

**SOSIOEKONOMISTEN ELINTAPAEROJEN VÄHENTÄMINEN TERVEYDEN
EDISTÄMISEN HANKEOHJELMISSA**
Hallituksen kärkihankeohjelmien vastuuhenkilöiden käsityksiä vähentämistoimista

Anna Lahti

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Syksy 2018

TIIVISTELMÄ

Lahti, A. 2018. Sosioekonomisten elintapaerojen vähentäminen terveyden edistämisen hankeohjelmissa: hallituksen kärkihankeohjelmien vastuuhenkilöiden käsityksiä vähentämistoimista. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden pro gradu -tutkielma. 58 s., 5 liitettä.

Sosioekonomisten terveyserojen vähentämistavoite on ollut pitkään osa valtion hankeohjelmia. Terveydentilassa ja kuolleisuudessa ilmenevät erot eri koulutus-, ammatti- ja tuloryhmien välillä eivät tästä huolimatta ole kaventuneet. Sosioekonomisten ryhmien väliset elintapaerot ovat yksi terveyseroja aiheuttava tekijä.

Tämän tutkielman tarkoituksena oli selvittää millaisia käsityksiä terveydenedistämishankkeiden vastuuhenkilöillä on hankeohjelman avulla tehtävästä sosioekonomisten elintapaerojen vähentämisestä. Tutkimusta varten haastateltiin seitsemää asiantuntijaa neljästä hankeohjelmasta, jotka saavat valtionavustusta sosiaali- ja terveysministeriön Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -kärkihankeprojektissa. Tähän tutkimukseen mukaan valitut hankeohjelmat ovat Neuvokas perhe, VESOTE, Voimaa vanhuuteen ja Yhteinen keittiö. Haastatteluaineisto analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla.

Elintapaerojen vähentämisen toimintatavoiksi muodostettiin aineiston perusteella neljä teemaa: tavoitteet ja kohderyhmä, palvelun saavutettavuus, toiminnan järjestäminen ja heikoimmassa asemassa olevien tavoittamisen keinot. Selkeät tavoitteet ja vaikutusten arviointi nähtiin merkittävänä osana hankeohjelmissa tehtävää elintapaerojen vähentämistyötä. Sekä kaikille avoin että tietyille sosioekonomisille ryhmille kohdennettu toiminta koettiin tärkeäksi. Keskeiseksi tekijäksi nostettiin myös oikean kohderyhmän tunnistaminen ja tavoittaminen. Lisäksi toiminnan sisältö ja saavutettavuus tulee suunnitella kohderyhmän näkökulmasta. Toiminnan sisällössä korostettiin voimavarojen vahvistamista, tietojen ja taitojen lisäämistä sekä sosiaalisten suhteiden merkitystä. Moniammatillista yhteistyötä voidaan haastateltavien mukaan hyödyntää monin tavoin. Eri tahojen osallistuminen, oikea viestintäkanava ja henkilökohtainen lähestyminen nähtiin keinoiksi tavoittaa heikoimmassa asemassa olevat toiminnan pariin.

Hankevastaavat tunnistivat niitä haasteita, jotka jarruttavat heikoimmassa asemassa olevien osallistumista elintapojen parantamiseen tähtäävään toimintaan. Haastateltavat toivat esiin menettelytapoja, joiden avulla osallistumisen ajatellaan lisääntyvän ja elintapaerojen vähentyvän. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa sosioekonomisten elintapaerojen kaventamiseen tähtäävien ohjelmien suunnittelussa ja arvioinnissa.

Asiasanat: sosioekonominen asema, elintavat, terveyserot

ABSTRACT

Lahti, A. 2018. The contribution of health promotion programs at reducing socioeconomic inequalities in lifestyle: Finnish government key project's program managers' notions of means to tackle disparities. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 58 pp., 5 appendices.

Reducing socioeconomic inequalities in health has been part of Finnish project-based health programs for a long time. Nevertheless, inequalities in health status and mortality between different levels of education, occupation and income haven't decreased. Socioeconomic differences in lifestyle is one cause of health inequalities.

The purpose of this study is to investigate program managers' notions of tackling socioeconomic lifestyle inequalities in health promotion programs. Data consisted of seven interviews representing four programs that has been granted subsidies in the Finnish government's key project "Good practices into permanent use". Programs selected for this research are called Establishing the Strength in Old Age Programme, Resourceful Family method, Social kitchens and reinforcing inclusion and Strengthening lifestyle counselling in health and social services and related service chains. Qualitative content analysis was used to analyse the data.

Four themes regarding methods to reduce inequalities in lifestyle were formulated on the basis of the data: objectives and target group, accessibility of service, organization of activities and means to reach the people with lower socioeconomic position. Clear objectives and outcome evaluation were seen as significant part of reducing lifestyle inequalities in health promotion programs. Both universal and targeted activities for specific socioeconomic groups were found important. Identifying and reaching correct target group was highlighted as a key priority. Additionally, the content and accessibility of activities should be planned from the target group's perspective. Empowerment, increasing knowledge and skills as well as importance of social relationships regarding the content of an activity were underlined. According to the interviewees, multi-professional collaboration can be utilised in multiple ways. Participation of various parties, relevant communication channel and personal approach were seen as means to reach the people with lower socioeconomic status to participate in activities.

Interviewees identified the barriers that prevent participation of socioeconomically disadvantaged in healthy lifestyle programs. They brought out methods supposedly to increase the level of participation and reduce inequalities in lifestyle. The results of this study can be used when planning health promotion programs aiming at tackle inequalities in lifestyle.

Key words: socioeconomic status, healthy lifestyle, health inequality

KÄYTETYT LYHENTEET

AVTK	Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys -tutkimus
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1	JOHDANTO	1
2	ELINTAVOISSA ILMENEVÄT SOSIOEKONOMISET EROT	3
2.1	Ruokatottumukset.....	3
2.2	Liikunta ja inaktiivisuus	7
2.3	Uni	9
2.4	Tupakointi	10
2.5	Alkoholin käyttö.....	11
3	SOSIOEKONOMISTEN ELINTAPAEROJEN VÄHENTÄMINEN	13
3.1	Terveyspoliittiset ohjelmat suunnannäyttäjinä.....	13
3.2	Terveyden edistämisen hankeohjelmat toiminnan jalkauttajina	16
3.3	Alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat osallisiksi toimintaan	17
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TOTEUTTAMINEN	19
4.1	Aineiston kuvaus	19
4.2	Aineiston analysointi	21
5	TULOKSET.....	23
5.1	Tavoitteet ja kohderyhmä	23
5.1.1	Tavoitteiden asettaminen ja vaikutusten arviointi	24
5.1.2	Kaikille avointa vai kohdennettua toimintaa?.....	24
5.1.3	Heikoimmassa asemassa olevien tavoittamisen merkitys.....	26
5.2	Palvelun saavutettavuus.....	26
5.2.1	Toiminnan sijainti.....	27
5.2.2	Kuljetuksen järjestäminen.....	28
5.2.3	Muut osallistumiskynnystä madaltavat tekijät	29
5.2.4	Kohderyhmän taloudellisen tilanteen huomioiminen.....	29
5.3	Toiminnan järjestäminen	30
5.3.1	Yhteistyön merkitys.....	30
5.3.2	Kohderyhmän tarpeiden huomioiminen toiminnan suunnittelussa	32
5.3.3	Elintapojen ja voimavarojen kehä	33
5.3.4	Sosiaalisten suhteiden merkitys toiminnassa	34

5.3.5	Tietojen ja taitojen vahvistaminen.....	35
5.4	Heikoimmassa asemassa olevien tavoittamisen keinot.....	36
5.4.1	Tavoittamiseen osallistuvat tahot.....	36
5.4.2	Viestintäkanava.....	37
5.4.3	Henkilökohtainen lähestyminen.....	38
6	POHDINTA.....	40
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu suhteessa aikaisempaan tutkimustietoon.....	41
6.2	Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi.....	44
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	45
	LÄHTEET.....	47
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Pienistä tuloeroista ja vähäisestä köyhyydestä huolimatta Suomessa on suuret sosioekonomiset terveyserot, mikä on kiinnittänyt myös kansainvälistä huomiota (Mackenbach 2017). Suurituloiset elävät keskimäärin pidempään kuin pienituloiset (Koskinen ym. 2016), ja korkeamman koulutuksen saaneet kokevat terveytensä ja työkykynsä paremmaksi kuin matalammin koulutetut (Talala ym. 2014; Karvonen ym. 2017). Terveyteen vaikuttavat tekijät – kuten terveyskäyttäytyminen, työolosuhteet, asuminen ja sosiaalinen tuki – jakautuvat epätasaisesti sosioekonomisen aseman mukaan, mikä johtaa terveyserojen syntymiseen (Diderichsen ym. 2015).

Elintavat ovat osa terveyskäyttäytymistä ja siten yksi terveyserojen aiheutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Tässä tutkimuksessa elintapoja tarkastellaan ruokatottumusten, liikunnan ja nukkumisen sekä tupakoinnin ja alkoholin käytön näkökulmasta. Suomalaisten elintavoissa on tutkimusten mukaan havaittavissa sosiaaliryhmien välisiä eroja niin lasten, työikäisten kuin ikään-tyneidenkin keskuudessa. Paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat syövät enemmän kasviksia, hedelmiä ja kalaa sekä harrastavat useammin liikuntaa. Toisen asteen opiskelijoilla ja aikuisilla miehillä alempi sosiaalinen asema näyttää myös vähentävän riittävän yöunen määrää. Tupakointi ja alkoholinkäyttö puolestaan ovat yleisempiä alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien keskuudessa (Helldán & Helakorpi 2015, Hublet 2016, Kouluterveyskysely 2017, Murto ym. 2017).

Eriarvoisuuteen voidaan vaikuttaa rakenteellisilla toimenpiteillä, jolloin pyritään estämään erojen syntyminen esimerkiksi veropolitiikan avulla (Mackenbach ym. 2002, 35). Tätä on verrattu virran yläjuoksulla tapahtuvaan pelastustoimintaan, jolloin vaikuttamismahdollisuudet ovat vielä hyvät (Mackenbach ym. 2002). Keskivirrassa tehtävillä toimenpiteillä paikataan jo ilmaantuneita sosiaaliryhmien välisiä eroja esimerkiksi parantamalla heikommassa asemassa olevan väestöryhmän elintapoja (Mackenbach ym. 2002, 35).

Sosioekonomisten terveyserojen vähentämiskeinoista on toistaiseksi vähän tutkimustietoa (Palosuo ym. 2013; Rotko ym. 2014). Myös elintapoihin keskittyvien interventioiden vaikutusten jakautumista sosioekonomisten ryhmien välillä on tutkittu vähäisesti (Humphreys & Ogilvie 2013; Lorenc ym. 2013; Attwood ym. 2016; Lehne & Bolte 2017; Love ym. 2017). Siksi

parhaista menettelytavoista elintavoissa ilmenevän eriarvoisuuden kaventamiseksi kaivataan lisää tietoa, jota voidaan hyödyntää hankeohjelmien sisällön suunnittelussa.

Tässä tutkielmassa tarkastellaan valtakunnallisessa kärkihankkeessa mukana olevien terveydenedistämishankkeiden vastuuhenkilöiden käsityksiä hankeohjelmien avulla tehtävästä elintapaerojen vähentämisestä. Tutkimus toteutetaan yksilöhaastatteluina. Tarkasteltavaksi valitut hankeohjelmat pyrkivät edistämään perusterveiden ihmisten elintapoja ennaltaehkäisevästi. Tutkimukseen valituissa hankeohjelmissä pääpaino on haastatteluiden ja hankesuunnitelmien perusteella selkeästi ravitsemuksessa ja liikunnassa, mutta joissakin ohjelmissä elintapoja käsitellään kokonaisvaltaisesti erottelematta. Tutkimuksessa etsitään lisäksi toimintatapoja tavoittaa sosioekonomisesti heikoimmassa asemassa olevat henkilöt, jotka jäävät usein terveyden edistämiseen tähtäävien toimien ulkopuolelle.

2 ELINTAVOISSA ILMENEVÄT SOSIOEKONOMISET EROT

Tässä luvussa tarkastellaan elintapoja ikäryhmittäin sosioekonomisten taustatekijöiden valossa. Sosioekonomisella asemalla viitataan yhteiskuntaryhmiin, joita voidaan määritellä eri tavoin (Lahelma & Rahkonen 2011). Väestössä ilmeneviä terveyseroja tarkastellaan usein koulutuksen, ammattiaseman ja tulojen mukaan (Lahelma & Rahkonen 2011). Myös tässä tutkimuksessa aihetta tarkastellaan näistä näkökulmista. Alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluviin viitataan usein käsitteellä heikoimmassa asemassa olevat (mm. Humphreys & Ogilvie 2013; Rotko ym. 2014; STM 2016b; Lehne & Bolte 2017).

Yleensä yksilön aineelliset ja henkiset voimavarat ovat sitä paremmat mitä korkeampaan sosioekonomiseen ryhmään hän kuuluu, ja yleisesti ottaen korkeamman koulutuksen oletetaan antavan yksilölle paremmat eväät terveysvalintojen tekemisen pohjaksi (Lahelma & Rahkonen 2011). Koulutuksen katsotaan pysyvän nuoresta aikuisesta lähtien useimmilla henkilöillä samana läpi elämän (Lahelma & Rahkonen 2011; Demarest ym. 2014), joten sen uskotaan kertovan henkilön asemasta pitkällä aikajaksolla. Viime aikoina on tosin korostettu elinikäistä kouluttautumista (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2018), joten yksilön koulutustaso saattaa hyvinkin iän myötä kohota. Koulutustaso ei myöskään välttämättä korreloi yksilön tuloihin tai ammattiasemaan, koska työelämässä on mahdollista olla koulutustaan vastaavaa alemmassa tai ylempässä asemassa.

Tulot voivat puolestaan muuttua paljonkin suuntaan tai toiseen elämän aikana (Gidlow ym. 2006). Ammattiasema tai -ryhmä kertoo henkilön tulotasosta ja muista aineellisista voimavaroista, jotka puolestaan vaikuttavat siihen minkälaisia terveysvalintoja yksilön on mahdollista tehdä (Koivusilta 2011; Lahelma & Rahkonen 2011). Ammattiaseman käyttö sosioekonomisena mittarina saattaa sulkea tutkimuksen ulkopuolelle ei-työssäkäyvät (Gidlow ym. 2006) kuten työttömät, opiskelijat ja eläkeläiset, mikä ei välttämättä anna kokonaiskuvaa tutkittavasta ilmiöstä koko väestössä. Toisin kuin ammattiasema, tulot eivät sulje mitään ryhmää tutkimuksesta pois, koska ansiot voivat olla palkkatuloa, pääomatuloa tai erilaisia sosiaalietuuksia.

2.1 Ruokatottumukset

Aikuisten ravitsemussuositusten mukaan kasviksia, hedelmiä, marjoja ja sieniä tulisi syödä yhteensä ”puoli kiloa päivässä” eli 500 grammaa päivittäin (Valtion ravitsemusneuvottelukunta

2014). Lapsille riittävä määrä on viisi oman kouran kokoista annosta (Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille 2016, 21). Leivän päällä suositellaan käytettäväksi kasviöljypohjaista levitettä sen sisältämän tyydyttymättömän rasvan vuoksi (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014). Ruoan valmistuksessa tulisi käyttää kasviöljyä tai sitä sisältäviä valmisteita (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014). Kalaa suositellaan syötäväksi 2-3 kertaa viikossa sen sisältämän terveellisen rasvakoostumuksen, D-vitamiinin ja proteiinin vuoksi (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014).

Säännöllinen ateriaritmi tarkoittaa 4-6 päivittäisen aterian nauttimista, ja se on tärkeää ylipainon ehkäisyn kannalta (Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille 2016, 18). Ruoan valmistaminen ja syöminen yhdessä perheen kanssa on suositeltavaa, koska se opettaa lapsille terveellistä ateriaritmiä ja ruokatottumuksia (Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille 2016, 13). Joukkoruokailulla tarkoitetaan varhaiskasvatuksessa, kouluissa, oppilaitoksissa, sairaaloissa, varuskunnissa ja työpaikkojen lounasravintoloissa tapahtuvaa ateriointia (STM 2010, 18). Se tarjoaa monelle suomalaiselle päivän ainoan lämpimän aterian (STM 2010, 18), joten sillä on merkityksellinen osa väestön ravitsemuksessa. Joukkoruokailun tarjoajille on viime aikoina tehty omat ravitsemussuositukset, jotta ateriat olisivat monipuolisia ja terveellisiä (THL 2018d).

Lapset ja nuoret. Sosioekonomiset erot kasvisten käytössä näkyvät jo lapsuudessa ja nuoruudessa. Korkeasti koulutetut äidit tarjoilevat aterialla lapsilleen kasviksia useammin kuin vähemmän koulutetut (Ovaskainen ym. 2012). Lukiolaiset syövät kasviksia useammin kuin opiskelijatoverinsa ammatillisissa oppilaitoksissa (Kouluterveyskysely 2017). Tulokset ovat samansuuntaisia myös muualla Euroopassa, jossa kasvisten käyttö on yleisempää niillä lapsilla ja nuorilla, joiden perhe on paremmassa sosioekonomisessa asemassa (Kelly & Keane 2017).

Suomalaisten kouluikäisten lasten joukossa hedelmien syöminen on harvinaisempaa vähemmän koulutettujen äitien lapsilla (Ovaskainen ym. 2012). Sosioekonomiset erot näyttävät jatkuvan myös toisen asteen opiskelijoilla, sillä lukiolaiset syövät hedelmiä ammattikoululaisia useammin (Kouluterveyskysely 2017). Myös kansainvälisessä tutkimuksessa huomattiin, että hyvin toimeentulevien perheiden lapset syövät hedelmiä muita todennäköisemmin sekä Suomessa että muualla Euroopassa (Kelly ym. 2016). Samassa tutkimuksessa havaittiin, että sosioekonomisten ryhmien väliset erot ovat pysyneet samalla tasolla 2000-luvun alusta saakka muutamaa Itä-Euroopan maata lukuun ottamatta. Näissä maissa erot ovat vähentyneet suurelta osin

sen vuoksi, että alempaan sosioekonomiseen ryhmään kuuluvat lapset ja nuoret ovat lisänneet hedelmien käyttöä (Kelly & Keane 2017).

Äidin koulutuksella ei ole vaikutusta pikkulapsiperheessä syötävän leivän laatuun (Ovaskainen ym. 2012). Hieman vanhempien lasten joukossa on puolestaan osoitettu sosioekonomisia eroja. Korkeasti koulutettujen äitien kouluikäiset lapset käyttivät ruisleipää ja täysjyväleipää hieman useammin kuin matalasti koulutettujen äitien lapset (Ovaskainen ym. 2012). Lasten leivän päällä käytettävän levitteen suhteen ei sen sijaan ole havaittavissa sosioekonomisia eroja (Ovaskainen ym. 2012).

Lapsilla ei ole todettu sosiaaliryhmien välisiä eroja sokeripitoisten naposteltavien käytössä (Ovaskainen ym. 2012). Sen sijaan suolaisia herkkuja kulutetaan useammin perheissä, joissa äidin koulutustaso on matala (Ovaskainen ym. 2012).

Eurooppalaiset lapset ja nuoret syövät todennäköisemmin aamupalaa perheissä, joiden taloudellinen tilanne on parempi (Kelly ym. 2016). Tutkimus osoittaa Suomessakin samansuuntaisia merkkejä, mutta yhteys ei ole aivan yhtä selvä kuin useissa muissa maissa. Suomalaiset lapset ja nuoret syövät perheen kanssa yhteistä illallista selvästi harvemmin kuin Euroopan maissa keskimäärin (Kelly ym. 2016). Yhteisen aterioinnin ja perheen varallisuuden välinen yhteys suomalaislapsilla ei ole yksiselitteinen. Tyttöillä perheen parempi taloudellinen tilanne näyttäisi hieman lisäävän perheillallisten yleisyyttä (Kelly ym. 2016). Pojilla tilanne taas on päinvastainen, sillä pojat nauttivat perheen kanssa illallista sitä harvemmin mitä parempi perheen varallisuus on (Kelly ym. 2016).

Työikäiset. Vuoden 2014 AVTK-tutkimustulokset osoittavat, että tuoreiden kasvien päivittäinen syöminen on yleisintä alle 75-vuotiaiden, korkeamman koulutuksen saaneiden, paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevien ja naisten keskuudessa (Helldán & Helakorpi 2015). Kyselytutkimuksen mukaan korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevien naisten ja matalassa sosioekonomisessa asemassa olevien miesten ero kasvien käytössä on huomattava: ylemmässä toimihenkilöasemassa olevista naisista yli kaksi kolmannesta syö tuoreita kasviksia päivittäin, kun taas työntekijöinä, opiskelijoina ja työttöminä toimivista miehistä näin tekee alle neljännes. Alempien sosioekonomisten ryhmien niukan kasvien käytön on päätelty johtuvan korkeasta hinnasta ja heikosta saatavuudesta, sillä samanlaista koulutusryhmien välistä eroa ei havaittu Etelä-Euroopassa, jossa kasvien saatavuus on parempi (Prättälä ym. 2009).

Hedelmien ja marjojen syöminen on yleisempää paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla aikuisilla, mutta väestöryhmien väliset erot ovat loivempia kuin kasvien käytössä (Helldán & Helakorpi 2015). Matalasti koulutettujen keskuudessa on eniten niitä, jotka eivät ole syöneet viikon aikana kertaakaan hedelmiä tai marjoja (Murto ym. 2017). Hedelmien syönnin ja sosioekonomisen aseman välinen yhteys on havaittu myös joissakin Euroopan maissa (Giskes ym. 2010).

Aikuisilla ei ole havaittu koulutusryhmittäisiä eroja tumman leivän käytössä (Murto ym. 2017). Myöskään leivällä käytettävän levitteen käyttötottumuksissa ei ole juuri sosioekonomisia eroja (Helldán & Helakorpi 2015). Kasvirasvan tai margariinin käyttö on jopa hieman yleisempää matalasti koulutettujen sekä työnantaja-asemassa toimivien parissa (Helldán & Helakorpi 2015).

Sen sijaan ruoan valmistuksessa käytettävän rasvan laadussa on väestöryhmittäisiä eroja. Korkeasti koulutetut suosivat kasviöljyjä useammin kuin alemman koulutuksen saaneet (Murto ym. 2017). Ylemmät toimihenkilöt sekä työnantajat ja yksityisyrittäjät käyttävät suositusten mukaisia valmisteita muita ryhmiä yleisemmin (Helldán & Helakorpi 2015). Lisäksi kalaa syödään sitä useammin mitä korkeampi koulutus on (Murto ym. 2017). Sokeroitujen juomien ja makeiden herkkujen käytössä ei ole nähtävillä koulutusryhmien välisiä eroja (Murto ym. 2017).

Lounaan syöminen työpaikkaruokalassa tai lounasravintolassa on yleisempää tietyissä väestöryhmissä. Aikuisväestössä joukkoruokailu on selvästi yleisintä opiskelijoiden keskuudessa (Helldán & Helakorpi 2015), mikä luultavasti johtuu Kelan myöntämän ateriatuen mahdollistamasta edullisesta hinnasta. AVTK-tutkimuksen mukaan ylemmistä toimihenkilöistä kaksi kolmesta syö lounaansa joukkoruokailua järjestävässä paikassa, kun alemmista toimihenkilöistä, työntekijöistä ja työnantajista tai yrittäjistä näin tekee kolmannes. Ammattiryhmien sisällä on nähtävissä suuria eroja myös sukupuolten välillä, sillä miehet näyttävät suosivan työpaikkaruokaloita selvästi naisia useammin. Työttömistä ja maanviljelijöistä joukkoruokailun piirissä on vain muutama prosentti (Helldán & Helakorpi 2015).

Ikääntyneet. Pidemmän koulutuksen saaneet ikääntyneet syövät useammin kasviksia, marjoja ja hedelmiä (Helldán & Helakorpi 2014). Tumman leivän käytössä ei ole juuri havaittavissa koulutusryhmittäisiä eroja (Helldán & Helakorpi 2014). Kasviöljyn käyttö eläkeikäisen väestön ruoanvalmistuksessa on lisääntynyt pitkällä aikavälillä (Helldán & Helakorpi 2014). Sen käyttö

on huomattavasti yleisempää pidemmän koulutuksen saaneiden joukossa, kun taas vain käyttäjistä suurempi osa on matalasti koulutettuja (Helldán & Helakorpi 2014). Eläkeläisistä muutama prosentti nauttii lounaansa joukkoruokailun piirissä (Helldán & Helakorpi 2015).

2.2 Liikunta ja inaktiivisuus

Liikunta on fyysistä aktiivisuutta, jonka harrastamiseen on jokin syy tai vaikutin (Käypä hoito -suositus 2015b). Liikunnalla on todettu olevan suotuisia vaikutuksia muun muassa verenkiertosairauksien, lihavuuden ja masennuksen ehkäisyssä (Käypä hoito -suositus 2016). Inaktiivisuudella puolestaan viitataan lihasten vähäiseen käyttöön eli istumiseen tai muuhun paikallaan-oloon, jonka on todettu olevan haitallista terveydelle ja aiheuttavan yhteiskunnalle miljoonien eurojen kustannukset (Käypä hoito -suositus 2015b; Käypä hoito -suositus 2016; Vasankari & Kolu 2018).

Lapset ja nuoret. Alle kouluikäisten ja alakouluikäisten lasten tulisi liikkua päivittäin 2-3 tuntia (Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä 2008; Opetus- ja kulttuuriministeriö 2016) ja 13-18-vuotiaiden nuorten 1,5 tuntia (Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä 2008). Suomalaislasten liikunnan harrastamisessa ei ole havaittu merkittäviä sosioekonomisia eroja äidin koulutuksen mukaan tarkasteltuna (Mäki 2012). Toisessa tutkimuksessa ilmeni, että perheen parempi taloudellinen tilanne saattaa lisätä suomalaislasten ja -nuorten liikunnan harrastamista (Nalecz 2016). Eurooppalaiset korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat lapset ja nuoret täyttivät fyysisen aktiivisuuden suositukset muita useammin (Hamrik & Bucksch 2017). Erot ovat pysyneet 2000-luvulla tasaisina, mutta ne osoittavat pieniä kasvamisen merkkejä (Hamrik & Bucksch 2017). Suomalaisilla toisen asteen opiskelijoilla on havaittavissa selviä eroja vapaa-ajan liikunnan harrastamisessa, sillä ohjatun ja omatoimisen liikunnan harrastaminen on yleisempää lukiassa kuin ammattioppilaitoksissa opiskelevilla (Kouluterveyskysely 2017).

Ruutu-aikaa pidetään yhtenä tapana mitata lasten fyysistä inaktiivisuutta (Nalecz 2016; Bucksch & Hamrik 2017). Pidemmän ruutuajan on havaittu olevan Suomessa yleisempää matalasti koulutettujen äitien lapsilla ja erityisesti pojilla (Mäki 2012). Perheen alhaisemmalla varallisuudella näyttää joissain Euroopan maissa olevan yhteys lasten ja nuorten korkeampaan inaktiivisuuteen (Nalecz 2016). Koko Eurooppaa tarkasteltaessa sosioekonomisten ryhmien väliset erot television katselussa ovat kaventuneet, mutta se ei välttämättä kerro kattavasti ruutuajan

määrästä, sillä television katselu on vähentynyt selvästi (Bucksch & Hamrik 2017) ja tilalle on tullut muita tapoja viettää aika ruudun edessä.

Työikäiset. Aikuisten tulisi liikkua viikkotasolla vähintään 2,5 tuntia reippaasti tai 1 tunti 15 minuuttia rasittavalla teholla siten, että yksi liikkumiskerta on vähintään 10 minuutin pituinen (UKK-instituutti 2018). Kymmenen minuutin liikuntapätkän merkitys on tosin viime aikoina kyseenalaistettu, kun yhdysvaltalais tutkimuksessa todettiin, että tätä lyhemmätkin pätkät ovat terveydelle hyödyllisiä (Saint-Maurice ym. 2018). Lisäksi suositellaan lihaskunnan ja liikehallinnan ylläpitämistä vähintään kaksi kertaa viikossa (UKK-instituutti 2018).

Miehistä neljännes ja naisista viidennes harrastaa kuntoliikuntaa säännöllisesti useita kertoja viikossa (Murto ym. 2017). Kuntoliikuntaa harrastavien osuus kuitenkin vähenee eläkeikää lähestyessä. Työikäisistä kuntoilee vielä kolmannes, mutta 55-74-vuotiaista enää 15 % (Murto ym. 2017). 2000-luvun alkuun saakka työssäkäyvien suomalaisten koulutusryhmittäiset erot vapaa-ajan ja työmatkaliikunnan harrastamisessa olivat pieniä (Mäkinen ym. 2009), mutta sen jälkeen alimman ja ylimmän koulutusryhmän välillä on havaittu eroa fyysisessä kokonaisaktiivisuudessa (Haapala ym. 2016).

Kuntoliikunnan vakituinen harrastaminen on selvästi vähäisempää matalasti koulutettujen parissa verrattuna keski- ja korkeatason koulutuksen saaneisiin (Murto ym. 2017). Vähintään kaksi kertaa viikossa vapaa-ajan liikuntaa harrastavien osuus on miehillä yleisintä ylemmillä toimihenkilöillä ja opiskelijoilla ja naisilla ylemmillä toimihenkilöillä, eläkeläisillä ja työttömillä (Helldán & Helakorpi 2015). Vähäisintä vapaa-ajan liikunnan harrastaminen on maanviljelijöillä, mutta se on myös ainoa ammattiryhmä, jonka kaikki vastaajat ilmoittavat työnsä olevan ruumiillisesti rasittavaa (Helldán & Helakorpi 2015). Myös työntekijäasemassa olevien työ on usein ruumiillista, ja he harrastavat vapaa-ajalla liikuntaa hieman muita ryhmiä harvemmin (Helldán & Helakorpi 2015). Ruumiillisesti rasittava työ siis näyttää laskevan vapaa-ajan liikuntaa harrastavien osuutta.

Neljännes suomalaisista aikuisista ei harrasta lainkaan vapaa-ajan liikuntaa, ja yli 75-vuotiaista inaktiivisia on lähes puolet (Murto ym. 2017). Koko väestön keskuudessa vapaa-ajan inaktiivisuus korostuu matalasti koulutettujen keskuudessa (Murto ym. 2017).

Ikääntyneet. Yli 65-vuotiaiden liikuntasuositukset ovat samansuuntaiset kuin aikuisilla, mutta suosituksissa painotetaan lihaskunnan ja notkeuden harjoittamisen merkitystä (UKK-instituutti 2018). Yli 75-vuotiaista ainoastaan 7 % harrastaa viikoittain kuntoliikuntaa, ja kokonaan inaktiivisia on lähes puolet ikääntyneestä väestöstä (Murto ym. 2017). Sosioekonomisten ryhmien välinen eriarvoisuus näkyy ikääntyneiden liikkumisessa ja fyysisessä kunnossa. Pidemmän koulutuksen saaneet eläkeikäiset arvioivat oman ruumiillisen kuntosensa useammin erittäin tai melko hyväksi kuin vähemmän koulutetut (Helldán & Helakorpi 2014). Liikunnan lisääminen on myös onnistunut useammin korkeamman koulutuksen saaneiden joukossa (Helldán & Helakorpi 2014).

2.3 Uni

Käypä hoito -suosituksen (2017) mukaan uni vaikuttaa aivojen aineenvaihduntaan poistamalla haitallisia aineita ja varastoimalla energiaa. Lisäksi unella on suotuisia vaikutuksia myös oppimiseen, muistiin ja vastustuskykyyn. Suosituksessa kerrotaan, että riittämätön yöuni altistaa muun muassa ylipainolle sekä psyykkisille ja verenkiertoelinten sairauksille. Lapsilla ja nuorilla unettomuus puolestaan kohottaa masennuksen sekä päihteiden käytön riskiä, ja ikääntyneillä se aiheuttaa lisäksi kognitiivisten kykyjen heikkenemistä ja lisää kaatumisriskiä (Käypä hoito -suositus 2017). Riittävän yönunen määrä on yksilöllistä, mutta Käypä hoito -suosituksessa ihmisten kerrotaan nukkuvan keskimäärin kuudesta yhdeksään tuntiin yössä.

Lapset ja nuoret. Perheen sosioekonomisen aseman yhteydestä lasten ja nuorten nukkumistottumuksiin on julkaistu niukasti suomalaistutkimuksia. Ruotsinkielisiä koululaisia tutkittaessa vanhemman koulutuksella tai tulotasolla ei ollut yhteyttä lapsen yönunen pituuteen, mutta tutkimuksen luotettavuutta heikentää otoksen valikoituneisuus (Lehto ym. 2009). Kansainvälisessä tutkimuksessa ei myöskään havaittu, että vanhempien sosioekonomisella asemalla olisi vaikutusta 9-11-vuotiaiden lasten yönunen pituuteen, mutta joissakin korkean tulotason maissa alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat lapset menivät myöhemmin nukkumaan (Manyanga ym. 2018). Suomalaisten ammattiin opiskelevien nuorten joukossa alle kahdeksan tunnin yönunen nukkuminen on yleisempää kuin lukiolaisilla (Kouluterveyskysely 2017).

Työikäiset ja ikääntyneet. Suomalaisten aikuisten yönunen pituutta ei ole selvitetty kansallisissa terveystutkimuksissa. Sen sijaan FINRISKI-tutkimuksessa on selvitetty niiden suomalaisten

osuutta, jotka nukkuvat omasta mielestään tarpeeksi. Koko väestössä mielestään tarpeeksi nukkuvien määrä nousee hienoisesti koulutustason mukaan (FINRISKI 2012). Miesten joukossa ero on selkeä, kun taas naisilla koulutuksen pituudella ei ole yhteyttä (FINRISKI 2012). Yhdyksvaltalaistutkimuksessa todettiin, että lyhyet yöunet olivat yleisempiä alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla niin koulutuksen, tulojen kuin varallisuuden osalta mitattuna (Whinnery ym. 2014).

2.4 Tupakointi

Tupakointi altistaa sydän- ja verenkiertoelinten sairauksille, syöville ja keuhkotaudeille (THL 2018e). Se myös vähentää hedelmällisyyttä, minkä lisäksi raskaudenaikainen tupakointi altistaa sikiön ja äidin terveysongelmille (THL 2018e). Nuuskan käyttö altistaa osin samoille sairauksille, mutta lisää käyttötapaansa vuoksi myös suunterveyden ongelmia (THL 2018c). Tupakointi on länsimaissa yleisin estettävissä oleva kuolinsyy (THL 2018e).

Nuoret. Perheen varallisuudella ei ole selvää yhteyttä eurooppalaisnuorten nuorella iällä tehtyihin tupakkakokeiluihin (Hublet 2016). Sen sijaan 11-15-vuotiaiden viikoittainen tupakointi oli useissa Euroopan maissa yleisempää niillä nuorilla, joiden perheen taloudellinen tilanne on heikompi (Hublet 2016). Myös suomalaisilla tytöillä on havaittu merkitsevä yhteys perheen heikon taloustilanteen ja viikoittaisen tupakoinnin välillä (Hublet 2016). Suomalaisilla toisen asteen opiskelijoilla koulutusryhmien väliset erot tupakkatuotteiden käytössä ovat selviä. Ammattiin opiskelevista joka neljäs tupakoi päivittäin, kun lukiolaisten joukossa osuus on 3 prosenttia (Kouluterveyskysely 2017). Myös nuuskan käyttö on yleisempää ammattikoululaisilla, joista joka kymmenes nuuskaa päivittäin (Kouluterveyskysely 2017). Lukiolaisista näin tekee 3 prosenttia (Kouluterveyskysely 2017).

Aikuiset. Noin joka kuudes suomalainen aikuinen tupakoi päivittäin (Helldán & Helakorpi 2015; Murto ym. 2017). Tupakointi on pääsääntöisesti vähentynyt viime vuosikymmenten aikana, mutta naisten tupakointi on kääntynyt nousuun vuonna 2013 (Helldán & Helakorpi 2015). Tupakointi on selvästi yleisempää alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvilla aikuisilla. Koulutusryhmittäin tarkasteltuna tupakointi on lähes yhtä yleistä peruskoulun ja toisen asteen käyneiden joukossa, mutta korkeasti koulutettujen joukossa tupakoivia on selvästi vähemmän (Helldán & Helakorpi 2015). Toisessa tutkimuksessa tupakointi näyttää vähentyvän lineaarisesti sitä mukaa kun koulutustaso nousee (Murto ym. 2017). Miehillä eroa keskitason ja

korkean koulutuksen saaneilla ei juuri ole, mutta naisilla ero on selkeä (Murto ym. 2017). Työmarkkina-aseman mukaan tarkasteltuna päivittäinen tupakointi on yleisintä työttömillä ja työntekijäasemassa olevilla ja vähäisintä ylemmillä toimihenkilöillä ja opiskelijoilla (Helldán & Helakorpi 2015).

Ikääntyneet. Ikääntyneistä alle kymmenen prosenttia tupakoi päivittäin ja yksi prosentti satunnaisesti (Helldán & Helakorpi 2014). Tupakoinnin yleisyydessä ei ole eroa perusasteen ja korkeamman koulutuksen saaneiden välillä (Helldán & Helakorpi 2014).

2.5 Alkoholin käyttö

Alkoholinkäyttö aiheuttaa erilaisia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia haittoja sekä alkoholin käyttäjälle ja tämän läheisille että yhteiskunnalle (THL 2018b). Alkoholi on usein yhteydessä tapaturmiin ja pahoinpitelyihin, ja erilaiset alkoholin käytöstä aiheutuvat akuutit tai krooniset haitat ovat olleet yksi keskeisimmistä työikäisten suomalaisten kuolinsyistä (THL 2018c). Haittojen estämiseksi suositellaan täysraittiutta tai pidättäytymistä kohtuukäytössä, joksi luokitellaan miehillä 0-2 ja naisilla 0-1 annosta päivässä (Käypä hoito -suositus 2015a). Sairastavuus- ja kuolleisuusriski suurentuu merkittävästi miehillä 23-24 ja naisilla 12-16 viikkoannoksen tasolla (Käypä hoito -suositus 2015a).

Nuoret. Perheen heikompi taloudellinen asema ei näytä lisäävän 11-15-vuotiaiden eurooppalaisnuorten alkoholinkäyttöä (de Looze ym. 2016). Kolmetoistavuotiaana tai sitä nuorempana koettu ensihumala ei ollut yhteydessä perheen varallisuuteen (de Looze ym. 2016). Viikoittainen alkoholinkäyttö ja humalajuominen oli joissain maissa yleisempää paremmin toimeen tulevien perheiden nuorilla (de Looze ym. 2016). Suomessa nuorten juomistavoissa on nähtävillä sosioekonomisia eroja toisen asteen opiskelijoiden välillä. Raittiiden osuus on suurempi lukiolaisilla kuin ammattiin opiskelevilla (Kouluterveyskysely 2017). Vastaavasti viikoittainen alkoholinkäyttö ja humalajuominen on selvästi yleisempää ammattioppilaitosten kuin lukioiden oppilailla (Kouluterveyskysely 2017).

Aikuiset. Suomalaisista miehistä viidennes ja naisista joka kahdeskymmenes ilmoitti juovansa viikoittain vähintään kuusi annosta alkoholia (Helldán & Helakorpi 2015). Tässä joukossa ei ole havaittu merkittäviä koulutusryhmittäisiä tai sosioekonomisia eroja. Ainoastaan maanviljelijöiden ja opiskelijoiden joukossa tämä on selvästi muita ryhmiä harvinaisempaa (Helldán &

Helakorpi 2015). Humalahakuinen juominen on matalasti koulutetuilla miehillä ja naisilla jonkin verran yleisempää kuin keski- tai korkeatason koulutuksen saaneilla (Murto ym. 2017). Alkoholia liikaa käyttäviä miehiä on eniten keskitason koulutuksen saaneiden joukossa ja vähiten korkeasti koulutettujen keskuudessa (Murto ym. 2017). Naisilla liikkakäyttäjien osuus laskee sitä mukaa kun koulutustaso nousee (Murto ym. 2017).

Ikääntyneet. Eläkeikäisessä väestössä alkoholin käyttö on yleisempää korkeamman koulutuksen saaneilla kuin perusasteen koulutukseen käyneillä (Helldán & Helakorpi 2014). Raittiiden osuus on selvästi suurempi matalammin koulutettujen joukossa (Helldán & Helakorpi 2014). Päivittäin alkoholia juovien osuus on korkeammin koulutetuilla kaksi kertaa yleisempää kuin perusasteen koulutuksen saaneilla (Helldán & Helakorpi 2014). Vähintään neljän annoksen viikkokulutus väkevien alkoholijuomien ja viinin osalta on merkittävästi yleisempää korkeammin koulutetuilla ikääntyneillä (Helldán & Helakorpi 2014).

Väestötutkimuksissa saadut tulokset sosioekonomisten ryhmien välisistä melko vähäisistä eroista alkoholinkäytössä ovat ristiriidassa alkoholikuolleisuudesta kertovien tilastojen kanssa (Mäkelä ym. 2017). Yli 25-vuotiaiden alkoholista johtuvat kuolinsyyt ovat huomattavasti yleisempiä alimmassa tuloryhmässä, ja alkoholi on ollut merkittävässä osassa tuloryhmien välisten kuolleisuuserojen kasvussa (Mäkelä ym. 2017). Siten on huomattava, että yllä esitetyt tulokset aikuisten ja ikääntyneiden juomatavoista voivat olla vääristyneitä esimerkiksi siksi, että alkoholia paljon käyttävät ovat jättäneet vastaamatta tai ilmoittaneet juovansa alkoholia todellista pienempiä määriä.

3 SOSIOEKONOMISTEN ELINTAPAEROJEN VÄHENTÄMINEN

Sosioekonomisten ryhmien välisiä elintapaeroja voidaan pyrkiä vähentämään kohdistamalla toimia koko väestöön tai niihin väestöryhmiin, joissa riskikäyttäytymistä esiintyy (Whitehead ym. 2014, 15). Toimet voidaan tehdä politiikan tasolla tai vahvistamalla yhteisöjä ja yksilöitä kohdistamalla heihin terveyden edistämiseen tähtääviä interventioita (Whitehead 2007). Koko väestöön kohdistuvia toimia kutsutaan universalismiksi (Carey ym. 2015). Vaikuttamalla kaikkiin sosioekonomisiin ryhmiin koko väestön terveydentila kohentuu, mutta eniten ja nopeimmin se tapahtuu heikoimmassa asemassa olevilla (Palosuo ym. 2013, 69). Joskus eriarvoisuuden kuilua pyritään kaventamaan vahvistamalla ainoastaan heikoimmassa asemassa olevien terveydentilaa (Palosuo ym. 2013, 69). Yksinomaan heikoimmassa asemassa oleviin kohdennettuja toimia ei kuitenkaan pidetä riittävinä, koska väestön terveydentila vaihtelee asteittain sosioekonomisen aseman mukaan (Whitehead ym. 2014, 15). Lisäksi kohdennettujen toimien pelätään leimaavan kohderyhmänsä edustajat (Whitehead ym. 2014, 15). Whitehead ym. (2014, 15) ehdottavat, että terveyseroja vähennetään parhaiten yhdistämällä universalistisia ja kohdennettuja toimia siten, että heikoimmassa asemassa olevien terveyttä pyritään kohentamaan nopeammin kuin muiden (Whitehead ym. 2014, 15). Tätä resurssien painottamista erityistä tukea tarvitseviin kohderyhmiin kutsutaan suhteelliseksi universalismiksi (Whitehead ym. 2014, 15).

3.1 Terveyspoliittiset ohjelmat suunnannäyttäjinä

Vuonna 1986 julkaistiin terveyspoliittinen strategiaohjelma Terveyttä kaikille vuoteen 2000, jossa tuotiin esiin suomalaisten elintavoissa ilmenevät sosioekonomiset erot sekä huoli elämäntyylistä johtuvista terveysongelmista tietyissä väestöryhmissä (STM 1986). Siitä asti Suomessa on ollut käynnissä sosioekonomisten terveyserojen vähentämiseen tähtääviä terveyspoliittisia ohjelmia. Niissä on linjattu tulevan toimintakauden poliittisia toimia, ja lisäksi ne ovat sisältäneet tai tuottaneet useita terveyden edistämisen hankkeita. Ohjelmat ovat olleet osin päällekkäisiä, ja niiden on nähty jopa kilpailleen keskenään resursseista (Rotko & Kauppinen 2016, 21). Englannissa eriarvoisuuden kaventaminen oli terveyspolitiikan keskiössä vuosina 1997-2010 (Hu ym. 2016). Kansallisen strategiaohjelman ei kuitenkaan todettu edesauttavan terveyserojen kehittymistä suotuisampaan suuntaan verrattuna aikaan ennen ohjelman käynnistymistä (Hu ym. 2016). Terveyseroissa tapahtuneet suuntaukset eivät myöskään eronneet merkittävästi muista saman ongelman kanssa kamppailevista maista, joissa ei ollut käytössä vastaavaa strategiaohjelmaa (Hu ym. 2016).

Suomalaisissa terveysohjelmissa on tavoiteltu sosioekonomisten erojen kaventumista useasta näkökulmasta. Eriarvoisuuden on odotettu kaventuvan elinajanodotteen (STM 2011), kuolleisuuden (STM 2001; STM 2008), koetun terveyden (STM 2008), työ- ja toimintakyvyn (STM 2008) ja sairastavuuden (STM 2008) mittareilla. Kaste 2012-2015 -ohjelmassa ei yksilöity mitten terveyserojen kaventumista seurataan (STM 2012a). Toimenpiteiden kohteeksi asetettuja väestöryhmiä on kuvailtu terveysohjelmissa hyvin yleisluontoisesti ”heikoimmassa asemassa oleviksi” (STM 2008) tai ”riskiryhmiksi” (STM 2012a) ilman tarkempaa erittelyä siitä keihin tavoitteet kohdistetaan. Kaste-ohjelman tavoitteissa mainitut ”riskiryhmät” eivät kuitenkaan yksiselitteisesti olleet ainoastaan sosioekonomisesti heikoimmassa asemassa olevat (STM 2012a), vaikka loppuraportissa (STM 2016a) näin tulkitaankin.

Väestöä voidaan ohjata terveellisempien elintapojen pariin lainsäädännön avulla, ja valtion vero- ja tukipolitiikan on eräissä katsauksissa todettu olevan toimiva keino terveyserojen vähentämisessä (Lorenc ym. 2013; McGill ym. 2015). Suomessa tupakointia ja alkoholijuomien kokonaiskulutusta on pyritty vähentämään nostamalla hintaa ja rajoittamalla saatavuutta (STM 2008). Nuorten tupakointiin on puututtu kieltämällä lailla oppilaitosten alueella tupakointi (Rotko ym. 2012, 16). Kaste-ohjelman tavoitteena puolestaan oli kohentaa ravitsemusta ruoan hintapolitiikan avulla (STM 2012b).

Maailman terveysjärjestö WHO painottaa tasa-arvoisten terveyspalvelujen merkitystä eriarvoisuuden vähentämisessä (Whitehead ym. 2014). Suomen terveysohjelmissa tällä saralla on kiinnitetty huomiota erityisesti ehkäisevän päihdetyön, alkoholin riskikäytön vähentämisen ja tupakoinnin lääkevieroituksen aseman vahvistamiseen kuntien perusterveydenhuollossa (STM 2008). Lisäksi terveyserojen vähentämistyössä tulee WHO:n mukaan panostaa lapsuusajan olosuhteisiin, jotta terveyserot eivät siirtyisi sukupolvelta toiselle (Whitehead ym. 2014). Suomen terveystoiminnassa on pyritty takaamaan kaikille lapsille ja nuorille yhdenmukaiset neuvola-, kouluterveys- ja opiskelijaterveyspalvelut (STM 2008; THL 2016). Neuvoloita on ohjeistettu tarjoamaan odottaville äideille ja lapsiperheille ohjausta ja neuvontaa ravitsemus- ja liikuntatottumuksiin ylipainon vähentämiseksi (STM 2008, 46). Sosioekonomisesti heikoimmassa asemassa olevien ruokailutottumuksien edistämiseksi on ehdotettu, että erityistä tukea tarvitseville opetettaisiin käytännön taitoja yhdessä järjestöjen kanssa (STM 2008). Toisen asteen opiskelijoiden välisten terveyserojen vähentämistä on tavoiteltu uudistamalla ammattioppilaitosten opiskelijaterveydenhuoltoa (STM 2008; THL 2016).

Päivittäisen elinympäristön kehittämisellä on ollut vahva rooli terveysohjelmissa. Hyötyliikunnan tukeminen on nähty oleellisena tekijänä liikunnan lisäämisessä (STM 2008). Maksuttomien liikuntapaikkojen ja -palveluiden tärkeyttä on korostettu koko väestön (THL 2016), mutta etenkin ikääntyneiden kohdalla (STM 2008). Lisäksi on nähty tarpeellisena, että liikunta integroidaan osaksi varhaiskasvatuksen, koulujen ja työpaikkojen toimintaa (STM 2008). Väestön ravitsemustottumuksia on pyritty parantamaan kehittämällä joukkoruokailun saatavuutta ja terveellisyyttä (STM 2008; STM 2012b; THL 2016). Viime aikoina on kiinnitetty huomiota myös oppilaitosten välipalatarjontaan (THL 2016). Liikkuvaa työtä tekevien ravitsemusta on pyritty suuntaamaan terveellisemmäksi ohjeistamalla tyypillisiä autoilijoiden lounaspaikkoja ravitsemuskriteereistä (Rotko ym. 2012).

Yhdenkään jo päättyneen terveysohjelman ei voida sanoa onnistuneen terveystarpeiden vähentämisessä (Rotko ym. 2012; Rotko & Kauppinen 2016, 35; STM 2016a). Syiksi epäonnistumisille on esitetty liian yleiselle tasolle kirjattuja tavoitteita ja toimenpiteitä (Rotko & Kauppinen 2016; STM 2016a) sekä vaikutusten arvioinnissa käytettävien mittareiden puuttumista (Rotko ym. 2012, 16; STM 2012a). Tavoitteet tulisi ulottaa lähemmäs asukkaita maakuntien ja kuntien strategiaohjelmiin, jolloin eri toimialoille voidaan asettaa konkreettiset toimenpiteet (Rotko ym. 2014). Tavoitteiden toteutumista voidaan arvioida seuraamalla alueen asukkaiden terveydentilaa tilastoista sekä hyödyntämällä väestöstä ja ammattilaisilta saatavaa laadullista tietoa (Rotko ym. 2014). Kaste-ohjelman epäonnistumista terveystarpeiden vähentämisessä on puolusteltu hitaan talouskasvun aiheuttamilla tekijöillä (STM 2016a). Terveystarpeiden 2015 -ohjelman vastuhenkilöt puolestaan moittivat, että oli hankalaa asettaa ajankohtaisia tavoitteita pitkän ajan päähän ja toisaalta, että pitkän ajan tavoitteet olivat liian sitovia (Rotko & Kauppinen 2016). Lisäksi vastuutahot kaipasivat erittelyä terveystarpeiden kaventamisen keinoista (Rotko & Kauppinen 2016, 23). Eri toimialojen yhteistyötä aina päättäjistä jalkautukseen asti on ehdotettu avaintekijäksi alueellisessa terveydenedistämistyössä (Rotko ym. 2014). Tämä tosin edellyttää, että on määriteltävä selkeästi yksi taho, joka koordinoi poikkihallinnollista yhteistyötä (Rotko ym. 2014).

Kritiikistä huolimatta terveysohjelmat on nähty tärkeänä tekijänä sosioekonomisiin terveystarpeisiin liittyvän tietoisuuden lisäämisessä ja elintapoihin vaikuttamisessa, vaikka niiden vaikuttavuutta ei olekaan voitukaan osoittaa mittareilla (Rotko ym. 2012, 26; Rotko & Kauppinen 2016, 20). Eriarvoisuuden kaventaminen on näkyvästi esillä myös hallituksen vuosina 2016-2018 toimivassa kärkihankkeessa, jonka yhtenä pyrkimyksenä on vahvistaa yksilöiden mahdollisuuksia

terveellisten elintapojen noudattamiseen jalkauttamalla aiemmin hyväksi havaittuja toimintamalleja koko maahan (STM 2016b).

3.2 Terveyden edistämisen hankeohjelmat toiminnan jalkauttajina

Terveyseroja voidaan pyrkiä vähentämään edistämällä yhteisöjen ja yksilöiden terveyttä. Yhteisöjä voidaan vahvistaa joko parantamalla koko ryhmän toiminnallisuutta tai heikoimmassa asemassa olevien osallisuutta yhteisten asioiden hoitamisessa (Whitehead 2007). Elintavoissa ilmenevien ongelmien taustalla voi olla yksilön taidoissa, tiedoissa tai voimavaroissa ilmenevät puutteet, jotka tulee ratkaista (Whitehead 2007). Terveyserojen vähentämistyössä yksilöiden vahvistamiseen keskittyvät interventiot ovat yleensä kohdistettu heikoimmassa asemassa oleviin, ja niissä on ollut näkyvissä siirtyminen puutteiden korjaamisesta voimavarojen vahvistamiseen (Whitehead 2007).

Elintapainterventioiden vaikutusten jakautumisesta sosioekonomisten ryhmien välillä on vähäistä tutkimusnäyttöä (Humphreys & Ogilvie 2013; Lorenc ym. 2013; Attwood ym. 2016; Lehne & Bolte 2017; Love ym. 2017). On esitetty varovaista näyttöä siitä, että yksilöön kohdistetut interventiot lisääisivät terveyseroja (Lorenc ym. 2013; McGill ym. 2015). Yhdeksi syyksi on arveltu sitä, että näin terveysvalinnat jätetään yksilön vastuulle sen sijaan, että haluttuun lopputulokseen pyritäisiin pääsemään esimerkiksi lainsäädännön avulla (Adams ym. 2016). Whitehead (2007) sen sijaan esittää, että toimintataso tulee määritellä tapauskohtaisesti sen mukaan, millä saadaan parhaiten vaikutettua eriarvoisuutta aiheuttaviin perimmäisiin tekijöihin (Whitehead 2007). Mediakampanjat ja työpaikoilla toteutettavat tupakointikiellot näyttävät lisäävän sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja (Lorenc ym. 2013). Sen sijaan työpaikalla toteutettavat rakenteelliset interventiot ja resurssien kohdentaminen ovat todettu terveyseroja vähentäviksi toimintatavoiksi (Lorenc ym. 2013). Humphreys & Ogilvie (2013) painottavat, että nykyistä useammassa tutkimuksessa olisi mahdollista selvittää vähensikö tai lisäsikö kyseinen interventio terveyseroja.

Koko väestölle suunnattu interventio voi lisätä terveyseroja entisestään, mikäli toimien avulla saavutetaan ne, joiden terveydentila on jo entisestään mallillaan, ja tavoittamatta jäävät ne, jotka tarvitsisivat eniten apua (Marmot 2010; Rotko ym. 2014). Siksi terveyden edistämisen ohjelmien suunnittelussa ja toimeenpanossa on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota niihin, joita ohjelma ei tavoita, ja tehdä korjaavia toimenpiteitä jo ohjelman aikana (Bartholomew ym. 2006,

489). Terveyden edistämisen ohjelmien tulisi sisältää prosessin ja tulosten arvioinnin, jotta vaikuttavista toimenpiteistä saadaan tietoa ja tarvittavia muutoksia voidaan tehdä ohjelman ollessa vielä kesken (Bartholomew ym. 2006, 475). Universalistisia liikuntainterventioita tutkineessa katsauksessa ei havaittu, että vaikutukset olisivat jakautuneet väestössä epätasaisesti, mutta tulosta ei voida pitää täysin luotettavana, koska tutkittavat saattoivat alun perin olla valikoituneita ja kato oli suurta (Lehne & Bolte 2017).

3.3 Alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat osallisiksi toimintaan

Terveyden edistämisen ohjelmiin osallistuvat innokkaimmin hyväosaiset ja terveydestään kiinnostuneet ihmiset, jolloin sosioekonomisesti heikoimmassa asemassa olevat saattavat jäädä ulkopuolelle (Marmot 2010). Selkeimmin alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä esiin nouseva syy osallistumatta jättämiseen ovat erilaiset kustannukset, joita aiheutuu terveellisten elintapojen noudattamisesta (Withall ym. 2011; Bukman ym. 2014; Smith ym. 2016; Liljas ym. 2017). Toimenpiteinä osallistumisaktiivisuuden lisäämiseksi nähdään ilmaiset tai alhaiset osallistumismaksut (Cleland & Ball 2013; Smith ym. 2016), veloituseton kokeilujakso ja mahdollisuus liikuntavarusteiden lainaamiseen (Smith ym. 2016).

Osallistumista liikuntatoimintoihin jarruttavat pitkät välimatkat (Kruger ym. 2012; Smith ym. 2016) sekä julkisen liikenteen tai kyydin puute (Kruger ym. 2012; Smith ym. 2016; Liljas ym. 2017). Ratkaisuna on esitetty kuljetuksen järjestämistä (Smith ym. 2016) ja toiminnan järjestämistä lähellä julkisen liikenteen reittejä (Smith ym. 2016) tai ihmisen kotona etenkin ikääntyneiden kohdalla (Liljas ym. 2017).

Muita syitä osallistumatta jättämiseen ovat lastenhoidon puute, ajanpuute tai toiminnan sopimattomuus omaan aikatauluun (Withall ym. 2011). Alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat naiset osoittivat tutkimuksessa eniten kiinnostusta niihin ohjelmiin, joissa oli mahdollisuus saada lastenhoitoapua (Cleland & Ball 2013). He innostuivat myös ajatuksesta saada kotiin siivousapua liikunnan harrastamisen ajaksi, mutta tällaista ohjelmaa ei ole tutkittu käytännössä (Cleland & Ball 2013). Joskus tieto järjestettävästä toiminnasta ei tavoita kiinnostuneita (Withall ym. 2011). Alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä tieto kulkee pääasiassa puskaradioiden (Withall ym. 2011) tai julisteiden ja lentolehtisten kautta (Withall ym. 2012). Ikääntynyttä väestöä on suositeltavaa lähestyä kasvotusten tai puhelimitse (Liljas ym. 2017).

Mahdollisuus sosiaaliseen kanssakäymiseen ja muutoksen toteuttamiseen yhdessä muiden ihmisten kanssa koetaan merkittävänä motivaation lähteenä elintapamuutokseen (Withall ym. 2011; Bukman ym. 2014). Etenkin naiset haluavat aloittaa liikuntaharrastuksen mieluiten jonkun tutun henkilön kanssa (Withall ym. 2011). Ihmisillä saattaa kuitenkin olla tunne, etteivät he ole sopivia ryhmään esimerkiksi liian huonon fyysisen kunnon vuoksi (Withall ym. 2011). Sosiaalinen epämukavuus ja itsetunnon puute rajoittavat naisten osallistumista (Withall ym. 2011). Alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevia saattaisi houkutella liikunnan pariin se, että muut osallistujat ovat samassa tilanteessa iän, sukupuolen, fyysisen kunnon tai terveysongelmien puolesta (Bukman ym. 2014). Sekä heikommassa että paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset toivovat, että heille annettu elintapaneuvonta olisi omiin tarpeisiin räätälöityä (Bukman ym. 2014).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TOTEUTTAMINEN

Tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään millaisia käsityksiä terveyden edistämishankkeiden vastuuhenkilöillä on hankeohjelman avulla tehtävästä sosioekonomisten elintapaerojen vähentämisestä. Koska sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen keinoista on vain vähän tutkimustietoa (Palosuo ym. 2013; Rotko ym. 2014), tutkimuksen lähtökohtana oli selvittää käytännön tasolla tehtäviä eriarvoisuutta vähentäviä toimia.

Tutkimuskysymykset tätä pro gradu -tutkielmaa varten ovat:

- Minkälaisia käsityksiä terveydenedistämishankkeiden vastuuhenkilöillä on sosioekonomisten elintapaerojen vähentämisestä hankeohjelman puitteissa?
- Minkälaisia käsityksiä hankevastaavilla on hankeohjelmissa käytettävistä tavoittamiskeinoista sosioekonomisesti heikoimmassa asemassa olevien henkilöiden suhteen?

4.1 Aineiston kuvaus

Tutkimusta varten haastateltiin seitsemää asiantuntijaa neljästä eri hankeohjelmasta, jotka ovat Neuvokas perhe, VESOTE, Voimaa vanhuuteen ja Yhteinen keittiö. Hankeohjelmat ovat mukana hallituksen Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projektissa, joka on osa vuosina 2016-2018 toteutettavaa kärkihanketta Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen (STM 2016b; STM 2018). Kärkihankeprojekti koostuu kaiken kaikkiaan kymmenestä sosiaali- ja terveysministeriön valitsemasta hankeohjelmasta, jotka saavat valtionavustusta yhteensä 7,2 miljoonaa euroa (STM 2018). Tähän tutkimukseen valittiin mukaan ne hankeohjelmat, jotka toimivat ennaltaehkäisevästi ja laaja-alaisesti, eivätkä kohdennu mihinkään sairausryhmään.

Tutkimukseen valitut ohjelmat ovat toimintatavoiltaan ja kohderyhmältään erilaisia. Neuvokas perhe on Suomen Sydänliitto ry:n kehittämä menetelmä, jonka avulla neuvolassa ja alakouluissa työskentelevät terveydenhoitajat voivat tarjota lapsiperheille voimavarakeskeistä liikunta- ja ravitsemusohjausta (Suomen Sydänliitto ry ym. 2016). VESOTE on lyhenne sanoista vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti (VESOTE

2016). Hankeohjelmaa hallinnoi UKK-instituutti, jonka lisäksi siinä on mukana valtakunnallisia järjestö- ja asiantuntijatoimijoita, kymmenen sairaanhoitopiiriä, kuntia sekä paikallisia järjestöjä (VESOTE 2016). Voimaa vanhuuteen on Ikäinstituutin koordinoima toimintamalli, jonka avulla kunnissa voidaan kehittää poikkihallinnollisesti terveystietämyksen käytäntöjä yli 75-vuotiaiden fyysisen aktiivisuuden parantamiseksi (Ikäinstituutti 2016). Yhteinen keittiö on Kirkkohallituksen luotsaama konsepti, jonka tavoitteena on terveyserojen vähentäminen parantamalla heikoimmassa asemassa olevien osallisuutta ja hyvinvointia (Kirkkohallitus 2016). Ohjelmassa on mukana viisi pilottipaikkakuntaa, joissa järjestetään erilaista toimintaa osallisuuden ja ruoan ympärille (Kirkkohallitus 2016).

Haastateltavat olivat koko valtakunnallisen hankeohjelman tai jonkin alueellisen osaohjelman vastuuhenkilöitä. Kolmesta hankeohjelmasta haastateltiin kustakin kahta asiantuntijaa, ja yhdestä hankeohjelmasta yhtä, jolloin haastateltavia oli yhteensä seitsemän (ks. liite 4). Ohjelmista kaksi toimii koko Suomessa samalla toimintaperiaatteella. Näistä molemmista ohjelmista katsottiin tarpeelliseksi haastatella kahta henkilöä mahdollisimman kattavien vastausten saamiseksi. Kahdesta muusta hankeohjelmasta haastateltiin yhteensä kolmea henkilöä, jotka edustivat valtakunnallisten hankkeiden alueellisia osaohjelmia. Näissä kummassakaan hankeohjelmassa toiminta ei ole samanlaista koko maassa, vaan jokaiselle osaohjelmalle on määritelty oma kohderyhmänsä ja sisältönsä. Nämä tietyt osaohjelmat valittiin tähän tutkimukseen siksi, että niissä tavoitellaan elintapojen parantamista ja eriarvoisuuden vähentämistä. Valtakunnallisten hankeohjelmien vastuuhenkilöt auttoivat sopivien osaohjelmien valinnassa.

Haastattelupyynnö (liite 1) lähetettiin sähköpostitse hankeohjelmien vastuutahoille. Heitä pyydettiin nimeämään ohjelmasta yksi tai kaksi haastateltavaa, jotka osaavat kertoa hankeohjelman tai sen osaohjelman tavoitteista ja vaikutuskeinoista sosioekonomisten terveyserojen kannalta. Rekrytointi ja haastatteluajkojen sopiminen oli sujuvaa, eikä kukaan pyydetyistä kieltäytynyt haastattelusta. Prosessin sujumista edesauttoi se, että sosiaali- ja terveysministeriön neuvotteleva virkamies oli pyytänyt ohjelmien vastuuhenkilöiltä yhteistyöapua opinnäytetyön tekemiseen.

Kaikilla haastateltavilla oli yliopistotutkinto terveys-, liikunta- tai yhteiskuntatieteistä. Haastattelut toteutettiin tammikuussa 2018 yksilöllisinä temahaastatteluina. Haastatteluista neljä toteutettiin kasvokkain haastateltavien työpaikoilla ja kolme puhelimitse. Kaikki haastattelut

tallennettiin digitaalisella tallentimella aineiston analysointia varten. Haastattelujen kesto vaihteli puolesta tunnista puoleentoista tuntiin.

4.2 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa käytettiin teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Analysointi ei suoranaisesti perustunut mihinkään teoreettiseen viitekehykseen, vaan prosessi aloitettiin aineistolähtöisesti. Analyysin edetessä luokkien muodostamiseen hyödynnettiin teoreettisia käsitteitä aikaisemmasta tutkimustiedosta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 133). Haastatteluista kertyi litteroitua aineistoa yhteensä 112 sivua pistekoolla 12 ja rivivälillä 1,5. Tekstimuotoon saatettu aineisto luettiin useaan kertaan läpi, jonka jälkeen siitä etsittiin tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja eli merkitysyksiköitä. Merkitysyksiköt koostuivat lauseen osista tai yhdestä tai useammasta virkkeestä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122). Jokaiselle merkitysyksikölle annettiin koodi, jotta sen jäljittäminen alkuperäiseen aineistoon olisi vaivatonta. Koodin ensimmäinen numero viittasi analyysiyksikköön eli yhteen haastatteluun (1-7) tai dokumenttiin. Toinen numero oli juokseva ja viittasi analyysiyksikön sisältä poimittuun yksittäiseen alkuperäisilmaukseen, jolloin merkitysyksikön koodi oli esimerkiksi 2.07.

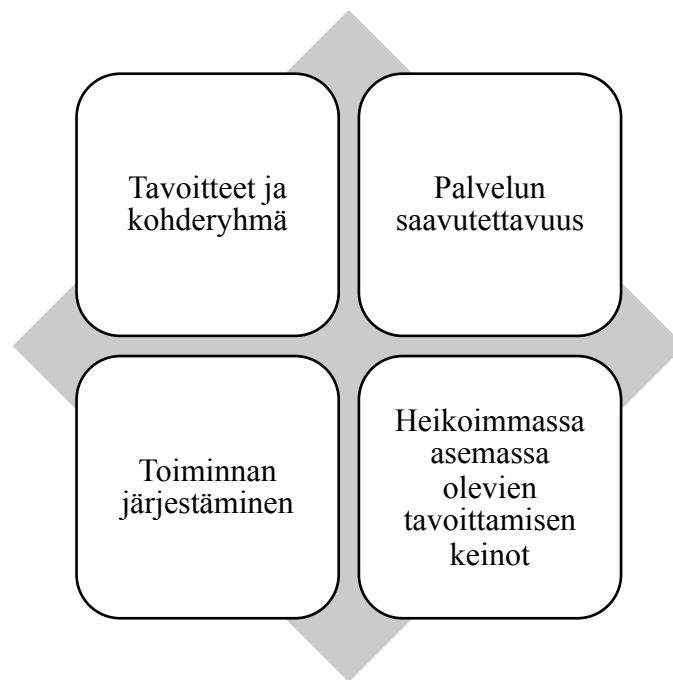
Jokainen merkitysyksikkö pelkistettiin ilmaisultaan tiiviimmäksi. Pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin alaluokat siten, että yksi alaluokka koostui samaa asiaa kuvaavista merkitysyksiköistä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124). Alaluokille muodostettiin sisäänottokriteerit siten, että jokainen ilmaisu soveltui ainoastaan yhteen alaluokkaan (Schreier 2012, 92). Tämän jälkeen alaluokat yhdistettiin yläluokkiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124), jotka olivat niin ikään toisensa poissulkevia. Yläluokat järjestettiin teemojen alle, joita muodostettiin yhteensä neljä. Analyysin edetessä muodostettiin myös kolme pääluokkaa, jotka asettuivat Tavoittamiseen osallistuvat tahot -yläluokan alle. Pääluokkien tarkoitus oli selkiyttää luokkien välistä hierarkiaa tilanteessa, jossa oli suuri määrä merkitysyksikköjä. Taulukossa 1 on kuvattu analyysin etenemistä alkuperäilmaisuista teeman muodostamiseen. Prosessin aikana piti palata useamman kerran muokkaamaan luokitusta ja luokkien nimiä. Analyysikehys (liite 5) sai lopullisen muotonsa vasta, kun tulokset oli kirjoitettu tekstimuotoon.

TAULUKKO 1. Esimerkki teeman ”Palvelun saavutettavuus” muodostumisesta

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Teema
2.36 "Jotku kunnathan tukee tämmöstä liikuntapalvelun piiriin hakeutumista. Tukee niitä matkoja"	Kunta tukee rahallisesti iäkkäiden kyytejä liikuntapalveluihin.	Kuljetusten rahallinen tukeminen	Kuljetuksen järjestäminen	PALVELUN SAAVUTET- TAVUUS
7.43 "hankkeen aikanahan nyt on helppo tukea [kuljetuksia], kun on kaupungilla oma hankerahotus ja meillä niin...Tavallaan se ei oo mikään este."	Kaupunki ja hankeohjelma voivat tukea kuljetuksia hankkeen aikana hankerahoituksen avulla.			
3.57 "Sivukylillä niin... Miten miten nää ihmiset saadaan sinne toimintojen pariin, jos he on jossakin mökissä ilman autoa. Vai järjestetäänkö tälle ihmiselle kuljetus sinne taajaman ryhmään."	Järjestetään autottomille, taajaman ulkopuolella asuville ikääntyneille kuljetus taajamaan liikuntaryhmään.	Yhteiskuljetus		
7.41 "Että sitten on mietitty sitä, että jos jotakin ois saatu aikaseks siinä yhteistyössä, niin sitten ois se yhteiskuljetus pitänyt ehdottomasti järjestää."	Joihinkin tapahtumiin tarvitaan osallistujille yhteiskuljetus.			
1.25 "se on niin hankalan matkan päässä tai (...)"	Elintaparyhmään osallistumisen esteenä saattaa olla se, että palvelu on liian pitkän välimatkan päässä.	Palvelun sijainti esteenä osallistumiselle	Toiminnan sijainti	
4.09 "varmaan se matka et missä se sijaitsee ja miten sinne niinku pääsee, se saattaa olla jollekin este tai korkea kynnyks ehkä ettei viitti lähtee toimintaan."	Liikuntaryhmätoiminnan sijainti saattaa estää siihen osallistumisen.			
2.15 "Ja sit pääsee omassa rappussa tai omassa talossa osallistumaan vaikka jonneki tasapainojumppaan, niin ollaan niin lähellä sitä omaa elinpiiriä."	Omassa talossa tai rappussa pääsee osallistumaan jumppaan, jolloin ollaan lähellä omaa elinpiiriä.	Toiminta järjestetään lähellä asiakasta		
3.61 "mennään sinne ihmisten koteihin. Et esimerkiks kotituutori-toimintamalli on semmonen missä tämmönen koulutettu vertaisohjaaja menee kotiin jumppaamaan sen ihmisen kanssa."	Vertaisohjaaja tulee ikääntyneen kotiin jumppaamaan tämän kanssa.			

5 TULOKSET

Haastatteluiden perusteella hankeohjelmissa tehtävästä sosioekonomisten elintapaerojen vähentämisestä muodostettiin neljä teemaa: tavoitteet ja kohderyhmä, palvelun saavutettavuus, toiminnan järjestäminen ja heikoimmassa asemassa olevien tavoittamisen keinot (kuvio 1). Toiminnalla tarkoitetaan hankeorganisaation, kunnan, sairaanhoitopiirin tai muun tahon järjestämää kertaluontoista tai toistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on osallistujien elintapojen parantaminen.



KUVIO 1. Menettelytavat sosioekonomisten elintapaerojen vähentämiseksi hankeohjelman avulla

5.1 Tavoitteet ja kohderyhmä

Hankevastaavat pitivät tärkeänä, että elintapaerojen vähentämistavoite oli selkeästi esillä. Vaikutusten arviointi nähtiin tarpeellisena, mutta haasteellisena. Hankeohjelmissa tehdään sekä kaikille suunnattua että tietyille kohderyhmälle kohdennettua toimintaa. Etenkin koko väestölle tarjottavan toiminnan perusteltiin olevan keskeinen tekijä elintapaerojen vähentämisessä. Haastateltavat korostivat myös, että avainasemassa on heikoimmassa asemassa olevien ihmisten tavoittaminen toiminnan pariin.

5.1.1 Tavoitteiden asettaminen ja vaikutusten arviointi

Haastatteluissa nousi esiin, että terveyserojen vähentämistavoite tulisi huomioida terveydenedistämistyötä tekevien organisaatioiden toiminnassa. Terveyserojen vähentämiseen ja kohderyhmän tavoittamiseen tähtäävät konkreettiset toimet tulisi kirjata organisaation hankesuunnitelmaan, jotta työ ei jäisi ainoastaan terveystalvelujen harteille. Kuntien toimintatapoihin toivottiin muutosta, jotta kunnissa kiinnitettäisiin huomiota myös alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien saamiseksi toiminnan piiriin. Kunnan liikuntatoimen henkilöresursseja voitaisiin myös suunnata enemmän huonompikuntoisten ikääntyneiden ohjaamiseen, mikäli kunnat kouluttaisivat hyväkuntoisista senioreista vertaisohjaajia. Vertaisohjaajat pääsisivät liikkumaan samalla kun ohjaavat muita, jolloin heiltä vapautuisi paikkoja kunnan järjestämiin liikuntatoimintoihin.

(...) et se työ pitäs priorisoida uudelleen päättäjien ja johtajien toimesta. Et kehen... kenelle me tehdään... (H3)

Hankevastaavat kokivat tärkeäksi hankeohjelman toiminnan arvioinnin. Vaikutusten ja kustannusvaikutusten arviointia pohdittiin, mutta ne koettiin haasteellisena. Syynä pidettiin lyhyttä hankeaikaa ja tutkimuksen teon mahdollisuuden puutetta. Eräs haastateltava koki, että eriarvoisuuden vähentäminen on yksilön kokemus, jota ei voi varsinaisesti mitata. Hankeohjelmissa oltiin kiinnostuneita siitä, onko onnistuttu tavoittamaan haluttua kohderyhmää ja miten toiminta on heihin vaikuttanut. Haastateltavat kokivat hankalaksi arvioida, miten hyvin kohderyhmää on saatu hankeohjelmassa tavoitettua. Syinä nähtiin, että ohjelma oli ollut käynnissä vasta lyhyen aikaa tai oli epäselvää millä tavoitavuutta tulisi mitata.

Että me ei oo kysytty sitä nyt vielä keltään et miten... Esimerkiks että miten ne [asiakkaat] on sen kokenu siis sillä tavalla ja miten tuo tavoitettavuus. Et ehkä nyt varmaan sitä pitää nyt selvittää se tästä eteenpäin että... (H4)

5.1.2 Kaikille avointa vai kohdennettua toimintaa?

Hankeohjelmilla nähtiin olevan mahdollisuudet elintapaerojen vähentämiseen. Mahdollisuudet koettiin hyväksi, koska kohderyhmä on helppo tavoittaa universaalien palvelujen avulla. Kaikille avoimet tapahtumat nähtiin myös väylänä onnistumiseen terveyserojen vähentämisessä.

Ja sitten taas tää niinkun sosioekonomisten erojen kaventaminen, niin mä uskon siihen, että mitä enemmän me toteutetaan ja...tällasia erilaisia tilaisuuksia ja tapahtumia mihin kaikki on tervetulleita ja ei lähetä luokittelemaan ihmisiä, vaan he saa sen kokemuksen että minä kuulun joukkoon ja minä olen yksi muista ja tota niin näin, niin sillen heidän niinkun omanarvontunto ja itsetunto vahvistuu. (H7)

Jotkut haastateltavat kokivat, että kaikille avoin toiminta on keskeinen tekijä elintapaerojen vähentämisessä. Sitä kuvattiin ideologiana, jonka toteutumista pyrittiin myös valvomaan. Elintapaohjausta pidettiin myös jokaisen lapsiperheen perusoikeutena. Erään haastateltavan mukaan erilaisten ihmisten kohtaaminen ja luokittelun välttäminen johtavat lopulta tasa-arvoisempaan terveyskäyttäytymiseen. Kun toiminta on avointa kaikille, se ei rajaa mitään väestöryhmää ulos. Kaikille avoimen toiminnan uskottiin myös estävän asiakkaiden leimautumista avun tarvitsojiksi, kun samaa palvelua tarjotaan kaikille.

Ja sit se tulee helposti perheelle se et miks me saatiin tää [elintapaohjauksen materiaali] mut noi ei. (H5)

Joidenkin hankeohjelmien toimintaa oli kohdennettu heikoimmassa asemassa oleville väestöryhmille. Työttömät nähtiin ryhmänä, jolle kannattaa kohdentaa elintapatoimintaa. Pitkäaikaistyöttömät mainittiin erikseen. Yksi haastateltava huomautti, ettei ollut väliä miten pitkään työttömyys oli jatkunut. Työttömien lisäksi tuotiin esiin myös heikoimmassa asemassa olleet lapsiperheet, yksinäiset miehet sekä syrjäytymisvaarassa olevat nuoret.

Mä ite tiedostan tän et niinko omassa siinä hankeviestinnässä (...) Mä oon sit tavallaan pyrkiny silläkin että kohdentakaa niitä esimerkiksi just tämmösiin heikoimmassa asemassa esimerkiksi pitkäaikaistyöttömät tai mielenterveyskuntoutujia niin näille niitä ryhmiä tehdä yhteistyötä. (H1)

Yhdessä hankeohjelmassa oli selvitetty, että toiminnasta kokivat hyötyvänsä eniten alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt. Toinen haastateltava puolestaan pohti, että tulisiko heikoimmassa asemassa oleville kohdentaa vielä erillinen hanke.

5.1.3 Heikoimmassa asemassa olevien tavoittamisen merkitys

Elintapaerojen kannalta erityisenä haasteena koettiin se, että järjestettyyn toimintaan hakeutuvat jo valmiiksi hyväkuntoiset ja hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt. Toiminnan ulkopuolelle jäävien, heikoimmassa asemassa olevien ihmisten tavoittaminen koettiin haasteellisenä, koska he eivät hakeudu omatoimisesti toimintoihin. Yksilön pitäisi vallalla olevan käsityksen mukaan olla itse aktiivinen oman terveytensä hoitamisessa, minkä nähtiin myös edesauttavan joidenkin jäämistä ulkopuolelle.

Oikean kohderyhmän tunnistaminen ja tavoittaminen nousivat haastatteluissa keskeiseksi elintapaeroja vähentäväksi tekijäksi. Etenkin korostettiin panostamista vaikeasti tavoitettavien ryhmien löytämiseen.

Mä aina sanon et ne paukut nyt siihen löytämiseen. (H3)

Hankevastaavat arvioivat, että kuntatoimijoiden on vaikea tunnistaa ketkä ovat heikoimmassa asemassa olevia. Haasteellisenä nähtiin myös halutun kohderyhmän kattava ja järjestelmällinen tavoittaminen sen sijaan, että löydetään yksittäisiä ihmisiä. Etsivä työ on kohdennettu nuoriin, mutta se ei välttämättä koske muita ikäryhmiä. Lapsillakin tapaamiset terveydenhoitajan kanssa harvenevat lapsen kasvaessa, jolloin tavoitavuus muuttuu vaikeammaksi.

Kuntien resurssit nähtiin haasteena toiminnan onnistumiselle. Työntekijöiden puute ja työpanoksen priorisointi muihin asioihin nähtiin esteenä kohderyhmän tavoittamisen onnistumiselle. Hankeohjelman tehtävänä nähtiin kuntien tukeminen tunnistamisessa ja tavoittamisessa, jotta toimintaan saadaan osallistumaan halutun kohderyhmän ihmisiä.

Tai on niinku tärkeimpiä toimenpiteitä tukea kuntia siinä, että miten löydät, miten tavoitat, miten tunnistat kohderyhmäsi. Että tää [hankeohjelma]-työ oikeesti kohdentuu sinne mihin me halutaan. Et se ei oo kaikille kaikkee. (H2)

5.2 Palvelun saavutettavuus

Haastateltavat toivat esiin erilaisia haasteita, joiden vuoksi etenkin heikoimmassa asemassa olevat jättäytyvät toiminnan ulkopuolelle. Palvelun saavutettavuuden parantaminen nähtiin

oleellisena tekijänä osallistumisaktiivisuuden lisäämisessä. Osallistumiskynnystä tulisi hanke-
vastaavien mukaan madaltaa suunnittelemalla toiminnan sijainti, kuljetukset ja maksut asiak-
kaan näkökulmasta.

5.2.1 Toiminnan sijainti

Hankevastaavat toivat esiin, että järjestettävän toiminnan sijainnilla on suuri merkitys osallis-
tumisaktiivisuuteen. Osallistumiskynnys madaltuu, kun toiminta järjestetään lähellä ihmisiä.
Pahimmillaan pitkien välimatkojen tai huonon sijainnin nähtiin olevan esteenä osallistumiselle
tai ainakin nostavan osallistumiskynnystä merkittävästi, koska kaikilla ei ole mahdollisuutta
julkisen liikenteen tai oman auton käyttöön. Pitkät välimatkat nähtiin etenkin pienten kuntien
sekä Itä- ja Pohjois-Suomen asukkaiden harmina. Toiminnan suunnittelun yhteydessä tulisi
miettiä aina myös sitä, miten osallistujat pääsevät kulkemaan paikanpäälle.

*Ja sitten esimerkiksi kun me suunniteltiin nyt keväälle semmosta yhteisöllistä ret-
keä... retkeä tuonne vähän luontoon, niin tottakai sitten täytyy aina miettiä se, että
kuinka ne ihmiset sinne saadaan. (H7)*

Toiminta tulisi järjestää lähellä tavoiteltavan kohderyhmän asuinpaikkoja. Kodin lähellä toteu-
tettavan toiminnan uskottiin palvelevan erityisesti ikääntyneitä. Haastatteluissa nousi esille
tarve luovaan ajatteluun toimintapaikan valinnassa; esimerkiksi liikuntatoimintaa voidaan jär-
jestää myös muualla kuin varsinaisissa liikuntatiloissa. Erään haastateltavan näkemyksen mu-
kaan liikuntatilan on tultava ihmisten luo, mikäli ihmiset eivät pääse liikuntatilan luo.

*Ja tää on ehdottomasti semmonen niinku osallisuuteen vaikuttava asia. Pystyykö
osallistuun vai ei. Ja jos ei kuljetusta ole niin sillon täytyy ruveta... (...) et kun niitä
on ollu vaikee saada resursoitua niitä kuljetuksia niin tätä on ruvettu niinku rat-
komaan toista kautta eli tuomaan lähemmäs niitä paikkoja. Ja jos ei sulla ole
virallista liikuntatilaa lähellä, niin sun pitää ruveta niinku improvisoimaan sitä
tilaa. (H3)*

Keinona ikääntyneiden osallistumisaktiivisuuden lisäämiseen nähtiin taloyhtiöiden yleisissä ti-
loissa tai lähiympäristössä järjestettävä liikuntatoiminta, joita vetää kaupungin kouluttama va-
paaehtoinen senioriohjaaja. Maaseudulla vastaavanlainen ryhmä voi kokoontua yleisessä

tilassa tai jonkun kotona. Kotona tapahtuvaan liikuntatoimintaan voi osallistua ohjaajan lisäksi yksi tai useampi ohjattava. Mikäli ikääntyneitä saadaan mukaan heille suunnattuihin massatapahtumiin, voidaan jo siellä antaa liikuntaneuvontaa. Tällöin toiminta on siellä missä seniorikin sillä hetkellä.

5.2.2 Kuljetuksen järjestäminen

Mikäli toimintaa ei pystytä järjestämään tarpeeksi lähellä, sinne tulisi olla mahdollisuus päästä mukavasti. Esimerkiksi nostettiin yhteiskuljetuksen organisointi järjestäjän taholta. Toiminnan äärelle vievän kuljetuksen merkitys nousi esiin erityisesti ikääntyneiden kohdalla. Kuljetuksiin ei haastateltavien näkemyksen mukaan panostettu tarpeeksi, ja niiden tuomat kustannukset nähtiin haasteena etenkin pienille kunnille. Haastateltavat toivat esiin, että kunnan olemassa olevia joukkoliikennratkaisuja voidaan suunnitella myös sen kannalta, että ne palvelevat ihmisten kulkemista liikuntatoimintoihin. Esimerkiksi ikääntyneiden asiointia helpottavien palvelubussien reittejä ja aikatauluja voidaan muokata siten, että seniorit ehtivät saman päivän aikana paitsi kauppaan, myös liikuntaryhmän toimintaan tai kuntosalille.

Et jossain kunnissa on pilotoitu semmosia malleja et miten niinku kyliltä palvelutaksien reitistön aikatauluihin saadaan sovellettua iäkkäille vaikka nyt sitä kuntosaliharjottelua. Et he pääsis samalla kun he käy kauppa-asioilla sillä palvelutaksilla niin sit käymään siellä kuntosalilla. (H2)

Myös kuljetusten rahallista tukemista pidettiin tärkeänä.

...vaikkapa ihan normaali bussikyty on liian kallis tälle ihmiselle, vaikka se itse toiminta ois maksutonta. (H3)

Kuljetuksia on haastateltavien näkemyksen mukaan tuettu ainakin kuntien liikunta- ja sosiaali-toimen kassoista. Lisäksi kyyteihin on löytynyt resursseja kunnan hankkeen tai projektin rahoituksesta. Haasteeksi tosin mainittiin, että tällöin rahoitus on sidonnainen hankkeen aikatauluun, joten rahoitus loppuu projektin päättymiseen.

5.2.3 Muut osallistumiskynnystä madaltavat tekijät

Haastateltavat toivat esiin muitakin tekijöitä, jotka saattavat olla vaikeasti tavoitettavien henkilöiden osallistumisen esteenä. Asiakkaan ohjaaminen toimintaan nähtiin kriittisenä vaiheena. Joissain tapauksissa nähtiin olevan hyötyä siitä, että ammattilainen saattaa konkreettisesti asiakkaan toiminnan pariin.

...että sillä yhdellä kerralla vaikka annettais lähete ryhmään tai annettais lähete liikuntapalvelujen liikuntaneuvojalle. Pitäs kyllä aika lailla kädestä saattaa että tehä se. (H1)

Ohjaavan henkilön tulee osata toimia asiakkaan lähtötilanteesta käsin ja tunnistaa ne henkilöt, jotka tarvitsevat enemmän tukea ohjautumisessa. Lapsiperheiden kohdalla tulisi myös miettiä tarkasti mihin terveydenhoitaja voi ohjata perheen tarvittaessa edelleen.

Ikääntyneen asiakkaan osallistumiskynnystä voidaan madaltaa auttamalla tätä esimerkiksi selvittämään bussiaikataulua ja reittiä toimintapaikkaan. Mikäli ikääntyneen on mahdollista kulkea harrastukseen kävellen, tulisi kunnan suunnitella jalankulkureitit myös tälle kohderyhmälle toimiviksi. Osallistumista saattaa rajoittaa myös, jos toiminnan ajoitus ei kohtaa asiakkaan tarpeen kanssa tai ilmoittautuminen ei onnistu.

...tämmösen elintapaohjauksen pitäis olla niinkö saatavilla tietysti sillon ku asiakas kokee tarvitsevansa. (H1)

5.2.4 Kohderyhmän taloudellisen tilanteen huomioiminen

Edullisen tai kokonaan maksuttoman toiminnan ajateltiin olevan edellytys sille, että heikoimassa asemassa olevat voivat osallistua toimintaan. Toiminnan ja kyydin hinta saattavat muodostaa esteen liikuntatoimintaan osallistumiselle.

Ja se ei voi olla kovin kallista, jos näitä samoja koeryhmiä pidetään. Että rahalla sitä ei pysty niinku tavallaan myymään. Tai voi myyä mut sit sinne ei tuu niitä asiakkaita ketä me halutaan. Et sen takiahan tää on maksutonta palvelua sille asiakkaalle, tällä hetkellä ainakin. (H4)

Haastatteluissa kävi ilmi, että hankeohjelmassa on pyritty kannustamaan kuntia järjestämään edullisia tai maksuttomia liikuntapalveluita ikääntyneille. Loppujen lopuksi hinnoittelusta päättää kuitenkin kunta. Hankeohjelmassa järjestetty toiminta voi olla myös ilmaisia retkiä tai maksutonta aamupalaa syrjäytyneille. Ilmaista ruokailua pidettiin hyvänä houkuttimena, jolla pyritään saamaan ihmisiä osallistumaan elintapojen parantamiseen liittyviin tapahtumiin.

5.3 Toiminnan järjestäminen

Yhteistyö eri tahojen kanssa nähtiin merkittävänä resurssina niin kohderyhmän tavoittamisessa kuin toiminnan järjestämisessä. Kohderyhmän tarpeiden huomioimisen ajateltiin helpottavan heikoimmassa asemassa olevien osallistumiskynnystä. Hankevastaavat kuvasivat elintapojen ja voimavarojen välistä yhteyttä ja toivat esiin myös tietojen ja taitojen vahvistamisen sekä sosiaalisten suhteiden merkityksen toiminnan sisällössä.

5.3.1 Yhteistyön merkitys

Moniammatillinen yhteistyö tuotiin esille eri yhteyksissä. Yleisellä tasolla mainittiin, että eri sektoreiden yhteistyö on tärkeää heikoimmassa asemassa olevien tavoittamisessa. Useat haastateltavat nostivat esille, että kunnissa pitäisi tehdä enemmän poikkihallinnollista yhteistyötä. Eräässä hankeohjelmassa nähtiin hyvät edellytykset terveyserojen vähenemiseen, sillä ohjelman koulutukseen oli osallistunut kiitettävästi eri alojen ammattilaisia, jotka kokivat tarvetta paneutua elintapaerojen vähentämiseen. Eräs haastateltava pohti millä tavalla organisaatiossa tavoitetaan oikeat henkilöt, jotka voivat edistää heikoimmassa asemassa olevien henkilöiden tavoittamista elintapatoiminnan pariin. Toinen haastateltava koki, että tämä on haaste etenkin isoissa kaupungeissa. Ratkaisuehdotuksena tähän tuotiin se, että poikkisektorisia yhteistyöryhmiä on yhden sijaan monta, esimerkiksi alueittain jaettuna.

Ikääntyneiden liikunta-aktiivisuuden parantamiseen tähtäävässä hankeohjelmassa on keskeistä, että kuntiin perustetaan poikkisektorinen yhteistyöryhmä, jonka tehtävänä on pohtia miten myös alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat iäkkäät saadaan liikuntapalvelujen piiriin. Näin jokainen ryhmän toimija voi tiedottaa liikuntatoiminnasta omassa organisaatiossaan. Yhteistyö auttaa myös huomaamaan, että heikoimmassa asemassa olevien tavoittaminen liikuntaharrastusten pariin on monimutkaisempaa kuin kunnan liikuntatoimessa on ehkä ajateltu.

Vastuun jakaminen nousi yhtenä tekijänä esiin. Yhdessä toimiessa voidaan pohtia kunnassa toimivia tahoja, joiden avusta voisi olla hyötyä.

Et täs tietyllä tavalla yhdistetään hyvin paljon niinkun [kunnan] kaikkien osajien tietoa, joka vaan aiemmin ei oo kohdentunu tähän kohderyhmään. (H3)

Yhteistyötä voidaan hyödyntää myös toiminnan järjestämisessä. Yksi haastateltava nosti esiin, että jakamalla tietoa muiden hankeohjelmien kanssa voidaan löytää parhaat keinot tavoittaa haluttua kohderyhmää. Itse toiminnan sisältö voidaan järjestää yhteistyössä jonkun toisen tahon, kuten järjestön, kanssa, jolla on tarvittavaa asiaosaamista.

(...) yhteistyössä sosiaalityön ja diakonian kanssa tämmösiä [teemapäivän nimi], tämmösiä teemapäiviä, johonka kutsutaan eri alojen ammattilaiset tekemään lyhyitä alustuksia eri teemoista. (H7)

Hankeohjelmissa on suunnattu elintapaohjauksen koulutusta myös sellaisille ammattiryhmille, joiden tehtäviin elintapaohjaus ei varsinaisesti kuulu, mutta jotka kohtaavat työssään heikoimassa asemassa olevia. Tällaisia tahoja ovat haastateltavien mukaan erilaisten järjestöjen työntekijät, mielenterveystyön ammattilaiset ja varhaiskasvattajat. Tästä nähtiin olevan hyötyä erityisesti lapsiperheiden kohdalla, mikäli nämä henkilöt tapaavat perheitä selvästi useammin kuin varsinainen elintapaohjauksen ammattilainen.

(...) sosiaalityö ja tän tyypiset. Niin heille tuoda tavallaan sitten tätä elintapaohjauksen näkemystä niin että he näkee et se voimavarojen vahvistaminen, mikä on heille ihan normaali työote, niin tavallaan on myös elintapaohjausta. Et hekin vois tavallaan niinkun, vaikka he ei tee elintapaohjausta, niin vaikka...perhetyöntekijä joka menee kotiin niin sanoo et "onpa hienoo et teillä on tosi paljon kasviksia täällä". (H5)

Yhteistyö voidaan järjestää myös niin, että elintapoihin keskittyvässä tapahtumassa on mukana esimerkiksi sosiaalityöntekijöitä. Tällä tavalla eri alojen ammattilaiset ovat lähellä asiakkaita.

5.3.2 Kohderyhmän tarpeiden huomioiminen toiminnan suunnittelussa

Hankevastaavat kokivat kohderyhmän tarpeiden huomioimisen tärkeänä lähtökohtana toiminnan suunnittelussa. Asiakkailta saattaa olla hyvin erilaisia esteitä, joiden vuoksi hän ei osallistu järjestettävään toimintaan. Erilaiset tunteet, kokemukset ja ennakkoluulot nähtiin esteenä yksilön osallistumiselle. Asiakas ei koe toimintaa ”omaksi paikakseen” tai hän kokee ennakkoluuloja sen sisältöä kohtaan. Hän voi myös kokea, ettei ole tarpeeksi hyvä osallistumaan ryhmään tai taustalla on jokin pelko. Epäily arvostelun ja syyllistämisen kohteeksi joutumisesta arvioitiin tekijäksi, joka niin ikään jarruttaa kiinnostusta. Ennakkoluulot siitä, että rehellisesti omista elintavoista kertominen käännetään itseä vastaan, voivat nostaa osallistumiskynnystä. Henkilö voi myös kokea jonkin muun asian omaa hyvinvointia tärkeämmäksi, jolloin hän priorisoi ajankäyttöään sen mukaisesti. Erilaisiin esteisiin tulisi erään haastateltavan näkemyksen mukaan vastata markkinoinnin keinoin.

Toiminnan suunnittelussa tulisi haastateltavien näkemyksen mukaan huomioida erilaiset kohderyhmät, ja muokata toiminta siten, että se vastaa asiakkaan tarpeisiin. Palvelun tulisi tuntua asiakkaalle sopivalta. Yleisen toimintamallin sijaan ehdotettiin palvelun räätälöintiä asiakkaan lähtökohdista käsin. Toivottiin, että toiminnan sisältö muotoutuisi sen mukaan, mihin elintapoihin perhe itse toivoi muutosta.

...se sallivuus sille et perhe itse sais itse määrittellä mihin he itse toivoo tällä hetkellä muutosta. (H5)

Kiinnostavaa sisältöä pidettiin merkittävänä tekijänä, joka saa ihmiset osallistumaan toimintaan. Asiakkaiden osallistamista sisällön suunnitteluun pidettiin tarpeellisenä. Ikääntyneiden koettiin innostuvan helposti liikunnasta, mikä yhden haastateltavan mukaan helpotti elintapajärjestelmien vähentämistä. Osallistujia voi houkutella paikalle myös yhteinen ruokailuhetki tai sellainen tarjolla oleva liikuntamuoto, joka on muuten heikosti saatavilla.

Sillee että tää uimahalli on niinku meidän omassa omistuksessa, elikkä sairaanhoitopiirillä tai tällä kuntayhtymällä on siis oma uima-allas. Ja se varmaan pistää kynnyksen aika matalaks tulla sinne koska tämmönen toimintahan on muuten aika mahotonta järjestää mihinkää kaupungin uimahalliin, koska siellä ei enää...sieltä

ei vaan löydy niinku aikoja eikä vuoroja millekään uusille ryhmille eikä...Se on vähä hankala järjestää täällä ainaki. (H4)

Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista pidettiin tärkeänä. Toiminnan suunnittelussa tulisi kunnioittaa sitä, että kaikki ihmiset eivät halua osallistua järjestettyyn toimintaan, tai ainakaan ryhmämuotoiseen toimintaan. Tulisi myös arvostaa asiakkaan näkemystä siitä mihin he haluavat tukea, vaikka se poikkeaisi ammattilaisen näkökannasta.

Ja sitten aina jää se tietty marginaali, jotka ei ikinä koskaan lähde mihinkään. Ei edes vaikka niinku vietäis, talutettaisiin. Että... että tota sille vaan ei voi mitään. Sitäkin pitää kunnioittaa. (H7)

Tarvitaan myös yksilöllistä ohjausta, jotta tarjotaan mahdollisuus elintapojen parantamiseen niillekin, jotka eivät halua osallistua ryhmämuotoiseen tai yhteisölliseen toimintaan. Kirjallisen materiaalin lukeminen nähtiin tekijänä, joka saattaa asettaa eriarvoiseen asemaan ne, joilla ei ole tarpeeksi hyvät kirjalliset ja tiedolliset valmiudet.

5.3.3 Elintapojen ja voimavarojen kehä

Elintapojen nähtiin kietoutuvan yhteen psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien kanssa. Ongelmien nähtiin aiheuttavan aloitekyvyn puutetta ja siten estävän yksilön osallistumisen elintapoja parantavaan toimintaan. Voimavarojen puute eroteltiin yhtenä tekijänä. Arjessa vaikuttavien haasteiden kuvattiin olevan niin suuria, ettei voimavaroja löydy elintapojen kohentamiseen.

No jos on vaikka vähän alavireisyyttä tai yksinäisyyttä. Että on niinku sillä tavalla käpertynyt sinne omaan kotiin. Niin ehkä ei oo sitä alotekeytä lähtee. (H2)

Toisaalta taas uskottiin, että terveelliset elintavat voivat kasvattaa lapsiperheen tai ikääntyneen voimavaroja, jonka avulla he saavat apua muihinkin ongelmiinsa. Voimavarojen lisääminen elintapojen kautta tuotiin esiin erityisesti lapsiperheiden elintapamuutoksen mahdollistajana. Hankevastaavat toivoivat, että ammattilaiset puhuisivat elintavoista myös heikoimmassa asemassa olevien perheiden kanssa, eivätkä asettaisi elintapoja ja ”isompia ongelmia” keskenään vastakkain.

Että ei vedota siihen, että kun tällä perheellä on paljon muutakin. Että no, ei me nyt tämmösestä ruuasta ja liikunnasta ruveta puhumaan. (H6)

Elintapoja tulisi käsitellä yhdessä kokonaishyvintointiin liittyvien asioiden kanssa eikä niinkään irrallisina osioina. Elintapojen ajateltiin olevan niitä pieniä konkreettisia asioita, joiden oivaltaminen alkaa kasvattaa perheen pystyvyyden tunnetta. Esimerkiksi ruokailun ympärille järjestetty aika tarjoaa perheille mahdollisuuden keskustella perheen sisäisistä asioista.

Koska siä täytyy se joku pieni siemen löytää josta lähetään sitä pystyvyyttä rakentaan. Ja se voi olla juuri se et "Hei te syötte kaks kertaa viikossa yhtenä perheenä". (H5)

Perheen elintavoissa ilmenevien puutteiden osoittaminen koettiin turhana, mikäli vanhemmilta puuttuu niiden korjaamiseen vaadittavia voimavaroja. Puutteiden osoittaminen nähtiin lapsiperheiden kohdalla myös eettisenä epäkohtana. Vasta kun perheen pystyvyys on kunnossa, sille voidaan osoittaa elintavoissa ilmeneviä epäkohtia, jotka kannattaisi korjata.

5.3.4 Sosiaalisten suhteiden merkitys toiminnassa

Sosiaalinen kanssakäyminen nähtiin terveellisiä elintapoja vahvistavana tekijänä. Muiden ihmisten kohtaaminen nähtiin avainasemassa sille, että yksilö kiinnostuu toiminnasta ja suhtautuu avoimesti elintavoista annettavalle tiedolle. Sosiaalisten suhteiden nähtiin myös madaltavan kynnystä osallistua toimintaan. Ryhmämuotoiseen toimintaan osallistuminen on helpompaa, kun sinne lähdetään yhdessä kaverin kanssa. Ohjaaja tai muut osallistujat ovat tuttuja, kun toiminta järjestetään omassa taloyhtiössä tai maaseudulla omalla kylällä. Myös tuttu liikuntaneuvoja voi käydä asiakkaan kanssa liikuntaryhmätoiminnassa ensimmäisinä kertoina, jotta aloittaminen on helpompaa. Maaseudulla kynnys voi madaltua, jos liikuntatoimintaan pyydetään mukaan tutusta metsästysseurasta.

tää neuvoja jopa niinku liikkua sen ihmisen kanssa muutamia kertoja, niin et hän juurtuu sinne ryhmään ja uskaltaa. (H3)

Osallistumiseen saattaa innostaa myös se, että asiakas voi samaistua ohjaajaan tai muihin osallistujiin. Ryhmän muodostamisessa voisi huomioida, että osallistujat ovat samassa asemassa

esimerkiksi liikunta-aktiivisuuden tai painon suhteen. Ikääntyneillä osallistumiskynnystä voi madaltaa samaa ikäluokkaa edustava ohjaaja.

Et se on hyvin suljettu tavallaan pieni porukka kenelle se on tarkotettu, ja kaikki on vähän samassa asemassa. (H4)

Sosiaalisia kohtaamisia on pyritty järjestämään ainakin ruoan ympärille. Ruoka-avustusten jakamisen sijaan on siirrytty valmistamaan ruokaa yhdessä. Lisäksi eritaustaisia nuoria on houkuteltu samaan tilaan syömään hävikkiruoosta valmistettua iltapalaa.

Asiakkaan kokema luottamus ammattilaista kohtaan nähtiin merkittävänä. Asiakkaan hyvinvoinnin arvioitiin kasvavan, kun he kokevat, että heistä pidetään huolta. Perheiden nähtiin kokevan terveydenhoitajan luotettavaksi ammattilaiseksi, jolle uskaltaa kertoa perheen sisäisistä asioista.

5.3.5 Tietojen ja taitojen vahvistaminen

Tietojen ja taitojen vahvistaminen nähtiin olennaisena osana toiminnan sisältöä. Asianmukaisen terveystiedon tarjoaminen sisältyi toimintaan.

No meidän tavoitteet tän kohderyhmän näkökulmasta on tietenki se, että he sais niinku asianmukasta ja oikeeta tietoa. Koska tää tiedon... se et he on niinkun oikean tiedon äärellä ja luotettavan tiedon äärellä, auttaa heitä tekemään myös hyviä päätöksiä oman elämänsä suhteen. (H3)

Tiedon jakamisen lisäksi toiminnassa korostettiin myös käytännön taitojen opettelemista. Terveellistä ravitsemusta voidaan opetella tekemällä ruokaa ja tutustumalla maksuttoman lähiruoan, kuten marjojen ja sienten, hankkimiseen. Ryhmän kanssa luontopolkuun tutustumisen ajateltiin madaltavan kynnystä omatoimiseen luonnossa liikkumiseen. Havainnollistavaa kuvamateriaalia pidettiin myös yhtenä keinona tehostaa elintapaneuvontaa.

...innostuis niinku lähtemään tutustumaan semmoseen polkuun, mikä ehkä sitten madaltais kynnystä niinkun lähteä luontoon myöhemminkin. (H7)

Hankevastaavat kokivat, että toiminnan tulee ruokkia motivaatiota elintapojen parantamiseen. Tiedon tarjoamisen ja yhteisöllisyyden nähtiin tarjoavan mahdollisuuksia voimaantumiseen. Ikääntyneelle asiakkaalle tuli varmistaa hyvä kokemus, jonka voimalla hän haluaa jatkaa osallistumista. Lapsiperheet tuli puolestaan saada oivaltamaan, että elintapaohjausmateriaali on hyödyksi heille itselleen.

5.4 Heikoimmassa asemassa olevien tavoittamisen keinot

Haastatteluissa nousi esiin useita menettelytapoja, joiden avulla heikoimmassa asemassa olevat pyritään tunnistamaan ja tavoittamaan mukaan järjestettävään toimintaan. Eri sektoreilla työskentelevien ammattilaisten lisäksi tavoittamisessa tulisi hyödyntää myös erilaisia tilastoja. Hankevästävien näkemyksen mukaan viestintäkanava tulee valita tavoiteltavan kohderyhmän mukaan, ja viestin kannattaa olla mahdollisimman henkilökohtainen.

5.4.1 Tavoittamiseen osallistuvat tahot

Vastauksissa nousi esille eräitä tapoja, joilla alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevia henkilöitä voidaan tunnistaa ja tavoittaa toiminnan pariin. Haastateltavat arvioivat, että kuntien olisi mahdollista tehdä järjestelmällisempää tunnistamista tilastotiedon avulla tutkimalla asuinalueiden ja vuokratulojen tulotasoa.

...kyllähän meillä on niin monenlaista tilastotietoa kunnista saavat omista niinkö et varmasti siellä tietään ne mihin tulis niinkö erityisesti kohdentaa näitä. (H1)

Heikoimmassa asemassa olevat saattavat jäädä helpommin piiloon kaupungissa kuin maaseudulla. Kattavaan tunnistamiseen tarvittavaa tietoa arveltiin olevan saatavissa myös sosiaalitoimen asiakasrekistereissä, mutta tietojen käyttöä on saatettu rajoittaa.

Haastateltavat näkivät, että kunnan terveydenhuollon ammattilaisten tulee työssään tehdä kohderyhmän tunnistamista. Neuvolan etuna nähtiin, että siellä tavoitetaan lähes kaikki lapsiperheet, myös heikoimmassa asemassa olevat. Lisäksi hankevästävät olettivat, että heikoimmassa asemassa olevilla on enemmän terveysongelmia, joiden vuoksi he käyttävät terveyspalveluja. Sitä kautta heidät voidaan ohjata elintapatoiminnan piiriin.

Että vaikka meidän kohderyhmä... et sehän tietään et esimerkiksi tämmöset niinkö lihavuus tai tuota nää tämmöset erilaiset terveystriskit (...) nehän kasautuu tietysti... aika tavalla sinne heikoimmassa asemassa oleviinkin. (...) Et tietysti jo sillä et me tavoitetaan nämä ja saadaan heidät (...) osallistuun tähän meidän hanke-toimintaan niin me tietysti tavoitetaan sitä meidän kohderyhmää. (H1)

Sosiaalipalvelujen asiakkaista oletetaan niin ikään löytyvän haluttua kohderyhmää, joka hyötyisi elintapoja kohentavasta toiminnasta.

...mutta sitten se, että me tehdään erittäin tiivistä yhteistyötä seurakunnan diakoniatyön kanssa ja sitten aikuissosiaalityön kanssa. (H7)

Myös kolmannen sektorin tuki nähtiin tärkeänä. Seurakunnan diakoniatyöllä nähtiin olevan verkostoja heikoimmassa asemassa oleviin, etenkin ikääntyneisiin. Erilaisten järjestöjen ja seurojen oletettiin myös olevan merkittävä toimija lähellä asiakasta. Potilasjärjestöjen asema nähtiin ristiriitaisena, sillä sen nähtiin toimivan potilaan ja ammattilaisen välissä, mutta haastateltava epäili niiden kykyä tavoittaa heikoimmassa asemassa olevia. Harvaan asutuilla seuduilla toimii kylätoimikuntia ja metsästysseuroja, joiden uskotaan tunnistavan haluttua kohderyhmää. Eläkeläisjärjestöjen, liikuntajärjestöjen ja muiden kansalaisjärjestöjen sekä alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien kanssa yhteistyötä tekevien tahojen epäiltiin myös voivan auttaa. Työttömiä voidaan tavoittaa erilaisten heille järjestettyjen palvelujen kautta.

Että esimerkiksi joku seurakunnan diakoniatyö on hyvä yhteistyökumppani myös sinne liikuntatoimelle. He voi tavoittaa yksinäisiä iäkkäitä. (H2)

...työllistämisen palvelukeskus (...), joka keskitetysti hoitaa täällä tätä työllistymistä, niin heidän kanssa on tehty yhteistyötä että... tätä kautta me on tavoitettu näitä asiakkaita kyllä. (H4)

5.4.2 Viestintäkanava

Viestinnällä nähtiin olevan merkitystä heikoimmassa asemassa olevien tavoittamisessa. Toiminnasta tiedottaminen ei aina tavoita heikoimmassa asemassa olevia, mikä estää osallistumisen. Viestinnän tulee tapahtua oikeassa kanavassa, ja se tulee kohdistaa tiettyihin

väestöryhmiin, jotta se tavoittaa juuri halutun kohderyhmän. Toiminnasta voidaan tiedottaa yleisillä paikoilla ja laitoksissa, joissa kaikkien ihmisten oletetaan liikkuvan.

Terveyskeskuksissa, missä kuitenkin ihmiset käy. Apteekeissa... Sitä jaetaan ikään kun tämmösten arki... pyritään jakaan niinku arkireittien varrelle. (H3)

Jotkut hankevastaavat totesivat, ettei netissä tapahtuva tiedotus tavoita heikoimmassa asemassa olevia vielä tarpeeksi hyvin. Siitä huolimatta organisaatioiden nettisivut ja sosiaalinen media ovat yleisesti käytössä toiminnasta tiedottamiseen. Myös sanomalehdessä tapahtuvaa ilmoittelua tehdään, vaikka myös sen toimivuutta kohderyhmään epäiltiin.

Joo elikkä kyllä se nykyään se viestintä painottuu sinne sosiaaliseen mediaan. (H7)

Et mistäs sen tietää vaikka tulevaisuudessa verkkomaailmakin laajentuu myös sosioekonomisten terveyserojen näkökulmasta heikompiosaistenkin hyödynnettäväksi. Mut ehkä se... se vielä tällä hetkellä on marginaalinen. (H2)

5.4.3 Henkilökohtainen lähestyminen

Yleisen tiedottamisen rinnalla nähtiin tärkeänä tehostaa henkilökohtaista tiedottamista. Kunnan terveys- ja liikuntatoimen toivottiin olevan aktiivisempi tiedottamisessaan.

Tietysti kun puhutaan näistä jotka kipeimmin näitä apuja tarvii niin sehän tarvis sitä aktiivista kontaktointia ja tiedottamista että terveydenhuollon... tai tässä nyt kun liikuntapalvelutkin on vahvat mukana, niin heijän pitäis olla niinku aktiivisia sinne asiakkaan, potilaan suuntaan. (H1)

Yksittäiselle asiakkaalle voidaan tiedottaa toiminnasta jakamalla esite postiluukkuun tai antamalla se kotipalvelun, sosiaalityöntekijän tai diakoniatyöntekijän toimesta. Myös ”puskara-dion” nähtiin olevan toimiva kanava etenkin iäkkäiden keskuudessa.

Tiedotuskanavan lisäksi viestin sisältöön tulisi kiinnittää huomiota. Henkilökohtainen viestin sävy nähtiin olennaisena. Asiakkaalle tulisi viestittää, että toiminta on juuri hänelle sopivaa ja nimenomaan hänet halutaan toimintaan mukaan.

Ja et mä toivon että sä tuut tänne ja me ootetaan sua tänne. Elikkä tämän tyypistä viestintää. (H7)

6 POHDINTA

Tässä pro gradu -tutkielmassa selvitettiin neljän kansallisen terveydenedistämishankkeen vastuhenkilöiden käsityksiä hankeohjelmien puitteissa tehtävästä elintapaerojen vähentämisestä. Hankeohjelmien vaikutuksia terveyseroihin on tutkittu melko vähän, joten tämä tutkimus lisää ymmärrystä siitä millä tavoilla elintavoissa ilmenevää eriarvoisuutta voidaan vähentää hanke-toiminnan avulla.

Haastateltavat toivat esiin, että hankeohjelman suunnitteluvaiheessa tehdään tärkeitä ratkaisuja sosioekonomisten erojen kaventamistyöhön. Näin ollen tavoitteiden asettamisen, oikean kohderyhmän valinnan ja arviointiprosessin tulee tukea eriarvoisuuden vähentämisen päämäärää. Toiminta voi olla universalistista tai tiettyihin sosiaaliryhmiin kohdistettua, mutta onnistumisen kannalta pidettiin merkittävänä sitä, että heikoimmassa asemassa olevat ihmiset saadaan osallistumaan toimintaan. Hankeohjelmassa järjestettävän toiminnan tulee olla helposti saavutettavaa, ja suunnittelussa on turvattava myös taloudellisesti heikommassa asemassa olevien mahdollisuus osallistumiseen. Sisällöltään toiminnan tulee vastata kohderyhmän tarpeita ja vahvistaa osallistujien tietoja, taitoja ja voimavaroja omien elintapojensa edistämiseksi. Lisäksi sosiaalisilla suhteilla koettiin olevan positiivinen vaikutus osallistumisaktiivisuuteen. Ammattilaisten välinen yhteistyö nähtiin merkityksellisenä toiminnan järjestämisessä. Haastateltavien mukaan sosiaali- ja terveystieteen ammattilaiset sekä kolmannen sektorin työntekijät tulisi ottaa mukaan heikoimmassa asemassa olevien henkilöiden tavoittamiseen. Oikean viestintäkanavan valinnan ja henkilökohtaisen lähestymisen koettiin auttavan heikoimmassa asemassa olevien tavoittamisessa.

Hankeohjelmat eivät toimi muusta yhteiskunnasta erillään, vaan niiden toimintatavat ovat aina jollakin tasolla sulautettuina olemassa olevien organisaatioiden toimintaan. Siksi tämän tutkimuksen tuloksissa ei pitäydytä hankeorganisaation tai -suunnitelman sisäisissä asioissa, vaan niissä näyttäytyvät konkreettiset toimenpiteet ja yhteistyörakenteet. Haastateltavat toivat esiin omassa työssään tekemiään havaintoja, mutta he pohtivat aihetta myös yleisemmin. Tulokset osoittavat, että asiantuntijat pitävät tärkeänä eriarvoisuuden vähentämistyön juurruttamista organisaatioihin sekä yksityiskohtien suunnittelemista kohderyhmän näkökulmasta.

Yksittäisistä elintavoista tuloksissa korostuvat liikunta ja ravitsemus, koska hankeohjelmissa toiminta oli rakennettu pääosin näiden ympärille. Kaikissa hankeohjelmissa ei kuitenkaan

eritelty elintapoja näin tarkasti, eivätkä haastateltavat viitanneet myöskään puheessaan mihinkään tiettyihin elintapoihin. Siksi tässä tutkimuksessa nähtiin tärkeänä, ettei elintapoja rajata liikaa myöskään teoreettisessa viitekehyksessä. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää terveyden edistämisen hankeohjelmien suunnittelussa, jotta ohjelmien avulla olisi mahdollista vähentää elintavoissa ilmenevää sosioekonomista eriarvoisuutta.

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu suhteessa aikaisempaan tutkimustietoon

Elintapaerojen vähentämistä voidaan lähestyä tarjoamalla toimintaa koko väestölle tai suuntaamalla toimenpiteet siihen sosioekonomiseen ryhmään, jossa ongelma esiintyy (Whitehead ym. 2014). Haastatteluissa nousivat esiin nämä molemmat näkökannat, joita asiantuntijat kannattivat etupäässä sen mukaan minkälaista lähestymistapaa oma hankeohjelma edusti. Yksinomaan tietyille väestöryhmälle suunnatut palvelut saatetaan kokea leimaavina (Whitehead ym. 2014), mistä olivat huolissaan erityisesti universaaleja hankkeita edustavat asiantuntijat. Haastatteluiden perusteella näyttää siltä, että universaaleissa hankeohjelmissa annettiin kuitenkin lisätukea ja -palveluja heikoimmassa asemassa oleville, jolloin lähtökohtana on enemmänkin suhteellisen universalismi.

Hankeohjelman onnistumista määriteltiin pitkälti sen kautta onnistutaanko toimintaan saamaan mukaan myös heikoimmassa asemassa olevat ihmiset (vrt. Bartholomew ym. 2006; Marmot 2010). Hankevastaavat epäilivät, että kunnista puuttuu tämän kohderyhmän tunnistamiseen ja tavoittamiseen vaadittavaa osaamista ja resursseja. Sosiaali- ja terveystalouden sekä kolmannen sektorin rooli nähtiin merkittävänä, koska ne ovat muutenkin tekemisissä myös heikoimmassa asemassa olevien kanssa. Yhteistyö nousi esille paitsi kohderyhmän tavoittamisen myös toiminnan järjestämisen kohdalla. Pääasiassa yhteistyötä toivottiin kuntien eri toimialojen välille, mutta myös hankeohjelmien välinen ajatustenvaihto ja toiminta nähtiin hedelmällisenä. Moniammatillista yhteistyötä on korostettu kotimaisessa kirjallisuudessa (Rotko ym. 2014).

Haastateltavat ymmärsivät heikkojen elintapojen johtuvan usein siitä, että ihmisillä on elämässään psyykkisiä, sosiaalisia tai taloudellisia ongelmia, jotka kuluttavat voimavaroja. Tiedon jakaminen nähtiin merkityksellisenä, mutta hankevastaavat tiedostivat, että elintapamuutos vaatii myös käytännön taitojen sekä voimavarojen lujittamista. Erilaisten ennakkoluulojen ja tunteiden uskottiin rajoittavan osallistumista sekä yksilölliseen että ryhmämuotoiseen toimintaan. Etenkin naisilta saattaa puuttua tarvittavaa itseluottamusta, ja he voivat kokea taitonsa

riittämättömiksi (Withall ym. 2011). Asia nousi esiin myös haastatteluissa, mutta sitä ei eritelty sukupuolten mukaan. Alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat antavat muita useammin painoarvoa sille, että he ovat esimerkiksi iän tai fyysisen kunnon suhteen ”samalla viivalla” muiden osallistujien kanssa (Bukman ym. 2014). Haastateltavat ehdottivat, että toiminnan suunnittelussa pyritään luomaan ryhmiä, joihin osallistujien on helppo samaistua. Sosiaalinen kanssakäyminen on joillekin keskeinen motivoiva tekijä ryhmämuotoiseen elintapatoimintaan osallistumiseen (Withall ym. 2011; Bukman ym. 2014). Tässäkin tutkimuksessa sosiaalisilla suhteilla nähtiin olevan huomattava merkitys siihen, että ihmiset kiinnostuvat toiminnasta ja uskaltavat menemään paikan päälle.

Hankeohjelmien asiantuntijat ehdottivat, että erilaiset esteet huomioitaisiin sovittamalla toiminta vastaamaan kunkin kohderyhmän tarpeita. Yksilön toiveita tulisi kuunnella, ja palvelu tulisi räätälöidä yksilölle sopivaksi. Aiemmassa tutkimuksessa on tullut esiin, että sosioekonomisesta asemasta riippumatta ihmiset toivovat yksilöityjä ohjeita elintapojensa parantamiseksi (Bukman ym. 2014).

Haastateltavat puhuivat erityisen yhteneväisesti palvelun saavutettavuuteen liittyvistä esteistä. Sijainti, kuljetus ja osallistumismaksut nimettiin ratkaiseviksi tekijöiksi sen kannalta osallistuuko yksilö lopulta toimintaan vai ei. Hankeohjelmien vastuuhenkilöt tunnistivat liian suurten kustannusten olevan keskeinen ongelma sosioekonomisesti heikoimmassa asemassa olevien osallistumisessa elintapojen parantamistoimintaan. Osallistumiseen, kulkemiseen ja varusteisiin liittyvät maksut ovat syy jäädä toiminnan ulkopuolelle (Withall ym. 2011; Bukman ym. 2014; Smith ym. 2016; Liljas ym. 2017). Haastatteluissa keskityttiin osallistumis- ja kuljetusmaksuihin, mutta vaatteisiin tai varusteisiin liittyvät kustannukset eivät nousseet esiin. Maksuton tai edullinen toiminta (Cleland & Ball 2013; Smith ym. 2016) nähdään välttämättömänä sekä tutkimuskirjallisuudessa että tässä tutkimuksessa.

Kaupunkien ulkopuolella haasteena ovat kodin ja palvelun väliset välimatkat, koska julkinen liikenne on usein puutteellista ja ihmiset saattavat olla toisten tarjoamien kyytien varassa (Kruiger ym. 2012; Smith ym. 2016; Liljas ym. 2017). Haastateltavat tunnistivat tämän ongelman koskevan myös Suomessa erityisesti haja-asutusalueita ja tarjosivat ratkaisuksi erilaisia kyytijärjestelyjä ja toiminnan järjestämistä lähellä ihmisten koteja. Ikääntyneen väestön kohdalla oli jopa järjestetty toimintaa heidän kotonaan. Idea on samansuuntainen aiemman tutkimustiedon kanssa (Liljas ym. 2017).

Sosioekonomisesti matalassa asemassa olevat naiset nimeävät lastenhoidon puutteen yhdeksi esteeksi liikunnan harrastamiselle (Withall ym. 2011) ja ovat kiinnostuneita osallistumaan sellaiseen toimintaan, jossa tarjotaan lastenhoitoapua (Cleland & Ball 2013). Lastenhoitoon liittyvät asiat eivät nousseet lainkaan esille tässä tutkimuksessa, joten sitä ei välttämättä ole vielä osattu yhdistää palvelun saavutettavuuteen liittyväksi asiaksi esimerkiksi työttömien kohdalla. Myös ajanpuute tai aikataulutukseen liittyvät ongelmat hankaloittavat naisten liikunnan harrastamista (Withall ym. 2013). Tässä tutkimuksessa aikataulun sopimattomuus tunnistettiin ongelmakohdaksi, mutta siihen ei esitetty ratkaisuehdotuksia.

Hankevastaavat pohtivat viestintäkanavien merkitystä siitä näkökohdasta, että viesti toiminnasta tavoittaisi myös heikoimmassa asemassa olevat. Puutteellinen viestintä saattaa olla syynä siihen, etteivät ihmiset hakeudu järjestettävän toiminnan pariin (Withall ym. 2011). Tutkimukseen haastatellut asiantuntijat ehdottivat viestintäkanaviksi yleisillä paikoilla, sanomalehdissä ja internetissä tapahtuvaa ilmoittelua. Julisteet, jotka ovat esillä yleisillä paikoilla, tavoittavat yleensä hyvin myös heikoimmassa asemassa olevia (Withall ym. 2011). Hankeohjelmissa oli jaettu tietoa myös esitteillä, mikä on tutkimuksessa todettu yhdeksi parhaimmista keinoista tavoittaa alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevia (Withall ym. 2011). Tieto kulkee edelleen myös ihmiseltä toiselle (Withall ym. 2011). Puskaradion voiman tunnisti myös ikääntyneille suunnatun hankeohjelman asiantuntija. Pääasiassa hankeohjelmissa käytettiin siis melko perinteisiä viestintäkanavia. Myös internetiä ja sosiaalista mediaa hyödynnettiin viestinnässä siitä huolimatta, että hankevastaavat tiedostivat, että ikääntyneet ja heikoimmassa sosiaalisessa asemassa olevat eivät välttämättä saa sitä kautta tietoa. Vaikeasti tavoitettavia henkilöitä tulisi lähestyä siten, että he uskovat toiminnan olevan heille sopivaa ja tuntevat itsensä tervetulleiksi. Ikääntyneet ihmiset saadaan tavoitettua parhaiten olemalla heihin yhteydessä mahdollisimman henkilökohtaisesti (Liljas ym. 2017).

Eriarvoisuuden vähentämisen tavoitteet ja toimenpiteet tulisivat haastateltavien mukaan olla kirjallisina kaikilla osapuolilla, jotka työhön osallistuvat. Mahdollisimman konkreettisten toimenpiteiden kirjaaminen edesauttaa tavoitteisiin pääsemistä ja seuranta (Rotko ym. 2014). Arviointi on keskeinen osa terveydenedistämishojelman suunnittelua (Bartholomew ym. 2006, 475). Elintapaerojen vähentämisen näkökulmasta tapahtuva vaikutusten arviointi oli haastateltavien mukaan tärkeää, mutta kaikissa ohjelmissa ei ollut selkeitä työkaluja sen toteuttamiseen. Arviointimittareiden puuttumisen on aiemmin osoitettu heikentäneen kansallisten terveysohjelmien toimivuutta (Rotko ym. 2012, 16; STM 2012a).

6.2 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen tekemisessä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 150). Tutkimuksen tehtävä kerrottiin haastatelluille niin tarkasti kuin se oli rekrytointitilanteessa tiedossa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86). Lisäksi haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastattelun tallentamiseen ja tietojen käyttämiseen (liite 2). Yhdeltä haastateltavalta suostumus pyydettiin sanallisena puhelinhaastattelun yhteydessä. Haastateltaville tehtiin selväksi, että osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisen saa keskeyttää missä vaiheessa tahansa.

Haastateltavien tulee tuntee ilmiö mahdollisimman hyvin tiedon tai kokemuksen kautta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86). Haastatteluun osallistuneilla asiantuntijoilla voidaan katsoa olevan koulustaustansa ja työuransa vuoksi laaja käsitys hankeohjelmasta ja sosioekonomisista terveyseroista. Toisaalta kaikki haastateltavat eivät osanneet kertoa hankeohjelmasta kovin konkreettisia esimerkkejä, koska eivät itse työskennelleet ruohonjuuritasolla kohderyhmän parissa. Haastateltavat eivät olleet hankeohjelmassa työskennellessään yhteydessä loppuasiakkaisiin, joten he kuvasivat paljolti muiden kertomia tilanteita ja menettelytapoja, joiden tiesivät olevan käytössä jossain päin Suomea. He pohtivat joitain asioita myös yleisellä tasolla, joten kaikki esiin tulleet asiat eivät välttämättä pohjautuneet todellisiin tilanteisiin. Seitsemästä haastateltavasta neljä edustaa kahta ohjelmaa, joten aineisto on hieman painottunut. Painottuneisuus olisi vähentynyt, mikäli tutkimukseen olisi pyydetty lisää haastateltavia muista ohjelmista. Maantieteellisesti katsottuna haastateltavien työkenttä on jakautunut ympäri Suomea.

Haastattelussa käytävät teemat (liitteen 3 otsikot) lähetettiin kaikille haastateltaville etukäteen luettavaksi, jotta he orientoituivat aiheeseen ja heiltä saataisiin mahdollisimman paljon aiheeseen liittyvää tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85). Jos samasta hankeohjelmasta haastateltiin kahta henkilöä, heitä pyydettiin pohtimaan teemoja itsekseen, jotta haastatteluissa välittyisivät nimenomaan yksilön näkemykset. Apukysymyksiä ei lähetetty luettavaksi etukäteen, jotta vastaukset olisivat mahdollisimman autenttisia ja vältetään haastattelijan miellyttämiseksi annettuja vastauksia. Tutkimuksen kohteena on hallituksen kärkihanke, jonka yhtenä kirjattuna tavoitteena on terveyden eriarvoisuuden vähentäminen. Voidaan olettaa, että hankeohjelmien toimijat kokevat painetta tämän tavoitteen saavuttamisesta. Siksi nähtiin riskinä, että kysymysten lähettäminen etukäteen saattaa aiheuttaa tilanteita, joissa annettavat vastaukset eivät perustu haastateltavan omiin havaintoihin ja mielipiteisiin. Toisaalta tarkempien kysymysten tarkastelu

etukäteen olisi antanut haastateltaville mahdollisuuden kerätä tietoa ”kentältä” eli kohderyhmän parissa työskenteleviltä henkilöiltä. Näin ollen heillä olisi ollut antaa konkreettisempaa tietoa ja esimerkkejä käytännön työstä. Toimintatapaa ei kuitenkaan haluttu muuttaa haastattelujen edetessä, jotta kaikki haastattelut käytäisiin samoista lähtökohdista.

Joidenkin haastatteluiden kohdalla muodostui haasteeksi, että hankeohjelma on ollut käynnissä vasta lyhyen ajan. Siitä johtuen kaikki suunnitellut toiminnot eivät olleet vielä alkaneet tai niistä oli hyvin niukasti kokemukseen perustuvaa tietoa, mikä vaikeutti vastausten saamista. Hankkeiden valtionavustus alkoi vuoden 2017 alussa (STM 2018), mutta jotkin hankeohjelmat ovat toimineet muulla tavoin jo vuosia ennen tätä. He puolestaan pystyivät antamaan vastauksia koskien pidempää ajanjaksoa, koska haastattelutilanteessa ei katsottu mielekkääksi erotella ennen kärkihanketta ja sen aikana kehitettyjä hyviä käytäntöjä.

Purettaessa haastatteluaineistoa tekstiksi kävi ilmi, että aineistoa olisi saanut rikastettua esittämällä joissakin kohdissa tarkentavia kysymyksiä konkreettisempien vastausten saamiseksi. Tässä ilmeni haastattelijan kokemattomuus. Tilanne olisi mahdollisesti parantunut, jos haastatteluja olisi tehty enemmän tai olisi ollut mahdollisuus toteuttaa todenmukainen koehaastattelu. Nyt varsinaista koehaastattelua ei tehty, koska sitä varten ei ollut tiedossa sopivaa haastateltavaa, joka tuntisi aihepiirin.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Aiempien tutkimusten ja tämän pro gradu -tutkielman perusteella on tunnistettu yhteneväisiä elementtejä, joita voidaan hyödyntää sosioekonomisten elintapaerojen vähentämistä tavoittelevissa hankeohjelmissa. Koska eriarvoisuuden vähentämisen tulisi huomioida kaikessa terveyden edistämisessä, nämä tekijät tulisi tarkistaa mitä tahansa hankeohjelmaa suunniteltaessa.

Terveyden edistämisen interventioissa on tärkeää selvittää, miten ne vaikuttavat eri sosioekonomisiin ryhmiin. Näin tiedetään mitkä menettelytavat vähentävät ja mitkä puolestaan lisäävät eriarvoisuutta. Saatujen tulosten perusteella voidaan suunnitella hankeohjelmia, jotka vaikuttavat tehokkaammin elintapaerojen vähentämiseen. Erityisen tärkeää selvitysten tekeminen on kansallisissa hankeohjelmissa, joiden tavoitteena on terveyserojen vähentäminen laajassa väestöpohjassa. Arvioinnissa käytettävät mittarit sekä arvioinnin toteutus ja siihen vaadittavat

resurssit tulee sisällyttää hankesuunnitelmaan. Arviointisuunnitelman laatu pitää huomioida hankeohjelmien rahoituspäätöksiä tehtäessä.

Toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa kannattaa jatkossakin tehdä yhteistyötä kunnan toimialojen ja yhteiskunnan eri sektoreiden välillä. Monialaisuuden avulla voidaan yhdistää eri osapuolten osaamista sekä sisällön toteutuksessa että heikoimmassa asemassa olevien tavoittamisessa.

Hankeohjelmassa järjestettävä toiminta tulee suunnitella siten, että myös sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevilla on aidosti mahdollisuus osallistua. Tämä on mahdollista, kun sijainti ja kulkeminen suunnitellaan kohderyhmän näkökulmasta, ja tarvittaessa innovoidaan uusia ratkaisuja moniammatillisesti. Kaikki osallistujalle koituvat kulut tulee huomioida ja järjestää ne mahdollisimman edullisiksi.

Tiedonvälitykseen tulee valita sellainen viestintäkanava, jota myös alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät. Ohjelman työntekijöiden on nähtävä vaivaa henkilökohtaisen viestinnän eteen, jotta saadaan yhteys myös vaikeasti tavoitettaviin henkilöihin.

Jotta terveyserojen vähentämisen keinoista saataisiin vielä konkreettisempia tuloksia, tulisi selvittää kohderyhmän eli varsinaisten loppukäyttäjien kanssa työskentelevien ammattilaisten näkemyksiä esimerkiksi parhaista keinoista tavoittaa kohderyhmä. Niin ikään saattaisi olla hyödyllistä tarkastella näitä käsityksiä yhden hankeohjelman kohdalla haastatteleamalla eri tasoilla työskenteleviä ammattilaisia. Viestintäkanavalla on oleellinen rooli sen suhteen, miten hyvin kohderyhmä saa tietoa järjestettävästä toiminnasta. Sosiaalisen median myötä ilmoitustavat ovat viime vuosina muuttuneet. Tarvitaan tietoa siitä, miten kattavasti erilaisten viestintäkanavien avulla tavoitetaan eri-ikäiset ja erilaisessa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset omia elintapoja koskevaan toimintaan mukaan.

LÄHTEET

- Adams, J., Mytton, O., White, M. & Monsivais, P. 2016. Why Are Some Population Interventions for Diet and Obesity More Equitable and Effective Than Others? The Role of Individual Agency. *PLOS Medicine* 13 (4), e1002045. doi: 10.1371/journal.pmed.1001990.
- Attwood, S., van Sluijs, E. & Sutton, S. 2016. Exploring equity in primary-care-based physical activity interventions using PROGRESS-Plus: a systematic review and evidence synthesis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 13: 60. doi: 10.1186/s12966-016-0384-8.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H. & Fernandez, M. H. 2006. Planning health promotion programs: an intervention mapping approach. 2. painos. San Franscisco, CA: Jossey Bass.
- Bucksch, J. & Hamrik, Z. 2017. Chapter 5. Trends in Sedentary Behaviour by age, gender and family affluence. Teoksessa J. Inchley, D. Currie, J. Jewell, J. Breda & V. Barnekow (toim.) Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014. Observations from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study. Copenhagen: World Health Organization, 29–35.
- Bukman, A. J., Teuscher, D., Feskens, E. J. M., van Baak, M. A., Meershoek, A. & Renes, R. J. 2014. Perceptions on healthy eating, physical activity and lifestyle advice: opportunities for adapting lifestyle interventions to individuals with low socioeconomic status. *BMC Public Health* 14, 1036. doi: 10.1186/1471-2458-14-1036.
- Carey, G, Crammond, B. & De Leeuw, E. 2015. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *International Journal for Equity in Health* 14 (81). doi 10.1186/s12939-015-0207-6.
- Cleland, V. & Ball, K. 2013. What might work? Exploring the perceived feasibility of strategies to promote physical activity among women living in socioeconomically

disadvantaged neighbourhoods. *Health Education Research* 28 (2), 205–219. doi: 10.1093/her/cys097.

de Looze, M., Baska, T., Vieno, A. & Pavlova, D. 2016. Chapter 5. Risk behaviours: Alcohol use. Teoksessa J. Inchley, D. Currie, T. Young, O. Samdal, T. Torsheim, L. Augustson, F. Mathison, A. Aleman-Diaz, M. Molcho, M. Weber, & V. Barnekow (toim.) *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey.* Copenhagen: World Health Organization, 157–168.

Demarest, S., Van Oyen, H., Roskam, A., Cox, B., Regidor, E., Mackenbach, J. P. & Kunst, A. E. 2014. Educational inequalities in leisure-time physical activity in 15 European countries. *European Journal of Public Health* 24 (2), 199–204.

Diderichsen, F., Scheele, C. E. & Little, I. G. 2015. *Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience.* University of Copenhagen.

FINRISKI. 2012. FINRISKI- ja FinRavinto -tutkimusten tuloksia 1992-2012. Mielestään tarpeeksi nukkuvien osuus (%). Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.5.2018. <http://www.terveytemme.fi/finriski/tulokset/index.html>.

Gidlow, C., Johnston, L. H., Crone, D., Ellis, N. & James, D. 2006. A systematic review of the relationship between socio-economic position and physical activity. *Health Education Journal* 65 (4), 338–367.

Giskes, K., Avendano, M., Brug, J. & Kunst, A. E. 2010. A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weightgain and overweight/obesity conducted among European adults. *Obesity reviews* 11 (6), 413–429. doi 10.1111/j.1467-789X.2009.00658.x

Haapala, A., Borodulin, K., Silventoinen, K. & Mäki-Opas, T. 2016. Fyysisen kokonaisaktiivisuuden koulutusryhmittäiset erot ja muutokset työikäisillä suomalaisilla 11 vuoden seurannassa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 53, 119–132.

- Hamrik, Z. & Bucksch, J. 2017. Chapter 4. Trends in Physical Activity by age, gender and family affluence. Teoksessa J. Inchley, D. Currie, J. Jewell, J. Breda & V. Barnekow (toim.) Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014. Observations from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study. Copenhagen: World Health Organization, 23–28.
- Helldán, A. & Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveystyytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993-2013. Raportti 15/2014. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Helldán, A. & Helakorpi, S. 2015. Suomalaisen aikuisväestön terveystyytyminen ja terveys, kevät 2014. Raportti 6/2015. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Hu, Y., van Lenthe, F. J., Judge, K., Lahelma, E., Costa, G., de Gelder, R. & Mackenbach, J. P. 2016. Did the English strategy reduce inequalities in health? A difference-in-difference analysis comparing England with three other European countries. *BMC Public Health* 16, 865. doi: 10.1186/s12889-016-3505-z.
- Hublet, A. 2016. Chapter 5. Risk behaviours: Tobacco use. Teoksessa J. Inchley, D. Currie, T. Young, O. Samdal, T. Torsheim, L. Augustson, F. Mathison, A. Aleman-Diaz, M. Molcho, M. Weber, & V. Barnekow (toim.) Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: World Health Organization, 147–155.
- Humphreys, D. K. & Ogilvie, D. 2013. Synthesising evidence for equity impacts of population-based physical activity interventions: a pilot study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 10: 76. doi: 10.1186/1479-5868-10-76.
- Ikäinstituutti. 2016. Voimaa vanhuuteen tutuksi ja tavaksi. Kärkihanke: Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta. Hyvät käytännöt pysyvään

käyttöön 2017-2018. Ikääntyneiden fyysisen aktiivisuuden edistäminen. Hanke-
suunnitelma 27.9.2016.

Karvonen, S., Martelin, T., Kestilä, L. & Junna, L. 2017. Tulotason mukaiset terveysterot ovat edelleen suuria. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. Suomen sosiaalinen tila 3/2017.

Kelly, C., Lazzeri, G. & Dzielska, A. 2016. Chapter 4. Health behaviours: Eating behaviour. Teoksessa J. Inchley, D. Currie, T. Young, O. Samdal, T. Torsheim, L. Augustson, F. Mathison, A. Aleman-Diaz, M. Molcho, M. Weber, & V. Barnekow (toim.) Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: World Health Organization, 107–127.

Kelly, C. & Keane, E. 2017. Chapter 3. Trends in Eating behaviours by age, gender and family affluence. Teoksessa J. Inchley, D. Currie, J. Jewell, J. Breda & V. Barnekow (toim.) Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014. Observations from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study. Copenhagen: World Health Organization, 13–22.

Kirkkohallitus. 2016. Hankesuunnitelma: Yhteinen keittiö.

Koivusilta, L. 2011. Terveyskäyttäytyminen. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) Sosiaaliepideologia: Väestön terveysterot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. 1. painos. Helsinki: Gaudeamus, 123–142.

Koskinen, S., Härkänen, T., Martelin, T., Parikka, S., Koskela, T. & Kilpeläinen, K. 2016. Elinajanodotteessa suuria eroja tuloryhmien välillä. Tesso 4/2016.

Kouluterveyskysely. 2017. Kouluterveyskyselyn tulokset nuorilla 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 5.2.2018. www.sampo.thl.fi.

- Kruger, T. M., Swanson, M., Davis, R. E., Wright, S., Dollarhide, K. & Schoenberg, N. E. 2012. Formative research conducted in rural Appalachia to inform a community physical activity intervention. *American Journal of Health Promotion* 26 (3), 143–151.
- Käypä hoito -suositus. 2015a. Alkoholiongelman hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 19.4.2018. www.kaypahoito.fi.
- Käypä hoito -suositus. 2015b. Liikuntaan liittyviä määritelmiä. Käypä hoito -työryhmä Liikunta. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 19.4.2018. www.kaypahoito.fi.
- Käypä hoito -suositus. 2016. Liikunta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 6.5.2018. www.kaypahoito.fi.
- Käypä hoito -suositus. 2017. Unettomuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 8.5.2018. www.kaypahoito.fi.
- Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2011. Sosioekonominen asema. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) *Sosiaaliepideemiologia: Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. 1. painos. Helsinki: Gaudeamus, 41–59.
- Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä. 2008. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7-18-vuotiaille. Opetusministeriö ja Nuori Suomi ry.
- Lehne, G. & Bolte, G. 2017. Impact of universal interventions on social inequalities in physical activity among older adults: an equity-focused systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical activity* 14: 20. doi: 10.1186/s12966-017-0472-4.

- Lehto, R., Corander, C., Ray, C. & Roos, E. 2009. Perheen sosioekonomisen aseman ja perherakenteen yhteydet alakouluikäisten lasten terveellisiin elintapoihin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46, 258–271.
- Liljas, A. E. M., Walters, K., Jovicic, A., Iliffe, S., Manthorpe, J., Goodman, C. & Kharicha, K. 2017. Strategies to improve engagement of ‘hard to reach’ older people in research on health promotion: a systematic review. *BMC Public Health* 17, 349. doi: 10.1186/s12889-017-4241-8.
- Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V. & Tugwell, P. 2013. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health* 67, 190–193. doi: 10.1136/jech-2012-201257.
- Love, R. E., Adams, J. & van Sluijs, E. M. F. 2017. Equity effects of children’s physical activity interventions: a systematic scoping review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 14: 134. doi: 10.1186/s12966-017-0586-8.
- Mackenbach, J. P., Bakker, M. J., Sihto, M. & Diderichsen, F. 2002. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. Teoksessa J. P. Mackenbach & M. Bakker (toim.) *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. London: Routledge.
- Mackenbach, J. P. 2017. Nordic paradox, Southern miracle, Eastern disaster: persistence of inequalities in mortality in Europe. *European Journal of Public Health* 27 (4), 14–17.
- Manyanga, T., Barnes, J. D., Tremblay, M. S., Katzmarzyk, P. T., Broyles, S. T., Barreira, T. V., Fogelholm, M., Hu, G., Maher, C., Maia, J., Olds, T., Sarmiento, O. L., Standaage, M., Tudor-Locke, C. & Chaput, J-P. 2018. No evidence for an epidemiological transition in sleep patterns among children: a 12-country study. *Sleep Health* 4, 87–95.

- Marmot, M. 2010. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. Viitattu 7.5.2018. <https://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>.
- McGill, R., Anwar, E., Orton, L., Bromley, H., Lloyd-Williams, F., O’Flaherty, M., Taylor-Robinson, D., Guzman-Castillo, M., Gillespie, D., Moreira, P., Allen, K., Hyseni, L., Calder, N., Petticrew, M., White, M., Whitehead, M. & Capewell, S. 2015. Are interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact. *BMC Public Health* 15, 457–471.
- Murto, J., Kaikkonen, R., Pentala-Nikulainen, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskeniemi, T., Jussmäki, T., Vartiainen, E. & Koskinen, S. 2017. Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010-2017. Viitattu 5.12.2017. www.terveytemme.fi/ath/tulokset/index.html.
- Mäkelä, P., Martikainen, P. & Peltonen, M. 2017. Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 4/2017.
- Mäki, P. 2012. Liikunta ja fyysinen aktiivisuus. Teoksessa R. Kaikkonen, P. Mäki, T. Hakulinen-Viitanen, J. Markkula, K. Wikström, M-L. Ovaskainen, S. Virtanen & T. Laatikainen (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Raportti 16/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 128–134.
- Mäkinen, T., Borodulin, K., Laatikainen, T., Fogelholm, M. & Prättälä, R. 2009. Twenty-five year socioeconomic trends in leisure-time and commuting physical activity among employed Finns. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 19 (2), 188–197.
- Nalecz, H. 2016. Chapter 4. Health behaviours: Energy expenditure. Sivut 135–144. Teoksessa J. Inchley, D. Currie, T. Young, O. Samdal, T. Torsheim, L. Augustson, F. Mathison, A. Aleman-Diaz, M. Molcho, M. Weber, & V. Barnekow (toim.) *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people’s health and*

well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: World Health Organization.

Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2016. Iloa, leikkiä ja yhdessä tekemistä. Varhaisvuosien fyysisen aktiivisuuden suositukset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2016: 21.

Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2018. Työn murros ja elinikäinen oppiminen. Elinikäisen oppimisen kehittämistarpeita selvittävän työryhmän raportti. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2018: 8.

Ovaskainen, M-L., Wikström, K. & Virtanen, S. 2012. Ateriointi ja ruokatottumukset. Teoksessa R. Kaikkonen, P. Mäki, T. Hakulinen-Viitanen, J. Markkula, K. Wikström, M-L. Ovaskainen, S. Virtanen & T. Laatikainen (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Raportti 16/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 119–127.

Palosuo, H., Sihto, M., Lahelma, E., Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. 2013. Sosiaaliset määrittäjät Suomen ja WHO:n terveystoimikassa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 14/2013.

Prättälä, R., Hakala, S., Roskam, A-J. R., Roos, E., Helmert, U., Klumbiene, J., Van Oyen, H., Regidor, E. & Kunst, A. E. 2009. Association between educational level and vegetable use in nine European countries. *Public Health Nutrition* 12 (11), 2174–2182. Doi 10.1017/S136898000900559X.

Rotko, T., Hannikainen-Ingman, K., Murto, J., Kauppinen, T. & Mustonen, N. 2014. Terveyserojen kaventaminen käytännössä – alueellinen yhteistyö avuksi. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (1), 92–99.

Rotko, T. & Kauppinen, T. 2016. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman loppuarviointi. Työpöytäpaperi 8/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Rotko, T., Kauppinen, T., Mustonen, N. & Linnanmäki, E. 2012. Kuilun kaventajat. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011 -loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 41/2012.
- Saint-Maurice, P. F., Trolano, R. P., Matthews, C. E. & Kraus, W. E. 2018. Moderate-to-Vigorous Physical Activity and All-Cause Mortality: Do Bouts Matter? *Journal of the American Heart Association* 7 (6): e007678. doi: 10.1161/JAHA.117.007678.
- Schreier, M. 2012. *Qualitative Content Analysis in Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Smith, B. J., Thomas, M. & Batras, D. 2016. Overcoming disparities in organized physical activity: findings from Australian community strategies. *Health Promotion International* 31, 572–581. doi: 10.1093/heapro/dav042.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1986. *Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös *Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 16.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. *Joukkoruokailun kehittäminen Suomessa: Joukkoruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän toimenpidesuositus*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010: 11.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:1.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012a. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012-2015*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisselma (Kaste) 2012-2015. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisselma (KASTE) 2012-2015 ulkoinen arviointi. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioista 2016:16.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016b. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen. Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:50. Viitattu 15.9.2017. www.julkaisut.valtioneuvosto.fi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Rahoitettavat hankkeet. Viitattu 7.1.2018. www.stm.fi/rahoitettavat-hankkeet
- Suomen Sydänliitto ry, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri & Porin kaupunki. 2016. Neuvokas Perhe. Liikunta- ja ravitsemusohjauksen tuki neuvolaan ja kouluterveydenhuoltoon. Hankesuunnitelma 29.9.2016.
- Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille. 2016. KIDE 26. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Talala, K., Härkänen, T., Martelin, T., Karvonen, S., Mäki-Opas, T., Manderbacka, K., Suvisaari, J., Sainio, P., Rissanen, H., Ruokolainen, O., Heloma, A. & Koskinen, S. 2014. Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. Suomen Lääkärilehti 36 (69), 2185–2192.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. Kansallinen lihavuusohjelma. Toiminta- ja toimeenpanosuunnitelma 2016-2018. Työpaperi 18/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018a. Alkoholihaitat. Viitattu 19.4.2018. www.thl.fi.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018b. Alkoholinkäytön haitat väestötasolla. Viitattu 19.4.2018. www.thl.fi.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018c. Nuuska. Viitattu 19.4.2018. www.thl.fi.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018d. Ravitsemussuositukset. Viitattu 18.4.2018. www.thl.fi.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018e. Terveyshaitat. Tupakka. Viitattu 10.3.2018. www.thl.fi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- UKK-instituutti. 2018. Liikuntapiirakka. Viitattu 5.2.2018. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014. Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. 4. korjattu painos (pdf).
- Vasankari, T. & Kolu, P. (toim.) 2018. Liikkumattomuuden lasku kasvaa – vähäisen fyysisen aktiivisuuden ja heikon fyysisen kunnan yhteiskunnalliset kustannukset. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 31/2018.
- VESOTE. 2016. Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti. Hankesuunnitelma. 30.9.2016.
- Whinnery, J., Jackson, N., Rattanaumpawan, P. & Grandner, M. A. 2014. Short and Long Sleep Duration Associated with Race/Ethnicity, Sociodemographics, and Socioeconomic Position. *SLEEP* 37 (3), 601–611. doi: 10.5665/sleep.3508.
- Whitehead, M. 2007. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61 (6), 473–478.

- Whitehead, M., Povall, S. & Loring, B. 2014. The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequities in health. World Health Organization.
- Withall, J., Jago, R. & Fox, K. R. 2011. Why some do but most don't. Barriers and enablers to engaging low-income groups in physical activity programmes: a mixed methods study. *BMC Public Health* 11; 507. doi: 10.1186/1471-2458-11-507.
- Withall, J., Jago, R. & Fox, K. R. 2012. The effect a of community-based social marketing campaign on recruitment and retention of low-income groups into physical activity programmes - a controlled before-and-after study. *BMC Public Health* 12: 836. doi: 10.1186/1471-2458-12-836.

LIITTEET

LIITE 1. Haastattelupyyntö

Hei,

Tapasimme STM:n Kärkihankevalmentamossa 14.11. Olen terveystieteiden opiskelija Jyväskylän yliopistossa ja teen pro gradu -tutkielmaa Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -hankeohjelmien toimijoiden käsityksistä terveystieteen eriarvoisuuden vähentämistavoista.

Eriarvoisuuden vähentämisen keinoista on vain vähän tutkimustietoa. Olen kiinnostunut selvittämään millä tavoilla elintapoihin liittyvään eriarvoisuuteen pyritään hallituksen nimeämissä hankeohjelmissa vaikuttamaan.

Tutkimus toteutetaan yksilökohtaisina teemahaastatteluina. Pyydänkin nyt Sinulta apua haastateltavien valintaan. Haluaisin haastatella hankkeestanne XX henkilöä. Pyydän että tekisit ehdotuksesi haastateltavista yhteystietoineen minulle viimeistään XX.

Haastattelujen ajankohta on tammikuussa. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Ystävällisin terveisin,

Anna Lahti

p. 040 xxxx xxx

LIITE 2. Suostumuslomake

ARVOISA HAASTATELTAVA

Pyydän Teiltä ystävällisesti suostumusta haastatteluun, joka on osa Pro gradu -työtäni. Tutkimustani ohjaa terveyskasvatuksen professori Marita Poskiparta (p. 040 xxxx xxx) Jyväskylän yliopiston Liikuntatieteellisestä tiedekunnasta.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hallituksen Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -kärkihankkeen hankeohjelmien toimijoiden käsityksiä terveyskäyttäytymisessä ilmenevän sosioekonomisen eriarvoisuuden vähentämistoimista.

Haastatteluun on varattu puolitoista tuntia aikaa. Haastattelu on luottamuksellinen, eikä yksittäisen haastateltavan henkilöllisyys tule ilmi. Tuloksista raportoidaan Pro gradu -työssä ja mahdollisesti tieteellisissä julkaisuissa. Haastatteluotteita saatetaan käyttää sitaatteina tutkimusraportissa. Haastattelu tallennetaan. Haastattelu on vapaaehtoinen, ja sen saa keskeyttää missä tahansa vaiheessa.

Suostun haastateltavaksi ja annan samalla suostumukseni haastattelun tallentamiseen.

Päivämäärä ja paikka

Allekirjoitus

Yhteistyöstä kiittäen,

Anna Lahti

Terveyskasvatuksen opiskelija

Jyväskylän yliopisto

p. 040 xxxx xxx

xxxx.x.xxxxxx@student.jyu.fi

LIITE 3. Haastattelun teemat

Haastateltavan taustatiedot

- Toimenkuva
- Koulutustausta

Terveyden edistämisen tavoitteet hankkeessa

- Kuvailisitko hankkeen kohderyhmää?
- Millaisia terveyden edistämisen tavoitteita hankkeellanne on?
- Miten hankkeessa pyritään vaikuttamaan ihmisten elintapoihin? (Mihin elintapoihin halutaan erityisesti vaikuttaa?)

Hankkeen tavoitteet terveyden eriarvoisuuden vähentämiseksi sosioekonomisten ryhmien välillä

- Mitä sosioekonomisella asemalla mielestäsi tarkoitetaan?
- Miten sosiaaliryhmien väliset terveyserot mielestäsi ilmenevät Suomessa?
- Mitä tavoitteita hankkeella on sosioekonomisten terveyserojen vähentämisen suhteen?
- Onko käytössä jotain tiettyjä mittareita, joilla tavoitetta mitataan?
- Miten näet hankkeen mahdollisuudet terveyserojen vähentäjänä?

Terveyskäyttäytymisen ja sosioekonomisten terveyserojen välinen yhteys

- Onko elintavoilla ja terveyseroilla näkemyksesi mukaan yhteyttä toisiinsa?
- Miten näet hankkeen mahdollisuudet terveyskäyttäytymisessä ilmenevän eriarvoisuuden vähentäjänä?

Miten tämän hankkeen palvelut ovat kohdentuneet?

- Tarjotaanko hankkeen tarjoamaa palvelua kaikille kohderyhmän edustajille?
- Kohdennetaanko palvelu johonkin tiettyyn osajoukkoon? Kuvailisitko tätä osajoukkoa?
- Mille ryhmille palvelua pitäisi mielestäsi erityisesti tarjota, jotta sosioekonomisia terveyseroja saataisiin vähennettyä?
- Onko jokin estänyt sen, ettei palvelua tarjota sellaiselle kohderyhmälle, joka sitä tarvitsisi? Mikä?

Halutun kohderyhmän tavoittaminen hankkeessa

- Miten ja missä palvelusta tiedotetaan loppukäyttäjille?
- Tavoittaako palvelusta tiedottaminen mielestäsi oikeat kohderyhmät?
- Miten kohderyhmän tavoittamista arvioidaan?
- Ketkä palvelua tosiasiallisesti käyttävät?
- Mitkä ovat mielestäsi niitä asioita, jotka saavat nämä ihmiset käyttämään tarjoamaanne palvelua?
- Millaiset ihmiset eivät näkemyksesi mukaan käytä palvelua?
- Mitä mahdollisia syitä on siihen, etteivät kaikki kohderyhmään kuuluvat hakeudu palvelun piiriin/käytä palvelua?
- Miten nämä ulkopuolelle jäävät henkilöt mielestäsi saataisiin palvelun käyttäjiksi?
- Onko ulkopuolelle jäävien, kohderyhmään kuuluvien henkilöiden tavoittamiseksi tehty lisätoimia?
- Pitäisikö tällaisia lisätoimia mielestäsi järjestää? Mitä ne voisivat olla?

LIITE 4. Haastateltavien taustatiedot

Haastattelutunnus	Hankeohjelman tunnus	Haastattelun toteutus
H1	Hankeohjelma A, alueellinen osaohjelma	Puhelinhaastattelu
H2	Hankeohjelma B	Kasvokkain toteutettu haastattelu
H3	Hankeohjelma B	Kasvokkain toteutettu haastattelu
H4	Hankeohjelma A, alueellinen osaohjelma	Puhelinhaastattelu
H5	Hankeohjelma C	Kasvokkain toteutettu haastattelu
H6	Hankeohjelma C	Kasvokkain toteutettu haastattelu
H7	Hankeohjelma D, alueellinen osaohjelma	Puhelinhaastattelu

LIITE 5. Aineiston analyysikehys

Yläluokka

Pääluokka

Alaluokka

I TAVOITTEET JA KOHDERYHMÄ

Tavoitteiden asettaminen ja arviointi

Terveyserojen vähentämistavoite huomioitu organisaatioiden toiminnassa

Toimenpiteiden arviointi on tärkeää

Kohderyhmän tavoittamista vaikea arvioida

Vaikutusten arviointi on haasteellista

Lyhyen hankeajan haasteet

Kaikille avointa vai kohdennettua toimintaa?

Kaikille avoin toiminta vähentää terveyseroja

Toiminnan tulee olla kaikille avointa

Toiminta on kohdennettu tiettyihin sosioekonomisiin ryhmiin (pl. työttömät)

Toiminta on kohdennettu työttömille

Leimautumisen estäminen huomioidaan toiminnan suunnittelussa

Heikoimmassa asemassa olevien tavoittamisen merkitys

Heikoimmassa asemassa olevat eivät osallistu toimintaan

Kohderyhmän tavoittaminen on haastavaa

Kohderyhmän tunnistaminen on haastavaa

Kohderyhmän tavoittamisessa kohdatut esteet

Kohderyhmän tavoittaminen tärkeys terveyserojen vähentämisessä

Vaikeasti tavoitettavien henkilöiden löytyminen on tärkeää

II PALVELUN SAAVUTETTAVUUS

Toiminnan sijainti

Toiminnan sijainti ja kuljetus ovat tärkeitä

Palvelun sijainti esteenä osallistumiselle

Toiminta järjestetään lähellä asiakasta

Kuljetuksen järjestäminen

Kunnan joukkoliikennetkaisu tukevat toimintaan osallistumista

Yhteiskuljetus

Kohderyhmän taloudellisen tilanteen huomioiminen

Yksilön taloudelliset esteet osallistumiselle

Edullinen tai maksuton toiminta helpottaa osallistumista

Kuljetusten rahallinen tukeminen

Ilmainen ruoka kannustimena osallistumiseen

Muut osallistumiskynnystä madaltavat tekijät

Mahdollistetaan fyysinen siirtyminen toimintaan
Palvelu on saatavilla asiakkaan toivomana aikana
Palveluun ohjaamisen merkitys
Palveluun ohjautumisen varmistaminen

III TOIMINNAN JÄRJESTÄMINEN

Yhteistyön merkitys

Eri sektoreiden yhteistyö on tärkeää heikoimmassa asemassa olevien tavoittamisessa
Poikkihallinnollinen työ kunnissa
Toiminta järjestetään yhteistyössä toisen toimijan kanssa
Eri alojen ammattilaiset mukana elintapaohjaustyössä

Kohderyhmän tarpeiden huomioiminen toiminnan suunnittelussa

Asiakassegmenttien huomioiminen toiminnan suunnittelussa
Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen
Asiakkaan omien tarpeiden kunnioittaminen
Asiakkaiden osallistaminen toiminnan suunnitteluun
Kiinnostava sisältö houkuttelee osallistumaan toimintaan
Tunteet ja ennakkoluulot osallistumisen esteenä
Yksilöiden erityistarpeiden huomioiminen toiminnan sisällössä

Sosiaalisten suhteiden merkitys toiminnassa

Luottamus ammattilaisia kohtaan
Samaistuttava viiteryhmä helpottaa osallistumista
Sosiaalinen kanssakäyminen vahvistaa terveellisiä elintapoja
Tutun henkilön kanssa osallistuminen helpompaa

Elintapojen ja voimavarojen kehä

Psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat osallistumisen esteenä
Terveelliset elintavat apuna muihin ongelmiin
Voimavarojen lisääminen elintapamuutoksen mahdollistajana
Voimavarojen puute esteenä osallistumiselle

Tietojen ja taitojen vahvistaminen

Tieto elintapamuutoksen mahdollistajana
Elintapataitoja opetellaan käytännössä
Asiakkaan motivointi elintapamuutokseen

IV HEIKOIMMASSA ASEMASSA OLEVIEN TAVOITTAMISEN KEINOT

Tavoittamiseen osallistuvat tahot

Heikoimmassa asemassa olevien järjestelmällinen tunnistaminen

Ammattilaisten osaaminen kohderyhmän tunnistamisessa

Kohderyhmä löytyy asuinpaikan perusteella

Tilastot ja rekisterit apuna kohderyhmän tunnistamisessa

Heikoimmassa asemassa olevat tavoitetaan sosiaali- ja terveystalvelujen kautta

Heikoimmassa asemassa olevia löydetään sosiaalipalvelujen asiakkaista

Heikoimmassa asemassa olevia löydetään terveydentilan perusteella

Heikoimmassa asemassa olevia löydetään terveystalvelujen asiakkaista

Kolmas sektori tukee kohderyhmän tavoittamisessa

Heikoimmassa asemassa olevia löydetään seurakunnan diakoniatyön asiakkaista

Järjestöt ja seurakunnat kohderyhmän tavoittamisen tukena

Viestintäkanava

Lehti-ilmoittelu ei tavoita heikoimmassa asemassa olevia

Netissä tapahtuva tiedottaminen ei tavoita heikoimmassa asemassa olevia

Tiedottaminen kohdistettu tiettyihin väestöryhmiin

Tiedotuskanavan miettiminen on tärkeää

Toiminnasta tiedotetaan netissä

Viestintä ei tavoita haluttua kohderyhmää

Yleinen tiedottaminen kohderyhmän käyttämien palvelujen yhteydessä

Netin ulkopuolella tapahtuva massatiedottaminen

Henkilökohtainen lähestyminen

Henkilökohtainen tiedottaminen järjestettävästä toiminnasta

Viestin sävy on henkilökohtainen