



LOPPURAPORTTI

Diabeteksen ehkäisyn ja  
hoidon kehittämishjelma  
DEHKO 2000–2010

Diabeteksen ehkäisyn ja  
hoidon kehittämisohjelma  
DEHKO 2000–2010

**LOPPURAPORTTI**

## **Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010) Loppuraportti**

### **Osa I Sisäinen arviointi**

Maria Aarne, Sari Koski, Jorma Huttunen, Enna Bierganns, Keiju Telford

### **Osa II Ulkoinen arviointi**

Seppo Tuomola, Ulla Idänpään-Heikkilä, Arja Halkoaho, Antti Virkamäki

Toimitus: Enna Bierganns

Kuvat: Juha Mattila, Diabetesliitto ja Diabetesliiton kuva-arkisto

Ulkoasu ja taitto: Aino Myllyluoma

Kirjapaino: Kehitys Oy, Pori 2011

ISBN 978-952-486-100-7 (nid.)

ISBN 978-952-486-101-4 (pdf)

# Sisältö

Peruspalveluministeri Paula Risikon esipuhe .....	5
Dehkon pääsihteerin saatesanat ja kiitokset .....	6

## OSA I: Ohjelmakuvaus ja sisäinen arviointi

Tiivistelmä .....	8
<b>1. Ohjelman lähtökohdat ja valmistelu .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Dehkon tavoitteet ja sisältöalueet .....</b>	<b>11</b>
2.1. Ohjelman päätavoitteet .....	11
2.2. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy .....	12
2.3. Diabeteksen ja lisäsairauksien hoito .....	12
2.4. Diabeetikon omahoito ja hoidonohjaus .....	13
<b>3. Dehkon ohjelmaorganisaatio .....</b>	<b>14</b>
3.1. Diabetesliiton rooli ja ohjelman päätöksenteko-organisaatio .....	14
3.2. Asiantuntijatoiminta ja työryhmät .....	15
3.3. Yhteistyö- ja sidosryhmätoiminta .....	17
3.3.1. Dehkon toteuttajat .....	17
3.3.2. Sidoryhmät .....	17
3.4. Tukijat ja yritys yhteistyö .....	18
3.5. Talous .....	20
<b>4. Ohjelman toteutus ja keskeiset saavutukset .....</b>	<b>22</b>
4.1. Ohjelman eteneminen .....	22
4.1.1. Ohjelman käynnistyminen ja sisältöalueiden tarkentuminen .....	22
4.1.2. Ohjelmatyön muodot .....	23
4.2. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma ja sen toimeenpanohanke D2D.....	24
4.2.1. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma ja sen strategiat .....	24
4.2.2. Dehkon 2D -hanke ja Dehkon rooli sen toteutuksessa .....	27
4.2.3. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisytoiminnan edistäminen .....	29
4.3. Diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittäminen .....	30
4.3.1. Diabetesosaamisen kehittäminen .....	31
4.3.2. Diabeteksen hoidon laatu järjestelmät .....	33
4.3.3. Diabeteksen hoidon laadun seuranta .....	34
4.3.4. Diabeteksen kustannukset .....	38
4.4. Diabeetikon omahoidon tukeminen .....	40
4.4.1. Hoidonohjaus .....	40
4.4.2. Omahoidon työkalut .....	40
4.4.3. Hoitotyytyväisyys ja elämänlaatu .....	41
4.4.4. Diabetesyhdistysten ja terveydenhuollon yhteistyö .....	42
4.5. Itsenäiset Dehko-hankkeet .....	43
4.5.1. Raportoidut itsenäiset Dehko-hankkeet .....	43
4.5.2. Dehkon kannustuspalkintojen saajat .....	43
4.6. Yhteiskunnallinen vaikuttaminen .....	45

<b>5.</b>	<b>Ohjelman arviointimenettelyt</b>	46
5.1.	Ohjelma-arviointi	46
5.2.	Kehittämistyön etenemisen seuranta	47
5.2.1.	Sairaanhoitopiirikohtainen kysely 2009	48
5.2.2.	Yhteydenpito ja katselmukset	48
5.3.	Tulosarviointi	48
5.4.	Loppuarvioinnin sisäinen arviointikysely	48
5.5.	Sisäisen arvioinnin johtopäätökset	49
<b>6.</b>	<b>Dehkon viestintä</b>	51
6.1.	Viestintäkäytännöt	51
6.2.	Julkaisut	52
6.3.	Tapahtumat	54
6.4.	Medianäkyvyys	54
<b>7.</b>	<b>Kansainvälinen toiminta</b>	57
7.1.	Dehkon kansainvälisen toiminnan lähtökohdat	57
7.2.	Kansainvälisen toiminnan muodot	58
<b>8.</b>	<b>Sisäisen arvioinnin pohdinta</b>	59
	LÄHTEET	62
	LIITTEET	63



## Ministerin esipuhe

**D**ehko-ohjelman toimikauden aikana on tapahtunut paljon. Kymmenen vuoden aikana on tapahtunut muutoksia niin suomalaisessa terveydenhuollossa kuin ympäröivässä yhteiskunnassakin. Suomessa on muun muassa koettu lama, ja monet sen seuraukset tuntuvat vielä pitkään.

Terveydenhuoltojärjestelmää on kehitetty aluksi Kansallisen terveydenhuollon kehittämishankkeen ja myöhemmin Kaste-ohjelman avulla. Uusi terveydenhuoltolaki tulee antamaan selkeän tuen tulevaisuuden kehittämistyölle.

Suomen Diabetesliitto on ollut perinteisesti aktiivinen järjestö ja tehnyt pitkäjänteisesti työtä diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi Suomessa. Diabetesliitto on ollut mukana ministeriön diabetesasiantuntija-työryhmissä 1990-luvun alkupuolelta lähtien.

Ministeriön työryhmien toimikausien päättyessä Diabetesliitto käynnisti vuonna 2000 laajan Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelman, Dehkon. Tuolloin todettiin, että diabeteksen hoidon järjestelyissä oli puutteita eivätkä ne vastanneet kaikilta osin nykyajan vaatimuksia. Dehko on ollut myös Suomen vastaus Euroopan St. Vincent -diabetesohjelmaan ja WHO:n edellyttämiin kansallisiin hoito-ohjelmiin.

Ohjelman alkaessa tiedostettiin diabetesta sairastavien määrän huima kasvu. Huoli on edelleen ajankohtainen, sillä edelleenkin yli puoli miljoonaa suomalaista sairastaa diabetesta, puolet tyyppin 2 diabeetikoista tietämättään. Tyyppin 1 diabeteksen, joka edellyttää insuliinikorvaushoitoa, ilmaantuvuus kasvaa noin neljä prosenttia vuodessa. Vuosittain sairastuneista noin 600 on alle 15-vuotiaita. Nuorten huolestuttavimmat somaattiset terveysongelmat ovatkin tällä hetkellä diabetes ja lihavuus, jotka liittyvät läheisesti toisiinsa.

Myös tyyppin 2 diabetes on edelleen haaste. Tiedämme, että tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn pätevät samat keinot kuin monen muun kansantaudin ehkäisyyn eli liikunnan lisääminen, liikapainon välttäminen ja oikeat ravintotottumukset.

Voimme siis todeta, että haasteet jatkuvat, mutta olemme oikealla tiellä.

Dehko-ohjelma on menestystarina monin tavoin. Se on saanut kiitosta ja tunnustusta niin kansainvälisesti kuin kansallisesti. Dehko-prosessi on herättänyt kiinnostusta muissa kansanterveysjärjestöissä, ja se on luonut uskoa muiden kansansairauksien ehkäisyyn ja hoitoon.

Dehko on onnistunut myös yhteistyössään julkisen terveydenhuollon organisaatioiden kanssa ja saanut terveydenhuollon ammattilaiset sitoutumaan ohjelmaan ja juurruttamaan kehitystyön osaksi käytännön toimintaa.

Dehkon lopulliset tulokset ja vaikutukset ovat nähtävissä viiveellä. Kuitenkin jo tähänastisten arviointien perusteella voidaan todeta muun muassa, että sydän- ja verisuonisairastavuus on vähentynyt, amputaatiot ovat vähentyneet, hoitotasapainon osalta tyyppin 2 diabetes on kehittynyt edelleen hyvään suuntaan ja suomalaisten diabetesosaaminen on parantunut huomattavasti. Ohjelma on nostanut esille erityisesti terveyden edistämisen tärkeyden ja ehkäisyn mahdollisuudet.

Arvostan suuresti Suomen Diabetesliiton urauurtavaa roolia sisällön asiantuntijana ja merkittävän kehittämistyön alullepanijana. Onnitteluni ja kiitokseni erityisesti Diabetesliitolle, mutta myös kaikille yhteistyötahoille hyvin tehdystä työstä diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi. Toivon eri tahojen jatkavan ohjelmassa kehitettyjen työmenetelmien eteenpäin viemistä. Siten tähänastinen työ kantaa jatkuvia hedelmiä.

*Paula Risikko*

*Peruspalveluministeri, terveystieteiden tohtori*

## Dehkon pääsihteerin saatesanat ja kiitokset



**S**uomen Diabetesliitto ry otti uranuurtavat askeleet diabetessektorin kansallisessa kehittämistyössä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa siirryttiin 1990-luvulla valtionhallinnon säädösohjauksesta informaatio-ohjaukseen, ja tämä avasi mahdollisuuksia uudenlaiseen toimintakulttuuriin. Diabetesliitto ponnisteli määrätietoisesti käynnistääkseen ohjelmatyön tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn, diabeteksen hyvän hoidon ja diabetesta sairastavan omahoidon tuen kehittämiseksi Suomessa. Viranomaiset ottivat tehtävässä tukijan roolin, joka oli ensiarvoisen tärkeä kannattelemaan ohjelmaa eteenpäin. Pitkäkestoinen Raha-automaattiyhdistyksen rahoitus sekä yritysten tuki loivat vahvan perustan kehittämistyön jatkuvuudelle.

Dehkolla oli mahdollisuus ja onni työskennellä suomalaisten diabetesalan asiantuntijoiden kanssa heidän luotsatessaan ohjelman sisällöllisiä osuuksia. Käytännön työ tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ja diabeteksen hoidon laadun kehittämiseksi tehtiin terveydenhuollon kentällä. Diabeetikot ja diabetesyhdistykset pitivät osallistumisellaan diabeetikoiden oman näkökulman esillä ohjelmassa. Sidosryhmien, yhteistyökumppaneiden ja terveydenhuollon ammattilaisten paneutuminen ja sitoutuminen Dehko-ohjelman tavoitteisiin sekä osallistuminen toimenpiteiden toteutukseen oli kattavaa ja merkityksellisin voimavara koko ohjelman tulosten kannalta.

Sana Dehkosta kiiti myös Suomen rajojen ulkopuolelle, kansainvälisestikin uraauurtavana hankkeena Dehkon mieluisaksi tehtäväksi tuli jakaa tietoa useille muille maille diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämistyöstä. Pieni mutta innostunut Dehkon toimihenkilöiden tiimi pysyi hyvin motivoituneena kehittämistyön haasteissa ja sai voimaa laajan toimijaverkon sitoutuneesta, osaavasta ja pitkäkestoisesta panostuksesta ohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi. Diabetesliitto antoi hyvät toimintapuitteet Dehko-ohjelmalle toimiessaan sen kotina alusta loppuun asti.

Loppuraportin osa I sisältää Dehkon ohjelmakuvauksen ja sisäisen arvioinnin. Sen ovat kirjoittaneet Dehkon toimihenkilöt: pääsihteerä Maria Arne, tiedottaja Enna Bierganns, laatuasiantuntija Sari Koski ja sihteeri Keiju Telford sekä Diabetesliiton toimitusjohtaja Jorma Huttunen.

Loppuraportin osa II sisältää Dehkon ulkoisen arvioinnin ja arvioinnin suositukset ja sen ovat kirjoittaneet Dehkon ulkoisen arvioinnin pääarvioitsija Seppo Tuomola sekä arviointiryhmän jäsenet Arja Halkoaho, Ullan Idänpään-Heikkilä ja Antti Virkamäki.

*Yhteistyöstä kiittäen*

*Maria Arne, Dehkon pääsihteerä*

Diabeteksen ehkäisyn ja  
hoidon kehittämisohjelma

**DEHKO 2000–2010**

**OSA I:** Ohjelmakuvaus ja  
sisäinen arviointi



## Tiivistelmä

**D**iabetesliitto käynnisti Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelman (DEHKO 2000–2010) pohjustamaan tyypin 2 diabeteksen järjestelmällistä ehkäisyä, diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittämistä sekä diabeetikon omahoidon tukemista. Diabetesta sairastavien määrä oli voimakkaassa kasvussa ja diabeteksen hoitotulokset olivat kaukana tavoitteista. Hoitojärjestelmä ei myöskään pystynyt kaikilta osin vastaamaan ehkäisytoiminnan ja hoidon laadun haasteisiin. Ohjelma valmistettiin suomalaisten asiantuntijoiden ja diabeetikoiden vapaaehtoisena työnä Diabetesliiton johdolla vuosina 1998–1999 ja hyväksyttiin Suomen kansalliseksi diabeteshjelmaksi vuonna 2000.

Diabetesliitto koordinoi Dehkoa ja vastasi sen valtakunnallisista kehittämishankkeista. Dehko-ohjelmaa toteutettiin laaja-alaisesti koko terveydenhuollossa kaikkialla Suomessa. Ohjelman päärahoittaja oli Raha-automaattiyhdistys. Lisäksi Dehko sai merkittävää taloudellista tukea diabetesalan lääkkeitä ja hoitovälineitä maahantuovilta yrityksiltä sekä elintarvike- ja vakuutusalan yrityksiltä. Dehkolla oli haasteelliset hoitotulostavoitteet, diabeteksen ehkäisyn ja hoidon sekä omahoidontuen kehittämisen toiminnalliset tavoitteet sekä toimenpide-esitykset tavoitteiden saavuttamiseksi.

Dehko kehitti yhteistyössä terveydenhuollon kanssa hyviä hoitokäytäntöjä, tuotti raportteja ja

teki tutkimuksia ja selvityksiä sekä käytännön työkaluja terveydenhuollon, päättäjien, ja diabeetikoiden käyttöön. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä varten Dehko valmisti ehkäisyohjelman. Ehkäisyohjelman toimeenpanohankkeelle, Dehkon 2D -hankkeelle (D2D) saatiin rahoitus tyypin 2 diabeteksen käytännön ehkäisytoimien käynnistämiseksi viiden sairaanhoitopiirin alueella vuosina 2003–2008. Dehko tuotti diabeteksen hoidon laadun ohjauksen välineitä ja valmisti diabeteksen ja sen lisäsairauksien esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden sekä hoidon laadun seurantaan. Lisäksi ohjelma tuotti omahoitoa tukevaa materiaalia diabeetikoille ja selvitti diabeteksen taloudellisia kustannuksia ja kulurakennetta.

Dehkon päätoimijoita olivat perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, työterveyshuolto, sairaanhoitopiirit ja niiden diabetestyöryhmät sekä Diabetesliitto, diabetesyhdistykset ja diabeetikot. Dehkon tärkeitä sidosryhmiä olivat sosiaali- ja terveysministeriö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL, aiemmin Kansanterveyslaitos KTL ja Stakes), Kansaneläkelaitos, Kuntaliitto ja muut järjestöt. Dehkon tavoitteita tarkistettiin ohjelman edetessä ja ohjelmaa myös arvioitiin säännöllisesti. Arviointien pohjalta tarkistettiin ja laadittiin ohjelman strategiset linjaukset. Dehkon ohjelmakausi päättyi vuoden 2010 lopussa, ja Dehkon loppusuurkatselmus järjestettiin vielä vuoden 2011 puolella.

# 1. Ohjelman lähtökohdat ja valmistelu

Diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010) käynnistettiin edistämään diabeteksen hoidon järjestämistä Suomessa. Diabetesta sairastavien määrä oli voimakkaassa kasvussa, ja diabeteksestä oli kehittymässä sekä Suomessa että maailmalla lisääntyvä kansanterveysongelma. Dehko-ohjelman ja sen valmistelun taustalla oli kasvava tieto diabeteksestä sairautena, tyyppin 2 diabeteksen nopeasta lisääntymisestä ja ennen kaikkea mahdollisuuksista hoitaa diabetesta hyvin tuloksin sekä ehkäistä tyyppin 2 diabetesta.

## Diabetesta sairastavien määrä oli kasvussa

Dehko-ohjelman alkuvaiheessa Suomessa oli diagnosoituja diabeetikoita noin 180 000, joista tyyppin 2 diabeetikoita 150 000 ja tyyppin 1 diabeetikoita 30 000. Lisäksi arvioitiin, että henkilöitä, joiden verenokeripitoisuus ylittää diabeteksen diagnostiset rajat, olisi ollut noin 50 000. Tyyppin 2 diabetekseen sairastuvien määrän arvioitiin lisääntyvän noin 70 prosentilla vuoteen 2010 mennessä. Syy tyyppin 2 diabeteksen lisääntymiseen oli ylipainon yleistyminen, liikunnan puute ja väestön ikääntyminen. Tyyppin 1 diabeteksen ilmaantuvuus Suomessa oli maailman korkein, ja ilmaantuvuuden kasvu oli myös havaittavissa.

## Hoitotulokset olivat kaukana tavoitteista

Vaikka kansainvälisessä vertailussa Suomen diabetes-hoidon taso oli suhteellisen hyvä, hoidolle asetettuihin tavoitteisiin oli vielä pitkä matka. Diabeteksen hoidon onnistumista maassamme arvioinut Timo Vallen tutkimus diabeetikkojen hoitotasapainosta 1993 (Stakes) osoitti, että vain neljänneksellä tyyppin 1 diabetesta sairastavista oli hyvä hoitotasapaino ja hälyttävän huono hoitotasapaino oli noin puolella. Tyyppin 2 diabeetikoiden kohdalla luvut olivat vielä synkemmät: ainoastaan 10 prosentilla oli hyvä hoitotasapaino. Suomalaiset diabeetikot olivat myös erittäin huonossa hoitotasapainossa valtimotautien tärkeimpien vaaratekijöiden, veren rasvojen ja verenpaineen osalta. Diabeteksen hoidon laatu ja saatavuus eivät myöskään kaikilta osin vastanneet tarvetta, ja maantieteelliset eroavaisuudet olivat suuret.

## Vahva tutkimuksellinen perusta ohjelmatyölle

Kansainväliset ja kotimaiset diabetesalan tutkimukset antoivat ohjelmalle vankan tietopohjan. The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) 1983–1993 valotti tyyppin 1 diabeteksen hoitomahdollisuuksia ja United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) 1977–1997 tyyppin 2 diabeteksen hoitotuloksiin vaikuttavia tekijöitä. Suomen kasvavien diabeteskustannusten tilannetta kuvasi Tero Kankaan tutkimus 1997. Erittäin merkittäväksi nousi uusi tieto tyyppin 2 diabeteksen ehkäisymahdollisuuksista elintapamuutoksilla diabeteksen ehkäisy- ja hoitotuloksiin vaikuttavien tekijöiden. Suomen kasvavien diabeteskustannusten tilannetta kuvasi Tero Kankaan tutkimus 1997. Erittäin merkittäväksi nousi uusi tieto tyyppin 2 diabeteksen ehkäisymahdollisuuksista elintapamuutoksilla diabeteksen ehkäisy- ja hoitotuloksiin vaikuttavien tekijöiden. Suomen kasvavien diabeteskustannusten tilannetta kuvasi Tero Kankaan tutkimus 1997. Erittäin merkittäväksi nousi uusi tieto tyyppin 2 diabeteksen ehkäisymahdollisuuksista elintapamuutoksilla diabeteksen ehkäisy- ja hoitotuloksiin vaikuttavien tekijöiden.

## Suomen Diabetesliiton aktiivinen rooli

Suomen Diabetesliitto vastasi kansainvälisen diabetesjärjestön (International Diabetes Federation, IDF) maailmankongressin järjestämisestä Suomessa 1997. Tämä valtava ponnistus antoi lopullisen sysäyksen kansallisen diabetesohjelman käynnistämiseksi: kongressi tuki tieteellistä osaamista mutta myös Diabetesliiton mahdollisuuksia panostaa ohjelma-valmisteluun henkisesti ja taloudellisesti. Diabetesliitto toimi aktiivisesti diabeteskentän kehittämistyön vauhdittamiseksi. Ohjelmaa valmisteltiin diabetesasiantuntijoiden ja Diabetesliiton toimielinten keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Työtä johti pääsihteeri Leena Etu-Seppälä. Valmistelu eteni arvovaltaisen asiantuntijajoukon koordinaatiokokoukseen vuonna 1998, jonka jälkeen Diabetesliiton liittohallitus hyväksyi ohjelman rungon. Asiantuntijaryhmät jatkoivat työskentelyä vuosina 1998–1999, ja samalla neuvottelut sairaanhoitopiirien diabetestyöryhmien edustajien kanssa käynnistyivät. Asiantuntijaryhmien puheenjohtajista muodostettiin Dehko-ohjelman valmistelua ohjannut koordinaatioryhmä.

Toimenpideohjelman pohjatyön teki kahdeksan työryhmää, yhteensä noin sadan hengen vapaaehtoinen asiantuntijajoukko. Ryhmien jäsenet olivat diabetestutkijoita, käytännön diabetesasiantuntijoita, Kansanterveyslaitoksen, UKK-instituutin, yliopisto-



Diabetestyön kehittämistä Dehkon vuoden 2009 toimijasymposiumissa.

jen ja järjestöjen asiantuntijoita sekä diabeetikoita. Ohjelmaluonnos kävi laajalla lausuntokierroksella, ja lausuntoja saatiin noin sadalta taholta. Tämän jälkeen järjestettiin kuulemistilaisuus, jossa oli keskeisten viranomaisten ja sairaanhoitopiirien diabetestyöryhmien edustus. Dehko-ohjelman rakentamista vahvistivat diabeetikkojen osallistuminen omaa hoitoansa koskevien kehittämissuunnitelmien laatimiseen ja sairaanhoitopiirien diabetestyöryhmien sitoutuminen tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn ja diabeteksen hoidon kehittämiseen. Sosiaali- ja

terveysministeriön kansanterveyden neuvottelukunnan sydän- ja diabetesjaosto toimi tärkeänä valmistelun tukena, samoin Diabetesliiton ja Sydänliiton keskinäinen yhteistyö, joka käynnistyi ehkäisytyön suunnittelussa.

Tammikuussa 2000 järjestetyssä konsensuskokouksessa Dehko-ohjelma hyväksyttiin Suomen kansalliseksi diabetesohjelmaksi vuosiksi 2000–2010. Terveystieteiden ammattilaiset ottivat ohjelman innokkaasti vastaan.

## 2. Dehkon tavoitteet ja sisältöalueet

Dehko-ohjelma sisälsi 11 tavoitetta ja toimenpidesityksiä, joiden avulla tavoitteet voitaisiin saavuttaa. Tavoitteita ja toimenpiteitä täydensivät aihekohtaiset, asiantuntijaryhmien laatimat esitykset, jotka perustuivat uusimpaan tietoon diabeteksestä ja sen hoidosta. Ohjelman käytännön toteuttamisen edellytyksenä olivat viranomaisten, terveydenhuollon, järjestöjen ja diabeetikoiden laaja yhteistyö. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelmaa tarvittiin, koska diabeteksestä oli muodostumassa kasvava kansanterveysongelma. Puutteellisesti hoidetun diabeteksen tiedettiin aiheuttavan vakavia, diabeetikon elämänlaatua heikentäviä lisäsairauksia. Juuri lisäsairauksien vuoksi diabetes alkoi myös käydä yhteiskunnalle kalliiksi. Diabeteksen lisääntyessä oli vaarana, että kustannukset karkaisivat käsistä.

### 2.1. Ohjelman päätavoitteet

Dehko-ohjelmasta luotiin kokonaisvaltainen kehittämiskokonaisuus, jonka tavoitteena oli luoda diabeteksen ehkäisyn ja hoidon käytännön perusta. Ohjelman päätavoitteeksi asetettiin tyyppin 2 diabeteksen järjestelmällinen ehkäisy. Toiseksi tärkeimpänä tavoitteena oli sopia toimenpiteistä, joilla voitiin vähentää tyyppin 2 diabeetikoiden vaaraa sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Dehko tähtäsi diabeteksen hoidon laadun kehittämiseen niin, että tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeetikoiden hoitotasapainot korjaantuvat, diabeteksen lisäsairaudet vähenevät ja diabeetikoiden hoitotyytyväisyys lisääntyy. Ohjelman onnistunut toteutus johtaisi yksilötasolla elämänlaadun tuntuvaan kohenemiseen ja yhteiskunnan tasolla kustannusrasitusten vähenemiseen.

KUVA 1. Dehkon tavoitteet.

#### Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelman, Dehkon, tavoitteet vuoteen 2010 mennessä

- ▶ Hoitoyksiköissä on diabeteksen hoidon laatujärjestelmä, johon kuuluu luontevana osana perusterveydenhuollon säännöllinen ja monipuolinen diabeteskoulutus.
- ▶ Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn tähtäävät toimenpiteet ovat osa perusterveydenhuollon pysyvää toimintaa.
- ▶ Maassamme on atk-pohjaiset hoitoyksikkökohtaiset ja alueelliset diabetesrekisterit sekä valtakunnallinen diabetesrekisteri.
- ▶ Diabeetikojen hoito-organisaation perustana ovat hyvin toimivat hoitoketjut, perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon jaettu hoitovastuu ja joustava konsultointikäytäntö.
- ▶ Jokaisella diabeetikolla on mahdollisuudet yksilöllisesti tarvitsemaansa hyvään omahoitoon.
- ▶ Kaikki diabeetikot saavat riittävän hoidonohjauksen, ja heidän sydän- ja verisuonitauteihin liittyvä kokonaisriskinsä hoidetaan kohonneen verensokeripitoisuuden ohella.
- ▶ Diabeetikot hallitsevat omahoidon ja ovat tyytyväisiä hoitoonsa.
- ▶ Terveydenhuollon ja diabetesyhdistysten yhteistyö diabeetikojen omahoidon tukemiseksi on vakiintunut pysyväksi toimintamuodoksi.

*Dehkon tavoitteet kirjattiin myöhemmin uuteen muotoon, jossa diabetestyyppitys jätettiin osin pois. Diabeteksen luokitus ei ole aina selkeä, vaan se perustuu kliiniseen arvioon ja konsensusmääritelmiin. Myös diabeteksen kehitys voi olla monimuotoista.*

Kuva 2. Dehkon tulostavoitteet.

**Ohjelman hoitotuloksia koskevat tavoitteet vuoteen 2010 mennessä ovat:**

- ▶ Diabeetikoiden hoitotasapainot ovat parantuneet siten, että vähintään 50 prosentilla diabeetikoista on hyvä hoitotasapaino ja vähintään 30 prosentilla on välttävä hoitotasapaino.
- ▶ Diabeetikoiden sydän- ja verisuonisairastuvuus vähenee vähintään kolmanneksella.
- ▶ Diabetekseen liittyvien lisäsairauksien esiintyminen vähenee Euroopan St. Vincent -ohjelman tavoitteiden mukaisesti:
  - jalkojen amputaatioiden määrä vähintään puoleen
  - diabetekseen liittyvä silmän verkkokalvon sairaus vähintään kolmanneksella
  - diabetekseen liittyvä munuaistauti vähintään kolmanneksella.

**2.2. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy**

Tyypin 2 diabetes kehittyy hitaasti ja lisääntyy iän myötä. Siksi tiedettiin, että sen ehkäisyä ei voida saada aikaan nopeasti, eikä yksittäisellä toimenpiteellä. Toiminnasta oli suunniteltava systemaattista ja pitkäjänteistä. Ehkäisytyöhön lähdettiin kahdella toisiaan tukevalla toteuttamistavalla. Käytännön ehkäisytyössä toimenpiteet kohdistettaisiin henkilöihin, joilla arvioitiin olevan lisääntynyt vaara sairastua tyypin 2 diabetekseen ja toisaalta koko väestöön. Tarkoituksena oli siis löytää väestöstä ne henkilöt, joilla oli suuri riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. Lisäksi tavoitteena oli vaikuttaa väestön terveystotumuksiin siten, että tyypin 2 diabeteksen vaaratekijät vähenevät.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä oli mahdollista soveltaa sydän- ja verisuoniterveyden edistämishjelmaa, erityisesti joukkoruokailun, elintarvikeseurannan (Sydänmerkin), koulutuksen ja viestinnän alueilla. Koko väestön liikunnan tehostamiseksi tarvittiin yhteistyötä terveydenhuollon, liikunta-alan järjestöjen, opetus- ja sivistystoimen ja kansanterveysjärjestöjen kesken. Lihavuuden ehkäisyä oli niin ikään ryhdyttävä toteuttamaan järjestelmällisesti.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn tähtäävät toimenpiteet tuli saada osaksi perusterveydenhuollon pysyvää toimintaa. Toimenpiteiden tuli keskittyä liikunnan lisäämiseen sekä painon, verenpaineen ja veren rasva-arvojen pitämiseen normaaleina. Tavoitteeksi asetettiin, että perusterveydenhuollon yksiköt laatisivat suunnitelmia siitä, kuinka korkean riskin yksilöt tunnistetaan ja miten ehkäisyyn liittyvät toimenpiteet toteutetaan.

**2.3. Diabeteksen ja lisäsairauksien hoito**

Ohjelmalle asetettiin haasteelliset tulostavoitteet. Diabeetikoiden hoitotasapainojen tuli parantua merkittävästi niin, että vähintään puolet diabeetikoista olisi hyvässä tasapainossa vuonna 2010. Myös lisäsairauksia haluttiin tuntuvasti vähentää.

Tavoitteena oli tehostaa tyypin 2 diabeteksen lääkkeettömiä hoitomuotoja ja järjestää sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden vuosittainen seuranta ja hoito. Lisäsairauksien vaaran minimoiminen ja hypoglykemioiden välttäminen oli tärkeää. Lisäsairauksien ehkäisy toteutuisi parhaiten huolellisen hoidon ja seurannan avulla. Erityiskorvattavien lääkkeiden myöntämisperusteita haluttiin muuttaa sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden alentamista suosiviksi. Diabeetikoiden silmänpohjien säännöllisen valokuvauksen toteutuminen oli varmistettava. Suun terveyden hoito tuli järjestää terveyskeskuksissa diabetesta sairastaville, samoin kuin muillekin erityisryhmille.

Diabetesta sairastavien lasten hoidossa korostettiin fyysistä, sosiaalista ja psyykkistä hyvinvointia. Diabetesta sairastavalle lapselle oli taattava normaali kasvu ja kehitys, perheen ja lähiympäristön tuki sekä huolellinen ja jatkuva seuranta. Nuorten kohdalla korostettiin itsenäistymistä, omahoidon hallintaa ja vastuunkantamista tukevaa hoitoa, joka otti huomioon nuoren henkilökohtaisen kehitysprosessin. Las-



ten ja nuorten tarvitsemat erikoispalvelut tuli turvata ja varmistaa, muun muassa saumaton siirtyminen oikeassa kehitysvaiheessa korkeatasoiseen, aikuisdiabeetikoiden hoidosta vastaavan yksikön hoitoon ja seurantaan.

Dehko-ohjelmaa laadittaessa tiedettiin, että diabeetikoiden hoidon korkeat kustannukset eivät johdu niinkään veren kohonneen sokeripitoisuuden hoidosta, vaan ennen kaikkea lukuisista lisäsairauksista, joita diabetes voi aiheuttaa. Mikäli sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisyyn kiinnitettäisiin enemmän huomiota, alenisivat diabeetikoiden hoidon kustannukset huomattavasti.

Hoidon laadun ja tulosten seuranta haluttiin tehostaa diabeteksen lisäsairauksien varhaiseksi toteuttamiseksi ja ehkäisemiseksi säännöllisten vuositarkas-

tusten avulla. Hoitoyksiköiden yhteistyötä haluttiin kehittää joustavaksi niin, että diabeetikon asianmukainen hoito päästäisiin aloittamaan viivytyksettä oikean tasoisessa hoitoyksikössä. Diabetestietoutta nähtiin tarpeelliseksi lisätä kaikilla terveydenhuollon sektoreilla koulutuksen ja täydennyskoulutuksen avulla. Hoidon laadun seurantaan ja kehittämiseen oli luotava kattava järjestelmä.

#### 2.4. Diabeetikon omahoito ja hoidonohjaus

Dehko-ohjelman avulla pyrittiin vahvistamaan diabeetikon omia mahdollisuuksia vaikuttaa hoitoonsa ja omaa vastuuta hoidon onnistumisessa. Kaikkien diabeetikoiden kannalta nähtiin merkityksellisenä omahoidon hallinta ja sairauden hyväksyminen sekä yhteisiin hoitotavoitteisiin sitoutuminen. Dehkon tavoitteeksi asetettiin, että diabeetikot hallitsivat omahoitonsa ja ovat tyytyväisiä hoitoonsa. Jokaisella diabeetikolla tuli olla mahdollisuudet yksilöllisesti tarvitsemaansa hyvään omahoitoon. Terveydenhuollon ja diabetesyhdistysten yhteistyö nähtiin tärkeänä omahoidon tukemisen muotona. Yhteistyön käynnistymiseen ja pysyväksi toiminnaksi vakiintumiseen haluttiin panostaa.

Diabeteksen hoidonohjaus nähtiin olennaisena osana diabeteksen hoitoa. Laatuajattelun tuominen hoidonohjausprosessiin tarkoitti suunnitelmallisuutta ja tavoitteellisuutta tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa niin, että asiakaslähtöisyys toteutuisi ja ammattilaisen osallistuminen säilyisi aktiivisena ja omaa työtä kehittävänä ja arvioivana. Yksilöohjauksesta täydentämään haluttiin nostaa ryhmäohjaus, joka tukisi hoidon resurssien hyvää hyödyntämistä, mutta toisaalta tukisi myös pitkäaikaissairauden vaatimaa sopeutumisprosessia vertaistuen avulla. Tyypin 1 diabeetikkojen hoidonohjauksesta haluttiin tehostaa kaikissa ikäryhmissä hoitotasapainon parantamiseksi ja lisäsairauksien välttämiseksi. Myös kaikkien tyypin 2 diabeetikoiden tuli saada riittävä hoidonohjaus, sydän- ja verisuonitauteihin liittyvän kokonaisriskin hoitaminen kohonneen verensokeripitoisuuden ohella oli tärkeää.

Hoidonohjauksen tehostamisessa ja kehittämisessä pidettiin keskeisenä ohjaajataitojen lisäämistä, tiimityön ja vuorovaikutustaitojen parantamista sekä käytössä olevien resurssien oikeaa kohdentamista sekä tarkoituksenmukaista ja tehokasta käyttöä. Koulutus, yhteistyö, kokemusten vaihto ja tutkimustiedon hyödyntäminen nähtiin keinoiksi kehittää hoidonohjauksesta.

## 3. Dehkon ohjelmaorganisaatio

Dehkon toiminta sulautettiin Diabetesliiton toimintaan, ja samalla päätöksenteko nivoutui Diabetesliiton hallinto-organisaatioon.

### 3.1. Diabetesliiton rooli ja ohjelman päätöksenteko-organisaatio

Diabetesliitto panosti Dehko-ohjelman valmisteluun ja käynnistämiseen niin taloudellisia kuin henkisiä voimavaroja. Konsensuskokouksen hyväksyttyä Dehkon Suomen kansalliseksi diabetesohjelmaksi oli luonnollista, että ohjelman koordinoitavastuu asetui Diabetesliiton harteille, vaikka laajan kansanterveysohjelman vetovastuussa ei ollut aiemmin toiminut potilas- tai kansanterveysjärjestö. Diabetesliitto otti vastuulleen kehittämisohjelman käynnistämisen, koska viranomaistahot eivät olleet vielä ryhtyneet toimenpiteisiin diabetestilanteen parantamiseksi.

Diabetesliitto toimi ohjelman koordinoinnin lisäksi myös sidosryhmänä mahdollistaen diabeetikoiden ja diabetesyhdistysten integroinnin ohjelman toteutukseen. Diabetesliiton koulutus- ja kuntoutusasiantuntijoiden ja muiden asiantuntijoiden osaamisen kanavoiminen Dehkon kehittämistyöhön oli ohjelmalle merkittävä tuki. Dehkon sanoman levittäminen Diabetesliiton yhteistyötahoille lisäsi ohjelman tunnettuutta ja Diabetesliiton asiantuntijaelimet, kuten lääkärineuvosto ja ravitsemustoimikunta, saattoivat joustavasti tarjota asiantuntijatukea ohjelmalle.

Dehkon 2D -hankkeen organisointi on kuvattu kappaleessa 4.2 Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma ja sen toimeenpanohanke D2D.

#### Sisäisen arvioinnin mukaan

Diabetesliitto onnistui hyvin kansallisen diabetesohjelman koordinoinnissa. Lähes neljä vastaajaa viidestä arvioi, että Dehko toimi saumattomasti yhtenä Diabetesliiton toimintayksikkönä. Valtaosan mielestä Dehko-ohjelmaa johdettiin selkeästi ja suoraviivaisesti.

*\*Dehkon sisäinen arviointi pohjautuu arviointikyselyyn, jonka toteutus on kuvattu kappaleessa 5.4. Loppuarvioinnin sisäinen arviointikysely.*

### Dehkon henkilöstö

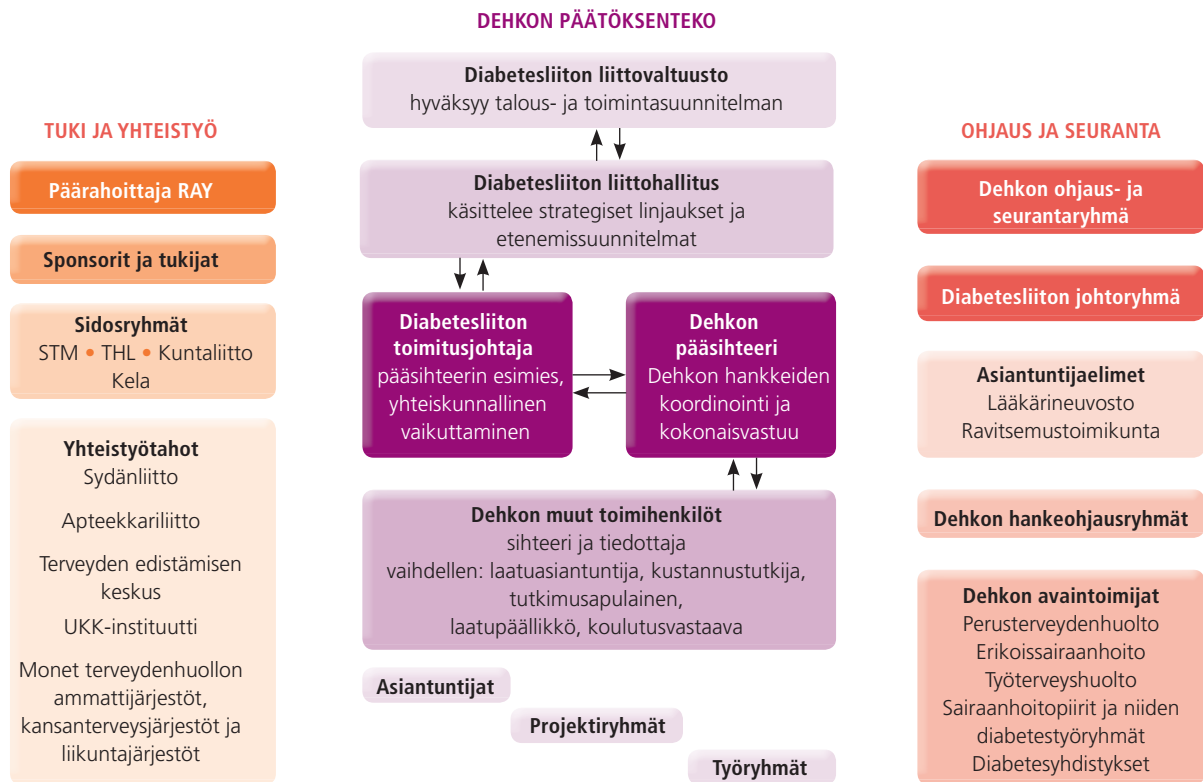
Dehko muodosti Diabetesliiton organisaatiossa oman toimintayksikkönsä ja Dehkon toimihenkilöt olivat siten Diabetesliiton henkilökuntaa. Dehkon valmistelusta asti, vuodesta 1998, päätoimisena ohjelman vetäjänä ja johtajana toimi Dehkon pääsihteeri, joka kuului myös Diabetesliiton johtoryhmään. Valmisteluvaiheen aikana, vuonna 1999, ohjelmalle palkattiin sihteeri. Hieman myöhemmin ohjelman varsinaisesti käynnistyttyä, vuonna 2000, palkattiin ohjelman tiedottaja. Muita pitkäaikaisia Dehkon toimihenkilöitä olivat laatu-pääällikkö 2003–2005 ja laatuasiantuntija 2006–2010. Myös kustannustutkija työskenteli liiton toimihenkilönä 2007–2009 sekä lyhyen jakson vuoden 2010 alussa. Muita toiminimikkeitä ohjelmakauden aikana Dehkossa olivat projektipääällikkö, tutkija, tutkimusapulainen ja koulutusvastaava, nämä työsuhteet olivat muutamien kuukausien mittaisia.

#### Sisäisen arvioinnin mukaan

Dehkon henkilöstömäärää pidettiin melko pienenä, vaikkakin riittävänä lukuun ottamatta tiedotuksen resursseja. Viestintään olisi tarvittu enemmän henkilöstöä. Osaamistaustaltaan Dehkon henkilöstö katsottiin sopivaksi.

*Dehkon henkilöstössä toimineiden nimet ja toimintaajat ovat tämän raportin liitteessä 1.*

Diabetesliiton liittovaltuusto päätti vuosittain osana liiton toiminta- ja taloussuunnitelmaa myös Dehkon toimintasuunnitelmasta ja talousarviosta. Diabetesliiton liittohallitus käsitteli ja hyväksyi ohjelman strategiset linjaukset. Liiton toimitusjohtaja toimi Dehkon pääsihteerin lähiesimiehenä. Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmällä ei ollut varsinaista päätösvaltaa, vaan ryhmä toimi ohjelman ylimpänä asiantuntijaelimenä huolehtien ohjelman tavoitteiden mukaisesta suuntaamisesta. Samalla se toimi linkkinä toimijakenttään ja sidosryhmiin. Dehkon päätöksenteko-organisaatio on kuvattu oheisessa kaaviossa.



KUVA 3. Dehkon organisaatio.

### 3.2. Asiantuntijatoiminta ja työryhmät

Kansallisen diabetesohjelman henkilöstö muodostui pääosin koordinoivasta henkilöstöstä. Vain ajoittain Dehkossa oli palkattuna asiantuntijatyöntekijöitä. Tästä syystä hankkeiden edellyttämä diabetes-, tutkimus- ja muu asiantuntijaosaaminen hankittiin ohjelmaan joko asiantuntijatyöryhmiltä tai toimeksiantojen avulla. Dehko asetti työryhmät, ja niiden kokoonpanot ja tehtävät vahvistettiin Diabetesliiton liittohallituksessa.

#### Koordinaatioryhmä

Ohjelman valmisteluun oli perustettu koordinaatioryhmä, jonka puheenjohtajana toimi professori Marja-Riitta Taskinen. Ryhmä koostui ohjelman eri osa-alueita valmistelleen kahdeksan työryhmän puheenjohtajista. Asiantuntijatyöryhmät asetettiin aihepiireittäin. Ryhmien kokoonpanoissa keskityttiin asiantuntemukseen, vahvaan perusterveydenhuollon edustukseen sekä diabeetikkojen näkyvään integrointiin kehittämistyössä. Ryhmän toimeksianto päättyi ohjelmavalmistelujen loputtua.

#### Ohjelmavalmistelun työryhmät

- ▶ Hoito-organisaatio ja resurssit

- ▶ Aikuistyyppin diabetes
- ▶ Nuoruustyyppin diabetes
- ▶ Rekisteri, seurantaohjelmat ja hoidon teknologia
- ▶ Hoidonohjaus
- ▶ Aikuistyyppin diabeteksen ennaltaehkäisy
- ▶ Diabeetikon rooli omahoidossa ja hoitojärjestelmässä
- ▶ Hoidon kustannukset

*Koordinaatioryhmän ja valmisteluryhmien kokoonpanot ovat tämän raportin liitteessä 2.*

#### Ohjaus- ja seurantaryhmä

Koordinaatioryhmän työn päätyttyä Diabetesliiton liittohallitus asetti Dehko-ohjelmalle ohjaus- ja seurantaryhmän vuonna 2001. Ohjausryhmään kutsuttiin kaikkien tärkeiden sidosryhmien edustus. Lisäksi varmistettiin ryhmän riittävä diabetesasiantuntemus ja diabeetikkojen edustus. Alusta lähtien ryhmän puheenjohtajana toimi professori Matti Uusitupa Kuopion yliopistosta (Itä-Suomen yliopisto 2010 alkaen). Ohjaus- ja seurantaryhmän kokoonpano tarkistettiin, ja edustus kutsuttiin kolmevuotiskausittain (2001–2003, 2004–2007 ja 2008–2010). Ryhmä kokoontui pääosin kaksi kertaa vuodessa, esittelijänä toimi Dehkon pääsihteeri. Ryhmän työskentely pai-



nottui terveydenhuollon toimijoiden sitouttamiseen ja ohjelman edistymisen seuraamiseen, mutta siihen liittyi myös erilaisten ohjelmatoimien ja tilaisuuksien suunnittelua. Ohjaus- ja seurantaryhmän jäsenet, Diabetesliiton henkilökuntaa lukuun ottamatta, työskentelivät luottamustehtävän periaatteella, vain kokouspalkkiot ja matkakorvaukset maksettiin ohjelman budjetista.

Vuonna 2009 Dehkon loppuarvioinnille muodostettiin ohjaus- ja seurantaryhmän neljästä jäsenestä arvioinnin ohjausryhmä, joka toimi sekä sisäisen että ulkoisen arvioinnin tukena. Arvioinnin ohjausryhmän puheenjohtajana toimi johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöstä.

*Ohjausryhmän kokoonpanot ja arvioinnin ohjausryhmän kokoonpano ovat liitteessä 3.*

## Hankeohjausryhmät

Suurimmille Dehko-hankkeille tai hankekokonaisuuksille kutsuttiin omat ohjausryhmänsä. Hankeohjausryhmät toimivat samoilla luottamustehtävän periaatteilla kuin koko Dehko-ohjelman ohjaus- ja seurantaryhmä.

**Laatuhankkeiden ohjausryhmä** toimi diabeteksen hoidon laadun parantamiseen tähtäävien Dehkon hankkeiden ohjausryhmänä. Ryhmän puheenjohtajana toimi professori Marjukka Mäkelä Finoohtasta. Dehkon laatuhankkeita olivat Diabeteksen hoidon laatukriteerien ja -mittarien asettaminen ja päivittäminen, diabeteksen hoidon laatumittaukset, Diabetes Suomessa 2005 -tutkimus sekä diabeteksen hoidon laadun seurantajärjestelmän kehittäminen. Laatuhankkeiden ohjausryhmä oli merkittävä työn tuki Dehkon laatupäällikölle ja myöhemmin laatuasiantuntijalle. Laatuhankkeiden ohjausryhmä seurasi aktiivisesti myös FinDM II -tutkimusta, jolle oli asetettu oma tutkimusyhteistyöhön kuuluneiden organisaatioiden edustuksista koottu ohjausryhmänsä.

**Kustannustutkimuksen ohjausryhmä** asetettiin ohjaamaan Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007 -tutkimusta. Sama ryhmä vastasi tutkimuksen valmistelutyöstä. Ryhmän puheenjohtajana toimi professori Pekka Rissanen Tampereen yliopistosta. Ohjausryhmä antoi tukensa Dehkon henkilöstöön kuuluvalla kustannustutkijalle, ja puheenjohtaja toimi tutkimuksen tieteellisenä johtajana.

**Diabetestyön kehittäminen** (IDF:n sertifioitu moduulikoulutus, Diabetes Education Modules) -projektin ohjausryhmä perustettiin ohjaamaan uuden kansain-

välisen moniammatillisen täydennyskoulutuksen tuomista Suomen olosuhteisiin. Ryhmän puheenjohtajana toimi dosentti Liisa Hiltunen Oulun yliopistosta.

*Hankeohjausryhmien kokoonpanot ovat liitteessä 4.*

## Projektiryhmät

Projektiryhmiä perustettiin hankkeiden toteutuksen niin edellyttäessä. Kunkin kehittämishankkeen kannalta tarpeellisen asiantuntijuuden ja oleellisten organisaatioiden edustus varmistettiin. Ryhmien jäseniksi pyydettiin nimenomaisesti kulloiseenkin aiheeseen liittyvästä kehittämistyöstä kiinnostuneita ja kyseisessä asiassa ansioituneita henkilöitä. Työt pohjustettiin valmistelevilla kokouksilla, joissa käsiteltiin työn taustat, tavoitteet ja työtavat.

Koordinaatiovastuu projektiryhmien toiminnasta oli Dehkon henkilöstöllä. Työryhmien päätarkoitus oli asiantuntijuus ja sisällöllinen tuottaminen. Kaikkien ryhmien tuottamat kehittämistyöt kävivät läpi laajan kommentoinnin. Raportit ja työkalut viimeisteltiin Dehkon omana työnä. Lähes poikkeuksetta kaikki ryhmien jäsenet osallistuivat työhön aktiivisesti. Ryhmien jäsenille maksettiin kokouspalkkiot Diabetesliiton palkkiosäännön mukaan sekä matkakorvaukset. Kokemus osoitti, että rahan lisäksi työhön motivoi osallistuminen oman erityisalan kehittämiseen.

## Projekti- ja työryhmiä

- ▶ Tyypin 2 diabeteksen viestintäkampanjan suunnittelu
- ▶ Kuntastrategia
- ▶ Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn suunnittelu
- ▶ Hoidonohjauksen toteuttamisen periaatteet (valmistelu, Suomen DESG, hallitus)
- ▶ Diabeetikon henkilökohtainen kuntoutus
  - Suuntaviivoja nuorten ja aikuisten tyypin 1 diabeetikoiden hoitoon ja kuntoutukseen, 2008
  - Suuntaviivoja tyypin 2 diabetesta sairastavien diabeetikoiden hoitoon ja kuntoutukseen, 2010
- ▶ Laatukriteerityöryhmiä
  - Diabeetikoiden hoito
  - Diabeetikon hoidonohjaus
  - Lasten diabeteksen hoito
  - Diabeetikon jalkojenhoito
  - Lääkehoito
  - Lääkkeetön hoito
- ▶ Diabeteshoitotyön osaamisen kehittäminen terveydenhuollon koulutuksessa
- ▶ Diabetes terveydenhuoltoalan koulutuksessa -selvitys ja suositukset, Dehkon koulutustyöryhmä

## Toimeksiannot ja yhteistyösopimukset

Osa Dehkon hankkeista toteutettiin asiantuntija-toimeksiantoina tai yhteistyösopimuksella. Toimeksiantojen perusteena olivat asiantuntijatyön suuri määrä tai pitkä kesto. Toimeksiannoissa maksettiin sopimuksen mukainen palkkio tai työkorvaus, joko asiantuntijalle tai hänen edustamalleen organisaatiolle. *Toimeksiannot ovat liitteessä 5.*

### 3.3. Yhteistyö- ja sidosryhmätoiminta

Dehkon toiminnan perustana oli laaja yhteistyökenttä sekä kehittämistyöhön sitoutuneet intressitahot. Toiminta painottui terveydenhuollon kanssa toimimiseen ja sen kautta vaikuttamiseen. Myös diabetesyhdistysten rooli oli tärkeä muun muassa kuntavaikeuttamistyössä, lisäksi diabeetikot olivat mukana eri työryhmien työskentelyssä.

#### 3.3.1. Dehkon toteuttajat

Dehkoa toteuttivat käytännössä perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, työterveyshuolto, sairaanhoitopiirit ja niiden diabetestyöryhmät sekä Diabetesliitto.

#### Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito

Ohjelman toteutuksen organisoinnissa huolehdittiin, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito olivat edustettuina kehittämistyön kaikilla tasoilla, mm. ohjaus- ja seuranataryhmässä sekä asiantuntijatoiminnassa. Terveys- ja huolto oli merkittävässä asemassa ohjausmateriaalin kanavoimisessa tyyppin 2 diabeteksen sairastumisriskissä oleville sekä jo diabetekseen sairastuneille henkilöille. Terveys- ja huollon organisaatiot alkoivat kehittää diabeteksen ehkäisyä ja hoidon laatua sekä käyttämään apunaan Dehkon tuottamia työkaluja. Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoiton kentällä syntyi laajalti Dehkon tavoite- ja toimintaperiaatteisiin nojaavia, itsenäisiä, paikallisia ja alueellisia kehittämishankkeita. Terveys- ja huollon edustajat osallistuivat aktiivisesti Dehkon järjestämiin tilaisuuksiin ja koulutustapahtumiin.

## Sairaanhoitopiirit ja niiden alueelliset diabetestyöryhmät

Sairaanhoitopiirit ja niiden alueelliset diabetestyöryhmät olivat Dehko-työssä mukana jo ohjelman valmistelusta lähtien. Säännöllisen yhteydenpidon lisäksi yhteistyö sai konkreettisia muotoja asiantuntijatyöskentelyssä ja alueellisessa koulutustoiminnassa. Diabetestyöryhmät vastasivat oman alueensa diabetesosaamisen kehittämisestä. Dehko seurasi säännöllisesti diabetestyöryhmien toimintaa sekä hoitokäytäntöjen ja kehittämistyön etenemistä. Dehko tuki taloudellisesti diabetestyöryhmien puheenjohtajien osallistumisia Dehkon tilaisuuksiin, mm. kaikkiin suurtahtumiin tarjottiin maksuton osallistuminen matka- ja yöpymiskuluineen. Sairaanhoitopiireissä käynnistyi kehittämishankkeita diabeteksen hoidon laadun kehittämiseksi.

#### Sisäisen arvioinnin mukaan

Dehko hyödynsi kiitettävästi terveydenhuollon toimijoiden ja tärkeiden sidosryhmien osaamista kehittämistyössään. Kattavimmin hyödynnettiin perusterveydenhuollon, sairaanhoitopiirien diabetestyöryhmien sekä Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen osaamista. Seuraavina tulivat erikoissairaanhoito, sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kuntaliitto. Työterveyshuollon, diabeetikoiden ja Kansaneläkelaitoksen osaamisen hyödyntämisen arvioitiin jääneen vähemmälle.

#### Työterveyshuolto

Työterveyshuollon rooli oli merkittävä erityisesti tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyä ja varhaisen toteamisen osalta. Työterveyshuolto omaksui nopeasti kansallisen ohjelman tuottaman ohjausmateriaalin ja terveydenhuollon työkalujen hyödyntämismahdollisuudet. Myös asiantuntijayhteistyö oli aktiivista.

#### 5.3.2. Sidosryhmät

**Sosiaali- ja terveysministeriö (STM)** osallistui Dehko-ohjelmaan alusta lähtien, STM:n kansanterveyden neuvottelukunnan sydän- ja diabetesjaosto oli ohjelman valmistelun tukena. Ministeriö osallistui ohjelman tunnetuksi tekemiseen ja ohjelmakirjan levittämiseen sekä ohjelmakirjan englanninkielisen version rahoitukseen. Ministeriöllä oli edustus

Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmässä koko ohjelman ajan, ja asiantuntijayhteistyö oli aktiivista. Ministeriö kanavoi rahoituksen kansallisesta terveyshankkeesta Dehkon tyyppin 2 ehkäisyohjelman toimeenpanohankkeelle, D2D:lle. D2D-hankkeen päätyttyä käynnistyi yhteistyö Terveyden edistämisen politiikkaohjelman kanssa D2D-hankkeessa kehitettyjen toimintamallien ja hyvien käytäntöjen levittämiseksi. Tämän työn konkreettisena muotona toteutettiin Valtimoterveyttä kaikille -projekti sosiaali- ja terveysministeriön rahoituksella Diabetesliiton ja Sydänliiton vastatessa projektin käytännön toteutuksesta.

**Kansanterveyslaitos (KTL)** teki Dehkon kanssa tutkimus- ja kehittämissyhteistyötä, jonka merkittävimpinä tuloksina voidaan mainita tyyppin 2 diabeteksen sairastumisriskiä mittaavan riskitestin kehittäminen (Jaakko Tuomilehto, Jaana Lindström). **Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus (Stakes)** toimi niin ikään tutkimustoiminnan yhteistyökumppanina. Merkittävimpinä tuotoksina olivat Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa 2000–2001 -tutkimus (Timo Valle) sekä Diabetes Suomessa -tutkimus 2005 (Marja Niemi ja Klas Winell), joka selvitti diabeteksen ja sen lisäsairauksien esiintyvyyttä ja ilmaantuvuutta Suomessa. Sekä KTL että Stakes olivat edustettuina Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmässä, ja asiantuntijayhteistyö oli aktiivista. KTL:n ja Stakesin yhdistyttyä **Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL)** yhteistyö jatkui edelleen saumattomana, ja ohjelman loppuvaiheessa toteutettiin yhteistyössä vielä FinDM II -tutkimus (Reijo Sund, Sari Koski) jatkona Diabetes Suomessa -tutkimukselle sekä kontrollitutkimus Diabeetikkojen hoitotasapainosta Suomessa 2009–2010 (Timo Valle). FinDM II -tutkimuksen aineistosta saatiin tieteellisiä artikkeleita ja pysyvän raportointijärjestelmän alusta diabeteksen ja lisäsairauksien esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden seuraamiseen.

Muita merkittäviä Dehkon sidosryhmiä olivat **Kansaneläkelaitos (KELA), Kuntaliitto, Suomen Sydänliitto, Apteekkariliitto, UKK-instituutti ja Diabeteshoitajat ry.** Kaikki nämä tahot olivat edustettuina Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmässä koko ohjelmakauden ajan. KELAn tuki ja osallistuminen Dehkon tutkimustoimintaan oli merkittävä. Kuntaliiton rooli korostui kuntavaikuttamistyössä ja konkreettisessa yhteistoiminnassa, kuten tilaisuuksien järjestämisessä ja tiedottamisessa. Apteekkariliiton rooli painottui tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmaan osallistumiseen, ja tuloksena syntyi myös Apteekkien diabetesohjelma. Apteekkien diabetesyhdyshen-

kilöiden verkosto kasvoi merkittäväksi kanavaksi diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämistyössä. UKK-instituutti tuotti selvityksen Dehko-ohjelman tunnettuudesta terveysalan ammattilaisten keskuudessa. Ohjelmakauden aikana Diabetesliiton ja Sydänliiton välille muotoutui strateginen kumppanuus. Liitot koordinoivat toimintaansa yhteistyössä sekä jakoivat tehtäviä keskenään. Esimerkkinä työnjaosta voidaan mainita terveydenedistämistyö, jossa lapsiin ja nuoriin kohdistuvat toimet olivat Sydänliiton toimialaa ja Diabetesliitto keskittyi aikuisväestöön. Sydänliiton kanssa Dehko-toiminta sai monia konkreettisia yhteistoimintamuotoja, joista merkittävimpinä voidaan mainita Pieni Päätös Päivässä -projekti ja siihen liittyvä painonhallintaohjaajien ryhmäohjaajakoulutuksen kehittäminen sekä Valtimoterveyttä kaikille -projektin toteutus.

**Tampereen yliopiston terveystaloustieteen laitos** nousi tärkeään yhteistyörooliin, kun Dehko lähti toteuttamaan Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007 -tutkimusta. Tutkimusta varten solmittiin yhteistyösopimus, jonka mukaan tutkimuksen tieteellisestä johdosta vastasi Tampereen yliopisto. Eduskunnan diabetestyöryhmän kautta voitiin kanavoida säännöllisesti informaatiota päättäjille. Esimerkiksi syksyllä 2009 järjestettiin eduskunnan diabetesseminaari, jossa keskityttiin Suomen diabetestilanteeseen ja diabeteksen kustannuksiin. Kansanedustajien lisäksi tilaisuuteen osallistui keskeisiä viranomaisia ja median edustajia. **Terveyden edistämisen keskus** toimi merkittävänä tiedotuskanavana koko ohjelman ajan. Asiantuntijayhteistyön kannalta tärkeitä sidosryhmiä olivat myös **Suomen Lääkäriliitto, Kuluttajaliitto ja monet ammattikorkeakoulut.**

### 3.4. Tukijat ja yritysyhteistyö

Dehko sai ensimmäiset yritystukijat jo vuonna 1999. Kaikkiaan Dehkoa oli sen ohjelmakauden aikana tukemassa 20 eri yritystä, jotka edustivat diabetesalan lääkevalmisteita ja hoitovälineitä tai elintarvike- tai vakuutusala. Yritysten tuki Dehkolle toteutettiin vuotuisen sopimuksen perusteella. Sopimukseen määriteltiin kolme tukitasoa: pääsponsor, sponsori ja tukija. Dehkon yrityksiltä saaman tuen käyttötarkoitusta ei suunnattu tiettyihin toimiin tai sidottu määrättyihin kohteisiin, vaan tuki kohdistui koko ohjelmaan. Pääsponsoreiden logot sekä sponsoreiden ja tukijoiden nimet julkaistiin Dehkon nettisivuilla ja kyseisen tukivuoden julkaisuissa. Ohjelman toimintakautena yrityksiltä saadut varat kattoivat vajaan kolmanneksen Dehkon budjetista.

Jorma Huttunen, Johannes Koskinen, Kirsti Talsi-Sirkka ja Marjo Matikainen eduskunnan diabetesseminaarissa 2009.



Vuoden 2009 Dehko-päivien lisäsairauspaneeli.

Teuvan kunta palkitsi diabeteksen ehkäisytystä. Kuvassa vasemmalta Mirja Kaleva, Pirkko-Liisa Järvi-Laturi, Maija-Liisa Saksa ja Eija Runsala.



Dehko tiedotti aktiivisesti ohjelman etenemistä ja tuloksista yritys yhteistyökumppaneilleen. Vuosittain järjestettiin tiedotus- ja neuvottelutilaisuuksia tukijayrityksille sekä aika-ajoin tätä laajemmallekin yritysjoukolla. Yritysten ja Dehkon yhteisin ponnistuksin haettiin lisänäkyvyyttä diabeteksen hoidon kehittämiseksi ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä. Yrityksillä oli merkittävä rooli myös Dehko-päivillä. Suurkatselmusten kaupallisten näyttelyiden näyttelymyynnillä pystyttiin tukemaan tapahtumien rahoitusta ja toisaalta tarjoamaan tapahtumiin osallistuville diabetesalan toimijoille ajantasaista tietoa diabetesalan lääkevalmisteista ja välineistä sekä terveyttä edistävästä elintarvikkeista.

### 3.5. Talous

Dehkon toiminta käynnistyi Diabetesliiton resursseilla vuonna 1998. Vuodesta 1999 lähtien Raha-automaattiyhdistys (RAY) toimi Dehko-ohjelman päärahoittajana. Vuosina 1999–2010 RAY:n rahoitus Dehkolle oli yhteensä noin 3,5 miljoonaa euroa. Dehko-ohjelman rahoitus vuosina 1998–2010 oli kaikkiaan 6 miljoonaa euroa, josta yrityksiltä saadun tuen osuus oli vajaat 1,4 miljoonaa euroa. Ohjelman noin 6 miljoonan kokonaiskustannuksista henkilöstökulujen osuus oli 2,6 miljoonaa euroa. Dehkon 2D-hankkeen talous ja rahoitus muodostivat oman erillisen kokonaisuutensa, joka on esitelty D2D-hankkeen erillisessä loppuraportissa. Vuosina 2003–2008 toteutetun D2D-hankkeen kokonaiskustannukset olivat yhteenlaskettuina noin 8,4 miljoonaa euroa.

Dehkon pääsponsorit, sponsorit ja tukijat 2000–2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
sanofi-aventis (Aventis Pharma)											
Novo Nordisk Farma Oy											
GlaxoSmithKline (SmithKline Beecham)											
Oy Eli Lilly Finland Ab											
Tamro Oy/Tamro Medlab											
Abbott Oy											
Bayer Oy/Diabetes Care											
Oy Leiras Finland Ab											
Orion Pharma											
MSD Finland Oy											
HemoCue Oy											
LifeScan/Johnsson&Johnsson											
Novartis Finland											
GEA Oy											
Pfizer Oy											
Roche Diagnostics											
Vaasan Oy											
Keskinäinen työeläke-vakuutusyhtiö Varma											
OneMed Oy											
Valio											

KUVA 4. Dehkoa tukeneet yritykset.

TUKITASOT	1999–2005 (euroa)	2006–2010 (euroa)
Pääsponsorit	15 000	18 000
Sponsorit	10 000	12 000
Tukija	5 000	6 000

KUVA 5. Dehkon yritys yhteistyön tukitasot.

TAULUKKO 1. Dehkon rahoitus.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
RAY		84 000	117 500	167 500	187 500	390 000	357 000
Sponsorit		51 000	96 500	97 500	93 500	100 000	115 000
Osallistumismaksut						55 500	
Näyttelytuotot						43 500	
Muut tuotot		12 000	15 000	29 500	4 500	9 500	26 000
Diabetesliitto	68 500	56 000	3 500	8 000	3 500	2 500	4 000
<b>Yhteensä</b>	<b>68 500</b>	<b>203 000</b>	<b>232 500</b>	<b>302 500</b>	<b>289 000</b>	<b>601 000</b>	<b>502 000</b>

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Yhteensä
RAY	355 000	355 000	355 000	355 000	326 500	380 000	3 430 000
Sponsorit	120 000	138 000	144 000	120 000	144 000	126 000	1 345 500
Osallistumismaksut		153 500			128 000	120 000	457 000
Näyttelytuotot		53 500			64 500	100 000	261 500
Muut tuotot	42 500	68 000	52 000	54 000	9 000	12 000	334 000
Diabetesliitto	36 500	12 000	1 000	1 500	0		197 000
<b>Yhteensä</b>	<b>554 000</b>	<b>780 000</b>	<b>552 000</b>	<b>530 500</b>	<b>672 000</b>	<b>738 000</b>	<b>6 025 000</b>

TAULUKKO 2. Dehkon kustannukset.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Henkilöstökulut	50 500	102 500	115 500	157 500	176 500	231 500	273 000
Matka- ja kokouskulut	16 000	59 000	48 000	36 000	41 000	120 000	49 000
Painotyöt		24 000	60 000	43 000	32 000	104 500	87 000
Tietoliikennekulut		5 500	2 000	3 000	17 000	22 000	9 500
Seuranta ja arviointi					16 500	30 000	17 000
Muut kulut	2 000	12 000	7 000	63 000	6 000	93 000	66 500
<b>Yhteensä</b>	<b>68 500</b>	<b>203 000</b>	<b>232 500</b>	<b>302 500</b>	<b>289 000</b>	<b>601 000</b>	<b>502 000</b>

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Yhteensä
Henkilöstökulut	349 000	201 000	198 000	252 000	232 500	287 500	2 627 000
Matka- ja kokouskulut	38 000	222 000	66 000	35 000	215 000	220 000	1 165 000
Painotyöt	66 000	134 000	82 500	106 500	37 000	30 000	806 500
Tietoliikennekulut	23 500	33 500	24 000	34 500	20 500	25 000	220 000
Seuranta ja arviointi	2 500	81 000	77 000	31 500	62 500	42 500	360 500
Muut kulut	75 000	108 500	104 500	71 000	104 500	133 000	846 000
<b>Yhteensä</b>	<b>554 000</b>	<b>780 000</b>	<b>552 000</b>	<b>530 500</b>	<b>672 000</b>	<b>738 000</b>	<b>6 025 000</b>

Vuoden 2010 luvut ovat arvioita ja sisältävät vuoden 2011 Dehko-päivät.

#### Sisäisen arvioinnin mukaan

Dehkon varoja suunnattiin kehittämistyössä melko tasaisesti eri osapuolia hyödyttävällä tavalla. Terveystuon ammattilaisten katsottiin hyötyneen eniten Dehko-ohjelmasta, sitten koko yhteiskunnan. Diabeetikoiden ja terveydenhuollon organisaatioiden arvioitiin jääneen hieman vähemmälle.

## 4. Ohjelman toteutus ja keskeiset saavutukset

Tammikuussa 2000 järjestetyssä Konsensuskoksessa Dehko-ohjelma hyväksyttiin vuosiksi 2000–2010 Suomen kansalliseksi diabetesohjelmaksi. Ohjelman toteutus lähti käyntiin Diabetesliiton koordinoimana.

### 4.1. Ohjelman eteneminen

Dehko-ohjelma eteni kolmessa vaiheessa. Ensimmäinen vaihe keskittyi toimenpideohjelman valmisteluun ja hyväksymiseen. Toiseen vaiheeseen kuuluivat toimenpideohjelman tiedotus, koulutus ja markkinointi sekä lähtötilanteeseen liittyvät selvitykset. Kolmannessa vaiheessa käynnistettiin tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma ja Dehkon eteenpäin viemisen toimenpiteet.

*Dehko-ohjelman valmistelu ja vuosittainen eteneminen 1998–2010 on kuvattu kaaviomuodossa liitteessä 6.*

#### Sisäisen arvioinnin mukaan

Dehkon toteutuksen aikana toiminta-alueista painotettiin eniten vastaajien mielestä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä, yli 50 %. Hoidon ja hoidon laadun kehittäminen sai Dehkon työpanoksesta reilut 30 % ja diabeetikon omahoidon tukeminen alle 20 %.

Osa vastaajista katsoi, että ehkäisyyn oli panostettu liikaa hoidon laadun kehittämisen kustannuksella. Osa taas katsoi, että ehkäisyyn olisi pitänyt satsata vieläkin enemmän. Vastauksissa tuotiin yhtenäisesti esille, että diabeetikon omahoidon tukemiseen olisi ollut syytä panostaa enemmän.

Valtaosa kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, että Dehkon hankkeet muodostivat selkeän kokonaisuuden ja että Dehkon projektit seurasivat toisiaan loogisesti.

#### 4.1.1. Ohjelman käynnistyminen ja sisältöalueiden tarkentuminen

Dehkon hyväksymistä seurasi ohjelman tunnetuksi tekeminen, jonka osana ohjelmakirjaa jaettiin laajalti sosiaali- ja terveysministeriön aktiivisella myötävaiikutuksella. Ohjelmalle perustettiin omat verkkosivut osoitteeseen [www.diabetes.fi](http://www.diabetes.fi). Ohjelman virallisen aloituksen jälkeen käynnistyi yhteistyökumppaneiden ja tukijoiden haku. Vuoden 2001 puolella ohjelmalle kutsuttiin ohjaus- ja seurantaryhmä, johon pyydettiin tärkeiden sidosryhmien, yhteistyö- ja intressitahojen, diabetesalan asiantuntijoiden sekä diabeetikkojen edustus.

Dehkon valmisteluvaiheessa oli työskennellyt kahdeksan asiantuntijaryhmää teemoilla: hoitoorganisaatio ja resurssit, aikuistyyppin diabetes, nuoruustyyppin diabetes, hoidonohjaus, aikuistyyppin diabeteksen ennaltaehkäisy, diabeetikon rooli omahoidossa ja hoitojärjestelmässä, hoidon kustannukset sekä rekisteri, seurantaohjelmat ja hoidon teknologia. Ohjelman sisällön selkiyttämiseksi ja toiminnan järkevöittämiseksi valmistellut osa-alueet ryhmiteltiin myöhemmin kolmeen osakokonaisuuteen, jotka muodostivat ohjelman toimintasektorit.

Dehkoa lähdettiin toteuttamaan kolmella päätoiminta-alueella, jotka olivat 1) tyypin 2 diabeteksen ehkäisy, 2) hoidon ja hoidon laadun kehittäminen ja 3) diabeetikon omahoidon tukeminen. Varsinainen kuvaus ohjelman päätoiminta-alueista, Dehko-kaavio, syntyi ensimmäisen väliarvioinnin jälkeen. Näiden laajojen osa-alueiden yhtäaikainen edistäminen oli yksi Dehkon suurimmista haasteista. Sitoutuneen henkilöstön ja asiantuntijoiden toimin organisointiin hankekokonaisuus, joka vuosien ajan tuotti terveydenhuollon työkaluja, suosituksia, selvityksiä, toimintamalleja ja uutta tutkimustietoa niin, että kaikkien toimintasektoreiden tavoitteet säilyivät tähtäimessä.



KUVA 6. Dehko-kaavio.

#### 4.1.2. Ohjelmatyön muodot

##### Työskentelymalli

Sekä asiantuntijatyöryhmien että yksittäisten asiantuntijoiden merkitys oli Dehkon toiminnassa keskeinen. Valtakunnallinen asiantuntemus varmistti Dehkon etenemistä, työn laatua ja tuloksellisuutta koko ohjelman ajan. Ohjelmaorganisaatiosta muodostui hallinnolliselta rakenteeltaan kevyt ja nopealiikkeinen. Dehkon toimijat vastasivat ohjelman vetämisestä, käytännön toiminnan pyörittämisestä ja sisäisestä päätöksenteosta sekä viestinnästä. Suunnitelmien hyväksyminen ja ylempi päätöksenteko taas tapahtui Diabetesliiton päätöksenteko-järjestelmässä, mikä vapautti Dehkon työryhmissä mukana olleet asiantuntijat keskittymään sisällölliseen työhön. Dehkon toimintaan liittyvät resurssipäätökset tehtiin vuosittain Diabetesliiton liittohallituksessa.

On tärkeää huomata, että Dehko-organisaatio ei toiminut suoraan diabeteskentällä, vaan välitti ohjelman tuottamaa tietoa, työkaluja ja suosituksia diabetestoimijoille, päättäjille ja diabeetikoille. Kehittämistyön käytännön toteutus ja juurruttaminen tapahtuivat terveydenhuollossa. Ohjelman suunta varmistettiin tarkistamalla säännöllisesti tavoitteiden realistisuutta ja asetettujen avaintoimenpiteiden toteutumista. Tilannetta tarkasteltiin osana ohjelmatyötä, mutta myös ulkoisia arvioita haettiin.

Keskeinen osa Dehkon toimintaa oli tiedotus terveydenhuollon organisaatioille ja toimijoille, sidosryhmille, yhteistyötahoille, kunnallisille päättäjille sekä väestölle. Dehkon tiedotustoimintaa on kuvattu tarkemmin luvussa 6. Varsin pian ohjelman lähdeyttä liikkeelle ohjelmatyöhön tuli mukaan myös kansainvälinen yhteistyö, jonka kuvaus löytyy tämän raportin luvusta 7.

##### Kuntavaikuttaminen

Kuntavaikuttaminen oli tärkeä tehtävä, joka kulki hanketyön rinnalla koko ohjelman ajan.

Dehkon kuntavaikuttamisoperaatiot toteutettiin yhteistyössä diabetesyhdistysten kanssa vuosina 2003 ja 2005. Operaatioissa käytettiin vaikuttamisvälineinä Dehkon tuottamia informaatiopaketteja kunta-päättäjille. Suomen Kuntaliitto oli tärkeä yhteistyökumppani ja tiedonvälittäjä kunnalliselle sektorille.

Kuntaliiton kanssa järjestettiin yhteistyötapaamisia vuosittain. Kuntaliiton kanssa järjestettiin vuonna 2007 yhteistyöseminaari ”Terveysten edistämisen hankkeista pysyvään toimintaan” terveydenhuollon operatiiviselle johdolle ja kunnallisille päättäjille. Seminaarin pohjalta tuotettiin ”Diabetes on ehkäistävä, mutta asialla on kiire” -esite. Dehko-ohjelman loppuvaiheessa suunniteltiin yhteistyössä Kuntaliiton



kanssa sen tiedotuskanavien hyödyntämistä diabetekseen liittyvän kustannustiedon viemiseksi kunnallisen päätöksenteon ulottuville.

Dehko järjesti 2009 eduskunnan diabetesryhmän kanssa diabetesseminaarin, johon osallistui kansanedustajien lisäksi keskeisiä virkamiehiä ja median edustajia. Seminaarin pääaiheina olivat diabeetikojen määrän kasvu ja diabeteksen kustannukset. Dehkon viesti kulkeutui näin kansanedustaja-kunnallispoliitikoilta arvovaltaista reittiä kuntiin eri puolille Suomea.

## 4.2. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma ja sen toimeenpanohanke D2D

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy oli Dehkon päätavoite. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy osoittautui niin laajaksi kokonaisuudeksi, että se tarvitsi oman kehittämisohjelmansa. Ehkäisyohjelman toteuttaminen oli kansallisesti suuri haaste. Se oli myös ensimmäinen valtakunnallinen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma koko maailmassa. Kansallisesti ohjelma koettiin välttämättömäksi, koska arvioitiin, että terveydenhuollon henkilöresurssit ja taloudelliset resurssit eivät tulisi kestämaan tyypin 2 diabeetikoiden määrän suurta kasvua.

Diabeteksen yleistymisen tiedettiin olevan maailmanlaajuinen ilmiö, johon Maailman terveysjärjestö WHO oli kiinnittänyt huomiota jo 1990-luvulta lähtien. Dehkon ehkäisyohjelma nivoutui hyvin muihin kansallisiin ohjelmiin: Terveys 2015 -kansanterveysohjelmaan, Kansalliseen terveydenhuoltoonprojektiin, sosiaali- ja terveystalouden strategioihin sekä Terve kunta -hankkeeseen ja lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kuntastrategioihin. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma pohjautui suomalaisesta DPS-tutkimuksesta saatuihin tuloksiin ja kokemuksiin, maamme johtavien diabetes-, lihavuus-, ravitsemus- ja liikunta-asiantuntijoiden tietoon sekä perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon edustajien arkikäytännön tuntemukseen.

Dehkoon sisältyvän tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman 2003–2010 tavoitteena oli kehittää terveyden edistämisen organisaatioita ja ehkäisevän terveydenhuollon toimintakäytäntöjä. Ehkäisyohjelmalle laadittiin valtakunnallinen kokonaissuunnitelma ja sen toteuttamiselle käytännössä haluttiin järjestää tarvittava rahoitus. Tavoitteena oli saada lihavuuden, tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisystä järjestelmällistä ja laajaan yhteistyöhön perustuvaa toimintaa. Ehkäisyohjelman toimeenpanosta vastasi Dehkon 2D -hanke 2003–2008.

*Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn ja Dehkon 2D -hankkeeseen liittyvien julkaisujen ja esitemateriaalien tiedot on koottu raportin liitteeseen 7 (Dehkon julkaisut).*

### 4.2.1. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma ja sen strategiat

Ehkäisyohjelman pohjana oli suomalaisesta DPS-tutkimuksesta (Diabetes Prevention Study) saatu tieto. Tutkimus osoitti ensimmäisenä maailmassa, että elintapojen korjaaminen – laihdutus, terveellinen ruokavalio ja liikunta – voi alentaa huomattavasti diabetesriskiä. Ehkäisyohjelman suunnitteli monipuolista asiantuntemusta edustava työryhmä puheenjohtajanaan professori Jaakko Tuomilehto. Ehkäisyohjelma sisälsi strategiakohtaiset organisoimisen tavoitteet ja tulostavoitteet sekä avaintoimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman ohjelmakirja valmistui 2003, ja ehkäisyohjelma tehtiin tunnetuksi laajalla koulutuskierröksellä, jonka yhteistyökumppaneina olivat sairaanhoitopiirien diabetestyöryhmät.

*Tiedot tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman suunnitteluryhmästä ovat liitteessä 2 (Koordinaatioryhmä ja valmistelutyöryhmät).*

#### Ehkäisyohjelman kolme strategiaa

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmassa oli kolme strategiaa, joissa keskeistä olivat terveyttä edistävät ruoka- ja liikuntatottumukset, tehostettu elintapaohjaus sekä laaja toimijoiden joukko.

Ehkäisevää toimintaa käytännössä toteuttivat erityisesti perusterveydenhuolto, työterveyshuolto apteekit ja järjestöt.

**Väestöstrategia pyrki edistämään koko väestön terveyttä ravitsemuksen ja liikunnan keinoin siten, että tyypin 2 diabeteksen vaaratekijät, lihavuus ja metabolinen oireyhtymä, vähenevät kaikissa ikäryhmissä. Strategia sisälsi yhteiskunnallisia ja yksilöihin suunnattavia toimenpiteitä, joiden tärkeänä tavoitteena oli lihavuuden ehkäisy.**

#### Väestöstrategian organisoimisen tavoitteet

- Terveyden edistämisen valtakunnallinen, alueellinen ja paikallinen organisaatio on toimiva ja vastuut on määritelty selkeästi. Toiminta kattaa ympäristön ja sosiaalisten käytäntöjen kehittä-

miseen liittyvän yhteistyön sekä laajaan liikunta-, ravitsemusneuvonta- ja painonhallintayhteistyöhön liittyvän koordinoinnin valtakunnallisine verkostoineen.

- ▶ Terveyttä edistävän toiminnan ja kansansairauksien ehkäisyä nykyresursseja arvioidaan uudelleen ja hyödynnetään tehokkaasti. Resursseja lisätään tarpeen mukaan valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla.
- ▶ Jokaisessa kunnassa on terveyden edistämistä ja kansansairauksien ehkäisyä koskeva toimintasuunnitelma osana kunnan hyvinvointistrategiaa sekä terveyden edistämiseen osallistuvien toimijoiden ja palvelujen verkosto. Suunnitelman toteutumista arvioidaan säännöllisesti, ja toimintaa kehitetään tulosten, uuden tiedon ja saatujen kokemusten pohjalta.
- ▶ Terveyden edistämiseen on kehitetty “matalan kynnyksen” malli, joka tavoittaa ne kohderyhmät, jotka ovat esimerkiksi koulu- ja työterveyshuollon ulkopuolella.
- ▶ Terveyden edistäminen ja määrätietoinen kansansairauksien ehkäisy on perusterveydenhuollon (mukaan lukien neuvolat, työterveyshuolto, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto) sekä varusmiespalvelua suorittavien ja ikääntyvien terveydenhuollon suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa.
- ▶ Terveyttä edistävän toiminnan tuloksellisuus on turvattu toimijoiden sopimien yhteisten toimintalinjojen, henkilökunnan jatkuvan koulutuksen, laatujärjestelmän ja siihen sisältyvän säännöllisen arvioinnin avulla.
- ▶ Ravitsemusasiatuntemuksen määrää lisätään perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Lisäksi painonhallintaan liittyvä ryhmätoiminta kuuluu pysyvästi sekä terveystieteiden että työterveyshuollonasiakaspalveluun, ja terveydenhuolto on osa paikallista painonhallinta-, liikunta- ja ravitsemusohjauspalvelujen verkostoa.

#### Väestöstrategian tulostavoitteet

- ▶ Toteutetaan Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohanke (2003–2007) sekä terveyden edistämiseen ja kansansairauksien ehkäisemiseen tähtäävien valtakunnallisten toimenpideohjelmien keskeisimmät suositukset. Tällaisia ohjelmia ovat Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja

verisuoniterveyden edistämiseksi (1997–), Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämiseksi (2002), Valtion ravitsemuspoliittinen ohjelma (2003), Terveystieteiden paikalliset suositukset (2000) sekä Diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämissuunnitelma (2000–2010).

- ▶ Terveellisten ruokatorumusten ja terveyttä edistävän liikunnan perusviestit ovat pääosalle väestöstä tuttuja, mikä näkyy arkiliikunnan ja terveyttä edistävien ruokatorumusten yleistymisenä.
- ▶ Niiden henkilöiden määrä, jotka liikkuvat päivittäin vähintään puoli tuntia, lisääntyy – arkiliikunta mukaan laskettuna.
- ▶ Lihavien (BMI  $\geq$  30) osuus työikäisistä vähenee 20 prosentista 15 prosenttiin, tyypin 2 diabeteksen yleistymisen hidastuu ja sydän- ja verisuonisairaudet sekä muut lihavuuteen liittyvät ongelmat vähenevät.
- ▶ Kodit, päiväkodit ja koulut sekä järjestöt toimivat aktiivisesti yhteistyössä terveellisiin elintapoihin ohjaamisessa. Lasten ja nuorten liikunta, terveelliset ruokatorumukset sekä henkinen ja fyysinen hyvinvointi yleistyvät ja lihavuus vähenee.
- ▶ Ehkäisyohjelman keskeiset viestit ovat tavoittaneet toimijatahot kuntapäätäjistä terveydenhuollon ammattilaisiin ja järjestöaktiiveihin. Ohjelman tunnettuutta, asenteita ja tiedotuksen onnistumista sekä vaikuttavuutta mitataan kyselyin.
- ▶ Yhä suurempi osa väestöstä on tietoinen omista mahdollisuuksistaan edistää terveyttään, tuntee tyypin 2 diabeteksen syntytyypit ja sairastumisen ehkäisykeinot. Terveystieteiden laatua kehitetään ja terveyttä edistävien toimintojen markkinointia tehostetaan. Asenteita ja tietotasoa mitataan gallup tutkimuksin.

**Korkean riskin strategia suuntasi yksilökohtaisia toimenpiteitä henkilöihin, joilla oli erityisen suuri vaara sairastua tyypin 2 diabetekseen. Strategia sisälsi järjestelmällisen mallin riskiryhmiin kuuluvien riskienarvioon, ohjaukseen ja seurantaan.**

#### Korkean riskin strategian organisoimisen tavoitteet

- ▶ Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden seulonta, ohjaus ja seuranta ovat perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon

suunnitelmallista toimintaa. Elintapojen kirjaaminen on toimiva ja käytännöllinen osa sähköistä hoitokertomusjärjestelmää, ja tulosten seuranta osa terveydenhuollon yksiköiden laadunseuranta-järjestelmää.

- ▶ Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvien ohjauksessa ja hoidossa sovelletaan kohonneen verenpaineen, aikuisten lihavuuden ja tupakoinnin Käypä hoito -suositusta. Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaan toimitaan neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa ja erikois-sairaanhoidon lastenklinikoissa.

#### Korkean riskin strategian tulostavoitteet

- ▶ 75 prosenttia tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvista tiedostaa olevansa suuressa sairastumisvaarassa ja on saanut ohjeita diabetesriskin hallintaan.
- ▶ 50 prosenttia korkean riskin yksilöistä on tehostetun elintapaohjauksen ja seurannan piirissä tai toteuttaa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä omaehtoisesti.
- ▶ 70 prosenttia diagnosoimattomista diabeetikoista on löydetty seulonnan avulla.
- ▶ Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimivuus ja ehkäisyn kustannusvaikuttavuus on osoitettu ohjelman toimeenpanohankkeen avulla vuosina 2003–2007.

**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. Strategia sisälsi tehostetun elintapaohjauksen konkreettiset ohjeet.**

#### Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategian organisoimisen tavoitteet

- ▶ Seulonnan ja seurannan yhteydessä diagnosoitavien tyypin 2 diabeetikoiden tehostettu elintapaohito aloitetaan viipymättä, sydän- ja verisuonitautien riskit kartoitetaan ja jatkotoimia varten laaditaan pitkäjänteinen hoitosuunnitelma. Riskitekijöiden tilannetta seurataan säännöllisesti vuositarkastuksen yhteydessä, ja hoitoa tehostetaan tarvittaessa ja viivytyksettä asiaankuuluvalla lääkityksellä lisäsairauksien synnyn ehkäisemiseksi.

#### Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategian tulostavoitteet

- ▶ Vastasairastuneet tyypin 2 diabeetikot saavat hyvän liikkeellelähden hoidossa, oppivat alusta alkaen ravitsemuksen, liikunnan ja painonhallinnan merkityksen sairautensa hallinnassa ja ymmärtävät oman roolinsa lisäsairauksien ehkäisemisessä.
- ▶ Diabeteksen hoidossa tarvittava lääkehoito toteutuu optimaalisesti.
- ▶ Diabetekseen liittyvät lisäsairaudet vähenevät Dehkon tavoitteiden mukaisesti.



Kuva 7. Riskitesti.

#### Riskitesti

Jo ennen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman käynnistymistä, vuonna 2001, kehitettiin Diabetesliiton ja Kansanterveyslaitoksen yhteistyöprojektina Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake eli riskitesti. Riskitestilomake sisältää kahdeksan pisteytettyä kysymystä, ja yhteenlasketut pisteet kertovat, miten todennäköistä on sairastua tyypin 2 diabetekseen seuraavan kymmenen vuoden aikana. Riskitesti perustuu tutkimuksista poimittuun, suomalaisväestöä hyvin edustavaan, satunnaisotantaan.

Testin muuttujia ovat ikä, painoindeksi, vyötärön ympäryys, verenpaine- ja lääkkeiden käyttö, aikaisempi kohonneen verenpaineen esiintyminen, päivittäisen liikuntasuosituksen täytyminen sekä kasvisten, marjojen ja hedelmien päivittäinen käyttö. Riskitestilomakkeen kääntöpuolella vastaajalle kerrotaan lyhyesti, mitä henkilö voi itse tehdä sairastumisvaaran pienentämiseksi ja milloin hänen on syytä hakeutua neuvontaan ja tarkempiin tutkimuksiin. Riskitestin käyttö yleistyi Dehko-ohjelman aikana. Tavallisinta

riskitestin käyttö on perusterveydenhuollon eri toimipisteissä, mutta testin voi täyttää myös apteekissa tai itsenäisesti internetissä. Internet-testiä on hyödynnetty jo eri organisaatioiden toiminnassa, mikä mahdollistaa kohonneet riskipisteet saaneen henkilön ohjaamisen joustavasti terveydenhuollon piiriin. Painettuja riskitestejä on välitetty Dehko-ohjelman aikana noin kaksi miljoonaa kappaletta, verkkosivuilta riskitesti on tehty yli 300 000 kertaa.

*Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake on liitteenä 8.*

*Riskitestilomakkeiden ja vyötärömittanauhojen kulutustilastot vuosilta 2001–2010 ovat liitteessä 9.*

#### **\*Sairaanhoitopiireille 2009 tehdyn kyselyn mukaan**

Yli puolet vastaajista ilmoitti, että riskitestiä käytetään työterveystarkastuksissa. Testin käyttö on yleistä myös ikäkausitarkastuksissa, aikuisneuvolassa ja äitiysneuvolassa.

Perhesuunnitteluneuvolassa tai kutsuntatarkastuksissa testin käyttö oli vielä vähäistä. Testiä käytettiin lisäksi mm. omahoitopisteissä, mielen-terveysneuvonnassa kotisairaanhoidossa sekä liikuntaneuvonnassa.

*\* Sairaanhoitopiireille 2009 tehdyn kyselyn tekeminen on kuvattu kappaleessa 5.2.1.*

#### **4.2.2. Dehkon 2D -hanke ja Dehkon roolien toteutuksessa**

Dehkon 2D -hanke oli tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohanke. Siitä käytettiin lyhennettä D2D (kansainvälisesti FIN-D2D). Hankkeen toimijoina olivat viisi sairaanhoitopiiriä (Pirkanmaan, Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirit), Kansanterveyslaitos ja Diabetesliitto. Hankkeen käytännön toteutus tapahtui perusterveydenhuollon terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa. D2D:n

toiminta kattoi kokonaisuudessaan väestöpohjaltaan 1,5 miljoonaa suomalaista. Hankkeen rahoitus perustui mukana olleiden sairaanhoitopiirien omaan, keskenään samansuuruiseen rahoitukseen sekä vastaavan suuruiseen valtionavustukseen, joka maksettiin Kansallisen terveyshankkeen määrärahoista. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri haki keskitetysti valtionavustuksen sosiaali- ja terveysministeriöltä. Diabetesliitto vastasi koordinaattoreiden kuluista ja sai niihin rahoituksen sekä Raha-automaattiyhdistykseltä että Terveyden edistämisen keskuksen (Tekry) jakamista terveyden edistämisen määrärahoista.

Projekti keskittyi tyypin 2 diabeteksen korkean riskin strategiaan eli niihin henkilöihin, joilla tyypin 2 diabetekseen sairastumisen riski oli suuri, sekä varhaisen diagnoosin ja hoidon strategiaan. Myös ehkäisyohjelman väestöstrategiaa eli koko väestölle suunnattavia toimia toteutettiin toimeenpanohankkeen alueella mahdollisuuksien mukaan, erityisesti tietoisuuden lisäämiseksi diabeteksestä ja lihavuudesta. Hankkeen toteutuksen katsottiin edellyttävän eri toimijoiden laaja-alaista yhteistyötä terveellisen ravitsemuksen ja liikunnan edistämiseksi sekä suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän valmiuksien lisäämistä ehkäisytyössä sekä terveyttä edistävän toiminnan terävöittämistä. Toteutus oli linjassa ajankohtaisten terveyspoliittisten strategioiden, ohjelmien ja projektien kanssa, ja siinä hyödynnettiin kansanterveys-, ravitsemus- ja liikuntajärjestöjen palveluita. Väestöstrategia yhteistyö ulottui pitkälle suomalaisen järjestökenttään.

D2D-toimeenpanohankkeen keskeisenä päämääränä oli saada tyypin 2 diabeteksen järjestelmällinen riskinarviointi ja ehkäisy osaksi perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon pysyvää toimintaa. Hankkeen avulla luotiin uusia toimintamalleja sekä vahvistettiin ja kehitettiin toimintatapoja, joiden avulla voidaan ehkäistä tyypin 2 diabetesta ja samalla sydän- ja verisuonisairauksia. Hankkeen avulla tuotettiin tietoa, joka tuki tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä koko maassa. Hanke pyrki hankkimaan kokemuksia diabeteksen ehkäisystä käytännössä. Lisäksi haluttiin selvittää, onko Dehkon tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma mahdollista toteuttaa käytännön terveydenhuollossa ja mikä olisi hankkeen vaikuttavuus.

### D2D:n arvioitavat tavoitteet olivat

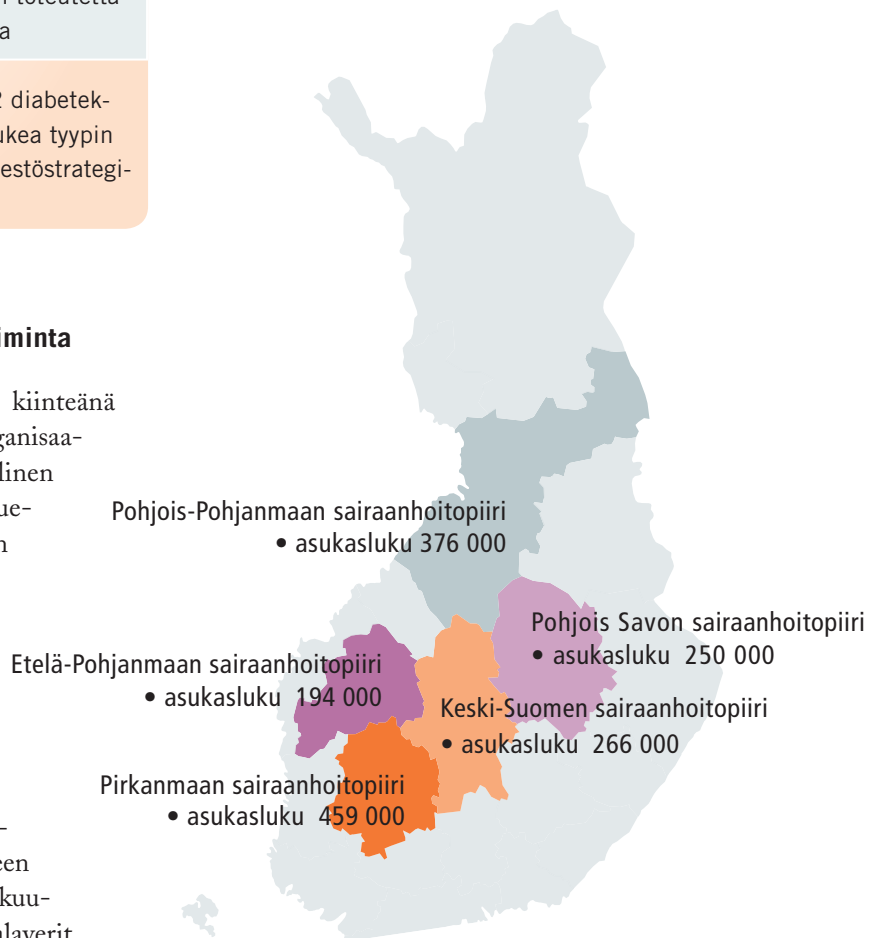
1. vähentää tyyppin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta neljänneksellä sekä vähentää diabetekseen läheisesti liittyvien sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöiden vallitsevuutta merkittävästi henkilöillä, joilla diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien riski on korkea; hankkeen käynnistämät ehkäisytoimet toteutettiin perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon normaalin toiminnan osana
2. tunnistaa tyyppin 2 diabetes oireettomassa varhaisvaiheessa niiltä henkilöiltä, joilla diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien riski oli korkea
3. kehittää uusia ja tukea jo käytössä olevia tyyppin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisy- ja varhaisen hoidon toimintamalleja ja -käytäntöjä perusterveydenhuollossa
4. arvioida tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy- ja sitä varten kehitettyjen toimintamallien toteutettavuutta, vaikutuksia ja kustannuksia
5. lisätä väestön tietoisuutta tyyppin 2 diabeteksestä ja sen vaaratekijöistä sekä tukea tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman väestöstrategian toteutumista.

### Dehkon ja D2D-hankkeen yhteistoiminta

D2D-hanke toimi Dehko-ohjelman kiinteänä osana, vaikka sillä oli oma toimintaorganisaationsa, johon kuuluivat valtakunnallinen koordinaattori Timo Saaristo ja aluekoordinaattorit kaikissa hankealueen viidessä sairaanhoitopiirissä. Lisäksi hankeorganisaatioon kuului sihteeri. Dehkon tiedottaja toimi puoliksi Dehko-ohjelman ja puoliksi D2D-hankkeen tehtävissä. Valtakunnallinen koordinaattori toimi Diabetesliiton toimitusjohtajan alaisena ja osallistui Diabetesliiton johdoryhmän työskentelyyn koko hankkeen ajan. Dehkon ja D2D:n yhteistyöhön kuuluivat lähes viikoittaiset tiedonvaihtopalaverit ja Dehkon pääsihteerin merkittävä tuki ja työpanos toimeenpanohankkeelle.

Dehko-ohjelma tuotti Dehkon 2D -hankkeen kvalitatiivisen arvioinnin vuonna 2006 sekä osallistui arviointiseminaarin pohjalta tehtyyn väliarviointiin vuonna 2005. Hankesuunnitelmaa ja sen käännöstä lukuun ottamatta kaikki valtakunnalliset D2D-julkaisut ja materiaalit tuotettiin Dehkon varoilla. D2D-hankkeen toiminta-aikana järjestettiin Dehko-ohjelman organisoimana ja sen varoilla kolme valtakunnallista toimijasymposiumia, joiden teemana oli D2D. Lisäksi D2D-hankkeen päätös pidettiin näyttävästi vuoden 2009 Dehko-päivillä, tällöin suurtahtuman ohjelmasta puolet käsittelee ehkäisyohjelman ja toimeenpanohankkeen aiheita. Dehko palkitsi useita D2D-hankkeita niin vuoden 2007 toimijasymposiumissa kuin vuoden 2006 ja 2009 Dehko-päivillä. Lisäksi Dehko järjesti D2D-hankkeen kanssa yhteistyössä kaksi kansainvälistä raportointitapahtumaa (1<sup>st</sup> FIN-D2D International Reporting Days 2006 and 2<sup>nd</sup> FIN-D2D International Reporting Days 2007).

Alkuperäisen suunnitelman mukaan Dehkon 2D -hankkeen piti kestää vuoden 2007 loppuun,



KUVA 8. D2D-alueet.

mutta sitä jatkettiin sairaanhoitopiirien ja Diabetesliiton panostuksella vielä vuoden 2008 loppuun asti. Myös Suomen Sydänliitto osallistui tähän D2D-hankkeen jatko-osaan. Hankkeesta tuotettiin valtakunnallinen loppuraportti ja alueellisia loppuraportteja. Viiden mukana olleen sairaanhoitopiirin rahoituksella jatkettiin hankkeessa kerätyn laajan tietoaaineiston käsittelyä tutkimuksen keinoin D2D-seurantahankkeessa 2009–2010, lisäksi D2D-sairanhoitopiirit päättivät marraskuussa 2010 jatkaa tutkimustyötä vielä lähivuosien ajan. Diabetesliitto tarjosi D2D-seurantahankkeelle, niin kuin sen jatkollekin, toimitilat, mikä mahdollisti yhteistyön sujuvan jatkumisen Dehko-ohjelman kanssa.

*Tiedot D2D-hankkeen loppuraportista ovat tämän raportin liitteessä 7 (Dehkon julkaisut).*

#### 4.2.3. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisytoiminnan edistäminen

Dehkon 2D -hanke kehitti diabeteksen ehkäisyn käytännön toteutuksen muotoja terveydenhuollossa viiden sairaanhoitopiirin alueella. Samanaikaisesti Dehko-ohjelma tuotti ja levitti käytännön työkaluja terveydenhuololle sekä tietoa toimintamalleista niin, että diabeteksen ehkäisytoimintaa tukevaa materiaalia oli saatavilla koko maassa. Dehko tuki myös ehkäisyohjelmaan liittyvää koulutusta ja hyvien käytäntöjen levittämistä koko valtakuntaan.

Kuuntele kehoasi -kampanja toteutettiin jo ennen ehkäisyohjelman syntyä. Vuodesta 2001 lähtien vyötärön ympäryksen mittaukseen tarkoitettut, hälytysväreihin merkityt mittanauhut ovat olleet suosittuja niin koulutustapahtumissa, terveydenhuollon arjessa kuin kansainvälisissä kongresseissa. Riskitestin merkitys nousi suureksi, ja Dehko-ohjelman aikana arvioidaan tehdyn yli 2 miljoonaa tyypin 2 diabetekseen sairastumisen riskitestausta. Yritysyhteistyökumppanien osittaisella taloudellisella tuella järjestettiin keuhkolla 2008 laaja Tunnetko diabeteksen -kampanja riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden tavoittamiseksi. Koko ohjelmakauden ajan Dehko toimitti maksutonta materiaalia terveydenhuoltoon ja apteekkeihin tukemaan tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä.

Ehkäisevä toiminta alkoi saada enenevässä määrin ja-

lansijaa perusterveydenhuollon arjessa myös D2D-hankealueen ulkopuolella. Toiminta kehittyi monin paikoin hyvin suunnitelluksi ja huolella organisoituksi. Tästä ovat osoituksena mm. tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn alueelliset ja organisaatiokohtaiset hoitoketjukuvaukset.

#### Sairanhoitopiireille 2009 tehdyn kyselyn mukaan

Lähes 40 % vastaajista ilmoitti, että heidän toiminta-alueellaan oli kuvattu tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn alueellinen hoitoketju. Organisaatioiden sisäisiä ehkäisyketjuja oli kuvattu hieman alueellisia ketjuja enemmän.

Dehkon ja Sydänohjelman tiivis yhteistyö vuodesta 1999 alkaen sekä liittojen strateginen kumppanuus ja sen tuotteet, kuten painonhallinnan PPP-ryhmän ohjaajien koulutus, vyötärömittanauhut ja ITE-ryhmätoiminta, tukivat ehkäisevää toimintaa. Dehko-yhteistyönä vuonna 2001 syntynyt Apteekkien diabetesohjelma nousi merkittävään rooliin apteekkien osallistuessa tyypin 2 diabeteksen ehkäisytyöhön.

#### Sairanhoitopiireille 2009 tehdyn kyselyn mukaan

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisystä muotoutui Dehkon tavoitteiden mukaista laaja-alaista yhteistyötoimintaa. Terveydenhuolto toimi yhteistyössä diabetesyhdistysten, diabetesalan yritysten, liikuntajärjestöjen, terveysalan järjestöjen, apteekkien ja kunnallisten toimijoiden kanssa.

Dehkon loppuvaiheessa vuonna 2008 suunniteltiin sosiaali- ja terveysministeriön/Terveysministeriön edistämissen politiikkaohjelman aloitteesta Valtimoterveyttä kaikille -projekti, jonka tarkoituksena oli levittää D2D-hankkeen kehittämiä malleja valtakunnallisesti. Valtimoterveyttä kaikille -projekti suunniteltiin Dehkon sekä D2D:n toimesta ja yhteistyökumppaniksi kutsuttiin mukaan Suomen Sydänliitto ja myöhemmin Aivo- ja Dysfasialiitto (Aivoliitto). Projekti toteutettiin sosiaali- ja terveysministeriön rahoituksella ja ohjaamana, Diabetesliiton ja Sydänliiton vastatessa käytännön toteutuksesta. Lisäksi Diabetesliitto ja Sydänliitto osallistuivat rahoitukseen omarahoitusosuuksilla.



Projektissa levitettiin D2D-hankkeen ja Suomalaisen Sydänohjelman ehkäisevän toiminnan ja terveyden edistämisen malleja D2D-hankealueen ulkopuolelle valtakunnallisella seminaarikiertueella. Projekti tuotti Valtimoterveydeksi! -käsikirjan. Valtimoterveyttä kaikille -projekti toimi Dehko-ohjelman kiinteässä läheisyydessä, ja Dehkon työpanos hankkeen toteutuksessa oli vahva.



### 4.3. Diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittäminen

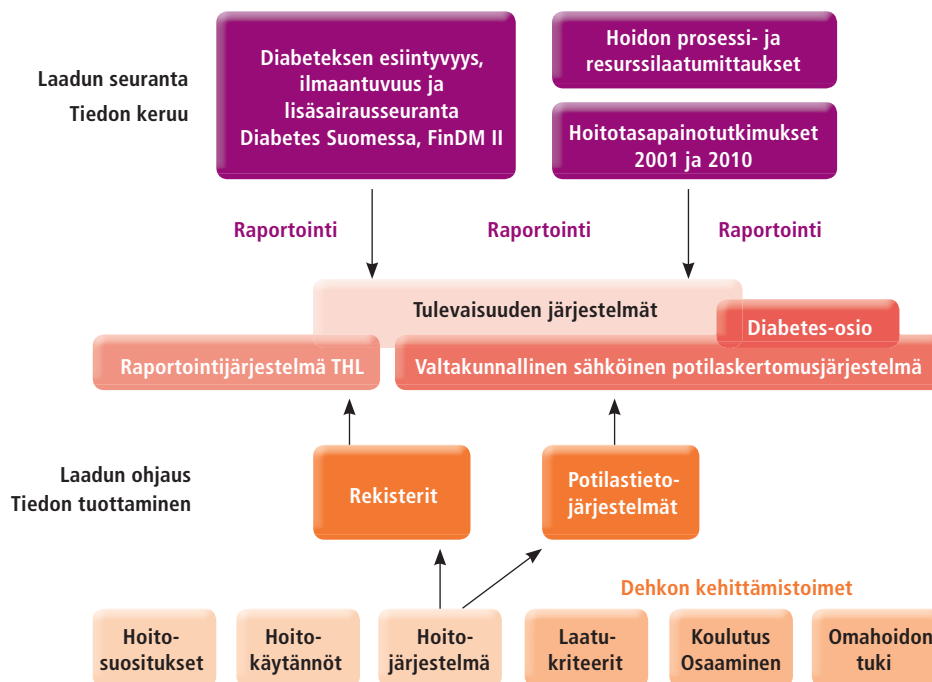
Diabeteksen hoidon laadun kehittäminen perustuu kattavaan hoidon laadun ohjaukseen ja laadun seurantaan. Laadun ohjaus koostuu osaamista tukevasta koulutuksesta sekä organisaatioiden laatujärjestelmistä, jotka ohjaavat suositusten mukaiseen hoitoon. Diabeteksen hoidon laatua ohjaavat hoitosuositukset, terveydenhuoltohenkilöstön hyvä ammatillinen peruskoulutus sekä säännöllinen ja monipuolinen täydennyskoulutus. Laadun ohjaukseen kuuluvat hoito- ja palveluketjukuvaukset, hoitovastuiden määrittäminen sekä tarvittavat ohjausmallit. Osan laadun ohjauksesta muodostaa saatu palaute hoidon tuloksista.

Laadun seuranta varten Dehkon alkuperäisenä tavoitteena oli, että terveydenhuoltoon saadaan kattava diabetesrekisteri, johon hoitotiedot voitaisiin kerätä ensin paikallisesti, sitten alueellisesti ja lopulta valtakunnallisesti. Rekisterin avulla olisi ollut mahdollista kerätä tietoa ja raportoida hoitotuloksista sekä hoidon laadusta. Dehkon teettämän, vuonna 2002 valmistuneen rekisteriselvityksen ja 2002

käynnistyneen valtakunnallisen sähköisen potilaskertomusjärjestelmähankkeen myötä diabetesrekisterin rakentamisajatuksista luovuttiin. Tämän jälkeen kansallinen diabetesohjelma osallistui valtakunnallisen sähköisen potilaskertomusjärjestelmän kehittämiseen järjestelmän diabetesosion osalta.

Kuitenkin jo ohjelman aikana, ennen valtakunnallisen järjestelmän valmistumista, oli tarve kerätä tietoa diabeteksen hoidon laadusta ja tuloksista sekä välittää tietoa diabetesta sairastavien hoitovastuussa oleville terveydenhuollon yksiköille ja kunnallisen päätöksenteon tahoille. Koska lait säätelivät tarkoin rekisteritietojen käyttöä, tiedon saaminen edellytti tutkimuksen teettämistä diabeteksen ja lisäsa-rauksien esiintyvyydestä ja ilmaantuvuudesta sekä

#### Diabeteksen hoidon laadun ohjaus ja seuranta



KUVA 9. Diabeteksen hoidon laadun seurantajärjestelmä.

diabeteksen hoitotasapainoista, prosessiin liittyvine lupamenettelyineen. Tutkimustiedon tuottaminen edellytti kansalliselta diabetesohjelmalta merkittäviä ponnistuksia, mutta se oli koko diabeteksen hoidon kenttää ajatellen tarpeellista ja jopa välttämätöntä.

*Diabeteksen hoidon ja hoidon laadunkehittämiseen liittyvät Dehkon julkaisut ovat tämän raportin liitteenä 7 (Dehkon julkaisut).*

#### 4.3.1. Diabetesosaamisen kehittäminen

##### Kasvava diabeteskoulutuksen tarve

Jo ohjelman alkuvaiheessa Dehko lähti selvittämään ja valmistelemaan diabeteksen täydennyskoulutusmuotojen kehittämistä ja kannustamaan koulutusmäärien lisäämistä, jotta koulutus voisi vastata kasvavia diabeteksen hoidon haasteita. Diabetestyöhön todettiin liittyvän paljon kouluttautumistarpeita. Nämä kohdistuivat tietoon ja osaamiseen sekä moniammatillisen yhteistyön ja toimintamallien kehittämiseen. Koulutuksen tuli myös tukea työssä jaksamista, herättää mielenkiintoa diabetestyöhön ja tuoda esille diabetestyön tärkeys niin diabetesta sairastavan henkilön hyvinvoinnin ylläpitämisessä kuin yhteiskunnalle aiheutuvien kustannusten hallinnassa. Koulutus oli tärkeää jakaa eri tasoille: valtakunnalliseen ja alueelliseen koulutukseen sekä organisaatiokohtaiseen koulutukseen, jossa paikalliset olosuhteet voitiin ottaa huomioon. Tärkeää oli ottaa huomioon myös eri ammattiryhmien sekä tiimityöskentelyn tarpeet.

Dehkon toisen väliarvioinnin aikaan voitiin todeta, että diabeteskoulutus oli lisääntynyt. Paria vuotta myöhemmin todettiin kuitenkin kuntien tiukan taloustilanteen kaventaneen terveydenhuoltohenkilöstön mahdollisuuksia päästä täydennyskoulutukseen.

##### Diabeteshoitajan erityisosaaminen

Diabeteshoitajien roolia pidettiin merkittävänä. Diabeteshoitajan auktorisoimattoman nimikkeen taakse tiedettiin kätkeytyvän eritasoisia terveydenhuollon osaajia, ja siksi diabeteshoitajien koulutuksesta ja ammatillisesta päteväytymisestä tehtiin selvitys. Tämän jälkeen Dehko osallistui yhteistyössä Diabeteshoitajat ry:n kanssa ammattikorkeakoulujen diabeteshoidon erityisosaamiskoulutuksen kehittämiseen. Sittemmin tämä koulutusmuoto sai vahvan jalansijan ammattikorkeakoulujen täydennyskoulutuksissa. Se ei kuitenkaan ratkaissut kaikkia diabeteshoitajan erityispätevyyteen ja nimen auktorisoimiseen liittyviä

kysymyksiä. Dehkon selvityksessä tuotiin esille, että diabeteshoitotyön erityisosaaminen edellyttää koulutuksen lisäksi vahvaa käytännön kokemusta.

##### Diabetes terveystieteen koulutuksessa

Asiantuntijat kokoontuivat vuonna 2006 Dehkon toimijasymposiumiin miettimään diabeteskoulutuksen tarpeita moniammatillisesta näkökulmasta. Tämän jälkeen Dehkon asettama koulutustyöryhmä teki selvityksen terveystieteen ammatillisiin peruskoulutuksiin kuuluvasta diabeteskoulutuksesta. Selvityksessä kävi ilmi, että saman ammattinimikkeen koulutuksissa diabeteskoulutuksen osuus saattoi vaihdella merkittävästi oppilaitoksesta riippuen. Selvityksen yhteydessä Dehkon koulutustyöryhmä julkaisi suositukset diabeteskoulutuksen järjestämisestä terveydenhuoltoalan peruskoulutuksessa ja täydennyskoulutuksessa.

##### Diabetesosaamiskartta

Diabetesosaamisen kehittämisen perustana oli olemassa olevan osaamisen määrittäminen. Diabetesliiton, perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon ammattilaisten sekä Educa-Instituutti Oy:n yhteistyönä Työsuojelurahaston ja Dehkon määrärahoilla tuetussa hankkeessa kehitettiin vuonna 2006 verkkopohjainen kysely- ja kartoitustyökalu, Diabetesosaamiskartta. Teknisen ratkaisun ja käyttöönottoon liittyvän tukimateriaalin kehittämistä tukivat Tekes ja Sitra.

Diabetesosaamiskartta on perus- ja työterveyshuollon työyhteisöiden ja työntekijöiden diabetekseen liittyvän osaamisen arvioinnin ja kehittämisen väline. Osaamiskarttaan sisällytettiin ne sairausspesifit osaamisalueet, joita diabeetikoita hoitavat terveydenhuollon työyhteisöt tarvitsivat diabeteksen ehkäisyssä, diabeetikon hyvässä hoidossa, ohjauksessa ja kuntoutuksessa.

Diabetesosaamiskartta kehitettiin erityisesti työyhteisöjen diabetesosaamisprofiilin kuvaamiseen. Tämän perusteella myös kohdennettu täydennyskoulutustarve oli määriteltävissä. Dehkon aikana osaamiskarttaa käytettiin jo useiden kuntien terveydenhuoltohenkilöstön osaamisen kehittämisessä. Lisäksi se oli ammattikorkeakoulujen diabeteshoidon erityisosaamisen täydennyskoulutuksen käytössä. Diabetesosaamiskartan voi saada käyttöön sopimuksen mukaan Diabetesliitosta.

Käytön laajenemista rajoittivat osaamiskartoitukseen liittyvän ohjauksen tarve ja siihen liittyvät kustannukset. Tämän vuoksi Dehkon tilaamana kehitettiin vielä yksilökäyttöön tarkoitettu diabe-





Valtimoterveyttä kaikille -kiertueen näyttelyssä 2010.



Mervi Lehmusaho



Keiju Telford ja Kirsi Heinonen



Sari Koski



Dehkon toimitsijasymposium 2006.

tesosaamiskartoituksen versio, joka on maksutta käytössä internetissä. Näin terveydenhuoltoalan ammattilaiset voivat itsenäisesti kuvata diabetesosaamisprofiilinsa ja saada vinkkejä kohdennetusti täydennyskoulututusta vaativiin osa-alueisiin. Diabetesosaaminen on erityisesti tiimin osaamista, ja on tärkeää oivaltaa, että kaikkien terveysalan ammattilaisten ei tarvitse yltää jokaisella diabeteshoidon osaamisalueella huipulle, vaan työyhteisöissä voidaan kattava osaaminen varmistaa eri henkilöiden erilaisten osaamisprofiilien kautta.

### Diabetestyön kehittäminen (IDF:n Diabetes Education modules) -monimuotokoulutus

Yhtenä Dehkon avaintoimenpiteistä oli lisätä diabetestietoutta kaikilla terveydenhuollon sektoreilla. Tähtäimessä oli luoda moniammatillinen diabetes-täydennyskoulutus, joka nousi toiveena esille myös terveydenhuollon ammattilaisille tehdyissä kartoituksissa. Diabetesosaamisen kasvattamisen lisäksi tavoitteina olivat tiimityön kehittäminen ja moduuleittain toteutettava koulutus, johon voisi osallistua joustavasti työn ohessa. Diabetestyön kehittäminen -koulutuksen pohjana käytettiin kansainvälisen diabetesjärjestön IDF:n (International Diabetes Federation) terveydenhuollon ammattilaisille laatimaa opetussuunnitelmaa ja siihen valmistettuja koulutusdijoja. Opetuspaketti tuotettiin suomenkielisenä, ja siinä huomioitiin kansalliset hoitosuosituksen. Pilottikoulutus toteutettiin vuoden 2010 aikana. Koulutuksen laajuus oli 10 opintopistettä. Alustava opetussuunnitelma tarkennetaan jatkossa niin, että koulutus voidaan siirtää sellaisenaan tai sovellettuna myös muille kouluttajatahoille, esimerkiksi sairaanhoitopiireille. Koulutusmateriaali on kaikkien käytävissä Diabetesliiton verkkosivuilla.

*Tiedot diabetesosaamiseen liittyvistä raporteista ja työkaluista ovat tämän raportin liitteessä 7 (Dehkon julkaisut).*

#### Sairaanhoitopiireille 2009 tehdyn kyselyn mukaan

Lääkärit osallistuivat diabetesta ja sen ehkäisyä ja hoitoa käsittelevään koulutukseen 4–5 päivänä vuodessa. Vastaava luku hoitajilla oli 7 päivää. Työnantajan järjestämä täydennyskoulutus kattoi tästä noin 1,5 päivää molemmilla ammattiryhmillä, joten pääosa täydennyskoulutuksesta oli muiden kuin työnantajan järjestämää.

Kaksi kolmannelta vastaajista ilmoitti, että alueellista koulutusta diabeteksen ehkäisystä ja hoidosta järjestetään vuosittain tai jopa useammin. Suuri osa diabetesalan ammattilaisista oli kouluttautunut muun koulutuksen rinnalla myös omaehtoisesti.

#### 4.3.2. Diabeteksen hoidon laatu järjestelmät

Merkittävä osa diabeteksen hoidon laadun ohjauksesta tehtiin terveydenhuollon kentällä. Terveydenhuollon organisaatiot tuottivat laatuksikirjoja ja kuvasivat diabeteksen ehkäisyn ja hoidon hoito- ja palveluketjuja ja huolehtivat ammattilaisten täydennyskoulutuksesta. Dehkon ohjelmakirjassa oli mallinnettu diabeetikon palveluketjujen peruskuvaukset. Käytännössä toimivien palveluketjujen luomisessa tähdennettiin kuitenkin paikallisten olosuhteiden, resurssien ja tarpeiden merkitystä.





*Diabeteksen hoidon laadunohjaukseen liittyvät julkaisut ja työkalumateriaalien tiedot löytyvät raportin liitteestä 7 (Dehkon julkaisut).*

Dehkon rooli diabeteksen hoidon laatu järjestelmien rakentamisessa painottui diabeteksen hoidon laatu kriteerien tuottamiseen. Laatu kriteerit toimivat hoidon laadun seurannan ja arvioinnin perustana. Ne kertoivat, millaista diabeteksen hoidon laatua haluttiin tavoitella.

Dehko-ohjelman alkupuolella Dehkon asiantuntijaryhmät laativat sekä aikuisten että lasten diabeteksen hyvän hoidon kriteerit. Myös diabeetikon hoidonohjauksen ja jalkojen hoidon laatu kriteerit määriteltiin. Kuntoutusta järjestävien laitosten ruokapalveluiden laadun ohjaamiseksi laadittiin ruokapalveluiden laatu kriteerit. Kaikki laatu kriteerit päivitettiin Dehko-ohjelman loppuvaiheessa niin, että ne ottivat huomioon uusimmat diabeteksen hoitoon liittyvät hoitosuosituksat.

Laatu kriteerien laajan peruste- ja taustamateriaalin pohjalta koostettiin helpokäyttöisiä laatu mittareita terveydenhuollon käytännön työkaluiksi. Mittareilla oli mahdollista arvioida, oliko asetettuja hoidon tavoitteita saavutettu. Laatu mittarit tukivat sekä aikuisten että lasten diabeteksen hyvän hoidon toteutumista ja yksiköiden tai organisaatioiden hoitotuloksen mittaamista. Myöhemmässä vaiheessa mittarien pohjalta tehtiin laatu avaimet, jotka soveltuivat yksilön hoitoon ja toimivat hyvän hoidon muistilistoina. Laatu avaimet sopivat mainiosti myös diabeetikoiden käyttöön. Dehko tuotti laadunohjauksen työvälineeksi myös **diabeetikon jalkojentutkimuslomakkeen**, jonka avulla voitiin tehdä diabeetikon jalkaongelmiin liittyvä riskinarviointi ja valita oikeat hoitomenetelmät.

Lisäsairauksien ehkäisy ja varhainen toteaminen ovat osa diabeteksen hyvää hoitoa, ja siten **laatu mittarit ja -avaimet** edistivät hyvää hoitoa ohjaamalla lisäsairauksien merkkien tunnistamiseen. Koska lisäsairauksien aktiivinen tunnistaminen osana diabeteksen hoidon seuranta ei toteutunut vielä kattavasti, Dehko kampanjoi viimeisenä toimintavuotenaan muistuttaakseen terveydenhuoltohenkilöstöä lisäsairauksien merkkien tunnistamisesta.

#### Sairaanhoitopiireille 2009 tehdyn kyselyn mukaan

Dehkon aikana hoitoketjujen kuvaaminen yleisty. Lähes puolet vastaajista ilmoitti, että heidän omalla toimintakentällään oli kuvattuna alueellinen raskausdiabeteksen hoitoketju. Reilu kolmannes vastasi, että alueella on kuvattu sekä tyyppin 1 että tyyppin 2 diabeteksen hoitoketjut. Lasten diabeteksen alueellisen hoitoketjun mainitsi viidennes vastaajista. Myös organisaatioiden sisäisiä hoitoketjuja oli kuvattu määrältään samansuuntaisesti.

Kaksi kolmasosaa vastasi, että hoitoketjut oli kuvattu sähköisessä muodossa, mutta myös paperiversiot olivat yleisiä. Lähes kaksi kolmasosaa vastaajista arvioi, että hoitoketjut ohjasivat päivittäistä työskentelyä.

#### 4.3.3. Diabeteksen hoidon laadun seuranta

##### Laadun seurantajärjestelmä

Diabeteksen hoidon laadun seurantajärjestelmän rakentaminen oli yksi Dehkon keskeisistä tavoitteista. Erillisen diabetesrekisterin rakentamisesta luopumisen jälkeen Dehko osallistui valtakunnallisen sähköisen potilaskertomusjärjestelmän kehittämiseen diabeteksen ja valtimosairauksien yhdenmukaisten tietojen määrittelyn osalta. Sähköisen potilaskertomusjärjestelmän arveltiin valmistuvan jo vuonna 2007, joten se tuntui samalla olevan vastaus Dehkon hakemiin rekisteriratkaisuihin. Järjestelmän kehittäminen ja valmiiksi saattaminen oli kuitenkin odotettua haastavampaa, ja diabetestietojen hyödyntämistä valtakunnallisesta järjestelmästä joudutaan vielä odottamaan. Siitä huolimatta, että valtakunnallisen järjestelmän valmistuminen vaatii aikaa, ei käsitys erillisen diabetesrekisterin hylkäämisestä ole muuttunut. Sairausspesifiset järjestelmät ovat jäämässä historiaan uusien kattavampien kokonaisuuksien noustessa suosioon monipuolisuutensa vuoksi. Diabeteksen hoidossa korostuu erityisesti pitkäaikaissairautta sairastavan kokonaishoidon hallinta.

Dehkon toimesta tehty diabeteksen hoidon laadun seuranta koostui erillisistä osista, jotka antoivat palautetta diabeteksen ja lisäsairauksien tilanteesta Suomessa. Dehko tuotti tietoa myös diabeetikoiden hoitotasapainosta sekä diabeteksen hoidon laadusta, sekä resurssien että prosessien osalta.

#### Sairaanhoitopiireille 2009 tehdyn kyselyn mukaan

Puolet kyselyyn vastanneista ilmoitti, että diabeteksen hoidon laatua seurataan sähköisten järjestelmien avulla. Itse kehitettyä diabetesrekisteriä (Excel-taulukkoa, kortistoa, Effican asiakasryhmärekisteriä tai vihkoa) käytti kolmannes vastaajista.

### Diabeetikkojen hoitotasapaino

Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa 2000–2001 -tutkimus tehtiin ohjelman alkuvaiheessa yhteistyössä Stakesin kanssa. Tutkimusasetelma toistettiin ennen ohjelman päättymistä, kun Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa 2009–2010 -tutkimus toteutettiin yhteistyössä THL:n kanssa.

Hoitotasapainotutkimukset on toteutettu samoin menetelmin, mutta tulosten vertaaminen keskenään on haasteellista. Tyypin 2 diabeteksen lisääntyminen, aktiivinen etsiminen ja varhainen toteaminen sekä tehokkaat interventiot ovat saaneet aikaan mullistuksen hoitokäytännöissä. Diabeteksen käypä hoito-suosituksen mukainen varhainen lääkehoidon aloitus näkyy vahvasti vuoden 2009–2010 hoitotasapainotutkimuksen tuloksissa.

### Tyypin 1 diabeteksen hoitotulosten kehitys

Tyypin 1 diabeteksen tilanne oli uusimmassa tutkimuksessa hyvin samankaltainen kuin vuonna 1993 ja vuosina 2000–2001. Hälyttävän huonossa tasapainossa olevien osuus on vähentynyt, mutta muuten muutokset ovat hyvin pieniä. Tyypin 1 diabeetikoiden painoindeksi oli hieman korkeampi kuin vuosina 2000–2001. Samalla tyypin 1 diabeetikoiden verenpaine taso näyttää nousseen (136/80 versus 130/80 mmHg). Tämä johtuu erityisesti alle 30-vuotiaiden nuorten tyypin 1 diabeetikoiden kohonneesta verenpaine tasosta. Toisaalta tyypin 1 diabeetikoiden lipidien hoito on tehostunut 10 viime vuoden aikana (LDL 2,4 vs 2,7 mmol/l).

### Tyypin 2 diabeteksen hoitotulosten kehitys

Nykysuositus tukee varhaista metformiinihoitoa. Tämä näkyy pelkällä dieettihoidolla olevien tyypin 2 diabeetikoiden pienentyneenä suhteellisena osuutena. Varhaisen diagnostiikan ansiosta erityisesti tablettihoidettujen tyypin 2 diabeetikoiden verenpaine taso parantui. Insuliinihoitoisten sekä tablettien ja insuliinin yhdistelmällä hoidettujen tyypin 2 diabeetikoiden keskimääräinen HbA<sub>1c</sub>-taso putosi tasaisesti. Lipidien ja verenpaineen hoitotulokset parantuivat selvästi kymmenessä vuodessa (LDL 2,39 vs 3,07 mmol/l ja RR 142/81 vs 150/84 mmHg). Verenpaineen hoitotulokset parantuivat niin nuoremmilla kuin vanhemmillakin tyypin 2 diabeetikoilla.

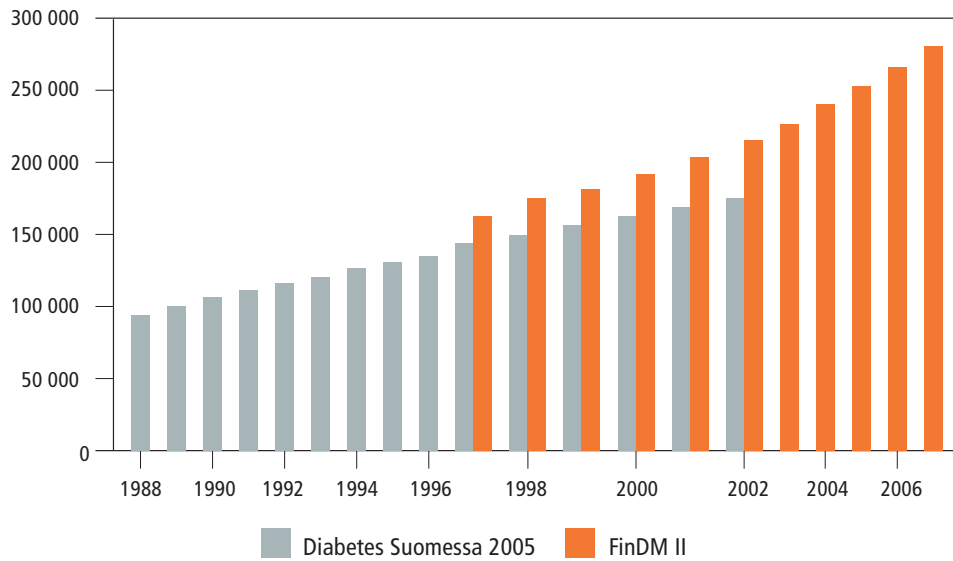
*Tiedot diabeetikkojen hoitotasapainoa selvittäneiden tutkimusten raporteista ovat liitteessä 7 (Dehkon julkaisut).*

Taulukko 3. Tyypin 1 diabeetikoiden HbA<sub>1c</sub>-mediaani (% ja mmol/mol).

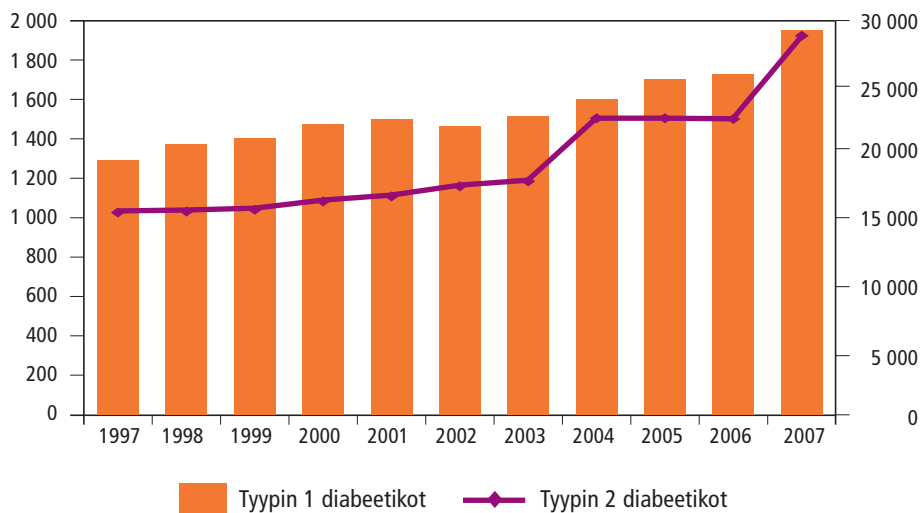
Tyypin 1 diabeetikoiden HbA <sub>1c</sub> -mediaani			
	1993	2000–2001	2009–2010
T1D	8,5 / 69	8,6 / 70	8,4 / 68

Taulukko 4. Tyypin 2 diabeetikoiden HbA<sub>1c</sub>-mediaani (% ja mmol/mol).

Tyypin 2 diabeetikoiden HbA <sub>1c</sub> -%, mediaani			
	1993	2000–2001	2009–2010
Ruokavalihoito	6,3 / 45	6,4 / 46	6,1 / 43
Tablettihoito	8,0 / 64	7,4 / 57	6,4 / 46
Insuliinihoito	8,8 / 73	8,3 / 67	7,8 / 62
Yhdistelmähoito	9,4 / 79	8,4 / 68	7,7 / 61



KUVA 10. Diabeteksen esiintyvyys (diagnosoidut diabeetikot vuosina 1988–2007).



Kuva 11. Uusien diabetestapausten määrä vuosittain ja diabetestyypeittäin vuosina 1997–2007.

### Diabeteksen ja lisäsairauksien esiintyvyys ja ilmaantuvuus

Valtakunnallisten rekistereiden käyttöön perustuvilla tutkimuksilla Dehko sai tietoa diabeteksen ja lisäsairauksien esiintyvyydestä ja ilmaantuvuudesta. Ensimmäisenä toteutettiin Diabetes Suomessa -tutkimus vuonna 2005. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Stakesin kanssa. Toinen tutkimus diabeteksen ja lisäsairauksien rekisteriperusteisesta mittaamisesta, FinDM II, valmisteltiin yhteistyössä Stakesin kanssa, ja tutkimuksen toteutusvaihe ajoittui uuden THL:n aikakaudelle. Tutkimus valmistui syksyllä 2009.

Tutkimuksissa havaittiin, että diabetesta sairastavia henkilöitä diagnosoitiin kiihtyvällä vauhdilla koko 2000-luvun ajan. Tämän vuoksi diagnosoitujen henkilöiden määrä oli kaksinkertaistunut noin 12 vuoden välein. Diabeteksen esiintyvyys väestössä oli vuonna 2007 noin 10 % (diagnosoimattomat diabeetikot mukaan lukien).

*Tiedot diabeteksen esiintyvyyttä ja ilmaantuvuutta selvittäneiden tutkimusten raporteista ovat liitteessä 7 (Dehkon julkaisut).*

**Taulukko 5. Hyvässä ja hälyttävän huonossa hoitotasapainossa olevien diabeetikolasten osuudet vuosina 2003, 2005 ja 2008**

	2003	2005	2008	Standardi
HbA <sub>1c</sub> < 8,0 % osuus diabeetikoista (vaihteluväli yksiköittäin)	26 %	36 % (10–70 %)	32 % (15–51 %)	> 30 %
HbA <sub>1c</sub> > 10 % osuus diabeetikoista (vaihteluväli yksiköittäin)	19 %	14 % (5–33 %)	15 % (1–25 %)	< 10 %

### Diabetesbarometrit

Dehko tuotti kaksi Diabetesbarometriä, ensimmäisen vuonna 2005 ja toisen vuonna 2010. Ensimmäisen barometrin kokosi tuolloin Dehkon laatupäällikkönä toiminut Klas Winell. Toisen barometrin kokosi Dehkon laatuasiantuntija Sari Koski. Barometrit kertovat Suomen diabetestilanteesta kokoamalla yhteen pääasiassa suomalaiseseen tutkimukseen ja kehittämistyöhön perustuvaa diabetestietoa ja kehitystrendejä. Diabetesbarometrit kuvasivat diabeteksen ja lisäsairauksien ehkäisyn ja hoidon sekä hoidon laadun ja kustannusten trendejä. Barometriin koottua tietoa voitiin hyödyntää terveystieteissä suunnittelussa sekä valtakunnallisella että alueellisella tasolla kehitettäessä hoidon järjestämistä ja resurssien oikeaa kohdentamista.



*Tarkemmat tiedot Diabetesbarometreista ovat liitteessä 7 (Dehkon julkaisut).*

### Laatumittaukset

Koska Dehkon tavoitteena oli kehittää myös hoidon järjestämistä, tarvittiin diabeteksen hoidon toteuttamiseen ja toteutumiseen liittyvää tietoa. Dehko teetti laajoja laatumittauksia parin kolmen vuoden välein terveyskeskuksissa, sairaaloissa ja lasten diabeteksen hoidosta vastaavissa yksiköissä. Laatumittausten käytännön toteutuksesta vastasi Klas Winell Conmedic Oy:stä. Laatumittaukset selvittivät hoitotuloksia, diabeteksen hoidon laatua ja vaikuttavuutta sekä hoidon resurssseja.

Laatumittausten avulla havaittiin diabeetikoiden hoidon laadun kehittyneen Dehkon aikana.

Vuoden 2008 laatumittauksen mukaan lapsidiabeetikoita hoidettiin Suomessa keskitetysti 33:ssa erikoissairaanhoidon yksikössä, pääasiassa keskussairaaloissa. Diabeetikolasten hoitoon käytettävät resurssit

vaihtelivat suuresti yksiköiden välillä. Useimmissa organisaatioissa lapset kävivät kuitenkin samalla käynnillä sekä lääkärin että hoitajan vastaanotolla, pelkkien hoitajalla käyntien määrä oli vuosien kuluessa kasvanut. Diabeetikolasten verensokerin hoitotasapainon suotuisa kehitys oli vuoden 2008 mittauksissa kääntynyt huonompaan suuntaan. Yksiköiden välinen vaihtelu oli puolestaan jonkin verran pienentynyt.

Aikuiset tyyppin 1 diabeetikot olivat pääasiassa erikoissairaanhoidon, kun taas tyyppin 2 diabeetikot olivat pääasiassa perusterveydenhuollon hoitotasuulla. Diabeetikoiden hoitojärjestelyt vaihtelivat sairaanhoitopiireittäin. Diabeetikot saivat selvitysten mukaan edelleen varsin vähän ravitsemusterapeutin neuvontaa, liikunnanohjausta sekä tukea mielenterveyden ongelmiin.

Diabeetikoiden hoitotasapainot näyttivät kehittyneen positiivisesti.

Vaikka tyyppin 2 diabeetikoiden hoitotasapainot olivat parantuneet etenkin verensokerin ja rasva-arvojen osalta, sekä tyyppin 1 että tyyppin 2 diabeetikoiden valtimotautien kokonaisriski oli edelleen merkittävä. Tyyppin 2 diabeetikoilla oli ongelmia etenkin painon ja verenpaineen hallinnassa. Tyyppin 1 diabeetikoilla LDL-kolesterolin, verenpaineen ja tupakoinnin riskit olivat korkeat. Diabeetikoilla oli ongelmia etenkin niissä riskitekijöissä, jotka edellyttivät elintapamuutoksia.

*Tiedot diabeteksen hoidon laatumittauksia käsittelevistä julkaisuista ovat liitteessä 7 (Dehkon julkaisut).*

### Hoitotyytyväisyys ja elämänlaatu

Diabeetikon hyvinvointia ei voitu mitata pelkästään kliinisen hoidon tuloksilla. Kansallisen diabetesohjelman tavoitteisiin kuuluivat kiinteästi myös diabetes-ta sairastavien hoitotyytyväisyys ja muut diabeteksen kanssa elämiseen liittyvät elämänlaatuun vaikuttavat tekijät. Hoitotyytyväisyys ja elämänlaatu on käsitelty tarkemmin kappaleessa 4.4.

#### 4.3.4. Diabeteksen kustannukset

Valmisteltaessa Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelmaa tiedettiin, että diabetes on yhteiskunnalle kallis sairaus. Professori Tero Kankaan tutkimus diabeteksen kustannuksista vuodelta 1997 hyödytti kansallista diabetesohjelmaa antamalla mahdollisuuden tarkastella diabetekseen liittyvää taloudellista merkitystä ja kulurakennetta.

##### Diabeteksen kustannustieto 1997

Tero Kankaan tutkimuksen perusteella tiedettiin puutteellisesti hoidetun diabeteksen johtavan diabeteksen lisäsairauksien kehittymisen myötä terveyspalvelujen suurkulutukseen ja kustannusten kasvuun. Samoin diabeteksen lisäsairauksista tiedettiin aiheutuvan paitsi inhimillistä kärsimystä myös korkeita kustannuksia yhteiskunnalle. Diabeetikoiden hoidon vuotuiset kokonaiskustannukset olivat 1990-luvun lopulla yli 11 prosenttia Suomen terveydenhuollon kokonaiskustannuksista, vaikka diabeetikoiden osuus väestöstä oli noin neljä prosenttia. Lisäsairauksien ilmaantuminen saattoi nostaa diabeetikoiden hoitokulut monikertaisiksi, koska lisäsairaudet vaativat usein kallista vuodeosastohoitoa. Valtaosa tyypin 2 diabeetikoiden vuodeosastohoidon kustannuksista koostui sydän- ja verisuonisairauksien hoidosta. Diabeetikoiden hoidon kokonaiskustannukset olivat vuonna 1997 noin miljardi euroa vuodessa.

Dehkon alkuvaiheessa arvioitiin, että mikäli tyypin 2 diabeteksen yleistymistä ei ehkäistäisi, diabeteksen ja sen lisäsairauksien vuotuiset hoitokustannukset voisivat lähes kaksinkertaistua vuoden 2010 loppuun mennessä. Eniten maksaisi lisäsairauksien hoito. Vuonna 1997 laskettiin, että 70 % diabeetikoista oli välttynyt hyvän hoidon avulla lisäsairauksilta ja että tämän ryhmän hoitokustannusten osuus oli 10 %. Riittämättömän hoidon vuoksi lisäsairauksista kärsi 30 % diabeetikoista; näiden diabeetikkojen hoitokustannusten osuus oli 90 %. Erityisinä huolenaiheina olivat viivästyneet diagnoosit ja niiden aiheuttamat tyypin 2 diabeetikkojen lisäsairauskuormat. Maailman korkeimmat tyypin 1 diabeteksen ilmaantuvuuden luvut olivat myös tunnettu tosiasia, samoin kuin paikallaan polkeneet tyypin 1 diabeteksen hoitotulokset.

##### Diabeteksen kustannustieto 2010

Dehkon alkuaikojen arviot diabeetikkojen määrän kasvusta olivat jälkikäteen tarkasteltuna varsin

varovaisia. Ongelman laajuus valkeni ja pelko käsistä karkaavista kustannuksista heräsi Dehko-ohjelman edetessä, lisäksi vuoden 2006 väestötutkimus osoitti diabeteksohjelman laajuuden. Tarvittiin uutta, ajantasaista tietoa diabeteksen kustannuksista, jotta tyypin 2 diabeteksen ehkäisytyön, varhaisen diagnoosin ja kaikkien diabeetikkojen hyvän hoidon edellyttämää resurssitarvetta voitiin perustella ja näin ohjata muutosta oikeaan suuntaan.

Kansallinen diabetesohjelma panosti uuden tutkimustiedon hankkimiseen. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007 -tutkimus valmistettiin yhteistyössä Dehkon, Tampereen yliopiston terveystaloustieteen laitoksen, Stakesin kustannusyksikön sekä professori Tero Kankaan kanssa. Myös Suomen Kuntaliiton rooli oli merkittävä.

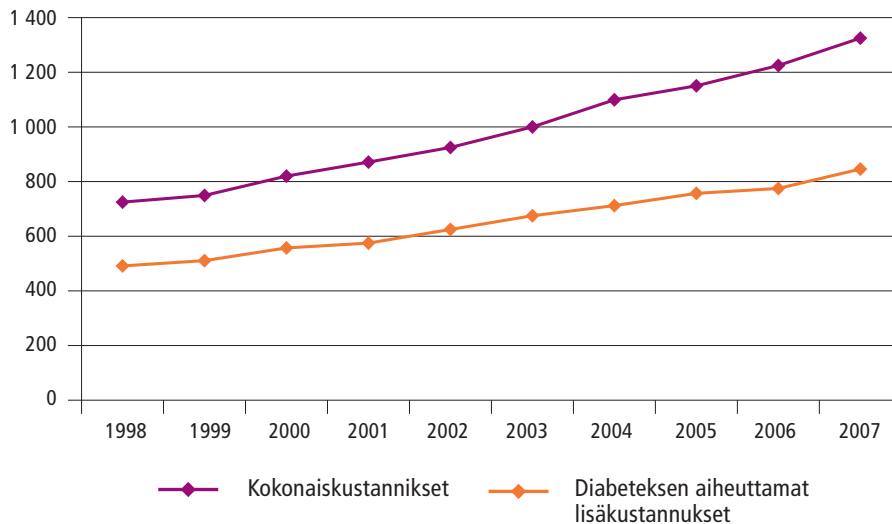
##### Tutkimustuloksia

Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007 -tutkimuksen mukaan diabeetikoiden sairaanhoidon kokonaiskustannukset olivat vuonna 2007 1,3 miljardia euroa. Tämä sisältää kaikki diabeetikoiden hoidossa käytettävät sairaanhoitopalvelut, vaikka ne eivät liittyisi mitenkään diabetekseen ja sen hoitoon. Kustannukset kasvoivat vuosina 1998–2007 6,2 % vuodessa. Diabeteksen aiheuttamat sairaanhoidon lisäkustannukset olivat vuonna 2007 yhteensä 833 miljoonaa euroa, kasvua seuranta-aikana oli 5,6 % vuodessa.

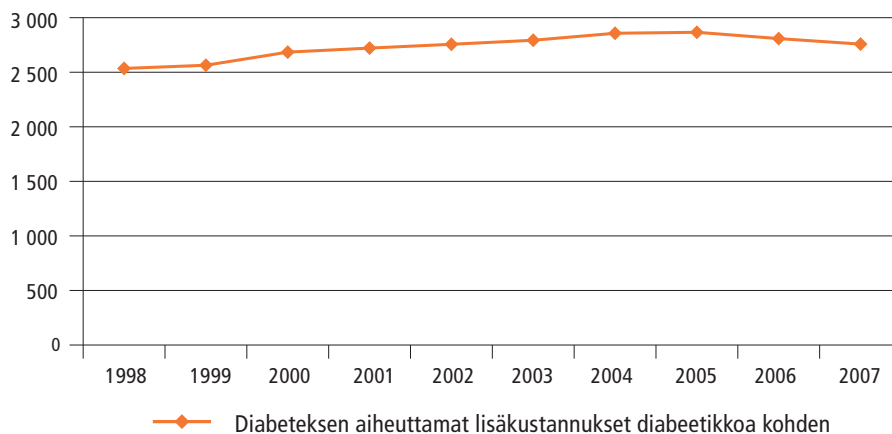
Diabeteksen aiheuttamat sairaanhoidon lisäkustannukset diabeetikkoa kohden olivat 2 557 euroa vuonna 1998 ja 2 762 euroa vuonna 2007 vuoden 2007 rahassa. Vuodesta 1998 vuoteen 2005 diabeteksen aiheuttamat sairaanhoidon kustannukset diabeetikkoa kohden kasvoivat 1,2 % vuodessa, mutta vuodesta 2005 vuoteen 2007 ne laskivat 0,5 % vuodessa.

16–58-vuotiaiden diabeetikkojen tuottavuuskustannukset olivat vuonna 2007 runsaat 1,3 miljardia euroa. Tuottavuuskustannuksista 72 % oli 16–58-vuotiaiden diabeetikoiden ennen aikaiselle eläkkeelle siirtymisen vuoksi syntyneitä tuotannon menetyksiä. Sairauspoissaolojen osuus oli 4,1 %. Noin neljännes tuottavuuskustannuksista oli ennen aikaisen kuoleminen vuoksi syntyneitä tuotannonmenetyksiä.

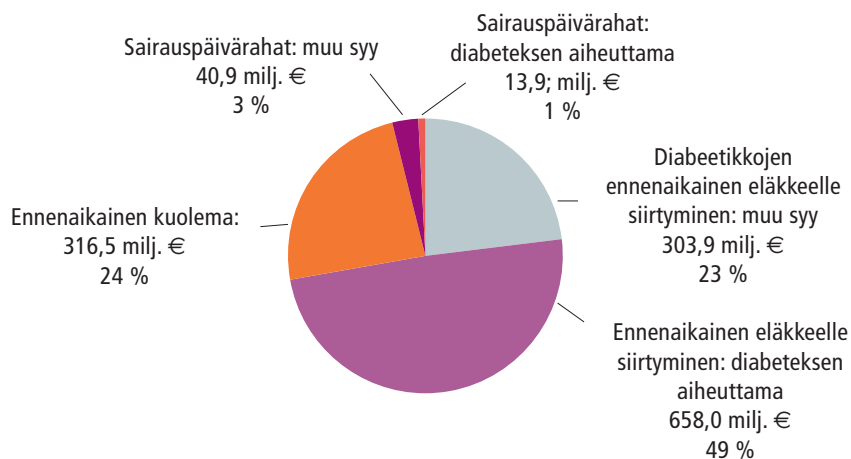




**KUVA 12.** Diabetikkojen sairaanhoidon kokonaiskustannusten ja diabeteksestä aiheutuneiden lisäkustannusten kehitys 1998–2007 (miljoonaa euroa, vuoden 2007 rahassa).



**KUVA 13.** Diabetikkojen sairaanhoidon diabeteksen aiheuttamat lisäkustannukset vuosittain diabeetikkoa kohden vuosina 1998–2007 (euroa, vuoden 2007 rahassa).



**KUVA 14.** Tuottavuuskustannusten jakautuminen eri kustannuseriin vuonna 2007 (miljoonaa euroa, vuoden 2007 rahassa).



Terveydenhuollon toimijat, kunnalliset päätöksentekijät ja valtiovalta voivat hyödyntää kustannustutkimuksen tietoja diabeteksen ehkäisyn ja hoidon sekä näihin liittyvien palvelurakenteiden kehittämisessä. Tuoreet tutkimustulokset valaisevat diabeetikkojen sairaanhoidon kokonaiskustannuksia, tuottavuuskustannuksia, diabeteksen aiheuttamia lisäkustannuksia ja kustannusten kehitystä. Lisäksi ne avaavat näkymän tulevaisuuteen ja osoittavat, miten diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon tulisi panostaa, jotta Suomi välttyisi tulevaisuudessa terveydenhuollon talouskriisiltä ja kansakunta suurelta inhimillisen kärsimyksen taakalta.

#### 4.4. Diabeetikon omahoidon tukeminen

Diabeetikon omahoidon tukemisella oli keskeinen merkitys kansallisen diabetesohjelman toiminnassa. Ohjelman toimenpiteet koskivat niin diabeteksen hoitoon ja hoidon seurantaan tarkoitettujen välineiden saatavuutta ja laatutekijöitä kuin informaatiota hoidon toteutuksesta tasaveroisessa vuorovaikutussuhteessa terveydenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välillä. Tärkeää oli myös vertaistukitoiminnan kehittäminen. Dehko tuotti omahoidon tukimateriaalia, ryhmäohjaukselle, opasmateriaalia ja diabeetikoille tarkoitettuja omahoidon työkaluja. Diabeetikot olivat mukana niin kehittämistyön ytimessä kuin sen kohderyhmänä.

##### Sairaanhoitopiireille 2009 tehdyn kyselyn mukaan

Diabeetikoiden yksilöllisiä tarpeita pystyttiin ottamaan huomioon hoidossa. Parhaiten tämä toteutui seurantakäyntien määrässä ja hoitomuotojen valinnassa.

Kaksi kolmasosaa vastanneista ilmoitti, että hoitovälineiden ja omaseurantavälineiden valinnassa otettiin yksilölliset näkökulmat huomioon. Noin puolet vastaajista arvioi, että erityisasiantuntijoiden käyttöä hoidossa harkittiin yksilöllisesti.

##### 4.4.1. Hoidonohjaus

Dehkon tavoitteena oli, että jokainen diabeetikko saisi riittävän hoidonohjauksen ja että hän voisi osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Hoidonohjaus oli ollut vaikeasti määriteltävä osa diabeteksen hoidossa. Tämä johtui siitä, että hoidonohjausta oli

perinteisesti kirjattu lääketieteellistä hoitoa niukemmin ja siksi ohjauksesta oli myös puuttunut tavoitteellisuutta ja systemaattisuutta. Lisäksi hoitohenkilöstön ohjausmenetelmien hallinta oli ollut osin puutteellista.

Diabeetikon henkilökohtaista hoitoa ja kuntoutusta tukevia julkaisuja toteutettiin opasmuodossa.

Oppaat tarkastelivat ja ohjasivat diabeetikon hoidon tukemista elämänsä aikana ja sairauden erilaisten vaiheiden aikana kuntoutuksellisesta näkökulmasta. Hoidonohjauksen laadun ja erityisesti ohjauksen riittävyys ja vertaistukielementtien tukemiseksi Dehko tuotti tyyppin 2 diabeetikoiden hoidonohjaukseen ryhmäohjausmallin.

Hoidonohjauksen osaamista tuettiin osaamisen kehittämisen avulla, mutta myös tuomalla laatua ohjaavat kriteerit hoidonohjaukseen. Hoidonohjauksen laatukselliset raamittivat hoidonohjauksen järjestämistä, ja toteuttamisen periaatteet toivat perusteluita ja käytännön ohjeita hoidonohjaustoimintaan. Käytännön toteuttamisen periaatteille haettiin myös tieteellinen perusta. Hoidonohjauksen laadun kehittämiseen tuotettiin laatuksellisiin perustuva suositusaineisto verkkokäyttöön soveltuvana versiona. Se julkaistaan verkkosivuston uusimisprosessiin liittyen vasta Dehkon päätösaiheessa.

##### Sairaanhoitopiireille 2009 tehdyn kyselyn mukaan

Diabeteksen hoidonohjausta toteutettiin pääosin yksilöohjauksena. Vajaa kolmannes vastaajista käytti ryhmäohjausta hoidonohjauksen menetelmänä.

Diabeetikko osallistui oman hoitonsa suunnitteluun, arvioi 70 % vastaajista. Hoidonohjauksen uusia välineitä olivat sähköiset yhteydenpito- muodot. Vajaa viidennes vastaajista kertoi hyödyntävänsä niitä diabetesta sairastavan omahoidon tukemisessa.

*Tiedot hoidonohjausta käsittelevistä julkaisuista ovat tämän raportin liitteessä 7 (Dehkon julkaisut).*

##### 4.4.2. Omahoidon työkalut

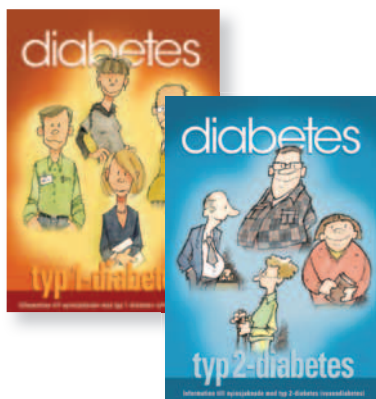
###### Diabeetikon oikeudet ja vastuu

Omahoidon pelisäännöt – Diabeetikon oikeudet ja vastuu – opas laadittiin selvittämään diabeetikon oikeuksia hoidossa ja vastuuta omahoidossa. Opasta

jaettiin laajasti diabetesyhdistysten kautta. Tämä pienimuotoinen julkaisu auttoi diabetesta sairastavia henkilöitä valvomaan omia etujaan ja toisaalta paneutumaan omaan vastuuseensa diabeteksen jokapäiväisessä hoidossa.

### Diabeteskortti ja -passi

Dehkon alkumetreillä tuotettiin diabeetikoiden käyttöön diabeteskortti /diabetespassi, jonka tarkoitus oli toimia diabeetikon, ja tarvittaessa myös hoitoyksikön, hoidon seurannan omana tukivälineenä. Korttiin kirjattujen tietojen ideana oli auttaa diabeetikkoa pysymään ajan tasalla hoidon tavoitteista, toteutuksesta ja hoitotuloksista. Menetelmä ei kuitenkaan saanut laajaa suosiota. Diabeteskortin vähäisen käytön syynä saattoi olla sen käyttöön liittyvä päällekkäinen työ hoitoyksikön kirjauksen kanssa, joskaan syytä ei selvitysten perusteella todennettu.



### Ensietolehdet

Sairastumisvaiheessa saatava informaatio on diabetesdiagnoosin jälkeen äärimmäisen tärkeää. Dehkon tuella tuotettiin ensietolehdet sekä tyypin 1 että tyypin 2 diabeetikoille. Nämä informaatiolehtiset löysivät paikkansa hoitoyksiköissä ja diabetekseen sairastuneiden henkilöiden ohjauksessa. Aluksi maksuttomat ja myöhemmin pienellä nippuhinnalla välitetyt lehdet olivat valtava apu terveydenhuollossa, jossa taloudelliset resurssit rajasivat monin paikoin maksullisen opasmateriaalin antamista diabeetikoille.

### Suuntavivoja diabeetikon hoitoon ja kuntoutukseen -oppaat

Dehkon loppuvaiheessa diabetesta sairastaville tuotettiin kuntoutusta ja henkilökohtaista hoitoa tukevaa materiaalia. Diabeetikoiden arkielämän ti-

lanteita kuvaavat oppaat saivat hyvän vastaanoton niin diabeetikoiden kuin terveydenhuollon ammattilaistenkin keskuudessa. Tyypin 1 ja 2 diabeetikoille tuotettiin omat opasversionsa.

Suuntaviivoja nuorten diabeteksen hoitoon -projekti käynnistyi Dehkon loppuvaiheessa. Sen tarkoituksena oli tukea suotuisaa siirtymistä lasten yksiköstä aikuisten yksikköön diabeetikon nuorten hoidossa. Kehittämisaikatuksen pohjana olivat eri puolilta maata kootut siirtovaiheen toimintamallit sekä niiden ja asiantuntijatyöskentelyn avulla kartoitetut siirtymävaiheen kipupisteet sekä ratkaisuvaihtoehdot. Nuorten hoidon malli julkaistaan Diabetesliiton verkkosivuilla.

### Suositus omaseurantaan

Omahoitoon olennaisesti kuuluvan verensokerin omaseurannan tehostamiseksi Dehko tuotti ohjelman loppuvaiheessa Luotettava ja tavoitteellinen omaseuranta -suositusmateriaalin, joka julkaistiin Diabetesliiton nettisivuilla. Omaseurannan laadunvarmistamiseen ja tehokkaaseen hyödyntämiseen tähtäävä suositus soveltuu sekä diabeetikoille että terveydenhuollon ammattilaisille.

### 4.4.3. Hoitotyytyväisyys ja elämänlaatu

#### Hoitotyytyväisyystutkimus

Dehko-ohjelman alkupuoliskolla toteutettiin hoitotyytyväisyystutkimus. Tutkimuksen mukaan suomalaiset diabeetikot olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Seurantatutkimusta hoitotyytyväisyydestä ei tehty. Hoitotyytyväisyyden mittaamiseen olisi ollut tarpeellista liittää kliiniset hoitotulokset sekä tiedot hoidon toteutusmuodosta ja suhteesta hoitosuositukseen. Näin vaatimaan tutkimusasetteluun ei ollut resursseja ryhtyä. Ohjelman loppuvaiheessa panostettiin diabeetikoiden elämänlaatuksymyksiin.

#### Diabetes ja elämänlaatu

Dehkon tuella käännettiin ja validoitiin Suomen olosuhteisiin Iso-Britanniassa kehitetty diabeetikon elämänlaadun mittaamiseen tarkoitettu ADDQoL19-mittari. Validaatiotutkimuksen ohella kerättiin tietoa suomalaisten diabeetikoiden elämänlaadusta. Elämänlaatumittari ja sen käyttöohjeistus sekä tieteellinen tausta-aineisto valmistuivat Dehkon viimeisen toimintavuoden aikana. Ennen ohjelman päättymistä saatiin myös ratkaistuksi mittarin lisenssioikeuksiin liittyvät

kysymykset niin, että terveydenhuollon ammattilaisten on mahdollisuus käyttää mittaria. Diabetesliitto tulee jatkossa tarjoamaan myös koulutusta elämänlaadun mittaamiseen liittyvissä asioissa. Tavoitteena on, että diabeetikon elämänlaadun seurannasta muodostuu kiinteä osa diabeteksen kokonaisuhoitoa.

### Tutkimustuloksia

Elämänlaatututkimukseen vastanneet diabeetikot kokivat yleisen elämänlaatunsa melko hyväksi. 73 % tyyppin 1 ja 60 % tyyppin 2 diabeetikoista koki elämänlaatunsa vähintään hyväksi, kun taas 8 % tyyppin 1 ja 12 % tyyppin 2 diabeetikoista koki elämänlaatunsa huonoksi. Lisäsairaudet olivat useimmilla vastaajilla yhteydessä heikentyneeseen elämänlaatuun.

Diabeteksen arvioitiin vaikuttavan elämänlaatuun muutenkin monin tavoin. Eniten kielteistä vaikutusta arvioitiin olevan sukupuolielämään, vapautteen syödä kuten haluaa sekä siihen, miltä tulevaisuus tuntuu. Vähiten diabeteksella arvioitiin olevan kielteistä vaikutusta muiden suhtautumiseen ja elinolosuhteisiin. Osa vastaajista arvioi diabeteksella olevan myös myönteistä vaikutusta pääasiassa ulkoiseen olemukseen sekä motivaatioon tehdä asioita.

#### 4.4.4. Diabetesyhdistysten ja terveydenhuollon yhteistyö

Dehkon tavoitteena oli tukea terveydenhuollon ja diabetesyhdistysten yhteistyötä niin, että siitä muodostuisi pysyvä käytäntö. Dehko järjesti yhteistyössä Diabetesliiton järjestöosaston kanssa yhdistyksille koulutusta ja informoi terveydenhuoltoa yhteistyön mahdollisuuksista.

Yhdistysten ja terveydenhuollon yhteistyön vuosittainen seuranta alkoi kyselyjen avulla heti Dehkon alkuvaiheessa. Yhteistyö vilkastui vuosi vuodelta, ja Dehkon loppuvaiheessa suurimmalla osalla diabetesyhdistyksistä oli säännöllistä yhteistyötä terveydenhuollon kanssa. Yhteistyön muodot olivat vaihtelevia ja yhteistoiminnan aktiivisuus vaihteli paikkakunnittain.

#### Sairaanhoitopiireille 2009 tehdyn kyselyn mukaan

Puolet vastaajista ilmoitti tekevänsä yhteistyötä diabetesyhdistysten kanssa diabeteksen hoidossa ja tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä.

### Ryhmätoimintamallit

Parhaina hedelminä diabetesyhdistysten ja terveydenhuollon välisestä yhteistyöstä voidaan pitää ryhmätoimintamalleja. Dehko-projektina kehitettiin OMA-ryhmätoiminta, jonka tavoitteena oli paitsi tukea tyyppin 1 diabeetikoita, toimia myös yhteistyön edistäjänä diabetesyhdistysten ja terveydenhuollon välillä. Ryhmäohjaajakoulutuksiin ja ryhmien ohjaamiseen osallistuivat molemmat osapuolet.

Sydänliiton kanssa tiivistyneen yhteistyön myötä kehitettiin tyyppin 2 diabeetikoiden tukiryhmiksi ITE-ryhmät. Mallina olivat Sydänliiton elintaparyhmät, joiden toimintasisältöön ja ryhmäohjaajakoulutuksiin lisättiin diabetesosio. Ammatillinen painonhallintakoulutus tuki ITE-toimintaa, monet ryhmät ottivat teemakseen painonhallinnan. Näin myös ITE-ryhmät toimivat osaltaan sillanrakentajina terveydenhuoltoon, vaikka periaatteessa ryhmän vetäjä oli aina vertaistukihenkilö. ITE-ryhmistä kehitettiin ajan mittaan teemojen avulla muitakin ryhmiä, tästä hyvänä esimerkkinä ovat liikuntaharrastuksia tukevat Lenkkikaveriryhmät.



### Diabeetikoiden osallistuminen kehittämistyöhön

Monissa sairaanhoitopiireissä huomioitiin diabeetikoiden edustus alueellisissa diabetestyöryhmissä. Samoin diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämistyössä diabeetikot saivat osallistua enenevässä määrin, paikallisella ja alueellisella tasolla, diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämistyöhön. Diabeetikot valittiin näihin tehtäviin joko diabetesyhdistysten tai terveydenhuollon yksiköiden välityksellä.

*Tiedot diabeetikon omahoidon tukemiseen liittyvää materiaalista ovat tämän raportin liitteessä 7 (Dehkon julkaisut).*

## 4.5. Itsenäiset Dehko-hankkeet

### 4.5.1. Raportoidut itsenäiset Dehko-hankkeet

Dehko-ohjelma poiki suuren määrän alueellisia ja paikallisia sekä organisaatio- tai yksikkökohtaisia hankkeita diabeteksen ehkäisyn tai hoidon kehittämiseen. Hankkeiden määrä ja kirjo olivat suuria. Hankkeiden koko vaihteli laajoista, organisaatioiden ulkopuolisen rahoitustoiminnan tuella toteutetuista erillishankkeista pieniin yhden työyksikön kehittämistöimiin, joita tehtiin perustoiminnan ohella. Yhteistä näille kaikille hankkeille oli se, että ne noudattivat Dehko-ohjelman tavoitteita ja että ne toimivat itsenäisesti irrallaan Dehko-organisaatiosta.

Dehkon suuryhteistyön yhteydessä kerättiin tietoa itsenäisistä Dehko-hankkeista, ja niitä esiteltiin Dehko-päivillä niin postereina kuin suullisina esityksinäkin. Hankekuvausten tiivistelmät julkaistiin Dehkon verkkosivuilla ja suuryhteistyön abstraktikirjoissa. Kaikkiaan Dehkolle raportoituihin ohjelman aikana 300 hanketta, mukaan lukien D2D-alueella toteutetut hankkeet. Dehkon raportti ”Palkitit ja arjessa koetellut” vuodelta 2007 esittelee 100 diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämishanketta.

Neljstä itsenäisestä Dehko-hankkeesta tuotettiin myös Dehko-raportti. Raportit kirjoitettiin hankkeiden omilla resursseilla. Dehko vastasi raporttien painatuksista, postituksista ja niihin liittyvistä kuluista. Nämä neljä hanketta olivat Diabro – Diabeteksen hoidon uusi toimintamalli Oulun läänin eteläosan 13 kunnassa, Apteekkien diabetesohjelma – Apteekit Dehkon tavoitteita toteuttamassa, Dehko Outokummun terveyskeskuksessa – paikallinen diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisprosessi sekä Stadia-Dehko – Tyypin 2 diabeetikon elämäntapaohjausta ammattikorkeakoulussa.

*Tiedot itsenäisistä raportoiduista Dehko-hankkeista ovat tämän raportin liitteessä 7 (Dehkon julkaisut).*

### 4.5.2. Dehkon kannustuspalkintojen saajat

Dehko-palkintojen jakamisperinne aloitettiin Diabetesliiton liittohallituksen päätöksellä vuoden 2003 Dehko-päivien yhteydessä. Kannustuspalkinnolla haluttiin tukea Dehkon tavoitteiden toteuttamista perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa sekä alueellisen koordinoinnin ja kehityksen edistämistä sairaanhoitopiireissä.

Ensimmäinen Dehko-palkinnon saaja oli Diabeteksen hoidon toimintamalli Oulun eteläisessä eli Diabro-hanke. Valitsijoina toimineiden professori Matti Uusituvan ja ylilääkäri Timo Kohvakan mukaan Diabron vahvuuksia olivat mm. hankkeen perustuminen tutkittuun tietoon, uuden teknologian hyödyntäminen, laaja-alaisuus, sitoutuneisuus ja vaikuttavuus. Kunniakirja ja 6 000 euron rahasumma luovutettiin Dehko-päivillä 2003.

Vuoden 2006 Dehko-päivillä jaettiin sekä Dehko- että D2D-palkinto. Palkintoja tavoitteli yhteensä 72 hanketta eri puolilta Suomea, ja palkintojen jakoraateihin kuuluivat professorit Jaakko Tuomilehto Helsingin yliopistosta, professori Matti Uusitupa Kuopion yliopistosta, puheenjohtaja Eeva-Liisa Urjanheimo Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta, apulaisylilääkäri Ari Aimolahti Helsingin terveyskeskuksesta, puheenjohtaja Maria Arne Diabeteshoitajat ry:stä sekä toimittaja Kirsti Talsi-Sirkka ja Dehkon pääsihteeri Leena Etu-Seppälä Diabetesliitosta.

Dehko-palkinto (6 000 euroa) myönnettiin Saarijärven kaupungin ja Saarijärven-Karstulan terveydenhuollon kuntayhtymän yhteiselle TerveysPuntari -nettipäiväkirjalle. TerveysPuntari on maksuton verkkopalvelu, jonka tarkoituksena on opastaa ja tukea ihmisiä huolehtimaan omatoimisesti omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan henkilökohtaisten nettipäiväkirjojen avulla. Valitsijaraati piti tärkeänä sitä, että sivusto syntyi perusterveydenhuollon tarpeista ja oli innovatiivinen ja asiakaslähtöinen sekä kaikkien asiasta kiinnostuneiden saatavilla.

**TAULUKKO 6. Dehkon suurtapahtumien hanke-esittelyjen määrä 2003–2011**

	2003	2006	2009	2011
Hoidon ja hoidon laadun kehittäminen	11	2	12	22
Hoidon organisointi	4	3	9	
Diabeetikon omahoidon tukeminen	8	2	7	9
Diabetesosaamisen kehittäminen	8	2	7	7
Diabetes yhteiskunta ja elinympäristö			6	
Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy	4	63	49	15
<b>Yhteensä</b>	<b>35</b>	<b>72</b>	<b>90</b>	<b>53</b>



Vuoden 2009 Dehko-päivillä D2D-palkinnon sai Tervehet mukulat -aineistokonsepti. Matti Uusitupa onnittelee Eeva Korpi-Hyövältä

Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn keskittyvä Dehkon 2D -palkinto jaettiin kahteen 3 000 euron tunnustuspalkintoon. Palkitut olivat Tampereen Lääkärikeskus Oy:n Koskiklinikan työterveyspalvelu ja Kauhavan seudun kansanterveystyön kuntayhtymän Dehkon 2D -hanke.

Tampereen Koskiklinikan työterveyshuoltoa raati kiitti mm. järjestelmällisestä toiminnan kehittämisestä ja selkeästi järjestetystä riskihenkilöiden seurannasta ja ohjauksesta. Koskiklinikalla ehkäistiin tyyppin 2 diabetesta myös ryhmissä ja perheenjäsenet huomioiden. Kauhavan Dehkon 2D -hanke sai palkintoraadilta tunnustusta siitä, että Kauhavan kuntayhtymä oli työskennellyt jo pitkään tyyppin 2 diabeteksen ehkäisemiseksi. Toimintaa kiitettiin vakuuttavaksi, monipuoliseksi ja moniammatilliseksi.

Kolmannen kerran Dehko- ja D2D-palkinnot jaettiin Dehko-päivillä vuonna 2009, tällä kertaa voittajat valittiin 90 hanke-esittelyn joukosta. Palkittuja hankkeita olivat valitsemassa Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmän puheenjohtajan, professori Matti Uusituvan lisäksi terveyskeskuslääkäri Nils Holmström Mustasaaren terveyskeskuksesta, erikoislääkäri Päivi Kekäläinen Pohjois-Karjalan keskussairaalaista, Heikki Saaristo Lohjan Seudun diabetesyhdistyksestä, D2D-hankkeen valtakunnallinen koordinaattori Timo Saaristo, Dehkon pääsihteeri Leena Etu-Sepälä ja Dehkon koulutusvastaava Maria Aarne Diabetesliitosta.

Ensimmäinen Dehko-palkinto (4 000 euroa) myönnettiin Lohjan terveyskeskuksen diabetestöryhmälle, joka kuvasi hanke-esittelystään diabeteksen hoidon uudelleenorganisointia. Hankkeen laaja-alaisuus, tiimityön tuloksellisuus ja suuri innostuneisuus ja rohkeus työtapojen muuttamiseen olivat perusteina palkinnon myöntämiselle.

Toisen Dehko-palkinnon (2 000 euroa) saaja oli Ylä-Pirkanmaan perusterveydenhuollon diabeteshoidon kehittämishanke DILLI (2006–2008), joka keskittyi erityisesti tyyppin 2 diabetekseen liittyvien lisäsairauksien ehkäisyyn. Hankkeessa oli hyödynnetty moniammatillisuutta ja huomioitu hienosti myös hoidon laadun seuranta. Kehittämistyön tuloksena syntyi mm. alueellinen perusterveydenhuollon diabeteshoitomalli.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin Tervehet Mukulat -aineistokansio ja koulutuskokonaisuus sai 4 000 euron arvoisen D2D-palkinnon. Hankkeen tavoitteena oli lasten ylipainon ehkäisy ja samalla koko perheen elämäntapoihin ja terveyteen vaikuttaminen. Palkintoraati totesi, että hanke oli pyrkinyt ehkäisemään nerokkaan arjisella otteella ja järjestelmällisesti tyyppin 2 diabetesta lapsilla ja perheissä moniammatillisuutta hyödyntäen.

D2D-hankkeen tavoitteiden mukainen toimintamalli, Diabeteksen ja valtimotautien ehkäisystrategia Keski-Satakunnassa, palkittiin 2 000 euron palkinnolla. Hankkeessa tehtiin laaja seulontatutkimus, joka löysi 45–70-vuotiaista tuhansia aiemmin diagnosoimattoman tyyppin 2 diabeteksen, sen esiasteiden, metabolisen oireyhtymän tai verenpaineen vuoksi kiireellisesti hoitoa tarvitsevia henkilöitä. Omaaloitteisuus ja työhön sitoutuneisuus näkyivät tämän hankkeen toteutuksessa vahvasti.

Dehko-päivien yhteydessä jaettujen palkintojen lisäksi Dehkon toimijasymposiumissa jaettiin vuonna 2007 viisi 1 000 euron D2D-palkintoa toteutetuille ja vaikuttaville toimintamalleille, yksi kunkin hankkeessa mukana olleen sairaanhoitopiiriin alueelle. D2D-palkinnon saivat seuraavat kehittämishankkeet:

## DEHKO päivät 2009

27.–28.1.2009, Tampere



- Toiminnallinen painonhallintaryhmä, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
- Liikkumisreseptin ryhmätäyttömalli, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
- Raahen seudun terveydenhuollon kuntayhtymän malli, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
- Syöden solakaksi, hikoillen hoikaksi -terveysmessukiertue, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
- Tyypin 2 diabeteksen hoitopolkujen kehittäminen Siilinjärven ja Maaningan terveydenhuollon kuntayhtymässä ”D2D-peli ja hoitopolkujen kertausharjoitus”, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Palkinnot myönnettiin toimintamalleille, jotka toteuttivat D2D-hankkeen projektisuunnitelman mukaisia tavoitteita tuloksellisella ja uudenaikaisella tavalla. D2D-hankkeen valtakunnallinen koordinaattori Timo Saaristo ja Dehkon pääsihteeri Maria Aarne valitsivat palkittavat sairaanhoitopiirien lähettämien 25 ehdokkaan joukosta.

Viimeisten Dehko-päivien yhteydessä 31.1.2011 jaettiin vielä kolme 4 000 euron Dehko-palkintoa.

### 4.6. Yhteiskunnallinen vaikuttaminen

Laajasti ymmärrettyinä Dehko-ohjelma on jo itsessään yhteiskunnallista vaikuttamista. Tyypin 2 diabeteksen ehkäiseminen ulottuu koko yhteiskuntapolitiikkaan, ja vaikuttaminen diabeteksen hoidon edellytysten turvaamiseen ja laadun parantamiseen ovat terveyspoliittista vaikuttamista. Dehko on pyrkinyt vaikuttamaan suoraan kunnallisiin ja valtakunnallisiin päättäjiin sekä päätösten valmistelijoihin ja poliittisiin päättäjiin. Suomen EU-puheenjohtajakauden terveyspoliittinen tunnus vuonna 2006 ”Terveys kaikissa politiikoissa” (HIAP – Health

In All Policies) tarjosi mahdollisuuden tuoda esiin Dehkonkin kannalta tärkeitä teemoja myös yhdessä Sydänliiton kanssa.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy oli vuosituhaten taitteessa vielä uusia asia ja Dehko ensimmäinen kansallinen diabetesohjelma, jossa ehkäisevää työtä vietiin käytännön toimintaan terveydenhuollossa ja muussa kunnallisessa toiminnassa. Julkisuus tarttui tyypin 2 diabeteksen lisääntymislukuihin ja Dehkon toimintavuosien aikana aiheesta saavutettiin julkisuudessa todellinen läpilyönti, joka vaikutti myös Dehkon yhteiskunnalliseen vaikuttavuuteen.

Alun alkaen Dehko-ohjelma ymmärrettiin Suomessa kaikkien toimijoiden yhteiseksi omaisuudeksi siten, että kaikki olivat tervetulleita toteuttamaan ohjelmaa. Tätä edistääkseen Diabetesliitto käynnisti ohjelman alussa systemaattiset kahdenkeskiset neuvottelut eri valtioneuvoston tahojen, alalla toimivien organisaatioiden sekä diabetesta lähellä olevien kansanterveys- ja vammaisjärjestöjen kanssa. Erityisen vahvaksi muodostui yhteys Suomalaisen Sydänohjelman kanssa, mikä osaltaan perustui Sydänliiton ja Diabetesliiton strategiseen kumppanuuteen. Ohjelmat myös oppivat toinen toisiltaan.

Dehko vahvisti selvästi Diabetesliiton asemaa ja arvostusta yhteiskunnassa; sama kehitys tapahtui kansainvälisesti. Kaikki tämä antoi uutta vakuuttavuutta myös Diabetesliiton yhteiskunnalliselle vaikuttamiselle. Dehkon kehittyttyä toimivaksi, positiivisen imagon omaavaksi ohjelmaksi sekä ohjelma että Diabetesliitto osoittautuivat erittäin suosituiksi yhteistyökumppaneiksi. Kaikkiin yhteistyöhankkeisiin ei kuitenkaan ollut resursseja lähtä mukaan, vaikka kyse olisi ollutkin täysin ohjelman tavoitteiden mukaisesta toiminnasta.

## 5. Ohjelman arviointimenettelyt

### 5.1. Ohjelma-arviointi

#### Arviointi osana ohjelman toteutusta

Kansalliselle diabetesohjelmalle laadittiin arviointisuunnitelma osana ohjelmakirjaa ja ohjelman etenemissuunnitelmaa. Alkuvaiheessa laadittu arviointisuunnitelma ylsi kuitenkin vain ohjelman puoliväliin, ja sitä täydennettiin ohjelman edetessä. Ensimmäiset arviointitoimenpiteet koskivat ohjelman valmisteluvaihetta ja tunnetuksi tekemistä. Tämä osuus tehtiin ohjelman oman työnä.

Dehkon toimeksiannosta tehtiin kaksi ulkoista väliarviointia, joiden tekijät valittiin kilpailutuksen perusteella. Ulkoiset arvioinnit olivat kansalliselle diabetesohjelmalle suuri taloudellinen panostus, mutta arvioinnit katsottiin välttämättömiksi kehittämistyön oikean suuntaamisen varmistamiseksi. Molempien väliarviointien jälkeen laadittiin seuraavalle kolmevuotiskaudelle strategiset linjaukset ja etenemissuunnitelmat, jotka myös julkaistiin Dehko etenee -nimisinä julkaisuina.

Kun Dehko oli hyväksytty konsensuskokouksessa kansalliseksi diabetesohjelmaksi, terveyshallinnon asiantuntija Tauno Telaranta teki Dehkon tilaamana arvioinnin terveydenhuollon viranomaisnäkökulmasta. Telarannan arvio Dehkosta kansanterveysohjelmalla vahvisti näkemystä, että kehittämistyön pohjaksi laadittu ohjelma oli sitä, mitä diabeteksen ehkäisy ja hoidon tehostamiseksi ja parantamiseksi oli kaivattu. Diabetes oli kansanterveydellisesti merkittävä sairaus sekä yleisyytensä, vakavuutensa, huonojen hoitotulostensa että kustannustensa vuoksi. Näin Dehkon voitiin todeta tulleen todelliseen tarpeeseen. Dehko-ohjelman ansioiksi katsottiin sen ehkäisy painotteisuus ja kustannusten esiin nostaminen sekä diabeetikoiden osallistuminen ohjelman laatimiseen terveydenhuollon asiantuntijoiden rinnalla.

#### Ensimmäinen väliarviointi

Ensimmäinen väliarviointi tehtiin vuonna 2003, ja sen tekemisestä vastasi Klaus af Ursin ja hänen koostamansa arviointiryhmä. Arvioinnissa analysoitiin Dehkon valmisteluvaihetta ja ensimmäistä toteutusvaihetta sekä siihen mennessä saavutettuja tu-

loksia. Siinä annettiin myös toimenpide-ehdotuksia tulevaisuutta ajatellen. Arviointi perustui kirjallisen dokumentaation analyysiin, avainhenkilöiden ja sidosryhmien edustajien haastatteluihin, case-analyysiin sekä arviointitiimin ja sen jäsenten asiantuntijakokemukseen.

Ensimmäisessä väliarvioinnissa Dehkon suurimmaksi lisäarvoksi nähtiin diabetestietoisuuden lisääminen terveydenhuollon henkilöstön, päättäjien, riskiryhmien ja yleensä kansalaisten keskuudessa. Arvioitiin myös, että Dehko oli ryhtittänyt ja jännevittänyt terveydenhuollon käytäntöjä diabeteksen ehkäisyyn ja varhaistoteamisen alueilla ja että Dehko voisi tuottaa toteutumisen jatkua huomattavaa taloudellista ja terveydellistä lisäarvoa. Dehkon verkostomuotoinen toteuttamista pidettiin vaativana, ja kriittisiksi kohdiksi arvioitiin terveydenhuollon organisaatioiden sitoutuminen ohjelman toimenpiteisiin.

Arvioinnissa otettiin kantaa Dehkon tavoitteissa olevaan rekisterikysymykseen ja katsottiin, että erillisten diabetesrekisterien muodostaminen ei enää silloisen tiedon ja terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittämisen kannalta näyttänyt perustellulta. Dehkon toimenpiteiden kirjoa pidettiin laajana ja innovatiivisena. Näytti siltä, että ohjelman käynnistymisessä ja toimeenpanossa oli suuria alueellisia eroja. Toimeenpanossa oli korostettu diabeetikkojen omaa panosta, mutta tältä osin vallitsi kuitenkin myös kehittämistarpeita. Sosiaali- ja terveysministeriön roolia ja osallisuutta Dehkon toteutuksessa haluttiin täsmennettävän, kuten myös Dehkon roolia suhteessa Terveys 2015 -kansanterveysohjelman toimeenpanoon.

#### Toinen väliarviointi

Dehko-ohjelman toinen väliarviointi tilattiin arviointiryitys NetEffect Oy:ltä, ja se toteutettiin vuonna 2006. NetEffectin arviointi perustui sidosryhmille tehtyyn kyselyyn, haastatteluihin ja Dehko-aiheiseen dokumenttiaineistoon. Arviointiraportin mukaan Dehkon tuli ohjelman loppuvaiheessa keskittyä vain muutamaankin tärkeimpään tavoitealueeseen. Keskeisiksi huomion kohteiksi nousivat diabeetikon omahoidon tukeminen ja hoidonohjauksen kehittäminen. Perusterveydenhuollon ja erikoissaira-

hoidon välisen jaetun hoitovastuun toteutuminen nähtiin tärkeänä, samoin kuin diabetesyhdistysten ja terveydenhuollon välisen yhteistyön vakiintuminen. Tyypin 1 diabeetikoiden hoitotasapainon parantaminen näytti vaativan myös erityistä huomiota. Lisäksi pidettiin tärkeänä diabeteksen yhteiskunnalle aiheuttamien kustannusten selvittämistä ja uusien viestintäkanavien löytämistä eri kohderyhmille.

Tietoteknistä laatu järjestelmää arveltiin jouduttavan odottamaan valtakunnallisen potilaskertomushankkeen etenemisen rinnalla. Dehkon luomien toimintamallien haasteellisena tehtävänä oli juurtua osaksi terveydenhuollon palvelurakenteita. Tämä oli erityisen tärkeää eriarvoisuuden ehkäisemiseksi. Hoitoketjuja oli jo kuvattu laajalti, mutta niiden mukainen toiminta ei ollut vielä toteutunut. Arvioinnissa todettiin, että alueelliset erot diabeteksen hyvän hoidon toteutumisessa olivat edelleen suuret. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn tähtäävän toiminnan painottamista pidettiin perusteltuna ohjelman loppuun asti.

Toisessa väliarvioinnissa Dehkoa kannustettiin varautumaan ohjelman päättymiseen. Ohjelman loppuarviointia varten suositeltiin mittareita, joilla voitaisiin mitata tavoitteisiin pääsemistä. Vakavasti tuli myös harkita jatkohankkeen tarvetta. Arvioinnin mukaan tuli erityisesti kuitenkin panostaa saavutettujen tulosten hyödyntämiseen niin ohjelman aikana kuin sen päätyttyäkin.

Dehkon tavoitteiden ja väliarviointien tarkastelu ohjasivat siten ohjelman etenemistä.

### Muut arviointinäkökulmat

Dehkon arviointia tukivat myös UKK-instituutin selvitys diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämishankkeen hyödyntämisestä terveyskeskuksissa sekä Valtion tarkastusviraston tarkastuskertomuksen arvio Raha-automaattivastuukäytöstä kansansairauksien ennaltaehkäisyyn. Valtion tarkastusvirasto piti Dehkoa hyvin keskeisenä palvelujärjestelmää kehittävänä hankkeena, lisäksi se arvosti Dehkon kansainvälistä roolia.

### Dehkon loppuarviointi

Dehkon loppuarvioinnin suunnittelu käynnistyi vuonna 2009. Loppuarviointi toteutettiin sekä sisäisenä että ulkoisena arviointina. Sisäisen arvioinnin teki Dehkon henkilöstö. Työhön kuului ohjelmakuvaus ja ohjelman toteutukseen liittyvän tiedon kokoaminen. Sisäisen arvioinnin itsearviointiosuus toteu-

tettiin Dehko-toimijoille tehdyllä arviointikyselyllä (kysely kuvattu kappaleessa 5.4.). Kysely keskittyi ohjelmajärjestelmän arviointiin. Diabeteskentän tilannetta arvioitiin sairaanhoitopiireittäin diabetestoimijoille tehdyllä kyselyllä (kuvattu kappaleessa 5.2).

Ulkoista arviointia varten rekrytoitiin neljän hengen asiantuntijaryhmä. Ryhmä toteutti ohjelman ulkoisen loppuarvioinnin Dehkon viimeisen toimintavuoden aikana Seppo Tuomolan toimiessa pääarviointisijana. Ulkoinen arviointi sisälsi kolme pääaluetta:

1. Dehkon tavoitteiden ja niihin tähtäävien toimenpiteiden toteutuminen eli toteumaarviointi.
2. Dehko-ohjelman yhteiskunnalliset vaikutukset eli vaikutusarviointi.
3. Dehko-toimintatavan soveltuvuus Suomen terveydenhuoltojärjestelmään eli ohjausjärjestelmäarviointi.

Dehkon tavoitteiden toteutumisen arviointi tehtiin ulkoisena arviointina, mutta tulostavoitteiden toteutumiseen ja diabeteskehittämistyön etenemisen arviointiin kentällä otetaan kantaa myös sisäisen arvioinnin osuudessa. Dehkon ja Diabetesliiton tavoitteena oli saada loppuarvioinnin avulla palautetta tehdystä kehittämistyöstä, mutta ennen kaikkea arviointia tarvittiin kansanterveystyön kehittämiseen, diabeteksen ja valtimotautien ehkäisyn ja diabeteksen hoidon laadun kehittämisen ohjelmamuotoisen työn tulevaisuuden kannalta.

*Tiedot arviointiin liittyvistä raporteista ovat tämän raportin liitteessä 7 (Dehkon julkaisut).*

## 5.2. Kehittämistyön etenemisen seuranta

Käytännön toimet diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi tehtiin terveydenhuollon kentällä. Dehko seurasi kehittämistyön etenemistä erilaisen yhteydenpidon, katselmusten ja kyselyiden avulla. Jo ennen ohjelman alkua selvitettiin diabeteksen hoidon organisoitua perusterveydenhuollossa. Myös jalkatyöryhmien toiminnasta tehtiin selvitys. Sairaanhoitopiirien diabetestyöryhmien toimintaa seurattiin säännöllisesti. Kyselyt tehtiin Dehkon alkuvaiheessa, puolivälissä ja lopussa. Kyselyiden avulla saatiin tietoa alueellisten työryhmien toimintamuodoista ja



-aktiivisuudesta sekä osallistumisesta diabeteskoulutustoimintaan. Loppuvaiheen kyselyssä saatiin kuva myös kentän toiminnan edistymisestä kohti Dehkon tavoitteita.

### 5.2.1. Sairaanhoitopiirikohtainen kysely 2009

Vuoden 2009 keväällä Dehko teki kyselyn sairaanhoitopiirin diabeteksen ehkäisyn ja hoidon käytännöistä sekä Dehkon tuottaman materiaalin tunnettuudesta ja käytöstä.

Kysymykset koskivat diabeetikoiden hoitojärjestelyjä, omahoidon tukemisen menetelmiä ja diabeteksen ehkäisyä sekä hoitoketjukuvausten olemassaoloa, näiden tunnettuutta ja käyttöä sekä yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Kyselyssä selvitettiin myös sairaanhoitopiireissä sillä hetkellä käynnissä olleita ja jo toteutettuja diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon liittyneitä hankkeita.

Kysely lähetettiin kaikkiin sairaanhoitopiireihin, ja vastauksia saatiin 20 eli vain yksi sairaanhoitopiiri jätti vastaamatta. Käytännössä kussakin sairaanhoitopiirissä oli yhteyshenkilö, alueellisen diabetestyöryhmän puheenjohtaja tai sihteeri, jolle sairaanhoitopiirin kyselyn linkki lähetettiin. Hän levitti kyselyä oman sairaanhoitopiirinsä alueella. Kyselyn internet-linkkejä levitettiin diabeetikoita hoitavien lääkärien, hoitajien ja muiden ammattilaisten sähköposteihin. Myös hallinnolliset esimiehet pyydettiin lisäämään sähköpostilistoihin. Kaikissa sairaanhoitopiireissä kysely levisi sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoitoon. Osassa sairaanhoitopiireistä saatiin myös yksityissektori mukaan kyselyyn.

Yhteyshenkilöt levittivät kyselyä yhteensä noin 1 100 sähköpostiosoitteeseen, ja vastaus saatiin 680 henkilöltä. Näistä 58 % (395 vastaajaa) oli hoitajia, 27 % (185 vastaajaa) lääkäreitä ja 13 % (88 vastaajaa) muun ammattikunnan edustajia, kuten ravitsemusterapeutteja, ravitsemussuunnittelijoita, jalkojenhoitajia, jalkaterapeutteja, tai fysioterapeutteja. Myös hallinnolliset esimiehet, kuten johtava lääkäri, johtava hoitaja, osastonhoitaja, palvelupäällikkö ja palvelujohtaja luokiteltiin tähän ryhmään. Lomakkeista hylättiin tyhjinä palautetut 2 % (17 lomaketta).

415 vastaajaa (61 %) oli työssä terveyskeskuksessa. Keskussairaalassa työskenteli vastaajista 163 (24 %) ja aluesairaalassa 20 (3 %). Työterveyshuollon vastaajia oli 34 (5 %) ja yksityissektorin 28 (4 %). 20 vastaajaa (3 %) määritteli työpaikakseen jonkin muun, kuten vanhainkodin, opiskeluterveydenhuollon, kuntoutuslaitoksen, mielenterveyspalvelut tai neuvolan.

*Sairaanhoitopiirikohtaisen kyselyn tuloksia esitetään osana tätä raporttia, kyselylomake liite 9.*

### 5.2.2. Yhteydenpito ja katselmukset

Osa kansallisen ohjelman arvioinnista muodostui yhteydenpidosta terveydenhuollon ja kehittämistyön alueellisten toimijoiden kanssa. Vuorovaikutuksen tuloksena syntyneet ideat ja saadut palautteet saivat toteutumismahdollisuuksia Dehkon järjestämässä tilaisuuksissa. Dehkon toimijasymposiumeissa ja suurkatselmuksissa käydyt keskustelut ja kootut näkemykset olivat mitä suurimmassa määrin arvioivia. Dehkon tapahtumissa esiteltiin laajalti diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelman tuotoksia ja tuloksia, mutta toisaalta myös alan kehittämistoimintaa koko valtakunnan alueelta. Tämä vuoropuhelu ohjasi kehittämistyötä niin valtakunnallisella kuin paikallisellakin tasolla.

### 5.3. Tulosarviointi

Dehkon tulostavoitteiden mittaaminen suoritettiin osana diabeteksen hoidon laadun seurantajärjestelmän kehittämistä. Tärkeimmät tuloksia mittaavat tutkimukset olivat Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa -tutkimukset vuosina 2001 ja 2010 sekä diabeteksen ja lisäsairauksien esiintyvyyttä ja ilmaantuvuutta selvittäneet tutkimukset, Diabetes Suomessa 2005 sekä FinDM II 2009. Tietoa hoidon tuloksista antoivat myös Dehkon teettämät laatumittaukset. Nämä tutkimukset ja mittaukset sekä niiden päätulokset on esitetty tämän raportin kapaleessa 4.3.3. Diabeteksen hoidon laadun seuranta.

*Tiedot diabeetikkojen hoitotasapainoon sekä diabeteksen ja lisäsairauksien esiintyvyyteen ja ilmaantuvuuteen liittyvistä raporteista ja laatumittauksista ovat tämän raportin liitteessä 7 (Dehkon julkaisut).*

### 5.4. Loppuarvioinnin sisäinen arviointikysely

Huhtikuun 2010 lopussa tehtiin Dehkon lähipiirille kysely sisäisen arvioinnin tueksi. Kyselyssä selvitettiin vastaajien käsityksiä Dehkon toiminnasta ja kehittämisalueiden painotuksista. Kysely lähetettiin sähköpostilinkkinä valikoiduille vastaajille. Vastaajia olivat Dehkon toimikenkilöt ja Dehkon kehittämis-toiminnassa aktiivisesti mukana olleet tai muuten ohjelmakokonaisuuden hyvin tunteneet henkilöt.

Kysely lähetettiin 61 henkilölle, vastauksia palautui 43. Vastaajista 11 (25 %) kuului Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmään, 9 (20 %) oli entisiä tai nykyisiä Dehkon toimihenkilöitä, 8 (18 %) jonkin Dehkon projektin vastuuhenkilöitä tai D2D-koordinaattoreita ja 10 (23 %) muuta Diabetesliiton henkilökuntaa. 5 vastaajaa (11 %) ei osannut määrittellä, mihin näistä ryhmistä kuului.

Kyselyssä selvitettiin myös sitä, kuinka kauan kukin vastaaja oli ollut mukana Dehkon toiminnassa.

15 vastaajaa oli ollut mukana Dehkon toiminnassa vähintään 10 vuotta, 14 vastaajaa oli ollut mukana 5–9 vuotta ja 13 vastaajaa alle 5 vuotta. Yksi vastaaja ei kertonut, kuinka kauan oli ollut toiminnassa mukana. Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmän vastaajat olivat olleet mukana Dehkon toiminnassa keskimäärin 9 vuotta, Dehkon toimihenkilöt yli 6 vuotta ja Dehkon projektien vastuuhenkilöt ja/tai D2D koordinaattorit noin 4 vuotta. Diabetesliiton henkilökunta ja ryhmään muut vastaajat kuuluneet henkilöt olivat olleet mukana Dehkon toiminnassa lähes 10 vuotta.

*Loppuarvioinnin sisäisen arviointikyselyn tuloksia esitetään osana tätä raporttia, kyselylomake liite 10.*

## 5.5. Sisäisen arvioinnin johtopäätökset

### Diabeetikon näkökulma

Sisäisessä arvioinnissa tuli vahvasti esille, että Dehkolla oli ollut merkitystä diabetesaiheen näkyvyydelle. Yleisen tietoisuuden lisääntyminen diabeteksestä voitiin katsoa olleen diabeetikoiden edun mukaista. Tyypin 2 diabeteksen liittäminen epäterveisiin elintapoihin oli tosin asian kääntöpuoli, sillä yksilötasolla voitiin kokea syyllisyyttä sairastumisriskistä tai tyypin 2 diabetekseen sairastumisesta. Sisäisen arvioinnin mukaan diabeetikot hyötyivät selvästi diabeteksen hoidon laadun kehittymisestä ja terveydenhuollon ammattilaisten diabetesosaamisen lisääntymisestä. Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskissä olevien arveltiin hyötynneen Dehkosta jopa diabeetikoita enemmän. Tämä noudatti ohjelman päätavoitteen mukaista linjaa: tyypin 2 diabeteksen ehkäisy oli ohjelman päätavoite. Dehkon aikana omahoidon osuus diabeteksen hoidossa korostui, samoin diabeetikon mahdollisuus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Hoidonohjaukseen ja sen järjestämiseen osana diabeteksen hoitoa kiinnitettiin tämän vuoksi myös enenevässä määrin huomiota. Yksilöllinen harkinta hoitokäytännöissä ja hoitotavoitteiden asettamisessa oli lisääntynyt.

### Terveydenhuollon ammattilaisten näkökulma

Dehko ohjelman katsottiin vauhdittaneen diabetesosaamisen kehittämistä. Terveydenhuollon ammattilaiset saivat käyttöönsä uutta tutkimustietoa sekä työkaluja diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon. Asenne diabeteksen hoitoon oli muuttunut aiempaan verraten myönteisemmäksi, jopa innostusta oli ollut havaittavissa. Arvioinnin mukaan diabetesammattilaisten arvostus oli noussut. Toisaalta tieto oli lisännyt tuskaa ja työskärsä nähdessä riittämättömyyden resursseilla toimiminen oli herättänyt myös riittämättömyyden tunteita ja uupumusta. Uusi tieto, osaamisen lisääntyminen ja yhtenäisten hoitokäytäntöjen tavoittelu sekä verkostoituminen muiden diabetestoimijoiden kanssa olivat kuitenkin pitäneet yllä motivaatiota. Lääkäreiden mukaan tulo diabeteskehittämistyöhön oli ollut hoitohenkilöstöä hitaampaa, mutta kansainvälisen näkyvyyden kautta oli kyetty innostamaan myös lääkärinkuntaa.

### Terveydenhuollon organisaation näkökulma

Sisäisen arvioinnin mukaan Dehko oli luonut organisaatiokohtaisen diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämistyön perustukset. Terveydenhuollossa oli herätty diabetesepidemian laajuuteen ja huomattu, että tilanteeseen oli panostettava. Samalla kun oli herätty diabeteshaasteiden laajuuteen, oli myös havaittu yhteistyön tarve ja sen mahdollisuudet eri tahojen kanssa. Yhteistyö diabeteksen ehkäisyssä oli alkanut lisääntyä ja vastuunjako niin ehkäisyssä kuin hoidossa selkiintyä. Tutkittua tietoa ja hyväksi havaittuja toimintamalleja oli käytettävissä. Organisaatiokohtaisten laatu järjestelmien laatiminen oli vauhdittunut, ja diabetespalvelujen organisointiin oli kiinnitetty huomiota. Resurssija diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon oli suunnattu paikoitellen aiempaa enemmän, joskaan resurssien lisäys ei vastannut diabeetikoiden määrän kasvua.

### Yhteiskunnan näkökulma

Diabetesasia oli saanut yleistä näkyvyyttä yhteiskunnassa. Koska diabetes on kansansairaus, ehkäisyyn ja hoitoon saadut parannukset hyödyttivät laajaa kohdejoukkoa. Merkit siitä, että palvelut kehittyvät ja kustannukset voidaan pitää kurissa, voidaan katsoa koko yhteiskunnan hyödyksi. Sisäisen arvioinnin mukaan diabetesasian huomioon ottaminen päätöksenteossa oli kasvanut. Toisaalta tieto terveyden edistämisestä, diabeteksen ehkäisytöistä ja sekä varhaisesta

diagnoosista ja hyvästä hoidosta, johon kuului huolellinen seuranta, ei ollut vielä kauttaaltaan edennyt tiedosta toimiin. Diabeteksen lisäsairaudet ja niiden päätapahtumat olivat kuitenkin laskussa, joten voitiin arvella, että suunta oli oikea. Merkittävänä seikkana pidettiin tietoa siitä, että tyyppin 2 diabetes oli ehkäistävissä. Tärkeä oli myös saatu tieto siitä, miten diabeteksen kustannuksiin voitiin vaikuttaa.

### Dehkon heikkoudet ja ongelmat

Vastausten mukaan Dehkon tavoitteet olivat laajat ja osin vaikeasti mitattavissa. Alueellinen kiinnostus ohjelmaan vaihteli. Sisäisen arvioinnin mukaan se, että Dehko lähti vaikuttamaan terveydenhuollon kautta, jätti diabeetikot ja diabetesyhdistykset ehkä liiaksi syrjään konkreettisesta kehittämistoiminnasta. Toimintaympäristön jatkuva muuttuminen asetti kehittämistyölle omat haasteensa. Vaikuttamiskohteita saattoi olla ohjelmassa liikaa, jotta kaikkiin osuuksiin olisi voitu paneutua tehokkaasti. Esimerkiksi lasten ja nuorten diabeteksen hoidon kehittäminen jäi sisäisen arvioinnin mukaan liian vähälle huomiolle. Kehittämiskohteiden runsaudenpula olisi kaivannut selvää priorisointia. Dehko tuotti materiaalia niin paljon, että sen omaksuminen oli osin vaikeaa tai liian työlästä. Joidenkin arvioiden mukaan jonkinasteinen kokemattomuus ohjelmatyöstä näkyi systemaattisuuden puutteena, mikä puolestaan heikensi kehittämistyön jäsentynyttä toteutusta. Vielä enemmän olisi voitu tehdä organisaatioiden johdon sitouttamiseksi ohjelman tavoitteisiin ja toimenpiteisiin.

Jalkauttaminen ja juurruttaminen jäivät Dehkon toiminnassa osin heikoksi. Monella rintamalla eteneminen yhtä aikaa sai joskus myös aikataulut venyään huomattavasti suunnittelusta. Dehkon ja

D2D:n sekoittuminen toimijakentällä aiheutti hämmennystä. Dehkoa luultiin tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyhankkeeksi.

### Dehkon vahvuudet ja kohokohdat

Dehko-ohjelman vahvuutena oli pitkäaikainen rahoitus, tukijat ja yhteistyökumppanit. Diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon käytännön työn tekivät terveydenhuollon toimijat ja diabeetikot itse. Osallistuminen ohjelmaan oli laajaa ja toimijat olivat osaavia. Dehko-ohjelma onnistui verkottumisessa ja jatkuvan kehittämistyön liikkeen ylläpitämisessä. Diabetesliitto puolestaan onnistui kansallisen ohjelman koordinoinnissa. Ohjelman painopistealueet olivat selkeät ja toiminta loogista. Haasteista huolimatta kehittämistyön rajaamisessa onnistuttiin ja kohti alkuperäisiä tavoitteita matkattiin koko ohjelman ajan, vaikka monenlaisia toiveita ja ideoita pulppusi vuosien ajan. Ydintoimijoiden innostuneisuuden ja vapaaehtoisuuden merkitystä ei voi myöskään vähätellä. Kansallinen ja kansainvälinen näkyvyys tekivät Dehkosta brändin.

Todellisina kohokohtina pidettiin Dehkon järjestämiä tapahtumia, erityisesti Dehko-päiviä. Tapahtumat toivat diabetestoimijat yhteen ja ajatusten vaihdossa koettiin suurta yhteenkuuluvuuden tunnetta. Kohokohtana koko Dehkolle voidaan pitää myös D2D-hankkeen menestystä. Uudet tutkimustulokset ja tärkeät julkaisut koettiin myös tärkeinä ja mieltä nostattavina. Kehittämistyön kädenjälki diabeteskentällä ja toimijoiden myönteinen palaute muodostuivat koko ohjelmaa kannattelevaksi voimaksi. Diabeteksen hoidossa saavutetut, parantuneet hoitotulokset ja monien kohdalta ehkäisty diabetes olivat kuitenkin ne tärkeimmät kohokohdat, joita ohjelmalla oli lähdetty tavoittelemaan.

## 6. Dehkon viestintä

Viestinnän tavoitteena ohjelmassa oli tukea Dehkon ja D2D:n tavoitteiden saavuttamista. Dehkon viestintäsuunnitelma oli linjassa Diabetesliiton viestintästrategian kanssa. Dehkon viestinnästä vastasi Dehkon tiedottaja yhteistyössä pääsihteerin ja muiden Dehkon toimihenkilöiden sekä Diabetesliiton viestintäyksikön kanssa. Dehko välitti tietoa diabeteksen ehkäisystä ja hoidosta kansallisen ohjelman etenemisen ja tulosten mukaisesti yhteiskunnallisen päätöksenteon tueksi, terveydenhuollon ammattilaisten ja päättäjien käyttöön, diabeetikoiden omahoidon tukemiseksi ja koko väestölle diabeteksen ehkäisemiseksi.

### 6.1. Viestintäkäytännöt

Dehkon viestintäkokonaisuus koostui useista erityyppisistä viestinnän osa-alueista. Kokonaisvaltaista tiedottamista ohjasivat viestinnän vuosisuunnitelmat.

#### 1. Hanketiedottaminen

- Dehko-uutiset (julkaistu myös nimillä Dehko&D2D News ja Dehko News)
- Dehkon esittelyt eri foorumeilla ja tilaisuuksissa

#### 2. Julkaisut

- Dehko-raportit
- Tutkimusraportit
- Muut Dehko-julkaisut: oppaat, esitteet ym.
- Julkaisuluettelot vuosittain laajalla jakelulla

#### 3. Tapahtumat

- Dehko-päivät
- Dehkon toimijasymposiumit
- Alueelliset Dehko-päivät
- Muut tapahtumat mm.
  - Sairaanhoidopiirien diabetestyöryhmien tapaamiset
  - Eduskunnan diabetesseminaari 2009
  - Kuntaliiton kutsuseminaari 2007
  - Mediat yhteydet
  - Mediatiedotteet
  - Tietopalvelu, artikkelit
  - Toimittajayhteydet

#### 4. Markkinointi

- Suoramarkkinointi ammattilaisille Dehkon tuottamasta materiaalista ja tilaisuuksista
- Esitteet, ilmoitukset
- Yritysyhteistyö

#### 5. Verkkosivut

- [www.diabetes.fi/dehko](http://www.diabetes.fi/dehko)
- Tietopankki
- Tyypin 2 diabeteksen riskitesti verkossa
- Yritysyhteistyö eri verkkoportaaleissa

#### 6. Diabetesliiton lehdet ja vuosijulkaisut

- Diabeteslehti
- Diabetes ja lääkäri -lehti
- Tiedotuslehti
- Vuosikirjat ja vuosikatsaukset
- Toimintakertomukset

#### 7. Terveysalan ammattilehdet

- Terveystiedon lehti, Työterveyslehti, Haavalehti ym.

#### 8. Yhteistyökontaktit ja -tapaamiset

- Duodecim, Diabeteshoitajat ry, Kuntaliitto, sairaanhoitopiirien alueelliset diabetestyöryhmät ym.

#### 9. Sponsori-infot

- Raportointiohjelman etenemisestä
- Uusien materiaalien välittäminen

#### 10. Väestöviestintä

- Riskitesti, mittanauhat ja esitteet
- Osallistuminen massatapahtumiin yhteistyökumppaneiden kanssa
- D2D-yhteistyö yleisötapahtumissa
- Maitopurkkikampanja Valion kanssa

## 11. Sisäinen viestintä

- Suunnitelmat
  - toimintasuunnitelma ja talousarvio
  - hankekartta Dehkon projektien etenemisestä
  - tarkennetut työsuunnitelmat – kevät ja syksy
  - viestintäsuunnitelma – vuosisuunnitelmat
- Raportointi
  - liittovaltuustolle kahdesti vuodessa
  - liittohallitukselle ajankohtaiset asiat 5–6 kertaa vuodessa
  - johtoryhmälle lähes viikoittain
- Kokoukset
  - ohjaus- ja seurantaryhmän kokoukset kahdesti vuodessa
  - hankeohjausryhmät 2–3 kertaa vuodessa
  - dehkon toimihenkilöiden tiimipalaverit viikoittain
  - toimihenkilöiden kokopäivän suunnittelu-kokoukset 2–4 kertaa vuodessa
- Tiedotteet
  - diabetesliiton henkilöstölle ja järjestöhallinnolle intranetin kautta
- Pöytäkirjat ja muistiot
  - tiimipalaverien muistiokoosteet Diabetesliiton intranetissä
- Henkilökuntatapahtumat

## 12. Kansainväliset yhteydet

- Kongressit ja näyttelyosastot
- Kansainväliset raportointipäivät
- IDF Newsletter, Diabetes Voice
- Mediatiedotteet
- Henkilökohtainen yhteydenpito avainhenkilöihin
- Kansainvälisten vieraiden tutustumiskäynnit Diabeteskeskuksessa

## Ulkoisen viestinnän kohderyhmät

- Dehko-toimijat/diabeteskentän erityysoajaat
  - sairaanhoitopiirien alueellisten diabetestyöryhmien puheenjohtajat
  - alueellisten Dehko-hankkeiden toimijat
  - valtakunnalliset diabetesasiantuntijat
- Terveystieteiden kaikki diabetestoimijat
  - perusterveydenhuolto
  - erikoissairaanhoito
  - työterveydenhuollon yksiköt
  - yksityiset lääkäriasemat
- Sidosryhmät
- Rahoittaja ja tukijat

- Diabetesyhdistykset/diabeetikot
- Kuntapäätäjät
- Apteekkien diabetesyhdyshenkilöt
- Väestö
- Kansainväliset diabetesvaikuttajat
- Media

## Sisäinen viestinnän kohderyhmät

- Diabetesliitto
- Dehkon ohjausryhmät
- D2D-hanke ja seurantahanke
- Dehko-tiimi

### Sisäisen arvioinnin mukaan

Dehko-julkaisuja, tiedotteita, nettimateriaalia, tapaamisia ja yhteydenottoja katsottiin olleen sopivasti. Myös valtakunnallinen näkyvyys arvioitiin riittäväksi. Dehkon sisäisen viestinnän arvioitiin pitäneen toimijat ajan tasalla ohjelman etenemisestä.

## Dehko-viestinnän tyyli

Dehkon viestintä noudatti asiallista, hillittyä tyyliä. Julkaisujen ulkoasu suunniteltiin Dehkon ajantasaiseen tyyliin, ja julkaisuissa näkyi Dehkon, Diabetesliiton, päärahoittaja RAY:n ja julkaisuvuoden pääsponsoreiden logot sekä sponsoreiden ja tukijoiden nimet.

Asiakirjoissa ja esityksissä käytettiin omia asiakirja- ja diapohjia, joissa Dehkon lisäksi näkyivät Diabetesliiton ja raha-automaattiyhdistyksen logot. Dehkon toimihenkilöt huolehtivat ulkopuolisten asiantuntijoidensa käyttämän Dehko-esittelymateriaalin ajantasaisuudesta.

## 6.2. Julkaisut

Kansallinen diabetesohjelma Dehko tuotti julkaisuja terveydenhuollolle, diabeetikoille, viranomaisille, päättäjille ja yhteistyökumppaneille. Suurin osa julkaisuista on saatavana painettuina versioina, mutta osa on vain sähköisessä muodossa. Verkkoversiot ovat saatavilla osoitteessa [www.diabetes.fi/dehko](http://www.diabetes.fi/dehko).

Dehkon julkaisutoiminnan ohjenuorana oli käytännönläheisen diabetestiedon tuottaminen tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn, diabeteksen hoidon ja omahoidon sekä päätöksenteon ja tutkimuksen tarpeisiin. Erillisiä nimikkeitä julkaisuista kertyi yli sata.

Julkaisujen levitys hoidettiin postituksina kohderyhmittäin, tilaisuuksissa ja kongresseissa jakamalla sekä tilausten perusteella.

Dehko-julkaisut olivat pääsääntöisesti maksuttomia. Yksittäiset kappaleet toimitettiin postimaksutta, ja suuremmista tilauksista perittiin toimitusmaksu. Dehko-materiaalien tilaukset toimitettiin Diabetesliiton materiaalipalveluiden kautta. Alla lueteltavien julkaisujen lisäksi Dehkossa tuotettiin julkaisuluettelota, tiedotteita materiaaleista sekä tapahtumiin, kuten Dehko-päiviin, liittyneitä painatteita.

## Dehkon julkaisut

### 1. Dehkon perusjulkaisut

- Dehkon perusjulkaisuja olivat Dehkon ja Dehkon ehkäisyohjelman ohjelmakirjat, niiden tiivistelmät ja Dehko etenee -strategiset suunnitelmat ja D2D-hankkeen projektisuunnitelma. Perusjulkaisuja oli yhteensä 10.

### 2. Arviointijulkaisut

- Arviointijulkaisuja tuotettiin 5: Dehkon väliarvioinnit 2003 ja 2006, D2D-hankkeen väliarviointi ja kvalitatiivinen arviointi sekä Dehkon loppuarviointi.

### 3. Raportit, suositukset ja esitemateriaali

Dehko tuotti raportteja, suosituksia ja esitemateriaalia diabeteksen ehkäisyn ja hoidon työkaluiksi terveydenhuollon, päättäjien ja diabeetikoiden käyttöön

- tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn julkaisuja 10,
- hoidon ja hoidon laadun kehittämiseen liittyviä julkaisuja 32,
- diabeetikon omahoidon tukemiseen tarkoitettuja julkaisuja 11.

### 4. Alueelliset julkaistut Dehko-hankkeet

- Raportteja itsenäisistä Dehko-hankkeista julkaistiin 4. Lisäksi Dehko-raportti 2007:2 Palkitut ja arjessa koetellut kuvasi 100 diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämishanketta. Tämän lisäksi D2D-hankkeessa julkaistiin raportteja alueellisista diabeteksen ehkäisyhankkeista.

### 5. Vieraskieliset Dehko-julkaisut

- Tärkeimpiä Dehko-julkaisuja käännettiin ruotsin ja englannin kielille. Ruotsinkielisiä julkaisuja kertyi 17 ja englanninkielisiä 13.

## 6. Dehko-uutiset

- Dehko-uutiset oli Dehko-ohjelman tiedotuslehti, jota julkaistiin alkuun nimellä Dehko News ja Dehko & D2D News. Lehti ilmestyi koko ohjelman ajan noin kolme kertaa vuodessa.

## 7. Kotimaiset artikkelit

- Kotimaisia Dehkoon liittyviä artikkeleita julkaistiin eniten Diabetes ja lääkäri -lehdessä, yhteensä 43. Dehkoon liittyviä kotimaisia artikkeleita julkaistiin pääsääntöisesti terveydenhuoltoalan ammattilehdissä.

## 8. Kansainväliset artikkelit

- Kansainvälisiä julkaisuja oli yhteensä noin 20.

### Sisäisen arvioinnin mukaan

Dehko-julkaisuja tuotettiin paljon, muttei kuitenkaan liikaa. Arvioinnissa todettiin, että Dehko-julkaisuja olisi ollut hyvä suunnata enemmän diabeetikoille. Neljä viidesosaa kyselyyn vastanneista kertoi hyödyntäneensä Dehkon tuottamia julkaisuja työssään.

*Tarkemmat tiedot Dehkon julkaisuista ovat tämän raportin liitteissä.*

- *Dehkon perusjulkaisut, arviointijulkaisut, kaikki raportit ja esitteet sekä vieraskieliset Dehko-julkaisut: liite 7.*
- *Kotimaiset artikkelit: liite 12.*
- *Kansainvälisiä artikkeleita: liite 13.*

### Sairaanhoitopiireille 2009 tehdyn kyselyn mukaan

Dehkon tuottama materiaali tunnettiin vaihtelevasti. Tunnetuimmat ja käytetyimmät olivat mittanauha ja riskitesti sekä diabetesriskissä oleville henkilöille tarkoitettu Tuijota omaan napaasi -esite. Seuraavaksi tunnetuimpia ja myös käytännössä hyödynnettyjä olivat diabeteksen hyvän hoidon laatukriteerit ja laatumittari.

Suurin osa vastaajista tunsikin myös mm. Diabetesbarometrin ja Diabetes Suomessa -tutkimuksen, mutta näiden julkaisujen hyödyntäminen käytännössä oli jäänyt vähäiseksi.

### 6.3. Tapahtumat

Kansallisen diabetesohjelman Dehkon toimintaan kuului säännöllinen vuorovaikutus terveydenhuollon toimijoiden, päättäjien ja diabeetikoiden sekä diabetesyhdistysten kanssa. Erilaiset tapahtumat olivat yksi merkittävimmistä tavoista toteuttaa tätä vuorovaikutusta. Vuodesta 1998 laskettuna Dehko järjesti 78 tilaisuutta eri puolilla Suomea. Lisäksi diabeetikoille välitettiin säännöllisesti Dehko-informaatiota Diabetesliiton järjestöpäivillä sekä alueellisissa järjestötapahtumissa ja yleisötilaisuuksissa. Aktiivitoimijoiden kanssa paneuduttiin erityiskysymyksiin Dehkon toimijasymposiumeissa, joista osataan saatiin sisältöä kehittämistyölle. Suurtapahtumat painottuivat Tampereen ja Helsingin seuduille. Tilaisuuksissa oli yhteensä lähes 9 000 osallistujaa, pienimmässä 10 ja suurimmassa 800. Tähän on laskettu mukaan vuoden 2011 Dehko-päivät ennakoilmoittautumistietojen perusteella.

Dehko-tapahtumat olivat suurkatselmuksia lukuun ottamatta osallistujille maksuttomia. Suurkatselmusten kuluja katettiin osittain kohtuullisilla osallistumismaksuilla. Osa suur tapahtumien kuluista katettiin diabeteslääkkeitä ja hoitovälineitä valmistavien yritysten sekä diabetesalaan sopivien elintarvikeyritysten näyttelymaksuilla.

*Dehkon tapahtumat, liite 14.*



#### Sisäisen arvioinnin mukaan

Dehko järjesti riittävästi sekä alueellisia että valtakunnallisia tapahtumia. Valtakunnallisten Dehko-päivien ja Dehkon toimijasymposiumien arvioitiin tukeneen ammatillista osaamista ja diabetestoimijoiden välistä sosiaalista vuorovaikutusta sekä ylläpitäneen tietoa Dehko-ohjelman etenemisestä. Tapahtumien merkitystä uuden diabetestiedon välittämisessä pidettiin suurena. Dehko-päivien kohdalla korostui valtakunnallisen vaikuttamisen näkökulma.

Alueellisten Dehko-tapahtumien arvioitiin tukeneen alueellista diabeteskehittämistoimintaa. Näitä pidettiin tärkeinä diabetesosaamisen kehittämisen ja sosiaalisen kanssakäymisen kannalta.

Arvioinnissa tuotiin esiin, että Dehkon olisi ehkä pitänyt järjestää enemmän tilaisuuksia diabeetikoille tukemaan omahoitoa.

### 6.4. Medianäkyvyys

Diabetes ja erityisesti tyypin 2 diabeteksen ehkäisy nousivat Dehkon aikana hyvin yleiseksi tiedotusvälineiden aiheeksi. Diabetesliitto seurasi diabetekseen liittyvää uutisointia mm. Observerilta ja Cisionilta tilatulla mediaseurantapalvelulla, joka oli rajattu Dehkon loppukauden aikana valtakunnallisiin ja alueellisiin tiedotusvälineisiin. Arkistoihin kertyi lähes 20 mapillista lehtileikkeitä.

#### Taulukko 7. Mediaosumat

Diabeteksen ja sen ehkäisyn ja hoidon mediaosumat	
1980–1993	1 300–1 500
1994–1999	1 800–2 300
2000–2006*	3 700–6 000

\* Vuoden 2006 jälkeen mediaseurantaa supistettiin



Vuoden 2006 Dehko-päivien osallistujia lounastauolla Tampere-talossa.

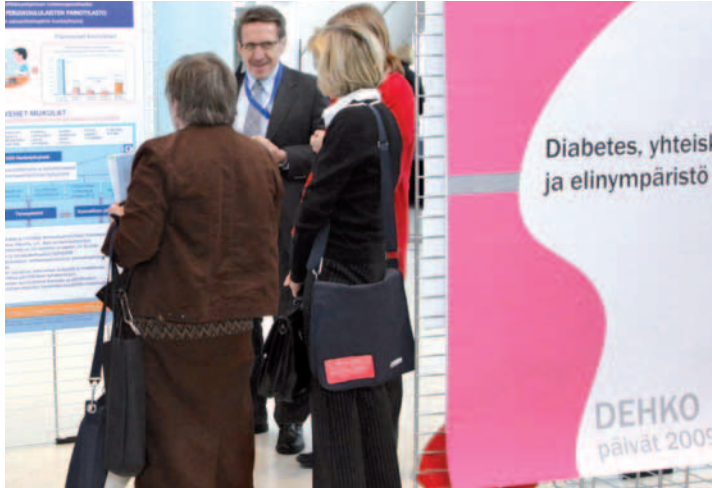
Suurin osa kirjoittelusta ja sähköisen median jutuista oli toimittajien oman ideoinnin ansiota, mutta osansa oli myös Diabetesliiton ja Dehkon viestinnän toimilla. Dehkon viestinnästä parhaiten menestyivät D2D:n käynnistämiseen liittynyt tiedotuskampanja ja vuoden 2006 alussa Kansanterveyslaitoksen ja D2D:n yhteinen tiedote 200 000 suomalaisesta, jotka sairastavat tyyppin 2 diabetesta tietämättään (Liite 15: Tiedote 19.1.2006). Tiedote diabeteksen kustannuksista ylitti myös erittäin hyvin julkisuuskyynnyksen (Liite 16: Tiedote 9.9.2009).

Esimerkkinä tavanomaisesta, Dehkon oman tiedotustilaisuuden ja tiedotejakelun poikimasta medianäkyvyydestä voidaan mainita Dehko-päivät 2006, jotka järjestettiin 7.–8.2.2006 Tampereella.

#### Dehko-päivät 2006: viestinnän toimet ja medianäkyvyys

- Mediakutsut 7.2.2006 järjestettävään tiedotustilaisuuteen lähetettiin 25.1.2006 ja muistutuskutsu viikkoa myöhemmin
- Tiedotustilaisuuteen osallistui 10 toimittajaa, tiedotusvälineistä olivat edustettuina mm. STT, Helsingin Sanomat ja Yle
- Tiedotustilaisuudessa oli jaossa Dehko-päivien puhetiivistelmiä ja tiedotteet aiheista Dehkosta kansainvälinen vientituote, Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon palkinnot Saarijärvelle, Tampereelle ja Kauhavalle sekä Dehkolla merkittävä rooli Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa
- Dehko-päivien tiedotteet lähetettiin jakeluun tiedotustilaisuuden jälkeen
- Observerin mediaseurannan mukaan Dehko-päiviltä tuli lehdistöosumia 49, osassa jutuissa palattiin myös Dehko-päivillä käsiteltyyn väestötutkimuksen tietoon, jonka mukaan 200 000 suomalaista sairastaa tyyppin 2 diabetesta tietämättään. Dehko oli järjestänyt asiasta yllä mainitun erillisen tiedotusoperaationsa runsaat kaksi viikkoa ennen Dehko-päiviä





Kuvia vuoden 2009 Dehko-päiviltä.



## 7. Kansainvälinen toiminta

Dehkon nousu kansainvälisen kiinnostuksen kohteeksi ja kansallisen diabetesohjelman esikuvaksi näkyi kansainvälisissä seminaareissa ja konferensseissa. Kansainvälinen vaikuttamistyö lähti liikkeelle enemmänkin ulkomaisesta kiinnostuksesta kuin Dehkon omista tavoitteista. Vaikka kansainvälisen toiminnan suunnitelmaa ei laadittu ohjelmaa valmisteltaessa, kansainvälisestä toiminnasta muodostui näkyvä osa ohjelman kokonaisuutta. Kansainvälinen näkyvyys diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämiseksi oli toivottavaa, ja se nosti myös Diabetesliiton arvostusta. Samalla Suomi profiloitui diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa korkeatasoisen osaamisen maaksi. Tämä heijastui myönteisellä tavalla takaisin Suomeen, sillä terveysalalla tarvitaan usein kansainvälistä tunnistusta, jotta kehittämistyön tulokset kotimaassa saisivat laajaa hyväksyntää ja muotoutuisivat osaksi pysyvää toimintaa.

### 7.1. Dehkon kansainvälisen toiminnan lähtökohdat

Dehkon kansainvälistymiseen vaikuttivat ohjelman koordinoijan, Diabetesliiton, vahva rooli kansainvälisen diabetesyhteistyön kehittämisessä jo 1970-luvulta lähtien. Diabetesliitto toimi pohjoismaisen

Dehkon pääsihteer  
Leena Etu-Seppälä  
(vuoteen 2007/2009)



diabetesyhteistyön vastuunkantajana 1986–2000. WHO:n Suomi–Viro-diabetesohjelma toteutettiin Suomen koordinoimana 1992–1995, samoin San-sibar-projekti 1990-luvun puolivälissä. Toimiessaan Diabetes-lehden päätoimittajana Dehkon pääsihteer Leena Etu-Seppälä toimi St. Vincent -ohjelman mediaryhmän vetäjänä ja kansallisen diabetesohjelmarihmän jäsenenä sekä St. Vincentin johtoryhmän yhteistyökumppanina. IDF:n (International Diabetes Federation) kongressi Suomessa 1997 oli vahva avaus niin koko kansalliselle diabetesohjelmalle kuin laajenevalle kansainväliselle yhteistyölle.



Dehko ja D2D saivat vuonna 2006 WHO:n lihavuudenehkäisyypalkinnon.

Dehkon ydinjulkaisujen kääntämisellä englanniksi, jakelulla IDF:n jäsenjärjestöille ja organisaation avainhenkilöille ja julkaisujen markkinoinnilla alan kansainvälisissä kongresseissa oli suuri merkitys. Eri maiden kiinnostus ja paineet oman kansallisen diabetesohjelman rakentamiseen ja toteuttamiseen vauhdittivat kansainvälistä yhteistyötä. Urauurtavana mallina Suomen kansallinen diabetesohjelma löi itsensä läpi kansainvälisesti terveydenhuollon kulttuurieroista huolimatta. Tästä käynnistyivät konkreettiset konsultointikäynnit eri maihin, ja tätä tehtävää olisi ollut paljon enemmän kuin Dehkon henkilöstön resurssit antoivat myöten.

Dehkon kansainvälistymisessä oli merkittävä rooli Dehkon pääsihteerin Leena Etu-Seppälän kansainvälisillä luottamustehtävillä diabeteskentällä. Hän toimi kansainvälisen diabetesjärjestön IDF:n varapresidenttinä Dehkon valmistelun aikaan ja IDF:n Diabetes Voice -lehden päätoimittajana 1998–2001. Lisäksi hän oli IDF:n Unite for Diabetes -hankkeen Euroopan valmisteluryhmän jäsen, ja hän perusti diabeteslehtien toimittajista koostuvan IDF:n alajaoston International Committee of Diabetes Magazines (ICDM).

## 7.2. Kansainvälisen toiminnan muodot

Dehkon kansainvälinen toiminta sai erilaisia muotoja. Tärkeimpänä niistä voidaan pitää osallistumista kansainvälisiin kokouksiin ja kongresseihin, joissa Dehkoa esiteltiin posterein ja suullisin esityksin. Lisäksi näyttelyissä oli jaossa Dehkon englanninkielisiä

materiaaleja. Dehko oli kansainvälisillä foorumeilla esillä yli 40 kertaa: IDF:n, Euroopan diabetestutkijoiden EASD:n, Euroopan Diabeteshoitajien FEND:n ja USA:n diabetesjärjestön ADA:n kongresseissa sekä Diabeteksen ja sen lisäsairauksien ehkäisyyn maailmankongresseissa (WCPD) ja pohjoismaisten diabetesliittojen kokouksissa mukaan lukien monet muut diabetesaiheiset kokoukset. Näiden lisäksi Dehko järjesti tai osallistui noin viiteentoista kansainväliseen koulutus-, konsultaatio- tai informaatiotilaisuuteen. Dehko-ohjelmaan ja sen toimintaan tultiin Suomeen tutustumaan useista eri maista. Lisäksi Dehko tuotti parikymmentä kansainvälistä artikkelia tai lehtijuttua. Dehkoa olivat ulkomailla esittelemässä Dehkon pääsihteerin, laatupäällikkö, laatuasiantuntija, tiedottaja, D2D-hankkeen valtakunnallinen koordinaattori ja Diabetesliiton toimitusjohtaja sekä useat diabetesalan asiantuntijat, jotka toimivat aktiivisesti Dehko-ohjelman parissa.

*Dehkon kansainväliset kontaktit on kuvattu tarkemmin liitteessä 17.*

### Sisäisen arvioinnin mukaan

Dehkon kansainvälisestä toiminnasta oli ohjelman etenemiselle merkittävää hyötyä. Dehko-ajatusten vieminen ulkomaille ei heikentänyt panostusta kotimaassa, vaan arvostus kotimaassa kohosi ulkomaisen arvostuksen myötä.

## 8. Sisäisen arvioinnin pohdinta

### Diabetestilanne Dehkon syntyessä

Diabeteshoidon toteuttamisessa ja laadussa oli selkeitä puutteita Dehko-ohjelman syntymisen aikana 1990-luvun lopulla. Terveystuonon resurssit olivat puutteelliset suhteessa kasvavaan diabeetikoiden määrään, ja hoitotulokset olivat huonoja. Tyypin 2 diabetesta oli totuttu pitämään lievänä sokeritautina, eikä sen hoitoon, saati ehkäisyyn osattu kiinnittää riittävästi huomiota. Lisäksi tyypin 2 diabeteksen tiedettiin yleistyvän rajusti.

Tieteellisen tutkimuksen mukanaan tuoma uusi tieto muutti tilannetta: voitiin luottaa mahdollisuuksiin vähentää tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta elintapojen suotuisilla muutoksilla sekä terveydenhuollon aktiivisilla ja järjestelmällisillä toimilla. Lisäksi halu vaikuttaa kaikkien diabeetikkojen hoidon laadun paranemiseen ja tukea diabeetikon omahoitoa vahvistui. Tyypin 1 diabeteksen ilmaantuvuus oli Suomessa maailman suurinta, ja Dehko-ohjelman alkaessa tosiasia oli, että tyypin 1 diabeetikoiden keskimääräinen elinikä oli vain 49 vuotta. Onnistuneella hoidolla voitaisiin estää ennenaikaisia kuolemia.

Diabeteksen hoito ei onnistu pelkästään kliinisin menetelmin, vaan diabeetikolla itsellään on suuri merkitys hoitotuloksen tekijänä. Diabeteksen hoito vaatii lukuisia henkilökohtaisia hoitopäätöksiä joka päivä diabeetikon elämän varrella. Tähän diabeetikko tarvitsee tukea niin hoitoyksiköstään kuin läheisiltään, diabetesyhdistykset ja vertaistuki voisivat olla ratkaisu monen kohdalla. Hoidonohjauksen merkitystä ei myöskään voinut vähätellä. Vasta 1990-luvulta lähtien hoidonohjaus alettiin nähdä kiinteänä osana diabeteksen hoitoprosessia, joka jatkuu läpi diabeetikon elämän. Kansallisen diabetesohjelman alkaessa terveydenhuoltohenkilöstöllä oli tarvetta vahvistaa vuorovaikutuksellisia ohjausvalmiuksia.

### Ohjelmatyön haasteet

Kehittämistyö käynnistyi suuren innostuksen vallassa. Diabetesliiton aloitteellisuus oli ratkaiseva, mutta ilman RAY:n rahoitusta ja yhteistyökumppaneita tehtävä olisi ollut mahdoton. Tavoitteita ja tehtävää oli paljon, ehkä enemmän kuin yhteen ohjelmaan olisi ollut suotavaa kirjjata. Tavoitteita kirjattiin kuitenkin mittava määrä, ja jotkut saattoivat ajatellakin,

että Dehko-ohjelmasta tuli diabeteshoidon toiveitten tynnyri. Tosiasia on, että ohjelman alkuvaiheessa ei olisi ollut mitään perusteita jättää huomiotta yhtäkään kirjattua tavoitetta, koska oli pakottava tarve tukea satojen tuhansien diabetesriskissä olevien suomalaisten terveyttä ja diabetekseen sairastuneiden elämää. Yhteiskunnalliset näkökulmat olivat myös painavat sekä diabeteksen taloudellisten kustannusten että terveydenhuoltojärjestelmän kannalta.

Hanketyötä leimasi valtava motivaatio ja sitoutumishalu. Ohjelmatyö valtakunnallisella tasolla oli kaikkialla uutta. Siksi myös Diabetesliiton hankeosaamisessa ja hankkeiden systemaattisessa eteenpäin viemisessä oli voitettavana uusia haasteita. Työ tekijäänsä kasvattaa -sanonta piti paikkansa myös Dehkon kohdalla, sillä tulosta alkoi syntyä. Ohjelma sai näkyvyyttä niin suomalaisessa terveydenhuollossa kuin kansainvälisillä areenoilla. Muut maat alkoivat ottaa mallia Dehkosta ja Suomesta.

### Toimintaympäristön muuttuminen

Ohjelman edetessä toimintaympäristö muuttui radikaalisti. Muutokset koskivat niin terveydenhuoltojärjestelmää kuin yhteiskuntarakenteita. Myös diabeetikoiden määrä kasvoi rajummin kuin ennusteet olivat ohjelman alussa arvioineet. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja sisällön muutosprosessit, samoin kuin julkisen, yksityisen ja kansalaistoininnan väliset suhteet ja painotukset asettivat omat haasteensa diabeteksen kehittämistyölle. Perusterveydenhuollon kehittämistoiminnassa pitkäaikaisairaahan hoitomallin kehittäminen edusti diabeetikon hoidon kannalta suotuisaa muutosta. Sen toteuttaminen pääsi kuitenkin vasta alkutaipaleelle eikä sen vaikutuksia diabeteksen hoidossa voida vielä arvioida. Kuntien ja palvelutoimintojen yhdistyminen ja uudelleen organisoituminen saivat aikaan muutoksia monen diabeetikon hoidon arkikäytäntöjen toteutamisessa.

Muutoksessa oli pysyttävä mukana, vaikka uusien tuulien asettamat haasteet ohjelmatyölle olivatkin mittavat. Tärkeiden sidosryhmien ja viranomaistahojen aktiivinen osallistuminen ja vahva sitoutuminen Dehkoon tukivat muutoksen tasolla pysymistä kansalaisjärjestövoimissa ohjelmassa.

## Mitä saavutettiin

Dehko ponnisteli tyypin 2 diabeteksen ehkäisemiseksi, diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittämiseksi sekä diabeetikon omahoidon tukemiseksi. Voidaan puntaroida, panostettiin ohjelmassa juuri sopivasti kuhunkin osa-alueeseen. Varmaa on se, että jokaisella toiminta-alueella olisi edelleen paljon tehtävää. Toisaalta kaikilla osa-alueilla edistytään. Ohjelman ulkoinen arviointi tämän loppuraportin II osassa ottaa kantaa siihen, kuinka pitkälle edistyminen oli Dehkon ansiota.

Tyypin 2 diabeetikoiden määrä on moninkertainen tyypin 1 diabeetikoihin nähden. Ohjelmatyössä on syntynyt vaikutelma, että tyypin 1 diabeetikon hoitoa ja sen laadun kehittämistä ei ole pystytty ottamaan riittävästi huomioon, vaikka omahoidon tukeen ja diabetesosaamiseen sekä hoidon laadun ohjaamiseen ja seurantaan onkin panostettu paljon.

Tyypin 1 diabeetikoiden hoitotuloksiin ei saatu ohjelmakauden aikana suurta parannusta. Tyypin 2 diabeetikoiden hoitotulokset sen sijaan paranivat huomattavasti. Tiedämme myös, että lukuisia diabetekseen sairastumisia kyettiin ehkäisemään. Näistä saavutuksista voidaan olla tyytyväisiä. Samoin siitä, että suomalaisten aikuisten lihominen ei enää lisääntynyt. Tämä antaa viitteitä siitä, että myös tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuus voi lähivuosina kääntyä laskuun.

Diabeteksestä voi tänä päivänä puhua vapaasti, ja väestön terveystietoisuus on kasvanut. Dehkon 2D -hanke panosti diabeteksen ehkäisyyn väestötasolla ja korkean riskin henkilöillä. Ehkäisytoimilla haettiin terveystietoisuuden muutosta. Toisaalta heitettiin samalla tahtomatta syyttäviä katseita kohti niitä, joiden elintavat eivät ole aina terveitä edistäviä ja jotka sairastuvat tyypin 2 diabetekseen. Tarkoituksena oli kuitenkin tukea ja auttaa jokaista apua tarvitsevaa eikä suinkaan syyllistää ketään eikä ahdistaa ohikulkijaa hälytysvärein merkityllä vyötärömittanauhalla. Uusia menetelmiä ja tuulia siis vaaditaan myös viestintään, että viesti voitaisiin perillä kohdata samassa hengessä kuin se on lähetetty.

## Dehko terveydenhuollon ohjausmenetelmänä

Eryitystä Dehkon toteutuksessa oli diabeteskentän vapaaehtoinen osallistuminen ohjelmaan.

Myös kansalliset viranomaistahot sitoutuivat kehittämistyöhön, samoin monet tärkeät intressiryhmät. Dehko verkostoitui. Verkostoituminen ei

rajoittunut terveydenhuollon ammattilaisiin ja virkamiehiin, vaan myös diabeetikot olivat ohjelman keskiössä eikä muu väestökään jäänyt ulkopuolelle. Dehko-ohjelma siis vaikutti diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämiseen informaatio-ohjauksen ja verkostotoiminnan avulla. Pitkälti vapaaehtoisuuteen pohjautuva asiantuntijatoiminta sekä suosituksenomaisen tiedon ja terveydenhuollon työkalujen välittäminen saivat aikaan muutosliikkeen diabeteksen toimintakentällä. Pehmeänä toimintamallina ilman viranomaisvaltuuksia Dehkon mahdollisuudet vaikuttaa terveydenhuollon resursointiin olivat hyvin rajalliset. Terveydenhuollon operatiivisen johdon taikka kunnallisten päätöksentekijöiden sitouttaminen toimintaan kohti ohjelman tavoitteita ei täysin onnistunut ja näihin vaikuttamistoimiin olisi varmasti Dehkon edetessä ollut syytä kohdentaa enemmän voimavaroja.

Dehko kasvoi diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämisohjelmasta kokonaisvaltaisen diabeteskehittämistoiminnan brändiksi, joka tunnetaan Suomessa ja ulkomailla.

Dehkon tuloksia halutaan nyt kuulla sekä meillä että muualla. Diabetesliitto panosti paljon ohjelman aikaansaamiseksi, ja nyt ohjelman päätyttyä Diabetesliiton tehtäväksi jää kannatella Dehkon perintöä ja kuljettaa viestiä ohjelman vaikutuksista myös kansainvälisille foorumeille.

## Jatkokehittämisajatuksia

Dehko jätti jälkeensä paljon toimintoja ja tehtäviä, jotka vaativat jälkihoitoa ja edelleen kehittämistä. Näitä ovat muun muassa IDF:n koulutusohjelman pohjalta kehitetyn Tiimit toimimaan -monimuotokoulutuksen levittäminen, diabetesosaamiskartan jatkohyödyntäminen, uusien diabeteksen hoidon laatuksien ja -mittarien jalkauttaminen, diabeteksen kustannustiedon eteenpäin vieminen kunnalliseen päätöksentekoon ja terveydenhuollon johtoon, diabeetikon elämänlaatumittarin käytön edistäminen, diabeteksen omaseurantasuosituksen käytäntöön vieminen ja monta muuta tehtävää. Myös Dehkon tuottaman raportti- ja opasmateriaalin jatkolevitys jää Diabetesliitolle.

Dehkon jälkeenkin Diabetesliitto kantaa vastuuta ohjelmamuotoisen diabeteksen hoidon ja valtimosairauksien ehkäisytyön eteenpäin viemisestä. Diabeteksen hoidon laadun jatkokehittämisessä korostuvat tyypin 1 diabeetikoiden hoidon laadun kokonaisvaltainen parantaminen. Tähän liittyen tulisi kehittää toimia, jotka takaavat entistä paremman

tyypin 1 diabeetikoiden varhaishoidon. Merkittävä-  
nä apuna tyypin 1 diabeteksen hoidon kehittämisessä  
voisivat olla edelleen diabeteksen erityisosaamisen  
ja hoidonohjauksen kehittäminen sekä ensitietokurssien  
järjestäminen arkikäytäntönä. Diabeetikonuorten  
hoidon turvaaminen olisi tärkeää siirtäessä lastenyksiköistä  
aikuisten diabetesklinikalle hoitoon. Myös diabeetikoiden  
kuntoutus tarvitsisi erityistä huomiota heti sairastumisvaiheesta  
lähtien. Huomion keskiöön nousee myös erityisryhmien  
diabeteksen hoidon kehittäminen, erityisryhmistä  
mainittakoon mm. maahanmuuttajat, mielenterveyskuntoutujat  
ja kehitysvammaiset.

Diabetesalan koulutukselliset haasteet ovat tulevaisuudessa  
suuret. Terveysalalla tarvitaan kattavaa diabetestäydennyskoulutusta  
turvaamaan diabeteksen ehkäisyn ja hoidon perusvalmiudet.  
Lisäksi tarvitaan diabeteshoidon erityisosaamista tyypin 1  
diabeetikoiden, huonossa hoitotasapainossa olevien diabeetikoiden  
sekä lisäsairauksia saaneiden diabeetikoiden hoidossa.  
Koulutusta tarvitaan valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella  
tasolla, ja sen

tulisi olla moniammatilliset vaatimukset täyttävää.  
Diabetesosaamisen varmistamiseksi tulevaisuudessa  
tarvitaan hyvän peruskoulutuksen ja riittävän täydennyskoulutuksen  
lisäksi myös vahvaa henkilöstökoulusta terveydenhuollon  
organisaatioissa.

Valtimosairauksien ehkäisytyön ja terveydenedistämistoiminnan  
edistämiseksi Diabetesliitto tekee jatkossa entistä tiiviimpää  
yhteistyötä Sydänliiton ja Aivoliiton kanssa. Suunnitelmassa  
on pitkäkestoinen ohjelmatyö kansanterveyden hyväksi.  
Ennen uuden ohjelmakauden käynnistymistä panostetaan  
Raha-automaattiyhdistyksen tuella väestöviestintään tyypin 2  
diabetesta tietämättään sairastavien löytämiseksi ja heidän  
saattamiseksi hoidon piiriin. Jatkokehittämistyön käynnistämisen  
rinnalla on tärkeää tuoda esille Dehkon tuloksia ja loppuarvioita.  
Tulevaisuutta ajatellen Dehkon perintöä voidaan hyödyntää  
ohjelmaosaamisessa, diabetessektorin sisällöllisessä tietämyksessä  
ja käytännön toiminnan ymmärtämisessä. Lisäksi Dehkon  
ohjausvaikutukset suomalaissa terveydenhuollossa antavat  
lisäuskoa tulevaisuuden ohjelmatyölle.

## LÄHTEET

- Diabetesliiton vuosikirja 1998
- Diabetesliiton vuosikirja 1999
- Diabetesliiton vuosikirja 2000
- Diabetesliiton vuosikirja 2001
- Diabetesliiton vuosikirja 2002
- Diabetesliiton vuosikirja 2003
- Diabetesliiton vuosikirja 2004
- Diabetesliiton vuosikirja 2005
- Diabetesliiton vuosikirja 2006
- Etu-Seppälä L., suullinen tieto
- Koski S, Aarne M. 2009, Kysely sairaanhoitopiirien diabetestoimijoille
- Koski S, Aarne M. 2010, Loppuarvioinnin sisäinen arviointikysely
- Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus DNRO 124/54/04, 21.2.2006, Raha-auto-  
maattivastukset kansansairauksien ehkäisyyn
- Miilunpalo S., Toropainen E., Diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämissuunnitelman hyödyntäminen terveyskeskuksissa, Väiliraportti Diabetesliiton käyttöön, UKK-instituutti, 15.5.2001
- Diabetesliiton liittohallituksen kokouspöytäkirjat 1998–2010
- Dehkon toimintasuunnitelmat ja talousarviot 1999–2010
- Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmän kokousmuistiot
- Dehkon projektisuunnitelmat, -raportit ja -muistiot
- Valtimoterveydeksi! – Terveiden edistämisen käsikirja, Sosiaali- ja terveysministeriö, Diabetesliitto, Aivohalvaus- ja dysfasialiitto, Sydänliitto, 2010
- Valtimoterveyttä kaikille -projektisuunnitelma ja loppuraportti, Diabetesliitto

## LIITTEET

- |  |   |
|--|---|
| Liite 1: Dehkon henkilöstö   | Liite 10: Kysely sairaanhoitopiirien diabetes-toimijoille |
| Liite 2: Koordinaatioryhmä ja valmisteluryhmät                         | Liite 11: Loppuarvioinnin sisäinen arviointikysely        |
| Liite 3: Ohjausryhmän kokoonpanot                                      | Liite 12: Kotimaisia Dehko-artikkeleita                   |
| Liite 4: Hankeohjausryhmien kokoonpanot                                | Liite 13: Kansainvälisiä Dehko-artikkeleita               |
| Liite 5: Dehkon toimeksiannot  | Liite 14: Dehko-ohjelman tilaisuudet ja tapahtumat        |
| Liite 6: Dehko-ohjelman käynnistäminen ja eteneminen 1998–2010, kaavio | Liite 15: Tiedote 19.1.2006                               |
| Liite 7: Dehkon julkaisut  | Liite 16: Tiedote 9.9.2009                                |
| Liite 8: Tyypin 2 diabetekseen sairastumisriskin arviointilomake       | Liite 17: Dehkon kansainvälinen toiminta                  |
| Liite 9: Tilastoja riskitestien ja vyötärömittausten kulutuksesta      |   |

## KUVAT

- |  |  |
|--|--|
| Kuva 1. Dehkon tavoitteet  | Kuva 11. Uusien diabetestapausten määrä vuosittain ja diabetestyypeittäin vuosina 1997–2007  |
| Kuva 2. Dehkon tulostavoitteet   | Kuva 12. Diabeetikkojen sairaanhoidon kokonaiskus-<br>tannusten ja diabeteksestä aiheutuneiden<br>lisäkustannusten kehitys 1998–2007 |
| Kuva 3. Dehkon organisaatio  | Kuva 13. Diabeetikkojen sairaanhoidon diabeteksen<br>aiheuttamat lisäkustannukset diabeetikkoa<br>kohden vuosina 1998–2007           |
| Kuva 4. Dehkoa tukeneet yritykset  | Kuva 14. Tuottavuuskustannusten jakautuminen eri<br>kustannuseriin vuonna 2007   |
| Kuva 5. Dehkon yritysysteistyön tukitasot  |  |
| Kuva 6. Dehko-kaavio   |  |
| Kuva 7. Riskitesti   |  |
| Kuva 8. D2D-alueet   |  |
| Kuva 9. Diabeteksen hoidon laadun seurantarjestelmä                              |  |
| Kuva 10. Diabeteksen esiintyvyys (diagnosoituiden diabeetikot vuosina 1988–2007) |  |

## TAULUKOT

- |   |  |
|---|--|
| Taulukko 1. Dehkon rahoitus                                     | Taulukko 5. Hyvässä ja hälyttävän huonossa hoito-<br>tasapainossa olevien diabeetikkojen osuudet |
| Taulukko 2. Dehkon kustannukset                                 | Taulukko 6: Dehkon suur tapahtumien<br>hanke-esittelyjen määrä 2003–2011                         |
| Taulukko 3. Tyypin 1 diabeetikoiden HbA <sub>1c</sub> -mediaani | Taulukko 7: Mediaosumat  |
| Taulukko 4. Tyypin 2 diabeetikoiden HbA <sub>1c</sub> -mediaani |  |

## LIITTEET

## Liite 1 Dehkon henkilöstö ilman D2D:tä

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Pääsihteeri</b>														
Leena Etu-Seppälä*														
Tarja Sampo														
Maria Aarne														
<b>Koulutusvastaava</b>														
Maria Aarne														
<b>Sihteeri</b>														
Keiju Pääskynkivi (nyk. Telford)*														
Satu Kiuru**														
Päivi Palo														
<b>Tiedottaja</b>														
Sanna Korkee														
Rajja Lindell														
Enna Bierganns*														
Inkeri Humaloja														
<b>Laatupäällikkö</b>														
Klas Winell														
<b>Laatusiantuntija</b>														
Sari Koski														
<b>Tutkimusapulainen</b>														
Katja Saaranen														
<b>Kustannustutkija</b>														
Tiina Jarvala														

\* WCPD 2008 -maailmankongressin tehtävissä vuosina 2007 ja 2008.

\*\* Harmaalla merkittynä ajankohtina D2D:ssä.



## Liite 2

# Dehkon koordinaatioryhmä ja valmisteluryhmät

### Koordinaatioryhmä

**Puheenjohtaja:** Professori Marja-Riitta Taskinen

**Sihteerit:** Pääsihteeri Leena Etu-Seppälä  
sihteeri Keiju Pääskynkivi

- Professori Matti Uusitupa (Hoito-organisaatio ja resurssit -työryhmä)
- Yliääkäri Tero Kangas (Hoidon kustannukset -työryhmä)
- Järjestöpäällikkö Tuula Lehto (Diabeetikon oma rooli -työryhmä)
- Sisätautien erikoislääkäri Pirjo Ilanne-Parikka (Hoidonohjaus-työryhmä)
- Professori Hannele Yki-Järvinen (Tyypin 2 diabetes -työryhmä)
- Professori Jaakko Tuomilehto (Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy -työryhmä)
- Professori Olli Simell (Tyypin 1 diabetes -työryhmä)
- Professori Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi (Diabetesrekisterit-työryhmä)
- Johtava lääkäri Timo Kohvakka
- Johtava lääkäri Jouko Saramies
- Osastopäällikkö Ammi Isokallio
- Kansanedustaja Marjatta Stenius-Kaukonen
- Professori Mikael Knip
- Toimitusjohtaja Jorma Huttunen
- Yliääkäri Seppo A. Salo
- Tiedotuspäällikkö Tarja Sampo

### Hoito-organisaatio ja resurssit

**Puheenjohtaja:** Professori Matti Uusitupa

**Sihteerit:** Sihteeri Keiju Pääskynkivi

- Erikoislääkäri Stig Bergkulla
- Pääsihteeri Leena Etu-Seppälä
- Toimitusjohtaja Jorma Huttunen
- Diabeteshoitaja Liisa Hyvärinen
- Yliääkäri Tero Kangas
- Johtava lääkäri Jorma Kivekäs
- Yliääkäri Heikki Oksa
- Yliääkäri Seppo Salo
- Johtava lääkäri Jouko Saramies
- Kansanedustaja Marjatta Stenius-Kaukonen

### Hoidon kustannukset

**Puheenjohtaja:** Yliääkäri Tero Kangas

- Pääsihteeri Leena Etu-Seppälä
- Tutkimuspäällikkö Unto Häkkinen
- Professori Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi
- Professori Antero Kesäniemi
- Professori Timo Strandberg
- Professori Jaakko Tuomilehto
- Professori Hannele Yki-Järvinen

### Diabeetikon oma rooli

**Puheenjohtaja:** Järjestöpäällikkö Tuula Lehto

#### Etelä-Suomi:

- Sairaankuljettaja Erkki Rantanen
- Toimittaja Kirsti Talsi-Sirkka
- Valtiotieteiden yo Hanne Österberg

#### Länsi-Suomi:

- Dosentti Matti Kataja
- Työtekniikko Hannu Kesonen
- Kirjanpitäjä Erkki Poukkula-Kaartinen
- Sosiaaliohjaaja Irmeli Salonen

#### Itä-Suomi:

- Radioasentaja Teuvo Juvenius
- Kunnanjohtaja Erka Ollila
- Liikenne-esimies Ismo Varis
- Toiminnanjohtaja Marja-Leena Väisänen

#### Keski-Suomi:

- Terveystarkastaja Seija Ahola
- Verovalmistelijä Aune Nieminen
- Jalkaterapeutti (AMK) Irma Virpikari

#### Pohjois-Suomi:

- Diabeteshoitaja Eine Heikkilä
- Lähihoitaja Raija Hyvönen
- Talouspäällikkö Raija Mäkelä
- Insinööri Ensio Räihä

### Hoidonohjaus

**Puheenjohtaja:** Sisätautien erikoislääkäri Pirjo Ilanne-Parikka

**Sihteerit:** Opetushoitaja Outi Himanen

- Ravitsemusterapeutti Liisa Heinonen
- Tutkija Liisa Hiltunen
- Terveyskeskuslääkäri Jouko Hänninen
- Psykologi Jukka Marttila
- Diabeteshoitaja Paula Nikkanen
- Terveystieteiden opettaja
- Tuula-Maria Partanen
- Koulutussuunnittelija Marja Puomio
- Diabeteshoitaja Kristiina Salonen
- Erikoistutkija Tuula Simell

### Tyypin 2 diabetes

**Puheenjohtaja:** Professori Hannele Yki-Järvinen

**Sihteerit:** Ravitsemusterapeutti Eliina Haapa

- Johtava lääkäri Timo Kohvakka
- Opetushoitaja Leena Kokkonen
- Lääkäri Helena Levänen

- Lehtori Irmeli Liukkonen
- Diabeteshoitaja Leena Pekkonen
- Apulaisylilääkäri Leena Ryysy
- Professori Tapani Rönnemaa
- Dosentti Mikko Syväne

### Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy

**Puheenjohtaja:** Professori Jaakko Tuomilehto

**Sihteeri:** Tedotuspäällikkö Tarja Sampo-Mäkinen

- Dosentti Johan Eriksson
- Kehitysjohtaja Mikael Fogelholm
- Osastopäällikkö Ammi Isokallio
- Diabeteshoitaja Sirkka-Liisa Kudjoi
- Vanhempi tutkija Seppo Miilunpalo
- Ylilääkäri Pertti Mustajoki
- Tutkimusassistentti Jaana Lindström
- Projektipäällikkö Mika Pyykkö
- Dosentti Aila Rissanen

### Tyypin 1 diabetes

**Puheenjohtaja:** Professori Olli Simell

**Sihteeri:** Vastaava opetushoitaja Maija Ojala

- Dosentti Per-Henrik Groop
- Diabeteshoitaja Rauni Häkkinen
- Lastentautien erikoislääkäri Jorma Komulainen
- Diabeteshoitaja Else-Maj Lammi
- Johtava lääkäri Ismo Pirttiniemi
- Ravitsemusterapeutti Auli Pölönen
- Yleislääketieteen erikoislääkäri Kaija Saarelma
- Sisätautien erikoislääkäri Juha Saltevo
- Sisätautien erikoislääkäri Sirkku Tulokas

### Diabetesrekisterit

**Puheenjohtaja:** Professori Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi

**Sihteeri:** Koulutussuunnittelija Marja Puomio

- Johtava ylilääkäri Carola Grönhagen-Riska
- Sisätautien erikoislääkäri Paula Kemppainen
- Dosentti Jorma Lahtela
- Kehittämispäällikkö Mikko Nenonen
- Dosentti Antti Reunanen
- Hallinnon apulaisylilääkäri Juha Tuominen
- Yleislääketieteen erikoislääkäri Markku Vähätalo

### Diabeetikon lisäsairaudet ja niiden hoito

**Kirjoittajat:**

#### Sydänsairaudet

- Dosentti Mikko Syväne

#### Munuaissairaus

- Diabetesliiton nefropatia-suositus

#### Silmän verkkokalvon sairaus

- Professori Leila Laatikainen

#### Hermoston toimintahäiriö

- Professori Leo Niskanen

#### Jalkasairaudet

- Professori Tapani Rönnemaa

#### Diabetes ja raskaus

- Professori Kari Teramo

## Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma

### Suunnitteluryhmä

**Puheenjohtaja:** Professori Jaakko Tuomilehto

**Sihteerit:** Sihteeri Satu Kiuru ja sihteeri Keiju Pääskynkivi

- Dosentti Johan Eriksson, Kansanterveyslaitos
- Pääsihteeri Leena Etu-Seppälä, Suomen Diabetesliitto
- Johtaja Mikael Fogelholm, UKK-instituutti
- Erikoistutkija Paula Hakala, Kelan tutkimusosasto
- Neuvotteleva virkamies Kaija Hasunen, Sosiaali- ja terveysministeriö
- Ylilääkäri Pirjo Ilanne-Parikka, Suomen Diabetesliitto
- Erikoissairaanhoidtaja Päivi Karpakka, Suomen Laihdutusohjaajat
- Ohjelmajohtaja Jyrki Komulainen, Likes/Kunnossa kaiken ikää -ohjelma
- Väestövastuuhoitaja Sirkka-Liisa Kudjoi, Lempäälän terveyskeskus
- Ylilääkäri Kaj Lahti, Vaasan terveyskeskus
- Erikoistutkija Marjaana Lahti-Koski, Kansanterveyslaitos
- Toiminnanjohtaja Tiina Lampisjärvi, Suomen Kuntourheiluliitto/Finfood

- Kehityspäällikkö Ritva Larjomaa, Suomen Kuntaliitto
- Ravitsemustutkija Jaana Lindström, Kansanterveyslaitos
- Ravitsemusterapeutti Arja Lyytikäinen, Jyväskylän sosiaali- ja terveystalvakeskus
- Johtava ylilääkäri Seppo Miilunpalo, UKK-instituutti / Kiipulan koulutus- ja kuntoutuskeskus
- Ylilääkäri Pertti Mustajoki, Peijaksen sairaala
- Kehityspäällikkö Mika Pyykkö, Suomen Sydänliitto
- Professori Aila Rissanen, Suomen Lihavuustutkijat
- Asiantuntijalääkäri Matti Romo, Suomen Sydänliitto (27.9.2001 asti)
- Tiedotuspäällikkö Tarja Sampo, Suomen Diabetesliitto
- Asiantuntijalääkäri Tiina Telakivi, Kela, Terveys- ja toimeentuloturvaosasto
- Johtava lääkäri Olli Tiitola, Teollisuuslääketieteen yhdistys
- Professori Matti Uusitupa, Kuopion yliopisto
- Asiantuntijalääkäri Hannu Vanhanen, Suomen Sydänliitto (27.9.2001 alkaen)

## Liite 3

### Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmä

#### 2001–2003

**Puheenjohtaja:** Professori Matti Uusitupa, Kuopion yliopisto

**Sihteeri:** Pääsihteeri Leena Etu-Seppälä, Dehko, Suomen Diabetesliitto ja sihteeri Keiju Pääskynkivi, Dehko, Suomen Diabetesliitto

#### Jäsenet:

- Ylitarkastaja Maire Kolimaa STM
- Dosentti Johan Eriksson Kansanterveyslaitos
- Asiantuntijalääkäri Pekka Koivisto KELA
- Kehittämispäällikkö Olli Nylander STAKES
- Hallintoylilääkäri Matti Liukko Suomen Kuntaliitto
- Professori Leo Niskanen Pohjois-Savon shp:n diabetestyöryhmä
- Johtava lääkäri Kyösti Lemmetty Ulvilan terveyskeskus
- Professori Olli Simell Tyypin 1 diabetes -ryhmä/Dehko
- Professori Hannele Yki-Järvinen Tyypin 2 diabetes -ryhmä/Dehko
- Professori Jaakko Tuomilehto Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy -ryhmä/Dehko
- Professori Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi Diabetesrekisterit-ryhmä/Dehko
- Professori Tero Kangas Hoidon kustannukset -ryhmä/Dehko
- Diabeteshoitaja Paula Nikkanen Hoidonohjaus-ryhmä/Dehko
- Järjestöpäällikkö Tuula Lehto Diabeetikon oma rooli -ryhmä/Dehko
- Puheenjohtaja Matti Väistö Suomen Diabetesliitto, Varapuheenjohtaja
- Marjatta Stenius-Kaukonen Suomen Diabetesliitto
- Toimitusjohtaja Jorma Huttunen Suomen Diabetesliitto
- Ylilääkäri Pirjo Ilanne-Parikka Suomen Diabetesliitto

#### 2004–2007

**Puheenjohtaja:** Professori Matti Uusitupa, Kuopion yliopisto

**Esittelijä:** Pääsihteeri Leena Etu-Seppälä, Dehko, Suomen Diabetesliitto ja vs. pääsihteeri Maria Arne 2007–

**Sihteeri:** Sihteeri Keiju Pääskynkivi, Dehko, Suomen Diabetesliitto

- Ylitarkastaja Maire Kolimaa STM
- Asiantuntijalääkäri Pekka Koivisto Kela
- Kehittämispäällikkö Olli Nylander Stakes
- Hallintoylilääkäri Liisa-Maria Voipio-Pulkki Kuntaliitto
- Osastopäällikkö Erkki Vartiainen Kansanterveyslaitos
- Johtaja Mikael Fogelholm UKK-instituutti
- Puheenjohtaja Maria Arne 2005–2007 Diabeteshoitajat ry.
- Diabeteshoitaja Ritva Simonen 2007– Diabeteshoitajat ry.
- Ylilääkäri Hannu Vanhanen Suomen Sydänliitto
- Farmaseuttinen johtaja Sirpa Peura Apteekkariliitto
- Professori Leo Niskanen Kuopion yliopistollinen sairaala
- Apulaisyylilääkäri Ari Aimolahti Helsingin terveyskeskus
- Terveyskeskuslääkäri Nils Holmström Mustasaaren terveyskeskus
- Terveystieteiden johtaja Anne Niska Oulun terveyskeskus
- Päätoimittaja Heikki Hakala Lahden seudun diabeetikot ry
- Palopäällikkö (eläkk.) Keijo Karlsson Forssan seudun diabeetikot ry
- Palkkahallintopäällikkö Heikki Saaristo Lohjan seudun diabetesyhdistys ry
- Puheenjohtaja Kirsti Talsi-Sirkka Suomen Diabetesliitto
- Toimitusjohtaja Jorma Huttunen Suomen Diabetesliitto
- Puheenjohtaja Tiinamajja Tuomi Diabetesliitto/lääkärineuvosto
- Professori Tero Kangas Suomen Diabetesliitto
- Ylilääkäri Pirjo Ilanne-Parikka Suomen Diabetesliitto

## 2008–2010

**Puheenjohtaja:** Professori Matti Uusitupa, Itä-Suomen yliopisto (Kuopion yliopisto 31.12.2009 asti)

**Esittelijä:** Pääsihteeri Maria Aarne, Dehko, Suomen Diabetesliitto

**Sihteeri:** Sihteeri Keiju Pääskynkivi (nyk. Telford), Dehko, Suomen Diabetesliitto

- |  |   |
|--|---|
| • Neuvotteleva virkamies Maire Kolimaa         | Sosiaali- ja terveysministeriö                                    |
| • Johtava lääkäri Pekka Koivisto               | Kansaneläkelaitos   |
| • Tietojohtaja Olli Nylander                   | Valvira   |
| • Hallintoylilääkäri Liisa-Maria Voipio-Pulkki | Kuntaliitto, johtaja, sosiaali- ja terveystalvulosasto, STM 2010– |
| • Ylivohtaja Erkki Vartiainen                  | Terveyden ja hyvinvoinnin laitos                                  |
| • Johtaja Tommi Vasankari                      | UKK-instituutti   |
| • Puheenjohtaja Ritva Simonen                  | Diabeteshoitajat ry.  |
| • Ylivohtaja Mikko Syväne                      | Suomen Sydänliitto  |
| • Farmaseuttinen johtaja Sirpa Peura           | Apteekkariliitto  |
| • Professori Leo Niskanen                      | Kuopion yliopistollinen sairaala                                  |
| • Apulaisyliivohtaja Ari Aimolahti             | Helsingin terveyskeskus   |
| • Terveystalvulosantäkkäri Nils Holmström      | Mustasaaren terveyskeskus   |
| • Hankejohtaja, th Anne Niska                  | Parempi Pohjois-Suomi -hanke                                      |
| • Päätoimittaja Heikki Hakala                  | Lahden seudun diabeetikot ry                                      |
| • Palopäällikkö (eläkk.) Keijo Karlsson        | Forssan seudun diabeetikot ry                                     |
| • Työmarkkina-asiamies Heikki Saaristo         | Lohjan seudun diabetesyhdistys ry                                 |
| • Puheenjohtaja Kirsti Talsi-Sirkka            | Suomen Diabetesliitto   |
| • Toimitusjohtaja Jorma Huttunen               | Suomen Diabetesliitto   |
| • Yliivohtaja Päivi Kekäläinen                 | Diabetesliitto/lääkärieneuvosto                                   |
| • Professori Tero Kangas                       |   |
| • Yliivohtaja Pirjo Ilanne-Parikka             | Suomen Diabetesliitto   |

## Loppuarvioinnin ohjausryhmä

### 2009–2010

- Johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki, STM, puheenjohtaja
- Professori Leo Niskanen, Kuopion yliopistollinen sairaala
- Terveystalvulosantäkkäri, Nils Holmström, Mustasaaren terveyskeskus
- Diabeteshoitaja, Ritva Simonen, HUS

## Liite 4

### Dehkon toimeksiannot

#### DIABETESLIITON SISÄISET TOIMEKSIANNOT

- ▶ Diabetes ja elämänlaatu -tutkimus ja elämänlaatumittarin käänös, validaatio ja käyttöohjeistus (Diabetesliiton asiantuntijapalvelut, psykologi Helena Nuutinen), 2010
- ▶ Luotettava ja tavoitteellinen omaseuranta -suositus (Diabetesliiton asiantuntijapalvelut, ylilääkäri Pirjo Ilanne-Parikka), 2010
- ▶ Diabetestyön kehittäminen (IDF:n sertifioitu moduulikoulutus, Diabetes Education Modules) -hankkeen projektiryhmä, 2010
- ▶ Diabetesosaamiskartan yksilöversio (Diabetesliiton asiantuntijapalvelut, Outi Himanen), 2010
- ▶ Diabetesosaamiskartan jatkokehitys ja levittäminen (Diabetesliiton asiantuntijapalvelut, Outi Himanen), 2006–2009
- ▶ Ravitsemuspalveluiden laatukriteerit ja päivitys (Diabetesliiton asiantuntijapalvelut, Liisa Heinonen), 2005 ja 2008
- ▶ Pieni Päätös Päivässä -seurantatutkimus (Riikka Turku, Liisa Heinonen), 2005
- ▶ T2D-ryhmäohjausmalli (Outi Himanen, Pirjo Ilanne-Parikka, Liisa Hiltunen, Jukka Marttila), 2004
- ▶ Täydennyskoulutuksen lisääminen ja kehittäminen (Diabetesliiton asiantuntijapalvelut, Outi Himanen, Pirjo Ilanne-Parikka), 2003

#### MUUT TOIMEKSIANNOT

##### Tutkimukset

- ▶ Diabeetikkojen hoitotasapainotutkimus (THL/Timo Valle), 2009–2010
- ▶ Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007, (Tampereen yliopisto/Pekka Rissanen ja Dehkon oma työosuus Tiina Jarvala), 2010
- ▶ FinDM II (Stakes, myöhemmin THL, Reijo Sund/Dehkon oma työosuus, Sari Koski), 2009
- ▶ Diabeetikkojen hoitotasapainotutkimus (Stakes/Timo Valle), 2000–2001
- ▶ Diabetes Suomessa (Stakes/Marja Niemi ja Dehkon oma työosuus, Klas Winell), 2005
- ▶ Diabeetikoiden hoitotyytyväisyystutkimus Suomessa (Tuula-Maria Partanen, nyk. Rintala), 2003

#### Selvitykset ja mittaukset

- ▶ Hoidonohjauksen toteuttamisen perusteet -suositus, kirjoitustyö (Seija Olli), 2009
- ▶ Laatumittaukset 2006 ja 2008 (Conmedic Oy/Klas Winell), 2006 ja 2009
- ▶ Diabeteshoitotyön osaamisen tehostaminen terveysalan koulutuksessa (Tuula-Maria Partanen nyk. Rintala, Outi Himanen, Kaija Jokela, Marjatta Luukkanen, Hilikka Niittyniemi, Paula Nikkanen, Salla Seppänen), 2003
- ▶ Diabeteshoitajien koulutus -esiselvitys (Jouni Tuomi), 2003
- ▶ Rekisteriselvitys, Diabeteksen hoidon laatu ja seurantarajärjestelmät 2002 (Klas Winell), 2002

#### Arvioinnit

- ▶ Dehkon ulkoinen loppuarviointi (arviointiryhmä Seppo Tuomola, Ulla Idänpään-Heikkilä, Arja Halkoaho ja Antti Virkamäki), 2010
- ▶ Dehkon toinen väliarviointi (Net Effect Oy), 2006
- ▶ Dehkon ensimmäinen väliarviointi (Claupex Oy/Klaus af Ursin ja työryhmä), 2003
- ▶ Dehkon ohjelma-arviointi (Tauno Telaranta) 2000

## Liite 5

### Dehkon hankeohjausryhmät

#### Dehkon laadun kehittämishankkeiden ohjausryhmä 2007–2010

**Puheenjohtaja:** Tutkimusprofessori Marjukka Mäkelä, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

**Esittelijä:** Dehkon Laatuasiantuntija Sari Koski, Suomen Diabetesliitto

**Sihteeri:** Sihteeri Keiju Pääskynkivi (myöh. Telford), Dehko, Suomen Diabetesliitto

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| • Pääsihteeri Maria Aarne                   | Dehko, Suomen Diabetesliitto     |
| • Vastaava lääkäri Patrik Finne             | Suomen Munuaistautirekisteri     |
| • Terveyspalveluiden johtaja Tuula Heinänen | Espoon kaupunki                  |
| • Ylilääkäri Pirjo Ilanne-Parikka           | Suomen Diabetesliitto            |
| • Professori Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi   | Oulun yliopisto                  |
| • Päätoimittaja Eeva Ketola                 | Käypä hoito -suositukset         |
| • Dosentti Jorma Lahtela                    | Tampereen yliopisto, PSHP        |
| • Diabeteshoitaja Paula Nikkanen            | Mehiläinen Diabetesklinikka      |
| • Professori Leo Niskanen                   | Kuopion yliopisto                |
| • Kehittämispäällikkö Olli Nylander         | Terveyden ja hyvinvoinnin laitos |
| • Professori Aila Rissanen                  | Helsingin yliopisto              |
| • Ylilääkäri Ahti Tiusanen                  | Mäntsälän terveyskeskus          |
| • LL, Dehkon laatuksultti Klas Winell       | Conmedic Oy                      |

#### Dehkon laadun kehittämishankkeiden ohjausryhmä 2003–2006

**Puheenjohtaja:** Tutkimusprofessori Marjukka Mäkelä, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

**Esittelijä:** Dehkon laatu-päällikkö Klas Winell, Diabetesliitto/Conmedic Oy

**Sihteeri:** Sihteeri Keiju Pääskynkivi, Dehko, Suomen Diabetesliitto

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| • Dehkon Pääsihteeri Leena Etu-Seppälä      | Suomen Diabetesliitto            |
| • Vastaava lääkäri Patrik Finne             | Suomen Munuaistautirekisteri     |
| • Terveyspalveluiden johtaja Tuula Heinänen | Espoon kaupunki                  |
| • Ylilääkäri Pirjo Ilanne-Parikka           | Suomen Diabetesliitto            |
| • Professori Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi   | Oulun yliopisto                  |
| • Päätoimittaja Eeva Ketola                 | Käypä hoito -suositukset         |
| • Dosentti Jorma Lahtela                    | Tampereen yliopisto, PSHP        |
| • Diabeteshoitaja Paula Nikkanen            | Mehiläinen Diabetesklinikka      |
| • Professori Leo Niskanen                   | Kuopion yliopisto                |
| • Kehittämispäällikkö Olli Nylander         | Terveyden ja hyvinvoinnin laitos |
| • Professori Aila Rissanen                  | Helsingin yliopisto              |
| • Ylilääkäri Ahti Tiusanen                  | Mäntsälän terveyskeskus          |

#### Dehkon kustannustutkimuksen ohjausryhmä 2007–2010

**Puheenjohtaja:** Professori Pekka Rissanen, Tampereen yliopisto

**Esittelijä:** Kustannustutkija Tiina Jarvala, Suomen Diabetesliitto

**Sihteeri:** Sihteeri Keiju Pääskynkivi (myöh. Telford), Dehko, Suomen Diabetesliitto

- |                                     |                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| • Kehittämispäällikkö Miika Linna   | Terveyden ja hyvinvoinnin laitos |
| • Johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki | Sosiaali- ja terveysministeriö   |
| • Professori Antti Reunanen         | Terveyden ja hyvinvoinnin laitos |
| • Professori Tero Kangas            |                                  |
| • Toimitusjohtaja Jorma Huttunen    | Suomen Diabetesliitto            |
| • Pääsihteeri Maria Aarne           | Dehko, Suomen Diabetesliitto     |
| • Laatuasiantuntija Sari Koski      | Dehko, Suomen Diabetesliitto     |

#### Kutsuttuina:

Ilmo Keskimäki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Reijo Sund, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

## Diabetes Education Modules (IDF) -ohjausryhmä 2009–2010

**Puheenjohtaja:** Dosentti Liisa Hiltunen, Oulun yliopisto

**Esittelijä:** Diabeteshoitaja Sari Härmä-Rodriguez, Suomen Diabetesliitto

**Sihteeri:** Sihteeri Keiju Telford, Dehko, Suomen Diabetesliitto

- Pääsihteeri Maria Aarne Dehko, Suomen Diabetesliitto
- Koulutusjohtaja Hannu Halila Suomen Lääkäriliitto
- Eettisen toimikunnan sihteeri Arja Halkoaho Pohjois-Savon shp, Diabeteshoitajat ry
- Koulutuspäällikkö Outi Himanen Suomen Diabetesliitto
- Ylilääkäri Pirjo Ilanne-Parikka Suomen Diabetesliitto
- Johtava lääkäri Mauri Jussila Tampereen Työterveys ry
- Lääkäri Petri Kaipainen Kaarinan-Piikkiön terveyskeskus
- Erikoislääkäri Minna Koivikko OYS
- Lehtori Tuula-Maria Rintala Tampereen ammattikorkeakoulu
- Dosentti Ursula Schwab Kuopion yliopisto

## Liite 6

Dehko-ohjelman valmistelu, hankkeet ja eteneminen	
TAUSTA	<p>DCCT, The Diabetes Control and Complications Trial 1983–1993            UKPDS, United Kingdom Prospective Diabetes Study 1977–1997            Diabeetikkojen hoitotasapaino ja hoidon laatu 1993, Stakes            Tero Kankaan tutkimus diabeteksen kustannuksista 1997            DPS, Diabetes Prevention Study, Diabeteksen ehkäisy tutkimus 2001            IDF:n (International Diabetes Federation) kongressi Suomessa 1997</p>
1998	<p><b>Ohjelmaa valmistelevien työryhmien perustaminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• esitettiin alustavia ajatuksia järjestöpäivillä, johtoryhmässä, aluesihteerikokouksessa ja liittokokouksessa</li> <li>• kutsuttiin arvovaltainen asiantuntijajoukko koordinaatiokokoukseen</li> <li>• liittohallitus hyväksyi ohjelman rungon vuosiksi 1998–2001</li> <li>• perustettiin liittohallituksen päätöksellä seitsemän asiantuntijaryhmää vuosille 1998–1999, ryhmien puheenjohtajista muodostettiin koordinaatioryhmä: ryhmässä kiinnitettiin huomiota asiantuntemukseen, vahvaan perusterveydenhuollon edustukseen sekä diabeetikkojen näkyvään integrointiin toimenpideohjelman laatimisessa</li> <li>• koordinaatioryhmä kokoontui ja osa työryhmistä aloitti toimintansa</li> <li>• neuvottelutilaisuus sairaanhoitopiirien diabetestyöryhmien edustajien kanssa aiheena yhteistyö Dehkon kanssa</li> </ul>
1999	<p><b>Toimenpideohjelman valmistaminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• noin sadan hengen vapaaehtoinen asiantuntijajoukko teki ohjelman pohjatyön (8 työryhmää, joiden jäsenet olivat diabetestutkijoita, käytännön diabetesasiantuntijoita sekä KTL:n, UKK-instituutin, yliopistojen ja järjestöjen asiantuntijoita)</li> <li>• ohjelmaluonnos kävi laajalla lausuntokierroksella, lausuntoja saatiin noin sadalta taholta</li> <li>• järjestettiin kuulemistilaisuus, johon osallistui noin 80 henkilöä</li> <li>• tilaisuudessa oli keskeisten viranomaisten edustus</li> <li>• koordinaatioryhmän ja sairaanhoitopiirien diabetestyöryhmien tapaaminen</li> <li>• ammattilaiset ottivat ohjelmatyön innokkaasti vastaan</li> <li>• järjestettiin kysely sairaanhoitopiirien diabetestyöryhmien toiminnasta</li> <li>• vahvuutena           <ul style="list-style-type: none"> <li>- diabeetikkojen osallistuminen omaa hoitoansa koskevien kehittämissuunnitelmien laatimiseen</li> <li>- sairaanhoitopiirien diabetestyöryhmien puheenjohtajien sitoutuminen tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämiseen</li> <li>- STM:n kansanterveyden neuvottelukunnan sydän- ja diabetesjaosto valmistelun tukena</li> <li>- Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteistyön käynnistyminen ehkäisytyön suunnittelussa</li> <li>- yhteistyö Itä-Suomen läänin jalkoehoitoprojektiryhmän ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin diabeteksen hoidon kehitysprojektin kanssa</li> </ul> </li> <li>• tiedottaminen           <ul style="list-style-type: none"> <li>- työryhmien jäsenille</li> <li>- liiton johto- ja asiantuntijajänelille</li> <li>- terveydenhuollon ammattilaisille</li> <li>- järjestöväelle</li> <li>- diabetesalan yrityksille</li> <li>- Dehko News alkoi ilmestyä - kolme numeroa vuodessa</li> </ul> </li> </ul>



	Yleistä	Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy	Diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittäminen	Diabeetikon omahoidon tukeminen
2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsensuskokous: Dehko-ohjelma hyväksyttiin vuosiksi 2000–2010 Suomen kansalliseksi diabetesohjelmaksi</li> <li>Ohjelman lanseeraus</li> <li>Ohjelmakirja – laaja jakelu, osin STM:n kautta</li> <li>Nettisivut</li> <li>Telarannan ohjelma-arviointi</li> <li>Sisäinen arviointi valmisteluvaiheesta ja lanseeruksesta</li> <li>Yhteistyökumppaneiden ja tukijoiden haku</li> <li>SyDi-projekti 2000–2003</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Jalkojenhoidon tehostaminen -projekti</li> <li>Kysely diabeetikoiden jalkojen hoidosta</li> <li>Toimijasymposium: Laatuksiteerit</li> </ul>	Tuettiin diabetesyhdistysten ja terveydenhuollon välisen yhteistyön käynnistymistä
2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ohjaus- ja seurantaryhmän kutsuminen</li> <li>UKK-instituutin selvitys</li> <li>Apteekkien diabetesohjelma käynnistyi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tyyppin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeen kehittäminen KTL:n kanssa -&gt;</li> <li>Riskitestilomake</li> <li>T2D-ehkäisyohjelman rakentaminen <ul style="list-style-type: none"> <li>- väestöstrategia</li> <li>- korkean riskin strategia</li> <li>- varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia</li> </ul> </li> <li>Kuuntele kehoasi -kampanja</li> <li>Mikä nyt neuvoksi? -lehtinen</li> <li>Mittanauha</li> <li>PPP (=pieni päätös päivässä) -projekti, painonhallinnanohjaajien ryhmäohjaajakoulutus</li> <li>Toimijasymposium, T2 ehkäisy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diabeetikon hyvän hoidon laatuksiteerityö käynnistyi</li> <li>Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa -tutkimus käynnistyi</li> <li>Diabetesrekisteriselvitys käynnistyi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ITE-vertaistukitoiminta T2D-ryhmäohjaajakoulutus</li> <li>Diabetespassi: Diabeteskortti (hoidon seuranta kortti) Ohjeita diabeteskortin käyttäjälle, Omahoidon pelisäännöt</li> <li>Diabeteksen hoitoon ja hoidon seurantaan tarkoitettujen välineiden tarve suositus</li> </ul>
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensimmäisen väliarvioinnin käynnistyminen</li> <li>Dehkon kuntastrategia</li> <li>Täsmätietoa päätöksenteon tueksi -informaatiopaketti kuntapäätäjille</li> <li>Rahoitus T2D-ehkäisyohjelman toimeenpanoon</li> <li>Valtion tarkastusviraston tarkastuskertomus. RAY:n avustukset kansansairauksien ehkäisyyn</li> </ul>	<p>T2D-ehkäisyohjelman tunnetuksi tekeminen</p> <p>T2D-ehkäisyohjelman koulutuskierron alkaa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diabeetikon hyvän hoidon laatuksiteerit, raportti 2002:1</li> <li>Diabeteksen hoidon laatu ja seurantajärjestelmät, raportti 2002:2</li> <li>Diabeteshoitajan ammatillista koulutusta käsittelevä selvitys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toimijasymposium, Omahoito</li> <li>Omaseurantavälineiden laadunvarmistusselvitys (maahantuojuille, diabeetikoille, diabetesammattilaisille)</li> </ul>

2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuntavaikuttamisoperaatio</li> <li>• Dehkon väliarviointi, raportti 2003:5</li> <li>• Dehko-päivät 2003, 1. suurkatselmus</li> <li>• Dehko-palkinnon jako (Diabro)</li> <li>• IDF-presentaatiot</li> <li>• Dehko&amp;D2D News – ohjelman tiedotuslehti uudella nimellä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T2D-ehkäisyohjelman koulutuskiertos jatkuu, toteutus yhteistyössä sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmien kanssa</li> <li>• Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman ohjelmakirja ja tiivistelmät <ul style="list-style-type: none"> <li>- väestöstrategia</li> <li>- korkean riskin strategia</li> <li>- varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia</li> </ul> </li> <li>• Dehkon 2D -toimeenpano-hankkeen käynnistyminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabeteksen hoidon laatumittari</li> <li>• Diabeetikkojen hoitotasapaino -tutkimustuloksia</li> <li>• Hoitotyytyväisyystutkimus käynnistyi</li> <li>• Täydennyskoulutuksen lisääminen ja kehittäminen – vastaus Dehkon haasteisiin? raportti 2003:1</li> <li>• Diabeteshoitajien koulutus – esiselvitys, raportti 2003:2</li> <li>• Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatuksiteerit, raportti 2003:3</li> <li>• Diabeetikoiden hoitotyytyväisyys Suomessa, raportti 2003:4</li> <li>• Diabeetikon jalkojenhoidon laatuksiteerit, raportti 2003:6</li> <li>• Lasten diabeteksen hyvän hoidon laatuksiteerit, raportti 2003:7</li> <li>• Diabetesta sairastavan lapsen hoidon laatumittari</li> <li>• Diabeteksen hoidon laatu ja resurssit – selvitys käynnistyi (laatumittaukset)</li> <li>• Toimijasymposium – laadun kehittäminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensitietoa tyypin 1 diabeteksestä -lehti</li> <li>• Ensitietoa tyypin 2 diabeteksestä -lehti</li> <li>• Oma-ryhmätoiminta, T1D</li> <li>• Yhdistysten ja terveydenhuollon yhteistyön vuosittainen seuranta kyselyjen avulla alkoi</li> </ul>
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tavoitteiden realistisuuden tarkistaminen ja avaintoimenpiteiden toteutuksen etenemisen tilannetarkastelu</li> <li>• Dehko etenee 2005–2007</li> <li>• Dehko-kaavion synty</li> <li>• Kansainvälinen kiinnostus kasvaa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausmalli terveydenhuollon käyttöön, raportti 2004:2</li> <li>• Toimijasymposium: T2D-ehkäisyohjelman eteneminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa 2000–2001, raportti 2004:1</li> </ul>	
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuntavaikuttamisoperaatio</li> <li>• Tapaaminen sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmien edustajien kanssa</li> <li>• Kysely diabetestyöryhmien toiminnasta</li> <li>• Itsenäisiä Dehko-hankkeita raportoitiin <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabro alueellisena hankkeena, raportti 2005:1,</li> <li>- Apteekkien diabetesohjelma, raportti 2005:2,</li> <li>- Dehko Outokummun terveyskeskuksessa, raportti 2005:3,</li> <li>- Stadia-Dehko 2005:5</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dehkon 2D hanke 2003–2007 väliarviointi, raportti 2005:6</li> <li>• Pieni päätös päivässä -projektin seurantatutkimus, raportti 2005:7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seurantajärjestelmä kehittyi</li> <li>• Diabeteksen hoidon laatu, raportti 2005:4</li> <li>• Valtakunnallisten rekistereiden käyttöön perustuvan tutkimuspohjan kehittäminen</li> <li>• Diabetes Suomessa -tutkimus</li> <li>• Diabetesbarometri 2005</li> <li>• Ruokapalveluiden laatuksiteerit (julkaistu osana Diabetesliiton julkaisua "Selvitys diabeetikoiden kuntoutuksesta Suomessa 2005")</li> </ul>	
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toinen väliarviointi käynnistyi</li> <li>• Kuntaliittoyhteistyö käynnistyi</li> <li>• Dehko päivät 2006, 2. suurkatselmus</li> <li>• Dehko-palkinnon jako (Terveyspuntari)</li> <li>• IDF-presentaatiot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dehkon 2D -hanke 2003–2007, Kvalitatiivinen arviointi, raportti 2006:2</li> <li>• 1<sup>st</sup> FIN-D2D International Reporting Days</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toimijasymposium , terveystieteen diabeteskoulutus</li> <li>• Diabeteshoitotyön osaamisen tehostaminen terveystieteen koulutuksessa, raportti 2006:1</li> <li>• Osaamisprojekti – Diabetesosaamiskartta</li> </ul>	

2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dehko 2000–2010 -Toinen väliarviointi, raportti 2007:2</li> <li>Dehkon tietopankki</li> <li>Alueelliset Dehko-päivät (2)</li> <li>Kuntaliittotapaamiset (2)</li> <li>Laajennettu sponsori-info</li> <li>Dehkon tavoitteiden ja väliarvioinnin tarkastelu sekä etenemisen suunta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hyvien T2D-ehkäisykäytäntöjen levittäminen</li> <li>Palkitut ja arjessa koetellut – Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon hyvät käytännöt, raportti 2007:1</li> <li>Toimijasymposium, D2D:n alustavia tuloksia</li> <li>D2D-projektin päättyminen</li> <li>2<sup>nd</sup> FIN-D2D International Reporting Days</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Koulutustyöryhmän perustaminen</li> <li>Selvitys diabeteskoulutuksesta terveysalalla käynnistyi</li> <li>Kustannustutkimuksen valmistelu ja käynnistäminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HeKu 1 (tyypin 1 diabetikon henkilökohtainen hoito ja kuntoutus -projekti)</li> <li>Tavoitteellinen omaseuranta -suositustyön käynnistäminen</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dehko etenee 2008–2010, strateginen suunnitelma</li> <li>Alueelliset Dehko-päivät (2)</li> <li>Kuntaliittotapaamiset (2)</li> <li>Sponsori-info</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>D2D-jatkohanke</li> <li>Diabeteksen ja sen lisä-sairauksien ehkäisyn maailmankongressin (WCPD 2008) järjestämiseen osallistuminen</li> <li>Valtimoterveyttä kaikille -projektin suunnittelu käynnistyi</li> <li>Tunnetko diabeteksen -kampanja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esiselvitys IDF:n mallin mukaisen moniammatillisen täydennyskoulutuksen järjestämiseksi Suomessa (projektisuunnitelma)</li> <li>Suuntaviivoja tyypin 1 diabetikon hoitoon ja kuntoutukseen, opas terveydenhuoltohenkilöstölle</li> <li>Hoidonohjauksen toteuttamisen periaatteet -selvitystyön käynnistyminen</li> <li>FinDM II -tutkimuksen käynnistyminen</li> <li>Diabetes ja elämänlaatu – diabetesspesifin elämälaatumittarin validaatiotutkimus ja selvitys suomalaisten diabeetikoiden elämän laadusta</li> <li>Aikuisten diabeteksen hoidon laatumittaukset</li> <li>Lasten diabeteksen hoidon laatumittaukset</li> <li>Ruokapalveluiden laatuksien päivitys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suuntaviivoja tyypin 1 diabetikon hoitoon ja kuntoutukseen, opas diabeetikoille</li> </ul>

2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dehko-päivät 2009, 3. suurkatselmus</li> <li>• Sairaanhoidopiirikohtainen nettikysely Dehkon tavoitteisiin etenemisestä</li> <li>• Loppuarvioinnin valmistelu</li> <li>• Kuntaliittotapaaminen</li> <li>• Sponsori-infot (2)</li> <li>• IDF-presentaatiot</li> <li>• Dehko-uutiset – nimi muuttuu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2D loppuraportit</li> <li>• Valtimoterveyttä kaikille -projekti (2009–2010) käynnistyi</li> <li>• D2D-seurantahanke -yhteistyö</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetestyön kehittäminen – IDF:n mallin mukaisen moniammatillisen täydennyskoulutuksen kehittäminen (opetussuunnitelma ja sisältömaterialin käännökset)</li> <li>• Diabetes terveydenhuoltoalan koulutuksessa, raportti 2009:1 (selvitys ja suositukset diabeteskoulutuksen järjestämisestä terveydenhuoltoalan peruskoulutuksessa)</li> <li>• Lasten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus, raportti 2009:2</li> <li>• Aikuisten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus, raportti 2009:3</li> <li>• Toimijasymposium, Diabeteksen lisäsairauksien ehkäisy</li> <li>• FinDM II -tuloksia, Tekninen raportti: Diabeteksen ja sen lisäsairauksien esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden rekisteriperusteinen mittaaminen</li> <li>• Kustannustutkimuksen tuloksia,</li> <li>• Diabeteksen kustannukset Suomessa 2008–2007, esite</li> <li>• Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa 2009–2010 -tutkimus käynnistyi</li> <li>• Diabeteksen hyvän hoidon laatumittari, päivitys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alueelliset tapahtumat (5) Dehko-teemoilla</li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuntaliittotapaaminen</li> <li>• Loppuarviointi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ulkoinen arviointi</li> <li>- Sisäinen arviointi</li> </ul> </li> <li>• Loppuraportti</li> <li>• Jatkokehittämispäätelmät ja suositukset</li> <li>• Ohjelman päättäminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valtimoterveyttä kaikille – Terveyden edistämisen käsikirja D2D:n ja Suomalaisen Sydänohjelman mallien pohjalta sekä valtakunnallinen seminaarikiertue</li> <li>• D2D-seurantahanke -yhteistyö</li> <li>• Tyypin 2 diabeteksen ehkäisymateriaalin eli ns. Napamateriaalin välittäminen perusterveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetestyön kehittäminen – pilottikoulutus</li> <li>• Tilanneraportti</li> <li>• Diabeteksen hyvän hoidon laatumittari, päivitys</li> <li>• Diabeteksen hoidon laatu 2008, Lapset ja nuoret, tiivistelmäesite</li> <li>• Diabeteksen hoidon laatu 2008, Aikuiset tyypin 1 ja tyypin 2 diabeetikot, tiivistelmäesite</li> <li>• Kustannustutkimus valmistuu</li> <li>• Diabetesbarometri 2010</li> <li>• Laatuksiteerien päivitys</li> <li>• Elämänlaatumittarin käyttö -raportti</li> <li>• Osaamiskartan yksilökäyttö netissä</li> <li>• Lisäsairauksien ehkäisy -kampanja</li> <li>• Hoidonohjauksen toteuttamisen periaatteet -suositus nettiin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HeKu 2 (tyypin 2 diabeetikon henkilökohtainen hoito ja kuntoutus) -projekti käynnistyi, opas</li> <li>• Luotettava ja tavoitteellinen omaseuranta -suositus verkkoon</li> </ul>
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dehko-päivät 31.1.–1.2.2011 - Loppusuurkatselmus</li> </ul>			

# Liite 7

## Dehkon julkaisut

### 1. Dehkon perusjulkaisut

- Dehko 2000–2010 -toimenpideohjelmakirja
- Dehko 2000–2010 -toimenpideohjelmakirjan tiivistelmä
- Dehkon yleisesite
- Dehkon pikkuesitesarja:
  - Tyypin 1 eli nuoruustyypin diabeetikoiden hoito
  - Tyypin 2 eli aikuistyypin diabeetikoiden hoito
  - Tyypin 2 eli aikuistyypin diabeteksen ehkäisy
  - Diabeteksen hoidon organisointi
  - Diabeetikoiden hoidon kustannukset
- Dehko etenee 2008–2010 (strateginen suunnitelma vuosiksi 2008–2010)
- Dehko etenee 2005–2007 (toimenpidesuunnitelma vuosille 2005–2007)
- Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010, toimenpideohjelmakirja
- Ehkäisyohjelman tiivistelmä
- D2D-hankkeen projektisuunnitelma
  - Projektisuunnitelman lisälehti (v. 2005)
- Dehkon 2D -hankkeen (D2D) loppuraportti

### 2. Arviointijulkaisut

- Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010). Toinen väliarviointi, 2007:2
- Dehkon 2D -hanke 2003–2007. Kvalitatiivinen arviointi 2006, 2006:2
- Dehkon 2D -hanke 2003–2007. Väliarviointi, 2005:6
- Dehko – Väliarviointi, 2003:5
- Dehko 2000–2010, Loppuraportti

### 3. Raportit, suositukset ja esitemateriaali

#### TYYPIN 2 DIABETEKSEN EHKÄISY

- Diabetes on ehkäistävissä – mutta asialla on kiire, Dehkon ja Kuntaliiton yhteisjulkaisu 2008
- Palkitut ja arjessa koetellut. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon hyvät hankkeet, 2007:1
- Pieni Päätös Päivässä -projektin seurantatutkimus. Ryhmämuotoisen painonhallintaohjauksen edellytykset, 2005:7

#### T2D ehkäisy: esitteet, oppaat ja terveydenhuollon työkalut

- Esitteet ehkäisyohjelman strategioista
  - Väestöstrategia
  - Korkean riskin strategia
  - Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia
- Tunnetko diabeteksen, ensitietoa tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskissä oleville 2008
- Mikä nyt neuvoksi -opas tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn (Hinta 2,50 €)
- Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake
- Testaa diabetesriskisi -julistite
- Mittanauha vyötärön mittaukseen
- Onneksi tyypin 2 diabetes on ehkäistävissä -esite (ns. napaesite)

### Dehkon 2D -hankkeen loppuraportit

- Dehkon 2D -hanke (D2D) 2003–2007. Loppuraportti. Suomen Diabetesliitto. Tampere 2009
- Dehkon 2D-hanke Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella 2003–2007. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 122/2008. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Jyväskylä 2008. www.ksshp.fi /julkaisusarja (julkaisut 2008)
- Etelä-Pohjanmaan Dehkon 2D-hankkeen 2003–2007 loppuraportti. Seinäjoki 2008
- Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyhanke (Dehkon 2D-hanke) Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä v. 2005–2007 (2008). Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisu. Kuopio 2009
- NÄKKYYKÖ NAPA – Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohankkeen toteutus ja tulokset Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 2003–2007. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2008. Oulu 2008
- Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy Pirkanmaalla. Dehkon 2D -hankkeen 2003–2008 toteutus ja tulokset. Pölonen, A ja Oksa H. (toim.) 2011

#### HOIDON JA HOIDON LAADUN KEHITTÄMINEN

- Terveystieteen diabeteskoulutuksen kehittäminen
- Diabetestyön kehittäminen: IDF:n sertifiointi monimuotokoulutus. Projektisuunnitelma ja loppuraportti
- Diabetes terveydenhuoltoalan koulutuksessa, 2009:1
- Diabeteshoitotyön osaamisen tehostaminen terveystieteen koulutuksessa, 2006:1
- Diabeteshoitajien koulutus – esiselitys, 2003:2
- Täydennyskoulutuksen lisääminen ja kehittäminen – vastaus Dehkon haasteisiin? 2003:1

#### Esitteet:

- Diabetestyön kehittäminen: IDF:n sertifiointi monimuotokoulutus

#### Diabeteksen hoidon laatu järjestelmät

- Lasten diabeteksen hyvän hoidon laatu kriteerit, päivitys 2010
- Diabeetikon hyvän hoidon laatu kriteerit, päivitys 2010
- Jalkojenhoidon laatu kriteerit, päivitys 2010
- Hoidonohjauksen toteuttamisen periaatteet -suositus netissä
- Ruokapalveluiden laatu kriteerit (julkaistu osana Diabetesliiton julkaisua "Selvitys diabeetikoiden kuntoutuksista Suomessa 2005", päivitys 2008)
- Tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausmalli. Pilottiraportti, 2004:2
- Lasten diabeteksen hyvän hoidon laatu kriteerit, 2003:7
- Diabeetikon jalkojenhoidon laatu kriteerit, 2003:6
- Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatu kriteerit, 2003:3
- Diabeetikon hyvän hoidon laatu kriteerit, 2002:1

#### Esitteet ja terveydenhuollon työkalut

- Lasten diabeteksen hyvän hoidon laatu mittari: tulossa, korvaa vanhan mittarin vuodelta 2003
- Diabeteksen hyvän hoidon laatu mittari 2010
- Diabeteksen hyvän hoidon laatu mittari 2009 (uudistettu versio vuoden 2002 mittarista)

- Suuntaviivoja nuorten ja aikuisten tyyppin 1 diabeteksen hoitoon ja kuntoutukseen. Opas terveydenhuoltohenkilöstölle 2008
- Diabetesta sairastavan lapsen hoidon laatumittari perustuen raporttiin 2003:7
- Diabeetikkojen jalkojen tutkimuslomake perustuen raporttiin 2003:6
- Diabeteksen hoidon laatumittari perustuen raporttiin 2002:1
- Parempaan diabeteksen hoitoon 2002

#### Diabeteksen hoidon laadun seuranta

- Diabetesbarometri 2010
- Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa 2009–2010
- FinDM II. Diabeteksen ja sen lisäsairauksien esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden rekisteriperusteinen mittaaminen. Tekninen raportti
- Aikuisten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus 2008, 2009:3
- Lasten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus 2008, 2009:2
- Diabetesbarometri 2005
- Diabeteksen hoidon laatu, 2005:4
- Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2000–2001, 2004:1
- Diabeetikoiden hoitotyytyväisyys Suomessa, 2003:4
- Diabeteksen hoidon laatu ja seurantarajajärjestelmät, 2002:2

#### Esitteet

- Aikuisten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus 2008, tiivistelmäesite perustuen raporttiin 2009:3
- Lasten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus 2008, tiivistelmäesite perustuen raporttiin 2009:2

#### Diabeteksen kustannukset

- Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007. Tutkimusraportti.
- Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007. Tiivistelmäesite 2010
- Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007. Tiivistelmäesite 2009
- Diabeteksen hoito ei ole kallista: 2005
- Hyvä diabeteksen hoito on investointi tulevaisuuteen 2002

#### DIABEETIKON OMAHOIDON TUKEMINEN

- Suuntaviivoja tyyppin 2 diabeetikkojen hoitoon ja kuntoutukseen 2010
- Diabeetikkojen elämänlaadun arviointi, ADDQol-mittari ja sen käyttö Suomessa 2010:1 ja 2010:2
- Suuntaviivoja nuorten ja aikuisten tyyppin 1 diabeteksen hoitoon ja kuntoutukseen. Opas diabeetikoille 2008
- Ensietolehti tyyppin 1 diabeetikoille
- Ensietolehti tyyppin 2 diabeetikoille
- Diabetespassi/Diabeteskortti
- Omahoidon pelisäännöt / Diabeetikkojen oikeudet ja vastuu 2001
- Diabeteksen hoitoon ja hoidon seurantaan tarkoitettujen välineiden tarve -suositus
- ITE-ohjaajakansio
- Ykköstyypin omaryhmät – tähtäimessä tasapaino: OMA-ryhmä -esite
- Hoito on osa diabeetikkojen elämää, terveydenhuollon ja yhdistysten yhteistyö
- Kansio OMA-ryhmä
- Salkku OMA-ryhmä

#### 4. Alueelliset, julkaistut Dehko-hankkeet

- Stadia-Dehko: Tyyppin 2 diabeetikkojen elämäntapaohjausta ammattikorkeakoulussa, 2005:5 ja liitteet
- Dehko Outokummun terveyskeskuksessa. Väliarvio vuoden 2005 alussa, 2005:3
- Apteekkien diabetesohjelma – Apteekit Dehkon tavoitteita toteuttamassa, 2005:2
- Diabro 2000–2003, Dehko alueellisena hankkeena, 2005:1

#### 5. Vieraskieleiset Dehko-julkaisut

- Diabetesbarometern 2010
- Kvalitetsindikatorer för god vård vid diabetes (uudistettu versio Kvalitetsinstrument för diabeteshandlingen -mittarista)
- Prevalens, incidens och kostnader för diabetes i Finland 1998–2007
- Dehko 2000–2010 broschyr (myös päivitykset)
- Diabetesbarometern 2005
- Dehko avancerar. Strategisk plan 2008–2010
- Dehko avancerar 2005–2007
- Kvalitetsinstrument för diabeteshandlingen, perustuu Dehko-raporttiin 2002:1
- Och nu då (Mikä nyt neuvoksi -esite)
- Kolla naveln. Som tur är kan typ 2-diabetes förebyggas (esite)
- Det är inte dyrt att behandla diabetes (esite)
- Kvalitetsinstrument för behandling av barn med diabetes, perustuu Dehko-raporttiin 2003:7
- Diabetestest – testa din risk att insjuka
- Genomförande av programmet för prevention av typ 2-diabetes
- Program för prevention av typ 2-diabetes 2003–2010
- Program för prevention och bättre vård av diabetes, resumé

#### Dehko in English

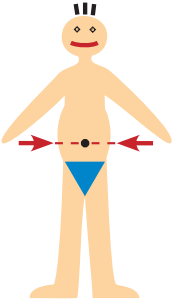
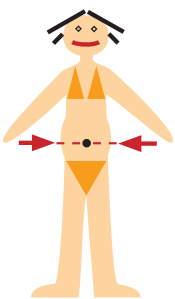
- Type 2 diabetes risk assessment form
- Implementation of Type 2 Diabetes Prevention. Project Plan 2003–2007
- Programme for the Prevention of Type 2 Diabetes in Finland 2003–2010
- Development Programme for the Prevention and Care of Diabetes 2000–2010 FinDM II. On the register-based measurement of the prevalence and incidence of diabetes and its long-term complications. A technical report
- Prevalence, incidence and costs of diabetes in Finland 1998–2007
- Dehko proceeds. Strategic plan for 2008–2010
- Dehko proceeds 2005–2007
- Diabetes in Finland. Prevalence and Variation in Quality of Care
- Diabetes Barometer 2005
- What do I do now? How to Manage the Risk of Type 2 Diabetes
- Self-supporting groups, for persons with Type 1 diabetes
- Dehko in brief (myös päivitykset)

#### 6. Dehko-utiset

- Dehko-utiset 2010–2011, 3 numeroa
- Dehko&D2DNews 2003–2008, 3 numeroa/vuosi
- DehkoNews 1999–2002, 3 numeroa/vuosi

## Liite 8

## Tyyppin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake

- **1. Ikä**
- |              |        |
|--------------|--------|
| ® Alle 45 v. | (0 p.) |
| ® 45–54 v.   | (2 p.) |
| ® 55–64 v.   | (3 p.) |
| ® Yli 64 v.  | (4 p.) |
- **2. Painoindeksi**  
(Laske oma painoindeksisi. Laskuohje seuraavalla sivulla)
- |                             |        |
|-----------------------------|--------|
| ® Alle 25 kg/m <sup>2</sup> | (0 p.) |
| ® 25–30 kg/m <sup>2</sup>   | (1 p.) |
| ® Yli 30 kg/m <sup>2</sup>  | (3 p.) |
- **3. Vyötärön ympäryys mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yleensä navan kohdalta)**
- | MIEHET       | NAISET     |        |
|--------------|------------|--------|
| ® Alle 94 cm | Alle 80 cm | (0 p.) |
| ® 94–102 cm  | 80–88 cm   | (3 p.) |
| ® Yli 102 cm | Yli 88 cm  | (4 p.) |
- 

- **4. Sisältyykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla ns. arkiliikunta mukaan lukien?**
- |         |        |
|---------|--------|
| ® Kyllä | (0 p.) |
| ® Ei    | (2 p.) |
- **5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?**
- |                             |        |
|-----------------------------|--------|
| ® Päivittäin                | (0 p.) |
| ® Harvemmin kuin joka päivä | (1 p.) |
- **6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä?**
- |         |        |
|---------|--------|
| ® En    | (0 p.) |
| ® Kyllä | (2 p.) |
- **7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla (esim. terveystarkastuksessa, jonkin sairauden yhteydessä, raskauden aikana)?**
- |         |        |
|---------|--------|
| ® Ei    | (0 p.) |
| ® Kyllä | (5 p.) |
- **8. Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaisillasi todettu diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?**
- |   |        |
|---|--------|
| ® Ei  | (0 p.) |
| ® Kyllä: isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai serkuilla (mutta ei omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai lapsilla) | (3 p.) |
| ® Kyllä: vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla  | (5 p.) |

### Riskipisteitä yhteensä



Riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on

- alle 7** Pieni: arviolta yksi sadasta sairastuu  
**7–11** Jonkin verran lisääntynyt: arviolta yksi 25:stä sairastuu  
**12–14** Kohtalainen: arviolta joka kuudes sairastuu  
**15–20** Suuri: arviolta joka kolmas sairastuu  
**yli 20** Hyvin suuri: arviolta puolet sairastuu

## MITÄ VOIT TEHDÄ SAIRASTUMISRISKIN PIENENTÄMISEKSI?

Et voi vaikuttaa ikääsi, etkä perinnölliseen alttiuteen. Sen sijaan muut diabetekselle altistavat tekijät – liika-paino, vatsakkuus, vähäinen liikunta, ruokatottumukset ja tupakointi – ovat omia valintojasi. Elämäntapoihisi liittyvillä valinnoilla voit joko kokonaan ehkäistä tai ainakin siirtää tyypin 2 diabetesta mahdollisimman myöhäisiin vuosiin.

Jos suvussasi on diabetesta, ole erityisen tarkka siinä, että painosi ei pääse vuosien mittaan nousemaan. Erityisesti vyötärönmitan kasvaminen merkitsee riskin lisääntymistä. Kohutuullinen ja säännöllinen liikunta laskee diabetseriskiä. Kiinnitä huomiota myös ruokavalioosi: nauti päivittäin runsaasti kuitupitoisia viljatuotteita ja kasviksia. Jätä pois ylimääräiset ko-

vat rasvat ja suosi pehmeitä kasvirasvoja.

Tyypin 2 diabetes ei alkuvaiheessa yleensä aiheuta mitään oireita.

### JOS SAIT TESTISSÄ 7–14 PISTETTÄ

- Sinun kannattaa pohtia liikunta- ja ruokatottumuksiasi ja kiinnittää huomiota painoosi estääksesi diabeteksen kehittymistä.
- Ota yhteyttä terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon saadaksesi lisäneuvoja.

### JOS SAIT TESTISSÄ 15–20 PISTETTÄ

- Hakeudu terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle sairastumisriskisi tarkempaan arviointiin.

### JOS SAIT TESTISSÄ YLI 20 PISTETTÄ

- Hakeudu ensi tilassa terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle verensokerin mittaukseen (sekä paastoarvo että sokerirasituksen tai aterian jälkeinen arvo) mahdollisen oireettoman diabeteksen toteamiseksi.

*Tyypin 2 diabeteksen riskitesti on Diabetesliiton julkaisema (10/2001) ja sen ovat suunnitelleet professori Jaakko Tuomilehto Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitokselta ja erikoistutkija Jaana Lindström Kansanterveyslaitoksesta. Testi perustuu laajaan tutkimusaineistoon.*

## PAINOINDEKSI

Normaalipainon arvioinnissa käytetään painoindeksiä, joka lasketaan siten, että paino jaetaan pituuden neliöllä. Esimerkki: jos pituutta on 165 cm ja painoa 70 kg, on painoindeksi  $25,7 (70 / (1,65 \times 1,65) = 25,7)$ .



Kun painoindeksi on 25–30, laihduttamisesta on hyötyä, ja erityisesti kannattaa huolehtia, ettei paino ainakaan nouse. Kun painoindeksi on yli 30, lihavuuden terveydelliset haitat alkavat selvästi lisääntyä ja laihduttaminen on tärkeää.

Painoindeksi- eli BMI-taulukko

Pituus (cm)	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
200	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24																				
198	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24																				
196	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25																				
194	13	14	14	15	15	16	16	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26																				
192	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26																				
190	14	14	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26																				
188	14	15	15	16	16	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26																				
186	14	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27																				
184	15	15	16	17	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27																				
182	15	16	16	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28																				
180	15	16	17	17	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28																				
178	16	16	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28																				
176	16	17	17	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28																				
174	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29																				
172	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29																				
170	17	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30																				
168	18	18	19	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30																				
166	18	19	20	20	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31																				
164	19	19	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31																				
162	19	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31																				
160	20	20	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32																				
158	20	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32																				
156	21	21	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33																				
154	21	22	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34																				
152	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34																				
	normaalipaino	lievä lihavuus		merkittävä lihavuus		vaikea lihavuus		sairaaloinen lihavuus																																				
Paino (kg)	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112	114	116	118	120	122	124	126	128	130	132	134	136



## Liite 9

---

### Tyypin 2 diabeteksen riskitestien ja mittanauhojen kulutus vuosina 2001–2010

Vuosi	Suomenkielinen riskitesti	Ruotsinkielinen riskitesti	Mittanauha
2001	12 551	1 050	160
2002	45 659	4 040	4 761
2003	210 760	12 564	14 273
2004	345 782	6 201	8 234
2005	258 027	13 381	20 494
2006	245 594	7 640	56 225
2007	254 858	8 572	79 686
2008	204 969	6 594	56 150
2009	178 985	6 594	56 150
2010	159 278	4 602	36 532
<b>Yhteensä</b>	<b>1 916 463</b>	<b>71 238</b>	<b>332 665</b>

Tiedot kerätty vuosi-inventoinnin yhteydessä ajetuista kulutusraporteista  
Vuosi 2001 on arvioitu. Vuosi 2010 28.10. mennessä.

## Liite 10

### Kysely sairaanhoitopiireille 2009

#### Hyvä vastaanottaja

Kansallinen diabetesohjelma Dehko kerää sairaanhoitopiirien käyttöön aluekohtaisia tietoja diabeteksen hoidosta ja sen kehittämistarpeista. Vastaamalla tähän kyselyyn autat piirtämään tarkan kuvan sairaanhoitopiirisi käytänteistä. Vastauksesi on tärkeä.

*Yhteistyöterveisin*

*Sari Koski*

*Dehkon laatuasiantuntija*

#### Asemasi organisaatiossa:

- hoitaja
- lääkäri
- jokin muu, mikä \_\_\_\_\_

#### Organisaatio, jossa toimit:

- terveyskeskus
- aluesairaala
- keskussairaala
- työterveyshuolto
- yksityissektori
- jokin muu, mikä \_\_\_\_\_

#### Diabeetikoiden yksilölliset hoitotarpeet vaihtelevat. Mitä hoitotapoja yksikössäsi räätälöidään diabeetikon tarpeiden mukaan?

- kontrollien määriä
- hoitomuotojen valintoja
- hoitovälineiden valikoimia
- omaseurantavälineiden valintoja
- hoitoon osallistuvien erityisasiantuntijoiden kokoonpanoja
- joitain muita asioita, mitä \_\_\_\_\_

#### Millä keinoin yksikkösi tukee diabeetikon omahoitoa?

- yksilöohjauksella
- ryhmäohjauksella
- sähköisellä yhteydenpidolla
- diabeetikko osallistuu oman hoitonsa suunnitteluun
- jotain muuta, mitä \_\_\_\_\_

#### Kuinka monta päivää vuodessa osallistut työnantajan järjestämään, diabetesta ja sen ehkäisyä ja hoitoa käsittelevään koulutukseen?

---



---

#### Kuinka monta päivää vuodessa osallistut jonkun muun tahon järjestämään, diabetesta ja sen ehkäisyä ja hoitoa käsittelevään koulutukseen?

---



---

#### Opiskeletko diabetekseen ja sen ehkäisyyn ja hoitoon liittyviä asioita omaehtoisesti? Miten? Arvioi paljonko vuoden aikana?

---



---

#### Kuinka usein alueesi terveyskeskushenkilöstölle järjestetään diabetesta ja sen ehkäisyä ja hoitoa käsittelevää koulutusta?

- puolivuositain
- vuosittain
- joka toinen vuosi
- harvemmin

**Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010) on tuottanut materiaalia diabeteksen hoidon laadun varmistamiseksi. Oletko tutustunut esim. seuraaviin materiaaleihin?'**

	käytän työssäni	olen tutustunut	en ole tutustunut
Diabeetikon hyvän hoidon laatuksiteerit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabeetikon hoidonohjauksen laatuksiteerit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabeetikon jalkojenhoidon laatuksiteerit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lasten diabeteksen hyvän hoidon laatuksiteerit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetesbarometri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Suomessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabeteksen hyvän hoidon laatumittari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suuntaviivoja nuorten ja aikuisten tyyppin 1 diabeetikoiden hoitoon ja kuntoutukseen – Terveystuoltohenkilöstölle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suuntaviivoja nuorten ja aikuisten tyyppin 1 diabeetikoiden hoitoon ja kuntoutukseen – Diabeetikoille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dehko & D2D News	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuijota omaan napaasi -esite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tyyppin 2 diabeteksen riskitesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittanauha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Onko organisaatiossasi kuvattu seuraavia diabeetikoiden hoidon hoitoketjuja? Rastita sopivat:**

- raskausdiabetes organisaation sisäinen
- raskausdiabetes alueellinen
- tyyppin 1 diabeteksen hoito organisaation sisäinen
- tyyppin 1 diabeteksen hoito alueellinen
- tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy organisaation sisäinen
- tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy alueellinen
- tyyppin 2 diabeteksen hoito organisaation sisäinen
- tyyppin 2 diabeteksen hoito alueellinen
- lasten diabeteksen hoito organisaation sisäinen
- lasten diabeteksen hoito alueellinen
- hoitoketjuja ei ole kuvattu
- kuvattu jokin muu hoitoketju, mikä \_\_\_\_\_
- paperisina
- sähköisinä
- jossakin muussa muodossa, missä \_\_\_\_\_

Mistä löydät hoitoketjukuvaukset niitä tarvitessasi?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ohjaavtko hoitoketjukuvaukset päivittäistä työskentelyäsi?**

- kyllä  ei

**Missä muodossa hoitoketjukuvaukset ovat?** \_\_\_\_\_

**Mikä taho vastaa hoitoketjukuvausten päivittäisestä?** \_\_\_\_\_

**Käytätkö sähköisiä järjestelmiä diabeteksen hoidon tulosten seuraamiseen?**

- kyllä  ei

**Jos käytät sähköisiä järjestelmiä, kerro mitä:**

\_\_\_\_\_

**Onko työyksikössäsi käytössä paikallinen diabetesrekisteri?**

- kyllä  ei

Jos yksikössäsi on käytössä paikallinen diabetesrekisteri, kerro millainen.

---

**Tyyppin 2 diabeteksen riskin havaitsemiseen kehitettyä Riskitestiä käytetään yksikössäsi:**

- perhesuunnittelussa
  - äitiysneuvolassa
  - aikuisneuvolassa
  - ikäkausitarkastuksissa
  - työterveystarkastuksissa
  - kutsuntatarkastuksissa
  - muussa, missä \_\_\_\_\_
- 

**Luettele yksikössäsi käytetyt ehkäisytoimenpiteet diabetesriskin havaitsemisen jälkeen:**

---

**Minkä tahojen kanssa yksikkösi tekee yhteistyötä diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa?**

- diabetesyhdistyksen
- liikuntajärjestöjen
- muiden terveysalan järjestöjen
- kunnallisten päättäjien
- koulutoimen
- työterveyshuollon
- apteekkien
- lääkeyritysten
- hoitolaitevalmistajien yritysten
- muun tahon kanssa, kenen \_\_\_\_\_

**Onko työyksikössäsi tällä hetkellä käynnissä diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon liittyviä hankkeita?**

- kyllä
- ei

Jos vastasit edelliseen kyllä, kerro millaisia diabeteksen ehkäisyn ja hoidon hankkeita työyksikössäsi on tällä hetkellä käynnissä:

---



---

**Onko työyksikössäsi ollut aiemmin diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon liittyviä hankkeita?**

- on ollut aiemmin
- ei ole ollut

Jos työyksikössäsi on ollut aiemmin diabeteksen ehkäisyn ja hoidon hankkeita, kerro millaisia:

---

**Mitä pidät tärkeimpinä tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn kehittämiskohteina juuri tällä hetkellä yksikössäsi / alueellasi?**

---



---

# Liite 11

---

## Dehkon sisäinen arviointi

Tervetuloa vastaamaan Dehkon sisäisen arvioinnin kyselyyn!

Kysely toteutetaan Digium-ohjelmalla, ja vastaukset tallentuvat nimettöminä. Varaa aikaa vastaamiseen viitisen minuuttia.

Kyselyn voi jättää avoimena odottamaan esimerkiksi puhelun ajaksi. Älä kuitenkaan sulje kyselyä välillä, sillä siihen ei voi palata.

Kommenttejasi ja terveisiäsi voit kirjoittaa kyselyn lisähuomioita -kohtiin.

*t. Sari*

Mistä näkökulmasta vastaat kyselyyn?

Olen

- Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmän jäsen
- Dehkon toimihenkilö
- Dehkoprojektin vastuuhenkilö / D2D koordinaattori
- Diabetesliiton henkilökunta muu
- Jokin muu, mikä \_\_\_\_\_

Kuinka monta vuotta olet ollut mukana Dehkon toiminnassa?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13

Mitkä vuodet? \_\_\_\_\_

Arvioi miten Dehkon toteutuksen aikana painotus on jakaantunut (%) eri toiminta-alueiden kesken (yhteensä 100%)?

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy

\_\_\_\_\_

Diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittäminen

\_\_\_\_\_

Diabeetikon omahoidon tukeminen

\_\_\_\_\_

Mikä em. painotuksen toteutumisessa on ollut onnistunutta?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Olisiko jotakin kehittämisaluetta pitänyt mielestäsi painottaa enemmän?

\_\_\_\_\_



**Arvioi seuraavia Dehko-väittämiä.**

	Täysin samaa mieltä	Täysin eri mieltä
Dehkon hankkeet ovat muodostaneet selkeän kokonaisuuden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dehkon projektit ovat seuranneet toisiaan loogisesti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dehko-ajatusten vieminen ulkomaille on heikentänyt panostusta kotimaassa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dehkon kansainvälisestä toiminnasta on ollut ohjelman etenemiselle merkittävää hyötyä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dehkoon on osattu rekrytoida osaamistaustaltaan oikeanlaisia henkilöitä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dehkon henkilöstön määrä on ollut sopiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dehkon sisäinen viestintä on pitänyt minun ajan tasalla ohjelman etenemisestä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen hyödyntänyt Dehkon tuottamia julkaisuja omassa työssäni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dehkon julkaisuja olisi pitänyt suunnata enemmän diabeetikoille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dehkon olisi pitänyt järjestää enemmän tilaisuuksia diabeetikoille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dehko on toiminut saumattomasti yhtenä Diabetesliiton toimintayksikkönä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dehko-ohjelmaa on johdettu selkeästi ja suoraviivaisesti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabeetsliitto on onnistunut kansallisen diabetesohjelman koordinoinnissa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Arvioi Dehko-ohjelman vaikuttavuutta seuraavista näkökulmista**

Diabeetikko

---



---

Terveystieteiden ammattilainen

---



---

Terveystieteiden organisaatio

---



---

Yhteiskunta

---



---

# Liite 12

## Kotimaisia Dehko-artikkeleita

### POIMINTOJA DEHKON ULKOPUOLISTEN TAHOJEN TEKEMISTÄ JUTUISTA

#### Kansanterveys

- DEHKO innostaa diabeteksen ehkäisyn ja hoidon tehostamiseen. Kansanterveys 2000(9).

#### Kuntalehti

- Hankonen Riitta. Diabetes käy kalliiksi. Diabetesohjelmalta puuttuu päättäjien tuki. Kuntalehti 2005 (4):61.
- Tuusa Pirjo, Diabeteksen ehkäisy on arkista puurtamista, Kuntalehti 2007(19):14

#### Duodecim

- Taskinen Marja-Riitta, Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma. Duodecim 2000;116(15):1529-30
- Miilunpalo Seppo, Toropainen Erja, Mäkinen Maiju. Miten valtakunnalliset suositukset tunnetaan terveyskeskuksissa? Alkuperäistutkimus. Duodecim 2002;118(6):613-9
- Komulainen J ym. Lasten ja nuorten diabeteksen hyvän hoidon laatuvaatimukset. Duodecim 2004;120(9):1135-7

#### Lääkärilehti

- Tuomilehto J., Uusitupa M. Tyypin 2 diabetes – vakava paikka. Pääkirjoitus. Lääkärilehti 2010;39(26-31):2345

#### Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti

- Peltonen M. Interventtioiden vaikuttavuuden arviointi: esimerkkinä kansallisen diabeteksen ehkäisyohjelman Dehkon 2D-hankkeen arviointitutkimus. Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti 2008: 45 317–322

#### Medi uutiset

- Amputaatioiden määrä puolittui. 16.4.2010.
- Oy Diabetes Ab. 7.5.2010.

#### Uutiset

- Diabeteksen seulonta säästää rahaa ja elinvuosia. 6.4.2010.
- Dehkon hanke löysi 20 000 diabetesriskissä olevaa ihmistä. 27.1.2009
- Terveystieteet eivät kohtaa miehiä. 5.6.2008

#### Diabetes-lehti

- Manneri Tuija. Diabeetikot voivat entistä paremmin. Diabetes 2009(10).

#### Muuta mielenkiintoista

- Laaksonen Pirkko. DIABETES JA DEHKO APTEEKIN TOIMIPAIKKA KOULUTUKSENA. Kuopion yliopisto, Koulutus ja kehittämiskeskus. Apteekki-farmasian erikoistumisopinnot proviisoreille, PD Projektityö maaliskuu 2004.

### DEHKO- / D2D-TOIMIJOIDEN KIRJOITTAMIA JUTTUJA

#### Työterveyslääkäri

- Timo Saaristo, Olli A. Mäkinen ja Markku Peltonen. Dehkon 2D -hanke (FIN-D2D) diabeteksen ehkäisemiseksi – Työterveyshuolto avainasemassa. Työterveyslääkäri. 2005;23(4):469-475

#### Lääkärilehti

- Peltonen ym. Lihavuuden, diabeteksen ja muiden glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyys suomalaisessa aikuisväestössä. SLL 2006;(3):163 – 170
- Timo Saaristo, Leena Moilanen, Jari Jokelainen, Heikki Oksa ym. Diabetesriskiä voidaan vähentää perusterveydenhuollon keinoin. Taudin ilmaantuvuus pieni D2D-hankkeessa. Lääkärilehti 2010;39(26-31):2369-79
- Titta Salopuro, Timo Saaristo, Eeva Korpi-Hyövälti, Heikki Oksa ym. Lihavuuden ja glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyyden alueelliset erot Suomessa. Dehkon 2D -hankkeen tuloksia. Lääkärilehti 2010;39(26-31):2381-8

#### Työterveyshoitaja

- Aarne M. DEHKO, Merkittäviä edistysaskeleita on saavutettu – tavoitteita riittää yhä Työterveyshoitaja 2007(4):24-25

#### Haava-lehti

- Etu-seppälä L. Tavoitteeksi terveemmät jalat diabeetikoille. Pääkirjoitus. Haava-lehti diabetesnumero 2009(1)

#### Diabetes ja lääkäri

1. Etu-Seppälä L. Dehko avasi uuden vuosituhannen diabetesalalla. Diabetes ja lääkäri 2000;29 (1): 22-23
2. Etu-Seppälä L. Ajankohtaista Dehkosta. D+L 2001;30 (2):4
3. Etu-Seppälä L. Ajankohtaista Dehkosta. D+L 2001;30(4):4
4. Lindström J. & Tuomilehto J. Mihin riskitestilomake perustuu? D+L 2002;31(1):16
5. Pohjalainen M. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma keskusteltiin. D+L 2002;31(1):14
6. Tuomilehto J. Valtakunnallinen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma, Suomi suunnannäyttäjänä, D+L 2002;31(1):10
7. Partanen T-M. Dehko hoitotytytyväisyystutkimus. D+L 2002;31(3):10
8. Ajankohtaista: Dehko-raporttisarja välittää ajankohtaista diabetestietoa terveydenhuollolle ja päättäjille, D+L 2002;31(4):4
9. Ilanne-Parikka P & Himanen O. Täydennyskoulutuksen lisääminen ja kehittäminen - vastaus Dehkon haasteisiin? D+L 2002;31(6):33
10. Etu-Seppälä L. Ajankohtaista: Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä liikkeelle. D+L 2002;31(6):4
11. Pohjalainen M. Innostunut, keskusteleva diabetesväki



kokoontui Dehko-päiville. D+L 2003;32(2):26

12. Sampo T. Väliarviointi ennustaa Dehkolle hyvää. D+L 2003;32(4):23
13. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohanke: Timo Saaristo aloitti hankkeen valtakunnallisena koordinaattorina, D+L 2003;32(4):22
14. Hirvonen A. Selvitys apteekkien diabetesohjelman käynnistymisestä. D+L 2003;32(4):18
15. Nissen M. Diabeetikon jalkojenhoidon laatukriteerit. D+L 2003(4):10
16. Partanen T-M. Laatukriteerit haastavat, mutta myös kannustavat ja voimaannuttavat. D+L 2003;32(5): 16
17. Komulainen J. ym. Lasten diabeteksen hyvän hoidon laatukriteerit. D+L 2004;33(1);10
18. Saaristo T. Dehkon 2D-hanke etsii uusia toimintamalleja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn. D+L 2004;33(1):6
19. Diabeteksen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2000-2001, Timo Valle, D+L 2004;33(4):6
20. Marttila J ym. Dehko siirtyy käytännöiksi: malli tyypin 2 diabeetikoiden ryhmähajaukseen. D+L 2004;33(5):23
21. Etu-Seppälä L. Ajankohtaista: Diabetesmaailma seuraa Dehkon etenemistä. D+L 2004; 33(5):4
22. Etu-Seppälä L. Ajankohtaista. Dehko puolivälissä. Diabetes ja lääkäri 2005;34(1):4
23. Pohjalainen M. Dehko-toimijat koolla neljännen kerran. Diabeteksen lisäsairauksien esiintymisestä uutta tietoa. Diabetes ja lääkäri 2005;34(1):15-17
24. Partanen T-M ym. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon ammatilliset erikoistumisopinnot. Diabetes ja lääkäri 2005;34(1):30-33
25. Ilanne-Parikka P. Uuden vuosituhannen haasteet: Dehko ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisy. Diabetes ja lääkäri 2005;34(2):21-23
26. Winell K. Laadunkehittäminen: Lapsidiabeetikoiden hoidon laadussa suuria eroja hoitoyksiköiden välillä. Diabetes ja lääkäri 2005;34(4):24-29
27. Korkee S.& Saaristo T. D2D hienosti liikkeellä. Seulonnat edellä aikataulusta, interventiot elintapamuutosten aikaansaamiseksi käynnistyvät vähitellen. Diabetes ja lääkäri 2005;34(5):15-17
28. Winell K. Laadunkehittäminen: Laatu jalkojen hoitoon. Diabetes ja lääkäri 2005;34(5):19-20
29. Komulainen J. Lasten hoidon laatukriteerit täydentyivät toimintaohjeilla. Diabetes ja lääkäri 2005;34(5):23-25
30. Etu-Seppälä L. Ajankohtaista. Dehko-päivät kiinnostavat. Diabetes ja lääkäri 2005;34(6):4
31. Pohjalainen M. Dehko-päivillä otettiin mallia naapurista. Diabetes ja lääkäri 2006;35(2):30-35
32. Saramies J. Dehko etenee ja vaikuttaa. Diabetes ja lääkäri 2007;36(3) 9-15
33. Koski S. Laatupalsta: Terveyskeskusten palveluiden tarjonnassa suuria eroja. Diabetes ja lääkäri 2007; 36(4):23-25
34. Korpela K. Uusi työväline terveysviestijöille. Diabetes ja lääkäri 2007;36(5):24-35
35. Rissanen Marja-Anneli, Koski Sari, Kuntoutuksen pitäisi olla kiinteä osa hoitoa, Diabetes ja lääkäri 2008;37(2):17-19
36. Winell Klas, Hoito paranee, mutta tavoitteisiin on vielä matkaa, Diabetes ja lääkäri 2008;37(3):12-15
37. Humaloja Inkeri, WCPD 2008: D2D-tulokset: Diabetes on ehkäistävissä myös käytännössä, Diabetes ja lääkäri 2008;37(4):11-14
38. Lyytinen Mervi, Suuri suomalainen keksintö Dehko muutti suhtautumista terveyden edistämiseen, Diabetes ja lääkäri 2009;38(2):21-25
39. Winell Klas, Ilanne-Parikka Pirjo, Niskanen Leo, Tuurilla ja huumorilla – 50 vuotta elämää tyypin 1 diabeteksen

- kanssa, Diabetes ja lääkäri 2009;38(5):27-31
40. Koski S & Sund R. Diabeetikoiden määrä lisääntyy, mutta lisäsairaudet vähenevät. Diabetes ja lääkäri 2010;39(1): 7-11
41. Lyytinen Mervi. Dehkon viimeinen vuosi menossa – kehitystyö jatkuu. Diabetes ja lääkäri 2010;39(1):20
42. Rissanen P & Jarvala T. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007. Diabetes ja lääkäri 2010;39(1):12-14
43. Winell Klas, Koski Sari. Saavuttaako DEHKO laatuavoitteensa? Diabetes ja lääkäri 2010;39(1):15-19.

## D2D:HEN LIITTYVÄT JULKAISUT

### Suomessa julkaistut tieteelliset artikkelit:

1. Peltonen M, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, Puolijoki H, Saltevo J, Vanhala M, Saaristo T, Saarikoski L, Sundvall J, Tuomilehto J. Lihavuuden, diabeteksen ja muiden glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyys suomalaisessa aikuisväestössä. Dehkon 2D-hanke (D2D). Suomen Lääkärilehti 2006; 61 (3):163–170. (Aineisto: D2D-väestötutkimus 2004).
2. Peltonen M, Harald K, Saarikoski L, Peltomäki P, Lund L, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, Saaristo T, Saltevo J, Sundvall J, Männistö S. Dehkon 2D -hankkeen (D2D) väestötutkimus 2007. Tutkimuksen toteutus ja taulukkoraportti. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 41/ 2008. <http://www.ktl.fi/portal/2920>.
3. Lauhkonen E, Saha MT. Lasten lihavuus avoterveydenhuollon haasteena. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Yleislääkäri 2008;3:29–33. (Aineisto: PSHP:n D2D-hankkeesta tehty alueellinen selvitys lasten lihavuusongelmasta, puheeksi ottamisesta, hoitokäytännöistä ym. terveydenhoitajien näkemyksiä, Webropol-kysely).
4. Timo Saaristo, Leena Moilanen, Jari Jokelainen, Heikki Oksa, Eeva Korpi-Hyövälti, Juha Saltevo, Mauno Vanhala, Leo Niskanen, Markku Peltonen, Jaakko Tuomilehto, Matti Uusitupa, Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi. Diabetesriskiä voidaan vähentää perusterveydenhuollon keinoin. Taudin ilmaantuvuus pieneni D2D-hankkeessa. Suomen Lääkärilehti 2010; 65: 2369–2379. (Aineisto: D2D:n korkean riskin kohortti ja muut hanketiedot) (2009-MUU-006).
5. Titta Salopuro, Timo Saaristo, Eeva Korpi-Hyövälti, Heikki Oksa, Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi, Juha Saltevo, Mauno Vanhala, Leo Niskanen, Elena Moltchanova, Jouko Sundvall, Jaakko Tuomilehto, Matti Uusitupa, Markku Peltonen. Lihavuuden ja glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyydessä on selviä alueellisia eroja Suomessa. D2D-hankkeen tuloksia. Suomen Lääkärilehti 2010 65: 2381–2388 (Aineisto: D2D-väestötutkimus 2007) (2010-VT-001).
6. Jussi Seppälä, Mauno Vanhala, Hannu Kautiainen, Salme Järvenpää, Johan Eriksson, Olli Kampman, Yrjö Ovaskainen, Merja Viikki, Hannu Koponen. Beck depression inventory (BDI) as a screening tool for depression. A population-based Finnish cross-sectional study. Psychiatria Fennica 2010. Väitöskirjan osajulkaisu (Aineisto: D2D-väestötutkimus 2007 kolmessa sairaanhoitopiirissä) (2009-VT-002).

**Muut julkaistut D2D-artikkelit ja raportit:**

1. Pölönen A. Tyypin 2 diabeteksen torjuntaan yksissä tuumin. *Bolus* 2003;4:16–17. (D2D-hankkeen esittely).
2. Pölönen A. Diabetes on vaaraton sokeritauti, joka ei koske minua – vai koskeeko? *Hämeen Sportti* 2004;2:7. (D2D-hankkeen esittely)
3. Koivumäki T. SuomiMies seikkailee Tampereella. *Kipinät* 2005;2;12–13 (Aineisto: PSHP:n D2D-hankkeen järjestöyhteistyönä miesten liikuntakurssimalli)
4. Poukka T. Lisää liikuntaa painavista syistä. *Liikunta ja tiede* 2006; 4: 56–59.
5. Repo T. Terveysliikunta on kunnallinen hyvinvointitehtävä. *Promo* 2006; 41: 16–17 (Aineisto: PSHP:n D2D-hankkeen terveystuotantotutkimusta, asiantuntijoina Heikki Oksa, Taru Poukka ja Helena Ivari).
6. Rajala K. SuomiMiehet liikkeelle. *Kipinät* 2006; 2: 14–15 (Aineisto: PSHP:n D2D-hankkeen järjestöyhteistyönä miesten liikuntakurssimalli).
7. Taura-Jokinen E, Artikkelit: ammattilainen. *Fysioterapia-lehti* 2007; 7:29–30 (Aineisto: Tampereen D2D-liikuntakoordinaattori, terveyttä edistävä liikunta, D2D).
8. Kuusisto L, Tervonen K, Kortteisto, T, Ohma T, Hanski M, Kauttu A, Jara T, Lauhkonen M, Kauppinen S, Valtonen E, Korhonen A ja Pölönen A. Aikuisten tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja hoito/VALS. *Terveysportti, Sairaanhoidopiirien hoito-ohjelmat*. *Duodecim* 2008. <http://www.terveysportti.fi>.
9. Peltonen M. Interventoiden vaikuttavuuden arviointi: esimerkkinä kansallisen diabeteksen ehkäisyohjelman Dehkon 2D-hankkeen arviointitutkimus. *Sosiaalilääk Aikak* 2008;45; 3127–322.
10. Poukka T. Liikettä lihavuuteen. Liikunnan lisäämiseen tähtäävän neuvontaprosessin kuvaus. *Terveystuotantotutkimus*. UKK-instituutti 2008:12–13.
11. Poukka T, Ivari H, Vapaaoksa M-R. Lisäystä terveystuotantotutkimukseen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. *Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja* 2008;4. Tampereen Yliopistopaino Oy.
12. Pölönen A, Lindström J, Ahonen K. Dehkon 2D -hanke – kansanterveystyötä ja tutkimusta. *Bolus* 2008;3: 18–20.
13. Karita Pesonen, Leea Järvi, Lea Määttä, Anni Alatulkkila, Terhi Jokelainen, Suvi Helanen, Eija Orreveteläinen, Jaana Laitinen, Leena Kultalahti, Minna Rehula, Maiju Österman, Markku Alen, Tapani Ebeling, Antero Kesäniemi, Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi. Näkyykö napa -Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohankkeen toteutus ja tulokset Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 2003–2007. *Oulu* 2008. <http://www.pshp.fi/news.asp?Section=4448>
14. Korpela K, Peränen N, Lyytikäinen A, Airola J, Onatsu T, Vanhala M, Saltevo J. Dehkon 2D-hanke Keski- Suomen sairaanhoitopiirin alueella 2003–2007. *Jyväskylä* 2008.
15. Korpi-Hyövähti E, Hyytiä A, Latvala T, Leikkainen E, Linjama H, Niku J, Rekiaro R-L. Etelä-Pohjanmaan Dehkon 2D-hankkeen 2003–2007 loppuraportti. *Seinäjäki* 2008.
16. Saaristo T, Oksa H, Peltonen M, Etu-Seppälä L (eds.). *Loppuraportti. Dehkon 2D -hanke (D2D) 2003–2007. Diabetesliitto* 2009.
17. Lehmusaho M, Moilanen L, Niskanen L (toim.). Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyhanke (Dehkon 2D-hanke) Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä v. 2005–2008. *Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja*. *Kuopio* 2009.
18. Alen M, Ebeling T, Helanen S, Järvi L, Keinänen-Kiukaanniemi S, Määttä L, Pesonen K, Lahti H (toim.). *Diabeteksen ehkäisymalli Pohjois-Pohjanmaalla. Hanketiivistelmä* 2009 (2009-MUU-004).
19. Sosiaali- ja terveysministeriö/Terveystuotantotutkimus, politiikkaohjelma, Aivohalvaus- ja dysfasialiitto, Diabetesliitto, Sydänliitto.

# LIITE 13

## Kansainvälisiä Dehko-artikkeleita

- Williams CJ. 2000. Researches Struggle to Solve Mystery of Finland's high Diabetes rate. Los Angeles Times. 30.7.2000.
- Diabetes Voice, useissa pääkirjoituksissa käsitelty Dehko-aihetta (Leena Etu-Seppälä, lehden päätoimittaja 1998-2001)
- Etu-Seppälä Leena. 2003. DEHKO: Finland moves on primary prevention. Diabetes Voice. Vol 48. May. ss 53-55.
- Saaristo T, ym. Cross-sectional evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score: a tool to identify undetected type 2 diabetes, abnormal glucose tolerance and metabolic syndrome. Diab Vasc Dis Res May 01, 2005; 2: 67-72.
- Saaristo Timo & Etu-Seppälä Leena. 2006. Prevention of diabetes and its complications: key goals in Finland. Diabetes Voice. Vol 51. December. ss 13-17.
- Härmä-Rodriguez S. Prevention of type 2 diabetes: the Finnish experience. European Diabetes Nursing. Volume 4 Issue 3, Pages 119 – 123
- Diabetes Voice, maailmanlaajuisessa julkaisussa esiteltiin Dehko/D2D
- Saaristo T, ym. National type 2 diabetes prevention programme in Finland: FIN-D2D. Int J of Circumpolar Health 2007;66:101-12
- Saksan Diabeteslääkärien lehdessä, Dehko/ D2D-esittely
- Readers Digest esitteli hanketta artikkelissaan
- Karjalainen J ym. Differences in Leisure Time Physical Activity between Screen-Detected Type 2 Diabetic, Known Type 2 Diabetic and Non-Diabetic Subjects. Diabetes Res Clin Pr 2008; 81: 110-16
- Saaristo ym. High prevalence of obesity, central obesity and abnormal glucose tolerance in the middle-aged Finnish population BMC Public Health 2008, 8:423
- Tuomilehto H, ym. Sleep duration is associated with an increased risk for the prevalence of type 2 diabetes in middle-aged women – The FIN-D2D survey. Sleepmedicine. Volume 9, Issue 3, Pages 221-227 (March 2008)
- Tuomilehto H ym. Sleep-Disordered breathing is related to an increased risk for type 2 diabetes in middle-aged men, but not in women. The FIN-D2D Survey. Diabetes, Obesity and Metabolism 2008; 10: 468-475.
- Spollett GR. Diabetes in Finland: What Can Happen When a Country Takes Diabetes Seriously. Diabetes Spectrum June 20, 2009 vol. 22 no. 3 188-190
- EU-lehti Public Service Review, Health 18/ 1/2009, UK, Leena Etu-Seppälä
- Kotronen A ym. Non-alcoholic and alcoholic Fatty Liver Disease - two Diseases of Affluence associated with the Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes: the FIN-D2D Survey. BMC Public Health 2010, 10:237
- Lifestyle intervention for prevention of type 2 diabetes in primary health care: one-year follow-up of the Finnish national diabetes prevention program (FIN-D2D). Diabetes Care, 08/04/10

### D2D:hen liittyvät kansainväliset julkaisut

#### Koodien selitykset:

Vuosiluku viittaa käsikirjoitusehdotuksen, gradun tai alustavan suunnitelman hyväksymisvuoteen D2D-arviointi- ja tutkimusryhmän julkaisulistalle.

#### Koodilajit:

KR = Korkean riskin aineisto  
 VT = Väestötutkimusaineisto  
 MUU= Muu aineisto  
 DILG= DILGOM-D2D-aineisto  
 GRAD = Gradu  
 VÄIT = Väitöskirja

#### Järjestysluvut

Koodin perässä oleva järjestysluku on hyväksymisvuotta koskeva järjestysnumero(juokseva numero koodeittain ko. vuonna)

### Julkaistut tieteelliset artikkelit:

- Saaristo T, Peltonen M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Vanhala M, Saltevo J, Niskanen L, Oksa H, Korpi-Hyövälti E, Tuomilehto J. National type 2 diabetes prevention programme in Finland: FIN-D2D. Int J of Circumpolar Health 2007; 66:101-112 (Aineisto: D2D-projektin designkuvaus).
- Saaristo T, Peltonen M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Vanhala M, Saltevo J, Oksa H et. al. Das Finnische Diabetesprogramm zur Prävention des Typ-2-Diabetes. Diabetes Aktuell 2007; 5(2): 65-69 (Aineisto: D2D designkuvaus).
- Tuomilehto H, Peltonen M, Partinen M, Seppä J, Saaristo T, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, Puolijoki H, Saltevo J, Vanhala M, Tuomilehto J. Sleep duration is related to an increased risk for type 2 diabetes in middle-aged women – The FIN-D2D survey. Sleep Med 2008; 9: 221-227 (Aineisto: D2D-väestötutkimus 2004).

4. Tuomilehto H, Peltonen M, Partinen M, Seppä J, Saaristo T, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, Puolijoki H, Saltevo J, Vanhala M, Tuomilehto J. Sleep-Disordered breathing is related to an increased risk for type 2 diabetes in middle-aged men, but not in women. The FIN-D2D Survey. *Diabetes, Obesity and Metabolism* 2008; 10: 468–475 (Aineisto: D2D-väestötutkimus 2004).
  5. Karjalainen J, Peltonen M, Korpi-Hyövälti E, Saltevo J, Oksa H, Puolijoki H, Saaristo T, Tuomilehto J, Kujala U. Differences in Leisure Time Physical Activity between Screen-Detected Type 2 Diabetic, Known Type 2 Diabetic and Non-Diabetic Subjects. *Diabetes Res Clin Pr* 2008;81:110–116 (Aineisto: D2D-väestötutkimus 2004).
  6. Saaristo T, Barengo N, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, Puolijoki H, Saltevo J, Vanhala M, Sundvall J, Saarikoski L, Peltonen M, Tuomilehto J. High prevalence of obesity, central obesity and abnormal glucose regulation in the middle-aged Finnish population. *BMC Public Health* 2008;8: 423–433 (Aineisto: D2D-väestötutkimus 2004).
  7. Miettola J, Niskanen LK, Viinamäki H, Sintonen H, Kumpusalo E. Metabolic syndrome is associated with impaired health-related quality of life: Lapinlahti 2005 study. *Qual Life Res.* 2008 Oct; 17(8): 1055–1062 (Aineisto: Väestötulos lapinlahtelaisista).
  8. Mäntyselkä P, Miettola J, Niskanen L, Kumpusalo E. Chronic pain, impaired glucose tolerance and diabetes: a community-based study. *Pain* 2008 Jul; 137(1): 34–40 (Aineisto: Väestötulos lapinlahtelaisista).
  9. Mäntyselkä P, Miettola J, Niskanen L, Kumpusalo E. Glucose regulation and chronic pain at multiple sites. *Rheumatology (Oxford)* 2008 Aug; 47(8): 1235–1238 (Aineisto: Väestötulos lapinlahtelaisista).
  10. Miettola J, Niskanen LK, Viinamäki H, Kumpusalo E. Metabolic syndrome is associated with self-perceived depression. *Scand. J. Prim. Health Care* 2008; 26(4): 203–210 (Aineisto: Väestötulos Lapinlahtelaisista).
  11. Mäntyselkä P, Miettola J, Niskanen L, Kumpusalo E. Persistent pain at multiple sites—connection to glucose derangement. *Diabetes Res Clin Pract* 2009 May; 84 (2): e30 (Aineisto: Väestötulos lapinlahtelaisista).
  12. Anna Kotronen, Hannele Yki-Järvinen, Satu Männistö, Liisa Saarikoski, Eeva Korpi-Hyövälti, Heikki Oksa, Juha Saltevo, Timo Saaristo, Jouko Sundvall, Jaakko Tuomilehto and Markku Peltonen. Non-alcoholic and alcoholic fatty liver disease- two diseases of affluence associated with the metabolic syndrome and type 2 diabetes. The FIN-D2D survey. *BMC Public Health* 2010, 10:237doi:10.1186/1471-2458-10-237 (2009-VT-001).
  13. Timo Saaristo, Leena Moilanen, Eeva Korpi-Hyövälti, Mauno Vanhala, Juha Saltevo, Leo Niskanen, Jari Jokelainen, Markku Peltonen, Heikki Oksa, Jaakko Tuomilehto, Matti Uusitupa, Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi. Cardiometabolic profile of people screened for being at high risk of type 2 diabetes in a national diabetes prevention programme (FIN-D2D). *Primary Care Diabetes* (2010), doi: 10.1016/j.pcd.2010.05.005. Painossa (Aineisto: D2D:n korkean riskin kohortin kuvaus ennen interventioiden aloittamista) (2009-KR-001).
  14. Timo Saaristo, Leena Moilanen, Eeva Korpi-Hyövälti, Mauno Vanhala, Juha Saltevo, Leo Niskanen, Jari Jokelainen, Markku Peltonen, Heikki Oksa, Jaakko Tuomilehto, Matti Uusitupa, Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi. Lifestyle intervention for prevention of type 2 diabetes in primary health care: one-year follow-up of the Finnish national diabetes prevention program (FIN-D2D). *Diabetes Care* 2010; 33 (10): 2146–2151 (Aineisto: D2D:n korkean riskin kohortin muutostiedot vuoden seurannassa) (2009-KR-002).
  15. Pekka Mäntyselkä, Katariina Korniloff, Timo Saaristo, Hannu Koponen, Johan Eriksson, Hannu Puolijoki, Markku Timonen, Jouko Sundvall, Hannu Kautiainen, Mauno Vanhala. Association of depressive symptoms with impaired glucose regulation, screen detected and previously known type 2 diabetes – findings from the Finnish D2D survey. *Diabetes Care* 2010 (Aineisto: D2D-väestötutkimus 2007 kolmessa sairaanhoitopiirissä) (2010-VT-005).
  16. Katja Wickström, Jaana Lindström, Jaakko Tuomilehto, Timo Saaristo, Eeva Korpi-Hyövälti, Heikki Oksa, Mauno Vanhala, Leo Niskanen, Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi, Matti Uusitupa, Markku Peltonen. Socioeconomic differences in glucose disorders and their modifiable risk factors in the Finnish middle-aged population. The FIN-D2D survey. *European Journal of Public Health* 2010 (Aineisto: D2D-väestötutkimus 2004 ja 2007 kolmessa sairaanhoitopiirissä) (2009-VT-020).
  17. Jussi Seppälä, Mauno Vanhala, Hannu Kautiainen, Salme Järvenpää, Johan Eriksson, Olli Kampman, Yrjö Ovaskainen, Merja Viikki, Hannu Koponen. Beck depression inventory (BDI) as a screening tool for depression. A population-based Finnish cross-sectional study. *Psychiatria Fennica* 2010. Väitöskirjan osajulkaisu (Aineisto: D2D-väestötutkimus 2007 kolmessa sairaanhoitopiirissä) (2009-VT-002).
  18. Katariina Korniloff, Arja Häkkinen, Hannu Kautiainen, Hannu Koponen, Markku Peltonen, Pekka Mäntyselkä, Heikki Oksa, Olli Kampman, Mauno Vanhala. The association between leisure-time physical activity with and without metabolic syndrome and depressive symptoms. The population-based FIN-D2D study. *Preventive medicine* 2010 (Aineisto D2D-väestötutkimus 2007 kolmessa sairaanhoitopiirissä) (2009-VT-017).
- Julkaistut muut artikkelit ja raportit:**
- Absetz P, Saaristo T, Viitasalo K, Peltonen M. Implementation of prevention of type 2 diabetes – Experiences from Finland. Kirjassa Schwarz P, Reddy O, Greaves C, Dunbar J, Schwarz J (eds.) *Diabetes prevention in practice*. TUMAINI Institute. Dresden 2010 (2009-MUU-010).
- Submitatut käsikirjoitukset:**
- 2009-KR-007**
- Nina Rautio, Jari Jokelainen, Heikki Oksa, Timo Saaristo, Markku Peltonen, Leo Niskanen, Hannu Puolijoki, Mauno Vanhala, Matti Uusitupa, Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi, on the behalf of FIN-D2D Study Group. Socio-economic

position and effectiveness of lifestyle intervention in prevention of type 2 diabetes: One-year follow-up of the FIN-D2D project. Submitattu 2010 Scandinavian Journal of Public Health -lehteen elokuussa 2010 (Aineisto: D2D:n korkean riskin kohortti).

#### 2009-VT-020

- Katja Wickström, Jaana Lindström, Jaakko Tuomilehto, Timo Saaristo, Eeva Korpi-Hyövälti, Heikki Oksa, Mauno Vanhala, Leo Niskanen, Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi, Matti Uusitupa, Markku Peltonen. Socioeconomic differences in glucose disorders and their modifiable risk factors in the Finnish middle-aged population. The FIN-D2D survey. Submitattu European Journal of Public Health -lehteen maaliskuussa 2010 (Aineisto: D2D-väestötutkimus 2004 ja 2007 kolmessa sairaanhoitopiirissä).

#### 2010-VT-002

- Titta Salopuro, Timo Saaristo, Heikki Oksa, Hannu Puolijoki, Vanhala M, Tapani Ebeling, Leo Niskanen, Jaakko Tuomilehto, Matti Uusitupa, Markku Peltonen. Population-level effects of the national diabetes prevention programme (FIN-D2D) on the body weight, waist circumference, and the prevalence of obesity. Submitattu BMC Public Health -lehteen syyskuussa 2010 (Aineisto: FINRISKI 2002 ja 2007 -väestötutkimukset sekä D2D-väestötutkimukset 2004 ja 2007).

#### 2010-KR-004

- Nina Rautio, Jari Jokelainen, Heikki Oksa, Timo Saaristo, Leena Moilanen, Markku Peltonen, Hannu Puolijoki, Mauno Vanhala, Jaakko Tuomilehto, Matti Uusitupa, Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi, on the behalf of the FIN-D2D Study Group. Family history of diabetes and effectiveness of lifestyle intervention in prevention of type 2 diabetes: One-year follow-up of the FIN-D2D-project. Submitattu Diabetic Medicine -lehteen marraskuussa 2010 (Aineisto: Korkean riskin kohortti).

## LIITE 14

Dehko-ohjelman tilaisuudet ja tapahtumat			
1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuvottelutilaisuus sairaanhoitopiirien diabetestyöryhmien edustajien kanssa, Diabeteskeskus, Tampere, - aiheena yhteistyö Dehkon kanssa</li> </ul>	2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dehko-päivät 2003 1. suurkatselmus, Tampere-talo - osallistujia ~600</li> <li>• T2D-ehkäisyohjelman koulutuskierron - Varsinais-Suomen shp (Turku), 120 henkeä - Satakunnan shp (Pori), 90 henkeä - Lapin shp (Rovaniemi), 80 henkeä - Päijät-Hämeen shp (Lahti), 50 henkeä - Pohjois-Karjalan shp (Joensuu), 65 henkeä - Hyvinkään sairaanhoitoalue, 40 henkeä - Kanta-Hämeen shp (Hämeenlinna), 50 henkeä - Pohjois-Savon shp (Kuopio), 70 henkeä - Etelä-Karjalan shp (Lappeenranta), 75 henkeä - Etelä-Savon shp (Mikkeli), 65 henkeä - Pohjois-Pohjanmaan shp (Oulu), 120 henkeä - Helsingin kaupunki, 70 henkeä - Maarianhamina, 60 henkeä - Espoon ja Lohjan sairaanhoitoalue, 115 henkeä</li> <li>• Toimijasymposium 2003, Eduskunnan auditorio - D2D-hankkeen käynnistyminen, omahoito - osallistujia ~100</li> <li>• Infotilaisuus yritysytteistyökumppaneille, Helsinki</li> </ul>
1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toimenpideohjelman kuulemistilaisuus, Allergiatalo, Helsinki - osallistujia ~ 70</li> <li>• Diabetesliiton Aluepäivät - Jyväskylä, Oulu, Helsinki, Kuopio, Turku - pääaiheena Dehko yhteensä n. 300 osallistujaa</li> <li>• Infotilaisuus yritysytteistyökumppaneille, Helsinki</li> </ul>		
2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsensuskokous, Helsingin yliopiston juhlasali - osallistujia ~ 350</li> <li>• Toimijasymposium 2000, Helsingin yliopisto Dehkon liikkeellelähtö - terveydenhuollon eri osa-alueilla - osallistujia ~100</li> <li>• Jalkojenhoidon kehittäminen -seminaari, Tamro-talo, Vantaa - osallistujia ~65</li> <li>• Infotilaisuus yritysytteistyökumppaneille, Helsinki</li> </ul>		
2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toimijasymposium 2001, Eduskunnan auditorio - T2D ehkäisy ja laatuksiteerien esittely ja hyväksyminen - osallistujia ~100</li> <li>• Valtakunnallisen diabetesrekisterin suunnittelukokous, Radisson SAS Hesperia, Helsinki - osallistujia ~30</li> <li>• Infotilaisuus yritysytteistyökumppaneille, Helsinki</li> </ul>	2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toimijasymposium 2004, Kansallismuseo, Helsinki - T2D-ehkäisyohjelman eteneminen - laatuksiteerijärjestelmän rakentuminen - osallistujia ~155</li> <li>• Infotilaisuus yritysytteistyökumppaneille, Helsinki</li> </ul>
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T2D-ehkäisyohjelman koulutuskierron - Pirkanmaan shp (Tampere), 250 henkeä - Vaasan shp (Vaasa), 150 henkeä - Länsi-Pohjan shp (Kemi), 70 henkeä - Etelä-Pohjanmaan shp (Seinäjoki), 150 henkeä - Keski-Pohjanmaan shp (Kannus), 130 henkeä - Keski-Suomen shp (Jyväskylä), 120 henkeä - Kymenlaakson shp (Kouvola), 80 henkeä</li> <li>• Infotilaisuus yritysytteistyökumppaneille</li> </ul>	2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tapaaminen sairaanhoitopiirien diabetestyöryhmien edustajien kanssa, Scandic Simonkenttä, Helsinki</li> <li>• Infotilaisuus yritysytteistyökumppaneille (2), Helsinki</li> </ul>
		2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dehko päivät 2006 2. suurkatselmus, Tampere-talo - osallistujia ~800</li> <li>• 1<sup>st</sup> FIN-D2D International Reporting Days, Tampere - osallistujia ~70 (ulkomaalaisia 16 kaikkiaan 10 eri maasta)</li> <li>• Toimijasymposium 2006, High Tech Center, Helsinki - terveysalan diabeteskoulutus - osallistujia ~85</li> <li>• Infotilaisuus yritysytteistyökumppaneille, Helsinki</li> </ul>

2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alueelliset Dehko-päivät               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Länsi-Pohjan shp, Kemin kulttuurikeskus, osallistujia ~80</li> <li>- Etelä-Karjalan shp, Imatran valtionhotelli, osallistujia ~50</li> </ul> </li> <li>• Terveyden edistämisen hankkeista pysyvään toimintaan -kutsu-seminaari, Kuntaliitto, Helsinki               <ul style="list-style-type: none"> <li>- järjestetty yhteistyössä Kuntaliiton kanssa</li> <li>- osallistujia ~50</li> </ul> </li> <li>• Toimijasymposium 2007, Paasitorni, Helsinki D2D:n alustavia tuloksia               <ul style="list-style-type: none"> <li>- osallistujia ~200</li> </ul> </li> <li>• 2nd FIN-D2D International Reporting Days, Tampere               <ul style="list-style-type: none"> <li>- osallistujia ~50 (ulkomaalaisia 38 kaikkiaan 15 eri maasta)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dehko-päivät 2009, 3. suurkatselmus, Tampere-talo               <ul style="list-style-type: none"> <li>- osallistujia ~700</li> </ul> </li> <li>• Diabetesliiton aluetapahtumat Dehko-päivien 2009 teemoilla               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampere, Jyväskylä, Kouvola, Joensuu, Pudasjärvi</li> </ul> </li> <li>• Eduskunnan diabetesseminaari, Eduskuntatalon auditorio               <ul style="list-style-type: none"> <li>- osallistujia ~50</li> </ul> </li> <li>• Toimijasymposium 2009, Hotelli Presidentti, Helsinki               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabeteksen lisäsairauksien ehkäisy</li> <li>- osallistujia ~100</li> </ul> </li> <li>• Infotilaisuus yritysyhteistyökumppaneille (2), Helsinki</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabeteksen ja sen lisäsairauksien ehkäisyn 5. maailmankongressi (WCPD 2008), Helsinki -               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetesliiton ja Kansanterveyslaitoksen yhteistyössä järjestämä, Dehkon henkilökuntaa järjestelytoimikunnassa mukana</li> <li>- kongressissa esiteltiin aajasti Dehkoa ja D2 D:tä</li> <li>- osallistujia 1 600 yli sadasta eri maasta</li> </ul> </li> <li>• Alueelliset Dehko-päivät               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satakunnan shp, Satakunnan keskussairaala, Pori, osallistujia ~110</li> <li>- Varsinais-Suomen shp, Mauno Koivisto keskus, Turku osallistujia ~120</li> </ul> </li> <li>• Infotilaisuus yritysyhteistyökumppaneille, Helsinki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valtimoterveyttä kaikille – valtakunnallinen seminaarikiertue (9 tilaisuutta, yhteensä n. 830 osallistujaa)</li> <li>• Infotilaisuus yritysyhteistyökumppaneille, Helsinki</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dehko-päivät 31.1. –1.2.2011 Loppusuurkatselmus, Finlandia-talo, Helsinki</li> </ul>

## LIITE 15

Tiedote 19.1.2006

# Aikuistyyppin diabeteksen ja ylipainon luvut yllättivät. 200 000 suomalaista sairastaa diabetesta tietämättään

Tuoreen tutkimuksen mukaan tyyppin 2 diabetes ja sen esiasteet ovat oletettua yleisempiä Suomessa. Vajaalla puolella 45-74-vuotiaista miehistä ja joka kolmannella naisella on aikuistyyppin diabetes tai sen esiaste. Puolet kaikista diabeetikoista eli jopa 200 000 suomalaista sairastaa tyyppin 2 diabetesta tietämättään.

”Tulokset osoittavat, että diabetes ja sen esiasteet ovat aikuisväestössä oletettua yleisempiä. Kun ongelma väestön lihoessa jatkuvasti kasvaa, merkitsee tämä jatkossa keskeistä kansanterveydellistä haastetta”, sanoo Kansanterveyslaitoksen pääjohtaja Pekka Puska.

Lihavuutta, tyyppin 2 diabetesta ja muiden glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyyttä väestössä selvittänyt tutkimus osoitti, että aiemmin tunnistamaton tyyppin 2 diabetes oli väestön kaikissa ikäryhmissä vähintään yhtä yleinen kuin jo tunnistettu, diagnosoitu diabetes. Erityisesti naisten vanhimmissa ikäryhmissä oireettomia diabeetikoita löytyy huomattavasti enemmän kuin jo aiemmin diagnosoituja.

Lisäksi huomattava osa tutkituista, miehistä 69 prosenttia ja naisista 76 prosenttia, täytti vyötärölihavuuden kriteerit. Lihavia tai ylipainoisia oli 74 prosenttia miehistä ja 67 prosenttia naisista, kertoo Pirkanmaan, Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirien sekä Kansanterveyslaitoksen ja Suomen Diabetesliiton yhteistyönä tekemä tutkimus.

Suomessa on herätty etujoukoissa kaikkia länsimaita koskettavaan lihavuuden ja aikuistyyppin diabeteksen kaksoisepidemiaan. Valtakunnallisen diabetesohjelman eli Dehkon 2D-hanke on toiminut Pirkanmaan, Etelä-Pohjanmaan, Keski-Suomen ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä vuodesta 2003 ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä vuodesta 2005.

”Hankkeessa etsitään diabeteksen sairastumisvaarassa olevia. Ajoissa aloitetulla hoidolla ja sairauden puhkeamisen ehkäisemisellä vältetään kansantaloudelle kalliita lisäsairauksia. Tähän mennessä hankealueilla on seulottu muun muassa Riskitestiä käyttäen noin 70 000 henkilöä, jotka ovat saaneet ohjeita diabeteksen välttämiseksi”, kertoo valtakunnallinen D2D-koordinaattori Timo Saaristo Suomen Diabetesliitosta.

Saaristo huomauttaa, että suomalainen sairaanhoitojärjestelmä tukehtuu tulevaisuudessa yhä laajanevan tyyppin 2 diabeteksen ja lihavuuden kaksoisepidemian taakan alla ilman tehokkaita maanlaajuisia ehkäisevän kansanterveystyön toimia.

Kansanterveyslaitoksen pääjohtaja pitääkin aikuistyyppin diabeteksen ehkäisy D2D-hanketta keskeisenä valtakunnallisena kehittämishankkeena. ”Kokemukset ovat monella tavalla rohkaisevia, mutta osoittavat myös ehkäisevän työn haasteita nykyisessä terveyskeskusjärjestelmässämme”, Pekka Puska lisää.

Aikuistyyppin diabetes syntyy, kun haiman betasolut tuhoutuvat insuliinin ylituotannon uuvuttamina. Laihdutus ja liikunta ehkäisevät tehokkaasti sairautta. Oman diabetesriskin voi testata Internetissä osoitteessa [www.diabetes.fi](http://www.diabetes.fi).

### Lisätietoja:

Pääjohtaja Pekka Puska, Kansanterveyslaitos.  
Puh. (09) 47 441, [pekka.puska@ktl.fi](mailto:pekka.puska@ktl.fi)

Valtakunnallinen koordinaattori Timo Saaristo,  
Suomen kansallisen diabetesohjelman Dehkon 2D2-hanke.  
Puh.(03) 286 0413, 0400 723 659, [timo.saaristo@diabetes.fi](mailto:timo.saaristo@diabetes.fi)



## LIITE 16

Tiedote 9.9.2009

# Diabeteksen yleistyessä kustannukset uhkaavat karata, vaikka kulut diabeetikkoa kohti ovat kääntyneet loivaan laskuun

Kymmenen viime vuoden aikana diabeteksen hoidon aiheuttama kustannustaakka on lähes kaksinkertaistunut. Syynä on se, että samassa ajassa diabeetikkojen määrä on räjähtänyt vajaasta 200 000:sta yli 300 000:een. Sen sijaan diabeetikkoa kohti kustannukset ovat pienentyneet hienokseltaan jo parin vuoden ajan.

Vuonna 2007 diabeteksen hoito maksoi 1 350 miljoonaa euroa, kun sen kustannukset vuonna 1998 olivat 738 miljoonaa euroa. Kustannukset nousivat peräti 83 prosenttia. Suurimmat kustannuserät koituivat vuonna 2007 erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidosta (25 %) ja lääkkeistä (25 %); pienin osuus (3 %) oli diabeetikoiden omahoidon välineillä.

– Lisäsairauksien hoito on kallista, mutta lisäsairauksia voidaan estää. Diabeteksen aiheuttama hoitotaakka luultavasti kasvaa myös tulevina vuosina, mutta sen kasvunopeutta on mahdollista hidastaa terveydenhuoltojärjestelmässä tehtävillä päätöksillä ilman, että tingitään hyvästä hoidosta, terveystaloustieteen professori Pekka Rissanen Tampereen yliopistosta sanoo.

Kallista erikoissairaanhoidon tarviin, kun diabeteksen huono hoito on aiheuttanut lisäsairauksia, kuten sydän- ja aivoinfarkteja tai munuaistautia tai kun joudutaan tekemään amputaatioita.

– Aktiivinen omahoito ja terveydenhuollon säännölliset kontrollikokeet auttavat pitämään diabeteksen kurissa. Nurinkurista on, että diabeetikoilta leikataan säästöjen nimissä omahoitovälineitä ja tarvittavia tutkimuksia, vaikka näin vain ajetaan diabeetikoita sairaalakuntoon. Säästöjä on osin puuhattu aivan väärästä päästä, Diabetesliiton toimitusjohtaja Jorma Huttunen painottaa.

Kokonaiskustannukset diabeetikkoa kohti olivat vuonna 2007 noin 2 300 euroa tyyppi 1 diabeetikoilla ja noin 1 900 tyyppi 2 diabeetikoilla, jos nämä olivat välttyneet lisäsairauksilta. Lisäsairaudet nostivat kustannukset tyyppi 1 diabeetikkoa kohti noin 2 600:een ja tyyppi 2 diabeetikkoa kohti 5 700 euroon.

– Diabeetikkoa kohti kustannukset ovat kääntyneet laskuun. Se on selvä myönteinen signaali siitä, että diabeteksen hoito kannattaa aloittaa ajoissa. Olisi tärkeää löytää hoidon piiriin myös ne väestötutkimusten osoittamat 200 000 suomalaista, jotka sairastavat tietämättään diabetesta ennen kuin kallit lisäsairaudet ehtivät puhjeta, Huttunen lisää.

Luvut ovat Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007 -tutkimuksesta, johon on koottu eri rekistereistä nimettömästi kaikkien diagnosoitujen diabeetikoiden lääke- ja hoitotiedot. Tutkimuksen on tuottanut Diabetesliiton koordinoima Suomen kansallinen diabetesohjelma Dehko.

Tutkimustuloksista raportointiin kansanedustajille keskiviikkona Eduskuntatalolla.

### Lisätietoja:

Toimitusjohtaja Jorma Huttunen, Diabetesliitto, puh. 0400 723 654, jorma.huttunen@diabetes.fi

Professori Pekka Rissanen, Tampereen yliopisto, puh. 040 729 2988, pekka.rissanen@uta.fi

Tutkija Tiina Jarvala, Tampereen yliopisto, puh. 050 403 5669, tiina.jarvala@uta.fi

Tutkimus luettavissa kokonaisuudessaan netissä osoitteessa [www.diabetes.fi/dehko](http://www.diabetes.fi/dehko) (klikkaa julkaisut)

## LIITE 17

Dehko-ohjelman kansainvälinen toiminta				
	Kansainväliset kokoukset ja kongressit	Muu kansainvälinen toiminta	Vierailut Suomessa	Kansainväliset artikkelit
1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Euroopan St. Vincent -ohjelman 10-vuotiskokous, Turkki</li> <li>• Pohjoismainen diabetesliittojen kokous, Tanska</li> </ul>	Virolaisten lääkäreiden koulutustilaisuus, Pärnu		
2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IDF:n (International Diabetes Federation) kongressi, Meksiko</li> <li>• Together we are stronger – seminaari, Slovenia</li> <li>• Pohjoismainen diabetesliittojen kokous, Färsaaret</li> </ul>			Williams CJ. 2000. Researches Struggle to Solve Mystery of Finland's high Diabetes rate. Los Angeles Times. 30.7.2000.
2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IDF-Euroopan ja pohjoismaisten diabetesliittojen kokous, Ruotsi</li> </ul>			Diabetes Voice, useissa pääkirjoituksissa käsitelty Dehko-aihetta (Leena Etu-Seppälä, lehden päätoimittaja 1998–2001)
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabeteksen sen lisäsairauksien ehkäisyyn 3. maailmankongressi (WCPD 2002, World Congress on Prevention of Diabetes and its Complications) Hongkong</li> <li>• Euroopan Jalkojenhoitajien kokous, Helsinki</li> <li>• FEND'in (Federation of European Nurses on Diabetes) konferenssi, Unkari</li> <li>• Together we are stronger – kokous ja</li> <li>• IDF-Euroopan vuosikokous, Kypros</li> <li>• Pohjoismainen diabetesliittojen kokous, Suomi, samalla myös jo T2D-ehkäisyohjelman esittely</li> <li>• WHO:n terveysliikunnan edistämistä koskeva kokous, Suomi</li> </ul>	<p>Dehkon ohjelmakirjan englanninkielinen versio jaettiin IDF:n koko organisaatiolle ja WHO:n keskusorganisaatiolle ja alueellisille organisaatioille. Ohjelma sai erinomaisen vastaanoton.</p> <p>Kyproksen hallituksen kutsu Dehkolle ja IDF-Euroopan johdolle kansallisen diabetesohjelman laatimiseksi</p>		

	Kansainväliset kokoukset ja kongressit	Muu kansainvälinen toiminta	Vierailut Suomessa	Kansainväliset artikkelit
2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>IDF:n maailmankongressi, Ranska</li> <li>IDF-Euroopan yleiskokous ja pohjoismainen diabetesliittojen kokous, Ranska</li> </ul>			Etu-Seppälä Leena. 2003. DEHKO: Finland moves on primary prevention. Diabetes Voice. Vol 48. May. ss 53-55.
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>Together we are stronger -seminaari ja</li> <li>IDF-Euroopan vuosikokous, Slovenia</li> <li>EASD:n kokous, Saksa</li> <li>Pohjoismainen yhteistyökokous, Norja</li> </ul>	Tyypin 2 ehkäisyohjelman käänös ja kansainvälinen levittämistyö D2D-hankkeen käynnistämänä	Etelä-Korean TV kävi kuvaamassa Dehkon 2D -hanketta	
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diabeteksen ja sen lisäsairauksien ehkäisyyn 4. maailmankongressi (WCPD 2005), Intia, Ehkäisyohjelman toimeenpanon esittely</li> <li>Prediabetes-kongressi, Saksa</li> <li>EASD:n kokous Kreikka</li> <li>Together we are stronger -seminaari ja</li> <li>IDF-Euroopan yleiskokous, Saksa</li> <li>Pohjoismainen yhteistyökokous, Islanti</li> </ul>	<p>Slovenia, yhteistyökokous terveysministeriön ja lääkäriryhmän kutsusta maan oman diabetesohjelman käynnistämiseksi Dehkon pohjalta</p> <p>Portugali, konsultaativierailu kansallisen diabetesohjelman käynnistämiseksi endokrinologi- ja diabetesryhmän kutsusta</p> <p>Englanti, konsultaativierailu Diabetes UK:n kutsusta</p>		Saaristo T, ym. Cross-sectional evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score: a tool to identify undetected type 2 diabetes, abnormal glucose tolerance and metabolic syndrome. Diab Vasc Dis Res May 01, 2005; 2: 67-72.
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>IDF-Euroopan aluejärjestön seminaari ja yleiskokous, Puola</li> <li>EASD-kokous, Tanska</li> <li>FENDin konferenssi, Tanska</li> <li>Wienin diabeteskokous Itävallan toimiessa EU:n puheenjohtajamaana, Dehko esiteltiin malliesimerkinä</li> <li>EU-kokous Badenweiler, Dehko/D2D-esittely</li> <li>IDF:n maailmankongressi, Etelä-Afrikka</li> <li>Diabeteskongressit/D2D-hankkeen esittely <ul style="list-style-type: none"> <li>Saksa</li> <li>Englanti</li> <li>Pohjois-Irlanti</li> <li>Kanada</li> </ul> </li> </ul>	<p>D2D:n pohjalta 20 Euroopan maassa käynnistettiin Euroopan komission SANCO:n rahoittama hanke DE-PLAN (Diabetes in Europe – Prevention using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional Intervention)</p> <p>Dehko ja D2D-hanke saivat Maailman terveysjärjestön WHO:n lihavuudenehkäisyypalkinnon (Obesity Award) Euroopan lihavuudentorjunnan ministerikokouksessa Istanbulissa 15.–17.11.2006</p> <p>- Valinta tehtiin 35 maasta lähetettyjen 202 hakemuksen joukosta. Perusteluissaan WHO totesi, että Suomen Diabetesliiton koordinoima kansallinen diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelma on vertaansa vailla maailmassa ja että ohjelmaa on alettu toteuttaa myös muissa maissa</p>	1 <sup>st</sup> FIN-D2D International Reporting Days Tampere (16 ulkomaalaista osallistujaa 10 eri maasta)	Saaristo Timo & Etu-Seppälä Leena. 2006. Prevention of diabetes and its complications: key goals in Finland. Diabetes Voice. Vol 51. December. ss 13–17.

	Kansainväliset kokoukset ja kongressit	Muu kansainvälinen toiminta	Vierailut Suomessa	Kansainväliset artikkelit
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>EASD:n kokous, Hollanti</li> <li>Prediabetes-kongressi, Espanja</li> <li>IDF-Euroopan yleiskokous, Irlanti</li> <li>Pohjoismainen diabetesliittojen kokous, Tanska</li> </ul>	<p>IDF lanseerasi KTL:n Dehko-hankkeena kehittämän riskitestin diabeteksen ehkäisyn globaalin konsensuslausumansa yhteydessä koko maailman terveydenhuollon käyttöön</p> <p>Englanti, konsultaativierailu Diabetes UK:n kutsusta</p> <p>Romania, konsultaativierailu kansallisen diabetesohjelman luomiseksi</p>	2 <sup>nd</sup> FIN-D2D International Reporting Days, Tampere (38 ulkomaalaista osallistujaa 15 eri maasta)	<p>Härmä-Rodriquez S. Prevention of type 2 diabetes: the Finnish experience. European Diabetes Nursing. Volume 4 Issue 3, Pages 119–123</p> <p>Diabetes Voice, maailmanlaajuisessa julkaisussa esiteltiin Dehko/D2D</p> <p>Saaristo T, ym. National type 2 diabetes prevention programme in Finland: FIN-D2D. Int J of Circumpolar Health 2007;66:101–12.</p> <p>Saksan Diabeteslääkärien lehdessä, Dehko/ D2D-esittely</p> <p>Readers Digest esitteli hanketta artikkelissaan</p>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diabeteksen ja sen lisäsairauksien ehkäisyn 5. maailmankongressi (WCPD 2008), Helsinki <ul style="list-style-type: none"> <li>Tukijajärjestöinä IDF (Kansainvälinen diabetesjärjestö) WHF (maailman sydänjärjestö), EDEG (kansainvälinen epidemiologiyhdistys) FEND (Euroopan diabeteshoitajien järjestö), IANPHI (kansainvälinen kansanterveyslaitosten järjestö)</li> </ul> </li> <li>EASD:n kokous, Italia</li> <li>Pohjoismainen diabetesliittojen kokous, Ruotsi</li> </ul>		Singaporelaisen diabetesalan ammattilaisryhmän vierailu, Dehkon esittely	<p>Karjalainen J ym. Differences in Leisure Time Physical Activity between Screen-Detected Type 2 Diabetic, Known Type 2 Diabetic and Non-Diabetic Subjects. Diabetes Res Clin Pr 2008; 81: 110–16.</p> <p>Saaristo ym. High prevalence of obesity, central obesity and abnormal glucose tolerance in the middle-aged Finnish population BMC Public Health 2008, 8:423</p> <p>Tuomilehto H, ym. Sleep duration is associated with an increased risk for the prevalence of type 2 diabetes in middle-aged women – The FIN-D2D survey. Sleepmedicine. Volume 9, Issue 3, Pages 221-227 (March 2008)</p> <p>Tuomilehto H ym. Sleep-Disordered breathing is related to an increased risk for type 2 diabetes in middle-aged men, but not in women. The FIN-D2D Survey. Diabetes, Obesity and Metabolism 2008; 10: 468–475.</p>

	Kansainväliset kokoukset ja kongressit	Muu kansainvälinen toiminta	Vierailut Suomessa	Kansainväliset artikkelit
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>IDF:n maailmankongressi, Montreal</li> <li>Pohjoismainen diabetesliittojen kokous, Suomi</li> </ul>		<p>ADA:n president elect, Geralyn Spollett vieraili Suomessa</p> <p>Harry Bryce, Melbourne, Australia tutustuminen Suomen kansalliseen diabetesohjelmaan</p> <p>Liettualaisten omalääkäreiden vierailu, Dehko-ohjelman ja laatuhankeiden esittely</p>	<p>Spollett GR. Diabetes in Finland: What Can Happen When a Country Takes Diabetes Seriously. Diabetes Spectrum June 20, 2009 vol. 22 no. 3 188-190*</p> <p>EU-lehti Public Service Review, Health 18/ 1/2009, UK (Leena Etu-Seppälä)</p> <p>Kotronen A ym. Non-alcoholic and alcoholic Fatty Liver Disease - two Diseases of Affluence associated with the Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes: the FIN-D2D Survey. BMC Public Health 2010, 10:237</p>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>DEVOTED-meeting Abu Dhabi, Dehkon kansallisen diabetesohjelman rakentaminen ja eteneminen</li> <li>Diabeteksen ja sen lisäsairauksien ehkäisyn 6. maailmankongressi (WCPD 2010), Dresden</li> </ul>		<p>Karjalan tasavallan delegaation vierailu Suomessa, Dehko-ohjelman esittely</p> <p>Liettualaisten omalääkäreiden vierailu, Dehko-ohjelman ja laatuhankeiden esittely</p>	<p>Lifestyle intervention for prevention of type 2 diabetes in primary health care: one-year follow-up of the Finnish national diabetes prevention program (FIN-D2D). Diabetes Care, 08/04/10</p> <p>Ks. liitteen 13 artikkeliluettelo</p>
2011			<p>Sir Michael Hirst, IDF:n president elect, puhujana Dehko-päivillä</p>	
MUUTA		<p>Dehkoa ja D2D:tä on esitelty kongressien ja edellä mainittujen vierailujen lisäksi myös seuraavissa maissa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puola</li> <li>- Nepal</li> <li>- Kiina</li> </ul>	<p>Ulkomaisia vierailijoita on käynyt lisäksi seuraavista maista</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Australia</li> <li>- Saksa</li> <li>- Puola</li> <li>- Tanska</li> <li>- Hollanti</li> <li>- Ruotsi</li> <li>- Norja</li> <li>- Kiina</li> <li>- Etelä-Korea</li> <li>- USA</li> </ul>	

Diabeteksen ehkäisyn ja  
hoidon kehittämishjelma

# DEHKO 2000–2010 loppuarviointi

**OSA II:** Ulkoinen loppuarviointi Dehkon  
tavoitteiden ja toimenpiteiden  
toteutumisesta, hankkeen  
yhteiskunnallisista vaikutuksista ja  
mahdollisuuksista ohjausmallina

Arviointiryhmä:  
Seppo Tuomola  
Arja Halkoaho  
Ulla Idänpään-Heikkilä  
Antti Virkamäki

# Sisältö

<b>TIIVISTELMÄ</b> .....	104
<b>1. JOHDANTO</b> .....	106
1.1 Dehko ohjelmakokonaisuutena .....	106
1.2 Ohjelman loppuarvioinnin toteutus .....	107
<b>2. DEHKON ASEMA JA RAKENNE</b> .....	110
2.1 Dehkon luonne ja asema .....	110
2.2 Dehkon jäsentyminen .....	110
2.3 Dehko-toiminta .....	111
2.4 Arviointijohtopäätökset Dehkon asemasta ja rakenteesta .....	111
<b>3. OHJELMAN TAVOITTEET</b> .....	112
3.1 Tavoiteasetanta .....	112
3.2 Tavoitteiden systematiikka .....	112
3.3 Tavoitteisto .....	113
3.4 Arviointijohtopäätökset Dehkon tavoitteista .....	115
<b>4. TAVOITTEIDEN JA TOIMENPITEIDEN TOTEUTUMINEN</b> .....	116
4.1 Tulostavoitteiden toteutuminen .....	116
4.2 Toimenpidetavoitteiden ja toimenpiteiden toteutuminen .....	123
4.3 Arviointijohtopäätökset Dehkon päätavoitteiden toteutumisesta .....	128
<b>5. OHJELMAN EDELLYTYSTEN LUOMINEN JA MAHDOLLISTAMINEN</b> .....	130
5.1 Resursointi .....	130
5.2 Tieto- ja järjestelmätuki .....	132
5.3 Tiedotus- ja yhteystoiminta .....	133
5.4 Muut tukitoimet .....	133
5.5 Arviointijohtopäätökset .....	133
<b>6. OHJELMAN ORGANISOINTI, OHJAUS JA JOHTAMINEN</b> .....	134
6.1 Organisaatio .....	134
6.2 Ohjaus ja johtaminen .....	135
6.3 Viestintä ja julkaisutoiminta .....	136
6.4 Kansainvälinen toiminta .....	137
6.5 Seuranta ja arviointi .....	137
6.6 Arviointijohtopäätökset Dehkon organisoinnista, ohjauksesta ja johtamisesta .....	139
<b>7. DEHKON YHTEISKUNNALLISET VAIKUTUKSET</b> .....	139
7.1 Yhteiskunnallisten vaikutusten kohdealueet .....	139
7.2 Arviointijohtopäätökset Dehkon yhteiskunnallisista vaikutuksista .....	139
<b>8. OHJELMAT OHJAUSMALLINA</b> .....	142
8.1 Dehko ohjausmallina .....	142
8.2 Arviointijohtopäätökset Dehkon ohjausmallista .....	142

<b>9. KOKONAISARVIO</b> .....	144
<b>10. SUOSITUKSET</b> .....	146
<b>LIITTEET:</b>	
Arvioinnin lähdeaineisto .....	147
Dehkon tavoitteiden ja toimenpiteiden yksilöity arviointi .....	149
Yhteenveto seuranta- ja ohjausryhmälle suoritetusta kyselystä .....	181
Yhteenveto haastatteluista .....	184



# Tiivistelmä

Tässä esitettävän Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelman (DEHKO 2000–2010) ulkoinen loppuarviointi on tehty Diabetesliiton toimeksiannosta Dehkon ohjelmakauden päättyessä vuonna 2010.

Tehtävänä oli selvittää, miten vuonna 2000 julkaistun kehittämissuunnitelman sisältämät ja ohjelman aikana tarkistetut tavoitteet ja toimenpiteet ovat toteutuneet, mitä yhteiskunnallisia vaikutuksia ohjelmalla on saatu aikaan sekä miten ohjelmajärjestelmän toimintatapa on voitu tai voidaan soveltaa maamme terveyspalvelujärjestelmän toiminnan ohjaamiseen.

Arviointi pohjautui käytettävissä olleiden Dehkon tuottamien ja keräämien asiakirjojen ja aineistojen sekä erikseen suoritettujen rajattujen kyselyjen ja haastattelujen analysointiin. Arvioinnissa ei ollut tehtävän laajuuden vuoksi mahdollista suorittaa erillisiä itsenäisiä arviointitutkimuksia tai -selvityksiä. Raportissa esitellään ohjelmaa vain siltä osin kuin sitä koskevan arvioinnin perustelut edellyttävät.

## Arviointijohtopäätöksiä koskevana yhteenvedona arviointiryhmä katsoo, että Dehkolla on ollut merkittävä myönteinen vaikutus siihen, että

- ▶ diabeteksestä voidaan puhua avoimesti ja samalla tiedostetaan, että diabetes on keskeinen terveysongelma sekä terveyspolitiikan että väestön tasolla,
- ▶ terveyden edistämisen tärkeys ja ehkäisyn mahdollisuudet ovat tulleet laajasti esille, mikä on edistänyt samalla myös muiden terveysongelmien ehkäisyä,
- ▶ tavoite sydän- ja aivoverisuonikomplikaatioiden vähentämisestä on saavutettu,
- ▶ suomalainen diabetesosaaminen ja diabeteksen ehkäisyn ja hoidon järjestelmä ovat saavuttaneet kansainvälistä näkyvyyttä,
- ▶ kolmannen sektorin roolia sisällön asiantuntijana terveyspolitiikassa arvostetaan.

## Dehko on onnistunut vaikuttamistyössään, koska

- ▶ ennaltaehkäisy on painottunut ohjelmassa, ja sen tavoitteiden ja toimenpiteiden toimitus on tutkittu diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeen, Dehkon 2D -hankkeen (D2D), avulla,
- ▶ hoidon ja hoidon laadun kehittämiseen on kiinnitetty huomiota, ja tähän on luotu runsaasti uusia toimintatapoja ja työkaluja,
- ▶ omahoidon ja hoidonohjauksen merkitykseen on kiinnitetty huomiota kehittämällä työkaluja sekä antamalla suosituksia,
- ▶ viestintä- ja opasaineisto on ollut onnistunutta.

## Dehkoissa asetettuja kaikkia tavoitteita ei saavutettu, sillä

- ▶ ohjelman aikana ei voitu todentaa tyyppin 2 diabeteksen eikä lihavuuden esiintyvyyden pienenevän,

- ▶ konkreettisia vaikutuksia kuntien päätöksentekoon terveyden edistämisen painottamiseksi tai terveyden edistämisen aseman korostamiseksi kuntien strategioissa ei ollut osoitettavissa,
- ▶ diabetesyhdistysten ja terveyskeskusten yhteistyön kehittymisestä paremmaksi ei saatu näyttöä,
- ▶ diabeetikoiden mahdollisuudesta osallistua oman hoidon ja hoitokäytäntöjen suunnitteluun ei vielä saatu myönteistä palautetta.

#### Dehko olisi onnistunut vieläkin paremmin, jos

- ▶ ohjelman tavoitteet olisi asetettu toteutunutta systemaattisemmin ja mitattavammin sekä priorisoiden,
- ▶ kullekin tavoitteelle olisi kohdennettu tavoitteen saavuttamista tukevat toimenpiteet,
- ▶ tavoitteiden toteumaseurannasta ja raportoinnista olisi huolehdittu jo tavoitteita asetettaessa ja jos seuranta olisi toteutettu systemaattisemmin siten, että seurannan tuloksia olisi voitu hyödyntää ohjelman kuluessa,
- ▶ omahoidon ja hoidon ohjauksen muutkin ulottuvuudet kuin kliininen ohjaus olisivat saaneet enemmän painoa ja tulleet aikaisemmassa vaiheessa otetuiksi huomioon,
- ▶ Dehkon ja D2D-hankkeen keskinäiset roolit olisivat tulleet paremmin määritellyiksi ja koordinoituiksi.

#### Suosituksinaan arviointiryhmä esittää, että

- ▶ Diabetesliitossa ja Dehkon asiantuntijoiden piirissä kiinnitetään erityistä huomiota Diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämisohjelmasta 2000–2010 laadittavan loppuraportin julkistamiseen, viestintään ja ohjelmasta nousseen koulutustarpeen huomioon ottamiseen sekä liiton piirissä että valtakunnallisesti järjestettävässä koulutuksessa,
- ▶ Dehkon piiriin liittyvää ohjelmatyötä jatketaan siten, että ohjelman kokemuksia hyödynnetään kohdistetusti ennaltaehkäisyyn ja varhaisen hoidon toimintamallien juurruttamiseksi D2D-hankkeen viitoittamaa tietä ja valtimoterveyden edistämistä koskevan, jo muodostuneen yhteistyön pohjalta – muutoin uhkana on useiden politiikkaohjelmien tapaan kehittämistyön pysyvyyden kadottaminen,
- ▶ omahoidon monimuotoisuus otetaan aiempaa painokkaammin huomioon henkilöstön hoidon-ohjauskoulutuksessa,
- ▶ Dehkon keskeiset sisällöt ja kokemus otetaan huomioon sosiaali- ja terveysministeriössä Kaste II -ohjelmaa ja seuraavan hallituksen hallitusohjelmaa valmisteltaessa ja että Diabetesliiton ja Dehkon asiantuntijoita kuullaan niiden valmistelussa.

Siitä huolimatta, että diabeteksen esiintyminen väestössä ei ole vielä vähentynyt ja että Dehkon kaikki tavoitteet eivät ole täysimääräisesti toteutuneet, arviointiryhmä katsoo, että Dehkolla on ollut tärkeä merkitys tulevan terveystalouden suunnittelulle. Ohjelma on kiinnittänyt sekä väestön, päättäjien että terveydenhuollon ammattilaisten huomion keskeiseen väestön terveysongelmaan, tyyppiin 2 diabetekseen ja erityisesti sen ehkäisyyn. Ohjelmasta saatuja kokemuksia ja tuloksia ei tulisi hukata!

# 1. Johdanto

Diabetesliiton valtuuston kevätkokouksessa vuonna 1997 päätettiin käynnistää kehittämisohjelma, joka sai työnimekseen Parempaan diabeteksen hoitoon. Ohjelman käynnistysvaiheen suunnitelma vuosille 1998–2001 hyväksyttiin kesällä 1998 asiaa käsitelleessä koordinaatiokokouksessa. Samalla ohjelma sai nimekseen Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO.

Dehko hyväksyttiin kahdeksan työryhmän ja n. 100 asiantuntijan valmistelutyön pohjalta lausunto- ja kuulemiskierrosten jälkeen tammikuussa 2000 pidetyssä konsensuskokouksessa Suomen kansalliseksi diabetesohjelmaksi vuosiksi 2000–2010.

Ohjelman toteutus vuosina 2000–2010 muodosti laajan ja monivaiheisen prosessin.

## 1. Dehko ohjelmakokonaisuutena

Dehko muodosti laajan ohjelmallisen kokonaisuuden, joka toteutettiin jäsennettyinä useisiin Diabetesliiton koordinoimiin vaiheisiin ja osioihin. Ohjelmakokonaisuuden pohjana oli vuoden 2000 alussa hyväksytty ja ohjelman kuluessa tarkistettu ja täydennetty kehittämisohjelma (Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma, Diabetesliitto, Tampere 2000).

Ohjelman päätavoitteeksi asetettiin tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy ja tehtäväksi sopia toimenpiteistä, joilla voidaan vähentää tyyppin 2 diabetesta sairastavien henkilöiden sydän- ja verisuonitautien vaaraa.

Ohjelmakokonaisuuden pääosioiksi eli painopiste-alueiksi määriteltiin myöhemmin:

1. Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy
2. Diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittäminen
3. Diabeetikon omahoidon tukeminen.

Kunkin osion läpikäyväksi toimintalinjaksi eli strategiaksi valittiin kuntavaikuttaminen.

Vuonna 2000 hyväksytyssä kehittämisohjelma-asiakirjassa asetettiin kolme (3) hoitotuloksia koskevaa tavoitetta ja kahdeksan (8) hoito-organisaation kehittämistä koskevaa tavoitetta. Ehkäisyohjelmaan sisältyi yhteensä kahdeksan (8) ns. tulostavoitetta ja yksitoista (11) toimenpideluontoista tavoitetta. Nämä tavoitteet käsitellään tässä arviointiraportissa lähemmin jäljempänä.

Ohjelman eteneminen suunniteltiin alun perin toteutettavaksi kolmessa vaiheessa siten, että

- ▶ ensimmäinen vaihe koski toimenpideohjelman valmistelua ja hyväksymistä,
- ▶ toiseen vaiheeseen kuuluivat toimenpideohjelman tiedotus, koulutus ja markkinointi ja
- ▶ kolmannessa vaiheessa käynnistettiin tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma.

Kolmannessa vaiheessa määriteltiin lisäksi Dehkon edistämisen jatkotoimia. Jatkotoimista sovittiin myös mm. väliarviointien perusteella. Vuonna 2000 julkaistussa kehittämisohjelmassa esitettiin toimenpiteistä ja niiden seurannasta avaintoimenpiteitäin luokiteltu luettelo toimijoihin sekä ohjelman liitteenä ohjelmaa koskeva arviointisuunnitelma. Myöhemmin ohjelman kuluessa seurantaa aiottiin toteuttaa myös yhteistyössä Suomen Sydänliiton ja suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämisen toimenpideohjelman kanssa.

Ohjelmassa toteutettiin erityisesti seuraavia keskeisiä toimenpiteitä ja hankkeita:

- **1998–1999:** Kehittämisohjelman valmistelu.
- **2000:** Konsensuskokous ja Dehkon toimenpideohjelman hyväksyminen, tiedotus, valmisteluvaiheen ohjelma-arviointi, yhteistyökumppaneiden ja tukijoiden hankinta.
- **2001:** Ohjaus- ja seurantaryhmän kutsuminen, apteekkien diabetesohjelman käynnistyminen, ehkäisyohjelman valmistelu (strategiat), hoitotasapainotutkimuksen käynnistyminen, hyvän hoidon laatuksiteereiden valmistelu, ITE-vertaistukitoiminnan ja ryhmäohjaajakoulutuksen käynnistyminen sekä useat muut selvitys-, koulutus-, kampanja- ja tiedotustoimet.

- **2002:** Ensimmäisen väliarvioinnin käynnistäminen, Dehkon kuntastrategia, tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman rahoitus ja tunnetuksi tekeminen, diabetesrekisteriselvitys, diabeteksen hyvän hoidon laatumittari, diabeteshoitajien koulutus selvitys, omaseurantavälineiden laadunvarmistus selvitys.
- **2003:** Ohjelman suurkatselmus Dehko-päivät, Dehko-palkinnot, tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ohjelmakirja, D2D-toimeenpanohankkeen käynnistyminen, hoitotytyväisyyss tutkimus, täydennyskoulutusraportti, hoidonohjauksen, jalkojenhoidon ja lasten diabeteshoidon laatu kriteerit, laatumittausten käynnistäminen.
- **2004:** Tavoite- ja avaintoimenpidetarkastelu, Dehko etenee -raportti, Dehko-kaavio, tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjausmalli, hoitotasapainotutkimuksen julkaisu, tyypin 1 diabeetikoiden omaryhmätoiminta.
- **2005:** Kuntavaikuttamistoimet, hankeraportit (Diabro, apteekit, Stadia, PPP, Outokumpu), D2D-väliarviointi, laatu ja resurssit -raportti, Diabetesbarometri, tutkimustietopohjan kehittäminen.
- **2006:** Toinen väliarviointi, Dehkon toinen suurkatselmus eli Dehko-päivät 2006 ja Dehko-palkinnot, hyvät ehkäisykäytännöt, diabetesosaamiskartta.
- **2007:** Alueelliset Dehko-päivät, sponsori-infot, D2D-projektin päättyminen, koulutustyöryhmän asettaminen ja selvitys koulutuksesta, kustannustutkimuksen käynnistyminen, Dehkon tietopankki, Tyypin 1 diabeetikon hoito ja kuntoutus -hankkeen käynnistyminen ja omaseuranta-suositustyön aloitus.
- **2008:** Alueelliset Dehko-päivät, sponsori-infot, D2D-loppuraportit ja jatkohanke, Valtimoterveyttä kaikille -hankkeen käynnistyminen, Kuntokiri-kampanja, koulutus selvitykset ja -raportit täydennyskoulutusta ja peruskoulutusta varten, FinDM II -tutkimuksen käynnistäminen, diabeetikkojen elämänlaatumittari ja -selvitykset, aikuisten ja lasten laatumittaukset, Suuntaviivoja tyypin 1 diabeetikon hoitoon ja kuntoutukseen.
- **2009:** Dehkon kolmas suurkatselmus Dehko-päivät 2009, sairaanhoitopiiri kohtaiset kyselyt Dehkon tavoitteiden etenemisestä, loppuarvioinnin valmistelu, Valtimoterveyttä kaikille -hankkeen seminaarit, D2D-seuranta, FinDM II -tulosten tekninen raportti, kustannustutkimuksen tuloksia, hoitotasapaino 2009–2010 -tutkimuksen käynnistyminen, laatumittausten päivitys.
- **2010:** Loppuarvioinnin käynnistyminen, Valtimoterveydeksi! -opas, kustannustutkimuksen valmistuminen, Diabetesbarometri 2010, laatu kriteereiden ja -mittareiden päivitys, elämänlaatumittarin käyttö, osaamiskartan käyttö, lisäsairauksien ehkäisykam-

panja, Suuntaviivoja tyypin 2 diabeetikon hoitoon ja kuntoutukseen ja Diabeetikkuorten siirtyminen aikuispuolen hoitoon -projektien käynnistyminen, hoidonohjauksen ja omaseurannan suositukset verkkoon.

Edellä kuvattujen keskeisten toimien ohella ohjelma kokonaisuuteen sisältyi runsaslukuinen määrä erilaisia informaatio-, neuvottelu-, seminaari- ja symposium tilaisuuksia sekä kansainvälistä yhteistoimintaa. Lisäksi ohjelma tuotti suuren joukon julkaisuja raporttien, esitteiden ja tiedotteiden muodossa.

Ohjelmakokonaisuuden sisältöä ja osia kuvataan tässä arviointiraportissa lähemmin jäljempänä.

## 1.2 Ohjelman loppuarvioinnin toteutus

Dehkon ohjelmakauden lähestyessä päätöstään Diabetesliitto päätti tilata ohjelman loppuarvioinnin ja asetti arviointityölle ohjausryhmän, jonka puheenjohtajana toimi Liisa-Maria Voipio-Pulkki.

Ohjausryhmä määritteli kokouksessaan syyskuussa 2009 loppuarvioinnin sisällöksi:

- **ulkoisen arvioinnin**, jossa keskitytään (1) Dehkon tavoitteiden ja niihin tähtäävien toimenpiteiden toteutumisen arviointiin ja (2) ohjelman yhteiskunnallisten vaikutusten ja merkityksen arviointiin sekä (3) arvioimaan sitä, miten Dehkon toimintatapa asettuu Suomen terveydenhuoltojärjestelmään ja kansanterveysjärjestöjen toimintakenttään. Arvioinnissa ohjausryhmä piti tärkeänä käytännön pohdiskelua siitä, mitä ohjelmalla saatiin nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä aikaan ja mitä olisi pitänyt vielä lisäksi saada aikaan. Arvioinnissa toivottiin tarkasteltavan myös Dehkon toimintatavan soveltuvuutta tulevan terveydenhuollon ohjaukseen,
- **sisäisen arvioinnin**, joka toteutettaisiin erikseen omana Dehkon toimijoiden sisäisenä arviointiprosessina.

Toimeksiannon mukaisesti arvioinnit toteutettiin helmi-syyskuun 2010 aikana siten, että sekä ulkoista että sisäistä arviointia koskevat arviointiraportit valmistuivat 30.10.2010 mennessä.

Tämä arviointiraportti sisältää Dehko-kokonaisuuden ulkoisen arvioinnin.

## Ulkoisen loppuarvioinnin tarkoitus ja tavoitteet

Ulkoisen arvioinnin tarkoituksena oli osoittaa mahdollisimman konkreettisella tavalla se, miten vuonna 2000 julkaistun Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelman sisältämät ja ohjelman aikana tarkistetut tavoitteet ja toimenpiteet toteutuivat, mitä yhteiskunnallisia vaikutuksia ohjelmalla saatiin aikaan sekä miten ohjelmapohjaista toimintatapaa voitiin tai voidaan soveltaa maamme terveyspalvelujärjestelmän toiminnan ohjaamiseen.

### Arviointiryhmä asetti ulkoisen arvioinnin tavoitteiksi:

- ▶ "toteuma-arvioinnin:" mahdollisimman selkeän ja tiiviin kuvan muodostamisen asetettujen tavoitteiden toteutumisasteesta sekä tavoitteiden toteuttamiseksi suoritettujen toimenpiteiden onnistumisesta,
- ▶ "vaikutus-arvioinnin:" konkreettisiin havaintoihin tai mahdollisimman vahvoihin signaaleihin perustuvien johtopäätösten aikaansaamisen Dehkon yhteiskunnallisista vaikutuksista eli siitä, mil-

laisen jalansijan diabeteksen ehkäisyä ja hoitoa koskevat aktiviteetit saivat käytännössä yhteisöissä ja laajemmin yhteiskunnassa sekä

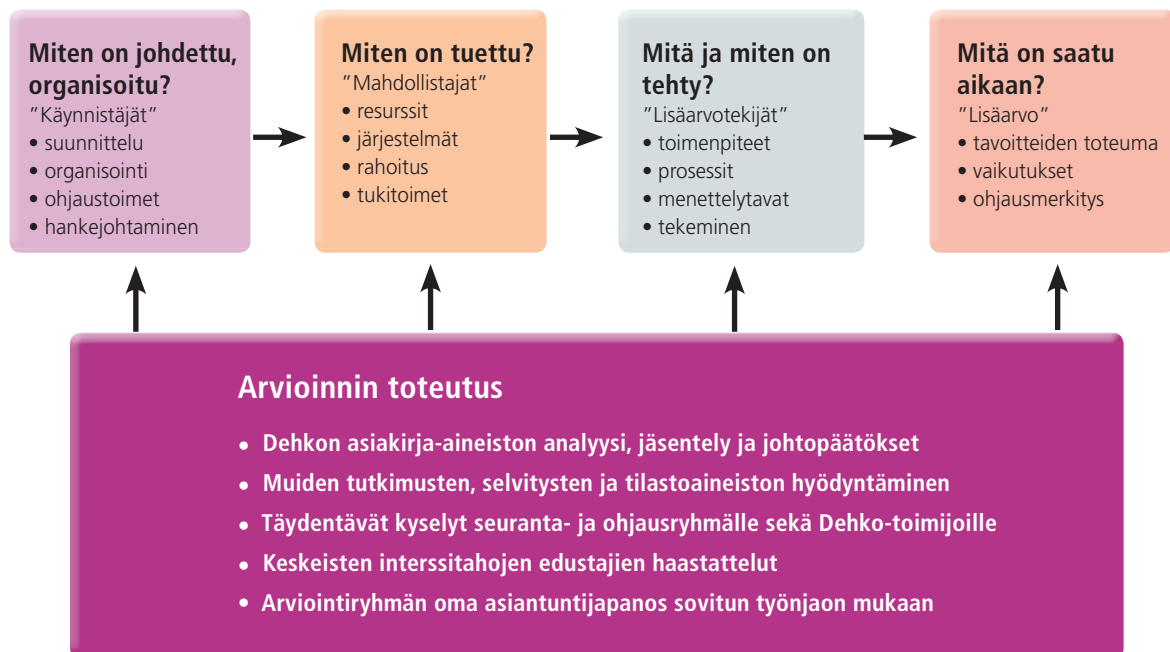
- ▶ "ohjausjärjestelmäärvioinnin:" perusteltujen näkemysten muodostamisen siitä, miten Dehkon tyylinen ohjelmaohjaus soveltui toimintatapana maamme terveydenhuoltojärjestelmän ohjaukseen ja miten Dehkosta saatujen kokemusten pohjalta ohjelmaohjausta sekä kansanterveys- ja potilasjärjestöjen roolia olisi mahdollista kehittää.

Kukin em. tavoite muodostaa samalla ulkoisessa arvioinnissa käsiteltävän arviointialueen.

### Arviointimenetelmä

Arviointityö jäsennettiin edellä mainittuihin kolmeen (3) arviointialueeseen. Kutakin arviointialuetta koskeva arviointi suoritettiin soveltaen ns. lisäarvomallia, joka pohjautuu Tero J. Kauppinen formuloimaan Value Driven Business Model, VDBM-käsitteistöön (Kauppinen 2006). Arviointimenetelmää voidaan kuvata seuraavasti:

## Arviointimenetelmä



Lisäarvomallia sovellettiin siten, että lisäarvoksi (outcome) määriteltiin Dehkolle asetettujen tavoitteiden saavuttaminen, yhteiskunnallisten vaikutusten aikaan saaminen sekä terveydenhuollon ohjaukseen soveltu- minen. Lisäarvotavoitteet eriteltiin Dehkon tavoit- teiden mukaisesti. Koska lisäarvon aikaansaaminen ei voinut tapahtua ilman toimenpiteitä eli lisäarvote- kijöitä, arvioitiin myös näitä. Lisäarvon tekeminen ei onnistu hyvin, ellei sitä varten luoda mahdollistajia, joten myös mahdollistajat oli arvioinnissa otettava huomioon. Ketju ei toimi myöskään ilman suunnit- telua, organisointia ja johtamista, minkä vuoksi ar- viointiin tuli sisällyttää myös ns. käynnistäjätekijät. Lisäarvomallin käynnistäjätekijät muodostavat oman arviointiosionsa.

Arviointihavainnot kuhunkin edellä mainittuun neljään osioon hankittiin:

- ▶ kirjallista aineistoa luokittelemalla ja analysoimalla,
- ▶ käytettävissä olleita tutkimus- ja selvitystietoja sekä tietorekistereitä hyödyntämällä sekä
- ▶ erikseen määritellyiltä tahoilta hankitun kysely- ja haastatteluaineiston avulla.

Arvioinnin tietopohjaa koskevat lähdetiedot esite- tään tämän arviointiraportin liitteessä 1.

Toimeksiantajan kanssa sovittiin, että arviointi- havainnoista koostettaisiin tiivismuotoinen raportti, jossa keskitytään käytännön johtopäätöksiin ja kehittä- mishaasteisiin.

Arviointi perustui pääasiassa Dehkon keräämään asiakirja- ja tietoaineistoon. Arviointiryhmällä ei luonnollisestikaan ollut mahdollisuutta mittavan, kymmenvuotisen ohjelman noin 40 tavoitekohdan ja niihin kuhunkin liittyvien lukuisten toimenpiteiden tutkimukselliseen todentamiseen. Asiakirja-aineis- ton ja tietoaineiston tueksi arviointiryhmä suoritti pienimuotoisen arviointikyselyn hankkeen ohjaus- ja seurantaryhmän jäsenille ja toteutti haastattelukier- roksen eri intressipiireissä ohjelman yhteiskunnallisten vaikutusten ja ohjelmajohdoksen ohjauksen mah- dollisuuksiin liittyvien näkemysten selvittämiseksi. Lisäksi arviointiryhmä hyödynsi samaan aikaan to- teutetun Dehkon sisäisen arvioinnin aineistoa.

Arviointiryhmä luopui erillisen laajamuotoisen kyselyn tekemisestä arviointimateriaalin hankkimi- seksi, koska kävi ilmi, että sidosryhmille oli parhail- laan tekeillä useita muiden tahojen kyselyjä. Näiden kyselyjen tulokset saatiin pääosiltaan arviointiryh- män käyttöön.

**Arviointi perustui Dehkon tuottamien aineistojen, tutkimusten ja selvitysten sekä suoritettujen rajattujen kyselyjen ja haastattelujen analysointiin. Arvioinnissa ei ollut tehtävän laajuuden vuoksi mahdollista suorittaa erillisiä itsenäisiä arviointitutkimuksia tai -selvityksiä. Lisäksi raportissa rajoituttiin kuvaamaan ohjelmaa vain siltä osin, kuin sitä koskevan arvioinnin perustelut edel- lyttivät. Ohjelmakuvauksen laati Diabetesliitto.**

## Arvioinnin organisointi

Ulkoisen arviointi organisoitiin siten, että

- ▶ ulkoista arviointia varten muodostettiin arviointi- ryhmä, johon kuuluivat arviointiprosessin vas- tuuhenkilö ryhmän puheenjohtajana ja kolme (3) asiantuntijaa. Vastuuhenkilö huolehti arviointipro- sessin kokonaisuudesta ja koordinoinnista. Kaikki arvioitsijat toimivat keskenään sovitun työjaon mukaisesti siten, että kukin arvioitsija saattoi keskittyä oman asiantuntemusalueensa arviointi- problematiikkaan,
- ▶ loppuarvioinnin ohjausryhmä koordinoi ulkoista ja sisäistä arviointia, toimi arvioitsijoiden tuki- ja palauteryhmänä sekä linjasi ja ohjasi arviointei- hin liittyviä hallinnollisia ja resurssihin liittyviä järjestelyjä. Ohjausryhmä ei kuitenkaan puuttunut ulkoista arviointia suorittavan arvioitsijaryhmän arviointitehtävien sisällölliseen tai menetelmä- liseen suorittamiseen eikä luonnollisestikaan ulkoisen arvioinnin sisältöön,
- ▶ Diabetesliitto huolehti arviointityön hallinnosta, tarvittavista kokousjärjestelyistä, toimistotekni- sestä tuesta, tiedotuksesta ja muista käytännön järjestelytehtävistä.

Arviointiryhmässä oli edustettuna lääketieteen, hoitotyön ja arvioinnin asiantuntemus. Arviointi- ryhmään kuuluivat TtM Arja Halkoaho, LT Ulla Idänpään-Heikkilä ja dosentti Antti Virkamäki sekä VTM Seppo Tuomola, viimeksi mainittu arvioinnin vastuuhenkilönä. Kukaan arvioitsijoista ei ole kuulu- nut Dehko-organisaatioon.

Arvioitsijaryhmä esittää raporttinsa yhtenä, arvi- oitsijoiden yhteisenä näkemyksenä.

## 2. Dehkon asema ja rakenne

Dehko-ohjelma muodosti kokonaisuuden, joka laajentui toteutuksensa aikana siten, että se kattoi terveydenhuollon diabeteskentän lähes kokonaisuudessaan, etenkin tyypin 2 diabeteksen hoidon ja ehkäisyosalta.

### 2.1 Dehkon luonne ja asema

Dehko oli yhden kansanterveysjärjestön – Diabetesliiton – käynnistämä ohjelma, joka satoi mukaansa laajan keskeisten asiantuntijoiden ja toimijoiden joukon ja jolla oli sen käynnistämisvaiheessa pidetyn, laaja-alaisesti kootun konsensuskokouksen hyväksymä kansallisen ohjelman luonne.

Vaikka ohjelma oli sisällöllisesti laaja-alainen ja vaikka sen toimijat edustivat maamme terveydenhuollon merkittäviä tahoja, ohjelma ei sinänsä ollut maamme virallinen kansallinen ohjelma tai sen osa. Dehko ei myöskään sellaisenaan ollut esillä esim. kansallisessa terveyshankkeessa, joskin sen toimeenpanohanke D2D sai kansallisen terveyshankkeen hankerahoitusta ja Kaste I -ohjelma sisälsi viittauksen Dehkoon.

Maamme terveydenhuollon kokonaisuuden ja palvelujärjestelmän kannalta Dehko oli yhteen, vaikkakin terveystaloudellisesti merkittävään, kansanterveysongelmaan keskittyvä ohjelma. Palvelujärjestelmässä tämä merkitsi luonnollisesti sitä, että Dehkon tavoitteiden toteuttaminen oli sovitettava palvelujärjestelmän muihin tavoitteisiin. Dehko sinänsä ei järjestänyt toimintaa tai tuottanut palveluja, vaan toimi enemmänkin sisällöllisten ja toiminnallisten suuntaviivojen, kehittämisenäkemyksien ja apuvälineiden antajana sekä niistä viestijänä palvelujärjestelmän käyttöön. Dehko kokonaisuutena oli siten Diabetesliiton ja asiantuntijoiden tarjoama tieto- ja toimintataparanto, jota maan terveystalouden ja palvelujärjestelmän toimijat voivat hyödyntää.

Edellä mainituista syistä Dehkon vaikutusten arviointi on tärkeää, sillä on mahdollista, että Dehkon kaltaisen vapaaehtoisen toiminnallisen ohjauksen vaikutukset ovat merkittäviä jopa kansalliseen, palvelujärjestelmänkin piirissä tapahtuvaan toiminnalliseen ohjaukseen verrattuna.

### 2.2 Dehkon jäsentyminen

Dehko-kokonaisuutta voidaan jäsentää useasta eri näkökulmasta. Alkuperäisessä vuonna 2000 julkaisussa Diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämishankkeessa kyse oli selkeästi yhdestä ohjelmakokonaisuudesta, jossa määriteltiin kaksi (2) päätavoitetta koko hankkeelle, kahdeksan (8) tavoitetta hoitoorganisaatioille ja kolme (3) tavoitetta hoitotulosille, laadittiin toimenpidesuosituksen sekä kuvattiin ohjelman arviointi-suunnitelma. Kyseessä oli ”tavoitteisiin ja keinoihin” jäsentyvä kompakti kehittämishankkeiden ohjelma.

Myöhemmin Dehko laajentui ja syventyi mm. alkuperäisen ohjelman toteuttamistoimien johdosta siten, että vuonna 2003 julkaistiin tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma. Siinä ehkäisylle määriteltiin kolmen tason strategiat: väestöstrategia, korkean riskin strategia ja varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia. Kullekin näistä määritettiin organisointia koskevat tavoitteet ja tulostavoitteet ja niiden toteuttamiseksi avaintoimenpiteet. Ehkäisyosion toteutusosuus rakentui merkittävilta osin toimeenpanohankkeeksi, jota alun perin tarjottiin toteutettavaksi kaikissa sairaanhoitopiireissä. Neljässä, sittemmin viidessä sairaanhoitopiirissä D2D-toimeenpanohanke hyväksyttiin, ja sen toteuttamiseksi laadittiin oma projektisuunnitelmansa. D2D-hanke sai kansallisen terveyshankkeen hankerahoitusta.

D2D-hanke organisoitiin omaksi kokonaisuudekseen, ja sitä toteutettiin valittujen sairaanhoitopiirien terveyskeskuksissa. D2D-hankkeesta muodostui pilottihanke, jonka avulla testattiin ja tutkittiin Dehkon ehkäisyohjelman toteuttamismahdollisuuksia.

D2D-hankkeen osuus Dehko-kokonaisuudessa muodostui kaiken kaikkiaan varsin suureksi. D2D-hankkeen toteutumisen arviointi ei kuulunut tämän arvioinnin piiriin, mutta se tulee esiin yhtenä toimenpideratkaisuna arvioinnin aikana. D2D on raportoitu ja arvioitu erikseen (Loppuraportti. Dehkon 2D -hanke [D2D] 2003–2007. Tampere 2009).

Dehkon ensimmäisen väliarvioinnin jälkeen vuonna 2004 julkaistiin Dehko etenee 2005–2007 -raportti, jossa esitettiin toimintasuunnitelma kyseisille vuosille. Suunnitelmassa tarkistettiin aiem-

pia tavoitteita lähinnä diabetesrekisterin osalta. Toimintasuunnitelmassa alkuperäinen Dehko-sisältö jäsennettiin uudella tavalla jaotellen se (1) tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyä, (2) hoidon ja hoidon laadun kehittämistä sekä (3) diabeetikon omahoidon tukemista koskeviin osioihin. Tämä merkitsi uutta etenemistapaa hankkeelle, joskin aiemmin määritellyt tavoitteet olivat edelleen voimassa.

Vuonna 2007 julkaistussa Dehko etenee 2008–2010 -raportissa esitettiin toiseen väliarviointiin perustuva strateginen suunnitelma hankkeen loppukaudeksi. Edellä mainitun kolmen osion yhteiseksi toimintalinjaksi mainittiin kuntavaikuttaminen. Linjavaltointoihin keskittyvässä suunnitelmassa määriteltiin painopistealueet vuosien 2008–2010 kehittämistyötä varten. Näitä olivat (1) riskinarviointi ja ehkäisy, (2) diabeteksen ja lisäsairauksien hoito, (3) diabetesosaaminen sekä (4) tutkimustyö ja selvitykset.

Dehko-kokonaisuus siis eli hankkeen aikana voimakkaasti, ja siihen sisällytettiin runsaasti täydentäviä ja hankkeen eri osioita konkreettisia tehtäviä ja toimintatapoja.

### 2.3 Dehko-toiminta

Ohjelman toteutus perustui monipuoliseen ja laajaan asiantuntijaverkostoon ja varsin runsaiksi muodostuneisiin kokous-, seminaari- ja informaatiotilaisuuksiin. Työ eteni pääasiassa alkuperäisen kehittämishankkeen mukaisesti, mutta sen eteneminen selvästi vaihteli ohjelman eri osioissa ja eri tavoitteiden osalta. Erityisesti ehkäisyosiota toteuttaneeseen D2D-hankkeeseen sidottiin merkittävästi voimavaroja myös rahassa mitaten.

Dehko käynnisti useita tutkimus- ja selvitystöitä, joista tärkeänä pidettävä osa valmistui vielä viimeisen ohjelmavuoden aikana.

Dehko tuotti maamme terveydenhuoltojärjestelmälle runsaasti diabeteksen tutkimusta ja hoitoa koskevia suosituksia, toiminta- ja menettelytapoja ja apuvälineitä diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon sekä omahoidon tukemiseen. Niiden julkistamiseen, esittelyyn ja koulutukseen kiinnitettiin paljon huomiota.

### 2.4 Arviointijohtopäätökset Dehkon asemasta ja rakenteesta

Arvioitsijat katsovat Dehko-kokonaisuutta koskevan asiakirja-aineiston pohjalta, että kyseessä oli keskeisen kansanterveysongelman ehkäisyä ja hoitoa koskeva kokonaisvaltainen ohjelma, jota on sekä kansainvälisesti että maamme oloissa pidettävä niin tavoiteaset-

telultaan kuin toiminnaltaan poikkeuksellisen laajalaisena ja terveystoiminnallisesti merkittävänä.

#### Johtopäätöksinään arvioitsijat esittävät, että

- ▶ Dehkon suunnitteluun kiinnitettiin alusta pitäen ja myös jatkovaiheissa runsaasti huomiota. Ottaen huomioon diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon laajalaisuuden tavoitteiden ja toimenpiteiden asettamisessa onnistuttiin kattamaan koko kokonaisuus. Suunnitteluun sisältyi tavoiteasetanta, toimenpidesuosituksien ja hankkeen arviointisuunnitelma. Työn edetessä ohjelmakokonaisuus eli, laajentui ja syventyi, mikä on luonnollista näin laajamittaisissa ja kunnianhimoisissa asiakokonaisuuksissa. Ohjelman toteuttamisen kannalta olisi tavoitteiston tiivistämisestä ja priorisoinnista sekä tavoitteiden konkretisoinnista ollut etua.
- ▶ Dehko-kokonaisuutta jäsennettiin osiin eri tavoin ohjelman kuluessa, ja jäsentely myös eli mm. suoritettujen väliarviointien tulosten perusteella. Tämä vaikutti jossain määrin ohjelman kokonaisuuden hallintaa vaikeuttavasti. D2D-hankkeen voidaan nähdä erkautuneen varsin itsenäiseksi omaksi kokonaisuudekseen. Toisaalta D2D-hanke suunniteltiin, ohjattiin, toteutettiin ja raportoitettiin koko ohjelmakokonaisuutta ajatellen loogisesti, laadukkaasti ja täsmällisesti.
- ▶ Dehkon jäsentymisen (1) tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyä, (2) hoidon ja hoidon laadun kehittämistä sekä (3) diabeetikon omahoidon tukemista koskeviin osioihin ei näkynyt selvästi ulkoisen arvioinnin kuluessa raportoinnissa. Onkin perusteltua, että kyseisten painopisteiden toteuttaminen tulee esille hankkeen loppuraportin sisäisen arvioinnin osiossa.

**Yhteenvedon Dehko-kokonaisuutta koskevista johtopäätöksistä arviointiryhmä toteaa, että Dehkosta rakennettiin maamme epidemiologiset, terveystoiminnalliset ja terveystaloudelliset näkökohdat huomioon ottava tärkeä ja mittava ohjelma. Erityisen myönteisenä on merkille pantavaa se, että ohjelman ensisijainen tarkoitus ei ollut vain jo syntyneiden ongelmien hoitamisen organisointi, vaan erityisesti myös kyseisen terveysongelman ja sen lisäsairauksien ennaltaehkäisy. Ohjelmassa korostuneella ehkäisyä koskevalla osiolla ja sen toimeenpanohankkeella D2D:lla oli ohjelmassa perusteltu keskeinen, joskin Dehko-kokonaisuudesta eriytynyt rooli.**



## 3. Ohjelman tavoitteet

Arviointityön keskeisen osan muodosti Dehkon tavoitteiden toteutumista koskeva arviointi. Tässä luvussa tarkastellaan, miten Dehkon tavoitteet määriteltiin kehittämisohjelman toimivuuden ja vaikutavuuden kannalta. Lisäksi arvioidaan tavoitteiden systematiikkaa. Tavoitteiden toteutumista tarkastellaan erikseen luvussa 4.

### 3.1 Tavoiteasetanta

Dehkon tavoiteasetanta määriteltiin Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelmassa 2000–2010 sekä Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmassa 2003–2010. Vaikka kyseessä oli kaksi erikseen laadittua ja julkaistua ohjelmaa, katsotaan näissä esitettyjen tavoitteiden muodostaneen yhdessä Dehkon tavoitteiston, jota tulee tarkastella yhtenä kokonaisuutena. Ohjelmia koskevien tavoitteiden on oletettava nivoutuneen loogisesti toisiinsa.

Alkuperäisessä Dehko-ohjelmassa määriteltiin päätavoitteet, joita oli kaksi (2). Samoin ohjelmassa määriteltiin tavoitteet-käsitteen alle yhteensä kahdeksan (8) kohtaa, jotka enimmäkseen liittyivät organisointiin, järjestelyihin tai muihin toimenpidekysymyksiin. Nämä kuvasivat enimmäkseen välitavoitteita tai paremminkin toimenpidetavoitteita varsinaisten aikaansaannoksia kuvaavien tulostavoitteiden (yhteensä 3) saavuttamiseksi.

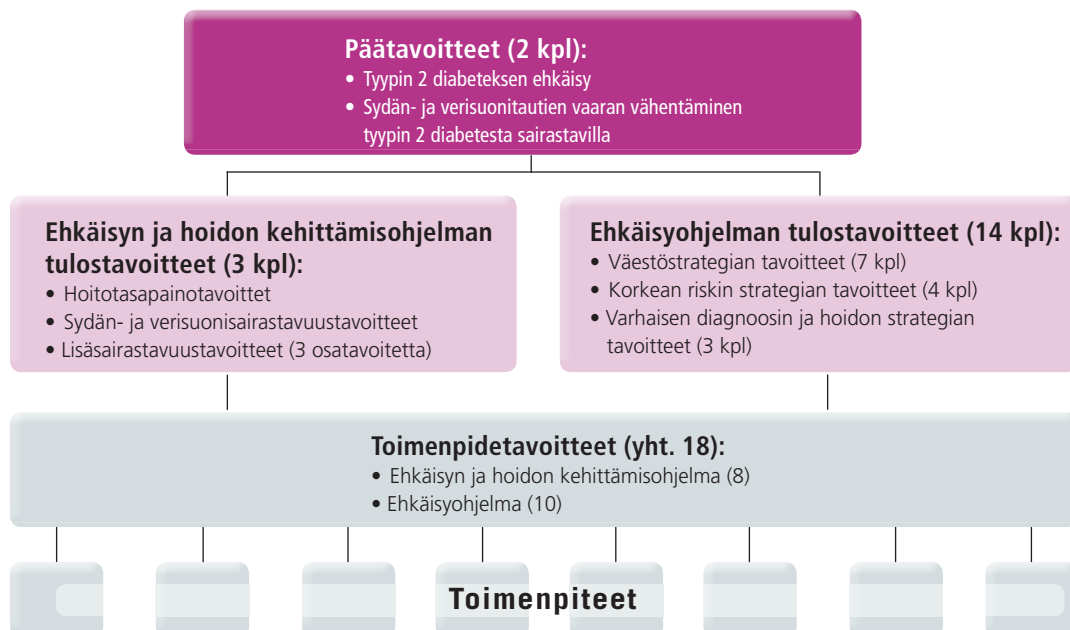
Vastaavasti ehkäisyohjelmassa asetettiin yhteensä 14 tulostavoitetta ja näiden toteuttamiseksi kymmenen (10) toimenpidetavoitetta.

Yhteenlaskettuna ohjelma-asiakirjoihin sisältyi n. 40 tavoitetta. Tavoitteiden määrä oli siis varsin suuri. Ne olivat eritasoisia ja osittain päällekkäisiä; osa tavoitteista oli mitattavia ja lopputavoitemuotoisia; osa välitavoitteiden kaltaisia ja osa tavoitteista kuvasi enemmänkin tulostavoitteiden saavuttamiseksi tarvittavia toimenpiteitä, prosessitavoitteita. Yksittäisten tavoitteiden seuranta ei systemaattisesti kuvattu.

### 3.2 Tavoitteiden systematiikka

Edellisen perusteella tavoitteet on tässä arvioinnissa ryhmitelty organisointitavoitteiksi ja tulostavoitteiksi. Arviointityössä on aiemmin todetun lisäarvomallin pohjalta lähdetty siitä, että keskeisiä tavoitteita ovat lisäarvoa tuottavat tulostavoitteet ja että organisointia koskevat tavoitteet muodostavat ns. toimenpidetavoitteet. Vaikka Dehkon asiakirjoissa ei tätä systematiikkaa ole noudatettukaan, sisältyy se kuitenkin implisiittisesti tavoitteiden jäsentämiseen tulostavoitteisiin ja organisointitavoitteisiin. Arviointityön perustana käytetään sanotun perusteella seuraavaa systematiikkaa:

### Dehko tavoitteiston jäsentely



Tarkastelussa toimenpidetavoitteet ja toimenpiteet menevät osittain päällekkäin, ja näin tapahtui myös Dehkon asiakirjoissa. Toimenpiteitä ei myöskään ole kohdennettu erikseen tietyille tavoitteille. Toimenpideluettelot kuvattiin erikseen. Ajatuksena tässä oli ilmeisesti ollut se, että monet toimenpiteistä edistivät samanaikaisesti useiden tavoitteiden toteuttamista.

### 3.3 Tavoitteisto

Dehkon tavoitteisto on koottu alkuperäisistä hankeasiakirjoista (Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010 sekä Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010) seuraavaan edellä kuvattua systematiikkaa noudattaen:

#### 1. Pääavoitteet

- 1.1 Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy
- 1.2 Sopiminen toimenpiteistä, joilla voidaan vähentää sydän- ja verisuonitautien vaaraa tyypin 2 diabetesta sairastavilla

#### 2. Tulostavoitteet

##### *Ehkäisyn ja hoidon ohjelman tulostavoitteet:*

- 2.1 Diabeetikoiden hoitotasapainot ovat parantuneet siten, että vähintään 50 prosentilla tyypin 1 ja tyypin 2 diabeetikoista on hyvä hoitotasapaino ja vähintään 30 prosentilla on välttävä tasapaino
- 2.2 Diabeetikoiden sydän- ja verisuonisairastuvuus vähenee vähintään kolmanneksella
- 2.3 Diabetekseen liittyvien lisäsairauksien esiintyminen vähenee Euroopan St. Vincent-ohjelman tavoitteiden mukaisesti:
  - jalkojen amputaatioiden määrä vähintään puoleen
  - diabetekseen liittyvä silmän verkkokalvon sairaus vähintään kolmanneksella
  - diabetekseen liittyvä munuaistauti vähintään kolmanneksella

##### *Ehkäisyohjelman tulostavoitteet:*

- 2.4 Toteutetaan Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohanke (2003–2007) sekä terveyden edistämiseen ja kansansairauksien ehkäisemiseen tähtäävien valtakunnallisten toimenpideohjelmien keskeisimmät suositukset
- 2.5 Terveellisten ruokatottumusten ja terveyttä edistävän liikunnan perusviestit ovat pääosalle väestöä tuttuja, mikä näkyy arkiliikunnan ja

terveyttä edistävien ruokatottumusten yleistyminenä

- 2.6 Niiden henkilöiden määrä, jotka liikkuvat päivittäin vähintään puoli tuntia, lisääntyy – arkiliikunta mukaan laskettuna
- 2.7 Lihavien (BMI  $\geq$  30) osuus työikäisistä vähenee 20 prosentista 15 prosenttiin, tyypin 2 diabeteksen yleistyminen hidastuu ja sydän- ja verisuonisairaudet sekä muut lihavuuteen liittyvät ongelmat vähenevät
- 2.8 Kodit, päiväkodit ja koulut sekä järjestöt toimivat aktiivisesti yhteistyössä terveellisiin elintapoihin ohjaamisessa. Lasten ja nuorten liikunta, terveelliset ruokatottumukset sekä henkinen ja fyysinen hyvinvointi yleistyvät ja lihavuus vähenee
- 2.9 Ehkäisyohjelman keskeiset viestit ovat tavoitaneet toimijatahot kuntapäätäjistä terveyden huollon ammattilaisiin ja järjestöaktiiveihin. Ohjelman tunnettuutta, asenteita ja tiedotuksen onnistumista sekä vaikuttavuutta mitataan kyselyin
- 2.10 Yhä suurempi osa väestöstä on tietoinen omista mahdollisuuksistaan edistää terveyttään, tuntee tyypin 2 diabeteksen syntytyypit ja sairastumisen ehkäisyn keinot
- 2.11 Terveystietoisuuden laatua kehitetään ja terveyttä edistävien toimintojen markkinointia tehostetaan. Asenteita ja tietotasoa mitataan gallup-tutkimuksin
- 2.12 75 prosenttia tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvista tiedostaa olevansa suuressa sairastumisvaarassa ja on saanut ohjeita diabetesriskin hallintaan
- 2.13 50 prosenttia korkean riskin yksilöistä on tehostetun elintapaohjauksen ja seurannan piirissä tai toteuttaa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä omaehtoisesti
- 2.14 70 prosenttia diagnosoimattomista diabeetikoista on löydetty seulonnan avulla
- 2.15 Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimivuus ja ehkäisyn kustannusvaikuttavuus on osoitettu ohjelman toimeenpanohankkeen avulla vuosina 2003–2007
- 2.16 Vastasairastuneet tyypin 2 diabeetikot saavat hyvän liikkeellelähdon hoidossa, oppivat alusta alkaen ravitsemuksen, liikunnan ja painonhallinnan merkityksen sairautensa hallinnassa ja ymmärtävät oman roolinsa lisäsairauksien ehkäisemisessä
- 2.17 Diabeteksen hoidossa tarvittava lääkehoito toteutuu optimaalisesti
- 2.18 Diabetekseen liittyvät lisäsairaudet vähenevät Dehkon tavoitteiden mukaisesti

### 3. Toimenpidetavoitteet

#### ***Ehkäisyn ja hoidon ohjelman toimenpidetavoitteet:***

- 3.1 Hoitoyksiköissä on diabeteksen hoidon laatu- ja järjestelmä, jonka luonteva osa on perusterveydenhuollon säännöllinen ja monipuolinen diabeteskoulu
- 3.2 Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn tähtäävät toimenpiteet ovat osa perusterveydenhuollon pysyvää toimintaa
- 3.3 Maassamme on ATK-pohjaiset hoitoyksikkökohtaiset ja alueelliset diabetesrekisterit sekä valtakunnallinen diabetesrekisteri
- 3.4 Diabeetikkojen hoito-organisaation perustana ovat hyvin toimivat hoitoketjut, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon jaettu hoitovastuu ja joustava konsultointikäytäntö
- 3.5 Jokaisella tyypin 1 diabeetikolla on mahdollisuudet yksilöllisesti tarvitsemaansa hyvään omahoitoon
- 3.6 Kaikki tyypin 2 diabeetikot saavat riittävän hoidonohjauksen, ja heidän sydän- ja verisuonitauteihin liittyvä kokonaisriskinsä hoidetaan kohonneen verenokeripitoisuuden ohella
- 3.7 Diabeetikot hallitsevat omahoidon ja ovat tyytyväisiä hoitoonsa
- 3.8 Terveydenhuollon ja diabetesyhdistysten yhteistyö omahoidon tukemiseksi on vakiintunut pysyväksi toimintamuodoksi.

#### ***Ehkäisyohjelman toimenpidetavoitteet:***

- 3.9 Terveyden edistämisen valtakunnallinen, alueellinen ja paikallinen organisaatio on toimiva ja vastuut on määritelty selkeästi
- 3.10 Toiminta kattaa ympäristön ja sosiaalisten käytäntöjen kehittämiseen liittyvän yhteistyön sekä laajaan liikunta-, ravitsemusneuvonta- ja painonhallintayhteistyöhön liittyvän koordinoinnin valtakunnallisine verkostoineen
- 3.11 Terveyttä edistävän toiminnan ja kansansairauksien ehkäisyn nykyresursseja arvioidaan uudelleen ja hyödynnetään tehokkaasti. Resursseja lisätään tarpeen mukaan valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla
- 3.12 Jokaisessa kunnassa on terveyden edistämistä ja kansansairauksien ehkäisyä koskevat toimintasuunnitelma osana kunnan hyvinvointi-strategiaa sekä terveydenedistämiseen osallistuvien toimijoiden ja palvelujen verkosto. Suunnitelman toteutumista arvioidaan säännöllisesti, ja toimintaa kehitetään tulosten, uuden tiedon ja saatujen kokemusten pohjalta
- 3.13 Terveyden edistämiseen on kehitetty "matalan kynnyksen" malli, joka tavoittaa ne kohde-ryhmät, jotka ovat esimerkiksi koulu- ja työterveyshuollon ulkopuolella
- 3.14 Terveyden edistäminen ja määrätietoinen kansansairauksien ehkäisy on perusterveydenhuollon (mukaan lukien neuvolat, työterveyshuolto, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto) sekä varusmiespalvelua suorittavien ja ikääntyvien terveydenhuollon suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa
- 3.15 Terveyttä edistävän toiminnan tuloksellisuus on turvattu toimijoiden sopimien yhteisten toimintalinjojen, henkilökunnan jatkuvan koulutuksen, laatu- ja järjestelmän ja siihen sisältyvän säännöllisen arvioinnin avulla
- 3.16 Ravitsemusasiatuntemuksen määrää lisätään perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Lisäksi painonhallintaan liittyvä ryhmätoiminta kuuluu pysyvästi sekä terveyskeskusten että työterveyshuollon asiakaspalveluun, ja terveydenhuolto on osa paikallista painonhallinta-, liikunta- ja ravitsemusohjauspalvelujen verkostoa
- 3.17 Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden seulonta, ohjaus ja seuranta ovat perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon suunnitelmallista toimintaa. Elintapojen kirjaaminen on toimiva ja käytännöllinen osa sähköistä hoitokertomusjärjestelmää, ja tulosten seuranta osa terveydenhuollon yksiköiden laadunseurantajärjestelmää
- 3.18 Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvien ohjauksessa ja hoidossa sovelletaan kohonneen verenpaineen, aikuisten lihavuuden ja tupakoinnin Käypä hoito -suosituksia. Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaan toimitaan neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon lastenkliniikoissa
- 3.19 Seulonnan ja seurannan yhteydessä diagnosoitavien tyypin 2 diabeetikoiden tehostettu elintapahoito aloitetaan viipymättä, sydän- ja verisuonitautien riskit kartoitetaan ja jatko-toimia varten laaditaan pitkäjänteinen hoitosuunnitelma. Riskitekijöiden tilannetta seurataan säännöllisesti vuositarkastuksen yhteydessä, ja hoitoa tehostetaan tarvittaessa ja viivytyksettä asiaankuuluvalla lääkityksellä lisäsairauksien synnyn ehkäisemiseksi.

Kuten tavoiteluettelosta voidaan nähdä, alkuperäisen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelman ja tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman tavoitteet paitsi liittyivät toisiinsa ja täydensivät toisiaan, olivat myös jossain määrin päällekkäisiä. Kyse on kuitenkin samasta kokonaisuudesta, ja olennaista onkin, että tavoitteita tarkasteltiin yhtenä kokonaisuutena riippumatta siitä, miten hanke oli hallinnollisesti toteutettu.

### 3.4 Arviointijohtopäätökset Dehkon tavoitteista

Arviointisijat katsovat, että Dehkon tavoiteasetannassa pyrittiin kuvaamaan keskeisiä diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämistä koskevia tavoitteita. Varsin laajaksi muodostuneessa tavoiteistossa kuitenkin **tavoitteiden keskinäiset riippuvuudet sekä niiden keskinäinen logiikka jossain määrin sekoittuivat**. Niinpä osa tavoitteista oli lopputavoitemuotoisia, osa välitavoitteiden kaltaisia, ja osa tavoitteiksi nimetyistä kuvauksista näyttäisi pikemminkin kuuluvan toimenpiteisiin.

#### Arviointijohtopäätöksinä Dehkon tavoiteasetannasta ja tavoitteiden systematiikasta esitetään seuraavaa:

- Dehkon kokonaisuuteen liittyneitä tavoitteita oli hankkeen aikana asetettu yhteenlaskettuna lähes 40. **Tavoitteita oli varsin paljon, ja tavoitteet olivat eritasoisia.** Tavoitteet koskivat sekä diabeteksen ehkäisyn ja hoidon tuloksia että toimintaa ja sen organisointiin liittyviä järjestelyjä. Kaikkia tavoitteita ei määritetty yksiselitteisesti tai siten, että niiden toteutumista voitaisiin arvioida. Näin myös tavoitteiden toteuttamiseksi kohdistettujen toimenpiteiden ja toteuttamisen hallinta ja seuranta jäivät puutteellisiksi.
- Arviointiryhmän mielestä tavoiteasetannasta olisi tullut selkeämpi, jos ohjelmassa olisi nimetty tavoitteiksi vain aikaansaannosta tai tulosta kos-

kevat asiat ja jos organisointitavoitteista ja muista toimenpideluontoisista tavoitteista olisi käytetty käsitettä toimenpiteet. Toisin sanoen **yksinkertaisinta olisi ollut nimetä ohjelmassa käytetty tulostavoitteet -käsite tavoitteiksi ja ohjelmassa käytetty käsite "tavoitteet" toimenpiteiksi.**

- Dehkon ohjelmakirjat sisälsivät varsin suuren tavoitemäärän, noin 40 tavoiteilmaisua. Hankkeen toimeenpanon ja toimenpiteiden kohdistamisen sekä hallinnan ja seurannan järjestämisen kannalta **tavoitemäärää on pidettävä liian suurena.** Kun merkittävä osa tavoitteista lisäksi oli varsin yleisluontoisia ja vain suuntaa-antavia, ei niiden ohjausvaikutus luultavasti muodostunut käytännössä kovin merkitykselliseksi. Keskittyminen pienempään määrään konkreettisesti määritettyjä ja mitattavissa olevia tavoitteita olisi todennäköisesti johtanut suurempaan ohjausvaikutukseen.
- Tavoitteita asetettaessa tulisi samalla määritellä tavoitetoteumaa koskevat mittarit ja huolehtia siitä, että **toteumaseuranta** heti alusta pitäen tulee järjestetyksi. Kyse on varsin usein kehittämishankkeissa ilmenevästä haasteesta, johon ei yleensä kiinnitetä huomiota. Näin tapahtui monelta osin myös Dehkon ohjelmassa monien tavoitteiden kohdalla, vaikka joidenkin tavoitteiden mittarit ja seuranta olivatkin määritellyt.

**Yhteenvedona Dehkon tavoitteita koskevista arviointijohtopäätöksistä esitetään, että Dehkon tavoiteasetanta kuvasi keskeisiä diabeteksen ehkäisyn ja hoidon tavoitteita, vaikkakin tavoitteiden määrä oli varsin suuri ja tavoitteet eritasoisia ja merkittävä osa niistä oli sellaisia, joihin ei ollut osoitettu mitattavia eikä seurattavia suureita. Tavoiteistossa aiheuttaa sekaannusta lisäksi se, että tavoitteet sisälsivät lopputulosta kuvaavia tulostavoitteita, välitavoitteen luontoisia toimenpidetavoitteita ja toimenpiteitä. Arviointiryhmä katsoo, että em. piirteillä oli vaikutusta myös itse tavoitteiden toteutumiseen.**

## 4. Dehkon tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutuminen

Dehkon tavoitteiden toteutumista ja toteutumiseen tähtäviä toimenpiteitä on käsitelty yksilöidysti liitteessä 2, jossa on myös lähteitä, joihin arvioinnit perustuvat. Tässä luvussa esitetään yksilöidyn tarkastelun pohjalta yhteenveto ja arviointijohtopäätökset tavoitteiden toteutumisesta.

Dehkon tavoitteet ja toimenpiteet on jaoteltu seuraavasti (luku 3):

- ▶ Pää tavoitteet
- ▶ Tulostavoitteet
- ▶ Toimenpidetavoitteet ja toimenpiteet

Pää tavoitteiden toteutuminen on tulosta kaikkien tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta, ja sitä käsitellään tämän luvun arviointiosuudessa 4.3.

Tässä luvussa tarkastellaan tulostavoitteiden sekä toimenpidetavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumista. Kunkin **tulostavoitteen** toteutumista tarkastellaan erikseen, alkuperäisen diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelman tulostavoitteen ja myöhemmin luodun ehkäisyohjelman tulostavoitteen ryhmiteltyinä. **Toimenpidetavoitteiden ja toimenpiteiden** toteutumista kuvataan omassa osiossaan päällekkäisyyksien vuoksi vain yhteenvetomaisesti. Toimenpidetavoitteita ja toimenpiteitä tarkastellaan ohjelman pääosoiden – (1) tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn, (2) hoidon ja hoidon laadun kehittämisen sekä (3) diabeetikon omahoidon tukemisen – mukaisesti jaotellen.

Toteutumista arvioitaessa lähdemateriaalina oli pääosin Dehkon tuottama tai Dehkossa julkaistu seurantamateriaali, Diabetesliiton tekemät kyselyt sekä arvioijien tekemät haastattelut ja kysely. Ohjauksen ja seurantaryhmälle tehdyn kyselyn tulosten yhteenveto esitetään liitteessä 3 ja haastattelujen yhteenveto liitteessä 4. Laajaa Dehkossa asetettujen tavoitteiden toteutumista kuvaavan materiaalin hakua ei tehty.

### 4.1 Tulostavoitteiden toteutuminen

#### Ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelman tulostavoitteet

##### 4.1.1

*Diabeetikoiden hoitotasapainot ovat parantuneet siten, että vähintään 50 prosentilla tyypin 1 ja tyypin 2 diabeetikoista on hyvä hoitotasapaino ja vähintään 30 prosentilla on välttävä tasapaino*

#### ▶ Tavoitteen toteutuminen

Timo Vallen vuonna 2000–2001 tekemä selvitys hoitotasapainosta toimii lähtötilanteen kartoituksena, vaikka tulokset julkistettiin vasta vuonna 2004, siis vasta tavoitteiden asettamisen jälkeen. 2000-luvun alussa hyvään tasapainoon ylsi tyypin 1 diabeetikoista viidennes ja tyypin 2 diabeetikoista kymmenesosa, mikä oli tuolloin voimassa olevien suositusten mukaista. Huonossa tai hälyttävän huonossa tasapainossa oli tyypin 1 diabeetikoista puolet ja tyypin 2 diabeetikoistakin yli kolmannes.

Vallen hoitotasapainoselvityksen (2009–2010) perusteella tyypin 2 diabeetikoiden sokerinhoidon hoitotasapaino parantui merkittävästi verrattuna lähtötilanteeseen. Vaikka lopulliset analyysit olivat tätä kirjoitettaessa vielä kesken, näyttää siltä, että hoitotasapainon paraneminen oli huomattavaa ja että 1990-luvulla alkanut trendi oli jatkunut johdonmukaisena.

Tulokset kuvaavat varhaisen diagnostiikan paranemista ja aktiivisen varhaisen lääkehoidon lisääntymistä. Yhdistelmähoitoisten diabeetikoiden hoitotasapainon paraneminen kuvaa hoidon aktivoitumista tavoitteiden saavuttamiseksi. Kaikki yllämainitut seikat ovat Dehkon tavoitteiden ja Käypä hoito-suosituksen hengen mukaisia.

Tyypin 1 diabeetikoiden hoitotasapainoa kuvaava ryhmä Vallen selvityksessä ovat puhtaasti insuliinihoidossa olevat diabeetikot. Heidän HbA<sub>1c</sub>-mediaaninsa oli viimeisimmässä selvityksessä sama kuin vuoden 2001 selvityksessä. Huolimatta hoidon siirtämisestä suurelta osin erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksiin 2000-luvulla hoitotasapaino ei ollut heikentynyt.

### ► Arviointijohtopäätökset

Diabeteksen hoidon tavoitteet eivät täyttyneet tyyppin 1 diabeetikoilla, mutta sitä vastoin tyyppin 2 diabeetikoiden hoitotasapaino näytti parantuneen erittäin merkittävästi. Kokonaisuudessaan tällä oli varsin suuri taloudellinen merkitys lisäsairauksien vähentymisen kautta.

On aiheellista pohtia syitä, miksi tyyppin 1 diabeetikoiden hoitotulokset eivät kohentuneet käytännössä lainkaan, kun tyyppin 2 diabeetikoiden hoitotasapaino parantui merkittävästi. Epäsuorasti tämä viittaa siihen, että tyyppin 2 diabeetikoiden hoitoa suhteessa tyyppin 1 diabeetikoihin oli aiemmin suorastaan laiminlyöty ja näin aktivoituminen tuotti selvän vasteen hoitotasapainoon jopa väestötasolla.

Dehkon vaikutusta hoidon aktiivisuuden kehittymiseen voidaan pitää merkittävänä. Vuonna 2007 julkaistu kansallinen diabeteksen Käypä hoito -suositus antoi ohjelman aikana myös yhtenäiset ohjeet diabeteksen hoidon kehittämiseksi. 2000-luvun ensimmäinen vuosikymmen oli myös varsinainen uusien lääkeinnovaatioiden ilotulitus. Uusien lääkkeiden käyttö ei sinänsä selitä hoitotasapainon paranemista, sillä suurella osalla potilaista käytetään perinteisiä hoitoja. Uusien lääkkeiden tulolla oli kuitenkin lääkehoidon aktiivisuutta lisäävä vaikutus.

Suoraan Dehkon varsinaista merkitystä ei voi tarkkaan arvioida, mutta ottaen huomioon ohjelman vaikutuksen ammattilaisten sitouttajana ja eräänlaisena ”myötätuulena” monille projekteille (mm. Dehkosta riippumattomalle diabeteksen Käypä hoito -suositukselle) Dehkon merkitystä voidaan pitää tärkeänä.

#### 4.1.2

##### *Diabeetikoiden sydän- ja verisuonisairastuvuus vähenee vähintään kolmanneksella*

### ► Tavoitteen toteutuminen

Asetetun tavoitteen toteutumista seurattiin alkupe- räisen aikataulusuunnitelman mukaisesti. Seurannat perustuivat sekä potilaskertomuksista saatuihin tietoihin että otoksista tehtyihin seurantoihin ja lisäksi hoitoilmoitustietokannasta ja rekistereistä tehtyihin selvityksiin.

Sydän- ja verisuonisairastuvuuden kokonaisuudesta ja sen muutoksista ei luotettavaa tietoa ole diabeetikoiden osalta saatavissa. Tavoitteiden saavuttamisen indikaattoreina käytettiin seuraavia:

- sydäninfarktien ilmaantuvuus diabetesta sairastavilla vuosina 2000 ja 2009
- aivoinfarktien ilmaantuvuus diabetesta sairastavilla vuosina 2000 ja 2009

### Sydäninfarkti

Diabeetikoiden ensimmäisen sydäninfarktin ilmaantuvuus pieneni jo ennen Dehkon käynnistämistä. Lasku pysähtyi välillä, mutta FinDM II -tutkimuksen alustavien tulosten perusteella näyttää siltä, että diabeetikoiden sydäninfarktin ilmaantuvuus olisi taas selkeässä laskussa: miesdiabeetikoiden ensimmäisten sydäninfarktien ilmaantuvuus pienentyi sekä ei-insuliiniriippuvaisilla että insuliiniriippuvaisilla miehillä ja naisilla jopa yli asetetun kolmanneksen tavoitetaso- verran.

### Aivoinfarkti

Myös diabeetikoiden ensimmäisten aivoinfarktien ilmaantuvuus pieneni voimakkaasti jo ennen vuotta 2000, erityisesti yli 54-vuotiaiden ikäryhmissä. FinDM II -tutkimuksen alustavat tulokset osoittivat, että lasku jatkui vuosien 2000–2002 aikana esiintyneen tasaantumisen jälkeen ja ensimmäisten aivoinfarktin saaneiden osuus pienentyi vuodesta 2002 vuoteen 2007 sekä insuliiniriippuvaisilla että ei-insuliiniriippuvaisilla miehillä ja naisilla yli asetetun tavoitetaso- verran.

### ► Arviointijohtopäätökset

Sydän- ja verisuonisairauksien väheneminen diabeetikoilla tavoitteena olleen kolmanneksen verran on osoitettu seurantatutkimuksissa sydäninfarktin ja aivoinfarktin osalta. Sydän- ja aivoinfarktit muodostavat suurimman osan diabeetikoiden sydän- ja verisuonisairastavuudesta, ja siten niiden väheneminen antaa hyvän kuvan sydän- ja verisuonisairastavuuden muutoksesta.

Diabeteksen varhainen toteaminen ja hyvä hoitotasapaino ovat ratkaisevia keinoja estää lisäsairauksien kehittyminen. Näiden tulostavoitteiden saavuttaminen oli siis Dehkon kaikkien kolmen pääosion, (diabeteksen ehkäisyn, hoidon ja omahoidon), tavoitteiden ja toimenpidesuosituksen yhteisvaikutusta. Dehko oli monien tavoitteittensa ja toimenpiteittensä avulla vaikuttanut diagnoosien aikaistumiseen ja hoidon aktiivisuuden ja laadun paranemiseen, ja sitä kautta ohjelma vaikutti osaltaan lisäsairauksien vähenemiseen.

Lisäsairauksien ilmaantuminen liittyy diabeteksen keston. Koska diabeetikoiden määrä kasvoi nopeasti vuosien 2000 ja 2007 välillä, loppuvuosina oli mukana enemmän diabetesta vasta vähän aikaa sairastaneita, mikä vaikutti lisäsairauksien ilmaantumisen tiheyteen.

#### 4.1.3

##### **Diabetekseen liittyvien lisäsairauksien esiintyminen vähenee Euroopan St. Vincent -ohjelman tavoitteiden mukaisesti:**

- *jalkojen amputaatioiden määrä vähenee vähintään puoleen*
- *diabetekseen liittyvä silmän verkkokalvon sairaus vähenee vähintään kolmanneksella*
- *diabetekseen liittyvä munuaistauti vähenee vähintään kolmanneksella*

#### ► Tavoitteen toteutuminen

FinDM II -tutkimuksessa selvitettiin ensimmäisten amputaatioiden toteutumista. Alustavien tietojen mukaan näiden määrä 100 000 diabeetikkoa kohden väheni vuodesta 2000 vuoteen 2007, mutta lasku oli vähäinen. Tyypin 2 diabeetikoilla ilmaantuvuus suhteessa diabeetikoiden määrään oli alkuvuosina laskeva, mutta lasku on viime vuosina pysähtynyt.

Retinopatian päätetapahtumien ilmaantuvuuden seuraaminen ei ole ollut mahdollista. Dehko on raportoinut retinopatian esiintyvyydestä muutamissa selvityksissään, joihin saatiin rajoitetusti tietoa pienestä osasta terveystieteistä ja sairaaloita. Potilaskohortit eivät olleet samoja eri selvityksissä. Näiden selvitysten perusteella ei siten voida tehdä johtopäätöksiä esiintyvyyden muutoksesta. FinDM II -tutkimus tuo tulkintavaiheessa lisätietoa.

Nefropatiasta ei ole saatavissa vertailutietoja vuodelta 2000, eivätkä vuosien 2003 ja 2007 laatumittauksissa saadut tulokset olleet keskenään vertailukelpoisia. Diabetekseen liittyvän munuaistaudin ilmaantumisen indikaattoreina olivat albuminurian ilmaantuminen, sairaalahoidot uremian vuoksi ja dialyysihoidon tarpeen ilmaantuminen diabeetikoilla. Tulosten perusteella ei voida arvioida muutoksen suuntaa. FinDM II:n tulokset tuovat lisätietoa tähänkin.

Munuaisrekisterin vuoden 2008 tiedot kertoivat, että diabeteksen aiheuttaman loppuvaiheen munuaisten vajaatoiminnan ilmaantuvuus oli vähentynyt vuodesta 1997 vuoteen 2007 erityisesti tyypin 1 diabeetikkomiehillä. Diabeetikkojen määrän kasvun ansiosta uremian vuoksi hoitoon tulleiden diabeti-

koiden määrä kasvoi voimakkaasti aina vuoden 2000 tienoille, mutta kasvu tasaantui 2000-luvulla.

#### ► Arviointijohtopäätökset

Dehkossa pyrittiin selkeästi Euroopan St. Vincent -ohjelman mukaisten tavoitteiden toteuttamiseen parantamalla diabeetikoiden hoitoa. Tässä onnistuttiin verrattain hyvin sydän- ja verisuonitautien osalta. Muiden kuin sydän- ja verisuonitautikomplikaatioiden toteutumisen seurantaan ei ole ollut hyviä menetelmiä.

Jalkojen amputaatioiden osalta tulostavoite saavutettiin FinDM II -tulosten perusteella osittain ja vain tyypin 2 diabeetikoilla. Diabeetikoiden jalkojen tutkimisen toteutumisessa kontrollikäyntien yhteydessä ollaan vielä kaukana asetetusta laatumittavoitteesta.

Edellä kuvattujen selvitysten pohjalta ei voida tehdä johtopäätöksiä retinopatian ilmaantuvuuden tai esiintymisen muutoksista. FinDM II -tutkimus tuo asiasta lisätietoa.

Nefropatian esiintymisen muutoksista on toistaiseksi vähän käytettävissä luotettavaa tietoa. Positiivista on, että uremian vuoksi hoitoon tulleiden diabeetikoiden määrän kasvu tasaantui 2000-luvulla huolimatta diabeetikkojen määrän kasvusta. FinDM II -tutkimus tuo tästäkin asiasta lisätietoa.

Diabeteksen kesto vaikuttaa edellä mainittujen lisäsairauksien syntymiseen erityisen paljon, joten Dehkon kymmenen vuoden seuranta-aika on tässä suhteessa lyhyt. Dehko-ohjelman vaikutusta tapahtuneisiin muutoksiin voidaan jossain määrin arvioida sen perusteella, miten tehokkaasti Dehkossa on toteutettu tulostavoitteiden toteutumiseen vaikuttavia toimenpiteitä sekä suhteessa siihen, mitä muuta ilmaantuvuuteen vaikuttavaa ympäristössä on tapahtunut. Asiaan palataan tämän luvun lopun kokonaisarviossa.

#### **Ehkäisyohjelman tulostavoitteet:**

##### 4.1.4

##### **Toteutetaan tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohanke (2003–2007) sekä terveyden edistämiseen ja kansansairauksien ehkäisemiseen tähtäävien valtakunnallisten toimenpideohjelmien keskeisimmät suositukset**

Tällaisia ohjelmia ovat:

- *Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi (1997, päivitetty 2005–2011),*

- *Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämisestä (2002),*
- *Valtion ravitsemuspoliittinen ohjelma (2003),*
- *Terveysliikunnan paikalliset suositukset (2000) sekä*
- *Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämishjelma (2000–2010).*

#### ► **Tavoitteen toteutuminen**

D2D-hanke on toteutettu ja jo arvioitu, ja tutkimustuloksia sen tavoitteiden saavuttamisesta ja toimenpiteiden toteutumisesta ja vaikuttavuudesta saadaan vuosien 2010 ja 2011 aikana.

Tulostavoitteen jälkimmäisen osan toteutumista ei Dehko-hankkeessa erikseen seurattu eikä voitu katsoa, että kaikkien valtakunnallisten ohjelmien yksityiskohtaisten tavoitteiden olisi mahdollista toteutua ja tavoitteita mahdollista arvioida Dehkon yhteydessä. Dehkossa ehkäisylle asetetut tavoitteet ja toimenpide-esitykset kattoivat ja noudattivat periaatteiltaan tässä tulostavoitteessa mainittujen ohjelmien tavoitteita. Toteutumista arvioidaan alla asianomaisten tavoitteiden ja toimenpiteiden yhteydessä.

#### ► **Arviointijohtopäätökset**

Toimeenpanohanke D2D toteutui, ja sen raportointi, seuranta ja arviointi suoritettiin. Toimeenpanohankkeen toteutumista koskeva lähempi arviointi ei kuulunut tässä esitettävän arviointiraportin piiriin.

Tämän tulostavoitteen piiriin kuuluvien muiden tavoitteiden toteutumiseksi Dehko tuotti aktiivisesti materiaalia, viestitti ehkäisyn tärkeydestä ja koulutti erityisesti yhteistyössä Sydänliiton kanssa. Toimenpiteiden ja projektien toteutumista ja tuloksia arvioitiin D2D:ssä laajasti. Systemaattista seurantaa tai tietoa ei ole siitä, miten D2D-alueen ulkopuolella toimittiin ja miten tavoitteet toteutuivat valtakunnallisesti.

#### 4.1.5

*Terveellisten ruokatottumusten ja terveyttä edistävän liikunnan perusviestit ovat pääosalle väestöä tuttuja, mikä näkyy arkiliikunnan ja terveyttä edistävien ruokatottumusten yleistymisenä*

#### ► **Tavoitteen toteutuminen**

Väestön tietoisuutta diabeteksestä kartoitettiin vuonna 2003. Tällöin noin kolmannes vastaajista arvioi diabeteksen syiksi ruokavalion, perintötekijät, ylipainon ja liikunnan puutteen. Vastaajista kaksi kolman-

nestä arvioi diabetesta voitavan ehkäistä ruokavaliolla ja hiukan yli puolet liikunnalla. Kysely oli tarkoitus suorittaa uudelleen vuonna 2007, mutta se ei toteutunut.

D2D-hankkeessa kartoitettiin kyselyillä vuosina 2004–2007, kuinka terveyskäyttäytyminen oli muuttunut tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman ansios-ta. Tuloksista näkyy, että D2D-alueiden väestössä oli enemmän terveyskäyttäytymistään muuttaneita kuin muun Suomen alueella.

Finravinto 2007 -tutkimuksen mukaan suomalaisten aikuisten ravintotottumukset ovat kehittyneet pääosin myönteiseen suuntaan: käytetyn rasvan laatu on parantunut ja suolan saanti pienentynyt.

Liikunnan osalta tavoitteen toteutumista arvioidaan kohdassa 4.1.6.

#### ► **Arviointijohtopäätökset**

Tiedossa ei ole, miten suuri osa väestöstä tuntee terveyttä edistävät perusviestit. Myönteistä on, että ruokailutottumukset kehittyivät tavoitteen mukaiseen suuntaan Dehkon aikana. On erittäin vaikea osoittaa, missä määrin myönteinen kehitys on luettavissa Dehkon ansioksi; missä määrin muista tekijöistä johtuvaksi. Elintapoja oli muuttanut suurempi osa väestöstä D2D-alueilla kuin muualla Suomessa, mikä osoittanee intensiivisten toimenpiteiden edistäneen Dehkon tavoitteiden toteutumista.

#### 4.1.6

*Niiden henkilöiden määrä, jotka liikkuvat päivittäin vähintään puoli tuntia, lisääntyy – arkiliikunta mu-kaan laskettuna*

#### ► **Tavoitteen toteutuminen**

FINRISKI 2002 ja 2007 -tulosten mukaan vähintään 2–3 kertaa viikossa 20–30 minuuttia kerrallaan vapaa-ajan liikuntaa harrastavien osuus kasvoi seuranta-aikana.

Dehkossa ja etenkin D2D-hankkeessa seurattiin tavoitteen toteutumista ja myös toteutettiin tavoitetta edistäviä toimenpiteitä, joista voi mainita esimerkiksi liikuntareseptit. Tuloksia saadaan ajan kuluessa.

#### ► **Arviointijohtopäätökset**

Liikuntaa harrastavien osuus muuttui Dehkon aikana myönteiseen suuntaan. Sen indikoiminen, oliko varsinaisen tulostavoitteen toteutuminen edistynyt Dehkon ansiosta vai muista syistä, on vaikeaa. Tietoa



siitä saadaan mahdollisesti D2D-seurantahankkeen tutkimusten mukana.

#### 4.1.7

*Lihavien (BMI  $\geq 30$ ) osuus työkäisistä vähenee 20 prosentista 15 prosenttiin, tyyppin 2 diabeteksen yleistyminen hidastuu ja sydän- ja verisuonisairaudet sekä muut lihavuuteen liittyvät ongelmat vähenevät*

##### ► Tavoitteen toteutuminen

FINRISKI 2007 -tutkimuksen mukaan painoindeksi nousi vuosituhannen alkuvuosina, mutta nousu vuodesta 2002 vuoteen 2007 ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Vuonna 2007 merkittävästi lihavia (painoindeksi vähintään 30kg/m<sup>2</sup>) sekä miehistä että naisista oli edelleen noin viidennes.

Kaikkiaan tyyppin 2 diabeteksen esiintyvyys kasvoi edelleen Dehkon aikana. D2D-hankkeessa korkean riskin kohortin henkilöillä sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöiden (ylipainon, vyötärömitan, kolesterolin, verenpaineen ja poikkeavan glukoosiaineenvaihdunnan) esiintyvyys kuitenkin väheni merkitsevästi.

Dehkon aikana diabeetikoiden sydän- ja verisuonisairastuvuus pieneni (tulostavoite 4.1.2). Vähäinen pieneneminen jatkui myös koko väestössä.

##### ► Arviointijohtopäätökset

Lihavuuden vähenemisen tavoitetta ei saavutettu. Tyyppin 2 diabetesta sairastavien määrä myös lisääntyi seuranta-aikana, ehkä juuri ylipainoisuuden ja lihavuuden vain lisääntyessä.

D2D-hankkeessa tunnistettujen korkean riskin kohortin henkilöillä sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöiden esiintyvyys kuitenkin väheni, kuten myös sydän- ja verisuonisairastuvuus diabeetikoilla ja väestössä, mikä ennakoii myönteistä kehitystä. Tämä osoittaa, että aktiivisilla toimenpiteillä Dehkon asettamien tavoitteiden saavuttaminen voisi olla mahdollista.

#### 4.1.8

*Kodit, päiväkodit ja koulut sekä järjestöt toimivat aktiivisesti yhteistyössä terveellisiin elintapoihin ohjaamisessa. Lasten ja nuorten liikunta, terveelliset ruokatottumukset sekä henkinen ja fyysinen hyvinvointi yleistyvät ja lihavuus vähenee*

##### ► Tavoitteen toteutuminen

Seurantatietoa siitä, toimivatko kodit, päiväkodit ja koulut sekä järjestöt aktiivisesti yhteistyössä terveellisiin elintapoihin ohjaamisessa, ei ole käytettävissä. Ohjaus- ja seurantaryhmän jäsenten yleinen käsitys kyselyn perusteella kuitenkin on, perustumatta mihinkään tutkimukseen, että kouluissa ja päiväkodeissa kyllä jaetaan tietoa, mutta tiedon jakamisen aikaansaamia tuloksia pidetään vielä epävarmoina.

Dehko-ohjelmassa ei seurattu, olivatko lasten ja nuorten liikunta, terveelliset ruokatottumukset sekä henkinen ja fyysinen hyvinvointi yleistyneet ja lihavuus vähentynyt. Sotka-tietokannan mukaan viitteitä nuorten elintapojen paranemisesta ja terveydentilan kohenemisesta oli: koko maassa suoritetun kyselyn tulokset osoittivat nuorten koululaisten tupakoinnin ja vähän liikuntaa harrastavien määrän vähentyneen vuodesta 2000 vuoteen 2008, samoin keskinkertaiseksi tai huonoksi terveydentilansa ilmoittaneiden määrän.

##### ► Arviointijohtopäätökset

Tavoitteen alkuosaan liittyvää kotien, päiväkotien ja koulujen yhteistyötä ei seurattu. Tulos jää arvailujen varaan.

Tavoitteen jälkimmäisen osan saavuttamisessa muutos oli myönteinen. Yläasteikäisten liikuntaharrastukset ja fyysinen hyvinvointi yleistyivät. Lisäksi tupakointi vähentyi.

#### 4.1.9

*Ehkäisyohjelman keskeiset viestit ovat tavoittaneet toimijahot kuntapäätäjistä terveydenhuollon ammattilaisiin ja järjestöaktiiveihin. Ohjelman tunnettuutta, asenteita ja tiedotuksen onnistumista sekä vaikuttavuutta mitataan kyselyin*

##### ► Tavoitteen toteutuminen

Tavoitteen toteutumista ei Dehkossa seurattu. Haastatteluissa voitiin todeta Dehkon tuottaman ja lähettämän informaatimateriaalin saavuttaneen päättäjät, mutta terveyden ehkäisemisen aktiviteetti ei informaation pohjalta juurikaan ollut kunnissa lisääntynyt tai terveyden ehkäisemisen organisointi kehittynyt.

Vuosina 2004–2009 kerättiin seurantatietoja terveydenhuollon ja diabetesyhdistysten yhteistyöstä, tähän liittyvä raportti valmistuu vuoden 2010 lopussa.

### ► Arviointijohtopäätökset

Tietoa tavoitteen toteutumista mittaavien kyselyjen toteuttamisesta tai tuloksista ei ole käytettävissä. Haastattelujen perusteella näyttää siltä, ettei terveyden edistämistä ole näinä taloudellisesti vaikeina aikoina priorisoitu kovin korkealle.

#### 4.1.10

*Yhä suurempi osa väestöstä on tietoinen omista mahdollisuuksistaan edistää terveyttään, tuntee tyypin diabeteksen syntysyyt ja sairastumisen ehkäisyn keinot*

### ► Tavoitteen toteuttaminen

Vuonna 2003 väestön tietoisuutta kartoitettiin Suomalaisen tiedot diabeteksestä -lähtötasotutkimuksen avulla. Kansanterveyslaitoksen tekemissä AVTK-tutkimuksissa vuosina 2004–2007 selvitettiin väestön tietoisuutta diabeteksestä D2D-hankealueen ja muun Suomen välillä. Tulokset kuvataan D2D-hankkeen loppuraportissa ja tulostavoitteen 4.1.5 yhteydessä.

D2D-hankkeen alussa vuonna 2003 runsas puolet vastaajista tiesi diabeteksen ehkäisyn olevan mahdollista ja osasi nimetä diabeteksen syitä. Väestön tietoisuus diabeteksestä lisääntyi hankkeen kuluessa. Tietoisuus omista mahdollisuuksista ehkäistä tyypin 2 diabetesta on eritasoinen D2D-hankealueella kuin muualla Suomessa. D2D-alueilla asuneet muuttivat elintottumuksia useammin kuin muualla Suomessa (tarkemmat tiedot Dehkon 2D -hankkeen loppuraportissa).

### ► Arviointijohtopäätökset

Koko maan osalta väestön tietoisuuden muutoksesta diabeteksen ehkäisystä ei ole seurantatietoa. D2D-alueilla tietoisuus lisääntyi aktiivisen toiminnan ansiosta. Arvioinnin yhteydessä haastatellut pitivät Dehkon tärkeimpinä saavutuksina diabetesriskin esille nostamista ja viestin jakamista siitä, että diabetesriskiä on mahdollista vähentää muuttamalla elintapoja terveellisemmiksi.

#### 4.1.11

*Terveysviestinnän laatua kehitetään ja terveyttä edistävien toimintojen markkinointia tehostetaan. Asenteita ja tietotasoa mitataan gallututkimuksin*

### ► Tavoitteen toteutuminen

Dehkon suunnittelussa viestintä oli näkyvässä roolissa ohjelman alusta alkaen. Viestinnässä käytettiin hyvin apuna yhteistyökumppaneita, ja ohjelma tuotti paljon laadukasta materiaalia hoitohenkilökunnan, yhteistyökumppaneiden, diabeetikoiden sekä median käyttöön.

Kun viestintää arvioitiin Dehkon väliarvioinnissa, kiinnitettiin huomiota onnistuneeseen julkisuuskampanjaan. Myös D2D-hankkeessa arvioitiin diabeteksen ehkäisyn medianäkyvyyttä, joka todettiin hyväksi.

Asenteita tai tietotasoa ei mitattu Gallup-tutkimuksella.

### ► Arviointijohtopäätökset

Dehko panosti terveysviestinnän levittämiseen, ja viestinnän on monissa yhteyksissä arvioitu saavutaneen väestön. Viestintämateriaali oli näkyvää ja hyvätaidoista, ja sen jakelu oli laajaa. Tavoitteessa mainittuja asenteiden ja tietotason muutosten arviointia Gallup-tutkimuksin ei kuitenkaan tehty.

Viestintää arvioidaan laajemmin raportin luvuissa 5 ja 6.

#### 4.1.12

*75 prosenttia tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvista tiedostaa olevansa suuressa sairastumisvaarassa ja on saanut ohjeita diabetesriskin hallintaan*

### ► Tavoitteen toteutuminen

Tavoitteen toteutumista ei systemaattisesti selvitetty.

Dehkon 2D -hankkeessa seurattiin diabetesriskitestin (FINDRISC) täyttäneiden vastausprofileja, muttei sitä, kuinka suuri osa riskiryhmiin kuuluneista henkilöistä erityyppisellä informaatiolla (esim. Tuijota omaan napaasi -materiaalilla) tavoitettiin.

Tottumusten muuttaminen terveydellisten näkökohtien vuoksi voi olla indikaattori sille, että henkilö tuntee olevansa riskissä sairastua. Tällaisia asioita selvitettiin kyselyllä väestössä D2D-hankkeessa. Kyselyn tuloksia on kuvattu aiemmin kappaleessa 4.1.5.

### ► Arviointijohtopäätökset

Tietoa ei ole siitä, toteutuiko tavoite määritelmän mukaisena.

Riskiryhmien ohjaamiseen kehitettiin menettelyjä ja materiaalia, joiden avulla tavoitteeseen pyrittiin. Riskitestin painosmäärät ja verkkokäyttö dokumen-

toitiin. Materiaali kokonaisuudessaan otettiin varsin kattavasti osaksi terveydenhuollon toimijoiden riskinarviointikeinoja, mutta se miten materiaali tavoitti riskiyritys, on vielä epäselvää.

#### 4.1.13

*50 prosenttia korkean riskin yksilöistä on tehostetun elintapaohjauksen ja seurannan piirissä tai toteuttaa tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyä omaehtoisesti*

##### ► Tavoitteen toteutuminen

Tavoitteen toteutumista ei mitattu eikä sen mittaamiseen käytettäviä indikaattoreita määritelty.

##### ► Arviointijohtopäätökset

Vain viitteellistä tietoa on saatavissa. Mahdollisesti jatkossa D2D:n tutkimustulosten valmistuessa selviää, miten tavoite toteutui aktiivisen toiminnan alueella.

#### 4.1.14

*70 prosenttia diagnosoimattomista diabeetikoista on löydetty seulonnan avulla*

##### ► Tavoitteen toteutuminen

Näin kuvattuna tavoitteen saavuttamisen mittaaminen on mahdotonta. Peltosen ja kumppaneiden vuonna 2006 julkaisema D2D-väestötutkimus paljasti epidemian laajuuden, mitä voidaan pitää merkittävänä saavutuksena sinänsä. Diabeteksen diagnosiikka epäilemättä on terävöitynyt ja varmastikin diagnosoimattomien diabeetikoiden suhteellinen määrä on jonkin verran pienentynyt.

Merkittävin haaste tavoitteen saavuttamisen tiellä lienee siihen käytettävien resurssien niukkuus ja hajanaisuus.

##### ► Arviointijohtopäätökset

Vaikka tarkkoja lukuja aiheesta ei olekaan, on selvää, että alkuperäinen tavoite jäi selvästi saavuttamatta. D2D-hanke oli tämän nimenomaisen tavoitteen saavuttamiseksi perustettu toimeenpanohanke, ja sen onnistuminen on arvioitu toisaalla.

Riskinarvioinnin ja interventioiden toimenpiteiden kirjo ja luovuus voivat olla parhaimmillaan tärkeä pohja Dehkon ja D2D:n jälkeiselle työlle, kun pakkotilanteessa joudutaan kehittämään perinteisistä mallista poikkeavia ratkaisuja. On kuitenkin suuri

vaara, että jatkotyölle ei osoiteta resursseja, jolloin Dehkon ja D2D:n mallit valuvat osittain hukkaan.

#### 4.1.15

*Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimivuus ja ehkäisyn kustannusvaikuttavuus on osoitettu ohjelman toimeenpanohankkeen avulla vuosina 2003–2007*

##### ► Tavoitteen toteutuminen

Kustannusvaikuttavuuden osoittamista koskeva tavoite oli kohdennettu D2D-hankkeelle, mutta sen loppuraportissa asian selvittämisen ilmoitetaan olevan kesken. D2D:tä koskevat tutkimukset jatkuvat D2D-seurantahankkeessa vuonna 2011.

Dehkon kuluessa käynnistettiin Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007 -tutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena ei kuitenkaan ollut selvittää kustannusvaikuttavuutta, vaan lähinnä kustannuskennettä ja kustannusten kehittymistä.

Ohjelman aikana suoritettua kummassakaan väliarviointiraportissa ei käsitelty kustannustietoja eikä kustannusvaikuttavuutta.

Dehkon ohjaus- ja seurantarayhmälle osoitetussa näkemyskartoituksessa kustannusvaikuttavuuden tavoitteen toteutuminen sai kouluarvosanan 7.

##### ► Arviointijohtopäätökset

Kustannusvaikuttavuuden osoittamiseksi on D2D-seurantahankkeessa ryhdytty toimenpiteisiin, mutta asian selvittäminen on tätä kirjoitettaessa kesken.

D2D-hankkeen arviointi ei kuulunut ulkoisen arvioinnin toimeksiantoon. Muilta osin diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kustannuskysymyksistä voidaan todeta, että niitä on käsitelty ohjelmassa ja ohjelman kuluessa verrattain vähän. Professori Tero Kankaan hankkeen alkuvaiheessa suorittamaa tutkimusta on pidettävä urauurtavana. Tämän jälkeen kustannuksia koskevia havaintoja saatiin vasta ohjelman päättyessä asiaa koskevan tutkimusraportin valmistuttua vuonna 2010. Vaikka kustannusvaikuttavuuden osoittaminen määriteltiin Dehkon tavoitteeksi, ei suoritettulla kustannustutkimuksella tuotettu tähän kysymykseen välittömiä havaintoja. Kyse on luonnollisesti myös siitä, että kustannusvaikuttavuuden osoittaminen on metodisesti erittäin ongelmallista.

Kustannustietoja ja kustannusvaikuttavuutta koskevan näkökulman saattamisella Dehkoa ohjauksi tekijäksi oli ilmeisesti muita Dehko-sisältöjä pienempi painoarvo ohjelman toimenpiteitä suunnit-

teltaessa ja toteutettaessa. Toki ohjelman päättymisvuonna julkaistu tutkimus on arvokas ja merkittävä uusi tietolähde, ja se tuo runsaasti uutta informaatiota diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämiseen. Tämän tiedon tai osan siitä olisi kuitenkin ollut hyödyllistä olla Dehkon käytössä jo ohjelman aikana. Mitä ilmeisimmin kustannustieto olisi saattanut vaikuttaa ohjelman joihinkin osioihin.

#### 4.1.16

*Vastasairastuneet tyypin 2 diabeetikot saavat hyvän liikkeellelähdon hoidossa, oppivat alusta alkaen ravitsemuksen, liikunnan ja painonhallinnan merkityksen sairautensa hallinnassa ja ymmärtävät oman roolinsa lisäsairauksien ehkäisemisessä*

##### ► Tavoitteen toteutuminen

Siitä, miten vastasairastuneet tyypin 2 diabeetikot ovat ymmärtäneet oman roolinsa lisäsairauksien ehkäisemisessä, ei ole seurantatietoa. Hoidonohjauksen toteuttamiseksi kehitettiin malleja, ja diabeetikoille tuotettiin monenlaista laadukasta materiaalia, mutta sitä ei ole selvitetty, miten vastasairastuneet saivat ohjausta ja sisäistivät ohjauksen sisällön.

##### ► Arviointijohtopäätökset

Arvioitaessa tätä tavoitetta tulee tarkastella koko ohjelmaa. Dehko tuotti yhtenäiset hoito-ohjeet niin tyypin 2 kuin 1 diabeetikoille. Lisäksi tuotettiin tehokas riskinarviointijärjestelmä ja yhtenäistettiin hoidonohjausta. Toisaalta omahoitoon tarkoitettu materiaali syntyi varsin myöhään ohjelman aikana.

Etenkin D2D-hankkeessa tuotettiin useita hyviä alueellisia malleja, jotka myös raportoitiin. Näin mahdollistetaan hyvien käytäntöjen implementointi. D2D-alueilla henkilökunnan koulutus lisääntyi, ja Dehko tuotti ohjausmateriaalia kattavasti koko maahan.

#### 4.1.17

*Diabeteksen hoidossa tarvittava lääkehoito toteutuu optimaalisesti*

##### ► Tavoitteen toteutuminen

Tavoitteen toteutumisesta on vaikea arvioida numeerisesti, sillä optimaalinen hoito (tavoitteet ja lääkitys) on yksilöllistä.

Yksilöllistä lääkehoitoa korostaa myös diabeteksen Käypä hoito -suositus. Suositus julkaistiin kesäkuussa 2007, jonka jälkeen on aloitettu n. 100 000 uutta metformiinihoitoa. Tämä osoittaa suosituksen ohjanneen varsin hyvin oikeaan lääkitykseen.

Uusien lääkeaineryhmien ilmestyminen on luonut haasteita, mutta myös mahdollisuuksia optimaaliselle lääkeshoidolle. Lääkehoitoihin liittyvien haittatilastojen epävarmuus luo oman haasteensa lääkeshoidon optimaalisen toteutumisen arviolle.

##### ► Arviointijohtopäätökset

Hoitotasapainon paraneminen ja suositusten mukaisen lääkityksen käytön lisääntyminen viittaavat lääkityksen toteutuneen oikeasuuntaisesti. Koska jokaisen diabeetikon lääkehoito on toteutettava yksilöllisesti, on täsmällisen ”oikean” lääkityksen seuraaminen väestötasolla vaikeaa.

#### 4.1.18

*Diabetekseen liittyvät lisäsairaudet vähenevät Dehkon tavoitteiden mukaisesti*

Lisäsairauksien esiintymistä on tarkasteltu erikseen tavoitteiden 2.2, 2.3 ja 2.4 kohdalla. Tämä tavoite on myös päällekkäinen usean muun Dehkon tavoitteen kanssa.

## 4.2 Toimenpidetavoitteiden ja toimenpiteiden toteutuminen

Toimenpidetavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta on kuvattu yksityiskohtaisesti liitteessä 2. Tässä osiossa on lyhyt yhteenveto toimenpidetavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta Dehkon pääosioiden ja toimenpidetavoitteiden kohteiden mukaisesti jaoteltuna. Toimenpidetavoitteiden lopussa suluisissa oleva numero on ao. toimenpidetavoitteen numero liitteessä 2.

### Organisointiin tähtäävät toimenpidetavoitteet:

*Terveystieteen edistämisen valtakunnallinen, alueellinen ja paikallinen organisaatio on toimiva ja vastuut on määritelty selkeästi. Toiminta kattaa ympäristön ja sosiaalisten käytäntöjen kehittämiseen liittyvän yhteistyön sekä laajaan liikunta-, ravitsemusneuvonta- ja painonhallintayhteistyöhön liittyvän koordinoinnin valtakunnallisine verkostoineen. (3.1)*

*Terveyttä edistävän toiminnan ja kansansairauksien ehkäisyyn nykyresursseja arvioidaan uudelleen ja hyödynnetään tehokkaasti. Resursseja lisätään tarpeen mukaan valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. (3.2)*

*Jokaisessa kunnassa on terveyden edistämistä ja kansansairauksien ehkäisyä koskeva toimintasuunnitelma osana kunnan hyvinvointistrategiaa sekä terveydenedistämiseen osallistuvien toimijoiden ja palvelujen verkosto. Suunnitelman toteutumista arvioidaan säännöllisesti, ja toimintaa kehitetään tulosten, uuden tiedon ja saatujen kokemusten pohjalta. (3.3)*

*Ravitsemusasiiantuntemuksen määrää lisätään perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Lisäksi painonhallintaan liittyvä ryhmätoiminta kuuluu pysyvästi sekä terveyskeskusten että työterveyshuollon asiakaspalveluun, ja terveydenhuolto on osa paikallista painonhallinta-, liikunta- ja ravitsemusohjauspalvelujen verkostoa. (3.7)*

Dehkon yhteydessä luotiin kuntastrategia. Sen mukaisesti Dehko toteutti kuntavaikuttamisoperaatioita yhteistyössä diabetesyhdistysten kanssa. Operaatioihin liittyen Dehkon henkilökunta tapasi Kuntaliiton, alueiden ja kuntien edustajia vuosina 2003 ja 2005. Vuonna 2007 Dehko järjesti Kuntaliiton kanssa yhteistyöseminaarin kuntien päättäjille. Seminaarin pohjalta syntyi Diabetes on ehkäistävässä, mutta asialla on kiire -niminen esite. Lisäksi Dehko toteutti Diabetesliiton kanssa eduskunnan diabetesseminaarin vuonna 2009. Tietoa näiden tapaamisten tai strategian sisällöstä tai terveyden edistämisen organisoinnin toteutumisesta valtakunnallisesti ja alueellisesti tavoitteen mukaisena ei ollut arviointiryhmän käytettävissä.

Valtakunnallisella tasolla sosiaali- ja terveysministeriö (STM) asetti Dehkon aikana hallituskaudelle Terveyden edistämisen politiikkaohjelman, joka antoi kunnille velvoitteita terveyden edistämisen rakenteiden ja vastuiden toteuttamisesta sekä velvoitteita luottamushenkilöiden ja johtavien viranhaltijoiden jatkuvasta koulutuksesta. Kuntien oli myös laadittava suunnitelma ja toimintaohjelma hyvinvointia ja terveyttä edistävästä ja terveysongelmia ehkäisevästä toimista. Lisäksi kuntien oli seurattava näiden toteutumista. STM julkaisi lisäksi laatusuosituksen terveyden edistämisen tueksi. Sen toteutumisesta tai vaikutuksista ei ole selvitystä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuonna 2007 tekemän kyselyn mukaan valtaosa kunnista ei ollut nimennyt terveyden edistämisen vastuita tai kuvannut sen rakenteita. Uudempi selvitys näyttäisi osoittavan, että tässä on tapahtunut kehitystä parempaan suuntaan. Hyviä esimerkkejä terveyden edistämisen verkostoitumisesta löytyy D2D-alueilta.

Haastattelujenkin pohjalta vaikuttaa siltä, että monissa kunnassa ei ole selkeästi kuvattua organisaatiota tai strategiaa, jossa eri hallinnonalat toimivat yhdessä terveyden edistämiseksi. Terveyden edistämisen resursseja toki arvioidaan strategian ja toimintaohjelmien yhteydessä, mutta niitä priorisoidaan harvoin resurssien jaossa. Useat haastatelluista katsoivat, että STM olisi voinut ottaa näkyvämmän roolin Dehko-ohjelman toteuttamisessa ja toteuttamisen tukemisessa.

Epäselväksi jää, miten hyvin tavoitteeksi asetettu painonhallinnan tai muun ryhmäohjauksen toteutuminen onnistui koko maan alueella. Selvitysten mukaan vielä lähes puolet väestöstä asuu alueilla, joissa ei terveydenhuollon palveluksessa ole yhtään ravitsemusalan asiantuntijaa, ja puutteita on myös jalkojenhoito- ja fysioterapiapalveluissa.

### **Toimintakäytäntöjen kehittämiseen tähtäävät toimenpidetavoitteet**

*Terveyden edistämiseen on kehitetty "matalan kynnyksen" malli, joka tavoittaa ne kohderyhmät, jotka ovat esimerkiksi koulu- ja työterveyshuollon ulkopuolella. (3.4)*

*Terveyttä edistävän toiminnan tuloksellisuus on turvattu toimijoiden sopimien yhteisten toimintalinjojen, henkilökunnan jatkuvan koulutuksen, laatu järjestelmän ja siihen sisältyvän säännöllisen arvioinnin avulla. (3.6)*

*Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvien ohjauksessa ja hoidossa sovelletaan kohonneen verenpaineen, aikuisten lihavuuden ja tupakoinnin Käypä hoito -suosituksia. Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaan toimitaan neuvoloissa, koulu-terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon lastenklinikoissa. (3.10)*

*Seulonnan ja seurannan yhteydessä diagnosoitavien tyypin 2 diabeetikoiden tehostettu elintapahoito aloitetaan viipymättä, sydän- ja verisuonitautien riskit kartoitetaan ja jatkotoimia varten laaditaan pitkäjänteinen hoitosuunnitelma. Riskitekijöiden tilannetta*

*seurataan säännöllisesti vuositarkastuksen yhteydessä, ja hoitoa tehostetaan tarvittaessa ja viivytystä asiaankuuluvalla lääkityksellä lisäsairauksien synnyn ehkäisemiseksi. (3.11)*

*Diabeetikkojen hoito-organisaation perustana ovat hyvin toimivat hoitoketjut, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon jaettu hoitovastuu ja joustava konsultointikäytäntö. (3.14)*

Yhteistä valtakunnallista mallia työterveyshuollon tai kouluterveydenhuollon ulkopuolella olevien tavoittamiseksi ei ole, mutta monissa kunnissa on kehitetty toimintatapoja tehtävää varten. Kuten edellä organisoinnin toteutuksen yhteydessä on kuvattu, yhtenäiset terveyden edistämisen vastuut ja organisointi sekä tulosten seuranta olivat vielä monin paikoin toteuttamatta.

Valtakunnallista suositusta ikäkausitarkastuksista perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa ei ole laadittu. STM on antanut ohjeen kunnille työttömien terveystarkastusten toteuttamisesta. Työttömien terveystarkastusten toteutusta onkin tehdyt selvityksen mukaan viime aikoina kehitetty. Lisäksi muun muassa vanhusten neuvoloita on perustettu, ja ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä toteutetaan. D2D-hankkeessa on luotu paikallisia malleja näiden kaikkien toteuttamiseksi. Arviointeja toteutettujen ennaltaehkäisevien tarkastusten tai käyntien toteuttamisesta tai vaikuttavuudesta on vähän.

Diabeetikoiden hoidon laatujärjestelmiä on jonkin verran luotu, mutta ehkäisyn laatujärjestelmät ja arviointimenetelmät ovat vielä harvinaisia.

Selvitysten mukaan erityisesti verenpaineen ja dyslipidemian Käypä hoito -suositukset tunnetaan hyvin, ja niitä käytetään yleisesti hoidon toteuttamisessa, todennäköisesti siis myös diabeetikoiden ja riskiryhmien hoidossa. Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaiset toimintatavat on liitetty neuvoloiden ohjeisiin, mikä tukee niiden käyttöä ja toteuttamista.

Erytiskorvattavien lääkkeiden myöntämisperusteita ei ole kyetty muuttamaan diabeetikkojen hoitoa edistävään suuntaan. Erytiskorvattavien lääkkeiden korvattavuusprosessien viiveet ovat pitkiä kansainvälisissä vertailuissa.

Dehkon yhteydessä toteutettiin useita kehittämissankkeita kunnissa, terveyskeskuksissa, sairaanhoitopiireissä ja alueilla, myös tässä osiossa käsiteltävien toimenpiteiden toteuttamiseksi. Hankkeet on raportoitu ja julkaistu Diabetesliiton verkkosivuilla; D2D:ssä toteutetut hankkeet kirjattiin myös D2D:n

loppuraporttiin. Kehittämishankkeista yhteisöt voivat poimia toteutettaviksi hyviä toimintakäytäntöjä ja hoitomalleja.

Sairaanhoitopiireihin vuonna 2009 osoitetun kyselyn perusteella alueellisia hoitoketjuja oli kehittänyt raskausdiabeteksen hoitoon lähes puolet sairaanhoitopiireistä, tyyppiin 1 ja tyyppiin 2 diabeteksen hoitoon yli kolmannes ja lasten diabeteksen hoitoon viidennes sairaanhoitopiireistä. Kyselyyn vastanneet katsoivat hoitoketjujen todennäköisesti ohjaavan hoitoa silloin, kun hoitoketjuista on tietoa ja ne ovat helposti käytettävissä.

Dehko suosittelee jokaiseen sairaanhoitopiiriin diabeteksen hoitoa koordinoivan ja seuraavan diabetestöryhmän perustamista. Ryhmän suositellusta rakenteesta ja tehtävästä on kuvaus Dehkon toimenpideohjelmakirjassa. Selvityksen mukaan diabetestöryhmä on perustettu kaikkiin sairaanhoitopiireihin.

Diabetesvastaavan lääkärin ja diabeteshoitajan nimeämisestä on toimenpidesuositus. Diabeteshoitajan tai -lääkärin virkanimikettä ei ole määritelty tarkemmin, joten on vaikea saada valtakunnallista systemaattista seurantatietoa toimenpiteen toteuttamisesta. Edellä mainitun selvityksen mukaan yli 90 %:lla terveyskeskuksessa hoidettavista diabeetikoista olisi diabeteshoitaja ja diabetesvastaualääkäri.

Dehko teki vuosina 2003 ja 2006 selvityksen diabeteksen hoidon koulutustarpeesta ja antoi suosituksia koulutuksen toteuttamisesta. Lisäksi ehdotettiin työryhmän perustamista edistämään diabetestietoutta kaikilla terveydenhuollon tasoilla. Diabetes terveydenhuoltoalan koulutuksessa -selvityksen mukaan diabeteskoulutus oli kehittynyt. Suurimpien ongelmien tilanne ei ollut kuitenkaan juuri muuttunut: diabetesopetuksen määrä ja opetuksen sisältö vaihtelivat edelleen hyvin paljon terveydenhuollon peruskoulutuksessa. Diabetekseen liittyvää täydennyskoulutusta oli saatavilla terveydenhuollon ammattensa toimiville, mutta koulutus oli edelleen hajallaan, koordinoimatonta ja monien toimijoiden järjestämää. Vuonna 2008 Dehko käynnisti Diabetestyön kehittäminen -monimuotokoulutusprojektin kansainvälisen diabetesjärjestön IDF:n englanninkielisten opetusdioiden käännoistyöllä. Tavoitteena oli saada kattava suomenkielinen opetuspaketti, jossa myös kansalliset hoitosuosituksot olisi otettu huomioon. Koulutusohjelma oli tätä kirjoitettaessa kokeiluvaiheessa.

Osaamisen kartoittamiseksi ja koulutustarpeen arvioimiseksi Dehko tuotti diabetesosaamiskartan, joka on saatavilla Diabetesliitosta.

Valviran tehtävänä on terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden vaatimusten mukaisuuden val-

vonta sekä turvallisen käytön edistäminen. Organisaatioiden ja ammattimaisten käyttäjien velvollisuus on huolehtia käytössään olevien laitteiden toimintakunnosta, käyttöohjeiden saatavuudesta, käyttökoulutuksesta ja tuotteiden jäljitettävyyden varmistamisesta. Tästä tulisi olla ohjeistus ja vaatimukset yksiköiden laatu järjestelmässä. Hoidon seurannassa käytettävien laitteiden laadun valvontaan ja kehittämiseen luodusta yhteisestä kattavasta järjestelmästä ei löydy näyttöä.

### **Perusterveydenhuollon vastuiden ja toiminnan kehittämiseen tähtäävät toimenpidetavoitteet**

*Terveyden edistäminen ja määrätietoinen kansansairauksien ehkäisy on perusterveydenhuollon (mukaan lukien neuvolat, työterveyshuolto, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto) sekä varusmiespalvelua suorittavien ja ikääntyvien terveydenhuollon suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa. (3.5)*

*Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden seulonta, ohjaus ja seuranta ovat perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon suunnitelmallista toimintaa. Elintapojen kirjaaminen on toimiva ja käytännöllinen osa sähköistä hoitokertomusjärjestelmää, ja tulosten seuranta osa terveydenhuollon yksiköiden laadunseurantajärjestelmää. (3.8)*

*Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn tähtäävät toimenpiteet ovat osa perusterveydenhuollon pysyvää toimintaa. (3.9)*

Kaste- ja Terveys 2015 -ohjelmat ovat valtakunnallisina ohjaavina tahoina korostaneet terveyden edistämistä ja määrätietoista kansansairauksien ehkäisyä olennaisena osana perusterveydenhuollon toimintaa, samoin on tehty Dehkossa. Siitä miten perusterveydenhuollossa on kansansairauksia ehkäisty, ei vielä ole valtakunnallista tietoa.

D2D-hankkeessa korkean riskin henkilöiden etsintää toteutettiin suunnitellusti kaikilla hankealueilla. Riskitestiä käytettiin laajalti myös muualla kuin D2D-alueilla työterveystarkastuksissa, aikuisneuvoloissa, ikäkausitarkastuksissa ja äitiysneuvoloissa, mutta kutsuntatarkastuksissa harvoin. Siitä ei löydy selvitystä, miten suunniteltua toimintaa oli D2D-hankkeen ulkopuolisilla alueilla.

Dehko ei selvittänyt järjestelmällisesti, miten terveyskeskuksissa sovellettiin sydän- ja verisuoniterveyden edistämishjelmaa tai miten pysyviä dia-

beteksen ehkäisytöimenpiteet olivat. Selvittämistä vaikeutti se, että elintapojen kirjaaminen ei ollut kaikkialla osana sähköistä hoitokertomusjärjestelmää, tai vaikka olisi ollutkin, kirjaaminen oli puutteellista. Tämä vaikeutti tulosten seuranta. Lisäksi useista perusterveydenhuollon yksiköistä puuttui systemaattinen laadunseurantajärjestelmä.

### **Laadunhallinnan organisointiin ja toteutukseen tähtäävät toimenpidetavoitteet**

*Hoitoyksiköissä on diabeteksen hoidon laatu järjestelmä, jonka luonteva osa on perusterveydenhuollon säännöllinen ja monipuolinen diabeteskoulutus. (3.12)*

*Maassamme on ATK-pohjaiset hoitoyksikkökohtaiset ja alueelliset diabetesrekisterit sekä valtakunnallinen diabetesrekisteri. (3.13)*

Laatujärjestelmiä oli Dehkon sairaanhoitopiireihin lähettämien kyselyjen mukaan monissa diabetesta hoitavissa yksiköissä, mutta laatujärjestelmien rakenne ja kattavuus vaihtelivat. Yhtenäistä mallia tai suositusta rakenteesta ei ollut. Laatujärjestelmien puuttuminen näkyi myös laadunseuranta tutkimusten toteutuksessa. Vain muutama prosentti terveyskeskuksista pystyi vastaamaan Dehkon laatu kyselyyn. Vastaamatta jättämisen syynä oli useimmiten tiedon esiin saamisen vaikeus. Sairaaloista suuri osa oli liittynyt vapaaehtoiseen yksityiseen diabetestietojärjestelmään, joten näiden diabeteksen hoitotuloksista tietoa oli saatavissa.

Diabeteksen Käypä hoito -suositus syntyi Dehkon aikana, ja Dehko oli omalta osaltaan nostanut esiin suosituksen tarpeellisuuden. Mitään selvästi formuloitua tavoitetta ei väliarviointien jälkeen tehdyissä toiminnan suuntaamisissa kuitenkaan esitetty diabeteksen Käypä hoito -suosituksen noudattamisesta.

Rekistereiden muodostamista koskeva tavoite käsiteltiin Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmässä ja Diabetesliiton liittohallituksessa, kun väliarvioinnin pohjalta tehtiin toimenpidelinjauksia. Tällöin katsottiin, ettei esitys kolmiportaisesta diabetesrekisteristä erillisrekisterinä ollut enää perusteltu. Ratkaisu perustui näkemykseen, jonka mukaan tarkoitusta palveleva tietopohja voitaisiin saada aikaan muun kansallisen kehittämistyön, kuten kansallisen terveysarkiston tuloksena. Rakenteilla oli myös diabeteksen hoidon laadun seurantajärjestelmä, johon hyödynnettäisiin kehitettävää sähköistä terveys-

kertomusjärjestelmää, olemassa olevia rekistereitä ja hoidon laatua seuraavia säännöllisiä kyselyitä. Lopputuloksen kannalta alkuperäisen rekisterihankkeen ja uuden laadun seurantajärjestelmähankkeen välillä ei katsottu olevan ristiriitaa.

Diabetesrekistereitä tai niiksi kutsuttuja seurantajärjestelmiä oli tätä kirjoitettaessa noin kolmanneksessa sairaaloita ja terveyskeskuksia, ja monilla alueilla nämä olivat yhteisiä. Seurantatiedon pohjaksi Dehko määritteli diabeteksen hyvän hoidon laatukriteerit ja -indikaattorit sekä lapsi- että aikuisdiabeetikoille. Lisäksi Dehko määritteli soveltuvin osin laatutavoitteet ja tuotti käytännön työkaluksi lapsi- ja aikuisdiabeetikoiden hoidon laatumittarit ja -avaimet. Näistä toimista huolimatta laadun seuranta ei kuitenkaan vielä ollut järjestelmällistä.

### Diabeetikon omahoidon tukeminen

*Jokaisella (tyypin 1)<sup>1</sup> diabeetikolla on mahdollisuudet yksilöllisesti tarvitsemaansa hyvään omahoitoon. (3.15)*

*Kaikki (tyypin 2)<sup>2</sup> diabeetikot saavat riittävän hoidonohjauksen, ja heidän sydän- ja verisuonitauteihin liittyvä kokonaisriskinsä hoidetaan kohonneen veren-sokeripitoisuuden ohella. (3.16)*

*Diabeetikot hallitsevat omahoidon ja ovat tyytyväisiä hoitoonsa. (3.17)*

*Terveydenhuollon ja diabetesyhdistysten yhteistyö omahoidon tukemiseksi on vakiintunut pysyväksi toimintamuodoksi. (3.18)*

Toistaiseksi ole selvityksiä siitä, millaisia mahdollisuuksia diabeetikoilla on yksilölliseen hoitoon, omahoidon toteuttamiseen hoidonohjauksen pohjalta ja siitä, miten diabeetikoiden kokonaisriski hoidetaan. Tavoitteen toteutuminen on vaikeasti mitattavissa. Voimaantuminen, autonomia, motivaatio ja pystyvyyden tunne liittyvät olennaisina tekijöinä omahoitoon. Diabeetikolta omahoito vaatii tietoisuutta hoidon tavoitteista ja hoitokeinoista sekä valmiutta ottaa vastuu omasta hoidostaan ja elintavoistaan sekä uskoa omiin voimavaroihin ja pystyvyyteen. Selvitystä, jossa olisi otettu kaikki omahoidon ulottuvuudet huomioon, ei ole tehty. Diabeetikoiden asiantuntijuuden

hyödyntämisestä hoitokäytäntöjen ja uusien hoitovälineiden kehittämisessä ei ole tiedossa selvityksiä. Hoitokäytäntöjen ja -välineiden laadusta on tehty selvitys diabeteshoitajille ja mittarivalmistajille sekä opinnäytetyö tyypin 1 diabeetikon omaseurannan laadusta ja luotettavuudesta. Omahoidon laadunseuranta kuului Dehkon vuoden 2004 toimenpiteisiin, ja siihen liittyen suunniteltiin myös omahoitovälineiden luotettavuuden ja käytettävyyden seuranta. Vuonna 2010 annettiin Luotettava ja tavoitteellinen omaseuranta -suositus.

Omahoitoa pidetään tärkeänä keinona edistää ihmisten vastuunottoa omasta terveydestään. Omahoidon tueksi Dehkossa käynnistettiin useita hankkeita, koulutusta kehitettiin ja laadukkaita julkaisuja tehtiin sekä potilaiden että ohjaajien käyttöön, osa näistä vasta Dehkon viimeisinä vuosina. Diabeetikoille Dehko kehitti yhtenäisen seurantakortin, diabetespassin, ja edisti passin käyttöönottoa erilaisin ohjein.

Tutkimusten mukaan vain noin puolet pitkäaikaisia sairauksia sairastavista henkilöistä käyttää lääkkeitä ohjeiden mukaisesti ja noin kolmasosa potilaista pystyy sitoutumaan terveelliseen ruokavalioon ja suositusten mukaiseen liikuntaan; lisäksi arviolta alle kymmenes onnistuu laihduttamaan pysyvästi. Nämä tulokset kuvannevat osaltaan hoidonohjauksen onnistumisen tasoa.

Hoidonohjauksen laadunarvioinnin esimerkki on ohjelmakirjan liitteenä. Dehko tuotti Hoidonohjauksen periaatteet -selvityksen ja sen pohjalta laaditun hoidonohjauksen mallin. Hoidonohjauksen tavoitteet, laatukriteerit ja osin indikaattorit määriteltiin ja julkaistiin, koulutusta kehitettiin ja järjestettiin. Toisaalta hoidonohjauksen toteutumisen ja vaikuttavuuden seuranta oli vielä puutteellista. Yksittäisiä asiakaskyselyjä tehtiin opinnäytteinä.

Diabeetikoiden hoitotyytyväisyydestä tehdyssä selvityksessä tulivat esiin eniten kehittämistä vaativina muun muassa ajan antaminen vuorovaikutukselle sekä diabeetikon ottaminen mukaan oman hoitonsa ja hoidonohjauksen suunnitteluun ja tavoitteiden asetteluun. Selvityksen mukaan diabeetikon yksilöllisyyden tunnustamista ja huomioon ottamista pidettiin tärkeänä, samoin diabetestiimien (potilas mukaan lukien) moniammatillisen koulutuksen kehittämistä ja lisäämistä. Kaikissa Dehkon ohjaus-, suunnittelu- ja työryhmissä oli mukana diabeetikkojen edustus. Siitä ei ole tietoa, miten diabeetikkojen

1 Diabeteksen jako tyypeihin poistettu vuosien 2008–2010 strategisesta suunnitelmasta.

2 Poistettu vuosien 2008–2010 strategisesta suunnitelmasta.



osallistuminen toteutui kuntien ja terveyskeskusten suunnittelu- ja kehittämissryhmissä.

Diabetesyhdistysten ja terveydenhuollon yhteistyötä käynnistettiin Dehkossa jo vuonna 2000 järjestämällä koulutusta yhdistyksille. Yhdistysten ja terveydenhuollon yhteistyötä seurattiin kyselyin vuodesta 2003, tuloksia ei ollut vielä julkaistu tätä kirjoitettaessa. Sairaanhoidopiireihin osoitetussa Diabetesliiton kyselyssä puolet vastanneista ilmoitti tehneensä yhteistyötä diabetesyhdistyksen kanssa. Tässä arvioinnissa tehdyissä haastatteluissa yhteistyö ei noussut merkittäväksi Dehkon aikaansaannokseksi. Yhteistyön tavat ja vaikutus riippuivat ensisijaisesti paikallisista toimijoista.

#### 4.3 Arviointijohtopäätökset päätavoitteiden toteutumisesta

Dehkon päätavoitteena oli tyypin 2 diabeteksen ehkäisy sekä sydän- ja verisuonitautien vaaran vähentämiseen tähtäävien toimenpiteiden toteutuminen. Tämän vuoksi arvioitsijat kohdistavat arviointijohtopäätöksensä tavoitteiden toteutumisesta näiden kahden päätavoitteiden toteutumiseen.

##### Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy toteutuminen

Tämän tavoitteen saavuttamisen välitavoitteita olivat tulostavoitteet 2.4–2.13 ja 2.15. Tavoitteen toteutumiseen tähtäsivät toimenpidetavoitteet 3.1–3.10 sekä niihin liittyneet toimenpiteet.

Tyypin 2 diabeteksen esiintyvyys ei vähentynyt Dehkon aikana. Tähän vaikuttivat lukuisat sellaisetkin tekijät, joihin yhden, lähinnä terveydenhuoltojärjestelmään, kohdistuvan ohjelman oli mahdotonta pystyä vaikuttamaan. Yhtenä suurena diabeteksen lisääntymisen syynä oli lihavuuden ja ylipainon lisääntyminen aivan viime vuosiin asti. Toisaalta on paljon tietoa siitä, että koko väestön elintavoissa on tapahtunut muutosta myönteiseen suuntaan, mutta tämä ei ilmeisesti vielä ole vähentänyt ylipainoisuutta. On myös ilmeistä, että Dehkonkin vaikutuksesta parantunut aiemmin diagnosoimattomien tyypin 2 diabeetikoiden löytyminen vaikutti diabeteksen esiintymislukuihin.

Monien ehkäisyyn tähdänneiden toimenpiteiden tavoitteita ei Dehkossa saavutettu tai niiden toteu-

tumisesta ei ole tietoa. Järjestelmällistä terveyden edistämisen tulosten seuranta ei ole järjestetty, joten tietoa ehkäisyyn tähtäävien toimenpiteiden toteutumisesta on niukasti. Tiedon puuttumisen taustalla vaikuttavat myös tietojärjestelmien puutteet sekä terveydenhuollon organisaatioiden laatu- ja järjestelmien kehittymättömyys. Nykyiset tietojärjestelmät eivät tue automaattista seurantatiedon keräämistä, eikä diabeteksen ehkäisy toteutumisen seurannan kannalta keskeisten tietojen joukko ole vielä määritelty nykyisiinkään tietojärjestelmiin.

Dehkon toimintalinjana oli kuntavaikuttaminen, jossa tavoiteltiin laajempaa vaikuttamisen kenttää kuin vain terveydenhuolto. Kunnissa ei toistaiseksi ole panostettu terveyden edistämisen vastuiden määrittelyyn eikä organisointiin siten, että terveyden edistämisen toteutumiselle tärkeä hallintokuntien välinen yhteistyö olisi toteutunut. Terveyden edistämisen puutteellisen painoarvon taustatekijöinä ovat ilmeisesti viime vuosien taloudelliset vaikeudet. Esittelijöinä toimivien terveydenhuollon johtajien ja päättäjien välisessä tiedonkulussa oli lisäksi puutteita siitä huolimatta, että Dehkon viestintä ja opasmateriaali oli onnistunutta. Muun muassa panostamalla verkostoitumiseen hallintokuntien kesken sekä erityisesti panostamalla lasten, nuorten ja perheiden ennaltaehkäisyyn toimiin olisi ollut mahdollista saada aikaan vaikuttavia tuloksia.

Myönteistä on, että terveydenhuoltojärjestelmää ohjaavien ja siellä toimivien henkilöiden tietoisuus tyypin 2 diabeteksen riskitekijöistä sekä mahdollisuuksista ja keinoista estää taudin puhkeamista lisääntyi. Erityisen myönteistä on, että tieto diabeteksen riskeistä ja ehkäisy keinoista saavutti myös väestön. Dehkon merkitys oli tässä erityisen suuri. Dehkossa oli useita tavoitteita, ja ohjelma toteutti suuren joukon toimenpiteitä, jotka tähtäsivät väestön diabetestietoisuuden lisäämiseen. Eräs tärkeistä toimenpiteistä oli se, että Dehko nosti esiin perusterveydenhuollon roolin keskeisenä toimijana terveyden edistämässä ja tuki monin tavoin tätä työtä kehittämällä malleja ja työkaluja diabetesriskissä olevien henkilöiden löytämiseksi ja tukemiseksi.

Tietoisuuden lisääntyminen toisaalta diabeteksen hoidosta ja ennusteesta sekä mahdollisuuksista ehkäistä tautia vaikuttanee pidemmällä tähtäimellä myös erityisesti tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuuteen myönteisesti.

## Sydän- ja verisuonitautien vaaran vähentämiseen tähtäävien toimenpiteiden toteutuminen

Otsikossa mainittuun tavoitteeseen liittyivät tulostavoitteet 2.1–2.4 ja omahoidon tulostavoitteet 2.14–2.18. Tavoitteen toteutumiseen tähtäsivät erityisesti toimenpidetavoitteet 3.11–3.18 ja niihin liittyneet toimenpiteet.

Sydän- ja aivoinfarktien ilmaantuvuus diabeetikoilla vähentyi tavoitteen mukaisesti. Tähän vaikuttivat osaltaan monet Dehkossa onnistuneesti toteutetut toimenpiteet. Seurantatutkimusten mukaan tyypin 2 diabeetikoiden hoitotasapaino parantui. Myös tyypin 2 diabeetikoiden diagnosointi parantui ja aikaistui: suositellun riskitestin käyttö oli laajaa, ja testin avulla löydettiin riskihenkilöt tarkempaan selvittelyyn. Näiden molempien toteutumisessa Dehkolla oli merkittävä osuus.

Dehkon asettama työryhmä määritteli hyvän diabeteksen hoidon laatuksiteerit ja työkaluja niiden toteutumisen seurantaan. Laatumittareiden avulla monet diabeetikoita hoitaneet yksiköt asettivat omat tavoitteensa ja seurasivat niiden toteutumista. Lisäksi Dehko nosti esiin diabeteksen hoidon Käypä hoito-suosituksen tarpeen ja vaikutti sen laadintaan.

Dehkossa kiinnitettiin myös huomiota omahoidon merkitykseen ja laadittiin toteutusmalli ja suosituksia hoidonohjauksen toteuttamiseksi. Hoidonohjaukseen panostamalla tavoiteltiin omahoidon kehittämistä aiempaa tehokkaammaksi, mutta tutkittua tietoa tässä onnistumisesta ei ole. Selvitysten mukaan diabeetikoiden mahdollisuudessa osallistua hoitonsa suunnitteluun ja tavoitteiden asetteluun oli edelleen puutteita.

Tärkeitä Dehkon toimenpiteitä diabeteksen hoidon parantamiseksi olivat myös koulutuksen kehittämiseen tähtäävät toimenpiteet. Dehko selvitti diabeteksen hoidon koulutuksen toteutumista sekä peruskoulutuksessa että jatkokoulutuksessa ja loi toteutusmalleja erityisesti jo työssä olevien terveydenhuollon työntekijöiden kouluttamiseksi.

Dehkossa oli myös diabeteksen hoidon organisointiin toimenpidesuosituksia, jotka tähtäsivät erityisesti diabeteksen hoidon tukemiseen perustervey-

denhuollossa. Suositukset toteutuivat varsin hyvin, millä oli myönteinen vaikutus erityisesti tyypin 2 diabeteksen hyvän hoidon toteutumiseen.

Diabeteksen muiden lisäsairauksien kuin sydän- ja aivoverisuonikomplikaatioiden vähenemisestä oli tätä kirjoitettaessa vasta tulossa tietoa FinDM II -tutkimuksesta. Alustavien tietojen perusteella myönteistä kehitystä oli havaittavissa, todennäköisesti hoidon paranemisen myötä.

Vertailukelpoista seurantatietoa ei muidenkaan komplikaatioiden seurannasta ole. Taustalla ovat samat tekijät, jotka mainittiin jo diabeteksen ehkäisyn kohdalla: jokapäiväisen hoidon tulosten ja komplikaatioiden ilmaantumisen seurantatieto puuttui suurelta osalta hoitavia yksiköitä; laatujärjestelmiä ja yhteisiä alueellisia ja valtakunnallisia diabetesrekistereitä tai systemaattista tiedon tuottamista hoidon laadusta ei vielä ollut. Tietojärjestelmät eivät kaikkialla tukeneet laatu-tiedon keräämistä edes oman yksikön tarpeisiin. Samasta syystä puuttui myös monien Dehkon toimenpidetavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisen ja vaikuttavuuden seurantatieto.

**Yhteenvetona Dehkon tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta voidaan sanoa, että erityisesti tyypin 2 diabeteksen hoidon tason parantamisessa ja sydän- ja verisuonikomplikaatioiden vähentämisessä onnistuttiin hyvin, samoin diabeteksen ehkäisyn merkityksen ja mahdollisuuksien esille nostamisessa.**

**Väestön elintavoissa tapahtui myönteistä kehitystä, mutta toistaiseksi sillä ei ole ollut vaikutusta tyypin 2 diabeteksen eikä lihavuuden esiintymiseen. Tämä tavoite oli kunnianhimoinen yksin Dehkon toteutettavaksi. Tukea tavoiteltiin vaikuttamalla kuntiin, missä ei kuitenkaan saavutettu toivottua tulosta.**

**Engelmana monien saavutusten toteutamisessa oli riittävän seurantatiedon puuttuminen.**

**Omahoidon merkitykseen kiinnitettiin kiitettävästi huomiota, ja omahoidon toteutusta tuettiin. Tulevaisuudessa tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota vuorovaikutustaitojen ja dialogisuuden kehittämiseen ohjauksessa sekä potilaan mahdollisuuksiin osallistua hoitonsa suunnitteluun.**

## 5. Ohjelman edellytysten luominen ja mahdollistaminen

Dehko-kokonaisuutta on pidettävä projektimuotoisena ohjelmana, jolle projektihallinnollisten periaatteiden mukaan oli luonnollisesti luotava edellytykset ja mahdollisuudet toteutua mahdollisimman hyvin. Näiden ns. mahdollistajatekijöiden tulisi olla määriteltyinä jo ohjelman suunnitteluvaiheessa. Mahdollistajien avulla toisaalta luodaan edellytyksiä ohjelman toteuttamiselle, toisaalta rajataan ohjelmaa.

Erityisesti ohjelman tavoitteiden toteuttaminen ja toimenpiteiden varmistaminen edellyttävät sitä, että ohjelmassa huolehditaan resursseihin, järjestelmiin, tiedotustoimintaan ja muihin vastaaviin tukitoimiin liittyvistä edellytyksistä. Tässä luvussa keskitytään lähinnä ohjelman edellytyksiin ulkoisen arvioinnin tehtävien mukaisesti siltä osin, kuin edellytysten luomisella arvioidaan olleen vaikutuksia ohjelman tavoitteiden toteutumiseen (toteuma-arviointi), yhteiskunnallisiin vaikutuksiin (vaikutusarviointi) sekä kansanterveysjärjestön toteuttaman ohjelmajärjestelmän kehittämisen huomioon ottamiseen ohjauksjärjestelmäkysymyksenä (ohjauksjärjestelmäarviointi). Yksilöity tarkastelu ohjelman edellytysten luomisesta suoritetaan sisäisen arvioinnin yhteydessä.

### 5.1 Resursointi

#### ► Toteutunut

#### Henkilöstöresurssit

Ohjelman käytössä olleet henkilöstöresurssit voidaan jakaa neljään osaan:

- organisointihenkilöstöön, joka toimi Diabetesliitossa,
- asiantuntijahenkilöstöön, joka toimi ajoittain palkattuina asiantuntijatyöntekijöinä,
- työryhmähenkilöstöön, jonka Diabetesliitto kutsui asiantuntijatyöryhmiin sekä
- erillisten toimeksiantojen perusteella toimineisiin asiantuntijoihin.

Diabetesliitto määritteli Dehkon henkilöstön, asiantuntijat, työryhmät ja toimeksiannot Dehkon valmisteluorganisaation ehdotuksesta. Diabetesliiton liittohallitus puolestaan vahvisti nimeämiset ja tehtävät.

Diabetesliiton organisointihenkilöstöön kuului 4-5 henkilöä vuosittain: päätoiminen kokopäiväinen Dehkon pääsihteeri, jonka työpanosta jaettiin myös Diabetesliiton muihin tehtäviin (2003-2008 D2D-hankkeeseen, Diabeteksen ja sen lisäsairauksien ehkäisyn maailmankongressiin [WCPD 2008] ja 2009-2010 Valtimoterveyttä kaikille -projektiin), sihteeri sekä tiedottaja, joiden työpanosta jaettiin vuosittain ohjelman vaiheista riippuen edellä mainittuihin hankkeisiin. Lisäksi ohjelmassa työskenteli määräaikaista henkilöstöä projektipäällikön, laatu-päällikön, laatuasiantuntijan, tutkijan, kustannustutkijan, tutkimusapulaisen ja koulutusvastaavan tehtävissä.

D2D-hankkeessa toimi vuosina 2003-2008 valtakunnallinen koordinaattori ja sihteeri sekä 5 aluekoordinaattoria. Lisäksi Dehkon tiedottaja työskenteli hankkeessa keskimäärin 50 %:n työpanoksella koko hankkeen ajan.

#### Työryhmät

Dehkon työryhmiä:

1. Koordinaatioryhmä
2. Asiantuntijatyöryhmät
3. Dehkon ohjaus- ja seurantaroryhmä
4. Hankeohjausryhmät
5. Projektiryhmät

*Koordinaatioryhmä* perustettiin ohjelman valmistelua varten vuonna 1998. Se koostui ohjelman eri osa-alueita valmistelleen kahdeksan työryhmän puheenjohtajista. Koordinaatioryhmän puheenjohtajana toimi professori Marja-Riitta Taskinen.

*Asiantuntijatyöryhmiä* perustettiin seuraavia tehtäväkokonaisuuksia varten:

- Hoito-organisaatio ja resurssit
- Aikuistyyppin diabetes
- Nuoruustyyppin diabetes
- Rekisteri, seurantaohjelmat ja hoidon teknologia
- Hoidonohjaus
- Aikuistyyppin diabeteksen ennaltaehkäisy
- Diabeetikon rooli omahoidossa ja hoitojärjestelmässä
- Hoidon kustannukset

Asiantuntijaryhmien kokoonpanossa korostuivat diabetestyön edustavin asiantuntemus, vahva perusterveydenhuollon edustus sekä valmius diabetestyön integrointiin terveydenhuollon kehittämistyössä.

Asiantuntijatyöryhmien ja koordinaatioryhmän rooli Dehkon vuonna 2000 valmistuneen ohjelmaasiakirjan valmistelussa oli keskeinen.

*Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmä* kutsuttiin kokoon vuonna 2001. Sen tehtävänä oli seurata ja ohjata koko ohjelman etenemistä. Ohjaus- ja seurantaryhmään kuului sidosryhmien, tärkeiden yhteistyö- ja intressitahojen, asiantuntijoiden ja diabeetikkojen edustus. Ryhmän kokoonpanoja tarkistettiin, ja jäseniä ja sidosryhmätahoja kutsuttiin ryhmään määrättyiksi kausiksi.

Alusta lähtien ohjaus- ja seurantaryhmän puheenjohtajana toimi professori Matti Uusitupa Itä-Suomen yliopistosta (aiemmin Kuopion yliopisto). Ohjaus- ja seurantaryhmä kokoontui kaksi kertaa vuodessa, ja sen esittelijänä toimi Dehkon pääsihteeri.

Ohjaus- ja seurantaryhmässä paitsi seurattiin ohjelman edistymistä, myös suunniteltiin ja organisoitiin ohjelmaan liittyneitä katselmuksia, seminaaritilaisuuksia ja ohjelman toteuttamiseen liittyneitä tukitoimia. Ohjaus- ja seurantaryhmän jäsenet, Diabetesliiton henkilökuntaa lukuun ottamatta, työskentelivät luottamustehtävän periaatteella, vain kokouspalkkiot ja matkakorvaukset maksettiin ohjelman budjetista.

*Hankeohjausryhmiä* perustettiin laajoihin, erityistä valmistelu- ja kehittämistyötä edellyttäneisiin Dehko-ohjelman tehtäviin. Dehkon hankeohjausryhmiä olivat:

- Laatuhankeiden ohjausryhmä, puheenjohtajana professori Marjukka Mäkelä, Finohta
- Kustannustutkimuksen ohjausryhmä, puheenjohtajana professori Pekka Rissanen, Tampereen yliopisto

- Diabetestyön kehittäminen (IDF:n sertifioitu moduulikoulutus, Diabetes Education Modules) -projektin ohjausryhmä, puheenjohtajana dosentti Liisa Hiltunen, Oulun yliopisto

*Projektiryhmiä* ja työryhmiä perustettiin hankkeiden toteutuksen niin edellyttäessä seuraavia tehtäväkokonaisuuksia varten:

- D2D-viestintäkampanjan suunnittelu
- Kuntastrategian valmistelu
- Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn suunnittelu
- Hoidonohjauksen periaatteiden valmistelu
- Diabeetikon henkilökohtainen kuntoutus (ns. HeKu-ohjelmat)
- Laatuksiteerityöryhmiä
- Diabeteshoitotyön osaamisen kehittämistä terveydenhuollon koulutuksessa koskeva valmistelutyö
- Diabetes terveydenhuoltoalan koulutuksessa -selvitys ja suositukset
- Diabetestyön kehittäminen (IDF:n sertifioitu moduulikoulutus, Diabetes Education Modules) (siirrettiin sisäisiin toimeksiantoihin, koska työtunnit laskutettiin Dehkosta)

## Toimeksiannot ja yhteistyösopimukset

Toimeksiantoja ja yhteistyösopimuksia tehtiin yhteensä 14. Ne olivat yleisimmin tutkimus-, selvitys- ja arviointitehtäviä, jotka edellyttivät työmääränsä ja asiantuntijapanoksensa johdosta erillistä resursointia. Lisäksi Diabetesliiton sisäisiä toimeksiantoja kertyi yhdeksän.

## Taloudellinen panostus

Ohjelman kokonaiskustannukset olivat vuosina 1998–2009 noin 5,3 miljoonaa euroa, josta henkilöstökulut muodostivat noin 2,3 miljoonaa euroa. Edellä mainitut luvut eivät sisällä D2D-hankkeen kustannuksia, jotka olivat sairaanhoitopiirien hankkeeseen osoittama rahoitus mukaan lukien noin 8,2 miljoonaa euroa. Lisäksi ohjelmasta aiheutui kuluja vuonna 2010. Tätä kirjoitettaessa oli arvioitavissa, että Dehko-kokonaisuuden kustannusten kokonaismääräksi muodostuu D2D-hanke mukaan lukien vuoden 2010 loppuun mennessä noin 15 miljoonaa euroa.

Taloudellinen panostus Dehkoon ja sen D2D-hankkeeseen oli merkittävä. Panostus oli vuotta kohden laskettuna noin miljoona euroa, mikä sinänsä ei ohjelman mittakaava huomioon ottaen ollut erityisen suuri kuluerä.

Dehkon rahoituksesta merkittävin osa tuli Raha-automaattiyhdistykseltä (3,5 miljoonaa euroa), mutta myös yhteistyökumppanien ja sponsoreiden tuki (noin 1,4 miljoonaa euroa) muodosti merkittävän rahoituslähteen.

### ► Arviointijohtopäätökset

- Dehkon resursointiin panostettiin merkittävästi sekä henkilötöypanoksina että taloudellisesti. Ohjelman kokonaiskustannus, mukaan lukien D2D-hankkeen kustannukset, merkitsivät yhteenlaskettuna merkittävää investointia diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi Suomessa.
- Alkuvaiheen koordinaatio- ja asiantuntijatyöryhmien tehtävät, panostus ja merkitys vuonna 2000 julkistetun ohjelman sisällölle olivat olennaisia.
- Alkuvaiheen jälkeinen ohjelman toteutusvaihe vaati huomattavan osan resursseista, ja se pilkkoutui lukuisaan määrään osatehtäviä: hankkeisiin, tutkimus- ja selvitystoimeksiantoihin sekä työryhmätehtäviin.
- Asiantuntijatyöpanoksen määrä ja edustavuus ohjelmassa oli varsin laaja ja monipuolinen, mutta monitieteisempi edustus olisi ollut suotavaa. Asiantuntijoiden panos hyödytti ohjelmaa olennaisella tavalla, joskin oman toimen ohella työryhmiin osallistuminen oli haasteellista. Kyse oli omalle asialle omistautumisesta, jonka hyödyntämistä on pidettävä ohjelmassa onnistuneena.
- Dehko-ohjelman henkilöstöresursointi perustui merkittävältä osin maan terveydenhuollon, yliopistojen ja korkeakoulujen ja eri intressipiirejä edustavien instituutioiden asiantuntijoiden aktiivisuuteen. Asiantuntemuksen järjestämisessä ei unohdettu myöskään diabeetikkojen omaa panosta.

## 5.2 Tieto- ja järjestelmätuki

### ► Toteutunut

Laajamittaiselle kehittämisohjelmalle merkittävän edellytyksen luo myös se, että ohjelmaan sisältyviin tehtäviin on käytettävissä riittävä ja monipuolinen tietopohja ja mahdollisuuksien mukaan ohjelman tarvitsemat tietojärjestelmät. Dehkon luonteesta ja sisällöstä johtuen merkittävä osa tiedontarpeesta

edellytti kuitenkin erikseen toteutettuja tutkimuksia ja selvityksiä. Niinpä useiden tavoitteiden asettamista ja toteutumisen seurantaan varten ohjelmassa oli lähdetty siitä, että tarvittava tieto hankittaisiin ohjelman kuluessa erillisiin toimeksiantoihin perustuvilla tutkimuksilla ja selvityksillä (esim. diabetesrekisterin kehittämisellä, kustannustutkimuksella ja hoitotasapainotutkimuksilla).

Diabetesrekisteri oli esillä ohjelman tavoitteistossa, mutta siitä luovuttiin asiaan liittyneiden kansallisten hankkeiden (esimerkiksi KanTa-hankkeen) johdosta.

Kustannustutkimus ja hoitotasapainotutkimustietojen päivitykset valmistuivat vuonna 2010, joten niiden tuloksia ei voitu hyödyntää ohjelman aiemmissa vaiheissa. Toisaalta käytettävissä oli jo ohjelman alkuvaiheessa Tero Kankaan kartoitus diabeteksen hoidon kustannusvaikutuksista samoin kuin aiemmin suoritettujen hoitotasapainoselvitykset.

Dehkosta tehtiin ohjelman kuluessa väliarvioinnit, joista saatu arviointitieto otettiin huomioon ohjelman kuluessa.

### ► Arviointijohtopäätökset

- Ohjelman tietopohja ja tietojärjestelmätuki eivät olleet riittäviä, osittain ohjelmasta riippumattomista syistä johtuen, eikä ohjelman tavoitteenasettelussa voitu varautua tähän riittävästi. Valtakunnallisen diabetesrekisterin muodostamista koskevasta tavoitteesta luovuttiin, eikä vastaavaa järjestelmäratkaisua selvitetty. Myöhemmin erillisselvityksin saatu seurantatieto ei voinut täysimääräisesti palvella ohjelman toteutusta.
- Kuten aiemmin on todettu, merkittävän haasteen Dehkon kaltaisissa kehittämisohjelmissa muodostaa kysymys siitä, ovatko ohjelmalle asetetut tavoitteet mitattavia ja onko niiden todentamista koskeva tieto saatavissa. Varsin monet Dehkon tavoitteista oli asetettu sellaiseen muotoon, ettei niiden toteuttamisen seurantaan ollut olemassa tietojärjestelmistä saatavaa valmista tietoa.
- Kustannuksia koskeva tieto saatiin pääasiassa vasta ohjelman päättymisvuonna, joten se ei ohjannut ohjelman toteuttamista.
- Väliarvioinnit eivät tuottaneet ohjelmalle sellaista lisäarvoa, jonka pohjalta ohjelman toteuttamiselle olisi muodostunut uutta, ohjausmerkitykseltään olennaista tietoa.

### 5.3 Tiedotus- ja yhteystoiminta

#### ► Toteutunut

Diabetesliitto ja Dehko-organisaatio panostivat tiedotukseen ja yhteystoimintaan ohjelman aikana erityisen runsaasti. Esimerkiksi sijoitukset painotuotteisiin edustivat euromääräisesti noin 800 000 euron summaa, jonka lisäksi tulivat D2D-hankkeen painotuotekustannukset.

Yhteystoimintana Dehko järjesti ohjelman aikana yli 70 tiedotus- ja koulutussisältöistä valtakunnallista, alueellista tai seudullista tilaisuutta, joiden osanottajamäärä oli yhteenlaskettuna 8 000 henkilöä. Tämän ohella ohjelman piirissä toteutettiin huomattavan runsaasti pienimuotoisia kokoontumisia ja työkokouksia.

#### ► Arviointijohtopäätökset

- Erilaisten tiedotus- ja yhteydenpitotilaisuuksien määrä oli suuri ja lähes koko maan kattava. Julkaisut, tiedotteet, tiedotusaineisto ja muu informaatio tavoitti huomattavan osan maan terveydenhuollon toimijoista ja median avulla myös väestöstä.
- Dehkon tiedotusaineisto ja julkaisutoiminta olivat runsasta ja monipuolista. Asiaa käsitellään lähemmin seuraavassa luvussa osana ohjelman organisoimista, ohjausta ja johtamista.

### 5.4 Muut tukitoimet

#### ► Toteutunut

Dehkon valmisteluun ja toteuttamiseen liittyi runsas määrä muita tukitoimia, jotka organisoitiin pääosin Diabetesliittoon. Näihin kuuluivat mm. Diabetesliiton perustoimintaan liittyneet aktiviteetit, kuten diabeetikkojen oman hoidon tukeminen ja valmennus sekä liiton muu sisäinen toiminta. Asiaa tarkastellaan lähemmin Dehkon sisäisessä arvioinnissa.

#### ► Arviointijohtopäätökset

Diabetesliitto panosti merkittävällä tavalla Dehko-ohjelman tukemiseen:

- Käytettävissä olevien tietojen mukaan Dehko muodosti Diabetesliiton toiminnassa erityisen laajan ja merkittävän tehtäväkentän, jonka tukemiseen liitto panosti voimakkaasti.
- Dehkon tiedotusaineisto ja julkaisutoiminta olivat runsasta ja monipuolista. Asiaa käsitellään lähemmin seuraavassa luvussa osana ohjelman organisoimista, ohjausta ja johtamista.

### 5.5 Arviointijohtopäätökset Dehkon edellytysten ja mahdollistamisen luomisesta

Yhteenvetona Dehkon edellytysten ja mahdollistamisen johtopäätöksistä arvioitsijat esittävät, että ohjelma kyettiin resursoimaan hyvin ja että ohjelmassa voitiin nojautua onnistuneella tavalla runsaslukaiseen, merkittävältä osin vapaaehtoisuuden pohjalta osallistuneeseen, motivoituneeseen asiantuntijajoukkoon.

Ohjelman tietopohja ja tietojärjestelmätuki eivät kuitenkaan olleet riittäviä osittain ohjelmasta riippumattomista syistä.

## 6. Dehkon organisointi, ohjaus ja johtaminen

Valitun arviointimenetelmän mukaisesti tulostavoitteiden toteutumiseen (lisäarvoon) ja niiden toteutustoimenpiteisiin (lisäarvotekijöihin) sekä näiden edellytysten luomiseen (mahdollistajiin) vaikuttavat olennaisesti ohjelman organisointiin, ohjaukseen ja johtamiseen liittyvät tekijät (käynnistäminen). Seuraavassa tarkastellaan käynnistämistekijöiden onnistumista keskittyen lähinnä ohjelman organisointiin, ohjaukseen ja johtamiseen siltä osin, kuin näillä tekijöillä arvioidaan olleen vaikutuksia ohjelman tavoitteiden toteutumiseen, yhteiskunnalliseen vaikuttavuuteen ja kansanterveysjärjestön toteuttaman ohjelmajohdanteen kehittämiseen ohjausjärjestelmänä. Yksilöidysti ohjelman organisointia, ohjausta ja johtamista tarkastellaan sisäisen arvioinnin yhteydessä.

### 6.1 Dehkon organisaatio

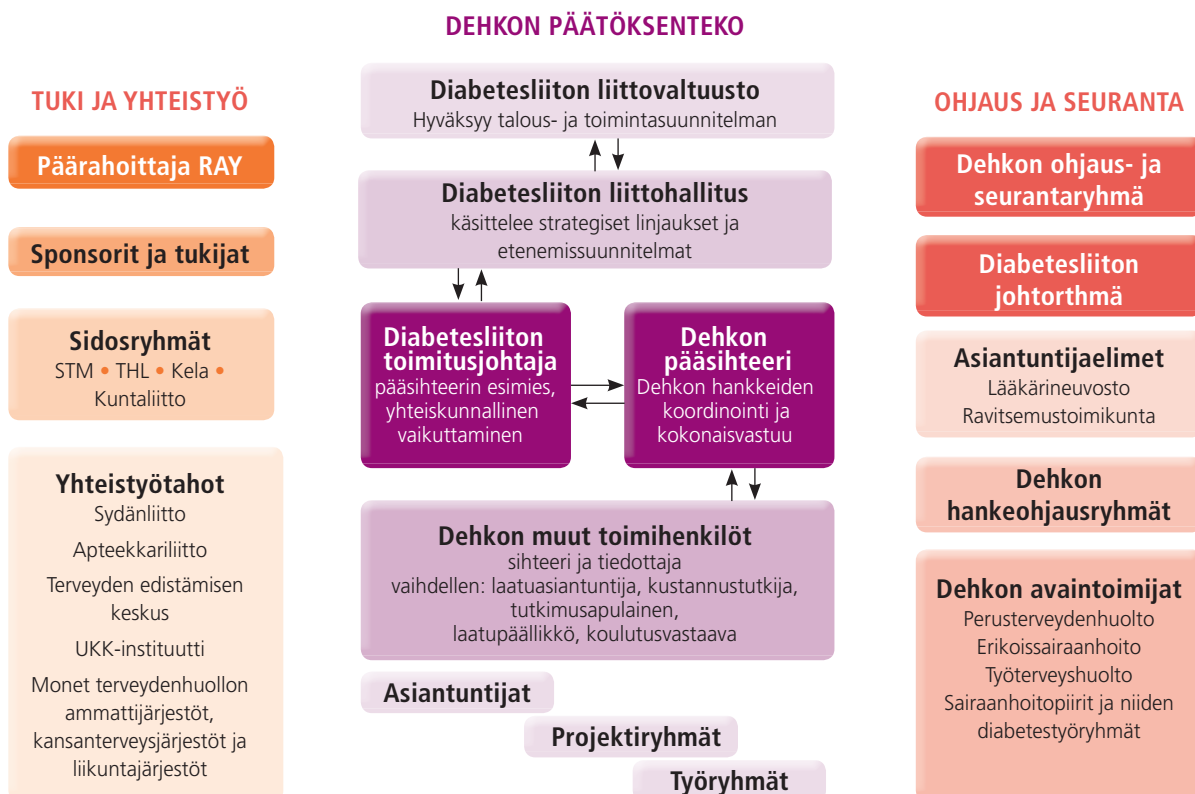
#### Toteutunut

Dehkon organisointia kuvattiin Diabetesliiton esitelyaineistossa seuraavasti:

Keskeisen ohjaustahon muodosti Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmä, Diabetesliiton päätöksenteokjärjestelmän ohella. Asiantuntijaelimet ja Dehkon hankeohjausryhmät toimivat ohjaus- ja seurantaryhmän koordinoimina. D2D-hankkeella oli lisäksi oma ohjausryhmänsä ja hankeorganisaationsa. D2D ei ole alla olevassa kaaviossa, sillä D2D-hanke muodosti oman kokonaisuutensa omine organisaatioineen. Dehko-ohjelman ohjaus- ja seurantaryhmän puheenjohtaja kuului kuitenkin myös D2D-hankkeen ohjausryhmään.

Kuten organisaatiokaaviosta käy ilmi, projekti-ryhmät ja työryhmät toimivat Diabetesliiton Dehko-toimijoiden koordinoimina. Dehkon pääsihteeri valmisti esitykset Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmälle.

Käytännössä Dehkon organisaatio ja sen toimijoiden määrä muodostui huomattavan suureksi. Alkuvaiheen koordinaatioryhmän alaisuudessa toimi kahdeksan (8) asiantuntijaryhmää. Sittenkin kun ohjaus- ja seurantaryhmä oli perustettu, hankeohjausryhmiä toimi yhteensä kolme (3) ja projekti- ja työryhmiä yhdeksän (9). Näiden ohella annettiin erillisiä toimeksiantoja yhteensä 15. Näihin kuului-



vat myös väliarviointeja ja loppuarviointia koskevat toimeksiannot.

Edellä kuvattuun ohjelmaorganisaatioon ei siis kuulunut D2D:n hankeorganisaatio, joka sekin muodostui varsin suureksi ja huomattavan joukon terveydenhuollon toimijoita osallistavaksi. Asiaa käsiteltiin erikseen D2D-hankkeen loppuraportissa.

### ► Arviointijohtopäätökset

- Dehkon ohjelmakokonaisuuden organisaatio oli huomattava laaja ja vapaaehtoiseen, monitoimijuuteen perustuva järjestely, joka asetti erityisiä vaatimuksia tehokkaalle ja toimijoiden ajankäyttöä hyödyntävälle ohjaukselle. Tällaisen toiminnan koordinointi, ohjaus ja seuranta on katsottava siinä määrin laajaksi tehtäväksi, että sekä ohjelman johdon että ohjaus- ja seurantaryhmän työssä olisi ollut perusteltua hyödyntää vielä suuremmassa määrin projektihallinnon järjestelmällisiä toimintatapoja.
- Oman kokonaisuutensa muodostaneen D2D-hankkeen organisoinnista, ohjauksesta ja toteutuksesta vastasi erillinen hankeorganisaatio. D2D:n yhteydestä Dehkon kokonaisuuteen oli huolehdittu, joskin D2D toimi varsin itsenäisesti ja jossain määrin myös eriytyneesti. Dehko-kokonaisuuden kannalta katsoen D2D-hanke saattoi jättää muun Dehko-aktiviteetin jossain määrin varjoonsa. Ehkäisyohjelmien ohjelman on yleisesti katsottu liittyvän implementointiin, ja siksi D2D:llä oli kuitenkin perusteltavissa oleva oikeutus painottua Dehko-kokonaisuudessa.

## 6.2 Ohjelman ohjaus ja johtaminen

### ► Toteutunut

Ohjelman ohjaus ja seuranta toteutettiin sitä varten asetetun ohjaus- ja seurantaryhmän avulla. Ohjaus- ja seurantaryhmällä oli merkitystä ohjelman ohjaus-toimintaan erityisesti ohjelman sisällöllisissä asioissa.

Käytännön koordinointi, kokousten, tilaisuuksien ja tapahtumien organisointi, viestintä, julkaisutoiminta ja muut vastaavat tukitoimet järjestettiin pääsääntöisesti Diabetesliitossa.

Diabetesliitossa ohjelman vastuuhenkilönä toimi pääsihteeri. Pääsihteerin rooli oli keskeinen ohjelman koordinoinnissa. Samoin luonnollisesti Diabetesliiton johdon ja henkilöstön toiminnan merkitys ohjelmalle oli tärkeä. Nämä aktiviteetit ilmenivät varsin konkreettisesti ohjelmassa järjestettyjen erilaisten varsin runsaslukuisten tilaisuuksien ja tapahtumien muodossa sekä ohjelman kirjallisen aineiston, julkai-

sujen, esitteiden, tiedotteiden ja muun viestintätöiminnan näkyvyytenä. Myös ohjelman kansainvälisistä yhteyksistä ja näkyvyydestä pidettiin huolta.

Ohjelman toteutukseen osallistui myös Diabetesliiton yhteistyökumppaneita niin varsinaisessa ohjelmatyössä kuin ohjelman rahoituksessakin. Näille tahoille Dehko järjesti erikseen yhteistyötilaisuuksia (esim. ns. sponsori-infoja).

Olennaisena kysymyksenä ohjelman ohjauksessa on pidettävä laajan asiantuntijajoukon sitoutumista ja motivoitumista ohjelman eri tehtäviin ja ohjelman vaiheisiin.

### ► Arviointijohtopäätökset

- Ohjelman ohjauksen haasteen muodosti se, että lukuisten toimielinten ja työryhmien toiminta oli saatava muodostumaan riittävän tehokkaaksi ja että ajankäyttö ja osallistuminen oli saatava riittäväksi. Tässä onnistuttiin kuitenkin verrattain hyvin, vaikka asiantuntijat osallistuivat vapaaehtoisesti Dehkoon. Tältä pohjalta ohjaus ja koordinointi tapahtuivat asia- ja sisältökeskeisesti saaden ”pehmeämmän” luonteen kuin puhtasoppisessa projektin johtamisessa tilanne yleensä on. Toisaalta ohjelmassa oli nähtävissä, että suuri määrä asiantuntijoita oli myös tuottanut hyvin monitahoisia tavoitteita, ”toiveajattelua”, jonka koordinointiin ja priorisointiin olisi ollut syytä kiinnittää enemmän huomiota.
- Työryhmien tehtävät sekä tutkimus- ja selvitystyötä sekä muuta laajaa valmistelua koskevat erilliset toimeksiannot olivat asiallisia ja perusteltuja, ja niistä tehtiin asianmukaiset päätökset. Annetut tehtävät olivat pääsääntöisesti tulleet suoritetuiksi, vaikka niiden aikatauluissa ja loppuunsaattamisajoissa ei kaikilta osin pysyttykään.
- Yhteistyökumppaneilta ja sidosryhmiltä haastatte- luissa saatu palaute tukee havaintoa, että Dehko edisti myös yhteistyötahojen omaa diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämistä.
- Oman kokonaisuutensa muodostanut D2D-hanke oli organisoitu, ohjattu ja toteutettu oman erillisen hankeorganisaationsa avulla. Yhteydestä Dehkon kokonaisuuteen oli D2D:ssä huolehdittu, joskin D2D toimi varsin itsenäisesti ja jossain määrin myös eriytyneesti.
- Ohjelman projektihallinnollinen seuranta muodosti haasteellisen tehtävän, jonka Diabetesliitto hoiti verrattain hyvin ottaen huomioon pääosin vapaaehtoisista asiantuntijoista koostuvan organisoititavan.



### 6.3 Viestintä ja julkaisutoiminta

Kehittämishjelmahankkeiden ja erityisesti niiden toimeenpanoon liittyvä, yleisesti tunnistettu ongelma on viestinnän määrä ja laatu. Samoin dokumentointiin liittyy omia haasteita.

#### Toteutunut

Dehkon viestintää varten oli laadittu viestintäsuunnitelma, jonka tarkoituksena oli tukea Dehkon ja D2D:n tavoitteiden saavuttamista. Dehkon viestintäsuunnitelma linjattiin yhdenmukaiseksi Diabetesliiton viestintästrategian kanssa, ja sen tavoitteena oli välittää tietoa diabeteksen ehkäisystä ja hoidosta ohjelman etenemisen ja tulosten mukaisesti.

Dehkon viestinnästä huolehti Dehkon tiedottaja yhteistyössä pääsihteerin ja muiden Dehkon toimihenkilöiden sekä Diabetesliiton viestintäyksikön kanssa. Viestinnän piiriin kuuluivat Dehkon julkaisutoiminta, mediayhteyksistä ja markkinoinnista huolehtiminen, nettisivuston ylläpitäminen, samoin kuin terveysalan ammattilehdissä tiedottaminen, yhteistyökontaktien ja -tapahtumien hoitaminen, sponsori-infoista huolehtiminen, väestöviestintä ja potilasinformaatiot sekä sisäisen viestinnän järjestelyt.

Kansainvälisistä yhteyksistä huolehdittiin monipuolisesti mm. kongresseissa, raportointipäivillä, IDF Newsletterin aineistoja ja mediatiedotteita toimittamalla samoin kuin henkilökohtaisia yhteydenpitoja ja tutustumiskäyntejä toteuttamalla.

Viestinnän kohderyhmien kautta viestinnän voidaan olettaa tavoittaneen varsin laajan toimijakunnan.

Dehkon viestinnässä haluttiin noudattaa asiallista, hillittyä tyyliä. Julkaisujen ulkoasu noudattivat Dehkon omaa tyyliä. Dehkon, Diabetesliiton, päärahoittaja RAY:n ja julkaisuvuoden pääsponsoreiden logot sekä sponsoreiden ja tukijoiden nimet painettiin julkaisuihin.

Dehko-ohjelmakokonaisuuden piirissä tuotettiin erittäin suuri määrä julkaisuja terveydenhuollolle, diabeetikoille, viranomaisille, päättäjille ja yhteistyökumppaneille. Suurin osa julkaisuista on saatavana painettuina versioina, mutta osa julkaistiin vain sähköisessä muodossa. Verkkoversiot ovat saatavilla osoitteessa [www.diabetes.fi/dehko](http://www.diabetes.fi/dehko).

Dehkon julkaisutoiminnassa tähdättiin käytännönläheisen diabetestiedon tuottamiseen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn, diabeteksen hoidon ja omahoidon sekä päätöksenteon ja tutkimuksen tarpei-

siin. Julkaisuista kertyi yli sata erillistä nimikettä. Julkaisujen levitys hoidettiin postituksina eri kohderyhmille, jakamalla tilaisuuksissa ja kongresseissa sekä tilausten perusteella.

Dehko-julkaisut ovat pääsääntöisesti maksuttomia. Julkaisujen ohella Dehkossa tuotettiin julkaisuluetteloita, tiedotteita materiaaleista sekä tapahtumiin, kuten Dehko-päiviin, liittyneitä painatteita.

**Dehkon perusjulkaisuja** tuotettiin yhteensä 10, joista osa muodosti sarjan useina yksilöityinä julkaisuasiakirjoina tai esitteinä.

**Arviointijulkaisuja** tuotettiin yhteensä neljä sisältäen ohjelmasta suoritettujen väliarviointien raportit.

**Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn liittyneitä** julkaisuja tuotettiin yhteensä kolme.

**T2D:n ehkäisyyn liittyneitä esitteitä** (oppaita ja terveydenhuollon työkaluja) tuotettiin yhteensä seitsemän, joista ehkäisyohjelman strategioihin liittyvä osa koostui useammasta esitemuotoisesta erillispainoksesta.

**Hoidon ja hoidon laadun kehittämiseen** liittyneitä julkaisuja tuotettiin 19. Näistä osa julkistetaan kuluvan vuoden (2010) aikana. Lisäksi hoidon ja hoidon laadun kehittämistä koskevia esitteitä oppaita ja ”työkaluraportteja” julkaistiin yhteensä 13, joista osa oli tiivistelmäluontoisia informaatiopainatteita.

**Diabeetikon omahoidon tukemiseen** liittyneitä julkaisuja tuotettiin 11. Näistä osa on julkaistu esitteinä tai havaintoaineistoina.

**Alueellisia, Dehko-ohjelmaan liittyneitä julkaisuja** tuotettiin neljä. Tämän lisäksi D2D-hankkeen yhteydessä julkaistiin runsas määrä aluekohtaisia ja koko hanketta koskevia raportteja. Asiaa käsitellään erikseen D2D-hankkeen loppuraportissa.

**Dehko-uutiset** -nimellä julkaistuja painotuotteita julkaistiin keskimäärin kolme numeroa vuosittain.

**Ruotsinkielisiä julkaisuja** tuotettiin ohjelma-aikana 17 ja **englanninkielisiä** 13.

Huomattakoon, että Dehkon viimeisen toimintavuoden aikana julkaistaan vielä useita tutkimuksia, selvityksiä ja raportteja, jotka eivät sisälly em. lueteloon.

### ► Arviointijohtopäätökset

- Dehkon viestintä- ja julkaisu- toimintaa on pidettävä sekä määrällisesti että laadullisesti hyvänä. Sisältönsä ja esittämistapansa puolesta nämä materiaalit erottuvat selkeästi edukseen maan terveydenhuoltoa koskevasta informaatiosta. Erityisen merkittävänä on pidettävä esite- ja tiedoteluontoista aineistoa diabeetikoille. Myös diabeetikoiden omahoidon kehittämiseen liittynyt materiaali oli merkittävää.
- Ns. työkaluinformaatiot terveydenhuollon toimijoille ovat hyvin ja käytännönläheisesti toteutettuja, ja esittelyt eri foorumeilla ja tilaisuuksissa Dehkon samoin kuin D2D-hankkeen alkuperäisissä suunnitelmissa otettiin huomioon.
- Viestinnän määrää on joiltakin osin pidetty myös tarpeettoman runsaana ja usein toistuvana, ja sen ohjausvaikutuksessa on saattanut esiintyä inflaatiota. Painotuotteiden maksuttomuus ja avoin saataavuus olivat myönteinen asia.

## 6.4 Kansainvälinen toiminta

### ► Toteutunut

Dehkon kansainvälistymistä edisti Diabetesliiton vahva rooli kansainvälisen diabetesyhteistyön kehittämisessä jo 1970-luvulta lähtien. Diabetesliitto toimi vastuunkantajana pohjoismaisessa diabetesyhteistyössä 1986–2000. WHO:n Suomi–Viro-diabetesohjelma toteutettiin Suomen koordinoimana 1992–1995. Diabetesliiton toimihenkilöt toimivat useissa kansainvälisissä tehtävissä sekä ennen Dehkoa että sen aikana. Kansainvälisen diabetesjärjestön IDF:n (International Diabetes Federation) kongressi järjestettiin Suomessa 1997, ja sitä on pidetty avauksena niin koko kansalliselle diabetesohjelmalle kuin laajenevalle kansainväliselle yhteistyölle.

Dehkoon osallistuneet ohjelmaorganisaation jäsenet niin Diabetesliitosta kuin asiantuntijaverkostosta esittelivät ohjelmaa lukuisissa kansainvälisissä yhteyksissä. Dehko-toimijat osallistuivat ohjelman ja sen valmistelun aikana yli 40 kansainväliseen kokoukseen ja kongressiin. Tämän lisäksi järjestettiin noin 15 kansainvälistä esittely-, koulutus-, konsultaatio-, informaatio- ja informaation jakelutapahtumaa tai sellaisiin osallistuttiin. Ulkomaisia vierailuja Dehko vastaanotti ohjelman aikana noin 20. Lisäksi Deh-

kosta laadittiin joko Dehkon toimijoiden tai muiden kirjoittamina parikymmentä kansainvälistä artikkelia.

Dehkon keskeisiä julkaisuja käännettiin englanniksi ja jaettiin mm. IDF:n jäsenjärjestöille ja organisaation avainhenkilöille. Julkaisut olivat esillä myös kansainvälisissä alan kongresseissa.

### ► Arviointijohtopäätökset

- Vaikka Dehkon kansainvälistä toimintaa varten ei alun perin laadittu toimintasuunnitelmaa, Dehkon kansainvälinen rooli muodostui varsin näkyväksi. Dehkoa pidetään ulkomailla onnistuneena ohjelmalla, mikä on johtanut lukuisiin Diabetesliittoon ja Dehko-toimijoihin kohdistuneisiin konsultaatiopyyntöihin. Dehko vaikutti siihen, että Suomesta profiloitui diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa korkeatasoisen osaamisen maa.

## 6.5 Ohjelman seuranta ja arviointi

### ► Toteutunut

Dehkon kuten D2D-hankkeenkin alkuperäisissä suunnitelmissa otettiin huomioon ohjelman ja hankkeen väli- ja loppuarviointien ja seurannan tarve.

Dehkosta tehtiin kaksi (2) väliarviointia ja lisäksi sisäinen loppuarviointi sekä tässä esitettävä ulkoinen loppuarviointi. Väliarviointit ja loppuarviointi toteutettiin ulkoisina toimeksiantoina.

Väliarvioinneilla oli erilaiset viitekehukset, ja tulokset julkaistiin omina raportteinaan. Väliarviointien tulokset pyrittiin ottamaan huomioon ohjelman jatkototeutuksessa. Dehkon etenemisestä raportoitiin ohjelman aikana myös Dehko etenee -julkaisuissa.

Ohjelman resursointiin, kustannuksiin ja rahoitukseen liittyvästä seurannasta huolehti Diabetesliitto.

### ► Arviointijohtopäätökset

- Väliarviointien pohjalta ei osoittautunut tarvetta muuttaa olennaisesti Dehkon alkuperäisiä tavoitteita tai toteutussuunnitelmaa. Väliarviointien pohjalta kuitenkin linjattiin strategisesti ohjelman toteutusta, joskaan väliarvioinneilla ei voida katsoa olleen erityisen suurta lisäarvoa ohjelman alkuperäisen tavoitteenasettelun näkökulmasta. Olennaisin väliarvioinneissa painottunut seikka liittyi ohjelman ehkäisyosion ja yhteiskunnallisten vaikutusten korostamiseen, mikä myös otettiin ohjelman jatkosuunnittelussa huomioon.

- Ohjelman resursointiin, kustannuksiin ja rahoitukseen liittyvästä seurannasta huolehti Diabetesliitto. Seuranta oli järjestelmällistä ja avointa.
- Diabetesliitto huolehti myös ohjelmaan sisältyneiden tehtävien ja toimien etenemisen seurannasta. Ohjelman etenemisestä raportoitiin mm. Dehko etenee -julkaisuissa. Ohjelman tuloseuranta ei sen sijaan ollut järjestelmällistä mm. tietopohja- ja tietojärjestelmäpuutteista johtuen. Kymmenen vuotta kestäneen ohjelman kuluessa tuloksia, samoin kuin kustannusvaikutuksia koskevia tietoja, olisi ollut tarpeen kyetä raportoimaan, jos ei vuosittain, niin ainakin kolmevuotiskausittain.

## 6.6 Arviointijohtopäätökset Dehkon organisoinnista, ohjauksesta ja johtamisesta

**Yhteenvedona Dehkon organisoinnista, ohjauksesta ja johtamisesta arvioitsijat esittävät, että ohjelman asiantuntijapanostuksessa ja motivoinnissa onnistuttiin erittäin hyvin ja että ohjelman ohjaus ja johtaminen toimivat, ohjelman luonteen mukaisesti asia- ja sisältönäkökohtiin pohjautuen, onnistuneesti. Samoin ohjelman viestintä- ja julkaisutoiminta sekä kansainvälinen toiminta olivat erinomaisia.**

**Sen sijaan enemmän huomiota ohjelmassa olisivat edellyttäneet osatehtävien ja -hankkeiden sekä eräiden toimeksiantojen projektinhallinnan järjestelmällisten menettelytapojen hyödyntäminen sekä tavoiteseurantaa koskevasta mitattavuudesta ja sen mukaisesta raportoinnista huolehtiminen.**

## 7. Dehkon yhteiskunnalliset vaikutukset

Dehkon yhteiskunnallisista vaikutuksista ei ole käytettävissä tutkimuksellista tai muutoin raportoitua seurantatietoa. Siltä osin kuin yhteiskunnallisiin vaikutuksiin liittyviä kysymyksiä sisältyi Dehkon tavoitteistoon, on arvioita käsitelty luvussa 4 tavoitteiden toteutumista koskevien tarkastelujen yhteydessä. Tässä pyritään muodostamaan kokonaisarvio ohjelmakokonaisuuden yhteiskunnallisista vaikutuksista.

Tietoa tähän arviointiosuuteen on kerätty asiakirja-aineiston ohella haastatteluista, joissa kiinnitettiin päähuomio nimenomaan yhteiskunnallisten vaikutusten ja ohjausjärjestelmävaikutusten selvittelyyn. Haastateltavat valittiin siten, että he edustavat selkeästi eri toimijatahojen näkökulmia, kuten valtakunnallisen terveyspolitiikan ja sen kehittämisen ja tutkimuksen näkökulmia, kuntatoimijoiden sekä palvelujärjestelmän (perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon) näkökulmia, järjestönäkökulmaa sekä käytännön diabetestyön näkökulmaa. Yhteen-veto haastatteluista ja haastatelluista on liitteessä 4.

### 7.1 Yhteiskunnallisten vaikutusten kohdealueet

Yhteiskunnallisten vaikutusten tarkastelussa olennaisia kysymyksiä ovat, miten ohjelma on vaikuttanut toisaalta väestöön (yhteiskunnan jäseniin) ja toisaalta yhteiskunnallisiin päätöksentekokysymyksiin, instituutioihin ja toimiin.

Seuraavassa esitettävissä arviointijohtopäätöksissä tarkastellaankin yhteiskunnallisia vaikutuksia väestön (kuntalaisten, potilaiden) sekä kansallisen terveyspolitiikan, palvelujärjestelmän sekä järjestötoiminnan näkökulmista. Dehkon merkitystä ja roolia terveydenhuollon kehittämisen ja ohjausjärjestelmän näkökulmasta tarkastellaan vielä erikseen jäljempänä luvussa 8.

### 7.2 Arviointijohtopäätökset Dehkon yhteiskunnallisista vaikutuksista

Arviointijohtopäätöksinä Dehkon yhteiskunnallisista vaikutuksista esitetään seuraavaa:

*Väestönäkökulmasta* tarkastellen vaikutusten arvioinnin vaikeus liittyy siihen, mikä on nimenomaan Dehkoon perustuvaa vaikutusta ja mikä puolestaan aiheutuu muista tekijöistä. Tällaisen syy-seuraussuhteen erittely ei ole eksplisiittisesti mahdollista. Kysely- ja haastatteluaineiston sekä asiakirja-aineiston pohjalta arvioitsijat kuitenkin esittävät näkemyksensä:

- Tutkimustietojen perusteella sekä diabeteksen ilmaantuvuus että esiintyvyys väestössä lisääntyivät ohjelman aikana. Vaikka tällaisen kehityksen tauttamisesta saatiin viitteitä, on todettava, ettei Dehko ole vaikuttanut tai paremminkaan vielä ehtinyt vaikuttaa mainittuihin väestötasoihin indikaattoreihin. Arvioitsijat katsovat käytettävissä olevan tiedon ja arvioinnin aikana esiin tulleiden näkemysten pohjalta, että kyseessä on suureksi osaksi **yhteiskunnallisten ja kulttuuristen tekijöiden väliin tuleva vaikutus**, eikä näin laajan tavoitteen saavuttaminen vain Dehkon toimin kymmenessä vuodessa olisi ollut mahdollistakaan.
- Ohjelmassa oli **erityisen näkyvänä osana diabeteksen ehkäisy**, josta on toteutettu oma toimeenpanohankkeensa (D2D). Sen raportoinnista ja julkaistuista seurantatiedoista on pääteltävissä, että **myönteisiä väestötasoisia tuloksia** saatiin aikaan, kun tavoitteita priorisoitiin ja niiden toteuttamiseen panostettiin järjestelmällisesti. Vaikka samaan aikaan maassa on käyty enenevästi julkista keskustelua diabeteksen riskitekijöistä ja media on niin asiapohjaisin kuin viihteellisinkin keinoin kiinnittänyt huomiota ylipainoisuuteen, osoittavat D2D-hankkeesta julkaistut seurantatiedot, että Dehkon tavoittein ja toimenpitein voidaan saada myönteisiä vaikutuksia konkretisoimalla tavoitteet ja kohdistamalla konkreettisia toimenpiteitä niiden toteuttamiseksi.
- **Potilaiden näkökulmasta** erityisesti Diabetesliiton jäsenistön piirissä potilaan omahoidon tukemista koskevat uudet toimintatavat levisivät varsin laajalle Dehkon toimenpideohjelman mukaisesti. Hyvin hoidettu viestintä sekä potilaille että palvelujärjestelmälle lisäsi tietoisuutta diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvistä kysymyksistä potilaskunnan ja myös koko väestön piirissä.

- Keskeinen elementti väestötasoisten vaikutusten aikaansaamisessa on, **miten Dehkon viestit tavoittivat kuntien ja palveluorganisaation johdon ja miten Dehkon sisällöt otettiin huomioon kuntien ja organisaatioiden palvelustrategioissa**, terveyden edistämishjelmissä ja muissa kehittämissuunnitelmissä. Kyselyjen ja haastattelujen perusteella tässä ei edistytty kovin hyvin. On ilmeistä, että väestötasoisessa vaikuttamisessa tarvitaan lisää uusia, nykyaikaisia ennaltaehkäisyn vaikuttamismenetelmiä. Näyttääkin siltä, ettei yhden sektorin (terveydenhuollon) toimin, etenkin perinteisin toimintatavoin, voida saada aikaan läpimurtoja tämänkaltaisissa ihmisten, heidän käyttäytymisensä ja siihen monin tavoin vaikuttavien yhteiskunnallisten, kulttuuristen ja sosiaalisten mallien säätelien tekijöiden ristipaineissa.
- **Hoitotasapaino ja lisäsairauksien torjumista ja hoitoa** koskevat tutkimustiedot osoittivat, että ohjelman aikana tapahtui myönteistä kehitystä. Kyseessä on Dehkon väestövaikutusten näkökulmasta välillinen vaikuttavuus, sillä on ilmeistä, että Dehkon virittämänä hoitosuosituksia, hoidon järjestelyjä ja työkaluja on kehitetty sekä kansallisesti että alueellisesti ja paikallisesti. Myös hoidon resursointia lisättiin ja organisointia kehitettiin ohjelmakauden aikana maassamme.

**Dehkon väestötasoisesta vaikuttavuudesta arviointi on erityisen ongelmallinen menetelmällinen kysymys, eikä siihen ole yksiselitteisiä havaintoja käytettävissä. Arvioitsijat katsovat kuitenkin käytettävissä olevan tiedon pohjalta, että Dehkolla on ollut myönteinen vaikutus sekä diabeteksen ehkäisyyn että hoidon vaikuttavuuteen väestötasolla.**

**Kansallisen terveystieteiden näkökulmasta Dehkon vaikutuksia tarkasteltaessa huomio kiinnittyy siihen, miten valtakunnallisessa ohjauksessa, lainsäädännössä, ohjeistuksissa, suosituksissa, seurannassa ja informaatioissa ja muissa ns. virallisissa terveystieteellisissä yhteyksissä on otettu huomioon Dehkon ohjelmasisältöjä. Käytettävissä olevan aineiston ja haastattelujen perusteella arvioitsijat esittävät asiaa seuraavaa:**

- Dehkon ohjelmanaikainen kansallinen ohjaus perustui etupäässä informaatio-ohjaukseen, hankerahoitukseen sekä Kaste-ohjelmaan. Informaatio-ohjauksen nimiin on laadittu myös politiikkaohjelmia. Havaintoina em. yhteyksistä voidaan todeta,

**ettei Dehkoa ole näkynyt nimettynä valtakunnallisen ohjauksen välineistössä, joitakin mainintoja ja D2D-hankkeen saamaa kansallisen terveystieteiden hankerahoitusta lukuun ottamatta.** Toisaalta haastattelujen pohjalta voidaan nähdä, että Dehko saavutti merkittävää painoarvoa erityisesti tulevien kansallisten tavoitteiden ja toimenpiteiden määrittelyä ajatellen ja että ohjelmaan sisältyviä kehittämisenäkemyksiä samoin kuin kansanterveysjärjestöjen roolia pyritään jatkossa entistä paremmin hyödyntämään kansallisessa ohjauksessa. Esimerkiksi Kaste-ohjelman organisaatiossa on järjestöjen edustus.

- THL (aiemmin KTL ja STAKES) sekä Kuntaliitto osallistuivat ohjelman erikseen määriteltyihin vaiheisiin, ja ne myös panostivat Dehkon tehtäviin. Sitä miten nämä organisaatiot ovat voineet roolinsa pohjalta edistää Dehkon sisältymistä maan terveystieteiden, ei ole selkeästi todennettävissä. Dehko oli näiden organisaatioiden toimialan kannalta "yhden asian liike", jonka tavoitteiden toteuttaminen oli sovitettava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kokonaisuuteen.
- Vaikka Dehkon vaikuttavuus kansalliseen terveystieteiden ei toistaiseksi ole muodostunut kovin suureksi, on arvioitavissa, että ohjelma on kuitenkin joko suoraan tai välillisesti **virittänyt koko maata koskevia aktiiviteetteja**, jotka näkyvät esim. asenneilmapiirissä sekä hoitosuosituksien ja -käytäntöjen, toimintatapojen ja työkalujen yhtenäistymisenä.

**On arvioitavissa, että Dehkon vaikutukset kansallisessa terveystieteiden eivätkä toistaiseksi näy kovin selkeästi, joskin ohjelma vaikutti ainakin välillisesti esim. hoitokäytäntöjen yhtenäistymiseen.**

**Palvelujärjestelmän näkökulmasta** keskeinen huomio kiinnittyy siihen, miten Dehkon tärkein strateginen linjaus, kuntavaikuttaminen, onnistui kuntien terveyttä edistävässä toiminnassa ja kunnallisessa palvelujärjestelmässä. Dehkon keskeisenä toimintaperiaatteena oli luoda ohjelmasisältöjä kunnallista päätöksentekoa ja kunnallista palvelujärjestelmää varten. Kohderyhmiä tässä olivat kuntien päättäjät ja johto, terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien johto, mutta myös palvelujärjestelmän muut toimijat, kuten lääkärin ja terveyden- ja sairaanhoitajat. Järjestöpoliittisesti merkittävää on myös se, miten Diabetesliiton, sen ohjelmakumppaneiden, diabetesyhdistysten ja terveydenhuoltojärjestelmän eri toimijoiden välinen

yhteistyö edistyi ohjelman kuluessa. Asiaa koskevana arviointijohtopäätöksinä esitetään seuraavaa:

- Suoritetuista kysely- ja haastatteluaiaineistoista käy ilmi, **ettei Dehkon vaikuttavuutta palvelujärjestelmään pidetä kovin suurena**. Toisaalta D2D-hanke raportoi merkittävää edistymistä siihen osallistuneilla alueilla. Kyse onkin todennäköisesti siitä, että ohjelman laaja vaikuttavuus saavutetaan konkreettisoin toimin implementoimalla.
- Kunnan ja sen terveyttä edistävien toimenpiteiden näkökulmasta tarkastellen voidaan todeta, että **Dehko ei vaikuttanut kuntien yleisjohtoon eikä päätöksentekojärjestelmään toivotussa laajuudessa**. Kuntien johdon piirissä terveyden edistämistä, ennalta ehkäisyä ja luonnollisesti hoitajärjestelmää koskevat toimet edelleenkin mieluusti vastuutetaan kunnan tai kuntayhtymän terveysviranomaisille, eivätkä kyseiset tavoitteet yllä useinkaan kunnan strategian tai muiden yleisten kehittämisohjelmien tavoitteiksi. Kuntien talouden rajoitukset ovat osaltaan häirinneet tavoitteiden viemistä käytäntöön. Yleisjohtamisen ja -päättöksen näkökulmasta diabeteksen ehkäisy ja hoidon kysymykset ovat yhtä ongelmaa koskeva toiminnan alue, joka on sovittava muuhun kunnalliseen toimintaan ja kunnan talouteen.
- Dehkon vaikutusta terveyskeskuksissa ja sairaanhoitopiireissä haastateltavat pitivät parempana kuin kuntien tai kuntayhtymien yleisjohtoon ja päätöksentekijöihin. Kyse on siitä, että Dehkon tuottamaa tietoa, toimintatapoja ja työkaluja on pidetty erityisesti terveydenhuollon ammattilaisten työlle hyödyllisinä. Dehkon toimintatapojen käyttöönotto, niihin resursointi ja paikallinen soveltaminen joutuvat kilpailemaan muun kasvavan toimintapaineen (kuten vanhuspalvelujen) kanssa, ja terveyskeskusten oman lääkäriyövoiman ja muun henkilökunnan riittävyys on ollut merkittävä estävä tekijä. D2D-hankkeesta raportoitii kuitenkin myönteisiä tuloksia hankkeeseen osallistuneiden toimijoiden palvelujärjestelmässä. Haastattelujen perusteella voidaan siltä todeta, että **Dehkon tavoitteiden ja sisältöjen toteuttamiseen ei kyetty muun toiminnan tai panostuksen puutteen johdosta riittävästi paneutumaan**.

**Dehkon vaikuttavuus kunnalliseen päätöksentekoon ja sen piiriin kuuluvaan palvelujärjestelmään ei toteutunut siinä laajuudessa kuin alun perin oli tavoiteltu. Vaikka Dehko tuotti tietoa, suosituksia ja työvälineitä terveydenhuoltojärjestelmälle, ei niiden käyttöönotto ilman toimeenpanohanketta (D2D) näytä tuottaneen riittävä**

**vaikuttavuutta koko terveydenhuoltojärjestelmää ja sen päätöksentekoa ajatellen.**

*Järjestötoiminnan näkökulmasta* Dehkon vaikutuksia on arvioitava siltä kannalta, miten kansanterveys- ja potilasjärjestönä toimivan Diabetesliiton rooli Dehkon organisoijana koettiin ja miten järjestöön terveydenhuoltoa Dehkon avulla ohjaamaan pyrkivänä toimijana suhtauduttiin. Arviointijohtopäätöksinä asiasta esitetään seuraavaa:

- Yleisesti järjestöjen rooliin suhtautumisessa on havaittavissa kahdenlaista lähestymistapaa: toisaalta järjestöt koetaan potilasryhmä- tai sairauskohtaisina etujärjestöinä ja/tai sairauskohtaisia palveluja tuottavina kolmannen sektorin palveluntuottajina; toisaalta asiantuntijafoorumina, jotka toimivat painokkaasti edustamansa terveysongelman sisällöllisten ja toiminnallisten ratkaisujen tuottajina. Diabetesliiton roolin Dehkossa on koettu liittyvän erityisesti jälkimmäiseen tehtäväalueeseen. Dehkon merkitystä korosti se, että vaikka ohjelma painottui hoidon ja sen laadun kehittämiseen, se panosti merkittävästi myös ongelman syntymisen ennaltaehkäisyyn. Tässä roolissa **Diabetesliitto järjestönä näyttää nauttivan merkittävää arvontoa ja luottamusta**.
- Järjestönä Diabetesliiton roolia voidaan valtakunnallisesti pitää vaikuttavana ja Diabetesliittoa Dehkon toimijana uskottavana. Sen sijaan liiton paikallisten yhdistysten ja terveydenhuoltokentän yhteistyön kehittämisessä osoittautui olevan edelleen kehittämisen tarvetta. Onkin ilmeistä, että **kansanterveysjärjestöjen asema valtakunnallisena toimijana maan terveystoiminnassa voisi tulevaisuudessa korostua** nimenomaan Dehkossa toteutetulla tavalla asiantuntijan roolissa valtakunnallisessa ohjauksessa.
- Diabetesliiton yhteistyökumppaneina ja sidosryhminä toimi julkisen terveydenhuollon valtakunnallisten, alueellisten ja paikallisten toimijoiden ohella julkista terveydenhuoltojärjestelmää palvelevia tai tukevia tahoja. Haastattelujen perusteella yhteistyökumppaneiden ja sidosryhmien suhtautuminen ohjelmaan on ollut myönteistä. On ilmeistä, että **Dehko edisti myös näiden tahojen omaa toimintaa** siltä osin, kuin se koski diabeteksen ehkäisyä ja hoidon kehittämistä kunkin toimialalla.

**Kansanterveysjärjestöjen roolin voidaan arvioida kehittyvän erityisesti kansallisen terveystoiminnan sisällöllisissä kysymyksissä. Tähän Diabetesliitto on Dehkon ansiosta ollut vaikuttamassa.**

## 8. Ohjelmat ohjausmallina

Ulkoisen arvioinnin toimeksiantoon kuului myös kysymys siitä, miten Dehkon toimintatapa asettui Suomen terveydenhuoltojärjestelmään ja kansanterveysjärjestöjen toimintakenttään. Arvioinnissa toivottiin tarkasteltavan Dehkon toimintatavan soveltuvuutta tulevaan terveydenhuollon ohjaukseen.

Haastatteluissa kiinnitettiin huomiota erityisesti Dehkon ohjausjärjestelmävaikutusten selvittelyyn, minkä vuoksi haastateltavat valittiin siten, että he edustivat selkeästi eri toimijatahojen näkökulmia. Yhteenveto haastatteluista ja haastatelluista käy ilmi liitteestä 4.

Seuraavassa tarkastelussa on käytetty asiakirjaineiston ohella ensisijaisesti haastatteluista kertynyttä tietoa.

### 8.1 Dehko ohjausmallina

Dehko edusti ohjausjärjestelmämielessä toisaalta *informaatio-ohjauksen toimintatapaa*, toisaalta ohjelmaan sisältyi toimeenpanohankkeen luontoisia osioita, jolloin kyse oli lähinnä ns. *verkosto-ohjauksesta*, jossa Dehkon toimijat osallistuivat konsultatioluontoisesti toimintaorganisaatioiden tai vastaavien toimeenpanon valmisteluun yhteistyössä näiden kanssa.

**Informaatio-ohjausohjelmana** Dehko tuotti tietoa, toiminnallisia ja sisällöllisiä suosituksia, ehdotuksia ja työvälineitä sekä huomattavan runsaan määrän informaatiota diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon palvelujärjestelmälle ja sen päättäjille, suunnittelijoille ja toimijoille. Asiantuntijoiden laatiman ohjelmasisällön tarkoituksena oli vaikuttaa päätöksentekoon. Dehkon ohjelma-asiakirjoissa tätä kuvattiin ilmaisulla ”kuntavaikuttaminen”.

Informaatio-ohjauksen vaikuttavuus perustuu keskeisesti siihen, että informaatio saavuttaa kohteensa ja että se tulkitaan oikein ja sen pohjalta tehdään varsinaista toimintajärjestelmää koskevia päätöksiä. Vaikka Dehkolla oli arvostusta ja luottamusta herättävä asema, ei se (eikä Diabetesliitto) kuitenkaan voinut puuttua toimintajärjestelmän piirissä tehtävään päätöksentekoon. Siksi Dehkon ohjausvaikutus voi näkyä vain, jos se on johtanut välillisesti valtakunnan tasolla, kunnissa ja kuntayhtymissä tehtyihin päätöksiin.

**Verkosto-ohjausohjelmana** Dehko pystyi sitouttamaan monia yhteistyökumppaneita ohjelman taakse. Dehko oli mukana toteuttamassa toimeenpanohankkeita, joista ylivoimaisesti laajin oli D2D-hanke. Sen ohella valmisteltiin useita käyttöönottohankeita yhteistyössä määritellyn toimijan tai toimijaverkoston kanssa.

### 8.2 Arviointijohtopäätökset Dehkon ohjausmallista

Arvioitsijat katsovat, että Dehko on ohjelmana ollut onnistunut informaatio-ohjauksen muoto, ja että ohjelmaa olisi voinut hyödyntää tai jatkossa voisi hyödyntää nimenomaan toiminnan sisällön, toimintamallien, menetelmien ja työvälineiden kehittämisessä erityisesti kansallisesti paljon tähän mennessä tapahtunutta enemmän. Lisäksi arvioitsijat esittävät:

- ▶ Kysely- ja haastatteluaineistot osoittavat, että ohjelman kuntavaikuttamisstrategiassa ei kautta linjan onnistuttu hyvin, vaan enimmäkseen tyydyttävän ja välttävän rajamailla. Monet luvussa 4 käsitellyt toimenpidetavoitteet eivät toteutuneet odotetulla tavalla.
- ▶ Dehkon ohjausvaikutus kuitenkin osoittautui toimivaksi, kun työhön sisältyi toimeenpanohankkeita tai vastaavia käyttöönottoimia. Tästä raportoitiin erityisesti D2D-hankkeessa. Onkin ilmeistä, että ohjelmajohdoksen ja verkostomaisen kehittämisen ohjausvaikutus on selkeästi suurempi, jos siihen ohjelmallisten sisältöjen ohella kuuluu toimeenpanon valmistelua. Tällöin Dehkon ja Diabetesliiton merkitykseksi ohjausjärjestelmässä muodostuu lähinnä kuntia, terveyskeskuksia ja sairaanhoitopiirejä konsultoiva rooli, jota olisi mahdollista jatkossa vielä selkiyttää ja hyödyntää toteutunutta laajemmin.
- ▶ Dehkon ohjausvaikutukseen vaikutti edistävästi se, että
  - kohteena oli relevantti, terveydenhuollon kentällä merkittäväksi ja ajankohtaiseksi kansanterveydelliseksi ongelmaksi koettu kansantauti,
  - kyse oli siinä määrin laajasta väestö- ja potilasryhmästä, jonka ehkäisyyn ja hoitoon tähtäävät toimenpiteet lisäksi hyödyttävät muidenkin

laajojen ongelmien ehkäisyä ja hoitoa, että yhden terveysongelman ohjelma voitiin hyväksyä kansalliseksi ohjelmaksi,

- ohjelma sisälsi vahvan terveyden edistämisen ja sairauden samoin kuin sen lisäsairauksien ehkäisyn ohjelmaosuuden, johon maassa oli kaivattu jo pitkään sisällöllistä kehittämistä. Ehkäisyn painottuminen johti myös siihen, etteivät diabeteksen hoidon resursointia koskevat edunvalvontaluontoiset asiat painottuneet ohjelmassa,
  - ohjelma osallisti merkittävän määrän asiantuntijoita ja terveydenhuollon toimijoita, jotka olivat myös motivoituneita ohjelman läpiviemiseen.
- Oli kyse sitten ohjelmalla ohjauksesta tai toimeenpano-ohjauksesta, Dehkon kaltaisessa ohjauksessa on syytä kiinnittää erityistä huomiota:
- kokonaiskoordinaatioon, mikä olisi Dehkossa merkinnyt sitä, että D2D-hanke olisi pitänyt

pitää kiinteämmin saman koordinaation piirissä,

- tavoitteiden asettamisen loogisuuteen ja priorisointiin sekä tavoitteiden mitattavuuteen ja seurantaan,
- toimenpiteiden ja toimeenpanoehdotusten kohdistamiseen tavoitteille,
- riittävän tietopohjan ja järjestelmätuen varmistamiseen sekä systemaattiseen ohjelmanaikaiseen seurantaan ja
- ohjelman hallintaan nykyaikaisen projektinhallinnan menettelytapoja ja järjestelmiä noudattaen.

**Dehkoa on pidettävä onnistuneena informaatio- ja verkosto-ohjauksen toimintatapana. Sitä olisi voitu ja voitaisiin edelleenkin hyödyntää tapahtunutta laajemmin diabeteksen ehkäisyn ja hoidon toiminnallisia ja sisällöllisiä kysymyksiä koskevassa kansallisessa ohjauksessa. Onkin suositeltavaa, että Dehkoa hyödynnetään KasteE II -ohjelmaa koskevan kokonaisuuden valmistelussa. Jatkossa tulisi keskeistä huomiota kiinnittää tavoitteiden asetteluun loogisuuteen, mitattavuuteen, tietopohjaan ja seurantaan samoin kuin projektinhallintaan.**



## 9. Kokonaisarvio

Arvioitsijoiden yhteenvetönäkemyksen mukaisesti

### Dehkolla oli merkittävä myönteinen vaikutus siihen, että

- ▶ diabeteksestä voidaan puhua avoimesti ja että samalla tiedostetaan, että diabetes on keskeinen terveysongelma niin terveyspolitiikan kuin väestön tasolla,
- ▶ terveyden edistämisen tärkeys ja ehkäisyn mahdollisuudet ovat tulleet laajasti esille, mikä on edistänyt samalla myös muiden terveysongelmien ehkäisyä,
- ▶ tavoite sydän- ja aivoverisuonikomplikaatioiden vähentämisestä on saavutettu,
- ▶ suomalainen diabetesosaaminen ja diabeteksen ehkäisyn ja hoidon järjestelmä ovat saavuttaneet kansainvälistä näkyvyyttä,
- ▶ kolmannen sektorin roolia sisällön asiantuntijana terveyspolitiikassa arvostetaan.

### Dehko on onnistunut vaikuttamistyössään, koska

- ▶ ennaltaehkäisy on painottunut ohjelmassa, ja sen tavoitteiden ja toimenpiteiden toimivuus on tutkittu diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeen, Dehkon 2D -hankkeen (D2D), avulla,
- ▶ hoidon ja hoidon laadun kehittämiseen on kiinnitetty huomiota, ja tähän on luotu runsaasti uusia toimintatapoja ja työkaluja,
- ▶ omahoidon ja hoidonohjauksen merkitykseen on kiinnitetty huomiota ja kehitetty työkaluja sekä annettu suosituksia,
- ▶ viestintä- ja opasaineisto on ollut onnistunut.

### Dehkossa asetettuja kaikkia tavoitteita ei saavutettu, sillä

- ▶ ohjelman aikana ei voitu todentaa tyyppin 2 diabeteksen eikä lihavuuden esiintyvyyden pienenevän,
- ▶ konkreettisia vaikutuksia kuntien päätöksentekoon terveyden edistämisen painottamiseksi tai terveyden edistämisen asemaan kuntien strategioissa ei ollut osoitettavissa,
- ▶ diabetesyhdistysten ja terveyskeskusten yhteistyön kehittymisestä paremmaksi ei saatu näyttöä,
- ▶ diabeetikoiden mahdollisuudesta osallistua oman hoitonsa ja hoitokäytäntöjen suunnitteluun ei vielä saatu myönteistä palautetta.

### Dehko olisi onnistunut vieläkin paremmin, jos

- ▶ ohjelman tavoitteet olisi asetettu toteutunutta systemaattisemmin ja mitattavammin sekä priorisoiden,
- ▶ kullekin tavoitteelle olisi kohdennettu tavoitteen saavuttamista tukevat toimenpiteet,
- ▶ tavoitteiden toteumaseurannasta ja raportoinnista olisi huolehdittu jo tavoitteita asetettaessa ja jos seuranta olisi toteutettu systemaattisemmin siten, että seurannan tuloksia olisi voitu hyödyntää ohjelman kuluessa,
- ▶ omahoidon ja hoidon ohjauksen muutkin ulottuvuudet kuin kliininen ohjaus olisivat saaneet enemmän painoa ja tulleet aikaisemmassa vaiheessa otetuiksi huomioon,
- ▶ Dehkon ja D2D-hankkeen keskinäiset roolit olisivat tulleet paremmin määritellyiksi ja koordinoituiksi.

**Yhteenvedona** arviointiryhmä katsoo, että Dehkolla oli tärkeä asema maamme terveystieteiden kysymysten kannalta. Ohjelman tavoitteet ja toimenpiteet kohdistuivat keskeisiin väestön terveyteen liittyviin haasteisiin. Diabetesliitto teki tärkeän yhteiskunnallisen aloitteen käynnistämällä hankkeen ja huolehtimalla sen organisoinnista, hallinnasta ja

rahoituksen järjestämisestä yhteistyökumppaniensa kanssa. Dehko oli laaja, koko palvelujärjestelmää ja muuta yhteiskunnallista toimintaa koskeva ohjelma, jossa ensisijainen tarkoitus ei ollut vain jo syntyneiden ongelmien hoitamisen organisointi, vaan erityisesti myös kyseisen terveysongelman ja lisäsairauksien ehkäisy.

# 10 Suositukset

Arviointiryhmä suosittaa, että

- ▶ Diabetesliitossa ja Dehkon asiantuntijoiden piirissä kiinnitetään erityistä huomiota Diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämisohjelman loppuraportin julkistamiseen, viestintään ja ohjelmasta nousseen koulutustarpeen huomioon ottamiseen sekä liiton piirissä että valtakunnallisesti järjestettävässä koulutuksessa,
- ▶ Dehkon piiriin liittyvää ohjelmatyötä jatketaan siten, että ohjelman kokemuksia hyödynnetään kohdistetusti ennaltaehkäisyyn ja varhaisen hoidon toimintamallien juurruttamiseksi D2D-hankkeen viitoittamaa tietä ja valtimoterveyden edistämistä koskevan, jo muodostuneen yhteistyön pohjalta – muutoin uhkana on useiden politiikkaohjelmien tapaan kehittämistyön pysyvyyden kadottaminen,
- ▶ omahoidon monimuotoisuus otetaan aiempaa painokkaammin huomioon henkilöstön hoidonohjauskoulutuksessa,
- ▶ Dehkon keskeiset sisällöt ja kokemus otetaan huomioon sosiaali- ja terveysministeriössä Kaste II -ohjelmaa ja seuraavan hallituksen hallitusohjelmaa valmisteltaessa ja että Diabetesliiton ja Dehkon asiantuntijoita kuullaan niiden valmistelussa.

Siitä huolimatta, että diabeteksen esiintyminen väestössä ei ole vielä vähentynyt ja että Dehkon kaikki tavoitteet eivät ole täysimääräisesti toteutuneet, arviointiryhmä katsoo, että Dehkolla on ollut tärkeä merkitys tulevan terveyspolitiikan suunnittelua ajatellen. Ohjelma kiinnitti sekä väestön, päättäjiä että terveydenhuollon ammattilaisten huomion keskeiseen väestön terveystasoon liittyvään ongelmaan ja erityisesti sen ehkäisyyn. Ohjelmasta saatuja kokemuksia ja tuloksia ei tule hukata!

## LIITTEET

## Liite 1

## Arviointityön pohjana käytetty lähdeaineisto

## Dehkon perusjulkaisut

Dehkon 2D -hankkeen loppuraportti
Dehko etenee 2008–2010, strateginen suunnitelma
Dehko etenee 2005–2007, toimenpidesuunnitelma
Dehko 2000–2010. Toimenpideohjelmakirja
Dehko 2000–2010. Toimenpideohjelmakirjan tiivistelmä
Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010. Toimenpideohjelmakirja
Ehkäisyohjelman tiivistelmä
Dehkon 2D -hankkeen projektisuunnitelma
Diabetes Suomessa
Diabetesbarometri 2005

## Dehko-raportit

2009:3 Aikuisten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus 2008
2009:2 Lasten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus 2008
2009:1 Diabetes terveydenhuoltoalan koulutuksessa
2007:2 Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010). Toinen väliarviointi
2007:1 Palkitut ja arjessa koetellut. Diabeteksen ehkäisy ja hoidon hyvät hankkeet
2006:2 Dehkon 2D -hanke 2003–2007. Kvalitatiivinen arviointi 2006
2006:1 Diabeteshoitotyön osaamisen tehostaminen terveysalan koulutuksessa
2005:7 Pieni Päätös Päivässä -projektin seurantatutkimus. Ryhmämuotoisen painonhallintaohjauksen edellytykset
2005:6 Dehkon 2D -hanke 2003–2007. Väliarviointi
2005:5 Stadia-Dehko: Tyypin 2 diabeetikon elämäntapaohjausta ammattikorkeakoulussa
2005:4 Diabeteksen hoidon laatu
2005:3 Dehko Outokummun terveyskeskuksessa. Väliarvio vuoden 2005 alussa
2005:2 Apteekkien diabetesohjelma - Apteekit Dehkon tavoitteita toteuttamassa
2005:1 Diabro 2000–2003. Dehko alueellisena hankkeena
2004:2 Tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausmalli. Pilottiraportti
2004:1 Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2000–2001
2003:7 Lasten diabeteksen hyvän hoidon laatukriteerit
2003:6 Diabeetikon jalkojenhoidon laatukriteerit
2003:5 Dehko – Väliarviointi
2003:4 Diabeetikoiden hoitotytytyväisyys Suomessa
2003:3 Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit
2003:2 Diabeteshoitajien koulutus - esiselvitys
2003:1 Täydennyskoulutuksen lisääminen ja kehittäminen - vastaus Dehkon haasteisiin?
2002:2 Diabeteksen hoidon laatu ja seurantajärjestelmät
2002:1 Diabeetikon hyvän hoidon laatukriteerit

## Muut asiakirjat, tutkimukset, selvitykset ja muu kirjallinen aineisto

- Hoidata-hanke 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke. Loppuraportti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
- Härmä-Rodriguez S. Diabetestyön kehittäminen -monimuotokoulutus, julkaisematon tiedonanto. 2010
- Jarvala T, Raitanen J, Rissanen P ja työryhmä. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007. 2009
- Jousilahti P, Komulainen J, Hanski T, Kaila M, Ketola M. Perusterveydenhuollon lääkärit tuntevat hyvin Käypä hoito -suositukset. Suomen Lääkärilehti 2007;62:3319-23
- Kangas T. Diabeetikkojen terveystalvet ja niiden kustannukset. Helsingiläisten diabeetikkojen verrokkipohjainen poikkileikkaustutkimus, 2002 (tiedot vuodelta 1997)
- Kokko S, Heinämäki L, Tynkkynen L, Haverinen R, Kaskisaari M, Pekurinen M, Tammelin M. Kunta- ja palvelurakennemuutosten toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystalvetjen järjestämisestä ja tuottamisesta 2009–2013. Raportti 36/2009
- Kuronen R, Jallinoja P, Ilvesmäki V, Patja K. Miten valtimotautiriskejä koskevat hoitosuositukset on otettu käyttöön? Suomen Lääkärilehti 2006;61:4571-7
- Laatikainen T, Tapanainen H, Alfthan G, Salminen I, Sundvall J, Leiviskä J, Harald K, Jousilahti P, Salomaa V, Vartiainen E. FINRISKI 2002. Tutkimus kroonisten kansantautien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista, psykososiaalisista tekijöistä ja terveystalvetjen käytöstä. Tutkimuksen toteutus ja tulokset 1. Perusraportti. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2003. Helsinki, 2003
- Niemi M, Winell K. Diabetes Suomessa. Esiintyvyys ja hoidon laadun vaihtelu. Stakes Raportteja 8/2005
- Partanen T. Diabeetikoiden hoitotytyväisyys Suomessa. DEHKO-raportti 2003:4
- Paturi M, Tapanainen H, Reinivu H, Pietinen P, toim. Finnravinto 2007 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B23/2008
- Peltonen M, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, Puolijoki H, Saltevo J, Vanhala M, Saaristo T, Saarikoski L, Sundvall J, Tuomilehto J. Lihavuuden, diabeteksen ja muiden glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyys suomalaisessa aikuisväestössä. Dehkon 2D -hanke (D2D). Suomen Lääkärilehti 61:163 – 170, 2006
- Peltonen M, Harald K, Männistö S, Saarikoski L, Peltomäki P, Lund L, Sundvall J, Juolevi A, Laatikainen T, Aldén-Nieminen H, Luoto R, Jousilahti P, Salomaa V, Taimi M, Vartiainen E. Kansallinen FINRISKI 2007 -terveystutkimus - Tutkimuksen toteutus ja tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B34/2008. Helsinki 2008
- Routasalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T & Pitkälä K. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim 125: 2351-9
- Saaristo T, Moilanen L, Jokelainen J, Oksa H, Korpi-Hyövälti E, Saltevo J, Vanhala M, Niskanen L, Peltonen M, Tuomilehto J, Uusitupa M & Keinänen-Kiukaanniemi S. 2010. Diabetesriskiä voidaan vähentää perusterveydenhuollon keinoin. Suomen Lääkärilehti 26-31 vsk. 65; 2369-2379
- Saikku P. Perusterveydenhuolto ja työttömien palvelut - Työttömien terveystalvet ja -palvelut kunnissa 2009. Avauksia 12/2010. THL
- Salopuro T, Saaristo T, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, Keinänen-Kiukaanniemi S, Saltevo J, Vanhala M, Niskanen L, Moltchanova E, Sundvall J, Tuomilehto J, Uusitupa M & Peltonen M. 2010. Lihavuuden ja glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyydessä on selviä alueellisia eroja Suomessa. Suomen Lääkärilehti 26-31 vsk. 65; 2381-2388
- STM 2001. Terveystalvet edistävän liikunnan kehittämiskomitean mietintö 2001:12. Helsinki 2001
- STM 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki 2008. Sosiaali- ja terveystalvetministeriön julkaisuja 2008:3
- Valle T, Tuomilehto J. Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2000–2001. DEHKO-raportti 2004:1. Diabetesliitto
- Valle T, Tuomilehto J. Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2010. Julkaisematon
- Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. Stakes, oppaita 2003:56. 2. tarkistettu painos 2005
- Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset. Helsinki 2005. 44 s. (Sosiaali- ja terveystalvetministeriön oppaita)
- Viitasalo K, Lindström J, Hemiö K, Puttonen S, Koko A, Härmä M & Peltonen M. 2010. Työterveyshuolto tunnistaa diabetesriskin. Suomen Lääkärilehti 1-2, vsk 65; 33-42

## Liite 2

### Dehkon tavoitteiden toteutumisen yksilöity arviointi

Tässä liitteessä tarkastellaan Dehkon asiakirjoihin kirjattuja tavoitteita. Tarkastelu on jäsennetty raportin luvussa 4 kuvatun jäsentelyn mukaan seuraavasti:

- ▶ Päätavoitteiden toteutuminen
- ▶ Tulostavoitteiden toteutuminen
- ▶ Toimenpidetavoitteiden toteutuminen

Tulostavoitteet on numeroitu em. jäsennystä noudattaen, ja ne kuvataan jaoteltuina alkuperäisiin Dehkon tavoitteisiin ja ehkäisyohjelman tavoitteisiin. Tulostavoitteiden osalta kunkin tavoitteen kohdalla tarkastellaan

- tavoitteen relevanssia,
- selkeyttä ja
- toteutumista.

Lisäksi pohditaan, mitkä toimenpiteet ovat kohdistuneet ja mahdollisesti vaikuttaneet kyseisen tavoitteen toteutumiseen, ja kirjataan arviointijohtopäätöksiä.

Kun toimenpidetavoitteiden (eli ohjelma-asiakirjoissa ”organisointitavoitteet/toimenpiteet”) kohdistaminen päätavoitteille ja varsinaisille tulostavoitteille ei ole yksiselitteisesti mahdollista, eikä sitä myöskään oh-

jelma-asiakirjoissa ole tehty, on toimenpidetavoitteita ja toimenpiteitä tarkasteltu jäljempänä jaoteltuina ohjelma-asiakirjojen mukaisiin painopistealueisiin eli

- tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä koskeviin toimenpiteisiin,
- diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittämistä koskeviin toimenpiteisiin ja
- diabeetikon omahoidon tukemista koskeviin toimenpiteisiin.

Huomattakoon, että monet ohjelma-asiakirjoissa esitetyistä tavoitteista liittyvät samaan asiakokonaisuuteen. Tämä johtaa siihen, että seuraavaan yksilöidysti tavoitteiden toteumaa koskevaan tarkasteluun on jouduttu sisällyttämään toistoa sekä tavoitteen relevanssin, selkeyden, tavoitteiden toteuman että arviointijohtopäätösten osalta.

Tavoitteiden toteutumisen arviointi pohjautuu pääosin Dehkon puitteissa tuotettuun ja kerättyyn seuranta-tietoon. Aina tätä tietoa ei ole, joten kaikkien toimenpidetavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta ei ole mukana tietoa.

## 1. Päätavoitteiden toteutuminen

Dehkon päätavoitteiksi kirjattiin ohjelmakirjassa:

### 1.1

#### Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy

### 1.2

#### Sopiminen toimenpiteistä, joilla voidaan vähentää sydän- ja verisuonitautien vaaraa tyypin 2 diabetesta sairastavilla

Päätavoitteiden toteutuminen koostuu kaikkien alla yksityiskohtaisesti kuvattujen tavoitteiden sekä toimenpiteiden toteutumisesta. Siksi arviointi on kirjattu yhteenvetona pääraportissa.

## 2. Tulostavoitteiden toteutuminen

### Dehkon tulostavoitteet:

#### 2.1

*Diabeetikoiden hoitotasapainot ovat parantuneet siten, että vähintään 50 prosentilla tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeetikoista on hyvä hoitotasapaino, ja vähintään 30 prosentilla on välttävä tasapaino*

#### Tavoitteen relevanssi

Hoitotasapainon parantamisen täytyy olla Dehkon tärkeimpiä tavoitteita jo hankkeen nimen mukaisesti. Tavoite oli erittäin relevantti mutta myös äärimmäisen haastava. Tyyppin 1 diabeetikoille tehty DCCT-tutkimus vuonna 1993 ja tyyppin 2 diabeetikoille tehty UKPDS-tutkimus vuonna 1998 olivat ensimmäisen kerran osoittaneet glykemian aktiivisen hoidon suuren merkityksen komplikaatioiden estämisessä.

#### Tavoitteen selkeys

Vaikka hoitotasapainon kehittymisen selvittämiseksi käytettyihin tieteellisiin menetelmiin liittyy epävarmuustekijöitä, oli tavoite varsin selkeä. Kunnianhimoisena ja varsin yleisenä tavoitteena sen seikan arviointi, mikä hoitotasapainojen kehittymistrendeissä oli Dehkon ansiota, on vaikeaa.

#### Tavoitteen toteutuminen

Dehkon tavoitteita asetettaessa vuonna 2000 diabeetikoiden hoitotasapainosta oli käytettävissä Timo Vallen vuoden 1993 selvitys diabeetikoiden glykemian tasosta. Tavoitteen sisältökin kuvaa nimenomaan glykemiätavoitetta, jonka merkitys tyyppin 2 diabeetikoiden komplikaatioiden kannalta oli selvinnyt vasta vuonna 1998 UKPDS-tutkimuksen tuloksista. Vallen selvitys uudistettiin Dehko-projektina vuosina 2000–2001 eräänlaisena lähtötilanteen kartoituksena, ja tällöin glykemian ohella selvitettiin myös kolesteroli ja verenpaineen hoidon taso. Tavoitetta asetettaessa tulos ei ollut vielä tiedossa. Vuoden 2000–2001 hoitotasotutkimus julkistettiin Dehko-raporttina vuonna 2004 (DEHKO-raportti 2004:1).

Vallen selvitys vuoden 2000–2001 tilanteesta osoitti, että hyvään tasapainoon ylsi tyyppin 1 diabeetikoista ( $HbA_{1c}$  alle 7,5 %) 21 % ja tyyppin 2 diabeetikoista ( $HbA_{1c}$  alle 6,0 %) 10 %. Välttäväksi tasapainoksi voitaneen valita raportin kohtalainen taso, johon tyyppin 1 diabeetikoista ( $HbA_{1c}$  7,5–8,5 %) pääsi 29 % ja

tyypin 2 diabeetikoista ( $HbA_{1c}$  6,1–8,0 %) 52 %. Näin ollen huonossa tai hälyttävän huonossa tasapainossa oli tyyppin 1 diabeetikoista 49 % ja tyyppin 2 diabeetikoista 38 %.

Dehkon tavoitteena oli siis saada tyyppin 1 diabeetikoista 21 % → 50 % hyvään tasapainoon ja 49 % → 20 % pois huonosta tai hälyttävän huonosta tasapainosta. Tyyppin 2 diabeetikoista tavoitteet olivat 10 % → 50 % hyvään tasapainoon ja 38 % → 20 % pois huonosta tai hälyttävän huonosta tasapainosta.

Vallen kolmannen hoitotasapainoselvityksen (2009–2010) perusteella tyyppin 2 diabeetikoiden sokerin hoidon hoitotasapaino parantui merkittävästi verrattuna sekä vuosien 2000–2001 että 1993 tilanteeseen. Vaikka lopulliset analyysit ovat tätä kirjoitettaessa vielä kesken, hoitotasapainon paraneminen oli huomattavaa, ja 1990-luvulla alkanut trendi jatkui johdonmukaisena.

Yhdistelmähoitoisten (insuliini ja tabletit) diabeetikoiden hoitotasapaino parantui huomattavasti 20 vuoden ja jopa 10 vuoden aikajänteellä (mediaani vuonna 1993 9,4 %, 2001 8,4 % ja 2010 7,8 %). Tablettihoitoisten diabeetikoiden vastaavat luvut olivat 8,0 %, 7,4 % ja 6,4 %. Jopa puhtaasti ruokavalihoitoisten tyyppin 2 diabeetikoiden hoitotasapaino parantui trendinomaisesti. Dehkon alkuperäisen tavoiteasettelun muodossa vuonna 2010 kaikista tyyppin 2 diabeetikoista  $HbA_{1c}$  oli < 6,0 % tasolla 23 %:lla (vuosina 2000–2001 10 %:lla), 6,1–8,0 % tasolla oli 62 %:lla (52 %:lla) ja yli 8 % tasolla oli 14 %:lla (38 %:lla tyyppin 2 diabeetikoista). Erittäin hyvässä hoitotasapainossa olevien tyyppin 2 diabeetikoiden määrä siis yli kaksinkertaistui ja huonossa ja hälyttävän huonossa tasapainossa olevien määrä vähentyi lähes kolmannekseen.

Yhdistelmähoitoisten diabeetikoiden hoitotasapainon paraneminen kuvaa huomattavasti lisääntyneitä aktiivisuutta hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi. Kaikki yllämainitut seikat ovat Dehkon tavoitteiden ja Käypä hoito -suosituksen hengen mukaisia.

Tyyppin 1 diabeetikoiden hoitotasapainoa kuvaavana ryhmänä olivat Vallen selvityksessä puhtaasti insuliinihoidossa olevat diabeetikot, johon epäilemättä kuului analyysin menetelmät huomioiden myös jonkin verran tyyppin 2 diabeetikoita. Heidän  $HbA_{1c}$ -mediaaninsa oli viimeisimmässä selvityksessä 8,3 %

eli sama kuin vuoden 2001 selvityksessä. Huolimatta siitä, että hoitoa siirrettiin erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksiin 2000-luvulla, hoitotasapaino ei ollut heikentynyt. Dehkon alkuperäisen tavoiteasettelun muodossa vuonna 2010 tyypin 1 diabeetikoista HbA<sub>1c</sub> oli <7,5 % tasolla 27 %:lla (vuosina 2000–2001 21 %:lla), 7,6–8,5 % tasolla 30 %:lla (29 %), 8,6–10,0 % tasolla 30 %:lla (30 %:lla) ja yli 10,0 % tasolla 14 %:lla (19 %:lla insuliinihoitoisista diabeetikoista) eli hyvässä tasapainossa olevien osuus on hieman kasvanut ja hälyttävän huonossa tasapainossa olevien osuus on hieman pienentynyt.

### Toimenpiteitä tavoitteen saavuttamiseksi

Diabeetikoiden hoitotasapainon parantuminen ja diagnoosin varhentaminen olivat Dehkon ydintavoitteita. Voidaankin sanoa kaikkien Dehkon toimenpiteiden tähdenneen diabeetikoiden parempaan hoitoon. D2D loi toimenpideohjelmalla lukuisia käytännön toimintamalleja riskihenkilöiden löytämiseksi ja saatamiseksi perustellun intervention piiriin. Tavoitteen toteutumisen mittaamiseen käytettiin resursseja tavalla, jonka olisi suonut olevan käytäntö myös muiden asetettujen Dehkon tavoitteiden mittaamisessa.

On vaikeaa nostaa yhtä yksittäistä toimenpidettä ohi muiden tämän tavoitteen edistämiseksi. Diabeteksen hoidon ammattilaisten sitouttaminen ylipäättään Dehkoon oli yleisesti hoitoaktiivisuuteen vaikuttanut tekijä.

#### ► Arviointijohtopäätökset

Diabeteksen hoidon tavoitteet eivät täytyneet tyypin 1 diabeetikoiden kohdalla, mutta sitä vastoin tyypin 2 diabeetikoiden hoitotasapaino näyttää parantuneen erittäin merkittävästi. Kokonaisuudessaan tällä on ollut varsin suuri taloudellinen merkitys vähentyneiden elinkomplikaatioiden kautta.

On tosin oikeutettua pohtia syitä, miksi tyypin 1 diabeetikoiden hoitotulokset eivät kohentuneet käytännössä lainkaan, kun samaan aikaan tyypin 2 diabeetikoiden hoitotasapaino parantui merkittävästi. Epäsuorasti tämä viittaa siihen, että tyypin 2 diabeetikoiden hoitoa suhteessa tyypin 1 diabeetikoihin oli aiemmin suorastaan laiminlyöty, ja näin ollen aktivointumisen tuotti selvän vasteen hoitotasapainoon jopa väestötasolla.

Dehkoa voidaan pitää vaikutuksiltaan merkittävänä hoidon aktiivisuuden kehittymisessä. Vuonna 2007

julkaistu kansallinen diabeteksen Käypä hoito -suositus antoi ohjelman aikana myös yhtenäiset ohjeet diabeteksen hoidon kehittämiseksi. 2000-luvun ensimmäinen vuosikymmen oli myös uusien lääkinnövaatioiden varsinainen ilotulitus. Uusien lääkkeiden käyttö ei sinänsä selitä hoitotasapainon paranemista, sillä suurella osalla potilaista käytetään perinteisiä hoitoja. Uusilla lääkkeillä oli kuitenkin lääkehoidon aktiivisuutta lisäävä vaikutus.

Suoraan Dehkon varsinaista merkitystä ei voida tarkkaan arvioida, mutta ottaen huomioon sen vaikutuksen ammattilaisten sitouttajana ja eräänlaisena ”myötätuulena” monille projekteille (mm. Dehkosta riippumattomalle diabeteksen Käypä hoito -suositukseen) Dehkon merkitystä voidaan pitää tärkeänä.

## 2.2

### *Diabeetikoiden sydän- ja verisuonisairastuvuus vähennee vähintään kolmanneksella*

#### Tavoitteen relevanssi

Lisäsairauksien kehittyminen on diabeetikkojen voinnin huononemiseen ja ennen aikaiseen kuolemaan johtavista tekijöistä tärkein. Lisäsairauksien kehittymisen estäminen on diabeetikon hyvinvoinnin ohella keskeinen hoidon tavoite, ja lisäsairauksien vähentäminen on siksi tavoitteena oikeasuuntainen. Tavoite palvelee diabeetikkojen hoidon tavoitteita ja hoidon kehittämistä diabeetikkojen hyvinvoinnin toteutumiseksi.

Lisäsairauksien kehittyminen vie vuosia, erityisesti munuaistaudin ja silmän verkkokalvon sairauden osalta, joten Dehkon vaikutus näiden vähenemiseen näkyy vasta Dehkon lopussa ja sitä seuraavien vuosien aikana.

#### Tavoitteen selkeys

Tulostavoite oli määrittely siten, että sen toteutumisen täsmällinen mittaaminen ei kaikilta osin onnistu. Diabeetikoiden sydän- ja verisuonisairastavuudesta on rekisteritietoihin perustuvaa tietoa vain sairaalahoitoon ja kuolemaan johtaneiden tapahtumien osalta. Tavoitteen saavuttamisen arviointiin on siksi käytettävä indikaattoreita, jotka kattavat vain osan sairastavuudesta.

Arviointia helpottaisi, mikäli tulostavoitteet olisi kirjattu mitattavassa muodossa ja jos arviointimenetelmät olisi määritetty.



Kuten muidenkin tulostavoitteiden osalta, Dehkon itsenäistä vaikutusta tavoitteen saavuttamiseen on vaikea arvioida. Tätä voidaan kuitenkin arvioida Dehkon asettamien, toimenpiteitä koskevien tavoitteiden toteutumisen ja toimenpiteiden onnistumisen avulla.

### Tavoitteen toteutuminen

Dehko on seurannut asetetun tavoitteen toteutumista alkuperäisen aikataulusuunnitelman mukaisesti (Diabetes Suomessa 2005, Niemi ja Winell 2005 ja FinDM II 2010). Seurannat perustuivat sekä potilaskertomuksista saatuihin tietoihin että otoksista tehtyihin seurantoihin ja lisäksi hoitoilmoitustietokannasta ja rekistereistä tehtyihin selvityksiin.

Sydän- ja verisuonisairastuvuuden kokonaisuudesta ja sen muutoksista ei ole luotettavaa tietoa saatavissa diabeetikoiden osalta. Tavoitteiden saavuttamisen indikaattoreina on käytetty seuraavia:

- ▶ sydäninfarktien ilmaantuvuutta diabetesta sairastavilla vuosina 2000 ja 2009 ja
- ▶ aivoinfarktien ilmaantuvuutta diabetesta sairastavilla vuosina 2000 ja 2009.

#### • Sydäninfarkti

Diabeetikoiden ensimmäisen sydäninfarktin ilmaantuvuus pieneni vuodesta 1988 vuoteen 2002 miehillä 46 % ja naisilla 40 % (Niemi ja Winell 2005). Vuosina 2000–2002 pieneneminen pysähtyi. FinDM II -tutkimuksen alustavien tulosten perusteella näyttää siltä, että diabeetikoiden sydäninfarktin ilmaantuvuus on taas selkeästi pienenemässä: vuodesta 2000 vuoteen 2007 miesdiabeetikoiden ensimmäisten sydäninfarktien ilmaantuvuus pienentyi ei-insuliiniriippuvaisilla 40 % (naisilla 43 %) ja insuliiniriippuvaisilla miehillä 33 % (naisilla 40 %) (Winell 2009, Koski 2010). FinDM II -tutkimuksen sydäninfarktia koskevat tiedot perustuvat hoitoilmoitusrekisteriin. Diabeetikoiden määrän arvio perustuu lisäksi Kelan rekistereihin sekä kuolinsyy- ja syntymärekistereihin.

#### • Aivoinfarkti

Myös diabeetikoiden ensimmäisten aivoinfarktien ilmaantuvuus pieneni voimakkaasti jo ennen vuotta 2000, erityisesti yli 54-vuotiaiden ikäryhmissä (Niemi ja Winell 2005). FinDM II -tutkimuksen alustavat tulokset osoittavat, että pieneneminen jatkui, vuosien 2000–2002 aikana esiintyneen tasaantumisen

jälkeen, ja ensimmäisten aivoinfarktin saaneiden osuus vähentyi vuodesta 2002 vuoteen 2007 insuliiniriippuvaisilla miehillä 37 % ja naisilla 53 %, ei-insuliiniriippuvaisilla vastaavasti 34 % ja 42 %.

### Toimenpiteitä tavoitteiden saavuttamiseksi

Diabeteksen ehkäisy, varhainen toteaminen ja hyvä hoitotasapaino ovat ratkaisevia keinoja estettäessä lisäsairauksien kehittymistä. Näiden tulostavoitteiden saavuttaminen oli siis kaikkien kolmen Dehko-ohjelman pääosioden tavoitteiden ja toimenpidesuosituksen yhteisvaikutusta.

Dehko määritteli hoidon laadun arviointia varten hyvän hoidon laatuksiterit ja -indikaattorit sekä lapsi- ja aikuisdiabeetikkojen hoidolle soveltuvien osien myös laatuavoitteet. Lisäksi suositeltiin diabeteksen hoidon laatujohtamisen luomista hoitoyksiköihin, mutta mallia tälle ei annettu. Jalkojen hoidon tehostaminen -projekti toteutettiin vuonna 2000.

Dehkon toimenpidetavoitteissa suositeltiin toimivien hoitoketjujen kehittämistä, hoitoketjujen hoitovastuun määrittämistä ja joustavan konsultointikäytännön toteuttamista. Dehkon sairaanhoitopiireihin vuonna 2009 osoittaman kyselyn perusteella diabeteksen hoitoketjuja oli kehittänyt noin puolet sairaanhoitopiireistä. Kyselyjen mukaan hoitoketjut todennäköisesti ohjasivat hoitoa silloin, kun niistä oli tietoa ja kun ne olivat helposti käytettävissä.

Dehko seurasi hoidon laatua ja tuloksia, mutta mukaan saatiin vain pieni osa vapaaehtoisia terveyskeskuksia ja sairaanhoitopiirejä. Laadun seuraamiseksi suositeltiin kolmiportaista diabetesrekisteriä. Diabetesrekisterin perustamisen mahdollisuuksista, ja samalla yleensä hoidon laadun seurantarjestelmien toteuttamisesta, tehtiin selvitys vuonna 2002 (Winell). Erillisen diabetesrekisterin perustamisavoitteesta luovuttiin arviointiryhmän suosituksesta, kun valtakunnallisen sähköisen potilasrekisterin perustaminen aloitettiin.

Jokaiseen terveyskeskukseen suositeltiin diabetesvastuulääkärin ja diabeteshoitajan nimeämistä ja erikoissairaanhoidon toimipisteeseen diabetestiimiä. Lisäksi sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa diabetestiimien käytettävissä tuli suosituksen mukaan olla ainakin jalkojenhoitaja tai jalkaterapeutti, ravitsemusterapeutti, psykologi ja fysioterapeutti tai liikunnanohjaaja. Jokaiseen sairaanhoitopiiriin suositellun diabetestyöryhmän rakenteesta ja tehtävistä on kuvaus Dehkon toimenpidekirjassa.

Diabetestietoutta Dehko pyrki lisäämään luomalla IDF:n mallin mukaisen moniammatillisen koulutusohjelman sisällön sekä kehittämällä hoitajien ammatillista täydennyskoulutusta diabeteksen hoitoon ja hoidonohjaukseen sekä luomalla hoidonohjauksen moniammatillisen koulutusohjelman.

Monet diabeteksen ehkäisyn kehittämiseksi toteutetut toimenpiteet vaikuttavat pidemmällä tähtäimellä komplikaatioiden kokonaismäärän vähenemiseen. Samat toimenpiteet, joilla tähdättiin diabeteksen ilmaantuvuuden riskitekijöiden vähentämiseen, vaikuttavat osana hoitoa myös diabeteksen komplikaatioiden ilmaantumiseen.

### ► Arviointijohtopäätökset

Sydän- ja verisuonisairauksien väheneminen diabeetikoilla tavoitteena olleen kolmanneksen verran osoitettiin seurantatutkimuksissa sydäninfarktin ja aivoinfarktin osalta.

Lisäsairauksien esiintymisen frekvenssi on suhteessa diabeteksen keston. Koska diabeetikoiden määrä kasvoi nopeasti vuosina 2000–2007, loppuvuosissa on mukana enemmän diabetesta vasta vähän aikaa sairastaneita, mikä vaikuttaa lisäsairauksien esiintymisfrekvenssiin. Diabeteksen varhainen toteaminen ja hyvä hoitotasapaino ovat ratkaisevia keinoja estettäessä lisäsairauksien kehittymistä. Näiden tulostavoitteiden saavuttaminen oli siis kaikkien kolmen Dehkon pääosioiden tavoitteiden ja toimenpidesuosistusten yhteisvaikutusta.

## 2.3

### *Diabetekseen liittyvien lisäsairauksien esiintyminen vähenee Euroopan St. Vincent -ohjelman tavoitteiden mukaisesti:*

- jalkojen amputaatioiden määrä vähenee vähintään puoleen
- diabetekseen liittyvä silmän verkkokalvon sairaus vähenee vähintään kolmanneksella
- diabetekseen liittyvä munuaistauti vähenee vähintään kolmanneksella

Kyseessä on kolme erillistä osatavoitetta, joita kutakin tarkastellaan seuraavassa tavoitteiden toteutumisen osalta erikseen.

### Tavoitteiden relevanssi

Lisäsairauksien kehittyminen on diabeetikkojen voimien huononemiseen ja ennen aikaiseen kuolemaan

johtavista tekijöistä tärkein. Lisäsairauksien kehittymisen estäminen on diabeetikon hyvinvoinnin ohella keskeinen hoidon tavoite, ja lisäsairauksien vähentäminen on siksi tavoitteena oikeasuuntainen. Se palvelee diabeetikkojen hoidon tavoitteita ja hoidon kehittämistä diabeetikkojen hyvinvoinnin toteutumiseksi.

Lisäsairauksien kehittyminen vie vuosia, erityisesti munuaistaudin ja silmän verkkokalvon sairauden osalta, joten Dehkon vaikutus näiden lisäsairauksien vähenemiseen näkyy vasta Dehkon lopussa ja sitä seuraavien vuosien aikana.

### Tavoitteiden selkeys

Tulostavoite oli määrittely siten, että sen toteutumisen täsmällinen mittaaminen ei kaikilta osin onnistu. Diabeetikoiden sydän- ja verisuonisairastavuudesta on rekisteritietoihin perustuvaa tietoa vain sairaalahoittoon ja kuolemaan johtaneiden tapahtumien osalta. Tavoitteen saavuttamisen arviointiin on siksi käytettävä indikaattoreita, jotka kattavat vain osan sairastavuudesta.

Arviointia helpottaisi, mikäli tulostavoitteet olisi kirjattu mitattavassa muodossa ja jos arviointimenetelmät olisi määritetty.

Kuten muidenkin tulostavoitteiden osalta, Dehkon itsenäistä vaikutusta tavoitteen saavuttamiseen on vaikea arvioida. Tätä voidaan kuitenkin arvioida Dehkon asettamien, toimenpiteitä koskevien tavoitteiden toteutumisen ja toimenpiteiden onnistumisen avulla.

### Tavoitteiden toteutuminen

Jalkojen amputaatioiden syynä diabeetikoilla on ateroskleroottinen verisuonisairaus. Amputaatioiden määrä suhteutettuna diabeetikkojen määrään väheni vuodesta 1988 vuoteen 2002 58 %:lla (Niemi ja Winell 2005). FinDM II -tutkimuksen alustavien tietojen mukaan ensimmäisten korkeiden, polven yläpuolisten, amputaatioiden määrä 100 000 diabeetikkoa kohden väheni edelleen vuodesta 2000 vuoteen 2007, mutta väheneminen oli pienempi: tyypin 2 diabeetikoilla miehillä alle 30 % ja naisilla noin 40 %; tyypin 1 diabeetikoilla miehillä alle 10 % ja naisillakin alle 30 %. Ilmaantuvuus suhteessa diabeetikoiden määrään oli alkuvuosina pienenevä, mutta kehitys pysähtyi viime vuosina.

Retinopatian päätapahtumien ilmaantuvuuden seuraaminen ei ole ollut mahdollista, mutta esiin-

tyvyydestä on saatu tietoja jonkin verran kerättyä. Lisäsairauksien esiintyvyydestä auttavat arvioimaan hoidon onnistumista.

Vuodelta 2000 ei ole tietoja retinopatian yleisyydestä diabeetikoilla. Dehko-tutkimuksessa ei ole raportoitu seurantaan muutoin kuin seuraavassa kuvatuissa selvityksissä, joissa tietoja saatiin rajoitusti pienestä osasta terveyskeskuksista ja sairaaloita. Potilaskohortit eivät olleet samoja eri selvityksissä.

Vuonna 2004 Dehko teki kyselyn kaikkiin terveyskeskuksiin ja sairaaloihin diabeteksen hoidon resurssi-laadun selvittämiseksi vuodelta 2003 (Winell 2004). Kyselyyn vastasi 78 % terveyskeskuksista ja 85 % sairaaloista (40 sairaalaa, joista 19 keskussairaalaa). Samalla kysyttiin halua osallistua prosessilaadun mittaukseen. Prosessilaadun koskevaan kyselyyn vastasi lopulta vain 13 terveyskeskusta (4 % kaikista alkuperäisen kyselyn saaneista). Tiedot saatiin 902:sta tyypin 2 ja 134:sta tyypin 1 diabeetikosta. Vastaamatta jättämisen syy oli useimmiten tiedon esiin saamisen vaikeus.

Terveyskeskuskyselyn perusteella 21 %:lla tyypin 1 diabeetikoista ja 1,1 %:lla tyypin 2 diabeetikoista oli todettu retinopatia vuonna 2003.

Prosessilaadusta lähetettiin kysely myös kymmeneen ProWellness-diabetestietojärjestelmää käyttävään sairaalaan (21 % sairaaloista). Osassa vastauksista tiedot kattavat laajasti myös alueen terveyskeskuksissa hoidossa olevia diabeetikoita. Analyysiin otettiin mukaan ne potilaat, joilla oli tietokannassa diabetesmerkintöjä vuosina 2007–2008. Tietoja saatiin 25 993 diabeetikosta, joista tyypin 2 diabeetikoita oli 13 376 ja tyypin 1 diabeetikoita 6 016. Muu diabetestyyppi oli kirjattu 6 601 diabeetikolle. Retinopatiamuutoksia oli todettu 17 %:lla tyypin 2 diabeetikoista ja 39 %:lla tyypin 1 diabeetikoista. Proliferatiivista retinopatiaa oli vastaavasti 4 %:lla tyypin 2 diabeetikoista ja 16 %:lla tyypin 1 diabeetikoista.

Valtimotautien ehkäisyn laatuverkostoon kuuluneista 60 terveyskeskuksesta 52 osallistui vuoden 2008 laatumittaukseen. Mittaus tehtiin kirjaamalla kaikkien kahden viikon aikana syyskuussa lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla käyneiden diabeetikoiden tiedot. Kirjaukset tehtiin web-tallennuksena ja riippumatta potilaan kyseisen käynnin syystä. Tietoja kirjattiin kaikkiaan 6 446 diabeetikosta,

joista 5 918 oli tyypin 2 diabeetikoita ja 528 tyypin 1 diabeetikoita. Erikoissairaanhoitoa koskevassa mittauksessa kirjattiin tietoja 15 erikoissairaanhoito yksikössä kaikkiaan 832 diabeetikosta, joista 289 oli tyypin 2 diabeetikoita ja 521 tyypin 1 diabeetikoita. Lisäksi kirjattiin tiedot 22 diabeetikolta, joiden diabetestyyppi oli muu tai sitä ei pystytty määrittämään. Retinopatian esiintymisprosentti oli tyypin 2 diabeetikoilla 17,4 ja tyypin 1 diabeetikoilla 38,6 % (tavoitetaso 10 %). Tulosten mukaan silmänpohjatutkimusten tekeminen onnistui laatuavoitteiden mukaisesti.

Molemmat ryhmät koostuivat yksiköistä, joilla oli kiinnostusta osallistua laadun seurantaan, eikä tulos todennäköisesti kuvaa valtakunnallista tilannetta.

Nefropatian osalta ei vertailutietoja vuodelta 2000 ole saatavissa, eivätkä vuosien 2003 ja 2007 laatumittauksissa saadut tulokset ole vertailukelpoisia. Lisäksi diabeteksen keston vaikutus näiden lisäsairauksien syntymisessä on erityisen suuri, joten vertailu on vaikeaa, ellei seurata tiettyjä kohortteja.

Diabetekseen liittyvän munuaistaudin ilmaantumisen indikaattoreina tutkittiin albuminurian ilmaantumista, uremian aiheuttamia sairaalahoitoja ja dialyysihoidon tarpeen ilmaantumista diabeetikoilla.

Winellin (2005) tutkimuksessa 25:stä lasten diabetesta hoitavasta yksiköstä 11 vastasi kysymykseen mikroalbuminurian esiintymisestä. Albuminuriaa oli 3,1 %:lla 12 vuotta täyttäneistä diabeetikoista. Aikuisdiabeetikoiden osalta mikroalbuminurian mittausta oli tehty 31 %:lle tyypin 2 ja 47 %:lle tyypin 1 diabeetikoista. Tutkituista tyypin 2 diabeetikoista 1 %:lla ja tyypin 1 diabeetikoista 14 %:lla oli nefropatia ( $\mu$ -alb yli 200  $\mu$ g/min). Vuoden 2008 laatumittauksissa mikroalbuminuria oli 18 %:lla tyypin 2 diabeetikoista ja 13 %:lla tyypin 1 diabeetikoista. Nefropatian luvut olivat vastaavasti 5 % ja 6 %.

Munuaisrekisterin vuoden 2008 tietoihin perustuen (diabeetikoiden määrä FinDM II -tutkimuksesta) diabeteksen aiheuttaman loppuvaiheen munuaisten vajaatoiminnan ilmaantuvuus vähentyi vuodesta 1997 vuoteen 2007 erityisesti tyypin 1 diabeetikomiehillä. Diabeetikkojen määrän kasvun vuoksi uremian takia hoitoon tulevien diabeetikoiden määrä kasvoi voimakkaasti aina vuoden 2000 tienoille, mutta sekin kasvu on tasaantunut 2000-luvulla.

## Toimenpiteitä tavoitteiden toteuttamiseksi

Toimenpiteitä on kuvattu edellä tavoitteen 2.2 yhteydessä.

### ► Arviointijohtopäätökset

Dehko pyrki määrätietoisesti Euroopan St. Vincent -ohjelman mukaisten tavoitteiden toteuttamiseen. Hoitotulosten osalta tässä onnistuttiin verrattain hyvin, mutta ongelmallista luonnollisesti on selvittää sitä, mikä Dehkon osuus oli tulokseen.

Jalkojen amputaatioiden osalta tulostavoite saavutettiin FinDM II -tulosten perusteella vain osittain ja vain tyyppin 2 diabeetikoilla. Winellin (2008) tutkimuksen perusteella diabeetikoiden jalkojen tutkimisessa kontrollikäyntien yhteydessä oltiin vielä kaukana asetetusta laatuavoitteesta.

Edellä kuvattujen selvitysten pohjalta ei voida tehdä johtopäätöksiä retinopatian ilmaantuvuuden tai esiintymisen muutoksista. Muutoksia diabeteksen vuoksi sokeutuneiden määrässä ei ole raportoitu.

Nefropatian esiintymisen muutoksista on vain vähän luotettavaa tietoa. Positiivista oli uremian vuoksi hoitoon tulevien diabeetikoiden määrän kasvun taasaantuminen 2000-luvulla huolimatta diabeetikkojen määrän kasvusta.

Dehkon vaikutusta tapahtuneisiin muutoksiin voidaan jossain määrin arvioida sen perusteella, miten tehokkaasti Dehkossa toteutettiin tulostavoitteiden toteutumiseen vaikuttavia toimenpiteitä sekä suhteessa siihen, mitä muuta ilmaantuvuuteen vaikuttava ympäristössä tapahtui. Asiaa käsitellään erikseen arviointiraportissa.

## Ehkäisyohjelman tulostavoitteet

### 2.4

*Toteutetaan tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohanke (2003–2007) sekä terveyden edistämiseen ja kansansairauksien ehkäisemiseen tähtäävien valtakunnallisten toimenpideohjelmien keskeisimmät suositukset*

Tällaisia ohjelmia ovat:

- Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi (1997, päivitetty 2005–2011),

- Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämisestä (2002),
- Valtion ravitsemuspoliittinen ohjelma (2003),
- Terveysliikunnan paikalliset suositukset (2000) sekä
- Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (2000–2010).

## Tavoitteen relevanssi

Tavoite oli erittäin tärkeä terveystieteiden painopisteiden mukainen avaus maassamme ja siten erityisen relevantti. Terveysongelmien ennaltaehkäisyyn on erilaisissa periaatteellisissa kannanotoissa ja myös asiaa koskevissa politiikkaohjelmissa kiinnitetty huomiota.

Tulostavoitteen alkuosa oli tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi valittu toimenpide. Ratkaisun relevanssi selviää, kun arvioidaan hankkeen vaikutusta ehkäisyohjelman tavoitteiden saavuttamiseen ja ehkäisyohjelman kokonaisuuden onnistumiseen. Tulostavoitteen jälkiosa oli oikeansuuntainen ja itsestään selvä osa kehittämisohjelman tavoitetta.

## Tavoitteen selkeys

Tavoitteen alkuosa on yksiselitteinen. Toimeenpanohankkeen arviointi tehdään erikseen ja jää tämän arvioinnin ulkopuolelle.

Tavoitteen jälkiosa on laaja ja rajoiltaan epäselvä. Konkreettisia yksilöityjä mitattavissa olevia tavoitteita tai menettelyjä seurannalle ei tässä kohdassa ole kirjattu. Dehkon tavoitteet kattavat pääosin tavoitteessa mainittujen ohjelmien tavoitteiden keskeiset linjaukset. Tämän tulostavoitteen jälkiosan saavuttaminen tulee siksi arvioiduksi Dehkon kaikkien diabeteksen ehkäisyä koskevien tavoitteiden toteutumisen yhteenvedona.

## Tavoitteen toteutuminen

D2D-hanke on toteutettu ja arvioitu ja tutkimustuloksia sen toteutettavuudesta ja vaikuttavuudesta on jo saatu. Lisää tuloksia saadaan vielä lähiaikoina.

Tulostavoitteen jälkimmäisen osan toteutumista ei Dehkossa erikseen seurattu, eikä kaikkien valtakunnallisten ohjelmien yksityiskohtaisten tavoitteiden toteutumista ole edes mahdollista katsoa toteutettavan ja arvioitavan Dehkon yhteydessä. Dehkossa ehkäisylle asetetut tavoitteet ja toimenpide-esitykset noudattavat periaatteiltaan näiden ohjelmien tavoitteita, ja tavoitteiden toteutumista arvioidaan niiden yhteydessä.

## Toimenpiteitä tavoitteen saavuttamiseksi

Diabeteksen varhainen toteaminen ja hyvä hoitotapa ovat ratkaisevia keinoja, joilla voidaan estää lisäsairauksien kehittymistä. Näiden tulostavoitteiden saavuttaminen oli siis kaikkien kolmen Dehko-ohjelman pääosioden tavoitteiden ja toimenpidesuosituksen yhteisvaikutusta.

Dehkoon kirjattiin useita toimenpide-ehdotuksia, jotka tähtäsivät tämän tulostavoitteen toteutumiseen. Dehkon diabeteksen tyyppin 2 ehkäisyohjelmakirjaan kirjattiin ehkäisyn välttämättömyyden ja tuloksellisuuden tieteellinen perusta sekä tietoa, ohjeita ja suosituksia tavoitteen saavuttamiseksi. Dehkon kolmiportainen ehkäisystrategia toimenpidesuositukseen tuki erityisesti toteutusta.

Dehkossa luotiin runsaasti tukimateriaalia ja järjestettiin koulutuskierroksia tavoitteen toteuttamiseksi. Keskeisiä näistä ovat:

- Ryhmäopetusmalli (Dehko 2004:2)
- Riskitestilomake
- Kuuntele kehoasi -kampanja ja Pieni päätös päivässä -menetelmä yhdessä Sydänliiton kanssa
- Osallistuminen Valtimoterveyttä kaikille -projektiin
- Mittanauha ja ns. napamateriaali, joita on välitetty laajalti kuntien ja terveyskeskusten käyttöön
- Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon hyvät käytännöt opas (Dehko 2007:1)
- Terveiden edistämisen käsikirja D2D:n pohjalta Sydänliiton kanssa
- Tunnetko diabeteksen -kampanja

### ► Arviointijohtopäätökset

Toimeenpanohanke D2D toteutettiin erinomaisesti, ja sen raportointi, seuranta ja arviointi suoritettiin hyvin. Toimeenpanohankkeen keskeisistä tuloksista koko Dehkon kannalta on korostettava keskeisten kansantautien esiintyvyydessä tapahtunutta kehitystä. Toimeenpanohankkeen toteutumista koskeva lähempi arviointi ei kuulu tässä esitettävän arviointiraportin piiriin.

Ohjelmassa tuotettiin aktiivisesti materiaalia, viestitettiin ehkäisyn tärkeydestä ja koulutettiin väkeä yhteistyössä eri tahojen, erityisesti Sydänliiton kanssa.

Toimenpiteiden tuloksia on jonkin verran arvioitu Dehkon puitteissa ja D2D:n piirissä laajaltikin. Systemaattista seuranta tai tietoa ei ole siitä, miten D2D-alueen ulkopuolella toimittiin ja miten tavoite toteutui valtakunnallisesti.

## 2.5

*Terveellisten ruokatottumusten ja terveyttä edistävän liikunnan perusviestit ovat pääosalle väestöstä tuttuja, mikä näkyy arkiliikunnan ja terveyttä edistävien ruokatottumusten yleistymisenä*

### Tavoitteen relevanssi

Tutkimuksissa kuten DPS-tutkimuksessa on todettu, että elintapojen korjaaminen terveyttä edistäväksi alentaa huomattavasti diabetesriskiä. Tämä vuoksi hankkeen elintapojen korjaamiseen liittyvät hankkeet ovat relevantteja ehkäistäessä tyyppin 2 diabetesta sekä hoidettaessa potilasta.

### Tavoitteen selkeys

Tavoite on muokattu yleiseen muotoon. Tavoite asetettiin niin, että mitattavuus on vaikeaa. Lisäksi on hankalaa arvioida, mikä Dehkon osuus on tavoitteen toteutumisessa.

### Tavoitteen toteutuminen

Väestön tietoisuutta diabeteksestä kartoitettiin vuonna 2003. Haastatteluun osallistui 1 000 henkilöä. Tällöin diabeteksen syiksi vastaajat arvioivat ruokavalion (38 %), perintötekijät (38 %), ylipainon (33 %) ja liikunnan puutteen (31 %). Vastaajista 68 % arvioi diabetesta voitavan ehkäistä ruokavaliolla ja 58 % liikunnalla. Kysely oli tarkoitus suorittaa uudelleen vuonna 2007, mutta se ei toteutunut.

Väestön tietoisuutta diabeteksestä on arvioitu suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) -tutkimusten sekä väestötutkimusten perusteella. Niissä esitettiin muun muassa kysymys: ”Onko vastaaja osallistunut viimeksi kuluneen vuoden aikana tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmaan liittyvään toimintaan tai tapahtumiin”. D2D-alueilla sekä miesten että naisten osallistuminen lisääntyi vuodesta 2004 vuoteen 2007, kun taas muun Suomen alueella ei lisääntymistä tapahtunut. Kysymyksen ”onko vastaaja viimeksi kuluneen vuoden aikana muuttanut tottumuksiaan terveydellisten näkökohtien perusteella tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman vuoksi”, positiivisen vastuksen antaneiden osuus lisääntyi alkuvuosina monilla D2D-alueilla vuoteen 2006 asti, mutta oli vuonna 2007 pienempi kuin 2004 sekä D2D-alueilla että muualla Suomessa. Eniten tottumuksia olivat muuttaneet Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 2007 vastanneet (8,9 %) ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä 2006 vastanneet (10,3 %) henkilöt. (Lähde: D2D:n loppuraportti).

Tavoitetta voidaan arvioida myös tarkastelemalla ruokavalion muutoksia. Tässä voidaan käyttää kansallisia tutkimuksia. Finravinto 2007 -tutkimuksen mukaan suomalaisten aikuisten ravintotottumukset ovat kehittyneet pääosin myönteiseen suuntaan. Rasvan laatu on parantunut ja suolan saanti pienentynyt. Sekä työikäisten naisten että ikääntyneiden naisten ruokavalio sisälsi runsaammin kasviksia ja hedelmiä kuin samanikäisten miesten ruokavalio. Miesten ruokavalio sisälsi enemmän lihaa kuin naisten ruokavalio. Rasvan osuus energiasta oli miehillä 33 % ja naisilla 31 %. Miehet saivat tyydyttyneitä rasvahappoja 13 energiaprosenttia ja naiset 12 energiaprosenttia. Sekä miehet ja naiset saivat suolaa suositusta enemmän. Naisten ruokavalio oli proteiini-, kuitu ja sokeripitoisempaa kuin miesten ruokavalio. (Paturi ym. 2008). Liikunnan osalta tavoitteen toteutumista arvioidaan kohdassa 2.6.

### Toimenpiteitä tavoitteen toteuttamiseksi

On vaikeaa nostaa yhtä yksittäistä toimenpidettä ohi tämän tavoitteen edistämiseksi. Diabeteksen hoidon ammattilaisten sitouttaminen ylipäättään Dehkoon vaikutti tämän tavoitteen toteutumiseen. Lisäksi toimenpidehanke D2D ja etenkin sen onnistunut alueellinen toiminta sekä viestintä auttoivat tämän tavoitteen toteutumisessa.

#### ► Arviointijohtopäätökset

On erittäin vaikeata osoittaa, missä määrin ruokatottumusten ja muiden elintapojen myönteinen kehitys on luettavissa Dehkon ansioksi ja missä määrin muista tekijöistä johtuvaksi. Ilmeistä on kuitenkin, että erityisesti diabeetikkojen terveystietoisuudessa tapahtui merkittävää myönteistä kehitystä, mistä myös edellä käsiteltyjen muiden tavoitteiden toteumatarkastelu antaa viitteitä. D2D-hankkeessa kartoitettiin kyselyillä vuosina 2004–2007 sitä, kuinka terveystietoisuus oli muuttunut tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman vuoksi. Tuloksissa näkyy, että vastauksissa oli eroja D2D-alueiden ja muun Suomen välillä.

#### 2.6

*Niiden henkilöiden määrä, jotka liikkuvat päivittäin vähintään puoli tuntia, lisääntyy – arkiliikunta mukaan laskettuna*

### Tavoitteen relevanssi

Liikunnan lisäämisellä on tutkimuksissa todettu olevan tyyppin 2 diabetesta ehkäisevä vaikutus. Tavoite on relevantti.

### Tavoitteen selkeys

Tavoite on ilmoitettu mitattavassa muodossa. Toinen asia on, voidaanko ja onko toteutumista missään mitattu juuri tätä määrittystä kuvaavalla indikaattorilla.

### Tavoitteen toteutuminen

FINRISKI 2002 ja 2007 -tutkimusten tulosten mukaan vähintään 2-3 kertaa viikossa 20–30 minuuttia kerrallaan vapaa-ajan liikuntaa harrastavien osuus on kasvanut vuodesta 2002 vuoteen 2007. Miehistä (30–59-vuotiaista) 59 % ja naisista 66 % harrasti vapaa-ajan liikuntaa vähintään 2–3 kertaa viikossa. (Laatikainen ym. 2003, Peltonen ym. 2008).

Diabetesbarometrissa vuodelta 2005 ja Dehkon 2D-hankkeen loppuraportissa (2003–2007) käytettiin valtakunnallisia FINRISKI 2002 ja 2007 -tutkimuksia. Koska FINRISKI ei kattanut kaikkia Dehkon 2D-hankealueita, puuttuvilla alueilla toteutettiin erilliset D2D-väestötutkimukset vuosina 2004–2007. Dehkossa ja etenkin D2D-hankkeessa seurattiin tavoitteen toteutumista ja myös toteutettiin tavoitetta edistäviä toimenpiteitä (esim. liikuntareseptit). Tosin on vaikeaa indikoida, oliko varsinaisen tulostavoitteen toteutuminen edistynyt Dehkon ansiosta vai muista syistä.

### Toimenpiteitä tavoitteen toteuttamiseksi

Yksittäisistä toimenpiteistä D2D-hankkeella oli suurin vaikutus myönteiseen kehitykseen. Selvää on myös, että Dehkon toimenpiteet edistivät tämän tavoitteen toteutumista.

#### ► Arviointijohtopäätökset

Dehkossa ja etenkin D2D-hankkeessa seurattiin tavoitteen toteutumista ja myös toteutettiin tavoitetta edistäviä toimenpiteitä (esim. liikuntareseptit). Tosin on vaikeaa indikoida, oliko varsinaisen tulostavoitteen toteutuminen edistynyt Dehkon ansiosta vai muista syistä.

#### 2.7

*Lihavien (BMI  $\geq$  30) osuus työikäisistä vähenee 20 prosentista 15 prosenttiin, tyyppin 2 diabeteksen yleistyminen hidastuu ja sydän- ja verisuonisairaudet sekä muut lihavuuteen liittyvät ongelmat vähenevät*

### Tavoitteen relevanssi

Tavoitetta on pidettävä erittäin relevanttina tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman kannalta. Tavoite liittyy kiinteästi myös aiemmin käsiteltyihin lisäsairauksien ehkäisyä koskeviin muihin tavoitteisiin.

## Tavoitteen selkeys

Tavoitteena lihavien osuuden väheneminen 20 prosentista 15 prosenttiin on selkeä ja mitattava. Muu osa tavoitteesta on kuvattu yleisellä tasolla, eikä selkeää tavoitearvoa ole ilmoitettu. Lisäksi liitännäissairauksien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien, vähenemisen toteaminen tapahtuu viipeellä. Nykysityksen perusteella 2000-luvulla todettavat trendit heijastelevat 1990-luvun muutoksia, ja 2000-luvulla tapahtuneet hoidon ja riskitekijöiden hallinnan muutokset heijastunevat viipeellä 2010-luvun jälkeisiin selvityksiin.

Väestön lihavuus on lisääntynyt, samoin diabeteksen esiintyminen. Toistaiseksi ei ole yksiselitteisesti merkkejä myöskään diabeteksen kasvun taittumisesta, mikä heijastaa ylipainotrendiä. Sen sijaan D2D:n korkean riskin kohortin henkilöillä sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöiden vallitsevuus väheni merkitsevästi.

Viimeaikaiset tulokset osoittavat, että D2D-hankealueilla tapahtui myönteistä kehitystä lihavuuden vähenemisessä, millä oli suotuisa vaikutus lisäsairauksien kehittymisen vähenemiseen. Lisäsairauksien osalta tavoite oli määritelty niin, että sitä on vaikea mitata.

Korkean riskin kohortin henkilöillä sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöiden (mm. ylipainon, suuren vyötärönmitan, korkean kolesterolin ja verenpaineen sekä poikkeavan glukoosiainevaihdunnan) vallitsevuus väheni merkitsevästi. Lisäsairauksien osalta tavoite oli määritelty niin, että sen toteutumista on vaikea todeta: lisäsairauksien muutosta nimenomaan lihavilla ei ole selvitetty.

## Tavoitteen toteutuminen

Diabetesbarometrissa vuodelta 2006 tavoitteeseen liittyviä tuloksia tarkastellaan FINNRISKI 2002 -tutkimuksen valossa. Miesten keskimääräinen painoindeksi nousi 30 vuoden aikana vuoteen 2002 mennessä 26 kg/m<sup>2</sup>:stä noin 27 kg/m<sup>2</sup>:iin, nousu oli tilastollisesti merkitsevää myös viimeisimmän viiden vuoden aikana. Naisilla vastaavaa painoindeksin muutosta ei ollut havaittavissa. FINNRISKI 2007 -tutkimuksen mukaan miesten ja naisten painoindeksin nousu ei ollut tilastollisesti merkitsevä vuosien 2002 ja 2007 välillä. Vuonna 2007 merkittävästi lihaviin (painoindeksi vähintään 30 kg/m<sup>2</sup>) määrä miehistä

oli 19 % ja naisista 21 % (Laatikainen ym. 2003, Peltonen ym. 2008). D2D-hankkeen seulontajärjestelmällä tunnistettiin noin 10 000 korkean riskin henkilöä, joista yli puolet miehistä ja naisista ylitti lihavuuden määritelmän mukaisen (> 30 kg/m<sup>2</sup>) painoindeksin. Miehistä 70 % ja naisista 85 % oli vyötärölihavia.

Saariston ym. (2010) mukaan suuren diabetesriskin henkilöillä paino aleni vuoden seurannassa (D2D-hanke) vähän yli kilon ja vyötärön ympärys pieneni yhden senttimetrin. Tämäkin muutos korjasi sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöitä merkitsevästi. Vajaa viidesosa seurantaan osallistuneesta joukosta kykeni alentamaan painoaan vuoden seurannassa 5 % tai enemmän. Tässä ryhmässä diabetesriski aleni 69 % vuoden seurannassa verrattuna ryhmään, jonka paino säilyi ennallaan.

Toisen (Salopuro ym. 2010) D2D-hankkeen tutkimuksessa terveystarkastukseen osallistui 60 % (n = 1 986) kutsutuista miehistä ja 66 % (n = 2 177) naisista D2D-alueilla, ja 56 % (n = 1 001) ja 61 % (n = 1 096) vertailualueilla. Miesten keskipaino vaihteli alueittain ja oli 81–86 kg, naisten 71–73 kg. Miehillä suurimmat painolukemat olivat Pirkanmaalla ja Turun ja Loimaan alueella ja pienimmät Pohjois-Pohjanmaalla. Naisilla alueellisia eroja ei havaittu. Koko joukosta oli lihavia 25 %, ylipainoisia 43 % ja normaalipainoisia 32 %. Naisilla lihaviin osuus oli suurin Etelä-Pohjanmaalla, Pohjois-Pohjanmaalla ja Pohjois-Karjalassa ja ylipainoisten vastaavasti Pirkanmaalla ja Pohjois-Savossa. Miehillä esiintyvyydet jakoutuivat alueellisesti naisia tasaisemmin, eikä tilastollisia eroja havaittu. Normaalipainoisia oli koko joukossa miehistä vain 29 % ja naisista 36 %. Eniten normaalipainoisia oli Keski-Suomessa ja vähiten Etelä-Pohjanmaalla. Kansainvälisen diabetesarjestyksen määrittämät vyötärölihavuuden kriteerit täytti alueittain 59–74 % miehistä ja 67–80 % naisista, WHO:n kriteerit vastaavasti 27–43 % miehistä ja 40–54 % naisista. Vyötärölihavuus oli yleisintä Etelä-Pohjanmaalla, Pirkanmaalla sekä Turun ja Loimaan alueella ja vähäisintä Pohjois-Savossa, Pohjois-Pohjanmaalla sekä Helsingin ja Vantaan alueella.

Työterveyshuollon mahdollisuudet sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden hallinnassa on todettu, mutta toistaiseksi laajamittaista ja systemaattista työterveyshuollon toimien integraatiota sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä ei ole toteutettu.

## Toimenpiteitä tavoitteen toteuttamiseksi

Yksittäisenä toimenpiteenä D2D-hankkeella oli suurin vaikutus myönteiseen kehitykseen. On selvää myös, että myös Dehkon toimenpiteet edistivät otsikossa 2.7 mainittua tavoitetta.

### ► Arviointijohtopäätökset

Dehkossa ja etenkin sen D2D-hankkeessa seurattiin tavoitteen toteutumista ja myös toteutettiin tavoitetta edistäviä toimenpiteitä (esim. liikuntareseptit). Tosin on vaikeaa indikoida, oliko varsinaisen tulostavoitteen toteutuminen edistynyt Dehkon ansiosta vai muista syistä.

Diabeteksen esiintyminen väestössä on lisääntynyt, painon nousu sen sijaan saattaa olla pysähtynyt D2D-hankkeen yhteydessä tehdyn selvityksen mukaan. Toistaiseksi ei ole yksiselitteisesti merkkejä diabeteksen kasvun taitumisesta, mikä heijastaa ylipainotrendiä. Korkean riskin kohortin henkilöillä sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöiden vallitsevuus väheni merkitsevästi. Lisäsairauksien osalta tavoite oli määritelty niin, että sen toteutumista on vaikea todeta: lisäsairauksien muutosta nimenomaan lihavilla ei ole selvitetty.

## 2.8

*Kodit, päiväkodit ja koulut sekä järjestöt toimivat aktiivisesti yhteistyössä terveellisiin elintapoihin ohjaamisessa. Lasten ja nuorten liikunta, terveelliset ruokatottumukset sekä henkinen ja fyysinen hyvinvointi yleistyvät ja lihavuus vähenee*

## Tavoitteen relevanssi

Tavoite on diabeteksen ehkäisyn kannalta relevantti sekä ohjausosuuden että tulostavoitteen osalta.

## Tavoitteen selkeys

Tuloksen mittaamista ajatellen tavoitteen ensimmäinen osa on lausuttu kovin yleisellä tasolla toteutumisen seuranta ajatellen. Jälkimmäinen osa on selkeä, ja toteutuminen on arvioitavissa.

## Tavoitteen toteutuminen

Seurantatietoa siitä, toimivatko kodit, päiväkodit ja koulut sekä järjestöt aktiivisesti yhteistyössä terveellisiin elintapoihin ohjaamisessa, ei ole käytettävissä. Ohjaus- ja seurantaryhmän yleinen käsitys on, perustumatta mihinkään tutkimukseen, että kouluissa ja päiväkodeissa kyllä jaetaan tietoa, mutta tulokset ovat vielä kyseenalaisina.

Dehkossa ei seurattu, miten lasten ja nuorten liikunta, terveelliset ruokatottumukset sekä henkinen ja fyysinen hyvinvointi olisivat yleistyneet ja lihavuus vähentynyt.

Viitteitä nuorten elintapojen paranemisesta ja terveydentilan kohenemisestä kuitenkin ilmeni. Sotka-tietokannan mukaan koko maassa suoritettussa kyselyssä nuorten koululaisten tupakointi ja vähän liikuntaa harrastavien määrä vähentyi vuodesta 2000 vuoteen 2008. Samoin keskinkertaiseksi tai huonoksi terveydentilansa ilmoittaneiden määrä vähentyi samana aikana (taulukko).

## Toimenpiteitä tavoitteen saavuttamiseksi

Dehkon tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn liittyvät tavoitteet ja toimenpiteet toteutuessaan tukevat tämän tavoitteen saavuttamista.

Erityisiä nimenomaan koteihin, kouluihin ja päiväkoteihin kohdistuvia toimenpiteitä ja hankkeita ei

**Taulukko. 8. ja 9. luokan oppilaiden terveyskäyttäytyminen ja terveydentila koko maassa**

	2000	2008
Tupakoi päivittäin (%)	23,6	15,1
Harrastaa liian vähän liikuntaa viikossa (%)	59,1	51,7
Liikunnan harrastusta harvemmin kuin kerran viikossa (%)	10,6	7,6
Terveydentila keskinkertainen tai huono (%)	20,2	16,9



Dehkossa kuvattu. Sen sijaan jo edellä kuvatut diabeteksen ehkäisyä koskevat toimenpiteet oli osaltaan kohdennettu myös lasten ja nuorten palveluihin.

Stakesin vuonna 2003 laatima ja vuonna 2005 päivittäminen Varhaiskasvatuksen perusteet -asiakirja painottaa päivähoidon roolia lasten liikuntaan ohjaamisessa ja sisältää olennaisena suosituksena ohjaamaan lapsia harrastamaan liikuntaa. Muuten terveyttä edistäviin elintapoihin ei oppaassa viitata. STM:n varhaiskasvatuksen liikunnan suosituksien tukevat osaltaan varhaiskasvatussuunnitelman perusteiden toteutumista. Suositukset antavat ohjeita liikumisen kokonaismäärästä, laadusta, ympäristöstä sekä sopivasta välineistöstä. Liikunnan suosituksissa ohjeistetaan myös liikuntakasvatuksen suunnittelua ja toteutusta.

### ► Arviointijohtopäätökset

Alkuosaan liittyvän tavoitteen toteutumista (koulujen ja päiväkotien osallistumista terveisiin elintapoihin ohjaamiseen) ei Dehkossa seurattu, ja tulos jää arvauksen varaan. Seurantatietoa siitä, miten aktiivisesti kodeissa, kouluissa ja päiväkodeissa toimitaan terveellisten elintapojen edistämiseksi, ei ole.

Yllä kuvattujen tietoihin viitaten tavoitteen jälkimmäisen osan osalta liikunnan, tupakoinnin ja fyysisen hyvinvoinnin muutoksen suunta oli yläasteluokkalaisten parissa tavoitteen mukainen.

## 2.9

*Ehkäisyohjelman keskeiset viestit ovat tavoittaneet toimijatahot kuntapäättäjistä terveydenhuollon ammattilaisiin ja järjestöaktiiveihin. Ohjelman tunnettua, asenteita ja tiedotuksen onnistumista sekä vaikuttavuutta mitataan kyselyin*

### Tavoitteen relevanssi

Tavoite on hyvin relevantti. Toimijatahot tulisi tavoittaa laajalti. Ehkäisyn ja hoidon onnistuminen riippuu siitä, miten terveydenhuollon työntekijät toimivat ja miten ohjelma nivoutuu kunnan strategiaan ja toimintasuunnitelmaan.

### Tavoitteen selkeys

Tavoitteen alkuosa on laaja ja kunnianhimoinen, ja se käsittää monia eri osioita. Tavoite oli muotoiltu niin, että mittaaminen on vaikea. Loppuosa kuvaa tavoitteen seurannan keinoja.

### Tavoitteen toteutuminen

Tavoitteen toteutumista ei seurattu eikä mitattu. Vuosina 2004–2009 kerättiin seurantatietoja terveydenhuollon ja diabetesyhdistysten yhteistyöstä, asiaa koskeva Dehko-raportti on valmistumassa tätä kirjoitettaessa.

### Toimenpiteitä tavoitteiden toteuttamiseksi

Kuntapäättäjille lähetettiin Täsmätietoa päätöksen tueksi -niminen esite vuonna 2002. Kuntapäättäjille ei lähetetty tietoa suoraan Dehkosta, vaan paikallisten diabetesyhdistysten välittämänä.

Toimenpidetavoitteeksi asetettiin, että jokaisessa kunnassa on terveyden edistämistä ja kansansairauksien ehkäisyä koskeva toimintasuunnitelma osana kunnan hyvinvointistrategiaa sekä terveyden edistämiseen osallistuvien toimijoiden ja palveluiden verkosto.

Dehkon kuntaliittoyhteistyö alkoi vuonna 2006, ja kuntaliittotapaamisia oli vuosina 2007–2010. Tätä tavoitetta palvelivat myös alueelliset ja valtakunnalliset Dehko-päivät sekä osaltaan myös sairaanhoitopiirien diabetestyöryhmien edustajien tapaamiset.

### ► Arviointijohtopäätökset

Dehko lähestyi kuntapäättäjiä ja sidosryhmiä eri tavoin, mutta seurantatietoa siitä, miten keskeiset viestit tavoittivat päättäjät, ei ole. Kyselyjä ei asiasta tehty.

Haastatteluissa tuli esille, että tietoa kuntapäättäjille oli lähetetty. Kuitenkin materiaalipakettiin tutustumien oli jäänyt kyseisen kuntapäättäjän omalle vastuulle. Toisaalta haastatteluissa ilmeni kritiikkiä siitä, että Dehkon esittämiä tavoitteita ei ollut huomioitu kuntatasolla. Epäselväksi jää, oliko kuntatasolla luotu hyvinvointistrategioita, jotka sisälsivät terveyden edistämisen toimintasuunnitelman. Haastatteluiden perusteella voidaan todeta, että ohjelman keskeiset viestit saavuttivat terveydenhuollon ammattilaiset, etenkin D2D-alueilla.

## 2.10

*Yhä suurempi osa väestöstä on tietoinen omista mahdollisuuksistaan edistää terveyttään, tuntee tyypin diabeteksen syntysyyt ja sairastumisen ehkäisyn keinot*

### Tavoitteen relevanssi

Tavoite on tärkeä ja relevantti mutta tietoisuuden mitattavuus olisi pitänyt ilmoittaa selkeämmin.

### Tavoitteen selkeys

Tavoite olisi ollut selkeämpi, jos siinä olisi käytetty selkeämpiä lukuja kuin *yhä suurempi osa* väestöstä. On vaikea todeta, mikä ohjelman vaikutus oli, jos ei tiedetä, mikä osa väestöstä oli tietoinen mahdollisuuksistaan edistää terveyttään jo ennen ohjelman alkua.

### Tavoitteen toteuttaminen

Vuonna 2003 D2D-hankkeen alussa runsas puolet vastaajista tiesi diabeteksen ehkäisyn olevan mahdollista ja osasi nimetä diabeteksen syitä. Väestön tietoisuus diabeteksestä nousi hankkeen kuluessa. Tietoisuus omista mahdollisuuksista ehkäistä tyypin 2 diabetesta oli eritasoinen D2D-hankealueilla kuin muualla Suomessa. Kuitenkin hankkeen lopussa väestön tietoisuus diabeteksen ehkäisystä oli suuri koko Suomessa. D2D-hankealueilla asuneet muuttivat elintottumuksia useammin kuin muualla Suomessa (tarkemmat tiedot Dehkon 2D -hankkeen loppuraportissa).

Vuonna 2003 väestön tietoisuutta kartoitettiin suomalaisten tiedot diabeteksestä -lähtötasotutkimuksen avulla.

Kansanterveyslaitoksen tekemissä AVTK-tutkimuksissa vuosina 2004–2007 selvitettiin väestön tietoisuutta diabeteksestä D2D-hankealueilla ja muualla Suomessa. Tutkimuksen tuloksia kuvataan D2D-hankkeen loppuraportissa ja tulostavoitteen 2.5 yhteydessä.

### Toimenpiteitä tavoitteen toteuttamiseksi

Niin Dehkossa kuin sen toimeenpanohankkeessa viestinnän osuus tavoitteiden toteutumisessa oli merkittävä. Lisäksi koko Dehko-organisaation ja sen yhteistyökumppaneiden sitoutuminen oli tärkeää. D2D-hankkeessa tehtiin selvityksiä väestön tietoisuudesta, ja tulokset kuvattiin hankkeen loppuraportissa.

## ► Arviointijohtopäätökset

Seurantatietoa ei ole saatavilla siitä, miten väestön tietoisuus diabeteksen ehkäisyn mahdollisuuksista on muuttunut koko maassa. D2D-alueilla tietoisuus kuitenkin nousi aktiivisen toiminnan ansiosta.

## 2.11

*Terveysviestinnän laatua kehitetään ja terveyttä edistävien toimintojen markkinointia tehostetaan. Asenteita ja tietotasoa mitataan Gallup-tutkimuksin*

### Tavoitteen relevanssi

Terveysviestintä tukee tavoitteiden saavuttamista etenkin, kun pyritään vaikuttamaan väestön tietoisuuteen. Lisäksi laajan hankkeen näkyvyys heti toiminnan alusta tarvitsee onnistuneen viestinnän, jotta tavoitetaan kaikki tavoitteiden kannalta relevantit yhteistyökumppanit.

### Tavoitteen selkeys

Tavoite on kaksiosainen, ja siinä pyrittiin parantamaan viestinnän laatua ja terveyttä edistävien toimintojen markkinointia. Lisäksi tavoitteena oli mitata asenteita ja tietotasoa Gallup-tutkimuksin. Tavoite oli ilmaistu laajasti ja vaikeasti mitattavassa muodossa.

### Tavoitteen toteutuminen

Dehkon suunnittelussa viestintä oli näkyvässä roolissa hankkeen alusta alkaen. Hanke onnistui luomaan ja tuottamaan laadukasta, hyvin informatiivista ja helppokäyttöistä materiaalia hoitohenkilökunnan, yhteistyökumppaneiden ja median käyttöön.

Viestinnässä käytettiin hyvin apuna yhteistyökumppaneita kuten STM:ää ja apteekkeja. Dehkolla on omat verkkosivut Diabetesliiton sivuilla. Dehkon viestintää arvioitiin vuoden 2002 väliarvioinnissa mm. sidosryhmien toiminnan näkökulmasta. Lisäksi väliarvioinnissa kiinnitettiin huomiota onnistuneeseen julkisuuskampanjaan.

D2D-hankkeen loppuraportissa käsiteltiin hankkeen medianäkyvyyttä, ja se todettiin hyväksi.

Dehko-päivät ohjelma järjesti vuosina 2003, 2006 ja 2009, Dehkon loppusuurkatselmus järjestetään tammi-helmikuun vaihteessa 2011. Näiden valtakunnallisten tapahtumien lisäksi Dehko järjesti alueellisia Dehko-päiviä.

Asenteita ja tietotasoa ei mitattu Gallup-tutkimuksella. D2D-toimeenpanohankkeen loppuraportissa käsiteltiin viestinnän onnistumista. D2D-hankealueilla oli myös alueellista viestintää, mikä näkyi mm. yleisötapahtumien järjestämisestä.

Dehkossa ja D2D-hankkeessa tuotettiin terveydenhuollon ja asiakkaiden käyttöön materiaalia, jonka avulla pystytään nopeasti testaamaan riski sairastua tyyppiin 2 diabetekseen. Materiaalin avulla Dehko pyrki myös vaikuttamaan väestön tietoisuuteen diabeteksen syntysyistä sekä sairauden ehkäisystä.

### Toimenpiteitä tavoitteen saavuttamiseksi

Niin Dehkossa kuin sen toimeenpanohankkeessa viestinnän osuus tavoitteiden toteutumisessa oli merkittävä. Lisäksi koko Dehko-organisaation ja sen yhteistyökumppaneiden sitoutuminen oli tärkeää. D2D-hankkeessa tehtiin selvityksiä väestön tietoisuudesta, ja tulokset kuvattiin hankkeen loppuraportissa.

#### ► Arviointijohtopäätökset

Dehkossa onnistuttiin kehittämään laadukasta materiaalia viestinnän tueksi sekä markkinoimaan tietoa myös yhteistyökumppaneiden avulla. Dehkon viestintää arvioitiin vuoden 2002 väliarvioinnissa mm. sidosryhmien toiminnan näkökulmasta. Lisäksi väliarvioinnissa kiinnitettiin huomiota onnistuneeseen julkisuuskampanjaan. D2D-hankkeen loppuraportissa käsiteltiin hankkeen medianäkyvyyttä, ja se todettiin hyväksi. Näihin arvioihin arviointiryhmä voi yhtyä. Haastattelussa tuli esille myös Dehkon tuottaman materiaalin laadukkuus, mutta toisaalta viitattiin myös ns. Dehko-ähkyyn liiallisen materiaalin vuoksi. Tavoitteessa mainittuja asenteiden ja tietotason Gallup-tutkimuksia ei tehty.

### 2.12

*75 prosenttia tyyppiin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvista tiedostaa olevansa suuressa sairastumisvaarassa ja on saanut ohjeita diabetesriskin hallintaan*

### Tavoitteen relevanssi

Tavoite on varsin keskeinen ja relevantti Dehkon kannalta. Diabeteksen ehkäisy on varsin tehokasta, jos riskiryhmään kuuluva on tietoinen ja saa asianmukaista tukea elintapamuutoksilleen. Suomalainen Diabetes Prevention Study (DPS) ja USAssa toteutettu Diabetes Prevention Program (DPP)

osoittivat elintapamuutosten dramaattisen tehon diabeteksen ehkäisyssä. Jotta riskiryhmiin kuuluvat henkilöt voisivat havahtua toteuttamaan elintapamuutoksia omakohtaisesti, heidän tietoisuuteensa tulee päästä.

### Tavoitteen selkeys

75 % riskiryhmiin kuuluvista ei ole erityisen selkeä rajaus, sillä riskiryhmä-käsitettä ei ole määritelty. Selkeimmin diabeteksen riskiryhmiin määritellään henkilöt, joilla on merkittäviä sokeriaineenvaihdunnan häiriöitä (kohonnut paastosokeri [IFG] ja heikentynyt sokerinsieto [IGT]). Dehkon aikana tehty D2D-selvitys IFG- ja IGT-häiriöiden yleisyydestä paljasti, että keski-ikäisessä väestössä merkittävien sokeriaineenvaihdunnan häiriöiden yleisyys oli korkea, jopa 40 %.

Dehkon ns. napa-materiaali selkeytti riskiryhmäajattelua.

### Tavoitteen toteutuminen

Tavoitteen toteutumista ei ole systemaattisesti selvitetty.

Tavoitteen saavuttamiseksi organisoitiin D2D-hanke, jolla oli Dehko-hankkeena varsin suuri näkyvyys ja erillinen rahoituksensa. D2D-hankkeessa seurattiin diabetesriskitestin (FINDRISC) täyttäneiden vastausprofiileja, muttei sitä, kuinka suuri osa riskiryhmiin kuuluvista erityyppisellä informaatiolla (napamateriaalilla) tavoitettiin.

Peltosen raportti hankkeen aikana muutti rajusti siihenastisia käsityksiä diabetesepidemian laajuudesta, mitä voidaan pitää merkittävänä Dehkon saavutuksena. Sekä diabeteksen että merkittävien sokeriaineenvaihdunnan häiriöiden laajuus väestössä olikin noin kaksinkertainen verrattuna siihen asti esitettyihin lukuihin. On selvää, että väestötasolla ei voida tavoittaa kolmea neljästä riskiryhmiin kuuluvista, varsinkin kun toimenpideohjelma D2D oli käynnissä vain osassa Suomea.

### Toimenpiteitä tavoitteen toteuttamiseksi

Dehko ja erityisesti sen diabeteksen ehkäisyyn keskittynyt toimeenpanohanke D2D pyrkivät kohdistamaan tiedottamista riskiryhmiin. On selvää, että väestötasoinen tiedottaminen, joka tavoittaisi sanomallaan kaikkein suurimmassa riskissä olevat,

on pitkälinen tie ja näyttää siltä, että nimenomaan suurimmassa riskissä olevia henkilöitä ei toivotulla tavalla tavoitettu. Tuotettu materiaali on korkealaatuaista, muttei riskiryhmien tavoittamiseksi riittävän ”tuotteistettua”. Pohjatyön tekeminen on kuitenkin välttämätöntä tehdä laadukkaasti ja tieteelliseen näyttöön pohjautuen. Alueelliset kokemukset mm. SuomiMies seikkailee -projektista ovat tuoneet käytännössä esiin passiivisimman väestöosan aktivoimisen haasteet.

### ► Arviointijohtopäätökset

Dehkon riskiryhmille ja diabeteksen riskinarviointiin kehitettävä ns. napamateriaali on ainutlaatuinen kokonaisuus, jonka mahdollisuudet olivat Dehkon aikana sekä sen jälkeenkin suuret. Vaikka napamateriaalin peitto ja riskiyksilöiden tavoitavuus on vielä epäselvää, materiaali on kokonaisuudessaan otettu varsin kattavasti osaksi terveydenhuollon toimijoiden riskinarvioinnin keinoja. Napamateriaalin tuottaminen oli yksi selkeimpiä Dehkon yksittäisiä onnistumisia, ja materiaalin merkitys korostuu jatkossa mitä ilmeisimmin.

Yleisarviona riskiryhmille tiedottamisesta voidaan sanoa, että riskinarviointiin tuotettu materiaali on ainutlaatuista ja korkeatasoista, mutta että sen täysi hyödyntäminen on vielä saavuttamatta. Tavoitteen haasteellisuus huomioiden voidaan arvioida, että otsikossa 2.12 mainittu tavoite toteutui hyvin. On toivottavaa, että tehty pohjatyö saa jatkoa ja että riskiryhmien tavoittamiseksi kehitetään vielä toimivampia malleja. Riskiryhmien tavoittamiseksi on varmastikin luotava useita malleja, joista osa on luonteeltaan kansallisia ja osa vahvasti paikallisia. Puhtaasti paikallisiin ratkaisuihin nojautuva lähestyminen on vaarassa pirstoutua resursseja tuhlailevaksi toiminnaksi, jolla ei ole pitkän tähtäimen kehitysmahdollisuuksia.

#### 2.13

**50 prosenttia korkean riskin yksilöistä on tehostetun elintapaohjauksen ja seurannan piirissä tai toteuttaa tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyä omaehtoisesti**

#### Tavoitteen relevanssi

Tavoitteen relevanssi on korkea, vaikka keinojen yhteiseen soveltamiseen jäi paljon kehittämisen varaa.

#### Tavoitteen selkeys

Tavoite ei ole erityisen selkeä, sillä tehostetun elintapaohjauksen käsite on epäselvä samoin kuin omaehtoisuuden tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy.

#### Tavoitteen toteutuminen

Väestöön kohdistuvana tavoitteena onnistumista on mahdoton arvioida, sillä korkean riskin henkilöitä ei ole tarkoin määritelty eikä käytettävissä ole selvityksiä siitä, kuinka suuri osa heistä on aktiivisen tai passiivisen intervention piirissä. Kansalaisten terveystietoisuus on korkea ja tällä perusteella voidaan riskihenkilöiden olettaa toteuttavan jollain tasolla diabeteksen ehkäisyä omatoimisesti. Tavoitteen tulkinnanvaraisuuden vuoksi tavoitteen toteutumista ei voida arvioida.

Tavoitteen toteutumista ei mitattu eikä sen mittaamiseen käytettäviä indikaattoreita määritelty.

Epidemian kehittymisen indikaattorit eivät osoita vakuuttavasti laantumisen merkkejä, mitä ei luonnollisestikaan voida tulkita tavoitteen epäonnistumiseksi Dehkon toimien osalta.

#### Toimenpiteitä tavoitteen saavuttamiseksi

Dehkoon kuuluneessa D2D-hankkeessa kehitettiin lukuisia malleja, joita voidaan käyttää elintapaohjauksessa joko ryhmä- tai yksilöohjauksena.

### ► Arviointijohtopäätökset

Tavoite on yleisesti määritelty eikä arvioitavissa, vaikka tavoitteen alkuperäisessä muotoilussa onkin esitetty luku 50 %.

#### 2.14

**70 prosenttia diagnosoimattomista diabeetikoista on löydetty seulonnan avulla**

#### Tavoitteen relevanssi

Tavoitteen relevanssi on korkea, sillä diabeteksen varhaisen intervention teho ja merkitys on vakuuttavasti osoitettu. Diabeteksen alidiagnostiikan ja diagnoosiviiveen on epäilty jo pitkään olevan merkittävää. Peltonen osoitti vuonna 2006 alidiagnostiikan massiivisuuden, joka yllätti paitsi suomalaisen myös kansainvälisen diabetesyhteisön. Suomessa voidaan laskea olevan vähintään 200 000 diagnosoimatonta

ja sairaudestaan tietämätöntä diabeetikkoa niiden 300 000 diagnosoidun diabeetikon lisäksi, joten diabeetikoiden kokonaismäärä maassamme ylittää tällä hetkellä 500 000.

### Tavoitteen toteutuminen

Peltosen ja kumppaneiden (SLL 2006) selvitys paljasti epidemian laajuuden, mitä voidaan pitää merkittävänä saavutuksena sinänsä. Diabeteksen diagnostiikka on epäilemättä terävöitynyt, ja varmastikin diagnosoimattomien diabeetikoiden suhteellinen määrä on jonkin verran pienentynyt. Vaikka tarkkoja lukuja aiheesta ei olekaan, on selvää, että alkuperäinen tavoite on jäänyt selvästi saavuttamatta.

### Toimenpiteitä tavoitteen toteuttamiseksi

D2D toimi toimeenpanohankkeena tämän nimenomaisen tavoitteen saavuttamiseksi, hankkeen onnistuminen on arvioitu toisaalla.

#### ► Arviointijohtopäätökset

Merkittävin haaste tavoitteen saavuttamisen tiellä lienee siihen käytettävien resurssien niukkuus ja hajanaisuus. Lisäksi voimakkaasti diabetesta seuloneilla alueilla ongelmaksi osittain muodostui se, että riskinarvioinnin avulla löydetyille diabeetikoille tai riskiryhmille ei ole ollut resursseja antaa tarvittavaa interventiota. Vaikka tämä voidaan kokea ongelmaksi ja varmasti se sitä myös on, on paikallisesti luotu lukuisia keinoja selvittää haasteista.

Riskinarvioinnin ja intervention toimenpiteiden kirjo ja luovuus voivat olla parhaimmillaan tärkeä pohja Dehkon ja D2D:n jälkeiselle työlle, jossa joudutaan pakkotilanteessa kehittämään perinteisestä mallista poikkeavia ratkaisuja. On kuitenkin suuri vaara, että jatkotyölle ei osoiteta resursseja, jolloin Dehkon ja D2D:n mallit valuvat osittain hukkaan.

### 2.15

*Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimivuus ja ehkäisyn kustannusvaikuttavuus on osoitettu ohjelman toimeenpanohankkeen avulla vuosina 2003–2007*

### Tavoitteen relevanssi

Tavoite on terveystaloudellisesti merkitykseltään relevantti. Sillä voidaan katsoa olleen kahdenlai-

nen merkitys Dehko-kokonaisuuden kannalta: (1) Tavoite on erityisen tärkeä terveystaloudellisesti sen osoittamiseksi, alentaako ennaltaehkäisevä toiminta diabeteksen hoitojärjestelmän kustannuksia. (2) Tavoite liittyy myös palveluja järjestävien ja tuottavien organisaatioiden kustannusvaikutusten osoittamiseen, jolloin tulisi arvioida sitä, onko ehkäisyyn panostaminen vaikuttanut hoitoon panostamiseen ja mihin suuntaan.

Tavoitetta on pidettävä erityisen kunnianhimoisena sen vuoksi, että kustannusvaikuttavuuden osoittaminen on sekä menetelmällisesti että erityisesti tavoitetta toteuttavien organisaatioiden todellisiin kustannusvaikutuksiin perustuvien tietojen saatavuuden kannalta huomattavan ongelmallista. Kyseessä on tavoite, jonka toteutumisen todentamiseen ei ole käytettävissä järjestelmällistä seuranta.

### Tavoitteen selkeys

Tavoite on selkeä. D2D-toimeenpanohankkeen tuli osoittaa, onko ehkäisyohjelma toimiva ja kustannusvaikuttava. Kustannusvaikuttavuuden osoittaminen on kuitenkin erityisen haasteellista. Tyypin 2 diabeteksen kustannukset tulee kyetä ensinnäkin luotettavasti osoittamaan ja toiseksi kohdentamaan erikseen hoitoon ja ehkäisyä koskeviin toimenpiteisiin. Jotta seurantatieto osoittaisi ehkäisyohjelman terveystaloudellista vaikuttavuutta, tulisi kustannustiedot kyetä yhdistämään uusien sairauksien esiintymistä koskeviin tietoihin. On selvää, että tämä ei ole mahdollista ilman asiaan liittyvää erillistutkimusta.

### Tavoitteen toteutuminen

Dehkon kuluessa tehtiin seuraavia kustannusvaikutavuuteen liittyviä tutkimuksia ja selvityksiä:

- Kangas T. Diabeetikoiden terveystaloudelliset ja niiden kustannukset. Helsinkiläisten diabeetikoiden verokkikontrolloitu poikkileikkaustutkimus, 2002 (tiedot vuodelta 1997)
- Jarvala T, Raitanen J, Rissanen P ja työryhmä. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007, 2009

Kustannustietoja koskevia mainintoja ja em. julkaisuihin liittyviä viittauksia sisältyy kyllä muuhunkin Dehko-aineistoon, mm. Klas Winellin ja Antti Reunan Diabetesbarometriin (2006), mutta yllä mainittujen lisäksi muita erikseen laadittuja varsinaisia

kustannusselvityksiä, puhumattakaan kustannusvaikuttavuustutkimuksista, ei hankkeen yhteydessä laadittu. Dehkon 2D -hankkeen loppuraporttiin (2009) eivät kustannustiedot myöskään ehtineet.

Kummassakaan Dehkon kuluessa suoritettussa väliarviointiraportissa ei käsitelty kustannusvaikuttavuutta.

Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmälle osoitetussa näkemyskartoituksessa kustannusvaikuttavuuden osoittamista koskevan tavoitteen toteutuminen sai kouluarvosanan 7.

### Toimenpiteitä tavoitteen saavuttamiseksi

Ehkäisyohjelman toimivuuden ja kustannusvaikuttavuuden osoittamiseen kiinnitettiin ohjelman kuluessa huomiota. Mainittu Tero Kankaan tutkimus asiasta lienee ensimmäinen laatuaan. Jarvalan ja muiden tutkimuksessa sekä diabeteksen sairaanhoidon kokonaiskustannukset että diabeteksen aiheuttamat lisäkustannukset kyettiin osoittamaan, ja tutkimuksessa käsiteltiin myös kustannusvaikuttavuuskysymyksiä, joten ehkäisyohjelman toimivuus ja kustannusvaikuttavuus on katsottava osoitetuksi. Viimeksi mainittu tutkimus valmistui kesällä 2010, joten sen tulokset eivät vaikuttaneet Dehkon ohjelma-aikaiseen toimintaan.

### ► Arviointijohtopäätökset

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kustannuksia käsiteltiin ohjelman kuluessa verrattain vähän. Tero Kankaan hankkeen alkuvaiheessa suorittamaa tutkimusta on pidettävä uraauurtavana. Tämän jälkeen kustannuksia ja kustannusvaikuttavuutta koskevia havaintoja saadaan vasta ohjelman päättyessä asiaa koskevan raportin valmistuttua vuonna 2010. Kustannustietojen ja kustannusvaikuttavuutta koskevan näkökulman saattamisella Dehkoa ohjaavaksi tekijäksi oli ilmeisesti muita Dehko-sisältöjä pienempi painoarvo ohjelman toimenpiteitä suunniteltaessa ja toteutettaessa. Toki ohjelman päättymisvuonna julkaistu tutkimus on arvokas ja merkittävä uusi tietolähde, ja se tuo runsaasti uutta informaatiota diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämistä varten. Tämän tiedon tai osan siitä olisi kuitenkin ollut hyödyllistä olla Dehkon käytettävissä jo ohjelman aikana. Mitä ilmeisimmin kustannustieto olisi saattanut vaikuttaa hankkeen joihinkin osioihin.

### 2.16

*Vastasairastuneet tyyppin 2 diabeetikot saavat hyvän liikkeellelähdön hoidossa, oppivat alusta alkaen ravitsemuksen, liikunnan ja painonhallinnan merkityksen sairautensa hallinnassa ja ymmärtävät oman roolinsa lisäsairauksien ehkäisemisessä*

#### Tavoitteen relevanssi

Tavoite on erittäin tärkeä koko Dehkon kannalta.

#### Tavoitteen selkeys

Tavoitteessa mainitut *hyvä liikkeellelähtö* ja *ymmärrys* ovat vaikeasti mitattavissa.

#### Tavoitteen toteutuminen

D2D-hankkeessa riskinarviointijärjestelmän avulla tunnistettiin yhteensä noin 10 000 korkean riskin ja 10 000 kohtalaisen riskin henkilön joukko. Hankkeen kuluessa glukoosirasituskokeiden ja rasva-arvojen mittausten määrät nousivat hankealueilla. Korkean riskin kohortin miehistä 67 % ja naisista 58 % oli lääkärin hoidossa. 17 % miehistä ja 19 % naisista ohjattiin lääkärin vastaanotolle, miehistä 2 % ja naisista 5 % ei halunnut lääkärin hoitoon.

Interventiosuunnitelmaa tehtäessä yksilöohjaus oli suositumpaa kuin ryhmäohjaus miesten keskuudessa. Naiset valitsivat ryhmäohjauksen useammin kuin miehet. Miehistä 45 %:lla ja naisista 47 %:lla toteutui vähintään yksi interventiokäynti. Naisilla toteutui järjestettyjä interventiokäyntejä keskimäärin kolme kertaa. Saariston ym. (2010) mukaan perusterveydenhuollossa annetulla elintapaohjauksella saadaan aikaan merkittävä painonlasku, joka on lisäksi sitä suurempi mitä enemmän interventiokäyntejä tehdään. Samalla elintapaohjaus vähentää myös muita sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöitä. Lisäksi on viitteitä siitä, että lihavuusepidemian huippu olisi jo saavutettu (Salopuro ym. 2010).

Siitä miten vastasairastuneet tyyppin 2 diabeetikot ovat ymmärtäneet oman roolinsa lisäsairauksien ehkäisemisessä, ei ole seurantatietoa.

Hoidonohjauksen toteutumista ei ole selvitetty.

## Toimenpiteitä tavoitteen saavuttamiseksi

Tämän tavoitteen toteutumiseksi vaadittiin kaikkien Dehko-toimijoiden ja koko perusterveydenhuollon sitoutuneisuutta. Hoidonohjauksen tueksi tuotettiin materiaalia, ja koulutusta lisättiin etenkin D2D-alueilla. Hoidolle asetettiin laatukriteerit ja materiaalia tuotettiin myös diabeetikoille.

Toimenpidetavoitteista tämän tavoitteen toteutumista edistivät useat Dehkon tavoitteet, joissa pyrittiin vaikuttamaan hoidon laatuun ja omahoidon tukemiseen. Terveystieteiden ammattilaisten koulutuksen kehittämiseen tähdännyt projekti käynnistyi alkuvuodesta 2008. Dehkon avaintoimenpiteistä taustalla olivat koulutuksen kehittäminen ja terveydenhuollon ammattilaisille tehdyt kartoitukset, joissa nousi esille toiveita moniammatillisesta koulutuksesta, tiimityön kehittämisestä ja moduuleittain toteutettavasta koulutuksesta. Pohjana olivat myös kansainvälisen diabetesjärjestön IDF:n terveydenhuollon ammattilaisille laatima opetussuunnitelma. Koulutus käynnistyi vuonna 2010. Lisäksi seuraavat toimenpiteet olivat tätä kirjoitettaessa tulossa:

- Laatukriteereiden ja -mittareiden päivitys
- Osaamiskartta verkkoon terveydenhuoltohenkilöstön yksilökäyttöön
- Tavoitteellinen omaseuranta -suositus verkkoon
- Hoidonohjauksen toteuttamisen periaatteet verkkoon
- Diabeetikon henkilökohtaisen hoidon ja kuntoutuksen oppaat

### ► Arviointijohtopäätökset

Arvioitaessa tätä tavoitetta tulee tarkastella koko Dehko-ohjelmaa. Dehko tuotti yhtenäiset hoito-ohjeet niin tyyppin 1 kuin tyyppin 2 diabeetikoille. Lisäksi Dehkossa luotiin tehokas riskinarviointijärjestelmä sekä yhtenäistettiin hoidonohjausta. Etenkin D2D-hanke tuotti useita hyviä alueellisia hankkeita, jotka on myös raportoitu. Näin mahdollistetaan hyvien käytäntöjen implementointi.

D2D-alueilla henkilökunnan koulutus lisääntyi, ja Dehko tuotti ohjausmateriaalia kattavasti koko maahan. Omahoidon tukeminen ja diabeetikon roolin selkeyttäminen hoidon aikana jäivät epäselviksi, koska asiasta ei tehty seurantaa. Vuoden 2010 aikana aloitettiin moniammatillinen koulutus, joka tähtää nimenomaan diabeetikon omahoidon tukemiseen. Lisäksi tätä kirjoitettaessa oli tulossa hoido-

nohjausta parantavia ohjeita ja suosituksia Dehkon verkkosivuille. Haastatteluiden mukaan perusterveydenhuollossa on käytetty Dehkon suosituksia omien käytäntöjen kehittämisessä sekä perusteluissa kuntapäätäjille.

### 2.17

#### *Diabeteksen hoidossa tarvittava lääkehoito toteutuu optimaalisesti*

### Tavoitteen relevanssi

Tavoitteesta kuvastuu kymmenen vuoden takainen ajatus, että oikea lääkehoito olisi staattinen ja määriteltävä käsite. Diabetes on monimuotoinen sairaus, ja karkea jako kahteen päädiabetestyyppiin on ylimalkainen. Nykyinen kansallinen Käypä hoito -suositus korostaa tavoitteellista hoitoa, jossa lääkehoidon hyödyt maksimoidaan ja haitat minimoidaan samalla, kun pyritään yksilölliseen tavoiteasetteluun. Optimaaliseksi hoidoksi voidaan nykyään käsittää yksilöllisesti asetetut hoitotavoitteet yhdistettynä henkilökohtaisesti pohdittuun lääkkeettömään ja lääkkeelliseen hoidon toteuttamiseen.

### Tavoitteen selkeys

Tavoite ei ole erityisen selkeä, ja mittaamiseen tulisi käyttää diabeteslääkkeiden haittarekisteriä, jolla voitaisiin selvittää lääkitykseen liittyvien haittojen määrää. Luotettavaa rekisteritietoa ei kuitenkaan ole saatavilla, ja ainakaan tieto ei ole kymmenen vuoden perspektiivillä vertailukelpoista. Toinen arviointiperuste on hoitotasapainon kehitys, johon Vallen raportti antaa arviointipohjan.

### Tavoitteen toteutuminen

Tavoitteen toteutumista on vaikea arvioida numeerisesti. Käypä hoito -suosituksessa korostetaan lääkehoidon yksilöllisyyttä. Optimaalinen hoito on yksilöllistä, ja siinä sekä hoidon tavoitteet, lääkityksen teho että turvallisuus otetaan huomioon. Tavoitteen toteutumista on varsin vaikea, ellei mahdotonta, arvioida lääkehoitojen nopean kehittymisen vuoksi. Kyseessä on ikään kuin liikkuva maali.

Uusimmassa Vallen Dehkolle tekemässä hoitotasapainoselvityksessä (Valle, julkaisematon) on vahva kuva siitä, että metformiinihoito alkaa hoitosuosituksen mukaisesti suoraan tyyppin 2 diabetesdiagnoosista selvästi useammin kuin 10 vuotta sitten. Vastaavasti puhtaasti ruokavaliohoitoisten diabeeti-

koiden määrä on romahtanut. Tämä kertoo varhaisen diabeteksen optimaalisen hoidon yleistyneen. Lisäksi yhdistelmähoitettujen (insuliini ja tabletit) diabeetikoiden hoitotasapaino on selvästi parantunut. Tämä kuvaa todennäköisemmin insuliinihoidon varhaisempaa aloitusajankohtaa kuin vastaavaa tehon paranemista insuliinihoidossa, joka olisi aloitettu aiempaa vastaavassa vaiheessa. Molemmat trendit kuvaavat diabeetikoiden hoidon aiempaa aktiivisempaa toteutumista. Optimaalisen lääkehoidon tavoitteen voidaan katsoa siis toteutuneen, mutta asiaa tulisi selvittää yksilötasolla. Tätä seikkaa ei ole arvioitu.

### Toimenpiteitä tavoitteen toteuttamiseksi

Käypä hoito -suositusten julkaisemisen (kesäkuussa 2007) jälkeen, metformiinihoidon yleistyminen kasvoi selvästi, varsin nopeasti jopa kymmenillä tuhansilla. Uusien lääkeaineryhmien ilmestyminen on luonut haasteita, mutta myös mahdollisuuksia optimaalisen lääkehoidon laatumiselle. Lääkehoitoihin liittyvien haittatilastojen epävarmuus tekee kuitenkin arvioimisen haasteelliseksi.

Dehko tuki järjestelmällisesti yksilöllisesti harkitun lääkehoidon ajatusta. Varsinaisia projekteja yksilöllisen lääkehoidon strategioiden kehittämiseksi ei Dehkossa luotu, asia jäi diabeteksen Käypä hoito -suositusten tehtäväksi.

#### ► Arviointijohtopäätökset

Tavoitteen sanallinen muotoilu kuvaa kymmenen vuoden takaista ajattelua, tuolloin tyypin 2 diabeetikoiden lääkehoidon mahdollisuudet olivat varsin rajoittuneita nykytilanteeseen nähden. 2000-luvun alkaessa miellettiin suurimmaksi ongelmaksi tyypin

2 diabeetikoiden insuliinihoidon viivästymisen ja sitä kautta hoitotasapainon heikkenemisen. Vaikka insuliinihoito on edelleen tehokkain verensokeria alentava hoito, ei lääkehoidon optimaalisuudesta käytetä enää samanlaista argumentointia.

Tyypin 2 diabeetikoiden lääkehoidon optimaalisuudesta annetaan tähän mennessä kattavin kuvaus diabeteksen Käypä hoito -suosituksessa. Yleisesti ottaen tyypin 2 diabeetikon optimaalinen lääkehoito määritellään räätälöidyksi hoidoksi, jossa otetaan huomioon potilaan kokonaistilanne, huomioidaan valitun lääkehoidon kliiniset perusteet eli yksilölliset turvallisuushyödyt ja haitat sekä myös arvioidaan niitä strukturoidusti.

Puhtaasti lääkehoitotilastoista ja Vallen hoitotasapainoraportista voidaan päätellä diabeetikoiden hoidon aiempaa aktiivisemmän toteuttamisen johtaneen parempaan glykeemiseen tasapainoon. Osa tilastollisesta paranemisesta johtuu varhaisemmasta diagnosista; osa varhaisemmasta lääkehoidon aloittamisesta ja tehostamisesta, jotka kaikki voidaan mieltää oikeaksi diabeteksen hoidoksi. Dehko tuki monin tavoin diabeteksen Käypä hoito -suositusten työtä ja varmasti osaltaan vaikutti siihen, että kansallinen hoitosuositus saatiin aikaan.

### 2.18

#### *Diabetekseen liittyvät lisäsairaudet vähenevät Dehkon tavoitteiden mukaisesti*

Lisäsairauksien esiintymistä on tarkasteltu erikseen tavoitteiden 2.2, 2.3 ja 2.4 kohdalla. Tämä tavoite on myös päällekkäinen monen muun Dehkon tavoitteen kanssa.



### 3. Toimenpidetavoitteiden ja toimenpiteiden toteutuminen

Toimenpidetavoitteiden, joita ohjelma-asiakirjoissa kuvataan käsitteillä ”organisointitavoitteet”, kohdistamista päätavoitteille ja varsinaisille tulostavoitteille ei ohjelmakirjoissa ole tehty, eikä se ole yksiselitteisesti mahdollista. Tästä syystä toimenpidetavoitteita tarkastellaan ohjelma-asiakirjojen mukaisiin painopistealueisiin jaoteltuina seuraavasti:

- Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä koskevat toimenpiteet
- Diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittämistä koskevat toimenpiteet
- Diabeetikon omahoidon tukemista koskevat toimenpiteet

Kunkin toimenpidetavoitteen yhteydessä on tarkasteltu niitä toimenpiteitä, jotka arvioijien näkemyksen mukaan selvimmin kohdistuvat kyseisen toimenpidetavoitteen toteuttamiseen.

Dehkon roolia toimenpidetavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisessa on vaikea osoittaa. Paikallisten toimijoiden sitoutuminen toteuttamiseen oli toteutumisen edellytys.

#### Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toteuttamiseksi Dehkossa oli 11 toimenpidetavoitetta, joiden toteutumista käsitellään seuraavassa pääosin vain Dehkon tuottaman seurantatiedon valossa. Kunkin toimenpidetavoitteen alle on liitetty ohjelmakirjassa suunnitelluista toimenpiteistä ne, joiden lähinnä voi katsoa tukevan asianomaisen toimenpidetavoitteen toteutumista. Toimenpiteiden yhteyteen on kirjattu myös ohjelmakirjoissa kunkin toimenpiteen toteuttajiksi suunnitellut toimijatahot.

#### 3,1

*Terveyden edistämisen valtakunnallinen, alueellinen ja paikallinen organisaatio on toimiva ja vastuut on määritelty selkeästi. Toiminta kattaa ympäristön ja sosiaalisten käytäntöjen kehittämiseen liittyvän yhteistyön sekä laajaan liikunta-, ravitsemusneuvonta- ja painonhallintayhteistyöhön liittyvän koordinoinnin valtakunnallisine verkostoineen.*

#### Suunnitellut toimenpiteet

Terveyden edistämisen valtakunnallinen, alueellinen ja kunnallinen organisaatio järjestetään toimivaksi, nykyaikaiseksi ja hyvin palvelevaksi kokonaisuudeksi. Terveyttä edistävä toiminta sisällytetään kuntien toiminta- ja taloussuunnitelmiin, ja siihen osoitettavia resursseja lisätään tarpeen mukaan.

**Toimijat:** kunnat, läänit, valtio, Terveyden edistämisen keskus, järjestöt

Toteutetaan Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemuspoliittisen toimintaohjelman esitykset.

**Toimijat:** hallitus, ministeriöt, kunnat, kodit, perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, ikäntyvien terveydenhuolto, joukkoruokailu, järjestöt

Luodaan valtakunnallinen ravitsemusneuvonta-, liikunta- ja painonhallintapalvelujen verkosto terveydenhuollon tueksi.

**Toimijat:** sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Terveyden edistämisen keskus, liikunta- ja urheilupuistot, UKK-instituutti, kuntoutuslaitokset, järjestöt

Luodaan terveyden edistämisen valtakunnallinen arviointijärjestelmä.

**Toimijat:** sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Stakes, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos, Kela, Kuntaliitto, Terveyden edistämisen keskus, UKK-instituutti, yliopistot

#### Toteutuminen

Dehko ei kerännyt tietoa tai tehnyt selvitystä tämän tavoitteen toteutumisesta.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöllä (STM) on tätä kirjoitettaessa hallituskaudelle Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Siinä annetaan kunnille veloitteita: Kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhteydessä on varmistettava, että terveyden edistämisen yksiköt

ja vastuuhenkilöt sijoittuvat uusissa rakenteissa siten, että niillä on mahdollisuus vaikuttaa poikkihallinnollisiin, terveyttä edistäviin ratkaisuihin. Myös kuntien keskeisten luottamushenkilöiden ja johtavien viranhaltijoiden jatkuva koulutus on välttämätöntä. Kuntien on laadittava valtuustokauden alussa suunnitelma ja toimintaohjelma hyvinvointia ja terveyttä edistävästä ja terveysongelmia ehkäisevistä toimista ja seurattava niiden toteutumista.

THL kysyi kunnilta kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteuttamisen arvioinnin yhteydessä myös terveyden edistämisen vastuista ja rakenteista kunnissa. Kunnista 30–85 % ei ollut nimennyt terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tehtäviä minkään tietyn viranomaisen vastuulle. Yksittäin toimivissa kunnissaakin vastuuviranomainen oli nimeämättä 30 %:ssa kunnista. Sisäinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä oli noin 55 %:lla yli 20 000 asukkaan kunnista ja hiukan alle 30 %:lla pienemmistä kunnista (Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen, Simo Kokko ym. THL Raportteja 36/2009). Alustavat tiedot myöhemmin tehdystä selvityksestä näyttäisivät osoittavan paranemista tässä suhteessa.

Haastattelujenkin pohjalta vaikuttaa siltä, että monissa kunnissa ei ole selkeästi kuvattua organisaatiota tai strategiaa, jossa eri hallinnonalat toimivat yhdessä terveyden edistämiseksi. Toiminta on toimijoiden erillisistä toimista koostuvaa, joskin siinä pyritään yhteistyöhön. Hyviä esimerkkejä verkostoitumisesta löytyy D2D-alueilta. Useat haastatelluista katsoivat, että STM olisi voinut ottaa näkyvämmän roolin Dehkon toteuttamisen tukena kuntatasolla.

STM julkaisi vuonna 2006 terveyden edistämisen laatusuosituksen tukemaan ja ohjaamaan kuntia terveyden edistämisen toteuttamisessa (Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19). Laatusuosituksen tarkoituksena on auttaa kuntia ja kuntayhtymiä tehokkaiden toimintakäytäntöjen kehittämisessä, suunnittelussa ja toiminnan arvioinnissa ja toimia kuntajohdon terveyden edistämisen suunnittelun ja arvioinnin perusteena. Seurantatietoa laatusuosituksen toteuttamisesta ei löydy.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) oli Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtami-

nen -hanke (TEJO), jonka tavoitteena on edistää ja korostaa terveyden edistämisen johtamisen kehittämistä ja arviointia. Hankkeen ensi vaihe päättyi 2005 ja toinen vaihe 2009. Hankkeen arvioinnissa katsottiin, että tällaisessa hankkeessa luodusta terveyden ehkäisyn organisoinnin mallista voisi olla suuri hyöty.

Terveyden edistämisen keskus on tehnyt selvityksen terveyden edistämisen käytännöistä (Katsaus terveyden edistämisen rakenteiden kehittämistyöhön, Mervi Aalto-Kallio & Erica Mäkipää). Taustalla ovat selvitykset Terveyden edistämisen käytännöt kuntien eri toimialoilla sekä Järjestöt yhteistyökumppaneina ja yhteistyön käytännöt terveyden edistämässä.

Dehko vaikutus terveyden edistämisen painotuksen vahvistamiseen näkyy jonkin verran terveydenhuollossa, muissa hallintokunnissa vähemmän. Tietoa valtakunnallisten verkostojen muodostumisesta ravitsemusneuvonta-, liikunta- ja painonhallintapalvelujen toteuttamiseksi terveydenhuollon tueksi ei löydy Dehkon aineistoista.

### 3.2

*Terveyttä edistävän toiminnan ja kansansairauksien ehkäisyn nykyresursseja arvioidaan uudelleen ja hyödynnetään tehokkaasti. Resursseja lisätään tarpeen mukaan valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla.*

### Toteutuminen

Haastattelujen perusteella resursseja arvioidaan, mutta niiden lisäkohdentaminen terveyden edistämiseen on harvinaista. Voimavarojen ohjaaminen terveyden edistämiseen riippuu kovasti paikallisen yleisjohdon, mutta myös terveydenhuollon johdon kiinnostuksesta ja osaamisesta.

### 3.3

*Jokaisessa kunnassa on terveyden edistämistä ja kansansairauksien ehkäisyä koskeva toimintasuunnitelma osana kunnan hyvinvointistrategiaa sekä terveydenedistämiseen osallistuvien toimijoiden ja palvelujen verkosto. Suunnitelman toteutumista arvioidaan säännöllisesti, ja toimintaa kehitetään tulosten, uuden tiedon ja saatujen kokemusten pohjalta.*

## Suunnitellut toimenpiteet

Koko väestön liikuntaa edistetään terveydenhuollon, liikunta-alan järjestöjen, koulun ja kansanterveysjärjestöjen yhteistyötä tehostamalla. Lihavuuden ehkäisyä ryhdytään toteuttamaan järjestelmällisesti.

**Toimijat:** kansanterveysjärjestöt, liikuntajärjestöt, opetusministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö/EHO, Kunnossa Kaiken Ikää -ohjelma ja lihavuuden ehkäisyohjelma

**Seuranta:** Kansanterveyden neuvottelukunta/ sydän- ja diabetesjaosto, Kunnossa Kaiken Ikää -ohjelma, sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö

## Toteutuminen

Dehko toteutti kuntavaikuttamisen toimenpiteitä ja järjesti Kuntaliitto-tapaamisia. Näiden ohjelmista tai vaikutuksista ei ole dokumentoitua tietoa käytettävissä.

Terveyden edistämisen painotuksen vieminen kuntien strategioihin ei haastattelujen perusteella toteutunut. Monissa kunnissa on terveyden edistäminen osana toimintastrategiaa, mutta terveyden edistämisen painotus ei strategiassa ole aina riittävä ottaen huomioon terveyden merkityksen kunnan menestymiselle. Haastatteluista saadun tiedon mukaan yhtenäisiä ohjeita ei kuntatasolla ole terveyden edistämisestä. Selkeää kuvaa ei ole myöskään siitä, miten Dehko on vaikuttanut kunnallisten strategioiden sisältöön.

### 3.4

*Terveyden edistämiseen on kehitetty "matalan kynnyksen" malli, joka tavoittaa ne kohderyhmät, jotka ovat esimerkiksi koulu- ja työterveyshuollon ulkopuolella*

## Suunnitellut toimenpiteet

Terveyden edistämiseen kehitetään "matalan kynnyksen" malli, joka tavoittaa ne kohderyhmät, jotka ovat esimerkiksi koulu- ja työterveyshuollon ulkopuolella.

**Toimijat:** Stakes, Kuntaliitto, kunnat  
Toteutuminen

## Toteutuminen

Valtakunnallista mallia ei ole, mutta eri kunnilla on omia malleja esim. vanhusten neuvolasta. STM on antanut ohjeen kunnille työttömien terveystarkastusten toteuttamisesta.

Työttömien terveydenhuoltoa selvitettiin kuntakyselyillä huhtikuussa 2008 ja marraskuussa 2009. Kyselyt toteutettiin osana THL:n koordinoiman Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskompaniuhankkeen (PTT-hankkeen) arviointitutkimusta. Sen mukaan työttömien terveystarkastusta on viime vuosina kehitetty suunnitelmallisesti. Tällä hetkellä työttömien terveystarkastusta on kehitetty erityisesti suuremmissa kunnissa ja kuntayhtymissä.

Kunnat, jotka ovat toteuttaneet työttömille terveystarkastuksia, ovat arvioineet toiminnan vaikuttaneen erityisesti siten, että asiakkaat ovat saaneet tilannekartoituksen ja sitä kautta ohjautuneet paremmin oikean palvelun piiriin. Samalla nähdään myös perusterveydenhuollon yhteistyön sosiaalitoimen ja TE-hallinnon kanssa parantuneen. Työttömien terveystarkastusten toteuttamiseen tarvitaan jatkuvuutta ja aiempaa tiiviimpää perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen sekä työ- ja elinkeinohallinnon yhteistyötä. Lainsäädännöllinen ja rahoituksellinen tuki edistäisi toiminnan kehittämistä myös pienemmissä kunnissa ja kansalaisten tasavertaisuutta palvelujen saamisessa.

STM:n laatimissa ikäihmisten palveluiden laatusuosituksissa (2008) asetetaan keskeisille ikään-tyneiden palveluille valtakunnalliset määrälliset tavoitteet, joiden pohjalta kunnat ja yhteistoiminta-alueet asettavat kuntakohtaiset tavoitteet. Suositus painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta sekä kattavaa yksilökohtaista palvelutarpeen arviointia. Palveluvalikoimaa on monipuolistettava neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla ja terveyttä, toimintakykyä ja kuntoutumista on tuettava kaikissa palveluissa. Kuitenkin palveluiden tuottaminen on jätetty kunnille tehtäväksi, eikä mitään yhtenäistä käytäntöä ole kuvattu.

## 3.5

*Terveyden edistäminen ja määrätietoinen kansansairauksien ehkäisy on perusterveydenhuollon (mukaan lukien neuvolat, työterveyshuolto, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto) sekä varusmiespalvelua suorittavien ja ikääntyvien terveydenhuollon suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa*

### Suunnitellut toimenpiteet

Perusterveydenhuollon yksiköt laativat suunnitelman siitä, kuinka ne tunnistavat korkean vaaran yksilöt ja toteuttavat ehkäisyyn liittyvät toimenpiteet.

**Toimijat:** terveyskeskukset, työterveydenhuolto

**Seuranta:** toimintayksiköt, sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä

Toteutetaan Terve Media! -projekti, jonka tavoitteena on kehittää kansallista uutis- ja terveysjournalismia järjestöjen, median ja muiden toimijoiden yhteistyönä, jotta mediajulkisuus tukisi pitkäjänteisesti muuta terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyyn tähtäävää toimintaa.

**Toimijat:** Diabetesliitto, Sydänliitto, muut kansanterveys-, ravitsemus- ja liikuntajärjestöt

### Toteutuminen

Valtakunnalliset ohjaavat organisaatiot (mm. Kaste ja Terveys 2015 -ohjelmien yhteydessä) tähdentävät terveyden edistämistä ja määrätietoista kansansairauksien ehkäisyä oleellisena ja tärkeänä perusterveydenhuollon toiminnan osana. Tämän toteutumisesta ei ole valtakunnallista tietoa.

D2D-hankkeessa korkean riskin henkilöiden riskinarviointi toteutettiin suunnitellusti kaikilla alueilla. Sitä puolestaan ei ole selvitetty, oliko toiminta suunnitelmallista hankkeen ulkopuolisilla alueilla. Riskitestiä on kyllä käytetty laajalti perustoiminnan yhteydessä koko maassa.

TerveMedia! -projektista ei löydy tietoa.

## 3.6

*Terveyttä edistävän toiminnan tuloksellisuus on turvattu toimijoiden sopimien yhteisten toimintalinjojen, henkilökunnan jatkuvan koulutuksen, laatujärjestelmän ja siihen sisältyvän säännöllisen arvioinnin avulla*

### Suunnitellut toimenpiteet

Aikuisväestön ikäkausitarkastusten toteuttamiseen perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa laaditaan yhtenäinen valtakunnallinen suositus.

**Toimijat:** sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Kuntaliitto, terveydenhuollon ammatti- ja asiantuntijajärjestöt, muut järjestöt

Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan esitykset toteutetaan valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti.

**Toimijat:** hallitus, ministeriöt, liikunta-alan sekä sosiaali- ja terveystoimen asiantuntijalaitokset, perusterveydenhuolto ja sosiaalitoimen alaiset laitokset, kunnat, koulut, päiväkodit, työpaikat, järjestöt

### Toteutuminen

STM julkaisi vuonna 2006 terveyden edistämisen laatusuosituksen (Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19). Sen tarkoituksena on auttaa kuntia ja kuntayhtymiä tehokkaiden toimintakäytäntöjen kehittämisessä, suunnittelussa ja toiminnan arvioinnissa ja toimia kuntajohdon terveyden edistämisen suunnittelun ja arvioinnin perusteina.

Valtakunnallista suositusta ikäkausitarkastusten toteuttamiseen perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa ei ole tehty. Dehkon ja D2D:n hankkeissa luotiin paikallisia malleja, esim. Tampereella tehdään ikäkausitarkastuksia 40- ja 50-vuotiaille miehille ja naisille. Myös 70- ja 80-vuotiaille kaupunkilaisille tehdään ikäluokittaisia terveystarkastuksia.

STM julkaisi 2001 Terveyttä edistävän liikunnan kehittämiskomitean mietinnön, mutta ehdotuksen toteutumisesta ei ole tehty selvitystä.

### 3.7

*Ravitsemusasiantuntemuksen määrää lisätään perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Lisäksi painonhallintaan liittyvä ryhmätoiminta kuuluu pysyvästi sekä terveyskeskusten että työterveyshuollon asiakaspalveluun, ja terveydenhuolto on osa paikallista painonhallinta-, liikunta- ja ravitsemusohjauspalvelujen verkostoa*

#### Suunnitellut toimenpiteet

Perusterveydenhuollon ravitsemusasiantuntemuksen määrää lisätään siten, että ravitsemusterapeuttien virkojen määrää kasvatetaan tuntuvasti.

**Toimijat:** kunnat, sairaanhoitopiirit

Hoito-, ravitsemis- ja opetushenkilökunnalle luodaan tehokas täydennyskoulutusjärjestelmä, joka luo ja ylläpitää ravitsemukseen, liikuntaan, painonhallintaan sekä keskeisten kansansairauksien ehkäisyyn liittyvää ammattitaitoa.

**Toimijat:** terveydenhuolto, sairaanhoitopiirit, läänit, oppilaitokset, Kuntakoulutus, Stakes, UKK-instituutti, järjestöt

#### Toteutuminen

Noin 2,6 miljoonaa suomalaista asuu kunnissa, joissa ravitsemusterapeutin palveluita ei ole lainkaan saatavilla perusterveydenhuollossa. Suomen väkilukuun suhteutettuna ravitsemusterapeutteja on perusterveydenhuollossa 1/125 300 asukasta (Lähde RTY:n tilasto). Dehko suositteli ravitsemusterapeuttien määräksi perusterveydenhuollossa 1/30 000 asukasta.

Yksittäisiä esimerkkejä on alueista, joissa terveyden edistämisen tietoa on jaettu tehokkaasti opettajille, lastentarhanopettajille ja ruokahuollon henkilöstölle. Nämä ovat pääsääntöisesti D2D-alueita.

Ravitsemustietämystä on haastattelujen mukaan joissain kunnissa (erityisesti D2D-alueilla) viety ruokahuollosta vastaaville sekä koteihin ja kouluihin hyvinkin tehokkaasti. Vaihtelu kuntien välillä on suurta.

Dehkon ja D2D-hankkeen aikana lisättiin koulutusta. D2D-alueilla lisättiin etenkin vuorovaikutustaitojen, liikunnan ja ravitsemuksen koulutusta. Koulutus

oli sairaanhoitopiirien järjestämää. Koulutuksista ja niiden tuloksista kerrottiin D2D-hankkeen alueraporteissa.

Painonhallintaan liittyvä ryhmäohjauksen toteutuminen koko maan alueella jää epäselväksi. D2D-hankkeen loppuraportin tulosten mukaan valtaosa korkean riskin kohorttiin ohjatuista miehistä ja naisista valitsi yksilöohjauksen ryhmäohjauksen sijaan. Ryhmäohjauksen valitsi harvempi kuin joka kymmenes mies. Ryhmäohjaus valittiin toteutumismuodoksi useimmiten 55–64-vuotiaiden naisten ikäryhmässä. Siitä miten ryhmäohjaus määrällisesti ja laadullisesti toteutuu Suomessa, ei ole seurantatietoa.

### 3.8

*Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden seulonta, ohjaus ja seuranta ovat perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon suunnitelmallista toimintaa. Elintapojen kirjaaminen on toimiva ja käytännöllinen osa sähköistä hoitokertomusjärjestelmää, ja tulosten seuranta osa terveydenhuollon yksiköiden laadunseurantajärjestelmää.*

#### Toteutuminen

Sairaanhoitopiireihin osoitetussa kyselyssä (kyselylomakkeita lähetetty noin 1 100, vastausprosentti 61) 54,1 % ilmoitti käyttävänsä tyypin 2 diabeteksen riskitestiä (FINDRISC), jolla korkean riskin henkilöt voidaan tunnistaa luotettavasti ilman kliinisiä mittauksia (Lindström ja Tuomilehto 2003).

D2D-hankkeen arvioinnissa riskinarviointijärjestelmä todettiin toimivaksi. Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskissä olevien henkilöiden riskinarvio toteutui hyvin, ja hankkeelle asetetut seulontatavoitteet ylitettiin. Riskitestillä tapahtuneita riskinarviointeja tehtiin sekä D2D-alueilla että niiden ulkopuolella arvion mukaan hankevuosina vähintään 300 000 kertaa, mahdollisesti jopa 500 000 kertaa.

Suomessa ei ole koko maan kattavaa yhtenäistä potilastietojärjestelmää. Meneillään on systemaattisen hoitotyön kirjaamiseen liittyviä hankkeita, joiden yhtenä tavoitteena on yhtenäistää myös hoidonohjausta ja kirjaamista. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hankkeen (2007–2009) tavoitteena oli esittää standardoitavaksi hoitotyön systemaattinen kirjaimismalli ja juurruttaa se käytäntöön. Hankkeessa otettiin käyttöön hoitotyön ydintietojen mukainen ja FinCC-luokituskokonaisuuden avulla luokiteltu hoitotyön kirjaaminen 32:ssa terveydenhuollon organisaat-

tiossa. Hankkeen päätyttyä käyttöönotto oli kesken, mutta tavoitteena oli, että hoitotyön systemaattinen kirjaaminen olisi käytössä vuoden 2010 mennessä koko maassa. (HoiData-hanke, loppuraportti). Systemaattisen kirjaamisen avulla voidaan saada ohjaustilastoja sairaala- ja yksikkökohtaisesti. Valtakunnallisesti ei ole tietoa siitä, miten diabeetikon ja elintapojen ohjauksen kirjaaminen on toteutunut. Oletettavaa on, että yhtenäisten kirjaamismallien avulla tietoa on mahdollista saada tulevaisuudessa.

### 3.9

**Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn tähtäävät toimenpiteet ovat osa perusterveydenhuollon pysyvää toimintaa.**

#### Suunnitellut toimenpiteet

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä sovelletaan sydän- ja verisuoniterveyden edistämishjelmaa, erityisesti joukkoruokailun, elintarvikesymbolin, koulutuksen ja viestinnän alueilla.

**Toimijat:** Diabetesliitto, Sydänliitto, Kansanterveyden neuvottelukunta, Valtion ravitsemusneuvottelukunta

**Seuranta:** Diabetesliitto, Sydänliitto, ao. tahot, Kansanterveyden neuvottelukunta/ sydän- ja diabetesjaosto

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointiin panostetaan viranomaisten, terveydenhuollon ja järjestöjen laajan yhteistyön avulla.

**Toimijat:** opetusministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, Opetushallitus, Stakes, Kuntaliitto, Terveyden edistämisen keskus, koulut, päiväkodit, Lasten terveysfoorumi, muut järjestöt

Terveyskeskuksissa ja työterveysasemilla otetaan käyttöön tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake, ja sen avulla löydetuille korkean sairastumisvaaran omaaville annetaan riskin pienentämiseen tähtävä neuvontaa. Uusien diabeetikoiden tehokas ohjaus ja hoito aloitetaan viipymättä.

**Toimijat:** terveyskeskukset, työterveysasemat, sairaanhoitopiirit, Diabetesliitto

#### Toteutuminen

Dehossa ei systemaattisesti selvitetty, miten sydän- ja verisuoniterveyden edistämishjelmaa terveyskeskuksissa sovelletaan tai miten pysyviä diabeteksen ehkäisytoimenpiteet ovat.

Riskitestiä käytettiin työterveystarkastuksissa, aikuisneuvoloissa, ikäkausitarkastuksissa ja äitiysneuvoloissa, mutta kutsuntatarkastuksissa harvoin (Diabetesliiton kysely 2009).

Diabetesliitto jakoi vuosina 2003–2008 tilausten perusteella runsaat 1,5 miljoonaa diabetesriskitestiä paperimuodossa eri puolille maata. Testien täyttämistä ei ole tietoa, mutta Diabetesliiton verkkosivuilla riskitesti täytettiin yli 200 000 kertaa vuosina 2005–2008. D2D:ssä seulottiin 10 000 hengen korkean riskin kohortti ja 10 000 hengen kohtalainen kohortti, mikä merkitsee vähintään 40 000 tehtyä riskinarvioita (D2D-hankkeen loppuraportti).

Finnair-konsernin työterveyshuollossa diabetesriskitesti on otettu käyttöön uudessa terveystarkastusmallissa, mikä on osoittautunut hyväksi keinoksi löytää henkilöt, joilla on suuri diabetes- ja valtimotautiriski. Elintapaohjaukseen osallistui 53,5 % suurentuneen riskin ja 49,3 % suuren riskin henkilöistä. (Viitasalo ym. 2010).

### 3.10

**Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvien ohjauksessa ja hoidossa sovelletaan kohonneen verenpaineen, aikuisten lihavuuden ja tupakoinnin Käypä hoito -suositusta. Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaan toimitaan neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon lastenklinoissa**

#### Toteutuminen

Dehko vaikutti diabeteksen ehkäisyyn tähtäävien Käypä hoito -suositusten syntyyn ja sisältöön.

Lasten lihavuuden Käypä hoito -suositus on neuvolaohjeessa. Seurantatieto puuttuu. Päijät-Hämeen perusterveydenhuollon lääkäreille ja hoitajille lähetetyn kyselyn mukaan dyslipidemian ja verenpaineen hoitosuosituksista oli käyttänyt noin 80 % lääkäreistä, tupakoinnin lopettamisen hoitosuosituksista alle puolet. Hoitajat tunsivat suositukset huonosti (Kuronen ym.2006). Laajemman internet-kyselyn vastaajista

66 % ilmoitti, että hoitosuosituksat vaikuttavat heidän päätöksentekoonsa joko paljon (28 %) tai erittäin paljon (38 %). Yleisimmin hoitopäätöksiin vaikuttivat verenpaineen (69 %) ja dyslipidemian (60 %) suositukset, sen sijaan tupakoinnin lopettamisen suositus vain vähän (20 %). (Jousilahti ym. 2007). Diabeteksen Käypä hoito -suosituksen käytöstä ei vastaavaa tietoa ole.

## Diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittäminen

### 3.11

*Seulonnan ja seurannan yhteydessä diagnosoitavien tyyppin 2 diabeetikoiden tehostettu elintapahoito aloitetaan viipymättä, sydän- ja verisuonitautien riskit kartoitetaan ja jatkotoimia varten laaditaan pitkäjänteinen hoitosuunnitelma. Riskitekijöiden tilannetta seurataan säännöllisesti vuositarkastuksen yhteydessä, ja hoitoa tehostetaan tarvittaessa ja viivytyksettä asiaankuuluvalla lääkityksellä lisäsairauksien synnyn ehkäisemiseksi.*

### Toteutuminen ja arviointi

Riskinarviointia on harjoitettu paikallisesti D2D-hankeeseen kuuluneissa sairaanhoitopiireissä. Viitteitä on siitä, että arvioinneissa löydettyjen tyyppin 2 diabeetikoiden riskitekijöiden kartoittaminen ja hoito on ollut aktiivista ja tavoitteellista. Kyseessä olivat kuitenkin tutkimushankkeen puitteissa tehdyt selvitykset, ja onkin ilmeistä, että toistaiseksi väestötasolla sen paremmin tyyppin 2 diabeteksen riskinarviointia kuin toiminnan aikaansaamaa interventiota ei toteuteta systemaattisesti.

### 3.12

*Hoitoyksiköissä on diabeteksen hoidon laatujärjestelmä, jonka luonteva osa on perusterveydenhuollon säännöllinen ja monipuolinen diabeteskoulutus*

### Suunnitellut toimenpiteet

Hoidon laadun ja tulosten seuranta tehostetaan diabeteksen lisäsairauksien varhaiseksi toteamiseksi ja ehkäisemiseksi säännöllisten vuositarkastusten avulla. Hoitoyksiköiden yhteistyötä jous-tavoitetaan niin, että diabeetikon asianmukainen hoito päästään aloittamaan viivytyksettä oikean tasoissa hoitoyksikössä.

**Toimijat:** hoitoyksikkö, sairaanhoitopiiri

**Seuranta:** hoitoyksikkö, sairaanhoitopiiri, sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä

Diabeetikon silmänpohjien säännöllinen valokuvaus järjestetään keskitetysti sairaanhoitopiireittäin kerran vuodessa tai harkinnan mukaan harvemmin.

**Toimijat:** sairaanhoitopiiri

**Seuranta:** terveyskeskukset, sairaanhoitopiiri, sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä

### Toteutuminen

Laatujärjestelmiä on kyselyjen perusteella joissain hoitoyksiköissä, mutta niiden rakenne ja kattavuus vaihtelevat. Yhtenäistä mallia tai suositusta rakenteesta ei ole.

Laadunseurantajärjestelmän rakentaminen on mainittu tavoitteena teksteissä, mutta kuvausta siitä ei lähdeaineistossa ole.

Mitään selvästi formuloitua tavoitetta ei ole siitä, että noudatetaan näyttöön perustuvaa Käypä hoito-suosituksen mukaista hoitoa, vaikka se tavallaan sisältyy tähän tavoitteeseen.

Winellin vuonna 2004 tekemään prosessilaatua koskevaan kyselyyn vastasi vain 13 terveyskeskusta (4 % kaikista alkuperäisen kyselyn saaneista). Vastaamatta jättämisen syy oli useimmiten tiedon esiin saamisen vaikeus.

Winellin (2008) suorittaman kyselyyn osallistui Valtimotautien ehkäisyn laatuverkoston 60:sta terveyskeskuksesta 52. Sairaaloiden osalta kysely prosessilaadusta tehtiin kymmeneen ProWellness diabetestietojärjestelmää käyttävään sairaalaan (21 % sairaaloista). Molemmat ryhmät ovat erityisryhmiä, joilla on ollut halua osallistua laadun seurantaan.

Tulosten mukaan silmänpohjatutkimusten seuranta onnistuu laatutavoitteiden mukaisesti. Silmänpohjatutkimusten järjestämisen tavoista ei ole tietoa. Sen sijaan tässäkin erityisryhmässä mikroalbuminurian ja jalkojen tutkimuksessa ja tulosten merkitsemisessä ollaan vielä kaukana laatutavoitteesta.

Jalkojen hoidon tehostaminen -projekti toteutettiin vuonna 2000, seurantatuloksista ei ole tietoa.

## 3.13

**Maassamme on ATK-pohjaiset hoitoyksikkökohtaiset ja alueelliset diabetesrekisterit sekä valtakunnallinen diabetesrekisteri****Suunnitellut toimenpiteet**

Diabeteksen hoidon laadun seuraamiseksi, arvioimiseksi ja kehittämiseksi maahamme luodaan kolmiportainen diabetesrekisteri, joka muodostuu toimintayksikkö-, alue- ja valtakunnan tason rekistereistä. Valtakunnallisen diabetesrekisterin toteuttamiseksi tehdään selvitys ja käynnistetään kokeiluprojekti.

**Toimijat:**

**Valtakunnallinen taso:** Diabetesliitto, Stakes, Kansanterveyslaitos

**Alueellinen taso:** sairaanhoitopiiri, sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä

**Toimintayksikkö:** johtava lääkäri, diabetesvastuulääkäri, diabeteshoitaja

**Seuranta:** sairaanhoitopiiri, sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä, Diabetesliitto, Stakes, Kansanterveyslaitos

Maassamme otetaan käyttöön yhtenäiset diabeteksen hoidon laatuksiteerit, jotka jokaisen diabetekkoja hoitavan yksikön (erikoissairaanhoito/perusterveydenhuolto) tulee täyttää paikallisiin olosuhteisiin sovellettuna. Hoidonohjauksen laadunarvioinnin esimerkkinä voidaan käyttää liitteenä 9 olevaa ehdotusta.

**Toimijat:** Stakes, hoitoyksikön ylilääkäri/johtava lääkäri/diabetesvastuulääkäri, diabeteshoitaja

**Seuranta:** sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä, lääninhallitus, Diabetesliitto

**Toteutuminen**

Diabetesrekistereitä koskeva toimenpidetavoite perustuu Klas Winellin 2002 tekemään rekisteriselvitykseen sekä tämän jälkeen suoritettuun Dehkon ensimmäiseen väliarviointiin 2005.

Rekistereiden muodostamista koskeva tavoite käsiteltiin Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmässä ja Diabetesliiton liittohallituksessa samassa yhteydessä kuin väliarvioinnin pohjalta tehtävät toimenpidelinjatukset. Tällöin katsottiin, ettei esitys kolmiportaisesta diabetesrekisteristä erillisrekisterinä ollut nykytilan-

teessa enää perusteltu, sillä rakenteilla oli diabeteksen hoidon laadun seurantajärjestelmä, jossa tiedon keräämisessä hyödynnetään kehitettävää sähköistä terveystietojärjestelmää, olemassa olevia rekistereitä ja hoidon laatua seuraavia säännöllisiä kyselyitä. Lopputuloksen kannalta alkuperäisen rekisterihankkeen ja nykyisen laadun seurantajärjestelmähankkeen välillä ei katsottu olevan ristiriitaa.

Diabetesliitto rekrytoi laatupäällikön vuosiksi 2003–2005 rakentamaan laadun seurantajärjestelmää yhteistyössä asiantuntijoiden ja viranomaisten kanssa. Lisäksi Diabetesliitto osallistui valtakunnallisen sähköisen terveystietojärjestelmän diabetosion kehittämiseen. Tämän ohella Dehko selvitti diabeteksen hoidon laatua ja resursseja pilottitutkimuksilla syksyllä 2004 sekä lasten että aikuisten osalta. Tarkoituksena oli lisäksi Stakesin (nykyisin THL:n), Kelan, Diabetesliiton ja Tilastokeskuksen yhteistyönä tutkia vuosina 2003–2005 olemassa olevien rekistereiden hyödyntämistä valtakunnallisen diabetestiedon keräämisessä.

**Arviointi**

Kun valtakunnallisen diabetesrekisterin tavoitteesta luovuttiin ohjelman väliarvioinnin yhteydessä, ratkaisu perustui näkemykseen, jonka mukaan tarkoitusta palveleva tietopohja voidaan saada aikaan muun kansallisen kehittämistyön (kuten kansallinen terveysarkiston) avulla.

Kansallisen terveysarkiston kehittämistä koskeva työ on viivästynyt, eikä se sellaisenaan mitään ilmeisimmin voi tuottaa suunniteltua diabetesrekisteriä vastaavaa diabeteksen hoidon ja sen laadun kehittämistä ja tukemista koskevaa tietopohjaa. Sen sijaan perusteltua on, että THL:n kansallisista tietokantoihin ja tietovarastoihin voitaisiin jatkossa rakentaa diabeteksen ehkäisyä ja hoitoa palvelevia käyttöliittymiä tai käyttötarkoituksnäkökulmia, joista saataisiin riittävät tiedot niin valtakunnallista kuin myös alueellista ja paikallista toimintaa varten. Tällaisten käyttöliittymien tai käyttäjänäkymien määrittely olisi ollut perusteltua suorittaa Dehkon yhteydessä. Sisällöllisesti tietopohjaa on Dehkon piirissä valmisteltu laatuhanke yhteydessä.

Jatkossa olisi tärkeää, että käytettävissä olisi kansallinen terveydenhuollon tietokanta, johon Dehkon valmistelutyön pohjalta voitaisiin liittää suunniteltua diabetesrekisteriä vastaava käyttönäkökulma ja josta voitaisiin saada niin kansallisella, alueellisella kuin



paikallisellakin tasolla tarvittavat tiedot. Tämä edellyttää kuitenkin, että perusterveydenhuollon avohoidossa kirjataan nykyisiin tietojärjestelmiin diagnoosi- ja potilasryhmäkohtaisia tietoja.

Diabetesrekistereitä tai niiksi kutsuttuja seurantajärjestelmiä on useissa sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja alueellakin yhteisinä. Dehkon vuonna 2009 sairaanhoitopiireihin osoittamasta diabeteksen hoitoa ja sen kehittämistarpeita koskeneesta kyselystä (kyselyjä lähetettiin noin 1 100, vastausprosentti 61) ilmeni, että paikallinen diabetesrekisteri oli 33,9 %:ssa vastanneista yksiköistä. Diabetesrekisteriksi mainittiin myös monenlaisia muistiinpanoja ja luetteloita.

Dehko määritteli lapsi- ja aikuisdiabeetikkojen hyvän hoidon laatuksiteerit ja -indikaattorit, samoin soveltuvien osien laatuavoitteet. Lisäksi Dehko tuotti terveydenhuollon työkaluiksi lapsi- ja aikuisdiabeetikoiden hoidon laatumittareita ja -avaimia.

Lisäsairauksien ilmaantumisen seurantaan laatuksiteereissä on omia prosessin laatuksiteerejä, joiden toteutumista on seurattu indikaattoreina laatumittausten yhteydessä. Mikroalbuminiurian seuranta ja jalkojen tutkiminen toteutuvat yhä huonosti. Silmänpohjien tutkimusten toteuttaminen jopa ylittää lapsilla laatuavoitteet, aikuisilla laatuavoitteet on myös saavutettu.

### 3.14

***Diabeetikkojen hoito-organisaation perustana ovat hyvin toimivat hoitoketjut, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon jaettu hoitovastuu ja joustava konsultointikäytäntö***

#### Suunnitellut toimenpiteet

Jokaisessa terveyskeskuksessa tulee olla nimettyinä diabetesvastuulääkäri ja diabeteshoitaja, jotka koordinoivat diabeteksen hoitoa, koulutusta ja laatuksiantaa terveyskeskuksessa. Erikoissairaanhoidon toimipisteessä tulee olla nimetty diabetestiimi, jota johtaa diabeteksen hoidosta vastaava erikoislääkäri (vastuulääkäri). Sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa diabetestiimien käytettävissä tulee olla ainakin jalkojenhoitaja/jalkaterapeutti, ravitsemusterapeutti, psykologi ja fysioterapeutti tai liikunnanohjaaja. Diabeetikko on hoitopaikassaan diabetestiimin tasavertainen jäsen.

**Toimijat:** johtava lääkäri, diabetesvastuulääkäri,

diabeteshoitaja, johtajalääkäri, erikoissairaanhoidon yksikön ylilääkäri, klinikan / tulosyksikön johtaja, diabeetikko

**Seuranta:** sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä

Jokaisessa sairaanhoitopiirissä tulee olla nimettyinä diabetestyöryhmä, jonka tehtävänä on diabeteksen hoidon kehittäminen ja koordinointi (liite 3). Työryhmään tulee kuulua eri hoitotahojen (myös työterveyshuolto ja yksityissektori) lisäksi diabeetikkojen edustaja.

**Toimijat:** sairaanhoitopiiri

**Seuranta:** sairaanhoitopiiri, lääninhallitus, Diabetesliitto

Diabetestietoutta lisätään kaikilla terveydenhuollon sektoreilla.

- Erityistä huomiota kiinnitetään työterveys- ja väestövastuulääkärien ja -hoitajien koulutukseen.
- Lääkäreille luodaan diabeteksen hoidon täydennyskoulutusohjelma.
- Hoitajien ammatillista täydennyskoulutusta diabeteksen hoitoon ja hoidonohjaukseen kehitetään Diabeteshoitajan avainasemaprojektin pohjalta.
- Luodaan hoidonohjauksen moniammatillinen koulutusohjelma.

**Toimijat:** terveyskeskus, sairaanhoitopiiri, Diabetesliitto, erikoislääkäriyhdistykset, lääketieteelliset tiedekunnat, Diabeteshoitajary, Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry, Suomen Jalkojenhoitajien ja Jalkaterapeuttien Liitto ry, apteekit, teollisuus, Suomen Diabetes Education Study Group (DESG)

**Seuranta:** terveyskeskus, sairaanhoitopiiri, sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä

Kehitetään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä kaksisuuntaiseksi ja nykyistä joustavammaksi erityisesti konsultatiomahdollisuuksien osalta sekä luodaan sairaanhoitopiireittäin kattava ja laadukas palveluketju diabeetikon hoitoon.

**Toimijat:** sairaanhoitopiiri, sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä

**Seuranta:** sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä, Diabetesliitto

Hoidon seurannassa käytettävien laitteiden laadun valvontaan ja kehittämiseen luodaan kattava järjestelmä.

**Toimijat:** hoitovälineteollisuus, kukin hoitoyksikkö, sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä

**Seuranta:** kukin hoitoyksikkö, sairaanhoitopiiri, sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä

Lasten ja nuorten tarvitsemat erikoispalvelut turvataan, ja heidän saumaton siirtymisensä oikeassa kehitysvaiheessa korkeatasoisen aikuisdiabetikoiden hoidosta vastaavan yksikön seurantaan varmistetaan.

**Toimijat:** sairaanhoitopiiri, hoitoyksikön diabetesvastaalääkäri, diabeteshoitaja, sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä

**Seuranta:** sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä

## Toteutuminen

Hoitoketjuja on kehittänyt noin puolet sairaanhoitopiireistä ainakin joidenkin diabetestyyppien hoitoon. Hoitoketjut todennäköisesti ohjaavat hoitoa silloin, kun niistä on tietoa ja ne ovat helposti käytettävissä.

Dehkon yhteydessä toteutettiin useita kehittämissankkeita terveyskeskuksissa, kunnissa, sairaanhoitopiireissä ja alueilla. Hankkeet on raportoitu ja julkaistu Diabetesliiton verkkosivuilla. Kehittämishankkeista voivat muut yhteisöt poimia toteutettaviksi hyviä toimintakäytäntöjä ja hoitomalleja.

Jokaiseen sairaanhoitopiiriin suositellun diabetestyöryhmän rakenteesta ja tehtävästä on kuvaus Dehkon toimenpidekirjassa. Systemaattista seurantatietoa ei ole siitä, onko tällaisia työryhmiä perustettu tai onko jokaisessa terveyskeskuksessa diabeteshoitaja ja diabetesvastaalääkäri. Haastattelujen ja arvioijien kokemuksen perusteella molemmat tavoitteet kuitenkin olisivat toteutuneet. Diabetesvastaavan määrittäminen on haasteellista. Diabeteshoitajan tai -lääkärin virkanimikettä ei ole määritelty tarkemmin. Sairaanhoitajaliiton kautta voi hakea sairaanhoitajan kliinistä erityispätevyyttä. Diabeteshoitaja ei ole virallinen ammattinimike, eikä sille ole luotu valtakunnallisesti hyväksytyjä kriteerejä. 2003 julkaistiin Diabeteshoitajien koulutus -esiselvitys, mutta virallista asemaa diabeteshoitaja-nimikkeellä ei ole.

Dehko tuotti jo vuonna 2003 (Himanen ja Ilanne-Parikka) ensimmäisen selvityksen koulutustarpeesta sekä antoi suosituksia että ehdotuksen työryhmän perustamisesta edistämään diabetestietoutta kaikilla tasoilla. Koulutusta on tarjolla, mutta se on hajallaan. Mahdollisuudet koulutukseen osallistumiseen vähenevät. Ainoana suosituksena oli lyhytkestoisten moniammatillisten koulutusten tarve.

Rintala, Himanen ym. (Diabetesliitto 2006) ovat tehneet selvityksen ja antaneet suosituksia toteutuksesta ja sisällöstä.

Diabetestyön kehittäminen -monimuotokoulutusprojekti käynnistettiin vuonna 2008 IDF:n englanninkielisten opetusdioiden käännöstyöllä. Tavoitteena on saada niiden pohjalta kattava suomenkielinen ope- tuspaketti, jossa kansalliset hoitosuosituksot otetaan huomioon.

Diabetes terveydenhuoltoalan koulutuksessa -selvityksen (DEHKO-raportti 2009:1) mukaan diabeteskoulutus on kehittynyt, vaikka pääongelmien tilanne ei ole juuri muuttunut. Sekä diabetesopetuksen määrä että opetuksen sisältö vaihtelevat edelleen hyvin paljon terveydenhuollon peruskoulutuksessa koulutusohjelmien ja koulutusohjelmien kesken eri oppilaitoksissa. Diabetekseen liittyvää täydennyskoulutusta on saatavilla terveydenhuollon ammateissa toimiville, mutta koulutus on edelleen hajallaan, koordinoimatonta ja monien toimijoiden järjestämää.

Osaamisen kartoittamiseksi ja koulutustarpeen arvioimiseksi on luotu Diabetesosaamiskartta, jonka voi saada Diabetesliitosta ([www.diabetes.fi](http://www.diabetes.fi) diabetesosaamiskartta).

Sairaanhoitopiireihin vuonna 2009 osoitetun Dehkon kyselyn perusteella lähes puolet sairaanhoitopiireistä on kehittänyt alueellisia hoitoketjuja raskausdiabeteksen hoitoon, hiukan alle 40 % tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeteksen hoitoon ja 20 % sairaanhoitopiireistä lasten diabeteksen hoitoon.

Omahoitovälineiden laadunvarmistusselvitys tehtiin vuonna 2002. Tietoa sen sisällöstä ei löytynyt.

Valviran tehtävänä on terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden vaatimustenmukaisuuden valvonta sekä turvallisen käytön edistäminen. Ennen tuotteen markkinoille saattamista valmistajan on näytettävä toteen tuotteen turvallisuus, käyttötarkoitukseen sopivuus ja suorituskyky.

Organisaatioiden ja ammattimaisten käyttäjien velvollisuus sen sijaan on huolehtia käytössään olevien laitteiden toimintakunnosta, käyttöohjeiden saata- vuudesta, käyttökoulutuksesta ja tuotteiden jäljit- tävyyden varmistamisesta. Tästä tulisi olla ohjeistus ja vaatimukset laatujärjestelmässä. Yhteisestä katta- vasta järjestelmästä tämän toteuttamiseksi diabetek- sen omahoitovälineiden kohdalla ei löydy näyttöä. Hyviä toimintatapoja on julkaistu Lääkelaitoksen oppaassa Turvallinen hoitoyksikkö – Malli terveyden- huollon hoitoyksikön riskienhallintaan (Lääkelaitok- sen julkaisusarja 2/2004)

### Kohdentamattomat toimenpiteet 1:

Tehostetaan tyyppin 2 diabeteksen lääkkeettömiä hoitomuotoja, ja järjestetään sydän- ja verisuoni- tautien vaaratekijöiden vuosittainen seuranta ja hoito perusterveydenhuollon kaikissa hoitoyksi- köissä.

**Toimijat:** johtava lääkäri, diabetesvastuulääkäri, diabeteshoitaja

**Seuranta:** sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä, Diabetesliiton lääkarineuvosto, sydän- ja diabetesjaosto

### Toteutuminen

Asiaa on käsitelty edellä tulostavoitteiden 2.1 ja 2.2 yhteydessä.

### Kohdentamattomat toimenpiteet 2:

Erytyiskorvattavien lääkkeiden myöntämisperus- teita muutetaan sydän- ja verisuonitautien vaara- tekijöiden alentamista suosivaksi. Veren rasvoja alentavat lääkkeet tulee saada erityiskorvattaviksi kaikille niitä tarvitseville diabeetikoille. Rasva- ja verenpainelääkkeiden käyttö erityiskorvattuina tulee voida aloittaa alemmilla tasoilla kuin ei- diabeetikoilla.

**Toimijat:** sosiaali- ja terveysministeriö, Kansan- eläkelaitos

**Seuranta:** Diabetesliitto ja sen lääkarineuvosto

### Toteutuminen

Tavoite ei ole toteutunut, sillä 2 diabeetikoiden käyttämien muiden kuin sokeriaineenvaihduntaan vaikuttavien lääkkeiden erityiskorvattavuuteen dia- betesdiagnoosi ei erityisesti vaikuta.

## Diabeetikon omahoidon tukeminen

### 3.15

*Jokaisella (tyypin 1)<sup>1</sup> diabeetikolla on mahdollisuu- det yksilöllisesti tarvitsemaansa hyvään omahoitoon*

### 3.16

*Kaikki (tyypin 2)<sup>2</sup> diabeetikot saavat riittävän hoido- nohjauksen, ja heidän sydän- ja verisuonitauteihin liittyvä kokonaisriskinsä hoidetaan kohonneen veren- sokeripitoisuuden ohella*

### Suunnitellut toimenpiteet

Omahoidon mahdollistamiseksi jokaiselle diabeetikolle taataan yksilöllinen ja jatkuva hoidonohja- us. Hoitovälinejakelu järjestetään asianmukaisesti Diabetesliiton lääkarineuvoston ja sosiaali- ja terveysministeriön suosituksia noudattaen (ohje ohjelmakirjan liite 12).

**Toimijat:** hoitoyksikön ylilääkäri/johtava lääkäri, diabetesvastuulääkäri, diabeteshoitaja

**Seuranta:** sairaanhoitopiirin diabetestyöryhmä

Käytössä olevien ohjelmien ja menetelmien pohjalta kehitetään hoidonohjauksen perusmalli paikallisesti sovellettavaksi.

**Toimijat:** DESG, Diabeteshoitajat ry, Diabetesliitto

**Seuranta:** DESG

Eurooppalaisesta mallista sovellettu omahoidon seurantamalli, yhtenäinen valtakunnallinen dia- betespassi otetaan käyttöön.

**Toimijat:** Diabetesliitto, sairaanhoitopiirin diabe- testyöryhmä

**Seuranta:** Diabetesliitto, hoitoyksikkö, sairaan- hoitopiirin diabetestyöryhmä

Tyyppin 1 diabeetikkojen hoidonohjausta tehoste- taan kaikissa ikäryhmissä hoitotasapainon paran- tamiseksi ja lisäsairauksien välttämiseksi.

**Toimijat:** kaikki tyyppin 1 diabeetikkoja hoitavat yksiköt

**Seuranta:** toimintayksikkö, alueellisen tason rekisteri

1 Diabeteksen jako tyypeihin on poistettu vuosien 2008–2010 strategisesta suunnitelmasta.

2 Poistettu vuosien 2008–2010 strategisesta suunnitelmasta.

## Toteutuminen

Toimenpiteiden toteutumisesta ei toistaiseksi ole tietoa. Hoidon ohjauksen kehittäminen, tehostaminen ja hoidonohjauksellisen toteuttamiseen tähtäävät toimenpiteet tukevat tämän tavoitteen toteutumista.

Omahoitoa tukevia Dehkon hankkeita ja julkaisuja:

- Omahoidon pelisäännöt 2001
- Diabeteksen hoitoon ja hoidon seurantaan tarkoitettujen välineiden tarvesuositus
- ITE-ohjaajakansio
- Hoito on osa diabeetikon elämää, terveydenhuollon ja yhdistysten yhteistyö
- Tyypin 1 diabeetikon henkilökohtainen hoito ja kuntoutus (HeKu 1) -projekti
- Tyypin 2 diabeetikon henkilökohtainen hoito ja kuntoutus (HeKu 2) -projekti
- Tavoitteellinen omaseuranta -suositustyön käynnistäminen
- Luotettava ja tavoitteellinen omaseuranta -suositus verkkosivuille
- Suuntaviivoja tyypin 1 diabeetikon hoitoon ja kuntoutukseen, opas diabeetikolle 2008

Vuonna 2002 Dehko järjesti toimijasymposiumin omahoidosta.

Hoidonohjauksen periaatteet -selvitystyö on tehty, ja sen pohjalta Dehossa laadittiin hoidonohjauksen malli. Hoidonohjauksen tavoitteet, laatukriteerit ja osin indikaattorit on määritetty ja julkaistu, koulutusta kehitetty ja järjestetty. Seuranta siitä, miten hoidonohjaus toteutuu, ei ole. Toisaalta Dehkon tavoitteena oli tuottaa materiaalia ja hoito-ohjeita, perusterveydenhuollon tehtäväksi puolestaan jäi implementoida nämä käytäntöön. D2D-alueilla tähän pyrittiin mm. sairaanhoitopiirin järjestämällä koulutuksella ja verkostoitumisella. Hoidonohjaus on laaja ja moniulotteinen kokonaisuus, jonka onnistumisen seuraaminen on haasteellista. Suomessa ei ole systemaattista valtakunnallista kirjaamiskäytäntöä, joten alueellisia eroavaisuuksia esiintyy.

Hoidonohjauksen laadun arvioinnista on esimerkki Dehkon ohjelmakirjan liitteessä 9. Esimerkissä käytettyjä kokonaisuuksia ei ole samannimisinä kirjattu esim. hoitotyön systemaattisen kirjaamisen tarveluokitukseen mutta siellä on sisällöllisesti samoja komponentteja.

Dehko tuotti myös diabetespassin ja edisti sen käyttöönottoa laatimalla ohjeita. Lisäksi Dehko tuotti

Ensietoa tyypin 1 diabeteksestä -lehden ja Ensietoa tyypin 2 diabeteksestä -lehden.

### 3.17

#### *Diabeetikot hallitsevat omahoidon ja ovat tyytyväisiä hoitoonsa*

#### Suunnitellut toimenpiteet

Diabeetikoiden asiantuntemusta hyödynnetään hoitokäytäntöjen ja uusien hoitovälineiden kehittämisessä.

**Toimijat:** diabetesvastuuhenkilöt kaikissa hoitoyksiköissä, hoitovälineyritykset

**Seuranta:** diabetesyhdistys, aluetoimikunta

#### Toteutuminen

Tavoite on vaikeasti mitattavissa. Omahoitoon liittyy olennaisina tekijöinä voimaantuminen, autonomia, motivaatio ja pystyvyyden tunne. Diabeetikolta omahoito vaatii tietoisuutta hoidon tavoitteista ja hoitokeinoista sekä valmiutta ottaa vastuu omasta hoidostaan ja elintavoistaan sekä uskoa omiin voimavaroihinsa ja pystyvyyteen. Selvitystä, jossa olisi otettu kaikki omahoidon ulottuvuudet huomioon, ei tehty. Diabeetikoiden asiantuntijuuden hyödyntämisestä hoitokäytäntöjen ja uusien hoitovälineiden kehittämisessä ei ole tietoa.

Diabeetikoiden hoitotyytyväisyydestä tehtiin selvitys vuonna 2000. Eniten kehittämistä vaativina kohteina toivottiin: enemmän aikaa vuorovaikutukselle, eroon turhista rutiineista, diabeetikko mukaan oman hoitonsa ja ohjauksen suunnitteluun sekä tavoitteiden asetteluun, diabeetikon yksilöllisyys tunnustettava ja otettava huomioon ja diabetestiimien (potilas mukaan lukien) moniammatillisen koulutuksen kehittäminen.

Vuonna 2003 kyselyn perusteella asteikolla 6–0 (tyytyväisin – täysin tyytymätön) diabeetikoiden tyytyväisyys oli välillä 3,3 (jalkojenhoito) ja 5,1 (diabeteshoitajien ja apteekkien palvelu). Hyvin tyytyväisiä hoitoonsa oli 39 % kyselyyn osallistujista. Kyselyyn osallistujista osa haastateltiin, ja heistä 39 % antoi omahoidolle kouluarvosanan 8–10 (Partanen, DEHKO-raportti 2003:4)

Tutkimusten mukaan vain noin 50 % pitkäaikaissairaista käyttää lääkkeitä ohjeiden mukaisesti, ja noin

kolmasosa potilaista pystyy sitoutumaan terveelliseen ruokavalioon ja suositusten mukaiseen liikuntaan, lisäksi arviolta alle 10 % onnistuu pysyvässä laihtumisessa. Poliittisissa linjauksissa on nostettu esille omahoidon tukeminen. Omahoidon parantamisella on mahdollista edistää ihmisten vastuuta omasta terveydestä (Routasalo ym. 2009).

Dehko tuki tavoitteen toteutumista monilla toimenpiteillä:

- vuoden 2002 toimijasymposiumin aiheena oli omahoito
- vuonna 2003 tehtiin hoitotyytyväisyystutkimus ja
- vuonna 2009 käynnistettiin diabeetikoiden elämänlaatututkimus (tulokset eivät olleet tätä kirjoitettaessa vielä käytettävissä).

Diabeetikkojen edustus oli kaikissa Dehkon ryhmissä. Diabeetikoiden asiantuntijuuden hyödyntämisestä hoitokäytäntöjen ja uusien hoitovälineiden kehittämisessä ei ole tarkempaa tietoa. Haastatteluiden perusteella yhteistyö paikallistasolla diabetesyhdistysten kanssa oli vähäistä niin Dehkon toimijoiden kuin kuntapäätäjien mielestä.

### 3.18

#### *Terveydenhuollon ja diabetesyhdistysten yhteistyö omahoidon tukemiseksi on vakiintunut pysyväksi toimintamuodoksi*

#### Suunnitellut toimenpiteet

Terveydenhuollon ja diabetesyhdistysten yhteistyötä tehostetaan kaikkialla maassamme erityisesti tiedotuksessa, koulutuksessa, vertaistukitoiminnassa sekä omahoidon toteuttamisessa ja sen edellytysten valvonnassa.

**Toimijat:** terveyskeskuksen diabetesvastuhenkilöt, diabetesyhdistys

**Seuranta:** Diabetesliiton aluesihteerit, aluetoimikunta

#### Toteutuminen

Yhteistyö käynnistettiin jo vuonna 2000 järjestämällä koulutusta yhdistyksille. Yhdistysten ja terveydenhuollon yhteistyötä seurattiin kyselyin vuodesta 2003. Yhteistyön tulokset eivät olleet vielä valmistuneet tätä kirjoitettaessa.

Dehkon sairaanhoitopiireihin osoittamassa kyselyssä (kyselylomakkeita lähetettiin noin 1 100, vastausprosentti 61) 50 % vastanneista ilmoitti tekevänsä yhteistyötä diabetesyhdistyksen kanssa.

Haastatteluissa yhteistyötä ei juuri käsitelty – terveydenhuollon ja diabetesyhdistysten välinen yhteistyö ei noussut merkittäväksi Dehkon aikaansaannokseksi. Yhteistyön tavat ja vaikutus riippuvat ensisijaisesti paikallisista toimijoista.

## Liite 3

### Yhteenveto Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmän jäsenille suoritetun kyselyn tuloksista

Arviointiryhmässä sovittiin, että Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmän jäsenille tehdään kysely Dehkon tavoitteiden toteutumista koskevista näkemyksistä ja arvioista. Kyselyllä haluttiin kartoittaa näkemyksiä erityisesti sellaisista tavoitteista, joista ei ollut mitattavia indikaattoreita tai seurantajulkaisuja yksiselitteisesti käytettävissä.

Kyselyä ei tehty Dehkon tulostavoitteiden toteumasta, koska todentamista varten käytettävissä oli tutkimus-

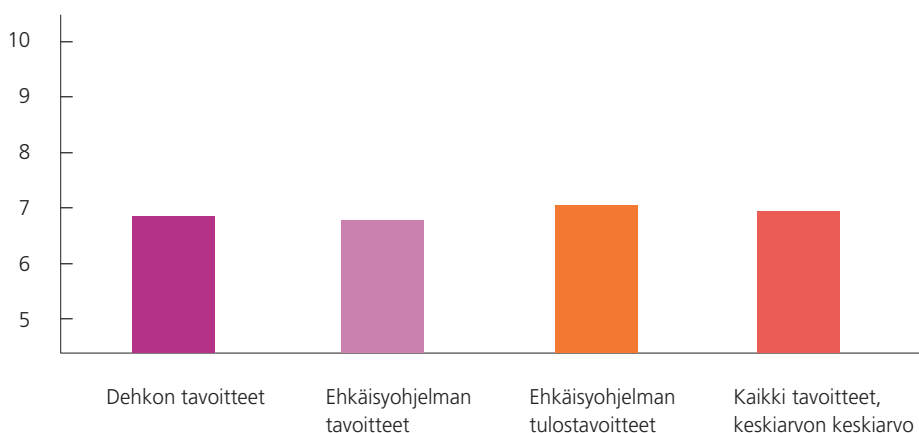
ja selvitystietoja. Sen sijaan kyselyyn sisällytettiin muut Dehkon tavoitteet sekä ehkäisyohjelman tavoitteet ja ehkäisyohjelman tulostavoitteet.

Ohjaus- ja seurantaryhmän jäseniä pyydettiin antamaan arvionsa tavoitteiden toteutumisesta tutulla kouluasteikolla 4–10.

Kyselyyn vastasi kaiken kaikkiaan 11 ohjaus- ja seurantaryhmän jäsentä.

**Taulukko. Dehkon tavoitteiden, ehkäisyohjelman tavoitteiden ja ehkäisyohjelman tulostavoitteiden toteutuminen keskiarvolukuina Dehkon ohjaus- ja seurantaryhmän mukaan.**

#### Dehko -tavoitteiden ja ehkäisyohjelma -tavoitteiden toteutuminen



Kuten kuviosta ilmenee, ohjaus- ja seurantaryhmän arviot vaihtelivat varsin vähän eri tavoiteryhmiä välillä. Onnistuminen tavoitteiden toteuttamisessa on ohjaus- ja seurantaryhmän näkemysten mukaisesti tapahtunut kaiken kaikkiaan ”tydyttävästi”.

Tavoitekohtaisesti toteuma-arvioita tarkasteltaessa erot eri tavoitteiden kesken olivat kuitenkin jo suuremmat.

Ohjaus- ja seurantaryhmän jäsenten vastausten perusteella parhaiten toteutuneet tavoitteet olivat seuraavat:

- Jokaisella tyypin 1 diabeetikolla on mahdollisuudet yksilöllisesti tarvitsemaansa hyvään omahoitoon (keskiarvo 7,9)
- Terveystieteiden ja diabetesyhdistysten yhteistyö omahoidon tukemiseksi on vakiintunut pysyväksi toimintamuodoksi (7,9)
- Yhä suurempi osa väestöstä on tietoinen omista mahdollisuuksistaan edistää terveyttään, tuntee tyypin 2 diabeteksen syntysyyt ja sairastumisen ehkäisyn keinot (8,0)
- Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimivuus ja ehkäisyn kustannusvaikuttavuus on osoitettu ohjelman toimeenpanohankkeen avulla vuosina 2003–2007 (7,8)

Ohjaus- ja seurantaryhmän vastausten perusteella vähiten toteutuneet tavoitteet olivat seuraavat:

- Maassamme on ATK-pohjaiset hoitoyksikkökohtaiset ja alueelliset diabetesrekisterit sekä valtakunnallinen diabetesrekisteri (keskiarvo 5,2)
- Lihavien (BMI  $\geq$  30) osuus työikäisistä vähenee 20 prosentista 15 prosenttiin, tyyppin 2 diabeteksen yleistyminen hidastuu ja sydän- ja verisuonisairaudet sekä muut lihavuuteen liittyvät ongelmat vähenevät (5,7)
- 50 prosenttia korkean riskin yksilöistä on tehostetun elintapaohjauksen ja seurannan piirissä tai toteuttaa tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyä omaehtoisesti (6,0)
- Jokaisessa kunnassa on terveyden edistämistä ja kansansairauksien ehkäisyä koskeva toimintasuunnitelma osana kunnan hyvinvointistrategiaa sekä terveydenedistämiseen osallistuvien toimijoiden ja

palvelujen verkosto. Suunnitelman toteutumista arvioidaan säännöllisesti, ja toimintaa kehitetään tulosten, uuden tiedon ja saatujen kokemusten pohjalta (6,0)

- 70 prosenttia diagnosoimattomista diabeetikoista on löydetty seulonnan avulla (6,1)
- Terveyttä edistävän toiminnan tuloksellisuus on turvattu toimijoiden sopimien yhteisten toimintalinjojen, henkilökunnan jatkuvan koulutuksen, laatu järjestelmän ja siihen sisältyvän säännöllisen arvioinnin avulla (6,3)

Huomattakoon, että vaihteluväli ohjaus- ja seurantaryhmän antamissa vastauksissa tavoitteittain oli varsin suuri, joidenkin kysymysten kohdalla jopa 4–8 tai 5–9. Seuraavaan taulukkoon on koottu tavoitteiden toteutumista koskevien arvioiden arvosanojen keskiarvo ja vaihteluväli tavoitteittain.

DEHKOn / EHKÄISYOHJELMAN TAVOITE	ARVO-SANA Keskiarvo	ARVOSANA Vaihteluväli
<b>Dehkon tavoitteet (2000–2010):</b>		
Hoitoyksiköissä on diabeteksen hoidon laatu järjestelmä, jonka luonteva osa on perusterveydenhuollon säännöllinen ja monipuolinen diabeteskoulutus	6,6	5–7
Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn tähtäävät toimenpiteet ovat osa perusterveydenhuollon pysyvää toimintaa	7,5	6–8
Maassamme on ATK-pohjaiset hoitoyksikkökohtaiset ja alueelliset diabetesrekisterit sekä valtakunnallinen diabetesrekisteri	5,2	4–8
Diabeetikkojen hoito-organisaation perustana ovat hyvin toimivat hoitoketjut, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon jaettu hoitovastuu ja joustava konsultointikäytäntö	7,0	5–8
Jokaisella tyyppin 1 diabeetikolla on mahdollisuudet yksilöllisesti tarvitsemaansa hyvään omahoitoon	7,9	5–9
Kaikki tyyppin 2 diabeetikot saavat riittävän hoidon-ohjauksen, ja heidän sydän- ja verisuonitauteihin liittyvä kokonaisriskinsä hoidetaan kohonneen verensokeri-pitoisuuden ohella	6,5	4–8
Diabeetikot hallitsevat omahoidon ja ovat tyytyväisiä hoitoonsa	7,0	6–8
Terveydenhuollon ja diabetesyhdistysten yhteistyö omahoidon tukemiseksi on vakiintunut pysyväksi toimintamuodoksi	7,9	7–9
<b>Ehkäisyohjelman tavoitteet (2003–2010)</b>		
Terveyden edistämisen valtakunnallinen, alueellinen ja paikallinen organisaatio on toimiva ja vastuut on määritelty selkeästi. Toiminta kattaa ympäristön ja sosiaalisten käytäntöjen kehittämiseen liittyvän yhteistyön sekä laajaan liikunta-, ravitsemusneuvonta- ja painonhallintayhteistyöhön liittyvän koordinoinnin valtakunnallisine verkostoineen	6,4	5–7
Terveyttä edistävän toiminnan ja kansansairauksien ehkäisyn nykyresursseja arvioidaan uudelleen ja hyödynnetään tehokkaasti. Resursseja lisätään tarpeen mukaan valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla	6,7	6–8
Jokaisessa kunnassa on terveyden edistämistä ja kansansairauksien ehkäisyä koskeva toimintasuunnitelma osana kunnan hyvinvointistrategiaa sekä terveydenedistämiseen osallistuvien toimijoiden ja palvelujen verkosto. Suunnitelman toteutumista arvioidaan säännöllisesti, ja toimintaa kehitetään tulosten, uuden tiedon ja saatujen kokemusten pohjalta	6,0	5–7

Terveyden edistämiseen on kehitetty "matalan kynnyksen" malli, joka tavoittaa ne kohderyhmät, jotka ovat esimerkiksi koulu- ja työterveyshuollon ulkopuolella	6,5	5–8
Terveyden edistäminen ja määrätietoinen kansansairauksien ehkäisy on perusterveydenhuollon (mukaan lukien neuvolat, työterveyshuolto, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto) sekä varusmiespalvelua suorittavien ja ikääntyvien terveydenhuollon suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa	7,5	5–8
Terveyttä edistävän toiminnan tuloksellisuus on turvattu toimijoiden sopimien yhteisten toimintalinjojen, henkilökunnan jatkuvan koulutuksen, laatu järjestelmän ja siihen sisältyvän säännöllisen arvioinnin avulla	6,3	5–9
Ravitsemusasiatuntemuksen määrää lisätään perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Lisäksi painonhallintaan liittyvä ryhmätoiminta kuuluu pysyvästi sekä terveyskeskusten että työterveyshuollon asiakaspalveluun, ja terveydenhuolto on osa paikallista painonhallinta-, liikunta- ja ravitsemusohjauspalvelujen verkostoa	7,0	5–9
Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden seulonta, ohjaus ja seuranta ovat perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon suunnitelmallista toimintaa. Elintapojen kirjaaminen on toimiva ja käytännöllinen osa sähköistä hoitokertomusjärjestelmää, ja tulosten seuranta osa terveydenhuollon yksiköiden laadun seurantarjestelmää	6,8	5–8
Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvien ohjauksessa ja hoidossa sovelletaan kohonneen verenpaineen, aikuisten lihavuuden ja tupakoinnin Käypä hoito -suosituksia. Lasten lihavuuden Käypä hoito -suositukseen mukaan toimitaan neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon lastenklinoissa	7,5	6–8
Seulonnan ja seurannan yhteydessä diagnosoitavien tyypin 2 diabeetikoiden tehostettu elintapahoito aloitetaan viipymättä, sydän- ja verisuonitautien riskit kartoitetaan ja jatkotoimia varten laaditaan pitkäjänteinen hoitosuunnitelma. Riskitekijöiden tilannetta seurataan säännöllisesti vuositarkastuksen yhteydessä, ja hoitoa tehostetaan tarvittaessa ja viivytyksettä asiaankuuluvalla lääkityksellä lisäsairauksien synnyin ehkäisemiseksi	7,3	5–8
<b>Ehkäisyohjelman tulostavoitteita:</b>		
Terveellisten ruokatottumusten ja terveyttä edistävän liikunnan perusviestit ovat pääosalle väestöstä tuttuja, mikä näkyy arkiliikunnan ja terveyttä edistävien ruokatottumusten yleistymisenä	7,6	6–9
Niiden henkilöiden määrä, jotka liikkuvat päivittäin vähintään puoli tuntia, lisääntyy – arkiliikunta mukaan laskettuna	7,3	6–8
Lihavien (BMI $\geq$ 30) osuus työikäisistä vähenee 20 prosentista 15 prosenttiin, tyypin 2 diabeteksen yleistyminen hidastuu ja sydän- ja verisuonisairaudet sekä muut lihavuuteen liittyvät ongelmat vähenevät	5,7	4–7
Kodit, päiväkodit ja koulut sekä järjestöt toimivat aktiivisesti yhteistyössä terveellisiin elintapoihin ohjaamisessa. Lasten ja nuorten liikunta, terveelliset ruokatottumukset sekä henkinen ja fyysinen hyvinvointi yleistyvät ja lihavuus vähenee	7,0	6–8
Ehkäisyohjelman keskeiset viestit ovat tavoittaneet toimijatahot kuntapäätäjistä terveydenhuollon ammattilaisiin ja järjestöaktiiveihin. Ohjelman tunnettuutta, asenteita ja tiedotuksen onnistumista sekä vaikuttavuutta mitataan kyselyin	7,5	5–9
Yhä suurempi osa väestöstä on tietoinen omista mahdollisuuksistaan edistää terveyttään, tuntee tyypin 2 diabeteksen syntysyyt ja sairastumisen ehkäisyn keinot	8,0	7–9
Terveysviestinnän laatua kehitetään ja terveyttä edistävien toimintojen markkinointia tehostetaan. Asenteita ja tietotasoa mitataan gallup-tutkimuksin	6,8	6–8
75 prosenttia tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvista tiedostaa olevansa suuressa sairastumisvaarassa ja on saanut ohjeita diabetesriskin hallintaan	6,7	5–9
50 prosenttia korkean riskin yksilöistä on tehostetun elintapaohjauksen ja seurannan piirissä tai toteuttaa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä omaehtoisesti	6,0	5–9
70 prosenttia diagnosoimattomista diabeetikoista on löydetty seulonnan avulla	6,1	5–8
Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimivuus ja ehkäisyn kustannusvaikuttavuus on osoitettu ohjelman toimeenpanohankkeen avulla vuosina 2003–2007	7,8	6–9
Vastasairstuneet tyypin 2 diabeetikot saavat hyvän liikkeellelähdon hoidossa, oppivat alusta alkaen ravitsemuksen, liikunnan ja painonhallinnan merkityksen sairautensa hallinnassa ja ymmärtävät oman roolinsa lisäsairauksien ehkäisemisessä	7,2	5–8
Diabeteksen hoidossa tarvittava lääkehoito toteutuu optimaalisesti	7,1	6–8



## Liite 4

---

### Yhteenvedo suoritetuista haastatteluista

Arviointiryhmä teki maamme terveystalouden eri tahoja ja eri tehtäviä edustavien toimijoiden ja intressitahojen edustajille pienimuotoisen haastattelukierroksen, jolla kartoitettiin erityisesti Dehkon terveystaloudellisia ja muita yhteiskunnallisia vaikutuksia sekä Dehkon kaltaisen ohjelmallisen vaikuttamisen roolia ja mahdollisuuksia koskevia näkemyksiä. Toimijatahot pyrittiin valitsemaan monipuolisesti siten, että ne edustavat valtakunnallista, alueellista ja paikallista toimijatahoa sekä sen ohella ohjelman piirissä eri tasoilla toimivia toimijoita.

**Haastatteluihin osallistuvien (aakkosjärjestyksessä) seuraavat henkilöt, joille arviointiryhmä esittää parhaat kiitoksensa arvioinnille olennaista lisäarvoa tuottaneista näkemyksistä:**

- Erhola Marina, ylijohtaja, THL
- Heinänen Tuula, terveystalouden johtaja, Espoo
- Heiskanen Maili, johtava hoitaja, Joensuu
- Hyttiä Arja, aluekoordinaattori, Seinäjoki
- Martti Kiviharju, puheenjohtaja, Oulun Diabetesyhdistys
- Laitinen Aila, diabeteshoitaja, Kaarina-Piikkiö
- Laukkanen Heikki, kunnanjohtaja, Juva
- Merikallio Jussi, osastopäällikkö, Kuntaliitto
- Mutanen Jouni, kuntayhtymän johtaja, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
- Peisa Timo, johtava lääkäri, Ranua
- Pesonen Karita, aluekoordinaattori, Oulun yliopisto
- Peura Sirpa, farmaseuttinen johtaja, Apteekkariliitto
- Pietilä Anna-Maija, professori, Itä-Suomen yliopisto
- Puska Pekka, pääjohtaja, THL
- Sillanaukea Päivi, ylijohtaja, STM
- Uusitupa Matti, professori, Itä-Suomen yliopisto

Haastattelujen yhteenvedo esitetään tiivistettynä seuraavassa teemoittain ja haastateltavien lausumien pohjalta.

## Haastattelun teemakohtaiset näkemykset, näkemuserot ja johtopäätökset

HAASTATELUN TEEMA	HAASTATELTAVIEN KESKEISET NÄKEMYKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET (vallitsevat näkemykset, näkemuserot, yhteenvetojohtopäätös)
Dehkon sijoittuminen suomalaiseen terveyspolitiikkaan	<p><b>Vallitseva näkemys:</b> Dehko on saanut merkittävän, tunnustetun aseman. Rooli diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisessä on hyväksytty, mutta toisaalta terveyspoliittisesti vielä liian vähän hyödynnetty.</p> <p><b>Näkemuserot:</b> Jossain määrin ”yhden asian liikkeen” luontoisuus koetaan häiritseväksi etenkin kuntatasolla.</p> <p><b>Lausumat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>”Tautikohtaiset järjestöt ovat keskeisiä priimusmoottoreita. Valtion rooli on edistää ja sovittaa yhteen niiden aloittamaa ohjelmaa. Järjestöillä Suomessa sekä edunvalvonta että asiantuntijatehtävä, mikä on harvinaista maailmassa.”</i></li> <li>• <i>”Ei ole yhden asian liike: Mallina muille, nyt jo tuonut yhteistyötä eri liittojen kanssa, yhtenäistänyt tavoitteita, tuonut keskusteluita.”</i></li> <li>• <i>”Tällaiset tautikohtaiset ohjelmat ovat ongelmallisia terveyspolitiikan kannalta. Ne kiinnittävät huomion tautiin – ei kokonaisvaltaiseen terveyden edistämiseen. Lisäksi niiden riski on se, että muut taudit ja terveydenhuollon kokonaisuus ja sen hallinta niissä unohtuvat.”</i></li> <li>• <i>”Vaikuttavuutta vaikeampi arvioida. Tuonut median ja yleiseen keskusteluun diabeteksen ehkäisyn. Ammattilaisille uusia malleja ja sitoutumista. Yleisvaikuttavuutta vaikea arvioida.”</i></li> </ul> <p><b>Johtopäätökset:</b> Dehkolla on ollut terveyspolitiikassa asiantuntijarooli, terveyspoliittisesti olisi voinut olla näkyvämpi rooli.</p>
Dehkon pysyvimät yhteiskunnalliset vaikutukset	<p><b>Vallitseva näkemys:</b> Dehko on kiinnittänyt huomion ennaltaehkäisevään toimintaan ja lisännyt ehkäisytoiminnan näkyvyyttä niin kansallisesti kuin kansainvälisesti. Sairauden ja hoidon tunnettavuus ja hyväksyttävyyys on parantunut.</p> <p><b>Näkemuserot:</b> Toisaalta vaikutusten pelätään jäävän väliaikaisiksi ja hukkuvan palvelujärjestelmän muihin haasteisiin. Kunnissa ja niiden terveyskeskuksissa taloudelliset reunaehdot sanelevat ohjelman hyödyntämistä.</p> <p><b>Lausumat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>”Terveyspalvelujärjestelmän tasolla näkyvyys. Varhaisen puuttuminen tärkeyden esiin tuominen, pyritään tunnistamaan ennalta.”</i></li> <li>• <i>”Kansainvälisyys, Suomi saanut tässä hyvän profiilin, arvostettu ohjelma. Imagona Suomen osaamisesta, tällaista meillä on annettavissa.”</i></li> <li>• <i>”Dehkon kuten myös muiden ohjelmien merkittävin vaikutus liittyy siihen, jos ohjelma kykenee sitouttamaan ja valistamaan palvelujärjestelmässä toimivan henkilöstön ja asiantuntijan. Sitä kautta vaikutukset siirtyvät asiakkaisiin ja potilaisiin. – Keskeisintä on aito asiakasrajapinta potilaan ja hänen lääkärinsä/hoitajansa kesken. Se että ohjelma suoraan vaikuttaisi kuntalaisiin, ei ole kovin uskottavaa.”</i></li> <li>• <i>”Avoimuus siitä sairaudesta, aikaisemmin salattu sairaus, nyt vähentynyt tai jäänyt pois. Nyt voi sanoa rehellisesti.”</i></li> </ul> <p><b>Johtopäätökset:</b> Suurin hyöty on ennaltaehkäisevän työn näkyväksi tekeminen sekä hoidon nopea aloitus. Kuitenkin hyvätkin tulokset edellyttävät intensiivistä toimeenpanoa, jota esim. D2D-hanke on edustanut.</p>
Dehkon mahdollisuudet ehkäisyn, hoidon ja vaikuttavuuden parantamisessa	<p><b>Vallitseva näkemys:</b> Dehko on kyennyt toimimaan sisällöllisenä ohjelmanä ja ehkäisyssä että hoidossa myönteisesti. Ohjelman hyödyntäminen kansallisesti on toistaiseksi kuitenkin vielä varsin rajallista. Palvelujärjestelmässä myönteinen vaikuttavuus näyttää olevan muuta maata parempi D2D-alueilla.</p> <p><b>Näkemuserot:</b> Sairauskohtainen lähestymistapa voi toisaalta vääristää panostusta kokonaisvaltaiseen ehkäisyn ja hoidon kehittämiseen.</p> <p><b>Lausumat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>”Toimijat pitäisi saada sitoutumaan, kuntatasolla monia ohjelmia, korostuu se että on tuhat sanojaa miten pitää tehdä, asiakastyössä on mahdoton kun ohjelmia on kaikkialla.”</i></li> <li>• <i>”Valtion mahdollisuudet ovat vähäiset pakottaa näin hajautetussa järjestelmässä. Tarvitaan lakien antamien raamien lisäksi ohjelmia. Parhaiten toteutetut ohjelmat nousevat määrääviksi.”</i></li> <li>• <i>”Dehkossa niin paljon pientä sälää. Kansalliset tavoitteet (saavuttaminen) ja niiden mittaaminen jää vaiheeseen. Onnistuu jos selkeät tavoitteet ja todellinen seuranta.”</i></li> </ul> <p><b>Johtopäätökset:</b> Dehkon merkitys diabeteksen ehkäisyn ja hoidon sisällöllisessä kehittämisessä on myönteinen, mutta rakenteellisesti hajanaisena vaikea toteuttaa.</p>

**Voiko Dehko toimia ohjauskeinona?**

**Vallitseva näkemys:** Dehko edustaa yhtä, joskin laajaa terveydenhuollon ongelmakenttää. Kansallisessa ohjauksessa Dehko on informaatio-ohjausta, se linjaa toiminnallisia kysymyksiä. Palvelujärjestelmässä Dehko on lähinnä yhden potilasryhmän ehkäisyn ja hoidon työvälineiden tuottaja. Ohjausjärjestelmän näkökulmasta kyse on siten rajallisesta ohjausmahdollisuudesta, mutta sisältökysymysten osalta sekä valtakunnallisesti että palvelujärjestelmässä Dehkoa tulisi hyödyntää nykyistä paremmin.

**Näkemyserot:** Kuntanäkökulmasta resurssiohjaukseen ei tule vaikuttaa Dehkon kautta. Toisaalta Dehko on vaikuttanut hoito-ohjelmien ja suositusten sisältöihin ja niiden noudattamiseen.

**Lausumat:**

- *” Ei ole oikein hyvä eikä kokonaisuuden kannalta neutraali ohjauskeino. Saattaa johtaa yhden asian korostumiseen, resurssipyyteisiin, kentän organisaation henkilöstömitoitusten vaateisiin ym. kokonaisuuden kannalta vinouttaviin ratkaisuihin.”*
- *”Ohjelmaohjaus on yksi terveystoimintatavaksi, käytetään paljon, itse olen skeptinen pitkän tähtäimen tuloksiin, meillä on kuitenkin rajallinen kenttä, ohjelmat ohjaavat eri tavalla, mihin resurssit riittävät.”*
- *”Terveystoimintatavien suurten linjojen tekemisessä ja levittämisessä kansalaisjärjestöillä voisi olla rooli.”*
- *”Tarjoaa valmiin mallin, jolla terveydenhuoltojärjestelmä voi toimia, ei tarvitse itse keksiä, liitto voi astua syrjään.”*

**Johtopäätökset:** Dehkoa voidaan hyödyntää asiantuntijapohjaisena toiminnan ja sen sisällön ohjauksessa kuitenkin terveydenhuollon kokonaisohjaukseen sovittaen.

**Järjestöjen rooli terveydenhuollon ohjausjärjestelmässä**

**Vallitseva näkemys:** Diabetesliitto on saavuttanut lisää arvostusta ja uskottavuutta Dehkon ansiosta. Järjestöjen rooli kansallisesti ansaitsee tulla uuteen tarkasteluun virallisen terveydenhuollon kokonaisuudessa. Erityisesti suuria kansantauteja ja merkittävää terveydenhuoltojärjestelmän potilaskuntaa edustavat järjestöt ovat tärkeitä toimijoita jatkossa ja etenkin valtakunnallisella tasolla tämä on perusteltua ottaa huomioon esim. Kaste II -ohjelmassa. Diabetesliitolla on Dehkossa ollut useita yhteistyökumppaneita, joiden kokemus ohjelmasta näyttää olleen myönteinen.

**Näkemyserot:** Järjestöjen rooli on tärkein sellaisen tiedon, kehittämisen näkemyksen ja toimintakäytännön tunnetuksi tekemisessä, joka kohdistuu palvelujärjestelmän toimijoille. Toimijat puolestaan soveltavat sitä asiakas- ja potilasrajapinnassaan organisaatioidensa kokonaistoiminnan ja taloudellisten edellytysten rajoissa.

**Lausumat:**

- *”Järjestön rooli on tärkeä. Heillä on tuntemus toimintakentästä. Voimavaroja tarvitaan, järjestöt ovat yksi voimavara, mutta tarvitaan yhteistyötä mm tutkimuksen kanssa. Pohdittava missä tulee raja, miten implementoidaan palvelujärjestelmään.”*
- *”Diabetesliitto on arvostettu liitto, panostaa osaamiseen, materiaaliin, merkittävä kouluttaja.”*
- *”Järjestö voi olla ketterämpi saamaan rahoitusta, kun vastaavasti kunnat eivät saa tällaista. RAY voisi jatkossa kohdentaa rahojaan ohjelmiin sen jälkeen, kun vähentää palvelujärjestelmän rahoittamista. Ohjelmien rahoittaminen voisi olla kanava rahoille.”*
- *”Lainsäädännön kannalta terveydenedistämisen pitäisi kuulua perusterveydenhuoltoon. Terveyden edistämässä ja kansansairauksien ehkäisyssä renessanssia, toiveena että terveydenhuolto ottaisi pallon haltuun. Liittojen tehtävä olisi erityyppinen, ei viranomaisvelvoitetta, sen on haettava rooli kentässä. Kansanterveysjärjestöjä kuullaan kansallisella tasolla.”*

**Johtopäätökset:** Järjestöjen roolin voidaan arvioida kasvavan suomalaisessa terveydenhuollossa. Sen toteuttamiseen mitä ilmeisimmin on vielä haettava toimintatapoja.

<p><b>Tärkeimmät Dehkon tavoitteet</b></p>	<p><b>Vallitsevat näkemykset:</b> Dehkon ehkäisyohjelmaan liittyvät tavoitteet koetaan yleisesti keskeisimmiksi.</p> <p><b>Näkemyserot:</b> Ei näkemyseroja ehkäisyn ensisijaistamisen suhteen.</p> <p><b>Lausumat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>”Ehkäisyn osuus osa valtakunnallista toimintaa ja siksi merkittävä.”</i></li> <li>• <i>”Terveyden edistämisen vaikutus on suuri. Mitä pysyvää voidaan saada aikaan – siinä yksi ulottuvuus, jonka pitäisi näkyä, on omahoidon lisääntyminen.”</i></li> <li>• <i>”Varhaisen puuttumisen filosofia tärkein. Pyrkimys juurruttaa uusia työmenetelmiä, uusia hoitopolkuja, nämä ovat tärkeitä päämääriä.”</i></li> </ul> <p><b>Johtopäätökset:</b> Ehkäisyohjelma toimenpidehankkeineen on ollut perusteltu.</p>
<p><b>Miten Dehko on vaikuttanut kansallisen tason, kunnan ja oman organisaation toimintaan?</b></p>	<p><b>Vallitsevat näkemykset:</b> Kansallisesti vaikutukset ovat toistaiseksi olleen varsin rajalliset. Näkyvyys on parantunut kaikkien valtakunnallisen tason organisaatioiden piirissä ja eräiden kansallisten toimijoiden (kuten THL ja Kuntaliitto) selvitys- ja kehitystyöhön on sisällytetty Dehkon piiriin liittyviä aktiviteetteja. Tästä huolimatta Dehkon esitykset eivät vielä ole riittävästi näkyneet käytännön toiminnassa valtakunnallisesti. Kunnan, terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiiriin toiminnassa vaikutukset ovat olleet huomattavan vaihtelevia. Haastateltavien omista organisaatioista vaihtelu on niin ikään ollut suurta. D2D-hankkeen ohella parhaimmissa tapauksissa on luotu paikallisia ja alueellisia Dehko-hankkeita ja huonoimmassa tapauksissa ei käytännössä ole tapahtunut juuri mitään.</p> <p><b>Näkemyserot:</b> Ei olennaisia näkemyseroja.</p> <p><b>Lausumat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>”On vienyt terveyden edistämistä eteenpäin, hallitusohjelmassa ei ilman Dehkoa. Vaihteleva kuntatasolla D2D painoarvo erittäin merkittävä.”</i></li> <li>• <i>”Omassa organisaatiossa Dehko on tarkentanut tavoitteita, johtanut seurannan parantamiseen, barometri johon voi verrata. Dehko vaikuttaa taustalla, vaikei oltu aktiivisesti mukana Dehkossa.”</i></li> <li>• <i>”Dehkoa tai sen lähettämää materiaalia ei käsitelty hallituksessa eikä muissa päättävissä elimissä.”</i></li> </ul> <p><b>Johtopäätökset:</b> Dehkon vaikutukset organisaatioihin eri tasoilla ovat ristiriitaiset. Sitoutuminen ei onnistune ilman aktiivisia toimeenpanohankkeita.</p>
<p><b>Miten Dehkossa on onnistuttu (1) tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä, (2) hoidon ja hoidon laadun kehittämisessä ja (3) diabeetikon oman hoidon tukemisessa?</b></p>	<p><b>Vallitsevat näkemykset:</b> Onnistumisia on tapahtunut kaikissa kolmessa tavoiteryhmässä. Merkittävimmäksi on koettu ehkäisyä koskevan näkökulman esiintuominen sekä hoidon laadun kehittäminen. Toimintatapojen, hoitokäytäntöjen ja työkalujen kehittämisessä samoin kuin koulutuksessa on saavutettu joko välittömiä tai välillisiä myönteisiä vaikutuksia. Omahoidon tukeminen nähtiin haasteellisena ja heikoiten onnistuneena osa-alueena.</p> <p><b>Näkemyserot:</b> Ei olennaisia näkemyseroja.</p> <p><b>Lausumat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>”Vaikea verrata, kun kaikki kolme aluetta ovat niin erilaisia. Ehkäisyssä pienikin tuupaus eteenpäin aiheuttaa suuren vaikutuksen, koska käsittää niin laajan alueen ja kohderyhmän. Muissa tarvitaan isompi muutos/tulos saman vaikutuksen saamiseksi.”</i></li> <li>• <i>”Parhaiten edistynyt hoidon laadun kehittäminen. Tämä raportoitu hyvin.”</i></li> <li>• <i>”Omahoitoa nostettu paljon esiin, materiaalia on. Laatumittarit. Pyritty nostamaan esiin mitä potilas itse ajattelee. Dehko tuonut tämän esiin. Vuorovaikutuspuoli jäänyt vähemmälle, siihen ei oikein mallia kuitenkaan. Dehko ei tässä vaikuttanut paljon.”</i></li> <li>• <i>”Omahoito nousut esille, toimintamalleja, mutta epäilyä pystytäänkö nykyisillä toimintamalleilla vastuuttamaan tai antamaan valtaa potilaille, sitouttaa heitä. Ammattilaisilta vie kauan oppia valmentava ote.”</i></li> <li>• <i>”Diabeteshoitaja järjestelmä, Dehkon tuoma ammatillinen itsevarmuus ja tietämys hoitosuosituksista, yhteisöllisyys, diabetes on julkisesti hyväksytyksi kansansairaudeksi. Tuonut avoimuutta.”</i></li> </ul> <p><b>Johtopäätökset:</b> Vallitsevassa terveydenhuollon ”ilmapiirissä” sairauksien ehkäisyille annetaan merkittävä painoarvo. Dehkon kaltaisten ohjelmien ja niiden taustalla toimivien järjestöjen rooli saattaisi olla toimivin juuri terveyden edistämisen ja sairauksien ennaltaehkäisyn alueella.</p>

## Muita esiin tulleita näkemyksiä

- "Tällä 10 vuotta kestäneellä ohjelmalla oli iso haaste. Jää pohdittavaksi todellinen vaikuttavuus. Mitä tarkoittaa diabeteksen preventio suhteessa terveyspalvelujärjestelmään, yhteiskuntaan, asiakkaisiin, jää kysymysmerkiksi."
- "Sääli ettei Suomessa ole valtakunnallista terveyspolitiikkaa."
- "Dehkon tuloksia hyvä seurata. Tuloksellisuus, näkyvyys."
- "Dehkon lähtökohdat ovat perusteltuja. Voisi kysyä, että miksi nyt vasta Dehko. Dehkon tavoitteet pysyvän huomion arvoisen asia."
- "Perusterveydenhuollossa ratkaisee raha, lait ja asetukset. Hoidetaan vaan se mikä on lakiin kirjoitettu, muu toisarvoista."
- "Dehkon suuri kiinnostus, kansainvälisyys. On ollut aidosti kansainvälisyyttä. Miten terveyden edistämisen ohjelmaa voidaan toteuttaa mallina."
- "Vaikuttaminen poliittiseen päätöksentekoon. Kilpailu julkisista rahoista on kovaa, mutta paljonko todella siitä kiinni?"
- "Järjestöillä on selkeä oma rooli paikallisesti ja alueilla. Niiden ei pitäisi tarvita kompastua nykyiseen hankintalakiilanteeseen."
- "Ollut hienoa että on saanut tehdä yhteistyötä joukon kanssa, joka arvostanut yhteistyötä."
- "Tautikohtaisten ohjelmien sijalle kokonaisvaltaisia ja konkreettisia ehkäisy- ja terveyden edistämishjelmia!"
- "Dehko on nostanut esille terveyden edistämisen, toteutuu eri tavoin eri aloilla. Terveyden edistäminen nousut yleiseen keskusteluun, taustalla Dehko vai joku muu?"
- "Pitkäkestoisuus on tuonut vakuuttavuutta, mutta reuna-alueella on vain heijaste vaikutusta, väestötason muutoksiin skeptinen."
- "Meneillään olevat kuntaliitoshankkeet jarruttaneet toteutusta: henkilöstö jää helposti passiiviseksi, kun ei tiedä missä tulevaisuudessa on töissä."
- "Dehkon kansainvälinen taso."
- "Projekteihin kyllästymistä. Pitäisi toteuttaa harvempia ja viedä loppuun."

## Dehkon päärahoittaja



## Dehkon pääsponsorit 2010



## Dehkon sponsorit 2010

- Oy Eli Lilly Finland Ab
- MSD Finland Oy

## Dehkon tukijat 2010

- Bayer Oy/Diabetes Care
- Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma
- LifeScan / Johnson & Johnson
- Novartis Finland Oy
- Oy Leiras Finland Ab



**Diabetesliitto**  
*Diabetesförbundet*

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

ISBN 978-952-486-100-7 (nid.)  
ISBN 978-952-486-101-4 (pdf)

