

Vastaanottaja

Sosiaali- ja terveysministeriö

Asiakirjatyyppi

Raportti

Päivämäärä

Tammikuu, 2019

LOPPURAPORTTI

Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta – kärkihankkeen kehittävä prosessiarviointi



LOPPURAPORTTI
EDISTETÄÄN TERVEYTTÄ JA HYVINVOINTIA SEKÄ
VÄHENNETÄÄN ERIARVOISUUTTA – KÄRKIHANKKEEN
KEHITTÄVÄ PROSESSIVARVIINTI

Tekijät:
seniorikonsultti Mikko Henriksson
kehitysjohtaja Janne Jalava (31.12.2018 saakka)
Ramboll Management Consulting Oy (31.12.2018 saakka)
Ramboll Finland Oy (1.1.2019 alkaen)

Sisältö

1. Taustaa ja arvioinnin lähestymistapa		
1.1	Johdanto	3
1.2	Arvioinnin lähestymistapa	4
1.3	Arvioinnin viitekehys ja toteutussuunnitelma	5
1.4	Arvioinnin vaiheet	8
2. Toimeenpanorakenteen, tavoitteiden ja aiotun terveyskäyttämisen muutoksiin pyrkivän asetelman toteutettavuus ja relevanssi		
2.1	Toimeenpanorakenne, tavoitteet ja toimenpiteet dokumenttianalyysin mukaan	9
2.2	Hyvät käytännöt -hankkeiden näkemyksiä kärkihankkeiden tavoitteista ja toimeenpanorakenteesta	10
2.3	Virkamiesten näkemykset kärkihankkeiden tavoitteista ja toimenpiteistä	12
2.4	Ensimmäisen arviointivaiheen keskeiset havainnot ja kehittämisohdotukset	14
3. Toimeenpanon onnistuminen: implementaation uskollisuus, edistävät ja estävät tekijät sekä olosuhteiden vaikutukset		
3.1	Valtionavustushankkeiden toimeenpano ja toteutuminen	15
3.2	Toimeenpanoa edistävät tekijät	17
3.3	Toimeenpanoa estävät tai hankaloittavat tekijät	18
3.4	Toisen arviointivaiheen huomiot ja kehittämisohdotukset	20
4. Valtionavustushankkeiden tulokset, vaikutukset ja tulevaisuudennäkymät		
4.1	Valtionavustushankkeiden merkittävät tulokset ja vaikutukset	22
5. Huomioita kärkihankkeen toteutuksesta sekä katsaus tulevaisuuteen		
5.1	Poliittisen ohjauksen vaikutus	25
5.2	Huomioita kärkihankkeen menetelmistä ja kohdentumisesta	25
5.3	Huomioita tulevaisuuteen	27
6. Valtionavustushankekohtaiset arviot: hankekortit		
1.	UKK-instituutti: VESOTE	29
2.	Vitalmed Oy, Helsingin Uniklinikka: Uneton Suomessa	32
3.	Suomen Sydänliitto ry: Neuvokas perhe	33
4.	Filha ry: MITU – Tukea tupakoinnin lopettamiseen	36
5.	Suomen Mielenterveysseura ry: Mielenterveys kuuluu kaikille	39
6.	Ehyt ry, Päihdeilmiö ja ryhmäilmiö (PIRI) -hanke	42
7.	Utsjoen kunta: Ensiapu itsemurhavaarassa olevalle – ELÄMÄ	44
8.	Kirkkohallitus: Yhteinen keittiö	46
9.	Ikäinstituutin säätiö: Voimaa vanhuuteen tutuksi ja tavaksi	48
10.	THL: Itsemurhien ehkäisytaitoja perusterveydenhuollossa työskenteleville	51

1. Taustaa ja arvioinnin lähestymistapa

1.1 Johdanto

Suomen hallituksen tavoitteena on nostaa Suomen talous kestäväan kasvuun ja kohenevan työllisyyden uralle sekä turvata julkisten palvelujen ja sosiaaliturvan rahoitus. Hallitusohjelmassaan hallitus valitsi viisi painopistealuetta, joita konkretisoivat 26 kärkihanketta. Yksi kärkihankkeista on ”Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta”. Hankkeen tarkoituksena on edistää kansanterveyttä, kansalaisten liikkumista, terveellisiä elämäntapoja ja ravintotottumuksia sekä vastuunottoa omasta elämästä. Uudistusten myötä yhteisillä varoilla pyritään saamaan nykyistä enemmän terveyttä ja hyvinvointia.

Kärkihankkeeseen vastaa seuraaviin hallituskauden tavoitteisiin:

- Terveyden edistäminen ja varhainen tuki ovat vahvistuneet poikkihallinnollisesti päätöksenteossa, palveluissa ja työelämässä paremmalla toimeenpanolla. Terveys- ja hyvinvointierot ovat kaventuneet.
- Eri-ikäisten ihmisten vastuuta omasta terveydentilasta sekä elämäntavoista on tuettu. Ihmisten erilaisissa elämäntilanteissa toimivia valintoja on mahdollistettu enemmän.
- Lasten ja perheiden hyvinvointi ja omat voimavarat ovat vahvistuneet.

Kärkihankkeen tarkoituksena oli koko maassa saada käyttöön hyviä käytäntöjä, joiden avulla sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset voivat omassa työssään tukea ja ohjata ihmisiä entistä parempaan elämään. Hyvien käytäntöjen omaksuminen vaatii toimintatapojen muutosta eri tahoilta sekä johdon tukea työyhteisössä. Tämä edellyttää muutosta prosesseissa ja käytännöissä, jolloin muutoksen läpiviemiseksi on varmistettava sekä organisaatioiden että yksilöiden kyvykkyyksien kehittäminen. Varmimmin tähän päästään, kun informaatio-ohjauksen tulkinallisen tuen lisäksi avustetaan toimijoita myös paikallisten prosessien ja rutiinien sopeuttamisessa.

Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projektissa rahoitettiin valtionavustuksilla hyvien käytäntöjen levittämistä ja juurruttamista heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin, terveyden ja vastuunottokyvyn parantamiseksi.

Valtionavustusta jaettiin kymmenelle hankkeelle yhteensä 7 miljoonaa euroa vuosiksi 2017–2018. Osa valtionavustusta saaneista hankkeista oli isoja kokonaisuuksia, joissa useat toimijat työskentelevät yhdessä. Hankkeet toimivat maantieteellisesti laajalla alueella.

Valtionavustusta saavat hankkeet teemoittain ovat:

Elintapaohjauksen vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa ja sen palveluketjuissa:

- **UKK-instituutti:** Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti (VESOTE)
- **Vitalmed Oy, Helsingin Uniklinikka:** Uneton Suomessa – Unettomuuden lääkkeettömän hoidon kehittäminen

Perheiden ravitsemus- ja liikuntatottumusten muutoksen tukeminen neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa:

- **Suomen Sydänliitto ry:** Neuvokas perhe – liikunta- ja ravitsemusohjauksen tuki neuvolaan ja kouluterveydenhuoltoon

Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien fyysisen terveyden edistäminen:

- **Filha ry:** Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien tupakoinnin lopettamisen tukeminen

Väestön mielenterveystaidot ja eri alojen ammattihenkilöiden mielenterveysosaaminen:

- **Suomen Mielenterveysseura ry:** Mielenterveys kuuluu kaikille – Mielenterveyden ensiapu terveyden ja hyvinvoinnin vahvistajana
- **Ehyt ry, ”Päihdeilmiö ja ryhmäilmiö (PIRI) -hanke”**
- **Utsjoen kunta:** Ensiapu itsemurhavaarassa olevalle – ELÄMÄ

Yhteinen keittiö:

- **Kirkkohallitus:** Yhteinen keittiö

Ikääntyneiden fyysisen aktiivisuuden edistäminen:

- **Ikäinstituutin säätiö:** Voimaa vanhuuteen tutuksi ja tavaksi

Itsemurhien ehkäisytaitoja perusterveydenhuollossa työskenteleville:

- **Sosiaali- ja terveysministeriö** rahoittaa yhdessä **Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL)** kanssa hankkeen, jossa syvennettiin perusterveydenhuollossa työskentelevien lääkäreiden ja terveydenhoitajien taitoja ehkäistä itsemurhia

1.2 Arvioinnin lähestymistapa

Arviointi keskittyi kärkihankkeen ja siihen kuuluvien projektien toimeenpanon, organisoitumisen, toteutuksen ja tuloksellisuuden arviointiin sekä kärkihankkeen tavoitteiden arvioimiseen suhteessa hallitusohjelman tavoitteisiin. Arviointikohteena oleva kärkihankke toteutettiin kolmena projektina vuosina 2016–2018: 1) Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön 2) Terveellisten talojen Suomi ja 3) Pysyvät rakenteet ja toimintatavat ministeriöiden väliseen yhteistyöhön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja eriarvoisuuden vähentämiseksi (PORA) -projektit. Edellä mainituista painoarvoltaan suurin oli pääosin valtionavustuksin toteutetuista hankkeista koostuva Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projekti. Arvioinnin käynnistymisen jälkeen sovittiin, että Terveellisten talojen Suomi -osiota ei arvioida osana tätä arviointia. PORA-projektin arvioinnin osalta on raportoitu erikseen.

1.3 Arvioinnin viitekehys ja toteutussuunnitelma

Hallitusohjelman tavoitteiden toteutuminen ja hyvien käytäntöjen juurtuminen edellyttävät toimeenpanoa valtakunnallisesti, alueellisesti, paikallisesti ja edelleen toimijatasolla. Kärkihankkeen toimeenpanoa arvioidaan em. tasoilla huomioiden tasojen keskinäiset vaikutussuhteet. Laadukas hyvien käytäntöjen toimeenpano on kriittinen osa vaikutusten aikaan saamisessa. Termillä toimeenpanon kuilu (implementation gap) viitataan hyvien käytäntöjen tai tieteellisesti vaikuttavaksi todettujen interventioiden ja niiden käytäntöön viemisen myötä saavutettujen vaikutusten väliseen epäsuhtaan. Tämä arviointi toteutettiin hyödyntäen Rambollin koostamaa New Approaches to Policy Implementation¹ -lähestymistapaa, jossa edellä mainittua toimeenpanon kuilua on pyritty kaventamaan kiinnittämällä huomiota informaatio-ohjauksen lisäksi myös muihin tapoihin implementaation tukemisessa. Siinä korostetaan erityisesti monimutkaisten kohteiden osalta onnistuneen implementaation hyödyntävän bottom-up -ajattelua, jossa implementaatio nähdään erityisesti mahdollistamisena ja kyvykkyyksien vahvistamisena sekä paikallisten käytäntöjen ja työmenetelmien kehittämisenä (ks. kuvio 1).



Kuvio 1. Implementaation tukeminen mahdollistamalla ja kyvykkyyksiä kasvattamalla

Terveykäyttäytymisen muutoksiin pyrkivissä hankkeissa keskeisiä tarkasteltavia ulottuvuuksia ovat erilaisten, yleensä rakenteellisten mahdollisuuksien luominen tavoitellulle käyttäytymiselle sekä vaikuttamispyrkimykset yksilöiden motivaatioon ja kykyihin. Keskeisessä roolissa ovat tällöin ammattilaiset, ja niinpä terveyden edistämiseen liittyvä työ kohdistuu usein myös ammattilaisten osaamisen kehittämiseen sekä asenteisiin vaikuttamiseen. Vaikuttamalla edellä mainittuihin seikkoihin voidaan parhaimmillaan saavuttaa halutunlaista käyttäytymisen muutosta. Terveyden edistämistä koskevien hankkeiden arvioinnissa on myös keskeistä tarkastella implementaation uskollisuutta (fidelity), vaikutusmekanismeja sekä olosuhteita ja kontekstia, jotka kaikki vaikuttavat toimeenpanoon ja tavoiteltuihin tuloksiin ja vaikutuksiin.

¹ <http://www.consulting.ramboll.com/acton/media/18558/new-approaches-to-public-sector-implementation>

Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -kärkihankkeen arvioinnin viitekehyksenä toimi terveyden edistämisen interventioiden implementoinnin arvioimiseen tarkoitettu British Medical Councilin prosessievaluatio-ohjeistus². BMC:n viitekehyksen mukaisesti arvioinnissa huomioitiin konteksti, jossa kulloinenkin interventio tai hanke toteutetaan: kontekstitekijät vaikuttavat implementaatioon, interventiomekanismeihin ja lopputuloksiin. Tarkastelimme tavoitteita ja toimeenpanorakennetta sekä implementaatiota eli toimeenpanoa eri hankkeissa ja kärkihankkeessa kokonaisuudessaan: miten toimittiin, mitä toimitettiin ja kuinka uskollisesti suunnitellut toiminnot vietiin käytäntöön. Viitekehyksen mukaisesti toimeenpanon jälkeen ja ohessa tarkasteltiin vaikutusten mekanismeja sekä kontekstitekijöiden vaikutusta myös niihin (ks. kuvio 2.)

² Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance BMJ 2015;350:h1258



Kuvio 2. BMC:n viitekehys sovellettuna Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -kärkihankkeen arviointiin

1.4 Arvioinnin vaiheet

Kärkihankkeen arviointi kokonaisuudessaan koostui seuraavista vaiheista:

1. **Toimeenpanorakenteen, tavoitteiden ja aiotun terveystyöskäytännön muutoksiin pyrkivän asetelman toteutettavuus ja relevanssi** – *touko-kesäkuu 2018*
2. **Toimeenpanon arviointi** – *touko – syyskuu 2018, väliraportti 10/2018*
 - a. Implementaation uskollisuus ja onnistuminen
 - b. Edistävät ja estävät tekijät, vaikutusmekanismit
 - c. Olosuhteiden vaikutukset
3. **Kärkihankkeen tuloksellisuus, sekä kärkihankkeessa levitettyjen hyvien käytäntöjen normalisointi uusiin konteksteihin ja arvio niiden pitkäaikaisesta implementaatiosta sekä ylläpidosta.** – *syys – joulukuu 2018*
4. **Kokonaisarvio kärkihankkeen onnistumisesta**, arvio kärkihankkeen vastaamisesta hallitusohjelman tavoitteiden saavuttamisessa sekä arvio kärkihankkeiden yhteisten muutosteemojen edistämisestä. – *lokakuu 2018 – tammikuu 2019, kaikkien kärkihankkeiden yhteinen arviointi lokakuu 2018 – 31.3.2019*

Arviointi toteutettiin kehittävällä otteella. Juoksutus edellä mainittujen arvioinnin vaiheiden 1–4 välillä oli tarkoitus toteuttaa siten, että eri vaiheiden yhteydessä toteutettaisiin deliberatiivisen kansalaisfoorumin periaatteiden mukaisia osallistavia, vuorovaikutteisia työpajoja; tulevaisuuskahvila kärkehankkeen toimijoiden, sidosryhmien ja rahoittajatahon kanssa. Ensimmäinen tällainen tulevaisuuskahvila pidettiin 11.6.2018. Tilaisuudessa käsiteltiin arvioinnin ensimmäisen vaiheen huomioita. Koska arviointi käynnistyi kuitenkin alkuperäiseen aikatauluun nähden myöhässä, sovittiin arvioinnin kehittävien osioiden osalta seuraavaa: osana ensimmäistä tulevaisuuskahvilaa pidettiin arvioitsijoiden toimesta pienimuotoinen koulutuksellinen osio valtionavustushankkeille implementaation tukemiseen liittyvistä sekoista. Lisäksi toinen tulevaisuuskahvila syksyllä 2018 korvattiin sovitus kunkin hankkeen sparrauksella vaikuttavuussuunnitteluun liittyen osana arvioinnin kolmannen vaiheen tiedonkeruukäyntejä. Näissä tiedonkeruuseen alkuperäisen toimintasuunnitelman mukaisesti kuuluneiden haastatteluiden päätteeksi toteutetuissa vaikuttavuussuunnitelma-työkalun ja ideoiden läpikäynneissä käytiin tiiviisti läpi kunkin hankkeen kohdalla juurruttamiskysymyksiä sekä vaikuttavuuden parantamisen mahdollisuuksia. Valtionavustushankkeiden toiminta päättyi vuoden 2018 lopussa ja arvioinnin kehittävien osuuksien uudelleen painottaminen koskemaan erityisesti juurruttamista katsottiin muuttuneessa arvioinnin aikataulutilanteessa palvelevan hankkeita parhaiten.

Tämä arviointiraportti etenee yllä kuvatun rakenteen mukaisesti, ja johtopäätökset sekä kehittämisehdotukset esitetään kunkin vaiheen yhteydessä siten kuin ne esitettiin arviointia tehtäessä ohjausryhmälle. Kärkihankkeiden yhteinen arviointi raportoidaan erikseen yhteistyössä muiden kärkihankkeiden arviointia tehneiden tahojen kanssa.

2. Toimeenpanorakenteen, tavoitteiden ja aiotun terveystyöskäytännön muutoksiin pyrkivän asetelman toteutettavuus ja relevanssi

Hankkeen ensimmäinen arviointivaihe keväällä 2018 sisälsi kattavan dokumenttianalyysin. STM toimitti arvioitsijoille kärkihanketta ja valtionavustushankkeita koskevaa materiaalia dokumenttianalyysiä varten. Materiaali koostui valtionavustushankkeiden hankesuunnitelmista, vuokaavioista, kärkihankekartoista, pyöreän pöydän muistioista, sote-integraatioon liittyvistä tiedostoista, hankkeiden väli- ja sittemmin myös loppuraporteista sekä Kärkihankevalmentamateriaaleista. Erityisen tärkeitä dokumentteja olivat Hyvät käytännöt -hankkeiden hankehakemukset sekä väliraportit. Lisäksi arvioitsijat hyödynsivät muuta dokumenttiaineistoa kuten hallitusohjelmaa ja sen toimintasuunnitelmaa. Arvioinnin ensimmäisessä vaiheessa tehtiin myös kattava kysely kaikille Hyvät käytännöt -hankkeiden toteuttajaorganisaatioille. Lisäksi haastateltiin sosiaali- ja terveysministeriön virkamiehiä, jotka ovat työskennelleet kärkihankkeen toimeenpanorakenteen kannalta olennaisissa rooleissa.

2.1 Toimeenpanorakenne, tavoitteet ja toimenpiteet dokumenttianalyysin mukaan

Dokumenttianalyysissä tarkasteltiin kärkihankkeelta saatua ja muuta aineistoa siten, että hallitusohjelman, hallituksen toimintasuunnitelman 2017-2019, kärkihankkeen, Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projektin sekä valtionavustushankkeiden tavoitteita ja niiden keskinäistä vastaavuutta ja kattavuutta tarkasteltiin ristiin matriisissa. Tässä yhteydessä arvioitiin myös valtionavustushankkeiden tavoitteiden ja toimenpiteiden välistä suhdetta, toimeenpanorakennetta, sekä aiotun terveystyöskäytännön muutoksiin pyrkivän asetelman toteutettavuutta ja relevanssia.

Tarkastelun jäsentämisessä hyödynnettiin Rambollin implementaatio-osaamista, sekä implementaatiotutkimuksen käsitteitä ja näkemyksiä. Valtionavustushankkeiden kohdalla arvioitiin mm. seuraavia osa-alueita: Ovatko tavoitteet jäsenneily käytännöllisesti tavoitettavissa oleviin osa-alueisiin, missä määrin hankkeiden tavoitteet vastaavat hankintailmoituksen tavoitteita, ovatko osa-tavoitteet jatkojalostettu selkeiksi toimenpiteiksi, missä määrin toimenpiteet vastaavat tavoitteisiin ja osa-tavoitteisiin, tukevatko kohderyhmien valinta sekä rajaus kärkihanke- ja projektitason tavoitteita parhaalla mahdollisella tavalla, kuinka hyvin juurruttaminen on suunniteltu (useita alakysymyksiä) ja johtaminen (useita alakysymyksiä). Lisäksi arvioitiin hallitusohjelman, kärkihankkeen ja valtionavustushankkeiden tavoitteiden keskinäistä suhdetta ja täten hallitusohjelman tavoitteiden jalkauttamista konkreettisemmiksi osa-tavoitteiksi eri teemoissa.

Dokumenttianalyysin mukaan koko kärkihankkeen ja Hyvät käytännöt -hankkeiden tavoitteet vastaavat varsin kattavasti hallitusohjelman tavoitteisiin. Hyvät käytännöt -hankkeiden tavoitteet ovat konkreettisia ja ne on lisäksi purettu selkeisiin osatavoitteisiin. Osa-tavoitteiden sisältö puolestaan on kyetty avaamaan konkreettisiksi toimenpiteiksi. Osin tätä on edesauttanut se, että monilla hankkeilla on pohjana jo pitkään tehty käytännön työ (pitkästi Raha-automaattiyhdistyksen avustusten ansiosta) ja tätä kautta muodostuneet toimivat verkostot. Hankkeiden väliraporttien tulosten mukaan monet toiminnot ovat levinneet hyvin ympäri Suomen (tästä esimerkkinä mainittakoon Voimaa Vanhuuteen -hanke). Hallitusohjelman kirjaukseen vastuunotosta omasta elämästä tosin ei kaikissa valtionavustushankkeissa suoranaisesti vastattu. Toisaalta niissä, joissa vastattiin, kattavuus oli laajaa (Neuvokas Perhe, VESOTE, Voimaa vanhuuteen, Ehyt ry:n)

Päihdeilmio-opetus). Vastuunottoa omasta elämästä voidaan kuitenkin katsoa tuetun ammattilaisten kouluttamisen kautta myös muissa hankkeissa.

Tavoitteiden realistisuutta tarkasteltaessa (pelkästään dokumenttien varassa) törmätään ensimmäistä kertaa Sote-uudistuksen etenemisen hitauden ja vallitsevan epävarmuuden asettamaan haasteeseen ja isoon kysymykseen kehittävän arvioinnin näkökulmasta: Mitä toimenpiteitä eri hankkeissa on realistista juurruttaa? Millä keinoin ja millaisilla rahoitusmuodoilla juurrutus pystytään toteuttamaan? Tästä haasteesta huolimatta hankehakemusten perusteella on selvää, että juurruttaminen on otettu jo hankesuunnitelmissa ja tavoitteissa varsin hyvin huomioon. Tarkemmat valtionavustuskohtaiset analyysit tavoitteista ja toimeenpanorakenteista löytyvät tämän raportin luvusta 6. hankekortit.

2.2 Hyvät käytännöt -hankkeiden näkemyksiä kärkihankkeiden tavoitteista ja toimeenpanorakenteesta

Alkuperäisen suunnitellun tiedonkeruuprotokollan (dokumenttianalyysi + haastattelut) lisäksi arvioinnin ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin sovitusti myös kysely valtionavustushankeille, jotta myös heidän ääni saataisiin kuuluviin kärkihankkeen tavoitteita tarkasteltaessa. Kysely toteutettiin sähköisenä toukokuussa 2018 ja se koski kärkihankkeen tavoitteita, toimeenpanorakennetta ja juurtumista koskevaa suunnitelmallisuutta. Kysely lähetettiin kärkihankkeelta saadulle vastaanottajajoukko (25 hlöä) ja jokaisesta valtionavustushankkeesta vastattiin (yhteensä 17 vastausta).

Kärkihankkeen ja Hyvät käytännöt -projektin tavoitteiden, toimeenpanorakenteen ja koordinoinnin osalta vastaukset olivat hyvin positiivisia. Useassa vastauksessa huomautettiin terveyden edistämisen työn vaikutusten kunnollisesta näkymisestä vasta hankekautta pidemmällä aikavälillä. Hankekokonaisuuden tavoitteet koettiin pääasiallisesti hyvinä, hyvin suunnattuina ja hyvin mitoitettuina. Tavoitteiden saavuttaminen hallituskauden aikana kuitenkin nähtiin jossain määrin epärealistisena. Lisäksi sinänsä oikeansuuntaisten tavoitteiden toimeenpano ja siihen varatut resurssit koettiin osassa vastauksia jossain määrin epärealistisina. Järjestötoiminnan elinvoimaisuus ja järjestötyön ja vapaaehtoistoiminnan helpottuminen nostettiin esiin tärkeinä hallituksen tavoitteina, mutta heti perään suhtauduttiin kriittisesti niitä koskeviin hallitusohjelman toimenpiteisiin ja niissä etenemiseen.

Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että kärkihankkeen tavoitteet tukevat hallitusohjelman tavoitteita joko *hyvin* tai *erinomaisesti*. Kärkihankkeen tavoitteiden nähtiin myös vastaavan hyvin yleisesti tärkeiksi koettuja terveyden edistämiseen ja hyvinvointierojen kaventamiseen liittyviä tavoitteita. Yksittäisinä lisähuomioina mainittiin, että samoja tavoitteita olisi ollut syytä pitää enemmän esillä myös sote-uudistuksen yhteydessä, ja integroida kärkihankkeen toiminta paremmin sote-uudistuksen suunnittelutyöhön. STM:ltä saatu tuki ollut useamman vastauksen mukaan ”erittäin hyvää” tai saatu ”erittäin hyvin”.

Kärkihankkeen tavoitteiden osalta kahden vuoden aikajakso koettiin haasteelliseksi mitattavuuden kannalta. Tavoitteet kuitenkin koettiin jossain määrin realistisiksi joskin tietyin varauksin:

”Tavoite sinänsä ok, mutta aika on liian lyhyt.”

”Ehkä vähän ylimitoitettut tavoitteet”,

”Tavoitteita on voinut tarkentaa hankkeen aikana realistisemmiksi.”

”Projektille asetetut tavoitteet ovat mielestäni ylioptimistiset hankeaikatauluun ja käytänteiden levittämisen alueellisiin tavoitteisiin nähden.”

Lisäksi koettiin haasteelliseksi se, että hankkeiden tavoitteet ovat keskenään hyvin erilaisia ja eri tavoin mitattavissa olevia.

”Tavoitteet ovat realistisia ja melko konkreettisiakin. Niitä olisi voinut ehkä vielä pilkkoa/palastella pidemmälle. Myös ylätason tavoitteiden konkreettiset mittarit ovat ehkä hieman epäselviä. Toisaalta kukin osahanke on osaltaan konkretisoinut omia tavoitteitaan.”

”Tavoitteiden toteutumisen mittaaminen on tässä kokonaisuudessa haasteellista. Olisi tarvittu kärkihankkeiden ja rahoittajan yhteinen suunnittelujakso, jossa olisi yhdessä toimijoiden kanssa kartoitettu, mitä tällä aikataululla on mahdollista mitata ja sovittu nykyistä selkeämmät tavoitteet siitä, mitä halutaan mitattavan ja miten.”

Sen sijaan toimintamallien käyttöönottoa koskevat tavoitteet koettiin realistisempina. Tavoitteiden asetteluun liittyi kuitenkin myös muita huomioita:

”Oman hankkeemme tavoitteen asettelu on selkeä ja konkreettinen. Mutta hankkeen käytännön toteutukseen tuli piirteitä, joiden vuoksi alkuperäistä suunnitelmaa ei ollut mahdollista toteuttaa eikä niin muodoin tavoitteiden täyttymistä pystytä mittaamaan, kuten suunniteltiin.”

Osassa hankkeita tavoitteita on siis tarkennettu matkan varrella ja osa hankkeiden edustajista koki sote-muutoksen suunnittelun aiheuttavan tarkennustarpeita edelleen.

Ylipäättään *”Sotemuutoksen viivästyminen ja joiltakin osin sen ratkaisut ovat tehneet hankkeen toimintatapojen juurruttamisen huomattavasti hankalammaksi, kun kehitettävillä toimintavoilla / hoitopuilla ei ole vuoden 2019 aikana selkeää prosessin omistajaa”*

Eniten huolta aiheutti sote-integraatioon ja sitä myöden juurruttamiseen liittyvä epävarmuus, käytännössä johtuen erityisesti hankemuotoisesta työstä joka on päättymässä. Tähän liittyen myös sote-kentän muutoksia koskevan tiedon saatavuus tai käyttömahdollisuudet herättivät huolta osassa vastaajia: Yli puolet vastanneista kertoi saavansa riittävästi tietoa, mutta noin kolmasosa ei kokenut saavansa. Lisäksi erikseen olivat vielä ne vastaukset, joissa todettiin tietoa tulevan, mutta sen koskevan niin monimutkaisia muutoksia ja niin useaa toimijaa, että siitä on vaikeaa saada kokonaiskuvaa. Osa koki tarvitsevansa tietoa nimenomaisesti muista hankkeista, jotka toteutetaan samalla sektorilla ja pyrkivät samoihin tavoitteisiin.

Lähes kaikki kokivat juurruttamista koskevien suunnitelmiensa olevan riittäviä. Toisaalta moni nosti esiin sen, että alueellisten erojen ja sote-kentän ajassa tapahtuvien muutosten näkökulmasta täsmällisen juurruttamissuunnitelman tekeminen hankkeen alkuvaiheessa olisi mahdotonta. Hankkeet kokivat onnistuneensa suunnitelmallisessa juurruttamistyössä eri tasoilla.

”Hankesuunnitelmassa ei mielestäni olisi voinutkaan vielä tehdä täsmennettyä juurruttamissuunnitelmaa, koska toiminta ja kenttä elää ja muuttuu.”

”Henkilökunta erinomaisesti, kohderyhmä hyvin, projektiorganisaatio erinomaisesti, alueellinen johto heikoiten (epäselvä tulevaisuus).”

”Aluekohtaiset vaihtelut ovat suuria siinä, miten kaikki tasot on saatu juurruttamiseen mukaan.”

Kyselyssä tiedusteltiin sitä, puuttuuko jokin yksittäinen teema kärkihankkeen tavoitekokonaisuudesta. Toistuvia teemoja ei vastauksissa tullut, mutta yksittäisinä teemoina mainittiin yksinäisyys, alkoholin ja muiden päihteiden liikakäyttö sekä erityiskohderyhminä iäkkäät, lapset ja varsinkin nuoret, mielenterveyspotilaat ja kipupotilaat. Valtaosa em. kohderyhmistä sisältyikin jo kärkihankkeen kohderyhmiin. Alkoholin ja muiden päihteiden liikakäytön puuttuminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevasta kärkihankekokonaisuudesta on kuitenkin hyvin relevantti yksittäinen huomio.

Vastauksissa oli myös tärkeä huomio yhteisö- ja organisaatiolähtöisestä prosessien mallintamisesta yhtenä hyvänä menetelmänä hyvien käytäntöjen toimeenpanossa ja juurruttamisessa. Vastaajat korostivat tekevänsä yhteistyötä järjestöjen kanssa sekä koulutuksia ammattilaisten lisäksi myös kansalaisille. Toisaalta myös osa vastaajista koki, että samassa ajallisesti rajallisessa hankkeessa ei voida tukea sekä ammattilaisten osaamisen lisääntymistä että kansalaisten osallisuuden tukemista yhtä lailla.

“Kansalaisyhteiskunta voitaisiin osallistaa mitä suurimmassa määrin niiden asioiden edistämiseen ja toimintamallien levittämiseen, jotka on hankkeessamme valittu levittämisen kohteiksi. Se edellyttää kuitenkin myös sote-ammattilaisten toimintatapojen muutosta ja osaamisen vahvistumista.”

“Ei riittävästi, suunta on oikea”

Terveyden edistämisen laaja-alaisessa projektissa olisikin tärkeää huomioida tavoiteltavien vaikutusten olevan kytköksissä toisiinsa ja eri toimijoiden tulisi tehdä yhteistyötä onnistuneen kokonaisvaikutuksen aikaansaamiseksi. Tällaisessa yhteiskunnalliseenkin vaikuttavuuteen pyrkivässä yhteistyössä tulee huomioida jatkuva yhteydenpito ja aito proaktiivinen yhteistoiminta yhteisen vaikutustavoitteen edistämiseksi. Sosiaali- ja terveysalan järjestöt usein toimivatkin edellä kuvatulla tavalla ja ovat hyvin verkostoituneita, mutta nimenomaisesti hankemuotoinen rahoitus kohdistuu usein yhdelle järjestölle kerrallaan, eikä lähtökohtaisesti tue tällaista yhteistoimintaa, myös tämä aspekti nousi esiin kyselyvastauksissa.

2.3 Virkamiesten näkemykset kärkihankkeiden tavoitteista ja toimenpiteistä

Dokumenttianalyysin ja kyselyn lisäksi ensimmäisessä arviointivaiheessa haastateltiin sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeen parissa työskenteleviä virkamiehiä. Haastatteluja tehtiin yhteensä seitsemän.

Makrotason toimenpiteitä tarkasteltaessa nousi ensimmäisenä asiana esiin se, että hyvinvointiin ja terveyteen liittyvät asiat eivät olleet Sote-uudistuksen varsinaisessa keskiössä. Hyte-asioiden kokonaisuus alkoi ministeriössä kirkastumaan vuoden 2017 aikana. Hyte-asioiden kirkastumisen suhteellinen hitaus ei sinällään ollut pelkästään negatiivinen seikka. Tässä kärkihankkeessa ei ole varsinaisesti luotu uusia rakenteita maakuntiin tai sote-toimintaan ja hanke on täten saanut kehittää omia painopisteitään suunnitelman mukaisesti. Virkamiesten mukaan odotukset kärkihankkeelle ovat olleet suuret. Erityisesti on toivottu, että mukaan valituista hyvistä käytännöistä löytyisi sellaisia konkreettisia sisältöjä ja toimintatapoja, jotka osaltaan edistäisivät sote- ja maakuntauudistusta ja sen toimeenpanoa.

Virkamiesten näkemysten mukaan kärkihankkeen tavoitteet ja hyvien käytäntöjen esiin nostaminen ovat hyvin sopuosinnussa hallitusohjelman kanssa. Kärkihanke on muihin kärkihankkeisiin verrattuna tavoitteiltaan konkreettisempi ja täten myös tavoitteiden ja tavoiteltujen muutosten

mitattavuus on helpompaa. Haasteeksi nousee kuitenkin hankkeen lyhyt kesto. Tämä näkyy erityisesti vaikuttavuuden mittaamisen haasteina.

Ministeriöllä on ollut käytettävissään hankkeen toteuttamiseen erittäin ohut toimeenpanorakenne. Itse asiassa haastatteluissa tuli varsin selväksi se, että kärkihanke on mielletty pitkälti yhden ihmisen (projektipäällikkö) vetämäksi ja hänelläkään ei ole ollut mahdollisuutta käyttää hankkeen toteuttamiseen koko työaika. Resurssit ovat joka tapauksessa pienemmät kuin muilla kärkihankkeilla. Ministeriön virkamiehistä koostuvan projektiryhmän toiminnassa on ollut havaittavissa haasteita. Sitä on ollut ajoittain vaikea sitouttaa hankkeen tueksi samoin kuin siitä vastuussa olevaa osaston johtoryhmää. Projektiryhmän rooliksi on ajan mittaan muotoutunut kehittävä ja neuvoa antava – ei niinkään operatiivinen – rooli. Huolimatta ohuesta toimeenpanorakenteesta projektipäällikön omistautuminen ja taito edistää hanketta saavat virkamiehiltä (kuten myös Hyvät käytännöt -hankkeilta) laajalti kiitosta.

Analysoitaessa Hyvät käytännöt -hankkeita olivat virkamiehet yksimielisiä siitä, että kärkihankkeeseen saatiin mukaan hyviä hankkeita. Hanketoimijat ja heidän taustaorganisaatiot ovat olleet aidosti sitoutuneita koko kärkihankkeen tavoitteisiin. Hankkeet ovat virkamiesten näkemyksen mukaan myös olleet sopivasti erilaisia fokukseltaan. Vaikka eri hankkeiden yhteistyö olisi voinut olla jossain määrin syvempää, ovat Hyvät käytännöt -hankkeet pystyneet syventämään keskinäistä dialogiaan kärkihankkeen järjestämissä yhteisissä tilaisuuksissa. Enemmän kritiikkiä saa virkamieskunnalta eri kärkihankkeiden välinen yhteistyö. Aitoja yhteyspintoja on ollut varsin haasteellista luoda, joskin tilanne on vuoden 2018 aikana hieman parantunut. Tämä on osittain johtunut ainakin siitä, että niin sanottu siltausvaihe on luonut luonnollisen alustan eri kärkihankkeiden välisen yhteistyön tiivistämiseen.

Toimeenpanon eräs kulmakivi on viestintä. Myös viestinnän resurssit ovat olleet ministeriön puolelta kärkihankkeessa hyvin ohuet. Toteutuksen aikana on ollut myös eriäviä mielipiteitä siitä, mikä ministeriön viestinnän rooli on kärkihankkeessa. Esiin on noussut ainakin seuraavia keskeisiä kysymyksiä: Viestitäänkö hankkeesta ja hyvistä käytännöistä media, päättäjien vai ammattilaisten suuntaan? Mikä osa ”makrotason” viestinnästä kuuluu hankkeen projektipäällikölle ja mikä ministeriön viestinnälle? Miten paljon hankkeiden näkyvyys on niiden oman (tai emo-organisaation) viestinnän vastuulla ja mikä tässä on puolestaan ministeriön rooli? Virkamiesten näkemyksen mukaan kärkihankkeen toimenpiteet tulee ottaa jatkossa vahvemmin mukaan osaksi koko sote- ja maakuntaudistuksen viestintää ja sisältöä. Lisäksi virkamiehet painottavat sitä, että Hyvät käytännöt -hankkeiden viestintää on tarve suunnata päättäjien ja vaikuttajien suuntaan ja tässä ministeriön viestinnällinen apu on tarpeellista.

Kaiken kaikkiaan virkamiesten näkemysten mukaan lähes kaikki Hyvät käytännöt -hankkeet saavuttavat tavoitellut tulokset leviämisen suhteen. Juurtuminen on hyvin kiinteästi taas sidoksissa sote- ja maakuntaudistukseen. Vaikka käytäntöjen leviämiseen ja osin myös juurtumiseen uskotaan virkamiesten keskuudessa vahvasti, nousee haasteeksi lopulliset vaikuttavuuden kysymykset. Näitä ovat: Miten elintapamuutoksiin voidaan valituilla hyvillä käytännöillä vaikuttaa pitkällä tähtäimellä? Miten sektorirajat ylittävää yhteistyötä voidaan hyvinvoinnin ja terveyden sektorilla tehdä jatkossa paremmin? Miten näin lyhyellä hankkeella voidaan oikeasti kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja? Virkamieshaastattelussa nousi esiin idea eräänlaisesta hyte-tarjottimesta. Tämä tarkoittaisi sitä, että ministeriön toimesta koostettaisiin hyvistä käytännöistä konkreettisia toimintoja, jotka voisivat olla konkreettisia ilmentymiä siitä, millaisia toimintoja tulevat hyte-käytännöt sisältäisivät. Keskustelua käytiin laajasti myös siitä, voisiko näitä kehitettyjä toimintoja huomioida myös niin sanotuissa hyte-kertoimien mittareissa. Toisin sanoen: Olisiko käytännöt jotain sellaista, jotka luovat konkreettisia toimintamuotoja tai ainakin toimintamuotojen vaihtoehtoja, joita voidaan mitata ja täten ne vaikuttaisivat hyte-kertoimen muodostumiseen?

2.4 Ensimmäisen arviointivaiheen keskeiset havainnot ja kehittämisehdotukset

1. Kärkihankkeen ja valtionavustushankkeiden tavoitteet vastaavat varsin kattavasti hallitusohjelman tavoitteisiin. Valtionavustushankkeiden tavoitteet ovat konkreettisia ja ne on lisäksi purettu selkeisiin osatavoitteisiin. Osa-tavoitteiden sisältö puolestaan on kyetty avaamaan konkreettisiksi toimenpiteiksi.
2. Kärkihankkeen eteneminen on kiinteästi sidoksissa sote- ja maakuntauudistukseen. Hyte-asioiden painottaminen ja niiden integraation tarve osaksi koko uudistusta ilmeni laajamittaisesti vasta vuoden 2017 lopulla. Uudistuksen etenemisen hitaus on osaltaan luonut haasteita koko kärkihankkeen toteuttamiselle. Lisäksi noin kolmasosa kyselyyn vastanneista valtionavustushankkeiden toimijoista koki, ettei saanut tarpeeksi tietoa sote-kentän muutoksista.
3. Hyvät käytännöt -hankkeiden tavoitteiden toteutumiseen uskotaan ministeriössä vahvasti. Tulosten saavuttaminen ja osin myös toimenpiteiden levittäminen ovat mahdollisia asetetuissa raameissa. Sen sijaan haasteita tulee toimenpiteiden vaikuttavuuden todentamisessa.
4. Iso kysymys on, voiko yhden lyhyen kärkihankkeen avulla luoda tuleviin hyte-rakenteisiin kattavia; hyvinvointi- ja terveyseroja vähentäviä ja koko maan kattavia toimenpidekokonaisuuksia.
5. Kärkihankkeen toimeenpanorakenne on ministeriössä ollut erittäin ohut. Tästä huolimatta se on resursseihin nähden onnistunut sekä Hyvät käytännöt -hanketoimijoiden että virkamiesten mielestä hyvin.
6. Kärkihankkeen käytännöistä tarvittaisiin selkeä ”hyte-tarjotin”, jonka sisältöjen tulisi olla tavalla tai toisella sidoksissa tulevaisuudessa myös hyte-kertoimiin. Tämä voisi edesauttaa käytäntöjen juurtumista ja juurtumiseen tarvittavia resursseja. Lisäksi käytännöt linkittyisivät paremmin osaksi koko sote- ja maakuntauudistusta.

3. Toimeenpanon onnistuminen: Implementaation uskollisuus, edistävät ja estävät tekijät sekä olosuhteiden vaikutukset

Arvioinnin toinen vaihe toteutettiin pääosin kesä-syyskuun 2018 välisenä aikana. Arvioinnin toinen vaihe keskittyi syvällisesti Hyvät käytännöt -hankkeiden toimeenpanoon. Jokaiselle hankkeelle järjestettiin strukturoitu haastattelu/työpaja, jonka kesto vaihteli välillä 2-5 tuntia. Osana arviointia tarkasteltiin valtionavustushankkeiden toimeenpanoa: *miten* toimitaan (koulutus, resurssit jne.), *mitä* toimitetaan ja *missä määrin* (informaatio, annos, muokkaus, saavutettavuus). Arvioinnissa tarkasteltiin myös implementaation uskollisuutta (fidelity), eli sitä, kuinka tarkasti hyvän käytännön toimeenpanossa on noudatettu alkuperäistä kuvausta ja missä määrin on tehty paikallisia tai muita mukautuksia käytäntöön. Edelleen tarkastelun kohteena oli myös implementaation inhimillinen puoli; olivatko hyviä käytäntöjä toteuttaneet ja juurruttaneet toimijat motivoituneita ja oliko heillä kykyjä ja mahdollisuuksia toimia, kuten oli suunniteltu.

Tapaamisissa käytiin syvällisesti hankkeen toimeenpanoon liittyviä asioita ja haasteita. Työpajojen lisäksi analysoitiin hankkeiden tuottamaa laajaa dokumentaatiota. Edellä mainittujen hakemusten ja väliraporttien lisäksi tutkittiin erityisesti hankkeiden toimenpiteitä, niiden toteuttamista ja toteutumista sekä tutustuttiin konkreettisiin tuotteisiin ja niiden käytännön toimintaan. Hankekohtaiset arviot ja huomiot löytyvät luvusta 6. Hankekortit.

3.1 Valtionavustushankkeiden toimeenpano ja toteutuminen

Valtionavustushankkeissa tehdyt toimenpiteet olivat hyvin linjassa asetettujen tavoitteiden kanssa (ja hankehakemusten kanssa) kaikissa kärkihankkeen valtionavustushankkeissa. Toimenpiteet voidaan jakaa seuraaviin teemoihin:

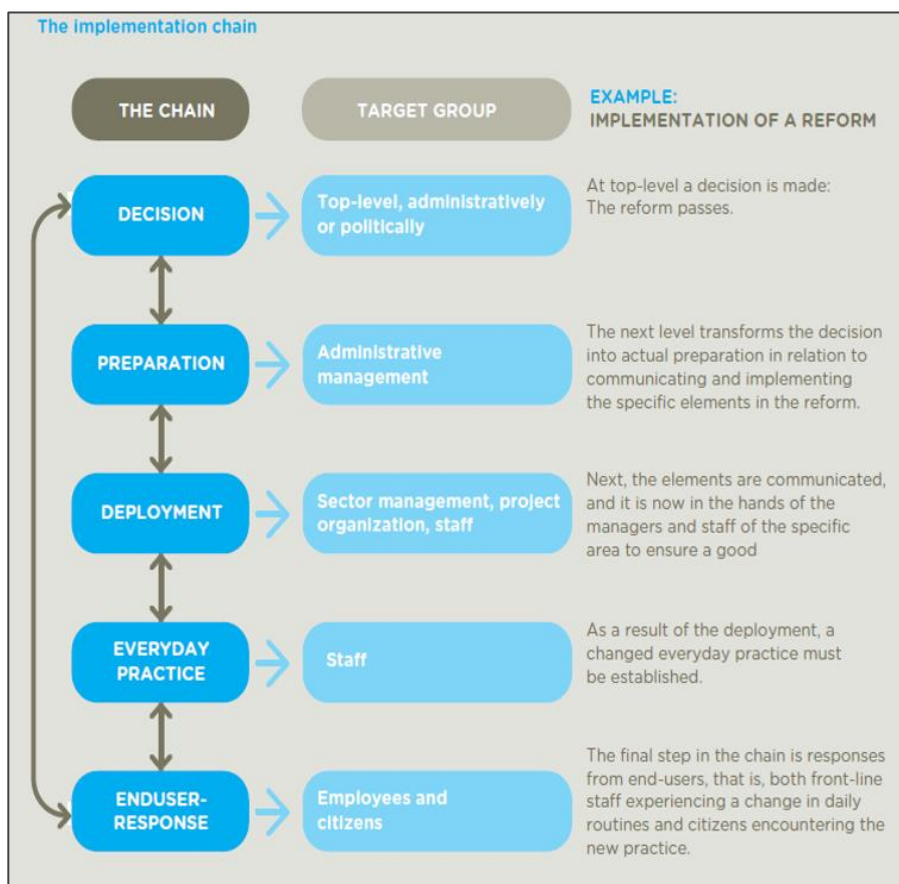
- 1) Koulutusten järjestäminen ja juurruttaminen ympäri Suomen (sote-alan ammattilaiset, oppilaitokset, kansalaiset/väestö)
- 2) Erilaiset pilotit ympäri Suomen
- 3) Alueellisten ja maakunnallisten verkostojen muodostaminen
- 4) Sähköisten alustojen ja sovellusten luominen (esim. Vesoten verkkokoulutus ja Neuvokas perhe –toimintamallin sähköistäminen).
- 5) Käytännön toimenpiteiden juurruttaminen osaksi kuntien ja sairaanhoitopiirien toimintaa.

Lähes kaikissa hankkeissa vietiin käytäntöön ja juurrutettiin aiemmin hyväksi todettua käytäntöä tai tietynlaista koulutusta, jonka sisältöä tai rakennetta ei enää toimeenpanossa muokattu. Toisin sanoen uskollisuus alkuperäiselle toimintakuvaukselle hankkeissa oli korkea. Toiminnan laajuus vaihteli hankkeittain, valtaosassa määrälliset tavoitteet saavutettiin, joissain tehtiin tarkastuksia alkuperäisiin tavoitteisiin.

Kohderyhmät on hankkeissa suurimmaksi osaksi tavoitettu suunnitelmien mukaisesti, joskin tavoittamiseen on liittynyt myös haasteita: osassa hankkeita on ollut ns. kohderyhmien ylitarjontaa kentältä ja koulutuksiin on ollut tulossa paljon sellaisia kohderyhmiä, joille koulutus ei alun alkaen ole tarkoitettu. Osassa näitäkin tapauksia koulutuksia on kuitenkin tarjottu laajastikin, näkökulmaa hieman vaihtaen.

Lääkärit ovat tärkeässä asemassa koko terveyden edistämisen projektissa, mutta heidän osallistuminen hankkeiden koulutuksiin on ollut vähäistä. Osassa hankkeita lääkäreiden saaminen koulutuksiin on ollut haasteellista, vaikka se on ollut yhtenä hankkeen tavoitteista. Lääkärit ovat myös toivoneet esitettyä tiiviimpää koulutuspakettia ajankäytöllisistä syistä.

Suuri osa hankkeista keskittyi ammattilaisten kouluttamiseen. Kouluttaminen tuottaa niin sanottua peruuttamatonta vaikutusta, ja siten kärkihankkeen vaikutus elää hankkeen päätyttyä riippumatta soite-uudistuksen ajankohdasta ja muodosta. Elintapojen merkitys ja siten yksilön vastuu ja toimijuus ovat kuitenkin myös keskeisessä roolissa terveyden edistämisen eteen tehdyn työn onnistumisessa. Kaikissa hankkeissa ei keskitytty nimenomaisesti edistämään vastuunotosta omasta elämästä, mikä oli hallitusohjelman kirjaus. Niin ikään yksilön toimijuuden edistämistä ja mahdollistamista oli vähemmän, ammattilaisten koulutusta enemmän. Toisaalta mikäli hankkeen tavoitteena on ollut määritelmällisesti ammattilaisten kouluttaminen, on ollut perusteltua kohdistaa toiminta ”vain” tälle tasolle ja keskittyä siihen. Kouluttaminen, koulutusten juurruttaminen ja kohderyhmien toimijuuden ja vastuunoton edistäminen ovat kuitenkin eri asioita, ja vaativat implementaatioketjun eri tasojen huomioimista (ks. kuvio 3).



Kuvio 3. Implementaatioketju.

Joissain hankkeissa edellä mainittu ero on joko jäänyt hahmottamatta, tai sitten aikataulupaineet ja koulutusten käytännön järjestelyt ovat vieneet huomion ja resursseja juurruttamistyön vaatimilta panostuksilta. Pääpaino hankkeissa on ollut koulutusten järjestämisessä ja läpiviemisessä.

Hankkeiden toimeenpanoa tarkasteltaessa tuli vastaan heterogeenisten paikallisten todellisuuksien huomioiminen. On selvää, että uusia interventioita tai hyviä käytäntöjä toimeenpantaessa tai juurrutettaessa tulee aina tehdä paikallista yhteensovittamista ja kontekstin huomioimista geneeristä hyvää käytäntöä eri alueille juurrutettaessa. Kuitenkin erityisesti kokemusasiantuntijakenttä on eri alueilla järjestäytyneet hyvin eri tavoin esimerkiksi mitä tulee yhteistyöhön sairaanhoitopiireihin kanssa ja tämä vaikuttaa kokemusasiantuntijoita hyödyntävien hankkeiden toimeenpanoon.

Hyvän käytännön valtakunnallisen juurruttamisen kannalta tämä tarkoittaa sitä, että eri alueille mentäessä ei pelkästään mukauduta paikallisiin vaatimuksiin, vaan myös lähdetään konkreettisesti eri vaiheista liikkeelle. Joillain alueilla on jo koetellut ja valmiit sektorien väliset yhteistyöprosessit olemassa ja toisilla taas ei. Käytännössä tällöin onnistumisen seurannassa tulee arvioida sitä, kuinka on edistytty kullakin alueella suhteessa ko. alueen lähtökohtiin ja rakenteeseen. Valtakunnallista samankaltaisuutta taas seurattiin mm. aluetyöntekijöiden tarkastuslistoilla. Voidaankin kysyä, tulisiko kärkihankkeen kaltaisella keskeisesti juurtumiseen keskittyvillä hankekokonaisuuksilla olla enemmän yhteisiä vaatimuksia hankkeiden juurruttamissuunnitelmia koskien ja toisaalta tukea käytettävissään niiden seurantaan.

3.2 Toimeenpanoa edistävät tekijät

1. Levitettävän toiminnan pitkä historia ja taustaorganisaation tuki

Hyvien käytäntöjen toimeenpanoa on selkeästi edistänyt se, mikäli kyseessä on aidosti levitettävä ja historian saatossa hyväksi käytännöksi eri tavoin (käytännön toteutus, arviointitieto, laaja käyttäjäkokemus ym.) todettu toiminta. Monen hankkeen kohdalla niiden eri käytännön toimintamuodot tai tuotteet ovat olleet käytössä yli peräti toistakymmentä vuotta. Näitä on usean organisaation (esim. Ikäinstituutti, Suomen Sydänliitto) kohdalla rahoittanut Raha-automaattiyhdistys (nykyinen STEA). Olemassa olevan julkisen rahoituksen turvin nämä organisaatiot myös pystyivät valmistelemaan kärkihankkeen osaprojektinsa syvällisemmin kuin organisaatiot, joilla ei ollut vastaavaa rahoitusta. Kokeneet hanketoimijat ja -organisaatiot myös osasivat varautua julkisten varojen käyttöä koskeviin maksatus- ja raportointikäytäntöihin. Toimintojen pitkä historia oli tehnyt niistä myös olennaisen osan taustaorganisaation päivittäistä toimintaa: asiantuntijuus, resurssit ja synergia muiden taustaorganisaation toimintojen kanssa oli valmiina olemassa.

2. Sitoutunut ja syvään dialogiin kykenevät konsortio

Hankkeiden toimeenpanon toinen keskeinen kulmakivi on strategisesti oikeiden ja aitoon yhteistoimintaan sitoutuneiden yhteistyökumppaneiden löytyminen. Joissakin tapauksissa yhteistyöverkosto on toiminut jo pitkään ja monessa hankkeessa konsortio on ollut vahvasti myös suunnittelemassa kärkihankkeen projektia sekä myös tehnyt siihen hakemuksen yhdessä. Monessa konsortiossa on ollut vahva koordinaatio, selvät roolit ja laajasti koettu hyöty yhteistyön voimasta sekä hyödyistä. Kaiken kaikkiaan hankkeet ovat onnistuneet työntekijöiden rekrytoinneissa myös hyvin.

3. Ministeriön tuki hankkeen eri vaiheissa

Hankekierroksella vahvistui näkemys siitä, että ministeriöstä saatu tuki on ollut tiukkoihin resursseihin nähden toimivaa. Erityisesti keskusteluissa hanketoimijoiden kanssa nousi esiin kaksi ohjelmamuotoisen hankekokonaisuuden onnistumisen osalta keskeistä asiaa esiin: kärkihankkeen projektipäällikön toiminta (nopeat vastaukset kysymyksiin ja hankekohtainen sparraus) ja kärkihankevalmentamoiden innovatiiviset sisällöt.

4. Paikallisen tason toimijoiden sitoutuminen hankkeiden toteutukseen

Koska monet hankkeet ja niiden toimenpiteet on toteutettu yhteistyössä kuntien ja sairaanhoitopiirien henkilökunnan kanssa, ei niiden toteutus olisi onnistunut ilman paikallistason johtavien työntekijöiden tukea ja henkilökunnan sitoutumista hankkeiden toimintaan. Selkeä lisäarvo on havaittavissa sillä, että hankkeilla on ollut ministeriön kärkihankkeen antama

positiivinen leima tukenaan. Tämä on lisännyt selkeästi paikallisten virkamiesten ja muiden toimijoiden sitoutumista eri hankkeiden kohdalla. Mukana on esimerkiksi kuntia, jotka eivät usean kärkihankkeen pitkän toimintahistorian aikana ole lähteneet toimintaan mukaan, mutta kärkihankkeen myötä ovat saaneet positiivisen signaalin liittyä mukaan.

5. Huolellisesti pohdittu juurruttamissuunnitelma ja seuranta

Juuruttamiseen liittyvät suunnitelmat vaihtelivat paljon hankkeiden välillä. Osassa hankkeita koulutusten järjestäminen ja verkoston koordinointi veivät paljon aikaa ja juurruttaminen ja osin myös sen suunnittelu oli ajoitettu vasta syksylle 2018. Parhaimmillaan juurruttamissuunnitelmassa oli pohdittu ja kirjattu olennaiset yhteistyötahot (ja tasot implementaatioketjusta), suunnitelmat heidän kontaktoimiseksi, pohdittu ja suunniteltu alueellista ja paikallista yhteistyötä sekä organisaatiotason juurrutustyötä ja myös strategista juurrutustyötä (esim. sairaanhoitopiirien johtoportaan kanssa tehokkaan palveluketjun kehittämiseksi, Filha ry). Valtakunnallista juurruttamistyötä myös edesauttoi joissain hankkeissa se, että hankkeissa oli laadittu alueelliset juurruttamissuunnitelmat. Toisaalta tämä palveli paikallisten erityistarpeiden ja käytäntöjen sekä olemassa olevien yhteistyöverkostojen huomioimista. Lisäksi juurruttamiseen liittyvän suunnittelutyön kohdistaminen erityisesti alueelliselle tasolle (erotuksena valtakunnallisesta ja paikallisesta) edesauttaa terveyden edistämiseen ja hyvinvointierojen kaventamiseen liittyvän juurruttamistyön onnistumista myös jatkossa, sillä esimerkiksi vastuu mielenterveystyöstä tulee jakaantumaan kuntien ja maakuntien kesken.

6. Kontekstitekijät edesauttavat ja vauhdittavat toimeenpanoa ja sen onnistumista osassa hankkeita

Yhteiskunnallisesti merkittäviin lopputuloksiin pääseminen edellyttää hyvien käytäntöjen juurruttamistyöltä kolme asiaa: 1) itse intervention tai käytännön on oltava perustellusti vaikuttava, 2) sen toimeenpanon on oltava tehokasta eri tasoilla sekä 3) kontekstin on mahdollistettava suunnitellun kaltainen toiminta. Terveyden edistämiseen liittyvien hyvien käytäntöjen juurtumista edesauttaa se, mikäli yhteiskunnallinen keskustelu ja siitä seuranneet poliittiset päätökset tukevat ja täten edesauttavat toimintaa. Esimerkkeinä tästä mainittakoon tupakoinnin vähentyminen yleisellä tasolla sekä tupakointiin liittyvät kiellot ravintoloissa tai taloyhtiöiden parvekkeilla, mielenterveysongelmien nousu julkiseen keskusteluun ja siten stigman välttäminen sekä muutos alkoholin käytön kulttuurisissa merkityksissä.

3.3 Toimeenpanoa estävät tai hankaloittavat tekijät

1. Nopea hakuprosessi

Hyvät käytännöt -hankkeiden hakemukset tehtiin varsin nopealla aikataululla. Hakuprosessi oli vahvasti ohjattu ministeriöstä ja taustalla oli myös vahva poliittinen ohjaus. Nopea aikataulu hakuvaiheessa ei kuitenkaan pelkästään negatiivisesti vaikuttanut hankkeiden toimeenpanoon, vaan pakotti toimijat ratkaisukeskeiseen toimintaan. Toisaalta hakuprosessin syvällisempi suunnittelu ministeriön taholta olisi voinut osaltaan edesauttaa tiettyjen hankkeiden toimeenpanoa ja selkeyttää joiden konsortioiden sisäisiä vastuita ja niihin kuuluvien organisaatioiden yhteistyötä.

2. Usean samanaikaisen kärkihankkeen toiminta ja paikallinen ”hankeähky”

Alueellisella ja paikallisella tasolla hämmennystä on herättänyt usean samanaikaisesti toimivan kärkihankkeen aktiviteetit. Monet pienet kunnat ovat jopa joutuneet valitsemaan, mihin kärkihankkeeseen ne kohdistavat rajalliset henkilöstöressurssinsa. Osa kunnista ei tämän takia

halunnut tai pystynyt lähtemään mukaan tähän kärkihankkeeseen. Myös kärkihankkeiden välinen alueellinen yhteistyö ei ole toiminut täysin selkeällä tavalla, mikä on vaikeuttanut joidenkin hyvät käytännöt -hankkeiden toimintaa paikallisella tasolla. Toisaalta löytyy myös hyviä esimerkkejä toimivasta kärkihankkeiden maakunnallisesta yhteistyöstä. Näistä arviointitulosten valossa esiin nousi esimerkiksi Satakunta, jossa Porin kaupunki on ollut suuressa koordinoivassa roolissa kaikkien kärkihankkeiden alueellisessa toiminnassa.

3. Paikallisen tason erilaiset toimintaympäristöt ja resurssit

Ruohonjuuritasolla on ”hankeähkyn” lisäksi ollut havaittavissa muun muassa seuraavia haasteita: toimijoiden ajanpuute, kuntien ja sairaanhoitopiirien työntekijöiden vaihtuvuus, koulutusreformin vaikutus vastuukysymyksiin, kielteiset asenteet ja johtavien työntekijöiden sitoutumattomuus. Lisäksi varsinkin suurissa kaupungeissa on paljon kilpailevaa toimintaa eri kohderyhmille ja syrjäseutujen ihmiset asuvat pitkien välimatkojen päässä järjestettävistä ryhmäaktiiviteeteista tai -interventioista. Usein myös terveyden ja hyvinvoinnin kannalta olennaisia kohderyhmiä on hyvin vaikea tavoittaa.

4. Hankkeen lyhyt kesto

Pari vuotta kestävä hanke on olemassa oleville hyvillä käytännöillä ollut selkeä piristys ja voimavara oman toimintansa laajamittaiseen levittämiseen. Sen sijaan niille toiminnoille, joita on varsinaisesti aloitettu kunnolla kehittämään kärkihankkeen valmistelun yhteydessä, kaksi vuotta on selkeästi liian lyhyt aika, jotta niiden struktuuri ja toteutusvastuut sekä sisällöt saataisiin lähes valmiiseen muotoon.

5. Byrokraattiset maksukäytännöt

Maksatuksen byrokraattisuus tuli yllätyksenä joillekin hanketoimijoille. Käytännössä suurin haaste tuli siitä, että ensimmäiset maksuerät tulivat organisaatioille pitkän ajan jälkeen hankkeiden aloittamisesta. Tämä tarkoitti sitä, että organisaatiot joutuivat rahoittamaan hankkeita mulla tavoin hankkimansa rahoituksen turvin.

6. Terveyden edistämiseen liittyvien teemojen ja toimintojen kompleksisuuden hahmottaminen kohderyhmissä

Esimerkiksi mielenterveys ja siihen liittyvät seikat ovat kompleksinen kokonaisuus hahmotettavaksi ja hanketyöntekijöiden kokemus oli, että usein kohderyhmä saattaa odottaa aihetta koskevissa koulutuksissa teknis-rationaalista kertaratkaisua monitahoisiin ongelmiin. Terveyden edistämiseen liittyvät erillisteemat ovat kytköksissä toisiinsa ja myös kohderyhmien on tärkeää ymmärtää kokonaishyvinvoinnin tärkeys ja siihen vaikuttavat tekijät ja ainakin niiden keskinäisten vaikutussuhteiden olemassaolo. Liikunnan lisäys sinällään ei lisää kokonaishyvinvointia, mikäli muu terveyskäyttäytyminen on haitallista. Myös sosiaalinen pääoma/sosiaalinen hyvinvointi ja sen yhteys terveyteen olisi tärkeää hahmottaa kohderyhmissä. Terveyden edistämisen ammattilaisille edellä mainitut seikat ovat entuudestaan tuttuja, mutta valtionavustushankkeiden keskittyessä erillisiin terveyteen liittyviin haasteisiin olisi tärkeää saada myös kohderyhmä ymmärtämään ongelman edellä mainittu monitahoisuus.

3.4 Toisen arviointivaiheen huomiot ja kehittämisehdotukset

Hankkeiden toimeenpanoon ja toteutukseen on koko ajan vahvasti vaikuttanut sote- ja maakuntauudistuksen eri vaiheet. Tämä fakta on vain korostunut arvioinnin toisen vaiheen aikana. Uudistuksen hitaus tai siinä tapahtuneet käännteet ovat luoneet paineita ja epä tietoisuutta niin Hyvät käytännöt -hankkeiden kuin koko kärkihankkeen toimintaan. Osaltaan tämä hitaus ja vallitseva epä tietoisuus tulevasta ovat vaikuttaneet myös toimintojen juurruttamiseen. Keskeisenä haasteena juurruttamisessa ja jatkotyössä on se, kuka jatkossa rahoittaa eri hankkeissa kehitettyjä toimenpiteitä ja mitä niistä julkisin varoin rahoitetaan. Lisäksi haasteena on ollut löytää olennaiset tahot, jotka huolehtivat käytäntöjen juurtumisesta kärkihankkeen päättymisen jälkeen ja ennen mahdollisten sote- ja maku-uudistusten toimeenpanoa.

Epätietoisuuden vallitessa monet Hyvät käytännöt -hanketoimijoista eivät pelkästään ole suunnitelleet vaan jo myös valmistelleet tuleville vuosille oman STEAlle osoitetun avustushakemuksen toimintansa jatkon turvaamiseen. Arvioinnin ensimmäisessä vaiheessa peräänkuuluttamamme hyvien käytäntöjen "hyte-tarjottimen" tarve on noussut entistä selkeämmäksi. Käytännössä siinä olisi mietittävä ainakin seuraavia asioita:

- Mitä ovat tämän kärkihankkeen suosittamat hyte-käytännöt?
- Miten ne linkittyvät tulevien maakuntien/sote-alueiden ja kuntien toimintaan?
- Ovatko ne konkreettisia toimintamuotoja sitä, miten maakunnat/sote-alueet ja kunnat voivat täyttää (ainakin osittain) hyte-indikaattoreiden sisältöjen tarpeet?
- Millaisia julkisia rahoitusmuotoja näille käytännöille on tarjolla? Löytyykö monirahoitusmalleja?

STEA:n myöntämä mahdollinen rahoitus niin sanotun siltausvaiheen ajaksi sisältää tiettyjä epäselvyyksiä ja myös riskejä. Näitä ovat ainakin seuraavat:

- Valtionavustuslain mukaan STEA ei voi myöntää rahoitusta kaikille mukana oleville hanketoimijoille (kunnat, sairaanhoitopiirit ja yritykset ovat rahoituksen ulkopuolella)
- Miten STM:n ja STEA:n välinen dialogi jatkorahoitusta mietittäessä toimii?
- Mikä on tässä poliittisen ohjauksen rooli?
- Näkeekö STEA, että linkitettäessä hyvät käytännöt tai niiden toiminnot osaksi hyte-indikaattoreiden toimintaa nämä toiminnot on luokiteltavissa tavalla tai toisella lakisääteiksi palveluiksi, jolloin niitä ei valtionavustuksilla voi välttämättä rahoittaa?
- STEA voi myöntää rahoituksen vain vuodeksi kerrallaan (toki ohjeellisen avustussuunnitelman tekeminen on mahdollista pidemmäksikin aikaa)

Kun edellä mainitut juurruttamiseen liittyvät hallinnolliset ja rahoitukseen liittyvät aspekti saadaan nykyistä paremmin mietittyä, vaatii onnistunut juurruttamistyö vielä paljon muutakin. Osassa valtionavustushankkeita seuraavat asiat olivat kunnossa, mutta yleisemminkin hyviä käytäntöjä juurrutettaessa Suomessa kehittämiskohteita ovat seuraavat asiat:

- Implementaatioketjun kaikkien aiheen kannalta relevanttien tasojen huomioimista.

Hyväkään valmistelu ja tieteelliseen tutkimukseen perustuva hyvä käytäntö tai interventio ei sujahda käyttöön ilman, että sen käyttöönotosta on tehty päätös kaikilla relevanteilla tasoilla, sen käyttöön ottoa ja sen vaatimia edellytyksiä on pohdittu ja valmisteltu alueellisesti/paikallisesti ja organisaatiotasolla. Viime kädessä onnistuneisuuden ratkaisee kohderyhmän ja loppukäyttäjien reagointi ja se, kuinka hyvin käytäntö istuu paikallisiin rutiineihin. Terveiden edistämisen kohdalla kyse on sekä ammattilaisten omaksumiskyvystä, -halusta ja mahdollistavista rakenteista sekä käytännöistä että myös kansalaisten responsseista muuttuneeseen käytäntöön. Kaikki edellä mainitut tahot vaativat kohdistettua suunnittelutyötä ja resurssointia hyvän käytännön juurtumisen takaamiseksi.

- Yksityiskohtaisemmat juurruttamissuunnitelmat eri toimijoita koskien. Relevantit lähestymistavat eri tahojen kontaktointiin ja vaikuttamispyrkimyksiin.

Eri tahojen ja tasojen huomioiminen jo ennakkoon juurruttamissuunnitelmassa. Tulee pohtia kontaktoitavat relevantit tahot, relevantit tavat ja menetelmät kontaktointiin sekä aikataulu ja seuranta. On tärkeää huomioida, että tämä suunnittelutyö eroaa esim. itse koulutusten järjestämisestä ja siihen liittyvästä suunnittelusta, toteutuksesta ja seurannasta. Monilla järjestöillä on jo käytössään viestintä- ja vuorovaikutussuunnitelmia. Samantapaista ajattelua voisi hyödyntää myös hyvän käytännön juurruttamisen edistämistyössä. Tulee pohtia, *miten käytännössä varmistetaan se, että tavoiteltavat yhteistyötahot ja juurrutuksen kannalta olennaiset organisaatio ja tekijät lähtevät mukaan yhteistyöhön?*

- Informaatio-ohjauksen lisäksi onnistunut uuden käytännön toimeenpano tarvitsee tulkinnallista tukea kentällä, muutoksen fasilitointia ja dialogista ymmärryksen lisäämistä ja alueellisten ratkaisujen iterointia eli vuorovaikutusta hyödyntävää ratkaisujen hiomista.

Mahdollisuuksien mukaan tulee hyödyntää alueellisia muutosagentteja tai aluetyöntekijöitä.

- Yksityiskohtaisempaa toimintakohtaista seurantaa

Tulee luoda esimerkiksi tarkastuslistat ja seurantamatriisit juurruttamistoimien ja hyte-tarjottimen toimintojen toteuttamisen sekä valtakunnallisen yhteneväisyyden seurantaan.

4. Valtionavustushankkeiden tulokset, vaikutukset ja tulevaisuudennäkymät

Arvioinnin kolmannessa vaiheessa selvitettiin Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projektin ja siihen kuuluneiden valtionavustushankkeiden vastaamista tavoitteeseensa kokonaisuudessaan: sekä hankkeen tuloksia ja vaikutuksia kohderyhmissään että hankkeen hyvän käytännön juurruttamisen onnistuneisuutta. Hankkeet seurasivat niille asetettuja määrällisiä ja laadullisia tavoitteita itsearvioinnin keinon erilaisin menetelmin raportoiden tuloksista väli- ja loppuraporteissa. Tässä prosessievaluatiossa keskityttiin estävien ja edistävien tekijöiden sekä vaikutusten aikaansaamiseen liittyvien seikkojen selvittämiseen hankkeiden toiminnassa. Painotus oli Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projektin päätavoitteen mukaisesti juurtumisenäkökulmassa. Arviointikysymyksiä arvioinnin tässä vaiheessa olivat seuraavat:

Miten rahoitettavien hankkeiden toiminnoissa on suunniteltu ja toteutettu hyvien käytäntöjen levittäminen ja juurruttaminen (edistävät ja estävät tekijät)? Miten on varauduttu hyvien käytäntöjen tai muiden tulosten ylläpitämiseen kärkihankekauden jälkeen? Mitä kehittämistarpeita levittämiseen ja juurruttamiseen liittyy? Mitä tuloksia on saatu aikaiseksi suhteessa asetettuihin tavoitteisiin (terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, eriarvoisuuden vähentäminen sekä niitä koskevien hyvien käytäntöjen juurruttaminen)?

Arvioinnin vaiheessa kolme toteutettiin jokaisen valtionavustushankkeen osalta tiedonkeruu haastatteluina koskien edellä mainittuja teemoja. Lisäksi hyödynnettiin arvioinnin edellisten vaiheiden materiaaleja. Haastatteluissa pyrittiin saamaan selvyyttä myös siitä, missä määrin hyviä käytäntöjä on juurrutettu ainoastaan informaatio-ohjauksen keinoin ja missä määrin on hyödynnetty juurruttamisessa myös muita keinoja kuten paikallista, alueellista tai kansallista johtoa kontaktoimalla tai kehittämällä hyviä käytäntöjä osallistaen ja paikalliset ja alueelliset erityispiirteet huomioiden. Haastatteluiden päätteeksi tuettiin hankkeita juurruttamisessa vaikuttavuussuunnitelma-työkalun avulla.

4.1 Valtionavustushankkeiden merkittävät tulokset ja vaikutukset

Hankkeiden toteutus ja toimenpiteet sujuivat kokonaisuudessa varsin hyvin. Tarkemmat arvioinnin eri vaiheiden perusteella kootut ja valtionavustushankkeiden edustajien kommentoimat hankekohtaiset analyysit löytyvät raportin luvusta 6. hankekortit. Seuraavassa on tiivistetty arvioinnin tulokset koskien kärkihankkeen keskeisimpiä tuloksia ja vaikutuksia.

1. Kärkihanke tavoitti laajan joukon sote-alan ammattilaisia

Kärkihankkeessa on tehty ja toteutettu interventioita ja koulutuksia, joilla on tavoitettu laaja määrä nykyisten sairaanhoitopiirien ja kuntien sote-ammattilaisia. Nämä ovat saaneet käyttöönsä yhteiset lähestymistavat muun muassa yksilöiden ja perheiden elintapaohjaukseen, ravitsemuksen kehittämiseen, unettomuuden hoitoon ja liikunnan integroimiseen hoitoketjuihin, mielenterveyden ensiapuun ja itsemurhien ehkäisyyn sekä tupakoinnin lopettamisen tukemiseen.

2. Kärkihankkeessa on luotu ja toteutettu interventioita ja koulutuksia, joiden avulla ammattilaisten ja järjestöjen yhteistyö mm. elintapaohjauksen saralla on tiivistynyt.

Hyvin selvästi tämä näkyy esimerkiksi Voimaa Vanhuuteen -hankkeen toiminnassa, jossa kouluttajat eri kunnissa ovat kiinteässä yhteistyössä vertaisohjaajien kanssa, jotka puolestaan ovat usein järjestöjen edustajia. Myös Vesoten sairaanhoitopiirien piloteissa on löydettävissä paljon erilaista yhteistyötä ammattilaisten ja järjestöjen välillä. Edelleen Filha ry:n MITU-hankkeessa oli hyviä tuloksia sektorien välisestä yhteistyöstä.

3. Kärkihankkeessa on luotu ja toteutettu interventioita, jotka toimivat hyvinä hyte-rakenteina myös tulevaisuudessa maakunnissa ja sote-alueilla

Tämä näkyy esimerkiksi Voimaa Vanhuuteen -interventioiden leviämisen ja juurtumisen kautta. Hankkeen myötä on luotu 68 kuntaan poikkisektoriset yhteistyöryhmät sekä paikalliset kouluttajaverkostot. Nämä rakenteet luovat valmiin pohjan tarvittaessa laajemmallekin terveystieteellisen ja elintapaohjauksen pysyville toimielimille. Lisäksi maakunnalliset oppimisverkostot voisivat optimaalisimmillaan luoda hyvän yhteistyörakenteen koko maakunnan/sote-alueen hyte-organisaatiolle. Oppimisverkostot kattavat jo nyt kaikki Manner-Suomen maakunnat. Samantapaisia rakenteita on saatu aikaiseksi tietyissä maakunnissa myös Vesote-hankkeen toimesta – tästä esimerkkinä ESSOTEn elintapaohjaajien verkosto. MITU-hankkeessa on tehostettu tupakkavieroitustyötä hankesairaanhoitopiireissä esim. kehittämällä alueellisia kirjaamiskäytäntöjä ja palveluketjuja, sekä perustettu moniammatillisia savuttomuustyöryhmiä hankesairaanhoitopiirien psykiatrian toimialoille koordinoimaan toimialan savuttomuustyötä. THL:n, SMS:n ja Ehyt ry:n koulutukset jatkuvat edelleen ja ovat mahdollisesti tulevien maakuntien hyödynnettävissä.

4. Valtionavustushankkeiden hyvien käytäntöjen juurtuminen pysyvään käyttöön ei toteutunut tavoitellusti pääosin toimintaympäristön epävakautuksesta johtuen.

Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projektin tarkoituksena oli levittää käytännöt maantieteellisesti mahdollisimman laajasti, mielellään koko maahan, ja juurruttaa ne osaksi olemassa olevia rakenteita ja toimintoja. Valtionavustushankkeet veivät käytäntöön hyväksi todettuja käytänteitä ja koulutuskokonaisuuksia ja niiden toimeenpano oli onnistunutta ja laaja-alaista. Toimintaympäristö ei kuitenkaan mahdollistanut kaikkien hyvien käytäntöjen juurtumista osaksi olemassa olevia rakenteita siten kuin alun perin oli suunniteltu. Sote- ja maakuntauudistuksen aikataulun ja sisällön ollessa vielä avoinna kärkihankkeen päättyessä vuoden 2018 lopussa on selvää, ettei hyvien käytäntöjen juurtuminen voinut tapahtua osaksi palvelujärjestelmää ja maakuntien työtä siinä laajuudessa kuin alun perin oli aiottu. Yhtälön kaksi ensimmäistä osaa toteutuivat onnistuneesti: käytännöt sinällään olivat hyviä ja toimivia, ja ne myös toimeenpantiin kiitettävästi mutta toimintaympäristö ei kärkihankkeen toteutusvuosina mahdollistanut niiden juurtumista palvelujärjestelmään täysimääräisesti. On myös huomioitava, että muihin kärkihankkeisiin nähden HYTE-kärkihankkeessa ei pyritty itse palvelujärjestelmää muuttamaan samassa määrin. Joka tapauksessa sote- ja maku-uudistusten aikataulun venyessä myös erilaisia toimintatapoja, asenteita ja koulutusta koskeva juurruttamistyö oli mahdotonta toteuttaa täysimääräisesti.

5. Koulutusten toteuttaminen ja niiden juurruttaminen ovat keskenään olennaisesti erilaisia tavoitteita ja vaativat erilaista suunnittelua ja osaamista. Tämä eronteko ei kärkihankkeessa ja kaikissa valtionavustushankkeissa välittynyt selkeään toimintojen ohjaavana linjauksena.

Useassa valtionavustushankkeessa tehtiin samanaikaisesti kahdenlaista työtä: järjestettiin ja toteutettiin koulutuksia ja erilaisia interventioita, sekä pyrittiin juurruttamaan näitä pysyviksi käytännöiksi. Joissain hankkeissa koulutusten järjestäminen ja toteuttaminen painottui selvästi juurruttamista enemmän. Tämä saattoi johtua joko koulutusten käytännön ongelmien ratkaisemisesta

ja toimintaympäristössä tapahtuneista muutoksista (tästä esimerkkinä Ehyt ry. ja koulutusreformi), tai sitten siitä, että juurruttamista koskevat suunnitelmat olivat alun alkaenkin sisällöltään ja rakenteeltaan ohuita. Kolmas selitys näyttäisi olevan myös se, että koulutusten käytännön toteutus on vienyt huomiota ja resursseja siinä määrin, että juurruttamiseen liittyvä työ on tämän vuoksi jäänyt vähemmälle.

6. Kärkihankkeessa tehtiin terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvää työtä kohdaten yhteensä kymmeniä tuhansia eri kohderyhmien edustajia.

Edellisestä kohdasta huolimatta tulee huomioida se valtava terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskeva työ, jota hankkeessa kunkin kohderyhmän hyväksi tehtiin, riippumatta siitä kuinka hyvin kyseiset käytännöt lopulta juurtuivat pysyvään käyttöön. Ottaen huomioon, että valtaosa kohderyhmistä oli ammattilaisia, kärkihankkeen vaikutukset laajemmin edelleen väestöön ovat henkilömäärältään vielä moninkertaiset.

7. Useilla valtionavustushankkeilla näyttäisi olevan vaikeammin mitattavissa olevia laadullisia tuloksia, joiden vaikutus näyttäisi ulottuvan laajalle.

Mielenterveystaitoja koskevissa hankkeissa (SMS: Mielenterveys kuuluu kaikille, Utsjoen kunta: Elämä ja Ehyt ry: PIRI-hanke) oli osaamisen ja tavoitettavuuden lisäämisen lisäksi kysymys myös *asenteiden* muuttamisesta. Kaiken kaikkiaan puheeksi ottamisen ja stigman poistamisen on todettu auttavan mielenterveysongelmista kärsiviä, mutta hankkeissa käsiteltiin myös muunlaisia asennemuutoksia: Esimerkiksi ammattilaisten ja maallikkojen suhtautumisen potilaan tai läheisen itsemurha-ajatuksiin tulisi olla yhtä vakavaa kuin muihinkin kuoleman vakaviin tilanteisiin tai sairauksiin. Tähän ja muuhun asenteiden muutokseen pyrittiin vaikuttamaan osallistavilla koulutuksilla. Ammattilaisten lisäksi myös maallikoiden asenteisiin, osaamiseen ja suhtautumiseen läheisensä mahdollisiin itsemurha-ajatuksiin on vaikutettu osana itsemurhien ehkäisyä. Toisaalta itsemurhien ehkäisy on myös pyritty ymmärtämään laajasti, ja ainakin THL:n hankkeessa tärkeässä osassa oli myös masennuksen tunnistaminen ja hoitoonohjaus. SMS:n hankkeessa puolestaan on painotettu jäljellä olevan mielenterveyden näkökulmaa ja siten katseen kääntämistä ongelmalähtöisyydestä olemassa oleviin voimavaroihin. Filha ry:n savuttomuustyö taas on nähty myös *arvopuheena* ja viety kirjauksina strategioihin myös siitä näkökulmasta.

8. Kärkihankkeen vaikutukset ja muutokset koskivat toimintatapoja, ammattilaisten toimintaa ja osaamista sekä tietoperustan vahvistamista.

Osin maku- ja soteuudistusten muuttuvista aikatauluista, eli toimintaympäristöä koskevista epävakauksitekijöistä johtuen kärkihankkeessa pysyvään käyttöön tarkoitettuja hyviä käytäntöjä ei saatu juurrutettua palvelurakenteisiin ideaalisesti. Tästä huolimatta kärkihankkeen kokonaisuudessaan vastasi ammattilaisten osaamista, toimintatapoja ja asenteiden muutosta koskeviin tavoitteisiin varsin hyvin. Väestön hyvinvointiin kokonaisuudessaan kärkihankkeella oli joissain kohdin todennettuja ja sitäkin enemmän oletettavia välillisiä vaikutuksia. Kaikki valtionavustushankkeet eivät pystyneet hahmottelemaan toimintansa tuloksellisuuden osoittamista väestön terveyttä koskevien indikaattoreiden avulla.

Valtionavustushankkeiden oma arvio onnistumisestaan osana kärkihanketta oli korkea: hankkeiden edustajia pyydettiin antamaan haastatteluissa arvio asteikolla 4-10 siitä, kuinka he ovat edistäneet oman hankkeensa avulla kärkihankkeen ja sen päätavoitteen toteutumista koskien hyvien käytäntöjen mahdollisimman laajaa levitystä ja juurruttamista. Keskiarvo hankkeiden antamista itsearvioinneista tätä kysymystä koskien oli 9.

5. Huomioita kärkihankkeen toteutuksesta sekä katsaus tulevaisuuteen

5.1 Poliittisen ohjauksen vaikutus

Eräänä arvioinnin kysymyksenä oli analysoida sitä, miten poliittinen ohjaus vaikutti kärkihankkeen toimintaan ja miten tämä näkyy koko hankkeen ja Hyvät käytännöt -hankkeiden toiminnassa sekä tuloksissa.

Kärkihankkeen valmistelussa oli mukana niin sanottu pyöreän pöydän asiantuntijaryhmä, jossa oli mukana 23 jäsentä. Asiantuntijaryhmä koostui sote-järjestöjen ja keskusliittojen, virkamiesten, sairaanhoitopiirien, seurakuntien ja tiedemaailman edustajista. Tähän ryhmään oli koottu mukaan laaja otos suomalaisen yhteiskunnan hyte-toimijoista ja täten mukana oli periaatteessa myös potentiaalisia edunsaajia. Pohdittaessa aikanaan kärkihankkeen keskeisiä teemoja, nousivat esiin pyöreän pöydän osallistujien organisaatioiden omat osaamisalueet. Havaintojemme mukaan poliittinen ohjaus näkyi erityisesti kärkihankkeen lopullisten teemojen ja hankkeiden valintavaiheessa. Toisaalta valmistelussa mukana oleminen on antanut myös vankemman mandaatin toteuttaa oikeanlaista toimintaa vallitsevassa poliittisessa toimintaympäristössä.

Hyvät käytännöt -hankektraasta puuttuu terveyden ja hyvinvoinnin kannalta esimerkiksi alkoholin liikakäyttöä ehkäisevät teemat. Tämänkaltaisten teemojen valitseminen kärkihankkeeseen olisi voinut ollut hankalasti perusteltavissa suhteessa vallitsevan hallitusohjelman alkoholilainsäädännön muuttamista koskeviin tavoitteisiin ja joihinkin ennakoituihin sen oletetuista vaikutuksista.

Poliittinen ohjaus ei havaintojemme mukaan ole kärkihankkeen teemojen valinnan ja hyvät käytännöt -hankkeiden valintavaiheen jälkeen näkynyt kärkihankkeen toiminnassa. Poliittisella ohjauksella ei täten ole ollut kovin suurta merkitystä koko kärkihankkeen tuloksiin. Sen sijaan, jos tarkastellaan hyte-teemojen merkitystä poliittisella agendalla, tulivat ne todelliseen keskusteluun varsin myöhään. Tämä osaltaan on aiheuttanut epäselvyyksiä siitä, miten kärkihankkeessa kehitetyt interventiot jatkavat elämäänsä tulevana vuosina – varsinkin niin sanotun siltausvaiheen aikana.

5.2 Huomioita kärkihankkeen menetelmistä ja kohdentumisesta

Vastuunotto omasta elämästä ja toimijuus

Yhtenä edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta –kärkihankkeen tavoitteena oli edistää kansalaisten vastuunottoa omasta elämästä. Tavoitteen taustalla on tärkeä ajatus yksittäisen ihmisen toimijuuden merkityksestä terveyden edistämistyössä. Vaikka terveyden edistämistä koskeva –mahdollisesti ammattilaisten osaamisen kehittämiseen liittyvä– hyvä käytäntö saataisiin vietyä pysyvään käyttöön, on lopulta yksittäisestä ihmisestä ja hänen reagoinnista ja toimijuudesta kiinni onko toiminnalla tavoiteltuja vaikutuksia.

Toimijuus koostuu aktiivisesta osallistumisesta, oman tilanteen reflektoinnista sekä käyttäytymisen muutoksista tämän reflektiotyön seurauksena. Kärkihankkeeseen kuuluneissa valtionavustushankkeissa olisi voitu käsitellä toimijuuden tukemista laajemminkin. Ammattilaisten kouluttaminen liittyy kansalaisten vastuunoton ja toimijuuden tukemiseen vain välillisesti. Vastuunottoa ja toimijuutta voidaan tukea esimerkiksi pyrkimällä vaikuttamaan kohderyhmän

motivaatioon tai parantamalla kohderyhmän kyvykkyyksiä tai mahdollisuuksia osallistua toimintaan toivotulla tavalla. Toki osassa hankkeita näin tehtiinkin (esim. Ehyt ry:n Päihdeilmiö-opetuksella, VESOTEn elintapaohjauksella sekä Neuvokas Perhe -hankkeen perheen elintapoja kartoittavalla kortilla pyrittiin vaikuttamaan suoraan kohderyhmän itsereflektioon ja siten edistää terveyttä edistävää käyttäytymisen muutosta).

Toimeenpanon tukeminen

Tässä arvioinnissa on hyödynnetty implementaatiotutkimuksesta ja politiikkaimplementaation tukemisesta tuttuja käsitteitä ja näkökulmia toimeenpanon arviointiin. Näiden näkökulmien soisi jatkossa olevan huomioituna juurruttamisen edistämistä koskevista hankekokonaisuuksista. Hyvien käytäntöjen juurruttamisen oletettuja esteitä on syytä paikantaa temaattisesti jo suunnitelmavaiheessa lähtien rakenteeseen ja lainsäädäntöön liittyvistä esteistä, inhimillisestä näkökulmasta (toimijuus ja sen esteet ja mahdollistajat), kulttuurisista esteistä sekä johtamiseen liittyvistä esteistä. Toki myös juurruttamista edistävät tekijät edellä mainituissa teemoissa tulee tunnistaa.

Implementaatioketju-ajattelun täysimääräinen hyödyntäminen

Useassa kärkihankkeeseen kuuluneessa valtionavustushankkeessa keskityttiin ammattilaisten kouluttamiseen ja siten heidän tietopohjan lisäämiseen sekä toimintatapojen ja asenteiden muokkaukseen. Ammattilaiset kattavat yhden osan implementaatioketjusta, jonka avulla hyviä käytäntöjä voidaan juurruttaa. Ammattilaisten huomioimisen lisäksi tarvitaan sekä paikallistason johdon puolto ja aktiivinen uuden käytännön sisäänajon johtaminen että myös päätös ja resurssit hyvän käytännön juurruttamiseksi ylemmältä alueellisesta tai organisaation tasolta. Edelleen ammattilaisten työn kohderyhmän osalta on tärkeää, että heidän vaste ja reagointi uutta käytäntöä kohtaan on toivotunlainen. Implementaatioketju on yhtä vahva kuin sen heikoin lenkki: jokainen edellä mainittu taho ja taso tulisi huomioida juurrutettaessa hyvää käytäntöä pysyvään käyttöön. HYTE-kärkihankkeen kohdalla käytännössä juurrutettiin jo entuudestaan testattuja ja hyväksi todettuja käytänteitä, joten kohderyhmän tavoiteltu reagointi oli ennakoitavissa. Sen sijaan osassa hankkeita olisi voitu kontaktoida ja valmistella juurruttamistyötä nykyistä enemmän ja STM olisi voinut ohjauksellaan varmistaa implementaatioketju-näkökulman huomioimisen. Kaiken kaikkiaan sidosryhmien ja yhteistyökumppaneiden sitoutuminen eri hankkeissa oli edellisistä huomioista huolimatta korkealla tasolla kärkihankkeessa ja oli omiaan edesauttamaan toimeenpanon onnistumista.

Sosiaalisen ja fyysisen ympäristön muokkaaminen terveyttä edistävän käyttäytymisen todennäköisyyden lisäämiseksi

Terveyden edistämiseen tähtäävässä työssä ei kärkihankkeessa juurikaan hyödynnetty ns. tuoppaus (nudging) -näkökulmaa. Tällä tarkoitetaan keinoja muuttaa sosiaalista tai fyysistä ympäristöä siten, että tietty terveyttä edistävä käyttäytyminen lisääntyisi tai tulisi todennäköisemmäksi. Termille ei ole olemassa tarkkaa määritelmää, mutta keskeistä on sosiaaliseen tai fyysiseen ympäristöön tehtävien pienten variaatioiden merkitys ihmisen käyttäytymiselle. Kärkihankkeessa ei varsinaisesti kehitetty niinkään uusia käytäntöjä, vaan pyrittiin juurruttamaan olemassa olevia, hyviä terveyttä ja hyvinvointia edistäviä käytäntöjä. Tästä huolimatta näkökulma toimintaympäristön muokkauksesta terveyttä edistävän käyttäytymisen muutoksen aikaansaamisessa olisi voinut olla vahvempi etenkin ottaen huomioon, että terveyden edistämisen kentällä aiheesta on käyty paljon keskustelua. Asia sinällään ei ole uusi, mutta tarjoaa erilaisen näkökulman ja lähestymistavan terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyöhön. VESOTE-hankkeessa tema oli topikalisoitu puhuttaessa sosioekologisista malleista paikallaanolon

vähentämisessä. Lähelle tällaista ajattelua tultiin myös Neuvokas perhe -hankkeen ohjeistuksissa puhuttaessa arjen muokkaamisesta koskien yksilöllisten valintojen lisäksi myös arjen rakenteiden ja ympäristön muokkaamista. Ylipäätään käyttäytymistieteen tai habituaalisen toiminnan näkökulman hyödyntäminen sekä interventioiden suunnittelemisessa ja hyvien käytäntöjen juurruttamisessa on tärkeä ottaa huomioon terveyden edistämistyössä.

5.3 Huomioita tulevaisuuteen

Tässä alaluvussa pohdimme sitä, mitä kärkihankkeesta voidaan oppia ja miten jatkossa tämän tyyppisiä kärkihankkeita voisi organisoida sekä kehittää siten, että niiden tuotokset ja tulokset palvelisivat mahdollisimman optimaalisesti niin maakuntia, kuntia kuin koko yhteiskuntaa.

Seuraavassa on käyty läpi keskeiset kehittämissuhteet:

1. Virkamiesten rooli kärkihankkeen muotoisissa kokonaisuuksissa

Kuten edellä on käynyt ilmi; kärkihankkeen projektipäällikkö on saanut kiitosta omasta toiminnastaan niin hyvät käytännöt -hankkeiden toimijoilta, toisilta virkamiehiltä kuin myös kärkihankkeen eri sidosryhmiltä. Projektipäällikkö on ollut koko ajan hyvin tavoitettavissa ja antanut nopeasti opastusta ja ohjeita eri hankkeille. Kaiken kaikkiaan ministeriön organisaatio on ollut tämän tyyppiselle toiminnalle aivan liian ohut. Jatkossa ministeriön on syytä miettiä, voisiko vähintään kärkihankkeen projektipäällikkö olla kokopäiväisesti töissä kyseisessä tehtävässä. Lisäksi ministeriön virkamiesten rooli voisi jatkossa ylipäätään olla nykyistä enemmän osallistuva ja osallistava. Tämä tarkoittaisi niin fasilitoivaa kuin sparraavaa otetta eri hanketoimijoiden suuntaan.

2. Hankkeissa kehitettävien toimintojen integroiminen olemassa oleviin julkisen sektorin palvelurakenteisiin

Tähän kärkihankkeeseen valittiin mukaan enimmäkseen jo olemassa olevia hyviä käytäntöjä, joiden kehittämisen takana olivat kokeneet sote-järjestöt. Kyseinen lähestymistapa osoittautui interventioiden leviämisen ja myös juurruttamisen näkökulmasta varsin hyväksi. Jatkossa olisi kuitenkin entistä syvällisemmin pohdittava, miten eri interventiot integroituvat tulevien maakuntien, sote-alueiden ja kuntien palvelurakenteisiin ja miten nämä kärkihankkeiden toimesta levitettävät ja juurrutettava toiminnot rahoitetaan. Käytännössä tämä tarkoittaisi sitä (mikäli kansalaisjärjestöt ovat tulevaisuudessakin julkisen sektorin palvelutoiminnan kehittäjinä kärkihankkeissa), että järjestöjen tulee neuvotella (ministeriön tukemana) hankkeen aikana siitä, miten ne hankkeen jälkeenkä voivat konkreettisesti toimia maakuntien, sote-alueiden ja kuntien kumppaneina. Aina tähän ei välttämättä ole tarvetta, mikäli toiminnot siirtyvät sellaisenaan julkisen sektorin toteutettavaksi.

3. Juurruttamistyössä on nykyistä selvemmin otettava huomioon julkisen sektorin rahoitukseen liittyvät faktat ja käytännöt sekä viestittävä niistä selkeästi toimijoille

Mikäli kansalaisjärjestöt toimivat maakuntien, sote-alueiden ja kuntien kumppaneina lakisääteisten hyte-palvelujen kehittäjänä, ei näiden palveluiden rahoittaminen voi olla STEAn vastuulla. Tämän kärkihankkeen loppuessa moni järjestö haki niin sanotun siltausvaiheen ajaksi rahoitusta STEAlta ja joutui pettymään alustavan avustuspäätöksen yhteydessä joulukuussa 2018. Voimaa Vanhuuteen oli oikeastaan ainoa toiminto, joka saavutti ja jopa hieman ylitti entisen STEAn myöntämän avustustason. Sen sijaan yli 10 vuotta RAY- ja STEA-rahoituksella toiminut Neuvokas Perhe -toimintamalli ei saanut yhtään avustusta ja koko UKK-instituutin (mikä oli tämän

kärkihankkeen eniten rahoitusta saanut toimija) perustoiminnan rahoitusta esitetään alustavassa avustuspäätöksessä nolliille. Käytännössä tämä tarkoittaisi monien instituutin elintärkeiden; elintapaohjaukseen ja kaatumisen estämiseen liittyvien interventioiden alas ajamista. Tämän tapaiset päätökset vaarantavat osaltaan kärkihankkeessa kehitettyjen ja levitettyjen interventioiden juurtumista. Julkinen rahoitusvastuu olisi kärkihankkeen tapaisissa, hallitusohjelmaan tiiviisti sidoksissa olevissa interventioissa oltava huomattavasti laajemmilla harteilla kuin vain veikkausvoittovaroja jakavan itsenäisen STM:n alaisen yksikön.

4. Kärkihankkeessa kehitettyjen verkkopohjaisten interventioiden tekninen ylläpito ja tekninen omistajuus tulee siirtää Sotedigi Oy:n vastuulle ja sisältöjen päivittämisestä on sovittava toteuttajaorganisaatioiden kanssa

Kärkihankkeessa kehitettiin verkkopohjaista materiaalia (esim. Vesote-verkkokoulutus ja Neuvokas Perhe -sähköinen kortti). Nämä materiaalit tulee olla jatkossa mahdollisimman helposti ja laajasti saatavilla. Niiden sisältöjen tulee olla myös yhtenäisiä. Luontevimmin tämä onnistuu, mikäli materiaalit on saatavilla Sotedigi OY:n teknisesti ylläpitämänä käyttäjille yhteisestä verkko-osoitteesta. Sisältöjen päivittämisen vastuu puolestaan voisi hyvin olla tuotteiden tai materiaalien toteuttajaorganisaatioilla ja sote-alan ammattilaisilla.

6. Valtionavustushankekohtaiset arviot: hankekortit

Hankekortit on muodostettu arvioinnin edetessä eri aineistoja hyödyntäen. Valtionavustushankkeet ovat raportoineet niille asetettujen usein määrällisten tavoitteiden saavuttamisesta omista väli- ja loppuraporteissaan. Arvioinnin hankekorteissa on tässä raportissa aiemmin esitetyn koko kärkihankkeen näkökulman lisäksi tiiviissä muodossa koostettu prosessiarvioinnin tulokset hankkeittain. Tällöin on tarkasteltu hankkeiden tavoitteita ja toimeenpanorakennetta, toimeenpanoa, tuloksia ja vaikutuksia sekä juurruttamista. Hankkeet saivat hankekortit kommentoitavaksi ja joitain tarkastuksia tehtiin tässä vaiheessa. Hankekortit ovat arvioitsijoiden arvioinnin tiedonkeruun perusteella muodostettuja näkemyksiä hankkeiden onnistumisesta valittua prosessievaluuaation ja implementaation tukemisen näkökulmia käyttäen.

Elintapaohjauksen vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa ja sen palveluketjuissa

Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti (Vesote)	
Toteuttaja	UKK-Instituutti
Hankkeen tavoitteenasettelu	
<p>Kyseessä on erittäin laaja hanke. Hanke vahvistaa ja kehittää vaikuttavaa ja tavoitteellista elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja väestön osalta lopullisena päämääränä on, että suomalaiset lisäävät liikkumista, vähentävät istumista, syövät monipuolisesti ja terveellisesti sekä nukkuvat paremmin.</p> <p>Vetovastuu on UKK-instituutilla, kumppaneina ovat Kunnossa Kaiken Ikää -ohjelma, Diabetesliitto, Mielenterveyden Keskusliitto, Vitalmed ja TAYS. Lisäksi mukana on 11 sairaanhoitopiiriä ja kaksi liikunnan aluejärjestöä. Tästä huolimatta tavoitteenasettelu on varsin selkeä ja tavoitteet on purettu konkreettisiin osatavoitteisiin. Näin laajaksi hankkeeksi tavoitteet ovat myös varsin realistiset. Realistisuus koskee erityisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ammattilaisia koskevia tavoitteita. Keskeisin tavoite kiteytyy siinä, että elintapaohjaus on vakiintunut osa terveyden edistämistyötä. Haastavaa tavoitteiden asettelussa sen sijaan on, miten toiminnot viime kädessä tavoittavat kansalaiset ja miten toimenpiteiden implementaatio on mahdollista pitkällä aikavälillä.</p>	
Hankkeen toteutus ja toimenpiteet	
<p>Hanketta hallinnoi UKK-instituutti ja projektipäällikkyyks on Kunnossa Kaiken Ikää -ohjelmalla. Hankkeen kokonaisorganisointumien on varsin moniportainen. Ohjausryhmän alaisuudessa toimii peräti kahdeksan eri tiimiä: ravitsemustiimi, järjestöryhmä, viestintätiimi, projektikoordinaattoreiden ryhmä, koulutuksen sisältöryhmä, liikemittaritiimi, arviointitiimi ja VESOTE-ydintiimi. Keskeisessä roolissa hankkeessa ovat sairaanhoitopiirien hankekoordinaattorit, jotka paikallisella tasolla pitävät huolta siitä, että elintapaohjaus juurtuu osaksi sairaanhoitopiirien toimintaa.</p> <p>Toteutusta ja myös tavoitteiden käytännöllisyyttä ja aitoa tarvetta on edistänyt se, että sairaanhoitopiirit ovat olleet mukana niin tavoitteiden asettelussa kuin myös toimenpiteiden määrittämisessä jo hankkeen suunnitteluvaiheesta alkaen. Tämä näkyy erityisesti siinä, että eri sairaanhoitopiireissä kohderyhminä on heille riskialttiimmat ryhmät, jotka vaihtelevat alueittain. Sairaanhoitopiirien panostus hankkeessa on ollut vaihtelevaa ja havaintojen mukaan kaikki sairaanhoitopiirit eivät ole panostaneet toimintaan niin paljon kuin olisi ollut toivottavaa. Sairaanhoitopiirien autonominen toiminta on myös vaikuttanut siihen, miten ne käyttävät</p>	

verkkokoulutusta ja varsinkin siihen, miten lähijaksoja järjestetään ja millä painotuksilla niiden sisältö rakennetaan.

Hankkeen ja erityisesti pilottien kohderyhminä ovat työttömät, mielenterveysasiakkaat, päihdehuollon asiakkaat, kutsuntaikäiset ja keski-ikäiset miehet (joilla on epäedulliset elintavat), lihavat aikuiset joilla on terveystarpeita, nollaliikkujat, tyypin 2 diabeetikot tai tyypin 2 diabetesriskissä olevat ihmiset, valtimotautia sairastavat tai korkeassa riskissä olevat ihmiset sekä COPD-potilaat. Eniten painoarvoa sairaanhoitopiirit ovat panneet mielenterveysasiakkaisiin (kohderyhmänä viidessä shp:ssä) ja diabeetikoihin (kohderyhmänä neljässä shp:ssä).

Toimenpiteinä on kehitetty alueellisia hyviä käytäntöjä sairaanhoitopiireihin. Erityisesti on panostettu elintapaohjauksen palveluketjuihin tai palvelutarjottimiin. Näistä esimerkkeinä mielenterveysasiakkaiden ravitsemusohjauksen palveluketju, unettomuuden hoitopolku ja liikuntaneuvonnan ottaminen osaksi moniammatillisten tiimien työtä diabeteksen hoidossa. Toinen hankkeen toimenpidetekonaisuus on keskittynyt koulutukseen. Näistä esimerkkeinä mainittakoon painonhallintaohjaajien ryhmäohjauskoulutus, VESOTE-toimijoiden järjestämät kurssit, seminaarit ja työpajat sekä erityisesti verkkopohjainen VESOTE-opintokokonaisuus (joka sisältää liikuntaneuvonnan, ravitsemuksen ja unen verkkokoulutuksen ja lähipäivien sisällöt). Opintokokonaisuutta on UKK-instituutin lisäksi tehnyt myös Uniklinikka ja sen ravitsemusosiota UKK-instituutin lisäksi oma ravitsemushanke, jonka vetovastuu on ollut Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä. Ravitsemushanke on vastannut erityisesti verkkokoulutuksen ammattilaisille suunnatuista kokonaisuuksista. Lisäksi ravitsemusosahankkeen projektipäällikkö on koordinoitunut sairaanhoitopiirien ravitsemushenkilöiden verkostoa, joka on kokoontunut noin kolmen kuukauden välein. Verkosto on analysoinut ja kehittänyt ammattilaisille suunnattuja ravitsemuksen verkkokoulutusosuuksia. Mukana verkkokoulutuksen sisällön tuottajina olivat myös Diabetesliitto ja Mielenterveydenkeskusliitto sekä sairaanhoitopiirit.

Hankkeessa kehitetään myös ExSed-applikaatiota, jolla on mahdollista mitata yksilöiden paikallaanoloa, liikkumista ja näiden kautta verisuonitauteihin ja diabetekseen sairastumisen riskiä. Applikaation kehitetään myös unikokonaisuutta täydentämään mittaamista. ExSed-mittarista tehdään myös vaikuttavuus/kustannusvaikuttavuusanalyysejä.

Toimenpiteitä on täten hankkeessa todella paljon. Positiivista niissä on se, että pilotit tehdään alueellisesti ja alueiden aitojen tarpeiden mukaisesti. Lisäksi koulutuskokonaisuus on varsin mittava ja siihen ottaa osaa iso määrä ammattilaisia. Myös ExSed-applikaatio on kunnianhimoinen yritys tuoda preventiivinen toiminta digitaalisesti mitattavaksi.

Hankkeen toimenpiteitä on edistänyt useilla alueilla onnistunut paikallinen yhteistyö ja varsin luonteva palveluketjujen syntyminen, projektitiimin ja organisaatioiden johdon tuki, eri toimijoiden yhteinen tahtotila ja se, että hankkeen toimijoita osallistuu moneen Sote- ja alueuudistusryhmiin. Lisäksi media on ollut kiinnostunut hankkeen toimintatavoista – tämä on osaltaan lisännyt sisältöjen tunnettavuutta.

Haasteena on koostaa kaikista toimenpiteistä koko hankkeen yhteinen ”tarjotin” siitä, mitä on tehty ja mitä on jatkossa kenenkin toimijan vastuulla. Hyvin suuri osa kehitettävistä interventioista tulee jatkossa olemaan tulevien maakuntien/sote-alueiden vastuulla. Keskeistä on pohtia verkkokoulutuksen omistajuutta ja alustaa sekä sitä, onko palveluille tulossa maakunnallinen vai valtakunnallinen kokonaisratkaisu. Paikallisella tasolla toimenpiteiden haasteena on jatkossa se, miten asiakkaita saadaan alueiden elintapapilottiryhmiin. Hankkeen

eräänä toimenpiteellisenä haasteena on täten myös sosiaalisen markkinoinnin kokonaisvaltainen kehittäminen. Kaiken kaikkiaan näin laajassa toimenpidekokonaisuudessa hankkeen lyhyt toiminta-aika huomioon ottaen olisi voinut pohtia sitä, onko kaikki nykyiset toimenpiteet näin laajassa mittakaavassa loppujen lopuksi liian laajoja.

Hankkeessa on ollut niin paljon toimijoita, että yhteistoiminta on ollut välillä haasteellista. Esimerkiksi verkkokoulutusosuudessa Uniklinikan ja ravitsemushankkeen yhteistyö on ollut hyvin vähäistä. Lisäksi ravitsemushankkeenkin hallinnointi tapahtuu UKK-instituutin kautta, vaikka toteuttaja on eri organisaatiosta. Tämä on osaltaan luonut lisäbyrokratiaa. Hankekonsortion suunnitteluun ja rooleihin olisi voinut käyttää huomattavasti enemmän aikaa.

Hankkeen tulokset ja vaikutukset

Sairaanhoitopiirien tulokset erilaisissa piloteissa ovat elintapaohjauksen kansallisen kehityskaaren näkökulmasta varsin mittavia. Seuraavassa muutamia esimerkkejä tuloksista. EKSOTE:n alueella liikuntaneuvonta on levinnyt koko maakunnan alueelle ja liikkumisreseptitoimintamalli on saatu työtervehuollon käyttöön. ESSOTE:n alueella elintapaohjaajaverkosto on jokaisessa kunnassa. Toiminta juurtui myös osaksi ESSOTE:n toimintaa, siitä vastaa jatkossa oma ESLi:in palkattava kehittämisspäällikkö, pää- ja osa-aikaiset elintapaohjaajat aloittavat työt vuoden 2019 alusta ja lisäksi liikunnan palvelutarjottimet on luotu jokaiseen kuntaan. Nämä kuntakohtaiset liikunnan palvelutarjottimet tukevat elintapaohjausta ja vähintään 6 kuukauden ajaksi sitoutuneet asiakkaat saavat maksuttomia liikuntapalveluja tarjottimesta. Kainuun Sotessa on elintapaohjaajia jokaisessa kunnassa – tämä osaltaan madaltaa asiakkaiden pääsyä niin hoidon kuin elintapaohjauksen piiriin. Satasoten alueella on saatu aikaan systemaattinen elintapakeskustelu -toimintamalli ja yhteistyöverkostot ovat muodostuneet alueen liikunta-, ravitsemus- ja unipalveluihin.

VESOTE-koulutuksia hankkeessa järjestettiin 207 tilaisuutta ja näissä oli yli 7000 osallistujaa. Erilaisia markkinointitilaisuuksia oli lähes 200, toiminta tuli laajasti tutuksi erilaisten internet-sivujen ja myös lehdistön kautta.

Verkkokoulutus on tavoittanut hankkeen aikana noin 2 500 osallistujaa. Koulutuspalautteiden perusteella se on koettu hyödylliseksi ja erityisen tyytyväisiä osallistujat ovat olleet konkreettisiin työvälineisiin, joita ovat koulutuksesta saaneet elintapaohjaustyönsä tueksi. Verkkokoulutuksen sisällöt koettiin relevantteiksi, toisaalta niiden runsaus haastoi osallistujien aikaresursseja. Eri osioiden (liikuntaneuvonta, ravitsemusohjaus ja uniterveys) kokonaisarvosanat liikkuivat 3,6-3,9 välillä (mittaristolla 1-5).

EXSed-mittareita on ollut hankkeen aikana käytössä kaikissa mukana olleissa sairaanhoitopiireissä yhteensä 2 000 kappaletta. Näiden mittareiden tuottama tieto on mennyt automaattiviestillä elintapaneuvojille. Tätä dataa on päivittäisessä potilastyössään käyttänyt useita kymmeniä elintapaohjaajia. Mittarin vaikuttavuutta on analysoitu sydänleikkauspotilaiden, tyypin 2 diabeetikkojen ja madaltuneen työkyvyn omaavien asiakkaiden kohdalla. Tämä vaikuttavuustutkimus ei ole osa Vesote-hanketta, mutta Vesotessa kehitetty mittari on olennainen osa kyseistä tutkimusta.

Juurtuminen

Alueellisten pilottien omat intressit kehittämistyön taustalla ovat osaltaan edesauttaneet elintapaohjauksen käytäntöjen juurtumista. Alun perinkin kehittämisen taustalla on ollut se, että interventiot ovat osa tulevien maakuntien perustoimintoja. Juurruttamistoimenpiteet ovat olleet kattavia ja jatkuvat edelleen. Erittäin hyvänä esimerkkinä on jo edellä mainittu ESSOTE, jossa alueella on elintapaohjaajien verkosto ja henkilö, joka vastaa sen toiminnasta. Päävastuu

kuntakohtaisella tasolla on elintapaohjaajilla ja prosessimaiseen elintapaohjaukseen sitoutuva asiakas saa tuekseen kuntakohtaisia liikuntapalveluja, joita jokainen jäsenkunta tarjoaa prosessissa mukana oleville elintapaohjauksen asiakkaille. Samantapaista konkreettista toimintamallia voisi hyvin juurruttaa myös muihin maakuntiin. Samankaltaista työtä tehdäänkin jo esimerkiksi niin Etelä- kuin Pohjois-Pohjanmaallakin.

Sähköisen verkkokoulutuskokonaisuudet tullaan siirtämään Virtuaalisairaalan Terveyskylään. Jatkossa Virtuaalisairaalan omistaa Sotedigi Oy. STM:n tulee huolehtia siitä, että kaikki hankkeessa tuotettu verkkokoulutusmateriaali voidaan siirtää osaksi Terveyskylää. Tämä vaatii selvittämistä erityisesti unikokonaisuuden osalta. Lisäksi tulee analysoida sitä, kannattaako sairaanhoitopiirien/maakuntien käyttää koulutusten järjestämiseen omia teknisiä ratkaisuja (esim. Moodle). Juurtumista edesauttaisi siltausvaiheen aikana nykyisten käytäntöjen ylläpito ja sisältöjen (raakamateriaalin) asteittainen siirtäminen Terveyskylään. Myös jatkossa verkkokoulutuskokonaisuuden ylläpito ja päivittäminen vaatii sekä teknistä että sisältöihin linkitettävää professionaalista osaamista. Sotedigin vastuulla olisi jatkossa tekninen päivitys, sen sijaan sisältöjen päivittämisestä ja koulutuksellisesta koordinaatiosta voisi hyvin olla vastuussa UKK-instituutti.

Exced-applikaatio on otettu hyvin käyttöön. Jatkossa sairaanhoitopiirit/maakunnat voivat sitä jatkossakin käyttää ja maksaa UKK-instituutille järjestelmän ylläpidosta tai sen tiedonkeruunominaisuuksien edelleen kehittämisestä. Näin ollen voidaan kokonaisuutena todeta, että juurtuminen on hyvin paljon kiinni siitä, miten tulevissa maakunnissa /sote-alueilla elintapaohjauksen merkitys tiedostetaan. Hankkeessa on tehty laajaa pilotoivaa työtä, jonka tulokset ovat jo hyvin konkreettisia.

Uneton Suomessa – Unettomuuden lääkkeettömän hoidon kehittäminen

Toteuttaja	Vitalmed Oy, Helsingin Uniklinikka
------------	------------------------------------

Hankkeen tavoitteenasettelu

Hankkeen keskeisenä päämääränä on unettomuuden lääkkeettömän hoidon koulutuspaketin tuottaminen. Tavoitteet ovat erittäin selvät. Päämäärän saavuttamiseksi tavoitteeksi asetettiin aihetta koskevan koulutuspaketin sisältöjen tuottaminen ja kyseisen koulutuksen levittäminen sekä juurruttaminen sairaanhoitopiireihin. Ensimmäisen alatavoitteen mukaan ympäri Suomen olisi jatkossa tarjolla yhdenmukaista ja tutkittuun tietoon perustuvaa osaamista uniterveydestä niille sote-ammattilaisille ja kolmannen sektorin toimijoille, jotka antavat elintapaohjausta. Toisen alatavoitteen mukaan tämä osaaminen perustuisi unettomuuden käypä hoito -suositukseen.

Hankkeen toteutus ja toimenpiteet

Hankkeessa on luotu taustaorganisaation vahvaan erikoisosaamiseen nojaava Uniterveyden verkkokoulutus sote-ammattilaisille sekä järjestöjen toimijoille yhteistyössä UKK-instituutin kanssa. Alun perin hankkeen piti toimia itsenäisesti, mutta varsin pian hanke sulautui osaksi Vesoten laajempaa elintapaohjauksen koulutuspakettia täydentäen täten sen liikunnan ja ravitsemuksen osioita vielä unettomuuden lääkkeettömän hoidon aspektilla. Verkkokoulutuksen teossa UKK-instituutin koulutussuunnittelija on ollut suurena apuna varsinkin koulutuksen teknisessä toteutuksessa. Toisaalta hankkeen toimeenpanoa hidasti se, että koulutus piti tuottaa verkkoversiona. Tämä lisäsi suunniteltua työmäärää.

Verkkokoulutuksen sisältöjen tekeminen ja sen tekninen toiminta on ollut kokonaisuudessaan kuitenkin sujuvaa. Sen sijaan haasteena on toteuttajaorganisaation näkökulmasta erityisesti se,

<p>että sairaanhoitopiirit ovat saaneet varsin itsenäisesti rakentaa lähikoulutusjaksot. Uniklinikka ei ole ollut mukana kovin monessa lähikoulutusjaksossa. Yksittäisiä luentoja on pidetty jonkun verran. Toinen toteutukseen liittynyt haaste on Aluehallintoviraston byrokraattiset maksukäytännöt. Maksatus alkoi vasta vuoden päästä hankkeen aloituksesta. Tämä johti siihen, että taustaorganisaatio joutui rahoittamaan hanketta ensimmäisen vuoden käytännössä oman rahoituksen turvin.</p>
<p>Hankkeen tulokset ja vaikutukset</p>
<p>Hankkeen keskeisenä tuloksena on Uniterveys-koulutus, joka antaa valmiudet elintapaohjaukseen unen osalta sekä auttaa sitä kautta ennaltaehkäisemään unettomuutta ja sen varhaisen vaiheen tunnistamista sekä hoitoon ohjausta. Koulutus antaa valmiudet hoitaa unettomuushäiriöitä käypä hoito -suositusten mukaisesti lääkkeettömin keinoin. Koulutuksen unilääketiedeosio myös lisää valmiuksia oikeaan unihäiriöiden diagnostiikkaan, kustannussäästöihin sekä varhaisen ja oikean hoitopolun valintaan. Koulutuksen sisältö jakautuu kolmeen osaan: 1) Yleistietoa unesta, 2) unettomuuden lääkkeetön hoito ja 3) unilääketieteen koulutusjakso. Näistä ensimmäinen keskittyy primääriin preventioon. Mahdollisina vaikutuksina olisivat koulutuksen juurtuessa ammattilaisten osaamistason koheneminen ja välillisesti myös hoidon laadun paraneminen sekä väestön terveydentilan koheneminen alueellisesti tasa-arvoisella tavalla.</p>
<p>Juurtuminen</p>
<p>Koulutuskokonaisuuden juurtuminen on pitkälti sidoksissa koko elintapaohjauksen koulutuskokonaisuuden juurtumiseen. Jatkossa keskeisiä päätettäviä kysymyksiä ovat: 1) Kuka vastaa verkkokoulutuksen teknisen alustan ylläpidosta; 2) millaista sosiaalista markkinointia koulutuskokonaisuuden osalta jatkossa tehdään; 3) miten ylläpito ja markkinointi kustannetaan. Tuleeko elintapaohjaus sote-alan ammattilaisille jatkossa siis pakolliseksi koulutuskokonaisuudeksi ja voidaanko Uniterveys-osion ensimmäistä osaa eli yleistietoa unesta -kokonaisuutta (primääri preventio) jakaa myös laajemmalle kohderyhmälle kuin vain nykyisten sairaanhoitopiirien ammattihenkilöstölle ja järjestöjen toimijoille. Tällaisia ryhmiä voisivat olla esimerkiksi puolustusvoimien kantahenkilökunta, organisaatioiden henkilöstöasioista vastaavat ammattilaiset ja koulujen opettajat.</p> <p>Uniterveys-koulutuksen juurtumiseen vaikuttaa myös olennaisesti se, miten sen sisältöjä otetaan jatkossa mukaan maakunnallisille tai alueellisille lähikoulutusjaksoille. Maan kattava tasa-arvo elintapaohjauksen koulutuksessa ei toteudu, mikäli sairaanhoitopiirit (jatkossa mahdollisesti maakunnat) saavat täysin itsenäisesti päättää lähijaksojen sisällöt.</p>

Perheiden ravitsemus- ja liikuntatottumusten muutoksen tukeminen neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa

<p>Neuvokas Perhe – liikunta- ja ravitsemusohjauksen tuki neuvolaan ja kouluterveydenhuoltoon</p>	
<p>Toteuttaja</p>	<p>Suomen Sydänliitto ry</p>
<p>Hankkeen tavoitteenasettelu</p>	
<p>Hankkeen tavoitteet ovat selviä ja varsin konkreettisia. Keskeisenä päämääränä on se, että yhteinen lapsiperheiden liikunta- ja ravitsemusohjauksen toimintakulttuuri jalkautuu kaikkialle Suomeen. Hankkeessa on kolme päätavoitetta, jotka ovat jakautuneet alatavoitteisiin.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neuvokas perhe – menetelmä on käytössä koko Suomessa. <ul style="list-style-type: none"> • Neuvokas perhe -koulutukset järjestetään hankkeen aikana jokaiseen Suomen kuntaan (kohderyhmä erityisesti neuvoloiden ja alakoulujen terveydenhoidon ammattilaiset) 	

<ul style="list-style-type: none"> • Mallin sähköisen alustan ja toiminnan kehittäminen. <p>2. Lapsiperheiden monialaisen elintapaohjauksen kehittäminen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etelä-Pohjanmaalla kehitetään yhteistyössä kuntien kanssa monialaista lapsiperheiden elintapaohjausta. • Elintapaohjauksen kehittämisen mallinnus otetaan käyttöön myös muilla alueilla. <p>3. Neuvokas perhe – menetelmän juurtuminen osaksi maakuntia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satakunnassa kuvataan ja kirjataan se, miten Neuvokas perhe -menetelmä jää maakunnan pysyvään käyttöön nykyisessä mutta erityisesti tulevassa sote- ja maakuntarakenteessa.
<p>Hankkeen toteutus ja toimenpiteet</p>
<p>Hankkeen kokonaisvaltainen toteutus on sujunut hyvin. Taustalla on yli 10 vuotta Sydänliitossa toteutettu toiminta, jota STEA (entinen RAY) on rahoittanut. Neuvokas perhe -toimintaa on myös analysoitu ja menetelmät sekä toimintatapa ovat toimivia ja näyttöön perustuvia. Lisäksi hankekonsortion toiminta on ollut sujuvaa. Sekä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri että Porin kaupunki olivat vahvasti mukana hankkeessa jo sen suunnittelu- ja hakuvaiheesta lähtien. Sydänliiton näkökulmasta hankkeen toteutumista vahvisti myös se, että hankekumppanien työntekijärekrytoinnit olivat onnistuneita. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että hanke täytti koko kärkihankkeen vaatimukset hyvin. Hyvä käytäntö ja toimivat menetelmät olivat valmiina ja hankerahoitus antoi hyvän sysäyksen niiden levittämiseksi ja maakuntakohtaisille prosessien kehittämiseksi sekä syventämiseksi.</p>
<p>Itse kärkihankkeen tuki koetaan myös arvokkaaksi lisäksi. Ministeriön ohjaus on ollut sujuvaa, kärkihankevalmentamoita pidetään hyvinä ja lisäksi kärkihanke on lisännyt Neuvokas perhe -toimintamallin kustannushyöty- ja kustannusvaikuttavuusmallien pohdintaa. Osallistuminen kärkihankkeeseen on myös lisännyt kuntien kiinnostusta ottaa osaa koulutuksiin.</p>
<p>Hankkeen toimenpiteet voidaan tavoitteiden mukaisesti tiivistää seuraavalla tavalla:</p> <p>Tavoite 1: yli 150 koulutusta ympäri Suomen. Tämän lisäksi toimintamallin jatkuvuuden takaavat toimenpiteet. Sähköisen alustan kehittäminen.</p> <p>Tavoite 2: Alueellisten toimintamallien kartoitus, yhteistyöverkoston ja -käytäntöjen luominen sekä alueellinen mallinnus ja arviointi.</p> <p>Tavoite 3: Satakunnan Neuvokas- mallin tarvekartoitus, uusien kuntien kouluttaminen, menetelmän juurruttaminen nykyisen ja tulevan maakunnan rakenteisiin ja tämän toimintatavan mallinnus siten, että levittäminen on mahdollista myös muihin maakuntiin.</p>
<p>Hankkeen toteutuksen haasteina ovat erityisesti olleet maakunta- ja sote-uudistuksen toteutuksen hitaus ja sähköisen Neuvokas perhe – kortin integroiminen valtakunnalliseen sähköiseen asiointijärjestelmään. Sähköinen kortti toimii Sydänliiton omilla neuvokasperhe.fi -sivuilla, mutta parivuotisen kehittämistyön kuluessa on noussut esiin laajemman sähköisen järjestelmän kehittämisen haasteet. Toteutuksen eräänä haasteena on ollut myös LAPE-kärkihankkeen kanssa tehtävä yhteistyö. Tätä olisi voinut tehdä enemmän niin valtakunnallisella kuin alueellisella tasolla. Varsinkin Etelä-Pohjanmaan kohdalla Lape-yhteistyötä olisi kaivattu selkeästi lisää. Toisaalta Satakunnassa tämä yhteistyö on toimivaa. Etelä-Pohjanmaan (sekä joidenkin muidenkin maakuntien) kohdalla toteutukseen vaikutti myös selkeästi havaittavissa oleva hankeähky – samaan aikaan toimivat kärkihankkeet vievät selvästi myös alueellisten viranomaisten resursseja.</p>
<p>Hankkeen tulokset ja vaikutukset</p>
<p>Tavoitteet saavutettiin sen osalta, että Neuvokas perhe on valtakunnallinen terveydenhoitajien käytössä oleva menetelmä. Toimintamallin käyttämiseen on koulutettu terveydenhoitajia</p>

jokaisesta Suomen kunnasta. Kunnat, jotka oli koulutettu jo ennen hanketta, saivat vahvistusta heille jo tutun menetelmän käyttöön. Haaste jatkossa on siinä, miten niin sanotut uudet kunnat ja niiden terveydenhoitajat käyttävät menetelmää mahdollisimman monipuolisesti.

Hyvänä tuloksena voidaan pitää myös sitä, että toimintamalli on kielellisesti kattava. Materiaalia on tuotettu niin ruotsiksi, saameksi kuin myös eri maahanmuuttajaryhmien tarpeisiin. Hankkeen lisäarvo näkyy siinä, että terveydenhoitajilla on samanlaatuinen ja yhtenäinen elintapaohjausmenetelmä koko Suomessa. Elintapaohjaus ei ole enää vain hyvinvoivien perheiden etuoikeus.

Jotain hankkeen kattavuudesta kertoo sekin, että sen omaan loppuseminaariin otti osaa lähes 240 terveydenhoitajaa ja lisäksi seminaari oli katsottavissa verkon välityksellä. Tulokset näkyvät siis hyvin terveydenhoitajien osalta, alustavasti niitä pystytään analysoimaan myös lapsiperheiden kohdalla – pystytään katsomaan, kuinka monta perhettä osallistuu toimintaan. Sen sijaan esimerkiksi lasten ylipainon vaikuttaminen on pidemmällä aikavälillä tutkittava asia. Kuten aiemmin todettiin, tulosten osalta haastavaa oli sähköisen kortin kehittäminen. Korttia on kehitetty valtakunnalliseen alustaan mutta sen ulkoasuun ja toiminnallisuuksiin ei olla vielä tyytyväisiä. Lisäksi vaarana on, että yhtenäisen valtakunnallisen alustan puuttuessa nykyiset sairaanhoitopiirit ja tulevat mahdolliset maakunnat kehittävät sähköisen kortin omiin järjestelmiinsä. Itse asiassa näin on jo tapahtunut erään sairaanhoitopiirin kohdalla.

Etelä-Pohjanmaalla kunnat rakensivat hankkeen johdolla elintapaohjauksen tiimit, joihin otti osaa niin varhaiskasvatus, neuvoloiden henkilökunta, sosiaalitoimi, seurakunnat, järjestöt kuin liikuntatoimi. Kaikkien kuntien toimintatavat ovat hieman toisistaan poikkeavia, tämä näkyi myös erilaisina tavoitteina lapsiperheiden elintapaohjauksessa. Keskeisenä tuloksena voitaneen pitää viranomaisten entistä tiiviimpää yhteistyötä mutta myös erityisesti kolmannen sektorin kokonaisvaltaisempaa nivomista osaksi monialalaisen elintapaohjauksen alueellista verkostoa. Kaiken kaikkiaan monialainen yhdessä tekeminen ja ammattilaisten välinen vuorovaikutus on lisääntynyt, elintapaohjausta tehdään enemmän ja monialaisemmin. Lisäksi Etelä-Pohjanmaalla elintapaohjauksen materiaaleja hyödynnetään enemmän asiakastyössä ja yhdessä tekemiseen suhtaudutaan entistä positiivisemmin. Se, miten elintapaohjaus näkyy lapsiperheiden arjessa, ei näin äkkiä hankkeen jälkeen ole vielä selvää.

Satakunnassa menetelmä otettiin käyttöön kaikissa kunnissa. Neuvokas perhe -formaatti integroitiin myös lasten lihavuuden hoitoketjuun ja perhekeskusmalliin. Satakunnassa myös yhteistyö muiden kärkihankkeiden kanssa oli sujuvaa ja tämä näkyy erityisesti siinä, että paikallisen LAPE-hankkeen kanssa saatiin sovittua sitä, että toimintamalli tulee osaksi alueen perhekeskusmallia.

Juurtuminen

Neuvokas perhe -toimintamallin juurtuminen vaatii jatkossa erityisesti sopimista siitä, mikä taho on vastuussa uusista koulutuksista ja koordinoi myös alueellista lapsiperheiden monialaista elintapaohjausta maakunnallisesti. Erityisen olennaisena asiana on se, että Neuvokas perhe olisi osa perhekeskusten toimintaa. Osaamisen ylläpitoa on varmistettu jo sillä, että kärkihankkeen aikana Neuvokas perhe -sisällöt on viety ammattikorkeakoulujen opetusohjelmiin. Mutta jonkinlainen Neuvokas perhe -osaamisen koulutus ja täydennyskoulutus olisi tärkeä sisällyttää myös tulevan maakunnan koulutus- ja palvelutarjottimelle.

Sydänliitto on tehnyt projektihakemuksen STEAlle siitä, että sydänpiirit koordinoisivat mallin juurtumista omille alueilleen ainakin suunnitellun, niin sanotun siltausvaiheen aikana. Tätä avustusta ei myönnetty alustavan avustusehdotuksen mukaan.

Juurtuminen edellyttää tässä(kin) hankkeessa sitä, että valtakunnalliset hyvien käytäntöjen rahoitusvaihtoehdot selvitetään ja juurtumisen edellyttävät toimenpiteet toimijavastuineen määritellään. Nyt vaarana on että monet hankkeet (ainakin Voimaa vanhuuteen, Neuvokas perhe ja Yhteinen keittiö) hakevat rahaa STEAlta, jolla on oma strategia ja painopisteet, oma valtionavustuslakiin perustuva avustusjärjestelmä sekä lisäksi omat säännöt avustuksen käytölle (valvonnalliset toimenpiteet) että myös avustetun toiminnan tuloksellisuuteen liittyvät; avustuksen saajia koskevat veloitteet (seurannalliset toimenpiteet). Nämä käytänteet eivät ole sidoksissa suoranaisesti kärkihankkeen tavoitteisiin ja siinä tehtyihin toimenpiteisiin. Yhden avustuskortin varassa toimivan juurtumisen tulevaisuus on heikkoa. Rahoitusmallin toimivien hyvien käytäntöjen rakentamiseen on oltava vahvempi, se ei voi nojata veikkausvoittovarojen jakamiseen. Vastuu rahoituksesta toimivien mallien osalta on oltava ministeriön, maakuntien ja kuntien varassa.

Kolmas juurtumisen kannalta keskeinen asia on se, että sähköinen kortti toimii yhtenäisessä ja valtakunnallisessa alustassa ja sairaanhoitopiirit tai muut mahdolliset toimijat eivät kehitä omia sähköisiä versioita. Yhtenäisyyden lisäksi tämä toimintatapa edesauttaisi sitä, että sähköistä korttia myös päivitetäisiin yhtenäisellä tavalla. Käytännössä tämä tarkoittaisi sitä, että Sydänliitto päivittäisi sen sisältöjä tiiviissä yhteistyössä tulevien maakuntien elintapaohjauksen ammattilaisten (terveydenhoitajien) kanssa.

Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien fyysisen terveyden edistäminen

Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien tupakoinnin lopettamisen tukeminen	
Toteuttaja	Filha ry
Hankkeen tavoitteenasettelu	
<p>Kärkihankkeen tavoitteena on edistää terveyttä ja hyvinvointia sekä vähentää eriarvoisuutta. Kärkihankkokonaisuus valtionavustushankkeineen pyrkii yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen levittämällä ja juurruttamalla hyviä käytäntöjä, joilla tarkoitetaan sellaisia toimintamalleja, joilla lisätään terveitä elintapoja, kuten liikuntaa ja jotka ehkäisevät kansansairauksia, edistävät mielenterveyttä ja osallisuutta sekä torjuvat yksinäisyyttä. Hankkeita on yhteensä 9 + STM:n ja THL:n yhteinen hanke.</p> <p>Filhan hankkeessa mallinnetaan ja juurrutetaan yhteistyössä 11 sairaanhoitopiirin kanssa näiden sairaanhoitopiirien alueelle menetelmät mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien tupakoinnin lopettamisen tukemiseksi. Hankkeessa hyödynnetään koulutuskokonaisuuksia, vertaiskoulutusta, tukea ja asiantuntemusta sekä jalkautumista alueille. On perusteltua kysyä, onko Filhan hankkeen fokus (mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien tupakoinnin lopettamisen tukeminen) riittävän laaja ollakseen osa 9 hankkeen kokonaisuutta, jolla kärkihankkeen kokonaistavoitteeseen kokonaisuudessaan vastataan. Käytännössä kuitenkin hyvistä käytännöistä päätettäessä pyöreän pöydän asiantuntijaryhmässä teemana oli "mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien fyysisen terveyden edistäminen", johon hankkeessa nimenomaan vastataankin. Hanksuunnitelmassa on hyvin perusteltu, kuinka mielenterveysongelmaiset tupakoivat väestön keskiarvoa enemmän ja lopettamisella on</p>	

positiivinen vaikutus terveyteen. Käytännössä hankkeessa pyritään kohentamaan mielenterveys- ja päihdeongelmaisten terveyttä (kärkihankkeen tavoite) seuraavanlaisen vaikutusketjun kautta: kohennetaan ammattilaisten vieroitusosaamista, minkä ajatellaan johtavan kohderyhmän tupakoinnin lopettamisen tukemisen lisääntymiseen ja paranemiseen, ja siten tupakoinnin lopettamiseen ja näin lopullisen kohderyhmän terveyden edistämiseen.

Toimenpiteet sinällään vastaavat ammattilaisten vieroitusosaamisen kasvattamiseen liittyviä tavoitteita. Varsinaisesti kohderyhmänä ovat ammattilaiset, mutta lopulta vaikutusten kohteina myös mielenterveys- ja päihdeongelmaiset. Kohderyhmää ei ole rajattu sen tarkemmin. Hanke toimii 11 shp alueella + kolmannen sektorin yhteistyö. Hankkeessa hyödynnetään aluetyöntekijöitä, jotka ovat suuressa roolissa, kun hankkeen laajoja tavoitteita lokalisoidaan paikallisiin konteksteihin.

Hankkeen toteutus ja toimenpiteet

Toiminta on edennyt hyvin tavoitteiden mukaisesti, muutamassa shp:ssä oli hitautta, mutta sittemmin toiminta lähti käyntiin niissäkin. Hankkeen toiminta on pääosin otettu hyvin vastaan ammattilaisten keskuudessa. Hyvä suunnittelu on auttanut asiassa. Ammattilaisten kouluttaminen ja sitouttaminen ottamaan tupakointi paremmin puheeksi ja tarjoamaan systemaattista tupakkavieroitusta potilaille on toteutettu hankkeessa itse koulutusten lisäksi johtoa sitouttamalla, aluetyöntekijöiden (ammattilaisia) ja Filhan työntekijöiden tuella. Tupakkavieroitustoimintaa on hankkeessa vahvistettu myös vertaistomijoilla (savuttomuuskoutseilla). Savuttomuuskoutsi-vertaistuki-asiassa vastuu hankkeessa on MTKL:llä ja A-klinikkasäätiöllä, he hankkivat henkilöt ja Filha kouluttaa heidät.

Vertaistuen hyödyntäminen ja siihen liittyvät valmiudet vaihtelevat eri sairaanhoitopiireissä suuresti, ja kenttä vaatisi harmonisointia sekä valmiiksi määriteltyä toimintamallia, jotta toiminta olisi voitu viedä samalla tavalla eteenpäin alueilla. Kyseessä on siis toimintaan vaikuttava kontekstitekijä, ei niinkään itse hankkeen toimintaan liittyvä tekijä.

Aluetyöntekijöillä on kuitenkin käytössään ns. check list -työkalu, jonka avulla voidaan seurata toimintaa, sekä etenkin varmistaa valtakunnallinen samanlaisuus, vaikka paikallisia eroavaisuuksiakin tietysti on. Jokaista sairaanhoitopiiriä tuleekin tarkastella siten, että etenevätkö asiat omassa paikallisessa työssä paikallisiin lähtökohtiin nähden. Tavoitteena ei siis ole, että kaikki sairaanhoitopiirit olisivat samalla tasolla hankkeen päättyessä, vaan se, että kaikki ovat menneet eteenpäin omassa työssään.

Itse hanketyö etenee käytännön työssä juurruttamalla, sote-uudistuksesta riippumatta. Tietotaito ammattilaisten keskuudessa lisääntyy joka tapauksessa.

Kontekstitekijät tukevat hankkeen agenda; tupakoinnin vähentäminen on lisääntynyt, hanketoimijoiden mukaan 5.-7v. sitten hankkeen toteuttaminen olisi ollut kontekstisistä huomattavasti haasteellisempaa. Myös ravintoloissa tupakoinnin kieltäminen on ollut suuri kontekstitekijä, mikä on edistänyt nykyistä savuttomampaa kulttuuria. Toisaalta osa ammattilaisista polttaa itse, eivätkä välttämättä usko potilaan savuttomuuteen. Kohderyhmän motivaatio lopettaa on kuitenkin verrattain hyvä; yli puolet haluaa lopettaa.

Jotta tämän suuruiset hankkeet toteutuisivat, hankesuunnitelman mukaisesta työnjaosta tulee pitää huolta. Esim. Filha ei pysty puuttamaan savuttomuuskoutsien rekrytointiin. Sektorien välisen yhteistyön tärkeydestä huolimatta sen rajat on myös hanketoimijoiden mukaan hyvä

<p>huomioida: esim. sitä, ovatko nikotiiniuotteet kaikkien kansalaisten saatavilla, millä ehdoin ja missä laajuudessa ei voida em. yhteistyössä päättää.</p>
<p>Hankkeen tulokset ja vaikutukset</p> <p>Hankkeessa on tavoiteltu koulutuksen avulla mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä hoitavaa henkilöstöä ottamaan tupakointi paremmin puheeksi ja tarjoamaan systemaattista tupakkavieroitusta potilaille. Tavoitteena oli nimenomaan vaikuttaa terveydenhuollon ammattilaisten asenteisiin ja tietotasoon. Henkilöstöä on koulutettu sekä lähikoulutusten että Mielenterveystaloon tätä tarkoitusta varten rakennetun verkkokurssin avulla. Henkilöstölle tehtyjen alku- ja loppukyselyjen mukaan koulutusten seurauksena ammattilaiset kehottavat aiempaa useammin mt-potilaita lopettamaan tupakoinnin, ohjaavat aiempaa useammin potilaita vieroitusryhmään sekä mikä tärkeää, koulutusten jälkeen niiden ammattilaisten määrä, jotka kokivat, että työhönsä kuuluu potilaiden neuvominen ja auttaminen tupakoinnin lopettamisessa, oli noussut. Viimeksi mainitun seikan kysyminen kyselyissä voidaan nostaa esiin hyvänä käytäntönä ylipäätään juurtumisen seurantaan tehtäessä eri hankkeissa.</p> <p>Lisäksi ammattilaiset kokivat, että heidän osaamisensa oli kohentunut tupakasta vieroittamista koskien. Hankkeen toiminnan onnistumista ja juurtumista koskien haasteellinen tulos kyselystä on, että suuri osa vastaajista ei tiennyt onko vastuualueellaan savuttomuustyöryhmää eikä Tupakasta vieroitukseen -hoitopolkua. Monessa sairaanhoitopiirissä hoitopolku onkin hankkeen loppuessa vielä kehitysvaiheessa, vaikka prosessi on alkanut.</p> <p>Tupakkavieroitustyötä on tehostettu hankesairaanhoitopiirissä esim. kehittämällä alueellisia kirjaamiskäytäntöjä ja palveluketjuja sekä tehostamalla jo olemassa olevia muita toimintoja. Ammattilaisia on koulutettu puheeksi otossa ja toimintatapoja on muutettu, vaikei palvelurakenteeseen sinällään ole suoraan vaikutettu: ammattilaiset ottavat AUDIT-kyselyn yhteydessä savuttomuuden puheeksi (noin puolessa hankesairaanhoitopiirejä tapahtuu todennetusti näin).</p> <p>Hankkeessa on perustettu moniammatillisia savuttomuustyöryhmiä hankesairaanhoitopiirien psykiatrian toimialoille koordinoimaan toimialan savuttomuustyötä. Vaikka kokemus kokemusasiantuntijatyön hyödyntämisestä vaihteli voimakkaasti eri alueilla, hankkeessa kuitenkin edistettiin tällaiseen ryhtymistä kaikilla alueilla. Tavoitteena on myös ollut, että nämä jäävät elämään sairaanhoitopiirin toimintaan myös hankkeen jälkeen. Toiminta on lanseerattu osastoilla ja alueilla tiedetään nyt, että Filha ry:llä on teemaan liittyvä osaamista ja tietämystä, joten Filhaa voi hyödyntää savuttomuustoiminnan tueksi ja alueilla tiedetään, että Filhalla on kyky kouluttaa tähän toimintaan.</p> <p>Tupakkavieroituksen onnistumista mittaavaa seurantajärjestelmä on kehitetty ja kokeiltu 7 hankesairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdeyksiköissä. Kaikissa hankesairaanhoitopiireissä koulutettu myös vertaisia, savuttomuuskoutseja. He voivat toimia yhdessä terveydenhuollon kanssa, sekä toimintaa aloitettaessa savuttomuuskoutsi voi olla mukana, jos potilas niin haluaa. Edelleen osastolta pois päästyään potilas voi halutessaan säilyttää yhteyden vertaiskoutsisiin. Vertaiskoutsit tukevat psykiatrian ja päihdepalvelujen tupakkavieroitustoimintaa.</p> <p>Hankkeen hyvät käytännöt on koottu Filha ry:n nettisivuille (www.filha.fi/fi/materiaalit/tupakka) Hankkeen toteuttajien mukaan hankkeen agendaan tukevat kontekstitekijät ovat näyttäytyneet myös arvopuheena: ”Tämä onkin arvo johon ruvetaan sitoutumaan...”, ja toimintaa on viety kirjauksina mm. strategioihin. Hanketoimijoiden mukaan konteksti-eroavaisuuksiin olisi voitu pureutua enemmän mikäli olisi ollut aikaa ja resursseja enemmän.</p>

<p>Juurtuminen</p> <p>Juurruttamissuunnitelmat ovat huomattavan seikkaperäisiä muihin kärkihankkeeseen kuuluviin valtionavustushankkeisiin nähden: ensimmäiseksi työvaiheeksi on nimetty "Terveydenhuollon johdon kanssa tehtävä alueellinen ja paikallinen yhteistyö" ja se pitää sisällään mm. aluetyöntekijöiden nimittämiset, em. työntekijöiden jalkautumisen sairaanhoitopiirien mt- ja päihdeyksiköihin, asian esille nostamisen psykiatrian ja päihdepalvelujen johdon tai henkilöstön valtakunnallisissa kokouksissa ja koulutuspäivillä.</p> <p>Hankkeen työksi on kirjattu myös strategiatyötä sairaanhoitopiirien psykiatrian ja päihdepalvelujen toimialojen johdon kanssa tehokkaan palveluketjun kehittämiseksi. Lisäksi tavoitteena juurruttamiseen liittyen on mainittu myös: "Sairaanhoitopiirit laativat alueelliset juurruttamissuunnitelmat yhteistyössä hankkeen kanssa." Juurtumista on arvioitu "toiminta / tavoitetaso" -matriisin avulla kohta kohdalta hankkeessa. Hankkeella on jalkautuvat aluetyöntekijät ja em. tarkastuslistat. Keskijohto ja johto saattaisivat hanketoimijoiden mukaan kaivata enemmän tiedotusta aiheesta.</p> <p>MTKL:ää on kontaktoitu juurruttamisnäkökulmasta ja onkin ollut mukana. Savuttomuuskoutsiverkoston osalta näyttää tällä hetkellä siltä, että Filha ry ylläpitää verkostoa ensi vuonna, MTKL:n tuella. STEAn tukemana tehdään myös vertaiskoulutusta. Terveyden edistämisen määrärahoja koskien on jätetty hakemus kohdistuen niihin sairaanhoitopiireihin, jotka eivät olleet hankkeessa nyt mukana. Tätä rahoitusta ei sittemmin myönnetty.</p>

Väestön mielenterveystaidot ja eri alojen ammattihenkilöiden mielenterveysosaaminen

<p>Mielenterveys kuuluu kaikille – Mielenterveyden ensiapu terveyden ja hyvinvoinnin vahvistajana</p>	
Toteuttaja	Suomen Mielenterveysseura ry
<p>Hankkeen tavoitteenasettelu</p> <p>Hankkeen päätavoite on käytännössä sama kuin hankintailmoituksen teema, jonka alla hanke on: "Väestön mielenterveystaidot ja eri alojen ammattihenkilöiden mielenterveysosaaminen". Koulutetaan ja juurrutetaan koulutuksia. Osa-tavoitteet on jatkojalostettu selkeiksi toimenpiteiksi. Kattavuus hyvä ympäri Suomen. 49 hankeyhteistyökumppania ja alueilla sairaanhoitopiirit. Koulutetaan lisäksi ohjaajia, jotka muodostavat valtakunnallisen ohjaajaverkoston.</p>	
<p>Hankkeen toteutus ja toimenpiteet</p> <p>Järjestetään ja juurrutetaan kolmentyyppisiä koulutuksia: Mielenterveyden ensiapu® 1, jota 2010 vuodesta lähtien itse kehitetty eteenpäin, Mielenterveyden ensiapu® 2 joka Australiassa v.2006 lähtien kehitetty ja toteutettu sekä Nuoren mielen ensiapu® -koulutus. Koulutetaan ammattilaisia ja muuta väestöä.</p> <p>Vaikutustavoitteena on se, että ammattilaisten tapa tehdä työtä muuttuu ja lisätään yleisemminkin informaatiota ja ymmärrystä mielenterveydestä, sekä siten vastuullisuutta lisätä omahoitoa mielenterveyden määrästä ja laadusta. Alueellisissa verkostoissa pyritään toimintatapojen ja yhteistyötapojen muutokseen.</p> <p>Laadulliset tavoitteet ovat haasteellisia, mutta hanketoimijoiden mukaan hyvin tavoitettu. Haavoittuvassa asemassa olevia on tavoitettu. Juurruttamista on hidastanut laaja yhteistyöverkosto.</p>	

Laajan hankkeen käynnistäminen vei aikaa, hanketoimijoiden mukaan käynnistämiseen kuluva aikaa ei tämän tyyppisissä hankekokonaisuuksissa huomioida tarpeeksi aikatauluissa ja tavoitteissa. Koulutukset ovat kuitenkin vakiintuneet useisiin organisaatioihin ja alueellisia koordinaatioita on käynnistynyt. Jonkin verran tehty kohderyhmien ja tarpeiden mukaista räätälöintiä.

Hankkeen painopiste on siirtynyt hankkeen aikana sote-uudistuksessa mukana olemiseen, mutta epäselvyys siinä hankaloittanut edistymistä verkostoyhteistyössä; esim. Päijät-Häme ei priorisoi tähän, koska kokevat, että on jo niin paljon erilaisia uudistuksia. Lapissa hanketoimijoiden mukaan vasta aloitellaan, Länsi-Pohjan keskussairaalan irtaantuminen julkisesta sektorista vaikutti myös toteutumiseen siellä.

Tavoite ohjaajakoulutuksista oli 540 koulutettua, peruskurssien korkeahkoa tavoitetta 26 000:sta tarkastettiin 16 000:een viime vuonna. Kohderyhmät on tavoitettu hyvin, erityisenä tavoitteena oli tavoittaa miehiä, tässä myös jossain määrin onnistuttu (osallistujista ollut n. 15 % miehiä). Organisaation tuki on ollut vahva, mielenterveystaitojen levittäminen on yksi SMS:n strateginen painopiste.

Kärkihankkeen kuukausittainen hankesalkku-käytäntö on hanketoimijoiden mukaan terävöittänyt sitä, että pakko laajemmin arvioida etenemistä, katsoa taaksepäin ja eteenkin. Koulutusmallin laadun valvonta on oma haasteensa, koulutustajien määrän alkaessa lähestyä 850:tä kouluttajaa (kesä 2018). Palautteet koulutuksista kuitenkin kerätään ja ohjaajille on oma itsearviointi.

Toteuttamisen estävänä tekijänä on tunnistettu se, saako sairaanhoitopiireissä ylipäättään osallistua koulutuksiin työaikana: ylin ja keskijohto tunnistettu vaikutuskohteina tässä.

Kontekstitekijä: Liikunnasta, nukkumisesta ja unesta puhutaan paljon, mutta vasta aivan viime vuosina on laajemmin nousut myös mielenterveysasioista puhuminen julkisuuteen ja siten myös alan toimijoilla on helpompi lähestyä tematiikkaa. Toisaalta myös vastatendenssi: vaikka terapia ”trendikästä”, ammattinimikkeet voivat olla myös este; koulupsykologilla käynti voi stigmatisoida. Yhtenä hankkeen piilotavoitteena onkin stigman poisto.

Joka ryhmässä esiintyy toiveita ja odotuksia ja tietoa sairauksista. Mielenterveys on hyvin kompleksinen asia ja on vaikeaa hahmottaa miten hyvinvoinnin eri osa-alueet ovat kytköksissä siihen. Koulutuksiin liittyykin joskus odotuksia teknistyyppisistä ratkaisuista mielenterveyden ongelmiin.

Hankkeen tulokset ja vaikutukset

Hankkeen koulutuksiin osallistui 18 942 henkilöä kaikista maakunnista. Koulutuksia oli kaiken kaikkiaan 1139. Selvästi suurin osa nuorten mielen ensiapu® -koulutuksiin osallistuneista koki saaneensa koulutuksessa lisää tietoa, taitoa ja rohkeutta tukea lasten ja nuorten mielenterveyttä työssään ja/tai vapaa-ajallaan. Hankkeessa on painotettu jäljellä olevaa mielenterveyttä, vaikka olisikin todettu sairaaksi. Hanketoimijoiden mukaan vaikuttavuutta ei kahden vuoden hankkeessa voi tutkia, hyötyjä ja vaikutuksia kyllä. Tutkimuksellinen tuki tarvittaisiinkin esim. mielenterveyden ensiapu® 1:seen. Hanketoimijoiden mukaan olisi hyvä tutkia ja selvittää onko ammattilaisten työtapo muuttunut koulutusten seurauksena.

Ennakoimattomana tuloksena hanketoimijat mainitsivat sen, että ulkopuolelta hankeyhteistyökumppanien puolesta tuli paljon apuja juurruttamiseen. Koulutusten kysyntä oli myös ennakoimatonta.

Vaikuttavuusvalmentamo-prosessia ei hankesuunnitelmassa ollut, mutta siihen lähteminen tuki tuotteen kehittämistä ja kustannusvaikuttavuuden esiin tuomista hanketoimijoiden mukaan. Sote- ja Maku-uudistusten valmistelu vaikutti hankkeen työhön heikentävästi: ihmiset vaihtuivat usein, ja hanketoimijoiden tuli olla mukana monenlaisissa em. teemoihin liittyvissä tilaisuuksissa, joiden osallistujista tai tavoitteista ei ollut aina kovin selkeää kuvaa. Avainihmisten löytyminen alueilta helpotti hanketoimijoiden mukaan kuitenkin sittemmin tilanteen jäsentämistä. Hankkeessa on luotu alueellisia koordinoinnin malleja ja on saatu eri tahoilta ihmisiä tekemään yhteistyötä asian puitteissa.

Juurtuminen

Juuruttamista on suunniteltu hyvin. Juuruttamisessa otettu erikseen kohteeksi ohjaajakoulutukset, paikallinen/alueellinen taso, organisaatiotaso ja strateginen taso. Lisäksi eri tasoilla ei ole toimittu ainoastaan informaatiovaikuttamisen keinoin, vaan tavoiteltavina tuloksina oli kirjauksia strategioihin, koulutusten konkreettista vakiintumista, paikallisten koordinaatioiden muodostumista ja yhteistyötä juuruttamiseen liittyen: "Hankkeelle perustettava työryhmä laatii juuruttamissuunnitelman ja valvoo sen toteuttamista. Mukana olevien järjestöjen asiantuntemusta käytetään uusien kohdennettujen sisältöjen tuottamiseen ja koulutusten levittämiseen."

Hanketta koskevista dokumenteista ei tosin käy tarkalleen ilmi ko. juuruttamissuunnitelma, eikä sitä, kuinka paljon on mahdollisuuksia fasilitoivaan tukeen ja missä määrin tehdään juuruttamissuunnitelman seuranta. Joka tapauksessa toimeenpanoa ja juurtumista ehdottomasti auttaa se, että juuruttamissuunnitelmat on tehty alueellisesti. Tämä on hyvä paikallisten erityispiirteiden huomioimiseksi, mutta myös siksi koska vastuu mielenterveydestä ja terveyden edistämisestä tulee jakaantumaan kuntien ja maakuntien kesken.

Jatkossa tavoitteena on "lyödä mainosrumpua kuntiinkin päin koulutuksista". Tämä mukana myös ensi vuoden suunnitelmissa. Huomio juuruttamiseen liittyen: Hankkeen aikana jäi myös paljon alueita ja kuntia ulkopuolelle, koska tässä hankkeessa käytettiin resurssit siihen, että keskityttiin toimimaan alueilla, joissa oli yhteistyökumppanit. Hankkeen aikana ei lähdetty tavoittelemaan uusia alueita.

Juurtumistyö jatkuu, koulutusten pitäminen jatkuu. Kumppaneidenkin kanssa on tehty jatkosuunnitelmia. Alueellisilla verkostopäivillä marraskuussa sovittiin yhteistyössä seuraavat askeleet ensi vuoteen. Taustaorganisaatiolta tulee resurssitukea juuruttukseen, käytännössä koulutusten rahoitukseen. Ajatuksena on, että maakunnat ostavat koulutuksia jatkossa. Tiedossa on ainakin Kuopiossa maakunnallinen HYTE-foorumi, joka on kiinnostunut. Pohjois-Pohjanmaalla myös kirjattu koulutukset hyvinvointisuunnitelmaan verrattavissa olevaan Arjen Turvaa-suunnitelmaan. Myös Mikkeli kaupunki kiinnostunut ja oppilaitokset sekä myös muitakin tahoja.

Juurtumista tukee myös se, että on 640 ohjaajaa koulutettu eri organisaatioihin, pitävät teemaa yllä osana omaa työtänsä. Alueellista vaihtelua esiintyi sen mukaan, nähtiinkö koulutukset koko maakunnan edun kannalta, vaiko ainoastaan oman organisaation juttuina. Toisaalta myös kunnat ja sairaanhoitopiirit toimivat aika lailla omissa sektoreissaan. Hankkeen kansallinen kattavuus rakentuu siten, että osassa alueita on koulutettu sairaanhoitopiireissä, osassa kunnissa. Lisäksi on ollut tilanteita, joissa henkilökunta osallistunut kaupungilla avoimiin tilaisuuksiin, mutta johtoa ei ole saatu sitoutettua. Osa kumppaneista (49) osallistuu maakunta- ja sote-uudistuksen toteuttamiseen. Yhteistyökumppaneina oli myös mm. Hyte-valmistelijoita.

Päihdeilmiö ja ryhmäilmiö (PIRI) -hanke	
Toteuttaja	Ehyt ry
Hankkeen tavoitteenasettelu	
<p>Hanke sijoittuu kärkihankkeen ” ”Väestön mielenterveystaidot ja eri alojen ammattihenkilöiden mielenterveysosaaminen” -teeman alle. Hankkeen tavoitteena on ”vaikuttaa ammattikoululaisten päihdekäsityksiin ja -käyttäytymiseen sekä tukea heidän ryhmäytymistään ja mielenterveystaitojaan.”. Hankkeen omassa vuokaaviossa päämääränä mainitaan: ”edistetään ammattiin opiskelevien terveyttä ja hyvinvointia ja kavennetaan ammattiin opiskelevien terveyseroja verrattuna muuhun ikäluokkaan”. Vuokaavion mukaan hankkeessa on siis päämääränä terveyden edistäminen, tätä ei kuitenkaan varsinaisesti seurata, eikä siihen ihan suoraan pyritä vaikuttamaan. Fokus on ehkäisevässä päihdetyössä ja sosiaalisen pääoman kehittämisessä ja ymmärtämisessä. Toisaalta kyseessä on kokonaisuhyvinvoinnin näkökulma ja omaksuminen ja sitä kautta mielenterveystaidot ja sosiaaliset taidot ovat osa tätä kokonaisuutta.</p> <p>Hanke toimii haastavassa asemassa toimintaympäristön muutosten kannalta: oppilaitosmaailmassa on tapahtunut paljon muutoksia opetukseen, tunnit vähentyneet, opettajien määrä ja henkilökunnan määrä on supistettu, kouluissa juuri puhuttu yksilöllistamisestä, kun hankkeen koulutuksessa on kyse ryhmäilmiön korostamisesta.</p> <p>Tavoitteena oli järjestää 160 koulutusta ryhmäilmiötä, mikä tarkoittaisi n. 4800 ammattilaista. Tämä olisi noin kolmasosa kaikista opettajista. Tavoitetta tarkennettiin sittemmin.</p> <p>Ainoa valtionavustushanke kärkihankkeessa, joka toimii oppilaitosten kanssa, ja näin STM:n hallinnon ja siten määritelmällisen, kärkihanketta laajemman terveyden edistämisen kansallisen projektin ulkopuolella. Hanke ei toimi sote-sektorilla, muttei kunta-sektorillakaan. Temaattisesti kuitenkin terveyden edistämistä. Tämä asettaa omat haasteensa toiminnalle – mm. kärkihankapäivillä käsitellyistä asioista osa ei kohtaa tätä hanketta lainkaan. Juurruttamisen kannalta on haasteellista, kun ei ole säätiö- ja yritys pohjalta toimivien oppilaitosten osalta koostavaa instanssia, johon ottaa yhteyttä. Toisaalta oppilaatkin ovat kuntalaisia ja siten kunnan terveyden edistämiseen liittyvät velvollisuudet koskevat heitäkin.</p>	
Hankkeen toteutus ja toimenpiteet	
<p>Päihdeilmiö on toteutunut lähes kaikissa maakunnissa. Oppilaitosten tavoittaminen ollut välillä vaikeaa, mutta sen jälkeen, kun on tavoitettu, yhteistyö on toiminut. Joissain kouluissa ja ryhmissä on niin haasteellisia tilanteita, että vaikka olisi ilmainen koulutus, niin ei pystytä ottamaan. Kouluissa voi olla liikaa haasteita arjen ns. normaalikoulutuksen kanssa jo. Viime keväisen koulureformin on koettu joissain kouluissa sekoittaneen vastuita ainakin väliaikaisesti. Hankkeessa hyödynnetään kouluttajaverkostoa, tärkeä osa kokonaisuutta, mutta heidän kouluttaminen ja perehdyttäminen vie aikaa ja resursseja.</p> <p>Hankkeen käynnistyminen oli hidasta. Toimintaa on kuitenkin helpottanut olennaisesti se, että on rakenne, jonka mukaan toimia: on tehty oppilaitosmaailmaan, ja on kouluttajaverkostoa. Koulutusten toteuttaminen sinällään perustyötä ja onnistuu hyvin, haasteena markkinointi. Toteutumista edistäneet tietyt olemassa olevat taustaorganisaation rutiinit, organisaation tuki taustalla sekä asiantuntijatuki taustalla. Koulutuksia muokataan palautteen perusteella ja otetaan erilaisia näkökulmia.</p> <p>Hankesuunnitelman osalta on tavoitettu tavoiteltu kohderyhmä, mutta huomattu myös, että on ryhmiä, joille toimintaa pitäisi suunnata. Esimerkiksi opettajaksi opiskeleville, asuntolaohjaajille eli hankkeen kannalta uusille kohderyhmillä. Paikallisten erityispiirteiden huomioiminen ja koulutuksen muokkaaminen niiden mukaisesti on jo mallissa sisäänrakennettuna: oppitunnilla</p>	

keskitytään niihin päihteisiin, jotka opiskelijat eri alueilla ottavat esiin; jos ennakkotietona ollaan saatu opettajilta jotain, tämä otetaan huomioon. Asiakasosallisuus ja palvelumuotoilu: päihdeilmiöstä on mobiilipalaute, ja ryhmäilmiöstä sähköpostitse kysely. Koulutusreformin vuoksi tullut paljon ”hyvä juttu, nyt ei ole aikaa” -vastauksia. Työntekijät ja verkosto osaavia henkilöitä ja Ehyt ylipäättään mielletään aika luotettavana, hyvä leima. Mutta, kentällä ehkäisevä päihdetyön ymmärrys ei ole vastaavalla tasolla. Korjaava työ on keskiössä kentällä, ei niinkään haittojen vähentäminen/ennaltaehkäisy.

Haasteena toteuttamiselle on se, että siihen mitä koulun sisällä koulutuksesta kerrotaan, ei voida vaikuttaa kovinkaan paljoa, ja sillä on kuitenkin suuri vaikutus asian kehystämisen ja siten toiminnan onnistumiseen.

Hankkeen tulokset ja vaikutukset

Ryhmäilmiö-koulutuksen osalta kohdattuja oli yhteensä 1799 ja koulutuskertoja 80 yhteensä 61 oppilaitoksessa. Määrää voi pitää varsin hyvänä, joskin se jää aivan alkuperäisestä tavoitteesta. Päihdeilmiö-oppitunneilla kohdattuja on yhteensä 13 366 (opettajia 756) 156:ssa oppilaitosyksikössä. Koulutuksia toteutettiin 17 maakunnan alueella.

Ryhmäilmiö-koulutukseen osallistuneista selkeä enemmistö arvioi, että koulutus ja kirja motivoi heitä kiinnittämään uutta tai erityistä huomiota ryhmän ohjaamiseen ja että he saivat uusia valmiuksia ryhmän ohjaamiseen. Päihdeilmiö-koulutuksiin osallistuneista lähestulkoon kaikki kokivat koulutuksen antaneen heille hyödyllistä ja tarpeellista tietoa ja osallistujat kokivat voineensa kertoa ja keskustella omista näkemyksistään oppitunneilla. Koulutukselta oli toivottu pidempää kestoja. Lisäksi hankkeen aikana koulutettiin 49 kouluttajaa, jotka toteuttavat jatkossakin koulutuksia. Toiminnan jatkon kannalta kouluttajaverkosto on ollut tärkeä.

Juurtuminen

Juuruttamisesta: ”on pyritty päästä ylemmällekkin tasolle, mutta kun sitä ylempää tasoa ei ole olemassa tällä hetkellä”. Voidaan juurtua oppilaitos kerrallaan.

Hyvänä käytäntönä juurtumisen edistämiseen liittyen voidaan mainita hankkeessa tehty kysely ja erityisesti myös haastattelut juurtumiseen liittyen. Tämän tiedonkeruun tulosten mukaan oppilaitosten työntekijät arvioivat, että juurtumisen esteinä on ollut oppilaitoksissa lisääntyvä kiire, jatkuvat muutokset sekä näihin liittyvä työtehtävien moninaisuus ja hajanaisuus. Hankkeessa on muutenkin kerätty jatkuvaa palautetta toiminnasta.

Markkinointia pitäisi uudistaa, koska toiminta on maksullista. Pitäisi tavoittaa oikeat tahot ja löytää oikeat paikat. Hanketoimijoiden mukaan opettajakunta kyllä havahtuu, mutta eivät ole päättämässä niistä asioista. Päätäviä tahoja pitäisi saada kiinni.

Hankepäällikkö: Toivottavasti kouluttajaverkoston jäsenet kokevat olevansa osa isompaa verkostoa, ja saattavat jäädä töihin. Eivät pelkästään välttämättä tätä menetelmää kouluta, vaan muitakin.

Ehyt ry:n ymmärrys ammatillisten oppilaitosten kentästä joka tapauksessa kasvoi, ja siten työskentely jatkossa kentällä on tehokkaampaa. Rakenne juurruttamiselle on valmiina, nyt on yhteydet ja pystytään viemään toimintaa eteenpäin. Hankkeen myötä syntyi kontakteja ja yhteystietoja, verkostoa. Jatkossa toiminta on maksullista, mutta ei erityisen kallista, käytännössä valtakunnallisesti tulee kattaa matkakulut.

Maakunta- ja soteuudistukset eivät sinällään juurikaan koske tätä hanketta ja koulutusten juurtumista; Ammatilliset oppilaitokset ovat aika itsenäisiä, saavat itsenäisesti päätät,

maakuntien johtajat eivät pysty asiaan juurikaan vaikuttamaan. Voivat viedä viestiä rehtorien kokouksiin, mutta eivät voi sinällään juurruttaa.

EHYT tekee kuntien kanssa kumppanuussopimuksia ala- ja yläkoulujen puolelle, kunnissa alettu heräämään siihen, että kumppanuussopimukseen voisi liittää myös toisen asteen. Hyvinvointiryhmille ja -koordinaattoreille on myös tärkeää viedä viestiä.

SAKU ry ollut yhteistyökumppani, heillä on nyt vuosikellossaan elo-syyskuussa ryhmäilmiö: suosittavat oppilaitoksille. Tämä on siis oppilaitoksiin suoraan menevä viesti. Tarvitaan rahoituksellinen tuki, että pystytään toteuttamaan kouluttajaverkoston tukemista. Koulutukset jatkuvat joka tapauksessa. Olemassa olevat yhteistyöverkostot mahdollistavat toteuttamisen jatkossa.

Ensiapu itsemurhavaarassa olevalle – ELÄMÄ	
Toteuttaja	Utsjoen kunta
Hankkeen tavoitteenasettelu	
<p>Hankkeessa pilotoidaan Pohjois-Suomessa (Living Works -yhtiön) ASIST-koulutuskokonaisuus. Tarkoituksena on kouluttaa itsemurhien ehkäisytaitoja laajalti eri ammattiryhmille ja kansalaisille. ASIST-koulutuksen avulla ajatellaan koulutetun todennäköisyyden puuttua itsetuhoisuuteen kasvavan. Ensiapu itsemurhavaarassa olevalle on siis välillinen. Kohdealueen riskiryhmässä olevat henkilöt eivät välttämättä ole tekemissä ammattilaisten kanssa. Hankkeessa on huomioitu tämä tiedonkulkuun ja tavoitettavuuteen liittyvä pullonkaula ja vastattu tähän kouluttamalla myös muita kuin ammattilaisia.</p> <p>Informaation lisäämisen ohella pyritään parantamaan myös saavutettavuutta: Tutkimustiedon perusteella noin puolet itsemurhan tehneistä ei ole ollut kontaktissa mihinkään ammattilaiseen, ja noin toinen puoli on ollut yhteydessä perusterveydenhoitoon, ja on ollut epäselvää, onko osattu tunnistaa itsemurhavaara. Hankkeessa tuodaan ammattilaisille työkalu, jonka avulla asiasta voidaan puhua. Lisäksi hanke vastaa myös siihen tilanteeseen, jossa omaiset ovat nähneet, että läheinen ei voi hyvin ja ei ole ollut kontaktissa ammattilaisiin. Tällöin saadaan koulutettua sellainen maallikko lähelle, joka osaisi puhua ja antaa ensiapua, ja hänellä olisi tieto siitä mistä ja miten saada apua. Hankkeessa on edellä mainittujen toimintojen lisäksi luotu Pohjois-Suomen eri alueille lisäksi ”auttajat paikallisesti” -listat.</p> <p>Hankkeen toiminta liittyy myös laajempaan palvelujärjestelmän sokeaan pisteeseen: itsemurhavaarassa olevan tilannetta ei terveyskeskuslääkäri välttämättä tunnista. Kriisitilanteissa poliisi ja ensihoito ovat ensin paikalla, mutta yhteys lääkärikuntaan tapahtuu oikeuslääketieteelliselle, ei terveyskeskustasolle, joka jää siis ilman tietoa. Toisaalta jokaisen terveyskeskuksen pitäisi seurata oman alueen terveydentilaa. Koulutus voi auttaa tässä, koulutuksissa noin puolet ovat olleet sote-alan ammattilaisia.</p> <p>Itsemurha-ajatusten huomioimisessa on tärkeää myös ammattilaisen asenne ja kulttuuri: suhtaudutaanko itsemurha-ajatuksiin yhtä vakavasti kuin muihin kuolemanvaaraa aiheuttaviin sairauksiin tai tilanteisiin? ASIST-koulutus sisältää lähes puoli päivää asenteisiin liittyvää sisältöä. Hanke operoi Pohjois-Suomen alueella, joka on maantieteellisesti suuri, mutta väestöltään pieni osa Suomea. Hanketta laajempaa juurruttamistavoitteena on jalkauttaa koulutus koko Suomeen.</p>	
Hankkeen toteutus ja toimenpiteet	
<p>Hanke tuli toteuttajien mukaan käynnistää pikaisesti. Vivatilla (hallinnoi Norjassa Living Worksin muitakin itsemurhien ehkäisyyn koulutuksia, toimii Tromssan yliopiston alaisuudessa)</p>	

on 2 krt vuodessa kurssiohjaajakoulutukset. Ensimmäinen olisi ollut 2/2017, siinä vaiheessa vielä neuvoteltiin koulutusmateriaalin käännoisasiosta, joten tähän ei osallistuttu, toinen oli lokakuussa 2017, jossa oli mukana 3 hlöä. Koulutuksia mainostettiin paikallislehdissä, seurakunnan kanssa yhteistyössä kynttiläkirkoissa, mediassa jne. Itsemurhia on ollut pohjoisessa viime aikoina suhteellisesti aika paljon, ja koulutukset on saatu täyteen vähäisellä markkinoinnilla. Myöhästymisestä huolimatta hanke on hanketoimijoiden mukaan hyvässä vauhdissa: 88 ihmistä koulutettu (kesä 2018). Enempää toteuttajat eivät ehdi pitämään koulutuksia (projektipäällikkö toimii päivätöissä Utsjoen vastaavana terveyskeskuslääkärinä ja hankekoordinaattori osa-aikaisesti erikoissairaanhoidajana SANKS:ssa joka on Norjassa toimiva saamelaiden kansallinen psykiatrian ja päihdehuollon osaamiskeskus.

Jatkorahoitusta haetaan. Ongelmaksi toteutuksessa on kuitenkin muodostunut se, että ASIST-koulutuksen taustalla oleva Living Works -yhtiö totesi Elämä-hankkeen olevan liian pieni, jotta materiaalin käännoistyöhön kannattaisi alkaa. Virallisia koulutusmateriaaleja ei ole siis käännetty, mutta apusivuja kyllä. Hankkeella on lupa kouluttaa käyttäen ja tulkiten norjankielistä materiaalia (koulututtuneet kouluttajat). Ko. materiaali on lokalisoitu suomenkielisillä avainsanoilla ja avainlauseilla ja se on Vivatin tarkastama ja hyväksymä. Koulutus on luonteeltaan keskustelevala.

Kohderyhmän osalta kaikkia toivottuja ammattiryhmiä ei ole vielä tavoitettu: lääkärit, poliisit, ensiapuhoidajat puuttuvat. Hanketoimijoiden motivaatioon on vaikuttanut positiivisesti se, että koulutuksissa he kokevat tekevänsä jotain konkreettista ja sellaista mitä ei ole aiemmin ollut ja mille on tarvetta. Asiakasosallisuus näkyy sitä kautta, että Living Works kehittää koulutusta koko ajan palautteen perusteella, nyt on menossa 11. versio ASIST-koulutuksesta. Elämä-hanke itse kuitenkin pyrkii pitämään koulutuksen mahdollisimman muuttumattomana. Hanketoimijoiden mukaan ilman Vivatin vahvaa halua ja tukea pohjoismaiseen yhteistyöhön koko hanke ei olisi ollut mahdollista toteuttaa.

Hankkeen tulokset ja vaikutukset

Hankkeessa saatiin koulutettua 118 henkilöä, mikä on hanketoimijoiden mukaan hyvä tulos suhteessa pienten paikkakuntien asukasluumääriin. Psykologeja ei saatu mukaan ja lääkäreitäkin huonosti. Poliiseilta on tullut palautetta, että ovat saaneet ennaltaehkäisyyn tietoa, esim. Kemin poliisilla on nyt vastuuhenkilö, jolla on osaamista kysyä ja tehdä itsemurhainterventio.

Yhteistyö Vivatin kanssa on ollut tiivistä, ja myös heille on raportoitu hankkeesta. Hankkeen täydellisen onnistumisen kannalta ongelmaksi muodostui se, että koulutusmateriaalia ei kokonaisuudessaan saatu hankkeen aikana käännettyä suomeksi. Myös materiaalin kulttuuristaminen, eli kulttuuristen erojen huomioiminen on tärkeää. Hanketoimijoiden mukaan tältä osin materiaali toimi kuitenkin hyvin: suomalainen kulttuuri ei eroa norjalaisesti niin paljoa, enemmän ongelmana oli itse kieli.

Vivat on ollut tyytyväinen hanketoimijoiden raportointiin, eikä sieltä ole tullut niihin kommentteja. Rovaniemellä oli Vivatin edustaja mukana seuraamassa koulutusta (suomenkielinen henkilö, joka asunut pitkään Norjassa) ja raportoi Vivatille miten avainsanoilla hoidettu koulutus toimii. Hanke on sikäli edistänyt heikoimmassa asemassa olevien asemaa, että tämän koulutuksen avulla on autettu myös erityisesti miehiä, jotka ovat aliedustettuina mielenterveyspalvelujen asiakkaina. Taitoja tulisi kuitenkin myös ylläpitää, siihen ei tässä hankkeessa ollut mahdollisuuksia, Vivatilla on myös täydennyskoulutusta.

Hanke oli esillä paikallisesti ja sitä kautta avoimuus teemasta lisääntyi, hanketoimijoiden mukaan asiasta pystyi puhumaan helpommin kuin aiemmin – sekä hanketoimijat että

koulutuksiin tulleet. Yhteydenotot ovat helpompia, kun asia on ollut hieman aiempaa enemmän julkisuudessa. Hanketoimijat ovat saaneet palautetta, että koulutus on auttanut myös koulutukseen osallistujan mahdolliseen omaan itsetuhoisuuteen.

Hankkeen tulokset ovat kohdistuneet ammattilaisten ja kansalaisten osaamisen vahvistamiseen, sensitiivisen teeman esille nostamiseen ja sitä kautta aiempaa paremman puuttumisen mahdollistamiseen ja yhteistyön lisäämiseen paikallisten auttajatahojen kanssa. Hankkeen seurauksena maallikko voi puuttumisella ja kysymisellä ennaltaehkäistä parhaimmillaan terveydenhuollon käynnin. Seurakunnat hankkeen toiminta-alueella ovat todenneet, että asiasta voi hankkeen seurauksena puhua aiempaa avoimemmin.

Hankkeen aikana on hyödynnetty Petri Hillin näkemyksiä taloudellisesta arvioinnista sekä THL:n tekemää työtä arviosta itsemurhan hinnasta yhteiskunnalle. Hanketoimijoiden mukaan parempi mittari voisi olla itsemurhayritysten määrä, joskin sekin on hyvin välillinen eikä hankkeen tuloksia voi sen perusteella suoraan muodostaa. Hanketoimijoiden omissa laskuissa hankkeen juurtumisella olisi maksimissaan vaikutusta itsemurhayritysten alenemaan 20 % verran (sairaalahoitoa vaativat). Tämä olisi hieman paremmin mitattavissa kuin 0-3 itsemurhaa vähemmän vuodessa. ICD10:ssä listataan itsemurhat ja muut vammojen syyt, itsemurha tai muu itsensä vahingoittaminen. Mikäli näitä kirjattaisiin kunnolla, tätä kautta on mahdollista päästä hieman paremmin seurannassa eteenpäin. THL:n Hilma-tiedoista saisi näitä poimittua.

Juurtuminen

Living Worksin lähtemistä mukaan juurruttamistyöhön saattaisi edesauttaa se, mikäli toiminta olisi valtakunnallista. Tällöin se tarvitsisi jonkun kotiorganisaation. Hanketoimijoiden mukaan aluksi pohdittiin esimerkiksi MTKL:ää luontaiseksi kotipesä koulutukselle (kesä 2018). Myös maakuntahallinto voisi olla sellainen organisaatio, joka voisi ottaa koulutuksen omakseen, nimenomaan terveyden edistämisen kannalta. Maku olisi tukemassa kuntia terveyden edistämässä ja tämän koulutuksen tarjoaminen olisi yksi tapa tukea. Sittenkin (lokakuu 2018) on pohdittu Lapin sairaanhoitopiirin mahdollisuutta olla kotiorganisaatio, MTKL:n osalta pohdinta jäi. Sami Soster on hakenut poronhoitaja-hyvinvointihankkeeseen rahoitusta, tässä myös hankittu rahoitusta muutamalle koulutuksen ensi vuoden aikana (päivitys joulukuu 2018: hanke ei saanut rahoitusta).

Vivat on voittoa tuottamaton Tromssan yliopiston alaisuudessa toimiva laitos. Sillä ei ole taloudellista mahdollisuutta lähteä tukemaan koulutuksen levittämistä Suomessa, vaikka onkin toiminut keskeisenä taustaorganisaationa hankkeessa. On kuitenkin valmis yhteistyöhön jatkossakin. Juurruttamisen osalta tavoite levittää koulutus koko Suomeen oli jälkikäteen katsottuna liian korkealle asetettu.

Yhteinen keittiö

Yhteinen Keittiö	
Toteuttaja	Kirkkohallitus
Hankkeen tavoitteenasettelu	
<p>Hankkeen keskeisenä visiona tai päämääränä on edistää hyvää elämää. Sen keskeisin tavoite on se, että jokaiseen tulevaan maakuntaan perustetaan vähintään kahteen kuntaan yhteinen keittiö, joka on fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti esteetön matalan kynnyksen yhteinen tila ja joka vahvistaa osallisuutta ja ehkäisee yksinäisyyttä. Tätä keskeistä tavoitetta voidaan pitää konkreettisena ja varsin realistisena. Sen sijaan hankkeen osatavoitteet ovat hyvin laajoja ja näin lyhyeen hankkeeseen nähden sisällöltään ylimitoitettuja. Osatavoitteita ovat:</p>	

- 1) Hanke laajentaa ja juurruttaa yhteisöllisyyttä luovia toimintoja osaksi ihmisten osallisuuden ja hyvinvoinnin edistämistä ja kestävästä kehitystä. Tämä sisältää yhteisen ruoan laitton opettelu, yhteisen ruoan laitton, yhteisen aterioinnin ja yhdessä toimimisen.
- 2) Hanke edistää mahdollisuuksiensa mukaan lähiruoan käyttöä ja torjuu hävikkiruokaa.
- 3) Hanke vahvistaa kansalaisten vapaaehtoisuutta ja vertaisuutta.
- 4) Hanke tasoittaa erilaisten ihmisryhmien välisiä eroja.
- 5) Maakuntakeittiöt tarjoavat paikan yhteistyökuntien terveys- ja sosiaalipalveluiden jalkautumiselle ja palveluiden osittaiselle siirtämiselle keittiön yhteyteen kunnan tarpeiden mukaan.

Hankkeen toteutus ja toimenpiteet

Hankkeen valmistelu suoritettiin suhteellisen lyhyessä ajassa vuoden 2016 kesällä. Keskeisiksi yhteistyökumppaneiksi tulivat Ehkäisevä Päihdetyö EHYT ry, Helsingin Diakonissalaitos, Maa- ja kotitalousnaisten keskusliitto ja Marttaliitto. Yhteistyökumppanit ovat mukana ohjausryhmässä ja HDL sekä Marttaliitto myös johtoryhmässä. Yhteistyökumppaneiden panos oli erityisesti suunniteltu koulutuksellisiin, koordinoiviin ja viestinnällisiin tehtäviin. Erittäin keskeisessä roolissa hankkeessa ovat toimineet pilottikeittiöt, joita on viidellä paikkakunnalla: Tampereella, Vihdissä, Porvoossa, Seinäjoella ja Lahdessa.

Hankkeen keskeiset toimenpiteet voidaan jaotella seuraavalla tavalla:

- 1) Yhteinen keittiö -konseptin mallintaminen ja konseptointi.
- 2) Toimintakonseptin ja pilottien hyvien käytäntöjen levittäminen.
- 3) Yhteistyöverkoston rakentaminen.
- 4) Hyte-maakuntakierros ja osallisuustyöpajakiertue.
- 5) Osallisuusmittarin rakentaminen ja vaikuttavuuden analyysi.

Hankkeen toteutusta on hankaloittanut se, että hankkeen kesto laajaan levittämiseen on varsin lyhyt. Lisäksi hankebudjettia karsittiin – tämä olisi pitänyt näkyä tavalla tai toisella myös alkuperäisessä tavoitteenasettelussa. Lisäksi itse Yhteisen keittiön – brändi on eri pilottipaikkakunnilla varsin erilainen; ne ovat toimineet jo ennen hanketta ja siten toimintatavat ovat monessa pilotissa olleet varsin vakiintuneita. Brändin kokonaisuus on siis toimenpiteiden jälkeenkin hieman epäselvä; voidaan hyvällä syyllä kysyä, olisiko toimenpiteiden suunnittelu edesauttanut myös vahvemman brändin rakentamista. Suunnittelun pitkittäminen olisi varmasti osaltaan myös sitouttanut kumppaneita vahvemmin hankkeen toteutukseen.

Pilottipaikkakunnilla toimenpiteet kuitenkin ovat olleet sen suhteen onnistuneita, että kohderyhmää on tavoitettu hyvin. Joskin kaikkein heikoimmassa asemassa olevien kohderyhmien suhteen tehtävää vielä riittää. Positiivista on, että keittiöiden osallistujakunta on selkeästi heterogeenisempää kuin ennen hanketta. Hankkeen aikana esimerkiksi lapsiperheiden määrä on kasvanut osallistujakunnassa.

Hankkeen tulokset ja vaikutukset

Ideaa siitä, että konsepti leviäisi jokaiseen Suomen maakuntaan ja lopulta toimisi laajemminkin voidaan pitää tavoiteltavan arvoisena. Monesta muusta hankkeesta poiketen (erityisesti Voimaa vanhuuteen ja Neuvokas perhe) tässä hankkeessa liikkeelle lähdettiin varsin tyhjästä – takana ei ollut vuosia kestänyttä kehitystyötä ja varsinkaan olemassa olevaa kouluttaja- ja yhteistyöverkostoa. On selvää, että tässä suhteessa Yhteinen keittiö lähti pitkältä takamatkalta. Toimintamalli monistettiin 5 pilotista 21 uudelle paikkakunnalle ja hankkeen loppuessa kehitteillä on vielä 10 Yhteistä keittiötä eri paikkakunnilla. Hankkeen loppuessa on toiminnassa 40 Yhteistä keittiötä – täten tulosta ei voi pitää huonona ottaen huomioon hankkeen lyhyt kesto. Maantieteellisesti heikoimmalta näyttää Itä-Suomessa, Pohjois-Suomessa ja Pohjanmaalla.

Hankkeen tekemän loppukyselyn mukaan keskeisiä tuloksia on palveluiden käyttäjien osalta ollut koetun osallisuuden ja hyvinvoinnin kasvu, terveellisen ruoan helpompi saatavuus ja se, että Yhteiset keittiöt ovat mahdollistaneet myös uudenlaisen vapaaehtoisuuden nousun monilla

paikkakunnilla. Porvoon pilotin osalta mainittakoon aidon korttelikeittiön muodostuminen kaupunkiin. Se on mahdollistanut esimerkiksi terveellisen ja taloudellisen ruuanvalmistuksen, omien ruokakasvien kasvatuksen, laajemman yhteisöllisyyden ja osaltaan Yhteinen keittiö on mahdollistanut Porvoossa myös erilaiset retket, kurssit ja tapahtumat. Hankkeen aikana Porvooseen perustettiin myös toinen korttelikeittiö.

Yhteiset keittiöt ovat myös muodostuneet mahdollisiksi toiminta-alustoiksi niin nykyisille kuin myös tuleville hyte-palveluille. Ne ovat myös kaikille avoimia matalan kynnyksen paikkoja, joihin tarvittaessa voi linkittää erilaisten sote-palveluiden pisteitä. Yhteiset keittiöt ovat toiminnallaan myös osaltaan luoneet sote-alan ammattilaisille paikan, jossa he voivat uudella tavalla harjoittaa yhteisöllistä ja luovaa toimintaa. Yhteiset keittiöt toivat arvoneutraalina alustana ”ei kenenkään maalla” erilaisille sote-palveluille (esim. sosiaalitekijät, sairaanhoitajat ja työvoimapalvelut).

Juurtuminen

Yhteinen keittiö oli kärkihankkeessa uusi konsepti, se ei nojannut yhteen vahvaan toimintamalliin ja brändiin, kuten monet muut kärkihankkeen interventiot tai osahankkeet. Kappalemääräisesti Yhteisiä keittiöitä kuitenkin perustettiin tavoitteisiin nähden varsin hyvin. Kaikkiin maakuntiin ei vielä hankkeen aikana päästy toteuttamaan konseptin mukaista toimintaa.

Yhteisen keittiön idea kaikille avoimena kohtaamispaikkana, alueiden olohuoneena ja uudenlaisen yhteisöllisyyden luojana on kuitenkin hyvä. Ajatuksena Yhteinen keittiö ei ole uusi, maamme on täynnä erilaisia matalan kynnyksen paikkoja. Ne on usein suunnattu tietyille kohderyhmille (esimerkiksi eläkeläiset, mielenterveyskuntoutujat, nuoret ja työttömät) ja tällöin myös niiden toiminta on suunniteltu nämä kohderyhmät huomioiden. Yhteinen keittiö ei välttämättä sovi tietyille kohderyhmälle tarkoitetun matalan kynnyksen paikan toimintaformaattiin. Näillä paikoilla on jo olemassa oma historia ja toimintatapansa – eivätkä ne houkuttele aidosti laajempaa asiakaskuntaa.

Millainen sitten olisi optimaalinen yhteinen keittiö? Tämän hankkeen opetukset ovat seuraavanlaisia. Yhteisen keittiön toiminta voisi olla kunnan tai vaikka johonkin alueeseen sidotun neutraalin asukasyhdistyksen vastuulla. Sen toiminnan lähtökohtana on paikallisuus eikä se saa olla suunnattu vain tietyille kohderyhmille. Osallistujat eli alueen asukkaat päättävät, mitä Yhteisessä keittiössä tehdään. Terveellinen ruoka ja terveystottumusten edistäminen olisivat eräs toiminnan kivijalka. Yhteisen keittiön tulisi edistää osallisuutta ja sen kautta vahvistaa alueen asukkaiden terveyttä. Yhteinen keittiö olisi myös eräänlainen pop up - palvelupiste niin sote-palveluille kuin yrittäjien toiminnoille.

Yhteisen keittiön tapaiset paikat olisivat hyvin luonnollinen osa kuntien hyte-palveluita, joihin voi liittää myös sote-palveluiden pop up -pisteitä. Yhteinen keittiö -konsepti voisi olla kunnille jatkossa konkreettinen tapa herättää henkiin aitoa kyläyhteisöllisyyttä laajemmassa mittakaavassa.

Ikääntyneiden fyysisen aktiivisuuden edistäminen

Voimaa vanhuuteen tutuksi ja tavaksi

Toteuttaja	Ikäinstituutin säätiö
------------	-----------------------

Hankkeen tavoitteenasettelu

Hankkeen sisältö on hyväksi todettu vuosien varrella ja itse Voimaa vanhuuteen -konseptilla on jo pitkään ollut STEA (entinen RAY) rahoitus. Tämän johdosta hankkeen tavoitteenasettelu on erittäin selkeä. Tämän kyseisen hankkeen päätavoitteena on se, että 60-80% niistä kunnista,

jotka eivät ole olleet Voimaa vanhuuteen -ohjelmassa, käyttävät poikkisektorisen yhteistyön avulla Voimaa vanhuuteen -terveysliikuntakäytäntöjä. Käytännössä tämä määrällisesti tarkoittaisi 110 kuntaa. Päätavoitteen lisäksi hankkeella on neljä alatavoitetta, jotka nekin ovat hyvin selkeät:

- 1) Päättäjät ja toimijat eri sektoreilta tuntevat Voimaa vanhuuteen tutuksi ja tavaksi - hankkeen tavoitteet, kohderyhmät ja hyviä käytäntöjä.
- 2) Alueilla ja kärkikunnissa on osajia, joilla on valmiudet fasilitoida Voimaa vanhuuteen - hyvien käytäntöjen käyttöönottoa ja poikkisektorista yhteistyötä.
- 3) Kärkikunnat ovat ottaneet poikkisektorisella työtavalla soveltaen käyttöön kohderyhmälle sopivia Voimaa vanhuuteen -käytäntöjä.
- 4) Kärkikunnat ja Voimaa vanhuuteen -ohjelman kunnat, kumppanijärjestöt ja Voimaa vanhuuteen – kouluttajat ovat muodostaneet alueellisia oppimisverkostoja.

Hankkeen toteutus ja toimenpiteet

Ikäinstituutin edustaja kuului niin sanotun pyöreän pöydän asiantuntijaryhmään, jossa työstettiin koko kärkihankkeen teemoja. Voimaa vanhuuteen -hyvät käytännöt haluttiin mukaan. Teemojen valinta ja priorisointiprosessi oli osallistava ja pakotti myös hanketta terävöittämään omaa suunnitelmaa. Varsinainen hakuprosessi oli nopea ja vaativa. Koska toimintaa rahoittaa myös STEA, oli hankkeella mahdollista kontaktoida kuntia, jotka eivät olleet päässeet VV-ohjelmaan jo ennen kärkihankkeen aloittamista. Samoin hanke kontaktoi VV-kumppanuuksverkostoja (mukana olevat järjestöt ja kouluttajat). Täten rahoituksen varmistuttua hanke pystyi aloittamaan välittömästi varsinaisen työn.

Hankkeen toteutusta edesauttoi myös se, että VV-ohjelman ohjausryhmä ja VV-johtoryhmä ottivat kärkihankkeenkin alaisen toiminnan hallinnoitavakseen. Samoin VV-osaaminen integroitui kärkihankkeeseen, koska suunnittelijat ja koordinaattori antoivat siihen työpanoksensa.

VV-hankkeen toteutus ja toimenpiteet ovat hyvin suunniteltuja. Sen työtapa on hyvin prosessimainen. Toimenpiteet alkoivat kuntarekrytoinnista ja kohderyhmän terävöittämisestä kunnissa. Tämän jälkeen jaettiin materiaalia ja tehtiin kouluttajakoulutuksia sekä luotiin maakunnallisia oppimisverkostoja. Kunnille kuvattiin selvästi VV -stepit, joiden avulla päästään tavoitteeseen. Steppejä tuettiin mm. sähköisillä Työn tueksi -paketeilla sekä tukisoi-toilla. Hankkeeseen kuuluu olennaisena osana myös seuranta ja arviointi (tukisoi-tot olivat myös osa sitä) sekä kustannusvaikuttavuuslaskelmien tekeminen. Viestintä osaltaan on tukenut toteutusta.

Voimaa vanhuuteen -toimenpiteiden tai -tuotteiden lista on vuosien varrella kehittynyt varsin laajaksi. Kunnissa toteutettavia toimenpiteitä ovat seuraavat: ikäihmisten liikuntaraadit, matalan kynnyksen liikuntaneuvonta, tehoharjoittelujakso kuntosalilla ja jatkoryhmiin ohjaus, liikkumiskyvyn testaus, ulkoilun hyvät käytännöt, vertaisohjattu liikuntatoiminta ja olosuhteiden sekä liikkumisympäristöjen tuki.

Hankkeen toimintaa on edistänyt ministeriöstä saadut nopeat vastaukset eri kysymyksiin, myös valmentamot ja hankekohtainen sparraus ovat olleet hyviä asioita. Toimeenpanoa ovat edistäneet myös seuraavat tekijät: kuntapäätäjien ja johtajien vahva tuki, vahva koordinaatio ja selvät roolit, sopivat puitteet toiminnalle ja koettu hyöty yhteistyön voimasta.

Sote-uudistuksen hitaus on puolestaan hankaloittanut varsinkin pienten kuntien mukaan lähtemisen innokkuutta. Lisäksi yhtäaikaisten kärkihankkeiden on kentällä aiheuttaneet hämmennystä ja vaikuttaneet kuntien intoon lähteä toteuttamaan VV-käytäntöjä. Tämä näkyy erityisesti Lapissa, jossa VV-toimintaa ei ole saatu kehittymään toivotulla tavalla.

Toimeenpanoa heikentää ruohonjuuritasolla erityisesti seuraavat seikat: ajanpuute, työntekijöiden vaihtuvuus, kielteiset asenteet ja rohkeuden puute ja vaikeudet saada avainhenkilöitä yhteistyöhön. Isoissa kaupungeissa on myös paljon muita toimijoita, jotka

<p>”kilpailevat” kohderyhmän ajankäytöstä. Lisäksi syrjäseuduilla on esiintynyt kuljetusongelmia ja taajamien ulkopuolella asuvien tavoittamisessa on vielä kehittämisen varaa.</p>
<p>Hankkeen tulokset ja vaikutukset</p> <p>Hanke on onnistunut päätavoitteessaan lähes täydellisesti. Se on tavoittanut 99% (109/110) tavoitteeksi asetetusta kuntamäärästä. Mukana ovat kaikki suuret kaupungit. Kuntakentästä niin sanottua tyhjää aluetta maastamme löytyy erityisesti Itä-Lapista ja ruotsinkieliseltä Pohjanmaalta. Maakunnista esiin positiivisessa mielessä on syytä nostaa Pohjois-Savo ja Etelä-Karjala. Näissä maakunnissa kaikissa kunnissa on VV-toimintaa. Lisäksi mainittakoon se, että tällä hetkellä 76% kaikista yli 75-vuotiaista asuu kunnassa, jossa on käytössä Voimaa vanhuuteen -toimintamalli.</p> <p>Alatavoite 1. Hanke järjesti 7 alueseminaaria, joihin otti osaa 410 ihmistä yhteensä 122 kunnasta. Seminaaripalautteiden mukaan tilaisuudet koettiin hyödyllisiksi ja ne kannustivat liittymään kärkikunniksi. Lisäksi kärkikunniksi rekisteröityneistä 68% on toiminnassa poikkisektorinen Voimaa vanhuuteen yhteistyöryhmä.</p> <p>Alatavoite 2. Uusia kouluttajia koulutettiin yli asetetun tavoitteen (325), yhteensä 435 uutta kouluttajaa. Koulutustilaisuuksien määrä oli yli kaksinkertainen (32) suhteessa tavoitteeseen (15). Lähes kaikki kärkikunnat hyödynsivät koulutuksia (103/109). Kouluttajien tekemien niin sanottujen harjoituskoulutusten ansiosta kuntiin koulutettiin 668 vertaisohjaajaa.</p> <p>Alatavoite 3. Tavoitteena oli, että jokainen kunta ottaa käyttöönsä 1-3 hyvää käytäntöä. 73 kuntaa otti käyttöön vähintään yhden uuden hyvän käytännön. Alkutilanne huomioiden 92 kunnassa oli hankkeen lopussa enemmän kuin neljä hyvää käytäntöä. Suosituimmat hyvät käytännöt olivat ikäihmisten liikuntaraati, liikkumiskyvyn testaus, tehoharjoittelu kuntosalilla sekä Vie vanhus ulos -kampanja. Näiden tulosten lisäksi kunnissa on kehitetty hankkeen tiimoilta uusia paikallisia innovaatioita. Näistä mainittakoon esimerkiksi isojen kaupunkien alueelliset liikuntaraadit, pitkäaikaistyöttömien kouluttaminen kävelykaveriksi ja nuorten kouluttaminen vanhusten kaveriksi näiden ulkoiluttamiseen. Hankkeessa luotiin myös 49 kuntaan ikäihmisten liikuntaraadit. Nämä mahdollistavat kuntalaisten aidon osallistumisen kuntien liikuntamuotojen ja -tarjonnan kehittämistyössä.</p> <p>Alatavoite 4. Maakunnallisia oppimisverkostoja perustettiin 14. Käytännössä verkostoissa on mukana kaikki Manner-Suomen maakunnat. Maakunnallisiin ja ikäihmisten liikunnan foorumeihin osallistui yhteensä 868 ihmistä.</p>
<p>Juurtuminen</p> <p>Juurruttaminen on Voimaa vanhuuteen -toimintamallin osalta koko maassa ollut hyvässä tilanteessa, jo ennen kärkihanketta, koska toiminta on jatkunut yli 10 vuotta. Kärkihanke on entisestään vahvistanut mallin kokonaisvaltaista juurtumista. Juurtumisen osalta keskeistä on, että kunta sitoutuu toimintaan johtavan viranhaltijan päätöksellä. Mallin juurtumisen kannalta olennaista on kunnissa tehtävä poikkisektorinen yhteistyö. Juurruttamista tukee myös paikallinen kouluttajaverkosto, minkä avulla vertaisohjaajia saadaan koulutettua systemaattisella tavalla. Toimintamallin juurtumisen onnistumisesta kielii osaltaan myös se, että hankkeen tekemän loppukyselyn mukaan erityisesti pienituloisten määrä on lisääntynyt ohjatuissa liikuntaryhmissä. Tämä kertoo siitä, että sekä kouluttajat mutta erityisesti vertaisohjaajat ovat onnistuneet myös etsivässä työssä.</p> <p>Maakunnalliset oppimisverkostot vahvistavat yhteistyötä tulevassa sote-uudistuksessa ja tarjoavat valmiin, tässä kärkihankkeessa pilotoidun yhteistyörakenteen ikääntyneiden kokonaisvaltaisen hyte-työn luomiseksi. Oppimisverkostoissa vahvistetaan olemassa olevien</p>

terveysliikuntakäytäntöjen juurtumista, uusien innovaatioiden luomista ja selvennetään yhdyspintojen luomista maakuntien ja kuntien välillä.

Ikäinstituutilla on toimintamalliin olemassa vahva näyttöön perustuva osaaminen sen juurruttamisesta. Jatkossa juurruttaminen tai itse asiassa toimintamallin entistä vahvempi integroiminen maakuntien ja kuntien toimintaan vaatii luonnollisesti myös resursseja. Ikäinstituutti haki korotusta nykyiseen toiminta-avustukseen STEAlta, jotta se voisi jatkaa mallin juurruttamista. Varsinaista korotusta ei saatu, mutta sekään ei yksin riittäisi laajaan juurrutukseen, koska kuntien kiinnostus on suuri. Osana kärkihankeen hyvää tulosta mentorointiohjelmaan haki marraskuun loppuun mennessä 44 kuntaa, joista 31 oli mukana kärkihankkeessa.

Juurtuminen edellyttää tässä(kin) hankkeessa sitä, että valtakunnalliset hyvien käytäntöjen rahoitusvaihtoehdot selvitetään ja juurtumisen edellyttävät toimenpiteet toimijavastuineen määritellään. Nyt vaarana on että monet hankkeet (ainakin Voimaa vanhuuteen, Neuvokas perhe ja Yhteinen keittiö) hakevat rahaa STEAlta, jolla on oma strategia ja painopisteet, oma valtionavustuslakiin perustuva avustusjärjestelmä sekä lisäksi omat säännöt avustuksen käytölle (valvonnalliset toimenpiteet) että myös avustetun toiminnan tuloksellisuuteen liittyvät; avustuksen saajia koskevat velvoitteet (seurannalliset toimenpiteet). Nämä käytänteet eivät ole sidoksissa suoranaisesti kärkihankkeen tavoitteisiin ja siinä tehtyihin toimenpiteisiin. Yhden avustuskortin varassa toimivan juurtumisen tulevaisuus on heikkoa. Rahoitusmallin toimivien hyvien käytäntöjen rakentamiseen on oltava vahvempi, se ei voi nojata veikkausvoittovarojen jakamiseen. Vastuu rahoituksesta toimivien mallien osalta on oltava ministeriön, maakuntien ja kuntien varassa.

Voimaa vanhuuteen -toimintamalli on kiinteästi sidoksissa niin sanottuihin Hyte-indikaattoreihin. Tällöin se on luonnollinen osa maakuntien ja kuntien hyte-toimintaa. Parhaiten toimintamallin jatkuvuus turvataan sillä, että kentällä tehtävä koulutustyö ja oppimisverkostojen toiminta rahoitetaan ensisijaisesti maakuntien toimesta ja osaltaan kunnat voivat yhdessä maakunnan kanssa sopia tarkemmin rahoitus- ja järjestelyvastuista. Olennaista tässä on myös se, että sekä maakuntien että kuntien hyte-koordinaattorit tekevät jatkossa entistä kiinteämpää yhteistyötä Ikäinstituutin kanssa. Mitä tulee toimintamallin materiaalin luomiseen ja sisältöjen kehittämiseen; on senkin rahoitus turvattava. Tässä rahoitus voi tulla STEAlta mutta se voi olla myös suoraan STM:n tukemaa. Tämä sillä, että yhteys kokonaisvaltaiseen valtio-maakunta-kunta -prosessiin olisi selkeä. Toimintamallin jatkokehityksen suhteen olennaista on myös tulosten ja vaikutusten jatkuva seuranta hyte-indikaattoreiden avulla. Tässä esiin nousee myös Terveiden ja Hyvinvoinnin laitoksen rooli seurantatiedon kerääjänä.

Itsemurhien ehkäisytaitoja perusterveydenhuollossa työskenteleville

Itsemurhien ehkäisytaitoja perusterveydenhuollossa työskenteleville	
Toteuttaja	THL
Hankkeen tavoitteenasettelu	
Hanke keskittyy sote-alan ammattilaisten taitojen lisäämiseen itsemurhien ehkäisyssä. Tavoitteena oli kouluttaa 800 perusterveydenhuollon ammattilaista ympäri Suomea. Ei pelkästään yleislääkäreitä, vaan myös sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Osa-tavoitteina oli osaamisen vahvistaminen ja koulutusten juurruttaminen. Tavoitteita olisi ollut mahdollista	

<p>määritellä vielä tarkemminkin. Keinoina tavoitteeseen pääsyssä oli koulutusten järjestäminen, juurruttaminen ja yhteistyön luominen. Keinot vastaavat tavoitteita, joskin hankkeen omassa vuokaaviossa tavoite kaksi on laitettu myös tavoitteen yksi alle keinoksi (Koulutusten juurtuminen yleislääkäreiden erikoistumiskoulutukseen). Tavoitteena ollut koulutettujen määrä näyttäisi täyttyvän (alkusyksy 2018), palautekyselyn mukaan osaaminen ja tietämys on kasvanut. Toiminta kattaa kohderyhmänsä (ammattilaiset) hyvin, kansalaisyhteiskunta/väestö ei suoraan kohderyhmänä.</p> <p>Koulutuksessa itsemurhien ehkäisy ymmärretään laajasti: koulutuksessa tärkeässä osassa myös masennuksen tunnistaminen ja sen hoitaminen perusterveydenhuollossa. Tärkeä osa koulutusta hankejohtajan mukaan on se, että ne kertomukset ja kokemukset, joita kuullaan, kerrotaan seuraavissa koulutuksissa eteenpäin anonymisti. Juurtumistavoitteena juurruttaa koulutus osaksi Suomen lääketieteellisten tiedekuntien yleislääkäreiden erikoistumisopintoja. Hanke toimii yhteistoimintasopimuksella STM:n kanssa ja poikkeaa siltä osin muista kärkihankkeesta mukana olevista valtionavustushankkeista.</p>
<p>Hankkeen toteutus ja toimenpiteet</p> <p>Käytännön asioiden koordinointiin olisi tarvittu lisää resursseja. Koulutusten kohdentamisessa ja ilmoittautuneissa ollut hieman haasteita. Konkreettisesti koulutuksiin osallistujista noin kolmannes on tavoitellusta kohderyhmästä. On tullut paljon kyselyjä muista kohderyhmistä ja koulutuksiin on osallistunut sosiaalialan ammattilaisia, vastaanottokeskuksista ihmisiä, mutta myös mielenterveysalan ammattilaisia (psykiatreja, psykiatrisia sairaanhoitajia), myös kouluterveydenhoitajia. Käytännössä kuitenkin alkusyksystä 2018 on jo 1600 koulutettua, joten tavoite 800 terveydenhuollon puolesta on tulossa täyteen.</p> <p>Olisi tärkeää saada lääkäreitä mukaan koulutukseen, lääkärit haluaisivat maksimissaan 45min mittaisen koulutuksen, nykyinen on puristettu hyvin tiiviiksi ja se kestää 3h. Koulutus on juurtumassa neljään tiedekuntaan, Helsinki puuttuu. Hankejohtajalla kokemus, että onnistumisen taustalla se, että sattui olemaan sellainen konsepti, jota juuri nyt kentällä haluttiin. Myös 2pv. konseptia mietittiin, ja toisaalta 1h koulutuksiin tulisi enemmän lääkäreitä. Toimintaa on edistänyt se, että on oltu oikealla konseptilla oikeassa paikassa, on päästy helpolla markkinoinnin suhteen.</p>
<p>Hankkeen tulokset ja vaikutukset</p> <p>Tavoitteena oli kouluttaa 800 henkilöä, koulutettiin 1964 (44 koulutusta). Kysynnän vuoksi koulutuksia on ollut enemmän kuin oli tarkoitus pitää alun perin. Koulutusten määrä sinällään ollut suurin piirtein se, mitä suunniteltiin, osanottajamäärä vain ollut huomattavasti suurempi. On järjestetty isompia luentomaisia koulutuksia. Koko Manner-Suomi katettu Etelä-Karjalaa lukuun ottamatta.</p> <p>Koulutus oli alun perin ajateltu kohdennettavan perusterveydenhuollon ammattilaisille, kuitenkin myös sosiaalialan ammattilaisilta tuli yhteydenottoja, sekä myös mielenterveysalan ammattilaisilta. Vajaa 50 % koulutetuista on ollut terveydenhuollon työntekijöitä – määrällinen tavoite on siis tältä osin täyttynyt. Noin 10 % mielenterveysalan työntekijöitä, psykologeja ja psykiatrisia sairaanhoitajia. Lisäksi osallistujia on tullut sosiaalialalta, mm. vastaanottokeskuksista. Koulutuksilla on tavoiteltu osaamisen kasvattamista. Noin 6kk koulutusten päättymisen jälkeen tehtyjen lomakekyselyjen perusteella tässä on onnistuttu.</p> <p>Koulutusta, sen toteuttamista ja sisältöjä on pyritty muokkaamaan jatkuvasti osallistujapalautteen mukaisesti. Hanketoimijoiden mukaan vaikutuksia olisi mahdollisesti voinut tehostaa se, mikäli 6kk koulutuksesta olisi voinut pitää ns. jatkobriiffauksen, mutta hankkeessa haluttiin keskittää resurssit siihen, että saadaan toteutettua varsinaiset koulutukset huolellisesti. Toimintaympäristöstä on tullut palautetta, että koulutukselle on tarvetta, aivan</p>

vastaavanlaista kun ei ole muualta saatavilla. Se, että koulutus ei ole osallistujille maksanut mitään on saadun palautteen mukaan ollut positiivinen tekijä hankkeen onnistumisen kannalta. Yhtenä keskeisenä ja koko kärkihankekokonaisuuden kannalta yhtenä merkittävimpänä onnistumisena juurruttamista koskien hankkeessa onnistuttiin juurruttamaan koulutus osaksi yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien yleislääkäreiden erikoistumisopintoja Tampereen, Itä-Suomen, Oulun ja Turun erikoistumiskoulutuksissa. Helsingin yliopiston kohdalla tavoite ei täyttynyt, hanketoimijoiden mukaan tämä mahdollisesti selittyi osin sillä, että pääkaupunkiseudulla koulutustarjontaa on muutenkin riittävästi.

Juurtuminen

Väliraportin itsearvioinnissa ei oteta juurikaan kantaa juurruttamistavoitteen onnistumiseen. Toiminnoissa on koulutusten järjestämisen osalta keskitytty oikeisiin kohderyhmiin, mutta juurruttamistavoitteen osalta kohderyhmät ovat erit. Juurruttamista ja siihen liittyviä toimenpiteitä ei seurata vastaavalla tavalla kuin koulutusten vaikutuksia. Toisaalta ks. edellinen kohta ja onnistuminen koskien koulutuksen juurtumista lääkäreiden erikoistumisopintoihin. Hanketoimijoiden mukaan koulutusta tulisi muokata myös sosiaalialalle, erityisesti maahanmuuttajien ja pakolaisten kanssa työskenteleville ammattilaisille. Hanketoimijat arvioivat mahdollisuuksia hakea rahoitusta tähän.

Hanketoimijat pohtivat itsetuhoisuutta mittaavien mittareiden koostepankin tarpeellisuudesta jatkossa – tähän ei kuitenkaan ole toistaiseksi resursseja.

Koulutukseen osallistuneiden mukaan tietojen päivittäminen olisi erittäin tärkeää. Hankkeen päätyttyä itsemurhien ehkäisykoulutus tulee jäämään THL:n nettisivuille. Teknistä toteutusta on jo kartoitettu ja rahoitus on varmistunut. Valmistuu vuoden 2019 loppuun mennessä. Muutakin juurruttamistoimintaa kaivataan. Pohdintaa oli myös siitä, videoitaisiinko koulutus. Juurtumisen osalta keskeistä on kuitenkin se, että kokonaisuus on saatu neljään lääketieteelliseen tiedekuntaan osaksi yleislääkärin erikoistumisopintoja. 3 vuoden välein järjestetään 4 x 45 min koulutuskokonaisuus.