26. Saaremaa
27. Tartumaa
28. Valgamaa
29. Viljandimaa
30. Võrumaa

B. Hetkeolukord

Järgnevalt küsime Teie arvamust toitumisnõustamise olukorra kohta Eestis.

Küsimustikus peame **toitumisnõustamise** all silmas teenust, kus toitumisnõustaja nõustab klienti, lähtudes tõenduspõhistest Eestis kehtivatest toitumis- ja liikumissoovitustest, et hoida ja edendada tervist ning ennetada haigusi. Toitumisnõustaja võib näiteks aidata koostada kliendile tasakaalustatud menüüd, anda nõu toiduvalikute, füüsilise aktiivsuse ja tervislike harjumuste kujundamise osas. Diagnoositud haiguste puhul nõustab toitumisnõustaja patsiente tervisliku toitumise osas, kuid ei määra haiguspuhuseid dieete.

B1. Kui suur osa Teie patsientidest vajaks toitumisalast nõustamist?

1. Üksikud
2. Veerand
3. Kolmandik
4. Pooled
5. Enam kui pooled patsientidest

B2. Kui kättesaadavaks Te peate praegu Eestis kvaliteetseid toitumisnõustamise teenuseid (st teenust, mida pakub tõenduspõhise lähenemise ja vastava haridusega toitumisnõustaja)?

1. Väga hästi kättesaadav
2. Üsna hästi kättesaadav
3. Pigem hästi kättesaadav
4. Pigem halvasti kättesaadav
5. Väga halvasti kättesaadav
6. Ei oska öelda

Kui vastab 4-5:

B2.1. Mis põhjusel on Teie hinnangul kvaliteetne toitumisnõustamine Eestis halvasti kättesaadav? Palun märkige kuni 3 kõige olulisemat põhjust.

1. Teenus on kallid / tasuline
2. Teenuse kohta pole infot
3. Pikk järjekord (tasuta) nõustaja juurde
4. Vähe infot (arstid ja tervishoiutöötajad ei tea, kuhu nõustamisele suunata)
5. Toitumisnõustajate professionaalne tase on väga varieeruv (st ei tea, keda usaldada)
6. Vähe on piisava haridusega nõustajaid
7. Nõustajaid ei ole igal pool
8. Muu (palun täpsusta)

9. Ei oska öelda

B3. Kui efektiivseks lahenduseks Te peate hea kvaliteediga regulaarset toitumisharjumuste muutmise teenust (st kas usute, et selle tulemusel inimesed suudavad oma käitumist muuta/parandada)?

1. Väga efektiivne
2. Pigem efektiivne
3. Pigem ei ole efektiivne
4. Täiesti ebaefektiivne
5. Ei oska öelda

B3.1. Palun põhjendage, miks Te nii arvate? (*ei ole kohustuslik põhjendada!)

B4. Millistel juhtudel Te praegu käsitate patsientidega tervisliku toitumise teemasid? (*lubatud mitu varianti)

1. Kehakaalu langetamiseks
2. Kehakaalu tõstmiseks
3. Toiduallergiate, toidutalumatuse, diabeedi vm tervisest tulenevate toitumise piirangute/erisuste tõttu
4. Üldise enesetunde, energiataseme, elukvaliteedi parandamiseks
5. Vitamiinide ja/või mineraalainete puuduse või selle tagajärjel kujunenud seisundite (nt rauavaegusaneemia) tõttu
6. Kõrge vererõhu, vere kolesterooli- või suhkrutaseme tõttu
7. Taimetoitluse, veganluse tõttu
8. Ei käsitle üldse
9. Muu (palun täpsustage)

B5. Milliste sihtrühmadega ja kui sageli Te oma praksises tervisliku toitumise teemasid käsitate?

	Iga päev	Mõned korrad nädalas	Mõned korrad kuus	Kord kuus või harvem	Üldse mitte	Meil pole selliseid patsiente
Inimesed, kellel on ülekaal (sh lapsed)						
Inimesed, kellel on alakaal						
Diabeeti põdevad patsiendid						
Südame-veresoonkonnahaigusi põdevad patsiendid						
Kõrge vererõhuga patsiendid						
Toiduallergiate või -talumatustega patsiendid						
Taimetoitlased, veganid						
Rasedad						
Imetavad emad						
Imikud						

Väikelapsed (1-3aastased)						
Noorukid (10-19aastased)						
Eakad						

B6. Mil määral Te praegu käsitlete patsientidega tervisliku toitumise teemasid? (*lubatud mitu varianti)

1. Esitan küsimusi toitumise kohta võimalike probleemide kaardistamiseks
2. Annan mõningaid toitumisalaseid soovitusi seoses üle- või alakaaluga
3. Kui mõni näitaja ei vasta normile, annan toitumissoovitusi / jagan infolehti või internetilinke
4. Suunan patsiendi toitumisalaseid materjale lugema
5. Kasutan psühholoogilisi nõustamistehnikaid (nt motiveeriv intervjuerimine)
6. Annan põhjalikku toitumisalast nõu
7. Ise ei käsitle, aga kui näen vajadust, suunan patsiendi edasi toitumisnõustamisele
8. Muu (palun täpsustage)

B7. Mis Teid praegu takistab tervisliku toitumise teemasid põhjalikumalt käsitlemast? Märkige kõik sobilikud variandid.

1. Liiga lühike vastuvõtuaeg
2. Ebapiisavad teadmised tervislikust toitumisest (st mis on tervislik)
3. Ebapiisavad teadmised sellest, kuidas toitumine tervist mõjutab
4. Ebapiisavad nõustamise oskused
5. Muud tervist puudutavad teemad on olulisemad
6. Patsiendi vastuseis toitumise ja eluviisi teemadest rääkimisele
7. Vähene usk selle toimesse (sellest pole kasu, sest patsiendid enamasti ei muuda oma käitumist)
8. Takistavaid tegureid ei ole
9. Muu (palun täpsustage)

Kuidas Te hindate enda ettevalmistust toitumise ja tervisliku eluviisi alase nõustamise läbiviimiseks järgmiste teemade lõikes?

		Väga hea	Piisav	Kesine: vajaksin veidi lisateadmisi, et tunda ennast kindlalt	Väga kesine: vajaksin oluliselt lisateadmisi
B8.	Tervislik toitumine üldiselt				
B9.	Toitumine mõne spetsiifilise haiguse või terviseprobleemi korral				
B10.	Taimetoitlus, veganlus				
B11.	Nõustamisoskused (nt motiveeriv				

	intervjueerimine, KKT jne)				
B12.	Tervislikud liikumisharjumused				
B13.	Uni ja selle mõju tervisele				

B14. Kui Teie juurde satub patsient, kellele Te ei oska ise toitumisalast nõu pakkuda, siis kellega Te nõu peate või kuhu patsiendi edasi suunate? Küsimuses on mõeldud patsiente, kellel ei ole otseselt söömishäire, kuid kes vajavad nõu tervislikuma toitumise teemal. (*lubatud mitu varianti)

1. Konsulteerin oma kolleegidega (perearst, pereõde)
2. Konsulteerin mõne eriarstiga (palun täpsustage, mis eriala arstiga:)
3. Suunan mõne eriarsti juurde (palun täpsustage, mis eriala arsti juurde:)
4. Suunan erioe vastuvõtule (nt diabeedi-, bariaatriaõe)
5. Suunan kutselise toitumisinõustaja juurde
6. Suunan personaaltreeneri juurde
7. Soovitan mõnda sobivat infomaterjali või rakendust (nt need, mis võimaldavad mõõta päevast tarbitud energiahulka vmt)
8. Muu abi (palun täpsustage)

C. Hoiakud plaanitava lahenduse suhtes

Sotsiaalministeerium viib läbi uuringut, millega soovitakse välja töötada paindlik ja terviklik mudel esmatasandi tervishoius toitumisinõustamise läbiviimiseks (st toitumisinõustamine oleks eraldi teenus, mitte osa muu haiguse ravimisest). Seetõttu uurime ka tervishoiutöötajate vaateid toitumisinõustamise osutamise suhtes esmatasandil.

C1. Kas Teie hinnangul oleks vaja Eesti perearstisüsteemis toitumisinõustamist pakkuda? (* põhjendus vabatahtlik)

1. Jah, kindlasti (palun põhjendage oma vastust)
2. Pigem jah (palun põhjendage oma vastust)
3. Pigem ei (palun põhjendage oma vastust)
4. Ei, kindlasti mitte (palun põhjendage oma vastust)
5. Ei oska öelda

Kui vastab 1-2:

C2. Kes võiks Teie hinnangul perearstisüsteemis toitumisinõustamist pakkuda?

1. Toitumisalase täiendõppe saanud perearst
2. Toitumisalase täiendõppe saanud pereõde
3. (Pere)arstikeskuses töötav toitumisinõustaja või -terapeut
4. Väljaspool (pere)arstikeskust töötav toitumisinõustaja või -terapeut
5. Toitumisalase väljaõppega (personaal)treener
6. Keegi teine, palun täpsustage

C3. Kas Teie arvates on vajalik, et toitumisoustajal oleks meditsiiniline baasharidus?

1. Jah, kindlasti
2. See tuleks kasuks, aga piisab toitumisoustamise alasest väljaõppest
3. Ei, meditsiiniline haridus ei ole vajalik ja piisab toitumisoustamise alasest väljaõppest
4. Muu (palun täpsustage)

C4. Kas Teie arvates peaks toitumisoustajal olema kutsetunnistus, et Te oleksite valmis oma patsiente tema juurde suunama?

1. Jah, see on väga oluline, et eristada professionaalseid nõustajaid
2. Ei, kutsetunnistus ei ole oluline
3. Muu (palun põhjendage)

C5. Mis Te arvate, milliseid teadmisi või tuge patsiendid seoses toitumisoustamisega kõige enam vajavad? (*lubatud mitu varianti)

1. Infot ja teadmisi tervisliku ning tasakaalustatud toitumise kohta
2. Personaalset lähenemist
3. Konkreetseid retsepte, toitumiskavasid
4. Tervisekontrolli (analüüse, mille põhjalt edasi minna)
5. Viisakat, empaatilist lähenemist, mõistvat suhtumist
6. Motiveerimist, abi harjumuste muutmiseks
7. Toetust, mis aitaks pikemaajaliselt eesmärke saavutada
8. Muu (palun täpsustage)

C6. Kui Teile pakutaks täiendkoolitust järgmistel toitumist ja tervislikku eluviisi puudutavatel teemadel, kui huvitatud Te sellest oleksite? (*vastusevariandid: väga huvitatud; kaaluksin aja sobivusel; pigem ei ole huvitatud; üldse ei ole huvitatud)

1. Tervislik toitumine
2. Taimetoitlus, veganlus
3. Vitamiinid ja mineraalained
4. Toitumisharjumused
5. Kaalu muutmine (langetamine või tõstmine)
6. Liikumine ja liikumissoovituste andmine
7. Nõustamisoskused

C7.1 Millistel toitumist ja tervislikku eluviisi puudutavatel teemadel te veel sooviksite täiendkoolitust saada? (*ei ole kohustuslik)

C8. Millised sihtrühmadele tuleks ligipääs toitumisoustamise teenusele esmajärjekorras tagada? Palun pange sihtrühmad järjekorda, alustades Teie hinnangul kõige enam nõustamist vajavast sihtrühmast.

1. Ülekaalulistele inimestele
2. Ülekaalulistele ja krooniliste haigustega inimestele
3. Alakaalulistele inimestele

4. Normaalkaalus, aga ebatervislikult toituvad inimesed
5. Taimetoitlastele ja veganitele
6. Lastele, noortele ja nende peredele
7. Lapseootel naistele

C9. Kuidas peaks Teie arvates olema korraldatud toitumisharjumuste muutumise teenuse eest tasumine?

1. Teenus peaks olema Tervisekassa poolt tasutud kõigile huvilistele
2. Teenus peaks olema Tervisekassa poolt tasutud prioriteetsematele sihtrühmadele / riskirühmadele (nt ülekaalulised, diabeeti põdevad inimesed jne)
3. Teenus peaks olema Tervisekassa poolt tasutud, juhul kui perearst või -õde, kes suunab patsiendi toitumisharjumuste muutumise juurde, hindab patsiendi vajadust toitumisharjumuste muutumise järele ja võimekust probleemiga tegeleda piisavaks
4. Teenus peaks olema kõigile tasuline
5. Muu (palun täpsustage)

C10. Millega tuleks Eesti perearstisüsteemis toitumisharjumuste muutumise teenust pakkuma hakates Teie arvates veel arvestada (nt teenuse rahastamise ja korralduse, toitumisharjumuste muutumise väljaõppe, võimalike takistuste jm teemadel)? Kõik mõtted on oodatud.

9.6 Lisa 6. Mudeli kaasamisarutelu (19.06.2023) osalenud eksperdid

Nimi	Ametinimetus	Organisatsioon
Kadi Reintam	Rahvatervise nõunik	Sotsiaalministeerium
Heli Laarmann	Rahvatervise osakonna juhataja	Sotsiaalministeerium
Mari Teesalu	Analüüsi osakonna nõunik	Sotsiaalministeerium
Heli Tähepõld	Perearst	Ülikooli Perearstikeskus OÜ
Kristel Ehala Aleksejev	Toitumisarst, kutsega toitumisterapeut	Sinu Arst
Marta Velgan	Perearst	Laagri Tervisekeskus, Eesti Perearstide Selts
Tagli Pitsi	Toitumise ja liikumise osakonna ekspert	Tervise Arengu Instituut
Gerli Liivet	Asepresident	Eesti Õdede Liit
Kersti Viitkar	Tartu Tervishoiu Kõrgkool	Tartu Tervishoiu Kõrgkool
Liana Varava	Toitumise ja liikumise osakonna ekspert	Tervise Arengu Instituut
Sirje Vaask	Õppejuht	Tallinna Ülikool
Janne Lauk	Toitumise ja liikumise osakonna juhataja	Tervise Arengu Instituut
Anneli Kannus	Juhatuse liige, EÕL president	Eesti Õdede Liit
Liina Viiret	Tervisejuhi õppekava kuraator ja õpetaja	Tallinna Ülikooli Haapsalu kolledž

