

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma

Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia

2003–2010

Dehko-materiaalia:

Diabetesliitto
Diabeteskeskus
Kirjoniementie 15
33680 Tampere

p. (03) 2860 111
f. (03) 2860 422
sp. materiaalilaukset@diabetes.fi

Dehko ja Dehko-aineistot internetistä:

www.diabetes.fi

Dehko – Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010
Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010, Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia

Julkaisija: Suomen Diabetesliitto ry
ISBN: 952-5301-41-9
Ulkoasu ja taitto: Aino Myllyluoma
Paino: Kirjapaino Hermes Oy, Tampere 2003

LUKIJALLE

Tyyppin 2 diabeteksen yleistyminen on vakava kansanterveyshaaste, ja sitä voidaankin sanoa terveydenhuollon aikapommiksi. Tyyppin 2 diabeteksestä voi juontua useita lisäsairauksia, joiden hoito aiheuttaa myös yhteiskunnalle suuret kustannukset.

Vain sairauden ehkäisy, varhainen diagnosointi ja ajoissa aloitettu hoito voivat tuoda kestäviä ratkaisuja tilanteeseen.

Suomessa on noin 200 000 diabeetikkoa, joista 160 000 on tyyppin 2 diabeetikoita. Määrän arvioidaan kasvavan jopa 70 prosentilla vuoteen 2010 mennessä, ellei ehkäisyssä onnistuta.

Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma kuuluu valtakunnalliseen Diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämisohjelmaan, Dehkoon, joka luo perustan diabeteksen ehkäisy- ja hoidon järjestämiselle maassamme vuosina 2000–2010. Dehkon koordinoijana toimii Diabetesliitto. Ehkäisyohjelman on suunnitellut monipuolista asiantuntemusta edustava työryhmä puheenjohtajanaan professori Jaakko Tuomilehto.

Ehkäisyohjelman toteuttaminen on Suomelle sekä kansallisesti että kansainvälisesti suuri haaste. Ohjelma on välttämätön suomalaisten terveydentilan kannalta, mutta myös siksi, että terveydenhuollon henkilöresurssit ja taloudelliset voimavarat eivät tule kestä- mään tyyppin 2 diabeetikoiden määrän räjähdysmäistä kasvua. Ohjelma on ensimmäinen valtakunnallinen tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyhanke koko maailmassa.

Ehkäisyohjelman päätavoitteena on kehittää terveyden edistämisen organisaatiota ja ehkäisevän terveydenhuollon toimintakäytäntöjä. Tavoitteena on, että lihavuuden, tyyppin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisystä tulee järjestelmällistä, laajaan yhteistyöhön perustuvaa toimintaa.

Tähtäimessä ovat lisäksi diabeteksen hoito-organisaation ja hoidon laadun kehittämisen niin, että tyyppin 2 diabeetikoiden hoitotasapainot korjaantuvat, lisäsairaudet vähenevät ja hoitotyytyväisyys lisääntyy.

Tämä julkaisu esittelee Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman varhaisen diagnoosin ja hoidon strategian. Kaksi muuta ovat väestöstrategia ja korkean riskin strategia.

Diabetesliitto kutsuu kaikki toimijatahot mukaan työhön ehkäisyohjelman toteuttamiseksi.

Tampereella, kesäkuussa 2003

Suomen Diabetesliitto ry

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma lyhyesti

Suomessa on 200 000 diabeetikkoa (2000), joista 160 000 on tyypin 2 diabeetikoita. Heidän määränsä arvioidaan kasvavan jopa 70 prosentilla vuoteen 2010 mennessä. Tyypin 2 diabetes on jo nyt yksi mitavimmista ongelmista perusterveydenhuollossa, jossa valtaosa sitä sairastavista hoidetaan. Tyypin 2 diabetes on vakava sairaus, joka voi aiheuttaa useita hoidoltaan kalliita lisäsairauksia. Tyypin 2 diabeteksen ja sen lisäsairauksien ehkäisy on ainoa keino estää ongelman kasvaminen yhteiskunnalle kestävämmäksi.

Tyypin 2 diabeteksen rajua yleistymistä edesauttavat virheelliset ruokatottumukset, vähentynyt fyysinen aktiivisuus ja näiden vuoksi entisestäänkin yleistynyt lihavuus, joka on tyypin 2 diabeteksen merkittävä riskitekijä.

Sairaudelle altistavia perintötekijöitä on maamme väestöstä ainakin kolmasosalla, ehkä jopa puolella. Sen vuoksi on tärkeää suunnata ehkäisevät toimenpiteet samanaikaisesti sekä koko väestöön että niihin henkilöihin, joilla on erityisen suuri vaara sairastua.

Arviolta 50 000 suomalaista sairastaa tyypin 2 diabetesta tietämättään, sillä se on pitkään oireeton ja saattaa kehittyä piilevänä jopa 15 vuoden ajan. Vain sairauden varhainen diagnosointi ja ajoissa aloitettu hoito voivat estää vakavien lisäsairauksien ilmaantumisen.

Ehkäisyohjelman pohjana on suomalaisesta DPS-tutkimuksesta (Diabetes Prevention Study) saatu tieto. Tutkimus osoitti ensimmäisenä maailmassa, että elintapojen korjaaminen voi alentaa huomattavasti diabetesisriskiä.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma sisältää kolme samanaikaisesti toteutettavaa strategiaa:

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

Korkean riskin strategia suuntaa yksilökohtaisia toimenpiteitä henkilöihin, joilla on erityisen suuri vaara sairastua tyypin 2 diabetekseen. Strategia tarjoaa järjestelmällisen mallin riskiryhmiin kuuluvien seuloon, ohjaukseen ja seurantaan. Riskienhänkilöiden seuloonnessa käytetään Kansanterveyslaitoksen kehittämää tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomaketta.

Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia kohdistuu vastasairastuneisiin tyypin 2 diabeetikoihin. Tavoitteena on saada heidät ajoissa järjestelmällisen hoidon piiriin ja estää siten elämänlaatua heikentävien ja hoidoltaan kalliiden lisäsairauksien kehittyminen. Strategia tarjoaa konkreettiset ohjeet tehostettuun elintapahoitoon.

Ehkäisyohjelma sisältää strategiakohtaiset organisoinnin tavoitteet ja tulostavoitteet sekä 12 avaintoimenpidettä tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjelman toteuttaminen edellyttää eri toimijoiden laaja-alaista yhteistyötä terveellisen ravitsemuksen ja liikunnan edistämiseksi sekä suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän valmiuksien li-

säämistä ja terveyttä edistävän toiminnan terävöittämistä. Toteutuksessa hyödynnetään kaikkia ajankohtaisia terveystoimintatavoitteita, ohjelmia ja projekteja sekä kansanterveys-, ravitsemus- ja liikuntajärjestöjen palveluita. Väestöstrategiayhteistyö ulotetaan koko suomalaiseen järjestökenttään.

Ehkäisyohjelman toteutettavuus ja kustannusvaikuttavuus arvioidaan neljässä sairaanhoitopiirissä viisivuotisen toimeenpanohankkeen (2003–2007) avulla. Ehkäisyohjelmaan liittyvää koulutusta ja materiaalia on saatavissa koko maassa.

Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia

Tavoite:	<i>diabeteksen diagnostiset kriteerit täyttävien henkilöiden saaminen mahdollisimman nopeasti hoitoon ja seurantaan.</i>
Keinot:	<i>systemaattinen ravitsemus- ja liikuntaohjauksen sisältävä elintapahoidon jakso, asianmukaiset tutkimukset, tarvittavan lääkehoidon arvio ja toteutus, hoidonohjaus, hoitovälineet ja seuranta.</i>
Kohderyhmä:	<i>riskiryhmien seulonnassa ja seurannassa diagnosoidut diabeetikot.</i>
Toimijat:	<i>erityisesti perusterveyshuolto, työterveyshuolto, ravitsemusneuvonta-, painonhallinta- ja liikuntapalveluiden verkosto.</i>

Riskiryhmään kuuluvien seulonnan yhteydessä joukosta löytyy aina myös henkilöitä, joiden todetaan täyttävän diabeteskriteerit. Kansaneläkelaitos edellyttää kuuden kuukauden elintapahoitoa ja kuuden kuukauden peruskorvauskautta ennen erityiskorvauksen saamista diabeteslääkitykseen. Elintapahoitoon ei tähän asti ole kuitenkaan ollut minkäänlaisia ohjeita, ja vastasairastuneiden tyyppin 2 diabeetikoiden ruoka- ja liikuntatottumuksiin liittyvä ohjaus on ollut sattumanvaraista.

Varhaisen hoidon tehokas ja aktiivinen toteutus on erittäin tärkeää hyvän hoitotasapainon saavuttamiseksi ja diabetekseen liittyvien lisäsairauksien ehkäisemiseksi. Tästä syystä tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmaan kuuluu kolmantena osana var-

haisen diagnoosin ja hoidon strategia, joka sisältää tehostetun elintapahoidon mallin sekä sen käytännön toteutukseen liittyvät laatuksiteerit (s. 8).

Tyyppin 2 diabeteksen elintapahoidon järjestäminen suunnitellaan toimipaikka-kohtaisesti, ja siihen varataan resurssit. Käytännön toteuttamisessa tehdään yhteistyötä paikallisesti ja alueellisesti.

Tehokas elintapahoito on moniammatillista tiimityötä, jossa mukana ovat lääkäriin ja diabeteshoitajan (väestövastuuhoitajan, työterveyshoitajan) lisäksi ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti tai liikunnanohjaaja ja psykologi. Erityistä huomiota kiinnitetään ohjaukseen osallistuvan henkilökunnan väliseen tiedonkulkuun.

Yksilöllinen ja oikea-aikainen elintapahoito aloitetaan viivytyksettä diabeteksen toteamisen yhteydessä. Diabeetikolle annetaan heti alussa selkeä kuva sairaudesta, sen hoidosta ja ohjauksen kulusta. Samalla korostetaan hänen omaa vastuutaan hoidon toteuttajana. Ohjaus suunnitellaan yksilöllisesti, ja se on potilaslähtöistä. Toteutuksessa hyödynnetään myös ryhmäohjausta. Mahdollisen lääkehoidon aloittaminen ei vaikuta elintapahoidon toteuttamiseen.

■ Elintapamuutosten avulla sydän- ja verisuonitautien ehkäisyyn

Ensimmäisen puolen vuoden aikana ohjauksessa keskitytään niihin elintapamuutoksiin, joilla voidaan vaikuttaa sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöihin. Tarve puolison, läheisen tai perheen ruuanlaittajan ohjaukseen osallistumiseen arvioidaan ja siitä sovitaan jokaisen osalta erikseen.

Ohjaus alkaa lyhyellä, yksilöllisesti toteutettavalla anamneesi- ja motivointijaksolla, jonka aikana diabeetikko saa tietoa sairaudesta, sen vakavuudesta ja hoitomahdollisuuksista. Samalla hän saa käsitöksen hoitokontaktien jatkumisesta ja tuntee olonsa turvalliseksi, saa vastauksia kysymyksiinsä, ymmärtää hoidon omavastuisuuden, käy läpi omia elintapojaan ja tilannettaan, ja ajatukset muutoksen tarpeellisuudesta alkavat herätä. Tämän jälkeen diabeetikko asettaa henkilökunnan tukemana itselleen tavoitteet seuraavalle puolelle vuodelle, ja ohjauksen kulusta päätetään yhdessä.

Ohjaus ryhmässä

Ohjaus toteutetaan ryhmäohjauksena, ellei sille ole erityistä estettä. Ryhmään kootaan muutaman viikon aikana diagnosoidut tyyppin 2 diabeetikot. Ellei ryhmää saada tässä ajassa kokoon, toteutetaan samat teemat yksilöohjauksena. Ryhmän aikataulu ja

koko (2–8 henkeä) sovitetaan kulloisenkin tilanteen mukaan, ja ryhmätapaamisia on aluksi 1–2 viikon välein. Ryhmän ohjelma ja ohjauksen sisältö suunnitellaan moniammatillisesti.

Ryhmässä käsiteltäviä aiheita ovat:

- * sairastumiskokemuksen läpikäynti, omahoito ja oma vastuu terveydestä
- * sydän- ja verisuonitautien ilmaantumisen estäminen: paino, rasva-aineenvaihdunta, verenpaine, liikunta, tupakointi
- * terveellinen syöminen: rasvan määrä ja laatu, ruokavalion kokonaisuus
- * miten suhtautua herkkuihin ja alkoholiin, juhliin jne.
- * syömisen ja painon hallinta
- * oman syömisen tarkastelu ruokapäiväkirjan perusteella
- * liikunnan merkitys terveyden ylläpitämisessä
- * positiivisia kokemuksia liikunnasta
- * verensokerimittauksen hyödyntäminen omahoitoon motivoivana tekijänä
- * milloin ja miksi tarvitaan lääkehoitoa (verenpaine, kolesteroli, verensokeri, veren hyytymistekijät)
- * muut diabeteksen hoitoa tukevat tahot ja lähteet.

Yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa

Diabeteksen ryhmäohjauksen osana tai lisäksi hyödynnetään muita paikkakunnalla toimivia ryhmiä kuten painonhallinta-, liikunta-, tupakoinnin lopettamis- ja ruoanvalmistusryhmät. Ryhmät voivat olla terveyskeskuksen, työterveysaseman tai kun-

nan omaa toimintaa tai ostopalveluja (yksityiset ravitsemusterapiaryhmät, järjestöjen ylläpitämät ryhmät, Painonvartijat ym.). Tarvittaessa ryhdytään järjestämään uusia ryhmiä omana toimintana, yhteistyössä muiden tahojen kanssa tai usean terveyskeskuksen tai työterveysaseman yhteisenä hankkeena. Diabetesliiton ja Sydänliiton paikalliset yhdistykset tarjoavat erilaista vertaisryhmätoimintaa terveydenhuollon tueksi.

Yksilöohjausta tarpeen mukaan

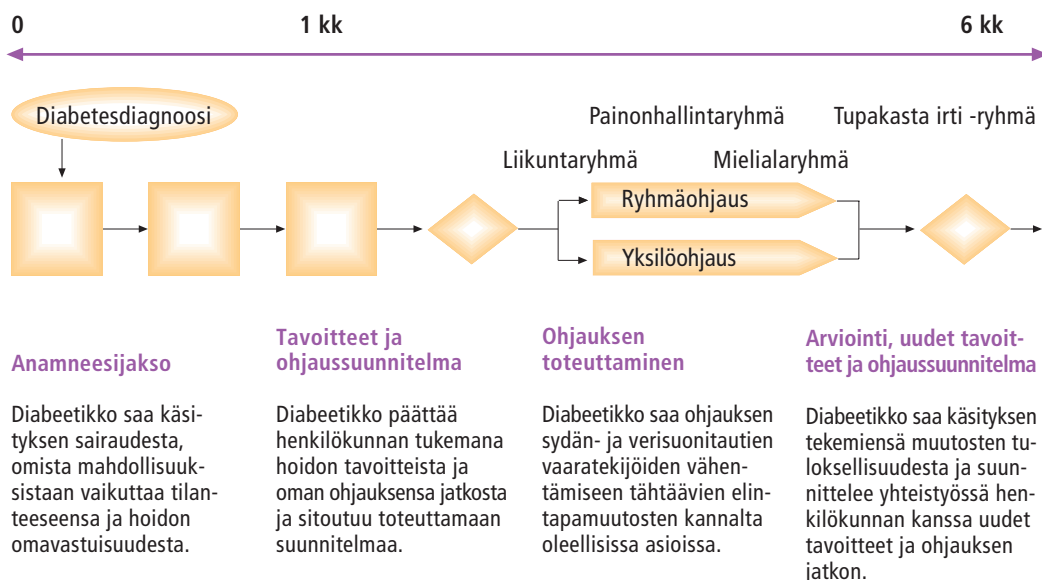
Yksilöohjaus on tarpeen, jos ryhmän kokonaisuus ei onnistu tai diabeetikko ei omien erityistarpeidensa johdosta sovi ryhmäohjaukseen tai ei halua siihen osallistua. Ohjaus suunnitellaan ja tapaamiskertojen määrä

sovitaan diabeetikon tarpeiden mukaan. Ohjauksessa käydään läpi yksilöllisesti soveltaen samat asiakokonaisuudet kuin ryhmässäkin. Joissakin tapauksissa diabeetikko ei vielä ole valmis paneutumaan sairautensa hoitoon. Tällöin on tärkeää ylläpitää hoitokontakteja ja lisätä hänen tietämystään sairaudesta ja omista mahdollisuuksista edistää omaa terveyttään.

Tarpeen vaatiessa ryhmästä tai yksilöohjauksesta voidaan lähettää henkilö erityisasiantuntijan antamaan yksilöohjaukseen.

Ensimmäisen puolen vuoden kuluttua tilanne arvioidaan suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Arvion pohjalta sovitaan uusista tavoitteista ja suunnitellaan ohjauksen ja hoitokontaktien jatko yhdessä potilaan kanssa.

Tehostetun elintapahoidon toteuttamismalli



TYYPIN 2 DIABETEKSEN TEHOSTETUN ELINTAPAHOIDON LAATUKRITEERIT

HOIDON TOTEUTUMINEN

Tavoite	Laatukriteeri	Laatuindikaattori tai seurantatapa
I DIAGNOOSI Diabeteksen varhainen toteaminen.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnoosi tehdään heti, kun sen kriteerit täyttyvät. • Diabeetikko saa selkeät ohjeet jatkotapaamisista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Merkintä potilastietojärjestelmässä. • Ohjeet annettu suunnitelman mukaisesti : seurataan ajoittaisella kyselyillä ohjaukseen tulijoilta.
II ANAMNEESIJAKSO Diabeetikko tietää omat mahdollisuutensa vaikuttaa sairauteensa.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnoosi ja hoidon omavastuu on selvitetty diabeetikolle. • Henkilökunta kartoittaa diabeetikon elämäntilannetta kokonaisuutena. Selvitetään mitä muutoksia hän on jo tehnyt. • Diabeetikolla on mahdollisuus keskustella sairastumiseen liittyvistä tunteista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Merkintä potilastietojärjestelmässä. • Merkintä potilastietojärjestelmässä elämäntilanteesta, ruoka- ja liikuntatottumuksista sekä jo tehdyistä elintapamuutoksista. • Sovitun ajankäytön toteutuminen.
III TAVOITTEET JA OHJAUSSUUNNITELMA Ohjaus alkaa viivytyksettä. Ohjaus on suunnitelmallista.	<ul style="list-style-type: none"> • Ohjaus aloitetaan välittömästi diabeteksen toteamisen jälkeen. • Ohjauksen toteutus pohjautuu diabeetikon kanssa käytyyn tavoitekeskusteluun. • Tavoitteet ja ohjaussuunnitelma kirjataan potilastietojärjestelmään ja annetaan kirjallisena diabeetikolle. • Diabeetikko allekirjoittaa/hyväksyy tavoitteet ja ohjaussuunnitelman. • Tavoitteet ja suunnitelma ovat kaikkien ohjaukseen osallistuvien tiedossa. Kirjaamisen käytännöt on sovittu ja kuvattu laatukäsikirjassa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aika diagnoosista ensimmäiseen ohjauskäyntiin. • Aika diagnoosista tavoitekeskusteluun. • Tavoitekeskustelu on käyty. • Tavoitteet ja ohjaussuunnitelma on kirjattu. • Diabeetikko on allekirjoittanut/muuten hyväksynyt suunnitelman. • Kirjaaminen toteutuu suunnitelman mukaisesti.

	<ul style="list-style-type: none"> Ohjaussuunnitelmaan on määritely seuraavat asiat: <ul style="list-style-type: none"> - ohjauksen painopistealueet - ohjauksen toteutussuunnitelma - ohjauksen aikataulu ja arviointikeskustelun ajankohta. Suunnitelman tekoon osallistuneet. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Ohjaussuunnitelma laaditaan seuraavan puolen vuoden ajalle. Ohjaussuunnitelma laaditaan yhteistyössä diabeetikon ja hoitohenkilökunnan kanssa. Ohjaus toteutetaan diabeetikon tarpeita vastaavan ryhmä- ja/tai yksilöohjauksena hyödyntäen paikkakunnalla olevaa tarjontaa. Tavoitteiden ja ohjaussuunnitelman tekoon osallistuu diabeetikon lisäksi lääkäri, diabeteshoitaja ja sopimuksen mukaan muita työntekijöitä. 	<ul style="list-style-type: none"> Ohjaus toteutuu laaditun suunnitelman mukaan. Suunnitelmaa korjataan tarvittaessa. Diabeetikon arvio siitä, missä on onnistunut ja missä tarvitsee lisätukea. Diabeetikon arvio ohjauksesta.
<p>IV OHJAUKSEN TOTEUTTAMINEN</p>	<p>Ohjaus järjestetään diabeetikon tarpeita vastaten.</p>	<p>Diabeetikko arvioi oman elintapamuutoksiin tähtäävän prosessin onnistumista, saamansa ohjauksen ja tuen riittävyttä ja suunnittelee henkilökkönsä tukemana ohjauksen/seurannan jatkoon.</p>
<p>V ARVIOINTI, UUDET TAVOITTEET JA OHJAUSSUUNNITELMA</p>		<ul style="list-style-type: none"> Merkintä ohjauksen toteutumisesta ja suunnitelman korjauksista. Diabeetikon suullinen arvio kirjattu. Diabeetikon antama kirjallinen palaute (palautelomake). Kliiniset ja biokemialliset mittarit. Tavoitteet ja ohjaussuunnitelma sovitaan ja kirjataan kuten edellisellä kerralla.

HOITOJÄRJESTELYT

Tavoite	Laatukriteeri	Laatuindikaattori tai seurantatapa
Ohjauksen järjestäminen ja resurssointi on suunnitelmallista ja pitkäjänteistä.	<ul style="list-style-type: none"> Ohjausmallin suunnittelulle ja toteuttamiselle on johdon tuki. 	<ul style="list-style-type: none"> Käynnistys, resurssit ja tarvittavat valtuutukset suunnittelulle ja toteutukselle. Toteuttamisen seuranta.
	<ul style="list-style-type: none"> Ohjauksen järjestäminen ja siihen varattavat resurssit (työntekijät ja osaaminen, aika, tilat) on suunniteltu ja kuvattu laatukäsikirjaan. Erityisasiantuntijoiden konsultaatioiden kriteerit on kuvattu. 	<ul style="list-style-type: none"> Resurssien toteutuminen Erityisasiantuntijoiden käytön toteutuminen kriteerien mukaan.
	<ul style="list-style-type: none"> Henkilökunta sitoutuu ohjausmallin toteuttamiseen. Sitouttaminen on jatkuvaa. 	<ul style="list-style-type: none"> Toteuttava henkilökunta osallistuu suunnitteluun ja toteutumisen seurantaan. Henkilökunnan tyytyväisyys.
	<ul style="list-style-type: none"> Uudet työntekijät perehdytetään tiimin toimintaan, ohjausmalliin ja käytännön työskentelytapoihin. Uusien työntekijöiden perehdyttäminen ja siihen liittyvät vastuut on kuvattu laatukäsikirjassa. 	<ul style="list-style-type: none"> Perehdyttäminen on toteutunut suunnitelman mukaan.
Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa ja vertaistuen tarjoaminen.	<ul style="list-style-type: none"> Tiedot paikkakunnan muista ruokavaliiohjauksen, painonhallintaryhmien, liikuntaryhmien ja tupakkavieroitusryhmien järjestäjistä, sisällöistä ja aikatauluista on käytettävissä. Paikkakunnalla toimivan diabetesyhdistyksen esittely. 	<ul style="list-style-type: none"> Kooste paikkakunnan eri ryhmistä saatavilla. Vastuuhenkilö ja päivitys sovittu. Yhteyshenkilö diabetesyhdistykseen sovittu.
Ohjaus on ammattitaitoista.	<ul style="list-style-type: none"> Moniammatillinen työskentely/ tiimityöskentely toteutuu käytännössä. Yhteistyökäytännöistä sovittu laatukäsikirjassa. Yhteydenottoja ja tapaamisia työntekijöiden välillä voidaan toteuttaa joustavasti tarpeen mukaan. 	<ul style="list-style-type: none"> Henkilökunnan arvio yhteistyön toteutumisesta määräajoin. Sovittujen yhteisten tapaamisten toteutuminen.
	<ul style="list-style-type: none"> Työntekijät saavat tarvitsemansa koulutuksen. Työntekijällä on mahdollisuus konsultoida ja saada ohjausta. Diabetesvastuulääkäri ja diabeteshoitaja ohjaavat muita työntekijöitä. Erityistyöntekijöiden konsultaatiot tiimille ja yksittäisille diabeetikoille ovat käytettävissä. Yhteydenottotavoista on sovittu ja ne on kuvattu laatukäsikirjassa. 	<ul style="list-style-type: none"> Yhteisten koulutuksien toteutuminen Työntekijöiden ohjaamiselle on varattu aikaa. Toteutumista seurataan aika-ajoin.
Ohjauksen järjestämistä ja toteuttamista seurataan ja arvioidaan. Korjataan toimintaa suunnitelmallisesti arvioinnin perusteella.	<ul style="list-style-type: none"> Ohjausta arvioidaan ohjaajan ja organisaation näkökulmasta. Organisaation jatkuva laadunarviointi. Ryhmäohjauksen arviointi. Tiimin toiminnan arviointi. Suunnitellaan palautteen perusteella tarvittavat muutokset/korjaukset. 	<ul style="list-style-type: none"> Arviointien toteuttamistapa ja ajoittaminen suunniteltu. Arvioinnin toteutumisen seuranta. Muistiot arviointipalavereista. Muutosten suunnittelun vastuiden jako ja käynnistyminen.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma

Suunnitteluryhmä

Puheenjohtaja: Professori Jaakko Tuomilehto

*Sihteerit: Dehko-sihteeri Satu Kiuru
Dehko-sihteeri Keiju Pääskynkivi*

Jäsenet:

Dosentti Johan Eriksson, Kansanterveyslaitos

Pääsihteeri Leena Etu-Seppälä, Suomen Diabetesliitto

Johtaja Mikael Fogelholm, UKK-instituutti

Erikoistutkija Paula Hakala, Kelan tutkimusosasto

Neuvotteleva virkamies Kaija Hasunen, Sosiaali- ja terveysministeriö

Ylilääkäri Pirjo Ilanne-Parikka, Suomen Diabetesliitto

Erikoissairaanhoitaja Päivi Karpakka, Suomen Laihduusohjaajat

Ohjelmajohtaja Jyrki Komulainen, Likes/Kunnossa kaiken ikää -ohjelma

Väestövastuuhoitaja Sirkka-Liisa Kudjoi, Lempäälän terveyskeskus

Ylilääkäri Kaj Lahti, Vaasan terveyskeskus

Erikoistutkija Marjaana Lahti-Koski, Kansanterveyslaitos

Toiminnanjohtaja Tiina Lampisjärvi, Suomen Kuntourheiluliitto/Finfood – Suomen Ruokatieto

Kehityspäällikkö Ritva Larjomaa, Suomen Kuntaliitto

Ravitsemustutkija Jaana Lindström, Kansanterveyslaitos

Ravitsemusterapeutti Arja Lyytikäinen, Jyväskylän sosiaali- ja terveyspalvelukeskus

Johtava ylilääkäri Seppo Miilunpalo, UKK-instituutti/Kiipulan koulutus- ja kuntoutuskeskus

Ylilääkäri Pertti Mustajoki, Peijaksen sairaala

Kehityspäällikkö Mika Pyykkö, Suomen Sydänliitto

Professori Aila Rissanen, Suomen Lihavuustutkijat

Asiantuntijalääkäri Matti Romo, Suomen Sydänliitto (27.9.2001 asti)

Tiedotuspäällikkö Tarja Sampo, Suomen Diabetesliitto

Asiantuntijalääkäri Tiina Telakivi, Kela, Terveys- ja toimeentuloturvaosasto

Johtava lääkäri Olli Tiitola, Teollisuuslääketieteen yhdistys

Professori Matti Uusitupa, Kuopion yliopisto

Asiantuntijalääkäri Hannu Vanhanen, Suomen Sydänliitto (27.9.2001 alkaen)

Tehostetun elintapahoidon toteuttamismalli

Työryhmä:

Hillevi Eromäki, Eliina Haapa, Liisa Kalttila, Sirpa Kotisaari, Marjukka Lauhkonen, Hilpi Linjama, Kaija Paasikivi, Eija Ruuskanen, Virpi Salminen, Ulla Siljamäki-Ojansuu

Tehostetun elintapahoidon laatukriteerit

Työryhmä:

Eliina Haapa, Sirpa Kotisaari, Hilpi Linjama



Pääsponsorit 2003:



Sponsorit 2003:

Oy Eli Lilly Finland Ab
Tamro MedLab Oy

Tukijat 2003:

Bayer Oy/Diagnostiikkaosasto
Gea Oy
GlaxoSmithKline Oy
Hemocue Oy
LifeScan/Johnson & Johnson Oy
Novartis Finland Oy
Oy Leiras Finland Ab
Pfizer/Sydänlääkkeet
Roche Diagnostics
Suomen MSD Oy