



**TURUN
YLIOPISTO**
UNIVERSITY
OF TURKU

KANSALLISEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN OHJELMAN IMPLEMENTOINNIN TOTEUTUMINEN

Linda Dalbom



**TURUN
YLIOPISTO**
UNIVERSITY
OF TURKU

KANSALLISEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN OHJELMAN IMPLEMENTOINNIN TOTEUTUMINEN

Linda Dalbom

Turun yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta
Kliininen laitos
Kansanterveystiede
Turun kliininen tohtoriohjelma

Työn ohjaajat

Professori Päivi Rautava, LKT
Kansanterveystiede
Turun yliopisto

Dosentti Miia Laasanen, FT
Kansanterveystiede
Turun yliopisto

Esitarkastajat

Professori Tiina Laatikainen, LT
Terveyden edistäminen
Itä-Suomen yliopisto

Dosentti Juha Koivisto, VTT
Sosiologia
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Vastaväittäjä

Professori Johanna Lammintakanen, FT
Terveysjohtamistiede
Itä-Suomen yliopisto

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-järjestelmällä.

ISBN 978-952-02-0255-2 (PRINT)
ISBN 978-952-02-0256-9 (PDF)
ISSN 0355-9483 (Print)
ISSN 2343-3213 (Online)
Painosalama, Turku, 2025

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi

TURUN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

Kliininen laitos

Kansanterveystiede

LINDA DALBOM: Kansallisen terveyden edistämisen ohjelman implementoinnin toteutuminen

Väitöskirja, 145 s.

Turun kliininen tohtoriohjelma

Kesäkuu 2025

TIIVISTELMÄ

Tässä tutkimuksessa kuvataan Varsinais-Suomessa 27 kunnan alueella toteutetun 500 000 ihmistä kattavan terveyden edistämisen intervention käynnistymistä, haasteita ja onnistumista. Tutkimuksessa tarkastellaan yhtä sosiaali- ja terveysministeriön (STM) vuonna 2017–2018 rahoittamista hallituksen kärkihankkeista. VESOTE-kärkihankkeella (Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti) tavoiteltiin terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien, liiallista istumista vähentävien ja ravitsemussuositusten mukaan syövien osuuden lisääntymistä sekä lääkkeettömien hoitokeinojen käytön yleistymistä univaikeuksien hoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida, miten sairaanhoitopiiriin osallistuminen VESOTE-hankkeeseen onnistui intervention ohjeistusta vasten, miten toiminta jalkautettiin kuntiin ja miten hankkeen toimenpiteet vaikuttavat alueella pidemmän ajan kuluessa.

Kahdessa ensimmäisessä osatutkimuksessa tutkimusaineiston muodostivat VESOTE-hankkeen aikaiset dokumentit, ja tutkimusmenetelmänä käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä. Kolmannen osajulkaisun tutkimusaineistona käytettiin vuonna 2021 laadittua kyselyä, jonka vastausaineisto analysoitiin käyttäen kuvailevia tunnuslukuja ja laadullista menetelmää. Neljännen osajulkaisun tutkimusaineistona toimivat vuosina 2018–2019 kerätyt äänitteet kuuden diabeteshoitajan ja heidän asiakkaidensa (n = 23) välisestä vuorovaikutuksesta vastaanotoilla. Analysointimenetelmänä oli teorialähtöinen sisällönanalyysi.

VESOTE-hankkeen vaikutukset organisaatioiden toimintaan olivat satunnaisia ja yksittäisiä, eikä sen tulosten käyttöönotto toteutunut systemaattisesti maakunnan tasolla. Näin ollen ei myöskään saavutettu hankkeessa määritettyjä tavoitteita.

AVAINSANAT: arviointi, elintapaohjaus, hankeohjaus, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, implementointi, kansanterveys, vaikuttavuus

UNIVERSITY OF TURKU

Faculty of Medicine

Clinical Medicine, Public Health Science

LINDA DALBOM: The Evaluation of the implementation of a National Health Promotion Programme

Doctoral Dissertation, 145 pp.

Doctoral Programme in Clinical Research

June 2025

ABSTRACT

This study describes the launching, challenges and success of a comprehensive health promotion intervention for 500,000 people implemented in 27 municipalities in Southwest Finland. The study examines the Government's key projects VESOTE i.e. Effective lifestyle guidance in cross-administrative social welfare and health care, funded by the Ministry of Social Affairs and Health in 2017–2018. The aim of the VESOTE project was to increase the proportion of people who exercise enough for their health, reduce excessive sitting and eating according to nutritional recommendations, as well as to increase the use of drug-free treatments in the treatment of sleep problems. The purpose of the study was to evaluate how the hospital district's participation in the VESOTE project succeeded against the intervention guidelines, how the activities were implemented in municipalities and how the project's measures will affect the region over a longer period.

In the first two publications, the research material consisted of documents from the time of the VESOTE project, and deductive content analysis was used as the research method. The research material used in the third publication was a survey conducted in 2021, the response data of which was analyzed using descriptive indicators and qualitatively. The research material for the fourth publication consisted of recordings collected between 2018 and 2019 on the interaction between six diabetes nurses and their clients (n 23) at appointments. The analysis method was theory-based content analysis. VESOTE project had an occasional and individual impact on the activities of organizations, and the implementation of the project results were not carried out systematically at the regional level, which means that it does not achieve the desired goals of the project.

KEYWORDS: effectiveness, evaluation, implementation, health promotion, lifestyle counseling, project management, public health

Sisällysluettelo

Lyhenteet	8
Osajulkaisuluettelo.....	9
1 Johdanto.....	10
2 Kirjallisuuskatsaus	12
2.1 Kansanterveys	12
2.2 Terveyspolitiikka	13
2.3 Terveyden edistäminen.....	14
2.3.1 Kansanterveyden, terveystieteiden ja terveyden edistämisen kehitysvaiheet.....	14
2.3.2 Terveyden edistämisen historia Suomessa	15
2.4 Terveyden edistämisen kansallisen ohjauksen kehitys.....	18
2.4.1 Normiohjaus.....	18
2.4.2 Informaatio-ohjaus	18
2.4.3 Ohjelma- ja hankeohjaus.....	19
2.5 Implementointi.....	22
2.5.1 Implementointi tutkimuskohteena	22
2.5.2 Implementointia edistävät tekijät	23
2.5.3 Implementoinnin johtaminen.....	24
2.5.4 Koulutuksen merkitys implementoinnissa	25
2.5.5 Implementoinnissa käytettävät viitekehykset	26
2.5.5.1 Medical Research Councilin kompleksisten interventioiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden kehys	27
2.5.5.2 Käypä hoito -suositusten implementointiprosessin viitekehys.....	27
2.5.5.3 EPIS-implementointiprosessin viitekehys.....	29
3 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	31
4 Aineistot ja menetelmät.....	32
4.1 Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti kärkihanke (VESOTE) tutkimuksen kohteena.....	32
4.2 Tutkimusaineistot	34
4.3 Tutkimusmenetelmät.....	35
4.4 Tutkimusluvut ja eettinen käytäntö	39

5	Tulokset	42
5.1	Kansallisen terveyden edistämisen ohjelman valtakunnallinen käynnistäminen	42
5.2	Sairaanhoidopiirin rooli kansallisen terveyden edistämisen ohjelman toteuttajana	43
5.3	Hankkeessa kehitettyjen toimintatapojen implementoinnin toteutuminen perusterveydenhuollossa	44
5.4	Koulutus implementoinnin välineenä	46
6	Pohdinta	48
6.1	Päätulokset	48
6.2	Implementoinnin toteutuminen kansallisella tasolla	49
6.3	Implementoinnin toteutuminen alueellisella tasolla	54
6.4	Muutokset organisaatiotasolla	57
6.5	Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet.....	60
6.6	Käytännön sovellukset ja jatkotutkimusehdotukset.....	62
7	Johtopäätökset.....	65
	Kiitokset.....	66
	Lähdeluettelo	68
	Luettelo kuvista, taulukoista ja liitteistä	76
	Osajulkaisut	77

Lyhenteet

DEHKO	Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma
DPS	Diabeteksen ehkäisy tutkimus
D2D	DEHKON 2D-hanke
EKSOTE	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri
ESSOTE	Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä
EPSHP	Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
HUS	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
KKI	Kunnossa kaiken ikää -ohjelma
KAINUUN SOTE	Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
PALKO	Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto
PORA	Poikkihallinnolliset rakenteet
PPSHP	Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
PSHP	Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
SATASOTE	Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä/ Porin kaupunki
SIUNSOTE	Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymä
SOTE-UUDISTUS	Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
VESOTE	Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti
VSSHP	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
WHO	Maailman terveysjärjestö

Osajulkaisuluettelo

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu seuraaviin alkuperäisjulkaisuihin, joihin viitataan tekstissä roomalaisilla numeroilla I-IV.

- I Dalbom, L., Larivaara, M., Vasankari, T., Tuominen, M. & Rautava, P. Väestötason terveyden edistämisen intervention suunnittelu ja käynnistäminen vaatii aikaa, seuranta ja arviointia. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 2021; 58: 412–29.
- II Dalbom, L., Tuominen, M. & Rautava, P. Implementointitutkimus sairaanhoitopiiriin roolista kansallisen terveyden edistämisen ohjelman toimeenpanijana – maakunnan tasolla korostui toimenpiteiden käyttöönotto, ylläpitovaiheeseen asti ei päästy. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 2022: 59:279–293.
- III Dalbom, L., Tuominen, M., Löyttyniemi, E. & Rautava P. Implementation Research on the Effects and Results of a National Health Promotion Project. *Health*, 2023; 15: 695–709.
- IV Dalbom, L., Hiivola, N., Niemelä, S., Köhler, H. & Rautava, P. Interaction Opportunities in the Health Sector – Developing Professionals’ Counselling Methods. *Global Journal of Health Science*, 2024; 16:10–20.

Artikkelien käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajien lupa.

1 Johdanto

Terveyskäyttäytymisen muutokseen tähtäävissä ohjelmissa yhteistä on poikkihallinnollinen yhteistyö ja sen esteiden vähentämiseen tai poistamiseen tähtäävät toimenpiteet, jotka voivat olla esimerkiksi sosiaalisia, taloudellisia tai ympäristöön liittyviä. Muutoksen aikaansaamisen tueksi tarvitaan myös kansallisia ja paikallisia mainos- ja joukkoviestintäkampanjoita sekä palveluympäristöjen kehittämistä. Myös poliittiset, verotukselliset ja lainsäädännölliset toimet on havaittu vaikuttaviksi. Väestötasolla toteutetuilla interventioilla, joilla tähdätään terveyden edistämiseen, on suurimmat mahdollisuudet onnistua silloin, kun hallitus tukee niitä ja panee ne tehokkaasti täytäntöön. (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.)

Muutosohjelmien juurruttamisen, eli niiden tulosten implementoinnin, tiedetään olevan hankalaa. Suomessa tämä toiminta on yleisesti ollut hanke- tai projektimuotoista. Hankemuotoisen kehittämisen haaste on, että työ jää usein hankkeen aikaiseksi, eikä hankkeiden tuotoksia päästä implementoimaan siten, että saataisiin aikaan pysyviä muutoksia palvelujärjestelmässä (Poland, 2009; Wilskman & Lähteenmäki, 2010). Kansallisen implementointitutkimuksen tarve on tunnustettu vuonna 2013 STM:n asetuksessa (718/2013) yliopistotasoisien terveyden tutkimuksen rahoituksesta, joka nosti terveydenhuollon palvelujärjestelmään ja menetelmien tuloksellisuuteen ja vaikuttavuuteen sekä toimintakäytäntöjen muuttamiseen kohdistuvan tutkimuksen yhdeksi rahoituksen painopisteistä (Sipilä ym., 2016).

Tässä tutkimuksessa kuvataan Varsinais-Suomessa 27 kunnan alueella toteutetun 500 000 ihmisen kattavan terveyden edistämisen intervention käynnistymistä, haasteita ja onnistumista käytettäväksi muiden väestötason terveyden edistämisen interventioiden tueksi. Tutkimuksessa tarkastellaan yhtä sosiaali- ja terveysministeriön (STM) vuonna 2017–2018 rahoittamista hallituksen kärkihankkeista, joka sisältyi Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -kärkihankkeen Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projektiin. VESOTE-kärkihankkeella (Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti) tavoiteltiin terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien, liiallista istumista vähentävien ja ravitsemussuosituksen mukaan syövien osuuden lisääntymistä sekä lääkkeitöimien hoitokeinojen käytön yleistymistä univaikeuksien hoidossa hankkeessa mukana olevilla 11 hankealueilla. (UKK-instituutti, 2016.) Tutkimuksen tarkoitus oli

arvioida ja analysoida, miten sairaanhoitopiirin osallistuminen VESOTE-kärki-hankeeseen onnistui intervention ohjeistusta vasten, miten toiminta jalkautettiin kuntiin ja miten hankkeen toimenpiteet vaikuttavat alueella pidemmän ajan kuluessa. Tutkimuksen tavoitteena oli koota synteesi siitä, mitkä tekijät vaikuttavat väestötason kattavan terveyden edistämisen ohjelman implementointiin. Tutkimuksen tulokset ovat hyödynnettävissä suurien väestötason interventioiden suunnitteluun ja implementointiin.

Tässä väitöskirjassa keskitytään terveyden edistämisen kuvaamiseen julkisen palvelujärjestelmän näkökulmasta eli siitä, miten hallitusohjelman sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen sisältöjä viedään käytäntöön.

2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on määritellä ja tarkastella tutkimuksen keskeisiä käsitteitä. Kansallisen terveyden edistämisen ohjelman implementoinnin toteutumisen arviointi vaatii ymmärrystä siitä, miten terveyden edistämisen ohjelmia on aiemmin toteutettu ja miten nykyiseen toteutustapaan on päädytty. Tästä syystä kirjallisuuskatsaus keskittyy kansanterveyteen, terveystalouteen, terveyden edistämiseen ja näiden historiaan, sekä valtionhallinnon terveyden edistämisen ohjaukseen ja toimintamallien implementointiin. Tässä kirjallisuuskatsauksessa paneudutaan toimintoihin, joilla pyritään kansallisella tasolla parantamaan kansanterveyttä ja ohjaamaan terveyden edistämistä, missä terveystalouteen toimii työvälineenä. Terveystalouteen ei itsessään riitä saavuttamaan toivottuja tuloksia väestön terveydessä ja hyvinvoinnissa, vaan tämän saavuttamiseksi tarvitaan erilaisia ja eritasoisia toimintoja, muun muassa niin rahoitusta kuin sote-ammattilaisten ammattitaitoa ja osaamista.

Suomi on ottanut mallia kansainvälisistä ohjelmista. Paraskaan terveystalouteen tai sitä toteuttavat ohjelmat eivät pysty toteuttamaan terveyden edistämistä yksin, vaan ohjelmat on saatava osaksi sekä johtajien että ammattilaisten arkityötä. Tällöin puhutaan implementoinnista. Implementointi vaatii johtamista ja tietoa sen onnistumisesta edistävistä tekijöistä.

Tässä tutkimuksessa ei puututa yhteiskunnan toimintamahdollisuuksiin, vaan keskitytään siihen, miten kehittämishankkeiden ohjausta ja rahoitusta koskevat viestit valtakunnan ylimmältä taholta kulkevat osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon arkityötä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisvastuu siirtyi kunnilta 21 hyvinvointialueelle vuoden 2023 alussa (sosiaali- ja terveysministeriö 2024). Tämän uudistuksen käsittely jää väitöskirjan ulkopuolelle.

2.1 Kansanterveys

Kansanterveys koostuu laajan määritelmän mukaan terveyden parantamisesta, terveyspalveluista ja terveyden suojelusta (Griffiths ym., 2005; Gray, 2007).

Klassinen kansanterveyden määritelmä sisältää Winslowin (1920) ja Wanlessin (1940) mukaan tiedeperustan ja toimintatavan, jolla ehkäistään tauteja, pidennetään

elinikää ja edistetään terveyttä yhteiskunnan organisoiduilla toimilla (Baggott, 2011). Toiminnallinen puoli jää usein vähälle huomiolle kansanterveyttä ja sen saavuttamista koskevassa keskustelussa. Tiedollisen puolen korostaminen toiminnan kustannuksella näkyy esimerkiksi siinä, että kansanterveyttä käsitellään kirjallisuudessa usein tautien tai sairauksien luettelomaisena kuvauksena käytännön toimenpiteet sivuuttaen. Kansanterveyden edistämiseen kuuluu aina olennaisesti myös toiminnallinen puoli terveyden sisällöllisen määrittelyn lisäksi. (Sihto, 2013.) Kansanterveystyö tarkoittaa yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä sekä yksilön sairaanhoitoa (kansanterveyslaki 66/1972; laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 6 § ja 7 §).

Kansanterveyttä, terveystalitiikkaa ja terveyden edistämistä koskevat käsitteet tulkitaan usein keskusteluissa päällekkäin. Kansanterveydellä on pitkät juuret ja se on käsitteenä vanhin. Terveystalitiikasta alettiin puhua Suomessa 1960-luvulla ja terveyden edistäminen tuli osaksi terveystalitiikkaa vasta vähän myöhemmin. (Sihto 2013.)

2.2 Terveystalitiikka

Terveystalitiikan käsite pitää sisällään kansanterveyden määritelmän tapaan tiedeperustan ja toimintatavan. Terveystalitiikan tarkoituksena on edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia. Terveystalitiikan laajassa määrittelyssä tarkastellaan palvelujärjestelmää ja terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Terveyttä koskevassa sosiaalis-ympäristöllisessä lähestymistavassa viitataan yksilöllisiin, fysiologisiin, käyttäytymiseen liittyviin ja psykososiaalisiin riskitekijöihin sekä riskiolosuhteisiin. Tämä näkyy Suomessa ”Terveys kaikissa politiikoissa” -periaatteena. (Sihto, 2013.) ”Terveys kaikissa politiikoissa” -periaatteella tarkoitetaan toimia, joita kansanterveyden parantamiseksi tehdään terveydenhuollon ulkopuolisilla politiikan aloilla. Näillä toimilla pyritään vaikuttamaan terveyden determinantteihin eli terveyttä määrittäviin tekijöihin. (Sihto ym., 2006.)

Terveystalitiikka on osa yhteiskuntapolitiikkaa, eli käytännössä se tarkoittaa valtion, hyvinvointialueiden ja kuntien hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta edistäviä toimia. Terveystalitiikan painopisteet on kulloinkin sidottu nelivuotiseen hallituskauteen, ja rahoitus riippuu hallituskauden tavoitteista. Hallituskaudeksi sidottavaan terveystalitiikkaan siirryttiin Lipposen hallituksen aikana 1980-luvulla. Siitä asti Suomen hallituksilla on ollut muiden poliittisten tavoitteiden lisäksi terveystalitiittiset kirjoitetut tavoitteet. Yhdistäviä, yleisiä tavoitteita ovat aina olleet yhdenvertaisuuden edistäminen, oikeudenmukaisuuden periaate, eriarvoisuuden vähentäminen ja palvelujen saatavuus. Uuden hallituskauden alkaessa käydään hallitusneuvottelut, joiden pohjalta valmistellaan linjaukset ja valitaan hallitusohjelmien poliittiset painopisteet. (Dalbom ym. 2022.)

2.3 Terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen on osa kansanterveystyötä (sosiaali- ja terveysministeriö, 2019). Terveyden edistämiseen tähtäävät toimet voidaan jakaa ympäristöön ja yksilöihin vaikuttamiseen (Ståhl, 2017).

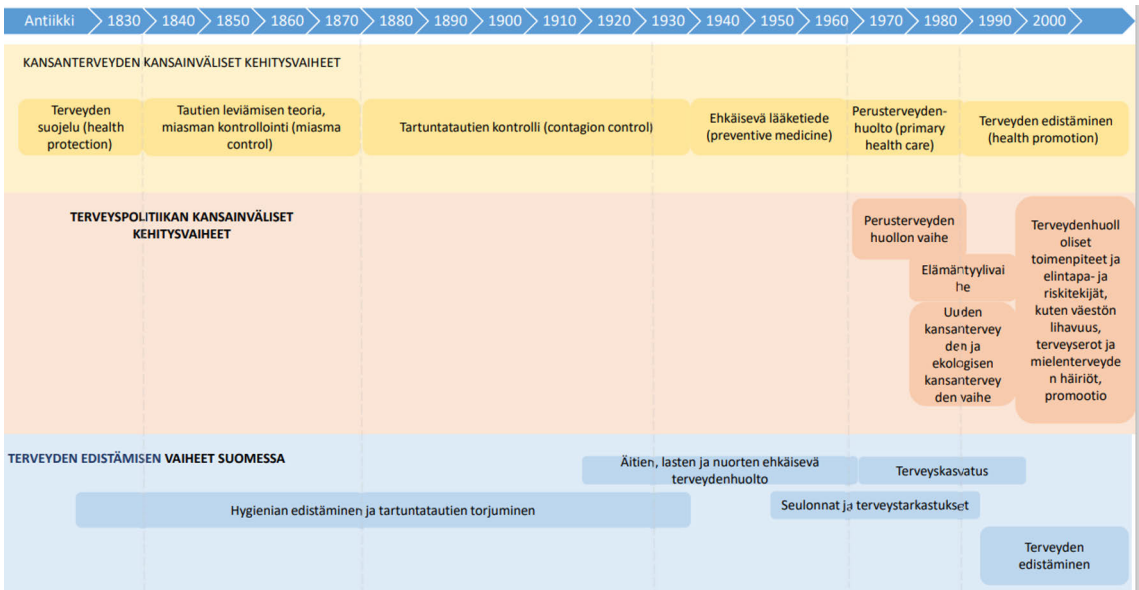
Terveyden edistäminen alkoi hahmottua ammatilliseksi ja tieteelliseksi käsitteeksi 1950-luvulla. Terveydenhuollon ja varsinkin perusterveydenhuollon kehittämisessä oli nähtävissä kaksi osin kilpailevaa toimintalinjaa: yhteisösuuntautunut (comprehensive) ja ongelmasuuntautunut (selective) toimintalinja. (Rimpelä, 2010.)

Yhteisösuuntautunut toimintalinja perustuu kehitysyhteistyöhön, jossa toimintaa rakennettaessa on tunnettava yhteisö ja sen väestö. Terveysosaamisen rinnalla olennaista on yhteisöosaaminen. Ongelmasuuntautuneessa toimintalinjassa toiminnan perustana on ongelma, joka pyritään ratkaisemaan (useimmiten tauti, sen ehkäisy ja hoito). Lisäksi siinä on olennaista ongelma- ja tautiosaaminen (Rimpelä, 2010).

Terveyden edistämisestä on käytetty myös termiä ”kolmas kansanterveyden valankumous”. Tällä viitataan kansanterveyden muutokseen, jossa ns. kehittyneissä maissa eli teollisuusmaissa pääpaino on ei-tarttuvissa taudeissa. Tämän määritelmän mukaan tautitaakka on siirtynyt pitkäaikaissairauksiin, joiden syyt liittyvät elämäntyyliin ja sosiaaliseen kontekstiin. (McQueen, 2007; 2013.) Näin ollen kansanterveystyötä on laajennettu kohdentamaan elämäntyyliin ja sosiaalisiin konteksteihin pitkäaikaissairauksien synnyn ehkäisemiseksi.

2.3.1 Kansanterveyden, terveystilitaliikan ja terveyden edistämisen kehitysvaiheet

Terveystilitaliikan kansainväliset kehitysvaiheet ja terveyden edistämisen kehitysvaiheet Suomessa mukailevat vahvasti kansanterveyden kansainvälistä kehitystä, jonka juuret ulottuvat 1800-luvun puolelle. Erityisesti 1980-luvulla luodut kansainväliset pääpiirteet (mm. Ottawan sopimus) leimaavat toimintaa ja antavat sille puitteet vielä tänäkin päivänä. Kokonaan uutta näkökulmaa toimintaan on kuluneiden vuosikymmenien aikana tullut yllättävän vähän, ellei oteta huomioon digitaalisuutta toimintamenetelmänä. Kansanterveyden, terveystilitaliikan ja terveyden edistämisen kehitysvaiheet on kuvattuna **kuvassa 1**.



Kuva 1. Kansanterveyden, terveyspolitiikan ja terveyden edistämisen kehitysvaiheet. (Afenso, 2004; Rimpelä, 2009; Melkas, 2010; Leppo ym., 2013.) Tutkijan oma piirros.

2.3.2 Terveyden edistämisen historia Suomessa

Useat 1940- ja 1950-luvuilla säädetyt lait (muun muassa laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista ja laki kunnallisista terveystoimista) velvoittivat kuntia järjestämään ehkäiseviä terveystoimia (Rimpelä, 2009). 1950-luvulta alkaen terveyspolitiikan painopiste siirtyi erikoissairaanhoidon, eikä lasten ja äitien ehkäisevään työhön painottuvan terveydenhuollon kokemuksi hyödynnetty muissa ikäryhmissä (Melkas, 2010).

Kansanterveysjärjestön uudistuksessa 1970-luvun alussa yhtenä tavoitteena oli koota hajanainen lainsäädäntö kokonaisuudeksi ja siirtää terveyspolitiikan painopistettä ehkäisevän työn ja avoterveydenhuollon suuntaan (Rimpelä, 2009). Tähän vaikuttivat Ottawan julistus 1986 ja samana vuonna hyväksytty ensimmäinen Terveystyö kaikille vuoteen 2000 -ohjelma, jota uudistettiin vuonna 1992 (isosaali- ja terveystoimintatoimikunta, 2001).

Maailman terveysjärjestö WHO haastoi jäsenvaltioita kehittämään ja soveltamaan kansallisia Terveystyö kaikille vuoteen 2000 -ohjelmia. Ensimmäisenä valmistui perusterveydenhuollon kehittämisstrategia, joka hyväksyttiin vuonna 1978 Alma-Atan kongressissa. Ohjelmassa yhdistettiin yhteisö- ja ongelmasuuntautuneita toimintalinjoja ja korostettiin väestön terveyden edistämistä ja terveydenhoitoa perustason sairaanhoidon rinnalla. Vuonna 1986 laaditussa Ottawan julistuksessa terveyden edistäminen (*health promotion*) määriteltiin prosessiksi, joka antaa yksilöille ja

yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttä ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä. Ottawan julistuksessa täsmennettiin viisi toimintalinjaa terveyden edistämisen ylätasoin välineiksi: terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka, hyvinvointia edistävät elinympäristöt, yhteisöllisen toiminnan vahvistaminen, terveyttä edistävien yksilöllisten tietojen ja taitojen vahvistaminen sekä terveystalv palvelujärjestelmän suuntaaminen ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen. (WHO.) Ottawan julistus ohjasi terveyden edistämistä yksilöihin suuntautuvista terveystalv kasvatustalleista sosioekologiseen terveyden edistämiseen ja otti huomioon, terveyden rakenteelliset determinantit (Porter, 2006). 1990-luvulta alkaen on toteutettu terveyden edistämisen strategiaa, minkä myötä toiminnan painopiste on siirtynyt poikkiallinnollisuuteen ja terveydenhuollon ulkopuolelle. Etusijalle on asetettu kunnan muiden hallinnonalojen (kuin terveydenhuollon) mahdollisuudet ja vastuut väestön terveyden edistämiseksi. (Rimpelä, 2009.) Sana ”terveystalv kasvatustalv” jäi pois valtiorhallinnon asiakirjoista ja terveystalv keskuksiin kohdistuvasta tutkimus- ja kehittämistyöstä (Rimpelä, 2005). Valtiorosuusjärjestelmän muutoksen myötä vuonna 1993 kuntien suunnittelu- ja raportointivelvollisuus kansanterveystyöstä poistui. Samalla valtio menetti vahvan ohjausjärjestelmänsä (Rimpelä, 2009.)

Lama-aikana 1990-luvun alussa uudistustalv pyrkimykset lopahtivat historiallisen muutoksen kourissa ja politiikan sisältö kiteytyi leikkauslinjaan. Suomen hakeutuminen Euroopan unionin jäseneksi vei resurssija päättäjiltä ja eturyhmiltä (Leppo, 2010).

Terveyden edistäminen tuli perustalv lakiin uudistuksessa vuonna 2000, mikä tarkoitti entistä laajempaa ymmärrystä terveyttä vahvistavien ja sairauksija ehkäisevien toimien merkityksestä hyvän terveyden saavuttamisessa ja yhteiskunnan mahdollisuuksista toteuttaa näitä toimia (Melkas, 2010). Esimerkkinä tästä oli mm. Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohtelma DEHKO 2000–2010, joka sisälvi suunnitelman tyyppi 2 diabeteksen ehkäisyohtelman toteuttamiseksi sekä Käypä hoito -suositukset näiden ohtelmien soveltamiseksi terveydenhuollossa. (Rimpelä, 2009.)

Vuonna 2001 valtioruuvosto teki periaatepäätöksen Terveystalv 2015 -kansanterveystalv ohtelmasta, jonka pohjana olivat WHO:n globaali Health 21 -ohtelma ja Euroopan alueen ohtelma. (Sosiaali- ja terveystalv ministeriö, 2001).

Suomella oli EU-puheenjohtajuuskautensa teemana vuonna 2006 ”Health in All Policies”, terveystalv kaikissa politiikoissa. Tämä käsite on johdettu suoraan perussopimuksen artiklasta 152: Euroopan yhteisön tulee kaikessa toiminnassaan ja politiikoissaan huolehtia terveyden suojelusta. (Leppo, 2010).

Kansanterveystalv lakia muutettiin vuonna 2006. Terveystalv hoito korvattiin käsitteellä terveyden edistäminen, ja sen sisälöksi täsmennettiin myös sairauksien ja tapaturmien ehkäisy. Toinen merkittävä muutos tehtiin 14 §:n ensimmäiseen kohtaan: terveystalv neuvonta ja terveystalv tarkastukset ovat edelleen kansanterveystyöhtön kuuluvia

tehtäviä. Uutena kohtana tuli säännös väestön terveydentilan seuraamisesta ja terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kaikissa toiminnoissa. (kansanterveyslaki 928/2005; Rimpelä, 2009).

Sosiaali- ja terveysministeriö laati vuonna 2006 Terveyden edistämisen laatusuosituksen, jonka tavoitteena oli, että väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nostetaan kaikissa kunnissa yhdeksi toiminnan painoalueeksi. Kunnan tehtäväksi terveyden edistämisen toimintoina linjattiin seuraavat asiat:

- terveyden edistämisen toimintapolitiikka ja johtaminen
- terveyttä edistävät elinympäristöt
- terveyttä edistävä yhteistyö ja osallistuminen
- terveyden edistämisen osaaminen
- terveyttä edistävät palvelut
- terveyden edistämisen seuranta ja arviointi.

Vuonna 2007 sosiaali- ja terveysministeriö lähetti kunnille kirjeen ja liitemuistion hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä palvelurakennemuutoksessa (sosiaali- ja terveysministeriö, 2007) ja hallitus hyväksyi terveyden edistämisen politiikkaohjelman, jossa oli olennaista eri sektoreiden välinen yhteistyö (valtioneuvosto, 2007). Vuonna 2008 järjestettiin Hyvinvoiva ja terve kunta – ministerin työkokouskierros (Perttilä & Wilskman, 2009). Sosiaali- ja terveysministeriössä vuonna 2008 laaditussa tiedotteessa todettiin, että tulevaisuudessa yhteiskunta ja yksittäiset kunnat kohtaavat haasteita, joista ei selvitä, jos nyt ei suhtauduta tosissaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Silloinen terveyden edistämisen politiikkaohjelman johtaja Maija Perho totesi: ”Kunnat ovat tärkeimpiä toimijoita tässä työssä. Erilaisten ohjelmien, periaatepäätösten ja suositusten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteita ei saavuteta ilman kuntien luottamushenkilö- ja virkamiesjohdon sitoutumista.” (STM, 2008.)

Vuonna 2008 alettiin siirtyä informaatio-ohjauksesta ohjelma- ja hankeohjaukseen, jonka toimeenpano sidottiin valtiolta kunnille menevään rahoitukseen. Tätä käsitellään **luvussa 2.4.3.**

Vuonna 2010 kansanterveyslakiin tehtiin merkittäviä muutoksia, jotka sisältyivät uuteen terveydenhuoltolakiin (terveydenhuoltolaki 1326/2010). Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen osalta lakiin lisättiin uusia säännöksiä terveysneuvonnasta, terveystarkastuksista, seulonnoista, neuvolapalveluista, kouluterveydenhuollosta ja opiskeluterveydenhuollosta. (kansanterveyslaki 1326/2010.)

2.4 Terveyden edistämisen kansallisen ohjauksen kehitys

Kun terveyden edistämistä yhtenäistetään kansallisella, tarvitaan ohjausta eri keinoin. Samalla ohjaus heijastelee terveyspolitiikassa tapahtuneita muutoksia, joiden myötä jyrkän keskitetystä normiohjauksesta siirryttiin väljempään informaatio-ohjaukseen, hankeohjaukseen ja lopulta takaisin jopa asetustasoiseen ohjaukseen. Terveyspolitiikan terveyden edistämisen ohjauksen vaikuttavuutta on kuvattu **Taulukossa 1**. Valtionhallinnon ohjausmenetelmiä.

2.4.1 Normiohjaus

Ennen kansanterveyslakia vuonna 1971 kuntien työn sisällön ohjausta toteutettiin pääasiassa lainsäädännön avulla. Kansanterveyslain lähtökohtina olivat suomalaisen aikuisten huono terveys (erityisesti sydäntautikuolleisuus) ja avohoidon palvelujen riittämättömyys. Kansanterveyslailla (66/1972) uudistettiin kuntien velvoitteita perusterveydenhuollon järjestämisessä, ja uudistuksen toimeenpanemiseksi rakennettiin rahaohjauksen ja normit tiukasti toisiinsa sitova suunnittelujärjestelmä: suunnitelman tarkka noudattaminen oli ehtona valtionosuuden maksamiselle. (Melkas, 2010.)

Lain avulla toteutettiin rakennemuutos, jossa saatiin valtakunnallisesti vahva perusterveydenhuolto. Valtakunnallisen suunnitelman ja lääkintöhallituksen ohjekirjeiden avulla terveystieteiden ohjaus ja terveystieteiden osaksi kuntaorganisaation rakennetta, ja terveyskeskukset toteuttivat terveystieteiden lääkintöhallituksen terveystieteen toimiston ohjauksessa. (Melkas, 2010.)

Kansanterveyslain myötä ehkäisevä terveydenhuolto laajeni kattamaan koko väestön. Laki painotti ennaltaehkäiseviä toimia (66/1972 14§) Tämä tarkoitti, että terveyspalvelut keskittyivät enemmän sairauksien ehkäisyyn ja varhaiseen hoitoon, mikä oli merkittävä muutos ja vaikutti koko väestön terveydenhuoltoon ja hyvinvointiin.

1980-luvulta alkaen järjestelmää alettiin keventää, koska kansanterveyslain suunnittelujärjestelmä oli liian tarkka ja jäykkä eikä pystynyt vastaamaan paikallisiin tarpeisiin (Melkas, 2010).

2.4.2 Informaatio-ohjaus

Vuonna 1993 tapahtui ratkaiseva käänne suomalaisen terveydenhuollon ohjauksessa ja valvonnassa: valtionosuusuudistus siirsi vallan ratkaisevasti kunnille, jolloin kuntaohjaus muuttui informaatio-ohjaukseksi ja erityislakien nojalla annetut hallintosäännökset kumottiin. Valtioneuvoston hyväksymät terveydenhuollon valtakunnalliset suunnitelmat eivät enää velvoittaneet kuntia, vaan ne muuttuivat suosituksiksi:

jokainen kunta sai itse päättää mahdollisesta huomioon ottamisesta. Lääkintöhallituksen aiemmin antamat ohje- ja yleiskirjeet kumottiin, ja ne muuttuivat suosituksiksi hyväksymisajankohdan hyvistä yhteisistä käytännöistä. Tämän vuoksi monet terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt saivat muita tehtäviä, terveyden edistämisen osuus heidän työssään väheni ja terveyskeskukset keskittyivät yhä enemmän potilasvirtojen ja erikoissairaanhoidon kustannusten hallintaan. Terveyskeskukset johtivat ja ohjasivat paikallista terveyden edistämistä entistä vähemmän, jolloin monet kansanterveysjärjestöt vahvistivat rooliaan terveyden edistämisessä. (Rimpelä, 2009).

Informaatio-ohjaus liittyi kuntien itsehallinnon kehitykseen ja tuottavuuden vaatimukseen, eikä kuntien määrittelemiin tiedon tarpeisiin. Informaatiolla ohjauksessa on nähty olevan tehokkuuden ja tuottavuuden ongelmia. (Stenvall & Syväjärvi, 2006.) Informaatio-ohjauksen erottaminen kuntiin tulevasta muusta tiedosta vaikutti ongelmalliselta: hallintovirkamiehen hyllyssä voi olla kymmeniä valtionhallinnosta lähetettyjä laatusuosituksia, ohjelmia tai selvityksiä (Hakkala, 2013). Valtionosuus uudistuksen toteutus ajoittui taloudellisen laman yhteyteen, joka johti muihin vaikutuksiin kuin oli suunniteltu: tiukassa taloudellisessa tilanteessa kuntien vapaus johti voimavaraleikkauksiin, jotka kohdistettiin erityisesti ehkäiseviin palveluihin. Ehkäisevän työn voimavaroja ei palautettu 1990-luvun jälkipuoliskolla, vaan järjestelmän kehittämisessä painottui enemmän erikoissairaanhoidon. (Melkas, 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö pyrki ohjaamaan ehkäiseviä terveyspalveluja neuvolatoiminnan ja kouluterveydenhuollon laatusuosituksilla 2000-luvun alussa, mutta sillä ei näyttänyt olevan vaikutusta kuntien toimintaan (sosiaali- ja terveysministeriö, 2006). Tästä syystä esitettiin lainmuutosta, joka palauttaisi norminantovaltaa asiantuntijalaitoksille (HE 96/2005). Lainmuutoksessa veloitettiin kuntia vahvistamaan terveyden edistämistä. Laki tuli voimaan vuonna 2006, ja sen myötä sosiaali- ja terveysministeriö sai valtuuden säätää asetuksella terveysneuvonnan ja terveystarkastusten sisällöstä ja määrästä neuvolapalveluissa ja kouluterveydenhuollossa sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta: kunnan velvollisuudeksi säädettiin asukkaiden terveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuranta väestöryhmittäin, terveysnäkökohtien huomioon ottaminen kunnan kaikissa toiminnoissa ja yhteistyö terveyden edistämisessä julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. (Melkas, 2010.)

2.4.3 Ohjelma- ja hankeohjaus

Vuonna 2008 alettiin siirtyä informaatio-ohjauksesta ohjelma- ja hankeohjaukseen. Kansallisten hankkeiden toimeenpano sidottiin valtiolta kunnille menevään rahoitukseen (Hakkala, 2013). Vuonna 2008 vahvistettiin vuosille 2008–2011 Kaste-ohjelma, joka oli strateginen ohjausväline suomalaisen sosiaali- ja terveystalouden johtamiseen ja uudistamiseen (sosiaali- ja terveysministeriö, 2008).

Kaste II -ohjelman (2012–2015) tavoitteena oli kaventaa hyvinvointi- ja terveys-eroja sekä kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja palveluja asiakaslähtöisiksi (sosiaali- ja terveysministeriö, 2012). Kaste-ohjelma muodostui kuudesta osaohjelmasta, ja kaikissa Kaste-ohjelmasta rahoitetuissa hankkeissa sitouduttiin ohjelman päätavoitteisiin. Alueelliset erot painotuksissa ja tavoitteissa olivat suuria, koska niillä pyrittiin vastaamaan paikallisiin tarpeisiin. Hankkeiden katsottiin toteutuvan valtakunnallisen ja alueellisen terveyspolitiikan ohjausta, jonka mukaan sosiaali- ja terveysministeriö ei enää voinut velvoittaa kuntia tai kuntayhtymiä suoraan, mutta pyrki välillisesti rahoituksen kautta vaikuttamaan toiminnan suuntaan. Päätyneitä Kaste-ohjelmasta rahoitettuja hankkeita arvioitiin, ja arvioinnista saatuja tuloksia huomioitiin Kaste II -ohjelmassa. Ohjelmahankkeiden avulla toteutettavan alueellisen terveyspolitiikan haittana oli niiden suuri määrä. Kunnissa oli myös käynnissä joukko muista lähteistä, kuten sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen määrärahoista ja Raha-automaattiyhdistyksen varoista, rahoitettuja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen hankkeita.

Hanketyön suuri ongelma on, että kunnissa perustyötä tekevillä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla työaika kuluu perustehtävän hoitoon eikä työ- ja toimintatapojen uudistamiselle riitä aikaa. Kuntien heikko taloustilanne ei mahdollista lisäresursseja: kehittämistyö on hanketyöntekijöiden varassa eikä näin toteutettuna varmista uuden osaamisen juurruttamista osaksi pysyviä käytäntöjä. (Hakkala, 2013.)

Hallitusohjelmassa vuonna 2015 käynnistettiin viisi hyvinvoinnin ja terveyden kärkihanketta, jotka olivat: Palvelut asiakaslähtöisiksi, Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta, Toteutetaan lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma, Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa ja Osatyökykyisille väyliä työhön (Valtioneuvosto, 2018).

Strategisen hallitusohjelman tueksi laadittiin toimintasuunnitelma. Kärkihankkeiden tavoitteena oli nostaa kehittämisen kohteena oleva toiminta pysyvästi aikaisempaa paremmalle tai edistyneemmälle tasolle. 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 ohjausinstrumentteja. (Valtioneuvosto, 2018.)

Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -kärkihankkeen avulla pyrittiin edistämään kansanterveyttä, kansalaisten liikkumista, terveellisiä elintapoja ja ravitsemustottumuksia sekä vastuunottoa omasta elämästä.

Taulukko 1. Valtionhallinnon ohjausmenetelmiä. (Wilksman & Lähteenmäki, 2010), taulukon sanasta sanaan kopiointiin on lupa.

Ohjausmenetelmä ja esimerkkejä ohjausvälineistä	Sanktio	Raportoituja ongelmia	Kehittämistarpeita
Normi- eli säätöohjaus - lait -asetukset -subjektiiviset oikeudet	kyllä	kunnissa koetaan liian sitovaksi ja kuntien itsemääräämisoikeutta loukkaavaksi	menossa normitalkoot
Resurssiohjaus -valtion tulo- ja menoarvio	seuranta	tavoitteiden ja resurssien epätasapaino	
Informaatio-ohjaus -oppaat -suositukset -poliittisten ohjelmien -linjaukset -koulutus -tutkimus- ja tilastotieto	ei	käsitteenä jäsentymätön ja hajanainen, puuttuu näkemyksellisyys yhteys muihin ohjausmuotoihin ja poliittiseen päätöksentekoon heikko liian vähän vuorovaikutusta kuntien kanssa, toisaalta ohjauksen tulva ja koordinoimattomuus ongelmia tiedon kanavoinnissa, jäsenyksessä, kohdentamisessa ja hyödyntämisessä informaatio ei vastaa kuntien tarvetta, esimerkiksi puuttuu tuottavuus- ja vaikuttavuustieto empiirinen näyttö informaatio-ohjauksen vaikuttavuudesta on hajanaista ja niukkaa	informaatio-ohjauksen tuotteistaminen yhteys muihin ohjausmuotoihin ja päätöksentekoon vahvistettava vuorovaikutusta lisäävä, tieto ja viestintäteknologian hyödyntämistä kehitettävä ohjauksen koordinoitua vahvistettava ja viestintää kehitettävä otettava huomioon kuntien tarpeet, vahvistettava tuottavuus- ja vaikuttavuustiedon osuutta arviointi- ja palautetiedon käytön lisääminen ja kehittäminen
Hanke- ja ohjelmajohtaminen -tuotetaan tietoa, osaamista ja uusia toimintatapoja siten, että valtio osallistuu hankkeista aiheutuviin kustannuksiin; hankeohjaukseen sisältyy siis sekä resurssi- että informaatio-ohjauksen muotoja	rahoituksen valvonnan osalta	hankkeet liian lyhyitä suhteessa tavoitteisiin implementointi jää puutteelliseksi eikä sitä seurata systemaattisesti hankkeet jäävät muusta toiminnasta irralliseksi hankkeisiin osallistuminen sitoo kuntien henkilöstöä, vaikuttavuus heikkoa	ajallisesti pitkäkestoisempia hankkeita implementoinnin suunnittelu ja juurrutus osaksi hankevalmistelua, seuranta hankevalmisteluprosessi toimijoiden, asiantuntijaorganisaatioiden ja rahoittajien yhtenäisenä neuvotteluna
Valvonta -lainsäädännön ja määräysten noudattaminen -resurssien tarkoituksenmukainen käyttö			

2.5 Implementointi

Implementointi (synonyymeja implementaatio, toimeenpano, toteuttaminen, käyttöön vienti ja käyttöönotto) tarkoittaa tietoon perustuvien toimintatapojen tuomista käytäntöön ja toimintaympäristöön käyttämällä räätälöityjä keinoja, joissa huomioidaan ja tunnistetaan esteet ja autetaan niiden ylittämässä (Nilsen, 2015; Sipilä ym., 2016). Implementoinnista puhutaan myös jalkauttamisena ja juurruttamisena. Implementointia kuvataan yleisesti kirjallisuudessa prosessina, joka koostuu ainakin seuraavista vaiheista: 1) tavoitteen määrittely, 2) suunnittelu, 3) käyttöönotto ja 4) ylläpito (Fixsen ym., 2009).

Tässä tutkimuksessa implementointi käsitteenä liittyy kansallisen terveyden edistämisen hankkeen tulosten juurruttamiseen eli tulosten saamiseen pysyvään käyttöön hankkeen jälkeen.

2.5.1 Implementointi tutkimuskohteena

Tutkimustiedon käyttöön saattamista erilaisissa toimintaympäristöissä tarkastellaan ja edistetään implementointitutkimuksen avulla (Eccles & Mittman, 2006; Bhattacharyya ym., 2009; Peters ym., 2014). Implementointitutkimus käsittää useantyyppiset tutkimukset ja kaikki tutkimusotteet, joilla voidaan tieteellisesti tarkastella ja edistää tutkimustiedon käyttöön saattamista (Peters ym., 2014, Seppänen-Järvelä, 2017). Teoreettinen viitekehys on muodostunut eri tieteenalojen tutkimuksen tuloksena, ja siinä on hyödynnetty esimerkiksi esimerkiksi hyödyntäen organisaatiotutkimuksen, psykologian ja sosiologian teorioita, joiden avulla on ollut mahdollista selittää, miten ja miksi vaikuttavien käytäntöjen ja uuden tiedon implementointi onnistuu tai vastaavasti epäonnistuu (Nilsen, 2015). Implementointitutkimus voi sisältää myös päällekkäisiä teoreettisia näkökulmia. Prosessiteoriat kuvaavat prosessia tutkimustiedon muuttumisesta käytänteiksi. Vaikutusteoriat selittävät, mitkä tekijät vaikuttavat implementoinnin lopputuloksiin. Arviointiteoriat ohjaavat implementoinnin onnistumisen arviointia. (Grol ym., 2007; Colquhoun ym., 2014; Nilsen, 2015.)

Implementointia tutkittaessa keskeistä on toiminnan tai intervention taustalla oleva teoria tai oletukset vaikutuksista. Interventiotieteen tulisi olla näyttöön perustuvaa. Kehittämishankkeissa interventio perustuu tutkimukseen, kehittämistyön tuloksiin, kokemuksiin, näkemyksiin ja käytössä oleviin voimavaroihin. Hyvissä interventioissa on taustalla omat teoreettiset viitekehyksensä, mutta niiden lisäksi implementointiteoria koskee intervention käyttöönottoa ja toteuttamista. Yhdessä nämä kuvaavat ja perustelevat tavoiteltavien tulosten ja vaikutusten yhteyden keinoihin, joita toimeenpanossa käytetään. (Weiss, 1995.)

Implementaatiotutkimuksen määrä ja viitekehysten käyttö on lisääntynyt vuodesta 2019 alkaen. Tutkimusmenetelmistä esiin nousevat laadullinen tutkimus ja monimenetelmä tutkimus. (Heinijoki ym., 2023.)

Kansallisen implementointitutkimuksen haasteina ovat laadukkaan tiedon saaminen terveydenhuollon tietojärjestelmistä, resurssien saaminen arjessa tapahtuvalle tutkimukselle sekä moninainen ja vakiintumaton käsitteistö, koska tutkimuskieli englanti ei sovi tutkimustiedon implementoinnissa arkeen. Englanninkielisestä tutkimuskirjallisuudesta peräisin olevilla termeillä ja käsitteillä ei ole vakiintuneita suomenkielisiä sisältöjä. (Sipilä ym., 2016.) Itä-Suomen yliopiston Vaikuttavuus sosi-aali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (Vaikuttavuus RC) on perustanut monitieteisen tutkimusverkoston vaikuttavien käytäntöjen implementointitutkimuksen tueksi. (UEF, 2025). Verkoston yhtenä tehtävänä on implementointiin liittyvien suomenkielisten keskeisten käsitteiden määrittely.

Implementointi-interventioita tutkittaessa tulee huomioida myös se, että terveydenhuollon organisaatioissa ja yhteiskunnassa tapahtuu samaan aikaan muita sekoitettavia asioita, jotka voivat vaikuttaa tutkittuun interventioon. Myös väestötason tutkimuksissa syysuhteen osoittaminen muutoksen ja implementoinnin välillä voi olla vaikeaa. (Sipilä ym., 2016.)

2.5.2 Implementointia edistävät tekijät

Taustakirjallisuuden pohjalta on tunnistettavissa erityisesti seuraavat tekijät, jotka ennustavat implementoinnin onnistumista:

1. Kaikkien osapuolten sitoutuminen: Tämä sisältää luottamuksen rakentamisen sekä käsitteiden ja perusteiden selkeyden ja avaamisen (Delisle & Olson, 2004; Kouvonen & Laajasalo, 2019; Kouvonen ym. 2023).
2. Yhteinen visio: Yhteisesti tunnistettu muutostarve, johon vastataan, sekä kaikkien organisaatioon kuuluvien osallisuus ja osallistuminen päätöksentekoon (Durlak ym., 2008; Aarons ym., 2014; Hickey ym., 2018).
3. Viestintä ja tiedonkulku: Viestinnän ja tiedonkulun on oltava avointa, jatkuvaa, johdonmukaista ja säännöllistä. Tiedon tulisi olla vaivattomasti löydettävissä ja viestintätapojen tulisi saavuttaa osalliset helposti (Kania & Kramer ym., 2011; Diedrick, 2011; Turner ym., 2012).
4. Muutosvalmius: Henkilöstön tietoisuus siitä, mihin muutoksella pyritään. (Paton & McCalman, 2008; Aarons ym., 2014; Hickey ym., 2018).
5. Muutoksen toteuttaminen: Toteutettavan muutoksen tulisi vastata organisaation ja asiakkaiden tarpeita sekä tukea henkilöstön omaa työtä ja arvoja (Paton & McCalman, 2008; Aarons ym., 2014; Hickey ym., 2018).
6. Rekrytoinnin merkitys: Esihenkilön valitessa koulutuksiin asiakastyössä toimivia työntekijöitä tulisi kartoittaa heidän valmiutensa ja motivaati-

onsa kehittää työtä näyttöön perustuvaan suuntaan. Työntekijän aikaisempi työkokemus ja teoreettinen suuntautuneisuus vaikuttavat tähän (Kouvonen & Laajasalo, 2019; Kouvonen ym. 2023).

7. Implementointitiimit: Implementoinnin onnistumista edesauttavat implementointitiimit ja niiden antama tuki jatkuvalla laadun parantamiselle, yhteydet muihin laajoihin hankkeisiin ja projekteihin, juurrutustyön suunnitelmat sekä vakiintuneet toimintatavat muutoksen juurtumisen tukemiseen (Sanclimenti ym., 2017).

Epäonnistuneista implementointiprosesseista on löydetty seuraavia tekijöitä: taloudellisten resurssien puute, organisaation ulkoisten yhteistyötahojen tuen puute, vaikeudet rekrytoida ja pitää pysyvissä työsuhteissa osaavaa henkilöstöä, hankalaksi mielletty työtapa, jota ei nähdä pysyvänä osana organisaation työskentelyä, organisaation heikko usko omiin mahdollisuuksiinsa onnistua sekä huono yhteensopivuus työtavan tai työmenetelmän ja henkilöstön osaamisen tai organisaation vision ja toimintatavan kanssa. (Massatti ym., 2008.)

2.5.3 Implementoinnin johtaminen

Johtamisella on merkittävä rooli implementointiprosessissa (Guerrero ym., 2016). Ilman vahvaa ja kannustavaa johtajuutta uudet toimintamallit eivät juuru käytäntöön asti systemaattiseksi toiminnaksi (Damschroder ym., 2009, Nilsen & Bernhardsson, 2019; Cowie ym., 2020). Terveysthuollossa johtamisella on varsin keskeinen merkitys uuden toimintatavan käyttöönotossa ja vakiinnuttamisessa. Sen takia terveydenhuollon johtaminen on monimutkaista, ja johtajilta vaaditaan muutuvia ja lisääntyviä valmiuksia kustannustehokkaan ja laadukkaan hoidon varmistamiseksi (Daly ym., 2014; Figueroa, 2019). Lähiesihenkilön ja ylemmän johdon tuki on useissa tutkimuksissa osoitettu tärkeäksi tekijäksi implementoinnin onnistumisen kannalta (Damschroder ym., 2009; Birken ym., 2015, Nilsen & Bernhardsson, 2019; Kouvonen & Laajasalo, 2019; Cowie ym., 2020; Kouvonen ym. 2023).

Työntekijät ovat avainasemassa, kun puhutaan toiminnan muutoksesta, mutta muutostyö ei onnistu ilman johdon tukea. Implementointiprosessin onnistumisen kannalta keskeisin ammattiryhmä ovat lähiesihenkilöt (Birken ym., 2015). Esihenkilöiden asenteiden, prioriteettien ja on tunnistettu aiemmissa tutkimuksissa vaikuttavan implementoinnin tulokseen (Daly ym., 2014; Guerrero ym., 2016). Esihenkilöillä tulee olla ymmärrys koko implementointiprosessista, ja heidän on osattava tunnistaa niin täytöntöönpanon edistäjät kuin esteetkin ja puuttava niihin (Damschroder ym., 2009; Bianchi ym., 2018, Nilsen & Bernhardsson, 2019). Lisää tietoa tarvitaan siitä, millä tavalla johtamisella muutetaan prosesseja yksilöiden työssä, ryhmissä tai organisaatioissa (Emonstone, 2014; Dinh ym., 2014). Tiedetään kuitenkin,

että innostava ja omaa esimerkkiä näyttävä johtajuus edistää uusien toimintatapojen implementointia (Aarons, 2006; Aarons & Sommerfeld, 2012; Green ym., 2014; Patri ym., 2021). Implementointia edistää myös esihenkilön suuntautuneisuus aktiiviseen yhteistyöhön muiden toimijoiden kanssa (Lindholm & Laitila, 2022). Työtapojen muutos vaatii esihenkilöiltä tiedon jakamista, perusteluja ja keskustelua työntekijöiden kanssa (Zitting ym. 2019).

Implementoinnin onnistumisessa ylemmän johdon tuki on tärkeää lähijohdolle. Ylemmän johdon tulisi viestiä lähijohdolle, että implementointiprosessi on organisaation tärkeysjärjestyksen kärjessä, ja turvata riittävät koulutus- ja henkilöstöresurssit (Birken ym., 2015). Päätöksentekijät, virkamiehet ja ylin johto ovat puolestaan merkittäviä siinä, että muutostyön mahdollistavat päätökset saadaan tehdyksi ja varmistetaan, että kansallisen ja toteuttavan tason muutostyöt kohtaavat organisaation strategiassa (Kouvonen & Laajasalo, 2019; Kouvonen ym. 2023). Implementointitutkimuksen osa-alueella on tuotu esiin tarve johtamiskoulutukseen panostamiseen sekä muutosjohtamisen osaamiseen (Aarons ym., 2016; Guerrero ym., 2016; Proctor ym., 2019).

2.5.4 Koulutuksen merkitys implementoinnissa

Yksi yleisesti käytetty implementointimenetelmä on koulutus. Tutkimusten perusteella sen vaikuttavuus implementoinnin onnistumiseen on kuitenkin heikko tai kohdalainen (Grimshaw ym., 2012). Uuden toimintatavan oppiminen esimerkiksi täydennyskoulutuksen avulla on monitasoinen ilmiö. Uuden käytännön omaksumiseen ja soveltamiseen johtava oppiminen edellyttää riittävän syvällisiä vaikutuksia oppijan tietoihin, asenteisiin ja toimintavalmiuksiin (Köhler, 2019). Onkin tärkeää tunnistaa ja ymmärtää sellaisia tekijöitä, jotka lisäävät koulutusinterventioiden vaikuttavuutta ja näyttöön perustuvien hyvien käytäntöjen omaksumista terveysalan ammattilaisten työssä oppijan sisäisten ja ulkoisten ärsykkeiden pohjalta.

Nykyaikainen näkemys oppimisesta ei enää perustu siihen yksipuoliseen ajatukseen, että oppiminen syntyy tiedon vastaanottamisesta. (Rauste von Wright & Wright, 2003). Jo Hersey & Blanchard (1980) ja Grow (1991, 1996) havaitsivat, että organisaatiossa toimivan yksilön oppiminen on itseohjautuvuuden lisääntymistä tai vahvistumista. Oppijan noustessa ylemmälle oppimisen tasolle hänen itseohjautuvuutensa kasvaa. Hän kykenee arvioimaan omia tottumuksiaan suhteessa oppimaansa ja luomaan omia johtopäätöksiään tai jopa intuitiivisia, tiedostamattomia ratkaisuja. Grow esittää neljä itseohjautuvuuden tasoa: riippuvainen (*dependent*), kiinnostunut (*interested*), sitoutunut (*involved*) ja itseohjautuva (*self-directed*).

Oikarinen (2002) määrittelee itseohjautuvan oppimisen tasoja modifioinniksi ja innovoinniksi. Modifiointi tarkoittaa opitun hallittua hiomista ympäristön ja tilanteen vaatimusten mukaan. Innovointiin sisältyy myös uusien toimintatapojen etsiminen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Oppimisen laatua imitoinniksi Oikarinen (2002) kuvaa toimintana, jossa yksilö ei kykene objektiivisesti refleктоimaan toimintaansa suhteessa uusiin tavoitteisiin vaan toistaa annettua mallia.

Opettamisessa oleellista on oppijan oma suhtautuminen omaan osaamiseensa ja oppimisen tarpeeseensa. Jos oppija tunnistaa kehittymisen ja oppimisen tarpeen, hänellä on edellytyksiä arvioida omaa osaamistaan suhteessa uusiin tavoitteisiin. Uuden omaksuminen sisältää jatkuvaa kyseenalaistamista ja uudelleenarviointia. Oppijalla nähdään olevan edellytykset uudistaa osaamistaan ja toimintamalliaan. Oppiminen on luonteeltaan ongelmanratkaisua ja soveltamista. (Oikarinen, 2002; Argyris, 2004.)

Argyris (2004) kuvaa keskeisenä oppimisen esteenä sen, että oppija yliarvioi oman osaamisensa tason. Argyris uskoo, että yksilöllä on taipumus tarrautua nykytilaan ja nykyiseen ajattelumalliin sekä rajallinen kyky sietää epävarmuutta. Jos oppija ei koe tarvetta kyseenalaistaa omaa osaamistaan, hän ei kykene oppimaan pois vanhasta toimintamallistaan. Vanhat tottumukset ohjaavat toimintaa, ja hän toimii niiden mukaan tiedostamattaan, ilman kyseenalaistamista. Hän on oppinut, että niin toimimalla pääsee tavoitteisiin. Yksilö ei silloin kykene objektiivisesti refleктоimaan toimintaansa suhteessa uusiin tavoitteisiin.

Melander ym. (2016) suosittelevat itseohjautuvaa oppimista yhdistettynä tarvittaessa opettajan/kouluttajan konsultointimahdollisuuteen sekä erilaisten oppimisvälineiden käyttöä ammattilaisten täydennyskoulutuksessa.

2.5.5 Implementoinnissa käytettävät viitekehukset

Terveiden edistämisen toimien implementoinnissa on hyödynnettävissä useita eri viitekehkyksiä. Tässä väitöskirjassa keskitytään niistä vain muutamiin, joita ovat Medical Research Councilin kompleksisten interventioiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden kehys (*Developing and Evaluating Complex Interventions*), Käypä hoito -suositusten implementointiprosessin viitekehys ja EPIS-viitekehys (*Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment*).

Nämä viitekehukset valittiin tähän tutkimukseen niiden tarkoituksenmukaisuuden perusteella. Medical Research Councilin kehys kompleksisten interventioiden tutkimus- ja kehittämishankkeille on suunniteltu terveydenhuollon palvelujärjestelmätutkimuksen tueksi. Käypä hoito -suositusten implementointiprosessin viitekehys soveltuu kehittämishankkeiden arvioinnin avuksi, ja tässä tutkimuksessa käytettiin erityisesti kehysten kohtaa 'implementoinnin toteutus'. EPIS-viitekehysten avulla voitiin tarkastella eri tasojen ja tekijöiden vaikutuksia implementointiprosessissa.

2.5.5.1 Medical Research Councilin kompleksisten interventioiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden kehys

Medical Research Council julkaisi vuonna 2000 ja päivitti vuonna 2008 ja 2021 kompleksisten interventioiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden viitekehysten, joka on tarkoitettu avuksi interventiotutkimuksiin, jotka kohdistuvat palvelujärjestelmään sekä monimutkaisiin asiakkaisiin/väestöihin (Craig ym., 2008; Skivington, 2021). Viitekehysten neljä peruselementtiä koostuvat taulukossa 2 esitetyistä kohdista:

Taulukko 2. Kompleksisten interventioiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden kehysten peruselementit (Craig ym., 2008). Osatyö I, Dalbom ym. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 2021.

1. Kehittäminen	2. Intervention toteutus/pilotointi	3. Arviointi	4. Intervention tulosten käyttöönotto
Intervention kehittämisessä edetään systemaattisesti käyttäen parasta mahdollista tieteellistä tutkimusta taustatiedoksi ja teoriapohjaksi. Testataan huolellisesti suunnitelman eri vaiheet, jonka jälkeen siirrytään alustavaan arviointiin.	Intervention hyväksyttävyyden esitestaus, rekrytointinopeus, tutkittavien pysyvyyden arvio ja sopivan otoskoon laskeminen.	Kompleksisen intervention tulosten analyysiä ja vaikuttavuuden arviointia voidaan lähestyä eri tavoilla ja selitysmalleilla. Tärkein vaihe on lopputulosmittareiden valinta.	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

2.5.5.2 Käypä hoito -suositusten implementointiprosessin viitekehys

Käypä hoito -suositusten tekeminen aloitettiin vuonna 1994 hankkeessa, jonka tavoitteena oli kehittää lääkärin työn laatua (Duodecim, 2023). Duodecim-yhdistys on kehittänyt Käypä hoito -suositusten implementointiprosessin tueksi viitekehysten **Taulukko 3** (Sipilä ym., 2016), josta on apua myös muiden kuin terveydenhuollon sektoreiden implementointiprosesseissa. Toiminnan kehittäminen voidaan rinnastaa implementointitutkimukseen, ja kehittämisen yhteydessä tehtyjen muutosten vaikutuksia tulisi seurata. Viitekehys soveltuu kehittämishankkeiden arviointiin. Viitekehyksessä on

kuvattu seitsemän arviointikohdetta, ja esimerkkejä niiden tutkimusasetelmista ja -menetelmistä sekä työkaluista. (Sipilä ym., 2016; Ahtiluoto ym., 2017.) Arviointikohteet ovat: hoitosuosituksen luotettavuus ja pätevyys, implementoinnin edellytykset, implementoinnin toteutus, muutokset tiedoissa ja asenteissa, muutokset toimintatavoissa ja prosesseissa ja muutokset potilaiden tai väestön terveydessä (Sipilä ym., 2016).

Taulukko 3. Käypä hoito -suositusten implementointiprosessin viitekehys. Sipilä, ym. 2016. Taulukon kopiointiin on lupa.

Arvioinnin kohde	Mitä arvioidaan	Esimerkkejä tutkimusasetelmista ja -menetelmistä	Esimerkkejä työkaluista
Hoitosuosituksen luotettavuus ja pätevyys	Hoitosuosituksen laatimisen menetelmät ja järjestelmä; hoitosuosituksen rakenne, sisältö, laatu ja käytettävyys; näytön laatu, sidonnaisuudet	Tapaustutkimus, dokumenttianalyysi tai laadulliset menetelmät	AGREE II -instrumentti ADOPTe-instrumentti
Implementoinnin edellytykset	Hoitosuosituksen implementoinnin esteet ja edistäjät: voivat liittyä mm. hoitosuosituksiin, niitä käytäviin ammattilaisiin, terveydenhuollon organisaatioon, potilaisiin, tai laajemmin yhteiskuntaan	Tapaustutkimus, havainnoiva tutkimus, kysely, haastattelu, fokusryhmä, dokumenttianalyysi	GLIA- ja GUIDE –Instrumentit, esteet ja edistäjät -arviointityökalut
Implementoinnin toteutus	Hoitosuosituksen implementoinnin panokset ja rakenteet, prosessi (suunnittelu ja interventiot) sekä tuotokset	Tapaustutkimus, havainnoiva tutkimus; kysely, haastattelu, dokumenttianalyysi, kustannusanalyysi	Implementointityyppien luokittelut, lokikirja-analyysi, kuten käyttötilastot
Muutokset tiedoissa, taidoissa tai asenteissa	Hoitosuosituksen implementointiin liittyvät muutokset kohderyhmän tiedoissa, taidoissa tai asenteissa	Havainnoiva tai kokeellinen tutkimus; kysely, haastattelu, fokusryhmä	
Muutokset toimintatavoissa tai prosesseissa	Hoitosuosituksen implementointiin liittyvät muutokset kohderyhmän toimintatavoissa ja työssä, muutokset toimintaprosesseissa	Havainnoiva tai kokeellinen tutkimus, rekisteriaineistojen analyysi, potilaskertomusaineistojen auditointi tai muu analyysi, kysely ammattilaisille ja käyttäjille, kustannusanalyysi	Sähköinen päätöksenteki
Muutokset potilaiden terveydessä ja toimintatavoissa	Hoitosuosituksen implementoinnin aikaansaamat muutokset potilaiden terveydessä	Havainnoiva tai kokeellinen tutkimus, rekisteriaineistojen analyysi, potilaskertomusaineistojen auditointi tai muu analyysi, potilas-/väestökyselyt, kustannusanalyysi	15-D Elämänlaatukysely, toimintakymittarit, tautikohtaiset mittarit
Muutokset väestön terveydessä	Hoitosuosituksen implementoinnin aikaansaamat muutokset väestön terveydessä	Havainnoiva tai kokeellinen tutkimus, rekisteriaineistojen analyysi, väestökyselyt, kustannusanalyysi	

2.5.5.3 EPIS-implementointiprosessin viitekehys

EPIS -implementointiprosessin (*Exploration, Preparation, Implementation, Sustainability*) kehys koostuu neljästä osasta: prosessikuvauksesta, sisäisestä ja ulkoisesta kontekstista, uudistukseen vaikuttavista tekijöistä sekä yhteyksien ja suhteiden tunnistamisesta (Moullin ym., 2019).

EPIS-kehyyksen (**Kuva 2**) ensimmäinen osa käsittää implementointiprosessin neljä vaihetta, jotka ovat kartoitus-, valmistelu-, käyttöön-otto- ja ylläpitovaiheet. (Moullin ym., 2019). Kartoitusvaiheessa toteuttajat ja asiaankuuluvat sidosryhmät tunnistavat kliinisen tai kansanterveydellisen tarpeen ja valitsevat niihin parhaiten sopivat näyttöön perustuvat menetelmät. Valmisteluvaiheessa tunnistetaan implementoinnin esteet ja edistäjät ja laaditaan yksityiskohtainen implementointisuunnitelma, jossa hyödynnetään implementoinnin edistäjiä ja puututaan mahdollisiin esteisiin. Valmisteluvaiheessa panostetaan toteutuksen tuen suunnitteluun (koulutus, valmennus, tarkastaminen ja palautteen kerääminen), jotta edesautetaan toteutuksen kahta seuraavaa vaihetta. Toteutusvaiheessa otetaan käyttöön valmisteluvaiheessa suunnitellut toteutuksen tukimuodot. On olennaista, että toteutusprosessia seurataan jatkuvasti etenemisen arvioimiseksi. (Aarons ym., 2011; Moullin ym., 2019.) Ylläpitovaiheessa toiminta ja sen tuki ovat juurtuneet käytäntöön ja toiminnan kansanterveysvaikutuksia arvioidaan (Aarons ym., 2014; Moullin ym., 2019). Toteuttajien ja asiaankuuluvien sidosryhmien tulisi olla tiiviisti mukana kaikissa implementointiprosessin vaiheissa (Peters ym., 2014).

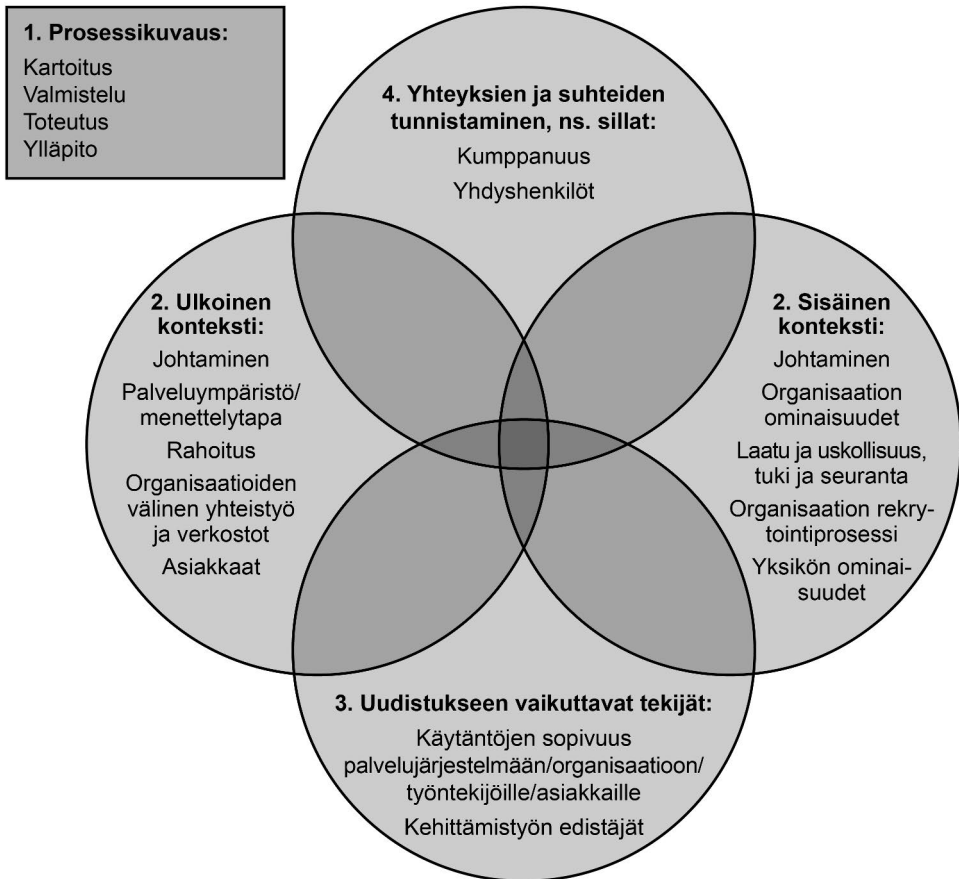
EPIS-viitekehyyksen toinen osa sisältää ulkoisen (*outer context*) ja sisäisen (*inner context*) kontekstin. Ne sisältävät eri tasojen ja ulkoisten sekä sisäisten tekijöiden nivoutumisen toistensa kanssa. (Moullin ym., 2019.) Ulkoisiin tekijöihin sisältyy muun muassa hallinto, rahoitus ja palvelu- ja toimintaympäristö, edunvalvonta, työmahdollisuudet, koulutus, toimeenpanon kohteena olevat asiakkaat ja organisaation väliset suhteet eri yksiköiden kanssa. Organisaation sisäisillä tekijöillä viitataan organisaation piirteisiin: johtajuuteen, organisaatorakenteisiin, resursseihin, sisäisiin käytäntöihin, henkilöstöön ja yksittäisten käyttöönottajien ominaisuuksiin. Sisäisissä tekijöissä on useita tasoja, jotka vaihtelevat organisaation tai toimialan mukaan. Niihin sisältyvät ylin johto, keskijohto, tiiminvetäjät ja asiakastyötä tekevät. (Moullin ym., 2019.)

Sisäisten ja ulkoisten tekijöiden nivoutuminen toisiinsa kuvastaa terveyden ja terveydenhuollon sosioekologisen kontekstin monimutkaista, monikerroksista ja erittäin vuorovaikutteista luonnetta, joka on havaittu monissa implementointikehyksissä. (Brownson ym., 2012; Aarons ym., 2014; Chambers, 2018.)

EPIS-kehyyksen kolmas osa sisältää tekijöitä, jotka liittyvät itse implementoitavaan interventioon tai uudistukseen: intervention tai uudistuksen on sovittava yhtä aikaa palvelujärjestelmään, kohderyhmään, organisaatioon ja työntekijöiden arvoi-

hin. Tällöin interventiota tai uudistusta joudutaan yleensä mukauttamaan ympäristöön sopivaksi, mutta tavoitteena on kuitenkin ylläpitää intervention ydinkomponentteja laadun varmistamiseksi. (Moullin ym., 2019.)

EPIS:n neljäs osa on ulkoisen ja sisäisen kontekstin sisältämien tekijöiden välisten yhteyksien ja suhteiden tunnistaminen eli niin sanotut sillat. Näiden tekijöiden katsotaan vaikuttavan implementointiprosessiin, koska organisaatioiden sisäiseen kontekstiin vaikuttaa organisaation ulkoinen järjestelmä ja nämä vaikutukset ovat vastavuoroisia (esimerkiksi lainsäädäntö ja politiikkatoimet). (Moullin ym., 2019.)



Kuva 2. EPIS-implementointiprosessin viitekehyksen osat. Muokattu Osatyö II Dalbom, Sosiaalilääketeiteen Aikakauslehti 2022.

3 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ja arvioida, miten sairaanhoitopiirin osallistuminen hallituksen kärkihankkeeseen Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti (VESOTE) vuosina 2017–2018 onnistui intervention ohjeistukseen perustuen, miten toiminta jalkautettiin kuntiin ja miten hankkeen toimenpiteet vaikuttavat alueella pidemmän ajan kuluessa

Tavoitteena oli kerätä asioita ja kokemuksia siitä, mitä tarvitsee valmistella ja miettiä etukäteen huolellisemmin. Lisäksi tavoitteena oli muodostaa kansallisesti sopiva väestötasoinen terveyden edistämisen interventioiden toteuttamismalli, joka tukee seuraavien laajojen terveyden edistämiseen tähtäävien hankkeiden käynnistämistä ja onnistumista

Tämän tutkimuksen avulla voidaan vahvistaa terveyden edistämisen interventiota palvelujärjestelmässämme.

Osatutkimusten tavoitteet olivat:

1. Tutkia ja arvioida kansallisen terveyden edistämisen ohjelman valtakunnallista käynnistämistä ja jalkauttamista sairaanhoitopiirien alueille.
2. Tutkia ja arvioida kansallisen terveyden edistämisen ohjelman implementoinnin onnistumista maakunnallisella tasolla sairaanhoitopiirin koordinoimana.
3. Selvittää, miten koko maakunnan kattavassa terveyden edistämisen hankkeessa kehitettyjen toimintatapojen implementointi onnistuu sosiaali- ja terveydenhuollossa.
4. Selvittää, miten koulutus toimi implementoinnin välineenä.

4 Aineistot ja menetelmät

4.1 Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti kärkihanke (VESOTE) tutkimuksen kohteena

Tutkimus oli laadullinen. Ainoastaan implementoinnin onnistumista kartoittavan kyselyn tuloksissa käytettiin määrällistä tarkastelua, jota täydennettiin kvantitatiivisella tarkastelulla. Tutkimusasetelma on esitetty tämän luvun lopussa **taulukossa 5**.

Tutkimuksen kontekstina toimi Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti (VESOTE) -kärkihanke.

Pääministeri Sipilän vuoden 2015 hallitusohjelmassa käynnistettiin viisi hyvinvoinnin ja terveyden kärkihanketta: Palvelut asiakaslähtöisiksi, Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta, Toteutetaan lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma, Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa sekä Osatyökykyisille väyliä työhön (valtioneuvosto, 2015). Sipilän strategisen hallitusohjelman tueksi laadittiin toimintasuunnitelma. Kärkihankkeiden tavoitteena oli nostaa kehittämisen kohteena oleva toiminta pysyvästi aikaisempaa paremmalle tai edistyneemmälle tasolle, joskaan tasoja ei määriteltä tai avattu hakujulistuksessa tai hankehakemuksessa. Olisi voitu esimerkiksi määrittää tutkimuksesta saatu, selkeästi parannuksen kohteena oleva asia ja sen seuraava taso. Nyt kaikki hakijat joutuivat määrittelemään itse, mikä seuraava taso voisi olla. Näin ollen hankkeen kokonaisuutta on vaikeampi arvioida.

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 ohjausinstrumentteja. (valtioneuvosto, 2018.)

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. Kärkihanke toteutettiin kolmena projektina, jotka oli jäsenetty seuraavasti: Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön, Terveellisten talojen Suomi ja Poikkihallinnolliset rakenteet (PORA). (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2016b.)

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. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2016b.)

Valtionavustusten hakuaika hallituksen kärkihankkeen osaprojektin ”Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön” hankkeisiin oli 17.6.–30.9.2016 (sosiaali- ja terveysministeriö, 2016a).

Tämän tutkimuksen kohteena toiminut VESOTE -kärkihanke 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 ravitsemussuositusten mukaan syövien osuuden lisääntymistä sekä lääkkeettömien hoitokeinojen käytön yleistymistä univaikeuksien hoidossa hankkeessa mukana olevilla alueilla. (UKK-instituutti, 2016.)

VESOTE -kärkihankkeen tavoitteina olivat elintapaohjauksen vaikuttavien ja laadukkaiden toimintamallien 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 (UKK-instituutti, 2016).

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 (ravitseminen) sekä 11 hankealuetta: Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (EKSOTE), Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP), Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä (ESSOTE), Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS), Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (KAINUUN SOTE), Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (PSHP), Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymä (Siun sote), Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (PPSHP), Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä / Porin kaupunki (SATASOTE) ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP). Lisäksi kärkihankkeeseen osallistui liikunnan aluejärjestöjä. Kaikkiaan kärkihankkeessa mukana olleet sairaanhoitopiirit ja liikunnan aluejärjestöt kattoivat yhteensä 184 kuntaa ja yli 4 miljoonaa asukasta (UKK-instituutti, 2016).

VESOTE-kärkihankkeessa on tunnistettavissa kompleksisen intervention elementtejä. Hankkeessa oli samanaikaisesti useita osa-alueita ja toimenpiteitä, jotka kohdistettiin usealle ryhmälle ja organisaatiotasolle: hankkeen menestyksellisen to-

teuttamisen nähtiin vaativan panostusta elintapaohjauksen puheeksi ottamiseen, toteuttamiseen ja seuraamiseen samanaikaisesti alueen perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaalipalveluissa, järjestöissä ja yksityisissä toimijoissa (UKK-instituutti, 2016).

Tämä tutkimus kohdistui pääasiassa yhteen hankealueeseen. Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä VESOTE-kärkihanke, kun puhutaan hankkeesta, joka kattoi 11 sairaanhoitopiirin aluetta ja VESOTE-aluehankkeesta silloin, kun viitataan yhteen, tutkimuksen kohteena olleeseen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueeseen.

4.2 Tutkimusaineistot

Osatutkimuksen I tutkimusaineisto koostui VESOTE-kärkihankkeen suunnittelun aikaisista dokumenteista, joita olivat: sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeen hankesuunnitelma 2016 (sosiaali- ja terveysministeriö, 2016b) ja hakuilmoitus valtionavustushankkeille 2016 (sosiaali- ja terveysministeriö, 2016a) sekä UKK-instituutin hankesuunnitelma 2016 (UKK-instituutti, 2016). Aineistoa täydennettiin ulkopuolisen arvioitsijan Rambollin loppuraportilla 2019: Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -kärkihankkeen kehittävä prosessiarviointi (Ramboll, 2019).

Osatutkimuksen II tutkimusaineisto koostui VESOTE-hankkeen aikana syntyneistä dokumenteista, joita olivat valtakunnallinen UKK-instituutin laatima hankesuunnitelma 2016 (UKK-instituutti, 2016), Varsinais-Suomen aluehankkeen hankesuunnitelma 2017, aluehankkeen kuukausittain laatimat tilanneraportit 2017–2018, STM:lle puolivuositain laaditut väliraportit hankemaksatusta varten, hankkeen alueellinen loppuraportti 2018 ja valtakunnallinen loppuraportti 2019 sekä aluehankkeen avainhenkilöiden kokemukset.

Osatutkimuksen III aineistona oli kysely, joka kohdistettiin aluehankkeessa mukana olleisiin perusterveydenhuollon organisaatioihin, jotka kattoivat koko Varsinais-Suomen alueen. Kaikista organisaatioista osallistui asiakastyötä tekeviä sote-alan ammattilaisia aluehankkeen järjestämiin elintapaohjauksen täydennyskoulutuksiin. Kysely lähetettiin kohdennetusti 58 esihenkilölle ja 93:lle täydennyskoulutukseen osallistuneelle. Kyselyyn vastasi yhteensä 73 henkilöä (vastausprosentti 48 %).

Osatutkimuksen IV aineistona olivat vuosina 2018–2019 kerätyt äänitteet kuuden diabeteshoitajan ja heidän asiakkaidensa (n = 23) välisestä vuorovaikutuksesta vastaanotoilla viidessä hankealueen kunnassa. Vastaanottojen kesto vaihteli 20 minuutista 90 minuuttiin.

Tutkimuksen kohdejoukkona oli kuusi aluehankkeen järjestämän ”Elintapaohjauksen ammattilaiseksi” -täydennyskoulutuksen käynnystä diabeteshoitajaa ja näiden 23 asiakasta, jotka osuivat vastaanotolle tutkimuksen aikana. Naisia oli 14 ja miehiä

yhdeksän (9). Naisiasiakkaiden keski-ikä oli 68 vuotta (vaihteluväli 49–84 vuotta) ja miesasiakkaiden 64 vuotta (vaihteluväli 52–75 vuotta). Yhdistäviä tekijöitä olivat tyypin 2 diabetes ja elintapaohjauksen tarve. Kaikki tutkimukseen osallistuneet diabeteshoitajat olivat naisia.

4.3 Tutkimusmenetelmät

Osatutkimusten I, II ja IV tutkimusmenetelmänä käytettiin deduktiivista sisällönanalyysia. Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti, ja se sopii hyvin strukturoimattomaan aineistoon, kuten raporttien analyysiin. (Kyngäs & Vanhanen, 1999; Elo & Kyngäs, 2008.)

Deduktiivisessa sisällönanalyysissa voidaan käyttää valmista viitekehystä, jonka avulla aineistoa analysoidaan. Analyysia ohjaa malli, joka perustuu aikaisempaan tietoon, ja tämän tiedon varassa tehdään analyysirunko, johon etsitään sisällöllisesti sopivia asioita aineistosta. (Kyngäs & Vanhanen, 1999; Kyngäs ym., 2011.) Sisällönanalyysia käytetään usein tutkimuksissa, joiden tarkoituksena on kuvata tai kuvailla. Koska sisällönanalyysi ei mahdollista käsitteiden välisten suhteiden tutkimista, sen tarkoituksena on kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Näin voidaan kuitenkin saada alustavaa tietoa käsitteiden välisistä suhteista. (Harwood & Garry, 2003; Elo & Kyngäs, 2008.) Laadullinen tutkimus avaa näköaloja uusiin tutkittaviin ilmiöihin luomalla hypoteeseja (Aira, 2005), ja laadullisen tutkimuksen keinoin voidaan löytää uusia tapoja saattaa näyttöön perustuvia kvantitatiivisia tutkimustuloksia käytäntöön. (Sofaer, 2002.) Sisällönanalyysi edellyttää paneutumista aineistoon (Kyngäs & Vanhanen, 1999). Käytännössä tutkimusprosessi alkaa käsitellyn aineiston lukemisella useaan kertaan. Tämän jälkeen siirrytään luokittelemaan aineistoa ja pyritään löytämään yhteyksiä valittuun teoriaan. Lopuksi pyritään kytkemään luokiteltu aineisto kokonaisuuteen. (Ojasalo ym., 2015.)

Osatutkimuksessa I koko VESOTE-kärkihankkeen käynnistymistä verrattiin Medical Research Councilin vuonna 2000 julkaistun ja 2008 päivitetyn kehittämistyön, tutkimustulosten juurruttamisen ja arvioinnin kehykseen *Developing and Evaluating Complex Interventions: new guidance* (Craig ym., 2009), joka perustuu pitkäaikaiseen kehittämiseen.

Analyysi aloitettiin lukemalla huolellisesti läpi VESOTE-kärkihankkeen aikaiset dokumentit. Tämän jälkeen dokumenteista etsittiin *Developing and Evaluating Complex Interventions* -kehyksessä (**Taulukko 1**) nimettyjä peruselementtejä vastaavia kokonaisuuksia, kohtia ja lauseita värikoodeja käyttämällä. Dokumenteista poimitut sisällöt sijoitettiin matriisiin, jonka avulla verrattiin sitä, löytyikö kaikista dokumenteista vastaavuuksia toistensa ja kehyksen kanssa. Matriisiin poimittuja kohtia tiivistettiin useampaan kertaan siten, että viimeisessä vaiheessa pystyttiin te-

kemään tulkintaa siitä, löytyikö peruselementtiä dokumenttiaineistosta. Peruselementin löytyessä todettiin taustan olevan näyttöön perustuva. Jos taas peruselementtiä ei löytynyt, tulkintana oli, ettei tieteellisen perustan vahvuutta voida arvioida.

Osatutkimuksessa II aluehankkeen toteutuksen arvioinnin analyysia ohjasivat EPIS-kehys ja Käypä hoito -suosituksissa käytetyn implementointitutkimuksen viitekehys (**Kuva 2, Taulukko 3 & 4**). Tähän analyysiin kerättiin ne asiat, jotka pitäisi kirjallisuuden mukaan huomioida implementointiprosessissa. (Kyngäs & Vanhanen, 1999; Elo & Kyngäs 2008.) Näiden tekijöiden toteutumista verrattiin aluehankkeen implementointiprosessiin. Analyysia varten luotiin matriisi, jota vasten aluehankkeen dokumentteja voitiin analysoida. Analyysi aloitettiin lukemalla VESOTE-hankkeen aikaiset dokumentit huolellisesti läpi. Tämän jälkeen dokumenteista etsittiin värikoodeja käyttämällä sisällöllisesti sopivia kohtia siitä, mitä onnistuneessa implementoinnissa pitäisi huomioida. Dokumenteista poimitut sisällöt sijoitettiin matriisiin, ja matriisin avulla pystyttiin havaitsemaan, oliko kaikki kohdat huomioitu aluehankkeen maakunnallisessa implementointiprosessissa. Lopuksi arvioitiin sitä, mitä käytetyillä toimenpiteillä oli saatu maakunnan tasolla aikaan aluehankkeen työssä (panos, prosessi ja tuotos (**Taulukko 4**.)

Taulukko 4. Käypä hoito -suosituksissa käytetyn implementointitutkimuksen viitekehysten arvioinnin kohta: implementoinnin toteutus (Sipilä, ym. 2016).

Arvioinnin näkökulma	Arvioinnin kohteet
Panos	<ul style="list-style-type: none"> • Käytetyt resurssit • Suorat ja epäsuorat kustannukset (esim. käytetty työaika) • Käytetyt kehittämisen/muutoksen läpiviennin rakenteet (esim. koulutetut kehittäjät, tietotekniset ratkaisut)
Prosessi	<ul style="list-style-type: none"> • Valittu implementoinnin teoria • Käytetyt implementointimenetelmät • Suunnitelmallisuus ja suunnitelman toteutuminen tavoitteiden mukaisesti • Kohderyhmä • Implementoinnin tarpeen ja tavoitteiden määrittely • Valittujen menetelmien vastaaminen tavoitteisiin
Tuotos	<ul style="list-style-type: none"> • Millaisia implementointiin tähtääviä materiaaleja, tilaisuuksia ja työkaluja syntyi

Dokumentit kuvasivat koko hankeaikaisen työn, jolloin samat asiat alkoivat kerääntä aineistosta.

Osatutkimuksen III tutkimusmenetelmänä oli kysely, joka toteutettiin REDCap (Research Electronic Data Capture) -työkalulla ja lähetettiin sähköpostitse kohdejoukolle. Yhteystiedot kerättiin aluehankkeen aikana.

Kyselylomake laadittiin kirjallisuuden pohjalta tunnistettujen implementointia edistävien tekijöiden mukaan. Siinä kysyttiin kysymyksiä, jotka liittyivät sitoutumisen, yhteisen vision, viestinnän ja tiedonkulun, muutosvalmiuden ja rekrytoinnin toteutumiseen sekä hankkeen tuotosten käyttöönottoon eli implementointiin.

Kyselylomakkeen kysymykset koostuivat strukturoiduista, puolistrukturoiduista ja avoimista kysymyksistä sekä Likert-asteikollisista väittämistä. Puolistrukturoitujen kysymysten avoimilla vastausosuuksilla sekä avoimilla kysymyksillä pyrittiin syventämään tietoa. Kyselylomakkeiden ymmärrettävyyttä testattiin pilottitutkimuksella, johon osallistui kolme esihenkilöä ja kolme sote-alan ammattilaista. Pilotin tulosten perusteella tarkennettiin muutamien kysymysten sanamuotoja.

Kahden eri ryhmän (esihenkilöiden ja työntekijöiden) kategoristen muuttujien lukumäärät ja prosentit ilmoitettiin frekvenssitaulukoissa. Jotta voitaisiin testata Likert-asteikollisten väittämien tasoeroa työntekijäryhmien välillä, vastaukset analysoitiin käyttäen Cochran-Armitage-trenditestiä. Cochran-Armitage-trenditesti sopii tilanteisiin, joissa muuttujista toinen on kaksiluokkainen kategorinen ja toinen on järjestysasteikollinen muuttuja. Testi arvioi, onko järjestysasteikollisessa muuttujassa lineaarinen trendi, eli saako järjestysasteikon muuttuja pienempiä tai korkeampia arvoja eri tasoilla työntekijäryhmissä (johtajat ja työntekijät) Likert-asteikon lausekkeissa.

Muiden kategoristen muuttujien yhteyttä testattiin Fisherin tarkalla testillä. P-arvo $< 0,05$ katsottiin tilastollisesti merkitseväksi. Nämä analyysit suoritettiin SAS 9.4 -ohjelmistolla.

Osatutkimus IV kohdistui VESOTE-aluehankkeessa toteutettuun Elintapaohjauksen ammattilaiseksi -täydennyskoulutukseen osallistuneille sote-alan ammattilaisille. Koulutuksella vahvistettiin ravitsemuksen, liikunnan ja unen elintapaohjaukseen sekä vaikuttavaan potilasviestintään liittyvää osaamista.

Vaikuttavan potilasviestinnän kurssin tavoitteena oli opettaa sote-alan ammattilaisille käytännönläheinen asiakaslähtöinen vuorovaikutusmenetelmä. Opetukseen kuului neljä noin 45 minuutin pituista luentoa. Luentojen yhteydessä osallistujat tekivät pienryhmissä pohdinta- ja harjoitustehtäviä, joiden tavoitteena oli opetetun tietoineksen syiden, vaikutusten ja soveltamisen pohdinta ja sisäistäminen. Luentojen välillä opiskelijat testasivat opetettuja menetelmiä ja raportoivat niistä yhteiselle keskustelualustalle. Koulutuksen päätteeksi osallistujat tekivät kirjallisen loppukokeen, jossa testattiin opetettujen asiakaslähtöisten vuorovaikutuskeinojen osaamista harjoitustilanteessa. Ennen kokeen palauttamista osallistujat saivat itse arvioida omia vastauksiaan annetun arviointiohjeen mukaan. Tavoitteena oli vahvistaa itseohjautuvuutta oppimalla pohtimaan opetetun menetelmän syitä ja vaikutuksia. Loppukoetta ei arvosteltu vaan käytettiin itsearviointia, joka oli oppimisen kannalta tärkeämpää kuin opettajan antama palaute.

Vastaanotot äänitettiin ja analysoitiin litteroidusta muodosta. Äänittäjät toimivat sivustaseuraajina ja vastaanottotilanne toteutui normaalisti. Vastaanottokeskusteluista pyrittiin tunnistamaan viitekehyksessä kuvattuja asiakaslähtöisiä ja ei-asiakaslähtöisiä vuorovaikutustapoja. Asiakkaiden vastaanoton jälkeisistä haastatteluista arvioitiin vastaanoton kokemuksia sekä muutosaikeita. Aineiston analyysissa oli kaksi erilaista vaihetta: Ensin etsittiin vastaanottojen äänityksistä sitä, millaisia asiakaslähtöisiä vuorovaikutuksen keinoja sote-alan ammattilaiset käyttivät. Toiseksi etsittiin, missä eri vaiheissa oppimisen itseohjautuvuus näytti olevan? Vastaukset siihen, millaisia asiakaslähtöisiä vuorovaikutuskeinoja ammattilaiset käyttivät, ryhmiteltiin viiteen alaluokkaan: avoimiin kysymyksiin, merkityskeskusteluun, asiakkaan haastamiseen, johdatteleviin kysymyksiin ja merkityskeskustelun sivuuttamiseen. Nämä alaluokat ovat tutkimuksen teoriaosuudessa kuvattuja asiakaslähtöisiä (asiakkaan reflektointia edistävä merkityskeskustelu, oivaltamista herättävä asiakkaan haastaminen, avointen kysymysten esittäminen ja tilan antaminen) ja ei-asiakaslähtöisiä (merkityskeskustelun sivuuttaminen, johdattelevat kysymykset, neuvova ja ohjeistava tyyli) keinoja.

Oppimisvaiheen tunnistamiseksi tehtiin analyysia varten kahtiajako: toistaako sote-alan ammattilainen opetettuja asioita mallin mukaan toimien vai pohtiiko ja soveltaako hän oppimaansa tilanteen ja tavoitteen mukaan. Luokitteluna oli toiminta mallin mukaan ja toiminta tilanteen mukaan.

Tärkeimpänä havainnoitavana kohteena olivat ammattilaisen käyttämät avoimet kysymykset. Esimerkiksi jos ammattilainen käytti avoimia kysymyksiä, jotka liittyivät asiakkaan elämään, arkeen ja arvostuksiin, mutta hän ei pyrkinyt siirtämään keskustelun painopistettä potilaan elämismailmaan, hän toteutti opetettua mallia. Toimintatavan oppiminen on luonteeltaan imitointia ja edustaa vähäistä itseohjautuvuutta (Argyris, 2004; Oikarinen, 2002; Grow, 1991, 1996). Jos vaikuttaa siltä, että ammattilainen tietoisesti avoimien kysymyksien avulla pyrkii siirtämään keskustelun painopistettä terveydenhuollon maailmasta potilaan elämismailmaan, sitä voidaan pitää soveltamisena. Siinä voidaan tunnistaa oppijan kykyä arvioida opittua toimintatapaa suhteessa aiempaan ja hänen omaa ongelmanratkaisuaan toimintatavan soveltamiseksi juuri siinä tilanteessa (Grow, 1991, 1996; Oikarinen, 2002; Argyris, 2004). Soveltamisen tunnusmerkki toteutui varsinkin silloin, kun keskustelu jatkui avoimen kysymyksen jälkeen esimerkiksi tarkentavalla jatkokysymyksellä, joka aktivoi asiakasta ja antoi tilaa asiakkaan omia arvostuksia ja odotuksia koskevalle pohdinnalle.

Oppimisen tarkastelussa sovellettiin Oikarisen (2002) esittämää jaottelua imitointi, modifiointi, ja innovointi yhdistettynä Grow'n (1991, 1996) itseohjautuvuuden määritelmiin. Teoriaa sovellettiin siten, että imitoinnin taso ei sisällä omaa arviota, kun taas kiinnostuksen ja sitoutumisen taso sisältää oman arvion ja suhtautumisen. Itseohjautuvalla tasolla oppija tuottaa oma-aloitteisesti uusia käytäntöjä. Tässä jaottelussa imitointi ei sisällä oppijan itseohjautuvuutta, mutta modifiointi ja innovointi sisältävät.

Opittu toimintamalli toteutuu mallin, ei tilanteen tai oppijan oman ratkaisun mukaan. Saavutettava toiminnan muutos tapahtuu kopioimalla, ilman soveltamista. Modifiointi ilmenee ongelmanratkaisuna ja toimintatavan soveltamisena tilanteen mukaan, esimerkiksi reagoimalla asiakkaan vastauksiin hänen elämismaailmaansa kohdistuvilla jatkokysymyksillä. Innovointi sisältää edellisen lisäksi monitasoista, rationaalista ja intuitiivista syy-seuraussuhteiden pohdintaa, uusia ratkaisuja ja toimintatavan uudistamista sekä uusien hyvien käytäntöjen ideointia ja innovointia.

Tarkastelussa päähuomio oli siinä, voidaanko sote-alan ammattilaisten toiminnassa havaita imitoinnin tasoa ylittävää oppimista ja itseohjautuvuutta.

Aineisto arvioitiin edellä kuvatun jaottelun mukaan. Huomiota kiinnitettiin sote-alan ammattilaisten käyttämiin kysymyksiin, suhtautumiseen asiakkaan merkityspuheeseen ja keskustelun ohjaamiseen terveydenhuollon maailman ja asiakkaan elämismaailman välillä.

4.4 Tutkimusluvut ja eettinen käytäntö

Osatutkimukset I ja II olivat asiakirja-analyysseja, joihin ei tarvittu tutkimuslupia eikä eettisen toimikunnan lausuntoa.

Osatutkimukseen III saatiin tutkimusluvut kaikilta 15:ltä perusterveydenhuollon järjestäjältä joko kunnan/kuntayhtymän johtavan lääkärin tai sosiaali- ja terveysjohtajan allekirjoittamana marraskuun 2020 ja elokuun 2021 välisenä aikana.

Vastaanottajille kerrottiin, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja että sen voi keskeyttää missä tahansa vaiheessa ennen vastausten lähettämistä. Vastaaminen tapahtui nimettömänä. Kyselyssä ei kerätty organisaatioita koskevia nimitietoja tai muitakaan suoria tunnistetietoja, joista vastaaja olisi ollut suoraan tunnistettavissa (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014). Kerättyjä tietoja käsiteltiin luottamuksellisesti lainsäädännön ja hyvän tutkimuskäytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksen tuloksia raportoitaessa ei yksittäistä vastaajaa tai organisaatiota ole mahdollista tunnistaa.

Osatutkimukseen IV saatiin tutkimusluvut niistä kunnista, joissa tutkimus toteutettiin. Tutkimukseen osallistuneille diabeteshoitajille ja heidän asiakkailleen esitettiin informaatio- ja suostumuslomakkeet. Kaikille tiedotettiin tutkimuksen kulusta ja siitä, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Kaikille osallistujille selitettiin heidän oikeutensa keskeyttää tutkimus koska tahansa ilman, että se vaikuttaisi heidän saamaansa hoitoon. (Pelkonen & Louhiala, 2002; Kylmä & Juvakka, 2012; Leino-Kilpi & Välimäki, 2014.) Suostumus pyydettiin lisäksi kirjallisesti. Tutkimus ei edellyttänyt eettisen toimikunnan käsittelyä, koska siinä ei puututtu koskemattomuuteen.

Aineiston keruun jälkeen tutkimukseen osallistujien nimet sekä tunnistetiedot korvattiin anonyymeillä kirjain-numeroyhdistelmillä. Tulososassa esitetystä alkuperäisilmauksista ei ole nähtävissä tietoja, jotka olisivat yhdistettävissä osallistujiin. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014.)

Taulukko 5. Tutkimusasetelma.

Osajulkaisun teema	Tutkimuskysymykset	Aineisto	Tutkimusmenetelmät
<p>Väestötason terveyden edistämisen intervention suunnittelu ja käynnistäminen</p>	<p>Miten VESOTE-hankkeen käynnistämävaiheessa hyödynnettiin tutkimustietoa teoriapohjana?</p> <p>Orettiinko VESOTE-hankkeessa huomioon kansainvälisen kompleksisten interventtioiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden kehityksen osa-alueet?</p>	<p>VESOTE-hankkeen suunnittelun aikaiset dokumentit (n = 4): sosaali- ja terveysministeriön kärkihankkeen hankesuunnitelma 2016, sosaali- ja terveysministeriön hakulomitus valtionavustushankkeille 2016 sekä UKK-instituutin hankesuunnitelma 2016.</p> <p>Täydennettiin ulkopuolisen arvioitsijan Rambollin loppuraportilla 2019: Edistään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähenetään eriarvoisuutta -kärkihankkeen kehittävä prosessiarviointi.</p>	<p>Deduktiivinen sisällönanalyysi: VESOTE-hankkeen käynnistymistä verrattiin sosaali- ja terveysministeriön hankesuunnitelmaan ja hakujulistuksen kautta valtionavustusta saaneen VESOTE-hankkeen hankesuunnitelma- ja Medical Research Councilin kehittämistyön, tutkimustulosten juurruttamisen ja arvioinnin kehukseen (Developing and Evaluating Complex Interventions: new guidance)</p>
<p>Sairaanhoidopiiriin rooli kansallisen terveyden edistämisen ohjelman toimeenpanijana</p>	<p>Miten sairaanhoidopiiri toimi kansallisen terveyden edistämisen ohjelman toimeenpanijana maakunnan tasolla? Millaisia tuloksia näin toimimalla saavutettiin?</p>	<p>VESOTE-hankkeen aikana syntyneet dokumentit (n = 6): valtakunnallinen UKK-instituutin laatima hankesuunnitelma 2016, aluehankkeeseen hankesuunnitelma 2017, aluehankkeen kuukausittain laatimat tilanneraportit 2017–2018, sosaali- ja terveysministeriölle puolisittain laaditut väliraportit hankemaksatusta varten, hankkeen alueellinen loppuraportti 2018, valtakunnallinen loppuraportti 2019 sekä aluehankkeen avainhenkilöiden kokemukset.</p>	<p>Deduktiivinen sisällönanalyysi: Viitekehyyksinä suomalaisen hoitosuositusten implementointitutkimuksen viitekehys ja kansainvälisesti tunnettu EPIS-kehys. Näiden pohjalta tehtiin luokittelurunko, johon kerättiin ne asiat, jotka pitäisi kirjallisuuden mukaan huomioida implementointiprosessissa. Näiden tekijöiden toteutumista verrattiin aluehankkeen implementointiprosessiin.</p>

Osajulkaisun teema	Tutkimuskysymykset	Aineisto	Tutkimusmenetelmät
<p>Kansallisen terveyden edistämisen ohjelman vaikutukset ja tulokset hankealueella</p>	<p>Miten hankkeen toimenpiteet ja tuotokset jalkautuivat perusterveydenhuollon organisaatioiden toimintaan hoitotyön esihenkilöiden ja ammattilaisten kokemana?</p>	<p>Kysely, joka lähetettiin VESOTE-hankeessa mukana olleisiin kaikkiin Varsinais-Suomen viiteentoista perusterveydenhuoltoa järjestävään organisaatioon. Kaikista osallistui asiakastyötä tekeviä hoitotyön ammattilaisia hankkeen elintapaohjauksen täydennyskoulutuksiin. Kysely lähetettiin kohdenetusti 58 esihenkilölle ja 93:lle täydennyskoulutukseen osallistuneelle. Kysely toteutettiin REDCap (Research Electronic Data Capture) -työkalulla. Aineisto koostui pääasiassa strukturoiduista kysymyksistä.</p>	<p>Kahden eri ryhmän (esihenkilöiden ja työntekijöiden) kategoristen muuttujien lukumäärät ja prosentit ilmoitettiin frekvenssitaulukoiissa. Likert-asteikollisten väittämien tasoeroa testattiin soittain käyttäen Cochran-Armitage-trenditestistä. Muiden kategoristen muuttujien yhteyttä testattiin Fisherin tarkalla testillä. Kaksisuuntaisen testin p-arvoa < 0,05 käytettiin tilastollisen merkitysvyyden rajana. Nämä analyysit suoritettiin SAS 9.4 -ohjelmistolla. Puolistrukturoitujen kysymysten avoimet vastausosuudet ja avoimien kysymysten vastaukset on esitetty artikkelissa avaamaan ilmiötä.</p>
<p>Uuden toimintatavan koulutus ja sen omaksuminen osaksi arkityötä</p>	<p>Miten vuorovaikutuskoulutuksen käyneet diabeteshoitajat sisällyttivät uutta toimintatapaa osaksi omia asiakaskohdauksensa käyttäntöjään? Tutkimuksen tavoitteena on saada ymmärrystä siitä, miten koulutuksella voidaan viedä käytäntöön uutta toimintatapaa.</p>	<p>Aineisto kerättiin vuosina 2018 –2019 osana ammatikorkeakoulun hoitotyön opinnäytetyötä ja hankkeen alueellista arviointia äänittämällä diabeteshoitajan ja asiakkaan välisiä vuorovaikutusta koko vastaanoton ajan sekä haastattelulla asiakasta avoimilla kysymyksillä vastaanoton jälkeen. Tutkimuksen kohdejoukkona oli kuusi ”Elintapaohjauksen ammattilaiseksi” -täydennyskoulutuksen käynnistä diabeteshoitajaa sekä heidän 23 asiakastaan.</p>	<p>Aineiston analyysissa oli kaksi erilaista vaihtoehtoa: Ensin etsittiin vastaanottojen äänityksistä, millaisia asiakaslähtöisiä vuorovaikutuksen keinoja terveysalan ammattilaiset käyttivät. Toiseksi etsittiin, missä eri vaiheissa oppimisen itseohjautuvuus näyttäi olevan? Vastaukset siihen, millaisia asiakaslähtöisiä vuorovaikutuskeinoja ammattilaiset käyttivät, ryhmiteltiin viiteen alaluokkaan: avoimiin kysymyksiin, merkityskeskusteluun, asiakkaan haastamiseen, johdatteleviin kysymyksiin ja merkityskeskustelun sivuuttamiseen. Nämä alaluokat ovat tutkimuksen teoriaosuudessa kuvattuja asiakaslähtöisiä ja ei-asiakaslähtöisiä keinoja. Oppimisen tarkastelussa sovellettiin Oikarisen (2002) esittämää jaottelua imitointi, modifiointi, ja innovointi yhdistettynä Grow'n (1991, 1996) itseohjautuvuuden määrittelyin.</p>

5 Tulokset

5.1 Kansallisen terveyden edistämisen ohjelman valtakunnallinen käynnistäminen

Osatutkimuksessa I selvitettiin, miten VESOTE-kärkihankkeen käynnistämisvaiheessa hyödynnettiin tutkimustietoa teoriapohjana kansainvälisen kompleksisten interventioiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden kehyksen osa-alueiden avulla (**Taulukko 1**).

Dokumenttianalyysi paljasti, että kehittämisosuus on huomioitu sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeen hankesuunnitelmassa ja hakuilmoituksessa valtionavustushankkeille, ja että UKK-instituutin hankehakemuksessa vastataan lopuksi peruselementin alakohtiin hyvin konkreettisilla kuvauksilla. Lähtökohtana on ollut levittää näyttöön perustuvia toimintamalleja, jotka ovat valmiiksi mallinnettuja, perustuvat tutkittuun tietoon, ja soveltuvat palvelujärjestelmän tarpeisiin ja joiden vaikuttavuutta on arvioitu.

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

Ennen hankkeen toteutusta ei tehty varsinaista pilotointia eikä voimalaskentaa. Tällöin ei ollut mahdollista arvioida lopputulosta eli sitä, kuinka suuri ero lopputuloksesta syntyi verrattaessa lähtötilanteeseen. Etukäteislaskelmia ei esitetty tarvittavista rekrytointimääristä, jolloin ei voida tarkkaan sanoa mukaan tarvittavien tahojen lukumäärää. Otsokokoa ei ollut arvioitu, mikä vaikuttaa siihen, ettei voida osoittaa muutosta. Analyysin mukaan keskityttiin enemmän siihen, että hankkeen toimenpiteet levitetään mahdollisimman laajalle alueelle.

Kolmas peruselementti on arviointi, jossa tärkein vaihe on lopputulosmittareiden valinta. Analyysin pohjalta voidaan todeta, että lopputulosmittarit eivät olleet konkreettisia eikä selkeää lopputulosmittaria esitetty. Tällöin hankkeen pidempiaikainen seuranta ja arviointikaan eivät onnistu.

Analyysissa 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. Aluehankkeiden ohjeistus ei ollut yksityiskohtainen, vaan poliittisella ohjauksella oli koottu erilaisia interventioita yhteen, ja niitä toteutettiin irrallisina. Suunnittelussa ei hyödynnetty aiempien laajojen hankkeiden osaamista ja teoriapohjaisuutta. Näin syntynyt tieto eri toimien yhteyksistä ja prosessin arvioinnista jäi ohueksi.

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

5.2 Sairaanhoidopiirin rooli kansallisen terveyden edistämisen ohjelman toteuttajana

Tässä osatutkimuksessa II selvitettiin sitä, miten sairaanhoidopiiri toimi kansallisen terveyden edistämisen ohjelman toimeenpanijana maakunnan tasolla ja millaisia tuloksia sillä saavutettiin.

Sairaanhoidopiirin koordinoimassa aluehankkeen toiminnassa korostuivat annettu panos ja tuotokset suhteessa prosessiin (**Taulukko 4**), joka on tullut suurilta osin hankkeen rahoittajalta. Tämä tarkoittaa sitä, että sairaanhoidopiirin rooli keskityi implementointiprosessissa toteutusvaiheeseen. Implementointiprosessin kartoitusvaihe tapahtui hankkeen rahoittajan toimesta ja valmisteluvaiheessa korostui hankehallinnoijan eli UKK-instituutin rooli. Ylläpitovaiheeseen eli toiminnan juurtumiseen ja sen vaikuttamiseen systemaattisesti palvelujärjestelmätasolla ei päästy.

Dokumenttianalyysin pohjalta voitiin todeta, että EPIS-kehiksen (**Kuva 2**) osat 2–4 on tarkastellussa hankkeessa huomioitu, mutta usea kohta liittyy organisaatiossa sellaisiin tekijöihin ja sisältöihin, joihin ei organisaation ulkopuolinen hankeorganisaatio voinut vaikuttaa.

Johdon sitouttaminen, koulutus ja viestintä korostuivat hankehallinnoijan ja aluehankkeen keinoina edistää implementointia.

Aluehanke onnistui saamaan kaikista kuntien perusterveydenhuollon organisaatioista ylimmän johdon nimeämän VESOTE-yhdyshenkilön. Lisäksi hankkeessa järjestettyihin koulutuksiin lähetettiin kaikista perusterveydenhuollon organisaatioista ammattilaisia. Jokainen perusterveydenhuollon organisaatio toimitti myös tiedot kirjaamiskäytänteistä, ja osasta saatiin asiantuntija-apua elintapaohjauksen kirjaamisen ohjeistuksen luomiseksi. Tältä osin aluehankkeen voitiin tulkita onnistuneen organisaatioiden ylempään johdon tuen saamisessa.

Aluehanke ei kuitenkaan pystynyt vaikuttamaan siihen, että organisaatioiden johtotaso olisi osallistunut heille järjestettyihin tilaisuuksiin, joiden tarkoituksena olisi ollut tukea hankkeen toimenpiteiden toteutumista. Tältä osin aluehankkeen toiminnan voidaan katsoa jääneen pinnalliseksi.

Elintapaneuvonnan poikkihallinnollisen ja moniammatillisen yhteistyön lisääntyminen ja vahvistuminen alueellisesti vaativat eri organisaatioiden yhteistyötä. Hankkeen aikana saatiin poikkihallinnollista ja moniammatillista yhteistyötä vahvistettua alueen viidessä kunnassa. Yhdeksän kuntaa toteutti oman palvelutarjottimen, joka yhdistettiin sairaanhoitopiiriin ylläpitämään maakunnalliseen elintapaohjauksen palvelutarjottimeen.

Hankkeessa pyrittiin yhtenäistämään alueen elintapaohjauksen toimintakulttuuria. Tätä varten työstettiin materiaalia, mutta sitä ei hankeaikana ehditty jalkauttaa.

Viestintä korostui keinona edistää aluehankkeen toimenpiteiden implementointia. Toteutunut viestintä on kuitenkin ollut enemmän yhdensuuntaista informaation jakamista hankkeen etenemisestä kuin dialogia toimijoiden kanssa.

Aluehankkeen hanketyön käytännön kokemuksena toimenpiteiden eteenpäin viemistä tiedottamisen apuna tukivat hankeorganisaation ja yhteistyökumppaneiden monipuoliset jakelulistat, valtakunnallisen hankehallinnoijan toteuttamien koulutusten järjestäminen mahdollisimman nopeasti, jolloin niiden loputtua käytössä oli monipuolinen ja laaja toimijaverkosto, sekä aktiivinen yhteistyö yhdistysten kanssa, jolloin käytössä oli myös heidän verkostonsa. Hanketta tuki myös nopea ja kevyellä tasolla tehty alkukartoitus pääasiassa kuntien perusterveydenhuollon organisaatioiden diabeteshoitajille siitä, millaista tukea hankkeen kautta voitaisiin tarjota. Esiin nousi tuen ravitsemusohjauksen tuen puute. Tähän vastattiin täydentämällä hanketta ravitsemusterapeutin työpanoksella, mikä yhtenäisti ravitsemusohjauksen sisältöä. Yhdysenkilön nimeäminen kunnittain auttoi tiedottamisessa. Alueellisen Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmän toimiminen ohjausryhmänä auttoi linkittämään työtä silloiseen maakunta ja sote-valmisteluun.

5.3 Hankkeessa kehitettyjen toimintatapojen implementoinnin toteutuminen perusterveydenhuollossa

Osatutkimuksessa III tarkasteltiin sitä, miten aluehankkeen toimenpiteet ja tuotokset jalkautuivat perusterveydenhuollon organisaatioiden toimintaan hoitotyön esihenkilöiden ja ammattilaisten kokemana.

Esihenkilöiden ja sote-alan ammattilaisten kokemus sosiaali- ja terveystieteiden rahoittaman VESOTE-kärkihankkeen tarpeellisuudesta erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan siten, että esihenkilöt kokivat hankkeen hoitotyön ammattilaisia tarpeellisemmaksi ($p = 0,006$).

Kysyttäessä aluehankkeen sisältöjen vastaavuudesta oman organisaation tarpeisiin esihenkilöt kokivat vastaavuuden hoitotyön ammattilaisia paremmaksi ($p = 0,014$).

Esihenkilöt kokivat myös hoitotyöntekijöitä vahvemmin, että aluehankkeen sisältöihin pystyi vaikuttamaan ($p = 0,013$).

Aineistosta havaittiin myös seuraavaa, mutta erot työntekijäryhmien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä: yli puolet kyselyyn vastanneista molemmista ammattiryhmistä vastasi vieneensä elintapaohjauksen toiminnan muutosta eteenpäin organisaatiossaan. Suurin osa esihenkilöistä ja sote-alan ammattilaisista koki saaneensa tarpeeksi tietoa aluehankkeesta ja sen tavoitteista. Viestinnän myös koettiin olleen säännöllistä. Aluehankkeen tuotosten koettiin osittain vastaavan oman organisaation tarpeisiin, mutta niitä ei otettu käyttöön kuin yksittäin.

Aluehankkeen aikana toteutettuun koulutukseen oli pyytänyt itse päästä 78 % (38/49 kysymykseen vastanneista) sote-alan ammattilaisista. Sote-alan ammattilaisista 96 % (50/52) näki mahdollisuuden hyödyntää koulutuksen antia asiakastyössä. Sote-alan ammattilaisista 75 % (38/51) oli pyrkinyt viestimään koulutuksesta saatua tietoa organisaation sisällä.

Työntekijöiden koulutukseen valikoitumiseen esihenkilöiden näkökulmasta vaikutti työntekijän motivaatio 83 %:lla (15/18), valmiudet hyödyntää koulutuksen antia asiakastyössä 72 %:lla (13/18), soveltuvuus kehittää elintapaohjausta organisaatiossa 50 %:lla (9/18), kyky viestittää eteenpäin koulutuksesta saatua tietoa organisaation sisällä 33 %:lla (6/18) ja aiempi työkokemus 22 %:lla (4/18) esihenkilöistä. Esihenkilöistä 17 % (3/18) vastasi, että kaikki halukkaat saivat osallistua.

Aluehankkeen tuotoksista koettiin Elintapaohjauksen palvelutarjottimen vastanleen parhaiten perusterveydenhuollon organisaation tarpeita. Esihenkilöistä 83 % vastasi, että tarjotin vastasi hyvin tarpeeseen, kun sote-alan ammattilaisista näin vastasi 52,9 %. Tämä ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,045$). Esihenkilöistä 75 % vastasi, että tarjotin otettiin käyttöön. Sote-alan ammattilaisista taas kuitenkin vain 11 % vastasi, että palvelutarjotin oli otettu käyttöön.

Esihenkilöt nimesivät tapaamiset hankkeessa tuotettujen toimintamallien käyttöönoton seurantakeinoiksi ja toivat esiin systemaattisen seurannan mahdollistavien ohjelmien ja muiden työvälineiden puutteen ja niiden tarpeen. Avointen kysymysten vastauksissa käyttöönoton edistäjiksi kuvattiin osaamisen lisääminen, johdon sitouttaminen, tuen tarve, saavutettavuus, kattavuus, jatkuvuus ja arvot. Esihenkilöt toivat vastauksissaan esiin, että koko työyhteisölle suunnatut koulutukset edistävät hankkeen tuotosten käyttöönottoa. Lisäksi mainittiin johdon sitouttaminen toimintatapoihin ja lähiesihenkilöiden toimiminen kouluttajina uuden toimintatavan käyttöönottamisessa ja sovittujen tavoitteiden toteutumisen seuraajina. Esihenkilöt kokivat myös organisaation johdon sitoutumisen ja tuen tarpeelliseksi.

Myös sote-alan ammattilaiset nimesivät tapaamiset hankkeessa tuotettujen toimintamallien käyttöönoton seurantakeinoiksi ja peräänkuuluttivat parempia työvälineitä uuden toimintatavan käyttöönoton seuraamiseksi. Sote-alan ammattilaiset toi-

vat esiin esihenkilöiden tuen tarpeen omalle työelleen, mutta myös sen, että esihenkilöt tarvitsevat tukea käyttöönoton ja toimintatavan juurruttamisen varmistamiseksi. Lisäksi sote-alan ammattilaisten vastauksista tuli esiin seuraavia asioita: Käyttöön otettavien tuotosten tulisi olla helposti saatavilla ja käyttöönottoa pitäisi edistää niin perusterveydenhuollon organisaation sisäisillä ja maakunnan tasolla yhtenäisillä koulutuksilla, joissa huomioitaisiin eri toimijat ja ammattiryhmät. Tämän nähtiin tukevan yhteistyötä poikkihallinnollisesti ja yli kuntarajojen. Lisäksi peräänkuulutettiin toistoa. Käyttöönoton nähtiin olevan myös arvovalinta.

5.4 Koulutus implementoinnin välineenä

Osatutkimuksessa IV tarkasteltiin sitä, olivatko sote-alan ammattilaiset omaksuneet vuorovaikutuksen täydennyskoulutuksen menetelmän.

Aineistosta tunnistettiin ammattilaisten käyttäneen asiakaslähtöisistä keinoista avoimia kysymyksiä, kannustamista, positiivisten asioiden korostamista, kuuntelemista ja tilan antamista asiakkaalle. Sote-alan ammattilaiset käyttivät vuorovaikutuksessaan eniten avoimia kysymyksiä. Avoimilla kysymyksillä ammattilaiset kartoittivat asiakkaan elintapoja sekä tiedustelivat yleistä vointia. Ammattilaiset käyttivät avoimia kysymyksiä varsinkin silloin, kun he siirtyivät keskustelemaan uudesta aiheesta.

Sote-alan ammattilaiset käyttivät usein myös kannustamista ja positiivisten asioiden korostamista. Vastaanoton alkaessa avoimella kysymyksellä sote-alan ammattilainen antoi asiakkaalle tilaa ilmaista tuntemuksiaan omaan arkeensa ja elämänsä kulkuunsa liittyvistä asioista, joista hän halusi keskustella. Usein ammattilaisella ei kuitenkaan ollut aikaa tai malttia odottaa vastausta, vaan heti perään esitettiin uusi kysymys, johon voi vastata vain kyllä tai ei.

Vastaanoitoilla, joissa ammattilainen kuunteli ja antoi asiakkaalle tilaa, ei keskustelu niinkään liittynyt elintapoihin tai diabeteksen hoitoon. Keskustelu loppui vasta asiakkaan itsensä vaihdettua puheenaihetta. Sote-alan ammattilainen oli empaattinen ja kuunteli, mutta asiakkaan ohjausta syvällisempään pohdintaan ei tapahtunut.

Itseohjautuvuus näkyi tilanteissa, joissa sote-alan ammattilainen haastoi asiakasta pohtimaan itse omaa terveydentilaansa ja hyvinvointiaan sekä omia mahdollisuuksiaan vaikuttaa niihin. Osalla asiakkaista tämä johti pohdintaan omien elintapojen merkityksestä terveyteen.

Sote-alan ammattilaisen haastava kysymys johti merkitys- ja oivalluskeskusteluun. Voitiin havaita, että merkityskeskusteluun ohjaaminen innosti asiakasta pohtimaan esimerkiksi itselleen mielekästä toimintaa. Toisessa tapauksessa havaittiin, että merkityskeskusteluun ohjaaminen auttoi asiakasta oivaltamaan liikunnan vaiku-

tuksen särkyihin ja pohtimaan erilaisia itselleen sopivia liikuntamuotoja. Ammatilainen antoi asiakkaalle tilaa. Suorien vastausten sijaan hän haastoi asiakkaan ajattelemaan itse. Näin sote-alan ammatilainen onnistui tukemaan asiakkaan omaa oivallusta.

Täysin asiakaslähtöisiä vastaanottoja oli vähän, samoin täysin ei-asiakaslähtöisiä. Yleisesti ammatilaiset käyttivät sekaisin sekä asiakaslähtöisiä että ei-asiakaslähtöisiä vuorovaikutuksen keinoja.

Tutkimukseen osallistuneet sote-alan ammatilaiset selvästi pyrkivät käyttämään asiakaslähtöisiä vuorovaikutuksen keinoja, mutta ne eivät olleet ohjausmenetelminä täysin vakiintuneet. Itseohjautuvuus näkyi tilanteissa, joissa ammatilainen lähti haastamaan asiakasta tämän esiin tuomien asioiden pohjalta. Suurin osa koulutuksen käyneistä sote-alan ammatilaisista ei ollut sisäistänyt uutta toimintatapaa osaksi omia asiakaskohtaamisen käytäntöjään.

6 Pohdinta

6.1 Päätulokset

Tässä tutkimuksessa tarkoituksena oli arvioida, miten sairaanhoitopiirin osallistuminen hallituksen kärkihankkeeseen onnistui edellä mainittuihin implementointiin viitekehyksiin (**Taulukko 1 & 2, Kuva 2**) perustuen, miten toiminta jalkautettiin kuntiin ja miten hankkeen toimenpiteet vaikuttavat alueella pidemmän ajan kuluessa.

Valtakunnallisesta kärkihankkeesta puuttui varsinaisten lopputulosmittareiden valinta, ja lopputulosmittarit olivat ympärilyöreitä. Tällöin ei onnistu intervention tulosten implementointi eikä myöskään niiden vaikutusten pidempiaikainen seuranta ja arviointi.

Sairaanhoitopiirin rooli keskittyi implementointiprosessissa toteutusvaiheeseen. Ylläpitovaiheeseen eli toiminnan juurtumiseen ja sen vaikuttamiseen systemaattisesti palvelujärjestelmätasolla ei päästy.

Systemaattisia muutoksia hoitotyön elintapaohjauksen käytäntöihin ei VESOTE-aluehankkeen seurauksena tehty, vaan muutokset olivat yksittäisiä ja riippuivat esihenkilön ja/tai ja/ tai yksittäisten työntekijöiden toimista.

Suurin osa koulutuksen käyneistä sote-alan ammattilaisista ei ollut sisäistänyt uutta toimintatapaa osaksi omia asiakaskohtaamisen käytäntöjään. He kyllä selvästi pyrkivät käyttämään asiakaslähtöisiä vuorovaikutuksen keinoja, mutta ne eivät olleet ohjausmenetelminä täysin vakiintuneet.

Tutkimuksen tavoitteena on tuoda tietoa ja muodostaa kansallisesti sopiva väestötasoinen terveyden edistämisen interventioiden toteuttamismalli, joka tukee seuraavien laajojen terveyden edistämiseen tähtäävien hankkeiden käynnistämistä ja onnistumista (**Taulukko 6**).

Jotta terveyden edistämisen ohjelma vaikuttaisi palvelujärjestelmätasolla, tulisi käyttöön saatettavien toimintamallien ja hyvien käytäntöjen pohjata tutkimusnäyttöön. Jo valtakunnallisen hankkeen aukijulistusta laatiessa tulisi tehdä tiivistä yhteistyötä päättäjien, virkamiesten, tutkijoiden ja kehittäjien kesken. Hyvä olisi myös kuulla hyvinvointialueiden edustajia jo tässä kohtaa.

Lopputulomuuttajat on nimettävä jo heti aluksi, jotta seuranta ja vaikuttavuuden arviointi onnistuisivat. Vaaditaan myös pidemmän ajan seurantaa, jota jatketaan hankkeen loputtua. Tarvitaan alkutason mittaus, jotta mahdollinen muutos tulee esiin ja tavoitteen onnistumisen mittaaminen yleensäkin mahdollistuu.

Hankeaikojen pitäisi olla yli hallituskauden, jotta implementointivaihe ehditään tehdä ja arvioinnin mahdollistavat asiat ovat toteutuneet. Osallisten tulisi olla mukana jo kartoitus- ja valmisteluvaiheessa, jotta suunnitteluun ja alueelliseen vuoropuheluun jää riittävästi aikaa.

Koordinointia pitää myös jalkauttaa niin, että aluehankkeen palkatulla koordinoijalla on tukihenkilöitä/yhteistyökumppaneita kentällä. Myös asiakasnäkökulman huomiointi on tärkeää, ja tässä voidaan hyödyntää kokemusasiantuntijoita.

Tärkeä implementointia edistävä tekijä on toiminnan muutoksen kohteena olevien organisaatioiden edustajien aktiivinen ja sitoutunut osallistuminen implementointiprosessin kaikkiin vaiheisiin. Edustajilla tulee olla myös valtuuksia viedä toiminnan muutosta eteenpäin organisaatiossaan. Implementoinnin alkuvaiheessa tärkeässä asemassa ovat luottamuksen rakentaminen, kaikkien osapuolten sitoutuminen, yhteisen kielen löytyminen ja merkitysten jakaminen. Yhteinen visio on ymmärrystä organisaation kaikilla tasoilla siitä, että menetelmä vastaa yhteisesti tunnistettuun tarpeeseen. Jatkuva viestintä ja tiedonkulku ovat tärkeä osa implementointia. Kaikilla osallisilla tulee olla tieto ja ymmärrys siitä, mihin muutoksella pyritään. Työntekijät ovat avainasemassa, mutta he eivät voi toimia muutostyössä onnistuneesti ilman johdon tukea. Keskeinen ammattiryhmä ovat asiakastyöntekijöiden lähiesihenkilöt. Ylemmän johdon on tärkeää viestiä keskijohdolle, että juurruttamisprosessi on organisaation tärkeysjärjestyksen kärjessä, ja turvata riittävät koulutus- ja henkilöstöresurssit. Tarvitaan sähköinen seurantaväline, joka mahdollistaa implementoinnin etenemisen seurannan.

6.2 Implementoinnin toteutuminen kansallisella tasolla

Hallitusohjelman tasoisissa terveystoimittisissa hankkeissa halutaan käyttää isoja käsitteitä ja vastata siihen, mitä rahoittaja toivoo. Rahoittajan toiveet voivat usein olla suhteettomia käytettävissä olevaan aikaan ja resursseihin nähden (ks. Lari-vaara, 2019). Konkreettisia tavoitteita tavoiteltaessa pitää kuitenkin olla mitattavissa oleva tulosmuuttaja. Hankehakemuksessa tulee olla selkeästi määritelty tieteellinen pohja ja sen määrittelyihin istuvat lopputulomittarit.

Tutkitun kärkehankkeen päätavoitteena oli, että kansalaiset lisäävät liikku- mista, vähentävät istumista, syövät monipuolisesti ja terveellisesti sekä nukkuvat paremmin. Näin yleisellä tasolla kuvatun tavoitteen onnistumisen mittaaminen on vaikeaa. Tarvitaan alkutason mittaus, jotta mahdollinen muutos tulee esiin.

Jotta tutkimusnäyttöön pohjautuvat hyvät käytännöt tai toimintamallit saataisiin käyttöön, käyttöönnotossa tarvitaan tiivistä yhteistyötä päättäjien, virkamies-ten, tutkijoiden ja kehittäjien kesken. Strategisen tutkimuksen rahaston avulla on yritetty tiivistää tätä yhteistyötä. (Larivaara, 2019.)

Kärkihankkeen perustana olivat hakuilmoituksessa määritellyt tavoitteet, jolloin avustuksen hakijoiden tavoitteet ja toimenpiteet oli muotoiltu suhteessa hakuilmoitukseen ja tiedossa oleviin (julkaistuihin tai muutoin tiedossa oleviin) vaikuttaviin elintapaohjauksen käytäntöihin ja toimintamalleihin. Levitettävien hyvien käytäntöjen tieteellinen näyttö oli eritasoista. UKK-instituutin hankehakemuksessa 2016 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 läpi arviointikehyksen kolme ensimmäistä vaihetta eli kehittämisen, intervention toteutettavuuden testaamisen ja arvioinnin. Toisin sanoen nämä vaiheet olisi pitänyt toteuttaa jo ennen VESOTE-kärkihankkeen käynnistämistä. Käytännössä tehtävä oli vaikea, sillä on olemassa vain vähän sellaisia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä, joissa nämä vaiheet olisi toteutettu huolellisesti ja arvioitu Suomessa. Tämä haaste todettiin myös Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvoston (PALKO) epäterveellisen ravitsemuksen ja vähäisen liikunnan aiheuttaman sairastumisriskin pienentämistä koskevan suositusluonnoksen valmistelussa (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvosto, 2020).

Suomessa on onnistuneita esimerkkejä väestötasoisten kokeiluohjelmien käytöstä ja niiden monipuolisesta implementoinnista yhteiskunnan eri sektoreille. Näistä tunnetuimpia 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 terveystieteen toteuttavia toimia (Puska, 2008).

Pohjois-Karjala-projekti käynnistyi vuonna 1972 laajana teoriapohjaisena yhteisöinterventiona (mukana mm. terveydenhuolto, työyhteisöt, koulut, media, järjestötoiminta, kyläyhteisöt ja elinkeinoelämä), jonka tavoitteena oli muuttaa pohjoiskarjalaisten elintapoja terveellisemmiksi. Samalla vahvistettiin väestön terveystietoisuutta ja kykyä elintapamuutoksiin sekä luotiin näitä muutoksia tukevia ympäristöjä. (Puska, Pietinen & Uusitalo, 2002; Puska, 2008.) Pohjois-Karjala-projekti osoitti, että elintapamuutokset ovat väestötasolla mahdollisia, mutta muutokset edellyttävät vuosia kestäväää intensiivistä ja laaja-alaista toimintaa, jossa kohteena on koko väestö elinympäristöineen, ei vain korkeassa sairastuvuusriskissä olevat. Muutosten aikaansaamiseksi tarvittiin yhteistyötä yhteiskunnan eri sektoreiden ja toimijoiden välillä sekä yhtenäistä terveystieteen viestintää. Väestön hyväksyntä terveyttä edistävälle suosituksille, rajoituksille ja lainsäädännölle auttoi

terveyttä tukevien poliittisten päätösten tekemisessä ja niiden täytäntöönpanossa kansallisella tasolla. Säännöllisillä seurantatutkimuksilla 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. (Puska, 2008.) Pohjois-Karjala-projekti osoitti, että onnistuneet väestölähtöiset elintapainterventiot voivat toimia kestäväenä kansanterveydellisenä ratkaisuna kasvavaan kroonisten sairauksien taakkaan. (Puska & Jaini, 2020).

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelmassa (DEHKO) huomattiin, että terveyden edistämiskampanjat lisäävät väestön tietoisuutta kroonisten sairauksien ehkäisemisestä ja hoidosta, mikä tukee elintapamuutosten tekemistä (Wikström, Lindström & Tuomilehto, 2015).

Hallituskauteen sidotussa väestötasoisessa interventiossa ei kuitenkaan ole mahdollista päästä samanlaiseen pitkäjänteisyyteen ja systemaattisuuteen kuin Pohjois-Karjala-projektissa ja DEHKOssa, jotka olivat pidempikestoisia. Muutosten aikaansaamiseksi hyödynnettiin yhteistyötä yhteiskunnan eri sektoreiden ja toimijoiden välillä sekä toteutettiin yhtenäistä terveystietoa. Tavoitteet oli rajattu tarkasti, ja yhteisöt saatiin laajasti mukaan. Samaan aikaan rakennettava terveyskeskusjärjestelmä saattoi tukea muutosta.

Käytännössä tyyppin 2 diabeetikoiden hoitotasapainon hallinta oli useamman VESOTEn aluehankkeen 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 vähentävän tyyppin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta alle puoleen henkilöillä, joilla oli heikentynyt glukoosinsieto (Tuomilehto, Lindström & Eriksson, 2001; Lindström, Louheranta & Manninen, 2003). Kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu samanlaisia tuloksia. (Pan, Li & Hu, 1997; Knowler ym., 2002; Penn ym., 2009). Elämäntapamuutosten vaikutus myös säilyi aktiivisen interventiojakson loputtua toteutetulla seuranta-ajalla (Lindström ym., 2006; Lindström, Peltonen & Eriksson, 2013; Diabetes Prevention Program Research Group, 2015; Gilis-Januszewska, Lindström & Tuomilehto, 2017; Uusitupa ym., 2019).

DPS-interventiotutkimusten tulosten ja kasvavan diabetesongelman myötä Suomessa kehitettiin ja toteutettiin vuosina 2000–2010 kansallinen diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (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. (Peltonen, 2008.) DEHKOn 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. Hankkeen vaikutusten arvioinnin päätavoitteet määritettiin vastaamaan varsinaisia tavoitteita. Korkean riskin strategian mukaisten perus- ja työterveydenhuollossa toteutettujen interventioiden vaikuttavuuden arvioinnin päämittarina käytettiin tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta korkean riskin henkilöillä seurannan aikana. Samoin näiden henkilöiden tärkeimpien riskitekijöiden, kuten painon, vyötärönympäryksen ja elintapojen, muutoksia seurattiin interventioiden vaikuttavuuden arvioimiseksi. (Peltonen, 2008.)

D2D oli ensimmäinen kansallinen hanke, joka pyrki ehkäisemään diabetesta perusterveydenhuollossa. Korkean riskin koehenkilöiden rekrytointimenetelmät olivat yksinkertaisia ja helppokäyttöisiä. Kohtalainen painonpudotus tässä erittäin riskialttiissa ryhmässä osoittautui erityisen tehokkaaksi vähentämään diabeteksen riskiä ohjelmaan osallistuneiden keskuudessa. (Saaristo ym., 2010.)

Suhteessa nyt tutkittuun VESOTE-hankkeeseen, DEHKO:ssa käytettiin laajaa prosessiarviointia, jossa seurattiin muun muassa, miten hankealueilla tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn suuntautuvat toimenpiteet toteutuvat eri toimipaikoissa, ja selvitettiin hankkeen aiheuttamat mahdolliset muutokset toimipaikkojen organisoinnissa ja resurssien jaossa. Kustannusvaikuttavuusanalyysillä haluttiin selvittää hankkeessa toteutettujen interventioiden kustannukset suhteessa mahdollisesti saavutettuihin interventioiden vaikutuksiin ilmaantuvuus- ja elämänlaatukriteereillä mitattuna. Yhtenä tavoitteena oli seurata interventioihin osallistuneiden henkilöiden tulevaa terveystalouden käyttöä ja näihin liittyviä kustannuksia pitkällä aikavälillä kansallisia rekistereitä hyödyntäen. (Peltonen, 2008.) VESOTE-kärkihankkeessa olisi mahdollisesti voitu hyödyntää osaa DEHKO:ssa käytössä olleista mittareista ja muuta laaja-alaista toimintaa.

Kärkihankkeen kanssa osin samaan aikaan eli vuosina 2016–2020 toteutetun StopDia-interventiotutkimushankkeen tarkoituksena oli kehittää yksilö- ja ympäristötason toimintamalli terveyttä edistävien elintapojen tukemiseksi ja testata sitä tutkimusasetelmassa (StopDia). 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.

Onnistuneeseen väestötason terveyden edistämisen interventioon tarvitaan tuksi laajoja paikallisia, kansallisia ja poikkialueellisia 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 tarvitaan myös johtopäätösten tekoa kansallisella tasolla (Dongbo ym., 2004).

VESOTE-kärkihankkeessa ei keskitytty hyvinvointia edistäviin elinympäristöihin tai yhteisöjen vahvistamiseen ja voimauttamiseen, jotka on Ottawa julistuksessa nostettu ylätason terveyden edistämisen välineiksi (WHO, 1986) ja huomioitu edellä kuvatuissa ohjelmissa. VESOTEssa tämä olisi voinut olla tarkoituksenmukaista, kun tavoitteena oli vaikuttava elintapaohjaus. Hankearvioinneissa harvemmin vaaditaan tai tavoitellaan vaikuttavuuden tai implementoinnin onnistumisen mittaamista tutkimuksellisilla menetelmillä. VESOTE-kärkihankkeeseen ei ollut tutkimushanke, eikä siitä ollut tarkoitus julkaista tieteellisiä tutkimusraportteja. Rahoittava viranomainen on nähnyt kehittämishankkeille riittäväksi kevyemmän hankearvioinnin, eikä valtionavustusta ole ollut mahdollista käyttää vaikuttavuustutkimukseen. Tämä on nähdäkseni selkeä ongelma ja ristiriidassa näyttöön perustuvan kehittämistyön kanssa. Otsokoon ja selkeästi määriteltyjen lopputulosmittareiden päättäminen olisi kuitenkin tärkeää, koska silloin pystyttäisiin keräämään aineistoa, jonka avulla pystytään tutkimaan intervention vaikuttavuutta (Tuomi & Sarajärvi, 2018). VESOTE-hankkeelta ei edellytetty vaikuttavuuden osoittamista, eikä otsokokovaatimusta esitetty dokumenteissa. Laajaan politiikkatason hankkeeseen sitä ei välttämättä ole edes mahdollista laskea, mutta yhteiseen päämäärään pyrkivien aluehankkeiden kohdalla kyllä. VESOTE-kärkihankkeen vaikuttavuus palvelujärjestelmätasolla jäi nyt epäselväksi.

Iso-Kuortti (2023) tutki väitöskirjassaan systeemisen lastensuojelun toimintamallin prosessiarviointia Suomessa. Malli on sovellus englantilaisesta Reclaiming Social Work (RSW) -mallista, eli systeemisestä mallista, jota pilotoitiin ympäri Suomea osana lasten ja perhepalvelujen muutosohjelmaa (LAPE) vuosina 2016–2018. Iso-Kuortti sai tulokseksi, että yleisesti kuvattu ja vapaasti sovellettava toimintamalli ilman tarkasti määriteltyä ja testattua kouluttajakoulutusta johti vaihtelevaan paikalliseen koulutukseen ja merkittäviin eroihin mallin käytännön toteutuksessa eri puolilla maata. (Iso-Kuortti 2023.)

VESOTE-kärkihankkeen voidaan todeta saavuttaneen toiminnalliset tavoitteensa, mutta tietopohja elintapaohjauksen vaikuttavuudesta ei vahvistunut. Hankkeen lopputulosmuuttujia ei ollut määritelty. Esimerkiksi liikuntainterventioissa määrällisinä mittareina ovat toimineet mm. paino, vyötärön ympärys, paastoverensokeri ja verenpaine. Kärkihankkeessa rahoittaja ei ohjannut hankkeen arviointia sellaiseen suuntaan, joka olisi tuottanut tieteellistä pohjaa elintapainterventioiden toteuttamiselle jatkossa. Kokeiluohjelmien vaikuttavuuden ja toteutettavuuden arviointi olisi kuitenkin erittäin tärkeää, jotta toimivimmat mallit tunnustetaan ja voidaan ottaa laajempaan käyttöön (Laatikainen, Peltonen & Puska, 2013).

Terveyden edistämisen interventioiden vaikutukset terveydentilaan voivat näkyä pitkän ajan kuluttua, vaikka esimerkiksi elintavoissa on mahdollista havaita nopeitakin muutoksia. Tästä syystä pitäisi arjessa tapahtuvalle 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 terveystietäytymiseen ei voida mitata. Toimenpide voi kuitenkin olla vaikuttava. Liikuntaneuvonnan tavoitteena on esimerkiksi lisätä tietoa liikunnan terveystyöväydyistä ja paikallisista liikuntamahdollisuuksista sekä motivoida liikunnalliseen elämäntapaan. Tällöin vaikutuksia arvioidaan liikuntamotivaation ja terveystietämyksen lisääntymisen perusteella. Havaittavien muutosten voidaan arvioida johtuneen liikuntaneuvonnasta, vaikka kaikkia liikunta-aktiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä ei ole voitu kontrolloida. (Ståhl, 2017.)

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. (Larivaara, 2019.)

Pitkäaikaissairauksien, kuten tyypin 2 diabeteksen ja muiden valtimosairauksien, ehkäisyyn ja hoitoon on olemassa näyttöön perustuvia ja kustannustehokkaita interventioita, joilla voidaan tukea riskiryhmien elintapamuutoksia sekä jo sairastuneiden omahoitoa paljon tehokkaammin. Interventioiden toteutus kuitenkin ontuu, jolloin menetetään miljoonien eurojen säästömahdollisuudet, koska tehokkaiksi todettuja ohjelmia ei ole otettu laajamittaiseen käyttöön tai ne on lakautettu kokonaan. (Absetz, 2025.)

6.3 Implementoinnin toteutuminen alueellisella tasolla

Tärkeä implementointia edistävä tekijä on toiminnan muutoksen kohteena olevien organisaatioiden edustajien aktiivinen ja sitoutunut osallistuminen implementointiprosessin kaikkiin vaiheisiin. Edustajilla tulee olla myös valtuuksia viedä toiminnan muutosta eteenpäin organisaatiossaan. Sairaanhoidopiiri voi koordinoida terveyden edistämisen ohjelmaa maakunnan tasolla, mutta itse muutostyö pitäisi tehdä jokaisessa organisaatiossa erikseen aina potilaskohtaamiseen asti.

Viestintä on osa koko implementointiprosessia. Se on keino, jolla tuetaan toimintatapojen muutosta ja vastataan muutosvastarintaan. Viestintä ja tiedonkulku on tunnistettu tärkeäksi osaksi implementointia. (Diedrick, Schaffer & Sandau,

2011; Kania & Kramer, 2011.) Viestinnän tulee olla jatkuvaa, johdonmukaista ja avointa, jolloin se auttaa rakentamaan luottamusta monien toimijoiden kesken sekä varmistaa, että tavoitteet on tunnistettu yhteisiksi ja niitä arvostetaan (Turner ym., 2012). Viestinnän määrä, säännöllisyys, viestintätapa ja tiedon löytämisen helppous on todettu keskeisiksi tekijöiksi käytäntöjen muuttamisessa (Diedrick, Schaffer & Sandau, 2011; Kania & Kramer, 2011). Viestintä tunnistettiin hankkeessa tärkeäksi, mutta käytettävissä ei ole tietoa siitä, kuinka hyvin sillä tavoitettiin eri toimijoita. Haasteena oli myös ministeriön vähäinen tiedottaminen kärkihankkeesta. Hankehallinnoija tuki aluehankkeita panostamalla tarjotun koulutuksen lisäksi viestintään. Aluehankkeen toteuttajat olisivat tarvinneet viestintäapua voidakseen vedota päätöksentekijöihin, ja tässä ministeriön tuki olisi ollut tärkeää.

Implementoinnin alkuvaiheessa tärkeässä asemassa ovat luottamuksen rakentaminen, kaikkien osapuolten sitoutuminen, yhteisen kielen löytyminen ja merkitysten jakaminen. Käytössä olevan terminologian ja määritelmien pitää olla yhteisesti hyväksytyjä. Näin ei aina ole tai hyväksyntä voi olla vain osittaista. (Delisle & Olson, 2004.) Käsitteiden ja perusteiden avaamiseen ja selkeyteen kannattaa käyttää riittävästi aikaa, jotta kieli- ja kommunikaatio-ongelmat eivät muodostu implementoinnin esteiksi (Kouvonen & Laajasalo, 2019; Kouvonen ym. 2023).

Yhteinen visio on ymmärrystä organisaation kaikilla tasoilla siitä, että menetelmä vastaa yhteisesti tunnistettuun tarpeeseen. Kaikkien organisaatioon kuuluvien osallisuus ja osallistuminen päätöksentekoon kaikissa implementoinnin vaiheissa on tärkeää. (Durlak & DuPre, 2008; Aarons ym., 2014; Hickey ym., 2018.) Hankkeissa vision rakentaminen lähtee liikkeelle alhaalta ylös –asetelmasta, mutta ylhäältä alas -asetelmalla taas koordinoidaan kentän toimintaa kohti yhteistä päämäärää. Keinoina voivat olla menetelmäosaajien ja esihenkilöiden kouluttaminen sekä tuen tarjoaminen toiminnan tueksi. Työntekijät toimivat tärkeinä tiedonantajina muutosalueen aihepiiristä. Raportit, kyselyt tai haastattelut käytännön työtä tekevien kanssa on koettu tässä arvokkaina (Kouvonen & Laajasalo, 2019; Kouvonen ym. 2023). Hankkeen sisällön voidaan tulkita vastanneen alueellista tarvetta, koska kaikista kunnista osoitettiin yhdyshenkilö, lähetettiin koulutuksiin osallistujia ja otettiin osaa kirjaamisen yhtenäistämistyöhön.

Tutkimuksen mukaan sairaanhoitopiirin toteuttamassa aluehankkeessa ei ollut lyhyen hankeajan takia mahdollista käyttää riittävästi aikaa suunnitteluun ja vuoropuheluun alueeseen kuuluvien kuntien edustajien kanssa. Sairanhoitopiirin rooli myös korostui implementointiprosessin käyttöönottovaiheessa, koska kartoitustuvaiheesta vastasi ministeriö ja valmisteluvaiheesta hankehallinnoija. Merkillepantavaa on myös, että rahoitus kärkihankkeelle oli haettava keskellä kesän lomakautta, mikä vähensi mahdollisuutta saada valmisteluun mukaan moniammatillinen ja myös tulevia toteuttajia sisältävä ryhmä. Implementoitavat hyvät käytänteet oli listattu jo valtakunnallisen hankehakemuksen aikana, joten niiden luotettavuuden arviointi oli tapahtunut ennen aluehankkeelle jäävää työtä. Aluehankkeelle jäi

tehtäväksi valita listasta omalle alueelleen parhaiten tarvetta vastaava implementoitava toiminta. Vain osa hankealueista oli mukana jo suunnitteluvaiheessa valitsemassa implementoitavia käytäntöjä alueelleen.

Implementointiprosessin kannalta hyvin keskeinen ammattiryhmä ovat asiakastyöntekijöiden lähiesihenkilöt. He taas tarvitsevat ylemmältä johdolta tukea, kannustusta ja riittävät koulutus- ja henkilöstöresurssit. (Birken ym., 2015.)

Implementoinnin johtamista voi vaikeuttaa se, etteivät johtajat koe saaneensa riittävästi tietoa mallista tai tukea implementoinnin valmisteluun ajoissa. (Iso-Kuortti, 2023). Ylemmälle johdolle ja lähiesihenkilöille järjestettiin tilaisuuksia, joihin osallistuminen oli vähäistä. Toisaalta johto mahdollisti hyvin asiakastyötä tekevien koulutukseen osallistumisen jokaisesta kunnasta.

Poliittiset päätöksentekijät, virkamiehet ja ylin johto ovat taas merkittävässä asemassa siinä, että muutostyön mahdollistavat päätökset saadaan tehtyä ja että kansallisen ja toteuttavan tason muutostyöt kohtaavat organisaation strategiassa (Kouvonen & Laajasalo, 2019; Kouvonen ym. 2023).

Tuen antaminen kunnan sisäiseen työhön jäi ohueksi ja kunnat jäivät toteuttamaan hankkeen toimenpiteitä itsenäisesti. Tällöin muutokset jäivät muutamien motivoituneiden ja laaja-alaisesti ajattelevien toteuttajien varaan yksittäisellä organisaatiotasolla.

Muutosvalmius kuvaa organisaation valmiustilaa muutoksen toteuttamiseen. Uuden toimintatavan integroiminen osaksi omia käytäntöjä edellyttää henkilöstön riittävää tietoisuutta siitä, mihin muutoksella pyritään. Avainasemassa on työntekijöiden kokemus siitä, että toteutettava muutos vastaa organisaation, ja asiakkaiden tarpeisiin sekä tukee omaa työtä ja arvoja. (Paton & McCalman, 2008; Aarons ym., 2014; Hickey ym., 2018.) Uusi toimintatapa liikunnan palveluketjussa aloitettiin hankeaikana viidessä kunnassa perusterveydenhuollon ja liikuntatoimen yhteistyönä.

Johtamistavoista transformationaalisella johtamisella on nähty etuja toimintatapojen implementoinnin edistämiseksi. Johtamistavassa korostuu innostava, älyllisesti stimuloiva, motivoiva ja ihmiskeskeinen, omaa esimerkkiä näyttävä johtajuus. (Aarons, 2006; Aarons & Sommerfeld, 2012; Green ym., 2014.) Johtajalta vaaditaan tässä riittävää ymmärrystä käyttöön otetusta menetelmästä, sen teoriataustasta ja käytänteistä. Esihenkilöiden pitää pystyä tekemään ja tukemaan työaika-, työtehtävä- ja koulutusjärjestelyjä, joita toimintatavan juurruttaminen aina aiheuttaa. Työmenetelmän vaikutukset taas syntyvät asiakastyötä tekevän työntekijän ja asiakkaan yhteistoiminnasta, eivät käytössä olevasta työmenetelmästä itsessään. (Ehrling, 2014.)

Työntekijöiden rekrytoinneilla on suuri merkitys jokaisessa implementointiprosessin vaiheessa, mutta kaikkein kriittisemmäksi on todettu menetelmien ylläpitovaihe (Aarons ym., 2014). Rekrytoitaessa ammattilaisia ja valittaessa asiakastyöntekijöitä koulutuksiin, tulisi kartoittaa se, millaiset valmiudet ja motivaatio

työnhakijalla/-tekijällä on kehittää työtä näyttöön pohjautuvaan suuntaan. Tähän vaikuttavia tekijöitä ovat aikaisempi työkokemus sekä työntekijän teoreettinen suuntautuneisuus. (Kouvonen & Laajasalo, 2019; Kouvonen ym. 2023.) Edellä kuvattuihin implementoinnin onnistumista tukeviin muutosvalmiuteen, johtamiseen ja rekrytointiin liittyviin tekijöihin ei sairaanhoitopiiri voinut vaikuttaa.

Implementoinnin laadulla on tapana heikentyä ajan myötä. (Fixsen, 2005; Durlak & DuPre, 2008.) Merkkejä implementoinnin epäonnistumisen mahdollisuudesta ovat resurssien puute, organisaation ulkoisten yhteistyötahojen tuen puute, vaikeudet rekrytoida ja pitää pysyvissä työsuhteissa osaavaa henkilöstöä, hankalaksi mielletty työtapa, jota ei nähdä pysyvänä osana organisaation työskentelyä, organisaation heikko usko omiin mahdollisuuksiinsa onnistua sekä huono yhteensopivuus työtavan tai työmenetelmän ja henkilöstön osaamisen tai organisaation vision ja toimintatavan kanssa. (Massatti, 2008.)

Tulosten valossa on epäselvää, miten aluehankkeen tuotokset ovat jalkautuneet osaksi perusterveydenhuollon organisaatioiden käytäntöjä. Hankkeen kautta syntyneitä tuotoksia olivat elintapaohjauksen kirjaamista yhtenäistävä opas, tasalaatuista ravitsemusohjausta tukemaan työstetyt sisällöt ja vaikuttavan potilasvuorovaikutuksen menetelmä sekä terveydenhuoltojohtaisen poikkihallinnollisen liikunnan palveluketjun käyttöönotto osana elintapaohjausta.

VESOTE-hankeessa keskityttiin kehittämishankkeille tyypillisesti hankeaikaisiin tuloksiin eikä palvelujärjestelmän pysyviin muutoksiin. Tällöin toimenpiteet elävät hankkeen ajan, mutta eivät juurru käytäntöön eikä muutoksia oteta systemaattisesti osaksi normaalia työtä. Sen sijaan palataan helposti entiseen toimintatapaan.

Ulkopuolisen tahon on vaikea vaikuttaa EPIS-kehiksen (**Kuva 2**) avainkomponentteihin 2–4. Usein kuitenkin hankkeisiin nimenomaan palkataan ulkopuolista resurssia hankeajaksi, jolloin toimintaa on hankkeen keston ajan. Tavoitteena on vastata hankkeen tavoitteisiin, kuten tässäkin tapauksessa.

Hankeaikana hallinnoija seurasi systemaattisesti tavoitteiden toteutumista, mutta seuranta ei enää suoritettu hankkeen loputtua. Tätä ei myöskään rahoittaja ministeriöstä edellyttänyt. Sairaanhoitopiirissä voidaan arvioida implementoinnin onnistumista.

6.4 Muutokset organisaatitasolla

Osatutkimuksissa III ja IV selvitettiin, millainen yhteys sairaanhoitopiiriin toteuttamalla VESOTE-aluehankkeella oli perusterveydenhuollon organisaatioiden hoitotyön käytäntöjen muutoksen onnistumiseen elintapaohjauksessa. Tutkimuksessa tunnistettiin aluehankkeessa saavutettujen tuotosten implementointia tukeviksi tekijöiksi hankkeen tavoitteisiin sitoutuminen ja hankkeen sisältöjen sopiminen organisaation omiin tarpeisiin.

Esihenkilöt kokivat mahdollisuutensa vaikuttaa aluehankkeen sisältöihin paremmiksi kuin sote-alan ammattilaiset. Joka kolmas esihenkilö oli sitä mieltä, että oli voinut vaikuttaa sisältöihin. Sote-alan ammattilaisista vain yksi viidestä koki voineensa vaikuttaa sisältöihin edes jonkin verran. Näin ollen voidaan päätellä, että sitoutumisesta huolimatta osallistuminen jäi vähäisemmäksi ja esihenkilöt kokivat työntekijöitä vahvemmin mahdollisuuden vaikuttaa sisältöihin. Tämä on todennäköisesti yksi syy siihen, ettei hankkeessa kehitetty toiminta implementoitu-
nut käytäntöön, koska työntekijät eivät kokeneet sitä omakseen. Implementointiin liittyvissä tutkimuksissa on saatu vastaavia tuloksia siitä, että toimintamalli implementoituu käytäntöön, kun se koetaan tarpeelliseksi ja sen käyttöönotossa on saatu olla mukana. Pittet ym., (2000) tutkimuksessa todettiin, että sairaalan henkilökunnan käsihygienian parantaminen, kun henkilökunta koki kampanjan tulevan tarpeeseen ja välineet olivat helposti saatavilla, kuten käsidesipullo sairaalasängyn vieressä (Pittet ym., 2000).

De Laat ym. (2006) tutkimuksessa painehaavoja voitiin vähentää hankkimalla siihen tarkoitettuja patjoja ja ohjeistamalla henkilökuntaa niiden käytössä, mutta riittävä hoito painehaavojen ehkäisemiseksi ei lisääntynyt. (De Laat ym., 2006).

Segaar ym. (2007) tutkimuksessa arvioitiin sairaanhoitajien tupakoinnin lopettamiseen tähtäävän intervention käyttöä potilastyössä hollantilaisilla sydänosastoilla ja intervention käytön sitoutumiseen liittyviä tekijöitä. Sitoutuminen intervention käyttöön oli todennäköisintä tilanteissa, joissa sairaanhoitajat käyttivät johdonmukaisesti siihen tarkoitettua välinettä eli interventiokorttia. He myös kokivat intervention käytön edut ja heillä oli ympärillään muita sairaanhoitajia, jotka käyttivät interventiota. Sitoutumista intervention käyttöön lisäsi myös mukanaolo päätöksenteossa, jossa interventio oli päätetty ottaa osaston toimintamalliksi. (Segaar ym., 2007.)

Vaikka enemmistö esihenkilöistä ja sote-alan ammattilaisista koki aluehankkeen sisältöjen vastaavan organisaation tarpeisiin, vaihteli aluehankkeen tuotosten koettu vastaavuus organisaation tarpeisiin nähden. Esihenkilöistä alle puolet vastasi aluehankkeen tuotosten vastaavan organisaation tarpeita, kun taas sote-alan ammattilaisista enemmistö koki, etteivät tuotokset vastanneet tarpeita tai he eivät osanneet ottaa kantaa asiaan. Esihenkilöistä noin puolet koki, että tuotokset otettiin käyttöön, mutta miltei kaikki sote-alan ammattilaiset vastasivat, ettei otettu. Käyttöönotto jäi siis hyvin vähäiseksi muutaman perusterveydenhuollon organisaation sisällä, eikä toteutunut systemaattisesti maakunnan tasolla.

Yhteinen visio on ymmärrystä organisaation kaikilla tasoilla siitä, että menetelmä vastaa yhteisesti tunnistettuun tarpeeseen. Kaikkien organisaatioon kuuluvien osallisuus ja osallistuminen päätöksentekoon kaikissa implementoinnin vaiheissa on tärkeää. (Weiss, 1995; Grol, 2007, Seppänen-Järvelä, 2017.) Tässä tutkimuksessa havaittiin, että enemmistö sote-alan ammattilaisista koki, etteivät he

voineet vaikuttaa aluehankkeen sisältöihin. Näin ollen voidaan päätellä, ettei yhteistä visiota hankeaikana saavutettu kaikilla organisaation tasoilla. Tärkeä implementointia edistävä tekijä on toiminnan muutoksen kohteena olevien organisaatioiden edustajien aktiivinen ja sitoutunut osallistuminen implementointiprosessin kaikkiin vaiheisiin. Edustajilla tulee olla myös valtuuksia viedä toiminnan muutosta eteenpäin organisaatiossaan. (Aarons ym., 2011; Hickey, 2018.) Esimerkiksi Bahtsevani ym. osoittivat vuoden 2010 tutkimuksessaan uuden käytännön implementoinnin onnistumiseksi tärkeäksi tekijäksi työntekijöiden mukanaolo implementointiprosessin kaikissa vaiheissa. Tässä tutkimuksessa esihenkilöistä ja sote-alan ammattilaisista puolet oli samaa mieltä siitä, että he veivät toiminnan muutosta eteenpäin organisaatiossaan elintapaohjauksen osalta.

Viestintä on tärkeä keino, jolla tuetaan toimintatapojen muutosta ja vastataan muutosvastarintaan. Säännöllinen viestintä ja tiedonkulku on tunnustettu tärkeäksi osaksi implementointia. (Fixsen ym., 2009, Moullin ym., 2019.) Tässä tutkimuksessa esihenkilöt ja sote-alan ammattilaiset kokivat suurimmaksi osaksi saaneensa tarpeeksi tietoa aluehankkeesta ja sen tavoitteista. Sote-alan ammattilaiset kokivat viestinnän olleen säännöllistä esihenkilöitä useammin. Näin ollen ei pidä luottaa siihen, että viesti menee perille lyhyessä hankeajassa normaalia polkua pitkin eli esihenkilöiltä työntekijöille, vaan sitä on hyvä kohdentaa suoraan organisaation eri tasoille.

Muutosvalmius kuvaa organisaation valmiutta ottaa muutos vastaan. Uuden toimintatavan sisällyttäminen osaksi omia käytäntöjä vaatii työntekijöiltä tietoisuutta siitä, mihin muutoksella pyritään. Tärkeää on työntekijöiden kokemus siitä, että toteutettava muutos vastaa organisaation ja asiakkaiden tarpeisiin ja tukee omaa työtä ja arvoja. (Weiss ym., 1995; Aarons ym., 2011; Seppänen-Järvelä, 2017.) Tuotoksista Elintapaohjauksen palvelutarjottimen koettiin vastanneen parhaiten perusterveydenhuollon organisaatioiden tarpeita niin esihenkilöiden kuin sote-alan ammattilaisten mielestä. Esihenkilöistä seitsemän kymmenestä vastasi, että palvelutarjotin otettiin käyttöön. Sote-alan ammattilaisista kuitenkin yhdeksän kymmenestä vastasi, ettei otettu.

Työntekijöiden rekrytoinneilla on suuri merkitys jokaisessa implementointiprosessin vaiheessa, mutta ratkaisevinta se on menetelmien ylläpitovaiheen onnistumisessa (Aarons ym., 2014). VESOTE-kärkihankkeessa käytettiin yhtenä implementointimenetelmänä koulutusta. Tutkimusten perusteella sen vaikuttavuus implementoinnin onnistumiseen on kuitenkin heikko tai kohtalainen (Grimshaw ym., 2012).

Rekrytoitaessa ammattilaisia ja valittaessa asiakastyöntekijöitä koulutuksiin, tulisi kartoittaa valmiudet ja motivaatio kehittää työtä näyttöön perustuvaan suuntaan (Nilsen, 2015). Elintapaohjauksen ammattilaiseksi -koulutukseen oli pyytänyt itse päästä 76 % sote-alan ammattilaisista. Mahdollisuuden hyödyntää koulutuksen antia asiakastyössä näki 96 %. Koulutuksesta saatua tietoa oli pyrkinyt

viestimään organisaation sisällä 75 % vastaajista. Työntekijöiden koulutukseen valikoitumiseen esihenkilöiden näkökulmasta vaikutti eniten työntekijän motivaatio, toiseksi valmiudet hyödyntää koulutuksen antia asiakastyössä. Kolmanneksi vaikutti soveltuvuus kehittää elintapaohjausta organisaatiossa, neljänneksi kyky viestittää eteenpäin koulutuksesta saatua tietoa organisaation sisällä. Vähiten valikoitumiseen vaikutti aiempi työkokemus. Tulosten mukaan koulutukseen oli valikoitunut elintapaohjauksen kehittämiseen ja toimintamallien käyttöönottoon motivoituneita sote-alan ammattilaisia, joista suurin osa koki voineensa ainakin yksilötasolla hyödyntää koulutuksen antia. Grimshaw'n ym. (2012) tutkimuksessa todetaan uuden toimintamallin käyttöönoton koulutuksen keinoin onnistuvan usein heikosti tai korkeintaan kohtalaisesti. Koulutuksen lisäksi tarvitaan aktiivista ja määrätietoista johdon tukea muutokselle. Uuden toimintatavan vakiinnuttaminen osaksi terveydenhuollon ammattilaisten työskentelyä on monivaiheinen, aikaa vievä prosessi, jossa pelkän tiedon antaminen ei riitä (Wiik, 2016). Onnistuneeseen johtamisviestintään tarvitaan runsaasti yhteisöllistä vuorovaikutusta ja osallistamista (Åberg, 2006).

Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset siinä, ettei pelkällä täydennuskoulutuksella saada uutta menetelmää osaksi arjen toimintaa.

Keinoja uuden toimintamallin käyttöönoton seurantaan varten kaipasivat niin esihenkilöt kuin sote-alan ammattilaiset. Terveydenhuollon johtamiseen kohdistuu vaatimuksia kustannustehokkaan ja laadukkaan hoidon varmistamiseksi (Daly ym., 2014; Figueroa, 2019), mutta vaatimukseen vastaamisessa tarvitaan viitekehäksi, joiden avulla eri tasoilta saatavaa tietoa voidaan sujuvasti hyödyntää (Malmivaara, 2012). Lisäksi vastauksissa korostettiin lähiesihenkilön ja ylemmän johdon tuen välttämättömyyttä. Tämä onkin asia, joka on useissa tutkimuksissa osoitettu tärkeäksi tekijäksi implementoinnin onnistumisen kannalta. (Damschroder ym., 2009; Birken ym., 2015; Nilsen & Bernhardsson, 2019; Kouvonen & Laajasalo, 2019; Cowie ym., 2020; Kouvonen ym. 2023). Ilman riittävää implementointitukea interventiot eivät saavuta odotettuja tuloksia tai onnistuvat vain rajoitetusti (Iso-Kuortti, 2023).

6.5 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tutkimus koski vain yhtä aluetta valtakunnallisen VESOTE-kärkihankkeen 11 alueesta. Tutkimuksen tulosten perustuminen ainoastaan yhden alueen aineistoon voi heikentää niiden sovellettavuutta muihin samankaltaisiin yhteyksiin (Voutilainen ym., 2018). Tutkimuksen heikkoutena on melko pieni aineisto, ja tältäkin osin tulokset ovat vain suuntaa antavia. Toisaalta ne kattavat yhden sairaanhoitopiirin (nykyisen hyvinvointialueen) perusterveydenhuollon organisaatiot (15 terveyskeskusta), joiden alueella asuu noin 500 000 asukasta.

Tutkimus osajulkaisuineen oli pääosin kvalitatiivinen. Sitä kuitenkin täydennettiin kvantitatiivisella tarkastelulla. Vaikuttavuuden mittaamisessa luotettavimpina pidetään satunnaistettuja, kontrolloituja kokeita (RCT), mutta kaikissa tutkimusasetelmissä tämä ei ole mahdollista, kuten monimuotoisissa ja laajoissa palvelujärjestelmätutkimuksissa (Craig ym., 2008). Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereiden avulla (Kylmä ym., 2003).

Uskottavuutta lisää, että tutkija viettää riittävän pitkän ajan tutkittavan ilmiön parissa (Kylmä & Juvakka, 2007). Tutkija on itse ollut projektipäällikkönä aluehankkeessa ja viettänyt runsaasti aikaa asian parissa. Tekstit on luettu kahteen kertaan. Vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että se voidaan toistaa tarvittaessa. Refleksiivisyys edellyttää tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkijana. Tutkijan on osattava itse arvioida, kuinka hän vaikuttaa omaan aineistoonsa ja tutkimuksen prosessiin. (Yardley, 2000.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija on aina jollakin tasolla puolueellinen, koska hän on sekä luonut tutkimusasetelman, että toimii tulkitsijana (Tuominen & Korhonen, 2006). Tässä väitöskirjassa tutkijan voidaan nähdä olleen puolueellinen, koska hän on ollut alusta asti mukana hankkeessa. Toisaalta vahvuutena voidaan pitää, että tutkimuksen tekijä on toiminut aluehankkeen projektipäällikkönä ja osallistunut alueellisen hankesuunnitelman kirjoittamiseen. Näin ollen tutkijalla on omakohtainen kokemus kaikista aluehankkeen käännteistä, mikä varmistaa sen, että hankkeen kulkua on käsitelty monipuolisesti ja tutkittavan ilmiön parissa on vietetty runsaasti aikaa. Toisaalta tämä voi taas lisätä subjektiivisuutta kuvaukseen ja analyysiin, ja siitä muodostuu haitta, jos tutkija ei pysty olemaan objektiivinen arvioissaan. Tämän tutkimuksen tulokset siitä, ettei aluehanke saanut kuin yksittäisiä muutoksia aikaan, vahvistaa sitä, että tutkija on kyennyt riittävään objektiivisuuteen.

Erilaiset tulkinnat eivät välttämättä vähennä tutkimuksen luotettavuutta, koska ne lisäävät ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä (Malterud, 2001). Tutkija kuitenkin pystyy analyysin avulla nostamaan esiin aiheita, jotka ovat merkityksellisiä ilmiölle (Bowen, 2009). Sisällönanalyysin yhteydessä huomioitavaa on semanttinen validiteetti eli se, miten hyvin analyysissa kyetään tulkitsemaan tekstien merkityksiä (Krippendorff, 2004). Luotettavuuteen voi vaikuttaa se, että tutkimuksen aineistoina toimivat dokumentit, joita ei ole ensisijaisesti laadittu tutkimuskäyttöön. Tällaiset dokumentit tarjoavat kuitenkin arvokasta tietoa, sillä ne keskittyvät useisiin näkökulmiin, ja tämä voi entisestään syventää ymmärrystä ilmiöstä (Cleland, 2023).

Osatutkimuksessa I kutsuttiin hankesuunnitelmien laatijoiden edustajat artikkelin kirjoittajiksi. Sillä varmistettiin, että hankkeen etenemisen kuvaus ja kaikki siihen vaikuttavat tekijät on varmasti analysoitu ja ilmiötä on tarkasteltu jokaisen

toteuttajan näkökulmasta, mutta se voi osaltaan heikentää luotettavuutta kirjoittajien ollessa tiedonantajia.

Tutkimuksen tekijä on tehnyt aineistojen analysoinnit itsenäisesti. Luokittelemisessa 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 sisällönanalyysin luotettavuuden kannalta tärkeitä ominaisuuksia. (Elo & Kyngäs, 2008; Bowen, 2009.) Luotettavuuden lisäämiseksi dokumenttianalyysit luokitteluineen on lopuksi käyty läpi tutkimusryhmän johtajan kanssa, ja dokumenttianalyysin luokittelut ovat olleet muiden kirjoittajien nähtävillä ja kommentoitavina. Tutkimuksessa kaikki epäselvät luokittelut käytiin läpi tutkimusryhmän yhteisessä kokouksessa.

Osatutkimuksen III kyselylomakkeita esiteltiin kolme esihenkilöä ja kolme sote-alan ammattilaista. Kyselystä lähetettiin uusintakysely kaikkiaan kahdeksan kertaa, mikä on enemmän kuin tavallisesti. Tällä haluttiin antaa vastaajille mahdollisuuksia vastaamiseen alueen hankalasta koronatilanteesta huolimatta. Vastausprosentti (48 %) jäi silti odotettua pienemmäksi, jolloin syntyy valikoitumis- ja harhan riski. Tulokset ovat näin ollen suuntaa antavia, eikä niiden perusteella voida tehdä johtopäätöksiä yleistettävyydestä (Sterne ym., 2021).

Osatutkimuksen IV osalta ulkopuolisen tutkijan läsnäolo saattoi vaikuttaa ammattilaisen käyttämään vuorovaikutukseen vastaanotolla. Vaikutti kuitenkin siltä, että asiakkaat ja sote-alan ammattilaiset varsin pian unohtivat tuolillaan istuvan tutkijan. Tutkijat eivät puuttuneet vastaanoton kulkuun tai asiakkaan saamaan ohjaukseen millään tavalla.

Implementointiprosessin viitekehyksiä on olemassa useita, ja tässä tutkimuksessa käytettiin kolmea niistä. Valitut viitekehukset voivat osaltaan vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Implementointiprosessien viitekehysten lähestymistavoissa on kuitenkin paljon yhtäläisyyksiä (Nilsen, 2015; Kouvonen ym. 2023.)

6.6 Käytännön sovellukset ja jatkotutkimusehdotukset

Kehittämishankkeen loputtua pitäisi voida vastata kysymykseen: Miten hankkeen toteutus vaikutti palvelujärjestelmässä?

Hallituskauden nelivuotinen kesto on lyhyt aika, ja kun se sisältää vielä hankesuunnittelun, käynnistämisen ja yhteistyön, on konkreettinen toteuttamisaika tätäkin lyhyempi. Valtionavustushankkeiden hakuprosesseissa on tiukka aikataulu ja ohjeet tulevat lyhyellä valmisteluajalla, jolloin ei voida rauhassa suunnitella käynnistämistä ja toimia ohjeiston perusteella. Nykymuotoisista lyhyistä hankkausista tulee käsitys, ettei kenelläkään ole kansanterveyden edistämisen koko-

naisuudesta vastuuta tai omistajuutta. Alkuperäinen ajatus, että julkisesti rahoitetujen ja suurta osaa kansalaisista koskevien hankkeiden pitäisi olla sisällöltään ja prosessissaan vahvasti tutkimusnäyttöön perustuvia, ei ole mahdollinen. Kansallisten isojen kehittämishankkeiden hyvien tulosten juurruttaminen ja hyvien käytäntöjen implementointi jäävät helposti kesken. Isot muutokset toimintaympäristössä, kuten kannustavien muutosta tukevien insentiivien luominen tai vaikuttavuuden seuraaminen, jäävät tekemättä. Uuden hallitusohjelman tulisi implementoida aiempia aikaansaannoksia. Hoitoa ja hoitoprosesseja ei voida kehittää politiikan varassa. Päättäjien tulisi investoida tutkimukseen perustuvaan implementointiin, jotta voidaan edistää pitkäaikaista muutosta (Skivington, 2021).

Kehittämistyön prosessin arvioinnin 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. Kehikko suunnattaisiin tarvittavien teemojen mukaan. Kehikossa tulisi huomioida myös osallisuus, teknologian lisääminen ja skaalautuvuus. Perusteluna tässä on julkisen rahan käyttö, jolloin tuloksia pitäisi voida mitata. VESOTE-kärkihankkeen aikana toimenpiteitä levitettiin yhdentoista sairaanhoitopiiriin (yhteensä 21) alueelle, jolloin elintapaohjauksen poikkihallinnollisen toteutustavan edistämiseksi tehtäviä tavoitteita saatiin vietyä eteenpäin. VESOTE-kärkihankkeeseen käynnisti elintapaohjauksen kehittämiseen liittyviä toimenpiteitä, muttei pystynyt varmistamaan niiden systemaattista leviämistä ja käyttöönottoa väestön tasolla.

Terveyspolitiikan näkökulmasta kysymyksenä on, kuinka kokeiluohjelmia hyödynnetään. Hyödyntäminen edellyttää riittävää ja monipuolista arviointia ja arvioinnin dokumentointia. Arviointi ei voi jäädä terveysvaikutusten tasolle, vaan tarvitaan laajempaa kokemusten, prosessin ja kustannusten arviointia. Tulosten levittämisessä tarvitaan monipuolista viestintää, kuten tiedotusvälineitä, seminaareja ja koulutuksia. Hyödyntämiseen tarvitaan systemaattista terveystieteellistä päätöksentekoa valtakunnallisella ja paikallisella tasolla. Päätöksentekoa tukee, kun kokeiluohjelmalla voidaan osoittaa idean tai toimintatavan tuottavan toivotuja tuloksia teoreettisen vakuuttelun sijaan. Hyödyntämistä taas tukee kokeiluohjelman toteutus päätöksentekoa lähellä olevien tahojen kanssa, kuten valtakunnallisesti ministeriöiden ja asiantuntijalaitosten ja paikallisesti sairaanhoitopiiriin (nykyisten hyvinvointialueiden), maakuntahallinnon tai terveyskeskusten kanssa. (Laatikainen ym., 2013.) Pitkän aikavälin seuranta ja arviointi taas mahdollistuisivat, jos sitouduttaisiin levittämään valtakunnallisesti korkeatasoisten tutkimushankkeiden tuloksia ja niihin sisällytettyä seurantaa.

Taulukko 6. Väestötasoinen terveyden edistämisen interventioiden toteuttamismalli.

Vaadittavat asiat	Toimenpiteet	Tavoitteet	Osallistujat	Seuranta
Tutkimusnäyttöön perustuvat toimitamallit	Käyttöön otettavat toimintamallit ja hyvät käytännöt	Vaikuttavuus palvelujärjestelmätasolla	Päättäjät, virkamiehet, tutkijat, kehittäjät, hyvinvointialueiden edustajat	Alkutason mitaus, pidemmän ajan seuranta
Yhteistyö	Tiivis yhteistyö hankkeen aukijulistusta laatiessa	Suunnittelun ja alueellisen vuoropuhelun mahdollistaminen	Päättäjät, virkamiehet, tutkijat, kehittäjät, hyvinvointialueiden edustajat	Hankeajojen yli hallituskauten
Lopputulospöytäkirjat	Lopputulospöytäkirjojen nimeäminen heti aluksi	Seuranta ja vaikutavuuden arviointi	Päättäjät, virkamiehet, tutkijat, kehittäjät	Alkutason mitaus, pidemmän ajan seuranta
Koordinointi	Koordinoinnin tukihenkilöt/yhteistyökumppanit kentällä	Implementoinnin tukeminen	Aluehankkeen koordinoija, tukihenkilöt	Sähköinen seuranta väline
Asiakasnäkökulma	Kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen	Asiakasnäkökulman huomiointi	Kokemusasiantuntijat	Jatkuva viestintä ja tiedonkulkua
Organisaatioiden edustajien osallistuminen	Aktiivinen ja sitoutunut osallistuminen	Implementointiprosessin tukeminen	Organisaatioiden edustajat	Jatkuva viestintä ja tiedonkulkua
Luottamuksen rakentaminen	Luottamuksen rakentaminen, sitoutuminen, yhteinen kieli, merkitysten jakaminen	Implementoinnin alkuvaiheen tukeminen	Kaikki osapuolet	Jatkuva viestintä ja tiedonkulkua
Yhteinen visio	Yhteinen visio organisaation kaikilla tasoilla	Menetelmän vastaaminen yhteisesti tunnistettuun tarpeeseen	Kaikki osapuolet	Jatkuva viestintä ja tiedonkulkua
Johdon tuki	Johdon tuki työntekijöille	Muutostyön onnistuminen	Työntekijät, lähihenkilöt, keski- ja ylempi johto	Jatkuva viestintä ja tiedonkulkua
Koulutus- ja henkilöstöresurssit	Riittävien koulutus- ja henkilöstöresurssien turvaaminen	Juurruttamisprosessin tukeminen	Ylempi johto, keski- ja ylempi johto	Jatkuva viestintä ja tiedonkulkua

7 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tulokset tarjoavat osaltaan kaivattua tietoa työelämän ja hankekehittämisen käytännöistä, joita tulisi hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuden lisäämiseksi. VESOTE-kärkihanke kattoi yli 4 miljoonaa asukasta ja tutkimuksessa kuvattu hankealue 500 000 asukasta. Kärkihankkeen tarkoituksena oli parantaa elintapaohjauksen palveluja.

- 1) Tutkimuksessa huomattiin, että usea kohta liittyy organisaatiossa sellaisiin tekijöihin ja sisältöihin, joihin ei organisaation ulkopuolinen hankeorganisaatio voi vaikuttaa. Näitä ovat muun muassa organisaation sisäiset ja ulkoiset tekijät, kuten johtaminen, asiakkaat ja henkilökunnan rekrytointi. Tällöin hanketyössä vaikuttamisen keinoja ovat lähinnä suosittaminen ja koordinaattorina toimiminen.
- 2) Tutkimuksessa todettiin, että keinoja uuden terveyden edistämiseen tähtäävän toimintamallin käyttöönoton seurantaan varten kaipasivat niin esihenkilöt kuin sote-alan ammattilaisetkin. Tämä olisi tärkeä näyttöön perustuvan kehittämistyön kohde.
- 3) Systemaattisia muutoksia hoitotyön elintapaohjauksen käytäntöihin ei VESOTE-aluehankkeen seurauksena tehty, vaan muutokset olivat yksittäisiä ja riippuivat esihenkilön ja/tai yksittäisten työntekijöiden toimista. Tällöin ei saada pysyviä muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tasolla, kun muutokset jäävät irrallisiksi.
- 4) Kärkihankkeen haasteina olivat isot tavoitteet ja lyhyt hankeaika suhteessa resurssiin sekä laaja alue, johon toiminta kohdennettiin. Toimijoiden sitoutuminen on merkityksellistä hankkeen onnistumisen kannalta, sillä muuten on hankalaa saada palvelujärjestelmään pysyviä muutoksia. Siksi paikallisen tason toimijat niistä organisaatioista, jotka lähtevät muuttamaan toimintaansa, on saatava mukaan heti implementointiprosessin ensimmäisestä vaiheesta alkaen.
- 5) Yhtenäisiä mittareita tulisi kehittää terveyden edistämiseen tähtäävien hankkeiden vaikuttavuuden arvioinnin tueksi.

8 Kiitokset

Olen syvästi kiitollinen mahdollisuudestani toteuttaa väitöstutkimukseni Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kansanterveystieteen yksikössä vuosina 2019–2025.

Väitöskirjani aihe sai alkunsa työelämästä. Toimin projektipäällikkönä VESOTE-hankkeessa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin osalta vuosina 2017–2018, ja aloin pohtia, mitä hankkeen jälkeen tapahtuu. Jäävätkö hankkeessa toteutetut toimenpiteet elämään sen päätyttyä? Esittelin pohdintani professori Päivi Rautavalle, silloiselle VSSHP:n tutkimusylilääkärille ja esihenkilölleni, joka kannusti minua tutkimuksen pariin. Minulla on ollut ainutlaatuinen mahdollisuus olla Päivin ohjattavana sekä työelämässä että tutkijana. Hänen vaikutuksensa ammatilliseen kasvuuni on ollut merkittävä. Meitä yhdistää sydän, joka sykkii ennaltaehkäisylle sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi – työlle, jota olemme saaneet tehdä yhdessä, minun oppien häneltä. Olen siitä äärettömän kiitollinen.

Toiseksi ohjaajakseni sain FT Miia Laasasen, Sote-akatemian tutkimuspäällikön. Miia on vaikuttanut suuresti ammatilliseen polkuuni tutustuttaen minut aikoinaan Päivi Rautavan kanssa. Olin seuraamassa Miian väitöstilaisuutta, kun hän väitelti YAMK-pohjalta. Otin Miiaan yhteyttä ja pyysin josko hän voisi tavata minut ja neuvoa, miten YAMK-pohjalta pystyisi etenemään väitöskirjatutkijaksi. Miia oli heti valmis auttamaan ja tarjoamaan verkostoaan avukseni tässä haaveessani.

Vaikka väitöskirjaprosessi ei ole ollut suoraviivainen ja matkaan on mahtunut mutkia sekä aikataulujen venymistä, olen saanut työskennellä luottavaisin ja rauhallisin mielin Päivin ja Miian ohjauksessa. Olen ollut todella onnekas.

Lämpimät kiitokset myös väitöskirjani esitarkastajille, professori Tiina Laatikaiselle ja dosentti Juha Koivistolle sekä vastaväittäjäkseni suostuneelle professori Johanna Lammintakaselle. Kiitän professori Tiina Laatikaista ja emeritus Sakari Suomista ohjausryhmäni jäsenenä toimimisesta.

Kiitän sydämellisesti osajulkaisujen kirjoittamiseen osallistuneita FT Meri Lariavaaraa, professori Tommi Vasankaria, VTT Harry Köhleriä sekä terveydenhoitajia Nella Hiivolaa ja Sara Niemelää. Erityiskiitos LT Merja Laineelle, jonka apuun olen aina voinut luottaa. Biostatistikko, FM Eliisa Löyttyniemelle lämmin kiitos tutkimuksen tilastollisista analyyseistä.

Kiitän kaikkia alueemme perusterveydenhuollon yksiköiden edustajia – niin johto- kuin asiakastyössä toimivia – osallistumisesta VESOTE-hankkeeseen ja tutkimukseen. Kiitos myös silloiselle Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirille tutkimuksen mahdollistamisesta ja saamastani valtion tutkimusrahoituksesta. Työkavereilleni vuosien varrelta kiitos kannustuksesta ja kiinnostuksesta väitöskirjatyötäni kohtaan. Erityiskiitos Minna Pohjolalle, jonka tuki, verkostot ja apu olivat korvaamattomia projektipäällikköurani alkuvaiheessa. Yhteistyömme on kantanut vuosien ajan, ja Minnaan on aina voinut luottaa.

Kiitos alueemme timanttisille asiantuntijoille, jotka työskentelette rautaisen hyte-ammattilaisen Karoliina Luukkaisen johdolla hyte-yksikössä – sydämellä ja tinkimättömällä ammattitaidolla varsinaissuomalaisten hyvinvoinnin edistämiseksi. Karoliinan sanoin: “vähemmän sotea, enemmän hyteä” – toteutukoon tämä viisaus!

Kiitän lämpimästi tiimini jäseniä, joiden asiantuntemus, omistautuminen ja innostus ovat keskeisessä roolissa alueemme hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työn tukemisessa Kestävän kasvun Varsinais-Suomi -hankkeen kautta.

Lopuksi kiitän läheisiäni: perhettä, ystäviä ja sukulaisia, jotka ovat tukeneet minua matkan varrella kukin omalla tavallaan. Erityisesti väitöskirjan loppuunsaattamisessa olen saanut arvokasta tukea Jukalta, Emililtä, Sofialta, Ainolta ja Linnealta sekä äidiltäni, joka on aina uskonut minuun ja valintoihini. Kiitos teille kaikille.

Turussa kesäkuussa 2025

Linda Dalbom

Lähdeluettelo

- Aarons, G. A. (2006). Transformational and transactional leadership: Association with attitudes toward evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 57(8), 1162-1169. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.8.1162>
- Aarons G. A., Ehrhart M. G., Farahnak L. R., Sklar M. (2014). Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annual Review of Public Health* 35,255-74. <<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182447>>
- Aarons G. A., Green A. E, Trott E, ym. (2016). Roles of system and organizational leadership in system-wide evidence-based intervention sustainment: a mixed-method study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43:991–1008. <<https://DOI:10.1007/s10488-016-0751-4>>
- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23.<https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- Aarons, G. A. & Sommerfeld, D. H. (2012). Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence-based practice during a statewide implementation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4), 423-431.< <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.01.018>>
- Absetz, P. (2025). Implementaatiotutkimus tukee vaikuttavuutta. Noudettu 5.5. osoitteesta <https://sites.uef.fi/vaikuttavuuden-talo/implementaatiotutkimus-tukee-vaikuttavuutta/>
- Ahtiluoto, A., Kaila, M., Komulainen, J., Mäkelä, M. & Sipilä, R. (2017). Suomalaisten hoitosuosituksen käyttöönoton tutkimusta tarvitaan lisää. *Aikakauskirja Duodecim*; 133 (18): 1647–1654
- Aira, M. (2005). Laadullisen tutkimuksen arviointi. *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*; 121(10):1073–77. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo94977>>
- Argyris, C. (2004). *On Organizational Learning*. Second Edition 1999. Oxford Blackwell Publishers Ltd.
- Awofeso, N. (2004). What is New About the “New Public Health”? *American Journal of Public Health* 94(5), 705–709.
- Baggott, R. (2011). *Public health. Policy and politics*. Second edition. Palgrave Macmillan: China.
- Bhattacharyya O, Reeves S, Zwarenstein M. (2009). What is implementation research? Rationale, concepts and practices. *Research on Social Work Practice* 19(5), 491–502. <<https://doi:10.1177/1049731509335528>>
- Bianchi, M., Bagnasco, A., Bressan, V., Barisone, M., Timmins, F., Rossi, S., Pellegrini, R., Aleo, G. & Sasso, L. (2018). A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. *The Journal of Nursing Management* 26(8):918-932. < <https://doi.org/10.1111/jonm.12638>>
- Birken, S. A., Lee, S. D., Weiner, B. J., Chin, M. H., Chiu, M., & Schaefer, C. T. (2015). From strategy to action: How top managers' support increases middle managers' commitment to innovation implementation in health care organizations. *Health Care Management Review*, 40(2), 159-168. <<https://doi.org/10.1097/HMR.000000000000018>>

- Bowen, G.A. (2009) Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*; 9:27–40. <<https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>>
- Brownson, R.C., Colditz, G.A. & Proctor, E.K. (2012). Dissemination and implementation research in health: translating science to practice. USA: Oxford University Press; <<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199751877.001.0001>>
- Chambers, D.A. (2018). Commentary: increasing the connectivity between implementation science and public health: advancing methodology, evidence integration, and sustainability. *Annu Rev Public Health*; 39:1-4. <<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-110717-045850>>
- Cleland J, MacLeod A & Ellaway, R.H. (2023). CARDA: Guiding document analyses in health professions education research. *Med Educ*. 57(5):406-417. <<https://doi.org/10.1111/medu.14964>>. Epub 2022 Nov 17. PMID: 36308050.>
- Colquhoun H, Leeman J, Michie S, et al. (2014). Towards a common terminology: a simplified framework of interventions to promote and integrate evidence into health practices, systems, and policies. *Implementation Science*, 51 (9). <<https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-51>>
- Cowie, J, Nicoll, A., Dimova, E.D., Campbell, P. & Duncan EA. (2020). The barriers and facilitators influencing the sustainability of hospital-based interventions: a systematic review. *BMC Health Services Reseach*. 20(1):588. <<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05434-9>>
- Craig, P, Dieppe P, Macintyre S, et al. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance.
- Dalbom, L, Rautava, P. & Patja, K. (2022). Poliittinen ohjaus terveyden edistämässä. Teoksessa Terveyden edistäminen. (toim.) Patja, K., Absetz, P. & Rautava, P. Duodecim, 214-227.
- Daly, J., Jackson, D., Mannix, J., Davidson, P.M. and Hutchinson, M. (2014). The importance of clinical leadership in the hospital setting. *Journal of Healthcare Leadership*, 6, 75-83.
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50.
- Delisle, C. L. & Olson, D. (2004). Would the real project management language please stand up? *International Journal of Project Management*, 22(4), 327–337. <[https://doi.org/10.1016/S0263-7863\(03\)00072-3](https://doi.org/10.1016/S0263-7863(03)00072-3)>
- Diabetes Prevention Program Research Group. (2015). 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*. 3 (11):866–875. <[https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00291-0](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00291-0)>
- Diedrick, L. A., Schaffer, M. A. & Sandau, K. E. (2011). A practical communication strategy to improve implementation of evidence-based practice. *The Journal of Nursing Administration*, 41(11), 459–465. <<https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182346e61>>
- Dinh, J.E., Lord, R.G., Gardner, W.L., Meuser, J.D., Liden, R.C. and Hu, J. (2014). Leadership theory and research in the new millennium: current theoretical trends and changing perspectives. *The Leadership Quarterly*, 25 (1)36-62. <<https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2013.11.005>>
- Dongbo, F., Shao, R. & van Ommeren, M. (2004). Community-based Intervention for Prevention and Control of Cardiovascular Diseases. Noudettu 4.8.2019 osoitteesta <https://www.gfmer.ch/International_activities_En/Community->
- Duodecim, (2023). Noudettu 7.2.2025 osoitteesta <<https://www.kaypahoito.fi/kurkistuksia-eiliseen-ja-hieman-huomiseenkin>>
- Durlak, J. A. & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3–4), 327–350. <<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>>
- Eccles, M. P. & Mittman B. S. (2006). Welcome to implementation science. *Implementation Science*; 1(1). <<https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>>
- Ehrling, L. (2014). Multidimensional Family Therapy. Uusi työtapu nuorten monimuotoisiin ongelmiin. Kokemuksia MDFT:n mahdollisuuksista. Helsinki: Paintprinting.

- Elo S, Kyngäs H. (2008). The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 62(1):107-115. <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>>
- Emonstone, J.D. (2014). Whither the elephant? The continuing development of clinical leadership in the UK National Health Services. *The International Journal of Health Planning and Management*, 9 (3), 280-291, <https://doi.org/10.1002/hpm.2245>.
- Figuroa, C.A., Harrison, R., Chauhan, A. and Meyer, L. (2019) Priorities and Challenges for Health Leadership and Workforce Management Globally: A Rapid Review. *BMC Health Services Research*, 19, Article No. 239. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4080-7>
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531-540. <<https://doi.org/10.1177/1049731509335549>>
- Gilis-Januszewska A, Lindström J, Tuomilehto J, et al. (2017). 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* .17(1):198. Published 2017 Feb 15. <<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4104-3>>
- Gray, S. (2007). The contribution of health services to public health. In: Orme, Judy & Powell, Jane & Taylor, Pat & Gray, Melanie (eds.) *Public health for the 21st century. New perspectives on policy, participation and practice*. Milton Keynes: Open University Press, 118–134.
- Green, A. E., Albanese, B. J., Shapiro, N. M., & Aarons, G. A. (2014). The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. *Psychological Services*, 11(1), 41-49. < <https://doi.org/10.1037/a0035299>>
- Griffiths, S, T Jewell, and P Donnelly. (2005). Public Health in Practice: The Three Domains of Public Health. *Public Health* 119.10: 907–913. Web.
- Grimshaw, J.M., Eccles, M.P., Lavis, J.N. et al. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Sci* 7, 50. <<https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>>
- Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362:1225-30. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)>
- Grow, Gerald O. (1991)/(1996). Teaching Learners to be Self-Directed. *Adult Education Quarterly*, 41 (3), 125-149.
- Guerrero E, G, Padwa H, Fenwick K, et al. (2016). Identifying and ranking implicit leadership strategies to promote evidencebased practice implementation in addiction health services. *Implementation Science*, 11:69. <<https://DOI:10.1186/s13012-016-0438-y>>
- Hakkala, M. (2013). Kansallinen tieto-ohjaus ja kunnallinen toiminta. Teoksessa Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt (toim.) Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Hallituksen esitys 96/2005. Laki kansanterveyslain muuttamisesta.
- Harwood, TG. & Garry, T. (2003). An overview of content analysis. *The Marketing Review* 3 (4), 479-498.< <https://doi.org/10.1362/146934703771910080>>
- Heinijoki, H., Karhula, M.& Seppänen-Järvelä, R. (2023). Implementaatiotutkimuksen viitekehysten soveltaminen kuntoutuksen tutkimuksessa. Kartoitettava kirjallisuuskatsaus. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 60(2). <<https://doi.org/10.23990/sa.120634>>
- Hersey, P. & Blanchard K. H. (1980). Organisaatiokäyttämisen perusteet. Weilin & Göös: Helsinki
- Hickey, G., McGilloway, S., O'Brien, M., Leckey, Y., Devlin, M., & Donnelly, M. (2018). Strengthening stakeholder buy-in and engagement for successful exploration and installation: A case study of the development of an area-wide, evidence-based prevention and early intervention strategy. *Children and Youth Services Review*, 91, 185-195. <<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.008>>
- Iso-Kuortti, N. (2023). Understanding Implementation In Child And Family Social Workprocess Evaluation Of The Systemic Practice Model In Finland. Faculty of Social Sciences. Doctoral Programme of Social Sciences University of Helsinki.
- Kania, J. & Kramer, M. (2011). Collective impact. *Stanford Social Innovation Review*, 9(1), 36–41.
- Kansanterveyslaki 66/1972. Noudettu 1.5.2025 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/1972/66>.

- kansanterveyslaki 928/2005. Noudettu 1.5.2025 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/saadosko-koelma/2005/928>.
- Krippendorff K. 2004. Content Analysis. An Introduction to Its Methodology. Thousand Oaks: Sage Publications
- Kouvonen, P. & Laajasalo, T. (2019). Näyttöön perustuva työ lasten kasvun tukena – miten johtaa juurtumista? Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö.
- Kouvonen, P., Tani, S., Kurki, M., Hamari, L. (2023). Miten onnistun implementoinnissa? Opas psykososiaalisten menetelmien vaikuttavaan implementointiin. Toim. Koskenalho N. Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö. Itlan oppaat ja käsikirjat 2023:1
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. (2003). Laadullinen terveystutkimus - Mitä, miten ja miksi? *Duodecim*, 609–615.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11: 3–12.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. (2011). Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*; 23: 138–148.
- Köhler, H. (2019). Hoitava viestintä. Lääkäriin vaikuttava viestintä potilaskohtauksessa. Väitöskirja. Valtiotieteellinen tiedekunta. Viestinnän oppiaine. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Laatikainen, T., Peltonen, M. & Puska, P. (2013). Kokeiluohjelmat terveystieteiden tukena. Teoksessa: Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveystieteiden perusta ja käytännöt. Tampere: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 114–118.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. noudettu 7.2.2025 osoitteesta <<https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>>
- Larivaara, M. (2019). Tutkimustieto terveyden edistämisen tukena. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 56: 244–248. <<https://doi.org/10.23990/sa.84764>>
- Leino-Kilpi H. & Välimäki M. (2014). Etiikka hoitotyössä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Leppo, K. (2013). Terveystieteiden lähtökohtia ja perusteita Suomessa ja kansainvälisesti. Teoksessa Terveystieteiden perusta ja käytännöt (toim.) Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere. 86–103
- Leppo, K. (2010). Rakenteellisesta terveystieteestä HiAP:iin: mikä muuttui Suomessa 1970–2010? Teoksessa Ståhl, T. ja Rimpelä, M. (toim.) Terveystieteiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. Helsinki
- Lindholm, L. & Laitila, M. (2022). Työkaluja näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönoton edistämiseksi. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 138(10):881–8
- Lindström, J., Ilanne-Parikka, P., Peltonen, et al. (2006). 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. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(06\)69701-8](https://doi:10.1016/S0140-6736(06)69701-8)
- Lindström, J., Louheranta, A., Manninen, M. et al. (2003). The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care*, 26(12):3230–3236. <<https://doi:10.2337/diacare.26.12.3230>>
- Lindström, J., Peltonen, M., Eriksson, J.G. et al. (2013). Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). *Diabetologia*, 56(2):284–293. <<https://doi:10.1007/s00125-012-2752-5>>
- Malmivaara, A. (2012). Kohti lääketieteen arkivaikuttavuutta. *Duodecim*, 128, 445–446.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 11; 358(9280):483–8. <[https://DOI:10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://DOI:10.1016/S0140-6736(01)05627-6)>
- Massatti, R. R., Sweeney, H. A., Panzano, P. C. & Roth, D. (2008). The de-adoption of innovative mental health practices (IMHP): Why organizations choose not to sustain an IMHP. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(1–2), 50–65. <<https://doi.org/10.1007/s10488-007-0141-z>>

- McQueen, DV. (2007) Critical Issues in Theory for Health Promotion. Teoksessa McQueen, DV., Kickbush, I., potvin, L., Pelikan, J., Balbo, L. & Abel, T. Health and modernity. New York: Springer 37-38.
- McQueen, DV. (2013). NCDs, health promotion and public health. *Global Health Promotion*; 20(4):90-92. <<https://doi.org/10.1177/1757975913501007>>
- Melkas, T. (2010). Kunnat terveyden edistäjinä – informaatio-ohjausta vai normeja. Teoksessa Ståhl, T. ja Rimpelä, M. (toim.) Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. Helsinki.
- Moullin, J.C., Dickson, K.S., Stadnick, N.A. et al. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Sci* 14, 1. <<https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2007). Behaviour change at population, community and individual levels. London: NICE; Public health guidance, PH6.
- Nilsen, P. & Bernhardsson, S. (2019). Context matters in implementation science: a scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC Health Services Research*, 19 (189), 1-21.
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 53.< <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>>
- Oikarinen T. (2008). Organisatorinen oppiminen - tapaustutkimus oppimisprosessien jännitteistä teollisuusyrityksessä. Acta Universitatis Lappeenrantaensis 299. Väitöskirja, Lappeenrannan teknillinen yliopisto.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. (2015). Kehittämistyön menetelmät -Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Sanoma Pro.
- Paton, R & McCalman, J. (2008). Change management: a guide to effective implementation. Sage.
- Patri, R., Suresh, M. & Prasad, R. 2021. Modelling the leadership characteristics for organizational readiness: a context of lean implementation in healthcare. *Leadership in Health Services*, 34(2), 181–197. < <https://doi.org/10.1108/LHS-01-2021-0005>>
- Pelkonen R. & Louhiala P. (2002). Ihminen lääketieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Karjalainen S, Launis V, Pelkonen R. & Pietarinen J.(toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tammer-Paino. Tampere. 126-136.
- Peltonen, M. (2008). Interventioiden vaikuttavuuden arviointi: esimerkkinä kansallisen diabeteksen ehkäisyohjelman DEHKOn 2D-hankkeen arviointitutkimus. *Sosiaalilääk Aikak*; 45: 317–322.
- Perttilä, K., Wilskman, K. (2009). Rakenteet mahdollistavat hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 1/2009. XII Terve kunta Päivät
- Peters, DH., Adam, T., Alonge, O. et al. (2014). Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. *British Journal of Sports Medicine*; 48:731–736. <<https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>>
- Poland, B., Krupa, G., McCall, D. (2009). Settings for Health Promotion: An Analytic Framework to Guide Intervention Design and Implementation. *Health promotion practice*, 10 (4), 505-516. <<https://doi.org/10.1177/1524839909341025>>
- Porter, Christine (2006). Ottawa to Bangkok: changing health promotion. *Health Promotion International* 22(1), 72–79. <https://academic.oup.com/heapro/article/22/1/72/627546>
- Proctor, E., Ramsey, AT., Brown, MT., Malone, S., Hooley, C. & McKay, V. (2019). Training in Implementation Practice Leadership (TRIPLE): evaluation of a novel practice change strategy in behavioral health organizations. *Implementation Science*. 20; 14(1):66. <<https://DOI:10.1186/s13012-019-0906-2>>
- Puska, P., Pietinen, P. & Uusitalo, U. (2002). Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme--experiences from Finland. *Public Health Nutr*. 5 (1A):245–251.
- Puska, P. (2008). The North Karelia Project: 30 years successfully preventing chronic diseases. *Diabetes Voice*; 53: 26–29.

- Puska, P. & Jains, P. (2020). The North Karelia Project: Prevention of Cardiovascular Disease in Finland Through Population-Based Lifestyle Interventions. *Am J Lifestyle Med.* 19; 14(5):495-499. doi: 10.1177/1559827620910981. PMID: 32922234; PMCID: PMC7444010.
- Ramboll. (2019). Loppuraportti: Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta - kärkihankkeen kehittävä prosessiarviointi.
- Rauste-von Wright, M., von Wright, J. & Soini, T. (2003). Oppiminen ja koulutus 9. uudistettu painos. Helsinki: WSOY. 34-35.
- Rimpelä, M. (2005). Terveyspolitiikan uusi kieli: Joutavatko kansanterveyslain käsitteet historiaan? *Yhteiskuntapolitiikka-YP 70: 1, s. 54-62.*
- Rimpelä, M. (2010). Mitä terveyden edistämisen lähihistoria meille opettaa? Teoksessa Ståhl, T. ja Rimpelä, A. (toim.) Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. Helsinki
- Rimpelä, M. (2009). Tutkimuksen lähtökohdista. Teoksessa Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K & Ståhl T (toim.). Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Raportti 19/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Noudettu 6.1.2021 osoitteesta <<https://www.julkari.fi/handle/10024/80331>>
- Saaristo, T., Moilanen, L., Korpi- Hyövälti, E., Vanhala, M., Saltevo, J., Niskanen, L., Jokelainen, J., Peltonen, M., Oksa, H., Tuomilehto, J., Uusitupa, M. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2010). Lifestyle intervention for prevention of type 2 diabetes in primary health care: one-year follow-up of a Finnish national diabetes prevention programme (FIN-D2D). *Diabetes Care* 33, 2146–51
- Sanclimenti, J. G., Caceda-Castro, L. E. & DeSantis, J. P. (2017). Child welfare practice model implementation projects: *Lessons learned. Journal of Public Child Welfare*, 11(3), 279–298. <<https://doi.org/10.1080/15548732.2016.1275920>>
- Seppänen-Järvelä, R. (2017). Monimuotoinen implementaatiotutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 54, 151–154. <<https://doi.org/10.23990/sa.63655>>
- Sihto, M., Ollila, E. & Koivusalo, M. (2006). Principles and challenges of Health in All Policies. Teoksessa Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (toim.) Health in All Policies – Prospects and Potentials. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health & European Observatory on Health Systems and Policies, 3–6, 10–11.
- Sihto, M. (2013). Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen – käsitteitä ja kehityskulkuja s.14–39. Teoksessa Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt (toim.) Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Sipilä, R., Mäntyranta, T., Mäkelä, M., Komulainen, J., & Kaila, M. (2016.) Implementointia suomeksi. *Duodecim; Lääketieteellinen Aikakauskirja*, 132(9), 850–857.
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, SA., Craig, P., Baird, J., Blazeby, JM., Boyd, K.A, Craig, N., French, DP., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M. & Moore, L. A. (2021). New framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ.* 30; 374: 2061. doi: 10.1136/bmj.n2061. PMID: 34593508; PMCID: PMC8482308.Sofaer S. 2002. Qualitative research methods. *Int J Qual Health Care*, 14: 329-36. <<https://doi.org/10.1093/intqhc/14.4.329>>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2001). Valtionneuvoston periaatepäätös Terveys2015-ohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006). Terveyden edistämisen laatusuositus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2007). Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:76. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2008). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste-ohjelma 2008 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki.

- 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. Noudettu 5.1.2021 osoitteesta <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75140>>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2016b). Kärkihanke Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen. Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:50. Noudettu 5.1.2021 osoitteesta <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75362>>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus). Noudettu 15.1.2025 osoitteesta <<https://stm.fi/soteuudistus>>
- Stenvall, J. & Syväjärvi, A. (2006). Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Valtiovarainministeriö. Hallinnon kehittämisosasto. Tutkimuksia ja selvityksiä -sarja 3/2006. Helsinki: Valtiovarainministeriö.
- Sterne J, Hernán M, McAleenan A, Reeves BC, Higgins JPT. (2021). Assessing risk of bias in a non-randomized study. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.2 (updated February 2021). Cochrane.
- STM (2008). Noudettu 7.2.2025 osoitteesta <https://stm.fi/-/kunnat-purkamaan-hyvinvointi-ja-terveys-eroja>
- StopDia. Noudettu 7.2.2025 osoitteesta <<https://sites.uef.fi/stopdia/>>
- Ståhl, T. (2017). Terveyden edistämisen vaikuttavuus ja mittaaminen. *Duodecim* 2017; 133:971–3
- Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto. (2020). Elintapamuutosta tukevat tekijät elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmissä epäterveellisen ravitsemuksen ja vähäisen liikunnan aiheuttaman sairastumisriskin pienentämiseksi. Suositus. Elintapaohjauksen ja omahoidon tuen – jaosto.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (Uudistettu laitos.). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, et al. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med.* 344(18):1343–1350. <<https://doi:10.1056/NEJM200105033441801>>
- Tuominen, J. & Korhonen, P. (2006). Tutkimuksen suunnittelu ratkaisee, mitä tuloksista voidaan päätellä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*; 122(8):967–76.
- Turner, S., Merchant, K., Kania, J. & Martin, E. (2012). Understanding the value of backbone organizations in collective impact: Part 1. *Stanford Social Innovation Review*, 7(January), 1–5.<https://ssir.org/articles/entry/understanding_the_value_of_backbone_organizations_in_collective_impact_1>
- UEF (2025). Itä-Suomen yliopisto Vaikuttavien käytäntöjen implementoinnin tutkimusverkosto. Noudettu 1.5.2025 osoitteesta <https://sites.uef.fi/vaikuttavuuden-talo/>
- UKK-instituutti. (2016). Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti – hankehakemus.
- Uusitupa M, Khan TA, Viguiouk E, et al. (2019). Prevention of Type 2 Diabetes by Lifestyle Changes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* 11(11):2611. Published 2019 Nov 1. ><https://doi:10.3390/nu11112611>
- Valtioneuvosto (2009). Valtioneuvoston asetus 380/2009 neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Helsinki.
- Valtioneuvosto (2015). Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Noudettu 3.2.2022 osoitteesta <https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf>
- Valtioneuvosto (2018). Ratkaisujen Suomi: Hallituksen toimintasuunnitelma vuosille 2018–2019. Noudettu 1.2.2022 osoitteesta <<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160963>>
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (2017). VESOTE-aluehankkeen hankesuunnitelma.

- VSSH:n VESOTE aluehankkeen kuukausittain laatimat tilanneraportit hankehallinnoijalle 2017–2018: Raportti VSSH:n VESOTE-hankkeen etenemisestä ajalta 1.1.2017–30.6.2017.
Raportti VSSH:n VESOTE -hankkeen etenemisestä ajalta 1.7.–31.12.2017.
Raportti VSSH:n VESOTE -hankkeen etenemisestä ajalta 1.1.2018–31.6.2018.
Raportti VSSH:n VESOTE -hankkeen etenemisestä ajalta 1.7.2018–31.12.2018.
VESOTE VSSH loppuraportti.
- Kivimäki, Jussila & Vasankari (2019). VESOTE -loppuraportti 2017–2018. Noudettu 2.2.2019 <https://www.ppshp.fi/dokumentit/Raportti%20sisltyyppi/UKK_VESOTE_hankekooste_helmikuu2019.pdf>
- Voutilainen, A., Kapanen, S., & Kangasniemi, M. (2018). Työnjaon kuvaus sosiaali- ja terveysministeriön asiakirjoissa – dokumenttianalyysi. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 55(3), 212-224. <<https://doi.org/10.23990/sa.74422>>
- Weiss C. (1995). Nothing as Practical as Good Theory: Exploring Theory-Based Evaluation for Comprehensive Community Initiatives for Children and Families. In: Connell J, Kubisch A, Schorr L, Weiss C. (editors) *New Approaches to Evaluating Community Initiatives*. Washington: Aspen Institute.
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion: first international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986. Global Health Promotion Conferences. Noudettu 1.2.2022 osoitteesta <<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>
- Wikström, K., Lindström, J., Tuomilehto, J., et al. (2015). National diabetes prevention program (DEHKO): awareness and self-reported lifestyle changes in Finnish middle-aged population. *Public Health*. 129(3):210–217. <<https://doi:10.1016/j.puhe.2014.12.019>>
- Wilskman, K. & Lähteenmäki, M. (2010). Informaatio-ohjaus ja THL. *Yhteiskuntapolitiikka* 75(4), 400-410.
- Yardley L. (2000). Dilemmas in qualitative health research on psychiatry. *Canadian Journal of psychiatry* 50(2), 108–114. <<https://doi.org/10.1177/070674370505000206>>
- Zitting, J., Laulainen, S. & Niiranen, V. (2019). Lähi- ja keskijohdon osaamisvaatimukset sosiaali ja terveyspalvelujen integraatiossa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 84(4), 380–392.

Luettelo kuvista, taulukoista ja liitteistä

Kuvat

Kuva 1.	Kansanterveyden, terveystalitiikan ja terveyden edistämisen kehitysvaiheet.....	15
Kuva 2.	EPIS-implementointiprosessin viitekehysten osat.....	30

Taulukot

Taulukko 1.	Valtionhallinnon ohjausmenetelmiä.....	21
Taulukko 2.	Kompleksisten interventioiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden kehysten peruselementit.....	27
Taulukko 3.	Käypä hoito -suositusten implementointiprosessin viitekehys.....	28
Taulukko 4.	Käypä hoito -suosituksissa käytetyn implementointitutkimuksen viitekehysten arviinnin kohta: implementoinnin toteutus.....	36
Taulukko 5.	Tutkimusasetelma.....	40
Taulukko 6.	Väestötasoinen terveyden edistämisen interventioiden toteuttamismalli.....	64



**TURUN
YLIOPISTO**
UNIVERSITY
OF TURKU

ISBN 978-952-02-0255-2 (PRINT)
ISBN 978-952-02-0256-9 (PDF)
ISSN 0355-9483 (Print)
ISSN 2343-3213 (Online)

