

DEHKO-raportti 2006:2

Dehkon 2D -hanke 2003–2007  
Kvalitatiivinen arviointi 2006

Sirpa Tapaninen

Kirjoittaja on  
MSTAT ja yhteiskuntatieteiden maisteri  
Alexander-tekniikan opettaja  
Arviointitutkija ja -kouluttaja

Suomen Diabetesliitto  
Tampere 2006



## YHTEENVETO ARVIOINNIN JOHTOPÄÄTELMISTÄ JA SUOSITUKSISTA

### Yhteenveto

Dehkon 2D -hanke 2003–2007 toimii Suomessa viiden sairaanhoitopiirin alueella: Pohjois-Pohjanmaalla, Etelä-Pohjanmaalla, Keski-Suomessa, Pirkanmaalla ja Pohjois-Savossa. Hanke pyrkii vähentämään aikuistyyppin diabeteksen ja sen lisäsairauksien lisääntymistä tukemalla alueen terveyskeskuksissa jo olevia tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn toimia sekä tarjoamalla alueen terveyskeskusten käyttöön uusia tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn työkaluja.

Hanke on syntynyt tarpeesta ehkäistä tyyppin 2 diabetesta ennen kuin diabeteksen ja sen lisäsairauksien lisääntyminen kasvattaa maamme terveystenonja hallitsemattomasti. Hanke on hyvin perusteltu: viimeaikaiset tutkimukset osoittavat, että aikuistyyppin diabetes ja sen lisäsairaudet ovat ehkäistävissä. Hanke on tehnyt hyvää ja urauurtavaa työtä, ja sen organisaatio toimii. Tämänkaltaiselle hankkeelle ei ollut olemassa aiempaa mallia Suomessa tai maailmalla. Hankeen seurauksena on myös muilla alueilla Suomessa käynnistetty tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn hankkeita. Hanke on lisäksi herättänyt runsaasti kansainvälistä kiinnostusta.

Hanke on saavuttanut sille asetettuja tavoitteita suhteellisen hyvin. Se on onnistunut tukemaan jo olemassa olevaa tyyppin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyä ja hoitoa hankealueen terveyskeskuksissa. Hankkeen tarjoamat uudet tyyppin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyn, ja hoidon työkalut on otettu terveyskeskuksissa vastaan hyvin ja ne ovat hyödyttäneet terveydenhuollon toimijoita. Hanke on myös ollut osaltaan lisäämässä väestön tietoisuutta aikuistyyppin diabeteksestä ja siihen liittyvistä riskeistä.

Hankkeen suurimmat heikkoudet ovat hankeorganisaation ulkopuolella. On terveyskeskuksia, joiden johdolla tai työntekijöillä ei ole halua tai resursseja hyödyntää hanketta. Monissa kunnissa myös kunnallisten päätöksentekijöiden tarjoamat rajalliset resurssit estävät terveyskeskuksia hyödyntämästä hanketta. Maamme terveydenhuolto on hankevetoista, mutta alueilla on vielä hyvin vähän systemaattista pyrkimystä koordinoida eri hankkeiden yhtymäkohtia siten, että hankkeet tukisivat toisiaan eivätkä kilpailisi keskenään.

Hankkeen seurannassa on joitakin heikkouksia, joihin puuttumalla hanke voisi varmistaa sen, että tieto hyödyttäisi nykyistä laajempaa joukkoa asianosaisia. Näihin heikkouksiin puuttuminen myös vähentäisi hankkeen loppuarvioinnin tarvetta ja säästäisi resursseja.

### Suosituks

1. Rahoittajien ja päättäjien tulisi huomioida käsillä olevan arvioinnin luonnehtimat laadulliset muutokset, joita hanke on osaltaan saanut aikaan hankealueen terveyskeskuksissa. Samalla rahoittajien ja päättäjien pitäisi todeta tässä arvioinnissa osoitetut laadulliset tekijät, jotka ovat hidastaneet hankkeen välittömien tulosten saavuttamista. Hankkeen väliarvioinneissa ja muistioissa hankkeen lyhyen aikavälin tuloksia verrataan usein DPS-tutkimukseen. Tulee huomata, että DPS oli tutkimus ja että siinä oli tutkimusasetelma sekä palkatut työntekijät ja tutkimukseen sitoutunut, motivoitunut tutkittavien ryhmä. Kun tätä samaa mallia sovelletaan käytännön elämään ja suomalaisen terveydenhuollon järjestelmään, vastaan tulee oikean elämän resurssit ja vaihtelevat asenteet ehkäisevää toimintaa kohtaan. Vastaan tulevat myös terveyskeskusten asiakkaiden monimutkainen psykososiaalinen motivaatiomaailma. Tulokset eivät voi mitenkään olla verrannollisia. Toisaalta DPS toimi myös yhtenä validina perusteluna hankkeelle. Tilastollisia tuloksia voi odottaa hankkeen kaltaiselta toiminnalta hitaammin. Tässä on suuri merkitys hankkeen väestöstrategialla.

2. Kunnallisten päättäjien ja terveyskeskusten johdon pitäisi pysähtyä miettimään matematiikkaa, johon Dehko ja D2D perustuvat. Mikäli tyyppin 2 diabetekseen ja sen lisäsairauksien ehkäisyyn panostetaan

resursseja nyt, terveydenhuollon näistä sairauksista johtuva kustannusten nousu on ehkäistävissä aikavälillä, jonka asianomaiset päättäjät ovat vielä näkemässä. Käsillä olevassa arvioinnissa kerrotaan terveyskeskusten toimintakulttuurin muutoksen hitaudesta, vaikka yksinkertainen laskutoimitus osoittaa, ettei tämän diabeteksen ehkäisyssä kannata aikailla.

3. Sairaanhoitopiirit voisivat miettiä, kuinka koordinoida alueensa terveydenhuollon projekteja nykyistä paremmin siten, että hankkeiden välinen kilpailu vähenisi ja että niiden yhtymäkohtia ja mahdollisia yhteisiä päämääriä voitaisiin hyödyntää paremmin.

4. Sairaanhoitopiirit voisivat pohtia keskuudessaan, löytyykö niiltä resursseja tukea ennaltaehkäisevää työtä enemmän kuin nyt. Tuki voisi olla esimerkiksi sitä, että korkeassa asemassa olevat toimijat puhuvat ehkäisevästä työstä julkisuudessa väsymättä ja näkyvät siellä missä hankkeeseen vaikuttavia kunnallisia päätöksiä tehdään ja missä ehkäisyhankkeen kannalta tärkeistä asioista puhutaan.

5. Mikäli D2D jatkaa prosessitietolomakkeiden käyttöä samoin kysymyksen kuin nyt hankkeen loppuun saakka, voisi olla suositeltavaa hankkia hankkeen tietokeskukseen laadullisen aineiston käsittelyyn soveltuva tietokoneohjelma. Jos avovastaukset syötetään suoraan ohjelmalle ja ohjelma ohjelmoidaan tunnistamaan sairaanhoitopiirit ja kunnat (tai mitkä tahansa muut alueet tai yksiköt) toimipaikkakoodien perusteella, aineisto on kätevästi analysoitavissa millä tahansa valitulla tasolla – sairaanhoitopiireittäin, kunnittain ja toimipaikoittain.

6. Hankkeen aluekoordinaattoreilla ja heidän tiimeillään on valtavasti tietoa hankealueistaan. Tätä tietoa voisi tehdä näkyvämmäksi ohjeistamalla seurantaa. Kaikkia osapuolia hyödyttäisi löysähkö ohjeistus, jonka avulla tuotettaisiin hankkeen käyttöön laadullista, osin toimipaikkakohtaista tietoa hankkeesta. Jos hankkeen tiedonkeruussa tai määrällisessä arvioinnissa havaitaan ongelma, sen syytä voidaan tällöin analysoida varsin nopeasti ja joustavasti osana hankkeen seurantaa.

## SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. TAUSTAA</b>	6
Dehkon 2D -hanke	6
<b>2. HANKKEEN ARVIOINTI</b>	8
Tähänastinen arviointi	8
Käsillä oleva arviointi	8
<b>3. ARVIOINNIN RAPORTOINTI</b>	10
Hankkeen suunnittelu	10
Hankkeen rakenne ja ohjaus	12
Hankkeen seuranta	13
Hanke toimipaikoissa	14
<b>4. KESKUSTELUA HANKKEEN LOPPUAJAN SEURANTATIEDON KERÄÄMISESTÄ</b>	33
Millaista tietoa hankkeesta tulisi kerätä sen loppuaikana ja miten?	33
Kuinka tieto saataisiin niiltä tahoilta, jotka ovat mukana hankkeessa, mutta eivät tiedonkeruussa vaan tallentavat tietoa omiin järjestelmiinsä?	33
Huomioita tiedonkeruusta	33
<b>5. MIHIN HANKKEESSA TULISI ERITYISESTI KIINNITTÄÄ HUOMIOTA VIIMEISTEN PUOLENTOISTA VUODEN AIKANA?</b>	35
Miten miehiä saataisiin vähentämään sairastumisriskiään?	35
Erityistä huomiota vaativia seikkoja hankkeen loppuaikana	35
<b>6. MITEN HANKE ON YLEISELLÄ TASOLLA EDISTÄNYT SILLE ASETETTUJA TAVOITTEITA?</b>	37
Kehittänyt uusia tyyppin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyn ja varhaisen hoidon toimintamalleja ja käytäntöjä perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa	37
Tukenut jo käytössä olevia tyyppin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyn ja varhaisen hoidon toimintamalleja ja käytäntöjä perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa	37
Lisännyt väestön tietoisuutta tyyppin 2 diabeteksestä ja sen vaaratekijöistä	38
Tukenut tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman väestöstrategian toteutumista	38
<b>7. YHTEENVETO JA SUOSITUKSET</b>	39
Hankkeen perustelu	39
Hankkeen organisaatio	39
Hanke kokonaisuutena	39
Hankkeen seuranta	39
Hanke toimipaikoissa	40
Suositukset	41
HAASTATELLUT HENKILÖT	42
LÄHDEAINEISTO	43
LIITTEET	45

# 1. TAUSTAA

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO (2000–2010) on kansallinen diabetesohjelma, jonka toteuttamista koordinoi Suomen Diabetesliitto. Ohjelman voi jakaa kolmeen osakokonaisuuteen: tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn, diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittämiseen sekä diabeetikkojen omahoidon tukemiseen.

Dehkoa toteuttavat perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, sairaanhoitopiirit ja niiden diabetestyöryhmät sekä työterveyshuolto. Oma roolinsa on myös sosiaali- ja terveysministeriöllä, kunnilla ja paikallisilla terveystieteellisillä, Stakesilla, Kansanterveyslaitoksella, Kelalla ja Kuntaliitolla. Dehkon päärahoittajana on toiminut vuodesta 1999 Raha-automaattiyhdistys. Muina rahoittajina ovat diabetesta lähellä olevat lääke- ja hoitovälineyritykset.

Yhtenä Dehkon keskeisimpänä tavoitteena on tyypin 2 diabeteksen ja sen lisäsairauksien ehkäisy. Tähän tarkoitukseen Dehkossa on laadittu Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010 kehittämään terveyden edistämisen organisaatiota ja ehkäisevän terveydenhuollon toimintakäytäntöjä. Tavoitteena on saada lihavuuden, tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisystä järjestelmällistä ja laajaan yhteistyöhön perustuvaa toimintaa. Ehkäisyohjelman toteuttamista koordinoi Diabetesliitto.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmassa on kolme strategiaa, joiden piirteitä ovat muun muassa terveyttä edistävät ruoka- ja liikuntatottumukset, tehostettu elintapaohjaus sekä laaja toimijoiden joukko (perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, kunnat, oppilaitokset, apteekit ja järjestöt).

**Väestöstrategia** pyrkii edistämään koko väestön terveyttä ravitsemuksen ja liikunnan keinoin siten, että tyypin 2 diabeteksen vaaratekijät (lihavuus ja metabolinen oireyhtymä) vähenevät kaikissa ikäryhmissä. Strategia sisältää yhteiskunnallisia ja terveisiin yksilöihin suunnattavia toimen-

piteitä, joiden tavoitteena on lihavuuden ehkäisy.

**Korkean riskin strategia** suuntaa yksilökohtaisia toimenpiteitä henkilöihin, joilla on erityisen suuri vaara sairastua tyypin 2 diabetekseen. Strategia sisältää mallin, jonka avulla riskiryhmäläisiä seulotaan, ohjataan ja seurataan. Riskihenkilöiden seulonnassa käytetään muun muassa Kansanterveyslaitoksen kehittämää tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomaketta.

**Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia** pyrkii saamaan vastasairastuneet tyypin 2 diabeetikot ajoissa järjestelmällisen hoidon piiriin ja estämään siten elämänlaatua heikentävien ja hoidoltaan kalliiden lisäsairauksien kehittymisen.

Ehkäisyohjelma sisältää strategiakohtaiset organisoinnin tavoitteet ja tulostavoitteet sekä avaintoimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Ohjelman toteuttaminen edellyttää eri toimijoiden laaja-alaista yhteistyötä terveellisen ravitsemuksen ja liikunnan edistämiseksi. Se edellyttää suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän valmiuksien lisäämistä sekä terveyttä edistävän toiminnan terävöittämistä. Toteutuksessa hyödynnetään monia ajankohtaisia terveyspoliittisia strategioita, ohjelmia ja projekteja sekä kansanterveys-, ravitsemus-, ja liikuntajärjestöjen palveluita.

## Dehkon 2D -hanke

Dehkon 2D -hanke on Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohanke. Siitä käytetään lyhennettä D2D. Hankkeen toimijoina ovat viisi sairaanhoitopiiriä – Pirkanmaan, Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirit – Kansanterveyslaitos ja Diabetesliitto. Hankkeen käytännön toteutus tapahtuu perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Hanketta koordinoivat Diabetesliitto ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. D2D kattaa kokonaisuudessaan 1,5 miljoonaa suomalaista (ks. Taulukko 1).

## Taulukko 1. Dehkon 2D -hankkeen alueet sairaanhoitopiireittäin.

Shp	Pirkanmaa	Keski-Suomi	Pohjois-Pohjanmaa	Etelä-Pohjanmaa	Pohjois-Savo
Väkiluku	459 000	266 000	376 000	194 000	250 000
Toimipaikkoja hankkeessa	90	104	105	60	45

Dehkon 2D -hankkeen tavoitteena on

- Vähentää tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta neljänneksellä sekä vähentää diabetekseen läheisesti liittyvien sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden vallitsemuutta merkittävästi henkilöillä, joilla diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien riski on korkea. Hankkeen käynnistämät ehkäisytoimenpiteet toteutetaan perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon normaalin toiminnan osana.
- Tunnistaa tyypin 2 diabetes oireettomassa varhaisvaiheessa niiltä henkilöiltä, joilla diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien riski on korkea.
- Kehittää uusia ja tukea jo käytössä olevia tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyn ja varhaisen hoidon toimintamalleja ja käytäntöjä perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa.
- Arvioida tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ja sitä varten kehitettyjen toimintamallien toteutettavuutta, vaikutuksia ja kustannuksia.
- Lisätä väestön tietoisuutta tyypin 2 diabeteksestä ja sen vaaratekijöistä sekä tukea tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman väestöstrategian toteutumista.

Hanke pyrkii löytämään väestöstä ne henkilöt, joiden riski sairastua tyypin 2 diabetekseen on kohonnut. Riskiryhmiin katsotaan kuuluviksi henkilöt

- jotka saavat 15 pistettä tai enemmän tyypin 2 diabeteksen riskitestissä
- jotka ovat sairastaneet raskausdiabeteksen
- joilla on ollut sydäninfarkti tai muu valtimotautiin liittyvä tapahtuma
- joilla on todettu heikentynyt sokerinsieto tai kohonnut paastosokeri.

Korkean sairastumisriskin henkilöt ohjataan tyypin 2 diabeteksen järjestelmällisen ehkäisyn piiriin perus- tai työterveyshuoltoon. Projektisuunnitelmassa on tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseen tarvittavat toimintaohjeet.

Hankkeeseen osallistuvien terveyskeskusten ja työterveyshuollon yksiköiden henkilöstölle tarjotaan koulutusta diabeteksestä, ravitsemuksesta, liikunnasta ja hoidonohjauksesta. Lisäksi mukana olevat saavat apua toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen sekä ohjauksen tukena käytettävän aineiston. Hanke tarjoaa myös mahdollisuuden luoda uusia yhteistyön muotoja kunnassa terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolella työskentelevien toimijoiden kanssa.

## 2. HANKKEEN ARVIOINTI

### Tähänastinen arviointi

Dehkon 2D -hankkeen vaikuttavuuden arvioinnista vastaa Kansanterveyslaitos. Arviointi tehdään hankkeen johtoryhmän hyväksymän arviointisuunnitelman mukaisesti. Osana arviointiprosessia D2D-hankealueilla seurataan järjestelmällisesti tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn suuntautuvien toimenpiteiden toteutumista sekä terveydenhuollon ja muiden toimijoiden vuorovaikutusta. Arviointiin sisältyvät paikkakuntakohtaiset tiedot hankkeessa tarjotuista interventiomuodoista ja niiden käyttöasteesta, hankkeen resurssitiedot, hankkeeseen liittyvä sisäinen ja ulkoinen koulutus sekä hankkeen priorisointi muun toiminnan ohella. Lisäksi selvitetään hankkeen aiheuttamat mahdolliset muutokset toimipaikkojen organisoinnissa ja resurssien jaossa.

Hankkeen seuranta ja arviointia varten kerätään tietoa osin strukturoiduilla prosessitietolomakkeilla, jonka täyttäjinä ovat toimipaikkojen yhteyshenkilöt, johtavat lääkärit ja aluekoordinaattorit. Prosessiarviointi tehdään yhteistyössä Jyväskylän yliopiston kanssa.

Prosessitietolomakkeilla on kerätty sekä määrällistä että laadullista tietoa. Nyt käsillä olevan arvioinnin lähtökohta oli prosessitietolomakkeilla kerätyn kvalitatiivisen aineiston analyysi sekä siitä johtuvat lisäkysymykset, joiden avulla hanketta tulee ja voi arvioida. Laadullinen aineisto on kerätty Kansanterveyslaitoksen (KTL) lomakkeissa kysymyksin:

1. Muita alueen kehittämis-, tutkimus- ja remonttihankeita (jne.), jotka tukevat tai haittaavat D2D:tä? Tukevat hankkeet / haittaavat hankkeet - lomakkeen kysymys 4.
2. Yleisiä kommentteja hankkeesta ja sen aiheuttamista muutoksista (koskien organisaatiota, resursseja, omaa toimintaa, asiakkaiden toimintaa, hoitopolkua). Lomakkeen kysymys 17.
3. Mitä hyötyä hankkeesta on ollut organisaatiolle (koskien resursseja, omaa toimintaa, asiakkaiden toimintaa ja hoitopolkua)? Lomakkeen kysymys 18.
4. Onko toimipaikassanne tehty toimenpiteitä ehkäisyohjelman väestöstrategian edistämiseksi? Jos on, niin mitä? Lomakkeen kysymys 19.
5. Mitä tyypin 2 diabeteksen ehkäisytoimenpiteitä toimipaikassanne tehtiin ennen hanketta? Lomakkeen kysymys 21.

### Käsillä oleva arviointi

Prosessitietolomakkeet oli lähetetty 300 vastaanottajalle vuosina 2004 ja 2005. KTL on analysoinut ja esittänyt määrällisten kysymysten tulokset, mutta laadulliseen analyysiin siellä ei ole ollut riittävästi resursseja. Näiden kysymysten luokitellut vastaukset löytyvät luvuista 2 ja 3 sekä tämän raportin liitteistä. Taulukossa 2 esitetään kuhunkin kysymykseen vastanneiden määrät.

**Taulukko2. Prosessitietolomakkeiden vastaajien kysymyskohtainen määrä (N) alueittain.**

Kysymys	P 2004	P 2005	K-S 2004	K-S 2005	P-P 2004	P-P 2005	E-P 2004	E-P 2005	P-S 2005
4	13	10	28	25	30	13	26	16	9
17	20	14	52	40	49	41	39	33	12
18	17	17	46	31	38	39	30	28	8
19	8	9	30	24	24	18	26	14	4
21	17		53		44		36		

KTL:n keräämä laadullinen materiaali sisältää tietoa, jonka avulla voi vastata seuraaviin hankesuunnitelman tuottamiin arviointikysymyksiin:

Kuinka hanke on edistänyt seuraavia tavoitteitaan:

1. Kehittää uusia tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyn ja varhaisen hoidon toimintamalleja ja käytäntöjä perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa
2. Tukee jo käytössä olevia tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyn ja varhaisen hoidon toimintamalleja ja käytäntöjä perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa
3. Arvioi tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ja sitä varten kehitettyjen toimintamallien toteutettavuutta.

Luonteeltaan arviointi oli konsultatiivinen prosessi. KTL:n lomakkeilla kerätyt vastaukset analysoitiin luokittelemalla ne seitsemään ryhmään osin lomakkeiden omien kysymysten mukaisesti: organisaatio, resurssit, oma toiminta, asiakkaiden toiminta, hoitopolut, asiakkaan ohjaus, yhteistyö ja verkostoituminen sekä väestöstrategia. Analyysin yksiköksi valittiin toimipaikka. Vastaukset sisälsivät lukuisia laadullisia indikaattoreita, jotka vaativat tarkempaa määrittelyä ollakseen käyttökelpoisia. Vastausten analyysin pohjalta tehtiin kyselylomake laadullisia teemahaastatteluja varten, ja siihen sisällytettiin toimeksiantajan tiedontarpeesta lähtevät kysymykset. Haastatteluja tehtiin 35. Tämän raportin liitteenä on lista haastatelluista henkilöistä.

### 3. ARVIOINNIN RAPORTOINTI

Alla olevissa luvuissa raportoidaan käsillä olevan arvioinnin tulokset. Teksti sisältää runsaasti taulukoita ja kuvia, joissa on raportoitu KTL:n keräämien prosessitietojen laadulliset vastaukset. Pidemmät taulukot ja luettelot löytyvät lukemisen helpottamiseksi liitteistä. Kuvissa ja taulukoissa on vuosiluvun jälkeen suluissa vastanneiden määrä ja sen jälkeen vastaus. Joissakin luvuissa luettelot on viety kukanmuotoisiin kaavioihin, joiden keskiössä on aineiston tarjoama pääindikaattori ja terälehdistä sitä määrittävät alaindikaattorit.

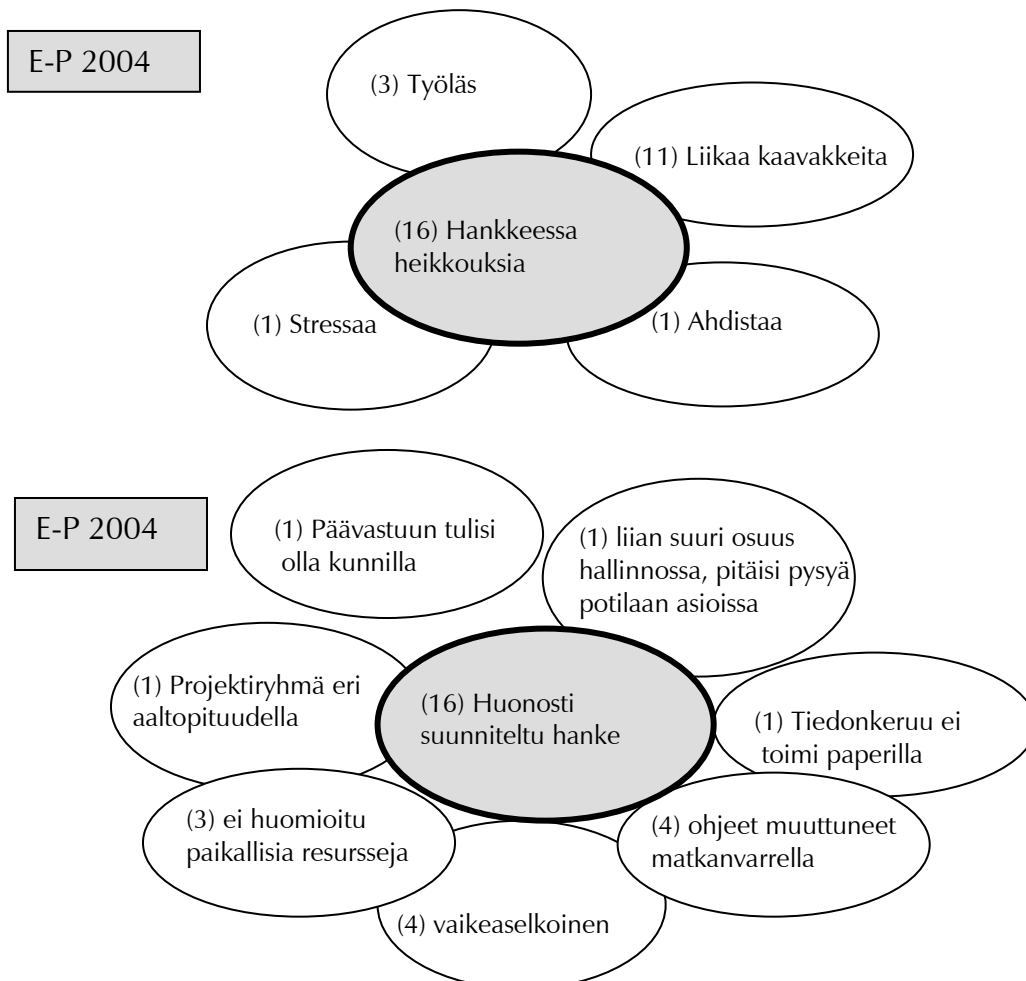
#### Hankkeen suunnittelu

KTL:n keräämissä prosessitietojen avovastauksissa tuli kysymykseen 17 Etelä-Pohjanmaalta vuonna 2004 kolme vastausta, joiden mukaan hanke on yksinkertaisesti hyvä ja tarpeellinen. Alla olevista kaavioista (Taulukko 3) voi lukea

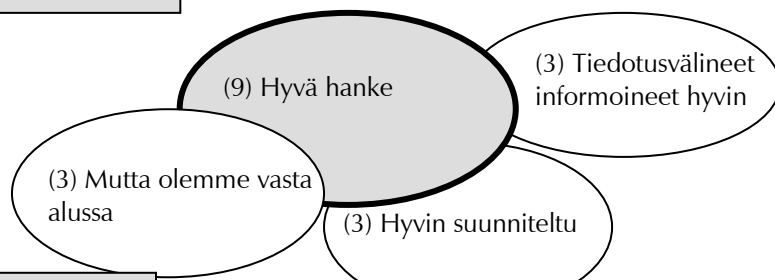
hankkeen tässä vaiheessa saamat kritiikit tai sille annetut kiitokset.

Hankkeen idea ja markkinointi on alusta saakka ollut tehokas kaikilla tasoilla. Makrotasolla hanke on suunniteltu ja perusteltu varsin hyvin. Se perustuu tutkimukselliseen näyttöön ja on lain tukema, terveyden edistäminen kuuluu terveyskeskusten tehtäviin. Hanke on linjassa Terveys 2015 -ohjelman kanssa. Laadullinen toimipaikkakohtainen, suunnittelu jäi ohuemaksi. Sitä tehtiin sairaanhoitopiireittäin kuntakäynneillä sen jälkeen, kun kukin sairaanhoitopiiri oli saanut oman organisaationsa kuntoon. Tällöin kerättiin aluekoordinaattoreiden ja alueellisten työryhmien kanssa tietoa siitä, mitä yksittäisissä toimipaikoissa jo tehtiin sekä millaisia valmiuksia ja mitä tarpeita siellä oli ehkäisevän toiminnan käynnistämiseksi.

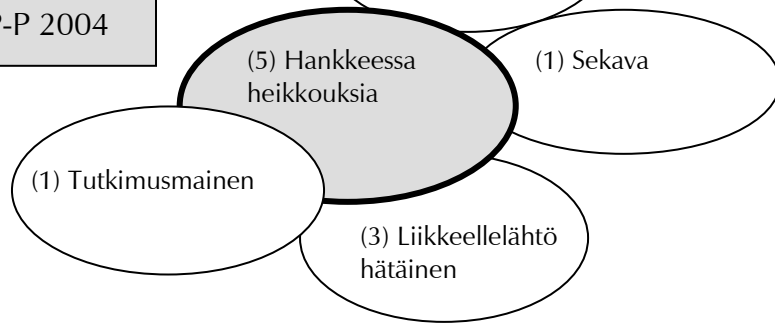
**Taulukko 3. Kooste hankkeen vuosina 2004 ja 2005 saamasta palautteesta hankealueittain.**



P-P 2004

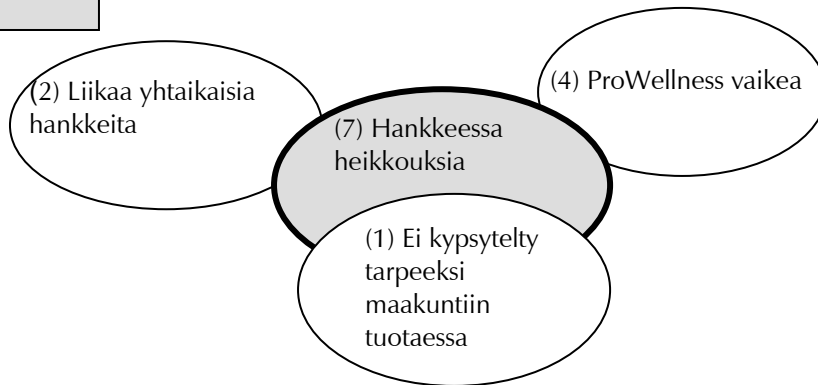


P-P 2004



P-Pohjanmaa	2005
Hyvä hanke	11
Hyvät hanketyöntekijät	3
Ei käynnisty, kaavamainen	1
Työläs	2

K-S 2005



Keski-Suomi	2004	2005
Hyvä hanke	2	6
Vasta aloittamassa	3	5
Koulutus hyvä mutta kallis		3
ProWellness hyvä		1
Käynnistettiin hätäisesti	1	
Tiedonkeruuta koskevat asiat tulleet tiputellen	3	
Pirkanmaa	2004	2005
Hanke hyvä	7	1
Ei osaa vielä sanoa	1	1
Pohjois-Savo	2005	
Vasta alussa	14	
Tuo ehkäisyn kunniaan	2	
Henkilökunnasta löytyi korkean riskin yksilöitä	1	

Suuri osa asianosaisista ilmaisi haastatteluissa, että syvempi laadullinen ja toimipaikkakohtainen suunnittelu ennen hankkeen käynnistämistä olisi ollut tärkeää, jotta olisi ymmärretty, millaiset työterveyshuollon mahdollisuudet ovat osallistua hankkeeseen ja mitkä reunaehdot tämä vaatisi; miksi systeemissä ei ole osaamista terveyden ehkäisemiseen, miten rahoitus Pirkanmaan osalta järjestyisi ja miten toimiva diabetestietojärjestelmä saataisiin kaikkien käyttöön. Hankkeen kuluessa on kerätty laadullista tietoa näistä asioista jokaisessa sairaanhoitopiirissä. Eli hanketta on suunniteltu kokeilemalla ja virheistä oppien samalla, kun työtä on tehty hankesuunnitelman mukaisesti. Tämä on validi ja toimiva lähestymistapa, kun hankkeella ei ole malleja suunnittelu- ja käynnistysvaiheessa.

Hanketta suunniteltaessa käytiin laajaa keskustelua siitä, onko kysymyksessä kansanterveys- tai tutkimusprojekti. Tutkijat olisivat halunneet todella perusteellisen tutkimuksellisesti orientoituneen hankkeen; käytännön työntekijät halusivat hyvin käytännöllisen ja käyttäjäystävällisen hankkeen. Hanke käynnistyneessä ja toimineessa muodossaan oli selkeä kompromissi näiden kahden välillä ja se näkyy hankkeen tiedonkeruussa.

Projekti alkoi hitaasti ja eri aikoina eri sairaanhoitopiireissä. Keski-Suomessa ja Etelä-Pohjanmaalla toiminnot alkoivat jo keväällä 2003, sen jälkeen Pirkanmaalla syksyllä 2003 ja lopulta Pohjois-Pohjanmaalla 2004. Pohjois-Savo liittyi mukaan toiminnallisesti vasta 2005. Mitä myöhemmin alueet käynnistivät toimintojaan, sitä enemmän niillä oli käytettävissä kokemusperäistä tietoa muilta alueilta. Hankkeen valtakunnallinen koordinaattori aloitti työt hankkeen oltua käynnissä kahdeksan kuukautta, ja projektisuunnitelma tehtiin vasta tämän jälkeen vuonna 2004. Vasta silloin määriteltiin selvästi toiminnalliset ja taloudelliset vastuut. Lisäksi vasta tuolloin päätettiin, että KTL tulee mukaan tietokeskukseksi. Myös tiedonkeruun muodosta päätettiin vasta silloin, ja 2004 kesällä ruvettiin keräämään tietoa.

Toimipaikkakohtainen laadullinen suunnittelu olisi ollut ymmärrettävästi ennen hankkeen käynnistämistä hyvin suuri ja resursseja vaativa tehtävä. Koko asia oli varsin uusi, ja ensin tuli saada oleellisten sidosryhmien tietoon, että

diabetesta voidaan todella ehkäistä. Lisäksi eri toimipaikoissa oli saman sairaanhoitopiirin sisälläkin erilaisia toimintakulttuureita ja niin erilainen osaamisen taso, että pelkästään näiden saaminen yhteisiin suunnittelupalavereihin on ollut vaikea tehtävä.

## Hankkeen rakenne ja ohjaus

Organisaatiota pidettiin arviointihaastatteluissa yleisesti valtakunnan tasolla raskaana ja hitaana. Erityisesti ohjausryhmän rooli on hämärämpi nyt kuin alussa. Raskaan organisaation luominen on ymmärrettävää ja perustuu siihen, että hankkeeseen tuli saada mukaan relevantit asiantuntijat ja alueelliset vaikuttajat. Hankkeessa on seitsemän päätoimijaa, joiden edustus on hankkeen eri valtakunnallisista ryhmistä. Hankkeen valtakunnallisessa johtoryhmässä on korkean tason edustaja jokaisesta sairaanhoitopiiristä. Hankkeessa ollaan myös tietoisia ohjausryhmän roolin hämärtymisestä, tähän on viitattu aiemmissa arvioinneissa. Huolimatta suuresta koneistosta tieto kulkee suhteellisen hyvin. Sairaanhoitopiirien omiin ryhmiin oltiin tyytyväisiä kautta linjan.

Kuten yllä mainittiin, hankkeen valtakunnallinen koordinaattori tuli töihin hankkeen jo alettua ja sai vastuulleen hankkeen keskitetyn suunnittelun tilanteessa, jossa hankkeen toimintoja oli jo käynnissä. Dehko ja D2D ovat alallaan pioneeri-hankkeita, joille ei ole olemassa malleja tai opettavia esimerkkejä Suomessa tai muualla maailmassa. Tämän lisäksi hankkeen päivittäiset toiminnot vaativat kykyä työskennellä nopea-tempoisesti, ja rahoittajat ovat osin odottaneet hankkeelta yllättävän nopeita tuloksia. Hankkeen valtakunnallinen koordinaattori on selviytynyt haastavasta tehtävästään varsin mallikkaasti. Valtakunnallisen koordinaattorin työssä näkyy pitkä kokemus perusterveydenhuollosta.

Aluekoordinaattorit palkattuine työtiimeineen ovat tehneet erinomaista työtä. Moniin terveydenhuollon toimipaikkoihin on ajoittain vaikea saada yhteyttä henkilövaihdosten ja organisaatiomuutosten vuoksi. Ne toimipaikat, jotka haluavat tietoa, materiaalia, neuvoja ja koulutusta, ovat saaneet sitä joustavasti ja helposti. Aluekoordinaattoreiden toimintaa luonnehditaan toimipaikoissa asiantuntevaksi. Hankkeen yhteydessä on puhuttu ja puhutaan paljon terveyskeskusten resursseista, mutta myös alu-

eelliset työryhmät operoivat rajallisilla resursseilla. On toimipaikkoja, joissa ei niin välitetä käynnistää ehkäisevää toimintaa, mutta nämäkin toteavat saaneensa informaatiota yli odotusten ja tarpeen. Etelä-Pohjanmaalla tämä ainakin näyttää tuottaneen tuloksia: ennen haluttomat terveyskeskukset alkavat vähitellen kiinnostua ja ottaa omatoimisesti yhteyttä aluekoordinaattoriin tai hankevastaavaan.

Kiitosta sai muun muassa aluekoordinaattoreiden ja heidän työtiimiensä käytännöllinen lähestymistapa: ei painosteta keskittymään lyhyen aikavälin tuloksiin, vaan keskitytään toimintamallien kokonaisvaltaiseen muutokseen pitkällä aikavälillä. Tässä on yksi hankkeen kestävyys tekijöistä.

## Hankkeen seuranta

Hanketta seurataan Kansanterveyslaitoksen prosessitietolomakkeilla, joiden kvalitatiiviset avovastaukset olivat osa tätä arviointia. Lisäksi prosessitietolomakkeet sisältävät kvantitatiivisesti analysoitavia kysymyksiä, jotka on raportoitu hankkeen väliarvioinneissa. Asianosaiset kritisoiivat prosessitietolomakkeiden määrällisistä kysymyksistä erityisesti niitä, joissa kysyttiin virkojen lukumääriä ja ehkäisevälle työlle allokoitua aikaa. On terveyskeskuksia, joissa sama henkilö on sairaanhoitaja, terveyden-hoitaja ja diabetes-hoitaja, jolloin tämä ajan määrittely on erityisen hankalaa. Ajan jakamista eri tehtävien kesken on myös täysin mahdoton arvioida. Arviointihaastattelujen perusteella on todettava, että vastausten luvut eivät näin ollen kerro tarkkaa totuutta terveyskeskusten arjesta.

Laadulliset avovastaukset ovat asianosaisten mukaan helpompia vastata, mutta niitä leimaa satunnaisuus. Kysymykset ovat hyviä ja luokitellut kohdallisia, mutta vastauksia säätelee se, kuka sattuu vastaamaan, millainen kiire hänellä sillä hetkellä on ja missä mielentilassa hän on. Tämä arviointi sisältää paljon taulukoita, joihin kvalitatiiviset vastaukset on luokiteltu. Lukija näkee yhdellä silmäyksellä, ettei monista kysymyksistä tarjoudu juuri lainkaan hyödyllistä informaatiota. Kysymysten esittäminen kirjallisesti ei välttämättä sovellu kentällä vallitsevaan todellisuuteen. Laadulliset kysymykset soveltuivat hyvin suullisiin haastatteluihin, joissa asiansa

osaava haastattelija pitää huolen siitä, että vastaajat pysyvät asiassa ja että jokainen kysymys tai osa-alue tulee käsiteltyä. Määrällisiin kysymyksiin vastaamista vaikeuttaa myös suomalaisen terveydenhuollon toimintakulttuuri, jossa asioita ei mitata, seurata eikä analysoida. Satunnaisuutta lisää myös se, että erilaiset ihmiset vastaavat helposti erilaisiin kysymyksiin: joidenkin on helpompi vastata määrällisiin, joidenkin taas laadullisiin. Joihinkin kysymyksiin yksinkertaisesti vain jätetään vastaamatta lomaketta täytettäessä.

Aluekoordinaattorit työtiimeineen keräävät kaiken aikaa laadullista ja määrällistä seurantatietoa hankkeesta ja raportoivat tietoa eteenpäin hankkeen suunnittelua varten. Aluekoordinaattoreille ei ole olemassa selkeää ohjeistusta, mitä ja miten tulee raportoida. Raporttien sisältö on vaihteleva johtuen henkilökohtaisista eroista: toiset viihtyvät enemmän kentällä; joillekin raportointi on luonnostaan helppoa. Myös sairaanhoitopiirikohtaiset resurssit vaihtelevat. Etelä-Pohjanmaalla on seurattu alusta alkaen myös numeerisesti hankkeen koulutuksia, niihin osallistuneita, käynnistyneitä ryhmiä sekä hankkeen aiheista tuotettuja opinnäytetöitä, ja kaikki tiedot on kirjattu. Toisaalta Etelä-Pohjanmaalla on hyvin resursoitu työtiimi tekemässä tätä kaikkea. Samanaikaisesti esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaalla aluekoordinaattori teki ensimmäisen vuoden töitä lähes itsekseen.

Toimipaikkakohtaistakin laadullista tietoa alueilla kuitenkin on. Esimerkiksi Pohjois-Savossa pidetään ideointiseminaareja, joissa voidaan toimipaikkakohtaisia laadullisia kysymyksiä. Niistä ei kuitenkaan raportoida mitenkään. Pirkanmaan raportit sisältävät toimipaikkakohtaisia analyysejä hankkeen etenemisestä. Mainittakoon nämä vain esimerkkeinä. Alueellista seurantaa kannattaa ohjeistaa kevyesti muutamin osin, jotta alueilta saatu laadullinen tieto yhtenäistyy ja jotta hankkeen valtakunnallisella johdolla on vähemmän avoimia kysymyksiä. Seuranta vähentää loppuarvioinnin tarvetta ja siihen tarvittavia resursseja. Eli arviointi suosittaa jo olemassa olevan ja jatkuvasti kerättävän tiedon strukturoimista siten, että sen analysointi, vertailu ja käyttö on helpompaa ja hyödyttää samalla laajempaa toimijajoukkoa kuin nyt.

#### Taulukko 4. Vastaukset KTL:n prosessitietolomakkeessa esitettyihin, hankkeen hyötyjä käsitelleisiin kysymyksiin.

	Hyödyttänyt		Ei hyödyttänyt	
	2004	2005	2004	2005
<b>Pohjois-Pohjanmaa</b>	46	42	10	4
<b>Etelä-Pohjanmaa</b>	32	31	8	4
<b>Pohjois-Savo</b>		6		5 (ei vielä)
<b>Keski-Suomi</b>	48	41	4	4
<b>Pirkanmaa</b>	19	16	1	2

#### Hanke toimipaikoissa

KTL:n prosessitietolomakkeissa toimipaikat olivat listanneet avoimissa kysymyksissä 17 ja 18 hankkeen tuottamia hyötyjä seuraavanlaisesti (kts Taulukko 4).

Seuraavissa luvuissa selvitetään, miten nämä hyödyt elävät KTL:n omissa luokituksissa organisaatio, resurssit, oma toiminta, asiakkaan toiminta, hoitopolut, asiakkaan ohjaus ja yhteistyö. Kuten edellä todettiin, jos vastaukset sisälsivät pääindikaattorin ja sitä määrittäviä alaindikaattoreita, ne on esitetty graafisesti kukalla (ks. Taulukko 5). Kukan keskiöstä voi lukea pääindikaattorin ja sen terälehdistä tätä määrittävät alaindikaattorit. Mikäli vastaukset sisälsivät erilaisia huomioita tai näkemyksiä, joilla ei ollut suoraan tekemistä toistensa kanssa, ne on esitetty taulukossa. Vuosiluvun jälkeen suluissa on kulloisenkin vastauksen antaneiden määrä.

#### Organisaatio

Haastattelujen ja tutkimusmateriaalin perusteella sairauksien ennaltaehkäisevän työn arki näyttää toimipaikoissa seuraavalta:

Terveyskeskukset ovat erikokoisia, niissä on erilaista osaamista sekä paljon toimijoita jotka tekevät työtään yksin. Joissakin on selkeästi väestövastuu, toisissa erikoistumispainotus; joissakin terveyskeskuksissa panostetaan henkilökunnan koulutukseen, toisissa taasen ei lainkaan. Samankaan terveyskeskuksen sisällä henkilöt eivät tienneet ennen hanketta, mitä naapuri tekee. Hankkeen alueelliset toimi- ja projektiryhmät ryhtyivät hankkeen alkaessa

kokoamaan heterogeenisen kentän toimijoita saman pöydän ääreen.

Joissakin toimipaikoissa työntekijöiden vaihtuvuus on suuri eikä yhteyshenkilöitä ole helppoa tavoittaa, minkä lisäksi sähköposteja katoaa lomien aikana. Koulutuksiin ja tiedonkeruuseen liittyvän postin katoaminen vaikuttaa luonnollisesti hankkeen kulkuun. Tietyt asiat kirjataan toimipaikoissa sairauskertomuksiin, mutta esimerkiksi elämäntapamuutoksien kirjaaminen ei kuulu toimintakulttuuriin.

Henkilökunnan vaihtuvuus vaikeuttaa myös ehkäisevän työskentelytavan juurtumista toimipaikkaan. Haastatteluissa kerrottiin esimerkkejä siitä, kuinka suuri osa henkilökunnasta oli saanut koulutusta diabeteksen ehkäisystä ja ryhmien ohjaamisesta, mutta tällä välin henkilökuntaa oli vaihtunut niin paljon, ettei yhteistä tietämystä tai toimintakulttuuria ollut.

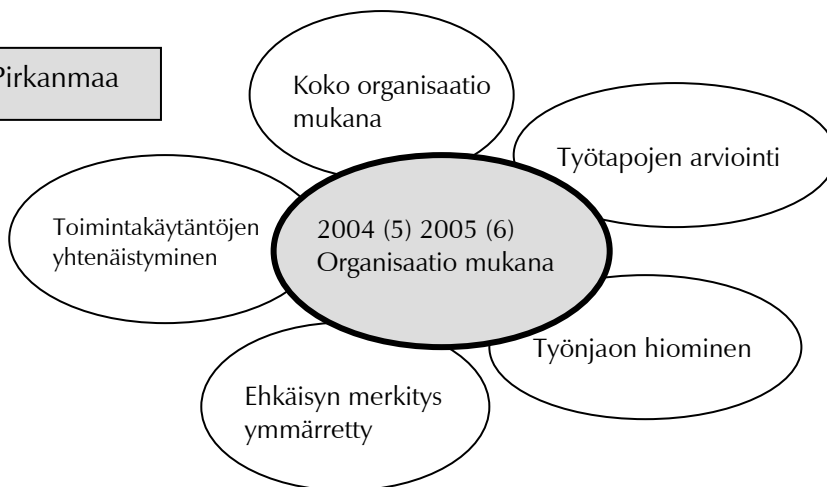
Eri sairaanhoitopiirien väestö on erikokoinen, mutta sairaanhoitopiirikohtaiset hanketuet ovat samansuuruiset. Väestöpohjaltaan suuremmilla alueilla myös terveydenhuollon toimijoiden lukumäärä on vastaavasti suurempi. Tällöin toimijaryhmässä tapahtuvia muutoksia – henkilövaihdoksia, äitiyslomia, eläkkeelle siirtymisiä, kouluttautumisia – on ilmeisesti myös enemmän. Tämä tuo lisähaasteita alueellisille työntekijöille ja paikallisille yhdyshenkilöille henkilöiden saavutettavuuden ja informaation kulun suhteen. Tästä myös seuraa, että hanketuen osalta budjetti on suurilla alueilla pienempi asukasta ja terveydenhuollon toimijaa kohti kuin pienemmillä.

**Taulukko 5. Kooste KTL:n prosessitietolomakkeiden kysymykseen, jossa tiedusteltiin yleisiä kommentteja hankkeesta ja sen aiheuttamia muutoksia.**

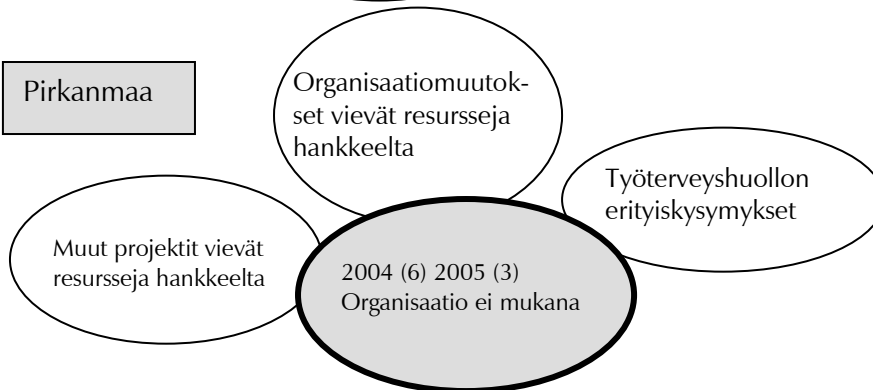
Etelä-Pohjanmaa

Vuosi	Vastaus
2004 (4) ja 2005 (7)	Koko organisaatio on mukana
2004 (1)	Nimetty vastuuhoidtaja ja -lääkäri
2004 (2) ja 2005 (4)	Käytännöt yhtenäistyneet
2004 (7) ja 2005 (2)	Koko organisaatio ei mukana
2004 (1) ja 2005 (1)	Työnjakomalli esteenä
2004 (1) ja 2005 (2)	Työterveyshuollon yrittäjät eivät maksa

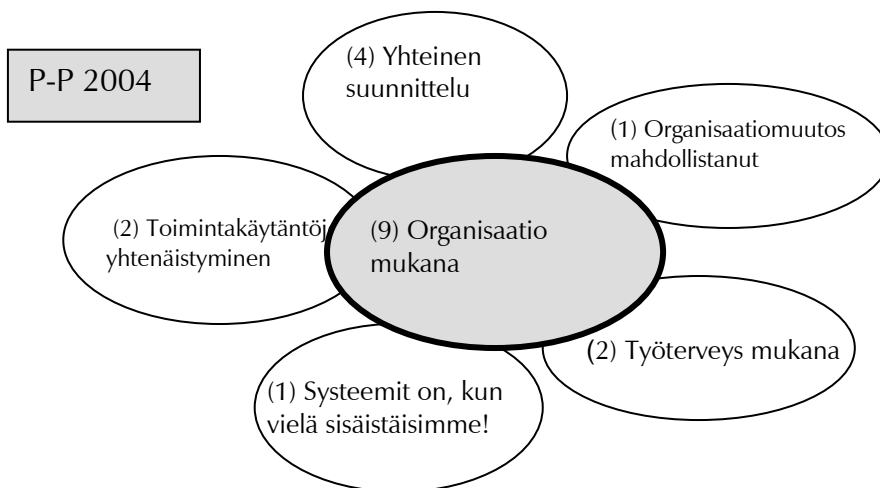
Pirkanmaa



Pirkanmaa



Keski-Suomi	2004	2005
Organisaatio mukana	1	1
Työnjako parantunut	5	1
Yhteiset toimintamallit		1
Organisaatiomuutokset tukeneet sisäistä yhteistyötä	1	1
Organisaatio ei mukana	6	2
Organisaatiomuutokset eivät tue sisäistä yhteistyötä		4
Työterveys, yritykset eivät sitoudu	7	
Muut työterveyden ongelmat	2	2
Ei osaa sanoa hankkeen vaikutusta organisaatioon		5



Pohjois-Pohjanmaa	2004	2005
Organisaatio mukana		7
Toimintatavat yhtenäistyneet		7
Organisaatio ei mukana	7	7
Organisaatiomuutokset estävät	4	2
Organisaatiomuutokset hidastavat	4	
Työterveyshuolto ei mukana		5

Pohjois-Savo	2005
Puhuttu yhdessä	1
Toivottavasti työterveyshuolto tulee mukaan	1
Hyvä hanke mutta työläs, erityisesti lomakkeet	3
Muutosvastarintaa on	1

Työterveyshuolto on lähtenyt hankkeeseen mukaan hyvin vaihtelevasti. Silloin kun se on onnistunut, ennaltaehkäisy näyttää istuvan työterveyshuoltoon erinomaisesti. Erityisen näkyvää tämä on Etelä-Pohjanmaalla sekä paikoin Keski-Suomessa. Jälkimmäisessä yksityiset työterveysasemat ovat lähteneet mukaan hyvin, ja riskipistelomake on käytössä valtaosassa työterveysasemia. Pohjois-Savossa työterveys on tullut hankkeeseen hiljalleen syksyn 2006 kuluessa.

Hanke on juurtunut hyvin toimipaikkoihin, joissa on entuudestaan arvostettu diabetestyötä ja joissa on ollut jo ennen hanketta alan erityisosaamista. Tällaisista lähtökohdista käsin diabeteshoitajien ja diabetesta hoitavien lääkäreiden on ollut keskimääräistä helpompi ruveta keskustelemaan johtavien lääkäreiden ja hoitajien kanssa muutoksia arvioivan tiedonkeruun ja moniammatillisen yhteistyön tärkeydestä. Vähintään yhden kiinnostuneen lääkärin olemassa-

olo helpottaa asioita suuresti, koska lääkärit kuuntelevat paremmin lääkäreitä kuin hoitajia. Diabeteksen ehkäisyyn motivoitunut lääkäri ja hoitaja ovat olleet monessa toimipaikassa ne henkilöt, jotka ovat levittäneet ehkäisevää toimintaa vähitellen yli ammattirajojen. Niissä toimipaikoissa, jotka ovat hyötäneet hankkeesta paljon, on usein myös aloitettu ehkäisevän toiminnan terävöittämisestä puhuminen ja työtapojen muuttaminen jo muutamaa tai monta vuotta ennen hanketta. Terveyskeskuksen johdon ja kunnan sitoutuminen ehkäisevään toimintaan on pitkän päälle tärkeää eivätkä sitä ilman yksittäiset työntekijät voi tehdä mitään.

Isoissa organisaatioissa jo pelkkä hajaantuminen useaan toimipaikkaan ja monimutkainen päätöksentekokoneisto hidastavat työtapojen muutoksia, yhteistyön käynnistymistä ja informaation kulkua. Siellä missä lääkäreistä on pulaa, hoitajat totesivat D2D:n olevan hoitajavetoista.

Korostettiin myös sitä, että terveydenhoitajien työskä ja osaaminen ovat hyvin laajat ja että heillä jo koulutukseen kuuluu sairauksien ehkäisy. Tällöin D2D:n tiedottajana talon sisällä on hankkeen alussa toiminut hoitaja ilman yllämainittua innostunutta lääkäriä. Hoitajilla oli selvä epäily, että jos ovat he olleet yksin sitoutamassa taloaan hankkeeseen, johto ei ehkä ole sitoutunut muulla kuin juhlapuhetasolla eikä oikeasti ymmärrä millaisesta sairaudesta on kyse.

Paljon on kiinni myös siitä miten terveydenedistämistä kiinnostuneet työntekijät uskalta viedä asioita eteenpäin talon sisällä muille työntekijöille ja ylimmälle johdolle.

*”Tunsin olevani hyvin yksin, kun kuulin hankkeesta. Piti lähteä hyvin matalalla profiililla. Mutta jälkikäteen monet hoitajat ovat sanoneet vihdoin ymmärtäneensä mistä olen jo puhunut kauan. Me-henki on Dehkon ansiota!”*

Hankkeen etenemistä hidastavia tekijöitä ovat suuret muutokset, kuten organisaatiomuutokset, terveydenhuollon sisäiset uudistukset, kuntaliitokset, terveyskeskuksen työntekijöiden siirtyminen kotipalvelun työntekijöiksi, toimenkuvan muutokset sekä laboratoriotoininnan muutokset keskitetyiksi.

On tapauksia, joissa toimintakulttuurin muutos lähtee, jos sysäys tulee väestöstä. Asiakas ottaa yhteyttä järjestelmään, ja sen ottaa vastaan oivaltava työntekijä. Esimerkki Keski-Suomesta kertoo taksikuskin kysyneen, mitä voisitte tehdä, kun meidän porukka sairastaa niin paljon. Tästä lähti liikkeelle paikallinen taksikuskien liikuntaryhmä.

Kunnallisten päättäjien reunaehdot resursseille vaikuttavat terveyskeskusten johdon sitoutumiseen. Näitä reunaehtoja määrittävät päättäjien ja terveyskeskusten johdon oivallus siitä, millaisesta sairaudesta ja millaisten prosessien hallinnasta terveyskeskuksen sisällä on kyse. Kunnat eivät ole lähteneet suurin resurssien mukaan terveydenedistämiseen. Keski-Suomen kunnista Jyväskylä on tehnyt terveydenedistämisen strategian, jota alettiin suunnitella jo ennen hanketta. Keuruulla, Jämsässä ja Jyväskylässä on tehty hyvinvointikertomukset, mutta ne eivät ole hankkeen vaikutusta. Pohjois-

Pohjanmaalla terveydenedistämisen suunnitelma sisältyy toiminta- ja taloussuunnitelmaan 35 %:lla kunnista, mutta väliarviota laadittaessa ei ole tiedossa, kuinka moni näistä on tehty hankkeen aikana. Oulunkaaren kunnat ovat pilotoimassa terveydenedistämisen laatusuosituksia. Etelä-Pohjanmaalla on tehty terveyskertomukset Järviseudun kunnissa Alajärvellä, Evijärvellä, Kortesejärvellä, Lappajärvellä ja Vimpelissä. Näiden kertomusten pohjalta on tarkoitus tehdä hyvinvointisuunnitelmat talven 2006–2007 aikana.

Pohjois-Savossa ainakin Kuopiossa ja Varkaudessa on terveyden edistämisen suunnittelija. Kuopiossa ei ole varsinaista terveyden edistämisen suunnitelmaa, mutta ohjelmia on lapsille, nuorille, ja ikääntyneille – lisäksi sosiaaliterveyden puolella on omia strategioita. Terveydenedistämisen suunnitelma on myös Lapinlahdella. Kuopiossa toimii myös Terve Kuopio –ohjelma, jonka yksi painopistealue on terveyden edistäminen. Nähtäväksi jää, mitä konkreettista näistä seuraa diabeteksen ja sen lisäsairauksien ehkäisyn kannalta.

Sairaanhoitopiirit ovat sitoutuneet hankkeeseen hyvin. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on järjestynyt rahoitus – Pirkanmaallakin ennen pitkää – ja työtilat hankkeen työryhmille. Hankkeen nimeytyt vastuulääkärit jalkautuivat hankkeen alussa kuntakierroksilla kuntiin. Erityisen aktiivisena tämä jalkautuminen on säilynyt Etelä-Pohjanmaalla, jossa myös sairaanhoitopiirin ylin johto puhuu terveydenedistämistä julkisuudessa näkyvästi. Tässä yhteydessä on huomattava, että Pohjois-Savossa on vasta tehty kuntakierrokset.

Sairaanhoitopiirin näkyminen kentällä on tärkeää. Mikäli sairaanhoitopiirin johto ja/tai vastuulääkärit näkyvät kentällä silloin, kun hankkeesta puhutaan, terveyskeskusten johto tulkitsee, että asia on tärkeä ja että siihen sisältyy arvovaltaa. Tärkeää on myös sairaanhoitopiirien viestintä kentälle, terveyskeskusten johdolle ja kunnallisille päättäjille: mikäli terveydenedistämistä puhutaan korkealla taholla väsymättä, jokainen asian kannalta merkittävä toimija ymmärtää vähitellen, että on kyse arvostetusta asiasta.

## Resurssit

Oheisiin taulukoihin (Taulukko 6) on kerätty KTL:n prosessitietolomakkeiden avovastauksista kaikki ne, joissa mainitaan resurssit. Vastauksista näkyy, mitä resursseja toimipaikat ovat saaneet lisää hankkeen aikana ja millaisten resurssien puute estää tai vaikeuttaa hankkeen toteuttamista toimipaikoissa. Vuosilukujen alta sarakeista näkyy asianomaisen vastauksen antaneiden määrä.

Jotkut asianosaiset totesivat resurssipulan olevan niin vaikean, ettei uusien toimintamallien ajatteluunkaan ollut mahdollista. Terveyskeskuksessa ei välttämättä ole pysyvää lääkäriä, vaan toimipaikka on riippuvainen vierailevista keikkalääkäreistä. Näissä tapauksissa koettiin, etteivät hoitaja tai hoitajat kykene mihinkään muuhun, kuin lyhytjännitteiseen vastaanotto-toimintaan. Tähän liittyi myös kysymys yksinäisyydestä: pienissä toimipaikoissa, joissa hoitaja on suurimman osan viikkoa yksin, hankkeen tarjoamien lisäresurssien käyttöönotto voi olla liian työlästä. Asianosaiset totesivat, etteivät hoitajat jaksa tehdä yksin mitään, mitä ei ole pakko tehdä. Huomioitavaa on, että monet ovat organisoineet työtä uudelleen jo vuosia ja ettei rationalisoitavaa enää ole.

Joissakin toimipaikoissa asianosaisten näkemys oli, että ellei resursseja nyt lähdetä vähentämään, ne ovat kohtalaiset. Ehkäisyäkin tapahtuu lääkäri- tai hoitajapulasta huolimatta. Toimintojen rationalisointi on näkynyt usein jo ennen D2D:ta, ja se on tehostunut hankkeen tuloksena: lääkärien ja hoitajien päällekkäistä työtä on vähennetty tai poistettu, tarvittavien kontrollikäyntien määrää on tarkasteltu kriittisesti ja sen seurauksena joskus vähennetty, gestaatio-diabeetikot on ruvettu hoitamaan neuvolassa eikä vastaanotolla, samalla vastaanotolla katsotaan astmakontrolli ja verenpaine, kun nämä ennen käsiteltiin eri vastaanotoilla, tai sairaanhoitajan vastaanotolla hoidetaan samalla injektio, sokeri ja ohjaus. Asianosaiset muistuttivat, että myös asiakkaiden käytös vaikuttaa resursseihin: potilaat tulevat vastaanotolle usein yhden vaivan vuoksi ja toisen vuoksi seuraavalle vastaanotolle, vaikka heidän useat ongelmansa ovat usein sidoksissa toisiinsa. Siellä, missä hoitajaresurssit ovat paremmat kuin lääkäriresurssit, asiakkaita ohjataan enemmän hoitajan

puheille sellaisten asioiden kanssa, joista on ennen menty lääkärin vastaanotolle.

Hankkeen myötä tulleita pieniä lisäresursseja tervehdittiin riemulla – prosessitietolomakkeet sisälsivät ilahtuneita huomioita muutaman kuukauden lisätyöntekijästä, jonka avulla hoitopolut saatiin kuntoon. Kaikkialla tämä ei ole ollut yhtä yksinkertaista. Hanketyöntekijöiden on usein ollut vaikea irrottautua tekemään hankkeelle saamaansa aikaa, koska sijaisia ei ole haluttu tai voitu hankkia. Joissakin paikoin sijainen on järjestynyt, mutta hänen perehdyttämisensä on vienyt niin paljon resursseja, ettei työ ole toiminut. Tämän välttämiseksi joissakin toimipaikoissa hanketyöntekijän aika on jaettu kahden tai useamman työntekijän kesken pitkälle aikavälille. Esimerkiksi puolen vuoden ajan kahdelle työntekijälle yhteensä kaksi iltapäivää viikossa ja seuraavan puolen vuoden ajan 1,5 päivää viikossa. Pitkälle ajalle hanketyöperiodi haluttiin jakaa sen vuoksi, että toimintakulttuurien muutos vie paljon aikaa. Joissakin toimipaikoissa on myös käytössä ”vakiosijaisia”, joiden perehdyttäminen ei ole ongelma.

Useissa prosessitietolomakkeiden vastauksissa todettiin, että D2D:tä tehdään oman työn ohella. ”Oma työ” tarkoittaa asianosaisten mukaan sairauden hoitamista – kiireistä vastaanottotoimintaa, haavan hoitamista, lääkärin avustamista, tikin poistoa ja sairauslomalappujen kirjoittamista. Tämä paljastaa terveyskeskuksissa vallitsevan ajatusmaailman, jonka mukaan sairauksien ehkäisyä ei pidetä varsinaisena työnä.

Kuten yllä mainittiin, kaikissa terveyskeskuksissa joko johto tai osa työntekijöistä vastustaa ehkäisevän toiminnan suunnittelua ja lisäämistä. Haastatteluissa asianosaiset totesivat muutostarinnan kuuluvan muutokseen. Ehkäisyn puolesta puhujat sanoivat onnistuvansa ammatikuntien välisen yhteistyön luomisessa, jos onnistuvat välittämään tarpeen johdolle, joka puolestaan lähtee puoltamaan asiaa kuntaan päin. Toinen, pidemmällä aikavälillä toiminut menetelmä on ollut se, että onnistuttu keksimään muiden sektorien työntekijöille helpompia ja yksinkertaisempia työtapoja, eli toisin sanoen resurssien säästöä. Jos ammattiryhmien välinen kilpailu ja reviirien puolustus talon sisällä on tiukka, muutos vie hyvin paljon aikaa tai sitä ei tapahdu.

**Taulukko 6. Kooste KTL:n prosessitietolomakkeiden resursseja koskevista vastauksista.**

Etelä-Pohjanmaa	Saatu lisää tai yhdistetty		Resurssien puute estää hankkeen toteuttamista	
	2004	2005	2004	2005
Yleinen resurssi	4		9	
Henkilö	2		1	
Hoitaja	5			1
Lääkäri			2	1
Tila	2			
Aika	14			

Pirkanmaa	Saatu lisää tai yhdistetty		Resurssien puute estää hankkeen toteuttamista	
	2004	2005	2004	2005
Yleinen resurssi	1		3	1
Henkilö	3			2
Hoitaja		1	2	
Lääkäri				1
Aika			7	5

Keski-Suomi	Saatu lisää tai yhdistetty		Resurssien puute estää hankkeen toteuttamista		Resurssit eivät ole ongelma 2004
	2004	2005	2004	2005	
Yleinen resurssi			19	12	
Henkilö	1		5	1	
Hoitaja	2	1	6	6	
Lääkäri			3	1	
Ravitsemusterapeutti			1		
Aika			18	10	1

Pohjois-Pohjanmaa	Saatu lisää tai yhdistetty		Resurssien puute estää hankkeen toteuttamista	
	2004	2005	2004	2005
Yleinen resurssi	5	6	11	9
Henkilö		2		
Hoitaja			4	
Lääkäri			5	2
Ravitsemusterapeutti	1			1
Aika	1	2	9	10

Pohjois-Savo 2005	Resurssien puute estää hankkeen toteuttamista
Yleinen resurssi	3
Hoitaja	2
Fysioterapeutti	1
Aika	2
Tila	1

Terveyskeskuksen johdon tuki on resurssien uudelleenorganisoinnin edellytys. Kuten edellisessä luvussa todettiin, yksittäiset työntekijät eivät voi muuttaa omia toimintakulttuurejaan talon sisällä ilman johdon siunausta taloudellisesti ja työvuorojen järjestelyjen suhteen. Jos johto on oivaltanut, että on sairauksia joihin kannattaa panostaa – vaikkapa sydän- ja verisuonitaudit, diabetes ja dementia – työtapojen uudelleenorganisointi on ollut helppoa. Jos ehkäisevä toiminta on aloitettu ennen hanketta, hoidoilla on jo osoitettu tuloksia talon sisällä. Tämä on edesauttanut johdon sitoutumista ehkäisyyn.

Alueelliset työryhmät ovat työskennelleet erilaisin resurssein. Etelä-Pohjanmaalla sairaanhoitopiiri palkkasi hankkeen alussa työntekijät viideksi vuodeksi, kun taas muissa sairaanhoitopiireissä resurssiin aluekoordinaattoreita lukuun ottamatta vähemmän henkilötyöpäiviä. Tämä on vaikuttanut muilla alueilla hankkeen mahdollisuuksiin suunnitella toimintaa alueellisesti pitkällä aikajänteellä.

Hankesuunnitelmassa korostetaan, että hanketta tehdään olemassa olevilla resursseilla, mutta laajempi vilkaisu suomalaiseen terveydenhuollon kenttään paljastaa, että ilmeisesti sitä tehdään niukkenevilla resursseilla. Asianosaiset kyselivät, eikö perusterveydenhuoltoon tule uusia potilaita siksi, että muut joutuvat supistamaan. Esimerkiksi mielenterveyspotilaat siirtyvät mielenterveyshuollon avovastaanotoilta terveyskeskuksiin. Mielenterveysongelmat myös lisääntyvät kaiken aikaa. Päihteiden käyttö lisääntyy ja joudutaan annostelevaan lääkkeitä. Väestö vanhenee ja tarvitsee perusterveydenhoitoa entistä enemmän. Perusterveydenhuoltoon tulee yhä vaikeampia ja tietotaidollisesti vaativampia tapauksia. Väliarvioinnin resurssit eivät riittäneet tämän tarkistamiseen tilastoista.

Mikäli terveydenhuollon fokusta hiukan laajentaa, hyvältä ei näytä kansainvälisessäkin vertailussa: Suomi on ainoa OECD-maa, jossa terveydenhuoltoon osoitettu raha potilasta kohti on laskenut suhteessa bruttokansantuotteeseen 15 viime vuoden aikana. Lähtökohtatasokaan bruttokansantuotteesta ei ollut korkea.

## Henkilökunnan toiminta

Seuraavissa luetteloissa tarkastellaan KTL:n aineistoa Ehkäisy asenteena -näkökulmasta. Vastaukset vastaavat sisällöllisesti seuraavia lausumia:

- hienoa, kun ehkäisyä tuetaan
- olen oppinut toimimaan enemmän ehkäisevästi
- meidän talo on oppinut toimimaan enemmän ehkäisevästi
- meidän talossa asenne kallistunut ehkäisyn suuntaan
- vihdoin minulle annetaan lupa tehdä ehkäisevää työtä

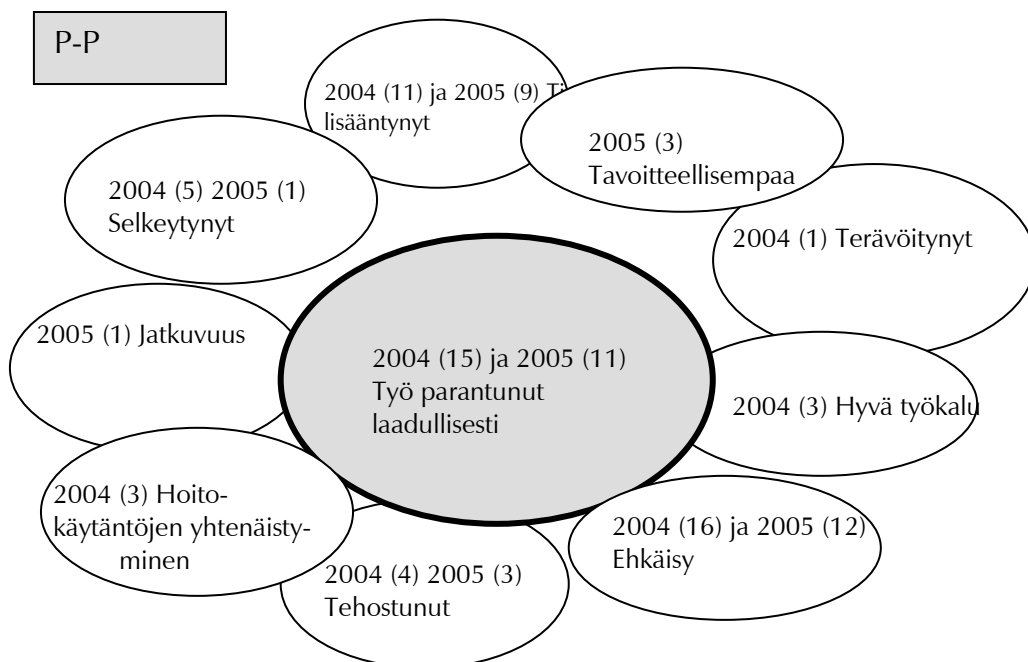
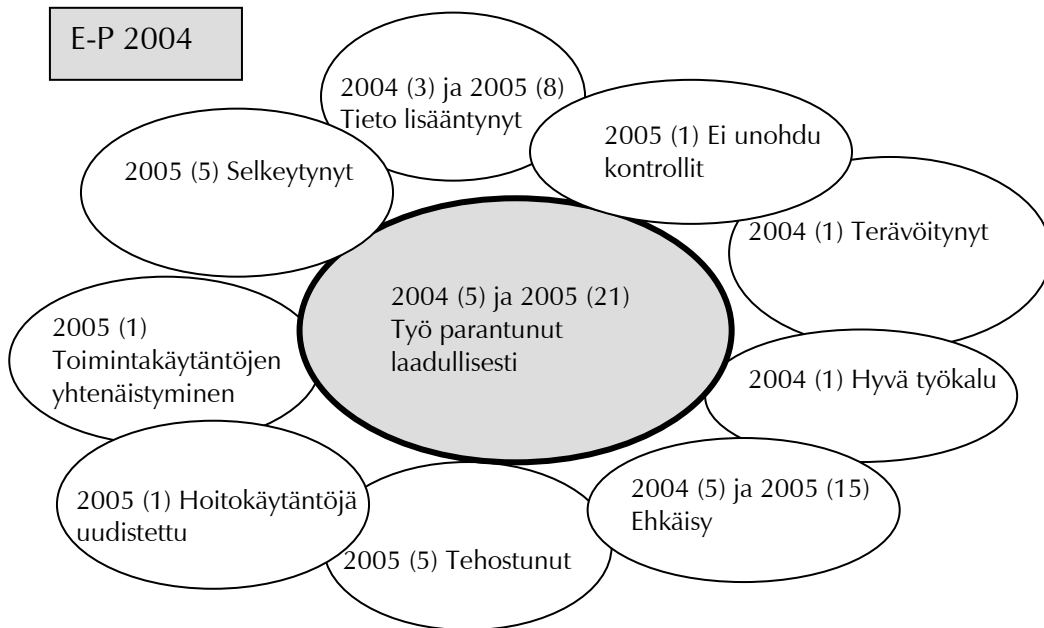
KTL:n prosessitietolomakkeiden avovastaukset on purettu taulukoihin ja kaavioihin (Taulukko 7). Jos KTL:n lomakkeiden vastaukset sisälsivät pääindikaattorin ja sitä määrittäviä ala-indikaattoreita, nämä on esitetty kukkakaaviossa siten, että kukan keskiössä on pääindikaattori ja sen terälehdissä alaindikaattorit. Jos vastaukset sisälsivät sellaisia havaintoja ja huomioita, joilla ei ole suoraan mitään tekemistä toistensa kanssa, ne on esitetty taulukossa. Ensimmäisessä taulukossa on raportoitu niiden vastausten määrä, jotka sisälsivät mainintoja seulonnasta. Kukissa on vuosiluvun jälkeen suluisia kulloisenkin indikaattorin maininneiden määrä.

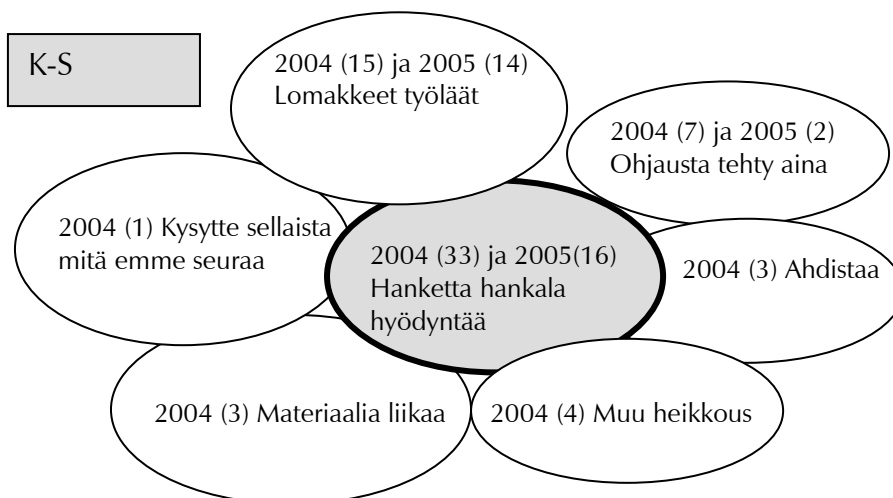
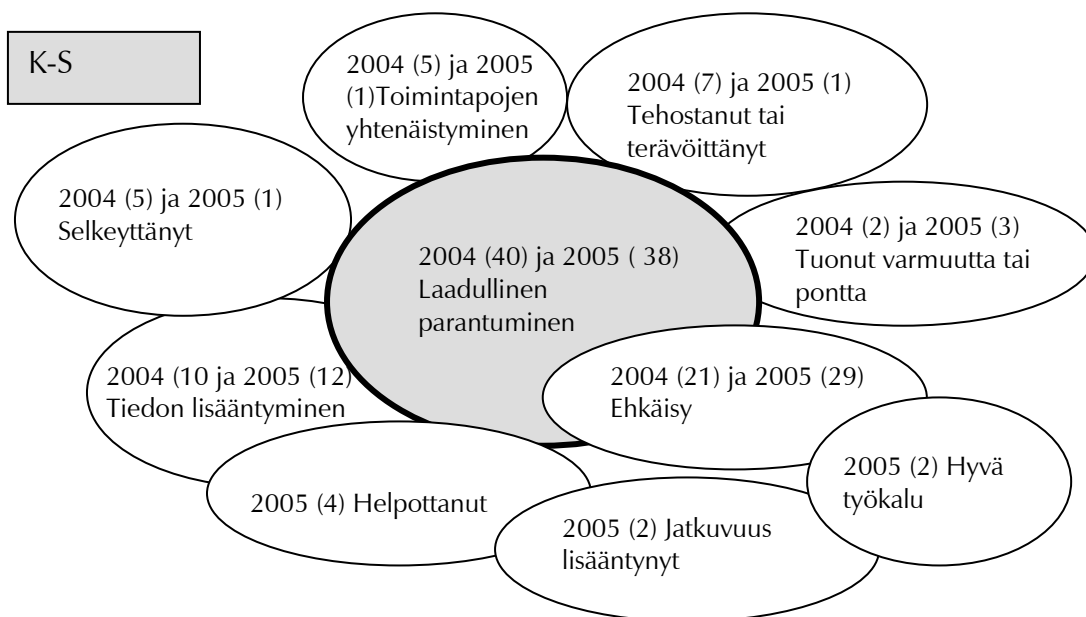
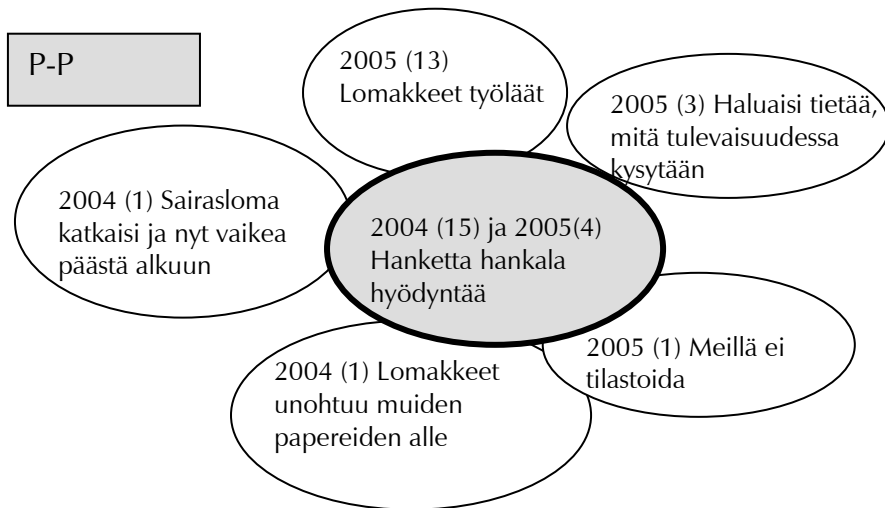
Hanke on vaikuttanut hoitajien ja osin myös lääkäreiden työhön positiivisesti. Eniten hankkeen hyödyt näkyvät niissä toimipaikoissa, joissa ehkäisevälle työlle on johdon tuki ja joissa on syntynyt yhteistyötä yli ammattirajojen. Mutta myös niille toimipaikoille, joissa hoitajat ovat yksin diabeteksen ehkäisyn kanssa ja jotka kärsivät lääkäripulasta ja kiireestä, hanke on tuonut etuja.

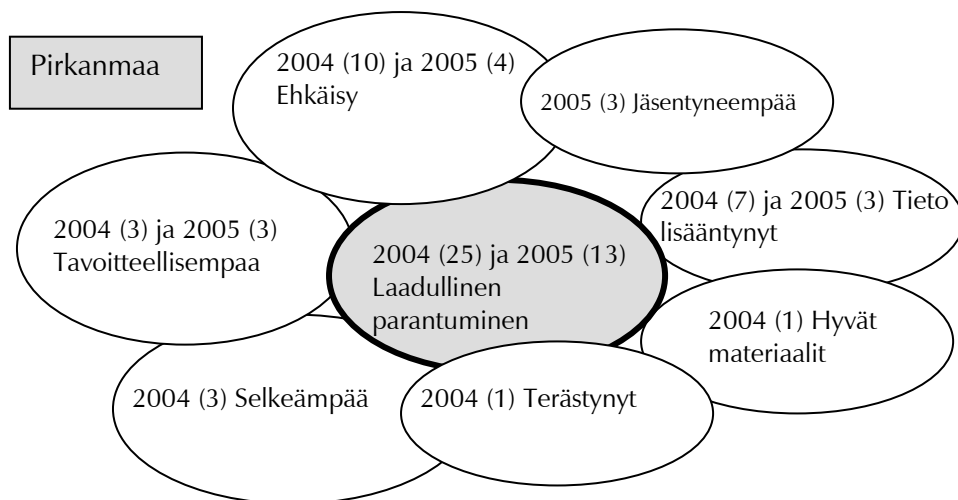
Alla olevista laatikoista voi lukea muutamia asianosaisten prosessitietolomakkeissa esittämiä, avaamista ja täsmentämistä vaativia indikaattoreita. Hankkeen kuvataan terävöittävän, jämäköittävän, selkeyttävän ja tehostavan päivittäistä työtä. Prosessitietolomakkeissa mainittiin myös, että hanke on mahdollistanut itsenäisen työn. Haastatteluissa tarkennettiin kuvausten merkityksiä.

**Taulukko 7. Kooste KTL:n prosessitietolomakkeiden henkilökunnan toimintaa koskevista vastauksista.**

Seulonnan lisääntyminen hankkeen aikana verrattuna sitä edeltävään aikaan	2004	2005
Etelä-Pohjanmaa	9	3
Pohjois-Pohjanmaa	8	5
Keski-Suomi	6	3
Pirkanmaa	2	5







Pirkanmaa	Lomakkeet työläitä	Perehtyminen työlästä
2004	10	1
2005	4	

Pohjois-Savo	
Hyödyllistä koulutusta tai tietoa	2
Tarvitaan koulutusta	2
Riskitesti lisääntynyt	1
Enemmän sokerirasituksia	1
Työtapojen kehittäminen	4
Ohjattu ennenkin kohonneita sokereita	1

Asianosaisilta kysyttiin, mitä he tarkoittavat sanoessaan työnsä tehostuneen ja selkeytyneen hankkeen aikana. Asianosaiset vastasivat, että terveyskeskuksissa käy toistuvasti asiakkaita, joiden on verenpaine ja sokeriarvot ovat koholla. Tähän mennessä kukaan ei ole oikein tiennyt, mitä näille asiakkaille pitäisi tehdä. Ehkä on korkeintaan sanottu, että "koeta nyt vähän liikua, katsoa mitä syöt ja lopeta se tupakointi". Nämä ovat olleet terveydenhuollolle puuduttavia asiakkaita, jotka tulevat aina uudestaan samassa tilassa. Mutta nyt on hankkeen myötä saatu selkeät ohjeet, miten näiden asiakkaiden kanssa tulisi toimia. Ohjeiden myötä tiedetään mihin asiakkaat ohjataan, minkä seurauksena myös "tyhjät" käynnit vähenevät. Hankkeen myötä on myös otettu käyttöön malli, jolla poimitaan terveestä väestöstä joko oireettomat diabeetikot tai riskiasiakkaat.

Asianosaisilta kysyttiin, mitä tarkoittaa työn jäämäköityminen ja terävöityminen. Työ, jota hoitajat ovat tehneet jo vuosia, jäsentyy hank-

keen ansiosta nyt paremmin yhdeksi kokonaisuudeksi: verenpaineen, painon, veren rasvojen, veren sokerin sekä muiden tyyppin 2 diabeteksen riskitekijöiden seuranta ja niihin liittyvä ohjaus. Nämä ovat myös osa-alueita, jotka lasketaan yhteen riskipisteinä. Riskitesti antaa niin asiakkaalle kuin hoitohenkilökunnallekin selkeät seurattavat terveystekijät, jotka tulee ottaa huomioon ja joihin voi itse vaikuttaa ikää ja sukutaustaa lukuun ottamatta. Näin sekä seuranta että ohjaus jäsentyvät. Tiedonkeruun interventiolomake tarjoaa niin ikään pohjan sekä hoitajan työn että asiakkaan elämäntapamuutoksen seurantaan. Lukijan kannattaa vilkaista tämän arviointiraportin liitettä 2, johon on purettu KTL:n prosessitietolomakkeiden kysymyksen 21 vastaukset vuodelta 2004. Taulukoissa on kohta "riskikartoitus", joka sisältää vastausten huomiot näistä mainituista yksittäisistä osa-alueista. Vastaus saattoi olla esimerkiksi "painon seuranta" tai "verenpaine ja vyötärönympäryys".

Asianosaisilta kysyttiin, mitä tarkoittaa hoito-käytäntöjen yhtenäistyminen. Haastateltujen mukaan tämä tarkoittaa seuraavaa: Ennen saman kaupungin tai organisaation sisällä on ollut toimijoita, joilla on kullakin omat mallit korkean riskin asiakkaiden hoitoon. Hoitopolkujen luomisen ja yhteisen keskustelun kautta on luotu sopimus, jonka puitteissa kaikki tietävät, mihin asiakkaat ohjataan. Näin on onnistuttu vähentämään päällekkäisyyksiä ja säästämään resursseja.

Hankkeeseen sitoutuneissa toimipaikoissa hoitajat voivat nyt virallisesti lähettää asiakkaan laboratorioon rasvakokeisiin ja sokerirasituksiin, kun korkean riskin henkilö on tunnistettu jollakin hankkeen kriteerillä. Samoin kun vastaukset tulevat, hoitaja tekee alustavan diagnoosin ja merkitsee sen tiedonkeruulomakkeelle tai sähköisen järjestelmän tiedonkeruusivulle. Edelleen hän ratkaisee käytettävissä olevien resurssien puitteissa yhdessä asiakkaan kanssa tulevien interventioiden muodon.

D2D:n ansiosta on monissa paikoin varattu aikaa ehkäisevää työtä varten. Nyt hoitajilla on lupa tehdä ehkäisyyn ja varhaiseen hoitoon liittyvää työtä, hoitopolkuja, muiden kouluttamista ja tiedon hankkimista. Seuraavassa on sitaatti haastatteluista:

*”Ehkäisy on tullut virallisesti osaksi työnkuvaa, kun se on tähän mennessä ollut vain osa jota on tehty vasurilla.”*

Niissä toimipaikoissa, joissa ehkäisevä työ on lähtenyt käyntiin, muut kuin diabetestoimijat ovat ruvenneet kyselemään riskihenkilöiden hoitoon ja kohonneisiin sokeriarvoihin liittyviä kysymyksiä. Eräässä toimipaikassa todettiin, että ellei tiedetä tarpeeksi, voidaan jopa ylireagoida kohonneeseen sokeriin ja heillä eletään juuri nyt hankkeen ansiosta ylireagoinnin aikaa. Tällä asianosainen tarkoitti esimerkiksi sitä, että aluehoitaja ottaa asiakkaat, joilla on lievästi kohonneet sokeriarvot, kontrolliin kerran kuukaudessa. Tai hoitaja ottaa ne asiakkaat, joilla on todettu kohonnut kolesteroli, kontrolliin 3 kuukauden kuluttua, vaikei asiakas ole tehnyt täyttä ruokaremonttia. Myös raskausdiabeetikojen hoidon käytännöt ja heidän jälkiseurantansa ovat systematisoituneet hankkeen seurauksena.

Kaikki haastatellut asianosaiset arvostivat D2D:n kautta saamiaan koulutuksia, sikäli kuin olivat päässeet koulutukseen. Moni koki oppineensa myös ohi lukujärjestyksen, koska kollegojen tapaamiset koulutuksissa ovat hyödyllisiä. Muutosvaihemallista ei asianosaisten mukaan riitä yksi koulutus, ja jos sitä on ollut tarjolla lisää, asia tuntuu selkiytyneen siinä määrin, että muutosvaihemallia voi hyödyntää työkaluna arjen toiminnassa. Toisissa tapauksissa toimipaikan työntekijän tai työntekijöiden ensimmäinen kurssi Diabeteskeskuksessa käynnisti toimipaikassa prosessin, jonka lopputuloksena toimipaikka alkoi toteuttaa D2D:tä.

Savossa hankepäivät, Keski-Suomessa hanke-työntekijöiden kokoukset, Pohjois-Pohjanmaalla yhdyshenkilöpäivät sekä kaikkialla koulutukset ovat olleet toimipaikkojen asianosaisille arvokas verkottumisen, vertaisoppimisen, informaation vaihdon ja ohjauksen väline. Tyypillinen lausuma haastatteluissa oli, että tutustumisen ja verkottumisen ansiosta on asian ilmaantuessa helppo laittaa sähköpostia ja kysyä, miten kollegat muualla ovat ratkaisseet tiettyjä ongelmia. Tämän verkottumisen kautta levitetään innovaatioita. Esimerkiksi idea täyttää riskitesti kohdunkaulansyövän seulonnan yhteydessä levisi Laukaasta muualle Keski-Suomeen hanke-työntekijöiden tapaamisten seurauksena.

Kuten hankkeesta aiemmin tehty seuranta ja arvioinnit osoittavat, seulonta on lisääntynyt hankkeen myötä. Tämä on herättänyt kysymyksen, riittääkö kaikille seulonnoissa löytyneille korkean riskin asiakkaille mahdollisuus interventioon. Tämän kysymyksen suhteen toimipaikat ovat hyvin erilaisissa tilanteissa. Joissakin toimipaikoissa hoitajilla ei ole mahdollisuutta antaa interventioaikoja eikä tilanne ole muuttunut hankkeen myötä edellisissä luvuissa kuvattujen asioiden vuoksi. Jotta interventiot voisivat lisääntyä, jotain muuta tulee jättää tekemättä. Erityisesti jos tulee hoidettavaksi uusia potilasryhmiä entisten lisäksi, interventioita ei voida lisätä. Suurin osa haastatteluista asianosaisista kuitenkin totesi pystyvänsä tarjoamaan mahdollisuuden interventioon kaikille (*”pakkohan ne on jotenkin hoitaa!”*), muut totesivat pyrkivänsä ottamaan vain selkeästi motivoituneet asiakkaat, jotka ovat muutosvalmiita.

Arvioinnin aikana ilmeni, että toimipaikoissa tapahtuu paljon ”piilointerventioita”, jotka eivät näy tilastoissa. Kaikista yksilökäynneistä ei ehdittä täyttää hankkeen tiedonkeruulomaketta. Ne, jotka eivät täytä niitä muutenkaan, sanoivat, ettei jokaista yksilökäyntiä merkitä mihinkään. Paljon on myös ohjauskäynnejä, jotka tapahtuvat muun käynnin yhteydessä, joten niitä ei tule ajatelleeksi ohjauksena, joka pitäisi kirjata. Osa ryhmistä ei kirjaa jokaista kävijää joka kerralta. Ryhmässä voi olla mukana sekä tiedonkeruusta mukana olevia että niitä jotka eivät olleet. On toimipaikkoja, joissa ei tällöin ryhmistä merkitä mitään myöskään tiedonkeruusiakkaiden osalta edes alussa tai lopussa. Usein asiakas myös lähetetään, ja menee, kansalaisopistojen liikuntaryhmiin tai painonvartijoihin, joista ei tule tietoja.

Moni kritisoi esitietolomaketta työlääksi. Toiset kuitenkin totesivat, että esitietolomakkeen voi antaa sokerirasituskokeeseen menevän asiakkaan täytettäväksi, jolloin aikaa täyttämiseen on kaksi tuntia. Esitietolomake on kieltämättä melkoinen puristus: arvioitsija täytti lomakkeen itse

ja pyysi myös joukon korkeasti koulutettuja, keskimääräistä ravinto- ja liikuntatietoisempia tuttaviaan täyttämään lomakkeen. Kenelläkään ei ollut helppoa. Asiakkaat eivät varmastikaan osaa sanoa tarkasti, miten paljon mitäkin suusta menee alas viikossa ja päivässä. Mutta selvää on, ja kokeilleet ammattilaiset sen arvioinnin aikana todistivat, esitietolomakkeet ohjaavat työntekijää ja asiakasta, kun niitä oppii käyttämään sekä jaksaa ja viitsii käyttää.

### Asiakkaan toiminta

Taulukossa 8 on eritelty, kuinka moni vastaaja kommentoi KTL:n prosessitietolomakkeissa asiakkaiden toimintaa hankeajaksi ja mitä vastaajat tästä kirjoittivat.

Etelä-Pohjanmaan vastauksissa asiakkaiden toimintaa kommentoitiin vain vuonna 2004, jolloin kaksi totesi asiakkaiden olevan tyytyväisiä ja kaksi kiinnostuneita. Neljän vastauksen mukaan asiakkaat eivät ole kiinnostuneita omasta terveydestään tai hankkeesta.

**Taulukko 8. Asiakkaiden toiminta KTL:n prosessitietolomakkeiden mukaan.**

	Pohjois-Pohjanmaa		Keski-Suomi	
	2004	2005	2004	2005
Asiakkaat tietävät enemmän diabeteksen ehkäisystä kuin ennen hanketta	2		1	
Asiakkaat kiinnostuneita terveydestään	4	6	4	2
Asiakkaat tyytyväisiä hankkeen aikana saamaansa hoitoon	2	2		1
Asiakkaat motivoituneita omahoitoon	3	5	6	
Asiakkaat eivät ole kiinnostuneita terveydestään	2		8	6
Ei löydy asiakkaita, koska pieni kunta	1			

Pohjois-Savossa yksi totesi väestön kiinnostuksen itsehoitoon lisääntyneen yleisesti. Samaisen terveyskeskuksen omalle miljoonan kilon keikalle oli ilmoittautunut 12 henkilöä. Pirkanmaan vastauksissa oli vuodelta 2004 kaksi ja vuodelta 2005 neljä huomiota, joissa todettiin asiakkaiden joko olevan kiinnostuneita tai heränneen asialle.

Työntekijöiden kokemukset asiakkaiden kiinnostuksesta omaan terveyteensä vaihteli suuresti. Pienellä paikkakunnalla laitettiin lehti-ilmoi-

tus terveyskeskuksessa alkavasta laihdutusryhmästä, ja seuraavana päivänä kunnan terveydenhoitaja vastasi yli 60 puhelinoittoon. Toisella pienellä paikkakunnalla jokainen 40 vuotta täyttänyt kuntalainen sai henkilökohtaisen kutsun luonnonkauniille paikalle, jossa oli tarkoitus pitää tiedotus elintapasairauksista. Paikalle tuli kolme ihmistä.

Tässä muutama esimerkki hankkeen tuloksista siltä osin, kuin henkilökunta on heitä havainnoinut:

*”15 pisteen asiakkaat tulee omasta halustaan. Ennen sanoivat ’tulikin kun lääkäri käski’. Joku sanoi hiljattain ’saako täällä tällaista palvelua?’”*

*”Ennen hanketta asiakkaat tulivat jos joutuivat käymään lääkärissä, nyt he tulevat täytettyään apteekissa riskitestilomakkeen.”*

Joissain paikoin asiakkaat ovat myös tulleet toimipaikkaan yleisen tiedotuksen seurauksena kyselemään, saivatko he täytettäväkseen riskipistelomakkeen.

Muutosvaihemallin tuttuus vaihteli asianosaisten keskuudessa. Yksi asianosainen puuskahti, miksi sen tuominen terveydenhuoltoon kesti 20 vuotta. Suurin osa piti sitä uutena asiana, josta ovat hyötäneet sekä työntekijät että asiakkaat. Uutta hoitajille oli se, ettei asiakkaalle tyrkytetä mitään eikä edes ehdotella nopeita muutoksia. Haastattelut sanoivat nähneensä muutosvaihemallin toimivan, mutta minkäänlaisia vaikutuksia on vielä liian varhaista arvioida.

*”Kerron asiakkaille, joiden kolesteroli on kohonnut, pieniä asioita rasvoista ja lisäsairauksien riskeistä. Perusasiat on kerrottava monta kertaa eri käynneillä. D2D:n koulutukset eivät riitä määrällisesti ja laadullisesti, muutosvaihemallista tarvitaan psykologista tai tiedollista koulutusta.”*

Muutosvaihemalli on muuttanut sitä, mitä hoitajat ajattelevat omasta asiakastyöstään. Asianosaiset kuvailivat haastatteluissa, kuinka heidän rohkeutensa sitoutua pitkäjänteiseen asiakastyöhön on lisääntynyt. Ennen hanketta hoitajat kokivat, että heidän tulee auttaa asiakkaitaan saamaan aikaan suuria ja nopeita elämäntapamuutoksia. Tästä seurasi paljon pettymyksiä, koska pysyvät muutokset asiakkaiden elämäntavoissa tapahtuivat harvoin nopeasti. Nyt hoitajilla on parempi motivaatio ehdottaa asiakkaalle pieniä muutoksia kerrallaan sekä sitoutua siihen ajatukseen, että pysyvien muutosten aikaansaaminen kestää pitkän aikaa. Tämän seurauksena hoitajien työssä jaksaminen on joissakin toimipaikoissa kasvanut. Työntekijälle on riemastuttava kokemus havaita, että asioille voi tehdä jotain.

Henkilövaihdoksia pidetään yhtenä syynä asiakaskatoon. Asiakkaat kokevat tärkeäksi

tehdä työtä saman hoitajan kanssa. Tässä korostuu luonnollisesti myös tietojen kirjaamisen merkitys. Mikäli hoitaja joutuu lähettämään asiakkaan jonkun toisen puheille tai jos työterveyshoitaja joutuu lähettämään asiakkaan julkiselle sektorille, tapahtuu katoa. Mikäli asiakas kuitenkin päätyy perille, on tärkeää, että hänen tietonsa ja käymänsä keskustelut on kirjattu. Asianosaiset korostivat, että nykyisin asiakkaat vaativat hoitajalta ammattitaitoa, perustelukykyä ja tietoa. Yksi ammattitaidon osoitus on se, että vaikka hoitaja vaihtuu, hoito jatkuu siitä mihin se edellisen kanssa jäi.

## Hoitopolut

Taulukossa 9 on listattu, kuinka monen toimipaikan vastaajat olivat kommentoineet hoitopolkuihin liittyviä asioita KTL:n prosessitietolomakkeissa ja mitä huomioita hoitopolkuihin liittyen he mainitsivat.

Jotta toimipaikassa saadaan aikaan toimiva hoitopolku, siellä on nimettävä hoitopolulle päävastuullinen kirjaaja. Nimettyä hoitopolun kirjoittajaa ei tule jättää yksin, vaan hoitopolun luominen on toteutettava ryhmätyönä. Kun hoitopolut on suunniteltu ja kirjattu, toimipaikassa tulee sopia yhteisesti, että kirjattu hoitopolku on yhteinen käytäntö, jota kaikki noudattavat. Johdon ja vastuuhenkilöiden tehtävä on ohjeistaa, että hoitopolku otetaan aktiiviseen käyttöön ja sitä noudatetaan.

Niissä terveyskeskuksissa, joissa johto ei halua toimintakulttuurin muutosta eikä hoitopolkuja ole voitu suunnitella tai hyväksyä yhteiseksi työkaluksi, diabeteksen ehkäisyn kanssa toimivat toteavat, että hankkeen myötä on löytynyt uusia riskitapauksia ja että ne pystytään toistaiseksi ohjaamaan hoitoon. Käytännössä tämä tarkoittaa elämäntapaohjausta yksilöohjauksena sekä sokerirasitusta, jos asiakkaalla on halua. Varsinaista hoitopolkua ei ole, mutta” enimmäkseen tiedetään, mitä tehdä”.

Ongelmia hoitopolkujen luomisessa on niin isoilla kuin pienilläkin toimipaikoilla. Suurissa yksiköissä jo pelkkä saman pöydän ääreen istahtaminen voi kestää kauan. Vastaan tulevat liikumisyhteydet, kiireet sekä lukuisat päällekkäiset projektit, joiden välisiä yhtymäkohtia ei välttämättä nähdä. Vastaan tulee myös ammatti-

**Taulukko 9. Hoitopolkujen tilanne alueittain vuosina 2004 ja 2005.**

	Pirkanmaa		Keski-Suomi		Pohjois-Pohjanmaa		Etelä-Pohjanmaa	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Suunnitteilla		5			5			2
Aloitettu hankeaikana	1						4	
Tehty hankeaikana	6		14	14	4	7	8	
Selkeyttää organisaation työtä			2	3	2			
Helpottaa organisaation työtä			1		1		1	
Tarkistettu jo olevia hoitopolkuja			5				2	
Hoitopolku oli jo ennen hanketta					1			
Ongelmia hoitopoluissa			3	3			3	

ryhmien välinen kilpailu sekä asenne, että diabeteksen ehkäiseminen koskee vain diabetesta ja että ehkäisytyö kuuluu diabeteshoitajille. Pienissä yksiköissä on sattunut usein niin, että vaikka hoitajalle mahdollistetaan muutama päivä tai viikko hoitopolun suunnitteluun ja kirjaamiseen, sijainen ei tällä välin välttämättä selviydy sijaisuudesta ja hoitaja joutuu tekemään kaksinkertaisen työn. Mikäli talon johdon sitoutuminen on tapahtunut vain juhlapuheissa, hoitopolku on ehkä kirjattu, mutta se elää vain suunnitellessa ja kirjanneen työntekijän päässä. Tietoa ei jaeta eikä käytetä yhteisesti.

Kun hoitopolun luomisen, kirjaamisen ja yhteisen käytön ennakoedellytykset ovat kunnossa, hoitopolut ovat tuottaneet selkeitä hyötyjä. Hoitopolku yhtenäistää käytäntöjä. Esimerkiksi jos riskipisteet ovat 15 tai yli, nyt on, toisin kuin ennen, jokin selkeä kriteeri, mistä alkaen potilas ohjataan ennaltaehkäisevään interventioon. Ennen toimittiin vastaavassa tilanteessa miten sattui, erään asianosaisen sanoin ”milloin ohjattiin mihinkin”. Se, minne asiakas ohjattiin, riippui hoitopolkua edeltävänä aikana siitä, ohjasiko hoitoon lääkäri, sairaanhoitaja vai joku muu työntekijä. Ohjattava kävi usein lääkärin vastaanotolla, jossa lääkärillä ei ollut resursseja, halua tai osaamista elämäntapaohjaukseen. Hoitopolun ansiosta asiakkaat päätyvät systemaattisesti hoitajalle, joka tietää, miksi asianomainen asiakas on tullut hänen vastaanotol-

leen. Tällöin hoitaja osaa myös puuttua asiakkaan tilanteeseen oikein.

Monissa toimipaikoissa, joissa hoitopolut on saatu juuri ja juuri suunniteltua ja joissa toimipaikan kaikki asiaan kuuluvat ammattiryhmät eivät ole sitoutuneet hoitopolkuihin, osa henkilökunnasta ja asiakkaat ovat kuitenkin hyötäneet niistä. Toisin sanoen kaikkien edellä kuvattujen toimivan hoitopolun edellytysten ei tarvitse täytyä, jotta aikaansaatu hoitopolku voisi tuottaa yllämainittuja hyötyjä. Seuraavassa on esimerkki haastatteluista:

*”Kun edes osa hoitajista ja ajanvarauksen hoitajat tietävät, suurin osa asiakkaista löytää tiensä tälle hoitopolulle.”*

### Ohjaus

Taulukosta 10 näkyy, kuinka moni vastaaja oli kommentoinut asiakkaan ohjaamiseen liittyviä asioita KTL:n prosessitietolomakkeissa ja mitä asianosaiset olivat sanoneet ohjauksesta hankeaikana.

Siellä missä toimipaikan johto ei ole lähtenyt puoltamaan ehkäisevää toimintaa eikä sitä ole resursoitu, ryhmäohjauksen tilanne on pähkinänkuoressa seuraava:

**Taulukko 10. Ohjauksen tilanne alueittain vuosina 2004 ja 2005.**

	Pirkanmaa		Keski-Suomi		Pohjois-Pohjanmaa		Etelä-Pohjanmaa		Pohjois-Savo
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2005
Ryhmät ovat lisääntyneet	5	7	7	5	9	1	5	6	
Ryhmiä on suunnitteilla			1		1	1			1
Ohjaus on lisääntynyt				2					
Oman ohjauskyvyn kasvu	2		9	6	7	5	4	1	2
Ryhmistä on hyötyä					1	4	2		
Ryhmiä oli ennen hanketta							1	1	
Ei muutosta						1	1		3
Ryhmäohjaus ei toimi	1		5		2		4		

- Innostunut lääkäri ja/tai hoitaja ovat tehneet moniammatillisen työryhmän kanssa suunnitelman diabeteksen ehkäisystä, mutta koska lisäresursseja ei ole saatu, ryhmiä on kokeiltu talkoilla. Ryhmien vetämistä ei ole voitu vähentää työtunneista ja lopulta ryhmät ovat kuivuneet tämän vuoksi kasaan. Asiakkaat käyvät hoitajalla ja muiden käyntien yhteydessä lääkärillä yksilöohjauksessa.
- Toimipaikoissa, joissa on akuutti pula erityisesti hoitajista, työntekijöiltä ei löydy aikaa tai jaksamista ryhmien käynnistämiseen. Tapauksissa sairaanhoitaja, jolla on yksi päivä viikossa diabetekseen, yrittää puhua talon johdolle ja saakin käynnistettyä hyvin toimivat ryhmät, yhden per lukukausi. Kunta on haluton rahoittamaan lisää virkoja ja muut talossa eivät kiinnostu aiheesta. Hoitaja kieltäytyy lopulta vetämästä ryhmiä, kun ei saa ylittämään kompensoitua.
- Ylihoitaja keskeytti terveydenhoitajan aloittaman hyvin toimineen ryhmän, koska ei pitänyt sitä oikeana työnä.
- Talo on antanut rahaa/aikaa koulutukseen, muttei ryhmän suunnitteluun.
- Osallistujat kävivät kurssin osastonhoitajan tai muun ylemmän tahon käskystä ilman omaa motivaatiota. Tietotaito ryhmäohjaukseen tuntui puuttuvan kurssin jälkeen.

Ryhmäohjauskoulutukset eivät välttämättä riitä ryhmien käynnistämiseen ja ohjaamiseen. Monet hoitajat eivät koe osaavansa vaikka näkisivätkin ryhmätoiminnan merkityksen. Ryhmän ohjaus on taito, jota kertyy viime kädessä vain ohjatessa. Tässä on myös kyse puhtaasti henkilökohtaisista eroista toimijoiden välillä. Vastauksena tähän Pohjois-Savossa pyritään siihen, että ryhmäohjaustaitoisia olisi monta per toimipaikka. Ryhmäohjauskoulutuksen edellytys on, että koulutukseen osallistunut ohjaa vähintään yhden ryhmän toimipaikassaan. Pohjois-Pohjanmaalla on Ohoi -koulutus, jonka tarkoitus on rohkaista kokeilemaan ryhmien ohjaamista ja melkein kaikki koulutukseen osallistuneet ovatkin ohjanneet ryhmän. Pirkanmaalla on vastaava Tuumasta toimeen -koulutus.

Hankesuunnitelmassa ei ole määritelty tarkasti, millainen intervention tulisi olla. Interventiosta on kehitelty kentällä erilaisia versioita. Määrittelyn avoimuus sai kiitosta haastatteluissa. Seuraavassa on esimerkkejä paikallisista sovelluksista:

- Mini-interventio. Lomakkeiden 1 ja 2 läpikäyminen ja siihen liittyvä keskustelu ja neuvonta interventiona.
- Ensietoryhmä. Kolme kokoontumista viikon välein. Tietoa kansansairauksien ehkäisystä, liikunnasta ja painonhallinnasta,

ohjaajina esimerkiksi hoitaja ja ravitsemusterapeutti.

- Terveydenhoitoalan opiskelijat ovat suunnitelleet ja ohjanneet painonhallintaryhmiä opinnäytetyönään.
- 20 kertaa kokoontuva ryhmä, joka kestää syksystä kevääseen.
- Matalan kynnyksen ryhmä, jossa on muutama kokoontuminen pienellä 4-5 hengen ryhmällä. Tällöin ryhmän kokoojan resurssit säästyy suunnittelussa, ja ryhmän kokoaminen ei kestä kauan. Pienelle ryhmälle on myös helpompi puhua, ja sen ryhmäyttäminen voi olla kokemattomammalle työntekijälle helpompaa.

Ryhmäohjauksen lyhyen aikavälin tuloksista asianosaiset sanoivat motivoituneiden asiakkaiden pudottaneen painoaan noin 5 kg puolessa vuodessa tai 3-4 kg lyhyempien ryhmien seurauksena, verenpainehoidon tehostuneen ja arvojen parantuneen.

Matkan varrella poisjääneitä ryhmäläisiä on paljon, jopa yli puolet. Joissakin toimipaikoissa sitoutetaan asiakkaat pyytämällä heitä täyttämään hakemus ryhmiin. Hakemuksen allekirjoituksella sitoudutaan käymään ryhmäloppuun saakka. Sama asia toteutetaan toisaalla pyytämällä asiakkaat täyttämään ryhmän alussa sitoumuskaavake. Nämä käytännöt ovat vähentäneet ryhmistä pois jääntiä. Huomattavaa on, että tällöin lähtökohtana ryhmään tulemiselle on ollut asiakkaan oma innostus ryhmän alkaessa.

*”Kolme kymmenestä tulee ryhmään. Loput 7 kysyy, kuka sanoo että pitää ruveta ryhmään. Olemmekin olleet kontaktissa lasten vanhempiin neuvolassa jo 10 vuotta ennen kuin ovat tarpeessa tulla ryhmään, jolloin pidemmän päälle saamme ne 7.”*

*”Minun työni on aikuisneuvontaa ja ohjausta, joten ei ole ristiriitaa haavanhoidon ja ohjauksen välillä. Olen mitoitannut omaan päiväkirjaani, kuinka voin valmistella ryhmää ja vetää sitä. Jonkun verran ajanvaraus ruuhkaantuu sen vuoksi, mutta selviydyn siitä. Muu talo tietää, milloin vedän ryhmä. Työterveyshoitaja jopa auttoi alussa tekemällä minulle jonkun aamu-vastaanoton!”*

Vaikka joissakin toimipaikoissa oli ryhmäohjausta jo ennen hanketta, ryhmäohjauksen vakiinnuttaminen laajemmin on valtava toimintakulttuurin muutos, jota ei tulla näkemään hankkeiden aikana. Tällaiset muutokset kestävät asianosaisten arvioiden mukaan suomalaisessa terveydenhuollossa 8–15 vuotta. Yleensä hankkeiden arvioinnissa pitkän aikavälin laadullisten yhteiskunnallisten muutosten on havaittu vievän 5–20 vuotta, eikä yhden yksittäisen hankkeen tarkkaa roolia niiden aikaansaamisessa voida osoittaa. Eli mikäli tämä arvioinnin kuvaamat muutokset leviävät laajemmalle kuin nyt, jäävät kestäviksi ja ovat havaittavissa 20 vuoden kuluttua, hankkeen tarkkaa roolia niiden aikaansaamisessa ei voida ”mitata”.

Ideointia haastatteluista:

*”Jos meillä olisi 5 erilaista ryhmää ja niissä erilaiset menetelmät, minua kiinnostaa, mitä eri ryhmien osallistujille kuuluu 1–3 vuoden päästä.”*

*”On monenlaisia ryhmäohjaukselle. Yksilöohjauksin voitaisiin nuoremmille aikuisille hoitaa vaikka netin välityksellä. Useimmilla on nettikamera, se maksaa 10 euroa.”*

## Yhteistyö

Taulukkoon 11 on merkitty niiden KTL:n prosessitietolomakkeiden sisältämien vastausten määrä, jotka kommentoivat toimipaikan ulkopuolisen yhteistyön lisääntymistä hankkeiden aikana.

Yhteistyö kattaa tässä yhteistyön terveydenhuollon sisällä, yhteistyön kolmannen sektorin ja yksityisen sektorin kanssa sekä yhteistyön muiden alueen hankkeiden kanssa. Liitteessä 1 esitetään KTL:n prosessitietolomakkeiden tuottama tieto siitä, mitkä omaa toimipaikkaa koskevista hankkeista asianosaisten mielestä vaikeuttavat ja mitkä tukevat hanketta.

Terveydenhuolto on hankevetoista. Ellei terveyskeskuksissa kukaan tuo alueen eri hankkeita yhteen makrotasolla, työntekijät ovat vaikeuksissa eri hankkeista tulvehtivan informaation ja niiden tuomien vaatimusten kanssa. Kentällä liikkuvien hankkeiden vetäjien on toistettava useita kertoja, että hankkeet tekevät lopulta

**Taulukko 11. Ulkopuolinen yhteistyö alueittain vuosina 2004 ja 2005.**

	Pirkanmaa		Keski-Suomi		Pohjois-Pohjanmaa		Etelä-Pohjanmaa	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
<b>Lisääntynyt</b>	6	2	4	11	1	3	3	
<b>Säästää resursseja</b>						1		
<b>Lisää informaation vaihtoa</b>						2		
<b>Toimii koulutuksena</b>		1				1		
<b>Ei lisääntynyt</b>	1	1			1			
<b>Oli jo ennen</b>					1			

samaa työtä eivätkä kilpaile keskenään. Moni projekti pyrkii samaan päämäärään: auttamaan terveydenhuollon yksiköitä tekemään työtään entistä laadukkaammin.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on henkilö, joka koordinoi sairaanhoitopiirin eri hankkeita ja etsii niiden yhtymäkohtia sekä paikkoja joissa resurssien käyttöä voitaisiin järjeistää. Lisäksi Etelä-Pohjanmaalla on hankkeen ohjausryhmässä edustettuina eri hankkeiden edustajia. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä toimii terveydenedistämisen johtoryhmä, jonka tehtävänä on koordinoida alueella meneillään olevia terveydenedistämisen hankkeita. Pohjois-Savon D2D:n tiimi tutkii alueellisten hankkeiden kohdennuksia ja resursseja löytääkseen synergiaa eri hankkeiden välillä. Kuopion yliopistolliseen keskussairaalaan on palkattu äskettäin Terveys 2015 -ohjelmaan liittyen seutukehittäjä, jonka tehtävänä on koordinoida alueen terveydenedistämisen hankkeita. Pirkanmaalla D2D tekee synergiayhteistyötä joidenkin merkittävien hankkeiden kanssa. Kaikki hankkeet eivät ole olleet halukkaita yhteistyöhön D2D:n kanssa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä toimii moniammatillinen terveyden edistämisen yhteistyöryhmä, joka seuraa D2D:n etenemistä ja osallistuu vaikuttaa niin, että hanke näkyy sairaalassa. Keski-Suomessa toimii myös alueellinen Terveystiedon edistämisen foorumi, joka pyrkii perustamaan Keski-Suomen kansanterveydenedistämiskeskusten koordinoimaan terveydenhuollon alan projekteja.

Terveyskeskuksissa yhteistyön luomisessa tulevat vastaan suomalaisen hallintojärjestelmän kankeat toimintatavat. Kukin hallintokunta tekee asiat

erikseen budjettien suunnittelusta alkaen. Isoilla paikkakunnilla yhteistyö eri ammattiryhmien välillä on ilmeisesti vaikeampaa, koska päätöksenteko on viety korkealle tasolle. Esimerkkinä on yhteistyö kuntoneuvolan ja fysioterapian kanssa: jos terveystakeskuksesta lähetetään kaupungin vapaa-ajantoimen alaiseen kuntoneuvolaan asiakas, siitä odotetaan rahavastiketta. Joillakin paikkakunnilla on saatu mukaan vaikkapa vain liikuntatoimi ja kansalaisopistot, mutta kulttuuritoimi ja koulut tekevät työtään keskuudessaan eikä niitä saada yhteistyöhön. Säästö 20 vuoden kuluttua kuulostaa kaukaiselta. Taistelu siitä, kenen budjetista tämä ylittäminen tapahtuu, on kova.

Yhteistyön eri paikoissa saaneesta muodosta voi lukea esimerkkejä Dehko-päivien hankekuvauksista. Tässä listattakoon esille tulleet yhteistyötahot: muut terveystakeskukset, yksityiset työterveyshuollot, kaupungin vapaa-aikakeskus, kansalaisopisto, ammattikorkeakoulut, liikuntatoimi, seurakunnat, lehdet, jopa baarit ja supermarketit; Martat, Maa- ja kotitalousnaiset, kulttuuritoimi, kyläliikuntaohjaajat ja KKI-projekti.

Alla on pari esimerkkiä haastatteluista:

*”Seurakunnan työntekijät käy kodeissa. Paikallinen diabeteslääkäri kehotti tätä kertomaan ihmisille yksinkertaisesti, että terveellinen ruokavalio ja liikunta kannattaa. Tällaisen toiminnan tarkoitus on edistää väestöstrategiaa: jos alueen toimijat voivat yhteistyössä luoda terveyttä edistävän ilmapiirin, ei ole niin väliä, minne asiakkaat lopulta menevät. D2D:n etu on se, että yhteistä säveltä luodaan maahan.”*

*”Leivonmäen Maa- ja kotitalousnaiset tekivät vyötärönkavennustempauksen, josta käynnistyi pikkukylillä naisten omia painonhallintapiirejä.”*

Mitä yhteistyöstä sitten seuraa? Se, että ylipäänsä lähdetään ulos terveystieteiden seinien sisästä, on vallankumouksellista. Arviointi tapasi toimijoita sellaisista toimipaikoista, joissa interventioyhteistyötä oli tehty kolmannen sektorin tai kansalaisopiston kanssa jo reilusti ennen hanketta, mutta D2D on epäilemättä käynnistänyt tällaista toimintaa laajemmin kuin ennen. Yhteistyö on hyödyttänyt monia toimijoita, koska kaikkien terveystieteiden interventiomahdollisuudet eivät riitä seulottujen asiakkaiden hoitamiseen.

Asianosaiset puolsivat ryhmien ulkoistamista. Paljon puhuttiin siitä, että terveydenhuolto järjestäisi tulevaisuudessa vain ensitietoryhmän sekä mahdollisesti painonhallintaryhmän keväällä ja toisen syksyllä, ja lähettäisi sitten asiakkaat muiden organisaatioiden ryhmiin. Keski-Suomessa hankkeen liikuntakoordinaattori pyrkii systemaattisesti luomaan kontakteja terveystieteiden ja kuntien liikuntatoimen sekä kansalaisopistojen välille, jotta saataisiin aikaan pysyvää yhteistyötä näiden välille. Siellä, missä ryhmiä oli jo ennen hanketta, niiden määrä on saattanut jopa vähentyä ulkoistamisen ansiosta. Hankkeen aikana on luotu kontakteja kansalaisopistoihin, joiden liikunta- ja painonhallintaryhmiin asiakkaita on voitu lähettää.

Kuten yllä olevista taulukoista näkyy, yksi asianosainen Pohjois-Pohjanmaalta oli tarjonnut yhteistyön menestyksellisyysindikaattoreiksi kustannussäästöä, yhteistä oppimista ja informaation vaihtoa benchmarking-mielessä. Suurin osa haastatelluista toimijoista totesi olevan vielä liian varhaista nähdä kustannussäästöjä, mutta informaatioetu ja oppiminen olivat helppoja havaita jo nyt. Mielenkiintoista sinänsä on, että kun arvioitsija huomautti asianomaisten kyenneen lähettämään korkean riskin asiakkaita ryhmäohjaukseen muualle, resurssisäästöön havahduttiin haastattelutilanteessa. Lisäindikaattorit keskusteluista olivat ”työssä jaksaminen” ja ”kivaa”, joita ei tule väheksyä, kun ajattelee terveydenhuollon työntekijöiden aikaresursseja ja hoitajien palkkoja. Hyvästä yhteistyöstä on myös seurannut innovaatioita sekä resurssien

yhdistämistä siten, että yksi saa idean, mutta toinen pystyy toteuttamaan sen.

Yksi tekijä, jonka ansiosta yhteistyö muihin sektoreihin on paikoin lähtenyt käyntiin nopeasti, on se että toimijat ovat tunteneet toisensa jostain yhteydestä jo ennen. Moni totesi myös henkilökemioiden vaikuttavan tähän suuresti. Alkaneen yhteistyön jatkumisen edellytys on kokemus, että se hyödyttää molempia tai kaikkia osapuolia ja että tiedonkulku on hyvää. Jos esimerkiksi kunnan liikuntatoimi ilmoittaa liikuntaryhmistä, terveystieteidenkeskuksesta myös ohjataan sinne.

## Väestöstrategia

Väestöstrategia ei ole hankkeen pääpainopistealue, mutta jokaisen sairaanhoitopiirin projekti-ryhmät ovat tehneet omat ratkaisunsa sen suhteen, miten painottaa tätä hankkeen osaluuetta.

Lihavuuden konsensuskokouksessa todettiin, että terveystieteidenkeskukset voivat tehdä noin 10 % väestöstrategisista toimista. Loput kuuluvat markkinavoimille ja poliittisen vaikuttamisen alueeseen.

Keski-Suomen kunnissa väestöstrategiaa pidetään tärkeänä, koska katsotaan, ettei ilman sitä löydetä korkean riskin asiakkaita ja saada heitä interventioon. Prosessitietolomakkeissa väestöstrategian kohdalla oli paljon vastauksia, joissa painotettiin tiedotuksen suuntaamista lapsiperheisiin.

Etelä-Pohjanmaalla en tehty tietoinen päätös olla panostamatta ensisijaisesti väestöstrategiaan, ennen kuin hoitopolut ovat kunnossa. Toimijoiden väliset suhteet, hoitopolut ja hoitokäytännöt pyritään saamaan tehokkaiksi ja toimiviksi ennen väestöstrategiaan panostamista, jotta laajan tiedotuksen tuottamat kohoavat potilasmäärät voidaan ottaa toimipaikoissa vastaan.

Pohjois-Pohjanmaalla on alueita, joiden väestöpohja on hyvin lapsipainotteinen ja joiden sikääläiset terveystieteidenkeskukset eivät ole välttämättä tämän vuoksi lähteneet tekemään väestöstrategiaa. Sen sijaan on pyritty saamaan D2D-

tiedotusta ja neuvontaa äitiysneuvolaan ja lastenneuvolaan.

Terveydenhuollossa ei ilmeisesti vielä laajalti ymmärretä, mitä mahdollisuuksia yhteistyössä ja tiedottamisessa on ja että tämäntapaiset asiat eivät sisälly hoitajien tai lääkäreiden koulutukseen. Terveydenhoitaja on usein kiinnostunut potilaan tilanteesta ja arvoista, muttei kysy, tiesikö asiakas jostakin tulevasta tai hiljattain olleesta terveydenedistämisen tapahtumasta. Liitteessä 3 olevista taulukoista voi kuitenkin saada käsityksen siitä, millaista yhteistyötä hanke on käynnistänyt kentällä.

On huomautettava, ettei väestöstrategian määritelmä ollut läheskään selkeä kentällä. KTL:n

prosessitietolomakkeiden vastaukset kysymykseen 19 sisälsivät liitteen 3 taulukoissa nimettyjen asioiden lisäksi monenlaisia asioita tehostetusta seulonnasta talon sisäisen diabetesvastuuhenkilön nimeämiseen. Tämä oli luettavissa myös Keski-Suomen vastauksista, vaikka siellä väestöstrategia on ollut hankkeen näkyvä painopistealue. Osaksi vastausten kirjo johtuu siitä, että kysymys 19 sijaitsee kyselylomakkeessa fyysisesti sellaisessa paikassa, johon vuodataan kaikki se, mitä ei ole tultu ajatelleeksi aiemmissa kohdissa. Osa selittyy sillä, etteivät toimijat ole kaiken kiireen keskellä vielä ehtineet sisäistää kaikkea hankkeeseen liittyvää. Arvioinnin perusteella ei ole syytä uskoa, etteivät hankkeen työntekijät olisi informoineet kenttää riittävästi aiheesta.

## 4. KESKUSTELUA HANKKEEN LOPPUAJAN SEURANTATIEDON KERÄÄMISESTÄ

### **Millaista tietoa hankkeesta tulisi kerätä sen loppuaikana ja miten?**

Toimeksiannon mukaisesti asianosaisilta kysyttiin, millaista tietoa hankkeesta tulisi kerätä sen loppuaikana. Tässä on lista asianosaisten arviointihaastattelujen yhteydessä esittämistä kysymyksistä: Mitä ryhmiä terveyskeskuksissa on käytössä ja montako vuodessa. Paljonko näiden ryhmien osanottajista on miehiä/naisia? Ohjaavatko terveyskeskukset asiakkaita muualle ryhmään ja mihin? Millä eri tavoilla ryhmäohjausta on sovellettu ja onko joitakin muita toimintamuotoja, joita toimijat ovat ottaneet käyttöön ryhmäohjauksena? Miten tämä hanke eri paikoissa toimii, kuinka paljon olemme laittaneet resursseja, mitä sillä on todella saatu ja miten resurssointi olisi kestävä?

Näitä tietoja kaivattiin vastaajasta riippuen sekä laadullisena että määrällisenä ja useimmiten toimipaikkakohtaisena. Osa näistä kysymyksistä sisältyy hankkeen jo käynnissä olevaan seurantaan. Osa sairaanhoitopiirien työryhmistä pystyy hankkimaan tietoja itse, esimerkiksi Pohjois-Savo sekä Keski-Suomi ja Pohjois-Pohjanmaa joko jo tekevät tai suunnittelevat paikallista loppuarviointia. Haastatteluissa korostettiin, että yllämainittuja tietoja pitäisi kerätä vielä 2008.

Edelleen todettiin, että tulisi varmistaa, että hankkeessa parhaillaan kerättävä tieto olisi edes suhteellisen luotettavasti kerätty. On pidettävä huolta siitä, että interventioon tulleet saadaan pysymään mukana. Mutta jos nyt vain haalitaan lisää väkeä, menetetään laadussa. Lisäksi toivottiin laadullista tietoa siitä, kuinka pitkällä ollaan, osin hankkeen ansiosta, kehittämisessä asian tuntijaorganisaatioksi ja laatuajattelussa edistymisessä. Tarkoitushan oli implementoida ehkäisy käytäntöön, tehdäänkö oikeita asioita oikein eikä vain paljon asioita. Toimijoiden tulee itse oivaltaa, ettei voi kehittyä ennen kuin on itse arvioinut oman työnsä sisältöä ja laatua.

### **Kuinka tieto saataisiin niiltä tahoilta, jotka ovat mukana hankkeessa mutta eivät tiedonkeruussa vaan tallentavat tietoja omiin järjestelmiinsä?**

Asianosaisten mukaan aineistot on mahdollista saada johtavan lääkärin luvalla. Tähän tarvitaan luonnollisesti myös STM:n lupa, joka hankkeella on. Tässä yhteydessä asianosaiset korostivat, ettei kovin moni taho maassamme tallenna aineistoa niin systemaattisesti, että siitä olisi hyötyä.

Joissakin isoissa työterveyshuolloissa on tehty paljon korkean riskin strategiaa, mutta kyseiset toimipaikat eivät ole halunneet lähteä mukaan hankkeen tiedonkeräykseen, koska se tuottaa niin paljon lisätyötä. Näistä toimipaikoista saataisi löytyä usealta vuodelta seurattua tietoa toimenpiteiden tuloksista. Tiedon saaminen voisi olla arvokasta, ja sen saamiseksi pitäisi pyytää toimipaikan korkeamman johdon tukea. Tiedon kokoaminen on työlästä.

### **Huomioita tiedonkeruusta**

Tiedonkeruujärjestelmään liittyvien näkemysten selvittäminen oli rajattu toimeksiannon ulkopuolelle. Tiedonkeruuseen liittyvät kysymykset ovat kuitenkin vaikuttaneet hankkeen lyhyen aikavälin tuloksiin, minkä vuoksi arvioinnissa on syytä tuoda esille eräitä huomioita.

Hankkeen aikoma korkean riskin kohortti on tässä vaiheessa noin puolet siitä, mikä oli hankkeen arviointia suunnittelevien tutkijoiden tavoite. Suunnitelmaan kuului saada 15 000 henkilön kohortti, josta kerättäisiin tietoa hankkeen aikana kirjaamalla tiedot ProWellness-diabetes-tietojärjestelmään. Tietoa kerätään kuitenkin tällä hetkellä noin 7 000 asiakkaasta, joskin luku kasvaa kaiken aikaa muun muassa Pohjois-Savon saadessa toimintojaan käyntiin. Korkean riskin kohortin pienuuteen on lukuisia hankkeen ulkopuolisia syitä: terveydenhuollon vallitseviin käytäntöihin ei kuulu asioiden perusteellinen kirjaaminen, jonka pohjalta omaa työtä voisi jatkuvasti seurata ja arvioida. Hankkeen aikoma tiedonkeräystä ei näin ollen nähdä helposti

omaa työtä helpottavana työkaluna, vaan ylimääräisenä työnä. Joissakin toimipaikoissa vallitsee akuutti resurssipula, jonka vuoksi työntekijöillä ei ole voimia tarttua mihinkään uuteen, vaikka sen seurauksena olisikin mahdollista parantaa työn laatua ja helpottaa sitä.

Suomessa on käytössä lukuisia erilaisia sähköisiä terveystietojärjestelmiä, jotka eivät keskus-tele keskenään ja joiden kanssa hankkeessa käytössä oleva ProWellness-diabetestietojärjestelmä ei ole yhteensopiva. Jokaisessa hankkeen sairaanhoitopiirissä on tehty puitesopimus ProWellnessistä, mutta kunnat eivät ole istuttaneet tietojärjestelmää kaikkiin hankkeen toimipaikkoihin. ProWellnessin käyttö vaatisi myös koulutusta, joka oli tarkoitus organisoida hankkeen ulkopuolelta. Tämä ei ole toteutunut

alueellisesti ja paikallisesti siten, että järjestelmä olisi vielä kaikilla käytössä. Korkean riskin kohortin tietoja onkin kerätty optisesti luettaville paperilomakkeille. Tämän seurauksena moni terveydenhuollon toimija on kieltäytynyt tiedonkeruusta välttyäkseen työläältä kaksoiskirjaukselta.

On toimipaikkoja, joissa diabetesta hoitavat lääkärit ja hoitajat pitävät tärkeämpänä sairauksien ehkäisyä pitkällä aikavälillä kuin hankkeen lyhyen aikavälin tavoitetta korkean riskin kohortin tiedonkeruusta. Hankkeen korkean riskin kohortin lomakkeita pidetään kuitenkin niin hyvänä työkaluna oman toiminnan laadun ja tuloksellisuuden arvioimisessa, että alun harkinnan jälkeen näissä toimipaikoissa on päädytty osallistumaan D2D:n tiedonkeruuseen.

## 5. MIHIN HANKKEESSA TULISI ERITYISESTI KIINNITTÄÄ HUOMIOTA VIIMEISTEN PUOLENTOISTA VUODEN AIKANA?

### Miten miehiä saataisiin vähentämään sairastumisriskiään?

Asianosaiset vastasivat tähän kysymykseen kysymällä muun muassa, astummeko kohde-ryhmän maailmaan vai yritämmekö saada hänet meidän maailmaamme. Seuraavassa muutamia ideoita haastatteluista:

- Suomalaiset miehet eivät osallistu helposti ryhmätoimintaan ja varmaankin heihin tulee soveltaa yksilöohjauksen mallia myös tulevaisuudessa.
- Miehet eivät tule sekaryhmiin yhtä helposti kuin naiset.
- Miesten ryhmien ei ehkä tule olla terveyskeskuslähtöisiä vaan vaikkapa työporukassa tapahtuvia. Tällöin vetäjäkin voisi olla työyhteisöstä ja terveydenhoitaja vain tukena. Tässä yhteydessä todettiin, ettei ryhmän vetämisen tarvitse aina olla niin ”oikeaoppista”, kunhan miesten kanssa pelataan ja kehitetään oikeansuuntaista henkeä.
- Miehet voisi tavoittaa harrastusten kautta: asekaupat, pilkkikerhot, jääkiekko, auto-urheilu, jalkapallo, pesäpallo.
- Katsastuskonttoreihin, asekauppoihin, rautakauppoihin, varaosaliikkeisiin ja urheiluliikkeisiin voisi yrittäjien kanssa verkostoitumalla saada pyörimään videot, joiden avulla näiden palvelujen käyttäjät havahtuvat huomaamaan, että heillä on ehkä kookas vatsa. Näissä paikoissa voisi myös tarjota riskitestiä.
- Kuinka edellisessä kohdassa mainittu verkostoituminen tapahtuu? Terveydenhoitaja tai diabeteslääkäri ottaa hankkeen laskuun tuopillisen paikallisen pubin nurkkapöydässä perjantai-iltana, samassa missä se yrittäjäkin?
- Isien illat kouluilla ja päiväkodeissa?
- Huoltoaseman baarit ja kylän paikallispubit: Esson miesten ryhmä Keski-Suomessa, jossa kunnan terveydenhoitaja on käynyt mittaamassa verensokeria.

### Erityistä huomiota vaativia seikkoja hankkeen loppuaikana

Alueittain huomio haluttiin kiinnittää ensisijaisesti hoitopolkuihin. Ovatko hoitopolut aktiivisessa käytössä ja kaikkien tiedossa.

Valtakunnallisesti huomio haluttiin kiinnittää väestöstrategiaan kaikilla tasoilla: Esitettiin, että esimerkiksi työnantaja voisi palkita arkiliikunnan lisäämistä ja työmatkojen kulkemista jalkaisin ja pyörällä. Tähän liittyen peräänkuulutettiin myös asuntopolitiikkaa kun kasvukeskusten työmatkat ovat niin pitkiä. Kuntapäätäjien painostamista ylhäältä ja alhaalta toivottiin lähes kaikkialla. Todettiin, että tässä päättäjillä olisi mahdollisuus saada nimensä kansanterveystyön historiaan sen sijaan, että ajattelevat vain seuraavia vaaleja.

Huomiota haluttiin kiinnittää markkinavoimiin ja korkean tason päätöksentekoon. Esimerkiksi todettiin, ettei EU anna nostaa sokeripitoisten virvoitusjuomien ja makeisten veroa. Herkkujen kalorimäärät tulisi saada helpommin ymmärrettäviksi – ei kalorimäärä 100 grammassa tuotetta vaan kalorimäärä annosta, limonadipulloa tai wieneriä kohden. Todettiin myös, että keskivertokaupan mainoksessa on nykyisin kolme ruokaa ja 15 rasvaista ainesta.

Yksi väestöstrateginen huoli asianosaisten keskuudessa oli lasten lihominen ja napostelu- ja ahmimistottumukset.

Hankeaika jää lopulta niin lyhyeksi, että moni asianosainen kyseli, voitaisiinko loppuaikana jotenkin erityisesti varmistaa hankkeen tulosten kestävyys terveydenhuollossa. Mitkä hankkeen toimintatavat voisivat jäädä pysyviksi ja miten ne voisivat jäädä pysyviksi. Yksiköiden tulee itse käydä tähän liittyvä prosessikeskustelu. Jokaisella alueella tulisi kysyä, kuinka ylilääkärit aikovat vastata tähän kansanterveyden haasteeseen kunnassaan.

Tähän on todettava, että hankkeella on useita kestävyiden edellytyksiä. Yksi on se, ettei toimipaikkojen toimintakulttuurien muutoksia

ole tehty riippuvaisiksi ulkopuolisesta lisärahoituksesta vaan että lähinnä on resurssoitu pienin panoksin muutoksen alkusysäystä. Lisäksi hankkeen yksi tavoite on se, että olemassa olevia resursseja jopa säästyisi tulevaisuudessa. Hanke on perustunut olemassa oleville ja jo toimiville instituutioille sekä perustaltaan olemassa olevalle osaamiselle (hoitajien ja lääkäreiden ammattitaito). Kansanterveystyö ei ole uutta sekään, vaikka preventiota onkin ajettu alas 1980-luvulta alkaen. Osaamista on tarjottu laajasti kouluttamalla ja asennemuokkausta on tehty monella sektorilla väestöstrategian näkökulmasta. Hanke sinällään jo edistää pitkäjäntei-

syttä: sen tarkoitus on muuttaa terveydenhuollon sektorin toimintatapoja sellaisiksi, että terveydenhuolto toimintana olisi kestävällä pohjalla.

Yksittäisissä toimipaikoissa arviointi löysi kestävä ajattelua. Toimijat pitivät tärkeämpänä muuttaa toimintatapojaan ja asiakkaiden käyttäytymistä pitkällä aikavälillä kuin saavuttaa hankkeen lyhyen aikavälin tuloksia keräämällä korkean riskin kohorttia ja tallentamalla siitä tietoa.

## 6. MITEN HANKE ON YLEISELLÄ TASOLLA EDISTÄNYT SILLE ASETETTUJA TAVOITTEITA?

### **Kehittänyt uusia tyyppin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyn ja varhaisen hoidon toimintamalleja ja käytäntöjä perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa**

Hankkeen voi katsoa saavuttaneen edellä mainitun tavoitetaansa varsin hyvin. Yleinen asenneilmapiiri on muuttunut hankealueiden terveydenhuollossa, ja hanke on innostanut ympäröiviä alueita, kuten Lappia ja Turku, käynnistämään tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn ohjelmia. Hanke on herättänyt myös kansainvälistä kiinnostusta.

Diabetesta hoitavat lääkärit ovat tienneet, miten paljon diabetes lisääntyy, mutta nyt tiedetään laajemmin diabeteksen yhteyksistä sydän- ja verisuonitauteihin. Samoin hankkeen ansiosta on levinnyt ajatus, että diabetesta voidaan ehkäistä. Hanke on tarjonnut työkalun, jolla ehkäisevää toimintaa voi harjoittaa, kaikkiallahan sitä ei saanut ennen tehdä ollenkaan. Hoitopolkuja on tehty paikkoihin, joissa niitä ei ennen ollut ja toimipaikkakohtaisten vaihtelujen rajoissa niitä jopa noudatetaan. Uusi asia laajemmassa mittakaavassa on myös se, että tämä ei ole pelkästään terveydenhuollon asia, vaan että on oltava yhteistyötyökumppaneita myös muilta hallinnonaloilta. Oheinen kommentti on kuvaava:

*”Kaikkein pöllöimmätkin ovat tajunneet, miten iso ongelma diabetes on.”*

Hanke on paljastanut suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän ydinongelmia: toimipaikoissa ei kirjata systemaattisesti tietoja, niissä ei arvioida omaa toimintaa eikä niissä ole valmiuksia pitää ryhmiä. Hankkeelle oli tarve, ja hanke on palvellut monia perustarpeita. Hanke on paljastanut rajapintoja: terveydenhuollossa on olettettu tiettyjen asioiden toimivan automaattisesti vastoin todellista asiantilaa. Hanke on myös käynnistänyt monenlaista kehittämistyötä. Hoitajat kokevat hankkeen tehneen heidän työtään näkyväksi ja nostaneen heidän arvoaan työntekijöinä.

Uusi lähestymistapa on eri tieteenalojen osaamisen vieminen kentälle. Esimerkiksi terveyskeskukset eivät ole osanneet hyödyntää vaikkapa fysioterapeutin osaamista ehkäisyssä, ja nyt sitä on ruvettu hyödyntämään. Muutosvaihemalli on muuttanut hoitajien ja lääkäreiden ajattelua – on havahduttu huomaamaan, että ihminen voi olla erilaisessa tilanteessa. Niissä toimipaikoissa, joissa osallistutaan hankkeen tiedonkeruuseen ja kerätään korkean riskin kohorttia, esitietolomake on havaittu tärkeäksi uudeksi työkaluksi.

Hanke on tarjonnut foorumin, jossa toimijat voivat vaihtaa kokemuksia ja jakaa hyviä käytäntöjä.

### **Tukenut jo käytössä olevia tyyppin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyn ja varhaisen hoidon toimintamalleja ja käytäntöjä perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa**

Hanke on saavuttanut myös tätä tavoitettaan suhteellisen hyvin. Varhaisen hoidon tehostaminen tapahtuu nyt aikaisemmassa vaiheessa kuin ennen. On tosin vaikea sanoa, mikä tässä prosessissa on yhden hankkeen merkitys, sillä hanke ei syntynyt tyhjiöstä vaan tarpeesta.

Riskilomake oli jossain määrin käytössä jo ennen hanketta, mutta tietoja ei ennen koottu. Nyt tiedonkeruuta harjoitavissa paikoissa ja muuallakin tiedetään, miksi lomaketta käytetään ja asiakkaat ohjeistetaan asianmukaisesti.

Joissakin paikoin diabeteshoitajat ja lääkärit tekivät yhteistyötä aiemminkin, mutta hankkeen myötä tiimityön merkitys on korostunut laajemmin.

Kohonneeseen verensokeriin uskalletaan puuttua nyt aiemmin ja puuttujien joukko on aiempaa laajempi talojen sisällä.

Ennen hanketta ensitietoryhmiä oli joissakin terveyskeskuksissa, nyt niiden määrä on lisääntynyt tuntuvasti, esimerkiksi Etelä-Pohjanmaalla

ensitietoryhmä on melkein jokaisessa terveyskeskuksessa.

Moni hoitaja koki ennen hanketta tekevänä yksin ehkäisytyötä. Hankkeen myötä he ovat saaneet tukea ja kumppanuutta tähän. Etelä-Pohjanmaalla oli alueellisen työtiimin keräämän lähtötasotiedon mukaan ennen hanketta ehkäisevää toimintaa kolmessa toimipaikassa, nyt kaikissa.

Hankkeen koulutukset ovat tarjonneet terveydenhuollon henkilökunnalle täsmällistä tietoa ravitsemuksesta, liikunnasta, painonhallinnasta ja ryhmäohjaamisesta tukemaan jo olevia hoitokäytäntöjä.

## **Lisännyt väestön tietoisuutta tyypin 2 diabeteksestä ja sen vaaratekijöistä**

Hankkeen väliarvioinneissa on todettu, että tilastojen mukaan hanke on lisännyt väestön diabetestietoja merkittävästi. Tämä näkyy paitsi aikuisväestön terveystieteissä myös terveyskeskuksissa laadullisena muutoksena, jossa asiakkaat pyytävät riskitestilomaketta tai tulevat kysymään, mitä lievästi kohonneille sokeriarvoille voi ja tulee tehdä.

Paikallismedia on erittäin hyvin hankkeessa mukana. Hanke tarjoaa sille tervetullutta sisältöä. Pienillä paikkakunnilla paikallistiedotus toimii hankkeen kannalta paremmin kuin isoilla. Isoissa kaupungeissa virikkeitä on muutenkin paljon, mutta pienillä paikkakunnilla paikallislehti luetaan kannesta kanteen. Jotkut maakuntalehdetkin ovat lähteneet hyvin mukaan, esimerkiksi Savon Sanomat ja Keski-suomalainen.

## **Tukenut tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman väestöstrategian toteutumista**

Väestöstrategia ei ole ollut hankkeen pääpainopistealue. Hankkeen pääpainopisteet ovat olleet korkean riskin strategia sekä varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia.

Lihavuuden konsensuskokouksessa ilmeni, että myös poliitikot ovat jossain määrin tulleet

tietoisiksi diabeteksestä ja sen vaaratekijöistä. Tämän asian kanssa ollaan perillä luonnollisesti vasta sitten, kun kuntapäätöksenteon tarjoamat reunaehdot mahdollistavat ehkäisevän työn terveyskeskuksissa. Tai kun kunnallinen liikuntapolitiikka alkaa laajasti ilmentää sitä, että kunnassa on ymmärretty ehkäisyn tärkeys.

Jos väestöstrategialla tarkoitetaan hintapolitiikkaa, elintarvikepolitiikkaa tai koulujen limonadi-automaatteja, tuloksia ei vielä ole suuresti näkyvissä. Markkinavoimiin asti väestöstrategiset toimenpiteet ovat ulottuneet heikosti. Tähän tarvittaisiin hankkeen ulkopuolisten toimijoiden panosta. Lihavuuden konsensuskokouksessa todettiin, että terveyskeskukset voivat tehdä noin 10 % väestöstrategian hyväksi, mutta loput työstä kuuluu markkinavoimille ja poliittiselle päätöksenteolle. Elämme yhteiskunnassa, jossa perhekoko pienenee, mutta pakkaukset suurenevät ja jossa vähärasvaiset tuotteet ovat kalliimpia kuin rasvaiset. Eräs asianosainen tarjosi alla olevassa sitaatissa yhtä muutoksen välinettä:

*”Islannissa oli työpaikkaruokailussa kolme lautaskokoa ja niillä eri hinta. Pieneen saa kahta eri laatua ruokaa, keskikokoiseen kolmea ja isoon viittä.”*

Kouluruokailuun ja työpaikkaruokailuun terveyskeskukset ovat sen sijaan onnistuneet puuttumaan paikallisessa yhteistyössään. Rohkaisevia yksittäisiä esimerkkejä löytyy myös yksityiseltä sektorilta: Ylistaron Esso tarjoaa hankkeen tuloksena rekkakuskeille aamu-puuron.

Eräs asianosainen kiinnitti arvioijan huomion suomalaisten kasvaviin tuloeroihin. Suomessa alkaa muutaman vuosikymmenen tauon jälkeen olla uudelleen lapsia, jotka eivät välttämättä saa illallista ollenkaan, puhumattakaan terveellisestä sellaisesta. On perheitä, joilla ei ole varaa ostaa suksia, luistimia tai polkupyörää. Eli väestöstrategia liittyy myös sosiaalipolitiikan linjauksiin ja päätöksiin.

## 7. YHTEENVETO JA SUOSITUKSET

### Hankkeen perustelu

Kansanterveyslaki vuodelta 1972 toteaa, että terveyskeskusten toiminnan on sisällettävä sairauksien ennaltaehkäisyä. Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2006 puhuu terveyden edistämisestä. Vielä 1970-luvulla terveyskeskukset toteuttivat tätä lainmukaista toimintaansa, mutta 1980-luvun jälkeen prevention rooli terveyskeskuksissa pieneni laman ja muiden yhteiskunnallisten muutosten seurauksena. Dehko ja D2D tähtäävät toiminnallaan siihen, että sairauksien ehkäisy palautettaisiin terveyskeskuksien toimintaan. Tyypin 2 diabeteksen lisääntyminen on ollut nopeampaa kuin 1990-luvun lopulla arvioitiin, joten hankkeen tarkoitamalle toiminnalle on vielä vahvemmat perustelut kuin hankesuunnitelmaa tehtäessä.

### Hankkeen organisaatio

Hanke kokonaisuudessaan on tehnyt hyvää ja urauurtavaa työtä, ja kokonaisuudessaan sen organisaatio toimii. Hankkeen valtakunnallinen koordinaattori on työskennellyt erinomaisesti haastavassa tilanteessa, jossa lähtökohtana oli tarttua keskeneräiseen projektiin työsuhteen alussa samanaikaisesti, kun työnkuva kaikkienensa on hyvin laaja. Hanke on herättänyt runsaasti kansainvälistä kiinnostusta. Aluekoordinaattorit työryhmineen ja tiimeineen ovat tehneet erinomaista työtä.

### Hanke kokonaisuutena

Hanke muodostaa toimivan ja loogisen kokonaisuuden. Organisaation sitouttaminen kokonaisuudessaan sekä päättäjien informointi ja poliittinen vaikuttaminen, resurssien uudelleen pohtiminen, hoitopolkujen suunnittelu, interventioiden määrittely ja terästäminen, yhteistyö terveydenhuollon ulkopuolisiin tahoihin sekä väestöstrategian tukeminen muodostavat kokonaisuuden, jonka osat täydentävät toisiaan. Kuntapäättäjät asettavat toiminnalle reunaehdot, jonka puitteissa terveyskeskuksen johto voi joko mahdollistaa tai estää terveyskeskuksen sisäisen toimintakulttuurin kehittämisen. Tämä joko mahdollistaa tai estää eri ammattiryhmiä toimimasta yhteistyössä saman-

suuntaisesti. Ilman kaikkia näitä ensin mainittuja seikkoja resurssien uudelleen pohdinta, hoitopolkujen suunnittelu ja käyttö sekä järkevän interventiokulttuurin kehittäminen eivät onnistu. Yhteistyö terveyskeskuksen ulkopuolisten tahojen kanssa mahdollistaa sen, että nyt ja tulevaisuudessa työ terveyskeskuksissa ei lisäännä kohtuuttomasti paineen kasvaessa, kun sekä korkean riskin asiakkaat että muut potilaat lisääntyvät. Väestöstrategia on äärimmäisen tärkeä yritys muuttaa kokonaisen kulttuurin suuntaa tilanteessa, jossa ihmisten tietoisuus lisääntyy, mutta silti väestö lihoo kaiken aikaa.

### Hankkeen seuranta

Aluekoordinaattoreilla ja heidän tiimeillään on valtavasti tietoa hankealueistaan. Tätä tietoa voisi tehdä näkyvämmäksi ohjeistamalla seuranta. Hankkeen valtakunnallinen koordinaattori ja aluekoordinaattorit voisivat suunnitella yhdessä ohjeistuksen hankkeen seurannan raportointiin. Kaikkia osapuolia hyödyttäisi löysähkö formaatti, jonka avulla tuotettaisiin hankkeen käyttöön laadullista, osin talokohtaista tietoa hankkeesta. Esimerkkeinä voidaan mainita Miksi-kysymysten analyysi koskien yhtä toimipaikkaa kuukaudessa. Jos hankkeen tiedonkeruu tai määrällinen arviointi havaitsee ongelman, sen syytä voisi tällöin analysoida varsin nopeasti osana hankkeen seuranta.

Seurannan raportoinnin suuntaamisella hankkeen loppuarvioinnin tarve vähenee ja siihen tarvittavat resurssit ovat huomattavasti pienemmät. Heräsi myös kysymys, miten aluekoordinaattoreiden osaamista voisi hyödyntää D2D:n myötä virinneessä kansainvälisessä kiinnostuksessa. Moni diabeteksen ehkäisyn ohjelmia suunnitteleva toimija hyötyisi tiedosta ja kokemuksesta, joka sisältää sekä aidon käytännön tuntuman että kyvyn laajempaan ajatteluun yksittäisten toimipaikkojen ulkopuolelta.

KTL:n prosessitietolomakkeiden laadulliset kysymykset 17 ja 18 voivat näin kysytyinä antaa vain ideaa siitä, miten hankkeen prosessit elävät toimipaikoissa. Kysymykset ovat hyvät, samoin niiden sisältämät luokitukset. Kun nämä

kysymykset kysytään kirjallisesti, vastausta leimaa satunnaisuus: kuka sattuu vastaamaan, millä tuulella hän sattuu olemaan, kuinka paljon aikaa hänellä sattuu olemaan käytettävissä kysymykseen vastaamiseen ja mikä tai mitkä kysymyksen osa-alueet hänellä sattuvat olemaan mielessä juuri silloin. Nämä kysymykset soveltuvat paremmin laadullisiin haastatteluihin kuin kyselylomakkeelle.

## Hanke toimipaikoissa

Vilkaisu prosessitietolomakkeiden kysymyksiin 17 ja 18 paljastaa, että hanke on hyödyttänyt terveyskeskuksia monin tavoin, jotka eivät näy tilastoissa. Hankkeesta ovat hyötyneet eniten ne toimipaikat, joissa ei vallitse välitöntä huutavaa resurssipulaa ja joissa oli jo ennen hanketta keskusteltu tyyppin 2 diabeteksen systemaattisesta ehkäisystä. Näissä toimipaikoissa talon johto on sitoutunut ehkäisevään toimintaan.

Hanke on tuonut hoitajien ja lääkärin työhön systemaattisuutta. Ne diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien osa-alueet, joita aiemmin käsiteltiin erillisinä (verenpaine, verensokeri, paino, rasvat), ovat tulleet hankkeen myötä osiksi selkeää loogista kokonaisuutta. Siellä missä toimipaikan johto on sitoutunut hankkeeseen, se on myös tarjonnut hoitajille ja lääkäreille ”luvan” tehdä ehkäisevää työtä. Hanke on tarjonnut terveydenhuollon työntekijöille lukuisia hyödyllisiä työkaluja, ei vain ehkäisevään toimintaan vaan myös muuhun hoitotyöhön.

Ryhmäohjaus on lisääntynyt hankkeen aikana. Osin lisääntyminen on tapahtunut toimipaikoissa ryhmiä perustaen, osin muut, terveyskeskusten ulkopuoliset toimijat ovat perustaneet painonhallinta- ja liikuntaryhmiä, joihin terveyskeskusten asiakkaita on voitu lähettää. Terveyskeskusten yhteistyö ulkopuolisten tahojen kanssa on niin ikään lisääntynyt hankkeen aikana, joten terveyskeskuksista lähetetään nyt herkemmin asiakkaita ulkopuolisten toimijoiden järjestämiin ryhmiin. Paikoin tämä on johtanut kustannussäästöihin terveydenhuollossa, ja lisää kustannussäästöjä on odotettavissa siellä, missä niitä ei vielä ole havaittu.

Painonhallintaryhmien määrä ei ole lisääntynyt niin nopeasti kuin hankkeen alussa odotettiin.

Tähän on lukuisia hankkeen ulkopuolisia syitä: Ryhmäohjaus ei ole kaikille ihmisille lähtökohdaisesti helppoa, ja siihen liittyy usein pelkoa tai ujoutta, johon ei voi vaikuttaa koulutuksella. Monin paikoin toimipaikan johto ei ole halunnut ryhmiä, joten niitä ei ole aina saanut aloittaa lainkaan. Usein johdon tuen puute on näkynyt myös työvuoroteknisinä vaikeuksina: ryhmän saa perustaa ja sitä saa ohjata, mutta sitä ei voi laskea normaaliaksi työajaksi, jolloin voisi kompensoida vaikkapa iltaohjauksen tuottaman ylityön.

Niissä toimipaikoissa, missä talon johto ei ole mahdollistanut hoitopolkujen suunnittelua tai uudelleenarviointia, toimijat totesivat melkein kaikissa haastatteluissa voivansa silti hoitaa hankkeen myötä löytyneet uudet riskipotilaat. Kun katsoo, miten paljon hoitopolkuja tehneet ja uudelleenarvioineet toimipaikat kokevat hyötyneensä tästä hoitopolkujen suunnittelusta, herää kysymys, olisiko näissä osattomiksi jääneissä taloissakin hyötymisen varaa, mikäli johto ja kunnalliset päättäjät vain saataisiin heräämään hankkeen edellyttämälle laatutyölle.

Muutosvaihemalli on levinnyt hankkeen myötä myös sellaisiin toimipaikkoihin, joissa ei resurssipulan tai asenteiden vuoksi ole muutettu yleistä toimintakulttuuria ehkäiseväksi. Yksittäiset hoitajat ovat käyttäneet muutosvaihemallin periaatteita siltä osin kuin ovat päässeet koulutuksiin. Muutosvaihemalli on koettu toimivaksi siellä, missä sitä on kokeiltu. Hoitajat kokevat vapautuneensa tarpeesta tyrkyttää asiakkaille elintapojen muuttamista. On vielä liian varhaista sanoa, onko asiakkaiden toiminta muuttunut muutosvaihemallin ansiosta.

Hankkeen aikoma korkean riskin kohortti on syyskuussa 2006 noin puolet siitä, mikä oli hankkeen vaikuttavuuden arvioinnista vastavien ehdotus hanketta suunniteltaessa. Tähän on lukuisia hankkeen ulkopuolisia syitä: Terveyskeskusten vallitseviin käytäntöihin ei kuulu asioiden perusteellinen kirjaaminen, jonka pohjalta omaa työtä voisi jatkuvasti seurata ja arvioida. Hankkeen aikomaa tiedonkeräystä ei näin ollen nähdä helposti omaa työtä helpottavana työkaluna, vaan ylimääräisenä työnä. Joissakin toimipaikoissa vallitsee akuutti resurssipula, jonka vuoksi työntekijöillä ei ole voimia tarttua mihinkään uuteen, vaikka sen avulla

voitaisiinkin helpottaa työtä ja parantaa sen laatua tulevaisuudessa.

Suomessa on käytössä useita erilaisia sähköisiä terveystietojärjestelmiä, jotka eivät keskuste keskenään ja joiden kanssa hankkeessa käytössä oleva ProWellness-diabetestietojärjestelmä ei ole yhteensopiva. Sairaanhoidopiirit ovat tehneet puitesopimukset ProWellnessin käytöstä, mutta alueellisesti ja kunnittain järjestelmän istuttaminen toimipaikkoihin ja sen käytön opettelu niissä eivät ole onnistuneet hankkeesta riippumattomista syistä. Kun vaihtoehtoina hankkeen aikana on ollut paperisten tiedonkeruulomakkeiden käyttö, moni terveydenhuollon toimija on kieltäytynyt tiedonkeruusta välttyäkseen työläältä kaksoiskirjaukselta.

## Suosituksukset

1. Rahoittajien ja päättäjien on tarpeellista huomioida arvioinnin luonnehtimat laadulliset tekijät hankkeen välittömien tulosten taustalla ja esteenä sekä ne laadulliset muutokset, joita hanke on osaltaan ollut aiheuttamassa. Hankkeen väliarvioinneissa ja muistioissa hankkeen lyhyen aikavälin tuloksia verrataan usein suomalaiseen diabeteksen ehkäisy tutkimukseen (DPS). Tulee huomauttaa, että DPS oli tutkimus; siinä oli tutkimusasetelma sekä palkatut työntekijät ja tutkimukseen sitoutunut, motivoitunut tutkittavien ryhmä. Kun tätä samaa mallia soveltaa käytännön elämään ja yllä kuvatun kaltaiseen järjestelmään, vastaan tulevat oikean elämän resurssit ja vaihtelevat asenteet ehkäisevää toimintaa kohtaan. Vastaan tulee myös terveyskeskusten asiakkaiden monimutkainen psykososiaalinen motivaatiomaailma. Tulokset eivät voi mitenkään olla verrannollisia. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei DPS toimisi yhtenä validina perusteluna hankkeelle. Sen se kyllä tekee. Tilastollisia tuloksia voi vain odottaa hankkeen kaltaiselta toiminnalta hitaammin. Tässä tehtävässä väestö-strategialla on suuri merkitys.
2. Suositeltavaa on myös, että kunnalliset päättäjät ja terveyskeskusten johto pysähtyisivät miettimään matematiikkaa, johon Dehko ja D2D perustuvat. Mikäli tyypin 2 diabetekseen ja sen lisäsairauksien ehkäisyyn satsataan resursseja nyt, terveydenhuollon näistä sairauksista johtuva kustannusten nousu on ehkäistävissä aikavälillä, jonka asianomaiset päättäjät ovat vielä näkemässä. Käsillä olevassa arvioinnissa on kuvattu terveyskeskusten toimintakulttuurin muutoksen hitautta, vaikka yksinkertainen laskutoimitus osoittaa, ettei diabeteksen ehkäisyssä kannata aikailla.
3. Sairaanhoidopiirit voisivat miettiä, kuinka koordinoita alueensa terveydenhuollon projekteja nykyistä paremmin siten, että hankkeiden välinen kilpailu vähenisi ja että niiden yhtymäkohtia ja mahdollisia yhteisiä päämääriä voitaisiin hyödyntää paremmin.
4. Sairaanhoidopiirit voisivat pohtia keskuudessaan, löytyykö niiltä resursseja tukea ennaltaehkäisevää työtä enemmän kuin nyt. Tuki voisi olla esimerkiksi sitä, että korkeassa asemassa olevat toimijat puhuvat ehkäisevästä työstä julkisuudessa väsymättä ja näkyvät siellä, missä hankkeeseen vaikuttavia kunnallisia päätöksiä tehdään ja missä ehkäisyhankkeen kannalta tärkeitä asioista puhutaan.
5. Mikäli D2D jatkaa prosessitietolomakkeiden käyttöä samoin kysymyksen kuin nyt hankkeen loppuun saakka, voisi olla suositeltavaa hankkia projektin tietokeskukseen laadullisen aineiston käsittelyyn soveltuva tietokone-ohjelma. Jos avovastaukset syötetään suoraan ohjelmalle ja ohjelma ohjelmoidaan tunnistamaan sairaanhoidopiirit ja kunnat (tai mitkä tahansa muut alueet tai yksiköt) toimipaikkakoodien perusteella, aineisto on kätevästi analysoitavissa millä tahansa valitulla tasolla – sairaanhoidopiireittäin, kunnittain ja toimipaikoittain.

## Haastatellut henkilöt:

Heikki Aatola, diabeteslääkäri, Parkanon terveyskeskus  
Auli Autio, sairaanhoitaja, Oulunsalon terveyskeskus  
Marja-Leena Erkkilä, diabeteshoitaja, D2D-yhdyshenkilö Jalasjärvi  
Leena Etu-Seppälä, Dehko:n pääsihteeri, Suomen Diabetesliitto  
Maria Hallman-Keiskoski, Ttl, ylihoitaja, terveydenedistäminen, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri  
Pekka Honkakoski, diabeteslääkäri, Iisalmen terveyskeskus  
Tuija Jara, diabeteshoitaja, Vesilahden terveyskeskus  
Arja Hyytiä, D2D:n aluekoordinaattori, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri  
Eeva Ijäs, diabeteshoitaja, Ylivieskan terveyskeskus  
Sinikka Kaakinen, vastaava terveydenhoitaja, Jalasjärven terveyskeskus  
Eija Karsikko, diabeteshoitaja, Raahen seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, D2D -hanketyöntekijä  
2004–2006  
Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi, yleislääketieteen professori, diabeteslääkäri, Oulun terveyskeskus, D2D-toimiryhmän pj, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri  
Kaija Korpela, D2D:n aluekoordinaattori, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri  
Eeva Korpi-Hyövälti, D2D:n hankevastaava, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri  
Mervi Lehmusaho, D2D:n aluekoordinaattori, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri  
Päivi Lehtola, sairaanhoitaja, Kurikan terveyskeskus  
Leila Metso, väestövastuusaairaanhoitaja, hanketyöntekijä, Laukaan terveyskeskus  
Leena Moilanen, vastuutyöryhmän pj, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, dosentti, sisätautien ja endokrinologian erikoislääkäri  
Tiina Niiranen, diabeteshoitaja, Iisalmen terveyskeskus  
Leo Niskanen, sisätautien professori, D2D:n hankevastaava, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri  
Heikki Oksa, ylilääkäri, toimialueen johtaja, hankevastaava Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, koko D2D:n hankevastaava, D2D-johtoryhmän jäsen  
Tanja Onatsu, liikuntakoordinaattori, fysioterapeutti, Keski-Suomen Keskussairaala, D2D:n liikuntakoordinaattori Keski-Suomen sairaanhoitopiiri  
Ulla Pailamo, terveydenhoitaja, Leppävirran terveyskeskus  
Karita Pesonen, D2D:n aluekoordinaattori, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri  
Jaakko Pihlajamäki, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin johtaja, D2D:n johtoryhmän jäsen  
Auli Pölönen, D2D:n aluekoordinaattori, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri  
Kirsi Rundqvist, hanketyöntekijä, sh/th Joutsa Leivonmäki Luhanka  
Timo Saaristo, D2D:n valtakunnallinen koordinaattori, Diabetesliitto  
Seppo Salo, sisätautien erikoislääkäri, terveyskeskuslääkäri, Oriveden terveyskeskus, D2D-projektityöryhmän jäsen, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri  
Juha Saltevo, sisätautien erikoislääkäri, D2D:n hankevastaava, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri  
Eini Sokka, diabeteshoitaja, Parkanon terveyskeskus  
Merja Tolonen, osa-aikainen diabeteshoitaja, Yli-Iin terveyskeskus  
Tarja Välimäki, ylilääkäri, Seinäjoen terveyskeskuksen työterveyshuolto  
Leena Welling, diabeteshoitaja ja hanketyöntekijä, Palokan terveysasema

## LÄHDEAINEISTO

Seuraavat D2D:n asiakirjakansiot:

D2D-arviointi- ja tutkimusryhmä  
D2D-hankevastaavien palaverit  
Dehko-palaverit 1 ja 2  
D2D Koulutus ja interventioryhmä  
D2D-johdoryhmä 2004, 2005 ja 2006  
D2D-ohjausryhmä 1 ja 2  
D2D-projektisuunnitelma 1 ja 2  
Kuopio  
D2D-seurantaryhmä  
Raportit  
D2D-viestintä  
Työterveyshuolto

Suomen Diabetesliiton 4.–7.6.2006 Tampereella järjestämän International Reporting Days -tapahtuman puheet ja alustukset. Tapahtuma oli suunnattu kansainväliselle yleisölle, joka on kiinnostunut D2D:sta ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisystä

Ahonen, P., Rimpelä, A., Tapaninen, S., af Ursin, K., Vilmi, S. Dehko-väliarviointi. Dehko-raportti 2003:5. Diabetesliitto.

Aikuisväestön terveystutkimus. KTL 2005.

Dehkon 2D -hanke (D2D) 2003–2007. Lisälehti vuonna 2004 julkaistuun projektisuunnitelmaan. Diabetesliitto 2005.

Dehkon 2D -hanke. Väliarviointi, toim. Saaristo T., Etu-Seppälä L. Dehko-raportti 2005:6. Diabetesliitto.

Dehko-kuntastrategia 2002. Kuntapäätäjille täsmätietoa päätöksenteon tueksi. Tiedotusaineisto kansineen ja erillisliitteineen. Diabetesliitto.

OECD Health Data 2006.

Suunnitelma Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi. Projektisuunnitelma 2003–2007. Dehkon 2D -hanke. Diabetesliitto 2004.

Winell, K. Diabeteksen hoidon laatu ja seurantarjestelmät. Dehko-raportti 2002:2. Diabetesliitto.

[www.diabetes.fi](http://www.diabetes.fi)

[www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

[www.ktl.fi](http://www.ktl.fi)

[www.stm.fi](http://www.stm.fi)

[www.tervekuopio.fi](http://www.tervekuopio.fi)



**Muita alueen kehittämis-, tutkimus- ja remonttihankeita (jne. ), jotka tukevat tai haittaavat D2D:tä**

<b>Etelä-Pohjanmaa</b>							
<b>Hankkeet jotka tukevat D2D:tä</b>				<b>Hankkeet, jotka haittaavat D2D:tä</b>			
<b>2004</b>		<b>2005</b>		<b>2004</b>		<b>2005</b>	
Liikuntaresepti	5	Liikuntaresepti	4	Vimpelin ja Alajärven tk:n yhdistyminen	1	Diabetestutkimus	1
Liihota	4	Liihota	3	Muiden työntekijöiden muu työ	1	Masennustalkoot	1
Erli	1	Pohjalaiset masennustalkoot	2	Määrärahojen puute	1	Määrärahojen puute	1
Painonhallintakoulutus	1	Järvisseudun te-hanke	1	Muu kuntoutushanke	1	Työpaikkojen riskinarviointi	1
Työpari lääkäri-hoitaja	1	Novel 2 ins tutkimus	1	Useita eri projekteja	2	Ehkäisevä päihdetyö	1
Terveys 2015	3	Terveys 2015	2	Hoidon porrastus ks:lta tk:lle	1	Työnantajat ei maksa	1
Työterveystarkastukset	1	Lykky	1	Ajan puute	1	Ajan puute	1
Yhteistyö diabeteshoitajan kanssa	1	Yhteistyö diabeteshoitajan kanssa	1	Remontti	1	Remontti	1
Yhteistyö ravitsemusterapeutin kanssa	1	Yhteistyö ravitsemusterapeutin kanssa	1	Aluejaon muuttuminen	1	Ettica-tietojärjestelmä	1
MBO-hanke	1	MBO-hanke	2	Muut työt	1		
Kuusiokuntien kuntayhtymä-hanke	1	Soininhoikka	1	Sairaudet	1		
Osaava suunnpohja -hanke	1	Yht työ Dehkon aluekoordinaattorin kanssa	1	Fysioterapiassa apuvälineiden kehittämishanke	1		
Raskausdiabetestutkimus	1	Raskausdiabetestutkimus	2	Erli	1		
Iijoen malli	1	Seudullinen tth:n kehittämishanke	1				
Stykes-hanke	1	Ettica –tietojärjestelmä	1				
Tth:n liikuntapainotteinen ryhmäohjaus työntekijöille	2	Vast. Ottotoiminnan seudullinen kehittäminen	1				
D2D-väestötutkimus	1	Soisalon tt-hanke	1				
Vireyttä maalle –hanke	1	Vireyttä maalle –hanke	1				
Liikuntakalenteri	1	Terveysliikuntaprojekti	1				
Kansalaisopiston luentosarja	1	Kuntien yhdistyminen	1				
Koulutukset	1	D2D-yhdyslö siirtyy toisen toimipisteeseen	1				
Yhteistyö liikuntatoimen kanssa	1						
Liikunta- ja laihdutusryhmät	1						
PPP	1						

<b>Pohjois-Pohjanmaa</b>							
<b>Hankkeet, jotka tukevat D2D:tä</b>				<b>Hankkeet, jotka haittaavat D2D:tä</b>			
<b>2004</b>		<b>2005</b>		<b>2004</b>		<b>2005</b>	
Sydäntietoryhmät	2	Kaupungin väestöstrategia	1	Remontti	1	Remontti	4
Vo:n toimenkuvan laajentaminen	1	Prowellness	1	Henkilövaihdokset	2	Henkilövaihdokset	1
Oma Dehko-ryhmä	1	Uniryhmä	1	Yhteyskeskushanke	1	Resurssipula	1
Hola-koulutus	2	Rapatti	1	Terveyspalvelujen yhdistäminen	1	YPK-pilotointi	1
Sh sydänkoulutuksessa	1	Lastennlätön kehittämishanke	3	Henkilöstötyöryhmä	1	ProWellness	1
Toimintojen uudelleenjärjestely	1	Hela	1	Efektia-laatuprojekti	1	ICPD-koodien hakeminen	1
KKI-ryhmät	1	KKI-Ryhmät	1	Hola	3	Mielinet	1
Kans. Opiston ryhmät	2	Mielinet	1	Siikalatvan terveyspalv alueen muodostaminen	1	Siikalatvan terveyspalv alueen muodostaminen	1
Diabeteshoitokäytännöt	1	Petäjänmäki	1	Toimintojen uudelleenjärjestely	4	Lastensuojelu	1
Terveys 2015	2	Typ	1	Haapaveteen yhdistyminen	1	Typ	1
Lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyprojekti	1	Omalääkärijärjestelmä	1	DL:n etävo:n aloittaminen	1	DL:n etävo:n aloittaminen	1
Siikalatvan terv palvelualueen muodostaminen	1	Laatuprojekti	1	Hoitotakuu	1	Hoitotakuu	1
Laki hoitoon pääsystä	1	Siike	2	Lastenneuvola-hanke	1	Lastennlahanke	1
Terho 2	3	Terho 2	1	Tietokoneohjelman muuttuminen	1	Omalääkärijärj.	1
Lääkäri-hoitajayhteistyö	1			Tehtävien siirto	1	Muut hankkeet	2
Verkosto tkh	1					Organisaatio-uudistukset	1
PPP-koulutus	1						
Kuusiokuntien kuntayhtymä	1						
Liikkumisresepti	1						
Laihdutusryhmä tth:n asiakkaille	1						

<b>Keski-Suomi</b>							
<b>Hankkeet, jotka tukevat D2D:tä</b>				<b>Hankkeet, jotka haittaavat D2D:tä</b>			
<b>2004</b>		<b>2005</b>		<b>2004</b>		<b>2005</b>	
Vastaanottohoitajaprojekti	8	Vastaanottohoitajaprojekti	8	Liikaa projekteja	5	Liikaa projekteja	4
Laatuprojekti	5	Laatuprojekti	5	Remontti	4	Remontti	2
Liikuntaryhmät	1	Likes	1	Muut tärkeät painopistealueet tth:ssa	1	Muut tärkeät painopistealueet tth:ssa	2
Aslak-kuntoutus	1	Syty	1	Tuuma	2	Tiukka budjetti	2
PPP-ryhmät	1	PPP-ryhmät	1	Tehoava	1	Lasten rokotosohjelma	1
Kuntoremontit	1	Mini-interventio	2	Organisaatio-uudistus	2	Organisaatio-uudistus	2
Diabetestutkimus	1	Diabetestutkimus	2	Vastaanottohoitaja projekti	4	Laboratoriofuusio	1
Tuumahanke	1	Varpaat liikkeelle	1	Laatujärjestelmä	2	Laatujärjestelmä	3
Elintapaohjaus tk:issa	1	Lauttako	1	Moniammatillinen kotihoidon hanke	2	Kotihoitoprojekti	1
Väestövastuu	2	Väestövastuu	4	Lääkäreiden vastaanoton uudelleenorg	1	Lääkäreiden vo:n uudelleenorg	1
Painonhallintaryhmä	1	Vireillä Evi	1	Ajanpuute	2	Ajanpuute	4
Hoitajien työnjako	2	Hoitoketjujen tarkistus	1	Tiimissä epävarmuutta	1	Wire	1
Mob-hanke	2	Työyhteisön kehittämishanke	1	Hoitotakuu	1	Hoitotakuu	1
Uusi terv neuvontamalli elintapaohjaukseen	1	Varhaisen puuttumisen hanke	1	Tilanpuute	1	Henkilövaihdokset	1
Erytysliikuntaryhmien perustaminen suunnitteilla	1	Tejo	1	Kosteusongelmat	1	Kuntien perusturvahanke	1
Uimahallin peruskorjaus suunnitteilla	1	Verkostokaupunki	1	Työnkuvien muutos	1	Työnkuvien muutos	2
Perhetyö terv neuvonnassa	1	Voimavaralähteinen potilaskoulutus	1	Tth:n asiakasyritys ei maksa	1		
Mielinet	2	Mielinet	2				
Dehko	1	Diabeetikon laatuverkostoon liittyminen	1				
Typ	1	Typ	1				
Kuntouttava päiväkeskus	1	Uudet toimitilat 3/06	1				
Lasten ja nuorten lihavuuden ehkäisy	1	Poliklinikan kehittämishanke	1				
		Kirjaamisohjeistus	1				
		Aikuisneuvonnan kehittämishanke	1				

<b>Pirkanmaa</b>							
<b>Hankkeet, jotka tukevat D2D:tä</b>				<b>Hankkeet, jotka haittaavat D2D:tä</b>			
<b>2004</b>		<b>2005</b>		<b>2004</b>		<b>2005</b>	
Laatuhanke	1	Laatuhanke	2	Remontti	8	Remontti	3
Laadukas terv huolto Pirkanmaalla	2	Laadukas terv huolto Pirkanmaalla	1	Perusturvahanke	1	Laatuprojekti	3
Mini-interventio	4	Mini-interventio	2	Sertifikaatiohanke	1	Henkilökuntapula	1
Liikuntaresepti	1	Titus	1	Sopimusten erilaisuus	1	Johto ei sitoutunut	1
Pirke	1	Liikuntaryhmä	1	Hyvinvointinla-hanke	1	Koko organisaatio ei mukana	1
Hoitajien vo-toiminnan kehittäminen	1	Järvi-Suomen terv edistämishanke	1	Organisaatio-suunnitelma	1	Yhteyshlön vuorotteluvapaa	1
Lääkäri-hoitaja –tiimityön kehittäminen	1	Liiton hanke	1	Epävarmuus tulevaisuudesta	1	Ky:n laajentuminen	1
Miljoonan kilon keikka	1	Lapsiperhe tiimihanke	1	Saspe	1	Muut hankkeet	1
Miesten henkiinjäämisohjelma	2	Tth:n uudelleenorg	1	Lapsiperhettiimi-hanke	1		
Keuhko-ohjalma	2	Keuhko-ohjalma	1	Mini-interventio	1		
Avokas	1	Kokonainen elämä kotona	1	Rahoituksen epäselvyys	1		
Harmaat pantterit	1	Tuumasta toimeen	1				
Organisaatiouudistus	1	Uudet tilat ryhmien vetämiseen ensi vuonna	1				
Kehyskuntien hankintayhteistyö	1						
Vercox-tekonivelpotilaan hoitopolun jatkohoidon..	1						

<b>Pohjois-Savo</b>			
<b>Hankkeet, jotka tukevat D2D:tä</b>		<b>Hankkeet, jotka haittaavat D2D:tä</b>	
Ylä-Savon ravitsemus- ja liikuntahanke	3	Remontti	3
Sohvaperunasta liikkujaksi -hanke	1	Muut projektit	1
Hyvoke inaktiivisesta aktiiviseksi	1	Lastenneuvolaohjeen soveltaminen	1
		Käypähoitosuosituksen käyttöönotto	1
		Liikaa työtä	1
		Uusi tietojärjestelmä tulossa	1
		Toimipaikka kiinni kesäajan	1

**Millaista diabeteksen ehkäisyä teillä oli ennen hanketta? Vastaukset KTL:n prosessitietolomakkeen kysymykseen 21 vuonna 2004**

<b>Ehkäisevä toiminto</b>	<b>Keski-Suomi</b>	<b>Pirkanmaa</b>	<b>Pohjois-Pohjanmaa</b>	<b>Etelä-Pohjanmaa</b>
Yksilöohjaus	38	7	25	17
Ryhmäohjaus	11	4	9	2
Riskien kartoitus	17	7	18	22
Lipidit	1		5	1
Glukoosirasitus	1	1	7	6
Hoitopolut	1	1		
Tiedotus	1	2	2	4
Yleisötapauhtumat	1	1	1	9
Gestaatiidiabeteksen seuranta	1		2	2
Ruokalan sydänviikko	1			
Kuntayhtymän diabeteksen hoito-ohje		1		
Diabetestyöryhmä	1		1	
MBO-hanke	3			
Henkilökunnan koulutus		1		
Kaspia 1999-2000		1		
Toimintasuunnitelma			1	
Vastuuhenkilö			1	
Yhteistyö apteekin kanssa			1	
Yhteistyö Diabetesyhdistyksen kanssa			2	
Yhteistyö kansalaisopiston kanssa			1	
Diapro			1	
RR	1		1	1

### Väestöstrategia, vastaukset prosessitietolomakkeen kysymykseen 19

<b>Pirkanmaa</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Tapahtumat</b>	8	9
Maailman Diabetespäivä	5	4
Messut	1	
Muut yleisötapahtumat	2	5
Jakojenhoitopäivä terveysasemalla		1
<b>Tuotettu materiaali (artikkeli paikallislehdessä)</b>	1	
<b>Kuntayhteistyö</b>	15	6
Kuntokoplahanke liikuntatoimen kanssa	4	5
Mukana tyhy-toiminnassa	2	
Neuvottelut ehkäisyn ottamisesta kaupunkisuunnitteluun	2	
Vanhempainillat	4	3
Tehostettu elämäntapaneuvonta kouluterveydenhuollossa, neuvoloissa ja tth:ssa	1	
Yhteistyö eri hallintokuntien kanssa		2
<b>Media</b>	5	15
Artikkeli paikallislehdessä	5	6
Artikkeli työpaikkalehdessä		3
Lehdistön ym. median hyödyntäminen		3
Suunnitteilla artikkeli paikallislehteen		3
<b>Järjestöyhteistyö</b>		3
Tiedotus järjestöille		3
<b>Koulutusyhteistyö</b>	5	
Keittiöhenkilökunnan koulutus	2	
Koulutus jäsenyrityksille	3	
Materiaalia asiakkaille vietäväksi kotiin	1	

<b>Pohjois-Pohjanmaa</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Tapahtumat</b>	<b>4</b>	<b>11</b>
Terveysmessut	1	7
Muut yleisötapahtumat	3	
Sokerirasituspäivät		1
Avoimien ovien päivä		1
Vanhempainillat		2
<b>Tuotettu materiaali</b>	<b>2</b>	
Kunnan www-sivut, tietoa väestölle	1	
Nettiohje, riskilomake ja toimintaohjeet	1	
<b>Kuntayhteistyö</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
Koulutus ravitsemuksesta kunnan henkilökunnalle	1	1
Yhteistyö liikunta- ja ravitsemuspuolen kanssa	1	
Tieto hankkeesta kunnan johdolle, kunnanvaltuustolle ja henkilökunnalle		3
<b>Mediayhteistyö, artikkelit paikallislehdissä</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Järjestöyhteistyö</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
Luennot yhdistysten kokouksissa	2	
Info järjestöjen edustajille	1	2
Yhteistyö järjestöjen kanssa	3	
<b>Koulutusyhteistyö</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Koulutettu henkilökuntaa	2	
Ohjausta työpaikkojen esimiehille		2
Paikkakunnan keittiöhlökunta koulutuksessa		1
<b>Apteekkiyhteistyö</b>	<b>5</b>	
Apteekit mukana hankkeessa	2	
Apteekissa riskikaavakkeet ja verensokerin mittaus	3	

<b>Etelä-Pohjanmaa</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Tapahtumat</b>	<b>12</b>	<b>24</b>
Terveysmessut	6	6
Maailman Diab päivä	1	3
Terveystiedon päivän tapahtuma Kuortaneella	1	1
Terveyskockki	1	
Muut yleisötapahtumat	4	6
Liikuntamessut		5
Pohjalaiset terveystapahtumat		3
<b>Tuotettu materiaali</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Liikuntakalenterin kaupungin liikuntatoimen psta	1	
Restonomiopiskelijä teki opinnäytetyön koululaisten ruokailusta	1	
D2D-logo taulun muodossa + kortit kuusiokuntiin		1
<b>Kuntayhteistyö</b>	<b>7</b>	<b>5</b>
Infoa valtuutetuille ja kuntalaisille	2	
Yhteistyö liikuntatoimen kanssa	2	
Terveyskeskuksen keittiön emäntä asiassa mukana	1	
Yhteistyö kouluruokailun kanssa	1	1
Vanhempainillat	1	1
Kouluille suunniteltu liikkumattomien lasten ryhmää		1
Ruokavalintakuvat kouluilla		1
Yht työtä terveystapahtumien kanssa		1
<b>Mediayhteistyö</b>	<b>9</b>	<b>12</b>
Kirjoituksia paikallislehdissä	10	6
Tv		1
<b>Järjestöyhteistyö</b>	<b>3</b>	
Ravintola-alan koulut ja järjestöt	1	
Neuvoteltu liikuntaryhmistä koko 3. Sektorin kanssa	1	
KKI-projekti yhteistyössä urheiluseuran ja liikuntatoimen kanssa, kohderyhmänä miehet	1	
<b>Koulutusyhteistyö</b>	<b>2</b>	
Henkilökunnan ja keittiöhenkilökunnan koulutus	2	

<b>Keski-Suomi</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Tapahtumat</b>	<b>19</b>	<b>21</b>
Terveysmessut	11	11
Kunnon messut	2	
Muut messut		4
Maailman Diabetespäivä		1
Yleisötapahtumat ja luennot	4	5
Kampanjat	2	
<b>Tuotettu materiaali</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
Uusi esite vastaanottoiminnasta	1	
Riskitesti netissä	2	
Neuvolan ja koulujen th:ille yhteiset toimintaohjeet		1
Tiedotus lisääntynyt		2
Tiedotusmateriaali	2	1
<b>Kuntayhteistyö</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
Liikuntatoimi	2	1
Tejo-kunnan hyvinvointi selonteko päättäjille tiedoksi		1
Vapaa-aikatoimi	1	2
Päiväkodin henkilökunnalle infoilta		1
<b>Mediayhteistyö</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Artikkeli paikallislehdessä	2	1
<b>Järjestöyhteistyö</b>	<b>4</b>	<b>7</b>
Yhteistyö eri järjestöjen kanssa	4	3
Info parkinsonryhmälle		1
Martat		1
Maa- ja kotitalousnaiset		1
Info sydänyhdistykselle		1
<b>Koulutusyhteistyö</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
Koulutus lisääntynyt tai sisäistä koulutusta	1	1
Opastettu ravitsemusliikkeiden henkilökuntaa	1	
Ravitsemusohjausta leikki-ikäisten vanhemmille	1	
Koulutettu painonhallintaryhmäläisistä muutosagenteja	1	
<b>Apteekkiyhteistyö</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>Pohjois-Savo</b>	
Tuotettu materiaali	
	Kunnan intraan lisätty infoa hankkeesta
Kunta	
	Tehostettu jalkakäytävien valaisua ja turvallisuutta
	Neuvoteltu terveyssuunnitelman tarkistamisesta, edellinen vuodelta 1994
	Terveysviraston kanssa käyty läpi paikallisen leipomon leivän suolapitoisuuksia
	Palaveri kouluruokailun kanssa
	Kuntosali- ja vesileppis-maksut alentuneet
	Kunnan henkilökunnan työliikunta lisääntynyt
Media paikallislehden artikkeli	
Järjestöyhteistyö	
	Perusterveydenhuollossa tulisi olla nimetty yhteyshenkilö terveydenedistämiseen ja hänellä mahdollisuus jalkautua 3. sektorin pariin
	Järjestöiltä tullut luentopyyntöjä

## D2D-arviointihaastattelujen kysymykset

### 1. Hankkeen ohjaus

Arviosi hankkeen organisaatiosta – rakenne, käytännöt, toimijoiden väliset suhteet, tehokkuus, tiedon kulku.

Millainen on hankkeen sinulle tuottaman ohjauksen laatu? Entä riittävyys?

Miten hankkeen työntekijät ovat nähdäksesi selviytyneet tehtävistään?

### 2. Miten hanke on yleisellä tasolla edistänyt seuraavia sille asetettuja tavoitteita?

- Kehittänyt uusia tyyppin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyn ja varhaisen hoidon toimintamalleja ja käytäntöjä perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa.
- Tukenut jo käytössä olevia tyyppin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyn ja varhaisen hoidon toimintamalleja ja käytäntöjä perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa.
- Lisännyt väestön tietoisuutta tyyppin 2 diabeteksestä ja sen vaaratekijöistä.
- Tukenut tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman väestöstrategian toteutumista.

### 3. Mikä on näkemyksesi seuraavista toimipaikkoja koskevista kysymyksistä:

Näitä kysymyksiä käytettiin soveltaen riippuen siitä, minkä sidosryhmän kanssa oltiin tekemisissä. Toimipaikkojen edustajilta ei kysytty, mitkä tekijät ovat läsnä, jotta tietyt asiat toteutuisivat, vaan kysyttiin, missä määrin nämä asiat ovat toteutuneet ja mitä siitä on seurannut.

#### a) Organisaatio

Mitkä tekijät edesauttavat sitä, että koko organisaatio saadaan mukaan hankkeeseen?

Ovatko jotkut ammattiryhmät hitaampia lähtemään mukaan kuin toiset? Miksi?

Mitkä tekijät edesauttavat toimintakulttuurin muutosta? Miksi se lähtee käyntiin yhtäällä kun taas toisaalla ei?

#### b) Resurssit

Mitkä tekijät edesauttavat sitä, että resursseja lähdetään organisoimaan uudelleen?

#### c) Oma toiminta

Miksi joissakin yksiköissä lähdetään lisäämään interventioita ja toisissa ei? Mitkä tekijät edesauttavat sitä, että interventioita lisätään?

Mitkä tekijät edesauttavat toimintakulttuurin muutosta? Miksi se lähtee käyntiin yhtäällä kun taas toisaalla ei?

#### d) Asiakkaan toiminta

Mitkä tekijät edesauttavat sitä, että asiakkaat muuttavat käyttäytymistään arjessaan konkreettisesti, ei vain "kiinnostuneita" tai "tyytyväisiä" tai "innostuneita hankkeesta"

Mitkä tekijät läsnä, että asiakkaat motivoituvat ryhmäohjaukseen?

**e) Hoitopolut**

Mitkä tekijät läsnä silloin kun hoitopolkujen luominen helppoa ja/tai onnistuu? Mitä hoitopolun luomisesta ja käytöstä seuraa?

**f) Ohjaus**

Mitkä tekijät edesauttavat sitä, että yksikössä lähdetään muodostamaan ryhmiä?

Ryhmäohjaajakoulutuksen riittävyys? Koulutuksen kohdallisuus? Millainen rooli on henkilökohtaisilla tekijöillä, esimerkiksi pelottaa vetää ryhmiä?

**g) Yhteistyö**

Mitkä tekijät edesauttavat yhteistyön lisääntymistä? Mitä yhteistyöstä seuraa?

- kustannussäästö?
- oppiminen?
- informaation vaihto?

**h) Väestöstrategia**

Mitkä tekijät läsnä silloin, kun lähdetään toteuttamaan/ osallistumaan tapahtumiin tai tekemään väestöstrategian kaltaista yhteistyötä erilaisten tahojen kanssa?

Mitkä tekijät läsnä silloin kun nämä tahot saadaan mukaan (kunnat, apteekit, järjestöt, media jne.)

Onko väestöstrategia ymmärretty oikein toimipaikoissa? Jos ei, miksi? Informaation laatu? Vastaanottajan resurssit eivät riitä perehtymiseen?

**4. Seuranta**

- Miten aineisto ja analyysit saataisiin niiltä tahoilta, jotka ovat mukana hankkeessa mutta jotka eivät D2D tiedonkeruussa vaan tallentavat tietoja omassa atk-systeemissään?
- Miten hankkeen loppuajan tietojen keräys raportointia varten tulisi järjestää? Riittääkö KTL:n eri lähteistä analysoima tieto tähän vai tarvitaanko muuta tietoa? Mitä? Millaisella strukturilla sitä tulisi kerätä?

**5. Mihin D2D:ssa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota viimeisten 1,5 vuoden aikana, jotta se saavuttaisi paremmin sille asetettuja tavoitteita?**

Mitä tulisi tehdä seuraaville väliarvioinneissa havaituille haasteille:

- Interventioita liian vähän
- Ryhmäinterventioita terveydenhuollossa liian vähän
- Miehiä liian vähän mukana
- Dataa niukalti