

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Ojala, Ellinoora; Blomqvist, Pia; Kettunen, Tarja; Poskiparta, Marita; Kasila, Kirsti

Title: Yhteisöt terveyden edistäjinä : miten toimintaa voitaisiin edistää arvioida ja tehostaa?

Year: 2018

Version: Published version

Copyright: © Kirjoittajat & Hallinnon tutkimuksen seura, 2018.

Rights: In Copyright

Rights url: <http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en>

Please cite the original version:

Ojala, E., Blomqvist, P., Kettunen, T., Poskiparta, M., & Kasila, K. (2018). Yhteisöt terveyden edistäjinä : miten toimintaa voitaisiin edistää arvioida ja tehostaa?. *Hallinnon tutkimus*, 37(1), 73-79.

Yhteisöt terveyden edistäjinä – miten toimintaa voitaisiin arvioida ja tehostaa?

Ojala E., Blomqvist P., Kettunen T., Poskiparta M., Kasila K.

JOHDANTO

Tässä artikkelissa esitellään suomenkielinen versio yhteisölähtöisen terveyden edistämisen arviointimittarista (Blomqvist ym. 2014). Yhteisölähtöisellä terveyden edistämällä tarkoitetaan yhteisöjen (mm. päiväkotia, koulu, harrasteryhmä, työpaikka, koti, kylä, kunta/kaupunki) kanssa työskentelyä, jonka tavoitteena on yhteisöjen kehittyminen, voimaantumisen ja sitoutuminen hyvinvointia ja terveyttä edistävään toimintaan (Green & Tones 2010, 401-2). Toiminta on kokonaisvaltaista ja monialaista ihmisten elinpiiriin vaikuttamista. Yhteisölähtöinen terveyden edistäminen kiteytyy ajatukseen ”Terveyttä luodaan ja ylläpidetään siellä, missä ihmiset viettävät jokapäiväistä elämäänsä, eli siellä missä he opivat, työskentelevät, leikkivät ja rakastavat” (Ottawa Charter 1986). Arviointimittari koostuu kolmesta osa-alueesta, joita ovat terveyden edistämisen suunnittelu, toteutus ja arviointi. Ammattilaisten toiminnan lisäksi jokaisessa osa-alueessa arvioidaan kohderyhmän ja yhteisön osallistumisen aktiivisuutta ja laajuutta.

ARVIINTIMITTARIN TEOREETTISET PERUSTEET

Vaikuttava terveyden edistäminen edellyttää etukäteissuunnittelua, suunnitelmallista toimintaa ja arviointia eli koko prosessin systemaattista hallintaa. Erilaisia työvälineitä ja malleja on olemassa suunnittelun ja toiminnan avuksi (esim. Kahan & Goodstadt 2005; Green & Kreuter 2005; Bartholomew ym. 2011; Terveyden edistämisen keskus 2011, 61-8) sekä yhteistyöverkoston arviointiin (Wagemakers

ym. 2010). Terveyden edistämishankkeiden arviointimittareitakin löytyy (esim. Koskinen-Ollonqvist ym. 2002; Molleman ym. 2003; O’Connor-Fleming ym. 2006), mutta ne ovat osoittautuneet joko monimutkaisiksi käyttää tai ovat kohdentuneet vain joihinkin osa-alueisiin. Lisäksi joidenkin arviointimallien ja -mittareiden laatua tulisi parantaa (Häggman-Laitila ym. 2013). Järjestelmällinen katsaus kansainvälisestä terveyden edistämisen arviointimittareista osoittaa, että arviointimittareiden käyttäminen edellyttää hyvin laadittuja hankekohtaisia suunnitelmia (Häggman-Laitila ym. 2013). Tässä esiteltävä arviointimittari sisältää olennaisimmat terveyden edistämisen suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin osa-alueet ja kriteerit, jotka nousevat terveyden edistämisen teoriakirjallisuudesta. Mittari toimii näin matalan kynnyksen välineenä terveyden edistämisen arvioinnin maailmaan.

Suunnittelu (Taulukko 1)

Yhteisölähtöisen terveyden edistämistyön perustana on monialaisessa yhteistyössä rakennettu toimintasuunnitelma. Suunnitelmaan tulee kirjata 1) terveyden edistämisen vaikuttamisen kohde, 2) ne toimet, joilla tavoitteet aiotaan saavuttaa, 3) kunkin tavoitteen saavuttamisen arviointi ja 4) tuloksista raportointi (mm. Green & Kreuter 2005; Harris 2010). Toiminta ja siihen liittyvät prosessit on hyvä kirjata myös organisaation strategioihin ja suunnitelmiin, jotta toiminnan jatkuvuus voidaan taata (Ståhl & Rimpelä 2010). Suunnittelun kautta yksittäiset tapahtumat ja kampanjat voidaan linkittää osaksi kokonaisvaltaista terveyden edistämisen suunnitelmaa.

Terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien ongelmien ja riskitekijöiden tunnistaminen ja analysointi, eli tarvearviointi, on tärkeä vaihe terveyden edistämisen suunnittelussa (Green & Kreuter 2005, 29–68). Tarvearvioinnin tekemisessä hyödynnetään sekä tutkimustietoa että käytännön kokemustietoa (Green & Tonesin 2010, 247). Nykytilan kuvaus ohjaa päämäärän ja tavoitteiden asettamista (Bartholomew ym. 2011, 239). Päämäärän eli kohderyhmän tai yhteisön hyvinvoinnin saavuttamiseksi tarvitaan täsmällisiä ja konkreettisia tavoitteita. Hyvä tavoite on realistinen, mitattava ja aikaan sidottu. Tavoitteessa määritellään kohderyhmä, tavoiteltava muutos ja aikataulu muutoksen saavuttamiselle. Hyvä tavoite vastaa seuraaviin kysymyksiin: kuka tai ketkä (halutaan saavuttaa), mitä (muutos), kuinka paljon (muutoksen määrä), ja mihin mennessä? (Green & Kreuter 2005, 100).

Tavoitteiden asettaminen koetaan usein vaikeana ja siksi esitämmekin seuraavassa yhden konkreettisen esimerkin. Yksi ajankohtainen aihe tällä hetkellä on lasten päivittäisen liikunnan lisääminen. Lasten terveen kasvun ja kehityksen kannalta liikkuminen on tärkeää, mutta silti tiedetään, että lapset liikkuvat esimerkiksi päiväkodeissa liian vähän (Soini 2015). Kohdeyhteisöksi voidaan valita kunnan kaikki päiväkodit. Tavoitteeksi voitaisiin asettaa, että kokopäivähoitossa olevat lapset liikkuvat päivittäin reippaasti vähintään kaksi tuntia päiväkodissa viettämästään ajasta seuraavan vuoden loppuun mennessä. Toiminnallisena tavoitteena voisi olla, että kunnan jokainen päiväkotitoteuttaa joka päivä ohjatun liikunnallisen hetken aamu- ja iltapäivällä sekä viikon aikana tunnin mittaisen ohjatun liikuntatuokion sekä sisällä että ulkona. Lisäksi päiväkodit voisivat tunnistaa päivänsäntänsä keskeiset odotus- ja siirtymätilanteet, joihin voitaisiin luoda liikunnallisia mahdollisuuksia ja motoristen taitojen harjoittelua (mm. ruudukkohyppele, viivalla kävelminen eri tavoin jne.). (Iloa, leikkiä ja yhdessä tekemistä. Varhaisvuosien fyysisen aktiivisuuden suositukset 2016.) Päämääränä olisi kehittää päiväkotien leikki- ja oppimisympäristöjä sekä varhaiskasvattajien osaamista niin, että ne mahdollistaisivat kaikenlaisen liikunnallisuuden toteutumisen päiväkodeissa. Tarkennettujen tavoitteiden asettaminen vaatisi päiväkotien tilaratkaisujen ja päiväjärjestyksen havainnointia

sekä varhaiskasvattajien osaamiskartoituksen tekemistä ja koulutustarpeiden selvittämistä.

Kun tavoitteet on asetettu, ne kirjataan suunnitelmaan (Bartholomew ym. 2011, 19). Tavoitteiden asettaminen luo pohjan terveyden edistämistoimien valitsemiselle ja tulosten arvioinnille. Tavoitteet myös ohjaavat toimintaa. Tavoitteet kannattaa jakaa sekä lyhyen että pitkän aikavälin tavoitteisiin. Tavoitteiden toteutumista tulee pystyä arvioimaan sopivien mittareiden avulla.

Toteutus (Taulukko 2)

Terveyden edistämistoimia mietittäessä täytyy arvioida, miksi valitut toimet ovat sopivia tavoitteiden saavuttamisen kannalta (Bartholomew ym. 2011, 309–21). Perusteluja tulee hakea terveyden edistämisen tutkimuskirjallisuudesta ja/tai erilaisista toimintaa ohjaavista teorioista ja malleista. Lisäksi ammatillaiset ovat voineet todeta toimintamuodon käytännössä toimivaksi (Green & Kreuter 2005, 202). Kohderyhmälähtöisessä toiminnassa kohderyhmän tarpeet (Green & Kreuter 2005, 195), kehitysvaihe (Green & Tones 2010, 354) sekä tarvittaessa myös muutosvalmius (Prochaska 2008) huomioidaan toiminnan toteuttamisessa. Terveyskäyttäytymisen muutosta välittävien psykososiaalisten ja rakenteellisten tekijöiden huomioiminen on myös tärkeää. Tällaisia tekijöitä ovat ns. altistavat tekijät (mm. yksilön tiedot, asenteet, uskomukset, taidot, pystyvyyden tunne, arvot, jotka antavat syyn tai motivaation toiminnalle). Vahvistavat tekijät (mm. palkkiot, yhteisön tuki) kuvaavat toiminnasta saatavaa palautetta tai toiminnan seurauksia. Mahdollistavat tekijät (mm. lait, asetukset, suositukset, palveluiden saatavuus ja hinta) tuovat esiin toimintaan vaikuttavia rakenteellisia tai yhteiskunnallisia tekijöitä. (Green & Kreuter 2005, 146–70.)

Kaikessa toiminnassa kohderyhmän osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet tulee turvata. Aikaisemmin kuvatussa päiväkotiesimerkissä tämä tarkoittaisi mm. lasten ja varhaiskasvattajien lisäksi myös lasten vanhempien/huoltajien osallistamista toimintaan, yhteistyötä eri liikuntajärjestöjen, tila- ja pihasuunnittelijoiden sekä vaikkapa perhesirkus -toimijoiden kanssa.

Osallistumisen kautta mahdollistuu kohderyhmän kokemuksellisen tiedon ja tarpeiden huomiointi; vain kohderyhmällä itsellään on autenttinen tieto maailmastaan ja toimintaympäristöstään. Lisäksi kohderyhmän osallisuuden kokemus jossakin tilanteessa tai yhteisössä voi vahvistaa heidän toimijuuttaan ja toimintamahdollisuuksiaan myös laajemmin omassa arjessa. (Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2011; Griebler ym. 2014; Vehviläinen 2014.)

Terveyden edistämisessä on tärkeää tehdä monialaista yhteistyötä (Green & Tones 2010, 202). Kumppanuudet tarjoavat yhteistä hyötyä asiantuntijuuden, tietojen, taitojen ja resurssien jakamisen myötä (Jakarta Declaration 1997). Vaikuttava ja jatkuva terveyden edistämistoiminta edellyttää myös riittäviä resursseja (mm. aika, raha, henkilöstö, riittävät tiedot ja taidot) onnistuakseen. Resurssien rajallisuus vaatii yhteistyötä ja toiminnan alueellista koordinaointia sekä vastuuhenkilöiden nimeämistä (Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa on poliittinen valinta 2015).

Arviointi (Taulukko 3)

Terveyden edistämistä tulee aina arvioida (Glasgow & Linnan 2008). Arvioinnissa on tärkeää tarkastella kohderyhmän saavutettavuutta eli sitä kuinka monta henkilöä, perhettä tai ryhmää toiminta tavoitti ja oliko tavoittamisen taso riittävä. Arvioinnissa on tärkeä huomioida myös tavoittamatta jäänyt kohderyhmän osa ja pohtia, miksi heitä ei tavoitettu ja miten heidät voisi jatkossa tavoittaa (Green & Kreuter 2005, 240; Bartholomew ym. 2011, 527). Lisäksi on tärkeää tehdä toiminnan aikana arviointia siitä,

toteutuuko toiminta suunnitellun mukaisesti. Samalla on hyvä pohtia, onko jotain ongelmia ilmennyt ja miten näihin ongelmiin on reagoitu (Øvretveit 2007, 113; Green & Tones 2010; 469–73).

Tulosarvioinnissa arvioidaan sitä, onko toiminnalle asetetut tavoitteet saavutettu (Green & Tones 2010, 483). Tavoitteiden saavuttaminen kertoo terveyden edistämisen vaikutuksista ja vaikuttavuudesta eli esimerkiksi siitä miten moni toimintaan osallistunut henkilö lopulta onnistui tekemään tavoitellun muutoksen terveystuloksissaan ja millaisia terveystuloksia saavutettiin (Green & Kreuter 2005, 241). Terveyden edistämisen tuloksista raportoinnin tulee olla suunnitelmallista ja laaja-alaista. Tuloksista tulee julkisesti raportoida mm. omalle organisaatiolle, kohderyhmälle ja yhteisölle sekä sidosryhmille ja päättäjille (Ståhl & Rimpelä 2010). Toimiviksi ja tuloksellisiksi arvioituja käytäntöjä on tarpeen levittää myös erilaisten verkkofoorumien ja -sivustojen esim. Innokylä -sivuston (<https://www.innokyla.fi/>) kautta.

LOPUKSI

Tässä esitelty arviointimittari tuo esiin terveyden edistämiskäytäntöjen vahvuudet ja heikkoudet (Blomqvist ym. 2014). On mahdollista, että eri arvioitsijat voivat tulkita kriteerejä eri tavoin, ja näin saada eri pisteitä eri osa-alueilta. Arvioinnin pisteet ja tulosten tulkinta ovatkin suuntaa-antavia (Taulukko 4), ja jokaista osa-aluetta tulisi katsoa kokonaisuutena. Mittarin avulla voidaan kuitenkin tunnistaa ne osa-alueet, jotka vielä vaativat kehittämistä.

Taulukko 1. Suunnittelun arviointikriteerit.

Terveyden edistämisen suunnittelun arviointikriteerit:	
KRITEERI 1: Käytännön kuvaus organisaation/yksikön/kunnan toimintasuunnitelmassa	
0p	Ei ole mainittu eikä kuvattu toimintasuunnitelmassa.
1p	On mainittu toimintasuunnitelmassa.
2p	On mainittu ja prosessit on kuvattu toimintasuunnitelmassa.
KRITEERI 2: Suunnitelma	
0p	Käytäntöä on suunniteltu suullisesti, ei kirjallista dokumentaatiota.
1p	Käytäntöä on suunniteltu pääosin suullisesti, joistakin osista on kirjallista dokumentaatiota.
2p	Käytännölle on tehty kirjallinen suunnitelma, jossa on määritely mihin käytännöllä pyritään, miten tavoitteet aiotaan saavuttaa ja miten tavoitteiden toteutumista arvioidaan.
KRITEERI 3: Kohderyhmän tarpeiden arviointi / nykytilan kuvaus	
0p	Tarvearviointia ei ole tehty.
1p	Tarvearviointi perustuu käytännön kokemustietoon.
2p	Tarvearviointi perustuu tutkimustietoon (esim. tilastot, kyselyt) ja käytännön kokemustietoon.
KRITEERI 4: Tavoitteiden asettaminen	
0p	Käytännölle ei ole asetettu tavoitteita tai käytännön yleistä päämäärää ei ole täsmennetty tavoitteiksi.
1p	Käytännölle on asetettu suullisia tavoitteita.
2p	Käytännölle on asetettu tavoitteet ja ne on kirjattu ylös.
KRITEERI 5: Tavoitteiden täsmällisyys ja mitattavuus	
0p	Käytännölle ei ole asetettu tavoitteita, tai tavoitteet eivät ole täsmällisiä eivätkä mitattavia.
1p	Tavoitteiden asettamisessa (kohderyhmä, tavoiteltava muutos, aikataulu) on puutteita. Tavoitteet eivät ole kaikilta osin mitattavissa.
2p	Tavoitteissa on määritelty kohderyhmä, tavoiteltava muutos ja aikataulu. Tavoitteet ovat mitattavissa.
KRITEERI 6: Kohderyhmän osallistuminen	
0p	Kohderyhmä ei ole aktiivisesti mukana käytännön suunnittelussa, toteutuksessa eikä arvioinnissa.
1p	Kohderyhmä osallistuu joiltakin osin käytännön suunnitteluun, toteutukseen tai arviointiin. Toiminta on pääosin asiantuntijajohtoista.
2p	Kohderyhmä osallistuu aktiivisesti käytännön suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin

Taulukko 2. Toiminnan toteutuksen arviointikriteerit.

Terveyden edistämistoiminnan arviointikriteerit:	
KRITEERI 7: Perustelut valituille toiminnoille	
0p	Toiminnot perustuvat ammatilliseen osaamiseen ja käytännön kokemustietoon. Tutkimustietoa ei ole hyödynnetty.
1p	Valitut toiminnot perustuvat pääosin ammatilliseen osaamiseen ja käytännön kokemustietoon sekä vastavuoroiseen vertaisarviointiin. Tutkimustietoa on osittain hyödynnetty.
2p	Toimintojen valintaperustelut pohjautuvat pääosin tutkimustietoon tai teoriaan niiden vaikuttavuudesta. Lisäksi on voitu hyödyntää käytännön kokemustietoa ja/tai vastavuoroista vertaisarviointia.
KRITEERI 8: Kohderyhmälähtöinen toiminta	
0p	Toimintoja ei ole toteutettu kohderyhmälähtöisesti. Toiminnoissa ei ole huomioitu kohderyhmän ominaisuuksia (tarpeet, kehitysvaihe ja tarvittaessa muutosvalmius).
1p	Toiminnot on joiltain osin toteutettu kohderyhmälähtöisesti. Kohderyhmän ominaisuuksien (tarpeet, kehitysvaihe ja tarvittaessa muutosvalmius) huomioinnissa on puutteita.
2p	Toiminnot ovat kohderyhmälähtöisiä. Käytännön toiminnassa on huomioitu kaikki tarpeelliset kohderyhmän ominaisuudet.
KRITEERI 9: Terveyskäyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden huomioiminen	
0p	Kohderyhmän terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia altistavia (mm. tiedot, asenteet), vahvistavia (mm. yhteisön tuki) ja mahdollistavia (mm. palvelut, normit) tekijöitä ei ole huomioitu.
1p	Kohderyhmän terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia altistavia, mahdollistavia tai vahvistavia tekijöitä on huomioitu osittain.
2p	Kohderyhmän terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia altistavia, mahdollistavia ja vahvistavia tekijöitä on huomioitu laajasti.
KRITEERI 10: Yhteistyö	
0p	Yhteistyötä ei tehdä eri toimijoiden välillä.
1p	Yhteistyötä tehdään joiltakin osin eri toimijoiden välillä. Toimijat työskentelevät pääosin omilla tahoillaan eikä keskinäinen vuoropuhelu ole aktiivista.
2p	Yhteistyötä tehdään eri toimijoiden välillä. Toimijat hyödyntävät toistensa osaamista ja kokemuksia.
KRITEERI 11: Käytännön toimintaedellytykset (aika, henkilökunta, raha, osaaminen)	
0p	Ei ole kohdennettu resursseja.
1p	Resursseja on kohdennettu satunnaisesti.
2p	Resursseja on kohdennettu säännöllisesti (esim. tietty rahasumma tai henkilötyötuntimäärä vuosittain).
KRITEERI 12: Toiminnan jatkuvuus ja säännöllisyys	
0p	Toiminta ei ole suunnitelmallista eikä säännöllistä.
1p	Toteutetaan kertaluontoinen tapahtuma vuosittain. Saavutetaan sama kohderyhmä vain kerran.
2p	Toiminta on säännöllistä ja vuodesta toiseen jatkuvaa. Saavutetaan sama kohderyhmä useamman kerran.

Taulukko 3. Arvioinnin kriteerit.

Terveyden edistämisen arvioinnin kriteerit:	
KRITEERI 13: Kohderyhmän tavoittamisen arviointi	
0p	Kohderyhmän tavoittamista ei ole arvioitu.
1p	Kohderyhmän tavoittamista on arvioitu lukumäärällisesti.
2p	Kohderyhmän tavoittamista on arvioitu monipuolisesti. Arvioinnissa on huomioitu saavuttamatta jäänyt kohderyhmän osa ja pohdittu miten heidät voitaisiin jatkossa tavoittaa.
KRITEERI 14: Käytännön toteutuminen suunnitellusti (toiminta, henkilökunta, aikataulu)	
0p	Toteutumista ei ole arvioitu tai käytäntö ei ole toteutunut niin kuin oli suunniteltu.
1p	Toteutumista on joiltakin osin arvioitu. Arviointi ei perustu kirjalliseen suunnitelmaan. Ongelmiin on reagoitu tarvittaessa.
2p	Käytännön toteutumista suunnitelman mukaan on arvioitu. Arviointi on perustunut kirjalliseen suunnitelmaan. Ongelmiin on reagoitu tarvittaessa.
KRITEERI 15: Tavoitteiden saavuttaminen	
0p	Tavoitteita ei ole asetettu tai tavoitteiden saavuttamista ei ole arvioitu.
1p	Tavoitteiden saavuttamista on arvioitu, mutta tavoitteita ei ole (vielä) saavutettu.
2p	Tavoitteiden saavuttamista on arvioitu ja tavoitteet on pääosin tai kokonaan saavutettu.
KRITEERI 16: Tuloksista raportointi	
0p	Tuloksista ei ole raportoitu suullisesti eikä kirjallisesti, tai tuloksia ei (vielä) ole.
1p	Tuloksista on raportoitu suppeasti, esimerkiksi vain omalle organisaatiolle.
2p	Tulosten raportointi on suunnitelmallista ja laaja-alaista. Käytännöstä raportoidaan kirjallisesti ja suullisesti esimerkiksi omalle organisaatiolle, kohderyhmälle, sidosryhmille ja päättäjille.

Taulukko 4. Arviointitulosten tulkinta.

Kehittämistä vaativa käytäntö: 0–12 pistettä Käytännön eri osa-alueilta löytyy puutteita. Arviointimittarin hyödyntäminen on suositeltavaa kehitettävien osa-alueiden löytämiseksi ja vahvistamiseksi.	Kohti hyvää käytäntöä: 13–24 pistettä Paljon hyviä käytännön toimia on viety eteenpäin, mutta vielä on kehitettävää.	Hyvä käytäntö: 25–32 pistettä Perusasiat ovat kunnossa. Jatkossa voidaan tarvittaessa kiinnittää huomiota toiminnan kustannusvaikuttavuuden arviointiin, tulosten hyödyntämiseen toiminnan kehittämisessä sekä hyvän käytännön ylläpitämiseen.
---	---	---

LÄHTEET

- Arvioi ja kehitä. *Kokoelma terveyden edistämisen malleja, mittaristoja ja menetelmiä.* (2011). Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 10. Helsinki.
- Bartholomew, LK., Parcel, GS., Kok, G., Gottlieb, NH. & Fernández, ME. (2011). *Planning health promotion programs. An intervention mapping approach.* 3rd edition. San Francisco: Jossey-Bass.
- Blomqvist, P., Ojala, E., Kettunen, T., Poskiparta, M. & Kasila, K. (2014). Community-based oral health promotion practices targeted at children and adolescents in Finland – developing an assessment tool. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 42(3), 245–53.
- Glasgow, R. & Linnan, L. (2008). Evaluation of theory-based interventions. Teoksessa Glanz, K., Rimer, B. & Viswanath, K. (Eds.) *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice.* 4th edition. San Francisco: Jossey-Bass.
- Green, L. & Kreuter, M. (2005). *Health Program Planning. An Educational and Ecological Approach.* 4th edition. New York: McGraw-Hill.
- Green, J. & Tones, K. (2010). *Health Promotion. Planning and Strategies.* 2nd edition. London: SAGE Publications Ltd.
- Griebler, U., Rojatz, D., Simovska, V. & Forster, R. (2014). Effects of student participation in school health promotion: a systematic review. *Health Promotion International* Jan 6. [Epub ahead of print]
- Harris, MJ. (2010). *Evaluating Public and Community Health Programs.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa on poliittinen valinta. (2015). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Häggman-Laitila, A., Liinamo, A. & Rekola, L. (2013). Järjestelmällinen katsaus terveyden edistämisen arviointimalleihin ja -mittareihin. *Hallinnon Tutkimus* 32(2), 146–155.
- Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century. (1997). Geneva: WHO.
- Kahan, B. & Goodstadt, M. (2005). *A guide to the IDM (Interactive Domain Model) Best Practices Approach to Better Health. Basics. The IDM Manual.* 3rd edition. Centre for Health Promotion: University of Toronto.
- Koskinen-Ollonqvist, P., Leskinen, L., Bergström, T. & Serkkola A. (2002). *Hanketuki. Kansalaisjärjestöjen terveyden edistämisen ohjelmatyö.* 2. painos. Helsinki: Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 7.
- Molleman, G., Peters, L., Hommels, L. & Ploeg, M. (2003). *Health promotion effect management instrument Preffi 2.0 assessment package.* Woerden: NIGZ Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention. http://www.nigz.nl/inc/pdf.cfm?pad=misc&pdf=Assesment_package_Preffii_211.pdf
- O'Connor-Fleming, ML., Parker, E., Higgins, H. & Gould, T. (2006). A framework for evaluating health promotion programs. *Health Promotion Journal of Australia*, 17(1), 61–66.
- Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). Geneva: WHO.
- Prochaska, JO., Redding, CA. & Evers, KE. (2008). The transtheoretical model and stages of change. Teoksessa Glanz, K., Rimer, BK. & Viswanath, K. (Eds.) *Health behavior and health education. Theory, research, and practice.* 4th edition. San Francisco: Jossey-Bass, 97–121.
- Rouvinen-Wilenius, P. & Koskinen-Ollonqvist P. (2011). *Tasa-arvo ja osallisuus väylä terveyteen. Järjestöt suunnan näyttäjänä.* Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja.
- Soini, A. (2015). *Always on the move? : measured physical activity of 3-year-old preschool children.* Studies in sport, physical education and health, University of Jyväskylä.
- Ståhl, T. & Rimpelä, M. (2010). Väestön terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Teoksessa Ståhl T, Rimpelä A (toim.) *Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 133–51.
- Iloa, leikkiä ja yhdessä tekemistä. *Varhaisvuosien fyysisen aktiivisuuden suositukset.* (2016). Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 21, Helsinki.
- Vehviläinen, S. (2014). *Ohjaustyön opas. Yhteistyössä kohti toimijuutta.* Helsinki: Gaudeamus.
- Wagemakers, A., Koelen, MA., Lezwijn, J. & Vaandrager, L. (2010). *Coordinated action checklist: a tool for partnerships to facilitate and evaluate community health promotion.* *Global Health Promotion* 17(3), 17–28.
- Øvretveit, J. (2007). *Action Evaluation of Health Programmes and Changes. A handbook for a user-focused approach.* Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd.