



Väestötasoisien terveyden edistämisen intervention suunnittelu ja käynnistäminen vaatii aikaa, seurantaa ja arviointia

Sosiaali- ja terveysministeriö rahoitti vuosina 2017–2018 terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja terveyserojen kaventamisen kärkihankkeen osana VESOTE-hanketta, jonka tavoitteena oli levittää joukko näyttöön perustuvia elintapaohjauksen hyviä käytäntöjä tai toimintamalleja. Tutkimuksen tarkoitus on analysoida VESOTE -kärkihankkeen kautta väestötasoisien terveyden edistämisen intervention käynnistymistä ja jalkauttamista II sairaanhoitopiirin alueelle. Analyysin tavoitteena on identifioida tekijöitä, jotka tulee ottaa huomioon, kun tulevaisuudessa käynnistetään laajoja terveyden edistämisen hankkeita. Analysoitava aineisto koostui hankkeen käynnistämiseen liittyvistä dokumenteista, joita olivat sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeen hankesuunnitelma 2016, sosiaali- ja terveysministeriön hakuilmoitus valtionavustushankkeille 2016 ja UKK-instituutin hankesuunnitelma 2016. Aineistoa täydennettiin ulkopuolisen arvioitsijan loppuraportilla. Tutkimusmenetelmänä käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä, jossa aineistoa analysiitiin valmiin viitekehyksen avulla. Tarkoituksena on ymmärtää ilmiötä ja saada esiin tekijät, joihin kehittämishankkeita käynnistettäessä tulisi kiinnittää huomiota. Tulosten mukaan kehittämishankkeet käynnistetään nopealla aikataululla eikä suunnitteluun jää tarpeeksi aikaa. Hankkeiden toteuttamisajat ovat kestoiltaan lyhyitä. Tämä ei mahdollista seurantaa ja arviointia. Kirjallisuudessa korostetaan onnistuneessa terveyden edistämisen ohjelman implementoinnissa huolellista suunnittelua, viitekehyksen käyttöä, seurantaa ja arviointia. Monitasoisien intervention odotetaan käynnistyvän jo hankkeen alusta lähtien, mutta todellisuudessa mukana olevien tahojen sitouttamiseen tarvitaan aikaa. Tutkimustietoon perustuvan viitekehyksen käyttö suunnittelu- vaiheessa ministeriötasolla auttaa hankkeen toimenpiteiden jalkauttamisessa sairaanhoitopiirien alueille. Kärkihanke ajoittui kaatuneen maakunta- ja sote-uudistuksen ajankohtaan, jolloin toimenpiteiden juurruttaminen jäi sairaanhoitopiirien vastuulle ilman ministeriön tukea.

ASIASANAT: laajat interventiot, evaluaatio, arviointi, terveyden edistäminen, elintavat

LINDA DALBOM, MERI LARIVAARA, TOMMI VASANKARI, MIIA TUOMINEN, PÄIVI RAUTAVA

YDINASIAAT

- Laajat terveyden edistämisen ohjelmat vaativat huolellista suunnittelua, viitekehyksen käyttöä sekä seuranta- ja arviointia.
- Tutkimustietoon perustuvan viitekehyksen käyttö heti suunnitteluvaiheessa auttaa hankkeen toimenpiteiden jalkauttamisessa.
- Lopputulosmittareiden valinta on tärkeää, jotta hankkeen pidempiaikainen seuranta ja arviointi sekä tulosten käyttöönotto onnistuu.
- Ohjelman pitäisi voida osoittaa, että ohjelman toteutus vaikutti palvelujärjestelmään.

JOHDANTO

Kansanterveystyö tarkoittaa yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä sekä yksilön sairaanhoitoa (1) ja se sisältää niin tiedeperustan kuin toimintavan, jolla ehkäistään tautteja, pidennetään elinikää ja edistetään terveyttä yhteiskunnan organisoiduilla toimilla (2). Terveyden edistäminen on osa kansanterveystyötä (3). WHO on vuonna 1986 Ottawan julistuksessa määritellyt terveyden edistämisen prosessiksi, joka antaa yksilöille ja yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttä ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä. Ottawan julistuksen suosittelemat ylätason välineet terveyden edistämiseksi ovat terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka, hyvinvointia edistävä elinympäristöt, yhteisöjen vahvistaminen ja voimauttaminen, terveyttä edistävien yksilöllisten tietojen ja taitojen vahvistaminen ja terveyspalvelujärjestelmän suuntaaminen ennaltaehkäisyyn ja terveyden edistämiseen. (4.) WHO:n vuonna 1979 julkaistu raportti Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä ja vuonna 1985 julkaistu Euroopan alueen terveystavoitteet (WHO 1985), painottavat hallinnonalojen välisestä yhteistyöstä. Suomi oli Terveyttä kaikille – ohjelman edelläkävijämaa kehittäen politiikkaa yhteistyössä WHO:n kanssa. Terveys kaikissa politiikoissa (Health in all policies) tarkoittaa strategiaa, jossa eri sektoreilla otetaan huomioon sekä koko väestöön, että eri väestöryhmiin kohdistuvat terveysvaikutukset päätöksiksi tehtäessä ja toimeenpantaessa. (5.)

Euroopan unioniin liittyminen on tuonut tähän haasteita, koska useiden hallinnonalojen päätöksenteko on siirtynyt pois kansallisesta toimi-

vallasta. Kuitenkin työ on kehittynyt yksittäisten ongelmien käsittelystä laajojen ohjelmien kautta järjestelmälliseksi, lainsäädännön ja pysyvien rakenteiden tuella tapahtuvaksi toiminnaksi. Lainsäädäntöä täsmennettiin 2000-luvulla painottamaan kuntatyötä ja työlle suunnattiin asiantuntijatukea. Nyt korostuvat hallituksen laajat tavoitteet ja poikkihallinnolliset politiikkaohjelmat sekä hallinnon ulkopuolisten toimijoiden rooli. Väestön terveydentila on kuluneiden vuosikymmenten aikana parantunut huomattavasti, mutta sosiaaliryhmien väliset terveyserot eivät ole kuitenkaan vähentyneet. Suuria talouspoliittisia päätöksiä on tehty ilman terveysvaikutusten arviointia tai arvioinnista välittämättä. Terveys kaikissa politiikoissa nähdään vastauksena näihin haasteisiin. (5.)

Terveyden edistämiseen tähtäävät toimet voidaan jakaa ympäristöön ja yksilöihin vaikuttamiseen (6). Terveyspolitiikan käsite pitää sisällään kansanterveyden määritelmän tapaan tiedeperustan ja toimintatavan. Terveyspolitiikan tarkoituksena on vaikuttaa väestön terveyteen. Terveyspolitiikan laajassa määrittelyssä tarkastellaan palvelujärjestelmää ja terveyteen vaikuttavia tekijöitä. (7.) Kansanterveyslaki astui Suomessa voimaan 1972 ja kuntien työn sisällöllinen ohjaus tapahtui keskeisesti lainsäädännön avulla. 1980-luvulta alkaen järjestelmää alettiin keventää koska kansanterveyslain suunnittelujärjestelmä koettiin liian tarkaksi ja jäykäksi, eikä se pystynyt vastaamaan paikallisiin tarpeisiin. (8) Vuonna 1993 siirryttiin normiohjauksesta informaatio-ohjaukseen, kun valtionosuus uudistus siirsi vallan kunnille (9). Informaatio-ohjaus alkoi 2000-luvulla siirtyä ohjelma- ja hankeohjaukseksi. Kansallisten hankkeiden toimeenpano sidottiin valtiolta kunnille menevään rahoitukseen. Vuonna 2008 pääministeri Vanhasen hallitus vahvisti vuosille 2008–2011 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE), joka oli strateginen ohjausväline suomalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan johtamiseen ja uudistamiseen. (10) KASTE II -ohjelman (2012–2015) tavoitteena oli kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja palveluja asiakaslähtöisiksi. Kehittämistyö jatkui Sipilän hallituksen kärkihankkeissa. (11.)

Pääministeri Sipilän hallitusohjelmassa 2015 hyvinvoinnin ja terveyden osalta käynnistettiin

viisi kärkihanketta: Palvelut asiakaslähtöisiksi, Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta, Toteutetaan lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma, Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa & Osatyökykyisille väyliä työhön (12). Sipilän strategisen hallitusohjelman tueksi laadittiin toimintasuunnitelma. Kärkihankkeiden tavoitteena oli nostaa kehittämisen kohteena oleva toiminta pysyvästi aikaisempaa paremmalle tai edistyneemmälle tasolle, joskaan tasoja ei määritelty tai avattu hakujulistuksessa tai hankehakemuksessa. Keskeistä oli, ettei ainoastaan kehitetä uutta, vaan levitetään ja juurrutetaan jo olemassa olevia käytäntöjä mahdollisimman laajasti koko maahan ja sovitetaan ne osaksi maakunta- ja sote -muutoksen toteutusta ja ohjainstrumentteja. (13.)

Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta – kärkihankkeen avulla

pyrittiin edistämään kansanterveyttä, kansalaisten liikkumista, terveellisiä elintapoja ja ravitsemustottumuksia sekä vastuunottoa omasta elämästä. Kärkihankkeen toteuttamiseen vuosina 2016–2019 oli käytettävissä 7,8 miljoonaa euroa. Kärkihankkeeseen toteutettiin kolmena projektina, jotka oli jäsenetty seuraavasti: Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön, Terveellisten talojen Suomi ja Poikkihallinnolliset rakenteet (PORA). (14.)

Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projekti oli näistä projekteista laajin ja siihen ohjattiin valtaosa kärkihankkeen resursseista. Tavoitteena oli kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja kohentamalla väestöryhmien hyvinvointia ja terveyttä varsinkin niissä ryhmissä, joissa hyvinvointi ja terveys ovat muita heikompia. (14.)

Valtionavustusten hakuaika hallituksen kärkihankkeen osaprojektin ”Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön” hankkeisiin oli 17.6.–30.9.2016 (15).

Taulukko 1. Kokonaisuudet, joihin valtionavustukset kohdentuivat Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön – projektissa (15).

Elintapaohjauksen vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa (VESOTE) ja sen palveluketjuissa	2,7 miljoonaa euroa
Perheiden ravitsemus- ja liikuntatottumusten muutoksen tukeminen neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa	0,6 miljoonaa euroa
Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien fyysisen terveyden edistäminen	0,6 miljoonaa euroa
Väestön mielenterveystaidot ja eri alojen ammattihenkilöiden mielenterveysosaaminen	1,15 miljoonaa euroa
Yhteinen keittiö	1,4 miljoonaa euroa
Ikääntyneiden fyysisen aktiivisuuden edistäminen	0,5 miljoonaa euroa

VESOTE oli yksi sosiaali- ja terveysministeriön (STM) rahoittamista hallituksen kärkihankkeista Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -kärkihankkeen Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projektissa vuosina 2017–2018. Hankkeella tavoiteltiin terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien, liiallista istumista vähentävien ja ravitsemussuosittelujen mukaan syövien osuuden lisääntymistä sekä lääkkeettömien hoitokeinojen käytön yleistymistä univaikeuksien hoidossa hankkeessa mukana olevilla alueilla. (16.)

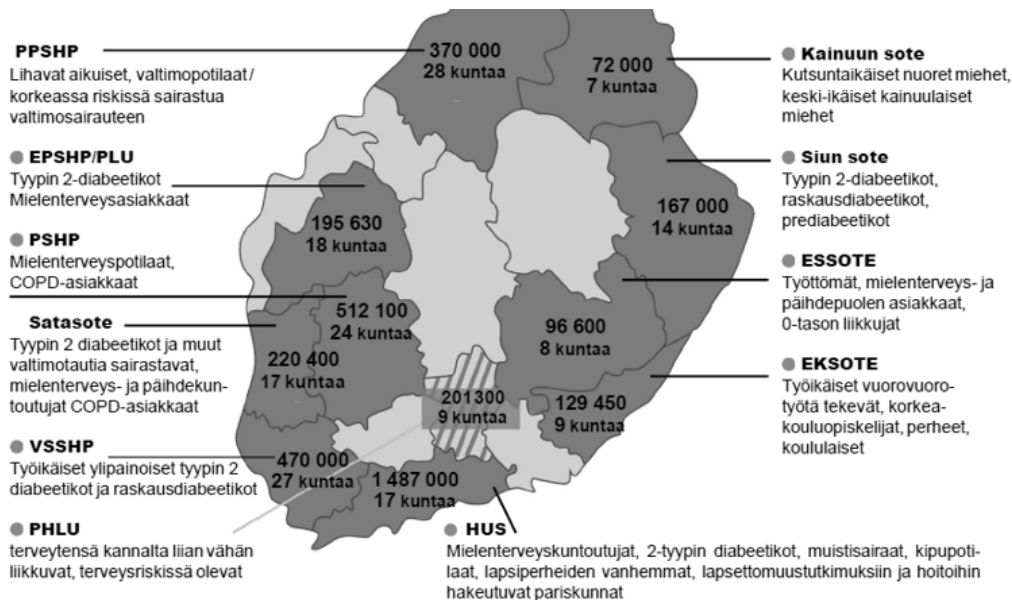
VESOTE – hankkeen tavoitteina oli elintapaohjauksen vaikuttavien ja laadukkaiden toimin-

tamallien käyttöönotto tai vahvistaminen, elintapaohjauksen osaamisen kehittäminen, olemassa olevien hyvien käytäntöjen hyödyntäminen ja levittäminen, elintapaohjauksen moniammatillisuuden ja poikkihallinnollisuuden vahvistaminen sekä kolmannen sektorin osaamisen ja kokemuksen hyödyntäminen elintapaneuvonnassa (16).

UKK-instituutin koordinoimassa hankkeessa oli mukana kolme valtakunnallista järjestötoimijaa: Diabetesliitto, Kunnossa kaiken ikää (KKI) -ohjelma (Likes) ja Mielenterveyden keskusliitto. Kaksi sisältöasiantuntijatahoa: Helsingin uniklinikka-VitalMed (uni) ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (ravitsemus) sekä 11 hankealuetta: Etelä-

Karjalan sosiaali- ja terveystyöpiiri (EKSOTE), Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP), Etelä-Savon sosiaali- ja terveystyöpiirien kuntayhtymä (ESSOTE), Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS), Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (KAINUUN SOTE), Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä (PSHP), Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystyöpiirien kuntayhtymä (Siunsote), Pohjois-Poh-

janmaan sairaanhoitopiiri (PPSHP), Satakunnan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä/ Porin kaupunki (SATASOTE) ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP). Lisäksi hankkeeseen osallistui liikkunnan aluejärjestöjä. Kaikkiaan hankkeessa mukana olleet sairaanhoitopiirit ja liikkunnan aluejärjestöt kattoivat yhteensä 184 kuntaa ja yli 4 miljoonaa asukasta (kuva 1) (16.)



Kuva 1. VESOTE-hankkeen laajuus ja kohderyhmät. Lähde UKK-instituutti 2019.

VESOTE-hankkeessa on tunnistettavissa kompleksisen intervention elementtejä. Hankkeessa oli samanaikaisesti useita osa-alueita ja toimenpiteitä, jotka kohdistettiin usealle ryhmälle ja organisaatiotasolle: hankkeen menestyksellisen toteuttamisen nähtiin vaativan panostusta elintapaohjauksen puheeksi ottamiseen, toteuttamiseen ja seuraamiseen samanaikaisesti alueen perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaalipalveluissa, järjestöissä ja yksityisissä toimijoissa (16).

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoitus on arvioida VESOTE-valtionavustushankkeen valtakunnallista käynnistämistä ja jalkauttamista sairaanhoitopiirien alueille peilaten sitä dokumentti-analyysin avulla kansainvälisesti tunnustettuun

Medical Research Councilin vuonna 2000 julkaisemaan ja vuonna 2008 päivitettyyn kompleksisten interventioiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden kehukseen. Kehys on tarkoitettu avuksi palvelujärjestelmä- ja monimutkaisiin asiakkaisiin/ väestöihin kohdistuvia interventiotutkimuksia varten. Vaikuttavuuden mittaamisessa luotettavimpina pidetään satunnaistettuja, kontrolloituja kokeita (RCT), mutta kaikissa tutkimusasetelmissä tämä ei ole mahdollista, kuten monimuotoisissa ja laajoissa palvelujärjestelmätutkimuksissa. (17.)

Tarkoituksena on ymmärtää väestötasoisien terveyden edistämisen intervention käynnistämistä syvällisemmin. Tavoitteena on tunnistaa tekijöitä, jotka tulee huomioida käynnistettäessä laajoja terveyden edistämisen hankkeita.

Tutkimuksessa vastattiin seuraavaan kysymykseen:

- 1) Miten VESOTE-hankkeen käynnistämisen vaiheessa hyödynnettiin tutkimustietoa teoriapohjana?
 - Otettiin VESOTE-hankkeessa huomioon kansainvälisen kompleksisten interventioiden tutkimus- ja kehittämissankkeiden kehityksen osa-alueet?

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineisto koostui VESOTE-hankkeen suunnittelun aikaisista dokumenteista, joita olivat: sosiaali- ja terveysministeriön kärkehankkeen hankesuunnitelma 2016 (14) ja hakuilmoitus valtionavustushankkeille 2016 (15) sekä UKK-instituutin hankesuunnitelma 2016 (16). Aineistoa täydennettiin ulkopuolisen arvioitsijan Rambollin loppuraportilla 2019: Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta –kärkehankkeen kehittävä prosessiarviointi (18). Tutkimusmenetelmänä käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti ja se sopii hyvin strukturoimattomaan aineistoon, kuten raporttien analyysiin. (19,20.) Deduktiivisen sisällön analyysissä voidaan käyttää valmista viitekehystä, jonka avulla aineistoa analysoidaan. Analyysiä ohjaa malli, joka perustuu aikaisempaan tietoon ja tämän tiedon varassa tehdään analyysirunko, johon etsitään sisällöllisesti sopivia asioita aineistosta. (19, 21.)

Koko VESOTE-hankkeen käynnistymistä verrattiin sosiaali- ja terveysministeriön hankesuunnitelman (14) ja hakujulistuksen (15) kautta valtionavustusta saaneen VESOTE-hankkeen hankesuunnitelmaan (16) ja Medical Research

Councilin vuonna 2000 julkaistun ja 2008 päivitetyn kehittämistyön, tutkimustulosten juurruttamisen ja arvioinnin kehykseen *Developing and Evaluating Complex Interventions: new guidance* (17), joka perustuu pitkälliseen kehittämiseen. Kehystä oli tarkoitus päivittää vuonna 2019 uusien metodologisten ja teoreettisten lähestymistapojen osalta ja siihen oli tarkoitus lisätä osioita, jolloin sillä olisi enemmän merkitystä poliittisten muutosten arvioinnissa, mutta tätä kirjoitettaessa uutta päivitystä ei ole vielä saatavilla. (22.)

Kehyksen ohjeiston linjaamaa jaottelua (Taulukko 2) hyödynnettiin rakentamalla peruselementteistä aineiston analyysia varten matriisi (Taulukko 3). Analyysi aloitettiin lukemalla VESOTE-hankkeen aikaiset dokumentit huolellisesti läpi. Tämän jälkeen dokumenteista etsittiin värikoodeja käyttämällä taulukossa 2. esitettyihin peruselementteihin vastaavia kokonaisuuksia, kohtia ja lauseita. Dokumenteista poimitut sisällöt sijoitettiin matriisiin ja matriisin avulla verrattiin sitä, löytyikö kaikista dokumenteista vastaavuuksia toistensa ja kehyksen kanssa. Matriisiin poimittuja kohtia tiivistettiin useampaan kertaan siten, että viimeisenä vaiheena pystyttiin tekemään tulkintaa siitä, löytyikö peruselementtiä dokumenttiaineistosta. Peruselementin löytyessä todettiin taustan olevan näyttöön perustuva, vaikka näyttö ei olisi näkyvissä. Jos taas peruselementtiä ei löytynyt, tulkintana oli, ettei tieteellisen perustan vahvuutta voida arvioida. *Developing and Evaluating Complex Interventions* -kehys nimeää prosessin neljä peruselementtiä ja näille alakohdita, joiden toteutumista aineistona käytetyistä dokumenteista etsittiin (Taulukko 2).

Taulukko 2. *Developing and Evaluating Complex Interventions* -kehyn neljä peruselementtiä (17).

1. Kehittäminen Intervention kehittämisessä edetään systemaattisesti käyttäen parasta mahdollista tieteellistä tutkimusta taustatiedoksi ja teoriapohjaksi. Testataan huolellisesti suunnitelman eri vaiheet, jonka jälkeen siirrytään alustavaan arviointiin.	2. Intervention toteuttavuus/pilotointi Intervention hyväksyttävyyden esitestaus, rekrytointinopeus, tutkittavien pysyvyyden arvio ja sopivan otoskoon laskeminen.	3. Arviointi Kompleksisen intervention tulosten analyysiä ja vaikuttavuuden arviointia voidaan lähestyä eri tavoilla ja selitysmalleilla. Tärkein vaihe on lopputulosmittareiden valinta.	4. Intervention tulosten käyttöönotto Intervention tulosten käyttöönotto: onnistunut käyttöönotto.
1.1 Ongelman havaitseminen ja tieteellisen pohjan varmistaminen	2.1 Intervention eri osien testaaminen	3.1 Vaikuttavuuden arviointi	4.1 Tiedon levittäminen
1.2 Teoreettisen pohjan luominen	2.2 Rekrytoinnin / kertymän arvioiminen	3.2 Muutosprosessin ymmärtäminen	4.2 Valvonta käyttöönoton aikana ja seuranta heti käyttöönoton jälkeen
1.3 Interventioprosessin ja lopputulosten mallintaminen	2.3 Otoskoon päättäminen	3.3 Kustannusvaikuttavuuden arviointi	4.3 Pitkän aikavälin seuranta

Taulukko 3. Dokumenttianalyysi

1. Kehittäminen	STM:n kirkkohankkeen hankesuunnitelma 2016	STM:n hakulomitus valtionavustushankkeille 2016	UKK-instituutin hankesuunnitelma 2016	Yhteenveto
<p>1.1. Ongelman havaitseminen ja tieteellisen pohjan varmistaminen (evidence base)</p>	<p>STM:n kirkkohankkeen hankesuunnitelma 2016</p> <p>Eriarvoisuuden ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi.</p> <p>Levitetään näyttöön perustuvia hyviä havaittuja toimintamalleja.</p>	<p>Liikunnan ja hyvän ravitsemuksen edistämiseksi, lihomisen ehkäisyä, unirytmien ja nukkumistottumusten ohjauksella ja muiden terveyttä tukevien elintapojen avulla voidaan vähentää tautitaakkaa ja siihen liittyviä kustannuksia sekä parantaa elämäntahtia.</p> <p>Hyvät käytännöt ovat selkeästi ja ymmärrettävästi mallinnettuja ja perustuvat tutkittuun tietoon. Ne soveltuvat palvelujärjestelmän tarpeisiin, ja niiden vaikuttavuutta on arvioitu.</p>	<p>Keskeisten suomalaisten kansansairauksien osalta elintavat. Kirjallisuuteen perustuva katsaus suomalaisien sairauksista ja elintavoista.</p> <p>Elintapaohjaus ei ole yleistynyt suomalaisessa terveydenhuollossa: kuvattu liikuntaneuvonnan kautta.</p> <p>Sairaanhoitopiirit ovat listanneet seuraavia levitettäväksi ja juurrutettavaksi suunniteltuja vaikuttavia toimintatapoja ja välineitä: kuvaus.</p> <p>Hankkeessa elintapaneuvonnan kohderyhmiksi konsortion toimijoiden yhteistyönä on valittu terveyserojen kaventamisen näkökulma huomioiden seuraavia asiakasryhmiä: luettelo.</p>	<p>Eriarvoisuuden ja syrjäytymisen ehkäisy poikkeuksellisesti levitämällä näyttöön perustuvia toimintamalleja.</p> <p>Hyvät käytännöt ovat selkeästi ja ymmärrettävästi mallinnettuja ja perustuvat tutkittuun tietoon. Ne soveltuvat palvelujärjestelmän tarpeisiin, ja niiden vaikuttavuutta on arvioitu.</p> <p>Elintavat.</p>
<p>1.2 Teoreettisen pohjan luominen</p>	<p>Hanketoimijoilla on oltava riittävä asiantuntemus hankkeen sisällöllisillä osaluilla.</p>	<p>Hanketoimijoilla on oltava riittävä asiantuntemus hankkeen sisällöllisillä osaluilla.</p>	<p>Ohjausryhmä, kutsutaan jäsen kaikkia kansallisia konsortion toimijoita ja sairaanhoitopiireistä, kansallisten tietojärjestelmähankkeiden keskeisiä toimijoita, sekä kansallisista asiantuntijoista ja rahoittajien edustajista.</p> <p>Kirjallisuuteen nojautuva kuvaus implementoimien onnistumisesta ja asioista, jotka tulee huomioida.</p> <p>Lista juurrutettavaksi suunniteltujen toimintatapojen ja välineiden osalta, jotka sairaanhoitopiireissä ja muissa toimintayksiköissä on havaittu toimintatavan / välineen olevan empiirisesti vaikuttava. Totsaalia vain osasta valikoiduista toimintatavoista / välineistä on julkaistua tai kirjoitella olevaa vaikuttavuustietoa. Ernoaisena esimerkkinä vaikuttavasta elintapaohjauksesta voidaan pitää DPS-tutkimuksemme diabeteksen ehkäisyssä.</p>	<p>Hyvien ja levitetävien toimintamallien tunnistaminen, arviointi – ja valintaprosessi</p> <p>Hyvästä käytännöstä on kuvattu, mitä hyvän käytännön käyttöönotto edellyttää toimijoilla</p> <p>Implementointiprosessi: eri tasojen/alojen ja toimijoiden sitouttaminen muutosten aikaansaamiseksi, toteuttajien sisällöllisten osa-alueiden asiantuntemus.</p> <p>Vaikutavuustieto puutteellinen.</p> <p>Elintapaohjauksen osalta näyttöä DPS-tutkimuksen mallista.</p>
<p>1.3 Interventtioprosessin ja lopputulosten mallintaminen</p>	<p>Suunniteltu toiminta tulee kuvata siten, että hankkeen toteutamiskeinoisuutta voidaan arvioida.</p>	<p>Suunniteltu toiminta on kuvattu konkreettisella tasolla: koulutusten järjestäminen, juurruttaminen, pilotti-, hoito- ja palvelupolun, sähköiset alustat, mittarit.</p>	<p>Suunniteltu toiminta on kuvattu konkreettisella tasolla: koulutusten järjestäminen, juurruttaminen, pilotti-, hoito- ja palvelupolun, sähköiset alustat, mittarit.</p>	<p>Suunniteltu toiminnan kuvaus ja hankkeen toteutamiskeinoisuuden arviointi.</p>

2. Intervention toteutettavuus / pilotointi	STM:n karkkihankkeen hankesuunnitelma 2016	STM:n hakuilmoitus valtionavustushankkeille 2016	UKK-instituutin hankesuunnitelma 2016	Yhteenvedo
<p>2.1 Intervention eri osien testaaminen</p>	<p>Kärkhanke toteutetaan kolmena projektina, josta Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön –projekti sisältää useita rahoitettavia alahankkeita.</p>	<p>Hankkeen toteuttamisen edellytyksenä on johdon sitouttaminen, paikallisen organisoitumisen tuki, systemaattinen kouluttaminen, jatkuva viestintä sekä yhteisesti sovitujen elintapaohjauksen seurantaomittareiden käyttö.</p> <p>Keskeistä on saada kaikki ammattikunnat mukaan sekä sopia vastuut, toimintatavat ja toiminnan laadun arviointi.</p>	<p>Kuvattu: Johdon ja toimijoiden sitouttaminen, koulutusten järjestäminen, viestintäsunnitelma, elintapaohjauksen seurantaan käytettävän fyysisen aktiivisuuden, paikallaolon ja unen objektiiviseen mittaamiseen käytettävä interaktiivinen mittari.</p> <p>Hankkeen menestyksellinen toteuttaminen edellyttää samanaikaisia toimenpiteitä monella toiminnatasolla, kuvaus tasoista ja toimenpiteistä.</p> <p>Maimitaan: <i>Eriomaisena esimerkkinä vaikuttavasta elintapaohjauksesta voidaan pitää DPS-tutkimukseenmallia diabeteksen ehkäisyä (= pilotoitu viiden shp:n alueelle, kirjoittajan huomio)</i></p>	<p>Kärkhanke toteutettiin kolmena projektina, josta yksi sisälsi VESOTEn Toteuttamisen edellytykset on kuvattu hakuilmoituksessa ja niihin vastaaminen konkreettisella tasolla löytyy kuvattuna UKK-instituutin hankkehakemuksessa.</p> <p>Hankkeen toteuttamisen edellytyksenä on johdon sitouttaminen, paikallisen organisoitumisen tuki, systemaattinen kouluttaminen, jatkuva viestintä sekä yhteisesti sovitujen elintapaohjauksen seurantaomittareiden käyttö.</p>
<p>2.2 Rekrytoinnin/kertymän arvioiminen</p>	<p>Järjestöt, kunnat, sairaanhoitopiirit ja kansalaiset sekä tarvittavat sidosryhmät ja laaja-alaiset verkostot</p>	<p>Kokokriteerin perusteella todennäköisimpiä hankkeen toteuttajia voivat olla valtakunnalliset järjestöt tai asiantuntijaorganisaatiot, jolla on mahdollisuus toimia eri puolilla maata.</p>	<p>Hankekonsortion muodostavat valtakunnalliset järjestö- ja asiantuntijat yhdessä sairaanhoitopiirien ja alueellisten kunta- ja järjestötoimijoiden ja mahdollisten yksityisten toimijoiden kanssa. Konsortioon otetaan mukaan kaikki alueelliset toimijat, jotka ovat halukkaita kehittämään ja levittämään vaikuttavaa ja tavoitteellista elintapaohjausta.</p>	<p>Hankkeen toimenpiteet haluttiin levittää mahdollisimman laajalle: valtakunnalliset järjestö- ja asiantuntijat toimijat, sairaanhoitopiirit sekä alueelliset kunta- ja järjestötoimijat.</p>
<p>2.3 Otoksoon päättäminen</p>	<p>Maantieteellisesti mahdollisimman laajasti, mielellään koko maahan.</p>	<p>Hanke toimii rittävän suurella alueella.</p>	<p>Kultakin erä-alueelta hankkeeseen osallistuu 2 sairaanhoitopiiriä ja kyseisten alueiden kunnat sosiaali- ja terveydenhuollon ja osin liikuntaomien osalta. Lisäksi kultakin alueelta hankkeeseen osallistuu laajasti liikunta- ja sote-järjestöjä. Hankealueella asuu yli 3,9 miljoonaa asukasta ja se käsittää 172 kuntaa (2015 tietojen mukaan).</p>	<p>Hyvät käytännöt levitetään valtionavustushankkeiden avulla, jolloin hankkeen on toimitava mahdollisimman suurella alueella. Kultakin erä-alueelta hankkeeseen osallistuu 2 sairaanhoitopiiriä ja niiden alaisuuteen kuuluvat kunnat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä liikuntaomien osalta.</p> <p>Hyötyjinä eri asiakashahmät, painaukset erilaisia shp:n alueilla.</p>

3. Arviointi	STM:n kärkihankkeen hankesuunnitelma 2016	STM:n hakuilmoitus valtionavustushankkeille 2016	UKK-insituutin hankesuunnitelma 2016	Yhteenveto
<p>3.1 Vaikuttavuuden arviointi</p>	<p>Kärkihankkeen aikana (vuosina 2016–2019) muutosta seurataan toiminnallisilla mittareilla: hyvien käytäntöjen leviämistä ja juurtumista kuvaavilla tiedoilla. Toiminnalliset mittarit ja niiden tavoitteet on kirjattu kärkihankkeen projektien erillisiin projektisuunnitelmiin. Soskanet indikaattorit.</p>	<p>Hankesuunnitelmassa on oltava kuvaus lähtötilanteesta ja alustava seuranta- ja arviointi-suunnitelma, jonka painopisteen tulee olla hankkeen tulosten ja vaikutusten arvioimisessa sekä hankkeen toimeenpanoa edistävien tai estävien tekijöiden tarkastelussa. Vaikutusten arvioinnissa tulee painottaa väestöryhmien välisten erojen näkökulmaa.</p>	<p>Hankkeen arvioinnin osalta muodostuu kaksi keskeistä tietolähdettä Interaktiivisen elintapamittarin tallentamat tiedot elintavoissa ja hanketoiminnan osalta erilliset seuranta tiedot tallennetaan systemaattisesti yhteen paikkaan koko hankkeen ajan. Lisäksi verkkokoulutuksen käytöstä syntyy oma tietokantansa.</p>	<p><i>Muutosta seurataan hankeaikana toiminnallisilla mittareilla: käytäntöjen leviämistä ja juurtumista kuvaavilla mittareilla, hankkeen jälkeen Soskanet-indikaattoreiden avulla. Hankesuunnitelmassa pitää kuvata lähtötilanne ja sisällyttää alustava seuranta- ja arviointisuunnitelma. UKK-insituutin puolesta toteutuu hanketoiminnan osalta seuranta tietojen systemaattinen tallennus Laitur-ohjelmaan. Interaktiivinen elintapamittarinkäyttö mahdollistaa tietojen tallentamisen pilvipalveluun.</i></p>
<p>3.2 Muutosprosessin ymmärtäminen</p>	<p>Kärkihankkeen tuloksena julkishallinto, järjestöt, yritykset ja kansalaiset luovat ja kokeilevat uudenlaisia tapoja toimia yhdessä paikallisesti, alueellisesti ja kansallisesti sekä juurruttavat ja levittävät hyväksi havaittuja käytäntöjä.</p>	<p>Hankesuunnitelmassa on kuvattava riittävällä selkeydellä ja tarkkuudella suunniteltu toiminta siten, että hankkeen toteuttamiskelpoisuutta voidaan arvioida.</p> <p>Hyvän käytännön osalta tulisi kuvata mahdollisimman tarkasti hyvän käytännön lähtökohdat, oletettavissa olevat tulokset sekä sovitaminen erilaisten toimintaympäristöihin kuten erikokoisiin kuntiin.</p>	<p>Johdon ja eri toimijoiden sitoutuminen, hallinnonrajat ylläpitävä yhteistyö ja uudellinen organisoituminen, elintapaohjaukseen liittyvän osaamisen vahvistaminen, toimivien välineiden ja vaikuttavien toimintatapojen käyttöönotto tai niiden vahvistaminen, viestintä.</p> <p>Annetun elintapaohjauksen objektiivinen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi, hankkeeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien hankeseuranta ja arviointi.</p>	<p><i>Eri toimijatahojen sitouttaminen siihen, että käytäntöjä juurrutetaan ja levietään yhdessä. Suunniteltu toiminta kuvataan niin, että toteuttamiskelpoisuutta pystytään arvioimaan.</i></p>
<p>3.3 Kustannusvaikuttavuuden arviointi</p>	<p>Hyvinvoinnin ja terveyden kohentaminen kaikissa ikäryhmissä tuo terveitä ja aktiivisia ikävuosia ja tukee siten myös hyvinvointivaltion taloudellista kestävyttä. Työurat pitenevät, työn tuottavuus nousee, palvelujen tarve vähenee ja terveydenhuolto- ja sosiaalimenojen kehitys mallittistuu.</p>	<p>Väestön, erityisesti vähemmän koulutettujen tai muiden haavoittuvien ryhmien, elintavoissa on piirteitä, jotka altistavat pitkäaikaissairauksille ja heikentävät hoitotuloksia sekä työ- ja toimintakykyä. Lihunnan ja hyvän ravitsemuksen edistämällä, lihominen ehkäisyllä, unirytmien ja nukkumistottumusten ohjauksella ja muiden terveyttä tukevien elintapojen avulla voidaan vähentää tautitaakkaa ja siihen liittyviä kustannuksia sekä parantaa elämänlaatua.</p>	<p>Kansalaisten hyvinvoinnin ja terveyden kohentuminen tukee taloudellista kestävyttä: työurat pitenevät ja työn tuottavuus lisääntyy. Palvelujen tarve vähenee, jolloin soite-menojen kehitys mallittistuu.</p>	

4. Interventio- tulosten käyttöönottoaminen	4.1 Tiedon levittäminen	STM:n kärkihankkeen hankesuunnitelma 2016	STM:n hakulomituksen valtionavustushankkeille 2016	UKK-instituutin hankesuunnitelma 2016	Yhteenveto
	<p>Hyvien käytäntöjen levittämisessä ja juurruttamisessa hyödynnetään digitaalisia ratkaisuja mahdollisuuksien mukaan, minkä lisäksi viestintä- ja vaikuttamissuunnitelman osana voidaan tehdä tunnetuksi kehittäillä olevia tai valmiita digitaalisia palveluja, jotka tukevat kärkihankkeen tavoitteita.</p>	<p>Hankesuunnitelmassa on kuvattava selkeästi ja uskottavasti, kuinka hyvät käytännöt levitetään riittävän suureen osaan maata ja miten hyvät käytännöt juurtuvat osaksi normaalia toimintaa.</p> <p>Hyvän käytännön osalta tulisi kuvata mahdollisimman tarkasti hyvän käytännön lähtökohdat, oletettavissa olevat tulokset sekä sovitaminen erilaisiin toimintaympäristöihin kuten erikokoisiin kuntiin.</p> <p>Tavoitteena on rakentaa palveluketjut niin, että toiminta jatkuisi vuoden 2019 jälkeen uusilla isehallintoalueilla. (hanke ajoittui maku-/soiteuudistuksen aikaan, <i>joka ei toteutunut, kirjoittajan huomio</i>)</p>	<p>Hankkeen hanketiedon kerääminen tehdään käyttäen ns. Laituri-järjestelmää, joka mahdollistaa erilaisten raporttien, esimerkkien, seurantatietoja ja muiden hanketietojen tallentamisen yhteiseen paikkaan. pääsy rahoittajalla, hallinnoijalla ja alueellisilla toimijoilla.</p>	<p>Juuruttaminen ja levittämissuunnitelma sisältävät hankehakemuksen.</p> <p><i>Digitaalisten ratkaisujen hyödyntäminen, viestintä ja vaikuttamis-levittämissuunnitelma.</i></p>	
<p>4.2 Valvonta käyttöönnoton aikana ja seuranta heti käyttöönnoton jälkeen</p>				<p>Hankkeen hanketiedon kerääminen tehdään käyttäen ns. Laituri-järjestelmää, joka mahdollistaa erilaisten raporttien, esimerkkien, seurantatietoja ja muiden hanketietojen tallentamisen yhteiseen paikkaan. pääsy rahoittajalla, hallinnoijalla ja alueellisilla toimijoilla.</p>	<p><i>Seuranta tapahtuu laiturijärjestelmän avulla, johon hankkeen rahoittajalla, hallinnoijalla ja alueellisilla toimijoilla on pääsy.</i></p>
<p>4.3 Pitkän aikavälin seuranta</p>	<p>Hyvinvointi- ja terveysindikaattoreissa muutoksia voidaan odottaa 5–10 vuoden, joskus jopa vasta 25–50 vuoden viiveellä. Kärkihankkeen vaikuttavuutta voidaan seurata 10 vuoden aikajänteellä kootuilla indikaattoreilla, listaus. Projektisuunnitelmissa on määritetty indikaattoreiden lähtötaso (pääsääntöisesti vuonna 2015) ja tavoitetaso vuonna 2019.</p>	<p>Elintapojen objektiivinen mittaminen, todentaminen. Hankkeessa käytetään liikkumisen, paikallaolon ja unen mittaamiseen sekä ravitsemuksen seuraamiseen käytettyjä menetelmiä, jotka auttavat elintapamuutoksen valmentajaa objektiivisesti havaitsemaan muutoksia tavoitelluissa elintavoissa. Samalla elintapojauksen vaikuttavuutta kytetään arvioimaan objektiivisesti.</p> <p>UKK-instituutti on kehittänyt kiihtyvyyteen ja mittarin asentoon perustuvat liikkumisen ja paikallaolon algoritmit, jotka toimivat raakadataa keräävässä kiihtyvyyssmittareissa.</p>	<p><i>STM:n hankesuunnitelmaan on kootuna SoKANet-indikaattoreita, joiden avulla vaikuttavuutta voidaan seurata 10 vuoden aikajänteellä.</i></p> <p><i>Kiihtyvyyssmittari.</i></p>		

TULOKSET

Dokumenttianalyyssissä taulukko 3 on kuvattu, miten hankesuunnitelmissa on kuvattu taulukko 2 esitetyt kohdat. Dokumenttianalyysi paljasti, että kehittäminen-osuus on huomioitu sosiaali- ja terveystieteiden kärkeen hankesuunnitelmassa (14) ja hakuilmoituksessa valtionavustushankkeille (15) ja että UKK-instituutin hankehakemuksessa (16) vastataan lopuksi peruselementin alakohtiin hyvin konkreettisilla kuvauksilla. Lähtökohdaksi on ollut levittää näyttöön perustuvia toimintamalleja, jotka ovat valmiiksi mallinnettuja ja perustuvat tutkittuun tietoon, soveltuvat palvelujärjestelmän tarpeisiin ja niiden vaikuttavuutta on arvioitu.

Kehyksen toisen peruselementin eli intervention toteutettavuus ja pilotointi tai testaaminen toteutui analyysin perusteella siten, että hakuilmoituksessa (15) esitetään hankkeen toteuttamisen edellytykset ja niihin on vastattu kuvaamalla toteuttamista konkreettisella tasolla UKK-instituutin hankehakemuksessa (16).

Varsinaista testausta ei kuitenkaan suoritettu. Ennen hankkeen toteutusta ei tehty varsinaista pilotointia eikä voimalaskentaa. Tällöin ei ollut mahdollista arvioida varsinaista lopputulosta eli kuinka suuri ero lopputuloksesta verrattaessa lähtötilanteeseen syntyi. Etukäteislaskelmia ei esitetty tarvittavista rekrytointimääristä, jolloin ei voida tarkkaan sanoa mukaan tarvittavien tahojen lukumäärää. Otsokokoa ei arvioitu. Analyysin mukaan keskityttiin enemmän siihen, että hankkeen toimenpiteet levitetään mahdollisimman laajalla alueella.

Kolmas peruselementti on arviointi, jossa tärkein vaihe on lopputulosmittareiden valinta. Analyysin pohjalta voidaan todeta, että lopputulosmittarit olivat ympärilyöreyttä eikä selkeää lopputulosmittaria esitetty. Tällöin hankkeen pidempiaikainen seuranta ja arviointikaan eivät onnistu. Analyysissä ei löytynyt viitteitä kustannusvaikuttavuuden arviointia varten, vaan vaikutukset ja muutokset koskivat toimintatapoja ja ammattilaisten toimintaa, kuten osaamista ja tietoperustan täydentämistä. Hankeaikainen seuranta ja arviointi kuvattiin suunnitelmallisesti. Suunnittelussa ei hyödynnetty aiempien laajojen hankkeiden osaamista ja teoriapohjaisuutta vaan koottiin poliittisella ohjauksella interventioita sateenvarjoksi ja niitä toteutettiin irrallis-

na. Näin syntynyt tieto eri toimien yhteyksistä ja prosessin arvioinnista jäi ohueksi.

Neljäs elementti, intervention tulosten käyttöönotto ei näin ollen onnistunut tai ainakaan onnistuneita pienempiä interventioita ei saada esille, koska kokonaisuus jää raportoimatta.

POHDINTA

Valtionavustushankkeen pohjalla oli hakuilmoitus, jolloin avustuksen hakijoiden tavoitteet ja toimenpiteet oli muotoiltu suhteessa hakuilmoitukseen ja tiedossa oleviin (julkaistut tai muutoin tiedossa olevat) vaikuttaviin elintapaohjauksen käytäntöihin / toimintamalleihin. Levitettävien hyvien käytäntöjen tieteellinen näyttö oli eritasoista. UKK-instituutin hankehakemuksessa (16) todetaankin, että *valittujen juurrutettavaksi suunniteltujen toimintatapojen ja välineiden on havaittu olevan empiirisesti vaikuttavia, mutta vain osasta on julkaistua tai kirjoitteilla olevaa vaikuttavuustietoa.*

Kärkihankkeen tavoitteena oli paikantaa levitettäväksi ja juurrutettavaksi toimintamalleja, jotka olivat jo käyneet arviointikehyksen kolme ensimmäistä vaihetta eli kehittämisen, intervention toteutettavuuden testaamisen ja arvioinnin. Toisin sanoen nämä vaiheet olisi pitänyt toteuttaa jo ennen VESOTE-hankkeen käynnistämistä. Käytännössä tehtävä oli vaikea, sillä on olemassa vain vähän sellaisia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä, joissa nämä vaiheet olisi toteutettu huolellisesti ja arvioitu Suomen oloissa. Tämä haaste todettiin myös Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoiman (PALKO) epäterveellisen ravitsemuksen ja vähäisen liikunnan aiheuttaman sairastumisriskin pienentämistä koskevan suositusluonnoksen valmistelussa (23).

Suomessa onnistuneita esimerkkejä väestötasoisien kokeiluohjelmien käytöstä ovat Pohjois-Karjala-projekti ja Kansallinen diabeteksen ehkäisyohjelma DEHKO, joiden kautta on tutkittu interventioiden vaikuttavuutta ja luotu pohjaa kansalliselle terveystieteelle sekä testattu ja vakiinnutettu kansallista terveystieteellistä toteuttavia toimia (24).

Pohjois-Karjala-projekti käynnistyi vuonna 1972 laajana teoriapohjaisena yhteisöinterventioina (mukana mm. terveydenhuolto, työyhteisöt, koulut, media, järjestötoiminta, kyläyhteisöt, elinkeinoelämä jne.) tavoitteena muuttaa pohjoiskar-

jalaisten elintapoja terveellisemmiksi. Samalla vahvistettiin väestön terveystietoisuutta sekä kykyjä elintapamuutoksiin sekä luotiin näitä muutoksia tukevia ympäristöjä. (25, 26) Pohjois-Karjala-projekti osoitti elintapamuutosten olevan väestötasolla mahdollisia, mutta huomioitavaa on muutosten edellyttävän vuosia kestävää intensiivistä ja laaja-alaista toimintaa, jossa kohteena oli koko väestö elinympäristöineen, ei vain korkean sairastuvuusriskin omaavat. Muutosten aikaansaamiseksi tarvittiin yhteistyötä yhteiskunnan eri sektoreiden ja toimijoiden välillä sekä yhtenäistä terveystiedotusta. Väestön hyväksyntä terveyttä edistäville suosituksille, rajoituksille ja lainsäädännölle auttoi taas terveyttä tukevien poliittisten päätösten tekemistä ja niiden täytäntöönpanoa kansallisella tasolla. Säännöllisillä seuranta tutkimuksilla sairastuvuudesta, riskitekijöistä ja elintavoista seurattiin projektin toimenpiteiden vaikuttavuutta ja muokattiin interventioita tarpeiden ja haasteiden mukaisiksi. Useat projektin aikana kehitetyt toimintamallit ja tavoitteet muuttuivat kansallisiksi suosituksiksi ja normeiksi. Teollisuus ja yksityissektori lähtivät toimintaan mukaan terveellisten tuotteiden ja palvelujen kysynnän kasvaessa, mikä taas tuki väestöä käyttäytymisen muutoksessa. Terveestä elämäntavasta muodostui vähitellen normi. (24) Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelmassa (DEHKO) huomattiin, että terveyden edistämiskampanjat lisäävät väestön tietoisuutta kroonisten sairauksien ehkäisemisestä ja hoidosta ja näin ollen se tukee elintapamuutosten tekemistä (27). Hallituskauteen sidotussa väestötasoisessa interventiossa ei kuitenkaan ole mahdollista päästä samanlaiseen pitkäjänteisyyteen ja systemaattisuuteen kuin Pohjois-Karjala-projektissa, joka oli pidempi kestoinen ja nykypäivän näkökulmasta poikkeuksellisen hyvin resursoitu. Tavoitteet olivat tarkasti rajatut ja yhteisöt saatiin laajasti mukaan. Samaan aikaan rakennettava terveyskeskusjärjestelmä saattoi tukea muutosta.

Käytännössä kakkostyypin diabeetikoiden hoitotasapainon hallinta oli useamman VESOTE:n aluehankkeiden tavoitteena, ja tätä varten olisi ollut hyviä näyttöön perustuvia tutkimuksia, joita olisi ollut mahdollista soveltaa tai edellyttää sovellettavaksi.

Diabeteksen ehkäisy tutkimus DPS oli yksilötasolla satunnaistettu tutkimus, jossa osoitettiin pienten, pysyvien elämäntapamuutosten vähen-

tävän tyyppin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta alle puoleen henkilöillä, joilla oli heikentynyt glukosinsieto (28, 29.) Kansainvälisissä tutkimuksissa saatiin samanlaisia tuloksia. (30–32). Elämäntapamuutosten vaikutus myös säilyi aktiivisen interventiojakson loputtua toteutetulla seuranta-ajalla (33–37).

DPS-interventiotutkimusten tulosten ja kasvavan diabetesongelman myötä Suomessa kehitettiin ja toteutettiin vuosina 2000–2010 kansallinen diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma (DEHKO). Ohjelmassa toteutettiin samanaikaisesti väestöstrategia, korkean riskin strategia ja varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia. Tavoitteena oli saada tehostetulla elintapaohjauksella koko väestö, mutta erityisesti riskiryhmät omaksumaan terveyttä edistäviä ruoka- ja liikuntatottumuksia. (38) DEHKO:n 2D-hanke (D2D) puolestaan oli viiden sairaanhoitopiirin alueella toteutettu ehkäisyohjelman toimeenpanohanke, jonka avulla pyrittiin jalkauttamaan perusterveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon diabeteksen ennaltaehkäisy osaksi normaalia toimintaa. Hanke kattoi 1,5 milj. asukasta. (39) Hankkeen vaikutusten arvioinnin pää tavoitteet määritettiin vastaamaan varsinaisia tavoitteita. Korkean riskin strategian mukaisten perus- ja työterveydenhuollossa toteutettujen interventioiden vaikuttavuuden arvioinnin päämittarina käytettiin tyyppin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta korkean riskin henkilöillä seurannan aikana. Samoin näiden henkilöiden tärkeimpien riskitekijöiden, kuten painon, vyötärönympäryksen ja elintapojen muutoksia seurattiin interventioiden vaikuttavuuden arvioimiseksi. (38.)

Suhteessa nyt tutkittuun VESOTE-hankkeeseen, DEHKO:ssa käytettiin laajaa prosessiarviointia, jossa seurattiin muun muassa, miten hankealueilla tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn suuntautuvat toimenpiteet toteutuvat eri toimipaikoissa ja selvitettiin hankkeen aiheuttamat mahdolliset muutokset toimipaikkojen organisoimisessa ja resurssien jaossa. Kustannusvaikutusanalyysillä haluttiin selvittää hankkeessa toteutettujen interventioiden kustannukset suhteuttaen nämä mahdollisesti saavutettuihin interventioiden vaikutuksiin ilmaantuvuus- ja elämäntapakriteereillä mitattuna. Yhtenä tavoitteena oli seurata interventioihin osallistuneiden henkilöiden tulevaa terveyspalveluiden käyttöä ja näihin liittyviä kustannuksia pitkällä aikavälillä

kansallisia rekistereitä hyödyntäen. (38.) VESOTE-hankkeessa olisi mahdollisesti voitu hyödyntää osaa DEHKOssa käytössä olleista mittareista. Kärkihankkeen kanssa osin samaan aikaan eli vuosina 2016–2020 toteutetun StopDia-interventiotutkimushankkeen tarkoitus oli kehittää yksilö- ja ympäristötason toimintamalli terveyttä edistävien elintapojen tukemiseksi ja testata sitä tutkimusasetelmassa (40). VESOTE ja StopDia – hankkeiden toimintaa olisi voitu esimerkiksi nivoa yhteen. Käytännön haasteena tässäkin oli, että hankkeet rahoitettiin eri kanavista, niissä molemmissa oli tiukka aikataulu ja ne rakennettiin omilla ehdoillaan. Sisällöiltään ne olisivat olleet toisiaan tukevia.

VESOTE:ssa ei keskitytty hyvinvointia edistäviin elinympäristöihin tai yhteisöjen vahvistamiseen ja voimaantumiseen, jotka ovat Ottawa Charterin julistuksessa nostettu ylätason terveyden edistämisen välineiksi (4) ja jotka on huomioitu edellä kuvatuissa ohjelmissa.

VESOTE-hanke ei ollut tutkimushanke, eikä siitä ollut tarkoitus julkaista tieteellisiä tutkimusraportteja. Rahoittava viranomais on nähnyt kehittämishankkeille riittäväksi kevyemmän hankearvioinnin, eikä valtionavustusta ole ollut mahdollista käyttää vaikuttavuustutkimukseen. Otokoon päättäminen on hyvä tunnistaa asiaksi silloin, kun tarkoitus on kerätä aineisto, jossa tutkitaan intervention vaikuttavuutta (41). Tuolloin otoskoko pitää laskea riittäväksi tilastollisen todistusvoiman näkökulmasta. VESOTE-hankeelta ei edellytetty vaikuttavuuden osoittamista eikä otoskokovaatimusta esitetty dokumenteissa. Laajaan politiikkatason hankkeeseen sitä ei välttämättä ole edes mahdollista laskea.

VESOTE-hankkeessa koulutettiin laajasti sote-henkilökuntaa. Koulutettujen määrä ei kuitenkaan kerro muutoksesta toiminnassa. Tarvittaisiin seurantaa siitä, miten vaikuttaviksi tiedetyt työvälineet otetaan käyttöön ja miten niillä saadaan aikaan muutosta. Pohdinnanarvoinen kysymys on, mikä olisi ollut asianmukainen otos ja mikä olisi ollut vaikuttavuusarvioinnin relevantti kohde. Olisiko pitänyt laskea sopiva otoskoko ammattilaisia ja arvioida vaikuttavuutena sitä, miten heidän elintapaohjauksen käytäntönsä arkityössä muuttuivat? Vai olisiko tullut laskea otoskoko väestöstä ja arvioida sitä, miten valitut vastemuuttajat muuttuivat intervention kohteena olevassa väestössä? Toisaalta on olemassa laa-

ja kirjallisuus niistä ominaisuuksista, jotka tekevät interventioista toimivan, kuten voimaannuttava, osallistava ja pystyvyyttä lisäävä. Yksi vaihtoehto olisi ollut miettiä interventioiden sisäänottokriteerit tältä pohjalta eli luoda laatukriteerit ja sitten seurata laadun toteutumista.

Ministeriöltä ei tullut hankeaikana viestinnällisesti suurta ulostuloa. Ramboll (18) ottaa arvioinnissaan esiin tutkimuskirjallisuudesta esiin nousevan viestinnän merkityksen (41,42) implementoinnin onnistumisessa. UKK-instituutti ja aluehanke panostivat valtakunnalliseen ja alueelliseen viestintään, mutta viestinnän resurssit ovat olleet ministeriön puolelta kärkihankkeessa hyvin ohuet ja tämän tuen puute on näkynyt muille hanketoteuttajille (18).

VESOTE-hankkeen onnistumisen mittari jäi nyt epäselväksi. VESOTE-hankkeen voidaan todeta saavuttaneen toiminnalliset tavoitteensa, mutta tietopohja elintapaohjauksen vaikuttavuudesta ei vahvistunut. Hankkeen lopputulosmuuttujia ei ollut määritetty. Esimerkiksi liikunta-interventioilla määrällisinä mittareina on toiminut mm. paino, vyötärön ympäryys, paastoverensokeri ja verenpaine. Kärkihankkeessa rahoittaja ei ohjannut hankkeen arviointia sellaiseen suuntaan, joka olisi tuottanut tieteellistä pohjaa elintapa-interventioiden toteuttamiselle jatkossa. Kokeiluohjelmien vaikuttavuuden ja toteuttavuuden arviointi olisi kuitenkin erittäin tärkeää, jotta toimivimmat mallit tunnistetaan ja voidaan ottaa laajempaan käyttöön (24). Mittareita olisi voitu määritellä eri toiminnantasoille ja toimijoille, kuten palveluille, järjestöille, kunnille, ammattilaisille ja väestölle.

Terveyden edistämisen interventioiden vaikutukset terveydentilassa voivat näkyä pitkän ajan kuluttua, vaikka esimerkiksi elintavoissa on mahdollista havaita nopeitakin muutoksia. Yhden intervention perusteella ovat välittömät ja pysyvät muutokset epärealistisia. Tästä syystä pitäisi arjessa tapahtuvan terveyden edistämisen interventioiden tutkimukselle luoda standardit, jotka pystyisivät realistisesti osoittamaan, mitkä tutkimusasetelmat edustavat vahvinta näyttöä. Vaikuttavuus tulisi mitata intervention välittömien tavoitteiden suhteen, mutta kaikkien interventioiden vaikuttavuutta terveydentilaan tai terveyskäyttäytymiseen ei voida mitata. Toimenpide voi kuitenkin olla vaikuttava. Liikuntaneuvonnan tavoitteena on esimerkiksi lisätä tietoa liikunnan

terveyshyödyistä ja paikallisista liikuntamahdollisuuksista sekä motivoida liikunnalliseen elämäntapaan. Tällöin vaikutuksia arvioidaan liikuntamotivaation ja terveystietämyksen lisääntymisen perusteella. Muutoksia havaittavissa voidaan niiden arvioida johtuneen liikuntaneuvonnasta, vaikka kaikkia liikunta-aktiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä ei ole voitu kontrolloida. (6.)

Hallitusohjelman tasoisissa terveystieteellisissä hankkeissa halutaan käyttää isoja käsitteitä ja vastata siihen, mitä rahoittaja toivoo. Rahoittajan toiveet voivat usein olla suhteettomia käytettävissä olevaan aikaan ja resursseihin (ks. Larivaara 2019). Konkreettisia tavoitteita tavoiteltaessa pitää kuitenkin olla mitattavissa oleva muuttuja. Tieteellinen pohja perustuu selkeästi määriteltäviin lopputulosmittareihin ja mitä niistä on aiemmin tutkittu.

Tämän hankkeen päätavoitteena oli, että kansalaiset lisäävät liikumista, vähentävät istumista, syövät monipuolisesti ja terveellisesti sekä nukkuvat paremmin. Näin yleisellä tasolla kuvattun tavoitteen onnistumisen mittaaminen on vaikeaa. Tarvitaan alkutason mittaaminen, jotta mahdollinen ero tulee esiin. Jotta aidosti tutkimusnäyttöön pohjautuvat hyvät käytännöt tai toimintamallit saataisiin käyttöön, tarvittaisiin siinä tiivistä yhteistyötä päättäjien, virkamiesten, tutkijoiden ja kehittäjien kesken. Strategisen tutkimuksen rahaston avulla on yritetty tiivistää tätä yhteistyötä. (44.)

Kärkihankkeen valmistelu ja toteuttaminen havainnollistavat tutkimustiedon hyödyntämisen vaikeutta päätöksenteossa (ks. Larivaara 2019). Ihanteellista tutkimustiedon käyttöä olisi analysoida huolellisesti sekä tärkeimmät terveyden edistämisen haasteet kansanterveyden näkökulmasta, että parhaat käytännöt niihin vastaamiseksi. Käytännössä resurssit ja asiantuntemus eivät riitä huolellisen analyysin tekemiseen. Tällöin päätökset perustetaan tutkimustiedon pohjalta johdetuille oletuksille vaikutusketjuista. (44.)

LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Hankesuunnitelmien laatijoiden edustajat kutsuttiin tämän artikkelin kirjoittajiksi. Se varmistaa, että hankkeen etenemisen kuvaus ja siihen vaikuttavat tekijät on varmasti kaikki analysoitu ja ilmiö on tullut tarkastelluksi jokaisen toteuttajan näkökulmasta, mutta se voi osaltaan heikentää luotettavuutta kirjoittajien ollessa tiedonantajia.

Artikkelin ensimmäinen kirjoittaja on toiminut aluehankkeen projektipäällikkönä ja osallistunut alueellisen hankesuunnitelman kirjoittamiseen. Artikkelin ensimmäinen kirjoittaja on tehnyt itsenäisesti aineiston analysoinnin. Luotettavuuden lisäämiseksi dokumenttianalyysi (taulukko 3) luokitteleva on lopuksi käyty läpi tutkimusryhmän johtajan kanssa ja se on ollut muiden kirjoittajien nähtävillä. Laadullisessa tutkimuksessa kuitenkin aina tutkija on jollakin tasolla puolueellinen, koska hän on sekä luonut tutkimusasetelman, että toimii tulkitsijana (45). Erilaiset tulkinnat eivät välttämättä vähennä tutkimuksen luotettavuutta, koska ne lisäävät ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä (46). Tutkija kuitenkin analyysin avulla pystyy nostamaan esiin aiheita, jotka ovat merkityksellisiä ilmiölle (47). Luokittelemisessä on jouduttu tekemään päätöksiä siitä, mitä sisältöä osa luokitteluista vastaa, koska osa aineistojen viittauksista sopii useamman luokituksen alle. Aineiston valintaprosessin johdonmukaisuus ja läpinäkyvyys ovat dokumenttianalyysin sekä sisällön analyysin luotettavuuden kannalta tärkeitä ominaisuuksia. (47,20) Tutkimuksen tuloksia verrattiin lopuksi STM:n ulkopuoliselta konsultilta tilaamaan raporttiin. Asiakirja-analyysi ei vaatinut eettisen toimikunnan lausuntoa.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Hallituskauden nelivuotinen kesto on lyhyt aika ja sisältäessään vielä hankesuunnittelun, käynnistämisen ja yhteistyön on konkreettinen toteuttamisaika tätäkin lyhempi. Valtionavustushankkeiden hakuprosesseissa on tiukka aikataulu ja ohjeet tulevat lyhyellä valmisteluajalla, jolloin ei voida rauhassa suunnitella käynnistämistä ja toteuttaa ohjeistoon perustuvaa toteutusta. Kokonaiskuvasta tulee käsitys, ettei kenelläkään ole kansanterveyden edistämisen kokonaisuudesta vastuuta tai omistajuutta. Alkuperäinen ajatus, että julkisesti rahoitetut ja laajasti koskettavat hankkeet pitäisivät olla sisällöltään ja prosessissaan vahvasti tutkimusnäyttöön perustuvia, ei ole mahdollista. Kansallisten isojen kehittämishankkeiden hyvien tulosten juurruttaminen ja hyvien käytäntöjen implementointi jää helposti kesken. Isot muutokset toimintaympäristössä, kuten kannustavien muutosta tukevien insentiivien luominen tai vaikuttavuuden seuraaminen jäävät tekemättä. Hankkeen juurruttaminen jää uudelle hallitukselle, jolloin pitäisi turvata se, että uusi

hallitus jatkaisi siitä, mihin edellinen hallitus jäi. Kuntatalous on hyvin tiukoilla, eikä aina voida aloittaa alusta vaan pitäisi olla suunnitelma siitä, miten seuranta ja toimeenpano jatketaan hallituskausista huolimatta. Jos halutaan näyttöön perustuen kehittää esimerkiksi diabeteksen hoitoa, pitää turvata toimeenpano hallituksen vaihtuessa. Kansalaisten ja ammattilaisten toiminta muuttuu hitaasti. Uuden hallitusohjelman tulisi implementoida aiempia aikaansaannoksia. Hoitoa ja hoitoprosesseja ei voida kehittää politiikan varassa. Kehittämistyön prosessin arviointi tulisi olla mukana hankkeissa, ja arvioinnin tuloksille olisi hyvä olla yhteinen kansallinen alusta, jotta palvelujärjestelmä voisi hyödyntää nykyistä helpommin aikaisempien hankkeiden hyviä asioita ja välttää raportoituja virheitä.

Kehittämisideana voidaan esittää, että ministeriö voisi tilata asiantuntijoilta aina valmiina olevan näyttöön perustuvan kehikon hankkeita varten, joka suunnataan teemojen mukaan. Kehikossa tulisi huomioida myös osallisuus, teknologian lisääminen ja skaalautuvuus. Perusteltuna tässä on julkisen rahan käyttö, jolloin tuloksia pitäisi voida mitata. Toisena vaihtoehtona voi olla valinta, jossa kehittämistyötä tehdään huolellisesti pienemmälle väkimäärälle ja implementoidaan myöhemmin laajemmalle alueelle. Tällaiseen raportointiin on jo olemassa esimerkiksi Innokylä, jota voisi hyödyntää huomattavasti nykyistä enemmän. Pitäisi voida vastata kysymykseen: Miten hankkeen toteutus vaikutti palvelujärjestelmässä?

Asia on varsin ajankohtainen, koska pääministeri Sanna Marinin hallitus käynnisti vuonna 2019 sote-uudistuksen valmistelun, jossa otetaan huomioon edellisten vaalikausien valmistelu ja perustuslailliset reunaehdot. Hallitusohjelman yhtenä tavoitteena on siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä perustason palveluihin ja ehkäisevään toimintaan. (48) Tavoitteen saavuttamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman, joka toteutetaan vuosina 2020–2022 kehittämishankkeissa eri puolilla Suomea. STM:n käynnistämän rahoitushaun aika oli 20.1.2020–30.4.2020. (49.)

VESOTE-hankkeen aikana toimenpiteitä levitettiin 11 /21 sairaanhoitopiirin alueelle, jolloin elintapaohjauksen poikkihallinnollisen toteutustavan edistämiseksi tehtäviä tavoitteita saatiin

viedyksi eteenpäin. VESOTE-hanke käynnisti elintapaohjauksen kehittämiseen liittyviä toimenpiteitä, muttei varmistanut niiden systemaattista leviämistä ja käyttöönottoa väestötasoisesti.

Terveyspolitiikan näkökulmasta kysymyksenä on, kuinka kokeiluohjelmia hyödynnetään. Hyödyntäminen edellyttää riittävää ja monipuolista arviointia ja arvioinnin dokumentointia. Arviointi ei voi jäädä terveysvaikutuksiin, vaan tarvitaan laajempaa kokemusten, prosessin ja kustannusten arviointia. Tulosten levittämisessä tarvitaan monipuolista viestintää kuten tiedotusvälineitä, seminaareja ja koulutuksia. Hyödyntämiseen tarvitaan systemaattista terveyspoliittista päätöksentekoa valtakunnallisella ja paikallisella tasolla. Päätöksentekoa tukee, kun kokeiluohjelmalla voidaan osoittaa idean tai toimintatavan tuottavan toivottuja tuloksia teoreettisen vaakuuttelun sijaan. Hyödyntämistä taas tukee kokeiluohjelman toteutus päätöksentekoa lähellä olevien tahojen kanssa, kuten valtakunnallisesti ministeriöiden ja asiantuntijalaitosten ja paikallisesti sairaanhoitopiirin, maakuntahallinnon tai terveyskeskusten kanssa. (24) Pitkän aikavälin seuranta ja arviointi taas mahdollistuisi, jos sitouduttaisiin levittämään valtakunnallisesti korkeatasoisten tutkimushankkeiden tuloksia ja niihin sisällytettyä seuranta.

Lisäksi onnistuneeseen väestötason terveyden edistämisen interventioon tarvitaan tueksi laaja ja paikallisia, kansallisia ja poikkihallinnollisia toimia: Onnistuneessa terveyden edistämisen ohjelman implementoinnissa on nostettu esiin huolellinen suunnittelu, sopivan viitekehyksen löytäminen, poliittisen tason sitoutuminen ja hallinnollisen ketjun vieminen ylhäältä alaspäin, pitkä seuranta-aika sekä huolellinen arviointi. Ei kuitenkaan vielä riitä, että kuvataan ohjelma huolella ja tutkitaan parasta implementointimallia, vaan vaaditaan johtopäätösten tekoa kansalliselle tasolle asti. (50.) Terveyskäyttäytymiseen tähtäävissä muutosohjelmissa yhteistä on poikkihallinnollinen yhteistyö ja esteiden vähentämiseen tai poistamiseen tähtäävä toiminta, joita ovat esimerkiksi sosiaaliset, taloudelliset ja ympäristöön liittyvät. Tarvitaan myös kansallisia ja paikallisia mainos- ja joukkoviestintäkampanjoita sekä palveluympäristöjen kehittämistä. Poliittiset, verotukselliset ja lainsäädännölliset toimet on havaittu vaikuttaviksi. Väestötasolla toteutetuilla interventioilla on suurimmat mahdollisuudet on-

nistua silloin kun hallitus tukee niitä ja panee ne tehokkaasti täytäntöön. (51.)

VESOTE-aikana ei hallituksessa tehty saman-aikaisesti poliittista ohjausta, verotuksellisia tai lainsäädännöllisiä tukevia toimia. Päinvastoin samaan aikaan hallitus päätti alkoholikaupan vapauttamisesta koskemaan 5,5-prosenttisten alkoholijuomien myynnin aloittamista ruokakaupoissa ja kioskeissa. Sokerivero poistui EU-säädösten vuoksi eikä sitä korvaamaan säädetty uutta elintarvikkeiden sokeripitoisuuteen pohjautuvaa veroa. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen edellyttää kokonaisvaltaista hallinnon rajat ylittävää yhteiskuntapolitiikkaa. Keskeisessä asemassa ovat sosiaali- ja terveyssektorin lisäksi mm. koulutus-, ympäristö-, elinkeino-, liikenne-, nuoriso-, liikunta-, kulttuuri- ja liikennepolitiik-

ka. (52) Poliittikkakohereenssi on tässä keskeisessä roolissa.

RAHOITTAJAT:

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään tah.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Dalbom osallistui tutkimuksen suunnitteluun, analyysin tekoon ja artikkelin kirjoittamiseen.

Larivaara osallistui artikkelin kirjoittamiseen.

Vasankari osallistui artikkelin kriittiseen kommentointiin.

Tuominen ja Rautava osallistuivat tutkimuksen suunnitteluun, kirjoittamiseen ja kriittiseen kommentointiin.

Dalbom, Linda., Larivaara, M., Vasankari, T., Tuominen, M., Rautava, P. *Planning and launching of population-level health promotion. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2021: 58: 412–429.

Ministry of Social Affairs and Health has funded 2017–2018 a program for the promotion of health and well-being and the reduction of health inequalities. VESOTE (Effective lifestyle counseling for social and health care cross-functionally) program was part of this whole program. The aim of VESOTE was to disseminate a set of evidence-based lifestyle counselling practices in the permanent use. The aim of the study is to analyze and measure the implementation of the population-level health promotion programs in 11 hospital districts through the VESOTE program. The aim of the analysis is to identify factors that should be taken into account when launching population-level health promotion program in the future. The material that was analyzed consisted of project launching documents: the Ministry of Social Affairs and Health's project plan 2016, the Ministry of Social Affairs and Health's call for applications for VESOTE project 2016 and the state aid project plan 2016. The data analysis was deductive analysis using to Theoretical Framework Medical Research Council: Developing and evaluating complex interventions: new guidance. Instead of generalizability, the purpose of the study is to understand the phenomenon and to highlight the factors that should be taken into account when launching development projects

in the future. According to the findings, development projects are launched on a fast schedule and there is not enough time left for planning. Project implementation times are also short in duration. The rapid start and short duration of the project do not allow monitoring and evaluation. In the literature it has been highlighted carefully planning, using scientific theories and frameworks, long time follow-up and proper evaluation to achieve successful implementation.

Multilevel intervention is expected to start from the beginning of the project, but in reality it will take time to engage those involved. The use of a research-based framework at the planning stage at the ministerial level will help to implement the project measures in the areas of the hospital districts. The project coincided with the failed Health and social services reform, when the implementation of the measures was left to the hospital districts without the support of the ministry.

Keywords: implementation, evaluation, health promotion program

Saapunut (09.09.2020)

Hyväksytty (31.03.2021)

LÄHTEET

- (1) Kansanterveyslaki 66/1972. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/1972/19720066>
- (2) Baggott, R. Public health. Policy and politics. Second edition. Palgrave Macmillan: China. 2011.
- (3) Sosiaali- ja terveysministeriö. Hyvinvoinnin edistäminen – lainsäädäntö. 2019. Luettu 20.5.2020 <https://stm.fi/hyvinvoinnin-edistaminen/lainsaadanto>
- (4) WHO. 1986 The Ottawa Charter for Health Promotion: first international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986. Global Health Promotion Conferences. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- (5) Melkas, T. Terveys kaikissa politiikoissa -periaate Suomen terveystilanteissa. Yhteiskuntapolitiikka 2013, 78 (2), 181–196.
- (6) Ståhl, T. Terveiden edistämisen vaikuttavuus ja mittaaminen. *Duodecim* 2017; 133:971–3.
- (7) Sihto, M. Terveystilanne, kansanterveys ja terveyden edistäminen – käsitteitä ja kehityskulkuja. Teoksessa Terveystilanteen perusta ja käytännöt (toim.) Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere. 2013.
- (8) Melkas, T. Kunnat terveyden edistäjinä – informaatio-ohjausta vai normeja. Teoksessa: Ståhl, T. ja Rimpelä, M. (toim.) Terveiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. 2010, 45–54.
- (9) Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K. & Ståhl, T. (toim.) Terveiden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Raportti 19/2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Yliopistopaino. 2009. <https://www.julkari.fi/handle/10024/80331>
- (10) Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö: Julkaisuja 2008:6. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/73921>
- (11) Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö: Raportteja ja muistioita 2016:8. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/74927>
- (12) Valtioneuvosto 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FL_YHDISTETTY_netty.pdf
- (13) Valtioneuvosto 2018. Ratkaisujen Suomi: Hallituksen toimintasuunnitelma vuosille 2018–2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160963>
- (14) Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016b. Kärkihanke Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen. Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:50. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75362>
- (15) Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016a. Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta – kärkihanke. Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön 2016–2018. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:42. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75140>
- (16) UKK-instituutti. 2016. Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkeuksellisesti – hankehakemus.
- (17) Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance 2008. Luettu 5.8.2019. <http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance>
- (18) Ramboll. 2019. Loppuraportti: Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -kärkihankkeen kehittävä prosessiarviointi.
- (19) Kyngäs, H. & Vanhanen, L. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1999; 11: 3–12.
- (20) Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008; 62(1):107–115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- (21) Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011; 23: 138–148.
- (22) Skivington K, Matthews L, Craig P, Simpson S, Moore L. Developing and evaluating complex interventions: updating Medical Research Council guidance to take account of new methodological and theoretical approaches. *Lancet*. 2018; 392 S2–S2. doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32865-4
- (23) Terveidenhuollon palveluvalikoimaneuvosto suositusluonnos. Elintapamuutosta tukevat tekijät elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmissä epäterveellisen ravitsemuksen ja vähäisen liikunnan aiheuttaman sairastumisriskin pienentämiseksi. Elintapaohjauksen ja omahoidon tuen – jaosto.2020.
- (24) Laatikainen, Peltonen & Puska 2013. Kokeiluohjelmat terveystilanteen tukena. Teoksessa: Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveystilanteen perusta ja käytännöt. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. 2013, 114–118.
- (25) Puska, P. The North Karelia Project: 30 years successfully preventing chronic diseases. *Diabetes Voice* 2008; 53: 26–29.
- (26) Puska P, Pirjo P, Ulla U. Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme--experiences from Finland. *Public Health Nutr*. 2002; 5(1A):245–251.

- (27) Wikström K, Lindström J, Tuomilehto J, et al. National diabetes prevention program (DEHKO): awareness and self-reported lifestyle changes in Finnish middle-aged population. *Public Health*. 2015; 129(3):210–217. doi:10.1016/j.puhe.2014.12.019
- (28) Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care*. 2003; 26(12):3230–3236. doi:10.2337/diacare.26.12.3230
- (29) Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*. 2001; 344(18):1343–1350. doi:10.1056/NEJM200105033441801
- (30) Penn L, White M, Oldroyd J, Walker M, Alberti KG, Mathers JC. Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: the European Diabetes Prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK. *BMC Public Health*. 2009; 9:342. Published 2009 Sep 16. doi:10.1186/1471-2458-9-342
- (31) Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002;346(6):393–403. doi:10.1056/NEJMoa012512
- (32) Pan XR, Li GW, Hu YH, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care*. 1997; 20(4):537–544. doi:10.2337/diacare.20.4.537
- (33) Uusitupa M, Khan TA, Viguiouk E, et al. Prevention of Type 2 Diabetes by Lifestyle Changes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2019; 11(11):2611. Published 2019 Nov 1. doi:10.3390/nu11112611
- (34) Gilis-Januszewska A, Lindström J, Tuomilehto J, et al. Sustained diabetes risk reduction after real life and primary health care setting implementation of the diabetes in Europe prevention using lifestyle, physical activity and nutritional intervention (DE-PLAN) project. *BMC Public Health*. 2017; 17(1):198. Published 2017 Feb 15. doi:10.1186/s12889-017-4104-3
- (35) Diabetes Prevention Program Research Group. Long-term effects of lifestyle intervention or metformin on diabetes development and microvascular complications over 15-year follow-up: the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015; 3(11):866–875. doi:10.1016/S2213-8587(15)00291-0
- (36) Lindström J, Peltonen M, Eriksson JG, et al. Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). *Diabetologia*. 2013; 56(2):284–293. doi:10.1007/s00125-012-2752-5
- (37) Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet*. 2006; 368(9548):1673–1679. doi:10.1016/S0140-6736(06)69701-8
- (38) Peltonen, M. Interventoiden vaikuttavuuden arviointi: esimerkinä kansallinen diabeteksen ehkäisyohjelma Dehkon 2D-hankkeen arviointitutkimus. *Sosiaalilääk Aikak* 2008; 45: 317–322.
- (39) Saariisto T, Peltonen M, Keinänen-Kiukaanniemi S, et al. National type 2 diabetes prevention programme in Finland: FIN-D2D. *Int J Circumpolar Health*. 2007;66(2):101–112. doi:10.3402/ijch.v66i2.18239
- (40) Terveystieteiden tutkimuskeskus, kansantaudit -diabetes 2020. Luettu 5.6.2020 <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabetes-hankkeet>
- (41) Tuomi, J. & Sarajärvi, A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (Uudistettu laitos.). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 2018.
- (42) Diedrick, L. A., Schaffer, M. A., & Sandau, K. E. 2011. A practical communication strategy to improve implementation of evidence-based practice. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 41(11), 459–465. doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182346e61
- (43) Kania, J., & Kramer, M. 2011. Collective impact. *Stanford Social Innovation Review*, 9(1), 36–41.
- (44) Larivaara, M. Tutkimustieto terveyden edistämisen tukena. *Sosiaalilääk Aikakauk* 2019; 56: 244–248. doi.org/10.23990/sa.84764
- (45) Tuominen, J. & Korhonen, P. Tutkimuksen suunnittelu ratkaisee, mitä tuloksista voidaan päätellä. *Lääkietieteellinen Aikakauskirja Duodecim*2006; 122(8):967–76.
- (46) Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001 Aug 11; 358(9280):483-8. doi: 10.1016/S0140-6736(01)05627-6. PMID: 11513933.
- (47) Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*2009; 9:27–40. doi.org/10.3316/QRJ0902027
- (48) Valtioneuvosto 2019. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. OSALLISTAVA JA OSAAVA SUOMI – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Luettu 30.6.2020. <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma>
- (49) Terveystieteiden tutkimuskeskus, sote-uudistus – tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus. 2020. Luettu 30.6.2020. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus>
- (50) Dongbo, F., Shao, R. & van Ommeren, M. Community-based Intervention for Prevention and Control of Cardiovascular Diseases. Luettu 4.8.2019. https://www.gfmer.ch/International_activities_En/Community-

(51) National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). Behaviour change at population, community and individual levels (Public Health Guidance 6), London: NICE. 2007. Luettu 5.8.2019. <http://www.nice.org.uk/Guidance/PH6>

(52) Valtion liikuntaneuvosto. Valtion liikuntaneuvoston lausunto hallituksen esitysluonnoksesta eduskunnalle maakuntaudistukseksi ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisuudistukseksi sekä niihin liittyviksi laeiksi. 2016. Luettu 8.12.2019. <https://www.liikuntaneuvosto.fi/lausunnot-ja-julkaisut/valtioon-liikuntaneuvoston-lausunto-hallituksen-esitysluonnoksesta-eduskunnalle-maakuntaudistukseksi-ja-sosiaali-ja-terveydenhuollon-jarjestamisuudistukseksi-seka-niihin-liittyviksi-laeiksi/>

LINDA DALBOM
Th YAMK, tohtorikoulutettava, tutkija
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
Perusterveydenhuollon yksikkö

MERI LARIVAARA
LT, FM, Terveystieteiden erikoislääkäri, Johtaja
MIELI Suomen Mielenterveys ry
Aikuiset ja työelämä

TOMMI VASANKARI
LT, dosentti, johtaja
UKK-instituutti

MIIA TUOMINEN
FT, tutkimuspäällikkö
Turun yliopisto
Sote-akatemia

PÄIVI RAUTAVA
LKT, ehkäisevän terveydenhuollon professori,
tutkimusylilääkäri
Turun yliopistollinen keskussairaala
Tutkimuspalvelut