

Järjestelmällinen katsaus terveyden edistämisen arviointimalleihin ja -mittareihin

Arja Häggman-Laitila, Arja Liinamo & Leena Rekola

JOHDANTO

Terveyden edistäminen sisältää yhteiskuntapolitiikan, terveellisten ympäristöjen ja yhteisöjen sekä palvelujärjestelmän ja ihmisten henkilökohtaisten taitojen kehittämisen (Ottawa Charter for Health Promotion 1986). Se on julkisen sektorin poikkihallinnollinen tehtävä, joka kuuluu kaikille toimialoille ja jota toteutetaan yhteistyössä yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa. Nutbeam (1998; 2000) jakaa terveyden edistämisen interventiot kasvatuksellisiin, yhteisöjen toimintaa tukeviin ja poliittisen vaikuttamisen mahdollistaviin interventioihin. Niillä pyritään välittömiin ja välillisiin terveys- ja hyvinvointituloksiin ja varsinaisiin terveys- ja hyvinvointivaikutuksiin. Tehokkainta ja vaikuttavinta on interventioiden teoriaperustaisuus ja yhteiskäyttö (myös Rychetnik ym. 2002).

Terveyden edistämisen arvioinnissa on tärkeää selvittää kehittämistyön tulosten eli prosessin ja terveys- ja hyvinvointitulosten eli lopputulosten keskinäinen yhteys. Arviointi kohdistetaan kaikkiin kehittämistyön suunnittelun ja toteutuksen vaiheisiin (Nutbeam 1998; 2000; Whitelaw ym. 2006; Bodstein 2007.) Arvioinnissa selvitetään miten interventio tuottaa ja millaisen prosessin kautta tuloksen ja millaisin edellytyksin. Prosessien ja tulosten suhde ei ole aina selkeän lineaarinen. Moniulotteisia strategioita käyttävä ja yhteistyöhön pohjautuva toiminta voi johtaa myös ennakoimattomiin tuloksiin (myös Rychetnik ym. 2002). Arvioinnissa käytetään useita lähteitä ja yhdistetään ja verrataan eri menetelmin saatuja tuloksia. (Nutbeam 2000; Jackson & Waters 2005).

Arvioinnin tueksi on laadittu oppaita ja kuvattu arviointikäytäntöjä (esim. Aalto-Kallio & Mäkipää 2010). Arviointi on kuitenkin todettu

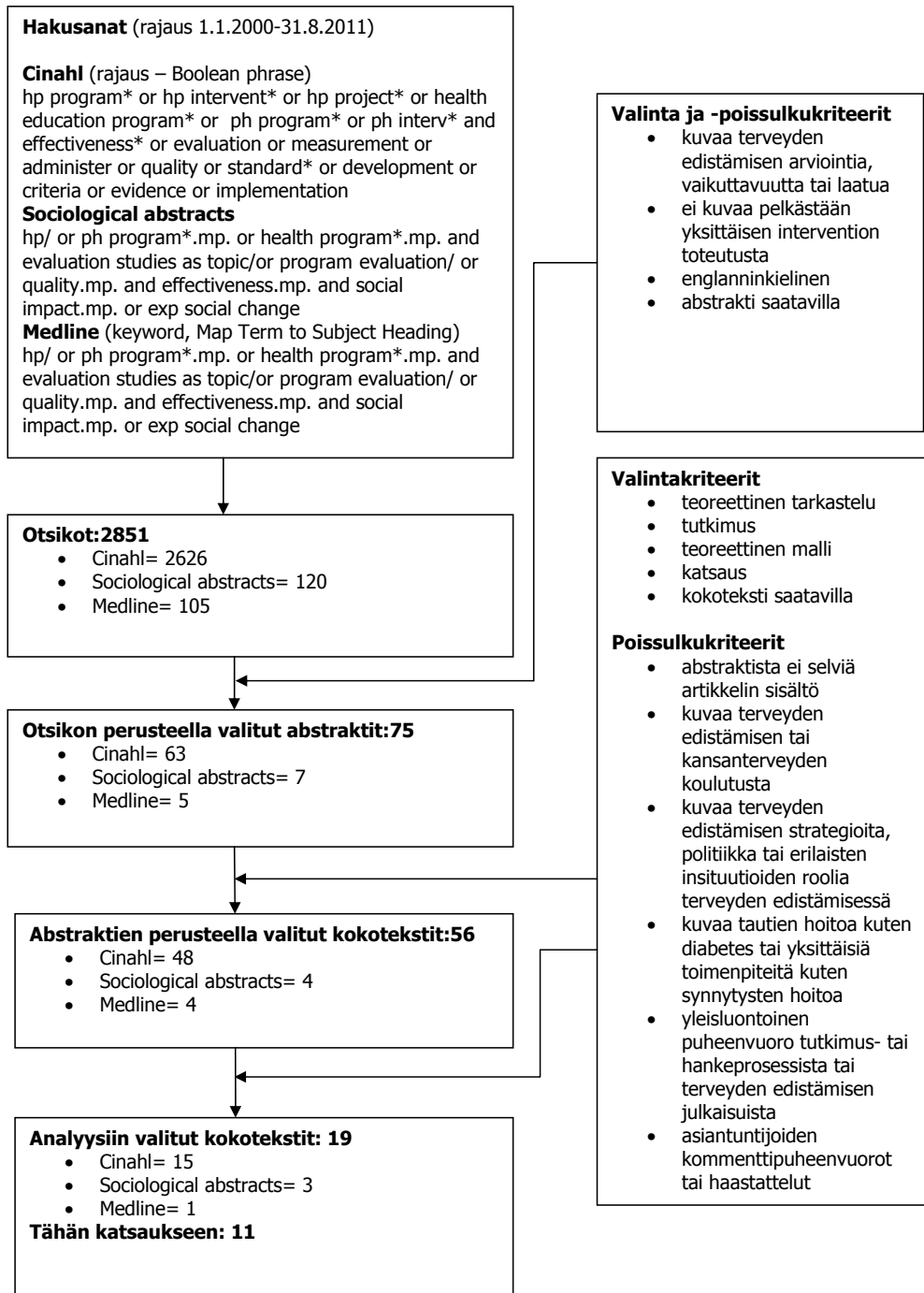
edelleen kansainvälisesti ja kansallisesti puutteelliseksi (Nutbeam 1998; 2000; Godin ym. 2007; Kokko 2008). Konun työryhmän (2009) katsaus 80:een suomalaiseen tieteelliseen aikauslehteen alkuperäis-, katsaus- ja keskusteluartikkeliin osoitti, että vaikuttavuutta oli eniten tutkittu ortopediassa, terveystalveissa, fysioterapiassa, kuntoutuksessa ja psykiatriassa. Terveyden edistämisen alueelta löytyi viisi ennen vuotta 2005 julkaistua ja terveystalveista yleensä tai erityisesti liikunta- tai ruokavalioneuvontaa ja kuntoutusta tarkastelevaa artikkelia. Medic – ja Linda- ja ARTO- tietokantojen mukaan Suomessa ei ole tieteellistä julkaisua, joka kohdentuisi terveyden edistämisen arviointiin metodologisesti tai prosessina.

KATSAUKSEN TOTEUTUS

Katsauksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän järjestelmällisen kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata terveyden edistämisen arviointiin kehitettyjä malleja ja mittareita ja niiden tuottamaa tietoa terveyttä edistävästä hanketoiminnasta sekä laatia kokonaiskuva arvioinnista. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia malleja ja mittareita on kehitetty terveyden edistämisen arviointiin?
2. Millaiset tekijät on huomioitava terveyden edistämisen arviointia suunniteltaessa?
3. Millaisia alueita ja -kohteita terveyden edistämisen prosessin ja tulosten arviointi sisältää?
4. Millaisia kokemuksia on saatu kansainvälisistä terveyden edistämisen hankearvioinneista?



Kuvio 1. Aineiston haku tietokannoista valinta- ja poissulkukriteereineen (käytetyt lyhenteet: hp=health promotion ja ph=public health).

Tutkimusten haku ja valinta

Kaksi tutkijaa haki englanninkielisiä vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleita Cinahl-, Ovid Medline- ja Sociological Abstracts -tietokannoista hyödyntämällä tietokantojen asiasanahakemistoja ja informaattikon asiantuntemusta. Tietokannat ovat terveystieteissä yleisimmin käytettyjä ja laaja-alaisia. Hakuprosessi kriteerineen on kuvattu Kuviossa 1. Harmaata kirjallisuutta haettiin analysoitavien kokotekstien lähdeluetteloista. Otsikko- ja tiivistelmätason valinnoista vastasi kaksi ja kokotekstien valinnoista kolme tutkijaa. Tutkijat kävivät itsenäisesti läpi aineiston ja tekivät ehdotukset valinnoista. Epäselvistä tai eriaivista mielipiteistä neuvoteltiin ja päätös mukaan valittavista tehtiin yksimielisesti. (Mäkelä ym. 2007; Malmivaara 2008.)

Lopulliseen aineistoon valittiin 19 artikkelia. Aineisto raportoidaan kahtena järjestelmällisenä katsauksena. Tähän katsaukseen valittiin artikkelit (n=11), jotka kuvasivat terveyden edistämisen arviointimalleja ja -mittareita ja niiden soveltamista laajoihin terveyttä edistäviin ohjelmiin tai yksittäisiin toimenpiteisiin (jäljempänä interventio).

Aineiston kuvailu, käsittely ja analyysi

Artikkeleista yhdeksässä kuvattiin kirjallisuuden tai teoriaan perustuvaa arviointimallia tai -mittaria, viidessä myös niiden soveltamista. Kaksi oli kirjallisuuskatsausta, joista toinen järjestelmällinen (taulukko 1.) Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä (Elo & Kyngäs 2008). Artikkeleista laadittiin taulukot aineiston käsittelyn, vertailun ja analyysin helpottamiseksi. Taulukkoon merkittiin kirjoittajat, julkaisuvuosi ja julkaisu, tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat, tutkimuskonteksti ja osallistujat, tutkimusmenetelmät, tulokset sekä arviot artikkelien laadusta. Laadun arviointikriteerit olivat näytön aste, metodologinen luotettavuus, raportoinnin selkeys ja vastausten saanti katsaukselle asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Mäkelä ym. 2007; Malmivaara 2008.)

Aineisto analysoitiin tutkimuskysymysten ja Nutbeam (1998; 2000) nimeämien terveyden edistämisen ohjelmien arviointivaiheiden suunnassa. Artikkelien tulososasta koottiin pel-

kistetyt ilmaukset, niitä vertailtiin keskenään ja ryhmiteltiin sisällön mukaan, ja samansisältöisistä ilmauksista muodostettiin alakategorioita. Abstrahointia jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset alakategoriat pääkategorioiksi. Analyysitulokset varmistettiin palaamalla kokoteksteihin.

TULOKSET

Taulukkoon 1 on koottu analyysissa tunnistetut terveyden edistämisen arviointimallit ja -mittarit, joihin sisältyy prosessi-, rakenne- ja lopputulosarviointi. Mallien ja mittareiden laadinta oli toteutunut monivaiheisesti ja niitä oli testattu lukuisissa hankearviointeissa. Arviointimittarien ja -mallien soveltaminen edellyttää hyvin laadittuja hankekohtaisia suunnitelmia.

Terveyden edistämisen arvioinnin suunnittelussa huomioitavat tekijät ja niiden merkitys arvioinnissa

Taulukon 1 arviointimallien mukaan terveyden edistämisen arvioinnin suuntaamiseen vaikuttavat arvioinnin tavoitteet ja arvioinnin asettaja/kohderyhmä, ohjelman/intervention toteuttaja, konteksti ja erityispiirteet sekä niistä johtuvat metodologiset haasteet. Hallintoviranomaiset, rahoittajat, ammattihenkilöt ja asiakkaat asettavat erilaisia tavoitteita arvioinnille. Esimerkiksi hallintoviranomaiset ja rahoittajat haluavat tietoa resurssien tehokkaasta jaosta, ohjelmien johtajat tavoitteiden ja kohderyhmän saavuttavuudesta ja ratkaisujen käyttöönotosta ja asiakkaat interventioiden vaikuttavuudesta. (O'Connor-Fleming ym. 2006.)

Sogoric ym. (2005) totesivat tulosten vaihtelevan kaupungin hallinnon, yksittäisten terveydenhuolto-organisaatioiden ja kansalaisuudinnan hankkeissa. Palvelujen käyttäjien osallisuus oli kaupungin hankkeissa yksittäisten terveydenhuolto-organisaatioiden ja kansalaisuudinnan hankkeita vähäisempää. Ohjelmilla ja interventioilla voitiin vaikuttaa fyysiseen, sosiaaliseen ja kulttuuriseen ympäristöön ja lisätä terveyttä ja kansalaisten elämänlaatua. Arvioinnissa korostettiin yleisen mielenkiinnon heräämistä, yksilöiden ja yhteisöjen terveyttä ja tyytyväisyyttä palveluihin ja hankkeisiin. Yksittäisten terveydenhuolto-organisaatioiden

Taulukko 1. Kokoteksteissä raportoidut arviointimallit ja -mittarit.

Viite/arvio laadusta	Kriteeristön/mallin kehittämisvaiheet/ perusta	Kriteeristö/Malli
O'Dwyer ym. 2007/ erinomainen	Järjestelmällinen katsaus tieteellisiin artikkeleihin, 20 elektronista tietokantaa, postikysely harmaasta kirjallisuudesta 80 osoitteistoon. Analyysiin 24 interventiota.	Quality criteria and rating categories, success of area-based intervention
Godin ym. 2007/ erinomainen	Teoriaan (Intervention Mapping Framework) pohjautuva kriteeristö täydennettiin ja tiivistettiin Delfi-tekniikalla, arvioitiin 123 hanketiedostoa (1997–2001): 47 rahoitushakemusta, 83 toteutuskuvausta ja 48 arviointiraporttia, Kanada	Planning Criteria
Sogoric ym. 2005/ erinomainen	Luokiteltiin laadullisesti interventioita, arvioitiin 44 interventiota Terve Kaupunki –hankkeesta Kroatiaista, UK:sta, Itävallasta	A Model for the rapid assessment of the impact of health promotion interventions – measuring the success of the intervention
Reedy ym. 2005/ erinomainen	Tapaustutkimus, yli 500 johtajaa tai avainhenkilöä koulutettiin, analysoitiin kaikki terveyden edistämisen ohjelmat ja hankkeet arviointikohteiden tunnistamiseksi, katsaus kansalliseen arviointimittaristoon, aineistot yhdistettiin asiantuntijoita kuulemalla. Yksi maakunta USAsta, 22 ohjelmaa/hanketta (2002-2003)	Public Health Department Program Evaluation Model
Bauer ym. 2006/ hyvä	Perustana arviointikirjallisuus, konsortion arviointi mallista, mallin testaaminen olemassa olevia mittareita hyödyntäen, EUHPID konsortio, EU	EUHPID (The European Health Promotion Indicator Development Model)- malli
O'Connor-Fleming ym. 2006/ hyvä	Perustana arviointikirjallisuus mm. Sufflebeam, WHO, Nutbeam (yht 27 artikkelia), USA	Planning, Implementation and Evaluation Model, Planning and Evaluation Checklist
Saunders ym. 2005/ hyvä	Perustana kirjallisuus, USA	Process-evaluation Process (Six steps)
Pronk,N. 2003/ hyvä	Perustana tieteelliset teoriat ja mallit USA	PIPE Impact Metric (Penetration, Implementation, Participation and Effectiveness)
Jolley ym. 2008/ tydyttävä	Perustana kirjallisuuskatsaus, laadittu pienten ja paikallisten hankkeiden arviointiin, Australia	Evaluation and Planning Methods to Community Participation, Collaborative Partnerships and Equity in Health Promotion
Carr ym. 2008/ tydyttävä	Perustana strategia yhteisölähtöisten terveyden edistämisen ohjelmien tulosten arvioinnista.	Health Impact Assessment (HIA)
Adler ym. 2001/ tydyttävä	Perustana kirjallisuus onnistuneen projektin ominaisuuksista	Quality indicators for health promotion programmes – question-pro-forma'.

hankkeet kohdistuivat pääasiassa fyysiseen terveyteen, terveyskäyttäytymiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn. Palvelujen käyttäjien osallisuus oli myös niissä vähäisempää kuin kansalaistoiminnan hankkeissa. Tulokset painottuivat palvelujen saatavuuden parantamiseen. Arvioinnissa korostettiin lähes yksinomaan yksilöiden terveyttä ja ei toivottujen vaikutusten vähentämistä. Kansalaistoiminnan hankkeiden tavoitteena oli kansalaisten osallisuus, sosiaalisten taitojen kohentaminen ja vaikuttaminen päättäjiin ja lainsäädäntöön sekä tuen tarjoaminen ongelmien kanssa kamppaileville yksilöille tai ryhmille. Arvioinnissa korostettiin tyytyväisyyttä ja terveyttä edistävien ohjelmien ja palvelujen laajenemista.

Ohjelman kontekstin arviointiin kuuluvat poliittinen ja sosiaalinen toteutusympäristö, ohjelmien/interventioiden teoriaperustaisuus sekä niitä koskevan tutkimustiedon ja kehitystyön analyysi (Reedy ym. 2005; Saunders ym. 2005; Godin ym. 2007; Odwyer ym. 2007). Ohjelman/intervention luonnetta ja kokoa arvioitaessa huomioidaan sen mittakaava ja kattavuus paikallisesti, alueellisesti tai valtakunnallisesti sekä toimialoittain. Samaten huomioidaan onko kyseessä uusi vai toteutuneen kehittämistyön jatko.

Arviointialueet ja -kohteet ja niiden toteutuminen

Taulukon 1 arviointimallien ja -mittarien mukaan terveyden edistämisen arviointi kohdistetaan yksilö- tai yhteisötason profilointiin, kohderyhmän, kehittämistarpeiden ja tavoitteiden määrittämiseen, ohjelman/intervention toteutukseen ja vaikuttavuuden osoittamiseen sekä tulosten käyttöönottoon ja juurrutukseen (kuvio 2). Alla kuvataan kukin pääkategoria erikseen alakategorioineen.

Yksilö- tai yhteisötason profiloinnissa arviointikohteita ovat terveystarpeet, joihin halutaan vaikuttaa sekä niiden parissa työskentelevien verkosto. Terveystarpeissa huomioidaan riskien välittyminen yksilöstä toisiin, yhteisökeskeisyys ja salutogeeninen ja patogeeninen näkökulma. Salutogeenisen eli positiivisen terveyden ja voimavarojen osalta huomioidaan subjektiivinen hyvinvointi, optimaalinen toimintakyky, elämän mielekkäisyys ja elämän laatu. Patogeenisessa nä-

köulmassa eli sairastavuudessa ja riskitekijöissä huomioidaan taudit, oireet, sairastaminen ja toimintakyvyn häiriöt. Tarpeiden lisäksi tunnistetaan yksilöiden tai yhteisöjen ja heidän parissa toimivien arvot, odotukset ja pelot. (Adler ym. 2001; Pronk 2003; Sogoric ym. 2005; Bauer ym. 2006; O'Connor-Fleming ym. 2006; Bryant ym. 2007; Godin ym. 2007; Carr ym. 2008; Jolley ym. 2008.)

Kohderyhmän määrittelyssä suositellaan käytettäväksi erilaisia analyysitekniikoita ohjelmasta/interventiosta eniten hyötyvien tunnistamiseksi sekä asiantuntijapaneeleita kohderyhmän valintakriteerien laatimiseksi (Adler ym. 2001; Bryant ym. 2007). Kohderyhmän osalta arvioidaan saavutettavuutta, sitoutumista, interventioiden ja arviointimenetelmien soveltuvuutta sekä saavutettavia hyötyjä. (Pronk 2003; Godin ym. 2007.)

Kehittämistarpeiden ja tavoitteiden määrittelyssä arvioidaan niiden tarve- ja teoriaperustaisuutta, selkeyttä, konkreettisuutta ja tavoitteiden toteutuskelpoisuutta. Nämä mahdollistavat intervention rakenteeseen, prosessiin ja tuloksiin soveltuvien mittareiden käyttöönoton. (Adler ym. 2001; Saunders ym. 2005; Sogoric ym. 2005; Godin ym. 2007). Godinin ym. (2007) mukaan hankkeissa oli parhaiten toteutunut suunnitteluvaihe ja siinä kohderyhmän tunnistaminen ja ympäristöanalyysi. Kehittämistarpeet olivat heikoiten määritelty ja niiden perusteet eivät käyneet selvästi ilmi. Tavoitteiden konkretiataso oli usein heikko. Niistä ei käynyt ilmi esimerkiksi millaisista oppimista tai käyttäytymisen muutosta tavoitellaan. Tavoitteet eivät useinkaan perustuneet teoriaan, empiriaan tai syvälliseen kehittämiskohteen ymmärtämiseen.

Toteutuksen arvioinnissa huomioidaan kehittämistoimenpiteiden ja interventioiden valinta, tarkoituksenmukaisuus ja hallinta (Saunders ym. 2005; O'Connor-Fleming ym. 2006; Godin ym. 2007; O'Dwyer ym. 2007; Carr ym. 2008). Arviointikohteita ovat kohdejoukon saavuttaminen, suunniteltujen toimenpiteiden toteutuminen, menetelmien ja materiaalien korkealuokkaisuus, asianosaisten osallistaminen ja tyytyväisyys. Tähän vaiheeseen kuuluvat myös kohdeyksilöiden/yhteisöjen toimintakapasiteetin ja sitä parhaiten tukevan resurssoinnin ja infrastruktuurin arviointi (Adler ym. 2001; Pronk 2003; Reedy ym. 2005; Bryant ym. 2007;

Godin ym. 2007). Tällöin huomioidaan ohjelman/intervention toteuttajien osaaminen, kehittäminen, tuensaanti ja ohjelman/intervention omaksumisaste sekä juurtuminen työkuviin ja ohjelmasta/interventioista päättävien sitoutuminen. Sogoricin ym. (2005) mukaan arvioinnissa huomioidaan johtaminen oppivassa organisaatiossa, jonka tunnuspiirteitä ovat avoimuus, joustavuus, virheistä oppiminen ja kehittämismahdollisuus, esteiden ennakointi, etenemisen seuranta ja kumppanuus (myös Reedy ym. 2005).

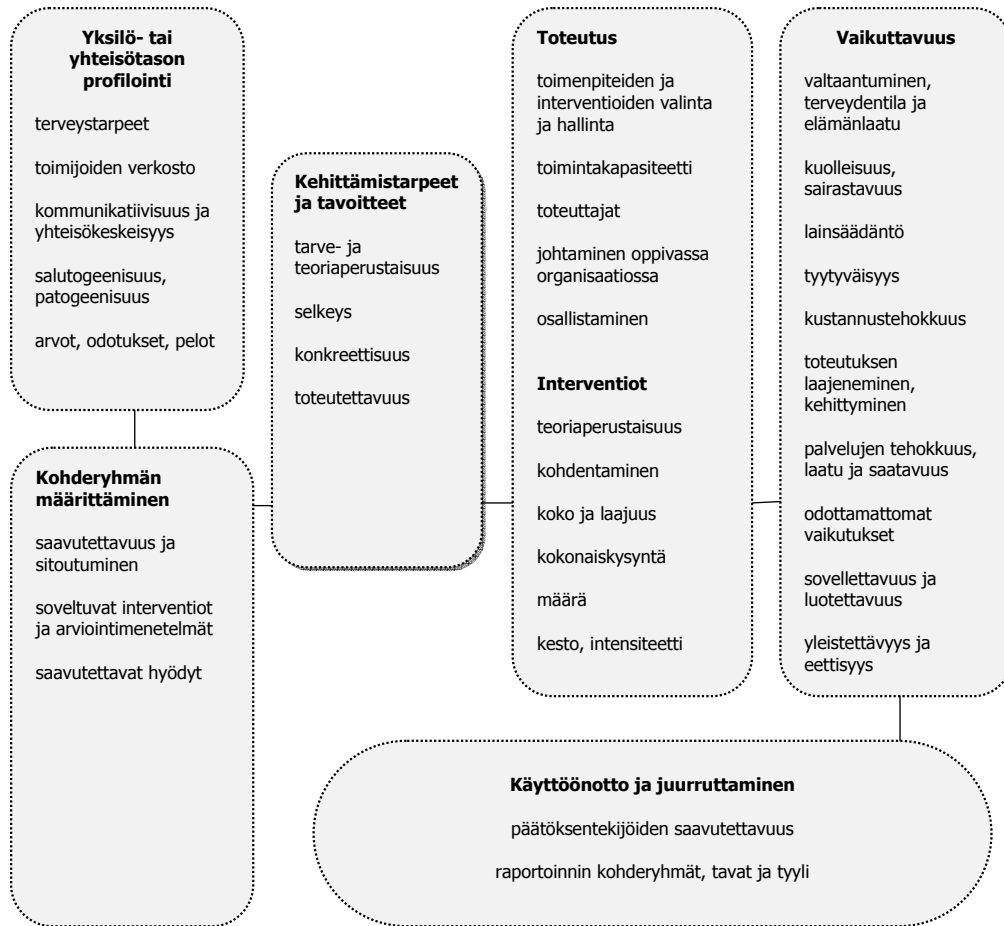
Osallistamisessa arvioidaan missä määrin ja kuinka tasapuolisesti ohjelman kohdejoukko, toimijat ja päätöksentekijät ovat osallistuneet terveystieteiden tunnistamiseen, ohjelman/intervention toteutuksen ja arvioinnin suunnitteluun sekä näiden räätälöintiin (Pronk 2003; Saunders ym. 2005; Sogoric ym. 2005; O'Connor-Fleming ym. 2006; Carr ym. 2008; Jolley ym. 2008). Carr ym. (2008) käyttävät tästä myös käsitettä valtaannuttava arviointi. Sen tunnuspiirteitä ovat strategiaan kytkeytyminen, toimijoiden kysymyksenasettelujen ja kontekstin huomioiminen. Carr ym. (2008) mukaan on tavallista, että interventioita kehitetään ilman samanaikaista arviointiprosessia ja koko prosessin kattavaa osallistamista. Osallistaminen on suunniteltua vähäisempää ja se toteutuu tavallisesti neuvottelukuntina, julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kumppanuuksina ja vertaistukena. Esimerkiksi kohderyhmän osallisuuden arviointi voi kohdentua vain palvelutyytyväisyyteen (Sogoric ym. 2005). Osallistamisen rajallisuus voi johtua ohjelman/intervention markkinoinnin vaikeuksista, ohjelmaan/intervention hakeutumisen ongelmista, käyttäjille aiheutuvista kustannuksista ja puutteellisesta hyötyjen viestinnästä. (Pronk 2003.)

Interventioiden arviointikohteita ovat teoriaperustaisuus, kohdentaminen, laajuus, kokonaiskysyntä, ohjelmaan sisältyvien interventioiden määrä, toteutuksen intensiteetti ja moniammatillisuus (Pronk 2003; Saunders ym. 2005; Reedy ym. 2005; O'Connor-Fleming ym. 2006; Godin ym. 2007). Interventioita ei yleensä räätälöidä erilaisten väestöryhmien tarpeisiin, vaan sama strategia suunnataan koko väestölle. Interventioiden teoriaperustaisuus puuttuu usein tai niiden taustateoriat ovat samankin ohjelman sisällä erilaisia ja tämä haittaa

terveys- ja hyvinvointitulosten tunnistamista. Interventioita kuvaavien käsitteiden käyttö ja määrittely on epäyhtenäistä. Interventiot valitaan intuition, suosion tai tunnettavuuden mukaan. (Godin ym. 2007; Odwyer ym. 2007.) Ongelmina ovat interventioiden implementoinnin vaikeudet, lyhytkestoisuus (2–3 vuotta), yksilökeskeisyys ja toteuttajien ideologisen taustan heikko raportointi (Odwyer ym. 2007).

Ohjelman/intervention vaikuttavuuden osoittamisen arviointikohteita ovat tulokset (outcomes) ja vaikutukset (impact). Vaikutuksia ovat välittömät muutokset toiminnassa, ympäristössä ja yksilön käyttäytymisessä tai toimintatavoissa, tuloksia pitkäaikaiset muutokset terveydentilassa ja elämän laadussa. (O'Connor-Fleming ym. 2006.) Vaikutuksia ja tuloksia arvioidaan yksilöiden/yhteisöjen valtaannuttamisessa, terveydentilassa, elämänlaadussa, kuolleisuuden tai sairastuvuuden vähentymisessä sekä yhteiskunnallisessa päätöksenteossa kuten lainsäädäntötyössä. Arviointikohteita ovat myös päätöksentekijöiden/ohjelmien omistajien, ohjelmaan osallistujien tai asiakkaiden tyytyväisyys, ohjelman kustannustehokkuus, kehittyminen ja laajeneminen, palvelujen tehostuminen, tasalaatuisuus ja yhtäläinen saatavuus. Valtaannuttamista kuvaa kohderyhmän aktiivisuuden ja valinnan mahdollisuuksien lisääntyminen ja terveystietoisuuden ja -käyttäytymisen kohentuminen. Suotuisat käyttäytymisen muutokset tulevat esiin yleensä lyhyen aineistonkeruun sisällä. Muutosten ylläpito on vaikeaa. (Adler ym. 2001; Reedy ym. 2005; Sogoric ym. 2005; Carr ym. 2008; Jolley ym. 2008.) Tärkeitä arviointikohteita ovat myös odottamattomilta vaikutuksilta välttyminen (Sogoric ym. 2005; Odwyer ym. 2007) sekä tulosten sovellettavuus, luotettavuus, yleistettävyyden ja eettisyys (Odwyer ym. 2007).

Godinin ym. hankeanalyysin mukaan (2007) tulosten arviointi ja niistä viestiminen oli heikkoa, vaikkakin arviointisuunnitelmat oli laadittu noin puolessa hankkeista. Koko hankkeen kestäväällä tutkimustoiminnalla saatiin hyviä tuloksia. Monet arvioinneista kohdistuivat asiakirjoihin ja hanketoimijoihin, eri osapuolten näkemysten kattavuus oli heikkoa. Yksilöihin ja pienryhmiin kohdistuvat interventiot olivat suuriin ryhmiin kohdistuvia tehokkaampia. Heikoiten oli raportoitu odottamattomat vaikutukset ja kustannustehokkuus (Odwyer ym. 2007.)



Kuvio 2. Terveyden edistämisen arviointialueet ja -kohteet.

Tulosten käyttöönoton ja juurrutuksen arviointikohteita ovat päätöksentekijöiden saavutettavuus, raportoinnin kohderyhmät, tavat ja -tyyli. Tyypillisimpiä tapoja ovat lehdistötiedotteet, seminaariesitykset, erilaiset julkaisut ja artikkelit. (O'Connor-Fleming ym. 2006.) Materiaalien ja menetelmien esitestausta suositellaan (Bryant ym. 2007).

POHDINTA

Luotettavuus ja eettiset kysymykset

Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuus perustuu sen toistettavuuteen, jota on

vahvistettu hakuprosessin yksityiskohtaisella kuvauksella. Hakuprosessin systemaattisuus ja kattavuus varmistettiin tekemällä hakusanavallinnat ja haut informaation kanssa ja asiasanahakemistoja hyödyntämällä. Valikoitumis- ja julkaisuharhaa vähennettiin käyttämällä kahta lääke- ja hoitotieteen sekä yhtä sosiaalitieteiden tietokantaa. Tekstien rajaaminen englanninkielisiin voi lisätä kieliharhan merkitystä. Katsauksen rajoituksena voidaan pitää sen kohdistumista vain kolmeen tietokantaan ja harmaan kirjallisuuden kattavan analyysin poisjääntiä. (Jackson & Waters 2005; Malmivaara 2008.)

Artikkelien laadun arviointiin ei voitu soveltaa kehitettyjä kriteeristöjä, koska aineis-

to painottui teoreettiseen tarkasteluun (vrt. Malmivaara 2008), vaan arviointikriteerit laadittiin tutkimusryhmässä. Artikkeleista neljä oli erinomaista, neljä hyvätasoista ja kolme tyydyttävää (taulukko 1.) Viidessä artikkelissa kuvattiin arviointimallin tai mittarin soveltamista hankkeiden arviointiin. Nämä ja aineistossa oleva systemaattinen katsaus, joka perustui 20 elektroniseen tietokantaan ja laajaan harmaan kirjallisuuden kartoitukseen vahvistavat tulosten luotettavuutta. (Jackson & Waters 2005.) Toinen aineistossa olevista katsauksista oli ei-järjestelmällinen ja siten vaikeasti toistettavissa, mikä heikentää aineiston luotettavuutta. Tutkimusaineiston analyysi tuotti lukuisia käsittekkategorioita ja aineistoa voidaan pitää siten aihepiiriä hyvin edustavana.

Eettiset näkökohdat liittyvät alkuperäisjulkaisujen tuottaman tiedon kattavaan raportointiin, mikä toteutui tässä katsauksessa. Tulokset vääristyvät, jos aineistoa analysoidaan vain huomiolla terveyden edistämisen onnistunut arviointitoiminta tai jos kirjallisuus antaa aiheesta yksipuolista tai puutteellista tietoa (Mäkelä ym. 2007).

Tulosten tarkastelua

Tämä on ensimmäinen suomenkielinen järjestelmällinen katsaus terveyden edistämisen arviointimalleihin ja -mittareihin. Katsaus tuotti kokonaiskuvan terveyden edistämisen arvioinnista ja sitä jäsentävän käsitteistön. Arviointimallien ja -mittarien kuvauskäsitteet osoittautuivat selkeiksi ja abstraktiotasoltaan sellaisiksi, että niitä voidaan soveltaa myös Suomessa arviointia suunniteltaessa ja arviointimittareita kehitettäessä.

Arviointi on monivaiheinen ja monia tekijöitä sisältävä prosessi. Aineisto osoitti, että terveyden edistämisen kehittämissuunnitelmassa yksittäisten vaiheiden heikko huomiointi heijastui vaikuttavuuden arvioinnin vaikeuksina. Esimerkiksi epäselvät tavoitteet ja teoreettinen tausta tai heikko kohderyhmän tuntemus vaikeuttivat arvioinnin kohdentamista interventioiden toteutuksen kannalta olennaisiin tekijöihin ja vaikuttavuudesta ei saatu näyttöä. Merzelin ja Afflittin (2003) systemaattinen kirjallisuuskatsaus tuotti samansuuntaisia johtopäätöksiä. Heidän mukaansa esimerkiksi HIV-interven-

tioiden menestymiseen vaikuttivat muita ohjelmia yhtenäisempi teoreettinen lähestymistapa ja selkeästi rajattu terveystietämisen alue. Muita menestystekijöitä olivat kohderyhmän suhteellinen pienuus ja valmius muutoksiin, interventioiden standardisointi sekä perustuminen vertaistukeen. Terveyden edistämisen tarvitaan sekä hankkeina toteutuvan kehittämistyön että siihen sisältyvien interventioiden eri vaiheiden systemaattista hallintaa.

Suomessa terveyden edistämisen arvioinnin haasteet liittyvät kokonaiskuvan puutteeseen hanketoiminnasta ja sen tuloksista, synergiaedun tavoittelun hankaluuksiin ja hanketoimintaan pohjautuvan oppimisen puutteisiin. Näyttö interventioiden vaikuttavuudesta on myös vaihtelevaa ja siten heikosti päätöksentekoa ja tulosten juurrutusta tukevaa. (vrt. Kiiskinen ym. 2008; Kokko 2008; Aalto-Kallio & Mäkipää 2010.) Konun työryhmän (2009) mukaan käsitettä vaikuttavuus käytettiin lukuisia kertoja suomalaisissa artikkeleissa (n=80), mutta niistä vain kolmessa määriteltiin mitä sillä tarkoitetaan. Useimmissa artikkeleissa kuvattiin prosessi- ja lopputulosarviointia, mitarit olivat kuitenkin epämääräisiä tai niitä ei käytetty lainkaan.

Terveyden edistämisen monisektoraalisuus ja useiden interventioiden yhteiskäyttö asettaa arvioinnille metodologisia kehittämishaasteita. Suomalaisen tutkijoiden mukaan arvioinnissa tulisi huomioida aiempaa kattavammin useiden hallinnonalojen toimintaa (vrt. Kiiskinen ym. 2008; Kokko 2008; Aalto-Kallio & Mäkipää 2010). Tähän tarvitaan metodologista pluralismia, monitieteistä yhteistyötä ja arviointimittarien kehittämistä. Metodologista tarkastelua voidaan pitää yhtenä arviointityötä edistävänä avainprosessina. Terveyden edistämisen arviointitutkimuksissa käytetään kokeellista lähestymistapaa yleisemmin kuin kehittävä, kriittistä ja konstruktivistista lähestymistapaa (Savola ym. 2005). Merzelin ja Afflittin (2003) mukaan tyypillisiä arvioinnin rajoituksia ovat tutkittujen yhteisöjen vähäisyys, yhteisöjen heikko vertaillavuus, otantaan liittyvät ongelmat ja itsearviointin käyttö muutosten mittaustapana. Tuloksissa arvostetaan yleensä suuria muutoksia eikä pientä edistymistä. Riskikäyttäytyminen vähenee usein vain muutamilla prosentilla yhteisöön kohdistuvissa ohjelmissa.

Arvioinnin rooli on myös merkittävä terveyden edistämisen eettisten arvojen kuten osallisuuden ja tasa-arvoisuuden toteutumisessa (Tannahill 2008). Osallisuus on ohjelmissa/interventioissa odotettua heikompaa ja väestön osallistumisastetta arvioidaan harvoin. Sosiaalisten muutosten mittaaminen yhteisöissä on yksilötasoon verrattuna vähäisempää. Harvemmin arvioidaan esimerkiksi resurssien mobilisointia tai yhteiseen päätöksentekoon ja voimavarojen jakamiseen perustuvia kumppanuuksia kuin yksilöiden käyttäytymisen, asenteiden ja voinnin muutoksia. (Merzel & Afflitti 2003.) Konun työryhmän (2009) mukaan oikeudenmukaisuus, etiikka ja arvot oli harvoin mainittuja aiheita suomalaisessa tieteellisessä vaikuttavuuden tarkastelussa. Kuitenkin jo arvioinnin kohdentaminen, arvioinnin toteutustavan valinta ja sen resurssointi ovat sinänsä jo arvovalintoja.

Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Katsauksen perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset suomalaisen terveyden edistämisen arvioinnin kehittämiseksi:

1. Arvioinnin suunnittelussa tulee huomioida arvioinnin tavoitteet, arvioinnin asettaja/kohderyhmä, ohjelman/intervention toteuttaja, konteksti ja erityispiirteet sekä näistä johtuvat metodologiset haasteet. Arviointi kohdennetaan yksilö- tai yhteisötason profilointiin, kohderyhmään, kehittämistarpeisiin ja tavoitteisiin, ohjelman/intervention toteutukseen ja vaikutavuuden osoittamiseen sekä tulosten käyttöönottoon ja juurrutukseen. Onnistunut arviointi edellyttää jokaisen terveyden edistämisen vaiheen huolellista suunnittelua ja toteutusta.
2. Terveyden edistämisen onnistunut toteutus edellyttää monitieteisessä yhteistyössä tuotettua teoria- ja tutkimustietoa. Monitieteiseen yhteistyöhön sovitettujen arviointimallien ja -mittarien kehittäminen on keskeinen tulevaisuuden haaste. Myös arviointimallien ja -mittarien metodiseen vertailuun ja käyttökokemusten analyysiin tulee jatkotutkimuksissa kiinnittää huomiota.
3. Koulutusta tulee kohdentaa hyvien arviointikäytäntöjen levitykseen ja niiden käytön tukemiseen.

LÄHTEET

- Aalto-Kallio, M. & Mäkipää, E. (2010). *Käytäntöjä terveyden edistämiseksi. Katsaus terveyden edistämisen rakenteiden kehittämistyöhön*. Terveyden edistämisen keskus, julkaisu 2/2010.
- Adler, M., Berensson, K., Carlsson, P., Granath, M. & Urwitz, V. (2001). Quality indicators for health promotion programmes. *Health Promotion International*, 16(2), 187–195. *
- Bauer, G., Davies, J.K. & Pelikan, J. (2006). The EUHPID health development model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*, 21(2), 153–159. *
- Bodstein, R. (2007). The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion practices. *IUHPE – Promotion & Education Supplement 1*, 18–20.
- Bryant, C.A., Brown, K.R.M., McDermott, R.J., Forthofer, M.S., Bumpus, E.C., Calkins, S.A. & Zapata, L.B. (2007). Community-based prevention marketing: Organizing a community for health behavior intervention. *Health Promotion Practice*, 8(2), 154–163. *
- Carr, S. M., Lhussier, M., Wilkinson, J. & Gleadhill, S. (2008). Empowerment evaluation applied to public health practice. *Critical Public Health*, 18(2), 161–174. *
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
- Godin, G., Gagnon, H., Alary, M., Levy, J.J. & Otis, J. (2007). The degree of planning: An indicator of the potential success of health education programs. *IUHPE – Promotion & Education*, 14(3), 138–142. *
- Jackson, N. & Waters, E. (2005). Criteria for the systematic review of health promotion and public health interventions. *Health Promotion International*, 20(4), 367–374.
- Jolley, G., Lawless, A. & Hurley, C. (2008). Framework and tools for planning and evaluating community participation, collaborative partnerships and equity in health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*, 19(2), 152–157. *

- Kokko, S. (2008). Vuonna 2007 Terveyden edistämisen määrärahaalla rahoitettujen hankkeiden arviointiraportti.
- Konu, A., Rissanen, P., Ihantola, M. & Sund, R. (2009). ”Vaikuttavuus” suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 46(4), 285–297.
- Malmivaara, A. (2008). Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus vaikuttavuudesta – Apuväline terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille, tutkijoille ja päättäjille. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 45(4), 273–278.
- Merzel, C & D’Afflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: Promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health*, 93(4), 557–574.
- Mäkelä, M., Kaila, M., Lampe, K. & Teikari, M. (2007). *Menetelmien arviointi terveydenhuollossa*. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion- progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27–44.
- Nutbeam, D. (2000). Health promotion effectiveness – the question to be answered. In *The evidence in health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe*. A report for European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Part two, (s. 1–11). Paris: Jouve Composition & Impression.
- Savola, E., Peltö-Huikko, A., Tuominen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. (2005). *Sata tapaa arvioida terveyden edistämistä. Katsaus terveyden edistämisen arviointitutkimuksiin*. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 6/2005. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus ry.
- Ottawa Charter for Health Promotion, (1986). Geneva: WHO.
- O’Connor-Fleming, M.L., Parker, E., Higgins, H. & Gould, T. (2006). A framework for evaluating health promotion programs. *Health Promotion Journal of Australia*, 17(1), 61–66. *
- O’Dwyer, L. A., Baum, F., Kavanagh, A. & MacDougall, C. (2007). Do area-based interventions to reduce health inequalities work? A systematic review of evidence. *Critical Public Health*, 17(4), 317–335. *
- Pronk, N. (2003). Designing and evaluating health promotion programs: Simple rules for a complex issue. *Disease Management and Health Outcomes*, 11(3), 149–157. *
- Reedy, A.M., Luna, R.G., Olivas, G.S. & Sujeer, A. (2005). Local public health performance measurement: Implementation strategies and lessons learned from aligning program evaluation indicators with the 10 essential public health services. *Journal of Public Health Management and Practice*, 11(4), 317–325. *
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P. & Shiell, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(2), 119–127.
- Saunders, R.P., Evans, M.H. & Joshi, P. (2005). Evaluation and practice. Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: A how-to guide. *Health Promotion Practice*, 6(2), 134–147. *
- Sogoric, S., Middleton, J., Lang, S., Ivankovic, D. & Kern, J. (2005). A naturalistic inquiry on the impact of interventions aiming to improve health and the quality of life in the community. *Social Science & Medicine*, 60(1), 153–164. *
- Tannahill, A. (2008). Beyond evidence – to ethics: A decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. *Health Promotion International*, 23(4), 380–390.
- Whitelaw, S., Martin, C., Kerr, A. & Wimbush, E. (2006). An evaluation of the health promoting health service framework: The implementation of a settings based approach within the NHS in Scotland. *Health Promotion International Advance Access*, 21(2), 136–144.

*-merkityt kuuluvat katsauksen aineistoon