

Tämähän oli kuin virkistyspäivä – DIGIDIA-hankkeen loppujulkaisu

Toimittajat Tuula-Maria Rintala ja Mari Laaksonen

Tämähän oli kuin virkistyspäivä – **DIGIDIA-hankkeen loppujulkaisu**

Toimittajat

Tuula-Maria Rintala ja Mari Laaksonen



**Pirkanmaan
hyvinvointialue**



Euroopan unioni
Euroopan sosiaalirahasto

Vipuvoimaa
EU:lta
2014–2020

Hanke on rahoitettu REACT-EU-välineen määrärahoista osana Euroopan unionin COVID-19-pandemian johdosta toteuttamia toimia.

Tämähän oli kuin virkistyspäivä – DIGIDIA-hankkeen loppujulkaisu

© Tekijät ja Tampereen ammattikorkeakoulu

Toimittajat: Tuula-Maria Rintala ja Mari Laaksonen

Visuaalinen suunnittelu ja taitto: Minna Nissilä

Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisuja

Sarja B. Raportteja 151

ISSN 2736-8459 (verkkójulkaisu)

ISBN 978-952-7266-92-2 (PDF)

Tampere 2023

Sisältö

I. Esipuhe	6
2. Hankkeen tavoitteet ja toimenpiteet <i>Rintala, Tuula-Maria</i>	8
3. Digiosaamista ja terveydenlukutaitoa	18
3.1 Digiosaaminen <i>Rintala, Tuula-Maria</i>	18
3.2 Terveydenlukutaito <i>Airikkala, Elisa</i>	24
3.3 Terveydenlukutaito ja diabeteksen omahoito <i>Juurakko, Päivi; Murtonen-Pesonen, Anna-Riikka & Airikkala, Elisa</i>	33
4. Tyypin 2 diabetes ja sen ehkäisy	38
4.1 Monitekijäisten sairauksien perinnöllisyys <i>Wahlfors, Tiina</i>	38
4.2 Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja hoito <i>Rintala, Tuula-Maria</i>	42
4.3 Elintapojen muutos ja motivaatio <i>Heinonen, Kirsi</i>	44
4.4 Raskausdiabetes lisää riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen – voidaanko ohjauksella vaikuttaa tähän? <i>Metsämäki, Minna; Mänkäri, Irina & Laaksonen, Mari</i>	47
5. Työpajat tukemassa osallistujien osaamista ja valintoja <i>Airikkala, Elisa; Laaksonen, Mari & Fagerlund, Pirja</i>	52

6. Digitaalinen oppimisympäristö elintapojen muutosten tukena	
<i>Heinonen, Kirsi</i>	62
7. Yksilöllinen ohjausmalli apuna vastaanotolla	
<i>Laaksonen, Mari & Airikkala, Elisa</i>	65
8. Tiedon ja taidon kautta osalliseksi – DIGIDIAn yhteistoimintamallin kehittäminen	
<i>Halkoaho, Arja & Rintala, Tuula-Maria</i>	76
8.1 Yhteistoiminnallinen kehittäminen ja digitaaliset asiakaspolut	76
8.2 Menetelmät DIGIDIAn yhteistoimintamallin kehittämisessä	78
8.3 Osallistava työpaja I	80
8.4 Delfi-kysely	88
8.5 Osallistava työpaja II	91
8.6 Yhteistoimintamalli – tiedon ja taidon kautta osalliseksi	94
9. Osallistujien näkökulma	97
9.1 Omannäköinen osallisuus digitaalisissa terveyspalveluissa	
<i>Laaksonen, Mari</i>	97
9.2 Hoitajan näkökulma: Diabeteksen ehkäisyryhmämallin kehittäminen osallistujien tarpeista	
<i>Sallinen, Niina</i>	103

I. Esipuhe

Yhteiskunta digitalisoituu ja teknologia sulautuu entistä tiiviimmin yhteiskunnassamme kaikkeen, myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Sosiaali- ja terveyshuollon uudistuksen tavoitteena on varmistaa ja turvata kansalaisten laadukkaat, yhdenvertaiset ja saavutettavat palvelut. Tavoitteena on myös, että kansalaiset voivat hyödyntää palveluja myös sähköisesti, digitaalisesti.

Digitaalisia palveluita on siis jo kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakasnäkökulma huomioiden ja työ jatkuu nyt hyvinvointialueilla. On kuitenkin muutamia keskeisiä näkökulmia, joihin tulisi edelleen kiinnittää erityistä huomiota ja joita tulisi vielä painokkaammin vahvistaa.

Ensinnäkin palveluiden digitalisoituminen muokkaa asiakkaan roolia edellyttäen toimimista entistä itseohjautuvammin. Itseohjautuvuus uusien, kuten digitaalisten palveluiden äärellä ei ole kuitenkaan itsestänselvyys kaikille. Toisaalta meillä on asiakkaita, jotka olisivat halukkaita ja pienen tuen kautta kykeneviä ottamaan niitä käyttöönsä. Miten tätä voisi edistää varsinkin, kun tiedämme, että sosioekonomiset erot korostuvat sähköisten palveluiden käytössä?

Teknologia ja digitalisaatio muuttavat myös edellisten lisäksi terveysinformaation jakamistapaa ja nostavat samalla myös kysymyksen, onko asiakkaalla riittävää terveydenlukutaidon osaamista. Uskonko kaikkea mitä luen ja kenen tietoon voin luottaa? Terveydenlukutaito korostuu myös terveydenhuollon neuvonta- ja ohjaustehtävässä.

Kädessäsi on loppujulkaisu ansiokkaasta hankkeesta, jossa eri toimijoiden verkostotyönä on kehitetty heikossa työmarkkina-asemassa olevien tyypin 2 diabetesriskiryhmään kuuluvien, esidiabetesta sairastavien ja tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden digiosaamista ja terveydenlukutaitoa hyödyntäen vertaisuutta ja osallisuuden kokemusta. Tuotoksena on syntynyt malli ja työkaluja niin ammattilaisten kuin kohderyhmän käyttöön sekä verkko-oppimisympäristö tyypin 2 diabetesriskissä oleville ja tyypin 2 diabetekseen sairastuneille.

Julkaisua ovat olleet kirjoittamassa hankkeessa toimineet hanke-työntekijät.

Tampere 11.10.2023

DIGIDIA-hankkeen ohjausryhmän puheenjohtaja
Outi Himanen

2. Hankkeen tavoitteet ja toimenpiteet

Rintala, Tuula-Maria

DIGIDIA-hanke toteutettiin 1.10.2021–31.12.2023 Tampereen ammattikorkeakoulun, Suomen Diabetesliitto ry:n, Tampereen kaupungin (31.12.2022 saakka), Pirkanmaan hyvinvointialueen (1.1.2023 alkaen) ja THL:n yhteistyönä, ja sitä koordinoi Tampereen ammattikorkeakoulu. Hanke rahoitettiin Euroopan sosiaalirahaston (ESR) REACT-EU-välineen määrärahoista osana Euroopan Unionin COVID-19-pandemian johdosta toteuttamia toimia. ESR on Euroopan unionin jäsenvaltioiden työllisyyttä sekä taloudellista ja sosiaalista yhteyttä edistävä rahoitusväline.

Hankkeella oli kolme osatavoitetta:

1. Edistää diabeteksen riskiryhmien ja siihen sairastuneiden, heikossa työmarkkina-asemassa olevien kansalaisten kykyä hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalisia palveluita vahvistamaan heidän hyvinvointiaan, osallisuuttaan ja toimintakykyään tarjoamalla koulutusta, neuvontaa, ohjausta ja vertaisoppimista.
2. Kehittää diabeteksen riskiryhmien ja siihen sairastuneiden, heikossa työmarkkina-asemassa olevien kansalaisten tiedon- ja terveydenlukutaito-osaamista pystyvyyden tunteen ja osallisuuden vahvistamiseksi.
3. Vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden, kuntien ja kansalaisyhteiskunnan integraatiota kehittämällä toimiva yhteistyön malli kansalaisten digitaalisten taitojen ja terveydenlukutaidon kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi.

Hankkeen kohderyhmänä olivat tyypin 2 diabetesriskissä olevat, esidiabetesta sairastavat ja äskettäin tyypin 2 diabetekseen sairastuneet, heikossa työmarkkina-asemassa olevat 18–65-vuotiaat tamperelaiset. Hankkeeseen osallistui 42 naista ja 18 miestä. Hankkeeseen osallistuneista 25 henkilöä oli työssä. Hankkeeseen osallistuneista neljällä henkilöllä oli tyypin 2 diabetes, 33 henkilöllä esidiabetes ja 23 henkilöllä tyypin 2 diabeteksen riskipisteet koholla (kuvio 1).



Kuvio 1. Hankkeeseen osallistuneet

Hankkeen keskeiset toimenpiteet etenivät toistensa kanssa limit-täin ja eri toimenpiteitä suunniteltiin, toteutettiin ja arvioitiin yhtä aikaa. Keskeisiä toimenpiteitä olivat:

Kohderyhmän digitaalisen osaamisen, terveydenlukutaidon ja hyvinvoinnin selvittäminen

	Kohderyhmän digitaalisen osaamisen, terveydenlukutaidon ja hyvinvoinnin selvittäminen
tavoite?	<ul style="list-style-type: none">• Ymmärtää osaamisen ja hyvinvoinnin yhteyksiä tyypin 2 diabeteksen sairastumisen riskissä olevilla tai juuri sairastuneilla
miksi?	<ul style="list-style-type: none">• Terveydenhuollon palveluissa on niukasti tietoa asiakkaiden digiosaamisesta ja terveydenlukutaidosta
kenelle?	<ul style="list-style-type: none">• Hankkeen kohderyhmälle ja vertailuryhmälle
miten suunniteltiin?	<ul style="list-style-type: none">• Kyselylomakkeet suunniteltiin yhteistyönä hyödyntäen aiheista olevia valmiita mittareita (näiden osalta pyydettiin lupaa käyttää)
mitä tehtiin?	<ul style="list-style-type: none">• Alku- ja loppukyselyt
kenen kanssa tehtiin?	<ul style="list-style-type: none">• Henkilöt vastasivat itsenäisesti kyselyyn
arviointi onnistumisesta	<ul style="list-style-type: none">• Kohderyhmän alkukyselyyn vastasi 60 henkilöä, loppukyselyyn vastasi 49 henkilöä.• Vertailuryhmän alkukyselyyn vastasi 368 henkilöä ja loppukyselyyn 229 henkilöä.

Kohderyhmälle järjestetyt työpajat

	Kohderyhmälle järjestetyt työpajat
tavoite?	<ul style="list-style-type: none">• Edistää ja tukea digitaalista osaamista ja terveydenlukutaitoa
miksi?	<ul style="list-style-type: none">• Digitaalisten terveystalveluiden lisääntyessä tulee huomioida asiakkaiden digitaalisen osaamisen ja terveydenlukutaidon kehittäminen, jotta palvelut olisivat hyödynnettävissä.• Osallisuuden lisääminen huomioimalla erityisesti ne, jotka tarvitsevat apua digitaalisissa taidoissa.• Vuorovaikutukselliset työpajat synnyttävät osallisuuden ja pystyvyyden kokemusta.
kenelle?	<ul style="list-style-type: none">• 60 osallistujalle
miten suunniteltiin?	<ul style="list-style-type: none">• Työpajat suunniteltiin yhdessä hanketoimijoiden kanssa (TAMK, Diabetesliitto ja Tampereen kaupunki/Pirkanmaan hyvinvointialue). Lisäksi suunnittelussa oli mukana Tampereen kaupungin/Pirkanmaan hyvinvointialueen ICT-palveluvastaava, vastaanottopalveluiden suunnittelija, sekä Tampereen kirjaston Tietotorin digituki, kaupungin liikuntaneuvonta.• Palautteen kautta hankeosallistujat mukana seuraavien työpajojen suunnittelussa
mitä tehtiin?	<ul style="list-style-type: none">• Toiminnalliset, aktivoivat ja vuorovaikutukselliset työpajat• Kolme eri aiheista työpajaa
kenen kanssa tehtiin?	<ul style="list-style-type: none">• Työpajoissa oli mukana hanketoimijoiden lisäksi Tampereen kaupungin/Pirkanmaan hyvinvointialueen ICT-palveluvastaava, vastaanottopalveluiden suunnittelija, digitaalisten palveluiden asiantuntija sekä Tampereen kirjaston Tietotorin digituki, hankeosallistujat.
arviointi onnistumisesta	<ul style="list-style-type: none">• Työpajat olivat onnistuneita. Työpajoissa kerätyn palautteen mukaan erityistä onnistumista koettiin selkeydestä ja vuorovaikutuksellisesta ryhmätoiminnasta. Osallistujien eritasoinen tietotaito ja digitaalinen osaaminen olisi vaatinut kuitenkin yksilöllisempää huomiointia.

Kohderyhmälle suunnattu digitaalinen koulutus tavoitteiden saavuttamiseksi (digitaalinen oppimisympäristö ja työpajat)

	Digitaalinen koulutus DIGIDIA-oppimisympäristönä
tavoite?	<ul style="list-style-type: none"> • Lisätä terveydenlukutaitoa erityisesti tyypin 2 diabeteksen riskin ja ennaltaehkäisyn näkökulmasta
miksi?	<ul style="list-style-type: none"> • Oppimisympäristö on luotettavaa tietoa • Digitaalinen omahoidon tuki
kenelle?	<ul style="list-style-type: none"> • 60 osallistujalle • Ammattilaiset, opiskelijat • Koko suomenkielinen väestö
miten suunniteltiin?	<ul style="list-style-type: none"> • Hanketoimijat (TAMK, Diabetesliitto, Tampereen kaupunki) suunnittelivat yhdessä • Suunniteltiin selkeäksi, helppolukuiseksi, tavoitettavaksi, erilaisille oppijoille kiinnostavaksi • Helppokäyttöisyys, reflektiivisyys, motivoivaa
mitä tehtiin?	<ul style="list-style-type: none"> • Kehitettiin digitaalinen oppimisympäristö www.ehkäisetyyppi2.fi
kenen kanssa tehtiin?	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteinen kehittäminen kohderyhmän palautteiden pohjalta
arviointi onnistumisesta	<ul style="list-style-type: none"> • Palautteiden pohjalta oppimisympäristöä pidettiin onnistuneena, selkeänä ja ymmärrettävänä

Yksilöllisen ohjausmallin suunnittelu

	Yksilöllisen ohjausmallin suunnittelu
tavoite?	<ul style="list-style-type: none">• Edistää monipuolisen terveystalkustelun toteutumista perusterveydenhuollossa ja vahvistaa riskin ja terveystaitojen sekä digitaalisten taitojen tunnistamista
miksi?	<ul style="list-style-type: none">• Selkeä malli antaa työkalun työntekijälle huomioida asiakkaan yksilölliset taustat osana terveystalkustelua systemaattisesti• Malli tekee näkyväksi suunnittelijoille ja päättäjille terveyden edistämisen vastaanottojen monipuolisuuden
kenelle?	<ul style="list-style-type: none">• Hoitotyön ammattilaiset, opiskelijat• Hyvinvointialueiden suunnittelijat ja päättäjät
miten suunniteltiin?	<ul style="list-style-type: none">• Hanketoimijat (TAMK, Tampereen kaupunki) suunnittelivat yhdessä perusterveydenhuollon vastaanotoilla toimivan mallin
mitä tehtiin?	<ul style="list-style-type: none">• Visuaalinen malli vastaanotoille riskin ja terveydenlukutaidon sekä digitaalisten taitojen tunnistamisesta ja ohjausmenetelmien valinnasta
kenen kanssa tehtiin?	<ul style="list-style-type: none">• TAMKin ja Tampereen kaupungin terveystalkusteluiden hanketoimijat
arviointi onnistumisesta	<ul style="list-style-type: none">• yksilöllistä ohjausmallia hyödynnettiin 60 osallistujan rekrytointivastaanotoilla

Yhteistoimintamallin kehittäminen

	Yhteistoimintamallin kehittäminen
tavoite?	<ul style="list-style-type: none">• Sote toimijoiden välisen yhteistyön kehittäminen kansalaisten digitaalisten taitojen ja terveydenlukutaidon kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi
miksi?	<ul style="list-style-type: none">• Malli konkretisoi yhteistyön tarpeen ja sujuvamat käytännöt
kenelle?	<ul style="list-style-type: none">• Kaikille toimijoille
miten suunniteltiin?	<ul style="list-style-type: none">• Eri toimijoiden kontaktointi ja keskustelut, 1. työpaja keskusteluiden ja kirjallisuuden pohjalta, Delfi-kysely, 2. työpaja sisältöjen tarkennukseen
mitä tehtiin?	<ul style="list-style-type: none">• Yhteistoimintatyöpajat• Delfi-kysely• Mallin luominen
kenen kanssa tehtiin?	<ul style="list-style-type: none">• Hanketoimijat, Tampere/Pirkanmaan hyvinvointialue, 3.sektori, yritykset, hankkeen kohderyhmät
arviointi onnistumisesta	<ul style="list-style-type: none">• Hyvinvointialueiden voimaantulo katkaisi hetkellisesti yhteistoimintamallin kehittämisen• Arviointia voidaan toteuttaa mallin levittämisen jälkeen

Hankkeen tuloksista

Hankkeessa toteutettujen toimenpiteiden tuloksena

1. diabeteksen riskiryhmään kuuluvat ja sitä sairastavat, heikossa työmarkkina-asemassa olevat hankkeeseen osallistuneet henkilöt saivat mahdollisuuden osallistua hankkeen valmennukseen ja heidän kykynsä hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalisia palveluita on edistynyt (kts. luku 3.1.),
2. diabeteksen riskiryhmään kuuluvien ja diabetesta sairastavien, heikossa työmarkkina-asemassa olevien hankkeeseen osallistuneiden henkilöiden tiedon- ja terveydenlukutaidon osaaminen on kehittynyt (kts.luku 3.2),
3. diabeteksen riskiryhmään kuuluvien ja sitä sairastavien heikossa työmarkkina-asemassa olevien palveluista vastaavien tahojen, sosiaali- ja terveydenhuollon, kuntien ja kansalaisyhteiskunnan toimijoiden integraatio on vahvistunut, kun he ovat olleet mukana kehittämässä yhteistyön mallia (kts.luku 8).

Hankkeessa kehitettiin elintapojen muutoksen tueksi verkko-oppimisympäristö www.ehkäisetyyppi2.fi, jonka kehittämistä on kuvattu luvussa 6. Lisäksi hankkeessa kehitettiin yksilöllisen ohjauksen malli (kts.luku 7), jota voidaan hyödyntää terveydenhuollossa tyypin 2 diabeteksen riskiryhmäänkuuluvia, esidiabetesta ja tyypin 2 diabetesta sairastavia kohdatessa sekä terveystieteen koulutuksessa. Luvussa 9.2 on kuvattu hankkeen osallistujien toiveiden pohjalta kehitetty tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien ryhmäohjauksen suunnitelma.

Hanketoimijoiden esittely

Tampereen ammattikorkeakoulu (TAMK) on monialainen kouluttaja ja työelämän kehittäjä. TAMKissa opiskelee n. 11 400 opiskelijaa yli 50 tutkinto-ohjelmassa. TAMKilla on vahva osaaminen ja verkostot liittyen terveys, hyvinvointi- ja kuntoutuspalveluihin ja niiden monialaiseen kehittämiseen. TKI-toiminnan kiinteällä yhteistyöllä opetuksen kanssa varmistetaan, että uudet innovaatiot ja kehitetyt toimintamallit siirtyvät osaksi TAMK:n koulutusta ja tulevaisuuden ammattilaisten käyttöön.

Hankekoordinaattorina TAMK on tuonut osaamisensa hankkeeseen ja hanketiimin osaamista on hyödynnetty koulutustilaisuuksien järjestämisessä, sisällön tuotossa ja hankkeen johtamisessa.

Suomen Diabetesliitto ry on potilas- ja kansanterveysjärjestö sekä diabetesta sairastavien edunvalvoja Suomessa. Diabetesliitolla on 47 000 jäsentä ja se tavoittaa verkkopalvelujen kautta 1,5 miljoonaa henkilöä vuosittain. Diabetesliitto on tuonut hankkeeseen asiantuntijuutensa, toimintansa ja yhteistyöverkostonsa tukemaan hankkeen tavoitteiden toteutumista.

Verkkokursseja Diabetesliitto on toteuttanut diabetesta sairastaville, tyypin 2 diabeteksen riskissä oleville sekä raskausdiabetekseen sairastuneille äideille jo vuodesta 2012 alkaen. Vuosittain verkkokursseille osallistuu yli 1500 henkilöä. Verkkokursseille osallistuu kaiken ikäisiä ihmisiä, ikähaarukan ollessa 22–83 vuotta. Diabetesliitto toteuttaa myös verkkomuotoista vertaistukea. Diabetesliiton asiantuntijuus verkko-ohjauksen ja verkkomuotoisen tuen tarjoamisesta diabetesta sairastaville ja heidän läheisilleen on ollut merkittävää osallistujien rekrytoinnin, hankkeen tavoitteiden toteutumisen ja hankkeen tulosten jalkautumisen kannalta.

Tampereen kaupunki osallistuu aktiivisesti sote-hankkeisiin osana oman toimintansa kehittämistä yhteistyöllä sekä yritysten että yliopiston ja ammattikorkeakoulujen kanssa sekä muiden terveydenhuollontoimijoiden kanssa. Hyvinvointialueiden aloitettua toimintansa tammikuussa 2023, hankepartnerina **Pirkanmaan hyvinvointialue** (Pirha) on jatkanut siitä, mihin Tampereen kaupunki jäi. Pirhan perusterveydenhuolto seuroi hankkeessa aktiivisesti aikuistyyppin diabeteksen riskissä olevia henkilöitä, ja kohonneessa sairastumisriskissä olevat ohjattiin dekho-hoitajalle, sisätautilääkärin asiantuntijuudella hankkeeseen on saatu lääketieteellistä näkökulmaa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tutkii ja seuraa väestön hyvinvointia ja terveyttä ja kehittää toimenpiteitä niiden edistämiseksi. THL palvelee monipuolisesti valtion, kuntien ja maakuntien päättäjiä, sosiaali- ja terveystieteiden toimijoita, järjestöjä, tutkijamusta ja kansalaisia. THL:n toiminnalla on tarkoitus turvata kansalaisille hyvä elämä oikeudenmukaisessa ja uudistuvassa hyvinvointiyhteiskunnassa. THL on mukana niin rakenteellisissa uudistuksissa kuin toimintatapojen muutosprosesseissa. THL on tuonut hankkeeseen asiantuntijuutensa tutkitun terveystiedon tuottajana.

3. Digiosaamista ja terveydenlukutaitoa

3.1 Digiosaaminen

Rintala, Tuula-Maria

Digitalisoituvassa yhteiskunnassa digitaalinen osaaminen on tärkeä taito. Erilaisten palvelujen saatavuudessa ja käyttämisessä digitaalinen osaaminen korostuu. Valtionvarainministeriön ministerityöryhmä on linjannut, että digitaalisten palveluiden tulisi olla kansalaisille ensisijaisia viranomaisten kanssa asioidessa (Valtionvarainministeriö [VM], 2023). Myös jo Sote-tieto hyötykäyttöön -strategiassa (Sosiaali- ja terveysministeriö [STM], 2014) linjattiin, että sote-palvelujen tulee olla tasa-arvoisesti saatavilla ja että kansalaisilla tulee olla mahdollisuus asioida palveluissa sähköisesti.

Digitaalinen osaaminen on Suomessa kansainvälisesti tarkasteltuna hyvällä tasolla. Vähintään digitaaliset perustaidot omaa 79 % suomalaisista. Lähes kaksi kolmesta kokee, että pystyy käyttämään digitaalisia palveluita ja laitteita täysin itsenäisesti. Suomalaisista 14 % kokee olevansa heikompi internetin ja digitaalisten palveluiden käyttäjä kuin suomalaiset yleensä ja reilut kolmasosa tarvitsee vähintään usein apua internetin tai digitaalisten laitteiden kanssa. Heikoiten suomalaiset pärjäävät netistä löydettyjen tietosisältöjen oikeellisuuden tarkistamisessa. (Digi- ja viestintävirasto [DVV], 2022)

Suomalaisten hyvinvointi 2022 selvityksen mukaan lähes kaikki (97 %) työikäiset olivat asioineet sähköisesti vuonna 2020 sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisissä palveluissa (Karvonen ym., 2022). Sosioekonomiset erot kuitenkin korostuvat sähköisten pal-

velujen käytössä. Erityisesti haavoittuvassa asemassa olevilla voi olla kohonnut riski erilaisille esteille käyttää sähköisiä palveluja. Vuonna 2020 terveys- tai hyvinvointitietoa internetistä oli etsinyt 60 prosenttia väestöstä (Kyytsönen ym., 2021). Sähköisiä yhteystapoja edustavat muun muassa sähköposti, chat ja videoyhteys. Itsenäistä asiointia sähköisissä palveluissa voi olla esimerkiksi tiedon tarjonta, kuten Terveyskirjaston tai Kelan sivujen lukeminen. Itsenäistä asiointia ja ammattilaisen kanssa asiointia toisinaan yhdistäviä palveluita taas edustavat Omakanta, Terveyskylä ja Omaolo. Omaolossa asiakas voi oma-aloitteisesti tehdä esimerkiksi terveystarkastuksen, oire- tai palveluarvion tai aloittaa hyvinvointivalmennuksen. Vehko ym. (2021) selvityksen mukaan yli 60 % aikuisväestöstä oli käyttänyt Omakanta-palvelua.

Suomen Diabetesliiton tekemän selvityksen (2022) mukaan tyyppin 2 diabeteksen riskissä olevista henkilöistä 80 % oli käyttänyt Omakanta-palvelua ja tyyppin 2 diabetesta sairastavista puolestaan 73 % oli käyttänyt Omakanta-palvelua. Terveyskylän palveluja oli puolestaan käyttänyt vain 12 %. Molemmissa ryhmissä tuotiin esille digitaalisen osaamisen merkitys erilaisten digitaalisten palvelujen käytössä.

DIGIDIA-hankkeessa digiosaaminen määriteltiin aiempia määritelmiä (mm. DVV 2023) hyödyntäen ja hankkeen tavoitteet huomioiden taitona käyttää sekä laitteita että internetiä tietoturvallisesti sähköisten palveluiden hyödyntämisessä oman hyvinvointinsa tukena, sekä lisäksi taitona etsiä, ymmärtää ja arvioida kriittisesti (tiedon ja terveydenlukutaito) terveyden ylläpitämiseen liittyvää tietoa (Kuvio 2).

1. ERILAISET LAITTEET

Kyky käyttää tietokoneita, mobiililaitteita, älypuhelimia



2. INTERNET

Kyky käyttää internetiä (tiedon hakeminen, tunnistautuminen) ja sähköpostia



3. TIETOTURVALLISUUS

Kyky toimia tietoturvalisesti, virustorjunta, huijausyritysten torjunta



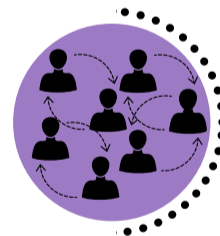
4. TIEDON ARVIOINTI

Kyky arvioida löytämänsä tietoa kriittisesti



5. SOSIAALINEN MEDIA

Kyky toimia sosiaalisessa mediassa mielekkäästi omien tarpeidensa mukaan



Kuvio 2. Digiosaaminen

Hankkeen alussa osallistujia (n=60) pyydettiin arvioimaan omaa digitaalista osaamistaan hankkeen tavoitteiden näkökulmasta kysymyksellä ”Millaiseksi arvioit osaamisesi internetin ja verkkopalveluiden käyttäjänä?” Vastausvaihtoehtoina olivat: 1. En käytä, 2. Aloittelija – käytän, mutta tarvitsen apua, 3. Itsenäinen käyttäjä – käytän peruspalveluja itsenäisesti, 4. Sujuva käyttäjä – käytän sujuvasti monia verkkosovelluksia, 5. Asiantuntija – pystyn ohjaamaan muita. Osallistujista 3 % vastasi, ettei käytä internetiä, 3 % koki itsensä aloittelijaksi, 33 % itsenäiseksi käyttäjäksi, 40 % sujuvaksi käyttäjäksi ja 20 % asiantuntijaksi.

Hankkeen loppukyselyyn vastasi 81 % osallistujista. Heistä 2 % vastasi, ettei käytä internetiä, 8 % koki itsensä aloittelijaksi, 20 % itsenäiseksi käyttäjäksi, 41 % sujuvaksi käyttäjäksi ja 29 % asiantuntijaksi. Suuria muutoksia hankkeen alkuun verrattuna ei näissä arvioinneissa tapahtunut.

Vastaavanlainen kysely tehtiin myös hankkeen kohderyhmän vertaisryhmälle (n=368). Heistä 2 % koki itsensä aloittelijaksi, 29 % itsenäiseksi käyttäjäksi, 48 % sujuvaksi käyttäjäksi ja 21 % asiantuntijaksi. Hankkeen lopussa tehdyssä kyselyssä (n=229) 2 % koki itsensä aloittelijaksi, 31 % itsenäiseksi käyttäjäksi, 48 % sujuvaksi käyttäjäksi ja 19 % asiantuntijaksi. Vertaisryhmän osalta ei tapahtunut arvioinneissa juurikaan muutoksia.

Osallistujat (n=60) tekivät hankkeen alussa myös Digiprofiili-testin, joka on kaikille avoimesti saavutettavissa Digi- ja väestötietoviraston sivuilla. Testin tarkoituksena oli herätellä osallistujat pohtimaan omaa digitaalista osaamistaan ja rohkaista heitä tuomaan sitä esille hankkeen työpajoissa.

Hankkeen aikana digitaalista osaamista pyrittiin kehittämään erityisesti hankkeen työpajoissa, joiden aikana osallistujien kanssa käytiin läpi alla olevia asioita:

1. Laitteiden sujuva käyttö (tietokone, älypuhelin)
2. Vahva tunnistautuminen
3. Tietoturva ja tietosuoja
4. Luotettava tiedonhaku
5. Löydetyn tiedon kriittinen arviointi
6. Terveydenlukutaito
7. Sähköiset palvelut: Tampereen ja Pirkanmaan hyvinvointialueen terveystalveluiden sähköinen asiointi, Omakanta, Omaolo, Terveyskylä, Terveyskirjasto, VideoVisit.

Työpajoissa keskeisiä asioita käytiin ensin läpi luennoiden ja sen jälkeen niitä harjoiteltiin käytännössä erilaisten tehtävien kautta. Yhtenä erityispainopistealueena oli sähköisiin palveluihin tutustuminen ja niiden käyttämiseen liittyvät asiat, esimerkiksi vahva tunnistautuminen. Harjoittelussa käytettiin tietokoneita ja osallistujien omia älypuhelimia. Osallistujilla oli saatavilla kädestä pitäen ohjausta ja heitä rohkaistiin kokeilemaan erilaisia sovelluksia ja etsimään rohkeasti tietoa omaan hyvinvointiinsa liittyen (työpajoja on kuvattu luvussa 5). Hankkeen aikana osallistujat kokeilivat etävastaanottoa VideoVisitä hyödyntäen. Tietoturvaan liittyen järjestettiin oma erillinen tilaisuus syksyllä 2022.

Hankkeen osallistujat pääsivät harjoittamaan digitaalisia taitojaan myös hankkeessa kehitetyssä oppimisympäristössä www.ehkäisetyyppi2.fi. Oppimisympäristön kehittämistä on esitelty tarkemmin luvussa 6.

Lähteet

Digi- ja väestötietovirasto [DVV]. (2022). Digirohkea luottaa tulevaan. Digitaitoraportti 2022.

Digi- ja väestötietovirasto [DVV]. (2023). Digitaitosuositukset 2023.

Karvonen, S., Kestilä, L. & Saikkonen, P. (toim). (2022). Suomalaisten hyvinvointi 2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>

Kyytsönen, M., Aalto, AM. & Vehko, T. (2021). Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2020–2021. Väestön kokemukset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 7/2021.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-680-0>

Kyytsönen, M., Piirainen, M., Latvanen, M., Muuri, A. & Vehko, T. (2022). Sähköinen asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa – ketkä tarvitsevat opastusta ja keille palvelut eivät ole esteettömiä? Tutkimuksesta tiiviisti 5/2022. THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-818-7>

Sosiaali- ja Terveysministeriö [STM] & Kuntaliitto. (2014). Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. STM. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3548-8>

Suomen Diabetesliitto ry. (2022). Digipalveluraportti 2021.

Vehko, T., Kyytsönen, M., Jormanainen, V., Hautala, S., Saranto, K., Vänskä, J., Keränen, N. & Reponen, J. (2021). Kanta-palvelut terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa sekä väestön Omakannan käyttö. Tutkimuksesta tiiviisti 67/2021. THL.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-766-1>

Valtiovarainministeriö [VM]. (2023). Ministerityöryhmä linjasi digitaalisen asioinnin ensisijaisuudesta. Tiedote 4.10.2023. <https://vm.fi/-/1410829/ministerityoryhma-linjasi-digitaalisen-asioinnin-ensisijaisuudesta>

3.2 Terveydenlukutaito

Airikkala, Elisa

Mitä terveydenlukutaito on?

Terveydenlukutaito on yksi terveyttä edistävä voimavara, resurssi, jonka avulla ihminen pystyy aktiivisesti käsittelemään elämässään tapahtuvia asioita ja ylläpitämään terveyttään (Saboga-Nunes ym., 2019). Käsitettä on määritelty lukuisin ei tavoin. Määrittelyistä nousee yhtäläisyytenä tietojen ja taitojen prosessointi terveyttä koskevassa päätöksenteossa. Käsitteen keskeiset ulottuvuudet ovat tiedon hankinta, ymmärtäminen, arviointi ja hyödyntäminen. Merkittävässä roolissa ovat myös ihmisellä käytössään olevat tiedot, kyvyt ja motivaatio, joiden avulla hän pystyy prosessoimaan ja tekemään päätöksiä jokapäiväisessä elämässään. Lisäksi näitä ulottuvuuksia sovelletaan eri osa-alueisiin: terveydenhuoltoon, sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen. Ihmisen terveydenlukutaitoon vaikuttavat myös yhteiskunnalliset, sosiaaliset, yksilölliset sekä tilannekohtaiset tekijät kuten esimerkiksi kieli, kulttuuri, ikä, sukupuoli, koulutus, vertaistuki ja median käyttö. Terveydenlukutaidon seuraukset voidaan taas nähdä muun muassa terveystalouden käytössä, kustannuksissa ja terveysvaikutuksissa. (Sørensen ym., 2012.)

Terveydenlukutaito voidaan myös jakaa kolmeen osa-alueeseen: toiminnalliseen, vuorovaikutteiseen sekä kriittiseen lukutaitoon. Toiminnalliseen lukutaitoon kuuluu riittävät perustaidot lukemisessa ja kirjoittamisessa. Vuorovaikutteiseen lukutaitoon tarvitaan kehittyneempiä kognitiivisia ja sosiaalisia taitoja, joiden avulla ihminen pystyy aktiivisesti osallistumaan jokapäiväisiin toimintoihin, tiedon hankintaan, merkityksen luomiseen eri tietolähteistä sekä uuden tiedon soveltamiseen muuttuvissa olosuhteissa. Kriittisen lukutaidon avulla ihminen pystyy analysoimaan tietoja kriittisesti sekä hyödyntämään niitä elämäntapahtumien ja

-tilanteiden hallitsemisessa. (Nutbeam, 2000.) Vuorovaikutteista ja kriittistä lukutaitoa voidaan kutsua myös tiedonlukutaidoksi, jota on erikseen määritelty ymmärrykseksi siitä, miten tietoa tuotetaan ja arvostetaan, kykyä käyttää ja luoda uutta tietoa sekä osallistua eettisesti kestäväällä tavalla erilaisiin oppimis- ja harjoitusyhteisöihin. Tiedonlukutaitoon kuuluu erilaiset integroidut kyvyt reflektiiviseen tiedon hankintaan ja tiedon ymmärtämiseen. (The Association of College and Research Libraries [ACRL], 2015.) Tiedonlukutaito-käsitettä voidaan liittää eri konteksteihin, mutta terveydenhuollossa, terveyden edistämisessä ja sairauksien ehkäisyssä tiedonlukutaito on osa terveydenlukutaitoa.

DIGIDIA-hankkeen tarkoituksena oli lisätä osallistujien tiedon- ja terveydenlukutaitoa sekä digitaalista osaamista. Terveydenlukutaito kiinnittyikin erityisesti terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn liittyviin osa-alueisiin. Kaikilla osallistujilla oli kohonnut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen, jolloin terveydenlukutaitoon liittyi erityisesti kyky hankkia, ymmärtää, arvioida ja hyödyntää tyypin 2 diabeteksen riskitietoa, ehkäisyyn liittyvää tietoa sekä yleistä terveyden edistämiseen liittyvää tietoa. Osallistujat saivat hankkeen aikana myös yksilöllistä genomitietoa. Kyky ymmärtää erityisesti genomitiedon käsitteitä ja genomitiedon yksilöllistä käyttöä voidaan kutsua genomitiedon lukutaidoksi. Genomitiedon lukutaito on niin ikään osa terveydenlukutaitoa. (Erby ym., 2008.)

Digitaalisen lukutaidon sekä tiedonlukutaidon merkitys korostuu ympäristöissä, jossa digitaalinen ulottuvuus tulee yhä tärkeämmän rooliin (The Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2018). Terveydenhuollon ympäristössä on yhä enemmän digitaalisia palveluita. Asiakkailta vaaditaan uudenlaista, kehittyvää tiedon- ja terveydenlukutaitoa pystyäkseen hyödyntämään tarjolla olevia palveluita ja arvioimaan laa-

joista lähteistä saatavia digitaalisia materiaaleja. DIGIDIA-hankkeessa tiedon- ja terveydenlukutaito näkyi muun muassa terveydenhuollon palveluiden, erityisesti digitaalisten palveluiden käytössä, digitaalisessa osaamisessa, tiedon hankinnassa, terveystiedon omaksumisessa ja sen hyödyntämisessä yksilön terveyttä koskevassa päätöksenteossa. Tiedon- ja terveydenlukutaitoa edistettiin dekho-hoitajan vastaanotolla, etävastaanotolla, digitaalisella verkkoalustalla sekä työpajoissa. Digitaalinen verkkoalusta sekä työpajat tukivat reflektiivistä tiedon hankintaa, tiedon kriittistä arviointia ja tiedon soveltamista omaan elämäntilanteeseen. Terveystietoa prosessoitiin erilaisten yksilöllisten ja refleктоivien tehtävien avulla. DIGIDIA-hankkeessa osallistujat saivat omaa terveyttään koskevaa tietoa ja heitä kannustettiin tekemään omaan terveyteensä liittyvää päätöksentekoa.

Terveydenlukutaidon ja perheen merkitys elintapamuutoksissa

Terveydenlukutaidolla on vaikutusta terveyttä edistäviin elintapoihin (Chahardah-Cherik ym., 2018). Kuitenkaan terveydenlukutaidon merkitys terveystietoon ei aina ole niin suoraviivaista. Toisaalta ihmisillä, joilla oli parempi terveydenlukutaito, oli myös parempi diabetekseen liittyvä tieto, mutta korkeampi terveydenlukutaito ei aina johtanut aktiivisempaan itsehoitoon (Marciano ym., 2019.) Myöskään tieto perheen tyypin 2 diabeteksen sukuhistoriasta ei johtanut käytännön muutoksiin, vaikka lisäkin diabetestietoa yleisesti (Khlaifat ym., 2020). Tieto yksinään ei riitä muutokseen, vaan tiedon hyödyntäminen ja terveellisten elintapojen toteuttaminen vaatii mitä suurimmassa määrin motivaatiota ja minäpystyvyyttä eli luottamusta omaan kykyihinkin (self-efficacy) (Schwarzer & Luszczynska, 2008). Kyky hankkia, ymmärtää ja arvioida terveyteen liittyvää tietoa ovat taitoja, joita voidaan opetella ja harjoitella. Näitä taitoja sekä oman motivaation ja minäpystyvyyden reflektointia harjoiteltiin DIGIDIA-hankkeen työpajoissa.

Terveydenlukutaito on ymmärretty länsimaissa hyvin yksilökeskeisenä käsitteenä. WHO tuo kuitenkin esille, että erityisesti kulttuureissa, joissa yksilö ei pysty itse vaikuttamaan omiin valintoihinsa, tulisi terveydenlukutaitoa kehittää paikallisessa sosiaalisessa kentässä, perheiden ja yhteisön suhteissa. (World Health Organization [WHO], 2022.) WHO:n määrittely terveydenlukutaidon perhe- ja yhteisökeskeisyydestä tuo uudenlaista näkökulmaa myös suomalaiseen yksilökeskeiseen terveydenhoitoon ja terveydenlukutaitoon. Tyypin 2 diabetes on kansansairaus, jota sairastaa noin 400 000 ihmistä Suomessa (Koponen ym., 2018).

Grabowski ym. (2020) tutkimuksessa tuotiin esille, että motivaatio diabeteksen hoitoon oli usein korkeampi, kun sairaus vaikutti perheenjäseniinkin. Jos perhe ei ymmärtänyt diabeteksen vaatimia arjen käytäntöjä tai eristi diabeteksen vain sairastuneen itsensä kannettavaksi, ei perheenjäsenille syntynyt merkityksen kokemusta. Tällöin diabetes ei vaikuttanut perheen riskikäyttäytymiseen. Jos taas diabetes vakiintui perheen normiksi, vaikutti se myös perheen kokemaan merkitykseen ja yksittäisten perheenjäsenten omiin valintoihin. (Grabowski ym., 2020.)

Perhe tai pariskunta tulisikin nähdä vastaanotolla kokonaisuutena, sairastuneen sosiaalisena kenttänä, jotta asiakkaan terveydenlukutaitoa ja terveyttä edistävää päätöksentekoa voisi tukea ja vahvistaa. Myös DIGIDIA-hankkeessa saimme kohdata osallistujia, joiden perheissä tyypin 2 diabeteksen ehkäiseminen oli koettu perheen yhteiseksi asiaksi, tällöin perhe oli tukena terveystoimissa ja terveystottumusten vahvistamisessa. Tyypin 2 diabeteksen merkityksellisyyden noustessa perheen yhteiseksi asiaksi, vaikuttaa se myös omiin lapsiin ja tuleviin jälkipolviin.

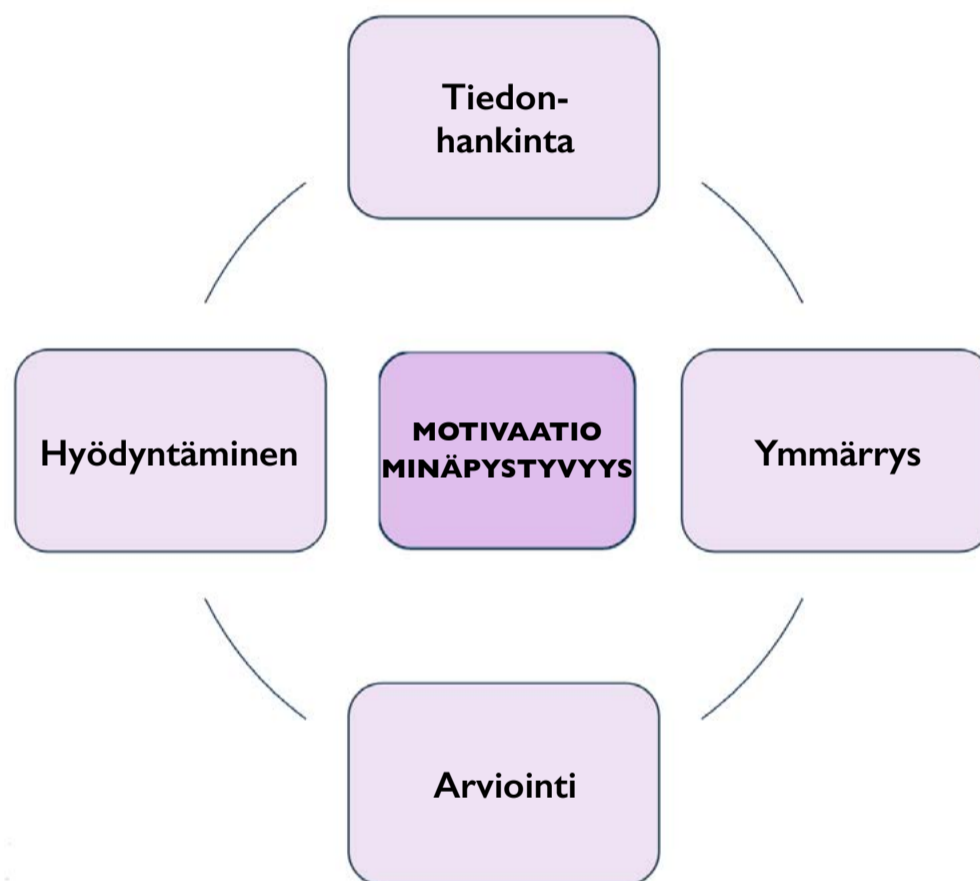
Terveydenlukutaidon kehittyminen hankkeen aikana

Terveydenlukutaidon kehittymistä voidaan arvioida muun muassa päätöksenteon näkökulmasta. Päätöksentekona voidaan nähdä esimerkiksi aiotut tai toteutuneet elintapamuutokset sekä motivaation ja pystyvyyskokemuksen lisääntyminen omahoitoa kohtaan. Työpajoissa pohdittiin omia tavoitteita. Tavoitteen tulisi olla tarpeeksi pieni, jotta sen voisi myös suurella todennäköisyydellä toteuttaa. Moni saattoi aluksi nähdä esteet elintapamuutosten edellä. Aiemmat kokemukset ja epäonnistuneet yritykset tulivat esille. Pieniä konkreettisia tavoitteita alkoi kuitenkin nousta esille yhteisissä ryhmäkeskusteluissa. Viimeisessä työpajassa aiheena oli ”onnistumisten olotila”, jossa jokainen sai kirjoittaa onnistuneita elintapamuutoksia ennen hanketta ja hankkeen aikana (Kuvio 3).



Kuvio 3. ”Onnistumisten olotila”, elintapamuutokset hankkeen aikana

Terveydenlukutaito on huomattavan laaja ja moniulotteinen käsite. Terveyttä edistävän päätöksenteon toteuttaminen on vaatinut tiedon hankkimista, ymmärrystä, arviointia ja lopulta tiedon hyödyntämistä omaan jokapäiväiseen elämään. Tämän lisäksi osallistujalla on ollut riittävästi motivaatiota ja minäpystyvyyttä muutoksen toteuttamiseen (Kuvio 4). Terveydenlukutaito kehittyy myös yksittäisillä ulottuvuuksilla, jolloin terveydenlukutaidon kehittyminen ei aina ole näin näkyvää tai konkreettista.



Kuvio 4. Motivaatio ja minäpystyvyys osana terveydenlukutaitoa

Terveydenlukutaidon kehittymistä voidaan arvioida myös siinä, miten digitaalisia terveystalvaeluita pystytään hyödyntämään. Tietoa hankitaan yhä enemmän digitaalisista materiaaleista, jolloin tiedon kriittinen arviointi on tärkeää. Työpajoissa aiheina olivat muun muassa tietoturva, sähköiset terveystalvaelut, tiedon hankinta ja lähdekriittisyys.

Työpajan 3 yhteydessä osallistujilta (n=21) kysyttiin, mitä digitaalisia palveluita he olivat käyttäneet terveytensä edistämässä tai sairautensa hoidossa ennen hanketta tai hankkeen aikana. Hankkeen aikana lisääntyi muun muassa Pirkanmaan hyvinvointialueen (Pirhan) sähköisten palveluiden ja Terveyskylän sivustojen käyttö. Vastaajista 48 % käytti näitä sähköisiä palveluita ensi kertaa hankkeen aikana. Pirhan sähköisten palveluiden ensi kerran käyttö selittyy hyvinvointialueeseen siirtymisellä vuoden 2023 alussa, jolloin kenelläkään ei voinut olla palvelun käyttöä vielä syksyllä 2022. Syksyn osalta Tampereen sähköisiin palveluihin tutustui ensi kertaa 24 % vastaajista. Muita ensi kertaa käyttöön otettuja sivustoja tai palveluita oli ajanvaraus 19 %, Omaolo 19 %, sähköinen yhteydenottolomake terveysasemalle 14 % ja Terveysportti 14 %. Yksittäisiä uusia käyttäjiä tuli Omakantaan, tekstiviestipalveluun, etävastaanottoon ja Kelan sähköisiin palveluihin. Vastaajista 19 % kertoi, ettei ole hankkeen aikana käyttänyt uusia palveluita.

Palautteeseen vastanneista (n=21) 67 % koki työpajojen auttaneen (jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä) digitaalisiin järjestelmiin tutustumisessa ja 67 % vastaajista koki työpajojen auttaneen käyttämään digitaalisia terveyspalveluita. Uuden palvelumuodon, videovälitteisen etävastaanoton, kokeilu koettiin myös onnistuneeksi ja etävastaanotot saivat hyvää palautetta.

Lähteet

- The Association of College and Research Libraries [ACRL]. (2015). Framework for Information Literacy for Higher Education. A division of the American Library Association. <http://www.ala.org/acrl/standards/ilframework> (luettu 11.3.2022)
- Chahardah-Cherik, S., Gheibizadeh, M., Jahani, S. & Cheraghian, B. (2018). The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 6(1), 65–75.
- Erby, L. H., Roter, D., Larson, S. & Cho, J. (2008). The rapid estimate of adult literacy in genetics (REAL-G): a means to assess literacy deficits in the context of genetics. *American Journal of Medical Genetics. Part A*, 146A(2), 174–181. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.32068>
- Grabowski, D. & Andersen, T. H. (2020). Barriers to intra-familial prevention of type 2 diabetes: A qualitative study on horizons of significance and social imaginaries. *Chronic Illness*, 16(2), 119–130. <https://doi.org/10.1177/1742395318789464>
- Khlaifat, A. M., Al-Hadid, L. A., Dabbour, R. S. & Shoqirat, N. (2020). Cross-sectional survey on the diabetes knowledge, risk perceptions and practices among university students in South Jordan. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 19(2), 849–858. <https://doi.org/10.1007/s40200-020-00571-8>
- Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K., Koskinen, S. & Aalto, A.-M. (2018). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Marciano, L., Camerini, A.-L. & Schulz, P. J. (2019). The Role of Health Literacy in Diabetes Knowledge, Self-Care, and Glycemic Control: A Meta-analysis. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 34(6), 1007–1017. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04832-y>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- The Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2018). The future of education and skills. Education 2030. OECD Publishing.

Saboga-Nunes, L., Bittlingmayer, U. H. & Okan, O. (2019). "42: Salutogenesis and health literacy: The health promotion simplex!". In International Handbook of Health Literacy. Bristol, UK: Policy Press. <https://doi.org/10.51952/9781447344520.ch042> (luettu 31.5.2023)

Schwarzer, R. & Luszczynska, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors: The health action process approach. *European Psychologist*, 13(2), 141–151. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.13.2.141>

Sørensen, K., Van den Broucke, S. & Fullam, J. ym. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. (2012). *BMC Public Health*, 12(1), 80–92. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

World Health Organization [WHO]. (2022). Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 1: Overview. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240055339>

3.3 Terveydenlukutaito ja diabeteksen omahoito

Juurakko, Päivi; Murtonen-Pesonen, Anna-Riikka & Airikkala, Elisa

Terveydenlukutaidon merkitys on noussut viime aikoina entistä tärkeämpään asemaan terveydenhuollon palveluissa. Terveydenlukutaito on tärkeä tekijä terveyden edistämisen suunnittelussa ja toteutuksessa, sillä henkilöillä, jotka arvioivat yleisen terveydentilansa hyväksi, oli myös hyvä terveydenlukutaidon taso (Ilhan ym., 2021). Henkilöt, joilla on hyvä terveydenlukutaito ovat yleensä myös fyysisesti aktiivisempia, huolehtivat paremmin terveellisestä ruokavaliosta ja kokevat oman elämänlaatunsa paremmaksi kuin he, joilla on heikompi terveydenlukutaito (Eronen, 2021).

Tutkimusten mukaan terveydenlukutaidolla on yhteys omahoitoon. Pitkäaikaissairauksien omahoidossa hyvä terveydenlukutaito vaikuttaa usealla eri tavalla. Se saattaa helpottaa diabeteksen omahoitoon sitoutumista, lisätä myönteistä osallistumista hoitoon sekä vaikuttaa positiivisesti vuorovaikutukseen terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Terveydenlukutaitoa pidetään laajalti terveyskäyttäytymisen ja tulosten määrittäjänä. (Shin & Lee, 2018.) Heikko terveydenlukutaito johtaa helposti itsehoidon ja oman terveydenhoidon vähentymiseen, joka voi osaltaan vaikuttaa terveydenhuollon kustannusten kasvuun (Ilhan ym., 2021). Useissa tutkimuksissa tulokset tukivat havaintoa siitä, että terveydenlukutaito olisi yhteydessä diabeetikon omahoitoon, mutta kaikissa tutkimuksissa tällaista yhteyttä ei havaittu. (Caruso ym., 2018.)

Omahoito sanan juuret juontavat 1970-luvulle, jolloin englanninkielinen termi self management määriteltiin ensimmäistä kertaa lasten astman yhteydessä (Creer ym., 1988). Omahoito tarkoittaa potilaan suorittamaa itsensä hoitamista hoitotyön ammattilaisten tukemana. Onnistuneen omahoidon kautta yksilön on mahdollista saavuttaa mahdollisimman hyvä elämänlaatu sairaudesta huolimatta. Potilaan näkökulmasta terveydenhuollon ammattilaiset

muuttuvat auktoriteeteista yhteistyökumppaneiksi, joiden kanssa hän neuvottelee itselleen parhaiten sopivan hoidon. Onnistunut omahoito edellyttää ammattihenkilöiltä uudenlaista oppimiskäsitystä, valmentajan asennetta sekä sallivuutta, jotta potilas voi olla avoin ja rehellinen kertoessaan omista arvoistaan, toiveistaan, kokemuksistaan ja mahdollisuuksistaan. (Routasalo ym., 2009.)

Diabeteksen omahoidolla tarkoitetaan päivittäistä hoitoa, jossa potilas huolehtii kokonaisvaltaisesti omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Vastuu omahoidon toteuttamisesta arjessa on diabeetikolla itsellään, mutta terveydenhuollon ammattilaisen kanssa tehtävällä yhteistyöllä on keskeinen merkitys omahoidon onnistumisen kannalta. Yhteistyön merkitystä omahoidossa korostetaan myös Käypä hoito -suosituksessa. (Peltola ym., 2021.) Tehokas omahoito, johon kuuluu yksilön ottama aktiivinen rooli omasta hoidostaan, voi johtaa parempiin terveystuloksiin, parempaan oireiden hallintaan ja parempaan elämänlaatuun (Verweel ym., 2023).

Terveydenlukutaito ja digitaalinen osaaminen omahoidon tukena

Digitaalinen murros terveydenhuollossa asettaa uudenlaisia haasteita sekä henkilökunnalle että hoidettaville, sillä teknologian kehityksen myötä digitaalisten palveluiden käyttö terveydenhuollossa on yleistynyt nopeasti. WHO määrittelee sähköisen terveydenhuollon (eHealth) kustannustehokkaaksi ja turvalliseksi tavaksi tukea terveystiedon välittämistä ja digitaalinen terveydenlukutaito onkin nykyään avainasemassa terveystiedon saavuttamisessa. (World Health Organization [WHO], n.d.)

Digitaalisen terveydenlukutaidon merkityksen lisääntyessä on kuitenkin tärkeää huomioida käyttäjien erilaiset kognitiiviset taidot sekä epätasa-arvoiset mahdollisuudet saada käyttöönsä digitaalisia laitteita. Van Dijk (2017) on luonut kehyksen, jonka

pohjalta voidaan hahmottaa esteitä, jotka vaikuttavat tietoon pääsyyn. Kategorinen yhteiskunnallinen epätasa-arvo johtaa resurssien epätasa-arvoiseen jakautumiseen ja edelleen epätasa-arvoiseen digitaaliteknologian hyödyntämiseen. Digitaaliteknologian saatavuus riippuu teknologioiden ominaisuuksista ja vaikuttaa osallistumisen mahdollisuuksiin yhteiskunnassa. Tämä voi johtaa eriarvoisuuden lisäämiseen ja resurssien epätasa-arvoiseen jakautumiseen. Jotta henkilö pystyisi hyödyntämään digitaalisia palveluja, hänellä tulee olla pääsy digitaaliselle laitteelle sekä hallita erilaisten laitteiden käyttöä sekä ohjelmistoja. Käyttäjän tulee myös pystyä arvioimaan tiedon luotettavuutta sekä osata suhtautua kriittisesti löytämäänsä tietoon.

Hallitusohjelmassa tuodaan esille, että hyvinvointialueiden tulisi huomioida palveluiden saatavuus sekä kehittää uusia toimintamalleja, kuten digitaalisia palveluita ja etävastaanottoja. Tavoitteena on lisätä sähköisen asioinnin osuutta sekä tehdä digitaalisesta asioinnista ensisijaista niiden asiakkaiden kohdalla, joille se on mahdollista. Samalla tulee huomioida digisyrjäytymisen ehkäisy, erilaiset tarpeet sekä digitaalisten palveluiden helppokäyttöisyys. (Valtioneuvosto, 2023.) Terveystieteen näkökulmasta palveluiden kehittämisessä sekä sote-uudistuksen suunnittelussa ja toimeenpanossa on erittäin tärkeää huolehtia siitä, että kehitettävät järjestelmät ovat kansalaisten suuntaan selkeitä ja ymmärrettäviä (Eronen, 2021).

Terveystietoa ja palveluita tarvitsevilla henkilöillä on paljon kroonisia sairauksia sairastavia henkilöitä, joilla on monia esteitä digitaalisen terveystiedon saavuttamisessa. Haasteina voivat olla riittämättömät tekniset taidot ja digitaalisten välineiden puuttuminen, jolloin mahdollisuus saada tarvittavaa terveyttä edistävää tietoa estyy. Myös heikolla teknisellä lukutaidolla voi olla kielteisiä vaikutuksia omahoidon edistämiseen. Toisaalta sähköiset

palvelut ovat lisänneet terveyden hoidon osaamista perinteiseen hoitoon verrattuna. Teknologiset välineet auttavat yksilöitä omahoidossa tarjoamalla pääsyn omiin terveystietoihin sekä helpottamalla viestintää terveydenhuollon tarjoajien kanssa. (Verweel ym., 2023.)

Keskustelu digitaalisten palveluiden saavutettavuudesta ja käytettävyydestä ovat hyvin ajankohtaisia, sillä henkilöiden erilaiset käytettävissä olevat resurssit vaikuttavat mahdollisuuteen käyttää teknologiaa omahoidon apuna. Siirryttäessä henkilökohtaisista fyysisistä palveluista digitaalisiin välineisiin on riskinä, että eriarvoisuus lisääntyy. Onkin tärkeää huomioida palveluiden tarjoaminen myös haavoittuvassa asemassa oleville väestöryhmille. (Verweel ym., 2023.)

Lähteet

Caruso, R., Magon, A., Baroni, I., Dellafiore, F., Arrigoni, C., Pittella, F. & Ausili, D. (2018). Health literacy in type 2 diabetes patients: a systematic review of systematic reviews. *Acta diabetologica*, 55(1), 1–12.

<https://doi.org/10.1007/s00592-017-1071-1>

Creer, T. L., Backial, M., Burns, K. L., Leung, P., Marion, R. J., Miklich, D. R., Morrill, C., Taplin, P. S. & Ullman, S. (1988). Living with Asthma. I. Genesis and development of a self-management program for childhood asthma. *The Journal of asthma: official journal of the Association for the Care of Asthma*, 25(6), 335–362.

<https://doi.org/10.3109/02770908809071375>

Eronen, J. (2021). Terveyden lukutaito – ajankohtainen mutta vähän tutkittu kansalaistaito. *Gerontologia*, 35(2), 180–185.

<https://doi.org/10.23989/gerontologia.97439>

İlhan, N., Telli, S., Temel, B. & Aşti, T. (2021). Health literacy and diabetes self-care in individuals with type 2 diabetes in Turkey. *Primary care diabetes*, 15(1), 74–79. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2020.06.009>

Peltola, M., Isotalus, P. & Åstedt-Kurki, P. (2021). Tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemukset vuorovaikutuksen merkityksestä omahoitoon kytkeytyvässä yhteistyössä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 58(4), 396–411. <https://doi.org/10.23990/sa.95513>

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. (2009). Potilaan omahoidon tukeminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 125(21): 2351–9.

Shin, K. S. & Lee, E. (2018). Relationships of health literacy to self-care behaviors in people with diabetes aged 60 and above: Empowerment as a mediator. *Journal of Advanced Nursing*, 74(10), 2363–2372.

<https://doi.org/10.1111/jan.13738>

Valtioneuvosto. (2023). Vahva ja välittävä Suomi. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023. Valtioneuvoston julkaisuja 2023:58

Van Dijk, J.A.G.M. (2017). Digital Divide: Impact of Access. In *The International Encyclopedia of Media Effects* (eds P. Rössler, C.A. Hoffner and L. Zoonen). <https://doi.org/10.1002/9781118783764.wbieme0043>

Verweel, L., Newman, A., Michaelchuk, W., Packham, T., Goldstein, R. & Brooks, D. (2023). The effect of digital interventions on related health literacy and skills for individuals living with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. *International journal of medical informatics*, 177, 105114. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105114>

World Health Organization [WHO], (n.d.). Health topics. eHealth. World Health Organization - the Eastern Mediterranean Region. <http://www.emro.who.int/health-topics/ehealth/> (luettu 10.10.2023)

4. Tyypin 2 diabetes ja sen ehkäisy

4.1 Monitekijäisten sairauksien perinnöllisyys

Wahlfors, Tiina

Monitekijäisellä periytymisellä tarkoitetaan sairauksien tai ominaisuuksien geneettistä perustaa, johon vaikuttavat geneettisten tekijöiden lisäksi myös ympäristötekijät. Tämä mutkikas periytymistapa esiintyy usein yleisissä sairauksissa, kuten diabeteksessa, sydänsairauksissa, syövässä ja mielenterveyshäiriöissä. Perinnöllisten tekijöiden osuuden määrittäminen monitekijäisissä sairauksissa ei ole aina helppoa, selvittäminen edellyttää perinnöllisyystieteen, tilastollisen analyysin ja epidemiologian tuntemusta.

Kaikkien geneettisesti periytyvien ominaisuuksien taustalla vaikuttaa kromosomeihin pakattu DNA, jonka neljä erilaista emästä, kolmen emäksen tripleteiksi järjestäytyneenä, koodaa kaiken elämää varten tarvittavan tiedon. Koodissa on yksilöiden välisiä eroja, eli variaatioita. Toisin kuin Mendelistisessä periytymisessä (yhden geenin sairaudet), jossa yksi geneettinen muutos johtaa tiettyyn ominaisuuteen tai sairauteen, monitekijäisessä periytymisessä on kyse geneettisten muutosten monimutkaisesta yhdistelmästä. Tätä variaatioita voi esiintyä useissa geeneissä, joilla kullakin on pieni yksittäinen vaikutus sairauden ilmenemiseen, monitekijäisten sairauksien kohdalla puhutaan sairauden polygeenisestä luonteesta.

Heritabiliteetti arvioi, kuinka suuri osuus ominaisuuden tai sairauden ilmenemisen vaihtelusta voi johtua perimästä. Heritabiliteetin arvioinnissa käytetään usein suku- ja kaksostutkimuksia. Esimerkiksi jos sairauden tai ominaisuuden heritabiliteetti on identtisillä kaksosilla suurempi kuin tavallisilla sisaruksilla, se viittaa vahvasti geneettiseen komponenttiin.

Sukulaisten sairastumisriskin määrittäminen monitekijäisissä sairauksissa ei kuitenkaan ole niin suoraviivaista. Yksilön riskiin sairastua vaikuttaa geneettinen riski yhdessä ympäristönaltistuksen kanssa. Eli vaikka periytyvyys joidenkin monitekijäisten sairauksien kohdalla olisikin korkea ei tauti kuitenkaan välttämättä esiinny seuraavassa sukupolvessa, koska ympäristötekijöihin voidaan vaikuttaa.

Ympäristötekijöillä onkin ratkaiseva merkitys monitekijäisten sairauksien ilmenemisessä. Näihin tekijöihin voivat kuulua elämäntapavalinnat (ruokavalio, liikunta, tupakointi), altistuminen myrkyille, sosioekonominen asema ja paljon muuta. Genomin ja ympäristön välinen vuorovaikutus on monimutkainen ja voi johtaa erilaisiin sairauden ilmenemismuotoihin eri yksilöillä.

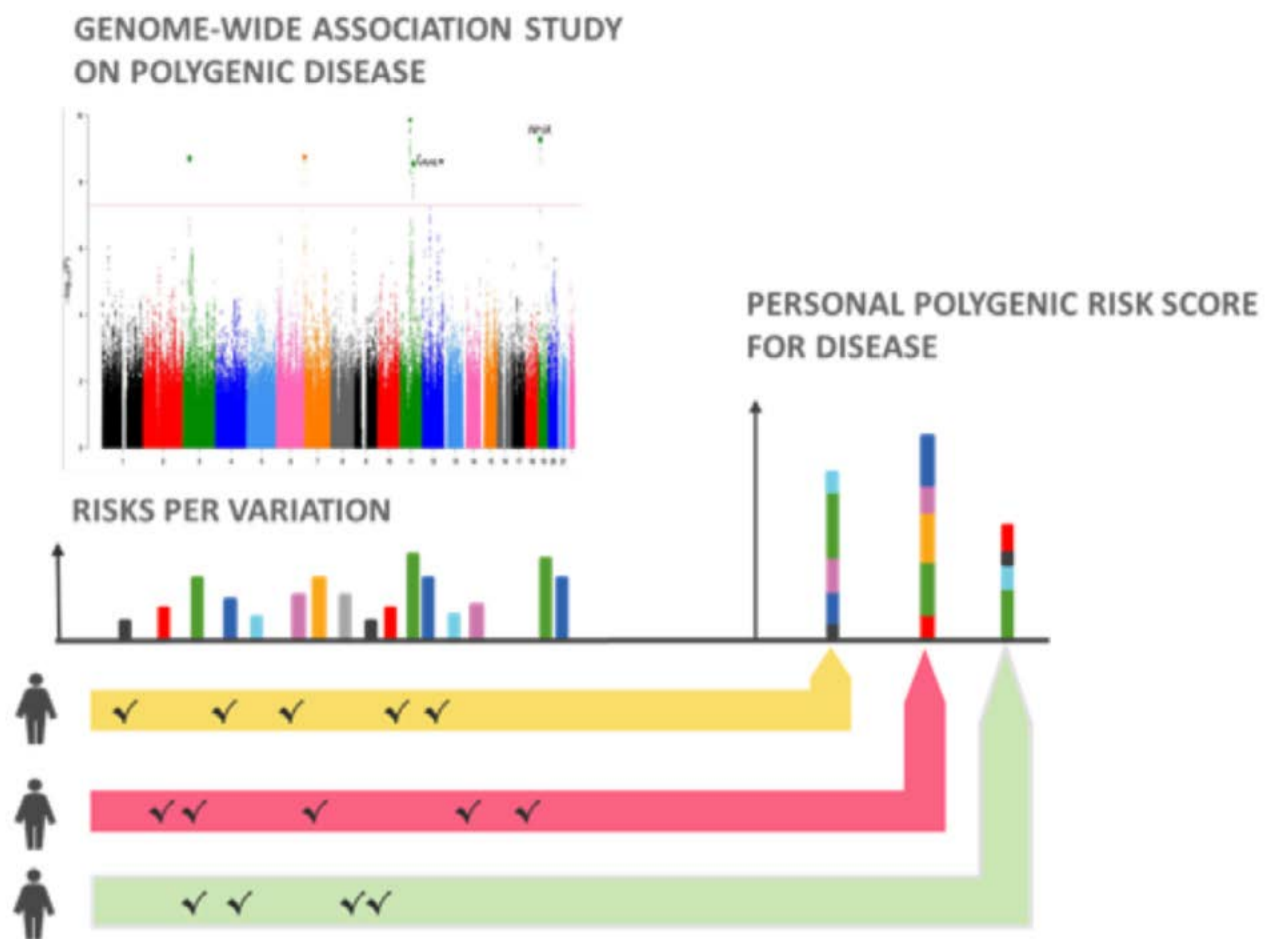
Monitekijäisten sairauksien testaamiseen ei yleensä ole selkeää "kyllä tai ei" -geenitestiä, kuten yksittäisen geenin sairauksissa. Sen sijaan yksilön sairastumisriskin määrittämiseen käytetään tilastollisia malleja, jotka perustuvat geneettisiin variaatioihin ja ympäristötekijöiden yhdistelmään. Nämä riskinarvioinnit ovat todennäköisyyteen perustuvia ja antavat pikemminkin todennäköisyyden kuin varmuuden sairastumisesta.

Viimeisen 15 vuoden aikana genominlaajuiset analyysit (GWAS) sairauksien taustasyiden selvittämiseksi ovat yleistyneet. GWAS-analyyseissä tutkitaan yksilöiden koko perimä ja etsitään

geneettisiä variantteja, jotka liittyvät tiettyyn sairauteen tai ominaisuuteen. Näillä tutkimuksilla on saatu tietoa monitekijäisten sairauksien geneettisestä perustasta ja tunnistettu erityisiä geneettisiä markkereita, jotka liittyvät lisääntyneeseen riskiin sairastua. GWAS-analyysien tuottamat genotyypitiedot mahdollistavat myös monitekijäisten sairauksien polygeenisten riskipisteiden (PRS) laskemisen. PRS-luku kertoo useiden geneettisten variaatioiden yhteisvaikutuksesta syntyvän yksilöllisen sairastumisriskin. Koska jokaisella yksilöllä on oma yksilöllinen yhdistelmänsä riskiä muuttavista variaatioista, riskivaikutus summa on yksilön polygeeninen riskipistemäärä (Kuvio 5). Joidenkin sairauksien kohdalla suurentuneessa riskissä olevien yksilöiden tunnistamiselle kansanterveydellinen tarve, joka mahdollistaa tehostetun seulonnan tai ennaltaehkäisevien toimien tai hoitojen toteuttamisen.

Monitekijäisen perimän ymmärtäminen onkin johtanut yksilöllistetyn lääketieteen lähestymistapojen kehittämiseen. Analysoimalla yksilön geneettisiä ja ympäristötekijöitä voidaan hoitoja ja toimenpiteitä räätälöidä sairauden riskin vähentämiseksi tai hoitotulosten parantamiseksi.

Yhteenvedona voidaan todeta, että monitekijäinen periytyminen on monimutkainen geneettinen periytymistapa, joka on yleisten sairauksien taustalla ja johon liittyy useiden geneettisten varianttien ja ympäristötekijöiden vuorovaikutus. Tämän käsitteen ymmärtäminen on olennaisen tärkeää, jotta voidaan vastata yleissairauksien asettamiin haasteisiin nykyaikaisessa terveydenhuollossa ja genetiikan tutkimuksessa. (Kuvio 5)



Kuvio 5. Monitekijäisten sairauksien riskisumman yksilöllinen muodostuminen

Jokainen hankkeen osallistuja (n=60) sai hankkeen loppupuolella henkilökohtaisen tyypin 2 diabeteksen genomiriskiluvun ja elintapaohjausta lääkärin ja terveydenhoitajan etävastaanotolla.

4.2 Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja hoito

Rintala, Tuula-Maria

Suomalaisista noin kolmasosalla on perinnöllinen alttius sairastua tyypin 2 diabetekseen. Metabolinen oireyhtymä (MBO) edeltää usein tyypin 2 diabetesta. Sen taustalla ovat sekä perimä että elämäntavat: liikapaino ja liikunnan puute. Metaboliseen oireyhtymään kuuluu sokeriaineenvaihdunnan häiriön lisäksi keskivartalolihavuus, poikkeavat veren rasva-arvot ja kohonnut verenpaine sekä häiriöt veren hyytymisessä.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä keskeistä on painonhallinta ja terveellinen, monipuolinen syöminen sekä säännöllinen liikunta. Painonhallinnassa auttaa säännöllinen ateriaritmi ja kohtuullinen energiansaanti. Painon pudottaminen 5–10 % voi jo merkittävästi pienentää tyypin 2 diabeteksen riskiä. Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn suositellaan yleisten ravitsemussuositusten mukaista ruokavaliota. Erityishuomiota tulisi kiinnittää rasvan ja hiilihydraattien laatuun sekä energiatiheyden pienentämiseen. Säännöllinen liikunta auttaa alentamaan verensokeria, verenpainetta ja veren rasva-arvoja sekä parantamaan insuliiniherkkyyttä. Liikunnan tulisi olla monipuolista ja sisältää sekä kestävyys- että lihaskuntoharjoittelua.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy on vaikuttavaa sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta. Tyypin 2 diabetes vaikuttaa paitsi kansalaisten toimintakykyyn, myös yhteiskunnan kantokykyyn. Diabeteksen sairaanhoidon kustannukset kattavat jopa 10–15 % terveydenhuollon kustannuksista. Lisäksi diabetekseen liittyy työstä poissaolon ja ennenaikaisen eläköitymisen seurauksena tuottavuuskustannuksia, jotka ovat noin kaksinkertaiset sairaanhoidon kustannuksiin verrattuna. (Diabetesliitto 2018.)

Tyypin 2 diabetesta arvellaan sairastavan noin 400 000 suomalaista. Tyypin 2 diabeteksen hoidon tavoitteina on verensokerin alentaminen lähelle normaalia tasoa ja lisäsairauksien kehittymisen ehkäiseminen. Hoidossa keskeistä ovat elintapahoito ja lääkehoito. Elintapahoidolla tarkoitetaan terveyttä edistäviä muutoksia ruokailutottumuksissa, liikunnassa, painonhallinnassa ja tupakoinnin lopettamisessa. Elintapahoidon tavoitteena on alentaa verensokeria, verenpainetta ja veren rasva-arvoja sekä parantaa hyvinvointia ja elämänlaatua. (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito – suositus, 2020.)

Lääkehoidolla pyritään tukemaan elintapahoitoa ja saavuttamaan yksilöllisesti asetetut hoitotavoitteet. Lääkehoidon valinta riippuu potilaan tilanteesta, sairauden vaiheesta, mahdollisista lisäsairauksista ja haittavaikutuksista. Lääkehoidon aloittamiseen, vaihtamiseen tai tehostamiseen vaikuttavat myös verensokerin oma-seurannan tulokset. Tyypin 2 diabeteksen lääkehoitoon käytetään useita erilaisia lääkkeitä. (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus, 2020)

Lähteet

Diabetesliitto 2018. Jokainen sairaanhoidosta säästetty euro näkyy nelinkertaisesti menetettynä tuottavuutena. Diabetes lukuina 2018:1. Saatavilla https://www.diabetes.fi/file/9736/Diabetes_lukuina_2018_1_kustannustutkimus_A4.pdf

Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 (viitattu 5.10.2023). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

4.3 Elintapojen muutos ja motivaatio

Heinonen, Kirsi

Niin tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä kuin hoidossakin ovat terveelliset elintavat keskeisessä asemassa. Elintavat omaksutaan vuosien ja vuosikymmenten saatossa. Tapojen muodostumiseen vaikuttavat muun muassa perhe, koulu, työ, ystävät ja asuinympäristö. Onkin helppo ymmärtää, että pitkään, päivittäin toistettavat tavat ovat niin syvään juurtuneita, että niitä on haasteellista muuttaa. Viihdymme tutussa ja turvallisessa. Lähtökohtaisesti ihmisen mieli vastustaa muutosta.

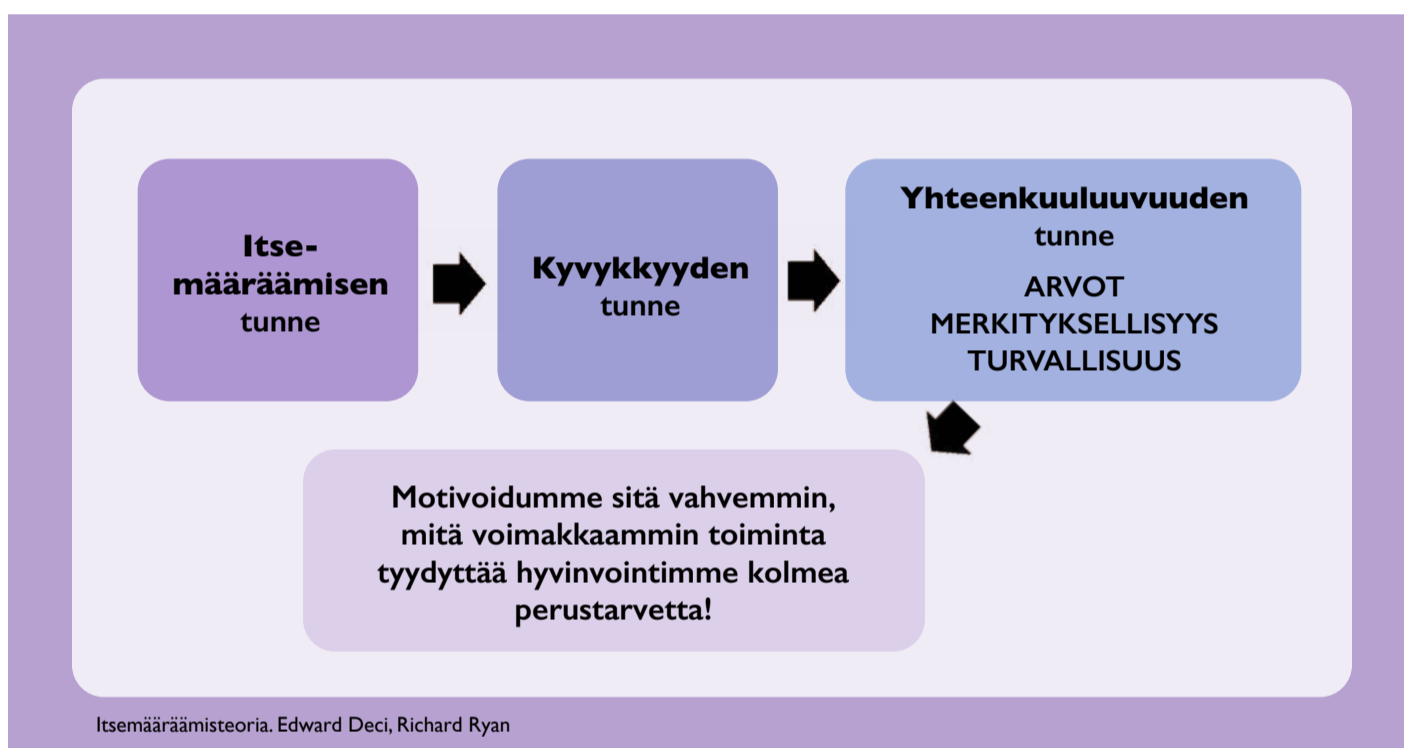
Teemme useita kertoja päivässä terveytemme vaikuttavia päätöksiä. Valitsemme syömisen ajankohdat, ruuan laadun ja määrän. Myös liikunnassa teemme päivittäin valintoja liikkumisen säännöllisyyden, määrän ja laadun suhteen. Päivän aikana tehdyillä valinnoillamme myös saatamme itsemme uneen, joko hyvään tai huonoon. Syöminen, liikkuminen ja stressitaso vaikuttavat sekä unen määrään että laatuun. Huonon yön voimalla on vaikeaa tehdä hyviä terveyspäätöksiä.

Elintapojen muuttamiseen ei ole olemassa yhtä oikeaa, kaikille sopivaa tapaa. Jotta uusi elintapa juurtuisi arkeen, tarvitsee se suunnittelua, repsahduksen sietoa, uusia suunnitelmia ja paljon sallivuutta. Muutoksen toteuttamiseen tarvitaan resilienssiä, psyykkistä selviytymiskykyä ja mielen joustavuutta. Muutoksessa keskeistä on valmius muuttaa suuntaa, mikäli laadittu suunnitelma ei ole toimiva.

DIGIDIA-hankkeessa pyrittiin nostamaan tietoisuutta omista elintavoista tarkastellen omia syömis-, nukkumis- ja liikkumistottumuksia. Tavoitteena oli, että osallistujat tunnistaisivat sekä sen hetkisen tarpeensa että valmiutensa elintapamuutosten toteuttamiseen. Oman muutosvalmiuden tarpeen reflektoinnin helpotta-

miseksi tietoa tarjottiin usean kanavan kautta mm. itsearviointien, videoiden, vuorovaikutteisten luentojen ja keskustelujen muodossa.

Muutoksen ja motivaation pohdinnan taustateoriana hankkeessa oli Richard M. Ryanin ja Edward L. Decin teoria ihmisen motivaatiosta (Ryan & Deci, 2000). Teoria näkee ihmisen aktiivisena toimijana, joka pyrkii toteuttamaan itseään ja itse valitsemiaan päämääriä. (Kuvio 6)



Kuvio 6. Itsemäärämisteoria

Keskeistä on, että yksilö pohtii ja asettaa tavoitteensa itse. Jotta tavoitteet antaisivat tunteen omasta kyvykkyydestä ja pystyvyydestä, tulisi niiden tuntua mielekkäiltä, merkityksellisiltä, konkreettisilta ja sopivan haastavilta.

Sekä hankkeen työpajoissa että oppimisympäristössä (www.ehkaisetyyppi2.fi) tehtiin näkyväksi itsereflektointiin ja motivoitumiseen tarvittavia elementtejä. Muutosmotivaation pohdinnan tueksi ja itselle sopivien tavoitteiden asettamisen tueksi käytettiin seuraavia kysymyksiä:

1. Mikä nyt on hyvin?
2. Mitä haluaisin muuttaa?
3. Mikä tavoite on minulle riittävän hyvä?
4. Mikä on ensimmäinen askel kohti tavoitetta?

Motivaation herääminen ja ylläpitäminen

Muutoksen ja motivaation välinen suhde on usein monimutkainen. Muutokset voivat olla motivoivia, mutta ne voivat myös aiheuttaa epäonnistumisen pelkoa ja vastustusta. Koettu motivaatio puolestaan auttaa meitä saavuttamaan haluamiamme muutoksia. Selvää on, että motivaatio heikkenee nopeasti, jos emme koe edistymistä asetettujen tavoitteiden suhteen.

Onnistuminen voimaannuttaa ja lisää pystyvyyden tunnetta. Onnistuneet elintapamuutokset vahvistavat motivaatiota. Oikein asetetuista tavoitteista syntyy positiivinen kierre. Saavutettu, hyväksi todettu elintapamuutos kutsuu usein luokseen uuden, pienen mutta merkityksellisen muutoksen.

Lähteet

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000) Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *The American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

4.4 Raskausdiabetes lisää riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen – voidaanko ohjauksella vaikuttaa tähän?

Metsämäki, Minna; Mänkäri, Irina & Laaksonen, Mari

Tyypin 2 diabetekseen sairastumisen riski suurentuu raskausdiabeteksen sairastamisen jälkeen. Raskausdiabeteksen sairastaneilla äideillä tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuus on noin 7-kermainen verrattuna äiteihin, joilla ei ole ollut raskausdiabetesta. Sekä tyypin 2 diabeteksen että raskausdiabeteksen määrä on lisääntynyt merkittävästi viimeisten vuosikymmenien aikana. (Tertti & Rönnemaa, 2018.) Raskausdiabetekseen sairastui vuonna 2019 jo joka viides synnyttävä. Raskausdiabeteksella tarkoitetaan raskauden aikana todettua poikkeavaa glukoosiaineenvaihduntaa. Raskausdiabeteksen yleistymisen taustalla ovat sekä geneettiset että elintapoihin liittyvät tekijät. Ylipaino on merkittävä riskitekijä raskausdiabetekseen sairastumisen taustalla. Vuonna 2020 oli kaikista synnyttävistä 17,6 % lihavia (BMI >30) jo ennen raskauden alkua. Raskausdiabetekseen sairastumisen ehkäiseminen ja erityisesti diagnoosin saaneen ohjaaminen riskin pienentämisessä ovat kansanterveyden kannalta tärkeitä. (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus, 2020; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.) Vaikuttavilla ohjausmenetelmillä voidaan saada tilannetta parannettua. Ammattilaisten antama ohjaus tulee olla näyttöön perustuvaa ja kannustaa odottajaa omaseurantaan (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013). Kuviossa 7 on kuvattu sekä neuvolatoiminnassa että äitiyspoliklinikalla järjestettävä raskausdiabeteksen seulonta, seuranta ja ohjaus.

Raskausdiabeetikon ohjaus	
Ohjaus raskausaikana neuvolassa ja äitiyspoliklinikalla	Ohjaus synnytyksen jälkeen
<p>Neuvolassa elintapaohjausta kaikille odottajille, kartoitusta odottajan ja suvun terveystilasta</p> <p>Sokerirasitus tarvittaessa: korkean riskin odottajille h12-12 sekä h24-28, muille testiin ohjattaville h24-28</p> <p>Raskausdiabeetikkojen ohjaus omaseurantaan ja tarvittaessa lähettäminen äitiyspoliklinikalle</p> <p>Äitiyspoliklinikalle ohjaus gynekologin ja diabeteshoitajan vastaanotolla, tarvittaessa lääkityksen aloittaminen</p>	<p>Sairaalassa raskausdiabeetikkojen ohjaus verensokerin omaseurantaan heti synnytyksen jälkeen, erityisesti jos synnyttäjällä ollut lääkehoitoinen raskausdiabetes</p> <p>Uusi sokerirasitus kaikille raskausdiabeetikoille perusterveydenhuollon kautta: lääkehoitoisille 6–12 viikkoa synnytyksestä ja muilla 1 vuoden kuluttua synnytyksestä</p> <p>Elintapaohjaus ja kannustaminen omaseurantaan synnytyksen jälkeisillä käynneillä neuvolassa</p>

Kuvio 7. Raskausdiabeetikon ohjaus raskausaikana ja synnytyksen jälkeen. (Metsämäki & Mänkari, 2023)

Raskausdiabetes on usein vain raskausajan häiriö. Hyvillä elintapavalinnoilla ruokavaliossa ja liikkumisessa sekä glukoositasapainon seurannalla tilanne korjaantuu raskauden aikana niin, että lääkitystä tarvitsee vain noin 15–20 % sairastuneista (Tertti & Rönnemaa, 2018). Tämä saattaa johtaa harhakuvitelmaan, että synnytyksen jälkeen elintavat, jotka on onnistuttu muuttamaan raskauden aikana terveellisempään suuntaan, saavat palautua ennalleen. Tyypin 2 diabetekseen sairastumisen riskiä tulee muistuttaa synnyttäneelle myös jälkitarkastuksessa ja sen jälkeen lapsen neuvolakäynneillä. Koko perheen hyvinvointiin vaikuttava ohjaus on myös synnyttäneen äidin edun mukaista.

Synnytyksen jälkeiset elämäntapainterventiot voivat olla tehokkaita riippumatta siitä, onko interventio teknologiapohjaista vai henkilökohtaista (Guo ym., 2016). Interventioita voidaan toteuttaa esimerkiksi ammattilaisten tekeminä kotikäynteinä, ryhmätoimintana etänä tai kasvotusten, tekstiviestimuistutteinä, puhelinohjausena, puhelinalppikaatioiden käyttönä tai näiden yhdistelminä. (Huang ym., 2022.)

Metsämäen ja Mänkärin (2023) opinnäytetyönään tekemä systemaattinen kirjallisuuskatsaus selvitti tyypin 2 diabeteksen huomiointia raskauden jälkeisessä ohjauksessa raskausdiabeteksen sairastaneiden odottajien perheillä. Kirjallisuuskatsauksen keskeisimpien löydösten mukaan tyypin 2 diabeteksen huomiointi ohjauksessa muodostui yksilön pitkäaikaisterveyden sekä yksilön ja perheen kokonaisterveyden edistämisestä (kuvio 8).

Tyypin 2 diabeteksen huomiointi ohjauksessa	
Yksilön pitkäaikaisterveyden edistäminen	Yksilön ja perheen kokonaisterveyden edistäminen
<p>Hoidon ja seurannan jatkuvuus</p> <p>Ohjaustavat</p> <p>Ohjauksen haasteita</p> <p>Vastuu omahoitoon ohjauksen avulla</p>	<p>Kokonaisvaltainen elintapaohjaus</p> <p>Terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen ohjauksen avulla</p>

Kuvio 8. Tyypin 2 diabeteksen huomiointi ohjauksessa. (Metsämäki & Mänkäri, 2023)

Yksilön pitkäaikaisterveyteen voidaan vaikuttaa raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen annettavalla ohjauksella. Monien eri ammattiryhmien edustajat antavat ohjausta ja moniammatillinen yhteistyö on keskeisessä roolissa tyypin 2 diabeteksen riskitekijöiden tunnistamisessa ja seulontojen säännöllisessä järjestämisessä.

Kirjallisuuskatsauksen mukaan ohjauksen tulisi olla pitkäkestoisista ja tavoitteena on saada äidit sitoutumaan säännöllisiin seuluntoihin. Pitkäaikaisen hoidon piiriin sitouttamista tehtiin esimerkiksi lähettämällä naisille muistutuksia digitaalisia alustoja hyödyntämällä. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella synnytyksen jälkeinen ohjaus koettiin puutteelliseksi. Jos synnytyksen jälkeistä elintapaohjausta ei saatu tarpeeksi, koettiin, ettei

tyypin 2 diabetekseen sairastuminen tulevaisuudessa ole vakavaa. Kirjallisuuskatsauksen mukaan ohjauksen laatuun vaikuttivat ammattilaisten antaman ohjauksen sisältö sekä ammattilaisten tietämys aiheesta. Jotkut ammattilaiset kokivat vaikeana painonhallinnasta keskustelun, ja osalla yleislääkäreistä oli riittämätön tietopohja tyypin 2 diabeteksen riskeistä.

Kirjallisuuskatsauksessa havaittiin, että pysyviä muutoksia ja vaikutuksia tulevaisuuden sairastuvuuteen voidaan saavuttaa koko perheen terveyttä edistämällä. Painon huomiointi nousi tärkeäksi elementiksi. Naisia ohjattiin pyrkimään raskautta edeltävään painoon synnytyksen jälkeen sekä hillitsemään painonnousua. Synnytyksen jälkeisen elintapaohjauksen antaminen on tärkeää ehkäistäessä tyypin 2 diabetesta. Kirjallisuuskatsaus osoitti synnytyksen jälkeisen elintapaohjauksen olevan riittämätöntä. Ohjausta on saatavilla, mutta se ei aina kohtaa tarpeen kanssa, eivätkä kaikki ohjausta tarvitsevat ole tietoisia saatavilla olevasta ohjauksesta. Joustava ja monipuolisia ohjausmenetelmiä hyödyntävä ohjaus koettiin hyödyllisenä. Rajallinen aika ja pitkät välimatkat haittasivat ohjauksen toteutumista, ja teknologiaan perustuvilla ratkaisuilla voitiin näiden osalta vastata ohjattavien yksilöllisiin tarpeisiin, joskin kaikki eivät näiden käytöstä pitäneet.

Ohjauksessa kerrottiin diabetesriskistä ja sen vaikutuksesta terveyteen vuosien ajan synnytyksen jälkeen. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ottaminen osaksi ohjausta olisi hyvä aloittaa jo raskausaikana tietoisuutta lisäämällä ja riskitekijöistä kertomalla. Ohjauksessa pyrittiin ottamaan huomioon perheen sairaushistoria ja perimän merkitys.

Jatkossakin tyypin 2 diabeteksen syntymistä on pyrittävä ehkäisemään elintapainterventioilla. Interventioissa on hyvä havainnollistaa naisen yksilöllistä diabetesriskiä ja tarjota konkreettisia keinoja terveellisten elintapojen noudattamiseen. Ohjauskeskuste-

luiden kehittämistä on jatkettava edelleen ja tehtävä rohkeita kokeiluita näyttöön perustuvia menetelmiä käyttäen. Tällaisilla asiakas- ja perhelähtöisillä ohjauskeskusteluilla saavutetaan pitkälle vaikuttavat yksilölliset, perheitä koskevat sekä kansanterveydelliset hyödyt.

Lähteet

Guo, J., Chen, J-L., Whittemore, R. & Whitaker, E. (2016). Postpartum Lifestyle Interventions to Prevent Type 2 Diabetes Among Women with History of Gestational Diabetes: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. *Journal of Women's Health* 25(1). [https://www-liebertpub-com.libproxy.tuni.fi/doi/10.1089/jwh.2015.5262](https://www.liebertpub-com.libproxy.tuni.fi/doi/10.1089/jwh.2015.5262)

Huang, S., Magny-Normilus, C., McMahon, E. & Whittemore, R. (2022). Systematic Review of Lifestyle Interventions for Gestational Diabetes Mellitus in Pregnancy and the Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 51(2), 115–125.

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). (2013). Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29. THL. (Luettu 20.5.2022) <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>

Metsämäki, M. & Mänkäri, I. (2023). Raskausdiabetesta sairastaneiden ohjaus tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä. Opinnäytetyö. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2023051811788>

Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus. (2022). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (Luettu 20.11.2022). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50068>

Tertti, K. & Rönnemaa, T. (2018). Raskausdiabetes yleistyy. *Suomen Lääkärilehti* 73: 2272–2274.

Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus. (2020). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (Luettu 20.11.2022). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50056>

5. Työpajat tukemassa osallistujien osaamista ja valintoja

Airikkala, Elisa; Laaksonen, Mari & Fagerlund, Pirja

Suunnittelu

Työpajojen tavoitteina oli vahvistaa digitaalista osaamista ja terveydenlukutaitoa. Osallistujien eritasoinen terveydenlukutaito pyrittiin ottamaan huomioon työpajojen suunnittelussa tehden luennot ja harjoitukset helposti lähestyttäviksi. Työpajojen pedagogisissa menetelmissä huomioitiin aktiivisen oppimisen keinoja kuten osallistavaa reflektointia, pienryhmäkeskusteluja ja erilaisia toiminnallisia harjoituksia. Myös aikataulu, luentojen pituus ja tarjolla ollut pieni välipala oli mietitty osallistujien jaksamisen kannalta.

Terveelliset elintavat, nukkuminen, liikkuminen ja syöminen olivat aihepiireinä monelle osallistujalle ennestään tuttua. Omien elintapojen pohdinta, motivaation herättely ja elintapamuutokset sen sijaan vaativat enemmän kuin vain tietoa. Kukin pystyi lähestymään omaa tilannettaan ja omia tavoitteitaan omalta tietotasoltaan, samalla kehittyen terveydenlukutaidossa työpajoissa esille tulleiden työvälineiden avulla. Työpajoissa annettiin välineitä tiedon hankintaan, arviointiin ja sen soveltamiseen, erityisesti digitaalisessa terveydenhuollon kontekstissa.

Työpajojen suunnitteluun osallistuivat hankkeen toimijat Tampereen ammattikorkeakoulusta, Diabetesliitolta ja Tampereen kaupungin/Pirkanmaan hyvinvointialueelta (Pirha). Lisäksi mukana oli kaupungin kirjaston Tietotori. Työpajojen tarkoitus oli lisätä terveydenlukutaitoa ja digitaalista osaamista luentojen, käytännön harjoitusten sekä yhteisen keskustelun ja pohdinnan kautta. Kaikki työpajat toteutettiin Tampereen ammattikorkeakoululla, ja käytössä oli luokkatiloja ja tietokonealuokka.

Aikataulu

DIGIDIA-hankkeessa oli kolme eriaiheista työpajaa, joiden tavoitteena oli kehittää digitaalista osaamista ja terveydenlukutaitoa. Osallistujien rekrytointi oli vielä käynnissä syksyllä 2022 samalla kun ensimmäiset työpajat alkoivat. Osallistujat ohjautuivat rekrytointin aikataulun sallimiin ryhmiin ja jokaiselle mahdollistettiin osallistuminen kaikkiin työpajoihin, mutta osallistuminen hankkeeseen ei velvoittanut osallistumista työpajoihin. Työpajat kestivät 3 tunnista 3,5 tuntiin.

Sisältö

Työpajoissa aiheina olivat digitaalinen osaaminen ja terveydenlukutaito (Taulukko 1). Terveydenlukutaidossa huomioitiin myös motivaatio ja minäpystyvyys. Kolmannen työpajan sisällön suunnittelussa hyödynnettiin osallistujilta saatua palautetta. Kolmen työpajan lisäksi DIGIDIA järjesti Tietoturvaillan, johon oli kutsuttu kaikki siihen mennessä rekrytoidut osallistujat. Tietoturvailtaan oli mahdollisuus osallistua myös etänä. Tietoturvaillan aiheina olivat *”Tietoturva – miten se nyt niin vaikeaa on?”* ja *”Kyberturvallisuus sotessa”*.

Työpajat sisälsivät käytännön harjoittelua tietokoneilla tai omilla laitteilla. Jokaisella oli mahdollisuus osallistua työpajoihin ja harjoittelutehtäviin omalla digitaalisen osaamisen tasollaan. Joku tarvitsi enemmän apua tietokoneen avaamisessa, kun taas toiset pääsivät heti itsenäisesti etsimään terveellisiin elintapoihin ja tyyppin 2 diabetekseen liittyvää tietoa sekä tutustumaan sähköisiin terveyspalveluihin. Apua ja ohjausta annettiin yksilöllisen tarpeen mukaan. Tampereen kaupungin Tietotori oli mukana ensimmäisessä työpajassa ja osallistujia kannustettiin osallistumaan myös Tietotorin tarjoamiin palveluihin ja kursseihin.

Ensimmäisessä työpajassa jaettiin tehtävävihko, johon oli koottu digitaalisen oppimisympäristön tehtävät. Sen ajateltiin auttavan aihepiirien (nukkuminen, liikkuminen ja syöminen) henkilökohtaisessa pohdinnassa ja elintapamuutoksissa.

Viimeisen työpajan ”*Onnistumisten olotilassa*” aiheena oli onnistuneet elintapamuutokset. Osallistujat kirjasivat punaisille omenoille ennen hanketta kokeilemiaan onnistuneita elintapamuutoksia ja vihreille, mahdollisesti vielä raakileille, hankkeen aikana kokeiltuja elintapamuutoksia. Omenoiden kautta myös pienet muutokset tulivat näkyväksi. Muutos saattoi olla esimerkiksi ajatusten aktivointi muutokseen tai säännölliset uudet tavat jo osana arkea. Onnistuneiden muutosten kautta haluttiin vahvistaa pystyvyyden tunnetta, joka edelleen lisää onnistumisen mahdollisuuksia uusien tavoitteiden kohdalla. Onnistumiset ovat aluksi pieniä, vihreitä, raakoja omenia, mutta kasvavat ja kypsyvät punaisiksi omenoiksi, ja vakiintuvat osaksi jokapäiväistä arkea. Myös jaetut onnistumiset toisten ryhmäläisten kanssa toivottiin lisäävän motivaatiota ja saavan aikaan ideoita omiin muutoksiin. ”Onnistumisen olotilan” omenapuu näkyy julkaisun kansikuvana.

Taulukko 1. Työpajojen ohjelmat

Työpaja 1	Työpaja 2	Työpaja 3
Digitaalinen osaaminen	Terveyslukutaito, tiedon kriittinen arviointi ja hyödyntäminen	Elintavat ja onnistuneet muutokset
<ul style="list-style-type: none"> Hankkeen esittely 	<ul style="list-style-type: none"> Esittelyt ja kuulumiset 	Taas tavataan!
<ul style="list-style-type: none"> Tietoturva Omaolo, Omakanta VideoVisit ja etäyhteydet 	<ul style="list-style-type: none"> Motivaatio ja muutosvalmius DIGIDIA-oppimisympäristö 	Sähköiset systeemit (Pirhan sähköisten palveluiden esittely)
<ul style="list-style-type: none"> Tampereen kaupungin/ Pirkanmaan hyvinvointialueen sähköiset palvelut: kirjautuminen, Tre verkkosivut, palvelusopimus, ajanvaraus, viestit, lomakkeet, viestipalvelun periaatteet 	<ul style="list-style-type: none"> Hyvinvointiin vaikuttavat tekijät Hyvinvointikartta 	<ul style="list-style-type: none"> Letkeää liikettä & miellyttävät muovit (miellyttävä ja motivoiva liikunta)
		<ul style="list-style-type: none"> Rakkaudesta ruokaan (sokerinäyttely, tietokysymykset, esimerkit erilaisista ruoista)
<ul style="list-style-type: none"> Tietotori 	<ul style="list-style-type: none"> Terveyslukutaito Tiedon arviointi 	Puhtia porukasta (T2D riskiryhmän osallistavaa suunnittelua hankkeen jatkoksi)
<ul style="list-style-type: none"> Harjoittelua tietokoneilla 	<ul style="list-style-type: none"> Tiedonhaku ja arviointia Tehtäviä, harjoittelua tietokoneilla 	<ul style="list-style-type: none"> Etapit eteenpäin (omien tavoitteiden asettamista)
<ul style="list-style-type: none"> Työpajan arviointi 	<ul style="list-style-type: none"> Työpajan arviointi 	Onnistumisten olotila (hankkeen aikana toteutuneet muutokset)
		<ul style="list-style-type: none"> Palaute työpajojen kokonaisuudesta

Osallistujien toiveita kuunneltiin työpajojen kehittämisessä

Työpajoissa 1 ja 2 kysyttiin osallistujilta palautetta ensimmäisistä kerroista ja toiveita viimeiseen työpajaan.

Onnistumisissa tuotiin esille selkokieliyys sekä selkeät ja monipuoliset esitykset. Tietoa oli helppoa omaksua. Työpajojen aiheissa oli hyvä fokus eikä tietoa ollut liikaa. Puhujat olivat asiantuntevia ammattilaisia ja heitä oli helppo lähestyä. Työpajoista välittyi motivoiva ja inspiroiva asenne elämäntapamuutosten suhteen. Puheenvuorot olivat hyvin suunniteltuja, innostavia sekä vuorovaikutuksellisia.

Työpajoja kuvattiin vuorovaikutukselliseksi oppimisympäristöksi, jossa aiheen käsittelyä ja vuorovaikutuksellista keskustelua oli sopivassa suhteessa. Ryhmässä oli hyvä yhteishenki ja se koettiin hyvänä vertaistukena. Pienryhmät koettiin myös hyväksi. Työpajoissa sai esittää kysymyksiä vapaasti. Osallistujat toivat esille myös psykologisen turvallisuuden, jossa osallistujat huomioitiin heidän omalla tavallaan. Asiat tuotiin esille hyvin ihmisläheisesti. Ryhmässä koettiin olevan rento meininki ja myös se, että vain tuli paikalle, koettiin hyväksi.

Työpajojen toiminnallisuus oli koettu hyväksi. Ryhmät, yhteiset keskustelut ja tietokoneharjoitukset tuotiin esille onnistumisina. Työpajat 1 ja 2 alkoivat kahvi, sämpylä ja hedelmätarjoilulla, mikä nähtiin hyväksi erityisesti, jos tuli suoraan töistä.

Osallistujat toivat esille, että työpajoista sai paljon hyvää ja uutta tietoa sekä vinkkejä. Aiheista erityisesti mainittiin motivaatio ja pienet askeleet muutokseen, tavoitteiden asettaminen, Pirhan sähköiset terveystalvelut, Omaolo, Terveyskylä, Terveysportti sekä muut tyypin 2 diabetekseen ja terveyteen liittyvät verkkolähteet ja -materiaalit, tietoturva ja tiedon arviointi.

”Toiminnallisuus hyvä juttu. Paljon uutta tietoa ja vinkkejä.”

”Tietosuoja ja -turva eivät kuulosta kovin kiinnostavilta, mutta oli kuitenkin mielenkiintoista kuulla niistä. Myös nettisivut ja palvelut, joita esiteltiin, olivat kiinnostavia ja hyödyllisiä.”

”Keskustelut sekä puheenvuorot hyvin suunniteltuja, innostavia sekä vuorovaikutuksellisia.”

Työpajojen kehittämiseksi palautteena tuli esille ajankäyttö. Osa koki tarvitsevänsä enemmän aikaa harjoitteluun, kun taas osa koki työpajan kestäneen liian kauan ja toivoi aiheiden tiivistystä. Toive etäosallistumismahdollisuudelle tuotiin myös esiin.

Kehittämisehdotuksena esille tuli tarve yksilöllisemmille työpajoille. Ehdotuksena oli, että ennen työpajaa voisi selvittää osallistujien ennakkotiedot. Osallistujien digitaidot olivat myös erilaisia ja osallistujat toivoivat yksilöllisempää huomiointia digitaalisen osaamisen mukaan. Toivottiin, että ohjelmaa olisi voitu jakaa erilaisiin lähtökohtiin. Työpajoihin kaivattiin haastetta edistyneemmille tai lisää erityistietoa, kuten foodmap ja diabetes. Myös luennot diabeteksestä, laihduttamisesta ja ruokavaliosta olivat kehitysehdotuksina.

Pienryhmäkeskustelut toivottiin purettavan koko ryhmän kesken. Osallistujat kaipasivat myös kotitehtäviä tai tietoa, miten omassa arjessa tapahtuvaan terveyden seurantaan saisi tukea, ohjeita ja vinkkejä.

Motivaatioluento oli innostanut osallistujia, ja toiveena seuraavalle kerralle olikin lisää aiheen käsittelyä: motivaatio, ideat muutoksiin ja repsahduksissa toimiminen. Moni toivoi myös lisää digitaalisen osaamisen harjoittelua: digioppia, tietokoneharjoittelua, tiedonhaun neuvontaa netistä ja etävastaanoton kertausta. Digitaaliseen ohjaukseen toivottiin yksilökohtaisuutta. Toiveena

oli myös suomenkieliset tietokoneohjelmat. Terveydenlukutaitoon liittyen toivottiin uuden tiedon löytymistä ja lisää media- ja tiedonlukutaitoa. Elintapoihin liittyvinä toiveina tuotiin esille erityisesti ravitsemusohjaus, erilaiset ruokavaliot, yksilölliset harjoitteet ja painonpudotus. Toivetta oli kuulla Pirhasta ja kaikkien toimijoiden välisestä yhteistyöstä. Yksi vastaaja kertoi, ettei ollut saanut mitään uutta tietoa ja oli kokenut työpajan hieman tylsäksi.

Toteutusmuotona toivottiin edelleen sopivasti teoriaa ja käytäntöä, rentoa tunnelmaa unohtamatta. Toiveena oli, että työpajat jatkuisivat samalla mallilla ja työpajat sisältäisivät myös kertausta. Ryhmätyöt, pienryhmät, vuorovaikutuksellinen keskustelu ja kuulumisten jakaminen oli koettu hyväksi, ja tällaista toteutusta toivottiin myös viimeiseen työpajaan.

"Kokonaiskuva toimijoiden välisestä yhteistyöstä, mitä palveluja mistäkin, koska ne ovat niin pirstaleisia. Käytännön kuvausta, vinkkejä, elintapojen terveystaikutukset tutkimusnäyttöjen perusteella."

"Pienryhmäkeskusteluja"

"En osaa toivoa. Mutta joskus tulevaisuudessa voisi olla kiva, jos olisi pienten muutosten ryhmä, joka tapaisi silloin tällöin."

Palautteesta tuli esille, että työpajojen pyrkimys helposti lähestyttäviksi ja selkeiksi välittyi myös osallistujille positiivisesti. Ryhmäläisten välinen vuorovaikutus, motivaation tukeminen, tiedon hankinta ja sen arviointi, sähköisten terveystaikutusten esittely ja tietokoneharjoitukset tähtäsivät kaikki terveydenlukutaidon kehittämiseen ja tukemiseen. Työpajoissa oli paljon sisällöllisesti ja toiminnallisesti onnistunutta, mitä osallistajat toivoivat jatkuvan myös seuraavalla kerralla. Kehittämisehdotuksena ja toiveena tuotiin esille yksilöllisempää ohjausta tai syvällisempää tietoa eri aihepiireistä.

Työpajat tukivat elintapoja ja lisäsivät digitaalisten palveluiden käyttöä

Viimeisen eli kolmannen työpajan palautteessa pyydettiin osallistujia miettimään, miten kaikkien työpajojen toteutuksessa oli onnistuttu tukemaan elintapamuutoksia ja pyydettiin arviota heidän käyttämistään sähköisistä palveluista.

Palautekyselystä ilmeni, että työpajat olivat auttaneet 95 % vastaajista (n=21) pohtimaan elintapamuutoksia, 91 % koki työpajojen lisänneen motivaatiota terveellisempiin valintoihin ja 86 % koki työpajojen auttaneen elintapamuutoksissa. 95 % koki työpajojen tukeneen terveyden edistämistä ja 72 % koki terveytensä lisääntyneen hankkeen aikana. 90 %:lla vastaajista diabetestiedon määrä lisääntyi.

Työpajat lisäsivät myös digitaalisten palveluiden käyttöä. 17 vastaajaa 21:stä käytti jotain heille uutta sähköistä terveyteen liittyvää palvelua hankkeen aikana. 67 % vastaajista koki työpajojen auttaneen digitaalisiin järjestelmiin tutustumisessa. 19 % oli eri mieltä ja 14 % ei osannut sanoa. Yhteenveto työpajojen tuloksista esitetään kuviossa 9.



Kuvio 9. Palaute DIGIDIAn työpajoista.

Osallistujilta pyydettiin arviota myös digitaalisissa terveyspalveluissa kohtaamistaan haasteista. He nostivat esiin verkon toimimattomuuden, salasanat ja niiden vaihtamisen sekä omien digitaalisten taitojen puutteen. Tiedonhankinta oli koettu myös haasteeksi. Haluttua tietoa oli vaikeaa löytää, tieto ei ollut ajantasaista tai tarvittava tieto oli löytynyt vasta mutkien kautta. Uusilta hyvinvointialueen sivuilta ei löytynyt tarvittua tietoa, tai palvelu ei toiminut. Vastauksen saamiseen oli mennyt aikaa, jolloin puhelin oli koettu paremmaksi yhteydenottovälineeksi. Omakannasta ei löytynyt kaikkia potilaskertomuksia.

Odotuksista ja toiveista digitaalisille palveluille työpajoihin osallistuneet nostivat esiin etävastaanottojen järjestämisen oikeiden ammattilaisten kanssa virtuaalisten valmiiden vastauksien sijasta,

erityisesti sairastapauksiin toivottiin oikeita hoitajia ja lääkäreitä. Digipalveluihin odotettiin interaktiivisia toimintoja kuten tehtäviä, muistutuksia ja palautetta. Palveluilta toivottiin selkeyttä ja helppokäyttöisyyttä. Vastauksiin toivottiin konkretiaa ja nopeutta. Suunterveydenhoitoa odotettiin siirtyvän paremmin sähköisiksi palveluiksi ja ostopalvelutkin mukaan sähköiseen ajanvaraukseen. Ajantasaiset tiedot toivottiin päivittyvän kaikkiin asiakkaan terveysportaisiin. Toiveena oli myös laajempi osallistuminen ja osallistaminen. Tätä palautetta hyödynnettiin yhteistoimintamallin kehittämisessä.

6. Digitaalinen oppimis- ympäristö elintapojen muutosten tukena

Heinonen, Kirsi

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja hoito koskettaa yhä useampaa suomalaista. Hyvinvoinnin ylläpitäminen, terveydenluku-aidon vahvistaminen ja terveellisten elintapojen omaksuminen ovat avainasemassa niin yksilön kuin yhteiskunnankin näkökulmasta. DIGIDIA-hankkeen yhtenä tavoitteena oli kehittää osaamista tukevia toimintatapoja kansalaisille, joilla tyypin 2 diabetes on joko orastava tai uusi tuttavuus. Yleistavoitteena oli kansalaisten terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn lisääminen ja ylläpitäminen.

Teknologian kehittyessä on syntynyt uusia oppimismuotoja, kuten verkossa tapahtuva oppiminen. Verkko-oppimisen välityksellä terveyden edistäminen on monimuotoisempaa kuin koskaan aiemmin. Yksi DIGIDIAn kohdistettu toimintatapa olikin helposti lähestyttävän, luotettavaa tietoa sisältävän verkkosivuston luominen.

Elintapojen muutos voi olla haasteellista, mutta verkkokurssit tarjoavat tehokkaan tavan tukea tätä prosessia. Verkkovälitteinen oppiminen tarjoaa joustavuutta ja saavutettavuutta opiskeluun. Sisältöön perehtyminen voi tapahtua omassa tahdissa ja omalta laitteelta. Verkossa tapahtuva oppiminen ja reflektointi myös vapauttaa resursseja terveydenhuollosta. DIGIDIA-oppimisympäristön tarkoituksena ei ole korvata terveydenhuollon vastaanottokäyntejä, vaan tarjota luotettava ja helposti omaksuttava lisäkanava tiedon omaksumiseen ja reflektointiin omassa tahdissa.

Oppimisympäristön, www.ehkäisetyyppi2.fi, rakentaminen eteni vaiheittain. Aluksi hankkeen toimijoista muodostunut työryhmä kokoontui pohtimaan, mitkä olisivat oppimisympäristön keskeisiä sisältöjä. Teemoiksi valikoituivat tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja hoito, elintapamuutos ja motivaatio, liikkuminen, syöminen ja nukkuminen. Kun keskeiset sisällöt oli määritelty, lähdettiin niihin etsimään näyttöön perustuvaa tietoa ja oppimisympäristön teknisen toteuttajan varmistuttua aloitettiin sisällön ja teemoihin liittyvien tehtävien vieminen oppimisympäristöön. Ennen oppimisympäristön avaamista työryhmä tarkasteli sitä ja teki vielä joitakin muutoksia.

Oppimisympäristön rakentamisen keskeisiä periaatteita olivat:

- helppokäyttöisyys, selkeys ja helppolukuisuus
- maksuttomuus
- monipuolisuus, terveystiedon toteutettiin monikanavaisesti mm. tekstien, kuvien, videoiden, podcastien ja tehtävien muodossa.
- reflektiivisyys
- yhteinen kehittäminen kohderyhmän kanssa, palautteiden pohjalta.

Oppimisympäristön ensimmäinen versio avautui syksyllä 2022 kaikille hankkeen kohderyhmään kuuluville sekä vertaisryhmän kyselyyn osallistuneille. Keväällä 2023 toteutettiin palautekysely, johon rekrytoitiin vastaajia hankkeen kannalta mielekkäiden Diabetesliiton eri yhteistyötahojen esim. Diabetshoitajat ry kautta. Lisäksi kyselystä tiedotettiin Diabetesliiton jäsenrekisterissä oleville, alle vuoden tyypin 2 diabetesta sairastaneille sekä Diabetesliiton verkkokursseille osallistuneille. Kyselystä tiedotettiin myös hankkeen kohderyhmään kuuluvia.

Kyselyyn vastasi 112 henkilöä. Vastaajista 81 % oli samaa mieltä siitä, että oppimisympäristön sisältö on selkeä. Yli 90 % vastaajista oli samaa mieltä tai melko samaa mieltä siitä, että oppimisympäristö tarjosi uusia ajatuksia ja tehtävät ja testit tarjosivat uusia näkökulmia. Yli 80 % oli sitä mieltä, että oppimisympäristön videot ja pohdinnat tarjosivat uusia näkökulmia.

Kyselyn perusteella oppimisympäristö oli rakennettu onnistuneesti. Avoimissa vastauksissa painottuivat huomiot sivuston selkeydestä, samaistuttavuudesta, helppokäyttöisyydestä ja visuaalisesta keveydestä. Positiivisia huomioita keräsivät myös kuvat, jotka palautteiden mukaan kokosivat tietoa hyvin. Oppimisympäristöön olisi toivottu lisää asiaa mielen hyvinvoinnista. Myös ravitsemusasioita olisi muutaman vastaajan mielestä saanut olla enemmän.

Oppimisympäristö avautui koko väestölle ja ammattilaisille syksyllä 2023.

7. Yksilöllinen ohjausmalli apuna vastaanotolla

Laaksonen, Mari & Airikkala, Elisa

Kasvavat tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuus- ja esiintyvyyssluvut sekä tietoisuus, että elämäntapojen muutos on vaikea toteuttaa, asettavat terveyskeskusteluille ja terveydenhuollon tarjoamalle ennaltaehkäisevälle hoidolle haasteita ja vaatimuksiakin toiminnan tehostamiseksi ja edelleen kehittämiseksi. Ihmisen omahoiton tukemiseen kaivataan malleja, jotka huomioivat terveysläh- töisen (salutogeenisen) ajattelun, asiakkaan aktiivisena toimijana ja käyttäytymisen ymmärtämisen muutosvaiheessa. Nämä kolme elementtiä ovat ohjanneet DIGIDIAn ohjausmallin suunnittelua ja rakentamista. DIGIDIAn yksilöllinen ohjausmalli T2D-riskissä olevien tai diagnoosin saaneiden kohtaamisessa ja hoidon seurannassa kehitettiin niin, että se on mahdollista toteuttaa osana perusterveydenhuollon palveluita. Malli esitetään kuviossa 10.



Kuvio 10. Yksilöllinen ohjausmalli

Yksilöllisessä ohjausmallissa käytettiin useimmissa terveystalveissa jo käytössä olevia mittareita ja toimintaa, sekä joitakin täydentäviä osia, joiden ajatellaan vahvistavan toteutuksen hyödyllisyyttä. Mallin ajatuksena on toimintojen näkyväksi tekeminen, avoimuus ja systemaattisuus sekä asiakkaille että terveydenhuollon toimijoille.

Tyypin 2 diabetesriskin riskin proaktiivinen tunnistaminen

Tyypin 2 diabetekseen (T2D) liittyy useita eri riskitekijöitä. Suurin osa näistä riskeistä liittyy myös yleisen sairastavuuden lisääntymiseen. Ne eivät ole näin ollen vain T2D:n riskitekijöitä. Riskien proaktiivinen havainnointi, tunnistaminen, kysyminen tai mittaaminen asiakkailta ovat terveydenhuollon henkilöstön tehtäviä. Mitä kattavammin asiakkailta on tarkasteltu riskejä, sitä luotettavammin voidaan päätellä heidän kokonaisriskiään. Tulevaisuudessa julkisessa terveydenhuollossa saattaa olla päätöksentekoa tukeva tekoälypohjainen ohjelma, joka laskee ajantasaisen riskin elintapojen muuttuessa hyödyntäen myös genomitiedosta saatavaa riskiarviota. Ammattilaisen nostaessa sairastumisriskin keskusteluun lisääntyy myös asiakkaan tiedostaminen riskinsä tasosta ja sitä kautta riskin käsittely sekä motivoituminen muutokseen ja seurantaan.

Asiakkaan näkökulmasta riskin tunnistaminen voi olla ratkaiseva ensiaskel ja havahtuminen omaan tilanteeseen. Usein lähin ja henkilökohtaisin tieto tyypin 2 diabeteksen riskistä tulee sukulaisien ja perheenjäsenten kautta. Tähän vaikuttaa muun muassa perheessä ja suvussa olleet tyypin 2 diabetekseen liittyvät tapahtumat, sairauden näkyminen jokapäiväisessä elämässä ja omien elintapojen vertaaminen sairastuneeseen sukulaiseen. (Daack-Hirsch ym., 2020.) Yksilölliseen ajatukseen omasta riskistä voi myös vaikuttaa se, kuinka vahvasti ihminen uskoo elintapojen tai toisaalta perinnöllisen riskin vaikuttavan häneen. Näistä kaikkis-

ta kehittyä yksilön näkemys siitä, mitä on olla riskissä ja ajatus henkilökohtaisen riskin suuruudesta. (Daack-Hirsch ym., 2019.) Riskikäsitys voi nostaa esille tietoisuutta ja halua tehdä muutosta niiden riskitekijöiden osalta, joihin hän itse pystyy vaikuttamaan (Kuvio 11).



Kuvio 11. Yksilön riskikäsitteen pohdintaa

Motivaation, terveydenlukutaidon ja digitaitojen tunnistaminen, arviointi ja vahvistaminen

Ymmärrys hoitajan vastaanotolla olevan ihmisen kyvystä, halusta ja mahdollisuudesta käyttää tietoa on avainasemassa seuraavan askeleen ottamisessa kohti ohjaamisen menetelmien valintaa. Esimerkiksi keskimääräinen lukutaito on Suomessa valtaväestöllä erinomaista (Malin ym., 2013), mutta uusien digitaalisten teknologioiden aikakaudella vaaditaan yhä haasteellisempaa lukutaitoa, jonka oppiminen ei ole kaikille mahdollistunut (Sininauhasäätiö, n.d.). Digitaalisten taitojen selvittäminen on tärkeää, jotta saavutamme EU:n asettaman tavoitteen kansalaisten vähintään 80 % digitaalisten perustaitojen hallinnasta (Vuorikari ym., 2022). Yhä enenevässä määrin digitaaliset toimet ovat terveydenhuollon arkea. Tarvitaan kriittistä monilukutaitoisuutta. Asiakassegmentointi auttaa vaihtoehtojen etsimisessä ja huomioi asiakkaan motivaation, taidot ja tarpeen. Käytössä jo olevista asiakassegmentoinneista tunnetuin lienee Suuntima (DigiFinland, 2022).

Jatkossa olisi kehitettävä nopea testi ihmisen monilukutaitoisuuden selvittämiseksi vastaanotolla. Ammattilaisen lienee turha tarjota palveluita digitaalisesti, jos vastaanottaja ei ymmärrä, rohkeine, ei osaa tai on hämmentynyt uusista palveluista.

Samoin toimitaan asiakkaan motivaation punnitsemisen kohdalla. Vain motivaatiota hiemankin osoittava asiakas on mahdollisesti valmis punnitsemaan terveyteen liittyviä toimia ja hänellä löytyy aikomusta muutokseen. Täysin kieltäytyvä, motivoitumaton, haluton ja ehdoton asiakas ei ole siinä hetkessä valmis miettimään tai keskustelemaan terveysriskeistään. Sekä asiakkaan että terveydenhuollon henkilökunnan on hyvä pysähtyä tunnistamaan, arvioimaan ja vahvistamaan motivaatiota. (kts. luku 4.3 Elintapojen muutos ja motivaatio)

Terveydenhuollossa tulisi tunnistaa ja vahvistaa terveydenlukutaitoa aktiivisemmin. Taulukossa 2 tuodaan esille kysymyksiä, joita terveydenhuollon ammattilainen voi pohtia asiakkaansa kohdalla. Terveydenlukutaidon ja tarpeen tunnistaminen voi antaa ohjaukselle oikeat lähtökohdat. Samoin asiakas, jolla on kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski, voi pohtia, minkälaista tietoa ja tukea hän tarvitsisi, jotta hän saisi varmuutta terveyttä koskevassa päätöksenteossään.

Taulukko 2. Reflektioivia kysymyksiä terveydenlukutaidosta ohjauksen lähtökohdana

Terveydenhuollon ammattilaiselle pohdittavaksi	Tyypin 2 diabeteksen riskissä olevalle pohdittavaksi
<ul style="list-style-type: none"> • Millä tavalla terveydenlukutaito näkyy asiakkaan voimavarana? • Miten tuet vastaanotolla asiakkaan terveydenlukutaitoa? • Miten vahvistat vastaanotolla asiakkaan digitaalisia taitoja? • Miten asiakas käsittelee tietoa diabetesriskiään, esidiabetesta tai jo diagnosoitua tyypin 2 diabetesta? • Miten tunnistat asiakkaan motivaation ja minäpystyvyyden, kuinka vahvistat asiakkaan minäpystyvyyttä? • Onko asiakkaalla perhe tukena terveyttä edistävissä elintavoissa? 	<ul style="list-style-type: none"> • Minkälaista tietoa tarvitset tyypin 2 diabeteksestä ja sen ehkäisystä? • Minkälaista tietoa tarvitset tyypin 2 diabeteksen riskeistä ja terveellisistä elintavoista? • Kuinka hankit ja arvioit saamaasi tietoa? • Miten tyypin 2 diabetes näyttäytyy perheessäsi? • Minkälaista tukea tarvitsisit perheeltäsi? • Minkälaisia sähköisiä terveystalvcluita olet käyttänyt? • Minkälaista ohjausta tarvitset sähköisten terveystalvcluiden käyttöön? • Miten kuvaillet motivaatiosi elintapamuutoksia kohtaan? • Miten koet minäpystyvyyden haluamassasi muutoksessa?

Yksilöllisten ohjausmenetelmien valinta

Vastaanottotyön ammattilaisille on tarjolla monenlaisia keinoja edetä ohjauksessa. Vuorovaikutuksellisen ohjausosaamisen (mm. motivoiva haastattelu) lisäksi työkaluja ja yhteistyökumppaneiden tarjoamia palveluita voidaan hienosti hyödyntää ohjauksen tukena. Näistä digitaaliset palvelut uusimpina ovat raivanneet tietä menetelmien kentässä. Ne tarjoavat tärkeän lisän nykyaikaan erityisesti sellaisiin tilanteisiin, joita havaittiin COVID-19-pandemian aikana, jolloin perinteisiä terveyttä edistäviä vastaanottoja vähennettiin akuutin sairaanhoidon tieltä. Digitaalisiin menetelmiin myös luodaan toivoa saavuttaa kustannustehokkaasti tuloksia. Henkilökunnan positiivinen asenne uusiin menetelmiin ja osaamisen vahvistaminen ovat kulmakiviä teknologian käyttöön-otossa.

DIGIDIA-hankkeessa ohjaamismenetelmiä suunnattiin digitaali-palveluihin. Palaute osoitti osallistujien kiinnostuksen terveyteen-sä ja palveluiden kokeilun lisääntyneen hankkeen aikana. Osallistujat olivat hankkeen aikana kokeilleet heille uusista palveluista eniten Terveyskylää ja Pirkanmaan hyvinvointialueen sähköisiä palveluita oman terveyden edistämiseksi tai sairauden hoitamiseksi. Näitä palveluita ei oltu käytetty ennen hanketta. Konkreettinen tuki ja kokeilukulttuuri työpajoissa mahdollistivat osallistujien digitaalisiin palveluihin tutustumisen rauhassa tuen ollessa saatavilla heti.

Etävastaanottokokeilun toivottiin virittävän asiakkaat kokeilemaan vuorovaikutuksellisia teknologioita. Tässä myös onnistuttiin. Etävastaanotoista saatu palaute oli erittäin myönteistä. Osallistujien mielestä hyvää oli se, että vastaanottoa varten ei tarvinnut lähteä kotoa mihinkään ja näin aikaa säästy. Etävas-

taanottoa pidettiin toimivana ratkaisuna ja yllättävän vuorovai-
kutuksellisena. Etävastaanottokokeilu toi esille, ettei asiakkaalla
tarvitse ennalta olla hyviä digitaalisia taitoja, vaan tärkeintä on
rohkaista asiakasta digitaalisten palveluiden käyttöön. Rohkaisun
lisäksi asiakkaat voivat tarvita konkreettista ohjausta ja palvelun
käyttönoton näyttämistä. Ensimmäisen onnistuneen kokeilun jäl-
keen, sähköiset palvelut saavat helposti tyytyväisiä asiakkaita.

Periaatteet yksilöllisen ohjausmallin taustalla

Läpileikkaavana periaatteena mallissa oli terveyslähtöisyys
(salutogenesis), joka tarjoaa vaihtoehdon perinteisille kysymyk-
sille: Mikä aiheuttaa sairautta tai miten välttää terveysongelmia.
Salutogenesis sen sijaan kysyy: Mikä tuottaa terveyttä ja miten
saavuttaa potentiaalinen terveys. Tässä ajattelussa korostuu jäsen-
nellyn ja hallitun elämän sekä merkityksellisyyden löytäminen.
Nämä johtavat ihmiset tunnistamaan, hyötymään ja käyttämään
resursseja ympärillä ja itsessään.

Kun elämäntapamuutokset liittyvät usein kiinteästi T2D-riskin
tavoitteelliseen pienentämiseen, haluttiin mallin huomioivan ih-
misen käyttäytymisteoreettisia tekijöitä. Taustateorian mukana
kulki Schwarzerin kehittämä Health Action Process Approach
(HAPA), joka tunnetaan Suomessa nimellä terveyskäyttäytymisen
prosessimalli. Tässä mallissa elintapamuutos nähdään prosessina.
Prosessi jakautuu motivaatio-, suunnittelu- ja toimintavaiheeseen.
Motivaatiovaiheessa ihmisen aikomus lähteä toteuttamaan elä-
mäntapamuutosta on mahdollista, jos hänellä on kokemus omasta
pystyvyydestään, hänellä on uskoa, että muutoksesta on hyötyä
ja hän näkee ja ymmärtää todelliset riskinsä sairastumiselle pidät-
täytyessään vanhoissa elintavoissaan. (Schwartz & Luszczynska,
2008; Zhang ym., 2019.)

Aikomuksen ja todellisen toiminnan välissä olevana tekijänä Schwartzer näkee suunnittelun tärkeyden. Toiminnan suunnittelussa luodaan tavoitteita (konkreettisia, mitattavissa ja toteutettavissa olevia, merkityksellisiä ja aikaan sidottuja = SMART-tavoitemalli) ja määritellään keinoja uusiin elintapoihin. Toimintavaiheessa vuorottelevat aloitus, repsahdus ja ylläpito. Vaiheet nivoutuvat toisiinsa esim. minäpystyvyyden tunteella, joka ei ole elementtinä vain motivaatiovaiheessa. (Schwartz & Luszczynska. 2008.) Käyttäytymisen ylläpitoon liittyvä minäpystyvyys on henkilön uskomus kyvystään kohdata esteitä keksimällä uusia tapoja niiden ylittämiseksi. Se liittyy vahvasti sinnikkyyteen ja vaikuttaa sekä suunnitelmien laatimiseen että itse toimintaan. Vahvat positiiviset tunteet siitä, että pystyy voittamaan haasteet auttavat repsahdusten voittamisessa ja yksilö pääsee toimimaan suunnitelmien mukaisesti (Hankonen, 2012). Näiden lisäksi Schwartzer antaa painoarvoa myös ulkoisille tekijöille, jotka voivat hidastuttaa prosessia tai olla mahdollistajina. Tässä hankkeessa mahdollistajana nähdään esimerkiksi sosiaalinen tuki, jota vertaiset voivat ryhmässä antaa ja saada. DIGIDIAn pyrkimys eri HAPA-vaiheiden huomioimiseen on esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3. HAPA-mallin vaiheet osana DIGIDIAa.

HAPA-mallin vaihe:	Elementtien huomioiminen DIGIDIA hankkeessa:	Tavoite:
Motivaatiovaihe: <ul style="list-style-type: none"> • Pystyvyys • Hyöty • Riski 	Osallisuusindeksin pystyvyyskysymykset	Pystyvyyskokemus, vertaistuki, saadut tulokset, jotka osataan tulkita oikein (terveyslukutaito) sekä lisääntynyt tieto työpajojen ja oppimisympäristön myötä vahvistavat pystyvyyden tunnetta ja täten omahoitoa
	Tutkimusnäyttö vahvaa elintapamuutosten vaikutuksesta T2D:een	Riski sairastua T2D:een pienenee, jo diagnoosin saaneilla löytyy hyvä hoitotasapaino
	T2D:n riskiryhmään kuulumisen (joko geneettisten tai/ja ympäristöllisten tekijöiden takia)	Kaikkien tekijöiden huomiointi ohjauksessa ja motivaation vahvistaminen
Suunnitteluvaihe	Suunnitelman tekeminen yhdessä motivoituneen asiakkaan kanssa: terveydenluku-, digitaitojen tunnistaminen ja arviointi, sekä ja suunnitelman kirjaaminen	Asiakas tunnistaa omat tarpeensa, joita voidaan tukea erilaisilla ohjaustoiminnoilla
Toimintavaihe	Tarvittava tuki esim. hoitajalta Esteiden pienentäminen muutosten tieltä (osaaminen kehittyy, löytää materiaalia, osaa toimia jne) Mahdollistajien huomiointi (esim. sosiaalinen tuki) Repsahduksien huomiointi	Asiakas on mukana suunnitelman mukaisessa toiminnassa (esim. digihoitopolut tai ryhmäohjaus) Itseohjautuvuus on lisääntynyt

Lähteet

Daack-Hirsch, S., Schumacher, A. C., Shah, L. & Campo, S. (2019). Type 2 diabetes familial risk personalization process profiles: Implications for patient-provider communication. *Research in nursing & health*, 42(5), 369–381. <https://doi.org/10.1002/nur.21971>

Daack-Hirsch, S., Shah, L. L., Jones, K., Rocha, B., Doerr, M., Gabitzsch, E. & Meese, T. (2020). All things considered, my risk for diabetes is medium: A risk personalization process of familial risk for type 2 diabetes. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 23(1), 169–181. <https://doi.org/10.1111/hex.12986>

DigiFinland. (2022). Suuntima-palvelun jatkokehitystyö on käynnistynyt ripeästi. <https://digifinland.fi/> (Luettu 8.8.2023).

Hankonen, N. (2012). Millaiset psykososiaaliset prosessit johtavat elämäntapamuutoksen onnistumiseen? *Lectio Praecursoria. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 75–78.

Malin, A., Sulkunen, S. & Laine, K. (2013) PIAAC 2012. Kansainvälisen aikuistutkimuksen ensituloksia. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2013:19.

Schwarzer, R. & Luszczynska, A. (2008). How to Overcome Health-Compromising Behaviors: The Health Action Process Approach. *European Psychologist*, 13(2), 141–151. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.13.2.141>

Sininauhasäätiö. (2022). Digitaalinen lukutaito edistää yhteiskunnallista osallisuutta. 13.12.22. www.sininauhasaatio.fi (Luettu 8.8.2023).

Vuorikari, R., Kluzer, S. & Punie, Y. (2022). DigComp 2.2: The Digital Competence Framework for Citizens - With new examples of knowledge, skills and attitudes. EUR 31006 EN. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2760/490274>

Zhang, C., Zhang, R., Schwarzer, R. & Hagger, M. S. (2019). A Meta-Analysis of the Health Action Process Approach. *Health Psychology*, 38(7), 623–637. <https://doi.org/10.1037/hea0000728>

8. Tiedon ja taidon kautta osalliseksi – DIGIDIAn yhteistoimintamallin kehittäminen

Halkoaho, Arja & Rintala, Tuula-Maria

8.1 Yhteistoiminnallinen kehittäminen ja digitaaliset asiakaspolut

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä kohtaa monia haasteita, joita ovat väestön ikääntyminen, kasvava palvelujen tarve ja erityisesti pitkäaikaissairauksien kuten tyypin 2 diabeteksen lisääntyminen. Ratkaisuna näihin ongelmiin on siirrytty uudenlaiseen toimintatapaan, jossa palvelut pyritään tuottamaan asiakaslähtöisesti ja kustannustehokkaasti. Tämä edellyttää organisaatioiden siirtymistä organisaatio- ja ammattilaislähtöisestä toiminnasta asiakaslähtöiseen toimintaan. (Mäkinen ym., 2021). Asiakaslähtöisesti tuotetuissa palveluissa otetaan huomioon asiakkaiden tarpeet, voimavarat ja kokemukset palveluista. Tavoitteena on tukea asiakkaiden arjessa pärjäämistä ja tarjota heille tarpeisiin sopivat palvelut. Asiakkaat ovat aktiivisia toimijoita omassa hoitoprosessissaan ja osallistuvat päätöksentekoon. Lisäksi asiakkailla on tärkeä rooli palvelujen kehittäjinä yhdessä ammattilaisten kanssa.

Yhteiskehittäminen on siis prosessi, jossa terveydenhuollon ammattilaiset, potilaat / asiakkaat ja heidän läheisensä sekä mahdollisesti muut sidosryhmät työskentelevät yhdessä hoidon parantamiseksi ja kehittämiseksi. Terveydenhuollossa yhteis-

toiminnallinen kehittäminen nähdään tärkeänä tapana järjestää asiakaspolkuja niin, että potilaiden / asiakkaiden asiantuntemusta käytetään yhdessä ammattilaisten osaamisen kanssa. Yhteiskehittäminen poikkeaa perinteisestä terveydenhuollon mallista tarjoten foorumin, jossa potilaita / asiakkaita voidaan pitää kokemuksen asiantuntijoina - sekä yksilötasolla omasta hoidostaan että ryhmä- ja kollektiivitasolla auttamalla rakentamaan asiakaslähtöisiä prosesseja. (Brandsen T. & Honing M., 2018; Mäkinen ym., 2021).

Yhteiskehittämisen prosessissa korostuu vuorovaikutus ja toiminnan onnistuminen edellyttääkin tiivistä vuorovaikutusta eri sidosryhmien välillä. Tavoitteena on parantaa palvelujen laatua ja potilaiden kokemusta hoidosta. Vuorovaikutuksen tulisi olla aktiivista tiedon vaihtamista, kuuntelemista ja dialogia terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden / asiakkaiden välillä. Tällöin mahdollistuu kaksisuuntaista oppimista. Ensiksi terveydenhuollon ammattilaiset voivat oppia potilailta heidän omista kokemuksistaan ja tarpeistaan, mikä voi auttaa parantamaan hoidon laatua ja potilastyytyväisyyttä. Toiseksi potilaat / asiakkaat voivat oppia lisää omasta terveydestään ja hoitonsa vaihtoehdoista vuorovaikutuksessa ammattilaisten kanssa. (Häkkinen ym., 2021; Pennanen ym., 2023)

Digitaalisia palveluja on hyödynnetty erityisesti terveydenhuollossa asiakaspolun eri vaiheissa. STM raportin (2023) mukaan digipalvelujen käyttäjät ovat pääosin tyytyväisiä palveluihin, heille on tärkeää digipalvelujen saavutettavuus ja integraatio. Myös ammattilaisten kokemukset digipalveluista ovat positiivisia, kuitenkin työmäärän lisääntyminen huolettaa. (Pennanen ym., 2023). Tutkimusten mukaan digitaaliset palvelut diabeteksen hoidossa ovat yhtä vaikuttavia verrattaessa niitä perinteiseen tapaan tuottaa palveluita (Pennanen ym., 2023) ja tämä antaa hyvä pohjan asiakaspolkujen kehittämiseksi diabeteksen hoidossa.

8.2 Menetelmät DIGIDIAN yhteistoimintamallin kehittämisessä

DIGIDIAN yhteistoimintamallin tavoitteena oli vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden, kuntien ja kansalaisyhteiskunnan integraatiota kehittämällä toimiva yhteistyön malli kansalaisten digitaalisten taitojen ja terveydenlukutaidon kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi. Suunnittelu aloitettiin kirjallisuuteen tutustumisella. Selvitettiin, millaisia yhteistoimintamalleja on käytössä sekä niiden toimivuuden arviointia. Tuloksena huomattiin, että selviytykseen tulleet mallit perustuvat pitkälti kasvokkain kohtaamiseen ja digitaalisia palveluita oli hyödynnetty vähemmän. Lisäksi on havaittavissa, että palveluita käyttävien digitaalisia taitoja tai terveyden lukutaitoa ei ole huomioitu tarpeeksi. Kirjallisuuteen tutustumisen jälkeen DIGIDIA-hankkeen yhteistoimintamallin kehittäminen tapahtui neljän eri vaiheen kautta:

1. Yhteistyökokoukset avaintoimijoiden kanssa
2. Osallistava työpaja I
3. Delfi-kysely avaintoimijoille
4. Osallistava työpaja II

Yhteistyökokoukset: DIGIDIA-hankkeessa hyödynnettiin lumipallo otantaa yhteistyökumppaneiden tunnistamiseksi. Ensiksi otettiin yhteyttä jo tiedettyihin avaintoimijoihin sähköpostitse ja sovittiin etätapaamiset, jossa toimijoilta pyydettiin nimeämään ne yhteistyökumppanit, jotka heidän näkökulmastaan olivat merkityksellisiä. Kokouksiin (n=12) osallistui terveydenhuollon asiantuntijoita ja johtajia, potilasyhdistysten edustajia sekä yritysten edustajia.

Osallistava työpaja I: Ensimmäinen osallistavan työotteen mukaisesti järjestetty työpaja oli 14.9.2022. Tähän työpajaan oli kutsuttu mukaan kaikki toimijat, joiden kanssa oli käyty yhteistyökeskusteluita sekä DIGIDIA-hankkeen kohderyhmään kuuluvia hen-

kilöitä. Myös hankkeen työntekijät olivat työpajassa osallistujia. Työpajaan osallistui 19 henkilöä ja työskentely tapahtui kolmen hengen ryhmissä. Työpajassa oli hankkeen ulkopuolinen fasilitoija, joka hyödynsi palvelumuotoilun menetelmiä. Työpajatyöskentelyn kysymykset muodostettiin kirjallisuuden ja yhteistyökouksissa kirjattujen tietojen perusteella:

Työpajassa vastattiin kysymykseen: Millainen on tulevaisuuden yhteistoimintamalli?

Sektorikysymykset:

1. Millaisia toimijoita yhteistoimintamalli sisältää?
2. Mitä jo tehdään, joka halutaan säilyttää, nykytilan kuvaus?
3. Mitä haasteita tiedetään?
4. Miten lisätään asiakkaiden osallisuutta?
5. Millaisia rooleja tarvitaan?
6. Mitä tehdään toisin / eri tavalla?

Delfi-kysely: Työpajan tulokset koostettiin yhteen ja tuloksista muodostettiin Delfi-menetelmällä tehtävään kyselyyn sisältökysymykset (n=16), joka toteutettiin keväällä 2023. Kysely lähetettiin kaikille yhteistoimintapajassa mukana olleille henkilöille (n=19). Vastauksia saatiin 4.

Osallistava työpaja II: Työpajaan pyydettiin mukaan edellisessä työpajassa mukana olleet henkilöt (n=19), paikalle tuli 7 henkilöä. Työpajan tavoitteena oli lisätä asiakasymmärrystä, kuvata palvelupolkua ja hahmottaa yhteistoimintamalli.

Työpajassa vastattiin seuraaviin kysymyksiin:

1. Kuka on asiakas?
2. Miten asiakas havaitsee palvelun ja mitkä ovat hänen kokemuksensa palvelusta?
3. Mitä tapahtuu palvelun takahuoneessa, ketkä ovat toimijoita ja millaisia tukipalveluita sieltä tunnistetaan?

8.3 Osallistava työpaja I

8.3.1 Toimijat yhteistoimintamallissa

Yhteistoimintamallissa keskeisinä toimijoina kuvataan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjiä, erilaisia yhdistyksiä, koulutuksen järjestäjiä ja kaupallisia tahoja kuten apteekit ja erilaiset verkkopalvelut. Vertaistukiryhmät ja -foorumit tuodaan esille. Ne ovat myös tärkeä osa potilaiden hyvinvoinnin tukemista tarjoamalla arvokasta kokemusten vaihtoa ja emotionaalista tukea sairastuneille ja heidän perheilleen.

SOTE-palveluissa keskeiseksi koetaan yksilöllisten palvelujen tarjoaminen ja monipuolisten tukipalvelujen tarjoaminen erilaisissa tilanteissa oleville asiakkaille. Ammattilaisten monipuolinen osaaminen on myös tärkeää. Yhdistystoimijoiden nykytilassa vaikuttavat taloudelliset tekijät. Toiminnan ylläpitämiseen ja kehittämiseen tarvitaan rahaa. Yhdistykset ovat riippuvaisia vapaaehtoisista jäsenistään. Sitouttaminen ja motivoiminen vapaaehtoistyöhön ovat keskeisiä haasteita, jotta toiminta voi jatkua tehokkaasti. Yhdistysten ja SOTE-palveluiden välillä tarvitaan tiivistä yhteistyötä. On tärkeää välttää päällekkäisyyksiä eri yhdistysten ja SOTE-palveluiden välillä, jotta resurssit käytetään tehokkaasti ja palvelut ovat koordinoitumpia. Yhteistyössä kaupallisten tahojen kanssa tavoitteena voi olla esimerkiksi tuotteiden ja palveluiden saatavuuden parantaminen. Erilaiset verkkopalvelut kuten Terveyskylä, Diabetestalo, Sydän.fi ja Terveysportti voivat olla tärkeitä tietolähteitä ja resursseja, joten niiden hyödyntäminen on tärkeää. Verkkopalveluiden kehittämiseen tarvitaan lisää tietotaitoa ja osaamista.

Nykytilanteen kuvauksessa korostui erityisesti sotepalveluiden siiloutumisen poistaminen ja yhteistyön koordinointi. Myös yksilöllisyys ja se, että palvelut ovat tarpeen mukaan räätälöityjä ja

hyödyksi asiakkaalle tuotiin esille. Lisäksi asiakkaan palvelupolun kuvaaminen avoimeksi kaikille on tärkeää. Erityisosaamisen huomiointi ja yhteinen tietopankki työn ja toiminnan tueksi sekä vaikuttavuuden seuranta ja hyödyntäminen kuvattiin tärkeäksi.

8.3.2 Haasteet nykyisessä toimintaympäristössä

Toimintakulttuurin muutos: Nykyisen toimintakulttuurin muuttaminen on haasteellista diabeteksen hoidossa. Nykyiset hoitopolut eivät aina tue digitalisaation hyödyntämistä, mikä voi hidastaa muutoksen toteutumista. Tarve siirtyä kohti tiedolla johtamista sen sijaan, että keskitytään vanhoihin tottumuksiin, on ilmeinen, mutta tämä muutosprosessi ei ole aina sujuva. Digipalveluiden käyttöönotto terveydenhuollossa kohtaa monia haasteita, jotka liittyvät organisaation kulttuuriin, yhteistyöhön eri toimijoiden kanssa, resursseihin ja asiakkaiden tarpeisiin. Näiden haasteiden voittaminen vaatii selkeyttä, yhteistyötä ja resurssien järkevää käyttöä digitaalisten ratkaisujen kehittämisessä ja käyttöönotossa.

Digitaalisen toimintamallin jalkauttaminen käytäntöön ja kohderyhmän tavoittaminen: Digitaalisen toimintamallin lisäarvon tunnistaminen ja sen merkittävänä kokeminen ovat tärkeitä, mutta niiden saavuttaminen vaatii ponnisteluja. Haasteena on, miten toimintamalli saadaan käytännössä otettua käyttöön ja miten kohderyhmä, erityisesti DM2-potilaat, tavoitetaan ja otetaan mukaan kehitystyöhön. Tämä edellyttää strategista suunnittelua ja tehokasta viestintää.

Toimijat: Toimijoiden määrittäminen ja heidän roolinsa selkeyttäminen diabeteksen hoidossa vaativat tarkkaa harkintaa. Yhteistyö yksityisen ja julkisen sektorin sekä yhdistysten välillä on välttämätöntä, mutta se voi olla monimutkaista ja aikaa vievää. Aikatauluongelmat eri toimijoiden välillä voivat lisätä vaikeuksia, ja monitahoisen yhteistyön toimivuus edellyttää tehokasta koordi-

nointia ja tiedonkulun tehostamista. On tärkeää välttää liian monen toimijan osallistumista ja siiloutumista. Kysymys siitä, kuka vastaa T2D-asiakkaan hoidon kokonaisuudesta, vaatii selvennystä ja keskustelua. Asenteet ja motivaatio yhteistyöhön voivat muodostua merkittäviksi esteiksi, ja vapaaehtoistyöhön liittyvät haasteet, kuten vapaaehtoisten saatavuus ja rekrytointi, on otettava huomioon.

Taloudelliset tekijät: Rahoituksen ja resurssien saatavuus ovat keskeisiä tekijöitä digitaalisten ratkaisujen kehittämisessä. Tarvitaan tukea uusien digitaalisten ratkaisujen kehittämiseen, ja ongelmana voi olla, että muualla kehitettyjä ratkaisuja ei oteta käyttöön. Resurssien niukkuus, erityisesti diabeteshoitajien vähäisyys, voi muodostua merkittäväksi haasteeksi. Lisäksi yhdistysten rahoituksen saatavuus ja resurssien oikeudenmukainen jakaminen, erityisesti hyvinvointialueilla, vaativat huolellista suunnittelua ja harkintaa. Uusien digitaalisten ratkaisujen kehittäminen voi tarvita taloudellista tukea.

Asiakkaat: Asiakkaiden moninaisuus, kuten T2D-potilaat ja nuoret T2D-potilaat, tuovat omat haasteensa digitaalisten palveluiden suunnittelulle ja toteutukselle. Kasvava monikulttuurisuus edellyttää digipalveluiden räätälöintiä eri kulttuureihin, jotta ne ovat kaikkien saavutettavissa ja käyttökelpoisia. Asiakkaiden fyysinen kyvykkyys ja jaksaminen on otettava huomioon palveluiden suunnittelussa, ja asiakkaiden ja hoitajien digitaitojen parantaminen voi olla tarpeen. Asiakkaiden aktiivinen osallistuminen ja heidän tarpeidensa kuunteleminen ovat keskeisessä asemassa digitaalisen toimintamallin menestyksellisessä kehittämisessä diabeteksen hoidossa.

8.3.3 Ratkaisuja haasteisiin

Asiakkaiden osallisuuden lisääminen digipalveluissa: Asiakkaiden osallisuus digipalveluiden kehittämisessä ja käytössä on elintärkeää niiden menestyksen kannalta. Työpajassa nousi esille kolme keskeistä periaatetta ja niihin liittyviä toimenpiteitä, joilla voidaan edistää asiakkaiden aktiivista osallistumista digipalveluiden käyttöön.

1. Digipalveluiden saatavuuden matala kynnys ja helppo käytettävyys

Digipalveluiden tulee olla helposti saavutettavia ja käytettäviä, jotta asiakkailla on matala kynnys ottaa ne käyttöön. Tämä edistää digipalveluiden laajempaa käyttöä ja osallisuutta.

- **Yhden luukun periaate:** Tarjoa käyttäjille yksinkertainen ja helppokäyttöinen käyttöliittymä, joka mahdollistaa palveluiden nopean löytämisen ja käytön.
- **Ohjeiden selkeys:** Tarjoa selkeät ja ymmärrettävät ohjeet palveluiden käyttöön, jotta käyttäjät voivat toimia itseohjautuvasti.
- **Asiakaslähtöiset palvelut:** Kehitä palveluja asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden pohjalta varmistaaksesi, että ne vastaavat käyttäjien odotuksia.

2. Aktiivinen yhteydenotto ja motivointi

Asiakkaiden aktiivinen sitouttaminen ja motivointi ovat keskeisiä osallisuuden edistämiseksi. On tärkeää, että asiakkaat ymmärtävät, miksi digipalveluiden käyttö voi olla heille hyödyllistä.

- **Motivoivat mittaukset:** Tarjoa asiakkaille mahdollisuus seurata omia edistymisiään ja saada palkintoja tai tunnustusta saavutuksistaan.

- Hyödyn kuvaus: Selitä asiakkaille selkeästi, miten digipalvelut voivat parantaa heidän elämäänsä ja terveyttään.
- Aktiivinen viestintä: Käytä erilaisia viestintäkeinoja, kuten tekstiviestejä, sähköpostia ja push-ilmoituksia, pitääksesi asiakkaat ajan tasalla ja motivoituneina.

3. Asiakslähtöisyys ja palveluista tiedottaminen

Asiakslähtöisyys ja tehokas tiedottaminen ovat avainasemassa osallisuuden lisäämisessä. Asiakkaille on kerrottava selkeästi, mitä palvelut tarjoavat ja kuinka ne voivat hyötyä niistä.

- Kasvokkain keskustelu: Tarjoa asiakkaille mahdollisuus keskustella henkilökunnan kanssa kasvokkain, jotta he voivat saada yksilöllistä tukea ja ohjausta.
- Monipuoliset viestintäkanavat: Käytä erilaisia viestintäkanavia, kuten some, verkkosivustot ja tiedotteet, jotta tiedottaminen on kattavaa ja tavoittaa laajemman yleisön.
- Digiosallisuus: Tarjoa digitaalisen osaamisen koulutuksia ja tukea niille, jotka tarvitsevat lisäapua digipalveluiden käytössä.

Lisäksi on tärkeää huolehtia siitä, että resurssit ovat saatavilla kaikille, ja että eri toimijat, mukaan lukien kokemusasiantuntijat, otetaan mukaan digipalveluiden kehittämiseen. Näiden periaatteiden ja toimenpiteiden avulla voidaan merkittävästi lisätä asiakkaiden osallisuutta digipalveluiden käyttöön terveydenhuollossa.

Digitaalisiin hoitopolkuihin tarvitaan toimijoita: Työpajaan osallistuneiden mukaan tarvitaan monipuolinen joukko erilaisia toimijoita. Seuraavassa esitellään näiden toimijoiden rooleja ja ominaisuuksia:

1. Asiakkaat:

- Motivoituneita ja aktiivisia: Potilaiden oma aktiivisuus ja motivaatio ovat keskeisiä tekijöitä hoidon onnistumisessa.
- Sairastuneita ja vielä terveitä: Sekä jo sairastuneet että terveet voivat osallistua terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn.
- Leadereitä: Ihmiset, jotka voivat toimia esimerkkinä ja innostaa muita.
- Innostavia puheenvuoroja nuorille: Erityisesti nuoret tarvitsevat innostavaa ohjausta ja tiedotusta terveydestään.
- Rohkeita ja innostajia: Rohkeus ja innostus voivat kannustaa muita mukaan terveydenhuollon parantamiseen.

2. Päätäjät ja fasilitaattorit:

- Päätäjät voivat tukea hankkeita ja antaa resursseja niiden toteuttamiseen.
- Fasilitaattorit voivat auttaa eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja viestintää.

3. Yhdistykset:

- Laajasti verkostoituneita: Yhdistyksillä voi olla laaja verkosto, joka voi tukea potilaiden tarpeita.
- Vertaistuki: Tarjoavat vertaistukea ja kokemusasantuntemusta.
- Alueellinen kohtaamispaikka: Tarjoavat paikan, jossa ihmiset voivat kohdata ja saada tukea, esimerkiksi teemoihin kuten ulkoiluun liittyen.

4. Digimyönteiset:

- Digiratkaisuista kiinnostuneita: Tämä ryhmä voi tukea potilaiden tarpeita digitaalisten ratkaisujen kautta. Esimerkkejä mainituista ratkaisuista ovat Mukanetti.

5. Hyvinvointialueen toimijat:

- Kaupungin eri toimijat, työllisyyspalvelut, kulttuuripalvelu, tietotorit, eri terveydenhuollon ammattilaiset ja aikuisneuvonta

6. Yritykset, kuten kuntosalit ja apteekit:

- Kaupalliset yritykset voivat olla mukana tarjoamassa terveyteen liittyviä palveluita ja tuotteita myös digitaalisessa hoitopolussa.

Tämä monipuolinen toimijoiden joukko voi yhdessä edistää kansalaisten hyvinvointia, tarjota tukea ja resursseja, ja parantaa terveydenhuollon palveluita. Yhteistyö ja yhteinen päämäärä ovat keskeisiä tekijöitä, samoin asenne ja halu tehdä muutoksia ovat ratkaisevia menestyksen kannalta.

Yhteistoimintamallin uutuusarvo: Digipalveluiden kehittäminen ja käyttöönotto vaativat uudenlaista lähestymistapaa ja innovatiivisia toimenpiteitä:

1. Vahvempi painopiste ennaltaehkäisyyn ja asiakaslähtöisyys

Perinteisesti terveydenhuollossa on keskitytty sairauksien hoitoon. Uudessa lähestymistavassa digipalveluissa painotetaan ennaltaehkäisyä, joka voi auttaa vähentämään sairauksien ilmaantumista ja hoitokustannuksia. Tässä nähtiin kaksi keskeistä osa-aluetta:

- **Asiakaslähtöisyys:** Asiakkaat otetaan mukaan ennaltaehkäisevien toimenpiteiden suunnitteluun ja toteutukseen. Tällöin asiakkaat ovat mukana palveluiden suunnittelussa alusta asti, ja heidän tarpeensa ovat keskiössä.
- **Viestintä ja tiedotus:** Terveyspalveluiden tiedotusta lisätään, ja avoimen tiedonkulun avulla asiakkaat voivat helpommin löytää ja hyödyntää ennaltaehkäiseviä palveluita.

2. Projekteista prosesseihin ja yhteistyö eri toimijoiden välillä

Yksittäisten projektien sijaan tulisi siirtyä kokonaisvaltaisiin prosesseihin. Tämä auttaisi varmistamaan jatkuvuutta ja tehokkuutta digipalveluiden kehittämisessä. Tässä tarvitaan laajempaa yhteistyötä. Benchmarkingin avulla voidaan oppia parhaista käytännöistä. Tärkeää on myös ottaa yritykset mukaan digipalveluiden kehittämiseen.

Yhteistyö eri toimijoiden välillä on entistä tärkeämpää digipalveluiden kehittämisessä. Tavoitteena on poistaa raja-aitoja ja luoda uudenlaisia yhteistyömalleja. Työn arviointi korostuu ja nähtiin tärkeänä, että toimijat mittaavat omia suorituksiaan ja hyötyjään, mikä kannustaa aktiivisuuteen ja yhteistyöhön.

Viestinnässä ja tiedotuksessa keskitytään yksityisten ja julkisten palveluiden avoimuuteen ja tiedonkulkuun. Erityisen tärkeänä nähtiin yksityisistä ja kolmannen sektorin palveluista tiedottaminen avoimesti, jotta asiakkaat voivat tehdä tietoisempia valintoja.

8.4 Delfi-kysely

Kyselyn tulosten perusteella digitaalisten terveystalveluiden kehittämisessä keskeisiä avainhenkilöitä ovat seuraavat toimijat: digitaalisia palveluita kehittävä tiimi, asiakkaat/kuntalaiset, kuntien vapaa-aikapalveluiden johtajat, vanhusneuvostot, työllisyyspalvelut, maahanmuuttokoordinaattorit, yhdistykset ja terveydenhuollon ammattilaiset.

Digitaalisia palveluita kehittävä tiimi kantaa päävastuun digitaalisten terveystalveluiden kehittämisestä. Asiakkaiden ja kuntalaisten aktiivinen osallistuminen on korostetun tärkeää, ja heitä pyritään motivoimaan mukaan erilaisiin digitaalisten palveluiden kehittämistoimiin, kuten asiakasraateihin ja nuorisovaltuustoihin. Lisäksi kuntien vapaa-aikapalveluiden johtajia rohkaistaan osallistumaan tarjoamalla infotilaisuuksia ja koulutusta, joita järjestetään esimerkiksi kirjastoissa.

Vanhusneuvostot nähdään merkittävinä yhteistyökumppaneina ikäihmisten digitaalisten taitojen kehittämisessä, lisäksi yhteistyötä työllisyyspalveluiden kanssa tehdään erityisesti niille, jotka tarvitsevat tukea digi- ja terveydenlukutaitojensa parantamiseen. Maahanmuuttokoordinaattorit ja vastaavat tahot nähdään potentiaalisina yhteistyökumppaneina maahanmuuttajien näkökulmasta, mikä korostaa monimuotoisuuden huomioimisen tärkeyttä. Yhdistykset ovat arvokkaita kumppaneita, jotka tuovat mukaan asiakasnäkökulmaa ja diabeteksen ehkäisytyötä tekeviä hoitajia kehitystyöhön.

Terveydenhuollon ammattilaiset, kolmannen sektorin toimijat sekä potilaat ja asiakkaat muodostavat keskeisiä sidosryhmiä, joiden kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä. Tämä monialainen yhteistyö on keskeistä digitaalisten terveystalveluiden laadukkaan kehittämisen ja tarjoamisen kannalta.

Kyselyyn vastanneiden mielestä asiakas avainhenkilöitä tulee tavoittaa monipuolisilla toimenpiteillä, kuten erilaisten tapahtumien järjestämisellä lähitorilla, kirjastoissa ja muissa yhteisöissä. Lisäksi tarjotaan yhteistyötä ja koulutusta, joka vastaa eri toimijoiden tarpeisiin ja odotuksiin. Digitaalisia välineitä ja etäyhteyksiä hyödynnetään laajemman osallistumisen mahdollistamiseksi, samalla kun huomioidaan eri väestöryhmien erityistarpeet, kuten maahanmuuttajien ja ikäihmisten tarpeet, varmistaen osallistumisen ja palveluiden saatavuuden kaikille asianosaisille.

Nykyisistä digitaalisista palveluista vastaajat toivat esille Pirkanmaan hyvinvointialueella sijaitsevien yhdistysten käytössä olevat verkkosivustot, jotka tarjoavat laajan katsauksen yhdistysten toimintaan ja mahdollistaa terveyden edistämisen materiaalien lataamisen. Lisäksi yhdistykset käyttävät sähköpostia viestintäkanavana, jota käytetään laajasti jäsenten ja yhdistyksen välillä. Diabetesvastaanotolla hyödynnetään digitaalisia verensokeriseurannan ohjelmia ja tarjotaan etävastaanottopalveluita. Yleisöluennot striimataan, ja sekä koulutukset että vastaanotot järjestetään etäyhteyksien avulla.

Nykyiset haasteet digitaalisten palveluiden kehittämisessä liittyvät useisiin tekijöihin. Organisaation koko ja jäykkyys voivat hidastaa uusien toimintatapojen käyttöönottoa. Resurssipula saattaa vaikeuttaa palveluiden suunnittelua ja kehittämistä. Lisäksi digipalveluiden käytettävyys ja saavutettavuus koetaan haasteellisina, ja tarvetta niiden parantamiseen tunnistetaan.

Tulosten mukaan terveydenlukutaidon kehittämisen suurimpana haasteena esiintyy ajanpuute, joka saattaa rajoittaa mahdollisuuksia tarjota asiakkaille tarvittavaa ohjausta ja tukea terveydenlukutaidon parantamisessa.

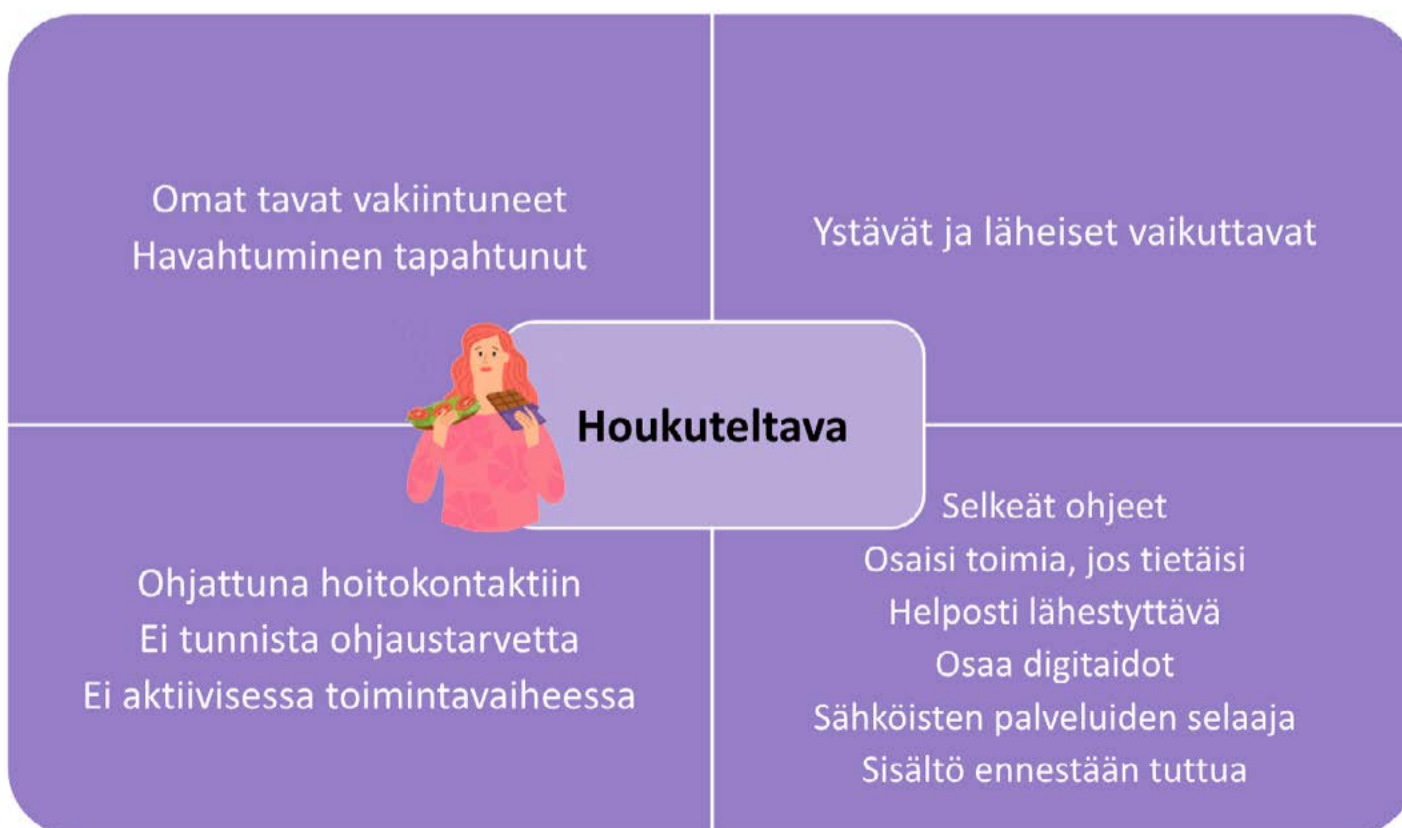
Tulevaisuudessa yhteistyömahdollisuuksien nähdään olevan tärkeitä. Yhteistyötä eri toimijoiden kanssa voitaisiin tehostaa järjestämällä erilaisia yleisötilaisuuksia ja työpajoja digiosaamisen ja terveydenlukutaidon kehittämiseksi. Lisäksi ehdotetaan, että tarjottaisiin tietoa jo olemassa olevista palveluista muille tahoille, jolloin voitaisiin tehostaa niiden hyödyntämistä ja tukea kansalaisten digitaitojen kehittämistä laajemmin.

8.5 Osallistava työpaja II

Osallistavan työpajan tarkoitus oli tunnistaa asiakasprofiili, asiakkaan polku ja sitä tukevat toiminnot sekä pohtia miten eri asiakaskaiden yksilölliset tarpeet tulisi huomioida. Työpajassa jokaista ryhmää (n=3) pyydettiin tunnistamaan yksi asiakastyyppe. Tunnistettut asiakastyypit olivat: Houkuteltava, tunnustelija ja väistelijä.

Houkuteltava asiakastyyppe (kuvio 12) hyötyy ennen digihoitopolun aloittamista tehokkaasta markkinoinnista esim. sosiaalisen median kautta tapahtuva markkinointi voi olla hänelle vaikuttavinta. Lisäksi läheisten ja ystävien omat kokemukset voivat rohkaista houkuteltavaa asiakastyyppeä valitsemaan digihoitopolun. Myös omat aikaisemmat kokemukset vaikuttavat päätöksen tekoon.

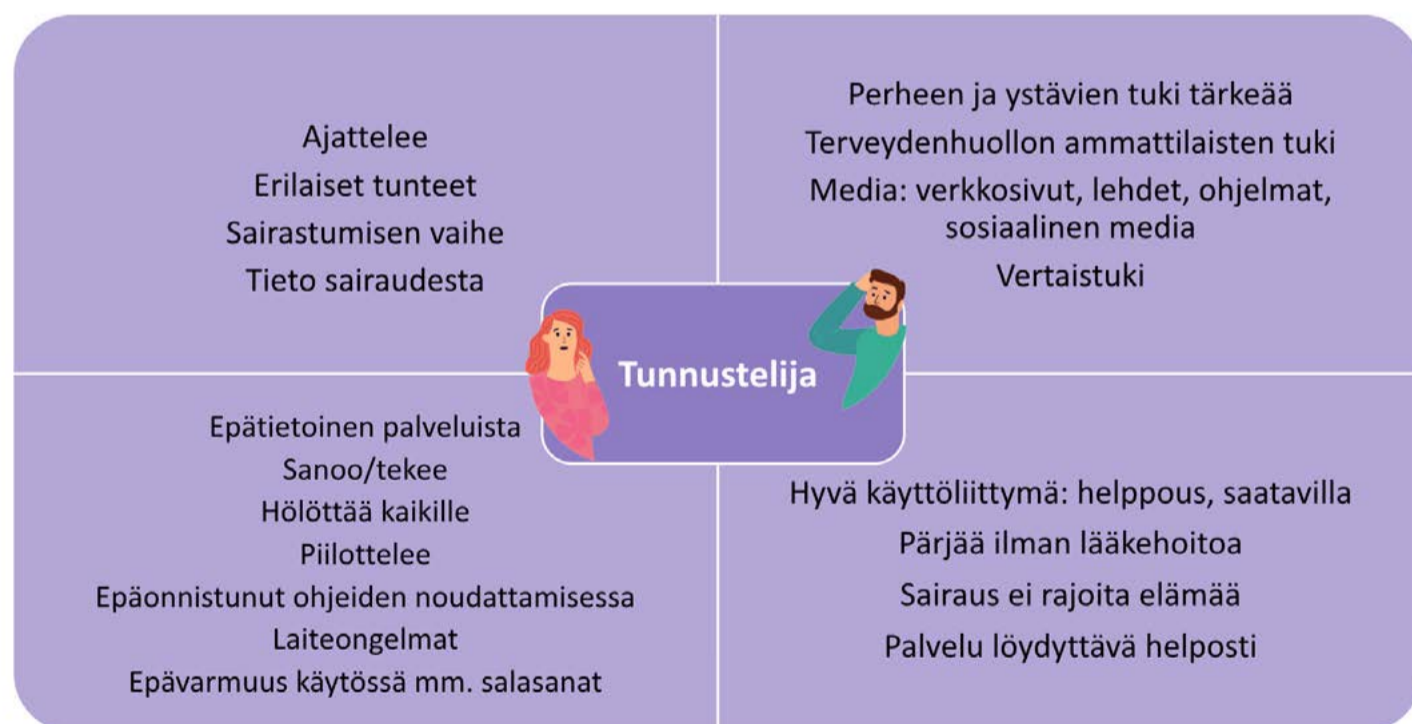
Hoidon aikana tämä asiakastyyppe hyötyy hoitopaikan digitaalisesta materiaalista, matkapuhelin sovellusten käytöstä, mutta myös hoitokontaktista hoitopaikkaan kasvokkain. Hän vielä epäro i sitä, mitä hän haluaa. Hoidon jälkeen on tärkeää jälkimarkkinointi, jossa hän saa palautetta hoidosta digitaalisesti ja hänen asiakassuhteensa on siten aktiivinen.



Kuvio 12. Houkuteltava asiakastyyppe ja hänen erityispiirteensä

Tunnustelija asiakastyypin (kuvio 13) hakee tietoa ennen digipalvelua mm. palveluntarjoajan verkkosivuilta ja mainoksista, mutta myös hoitajan vastaanotolta. Palvelun aikana hänelle on tärkeää, että saatava tieto on luotettavaa, kaiken oleellisen pitäisi olla samassa paikassa tai eri palveluiden integraation tulisi olla olemassa. Hänen pitää itse saada valita, onko hänen saama palvelu etänä vai läsnä. Molemmissa tapauksissa yhteydenoton tulisi olla helppoa ja tunnekokemuksen miellyttävää. Hänelle on tärkeää myös perustelut valintojensa perustaksi ja se, että hän saa itse valita tarpeisiinsa sopivaa palvelua. Vertaistuki on tunnustelijalle myös tärkeää.

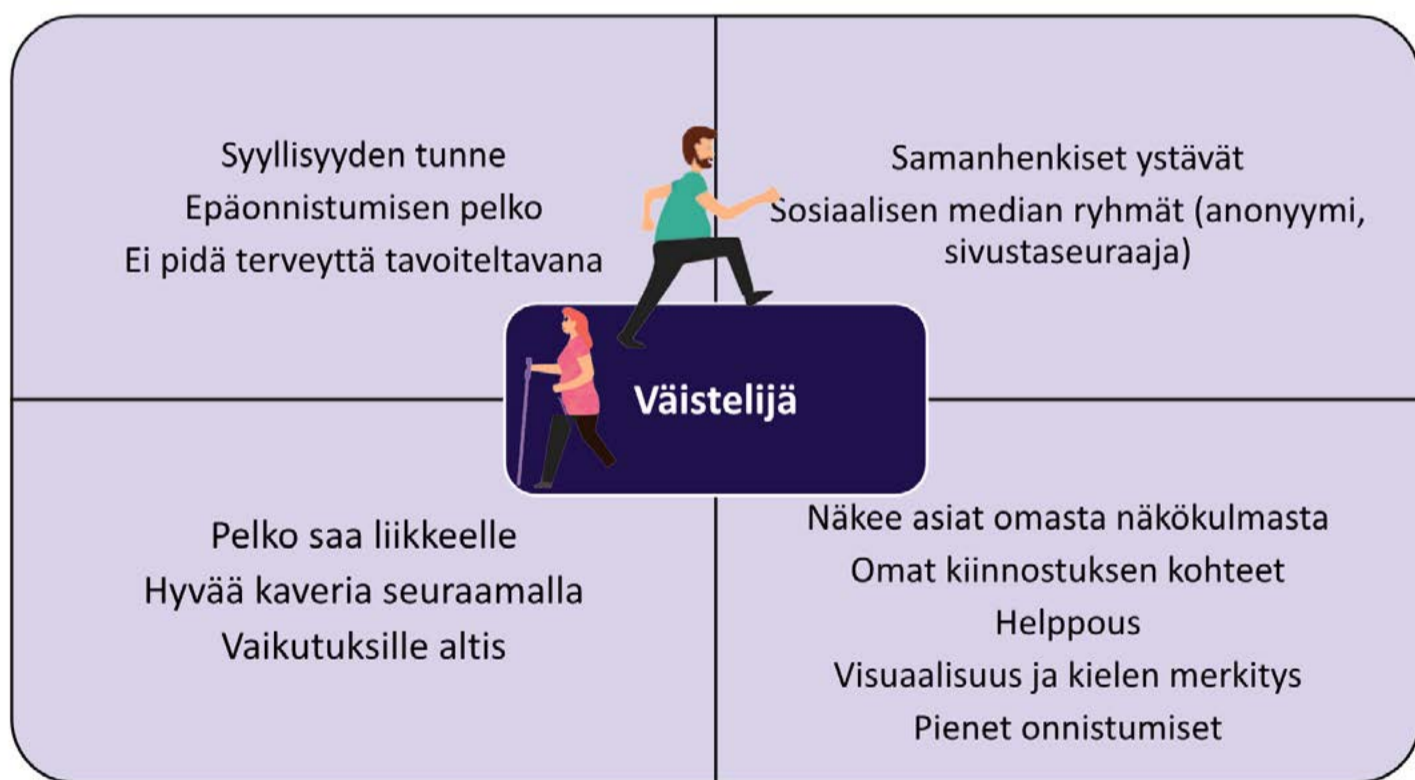
Hoidon jälkeen tunnustelijalle on tärkeää, että hän voi palata palveluun helposti ja yhteydenotto onnistuu nopeasti. Hän haluaa vuorovaikutteista palvelua esim. erilaisia tehtäviä, herätteitä, jotka voivat olla itseohjautuvia.



Kuvio 13. Tunnustelija asiakastyypin ja hänen erityispiirteensä

Väistelijä asiakastyypin (kuvio 14) koee, että palvelun tulee olla helppoa ja houkuttelevaa. Palvelujen tulee olla samaistuttavia, maksuttomia ja rehellisiä. Fyysiset asiat kuten hoitopaikan tila on ratkaiseva. Hän voisi käyttää ennen digihoitopolkua esim. terveyskioskia, katsoa sosiaalisen median kautta tehtyä markkinointia, mutta myös hoitajan vastaanotolla käynti voi edeltää ennen päätöstä.

Palvelujen aikana väistelijän sitoutuminen hoitoon voisi tapahtua esim. pelien ja tehtävien kautta. Tärkeää sitoutumisen edistämiseksi on reflektointi ja interaktiivisuus. Toimivat digitaaliset palvelut luovat luotettavuutta ja välipalautteet auttavat sitoutumisessa. Lisäksi mittaustulokset, jotka onnistuessaan auttavat näkemään konkreettiset muutokset ja hyödyt.



Kuvio 14. Väistelijä asiakastyypin ja hänen erityispiirteensä

8.6 Yhteistoimintamalli – tiedon ja taidon kautta osalliseksi

Digitaalisten terveystalveluiden kehittyessä ja laajentuessa on noussut esiin tarve ymmärtää asiakkaiden digitaalinen osaaminen ja terveydenlukutaito. Tämän tarpeen täyttämiseksi DIGI-DIA-hanke on tuottanut monipuolisia tuloksia eri menetelmillä, ja niiden perusteella on rakennettu yhteistoimintamalli (kuvio 15).

Ennen kuin digitaalisia terveystalveluita voidaan onnistuneesti tarjota asiakkaille, on ratkaisevan tärkeää tunnistaa asiakkaiden digitaalinen osaaminen ja terveydenlukutaito. Tämä varmistaa, että asiakkaat kykenevät luotettavasti hakemaan ja hyödyntämään heille tarpeellista tietoa. Näin voidaan yksilöllisesti räätälöidä terveystalveluita vastaamaan jokaisen asiakkaan ainutlaatuisia tarpeita ja edistää personoitua hoitoa ja ohjausta.

Yhteistoimintamallin rakentamisessa on myös keskeistä tunnistaa palvelutuottajan näkymättömiä toimintoja, kuten tietojärjestelmien ylläpito ja henkilökunnan osaamisen tukeminen. Nämä taustaprosessit ovat kriittisiä turvallisen ja toimivan digitaalisen hoitopolun varmistamisessa, vaikka ne eivät ole suoraan näkyvillä asiakkaille.

Asiakkaan kannalta näkyviä toimintoja ovat digitaaliset terveystalvelut sekä yhteistyökumppaneiden tarjoamat palvelut. Nämä toiminnot muodostavat käyttöliittymän asiakkaiden ja terveystalveluiden välillä, ja ne ovat keskeisiä asiakkaiden avun ja tiedon saamisessa.

Tukiprosesseilla on merkittävä rooli digitaalisten terveystalveluiden toimivuuden takaamisessa ja asiakkaiden tarpeiden tyydyttämisessä. Näihin tukiprosesseihin kuuluu laaja kirjo tehtäviä ja toimintoja, jotka tukevat digitaalisten terveystalveluiden saumattomuutta ja tehokkuutta.

DIGIDIA-hankkeen yhteistoimintamalli tarjoaa kokonaisvaltaisen lähestymistavan digitaalisten terveyspalveluiden kehittämiseen. Asiakaslähtöinen näkökulma, asiakasprofiilien tunnistaminen, palvelutuottajan näkymättömät ja näkyvät toiminnot sekä tukiprosessit muodostavat vahvan perustan terveyspalveluiden laadulle ja saatavuudelle.



Kuvio 15. Tiedon ja taidon kautta osalliseksi

Lähteet

Brandsen, T. & Honing, M. (2018). Definitions of Co-Production and Co-Creation. Teoksessa *Co-Production and Co-Creation Engaging Citizens in Public Services*. Edited by Taco Brandsen, Trui Steen and Bram Verschuere. Routledge. Taylor & Francis Group.

Guo, J., Chen, J-L., Whittemore, R. & Whitaker, E. (2016). Postpartum Lifestyle Interventions to Prevent Type 2 Diabetes Among Women with History of Gestational Diabetes: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. *Journal of Women's Health*, 25(1). [https://www-liebertpub-com.libproxy.tuni.fi/doi/10.1089/jwh.2015.5262](https://www.liebertpub-com.libproxy.tuni.fi/doi/10.1089/jwh.2015.5262)

Häkkinen, M. & Latva-Korpela, I. (2021). Vuorovaikutustaidot yhteiskehittämisen fasilitoinnissa. Teoksessa: Hirvikoski, T., Äyväri, A., Lahtinen, H., Merimaa, M. & Saastamoinen, K. (toim.) *Eurooppalainen korkeakoulu osallistavan tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan mahdollistaja-orkestroijana. Innovaatioekosysteemin näkökulma monitoimijaiseen yhteiskehittämiseen*. Laurea Julkaisut 18. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Mäkinen, S., Halkoaho, A., Huhtelin, M., Hult, T., Hutri-Kähönen, N., Karhe, T., Kivimäki, A., Leponiemi, U., Linna, P., Lumio, J., Martikainen, A-M., Rannisto, P-H., Roth, M., Salomaa, K., Salunen, R., Sillanpää, V. & Tuominen, T. (2021). Vaikuttavaa sote-TKI-ekosysteemiä kehittämässä. *Oppeja yhteiskehittämisen matkalta: Kehys – Kehitämme yhdessä! -hanke 03/2019–09/2021*. Loppuraportti ISBN: 978-951-667-198-0

Pennanen, P., Jansson, M., Torkki, P., Harjumaa, M., Pajari, I., Laukka, E., Lakoma, S., Härkönen, H., Verho, A., Martikainen, S., Kouvonen, A. & Leskelä, R-L. (2023). *Digipalvelujen vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:52. Kustantaja Valtioneuvoston kanslia.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2023). *Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus)*. <https://stm.fi/soteuudistus> Luettu 10.10.2023.

9. Osallistujien näkökulma

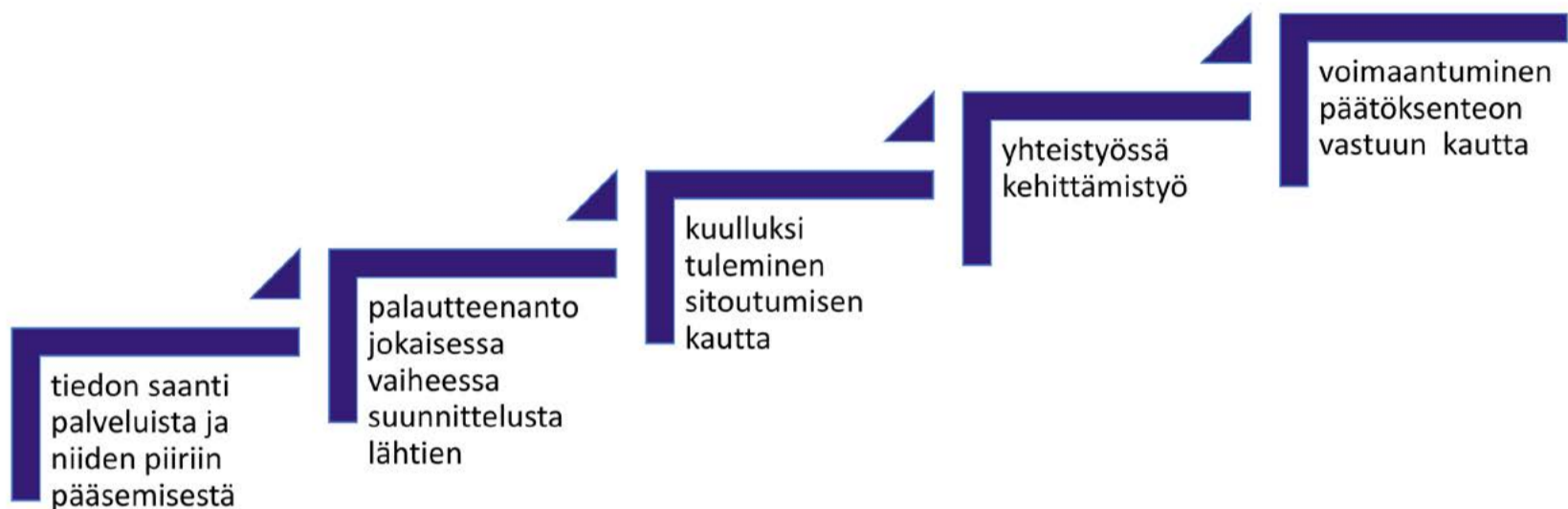
9.1 Omannäköinen osallisuus digitaalisissa terveyspalveluissa

Laaksonen, Mari

Asiakaslähtöisyys ja asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen ovat olleet keskiössä hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ohella hyvinvointiyhteiskunnan palveluiden kehittämisessä jo vuosia (Kivinen ym., 2020). Osallisuus on ymmärretty arvoksi itsessään ja tavoitteeksi, jonka saavuttaminen lisää sekä yhteiskunnan että palvelun tuottajien kestäviä toimintatapoja ja demokratiaa, mutta erityisesti se edesauttaa yhdenvertaisuuden ja resilienssin vahvistamista kansalaisilla. Osallisuus rakentuu ihmisen sisäisistä ja ulkoisista osa-alueista. Osallisuuteen on yhdistetty liittymistä (involvement), suhteissa olemista (relatedness), kuulumista (belongingness), yhteisyyttä (togetherness), yhteensopivuutta (coherence) ja mukaan ottamista (inclusion). Se on myös aktiivista osallistumista (participation) ja vaikuttamista (representation) sekä demokratiaa. Tämä edellyttää yhteisötasolla palveluiden järjestämistä uudelleen ja johtamista (governance), jotka mahdollistavat osallisuuden aktivoitumisen. (Isola ym., 2017.) Osallisuutta on kuvattu myös voimaantumisen (empowerment) ja sitoutumisen (engagement) kautta (Leemann & Hämäläinen, 2016).

Osallisuuden myötä vahvistuneen yksilön koherenssin tunne. Koherenssin tunnetta kokeva ihminen näkee maailman ja siinä tapahtuvat asiat ymmärrettävinä ja hallittavina haasteista huolimatta sekä löytää niistä mielekkyyttä. Täten osallisuus kietoutuu myös terveyteen, sillä koherenssin tunne on stressinhallintaan liittyvä tekijä, jonka puute näkyy terveydelle vahingollisina huonoina elämönhallinnan keinoina (Poppius, 2007).

Yksi tapa jaotella osallisuutta on tarkastella osallisuuden kasvua osana palveluiden kehittämistä. Kuviossa 16 on kuvattu tätä kehitystä tieto-osallisuudesta voimaantumisosallisuuteen.

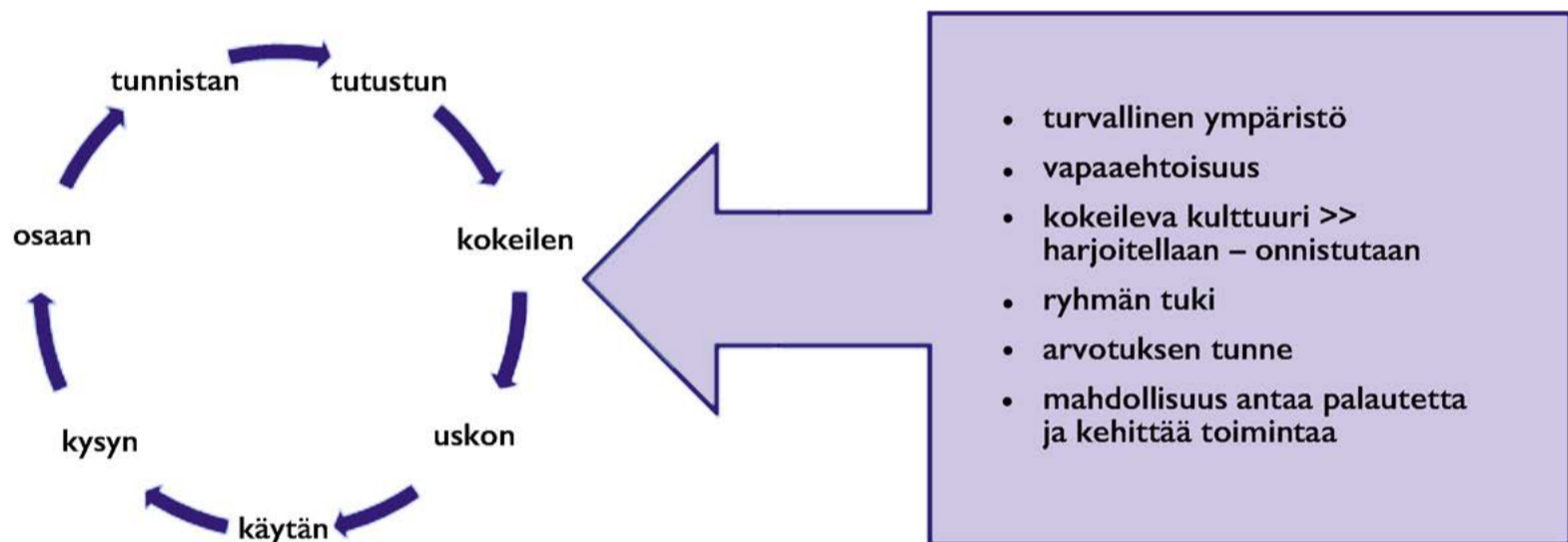


Kuvio 16. Osallistamisen ja osallisuuden asteet (mukailten: International Association for Public Participation n.d.; Leemann & Hämäläinen, 2016)

Koska osallisuuden kokemukset syntyvät usein osallistumisen kautta (Leemann & Hämäläinen, 2016), lähdettiin tässä hankkeessa mahdollistamaan osallisuuden vahvistuminen palveluiden kehittämisen näkökulmasta, jolla voidaan omalta osaltaan vaikuttaa ihmisen osallisuuden kokemukseen. Asiakkaiden äänen kuuleminen ja heidän innostamisensa mukaan toimintaan ja usko omaan pystyvyyteensä luovat kansalaisille luottamusta siihen, että he itse ovat oman terveytensä ja hyvinvointinsa ohjaksissa. Asiakkaiden luottamus omaan pystyvyyteensä tunnistamiseen, ymmärtämiseen ja tunnustamiseen lähti DIGIDIAssa digitaalisten taitojen, diabetekseen vaikuttamisen ja yleisen terveydenlukutaidon vahvistamisesta konkreettisella opetuksella, jossa asiakas pääsee harjoittelemaan hänelle tärkeitä asioita turvallisessa, kunnioittavassa ympäristössä.

Yksilöllisen osallistamisen lisäksi puhutaan myös kollektiivisesta osallistamisesta. Tähän kuuluvat asiakkaiden muodostamat ryh-

mät, joista saadulla kokemuksella voidaan hyödyntää osallistujien näkemyksiä palveluiden kehityksessä (Tritter, 2009). Hankkeessa ryhmätyöskentelyllä pyrittiin vahvistamaan yhteenkuuluvuutta. Osallistujien oman näkemyksen, tarinan, onnistumisen tai haasteen esille tuominen ryhmässä ajateltiin vahvistavan osallisuuden kokemusta – ”minä annan palasen kokonaisuuteen ja sitä arvostetaan”. Tästä esimerkkinä työpajoissa tuotettu Onnistumisten omenapuu (kts. kansikuva), jossa jokaisen onnistumisen kokemus on yhtä arvokas kuin toistenkin. Hankkeessa huomioituja osallisuuden tunteen kasvattamisen tekijöitä on kuvattu kuviossa 17.



Kuvio 17. DIGIDIAn osallisuuden sisäinen pyörä osallisuuden kasvattamiseksi kokeilujen kautta.

Ihmisen pohtiessa terveyteensä liittyviä kysymyksiä saattaa osallisuuden kokemus murentua, vaikka se olisi aikaisemmin henkilön elämässä ollut vahvakin. Kokemus terveyttä uhkaavasta vaarasta voi jättää ihmisen ”paljaaksi”. Terveyteen liittyviin kysymyksiin haetaan usein vastauksia ammattilaiselta ja jopa heittäytyään ammattilaisten hoidettavaksi. Ihmisen oma asiantuntijuus ikään kuin katoaa. Terveydenhuollon rattaat ovat isot ja ihminen hyp-pää mukaan hämmentyneenä tilanteestaan. Jos terveydenhuollosa vielä korostetaan uusia toimintoja, jotka ovat ihmiselle vieraita,

esim. digitaalisia palveluita, voi ihminen jäädä vielä enemmän syrjään sekä kehityksestä että oman terveytensä asiantuntijuudesta.

Tässä hankkeessa katsottiin osallisuutta myös digiosallisuuden edistämisen näkökulmasta. Palaute hankkeen osallistujilta oli tärkeä suunniteltaessa verkkoalustaa, ohjausmallia, työpajoja ja muuta toimintaa hankkeessa. Osallistujat saivat itse kokemuksen omista digitaidoistaan ohjattujen harjoitusten kautta, saivat tietoa tietoturvalisesta toiminnasta, tunnistavat omaa digiosaamistaan, jota voivat hyödyntää hyvinvoinnissa ja terveyden hoitamisessaan. Heille annettiin mahdollisuus harjoitusten kautta vahvistaa digitaalisia vuorovaikutustaitoja terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Näillä harjoitteilla työpajoissa pyrittiin vahvistamaan heidän pystyvyyden tunnettaan, luottamusta itseensä ja nähdä onnistuminen omassa itsessään. Tämän palvelujärjestelmän tason osallisuuden lisäksi haluttiin osallisuutta nostaa esiin myös asiakkaan palvelutapahtuman tasolla (Kivinen ym., 2020). Asiakkaan kohtaamisessa toimittiin korostaen asiakkaan roolia asianomaisena ja asiantuntijana, jolloin hankeosallistuja osallistui aktiivisesti oman hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon.

Osallisuutta on tässä hankkeessa kartoitettu Osallisuusindikaattorilla, Experiences of Social Inclusion Scale, ESIS, (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL], n.d.), joka koostuu vastaajan kuulumisen tunteesta, tekemisten merkityksellisyydestä sekä toimintamahdollisuuksista ja hallittavuuden tunteesta.

1. Tunnen, että päivittäiset tekemiseni ovat merkityksellisiä
2. Saan myönteistä palautetta tekemisistäni
3. Kuulun itselleni tärkeään ryhmään tai yhteisöön
4. Olen tarpeellinen muille ihmisille
5. Pystyn vaikuttamaan oman elämäni kulkuun
6. Tunnen, että elämälläni on tarkoitus
7. Pystyn tavoittelemaan minulle tärkeitä asioita
8. Saan itse apua silloin, kun sitä todella tarvitsen
9. Koen, että minuun luotetaan
10. Pystyn vaikuttamaan joihinkin elinympäristöni asioihin.

Osallisuuden kokemus esitetään osallisuusindikaattorin pistemäärän keskiarvona. Skaala on 0–100 pistettä. Tämän hankkeen osallistujat kokivat alkukyselyssä osallisuutensa keskimäärin hyvänä (keskiarvo 73,5; mediaani 77,5). Kuitenkin 6 vastaajaa (10 %) 60:stä sai heikon osallisuuden luvun (< 50). Heikoksi osallisuutensa kokevien tavoittaminen on tärkeää, koska osallisuuden edistäminen osallistamalla ja vaikutusmahdollisuuksien tarjoamisella on suuret vaikutukset terveyteen, hyvinvointiin ja turvallisuuteen (THL n.d.).

Lähteet

International Association for Public Participation. N.d. Spectrum of Public Participation. <https://organizingengagement.org/models/spectrum-of-public-participation/> (Luettu 2.6.2023).

Isola, A-M., Kaartinen, H., Leemann, L. ym. (2017). Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. THL, työpaperi 33/2017.

Kivinen, T., Vanjusov, H. & Vornanen, R. (2020). Asiakkaan ääni – osallisuus ja vaikuttamisen mahdollisuudet. Teoksessa: Hujala, A. & Taskinen, H. (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala (2020). Tampere: Tampere University Press, 267–293.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>

Leemann, L. & Hämäläinen, R-M. (2016). Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. Yhteiskuntapolitiikka 2016:5.
<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016102725606>

Poppius, E. (2007). The Sense of Coherence and Health: The effects of the sense of coherence on risk of coronary heart disease, cancer, injuries and all-cause mortality. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL]. (n.d.). Osallisuusindikaattori mittaa osallisuuden kokemusta. www.thl.fi/ (Luettu 3.5.2023).

Tritter, J. Q. (2009). Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. Health Expectations. An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 12(3), 275–287.
<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00564.x>

9.2 Hoitajan näkökulma: Diabeteksen ehkäisyryhmämallin kehittäminen osallistujien tarpeista

Sallinen, Niina

Suuri osa suomalaisista on tyypin 2 diabetesriskissä. Onneksi tyypin 2 diabetes on usein mahdollista ehkäistä tai ainakin siirtää, jopa perinnöllisestä alttiudesta huolimatta. Elintavat ovat tässä avainasemassa. Muutoksen tueksi saatetaan kuitenkin tarvita ammattilaisia ja kanssakulkijoita. Elintapaohjauksella onkin loistavat mahdollisuudet vaikuttaa diabeteksen ehkäisyyn. (Tyypin 2 diabetes, 2020.) Itse teen tätä työtä ns. dehkohoitajana diabeteksen ja muiden valtimosairauksien ehkäisyn merkeissä Pirkanmaan hyvinvointialueella Tampereella. Työnimikkeemme dehkohoitaja on jäänyt pienen työyhteisömme käyttöön Diabetes Prevention Study (DPS) -tutkimuksen pohjalta Suomessa laaditun kansallisen tyypin 2 diabeteksen ehkäisemisen DEHKO-ohjelman mukaan (Lindström, 2021).

Työnkuvamme rakentuu pääasiassa asiakkaiden yksilöohjaukselle. Tämän toiminnan rinnalle olen jo pitkään miettinyt diabeteksen ehkäisyn ryhmätoimintaa. Palveluja pitäisi pystyä tarjoamaan mahdollisimman monelle tarvitsijalle ja toisaalta ryhmämuotoisen ohjauksen keskeinen elementti vertaistuki on merkittävä apu diabeteksen ehkäisyn tavoitteiden kanssa painivalle. Toimintamme perusterveydenhuollossa on asiakkaalle maksutonta ja tarjoaa siten tukea tarvitsijoille taloudellisesta tilanteesta riippumatta.

Perustyöni ohella olen saanut työskennellä DIGIDIA-hankkeessa, jonka osallistujilta kerätyssä palautteessa nousi esiin toive tiiviimmästä vertaisryhmätoiminnasta. Tähän tarpeeseen vastaten ja jatkona DIGIDIA-hankkeelle heräsi jälleen ajatus diabeteksen ehkäisyryhmätoiminnan aloittamisesta. Hankeosallistujat saivat mahdollisuuden olla ensimmäisessä ryhmässä mukana ja jatkaa näin diabeteksen ehkäisyn matkaa jo tutuksi tulleella joukolla.

Hyvän ryhmämallin elementit

Tyypin 2 diabeteksen Käypähoitosuosituksen mukaan elintapaohjauksessa vaikuttavimpia ovat käyttäytymistieteen teorioihin ja tutkimusnäyttöön pohjautuvat ryhmien ja yksilöiden tarpeisiin räätälöidyt moniammatilliset toimet. Suosituksessa nostetaan esille Tartu toimeen – ehkäise diabetes -käsikirja, johon on koottu tähän mennessä tehtyjen diabeteksen ehkäisy tutkimusten ja -hankkeiden parhaat käytännöt. Käsikirja sisältää myös pohjan ryhmämallille. (Tyypin 2 diabetes, 2020; Terveystieteiden tutkimuskeskus [THL], 2011.)

Myös DPS-tutkimuksen jalanjäljissä toteutetun StopDia-hankkeen moninaisen toiminnan merkeissä on toteutettu diabeteksen ehkäisyn ryhmätoimintaa. Hankkeen materiaaleista saatiin lupa ohjaajan työkalupakin ja ryhmäläisen osallistujavihon hyödyntämiseen tätä uutta ryhmää varten. (Absetz ym., nd.)

Oppiportin verkkokurssi aktivoivista ohjausmenetelmistä tuo esille konstruktiviseen oppimiskäsitykseen perustuvan käänteisen oppimisen hyödyntämisen. Tällöin ryhmäläinen perehtyy jo ennen yhteistä tapaamista käsiteltävään aihealueeseen. Tapaamisessa aihepiiriin päästään heti syvemmälle eikä ryhmän aikaa tarvitse käyttää ”perusluentoon”. Ryhmästä saadaan tukea omalle reflektoinnille. Osallistuja saa enemmän irti ryhmätapaamisesta myös tiedollisesti orientoiduttuaan aiheeseen etukäteen, koska uusi tieto rakentuu aina aiemman tiedon päälle. (Niemi-Murola ym., 2020.)

Uuden ryhmämallin ideana on ottaa mukaan hyväksi havaitut tavat ja jättää pois jo vanhentuneet tai toimimattomat menetelmät. Kokemukseni mukaan sekä erilaisissa painohallintaryhmissä että tupakanvieroitusryhmissä osallistujien sitoutuminen on muodostunut haasteeksi. Sen sijaan alkuhaastattelutapaamisen sisältäväs-

sä, enemmän vertaistuellisessa, tavoitteellisemmassa ja toiminnallisemmassa TULPPA-avokuntoutusryhmässä sitoutuminen osallistumiseen on ollut erinomaista. Yhteiseksi linjaksi nousi, että ryhmämallissa painotettaisiin motivaation ja muutosprosessin tukemista vertaistuen ja tavoitteiden asettamisen ohjaamisen tuella. Tapaamiset sisältäisivät liikuntatuokioita, jotka voisivat toimia myös ryhmäytymistä edistävänä tekijänä.

Osallistuja on ryhmässä aktiivinen toimija. Tapaamiset aloitetaan aktivoivilla kysymyksillä tai tehtävillä ja myös välillä on aktioivia tehtäviä tai pari / ryhmäkeskusteluja. Osallistujan ohjaustarve, halu tehdä diabeteksen ehkäisyä tukevia muutoksia ja sitoutua ryhmään selvitetään etukäteen esimerkiksi puhelimitse. Tässä yhteydessä on mahdollista tarkastaa myös laboratoriokokeiden tarve verensokeri- ja lipidikokeiden suhteen ja suunnitella diabeteksen ehkäisyn seurannan toteutuminen kokonaisvaltaisesti ryhmän merkeissä ilman erillisiä vastaanottokäyntejä. Jokainen ryhmäläinen valitsee itselleen omiin henkilökohtaisiin tarpeisiinsa ja valmiuksiinsa sopivan tavoitteen, jota vie ryhmän aikana eteenpäin.

Ryhmätapaamisissa keskitytään luentotyypisten ratkaisujen sijaan painottamaan muutosmatkaa ja sen tukemista. Luentoja liikkumisesta, syömisestä, unesta ja painonhallinnasta ei pidetä. Nämä tiedolliset sisällöt osallistuja saa DIGIDIAn oppimisympäristöstä www.ehkäisetyyppi2.fi. Jokainen valitsee tutustuttavakseen sen / ne aihealueet, jotka itse kokevat itselleen tärkeimmiksi, ajankohtaisimmiksi tai voimavaroihin kyseisellä hetkellä sopivimmiksi.

Näin ollen yhdellä ryhmässä voi olla tavoitteena herkkujen vähentäminen arjessa, toisella liikkumisen lisääminen käymällä tiistaisin kuntosalilla ja kolmannella mennä tuntia aiemmin nukkumaan sen sijaan, että jää sohvalle tuijottamaan puoliunessa tele-

visiota. Kutakin yhdistää muutosmatka ja toiveena välttää diabetekseen sairastuminen.

Uutta ryhmämallia on jatkossa helppo hioa jatkuvasti toimivammaksi. Tätä varten osallistujilta kysytään palautetta säännöllisesti ryhmän aikana ja erityisesti sen päättyessä.

Hankeosallistujien toiveet

Jotta ryhmämalli vastaisi osallistujien tarpeisiin, minulla oli DIGIDIA-hankkeen viimeisissä työpajoissa ainutlaatuinen mahdollisuus selvittää mahdollisten osallistujien toiveita. Työpajoihin tehtiin tapausesimerkit DIGIDIAn oppimisympäristössä esiintyvien Jaakon ja Katriinan kuvitteellisista ryhmäkokemuksista, joiden avulla ryhmäläisiä aktivoitiin pohtimaan hyvin toimivan ryhmän elementtejä. Tämän jälkeen heitä ohjeistettiin täyttämään lyhyt kysely liittyen omiin toiveisiin ryhmään liittyen.

Kun osallistujilta kysyttiin, minkälaiseen ryhmään he haluaisivat osallistua, esille nousi ennen kaikkea ryhmältä toivottava vertais-tuki. Tätä varten toivottiin sopivan pientä ryhmäkokoa, jotta tutustuminen olisi helpompaa. Toisaalta toivottiin taustoiltaan mahdollisimman yhtenäistä ryhmäjoukkoa, toisaalta taas eri ikäisiä osallistujia ja "monipuolista kattausta porukkaa".

Ryhmältä toivottiin toiminnallisuutta. Esimerkkeinä nostettiin esiin kävelylenkille lähteminen, lajikokeilut, jumppahetki / liikuntatuokio ja sydänystävällisen ruuan valmistaminen ryhmässä. Työpaja 3 toiminnallista sisältöä muun muassa ruokavalioon liittyvine pohdintatehtävineen kiiteltiin vastauksissa. Myös näiden tehtävien tiedollinen ja havahduttava osuus sai kiitosta osallistujilta sekä kyselyssä että työpajan aikana. Toiveena esitettiin tietois-kuja, liikunta- ja ruokavinkkejä sekä ylipäänsä ryhmää, josta saisi uutta tietoa.

Kanssaosallistujien toivottiin olevan innostuneita, motivoituneita ja osallistuvia. Ryhmälle haluttiin hyvä, innostunut ja jämäkkä vetäjä. Häneltä kaivattiin osallistumaan kannustamista, mutta ei pakottamista siten, että jokaisen olisi esimerkiksi vuorollaan vastattava kysymykseen. Ryhmään osallistuminen voisi olla sitova, mutta ei läsnäolopakollinen. Joku ehdotti myös mahdollisuutta ottaa puoliso mukaan.

Kysyttiin myös, minkälainen ryhmäkokemus olisi osallistujille epämieluisa. Toivottiin, että ryhmäläiset ottaisivat asian tosissaan, eivätkä olisi liian puheliaita vieden tilaa muilta ryhmäläisiltä tai keskeyttäisi vetäjää aiheeseen liittymättömillä kommentteilla. Huonona pidettiin sitäkin, ettei ryhmässä syntyisi lainkaan keskustelua. Esille nostettiin myös luottamuksen puute ryhmässä tai ryhmä, jossa *“kaikki jää puolitiehen”*. Eräs vastaaja ei toivonut ryhmätehtäviä ja ryhmiin jakautumista.

Tapaamisten toteutumisen sopivaan tiheyteen vastattiin 17 osallistujan toimesta. Monet (9) toivoivat tapaamisia tiiviisti esimerkiksi 2 viikon välein tai jopa viikoittain ainakin alkuun tai jos sisältö on itseä miellyttävä, esimerkiksi yhteinen kävelylenkki. Neljä osallistujaa koki sopivaksi kuukausittaiset tapaamiset. Joillekin riittäisi tapaaminen parin kuukauden välein tai vain muutama kerta vuodessa.

10 vastaajaa suosisi mieluiten tai ainoastaan lähitapaamisia. Lähitapaamisten oheen toivottiin tai pidettiin mahdollisena lisänä verkkotapaamisia yhdeksässä vastauksessa. Lisäksi ehdotettiin esimerkiksi WhatsApp-ryhmää, jossa voisi pitää yhteyttä vaikka päivittäin. Pelkkä lähitapaamisvaihtoehto oli toiveena viidellä vastaajalla. Kukaan ei toivonut pelkästään verkossa toimivaa ryhmää.

Ryhmän kokonaiskeston tai tapaamisten määrään liittyvät toiveet olivat vaihtelevia. Kokonaiskeston määrä vaihteli 4kk:sta yhteensä vuoteen ja tapaamiset neljästä kerrasta kymmeneen. Kunkin tapaamisen kestoksi toivottiin yleisimmin kahta tuntia. Vastauksissa oli vaihtelua 1 tunnista 3 tuntiin. Valtaosa kysymyksiin vastanneista hankeosallistujista tuntui olevan samalla linjalla vastaajan kanssa, joka kirjoitti kommentin: *“Useammin, tiiviimmin, lyhyemmin”*.

Osallistujilla on ollut hankkeen aikana käytössään DIGIDIAn oppimisympäristö Tervetuloa löytöretkelle! - Ehkäise tyyppi 2, johon heitä on eri yhteyksissä kannustettu tutustumaan. Sivustolla on paljon tietoa tyyppin 2 diabeteksestä ja sen ehkäisystä motivoivine pohdintatehtävineen. Osallistujilta haluttiin nyt kysyä olisiko tämä verkkomateriaali riittävä tulevan diabeteksen ehkäisyryhmän tiedollisena pohjana, jos ryhmätapaamisissa keskityttäisiin enemmän vertaistukeen ja muutosmotivaation tukemiseen. Ajatus sai kannatusta melkein kaikilta (17). Yksi vastasi, ettei ole innokas käyttämään ja kahta huolesti se, menevätkö kaikki osallistujat lukemaan materiaalia netistä.

Osallistujat saivat ensimmäisessä työpajassa tehtävävihon, johon oli koottu verkkoalustalla olevia tehtäviä sekä joitakin niitä tukevia omaa muutosmatkaansa varten. Osallistujilta tiedusteltiin myös mielipidettä näistä tehtävistä ajatuksena hyödyntää myös niitä ryhmämateriaalina. Kaikki eivät olleet tutustuneet tehtäviin lainkaan, eivätkä siksi kommentoineet. Suurin osa (12) piti tehtäviä hyödyllisinä. Jonkun mielestä osa tehtävistä oli hyödyllisiä, osa ei. Eräs piti tehtäviä sinänsä hyvinä, mutta ei kokenut tarvetta niille: *“ei niihin mitään paperin täyttämistä tarvita”*. Toinen taas toivoi: *“enemmän keskustelua, ei liikaa kirjallisia tehtäviä”*. Muutamat toivat lisäksi esille toiveen mobiililaitesovelluksesta.

Lopuksi kysyttiin vielä osallistujien halukkuutta osallistua tähän tulevaan ryhmään. Valtaosa oli halukkaita (11). Lisäksi kaksi piti mahdollisena myöhempää osallistumistaan. Muutama ei osannut nyt vastata ja kaksi kieltäytyi.

Hankeosallistujien vastausten pohjalta lähdettiin ideoimaan uutta ryhmätoimintamallia jatkumona DIGIDIA-hankkeelle. Dehkohoitajien kesken laadittiin alustava suunnitelma ryhmän toteutus-aikataulusta ja tapaamiskertojen sisällöstä. Ryhmän osallistujien määräksi suunniteltiin 8–10 henkilöä. Tapaamisen toteutuisivat kahden viikon välein ja kestäisivät 2 tuntia. Ryhmäläiset voisivat perustaa keskinäisen WhatsApp-ryhmän. Tapaamiset toteutettaisiin keskustellen ja toiminnallisista menetelmin. Jokaisella tapaamisella huolehdittaisiin taukoliikunnasta. Ryhmän toimintaan mukaan toivotaan vielä kaupungin liikuntaneuvontaa ja ryhmän ideointia jatketaan edelleen. Ryhmän toteutuksen ollessa ajan-kohtauista DIGIDIA-hankeosallistujille tarjotaan mahdollisuutta osallistumiseen. Taulukossa 4 on esitetty tyypin 2 diabeteksen ehkäisyryhmän suunnitelman runko.

Taulukko 4. Diabeteksen ehkäisyryhmän suunnitelmarunko

Aikataulu	Aihepiiri (keskustellen ja toiminnallisoin keinoin)	Tapaamista edeltävästi
1. 1 vko	Tutustuminen, ryhmän toiminta, tehtäväkirja, säännöt, nykytilanne, diabeteksen riskitekijät ja omahoidon vaikutus.	Ennen aloitusta linkki DIGIDIA-verkkomateriaaliin + ohjaus tutustua: Esiintyvyys <ul style="list-style-type: none"> • Syntymekanismi • Riskitekijät • Omahoidon mahdollisuudet Perehdy aineistoon ja nosta esiin 2 kehittämiskohdetta, jotka itsellesi tärkeimpiä
2. 2 vko	Omat muutostarpeet ja motivaatio. Tavoitteet, konkreettiset keinot ja mikä niihin pääsemistä tukee.	Oman motivaation kartoittaminen; valmius muutokseen, mikä motivoi, tulevaisuuden visio
3. 4 vko	Syöminen, hyvät valinnat	Tutustu Sydänmerkkituotteisiin ja kerro jostain kokeilemastasi tuotteesta sekä tuo/jaa resepti/maistiainen ryhmälle seuraavalle kerralle.
4. 6 vko	Liikkuminen. Oma liikunta-kokemus, mikä avuksi motivaation ylläpitoon liikunnassa	Oma laji, millainen liikkuja olen, oman liikkumisen suunnitelma
5. 8 vko	Uni, lepo, rentoutuminen	Vrk-kiekko ja oman nukkumisen seuraaminen Millä tavalla minä rentoudun? Tutustu YouTuben mahdollisuuksiin
6. 10 vko	Miten tästä eteenpäin	Oman motivaation ylläpitäminen (päiväkirja/palkitseminen/tulosten kirjaaminen/repshdukset.)

Lähteet

Lindström, J., Uusitupa, M., Eriksson, J., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S. & Tuomilehto, J. (2021). Mitä suomalainen tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy tutkimus DPS on opettanut? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.137(22), 2399–406. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16546> (Luettu 4.4.2023).

Niemi-Murola, L., Eeva Pyörälä, E., Pöllänen, P. & Putkuri, T. (2020). Aktivoivat ohjausmenetelmät. Verkkokurssi. Duodecim Oppiportti. <https://www.oppiportti.fi/op/dvk00191> (Luettu 4.4.2023).

StopDia ryhmäohjauksen malli. (n.d.) Itä-Suomen yliopisto. <https://sites.uef.fi/stopdia/voimaannuttava-ryhmaohjaus/> (Luettu 2.3.2023).

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [THL]. (2011). Tartu toimeen - ehkäise diabetes. Opas / Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: [10. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085419](https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085419)

Tyyppin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus. (2020). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi (Luettu 2.3.2023).

Kiitokset

DIGIDIA-hankkeessa edistettiin osallistujien kykyä käyttää sähköisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita sekä osallistujien terveydenlukutaitoa. Lisäksi hankkeessa kehitettiin yhteistyön malli eri toimijoiden välisen integraation vahvistamiseksi.

Hankkeessa kehitettiin myös digitaalinen oppimisympäristö, joka on avautunut kaikkien käyttöön. Lisäksi hankkeessa kehitettiin yksilöllinen ohjausmalli tyypin 2 diabeteksen riskiryhmille, esidiabetesta sairastaville ja vastikään tyypin 2 diabetekseen sairastuneille. Hankkeessa poiki myös ideoita jatkohankkeille.

Haluamme lämpimästi kiittää hankkeeseen osallistuneita henkilöitä panoksestanne hankkeen toimenpiteiden eteenpäin viemisessä. Saimme teiltä kallisarvoista palautetta ja ideoita digitaalisen osaamisen ja terveydenlukutaidon kehittämiseksi.

Ihmeitä ei pidä odotella, ihmeitä pitää tehdä!

-Tommy Tabermann

