



Hyvinvoinnin edistäminen nyt!

StopDia-hankkeen toimijahaastatteluiden antia

Anton Sigfrids | Johanna Leväsluoto |
Johanna Kohl



Hyvinvoinnin edistäminen nyt!

StopDia-hankkeen
toimijahaastatteluiden antia

Anton Sigfrids, Johanna Leväsluoto & Johanna Kohl



ISBN 978-951-38-8623-3 (URL: <http://www.vttresearch.com/impact/publications>)

VTT Technology 322

ISSN-L 2242-1211

ISSN 2242-122X (Online)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-38-8623-3>

Copyright © VTT 2018

JULKAISIJA – UTGIVARE – PUBLISHER

Teknologian tutkimuskeskus VTT Oy

PL 1000 (Tekniikantie 4 A, Espoo)

02044 VTT

Puh. 020 722 111, faksi 020 722 7001

Teknologiska forskningscentralen VTT Ab

PB 1000 (Teknikvägen 4 A, Esbo)

FI-02044 VTT

Tfn +358 20 722 111, telefax +358 20 722 7001

VTT Technical Research Centre of Finland Ltd

P.O. Box 1000 (Tekniikantie 4 A, Espoo)

FI-02044 VTT, Finland

Tel. +358 20 722 111, fax +358 20 722 7001

Sisällysluettelo

1. Johdanto	4
2. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat	7
2.1 Monitasoisen muutoksen malli (MLP) muutoksen tarkastelussa	7
2.2 Juurruttaminen	9
2.3 Ennakointi	10
3. Tutkimuksen toteutus	11
3.1 Aineistokuvaus: Valtakunnallisten toimijoiden haastattelut.....	11
3.2 Aineiston analyysi.....	12
4. Näkemyksiä muutoksen tarpeesta, mahdollisuuksista ja esteistä	14
4.1 Ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen kuntien ja päättäjien prioriteetiksi	14
4.2 Terveellinen elämä osaksi arkea - voimaannuttamisen elementtejä	20
4.3 Kohti terveyttä edistävää ja asiakaslähtöistä terveydenhuoltoa	28
4.4 Rahoitusmallien muutos - rahaa terveydestä	36
4.5 Hankkeissa kehitettyjen toimintamallien juurtuminen ja levittäminen	43
5. Johtopäätökset	46
Lähdeluettelo	52

Liitteet

Liite A: Haastattelurunko

Liite B: Litteraatiomerkinnot

Tiivistelmä

Abstract

1. Johdanto

Diabeteksestä on Suomessa ja maailmanlaajuisesti muodostunut kasvava kansanterveysongelma (Suomen Diabetesliitto 2011, WHO 2016a). Suomessa diabeetikoiden määrä on ollut tasaisessa nousussa jo vuosikymmeniä (esim. Aro ym 2015, Jarvala, Raitanen ja Rissanen 2010). Ongelman ehkäiseminen on mahdollista, sillä tiedämme, että elintapoja tervehdyttämällä, kuten liikuntaa ja ravitsemustottumuksia muuttamalla, voidaan vähentää aikuistyyppin diabeteksen esiintymistä merkittävästi (Tuomilehto ym. 2001, Ramachandran ym. 2006). Vaikka käytännön askeleita tyyppin 2 diabeteksen hillitsemiseksi on Suomessa otettu (esim. Saaristo ym. 2010), on haasteena ollut terveyttä edistävien toimenpiteiden vakiinnuttaminen osaksi terveydenhuollon toimintatapaa ja ihmisten elinympäristöä. Laaja-alaisen kansanterveysongelman hillitsemiseksi vaaditaan systeemistä muutosta, joka on sekä poikkihallinnollinen että monitoimijainen ja tähtää terveydenhuollon rajojen ylittävään toimintamalliin.

Tämä tutkimus on osa StopDiabetes-hanketta, jonka tarkoituksena on luoda tyyppin 2 diabeteksen esiintyvyyttä vähentävä StopDia-malli sekä tukea strategista päätöksentekoa ja yhteiskunnallista muutosta kohti terveellisempiä elintapoja. Hankkeella on kolme pääasiallista tehtävää: 1) Ensimmäisenä tavoitteena on toteuttaa 10 000 henkilön interventiotutkimus Etelä-Karjalassa, Pohjois-Savossa ja Päijät-Hämeessä. Kyseisillä alueilla tutkitaan digitaalisen sovelluksen sekä ryhmäohjauksen vaikuttavuutta kakkostyyppin diabeteksen riskin vähentämiseen. 2) Alueilla toimivilla työpaikoilla toteutetaan myös niin sanottua tuuppausta, jossa elinympäristöä muokkaamalla pyritään vaikuttamaan tervehdyttävästi ihmisten arjen toimintamalleihin. 3) Yksilöihin ja työpaikkoihin kohdistuvien interventioiden lisäksi hankkeessa tutkitaan miten muutos kohti terveyttä edistävää yhteiskuntaa voisi tapahtua sekä mitkä tekijät edistävät ja estävät tätä muutosta. Tämän lisäksi mallinnetaan terveyttä edistävien toimintatapojen kustannusvaikuttavuutta.

Jälkimmäinen tehtävä muodostaa terveyden edistämisen toimintamallien muutosta tutkivan kokonaisuuden, jossa laaditaan muutospolkuja kohti terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä entistä paremmin tukevaa yhteiskuntaa. Tutkimustehtävä

toteutetaan kolmessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa kartoitetaan yhteiskunnallisen tason toimijoiden näkemyksiä terveyden edistämisen tilasta ja muutoksen tarpeesta haastattelututkimuksen avulla. Tutkimuksen toisessa vaiheessa terveyden edistämisen kustannusvaikuttava tieto yhdistetään haastattelututkimuksen tuloksiin muodostaen tulevaisuuden muutospolkuja kohti terveyttä edistävää järjestelmää. Kolmannessa vaiheessa muutospolut validoidaan ja muokataan kansallisten toimijoiden kanssa työpajoissa.

Muutospoluilla tarkoitamme tässä tutkimuksessa kehityskulkuja kohti visiota, jossa kakkostyyppin diabeteksen esiintyvyyttä on saatu merkittävästi vähennettyä. Poluilla halutaan kuvata erilaisten toimijoiden näkökulmien perusteella muodostettua käsitystä vision toteutumisen kannalta tarvittavasta muutoksesta, muutosta estävistä ja edistävistä tekijöistä sekä toimijoista muutoksen takana. Polku viittaa matkaan tulevaisuuden visiota kohden erilaisten yhteiskunnallisten rakenteiden ja organisaatioiden vuorovaikutuksessa. Tämä tutkimus tuo myöhemmässä vaiheessaan uudenlaisen näkemyksen muutostutkimukseen liittämällä kuvattuihin muutospolkuihin kustannusvaikuttavuusarvioita: polkujen askelmien taloudellisia vaikutuksia arvioidaan ennaltaehkäistyjen diabetestapauksien kautta.

Muutospolkujen muodostaminen perustuu teoriaan sosioteknisestä muutoksesta (Geels 2002, 2004), yhteiskunnallisesti vaikuttavien innovaatioiden juurruttamisesta ja ennakoinnista (Kivisaari 2008, Nieminen ja Hyytinen 2015). Keskeistä näkökulmassa on, että terveyttä edistävät toimintatavat ovat osana monimutkaista sosioteknistä järjestelmää, joihin liittyvien muutosten ymmärtäminen ja suuntaaminen edellyttää erilaisten toimijoiden, toimintamallien ja yhteiskunnan rakenteiden välisen vuorovaikutuksen hahmottamista (esim. Nieminen 2011, Kivisaari 2008). Yhteiskunnallisen muutoksen tarpeen hahmottaminen ja muutospolkujen kehittäminen ovat tämän vuoksi keskeisiä toimenpiteitä pyrkimyksessä tukea systeemistä muutosta kohti terveyttä edistävää yhteiskuntaa. Sosioteknisen muutoksen teoriaa ja siihen liittyvää monitasoisen muutoksen mallia (eng. *multi level perspective MLP*) voidaan hyödyntää käsitteellistämään tutkittavan muutoksen luonnetta ja laajempaa kontekstia (Geels 2002, 2004). Uusien innovatiivisten toimintamallien juurruttaminen merkitsee eri osapuolten näkökulmien esiin tuomista ja vuorovaikutuksen lisäämistä, mikä itsessään on jo ensimmäinen askel kohti muutosta.

Tässä raportoitava haastattelututkimus on tulevaisuuden muutospolkuja muodostavan tutkimuksen ensimmäinen vaihe. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää laajalaisesti terveydenhuollossa ja terveydenhuollon ulkopuolella toimivien valtakunnallisten toimijoiden näkemyksiä terveyden edistämisen nykytilanteesta sekä tulevaisuuden mahdollisuuksista terveyden edistämisessä. Tutkimusta ohjasivat kysymykset: *Minkälaista muutosta tarvitaan terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi? Mikä estää ja edistää terveyttä edistävien toimintamallien käyttöönottoa ja leviämistä yhteiskunnassa?*

Raportissa esitellään aluksi, miten sosioteknistä muutosta voidaan ymmärtää muutospolkuja kuvastavan MLP-mallin kautta, ja miten ns. Strada-malli on osa yhteiskunnallista päätöksentekoa tukevaa teoreettista ja käytännönläheistä toimintatapaa. Tämän jälkeen esitellään tutkimusaineisto, tutkimuksen menetelmät ja aineiston analyysitapa. Haastatteluaineisto raportoidaan haastatteluiden sisältöä peilaavien viiden eri muutosteeman kautta. Johtopäätöksissä analyysin tulokset vedetään yhteen ja pohditaan niiden hyödyntämistä muutospolkujen muodostamista varten.

2. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

Tutkimuksessa sovellamme niin sanottua Strada-menetelmäkokonaisuutta yhdistämällä menetelmällisiksi ja teoreettisiksi lähtökohdiksi juurruttamisen, ennakoinnin ja monitasoisen muutoksen mallin (MLP). Menetelmäkokonaisuuden tarkoituksena on tuottaa päätöksentekoa tukevaa tietoa empiiristen tapaustutkimusten kautta (Nieminen ja Hyytinen 2015). Strada on laaja paketti jossa yhdistyvät yllä olevien näkökulmien lisäksi arviointi ja systeemidynaaminen mallinnus. Koko hankkeen kontekstissa olemme hyödyntäneet Strada-mallin kehystä, mutta tässä raportissa keskitymme osakokonaisuuteen, jossa juurruttamisella ja ennakoinnilla on keskeinen rooli (ks. Kohl ym. tulossa). Esittelemme seuraavaksi lyhyesti monitasoisen muutoksen mallin sekä juurruttamisen ja ennakoinnin lähtökohdat, sillä ne toimivat haastattelututkimuksen toteutuksen ja aineiston analyysin perustana.

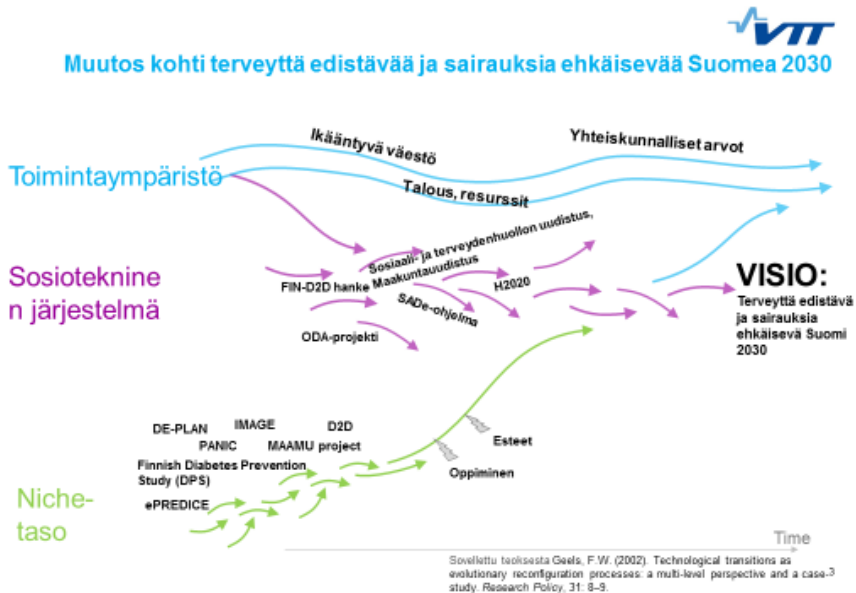
2.1 Monitasoisen muutoksen malli (MLP) muutoksen tarkastelussa

Monitasoisen muutoksen malli (eng. *multiple level perspective*, MLP) muodostaa teorian, jonka avulla voidaan ymmärtää sosioteknisen järjestelmän muutosta (Geels 2004). Mallin tarkoituksena on auttaa hahmottamaan yhteiskunnan eri tasojen välistä muutosdynamikkaa sekä analysoimaan niillä toimivien eri toimijoiden ja rakenteiden välistä vuorovaikutusta. Terveyttä edistävän muutoksen toteuttaminen käytännössä ei ole mahdollista pelkästään yksittäisiä uusia toimintamalleja luomalla, vaan polku todelliseen muutokseen on riippuvainen monitasoisesta ja -tekijäisestä kytköksistä niin teknologioiden, innovaatioiden, markkinoiden, hallinnon ja myös vallitsevien poliittisten ohjelmien sekä laajojen trendien vaikutuksista.

Monitasoisen muutoksen mallissa (Kuva 1.) järjestelmän muutos on mahdollinen vain yhteiskunnan eri tasojen vuorovaikutuksessa. Näitä tasoja on kolme: *toimintaympäristö*, *sosiotekninen järjestelmä* ja *niche*-taso. *Toimintaympäristö* viittaa yhteiskunnassa hitaasti muuttuviin laajoihin taloudellisiin, materiaalsiin, demografisiin, poliittisiin ja kulttuurisiin suuntauksiin, jotka ovat muiden yhteiskunnallisten tasojen suoran vaikutuskentän ulkopuolella (Geels 2002, Geels ja Schot 2007). Tämän tutkimuksen näkökulmasta hahmotettava toimintaympäristö viittaa esimerkiksi sellaisiin tekijöihin, kuten globaalit taloussuhdanteet, väestön elintason nousu ja ikääntyminen, tautikuvaston muuttuminen ja sosioekonominen eriarvoistuminen.

Sosiotekninen *järjestelmä* ymmärretään ”*vakiintuneeksi ja institutionalisoituneeksi toimintamallien ja teknologioiden muodostamaksi kokonaisuudeksi*”, kuten esimerkiksi sosiaali- ja terveysjärjestelmä (Nieminen ja Hyytinen 2015, 14). Sosiotekninen järjestelmätaso viittaa siis yhteiskunnassa erilaisten teknologioiden, organisaatioiden, toimijoiden, sääntöjen, normien ja käytäntöjen sommitelmaan, joiden puitteissa suhteellisen vakaat merkitysjärjestelmät ja toimintatavat muodostuvat ja uusiutuvat

(esim. Geels 2004, Geels ja Schot 2007). *Niche-tason* muodostaa maantieteellisesti tai muuten regiimitason vaikutuksilta rajoitetut ja suojatut alueet, joissa innovaatioiden ja uusien palvelumallien toimintaa on mahdollista kokeilla esimerkiksi suojassa markkinakilpailulta.



Kuva 1. *Monitasoinen muutoksen malli* (muokattu teoksesta Geels 2002)

Sosioteknisen järjestelmän muodostamat monimutkaiset kytkennät uusintavat erilaisia sääntö- ja toimintajärjestelmiä. Tämän seurauksena syntyy polkuriippuvuuk- sia, jolla viitataan siihen, että usein stabiiliksi kuvattu sosio-tekni- ninen järjestelmä uusintaa vakiintuneita toimintatapoja. Toimintatapojen vakiintuminen tekee radikaalin, eli aidon järjestelmämuutoksen vaikeaksi, sillä toimijoiden riippuvuus vallitsevan jär- jestelmän toiminnoista estää muutosta. Järjestelmätason muutos tulee mahdol- liseksi vain järjestelmän osien suhteiden muuttuessa ja niiden interaktion vaikutuk- sesta. Vallitsevien toimintatapojen muutokselle tai uusien toimintamallien omaksu- miselle syntyy tilaa silloin, kun toimintaympäristössä tapahtuneet muutokset luovat muutospainetta järjestelmätasolle, jolloin muutoksen luonne ja laajuus riippuvat siitä, miten hyvin järjestelmätaso pystyy sopeutumaan toimintaympäristön muutok- siin. Toimintaympäristön ja järjestelmätason epätasapainotilan tai yhteensovitta- mattomuuden asteesta riippuen syntyy tilaa muutokselle myös silloin kun niche- ta- solla tapahtuu muutoksia kuten uusia teknologisia innovaatioita, jotka muuttavat aiempia toimintamalleja.

Lähtökohtana on näkemys siitä, että systeeminen muutos edellyttää useiden erita- soisten kehityskulkujen keskinäistä vuorovaikutusta. Toisin sanoen, mikään toimija ei saa yksin muutosta aikaiseksi, eikä muutoksen toteutukseen riitä uudenlaisen,

toimivan mallin kehittäminen. Muutos voi tapahtua, jos vallitsevaan sosiaali- ja terveysjärjestelmään kohdistuu huomattavia muutospaineita, vallitsevassa palvelujärjestelmässä luodaan edellytyksiä uusien toimintamallien käyttöönotolle ja samanaikaisesti tarjolla on hyväksi kokeiltuja uusia toimintamalleja. Mahdollisuuksien ikkuna voi avautua vain näillä eri tasoilla tapahtuvien prosessien vuorovaikutuksen kautta.

Esimerkiksi toimintaympäristötasolta tulevat laaja-alaiset muutosallot asettavat nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän erilaisten muutospainneiden alle, kun globaalit taloussuhdanteet ja kroonisten sairauksien kuten tyypin 2 diabeteksen esiintyvyyden kasvu asettaa terveydenhuoltojärjestelmän rahoituksen kestävämmälle pohjalle. Jos nykyinen järjestelmätaso eli terveyden edistämiseen liittyvät institutionalisoituneet toimintatavat terveydenhuollossa ja terveydenhuollon ulkopuolella eivät tällaisen paineen alla pysty vähentämään tyypin 2 diabeteksen esiintymistä, asettuvat väestön terveyden ylläpitämiseen tähtäävät järjestelmätason instituutiot epävaakaaseen ja kestävämmään tilaan. Ratkaisuja tämän tilan tasapainottamiseksi saattaa löytyä esimerkiksi erilaisten innovaatioiden avulla, jotka vähentävät diabeteksen esiintyvyyttä tai diabeteksen aiheuttamaa terveydellistä taakkaa yksilö- ja yhteiskunnan tasolla.

2.2 Juurruttaminen

Tässä tutkimuksessa sovellamme MLP mallin ohella *juurruttamista* (Kivisaari ym. 2008, 2013), joka pyrkii eri toimijoita osallistavalla menetelmällä tukemaan yhteiskunnallisesti tarpeellisen ja laadukkaan innovaation luomista. Yhteiskunnallisesti laadukkaalla innovaatiolla on Kivisaaren (2015, 33) mukaan arvoa sen hyödyntäjälle, sen ratkaisu on edistyksellinen ja yhteiskunnallisesti vaikuttava, ja sitä on mahdollista levittää laaja-alaiseen käyttöön. Juurruttamisen näkökulma tukee MLP mallin soveltamista muutostutkimuksessa tuomalla käytännönläheisen ja toimijoiden näkemyksiä painottavan näkökulman yhteiskunnallisten rakenteiden merkitystä painottavan näkökulman ohelle. Juurruttamisen tavoitteena ei ole vain tutkia muutosta vaan myös edistää muutosta järjestelmässä ja toimijoiden osallistamisen kautta tuoda esiin muutoksen kompleksisuus ja moniäänisyys.

Yhteiskunnallisesti laadukkaan ja innovatiivisen toimintamallin kehittämisen lähtökohtana on yhteiskunnallisen ongelman määrittely ja sen ratkaisujen arviointi monipuolisesti eri toimijoiden näkökulmista ja intresseistä käsin. Juurruttamisprosessissa kartoitetaan eri osapuolten näkemyksiä, odotuksia ja tietämystä toimintamallin tai teknisen innovaation tarpeesta, sitä edistävästä tekijöistä, ja etsitään ratkaisuja esteiden ylittämiseksi. Yhdistämällä eri toimijoiden tarpeet ja intressit, prosessi mahdollistaa ongelman luonteen ja sen innovatiivisten ratkaisumallien syvällisemmän ymmärryksen toimijoiden keskuudessa. Samalla se merkitsee toimijoiden yhteistä oppimisprosessia, jossa uusia näkökulmia ja ratkaisumalleja saattaa löytyä (Kivisaari 2015).

2.3 Ennakointi

Ennakoinnilla viittaamme tässä tutkimuksessa tulevaisuuden epävarmuuksien ja mahdollisuuksien tarkasteluun (ks. Ahlqvist 2015). Näkökulman avulla voimme tunnistaa erilaisia muutoksia ja murroksia esimerkiksi sosiaali- ja terveysjärjestelmässä sekä ennalta arvioida muutosten mahdollisia vaikutuksia. Ennakointi on kokonaisvaltaista ja yhdessä tehtävää tulevaisuuden rakentamista niin kirjallisuuteen pohjaten kuin myös osallistaen eri toimijoita. Se on myös tulevaisuuden mahdollisuuksien tai vähemmän toivottujen polkujen ja toimenpiteiden sanoittamista. Lyhyen, keskipitkän ja pitkän ajan muutosten systemaattinen läpikäyminen vuorovaikutteisesti alan toimijoiden, ja valtakunnallisten päättäjien sekä esimerkiksi kansalaisjärjestöjen kesken avaa näkymiä vaihtoehtoihin tulevaisuuksiin. Strategista päätöksentekoa tukeva ennakointi on siten tulevaisuuden rakentamista yhdessä.

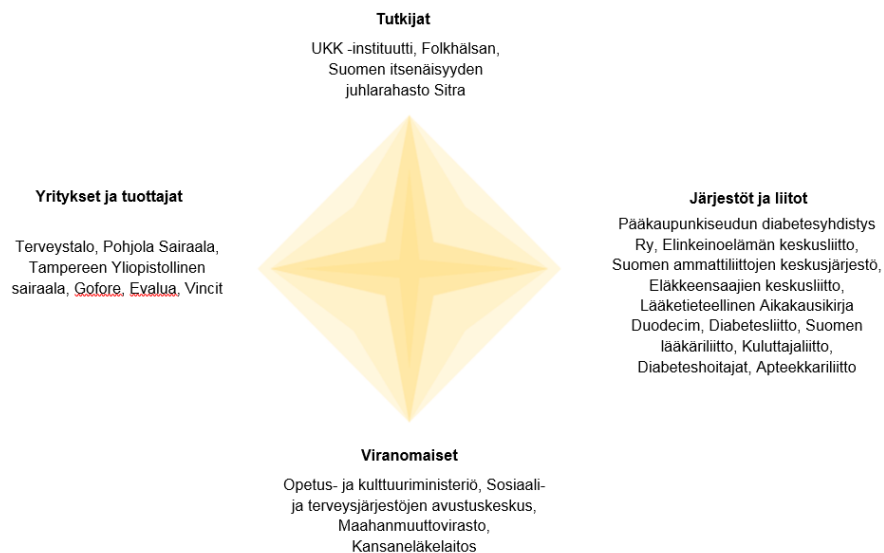
Ilman ennakointia sosiaali- ja terveysalan murros hahmottuu helposti sirpaleiseksi lyhyen tähtäyksen toimenpiteiksi. Ennakointi tuo tarkastelutapaamme ajallisen ulottuvuuden, jonka avulla voimme hahmottaa sosiaali- ja terveysalan murrosta laajemmin. Näkökulman avulla muutosta ja sen suuntaa voi tarkastella kokonaisvaltaisesti huomioimalla muutokselle keskeisiä toimijoita sekä muutoksen haasteita ja mahdollisuuksia. Juurruttamisen ja ennakkoinnin yhdistäminen tarkoittaa erilaisten toimijoiden moniäänisyyden tarkastelemista nykyhetken kuvauksien ja tulevaisuuden visioiden kautta. Yhdessä näiden tarkastelutapojen avulla on mahdollista muodostaa käsitystä sosioteknisen muutoksen mahdollisuuksista.

3. Tutkimuksen toteutus

3.1 Aineistokuvaus: Valtakunnallisten toimijoiden haastattelut

Tutkimuksen toteuttamiseksi haastattelimme 23 valtakunnallisen tason toimijaa, joilla on tärkeä rooli terveellisten elintapojen tukevien toimintamallien soveltamisessa tai kehittämisessä (ks. Kuva 1). Koska tutkimuksessa sovelletaan juurruttamiskäytäntöä, haastateltaviksi tavoiteltiin terveyden edistämiseen liittyvien sidosryhmien moniäänisyyttä. Moniäänisyyden varmistamiseksi toteutimme ensimmäiseksi sidosryhmäanalyysin hyödyntämällä toimijatimanttia, jossa toimijat luokiteltiin neljään luokkaan niiden edustaman näkökulman mukaan. Näitä ovat: 1. yritykset ja terveyspalvelujen tuottajat, 2. tutkijat, 3. järjestöt ja liitot, sekä 4. viranomaiset. (ks. Kuva 2.)

Jaottelu edustaa lähtökohtaisesti sitä tapaa, jolla terveyden edistäminen tai niihin liittyvät toimintamallit ovat eri organisaatioille merkityksellisiä. Toimijatimantin perusteella tehty luokittelu edustaa toimijoiden erilaisia näkökulmia terveyden edistämiseen. Toimijoiden joukkoa ei tarkoituksella rajattu ns. perinteisten sosiaali- ja terveysalan toimijoihin, vaan mukaan haettiin tämän kentän ulkopuolelta toimijoita, joiden ajatukset ehkäisevän terveydenhuollon ja erityisesti aikuistyyppin diabeteksen ennaltaehkäisemiseksi olisivat kiintoisia ja uusia näkökulmia tuovia avauksia.



Kuva 2. Toimijatimanttii. Sidosryhmäanalyysin jaottelu.

Haastatellut valikoituivat sidosryhmäanalyysin ja 'lumipallomenetelmän' mukaisesti. Lumipallomenetelmällä tarkoitamme, että haastattelutilanteessa pyysimme haastateltavia nimeämään toimijoita, jotka heidän mielestään ovat aiheelle keskeisiä, mutta jotka eivät välttämättä edusta perinteisiä alaan liittyviä toimijoita. Tällä tavoin oletamme tavoittaneemme sellaisia toimijoita, joiden ajatukset heijastavat laajemmin terveyden edistämiseen liittyvien toimijoiden näkökulmia.

Haastatellut toimivat ministeriössä, julkisissa laitoksissa ja virastoissa, yhdistyksissä, järjestöissä, liitoissa ja yksityisissä yrityksissä. Heistä kuusi ovat "yrityksiä ja tuottajia", kymmenen ovat "järjestöjä ja liittoja", kolme "tutkijaa" ja neljä "viranomaisia" (Ks. Kuva 1). Toimijat on luokiteltu lähtökohtaisesti organisaation edustaman yhteiskunnallisen position mukaan. "Tutkijat" ovat tästä poikkeus, sillä kyseisissä haastatteluissa haimme lähtökohtaisesti tutkijoiden näkökulmaa ja heidän edustamansa organisaatiot vaihtelevat. "Yritykset ja tuottajat" -kategoriassa viittaamme yksityisiin yrityksiin sekä terveydenhuoltopalveluita tuottaviin organisaatioihin. "Järjestöt ja liitot" viittaa erinäisiin yhdistyksiin, järjestöihin tai edunvalvontaan liittyviin toimijoihin. "Viranomaiset" edustaa nimensä mukaisesti julkisyhteisön virastoja tai laitoksia.

Haastatelluista lähes kaksi kolmasosaa toimivat johtotehtävissä ja noin kolmasosa tutkija- tai asiantuntijatehtävissä. Vain yksi haastatelluista henkilöistä toimi muussa kuin edellä mainituissa tehtävissä. Haastatteluihin valikoitui enimmäkseen henkilöitä, jotka ovat koulutukseltaan tutkijoita, lääkäreitä ja hoitajia. Lähtökohtaisesti haastateltavat puhuivat oman organisaationsa edustajina, mutta puheeseen sisältyi myös henkilökohtaisia mielipiteitä ja kertomuksia omakohtaisista kokemuksista.

Haastattelut kestivät 40 minuutista korkeintaan 1,5 tuntiin ja kahta poikkeusta lukuun ottamatta haastateltavia oli haastattelutilanteessa vain yksi. Haastattelupyynn-
töjä lähetettiin yhteensä 28, joten osallistumisprosentti oli 82 %. Neljään haastattelupyyntöön emme saaneet vastausta, ja yksi toimija kieltäytyi haastattelusta vetoamalla työn alla olevan oman tutkimusaiheen samankaltaisuuteen.

3.2 Aineiston analyysi

Sidosryhmäanalyysin tavoitteena oli paikantaa haastatteluja varten erilaisten näkemysten kirjo. Haastatteleamalla niin ministeriötason toimijoita, terveysalan tutkijoita, lääkäreitä kuin ohjelmistoyritysten edustajia, tutkimus liitti ajatuksen terveyden edistämisen muutoksesta monimuotoiseen järjestelmätason toiminnan kontekstiin sekä juurruttamis- ja ennakoitinnan näkökulman mukaiseen innovatiivisten ongelmaratkaisujen toimintamallien kehittöön. Haastattelurunko (Liite A) laadittiin näiden näkökulmien perusteella. Tämä merkitsi, että pyysimme haastateltavia paikantamaan tai määrittelemään terveyden edistämisen nykytilan hyvät ja huonot puolet, visioimaan tulevaa terveyden edistämisen tilaa, tarvittavaa muutosta terveyden edistämisen

toiminnoille sekä esteitä sille. Näin ollen analyysissa haastateltavien puhetta on tulkittu seuraavien kiinnekohtien avulla: 1. terveyden edistämisen ongelmanmäärittely ja tavoitetila 2. muutokseen liittyvät toimijat 3. muutosta ehkäiseviä ja edistäviä tekijöitä 4. muutoksen ajallinen ulottuvuus ja 5. yhteiskunnan kolme eri muutokseen vaikuttavaa tasoa. Käytännössä analyysissa hahmotetut muutosteemat muodostuvat yhdestä teemasta tai aihepiiristä, jossa yhdistyy yksi tai useampi yllä olevista kiinnekohdista.

Analyysissa tukeuduttiin haastatteluaineiston laadulliseen sisällönanalyysiin (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009). Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Analyysin ensimmäisessä vaiheissa kehitettiin Atlas.ti analyysiohjelman avulla koodausrunko, jonka avulla aineisto luokiteltiin systemaattisesti ja aineistolähtöisesti teemoihin. Koodausrunnon annettiin kehittyä tutkimuksen edetessä ja uusien haastatteluiden toteutumisen myötä. Analyysin toisessa vaiheessa tutkimusryhmä paikansi teemaluokissa esiintyviä estäviä ja edistäviä tekijöitä, muutostoimijoita, visioita ja nykytilanteen kuvauksia, joista luotiin tässä raportissa esitellyt laajemmat temaattiset kokonaisuudet.

4. Näkemyksiä muutoksen tarpeesta, mahdollisuuksista ja esteistä

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää valtakunnallisten toimijoiden näkemyksiä tarvittavasta muutoksesta kohti terveyttä paremmin tukevaa yhteiskuntaa. Kutsumme haastateltujen toimijoiden yhteisesti hahmottamien ongelmanmäärittelyiden, visioiden ja muutosta estävien ja edistävien tekijöiden aihekokonaisuuksia *muutostee- moiksi*. Haastatteluiden analyysin tuloksena syntyi viisi muutosteemaa, jotka esittelemme tässä luvussa. Nämä ovat: 1. *Ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen kuntien ja päättäjien prioriteetiksi* 2. *Terveellinen elämä osaksi arkea - voimaannuttamisen elementtejä* 3. *Kohti terveyttä edistävää ja asiakaslähtöistä terveydenhuoltoa* 4. *Rahoitusmallin muutos - rahaa terveydestä* 5. *Hankkeissa kehitettyjen toimintamallien juurtuminen ja levittäminen*.

4.1 Ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen kuntien ja päättäjien prioriteetiksi

Terveyden edistäminen on nykyisellään kuntien perustehtävänä. Kansalaisten terveyden edistäminen on turvattu terveydenhuolto- ja kuntalain nojalla (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, Kuntalaki 410/2015), joissa painottuu erityisesti terveydenhuollon kautta tapahtuva terveyden edistäminen, mutta myös päätösten vaikutus hyvinvointiin ja terveyteen sekä yhteistyö eri terveyttä tukevien organisaatioiden ja järjestöjen kesken. Näin terveyttä edistävät toimet ovat osana kuntien toimintaa. Tässä kappaleessa kuvaamme haastattelujen toimijoiden näkemyksiä terveyden edistämisestä kunnissa ja siihen liittyvien käytäntöjen uudistamisesta tulevaisuuden kunnissa ja maakunnissa. Aloitamme kuvailemalla kuntien nykyistä roolia terveyden edistämisessä sekä haastateltavien näkemyksiä sote-uudistuksesta.

Sote-uudistus tulee merkittävällä tavalla määrittelemään kuntien poliittista toimintaa lähitulevaisuudessa. Sote-uudistuksella viitataan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenne- ja palvelu- uudistukseen, jonka tavoitteina on *"kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuksia"* (THL 2018). Sote-uudistuksen tavoitteisiin kirjataan muun muassa asiakaslähtöisyyden parantaminen, palvelujen yhteensovittaminen sekä kustannustehokkaammat ja vaikuttavammat palvelut. Sote-uudistus on kuntien terveyden edistämisen toimille erityisen merkittävä aihe, sillä uudistuksen tavoitteena on siirtää sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuu kunnilta 18 maakunnalle, kuitenkin jättäen monet terveyden edistämisen tehtävät kunnille.

Ei liene yllättävää, että puhe kuntien ja maakuntien tulevaisuudesta sivusi lähes väistämättä sote-uudistusta sekä siihen liittyvää kustannusten hallintaa. Haastateluissa uudistukseen liittyi kuitenkin erilaisia käsityksiä. Koska sote-uudistukselle ei haastatteluiden aikaan ollut muodostunut kaikilta osin selkeästi hahmotettua konk-

reettista ohjelmaa, haastateltavat eivät voineet puheessaan ottaa kuin yleisellä tasolla siihen kantaa. Lopullisen sote-mallin koettiin kuitenkin määrittävän terveyden edistämisen mahdollisuuksia kunnissa ja maakunnissa. Yleisesti ottaen haastateltavien toiveet liittyivät kysymykseen siitä, millä tavoin terveyden edistäminen tulee olemaan mahdollista kunnissa tulevaisuudessa. Seuraava sitaatti tiivistää monen haastateltavan ajatukset sote-uudistuksen merkityksestä terveyden edistämisen kannalta.

Minä näen että se sote-uudistus on välttämätön. Siihen liittyy totta kai mahdollisuuksia mutta kyllä siihen liittyy uhkiakin. Ja uhka on se että, kukaan ei huolehdi tästä terveyden edistämisestä ja ihmisten hyvinvoinnin edistämisestä. Et se uhka on olemassa. Mutta jos asiat hoidetaan fiksusti niin, kyllähän siinä on mahdollisuuksiakin. (Järjestö 1.)

Haastatteluissa uudistuksesta puhuttiin niin kriittiseen kuin positiiviseen sävyyn ja yleinen epävarmuus sote-uudistuksen seurauksista oli puheelle leimallista. Tässä kappaleessa ei ole kuitenkaan tarkoitus syventyä haastateltavien näkemyksiin sote-uudistuksesta sinänsä, vaan pyrkimyksenä on konkreettisten ongelmanmäärittelyiden ja toimenpide-ehdotusten perusteella kartoittaa terveyden edistämiseen liittyviä mahdollisuuksia tulevaisuuden kunnissa. Yhtenä keskeisenä viestinä sote-uudistuksen mahdollisuuksista on, että järjestelmän muutoksen kautta pystytään luomaan uudet taloudelliset kannustimet terveyden edistämiseksi kunnissa ja maakunnissa. Seuraavaksi käsittelemme näitä ratkaisuja tarkemmin.

Rahoitusmallit ja indikaattorit terveyden edistämisen avainkysymyksinä

Pyytäessämme haastateltavia kuvaamaan terveyden edistämisen nykytilaa, muuttamat kokivat terveyden edistämisen toteutuvan hyvin vain joissakin kunnissa. Yleinen näkemys oli, että terveyden edistäminen jää liian helposti muun toiminnan varjoon. Monen haastateltavan mukaan kunnat täyttävät roolinsa terveydenhuoltopalveluiden suhteen, mutta laajemmin terveyden edistämässä ja sairauksien ennaltaehkäisyssä on parantamisen varaa. Joidenkin haastateltavien mukaan ennaltaehkäisy on saattanut jäädä kunnassa suurelta osin huomiotta. Tällaista näkemystä kuvasi yhden järjestön edustaja, jonka mukaan: ”sitä ennaltaehkäisyä ei minun mielestä tänä päivänä nähdä mahdollisuutena eikä ratkaisuna eikä toimenpiteenä.” (Järjestö 2.)

Syitä terveyden edistämisen priorisoinnin puutteeseen etsittiin rahoitusmalleista ja valtionavustuksesta, jonka suuruus perustuu sairaiden tai työkyvyttömyyseläkeläisten määrään. Monen haastateltavan mukaan terveyden edistämistä ei koeta kannustettuna asiana tilanteessa, jossa terveyden edistämiseen käytettävä raha saattaa kilpailla kunnissa terveydenhuollon rahoituksen kanssa. Kun kunnan valtionavustus määritellään sairaiden määrän mukaan, ennaltaehkäisyyn ei kannata panostaa:

Kunnathan saa valtiolta sitä enemmän rahaa mitä sairaampaa se väestö on. Ja vaikka tyypin 2 diabeteksessä niin, jos kunta

panostaa et pistetäänpä nyt ehkäisyhanke pystyy, niin se tarkoittaa että sen kunnan tulot vähenee jos ne tekee sen. (Järjestö 3.)

Terveyden edistäminen tulisi tehdä taloudellisia kannustimia muuttamalla siten, että valtionosuus kasvaa sairauksia ehkäisevien toimintojen kehittämisen myötä. Erityisesti toiminnan arvioimiseksi käytetyt, kuntalaisten terveydentilaa sekä päätöksentekoa seuraavat indikaattorit nousivat haastateltujen puheessa esiin tätä tehtävää toteuttavina välineinä. Erään terveydenhuollon toimijan ihannevisio terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä Suomessa 10 vuoden päästä painotti valtakunnallisia kuntia koskevia mittareita, joiden myötä kuntapäätäjät voi ohjata järkevään päätöksentekoon.

... se visio on se että meillä on olemassa koko Suomen kattavat systemaattiset mittarit terveydenhuollon edistämisestä ja se on kunnissa tämmönen arvostettu asia ja sitä oikeesti seurataan aivan niin kuin jotain budjettia tavallaan, et nähdään (...) että kuinka moni prosentti väestöstä on diabeetikoita minkäkin ikäisenä (...) eli nämöiset mittarit on tavallaan ihan helposti rakennettavissa ja ne ois tavallaan aktiivisesti kuntapäätäjän käytössä ja sitten kun teet erilaisia päätöksiä niin perustat (päätökset) niihin. (Yritys 1.)

Yllä olevassa sitaatissa haastateltava visioi valtakunnallisista terveyden edistämistä kuvaavista mittareista, jotka olisivat kuntien toiminnalle merkityksellisiä. On huomattava, että valtiolliset toimijat ovat tuottaneet kannustimia kuntien terveyttä edistäviä toimille, vaikka suurin osa haastateltavista eivät vaikuttaneet tiedostavan tätä haastattelutilanteessa. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriö kannustaa kuntia terveyden edistämiseen ns. hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustimella, eli HYTE-kertoimella, jonka tarkoituksena on liittää valtionosuuden terveyden edistämistoimien kuluihin ja näin varmistaa kuntien terveyttä edistävä toiminta myös sote-uudistuksen jälkeen. Tämän lisäksi ministeriöiden kehittämä TEAvisari tuottaa vertailutietoa kuntien välille, joiden avulla on mahdollista vertailla toimia terveyden edistämiseksi kuntien välillä. Tällaiset mittarit tunnistavat haastateltavat pitivät kuntien välistä vertailutietoa tuottavia työkaluja yleisellä tasolla hyvänä mahdollisuutena luoda kannustin terveyden edistämiseksi, vaikka jotkut kyseenalaistivatkin nykyisten toimien vaikuttavuutta. TEA-visari saattoi näyttäytyä merkityksettömänä ja HYTE-kerroin liian marginaalisena tuodakseen muutosta nykytilanteeseen:

Esimerkiks TEAvisari THL:ssä kyllä kertoo siitä kuntien terveydenedistämisasiivisuudesta, mutta se ehkä vaatis kuntamaailmassa vähän sanktioimista että se oikeasti alkais meneen eteenpäin. Että (...) keppiä ja porkkanaa. (Järjestö 4.)

Kuntien valtionosuusjärjestelmässä, joka tulee sote-uudistuksen jälkeen voimaan, on niin sanottu HYTE-kerroin. Eli jos kunta on aktiivinen tässä hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä se hyötyy pikkusen siitä, valtionosuudessa. Mutta se on lilliputtitasoa se HYTE-kerroin ja nyt se on siitä koko kuntien valtionosuuspotista niin, se oli muistaakseni alle prosentin, tai noin prosentin suuruusluokkaa. (Viranomainen 1.)

Toimijoiden mukaan terveyden edistämiseen liittyy sote-uudistuksen myötä ongelmia, sillä maakuntien ja kuntien määräysvalta muuttuu. Erään viranomaisia edustavan osapuolen mukaan kunnallisten indikaattoreiden haasteena oli epävarmuus niiden käyttöönotosta ja vaikuttamismahdollisuuksien vähäisyys tilanteessa, jossa terveyden edistämistä ei taloudellisesta näkökulmasta kannusteta. Pelkona tämän viranomaisen mukaan oli, että kunnissa intressi ylläpitää terveyden edistämiseen liittyviä toimintoja saattaa jäädä vähäiseksi, vaikka esimerkiksi HYTE-kerroin on sidottu valtionosuuteen:

Tässä on meillä vähän pelimerkit vähissä (sillä) jos tulevat kuntapäätäjät ja tulevat maakuntien sote-päätäjät eivät ota tätä tosissaan niin emme me voi täältä (viranomaistaho) tehdä sille mitään. (Viranomainen 1.)

Näin kysymys terveyden edistämisestä kuntatasolla saattoi näyttäytyä kysymyksenä kuntapäätäjien prioriteeteista ja niihin vaikuttamisena. Haastatteluissa ilmeni kahta erilaista näkemystä vaikuttamisen mahdollisuuksista. Yritystahoja edustavat toimijat peräsivät valtakunnallisten instituutioiden ohjaavan roolin voimistamista ja järjestötason toimijat painottivat kuntapäätäjiin vaikuttamista viestinnällisin keinoin.

Yritystahoja edustavien toimijoiden mukaan kuntien terveyden edistämistoimintaa tulisi kehittää ja valvoa vahvojen kansallisten toimijoiden ohjaamana. Esimerkiksi STM:n tai THL:n määräysvaltaa voisi lisätä valtakunnallisen, maakunnallisten rajojen ylittävän asiantuntijuuden ylläpitämiseksi ja terveyttä edistävän toiminnan luotusaamiseksi. Vahvat instituutiot voisivat tuoda toimintaan johdonmukaisuutta ja pitkäkestoisia ratkaisuja. Alla olevat sitaatit kuvastavat tätä näkökulmaa:

Jos me ollaan menos tähän maakuntamalliin sote-uudistuksessa missä syntyy hyvin vahva autonomia näille maakunnille, niin pelko on että siellä tehdään ihan päättömii asioita, ja eri päättömii asioita eri maakunnissa. (...) Tällöinen keskitetty taho miettimässä mitä on järkevää tehdä, on ihan hampaaton, jos ne vaan hymisee tällösiä hymistelysuosituksia. Eli sillä taholla pitää olla aidosti määräysvaltaa, ja määräysvalta tarkoittaa, et niil on valta päättää rahasanktioista näille maakunnille, jos ne ei tee niitä asioita jotka on keskitetysti katottu, et nää on minimissään tehtävä. (Yritys 2.)

Tää on se sama tilanne kunnissa, että voittaako perusut vai voittaako kokoomus, niin sitten se linja muuttuu, jolloin se uskallus tehdä pitkäkestoisia ratkaisuja on hyvin pieni. Ja sen vuoksi tarvitaan näitä instituutioita kuin THL:ää ja Työterveyslaitosta ja vastavia, jotka pystyvät pitkäjänteisesti viemään erilaisia hankkeita läpi. (Yritys 3.)

Valtakunnallinen instituution ohjaus koettiin siis eräänä tapana varmistaa terveyden edistämisen laatu maakunnissa. Kaksi yritys- ja tuottajapuolta edustavaa toimijaa

ehdottivat tällaisen instituution yhdeksi tehtäväksi velvoittaa kuntia ylläpitämään terveysrekistereitä. Erään yrityksen mukaan Suomessa ollaan muihin Pohjoismaihin verrattuna menty väärään suuntaan, sillä sairastavuusrekistereitä on vähennetty, eikä suomessa ole kunnollisia rekistereitä diabetessairastavuudesta. Valtakunnalliset instituutioiden asettama velvoite kerätä rekisteritietoa voisi mahdollistaa uudenlaisia toimintatapoja. Tätä näkemystä puolsi työterveystoimija:

Jo sillä, että THL vaatisi tämän datan tuottamista (...) niin sehän ois jo iso muutos, koska sen jälkeen ku kaikki joutuu raportoimaan sitä dataa, siit datasta tulee yhtäkkiä läpinäkyvää. Ilman mitään käskyä käyttää sitä dataa hyödyks niin osa rupeaa käyttämään sitä hyödyks, koska yhtäkkiä se on tarjolla ku aikasemmin se ei ollu tarjolla. (...) Sen jälkeen ku ne saa ton datan käyttöön niin kyllä osa niistä rupee tekemään sillä jotakin. Et mä tosiaan aloittasin näist isoista asioista elikkä rekistereistä. (Yritys 4.)

Siinä missä yritystahot puhuivat valtakunnallisesta päätöksenteosta, järjestöt painottivat kuntapäätäjiiin vaikuttamista viestinnällisin keinoin. Pohtiessaan, millä tavoin terveyden edistämisen voisi tuoda vahvemmin osaksi kuntien toimintaa, esille nousi skaalautuvuuskysymykset, kustannusvaikuttavan tiedon merkitys sekä järjestöjen rooli vaikuttajina. Kysymys terveyden edistämisen priorisoinnista koettiin osittain riippuvaisena kuntapäätäjien tietoisuudesta ja järjestöjen aktiivisuudesta. Eräs haastateltava puntaroi kysymystä terveyden edistämisen vaihtelevasta roolista seuraavasti:

(Terveyden edistäminen) on vaan joissakin paikoissa korkeammalla prioriteetilla ku toisessa. Ja toiseksi ne ei törmää siihen informaatioon koskaan. Voi olla ihan aktiivisia asukkaita joissaki kunnissa, vaikka Diabetesliitolla on aktiivisempaa porukkaa siellä kunnassa A kuin kunnassa B. (Järjestö 3.)

Yhtenä ratkaisuna kuntapäätäjien tietoisuuden lisäämiseen ehdotettiin kustannusvaikuttavan tiedon korostamista viestinnässä. Terveyden edistämisen toimintamalleihin liittyvä kustannusvaikuttava tieto on haastatelluiden mukaan merkittävä tekijä terveyden edistämisen priorisoinnissa kuntatasolla, sillä se toimii päätöksentekoa ohjaavana tietona. Haastateltujen olettuksena näytti olevan, että kustannusvaikuttava tieto ei saavuta päättäjiä ilman tiedotusta ja lobbausta. Järjestössä työskentelevä haastateltava kuvaili, miten tämä näkemys on omaksuttu järjestön toimintatavaksi käytännössä:

Ja tää on se mitä mä sanoin että, me ollaan harjoiteltu puhuun päättäjää. Että kun me ollaan aikasemmin kerrottu, et miten suuri vaikutus sillä on ihmisen elämälle ja muulle, kun me haluttais tuoda asioita esiin ihmisen ja tarinoiden kautta. Mutta, se on ehkä vähän pehmoajattelua tonne päättäjätasolle [naurahtaa]. Päättäjät puhuu rahasta niin meki ollaan alettu puhumaan rahasta. (Järjestö 4.)

Samassa järjestössä on kehitetty kuntapäätäjiä varten pelillisiä ratkaisuja sairauksien ennaltaehkäisevän toiminnan hyötyjen tunnistamiseksi. Kustannussäästöjen

yhdistäminen terveyden edistämisen konkreettisiin esimerkkeihin oli järjestön mukaan erinomainen tapa vakuuttaa päättäjät terveyden edistämiseen liittyvien investointien hyödyistä. Järjestö kuvaili toimintatapaa seuraavanlaisesti:

Me ollaan peluutettu noilla päättäjillä semmosta terveyspelistä (...) (Esimerkiksi) meil oli niin että, pistettiin päättäjät sijoittamaan ensin 100 000 kolmeen eri juttuun ja kysyttiin että mihin sijoittaisitte sen että saisitte parhaat säästöt aikaan terveyden edistämiseksi. Ja sit oli 500 000 ja sit oli miljoona. Et siitä ne näki, että kaikista on saatavissa isot säästöt, mut siitä näki myös sen et kaikkiin pitää ensin sijoittaa ensin sitä rahaa. (Järjestö 4.)

Yhteenveto: Terveyden edistäminen kuntien prioriteetiksi

Haasteltavien mukaan terveyden edistämistä tulisi kunnissa priorisoida enemmän tulevaisuudessa. Esitetyt muutos- tai ratkaisuehdotukset koskettivat valtion taloudellista ja hallinnollista ohjausta sekä järjestöjen lobbaus- tai vaikuttamistoimintaa (ks. Taulukko 1). Taloudellisessa mielessä erääksi ongelmaksi tunnistettiin valtionosuuksien määrittely tavalla, joka ei kannusta terveyden edistämiseen. Muutos saattaa edellyttää kunnallisen terveysdatan mittaamista ja hyödyntämistä entistä voimakkaammin valtionohjauksessa ja kunnallisessa päätöksenteossa.

Kuntien- ja tulevien maakuntien päätöksentekoon voi haastateltavien mukaan vaikuttaa myös muilla tavoin. Sote-uudistuksen kautta voimistuva maakunnallinen autonomia herätti pelkoa terveyden edistämisen laadun huononemisesta, jonka vuoksi haastateltavat ehdottivat valtakunnallisten toimijoiden, kuten THL:n vaikutusvallan voimistamista. Tällaisen toimijan toivottiin tuovan jatkuvuutta ja laatua terveyden edistämisen toimintatapoihin niin kunnissa kuin maakunnissa. Tällainen taho voisi myös edellyttää laajemmin terveysdatan keräämistä erilaisten terveystoimijoiden käyttöön ja ylläpitämään esimerkiksi diabetesrekistereitä.

Viimeinen vaikuttamisen tapa liittyy lobbaamiseen ja kuntapäätäjien terveystietoisuuden lisäämiseen. Järjestöt ovat tärkeitä toimijoita, joiden avulla muutosta kohti terveyttä edistävää politiikkaa voidaan edistää. Järjestöjen mukaan kuntapäätäjää puhuttelee kustannusvaikuttava tieto, jonka vuoksi viestinnässä tulee korostaa terveyttä edistävien päätösten kustannushyötyjä. Esimerkiksi pelillistämisen keinoin tätä tietoa voi havainnollistaa kuntapäätäjille.

Taulukko 1. Ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen kuntien ja päättäjien prioriteetiksi

Aihe	Este tai muutostarve	Muutosehdotus tai mahdollisuus
Valtionosuus	Valtionosuus lasketaan sairastuneiden mukaan, eikä se kannusta kuntia panostamaan terveyttä edistävään toimintaan	Valtionosuutta myös terveyden edistämisen perusteella. Tarvitaan terveyden edistämiseen liittyvien vertailutietojen ja mittareiden,

		<i>kuten HYTE-kertoimen kehittämistä ja vaikutusvallan voimistamista</i>
<i>Kuntien ja maakuntien autonomia</i>	<i>Terveiden edistämisen toimet mahdollisesti heikolaatuisia ja vaihtelee maakunnittain</i>	<i>Vahva kansallinen asiantuntijataho ohjaamaan kuntia ja maakuntia.</i>
<i>Kuntapäätäjien vaikuttaminen</i>	<i>Tietoisuus terveyden edistämisen hyödyistä voi olla heikkoa</i>	<i>Järjestöjen lobbaus ja tiedottaminen korostamaan terveyden edistämisen kustannusvaikuttavuutta</i>

4.2 Terveellinen elämä osaksi arkea - voimaannuttamisen elementtejä

Yksilöiden motivointi ja tukeminen terveyden edistämässä muodostui haastatteluita läpileikkaavaksi aiheeksi. Yleinen näkemys oli, että tulevaisuudessa terveyden edistämiseen liittyvien toimijoiden on uusilla tavoilla osattava tukea erilaisten ihmisten mahdollisuuksia elää terveellistä elämää, sillä käyttäytymisen muutosta on nykyisillä toimilla vaikea saavuttaa. Haastatteluissa korostui, että käyttäytymisen muutoksen edistämiseksi on tuettava yksilöitä heidän omilla, ympäristönsä ja arkensa asettamilla ehdoilla.

Tässä luvussa kuvailemme haastatteluissa esitettyä kolmea keskeistä näkökulmaa ihmisten muutoshalun lisäämiseksi. Esittelemämme näkökulmat korostavat sairastumisriskissä oleviin yksilöihin vaikuttamista ja motivaation lisäämistä. Ne vastaavat kysymykseen siitä, millä tavalla kansalaisia voi tukea terveyden edistämässä ja minkälaisia toiminta- tai palvelumallien muutoksia tähän liittyy. Tarkastelemme ensiksi järjestötahtojen uutta tapaa viestiä kansalaisille, jonka jälkeen paneudumme digitaalisten sovellusten mahdollisuuksiin ja rajoitteisiin. Kolmantena teemana käsittelemme yhteisöllisyyden muotoja sekä työpaikkojen uusia työhyvinvointiin liittyviä työn järjestämisen tapoja.

Syynämisestä aitoihin mahdollisuuksiin

Järjestöt ja terveydenhuoltopalveluiden tuottajat ovat haastateltavien mukaan tärkeitä ihmisten terveellisiä elintapoja tukevia toimijoita, joilla on usein aito intressi tehtävään, mutta joiden - toimijoiden itsensä mukaan - koettiin jossain määrin epäonnistuneen viestinnällisesti tehtävässään. Nykyisellään sovelletut viestintästrategiat terveellisen elämäntavan edistämiseksi oli haastateltavien mukaan uudistamistarpeessa. Näkemykset perustuivat usein ajatukseen siitä, että terveyden edistämistä on toteutettava ihmisten omista voimavaroista ja arjen näkökulmista käsin, ja tämä tulee huomioida myös tiedottamisessa. Tähän ajatteluun ei sovi perinteiseksi

mielletty ylhäältä alaspäin suuntautuva tiedottaminen, vaan haastateltavat painottivat tämän näkemyksen tulleen tiensä päähän:

Eikä laiteta sitä kukkahattutätiä päähän ja syyllisestä että toiki sulla jäi taas tekemättä. Vaan että tavallaan kaikki ihmiset löytäis iloo siitä että mihin he pystyy ja mikä onnistui sen sijaan että murehtis sitä et no en käyny eilenkään lenkillä.” (Järjestö 4.)

Jos läväyttää jonkun liikuntapiirakan, että se on sitten kaks ja puol tuntii viikossa ja plus sit lihaskuntoa tunti kaks kyt minuuttia niin tavallaan et jos ne suositukset ei kohtaa sitä ihmisen arkitodellisuutta niin siinä on vaikee (muuttaa elintapoja). (...) Tarvittais lisää (sellaista) että ihmiset oikeesti voimaantuisi ikään kuin muuttamaan niitä, elintapojaan.” (Järjestö 5.)

Puhuessaan viestintään liittyvien toimintatapojen muutoksesta, haastateltavat korostivat näkökulman muutosta, jossa vaikuttava viestintä tarkoittaa ”syyllistämisen” korvaamista mahdollisuuksia tarjoavalla viestinnällä. Niin kutsuttu ”top-down” viestintä saattaa aiheuttaa syyllisyyden tunnetta vaatimalla asioita, jotka eivät käytännössä onnistu arjen keskellä. Huomio on kohdistettava sellaisiin pieniin askeliin, joita ihmiset voivat tilanteessaan toteuttaa: ”se on sen korostamista että ei tarvi liikua kahta tuntia kerralla. Vaan kaikki on plussaa” (Järjestö 6). Niin sanottu mahdollisuusviestintä nostettiin esiin onnistuneena toimintamallina, joka on tavalliseen arkeen kytkettyä mielekästä kansalaisille.

Sillon 2012 alkuun tehtiin kyselyjä että miks ihmiset ei edistä omaa terveyttään tai ei panosta omaan hyvinvointiin niin, sielt nousi kaks asiaa. Heilt puuttuu rahaa ja aikaa. Me ei voida kumpaakaan heille antaa, mut me voidaan osottaa heille pienillä teoilla että, meidän ei tarvi antaa heille kumpaakaan. Aina löytyy aikaa, aina löytyy rahaa, kun tehdään asioita tietyllä tavalla.” (Järjestö 4.)

Toinen näkökulma motivoivasta viestinnästä liittyi hyötyajatteluun. Tästä näkökulmasta terveysviestinnän on vedottava terveyden edistämisen välittömään hyötyyn ollakseen tehokasta. Vuosien päästä saavutetut hyödyt esimerkiksi pienen diabetesriskin hoitamisessa erinäisin elämäntapavalinnoin saattaa näyttäytyä yksilölle turhalta, eikä itsessään motivoi muutokseen. Tätä korosti yksi haastateltava kertoessaan, millä tavalla ihmiset saadaan parhaimmalla tavalla kiinnostumaan terveyttä edistävästä elintavoista:

Ja kyse ei oo siitä, että nyt tässä edistetään terveyttä ettet sairastu diabetekseen kymmenen vuoden päästä. Vaan siitä että näit asioit kannattaa tehdä sen takia et sä voit paremmin. Sillon siinä syntyy itselle arvo, joka on välitön, eikä joku futuuri. Jos sä ajattelet et mä ostan futuurin ja käyn nyt tänään kuntosalilla niin mä elän vaikka kaks minuuttii pidempään 78-vuotiaana. Eihän siin futuuris oo mitään järkee. Sen sijaan et jos mä ostan sen futuurin (sen vuoksi) et mä menen nyt rehkii punttisalille, nii mä voin sen jälkeen ku mä oon siel suihkus käyny nii hemmetin paljon paremmin. (Yritys 2.)

Haastateltavan mukaan terveellisen elämäntapaan liittyvän hyvän olon tunne saattaa olla hyvä keino muutoshalukkuuden lisäämiseksi. Sitaatissa korostuu terveyden

edistämiseen liittyvän välittömän seurauksen tai hyödyn merkitys. Tämä näkökulma korostui erityisesti puhuttaessa ihmisiä motivoivista digitaalisista sovelluksista.

Digitaaliset sovellukset kannusteena ja apuna

Haastateltavat korostivat useaan otteeseen digitaalisten sovellusten merkitystä ihmisten motivoinnissa terveellisiin tekoihin. Erityisesti Pokemon Go- kännykkäsovellusta pidettiin esimerkkitapauksena sovelluksesta, joka saa tai sai niin aikuiset kuin lapset sankoin joukoin ulos liikkumaan niiden motivoivan ja yhteisöllisen otteen vuoksi. Yhden haastateltavan mukaan erityisesti sovellusten käyttökokemus tekee niistä merkittäviä, sillä ne kannustavat terveelliseen elämään pelin muodossa:

Mun mielestä ne sovellukset mitä tehdään nyt on aivan upeita. Pelillistäminen ehdottomasti on yks. Ja pelillistäminen ei ole vain nuorille, vaan pelillistäminen on myöskin ikääntyneille. (Järjestö 2.)

Digisovellukset eivät ole pelkästään pelejä tai motivaation herättäjiä, vaan niitä voi joidenkin haastateltavien mukaan käyttää terveellisen elämäntavan hyödyllisinä työkaluina. Eräs järjestön edustaja kertoi, että heillä oli ollut käytössä sovellus, jonka avulla asiakas pystyi lähettämään kuvan ruuastaan suoraan ravitsemusterapeutin analysoitavaksi. Ruuan kulutukseen tai ravitsemukseen liittyville sovelluksille olisi yhden tutkijan mukaan tarvetta:

Ihmisethän ei tiedä miten paljo he syövät. (...) Vaikka mul on jonkinlainen koulutus tällä alalla niin enhän mä pysty arvioimaan mikä se mun energiamäärä on mitä mä saan ravinnosta. Se on ihan mahdotonta. Mä voin veikata. Ja sit mä haluan veikata aina alakanttiin, niinku jokainen muuki. Elikkä, jos me saatais semmonen järkevä järjestelmä, tai applikaation joka kertois et mikä se energiantarve loppujen lopuks on tällä ja tällä ihmisellä. (Tutkija 1.)

Monista optimistisista visioista huolimatta haastateltavat tunnistivat ongelmia digitaalisten ratkaisujen hyödyntämisessä. Yksi laajasti tiedostettu ongelma oli terveyssovellusten käyttäjäkunnan valikoituminen iän tai sosioekonomisen aseman mukaan. Haastateltavat saattoivat kokea, että digisovellusten käyttäjäryhmän ulkopuolelle voi jäädä esimerkiksi syrjäseuduilla asuvia vanhuksia, joilla ei ole internetiä, tai köyhiä ihmisiä, joilla ei ole varaa hankkia sovelluksiin tarvittavaa teknistä välineistöä. Digitaalisten sovellusten hyödyntäminen laajemmin tarjottavien palvelumallien perustana liittyi täten kysymykseen eriarvoistumisesta.

(Tulevaisuudessa) vaarana on eriarvoistumisen lisääntyminen ja väestöryhmien väestön terveyserojen kasvu. Erityisesti nyt sen myötä että käytät sä älykännykkää tai Internetiä, onko sul Internet tai tietokonetta kotona. Verrattuna niihin joilla on. Seuraavan kymmenen vuoden aikana siihen pitää mun mielestä yhä enemmän kiinnittää huomiota, että kaikki ihmiset ei halua tai pysty käyttään tietokoneita tai Internetiä. Ja pitää huolehtia siitä et neki pysyy kellossa ja niitä ei unohdeta. (Järjestö 3.)

Diabetesriskihän kasvaa kuitenkin iän myötä koska ikä on yksi niit

vahvoja riskitekijöitä. (...) Eli sinne valikoituu iäkkäämpiä suhteessa yleisväestöön. Ja iäkkäämmässä, huonosti koulutetussa eli alemman sosiaaliluokan ja raskaita työtä tekevässä osajoukossa digitaalisuus ei oo, tai siis kyky toimia digitaalisessa maailmassa ei oo ollenkaan samaa luokkaa ku korkeesti koulutetuilla. (Yritys 2.)

Terveysteen liittyvällä eriarvoistumisella viitataan terveysongelmien kasautumiseen sosioekonomisen aseman mukaisesti. Hyvätuloisten ja korkeasti koulutetut ihmiset ovat yleensä keskimääräistä terveempiä kuin pienituloiset. Myös tyyppin 2 diabeteksen riski lisääntyy sosioekonomisen aseman heikentyessä (Agardh 2011). Haastatteluisia eriarvoistumiseen liittyvä keskustelu kosketti kysymystä suuressa riskissä olevien henkilöiden tavoittamisesta ja tukemisesta diabetesriskin pienentämisessä. Digitaalisten sovellusten hyödyntämisessä on haastateltavien mukaan ongelma, sillä kaikkein eniten avun tarpeessa olevia on kaikkein vaikeinta tavoittaa ja motivoida terveyden edistämiseen. Seuraava sitaatti kuvastaa tätä näkökulmaa.

Mun mielestä ratkaisu ei oo (...) että ihmiset omaehtoisesti latailee erilaisia appseja. Siin ei oo mitään huonoo, mutta ku ne ihmiset on yleensä jo muutenki terveystietosempia. Se ei oo ratkasu tähän, terveydenedistämisen ongelmaan. Koska meidän pitäis tavottaa just ne jotka ei oo niitä, kaikkein myöntäväisempiä tähän hommaan. (Tutkija 2.)

Toinen usean haastateltavan tunnistama terveyssovellusten ongelma oli niiden käytön lyhytkestoisuus. Vaikka sovellukset motivoivat, saattaa niiden käyttöaika jäädä lyhyeksi ja näin ollen terveysvaikutus pieneksi. Yhden digisovelluksia toiminnassaan hyödyntäneen terveysalan yrityksen mukaan sovellusten ohelle tarvitaan vertaistukea ja yhteisöllisyyttä:

Ongelmana kaikissa näissä peleissä ja seurannassa on että miten ylläpidetään sitä motivaatiota. Koska se motivaatio siinä kolmessa kuukaudessa lopahtaa. Miten saadaan se vertaistuki mukaan, miten saadaan se sosiaalisuus mukaan siihen. (...) Että miten me pystytään rakentamaan (vertaistukea) just näillä Facebookeilla. (Yritys 3.)

Digitaalisten sovellusten koettiin tuovan terveyden edistämiseen uusia mahdollisuuksia esimerkiksi pelillistämisen luoman motivaation kautta. Niiden laajempi käyttö terveydenhuollon- tai muun toiminnan jatkeena edellyttää kuitenkin eriarvoistumiseen liittyvien kysymysten sekä sovellusten mahdollisesti lyhyen käyttöajan huomioimista. Digisovellusten ohelle tarvitaan yllä olevan sitaatin mukaan niiden liittämistä laajempaan ihmisverkostoon. Seuraavaksi paneudumme haastateltavien näkökulmiin yhteisöllisyyden mahdollisuuksista terveyden edistämässä.

Yhteisöt ja vertaistuki terveyden edistämässä

Riskiryhmissä olevien aikuisten miesten kohden vertaistukiverkoston mahdollista roolia terveyden edistämässä pidettiin tärkeinä, sillä etenkin suurimmassa riskiryhmässä olevia henkilöitä on muuten vaikea tavoittaa. Haastatteluissa saatettiin ehdottaa riskiryhmässä olevien miesten viemistä olutravintolasta suoraan jalkapallokentälle, tai jopa rahallista korvausta heidän saamiseksi mukaan erinäisiin diabetestutkimuksiin. Yleisesti korkeassa sairastumisriskissä olevien aikuisten terveyden edistämiseksi ehdotettiin ystäväpiiriin tai perheisiin kohdistuvaa vaikuttamista. Eräs konkreettinen esimerkki liikuntaa ja vertaistukea järjestävästä yhteisöstä oli hirvenmetsästysporukat:

Millä keinolla saa, semmosen viisi-kuusikymppisen, ehkä 60-vuotiaan ylilihavan miehen syksyllä ulkoilemaan? Viideks tunniksi. Tiedättekö mikä sais? Sanotaan että lähetään hirvimetsälle”
(Tutkija 3.)

Hirviporukka toimi esimerkkinä pienestä yhteisöstä, jossa muodostuu potentiaalinen vertaistuen verkosto. Tutkijan mukaan erityisesti pienet yhteisöt ovat otollisia terveysvaikuttamisen kohteita. Suuntaamalla terveyden edistämistyötä tällaisiin pieniin yhteisöihin, saattaa elämäntapamuutoksen tekeminen yksilötasolla helpottua.

Mä tarkotan sitä että jos sä saat sen hirviporukan innostumaan siitä, niin se on aika kova se ryhmäpaine. Se on koska (...) yksin muutoksen teko on todella vaikeeta. Se ryhmäpaine ja sen rakentaminen kyläyhteisössä tai jossain tämmöses yhteisössä on ehkä tehokkainta. Se on monesti unohdettu tässä hommas et yritetään vaikuttaa muuhun. (Tutkija 3.)

Useat haastateltavat painottivat ihmisten arkea ympäröiviä yhteisöjä ja instituutioita potentiaalisina vertaistukea tarjoavina toimijoina. He puhuivat vertaisverkostojen merkityksestä usein viitaten konkreettisiin sidosryhmiin, jotka ovat tai voisivat olla avaintoimijoita terveyden edistämässä. Konkreettisimmillaan tämä tarkoitti ihmisten eri ikään, kuten lapsuuteen, opiskeluun, työelämään ja eläkeikään liittyviin instituutioihin ja organisaatioihin. Näin monelle yhteisiä kokemuksia mahdollistavat organisaatiot, kuten neuvolat, koulut, työpaikat ja eläkelaitokset tai -järjestöt tunnistettiin tärkeinä kohteina, joiden kautta yhteisöllisyyteen perustuvaa terveyden edistämistoimintaa voisi kehittää tai joihin sitä voisi liittää. Puhe jäi kuitenkin monelta osin vain maininnan tasolle, joten keskityimme tässä kuvaamaan, millä tavalla yhteen näistä arjen vertaisverkostoista, eli työpaikkoihin, voisi vaikuttaa terveyttä edistävästi.

Työpaikoilla on suuri potentiaali edistää terveyttä jo sen vuoksi, että työikäinen väestö viettää työpaikoilla suuren ajan arjestaan. Työpaikalla syntyvän verkoston ja yhteisön merkitys voi olla suuri terveyden edistämisen kannalta. Samalla työpaikkayhteisö saattaa olla oivallinen paikka saada myös vähemmän liikkuvia ja aktiivisia

ihmisiä osallistumaan yhteisöllisten aktiviteettien kautta. Erinäiset työpaikoilla yleisesti käytössä olevat kampanjat tekevät terveyden edistämisestä vähemmän yksilöllistä. Yksi järjestö antoi esimerkin tällaisesta kampanjasta:

On tällainen kilometrieräilykampanja tai laihdutettujen kilojen keräilykamppi jossa tiimit voi haastaa toisiansa ja, katotaan et montako kiloa per nenu keskimäärin putoaa tai lähtee. Loppupainon erotustapoja on vaikka kuinka monta, mut kyl yhteisöllisyys lisää sitä vaikuttavuutta ja sitä positiivista sosiaalista painetta sille että asialle tehdään jotain. (Järjestö 6.)

Työterveysyrityksen edustaja kertoi oman kokemuksensa perusteella, miten vähemmän aktiivisia henkilöitä voi työpaikoilla aktivoida. Perinteiset toimet eivät välttämättä tähän riitä, vaan ryhmän yhteinen toiminta on avaintekijä kaikkien työntekijöiden fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi:

Mun mielestä se kynnyksen työpaikkaliikunnassa usein madaltuu, kun tehdään ryhmätasoisia toimintoja. (...) Jos sä teet tätä ryhmätoimintaa, tällaista tsemppitoimintaa, niin silloin sä saat sen yrityksen olemaan aktiivinen. Mutta jos sä vaan annat niille ihmisille Smartumin liikuntaseteleitä tai sen ePassin, rahaa, niin ne jotka ovat aktiivisia ne liikkuu, mutta ne jotka ovat passiivisia niin ne ei tee mitään. (Yritys 3.)

Yrityksiä ja työpaikkoja edustavien puhe työpaikoilla tapahtuvasta uudenlaisesta terveyden edistämisestä muistutti ajattelua, jota järjestöt kertoivat kokevansa viestinnässä tärkeäksi (ks. sivut 21-23): terveyden edistäminen on tehtävä ylhäältä alas suuntautuvan tiedottamisen sijaan ihmisten omat kokemukset huomioiden myös työpaikalla. Tätä näkemystä havainnollistaa yhden järjestön antama esimerkki, jossa työterveydenhuollon toimijoiden ja työnantajan yhteistyössä tekemä päätös tehdä uusi ja terveellisempi lounaslista jouduttiin toteuttamaan kompromissina työntekijöiden, työnantajan ja työterveyshuollon välillä.

(Yritimme) silloiselta työpaikalta viedä pizzoja pois nii eihän se nyt onnistunu ollenkaan että, ne IT-nörtit halus pitää pizzan ja kokiksen vaihtoehtona (...). Ja työnantaja joutuu kuuntelemaan myös näitä mielipiteitä koska ihmisten pitää viihtyy työpaikalla, et se ei oo kuitenkaan pelkästään terveyden edistämisen areena vaan kyllähän se pääfunktio on siinä sen ydintehtävän hoitamisessa ja sen työn tekemisessä. (...) Kyl se pizza jäi sinne valikoimiin mutta toki, yhdessä (ravintoloitsijan kanssa) pyrittiin siihen, että se pizza (...) ei ollut pahimmasta päästä, verisuonen tukkija. (...) Joskus se järki tulee säätely edellä, vaikka toivois että ei aina tarvis rajoittaa ihmisten valinnanmahdollisuuksia vaan he kykenis tekemään terveellisiä valintoja myös sillon kun on mahdollista tehdä jotain terveellisiäkin valintoja. (Järjestö 6.)

Yllä olevassa sitaatissa kiinnitetään huomio "top-down" säätelyn rajoitteisiin, ihmisten valinnanmahdollisuuksiin ja motivaatioon. Pizzaongelman ratkaisuksi löydettiin

yllä olevassa sitaatissa terveellisemmän ruuan tarjoaminen ihmisen valinnanvapauksia rajoittamatta. Sitaatista voi kuitenkin tulkita, että työntekijöiltä ei lähtökohtaisesti kysytty, miten lounaslistaa parhaalla mahdollisella tavalla voisi tervehdyttää työntekijöiden näkökulmat huomioiden. Samalla sitaatissa huomioidaan, että terveyden edistäminen itsessään ei välttämättä ole työpaikan päämäärä.

Yksi haastattelemamme yritys toimii esimerkkitapauksena organisaatiosta, jossa terveyden edistäminen on työpaikan henkilöstöstrategian päämääränä ja jossa terveyden edistäminen toteutetaan työntekijöiden aloitteista käsin. Haastateltava korosti oman yrityksensä työntekijöiden hyvinvointia painottavan strategian perustuvan ajatukseen siitä, että terveyttä edistävän toiminnan on oltava työhön sisäänrakennettua, eli lähtökohtaisesti työn tekemisen sivutuote. Erinäiset terveyden edistämisen kampanjat eivät välttämättä sovellu yrityksen filosofiaan, sillä ne on tehty pakkaamaan työn huonoa vaikutusta terveydelle:

Meil ei esimerkiks oo mitään hyvinvointi- tai tyky-päiviä puolivuositain tai mitä nyt sit, millä syklillä kukaki järkkäilee. Me tavallaan tehään se arki mielekkääks et se on se kaiken A ja O. (Yritys 5.)

Haastateltava kertoi yrityksen lähtökohtaisesti painottavan työntekijöiden oma-aloitteellisuutta terveyttä edistävien keinojen kehittämisessä ja niiden toteuttamisessa. Työpaikalla ei sinänsä tehdä päätöksiä terveyden edistämisestä esimiestasolla, vaan kannustetaan työntekijöitä oma-aloitteisuuteen. Työntekijöille annetaan työpaikalla vastuu järjestää itse mieleistään palvelua sekä mahdollisuudet siihen erään palvelun avulla:

Et tavallaan sieltä (palvelun) kautta sun on mahdollista tilata esimerkiksi kehityskeskusteluja. Meil ei oo mitään perussapluunoja et tehdään joku, työhyvinvointiselvitys (...) tai näin edespäin vaan aina tarpeen mukaan. Et siel on siis liuta palveluita, oisko joku 50–60 palvelua tällä hetkellä. (Yritys 5.)

Eräs esimerkki konkreettisesta terveyden edistämiseen liittyvästä työntekijälähtöisestä toimintamallista on työpaikalla käytössä oleva 'nuijapäätös', jonka myötä työntekijät itse päättävät terveyteen liittyvästä toiminnasta:

Meil on esimerkiks nuijapäätös kuukausittain et kukin saa vuorolleen, se on kiertävä nuijia, niin nuijia tämmösen hyvinvointia parantavan teon, tai asian tai tavarain tai näin eespäin. Et meil on Jopon hankittu [naurahtaa] sen perusteella ja sit seuraavassa kuussa tuli Jopon kypärät ja, sit on kuntotestauksiin viety koko porukkaa ketkä nyt on ollu halukkaita. Sit on pöytäcurling-pöytää ja akvaarioita ja kaiken maailman [naurahtaa] juttuja sieltä tullu ja tämmösiä kuukausittaisia after workeja ja yms. (Yritys 5.)

Yhteenveto: Ihmistä tukien ihmisen ehdoilla

Tässä kappaleessa käsitelimme ihmisten motivoimista ja tukemista terveellisten elintapojen ylläpitämisessä. Kysymystä käsiteltiin haastatteluissa kolmesta näkökulmasta käsin, jotka liittyvät terveystietoon ja viestintään, digitaalisiin sovelluksiin ja yhteisöihin tai yhteisöllisyyteen (ks. Taulukko 2).

Ihmisiin vaikuttaminen ja heidän tukeminen edellyttää viestinnällisten keinojen merkityksen korostamista herkästi syyllistävän aiheen tiimoilla. Järjestötason toimijoiden mukaan vaikuttava viestintä tuo terveyden edistämisen lähelle ihmisten arkea tai ihmisille helpommin lähestyttävämmäksi. Viestinnässä tulee keskittyä ylhäältä alaspäin suunnattujen ohjeiden sijaan tarjoamaan ihmisten arkeen sopivia mahdollisuuksia. Samalla terveyden edistämiseen liittyvän välittömän hyvinvoinnin tunnetta voi painottaa vuosien kuluttua saatavien hyötyjen ohessa.

Digitaalisten sovellusten merkitys koettiin merkittävänä tekijänä ihmisten motivoimisessa niin pelillistämisen kautta kuin terveellisten valintojen työkaluna. Digitaalisuuden soveltaminen laajemmin palvelumallien perustana edellyttää kuitenkin eriarvoistumiseen liittyvien ongelmien huomioimista. Kaikilla ihmisillä ei välttämättä ole yhtäläiset mahdollisuudet osallistua digitaalisuuteen perustuviin palveluihin. Tällaisia saattaa olla etenkin suuressa riskissä olevat henkilöt, joita on muutenkin vaikea tavoittaa terveyden edistämisen palveluihin. Toisena ongelmana on sovellusten käyttöään lyhytkestoisuus, jota voi mahdollisesti paikata tuomalla digisovellus osaksi yhteisöllistä terveyden edistämisen muotoja.

Ihmistä ympäröiviä verkostoja ja yhteisöjä on mahdollisuus valjastaa vertaistukea ja sosiaalista painetta luoviksi terveyden edistämisen toimijoiksi. Eräs esimerkki tästä on hirviporukat, jotka saavat myös lähellä eläkeikää olevia miehiä liikkeelle. Toisenlaisen yhteisön tarjoaa työpaikat ja työpaikkojen yhteisölliset tempaukset, kuten kulojenkeräyskamppajna. Eräässä yrityksessä terveellinen eläminen ja hyvinvointi on pyritty muodostamaan osaksi työnteon arkea ja henkilöstöstrategiaa. Lähtökohtana oli organisaattiorakenne, jossa työntekijöitä tuetaan tekemään ratkaisuja omaehtoisesti. Esimerkkinä oli nuijapäätös-toiminta, jonka myötä työntekijät saavat joka kuukausi päättää terveyttä ja hyvinvointia parantavasta toiminnasta työpaikalla.

Taulukko 2. Terveellinen elämä osaksi arkea - voimaannuttamisen elementtejä

Aihe	Este tai muutostarve	Muutosehdotus tai mahdollisuus
Viestintä	Syylistäväksi tai synnäväksi koettu tiedottaminen ei motivoi	Mahdollisuusviestintä arjen ehdot huomioiden, pienet teot riittävät. Terveiden edistämiseen liittyvän hyvän olon korostaminen.
Digisovellukset	Eriarvoisuus: köyhien ja ikääntyneiden mahdollisuudet käyttää digitaalisia sovelluksia saattaa olla rajallista Suuressa sairastumisriskissä olevien henkilöiden saaminen digisovellusten käyttäjiksi voi olla vaikeaa Lyhytkestoinen käyttöaika	Pelillistäminen motivoi Sidotaan osaksi yhteisöllistä toimintaa
Yhteisöllisiä keinoja terveyden edistämiseksi		Lähiyhteisöjen ja instituutioiden terveyttä edistävän roolin korostaminen Hirviporukat Kilojenkeräyskampanjat yms. Nuijapäätös (työpaikalla työntekijät päättävät terveyttä edistävän teon kuukausittain)

4.3 Kohti terveyttä edistävää ja asiakaslähtöistä terveydenhuoltoa

Asiakas- tai kansalaislähtöisyydellä viitataan yleensä asiakkaiden toiveita, tarpeita ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaan toimintatapaan. Terveystieteiden palveluiden kannalta se merkitsee ihmisten kokonaisvaltaisten tarpeiden asettamista palveluiden keskiöön sekä ihmisten tukemista osallistumaan terveysasioitaan koskevaan päätöksentekoon. (WHO 2016b). Asiakaslähtöisyyden kehittämisen katsotaan

olevan tärkeää terveyspalveluiden laadun ja vaikuttavuuden kannalta etenkin kroonisten sairauksien hoidossa, jonka vuoksi asiakaslähtöisyyttä pidetään kansainvälisesti sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän muutoksen tärkeänä osana (Epstein ym. 2010, WHO 2016b). Suomessa sosiaali- ja terveydenhuolto- ja asiakaslähtöisyyttä voi pitää eräänlaisena terveyspoliittisena päämääränä, ja sitä kehitetään muun muassa Juha Sipilän hallituksen asettamassa kärkihankkeessa.

Terveydenhuollon muutos muodostui haastatteluissa tärkeäksi teemaksi, sillä monet haastateltavat kokivat tärkeäksi liittää terveyden edistämistyön tulevaisuudessa entistä tiiviimmin osaksi terveydenhuoltoa. Tässä muutoksessa erityisesti asiakaslähtöisyys ja yksilöllisempi riskin tunnistaminen ja hoito kiteyttivät haastateltavien näkemykset terveydenhuolto- ja palveluiden muutoksen aiheista.

Pohdimme tässä kappaleessa haastateltujen näkemyksiä terveydenhuollon muutoksen ulottuvuuksista ja avainkysymyksiä. Käsittelemme ensin digitaalisuuden mahdollisuuksia terveydenhuollon asiakaslähtöisen muutoksen keskiössä. Tämän jälkeen esittelemme riskin tunnistamiseen liittyviä ongelmia, muutosehdotuksia ja visioita, etenkin geenitiedon mahdollisuuksista yksilöidynnän riskinarvioinnin perustana. Tämän jälkeen käsittelemme diagnoosikeskeisten palveluiden ongelmaa riskinhoidon kannalta. Esittelemme myös liikuntareseptiksi nimetyn toimintatavan, jota monet haastateltavat pitivät varteenotettavana tapana tukea elintapamuutoksia eli riskin hallintaa terveydenhuollon koordinoimana.

Digitaalisuus asiakaslähtöisen terveydenhuollon perustana

Monet haastateltavat olivat optimistisia terveysdatan ja digitaalisten ratkaisujen mahdollisuuksista terveydenhuollon muutokselle ja asiakaslähtöisten palvelumallien kehittämisessä. Kysyessämme, onko digitalisaation tuomia mahdollisuuksia osattu hyödyntää nykyhetkessä, useimmat haastateltavat totesivat aiheen olevan käytännössä alkutekijöissään, sillä olemme ”*vasta raapaistu pintaa*” (Järjestö 3). Digitalisaatio itsessään saattoi näyttäytyä tulevaisuuden määrittelemättömänä mahdollisuutena: ”*me ei pystytä edes kuvittelemaan mitä kaikkea se tuo tullessaan*” (Järjestö 7).

Yleisesti ottaen visiot digitalisaatiosta kuvailivat tulevaa ja parhaillaan käynnissä olevaa terveydenhuollon muutosta, sekä mahdollisuuksia hyödyntää ihmisten keräämää ja jakamaa dataa. Haastateltavien mukaan digitaalinen informaatio mahdollistaa terveydenhuolto- ja palveluiden uudistamisen ja tiedon tuomisen uudella tavalla lääkäreiden ja potilaiden ulottuville samalla lisäten potilaiden valtaa. Yhden järjestön edustajan mukaan terveydenhuolto- ja palveluiden ”*toimintatapana on, että asiakas tulee vastaanotolle ja saa ohjeita ja tottelee. Tää digitaalisuus tietysti mahdollistaa sen että, asiakkaalla on itelläki jotain sanottavaa*” (Järjestö 4).

Digitaalisuuden mahdollisuudet saattoivat liittyä yksilölähtöiseen datan keräämiseen ja sen hyödyntämiseen terveydenhuollossa. Eräs lääkäri koki tiedon jakamisen olevan jo nykyisellään mahdollista, sillä *”ihmiset haluaa pääsääntöisesti jakaa tietoa ammattilaisten kanssa”* (Yritys 1). Hän kuvaili visiotaan seuraavasti:

Ihmiset tuo paljon exceleitään ja vaikka mitä et se ois vaan hienoo, että ne (tiedot) tulis jotenkin automaattisesti. (...) Ois unelma tietenk in et ne tulis suoraan niistä ihmisten masiinoista sillä ongelma on se että jokainen tekee omanlaisensa excellin ja näin. (Yritys 1.)

Visioiduista mahdollisuuksista huolimatta monet toimijat totesivat digitaalisuuteen perustuvien terveydenhuollon palvelumallien olevan edelleen tulevaisuutta, sillä nykytilanteessa niiden käyttöaste on niiden koettuun potentiaaliin nähden vähäistä. Digitaalinen informaatio tunnistettiin tällä tavoin terveydenhuollon järjestelmämuutoksen avainaiheeksi, jota ei nykyhetkessä olla vielä osattu hyödyntää merkittäväällä tavalla. Näin kertoi terveystalouden tuottaja, jonka mukaan digitaalisuus terveydenhuollossa tarkoittaa nykyisin, että *”siirretään asioita paperilta pdf:lle”* (Yritys 1). Digitaalisuus saattaa siis tarkoittaa, että vanhoja toimintamalleja toteutetaan sellaisenaan tietokoneen avulla, eikä aidosti uusia toimintatapoja ei kehitetä. Digitaalisia palveluita tuottava toimija pohti aidon muutoksen näkymiä seuraavanlaisesti:

Kun nyt sit digitaalisuuden kautta vois hakee ihan toisenlaisia ratkasuja, semmosia mitkä ei ollu aikasemmin mahdollisia. (...) Nyt sit kysymys kuuluu et onks sellasta muutoshalukkuutta ja draivia ja kyvykkyyttä viedä sellasia isoja muutoksia eteenpäin. Jotenkin tuntuu että kyllähän näitä tietojärjestelmiä pystytään tekemään jotka tukee sit uusia toimintamalleja, ja paljon on jo valmiina, mutta se että mikä on se kyvykkyys ottaa niitä käyttöön ja ottaa ne hyödyt niistä, niin sinne puolelle mä ehkä sitä kysymystä enemmän asetaisin. (Yritys 6.)

Yllä olevassa sitaatissa yritys tunnisti digitalisaation olevan aito muutoksen mahdollistaja, joka kuitenkin on riippuvainen sellaisista tekijöistä, kuten organisaation muutoshalukkuudesta, hyötyjen tiedostamisesta tai osaamisesta. Digitalisaatioon liittyvistä järjestelmänmuutoksen mahdollisuuksista huolimatta aidon digitaalisuuteen perustuvan järjestelmämuutokseen esteitä ei haastatteluissa kuvailtu tarkemmin.

Riskin tunnistaminen terveydenhuollon muutoksen avainkysymyksenä

Toiseksi terveydenhuollon muutoksen avainkysymykseksi muodostui sairastumisvaarassa olevien henkilöiden entistä tarkempi tunnistaminen. Aiheen voi tulkita olevan asiakaslähtöisen terveydenhuoltopalvelun kehittämisen keskiössä, sillä riskien tunnistamisen avulla palvelukokonaisuuksista voidaan rakentaa yksilöllisempiä ja asiakkaan tarpeita paremmin huomioivia.

Aikuistyyppin diabeteksen ennaltaehkäisyssä keskeistä on diabetekseen liittyvien riskitekijöiden vähentäminen, joka tavallisesti tehdään elintapoja muuttamalla, kuten liikuntaa lisäämällä ja terveellisellä ruokavaliolla. Haasteena on, että riskilaskelmat tehdään nykyisin keskimääräisyyksien perusteella, jolloin yksilöiden

todellista riskiä ei aina tunneta. Haastateltava ennakoivat, että riskin tunnistaminen ja sen perusteella toimiminen on tulevaisuudessa entistä yksilöidympää. Tulevaisuuden visioissa geenitieto ja yksilöllinen lääketiede nousivat esille järjestelmämuutoksen kynnyksilyksinä, sillä geenitieto saattaisi tulevaisuudessa mahdollistaa hoidon kohdentamisen entistä tarkemmin. Tätä pohtii yksi järjestö seuraavasti:

Diabeteksen ehkäisyssä, ilman sitä genetiikan tuntemusta meidän pitää kohdentaa se interventio koko väestölle periaatteessa. Ja sieltä kuitenkin aikuisiän diabeteksen saa vaan 10-20 prosenttia. Et jos me pystytäs kohdentaa se interventio vaan siihen 10-20 prosenttiin. (Järjestö 3.)

Yllä oleva sitaatti kuvastaa näkemystä yksilöidymmän lääketieteen mahdollisuuksista kohdistaa riskin hoito entistä tarkemmin sellaisiin henkilöihin, joiden riski sairastua tulee toteutumaan. Haastateltava viittaa sitaatissaan sairauksien esiintyvyyteen perustuvan riskitiedon pulmaan, joka perustuu siihen, että vaikka henkilöiden sairastumisriski tunnetaan, riskitestin avulla ei aina voida yksilöidä, kuka todella tulee sairastumaan. Koska riskissä olevien määrä on aina suurempi kuin taudin esiintyvyys, on kansanterveysongelman laajuuden taudin ehkäisemiseksi hoidettava suuri määrä ihmisiä, jotka eivät välttämättä hyödy hoidosta (ks. myös 'ehkäisyn paradoksi' Rose 1985). Haastateltava ehdottaa yllä olevassa sitaatissa, että geenitieto saattaisi olla ratkaisu tähän pulmaan, sillä se mahdollistaisi diabetesta ennaltaehkäisevän hoidon kohdentamisen niihin, jotka todella tulisivat sairastumaan ilman hoitoa.

Toinen geenitiedon etu on sen luoma mahdollisuus ymmärtää erilaisten elintapojen merkitys yksilökohtaisesti. Koska elintapojen merkitys diabetesriskin pienentymiselle vaihtelee yksilöittäin, eikä tätä variaatiota nykyisin laskelmoida, voisi geenitieto mahdollistaa yksilökohtaisen elämäntapaohjeistuksen uudella tavalla. Seuraavissa visioissa pohditaan geenitiedon yksilöllisen riskitiedon mahdollisuuksia:

Niin nyt kymmenen vuoden päästä me tiedetään yhä tasan tarkkaan et miten meidän perinnöllisyys, ympäristötekijät, miten ne vaikuttaa missä kontekstissa. Ne ilmoittaa että no, vedä nyt sitte puoli pulloa punkkia ja syö toi pihvi, mut sit sillä on tällaisia seurauksia, tolla sun (perimällä) juuri sinun kohdalla. Naapuri voi ihan hyvin popsia niitä, mutta sen keho on erilainen. (Näin siitä) tulee henkilökohtaista. (Tutkija 3.)

Uskon myös et tämmönen personalized medicine on asia mikä on pakko ottaa huomioon. Koska tiedetään että kaikki eivät hyödy liikunnasta. 20 prosenttia tyypin 2 diabeetikoista niin ei hyödy liikunnasta lainkaan. Ihan tutkittua tietoa. Ja ne ovat jopa käyneet kuntosalilla treenaamassa säännöllisesti kiltisti, mut sit ku katsottiin mihin tää johtaa. Ei mihinkään. Et se voi olla se ryhmä taas, jolle se liikunta ei tunnu mielekkäältä. (Tutkija 1.)

Yhteenvetona voimme todeta, että geenitiedon mahdollistama riskin entistä yksilöidymmpi hoito on askel kohti asiakaslähtoisempää diabetesriskin hallintaa. Herää kuitenkin kysymys siitä, millä tavalla sairastumisriskissä olevia henkilöitä voidaan tulevaisuudessa tukea entistä yksilöidymmin terveydenhuollossa. Seuraavassa kappaleessa kuvailemme riskien hoidon toteutumisen esteitä ja mahdollisuuksia terveydenhuollon toiminnassa.

Diagnoosikeskeisyydestä yksilölliseen hoitoon

Terveydenhuollon nykytilannetta kuvaillessaan haastateltavat saattoivat kokea, että diabetesta ennaltaehkäisevä toiminta ei toteudu ja toiminta kohdistuu ainoastaan diagnoosin jo saaneisiin. Tämä tunnistettiin diabetesriskissä olevien henkilöiden kohden ongelmaksi, sillä jos terveyspalveluiden tehtävät ohjautuvat diagnoosin avulla, saattaa riskien hallinnassa auttaville palveluille muodostua este. Eräs haastateltava kuvaili näkemystään terveyden edistämisen nykytilanteesta terveyspalvelujärjestelmässä seuraavasti:

Ongelma terveyden edistämisessä tällä hetkellä on se et sitä ei tehdä [naurahtaa]. Et terveyden edistäminen häviää ihan sata nolla tappelun aina sairauksien hoitamisen kanssa. Ja se johtuu siitä että Suomessa on rakennettu tällä hetkellä sellanen terveyspalvelujärjestelmä, että sieltä ei saa palveluita muuta kuin jos sulla on diagnoosi. On hirveen vaikeaa saada oikeasti jotain elintapaohjausta tai muuta. (Järjestö 4.)

Haastateltavan mukaan olisi toivottavaa, että myös sairastumisriskissä olevat saisivat terveyspalvelujärjestelmästä palveluita. Sairastumisriskissä oleville potilaille suunnattujen palveluiden toisena esteenä on, että terveydenhuollossa ei riittävästi huomioida potilaan yksilöllistä tilannetta tai tarpeita. Järjestön edustaja koki, että palveluiden ohjaaminen pelkästään diabetesdiagnoosin perusteella saattaa olla liian karkea työkalu tilanteessa, jossa yksilöiden selviytyminen riskin tai taudin kanssa saattaa vaihdella suuresti. Terveydenhuollon palveluissa tulisi huomioida ihmisten kyky hoitaa omaa diabetestaan:

Jos sul on diabetesdiagnoosi niin sä käyt tietyn ajan välein siellä terveydenhuollossa ja sulta otetaan tietyt verikokeet, riippumatta siitä et miten sä pärjää sen diabeteksen kanssa. Meillä pitäis pystyä jotenki paremmin, tavallaan sektoroimaan ihmisiä. (...) Et ne jotka tarvii paljon palveluja niin ne laitetaan johonkin erityisen järeisiin toimenpiteisiin, jolloin sit terveyskeskuksista vapautuis aikaa myös sellasille joilla on (...) riskitekijä. (Järjestö 4.)

Haastateltavan mukaan terveydenhuollon olisi tulevaisuudessa paremmin huomioitava yksilön omat riskinhallintakyvyt diabetesriskin hoidossa ja ohjata palvelut sen mukaan. Yhtenä perusongelmana hän tunnisti terveydenhuollon ”diagnoosikeskeisyyden”, joka viittaa siihen, että hoito ohjataan taudin eikä yksilön tilanteen perusteella. Askel kohti asiakaslähtöisempiä palveluita edellyttää, että palvelut rakennetaan ihmisen elämän kokonaistarpeet huomioiden, eikä niinkään sairauden diagnoosin perusteella. Haastateltava kuvaili näkemystään näin:

Sote-uudistus luo mahdollisuuden (...) kehittää sitä terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä nimenomaan siinä, et päästään pois diagnoosikeskeisyydestä. Et pystytään järjestää asioita ihmisen elämäntilanteen mukaan, ja oikeesti niin että, terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy toteutuu. (Järjestö 4.)

Erään työterveysyrityksen edustajan mukaan yksilöllisemmän hoidon järjestäminen voisi tulevaisuudessa olla mahdollista terveysdataa hyödyntävässä järjestelmässä. Terveysdata luo uusia mahdollisuuksia arvioida hoitoa yksilöllisen tilanteen mukaan. Keräämällä diabeteksen riskidataa, voidaan tietoa jalostaa ja hoitoa kohdentaa:

Mä oon sitä mieltä että sen lisäksi et meil on nää riskitestit jota on helppo tehdä internetissä (...) niin pitäisi ottaa tähän rakenteisempi etenemistapa elikkä että kaikki se, potilastieto mitä on niin se pitäis rakenteellisesti myllätä (...) ja tästä pitää jalostaa potilaalle viesti että sinä et olekaan sellaisessa hoidossa kun Käypähoito-suositus sanoo sinun kaltaiselle potilaalle olevan. Eli on se sitten diabeetikko, et onks kaikki tehty niin kuin pitää tai sitten diabetesriskissä oleva et onks kaikki tehty niin kuin pitää. (Yritys 4.)

Sitaatissa yritys visioi, että terveysdatan avulla on mahdollista arvioida, josko potilaan tai riskissä olevan henkilön hoito on yksilöllisen tilanteeseen nähden Käypä hoito -suosituksen mukaista. Tämä on yksi mahdollinen tie kohti yksilön tilannetta paremmin huomioivaa järjestelmää eli asiakaslähtöistä terveydenhuoltoa. Yllä olevissa puheenvuoroissa on viitattu lähinnä terveydenhuoltoon itsessään, eikä huomioitu terveyden edistämisen kokonaisvaltaisuutta ja monitoimijuutta. Seuraavassa kappaleessa tuomme esille näkemyksiä terveydenhuollon yhteistyöstä muiden terveellistä elämää tukevien osapuolien kanssa.

Moniammatillisuuden mahdollisuudet riskien hoidon tukena

Kolmantena terveydenhuollon haasteena ja muutosaiheena tunnistettiin riskissä olevien henkilöiden elintapaohjaus. Terveydenhuollon ammattilaisten on Käypä hoito -suosituksen mukaan suositeltava elintapaohjausta henkilöille, joilla on riski sairastua diabetekseen. Elintapaohjaus on haastateltujen mukaan kuitenkin haastavaa terveydenhuollon ammattilaisille etenkin hoitoketjun varhaisissa vaiheissa sen vuoksi, että moni potilas ei vaikuta sisäistävän elintapamuutosten merkitystä tai toteuttavan niitä. Seuraavat sitaatit kuvaa potilaiden parissa työtä tekevien ammattilaisten näkemystä elintapaohjeistuksen tiedostamisesta tai sisäistämisestä:

Kyllä mä muistan potilaita jotka, on sit sanonut mulle esimerkiks että, sä olit ensimmäinen joka sanoi että jos sä et lopeta tota röökaamista niin noutaja tulee. Sit he tajus ja lopetti. Siihen asti sitä on vaan kysytty ja hymistely (Järjestö 8.)

Ja ku ne tulee sinne (palveluun), niin ne vasta sen kuuden viikon aikana ensimmäisen kerran tajuaa että, tää (Diabetes) on semmonen sairaus et mä pystyn itse vaikuttaan tähän. Et niillä on, jotenkin vaan mennä se ohi. Et ne oo ollu vastaanottavaisia, se ei ole ehkä tullut siinä muodossa et ois ollu ymmärrettävää ja sitä tietoo on voinu tulla liikaa kerralla. (Järjestö 4.)

Haastateltavien mukaan perustavanlaatuinen tieto diabetekseen liittyvistä asioista saattoi monelta diabeetikolta puuttua. Potilastyössä työskentelevät ammattilaiset kokivat elintapasairauksien hoidon tai puheeksi ottamisen vaikeana ja arkana aiheena, joka vaatii uutta tulokulmaa. Muutos on tarpeen, sillä terveydenhuollon toimintatavat ovat osasyynä siihen, että ”kakkostyyppin diabeetikot kokee voimakasta syyllistämistä” (Järjestö 4). Yksi lääkärin työssä toimiva esitti oman käytännön kokemukseen perustuvan näkökulmaansa aiheesta seuraavasti:

Monet on kuullu sen niin monta kertaa et ne on tavallaan turtunu siihen ja päättäny et tää asia ei nyt kuulu noille. (...) Jos nyt esimerkiksi ylipainosta ja liikkumattomuudesta puhutaan nii ne on vaikeita asioita ja jos niihin kaavamaisesti vaan runtataan nii ainaki osalle tulee sit semmonen vastareaktio että, mitä lääkäri sano, no ei se sanonut muuta ku et mä oon läski. Jos se on ainoa mikä jää potilaalle mieleen nii ei oo saavutettu kyllä mitään terveyshyötyä sillon. On saavutettu vaan pahaa mieltä. (Järjestö 8.)

Terveydenhuoltoa lähellä olevat toimijat pohtivat haastatteluissa mahdollisuuksia luoda terveellistä elämäntapaa paremmin tukevia käytäntöjä terveydenhuollossa. Eräs mielenkiintoinen huomio liittyy siihen, että terveyden edistäminen on laaja-alainen tehtävä, joka asettuu helposti lääkärin velvollisuuksien ulkopuolelle. Elämäntapaohjeistuksen toteutumisen seuraaminen ei välttämättä kuulu lääkärin toimenkuvaan, vaan tähän tehtävään tarvitaan muita toimijoita. Seuraavassa sitaatissa lääkäri kuvailee lääkäreiden roolia elämäntapahoidoissa:

Kyllä varmasti on niin et lääkärin vastuu ja velvollisuus on ainakin varmistua siitä että, yksittäinen henkilö tai potilas on tietoinen. (...) Mut se että pitääkö sitä joka kerta aina toistaa ilman että on mitään rakentavaa sanottavaa muuta ku et eipä oo tainnu paino pudota, nii se ei hirveästi auta, vaan siihen kyl ehkä tarvittais jotain vällineitä. Lääkäri on varmaan se josta se pitää lähtee se alote, (...) mutta lääkäri ei oo ehkä se oikee ihminen sit toteuttamaan ja seuraamaan. Siinä tarvitaan sitten tämmösiä sparraajia. (Järjestö 8.)

Monen haastateltavan mukaan lääkärin antama liikuntaresepti olisi oivallinen keino ohjata potilas sellaisille ammattilaisille, joiden tehtävänä on seurata ja ”sparrata” potilaita. Se siis tarjoaa lääkäreille mahdollisuuden ohjata sairastumisriskissä olevia henkilöitä esimerkiksi ei-lääketieteellistä tukea tarjoavien toimijoiden piiriin, joilla on paremmat resurssit tukea ihmistä terveyden edistämisessä. Vaikka liikuntaresepti on ollut Suomessa käytössä aiemmin, ei yksikään haastateltava tunnistanut esteitä sen käytölle eikä syitä sille, minkä vuoksi se ei ole laajemmin käytössä. Ehkäpä liikuntareseptin ongelmana on se monitoimijuus: haastateltavien mukaan liikuntaresepti ylittävää terveydenhuollon rajat sekä edellyttää yhteistyötä monen eri toimijan kanssa ja mahdollisesti muutosta Kelan tarjoamiin tukiin. Seuraavassa sitaatissa järjestön edustaja visioi liikuntareseptin mahdollisuutta:

Toivoisin et jos ihminen menee lääkäriin, tai ylipäänsä terveydenhuollon piiriin, niin hänelle voitais antaa reseptinä liikuntaa. (...) Sanoetaan että lääkäri toteaa et nyt sä oot selkeessä riskiryhmässä niin lääkäri vois kirjottaa reseptin missä ois oikeesti, vaikkapa personal training, siis ihan jotain tämmöstä yhteiskunnan maksamaa, tai sul on se omavastuu samalla tavalla ku lääkkeissä. (Järjestö 9.)

Liikuntareseptiksi nimetty malli voidaan tulkita askeleeksi kohti asiakaslähtöisempää terveydenhuoltoa, sillä reseptissä painottuu potilaan tarpeet eikä eri organisaatioiden rajapinnat. Monitoimijainen yhteistyö terveyden edistämiseksi voisi laajalaisemmin tukea ihmisiä diabetesriskinsä alentamiseksi. Yhden haastateltavan mukaan liikuntareseptiä ei tulisi rajoittaa pelkästään liikuntaan, vaan sillä voisi uudella tavalla ohjata ihmisiä esimerkiksi ravitsemus- tai uniterapeutille.

Yhteenveto: kohti asiakaslähtöistä ja ketterää riskiä hoitavaa terveydenhuoltoa

Tarkastelimme kappaleessa terveydenhuollon muutosta kohti asiakaslähtöistä ja terveydellisiä riskejä paremmin hoitavaa järjestelmää. Esitimme neljä haastatelluista noussutta terveydenhuoltojärjestelmän muutoksen avainaihetta tai -ehdotusta (ks. Taulukko 3). Ensimmäinen liittyy digitalisaation tuomiin mahdollisuuksiin luoda aidosti asiakaslähtöinen järjestelmä. Vaikka digitalisaatio herätti haastateltavissa optimismia, tunnistettiin muutoksen olevan vielä kesken. Muutoksen mahdollistaminen saattaa vaatia huomion kiinnittämistä osaamiseen, hyötyjen tiedostamiseen ja organisaatioiden muutoshalukkuuteen.

Toiseksi aiheeksi muodostui riskien hallinta terveydenhuollossa. Haastateltavien visioissa entistä yksilöllisempää hoitoa voidaan tulevaisuudessa toteuttaa geenitiedon avulla. Geenitiedon ennakoitiin mahdollistavan hoidon tarkemman kohdentamisen sekä hoidon vaikutusten yksilökohtaisen tuntemuksen.

Kolmas teema liittyy terveydenhuollon palveluiden diagnoosikeskeisyyteen. Eräs haastateltava koki, että terveyden edistämistä ei terveydenhuollossa tehdä, vaan diabetesta hoidetaan vasta kun henkilö on saanut siihen diagnoosin. Diagnoosi puolestaan saattaa sulkea palveluiden ulkopuolelle diabetesriskissä olevia henkilöitä, joilla olisi tarvetta saada asiantuntijoiden tukea riskin hallinnassa. Nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän voi tulkita perustuvan sairausmääritelmään eikä yksilöihin. Muutos kohti asiakaslähtöistä mallia edellyttää tämän asetelman muuttamista: tulevaisuudessa palveluiden tulee perustua yksilölliseen tarpeeseen saada tukea diabetesriskinsä tai taudin kanssa, eikä pelkästään diagnoosin perusteella tehtävään toimenpiteiden luokitteluun.

Neljäs aihe liittyy aikuistyyppin diabeetikoiden tai riskissä olevien henkilöiden kohtaamiseen terveydenhuollossa. Haastateltavien mukaan elintapasairauksien puheeksi ottaminen on terveydenhuollossa haasteellista, eikä esimerkiksi lääkärin tehtävä välttämättä ole ”sparrata” ihmisiä elämäntapamuutokseen. Yksilön elämäntapaohjeistukseen liittyvän ongelman erääksi ratkaisuksi ehdotettiin liikuntareseptiä. Vaikka resepti on saattanut olla käytössä eri paikkakunnilla, eivät haastateltavat tunnistanee esteitä sen leviämislle. Liikuntareseptiä pidettiin hyvänä ideana, sillä toteutuessaan lääkäri voisi ohjata sairausriskissä olevia henkilöitä sellaisten toimijoiden pariin, jotka parhaalla mahdollisella tavalla voivat auttaa yksilöä. Näin terveyden edistäminen toimisi yksilön tarpeet paremmin huomioiden eli asiakaslähtöisemmin.

Taulukko 3. Kohti terveyttä edistävää ja asiakaslähtöistä terveydenhuoltoa

Aihe	Este tai muutostarve	Muutosehdotus tai mahdollisuus
Digitalisaatio	Tarkoittaa edelleen ”paperin skannaamista pdf-tiedostoksi”	Haastattelussa paljon optimismia: ” <i>Olemme vasta raapaistu pintaa</i> ”
	Teknologia itsessään ei ole saanut aikaan aitoa järjestelmämuutosta vaan on riippuvainen organisaation muutoshalukkuudesta, hyötyjen tiedostamisesta ja osaamisesta	Asiakaslähtöisyys ja hoidon räätälöiminen Useimmat haluavat jo jaa terveystietojaan
Genetiikka	Nykyinen riskitieto ohjaa hoitamaan suurta osaa väestöstä	Yksilöllisempi riskin hoito ja elintapojen vaikutusten tuntemus: tunnetaan ympäristön ja elintapojen vaikutukset yksilötasolla
Sairastumisriskissä olevat henkilöt terveydenhuollossa	Elintapasairauksien puheeksiottamisen taito ja potilaiden hoitomyöntyvyys	Terveysdata asiakaslähtöiseksi
	Diagnoosikeskeisyys saattaa rajata riskissä olevia palveluiden ulkopuolelle	Hoito ja palvelut riskin ja yksilön tilanteen, ei diagnoosin perusteella
	Fokus sairaudessa eikä yksilön tarpeessa	Liikuntareseptin avulla riskien hoito monitoimijaiseksi ja muiden kuin lääkäreiden seurattavaksi

4.4 Rahoitusmallien muutos - rahaa terveydestä

Haastateltavat tunnistivat terveyden edistämiseen liittyvien palvelumallien kehittämisen yhdeksi perusongelmaksi toiminnan taloudellisen kannattavuuden. Yksi tutkija tiivistä tämän näkemyksen seuraavanlaisesti: ”*preventiivisen toiminnan (...) business case on huono*” (Tutkija 3.). Ongelma perustui haastateltavien mukaan terveyden edistämisen vaikuttavuuteen. Koska terveyden edistämistoiminnan hyödyllinen vaikutus saattaa ilmetä vasta vuosien kuluttua, on toiminnalle vaikea määrittää hintaa, eikä se enää välttämättä hyödytä palvelusta maksanutta tahoa, jolloin ”*se joka kuittaa hyödyn niin on eri kuin maksaja*.” (Tutkija 3.). Vaikka terveyden edistäminen on kansanterveyden ja yksilön näkökulmasta tärkeää, jäävät terveyden ylläpitämisen liiketoiminnalliset hyödyntämisen mahdollisuudet epäselviksi esimerkiksi työnantajan maksaessa terveyden edistämistä.

Kuten totesimme kappaleessa 4.1., kuntien saama terveydenhuollon valtionosuus on osittain riippuvainen sairastuneiden määrästä, eikä rahoitus näin ohjaa kuntia terveyden ylläpitämiseen itsessään, vaan lähinnä sairauksien hoitamiseen. Samanlainen ongelma pätee haastateltavien mukaan laajemmin terveystalouksissa, jossa sairauksia hoidetaan suoriteperusteisesti: toimintamalli soveltuu hyvin sairauksien hoitamiseen, mutta ei terveyttä ylläpitävään eli sairauksia ennaltaehkäisevään toimintaan. Haastatteluissa ratkaisuja tähän ongelmaan haettiin uudeltaisesta ajattelusta, jossa terveyden ylläpitäminen itsessään - ei pelkästään sairauksien hoitaminen - muodostaa palvelun rahoitusmallin perustan. Tutkija havainnollisti asiaa kertomalla vanhasta kiinalaisesta tavasta ylläpitää terveyttä:

Siellä oli kyläyhteisö, (jossa oli) lääkäri. Niin jokainen perhe siinä kylässä maksoi lääkärille aina joka kuukausi maksun. Mut jos joku perheenjäsen sairastui niin sit niiden ei tarvinnu maksaa. (Tutkija 3.)

Sitaatissa kuvataan palvelumallia, joka ei perustu sairauden parantamisesta saatavaan maksuun, vaan on ikään kuin käännetty pääläelle nykyisestäään. Tässä viiossa palvelun tuottaja hyötyy terveiden ihmisten määrän ollessa suurempi. Sitaatti tiivistää hyvin sen ajattelutavan, jota monet kokivat olevan eräänlainen ratkaisu terveyden edistämiseen liittyvien palveluiden muutokselle: on siirryttävä suoriteperusteisista palveluista tulosperusteisiin ratkaisuihin.

Haastatteluissa terveyden edistämisen liiketoiminnallisia mahdollisuuksia pohtivat lähinnä työterveyden edustajat. He esittivät näkökulmia, jotka perustuivat käytännön työhön ja kokemukseen sekä käytössä oleviin paikallisiin kokeiluihin. Näkökulmissa korostuu niin työterveyden kuin työpaikkojen näkemys uudenlaisten terveyttä edistävien toimintamallien mahdollisuuksista ja esteistä. Samalla ne koskettavat kuitenkin laajemmin terveyden edistämiseen liittyvien palvelumallien ongelmanasettelun ydinkysymyksiä toiminnan hyödyistä, vaikuttavuudesta ja skaalautumisesta.

Kannattaako työnantajan maksaa terveyden edistämistä?

Työterveyden toimijoiden mukaan kroonisten sairauksien riskiä pienentävän toiminnan vaikuttavuus muodostaa haasteen palvelumallien kehittämiseksi. Pessimistisimpien näkökulmien mukaan terveyden edistäminen ei taloudellisessa mielessä ole työnantajille kannattavaa:

Terveyden edistämisen (...) efekti alkaa näkyä vasta vuosien tai kymmenien vuosien päästä. Ja kustannusvaikuttavuus ja kustannushyöty vaikka kahen vuoden päähän on yleensä negatiivinen tai marginaalinen jos sitä on. (...) Sillon jos tietoon perustuen on pakko perustella, että terveyden edistäminen itsessään ei anna sulle yhtään investointieuroa takasin kahteen vuoteen, niin siitä eteenpäin sen investoinnin tuotto on kyseenalainen. Niin eihän kukaan järvevä ihminen laita omia rahojaan likoon tohon. (Yritys 2.)

Kustannusvaikuttavuuden johdosta terveyden edistämisen palveluita saattaa olla vaikea myydä työpaikoille. Saman yrityksen edustaja totesi raadollisesti, että terveyden edistämistoiminnan myyminen työpaikoille edellyttää hyötynäkökulman korostamista, sillä: *"terveyden edistäminen itsessään, terveysarvon päätetapahtumana ei puhuttele (...) ketään yrityspäätäjää"* (Yritys 2). Erään työterveystoimijan mukaan tilannetta vaikeuttaa edelleen se, että työnantajat *"ei kauaa jaksa kuunnella hyvinvointia, että semmoiset ylevät arvot eivät ole oikea keskustelutapa yrityksille. (...) tämä kaikki pitää muuttaa kyl numeroiks"* (Yritys 4).

Samat toimijat kuitenkin tunnistivat joitain tapoja saada työnantajat kiinnostumaan terveyden edistämisestä. Heidän mukaansa sairauksien primaaripreventio, eli ennaltaehkäisevä hoito saattaa olla kannattavaa, jos näkökulma viritetään oikeanlaiseksi. Terveellisen elämäntavan tukeminen voi olla tärkeää työnantajille, jos sen voidaan osoittaa hyödyttävän työnantajaa lyhyellä aikavälillä.

Eli toisin sanoen, hyvinvoinnin ja tällöisen elinvoiman edistäminen perusteluna että se vähentää sitä tuottamattoman työn osuutta on arvo mikä puhuttelee. (Yritys 2.)

Elikkä se työkyvyn ylläpito on äärimmäisen kannattavaa ja vajaa-kuntoisenkin pitäminen töissä on kannattavaa isolle yritykselle. (Yritys 4.)

Terveyden edistäviä palvelumalleja on siis mahdollista myydä työpaikoille nostamalla esiin siihen liittyvien toimintojen välittömiä hyötyjä. Samalla se saattaa merkitä, että esimerkiksi diabetesriskin vähentäminen pitkällä tähtäimellä ei sovellu palvelumallin perustaksi - ainakaan työnantajille. Näyttää siltä, että kroonisten sairauksien riskin pienentäminen on tässä tapauksessa sivutuote sellaisissa palveluissa, joissa terveyden edistämisen välittömiä hyötyjä korostetaan. Riskin pienentämisen toimintatavat ovat riippuvaisia sellaisista työterveystoimijoiden myymistä palveluista, joiden voidaan osoittaa aikaansaavan välitöntä hyötyä ja kustannusvaikuttavuutta.

Oli mielenkiintoista huomata, että työterveyspalveluita käyttävien yritysten näkökulmat erosivat merkittävästi yllä olevista työterveystoimijoiden kuvauksista. Työpaikat korostivat - ainakin haastattelutilanteessa - lähinnä työntekijöiden omia tarpeita, eikä palveluiden kustannusvaikuttavuuden merkitys näyttänyt olevan yhtä tärkeä kuin työterveystoimijoiden näkökulmasta. Kysyessämme kustannusvaikuttavuuden merkitystä työnantajilta, molemmat yritykset vakuuttivat terveyden edistämisen olevan kustannusvaikuttavuutta tärkeämpi arvo:

Ei, en mä ainakaan oo tietonen että kustannuslaskentaa ois tehty. Et tääl on varmaan taustalla usko siihen et nää on tärkeitä asioita. (...) meil on hyvin vahva usko siihen että kun me panostetaan työntekijöihin niin se näkyy sitten ihmisten viihtyvyytenä töissä ja toisaalta sitten onnistumisina projekteissa. Ja kun ihmiset viihtyy niin kyllä se sit taas näkyy etenkin pysyvyytenä ja hyvänä henkenä ja sitten selkeästi ihmiset tietenkin saa enemmän aikaan kun ne on

motivoituneena ja asiat ei häiritse sitä varsinaista tekemistä. (Yritys 6.)

Periaatteessa se kokonaishyvinvoinnin näkökulma että, tehdään asiat hyvin tai, tehdään semmoisia ylipäänsä terveyttä edistäviä toimia täällä niin kyllähän ne vaikuttaa siihen et miten meillä työntekijät jaksaa ja voi täällä. Ei pelkästään sen kannalta et me saadaan heidät pidettyä talossa vaan myös sen kannalta et heidän työvire pysyy hyvänä myös vuosia eteenpäin. (Yritys 5.)

Näiden ohjelmistoyritysten näkökulmissa korostui kustannuslaskelmien sijaan terveys itseisarvona sekä hyvinvoinnin tuoma työvire, viihtyvyys ja työntekijöiden pysyvyys. Todettakoon, että haastattelemamme yritykset toimivat alalla, jossa kilpailu työntekijöistä saattaa olla kovaa, jolloin työhyvinvointiin liittyvät ominaisuudet saattavat nousta tärkeämmiksi tekijöiksi kuin muilla aloilla. Molemmat työnantajat huomioivat työntekijöiden pysyvyyden merkityksellisenä työhyvinvoinnin edistämisen kannalta. Samalla työntekijät saattavat olla alalla nuoria tai keski-ikäisiä, eli terveyskustannukset ovat pienempiä verrattuna aloihin, joissa on vanhempia ihmisiä.

Kiinteähintaiset palvelumallit tuottamaan terveyttä?

Työterveyspalveluiden kehittäminen kohti terveyden edistämistä koettiin edellyttävän tulosperusteiseen palvelumalliin siirtymistä. Eräs järjestö kuvaili ajatusta seuraavasti: *"ideaalitapa saada työnantajat innostumaan asiasta (on sanoa) et mä en osta vaan liikuntaseteleitä vaan mä ostan parempikuntoisia työntekijöitä"* (Järjestö 6). Eräänlaisia tulosperusteisia työterveyden palvelumalleja on jo olemassa, vaikkakin ne ovat verrattain uusia ja edelleen kehitteillä olevia. Nämä ovat ns. kapitatio- tai kiinteään korvaukseen perustuvia palvelumalleja, joissa palvelun hinta määräytyy esimerkiksi henkilöiden määrän, iän tai muiden ominaisuuksien perusteella. Optimististen näkemysten mukaan kiinteähintainen palvelumalli vie onnistuessaan työnantajan, työntekijän ja työterveydenhuollon intressit yhteen eri tavalla kuin suoriteperusteisessa tavassa tuottaa työterveydenhuollon palveluita. Kiinteähintaisilla sopimusmalleilla olisi mahdollista päästä kappaleen alussa kuvailtuun kiinalaisen kyläyhteisön tuottamaan malliin, jossa terveyden edistämistä ja sairauksien ennaltaehkäisystä tulee aidosti niin palvelun tuottajan kuin ostajan intressi. Näin kertoi kiinteähintaista palvelua myyvä yritys:

Suoriteperusteisessa työterveyshuollossahan ei ole insentiiviä tehdä ennaltaehkäisevää työtä, koska korjaava työ on huomattavasti paljon kannattavampaa. Meidän insentiivi taas on se, että tehdään se ennaltaehkäisevä työ hyvin, jolloin meidän korjaavan työn osuus on pienempi. Jolloin se hinta jota me ollaan asetettu sille, asettuu oikealle tasolle. (Yritys 3.)

Työterveysyritysten ja alaa tuntevien edunvalvonnan toimijoiden mukaan kyseessä olevilla palveluilla on edelleen haasteita. Yksi kiinteähintaisen palvelun haaste perustui siihen, ettei sitä ole huomioitu lainsäädännössä. Nykyinen lainsäädäntö vaatisi kela-korvattavuuteen muutosta:

Se että mä maksan tietystä palvelukokonaisuudesta vaikka nyt sitten 50 euroa per työntekijä kuukaudessa, se tarkoittais automaattisesti sitä et mitään Kela-korvauksia ei tuu vaikka se toiminta sinänsä ois ihan hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaista. Niin kyllä se nyt varmaan rajoittaa sen palvelun käyttöä vaikka sinänsä uskoiski että toi tapa toimia on fiksumpi kuin se suoritepohjainen tapa. (Järjestö 6.)

Kela-korvauksen ulottaminen myös kiinteähintaiseen palveluun tekisi mahdolliseksi tukea terveyttä edistäviä ja riskiä vähentävää palvelua työterveydenhuollossa. Toinen haaste liittyy kustannuksiin ja hinnan määrittelyyn. Ei ole syntynyt vakiintunutta tapaa määritellä palvelun hintaa:

Ja nyt sitten jos mä ostan vaikka kymmenen hengen yritykselleni palveluita tiettyyn kiinteeseen hintaan, ja sattuukin oleen niin että, ihmiset sinä vuonna on tosi terveitä, niin silloin sille yhdelle lääkärikäynnille tulee laskennallisesti tosi korkea hinta. (Järjestö 6.)

Kolmas haaste liittyy kiinteähintaisten palveluiden luonteeseen. Haastateltavien mukaan palvelua saattaa ostaa vain tietynlaiset työnantajat, sillä se edellyttää yritykseltä uutta näkökulmaa ja toimintaa terveyden edistämiseen. Palvelua myyvän työterveysyrityksen mukaan kiinteähintaisten mallien ostaminen edellyttää yritykseltä sitoutuneisuutta ja yhteistyötä. Hän kommentoi aihetta seuraavalla tavalla:

Jos työterveyshuolto katsotaan vain henkilöstöetuudeksi, tavaksi hoitaa ihmisten sairauksia nopeasti, niin silloin ei ole mitään järkeä järjestää täntyyppistä mallia, koska silloin sä vaan ajattelet sen niin että työterveyshuolto ei ole oleellinen osa meidän henkilöstöstrategiaa, se on vain yksi palvelu.

(Haastattelija kysyy): Ja teidänkö asiakkaat sitten ei ajattele näin?

Niitten on pakko ajatella toisella tavalla koska (...) he myöskin sitoutuvat aika paljon toisentyypiseen toimintaan. He sitoutuvat siihen yhteistyöhön meidän kanssa, siihen että käydään näitä jatkuvia keskusteluja ja huolehditaan näistä varhaisen tuen malleista. Se vaatii siltä yritykseltä enemmän. Siinä ihan oikeesti pitää pitää huolta siitä henkilöstöstä eikä niin että tarjotaan jotain ja sitten pistetään kilometritehtaalte. (Yritys 3.)

Palveluun liittyvä sitoutuneisuus saattaa siis johtaa tilanteeseen, jossa vain tietyn tyyppiset yritykset ovat halukkaita ostamaan kiinteähintaisia palveluita terveyden edistämiseksi. Toisaalta palvelu ei myöskään sovellu kaikkien yritysten tilanteeseen, vaan yrityksen mukaan: *"jotkut eivät ole valmiita, he kuvittelevat että he ovat valmiita ja sit he huomaavat he eivät ole valmiita täntyyppiseen toimintaan"* (Yritys 3).

Kiinteähintainen palvelu sellaisenaan saattaa siis jäädä vain tiettyjen yritysten tavaksi toteuttaa terveyden edistämistä osana henkilöstöstrategiaa. On siis huomioi-

tava työpaikkojen erilaisuus kuten myös kiinteähintaisten palveluiden eroavaisuudet. Erään toimijan mukaan työnantajan kiinnostuksen kohteena kiinteähintaisissa palveluissa ei välttämättä ole terveyden edistäminen, vaan säästöt:

Nämä yritykset joissa on tämä kiinteähintainen sopimus niin ne ei suinkaan halua panostaa ennaltaehkäisyyn vaan ne haluavat vaan että tietty minimitason sairaanhoito on tarjottu niitten henkilöstölle. Ne eivät näe sitä isompana asiana. (...) Lain vaatimukset ja pikkusen enemmän. Tällä tavoin pidetään huoli siitä, että kaupan kassat saa sairaslomatodistuksen heti tai että se saa nuhaansa hoidon mut he eivät sit välttämät halua esimerkiksi kroonisia sairauksia hoitettavan näissä järjestelmissä. (Yritys 4.)

Näin toistuu sama asetelma, kuin aiemmin tässä kappaleessa käsittelemämme työnantajien intressien herättäminen. Työnantajia ei välttämättä kiinnosta kroonisten sairauksien riskin pienentäminen, vaan nopealla aikataululla saavutettu hyöty sairauspoissaolojen vähentämisessä tai tuottavan työn lisääminen. Tyypin 2 diabetesriskin väheneminen jää tavoitellun hyödyn sivutuotteeksi. Täten ei voida olettaa, että kaikki kiinteähintaisuuteen perustuvat terveystaloudelliset palvelut vähentävät diabetesriskiä. Työterveysyrityksen mukaan kiinteähintaisten mallien tulee vielä kehittyä ollakseen varteenotettavia terveyden edistämisen kannalta:

Se kokemus mitä mulla on (kiinteähintaisista sopimuksista), niin ne on kaikki todella raakoja halpuutus sopimuksia. Siis oikeasti. Ja vaikkonkin onkin erilaisia sakkolausekkeita niin, en mä yksilönä halua joutua semmosen kiinteähintaisen sopimuksen uhriksi. Et toivon et voin välttää sellaista työpaikkaa, joka on hankkinut kiinteähintaiset sopimukset koska ne perustuu siihen että niissä optimoidaan, se minimitaso. (...) ei tehdä mitään ylimäärästä siellä. Ei kerta kaikkiaan mitään. Se on vaan pikakokemus. Aika tulee näyttämään löytyyksi niihin kiinteähintasiin sopimuksiin oikeita malleja. (Yritys 4.)

Ei siis ole itsestään selvää, että työnantajien ostamat kiinteähintaiset palvelut ovat kroonisten sairauksien riskiä terveellisen elintapojen kautta alentavia palveluita. Kiinteähintaisiin palvelumalleihin kohdistui kuitenkin odotuksia, sillä niiden katsottiin mahdollistavan uudenlaisen tavan ylläpitää terveyttä, eikä pelkästään hoitaa sairauksia työterveyshuollossa. Nykyisellään joitakin kiinteähintaisia palvelumuotoja on kuitenkin mahdollista ajatella sopimuksina, joissa terveyden edistäminen jää toissijaiseksi.

Yhteenveto: Rahaa terveyden edistämisestä?

Nykytilanteessa terveyden edistämällä ei ole helppo tehdä rahaa. Haastateltavien mukaan toiminnan usein hidas vaikuttavuus merkitsee, että vanhoja suoriteperusteisia palvelumalleja ei voi soveltaa samoin kuin sairauksien hoitamisessa. Muutos kohti terveyden edistämistä myyviä palveluita edellyttää, että palveluiden hinnat eivät enää määräydy sairaustapausten vaan ylläpidetyn terveyden perusteella. Suoriteperusteinen asetelma on siis käännettävä pääläelleen.

Kuvailimme kappaleessa työterveystoimijoiden sekä työterveyspalveluita käyttävien yritysten näkökulmia palveluista, joissa maksetaan terveyden edistämisestä (ks. Taulukko 4). Työterveysyritysten mukaan terveyden edistämisen tuotteistaminen työnantajia kiinnostavaksi edellyttää, että palvelun nopeita kustannusvaikuttavuutta esimerkiksi tuottavan työn osuuden lisääntymisellä on mahdollista osoittaa. Haastattelemamme työpaikat eivät olleet yhtä jyrkkiä näkemyksissään kustannusvaikuttavuustiedon merkityksestä, vaan pitivät työhyvinvointia ja terveyttä arvona, jolla ylläpidetään työvirettä, hyvinvointia ja viihtyvyyttä sekä työntekijöiden pysyvyyttä työpaikalla.

Kiinteähintaisilla palvelumalleilla voi olla mahdollista integroida terveys itsessään tuotteen myyjän päämääräksi, eli myydä terveyttä palvelun tuloksena. Palveluiden skaalautumiselle on oleellista, että palvelun ostajien olisi mahdollista saada Kelakorvattavuutta samaan tapaan kuin suoriteperusteista palvelua ostavien on mahdollista saada. Kaikki yritykset eivät välttämättä sovellu palvelun ostajiksi, sillä se saattaa vaatia sellaista sitoutuneisuutta, jota yritys ei ole valmis hyväksymään. Toisaalta ei ole itsestään selvää, että pelkkä ”kiinteähintaisuus” on tae terveyden edistämiseksi tai kroonisten sairauksien riskin pienentämiseksi. Pahimmillaan niistä voi tulla palvelua ostavan yrityksen pyrkimys minimoida kustannukset tavalla, joka ei edistä terveyttä.

Taulukko 4. Rahoitusmallin muutos - rahaa terveydestä

Aihe	Este tai muutostarve	Muutosehdotus tai mahdollisuus
Rahoitusmallien muutos	Terveyden edistämisen ”business case” on huono eikä suoriteperusteinen liiketoimintamalli kannusta edistämään terveyttä.	Tulosperusteiset mallit, kiinteähintaiset tai ns. kapitatiomallit.
Työnantajien ostamat palvelut	Työterveystoimijat: Kroonisten sairauksien riskin pienentäminen itsessään ei puhuttele työnantajia, ainoastaan investoinnin kustannusvaikuttavuus lyhyellä tähtämellä.	Ratkaisuuksina terveyden edistämisen nopeiden vaikutusten korostaminen, kuten palvelun vaikutus työn tuottavuuden lisäämiseen. Työnantajat: myös työntekijöiden hyvinvointi, työvire ja työntekijöiden pysyvyyttä arvostetaan.
Kiinteähintaiset palvelut	Ei itsessään johda elintapariskejä vähentävään toimintaan. Palvelut johtaneet siihen, että ylläpidetään sopimuksen mukaista ”keskitaso”-laatua.	Kannustaa terveyden edistämiseen, jos toteutetaan oikealla tavalla.
	Kiinteähintaisten palveluiden ostajien päämääränä usein kustannusten minimoiminen, ei terveys itseisarvona.	Terveyttä todella edistävä palvelumalli vaatii yritykseltä enemmän: edellyttää terveyden ylläpitämisen muodostamista henkilöstöstrategiseksi tavoitteeksi.

4.5 Hankkeissa kehitettyjen toimintamallien juurtuminen ja levittäminen

Kysyimme haastateltavilta heidän mielipiteitään aikuistyyppin diabeteksen ehkäisyhankkeista ja niiden merkityksestä terveyden edistämisen käytännöille. Kysymys herätti monessa haastateltavassa mielenkiintoa ja saattoi nousta esille jo haastattelupyynnöiden yhteydessä ennen haastatteluita. Erilaisia terveyden edistämiseen tähtäviä kansallisia hankkeita pidettiin haastatteluissa hyvinä kokeiluina, joita kuitenkin oli mahdollista ymmärtää osittain epäonnistuneina silloin, jos hankkeet eivät jätä jälkeensä pysyviä toimintatapoja. Kysymys toimintatapojen leviämistä ja käyttöönotosta näyttäytyi haastatteluissa osittain skaalautumisongelmana, jossa hankkeessa kehitetyn toimintamallin leviäminen ei välttämättä perustu kehitetyn toimintamallin laatuun, vaan palvelun leviäminen on riippuvainen muista tekijöistä. Monet haastateltavat puhuivat palvelumallien leviämistä melko yleisellä tasolla, eikä ongelman syitä eritelty tarkemmin: *"jostain syystä tehdään hirveästi omissa poteroissaan"* (Yritys 3.). Haastateltavat saattoivat kokea, että kansallisesti rahoitetaan paljon samanlaisia hankkeita, jotka eivät integroidu osaksi toimintaa. Muutamat haastateltavat kommentoivat aihetta turhautuneeseen sävyyn, sillä he kokivat asian pyörivän paikallaan: *"no katsos Suomessa on semmoinen tapa että kaikkien pitää saada keksiä pyörä aina uudestaan itse"* (Järjestö 4.).

Yleinen näkemys oli, että hankkeissa kehitetyt toimintatavat ovat sidoksissa hankkeiden rahoituskausiin, jonka vuoksi sairauksien edistämiseksi kehitettyjä toimintamalleja ei hankerahoituksen päätyttyä enää ylläpidetä.

(Selvitimme) kuinka monta tämmöistä hanketta on diabeteksen ympärillä ollu tässä maassa ja niitä oli 20-30, ja ne kaikki kestää täsmälleen siihen päivään asti ku projektirahotusta tulee. Kukaan ei oo pystynyt sitä toimintatapaa muuttamaan. (Tutkija 3.)

Pohdimme haastateltavien kanssa, miten diabeteshankkeissa kehitettyjen toimintamallien käyttöönotto myös rahoituskauden jälkeen voisi varmistaa. Tarkastelemme tässä kappaleessa ehdotuksia siitä, millä tavalla hankkeita olisi mahdollista juurruttaa pysyvämmäksi osaksi toimintaa.

Keskeisin tapa varmistaa hankkeen jatkuvuus rahoituskauden yli liittyi kysymykseen hankkeen suunnittelusta, rahoittajien asettamista velvollisuuksista ja rahoitustahojen koordinaatiosta. Jo hankkeiden suunnittelussa olisi haastateltavien mukaan suunniteltava, miten toimintatapa juurrutetaan osaksi vakiintuneiden organisaatioiden toimintatapaa. Projektin voi esimerkiksi suunnitella siten, että projektin alla koulutetaan vakituista henkilökuntaa. Eräs järjestö kertoi, millä tavalla tämän voi toteuttaa:

No yksi asia mitä järjestöissä on menestyksekkäästi tehty on, et sit jos ja kun heille esitetään uutta projektia niin sen järjestön vakituisen henkilökunta siirtyy tekemään sitä projektia ja heille palkataan sijaiset. Ja sitten kun se projekti loppuu niin sijaisten työ loppuu,

[naurahtaa] ja vakituinen henkilökunta jää taloon, ja heillä on tämä, uus osaaminen. (Viranomaisen 2.)

Toinen tapa on suunnitella projekti siten, että projektin rahoitus saa jatkumoa myös projektirahoituksen päätyttyä. Esimerkiksi omarahoitusvelvoite takaa lähtökohtaisesti sen, että toimintamallin käyttö ei päädy sen rahoitukseen. Tämä toimintamalli oli jo käytössä eräässä hankkeessa, jota haastateltava kuvaili seuraavasti:

Nyt on aika tiukasti määritelty et se (hanke) kestää vaan kolme vuotta niin me heti alkuun, pantiin sinne iso omarahoitusvelvoite että kuntien pitää puolet itse maksaa niistä, viuluista. Ja et tavoitteena on että kun se (...) loppuu tää valtion tuki siihen niin se jatkuu kunnissa. Ja, se nähdään sitte että mitä tapahtuu. (...) Pitäisi välttää sellasia hankkeita jotka, rahotetaan sataprosenttisesti tai lähelle sataprosenttisesti, koska ne todennäköisesti ainaki hiipuu siten ku se rahotus loppuu. (Viranomaisen 1.)

Haastatteluissa kiinnitettiin huomiota hankerahoittajien toimintaan osana toimintamallien juurtumisen ongelmaa ja hankkeiden päällekkäisyyksien ehkäisemiseksi. Yksi tapa ehkäistä päällekkäisten hankkeiden syntymistä on rahoittajan asettama tiedon jakamisen velvoite. Erään järjestön edustajan mukaan uudet hankkeet voisivat kehittää toimintamalleja eteenpäin: ”Jos joku hakee samaa hanketta mikä on jo toteutettu, se pitäisi ilmoittaa (...) että jatkateko tästä. Te saatte täältä valmiit palikat tähän asti ja nyt te voitte jatkaa kehittämistä” (Järjestö 10). Tällä tavalla tiedon jakamisen velvoite saattaisi hyödyttää tulevia hankkeita. Myös rahoittajien välinen hankerahoituksen koordinaatio on avainasemassa hankkeiden päällekkäisyyksien ehkäisemiseksi. Tutkija kuvailee näkemystä seuraavasti:

Mä oon monesti miettiny sitä et minkä takia Suomessa ei olla päädytty sellaseen samanlaiseen ratkaisuun joka joissakin muissa maissa terveydenedistämisen edelläkävijämaissa on että, tämmöset terveydenedistämisen hankkeet ja tutkimukset, niiden rahoituksesta päätetään yhdessä tahossa. Tai että on semmonen koordinoiva taho joka tavallaan, miettii sitä et jos myönnetään rahaa nyt tuolle tuohon asiaan, niin ettei myönnetä sitä siihen samaan asiaan. Poistettais näitä päällekkäisyyksiä ja saatais synergiaetuja. (Tutkija 2.)

Yhteenveto: Kohti terveyttä edistävien toimintamallien juurtumista

Tässä kappaleessa käsiteltiin terveyden edistämisen hankkeiden toimintamallien jatkuvuutta ja käyttöönottoa (ks. Taulukko 5). Vaikka aihe herätti kiinnostusta ja useat haastateltavat tunnistivat ongelmaksi hankkeissa kehitettyjen toimintamallien juurtumisen ja käyttöönoton, jäivät ratkaisuehdotukset vähiin ja ongelman kuvaus melko pinnalliseksi. Käytännössä haastateltavien viestinä on, että hankerahoitus ja hankerahoittajat ovat avainasemassa hankkeiden jatkuvuuden kannalta, sillä itsessään hankkeessa kehitetty toimintamalli ei ole ongelma, vaan tapa, jolla juurtuminen suunnitellaan osaksi hanketta. Ratkaisuina esitettiin henkilökunnan kouluttamista

tai omarahoitusvelvoitetta, jonka avulla toiminnan rahoitus turvataan projektirahoituksen päätyttyä. Hankerahoittajien välinen koordinaatio sekä asetettu velvoite jakaa hankkeissa kehitetty tieto saattaa vähentää hankkeiden päällekkäisyyttä. Päällekkäisyyksien poistaminen puolestaan takaa sen, että jo kehitettyjä toimintamalleja edelleen kehitetään, eivätkä vanhat toimintamallit jää historiaan.

Taulukko 5. *Terveystyön edistämiseen liittyvien hankkeiden toimintamallien juurtuminen ja levittäminen*

Aihe	Este tai muutostarve	Muutosehdotus tai mahdollisuus
Toimintamallien juurtuminen	Rahoitus päättyy eikä hankkeen toimintamallia voida ottaa käyttöön	Mallin juurtuminen hankesuunnitelmassa Yhteisrahoitteiset projektit tai hankkeet, jossa omarahoitteinen osuus pysyvillä toimijoilla, esimerkiksi kunnilla Vakituisen henkilökunnan koulutus hankkeen aikana
Päällekkäiset hankkeet	Rahaa myönnetään turhaan päällekkäisiin hankkeisiin	Hankerahoittajien koordinaatio ja yhteistyö tuo synergiaetuja Rahoittajan asettama hankkeen tiedon jakamisen velvoite

5. Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa on lähdetty liikkeelle perusolettamuksesta, jonka mukaan nykyinen terveyden edistämiseen liittyvä valtakunnallinen toiminta ei riitä vähentämään aikuistyyppin diabeteksen esiintyvyyttä pitkällä aikavälillä, vaan tarvitsemme sosioteknistä muutosta pysyvien ratkaisujen kehittämiseksi. Haastatteleamalla terveyden edistämiseen monesta eri lähtökohdista liittyviä toimijoita, olemme pyrkineet ymmärtämään, mitkä asiat ovat muutoksen kannalta keskeisiä ja mitä ratkaisuja haastateltavien näköpiirissä on. Tutkimusta ohjasivat kysymykset siitä, minkälaista muutosta terveyden edistämiseksi edellytetään ja mikä estää ja edistää tätä muutosta. Tämän tiedon avulla voimme tarkentaa laajemman tutkimustehtävämme kohdetta ja on näin ensimmäinen askel muutospolkujen hahmottamiseksi.

Analyysin tuloksena syntyi viisi muutosteemaa, jotka ovat osittain päällekkäisiä, mutta kuvaavat eri näkökulmia terveyden edistämiseen sekä ongelmanmäärittelyitä ja visioita yhteiskunnan eri tasoilla ja eri näkökulmista. Käsittelimme tulososiossa: 1. terveyden edistämisen priorisointia kuntatasolla, 2. yksilöiden motivaatiota ja voimaannuttamista viestinnän, digisovellusten ja yhteisöjen avulla 3. terveydenhuoltojärjestelmän muutosta kohti terveyden edistämistä 4. rahoitusmallien muutosta ja niihin liittyvien työterveyden niche-tason toimintamalleja 5. hankkeiden juurtumista käytäntöön. Kappaleiden yhteenvedot on tehty lukujen päätteeksi.

Haastateltavat käsittelivät muutoksen tarvetta monesta eri näkökulmasta: kulkeminen kohti aitoa muutosta edellyttää havaittuihin esteisiin reagoimista niin päätöksenteossa, taloudellisissa kannustimissa, terveydenhuoltojärjestelmässä, yksilötasolla sekä projekti- ja hankemaailman osalta. Tämä tuo esiin muutoksen kompleksisuuden ja sen sisältämät haasteet. Muutoksia tarvitaan usealla eri yhteiskunnan tasolla ja uudet innovaatiot täytyy saada hyödynnettyä aiempaa tehokkaammin.

Päähavaintomme voidaan tiivistää seuraavasti:

- **Kunnissa ja tulevissa maakunnissa** terveyden edistämistä tulisi priorisoida enemmän. Esitetyt muutos- tai ratkaisutavat koskettivat valtion taloudellista ja hallinnollista ohjausta sekä järjestöjen lobbaus- tai vaikuttamistoimintaa. Terveydenedistämisenaktiivisuuden esteenä nähtiin valtionosuus, joka ei nykyisellään kannusta terveyttä edistävään toimintaan. Haastateltavat ehdottivat muutoksia valtionosuusjärjestelmään ja kuntien toimintaa vertailevien indikaattoreiden vaikutusvallan voimistamista. Toinen este liittyi kuntien ja tulevien maakuntien autonomiaan, jonka myötä terveyden edistämisen toimintamallit saattavat vaihdella kunnissa ja pahimmillaan olla heikkolaatuista. Yhtenä ratkaisuna ehdotettiin kansallista asiantuntijatahoa varmistamaan terveyden edistämisen laadun kunnissa. Toinen ratkaisu liittyy kuntapäätäjiin kohdistuvaan tiedottamiseen. Terveyden edistämisen kustannusvaikuttavuuden korostaminen esimerkiksi

pelillisin keinoin lisää kuntapäätäjien tietoisuutta terveyden edistämistoi-
mien hyödyistä.

- **Yksilöiden** ja etenkin sairastumisvaarassa olevien ihmisten motivaatio ja voimaannuttaminen on monisyinen ongelma, jota haastateltavat käsittelivät kolmesta eri näkökulmasta. Nämä liittyvät tiedottamiseen, digitaalisiin sovelluksiin ja yhteisöllisyyteen. Vaikuttavan terveystiedottamisen esteenä pidettiin syyllistäväksi koettua tiedottamista, joka saattaa etäännyttää ihmisiä. Terveysviestintää tulisi kehittää siten, että se tarjoaa mahdollisimman hyvin ihmisten arkielämään soveltuvia ratkaisuja ja toimintamalleja. Digitaaliset sovellukset voivat tulevaisuudessa olla avainroolissa motivoimisessa ja terveystiedon mittareina, mutta eivät nykyisin yksinään riitä pidempiaikaiseen motivaation ja terveellisten elintapojen ylläpitämiseen. Digitaalisille sovelluksille perustuvien ratkaisujen kehittämisessä tai soveltamisessa on myös tiedostettava kysymykset eriarvoistumisesta ja käyttäjäkunnan valikoitumisesta. Monelle haastateltavalle pienet yhteisöt, kuten perheet tai ystäväpiiri, sekä yhteisiä kokemuksia mahdollistavat organisaatiot, kuten neuvolat, koulut, työpaikat ja eläkelaitokset tai -järjestöt tunnistettiin kohteina, joiden kautta yhteisöllisyyteen perustuvaa terveyden edistämistoimintaa voisi kehittää. Eräänä esimerkkinä on hirviporukat, jotka saavat myös lähellä eläikeikää olevia liikkeelle. Työpaikoilla on mahdollista kannustaa ja kehittää terveyden edistämistä työntekijöiden omien näkemysten ja edellytysten ohjaamana. Esimerkkinä tästä on nuijapäätös, jossa työntekijät itse päättävät kuukausittain terveyttä edistävän teon työpaikalla.
- **Terveydenhuoltojärjestelmän** muutos kohti asiakaslähtoisempää ja terveydellisiä riskejä entistä kattavammin hoitavaa järjestelmää merkitsee haastateltaville digitalisaation mahdollisuuksien aitoa hyödyntämistä sekä tulevaisuudessa geenitiedon soveltamista yksilökohtaisemman hoidon perustana. Digitalisaatioon liittyi paljon optimismia ja aihe miellettiin usein ennakoitun muutoksen avainaiheeksi erityisesti asiakaslähtöisyyden kehittämisessä. Myös geenitiedon soveltamisessa nähtiin mahdollisuuksia. Nykyinen riskitieto ohjaa hoitamaan suurta osaa väestöstä, mutta geenitieto mahdollistaisi yksilökohtaisen riskien hoidon ja elintapamuutosten vaikutusten tuntemuksen. Tulevaisuudessa terveyden edistämisen palveluita ei terveydenhuollossa tulisi ohjata sairauden diagnoosin, vaan potilaan yksilökohtaisen tilanteen ja riskin perusteella. Elintapoihin vaikuttaminen koettiin olevan terveydenhuollon haasteena riskien hoidossa, eikä elintapoihin liittyvää "sparraamista" välttämättä mielletä lääkärin tehtäväksi. Yhtenä ratkaisuna esitettiin liikuntareseptiä, joka toisi riskien hoitoon joustavuutta ja tehtävään paremmin soveltuvia toimijoita terveydenhuollon ulkopuolelta.
- **Rahoitusmallien muutos** on keskeistä terveyttä edistävien palveluiden tuottavuuden kannalta. Nykyisellään terveyden edistäminen "business

case” on huono, eikä suoriteperusteiset liiketoimintamallit kannusta myymään terveyden edistämistä. Sairauksien hoitamisen sijaan olisi siirryttävä palvelumalleihin, jotka ylläpitävät terveyttä. Haastateltavat pohtivat tulosperusteisten tai ns. kiinteä- tai kapitaatiomallien mahdollisuutta terveyttä aidosti edistävien palveluiden perustana. Työterveystoimijoiden mukaan terveyden edistämisen tuotteistaminen työnantajia kiinnostavaksi tuotteeksi edellyttää, että palvelun nopeata kustannusvaikuttavuutta on mahdollista osoittaa. Tämä saattaa olla este riskien hoidolle, sillä kroonisten sairauksien riskin pienentämisen pitkäaikaiset hyödyt eivät välttämättä puhuttele työnantajia. Haastattelemamme työpaikat eivät olleet yhtä jyrkkiä näkemyksissään kustannusvaikuttavuustiedon merkityksestä, vaan pitivät työhyvinvointia ja terveyttä arvona, jolla ylläpidetään työväkyyttä, hyvinvointia ja viihtyvyyttä sekä työntekijöiden pysyvyyttä työpaikalla. On huomioitava, että kiinteähintaiset palvelut eivät välttämättä johda elintapariskejä vähentävään toimintaan, jos palvelun ostajien ainoana päämääränä on kustannusten minimoiminen. Terveyttä aidosti edistävä kiinteähintainen palvelumalli edellyttää yritykseltä sitoutuneisuutta, joka ei sovi kaikille yrityksille.

- Terveyden edistämisen **hankkeissa** kehitettyjä toimintamalleja olisi saatava laajemmin käyttöön hankkeiden päättymisen jälkeen. Keskeisenä ongelmana on, että hankkeen rahoituksen päättyessä, kehitettyjä toimintamalleja ei enää sovelleta käytännön toiminnassa. Muutoksen edistämiseksi olisi kiinnitettävä huomio hankkeiden suunnitteluun, vähentää hankkeiden päällekkäisyyttä ja lisätä niiden läpinäkyvyyttä. Hankerahoitajien koordinaation ja yhteistyön avulla, kuten myös tiedon jakamisen velvoitteella, olisi mahdollista taata hankkeiden päällekkäisyyden vähentyminen ja aiemmissa hankkeissa tuotettujen hyviksi havaittujen toimintamallien kehittäminen.

Haluamme kiinnittää huomiota kolmeen analyysissä esiintyneeseen muutosteemoja kuvaaviin näkökulmiin: digitalisaation merkitykseen, asiakaslähtöisyyden ja hoidon yksilöllistymisen korostumiseen terveydenhuollossa sekä vaikuttavuustiedon rooliin.

Muutosteemoja läpileikkaaviksi aiheiksi muodostui erityisesti digitalisaation merkitys uusien toimintamallien perustana sekä yksilöidynnän ja asiakaslähtöisemmän järjestelmän avaintekijänä. Digitaaliseen terveysdataan viitattiin osana kuntien päätöksentekoa ohjaavaa tietoa, uusien palvelumallien kehittämistä sekä yksilötason motivaation elementteinä sovellusten muodossa. Digitalisaatioon näytti kohdistuvan paljon odotuksia ja optimismia, mutta haastateltavat kokivat, että digitaalisuuden tuomia mahdollisuuksia ei vielä osattu hyödyntää merkittävästi. Digitalisaation merkitys esimerkiksi tiedon jakamisen merkityksessä on kiistaton, mutta teknisten mahdollisuuksien hyödyntämisessä vaikuttaa myös muutoshalukkuus ja osaaminen. Digitalisaatio liittyi myös kysymykseen eriarvoistumisesta. Sovellukset saattavat edellyttää kansalaisten sosioekonomisesta asemasta riippuvia teknologioita, palveluita

ja taitoja, jotka tulee huomioida digitaalisuuteen perustuvan järjestelmään siirryttäessä. Tämä koskettaa erityisesti heikommassa asemassa olevia, jotka usein ovat sairastumisvaaransa takia suurimmassa tuen tarpeessa olevia henkilöitä. Tämä on kiinnostava havainto, sillä digitalisaation on nähty myös tarjoavan mahdollisuuksia hyödyntää erilaisia palveluita riippumatta esimerkiksi henkilön sijainnista ja siten tuovan palvelut tasavertaisemmin saataville.

Digitalisaatio nousi vahvasti esiin myös muutoksessa kohti yksilöidympää ja asiakaslähtöisempää terveydenhuoltojärjestelmää. Digitaalisten palveluiden avulla kansalaisilla on mahdollisuus päästä mukaan vahvemmassi toimijaksi joiden ympärille voidaan rakentaa palveluita. Yhdessä geenitieto ja digitalisaatio näyttää muodostavan mahdollisuuden entistä yksilökohtaisemmalle ja asiakaslähtöiselle terveydenhuollolle. Tätä tuotiin esille erityisesti geeniteknologiaan liittyvässä keskustelussa, jonka nähtiin mahdollistavan uudenlaisia yksilöllisiä palveluita. Tässä kohdassa täytyy kuitenkin muistaa, että yksilöllisten riskien tunnistaminen ja niiden pohjalta tehtävät suunnitelmat eivät automaattisesti tarkoita asiakaslähtöisiä palveluita. Riskien parempi tunnistaminen voi auttaa kohdentamaan palveluita sellaisille henkilöille, joilla on korkeampi riski sairastua, mutta itse palvelut tulee suunnitella yhdessä asiakkaiden kanssa, jotta varmistetaan niiden arvo asiakkaille. Asiakaslähtöisten palveluiden kehittämisen haasteena on haastatteluiden mukaan myös diagnoosikeksyisyys. Jotta aikuistyyppin diabetesta ennaltaehkäiseviä palveluita on mahdollista saada, vaatii se käytännössä diagnoosin sairaudesta. Toisaalta voidaan myös kysyä sitä, onko sairauksien ennaltaehkäisy terveydenhuollon tehtävä, joka on virittynyt sairauksien hoitoon? Tällä hetkellä pääsy ehkäisevien palveluiden piiriin kulkee kuitenkin terveydenhuollon kautta. Yhtenä mahdollisuutena haastateltavat esittivät moniammatillista yhteistyötä, jossa ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen tulisi terveydenhuollon toimijoiden ohjaamana ulkopuolisten toimijoiden, kuten liikunta- palveluita tuottavien vastuulle.

Asiakaslähtöisyyden kehittäminen saattaa siis merkitä osittain heikommassa asemassa olevien ja vaikeammin tavoitettavien ihmisten osallistamista ja tukemista terveyden edistämässä. Sosioekonomisesti heikossa asemassa ja sairastumisriskissä olevien ihmisten osallistaminen ja motivoiminen ovatkin terveyden edistämisen ydinkysymyksiä. Luvussa 4.2. tarkastelimme näkemyksiä yksilöiden motivaatiosta ja tuen tarjoamisesta. Toimijat painottivat näkökulmissaan terveystiedon, teknologian ja vertaistuen merkitystä, kun luodaan ihmisiä aidosti motivoivia toimintamalleja. Terveystiedon viestittämisessä tulee huomioida ihmisten arjen lähtökohdat sekä elämäntapariskeihin herkästi liittyvä syyllisyyden tunne. Samalla digitaaliset sovellusten voi olettaa tarjoavan juuri tätä: ne tarjoavat mahdollisuuden tuoda terveystiedon arkielämän ulottuville motivoivassa muodossa. Toisaalta yksinään terveystieto ja digitaaliset sovellukset eivät välttämättä yksinään tavoita tai motivoi kaikkia, vaan ne olisi tuotava ihmisen lähiyhteisöön, kuten perheeseen, hirtipurukaan, neuvoloihin, kouluihin, työpaikoille tai eläkeläisjärjestöihin. Yhdessä terveys-

tieto, digitaaliset sovellukset ja yhteisöt voi tulkita muodostavan eräänlaisen kokonaisuuden, joita tulisi samanaikaisesti harkita terveyden edistämisen toisiaan tukevana ulottuvuuksina.

Terveyden edistämisen vaikuttavuus muodostui merkittäväksi aiheeksi niin kunnallisen päätöksenteon kuin työterveyspalveluiden kehittämisen kannalta. Jotkut haastateltavat alleviivasivat, että terveyden edistämisen tekemiseksi merkitykselliseksi, on toiminnan hyötyjä tehtävä näkyviksi niin yksilöille, yrittäjille kuin päättäjille. Usein tällainen vaikuttavuusnäkökulma punoutui ajatukseen terveyden edistämisen välittömästä tai nopealla aikavälillä saatavasta hyödystä, jolloin kroonisen sairauksien riskin hoitamisen aikaansaamat pitkäaikaiset terveyshyödyt saattoivat näyttäytyä toimijoille merkityksettöminä. Työterveystoimijoiden näkökulmasta rahoitusmallien ja investointien hyötyajattelu saattaa merkitä, että diabetesriskin hoitaminen ei puhuttele palvelun ostajia, vaan terveysriskien minimoiminen on parhaimmillaan ostetun palvelun sivutuote. Terveyttä edistäviä palveluita on siis myytävä korostamalla niiden merkitystä esimerkiksi tuottavan työn osuuden kasvulla. Toisaalta haastattelemamme työnantajat eivät olleet yhtä jyrkkiä näkemyksissään, vaan korostivat – ainakin haastattelutilanteessa – terveyttä ja työhyvinvointia arvona, joka pitää työntekijät vireessä sekä vähentää työntekijöiden vaihtuvuutta. Taloudellisen tarkastelun rinnalle olisi tärkeää tuoda myös vaikuttavuuden eri ulottuvuudet ja niiden merkitys niin kansalaisille, terveydenhuollon organisaatioille kuin yhteiskunnalle. Näiden vaikutusten tarkasteluun tarvitaan uusia malleja ja niihin kytkeytyviä mittareita, jotta terveyden edistämisen kokonaisvaikutukset ja vaikuttavuus saataisiin tuotua esiin.

Lopuksi: Muutosteemoista muutospolkuihin

Tutkimuksen tulokset muodostavat muutospolkuja kehittävän tutkimuksen ensimmäisen askeleen. Muutospoluilla tarkoitamme yhteiskunnallisia muutoksia, jotka yhdessä vievät kohti visiota, jossa tyyppin 2 diabetestä on saatu vähennettyä. Tutkimuksemme teoreettinen raami perustuu MLP malliin (ks. kappale 2.1). MLP mallin mukaan muutoksen taustalla on usein epätasapaino toimintaympäristön ja regiimitason välillä, joka luo mahdollisuuksien ikkunan niche tason innovaatioille.

Tutkimuksen lähtökohta kertoo jo itsessään eräänlaisesta järjestelmän epätasapainosta, sillä toimintaympäristön tasolla väestön demografisiin ja elinolosuhteisiin liittyvä tyyppin 2 diabeteksen lisääntyminen asettaa nykyisen terveydenhuoltojärjestelmälle ja kansanterveyden väestö- ja yksilöstrategioille painetta muuttamaan toimintatapoja terveyttä edistäviksi sairauksien hoidon ohella. Regiimitason muutokselle on tarvetta diabeteksen ehkäisyn kohdalla pitkälti juuri taloudellisesta ja terveydellisistä syistä johtuen - tapamme elää on näistä näkökulmista kestävä.

Haastattelututkimus on tuonut tämän epätasapainotilan mahdollistamien muutoksen kuvailemiseen sisältöä: tarvittavan muutoksen tarkempi luonnehdinta on tässä

tehty kuvailemalla ongelman luonnetta nykyhetkessä ja sen mahdollisia ratkaisuja siten kuin se tutkimukseen valikoituneiden toimijoiden näkökulmissa ja visioissa näyttäytyy. Olemme tutkimuksessa kiinnittäneet huomioita toimijoiden moniäänisyyteen haastatteleamalla tutkijoita, yrityksiä, viranomaisia sekä järjestö- ja edunvalvonnan toimijoita. Muodostunut näkökulma perustuu siis laaja-alaiseen muutoksen kuvaukseen terveydenhuollon, diabeteksen hoitoa ja ennaltaehkäisyä tuntevien tahojen sekä yleisemmin terveellistä elämää tukevaa toimintaa tuntevien toimijoiden kertomuksiin. Nämä näkökulmat yhdistäen tarkastelemme kompleksisen systeemin muutosnäkyviä ja ajureita sillä oletuksella, että muutoksen suuntaaminen ja muutospolkujen hahmottuminen voi tapahtua ainoastaan hahmottamalla kolmella yhteiskunnan tasolla tapahtuvien muutosten vuorovaikutusta.

Hyödyntämämme näkökulman vahvuutena on sen tuoma moniäänisyys ja laaja-alaisuus, mutta samalla vaarana on, että muodostettu kuva jää pinnalliseksi. Tutkimuksen perusasetelman eräänä seurauksena on, että haastateltavat saattavat nostaa esille jo kokeiltuja tai esimerkiksi diabeteksen ennaltaehkäisyyn kanssa työskenteleville itsestään selvinä pidettyjä asioita, tai sellaisen muutostarpeen hahmotuksia, joita jo pohditaan valtakunnallisella tasolla. Esimerkiksi kuntapäätäjien toimintaa käsittelevässä kappaleessa vain harvat haastateltavat näyttivät olevan tietoisia valtakunnallisen tason toiminnasta, jota ministeriötasolla on ollut kehitteillä jo pidemmän aikaa. Kappaleessa 4.3 mainittu lääkärin resepti esitettiin monen toimijan puheessa uudenaikaisena ratkaisuna, vaikka se on ollut käytössä tai kokeilussa joillain paikkakunnilla jo pidemmän aikaa. Itsessään tämä saattaa olla eräänlainen tulos, joka viittaa juurruttamistoimien ja tiedon levittämisen tarpeeseen valtakunnallisten toimijoiden keskuudessa.

Tutkimuksen tavoitteena on ollut raportoida toimijahaastatteluiden sisältöä ja muodostaa laaja-alainen kartoitus valtakunnallisten toimijoiden hahmottamista tärkeimmistä muutosteemoista. Tutkimuksessa muodostetut muutosteemat ovat muutoksen hahmottamisen ensimmäisiä rakennuspalikoita, joiden avulla muodostamme tutkimuksen seuraavissa vaiheissa muutospolkuja. Tavoitteena on lisätä toimijoiden yhteistä näkemystä siitä, millaista muutosta yhteiskunnassa tarvitaan terveyden edistämiseksi. Tutkimuksen viimeisessä vaiheessa muutospolkuja viedään työpajoihin toimijoiden keskusteltaviksi. Työpajojen avulla muodostuu lopullinen kuva merkityksellisistä muutospoluista sekä näihin liittyvistä kustannusvaikuttavuustiedoista.

Lähdeluettelo

Agardh, E., Allebeck, P., Hallqvist, J., Moradi, T. & Sidorchuk, A. (2011). Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 40(3): 804–818.

Ahlqvist, T. (2015). Ennakointi. Teoksessa Nieminen, M. & Hyytinen, K. (toim.) *Strada. Päätöksenteko ja muutoksen edistäminen monimutkaisissa järjestelmissä*. VTT Technology 218: 26-30.

Aro, E., Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M. & Sane, T. (2015). *Diabetes* (8. uud. p.). Helsinki: Duodecim.

Epstein, R., Fiscella, K., Lesser, C. & Stange, K. (2010). Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. *Health Affairs (Millwood)* 29: 1489–1495.

Geels, F.W. (2002). Technological transitions as evolutionary reconfiguration processes: a multi-level perspective and a case-study. *Research Policy*, 31: 8–9.

Geels, F.W. (2004). From sectoral systems of innovation to socio-technical systems: Insights about dynamics and change from sociology and institutional theory. *Research Policy*, 33: 6-7.

Geels, F. W. & Schot, J. (2007). Typology of sociotechnical transition pathways. *Research Policy*, 36: 3.

Jarvala, T., Raitanen, J. & Rissanen, P. (2010). *Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998-2007*. Tampere: Suomen diabetesliitto.

Kivisaari, S., Saari, E. & Lehto, J. (2008). *The path of system innovation in welfare and health sector. The beginnings of dispersion of Raisio purchaser-provider model*. VTT Tiedotteita - Valtion Teknillinen Tutkimuskeskus. 1-101.

Kivisaari, S., Saari, E., Lehto, J., Kokkinen, L. & Saranummi, N. (2013). System innovations in the making: Hybrid actors and the challenge of up-scaling. *Technology Analysis & Strategic Management*. 25(2): 187-201.

Kivisaari, S. (2015). Juurruttaminen. Teoksessa Nieminen, M. & Hyytinen, K. (toim.) *Strada. Päätöksenteko ja muutoksen edistäminen monimutkaisissa järjestelmissä*. VTT Technology 218, 32-36.

Kohl, J., Kivisaari, S., Leväsluoto, L., Ranta, J., Tuovinen, J. & Ylén, P. (2015). Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän muutos. Teoksessa Nieminen, M. & Hyytinen, K. (toim.) *Strada. Päätöksenteko ja muutoksen edistäminen monimutkaisissa järjestelmissä*. VTT Technology 218, 41-65.

Kohl, J., Wessberg, N., Dufva, M. & Kivisaari, S. (tulossa). *Tools and approaches for creating a shared understanding of systemic change*. VTT Technology.

Kuntalaki 410/2015. Helsinki. Valtiovarainministeriö. <https://www.finlex.fi/fi/laki/> (22.1.2018.)

Nieminen, M., Valovirta, V. & Pelkonen, A. (2011). *Systeemiset innovaatiot ja sosiotekninen muutos*. VTT tiedotteita 2593.

Nieminen, M. & Hyytinen, K. (2015). Strada. Päätöksenteko ja muutoksen edistäminen monimutkaisissa järjestelmissä. VTT Technology 218.

Ramachandran, A., Snehalatha, C., Mary, S., Mukesh, B., Bhaskar, A.D. & Vijay, V. (2006). The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1). *Diabetologia*, 49(2): 289-297.

Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1): 32-38.

Saaristo, T., Moilanen, L., Korpi-Hyövälti, E., Vanhala, M., Saltevo, J., Niskanen, L., Jokelainen, J., Peltonen, M., Oksa, H., Tuomilehto, J., Uusitupa, M. & Keinänen-Kiukaanniemi S. (2010). Lifestyle intervention for prevention of type 2 diabetes in primary health care: One-year follow-up of the Finnish National Diabetes Prevention Program (FIN-D2D). *Diabetes Care*, 33(10): 2146.

Suomen Diabetesliitto. (2011). *Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma: DEHKO 2000-2010; loppuraportti*. Helsinki: Suomen Diabetesliitto.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL (2018). *Sote-uudistus*. Ajankohtaista. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/ajankohtaista> (22.1.2018)

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö 1.5.2011. <https://www.finlex.fi/fi/laki/> (22.1.2018.)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, 5. painos, Tammi: Helsinki.

Tuomilehto, J., Lindstrom, J., Eriksson, J.G., Valle, T.T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Uusitupa, M. & Finnish Diabetes Prevention Study Group (2001). Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. *The New England Journal of Medicine*, 344(18): 1343-1350.

World Health Organization WHO. (2016a). *Global Report on Diabetes*. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf (22.1.2018.)

World Health Organization WHO. (2016b). *Framework on integrated, people-centred health services*. Report by the Secretariat AA69/39. http://apps.who.int/gb/eb-wha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1 (29.1.2018.)

Liitteet

Liite A. Haastattelurunko

Haastateltavan taustatiedot

Voitko kuvailla pääasialliset työtehtäväsi ja työhistoriaasi?

Työskenteletkö myös muissa tehtävissä?

Millaisessa terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyyn liittyvässä toiminnassa olet ollut mukana? Mikä roolisi näissä on ollut?

Oletko osallistunut tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn liittyviin toimenpiteisiin tai hankkeisiin? Mikä roolisi näissä on ollut?

Oletko tietoinen StopDia-hankkeesta?

Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisyn nykytila, ratkaistavan ongelman kuvaus

Miten kuvaisit terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn nykytilannetta Suomessa?

Miten toiminta on vuosien varrella muuttunut?

Miten toiminta on sinun työssäsi tai työsi näkökulmasta muuttunut vuosien varrella?

Mitkä ovat mielestäsi nykytilanteen hyviä ja huonoja puolia?

Mitkä ovat nykytilanteen huonoimmat puolet (jos niitä on lainkaan)?

Mitkä ovat keskeisimmät ongelmat, jotka pitäisi ratkaista?

Onko sinulla kokemusta tai tietoa tilanteista, joissa muutoksia on yritetty tehdä siinä kuitenkin onnistumatta?

Mitkä asiat ovat vaikuttaneet epäonnistumiseen?

Mitä näistä aiemmista muutoksista voi oppia tulevia muutoksia ajatellen?

Onko mielestäsi aiemmin hyvin toimivia toimintamalleja hylätty? Vai onko aiemmin hyvin toimivat toimintamallit romutettu jonkin uudistuksen myötä?

Mitkä asiat ovat mielestäsi nykytilanteen/järjestelmän hyvät puolet (jos niitä on lainkaan)?

Mitkä tekijät edistävät näitä hyviä puolia? Minkä vuoksi?

Mitkä tekijät ovat edistäneet/edistävät positiivista muutosta terveyden vaalimisessa? Minkä vuoksi?

Mitkä asiat tulisi ehdottomasti säilyttää tai pitää ennallaan?

Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy ja siihen liittyvät toimenpiteet, ohjelmat ja hankkeet

Miten tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn liittyvät hankkeet ovat mielestäsi onnistuneet?

Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet hankkeiden onnistumiseen/epäonnistumiseen

Tulevaisuuden visio

Nyt paneudumme sinun mielipiteisiin ja ajatuksiin tulevaisuuden terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä. Jos et ole valmiiksi miettinyt tätä asiaa, voit pohtia, minkälaista tulevaisuuden terveyden ylläpitäminen mielestäsi tulisi olla.

Minkälainen on visiosi terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä Suomessa 10 vuoden päästä? Ajattele 1) kansalaisen näkökulmasta ja 2) palvelujen järjestämisen näkökulmasta

Vision toteuttamisen edellytykset

Miten edellä kuvaamasi visio voitaisiin saada toteutumaan?

Tarvitaanko mielestäsi uusia toiminta- ja palvelumalleja vision toteuttamiseksi? Minkälaisia?

Minkälaisia toimintatapojen muutoksia tarvittaisiin sote-palvelujärjestelmään?

Minkälaiden uusien teknologioiden kehittämistä ja soveltamista tarvitaan?

Minkälainen rooli digitaalisilla välineillä tai alustoilla on visiossasi? Millaisia mahdollisuuksia ne luovat?

Voiko digitalisaatio luoda todellisia varteenotettavia mahdollisuuksia terveyden edistämistoi-
mintaan? Millaisia?

Millaista osaamista, koulutusta ja osaamisen kehittämistä tarvittaisiin vision toteuttamiseksi?
Kenelle tai mihin osaamisen kehittämistä tulisi suunnata? Missä uutta osaamista tarvitaan?

Millaisissa asioissa vision toteuttamiseen tarvitaan julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin
yhteistyötä? Mitkä ovat tärkeimmät yhteistyön esteet?

Mitä muutoksia yksityisen sektorin toimijoiden toimintatapaan tarvittaisiin? Entä julkisten orga-
nisaatioiden toimintatapaan? Entä kolmannen sektorin?

Onko olemassa erityisryhmiä, joita nykyisellään huomioidaan tai tulisi huomioida diabeteksen
ehkäisyssä?

Maahanmuuttajilla on väestön keskitasoa korkeampi diabetesriski. Tuleeko maahan muutta-
neita henkilöitä huomioida erikseen diabeteksen ehkäisytyössä? Millä tavalla?

Minkälaisia taloudellisia vaikutuksia arvioit, että diabeteksen ehkäisytyöllä saattaa olla (orga-
nisaatiossasi, työpaikallasi jne.)? Missä määrin ja minkälaisissa tilanteissa taloudelliset vaiku-
tusarvot estävät/edistävät diabeteksen ehkäisyä/terveyden edistämistä?

Mitkä tekijät ovat edistäneet/estäneet palvelumallin skaalautumista? Valtakunnallisella tasolla,
paikallisella tasolla?

Oliko tässä jotain mitä emme osanneet kysyä tai jota haluaisit lisätä?

Ketkä voisivat olla sellaisia haastateltavia, jotka voisivat tuoda jotakin uutta tulokulmaa ter-
veyttä edistävään keskusteluun.

Väittämät

Oletko seuraavista väittämistä samaa tai eri mieltä? Millä perusteella?

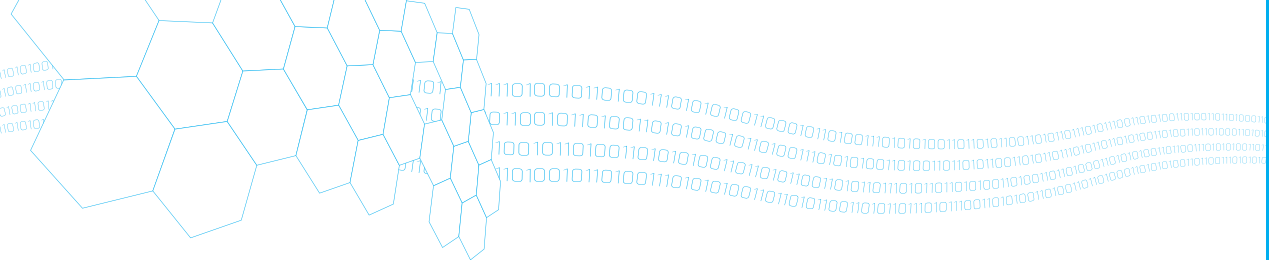
1. Tieto terveyden edistämisen vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta on kaikista tärkein asia, kun uusia palvelumalleja kehitetään paikallisella ja valtakunnallisella tasolla.
2. Mikään ei estä uusien palvelumallien leviämistä yhteiskunnassa paikallisella ja valtakunnallisella tasolla.
3. Sote uudistus luo meille mahdollisuuden kehittää täysin uudella tavalla terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä tukevia toimintatapoja
4. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmat ovat johtaneet muutokseen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistoiminnassa
5. Emme ole onnistuneet hyödyntämään käytännössä digitalisuutta terveyden edistämässä ja sairauksien ehkäisyssä

Liite B. Litteraatiomerkinnot

(sana)	Tutkijan selvennys
(...)	Katkelma alkuperäisestä puheesta poistettu

Nimeke	Hyvinvoinnin edistäminen nyt! StopDia-hankkeen toimijahaastatteluiden antia
Tekijä(t)	Anton Sigfrids, Johanna Leväsluoto & Johanna Kohl
Tiivistelmä	<p>Aikuistyyppin diabetes on kasvava kansanterveysongelma, jonka torjuminen edellyttää kokonaisvaltaisten ratkaisujen kehittämistä ja yhteiskunnallista muutosta. Terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi tarvittavan yhteiskunnallisen muutoksen ymmärtämiseksi ja suuntaamiseksi on hahmotettava erilaisten toimijoiden, toimintamallien ja yhteiskunnallisten rakenteiden välistä vuorovaikutusta. Tässä haastatteluraportissa tarkastellaan valtakunnallisten toimijoiden näkemyksiä terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn nykytilanteesta, mahdollisuuksista ja visioista. Se on ensimmäinen osa tutkimusta, jossa luodaan terveyden edistämisen muutospolkuja päätöksenteon tueksi. Tutkimus liittyy StopDia-tutkimushankkeeseen, jossa terveydenhuollolle ja maakunnille luodaan yksilön, ympäristön ja yhteiskunnan yhdistävä toimintamalli tyyppin 2 diabeteksen ehkäisemiseksi.</p> <p>Tutkimusta varten haastateltiin 23 toimijaa, jotka edustavat yrityksiä ja terveyspalveluiden tuottajia, tutkijoita, järjestöjä, edunvalvonnan toimijoita ja viranomaisia. Analyysissa kartoitettiin näkemyksiä terveyden edistämisen nykytilanteesta, visioita tulevaisuudesta sekä muutosta ehkäisevistä ja edistävästä tekijöistä.</p> <p>Haastatteluiden analyysin tuloksena syntyi viisi muutosteemaa, joiden kautta käsiteltiin terveyden edistämiseksi tarvittavia muutoksia. Nämä ovat: terveyden edistäminen kunnissa, yksilöiden motivaatio ja tukeminen, asiakaslähtöinen ja yksilöllinen terveydenhuolto, rahoitusmallien mahdollisuudet sekä hankkeiden toimintamallien juurtuminen. Muutosteemoja läpileikkaaviksi aiheiksi nousivat digitalisaation merkitys, terveydenhuollon asiakaslähtöisyys ja yksilöllistyminen sekä vaikuttavuustiedon rooli. Digitalisaation koetaan mahdollistavan entistä yksilökohtaisemman ja asiakaslähtöisemmän terveydenhuollon, vaikka sen mahdollisuuksia ei ole pystytty riittävästi hyödyntämään. Geeniteknologian ennakoitiin antavan mahdollisuuksia tunnistaa sairastumisriskissä olevia henkilöitä entistä paremmin ja siten kohdistamaan palveluita tehokkaammin. Terveyden edistämisen hyödyt pitäisi myös saada paremmin näkyviin. Nykyisellään terveyden edistämisen vaikutuksia pyritään esittämään taloudellisina säästöinä, mutta taloudellisten mittareiden lisäksi myös vaikuttavuuden muut ulottuvuudet pitäisi nostaa esille.</p>
ISBN, ISSN, URN	ISBN 978-951-38-8623-3 (URL: http://www.vtt.fi/julkaisut) ISSN-L 2242-1211 ISSN 2242-122X (Verkkojulkaisu) http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-38-8623-3
Julkaisuaika	Tammikuu 2018
Kieli	Suomi, englanninkielinen tiivistelmä
Sivumäärä	53 s. + liitt. 3 s.
Projektin nimi	Stop Diabetes (StopDia)
Rahoittajat	Strategisen tutkimuksen neuvosto
Avainsanat	terveyden edistäminen, tyyppin 2 diabetes, terveystriskit, sairauksien ehkäisy, sosiotekninen muutos
Julkaisija	Teknologian tutkimuskeskus VTT Oy PL 1000, 02044 VTT, puh. 020 722 111

Title	Viewpoints on health promotion An interview study for the StopDia-project
Author(s)	Anton Sigfrids, Johanna Leväsluoto & Johanna Kohl
Abstract	<p>The prevalence of type 2 diabetes in Finland is a growing concern that requires new ways to prevent disease and promote healthy lifestyles. To understand and steer the complex changes needed to maintain a healthier population, the interaction between multiple actors, operating models, and societal structures has to be studied. This interview study reports broadly on societal actors' viewpoints on the current situation, possibilities and visions for promoting health and preventing disease. As such, it is the first step of a research program designed to build transition patterns to support decision-making. The study is part of the StopDia research project that combines individual, environmental and societal approaches for maintaining healthy lifestyles to reduce the risk of type 2 diabetes.</p> <p>We interviewed 23 actors that represent various viewpoints on promoting healthy lifestyles. These were private companies or health service producers, researchers, organizations and unions, and authorities. The analysis mapped viewpoints on the current situation of health promotion, visions for the future and the barriers and enablers of the change.</p> <p>The results show five themes emerging from the interviews. The needed change towards promoting health was considered through the following themes: municipal decision-making, individual motivation and support, customer-centric and personalized health-care, profitability of health promotion, and implementation of models created in health promotion projects. We found cross-cutting issues that characterize many of the themes. Digitalization presents a possibility for a more personalized and customer centric health promotion on an individual and organizational level, but these possibilities have been utilized inadequately. The stakeholders anticipate that genetic information and related services will instigate a major change towards the personalization of health-care by a precise identification of persons at risk and targeted services. In addition, the various benefits of health promotion should be made more visible. Currently, cost-effectiveness information is perceived as a central factor for persuading decision-makers and businesses to support health promotion, but also other benefits need to be highlighted.</p>
ISBN, ISSN, URN	ISBN 978-951-38-8623-3 (URL: http://www.vttresearch.com/impact/publications) ISSN-L 2242-1211 ISSN 2242-122X (Online) http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-38-8623-3
Date	January 2018
Language	Finnish, English abstract
Pages	53 p. + app. 3 p.
Name of the project	Stop Diabetes (StopDia)
Commissioned by	Strategic Research Council at the Academy of Finland
Keywords	health promotion, disease prevention, disease risk, type 2 diabetes, sociotechnical change, healthy lifestyle
Publisher	VTT Technical Research Centre of Finland Ltd P.O. Box 1000, FI-02044 VTT, Finland, Tel. 020 722 111



Hyvinvoinnin edistäminen nyt! StopDia-hankkeen toimijahaastatteluiden antia

ISBN 978-951-38-8623-3 (URL: <http://www.vtt.fi/julkaisut>)
ISSN-L 2242-1211
ISSN 2242-122X (Verkkajulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-38-8623-3>

