

Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti

STM:N kärkihanke Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön sisältöalue 1 elintapaohjauksen vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa ja sen palveluketjuissa (hankeaika vuodet 2017-2018)

Hankekonsortio

Hankekonsortion muodostavat valtakunnalliset järjestö- ja asiantuntijatoimijat yhdessä sairaanhoitopiirien ja alueellisten kunta- ja järjestötoimijoiden ja mahdollisten yksityisten toimijoiden kanssa. Konsortioon otetaan mukaan kaikki alueelliset toimijat, jotka ovat halukkaita kehittämään ja levittämään vaikuttavaa ja tavoitteellista elintapaohjausta. Hankkeessa muodostuu sekä kansallinen että maakunnallisia elintapaohjauksen verkostoja, jotka yhdessä nostavat elintapaneuvonnan uudelle tasolle.

Hankkeessa tehdään yhteistyötä "Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien fyysisen terveyden edistäminen" -hankkeen kanssa mielenterveys- ja päihdepotilaiden elintapaohjauksen asioissa.

Valtakunnallisia järjestö- ja asiantuntijatoimijoina hankkeessa toimivat:

- UKK-instituutti (hanketta hallinnoiva tahon)
- Diabetesliitto
- Kunnossa kaiken ikää –ohjelma / LIKES
- Mielenterveyden keskusliitto

Sairaanhoitopiireistä hankkeeseen osallistuvat:

- Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri (EKSOTE)
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP)
- Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä (ESSHP)
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS)
- Kainuu sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä (KAINUU)
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (PSHP)
- Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri (1.1.2017 Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalveluiden ky = ”Siun sote”)
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (PPSHP)
- Satakunnan sairaanhoitopiiri / Porin kaupunki (SASHP)
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VS SHP)

Kultakin erva-alueelta hankkeeseen osallistuu 2 sairaanhoitopiiriä. Edellä mainittujen sairaanhoitopiirien ohella toimintaan osallistuvat kyseisten alueiden kunnat sosiaali- ja terveydenhuollon ja osin liikuntatoimen osalta. Lisäksi kultakin alueelta hankkeeseen osallistuu laajasti liikunta- ja sote-järjestöjä. Hankealueella asuu yli 3.9 miljoonaa asukasta ja se käsittää 172 kuntaa (2015 tietojen mukaan).

Johdanto

Suomalaisten keskimääräinen eliniän odote on viime vuosikymmeninä pidentynyt. Washingtonin yliopiston tutkijoiden johtaman Global Burden of Disease -ryhmän mukaan suomalaisten miesten elinikä on pidentynyt 6.5 vuotta ja naisten 4.8 vuotta vuosien 1990 ja 2013 välisenä aikana (Naghavi ym. 2015). Toisaalta terveiden elinvuosien määrä kasvoi vastaavana aikana miehillä 5.1 vuotta ja naisilla 3.4 vuotta. Sairauksien ja erilaisten tapaturmien ja vammojen kanssa elettyjä vuosia aiheuttavat Suomessa eniten iskeemiset sydänsairaudet, alaselkä ja niskakipu, kaatumiset, Alzheimerin tauti, aivohalvaus, depressio, ja diabetes (Murray ym. 2015). Näitä sairauksien ja erilaisten tapaturmien ja vammojen kanssa elettyjen vuosien riskiä kasvattavat Suomessa eniten seuraavat tekijät: kohonnut systolinen verenpaine, ylipaino ja lihavuus, suuri alkoholin kulutus, tupakointi, korkea verensokeri, korkea kokonaiskolesteroli, heikentynyt munuaisten toiminta, alentunut luuston mineraalipitoisuus, runsas prosessoidun lihan käyttö ja vähäinen fyysinen aktiivisuus (Forouzanfar ym. 2015). Uusimpien vielä julkaisemattomien Global Burden of Disease 2015 –tutkimusten mukaan keskeisissä riskitekijöissä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia vuosien 2013-2015 välisenä aikana (julkaistaan Lancetissa lokakuun 2016 alussa).

Lähes $\frac{3}{4}$ suomalaisista aikuisista liikkuu terveytensä kannalta riittämättömästi, kun fyysinen aktiivisuus mitataan väestötasolla objektiivisesti (Husu ym. 2016). Toisaalta on havaittu, että yhtäjaksoinen ja pitkään jatkuva paikallaanolo, kuten istuminen, on itsenäinen riskitekijä riippumatta siitä, liikkuuko henkilö liikuntasuosituksen mukaisesti vai ei (Chau ym. 2013). Objektiivisten mittausten mukaan suomalaiset viettävät valveillaoloajasta lähes 8,5 tuntia paikallaan, pääsääntöisesti istuen (Husu ym. 2016a). Miehillä päivittäinen istumisen määrä on naisia yli puoli tuntia suurempaa. Finriski 2012 –tutkimuksen suomalaiset raportoivat nukkuvansa 7.5 h vuorokaudessa (Wennman ym. 2014). ATH-tutkimuksen mukaan runsas päivittäinen istuminen on yhteydessä mm. lihavuuteen, unen riittämättömyyteen ja suurempaan lääkärin vastaanotolla käyntien lukumäärään ja mitä enemmän suomalaiset aikuiset istuvat, sitä huonommaksi he kokivat terveydentilansa (Jalava ym. 2014). Lisäksi vähäinen liikuntaharrastus ja runsas vapaa-ajalla istuminen ovat yhteydessä huonompaan sosioekonomiseen asemaan (Husu ym. 2014). Vastaavasti unettomuutta raportoiti 39 % aikuisista edeltävän 30 päivän aikana ATH-tutkimuksessa vuonna 2015 (www.thl.fi/ath). Fyysisen aktiivisuuden ja unen profiileissa on tunnistettu yhteyksiä suuremman vapaa-ajan liikunta-aktiivisuuden ja paremman unen sekä suuremman työhön liittyvän liikunnan ja lyhyemmän ja huonomman unen välillä (Wennman ym. 2014). Edelleen tiettyjen fyysisen aktiivisuuden, paikallaanolon ja unen profiilien on todettu assosioituvan vahvemmin sydänsairausriskeihin (Wennman ym. 2015). Uniapnea ja unihäiriöt voivat altistaa myös metabolisiin häiriöihin kuten tyyppin 2 diabetekseen ja lihavuuteen (Depner ym. 2014).

Ravitsemuskyselyt osoittavat suomalaisten tapojen muuttuneen keskeisten ravitsemustottumusten osalta parempaan suuntaan vuosien 1978 ja 2014 välisenä aikana (www.thl.fi/avtk). Toisaalta samanaikaisesti ylipaino ja lihavuus ovat väestössä yleistyneet. Ravitsemustottumuksissa onkin tapahtunut sekä merkittävää edistystä (kuten tyydyttyneiden rasvojen käytön vähentyminen) että heikentymistä (sokeroitujen juomien käytön yleistymisen). Edelleen ATH-tutkimuksen vuoden 2015 kyselyjen mukaisesti 27 % aikuisista (42 % matalan koulutustason miehistä) käyttää niukasti

kasviksia, 10 % miehistä ei syö kertaakaan viikon aikana marjoja tai hedelmiä, ja 18 % aikuisista ei syö kertaakaan kalaa viikon aikana (www.thl.fi/ath Tulosraportti 2015).

Suuressa osassa yleisimpiä tarttumattomia tauteja tietämys elintapojen vaikutuksesta näiden sairauksien riskiin ja hoitoon on merkittävästi kasvanut viime vuosikymmeninä (www.kaypahoito.fi). Voidaankin sanoa, että keskeisten suomalaisten kansansairauksien osalta elintavat ovat kiistatta merkittävässä roolissa niin riskitekijöinä, kuin keskeisenä osana sairauksien hoitoa ja kuntoutusta edistävinä tekijöinä (www.kaypahoito.fi). Toisaalta elintapaohjaus ei ole yleistynyt suomalaisessa terveydenhuollossa, esimerkkinä liikuntaneuvonta, jonka osalta vuosina 2014-2015 lähetettiin yli 11.000 terveydenhuollon ammattihenkilölle kysely liikuntaneuvonnan toteuttamisesta yhteistyössä alan ammattiliittojen kanssa. Kyselyyn vastasi keskimäärin vain joka kymmenes. Vastanneiden mukaan liikunnasta potilaiden kanssa keskustellaan noin ¾ asiakaskäynneistä, suullisia ohjeita annetaan yli puolessa käynneistä ja kirjallisia ohjeita noin neljäsosalle. Liikuntaneuvonta kirjataan tietokantaan noin joka toisen asiakkaan kohdalla niistä asiakkaista, joille liikuntaneuvontaa raportoitiiin annetun (Kivimäki ym. 2014, Toropainen ym. 2016).

Terveydenhuollon ammattilaiset suhtautuvat elintapaohjauksen antamiseen pääsääntöisesti myönteisesti (Hebert ym. 2012). Suomalaisessa terveydenhuollossa ravitsemusneuvontaa ovat totutusti antaneet terveydenhuollon ammattilaisten ohella järjestelmän sisälle palkatut ravitsemusterapeutit. Tavoitteellista liikuntaneuvontaa on annettu suomalaisessa terveydenhuollossa toistaiseksi suhteellisen vähän (Toropainen ym. 2016) ja lääkkeettömän unettomuuden hoito on annettu systemaattisemmin lähinnä vuorotyöhön erikoistuneissa työterveyshuollon yksiköissä. Terveydenhuollon ammattilaiset pitävät elintapaneuvonnan antamisen esteinä lähinnä ajan vähyyttä, puutteita omassa puheeksi ottamisen ja elintapaohjauksen osaamisessa sekä epävarmuutta neuvonnan vaikuttavuudesta (Hebert ym. 2012). Lisäksi ammattilaisten omat taustatekijät (kuten ikä, sukupuoli, työkokemus, omat elintavat) vaikuttavat ohjaukseen. Samoin elintapaohjauksen toteutumiseen vaikuttavat työyhteisön toimintatavat ja kirjaamiskäytännöt. Elintapaohjauksen vaikuttavuutta on tutkittu mm. Liikkumisreseptin osalta. Liikkumisreseptin käyttö lisää terveytensä kannalta liian vähän liikkuvien aikuisten liikkumista lyhyellä aikavälillä ja on kustannusvaikuttavaa (Aittasalo ym. 2006, Kiiskinen ym. 2008). Toisaalta valtakunnallinen Liikkumisresepti-hanke ei kuitenkaan onnistunut vaikuttamaan paikallisiin liikuntaneuvontakäytäntöihin. Tämä tulos on linjassa aikaisempien toimeenpanotutkimusten kanssa (Carlfjord ym. 2010).

Vaikuttaviksi havaittujen teorioiden ja toimintatapojen vientiä käytäntöön on arvioitu erilaisissa katsauksissa (Kessler ym. 2011, Tabak ym. 2012, Nielsen 2015). Vaikuttaviksi todettujen toimintamallien levittäminen ja juurruttaminen osaksi toimivaa arkea paikallisella tasolla edellyttää vaikuttamista samanaikaisesti useammalla toiminnan tasolla. Muutokset paikallisen elintapaohjauksen muuttumisessa edellyttävät 1) itse elintapaohjauksen ja neuvonnan riittävää osaamista, 2) neuvonnan toteuttamista ja sen toimintatapojen sekä sisällön monipuolisuutta, 3) sopivia välineitä elintapaohjauksen tueksi, 4) yksikön sisäistä ja hallinnon rajat ylittävää yhteistyötä elintapaohjauksessa, 5) toteutuneen elintapaohjauksen kirjaamista potilastietojärjestelmään ja 6) elintapaohjauksen vaikuttavuuden arviointia sekä yksittäisen potilaan elintapojen muuttumisen tasolla että toimintayksikön tasolla. Esimerkkinä tällaisesta hankkeesta toimii liikuntaneuvonnan

kehittämishanke perusterveydenhuollossa (Aittasalo ym. 2016). Terveysteknologia luo aivan uusia mahdollisuuksia mitata ja seurata elintapoja ja niiden muutoksia reaaliaikaisesti (esim. Duncan ym. 2016). Toistaiseksi terveysteknologian käyttöä on tutkittu hyvin vähän, mutta erityisesti sen käyttöä iäkkäillä ja hyödyntämistä terveysteknologian käytön näkökulmasta on pidetty tärkeänä (Gostamagna 2016).

Ravitsemusneuvonnan osalta terveydenhuollossa on jo hyviä toimintatapoja ja välineitä käytössä, mutta liikunnan ja unen osalta vaikuttavaa ja tavoitteellista elintapaneuvontaa ei juurikaan vielä Suomessa toteuteta. Toisaalta näitä ravitsemusneuvonnan vaikutuksia ja vaikuttavuutta ei ole ainakaan laajemmassa merkityksessä tutkittu.

Hankkeen tavoite

Tässä hankkeessa vahvistetaan ja kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon antamaa vaikuttavaa ja tavoitteellista elintapaohjausta (painottaen liikuntaa, ravitsemusta ja unta) seuraavalle tasolle. Hankkeella tavoitellaan terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien, liiallista istumista vähentävien ja ravitsemussuosittelujen mukaan syövien osuuden lisääntymistä sekä lääkkeettömien hoitokeinojen käytön yleistymistä univaikeuksien hoidossa hankkeeseen osallistuvilla alueilla.

Tavoitteet alueellisella / paikallisella tasolla

- johdon ja eri toimijoiden sitoutuminen
- hallinnonrajat ylittävä yhteistyö ja uudenlainen organisoituminen
- elintapaohjaukseen liittyvän osaamisen vahvistaminen
- toimivien välineiden ja vaikuttavien toimintatapojen (kuten tehokkaat hoitopolut ja hallinnon rajat ylittävät palveluketjut) käyttöönotto tai niiden vahvistaminen
- tehokas viestintä
- annetun elintapaohjauksen objektiivinen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi
- edellisten toimien pohjalta tapahtuvaa edelleen kehittämistä
- järjestöjen tarjoaman toiminnan integroimista tukemaan terveydenhuollon toimintaa
- hankkeeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien hankeseuranta ja arviointi

Hankkeen toimijoiden organisoituminen hankkeessa

Hankkeen kansallisten toimijoiden työnjako on sovittu seuraavaksi.

UKK-instituutti vastaa

- sairaanhoitopiirien ja alueiden kuntien sitouttamisesta hankkeeseen
- valtakunnallisen ja maakunnallisen elintapaohjauksen verkostojen rakentamisesta
- virtuaalisen elintapapoliklinikan ja Elintapatalon suunnittelusta ja toteutuksesta yhdessä alueiden omien toimijoiden ja Elintapatalon osalta HUS:n kanssa
- hankkeen elintapaneuvonnan verkkokoulutuksesta ja toimintayksiköihin vietävän toiminnan osittaisesta jalkautuksesta ja toteutuksesta
- interaktiivisen objektiivisen tietoon perustuvan elintapamittarin + puhelinsovelluksen + pilven

käyttämisestä ja järjestelmään tallentuvan tiedon jalostamisesta ja jakamisesta osaksi elintapaneuvontaa antaville tavoille ja myöhemmin terveydenhuollon tietojärjestelmiin

- hankkeen viestinnän koordinoinnista
- hankkeen hallinnoinnista ja kirjanpidosta

KKI-ohjelma vastaa hankkeessa

- projektipäällikön tehtävistä (hankkeen yleisjohto, jalkautus ja edistymisen seuranta & raportointi)
- hanketiedon keräämisestä Laituri-järjestelmään ja tämän arvioinnista
- osallistuu elintapaneuvonnan kouluttamiseen
- osallistuu elintapaneuvonnan palveluketjujen luomiseen

Mielenterveyden keskusliitto vastaa

- kokemusasiantuntijoiden kouluttamisesta ja käytöstä
- omien paikallisyhdistysten sitouttamisesta hankkeeseen
- yhdistää tämän hankkeen Kärkihankkeen ”Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien fyysisen terveyden edistäminen” –konsortion toimintaan
- hankkeen juurruttamisesta yhteistyössä omien paikallisyhdistystensä kanssa

sekä auttaa elintapaneuvonnan suunnittelussa mielenterveyskuntoutujien osalta.

Diabetesliitto vastaa

- kaikkien paikallisten järjestöjen suuntaan tapahtuvasta hankkeen viestinnästä
- omien paikallisyhdistysten sitouttamisesta hankkeeseen
- hankkeen juurruttamisesta yhteistyössä omien paikallisyhdistystensä kanssa

sekä auttaa elintapaneuvonnan suunnittelussa diabeetikoiden osalta

Sairaanhoitopiirit vastaavat kukin alueillaan

- maakunnallisen elintapaohjauksen verkoston rakentamisesta yhdessä valtakunnallisten toimijoiden kanssa
- kuntien sosiaali- ja terveystoimen ja muiden tarvittavien toimijoiden sitouttamisesta hankkeeseen
- maakunnallisen elintapaohjauksen palvelutarjottimen rakentamisesta yhdessä valtakunnallisten toimijoiden kanssa
- maakunnallisten hoitopolkujen ja palveluketjujen rakentamisesta
- käytännön elintapaneuvonnan toteuttamisesta yhteistyössä kuntien sosiaali- ja terveystoimen, järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa
- maakunnallisen elintapaohjauksen koulutuksen toteutuksesta yhdessä valtakunnallisten toimijoiden kanssa
- interaktiivisen elintapatiedon jakamisesta rakentamisesta osaksi paikallisia tietojärjestelmiä
- toiminnan levittämisestä ja juurruttamisesta

Hankkeelle perustetaan ohjausryhmä, johon jäsen kutsutaan kaikista kansallisista konsortion toimijoista ja sairaanhoitopiireistä, kansallisten tietojärjestelmähankkeiden keskeisiä toimijoita, sekä kansallisista asiantuntijoista ja rahoittajan edustajista. Ryhmä nimetään hankkeen rahoituspäätöksen jälkeen yhdessä rahoittajan kanssa.

Hankkeen keskeiset toimenpiteet ja niiden liittyminen aikaisempiin hankkeisiin

Hankkeen menestyksellinen toteuttaminen edellyttää samanaikaisia toimenpiteitä monella toiminnan tasolla. Hankkeessa panostetaan vahvasti elintapaohjauksen puheeksi ottamiseen, elintapaohjauksen toteuttamiseen ja seuraamiseen samanaikaisesti alueen perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaalipalveluissa, järjestöissä ja yksityisissä toimijoissa. Samanaikaisesti luodaan vaativampaa elintapaneuvontaa tarvitseville hoitopolkuja ja monitoimijaisia palveluketjuja. Lisäksi järjestöjen kanssa rakennetaan paikallisesti vertaistukea, ryhmiä ja tuetaan osallisuutta. Elintapaohjauksen tuki rakennetaan virtuaaliseksi elintapapoliklinikaksi, joka sisältää työkaluja henkilökohtaisen elintapaohjauksen toteuttamiseen, tietoa hoitopoluista ja palveluketjuista, elintapaohjauksen palvelutarjottimen sisältäen järjestöjen tarjoaman vertaistuen ja ryhmät, ym. sekä tukea ohjauksen antamiseen. Seuraavassa yksilöidymmin tehtäviä toimenpiteitä.

Johdon ja toimijoiden sitouttaminen

Aikataulu toimenpiteelle:

-aloitettu hankkeen suunnitteluvaiheessa, laajempi alueellinen sitouttaminen tehdään 12/2016 - 3/2017

Hankkeen menestyksellinen toteuttaminen vaatii alueellisesti sekä sairaanhoitopiiriin että alueen kuntien ja järjestöjen osalta vahvaa verkottumista ja sitoutumista. Tämä toiminta on käynnistetty hankkeen suunnittelun aikana, mm. tapaamalla sairaanhoitopiirien, kuntien ja järjestöjen johtoa ja perusterveydenhuollon keskeisiä toimijoita. Näiden tapaamisten jälkeen käynnistyi alueellisen verkoston ja toimenpiteiden suunnittelu, jossa mm. keskityttiin eri toimijoiden rooleihin. Näissä keskusteluissa kuntien sosiaali- ja terveyssektorin johtavat viranhaltijat ovat olleet keskeisesti mukana. Tästä esimerkkinä Satakunnan sairaanhoitopiiriin osalta toteutettu suunnittelu, jossa sairaanhoitopiiriin, kuntien ja järjestöjen yhteisessä suunnittelussa lopulta päädyttiin Porin kaupungin toimivan alueen hankekumppanina, koska se parhaiten pystyy alueella organisoimaan hankkeessa toteutettavia toimenpiteitä.

Elintapaohjauksen osaamisen vahvistaminen koulutuksella

Aikataulu toimenpiteille:

-ensimmäinen koulutusaalto tammi-kesäkuu 2017

-toinen koulutusaalto syyskuusta 2017 kesäkuuhun 2018

Hankkeessa keskeisenä tavoitteena on lisätä sosiaali- ja terveysalan toimijoiden osaamista elintapaohjauksen toteuttamiseen. Tämä toteutetaan hankkeessa kustannustehokkaasti hyödyntämällä ns. sulautuvan oppimisen -periaatetta (blended learning). Sulautuva oppiminen on pedagoginen ratkaisu, joka mahdollistaa perinteisen ns. kouluoppimisen, arkioppimisen ja epävirallisen oppimisen yhdistämisen. Kaikki opetus ja oppiminen ovat jossain määrin sulautuvaa, tärkeämpää on määritellä millainen on oppimisympäristö. Sulautuva oppimisympäristö on ajan ja paikan suhteen joustava oppimisympäristö, jossa lähiopetusta tuetaan tieto- ja viestintätekniiikan keinoin (Joutsenvirta & Kukkonen 2009). UKK-insituutti on käyttänyt sulautuvan oppimisen ja ennen kaikkea verkko-oppimisympäristön hyödyntämistä terveydenhuollon täydennyskoulutuksessa jo useamman vuoden ajan. Menetelmä on havaittu tehokkaaksi ja kustannuksiltaan perinteistä koulutusta selkeästi edullisemmaksi. Koulutuksella kyetään saavuttamaan hyvä alueellinen ”peitto” joustavasti ajasta ja paikasta riippumatta.

Hanke aloitetaan elintapaohjauksen ensimmäisellä ”koulutusaallolla”. Se toteutetaan alueellisesti laajasti sisältäen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, sekä sosiaalipalvelut huomioiden eri ammattikunnat itsenäisenä opiskeluna verkko-ympäristössä (kukin opiskelee omassa tahdissa ilman ohjaajaa tai ryhmän apua). Jotta koulutus muuttaisi tehokkaasti yksiköiden toimintatapoja, koulutus sisältää yksilön itsenäisesti suoritetun verkkokurssin lisäksi työyhteisön yhteisen ohjatun ja aikataulutetun yhteisöllisen opiskelun. Ensimmäisellä varmistetaan ja kehitetään elintapaohjauksen ja puheeksi ottamisen tietoa ja taitoa yksilötasolla ja jälkimmäisellä puolestaan varmistetaan kunkin osallistuvan yksikön toimintatavan muuttuminen ja uusien toimintamuotojen mahdollistaminen yhteistyössä. Hankkeen toisen toimintavuoden aikana toteutetaan koulutuksen ”toinen aalto”, jolla elintapaohjauksen käyttöönottoa laajennetaan vielä ensimmäisen aallon ulottamattomiin yksiköihin sekä täydennetään ensimmäistä aaltoa hankkeen aikana syntyneillä uusilla toimintamalleilla ja hoitopoluilla.

Koulutusmateriaalit ja toimintatapa rakennetaan asiakaslähtöiseksi ja huomioimaan elintapamuutoksen teoriaviitekehityksen, mutta pitäytyen silti käytännönläheisissä ja helposti omaksuttavissa toimintatavoissa. Verkkokoulutus räätälöidään kohderyhmää varten ja se rakentuu moduleista sisältäen liikunnan edistämisen, istumisen vähentämisen, terveellisen ravitsemuksen ja lääkkeettömän unettomuuden hoidon sisältöjä. Koulutus toteutetaan UKK-instituutin hallinnoimaa Optima-alustaa käyttäen. Tässä kuvattua verkkokoulutusta hieman erilaisin asiasisältö- ja toteutuspainotuksin on aikaisemmin toteutettu mm. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin elintapaohjauksen, lääketieteen perusopetuksen ja toisen asteen koulutuksessa. Verkkokoulutuksen osalta hyödynnetään myös Duodecimin motivoivan haastattelun verkkokurssi ja muut soveltuvat verkkokurssit niiden sairaanhoitopiirien osalta, jotka ovat hankkineet jäsenkuntien terveydenhuollon toimijoille lisenssin Duodecimin verkkokursseihin. Tällöin koulutus räätälöidään olemassa olevan Duodecimin verkkokurssitarjonnan ja UKK-instituutin tuottamien moduleiden koulutuskokonaisuudeksi.

Virtuaalinen elintapapoliklinikka

Aikataulu toimenpiteille:

-Virtuaalisen elintapapoliklinikan toiminta alkaa 1/2017 hyödyntäen kunkin alueen olemassa olevaa

tarjontaa, jota samanaikaisesti täydennetään kustannustehokkaasti

-Kaikille toimijoille avoin Elintapatalo pyritään perustoimintojen osalta saamaan valmiiksi 9-10/2017 mennessä

Hankkeessa luodaan kunkin sairaanhoitopiirin alueelle virtuaalinen elintapapoliklinikka, joka koordinoi elintapaohjausta alueellaan. Alussa hanke tukeutuu hyödyntämään sairaanhoitopiirien ja perusterveydenhuollon yksiköiden omia järjestelmiä, jotta hanketoiminta saadaan käyntiin mahdollisimman nopeasti. Esimerkki tällaisesta järjestelmästä on Hyvis.fi –sivusto. Hankkeen aikana virtuaalinen elintapapoliklinikka rakennetaan toimivaksi palvelutarjotinkokonaisuudeksi ja se pyritään integroimaan osaksi kaikkia sairaanhoitopiirejä palvelevaa järjestelmää. Tällöin järjestelmä jää elämään myös hankkeen jälkeen, kun Suomessa siirrytään uuteen SOTE-aikaan. Hankkeen suunnitteluvaiheessa on keskusteltu mahdollisuudesta rakentaa Virtuaalisairaalan sisään Elintapatalo, jossa olisi erikseen oma potilaille suunnattu eri elintapamuutoksiin valmentava sivusto (miten lisään liikuntaa, miten syön terveellisemmin, miten vaikutan unen laatuun, miten lopetan tupakoinnin, jne) sekä erikseen ammattilaisille suunnattu virtuaalinen elintapaneuvonnan tuki (miten otan puheeksi elintapamuutoksen, miten neuvon asiakastani lisäämään liikuntaa, syömään terveellisemmin, vähentämään istumista, hoitamaan unettomuutta lääkkeettömästi, lopettamaan tupakoinnin, jne). Rakennettavalla Elintapatalolla tulee olla mahdollisimman laaja peitto maantieteellisesti ja sen tulee mahdollistaa ammattilaisille vaivaton sivuille pääsy riippumatta työnantajasta ja työpisteestä sekä tarjota toisaalta asiakkaille kannustavaa elintapaohjausta.

Elintapaneuvonnan toimintamalleiksi ja välineiksi valitaan näyttöön perustuvia ja vaikuttaviksi havaittuja malleja ja toimintatapoja. Tämän hankkeen suunnittelun aikana sairaanhoitopiirit ovat tahoillaan listanneet omia vaikuttaviksi tunnettuja toimintatapoja tai malleja. Näistä toimintamalleista ja hoitopoluista yhdessä paikallisten elintaparyhmien ja järjestöjen tarjoamien palvelujen kanssa rakentuu alueellinen elintapaneuvonnan ”palvelutarjotin”, josta kaikki elintapaohjausta antavat toimijat (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, kunnan sosiaalityö, järjestöt, yksityiset toimijat) löytävät eri asiakasryhmille soveltuvia elintapaneuvonnan välineitä ja malleja. Ajantasainen palvelutarjotin mahdollistaa eri ammattilaisten antaessa elintapaohjausta eri toimipisteissä tasavertaisen informaation erilaisista vaihtoehtoista kulloisenkin elintapaongelman hoitamiseen. Myös lähete tai ohjaus vaativaan elintapaneuvontaan tapahtuu edellä mainittujen toimijoiden toimesta hyödyntäen jo käytössä olevia välineitä (liikkumisresepti, liikuntalähete, lähete ravitsemusneuvontaan). Oleellista on kysynnän ja tarjonnan kohtaamisen varmistaminen. Toimiva vaativan elintapaneuvonnan lähetekäytäntö vaatii alueilla vielä nykyistä tarkempaa suunnittelua.

Toimintatapoja ja välineitä

Hankkeessa levitettäväksi otetaan sellaisia elintapaohjauksen toimintatapoja ja välineitä, joiden on osoitettu olevan vaikuttavia ja käytännössä toimivia. Näitä toimintatapoja sairaanhoitopiirit ovat jo tunnistaneeet ja esittäneet paikallisten suunnitelmien pohjiksi tätä hankesuunnitelmaa valmisteltaessa. Toisaalta tiedetään hyvin, että samakin toimintatapa voidaan erilaisessa ympäristössä ja eri toimijoiden käytössä ymmärtää hyvin eri tavalla. Nämä toimintatavan variaatiot voivat heikentää menetelmän vaikuttavuutta. Edellisestä johtuen hankkeessa levitettäväksi valittavat toimintatavat ja välineet valitaan yhdessä konsortion partnereiden kesken eräänlaisessa

”konsensustapaamisessa” ennen hankekauden alkua joulukuussa 2016. Valittu toimintatapa on yhteisen sitoutumisen kannalta merkittävä, koska juurrutettavat mallit hyväksytään yhdessä kaikkientoimijoiden kesken. Samanaikaisesti tunnistetaan tarve, että levitettävien, hyväksi havaittujen ja vaikuttavien välineiden ja toimintatapojen lista voi täydentyä hankeaikana. Edelleen hankkeen aikana sairaanhoitopiirit oppivat toisiltaan erilaisia toimintatapojen toteutuksen muotoja yhteisten tapaamisten, hankeviestinnän ja yhdessä kehitettävien toimintojen avulla.

Hankkeen tähän asti listattujen toimintatapojen kirjo kattaa hyvin erilaiset elintapaneuvonnan muodot asiakkaan omahoidon verkkomateriaalista (kuten selkäkanava.fi) ryhmämuotoisen elintapaohjauksen (kuten painonhallintaryhmät) kautta aina vaativan elintapaohjauksen hoitopolkuun (esimerkiksi COPD-potilaan liikunnallinen hoitopolku). Sairaanhoitopiirit ovat listanneet seuraavia levitettäväksi ja juurrutettavaksi suunniteltuja vaikuttavia toimintatapoja ja välineitä.

Palveluketjuista / toimintatavoista vaikuttaviksi ja toimiviksi on havaittu:

- Yleisesti puheeksi ottamisen malli (tunnistaminen ja interventio eri elintavoissa)
- Diabeteksen ehkäisyn malli DPS-hankkeessa
- Liikuntaneuvonnan palveluketju
- Alueellisen ravitsemusterapeutin käyttäminen ravitsemusneuvonnassa
- Lihavuusleikkauksien yhteydessä tapahtuva elintapaohjauksen hoitoketju (ml Painonhallintatalo)
- Uniapneapotilaan hoitoketju
- COPD-potilaan hoitopolku
- Lasten ja nuorten painopolku
- Ikihyvä - kroonisten valtimosairauksien ennaltaehkäisy
- Liikkujan apteekki

Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen osalta:

- Tulppa-toimintamalli
- Videovälitteinen painonhallinnan ryhmäohjausmalli
- Mielenterveyden keskusliiton vertaistoiminnan antama tuki mielenterveysongelmista kärsiville
- SPR-ystäväpalvelu

Välineiden osalta:

- Liikkumisresepti
- Ikihyvä - ikääntyneiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointi
- Vajaaravitsemuksen tunnistaminen
- 16 kysymyksen ruokavaliokysely
- Diabeteksen riskilaskuri
- Rakenteisen kirjaamisen ohjeistus ravitsemuksen osalta
- SPAT-koodit ja niiden käyttöohje
- Kohdennetut terveystarkastukset
- Elämänlaatumittari ryhmäohjauksen vaikuttavuuden seurannassa

Elintapaohjauksen toimintatapoja rakennetaan myös poikkihallinnollisesti, esimerkkinä tavoitteellinen liikuntaneuvonta vaativia perussairauksia omaavalle asiakkaalle, jolloin varsinaisen

elintapaneuvonnan voivat antaa terveydenhuollon omat toimijat, kunnan liikuntavirasto, paikallinen järjestö (esimerkkinä liikuntaneuvonnan palveluketju LiPaKe) tai muut toimijat. Palveluketjujen rakentamisessa huomioidaan alueellisesti erityisesti järjestöjen monipuolinen tarjonta ja osallisuus. Osallisuutta hankkeeseen tuovat kokemusasiantuntijat, joita hankkeessa kouluttaa Mielenterveyden keskusliitto. Tältä osin hankkeessa tehdään yhteistyötä Kärkihankkeen kohdan 3 Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien fyysisen terveyden edistäminen –hankkeen kanssa.

Kaikkien tähän listaan valittujen juurrutettavaksi suunniteltujen toimintatapojen ja välineiden osalta useissa sairaanhoitopiireissä ja muissa toimintayksiköissä on havaittu toimintatavan / välineen olevan empiirisesti vaikuttava. Toisaalta vain osasta tähän listaan valikoiduista toimintatavoista / välineistä on julkaistua tai kirjoitteilla olevaa vaikuttavuustietoa. Erinomaisena esimerkkinä vaikuttavasta elintapaohjauksesta voidaan pitää DPS-tutkimuksen mallia diabeteksen ehkäisystä. Tutkimuksessa interventioryhmään osallistuvien henkilöiden riski sairastua diabetekseen oli seuranta-aikana noin 60 % pienempi kuin verrokkihenkilöillä (Tuomilehto ym. 2001, Lindström ym. 2013). Esimerkkinä toimivasta mallista voidaan pitää myös puheeksi ottamisen –mallia (useita tutkimuksia), liikuntaneuvonnan palveluketjua (Tuunanen ym 2016 sekä raportti parhaillaan kirjoitteilla Lounais-Suomen LiPaKe-hankkeen noin 300 potilaan osalta 3 terveyskeskuksessa toteutettuna) ja liikkumisreseptiä (Aittasalo ym. 2006). D2D-hankkeessa kehitetty ja hyvin dokumentoitu 16-kohdan ruokavaliokysely on potentiaalinen validoitu ravitsemuksen kysely erityisesti perusterveydenhuollon käyttöön (Hemiö ym. 2014). Vajaa ravitsemuksen toteutemiseksi on olemassa kysely, joka on saanut laajan hyväksynnän, mutta ei ole vielä systemaattisesti käytössä (Oksa & Sillanmäki-Ojansuu 2014). Samoin Ikihyvä-hankkeen ikääntyneiden sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin ja kroonisten valtimosairauksien ennaltaehkäisyn osalta on eri tasoista näyttöä vaikuttavuudesta (<http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva>). Tulppa toimintamalli on parhaillaan käytössä jo 12 sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollossa, mutta varsinainen vaikuttavuuden arviointitutkimus on vasta käynnistetty Kuntoutussäätiön ja Sydänliiton kesken. Suuressa osassa hyviä ja käytännössä vaikuttaviksi todettuja malleja havainto on tehty lähinnä yhden sairaanhoitopiirin tai vastaavan alueella. Esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaalla on havaittu videovälitteinen painonhallinnan ryhmäohjaus vaikuttavaksi ja kustannuksiltaan tavanomaisia ryhmiä merkittävästi halvemmaksi. Vastaavasti Pohjois-Karjalassa vaativaa ravitsemusohjausta on sairaanhoitopiirin toimesta myyty omistajakunnille ja keskitetty toiminta on havaittu vaikuttavaksi. Mutta useista listatuista toimista varsinaiset vaikuttavuusselvitykset on joko tekemättä tai ainakaan niitä ei ole toistaiseksi julkaistu. Konsortion järjestämään konsensuskokoukseen mennessä eri toimintatapoja ja välineitä edelleen selvitetään kirjallisuuden ja tarkennettujen kehittäjäkyselyjen muodossa.

Hankkeessa tehdään yhteistyötä Kärkihankkeen osa-alueen "Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien fyysisen terveyden edistäminen" kanssa niin, että tupakoinnin elintapaneuvontaa saadaan ko. hankkeen kautta myös laajemmin tämän hankkeen kohderyhmien käyttöön painottaen mielenterveyspotilaisiin.

Kohderyhmät

Hankkeessa elintapaneuvonnan kohderyhmiksi konsortion toimijoiden yhteistyönä on valittu terveyserojen kaventamisen näkökulma huomioiden seuraavia asiakasryhmiä:

- diabeetikot
- mielenterveyspalvelujen käyttäjät
- lihavat aikuiset
- nuoret aikuiset, joilla parannettavaa elintavoissa
- vajaaravitsemuspotilaat sairaalassa
- ikäntyneet kotona asuvat elintapaohjausta tarvitsevat
- erikoissairaanhoidon palveluja runsaasti käyttävät monisairaat
- leikkaukseen tulevat potilaat
- sydänpotilaat
- keuhkohtaumatautia sairastavat
- muistisaira

Kohderyhmät ovat hankkeen alussa eri sairaanhoitopiirien alueella erilaisia, jotta kokemuksia saadaan useista erilaisista asiakasryhmistä. Tällöin hankkeen toisena vuotena hyviä havaintoja voidaan edelleen jakaa sairaanhoitopiiristä toiseen.

Elintapamuutoksen seuraaminen, osoittaminen ja vaikuttavuus

Aikataulu toimenpiteelle:

- Interaktiiviset elintapaohjauksen mittarit, puhelinsovellukset ja pilvi otetaan käyttöön tammikuussa 2017.
- Elintapatiedon jakamisen aikataulu terveydenhuollon tietokantoihin selviää hankkeen aikana, mutta syksyyn 2017 mennessä pyritään saamaan ainakin osa tietosierrosta hoidettua nykyisiin järjestelmiin.

Keskeinen osuus elintapamuutoksen toteuttamisessa on elintapojen objektiivinen mittaaminen, todentaminen. Objektiivisesti todettua, mitattua, ongelmaa on konkreettista lähteä muuttamaan. Hankkeessa käytetään liikkumisen, paikallaanolon ja unen mittaamiseen sekä ravitsemuksen seuraamiseen käytettyjä menetelmiä, jotka auttavat sekä elintapamuutoksen tekijää että elintapamuutoksen valmentajaa objektiivisesti havaitsemaan muutoksia tavoitelluissa elintavoissa. Samalla elintapaohjauksen vaikuttavuutta kyetään arvioimaan objektiivisesti.

UKK-instituutti on kehittänyt kiihtyvyyteen ja mittarin asentoon perustuvat liikkumisen ja paikallaanolon algoritmit, jotka toimivat raakadataa keräävissä kiihtyvyydsmittareissa (Vähä-Ypyä ym. 2015a ja 2015b). Nämä algoritmit kykenevät erottelemaan kiihtyvyyden derivaattaan (ns count) perustuvia mittareita luotettavammin eri paikallaanolon muodot (makaaminen, istuminen ja seisominen). Tällöin on mahdollista tunnistaa esimerkiksi yksittäisten tuoilta ylösnousujen lukumäärä. Näitä algoritmeja käyttäen on mitattu suomalaisten väestötosten fyysisen aktiivisuus ja paikallaanolo Terveys 2011, FINRISKI 2012 ja LIITU 2016 –tutkimuksissa (Husu ym 2016a ja 2016b). Näiden tutkimusten perusteella on luotu suomalaisten mitatun fyysisen aktiivisuuden ja paikallaanolon viitearvot. Edelleen vastaavia tutkimusaineistoja hyödyntäen on selvitetty ne fyysisen aktiivisuuden ja paikallaanolon piirteet, jotka erottelevat esim. sydänpotilaat ja tyypin 2 diabeetikot terveistä verrokeista. Esimerkiksi tyypin 2 diabetesta selittävinä tekijöinä on tunnistettu

päivittäinen vähäinen tuoilta ylösnousujen lukumäärä ja vähintään 10 minuuttia kestävän kohtuukuormitteisen liikunnan kertojen vähäinen lukumäärä. Hyödyntäen näitä kiihtyvyyssmittarin väestötietoja, UKK-instituutti on analysoinut yli kymmenen tuhannen suomalaisen kymmeniä tuhansia päiviä fyysisen aktiivisuuden ja paikallaanolon osalta. Alkuvuodesta 2017 toteutetaan FinTerveys 2017 –väestötutkimus, jossa fyysisen aktiivisuuden ja paikallaanolon lisäksi ensimmäistä kertaa kerätään myös objektiivisesti mitattu unen data. Tämä data kerätään samoilla aktiivisuusmittareilla, joilla on kerätty aikaisemmin esim. lasten ja nuorten fyysistä aktiivisuutta ja paikallaanoloa selvittävä LIITU 2016 -tutkimus.

Viimeisen 1,5 vuoden aikana UKK-instituutti on kehittänyt interaktiivisen kiihtyvyyssmittarin + älypuhelinsovelluksen + pilven kokonaisuuden, joka mittaa reaaliaikaisesti kiihtyvyyttä ja asentoa, siirtää kiihtyvyyssmittarista 6 sekunnin välein analysoitua tietoa puhelinsovellukseen ja sieltä edelleen pilveen. Järjestelmä toimii iPhone- ja Android-puhelimissa. Tämä järjestelmä mahdollistaa yksilöllisen elintapaseurannan ja tavoitteen asettamisen. Esimerkiksi tyypin 2 diabeetikkoa voidaan aamupäivisin muistuttaa pitkien istumisjaksojen katkaisemisesta ja tämä tieto voidaan jakaa terveydenhuollon ammattilaisille. Interaktiivista mittaria käytetään vyötäröllä valveilla ollessa ja ranteessa yöllä. Ranteesta analysoidaan yöunen rauhallisuus ja kesto. UKK-instituutti on kehittänyt ko. interaktiivinen mittarin, puhelinsovelluksen ja pilven kokonaisuuden ja omistaa järjestelmän lisenssin.

Tässä hankkeessa osallistuvien sairaanhoitopiirien elintapaohjaukseen osallistuville henkilöille annetaan elintapaneuvonnan tueksi ja elintapamuutoksen vaikuttavuuden mittariksi ko. interaktiivisia mittareita (yhteensä 2.000 kpl kymmenen sairaanhoitopiirin alueille). Kerrallaan elintapaohjaukseen osallistuva pitää mittaria 6 kk ja palauttaa mittarin ja se annetaan seuraavalle ohjattavalle. Jokaiselle elintapaohjattavalle määritellään henkilökohtainen tavoite ja tavoitteen toteutumista seurataan ohjattavalle tulevilla raporteilla. Raportteja tuotetaan pilvestä, josta tietoa jaetaan myös elintapaohjaajalle. Aluksi tieto kulkee paperillisena, mutta jatkossa tavoitteena on integroitua osaksi ODA-hanketta ja muita Kantaan ja Omakantaan liittyviä ohjelmia ja keskustella elintapatiedon ydintietojen (rauhallisen unen määrä, kuten istumisen määrä, liikunnan yhteenlaskettu määrä, askeleet, tuoilta ylösnousukerrat, jne päivää kohti laskettuna) siirtäminen osaksi sähköistä tietojärjestelmää. Tällöin elintapatiedosta tulisi keskeisten systemaattisesti elintapasairauksia sairastavien ja niiden riskissä olevien kohdalla terveydenhuollon ohjauksen kohde.

Fyysisen aktiivisuuden, paikallaanolon, ja unen objektiivisen mittaamisen ohella elintapaohjaukseen osallistuvilta mitataan säännöllisesti paino. Vaikuttavuusmittarina 5% painonpudotus puolittaa diabetesriskin ja on konkreettinen muuttuja mittaamaan elintapamuutoksen toteutumista.

Juurruttaminen ja levittämissuunnitelma

Hankkeen lähtökohtana on koko suunnitteluvaiheen ajan pidetty vaikuttavien toimintatapojen ja välineiden käytön tehostamista ja käytön edistämistä. Seuraavassa on kuvattu keskeisiä keinoja, jotka varmistavat toiminnan leviämisen ja juurtumisen.

1) Keskeinen osa juurruttamista on johdon sitouttaminen. Hankkeen suunnittelusta alkaen

sairaanhoidopiirien johtoa on tavattu, toteutettavia toimenpiteitä on yhdessä suunniteltu ja hankkeen avulla on pyritty ratkaisemaan myös sairaanhoidopiirien käytännön arjen haasteita.

2) Edelleen täydennyskoulutukselle ja sen kautta asenteella elintapaohjausta kohtaan on valtava merkitys. Koulutuksessa paneudutaan myös asenteisiin ja niihin vaikuttamiseen. Koulutuksessa hyödynnetään virtuaalisia oppimisympäristöjä, jotta sote-alan resurssointi uuden oppimiseen olisi mahdollista.

3) Hankkeen aikana vaikuttavasta elintapaohjauksesta viestitään monikanavaisesti alueilla ja kansallisesti, jotta aiheen merkitys säilyisi ja vahvistuisi keskustelussa.

4) Edelleen alueille muodostuvat elintapaneuvonnan verkostot osaltaan varmistavat toiminnan jatkumisen myös hankkeen jälkeen. Myös kansallisella verkostolla kontaktoidaan alueiden verkostoja hankekauden jälkeen.

5) Eri organisaatioihin pyritään myös valitsemaan yhteyshenkilöitä, jotka vastaisivat jatkossakin esimerkiksi vaikuttavan elintapaohjauksen kehittymisestä sekä täydennyskoulutuksen järjestämisestä omassa organisaatiossa.

6) Hankkeessa käytetyt elintapamuutoksen objektiiviset mittarit helpottavat muutoksen havaitsemista, joka toisaalta motivoi asiakasta ja toisaalta kannustaa myös elintapaohjaajaa. Mittarit jäävät hankkeen jälkeen alueiden käyttöön. Objektiivisen elintapamuutoksen osoittamisen uskotaan jäävän myös tulevaisuuden toimintatavaksi.

7) Paikalliset sote- ja liikuntajärjestöt ovat vahvasti mukana toiminnassa ja elintapaohjauksen palvelutarjottimen rakentamisessa ja toteuttamisessa. Ne osaltaan varmistavat positiivisen asian perään kysymisen myös hankekauden jälkeen.

8) Virtuaalisen elintapapoliklinikan ja Elintapatalon rakentaminen osaltaan varmistaa elintapaohjauksen helpon antamisen myös hankekauden jälkeen. Edelleen, niiden avulla on myös helppo arvioida ko. menetelmien käytön lukumäärää hankkeen jälkeen.

9) Levittäminen uusille alueille tulee olemaan merkittävästi helpompaa kuin tässä hankkeessa kuvatuille alueille, johtuen siitä, että Virtuaalinen elintapapoliklinikka ja Elintapatalo ovat jo valmiina. Toisaalta levittäminen uusille alueille vaatii johdon sitouttamisen, täydennyskoulutuksen ja muita tässä kuvattuja toimenpiteitä. Joten hankkeen levittäminen vielä lopuille uusille alueille tulee vaatimaan oman ponnistelunsa niin toimintojen kuin resurssien osalta.

10) Konsortion partnerit oppivat toisiltaan erityisesti yhteisessä viestinnässä ja laajalla maantieteellisellä alueella toteutettavan konkreettisen yhteisen tavoitteen toteuttamisen haasteesta – vaaditaan samaan päämäärään vaikuttavia monia rinnakkaisia toimenpiteitä yhteisesti suunniteltuna ja aikataulutettuna. Tämä toimintatapa auttaa juurruttamaan ja levittämään hankkeen tuloksia.

Viestintäsuunnitelma

Aikataulu toimenpiteille:

-12/2016 aloitetaan hankkeen sisäinen viestintä ja se jatkuu vahvana koko hankkeen ajan.

-Ulkoinen viestintä toteutetaan aaltona eri teemojen ympärillä alkaen tammikuussa 2017 elintapaneuvonnan taidoista ja niiden kehittämisestä.

-Hankkeen markkinointiviestintäsuunnitelma tehdään toisena hankenvuotena.

Hankkeeseen alussa rakennetaan yksityiskohtainen viestintäsuunnitelma, jossa huomioidaan sekä hankkeen sisäinen että ulkoinen viestintä. Hankkeen viestinnän alkuvaihe painottuu sisäiseen viestintään konsortioitoimijoiden kesken. Panostus ulkoiseen viestintään sekä kansallisesti että alueellisesti toteutetaan erikseen suunniteltavina ”aaltoina” eri teemojen ympärillä. Hanke on suunniteltu käynnistettäväksi elintapaneuvonnan seminaarilla tammikuun 2017 lopulla Seinäjoella ja tässä yhteydessä toteutetaan ensimmäinen kansallinen ulostulo, jonka kohteena ovat elintapaneuvonnan taidot ja niiden kehittämisen mahdollisuudet. Hankkeen toisena vuonna tehdään myös markkinointiviestintäsuunnitelma hankkeen levittämiseksi konsortion ulkopuolelle.

Hankkeen pääyhteistyökumppanien ollessa sairaanhoitopiirejä yhdessä kuntien sosiaali- ja terveystoimen kanssa, huolehditaan sote-alan kiireisen ja työntäyteisen henkilökunnan tiedottamisesta erityisesti hankkeen alkuvaiheessa hyvin. Hankkeen onnistumisen edellytyksenä, johdon sitouttamisen lisäksi, on sairaanhoitopiirien henkilökunnan motivointi elintapaneuvonnan kehittämiseen. Sisäisinä viestintäkanavina käytetään monikanavaisesti henkilökohtaisia tai virtuaalitapaamisia, yleisempää printtivistintää (esim. hanke-esittelymateriaalit) ja henkilökohtaisia sähköposteja. Viestintää tuetaan tarkoituksenmukaisesti myös sosiaalisen median palveluilla (esim. Facebook). Myös verkon kautta ilmaiseksi käytettäviä vuorovaikutteisia viestiseiniä (esim. Padlet) hyödynnetään erityisesti täydennyskoulutuksiin osallistuvien ammattilaisten keskuudessa. Kaikille hankkeessa mukana oleville yhteistyötahoille tuotetaan hankkeesta sähköinen uutiskirje. Näin hankkeen kehitysvaiheen ydinasiat pystytään viestimään kaikille säännöllisesti samalla tavalla.

Toisena hankevuotena tehdään erillinen markkinointiviestintäsuunnitelma, jossa huomioidaan esim. päättäjät, sote-alan ammattilaiset että kansalaiset. Viestintä toteutetaan yhä monikanavaisesti niin, että printtivistintä ja sähköinen viestintä ovat tasapainossa. Sähköinen viestintä painottuu kaikkien konsortioon kuuluvien toimijoiden omaan verkkosivuviestintään (esim. diabetesliittojen aluetoimijoiden verkkosivut ja useiden toimijoiden hyödyntämä hyvis.fi-sivusto) sekä sosiaalisen median viestintään. Sosiaalisesta mediasta käytetään erityisesti Facebook-, SlideShare-, YouTube- ja Twitter-palvelua. Yhteistyökumppaneiden aktiivisuus kaikessa viestinnässä, mutta ennen kaikkea sosiaalisen median puolella tehtävässä markkinointiviestinnässä, on erityisen tärkeää hankkeen pääviestien leviämiseksi.

Hankkeen toisena vuotena kehitetystä elintapaneuvonnan tehostamisen toimintamallista ja siitä saaduista tuloksista ja kokemuksista tiedotetaan myös eri alojen asiantuntijoita (kuntapäättäjät, järjestöt yms.) erilaisin asiantuntijapuheenvuoroin, ammattilehtiartikkelein, mainoksin printti- ja sähköisessä mediassa sekä sosiaalisen median kautta. Asiantuntijaviestinnän tarkoituksena on innostaa mahdollisimman monia uusia toimijoita osallistumaan elintapaneuvonnan kehittämiseen sote-palveluissa omissa toimintaympäristöissään.

Hankkeen onnistumisen kannalta viestinnällä on keskeinen merkitys. Sen suunnitteluun hankkeen alkuvaiheessa panostetaan ja hankkeen yhteistyökumppanien olemassa olevat ja käytetyt viestintätavat ja -keinot sekä viestinnän yhteistyöpinnat selvitetään tarkasti. Hankkeen tavoitteena on vaikuttava, avoin ja moderni viestintäympäristö koko hankekauden ajan.

Arviointisuunnitelma

Hankkeen arvioinnin osalta muodostuu kaksi keskeistä tietolähdettä. Interaktiivisen elintapamittarin tallentamat tiedot pilvipalvelussa kertovat osaltaan mitä elintavoissa on objektiivisesti tapahtunut niin yksilöiden tasolla kuin eri sairaanhoitopiirien alueilla. Toisaalta itse hanketoiminnan osalta erilaiset seurantatiedot tallennetaan systemaattisesti yhteen paikkaan koko hankkeen ajan. Lisäksi verkkokoulutuksen käytöstä syntyy oma tietokantansa.

Pilveen kertyvän mitatun elintapatiedon osalta hankkeessa voidaan arvioida saatavan noin 2.000 henkilön kuukausien kestoisen elintapatieto (fyysinen aktiivisuus, paikallaanolo, uni) 24/7 periaatteella. Tästä aineistosta kyetään luotettavasti arvioimaan oliko käytetyt menetelmät vaikuttavia. Pilveen tallentuva tieto mahdollistaa esimerkiksi hankkeessa käytettyjen erilaisten toimintatapojen ja välineiden käytön vertailun. Voidaan arvioida onko videovälitteinen painonhallintaryhmä Painonhallintataloa vaikuttavampaa esimerkiksi arjen liikkumisen lisäämisessä. Samoin voidaan arvioida eri toimintatapojen välineiden vaikuttavuutta eri alueille. UKK-instituutti vastaa hankkeessa tämän tiedon kertymisestä ja analysoinnista.

Hankkeen hanketiedon kerääminen tehdään käyttäen ns. Laituri-järjestelmää, joka mahdollistaa erilaisten raporttien, esimerkkien, seurantatietoja ja muiden hanketietojen tallentamisen yhteiseen paikkaan. Mikäli kaikki toimijat hankkeessa eivät yhdessä sovi tiettyjen raportoitavien tietojen keräämistä, ei hankkeessa muodostu keskenään vertailukelpoista aineistoa. Tällöin myöskään arviointi ei onnistu. Sen vuoksi yhdessä sovittavalla tavalla yhteen järjestelmään kerättävien tietojen päättäminen etukäteen onkin ensi arvoisen tärkeää. Laituri mahdollistaa laajemman aineiston keräämisen hankkeesta kuin mitä perinteinen loppuraportti mahdollistaa. Silloin hankkeen toimintamalleista on helpompi tuottaa esimerkkejä jatkokäyttöön. Laituri mahdollistaa myös tarvittaessa kaiken hankkeeseen hallinnointiin / toteuttamiseen liittyvän sähköpostiliikenteen tallentamisen samaan paikkaan. Näin viestit eivät huku henkilöiden yksityisiin sähköposteihin. Tämä onkin ollut erityisen hyödyllistä esim. henkilöstövaihdosten ja sairastumisien yhteydessä. Laiturin avulla kaikki hanketiedot (sähköpostit, tallennukset ja raportit) ovat kaikki yhdessä paikassa. KKI-ohjelma vastaa hankkeessa Laituri-järjestelmän tiedon kertymisestä ja analysoinnista.

Hankkeen kansallisten toimijoiden puolesta hankkeesta tuotetaan arviointi edellä mainittuja tiedonkeruutapoja ja analyysimenetelmiä käyttäen. Hankkeessa arvioidaan mm., miten ja kuinka laajasti levitettäväksi valitut toimintatavat on otettu käyttöön ja miten ne ovat jääneet elämään organisaatioiden arkeen, miten vaikuttavaa elintapaohjaus yksilötasolla oli ja miten eri toimintatavat ja välineet erosivat toisistaan vaikuttavuuden osalta. Lisäksi näitä tietoja voidaan käyttää ulkoisen arvioinnin tekemisessä.

Riskienhallintasuunnitelma

Hankkeessa levitetään ja otetaan käyttöön hyvin erilaisia toimintatapoja ja välineitä laajalla alueella Suomessa ja monien eri toimijoiden toimesta. Edellä olevasta johtuen hankkeeseen sisältyy myös riskejä. Seuraavassa keskeisimpien riskien osalta suunnitelmia niiden hallitsemiseksi.

1) Uuden toimintatavan / kulttuurin implementoinnin kriittisiksi tekijöiksi on tunnistettu yhteinen jaettu visio ja johtaminen, aikaresurssi, yleiset resurssit, toiminnan juurruttamiskelpoisuus, täydennyskoulutus ja osaamisen vahvistaminen. Yhteinen jaettu visio ja johtaminen on hankkeessa pyritty varmistamaan jo hakuvaiheessa vuodesta 2014 asti käydyillä kahden ja useamman toimijan välisillä keskusteluilla hankkeessa mukana olevien toimijoiden kanssa. Hankkeen suunnitelmassa on pyritty varmistamaan mukana oleville toimijoille riittävät aika ja muut resurssit yhdessä sovittujen tavoitteiden toteuttamiseksi. Hankkeessa käytetään menetelmiä, joiden toimivuutta on testattu ja analysoitu kyseisten toimijoiden kanssa useissa pienemmissä hankkeissa (Tuunanen ym. 2016). Hankkeen käyttämiä täydennyskoulutuksen kokonaisuuksia on käytetty jo Etelä-Pohjanmaan ja lääketieteellisten tiedekuntien lääkäreiden opetuksessa. Hankkeessa käytettävää käytännönläheistä potilaan kohtaamiseen ja elintapojen puheeksi ottamisen taitojen koulutusta on käytetty aikaisemmin mm. terveydenhoitajien täydennyskoulutuksessa KKI-ohjelman koulutuskierroilla.

2) Levitettäväksi valitut menetelmät eivät lähdekään leviämään – Laituri-järjestelmän avulla kyetään havaitsemaan, jos jollakin alueella toiminta ei näytä lähtevän liikkeelle ja tarvitaan erityisiä toimenpiteitä vauhdittamaan liikkeelle lähtöä. Osaltaan tämän julkituloa helpottaa myös monien eri toimijoiden läsnäoloa hankkeessa. Verkostojen avulla saadaan tietoa, jos jossain päin on tarvetta erityiselle avulle ja toisaalta verkostot myös kannustavat sisäisesti toisiaan muutosten aikaan saamisessa.

3) Käytetyt toimintatavat ja välineet eivät osoittaudukaan vaikuttaviksi – Koska hankkeessa käytetään elintapaohjaukseen objektiivista reaaliaikaista järjestelmää elintapojen mittaamiseen, kyetään mahdolliset syystä tai toisesta huonosti toimivat toimintatavat tunnistamaan hyvin nopeasti. Tällöin kyetään puuttumaan mahdollisiin syihin ja tekemään korjaustoimenpiteitä jo hankekauden aikana.

4) Virtuaalinen elintapapoliklinikka muodostuu liian vaikeaksi rakentaa – Yksinkertaisimmillaan virtuaalinen elintapapoliklinikka rakennetaan alueen elintapaneuvontaa antavien toimijoiden jo totutusti käyttämien sivustojen / tietokantojen yhteyteen, tuttuun ympäristöön. Tällöin tieto on helposti löydettävissä. Minimissään alueelliseen elintapapoliklinikkaan tulisi kerätä alueellisten elintaparyhmien ja vastaavien toiminnan tiedot, sekä linkit eri toimintatapojen ja välineiden käyttämiseksi. Haasteena mallissa on se, että samanaikaisesti rakentuu eri järjestelmiin osin päällekkäistä sisältöä. Tämä on kuitenkin alkuun välttämätöntä, koska hankekausi on poikkeuksellisen lyhyt ja toiminnan pitää käynnistyä heti. Toisaalta hankkeen rinnalla rakennettavan Elintapatalon toivotaan ratkaisevan tämän ongelman jatkossa, sillä Elintapatalon tulisi olla saavutettavissa kaikilla erä-alueilla kaikissa toimipisteissä ympäri maata. Tämän jälkeen rinnakkainen kehittämisen tarve jää pienemmäksi.

5) Verkkokurssit eivät päädy aktiiviin käyttöön – Erilaisista verkkokursseista on jo vuosien kokemus ja hankkeen keskeinen tavoite on pitää verkko-opetus riittävän lyhyenä ja konkreettista apua vastaanottotyöhön tarjoavana. Tällöin kurssien suorittaminen tehostuu. Kurssien käymistä voidaan myös arvioida järjestelmän kautta. Eli keskeytynyt opetus rekisteröidään ja henkilölle voidaan lähettää muistutus asiasta sekä antaa myös tarvittaessa henkilökohtaista tutorointiapua kurssin suorittamiseksi.

6) Elintapamittarit osoittautuvat liian vaativiksi käyttää – Vaikka terveysteknologiaa käytetään jo suhteellisen laajasti, silti sen käytöllä on edelleen valtavasti kasvumahdollisuuksia. Tässä hankkeessa käytetään elintapamittarin analyyseissä tuhansien suomalaisten eri väestötutkimuksien viitearvoja. Myös käytettävää interaktiivista elintapamittaria on käytetty jo sadoille henkilöillä useissa eri kohderyhmissä, mukaan lukien elintapapotilaiden hoidossa. Mittarin käyttö on vaivatonta, mittarissa ei ole yhtään nappia, puhelinsovelluksen voi pitää taustalla auki ja kaikki tieto siirtyy automaattisesti mittarista puhelimeen sekä edelleen pilveen. Mittarin käyttömotivaatiota lisää merkittävästi pilvestä jaettava personoitu elintapataivoitteiden toteutumisen vertailu päivä- ja viikkotasolla. Edelleen tuloksia käydään läpi normaalien asiakaskäyntien aikana. Tämän on havaittu olevan monille asiakkaille selkeästi motivaatiota lisäävä tekijä. Ja tulee muistaa, että mikään mittari ei sovellu kaikille kohderyhmille.

Resurssit

Hankkeen valtionosuus Kärkihankkeen varoista on 2.7 M€. Valtaosa tästä rahasta jaetaan sairaanhoitopiireittäin alueellisen elintapaohjauksen tehostamiseen. Tämän lisäksi osallistuvat alueet saavat verkkokoulutuksen, elintapaneuvonnan välineitä, elintapamittareita ja hanketuen konsortion järjestämänä. Hankkeen budjetti on esitetty kootusti ja toimijakohtaisilla / alueellisilla erillisillä liitteillä. Edelleen konsortio pyrkii neuvottelemaan muiden rahoittajien kanssa, jotta alueille saataisiin tätä hanketta tukevaan työhön lisärahoitusta esim. järjestökentän antaman elintapaohjauksen rahoittamiseksi. Tällaista rahoitusta uskotaan löytyvän esimerkiksi KKI-ohjelman hanketuista.

Kirjallisuus

Aittasalo M, Miilunpalo S, Kukkonen-Harjula K, ym. A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. *Prev Med* 2006; 42: 40-46.

Aittasalo M, Toropainen E, Kukkonen-Harjula K, Rinne M, Tokola K, Vasankari T. Liikuntaneuvonnan kehittäminen terveystieteissä. *Sosiaalilääket Aikakaus* 2016; 53: 162-177.

Carlford S, Lindberg M, Bredesen P, ym. Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care: a qualitative study based on implementation theory. *BMC Fam Pract* 2010; 11: 60.

Chau JY, Grunseit AN, Chey T, ym. Daily sitting time and all-cause mortality: a meta-analysis. *PLoS ONE* 2013; 8(11): e80000.

Depner CM, Stothard ER, Wright KP. Metabolic consequences of sleep and circadian disorders. *Curr Diab Rep.* 2014; 14: 507.

Duncan MJ, Vandelanotte C, Trost SG, ym. Balanced: a randomized trial examining the efficacy of two self-monitoring methods for an app-based multi-behaviour intervention to improve physical activity, sitting and sleep in adults. *BMC Publ Health* 2016; 16: 670.

Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, ym. Global, regional and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental/occupational and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries 1990-2013: a systematic analysis for the GBD 2013. *The Lancet* 2015; 386: 2287-2323.

Gostamagna G. Trends in seniors' use of digital health technology in the United States, 2011-2014. *JAMA* 2016; 316: 538-540.

Helldan A, Helakorpi S. Suomalaisten aikuisten terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2014. THL raportti 6/2015.

Hebert ET, Caughey MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *Br J Sports Med* 2012; 46: 625-631.

Hemiö K, Pölonen A, Ahonen K, Kosola M, Viitasalo K, Lindström J, A simple tool for diet evaluation in primary health care_ validation of a 16-item food intake questionnaire. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11: 2683-2697.

Husu P, Tokola K, Suni J, Luoto R, Sievänen H, Mäki-Opas T, Vasankari T, Kaikkonen R. Istuminen ja terveystietäytyksen toteutuminen suomalaisilla aikuisilla vuonna 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia. THL Tutkimuksesta tiiviisti 5, huhtikuu 2014.

Husu P, Suni J, Vähä-Ypyä H, Sievänen H, Tokola K, Valkeinen H, Mäki-Opas T, Vasankari T. Objectively measured sedentary behavior and physical activity in a sample of Finnish adults: A cross-sectional study. *BMC Publ Health* 2016a; 16: 920.

Husu P, Vähä-Ypyä H, Vasankari T. Low objectively measured sedentary behavior and high number of steps are associated with very good health status in Finnish 7- to 14-year-old children. *BMC Publ Health* 2016b; 16: 338.

Jalava J, ym. ATH-tutkimuksen tuloksia – järjestökentän tutkimusohjelma. Istumisen yhteydet terveyteen ja hyvinvointiin poikkileikkaustutkimuksessa – tuloksia Alueellisesta terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta. THL Työpapereita 37/2014

Joutsenvirta T, Kukkonen A. Sulautuva opetus. Uusi tapa opiskella ja opettaa. Helsinki, Oy Yliopistokustannus, 2009.

Kessler R, Glasgow RE. A proposal to speed translation of healthcare research into practice: dramatic change is needed. *Am J Prev Med* 2011; 40: 637-644.

Kaikkonen R, Murto J, Pentala O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskenniemi T, Ahonen J, Vartiainen E & Koskinen S. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010-2015. Verkkojulkaisu: www.thl.fi/ath.

Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, ym. Terveysten edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Kivimäki S, Tuunanen K. Liikuntaneuvonnan tila kunnissa. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 282, 2014.

Lindström J, Peltonen M, Eriksson JG, Ilanne-Parikka P, Aunola S, Keinänen-Kiukaanniemi S, Uusitupa M, Tuomilehto J. Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). *Diabetologia* 2013; 56: 284–293.

Murray CJ, Barber RM, Foreman KJ, ym. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *The Lancet* 2015; 386: 2145-2191.

Naghavi M, Wang H, Lozano R, ym. Global, regional and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* 2015; 385: 117-171.

Oksa H, Sillanmäki-Ojansuu U. Hyödynnä ravitsemus hoidon mahdollisuudet, Teemanumerossa Sairaanhoidon ravitsemus. *Duodecim* 2014; 130: 2225-7.

Nielsen P. Making sense of implementation theories, models, and frameworks. *Implement Sci* 2015; 10: 53.

Tabak RG, Khoong EC, Chambers DA, Brownson RC. Bridging research and practice: models for dissemination and implementation research. *Am J Prev Med* 2012; 43: 337-350.

Toropainen E, Aittasalo M, Kukkonen-Harjula K, Rinne M, Tokola K, Vasankari T. Liikuntaneuvonta terveydenhuollon ammattilaisen työssä. Poster, Terveystieteiden päivät 2016.

Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, ym. Prevention of type 2 diabetes by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1343-50.

Tuunanen K, Puurunen A, Malvela M, Kivimäki S. Laatusa liikuntaneuvontaan. *Liikunnan ja kansanterveyden julkaisu* 313, 2016.

Vähä-Ypyä H, Vasankari T, Husu P, Suni J, Sievänen H. A universal, accurate intensity-based classification of different physical activities using raw data of accelerometer. *Clin Physiol Funct Imag* 2015a; 35: 64-70.

Vähä-Ypyä H, Vasankari T, Husu P, Mänttari A, Vuorimaa T, Suni J, Sievänen H. Validation of cut-points for evaluating the intensity of physical activity with accelerometry-based mean amplitude deviation (MAD). *PLoS One* 2015b; 10(8): e0134813.

Wennman H, Kronholm E, Partonen T, Peltonen M, Tolvanen A, Vasankari T, Borodulin K. Physical activity and sleep profiles in Finnish men and women. *BMC Publ Health* 2014; 14: 82.

Wennman H, Kronholm E, Partonen T, Tolvanen A, Peltonen M, Vasankari T, Borodulin K. Interrelationship of physical activity and sleep with cardiovascular risk factors: A person-oriented approach. *Int J Behav Med* 2015; 22: 735-747.