

Osallistava terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen (PROMEQ-konsortio)

Tilannekuvaraportti 2016

professori Marja Vaarama (*konsortion johtaja*), professori Sari Rissanen,
professori Janet Anand, dosentti Tomi Mäki-Opas, projektisihteeri Maija Hartikainen,
tutkija Csilla Veszteg, tutkija Niko Eskelinen, tutkija Elisa Tiilikainen,
tutkija Anneli Hujala, tutkija Tiina Ahonen, tutkimusneuvonantaja Tarmo Valkonen,
professori Pekka Martikainen, dosentti Sanna Aaltonen, tutkija Antti Kivijärvi,
professori Mikko Mäntysaari, tutkija Sami Ylistö, professori Kati Närhi,
tutkija Sirpa Kannasoja, professori Pekka Rissanen, tutkija Leena Forma,
professori Antti Syväjärvi, professori Riitta Brusila, vuorovaikutusvastaava Silja Nikula



Osallistava hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (PROMEQ-konsortio)

Tilannekuvaraportti 31.10.2016

Professori Marja Vaarama, konsortion johtaja, Itä-Suomen yliopisto (UEF)
Professori Sari Rissanen, konsortion varajohtaja, UEF
Professori Janet Anand, johtaja WP5, UEF
Dosentti Tomi Mäki-Opas, tutkimusjohtaja WP1, UEF
Projektisihteeri Maija Hartikainen WP5, UEF
Tutkija Csilla Veszteg, WP5, UEF
Tutkija Niko Eskelinen, WP5, UEF
Tutkija Elisa Tiilikainen, WP6, UEF
Tutkija Anneli Hujala, WP6, UEF
Tutkija Tiina Ahonen, WP1 & WP5, UEF
Tutkimusneuvonantaja Tarmo Valkonen, johtaja WP2, Elinkeinoelämän tutkimuslaitos
(ETLA)
Professori Pekka Martikainen, WP2, ETLA
Dosentti Sanna Aaltonen, johtaja WP3, Nuorisotutkimusverkosto (FYRS)
Tutkija Antti Kivijärvi, WP3, FYRS
Professori Mikko Mäntysaari, johtaja WP4, JyU
Tutkija Sami Ylistö, WP4, JyU
Professori Kati Närhi, johtaja WP6, Jyväskylän yliopisto (JyU)
Tutkija Sirpa Kannasoja, WP6, JyU
Professori Pekka Rissanen, johtaja WP7, Tampereen yliopisto (UTA)
Tutkija Leena Forma, WP7, UTA
Professori Antti Syväjärvi, johtaja WP8, Lapin yliopisto (ULapland)
Professori Riitta Brusila, johtaja WP9, ULapland
Vuorovaikutusvastaava Silja Nikula, WP9, ULapland



1 Tiivistelmä

Terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuus on Suomessa kansainvälisessäkin mittakaavassa suurta. Eriarvoisuuden kaventaminen on haasteellista, eivätkä nykyiset menetelmät tavoita eriarvosta eniten kärsiviä ryhmiä: 1) koulutuksen ja työelämän ulkopuolella olevat nuoret, 2) pitkäaikaistyöttömät, 3) juuri oleskeluluvan saaneet maahanmuuttajat ja 4) paljon sekä sosiaali- että terveyspalveluita käyttävät tai niitä tarvitsevat kotona asuvat ikäihmiset.

Osallistava terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen (PROMEQ) –tutkimuksen tavoitteet ovat: 1) lisätä ymmärrystä terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuuden syistä, 2) kehittää yhteistyössä valittujen kohderyhmien kanssa heitä puhuttelevia keinoja parantaa terveyttä ja hyvinvointia, 3) integroida malleissa terveyden edistämistoimet sekä sosiaali- ja terveys- ja työvoimapalvelut ja sosiaalinen markkinointi toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi, 4) kokeilla malleja vuoden ajan ja arvioida niiden vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus tieteellisen tutkimuksen avulla, 5) tuottaa tulosten perusteella luotettavia mittareita, kokonaisvaltainen toimintamalli, politiikkasuosituksia sekä strategioita hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, sekä 6) julkaista tulokset hankkeen nettisivuilla, raportteina ja tieteellisinä julkaisuina.

Tutkimushanke on monimenetelmäinen yhdistäen erilaisia teoreettisia ja menetelmällisiä lähestymistapoja ja aineistoja. Tiedollista perustaa vahvistaa pitkittäisaineistoihin ja laajempiin kyselyaineistoihin perustuva tutkimus hyvinvointi- ja terveyserojen mekanismeista väestössä ja valituissa kohderyhmissä. Valittujen neljän kohderyhmän kanssa suunnitellaan kullekin sopivat interventiot laatimalla ensin tarve-, ongelma- ja voimavaraprofiilit, minkä jälkeen yhdessä määritellään keinot, jotka he kokevat mielekkäiksi, motivoiviksi ja vaikuttaviksi ongelmien korjaamiseen. Joitakin keinoja on määritelty myös etukäteen, kuten pitkäaikaistyöttömien osallistuminen kotona asuvien paljon apua tarvitsevien vanhusten auttamiseen. Saatuja malleja kokeillaan käytännössä vuoden ajan. Toimien vaikuttavuus arvioidaan kohderyhmien elämänlaadun ja elintapojen kohentumisena, mitä mitataan ennen kokeilua ja kokeilun päätyttyä. Toimien kustannusvaikuttavuuden arvioimiseksi kerätään tarvittavat kustannustiedot. Poliittikkasuositusten laatimiseen sovelletaan politiikkatieteiden menetelmiä ja fokusryhmätyöskentelyä päätöksentekijöiden kanssa. Tutkimus toteutetaan kolmen vuoden aikana kolmella sote-alueella (Eksote, Siun Sote ja Keski Suomen SOTE 2020) sekä Kouvolan, Kuopion ja Vantaan kaupungeissa.

2 Mihin ongelmaan konsortio hakee ratkaisua?

PROMEQ kehittää vaikuttavia keinoja vähentää terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuutta väestössä, sekä paikkaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevan vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustiedon puutetta. Tutkimusten mukaan tämä eriarvo liittyy paitsi yksilön resursseihin myös kulttuurisiin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin (1-3). Nykyiset terveyden edistämisen toimet näyttävät menevän parhaiten perille hyvin koulutettujen ja jo ennestäänkin terveydestään kiinnostuneiden joukossa, mutta eivät puhuttele haavoittuvia ryhmiä. PROMEQ:in kantavana ajatuksena on tuottaa toimintamalleja, jotka korjaavat tätä puutetta. Oletuksena on, että kun toimintamallit suunnitellaan yhdessä kohderyhmien edustajien kanssa, pystytään puhumaan heidän kieltään ja tekemään toimia, jotka parantavat heidän tosiasiallisia edellytyksiään ja mahdollisuuksiaan parempaan terveyteen ja elämänlaatuun.



3 Mikä on toimintaympäristön tiedontaso tässä ongelmakentässä?

Tutkimusten mukaan suomalaisten terveys ja hyvinvointi ovat yleisesti ottaen parantuneet, mutta hyvinvoinnin ja terveyden sosioekonominen eriarvo on sitkeää, eivätkä erot ole kaventuneet, vaikka tämä on ollut tavoitteena viimeiset 20 vuotta (2, 4). Tutkimustiedon mukaan vähäinen koulutus, matalat tulot, pitkäaikaissairastavuus, stressi, yksinäisyys ja työttömyys liittyvät terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoon (2, 5-7) ja ennenaikaisiin kuolemiin (8). On havahduttava tieto, että alimpaan tuloviidennekseen kuuluvat miehet elävät 12,5 vuotta lyhyemmän elämän kuin ylimmän viidenneksen miehet. (9)

Nuorten aikuisten merkittävimmät hyvinvointivajeet liittyvät heikkoon koulutukseen, toimeentulon ongelmiin, työttömyyteen ja heikkoon terveyteen, sosiaalisten suhteiden vähäisyyteen, syrjäytymiseen yhteiskunnan toiminnoista ja elämänhallinnan ongelmiin. (10, 11). Kuitenkaan suomalaisten nuorten syrjäytymisvaaraan ei liity lannistuneisuus kuten on laita esimerkiksi Baltian maissa (12). Verrattuna muuhun suomalaisväestöön ovat 18-24 vuotiaat vähän koulutut, työttömät ja heikon terveydentilan omaavat nuoret muita väestöryhmiä suuremmassa riskissä heikkoon elämänlaatuun (7). Terveiden ja hyvinvoinnin edistämisen nykyisistä keinoista nuorilla keskeisessä roolissa on koko ikäluokan tavoitettava kasvatustyö, joka määrittää Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa (13). Lisäksi nuoriin yritetään vaikuttaa kampanjoiden ja kohdennettujen interventioiden avulla. Osassa kampanjoissa viestit kohdistetaan aikuisille (14), jolloin tavoitteena on muuttaa aikuisten suhtautumista nuoriin, mutta useimmat kampanjat kohdistuvat nuoriin itseensä.

Jo 1980-luvulta lähtien tehdyt tutkimukset, laajat meta-analyysit ja systemaattiset tarkastelut osoittavat, että työttömät ovat muita suuremmassa vaarassa sairastua fyysisesti tai henkisesti, omaavat suuremman kuolleisuus- ja itsemurhariskin sekä kokevat hyvinvointinsa ja elämänlaatunsa heikommaksi kuin työssäkäyvät ihmiset (15-25). Työttömyyden ja terveyden yhteyksien syistä ja mekanismeista sen sijaan vallitsee huomattavasti pienempi yksimielisyys. Työttömillä näyttää olevan enemmän päihteiden väärinkäyttöä kuin työssäkäyvillä (26). Etenkin miesten ja pitkäaikaistyöttömien on havaittu olevan erityisen haavoittuvia työttömyyden kielteisille vaikutuksille. Ei kuitenkaan ole selvää, aiheuttaako juuri työttömyys näitä epäsuotuisia seurauksia, sillä on olemassa monia välillisiä ja toisiinsa kytköksissä olevia tekijöitä, jotka voivat olla sosiaalisia, taloudellisia tai kliinisiä (17, 18). Viime vuosien aikana kolme meta-analyysia on päätyntä selkeään johtopäätökseen siitä, että sekä valikoituvuus että kausaalisuus ovat vastuussa työttömien suuremmasta sairastavuudesta ja kuolleisuudesta (18, 22, 23). Valikoituvuus ja kausaalisuus ovat vuorovaikutussuhteessa keskenään ja vahvistavat toisiaan luoden pahan kehän: pitkäaikaissairaat päätyvät työttömiksi (valikoituvuus) ja työttömyys taas pahentaa sairauksia (kausalisuus), mikä taas heikentää edelleen mahdollisuuksia löytää uutta työtä. Työssäkäyntikään ei ole kuitenkaan aina terveydelle edullista. Erityisesti töiden, joihin sisältyy epävarmuutta, on havaittu olevan voimakkaassa yhteydessä heikentyneeseen terveyteen ja hyvinvointiin (27).

Siirtyminen eläkkeelle on eräs elinkaaren taitekohdista, jolla oletetaan olevan vaikutusta terveyseroihin. Se vähentää työhön liittyviä stressitekijöitä ja lisää vapaa-aikaa, jota voi käyttää terveyttä ja hyvinvointia lisääviin aktiviteetteihin. Toisaalta se myös vähentää tuloja ja työssä tarvittavien henkisten ja fyysisten taitojen käyttöä. Aiemmat eläköitymisen terveysvaikutuksia selvittäneet tutkimukset ovatkin tuottaneet ristiriitaisia tuloksia (28, 29). Yksi mahdollinen syy erilaisille tuloksille on ammattien väliset erot. Esimerkiksi Mazzonnan ja Peracchin (25) tutkimuksessa terveys parani jäätäessä eläkkeelle fyysisesti raskaasta työstä. Väestön



vanhenemisen ja eliniän pitenemisen myötä kroonisten sairauksien vallitsevuus väestössä kasvaa (30). Korkea ikä liittyy erityisen vahvasti etenevien muistisairauksien ilmaantuvuuteen (31). Matala koulutustaso lisää dementiariskiä vanhuudessa (32), mutta koulutuksen vaikutusmekanismit tunnetaan huonosti. Toisaalta koulutus on yhteydessä muihin dementian riskitekijöihin kuten aivoverenkiertosairauksiin, korkeaan verenpaineeseen ja diabetekseen (33).

Terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuutta esiintyy myös Suomessa asuvilla maahanmuuttajilla, ja eriarvoisuuden taustalla on sosiaalisia määrittäjiä (34). Castenada ym. 2012 mukaan maahanmuuttajille terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuuden taustalla on usein vähäinen koulutus (esim. Somalitaustaiset naiset) ja huono suomen kielen taito (esim. somalilais- ja kurditaustaiset naiset). Elämänlaadun näkökulmasta lähes joka kolmasosa venäläis- ja kurditaustaisista sekä joka kuudes somalitaustaisista ilmoitti päivittäisten arkiaskareiden hoitamisessa (esim. pankissa, virastossa tai vastaavassa paikassa asioinnissa) vaikeuksia. Lisäksi vain harvat olivat osallistuneet säännöllisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan tai äänestäneet viime eduskuntavaaleissa. Uusi maahanmuuttovirtaus tuo tullessaan kuitenkin uusia terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuuden haasteita (35), joihin ei voida vaikuttaa ymmärtämättä kulttuurisia eroja arvoissa, normeissa ja tavoissa.

lääkäiden osalta niin toimintakyky kuin elämänlaatukin ovat sosiaalisesti määrittäneitä eli mitä heikommat ovat henkilön omat voimavarat, sitä suurempi on riski heikkoon toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Kotona asuville 85 vuotta täyttäneille kasautuu ongelmia enemmän kuin nuoremmille ikäihmisille. Ongelmia aiheuttavat pitkä lähipalvelumatkat, vapaa-ajan viettomahdollisuuksien puute ja kotipalvelujen niukkuus. Yksinäisyys kasautuu iäkkäimmille yksin asuville. Yksinasuvien ja apua tarvitsevien ikäihmisten määrä kasvaa eikä kotihoito kykene vastaamaan heidän kaikkiin avun ja tuen tarpeisiinsa. (6, 7)

PROMEQ-tutkimus kokeilee sosiaalista markkinointia (SM) menetelmänä, jolla tavoittaa kohderyhmät ja osallistaa heidät yhteiseen suunnitteluun ja arviointiin. Sosiaalisen markkinoinnin olennainen tarkoitus on "myydä" ideoita, viestejä ja käyttäytymismalleja, jotka on räätälöity hyvin määritellyille kohderyhmille niin, että osataan "puhua" heidän kieltään ja motivoida muutosta. SM on pikemminkin monitieteistä tietoa soveltava ala kuin oma tieteenalansa, vaikka halu erottautua "traditionaalisesta" kaupallisesta markkinoinnista onkin selkeä. (36, 37) SM hyödyntää suurta määrää teorioita ja malleja etenkin käyttäytymisen psykologiasta ja käyttäytymisen taloustieteestä, mutta lisääntyvästi myös kulttuuriantropologiasta, sosiologiasta, politiikka- ja hallintotieteistä, ympäristösuunnittelusta ja ekologiasta (38-43). Kirjallisuudessa voidaan erottaa "operatiivinen, down-stream" lähestymistapa ja "strateginen, up-stream" lähestymistapa. Operatiivisen lähestymistavan juuret ovat taloudellisen markkinoinnin teorioissa (44), ja fokus yksilön vapaaehtoisen käyttäytymisen muutoksessa (42, 45-47).

Strategisessa lähestymistavassa SM käytetään sosiaalisen muutoksen kontekstissa (40, 43), jolloin mukana ovat niin sosiaaliset, kulttuuriset, poliittiset ja ympäristölliset tekijät kuin myös strategiat, joilla vaikuttaa ylemmän tason yhteiskunnallisiin organisaatioihin ja sidosryhmiin kestävä sosiaalisen muutoksen aikaansaamiseksi. Lähestymistapa edellyttää laajaa yhteistyötä yhteiskunnan eri toimijoiden välillä, ja sidosryhmien osallistamisella sekä New Public Management – ajattelulla on tärkeä rooli. (48-53) Lisäksi voidaan havaita kolmas ja lähinnä käsitteellinen trendi, nimittäin "palvelu-dominantin logiikan" käyttö (Service Dominant Logic, SDL). Siinä perspektiivi on tuotteiden (products) sijasta palveluissa (services), palvelusuunnittelun sijasta palvelujen yhteissuunnittelussa (co-creation) käyttäjien kanssa, ja käyttäjien preferenssien tutkimisen sijasta yhteisessä arvon



luonnissa. (54, 55). Lisäksi on nähtävissä trendi, jossa SM liitetään sosiaalisen, taloudellisen ja sosiaalisen kestävyys kontekstiin ekologisen systeemilähestymistavan tapaan. (40, 41, 56, 57)

Digitaalista mediaa ja internetiä on käytetty laajasti sosiaalisen markkinoinnin interventioissa (58-60). Menetelmää on kansainvälisesti käytetty laajasti etenkin terveyden edistämässä (61, 62), mutta sitä on sovellettu myös laajempiin sosiaalisiin kysymyksiin (63-67), sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ja palvelun tuottajien käyttäytymisen muuttamiseen. (68). Näyttö vaikuttavuudesta on selkeä (61, 62), mutta menetelmää on myös kritisoitu siitä, ettei sekään kykene tavoittamaan eniten tarvitsevia väestöryhmiä. Lisäksi on kritisoitu sitä, ettei sosiaalinen markkinointi kiinnitä riittävästi huomiota terveyden eriarvoon. (69, 70) Kriittistä sosiaalisen markkinoinnin käytössä on, että kommunikaatio yksinään ei riitä muuttamaan käyttäytymistä ja että kohderyhmien segmentointi ei vielä itsessään tarkoita yhteistyötä heidän kanssaan. Jotta sosiaalinen markkinointi voi onnistua on kohderyhmien osallistuttava interventioiden ”brändäämiseen”, koska niiden tulee olla kohderyhmien kannalta relevantteja ja heidän arvostamiaan, ja sanoman tulee olla selkeä ja myönteinen. (71)

Sosiaalista markkinointia kuvataan tehokkaaksi keinoksi muuttaa ihmisten käyttäytymistä, esim. ”Sosiaalisen markkinoinnin hyödyntäminen toiminnassa auttaa paitsi luomaan terveempää yhteiskuntaa, myös laatimaan kustannustehokkaampia, vaikuttavampia ja kestävämpiä linjauksia, ohjelmia ja kampanjoita” (72) Sosiaalisen markkinoinnin taloudellista arviointia on toistaiseksi kuitenkin tehty vain vähän (73-78). Esimerkiksi mainostaulut, kampanjat, lehti-ilmoitukset ja radioviestintä olivat eri kysymyksissä vaikuttavia keinoja muuttaa käyttäytymistä. Kuten taulukko 1 (seuraava sivu) kuitenkin osoittaa, ei sosiaalista markkinointia ole vielä kovinkaan yleisesti kokeiltu haavoittuvien väestöryhmien kanssa eikä vaikuttavuutta ole systemaattisesti arvioitu, joten tässäkin suhteessa PROMEQ-tutkimus on sekä kansallisesti että kansainvälisesti urauurtava.

Yhteenvetona nykytiedon tasosta voidaan todeta, että hyvinvointi- ja terveyserot ovat monisyinen kokonaisuus, jonka ratkaisemiseen tarvitaan niin yksilö-, yhteisö- kuin yhteiskuntatason toimia (1). Kuvailevaa tutkimustietoa on paljon, mutta ei juurikaan erojen juurisyistä ja syntymekanismeista, eikä toimien vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta. Tietoa tarvittaisiin siitä, miten tavoittaa haavoittuvat ryhmät. Hyvinvointi- ja terveyserot lisäävät sosiaalisen syrjäytymisen riskiä, ja onkin hämmästyttävää, ettei sosiaalityö ole tähän saakka ollut keskeisessä roolissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä. Uusi sosiaalihuoltolaki (2014) korostaa rakenteellisen sosiaalityön merkitystä, ja sille hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä on selkeä tilaus ja toimintamallien kehittämisen tarve. Voidaankin sanoa, että yhteiskunnan sosiaalisen kestävyys edistäminen on väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä laajimmillaan. Tähän kaikkeen tarvitaan uutta tietoa ja toimintamalleja, ja näiden tärkeyttä korostaa myös tuleva sote-uudistus.

4 Mikä on hankkeen tuoma lisäarvo tämän ongelman ratkaisuun?

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen käytännölle hankkeen lisäarvo on siinä, että PROMEQ täyttää tietoaikaa vaikuttavista keinoista saavuttaa haavoittuvat ryhmät. Hanke tuottaa vaikuttavia toimintamalleja otettavaksi käyttöön hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä ja käyttökelpoisia mittareita, joiden avulla suunnata ja arvioida toimintaa.



TAULUKKO 1. Sosiaalisen markkinoinnin näkökulmat, joita sovellettu PROMEQ-hankkeen kohderyhmille terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen

	Nuoret	Pitkäaikaistyöttömät	Maahanmuuttajat	Ikäihmiset	Julkishallinto
1) Palvelut: käytännöt, käyttäytyminen, tai palvelut, jotka kohderyhmä voisi omaksua	<ul style="list-style-type: none"> - Uusia palveluita nuorten hyvinvoinnin tukemiseen (79) - Tiedon jakamiseen ja valistamiseen (80, 81) - Sensitiivisten aiheiden käsittely (80) - Mielenterveyspalveluiden hakeminen (79, 82, 83). - Oman toiminnan suunnittelu (79) - järjestötoiminnan mainostaminen (82). 	<ul style="list-style-type: none"> -terveyden edistäminen -työllistymisen edistäminen -työuran ohjaus -mielenterveyspalveluiden käyttö 	<ul style="list-style-type: none"> - terveystietoisuuden lisääminen (84, 85) - verenluovutustiedon lisääminen (53) - ravitsemus- ja lihavuusvalistus (86-88) - HIV:n ja AIDS:n ehkäiseminen ja testaaminen (89-91) - kotiväkivallan torjuminen (92) - työturvallisuuden edistämisen ja ehkäisyä (93) - Yhteisöpohjaiset hyvinvointiohjelmat (92, 94, 95) 	<ul style="list-style-type: none"> - influenssarokotteen käyttö (96), - mammografian edistäminen (97) - astman itsehoito ja seuranta (98) - kotona asumisen tukeminen (99) - omaishoitajien tukeminen (100) - nivelreuman ennaltaehkäisy, tunnistamisen ja tarpeet julkisella sektorilla (101) - sairaalahoido ja sen tarkoituksenmukaisuutta (102) 	<ul style="list-style-type: none"> -strateginen painotus -yhteistoiminta- ja tuotanto -markkinointi -operatiivinen hallinta
2) Edellytykset ja esteet: edellytykset ja esteet uuden käyttäytymisen omaksumiseksi tai käyttöönottamiseksi	<ul style="list-style-type: none"> - Nuoret torjuvat tekniset sovellukset, joita pitävät vanhanaikaisina (esim. sähköposti) (80) - Kaikilla ei ole yhtäläistä pääsyä verkkoon (103) - Verkkoesiointi tavoittaa vain tietyn asiakasryhmän (104) 	<ul style="list-style-type: none"> - miehet kokivat pyrkimykset terveytensä edistämiseksi hyödyttömiksi (105) - suuntaa huomion pois todellisista ongelmista, kuten terveyspalveluiden saatavuudesta (105) 	<ul style="list-style-type: none"> -kohderyhmän sosiaalinen profilointi voi olla haasteellista -kieli- ja kulttuurierot -yhteisön ja kohderyhmän avainhenkilöiden ja edustajien konsultointi ja mukaan saaminen -riittävä samaistuminen kampanjaan olennaista 	<ul style="list-style-type: none"> - riittävä kohderyhmän tunteminen tärkeää - palvelujärjestelmän markkinointi - eri ammattilaisten roolin tunteminen kokonaisuudessa - eri ammattilaisten merkitys palveluiden saavutettavuuden kannalta 	<ul style="list-style-type: none"> -väärät tulkinnat yleistä -julkishallinnolle markkinointi on tuottamatonta ja resurssieja kuluttavaa -markkinoinnille julkishallinto on byrokraattista ja tehotonta -huono keskinäinen työjako ja koordinointi eri organisaatioiden, sektoreiden ja ammattien välillä (106) - johtajuus-, rahoitus- ja kumppanuusvaikeudet
3) Paikka ja konteksti:	<ul style="list-style-type: none"> - internet, sposti - tekstiviestit 	<ul style="list-style-type: none"> - työuran ohjaus- ja palveluneuvonta 	<ul style="list-style-type: none"> - internet, sposti - sosiaalinen media 	<ul style="list-style-type: none"> -Asuinyhteisöt, koulu, koti -tapahtumat, tilaisuudet 	<ul style="list-style-type: none"> -verkkosivut -sidosryhmätoiminta



tilanne, paikka tai konteksti missä käyttäytyminen ilmenee	<ul style="list-style-type: none"> - sosiaalinen media - internet-pohjaiset sovellukset - Avatar - online-palvelu 	<ul style="list-style-type: none"> - TV, radio, lehdet - julkiset tilat - markkinointikampanja - tapahtumat - jaettavat esitteet, mainokset, posterit 	<ul style="list-style-type: none"> - matkapuhelin, tekstiviestit - TV, radio, lehdet - koulut, kirkot, apteekit, kaupat, kampaajat - esitteet, lentolehtiset, kuvat - tapahtumat - etniset tunnisteet ja roolimallit 	<ul style="list-style-type: none"> -TV, radio, lehdet - kampanjointi, massapostitus, mediatilaisuudet - yhteisöihin jalkautumista - teknologia-sovellukset - vapaaehtoisten kouluttaminen 	<ul style="list-style-type: none"> -yhteistoiminta- ja tuotanto -markkinointi -operatiivinen hallinta
4) Viestintästrategiat: keinot joilla kohderyhmät saadaan omaksumaan toivottu käyttäytyminen ja viestintäkanavat, joissa heille viestitään ja keinot joilla motivoidaan muutokseen	<ul style="list-style-type: none"> -Tiedon jakaminen ja valistaminen (80, 81) - Sensitiivisten aiheiden käsittelyssä verkkokohtaamiset voidaan toteuttaa nimettöminä (80) - Mahdollisuus rakentaa luottamusta, madaltaa kynnystä avun hakemiseen ja vähentää mielenterveyteen liittyvää stigmaa (79, 82, 83). - Nuorten osallistaminen toiminnan suunnitteluun (79) - Järjestötoimijoille vahvan brändin rakentaminen on olennainen osa (82). 	<ul style="list-style-type: none"> - Työnhakijoiden ja työnantajien välisen vuorovaikutussuhteiden näkyväksi tekeminen (107) - ohjaus myönteisistä ja positiivista asenteista työhön - yksilön mahdollisuuksien, kyvykkyyden ja halukkuuden työllistyä lisääminen (108) -Palautteen anto työnhakijalle, sitoutumisen vahvistaminen, ja työhaun aktivointi (108) 	<ul style="list-style-type: none"> - tietoisuuden lisääminen (84, 85) - tilanteen viestintä (53) - valistus (86-88) - tietoisuuden lisääminen, ehkäisy ja testaamisesta (89-91) - ongelmien torjunta (92) - edistämistä ja ennaltaehkäisyä (93) - yhteisöperusteisuus (92, 94, 95) 	<ul style="list-style-type: none"> - tukeminen teknologia-avusteisella sovelluksella (99) - taakan vähentäminen ja osallisuuden tukeminen teknologia-avusteisesti (100) - informaatioteknologian käytön ja hyödyntämisen lisääminen (109) - ennaltaehkäisy, tunnistamisen ja tarpeet julkisella sektorilla (101) - sairaalahoidon tarkoituksenmukaisuuden tunnistaminen (102) 	<ul style="list-style-type: none"> -vuoropuhelu kohderyhmien tai asiakkaiden kanssa (110) -strategioiden jalkauttaminen ja asemointi - kommunikaatio sidosryhmien välillä ja yhteistoiminnasta -palveluiden ja palvelukokemuksien kehittämisestä (111) -käytäntöläheinen strateginen johtaminen -tiedon hallinta -tietoteknologian parempi hyödyntäminen (112)
5) Arvio tiedon tasosta ja vaikuttavuudesta	<ul style="list-style-type: none"> - Hyödynnetty jonkin verran nuoriin, mutta ei terveyden eriarvoisuuden näkökulmasta - Vaikuttavuudesta vaihtelevaa näyttöä 	<ul style="list-style-type: none"> - Sovellettu vain vähän työllistymisen ongelmiin - Vaikuttavuudesta ei näyttöä 	<ul style="list-style-type: none"> - Sovellettu kohtuullisen paljon, mutta ei terveyden eriarvoisuuden näkökulmasta - Näyttöä käyttäytymismallien muuttamisessa yksilötasolla ja yhteisötasolla 	<ul style="list-style-type: none"> - Sovellettu hyvin vähän elämänlaadun edistämiseksi ja terveyden eriarvoisuuden vähentämiseksi - Vaikuttavuudesta ei varmaa näyttöä 	<ul style="list-style-type: none"> - Sovellettu vähän terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä osana julkishallintoa - Vaikuttavuudesta ei varmaa näyttöä

Onnistuessaan sosiaalinen markkinointi voi tarjota kanavia saavuttaa nämä muutoin vaikeasti tavoitettavat ryhmät, parantaa heidän terveyttään ja hyvinvointiaan ja muuttaa nykyinen terveyden edistämisen ylhäältä alaspäin suuntautuva toimintakulttuuri yhteistoiminnalliseksi, julkista, yksityistä ja kansalaistoimintaa yhdistäväksi toiminnaksi.

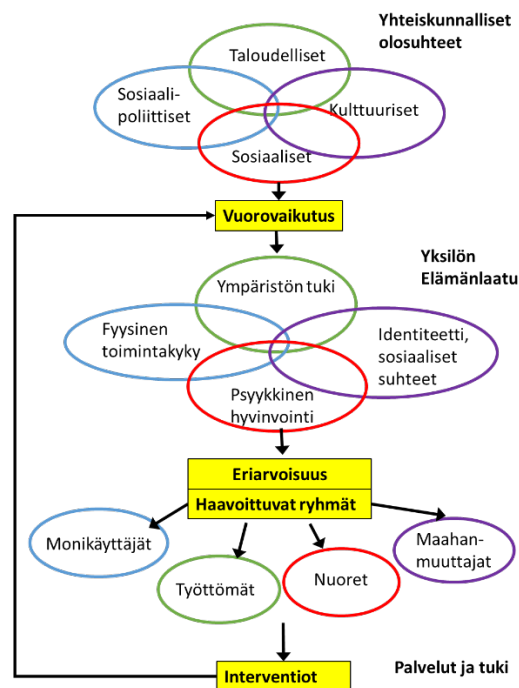
Päätöksenteon kannalta hankkeen lisäarvo on sen tuottamissa integroiduissa ja kustannusvaikuttavissa toimintamalleissa sekä indikaattoreissa, joilla mitata toimien tuloksellisuutta ja kohdentaa resursseja. Suuri lisäarvo liittyy hankkeen tuottamaan kokonaisvaltaiseen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintamalliin. Hanke myös tukee useita kansallisia reformeja, kuten sote-uudistusta tuottamalla malleja kuntien ja maakuntien yhteistyöhön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä.

Tieteellisestä näkökulmasta hankkeen lisäarvo on sen kokonaisvaltaisessa lähestymistavassa elämänlaatuun ja sosiaaliseen kestävyteen, innovatiivisessa tutkimusasetelmassa, sekä teoreettisessa, menetelmällisessä ja aineistojen monipuolisuudessa. Vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden mittarit sekä sosiaalisen markkinoinnin vaikuttavuuden tutkimus tarjoavat mahdollisuuksia myös kansainvälisiin tieteellisiin läpimurtoihin.

5 Millä keinoilla konsortio tekee tämän?

5.1 Kokonaisvaltainen teoreettinen viitekehys ohjaa tutkimusta

KUVIO 1. WHO:n elämänlaatu ja sosiaalinen kestävyys (113-117): PROMEQ:in teoreettinen viitekehys terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuuteen



PROMEQ-tutkimuksen kokoavana viitekehysenä toimii yksilötasolla WHO:n määritelmä elämänlaadusta (113, 114) ihmisten terveyden ja fyysisen toimintakyvyn, kognition, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin sekä aineellisten elinolojen, palvelujen saatavuuden ja muiden ympäristötekijöiden kokonaisuutena. Oletuksena on, että terveyden ja hyvinvoinnin eriarvo ilmenee näillä elämänlaadun neljällä ulottuvuudella, jotka muovaavat yksilöiden tosiasiallisia mahdollisuuksia



tehdä terveydelleen ja hyvinvoinnilleen myönteisiä valintoja elämässään (116). Analysoimalla missä nämä hyvinvoinnin ja terveyden vajeet esiintyvät saadaan käsitys siitä, mihin asioihin tulisi kohdentaa tukitoimia. Koska kohderyhmät ovat erilaisia, kuvaa hyvinvointi- ja terveysvajeista tarkennetaan kohderyhmäspesifeillä mittareilla sisältäen myös elämäntavat.

Politiikkatasolla edellinen yksilötason elämänlaadun malli liitetään yhteiskunnan sosiaalisen laadun teoreettiseen malliin, joka kattaa yhteiskunnan jäsenilleen tarjoaman turvallisuuden, osallisuuden, valtaistumisen ja koheesion asteen (117). Kokonaisuuden voi katsoa kuvaavan myös sosiaalista kestävyyttä. Oletuksena on, että mitä vahvempi on yhteiskunnan sosiaalinen laatu, sitä parempi on sen jäsenten elämänlaatu ja sitä vähäisempää on eriarvo. Politiikkatasolla PROMEQ –tutkimuksen tulokset analysoidaan tässä sosiaalisen kestävyuden viitekehyksessä. PROMEQ-hankkeen teoreettinen viitekehys esitellään ylläolevassa Kuviossa 1.

5.2 Osallisuus ja monitieteinen tutkimus kantavat toteutusta

Yksi syy siihen, etteivät nykyiset terveyden ja hyvinvoinnin eriarvon kaventamisen toimenpiteet ja menetelmät tavoita eniten tarvitsevia saattaa olla se, ettei heikommassa asemassa olevien ihmisten tarpeita tunneta riittävästi (118). PROMEQ paneutuu olemassa olevan tiedon analysointiin ymmärtääkseen paremmin terveys- ja hyvinvointierojen syitä, nostaa kohderyhmiensä tarpeet keskiöön ja kutsuu heidät mukaan suunnittelemaan sitä, miten heidän elämäntilanteitaan, terveyttään ja hyvinvointiaan voitaisiin kohentaa:

- 1) Co-creation: Aluksi kunkin kohderyhmän edustajien kanssa identifioidaan keskeiset puutteet ja voimavarat heidän terveydessään, elintavoissaan, elinoloissaan ja hyvinvoinnissaan.
- 2) Co-design: Näiden pohjalta tutkijat laativat kullekin ryhmälle tarve- ja voimavaraprofiilit, ja edelleen yhteistyössä kunkin kohderyhmän edustajien kanssa määritellään ne keinot, jotka he kokevat mielekkäiksi, motivoiviksi ja vaikuttaviksi ongelmien korjaamiseen.
- 3) Segmented interventions: Räätelöidään yhdessä kunkin tutkimusalueen toimijoiden kanssa kullekin ryhmälle toimet, joita kokeillaan yhden vuoden ajan sosiaalisen markkinoinnin keinoja tukena käyttäen
- 4) Common value creation: Kokeiltujen toimenpiteiden onnistumista, prosessia ja kustannusvaikuttavuutta arvioidaan kontrolloitujen tutkimusasetelmien avulla.

Lopuksi saadun tiedon pohjalta laaditaan kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan perustuva väestötason malli hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, indikaattorit vaikuttavuuden jatkuvaan arviointiin ja kehittämiseen, sekä politiikkasuositukset ja strategiaehdotukset siitä, miten kunnissa, maakunnissa ja valtakunnan tasolla toteuttaa vaikuttavaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.

5.3 Sosiaalinen markkinointi kokeiltavana menetelmänä

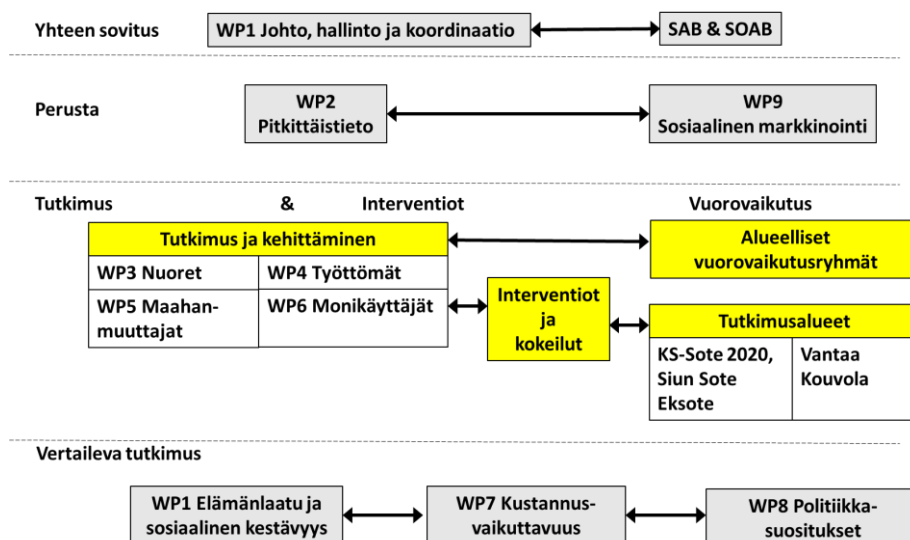
PROMEQ käyttää sosiaalista markkinointia operatiivisessa ja strategisessa merkityksessä. Painopiste on tuotteiden sijasta palveluissa, yhteissuunnittelussa ja yhteisessä arvioinnissa olemassa olevaa tietoa hyödyntäen. SM periaatteiden mukaisesti kohderyhmät on segmentoitu, ja kussakin ryhmässä käytettävät SM menetelmät valitaan sen perusteella, mikä yhdessä katsotaan vaikuttavaksi. SM käytöstä ja soveltuvuudesta haavoittuvissa ryhmissä ei ole juuri kokemusta. On jopa esitetty, että koska SM edellyttää rationaalista päätöksentekoa se ei ehkä sovellu haavoittuville ryhmille (46), tai että haavoittuvien ryhmien mukaan otto voi vaarantaa intervention (70). SM on kuitenkin viime vuosina laajentunut olennaisesti koskemaan myös haavoittuvia ryhmiä ja palvelujärjestelmien kehittämistä. Painopisteen siirtyminen yhteissuunnitteluun ja yhteiseen arvon luontiin on korostanut yksilön valtaistumisen ja organisaatioiden oman oppimisen merkitystä. PROMEQ:in tutkimusasetelmassa on otettu huomioon, että kohderyhmillä on jo lähtökohtaisesti paljon

hyvinvointi- ja terveysvajeita ja muita voimavarapuutteita. Kohderyhmien tietoisuuden ja pystyvyyden parantaminen nähdään välttämättömiksi, siksi mukaan tuodaan sosiaalityön lähestymistavat ja menetelmät (yksilö-, ryhmä-, yhteisö- ja yhteiskunnan taso, rakenteellinen sosiaalityö, e.g (56)). PROMEQ vastaa sosiaalisen markkinoinnin taloudellisen arvioinnin tarpeeseen luotettavilla koe-asetelmilla (esim. RCT). Taloudellinen arviointi suunnitellaan huolellisesti siten, että arvioinnin tekijät ovat mukana tutkimuksen suunnittelussa alusta alkaen. Tärkeää on mm., että seuranta-ajat ovat riittävän pitkiä (73), ja että arvioinnin näkökulma valitaan oikein. Esim. Holtgraven ym. tutkimuksen näkökulma oli yhteiskunnallinen (78), mutta Evans-Lackon ym. näkökulma oli rajatumpi (75).

5.4 Aktiivinen ja monikanavainen vuorovaikutus kaikilla tasoilla

PROMEQ-hanke viestii aktiivisesti ja monikanavaisesti keskeisten sidosryhmien kanssa kolmella tasolla: 1) Makrotasolla tiedeyhteisö, päättäjät, hallinto ja kansalliset järjestöt sitoutetaan mukaan tuotetun tiedon arviointiin, tietotarpeiden kartoitukseen ja yhteiskunnalliseen vaikuttavuuden arviointiin, 2) Mezzotasolla hanke synnyttää paikallista ja alueellista PPP-yhteistyötä (Public-Private-People) niin että keskeiset päättäjät, hallinto ja relevantit yritykset sekä järjestöt osallistuvat hankkeen vuorovaikutusryhmiin ja arvioivat hankkeen tuottamia tuloksia, ja 3) Mikrotasolla keskeistä on yhteistyö ja yhteinen arvon luonti kohderyhmien kanssa. Kohderyhmien edustajat osallistuvat hankkeen brändäykseen ja sosiaalisen markkinoinnin menetelmien valintaan sekä tulosten arviointiin. Hanke perustaa tieteellisen arviointiryhmän (SAB), Yhteiskunnallisen vaikuttavuuden arviointiryhmän (SOAB), paikalliset ja alueelliset vuorovaikutusryhmät sekä viestintätiimit. Lisäksi huomioidaan ulkoisen ja sisäisen viestinnän merkitys eri osahankkeiden välillä: hankkeelle on perustettu ulkoiset verkkosivut (www.promeq.fi), hankkeen sisäinen työtila pilvipalveluun, sosiaalisen median sivut (Facebook: www.facebook.com/promeq2016 ja Twitter: [@Promeq_hanke](https://twitter.com/Promeq_hanke)), ja hanke järjestää vuosittaisia konferensseja tutkimustuloksista. PROMEQ-hankkeen kokonaisuus on kuvattu kuviossa 2.

Kuvio 2. PROMEQ-hankkeen kokonaisuus



6 LÄHTEET

Tarkemmat lähteet löytyvät PROMEQ-hankkeen www-sivuilta: www.PROMEQ.fi