

**TERVEYDEN EDISTÄMISEN MÄÄRÄRAHALLA RAHOITETTUJEN
HANKKEIDEN ARVIOINTI SOSIOEKONOMISTEN TERVEYSEROJEN
KAVENTAMISEN NÄKÖKULMASTA**

Elina Kärkkäinen

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2022

TIIVISTELMÄ

Kärkkäinen, Elina. 2022. Terveyden edistämisen määrärahalta rahoitettujen hankkeiden arviointi sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen näkökulmasta. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden pro gradu -tutkielma, 84 s., 7 liitettä.

Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen tärkeys on tunnustettu muun muassa ihmisten perusoikeuksien toteutumisen, kansanterveyden ja taloudellisten säästöjen näkökulmasta. Lukuisista tavoitteista ja toimista huolimatta kaventamisessa ei olla onnistuttu. Suomessa terveydenedistämistyö on usein hankemuotoista. Tässä tutkimuksessa selvitettiin ensiksi, mitä sosioekonomisia terveyseroja on Suomessa vuosina 2016–2018 terveyden edistämisen määrärahalta rahoitetuissa hankkeissa pyritty kaventamaan, ja toiseksi millaisin toimenpitein. Kolmanneksi selvitettiin hankkeiden vaikuttavuutta tukevien terveyden edistämisen arviointiperiaatteiden avulla sitä, kuinka laadukasta hankkeiden suunnittelu, toteutus ja arviointi olivat. Neljäntenä kuvattiin, minkälaisia vaikutuksia hankkeilla oli sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen.

Tutkimusaineisto oli sosioekonomisia terveyseroja kaventamaan pyrkineiden vuosina 2016–2018 terveyden edistämisen määrärahalta rahoitettujen hankkeiden hankehakemukset ja loppuselvitykset (n=12), joiden kautta hankkeista oli saatavilla kattavasti tietoa. Aineiston analyysi toteutettiin laadullisen sisällönanalyysin avulla: ensimmäisen, toisen ja neljännen tutkimuskysymyksen analyysi aineistolähtöisesti ja kolmannen tutkimuskysymyksen analyysi teorialähtöisesti. Teorialähtöinen analyysi toteutettiin tutkimuksessa luotujen terveyden edistämisen arviointiperiaatteiden mukaan.

Sosioekonomisia terveyseroja pyrittiin kaventamaan monipuolisesti eri terveyden osa-alueilla ja eri kohderyhmillä. Fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin eroihin keskittyviä toimenpiteitä toteutettiin kaikille kohderyhmille, eli lapsille, nuorille, työttömille ja muille kohderyhmille, kun taas mielen hyvinvoinnin eroihin keskittyvät hankkeet toteutettiin lapsille ja muille kohderyhmille. Terveyseroja pyrittiin kaventamaan eri tahoille kohdistuvilla toimilla. Kohderyhmälle tarjottiin välineitä, ohjausta, tukea ja neuvontaa, järjestettiin toimintaa sekä lisättiin tietoa. Kohderyhmän käyttämissä palveluissa otettiin käyttöön uusia toimintamalleja ja kehitettiin palveluja eri tavoin. Kohderyhmän käyttämien palvelujen henkilökuntaa koulutettiin sekä tuotettiin heille tietoa ja materiaaleja. Sekä kohderyhmälle että heidän käyttämiinsä palveluihin kohdistuvissa toimituksissa kohderyhmää käytettiin apuna palvelujen kehittämisessä. Yleisesti hankkeeseen liittyvissä toimituksissa tuotettiin uutta hyvinvointi- ja terveystietoa. Laadukas suunnittelu, toteutus ja arviointi toteutui hankkeissa kokonaisuudessaan kohtalaisesti. Suunnittelu ja toteutus toteutuivat vähintään kohtalaisesti, kun taas arviointi toteutui heikosti. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta hankkeissa ei saatu juurikaan tuloksia, sillä vain yhdessä hankkeessa arvioitiin hankkeen vaikutuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen.

Tutkimuksen tulokset myötäilevät aiempaa aiheesta tehtyä kirjallisuutta; terveyden edistämisen hankkeiden arvioinnissa oli puutteita, johon hankeajan lyhyt kesto ja hanketyöhön kuuluvan raportoinnin piirteet ovat voineet vaikuttaa. Kaikki hankkeet eivät myöskään vaikuttaneet siltä, että ne olisi suunniteltu kaventamaan sosioekonomisia terveyseroja, sillä kaikista hankkeista ei löytynyt todellisia terveyseroja kaventavia toimia. Tutkimuksen tuloksia ja niistä todettuja johtopäätöksiä sekä jatkotutkimusehdotuksia voidaan käyttää sosioekonomisten terveyserojen kaventamistyön ja hankkeiden arvioinnin kehittämiseksi tulevaisuudessa.

Asiasanat: sosioekonomiset terveyserot, sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen, terveyden edistämisen hanke, terveyden edistämisen arviointi, hankearviointi

ABSTRACT

Kärkkäinen, Elina. 2022. Evaluation of projects funded by the grant for health promotion (terveyden edistämisen määräraha) with a view on reducing socioeconomic health inequalities. The Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Health Education Master's thesis, 84 pp., 7 appendices.

The importance of reducing socioeconomic health inequalities has been identified, inter alia, in terms of the realization of fundamental human rights, public health and economic savings. Despite numerous goals and actions, the reduction has not been successful. In Finland, health promotion is often done in the form of projects. This study first examined what socioeconomic health inequalities have been aimed to be reduced in Finland in projects funded by the grant for health promotion (terveyden edistämisen määräraha) in 2016–2018, and second, with what measures. Thirdly, health promotion evaluation principles, that support projects' effectiveness, were used to assess the quality of projects' design, implementation, and evaluation. Fourthly, the impact of projects on reducing socioeconomic health inequalities was described.

The research material was project applications and final reports of projects aimed at reducing socioeconomic health inequalities funded by the grant for health promotion in 2016–2018 (n=12). Comprehensive information on the projects was available through the applications and the reports. The analysis of the material was carried out using qualitative content analysis: analysis of the first, second and fourth research question was material-driven and analysis of the third research question theory-driven. Theory-driven analysis was carried out by using health promotion evaluation principles that were developed in this study.

Socioeconomic health inequalities were aimed to be reduced in various areas of health and in different target groups. Measures focusing on differences in physical and social well-being were implemented for all target groups: children, adolescents, the unemployed and other target groups, while projects focusing on health differences in mental well-being were implemented for children and the others. Efforts were made to reduce health inequalities through various measures. The target groups were provided with tools, guidance, support and counselling, organized activities, and increased information. New operating models were introduced in the services used by the target group and services were developed in various ways. The staff of the services used by the target group were trained and provided with information and materials. In the activities targeted at both the target group and the services they use, the target group was used to assist in the development of the services. General actions related to projects was generating new well-being and health information. Quality of project design, implementation, and evaluation as a whole was moderate. Planning and implementation realized moderately or well, while evaluation realized poorly. There were few results from the projects on the reduction of socioeconomic health inequalities, as only one project assessed the impact of the project on the reduction of socioeconomic health inequalities.

The results of the study correspond to the previous literature on the subject; there were insufficiency in the evaluation of health promotion projects, which may have been affected by the short duration of the project and the nature of the reporting involved in the project work. Also, not all projects appeared to be designed to reduce socioeconomic health inequalities, as not all projects seem to have implemented real measures to reduce health inequalities. The results of the study and the conclusions drawn from them, as well as suggestions for further research, can be used to develop the work on reducing socioeconomic health inequalities and project evaluation in the future.

Key words: socioeconomic health inequalities, reduction of socioeconomic health inequalities, health promotion project, health promotion evaluation, project evaluation

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

| | |
|--|----|
| 1 JOHDANTO..... | 1 |
| 2 SOSIOEKONOMISET TERVEYSEROT | 3 |
| 2.1 Sosioekonomisten terveyserojen tarkastelu ja mittaaminen..... | 3 |
| 2.2 Sosioekonomisia terveyseroja aiheuttavat tekijät..... | 5 |
| 2.2.1 Yleiset sosioekonomiset, kulttuuriset ja ympäristön olosuhteet..... | 5 |
| 2.2.2 Elin- ja työolot..... | 6 |
| 2.2.3 Sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot..... | 7 |
| 2.2.4 Yksilöjen elämäntyyli sekä biologiset ja geneettiset tekijät..... | 8 |
| 2.3 Sosioekonomiset terveyserot Suomessa | 9 |
| 2.3.1 Erot hyvinvoinnissa ja terveydessä..... | 9 |
| 2.3.2 Erot hyvinvointia ja terveyttä määrittävissä tekijöissä | 10 |
| 3 SOSIOEKONOMISTEN TERVEYSEROJEN KAVENTAMINEN HANKKEISSA. 13 | |
| 3.1 Yleiset sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa huomioitavat tekijät..... | 15 |
| 3.2 Rakenteelliset toimet sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa | 17 |
| 3.3 Yksilöiden terveystyöskäytymiseen vaikuttaminen sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa | 20 |
| 4 HANKKEIDEN ARVIOINNISSA KÄYTETTÄVÄT TERVEYDEN EDISTÄMISEN ARVIOINTIPERIAATTEET | 24 |
| 4.1 Alkuperäiset terveyden edistämisen arvioinnin viitekehykset | 25 |
| 4.2 Tässä tutkimuksessa arvioinnin viitekehyksenä käytettävät terveyden edistämisen arviointiperiaatteet | 27 |
| 4.2.1 Viitekehyksen vaiheet..... | 30 |
| 4.2.2 Viitekehyksen yleiset periaatteet..... | 34 |
| 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET | 36 |

| | | |
|-------|---|----|
| 6 | TUTKIMUSMENETELMÄT | 37 |
| 6.1 | Tutkimusaineiston kuvaus ja aineiston kerääminen | 37 |
| 6.2 | Aineiston analyysimenetelmät..... | 40 |
| 6.2.1 | Aineistolähtöinen analyysi | 40 |
| 6.2.2 | Teorialähtöinen analyysi..... | 42 |
| 7 | TULOKSET | 48 |
| 7.1 | Hankkeissa kavennettavat sosioekonomiset terveyserot | 48 |
| 7.1.1 | Fyysinen hyvinvointi | 50 |
| 7.1.2 | Mielen hyvinvointi | 50 |
| 7.1.3 | Sosiaalinen hyvinvointi | 51 |
| 7.2 | Toimenpiteet, joilla sosioekonomisia terveyseroja on pyritty kaventamaan..... | 51 |
| 7.2.1 | Kohderyhmän käyttämiin palveluihin kohdistuvat toimet | 54 |
| 7.2.2 | Kohderyhmän käyttämien palvelujen henkilökuntaan kohdistuvat toimet | 55 |
| 7.2.3 | Kohderyhmään kohdistuvat toimet..... | 56 |
| 7.2.4 | Sekä kohderyhmään että kohderyhmän käyttämiin palveluihin kohdistuvat toimet | |
| | 57 | |
| 7.2.5 | Yleisesti hankkeeseen kohdistuvat toimet..... | 58 |
| 7.3 | Terveyden edistämisen arviointiperiaatteiden toteutuminen hankkeissa | 59 |
| 7.4 | Sosioekonomisten terveyserojen kaventuminen..... | 65 |
| 8 | POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET | 68 |
| 8.1 | Tutkimuksen tulosten pohdinta | 68 |
| 8.2 | Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys..... | 74 |
| 8.3 | Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset | 76 |
| | LÄHTEET | 78 |
| | LIITTEET | |

1 JOHDANTO

Suomessa on suuria sosioekonomisen aseman mukaisia terveyseroja monilla hyvinvoinnin ja terveyden osa-alueilla sekä niihin vaikuttavissa tekijöissä (Koskinen ym. 2018, 178; Karvonen ym. 2019b, 101; Kestilä & Karvonen 2019, 14). Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on tärkeää, koska terveyserojen voidaan nähdä rikkovan ihmisten perusoikeuksien toteutumista (Arcaya ym. 2015). Lisäksi on oikeudenmukaista välttää huono-osaisuuden kasautumista matalammassa sosioekonomisessa asemassa oleville ja mahdollistaa parempi terveys ja hyvinvointi yhä useammille (Mackenbach 2019, 180). Huono-osaisempien ihmisten tukeminen parantaa myös tehokkaasti koko väestön terveyden tasoa (Lahelma 2020) sekä vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon taloudellisia kustannuksia (Arcaya ym. 2015; Mackenbach 2019, 180).

Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on sen tärkeydestä huolimatta osoittautunut vaikeasti ratkaistavaksi tehtäväksi (Sihto 2016b, Hunterin 2013 mukaan). Vaikka sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on ollut terveydenedistämistyön tavoitteena jo pitkään, eivät erot ole kaventuneet Suomessa (Koskinen ym. 2018; Karvonen ym. 2019b, 102, 14) eivätkä muualla maailmalla (Mackenbach 2019; Lahelma 2020). Sosioekonomisten terveyserojen kaventumista haastaa se, ettei terveyseroja kaventavista keinoista ole olemassa vakuuttavaa tutkimusnäyttöä (Rotko ym. 2014; Mackenbach 2019, 177).

Ratkaisu vaikuttavien sosioekonomisia terveyseroja kaventavien keinojen löytämiseen voi olla hankkeiden arvioinnissa (Mackenbach 2019, 176–177). Sosioekonomisia terveyseroja kaventamaan pyrkivien hankkeiden ja erilaisten ohjelmien arvioinnin avulla on mahdollista lisätä tietoa siitä, mitkä toimet kaventavat sosioekonomisia terveyseroja, mikä helpottaa vaikuttavien toimien kehittämistä (Mackenbach 2019, 176–177). Myös Denfordin ym. (2017) mukaan arviointi on elintärkeää vaikuttavien hankkeiden toteutuksessa ja eteenpäin levittämisessä, sillä se auttaa ymmärtämään, mikä hankkeessa toimii ja mikä ei. Arviointi kuitenkin toteutetaan liian usein puutteellisesti terveyden edistämisen kentällä (Denford ym. 2017).

Suomessa terveydenedistämistyötä tehdään paljon hankemuotoisena, ja siinä keskeinen rahoituslähde on valtion rahoittama terveyden edistämisen määräraha muun muassa järjestöille, säätiöille ja kunnille (STM 2021; THL 2021). Terveyden edistämisen määrärahaa hakevien hankkeiden tulee pyrkiä edistämään määrärahan yleisten tavoitteiden lisäksi kunkin vuoden painopisteitä, joihin on kuulunut muun muassa väestön terveyserojen kaventaminen (THL 2015; THL 2016; THL 2017).

Tämän tutkimuksen tarkoitus on tuottaa sosioekonomisten terveyserojen kaventamista tukevaa tietoa. Ensiksi selvitetään, mitä terveyseroja on Suomessa vuosina 2016–2018 terveyden edistämisen määrärahalla rahoitetuissa hankkeissa pyritty kaventamaan ja toiseksi, millaisin toimenpitein. Kolmanneksi selvitetään terveyden edistämisen arviointiperiaatteiden toteutumisen avulla sitä, kuinka laadukkaita toimia hankkeissa on sen suunnittelun ja toteutuksen vaiheissa tehty ja kuinka laadukasta hankkeen arviointi on, koska näillä on merkitystä hankkeiden vaikuttavuuteen. Neljänneksi kuvataan, minkälaisia vaikutuksia hankkeilla on sosioekonomisten terveyserojen kaventumiseen.

2 SOSIOEKONOMISET TERVEYSEROT

Sosioekonomiset terveyserot ovat systemaattisia, ihmisten sosiaalisen aseman mukaan vaihtelevia (McCartney ym. 2019) eroja terveydentilassa, sairastavuudessa, kuolleisuudessa ja elinajanodotteessa (Mackenbach 2019, 18, 29–36). Terveyseroja voidaan havaita väestön eri sosiaalisten ryhmien välillä ja asteittain sosiaalisen aseman mukaan muuttuvina (McCartney ym. 2019). Usein terveyserot ilmenevät hierarkkisesti siten, että keskimääräinen terveys heikkenee asteittain sitä mukaa, kun sosiaalinen asema laskee (Mackenbach 2019, 1) ja vastaavasti kun sosiaalinen asema nousee, on terveys parempi (Sihto 2016b).

Sosioekonomisiin terveyseroihin liittyy ihmisten eriarvoisuus yhteiskunnassa, sillä eri sosiaalisissa asemissa olevilla ihmisillä on käytössään eri verran terveyteen vaikuttavia aineellisia ja aineettomia resursseja (Mackenbach 2019, 13). Ihmisten sosiaaliseen asemaan vaikuttavat muun muassa koulutustaso, ammattiasema ja tulot, joiden kautta sosioekonomisia terveyseroja useimmiten mitataan (Mackenbach 2019, 13–15).

Seuraavassa alaluvussa kuvataan, kuinka sosioekonomisia terveyseroja tyypillisesti tarkastellaan ja mitataan. Sen jälkeen käsitellään monella eri tasolla olevia sosioekonomisia terveyseroja aiheuttavia tekijöitä. Kolmannessa alaluvussa kuvataan sosioekonomiset terveyserot Suomessa.

2.1 Sosioekonomisten terveyserojen tarkastelu ja mittaaminen

Koulutus. Koulutus kuvaa tarkimmin inhimillistä pääomaa, sillä koulutus kehittää monia tietoja ja taitoja sekä lisää henkilökohtaista hallinnan tunnetta, jotka vaikuttavat suotuisasti terveyteen (Mackenbach 2019, 15; Lahelma 2020). Koulutus on yhä tärkeämpi sosioekonomisen aseman mittari, koska se mahdollistaa usein pääsyn hyviin töihin ja muihin sosiaalisiin hyötyihin (Mackenbach 2019, 15). Koulutus on sosioekonomisen aseman mittareista pysyvin, sillä yleensä koulutustaso saavutetaan nuorena aikuisuudessa, josta se ei enää myöhemmin muutu

(Mackenbach 2019, 15). Koulutusta voidaan mitata kategorisena mittarina saavutetusta koulutustasosta ja jatkuvana muuttujana suoritetuista koulutusvuosista (Arcaya ym. 2015).

Ammattiasema. Ammattiasema kuvaa koulutusta suuremmin työhön liittyvien tekijöiden, kuten työstressin, kontrollin, työssä koettavan autonomian ja työelämän vaarojen, vaikutuksia yksilölle (Mackenbach 2019, 15). Ammattiasemaa voidaan mitata erilaisin luokitteluin ja ryhmittelemällä eri ammattityyppejä sekä myös työttömyyttä hierarkkisesti korkeimmasta matalaan (Arcaya ym. 2015).

Tulo- ja varallisuustaso. Tulo- ja varallisuustaso kuvaa aineellisia resursseja (Arcaya ym. 2015). Tulotasoa voidaan mitata joko yksilön henkilökohtaisina tuloina tai koko talouden tuloina suhteutettuna talouden kokoon (Mackenbach 2019, 16). Myös muun varallisuuden, eli muun muassa omistusasuntojen, talletusten, kulkuvälineiden ja sijoitusten omistukset on tärkeä huomioida (Karvonen ym. 2019a, 56). Tulo- ja varallisuustasoa voidaan mitata myös yleisemmillä vaurauden mittareilla kuten asuinalueen laajuuden puutteen yleisyydellä (Mackenbach 2019, 15) ja asumisen tasolla, kuten asumisen ahtaudella suhteuttamalla ihmisten määrää asunnon huoneiden määrään (Arcaya ym. 2015).

Koulutus, ammattiasema sekä tulo- ja varallisuustaso korreloivat keskenään ja kuvaavat sosioekonomisen aseman yhteisiä piirteitä hyvin (Lahelma & Rahkonen 2015, 48). Kukin näistä sisältää kuitenkin sellaisia puolia, joita muut eivät kata, joten yhtä parasta mittaria sosioekonomisen aseman mittaamiseen ei ole. Usein käytetään yhtä mittaria kerrallaan (Lahelma & Rahkonen 2015, 48), ja mittarin valintaan vaikuttaa myös se, mistä on saatavilla tietoa (Mackenbach 2019, 15). Lasten sosioekonominen asema määritetään usein vanhempien sosioekonomisen kautta (Lahelma & Rahkonen 2015, 47).

2.2 Sosioekonomisia terveyseroja aiheuttavat tekijät

Sosioekonomisia terveyseroja selittää valikoituminen ja kausaatio (Lahelma & Rahkonen 2015, 49–50). Valikoitumisella tarkoitetaan sitä, että ihmisen terveys ja henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat siihen, mihin sosioekonomiseen asemaan hän päätyy (Lahelma & Rahkonen 2015, 49–50). Huono terveys ja henkilökohtaiset ominaisuudet voivat esimerkiksi estää tietyn koulutustason saavuttamisen tai sairastuminen voi johtaa työttömyyteen (Mackenbach 2019, 49). Toisaalta hyvä terveydentila tai siihen liittyvät tekijät voivat johtaa ihmisen nousuun korkeampaan sosioekonomiseen asemaan (Lahelma & Rahkonen 49–50). Kausaatiolla eli syy-seuraussuhteella puolestaan tarkoitetaan sitä, että ihmisen sosioekonominen asema määrittää ihmisen terveyttä joko suoraan tai eri mekanismien kautta (Lahelma & Rahkonen 2015, 50).

Sosioekonomisia terveyseroja aiheuttavia tekijöitä on eri tasoilla yksilötekijöistä yhteiskunnallisiin tekijöihin. Ne jäsennetään seuraavissa alaluvuissa Dahlgrenin ja Whiteheadin (2006, 21) terveyden määrittäjien sateenkaarimallia soveltaen. Yksilön ominaisuuksista terveyteen vaikuttavat biologiset ja geneettiset tekijät, jotka ovat pysyviä. Näitä seuraavat erilaisin toimin muutettavissa olevat tekijät. Ensinnä ovat yksilöjen elämäntyyliin ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät, ja toisena sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot, jotka vaikuttavat yksilöihin. Seuraavana ovat yksilöjen elin- ja työolot, jotka vaikuttavat yksilöjen kykyyn ylläpitää omaa terveyttään. Viimeisenä ovat laajat koko väestön terveyteen vaikuttavat yleiset sosioekonomiset, kulttuuriset ja ympäristön olosuhteet (Dahlgren & Whitehead 2006, 21).

2.2.1 Yleiset sosioekonomiset, kulttuuriset ja ympäristön olosuhteet

Terveyteen vaikuttavien olosuhteiden jakautuminen. Mackenbachin (2019, 145) mukaan sosioekonomiset terveyserot ovat pitkälti seurausta laajemmasta sosiaalisesta epätasa-arvoisuudesta yhteiskunnassa. Elämän aikana kohdataan erilaisia altisteita ja olosuhteita, jotka vaikuttavat terveyteen suotuisasti tai haitallisesti ja sekä suoraan että epäsuoraan (Mackenbach 2019, 62). Matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä on yleisesti ottaen vähemmän

tehokkaat selviytymiskeinot haitallisiin altisteisiin ja elämän haasteisiin (Mackenbach 2019, 72).

2.2.2 Elin- ja työolot

Yksi keskeisimmistä syistä sosioekonomisten terveyserojen syntymisen kannalta ovat aikuisuuden elin- ja työolot (Lahelma & Rahkonen 2015, 50), johon lukeutuvat varallisuuden vastinparina köyhyys ja muu aineellinen puute, asuminen, työympäristö, työttömyys ja terveystalvelujen käyttö. Lisäksi lapsuuden elinoloilla on oma merkityksensä.

Köyhyys ja muu aineellinen puute. Köyhyys ja muu aineellinen puute vaikuttaa sosioekonomisten terveyserojen syntymiseen olemalla yhteydessä moniin terveyshaittoihin ja sairauksiin (Mackenbach 2019, 67). Köyhyys vähentää mahdollisuuksia terveyden kannalta suotuisaan toimintaan, kuten terveelliseen ravintoon, liikunnan harrastamiseen, sosiaalisten kontaktien ylläpitoon ja terveystalvelujen käyttöön (Mackenbach 2019, 68).

Asuminen. Asumiseen liittyy monia terveyteen vaikuttavia tekijöitä, jotka ovat yleisesti ottaen epäsuotuisampia matalassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä (Arcaya ym. 2015; Mackenbach 2019, 72). Näitä ovat esimerkiksi asumiseen itseensä liittyvät asunnon ahtaus ja kosteus, ja asuinalueilla esimerkiksi ilmansaasteiden, rikollisuuden, liikuntapaikkojen, terveyskeskusten ja ruokakauppojen määrä ja läheisyys sekä ruokakauppojen tarjonta (Arcaya ym. 2015; Mackenbach 2019, 72). Asuinalueilla voi myös toimia erilaisia hyvinvointiin liittyviä politiikkoja ja ohjelmia, jotka osaltaan vaikuttavat siihen, että tiettyjen alueiden asukkaat pääsevät joko terveyttä edistävien tai sitä heikentävien toimien piiriin, joilla voi olla merkitystä myös terveyserojen synnyssä (Arcaya ym. 2015).

Työympäristö ja työttömyys. Työympäristö vaikuttaa sosioekonomisten terveyserojen syntyyn fyysisesti erilaisten altistumisten ja riskien kautta sekä psykososiaalisesti työssä koetun kontrollin kautta (Mackenbach 2019, 68). Matalassa ammattiasemassa olevat ihmiset kokevat

korkeammassa asemassa olevia yleisemmin erilaisia fyysisiä riskejä kuten raskaiden taakkojen kantamista työssään. He myös kokevat vähemmän kontrollia työssään, eli esimerkiksi mahdollisuutta vaikuttaa omiin työtehtäviin ja tehdä itsenäisiä päätöksiä työssään (Mackenbach 2019, 68). Toisaalta työttömyys on yleisempää matalassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä, mikä voi lisätä epäsuotuisaa terveyskäyttäytymistä ja vaikuttaa terveyserojen syntyyn (Mackenbach 2019, 72).

Terveyspalvelujen käyttö. Terveyspalvelujen käytön laadussa tai määrässä ilmenevät erot vaikuttavat sosioekonomisten terveyserojen syntyyn lisäämällä muiden tekijöiden vuoksi syntyviä eroja (Mackenbach 2019, 80–82). Huolimatta samansuuruisesta terveysvaivojen esiintymisestä eri sosioekonomisten ryhmien välillä, käyttävät matalassa asemassa olevat ihmiset terveyspalveluita muita vähemmän. Palvelujen käyttämättömyys voi johtaa matalassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten heikompaan parantumiseen ja suurempaan sairastavuuteen ja kuolleisuuteen (Mackenbach 2019, 80–82).

Lapsuuden elinolot. Lapsuuden elinolot ovat etäisempi syytekijä sosioekonomisten terveyserojen taustalla (Lahelma & Rahkonen 2015, 50). Kasvaminen epäsuotuisissa sosioekonomisissa elinoloissa voi vaikuttaa haitallisesti lapsen kehittymiseen ja persoonallisuuteen, mikä voi jälleen vaikuttaa myöhempään kouluttautumiseen, työoloihin ja siten aikuisuuden terveyseroihin (Mackenbach 2019, 50, 67). Lapsuus on merkittävää aikaa terveyden kannalta myös siksi, koska silloin kehittyvät monet terveyttä edistävät tai heikentävät valinnat ja tavat, jotka vaikuttavat myös myöhemmän elämän valintoihin ja tapoihin ja siten terveyteen (Arcaya ym. 2015).

2.2.3 Sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot

Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki. Sosioekonomisten terveyserojen syntyyn voivat vaikuttaa sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot. Matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä on yleisesti ottaen pienemmät sosiaaliset verkostot ja vähemmän saatavilla olevaa sosiaalista tukea (Mackenbach 2019, 72). Lisäksi matalassa sosioekonomisessa asemassa

olevien ihmisten on havaittu kokevan muita yleisemmin syrjintää ja ulkopuolelle jäämistä, mikä voi osaltaan vaikuttaa terveyserojen syntyyn (Arcaya ym. 2015). Toisaalta sosiaaliset verkostot voivat ohjata matalassa sosioekonomisessa asemassa olevia terveyden kannalta epäsuotuisaan käyttäytymiseen (Lahelma & Rahkonen 2015, 50; Mackenbach 2019, 6, 73).

2.2.4 Yksilöjen elämäntyyli sekä biologiset ja geneettiset tekijät

Yksilöjen elämäntyyli ja terveyskäyttäytyminen. Keskeinen syy sosioekonomisten terveyserojen taustalla on yksilöiden elämäntyyli ja terveyskäyttäytyminen (Lahelma & Rahkonen 2015, 50). Matalammissa sosioekonomisissa ryhmissä monet elintavat, kuten ruokailu-, liikunta- ja nukkumistavat sekä päihteiden käyttö, ovat usein korkeampia ryhmiä epäterveellisempiä (Mackenbach 2019, 79). Erityisesti tupakointi ja alkoholin liiakäyttö ovat keskeisimpiä väestön terveyserojen aiheuttajia eri sosioekonomisten ryhmien välillä (Mackenbach 2019, 133; Koskinen ym. 2018, 113).

Biologiset ja geneettiset tekijät. Biologiset ja geneettiset tekijät vaikuttavat sosioekonomisten terveyserojen syntyyn, joskaan eivät yhtä merkittävästi kuin muut tekijät (Mackenbach 2019, 62). Sosioekonomisten terveyserojen syntyyn vaikuttavat yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet ja erilaiset biologiset tekijät, koska ne voivat vaikuttaa ihmisten kouluttautumiseen ja ammattiasemaan ja siten korkeampaan sosioekonomiseen asemaan päätymiseen. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi osittain perintötekijöiden määrittämä kognitiivinen kyvykkyys ja persoonallisuuden piirteet sekä terveysongelmille altistavat geenit, joita ilmenee eri tavalla eri sosioekonomisissa ryhmissä (Mackenbach 2019, 50, 62). Lisäksi on havaittu, että matalassa sosioekonomisessa asemassa olevien äitien lapsilla havaitaan useita sikiön kehitykseen liittyviä ongelmia, jotka lisäävät todennäköisyyttä moniin terveysongelmiin jopa aikuisuudessa asti, huolimatta myöhemmistä elämäntapahtumista (Arcaya ym. 2015; Mackenbach 2019, 66).

2.3 Sosioekonomiset terveyserot Suomessa

Sosioekonomiset terveyserot Suomessa kuvataan väestötasoisten aikuisväestön hyvinvointia ja terveyttä kuvaavien FinTerveys 2017 -tutkimusraportin ja useita eri rekisteri- ja kyselytutkimusaineistoja yhdistävän Suomalaisten hyvinvointi 2018 -raportin pohjalta (Kilpi 2018, 2; Kestilä & Karvonen 2019, 9, 19). Näiden mukaan hyvinvoinnissa ja terveydessä on Suomessa suuria sosioekonomisen aseman mukaisia eroja (Karvonen ym. 2019b, 101; Kestilä & Karvonen 2019, 14) siten, että korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset voivat matalassa asemassa olevia paremmin monilla hyvinvoinnin ja terveyden osa-alueilla sekä niihin vaikuttavissa tekijöissä (Koskinen ym. 2018, 178). Eroja havaitaan sekä erilaisissa hyvinvoinnin ja terveyden mittareissa että hyvinvointia ja terveyttä määrittävissä tekijöissä.

2.3.1 Erot hyvinvoinnissa ja terveydessä

Elinajanodote. Suomalaisten elinajanodotteessa havaitaan eroja eri tuloluokkien välillä (Karvonen ym. 2019b, 108–109). Korkeimmassa tuloluokassa olevat naiset elävät 5,6 vuotta matalimmassa asemassa olevia pidempään, kun taas miehillä ero on lähes kaksinkertainen – 10,6 vuotta (Karvonen ym. 2019b, 108–109).

Ennenaikainen kuolleisuus. Ennen aikaista kuolleisuutta kuvaavien menetettyjen elinvuosien määrä on yli kolminkertainen alimmassa tuloviidenneksessä verrattuna kahteen suurituloisimpaan ryhmään 25–80-vuotiailla suomalaisilla (Karvonen ym. 2019b, 106). Tästä erosta noin neljännes selittyy alkoholikuolemilla ja toinen neljännes verenkiertoelinten sairauksilla, kun taas tapaturmaiset kuolemat ja itsemurhat kattavat erosta yhteensä lähes viidesosan (Karvonen ym. 2019b, 106).

Koettu terveys. Koettu terveys, eli henkilön oma kokemus omasta terveydentilastaan kokonaisuutena, koetaan sitä paremmaksi mitä korkeampi koulutus tai korkeammat tulot ihmisellä on (Koponen ym. 2018, 221; Karvonen ym. 2019b, 107, 109). Keskinäinen tai huono koettu

terveys on yli kaksi kertaa yleisempää matalimmassa tuloluokassa verrattuna korkeimpaan tuloluokkaan (Karvonen ym. 2019b, 110). Samankaltainen trendi pätee suunterveyteen: koettu suunterveys on sitä parempi mitä korkeammin koulutettuun ryhmään kuuluu (Koskinen 2018, 181).

Fyysinen terveys. Erilaiset pitkäaikaissairaudet, kuten verenkiertoelinten sairaudet, diabetes, astma ja keuhkohtaumatauti ovat yleisempiä matalasti koulutetuilla ihmisillä verrattuna korkeammin koulutettuihin ihmisiin (Koskinen ym. 2018, 180). Rungas psykosomaattinen oireilu, kuten kuume, niska- ja selkäsäryt sekä vatsakivut, ovat yleisempiä alimmissa tuloryhmissä (Karvonen ym. 2019b, 107). Sairauksien lisäksi myös lihavuus jakautuu väestössä epätasaisesti: matalimmin koulutetuista kolmannes on lihavia, kun taas korkeasti koulutetuista alle neljäsosa (Koskinen ym. 2018, 180). Lisäksi eroja havaitaan toimintakyvyssä. Puolen kilometrin kävelykyky ja käden puristusvoima ovat sitä paremmat, ja näihin liittyvät toimintarajoitteet sitä harvinaisemmat, mitä koulutetummasta ryhmästä on kyse (Koskinen ym. 2018, 181).

Mielenterveys. Matalassa sosioekonomisessa asemassa olevat kärsivät enemmän mielenterveyden ongelmista kuin korkeammassa asemassa olevat. Tuloryhmien avulla tarkasteltuna psyykinen kuormittuneisuus on sitä yleisempää mitä matalammasta ryhmästä on kyse (Karvonen ym. 2019b, 107). Koulutuksen mukaan tarkasteltuna matalammin koulutetut kokevat elämänsä laatuunsa heikommaksi ja kokevat vähemmän tyytyväisyyttä saavutuksiinsa elämässä (Koponen ym. 2018, 220). Psykkisessä oireilussa ja ajankohtaisessa masennusoireilussa havaitaan eroja miesten kohdalla: matalimmin koulutetut kärsivät tästä koulutetumpia enemmän (Koskinen ym. 2018, 181).

2.3.2 Erot hyvinvointia ja terveyttä määrittävissä tekijöissä

Hyvinvointia ja terveyttä määrittävistä tekijöistä on tarkasteltu FinTerveys 2017- ja Suomalaisen hyvinvointi 2018 -raporteissa sosioekonomisen aseman mukaan elin- ja työoloja, terveyspalvelujen käyttöä, sosiaalisia ja yhteisöllisiä verkostoja sekä yksilöjen elämäntyyliä.

Elin- ja työolot. Suhteellinen köyhyys on huomattavasti yleisempää muun muassa työttömillä kuin työllisillä (Mukkila ym. 2019, 86) ja kotitalouden käytettävissä olevat tulot ovat sitä suuremmat, mitä korkeammassa työasemassa henkilö on (Karvonen ym. 2019a, 48). Koulutuksen mukaan tarkasteltuna matalammin koulutetut kokevat vähemmän tyytyväisyyttä taloudelliseen tilanteeseensa (Koponen ym. 2018, 220) ja kokevat harvemmin toimeentulonsa riittäväksi verrattuna korkeasti koulutettuihin (Koskinen ym. 2018, 179). Myös asumisen kohdalla havaitaan eroja eri sosioekonomisten ryhmien välillä, sillä asumisväljyys kasvaa tulotason mukana (Ilmarinen ym. 2019, 66–67). Työympäristön ominaisuuksista terveellisen arkilounaan mahdollistava työpaikka- tai oppilaitosruokala puolestaan on todennäköisemmin käytettävissä korkeasti kuin matalasti koulutetuilla (Koskinen ym. 2018, 180).

Terveyspalvelujen käyttö. Terveyspalvelujen käytössä havaitaan Suomessa suuria sosioekonomisia eroja, kun niitä tarkastellaan palvelujen tarpeen mukaan (Manderbacka ym. 2019, 210). Korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät terveyspalveluita matalammassa asemassa olevia enemmän, ja erojen on havaittu olevan varsin pysyviä. Tyydyttymätön palvelujen tarve onkin sitä yleisempää mitä alemmasta tulo- ja koulutusryhmästä on kyse (Manderbacka ym. 2019, 213). Eroja havaitaan koulutusryhmittäin mielenterveysongelmien takia terveyspalveluiden käytössä etenkin naisten keskuudessa sekä lääkärin ja hammaslääkärin vastaanotolla käymisessä (Koskinen ym. 2018, 182).

Sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot. Koulutuksen mukaan tarkasteltuna matalammin koulutetut kokevat enemmän yksinäisyyden kokemuksia ja vähemmän luottamusta toisiin ihmisiin verrattuna korkeammin koulutettuihin (Koponen ym. 2018, 223; Koskinen ym. 2018, 181). Lisäksi he osallistuvat korkeasti koulutettuja harvemmin kerho- tai yhdistystoimintaan (Koskinen ym. 2018, 181).

Yksilöjen elämäntyyli ja terveyskäyttäytyminen. Eroja eri sosioekonomisten ryhmien välillä havaitaan ruokailu- liikunta- ja nukkumistottumuksissa sekä päihteiden käytössä. Korkeasti koulutetut syövät matalammin koulutettuja enemmän tuoreita vihanneksia, hedelmiä ja marjoja

sekä harrastavat enemmän vapaa-ajan liikuntaa (Koskinen ym. 2018, 179). Korkeasti koulutetut myös nukkuvat matalammin koulutettuja paremmin: he näkevät vähemmän painajaisunia ja nukkuvat harvemmin korkeintaan kuusi tuntia yössä (Koponen ym. 2018, 221; Koskinen ym. 2018, 179).

Päihteistä tupakoinnissa ja tupakkatuotteiden käytössä havaitaan koulutusryhmittäisiä eroja (Koponen ym. 2018, 220; Koskinen ym. 2018, 179). Matalimmin koulutetuista suomalaisista yli viidennes tupakoi päivittäin, kun taas korkeasti koulutetuista alle kymmenen prosenttia (Koponen ym. 2018, 220). Alkoholin käytössä havaitaan myös eroja eri sosioekonomisten ryhmien välillä. Juomatavat ovat terveyden kannalta epäsuotuisia matalan tulotason ryhmässä (Karvonen ym. 2019b, 108, 113), mutta koulutustason mukaan tarkasteltuna erot eivät ole yhtä selvät. Humalahakuisesti, eli vähintään kuusi alkoholiannosta kerralla, juovat kuukausittain perusasteen koulutuksen omaavat naiset korkea-asteen koulutuksen omaavia naisia enemmän, kun taas miehillä suoraviivaisia eroja koulutusryhmittäin ei havaita (Koponen ym. 2018, 220). Eniten raittiita on kuitenkin korkeasti koulutettujen ryhmässä (Koskinen ym. 2018, 179).

3 SOSIOEKONOMISTEN TERVEYSEROJEN KAVENTAMINEN HANKKEISSA

Sosioekonomisia terveyseroja pyritään kaventamaan muun muassa poliittisen ohjauksen, ohjelmien ja hankkeiden keinoin. Ennalta määrättyyn tavoitteeseen pyrkivistä laajamittaisista tehtävien kokonaisuuksista käytetään kirjallisuudessa hanke-, projekti- ja ohjelma-termejä, joiden voidaan nähdä kuvaavan samoja asioita (Kymäläinen ym. 2016; Kotimaisten kielten keskus 2021a). Hanke- ja projekti-termejä käytetään usein toistensa synonyymeinä suomenkielisessä kirjallisuudessa, ja englanninkielisessä kirjallisuudessa tunnetaan projekti (project) -termi. Samoin ohjelma- ja hanke-termit voidaan nähdä toistensa synonyymeinä, tai vaihtoehtoisesti ohjelma voi olla laajempi useamman hankkeen muodostama kokonaisuus (Kymäläinen ym. 2016; Kotimaisten kielten keskus 2021a). Tutkimuskirjallisuudessa käytetään myös interventio-termiä kuvaamaan tutkimuksessa toteutettuja toimenpiteitä (Kotimaisten kielten keskus 2021b). Kokonaiskuvan aikaansaamiseksi sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta tarkastellaan tässä tutkimuksessa hankkeita, ohjelmia ja interventioita saman arvoisina sekä samaa tarkoittavina asioina, vaikka yksittäisten hankkeiden ja interventioiden vaikutusmahdollisuudet voivat todellisuudessa olla ohjelmia pienemmät.

Politiikan tasolla sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen osana yleisempää terveyserojen kaventamista on ollut kansainvälisesti terveydenedistämistyön tavoitteena ainakin WHO:n vuoden 1985 Terveyttä kaikille -ohjelmasta lähtien, jonka pohjalta on Suomessa ja muissa maissa kehitetty myös omia kansallisia politiikkaohjelmia terveyserojen kaventamiseksi (Lahelma 2020). Myös Yhdistyneet Kansakunnat on laatinut tavoiteohjelmia, joissa tavoitteena on muiden muassa terveyserojen kaventuminen. Vuonna 2000 laadittiin vuosituhattavoitteet ja vuonna 2015 Kestävän kehityksen Agenda 2030 -tavoiteohjelma (YK 2015, 1, 5). Näistä jälkimmäisessä tavoitellaan muun muassa terveellistä elämää ja hyvinvointia kaiken ikäisille, eriarvoisuuden vähentämistä sekä köyhyyden, nälän ja ruoan puutteen poistamista (YK 2015, 15–16, 21). Suomessa terveyserojen kaventaminen on ollut 1980-luvun puolivälistä saakka terveyspolitiikan keskiössä ja on sitä myös tälläkin hetkellä (Jokela 2021, 22). Marinin hallitusohjelmassa tavoitellaan hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista osana hyvinvointia ja

terveyttä koskevia tavoitteita sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneuudistusta (Valtioneuvosto 2019, 143–145, 153).

Lukuisista tavoitteista huolimatta sosioekonomiset terveysterot eivät ole vähentyneet sen paremmin Suomessa kuin muuallakaan (Karvonen ym. 2019b, 102; Lahelma 2020), sillä vaikka osalla terveyden mittareista erot näyttävät kaventuneen, toisilla ne ovat kasvaneet (Karvonen ym. 2019b, 102; Kestilä & Karvonen 2019, 14). Sosioekonomisia terveyseroja kaventavista keinoista ei myöskään ole olemassa vakuuttavaa tutkimusnäyttöä, sillä laadukkaita tutkimuksia on tehty liian vähän ja monet tulokset ovat keskenään ristiriitaisia (Rotko ym. 2014; Mackenbach 2019, 177). Rotkon (2014) mukaan onkin edelleen tarvetta kokeilla erilaisia sosioekonomisia terveyseroja kaventavia keinoja, ja tätä voidaan hankkeissa toteuttaa.

Terveydenedistämistyötä tehdään Suomessa paljon hankemuotoisena. Terveyden edistämisen hankkeiden yksi keskeinen rahoituslähde on valtion rahoittama ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) koordinoima sekä toimeenpaneva terveyden edistämisen määräraha, joka on tarkoitettu terveyden edistämiseen sekä päihteiden käytön ja tupakoinnin ehkäisyyn ja vähentämiseen (STM 2021; THL 2021). Määräraha myönnetään ”1–3 vuotta kestäviin terveyden edistämisen kokeilu- ja kehittämishankkeisiin sekä terveyden edistämistä tukeviin tutkimushankkeisiin ja ohjelmiin” (THL 2021). Määräraha voidaan myöntää muun muassa järjestöille, säätiöille ja kunnille (STM 2021). THL valitsee rahoitettavaksi esitettävät hankkeet hankkeiden lähettämien hankesuunnitelmien pohjalta. Rahoitettavat hankkeet sekä kulloisenkin vuoden määrärahan painopistealueet ja määrärahan yleiset tavoitteet kuvataan terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelmaehdotuksessa, josta sosiaali- ja terveysministeriö päättää (STM 2021).

Terveyden edistämisen määrärahalle päätetään sen yleisten tavoitteiden lisäksi kullekin vuodelle painopistealueet, joita määrärahaa hakevien hankkeiden tulee pyrkiä edistämään (STM 2021; THL 2021). Rahoituspäätöksessä huomioitavana asiana on ainakin joinain vuosina mukana väestön terveyserojen kaventaminen (esim. THL 2015; THL 2016; THL 2017). Siten

valtiosoiset poliittiset tavoitteet muun muassa juuri terveyserojen kaventamisesta koskettavat myös hanketyötä, sillä hankkeiden tulee rahoituksen saamiseksi tavoitella näitä asioita. Lisäksi rahoituksen saavat hankkeet sitoutuvat hankesuunnitelmassa kuvattuihin tavoitteisiin ja toimenpiteisiin, ja raportoivat hankkeen etenemisestä THL:lle väli- ja loppuselvityksen muodossa.

Ymmärryksen lisäämiseksi sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen keinoista on tehty tätä tutkimusta varten systemaattinen kansainvälinen kirjallisuuskatsaus. Siinä selvitettiin, millaisin toimenpitein sosioekonomisia terveyseroja on hankkeissa pyritty kaventamaan ja millaiset toimet aikaansaivat erojen kaventumista. Kirjallisuuskatsaukseen kuuluu yhteensä kymmenen tutkimusartikkelia, joihin voi tutustua liitteissä 1–3. Tutkimusartikkelien interventiot luokiteltiin vaikuttaviin, mahdollisesti vaikuttaviin ja ei-vaikuttaviin interventioihin niissä saatujen tulosten mukaan, jotta vaikuttavista toimista sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi pystyttiin tekemään päätelmiä. Kirjallisuushaun eteneminen ja edellä kuvattu luokitteluprosessi katsauksen tulosten muodostumisesta kuvataan liitteessä 1. Katsaukseen valikoituneet tutkimukset esitellään tarkemmin liitteessä 2, ja tutkimusten laadunarviointi puolestaan on nähtävissä liitteessä 3.

Seuraavissa alaluvuissa kuvataan sekä kirjallisuuskatsauksen tuloksia että muussa kirjallisuudessa esitettyjä keinoja sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi hankkeissa. Ensimmäisessä alaluvussa kuvataan yleisiä sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa huomioitavia asioita. Toisessa alaluvussa kuvataan rakenteellisia toimia, ja kolmannessa alaluvussa kuvataan yksilöihin keskittyviä toimia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa.

3.1 Yleiset sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa huomioitavat tekijät

Toimien kohdentaminen: suhteellinen universalismi. Sosioekonomisia terveyseroja kaventamaan pyrkivät toimet voidaan kohdentaa joko universalismin periaatteen mukaan kaikille ihmisille tai selektivismin periaatteen mukaan vain heikoimmassa asemassa oleville ryhmille,

joilla on toimille suurin tarve (Rotko ym. 2014; Mackenbach 2019, 177). Sihto (2016b) ja Mackenbach (2019, 177) esittävät, että paras tapa sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen on universalismin ja selektivismin yhdistäminen – suhteellinen universalismi. Tällöin pyritään kohentamaan kaikkien terveyttä, mutta toimet suhteutetaan hyvinvoinnin tilaan, jolloin heikommassa asemassa oleville kohdennetaan enemmän resursseja ja toimia kuin paremmassa tilassa oleville. Terveyserojen on tällöin mahdollista kaventua kaikilla vain tietyn sosioekonomisen ryhmän sijaan (Mackenbach 2019, 177). Toimien kohdentamisessa on kuitenkin tärkeää matalassa sosioekonomisessa asemassa olevien ryhmien tavoittaminen (Mackenbach 2019, 180) ja toimien kohdentaminen erityisesti heikoimman terveyden tai eniten riskitekijöitä omaaville ryhmille (Sihto 2016b; Jokela ym. 2021, 40). Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista 8/10 oli selektiivisiä ja loput universaaleja – suhteellisesti universaaleja ei ollut. Katsauksen avulla ei voida ottaa kantaa parhaaseen tapaan kohdentaa hankkeet, sillä vaikuttavia hankkeita olivat sekä osa selektiivisistä että toinen universaaleista hankkeista.

Toiminta eri tasoilla. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen edellyttää toimintaa sekä yhteiskunnallisten rakenteiden että yksilötason tekijöiden tasoilla (Sihto ym. 2016a; Mackenbach 2019, 181), jonka lisäksi toimia tulisi toteuttaa kansallisesti, alueellisesti ja paikallisesti (Karvonen ym. 2019b, 112). Terveyserojen kaventamisessa on tärkeää vahvistaa matalamassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten mahdollisuuksia, voimavaroja ja motivaatiota toimia terveyttä edistävästi, eli tukea yksilöitä tekemään terveyttä edistäviä valintoja ja mahdollistaa terveelliset elinolot, mikä onnistuu yhdistämällä erilaisia toimia monipuolisesti eri tasoilla (Koskinen ym. 2018; Jokela ym. 2021). Sihton (2016b) mukaan yksilöitä tulee vastuuttaa terveydestään vain, jos heillä on tosiasiallisia omia toimintamahdollisuuksia edistää omaa terveyttään, eli rakenteellisten olosuhteiden olisi oltava tätä ennen kunnossa.

Teorian käyttö. Kirjallisuuskatsauksen perusteella sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa teorian käyttö intervention tukena näyttää lisäävän toimien onnistumista. Kirjallisuuskatsauksessa teoriaa käyttäneistä tutkimuksista 3/4:stä (Andrews ym. 2016; Gans ym. 2018; Nakamura ym. 2017) oli vaikuttavia ja 1/4 (Waters ym. 2018) mahdollisesti vaikuttava, kun taas

niistä tutkimuksista, jotka eivät käyttäneet teoriaa, pienempi osa oli vaikuttavia: 1/6 oli vaikuttamaton (Blancafort Alias ym. 2021), 3/6:sta oli mahdollisesti vaikuttavia (Green ym. 2019; Protheroe ym. 2016; Walker ym. 2020) ja 2/6 oli vaikuttavia (Agarwal ym. 2019; McRobbie ym. 2019). Vaikuttavissa tutkimuksissa käytetyt teoriat olivat sosiaalis-ekologinen malli (Andrews ym. 2016; Gans ym. 2018), sosiaaliekognitiivinen teoria (Gans ym. 2018; Nakamura ym. 2017) sekä Nakamura ym. (2017) myös käytössä olleet transteoreettinen- ja terveysuskomusmalli sekä suunnitellun toiminnan teoria.

Intervention aiempi kehittäminen ja kohdentaminen sen kohteena oleville ihmisille. Toimien vaikuttavuuteen näyttää vaikuttavan intervention aiempi kehittäminen ja sen kohdentaminen juuri intervention kohteena olevalle sosioekonomiselle ryhmälle. Kaikki kirjallisuuskatsauksen tutkimukset, joissa tätä oli tehty (McRobbie ym. 2019; Gans ym. 2018; Andrews ym. 2016), olivat nimittäin vaikuttavia. Interventioita oli kaikissa näissä tutkimuksissa kehitetty yhdessä intervention kohderyhmää vastaavien ihmisten kanssa (McRobbie ym. 2019; Gans ym. 2018) ja huomioitu heidän antamansa palaute (McRobbie ym. 2019), toiveet ja kohderyhmän sosio-kulttuuriset erityispiirteet (Andrews ym. 2016).

3.2 Rakenteelliset toimet sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa

WHO:n komissio (CSDH 2008, 1–2), Palosuo (2016) ja (Sihto 2016b) korostavat rakenteellisten toimien merkitystä ja terveyserojen perimmäisiin syihin, eli resurssien jakautumiseen, puuttumista. Näitä perimmäisiä syitä, joihin puuttua ovat WHO:n komission (CSDH 2008, 1–2) mukaan muun muassa varallisuus ja sosiaalipolitiikka, elin- ja työolot, varhainen kehitys ja koulutus, työllisyys, asuminen sekä terveyspalvelut.

Sääntely. Yhteiskunnan tulee helpottaa terveyttä edistävien (Jokela 2021) ja vastaavasti sääntelyä terveydelle haitallisten elintapavalintojen tekemistä ja niille altistumista (CSDH 2008, 14; Palosuo 2016; Sihto 2016b; Mackenbach 2019, 181). Esimerkiksi tupakan, alkoholin ja terveydelle haitallisen ruoan sääntely terveysperusteisten tuoteverojen sekä tarjonnan ja

markkinoinnin rajoittamisen keinoin aikaansaa terveyttä edistävemmän ympäristön (CSDH 2008, 14–15, Mackenbach 2019, 181; Jokela ym. 2021).

Laajemman epätasa-arvon vähentäminen. Matalassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten terveyttä voidaan tukea parantamalla heidän hyvinvointinsa edellytyksiä mahdollistamalla kaikille riittävä aineellinen elintaso sosiaaliturvan, yhteiskunnan tulo- ja varallisuuserojen tasaamisen ja erilaisten palvelujen keinoin (Sihto 2016b, Solarin ym. 2009, 113 mukaan; Mackenbach 2019, 3, 128). Parempi tulotaso voi parantaa terveyttä ja siten kaventaa sosioekonomisia terveyseroja muun muassa lisäämällä mahdollisuuksia ostaa terveellistä ruokaa ja asuukunnan asunnossa, vähentämällä taloudellisesta tilanteesta johtuvaa stressiä ja poistamalla taloudellisen esteen terveyspalvelujen käytöstä (Mackenbach 2019, 60).

Koulutuksen tukeminen. Sosioekonomisia terveyseroja voidaan ennaltaehkäistä koulutuksella ja koulutukseen pääsyn helpottamisella (Sihto 2016b). Koulutuksen avulla voi vaikuttaa eri terveyden riskitekijöiden jakautumiseen ja siten terveyteen (Arcaya ym. 2015). Koulutus voi lisätä matalammassa asemassa olevien ihmisten mahdollisuuksia työhön pääsyyn ja korkeampiin tuloihin (Rotko ym. 2014). Toisaalta koulutuksesta on mahdollista saada aineettomia resursseja (Mackenbach 2019, 15; Lahelma 2020) kuten terveyden lukutaitoa, jolla on merkitystä terveyden kohentumisessa ja siten sosioekonomisten terveyserojen kaventumisessa (Kaasalainen 2016).

Terveellisten elinolojen kehittäminen. Poliittiset realiteetit huomioiden vaikuttavimmat rakenteelliset keinot terveyserojen kaventamiseksi ovat Mackenbachin (2019, 181) mukaan terveellisten ja turvallisten työ-, elin- ja asuinolosuhteiden mahdollistaminen kaikille (CSDH 2008, 14). Erityisesti lapsuuden elinolosuhteiden kohentaminen ja terveysriskien vähentäminen yhdessä kehitys-, sekä muiden mahdollisuuksien kohentamisen kanssa on tärkeää sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen näkökulmasta (Arcaya ym. 2015; Mackenbach 2019, 181).

Kirjallisuuskatsauksen kahdessa tutkimuksessa kehitettiin terveellisiä elinolosuhteita. Watersin ym. (2018) interventiossa kehitettiin matalan sosioekonomisen aseman alueen kouluympäristöjä siten, että ne keskittyivät lisäämään lasten hedelmien, kasvien ja veden kulutusta ja fyysistä aktiivisuutta sekä edistämään lasten itsetuntoa. Interventio pyrki muuttamaan koulujen politiikkoja, ohjelmia, lukujärjestyksiä ja fyysistä ympäristöä terveyttä edistävämmäksi, jolloin olisi mahdollista vähentää lasten lihavuutta niin, että tulokset ovat kestäviä. Interventio ei kuitenkaan ollut vaikuttava, sillä lihavuus väheni sekä interventio- että verrokkikouluissa, vaikkakin interventiokouluissa oli muita kouluja useammin käytössä politiikkoja terveellisen ruokailun ja fyysisen aktiivisuuden edistämiseksi ja näissä kouluissa lapset joivat terveellisemmin. Tutkijat arvelivat, että vaikka interventio kesti 3.5 vuotta, olisi tulosten havaitsemiseen tarvittu enemmän aikaa. Toisaalta koulu nähtiin rajallisena toimintaympäristönä muiden lihavuuteen vaikuttavien tekijöiden rinnalla, jolloin ohjelmaa olisi voinut olla syytä muuttaa tehokkaammaksi.

Gansin ym. (2018) interventio pyrki muuttamaan sekä yksilöiden terveyskäyttäytymistä että rakenteita. Rakenteita muutettiin tuomalla matalatuloisen asuinalueen asuinkomplekseihin liikkuva ruokakauppa, jossa oli myynnissä kasviksia ja hedelmiä saavutettavaan hintaan, sillä kyseisen asuinalueen asukkailla oli rajallinen pääsy terveellisiä elintarvikkeita edullisesti myyviin kauppoihin. Interventiossa kasvien ja vihannesten kulutus lisääntyi ikääntyneiden ja/tai toimintarajoitteisten ihmisten parista, mutta ei lapsiperheiden asuinkomplekseista. Syyksi eroille eri ryhmillä arveltiin sitä, että nuoremmat ihmiset eivät ole yhtä kiinnostuneita terveydestä kuin vanhemmat, ja että ikäihmisillä ja toimintarajoitteisilla on todennäköisemmin enemmän hankaluuksia päästä kodin ulkopuolelle asioille kuin nuoremmilla, jolloin interventiolla oli heille suurempi merkitys. Terveellisten elintarvikkeiden ostamisen mahdollistaminen henkilöille, joille se muuten on hankalaa, näyttää kuitenkin yhdeltä esimerkiltä vaikuttavasta keinosta lisätä terveellisiä elinoloja.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen. Sosioekonomisia terveyseroja voidaan kaventaa kaikille ihmisille saavutettavien ja vaikuttavien sosiaali- ja terveyspalvelujen avulla (CSDH

2008, 14; Arcaya ym. 2015; Jokela ym. 2021, 40). Matalassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset on tärkeä saada käyttämään palveluja yhtä paljon kuin korkeammassa asemassa olevat, jotta myös heikommassa asemassa olevien ihmisten terveysongelmat tunnistetaan ja hoidetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Mackenbach 2019, 79–82). Näin voidaan vähentää muista syistä johtuvia terveyden kannalta haitallisia seurauksia (Sihto 2016b; Mackenbach 2019, 79–82). Tärkeää on myös varmistaa, että palvelut ovat kaikille yhtä laadukkaita (Mackenbach 2019, 79–82).

Terveyspalveluihin pääsyn parantaminen oli vaikuttavaa Agarwalin ym. (2019) tutkimuksessa, jossa terveysklinikka saapui matalatuloisten iäkkäiden ihmisten asumisyksikköön, jossa asukkaat pääsivät osallistumaan ilman ennakkovarausta viikoittain yhden vuoden ajan jatkuviin kahdenkeskisiin tapaamisiin hoitajan kanssa. Tapaamisissa arvioitiin asukkaiden terveysriskejä, annettiin kohdennettuja lähetitteitä sopiviin palveluihin, kuten ravitsemusterapeuttien ruoanlaittokursseille ja tupakoinnin lopettamisohjelmiin, terveydenhuoltoon sekä tarvittaessa kommunikointiin asukkaan terveydestä hänen lääkärinsä kanssa. Lisäksi osallistujille tarjottiin kahdenkeskistä terveysneuvontaa, terveyskasvatusta ja terveyden edistämistä elämäntapaneuvonnan keinoin. Interventio onnistui vähentämään hätäpuhelusoittoja, parantamaan BMI:tä, lisäämään laatu-painotettuja elinvuosia ja laskemaan verenpainetta niillä, joilla se oli alussa liian korkea.

3.3 Yksilöiden terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa

Vaikka yksilötason tekijöihin keskittyvien toimien vaikutusmahdollisuudet ovatkin rajalliset, on näilläkin toimilla paikkansa sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa (Arcaya ym. 2015; Palosuo 2016). Yksilöiden terveyttä edistäviä valintoja voidaan tukea terveyskasvatuksen keinoin puuttamalla yksilöiden terveyskäyttäytymiseen ja elintapoihin, mikä on asuin- ja työolojen kohentamisen ohella potentiaalisin ja realistinen sosioekonomisten terveyserojen kaventaja, sillä yksilöiden käyttäytymiseen on nimittäin usein rakenteellisia muutoksia helpompi

vaikuttaa (Mackenbach 2019, 181; Sihto 2016b). Elintavoista kannattaa Mackenbachin (2019, 181) mukaan keskittyä erityisesti tupakointiin, mutta myös alkoholin liikakäyttöön sekä ruokailu- ja liikuntatottumuksiin (Karvonen ym. 2019b, 113). Palosuon (2016) mukaan yksilöihin keskittyvissä toimissa on kuitenkin tärkeä huomioida, että yksilöiden omien vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolelta tulee alati uusia eriarvoisuutta aiheuttavia ja terveyttä heikentäviä tekijöitä, joten jos niihin ei puututa, on yksilöiden terveyden vaikea kohentua. Lisäksi on olemassa riski siitä, että yksilöihin keskittyvät toimet auttavat eniten jo hyvässä asemassa olevia ja täten jopa lisäävät terveyseroja (Palosuo 2016), mikä nostaa toimien kohdentamisen tärkeyttä juuri matalan sosioekonomisen aseman ryhmille.

Kahdenkeskinen neuvonta ja ohjaus. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa kahdenkeskinen neuvonta ja ohjaus näyttäytyi vaikuttavana toimintana, sillä kolmessa neljästä neuvontaa ja ohjausta käyttäneistä interventioista saatiin aikaan vaikuttavia tuloksia (McRobbie ym. 2019; Andrews ym. 2016; Agarwal ym. 2019) ja yksi oli mahdollisesti vaikuttava (Protheroe ym. 2016). Andrews ym. (2016) interventiossa pidettiin kahdenkeskisiä tapaamisia terveystyöntekijän ja matalatuloisella asuinalueella asuvien naisten kesken tavoitteena lopettaa tupakointi. Tapaamisiin kuului intervention ryhmätapaamisista saadun koulutuksellisen sisällön ja käytösstrategioiden vahvistamista ja sosiaalisen tuen tarjoamista tupakoinnin lopetusprosessiin ja minäpystyvyyden edistämiseen. Kahdenkeskisten tapaamisten ohella osallistujille tarjottiin myös nikotiinikorvaushoitomahdollisuus ja ryhmätoimintaa, jolloin parhaat tulokset eli tupakoinnin lopettamisesta saivatkin ne osallistujat, jotka osallistuivat kaikkiin toimintoihin.

Agarwalin ym. (2019) interventiossa neuvonta oli kahdenkeskistä iäkkäiden osallistujien elämäntapaneuvontaa osana laajempaa terveystalveta. McRobbie ym. (2019) heikossa asemassa olevalle väestölle suunnatussa lihavuuden vähentämiseen tähtäävässä interventiossa annettiin kahdenkeskistä selkeää ja yksinkertaista neuvontaa terveelliseen ruokavalioon, fyysiseen aktiivisuuteen ja itsetarkkailuun erilaisin konkreettisin ja todennettavissa olevin tehtävin, joista sovittiin yksilöllisesti jokaisen osallistujan kanssa. Tärkeä innovaatio ohjelmassa oli se, että tehtäviä seurattiin tehtäväkorteilla, joihin osallistujat sitoutuivat ainakin viikon ajaksi.

Mahdollisesti vaikuttavaa toimintaa on Protheroen ym. (2016) intervention osana ollut koulutettujen vertaiskouluttajien antama neuvonta matalassa sosioekonomisessa asemassa oleville osallistujille tavoitteena parantaa tyypin 2 diabeteksen itsehoitoa. Neuvontaa annettiin tärkeistä terveydenhuollon testeistä ja tarkastuksista, joita tulisi tehdä säännöllisesti.

Koulutus ja tiedon lisääminen/intensiivinen kirjallinen terveystkasvatusmateriaali. Kirjallisuuskatsauksessa koulutus ja tiedon lisääminen/intensiivinen kirjallinen terveystkasvatusmateriaali näyttötyy potentiaalisena toimintana sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa. Vaikuttavia tuloksia saatiin aikaan lisäämällä kohderyhmien tietoa intensiivisillä terveystkasvatusmateriaaleilla (Nakamura ym. 2017; Gans ym. 2018). Nakamuran ym. (2017) interventiossa oli tavoitteena lisätä kasvisten syöntiä matala- ja keskituloisilla osallistujilla terveystkasvatuksellisen nettisivuston kautta, jossa oli viikoittain päivittyvää sisältöä. Sivulla tarjottiin monipuolisesti tietoa ja neuvoja kasvisten syönnin lisäämiseen ja siinä huomioitiin psykologisia tekijöitä kuten osallistujien oletettu muutosvaihe ja minäpystyvyys. Tiedon lisäämisen ohella osallistujille tarjottiin seurantatyökalu kasvisten syönnin lisäämisen tueksi. Gansin ym. (2018) interventiossa annettiin osallistujille ravitsemuskasvatusta kuten infolehtisiä ja DVD:itä, jotka sisälsivät tietoa, vinkkejä, reseptejä, motivointia sekä työkaluja tavoitteenasetteluun ja tavoitteiden seurantaan kasvisten ja hedelmien syömiseen liittyen. Näistä DVD:t ja reseptit olivat yhteydessä kasvisten ja hedelmien kulutuksen lisääntymiseen. Tutkimuksissa, joissa kirjallinen materiaali oli vain pienessä osassa interventiota esitteen muodossa (Protheroe ym. 2016; Green ym. 2019), tai joissa koulutusta annettiin tapahtumien osana (Walker ym. 2020), saatiin aikaan mahdollisesti vaikuttavia tuloksia.

Sosiaalisen tuen tarjoaminen ja ryhmätapaamiset. Kirjallisuuskatsauksessa sosiaalisen tuen tarjoamisesta erityisesti ryhmätapaamiset näyttötyvät vaikuttavana toimintana. Andrews ym. (2016) intervention kahdenkeskisissä tapaamisissa tarjottiin sosiaalista tukea ja minäpystyvyyden edistämistä tupakoinnin lopetusyrityksiin ja järjestettiin ryhmätapaamisia, joissa keskityttiin muuttamaan käyttäytymistä. Lisäksi naapurustot järjestivät asukkaille aktiviteetteja, joiden tarkoitus oli kannustaa tupakoinnin lopettamiseen. McRobbien ym. (2019) intervention

toinen tärkeä osa oli sosiaalinen tuki, ja siinä järjestettiin viikoittainen ja enemmän vapaaehtoinen kuukausittainen ryhmätapaaminen. Walkerin ym. (2020) interventio, joka tarjosi sosiaalista tukea vertaismentoroinnin avulla tavoitteena parantaa matalatuloisten nuorten tyypin 1 diabetksen hoitotasapainoa, puolestaan oli mahdollisesti vaikuttava. Interventioon kuului viikoittaista viestinvaihtoa mentoroitavan ja mentorin välillä, tehtiin rutiiniterveyskeskuskäyntejä yhdessä mentorin kanssa ja lisäksi osallistujat saivat päivittäiset tekstiviestimuistutukset verensokerin tarkkailuun.

4 HANKKEIDEN ARVIOINNISSA KÄYTETTÄVÄT TERVEYDEN EDISTÄMISEN ARVIOINTIPERIAATTEET

Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen edellyttää terveyden edistämisen hankkeilta terveyseroja kaventavien keinojen ja toimien lisäksi vaikuttavaa toimintaa. Terveyden edistämisen hankkeiden vaikuttavuuteen liittyvänä olennaisena tekijänä Denford ym. (2017) ja Goodstadt ym. (2001, 519) nostavat esiin terveyden edistämisen arvioinnin. Arvioinnin avulla on mahdollista lisätä terveydenedistämistoimien laatua ja vaikuttavuutta edesauttamalla toimien suunnittelua, kehitystä ja toimeenpanoa (Goodstadt ym. 2001, 521). Terveyden edistämisen arviointi auttaa ymmärtämään, mikä hankkeessa toimii ja mikä ei, ja on siten elintärkeää paitsi kyseisen hankkeen vaikuttavassa toteutuksessa, myös siinä, että vaikuttavat käytänteet saadaan levitettyä muihinkin terveyden edistämisen toimiin (Denford ym. 2017).

Terveyden edistämisen kentällä onkin kehitetty lukuisia erilaisia viitekehyksiä ja malleja terveyden edistämisen arviointiin (Denford ym. 2017, Goodstadt ym. 2001, 517, 528). Viitekehysistä ja malleista osa on kehitetty ensisijaisesti arviointiin ja osassa käsitellään arvioinnin ohella myös suunnittelua ja toimeenpanoa, jotka myös liittyvät olennaisena osana arviointiprosessiin (Goodstadt ym. 2001, 524). Denfordin ym. (2017) mukaan viitekehysten ja mallien vaihtelevuuteen vaikuttaa terveyden edistämisen arvioinnin kompleksisuus, minkä vuoksi ei ole mahdollista kehittää kaikkiin tarpeisiin soveltuvaa yhtä kaikenkattavaa opasta. Koska terveyden edistämiselle ei ole olemassa yksitähtisiä yhteneviä arviointiperiaatteita, tässä tutkimuksessa terveyden edistämisen arviointiperiaatteet rakentuvat kolmen terveyden edistämisen arvioinnin viitekehysten pohjalle.

Seuraavissa alaluvuissa kuvataan terveyden edistämisen arviointiperiaatteet ja niiden muodostuminen. Ensimmäisessä alaluvussa kuvataan alkuperäiset viitekehykset. Toisessa alaluvussa kuvataan tämän tutkimuksen arviointiperiaatteet: niiden muodostuminen ja sen sisältämät eri osat.

4.1 Alkuperäiset terveyden edistämisen arvioinnin viitekehykset

Tämän tutkimuksen terveyden edistämisen arviointiperiaatteissa käytetyt alkuperäiset viitekehykset ovat Glasgow:n ym. (1999) RE-AIM-viitekehys, Bartholomew:n ym. (2006) Intervention Mapping -viitekehys ja Centers for Disease Control and Prevention:n (CDC 1999) Framework for Program Evaluation -viitekehys. Viitekehykset valikoituivat siksi, koska niitä on kehitetty pitkään; Intervention Mapping vuodesta 1998 ja RE-AIM sekä Framework for Program Evaluation vuodesta 1999 saakka. Lisäksi RE-AIM- ja Intervention Mapping -viitekehysten käytöstä on saatu lupaavia tuloksia systemaattisissa katsauksissa. Intervention Mapping nähdään hyödyllisenä ainakin syöpään (Lamort-Bouché ym. 2017) ja terveydenhuollon ammattilaisten käytänteiden kehittämiseen (Durks ym. 2017) liittyvissä tutkimuksissa. RE-AIM-viitekehystä puolestaan on käytetty laajasti eri aiheisiin keskittyvissä tutkimuksissa positiivisin tuloksin (Harden ym. 2015). Framework for Program Evaluation -viitekehystä käyttäneistä tutkimuksista ei löytynyt systemaattisia katsauksia, mutta se valikoitui mukaan, koska se on näistä viitekehyksistä ainoa nimenomaan arviointiin keskittyvä viitekehys. Seuraavissa alaluvuissa esitellään nämä viitekehykset tiiviisti – tarkemmin ne kuvataan liitteessä 4.

RE-AIM-viitekehys. RE-AIM-viitekehys on kehitetty helpottamaan tutkimuksen siirtymistä käytäntöön ohjelmien laatua, nopeutta ja kansanterveydellisiä vaikutuksia parantamalla (RE-AIM 2021a). Viitekehystä voidaan käyttää sekä ohjelmien suunnitteluun että arviointiin (Glasgow ym. 1999). Arviointia voi viitekehyksen avulla toteuttaa siten, että arvioidaan ohjelman vaikutuksia, vertaillaan ohjelman vaikutuksia eri organisaatioissa tai vertaillaan eri ohjelmia keskenään. Lisäksi viitekehyksen avulla on mahdollista tehdä päätöksiä resurssien jaosta kohti vaikuttavimpia ohjelmia (Glasgow ym. 1999).

RE-AIM-viitekehyksessä on viisi vaihetta, jotka ovat tavoitettavuus, vaikuttavuus tai tehokkuus, omaksuminen, toimeenpano ja ylläpito (Glasgow ym. 1999). Vaiheet on jaoteltu sekä sisäisiin, eli yksilötason tekijöihin, että ulkoisiin, eli organisaation tai instituution tason tekijöihin. Tavoitettavuus ja vaikuttavuus tai teho ovat viitekehyksen sisäisiä eli yksilötason tekijöitä.

Omaksuminen ja toimeenpano puolestaan ovat ulkoisia, organisaation tai instituution tason tekijöitä. Ylläpito kuvaa näistä molempia (Glasgow ym. 1999). Viitekehyksen keskeinen sanoma on, että ohjelman vaikutukset rakentuvat näiden viiden osa-alueen ja sekä sisäisten että ulkoisten tekijöiden yhteistoiminnasta, koska ne kaikki huomioimalla ohjelma voi olla aidosti vaikuttava (Glasgow ym. 1999; RE-AIM 2021c).

Intervention Mapping -viitekehys. Intervention Mapping -viitekehyksen tarkoitus on tarjota kokonaisvaltainen viitekehys terveydenedistämishojelmien suunnittelun, toimeenpanon ja arvioinnin avuksi ja aikaansaada vaikuttavampia ohjelmia ja kehittyneempää tietopohjaa tutkimukselle ja käytännölle (Bartholomew ym. 2006, xvii-xviii). Viitekehyksessä korostetaan itse ohjelmaa sekä sen suunnittelua ja toteutusta ohjelman lopputulosten sijaan, eli kiinnitetään huomiota ohjelman luomiseen ja kehittymiseen, jotta ohjelmista saadaan vaikuttavia ja tarpeeksi hyvin arvioituja. Ohjelmien arvioinnin kannalta arvioinnin kohteena olevan ohjelman tulee olla kunnolla suunniteltu ja toteutettu, jotta sitä on mielekästä arvioida (Bartholomew ym. 2006, 8, 13, 15, 478).

Intervention Mapping -viitekehyksessä on kuusi vaihetta, joista jokainen sisältää monta tehtävää, jotka tulee toteuttaa (Bartholomew ym. 2006, 16–17). Vaiheet ovat tarvearvioinnin tekeminen; taulukoiden luominen tavoitteille; teoriaan pohjaavien metodien ja käytännöllisten strategioiden valitseminen; metodien ja strategioiden muuntaminen organisoiduksi ohjelmaksi; omaksumis-, toimeenpano- ja ylläpitosuunnitelman laatiminen; ja arviointisuunnitelman luominen (Bartholomew ym. 2006, 16–17). Viitekehys on iteratiivinen, eli eri vaiheiden välillä liikutaan edestakaisin ja kerrytetään ymmärrystä (Bartholomew ym. 2006, 16–17). Aiemmasta tekemisestä voi saada oppeja, joita voidaan siirtää seuraaviin vaiheisiin (Bartholomew ym. 2006, 16–17). Lisäksi ohjelman sidosryhmät, eli kaikki ketkä liittyvät ohjelmaan tai sen lopputuloksiin, osallistetaan tärkeänä osana ohjelman suunnittelua ja arviointia (Bartholomew ym. 2006, 20, 28, 476).

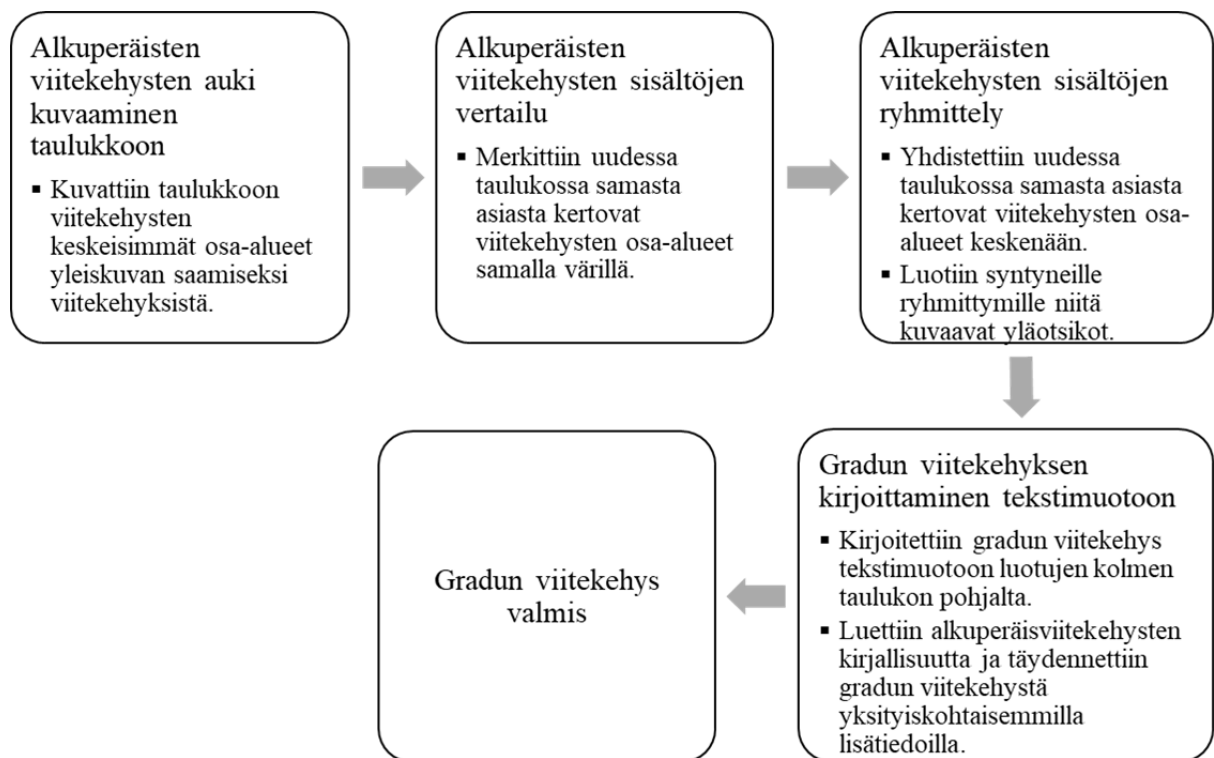
Framework for Program Evaluation -viitekehys. Framework for Program Evaluation -viitekehystä on tarkoitus käyttää ohjelmien arvioinnin toteuttamisessa (CDC 1999, 1, 4), ja viitekehys kannustaakin arvioinnin integroimiseen osaksi rutiinotoimintoja (CDC 2017). Viitekehys on käytännöllinen, ja se tiivistää ja järjestää ohjelmien arvioinnin kannalta olennaiset elementit (CDC 1999, 1). Ne ymmärtämällä ja toteuttamalla pystytään suunnittelemaan vaikuttavia terveyden edistämisen ohjelmia, kehittämään olemassa olevia ohjelmia ja osoittamaan ohjelmien hyödyt resurssien näkökulmasta (CDC 1999, 1). Myös tässä viitekehyksessä osallistetaan sidosryhmiä, eli ohjelmassa mukana joko toteuttajina tai sen vaikutusten kohteina olevia henkilöitä ja tahoja (CDC 1999, 5–6). On tärkeää ymmärtää arvioinnin pääasiallisten käyttäjien näkökulmia, jotta arviointi keskittyy tärkeisiin asioihin ja arvioinnin tuloksia pidetään tärkeinä (CDC 1999, 5–6).

Framework for Program Evaluation -viitekehys sisältää eri vaiheita ja standardeja, jotta ohjelman kontekstin ymmärtäminen mahdollistuu ja siten arvioinnin teko voi parantua (CDC 2017). Vaiheita on kuusi, ja ne ovat sidosryhmien osallistaminen; ohjelman kuvailu; arvioinnin tarkoituksen ja luonteen tarkentaminen; luotettavan näytön kerääminen; johtopäätösten perustelemine; sekä käytön varmistaminen ja opittujen asioiden jakaminen (CDC 1999, 5–6). Näiden vaiheiden lisäksi viitekehykseen kuuluu 30 standardia, joilla lisätään viitekehysten vaiheiden laatua (CDC 1999, 27–29). Ne on järjestetty neljäksi ryhmäksi, jotka ovat hyödyllisyys, sovellettavuus, soveliaisuus ja tarkkuus (CDC 1999, 27–29). Vaiheet ovat itsenäisiä, joten ne voi tehdä vapaassa järjestyksessä. Kuitenkin vaiheet täydentävät toisiaan ja aiemmat vaiheet luovat pohjaa seuraaville. Siten prosessi on iteratiivinen eikä päätöksiä kunkin vaiheen tekemisestä pidä viimeistellä ennen aiempien vaiheiden huolellista miettimistä (CDC 1999, 5).

4.2 Tässä tutkimuksessa arvioinnin viitekehysenä käytettävät terveyden edistämisen arviointiperiaatteet

Edellä kuvatuista viitekehyksistä on laadittu koonti, joka toimii tässä tutkimuksessa käytettävänä terveyden edistämisen arviointiperiaatteina. Koonnin tekeminen tapahtui siten, että

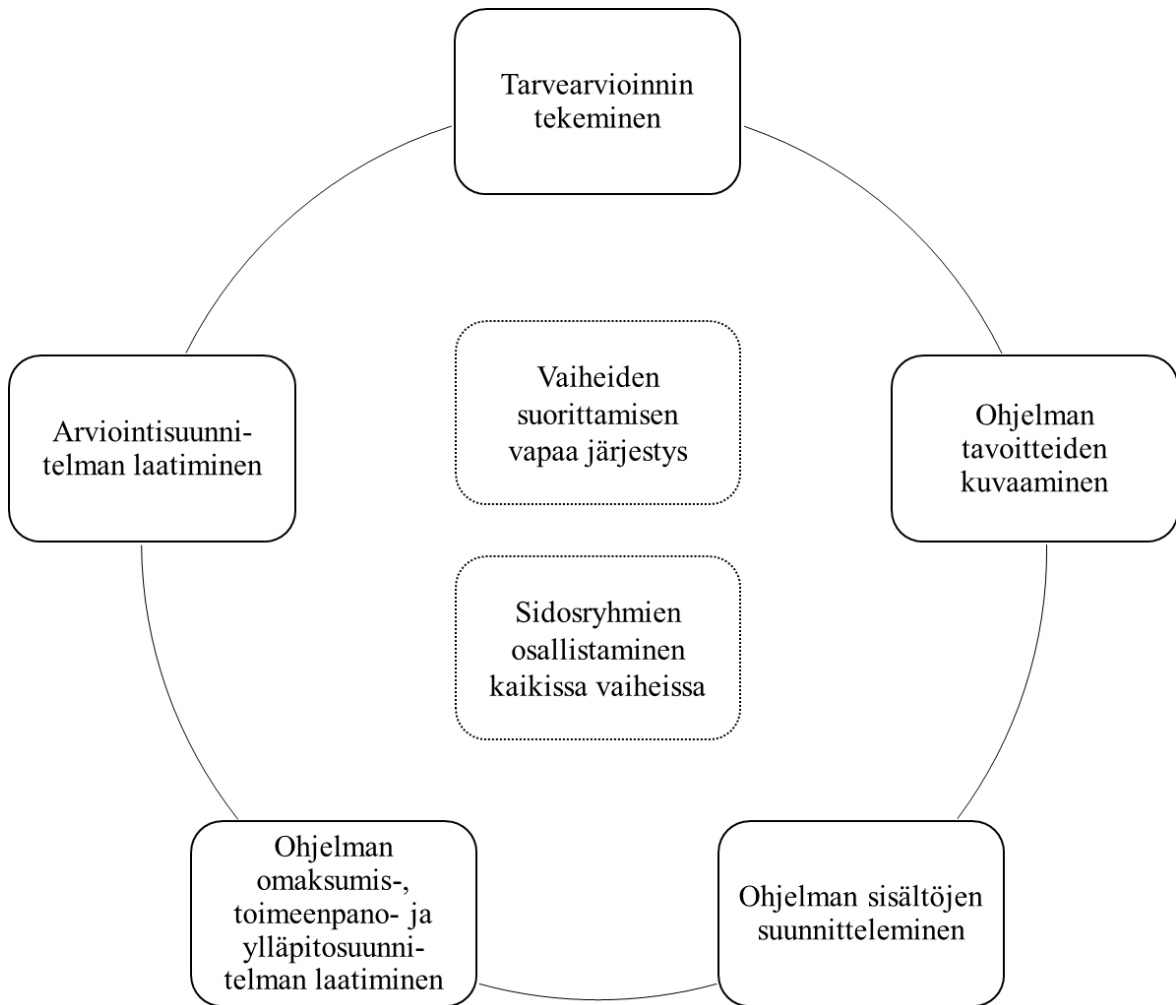
ensimmäisenä kuvasin taulukkoon auki alkuperäisten viitekehysten keskeisimmät osa-alueet yleiskuvan saamiseksi. Toiseksi vertailin uudessa taulukossa alkuperäisten viitekehysten sisältöjä merkitsemällä samasta asiasta kertovat viitekehysten osa-alueet samalla värillä. Jätin merkitsemättä ne kohdat, jotka eivät toistuneet muissa viitekehyksissä. Kolmanneksi yhdistelin vielä uudessa taulukossa alkuperäisten viitekehysten samasta asiasta kertovia sisältöjä keskenään. Sitten loin näille syntyneille ryhmittymille niitä kuvaavat otsikot, joista muodostuivat arviointiperiaatteiden vaiheiden ja yleisten periaatteiden nimet. Viimeiseksi kirjoitin arviointiperiaatteet tekstimuotoon luotujen taulukoiden pohjalta, joiden lisäksi luin alkuperäisviitekehysten kirjallisuutta ja täydensin viitekehystä myös yksityiskohtaisemmilla lisätiedoilla. Koonnin tekeminen kuvataan prosessikaavion muodossa kuviossa 1.



KUVIO 1. Prosessikaavio terveyden edistämisen arviointiperiaatteiden koonnin tekemisestä.

Terveyden edistämisen arviointiperiaatteet on viisivaiheinen viitekehys. Vaiheet ovat tarvearvioinnin tekeminen, ohjelman tavoitteiden kuvaaminen, ohjelman sisältöjen suunnitteleminen,

ohjelman omaksumis-, toimeenpano- ja ylläpitosuunnitelman laatiminen ja arviointisuunnitelman laatiminen. Näiden vaiheiden lisäksi viitekehys sisältää kaksi yleistä periaatetta, jotka ovat vaiheiden suorittamisen vapaa järjestys ja sidosryhmien osallistaminen kaikissa vaiheissa. Viitekehys esitetään yksinkertaistetussa muodossa kuviossa 2 ja yksityiskohtaisemmin seuraavissa alaluvuissa.



KUVIO 2. Tässä tutkimuksessa käytettävät terveyden edistämisen arviointiperiaatteet.

4.2.1 Viitekehysten vaiheet

Tarvearvioinnin tekeminen. Ensimmäisessä vaiheessa tehdään tarvearviointi eli kuvataan se ongelma, johon ohjelma tulee vastaamaan (CDC 1999, 7). Ongelman syitä analysoidaan eri näkökulmista, kuten terveyden, elämänlaadun, käyttäytymisen ja ympäristön (Bartholomew ym. 2006, 17–18). Kohdejoukon tai -yhteisön piirteistä huomioidaan myös heidän vahvuutensa ja positiivinen kapasiteetti. Tarvearvioinnin yhteydessä aloitetaan jo ohjelman arvioinnin suunnittelu miettimällä, mitkä ovat ohjelman halutut lopputulokset (Bartholomew ym. 2006, 17–18).

Ohjelman tavoitteiden kuvaaminen. Toinen vaihe on ohjelman tavoitteiden kuvaaminen, jossa määritetään halutut vaikutukset ja lopputulokset eri tasoilla (Bartholomew ym. 2006, 18–19; CDC 1999, 7–9; RE-AIM 2021d). Tavoitteet voivat olla pitkälle tai lyhyelle aikavälille (CDC 1999, 8) ja niiden kannattaa olla sekä yksilöiden, yhteisöjen että organisaatioiden tai yhteiskunnan tasolla (Bartholomew ym. 2006, 18–19), koska monipuolinen huomiointi lisää ohjelman vaikuttavuutta (RE-AIM 2021c). Tavoitteille valitaan sopivat determinantit ja kuvataan tavoitteet riittävällä tarkkuudella, jotta ne ovat ymmärrettävät ja mitattavissa (CDC 1999, 7; Bartholomew ym. 2006, 18–19).

Ohjelman sisältöjen suunnitteleminen. Kolmas vaihe on ohjelman sisältöjen suunnitteleminen, jossa suunnitellaan ohjelmassa käytettävät menetelmät ja strategiat haluttujen muutosten aikaansaamiseksi (CDC 1999, 8; Bartholomew ym. 2006, 20) sekä toteutettavien toimien järjestys (Bartholomew ym. 2006, 20). Tärkeää on huomioida se, että ohjelman sisällöt tukevat ohjelman tavoitteiden saavuttamista (Bartholomew ym. 2006, 20). Ohjelman kuvaamisessa voi käyttää apuna esimerkiksi loogista mallia, jossa kuvataan tiiviissä, kenties visuaalisessa, muodossa kaikki se, miten ohjelman on tarkoitus toimia (CDC 1999, 9; Bartholomew ym. 2006, 3, 22). Ohjelma kuvataan riittävän tarkasti, jotta valitut toimet ovat varmasti ymmärrettävät (CDC 1999, 7–9).

Ohjelman sisältöjen suunnitteluun kuuluu monia vaiheita. Niitä ohjaa näyttöön ja teoriaan perustuva, jolloin jokaisen ohjelman osan tulee perustua vaikuttaviin teoreettisiin metodeihin (Bartholomew ym. 2006, 19). Ohjelman sisältöjen suunnitteluun kuuluu ensinnäkin sen suunnittelu ja kuvaaminen, kuinka hankkeessa aiotaan tavoittaa haluttu kohdejoukko (RE-AIM 2021g). Toisena suunnitellaan ja kuvaillaan ohjelmassa käytettävät materiaalit (Bartholomew ym. 2006, 20). Materiaalit voivat olla valmiita, tai ohjelmassa voidaan luoda omia materiaaleja. Tärkeää materiaaleihin liittyen on näiden esitestaaminen ennen ohjelman toteutuksen alkamista (Bartholomew ym. 2006, 20). Kolmanneksi kuvaillaan ohjelmassa käytettävissä olevat ja ohjelmassa tarvittavat resurssit, eli esimerkiksi aika, osaaminen, teknologiat, välineet, tiedot ja rahavarat (CDC 1999, 8). Neljänneksi kuvataan ohjelman konteksti, eli ohjelman tapahtumapaikka tai miljö, ja ympäristötekijät, jotka mahdollisesti vaikuttavat tuloksiin ja myöhemmin tulosten tulkintaan sekä vertailtavuuteen muihin hankkeisiin (CDC 1999, 5–6, 9). Ohjelman suunnittelussa on syytä huomioida se, ettei ohjelmaa toteuteta vain motivoituneille henkilöille tai toteuteta ohjelma vain motivoituneiden toteuttajatahojen kanssa, jos ohjelmien halutaan toimivan muuallakin (Glasgow ym. 1999).

Ohjelman omaksumis-, toimeenpano- ja ylläpitosuunnitelman laatiminen. Neljäs vaihe on ohjelman omaksumis-, toimeenpano- ja ylläpitosuunnitelman laatiminen. Tässä vaiheessa laaditaan yksityiskohtainen suunnitelma siihen, kuinka ohjelman toteuttajatahot saadaan ensinnäkin omaksumaan ohjelma osaksi toimintaansa, toiseksi toteuttamaan eli toimeenpanemaan ohjelma suunnitellulla tavalla (Bartholomew ym. 2006, 21) ja kolmanneksi, kuinka ohjelma saadaan juurtumaan toteuttajatahojen toimintaan ohjelman päättymisen jälkeen (Bartholomew ym. 2006, 21; RE-AIM 2021f). Tässä vaiheessa tarkennetaan aiempaa strategista ajattelua ohjelman kokonaisuudesta (CDC 1999, 22–23, 25). Ohjelmaan liitetään osaksi se, mitä ohjelman omaksumisesta, toimeenpanosta ja ylläpidosta aiotaan mitata ja luodaan näille mitattavat determinantit (Bartholomew ym. 2006, 21).

Ohjelman omaksumiseksi ja toimeenpanemiseksi ensinnäkin tunnistetaan ohjelman toteuttajat (Bartholomew ym. 2006, 21). Tämän jälkeen suunnitellaan se, miten niiden toimijoiden

käyttäytymiseen voidaan vaikuttaa, jotka toteuttajatahossa tekevät päätöksiä omaksumisesta ja ohjelman käytöstä (Bartholomew ym. 2006, 21). Tässä suunnittelussa huomioidaan se, että ohjelman toteuttajilla tulee olla riittävät resurssit, taidot ja sitoutumisen taso ohjelman toteutukseksi niin kuin suunniteltiin (RE-AIM 2021b). Myös toteuttajatahoille syntyvät kustannukset ja vaiva tulee huomioida ohjelman suunnittelussa, sillä mikäli toteuttajat kokevat ohjelman toteuttamisen vaivalloiseksi tai kalliiksi, vähenee todennäköisyys sille, että ohjelma toteutetaan suunnitellulla tavalla (RE-AIM 2021e).

Ohjelman ylläpidon suunnitteluun kuuluu ohjelman jatkokäytön varmistaminen (CDC 1999, 26), ohjelman juurtuminen osaksi toteuttajien rutiinitoimintoja ja ohjelman vaikutusten säilyminen osallistujilla (RE-AIM 2021b; RE-AIM 2021f; RE-AIM 2021e). Ohjelman juurtumisessa osaksi rutiineja kiinnitetään huomiota toteuttajatahoihin ja syihin sille, miksi ohjelmaa toteutetaan tai ei toteuteta samoin kuin omaksumisessa ja toimeenpanossa. Ohjelman jatkokäytössä varmistetaan tiedonkulku ja järjestetään seurantatapaamisia ohjelman toteuttajien kanssa sekä jaetaan ohjelmasta saatuja oppeja ja löydöksiä muille (CDC 1999, 26). Tärkeää on molemmiin suuntaan palautteen antaminen ohjelmaa toteuttaneiden tahojen kanssa (CDC 1999, 24, 26).

Arviointisuunnitelman laatiminen. Viides vaihe on ohjelman arviointisuunnitelman laatiminen. Arvioinnista suunnitellaan sen tarkoitus ja toteutustavat, eli se, mitä arvioidaan ja miten (CDC 1999, 15). Näin saadaan tietoa siitä, tehtiinkö ohjelman suunnitteluprosessissa oikeita ratkaisuja (Bartholomew ym. 2006, 21–22). Vaikka arviointisuunnitelman teko on viitekehyksen viimeinen vaihe, todellisuudessa ohjelman arvioinnin suunnittelua tehdään jatkuvana toimintana kaikissa ohjelman suunnittelun vaiheissa (CDC 1999, 15; Bartholomew ym. 2006, 473). Aiemmissä vaiheissa jo suunnitellaan arviointia ja siten ohjelman koherenttia kokonaisuutta pitämällä mielessä se, mitä tavoitellaan, miten tavoitteita aiotaan mitata, miten tavoitteet aiotaan saavuttaa ja miten näitä tullaan arvioimaan (Bartholomew ym. 2006, 18–19, 21–22).

Arviointisuunnitelman laatimisessa tarkennetaan ja viimeistellään aiemmin aloitettu arviointisuunnitelma ja mahdollisesti aloitettu looginen malli (Bartholomew ym. 2006, 22). Ohjelman arvioimiseksi arvioidaan koko ohjelma, eli kaikki ohjelman vaiheet ja siinä tehdyt toimet. Arviointia varten laaditaan arviointikysymykset ja mittarit kaikille valituille determinanteille (Bartholomew ym. 2006, 22). Arviointisuunnitelmaan kuuluu sekä lopputulos- että prosessiarviointi.

Lopputulosarviointi tarkoittaa ohjelman tavoitteiden saavuttamisen (Bartholomew ym. 2006, 22, 473–474) ja ohjelman aikaansaamien vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointia (Glasgow ym. 1999; Bartholomew ym. 2006, 473–474). Tässä arvioidaan sekä halutut positiiviset että epätoivotut negatiiviset vaikutukset (CDC 1999, 8; Glasgow ym. 1999) fysiologisissa muutoksissa, käyttäytymisen muutoksissa, elämänlaadussa sekä osallistujien tyytyväisyydessä ohjelmaan (Glasgow ym. 1999). Kustannusvaikuttavuuden arviointi eli ohjelmassa käytettyjen resurssien suhde ohjelman hyötyihin kuuluu myös osaksi lopputulosten arviointia (Glasgow ym. 1999; Bartholomew ym. 2006, 474). Lisäksi arvioidaan ohjelman ylläpitoa, eli ohjelman vaikutusten säilymistä ohjelmaan osallistuneilla pitkällä aikavälillä (Glasgow ym. 1999).

Prosessiarviointi tarkoittaa ohjelman toimeenpanon arviointia (CDC 1999, 10–11), joka kertoo siitä, miksi ohjelma pääsi tai ei päässyt haluttuihin tuloksiin (Bartholomew ym. 2006, 473–474). Se, miten ohjelma toteutettiin, on tärkeä tieto, koska pelkkä tieto vaikutuksista tai vaikuttamattomuudesta ei kerro tarpeeksi itse ohjelman toimivuudesta, koska tuloksiin pääsy tai pääsemättömyys voi johtua muista asioista kuin itse ohjelmasta ja sen suunnittelusta (Bartholomew ym. 2006, 485–487). Prosessin arviointi voi tapahtua sekä ohjelman toimeenpanon aikana että ohjelman toteutuksen jälkeen. Toteutusvaiheessa arvioinnin avulla ohjelmaa voi samalla kehittää ja tarvittaessa muokata suunnitelmia (CDC 1999, 9, 11).

Prosessiarviointiin kuuluu tavoitettavuuden arviointi, jossa arvioidaan ohjelmaan osallistuvien ihmisten absoluuttinen määrä, osuus kaikista heistä, jotka olisivat voineet osallistua ja edustavuus, eli se, vastaavatko osallistujat demografisilta tekijöiltään heitä, ketkä olisivat voineet

osallistua ohjelmaan (Glasgow ym. 1999; RE-AIM 2021g). Toinen osa prosessiarviointia on omaksumisen arviointi, eli niiden tahojen absoluuttisen määrän, osuuden ja edustavuuden arviointi, jotka omaksuivat ohjelman toteuttamisen. Tässä huomioidaan myös se, miksi ohjelmaa toteutetaan tai ei toteuteta (Glasgow ym. 1999; RE-AIM 2021e). Kolmantena prosessiarvioinnissa arvioidaan toimeenpanoa (RE-AIM 2021e; Bartholomew ym. 2006, 22, 487), eli sitä, millä laajuudella ja tarkkuudella ohjelmaa toteutettiin niin kuin suunniteltiin (Glasgow ym. 1999; Bartholomew ym. 2006, 487). Tässä huomioidaan myös mahdolliset toimeenpanijoiden tekemät muutokset ohjelmaan tai ohjelman toteuttamisesta toteuttajille syntyneet kustannukset ja vaiva (RE-AIM 2021b). Viimeisenä osana prosessiarviointia on ylläpidon arviointi. Tässä arvioidaan ohjelman toteuttamisen juurtumista organisaatiotasolle osaksi rutiinitoimintaa ohjelman päättymisen jälkeen (RE-AIM 2021e).

Vaikuttavan arvioinnin perusta on luotettavan ja systemaattisen näytön kerääminen arvioinnin ja sen johtopäätösten tueksi (CDC 1999, 20). Arvioinnin tulosten tulee perustua arvioinnista kerättyyn tietoon, ja johtopäätösten tulee olla linjassa näiden kanssa (CDC 1999, 5–6). Tiedonkeruun tulisi tapahtua ohjelman päättymisen jälkeen. Toimeenpanoa tulisi arvioida minimissään noin 6–12 kuukauden kuluttua, ja tulosten säilymistä tai ylläpitoa minimissään noin kaksi vuotta ohjelman päättymisen jälkeen (Glasgow ym. 1999). Tietoa tulee kerätä sopivilla indikaattoreilla, jotka myös arviointiin osallistuvat sidosryhmät kokevat mielekkäänä (CDC 1999, 20, 13, 14). Lisäksi arvioinnissa tulee varmistaa se, että arviointiprosesseja ja sen löydöksiä käytetään ja että arvioinnin kautta opittuja asioita jaetaan eteenpäin myös muille (CDC 1999, 22–25).

4.2.2 Viitekehyksen yleiset periaatteet

Edellä käsiteltyjen viiden vaiheen lisäksi terveyden edistämisen arviointiperiaatteissa on kaksi yleistä periaatetta, jotka eivät ole sidoksissa tiettyihin vaiheisiin.

Vaiheiden suorittamisen vapaa järjestys. Ensinnäkin viitekehyksen vaiheet voidaan suorittaa vapaassa järjestyksessä (CDC 1999, 5) ja eri vaiheiden välillä liikutaan edestakaisin (Bartholomew ym. 2006, 16–17). Lopulliset päätökset kunkin vaiheen suorittamisesta voi kuitenkin viimeistellä vasta viitekehyksen aiempien vaiheiden huolellisen miettimisen jälkeen (CDC 1999, 5). Näin siksi, koska viitekehyksen eri vaiheet täydentävät toisiaan ja vaiheista toiseen eteneväällä kerrytetään ymmärrystä ja oppeja seuraavien vaiheiden tueksi (CDC 1999, 5; Bartholomew ym. 2006, 16–17).

Sidosryhmien osallistaminen kaikissa vaiheissa. Toiseksi sidosryhmiä, eli kaikkia ohjelmassa mukana olevia tahoja joko toteuttajina tai sen vaikutusten kohteina, osallistetaan kaikissa ohjelman suunnittelun ja arvioinnin vaiheissa jo alusta alkaen (CDC 1999, 5–6; Bartholomew ym. 2006, 28, 475–476). Ohjelman suunnittelussa tulee huomioida ohjelman kohdejoukon näkemykset ohjelman metodeja ja strategioita valitessa (Bartholomew ym. 2006, 19–20), koska silloin ohjelma todennäköisemmin keskittyy oikeisiin ja ohjelmassa mukana oleville tärkeisiin asioihin (CDC 1999, 5). Arvioinnissa puolestaan tulee huomioida sidosryhmät, koska arvioinnin pääasiallisten käyttäjien huomioimisella prosessissa arvioinnin tulokset todennäköisemmin huomioidaan ja hyväksytään (CDC 1999, 5–6). Sidoryhmät huomioidaan siten, että he voivat osallistua arviointiprosessiin ja käyttää arvioinnista saatavia tietoja (Bartholomew ym. 2006, 475). Onkin tärkeää varmistaa, että tieto arvioinnista ja sen löydöksistä kulkee sidoryhmille ja että arviointiin osallistuneet hyötyvät prosessista (CDC 1999, 26).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sosioekonomisten terveyserojen kaventamista suomalaisissa terveyden edistämisen määrärahalla vuosina 2016–2018 rahoitetuissa hankkeissa. Tutkimuksessa selvitetään ensiksi sitä, mitä sosioekonomisia terveyseroja on pyritty kaventamaan ja toiseksi sitä, millaisin toimenpitein kaventamiseen on pyritty. Kolmanneksi selvitetään terveyden edistämisen arviointiperiaatteiden toteutumisen avulla sitä, kuinka laadukkaita toimia hankkeissa on hankkeen suunnittelun ja toteutuksen vaiheissa tehty ja kuinka laadukasta hankkeen arviointi on, koska näillä on merkitystä hankkeiden vaikuttavuuteen. Neljänneksi kuvataan, miten sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa on hankkeissa onnistuttu.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Mitä sosioekonomisia terveyseroja on terveyden edistämisen määrärahalla rahoitetuissa hankkeissa pyritty kaventamaan?
2. Millaisin toimenpitein sosioekonomisia terveyseroja on hankkeissa pyritty kaventamaan?
3. Miten terveyden edistämisen arviointiperiaatteet toteutuvat hankkeissa?
4. Minkälaisia vaikutuksia hankkeet raportoivat toimillaan olleen sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen?

6 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tässä luvussa kuvataan tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmät. Ensimmäisessä alaluvussa kuvataan tutkimusaineisto ja sen kerääminen. Toisessa alaluvussa kuvataan tutkimuksessa käytetyt aineiston analyysimenetelmät.

6.1 Tutkimusaineiston kuvaus ja aineiston kerääminen

Aineisto tässä tutkimuksessa on terveyden edistämisen määrärahalla vuosina 2016–2018 rahoitettujen terveys- tai hyvinvointi- ja terveyseroja kaventamaan pyrkivän hankkeen hankesuunnitelmat sekä loppuselvitykset. Aineistoon kuuluu 12 hanketta ja se on saatu Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL) tammikuun 2021 ja helmikuun 2022 välissä. Aineistoksi valikoitui terveyden edistämisen määrärahalla rahoitetut hankkeet, koska niistä, ja siten tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä, on saatavilla kattavasti tietoa hankkeiden laatimien hankesuunnitelmien sekä loppuselvitysten muodossa. Lisäksi koska hankesuunnitelmat ja loppuselvitykset ovat standardoidut, on niistä helppo saada toisiinsa vertautuvaa tietoa. Terveyden edistämisen määrärahan hankehakemuslomakkeet ovatkin pitkälti yhdenmukaiset tutkimuksen kohdevuosina, vaikka joitain muutoksia lomakkeen ulkoasuun ja sisältöihin olikin tehty vuosien 2016 ja 2017 välillä. Loppuselvityslomakkeet ovat kaikkien vuosien kohdalla samanlaiset.

Aineiston valinta tehtiin THL:n vuosien 2016, 2017 ja 2018 terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelmaehdotusten hankekuvausten perusteella, koska tutkimuksessa halutaan tutkia jo toteutettuja ja päättyneitä hankkeita. Kriteerinä mukaan tutkimukseen valikoituville hankkeille oli se, että hankkeiden tarkoituksena oli oltava väestön sosioekonomisten hyvinvointi- tai terveyserojen kaventaminen. Pyysin ja sain THL:ltä ne hankkeiden hakemukset ja loppuselvitykset, joiden kerrottiin tavoittelevan (sosioekonomisten) hyvinvointi- tai terveyserojen kaventamista, hyvinvoinnin edistämistä matalammassa sosioekonomisissa ryhmissä, väestön eriarvoisuuden vähentämistä, terveyden tasa-arvon lisäämistä, mahdollisuuksien lisäämistä sosioekonomisesta asemasta riippumatta tai joissa huomioitiin tasa-arvonäkökulma. Näitä hankkeita

oli alun perin 15, mutta tarkemmassa tarkastelussa havaitsin, että kolme hanketta ei tavoitellut sosioekonomisten terveys- tai hyvinvointierojen kaventamista. Niinpä lopulliseen aineistoon kuuluu 12 hanketta. Näistä 12 hankkeesta yhden vuoden 2018 hankkeen loppuselvityksen saaminen kuitenkin viivästyi, joten aikataulusyistä se täytyi jättää pois kolmannen ja neljännen tutkimuskysymyksen analyysistä. Niinpä aineiston koko on 1. ja 2. tutkimuskysymyksen kohdalla 12 hanketta ja 3. ja 4. tutkimuskysymyksen kohdalla 11 hanketta.

Tutkimusaineiston hankkeista viisi on vuoden 2016 hanketta, kolme vuoden 2017 hanketta ja neljä vuoden 2018 hanketta. Hankkeet ovat eri aiheista, eri kohderyhmille ja ne ovat joko kaksi- tai kolmevuotisia (taulukko 1). Aineiston hankkeet kuvataan vielä tarkemmin liitteessä 5, jossa kuvataan tarkemmin hankkeissa toteutettavia menetelmiä ja hankkeiden perusteita sekä keinoja sosioekonomisten terveyserojen kaventamiselle. Siitä huolimatta, että hankkeiden asiakirjat ovat julkista tietoa, on aineiston hankkeista häivytetty pois tarkat tunnistetiedot, kuten toteuttajatahojen, toteutuskaupunkien ja hankkeen tuotosten nimet, sillä ne eivät tuota lisäarvoa tutkimuksen tulosten kannalta.

TAULUKKO 1. Aineiston kuvaus. Hankkeet, toteutusaika, kohderyhmä ja päämäärä. Tiedot peräisin hankkeiden hankesuunnitelmista.

| Hanke | Toteutus- aika | Kohderyhmä | Hankkeen päämäärä |
|---------|---------------------|---|---|
| Hanke 1 | 3 vuotta, 2016–2018 | Pitkäaikaistyöttömät, aikuis-sosiaalityön pitkäaikais-asiakkaat ja sosiaali- ja perhepalveluiden asiakkaat sekä heidän lapsensa | Kohderyhmän aikuisväestölle kasaantuneiden terveys- ja sosiaalisten ongelmien sekä sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen kulttuuri- ja vapaa-ajan toiminnan sekä kokonaisvaltaisemman palvelun avulla. |
| Hanke 2 | 3 vuotta, 2016–2018 | 12–15-vuotiaat koululaiset | Tietoisuustaitoharjoitteiden vaikuttavuuden kartoittaminen kohderyhmän stressinhallintaan ja mielenterveyteen sekä oman kansallisen tietoisuustaito-ohjelman kehittäminen kouluihin. Tavoitteena on myös kaventaa koululaisten sosioekonomiseen asemaan liittyviä terveyseroja ja edistää terveyden tasa-arvoa. |
| Hanke 3 | 3 vuotta, 2016–2018 | Työikäiset ja ikääntyneet sosioekonomisesti heikolla alueella asuvat pitkäaikaistyöttömät ja maahanmuuttajat | Kohderyhmän saaminen palvelujen piiriin, palvelujen parantaminen ja kohderyhmän kiinnostuksen aktivoiminen omatoimiseen terveyden edistämiseen kohderyhmän asuinalueille perustettavan matalan kynnyksen terveystietotupaverkoston avulla. Lisäksi |

| | | | |
|----------|---------------------|---|--|
| | | | tavoitteena on sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen. |
| Hanke 4 | 2 vuotta, 2016–2018 | Ammattikoululaiset nuoret | Kohderyhmän seksuaali- ja lisääntymisterveyden kohentaminen vahvistamalla nuorten tietoja ja itsetuntoa seksuaalisuudesta ja lisääntymisterveydestä. Hankkeessa kehitetään yhdessä nuorten kanssa valtakunnallinen toimintamalli ammattioppilaitosten käyttöön. Lisäksi tavoitteena sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen. |
| Hanke 5 | 3 vuotta, 2016–2018 | Päiväkoti-ikäiset lapset | Kohderyhmän sosioekonomisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen. Hankkeessa keskitytään terveellisiin elintapoihin, stressinsäätelyyn ja oppimiseen. Hankkeessa tuotetaan uutta tietoa varhaislapsuuden sosioekonomisia hyvinvointi- ja terveyseroista sekä tuotetaan näyttöön pohjautuva hyvinvointia ja terveyttä edistävä toimintamalli päiväkoteihin. |
| Hanke 6 | 2 vuotta, 2017–2018 | Työelämän ulkopuolella olevat liikaa alkoholia käyttävät työikäiset | Kohderyhmän alkoholista johtuvien suorien ja välillisten terveydellisten, sosiaalisten ja taloudellisten haittojen vähentäminen kuntien ja järjestöjen palveluja tukemalla. Hankkeessa kehitetään kohderyhmän kanssa yhteisöpohjainen toimintamalli alkoholinkäytön vähentämisen tueksi ja tuotetaan uutta tietoa aiheesta. Hanke pyrkii myös kaventamaan sosioekonomisia terveyseroja. |
| Hanke 7 | 2 vuotta, 2017–2018 | Lapset, nuoret ja lapsiperheet | Lasten ja nuorten lihavuuden ja ylipainon vähentäminen. Hankkeessa mallinnetaan hyväksi havaittu kaupungintasoinen monialainen hyvinvoinnin- ja terveyden edistämistyön ohjelma muihin kuntiin levitettävään muotoon. Hankkeessa pyritään myös kaventamaan sosioekonomisia terveyseroja. |
| Hanke 8 | 2 vuotta, 2017–2018 | Pitkäaikaissairaat ja heikentyneen toimintakyvyn omaavat ikäihmiset | Ikäihmisten mielenterveystaitojen, mielen hyvinvoinnin ja kokonaisterveyden vahvistaminen. Hankkeessa tuetaan järjestöjen työtä luomalla konkreettisia positiivisen psykologian keinoja ja välineitä. Hanke pyrkii myös kaventamaan sosioekonomisia terveyseroja. |
| Hanke 9 | 3 vuotta, 2018–2020 | 15–18-vuotiaat nuoret ja 18–35-vuotiaat nuoret aikuiset, erityisesti miehet | Tarkoituksena vahvistaa kohderyhmän kykyä arvioida, vahvistaa ja suojella omaa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja kykyä kantaa vastuuta omasta terveydestä. Hankkeessa tuotetaan uutta tietoa, menetelmiä sekä valtakunnallisia tuotteita aiheen käsittelyyn eri ikäisten nuorten ja ammattilaisten käyttöön. Hankkeessa tavoitellaan myös sosioekonomisten terveyserojen kaventamista. |
| Hanke 10 | 3 vuotta, 2018–2020 | Syrjäytymisuhan alla olevat 18–29-vuotiaat nuoret miehet | Kohderyhmän sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen vähentämällä eristäytyneisyyttä, tukemalla sosiaalisia-, ihmissuhde-, tunne- ja vuorovaikutustaitoja, ihmissuhteiden syntymistä, seksuaaliterveyttä, mielenterveyttä ja väkivallattomuutta. Hankkeessa kehitetään ryhmätoimintamalli tukemaan kohderyhmän kohtaamista ja seksuaalikasvatusta, ja järjestetään kohderyhmälle osallistavaa pienryhmätoimintaa. |
| Hanke 11 | 3 vuotta, 2018–2020 | Erityistä tukea tarvitsevat neurokognitiivisia ja muita | Mahdollistaa kohderyhmälle tasavertaiset mahdollisuudet liikunnalliseen elämäntapaan ja siten terveyden |

| | | | |
|-------|---------------------------|--|--|
| | | vammoja sekä diagnooseja omaavat vielä liikkumattomat nuoret | edistämiseen. Tavoitteena on myös sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen. Kohderyhmää tuetaan kohti elämänikäistä liikuntapolkua lisäämällä tietoa ja järjestämällä toimintaa. Kohderyhmän kanssa toimiville tahoille rakennetaan toimintamalli oman toiminnan kehittämiseksi. |
| Hanke | 3 vuotta, 12 2018–2020 | Alakoululaiset lapset | Ruokakasvatuksen juurruttaminen peruskouluihin: lasten ruokavalion ja ruokailutottumusten parantaminen ja siten terveyden, jaksamisen sekä kouluviihtyvyyden ja -menestyksen parantaminen. Tavoitteena myös sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen. Hankkeessa kehitetään ja juurrutetaan toimintamalli alakoulujen perusopetuksen ruokakasvatukseen. |

6.2 Aineiston analyysimenetelmät

Tämä pro gradu -tutkimus toteutetaan laadullisella tutkimusotteella, jonka analyysimenetelmä on laadullinen sisällönanalyysi. Käsitän laadullisen sisällönanalyysin kuten Tuomi ja Sarajärvi (2018, 117) sekä Schreier (2012, 3) sen määrittelevät metodina, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Laadullinen sisällönanalyysi valikoitui analyysimenetelmäksi, koska sen avulla on mahdollista muodostaa tutkittavasta ilmiöstä selkeä kuvaus (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122) ja tiivistää aineiston ydinsisällöt (Schreier 2012, 7) kadottamatta aineiston sisältämää informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122). Tässä tutkimuksessa analysoin eri tutkimuskysymykset eri tavoin. Ensimmäisen, toisen ja neljännen tutkimuskysymyksen kohdalla sisällönanalyysi on aineistolähtöinen, kun taas kolmannen tutkimuskysymyksen analysointitapa on teorialähtöinen.

6.2.1 Aineistolähtöinen analyysi

Aineistolähtöisessä analyysissä ydinajatus on Tuomen ja Sarajärven (2018, 108) mukaan se, että aineistosta muodostuvat analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja, vaan että aineistoa tarkastellaan mahdollisimman objektiivisesti. Tarkastelenkin aineistoa parhaani mukaan ilman ennakko-oletuksia niin, että aiemmat havainnot, tiedot ja teoria tutkittavasta ilmiöstä eivät vaikuttaisi analyysiin ja sen tuloksiin kuitenkin tiedostaen, ettei ole olemassa

”puhtaan” objektiivisia havaintoja, sillä kaikki aiemmat tiedot, kokemukset ja käytetyt menetelmät ja käsitteet vaikuttavat tuloksiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108–109).

Analyysin teossa määritin ensin analyysiyksikön (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122), joka on tutkimuskysymykseen liittyvä yksittäinen sana tai pidempi ilmaus. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla etsin sosioekonomisia terveyseroja ja niihin liittyviä hankkeiden tavoitteita kuvaavat kohdat, ja toisen kysymyksen analyysissä etsin ilmauksia toimenpiteistä ja keinoista, joilla pyritään kaventamaan sosioekonomisia terveyseroja. Neljännen tutkimuskysymyksen analyysissä etsin ilmauksia hankkeiden aikaansaamista tuloksista koskien sosioekonomisten terveyserojen kaventamista.

Tämän jälkeen pelkistin aineiston etsimällä teksteistä systemaattisesti kaikki tutkimuskysymysten kannalta olennaiset ja merkitsevät ilmaisut, jolloin tutkimuksen kannalta epäolennainen jäi pois (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122, 123, 114, Milesin ja Hubermanin 1994 mukaan). Tämän tein merkitsemällä aineiston kohtia - alkuperäisilmaisuja - eri värisillä korostuskynillä ja -tyyleillä. Alkuperäisilmausujen merkitsemisen jälkeen pelkistin ne, eli tiivistin ilmausten olennaisen sisällön (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124), ja kokosin ne yhteen taulukkaan.

Ensimmäisen ja toisen tutkimuskysymyksen kohdalla alkuperäisilmausujen pelkistämisen jälkeen laadin pelkistetyistä ilmaisuista yhteenvetotaulukon, johon kokosin tiivistetyssä muodossa hankkeiden ydintehtävät ja keinot. Seuraavaksi ryhmittelin aineiston käymällä tarkasti läpi pelkistetyt ilmaukset palaten prosessissa tarvittaessa alkuperäisilmauksiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122, Milesin ja Hubermanin 1994 mukaan). Yhdistin pelkistetyistä ilmauksista samaa ilmiötä kuvaavat ilmaukset yhdeksi luokaksi, joista muodostuivat alaluokat, jotka nimesin niiden sisältöjä kuvaten (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124). Eri alaluokat yhdistin vielä tarpeen mukaan pääluokiksi ja yläluokiksi, jotka edelleen nimesin luokkia kuvaaviksi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124–125).

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla selvitin koko hankesuunnitelmia lukemalla ensin sitä, minkä kohderyhmien sosioekonomisia terveyseroja pyritään kaventamaan. Toisena

analysoin sitä, mihin terveyden osa-alueeseen kavennettavat erot liittyvät. Näin oli mahdollista muodostaa kokonaiskuva kavennettavista sosioekonomisista terveyseroista.

Toisen tutkimuskysymyksen kohdalla analysoin edelleen koko hankesuunnitelmista ensin sitä, mille sosioekonomisille ryhmille hankkeiden toteuttamat toimenpiteet kohdennetaan, ja toisena sitä, millaisia toimenpiteitä hankkeissa käytetään. Näin sain kuvan siitä, millaisia sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi tehdyt toimet kokonaisuudessaan olivat.

Neljännän tutkimuskysymyksen kohdalla tarkastelin ensin loppuselvitysten ”Hankesuunnitelman toteutuminen ja tulosten arviointi” -taulukon avulla, arvioivatko hankkeet sosioekonomisten terveyserojen kaventumista kohderyhmällä asiaa mittaavalla arviointimittarilla vai eivät. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi laskettiin terveyserojen kaventamisen lisäksi kohderyhmän terveyden tai hyvinvoinnin parantaminen sekä terveyden tai hyvinvoinnin edellytysten parantaminen. Tämän jälkeen analysoin aikaansaadut vaikutukset, jossa käytin apuna myös ”Miten hanke on edistänyt väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamista?” -kohdasta löytyviä ilmauksia.

Aineistolähtöisten analyysien teosta löytyy esimerkki liitteestä 6, jossa on esillä kukin tutkimuskysymys, alkuperäisilmaus, pelkistetty ilmaus, alaluokka sekä mahdolliset pääluokka ja yläluokka. Hankehakemus on aineistositaateissa ja analyysiliitteissä merkitty koodilla HH, ja loppuselvitys koodilla LS, mistä jälkimmäinen pätee myös teorialähtöiseen analyysiin. Sitaateissa hakasulkeisiin on lisätty sitaatin ymmärtämistä helpottavia täsmennyksiä.

6.2.2 Teorialähtöinen analyysi

Teorialähtöisessä analyysissä analyysiä ohjaa valmis viitekehys (Tuomi & Sarajärvi 2018, 110), luomani terveyden edistämisen arviointiperiaatteet (ks. luku 4). Arvioin hankkeiden hankkehakemuksia ja loppuselvityksiä terveyden edistämisen arviointiperiaatteista luomani kriteeristön (Taulukko 2) avulla, joka toimii analyysin runkona (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127). Analyysi etenee niin, että etsin aineistosta analyysirunkoon sopivia ilmauksia (Tuomi & Sarajärvi 2018, 128), eli ilmauksia, joissa kerrotaan kunkin terveyden edistämisen arviointiperiaatteiden

vaiheen tai yleisen periaatteen toteutumisesta. Merkitsen arviointiperiaatteen toteutumisesta kertovat kohdat aineistoon ja pisteytän hankkeet tietokoneelle luotuun taulukkoon sen mukaan, miten kukin arviointiperiaatteen vaihe tai yleinen periaate jokaisen hankkeen kohdalla toteutuu. Pysin tulkitsemaan hankkeiden suunnitelmia ja toimia mahdollisimman objektiivisesti. Mahdollisissa epäselvissä tilanteissa tulkitseen tekstit hankkeiden kannalta suotuisasti.

TAULUKKO 2. Terveyden edistämisen arviointiperiaatteiden kriteeristö.

| Mitä arviointiperiaatteen kohtaa ja sisältöjä tarkastellaan? | Mistä tieto kerätään? | Miten pisteytys tehdään? |
|--|--|---|
| Tarvearviointi: kuvataan se ongelma, johon ohjelma tulee vastaamaan ja analysoidaan ongelman syitä eri näkökulmista (kuten terveyden, elämänlaadun, käyttäytymisen ja ympäristön). | Hankehakemus: kohta, jossa kysytään aiheesta. | 2p=kuvattu ongelma ja analysoitu syitä eri näkökulmista. 1p=kuvattu ongelma, mutta analysoitu syitä vain yhdestä näkökulmasta. 0p=kuvattu ongelma, mutta ei analysoitu ongelman syitä. |
| Ohjelman tavoitteiden kuvaaminen: määritetään halutut vaikutukset ja lopputulokset tarkasti eri tasoilla (yksilö, yhteisö, organisaatio, yhteiskunta) ja ajassa (pitkä tai lyhyt aikaväli). | Hankehakemus: kohta, jossa kysytään aiheesta. | 2p= tavoitteita väh. kahdella tasolla ja kahdessa ajassa. 1p=tavoitteita mutta vain yhdellä tasolla tai yhdessä ajassa. 0p=tavoitteissa ei huomioida tasoja tai aikaa. |
| Ohjelman sisältöjen suunnitleminen: suunnitellaan ohjelman tavoitteita tukevat menetit ja strategiat, toimien järjestys sekä materiaalit. | Hankehakemus: kohta, jossa kysytään aiheesta. | 2p=menetdit ja strategiat tukevat tavoitteita. Menetdit ja strategiat sekä toimien järjestys ja materiaalit on suunniteltu. 1p=menetdit ja strategiat tukevat tavoitteita. Menetdit ja strategiat on suunniteltu, mutta ei materiaaleja ja/tai toimien järjestystä. 0p=menetdit ja strategiat eivät tue tavoitteita tai niitä ei ole suunniteltu. |
| Ohjelman sisältöjen suunnitleminen: jokainen ohjelman osa perustuu vaikuttaviin teoreettisiin menetelmiin. | Hankehakemus: ei kohtaa, jossa kysytään aiheesta, joten valittiin lähimpänä aihetta oleva kohta. Vuosien 2017–2018 hankehakemuksissa on kohta, joka liittyy aiheeseen. | 2p=ohjelma perustuu vaikuttaviin teoreettisiin menetelmiin. 1p=ohjelma perustuu teoreettiseen menetelmään, jonka vaikuttavuutta selvitetään hankkeessa. TAI osa ohjelmaa perustuu näyttöön. 0p=ohjelma ei perustu vaikuttaviin teoreettisiin menetelmiin eikä menetelmän vaikuttavuutta selvitetä. |
| Ohjelman sisältöjen suunnitleminen: kuvataan ohjelmassa tarvittavat ja käytettävissä olevat resurssit. | Hankehakemus: kohta, jossa kysytään aiheesta. | 2p=kuvataan resurssien tarve ja käytettävissä olevat resurssit. 1p=kuvataan resurssien tarve tai olemassa olevat resurssit. 0p=ei kuvata kumpaakaan. |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Ohjelman omaksumis- ja toimeenpanosuunnitelman laatiminen: yksityiskohtainen suunnitelma siihen, kuinka ohjelman toteuttajatahot saadaan omaksumaan ohjelma osaksi toimintaansa ja toteuttamaan ohjelma suunnitellulla tavalla: huomioidaan toteuttajien riittävät materiaaliset/rahalliset resurssit, taidot ja sitoutumisen taso.</p> | <p>Hankehakemus: ei kohtaa, jossa kysytään aiheesta, joten valittiin lähimpänä aihetta oleva kohta.</p> | <p>2p=omaksumis- ja toimeenpanosuunnitelmassa huomioidaan hanke-toimien toteuttajien resurssit, taidot ja sitoutumisen taso. 1p= omaksumis- ja toimeenpanosuunnitelmassa huomioidaan hanke-toimien toteuttajien resurssit, taidot tai sitoutumisen taso. 0p=omaksumis- ja toimeenpanosuunnitelmaa ei ole.</p> |
| <p>Ohjelman ylläpitosuunnitelman laatiminen: yksityiskohtainen suunnitelma siihen, kuinka ohjelma saadaan juurtumaan toteuttajatahojen toimintaan ohjelman päättymisen jälkeen. Huomioidaan toteuttajien riittävät resurssit, taidot ja sitoutumisen taso.</p> | <p>Hankehakemus: kohta, jossa kysytään aiheesta.</p> | <p>2p=juurtumissuunnitelmassa huomioidaan resurssit, taidot ja sitoutuminen. 1p=juurtumissuunnitelmassa huomioidaan hanketoimien toteuttajien resurssit, taidot tai sitoutumisen taso. 0p=juurtumissuunnitelmaa ei ole.</p> |
| <p>Arviointisuunnitelman laatiminen: tarkennetaan ja viimeistellään arviointisuunnitelma, joka sisältää arviointikysymykset ja mittarit ohjelman tavoitteille ja toimille.</p> | <p>Hankehakemus: kohta, jossa kysytään aiheesta.</p> | <p>2p=arviointisuunnitelmassa on johdonmukaiset arviointikysymykset ja mittarit väh. ¾ hankkeen tavoitteista ja toimista. 1p=arviointisuunnitelmassa on johdonmukaiset arviointikysymykset ja mittarit väh. puolelle hankkeen tavoitteista ja toimista.</p> |
| <p>Lopputulсарviointin tekeminen: arvioidaan ohjelman välittömiä vaikutuksia osallistujille ja niiden ylläpitoa eli säilymistä pitkällä aikavälillä.</p> | <p>Loppuselvytys: kohta, jossa kysytään asiasta ja kohta, joka liittyy aiheeseen.</p> | <p>2p=kuvataan välittömät ja pitkän aikavälin vaikutukset. 1p=kuvataan välittömät tai pitkän aikavälin vaikutukset. 0p=ei kuvata vaikutuksia.</p> |
| <p>Lopputulсарviointin tekeminen: arvioidaan ohjelman kustannusvaikuttavuus.</p> | <p>Loppuselvytys: kohta, jossa kysytään asiasta.</p> | <p>2p=laskettu kustannusvaikuttavuutta. 1p=kuvailtu kustannusvaikutuksia sanallisesti ja numeraalisesti. 0p=kuvailtu kustannusvaikutuksia ainoastaan sanallisesti tai ei ollenkaan.</p> |
| <p>Prosessiarviointin tekeminen: arvioidaan ohjelman tavoitettavuutta, eli ohjelmaan osallistuvien ihmisten absoluuttista määrää, osuutta kaikista heistä, jotka olisivat voineet osallistua ja edustavuutta, eli sitä, vastaavatko osallistujat demografisilta tekijöiltään heitä, jotka olisivat voineet osallistua ohjelmaan.</p> | <p>Loppuselvytys: kohta, jossa kysytään asiasta.</p> | <p>2p=arvioitu osallistujien määrää, osuutta kaikista heistä, jotka olisivat voineet osallistua ja edustavuutta. 1p= arvioitu osallistujien määrää ja osuutta tai edustavuutta. 0p=arvioitu osallistujien määrää mutta ei osuutta tai edustavuutta.</p> |
| <p>Prosessiarviointin tekeminen: arvioidaan ohjelman omaksumista ja toimeenpanoa sekä ylläpitoa toteuttajatahoilla. Omaksumisesta ja toimeenpanosta arvioidaan niiden tahojen määrää, osuutta ja edustavuutta, jotka</p> | <p>Loppuselvytys: ei kohtaa, jossa kysytään aiheesta, joten valittiin lähimpänä aihetta olevat kohdat.</p> | <p>2p=arvioidaan omaksumista ja toimeenpanoa; sitä, miksi ohjelmaa toteutetaan tai ei toteuteta; sekä ylläpitoa.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>omaksuivat ohjelman toteuttamisen ja sitä, millä laajuudella ja tarkkuudella ohjelmaa toteutettiin niin kuin suunniteltiin. Lisäksi arvioidaan, miksi ohjelmaa toteutetaan tai ei toteuteta.</p> <p>Ylläpidosta arvioidaan ohjelman toteuttamisen juurtumista organisaatiotasolle osaksi rutiinitoimintaa ohjelman päättymisen jälkeen</p> <p>Arvioinnin tekeminen: luotettavan näytön käyttäminen arvioinnin ja sen johtopäätösten tukena.</p> | | <p>1p=arvioidaan väh. kahta yllämainittua.</p> <p>0p=arvioidaan korkeintaan yhtä yllämainittua.</p> |
| | <p>Loppuselvitys: ei kohtaa, jossa kysytään aiheesta, joten valittiin lähimpänä aihetta olevat kohdat.</p> | <p>2p=arviointi perustuu seurattaviin kyselyihin, haastatteluihin, tai muuhun relevanttiin määrälliseen dataan.</p> <p>1p=arviointi perustuu kyselyihin, haastatteluihin tai muuhun dataan, jota ei seurata.</p> <p>0p=arviointi perustuu satunnaisiin palautteisiin tai asiasta ei ole mainintaa.</p> |
| <p>Arvioinnin tekeminen: varmistetaan, että arviointiprosesseja sekä sen löydöksiä käytetään ja jaetaan arvioinnin kautta opittuja asioita eteenpäin.</p> | <p>Loppuselvitys: ei kohtaa, jossa kysytään aiheesta, joten valittiin lähimpänä aihetta olevat kohdat.</p> | <p>2p= kuvataan, kuinka arviointiprosesseja ja siitä opittuja asioita a) käytetään ja b) jaetaan eteenpäin (muuallekin kuin loppuselvitykseen).</p> <p>1p= joko a) tai b)</p> <p>0p= ei kumpaakaan.</p> |
| <p>Sidosryhmien osallistaminen kaikissa vaiheissa: ohjelman sidosryhmät osallistetaan ohjelman suunnitteluun ja arviointiin heti alusta alkaen.</p> | <p>Hankehakemus: kohta, jossa kysytään aiheesta ja kohdat, jotka liittyvät aiheeseen.</p> | <p>2p=väh. yksi sidosryhmä mukana hankkeen suunnittelussa ja arvioinnissa (muutoinkin kuin vain informanttina), joista väh. toisessa on mukana useampi kuin yksi sidosryhmä.</p> <p>1p=väh. kaksi sidosryhmää mukana hankkeen suunnittelussa tai arvioinnissa (muutoinkin kuin vain informanttina), tai yksi sidosryhmä mukana molemmissa.</p> <p>0p=korkeintaan yksi sidosryhmä mukana hankkeen suunnittelussa tai arvioinnissa (muutoinkin kuin vain informanttina).</p> |

Otin mukaan terveyden edistämisen arviointiperiaatteiden kriteeristöön kunkin arviointiperiaatteen vaiheen tai yleisen periaatteen keskeisimmät sisällöt. Jos keskeisiä sisältöjä oli paljon, eikä niitä voinut luontevasti yhdistää keskenään, tein vaiheesta useamman erillisen kohdan kriteeristöön. Arviointiperiaatteiden yleisistä periaatteista jätin pois kriteeristöä hankkeiden suorittamisen vapaan järjestyksen, sillä tämän periaatteen toteutumista ei pystytä hankkeista jälkikäteen arvioimaan.

Arviointiperiaatteiden neljä ensimmäistä vaihetta ja yleisen periaatteen arvioin hankkeiden hankehakemuksista, koska näissä arviointiperiaatteiden kohdissa suunnitellaan toteutettavaa

hanketta. Arviointisuunnitelman laatiminen -kohtaa arvioin sekä hankehakemuksista että loppuselvityksistä, koska tässä vaiheessa huomio kiinnittyy arvioinnin suunnittelemisen lisäksi sen toteuttamiseen. Loppuselvityksen perusteella tarkasteltavat sisällöt nimesinkin kriteeristöön uudelleen ”arviointin tekemiseksi”.

Merkitsin kriteeristöön myös sen, oliko arviointiperiaatteen vaiheelle tai yleiselle periaatteelle omaa kohtaansa lomakkeissa, jotta pystyin analysoimaan myös sitä, onko tällä vaikutusta kunkin vaiheen ja yleisen periaatteen toteutumiseen. Osaan vaiheista ja yleisestä periaatteesta löytyi hankehakemuksista ja loppuselvityksistä niiden nimiä vastaavat kohdat, josta tietoja voitiin etsiä, kun taas joidenkin vaiheiden kohdalla arviointiperiaatetta vastaavaa kohtaa ei ollut. Jälkimmäisissä tapauksissa luin hankehakemuksia ja loppuselvityksiä tarkkaan, jotta löysin kohdat, joista arviointiperiaatteiden vaiheeseen löytyy edes joitain sisältöjä. Koska vuoden 2016 ja 2017–2018 hankkeiden hankehakemuslomakkeet eroavat toisistaan, ei kaikissa kohdissa ollut mahdollista etsiä tietoja täysin samoista kohdista. Suurin osa eroavaisuuksista oli vain kohtien nimissä ja kohtaa tarkentavien kysymysten määrässä, joita oli enemmän vuosien 2017–2018 hakemuspohjissa. Lisäksi uudemmissa hankehakemuksissa oli myös yksi käyttämäni kohta, jota ei ollut vuoden 2016 hakemuksessa.

Käytin analyysin apuna kvantifiointia, eli analyysin jatkamista tuottamalla sanallisen tiedon ohelle myös määrällistä tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 119, 121) pisteyttämällä arviointiperiaatteiden toteutumisen. Loin kuhunkin kriteeristön kohtaan pisteytyskriteerit arviointiperiaatteiden sisältöjen pohjalta välille 0–2. Kaksi pistettä sai, jos hanke täytti kohdan sisällöt, yhden pisteen sai, jos hanke täytti kohdan sisällöt osittain ja nolla pistettä sai, jos hanke täytti kohdan sisällöt heikosti tai ei ollenkaan. Yhdessä kohdassa (luotettavan näytön käyttö arvioinnin ja sen johtopäätösten tukena) laadin myös itse kriteerit arviointiperiaatteiden ulkopuolelta mahdollistamaan hankkeiden arvioimisen määrittelemällä, mitä luotettava näyttö.

Arviointiperiaatteiden sisältöjen toteutumisen pisteyttämisen jälkeen laskin kunkin arviointiperiaatteen vaiheen ja yleisen periaatteen saamat yhteispisteet, jotka asettuivat 0 ja 22 välille. Jaoin tämän pistevälin kolmeen osaan arvioidakseni, miten eri arviointiperiaatteet hankkeissa toteutuvat. Luokittelin vaiheiden ja yleisen periaatteen toteutumisen siten, että 0–7 pistettä saavat

toteutuvat heikosti, 8–15 pistettä saavat kohtalaisesti ja 16–22 pistettä saavat hyvin. Sellaisten vaiheiden kohdalla, jotka oli jaettu useampaan osaan kriteeristössä, laskin keskiarvon ja määritin vaiheen toteutumisen tämän keskiarvon mukaan. Teorialähtöisen analyysin teosta löytyy esimerkki liitteestä 7, jossa on esillä, mistä kohtaa hankehakemusta tiedot on kerätty ja minkä ilmaisujen pohjalta annettuun pisteytykseen on päädytty.

7 TULOKSET

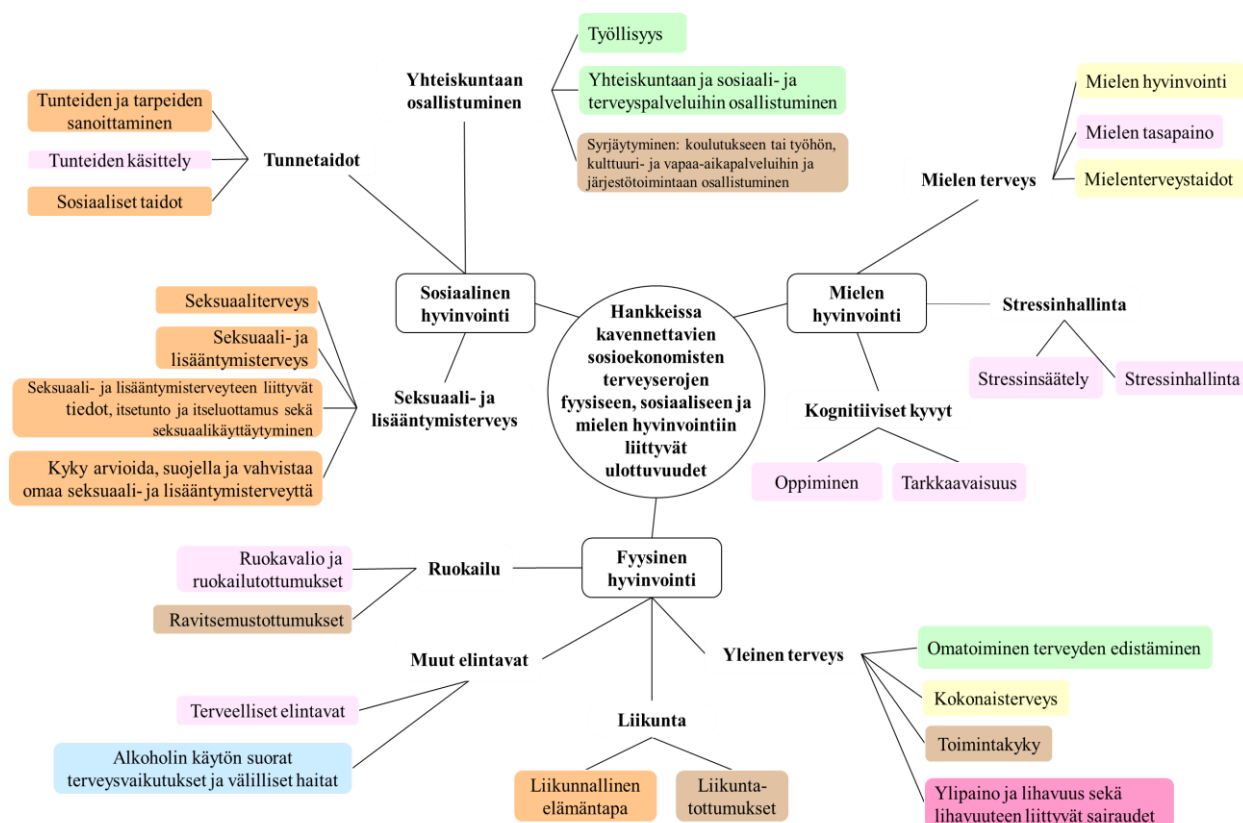
Tutkimuksen tulokset kuvataan tässä luvussa tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä. Ensimmäisessä alaluvussa kuvataan ensimmäisen tutkimuskysymyksen tulokset, toisessa alaluvussa toisen tutkimuskysymyksen tulokset ja niin edelleen. Alaluvuissa 7.1, 7.2 ja 7.4 kuvataan tulosten kohdalla suluissa sen hankkeen numero, johon kussakin tuloksessa viitataan.

7.1 Hankkeissa kavennettavat sosioekonomiset terveyserot

Hankkeet pyrkivät kaventamaan eri hyvinvoinnin ja terveyden osa-alueisiin liittyviä sosioekonomisia terveyseroja, ja lisäksi hankkeet keskittyvät eri kohderyhmiin näiden erojen kaventamisessa (kuvio 3). Osa hankkeista pyrkii vaikuttamaan tiettyyn kohderyhmään (2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12), kun taas osa keskittyy useamman kohderyhmän terveyserojen kaventamiseen (1, 3, 7). Samoin on hyvinvoinnin ja terveyden osa-alueiden kanssa: osa hankkeista keskittyy yhteen (4, 6, 7, 9, 11, 12), kun taas osa keskittyy useaan eri osa-alueeseen (1, 2, 3, 5, 8, 10). Ne sosioekonomiset terveyserot, joita hankkeet pyrkivät kaventamaan, ovat erot fyysisessä hyvinvoinnissa, mielen hyvinvoinnissa ja sosiaalisessa hyvinvoinnissa (kuvio 3).

Kohderyhmät, joiden sosioekonomisia terveyseroja pyritään kaventamaan ovat lapset, nuoret, työttömät ja muut. Lasten terveyseroja kaventamaan pyrkivät hankkeet kohdentuvat päiväkotikäisiin (5), alakoululaisiin (12), 12–15-vuotiaisiin koululaisiin (2), aikuissosiaalityön pitkäaikaisasiakkaiden ja sosiaali- ja perhepalvelujen asiakkaiden lapsiin (1) sekä kaikkiin kunnan lapsiin (7). Nuorten terveyseroja kaventamaan pyrkivät hankkeet kohdentuvat 15–18-vuotiaisiin nuoriin ja 18–35-vuotiaisiin nuoriin aikuisiin, erityisesti miehiin (9), ammattikoululaisiin nuoriin (4), erityistä tukea tarvitseviin neurokognitiivisia ja muita vammoja sekä diagnooseja omaaviin vielä liikkumattomiin nuoriin (11), syrjäytymisuhan alla oleviin 18–29-vuotiaisiin nuoriin miehiin (10) sekä kaikkiin kunnan nuoriin (7).

Työttömien terveyseroja kaventamaan pyrkivät hankkeet kohdentuvat pitkäaikaistyöttömiin (1), pitkäaikaistyöttömiin työikäisiin ja ikääntyneisiin, jotka asuvat sosioekonomisesti heikolla asuinalueella (3) ja työttömiin alkoholia liikaa käyttäviin työikäisiin (6). Muut kohderyhmät tarkoittavat aikuissosiaalityön pitkäaikaisasiakkaita ja sosiaali- ja perhepalvelujen asiakkaita (1), työikäisiä ja ikääntyneitä sosioekonomisesti heikolla asuinalueella asuvia maahanmuuttajia (3) sekä pitkäaikaissairaita ja heikentyneen toimintakyvyn omaavia ikäihmisiä (8), joihin hankkeiden toimet myös kohdistuvat.



KUVIO 3. Hankkeissa kavennettavat sosioekonomiset terveyserot. Eri värein esitetään kohderyhmät, joiden terveyseroja pyritään kaventamaan. Värien selitykset: sininen=työttömät; vaaleanpunainen=lapset; oranssi=nuoret; keltainen=muut; ruskea=sekä lapset, työttömät että muut; vihreä=sekä muut että työttömät; pinkki=sekä lapset että nuoret.

7.1.1 Fyysinen hyvinvointi

Fyysiseen hyvinvointiin keskittyvät hankkeet pyrkivät kaventamaan liikuntaan, ruokailuun, muihin elintapoihin ja yleiseen terveyteen liittyviä sosioekonomisia terveyseroja (kuvio 3). Liikunnan saralla keskitytään liikuntatottumuksiin (1) ja liikunnalliseen elämäntapaan (11). Ruokailussa keskitytään ravitsemustottumuksiin (1) sekä ruokavalioon ja ruokailutottumuksiin (12). Muilla elintavoilla tarkoitetaan alkoholin käytön suoriin terveysvaikutuksiin ja välillisiin haittoihin, kuten työllistymisen vaikeuksiin (6) liittyviä eroja sekä yleisesti terveellisiä elintapoja (5). Yleiseen terveyteen puolestaan kuuluvat kokonaisterveys (8), toimintakyky (1), oma-toiminen terveyden edistäminen (3) sekä ylipaino ja lihavuus sekä lihavuuteen liittyvät sairaudet (7).

Fyysiseen hyvinvointiin keskittyviä hankkeita toteutetaan kaikille kohderyhmille: lapsille, nuorille, työttömille ja muille. Ruokailuun liittyvät toimet kohdentuvat lapsille, työttömille ja muille, ja muihin elintapoihin liittyvät toimet kohdentuvat lapsille ja työttömille. Liikuntaan sekä yleiseen terveyteen liittyvät toimet kohdentuvat kaikille kohderyhmille.

7.1.2 Mielen hyvinvointi

Mielen hyvinvointiin keskittyvät hankkeet jakautuvat kaventamaan mielen terveyteen, kognitiivisiin kykyihin ja stressinhallintaan liittyviä sosioekonomisia terveyseroja (kuvio 3). Mielen terveydessä pyritään kohentamaan mielen tasapainoa (2), mielenterveystaitoja (8) ja mielen hyvinvointia (8). Kognitiivisissa kyvyissä pyritään kohentamaan tarkkaavaisuutta (2) ja oppimista (5). Stressinhallintaan puolestaan kuuluu yleisesti stressinhallinta (2) sekä stressinsäätely (5).

Mielen hyvinvointiin keskittyviä hankkeita toteutetaan lapsille ja muille. Mielen terveyteen liittyviä hankkeita toteutetaan näistä kummallekin ryhmälle, kun taas stressinhallintaan ja kognitiivisiin kykyihin keskittyviä hankkeita toteutetaan vain lapsille.

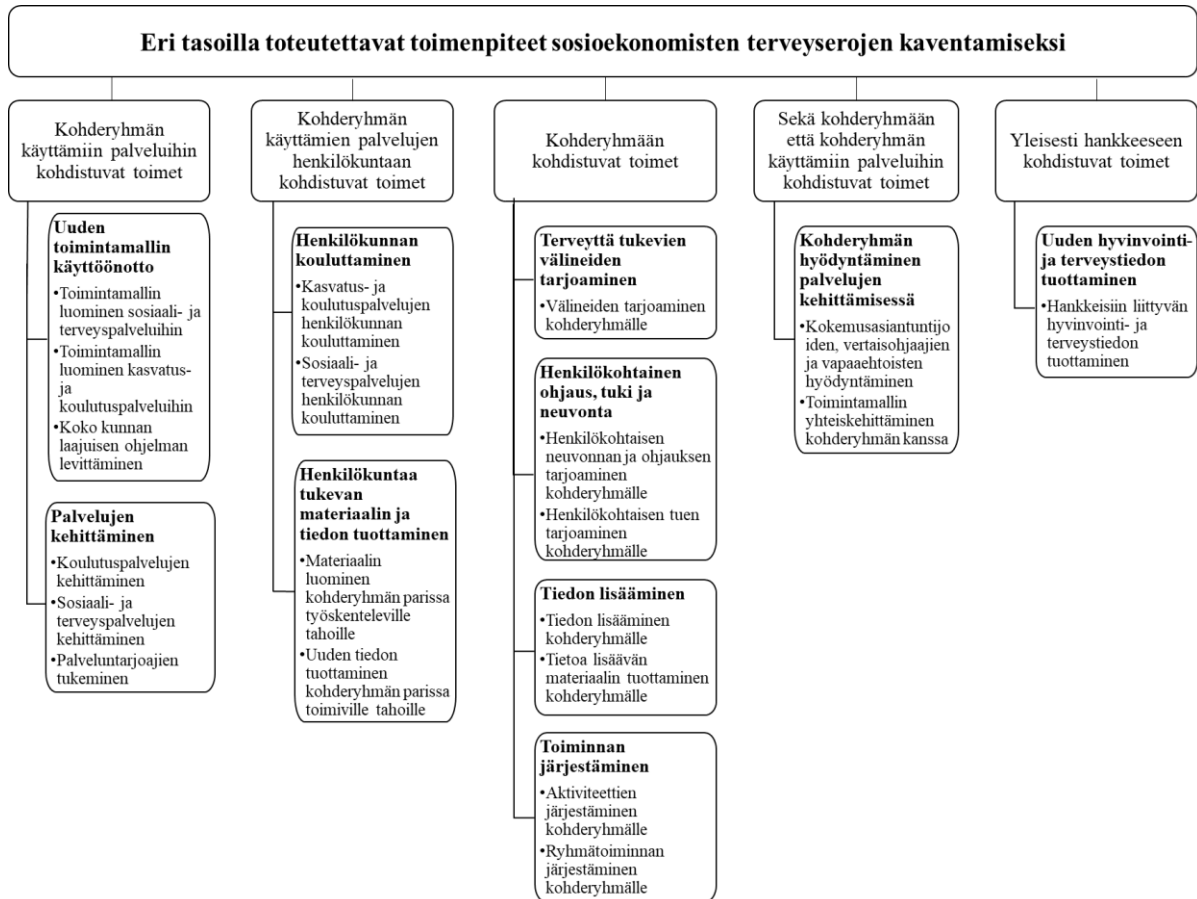
7.1.3 Sosiaalinen hyvinvointi

Sosiaaliseen hyvinvointiin keskittyvät hankkeet pyrkivät kaventamaan yhteiskuntaan osallistumiseen, seksuaali- ja lisääntymisterveyteen sekä tunnetaitoihin liittyviä sosioekonomisia terveyseroja (kuvio 3). Yhteiskuntaan osallistumisen hankkeet jakautuvat syrjäytymiseen, eli koulutukseen tai työhön, kulttuuri- ja vapaa-aikapalveluihin ja järjestötoimintaan osallistumiseen (1), työllisyyteen (3) sekä yhteiskuntaan ja sosiaali- ja terveystalveluihin osallistumiseen (3) liittyviin terveyseroihin. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden hankkeet keskittyvät yleisesti seksuaaliterveyden (10) ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden (4, 9) eroihin. Lisäksi keskitytään seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviin tietoihin, itsetuntoon ja itsetuottamukseen sekä seksuaalikäyttäytymiseen (4) sekä kykyyn arvioida, suojella ja vahvistaa omaa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä (9). Tunnetaitoihin liittyvissä eroissa keskitytään tunteiden käsittelyyn (2), tunteiden ja tarpeiden sanoittamiseen (10) sekä sosiaalisiin taitoihin (10).

Sosiaaliseen hyvinvointiin liittyviä sosioekonomisia terveyseroja kavennetaan kaikilla kohde-ryhmillä. Yhteiskuntaan osallistumisen eroihin keskittyvät hankkeet kohdistuvat työttömiin sekä muihin, tunnetaitoihin keskittyvät hankkeet kohdistuvat nuoriin ja lapsiin, kun taas seksuaali- ja lisääntymisterveyteen keskittyvät hankkeet kohdentuvat nuoriin.

7.2 Toimenpiteet, joilla sosioekonomisia terveyseroja on pyritty kaventamaan

Sosioekonomisia terveyseroja pyritään kaventamaan hankkeissa eri tasoilla ja erilaisten toimenpiteiden avulla (kuvio 4). Nämä toimenpiteet kuvataan seuraavissa alaluvuissa. Erilaisten toimenpiteiden ja niiden eri tasoille jakautumisen lisäksi hankkeiden toimenpiteet kohdentuvat eri sosioekonomisille ryhmille. Toimenpiteet kohdentuvat kolmella eri tavalla: universaalisti kaikille, selektiivisesti vain matalassa sosioekonomisessa asemassa oleville sekä osin universaalisti kaikille ja osin selektiivisesti vain matalassa sosioekonomisessa asemassa oleville.



KUVIO 4. Eri tasoilla toteutettavat toimenpiteet sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi.

Selektiiviset hankkeet toteuttavat toimia matalassa sosioekonomisessa asemassa oleville ihmisille. Hankkeiden toimet valitaan tai on valittu juuri tämän kyseenomaisen ryhmän tarpeita miettien ja toimet toteutetaan paikoissa, joissa juuri heidät tavoitetaan. Tällaisia hankkeita on viisi kappaletta (1, 3, 4, 6, 10), joista esimerkkinä seuraava hanke: ”Hankkeessa kehitetään kohderyhmän kanssa ratkaisuja syrjäytymisuhan alla olevien nuorten miesten seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja sosiaalisten taitojen edistämiseen.” (HH10).

Universaalit hankkeet toteuttavat samanlaiset toimet kaikille, sekä matalaan että korkeampaan sosioekonomiseen asemaan kuuluville. Universaaleissa hankkeissa toimenpiteiden toteutuspaikaksi on valittu paikat, joissa tavoitetaan kaikki valitun ikä- tai muun kohderyhmän edustajat.

Universaaleita hankkeita on viisi kappaletta (2, 5, 7, 9, 12). Näistä kaksi hanketta (7 ja 9) ei perustele, miten hankkeiden keinot toimivat juuri alhaisen sosioekonomisen aseman ryhmällä verrattuna korkeamman sosioekonomisen aseman ryhmiin. Tästä esimerkkinä hanke, jossa väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamisen keinoksi kerrotaan seuraavaa: *”Tavoitteena on tuottaa malli, jonka avulla väestöryhmässä lapset ja nuoret ylipainoa ja lihavuutta voidaan vähentää. Neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, varhaiskasvatus sekä peruskoulu tavoittavat 100 % lapsiperheistä.”* (HH7).

Hankkeista kolme (2, 5 ja 12) puolestaan perustelee, kuinka hankkeiden keinot kaventavat juuri matalassa sosioekonomisessa asemassa olevien terveyttä, eli näiden voidaan nähdä selektiivisten hankkeiden ohella aidosti pyrkivän kaventamaan terveyseroja suhteellisen universalismin keinoin. Esimerkkinä hanke, jossa *”Erityishuomion kohteena ovat tekijät, jotka ovat yhteydessä matalan sosioekonomisen aseman lasten hyvinvointiin ja terveyteen. -- Toimintamalli toteutetaan samanlaisena kaikille interventioryhmille, mutta toimintamallin menetelmät tukevat varsinkin matalan sosioekonomisen aseman lasten hyvinvointia ja terveyttä”* (HH5).

Osin universaalien ja osin selektiivisten hankkeiden toimet on kohdennettu tietyille ryhmälle, mikä tekee niistä selektiivisiä. Universaalien hankkeista kuitenkin tekee se, että kohderyhmään ei ole tarkennettu kuuluvan vain matalassa sosioekonomisessa asemassa olevia ihmisiä, vaan todennäköisesti kohderyhmä pitää sisällään myös korkeammassa asemassa olevia. Näitä hankkeita on kaksi kappaletta (8, 11). Hankkeissa ei perustella sitä, miten valitut toimenpiteet toimivat juuri alhaiseen sosioekonomiseen asemaan kuuluvilla ihmisillä tai kuinka juuri heidät tavoitetaan muiden joukosta, eli näiden ei voi nähdä aidosti pyrkivän kaventamaan sosioekonomisia terveyseroja. Esimerkkinä hanke, jossa kohderyhmästä ja terveyserojen kaventamisen keinoista kerrotaan seuraavaa: *”Hanke kohdentuu iäkkäisiin ihmisiin, joilla on pitkäaikaissairaus, joiden riski on korkein kaikkein alimmissa sosioekonomisissa ryhmissä. – Hanke pyrkii vähentämään terveyseroja vahvistamalla mielen hyvinvointia kuten resilienssiä ja tukemalla kokonaisterveyttä niillä ihmisillä, joiden terveydentila on pysyvästi heikentynyt työikäisenä tai eläkeikäisenä.”* (HH8).

7.2.1 Kohderyhmän käyttämiin palveluihin kohdistuvat toimet

Uuden toimintamallin käyttöönotto. Uusi toimintamalli luodaan sosiaali- ja terveystalveluihin kunnille, järjestöille ja muille kohderyhmän parissa toimiville organisaatioille. Tavoitteena on kehittää kohderyhmälle tarjottavia palveluita, kuten seuraavassa esimerkissä: ”*kehitetään osallistava ryhmätoimintamalli, jonka avulla nuoret miehet opettelevat tarpeellisiksi kokemiaan sosiaalisia taitoja, tunne- ja vuorovaikutustaitoja sekä saavat seksuaaliterveys- ja väkivallattomuuskasvatusta.*” (HH10). Kasvatus- ja koulutuspalveluissa toimintamalli luodaan päiväkotiympäristöön, kouluille ja oppilaitoksille edistämään hankkeiden teemojen käsittelyä. Seuraavassa esimerkissä kuvataan hankkeen keskeisenä tuotoksena: ”*valtakunnallinen toimintamalli ammattioppilaitosympäristöön opiskelijoiden innostamiseksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsittelyyn.*” (HH4). Yhdessä hankkeessa puolestaan mallinnetaan hyväksi havaittu koko kunnan laajuinen ohjelma muidenkin kuntien käyttöön edistämään asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia: ”*Hankkeessa mallinnetaan -- kaupungin monialainen -- ohjelma muihin kuntiin levitettävään muotoon*” (HH7).

Palvelujen kehittäminen. Hankkeissa kehitetään sosiaali- ja terveystalveluja, koulutuspalveluja ja tuetaan palveluntarjoajia. Sosiaali- ja terveystalveluissa kehitetään järjestöjen ja asumisyksiköiden toimintaa, ylipäätään sosiaali- ja perhepalveluita ja työttömien terveystarkastuksia sekä alueellisia terveystalveluja kohdeasuinalueilla. Seuraavassa esimerkissä kuvataan, mitä ollaan tekemässä alueellisten terveystalvelujen kanssa: ”*Hankkeen tavoite on vakiinnuttaa kaupunkiin terveystietotupaverkosto, jossa vuosikello (=kuukausittainen teemaohjelma) suunnitellaan yhdessä käyttäjien, paikallisyhdistysten ja välityömarkkinatoimijoiden kanssa.*” (HH3). Koulutuspalvelujen kehittämiseksi tarjotaan kouluille ja oppilaitoksille toimintatapoja, osaamista ja tietoutta edistää lasten ja nuorten terveyttä, kuten seuraavassa hankkeessa: ”*--malli tekee ruokakasvatuksen näkyväksi kouluissa ja sitouttaa koko koulun ottamaan ruokakasvatuksen keskeiseksi osaksi koulun jatkuvaa perustoimintaa.*” (HH12). Palveluntarjoajia, eli kuntia ja järjestöjä, tuetaan tekemään terveyttä edistävää toimintaa. Konkreettinen mainittu tuen

muoto on yhteistyörakenteiden perustaminen: ”Yhteistyörakenteiden luominen pirstaleisessa toimintaympäristössä: kunta – sote-alue – kolmas sektori – yhteisöt ja asukkaat.” (HH7).

7.2.2 Kohderyhmän käyttämien palvelujen henkilökuntaan kohdistuvat toimet

Henkilökunnan kouluttaminen. Kasvatus- ja koulutuspalvelujen henkilökuntaa, erityisesti opettajia, koulutetaan muun muassa täydennyskoulutuskokonaisuuden ja koulutustapahtumien avulla, kuten seuraavassa esimerkissä: ”*tutkimuksen jäsenet kouluttavat nyt jo opettajille tietoisuustaitoja joko täydennyskoulutuksena tai VeSo-päivien [opettajien suunnittelu- ja koulutuspäivät] yhteydessä.*” (HH2). Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen henkilökuntaa puolestaan koulutetaan hankkeen teemoista sekä lisätään tietoa toteutettavista uusista toimintatavoista ja palveluista. Koulutuskeinona käytetään muun muassa asiantuntijaohjaajan opastusta, seminaareja, laajaa osaamisverkostoa ja ammattilaisten tukemista uusien toimintatapojen käytännön omaksumiseksi. Seuraavassa esimerkki tiedon lisäämisestä uusiin toimintatapoihin liittyen: ”*Koulutusmateriaalit sekä henkilökunnan että kokemusasiantuntijoiden kouluttamiseksi suunnitellaan yhteiseen käyttöön. Uusista ryhmäkokeiluista, kuten liikunta- ja ruoanvalmistusryhmästä tehdään sähköinen ja tarvittaessa myös painettu opas asiakkaille ja työntekijöille*” (HH1).

Henkilökuntaa tukevan materiaalin ja tiedon tuottaminen. Kohderyhmän parissa työskenteleville tahoille luodaan konkreettisia välineitä sekä tietopaketteja terveyttä edistävän työnteon tukemiseksi. Välineet ovat oppimateriaalia kouluille, erilaisia tehtäviä, harjoitteita ja kurssi- ja valmennuskokonaisuuksia järjestöjen käyttöön sekä puheeksioton apuvälineitä sosiaali- ja terveysvastaanoitoille, ohjaajille ja opettajille. Tietopaketit ovat julkisesti sähköisesti saatavilla olevia koulutussisältöjä, tietoa kokoavia oppaita sekä oppaita kehitetyn toimintamallin käyttöön, kuten seuraavassa esimerkissä: ”*tuotetaan toimintamallin ohjauskirjat päiväkotijärjestöihin ja kotiympäristöihin. Ohjauskirjoissa esitellään erilaisia menetelmiä ja keinoja lasten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.*” (HH5). Kohderyhmän parissa toimiville tahoille tuotetaan hankkeissa myös uutta tietoa. Tämä tieto on ensinnäkin uutta tietoa hankkeessa edistettävän mallin toteuttamisesta ja sen vaikutuksista kunnille. Toiseksi tieto on uutta tutkittua tietoa, jolla tuetaan

kohderyhmän parissa toimivia tahoja – sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisia ja opettajia, josta esimerkkinä: ”*Materiaalien ja tiedon tuottaminen riskiryhmien kanssa asioivien asiakastyötä tekevien työntekijöiden tueksi alkoholinkäytön vähentämistarpeen tunnistamiseksi ja esille ottamiseksi.*” (HH6).

7.2.3 Kohderyhmään kohdistuvat toimet

Terveyttä tukevien välineiden tarjoaminen. Terveyttä tukevat välineet, joita kohderyhmälle tarjotaan, ovat omahoidon mittauspisteet, harjoitusvihot, mobiilisovellukset terveyttä edistävien harjoitteiden tekoon ja omaan terveyteen vaikuttavien tekijöiden arvioimiseksi sekä erilaiset sähköiset tuotteet hankkeen teemoista. Sähköisiä tuotteita ovat esimerkiksi: ”*sähköiset materiaalit; uudenlainen seli [seksuaali- ja lisääntymisterveys] -oppikirja, animaatiot, sovellukset kohderyhmien omaan käyttöön, PHC [Primary Health Care, perusterveydenhuolto] -seuranta-väline*” (HH9).

Henkilökohtainen ohjaus, tuki ja neuvonta. Kohderyhmälle tarjotaan henkilökohtaista neuvontaa, ohjausta ja yleisempää tukea. Neuvonta ja ohjaus on sosiaali- ja terveystaloudissa tapahtuvaa toimintaa, jossa tuetaan kohderyhmää heidän terveytensä ja hyvinvointinsa edistämiseksi. Esimerkki kohderyhmälle tarjottavista toimenpiteistä: ”*Yksilöity tuki ja opastus, Tukipalveluihin ohjaus tarvittaessa*” (HH10). Tuen tarjoaminen hankkeiden kohderyhmille puolestaan on monenlaista toimintaa, kuten päihteiden käytön vähentämiseen tukemista yhteistyökumppanien avulla, unelmakarttatyöskentelyä ja vertaistukihenkilöiden tarjoamista liikkumisen tueksi. Toisaalta tuki on myös hyvinvointia edistäviin palveluihin osallistumisen kynnyksen madaltamista konkreettisella passilla: ”*[Sosiaali- ja perhepalvelujen] Asiakkaille kehitetään passi, jolla he pääsevät kulttuuri- ja vapaa-ajantoimintaan maksutta.*” (HH1).

Tiedon lisääminen. Kohderyhmän tietoa lisätään sekä yleisesti että erilaisen materiaalin avulla. Yleistä tiedon lisäämistä on kohderyhmälle tarjottava terveys- ja hyvinvointitieto sekä tietois- kujen laatiminen ja hankkeen aiheista tiedottaminen, kuten seuraavassa esimerkissä:

”Tiedottaminen [liikunta]vaihtoehtoista erityistukea tarvitsevien ehdoilla” (HH11). Kohderyhmälle tuotettava heille kohdennettu tietoa lisäävä materiaali on terveystietomateriaalia, viestintämateriaalia ja tietoa heille sopivasta palvelutarjonnasta ja toiminnasta. Seuraavassa esimerkki terveystietomateriaalista: *”Hanke tuottaa omaa terveystietomateriaalia yhteistyössä terveys- ja sosiaalialan opiskelijoiden kanssa liittyen hyvinvoinnin kolmioon lepo – liikunta – ravinto sekä päihteettömyys” (HH3).*

Toiminnan järjestäminen. Kohderyhmälle järjestetään erilaisia aktiviteetteja ja ryhmätoimintaa. Aktiviteettina järjestetään sosiaali- ja terveyspalveluissa liikunta- ja kulttuuritoimintaa, tapahtumia sekä panostetaan kuukausittaisiin teemaohjelmiin. Muualla aktiviteetteina toimivat muun muassa kohderyhmän itse ideoimien kokeilujen toteuttaminen sekä tilaisuudet, joissa tarjotaan kohderyhmälle mahdollisuuksia osallistua liikunta-aktiviteetteihin ja saada opastusta liikuntaan liittyen. Jälkimmäisestä esimerkkinä hanke, jossa: *”järjestetään kokeiluja ja pilotteja [erityistukea tarvitseville vielä liikkumattomille nuorille], joiden perusteella löydetään kullekin omanlaisensa saumaton liikkumispolku--” (HH11).* Ryhmätoimintaa ovat sosiaali- ja terveyspalvelujen matalan kynnyksen liikunta- ja ruoanvalmistusryhmät, matalan kynnyksen pienryhmätoiminta sekä yhteisöpohjaiset ryhmät. Esimerkkinä yhdessä hankkeessa järjestettävä matalan kynnyksen pienryhmätoiminta, joka on: *”Fasilitoitu, osallistava ja matalakynnyksinen pienryhmätoiminta -- (2 tapaamista/vko, 2-4h/kerta).” (HH10).*

7.2.4 Sekä kohderyhmään että kohderyhmän käyttämiin palveluihin kohdistuvat toimet

Kohderyhmän hyödyntäminen palvelujen kehittämisessä. Kohderyhmää hyödynnetään palvelujen kehittämisessä hyödyntämällä kokemusasiantuntijoita, vertaisohjaajia ja vapaaehtoisia. Kokemusasiantuntijat, vertaisohjaajat ja vapaaehtoiset toimivat kohderyhmän tukena sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävän toiminnan järjestäjinä. Kokemusasiantuntijat toimivat kohderyhmän liikkumisen tukihenkilöinä sekä tukevat ja ohjaavat eteenpäin. Vertaisohjaajat ja vapaaehtoiset taas ohjaavat liikuntaryhmiä ja mielen hyvinvointia tukevia toimintoja, kuten

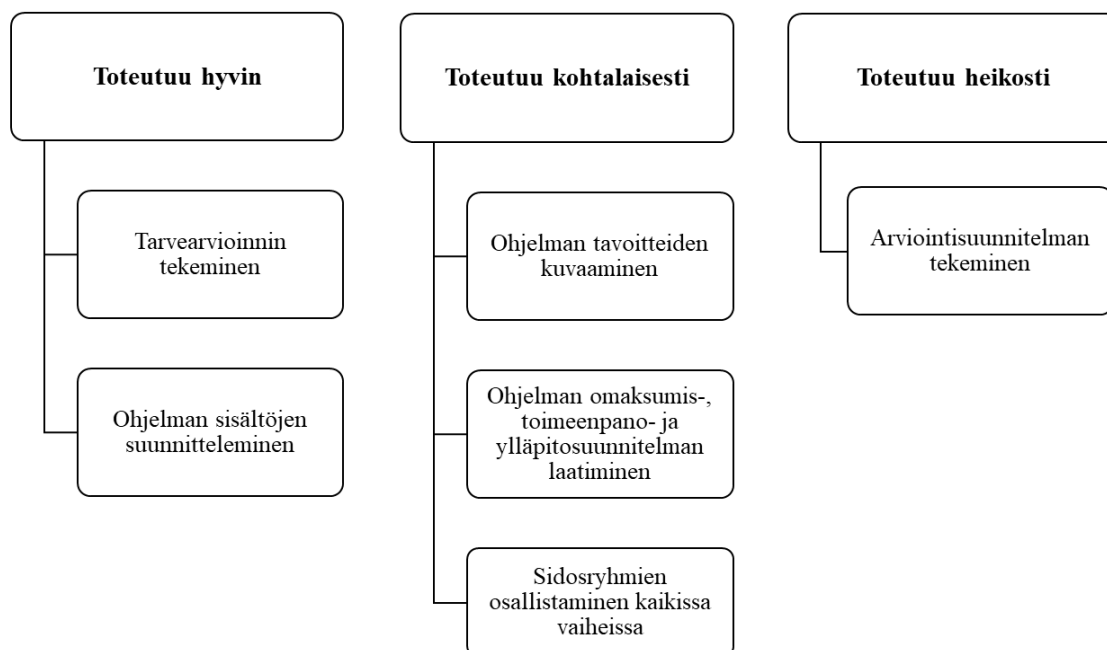
seuraavassa esimerkissä vertaisohjaajakoulutuksesta: ”*eläkeläisille kohdennettu koulutus väli-
neiden käyttöön, jotta he omassa toiminnassaan voivat edelleen kouluttaa ikäihmisiä. -- ver-
taisohtajaverkostosta poimitut osallistujat saavat [mielen hyvinvointia edistävästä] pakista
ns. täydennysmoduulin*” (HH8).

Toimintamallin yhteiskehittäminen kohderyhmän kanssa. Hankkeissa luotavien toimintamal-
lien yhteiskehittämisessä kohderyhmät pääsevät tuottamaan tietoa hankkeen teemoista ja niihin
tarttumisen keinoista. Kohderyhmät pääsevät ideoimaan kaipaamiaan palveluita, hankkeen tee-
mien käsittelyn toimintatapoja ja viestintää. Seuraavassa esimerkki tiedon sekä hankkeen tee-
maan tarttumisen keinojen tuottamisesta toimintamallin kehittämisessä: ”*Hankkeessa yhteiske-
hitetään työelämän ulkopuolella olevien työikäisten kanssa erityisesti työelämän ulkopuolisille
suunnattu yhteisöpohjainen toimintamalli alkoholinkäytön vähentämisen tueksi. -- Samalla
kohderyhmä tuottaa itse tietoa käyttämiensä palveluiden henkilökunnan tueksi alkoholinkäyt-
töä koskeviin vuorovaikutustilanteisiin.*” (HH6).

7.2.5 Yleisesti hankkeeseen kohdistuvat toimet

Uuden hyvinvointi- ja terveystiedon tuottaminen. Uutta hyvinvointi- ja terveystietoa tuotetaan
hankkeiden aiheisiin liittyvästä terveydestä ja hyvinvoinnista, niihin vaikuttavista tekijöistä ja
toimivista tavoista vaikuttaa näihin tekijöihin. Toisaalta uusi tieto on myös tietoa itse hank-
keesta ja sen vaikutuksista terveyteen ja hyvinvointiin. Esimerkkinä hankkeessa käytettävään
interventioon sekä sen käytettävyyteen, sovellettavuuteen ja vaikuttavuuteen liittyvä tiedon
tuottaminen: ”*hanke tuottaa tietoa tietoisuustaitoharjoitteiden, eli nuorille suunnatun ja Eng-
lannissa kehitetyn .b -kouluintervention sovellettavuudesta, käytettävyydestä ja vaikuttavuus-
desta nuorten 12–15-vuotiaiden koululaisten terveyden ja hyvinvoinnin suhteen.*” (HH2).

7.3 Terveyden edistämisen arviointiperiaatteiden toteutuminen hankkeissa



KUVIO 5. Terveyden edistämisen arviointiperiaatteiden toteutuminen hankkeissa.

Terveyden edistämisen arviointiperiaatteet toteutuvat hankkeissa keskimäärin kohtalaisesti (kuvio 5). Hyvin toteutuu tarvearvioinnin tekeminen ja ohjelman sisältöjen suunnitteleminen. Kohtalaisesti toteutuu ohjelman tavoitteiden kuvaaminen, ohjelman omaksumis-, toimeenpano- ja ylläpitosuunnitelman laatiminen sekä sidosryhmien osallistaminen kaikissa vaiheissa. Heikosti hankkeissa toteutuu arviointisuunnitelman tekeminen. Osa arviointiperiaatteista sisältää useita eri sisältöjä, jotka voivat toteutua eri tavoin kuin vaihe kokonaisuudessa, kuten on esimerkiksi ohjelman sisältöjen suunnittelemisessa ja arvioinnin tekemisessä (taulukko 3). Kunkin arviointiperiaatteen sisältöjen toteutuminen hankkeissa onkin nähtävissä tarkemmin taulukossa 3, jossa esitetään numeraalisesti kunkin arviointiperiaatteen vaiheen sisältöjen toteutuminen. Taulukossa on nähtävillä myös se, onko arviointiperiaatteista omaa kohtaa hankehakemuksen ja loppuselvityksen lomakepohjissa.

TAULUKKO 3. Arviointiperiaatteiden sisältöjen toteutuminen hankkeissa.

2p=toteutuu, 1p=toteutuu osittain, 0p=toteutuu heikosti tai ei ollenkaan. - = tietoja ei ollut (0p). Pisteet yht. kuvaa kunkin arviointiperiaatteen sisällön toteutumista: 0–7 pistettä=heikko, 8–15 pistettä=kohtalainen, 16–22 pistettä=hyvä. * = arviointiperiaatteen sisällölle on oma kohta lomakepohjassa, x = arviointiperiaatteen sisällölle ei ole omaa kohtaa lomakepohjassa.

| Arvioinnin kohta hanke | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 11 | 12 | Pisteet yht. | Toteutuminen |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|--------------|--------------|
| Tarvearvioinnin tekeminen: kuvataan se ongelma, johon ohjelma tulee vastaamaan ja analysoidaan ongelman syitä eri näkökulmista (kuten terveyden, elämänlaadun, käyttäytymisen ja ympäristön). * | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 21 | Hyvä |
| Ohjelman tavoitteiden kuvaaminen: määritetään halutut vaikutukset ja lopputulokset tarkasti eri tasoilla (yksilö, yhteisö, organisaatio, yhteiskunta) ja ajassa (pitkä tai lyhyt aika-väli). * | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 13 | Kohtalainen |
| Ohjelman sisältöjen suunnitleminen: suunnitellaan ohjelman tavoitteita tukevat menetot ja strategiat, toimien järjestys sekä materiaalit. * | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 16 | Hyvä |
| Ohjelman sisältöjen suunnitleminen: jokainen ohjelman osa perustuu vaikuttaviin teoreettisiin menetelmiin. x | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 10 | Kohtalainen |
| Ohjelman sisältöjen suunnitleminen: kuvataan ohjelmassa tarvittavat ja käytettävissä olevat resurssit. * | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 22 | Hyvä |
| Ohjelman omaksumis- ja toimeenpanosuunnitelman laatiminen: yksityiskohtainen suunnitelma siihen, kuinka ohjelman toteuttajatahot saadaan omaksumaan ohjelma osaksi toimintaansa ja toteuttamaan ohjelma suunnitellulla tavalla: huomioidaan toteuttajien riittävät materiaaliset/rahalliset resurssit, taidot ja sitoutumisen taso. x | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 11 | Kohtalainen |
| Ohjelman ylläpitosuunnitelman laatiminen: yksityiskohtainen suunnitelma siihen, kuinka ohjelma saadaan juurtumaan toteuttajatahojen toimintaan ohjelman päättymisen jälkeen. Huomioidaan toteuttajien riittävät resurssit, taidot ja sitoutumisen taso. * | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 15 | Kohtalainen |
| Arviointisuunnitelman laatiminen: tarkennetaan ja viimeistellään arviointisuunnitelma, joka sisältää arviointikysymykset ja mittarit ohjelman tavoitteille ja toimille. * | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 10 | Kohtalainen |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------|
| Lopputulosalvioinnin tekeminen: arvioidaan ohjelman välittömiä vaikutuksia osallistujille ja niiden ylläpitoa eli säilymistä pitkällä aikavälillä. * | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | Kohtalainen |
| Lopputulosalvioinnin tekeminen: arvioidaan ohjelman kustannusvaikuttavuus. * | 1 | 1 | 0 | - | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 5 | Heikko |
| Prosessiarvioinnin tekeminen: arvioidaan ohjelman tavoitettavuutta, eli ohjelmaan osallistuvien ihmisten absoluuttista määrää, osuutta kaikista heistä, jotka olisivat voineet osallistua ja edustavuutta, eli sitä, vastaavatko osallistujat demografisilta tekijöiltään heitä, jotka olisivat voineet osallistua ohjelmaan. * | 1 | 1 | 0 | - | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | Heikko |
| Prosessiarvioinnin tekeminen: arvioidaan ohjelman omaksumista ja toimeenpanoa sekä ylläpitoa toteuttajatahoilla. Omaksumisesta ja toimeenpanosta arvioidaan niiden tahojen määrää, osuutta ja edustavuutta, jotka omaksuivat ohjelman toteuttamisen ja sitä, millä laajuudella ja tarkkuudella ohjelmaa toteutettiin niin kuin suunniteltiin. Lisäksi arvioidaan, miksi ohjelmaa toteutetaan tai ei toteuteta. Ylläpidosta arvioidaan ohjelman toteuttamisen juurtumista organisaatiotasolle osaksi rutiinitoimintaa ohjelman päättymisen jälkeen. x | 2 | 0 | 1 | - | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 7 | Heikko |
| Arvioinnin tekeminen: luotettavan näytön käyttäminen arvioinnin ja sen johtopäätösten tukena. x | 2 | 2 | 2 | - | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 17 | Hyvä |
| Arvioinnin tekeminen: varmistetaan, että arviointiprosesseja sekä sen löydöksiä käytetään ja jaetaan arvioinnin kautta opittuja asioita eteenpäin. x | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | Heikko |
| Sidosryhmien osallistaminen kaikissa vaiheissa: ohjelman sidosryhmät osallistetaan ohjelman suunnitteluun ja arviointiin heti alusta alkaen. * | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 11 | Kohtalainen |

Sillä, onko arviointiperiaatteen sisällöstä omaa kohtaansa lomakepohjissa ei näytä olevan ainaakaan täysin selvää vaikutusta arviointiperiaatteen toteutumiseen. Sekä sellaisia, joilla on oma kohtansa lomakkeissa että sellaisia, joissa omaa kohtaansa lomakkeissa ei ole, löytyy nimittäin sekä hyvin, kohtalaisesti että heikosti toteutuvista arviointiperiaatteiden sisällöistä ja vaiheista. Kuitenkin arviointiperiaatteiden sisällöt, joilla on oma kohtansa lomakkeissa, ovat useammin hyvin toteutuneita kuin ne sisällöt, joilla omaa kohtaa lomakkeissa ei ole (taulukko 3). Seuraavaksi kuvataan tarkemmin kunkin arviointiperiaatteen sisältöjen toteutuminen hankkeissa.

Tarvearvioinnin tekeminen. Tarvearvioinnin tekeminen toteutuu hankkeissa kiitettävästi, sillä yhtä hanketta lukuun ottamatta kaikki onnistuvat kuvaamaan sen ongelman, johon ohjelma tulee vastaamaan ja analysoimaan ongelman syitä eri näkökulmista arviointiperiaatteiden mukaisesti.

Ohjelman tavoitteiden kuvaaminen. Ohjelman tavoitteiden kuvaaminen toteutuu hankkeissa kohtalaisesti. Suurimmassa osassa hankkeissa tarkkoja tavoitteita on useammilla eri tasoilla – niissä huomioidaan sekä yhteiskunnan, yhteisön, organisaation että yksilön tasot. Tavoitteet ovat useimmiten vain yhdessä ajassa, mikä tarkoittaa useimmiten sitä, että tavoitteiden aikajännettä ei määritetä. Kolmessa hankkeessa tavoitteita on kuitenkin eri tasoilla ja eri ajassa. Huomioitavat eri tasot ovat yhteiskunta, organisaatio ja yksilö, ja aikajänteenä on pian hankkeen alkaessa, yhden ja 2–3 vuoden päästä, ”pitkällä aikavälillä” sekä määrittelemättömän ajan kuluessa.

Ohjelman sisältöjen suunnitteleminen. Ohjelman sisältöjen suunnitteleminen toteutuu hankkeissa kokonaisuutena hyvin. Vaiheen kolmesta eri sisällöstä ensimmäinen - *ohjelman tavoitteita tukevien metodien ja strategioiden, toimien järjestyksen sekä materiaalien suunnitteleminen* - toteutuu hyvin. Metodit ja strategiat tukevat hankkeen tavoitteita kaikissa hankkeissa, kun taas eniten puutetta on toimien järjestyksen kuvaamisessa. Toinen sisältö - *jokaisen hankkeen osan pohjaaminen vaikuttaviin teoreettisiin menetelmiin* - toteutuu hankkeissa kohtalaisesti ja aiheuttaa hankkeiden välille hajontaa. Yleisintä on, että hanke ei perustu vaikuttaviin teoreettisiin menetelmiin eikä menetelmän vaikuttavuutta selvitetä hankkeessa, kun taas toiseksi yleisintä on ohjelman perustuminen vaikuttaviin teoreettisiin menetelmiin. Kaksi hanketta puolestaan perustuu teoreettiseen menetelmään, jonka vaikuttavuutta selvitetään hankkeessa tai osa ohjelmaa perustuu näyttöön. Kolmas sisältö - *ohjelmassa tarvittavien ja käytettävissä olevien resurssien kuvaaminen* - toteutuu hyvin, sillä jokainen hanke kuvaa resurssien tarpeen ja käytettävissä olevat resurssit.

Ohjelman omaksumis-, toimeenpano- ja ylläpitosuunnitelman laatiminen. Ohjelman omaksumis-, toimeenpano- ja ylläpitosuunnitelman laatiminen toteutuu hankkeissa sekä kokonaisuutena että kummankin eri sisällön kohdalla kohtalaisesti. Vaiheen ensimmäisessä sisällössä - *omaksumis- ja toimeenpanosuunnitelman laatimisessa siihen, kuinka ohjelman toteuttajatahot saadaan omaksumaan ohjelma osaksi toimintaansa ja toteuttamaan ohjelma suunnitellulla tavalla* - vain yhdessä hankkeessa huomioidaan hanketoimien toteuttajien riittävät materiaaliset tai rahalliset resurssit, taidot ja sitoutumisen taso. Yleisintä on, että hankkeissa huomioidaan näistä jokin osa-alue. Toinen sisältö - *ylläpitosuunnitelman laatiminen siihen, kuinka ohjelma saadaan juurtumaan toteuttajatahojen toimintaan ohjelman päättymisen jälkeen* - toteutuu hankkeissa hieman omaksumis- ja toimeenpanosuunnitelmaa paremmin. Neljässä hankkeessa huomioidaan toteuttajatahojen resurssit, taidot ja sitoutumisen taso ja lopuissa seitsemässä hankkeessa huomioidaan näistä jokin osa-alue.

Arviointisuunnitelman laatiminen. Arviointisuunnitelman laatimisen vaihe toteutuu hankkeissa kokonaisuudessaan heikosti. Sisällön ensimmäinen vaihe - *arviointisuunnitelman laatimisessa suunnitelman tarkentaminen ja viimeistely* - toteutuu kohtalaisesti. Yleisintä on, että hankkeilla on johdonmukaiset arviointikysymykset ja mittarit vain alle puolelle hankkeen tavoitteille. Neljällä hankkeella taas on johdonmukaiset arviointikysymykset ja mittarit vähintään ¾:lle hankkeen tavoitteista, mikä lasketaan hyväksi saavutukseksi.

Arvioinnin toteutukseen siirryttäessä vaiheen toinen sisältö - *lopputulosalvioinnin tekemisessä ohjelman välittömien vaikutusten ja niiden ylläpidon arvioiminen hankkeen osallistujilla* - toteutuu kohtalaisesti. Yksikään hanke ei kuvaa pitkän aikavälin vaikutuksia eikä kolme hankkeista itse asiassa mitään vaikutuksia. Suurin osa hankkeista kuitenkin arvioi hankkeen välittömiä vaikutuksia. Vaiheen kolmas sisältö - *lopputulosalvioinnin tekemisessä ohjelman kustannusvaikuttavuuden arviointi* - toteutuu heikosti. Suurin osa hankkeista ei esitä mitään numeraalista tietoa kustannusvaikutuksista, vaan ainoastaan arvioi niitä sanallisesti. Kolmessa hankkeessa taas esitetään joitain lukuja kustannusten arviointiin ja yksi hanke tekee kunnollisen kustannusvaikuttavuuslaskelman.

Vaiheen neljännessä sisällössä siirrytään prosessiarviointiin. *Prosessiarvioinnin tekemisessä* ohjelman tavoitettavuuden arviointi toteutuu heikosti, sillä suurin osa hankkeista ilmoittaa vain osallistujien absoluuttisen määrän. Neljässä hankkeessa kuvataan absoluuttisen määrän lisäksi sitä, mikä on osallistujien osuus kaikista heistä, jotka olisivat voineet osallistua hankkeeseen. Yhdessäkään hankkeessa ei arvioida edustavuutta eli sitä, vastaavatko osallistajat demografi-silta tekijöiltään heitä, jotka olisivat voineet osallistua ohjelmaan.

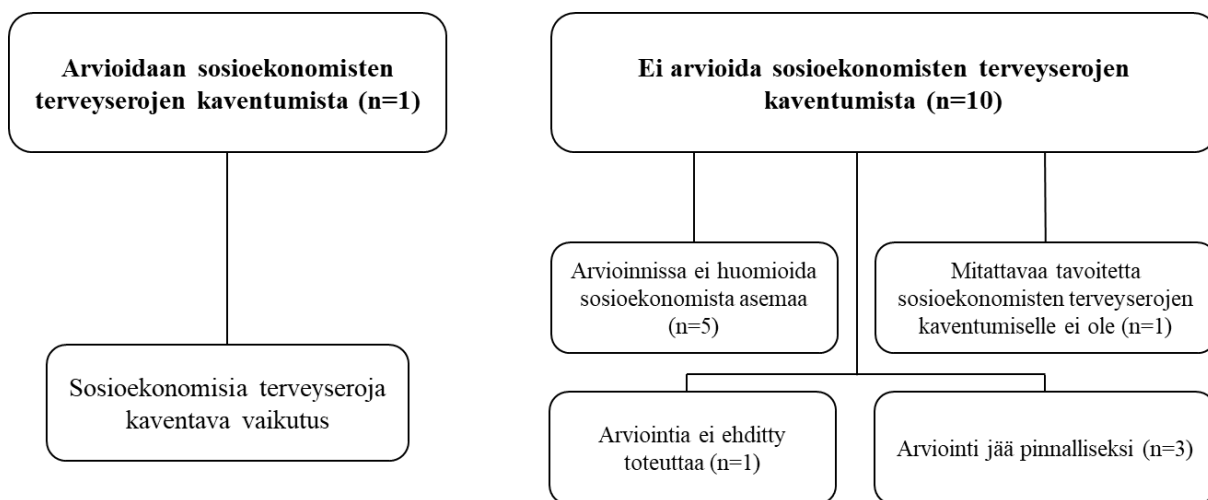
Vaiheen viidennessä sisällössä - *prosessiarvioinnin tekemisessä* - ohjelman omaksumista ja toimeenpanoa sekä ylläpitoa hanketoimien toteuttajatahoilla arvioidaan myös heikosti. Vain kaksi hanketta arvioi kaikkia sisältöjä, eli hanketoimien omaksumista ja toimeenpanoa, syitä sille, miksi hanketoimia toteutetaan tai ei toteuteta sekä hanketoimien ylläpitoa, eli toimien toteuttamista myös hankkeen päättymisen jälkeen hanketoimien toteuttajatahoilla. Kolme hanketta arvioi näistä kahta asiaa, kun taas yleisimmin arvioidaan näistä vain yhtä. Kolmessa hankkeessa ei arvioida mitään. Joka tapauksessa ne sisällöt, joita hankkeet arvioivat, ovat hanketoimien toteuttajien ja omaksujien määrä ja osuus, hanketoimien ylläpito sekä syyt sille, miksi hanketoimia toteutetaan tai ei toteuteta.

Vaiheen kuudes sisältö - *arvioinnin tekemisessä luotettavan näytön käyttäminen arvioinnin ja sen johtopäätösten tukena* - toteutuu hyvin. Seitsemässä hankkeessa arviointi perustuu seurattaviin kyselyihin, haastatteluihin, tai muuhun relevanttiin määrälliseen dataan, mikä on laadukkaan arvioinnin teon merkki. Kolmessa hankkeessa arviointi puolestaan perustuu kyselyihin, haastatteluihin tai muuhun dataan, jota ei seurata, mikä ei ole yhtä laadukasta arviointia. Vaiheen viimeinen sisältö - *arvioinnin tekemisessä sen varmistaminen, että arviointiprosesseja sekä sen löydöksiä käytetään ja jaetaan arvioinnin kautta opittuja asioita eteenpäin* - toteutuu heikosti. Vain yksi hanke kuvaa, kuinka arviointiprosesseja ja siitä opittuja asioita käytetään ja jaetaan eteenpäin, kun taas muut hankkeet eivät mainitse asiasta mitään.

Sidosryhmien osallistaminen kaikissa vaiheissa. Sidosryhmien osallistaminen kaikissa vaiheissa toteutuu hankkeissa kohtalaisesti. Suurimmassa osassa hankkeissa hankkeen

suunnittelussa on mukana useampi kuin yksi sidosryhmä, mutta hankkeen arvioinnissa sidosryhmiä ei osallisteta. Kahdessa hankkeessa mukaan otetaan vain yksi sidosryhmä hankkeen suunnittelun vaiheessa. Laadukasta osallistamista puolestaan toteutetaan toisissa kahdessa hankkeessa, joissa osallistetaan sidosryhmiä sekä hankkeen suunnittelussa että arvioinnissa.

7.4 Sosioekonomisten terveyserojen kaventuminen



KUVIO 6. Sosioekonomisten terveyserojen kaventuminen hankkeissa. Kuviossa vasemmalla erojen kaventumista arvioineet hankkeet ja hankkeen vaikutusten suunta. Oikealla hankkeet, joissa erojen kaventumista ei arvioitu, ja syyt arvioimatta jättämiselle.

Sosioekonomisten terveyserojen kaventumisen arviointi hankkeissa. Sosioekonomisten terveyserojen kaventumisesta on tuloksia yhdessä hankkeessa (6), joka ainoana hankkeena arvioi sosioekonomisten terveyserojen kaventumista kunnollisella arviointimittarilla (kuvio 6). Tässä selektiivisessä hankkeessa sosioekonomisten terveyserojen kaventumiseen liittyvänä tavoitteena on terveyseroihin liittyvien taustatekijöiden kohentaminen matalassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä: ”Alku- ja loppuhaastattelujen analyyseissä voidaan todeta alkoholin käytön vähentyneen.” (LS6) ja sen arvioinnissa käytetään: ”Haastatteluaineisto: alkoholin käytön vähentyminen” (LS6).

Kymmenessä hankkeessa (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12) ei arvioida sosioekonomisten terveyserojen kaventumista (kuvio 6). Suurin osa universaaleista hankkeista (7, 9, 12) ja molemmat osin universaalit ja osin selektiiviset hankkeet (8, 11) tavoittelevat terveyden tai sen taustatekijöiden parantamista, mutta arvioinnissa ei huomioida erikseen sosioekonomista asemaa. Esimerkiksi yhdessä universaalissa hankkeessa sosioekonomisten terveyserojen kaventumiseen liittyvänä tavoitteena on, että: *”Kaikilla nuorilla on osaamista ja välineitä arvioida ja seurata seli [seksuaali- ja lisääntymis]-terveyttään.”* (LS9), ja tätä arvioidaan seuraavilla mittareilla: *”[hankkeessa tuotetun] visan käyttäjät, [hankkeessa tuotetun] sivuston käyttäjät”* (LS9). Täten hankkeet eivät arvioi muutosta sosioekonomisissa terveyseroissa.

Yhdessä universaalissa hankkeessa (5) taas oli tarkoitus arvioida sosioekonomisten terveyserojen kaventumista, mutta hankeajan puitteissa arviointia ei keretty toteuttaa, kuten seuraavassa esimerkissä kuvataan: *”Emme ole vielä ehtineet analysoida ohjelman vaikuttavuutta perusteellisesti, joten emme tiedä olemmeko onnistuneet ohjelmalla kaventamaan väestöryhmien terveyseroja.”* (LS5). Viimeisessä universaalissa hankkeessa (2) puolestaan mitattavaa tavoitetta sosioekonomisten terveyserojen kaventumiselle ei ole.

Suurin osa selektiivisistä hankkeista (1, 3, 4) tavoittelee terveyden taustatekijöiden kohentamista, mutta näitä arvioidaan suoritteilla, kuten osallistumismäärien arvioinnilla. Esimerkkinä hanke, jossa tavoitteena on *”Fyysisesti aktiivisen elämäntavan omaksuminen”*, jonka arvioinnista kerrotaan, että *”Tavoitteen toteutumista arvioitiin kokoamalla lista asukastuvilla, lähiökeskuksissa, päiväkeskuksessa ja järjestöjen taloilla olevista matalan kynnyksen liikuntaryhmistä -- Tavoitteen toteutumisen seuranta henkilökohtaisella tasolla oli haasteellista, liikuntaryhmien osallistujamäärien kautta on saatu viitettä tavoitteen saavuttamisesta”* (LS3). Koska arviointi jää pinnalliseksi, eivät nämä eivät aidosti mittaa vaikutuksia sosioekonomisiin terveyseroihin.

Tulokset sosioekonomisten terveyserojen kaventumisesta hankkeissa. Siinä hankkeessa, jossa tuloksia sosioekonomisten terveyserojen kaventumisesta on, saatiin aikaan positiivisia

vaikutuksia kohderyhmän terveystietäytymiseen (6). Hankkeessa onnistuttiin vähentämään kohderyhmän alkoholinkäyttöä ja siten edistämään väestöryhmien välisten terveyserojen kaventumista, kuten seuraavassa sitaatissa kuvataan: ”*Hanke on edistänyt väestöryhmien terveyserojen kaventumista vähentämällä ryhmiin osallistuvien päihteiden käyttöä*” (LS6).

Lopuista hankkeista kahdeksan kuvaa sosioekonomisten terveyserojen kaventumista ilman, että nämä arviot perustuvat kunnolliseen arviointiin (1, 3, 4, 7, 8, 11). Yleisimmin kerrotaan, että hankkeet ovat aikaansaaneet positiivisia terveys- tai hyvinvointivaikutuksia kohderyhmälle (1, 3, 4, 8, 11), kuten seuraavassa esimerkissä: ”*pystyttiin kehittämään aidosti kohderyhmälähtöistä toimintaa, jolla on vaikutukset yksilöiden omaan hyvinvointiin.*” (LS3). Näistä hankkeista kolme on selektiivisiä (1, 3, 4), jolloin mahdolliset positiiviset vaikutukset voivat aidosti kaventaa terveyseroja, kun taas kaksi on osin universaaleja ja osin selektiivisiä (8, 11), jolloin sosioekonomisten terveyserojen kaventuminen jää epäselvemmäksi. Positiivisten terveys- ja hyvinvointivaikutusten lisäksi kohderyhmän tavoittamisella nähdään olevan hyötyä sosioekonomisten terveyserojen kaventumiselle sekä universaaleissa (7, 12) että selektiivisissä hankkeissa (1). Esimerkiksi yhdessä hankkeessa vastataan lomakepohjan kysymykseen ”Miten hanke on edistänyt väestöryhmien terveyserojen kaventamista?” seuraavasti: ”*Hankkeessa on kehitetty toimintaa, mikä koskee pilottikunnissa kaikkia lapsia ja nuoria, sosioekonomiseen asemaan katsomatta.*” (LS7).

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa pohditaan tutkimuksen tuloksia ja sitä, mitä tulokset merkitsevät, sekä arvioidaan tutkimuksen teon prosessia. Ensimmäisessä alaluvussa pohditaan tuloksia, ja toisessa alaluvussa arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Kolmannessa alaluvussa muodostetaan tutkimuksen johtopäätökset ja annetaan jatkotutkimusehdotuksia.

8.1 Tutkimuksen tulosten pohdinta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä sosioekonomisia terveyseroja on Suomessa vuosina 2016–2018 terveyden edistämisen määrärahalla rahoitetuissa hankkeissa pyritty kaventamaan ja millaisin toimenpitein. Tämän jälkeen selvitettiin terveyden edistämisen arviointiperiaatteiden toteutumisen avulla sitä, kuinka laadukkaita toimia hankkeissa on hankkeen suunnittelun ja toteutuksen vaiheissa tehty ja kuinka laadukasta hankkeen arviointi on, koska näillä on merkitystä hankkeiden vaikuttavuuteen. Lopuksi selvitettiin, minkälaisia vaikutuksia hankkeilla oli sosioekonomisten terveyserojen kaventumiseen.

Tutkimuksessa selvisi, että sosioekonomisia terveyseroja pyrittiin kaventamaan tämän aineiston hankkeissa monipuolisesti eri terveyden osa-alueilla ja eri kohderyhmillä. Hankkeissa kaventettavat sosioekonomiset terveyserot liittyivät fyysiseen hyvinvointiin, mielen hyvinvointiin ja sosiaaliseen hyvinvointiin lapsilla, nuorilla, työttömillä ja muutamilla muilla kohderyhmillä. Osassa hankkeista pyrittiin kohentamaan suoraan terveyttä ja hyvinvointia keskittymällä mielenterveyden, yleisen - pääosin fyysisen - terveyden sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden eroihin. Suuremmassa osassa hankkeista pyrittiin kuitenkin kaventamaan sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttaviin tekijöihin liittyviä eroja. Hankkeissa toteutetut terveyseroja kaventamaan pyrkinneet toimenpiteet puolestaan kohdistuivat - samoin kuin kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa - sekä rakenteellisiin että yksilötason toimiin, joita molempia tarvitaan terveyserojen kaventamisessa (Sihto 2016b; Koskinen ym. 2018; Jokela ym. 2021). Vaikka hankkeita ei

tässä tutkimuksessa analysoitu sen mukaan, keskittyivätkö toimet rakenteiden vai yksilöiden tasolle, on hankkeista havaittavissa, että ne keskittyivät näihin molempiin.

Tutkimuksen hankkeissa on havaittavissa, että niissä huomioitiin osa rakenteellisista sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa huomioitavista tekijöistä, jotka on havaittu aiemmassa kirjallisuudessa. Hankkeissa keskityttiin yhteiskuntaan osallistumiseen, terveellisiin elin- ja asuinolosuhteisiin (Mackenbach 2019, 72, 181) sekä sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen (CSDH 2008, 14; Arcaya ym. 2015; Jokela ym. 2021, 40). Yhteiskuntaan osallistumiseen liittyen yhdessä hankkeessa keskityttiin työllisyyden lisäämiseen ja toisessa syrjäytymisen vähentämiseen. Terveellisten elinolojen kehittämistä tehtiin myös, samoin kuin Watersin ym. (2018) ja Gansin ym. (2018) tutkimuksissa. Yhdessä hankkeessa parannettiin sekä aikuisuuden että lapsuuden elinoloja vähentämällä köyhyyttä ja aineellista puutetta (Mackenbach 2019, 67, 68) mahdollistamalla liikunta- ja kulttuuritoimintaan osallistumista matalassa sosioekonomisessa asemassa olevalle kohderyhmälle. Toisessa hankkeessa taas keskityttiin asuinolosuhteisiin (Arcaya ym. 2015; Mackenbach 2019, 72) perustamalla asuinalueille terveystietotupaverkosto. Lisäksi muutamassa hankkeessa parannettiin sosiaali- ja terveystalveluja (CSDH 2008, 14; Arcaya ym. 2015; Jokela ym. 2021, 40) hankkeiden kohderyhmillä. Muutamissa hankkeissa kehitettiin sosiaali- ja terveystalvelujen vaikuttavuutta (Mackenbach 2019, 80–82) kohderyhmällä, ja osassa parannettiin palvelujen saavutettavuutta, mitä tehtiin myös Agarwalin ym. (2019) tutkimuksessa.

Muita kirjallisuudessa tunnistettuja rakenteellisia sosioekonomisia terveyseroja aiheuttavia tekijöitä ja keinoja erojen kaventamiseksi ei kuitenkaan hankkeissa huomioitu. Näitä olisivat olleet terveyteen vaikuttavien olosuhteiden jakautuminen, laajempi sosiaalinen epätasa-arvoisuus yhteiskunnassa (Mackenbach 2019, 145) sekä yhdessä elin- ja asuinolosuhteiden kanssa vaikuttavimmiksi rakenteellisiksi keinoiksi tunnistetut työolot (Mackenbach 2019, 181). Hankkeiden toimissa ei toteutettu myöskään epäterveellisten tuotteiden ja palvelujen sääntelyä (CSDH 2008; Jokela 2021), eikä kohderyhmien kouluttautumiseen pyritty suoraan hankkeissa

vaikuttamaan, vaikkakin yhdessä hankkeessa pyrittiin vähentämään syrjäytyneisyyttä, mikä voi johtaa paremman koulutuksen hankkimiseen.

Tutkimuksen hankkeissa näytettiin keskittyvän kaikkiin kirjallisuudessa havaittuihin yksilöta-son tekijöihin, joihin on mahdollista vaikuttaa. Hankkeissa pyrittiin kaventamaan yksilöjen elämäntyyliin ja terveystyötytymiseen (Lahelma & Rahkonen 2015, 50) sekä sosiaalisiin verkostoihin ja sosiaaliseen tukeen (Arcaya ym. 2015; Mackenbach 2019, 72) liittyviä sosioekonomisia terveyseroja. Sosiaalisiin verkostoihin ja sosiaaliseen tukeen liittyviä eroja pyrittiin kaventamaan välillisesti tunnetaitoja ja yhteiskuntaan osallistumisen eroja kaventamalla. Toimina muutamassa tutkimuksen hankkeessa oli kahdenkeskisen neuvonnan ja ohjauksen tarjoaminen kuten McRobbien ym. (2019), Andrews ym. (2016), Agarwalin ym. (2019) ja Protheroen ym. (2016) tutkimuksissa. Useassa hankkeessa tarjottiin myös sosiaalista tukea ja ryhmätapaamisia kuten Andrews ym. (2016), McRobbien ym. (2019), Walkerin ym. (2020) ja Blancafort Aliaksen ym. (2021) tutkimuksissa.

Yksilöiden elämäntyyliin ja terveystyötytymiseen (Lahelma & Rahkonen 2015, 50) liittyvistä sosioekonomisista terveyseroista pyrittiin kaventamaan terveellisiin elintapoihin liittyviä eroja sekä välillisesti myös seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä eroja (Mackenbach 2019, 79). Muutamassa hankkeessa näihin pyrittiin vaikuttamaan lisäämällä matalassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten tietoa, minkä voi laskea yksilöihin kohdistuvaksi koulutukseksi, kuten Nakamuran ym. (2017) ja Gansin ym. (2018) tutkimuksissa. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa vaikuttavimmiksi tunnistettuihin elintapoihin, eli ruokailu- ja liikuntatottumuksiin (Karvonen ym. 2019b, 113) sekä alkoholin liikakäyttöön (Mackenbach 2019, 181) pyrittiin vaikuttamaan, mutta näiden ohella tärkeäksi elintavaksi tunnistettu tupakointi (Mackenbach 2019, 181) ei ollut keskeinen hankkeissa huomioitava tekijä. Kirjallisuudesta esiinnouset nukkumistavat (Mackenbach 2019, 79) eivät myöskään olleet osa hankkeissa kavennettavia eroja.

Tutkimuksen hankkeet näyttävät kohdistaneen tavoitteita ja toimia kattavammin yksilöön kuin rakenteisiin keskittyviin toimiin, sillä rakenteisiin kohdistuvat tavoitteet ja toimet näyttävät jäävän yksilöön kohdistuvia tavoitteita ja toimia useammin huomioimatta. Syy tälle voi olla siinä, että yksilöiden käyttäytymiseen on usein rakenteellisia muutoksia helpompi vaikuttaa (Mackenbach 2019, 181; Sihto 2016b). Tämä näyttöytyy uskottavalta selitykseltä myös tämän tutkimuksen hankkeissa, koska terveyden edistämisen määrärahalla rahoitettujen hankkeiden resurssit ja valta tehdä suuria rakenteita muuttavia toimia ovat vähäisemmät kuin mitä esimerkiksi valtiolla on. Kirjallisuudessa on kuitenkin tunnistettu, että yksilöihin keskittyvässä toiminnassa on haasteena se, että rakenteet vaikuttavat yksilöiden toiminnan taustalla, jolloin yksilöiden terveyden on rakenteisiin puuttumatta hankala kohentua (Palosuo 2016). Siksi olisikin tärkeää Koskisen ym. (2018) ja Jokelan ym. (2021) neuvojen mukaan yhdistää rakenteisiin ja yksilöihin keskittyvät toimet, joiden avulla voidaan vahvistaa matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten mahdollisuuksia toimia terveyttä edistävästi ja samalla mahdollistaa heille terveelliset elinolot. Tämä olisi voinut toteutua vielä laajemmin tämän tutkimuksen hankkeissa.

Palosuo (2016) myös huomauttaa, että tärkeässä roolissa yksilöihin keskittyvissä toimissa on matalassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten tavoittaminen, jotteivat toimista hyödy vain paremmassa asemassa olevat ihmiset, mikä voi sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen sijaan lisätä niitä. Tämän tutkimuksen hankkeiden toimenpiteet kohdentuivat tasaisesti sekä selektiivisesti, eli kohdennettuna vain matalassa sosioekonomisessa asemassa oleville (5 hanketta), että universaalisti, eli kaikille sosioekonomisille ryhmille (5 hanketta), jonka lisäksi kaksi hanketta oli näiden välimaastossa. Selektiivisten hankkeiden nähdään tämän tutkimuksen valossa aidosti kaventavan sosioekonomisia terveyseroja, sillä muiden kuin matalassa sosioekonomisessa asemassa olevien terveys ei olisi edes voinut kohentua hankkeen myötä. Siten myöskään terveyserojen kasvaminen heikon tavoittamisen takia ei ollut näissä hankkeissa haasteena.

Universaaleista tämän tutkimuksen hankkeista kolmessa oli suunniteltu niiden kaikille kohden-
netut toimet toimiviksi nimenomaan matalaan sosioekonomiseen asemaan kuuluville ihmisille.

Näissä hankkeissa hyödynnettiin siis suhteellisen universalismin potentiaalia, eli toimien kohdentamista kaikille mutta erityisen tuen tarjoamista heikoimmassa asemassa oleville, jonka nähdään olevan paras keino kaventaa sosioekonomisia terveyseroja (Sihto 2016b; Mackenbach 2019, 177). Suhteellisen universalismin potentiaalia ei kuitenkaan hyödynnetty vielä kokonaisuutena kovin hyvin tämän tutkimuksen hankkeissa, sillä vain edellä mainitut kolme hanketta toteuttivat sitä.

Sen sijaan neljässä jäljelle jäävässä hankkeessa (kahdessa universaalissa ja kahdessa osin selektiivisessä ja osin universaalissa), ei aidosti pyritty kaventamaan sosioekonomisia terveyseroja. Näillä hankkeilla ei ollut käytössä toimenpiteitä, joilla olisi ollut potentiaalia tavoittaa tai kohentaa juuri matalassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten terveyttä. Tämä herättää kysymyksen siitä, minkä takia sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen mainittiin kaikkien hankkeiden tarkoituksena, kerran kaikkia hankkeita ei kuitenkaan lopulta ollut suunniteltu kaventamaan eri sosioekonomisten ryhmien välisiä terveyseroja.

Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen välttämättömäksi edellytykseksi on tunnistettu kaventamistoimien huolellinen suunnittelu ja toteuttaminen (Rotko ym. 2014; Lahelma 2020) sekä systemaattiseen, säännönmukaiseen ja luotettavaan tietoon perustuva seuranta ja arviointi (Jokela ym. 2021, 7, 41). Nämä toimet ovat mukana terveyden edistämisen arviointiperiaateissa, joiden toteutumisen avulla arvioitiin aineiston hankkeita. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että hankkeissa suunnittelu ja toteutus toteutuivat vähintäänkin kohtalaisesti, kun taas hankkeiden arviointi toteutui heikosti. Tämä on linjassa aiemman kirjallisuuden kanssa, jossa on myös havaittu, että terveyden edistämistä arvioidaan puutteellisesti (Denford ym. 2017).

Osasyynä hankkeiden arvioinnin heikkoon toteutumiseen on ainakin hanketyön luonne, mikä tuli ilmi hankkeiden loppuselvityksistä ja terveyden edistämisen arviointiperiaatteiden sisällöistä. Osa arviointiin kuuluvista sisällöistä - kuten ylläpidon arviointi - on nimittäin jopa mahdoton toteuttaa hankkeissa, sillä osan hankkeiden sisältöjen arvioiminen vaatii usean vuoden toteutusajan. Terveyden edistämisen määrärahalta rahoitetuissa hankkeissa pisin mahdollinen

toteutusaika on kolme vuotta, jossa ei ehdi arvioida hankkeen pitkän ajan vaikutuksia. Hankeajan lyhyys aiheutti haastetta myös lopputulos- ja prosessiarvioinnille, mitä ei kaikissa hankkeissa keretty toteuttaa suunnitellulla tavalla. Yhdessä hankkeessa esimerkiksi nostettiin esiin, ettei 2–3 vuodessa ehdi tehdä riittävää prosessi- ja vaikuttavuusarviointia.

Muiden kuin yllä mainittujen arvioinnin sisältöjen heikko toteutuminen hankkeissa saattaa johtua siitä, ettei kaikilla sisällöillä ollut omaa kohtaansa hankkeiden loppuselvityslomakkeissa. Koska hanketoimijoiden tulee vastata lomakkeiden sisältämiin kohtiin ja kysymyksiin rahoituskriteerien täyttämiseksi sekä hankkeen haku- että arviointivaiheissa, ohjaavat lomakkeet hankkeita toimimaan tietyllä tavalla. Sen, ettei hankehakemus- ja loppuselvityslomakkeissa kysytä monistakaan arvioinnin sisällöistä, voidaan olettaa vaikuttavan hankkeissa huomioitaviin asioihin – tässä yhteydessä kattavan arvioinnin toteuttamiseen.

Puutteellisen arvioinnin vuoksi sosioekonomisten terveyserojen kaventumisesta tämän tutkimuksen hankkeissa ei voida sanoa paljoakaan. Vain yhdessä hankkeessa yhdestätoista arvioitiin hankkeen vaikutuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventumiselle, ja tässä hankkeessa myös aikaansaatiin matalassa sosioekonomisessa asemassa olevan kohderyhmän terveyskäyttäytymisen parantumista. Osassa muistakin hankkeista kuvattiin positiivisia vaikutuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventumiselle, mutta koska nämä kuvatut vaikutukset eivät perustu arviointiin, ei niiden merkityksestä voi vetää johtopäätöksiä suuntaan eikä toiseen.

Se, että terveyserojen kaventamisesta oli oma kohtansa hankehakemuslomakkeessa, on voinut vaikuttaa siihen, että hankkeissa on matalammalla kynnyksellä kuvattu tavoitteita ja toimia sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi kuin jos omaa kohtaa ei olisi ollut. Tämä voi olla syy sille, miksi useamman hankkeen tarkoituksiksi kuvattiin sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen, kuin monessako todellisia terveyseroja kaventavia ja kunnollisella mittarilla arvioituja tavoitteita oli. Hankkeissa nimittäin pyrittiin kohentamaan yleisesti kaikkien terveyttä tai hyvinvointia huomioimatta sosioekonomista asemaa tai sitten mitattiin lähinnä pelkkiä suoritteita, joilla ei päästy pureutumaan aitoon muutoksen ihmisten terveydessä, hyvinvoinnissa tai näiden taustatekijöissä.

Tämän tutkimusaineiston hankkeissa toteutettujen keinojen ja toimenpiteiden vaikutukset sosioekonomisten terveyserojen kaventumiselle jäivät siis avoimeksi, eikä hankkeita ja niissä toteutettuja toimia siten voida verrata esimerkiksi kirjallisuuskatsauksessa havaittuihin mahdollisesti vaikuttaviin keinoihin. Vaikka tutkimuksen tuloksia ei voidakaan yleistää koskemaan kaikkia terveyden edistämisen määrärahalla rahoitettuja hankkeita saati kaikkia terveyden edistämisen hankkeita, vastaa tulos aiempia havaintoja puutteellisesta arvioinnista (Rotko ym. 2014 & Mackenbach 2019, 177). Tämä nostaa terveyden edistämisen määrärahalla rahoitettujen hankkeiden arvioinnin kehittämisen tärkeäksi kehityskohdaksi tulevaisuuteen, ja kannustaa keskittämään resursseja hankkeen arviointiin myös muissa hankkeissa.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tämä tutkimus on toteutettu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen toimimalla rehellisesti, tarkasti ja avoimesti tutkimuksen kaikissa vaiheissa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 149–150). Pyrin huomioimaan tietoisesti omia ennakkokäsityksiäni tutkimusprosessin ajan (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163–164) ja pitämään avoimesti mielessä erilaisia näkökulmia (Metsämuuronen 2006, 132), jotta tutkimuksen tulokset aidosti kuvaavat tutkimusilmiötä eivätkä omia ajatusviinoumiani. Analyysivaiheessa pyrin välttämään muualta kuin aineistosta tai teoriasta lähteviä tulkintoja (Metsämuuronen 2006, 132) sillä, että palasin useasti aineiston äärelle analyysien teon aikana. Lisäksi analyysin luotettavuutta lisää se, että tein analyysijä useampina eri ajan-kohtina saaden analyysin tekoon uutta näkökulmaa (Schreier 2012, 34). Kuvasin tutkimuksen teon tarkasti ja liitin mukaan esimerkkianalyysit (liitteet 5 ja 6). Näin kuka tahansa voi nähdä, miten tutkimusaineisto on koottu, miten aineisto analysoitiin sekä miten tuloksiin ja johtopäätöksiin tultiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 164). Lisäksi tuloksissa on nähtävissä aineistositaatteja niiden tutkimuskysymysten kohdalla, joihin sitaatit toivat lisäarvoa. Niiden avulla on mahdollista arvioida tulosten uskottavuutta, eli sitä, vastaavatko tekemäni analyysit aineiston todellisuutta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 162).

Tutkimusaineistossa on tutkimuksen kannalta sekä vahvuuksia että heikkouksia. Se, että aineiston tekstit on kirjoitettu valmiiden lomakkeiden pohjalta, on hyvä aineiston vertailtavuuden

vuoksi, vaikkakin hankehakemuslomakkeet olivat erilaiset vuosina 2016 ja 2017–2018. Täten aivan kaikkia samoja kohtia ei kaikkien hankkeiden kohdalla ollut, mikä on voinut vaikuttaa hankkeissa raportoituihin asioihin ja siten tuloksiin. Asiakirja-aineistossa heikkoutena on myös se, ettei muutamissa epäselvissä kohdissa ollut mahdollista esittää tarkentavia kysymyksiä lomakkeiden täyttäjille (Tuomi & Sarajärvi 2018, 88), mikä on saattanut johtaa väärin tulkintoihin. Tällaisia tilanteita ei kuitenkaan ollut monia, ja ne pyrin tulkitsemaan aina hankkeiden kannalta positiivisesti.

Tämän aineiston avulla kyettiin arvioimaan vain hankehakemuksissa ja hankkeiden loppuselvityksissä sanoitettuja asioita. Siten hankkeissa on voitu toteuttaa jotakin asiaa, kuten jonkin arviointiperiaatteen sisältöä, mutta siitä on voitu jättää raportoimatta – etenkin jos asiasta ei hankehakemus- tai loppuselvityslomakkeessa kysytty. Toisaalta myös päinvastainen on mahdollista, eli joidenkin asioiden kohdalla on voitu raportoida, että kyseistä asiaa tehdään hankkeessa, koska kohtaan on pitänyt kirjoittaa jotakin. Täten tutkimuksen tulokset eivät välttämättä kuvaa hankkeiden toimia ja siten sosioekonomisten terveyserojen kaventamista täydellisesti, mutta kuitenkin niin hyvin kuin miten tällä aineistolla on mahdollista. Tutkimusaineiston hankkeet ovat julkista tietoa, joten syytä aineiston anonymisoinnille ei ollut. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tuoda ilmi hankkeiden tunnistamisen helpoksi tekeviä ilmauksia, kuten hankkeiden, sen toteuttajien tai toteutuspaikkojen nimiä tai hankkeissa nimettyjä tuotoksia, sillä ne eivät tuota lisäarvoa tutkimustehtävälle.

Tämän tutkimuksen taustakirjallisuus koostuu tieteellisistä alkuperäisjulkaisuista, alan kirjallisuudesta sekä joiltain osin myös aihealueeseen liittyvistä muista lähteistä. Taustakirjallisuuteen kuuluu myös systemaattinen kirjallisuuskatsaus, ja vaikka sen tutkimusten määrä onkin melko pieni (n=10), antaa se suuntaa antavaa kuvaa sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta hankkeissa. Katsauksen tutkimukset on erikseen arvioitu liitteessä 3, jonka mukaan tutkimukset ovat pääosin laadukkaita tieteellisiä julkaisuja. Toisaalta koska moni katsauksen interventio sisälsi useita erilaisia toimia, ei yksittäisten toimien vaikutuksista voi antaa kuin alustavia johtopäätöksiä. Tämän vuoksi sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa toimiviksi esitettyihin keinoihin luvussa 3 on suhtauduttava vielä varauksella. Tutkimuksen kirjallisuudessa on

myös toinen heikkous: kirjallisuus saattaa osin sekoittaa sosioekonomisia terveyseroja sekä yleisesti terveyseroja koskevaa kirjallisuutta keskenään. Näin on, koska juuri sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta kertovaa kirjallisuutta löytyi vähän, jolloin jouduttiin käyttämään yleisemmin terveyserojen kaventamisesta kertovaa kirjallisuutta. Yleisempää terveysero-terminiä käyttäneiden lähteiden kohdalla pyrin kuitenkin aina tulkitsemaan tekstin kontekstista, kerroiko se myös sosioekonomisista terveyseroista ja ottamaan mukaan vain sellaisia lähteitä, joissa näin on.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta seuraavat johtopäätökset hankkeissa tehtävästä sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta:

- Jatkossa voi olla hyödyllistä valita hankkeissa kavennettavat sosioekonomiset terveyserot sen mukaan, mitkä on aiemmassa kirjallisuudessa havaittu kaikkein vaikuttavimmiksi terveyden osa-alueiksi sosioekonomisten terveyserojen kannalta, sillä ainakin tämän tutkimuksen hankkeissa keskityttiin paljolti myös muihin kuin vaikuttavimmiksi havaittuihin terveyden osa-alueisiin.
- Jatkossa sosioekonomisia terveyseroja kaventamaan pyrkivien hankkeiden toimet kannattaa suunnitella siten, että ne varmasti tavoittavat ja toimivat juuri matalassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä, sillä tässä oli osassa tämän tutkimuksen hankkeista puutteita.
- Sosioekonomisia terveyseroja kaventamaan pyrkivissä hankkeissa on tärkeää kiinnittää nykyistä enemmän huomiota hankkeen arviointiin ja siinä sekä kattavan arviointisuunnitelman laatimiseen että itse arvioinnin huolelliseen toteuttamiseen, jotta sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa toimivat keinot pystytään havaitsemaan.
- Jotta terveyden edistämisen hankkeet saadaan nykyistä kattavammin arvioimaan hankkeiden vaikutuksia, tulisi hankkeita tukea vahvemmin arviointiin esimerkiksi painottamalla kattavaa arviointisuunnitelmaa rahoituspäätöksiä tehtäessä ja lisäämällä

hankehakemuslomakkeisiin suositeltavan, hankkeiden aikatauluun sopivan arviointimallin käytettäväksi hankkeissa.

Tutkimusprosessin aikana nousi esiin myös muutamia jatkotutkimusehdotuksia. Edelleen on tärkeää tutkia lisää sitä, mitkä ovat sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa toimivat keinot, jotta näyttöä sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa vaikuttavista keinoista saadaan kerättyä. Tämän lisäksi jatkossa olisi tärkeää tutkia terveyden edistämisen hanketoimijoiden sekä hankkeiden rahoittajien näkemyksiä ja kokemuksia. Hankkeiden arvioinnin kehittämisen näkökulmasta arvokasta tutkittua tietoa voi olla nykyistä parempi ymmärrys onnistuneista ja epäonnistuneista arviointikäytännöistä, ja sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen näkökulmasta tarvitaan lisää ymmärrystä ja oppeja sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen käytännön työstä.

LÄHTEET

- Agarwal G., Angeles, R., Pirrie, M., McLeod, B., Marzanek, F., Parascandalo, J. & Thabane, L. 2019. Reducing 9-1-1 Emergency Medical Service Calls By Implementing A Community Paramedicine Program For Vulnerable Older Adults In Public Housing In Canada: A Multi-Site Cluster Randomized Controlled Trial. *Prehospital Emergency Care* 23 (5), 718–729. doi:10.1080/10903127.2019.1566421.
- Andrews, J. O., Mueller, M., Dooley, M., Newman, S. D., Magwood, G. S. & Tingen, M. S. 2016. Effect of a smoking cessation intervention for women in subsidized neighborhoods: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine* 90, 170–176. doi:10.1016/j.ypmed.2016.07.008.
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L. & Subramanian, S. V. 2015. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories, *Global Health Action* 8 (1). doi:10.3402/gha.v8.27106.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok G. & Gottlieb, N. H. 2006. *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Blancafort Alias, S., Monteserín Nadal, R., Moral, I., Roqué Fígols, M., Rojano Iuque X. & Coll-Planas, L. 2021. Promoting social capital, self-management and health literacy in older adults through a group-based intervention delivered in low-income urban areas: results of the randomized trial AEQUALIS. *BMC Public Health* 21 (1). doi:10.1186/s12889-020-10094-9.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 1999. 48 (No. RR-11). Framework for Program Evaluation in Public Health. *Morbidity and Mortality Weekly Report MMWR series. Recommendations and Reports* 48 (RR-11).
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 2017. Framework for Program Evaluation. <https://www.cdc.gov/eval/framework/index.htm>. Viitattu 26.8.2021.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 2021. Program Performance and Evaluation Office (PPEO). <https://www.cdc.gov/eval/framework/index.htm>. Viitattu 26.8.2021.
- CSDH. Commission on Social Determinants of Health. 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the

- Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. Verkkojulkaisu.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. 2006. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Studies on social and economic determinants of population health, No. 3. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Denford, S., Abraham, C., Callaghan, M., Aighton, P., De Vocht, F. & Arris, S. 2017. A review of Grey and academic literature of evaluation guidance relevant to public health interventions. *BMC Health Services Research* 17 (643). doi:10.1186/s12913-017-2588-2.
- Durks, D., Fernandez-Llimos, F., Hossain, L. N., Franco-Trigo, L., Benrimoj, S. I., Sabater-Hernández, D. 2017. Use of Intervention Mapping to Enhance Health Care Professional Practice: A Systematic Review. *Health Education & Behavior* 44 (4), 524–535. doi:10.1177/1090198117709885.
- Gans, K. M., Risica, P. M., Keita, A. D., Dionne, L., Mello, J., Stowers, K. C., Papandonatos, G., Whittaker, S. & Gorham, G. 2018. Multilevel approaches to increase fruit and vegetable intake in low-income housing communities: final results of the 'Live Well, Viva Bien' cluster-randomized trial. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2018 Aug 20;15(1):80. doi:10.1186/s12966-018-0704-2.
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M. & Boles, S. M. 1999. Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework. *American Journal of Public Health* 89 (9), 1322–1327.
- Goodstadt, M. S., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Rootman, I. & Springett, J. 2001. Evaluation in health promotion: synthesis and recommendations. Teoksessa I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, I. Potvin, J. Springett & E. Ziglio. (toim.) Evaluation in health promotion: principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series 92, 517–533.
- Green, B. B., Anderson, M. L., Cook, A. J., Chubak, J., Fuller, S., Kimbel, K. J., Kullgren, J. T., Meenan, R. T. & Vernon, S. W. 2019. Financial Incentives to Increase Colorectal Cancer Screening Uptake and Decrease Disparities: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open* 2 (7):e196570. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.6570.

- Harden, S. M., Gaglio, B., Shoup, J. A., Kinney, K. A., Johnson, S. B., Brito, F., Blackman, K. C. A., Zoellner, J. M., Hill, J. L., Almeida, F. A., Glasgow, R. E. & Estabrooks, P. A. 2015. Fidelity to and comparative results across behavioral interventions evaluated through the RE-AIM framework: a systematic review. *Systematic Reviews* 4 (155). doi:10.1186/s13643-015-0141-0.
- Ilmarinen, K., Kauppinen, T. M. & Karvonen, S. 2019. Asuinolot ja niiden alueellinen vaihtelu. Teoksessa L. Kestilä & S. Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu. Teema 31, 63–78.
- Intervention Mapping. 2021. <https://interventionmapping.com>. Viitattu 26.8.2021.
- Jokela, S., Kilpeläinen, K., Parikka, S., Sares-Jäske, L., Koskela, T., Lumme, S., Martelin, T., Koponen, P., Koskinen, S. & Rotko, T. 2021. Terveyden eriarvoisuus Suomessa: Ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 5/2021. Verkkojulkaisu.
- Kaasalainen, K. 2016. Terveyden lukutaito ja terveyserojen kaventaminen. Teoksessa M. Sihto & S. Karvonen (toim.) *Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu.
- Karvonen, S., Kestilä, L. & Munkkila, S. 2019a. Väestön elinolot ja sairastavuus. Teoksessa L. Kestilä & S. Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Teema 31. Verkkojulkaisu, 46–62.
- Karvonen, S., Martelin, T., Kestilä, L. & Junna, L. 2019b. Tulotason mukaiset terveyserot. Teoksessa L. Kestilä & S. Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Teema 31. Verkkojulkaisu, 101–119.
- Kestilä, L. & Karvonen, S. 2019. Johdanto. Teoksessa L. Kestilä & S. Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Teema 31, 9–23.
- Kilpi, T. 2018. Esipuhe. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi & S. Koskinen (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 4/2018. Verkkojulkaisu, 1–2.

- Kmet, L. M., Lee, R. C. & Cook, L. S. 2004. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. Kanada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research.
- Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Säksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.). 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 4/2018. Verkkojulkaisu.
- Koskinen, S., Martelin, T., Borodulin, K., Lundqvist, A., Säksjärvi, K. & Koponen, P. 2018. Terveysten, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Säksjärvi & S. Koskinen (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 4/2018. Verkkojulkaisu, 178–186.
- Kotimaisten kielten keskus. 2021a. Hanke. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/#/hanke?searchMode=all>. Viitattu 7.6.2022.
- Kotimaisten kielten keskus. 2021b. Interventio. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/#/interventio?searchMode=all>. Viitattu 7.6.2022.
- Kymäläinen, H–R., Lakkala, M., Carver, E. & Kamppari, K. 2016. Opas projektityöskentelyyn. Tieteestä toimintaa -verkoston julkaisu 2016. Helsingin yliopisto. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/157964>.
- Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2015. Sosioekonominen asema. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.). Sosiaaliepideologia: Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Verkkojulkaisu.
- Lahelma, E. 2020. Terveyserojen säilyminen on hyvinvointivaltioiden paradoksi. Yhteiskuntapolitiikka 85 (3).
- Lamort-Bouché, M., Sarnin, P., Kok, G., Rouat, S., Péron, J., Letrillart, L. & Fassier, J-B. 2017. Interventions developed with the Intervention Mapping protocol in the field of cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology* 27 (4), 1138–1149. doi:10.1002/pon.4611.

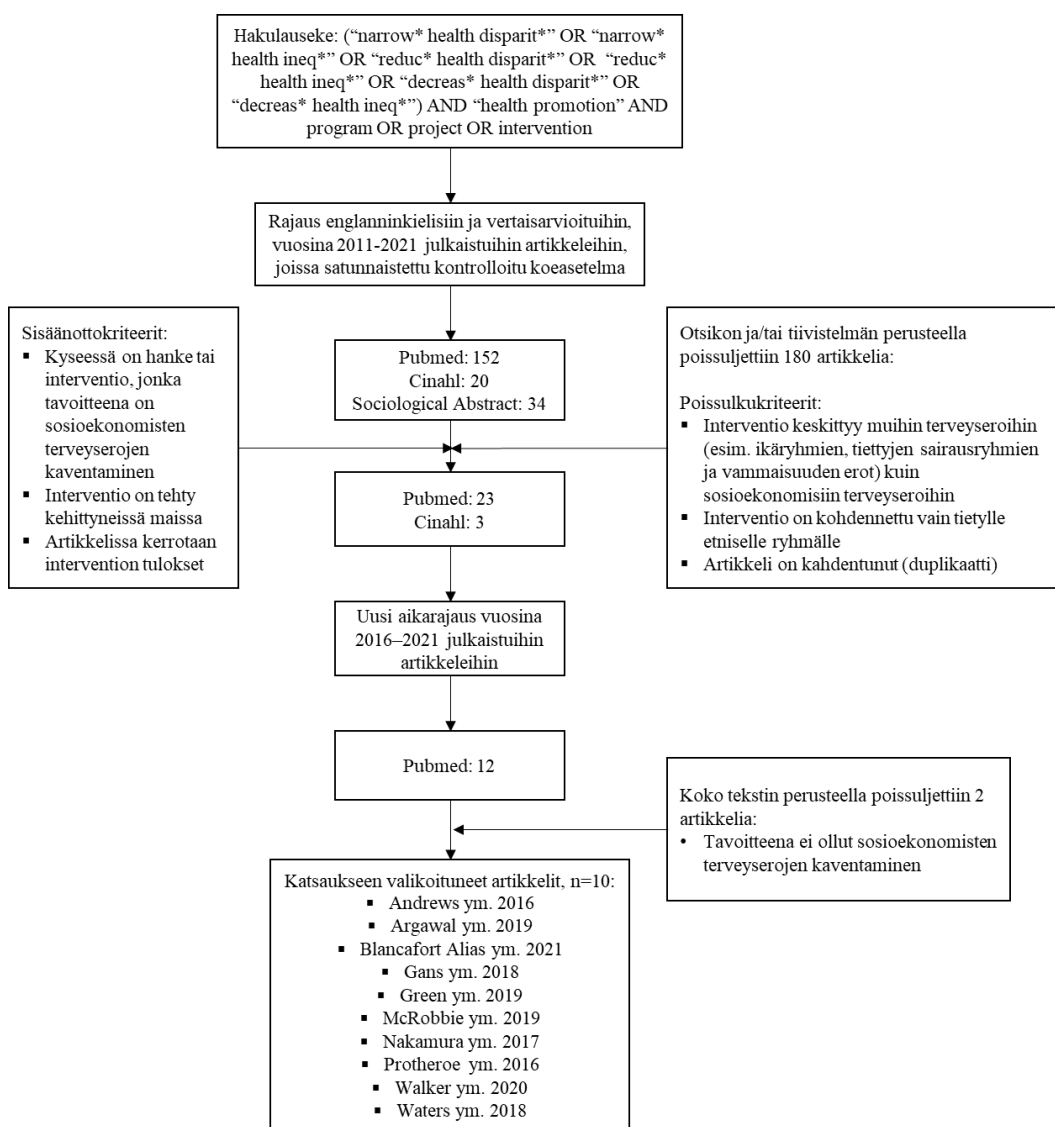
- Mackenbach, J. P. 2019. Health inequalities: Persistence and change in European welfare states. Oxford Scholarship Online. Verkkojulkaisu. doi:10.1093/oso/9780198831419.001.0001.
- Manderbacka, K., Arffman, M., Aalto, A-M., Muuri, A., Kestilä, L. & Häkkinen, U. 2019. Eriarvoisuus somaattisten terveystalvelujen saatavuudessa. Teoksessa L. Kestilä & S. Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Teema 31, 207–215.
- McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., Cumbers, A. 2019. Defining health and health inequalities, *Public Health* 172, 22-30. doi:10.1016/j.puhe.2019.03.023.
- McRobbie, H., Hajek, P., Peerbux, S., Kahan, B. C., Eldridge, S., Trépel, D., Parrott, S., Griffiths, C., Snuggs, S. & Smith, K. M. 2019 Randomised controlled trial and economic evaluation of a task-based weight management group programme. *BMC Public Health* 19 (1):365. doi:10.1186/s12889-019-6679-3.
- Mukkila, S., Ilmakunnas, I., Moisio, P. & Saikkonen, P. 2019. Köyhyys ja perusturvan riittävyys. Teoksessa L. Kestilä & S. Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu. Teema 31, 79–100.
- Nakamura, S., Inayama, T., Harada, K. & Arao, T. 2017. Reduction in Vegetable Intake Disparities With a Web-Based Nutrition Education Intervention Among Lower-Income Adults in Japan: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 19 (11):e377. doi:10.2196/jmir.8031.
- Palosuo, H. 2016. Terveiden sosiaaliset määrittäjät, elämäntyyli ja huono-osaisuuden ongelma. Teoksessa M. Sihto & S. Karvonen (toim.) Terveiden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu.
- Protheroe, J., Rathod, T., Bartlam, B., Rowlands, G., Richardson, G. & Reeves, D. The Feasibility of Health Trainer Improved Patient Self-Management in Patients with Low Health Literacy and Poorly Controlled Diabetes: A Pilot Randomised Controlled Trial. *Journal of Diabetes Research* 2016:6903245. doi: 10.1155/2016/6903245.
- RE-AIM. 2021a. About RE-AIM. <https://www.re-aim.org/about/>. Viitattu 26.8.2021.
- RE-AIM. 2021b. Adoption. <http://www.re-aim.org/about/what-is-re-aim/adoption/>. Viitattu 26.8.2021.

- RE-AIM. 2021c. Applying the RE-AIM framework. <https://www.re-aim.org/about/applying-the-re-aim-framework/>. Viitattu 26.8.2021.
- RE-AIM. 2021d. Effectiveness or efficacy. <http://www.re-aim.org/about/what-is-re-aim/effectiveness-or-efficacy/>. Viitattu 26.8.2021.
- RE-AIM. 2021e. Implementation. <http://www.re-aim.org/about/what-is-re-aim/implementation/>. Viitattu 26.8.2021.
- RE-AIM. 2021f. Maintenance. <http://www.re-aim.org/about/what-is-re-aim/maintenance/>. Viitattu 26.08.2021.
- RE-AIM. 2021g. Reach. <https://www.re-aim.org/about/what-is-re-aim/reach/>. Viitattu 26.8.2021.
- Rotko, T., Hannikainen-Ingman, K., Murto, J., Kauppinen, T. & Mustonen, N. 2014. Terveyserojen kaventaminen käytännössä – alueellinen yhteistyö avuksi. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (1), 92–99.
- Schreier, M. 2012. *Qualitative Content Analysis in Practice*. Lontoo: SAGE Publications Ltd.
- Sihto, M. 2016a. Johdanto. Teoksessa M. Sihto & S. Karvonen (toim.) *Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu.
- Sihto, M. 2016b. Terveyden edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin: yksilöllinen, sosiaalis-rakenteellinen ja kolmas tie. Teoksessa M. Sihto & S. Karvonen (toim.) *Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu.
- STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2021. Terveyden edistämisen määräraha. <https://stm.fi/rahoitus-ja-avustukset/terveyden-edistamisen-maararahat>. Viitattu 29.6.2021.
- THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelma vuodelle 2016: Ehdotus 9.12.2015. Dokumentti ei enää julkisessa jaossa. Viitattu 21.4.2022.
- THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelma vuodelle 2017: Ehdotus 31.10.2016. Dokumentti ei enää julkisessa jaossa. Viitattu 21.4.2022.

- THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelmaehdotus 2018: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ehdotus terveyden edistäminen määrärahan käyttösuunnitelmaksi 2018. 30.10.2017. Dokumentti ei enää julkisessa jaossa. Viitattu 21.4.2022.
- THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021. Terveyden edistämisen määräraha. <https://thl.fi/>. Viitattu 29.6.2021.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Valtioneuvosto. 2019. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019: Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:31. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-808-3>.
- Walker, A. F., Haller, M. J., Gurka, M. J., Morris, H. L., Bruggeman, B., Miller, K., Foster, N., Anez Zabala, C. & Schatz, D. A. 2020. Addressing health disparities in type 1 diabetes through peer mentorship. *Pediatric Diabetes* 21 (1), 120–127. doi:10.1111/pedi.12935.
- Waters, E., Gibbs, L., Tadic, M., Ukoumunne, O. C., Magarey, A., Okely, A. D., de Silva A., Armit, C., Green, J., O'Connor, T., Johnson, B., Swinburn, B., Carpenter, L., Moore, G., Littlecott, H. & Gold, L. 2017. Cluster randomised trial of a school-community child health promotion and obesity prevention intervention: findings from the evaluation of fun 'n healthy in Moreland! *BMC Public Health* 18 (1):92. doi:10.1186/s12889-017-4625-9.
- YK. Yhdistyneet kansakunnat. Liittokokous (United Nations General Assembly). 2015. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E.

LIITTEET

LIITE 1. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen: vuokaavio ja katsauksen teon sekä sen tulosten muodostumisen kirjallinen kuvaus.



Kirjallisuushaku. Systemaattinen kirjallisuushaku suoritettiin heinäkuussa 2021. Katsaukseen otettiin mukaan englanninkieliset, korkeintaan viisi vuotta vanhat tutkimusartikkelit, jotta katsauksen tulokset olisivat mahdollisimman tuoreeseen tietoon perustuvia ja jotta aineisto saatiin pysymään hallittavan kokoisena. Tutkimukset rajattiin satunnaistettuihin kontrolloituihin kokeisiin tutkimusten mahdollisimman korkean laadun varmistamiseksi.

Tulosten muodostuminen. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kymmenen tutkimusartikkelia, jotka luokiteltiin vaikuttaviin, mahdollisesti vaikuttaviin ja ei-vaikuttaviin interventioihin niissä saatujen tulosten mukaan, jotta vaikuttavista toimista pystyttiin tekemään päätelmiä. Vaikuttaviksi luokiteltiin viisi tutkimusta (Andrews ym. 2016; Agarwal ym. 2019; Gans ym. 2018; McRobbie ym. 2019; Nakamura ym. 2017) sillä perusteella, että niissä saatiin aikaan positiivisia tuloksia päämuuttujissa. Mahdollisesti vaikuttaviksi luokiteltiin neljä interventiota sillä perusteella, että niissä saatiin aikaan positiivisia tuloksia osassa päämuuttujissa (Protheroe ym. 2016) tai muissa muuttujissa kuin päämuuttujissa (Green ym. 2019; Walker ym. 2020; Waters ym. 2018). Yhdessä tutkimuksessa (Blancafort Alias ym. 2021) ei saatu tuloksia missään muuttujissa, joten se luokiteltiin ei-vaikuttavaksi.

Vaikuttavat interventiot. Vaikuttavien interventioiden tarkoituksena oli lisätä aikuisten tupakoinnin lopettamista (Andrews ym. 2016) sekä kasvisten (Nakamura ym. 2017) ja kasvisten ja hedelmien syömistä (Gans ym. 2018), vähentää lihavuutta (McRobbie ym. 2019) ja parantaa ikääntyneiden ihmisten yleisterveyttä sekä vähentää hätäpuhelusoittoja (Agarwal ym. 2019). Nakamuran ym. (2017) interventio oli universaali, eli tarkoitettu sekä matala- että keskitulolisille ihmisille, kun taas loput olivat selektiivisiä, eli kohdennettuja taloudellisesti matalatuloisilla asuinalueilla asuville ihmisille. Interventiot olivat monikomponentti-interventioita (Andrews ym. 2016; Gans ym. 2018; McRobbie ym. 2019), verkkopohjaista terveystasvatusta (Nakamura ym. 2017) ja kahdenkeskistä terveystasvatusta (Agarwal ym. 2019). Monikomponentti-interventiot sisälsivät sekä yksilöihin kohdistuvaa terveystasvatusta (Andrews ym. 2016; Gans ym. 2018) tai -neuvontaa (McRobbie ym. 2019) että ryhmässä tapahtuvaa toimintaa kuten ryhmätapaamisia (Andrews ym. 2016; McRobbie ym. 2019) ja naapuruston laajuisia tapahtumia (Andrews ym. 2016; Gans ym. 2018). Lisäksi hankkeisiin kuului muita terveyttä edistäviä toimia kuten asuinkomplekseihin saapuvia kasviksia ja hedelmiä myyviä kauppia (Gans ym. 2018) ja nikotiinikorvaushoitoa (Andrews ym. 2016).

Mahdollisesti vaikuttavat interventiot. Mahdollisesti vaikuttavien interventioiden tarkoituksena oli lisätä aikuisten syöpäseulontaan osallistumista (Green ym. 2019), parantaa tyypin 2 diabeteksen itsehoitoa aikuisilla (Protheroe ym. 2016) ja tyypin 1 diabeteksen hoitotasapainoa nuorilla (Walker ym. 2020) sekä vähentää lihavuutta lapsilla (Waters ym. 2018). Interventioista Greenin ym. (2019) oli universaali, sillä se suunnattiin tietyn sairaalaketjun asiakkaille eri

sosioekonomisista asemista. Loput olivat selektiivisiä, sillä ne oli suunnattu matalassa sosioekonomisessa asemassa oleville ihmisille joko asuinalueen matalan sosioekonomisen aseman (Protheroe ym. 2016; Waters ym. 2018), osallistujien henkilökohtaisen matalan sosioekonomisen aseman tai Yhdysvalloissa vain matalatuloisille saatavilla olevan julkisen terveystakuun piirissä olemisen perusteella (Walker ym. 2020). Interventiot olivat monikomponentti-interventioita (Green ym. 2019; Walker ym. 2020; Waters ym. 2018) ja kahdenkeskistä terveystuontaa (Protheroe ym. 2016). Protheroen ym. (2016) interventio oli pääosin puhelimitse tapahtuvaa vertaisterveystuontaa, jonka lisänä kehitettiin kirjallinen terveystuontasivusto. Greenin ym. (2019) interventio sisälsi kirjallisen terveystuontasivuston ja taloudellisen kannustimen osallistua syöpäseulontaan. Walkerin ym. (2020) interventio sisälsi tekstiviestinvaihtoa vertaismentorin kanssa, tekstiviestimistutuksia diabeteksen hoidosta sekä tapahtumia. Watersin ym. (2018) intervention sisällöt eivät ole tiedossa, koska osallistuvat koulut saivat valita toteuttamansa käytänteet itse.

Ei-vaikuttava interventio. Ei-vaikuttavan intervention (Blancafort Alias ym. 2021) tarkoituksena oli parantaa ikääntyneiden ihmisten koettua- ja yleisterveyttä. Interventio oli selektiivinen, sillä se oli kohdennettu sosioekonomisesti heikolla asuinalueella asuville. Interventio oli ryhmätoimintaa, ja se sisälsi aiheita eri teemoihin liittyen.

LIITE 2. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden tutkimusten kuvaus. Tutkimukset aakkosjärjestyksessä.

| Tutkijat, vuosi, tutkimusmaa | Tutkimuksen tarkoitus | Tutkittavat (n), tutkittavien piirteet ja tutkimuksesta poispudonneet | Tutkimusasetelma, tutkittavien n, seuranta-aika, toteutusajankohta | Intervention kuvaus (sisältö, intensiteetti, kesto, toteutuspaikka, toteuttajat ja toteuttajien koulutus) | Sosioekonomisten terveyserojen kaventamista koskevat muuttujat ja päämuuttujien mittarit | Tilastollisesti merkitsevät (p<0.05) tulokset sosioekonomisten terveyserojen kaventumisesta |
|---|--|--|---|---|--|--|
| Andrews. 2016. USA, Georgia & South Carolina | Tavoitteena arvioida yhdessä kohdeyhteisön kanssa vuosikymmenen aikana kehitetyn ja sosiokulttuurisesti mukautetun sekä saavutettavien tupakoinnin lopettamisintervention Sister to Sister:n vaikuttavuutta rahallisesti tuetun asumisen naapurustoisissa asuvilla | n=409 tupakoinnin lopettamista mieltävää tupakoivaa aikuista, jotka asuivat valtion rahallisesti tukemissa naapurustoissa. Tutkittavat olivat km. 42,4 v, 85 % oli afroamerikkalaisia, yli 80 % oli matalasti koulutettuja ja 78 %:n kotitalous ansaitsi alle \$20 000/vuosi. Tupakkaa poltettiin km. 12,7 kpl/pvä. | Ryhmäsatunnaistettu kontrolloitu koe. Koeryhmä (n=7 naapurustoa, 200 asukasta) ja kaltaistettu kontrolliryhmä (n=7 naapurustoa, 209 asukasta), joka sai osittain viivästetyn kontrolli-intervention. Mittaukset alussa, 6kk ja 12 kk kohdalla. Toteutettiin 2009–2013. | 24 vko kestävä monitasoinen interventio, joka käytti eri tasolla toimivia strategioita: yksilöllinen, ihmisten välinen ja naapuruston taso. Pohjaa sosiaalis-ekologiseen malliin ja kohdeyhteisön mieltymyksiin. Interventionon kuului kahdenkeskiset tapaamiset yhteisön terveystyöntekijän kanssa, käytökseen liittyvät vertaisryhmätapaamiset ja nikotiinikorvaushoito. Kahdenkeskiset tapaamiset piti tehtävään palkatut yhteisön terveystyöntekijät (valmentajat). Tapaamiset pitivät sisällään ryhmätapaamisista saadun koulutuksellisen sisällön ja käytösstrategioiden vahvistamista & sosiaalisen tuen tarjoamista lopetusprosessiin, minäpystyvyyden edistämiseen ja tupakoinnin lopetusyrityksiin. Tapaamisia oli viikoittain ensimmäisen 12 vko ajan, joka toinen vko 4 vko ajan ja joka 4. vko 8 vko ajan. Valmentaja ja osallistuja tapasivat sovitusti osallistujan kotona tai julkisessa paikassa. Osallistujalle sopiva aika sovittiin edellisellä viikolla ja työntekijä soitti osallistujille vielä ennen tapaamisia. | Päämuuttuja: tupakoinnista pidättäytyminen 6 ja 12 kk kohdalla. Mittari: biokemiallisesti varmistettu tupakoinnista pidättäytyminen. Sekundaarimuuttujat: passiivinen tupakointi vaikka itse lopettanut, päivittäisten tupakoiden määrä, todennäköisyys olla ei-tupakoija 12kk kohdalla. | Interventioryhmästä suurempi osa kuin kontrolliryhmästä oli pidättäytynyt tupakoinnista 6kk (8 % vs. 2,9 %) ja 12kk (9 %, 4,3 %) kohdalla. Passiiviselle tupakoinnille altistuneita vaikka itse on lopettanut oli myös enemmän interventioryhmässä kuin kontrolliryhmässä 6kk (10 % vs. 3,4 %) ja 12kk (12 % vs. 5,3 %) kohdalla. Päivittäisten tupakoiden määrä vähentyi molemmissa ryhmissä 12kk kohdalla, mutta interventioryhmässä kontrolliryhmää |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|
| naisilla kaakkois- USA:ssa. | Poisputosi yht. 8,8 % tutkittavista (interventioryh- mästä 10 % ja kontrolliryhmäs- tä 7,7 %). Afroamerikkalai- sista poisputosi 7 % kun ei- afroamerikkalai- sista yli 18 %. | Kontrolliryhmä sai kirjallisia tupakoinnin lopettamismateria- aleja viikoilla 1, 6, 12 ja 18. 12kk mittausten jälkeen he saivat neuvontaa, nikotiinikorvaus- uotteita ja yhteisön terveystyöntekijä- n tapaamisia. | Sertifioitu tupakoinninlopettamisneuvoja piti käyttäytymiseen liittyviä ryhmätapaamisia 1x/vko 6 vko ajan naapurustoissa käyttäen Sister to Sister -käsikirjaa, joka pohjaa julkisten terveystalujen ohjeisiin. Osallistujille tarjottiin 8 vko nikotiinikorvaushoito, mikäli he asettivat lopetuspäivämäärän intervention 2. vko:lle. Korvaustuotteet annettiin ryhmätapaamisten jälkeen 1/2 viikoksi kerrallaan. Naapuruston asukastoimikunnat järjestivät naapurustolle yhdessä tutkimusryhmän kanssa väh. 2 tupakoinninlopettamisaktiviteettia (esim. muistokävely tupakointiin liittyviin sairauksiin kuolleiden perheenjäsenten muistoksi, terveystalut, grillaus/ruokailutapahtuma, jossa tupakoinnin vastaisia koulutuksellisia lehtisiä). Saivat \$500 aktiviteettien järjestämiseen. | enemmän: -6,5 tupakkaa (12,6/pvä → 6,1/pvä) vs. -4,6 tupakkaa (12,8/pvä → 8,2/pvä). Ne, joilla oli alussa vähemmän nikotiiniriippuvuutta, masennusoireilua, sosiaalista painetta tupakointiin ja parempi minäpystyvyys, oli suurempi todennäköisyys lopettaa tupakointi. Ne intervention osallistujat, jotka kävivät kahdenkeskisissä tapaamisissa, osallistuivat ryhmätapaamisiin ja käyttivät nikotiinikorvaustuotetta , pysyivät todennäköisemmin ei- tupakoijana tupakoimatta. | | |
| Agarwal ym. 2019. Ontario, Kanada | Tavoitteena arvioida Community Paramedicin e at Clinic (CP@clinic) | Kaupungissa ja maaseudulla julkisissa asumisyksiköissä asuvat matalatuloiset | Avoin, rinnakkainen, pragmaattinen, ryväsotannalla satunnaistettu kontrolloitu koe | CP@clinic-interventio on kohderyhmän asumisyksikköön saapuva terveystaluklinikka. Terveystaluklinikatoiminta sisälsi osallistujien terveystaluriskien (verenpaine, diabetes, kaatumisriski) arviointia, terveystalukasvatusta ja terveyden edistämistä (elämäntaluneuvonta), kohdennettuja läheteitä sopiviin palveluihin (esim. | Päämuuttuja ja mittari: talokohtainen häätäpuheluide n määrä/100 asuntoa/kk. | Interventio vähensi häätäpuheluita km. 0,9 soitolla (-19,4 %) per 100 asuntoa kontrollitaloihin verrattuna. |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|---|
| <p>-intervention vaikuttavuutta hätäpuheluiden määrään ja terveyden kohentumisen matalatuloisilla vanhemmillä ihmisillä, jotka asuvat yhteisömuotoisessa asumisyksikössä erilaisilla asuinalueilla.</p> | <p>ikäntyvät (yli 55-v) ihmiset (n=4081). Tutkittavat km.72 v, joista naisia yli 70 %, yksin asuvia 90 %, ja 68 %:lla matala koulutus. Poisputosi interventioryhmästä 45 % (15,1 % interventioon osallistuneista interventioryhmäläisistä) ja kontrolliryhmästä 60,9 %.</p> | <p>Koeryhmä (n=15 valtion rahallisesti tukemaa julkista asumisyksikköä, 2009 asukasta), joka sai intervention, ja kaltaistettu kontrolliryhmä (n=15, 2072 asukasta), joka jatkoi kuin tavallisesti. Mittaukset alussa ja 1 v. kestävän intervention jälkeen. Ei seuranta-aikaa.</p> | <p>ravitsemusterapeuttien ruoanlaittokurssit, tupakoinnin lopettamisohjelmat), korkeariskisten asukkaiden tunnistamista ja lähettämistä terveydenhuoltoon ja kommunikointia asukkaan terveydestä hänen lääkärinsä kanssa, mikäli saatu lupa asukkaalta. Tapaamiset järjestettiin viikoittain 1 vuoden ajan asumisyksiköiden yleisissä tiloissa. Tapaamiseen osallistuttiin ilman ennakkovarausta, ja ne pidettiin kahden kesken osallistujan ja työntekijän välillä. Tapaamiset toteuttivat koulutetut haja-asutusalueisiin ja niiden erityispiirteisiin keskittyvät ensihoitajat (community paramedics).</p> | <p>Sekundaarimuuttajat (yksilötasolla): verenpaine, elämäntyyliin liittyvät riskitekijät (fyysinen aktiivisuus, hedelmien ja vihannesten kulutus, BMI), terveyteen liittyvä elämänlaatu & laatuainotettu elinvuodet.</p> | <p>Sekundaarimuuttujista eri statistisilla menetelmillä parantui joko BMI ja laatuainotetut elinvuodet tai laatuainotettujen elinvuosien osatekijöistä itsehoito, tavanomaiset aktiviteetit ja kipu. Verenpaine laski niillä interventioon osallistujilla, joilla se oli alussa liian korkea: systolinen -3,65mmHg & diastolinen -2,03mmHg.</p> | |
| <p>Blancafort Alias ym. 2021. Espanja</p> | <p>Tarkoituksena arvioida moniosaisen Feeling well-intervention vaikuttavuutta koetun terveyden ja</p> | <p>Itsenäisesti pärjääviä yli 60-vuotiaita (n=360), joiden koettu terveys on tyydyttävä tai huono.</p> | <p>Pragmaattinen, multicentric, rinnakkainen yksilöllisesti satunnaistettu kontrolloitu koe.</p> | <p>3kk kestävä moniosainen yhteisöohjelma, joka käsittelee laajasti eri terveyden osa-alueita, jotka vaikuttavat terveyden ja terveyden sosiaalisten determinanttien välillä (sosiaalinen tuki ja -osallistuminen, itsesäätely, terveyden lukutaito), ja jossa opitaan uusia taitoja ja käyttäytymismalleja.</p> | <p>Päämuuttuja: koettu terveys. Mittari: SF-12-kyselyn 1. kysymys & EQ-5D -visuaalinen</p> | <p>Ei tilastollisesti merkitseviä tuloksia pää- eikä sekundaarimuuttujissa: koettu terveys parani sekä interventio- että kontrolliryhmässä.</p> |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|---|
| | muiden terveystietojen parantamiseksi tavanomaisen hoitoon verrattuna vanhemmillä ihmisillä, jotka asuvat vähäosaisella urbaanilla alueella. | Poisputosi interventioryhmästä 37 % ja kontrolliryhmästä 38 %. Tutkittavien ikä oli km. 74 v, 81,4 % oli naisia ja 82%:lla matala koulutus. | Koeryhmä (n=194) sai intervention, kontrolliryhmä (n=164) viivästetyn intervention. Mittaukset alussa, 3kk kestävä intervention jälkeen ja 9kk seuranta-ajan jälkeen. Toteutettiin 2015–2018. | 12 viikoittaista 2h tapaamista max 15hlö ryhmissä. 9/12 tapaamista terveyskeskuksessa, 3 julkisilla paikoilla (oltiin fyysisesti aktiivisia, käytiin ruokaostoksilla tai sosiaalisissa aktiviteeteissa). Toteuttajana terveydenhuollon ja sosiaalityön ammattilaiset (5 hoitajaa, 2 sosiaalityöntekijää & 2 yleislääkäriä), jotka koulutettiin intervention ohjaajiksi ja jotka arvioivat toisten ryhmien toimintaa. | analogiaskaala . Sekundaarimuuttajat: terveyteen liittyvä elämänlaatu, itsesäätely, terveyden lukutaito, sosiaalinen pääoma, mielenterveys & terveyspalvelujen käyttö. | |
| Gans ym. 2018. USA, Providen piirikunta, Rhode Islandin osavaltio | Tavoitteena kuvata Live Well, Viva Bien -intervention tulokset, jonka tarkoituksena oli puuttua sekä yksilöllisiin ympäristötekijöihin matalatuloisten väestöosan | Matalatuloisella asuinalueella asuvat aikuiset (n=1597), jotka asuvat taloudellisesti tuetussa asuinkompleksissa. 9 asuinkompleksia oli ikääntyneille ihmisille ja 6 perheille. Tutkittavien ikä oli km. 53,7 v, | Ryväsotannalla satunnaistettu kontrolloitu koe Koeryhmä (n=8 asuinkompleksia, 837 asukasta) sai intervention ja kaltaistettu kontrolliryhmä (n=7 asuinkompleksia, 760 asukasta) samantyyppisen vertailuinterventio on eri teemoista. | 1 vuoden kestävä monikomponentti-interventio, joka sisältää asuinkompleksiin tulevan tuoreita hedelmiä ja kasviksia myyvän kaupan ja ravitsemuskasvatusta. Perustuu sosiaalis-ekologiselle mallille, teoreettisena viitekehystenä Social Cognitive Theory: vaikuttaa yksilöllisen, ihmisten välisen (sosiaalisen) ja ympäristön tasoihin. Kauppa saapui asuinkompleksiin 2 tunnin ajaksi joka kuukauden 1. ja 2. viikkona (muille viikoille ei riittänyt asiakkaita). Hinta sama tai halvempi kuin ruokakaupoissa. Ravitsemuskasvatus piti sisällään DVD:itä ja infolehtisiä (joissa reseptejä, kokkaus-, säilytys- ja rahansäästövinkkejä, tietoa kasvien ja hedelmien | Päämuuttaja: hedelmien (pl. mehu) ja kasvien (p. ranskanperunat) syöti: kuppia/pvä. Mittari: 18-kohtainen Eating at America's Table All Day Screener. Sekundaarimuuttaja: hedelmien ja | Kasvien syöti lisääntyi interventioyhmässä 0,28 kupilla (kun kontrollissa vähentyi 0,03 kupilla). Yhdistetty hedelmien ja kasvien syöti lisääntyi 0,44 kupilla (kun kontrollilla väheni 0,08). Sekundaarimuuttaja parantui interventioyhmässä 0,24 pisteellä (kun |

| | | | | | | |
|------------------------|---|--|---|---|--|--|
| | kasvien ja hedelmien syönnin lisäämiseksi. | heistä 56,5 % oli ikääntyneitä ja 73,4 % naisia. Hieman yli puolet oli latinalaisamerikkalaisia, työttömiä oli 21 %, työkyvyttömiä 33 %, matalasti koulutettuja n. 80 % ja ruokapuohjelmiin kuului yli 80 %. | Kaikki asukkaat saivat osallistua interventioon, mutta n. 100 asukasta otettiin arviointikohorttiin. Mittaukset alussa ja arviointikyselyt 6kk ja 12kk kohdalla. Ei seuranta-aikaa. | terveysvaikutuksista & menestystarinoita) & kokkien pitämiä kokkaus- ja maistelutapahtumia (6kpl). Interventiossa 2 kuuden vko:n kampanjaa: 1. pian alkumittausten jälkeen (päivittäinen kasvien ja hedelmien syönnin määrän lisääminen) ja 2. 6kk jälkeen (kasvien ja hedelmien käytön monipuolisuuden lisääminen). Kampanjoissa viikkosia, tavoitteenasetteluaktiiviteetteja, koulutuksellista ja motivoivaa sisältöä & kasvien ja hedelmien käytön seurantatyökalu. Alku-, keskivaiheen ja lopputapahtuma, joissa kokkien pitämää ohjelmaa, reseptien jakoa ja arvontaa. | kasvien syönnin määrä eri mittarilla (keskitty syönnin tapoihin, joista lasketaan pisteet). | kontrolliryhmässä 0,14 pisteellä). Eroiteluna asuinkompleksin mukaan tuloksia ei saatu perheiden asuinkomplekseissa, vaan ainoastaan ikääntyneiden ihmisten asuintaloissa: kasvien syönnin lisääntyi 0,41 kupilla (kontrolliryhmässä väheni 0,09) ja yhdistetty hedelmien ja kasvien syönnin 0,65 kupilla (kun kontrollissa väheni 0,07 kupilla). |
| Green ym. 2019. | Tarkoituksen selvittäminen, lisäävät rahalliset kannustimet suolistosyövän seulontatestin suorittamista etenkin heikoilla sosioekonom | 50–75-vuotiaita tietyn yksityisen terveyskeskuksen asiakkaita (n=838), jotka olivat suolistosyövän seulontatestin tarpeessa. Tutkittavien keski-ikä 59,7 v, joista 65 % naisia, 52 % | Rinnakkainen kolmihaarainen satunnaistettu koe. Kolme eri interventiota, joita verrattiin keskenään: 1. interventioyhmä n=284, 2. interventioyhmä n=270 & 3. | 1., posti-interventio: ensimmäisenä lähetettiin esittelykirje ja tietoa suolistosyövän seulonnan tärkeydestä sekä eri seulontakeinoista. 1 vko:n kuluttua lähetettiin helppokäyttöinen seulontatesti, jonka voi lähettää ilmaiseksi analysoitavaksi. 3 vko:n kuluttua lähetettiin muistutuskirje, jos ei ollut palauttanut testiä. 2., posti- ja rahapalkintointiventio: toteutettiin sama posti-interventio kuin yllä, jonka lisäksi kirjeissä tiedotettiin, että he saavat \$10 palkinnon kun suorittavat minkä tahansa suolistosyövän seulonnan. 3., posti- ja raha-arvontainterventio: toteutettiin sama posti-interventio kuin yllä, joka lisäksi kirjeissä tiedotettiin | Päämuuttaja: minkä tahansa suolistosyövän seulontatestin suorittaminen 6kk sisällä satunnaistamisesta (postitse lähetetty helppokäyttöinen testi tai 2 erilaista terveyskeskuk | Ei tuloksia päämuuttujassa, sillä kaikissa interventioissa seulontaan osallistui yli 70 %. Postitse lähetettävän helppokäyttöisen testin suorittaminen oli 7,7 % ja 7,1 % yleisempää posti- ja rahapalkintointiventiossa ja posti- ja raha-arvontainterventiossa |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| isen aseman ryhmillä. | valkoisia, 48 % etnisiä vähemmistöjä, 38 %:n talous ansaitsi alle \$50 000/vuosi, 62 %:n talous ansaitsi yli \$50 000/vuosi, 17 % oli matalasti koulutettuja, puolet oli korkeasti koulutettuja & 7 %:lla oli julkinen terveysvakuutus (MedicAid). | interventioryhmä n=284. Intervention lisäksi osallistujat saivat tavanomaisen terveyskeskushoidon (=syntymäpäiväm uistutukset suolistosyövän seulonnan tarpeesta, seulontatestien saaminen mukaan niiden ja toteuttaminen vastaanotoilla). | pääsystä mukaan arvontaan, jossa on 1/10 todennäköisyys voittaa \$50 kun suorittavat minkä tahansa suolistosyövän seulonnan. | sessä suoritettavaa testiä) Mittari: automaattinen data (toimenpideko odit, laboratoriotulokset ja korvausvaatimukset). | post-interventioon verrattuna. Rahalliset kannustimet lisäsivät julkisen terveysvakuutuksen omaavien seulontatestin suorittamista 38 %, kun taas muun terveysvakuutuksen omaavilla rahallinen kannustin lisäsi osallistumista 5,6 %. |
| Ei poispuodonneita, koska alkukyselyjä ei toistettu. | Ei | Kysely alussa, ja 6kk jälkeen tarkistettiin seulonnoissa käynti. Ei varsinaista seuranta-aikaa. | Intervention kesto siis 5 vko. | Sekundaarimuuttuja: postitse lähetettävän helppokäyttöisen testin tai terveyskeskussa suoritettavan toisen testin suorittaminen 6kk sisällä satunnaistamisesta. | |
| Ei | Ei | Kysely alussa, ja 6kk jälkeen tarkistettiin seulonnoissa käynti. Ei varsinaista seuranta-aikaa. | Intervention kesto siis 5 vko. | | |
| McRobbie ym. 2019. | Tavoite ottaa selvää heikossa Lontoon kahdella taloudellisesti | Kaksihaarainen päällekkäisryhmitäinen (parallel- | 8 vko kestävä monia tehtäväpohjainen ryhmäinterventio, jota on testattu | sisältävä Päämuuttuja: painonmuutos 12kk jälkeen. | Interventioryhmässä painonpudotus oli suurempaa kuin |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|--|
| <p>Lontoo, Englanti, Iso-Britannia</p> | <p>asemassa olevalle väestölle suunnatun lihavuuden vähentämisen keskittyvän monia aktiviteetteja sisältävän tehtäväpohjaisen ryhmäintervention Weight Action Programme (WAP):n kliininen- ja kustannusvaikutavuus 1 vuoden jälkeen verrattuna nykyiseen käytäntöön.</p> | <p>heikoimmalla asuinalueella asuvia lihavia (BMI 30-45 tai 28 liittämissairauksien kera) aikuisia (n=330). Poisputosi koeryhmästä 7,7 % ja nykyisen käytännön ryhmästä 1,8 %. Tutkittavien keski-ikä oli 45,9v, 70,9 % oli naisia, n. 60 % kuului etniseen vähemmistöön ja n. puolet oli työttömiä ja matalasti koulutettuja.</p> | <p>group) satunnaistettu kontrolloitu koe: Koeryhmä (n=220), ja kontrolliryhmä (n=109), joka sai parhaan nykyisen käytännön mukaista hoitoa. Mittaukset alussa, satunnaistamisvaiheessa, pitkin interventiota, 8 vko kestävä intervention jälkeen sekä 6 ja 12 kk seuranta-aikojen jälkeen. Toteutettiin 2012–2015. Nykyisessä parhaassa käytännössä tarjotaan 4 max 30 min perusterveydenhuollon tapaamista 8 vko aikana, jossa saadaan hoitajalta neuvontaa</p> | <p>kahdessa pilottitutkimuksessa ja kehitetty palautteen perusteella sopivaksi heikossa asemassa oleville ryhmille. Ohjelma tarjoaa selkeää ja yksinkertaista neuvontaa terveelliseen ruokavalioon, fyysiseen aktiivisuuteen ja itsetarkkailuun erilaisin konkreettisin ja todennettavissa olevin tehtävin, joista sovitaan yksilöllisesti jokaisen osallistujan kanssa. Tärkeä innovaatio ohjelmassa on se, että tehtäviä seurataan tehtäväkortteilla, joihin osallistujat sitoutuvat ainakin viikon ajaksi. Tehtävät: liikunnan ja askelmäärän lisääminen (osallistujille tarjottiin askelmittari), helppojen ruokavaihtojen tekeminen, nälän tarkkailu ennen ja jälkeen ruokailun, kieltäytyminen turhasta ruoasta, painon tarkkailu & ruokien kaloripitoisuuden testaaminen. Toinen tärkeä osa interventiota on sosiaalinen tuki: 1h kestävä ryhmätapaaminen joka viikko ja vapaaehtoinen kuukausittainen ryhmätapaaminen. Ohjelman ryhmätapaamiset pitivät koulutetut WAP-neuvojat.</p> | <p>Sekundaarimittaukset: osuus osallistujista, jotka menettivät väh. 5 % kehonpainostaan; painonmuutos 2kk ja 6 kk päästä; BMI-muutos; muutokset vyötärön ympäryksessä; verenpaineessa, muutokset ruokatietämyksessä & muutokset eri kyselyjen pisteissä.</p> | <p>nykyisessä käytännössä heti intervention jälkeen (-3.2 vs -2.2. kg), 6kk jälkeen (-5kg vs. -2.1kg) ja 12kk jälkeen (-4.2 vs. -2,3 kg). Suurempi osa interventioon kuin nykyiseen käytäntöön osallistujista menettivät väh. 5 % kehonpainostaan (41 % vs. 27 %) ja paransivat ruokien kaloritietoisuutta heti intervention päätyttyä ja 6kk seurannan jälkeen. Interventio tuotti enemmän lisäystä laatuolosuhteissa (QALY).</p> |
|---|--|--|---|---|---|--|

| | | | | | | | | |
|---------------------------|---|--|---|---|--|---|--|--|
| | | | ruokavaliosta ja fyysisestä aktiivisuudesta ja itsetarkkailusta. Hoitajat koulutettiin tehtävään. | | | | | |
| Nakamura ym. 2017. | Tavoite tutkia verkkopohjaisen Diet and Exercise Practices Project -ravitsemuskasvatustutkimuksen vaikutuksia kasvien syömiseen lisäämiseen ja kasvien syötiin liittyvien terveyserojen vähentämiseen matala- ja keskituloisilla japanilaisilla aikuisilla. | 30–59-v. japanilaisia matala- ja keskituloisia aikuisia (n=1500, joista matala- ja keskituloisia kumpiakin n=750). Tutkittavista oli naisia 48 %, työttömiä 25 %, ja 27 %:lla oli matala koulutus. Poisputosi interventioryhmästä yht. 25 % (221 hlö) osallistujista. Matalatuloisista poisputosi 28 % (124 hlö) ja keskituloisista 22 % (87 hlö). | Kaltaistettu satunnaistettu kontrollioitu koe Koeryhmä (n=900, joista 450 matala- ja keskituloista) ja kontrolliryhmä (n=600, joista 300 matala- ja keskituloista). Mittaukset alussa, 5 vko kestävä intervention jälkeen & 3kk seuranta-ajan jälkeen. Toteutettiin 2015–2016. | 5 vko kestävä 5-vaiheinen verkkopohjainen monikomponentti-interventio. Interventio tapahtuu nettisivustolla, jonne päivitetään joka viikko uutta sisältöä kunkin vaiheen mukaisesti. Jokaisesta vaiheesta 4 sivua materiaalia (yht. 20 sivua): tietoa, 3 seurantalomaketta sekä neuvoja terveelliseen ruokavalioon, kasvien syönnin lisäämiseen ja elämäntapasairauksien ehkäisyyn. Interventio pohjaa useisiin terveyskäyttäytymisteorioihin (transteoreettinen malli, terveysuskomusmalli, sosiaalikognitiivinen teoria ja suunnitellun toiminnan teoria). Interventio huomioi muutosta edeltävät vaiheet: edistetään siirtymää (esi)harkintavaiheista toimintaan ja lopulta ylläpitoon psykologisten tekijöiden, kuten minäpystyvyyden lisäämisen avulla. | | Päämuuttuja: kasvien syöinti (70g annoksia/pv). Mittari: itseraportoitu kysely. Sekundaariset muuttujat: suositusten mukainen syöinti/vko, käyttäytymis muutosta edeltävä transteoreettinen muutosvaihe (=nykyinen suositusten mukainen syöinti tai aie siihen), koettu kontrolli | Kasvien syönnissä oli tuloryhmien välisiä eroja ennen interventiota, mutta intervention jälkeen nämä erot hävisivät: kasvien syöminen lisääntyi matalatuloisilla interventioon osallistuneilla km. 0.42 annoksella heti intervention jälkeen, kun taas keskituloisilla kasvien syöinti ei lisääntynyt. Vaikutus ei säilynyt seuranta-ajan jälkeen. Kontrolliryhmässä kasvien syöinti ei lisääntynyt. Sekundaarimuuttujista heti intervention jälkeen parantui matalatuloisilla suositusten mukainen kasvien syöinti, | |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|---|---|---|---|
| | | Kontrolliryhmä ssä poisputosi yht. 22 % (134 hlö). Matalatuloisia poisputosi 25 % (75 hlö) ja keskituloisista 20 % (59 hlö). | | | (=usko pystymiseen suositusten mukaiseen kasvisten syömiseen) & tietämys kasvisten syönnin 350g suosituksesta. | transteoreettinen muutosvaihe, koettu käyttäytymiseen liittyvä kontrolli ja tietämys kasvisten syönnin suosituksesta. Seurannassa säilyi suositusten mukainen kasvisten syönti ja tietämys. |
| Prothero e ym. 2016. | Tavoitteena kehittää vertaiskoulut tajainterventi o tyypin 2 diabeteksen itsehoitoon heikossa sosioekonom isessa asemassa olevalle väestölle ja selvittää intervention vaikuttavuutta ja kustannusvai kuttavuutta tavanomaise | Huonon tyypin 2 diabeteksen hoitotasapainon omaavaa aikuista (n=76) Englannin sosioekonomise sti kuudenneksi heikoimmalta alueelta. Tutkittavien ikä oli km. 63,1 v, puolet oli naisia ja lähes kaikki keskitason- tai matalasti koulutettuja. Ammattiasemas sa enemmän | Satunnaistettu kontrolloitu koe, pilottitutkimus. Koeryhmä (n=39) ja kontrolliryhmä (n=37), joka sai tavanomaista hoitoa. Mittaukset alussa ja 7kk kuluttua. Ei varsinaista seuranta-aikaa. Kontrolliryhmän tavanomainen hoito: kutsu vuosittaiselle terveydenhuollon | Interventio sisälsi strukturoidun haastattelun, yksilöllisen itsehoitosuunnitelman kehittämisen ja joka toinen kuukausi toistuvan tukipuhelun (max 3 kertaa á 6kk). Haastattelussa tunnistettiin kohdat, joissa terveyttä voisi parantaa ja siinä käytettiin apuna paikallista tukimuotojen tarjontaa. Osallistujille tarjottiin tietoa ja neuvoja yleisimpien uskomusten (diabeteksen riskit, käyttäytymismuutosten hyötyjen ja haittojen kokemus) muuttamiseen & neuvontaa tärkeistä terveydenhuollon testeistä ja tarkastuksista, joita tulisi tehdä säännöllisesti (verenpaine, kolesteroli, jalkojen sekä silmien tutkiminen). Lisäksi kehitettiin yhteistyössä kansallisen ja paikallisen terveydenhuollon kanssa heikon terveyden lukutaidon omaaville ihmisille soveltuva esite diabeteksen hallintaan. | Diabeteksen itsehoito: Summary Diabetes Self- Care Measure, The Diabetes Quality of Life Brief Clinical Survey & Diabetes UK Scale Items. (Terveyteen liittyvä) elämänlaatu: EQ5D & Short Warwick- Edinburgh Mental Well- Being Score | Terveystilanteesta mielenterveys oli interventioyryhmässä 5,46 pistettä kontrolliryhmää parempi. Diabeteksen kokeminen elämää uhkaavana (Brief Illness Perception Score) oli 5,74 pistettä kontrolliryhmää vähäisempää. Ei tuloksia diabeteksen itsehoidossa, elämänlaadussa, fyysisessä terveydessä, terveyspalvelujen käytössä eikä hemoglobiiniarvoissa. |

| | | | | | |
|-------------------------|---|---|--|--|---|
| | en hoitoon verrattuna. | vaihtelua: n. 46 % oli matalassa ammattiasemassa, keskitasoisessa asemassa n. 29 % ja korkeassa asemassa n. 25 %. n. 75 % tutkittavista asui heikoimmalla tai toiseksi heikoimmalla asuinalueella (kuudenneksi heikoimman alueen sisällä) ja 61 %:lla oli riittämätön terveydenlukutaito. | käynnille, jossa tehdään perustarkastus ja -mittaukset. Toteutettiin 2012–2013. | Intervention toteuttivat koulutetut vertaiskouluttajat. Kesto 7kk? | Sairauden kokemus: Brief Illness Perception Score. Terveystilanne: SF12:n fyysiset- ja mielenterveyskysymykset. Terveyspalvelujen käyttö: itseraportoitu lääkäri- ja sairaalapalvelujen käyttö. Hemoglobiiniarvot: terveystiedoista. |
| Walker ym. 2020. | Matalatuloisten nuorten tyypin 1 diabeteksen hoitotasapainoa parantamaan pyrkivän | Julkisen terveysvakuutuspiirissä olevat nuoret, joilla on tyypin 1 diabetes (n=42). | Kaltaistettu satunnaistettu kontrolloitu koe, pilottitutkimus. Koeryhmä (n=22) ja kontrolliryhmä (n=20). | 9kk kestävä vertaismentorointiohjelma, jossa tyypin 1 diabeteksen omaavat college-opiskelijat mentoroivat nuoria, joilla myös on tyypin 1 diabetes. Interventioniin kuului päivittäiset tekstiviestimuistutukset verensokerin tarkkailuun, viikoittaista viestinvaihtoa mentoroitavan ja mentorin välillä, 2 sosiaalista tapahtumaa nuorille, perheille ja mentoreille, joissa koulutusta | Päämuuttuja: Glykeeminen kontrolli Mittari: HbA1c-arvo terveystiedoista Ei muutosta glykeemisessä kontrollissa. Toivo tulevaisuudesta nousi (n. 4 pisteellä). |

| | | | | | | |
|-------------------------|--|--|---|--|--|---|
| | vertaismentorointiohjelma All for ONE! (Outreach, Networks, and Education):n toteutettavuuden arviointi. | Tutkittavien ikä oli km. 14 v, 75 % oli naisia, vanhempien koulutustaso oli alle kandidaatin tason 69 %:lla ja yli sen 31 %:lla. Tulotasoltaan 95 %:lla talouden tulot olivat alle \$75 000. | Mentorit paritettiin samaa sukupuolta olevan nuoren kanssa, jonka jälkeen nuoret satunnaistettiin koe- ja kontrolliryhmiin. Mittaukset alussa ja 9kk kestävä intervention jälkeen. Ei seuranta-aikaa. | diabeteksestä ja sen itsehoidosta yhdistettynä hauskaan sisältöön & rutiiniterveyskeskuskäyntejä yhdessä mentorien kanssa 3kk välein. Mentorit koulutettiin tehtävään ja he saivat jatkuvaa tukea tutkimusryhmältä. Tutkimusryhmä järjesti tekstiviestimuistutukset ja sosiaaliset tapahtumat. | Sekundaarimuuttajat: Intervention psykososiaaliset puolet (toivo tulevaisuudesta ja kyky toimia tavoitteiden eteen) & Palaaminen rutiiniterveyskeskuskäynneille. | Klinikkakäynnille palaaminen lisääntyi: 95 % nuorista palasi, kun kontrolliryhmässä 65 %. |
| Waters ym. 2018. | Tavoitteena arvioida yhteisöpohjaisen lasten lihavuuden ehkäisemisen interventio Fun 'n healthy in Moreland! :n vaikutuksia lasten lihavuuden vähentymiseen, hyvinvointin ja | 5–12-v peruskoululaiset (n=2965) urbaanilta, kulttuurisesti moninaiselta ja taloudellisesti heikossa asemassa olevalta asuinalueelta. n. 60 % vanhemmillä oli matalampi kuin korkeakoulututk | Ryväsotannalla satunnaistettu koe, jossa upotettu pitkäaikaisosaotanta (nested.lognitudiaal subsample). Koeryhmä (n=12 koulua, 1426 oppilasta) ja kontrolliryhmä (n=10 koulua, 1539 oppilasta), joka jatkoi | 3,5v kestävä yhteisöpohjainen, monitasoinen, näyttöön perustuva interventio, joka pyrki kehittämään kouluympäristöjä, lasten huoltajien osallisuutta ja siten lasten terveystietoisuutta ja hyvinvointia. Interventiota kehitettiin yhdessä koulu yhteisöjen kanssa sekä kehitettiin ja toteutettiin kunnan terveyspalvelujen kanssa. Teoreettisena viitekehyksenä WHO:n Health Promoting Schools -viitekehys, joka on yhdenmukainen sosioympäristöllisen viitekehyksen kanssa (huomioidaan ympäristön, sosiokulttuuristen tekijöiden ja yksilöllisten tekijöiden vaikutukset terveystietoisuuteen). Lisäksi näyttönä Obesity Task Force:n ”10 guiding principles for obesity prevention”. | Päämuuttaja: muutos lihavuudessa Mittari: pituus, paino, vyötärön ympärys, BMI & BMI z-score. Sekundaarimuuttajat: hedelmien ja kasvien syönnin sekä makeiden | Ei tuloksia lihavuudessa: lihavien osuus vähentyi alusta loppuun sekä interventioryhmässä (40 % ja 35 %) että kontrolliryhmässä (41 % ja 37 %). Ei eroja muissakaan lihavuuden mittareissa. Interventioryhmän lapset joiivat todennäköisemmin vettä ja vähemmän |

| | | | | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 4. Tutkittavien (ja mahdollisen kontrolliryhmän) tunnuspiirteet kuvailtu riittävästi? | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 5. Mikäli tutkittavien satunnaistaminen oli mahdollista, raportoitiinko se? | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| 6. Mikäli tutkijoiden sokkouttaminen oli mahdollista, raportoitiinko se? | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| 7. Mikäli tutkittavien sokkouttaminen oli mahdollista, raportoitiinko se? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8. Tulos- ja mahdolliset altistusmuuttajat hyvin määritelty ja niissä ei ole mahdollisuutta mittaus- tai väärinluokitteluvirheelle? Arvioinnin keinot kuvattu? | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 9. Otokoko riittävä? | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 10. Analyysimenetelmät soveltuvia ja kuvailtu? | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 11. Jokin varianssin (esim. luottamusväli, keskihajonta) arvio raportoitu päätöksissä? | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| 12. Kontrolloitu sekoittavien tekijöiden varalta? | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 13. Tulokset raportoitu riittävän yksityiskohtaisesti? | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 14. Johtopäätökset on perusteltu tuloksilla? | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Yht. | 25 | 22 | 23 | 26 | 23 | 27 | 26 | 23 | 19 | 24 |

Kyllä (2), Osittain (1), Ei (0).

LIITE 4.

| Viitekehys | Käyttötarkoitus | Vaiheet | Muuta |
|---|--|---|--|
| RE-AIM-viitekehys (Glasgow ym. 1999) | Viitekehystä voidaan käyttää sekä ohjelmien suunnitteluun että arviointiin (Glasgow ym. 1999). | Viitekehyyksen tavoitteet saavutetaan viiden (5) vaiheen avulla: 1. Tavoitettavuus (Reach): yksilötason mittari ohjelmaan osallistumisesta (Glasgow ym. 1999). Selvitetään ohjelmaan osallistuvien ihmisten absoluuttinen määrä, osuus kaikista heistä, jotka olisivat voineet osallistua ja edustavuus, eli se, vastaavatko osallistujat demografisilta | Viitekehyyksen keskeinen sanoma on, että ohjelman vaikutukset rakentuvat |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Viitekehys on kehitetty helpottamaan tutkimuksen siirtymistä käytäntöön ohjelmien laatua, nopeutta ja kansanterveydellisiä vaikutuksia parantamalla (RE-AIM 2021a).</p> | <p>tekijöiltään heitä, jotka olisivat voineet osallistua ohjelmaan (Glasgow ym. 1999; RE-AIM 2021g).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Vaikuttavuus tai tehokkuus (Efficacy, effectiveness): yksilötason mittari intervention vaikutuksista osallistuville yksilöille (Glasgow ym. 1999). Mitataan sekä positiiviset että negatiiviset vaikutukset fysiologisissa muutoksissa, käyttäytymisen muutoksissa, elämänlaadussa sekä osallistujien tyytyväisyydessä ohjelmaan (Glasgow ym. 1999). 3. Omaksuminen (Adoption): organisaatiotason mittari niiden tahojen absoluuttiselle määrälle, osuudelle ja edustavuudelle, jotka omaksuvat ohjelman toteuttamisen. Huomioidaan myös se, miksi ohjelmaa toteutetaan tai ei toteuteta (esim. resurssit, taidot, sitoutuminen) (Glasgow ym. 1999; RE-AIM 2021b). 4. Toimeenpano (Implementation): organisaatiotason mittari sille laajuudelle ja tarkkuudelle, miten ohjelma toteutettiin ”todellisessa maailmassa” niin kuin suunniteltiin (Glasgow ym. 1999). Huomioidaan myös mahdolliset toimeenpanijoiden tekemät muutokset tai toteuttajille syntyneet kustannukset ja vaiva (RE-AIM 2021e). 5. Ylläpito (Maintenance): sekä yksilö- että organisaatiotason mittari ohjelman säilymiselle pitkällä aikavälillä. (Glasgow ym. 1999). Yksilötasolla mitataan vaikutusten säilymistä, organisaatiotasolla ohjelman juurtumista sen toteuttajien rutiinotoimintaan ohjelman päättymisen jälkeen (RE-AIM 2021f). | <p>viitekehysten viiden osa-alueen yhteistoiminnasta, jotka kaikki tulisi huomioida hyvässä interventiossa (Glasgow ym. 1999).</p> |
| <p>Viitekehysten avulla voi arvioida ohjelman vaikutuksia, vertailla ohjelman vaikutuksia eri organisaatioissa, vertailla eri ohjelmia keskenään ja tehdä päätöksiä resurssien jaosta kohti vaikuttavampia ohjelmia (Glasgow ym. 1999).</p> | <p>6vaihetta, joista jokainen sisältää monta tehtävää:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tarvearvioinnin tekeminen (Bartholomew ym. 2006, 16–17): terveyden ja elämänlaadun ongelmien sekä niiden syiden analysoiminen PRECEDE-mallin avulla (terveys, elämänlaatu, käyttäytyminen, ympäristö), yhteisön positiivisen kapasiteetin huomioiminen, tarvearvioinnin liittäminen arviointiin luomalla ohjelman halutut lopputulokset (Bartholomew ym. 2006, 17–18). 2. Taulukon luominen tavoitteille (Bartholomew ym. 2006, 16–17): päättää halutut muutokset ja ohjelman lopputulokset yksilön ja ympäristön tasoille ja valitse näille sopivat determinantit, luo muutoksen taulukko jokaiselle ohjelman tasolle (yksilöllinen, interpersonaalinen, organisaatio-, yhteisö- ja yhteiskunnan taso) (Bartholomew ym. 2006, 18–19). 3. Teoriaan pohjaavien metodien ja käytännöllisten strategioiden valitseminen (Bartholomew ym. 2006, 16–17): huomioi ohjelman kohdejoukon näkemykset metodeja ja strategioita valitessa, valitse vaikuttavat teoreettiset metodit jokaiseen ohjelman osaan, suunnittele käytännölliset strategiat em. metodien toteuttamiseksi, varmista että lopullinen strategia edelleen sopii 2. vaiheen muutosobjekteihin (Bartholomew ym. 2006, 19–20). 4. Ohjelma (Bartholomew ym. 2006, 16–17): osallista haluttuja ohjelmaan osallistujia; kuvaile ohjelman sisällöt, järjestys ja materiaalit; valitse valmiita materiaaleja tai luo omia materiaaleja, | <p>Intervention vaikuttavuus ja vaikutukset johtuvat 5 arvioitavan osa-alueen yhteisvaikutuksista, eli ohjelman vaikutukset ovat yhtä lailla riippuvaisia kaikista osista.</p> |
| <p>Intervention mapping - viitekehys (Bartholomew 1998)</p> | <p>Viitekehys toimii intervention suunnittelun, toimeenpanon ja arvioinnin vaiheissa (Bartholomew ym. 2006, 3).</p> <p>Tarkoituksena on lisätä ohjelmien vaikuttavuutta, jotta ohjelmat voivat saavuttaa tavoitteensa (Intervention Mapping 2021).</p> | <p>Malli on iteratiivinen, eli eri vaiheiden välillä liikutaan edestakaisin ja kerrytetään ymmärrystä. Aiemmasta tekemisestä voi saada oppeja, joita voidaan siirtää seuraaviin vaiheisiin (Bartholomew ym. 2006, 16–17).</p> <p>Sidosryhmät, eli kaikki ketkä liittyvät ohjelmaan tai sen lopputuloksiin,</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | | <p>5. Omaksuminen ja toimeenpano (Bartholomew ym. 2006, 16–17): tunnista potentiaaliset ohjelman käyttäjät; tarkenna se, mitä ohjelman omaksumisesta, toimeenpanosta ja ylläpidosta aiotaan mitata; luo näille determinantit ja taulukoi ne; valitse muutokseen tarvittavat metodit ja strategiat; suunnittele interventiot ja laadi ohjelma, joilla laadittuihin tavoitteisiin päästään (Bartholomew ym. 2006, 21).</p> <p>6. Arviointisuunnitelma (Bartholomew ym. 2006, 16–17): kuvaile ohjelma ja viimeistele looginen malli; laadi arviointikysymykset ohjelman lopputulosmuuttujille eli elämänlaatuun, terveyteen, käyttäytymiseen ja ympäristöön; laadi arviointikysymykset, jotka pohjaavat taulukon muutosobjektiivieihin; laadi prosessiarviointikysymyksiä metodeihin, olosuhteisiin, strategioihin, ohjelmaan ja toimeenpanoon; kehitä indikaattoreita ja mittareita; tarkenna arvioinnin suunnitelma (Bartholomew ym. 2006, 22).</p> | <p>osallistetaan tärkeänä osana ohjelman suunnittelua ja arviointia ja (Bartholomew ym. 2006, 28, 476).</p> |
| <p>Framework for Program Evaluation - viitekehys</p> <p>(CDC Centers for Disease Control and Prevention 1999)</p> | <p>Tarkoitus auttaa terveysalan ohjelmien arvioinnin toteuttamisessa (CDC 1999, 1, 4).</p> <p>Viitekehys on käytännöllinen, ja se tiivistää ja järjestää ohjelmien arvioinnin kannalta olennaiset elementit. Ne ymmärtämällä ja toteuttamalla pystytään suunnittelemaan vaikuttavia terveydenedistämisen ohjelmia, kehittämään olemassa olevia ohjelmia ja osoittamaan ohjelmien hyödyt resurssien näkökulmasta (CDC 1999, 1).</p> <p>Viitekehysten avulla on mahdollista ymmärtää ohjelman konteksti ja parantaa arvioinnin tekoa, ja lisäksi viitekehys</p> | <p>Kuusi vaihetta, jotka täytyy toteuttaa jokaisessa arvioinnissa (CDC 1999, 5–6):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osallista sidosryhmiä: ohjelmassa mukana olevien, joko toteuttajina tai sen vaikutusten kohteina, ja arvioinnin pääasiallisten käyttäjien näkökulmien ymmärtäminen, jotta arviointi keskittyy tärkeisiin asioihin ja arvioinnin tuloksia pidetään tärkeinä. (CDC 1999, 5–6). 2. Kuvaile ohjelma: sen tarve, odotetut vaikutukset, toimet, resurssit, vaihe ja konteksti, sekä laadi looginen malli. Tee nämä tarpeeksi tarkasti, jotta ohjelman tavoitteet ja strategiat ovat varmasti ymmärrettävät (CDC 1999, 7–9). 3. Tarkenna arvioinnin tarkoitus ja luonne: suunnittele etukäteen, mitä arvioidaan ja miten (CDC 1999, 15). Arvioidaan itse ohjelmaa toimeenpanovaiheessa, tai ohjelman vaikutuksia (CDC 1999, 10–11). 4. Kerää luotettava näyttö: kerää tietoa ohjelmasta sopivilla indikaattoreilla systemaattisesti, jotta tieto nähdään luotettavana (CDC 1999, 14, 20). 5. Perustele johtopäätökset: arvioinnin tulosten tulee perustua arvioinnista kerättyyn tietoon, johtopäätösten tulee olla linjassa näiden kanssa (CDC 1999, 5–6). 6. Varmista käyttö ja jaa opitut asiat: varmista tiedonkulku ja hyöty sidosryhmille, järjestä seurantatapaamisia käyttäjien kanssa ja levitä oppeja muille (CDC 1999, 26). <p>Viitekehysten toinen elementti on kuuden vaiheen ohella 30 standardia, joilla lisätään em. vaiheiden laatua. Nämä on järjestetty seuraaviksi neljäksi ryhmäksi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hyödyllisyys (utility): palvele haluttujen käyttäjien tiedontarpeita. | <p>Vaiheet ovat itsenäisiä, joten ne voi tehdä vapaassa järjestyksessä. Kuitenkin vaiheet täydentävät toisiaan ja aiemmat vaiheet luovat pohjaa seuraaville. Siten prosessi on iteratiivinen eikä päätöksiä kunkin vaiheen tekemisestä pidä viimeistellä ennen aiempien vaiheiden huolellista miettimistä (CDC 1999, 5).</p> <p>Arviointi on jatkuva ja ottaa mukaan kaikki ohjelman sidosryhmät (CDC 2021).</p> |

| | | |
|---|-------------------|--|
| kannustaa integroimiseen rutiinitoimintoja. | arvioinnin osaksi | <ol style="list-style-type: none"> 2. sovellettavuus, käyttökelpoisuus (feasibility): ole realistinen, harkitsevainen, diplomaattinen ja taloudellinen. 3. Soveliasuus (propriety): toimi laillisesti ja eettisesti ja huomioi niiden hyvinvointi, joihin ohjelma vaikuttaa. 4. tarkkuus (accuracy): tuo ilmi ja välitä teknisesti tarkkaa informaatiota (CDC 1999, 27–29). |
|---|-------------------|--|

LIITE 5. Tarkempi aineiston kuvaus. Hankkeet, toteutus aika, kohderyhmä ja päämäärä. Päämäärän yhteydessä kuvataan hankkeiden perusteet ja keinot sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi. Tiedot peräisin hankkeiden hankesuunnitelmista.

| Hanke | Toteutusaika | Kohderyhmä | Hankkeen päämäärä |
|---------|---------------------|---|--|
| Hanke 1 | 3 vuotta, 2016–2018 | Pitkäaikaistyöttömät, aikuissosiaalityön pitkäaikaisasiakkaat ja sosiaali- ja perhepalveluiden asiakkaat sekä heidän lapsensa | Kohderyhmän aikuisväestölle kasaantuneiden terveys- ja sosiaalisten ongelmien sekä sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen kulttuuri- ja vapaa-ajan toiminnan sekä kokonaisvaltaisemman palvelun avulla. Kulttuuri- ja vapaa-ajan toimintaan sekä hyvinvointia edistäviin palveluihin osallistumista tuetaan madaltamalla kynnystä osallistua niihin. Lisäksi kehitetään kokonaisvaltaisempaa hyvinvointia tukevaa palvelua sosiaali- ja perhepalveluihin sekä työttömien terveystarkastuksiin. |
| Hanke 2 | 3 vuotta, 2016–2018 | 12–15-vuotiaat koululaiset | Tietoisuustaitoharjoitteiden vaikuttavuuden kartoittaminen kohderyhmän stressinhallintaan ja mielenterveyteen sekä oman kansallisen tietoisuustaito-ohjelman kehittäminen kouluihin. Tavoitteena on myös kaventaa koululaisten sosioekonomiseen asemaan liittyviä terveyseroja ja edistää terveyden tasa-arvoa tietoisuustaitojen, eli mielen tasapainon, tarkkaavaisuuden, tunteiden käsittelyn ja stressinhallinnan avulla. Hankkeessa kehitettävä ohjelma tarjoaa kouluille osaamista ja tietoutta terveyden edistämiseen. Ohjelmassa huomioidaan koulu ympäristönä ja oppilaat yksilöinä erilaisine tarpeineen. Ohjelma huomioi eri ikäryhmät, kieliryhmät sekä erityisoppilaat. |
| Hanke 3 | 3 vuotta, 2016–2018 | Työikäiset ja ikääntyneet sosioekonomisesti heikolla alueella asuvat pitkäaikaistyöttömät ja maahanmuuttajat | Kohderyhmän hyvinvoinnin ja terveyden tukemiseksi vakiinnutetaan kohderyhmän asuinalueille toimiva terveystietotupaverkosto, jossa tarjotaan matalan kynnyksen sosiaali-, terveys- ja hyvinvointiohjausta, -neuvontaa ja -tietoa. Hankkeessa on tarkoitus saada kohderyhmä palvelujen piiriin, parantaa palveluja ja aktivoida kohderyhmän kiinnostus omatoimiseen terveyden edistämiseen. Lisäksi tavoitteena on sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen edellä mainituin keinoin. |
| Hanke 4 | 2 vuotta, 2016–2018 | Ammattikoululaiset nuoret | Ammattikoululaisten nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden kohentaminen vahvistamalla nuorten tietoa ja itsetuntoa seksuaalisuudesta ja lisääntymisterveydestä sekä lisäämällä nuorten tietoisuutta arjen ratkaisujen vaikutuksista omaan seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Hankkeessa kehitetään oppilaitoksissa yhdessä nuorten kanssa valtakunnallinen toimintamalli |

| | | | | |
|---------|----------------------------|-------|--|--|
| Hanke 5 | 3 vuotta, 2016– 2018 | 2016– | Päiväkoti-ikäiset lapset | <p>ammattioppilaitosten käyttöön opiskelijoiden innostamiseksi teeman käsittelyyn. Toimintamalli tarjoaa oppilaitoksille sopivia toimintatapoja käsitellä ja edistää teemaa nuoria puhuttelevasti. Lisäksi tavoitteena sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen, koska ammattikoululaiset ovat eriarvoisessa asemassa lukiolaisiin nähden.</p> <p>Päiväkoti-ikäisten lasten sosioekonomisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen. Hankkeessa keskitytään terveellisiin elintapoihin, stressinsäätelyyn ja oppimiseen. Hankkeen toimet kohdennetaan niihin tekijöihin, jotka ovat yhteydessä erityisesti matalan sosioekonomisen aseman lasten hyvinvointiin ja terveyteen. Hankkeessa tehdään tarvekartoitus ja tuotetaan uutta tietoa siitä, mitkä tekijät selittävät jo varhaislapsuudessa näkyviä sosioekonomisia hyvinvointi- ja terveyseroja. Tarvekartoituksen pohjalta tuotetaan näyttöön pohjautuva hyvinvointia ja terveyttä edistävä toimintamalli, jota toteutetaan päiväkotiryhmissä ja lasten kodeissa.</p> |
| Hanke 6 | 2 vuotta, 2017– 2018 | 2017– | Työelämän ulkopuolella olevat liikkoo alkoholia käyttävät työikäiset | <p>Hankkeessa vähennetään kohderyhmän alkoholista johtuvia suoria ja välillisiä terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia haittoja tukemalla kuntien ja järjestöjen tuottamia palveluita. Hankkeessa yhteiskehitetään kohderyhmän kanssa kuntien ja järjestöjen käyttöön yhteisöpohjainen ehkäisevän päihdetyön toimintamalli alkoholinkäytön vähentämisen tueksi. Hankkeessa tuotetaan uutta tietoa sekä materiaalia alkoholinkäytön vähentämistarpeen tunnistamiseksi ja esille ottamiseksi kohderyhmän kanssa asiakastyötä tekeville kunnallisten ja järjestöjen palveluiden henkilökunnalle. Hanke pyrkii kaventamaan sosioekonomisia terveyseroja, sillä kohderyhmä on matalassa sosioekonomisessa asemassa.</p> |
| Hanke 7 | 2 vuotta, 2017– 2018 | 2017– | Lapset, nuoret ja lapsiperheet | <p>Lasten ja nuorten lihavuuden ja ylipainon vähentäminen. Hankkeessa mallinnetaan hyväksi havaittu kaupungintasoinen monialainen hyvinvoinnin- ja terveyden edistämistyön ohjelma muihin kuntiin levitettävään muotoon. Hankkeessa pyritään kaventamaan sosioekonomisia terveyseroja mahdollistamalla terveyttä tukevan tiedon ja neuvonnan saanti, ruokavalintojen tekeminen, liikkuminen sekä osana yhteisöä oleminen kaikille väestöryhmille. Hanke tavoittaa kaikki lapsiperheet, koska toteutettavissa toimissa ovat mukana neuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, varhaiskasvatus ja koulu.</p> |
| Hanke 8 | 2 vuotta, 2017– 2018 | 2017– | Pitkäaikaissairaat ja heikentyneen toimintakyvyn omaavat ikäihmiset | <p>Hankkeen tarkoituksena on vahvistaa ikäihmisten mielenterveystaitoja, mielen hyvinvointia ja kokonaisterveyttä. Hanke pyrkii myös kaventamaan sosioekonomisia terveyseroja, koska pitkäaikaissairaudet ovat yleisempiä matalassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ja pitkäaikaissairauksien kulut saattavat olla suuret, jolloin ne heikentävät toimeentuloa. Hankkeessa luodaan konkreettisia keinoja mielen hyvinvoinnin ja kokonaisterveyden edistämiseksi tukemalla järjestöjen työtä. Järjestöjen käyttöön luodaan erilaisia välineitä, jotka kokoavat yhteen positiivisen psykologian menetelmiä.</p> |

| | | | |
|----------|---------------------|---|--|
| Hanke 9 | 3 vuotta, 2018–2020 | 15–18-vuotiaat nuoret ja 18–35-vuotiaat nuoret aikuiset, erityisesti miehet | Hankkeen tarkoituksena on vahvistaa kohderyhmän oikeaan tietoon perustuvaa kykyä arvioida, vahvistaa ja suojella omaa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja vahvistaa yksilöiden kykyä kantaa vastuuta omasta terveydestään. Hanke tekee selvityksiä sekä tuottaa uutta tietoa, menetelmiä ja valtakunnallisesti levitettäviä tuotteita aiheen käsittelyyn eri ikäisten nuorten sekä heidän kanssaan toimivien ammattilaisten käyttöön. Hankkeessa tavoitellaan myös sosioekonomisten terveyserojen kaventamista, sillä siinä halutaan tarjota samat tiedot, taidot ja mahdollisuudet kaikille yhdenvertaisesti. |
| Hanke 10 | 3 vuotta, 2018–2020 | Syrjäytymisuhan alla olevat 18–29-vuotiaat nuoret miehet | Kohderyhmän sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen vähentämällä kohderyhmän eristäytyneisyyttä, tukemalla sosiaalisia-, ihmissuhde-, tunne- ja vuorovaikutustaitoja, ystävyyss- ja seurustelusuhteiden syntymistä, seksuaaliterveyttä, mielenterveyttä ja väkivallattomuutta. Hankkeessa kehitetään ryhmätoimintamalli tukemaan kohderyhmän kohtaamista ja seksuaalikasvatusta, ja järjestetään kohderyhmälle osallistavaa pienryhmätoimintaa. Lisäksi tuotetaan tietoa kohderyhmän tarpeista, esteistä ja toimivista tavoista mm. seksuaaliterveyteen ja ihmissuhdetaitoihin liittyen. |
| Hanke 11 | 3 vuotta, 2018–2020 | Erytystä tukea tarvitsevat neurokognitiivisia ja muita vammoja sekä diagnooseja omaavat vielä liikkumattomat nuoret | Mahdollistaa kohderyhmälle tasavertaiset mahdollisuudet liikunnalliseen elämäntapaan ja siten terveyden edistämiseen. Tavoitteena on myös sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen, sillä yhtenä tavoitteena on yhtäläiset osallistumismahdollisuudet riippumatta sosioekonomisesta asemasta. Kohderyhmää tuetaan kohti elämänikäistä liikuntapolkua, jossa liikunta juurtuu osaksi arkea: lisätään tietoa ja järjestetään toimintaa. Kohderyhmän kanssa toimiville tahoille rakennetaan toimintamalli, jonka avulla ne voivat kehittää toimintaansa, jotta kohderyhmä pääsee osallistumaan liikuntaan. Lisäksi heille jaetaan tietoa eri oireyhtymistä ja erityispiirteistä. |
| Hanke 12 | 3 vuotta, 2018–2020 | Alakoululaiset lapset | Ruokakasvatuksen juurruttaminen peruskouluihin: lasten ruokavalion ja ruokailutottumusten parantaminen ja siten terveyden, jaksamisen, kouluviihtyvyyden ja -menestyksen parantaminen. Tavoitteena myös sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen, sillä hanke pyrkii ennaltaehkäisemään eriarvoistumiskehitystä. Koulun ruokakasvatus tavoittaa tasa-arvoisesti eri sosioekonomisen aseman lapset ja perheet, ja siitä hyötyvät erityisesti alempaan sosioekonomiseen asemaan kuuluvat lapset. Hankkeessa kehitetään ja juurrutetaan toimintamalli alakoulujen perusopetuksen ruokakasvatukseen. |

LIITE 6. Esimerkki aineistolähtöisen analyysin etenemisestä. Kaksi esimerkkiä jokaisesta tutkimuskysymyksestä.

| Tutkimuskysymys | Alkuperäisilmaus | Pelkistetty ilmaus | Alaluokka | Pääloukka | Yläluokka |
|--------------------|------------------|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| 1. tutkimuskysymys | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------|--|--|---|-------------------------|---------------------------------|
| | HH12.20 Hankkeen kohderyhmänä ovat yhteistyökuntien alueella asuvat alakouluikäiset oppilaat, koulujen henkilökunta ja kuntien johtavat viranhaltijat. | HH12.20 Hankkeen kohderyhmänä ovat alakouluikäiset oppilaat | Lapset | | |
| | HH2.3 hankkeen päämäärä on kartoittaa tietoisuustaitoharjoitteiden vaikuttavuutta 12-15-v koululaisten stressinhallintaan ja mielenterveyteen, muokata oma kouluohjelma, sekä implementoida ja juurruttaa se koulumaailmaan terveyden tasa-arvon lisäämiseksi. | HH2.3 Päämääränä vaikuttaa lasten stressinhallintaan | Stressinhallinta | Mielen hyvinvointi | |
| 2. tutkimuskysymys | HH10.24 Keihin toimenpiteet kohdistuvat? Syrjäytymisvaarassa olevat 18–29-vuotiaat nuoret miehet, jotka ovat opiskelun ja työelämän ulkopuolella, työttöminä tai eläkkeellä tai heidän opintonsa ovat vaarassa keskeytyä. | HH10.24 18–29-vuotiaat miehet, jotka ovat opiskelun ja työelämän ulkopuolella tai vaarassa opintojen keskeytymiselle | Kohdennettu matalassa sosioekonomisessa asemassa oleville | | |
| | HH1.36 sosiaali- ja terveyspalveluiden ryhmiin kehitetään liikunta- ja kulttuuritoimintaa. | HH1.36 sosiaali- ja terveyspalveluiden ryhmiin kehitetään liikunta- ja kulttuuritoimintaa | Aktiviteettien järjestäminen kohderyhmälle | Toiminnan järjestäminen | Kohderyhmään kohdistuvat toimet |
| 4. tutkimuskysymys | LS5.3 Emme ole vielä ehtineet analysoida ohjelman vaikuttavuutta perusteellisesti, joten emme tiedä olemmeko onnistuneet ohjelmalla kaventamaan väestöryhmien terveyseroja. | LS5.3 Hankkeen vaikuttavuutta terveyserojen kaventumiseen ei vielä ole ehditty arvioida | Sosioekonomisia terveyseroja oli tarkoitus arvioida, mutta ei ehditty | | |
| | LS6.2 Hanke on edistänyt väestöryhmien terveyserojen kaventamista vähentämällä ryhmiin osallistuvien päihteiden käyttöä | LS6.2 Hanke on kaventanut terveyseroja vähentämällä päihteiden käyttöä | Tuloksia sosioekonomisten terveyserojen kaventumisesta | | |

LIITE 7. Esimerkki teorialähtöisen analyysin etenemisestä. Hankkeista kuvataan ensin tiivistetysti arviointiperiaatteen sisällöstä kertova kohta. Nuolen jälkeen kuvataan näistä tehty tulokset suhteessa pisteytyskriteereihin ja annettu pisteytys.

| Mitä arviointiperiaatteen kohtaa ja sisältöjä tarkastellaan? Mistä tieto kerätään? | Miten pisteytys tehdään? | Hanke 1 | Hanke 2 | Hanke 3 | Hanke 4 | Hanke 5 | Hanke 6 | Hanke 7 | Hanke 8 | Hanke 9 | Hanke 11 | Hanke 12 |
|---|---|--|--|---|--|--|--|---|--|--|---|--|
| Sidosryhmien osallistaminen kaikissa vaiheissa: ohjelman sidosryhmät osallistetaan ohjelman suunnitteluun ja arviointiin heti alusta alkaen. & Hanke-suunnitelma: ”Miten | 2p=väh. yksi sidosryhmä mukana suunnittelussa ja arvioinnissa, joista väh. toisessa on mukana useampi kuin yksi sidosryhmä. 1p=väh. kaksi sidosryhmää mukana hankkeen suunnittelussa tai arvioinnissa, | Työntekijät ovat kysyneet asiakkaiden toiveita palvelujen tarpeista asiakkäynnillä ja ryhmissään. Toiminnasta on keskusteltu kokemusasiantuntijoiden kanssa. Asiakkaiden | Muokattessa, toimeenpannessa ja juurruttamassa omaa kouluohjelmaa, tehdään yhteistyötä kohderyhmän jäsenten, oppilaiden, Nuoret pääsevät mukaan mobiilisuveluksen kehittämiseen. | Kohderyhmät ovat olleet alusta asti mukana suunnitellussa kyseilyn ja haastatteluin. Heiltä on kysytty minkälaista tietoa he tarvitsevat, miten asioita tulee käsitellä ja miten onnistumisia arvioidaan. Terveystupapiteessä käyttäjät ovat suunnitelleet toimintaa. | Alkusuunnittelussa mukana ammattikoulujen verkoston edustaja vahvistamassa kouluarjen asiointumusta. Arviointina toimivat hankkeeseen osallistuvat nuoret, | Kohderyhmät, varhaiskasvattajat ja vanhemmat, osallistuvat suunnitteluun ideomallin toteutusta. Hankkeen toteutusta seurataan arviomallia, myös eräs | Kohderyhmä suunnittelee ryhmätavoitteet ja sisällön hankkeen henkilökunnan mukana arviomallin toteutusta. Hankkeen toteutusta seurataan arviomallia, myös eräs | Hanke pohjautuu tavoitteisiin, laadittuun kaupungin asukkaiden kanssa. → sidosryhmä mukana suunnittelussa. Sidosryhmät ei | Kohderyhmää, ikäihmisiä, on kuultu välittämisenä. Materiaalien luomista ja palautetta annetaan perustetaan ikäihmisten ryhmä. Ikäihmisiä mukana ohjauksryhmässä. Vertaisohjaajien harjoitusohjauksista saadaan | Ammattilaisia haastatella ja he ovat vaihtaneet hankkeen suunnitteluun. Ohjausryhmässä on mukana nuori. Vapaaehtoisnuoria osallistetaan tuotosten kehittämiseen. Nuoret toimivat | Hankesuunnitelmaa valmistettu yhteistyössä mukana tulevien järjestöjen ja seurojen kanssa. Kohderyhmän nuorista on toteutettu taustakartoitus hankkeen teemoihin liittyen. Kohderyhmän nuoret ovat mukana benchmarking-työssä ja rakentamassa materiaaleja. | Hanke toteutetaan yhteistyössä koululaisten, koulujen henkilökunnan ja viiranhaltijoiden kanssa. Koulujen kanssa tehdään yhteistyötä mallin kehittämiseksi ja testaamisessa. Kouluissa laaditaan |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--|---|--------------------------------------|---|--|---|--|
| <p>kohde-ryhmä on mukana hankkeen suunnittelussa?”</p> <p>”Hankkeen vaikutusten arviointi” (2016) / Arviointisuunnitelma” (2017, 2018)</p> | <p>tai yksi sidosryhmä mukana molemmissa. Op=korkeintaan yksi sidosryhmä mukana hankkeen suunnittelussa tai arvioinnissa.</p> | <p>osallistumisen ja subjekttiivisen kokemuksen seuranta ovat tärkeitä mitareita hankkeen vaikuttavuuden seurannassa.</p> <p>→ sidosryhmä mukana suunnittelussa ja arvioinnissa. → 1p</p> | <p>→ sidosryhmät mukana suunnittelussa. Sidoryhmät ei mukana arvioinnissa. → 1p</p> | <p>Suunnitellussa ovat olleet mukana eri palveluiden edustajat. Hankkeen ohjelmaa on rakennettu yhteistyössä paikallistojen ja käyttäjien kanssa.</p> <p>→ sidosryhmät mukana suunnittelussa. Sidoryhmä mukana arvioinnissa. → 2p</p> | <p>fasilitaattorit, opettajat sekä muut sidosryhmät (kumppanit ja asiantuntija)</p> <p>→ sidoryhmä mukana suunnittelussa. Sidoryhmät mukana arvioinnissa. → 2p</p> | <p>miten lapset suhtautuvat eri toimintamalliin, miten henkilöstö koostuu niiden toteuttamisen ja edistävien tai estävien toteuttamisen.</p> <p>→ Sidoryhmät mukana suunnittelussa ja arvioinnissa. → 2p</p> | <p>kaupunki ja toisen kaupungin työllisyyspalvelut.</p> <p>Ryhmäläiset arvioivat toimintamallia kehitettäessä, epäonnistumisia ja kehityskohtia ja itsearvioivat.</p> <p>→ sidoryhmät mukana suunnittelussa ja arvioinnissa. → 2p</p> | <p>mukana arvioinnissa. → 0p</p> | <p>ikäihmisten palautetta tukemaan suunnitella. Tilaisuuksissa kuullaan ikäihmisten näkemyksiä. Tavoitteiden saavuttamista arvioidaan osallistuvilta ikäihmisiltä saadun palautteen avulla</p> <p>→ sidoryhmä mukana suunnittelussa ja arvioinnissa. → 1p</p> | <p>asiantuntijoina katu-uskottavuuden luomisessa. Hyödynnetään tietoa nuorten mietteistä aihepiiristä. Arviointin mittarina käytetään tilaisuuskoulutusten ja tapahtumien palautetta.</p> <p>→ Sidoryhmät mukana hankkeen suunnittelussa ja arvioinnissa. → 2p</p> | <p>Kohderyhmän nuorilta kerätään palautetta.</p> <p>→ sidosryhmät mukana suunnittelussa ja arvioinnissa. → 2p</p> | <p>yhteistyössä koulun toimijoiden kanssa kouluille toimintasuunnitelmat.</p> <p>Toimintamallin toimivuutta arvioidaan oppilaiden ja opettajien palautteiden avulla.</p> <p>→ Sidoryhmät mukana suunnittelussa ja arvioinnissa. → 2p</p> |
|--|---|---|---|---|--|--|---|--------------------------------------|---|--|---|--|