

**Raha-automaattiavustukset
kansansairauksien
ennaltaehkäisyyn**

VALTIONTALOUDEN TARKASTUSVIRASTO



VALTIONTALouden TARKASTUSVIRASTON
TARKASTUSKERTOMUS 117/2006

Raha-automaattiavustukset kansansairauksien ennaltaehkäisyyn



EDITA PRIMA OY

VALTIONTALOUDEN TARKASTUSVIRASTO
TARKASTUSKERTOMUS DNRO 124/54/04
21.02.2006

Valtiontalouden tarkastusvirasto on suorittanut tarkastussuunnitelmaansa sisältyneen raha-automaattivastukset kansansairauksien ennaltaehkäisyssä koskeneen tarkastuksen.

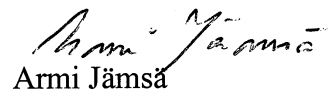
Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto on antanut tarkastuskertomuksen, joka lähetetään sosiaali- ja terveysministeriölle, Raha-automaattiyhdistykselle, tarkastuksen kohteena oleville järjestöille sekä tiedoksi valtiovarainministeriölle ja valtiontilintarkastajille.

Tarkastuksen jälkiseurannassa tarkastusvirasto tulee selvittämään, mihin toimenpiteisiin tarkastuskertomuksessa esitettyjen huomautusten johdosta on ryhdytty.

Ylijohtaja


Vesa-Jouko

Tarkastuspäällikkö


Armi Jämsä

Asiasanat:

Raha-automaattiyhdistys, valtionavustus, kansanterveys, ennaltaehkäisy, projekti, tuloksellisuus, kolmas sektori

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	9
RESUMÉ	14
1 JOHDANTO	21
2 TARKASTUSASETELMA	24
2.1 Tarkastuskohteen kuvaus	24
2.2 Tarkastuksen tavoite ja tarkastuskysymykset	30
2.3 Tarkastuksen rajausta	32
2.4 Tarkastuksen aineisto ja menetelmät	33
3 RAY-AVUSTUSTEN OHJAUSJÄRJESTELMÄ	35
3.1 Kansansairauksien ennaltaehkäisyn säädosperustaa	35
3.1.1 Ennaltaehkäisy RAY-avustuksia koskevassa lainsäädännössä	35
3.1.2 Kuntien ennaltaehkäisevän terveydenhuollon tehtävät	38
3.2 Informaatio-ohjaus ja kansanterveysjärjestöt.....	41
3.2.1 Kansanterveysjärjestöt valtakunnallisissa ohjelmissa	41
3.2.2 Valtakunnallisten ohjelmien vaikutus järjestöjen toimintaan	43
3.3 Tulosohjauksen ulottuvuus RAY:n avustustoimintaan.....	45
3.3.1 Kansansairauksien ennaltaehkäisy tulossopimuksissa	45
3.3.2 Kansansairauksien ennaltaehkäisy talousarvion perusteluissa ja tilinpäätöskertomuksessa	51
3.4 Johtopäätökset.....	53
4 RAY-AVUSTUSTEN MYÖNTÄMINEN	56
4.1 Avustusvalmistelun prosessi RAY:ssä.....	56
4.1.1 Avustusten hakeminen.....	56
4.1.2 Avustuslajit.....	57
4.1.3 Avustuspäätösten valmistelu ja esittely.....	58
4.2 Avustusharkinnan perusteet ja valmistelun kriteerit.....	60
4.2.1 Avustusharkinnan sääntely.....	60

4.2.2	RAY:n avustusharkintaa suuntaavat kriteerit	61
4.2.3	Kansansairauksien ennaltaehkäisy avustusvalmistelun arviointiperusteena	65
4.3	Avustusvalmistelun kriteereiden käytännön soveltaminen.....	67
4.3.1	Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi	67
4.3.2	Naisen sydämen terveys.....	69
4.3.3	Pieni päätös päivässä.....	70
4.3.4	Diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämisohjelma	71
4.3.5	Mielenterveyden kulmakivet	72
4.3.6	Tules-projekti.....	73
4.3.7	Syöpäseulontojen vaikuttavuuden arviointi	74
4.3.8	Yhteenvetoa kriteereiden käytännön soveltamisesta	75
4.3.9	Kansanterveysjärjestöjen näkökulma hankevalinnan perusteisiin.....	76
4.4	Johtopäätökset	77
5	RAY-HANKKEIDEN TULOKSELLISUUS	80
5.1	Terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyyn lähtökohdista, keinoista ja vaikuttavuudesta.....	80
5.2	Terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy sekä näytön vaatimukset.....	87
5.3	Terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisyyn tähtäävän ohjelman komponentit	89
5.4	Valittujen RAY-projektien hankeominaisuuksien arviointi.....	94
5.4.1	Tilanne- ja tarveanalyysit.....	94
5.4.2	Projektien strategiset lähtökohdat	95
5.4.3	Tavoiteltavat tulokset ja vaikutukset.....	97
5.4.4	Projektien toteuttaminen	106
5.4.5	Projektien kohderyhmät	108
5.5	Projektien tuloksia koskeva selvitys-raportointi ja arviointi.....	109
5.5.1	RAY:n avustustoiminnan arvioinnin lähtökohdat ja normiperusta.....	109
5.5.2	Pieni päätös päivässä -projekti.....	112
5.5.3	Naisen sydämen terveys-projekti	114

5.5.4	Syöpäseulontojen vaikuttavuuden arviointi	116
5.5.5	Mielenterveyden kulmakivet-projekti	118
5.5.6	Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi	125
5.5.7	Tules-projekti	132
5.5.8	DEHKO-ohjelman toimeenpano	137
5.6	Vuosiselvitysten ja arviointien hyödyntäminen RAY:ssä	143
5.7	Johtopäätökset RAY- hankkeiden projekti- ominaisuuksista ja tuloksista.....	144
6	TARKASTUSVIRASTON KANNANOTOT	151
	LÄHTEET	159
	LIITTEET	166

RAHA-AUTOMAATTIAVUSTUKSET KANSANSAIRAUKSIEN ENNALTAEHKÄISYYN

Väestön terveys on kehittynyt Suomessa pääosin myönteisesti. Koettu terveys on kaikissa ikäryhmissä nyt merkitsevästi parempi kuin 20 vuotta sitten. Elinajan odote on kasvanut työikäisessä väestössä 3-4 vuotta viimeisen parin vuosikymmenen kuluessa. Kyselytutkimusten mukaan hiukan yli 40 % aikuisista suomalaisista sairastaa kuitenkin jotakin pitkäaikaista sairautta. Kansanterveydellisesti tärkeimpiä kansansairauksia ovat verenkiertoelinsairaudet, syöpätaudit, krooniset keuhkosairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, allergiat, diabetes ja mielenterveyden häiriöt. Näillä on myös merkittäviä suoria ja epäsuoria taloudellisia vaikutuksia. Varsinkin tyypin 2 diabeteksen ennustetaan aiheuttavan lähitulevaisuudessa huomattavia paineita julkisiin terveydenhuoltomenoihin.

Sosiaali- ja terveysministeriö johtaa ja ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämistä ja toimintapolitiikkaa. Ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen käytännön järjestäminen kuuluu kansanterveyslain perusteella ensisijaisesti kuntien vastuulle. Ns. kolmannella sektorilla eli terveysalan järjestöillä on kuntien lisäksi keskeinen rooli kansansairauksien ennaltaehkäisyssä, sillä niille kannavoidsaan vuosittain Raha-automaattiyhdistyksen avustustoiminnan kautta huomattava määrä taloudellista tukea. Terveiden ja toimintakyvyn edistäminen sekä suurten kansansairauksien ennaltaehkäisy on ollut viime vuosina RAY:n keskeisenä painoalueena. RAY:n tuotosta on vuonna 2005 myönnetty avustuksia 305 milj. euroa. RAY-avustuksilla tuetun kehittämistoiminnan vaikuttavuutta on viime vuosina korostettu yhä voimakkaammin. RAY-avustukset ovat julkisia avustuksia, jolloin niihin kohdistuu samoja tuloksellisuus- ja vaikuttavuustavoitteita kuin muuhunkin julkisrahoitteiseen toimintaan.

Tarkastuksen tavoitteena oli selvittää RAY-avustuksilla tuettavien kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävien hankkeiden tuloksellisuutta, tuloksellisuuden edellytyksiä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Kokonaiskuvan muodostamiseksi tarkasteltiin myös RAY-avustuksia säätelevää ohjausjärjestelmää sekä avustusten myöntä-

mismenettelyjä. Varsinainen tuloksellisuuden edellytysten tarkastaminen suoritettiin seitsemän hankkeen tapaustarkastelun kautta. Hankkeet kohdistuivat sydän- ja verisuonisairauksien, syöpäsairauksien, mielenterveyden häiriöiden, tuki- ja liikuntaelinsairauksien sekä diabeteksen ehkäisyyn. Mainittujen sairausryhmien alueen keskeisiä toimijoita kolmannella sektorilla ja samalla RAY-avustusten saajia ovat Suomen Sydänliitto, Suomen Reumaliitto, Suomen Mielenterveysseura, Suomen Diabetesliitto sekä Suomen Syöpäyhdistys.

Tarkastuksessa havaittiin, että kolmannen sektorin rooli kansansairauksien ennaltaehkäisyssä on selkiintymätön. Vaikka kansanterveyslain perusteella ehkäisevä terveydenhuolto kuuluu kunnan tehtäviin, on terveyden edistäminen monin paikoin järjestöjen varassa. Ennaltaehkäisevän terveydenhuollon tehtäviä on siten liukunut yhä enemmän kolmannelle sektorille. Käytännössä ns. ongelma- ja sairauslähtöiset projektit ovat usein kansanterveysjärjestöjen vetovastuulla. Tarkastuksessa ilmeni kuitenkin, että kaikissa tapauksissa järjestöllä ei ollut resurssiensa puolesta mahdollisuuksia toteuttaa laajoja toimintaohjelmia. Lisäksi ennaltaehkäisyyn tähtäävä projekti vaatii toiminnan luonteeseen kuuluvaa pitkäjänteisyyttä, jolloin projektirahoituksena toteutettava hanke edellyttäisi sen kytkemistä esimerkiksi kunnan muuhun ehkäisevään toimintaan. Tarkastuksen aineistosta ilmeni, että kuntasektorilla ei RAY-projekteja tunnettu kovin hyvin. Tarkastusviraston mukaan ilmiö viestii myös siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon hanketoiminta kaipaisi yleisesti koko hallinnonalalla parempaa koordinaatiota.

Raha-automaattiyhdistyksessä on kuitenkin viime vuosina pyritty saamaan perinteisten ohjelmien rinnalle laajaan vaikuttavuuteen tähtääviä kehittämishankkeita, joissa olisi järjestösektorin lisäksi julkisen ja yksityisen sektorin toimijoita. Tavoitteena on ollut aikaansaada ohjelmakokonaisuuksia yhteiskunnallisesti merkittävien sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien ehkäisemiseksi. Tarkastuksessa havaittiin, että tavoitteen suuntaisesti ei ole edistytty ja esimerkiksi vuoden 2005 projektiesitykset olivat vielä hyvin järjestökeskeisiä. Aitoja kuntien ja järjestöjen yhteisiä hankkeita ei ole riittävässä määrin syntynyt.

Kansanterveyslaitoksen yhteydessä toiminut sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmä on esittänyt, että RAY-rahoituksen painopistettä tulisi suurissa kansansairauksissa siirtää laajojen ja pitkäkestoisten ohjelmien rahoitukseen. Tarkastusvirasto

pitää ehdotusta oikeansuuntaisena. Samalla pitää kuitenkin huolehtia tuloksellisen toteuttamisen kannalta ohjelmien perusteellisesta suunnittelusta ja sen vaatimasta riittävästä asiantuntemuksesta. Tarkastusviraston mukaan sosiaali- ja terveysministeriön tulisi ottaa koordinoituvastuuta suurten kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävistä ohjelmista. Kansansairauksien yhä kasvavan taloudellisen merkityksen vuoksi niiden ennaltaehkäisyyn tulee valtakunnallisella tasolla kiinnittää enemmän huomiota. Vastuuta käytännön ehkäisytyöstä ei tule siirtää yksinomaan kolmannen sektorin toimijoille.

Tarkastuksessa selvitettiin myös RAY-avustuksia koskevaa tulosohejausta ja siihen liittyvää raportointia. Havaintona oli, että RAY-avustuksia koskevat tulostavoitteet kuvaavat lähinnä avustustoiminnan suuntaamista, jolloin tulossopimuksesta puuttuvat täsmällisemmät toiminnalliset tavoitteet. Myös raportoinnissa havaittiin puutteita, sillä RAY ei raportoi kattavasti tulostavoitteiden toteutumisesta. Tarkastusviraston mukaan sosiaali- ja terveysministeriön ja Raha-automaattiyhdistyksen välinen ohjaussuhde selkiytyisi, jos yksinoikeudella harjoitetulle rahapelitoiminnalle olisi määritely omistajapoliittinen kehys.

Tarkastuksessa selvitettiin myös Raha-automaattiyhdistyksen avustusvalmistelun prosessia, avustusharkinnan periaatteita ja valmistelun kriteereitä sekä käytännön soveltamista kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtääville hankkeille. Tarkastuksessa kiinnitettiin huomiota RAY:n avustusosaston niukkaan resursointiin ja suuriin vuosittaisiin hakemusmääriin. Hankkeiden suuren määrän vuoksi RAY:llä ei ollut mahdollisuuksia yksityiskohtaiseen ohjaukseen eikä projektien jälkiseurantaan. RAY:ssä ei ole käytössä projektihakemusten asiantuntijakäsittelyä. Tarkastusviraston mukaan Raha-automaattiyhdistyksessä tulisi harkita hakemusten lausunto- ja asiantuntijakäsittelyn käyttöönottoa, varsinkin kun kansansairauksien ennaltaehkäisy on yhdistyksen keskeisenä painoalueena.

Merkittävänä puutteena tarkastusvirasto pitää sitä, ettei Raha-automaattiyhdistyksessä ole käytössä dokumentoitua ja julkista avustusharkinnan kriteeristöä. Tarkastuksessa havaittiin, että avustusvalmistelun kriteerit ovat hajallaan eri asiakirjoissa, kuten strategia-asiakirjassa, avustusten hakuoppaissa, yhdistyksen avustustiedotteissa ja koulutustilaisuuksien esityksissä. Tarkastusvirasto on katsonut, että nämä kriteerit olisi tarpeen koota yhdeksi selkeäksi avustusvalmistelun kriteeristöksi, joka tulisi julkistaa. RAY-

avustukset ovat kuitenkin julkisista budjettivaroista myönnettäviä harkinnanvaraisia valtionavustuksia, joiden myöntäminen tulisi tapahtua yleisesti tiedossa olevien ja julkistettujen kriteerien perusteella. Selkeä ja dokumentoitu kriteeristö hyödyttäisi myös järjestöjä siinä vaiheessa, kun ne suunnittelevat kehittämishankkeita ja valmistelevat avustushakemuksia. Kriteeristö voisi toimia ns. hyvän hankkeen indikaattorina ja sen avulla RAY viestisi järjestöille, mitkä ovat hyvän projektin laatuvaatimukset.

Tarkastuksen yhteydessä suoritettiin seitsemän RAY-avusteisen hankkeen tapaustarkastelu, jonka kautta selvitettiin kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävien ohjelmien tuloksellisuutta ja tuloksellisuuden edellytyksiä.

Tapaustarkastelussa havaittiin puutteita projektien suunnittelussa ja tavoiteasettelussa. Tavoitteet olivat paikoin epärealistisia. Mitattavia tai aikaan sidottuja tavoitteita oli asetettu äärimmäisen vähän, vaikka useiden projektien hankehakemuksissa esiintyi seurantamittareiden kehittäminen. Tarkastuksessa ilmeni, että kaikkein onnistuneimpia hankkeita tai projektin osia olivat ne, joissa tavoiteasettelu oli selkeää ja yksilöityä. Ennaltaehkäisevissä projekteissa tulisi pyrkiä mahdollisimman konkreettisten osatavoitteiden asettamiseen, jolloin hankkeissa tulisi keskittyä lyhyen tai keskipitkän tähtäimen tavoitteiden tarkempaan määrittelyyn. Tämä edistäisi myös seurantamittareiden kehittämistä. Tarkastusviraston mukaan kansanterveysjärjestöille olisi hyötyä projektisuunnittelun työkalujen kehittämisestä ja käytöstä.

Tarkastuksessa havaittiin, että projekteissa pitäydyttiin hyvinkin vakiintuneissa toimintatavoissa, kuten koulutuksessa ja viestinnässä. Vain harvassa projektissa oli esimerkiksi ryhmätoimintaa, riskiryhmien seulontaa tai uusien toimintamallien kehittämistä. Kun projektien päätoimintamuotoja oli koulutus ja viestintä, vaikutti tämä asetelma myös pääkohderyhmän määräytymiseen. Pääasiallinen kohderyhmä oli siten terveydenhuollon ammattihenkilökunta ja vain poikkeustapauksissa konkreettisen toiminnon kohteena oli jonkin kansansairauden riskiryhmä.

Järjestöjen viestintää toteutettiin tarkastetuissa projekteissa pääasiassa erilaisilla kampanjoilla. Terveysviestinnän tuloksellisuuden kannalta haasteena on niiden väestöryhmien saavuttaminen, jotka tietoa eniten tarvitsisivat, mutta joita tutkimusten mukaan ei kuitenkaan tavoiteta nykyisen terveystiedon keinoin. Tämä edellyttäisi, että terveysneuvonta ja ohjaus tulisi olla riittävän yksilöllistä toi-

vottavien tulosten aikaansaamiseksi. Tämä tehtävä kuuluisi luontevasti perusterveydenhuollolle tai työterveyshuollolle. Tarkastusviraston mukaan tarvetta olisi monipuolisemmalle keinovalikoimalle, mutta kansanterveysjärjestöjen ns. luonnollisen kontaktipinnan vähäisyys rajoittaa käytännössä esimerkiksi riskiryhmiin suunnattavaa toimintaa. Diabetesliiton tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn tähtäävä hanke on kuitenkin hyvä esimerkki projektista, jossa kunnallinen terveydenhuolto on mukana vahvana toimijana.

Valtaosa projektien aikaansaannoksia oli erilaisia tuotoksia, kuten koulutustilaisuuksia, viestintäkampanjoita ja aineistojen tuottamista. Myös hankkeita koskevat selvitykset ja arvioinnit välittivät tietoa pääasiassa toteutuneista tuotoksista ja toiminnoista, mutta itse halutun muutoksen suunnasta raportoitiin hyvin niukasti. Tuloksellisuuden selvittämisen puuttumista selitettiin osin vähäisillä resursseilla. Avustushakemuksiin projektien tuloksellisuuden selvittäminen oli kuitenkin sisällytetty.

Tarkastuksessa havaittiin, että taloudellinen näkökulma puuttui lähes kaikista ennaltaehkäisevien hankkeiden arvioinneista ja selvityksistä. Kuitenkin useiden hankkeiden hakemuksissa oli esitetty perusteluna tietyn kansansairauden yhteiskunnalle asettama taloudellinen rasitus. Eräiden projektien tulokset jäivät melko vaatimattomiksi, kun tuloksia suhteutetaan projektin saamiin avustuksiin ja alkuperäisiin tavoitteisiin. Tarkastusviraston mukaan Raha-automaattiyhdistyksen avustustoiminnassa onkin kiinnitettävä enemmän huomiota vastinetta avustusvaroille -näkökulmaan.

Tarkastuksessa selvitettiin myös Raha-automaattiyhdistyksen suorittamaa projektien tuloksellisuuden seuranta. Havaintona oli, että RAY ei systemaattisesti seuraa esimerkiksi vuosiselvitysten tuottamaa informaatiota projektien tuloksista. Raha-automaattiyhdistyksellä tulisi tarkastusviraston mukaan olla käytössään koottua tietoa hyvistä ja tuloksellisista projekteista. Tätä tietoa pitäisi käyttää avustusvalmistelussa, avustusten suuntaamisessa sekä myös järjestöjen ohjauksessa. Tarkastusvirasto katsoo, että RAY:n tulee panostaa enemmän voimavaroja projektien tuloksellisuuden seurantaan ja arviointiin. Tämä on edellytys sille, että RAY kykenee avustusvalmistelussa identifioimaan sellaiset hankkeet, joilla on parhaat tuloksellisuuden edellytykset. Tällaisen seurannan kautta voisi muodostua tietopohja ns. hyvistä käytännöistä, joka osaltaan edistäisi kansanterveysjärjestöjen projektisuunnittelua.

PENNINGAUTOMATBIDRAGEN TILL FÖREBYGGANDE AV FOLKSJUKDOMAR

Befolkningens hälsa har i Finland i huvudsak utvecklats gynnsamt. Den upplevda hälsan är nu i alla åldersgrupper betydligt bättre än för 20 år sedan. Den förväntade livslängden för befolkningen i arbetsför ålder har ökat med 3-4 år under de två senaste decennierna. Enligt enkäter lider emellertid ändå något över 40 % av de vuxna finländarna av någon långvarig sjukdom. Till de med tanke på folkhälsan viktigaste folksjukdomarna hör cirkulationssjukdomar, cancersjukdomar, kroniska lungsjukdomar, sjukdomar i stöd- och rörelseorganen, allergier, diabetes och mentala störningar. De har också betydande direkta och indirekta ekonomiska verkningar. I synnerhet diabetes av typ 2 förutspås orsaka ett avsevärt tryck på de offentliga hälsovårdstjänsterna i en nära framtid.

Social- och hälsovårdsministeriet leder och styr utvecklandet av tjänster och verksamhetspolitiken inom social- och hälsovården. Det praktiska ordnandet av förebyggande hälsovårdstjänster är med stöd av folkhälsolagen i första hand ett ansvar för kommunerna. Utöver kommunerna spelar den s.k. tredje sektorn dvs. organisationerna på hälsovårdens område en viktig roll i förebyggandet av folksjukdomar, för de tilldelas årligen genom Penningautomatföreningens bidrag ett avsevärt ekonomiskt stöd. Främjandet av hälsa och funktionsförmåga samt förebyggande av stora folksjukdomar har på senare år varit det centrala tyngdpunktsområdet för RAY. Av RAY:s avkastning har år 2005 beviljats 305 milj. euro i bidrag. Effekterna av den med RAY-bidrag stödda utvecklingsverksamheten har på senare år betonats allt starkare. RAY-bidragen är offentliga bidrag, varför de berörs av samma målsättningar gällande resultat och effekter som övrig offentligt finansierad verksamhet.

Syftet med revisionen var att utreda hur resultatrika de med RAY-bidrag stödda projekt är som avser att förebygga folksjukdomar, förutsättningarna för att resultat skall uppnås samt vilka faktorer som inverkar på dem. För att åstadkomma en helhetsbild granskades också det styrningssystem som reglerar RAY-bidragen samt förfarandet vid beviljande av bidrag. Den egentliga granskningen av

förutsättningarna för uppnående av resultat utfördes som en casegranskning av sju projekt. Projekten gällde förebyggande av hjärt- och kärlsjukdomar, cancersjukdomar, mentala störningar, sjukdomar i stöd- och rörelseorganen samt diabetes. Centrala aktörer på området för de nämnda sjukdomsgrupperna och samtidigt mottagare av RAY-bidrag är Finlands Hjärtförbund, Reumaförbundet i Finland, Föreningen för Mental Hälsa i Finland, Diabetesförbundet samt Cancerföreningen i Finland.

Vid revisionen observerades att den tredje sektorns roll i förebyggandet av folksjukdomar är oklar. Trots att med stöd av folkhälsolagen den förebyggande hälsovården hör till kommunens uppgifter, är hälsofrämjandet på många håll beroende av organisationerna. Uppgifter inom den förebyggande hälsovården har sålunda alltmer glidit över på den tredje sektorn. I praktiken ligger ansvaret för att leda s.k. problem- och sjukdomsorienterade projekt ofta på folkhälsoorganisationerna. Vid revisionen framgick emellertid att organisationen inte i samtliga fall vad resurserna beträffar hade möjlighet att förverkliga brett upplagda handlingsprogram. Dessutom kräver projekt som syftar till förebyggande en med verksamhetens karaktär förknippad långsiktighet, varför ett projekt som genomförs med projektfinansiering skulle förutsätta att det knyts exempelvis till kommunens övriga förebyggande verksamhet. Av revisionsmaterialet framgick att RAY-projekten inte var särskilt väl kända på den kommunala sektorn. Enligt revisionsverket vittnar fenomenet också om att projektverksamheten inom social- och hälsovården allmänt taget vore i behov av en bättre koordination på hela förvaltningsrådet.

Hos Penningautomatföreningen har man emellertid på senare år gått in för att vid sidan av de traditionella programmen också införa utvecklingsprojekt som syftar till omfattande effekter, och där utöver organisationssektorn också skall medverka aktörer på den offentliga och den privata sektorn. Målet har varit att åstadkomma programhelheter för förebyggande av samhälleligt betydelsefulla sociala och hälsomässiga problem. Vid revisionen observerades att framsteg enligt målsättningen inte har gjorts och att t.ex. projektförslagen år 2005 ännu i hög grad var fokuserade på organisationerna. Projekt som genuint är gemensamma för kommunerna och organisationerna har inte uppkommit i tillräcklig omfattning.

Den sakkunniggrupp för hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes som har fungerat i anknytning till Folkhälsoinstitutet har föreslagit

att tyngdpunkten i RAY-finansieringen i fråga om stora folksjukdomar borde överflyttas till finansiering av brett upplagda och långvariga projekt. Revisionsverket anser att förslaget går i rätt riktning. Samtidigt måste emellertid ses till att programmen planeras med den grundlighet och med en sådan tillräcklig sakkunskap som krävs för ett resultatrikt genomförande. Enligt revisionsverket borde social- och hälsovårdsministeriet axla koordineringsansvaret för de program som syftar till förebyggande av stora folksjukdomar. På grund av folksjukdomarnas ständigt ökande ekonomiska betydelse bör större uppmärksamhet ägnas på rikspanet åt deras förebyggande. Ansvaret för det praktiska förebyggande arbetet bör inte enbart åläggas aktörerna på den tredje sektorn.

Vid revisionen utreddes också resultatstyrningen av RAY-bidrag och rapporteringen av den. Det observerades att resultatmålen gällande RAY-bidrag beskriver närmast hur bidragsverksamheten skall inriktas medan mera exakta funktionella målsättningar saknas i resultatavtalet. Också i rapporteringen observerades brister, för RAY rapporterar inte täckande om hur resultatmålen har uppnåtts. Enligt revisionsverket skulle styrningsförhållandet mellan social- och hälsovårdsministeriet och Penningautomatföreningen klarna, ifall en ägarpolitisk ram skulle definieras för den med ensamrätt bedrivna penningospelverksamheten. Detta skulle precisera ministeriets ägarstyrning i förhållande till Penningautomatföreningen.

Vid revisionen klarlades också processen för Penningautomatföreningens beredning av bidragen, principerna för övervägande av bidrag och kriterierna vid beredningen samt den praktiska tillämpningen på projekt som syftar till att förebygga folksjukdomar. Vid revisionen uppmärksammades de knappa resurserna vid RAY:s bidragsavdelning och det stora årliga antalet ansökningar. På grund av det stora antalet projekt har RAY inte haft möjligheter till en detaljerad styrning eller till uppföljning av projekten. Hos RAY tillämpas inte en experthandläggning av projektansökningarna. Enligt revisionsverket borde Penningautomatföreningen överväga att ta i bruk ett förfarande med utlåtanden och experthandläggning, i synnerhet emedan förebyggandet av folksjukdomar är föreningens centrala tyngdpunktsområde.

Som en betydande brist betraktar revisionsverket det, att Penningautomatföreningen inte använder sig av dokumenterade och offentliga kriterier när bidragen övervägs. Vid revisionen observerades att kriterierna för beredningen av bidragen finns splittrade på

olika dokument, såsom strategidokumentet, anvisningarna för ansökan om bidrag, föreningens meddelanden om bidragen och föreläsningar vid utbildningar. Revisionsverket har ansett att det vore skäl att sammanställa dessa kriterier till en enda klar kriteriesamling för beredningen, och att den borde offentliggöras. RAY-bidragen är trots allt från offentliga budgetmedel beviljade statsbidrag enligt prövning, vilkas beviljande borde ske på basis av allmänt kända och offentliggjorda kriterier. Klara och dokumenterade kriterier skulle också gagna organisationerna i det skede när de planerar utvecklingsprojekt och bereder bidragsansökningarna. Kriterierna kunde fungera som indikator på s.k. goda projekt och med dem kunde RAY ge en signal åt organisationerna, vilka kvalitetskraven på goda projekt.

I samband med revisionen utfördes en case-granskning av sju RAY-understödda projekt. På detta sätt klarlades resultaten av de program som syftar till förebyggande av folksjukdomar och förut-sättningarna för att resultat skall uppnås.

Vid case-granskningen observerades brister i projektens planering och måluppställande. Målsättningarna var ställvis orealistiska. Mätbara eller tidsbundna målsättningar hade uppställts oerhört sällan, trots att i många projekts bidragsansökningar ingick att utveckla uppföljningsmätare. Vid revisionen framgick att de allra mest lyckade projekten eller delarna av projekt var sådana där måluppställandet var klart och specificerat. I förebyggande projekt borde man gå in för att ställa upp så konkreta delmålsättningar som möjligt, varvid projekten borde koncentrera sig på att närmare definiera målsättningar på kort eller medellång sikt. Detta skulle också främja utvecklandet av uppföljningsmätare. Enligt revisionsverket vore det till nytta för folkhälsoorganisationerna att utveckla och använda verktyg för projektplanering.

Vid revisionen observerades att projekten höll sig till nog så hävdvunna verksamhetsformer såsom utbildning och information. Endast vid få projekt förekom t.ex. gruppverksamhet, sållning av riskgrupper eller utvecklande av nya verksamhetsmodeller. Eftersom projektens huvudsakliga verksamhetsform var utbildning och information, invercade detta också på hur huvudmålgruppens sammansättning. Den huvudsakliga målgruppen var således yrkespersonalen inom hälsovården och endast i undantagsfall var föremålet för konkret verksamhet en riskgrupp med tanke på någon folksjukdom.

Vid de granskade projekten förverkligades organisationernas information i huvudsak som olika slags kampanjer. Med tanke på hälsoinformationens resultat är utmaningen att nå de befolkningsgrupper som är i största behov av kunskap, men som enligt undersökningar ändå inte nås med den nuvarande hälsoinformationens medel. Detta förutsätter att hälsorådgivningen och -handledningen borde vara tillräckligt individuell för att de önskvärda resultaten skall uppnås. Denna uppgift kunde naturligt ankomma på bashälsovården eller företagshälsovården. Enligt revisionsverkets uppfattning finns det ett behov av ett mångsidigare urval verktyg, men den ringa utsträckningen av hälsoorganisationernas s.k. naturliga kontaktyta begränsar i praktiken t.ex. sådan verksamhet som riktar sig till riskgrupperna. Diabetesförbundets projekt som syftar till förebyggande av diabetes av typ 2 är emellertid ett gott exempel på ett projekt där den kommunala hälsovården medverkar som en betydelsefull aktör.

Merparten av projektens resultat var olika slags produkter såsom utbildningar, informationskampanjer och materialproduktion. Också utredningarna och utvärderingarna gällande projekten gav uppgifter huvudsakligen om åstadkomna produkter och aktiviteter, men om trenderna i själva den eftersträvade förändringen rapporterades mycket knappt. Bristerna i att klargöra resultaten förklarade man delvis med knappa resurser. I bidragsansökningarna hade emellertid inkluderats att klargöra projektens resultat.

Vid revisionen observerades att den ekonomiska aspekten saknades i så gott som alla utvärderingar och utredningar av de förebyggande projekten. Ändå hade i ansökningarna som lämnats av flera projekt som motivering framförts den ekonomiska belastning som någon viss sjukdom utgör för samhället. Resultaten av en del projekt var rätt anspråkslösa, när resultaten ställs i proportion till de bidrag som projektet fått och till de ursprungliga målsättningarna. Enligt revisionsverket borde därför i Penningautomatföreningens bidragsverksamhet ägnas större uppmärksamhet åt aspekten ”valuta för bidragspengarna”.

Med revisionen klarlades också hur Penningautomatföreningen följer upp projektens resultat. Det observerades att RAY inte systematiskt följer upp t.ex. av årliga utredningar alstrad information om projektens resultat. Penningautomatföreningen borde enligt revisionsverkets åsikt ha till sitt förfogande sammanställd information om goda och resultatrika projekt. Denna information borde användas i beredningen av bidragen, inriktningen av

bidragen samt också i styrningen av organisationerna. Revisionsverket anser att RAY bör satsa mera resurser på att följa upp och utvärdera projektens resultat. Detta är en förutsättning för att RAY i beredningen av bidrag förmår identifiera sådana projekt som har de bästa förutsättningarna att nå resultat. Med en sådan uppföljning kunde skapas en faktabas om s.k. goda förfaranden, vilket för sin del skulle främja folkhälsoorganisationernas projektplanering.

1 JOHDANTO

Väestön terveys on kehittynyt Suomessa pääosin myönteisesti. Koettu terveys on kaikissa ikäryhmissä nyt merkitsevästi parempi kuin 20 vuotta sitten. Elinajan odote on kasvanut työikäisessä väestössä 3- 4 vuotta viimeisen parin vuosikymmenen kuluessa.

Valtaosa suomalaisten terveysongelmista johtuu seuraavista kansantaudeista: infektioaudit, sydän- ja verisuonisairaudet, syöpä, diabetes, astma ja allergiat, krooniset keuhkosairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyshäiriöt sekä tapaturmat. Krooniset kansantaudit ovat tärkein kansalaisten elämänlaatua ja toimintakykyä huonontava sairausryhmä. Ne ovat yleisin työkyvyttömyyden syy ja aiheuttavat runsaasti ennenaikaista kuolleisuutta. Jokin pitkäaikaissairaus on yli puolella 30 vuotta täyttäneessä väestössä.¹

Kansansairauksien ja toimintakyvyn vajavuuksia on tarkasteltu myös niihin liittyvien kustannusten näkökulmasta. Suorat kustannukset kertovat, miten terveydenhuollon käytössä olevat voimavarat kohdistuvat eri sairauksien hoitoon. Epäsuorat kustannukset kuvaavat eri sairauksiin liittyvää toimintakyvyn heikentymisen arvoa, jota kuvaamaan on käytetty työkyvyn menetystä. Sairauksien suorissa ja epäsuorissa kustannuksissa korostuu sydän- ja verisuonisairauksien, mielenterveyden häiriöiden ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien merkitys.²

Terveys ja toimintakyky riippuvat yksilöllisistä ominaisuuksista, elinoloista ja elämäntavoista ja kaikkien näiden tekijöiden vuorovaikutuksesta. Väestön terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttavat myös sairauksien ehkäisy, varhainen toteaminen, hoito ja kuntoutus.³

¹ <http://www.ktl.fi/>

² *Urpo Kiiskinen, Juha Teperi, Unto Häkkinen ja Arpo Aromaa. Kansantautien ja toimintakyvyn vajavuuksien yhteiskunnalliset kustannukset teoksessa Suomalaisten terveys. Arpo Aromaa, Jussi Huttunen, Seppo Koskinen, Juha Teperi. (toim.). Duodecim, Stakes ja Kansanterveyslaitos.*

³ *Suomalaisten terveys. Arpo Aromaa, Jussi Huttunen, Seppo Koskinen, Juha Teperi. (toim.). Duodecim, Stakes ja Kansanterveyslaitos.*

Ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen järjestäminen kuuluu kansanterveyslain perusteella ensisijaisesti kuntien vastuulle. Ennaltaehkäisevän terveydenhuollon ongelmista on viime aikoina käyty vilkasta keskustelua sekä asiantuntijoiden piirissä että julkisissa tiedotusvälineissä.⁴ Samaan aikaan on julkistettu tutkimustuloksia, joiden mukaan väestön terveydentilan muutokset esim. kohonneena riskinä sairastua aikuistyyppin diabetekseen aiheuttavat tulevaisuudessa merkittäviä paineita julkisiin terveydenhuoltomeneihin.⁵

Ennaltaehkäisevän terveydenhuollon kokonaistilanteesta on kannettu huolta myös eduskunnassa, kun käsittelyssä oli vuonna 2004 hoidon järjestämisen enimmäisaikoja (ns. hoitotakuu) koskevat säädösmuutokset. Eduskunta edellytti, että hallitus seuraa, mitä vaikutuksia nyt hyväksytyllä uudistuksella on perusterveydenhuoltoon ja ennaltaehkäisevään työhön kunnissa ja miten perusterveydenhuoltoon ja ennaltaehkäisevään työhön kunnissa käytettävät resurssit uudistuksen jälkeen kehittyvät.⁶

Ns. kolmannella sektorilla eli terveystalouden järjestöillä on kuntien lisäksi keskeinen rooli kansansairauksien ennaltaehkäisyssä, sillä niille kanavoidaan vuosittain Raha-automaattiyhdistyksen (myöh. RAY) avustustoiminnan kautta huomattava määrä taloudellista tukea. Terveystalouden ja toimintakyvyn edistäminen sekä suurten kansansairauksien ennaltaehkäisy on ollut viime vuosina RAY:n keskeisenä painoalueena.

RAY hankkii rahapelilupaan perustuvalla toiminnalla varoja yleishyödyllisille yhteisöille ja säätiöille terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen. Varat jaetaan harkinnanvaraisina avustuksina hakemusten perusteella. Valtioneuvosto myöntää avustukset RAY:n hallituksen ehdotuksen pohjalta ja STM:n esittelystä. RAY:n tuotosta on vuonna 2005 myönnetty avustuksia 305 milj. euroa. Kansanterveyden edistämiseen myönnettiin noin 100 milj. euroa. Ennaltaehkäisevät hankkeet ovat pääosin RAY:n projektirahoituksen piirissä. Projektirahoituksen osuus suhteessa muihin avustus-

⁴ *Mm. Helsingin Sanomat 11.1.2004 (Lihominen vaarantaa terveyden ja talouden), Helsingin Sanomat 10.11.2005 (Voimavaroja myös kansantautiemme hoitoon).*

⁵ *Suomalaisen aikuisväestön terveys ja terveyskäyttäytyminen, kevät 2003: Satu Helakorpi, Kristiina Patja, Ritva Prättälä, Antti Uutela. Kansanterveyslaitos, B 17/2003.*

⁶ *EV 94/2004 vp - HE 77/2004 vp.*

tyyppeihin on viime vuosina noussut. Vuonna 2005 projektiavustuksia myönnettiin 76,4 milj. euroa ja niiden osuus kaikista avustuksista oli 25 %.

Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastustoiminnan eräänä painoalueena on ollut valtionavustusten tarkastaminen mm. valtioapujärjestelmien toimivuuden ja tuloksellisuuden näkökulmasta. RAY-avustukset ovat oikeudelliselta luonteeltaan harkinnanvaraisia valtionavustuksia. RAY:n avustustoimintaan ei ole aiemmin suunnattu toiminnantarkastuksia.⁷

RAY-avustuksilla tuetun kehittämistoiminnan vaikuttavuutta on viime vuosina korostettu yhä voimakkaammin. RAY-avustukset ovat julkisia avustuksia, jolloin niihin kohdistuu samoja tuloksellisuus- ja vaikuttavuustavoitteita kuin muuhunkin julkisrahoitteiseen toimintaan.⁸

Myös RAY-avustuksia säätelevässä avustuslaissa (1056/2001) on korostettu toiminnan tuloksellisuutta.⁹ Avustuslain mukaan rahapeliyhteisön (RAY) on sopivalla tavalla arvioitava myönnettyjen avustusten käytön tuloksellisuutta.

Valtion talousarviossa RAY-avustukset ovat siirtomenoja. Valtionhallinnon tilinpäätösuudistukseen liittyen toimintamenoihin ja tulosohjaukseen liittyvä raportointi on ollut mittavan kehittämistyön kohteena ja uudistuksessa on siirtomenojen tuloksellisuuteen sekä sitä koskevaan raportointiin kiinnitetty erityistä huomiota. Aiemmin tuloksellisuusnäkökulman ei aina mielletty koskevan siirtomenoja vaan lähinnä toimintamenoja.¹⁰ Talousarvioasetuksen 65 §:n mukaisesti edellytetään, että ministeriön tulee antaa selvitys myös siirtomenoihin myönnettyjen määrärahojen vaikuttavuudesta.

⁷ RAY-avustusten tuottojen tuloutuksesta valtiolle on suoritettu tarkastus (VTV 35/2002) ja Raha-automaattiavustuksista vanhus- ja vammaishuoltoon on tehty erillinen selvitys (Dnro 220/54/02).

⁸ Avustusinfo. Syyskuu 2004. RAY.

⁹ HE 75/2001 vp. 4 §:ää koskevissa yksityiskohtaisissa perusteluissa todetaan, että avustuksen myöntämistä harkittaessa tulee kiinnittää huomiota myös harkinnanvaraisen toiminnan tuloksellisuuteen.

¹⁰ Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi valtion talousarviosta annetun lain muuttamisesta, HE 56/2003 vp.

2 TARKASTUSASETELMA

2.1 TARKASTUSKOHTIEN KUVAUS

Suoritetussa tarkastuksessa on selvitetty RAY-avustuksia koskevaa ohjausjärjestelmää kansansairauksien ennaltaehkäisyä näkökulmasta, RAY-avustusten valmistelu- ja myöntämismenettelyä sekä sitä, miten käytännön hankevalmistelussa on painotettu valintakriteereinä kansansairauksien ennaltaehkäisyä. Tarkastuksessa on selvitetty tapaustarkastelujen kautta ennaltaehkäisevien hankkeiden projektiominaisuuksia, tuloksellisuutta ja tuloksellisuuden edellytyksiä.

Seuraavassa kuvataan tarkastuksessa käytettävät keskeisimmät kansansairauksiin ja niiden ennaltaehkäisyyn liittyvät käsitteet sekä kuvataan eri toimijat kansansairauksien ennaltaehkäisyssä.

Krooniset kansansairaudet

Kansanterveydellisesti tärkeimpiä kansansairauksia ovat verenkiertoelinsairaudet, syöpätaudit, krooniset keuhkosairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, allergiat, diabetes ja mielenterveyden häiriöt. Kyselytutkimusten mukaan hiukan yli 40 % aikuisista suomalaisista sairastaa jotakin pitkäaikaista sairautta.¹¹

Verenkiertoelinsairauksista sepelvaltimotauti on edelleen merkittävin, vaikka sairastuvuus on selvästi vähentynyt työikäisessä väestössä. Kolmisenkymmentä vuotta sitten keski-ikäisten suomalaisten miesten kuolleisuus sepelvaltimotautiin oli maailman suurin. Sen jälkeen kuolleisuus tähän tautiin on merkittävästi pienentynyt. Kuolleisuuden väheneminen johtuu suureksi osaksi sepelvaltimotautin vaaratekijöiden paremmasta tunnistamisesta ja elintapojen suotuisasta kehityksestä. Sepelvaltimotautia sairastavien kokonaismäärä ei ole kuitenkaan vähentynyt Suomessa, vaan vähitellen kasvanut. Tämä johtuu pääasiassa ikärakenteen vanhenemisestä ja siitä, että sairastuneet elävät hoidon ansiosta entistä pitempään. Aivohalvaus on toinen suomalaisilla yleinen verenkiertoelinsairaus, joskin

¹¹ *Sosiaali- ja terveyskertomus 2002. STM:n julkaisuja 2002:11.*

se on selvästi harvinaisempi kuin sepelvaltimotauti. Aivohalvauksenkin sairastuneiden määrä kasvaa väestön vanhetessa. Verenkiertoelinten sairauksien hoidossa verenpaineen ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden hoito, verisuonitukoksia estävä lääkehoito, sydäninfarktin liotushoito, pallolaajennukset ja ohitusleikkaukset selittävät merkittävän osan viime vuosina tapahtuneesta kuolleisuuden vähenemisestä.¹²

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet aiheuttavat eri tautiryhmiä yleisimmin kipua ja työstä poissaoloja. Yli miljoonalla suomalaisella arvioidaan olevan jokin pitkäaikainen tuki- ja liikuntaelinten sairaus ja lähes 600 000:lle se aiheuttaa toiminnallista haittaa. Tutkimustulosten perusteella tuki- ja liikuntaelinsairastavuus olisi pienenemässä, mutta ikärakenteen vanhenemisen takia näiden sairauksien aiheuttama palvelutarve kuitenkin kasvaa edelleen.

Diabetes on Suomessa kansansairaus, jota sairastaa jo yli 10 % aikuisväestöstämme. Diabeteksen kaksi päämuotoa ovat tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes. Diagnosoituja ja hoidon piirissä on noin 220 000 diabeetikkoa ja lisäksi noin 200 000 suomalaista sairastaa tyypin 2 diabetesta ilman, että he ovat siitä itse tietoisia. Diabeetikoista noin 40 000 sairastaa tyypin 1 diabetesta ja se on Suomessa yleisempi kuin missään muualla maailmassa. Ulkoisia syitä tyypin 1 diabetekseen ei toistaiseksi tunneta ja siten sitä ei myöskään voida ehkäistä. Tyypin 2 diabeteksen selvimmät vaaratekijät ovat yleistyvä lihavuus ja liikunnan vähäisyys. Tyypin 2 diabetes on ehkäistävissä. Maailman terveysjärjestö WHO on arvioinut, että jopa 90 % tyypin 2 diabeteksestä olisi ehkäistävissä ylipainoon, ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvillä elintapojen muutoksilla

Väestön sairastuminen syöpäsairauksiin on pysynyt viime vuosina melko muuttumattomana, mutta sairastavuus eri syöpälajeihin on vaihdellut. Miesten sairastavuus keuhkosityöpään ja muihin tupakasta riippuviin syöpämuotoihin on vähentynyt tupakoinnin vähentyessä. Naisilla vastaavat syöpämuodot ovat yleistyneet naisten tupakoinnin yleistyttyä. Miehillä erityisesti eturauhasen syöpä, mutta myös paksusuolen syöpä, ihomelanooma ja virtsarakon syöpä ovat yleistyneet. Naisilla keuhkosityövän lisäksi rintasyöpä on yleistynyt selvästi, lisäksi jossain määrin myös paksusuolen syöpä, kohdun

¹² *Arpo Aromaa, Jussi Huttunen, Seppo Koskinen, Juha Teperi (toim). Suomalaisen terveys. Duodecim, Stakes ja KTL. 2005.*

runko-osan syöpä ja munasarjasyöpä. Kohdunkaulan syövän väheneminen päättyi 1990-luvulla ja ilmaantuvuus kääntyi nousuun. Tämän on arveltu johtuvan seulonnan kattavuuden heikkenemisestä. Syöpäpotilaiden elossaoloennuste on jatkuvasti parantunut. Tämä johtuu osittain syövän toteamisen varhaistumisesta ja osittain hoitomenetelmien kehittymisestä.

Mielenterveyden häiriöt ovat merkittävä kansantautiryhmä. Mielenterveyden häiriöiden perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on viime vuosikymmeninä kasvanut ja nämä sairaudet ovat tällä hetkellä suurin työkyvyttömyyden syy. Valtaosa kasvusta johtuu masennuksesta ja muista neuroottisista häiriöistä. Varmaa tietoa ei ole siitä, onko työkyvyttömyyseläkkeiden yleistymisen syynä todellinen sairastuvuuden muutos vai johtuuko se esimerkiksi työelämän vaatimusten tai työkyvyttömyyseläkkeiden myöntämisperusteiden muuttumisesta. Väestötutkimusten mukaan psyykkiset oireet ovat lisääntyneet kaikissa ikäryhmissä.

Kansansairauksien yhteiskunnalliset kustannukset

Kansansairauksia ja toimintakyvyn vajavuuksia voidaan tarkastella myös niihin liittyvien kustannusten näkökulmasta.¹³

Vuonna 1995 ylivoimaisesti eniten (17 %) terveydenhuollon voimavaroja käytettiin sydän- ja verisuonisairauksien hoitoon. Muut yli 10 %:n osuuteen yltävät sairausryhmät olivat mielenterveyden häiriöt (13 %), hengityselinten sairaudet (11 %) sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (11 %). Neljän suurimman sairausryhmän hoitoihin käytettiin noin puolet terveydenhuollon resursseista vuonna 1995. Nämä suorat kustannukset kertovat, miten terveydenhuollon käytössä olevat voimavarat ovat kohdistuneet eri sairauksien hoitoon.

Kansansairauksien aiheuttamilla epäsuorilla kustannuksilla tarkoitetaan sairauden aiheuttamien työpanosmenetysten laskennallista arvoa. Menetelmää kohtaan on esitetty myös kritiikkiä, mutta var-

¹³ *Julkaisussa Suomalaisten terveys on esitetty yhtenäisin menetelmin määritetyt arviot eri tautipääryhmien aiheuttamista kustannuksista Suomessa vuonna 1995. Urpo Kiiskinen, Juha Teperi, Unto Häkkinen ja Arpo Aromaa. Kansantautien ja toimintakyvyn vajavuuksien yhteiskunnalliset kustannukset teoksessa Suomalaisten terveys.*

teenotettavaa vaihtoehtoista menettelyä ei ole esitetty.¹⁴ Sairaudet aiheuttivat epäsuorina kustannuksina yhteiskunnalle noin 9,6 miljardin euron menetykset vuonna 1995. Näistä valtaosa, noin 5,6 miljardia, johtui pysyvästä työkyvyttömyydestä. Ennenaikaisista kuolemista aiheutui noin 2,4 ja sairauspoissaoloista noin 1,7 miljardin laskennalliset menetykset. Tuotannollisesta näkökulmasta suurimmat laskennalliset menetykset yhteiskunnalle aiheuttivat mielenterveyden ongelmat (26 %). Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (21 %), vammat ja myrkytykset (16 %) sekä sydän- ja verisuonisairaudet (12 %) olivat tällä laskentatavalla mitattuna seuraavaksi suurimpia epäsuorien kustannusten aiheuttajia.

Vaikka sairauksien suorien ja epäsuorien kustannusten yhteenlaskeminen ei ole mielekäästä, kustannuksissa korostuu kolmen sairausryhmän eli sydän- ja verisuonisairauksien, mielenterveyden häiriöiden ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksien merkitys.

Terveyden taustatekijät

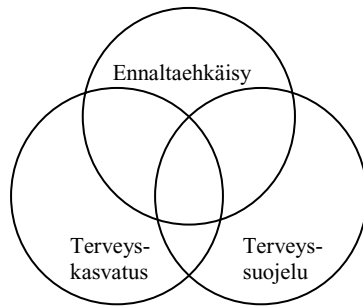
Kansalaisten terveys ja toimintakyky riippuvat yksilöllisistä ominaisuuksista, elinoloista ja elämäntavoista ja kaikkien näiden tekijöiden vuorovaikutuksesta. Väestön terveyteen ja sairauteen vaikuttavat myös sairauksien ehkäisy, varhainen toteaminen, hoito ja kuntoutus. Ravinto, liikunta, alkoholin käyttö, tupakointi, huumeet ja muut elämäntapatekijät vaikuttavat voimakkaasti väestön terveyteen.

Terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy

Seuraavassa kuviossa on hahmotettu terveyden edistäminen yläkäsitteeksi, jossa yksi keskeinen osa käsittää sairauksien ennaltaehkäisyä.¹⁵

¹⁴ *Em. tutkimuksen tekijät tuovat esille laskentamallia kohtaan esitetyn kritiikin ja että epäsuorien kustannusten suuruusluokkaan tulee suhtautua varauksellisesti. Epäsuorien kustannusten jakautumista sairauspääloukkiin voidaan pitää kuitenkin suuntaa antavana.*

¹⁵ *Lähteenä on artikkeli julkaisussa European Heart Journal (1998)19. Health promotion for coronary heart disease: past, present and future.*



Kuvio 1. Terveyden edistäminen.

Tautien ennaltaehkäisy kattaa toimet, joilla ehkäistään taudin puhkeaminen. Nämä toimet pyrkivät vaikuttamaan riskitekijöiden esiintymiseen ja niiden vaikutuksen vähentämiseen ja vastaavasti erilaisien suojatekijöiden vahvistamiseen. Ennaltaehkäisyyn kuuluu myös sellaisia toimia, jotka tähtäävät taudin etenemisen pysäyttämiseen ja jo puhjetun taudin seurausten vähentämiseen (esimerkiksi terveyttä tukevat elintavat, terveysneuvonta, rokotukset, seulonnat).¹⁶

Terveyskasvatus tarkoittaa suunnitelmallisia, yhteiskunnallisia toimenpiteitä tai tarjottuja oppimismahdollisuuksia, joiden tarkoituksena on antaa ihmisille paremmat mahdollisuudet saada hallintaan omaan ja muiden terveyteen vaikuttavat tekijät, terveyskäyttäytyminen ja elinolosuhteet.

Terveyden suojele kohdistuu terveellisen elinympäristön luomiseen ja säilyttämiseen siten, että ympäristöstä ei koidu uhkaa ihmisten terveydelle. Toimintaan sisältyy ympäristöriskien vähentäminen, elintarvikkeiden ja lääkkeiden turvallisuus, työterveys- ja turvallisuus sekä tapaturmien ehkäisy.

Terveyden edistämisen strategioita

Terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyn alueella toteutetaan erilaisia toisiaan täydentäviä ja päällekkäisiä toimintastrategioita ja -suuntauksia. Voidaan esimerkiksi:

¹⁶ *Terveyden edistämisen suunnitelma vuodelle 2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 10.1.2005.*

- edetä tunnistetuista vaaratekijöistä ohjelmiin ja toimenpiteisiin, jotka pyrkivät eliminoimaan haitallisia vaikutuksia
- pyrkiä vaikuttamaan ihmisten käyttäytymiseen siten, että väestö välttäisi terveyttä vahingoittavia elintapoja
- luoda terveyttä ja hyvinvointia edistävä fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö
- vaikuttaa yhteiskunnan muihin toimijoihin (terveysnäkökohtien huomioon ottaminen päätöksenteossa)

Ennaltaehkäisyn tuloksellisuudesta

Kun terveyden edistämisen kokonaisuudesta tarkastellaan ennaltaehkäisyä ja sen erityisiä tavoitteita, kohdistuu päähuomio esimerkiksi kansansairauksien ehkäisyn alueella riskitekijöiden ehkäisyyn. Esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien sekä aikuistyyppin diabeteksen kohdalla keskiössä ovat elintapoihin liittyvät tekijät kuten ravitsemus, tupakointi ja liikunta. Riskitekijöihin pyritään vaikuttamaan ehkäisevän terveydenhuollon ja/tai terveyskasvatusohjelmien toteuttamisen (interventiot) avulla. Terveyden välitulokset ovat muutoksia terveyttä määrittävissä tekijöissä kuten elintavoissa. Terveystulokset ovat yksilön, yhteisön tai väestön terveydentilassa tapahtuneita muutoksia ja esimerkiksi terveysinterventioiden ja lääketieteellisten interventioiden toivottu lopputulema.¹⁷ Perimmäisenä tavoitteena on yksilön terveyden ja hyvinvoinnin parantaminen. Käytännössä usein puhutaan vaikutuksista sairastavuuteen, toimintahäiriöihin ja kuolleisuuteen.

Terveyttä voidaan mitata kvantitatiivisilla ja kvalitatiivisilla mittareilla. Terveyden mittareita voidaan käyttää väestön terveystason muutosten arvioinnissa sekä ohjelmien arvioinnissa.¹⁸

¹⁷ Savola Elina, Koskinen-Ollonqvist Pirjo. *Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskus ry. 2005.*

¹⁸ *Esimerkiksi Euroopan Unionin tasolla on luotu yhteiset terveyden mittarit. Tässä mittaristossa terveydentilaa kuvaavat kuolleisuus, tautispesifinen kuolleisuus, yleinen terveydentila ja yhdistetyt terveydentilan mittarit. (<http://europa.eu.int/comm/health>). Kansanterveyslaitos seuraa suomalaisien terveydentilaa useilla terveysseurannan välineillä.*

Toimijat terveyden edistämässä ja ennaltaehkäisyssä

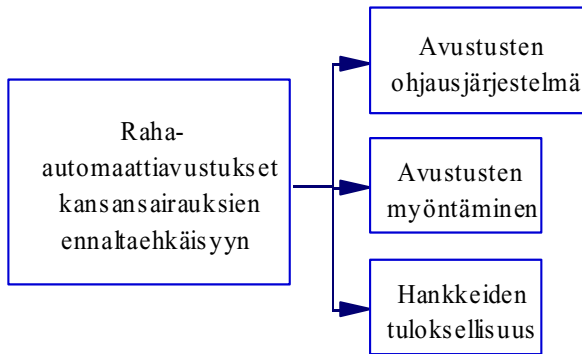
Terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisyä toteutetaan yhteiskunnan eri osa-alueilla. Terveydenhuolto, jossa toteutetaan merkittävää osaa terveyden edistämisestä, koostuu kolmitasoisesta julkisesta palvelutoiminnasta. Kansallisesti sosiaali- ja terveysministeriö (STM) vastaa lainsäädännöstä ja ohjauksesta, läänitasoiset sosiaali- ja terveysyksiköt läänin alueella tapahtuvasta ehkäisevän työn kehittämisestä ja kuntatasolla kunnanhallitukset ja lautakunnat vastaavat terveyden edistämisestä ja ehkäisevistä palveluista, sairauksien hoidosta ja kuntoutuksesta. Terveyttä edistetään myös sosiaalihuollon alaisissa yksiköissä sekä kouluissa. Kuntien ennaltaehkäisevää toimintaa rahoitetaan laskennallisen valtionosuuden kautta. Hankemuotoiseen toimintaan kunnat voivat saada valtionavustusta STM:n hankerahoitusjärjestelmästä.

Yliopistot ja tutkimuslaitokset osallistuvat terveyttä edistävän tiedon tuottamiseen.

Kolmannen sektorin toimijat, kansanterveysjärjestöt, toteuttavat terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisyyn tähtäviä ohjelmia, joihin ne saavat valtionavustusta terveyden edistämiseen tarkoitetuista määrärahoista ja RAY:n tuotosta jaettavista avustusvaroista.

2.2 TARKASTUKSEN TAVOITE JA TARKASTUSKYSYMYKSET

Tarkastuksen tavoitteena on selvittää raha-automaattiavustuksilla tuettavien kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtävien hankkeiden tuloksellisuutta, tuloksellisuuden edellytyksiä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Kokonaiskuvan muodostamiseksi on tarkasteltu RAY-avustuksia säätelevää ohjausjärjestelmää sekä avustusten myöntämismenettelyjä. Varsinainen tuloksellisuuden edellytysten tarkastaminen on suoritettu seitsemän hankkeen tapaustarkastelujen kautta. Tarkastuksen pääkysymykset on tiivistetty seuraavasti:



Ensimmäisen pääkysymyksen tavoitteena on selvittää nykyisen ohjausjärjestelmän toimivuutta raha-automaattivastuksille asetettujen tavoitteiden näkökulmasta korostaen valittua painopistealuetta suurten kansanterveysongelmien ehkäisyä. Arvioinnin kriteerinä on tehtävien jaon selkeys, tarkoituksenmukaisuus ja ohjaukselle asetettujen tavoitteiden toteutuminen. Ohjausjärjestelmien toimivuutta tarkastellaan seuraavien tarkastuskysymysten kautta.

1. Ovatko kansansairauksien ennaltaehkäisyyn alueella nykyisten toimijoiden (kansanterveysjärjestöt, kunnat) säädöksissä määritellyt tehtävät ja niistä johdettavat roolit selkeitä sekä tarkoituksenmukaisia?
2. Millainen ohjausvaikutus valtakunnallisilla terveystoimintajärjestöjen ohjelmilla on kansanterveysjärjestöjen ennaltaehkäisevään toimintaan?
3. Miten RAY:n avustustoimintaa koskeva tulosohjaus toteutuu?
4. Miten tilivelvollisuus RAY:n avustustoiminnan tuloksellisuudesta toteutuu?

Toisen pääkysymyksen yhteydessä tarkastellaan RAY:n avustusvalmistelun prosessia ja RAY-avustusten myöntämistä kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtääviin hankkeisiin. Tarkastuksessa arvioidaan avustusharkinnan perusteiden toimivuutta ennaltaehkäisevissä hankkeissa. Arviointiperusteena on kriteereiden selkeys, yhdenmukaisuus ja läpinäkyvyys. Tässä osiossa vastataan seuraaviin tarkastuskysymyksiin:

1. Millaisilla periaatteilla RAY:ssä valmistellaan avustusten suunnittamista kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtääville projekteille?

2. Miten RAY soveltaa käytännössä avustusvalmistelun kriteereitä?

Kolmannen pääkysymyksen tavoitteena on selvittää suurten kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävien hankkeiden tuloksellisuutta ja tuloksellisuuden edellytyksiä projektiominaisuuksien kartoituksella ja hankkeiden tuloksellisuutta koskevan raportoinnin perusteella. Tarkastelun kriteerit on johdettu ns. loogisen viitekehyksen mallista, jossa ennaltaehkäisyyn tähtäävän projektin osatekijät (resurssit, toiminnot, tuotokset, tulokset) muodostavat keskenään loogisen kokonaisuuden. Tässä yhteydessä selvitetään seuraavia tarkastuskysymyksiä:

1. Mitä edellytetään terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisyyn tähtäävältä projektilta tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden näkökulmasta?
2. Mitä hankeominaisuuksia sisältyy terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisyyn tähtäävään projektiin?
3. Millaisia hankeominaisuuksia on kohteeksi valituissa ennaltaehkäisevissä kansanterveysprojekteissa?
4. Miten kansanterveysjärjestöt ovat selvittäneet raportoinnissaan toteuttamiensa hankkeiden tuloksellisuutta?
5. Vastaavatko hankkeiden tulokset niille asetettuja tavoitteita?

Tarkastushavainnot eli mainittuihin kolmeen pääkysymykseen vastaaminen on esitetty tämän raportin pääluvuissa 3, 4 ja 5. Arviointikriteereitä on selostettu tarkemmin kunkin pääluvun yhteydessä. Lisäksi kunkin pääluvun lopussa on esitetty kokoavat johtopäätökset omana alalukunaan.

2.3 TARKASTUKSEN RAJAUS

Tarkastuksen kohde RAY-avustukset suurten kansansairauksien ennaltaehkäisyyn on jo lähtökohtaisesti rajattu siten, että suuresta RAY:n projektirahoituksen kokonaisuudesta kohteeksi valikoitui tiettyjen sairausryhmien ehkäisyyn tähtäävät hankkeet. Hankevalinta perustui myös siihen, että RAY:n yhtenä keskeisenä painopistealueena on kansansairauksien ennaltaehkäisy. Siten tarkasteltavat hankkeet kohdistuivat sydän- ja verisuonisairauksien, syöpäsairauksien

sien, mielenterveyden häiriöiden, tuki- ja liikuntaelinsairauksien sekä diabeteksen ehkäisyyn. Mainittujen sairausryhmien alueen keskeisiä toimijoita kolmannella sektorilla ja samalla RAY-avustusten saajia ovat Suomen Sydänliitto, Suomen Reumaliitto, Suomen Mielenterveysseura, Suomen Diabetesliitto sekä Suomen Syöpäyhdistys. Mainitut järjestöt ovat olleet myös tarkasteltavien hankkeiden toimeenpanijoita.

Tapaustarkastelun kohteeksi valittiin seuraavat hankkeet:

- Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi (1998–2003)
- Naisen sydämen terveys-ohjelma (2002–2004)
- Sydänterveyden edistäminen ja aikuistyyppin diabeteksen ehkäisy (Pieni päätös päivässä 2001–2003)
- Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (Dehko 2000–2010)
- Mielenterveyden kulmakivet (2000-2002)
- Tules-vuosikymmen (2000-2010)
- Syöpäseulontojen vaikuttavuuden arviointi (1999-)

RAY:n avustuslajeista tarkastus rajattiin projektiavustuksiin lukuun ottamatta syöpäseulontojen vaikuttavuuden arvioinnin toimintoa, joka saa kohdennettua toiminta-avustusta.¹⁹

Ajallisesti valitut hankkeet kohdentuivat vuosille 1998-2005. Kaksi laajaa projektia (Diabetesliiton Dehko ja Reumaliiton Tules-ohjelma) on edelleen käynnissä. Syöpäseulontojen vaikuttavuuden arviointi on jatkuvaluonteista toimintaa.

2.4 TARKASTUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

Tarkastuksen perusaineistoon kuuluivat RAY-avustuksia koskevat säädökset, STM:n ja RAY:n väliset tulossopimukset, RAY:n strategia-asiakirjat sekä RAY:n avustusten hakemista koskevat oppaat ja ohjeet. Keskeinen havaintoaineisto muodostui STM:ssä, valtiovainministeriössä, Kansanterveyslaitoksessa, Stakesissa, RAY:ssä,

¹⁹ Kts RAY:n avustuslajit, luku 4.1.2.

ja kansanterveysjärjestöissä tehdyistä haastatteluista. Haastatteluja suoritettiin kaikkiaan 20. Eräisiin järjestöihin lähetettiin lisäksi kirjalliset selvityspyynnöt.

Tapaustarkastelujen kohteena olevien hankkeiden osalta aineisto muodostui RAY:lle tehdyistä avustushakemuksista, vuosiselvityksistä ja projekteja koskevista arvioinneista. Kansanterveysjärjestöistä saatiin myös runsaasti hankkeita koskevaa täydentävää aineistoa.

Hankkeiden projektielementtien luokittelussa hyödynnettiin EU:n komission käyttämää projektihallinnan viitekehystä sekä kansainvälisesti laajalti käytettyä Program Logic Model (PLM) –kehikkoa. Tästä kehikosta muodostettiin ns. hyvän hankkeen kriteeristö, jonka perusteella luokiteltiin tapaustarkastelujen kohteeksi valittujen ennaltaehkäisevien projektien/toimintojen elementtejä.²⁰ Hankkeiden tuloksellisuuden selvittämisen tietopohjana olivat RAY:lle lähetetyt vuosiselvitykset, kansanterveysjärjestöistä saadut kirjalliset lisäselvitykset sekä yli 500 000 euron kokoluokan hankkeista tehdyt ulkoiset arvioinnit.

Tarkastuksen on tehnyt tarkastuspäällikkö Armi Jämsä ja tarkastuksen aineistonhankinnassa on ollut mukana tarkastaja Anne Karlin-Vartiovaara. Tarkastusta ovat ohjanneet tarkastuspäälliköt Arto Seppovaara ja Jarmo Soukainen. Tarkastuskertomusluonnos on ollut kommentoitavana sosiaali- ja terveysministeriössä, Raha-automaattiyhdistyksessä, Suomen Sydänliitossa, Suomen Syöpäyhdistyksessä, Suomen Mielenveysseurassa, Suomen Reumaliitossa ja Suomen Diabetesliitossa. Palautteet on otettu huomioon lopullisessa tarkastuskertomuksessa.

²⁰ Kehikon käyttöä tarkastuksessa on selostettu tarkemmin luvussa 5.3.

3 RAY-AVUSTUSTEN OHJAUSJÄRJESTELMÄ

3.1 KANSANSAIRAUKSIEN ENNALTAEHKÄISYN SÄÄDÖSPERUSTAA

3.1.1 Ennaltaehkäisy RAY-avustuksia koskevassa lainsäädännössä

Ennaltaehkäisevän terveydenhuollon alueen eri toimijoiden lähtökohtaa luonnehtii lakisääteisyys tai vapaaehtoisuus. Kansanterveysjärjestöjen ennaltaehkäisevä työ perustuu toiminnan vapaaehtoiseen järjestämistapaan, kun taas kuntien ehkäisevä terveydenhuolto on lakisääteistä.

Ns. kolmannella sektorilla eli terveysalan järjestöillä on tällä hetkellä keskeinen rooli ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa, sillä niille kanavoidaan vuosittain RAY:n avustustoiminnan kautta huomattava määrä taloudellista tukea. Arpajaislaki (1047/2001), laki raha-automaattivastuksista (1056/2001) sekä valtioneuvoston asetukset Raha-automaattiyhdistyksestä (1069/2001) ja eräistä raha-automaattivastuksiin sovellettavista määräajoista (1070/2001) muodostavat avustustoiminnan säädösperustan. Avustusten myöntämisen kannalta keskeisin on laki raha-automaattivastuksista.

Arpajaislain 17 §:n 2 momentissa todetaan, että raha-automaattien, kasinopelien ja pelikasinotoiminnan tuotto käytetään terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen. RAY-avustuksia koskevan lain (myöh. avustuslaki) 1 §:ssä todetaan, että rahapeliyhteisön tuotosta myönnetään avustuksia oikeuskelpoisille yleishyödyllisille yhteisöille ja säätiöille terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen. Avustuslakia koskevassa hallituksen esityksen perusteluissa ei käsitteelle terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen anneta yksilöidympää sisältöä.²¹

Sen sijaan arpajaislakia koskevassa hallituksen esityksen perusteluissa on rahapelien tuottojen käyttötarkoitusta koskevassa kohdassa

²¹ HE 75/2001 vp

selvitetty valitun terminologian perusteita. Perusteluissa viitataan muutettavan arpajaislain raha-automaattitoiminnan tuottojen käyttöluetteloon, joka on peräisin vuodelta 1962. Tämä luettelo on sisältänyt vanhentuneita ja vanhahtavia käsitteitä kuten aistivalliset, invalidit ja huolto, joten ne eivät sellaisinaan enää sovellu nykyiseen sosiaali- ja terveystieteeseen ajattelutapaan. Koska ei ole katsottu mahdolliseksi luokitella nykyistä, monipuolista, kehittyvää ja verkostoituvaa sosiaali- ja terveysalaa ja sen parissa toimivaa kansalaisjärjestökenttää joidenkin tiettyjen toimintojen tai väestöryhmien perusteella on päädytty esittämään yleistä ja laaja-alaista ilmausta, terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen, joka kattaisi kaikki avustuskohdeet. Hallituksen esityksen perusteluissa korostettiin vielä sitä, että valtion talousarviossa RAY-avustuksia koskevan momentin otsikkona on jo vuodesta 1998 ollut nimenomaan "avustukset yhteisöille ja säätiöille terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen".²² Eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta on avustuslakia koskevassa kannanotossaan todennut, että Raha-automaattiyhdistys on perustettu kansalaisjärjestöjen toimesta hankkimaan pelitoiminnalla varoja terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävään järjestöjen toimintaan. Lisäksi valiokunta halusi korostaa, että avustusten ensisijaisena tavoitteena on varmistaa apua tarvitsevien ihmisten palvelujen saanti ja uusien toimintakäytäntöjen kehittäminen.²³

Arpajaislakia koskevan hallituksen esityksen perusteluissa on todettu, että raha-automaattien, kasinopelien ja pelikasinotoiminnan tuotto käytettäisiin avustusten myöntämiseen yleishyödyllisille yhteisöille ja säätiöille. Esityksen mukaan varojen suuntaamista sosiaali- ja terveysalan järjestöille on perusteltua jatkaa ottaen huomioon, että järjestöt toisaalta merkittävästi ehkäisevät ja korjaavat tiedotus-, neuvonta-, koulutus- ja edunvalvontatoiminnallaan sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia ja toisaalta täydentävät ja kehittävät maamme sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.²⁴

RAY-avustusten käyttötarkoitukseksi on uudessa lainsäädännössä (avustuslaki, arpajaislaki) valittu tarkoituksella laaja-alainen käsite "terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen" kuvaa-

²² HE 197/1999 vp: 17 § 2 mom. yksityiskohtaiset perustelut

²³ StVL 4/2001 vp – HE 75/2001 vp

²⁴ HE 197/1999 vp: 22 § 1 mom. yksityiskohtaiset perustelut

maan avustusten päätarkoitusta. Siten lainsäädännön valmisteluasiakirjoista ei ilmene yksilöidympää sisältöä sille, mikä on konkreettisesti järjestöjen tehtävä esim. suurten kansansairauksien ennaltaehkäisyn alueella. Sen sijaan on korostettu järjestöjen täydentävää roolia sekä kehittämistehtävää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Vaikka järjestöjen tehtävä ennaltaehkäisyn alueella on säädösten perusteella selkeästi täydentävä, on järjestöjen rooli kasvanut tällä alueella. Erityisesti 1990-luvulla ennaltaehkäisevän toiminnan tehtäviä alkoi liukua kansanterveysjärjestöille. Järjestöjen taloudellinen asema oli melko turvattu, sillä lamankin aikana RAY-avustusten taso pysyi melko vakaana.²⁵ Tälläkin hetkellä järjestöjen piirissä katsotaan, että niiden toiminnassa terveyden edistäminen vahvistuu.²⁶ Terveyden edistäminen on nykyään pitkälti järjestöjen varassa²⁷.

Kolmannen sektorin roolin vahvistuminen ennaltaehkäisevässä toiminnassa ilmenee käytännössä vahvana vetovastuuna kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävissä laajoissa ohjelmissa.

Kolmannen sektorin rooli kansanterveystyössä ei ole kuitenkaan ongelmaton. WHO:n arviointiryhmä, joka selvitti Suomen 1990-luvun terveyden edistämispolitiikkaa, käsitteli toimeksiannossaan myös järjestöjen roolia. Arviointitiimi esitti pohdittavaksi, miten järjestöjen demokraattinen vastuu toiminnasta toteutuu, kun kolmannen sektorin toiminnot ovat poliittisen vastuuvollisuuden ulkopuolella. Samalla ryhmä kiinnitti huomiota siihen, miten toisaalta järjestöjen roolille olennainen julkisten toimien valvonta ja arvostelu voi toteutua, kun järjestöt ovat itse suuria palveluntuottajia ja julkisen vallan kumppaneina.²⁸

²⁵ Haastattelu 16.6.2004 Suomen Syöpäyhdistyksessä.

²⁶ *Terveysbarometri 2005. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 7/2005.*

²⁷ Haastattelu Kansanterveyslaitoksessa 16.3.2004.

²⁸ *Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämis ehdotukset. Maailman terveysjärjestön (WHO) asiantuntijaryhmän arviointiraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2002.*

3.1.2 Kuntien ennaltaehkäisevän terveydenhuollon tehtävät

Jotta kolmannen sektorin rooli ennaltaehkäisevän toiminnan alueella asettuu oikeaan viitekehykseen, on välttämätöntä tarkastella kuntien ennaltaehkäisevän terveydenhuollon perusteita ja siinä tapahtunutta kehitystä.

Ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen järjestäminen kuuluu ensisijaisesti kuntien vastuulle ja sen keskeinen normitausta tulee vuonna 1972 säädetystä kansanterveyslaista, joka on kuntien perusterveydenhuoltoa koskeva puitelaki. Laissa määritellään ne toiminnot, jotka kuuluvat kunnan kansanterveystyön piiriin. Kansanterveystyöllä tarkoitetaan kansanterveyslain 1.1 §:n mukaan yksilön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen.

Yksityiskohtaisempi ennalta ehkäisevien terveyspalvelujen ohjeistus (kansanterveysasetus) koskee nykyään joitakin seulontatutkimuksia²⁹, muutoin kunnilla on oikeus itsenäisesti päättää, miten ehkäisevät terveyspalvelut kunnassa organisoidaan ja missä laajuudessa.

Kunnissa terveysneuvonta liittyy käytännössä kaikkeen potilastyöhön jossakin muodossa. Terveysneuvontaan kuuluvat kansanterveyslain mukaan erityisesti kansanterveydellinen valistustyö ja raskauden ehkäisyneuvonta. Kansanterveydellistä valistustyötä tehdään esimerkiksi tiedottamalla sydän- ja verisuonitautien riskitekijöistä tai järjestämällä sairaanhoitajan ja ravitsemusterapeutin toimesta oikeanlaiseen ravitsemukseen opastavia ryhmiä sydän- ja verisuonitauteja sairastaville, liikapainoisille tai diabeetikoille sekä tukiryhmiä tupakoinnin lopettaville. Osana terveysneuvontaa voi olla myös rokotusneuvonta ja verenpaineseuranta.³⁰

Kansanterveystyötä koskevien normien lisäksi pyrittiin 1970- ja 1980-luvun alussa terveysneuvontaa vahvistamaan useilla lääkintö-

²⁹ *Kansanterveysasetuksen (802/1992) 4 §:n mukaan kunnan tulee järjestää mammografiaan perustuvat rintasyöpäseulonta 50-59-vuotiaille naisille ja kohdun kaulaosan syöpä ehkäisevä seulonta 30-60-vuotiaille naisille.*

³⁰ *Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö käytännössä. Toimittanut Jouko Narikka. Pieksämäki 2001.*

hallituksen ohjekirjeillä. Valtakunnallisissa suunnitelmissa painotettiin myös ehkäisevien palvelujen kehittämistä. Myös yleisempään terveyden edistämiseen kiinnitettiin huomiota esim. suosittelemalla terveyskeskuksille terveystieteiden yhdyshenkilön nimeämistä ja eri sektorit kattavien terveystieteiden neuvottelukuntien perustamista. Terveystieteiden yhdyshenkilöiden tehtävänä oli kehittää terveyden edistämistä eri sektoreiden välisenä yhteistyönä ja vahvistaa valtakunnallisten kansanterveysohjelmien toimeenpanoa kunnissa.³¹

Uusi sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskeva laki (733/92) hyväksyttiin elokuussa 1992. Tämän jälkeen valtion taholta ei ole enää yksityiskohtaisesti säädetty terveydenhuollon toiminnan laajuudesta, sisällöstä eikä järjestämistavasta kunnissa. Normiohjauksen purkaminen vapautti kunnat päättämään oman harkintansa mukaan myös terveystieteiden järjestämistä.³² Samanaikaisesti taloudellisen laman myötä supistettiin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja. Toisaalta laman itsenäistä vaikutusta kuntien ehkäisevään toimintaan ei ole selvitetty. Kuitenkin 1990-luvulla esim. kouluterveydenhuollosta vähennettiin voimavaroja keskimääräistä enemmän, terveystieteiden yhdyshenkilön toimi oli monessa kunnassa lakkautettu ja terveystietustarkoituksiin varattuja määrärahoja vähennettiin noin 10 %. On myös tuotu esille, että ehkäisevän toiminnan osuus kuntien terveysmenoihin oli jo ennen lamaa varsin pieni ja lama osaltaan vauhditti jo aikaisemmin tapahtunutta tärkeysjärjestyksen muutosta.³³

Kunnissa perusterveydenhuollon sisältö painottui entistä enemmän sairaanhoitoon ja ehkäisevien palvelujen ja yleisemmän terveyden edistämisen osuus pienentyi merkittävästi. Kehityssuuntaa on pidetty kielteisenä, sillä uhkana ovat väestön myönteisen terveyskehityksen hidastuminen sekä palvelutarpeen ja kustannusten

³¹ *Terveyden edistäminen/ehkäisevät palvelut terveyskeskuksissa: Nykytila ja Kehittämishaasteet. PM/13.10.2003/Matti Rimpelä/Stakes.*

³² *Normiohjauksen väheneminen, lama ja terveystieteiden järjestämistä koskevat muutokset terveyskeskuksissa. Seppo Miilunpalo ja Jukka Laitakari. Suomen Lääkärilehti 13/1996.*

³³ *Näkökulmia 2000-luvun terveystieteen politiikkaan. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja. Matti Rimpelä ja Eeva Ollila (toim.). Aiheita 8/2004.*

kasvu.³⁴ Kuntien ennaltaehkäisevä työ on murroksessa myös vanhojen ammattilaisten siirtyessä eläkkeelle³⁵.

Valtioneuvostossa onkin reagoitu kuntien ennaltaehkäisevässä toiminnassa esille nousseisiin puutteisiin. Hallitus on antanut eduskunnalle esityksen kansanterveyslain muuttamisesta (HE 96/2005 vp). Hallituksen esityksen perusteluissa viitataan perustuslakiuudistukseen ja todetaan, että muutoksen jälkeen ei terveyden edistämistä koskevaa lainsäädäntöä ole kehitetty eikä julkisen vallan laajaa vastuuta aina ymmärretä. Hallituksen esityksessä on pyritty myös modernisoimaan kansanterveystyössä olevaa terveydenhoidon määrittelyä. Ehdotuksessa kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilön, väestön ja elinympäristön kohdistuvaa terveyden edistämistä. Kansanterveystyöhön kuuluisi myös sairauksien ja tapaturmien ehkäisyn sekä yksilön sairaanhoito. Yksityiskohtaisissa perusteluissa todetaan, että terveyden edistämisen tavoitteena on ylläpitää ja kohentaa väestön terveyttä ja toimintakykyä, vähentää vaaratekijöitä sekä ehkäistä sairauksien ja vaaratekijöiden ilmaantumista. Perusteluissa korostetaan erikseen, että terveyden edistämiseen kuuluu myös sairauksien ehkäisy. Ennaltaehkäisyyn liittyvinä toimintoina perusteluissa tuodaan esille, että kunnan tulee järjestää asukkailleen tarpeellisia terveysneuvontapalveluita. Tällaisia voisivat olla palvelut, joilla tuetaan mm. painonhallintaa, tupakasta vieroittamista, alkoholin käytön itsetarkkailua ja joilla edistetään aktiivista liikuntaa. Mainitut palvelumuodot ovat keskeisiä välineitä kansansairauksien ehkäisyssä.

Hallituksen esitykseen sisältyy myös mahdollisuus antaa tarkempia säännöksiä valtioneuvoston asetuksella. Tätä perustellaan havainnoilla, joiden mukaan kuntien välillä on suuria eroja esimerkiksi koululaisten terveyden seuraamisessa. Ellei nyt käytössä olevilla informaatio-ohjauksen keinoilla päästä toivottuun tulokseen, tulee tarkempia säännöksiä voida antaa valtioneuvoston päätöksellä.

Kuntien terveyden edistämistyön tueksi on Stakesissa valmisteilla terveyden edistämisen laatusuosituksen.

Kansanterveyslain mukaan perusvastuu terveyden edistämisestä ja ennaltaehkäisystä kuuluu kunnille, mutta nykyisen puitelain ja

³⁴ *Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Matti Heikkilä, Mikko Kautto ja Juha Teperi. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005.*

³⁵ *Haastattelu Stakes 18.3.2004.*

laskennallisen valtionosuusjärjestelmän aikana toiminnan laajuudesta ja kattavuudesta ei ole voitu antaa tarkempia säännöksiä.³⁶ Kansansairauksien ennaltaehkäisyn alueella on kuitenkin asetustasoisesti säädetty kuntien velvollisuudeksi järjestää eräitä seulontatutkimuksia. Kansanterveyslain muutokseen tähtäävässä hallituksen esityksessä on haluttu tarkentaa kuntien velvoitteita terveyden edistämässä ja tarpeellisten terveysneuvontapalveluiden järjestämisessä. Eduskunta on hyväksynyt kansanterveyslain muutokset ja laki on tullut uudistettuna voimaan vuoden 2006 alusta.

3.2 INFORMAATIO-OHJAUS JA KANSANTERVEYSJÄRJESTÖT

3.2.1 Kansanterveysjärjestöt valtakunnallisissa ohjelmissa

Lainsäädännön kautta tapahtuvan ohjauksen lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoihin pyritään vaikuttamaan informaatio-ohjauksella ja julkisen järjestelmän keinovalikoima on muuttunut voimakkaammin epäsuoran ohjauksen suuntaan.

Terveydenhuollossa perinteinen yksisuuntainen valtahierarkia on muuttunut kaksisuuntaiseksi valtasuhteeksi, jossa vaikutusvalta ei enää kulje vain ylhäältä alas, vaan yhtä lailla myös alhaalta ylös. Tämä alhaalta ylös -periaatteen nousu ylhäältä alas -periaatteen rinnalle tuottaa kokonaisrakenteen, jonka hierarkkisuuutta heikentää runsas määrä itsenäisiä autonomisia toimijoita: kansalainen, potilaslääkäri -toimijapari, terveyspalvelujen tuottaja-organisaatio, kunta ja valtio.³⁷ Myös kansanterveysjärjestöt ovat yksi keskeinen toimija tässä verkostossa.

³⁶ *Kuntien taholta on viestitetty, että terveyden edistäminen on monin paikoin "hankkeistunut" ja siihen liittyvä toiminta on pirstaleista. On tuotu esille, että kokonaisvastuu ja -ohjaus ei ole kenenkään käsissä. Myös terveyden edistämisen tuloksellisuuden arviointi on ongelmallista. Terveyden edistäminen kunnan kansanterveystyössä: 2000-luvun haasteet ja pulmat johtamisen ja hallinnon näkökulmasta. Asiantuntijaseminaari Stakesissa. Muistio 16.5.2005.*

³⁷ *Nylander, Stähle, Nenonen. 2003. Informaatio-ohjauksesta tietointensiiviseen vuorovaikutukseen. Yhteiskuntapolitiikka 68.*

Kansanterveysjärjestöjen kohdalla informaatio-ohjaus näyttäytyy kaksisuuntaisena tiedon välittämisenä, joka ohjausmielessä voidaan määritellä pääsääntöisesti epäsuoraksi. Kolmannen sektorin toimijat on huomioitu useissa STM:n terveystoiminnallisissa ohjelma-asiakirjoissa ja kansanterveysjärjestöjen edustajat ovat jossain määrin voineet vaikuttaa ohjelmiin niiden laatimisvaiheessa.

Seuraavassa tarkastellaan, miten valtakunnallisissa terveystoiminnallisissa asiakirjoissa on käsitelty kolmannen sektorin roolia ja miten niissä on noussut esille järjestöjen tehtävät kansansairauksien ennaltaehkäisyalueella.

STM:ssä on laadittu erillisenä hankkeena kansalaisjärjestötoiminnan strategia, jossa on mm. arvioitu järjestöjen roolia sosiaali- ja terveystoiminnallisten toimijoina³⁸. Laaditussa strategia-asiakirjassa korostettiin lähtökohtana vahvaa kumppanuutta STM:n sekä kansalaisjärjestöjen välillä. Asiakirjassa on myös määritelty kansalaisjärjestösektorin rooleja terveyden edistämistyössä ja erityisenä tehtävänä on tuotu esiin syrjäytyneiden tai syrjäytymisuhan alaisena olevien ryhmien tunnistaminen. Järjestösektorin linkittyminen valtion ja kuntien palvelujärjestelmään nähtiin tiiviinä. Samalla korostettiin kolmannen sektorin merkitystä edunvalvojana, kehittäjänä ja palvelujen tuottajana. Palveluiden tuottamisen alueella järjestöjen toiminta nähtiin täydentävänä. Suomalaista kansalaisjärjestötoimintaa pidettiin asiakirjassa osittain valtion toimesta ohjattuna johtuen voimakkaasta julkisesta rahoituksesta.

Kaksisuuntainen informaatio-ohjaus STM:n ja järjestöjen välillä tulee esille Terveys 2015 –ohjelmassa, jossa erikseen painotetaan "alhaalta ylös" nousevaa otetta ja kansalaistoiminnan roolin voimistamista. Ohjelmassa kansanterveysjärjestöt nähdään mm. terveyden edistämisen alueella mielipidevaikuttajina, tiedon välittäjinä ja palveluiden tuottajina tai kehittäjinä. Samalla ohjelmassa ikään kuin velvoitetaan kuntia ja järjestöjä toimimaan yhteistyössä esim. terveyden edistämisen alueella, mutta tuodaan myös esille julkisen

³⁸ *Järjestöt sosiaali- ja terveystoiminnallisten toimijoina – Kansalaisjärjestötoiminnan strategia. Monisteita 2003:4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työ oli osa valtioneuvoston vuonna 2000 käynnistämää Kuule kansalaista –hanketta, jonka eräänä tavoitteena oli luoda eri hallinnonaloilla systemaattiset menettelytavat kansalaisten ja kansalaisjärjestöjen kuulemisen varmistamiseksi.*

vallan vastuu kansalaisjärjestöjen vaikutusmahdollisuuksien ja toimintaedellytysten turvaamisessa ja kehittämisessä.³⁹

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi tuo esiin myös kansalaisjärjestöjen roolin terveyden edistämisessä ja tiedon tuottamisessa ihmisten hyvinvoinnista. Velvoittava tendenssi korostuu tavoitteessa uudistaa palvelujärjestelmän rakenteita. Tässä yhteydessä tuodaan esiin palvelujärjestelmän osittaiset päällekkäisyydet sekä tarpeet selkiyttää julkisen sektorin ja kolmannen sektorin työnjakoa. Voimavarat tuodaan myös esille ja todetaan, että RAY:n tuotosta myönnetään avustuksia kansanterveysjärjestöille ehkäisevään ja kuntouttavaan toimintaan.⁴⁰

Myös sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa (TATO) vuosille 2000-2003 korostetaan järjestöjen ja julkisen sektorin yhteistoimintaa niin terveyden edistämisessä kuin myös palvelujen tuottamisessa. Toiminnan organisoiminen ja vastuutahojen selkeyttämistä on ohjelmassa pidetty keskeisenä. TATO:ssa on otettu kantaa myös kolmannen sektorin resurssikysymyksiin. Sen mukaan RAY:n avustusten jako tulee yhteensovittaa kunnallisen palvelujärjestelmän kehittämisen kanssa.⁴¹ STM on siten halunnut korostaa palvelujärjestelmän koordinoimista ja kehittämistä RAY-avustusten suuntaamiseen liittyvien tavoitteiden yhteydessä. Tarkempaa konkretisointia yhteensovittamisen keinoista ei ohjelmassa ole kuitenkaan ilmaistu.

3.2.2 Valtakunnallisten ohjelmien vaikutus järjestöjen toimintaan

Kansanterveysjärjestöjen suhdetta valtakunnallisiin terveystoimintoihin ohjelmiin voidaan arvioida järjestöjen vaikutusmahdollisuuksien näkökulmasta sekä tarkastella, millaisia vaikutuksia itse ohjelmilla on ollut kansanterveysjärjestöjen toimintaan.

³⁹ *Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Julkaisuja 2001:4. Sosiaali- ja terveysministeriö.*

⁴⁰ *Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 2002:3. Sosiaali- ja terveysministeriö.*

⁴¹ *Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO) 2000-2003. Julkaisuja 1999:16. Sosiaali- ja terveysministeriö.*

Järjestöjen vaikutuskanavat esimerkiksi Terveys 2015 – ohjelmaan ovat olleet välillisiä, sillä ohjelman laadinnassa järjestöjä on edustanut Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys (YTY ry). Poikkeuksena oli Suomen Mielenterveysseura, jolla oli edustus ohjelman valmistelussa. STM:n hallinnonalalla on järjestöjä⁴² kuitenkin kuultu asiantuntijoina, mutta myös välittömiä vaikutusmahdollisuuksia toivottiin lisää⁴³. Syöpäjärjestöillä on ollut koordinoitavina Suomen Akatemian terveyden edistämisen tutkimusohjelmassa.

Valtakunnallisilla terveystoiminnalla painopisteillä ja ohjelmilla on ollut vaikutusta kansanterveysjärjestöjen toimintaan. Terveys 2015 –ohjelman luonnetta on pidetty toisaalta liian yleisenä, jotta se voisi tarjota konkreettisia keinoja järjestöjen ennaltaehkäisevään työhön.⁴⁴ Sydänliiton ja Suomen Diabetesliiton taholta tuotiin esille, että yleisten hyvinvointipoliittisten ohjelmien lisäksi suurten kansansairauksien ennaltaehkäisy tulisi olla erityistoimenpiteiden kohteena pelkästään niiden kansantaloudellisten vaikutusten johdosta. Suomen Mielenterveysseura on mm. perustanut oman työryhmän, jonka tavoitteena on laatia kansallinen mielenterveyspoliittinen ohjelma⁴⁵. Suomen Syöpäyhdistyksen edustajat katsoivat, että Terveys 2015 –ohjelman tunnettuus on heikko ja implementaatiovälineet ovat puutteelliset. Kansallista terveysprojektia on pidetty järjestöjen taholla liiaksi hoitoon keskittyvänä ja siitä puuttuu ennaltaehkäisy näkökulma. Lisäksi valtakunnallisten ohjelmien yhteys järjestötason ohjelmiin on usein etäinen ja ne vaativat ns. käännöksiä käytännön työhön. Kansanterveysjärjestöjen edustajat korostivat taustayhteisöjensä autonomian tärkeyttä ja niiden omaa asiantuntemusta, jota on voitu hyödyntää järjestöjen ennaltaehkäisyyn tähtäävien oh-

⁴² Haastattelu Suomen Sydänliitossa, Suomen Diabetesliitossa ja Suomen Syöpäyhdistyksessä. Suomen Mielenterveysseura oli mukana valmistelemaan Terveys 2015 –ohjelmaa. Syöpäjärjestöjen pääsihteeri on jäsenenä STM:n kansanterveyden neuvottelukunnassa.

⁴³ Haastattelu Suomen Diabetesliitossa 14.6.2004.

⁴⁴ Terveys 2015-ohjelman yleisyyttä on kritisoitu myös kuntien taholta. Ohjelman toimeenpano kuntasektorilla on suhteellisen heikkoa, sillä kunnille tehdyn kyselyn mukaan vain 7 % terveyskeskuksista on päättänyt ohjelman toimeenpanosta. Terveyden edistäminen kunnan kansanterveystyössä. Stakesissa 16.5.2005 pidetyn asiantuntijaseminaarin muistio.

⁴⁵ Haastattelu Suomen Mielenterveysseurassa 19.8.2004.

jelmien laadinnassa. Toisaalta muistutettiin myös, että järjestöjen näkökulma esim. sairausspesifisyydestä johtuen voi terveyden edistämisen kysymyksiin olla myös kapea⁴⁶.

3.3 TULOSOHJAUKSEN ULOTTUVUUS RAY:N AVUSTUSTOIMINTAAN

3.3.1 Kansansairauksien ennaltaehkäisy tulossopimuksissa

STM tekee vuosittain RAY:n kanssa tulossopimuksen, jossa sovietaan avustusten suuntaamisesta. STM:n ja RAY:n välistä tulossopimusta linjaavat sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen strategiset tavoitteet, joiden lähtökohtana on väestön terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, työelämän vetovoiman lisääminen, syrjäytymisen ehkäisy ja hoito, toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva sekä lapsiperheiden hyvinvointi.⁴⁷ RAY:n tulossopimusten yhteiskunnallista vaikuttavuutta koskevat tavoitteet on johdettu näistä linjauksista. RAY:n avustustoiminnan tavoiteasettelussa on sovellettu tasapainotetun tuloskortin (BSC) mukaisesti terveyden ja toimintakyvyn edistämistä, syrjäytymisen ehkäisyä ja hoitoa sekä toimivia palveluja yhteiskunnallisen vaikuttavuuden kriittisinä menestystekijöinä.

Viime vuosien tulossopimuksissa (2003, 2004 ja 2005) on käsitelty ministeriön yleislinjauksia, tavoitteita sekä RAY:n avustustoiminnan toimintaympäristöä ja strategiaa. Niissä on määritelty RAY:n toiminta-ajatus ja RAY:n avustustoiminnan asiakkuus sekä kuvattu toimintaympäristöä koskevat muutokset. Toimintaympäristön eräänä muutostekijänä on mainittu ikääntymisen myötä yleistyvät krooniset kansansairaudet. Avustustoiminnan strategiassa todetaan, että avustussuunnittelussa huomioidaan virallisen sosiaali- ja terveystalouden suuntaviivat. Avustustoiminnan periaatteena korostetaan avoimuutta, jonka mukaisesti järjestöille tiedotetaan avustustoiminnan suuntaviivoista ja painoalueista. Avustustoiminnan päälinjoiksi on valittu avustusten suuntaaminen ongelmia ehkäise-

⁴⁶ Haastattelu Suomen Syöpäyhdistyksessä 16.6.2004.

⁴⁷ *Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010. STM:n julkaisuja 2001:3.*

vään toimintaan sekä heikoimmassa asemassa olevien tuen ja palveluiden turvaaminen ja omaehtoisen aktiivisuuden edistäminen. Lisäksi mainitaan, että ehkäisevän toiminnan painopiste on suurten kansanterveysongelmien ehkäisemisessä ja syrjäytymiskehityksen katkaisemisessa.⁴⁸

Tulossopimuksen varsinainen tulostavoiteosio on jaoteltu erikseen seuraaville toimintoluokille eli tulosalueille:

- kansalaisjärjestötoiminta
- palvelu- ja tuettu asuminen
- kuntoutus
- kotona selviytymisen ja omaisten tukeminen
- päivä- ja työtoiminnot
- kurssi-, leiri- ja lomatoiminta sekä
- kriisipalvelut

Kansalaisjärjestötoiminnan tavoitteissa on todettu, että avustuksia lisätään mm. suurten kansansairauksien ja elämäntapoihin liittyvien ongelmien ehkäisyyn.⁴⁹

Vuoden 2004 tulossopimuksen yhteydessä on laadittu lisäksi erillinen muistio yksityiskohtaisempaa avustusten jakokehikkoa varten. Tässä muistiossa on perusteltu yksittäisiä avustuskohteita sekä mainittu avustuksensaajia⁵⁰. Vuoden 2005 tulossopimuksessa on suurten kansansairauksien ehkäisyn osalta todettu, että jakson alussa panostetaan erityisesti sydän- ja verisuonitautien ehkäisyyn ja että tavoitejakson kuluessa lisätään huomiota myös muiden kansansairauksien ehkäisyyn.

Tulostavoitteet STM:n ja RAY:n välisissä tulossopimuksissa ovat lähinnä avustustoiminnan suuntaamiseen liittyviä tavoitteita.

⁴⁸ STM:n ja RAY:n avustustoiminnan tulossopimus vuodeksi 2003. Myös sopimus tulostavoitteista vuosille 2004-2007 sekä 2005-2008 mainitsee painopisteenä suurten kansanterveysongelmien ehkäisyn.

⁴⁹ Myös vuoden 2005 avustustoiminnan tulostavoitteissa tuetaan erityisesti kansanterveyttä edistäviä sekä suurten kansansairauksien, elämäntapoihin liittyvien ongelmien ja syrjäytymisen ehkäisyyn liittyviä toimintoja ja kehittämishankkeita.

⁵⁰ STM:n ja RAY:n sopimus avustustoiminnan tulostavoitteista vuosille 2004-2007-Perusteluosa vuoden 2004 avustuskehikolle. RAY/avustusosasto/PM. 11.4.2003.

Toiminnan konkreettisista tulostavoitteista ei ole mainintoja.⁵¹ Tulossopimuksesta puuttuvat siten täsmälliset toiminnalliset tavoitteet liittyen esimerkiksi kansansairauksien ennaltaehkäisyyn. Lisäksi kansansairauksien ehkäisy ja kansanterveyttä edistävä toiminta sisältyy pääosin kansalaisjärjestötoiminnan tulosalueelle, johon kuuluu keskeisenä osana järjestöjen yleinen edunvalvonta.

STM:n taholta on todettu RAY-avustuksia koskevan tuloso-
hjauksen vaativan jatkossa tiivistämistä sekä uutta keskustelua omis-
tajuussuhteesta. Tuloso-
hjauksen kehittämisen ongelmiin RAY:n
avustustoimintaan on osaltaan vaikuttanut STM:n ja RAY:n erilai-
set tulkinnat RAY:tä koskevan tulossopimuksen luonteesta. RAY
katsoo, että sopimus tulostavoitteista ei ole rinnastettavissa muihin
valtion laitosten tekemiin tulossopimuksiin. Yhdistys näkee viran-
omaisohjauksen ja vapaan kansalaisjärjestötoiminnan suhteen risti-
riitaisena. STM korostaa puolestaan, että RAY:n tehtävänä on vi-
ranomaisvastuulla valmistella avustusehdotus sosiaali- ja terveys-
ministeriölle ja viranomaisvastuulla valvoa valtioneuvoston päätök-
sellä myönnettyjen avustusten käyttöä. Kolmas sektori taas sitoutuu
ministeriön mukaan hakemusteitse julkisten varojen käyttöön ja
esimerkiksi kansansairauksien ennaltaehkäisyssä myös yleisen pal-
velujärjestelmän kehittämiseen. Tällöin tuloso-
hjauksen kehittämistä
tulee tarkastella eri näkökulmasta verrattuna niihin alueisiin, joilla
järjestöt tekevät niille aidoimmin kuuluvaa edunvalvontatyötä.

Tulossopimusten seuranta ja raportointi

RAY ei raportoi STM:lle kattavasti tavoitteiden toteutumisesta tu-
lossopimuksen jaottelun mukaisesti, jolloin ainoaksi kertomusdo-
kumentiksi jää RAY:n vuosikertomus⁵² ja STM:n kannanottolau-
sunto, joka sisältää arvion RAY:n toiminnasta vuonna 2004. Kan-

⁵¹ RAY:n taholta on todettu, että osana toimintaprosessien kehittämistä RAY:ssä on alettu kiinnittää huomiota yksilöidympien ja seurattavampien tavoitteisto-
jen muodostamiseen. Yhdistys korostaa, että tarkoitus ei ole yhdenmukaistaa
tuloso-
hjausmenettelyä valtionhallinnon tekemien tulossopimusten mukaiseksi,
vaan ensisijaisesti hakea menetelmiä ja keinoja myös ennaltaehkäisevien pro-
jektien vaikuttavuuden todentamiseksi.

⁵² Vuoden 2004 vuosikertomuksessa todetaan, että ehkäisevässä toiminnassa
erityisen tärkeitä ovat suurten kansanterveysongelmien ehkäisyyn tähtäävät
hankkeet.

nanottolausunto on syntynyt ns. harjoituskierroksen perusteella. Viralliset ja julkiset tilinpäätöskannanotot ja toimintakertomuskannanotot tullaan laatimaan vasta vuoden 2005 toiminnasta.⁵³

Kannanottolausunto sisältää sekä RAY:n että ministeriön arviointiosion. RAY on sen mukaisesti panostanut kehittämistoiminnan laatuun lisäämällä ohjausta sekä projektien suunnittelussa että toteutuksessa ja tulosten levittämisessä. Kehittämistoimintaan liittyvien avustuskriteerien selkiyttäminen ja systematisointi aloitettiin. Kansansairauksien ehkäisyn osalta todetaan, että avustuksia on lisätty niissä puitteissa, kun saapuneissa hakemuksissa on ollut avustuskelpoisia hankkeita. Lisäksi tuotiin esille, että aitoja järjestöjen ja kuntien yhteistyöhankkeita ei ole riittävässä määrin syntynyt. Ministeriön arviointiosuudessa todetaan, että avustustoiminnan perinteisten toimialajakojen ja toimintatapojen muuttaminen on tarpeellista. Samassa yhteydessä ministeriö nosti esille tarpeen määrittellä ministeriön ja RAY:n välistä "omistajapolitiikkaa" uudelleen. Ministeriön mukaan asetetut tavoitteet saavutettiin hyvin.

Kannanottolausumassa arvioidaan erikseen toiminnallisten tulostavoitteiden toteutumista. RAY toi esille, että RAY-avustuksilla tuettujen järjestöjen toimintojen ja hankkeiden itsearviointin kehittämistä tuettiin sekä projektikoulutuksella että käynnistämällä arvioivan ajattelun oppaan tuottaminen. Ministeriön arvion mukaan tulostavoitteet saavutettiin hyvin. Kuitenkin korostettiin, että RAY:n avustustoiminnan osaamistasoa on pyrittävä pitkäjänteisesti kasvattamaan. Ministeriö kiinnitti erityistä huomiota yhteistyökäytäntöjen kehittämiseen muiden sosiaalialan asiantuntijoiden kanssa. Tätä perusteltiin RAY:n rahoitusjärjestelmän muuttumisella entistä enemmän ohjaavaan suuntaan.

Koska tulossopimuksen tavoitteistot on asetettu yleiselle tasolle ilman konkreettisia toiminnallisia tavoitteita, myös sitä koskeva STM:n toteutumisarvio asettuu samalle tasolle. Kun tulostavoitteeksi on asetettu esimerkiksi avustusten lisääminen ongelmien ehkäisyyn, on panoslisäyksen todentaminen ongelmatonta. Tämä ei vielä kerro mitään siitä, mitä lisääntyneellä panoksella on saatu aikaan.

STM:n taholta on tuotu esille, että tulossopimukseen ei ole mahdollista sisällyttää konkreettisia tavoitteita, koska laajasti ottaen tavoitteisto koskee noin 1200 järjestöä. Ministeriön näkemyksen mu-

⁵³ Kannanottolausunto 28.4.2005. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

kaan tulossopimuksessa ei voida mennä käytännön tasolle, vaan näyttää lähinnä suuntaa.⁵⁴ Toisaalta vuotta 2003 koskevassa STM:n arviointikehikossa on ollut maininta konkreettisten toiminnallisten tavoitteiden sisällyttämisestä avustustoiminnan tulossopimukseen⁵⁵. Ministeriö pyrkii kuitenkin siihen, että tavoiteasettelu perustuisi jatkossa paremmin tuloksellisuuden tavoitteluun.

Talousarvioasetuksen 65 §:ssä edellytetään siirtomenojen tuloksellisuuden selvittämistä. Tulossopimusten seurantatieto on nykyisellään kuitenkin hyvin suppeaa ja esimerkiksi kansansairauksien ennaltaehkäisyä koskeva informaatio koskee pääasiassa toiminnan lisäpanoksia. STM:n ja RAY:n välisen tulohjausmenettelyn kehittäminen edellyttäisi yksilöidympiä tavoitteistoja ja seurantaindikaattoreita.

Tulossopimusten tavoitteiden ohjausvaikutus kolmannen sektorin toimijoihin

Kansanterveysjärjestöissä tehdyissä haastatteluissa käsiteltiin RAY:n ja STM:n välistä tulohjausjärjestelmää ja selvitettiin, miten tulohjausjärjestelmä tunnetaan järjestöissä ja onko menettelyllä vaikutuksia kansanterveysjärjestöjen toimintaan.

Kansanterveysjärjestöjen näkökulmasta RAY:n ja STM:n tulossopimusmenettely ja tulosneuvotteluprosessi ei ole läpinäkyvä eikä tietoa välity järjestöille virallisia kanavia pitkin. Toisaalta järjestö, jolla on edustaja RAY:n hallituksessa, saa ajankohtaista informaatiota tulosneuvotteluista. Muiden järjestöjen osalta vaikutusmahdollisuuksia pidettiin hyvin vähäisinä. Vaikutusmahdollisuuksia pidettiin tarpeellisenä kehittää esim. seminaari- ja lausuntokäytäntöjen avulla.⁵⁶

⁵⁴ WHO:n arviointiryhmä on todennut, että STM:n mahdollisuudet strategisesti johtaa ja hallita suurinta osaa terveyden edistämiseen STM:n ulkopuolella käytettyä rahoitusta vaikuttavat kovin rajoitetulta. WHO:n arviointitiimi on todennäköisesti tarkastellut pääasiassa terveyden edistämisen määrärahojen ohjausta, mutta tilanne on samantyyppinen RAY:n avustusvarojen suhteen. STM:n selvityksiä 2002:18.

⁵⁵ Arvioinnin osa-alueet. Laitos: Raha-automaattiyhdistys/avustustoiminta. STM:stä 9.6.2004 saatu kopio.

⁵⁶ Haastattelu 11.6.2004 Suomen Sydänliitto, 14.6.2004 Suomen Diabetesliitto, 16.6.2004 Suomen Syöpäyhdistys.

Kansanterveysjärjestöjen kannanotoissa korostettiin myös sitä, että tulossopimuksessa tai RAY:n avustusstrategiassa asetetut painopisteet eivät ohjaa järjestön toimintaa, vaan toimintalinjoista päätetään hyvin itsenäisesti.⁵⁷ Järjestöjen oman tavoiteasetannan jälkeen voidaan kyllä arvioida niiden yhteensopivuutta RAY:n tai STM:n tavoitteisiin. Tulossopimuksia on kuitenkin jossain määrin hyödynnetty avustushakemuksissa, sillä hakemusten laadinnassa on tärkeätä olla tietoinen avustusten suuntaamisen painopisteistä. Järjestön pitää itse osata etsiä tietoa tulossopimuksesta, sillä tietoa tulossopimuksista ei ole välitetty virallisia kanavia pitkin. Tulostavoitteiden sanottiin jossain määrin ohjaavan toimintaa. Järjestöt eivät ole toisaalta halukkaita sitoutumaan tulohajaukseen. Tämä kantaa on ymmärrettävä silloin, kun kyse on kolmannelle sektorille kuuluvasta edunvalvontatyöstä.

Tulossopimuksen tavoitteet eivät järjestöjen mukaan ole riittävän spesifejä kansansairauksien ennaltaehkäisyn näkökulmasta, mutta toisaalta tuotiin esille, että yksityiskohtaisemmat määrittelyt voisivat johtaa negatiivisella tavalla väljyyden katoamiseen. Kansanterveysjärjestöjen kannanotot tulossopimusjärjestelmästä olivat osin ristiriitaisia. Sopimuksia arvosteltiin liian yleisellä tasolla olevista tavoitteista esimerkiksi kansansairauksien ehkäisyssä, mutta toisaalta väljyyden nähtiin antavan liikkumavaraa.

RAY:n ja STM:n välinen tulossopimus näyttää jääneen melko etäiseksi ohjausasiakirjaksi, jota ei kaikissa järjestöissä selkeästi tunnistettu. Tulossopimus on siten jäänyt ylätasoinen ohjausvälineeksi, jolla ei ole konkreettista vaikutusta järjestöjen toimintaan. Vaikutus näyttäytyy välillisesti, sillä RAY:ssä tapahtuva avustusvalmistelu tulee suunnata tulossopimuksessa olevien tavoitteiden mukaisesti.

⁵⁷ *RAY:n ja järjestöjen välistä ohjaussuhdetta on sivuttu RAY:n Net Effect Oy:ltä tilatussa selvityksessä. Selvityksessä todettiin, että RAY:n ohjauksen voimakkuus on perinteisessä tulohajaus-merkityksessä suhteessa järjestökenttään melko vähäistä. RAY mielletään järjestöjen taholla pääasiassa rahoittajatahona. Avustustoiminnan raportteja. RAY 2003.*

3.3.2 Kansansairauksien ennaltaehkäisy talousarvion perusteluissa ja tilinpäätöskertomuksessa

RAY-avustuksia koskevat perustelut valtion talousarviossa

RAY-avustusten tuoton käyttö valtion talousarviossa sisältyy momentille 33.92.50. Vuosien 2003, 2004 ja 2005 talousarvioissa on momentin selvitysosassa lähes yhdenmukaiset maininnat siitä, että ehkäisevän toiminnan painopiste on suurten kansanterveysongelmien ehkäisemisessä. Perustelujen mukaan avustuksia suunnataan mm. terveyttä edistävään toimintaan. Kansalaisjärjestötoiminnan osalta on vuosien 2004 ja 2005 perusteluissa todettu, että tuetaan erityisesti kansanterveyttä edistäviä sekä suurten kansansairauksien, elämäntapoihin liittyvien ongelmien ja syrjäytymisen ehkäisyyn liittyviä toimintoja ja kehittämishankkeita. Vuoden 2003 perusteluissa on korostettu vielä, että avustuksia lisätään edellä mainittuihin toimintoihin.

Informaatio tavoitteiden toteutumisesta valtion tilinpäätöskertomuksessa

Valtionhallinnon tuloraportoinnin ja tuloksellisuusinformaation kehittämisessä on aiemmin pääpaino ollut valtion virastojen omassa toiminnassa, jolloin itse tuloksellisuus on ymmärretty pääasiassa vain valtion omaa toimintaa ja toimintamenoja koskevana kysymyksenä.

Valtion tilinpäätösuudistuksen periaatteita pohtineessa työryhmässä korostettiin kuitenkin, että tuloksellisuuden pitäisi käsittää myös siirto- ja sijoitusmenot.⁵⁸ Siirtomenojen tuloksellisuuden arvioinnin vähäisyyttä on perusteltu usein sillä, että siirtomenojen vaikutus ulottuu useammalle vuodelle, jolloin vuosikohtainen tuloksellisuuden raportointi ei olisi tarkoituksenmukaista. Samassa yhteydessä on kuitenkin tuotu esille, että valtioavustuksina myönnettäviä siirtomenoja koskee lakisääteisinä vaatimuksina valtionavustuslain (688/2001) 7 ja 36 §:ien säännökset. Kyseiset säännökset edellyttävät tulostavoitteiden määrittämistä valtionavustusjärjestel-

⁵⁸ RAY-avustukset ovat siirtomenoja.

missä ja tuloksellisuuden arviointia avustuksia myönnettäessä. Myös valtionavustusten vaikutuksia tulee sopivalla tavalla arvioida. Työryhmä toteaa, että arviointia ja siitä raportointia ei ole kuitenkaan järjestetty riittävän systemaattisesti eikä raportointia ole yhdistetty kattavasti tilinpäätösraportointiin.

RAY:n toiminnan tuloksista raportoidaan sekä hallituksen tilakertomuksessa että hallinnonalan toimintakertomuksessa. Vuotta 2003 koskevassa hallituksen tilakertomuksessa RAY:n toimintaa kuvaavia indikaattoreita ovat mm. liikevaihto, tilikauden voitto, sijoituspaikkamaksut ja henkilöstökulut. Kertomuksessa on mainittu myös myönnettyjen avustusten kokonaissumma sekä euromäärä, joka on RAY:n tuotosta osoitettu sotainvalidien ja veteraanien kuntoutukseen.⁵⁹ Edellä kuvattujen tunnuslukujen lisäksi STM:n hallinnonalan toimintakertomuksessa vuodelta 2003 on mainittu RAY:n tuottojen käyttö toiminta-avustuksiin, kokeilu- ja kehittämisavustuksiin, investointiavustuksiin ja valtion menoja säästäviin tarkoituksiin.⁶⁰ Varsinaisesta RAY:n tuella avustettavasta toiminnasta ei anneta informaatiota eikä esim. valtion talousarvion perusteluissa mainittujen painopistealueiden osalta kerrota esim. avustusten jakautumisen määriä. Myöskään RAY:n tulosalueilta (kansalaisjärjestötoiminta, palvelu- ja tuettu asuminen, kuntoutus jne.) ei anneta euromääräisiä toteumatietoja. Mainituissa kertomuksissa oleva RAY:tä koskeva tietosisältö ei kerro mitään niiden tavoitteiden toteutumisesta, joita on asetettu valtion talousarvion eduskuntakäsittelyn yhteydessä. Talousarvion perusteluissa on korostettu ehkäisevän toiminnan painopisteitä, kuten suurten kansanterveysongelmien ehkäisyä, mutta vuoden 2003 tilakertomuksessa ja uudistetussa vuotta 2004 koskevassa tilinpäätöskertomuksessa ei anneta informaatiota toimenpiteistä painopistealueilla.⁶¹ Kertomusten sisältämän informaation perusjäsenitys poikkeaa valtion talousarvion rakenteesta, jolloin keskeinen linkki ja vertailtavuus eduskunnan budjettipäätöksiin puuttuvat.

⁵⁹ *Hallituksen kertomus valtiovarain hoidosta ja tilasta vuonna 2003, annettu eduskunnalle vuoden 2004 valtiopäivillä. Helsinki 2004.*

⁶⁰ *STM:n hallinnonala vuonna 2003.*

⁶¹ *Valtion tilinpäätöskertomus vuodelta 2004. Osat I ja II. Helsinki 2005.*

3.4 JOHTOPÄÄTÖKSET

Julkiselle sektorille kuuluvia tehtäviä liukunut järjestöille

RAY-avustusten käyttötarkoitukseksi on avustuslaissa valittu tarkoituksella laaja-alainen käsite terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Laaja-alainen terveyden edistämisen käsite sisältää myös kansansairauksien ennaltaehkäisyä. RAY-avustuksia koskevien säädösten valmisteluasiakirjoissa korostetaan, että avustusten tavoitteena on myös uusien toimintakäytäntöjen kehittäminen. Samoin on todettu, että kansanterveysjärjestöt osaltaan täydentävät ja kehittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.

Myös kansanterveyslain perusteella kunnille määritelty vastuu terveyden edistämisessä ja ennaltaehkäisyssä on laaja-alainen. Kuitenkin yksityiskohtaisempien ohjauvälineiden puuttuminen ja käytännön toiminnan painottuminen sairaanhoitoon on johtanut siihen, että ennaltaehkäisevän toiminnan sisältö ja laajuus voivat kunnittain vaihdella. Kansanterveyslain uudistusesityksellä pyritään kuntien ennaltaehkäisevää toimintaa yhtenäistämään ja takaamaan väestölle riittävät ennaltaehkäisevät palvelut. Nykytilanteen selkiyttämisen näkökulmasta uudistusta pidetään hyvin tarpeellisena.

Kansanterveysjärjestöjen säädöstenmukainen tehtävä ennaltaehkäisevässä toiminnassa on selkeästi täydentävä ja se nojautuu järjestöjen vapaaehtoisuuteen perustuvaan toimintaan, kun taas kuntien tehtävä on lakisääteinen. Ennaltaehkäisevän toiminnan tehtäviä on kuitenkin liukunut yhä enemmän järjestösektorille, mikä on osaltaan ollut aiheuttamassa epäselvyyttä eri toimijoiden välillä.

STM:n hallinnonalalla olisi tarpeen selkiyttää eri toimijoiden rooleja terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyä alueella. Sen lisäksi, että kansanterveyslain säännöksiä on tarkennettu, olisi tarpeen koordinoita järjestöjen, valtion ja kuntien tehtävät kansansairauksien ennaltaehkäisyä alueella.

Valtakunnallisten ohjelmien vaikutus järjestöjen toimintaan osin ristiriitainen

STM:n keskeisissä ohjelma-asiakirjoissa kansanterveysjärjestöjä pidetään terveyden edistämisen mielipidevaikuttajina, tiedon välittäjinä sekä kehittäjinä. Asiakirjoissa korostuu tiedon tuottaminen ih-

misten hyvinvoinnista. Ohjelmissa velvoitetaan järjestöjä ja kuntia toimimaan yhteistyössä esimerkiksi terveyden edistämisen alueella sekä tuodaan esille tarve selkiyttää julkisen sektorin ja kolmannen sektorin työnjakoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2000-2003 on korostettu RAY-avustusten jaon yhteensovittamista kunnallisen palvelujärjestelmän kehittämisen kanssa. RAY:n taholla tätä yhteensovittustavoitetta ei ole voitu huomioida käytännön avustusvalmistelussa. Yhteensovittustavoite näyttää jääneen konkretisointia vaille ja yleisen toiveen tasolle.

Valtakunnalliset terveystaloudelliset painopisteet vaikuttavat eri tavoin kansanterveysjärjestöjen toimintaan. Valtakunnallisia ohjelmia (esim. Terveys 2015-ohjelma) on pidetty etäisinä ja luonteeltaan yleisinä, mikä on vaikeuttanut niiden viemistä kolmannen sektorin käytännön toimintaan. Samalla järjestöt ovat korostaneet omien taustayhteisöjensä asiantuntemuksen merkitystä. Näyttääkin siltä, että valtakunnalliset terveystaloudelliset ohjelmat ja toisaalta kansanterveysjärjestöjen omat painopisteet eivät kaikilta osin kohtaa toisiaan.

Tuloksellisuusinformaatio RAY:n toiminnasta niukkaa

RAY:n ja STM:n välisissä tulossopimuksissa on korostettu avustusten suuntaamista ehkäisevään toimintaan ja tuotu esille, että avustuksia lisätään suurten kansansairauksien ja elämäntapoihin liittyvien ongelmien ehkäisyyn. Tulostavoitteet ovat lähinnä avustustoiminnan suuntaamiseen liittyviä tavoitteita, jolloin sopimuksesta puuttuvat täsmällisemmät toiminnalliset tavoitteet. RAY ei raportoi STM:lle kattavasti asetettujen tulostavoitteiden toteutumisesta tulossopimuksen jaottelun mukaisesti.

Tulossopimuksen ohjausvaikutus kolmannen sektorin toimijoihin on käytännössä hyvin vähäinen, sillä kansanterveysjärjestöt eivät selkeästi tunnista RAY:n ja STM:n välistä tulosohjausmenettelyä. Järjestöt eivät saa menettelystä informaatiota virallisista kanavista, vaan niiden tulee itse etsiä tulossopimuksia koskevaa tietoa. RAY:n ja STM:n välinen tulossopimus on jäänyt etäiseksi ja ylätasoinen ohjausvälineeksi, jolla on vähän vaikutusta järjestöjen ennaltaehkäisevän toiminnan suunnitteluun. RAY:n ja STM:n tulosohjausmenettelyllä pyritäänkin ensi sijassa ohjaamaan RAY:n avustusvalmistelun suuntaamista.

Eduskunta käsittelee RAY:n avustustoimintaa valtion talousarvion yhteydessä. RAY-avustuksia koskevissa talousarvion perusteissa korostuu voimakkaasti painotus ongelmia ehkäisevään toimintaan ja kansansairauksien ennaltaehkäisyyn. Valtiovarainvaliokunnan kannanotossa vuoden 2005 talousarvioon todetaan, että avustustoiminnan perimmäisenä tarkoituksena on edistää suomalaisten terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia. Eduskunnalle annettavan tilakertomuksen ja nyttemmin uusimuotoisen tilinpäätöskertomuksen tietosisältö ei kuitenkaan kuvaa varsinaista RAY-avusteista toimintaa esim. painopistealueilla.

Kun arvioidaan eri ohjausinstrumenttien (tulosohtaus, informaatio-ohjaus) vaikutusta kansanterveysjärjestöjen toimintaan välittyy kokonaisuutena kuva vahvasti autonomiaa ja itsenäisyyttä korostavasta kolmannesta sektorista. Kuitenkin järjestöille myönnetään vuosittain huomattavia määriä harkinnanvaraisia valtionavustuksia, joiden tulokselliselle ja vaikuttavalle käytölle on asetettu kasvavia vaatimuksia. Nykyisillä ohjaus- ja raportointimekanismeilla ei ole kuitenkaan mahdollista selvittää myönnettyjen avustusvarojen tuloksellisuutta.

4 RAY-AVUSTUSTEN MYÖNTÄMINEN

Tässä luvussa käsitellään RAY:n avustusvalmistelun prosessia, avustusharkinnan periaatteita ja valmistelun kriteereitä sekä käytännön soveltamista kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtääville hankkeille. Avustusvalmistelun perusteita tarkastellaan RAY:n keskeisen painopisteen eli kansansairauksien ennaltaehkäisyyn näkökulmasta.

4.1 AVUSTUSVALMISTELUN PROSESSI RAY:SSÄ

4.1.1 Avustusten hakeminen

RAY-avustusten jakamisen perustana ovat yleishyödyllisten yhteisöjen ja säätiöiden RAY:lle toimittamat avustushakemukset ja niissä esitetyt avustuskohteet. Rahapeliyhteisön tulee avustuslain mukaan tiedottaa sopivalla tavalla mahdollisuudesta hakea avustusta sekä hakemismenettelystä. Käytännössä RAY on tiedottanut hakemismahdollisuuksista lehti-ilmoituksilla maan päälehdissä ja maakuntalehdissä sekä Internet-sivuillaan.

Avustusten hakijan tulee avustuslain mukaan antaa hakemuksen yhteydessä rahapeliyhteisölle oikeat ja riittävät tiedot avustuksen käyttötarkoituksesta ja muista seikoista, joita tarvitaan hakemuksen ratkaisemiseksi. RAY on julkaissut avustushakemisen tueksi hakuoppaan, jossa on yksityiskohtaisesti kuvattu avustusten hakemisen avustuslajeittain.⁶²

Hakemuksessa esitetyt tiedot ovat hankkeiden arvioinnin ja valvonnan perusta. Esimerkiksi haettaessa yleisavustusta ja kohdennettua toiminta-avustusta hakemuksessa ilmoitetaan toiminnan pää-

⁶² RAY-avustusten hakuopas. RAY. Hakuoppaassa selvitetään toiminta-avustusten, investointiavustusten sekä projektiavustusten hakeminen. Lisäksi RAY julkaisee erityistä Avustus-infoa.

määrä ja toiminta-ajatus sekä seuraavan vuoden tärkeimmät tulostavoitteet. Hakemuksessa annetaan lisäksi selvitys siitä, miten tavoitteiden saavuttamista seurataan. Uuden avustuksen osalta hakemuksessa esitetään perustelut avustuksen tarpeelle.

4.1.2 Avustuslajit

Toiminta-avustus

Toiminta-avustukset voidaan jakaa käyttöehtojensa perusteella yleisavustuksiin ja kohdennettuihin toiminta-avustuksiin. Yleisavustusta voidaan myöntää järjestöjen sääntöjen mukaisesta toiminnasta ja siihen liittyvistä käyttöomaisuushankinnoista aiheutuviin kuluihin. Suuremmat hankinnat ja toimintayksikön perustamiseen liittyvät hankinnat toteutetaan erillisellä investointiavustuksella. Kohdennettua toiminta-avustusta voidaan myöntää johonkin järjestön toiminnasta rajattuun toimintaan tai toiminnanalaan. Avustusta voidaan käyttää vain kyseisestä toiminnasta aiheutuviin nettokuluihin.⁶³ Järjestöille on myönnetty kohdennettua toiminta-avustusta esim. sopeutumisvalmennustoimintaan, kotipalveluun, aluesihteeritoimintaan ja tukihenkilötoimintaan. Kohdennettuihin toiminta-avustuksiin liittyy sekä yleisavustuksiin että projektiavustuksiin viittaavia piirteitä.⁶⁴ Jatkuvaluonteisuudesta huolimatta kohdennettujen toiminta-avustusten myöntämisperusteet harkitaan kuitenkin vuosittain.

Erityisavustukset

Avustuslain 14 §:n mukaisia avustuksia ovat investointiavustukset ja projektiavustukset. Investointiavustusta voidaan myöntää mm. uudisrakentamiseen, peruskorjaukseen sekä toimitilojen ja erilaisten tuki- ja palveluasuntojen hankintaan. Lisäksi rakentamishankkeisiin sovelletaan RAY:n rakennuttamisohjetta sekä Valtion asuntorahaston ja RAY:n yhdessä laatimaa rahoitusohjetta.

⁶³ RAY-avustusten hakuopas. RAY.

⁶⁴ Myllymäki-Tetri: RAY kansalaispalvelujen rahoittajana.

Projektiavustus myönnetään määräaikaisesta kokeilusta, kehittämisestä tai tutkimuksesta aiheutuviin kuluihin. Projektiavustukset ovat erityisavustuksia ja niitä voidaan käyttää vain projektista aiheutuviin erilliskuluihin. RAY:n avustusten hakuoppaan mukaan ensisijalla avustuksia myönnettäessä ovat innovatiiviset hankkeet, joiden tavoitteena on etsiä, kehittää tai kokeilla uusia toimintamuotoja ja menetelmiä. Oppaassa korostetaan, että jo projektia suunniteltaessa on syytä tarkoin selvittää, miksi projekti aiotaan toteuttaa ja mihin sillä pyritään. Projektiavustukset ovat aina määräaikaisia, joten suunnitteluvaiheessa tulee selvittää, mitä tapahtuu projektin jälkeen.⁶⁵ Projektiavustushakemusten laatimisen helpottamiseksi RAY on julkaissut erillisen Projektihallinnan oppaan.⁶⁶

Seuraavasta taulukosta ilmenee RAY-avustusten jakauma avustustylajeittain vuosina 2002–2005:

Taulukko 1. RAY-avustukset avustustylajeittain (milj. euroa).

Avustustylaji	2002	2003	2004	2005
Yleisavustukset	44,3	47,4	51,5	53,2
Kohdennetut toiminta-avustukset	82,0	90,3	100,5	110,0
Projektiavustukset	70,7	83,0	76,4	76,4
Yhteensä	279,5	302,8	308,0	305,0

Vuoden 2005 avustuksia haki kaikkiaan 1770 järjestöä. Yksittäisiä kohteita, hankkeita tai toimintoja, joihin avustusta haettiin, oli 3990 kpl. Avustuksia myönnettiin 1145 järjestölle ja yhteensä 2433 kohteeseen.

4.1.3 Avustuspäätösten valmistelu ja esittely

Avustuslain 6 §:n mukaan RAY valmistelee ehdotuksen avustuksen myöntämisestä. Jakoehdotukseen tulee liittää hakijakohtainen avustussuunnitelma seuraavien kolmen vuoden ajalle. Jakoehdotus ja

⁶⁵ *AY-avustusten hakuopas. RAY.*

⁶⁶ *Projektihallinnan opas. RAY.*

avustussuunnitelma annetaan STM:lle, jonka esittelystä valtioneuvosto päättää avustusten myöntämisestä. STM ohjaa ja valvoo RAY:tä jakoehdotuksen ja avustussuunnitelman valmistelutehtävissä ja menettelyyn liittyvissä kysymyksissä.⁶⁷

RAY:n sisäinen valmistelu on keskitetty avustusosastolle, joka käsittelee vuosittain keskimäärin 4000 hakukohdetta. Avustusvalmistelijoiden hakemuskäsittelyn jälkeen valmisteluun osallistuu avustusosaston valmisteleva työryhmä. Tähän työryhmään kuuluu RAY:n johdon ja avustusosaston edustajien lisäksi STM:n virkamies. Valmistelevan työryhmän lisäksi avustusehdotusta käsittelee RAY:n johtokunta, johon kuuluu yhdistyksen toimitusjohtaja ja yhdistyksen hallituksen nimeämät johtajat. Johtokunnan käsittelyn jälkeen jakoehdotus siirtyy RAY:n hallituksen käsiteltäväksi. RAY:n hallituksen lopullinen käsittely on aikataulutettu eduskunnan budjettikäsittelyn mukaiseksi. STM esittelee avustusten jakoa koskevan asian valtioneuvostolle.

STM:n vaikutus avustusvalmisteluun on välillistä ja rajoittuu käytännössä tulosneuvotteluissa esille tuleviin asioihin. Vaikka STM:n edustaja on jäsenenä RAY:n avustuksia valmistelevässä työryhmässä, ei hän puutu yksittäisiin substanssikysymyksiin. Näin ollen on epäselvää, miten STM käytännössä ohjaa avustusten suunnattamista yhteisesti hyväksytyihin terveystoimintoihin päämääriin. RAY:n hallituksessa avustuksia käsittelemässä on sekä STM:n että valtiovarainministeriön (VM) nimeämä jäsen. Myös VM:n edustajan rooli on jäänyt epäselväksi, sillä hän ei osallistu valtiovarainministeriössä RAY:tä koskevien asioiden käsittelyyn.

Ohjaussuhdetta selkiyttäisi, mikäli tarkemmin määriteltäisiin omistajapoliittinen kehys yksinoikeudella harjoitetulle rahapalvelitoi-

⁶⁷ Myllymäki katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriö valvoo RAY:n valmistelutoimintaa kuitenkin niin, että ministeriöllä ei olisi juridista toimivaltaa vaikuttaa RAY:n valtioneuvostolle antaman jakoehdotuksen sisältöön. Toisaalta todetaan, että ministeriö ei ole sidottu RAY:n laatimaan jakoehdotukseen, vaan se voi vapaasti muuttaa ehdotusta valtioneuvoston haluamaan suuntaan ennen kuin esittelee asian valtioneuvostolle. Arvo Myllymäki ja Eija Tetri. RAY kansalaispalvelujen rahoittajana. Kunnallissalan kehittämissäätöön tutkimusjulkaisut, nro 32.

minnalle.⁶⁸ Tällaisen linjauksen jälkeen olisi mahdollista tarkentaa omistajaohjausta suhteessa hallinnonalansa toimintaan.

4.2 AVUSTUSHARKINNAN PERUSTEET JA VALMISTELUN KRITTEERIT

4.2.1 Avustusharkinnan sääntely

RAY:n tuotosta myönnettävät avustukset ovat oikeudelliselta luonteeltaan harkinnanvaraisia valtionapuja. RAY-avustukset ovat eduskunnan budjettivallan näkökulmasta harkinnanvaraisia menoja ja kuuluvat siten eduskunnan täyden budjettivallan piiriin. Käytännössä eduskunta ei kuitenkaan pysty vaikuttamaan siihen, mihin yksittäisiin hankkeisiin avustusta myönnetään. Sen sijaan eduskunta voi vaikuttaa määrärahan käyttöön vaikuttaviin yksityiskohtaisiin perusteluihin ja sitä kautta avustusten käyttöä koskeviin yleisiin linjauksiin.⁶⁹

Harkinnanvaraisten valtionapujen käsittelyssä RAY hoitaa julkista hallintotehtävää ja tällöin sen tulee noudattaa yleishallinto-oikeudellisia säädöksiä kuten julkisuuslakia, kielilakia ja hallintomenettelylakia. Näiden lisäksi RAY:n toimintaan tulee soveltaa yleisiä hallintaharkintaa rajoittavia periaatteita, kuten yhdenvertaisuusperiaatetta, tarkoitussidonnaisuuden periaatetta, suhteellisuusperiaatetta ja objektiviteettiperiaatetta. Hyvän hallinnon ja harkintavallan rajoitusperiaatteiden noudattamisen merkitys korostuu RAY-avustusten kohdalla, kun sekä jakoehdotuksen valmisteluvaiheessa että avustusten jaosta päätettäessä käytetään tarkoituksenmukaisuusharkintaa. Harkinnanvarainen valtionapu tulee myöntää lähtökohtaisesti ainoastaan parhaille ja avustustoiminnan päämäärät ja kriteerit täyttävälle hankkeille.⁷⁰

Hallinto-oikeudellisten periaatteiden lisäksi RAY:n avustustoimintaan sovelletaan yhdistyksen hallituksen hyväksymiä avustus-

⁶⁸ STM:n kannanottolausumassa RAY:n vuoden 2004 tulostavoitteiden toteutumisesta on nostettu esille tarve linjata valtion omistajaohjausta rahapelisektorilla. Kannanottolausunto 28.4.2005. Sosiaali- ja terveysministeriö.

⁶⁹ Myllymäki-Tetri

⁷⁰ Myllymäki-Tetri

toiminnan yleisiä periaatteita, joita sovelletaan jakohdotusta valmisteltaessa. Avustustoiminnan yleisillä periaatteilla linjataan avustusten myöntämiseen ja valvontaan liittyviä käytäntöjä.⁷¹

4.2.2 RAY:n avustusharkintaa suuntaavat kriteerit

RAY:n asiakirjoista ilmenevät avustusharkinnan perusteet

Raha-automaattiyhdistyksellä ei tällä hetkellä (syksy 2005) ole käytössä dokumentoitua ja julkistettua avustusharkinnan kriteeristöä, jota käytettäisiin vertailtaessa keskenään järjestöjen tekemiä avustushakemuksia. RAY:n mukaan avustusharkinnan ja valmistelun keskeisiä tausta-asiakirjoja ovat RAY:n avustusstrategia vuosille 2002–2007 sekä RAY:n ja STM:n väliset sopimukset avustustoiminnan tulostavoitteista.⁷²

Valtion talousarviossa ja sen yksityiskohtaisissa perusteluissa määritellään RAY:n tuoton käytön perusta. Esimerkiksi vuoden 2003 ja 2004 talousarvion perusteluissa on tuotu esille avustustoiminnan kaksi päälinjaa eli avustusten suuntaaminen ongelmia ehkäisevään toimintaan ja heikoimmassa asemassa olevien tuen ja palveluiden turvaaminen sekä omaehtoisen aktiivisuuden kehittäminen. Ehkäisevän toiminnan painopisteenä mainitaan suurten kansanterveysongelmien ehkäisy ja perustelujen mukaan avustuksia tulee suunnata terveyttä edistävään toimintaan. Kansalaisjärjestötoiminnan osalta avustuksia lisätään suurten kansansairauksien ja elämäntapoihin liittyvien ongelmien ehkäisyyn.

RAY:n strategia-asiakirjassa on tuotu esille avustustoiminnan päämääränä terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen. Ehkäisevän toiminnan kohdalla painopisteenä mainitaan suurten kansanterveysongelmien ehkäisy ja tavoitteena on terveyttä haittaavien ongelmien syntymisen tai vaikeutumisen estäminen.

⁷¹ RAY:n avustustoiminnan suuntaviivat ja painoalueet. Avustusstrategia 2002–2007. RAY.

⁷² RAY:n avustustoiminnan suuntaviivat ja painoalueet. Avustusstrategia 2002–2007. RAY.
STM:n ja RAY:n sopimus avustustoiminnan tulostavoitteista vuosille 2004–2007. 2.12.2003.
Haastattelu RAY:ssä 5.10.2004.

Aiemmin tulossopijausta käsittelevässä osiossa on tarkasteltu tulossopimuksen ennaltaehkäisyä koskevia kohtia.⁷³ Viime vuosien tulossopimuksissa avustustoiminnan päälinjaksi on valittu avustusten suuntaaminen ongelmia ehkäisevään toimintaan ja todetaan, että ehkäisevän toiminnan painopiste on suurten kansanterveysongelmien ehkäisemisessä ja syrjäytymiskehityksen katkaisemisessa. Tämän linjan mukaisesti tavoitteena on lisätä avustuksia mm. suurten kansansairauksien ja elämäntapoihin liittyvien ongelmien ehkäisyyn.

Avustusten kohdentamiseen on pyritty vaikuttamaan myös valtakunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjelmissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa (TATO 2000-2003) on tuotu esille, että RAY-avustuksia tulee käytännössä sovitaa yhteen kunnallisen palvelujärjestelmän kehittämisen kanssa. RAY:n taholta kuitenkin todettiin, ettei TATO välittömästi ohjaa järjestöjen suunnitelmia, mutta TATO:a saatetaan välillisesti hyödyntää järjestöjen avustushakemusten perusteluissa.⁷⁴

RAY:ssä on käytössä myös erilaisia sisäistä valmistelua tukevia muistioita. Tulossopimuksen liitteenä on vuonna 2003 ollut ns. perusteluosa vuoden 2004 avustuskehikolle. Tämä perusteluosa on jaoteltu tulosaluekohtaisesti, jossa kansalaisjärjestötoiminnan alla on perusteltu kansansairauksien ehkäisyyn liittyvien toimintojen avustaminen.

Avustusosastolla laaditaan RAY:n hallituksen käsittelyn pohjaksi taustamuistiot, joissa käsitellään avustuksen myöntämisen yleisiä periaatteita sekä avustustoiminnan vaikuttavuustavoitteita. Taustamuistioon kuuluu myös alustava avustussuunnitelma, joka sisältää jaotellun avustuslajeittain ja tulosalueittain. Muistiossa tuodaan esille samat suuntaamistavoitteet kuin tulossopimuksissa ja mainitaan, että kohdennettuja toiminta-avustuksia suunnataan suurten kansansairauksien, kuten esim. sydän- ja verisuonitautien, syöpäsairauksien, tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja mielenterveysongelmien ehkäisyyn liittyviin toimintoihin. RAY:n hallituksen käsittelyyn valmistellaan yksityiskohtainen työlista ja sen mukana on ollut tiivistelmätyyppinen muistio, joka on laadittu esim. toimintakokonaisu-

⁷³ Tämän kertomuksen luku 3.3.

⁷⁴ Haastattelu RAY:n avustusosastolla 5.10.2004.

desta kansanterveyden edistäminen. Tässä muistiossa on jo esitetty avustusten kohdentamista eri järjestöille avustuslajeittain.

Edellä mainituissa dokumenteissa huomio kiinnittyy siihen, että valtion talousarvion perusteluissa, RAY:n strategiassa sekä tulossopimuksissa on lähes identtiset maininnat avustusten suuntaamisesta suurten kansansairauksien ennaltaehkäisyyn. Tulossopimuksen tasolla tätä yleistä tavoitetta ei ole konkretisoitu, joten niistä ei löydy kriteeristöä esim. avustusharkinnan tarkemmalle suuntaamiselle. Siten kaikkien asiakirjojen suuntaamistavoitteet ovat hyvin yleisellä tasolla.

Avustusten suuntaamista koskeva kehittäminen RAY:ssä

RAY:ssä on pyritty kehittämään ohjelma-ajattelua, jota vauhdittamaan RAY:n hallitus teki keväällä 2004 linjauksen ohjelmakokonaisuuksien kehittämiseksi. RAY:n avustusinfossa julkistettiin ns. etsintäkuulutus, jolla RAY pyrkii yhdessä järjestöjen kanssa kehittämään ohjelmakokonaisuuksia yhteiskunnallisesti merkittävien sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien ehkäisemiseksi. Tavoitteena on saada perinteisten ohjelmien rinnalle laajaan vaikuttavuuteen tähtääviä kehittämishankkeita, jotka perustuvat yhteistyöhön järjestöjen, julkisen sekä yksityisen sektorin kanssa. RAY on korostanut, että aloitteentekijänä ja koordinoivana toimijana tällaisissa hankkeissa olisi järjestötaho.⁷⁵ Samassa yhteydessä RAY on kuitenkin tuonut esille ongelman, joka liittyy hankkeiden rajalliseen vaikuttavuuteen. RAY myöntää, että liian usein hankkeet jäävät irrallisiksi. Kehitettyjä toimintamalleja tulisi saada laajempaan käyttöön, mutta palveluiden järjestämisestä vastaavat tahot eivät koe niitä omikseen. RAY:n taholla on tiedostettu, että kunnat eivät enää automaattisesti ota uusia toimintamuotoja käyttöön. RAY korostaa järjestöjen aloitteellisuutta ja koordinoivaa tehtävää sekä järjestötoiminnan kehittämistoiminnan vaikuttavuuden lisäämistä, jolloin kolmannen sektorin toiminnallinen autonomisuus saa melko korostuneen merkityksen.

Laajoja ohjelmaideoita ei kuitenkaan syntynyt ja esimerkiksi vuodelle 2005 tehdyt hanke-esitykset olivat vielä hyvinkin järjestökeskeisiä. Päihdehaittojen ehkäisyn alueella on käynnistetty laaja

⁷⁵ *Avustusinfo 5/2004. RAY.*

ohjelmallinen hanke, johon RAY osallistuu omalla kehittämis- ja avustusohjelmalla. Tätä alkoholiohjelmaa koordinoi kuitenkin STM. Perustellusti voidaan pohtia sitä, onko järjestövetoisuuden korostaminen ja toisaalta järjestöjen välinen kilpailutilanne osaltaan vaikuttanut siihen, ettei laajoja ohjelmakokonaisuuksia esim. suurten kansansairauksien alueella ole päässyt syntymään. Kuntasektoriin ei aina löydy kumppania järjestön koordinoimaan hankkeeseen. STM:n arvion mukaan aitoja järjestöjen ja kuntien yhteistyöhankkeita ei ole riittävässä määrin syntynyt. Kansanterveyslaitoksen yhteydessä toiminut asiantuntijaryhmä on myöskin esittänyt toiveita, että rahoituksen painopistettä siirretään suurissa kansansairauksissa projektiluonteisesta kehittämisrahoituksesta laajojen ja pitkäkestoisten ohjelmien rahoitukseen⁷⁶.

Kriteeristön kehittäminen RAY:ssä

Vuosien 2004 ja 2005 aikana RAY:ssä on ollut käynnissä kriteeristön kehittämistä koskeva hanke. STM:n ja RAY:n tulossopimukseen on kirjattu tavoite kehittää erityisesti tutkimus- ja kehittämisprojektien rahoitusvalmistelua. Tässä työssä on RAY:n mukaan huomioitu mm. Stakesin ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen käytössä olevat vastaavat järjestelmät. RAY:n avustusosastolla on tehty useita pilotteja ja kokeiluja, joiden tuloksia on sovellettu vuoden 2005 valmisteluun.⁷⁷ RAY:n mukaan kehitettävää valmistelukriteeristöä ei ole kuitenkaan tarkoitus julkistaa.

RAY:n projektiavustusten kriteeristöä olisi kuitenkin tarpeen koota nykyään hajallaan olevista asiakirjoista ja avustusinfojulkaisusta yhdeksi selkeäksi kokonaisuudeksi. Hankevalmistelun läpinäkyvyys paranisi, mikäli kriteeristö olisi julkinen. Kriteeristön julkisuuden tärkeyttä voidaan perustella RAY-avustusten valtionavustusluonteen mukaan sekä avustusten mittavalla volyymilla. Lisäksi eduskunta on lainsäädännöllä turvannut RAY:lle yksinoikeuden pelitoiminnalla kerättävään tuottoon. Mainittakoon myös, että STM:n hallinnonalalla on muita valtionavustusjärjestelmiä, joiden

⁷⁶ Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2005.

⁷⁷ 28.9.2005 julkistetun perustelumuistion mukaan projektien avustusvalmistelussa sovelletaan kehitteillä olevaa valmistelukriteeristöä.

hankekriteerit ovat julkisia. Näistä järjestelmistä myönnetään avustuksia myös ennaltaehkäiseviin hankkeisiin.⁷⁸

4.2.3 Kansansairauksien ennaltaehkäisy avustusvalmistelun arviointiperusteena

Koska RAY:ssä ei tarkastuksen suorittamisen aikana ollut käytössä kirjallista ja dokumentoitua projektiavustusten arviointikriteeristöä, ei myöskään kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtääville projekteille ollut löydettävissä julkistettua hankeharkinnan kriteeristöä. Tämän vuoksi tarkastuksessa pyrittiin kokoamaan yksityiskohtaisempia hankkeiden arviointiperusteita haastattelemalla RAY:n avustusvalmistelijoina. Seuraava yhteenveto perustuu RAY:n avustusosastolla tehtyihin haastatteluihin ja niiden yhteydessä saatuun informaatioon.⁷⁹ Haastattelua varten laadittiin kriteeritaulukko, jonka perustana käytettiin RAY:n strategia-asiakirjaa, STM:n kanssa sovittuja tulostavoitteita, valtion talousarvion RAY:n avustustoimintaa koskevia perusteluja sekä avustusten hakuoppaita. Lisäksi muodostettiin valmistelun perusteista nousevia tarkentavia kysymyksiä.

Tiedonkeruuta varten kriteeristö luokiteltiin seuraaviin ryhmiin:

- ehkäisevä toiminta
- hankkeen tavoiteasettelu
- kokeilu- ja kehittämistoiminta
- hankkeen resursointi
- hankkeen tuloksellisuuden seuranta
- tulosten hyödyntäminen

⁷⁸ RAY-avustusten lisäksi STM:n hallinnonalalla myönnetään harkinnanvaraisia valtionavustuksia terveyden edistämiseen osoitetuista määrärahoista. Näiden hankkeiden arvioinnissa käytettävät kriteerit on julkistettu Terveyden edistämisen keskuksen Hanketuki-oppaassa. Hankevalmisteluun liittyy myös asiantuntija-arvion osio. Kansalaisjärjestöjen terveyden edistämisen ohjelmatyö. Terveyden edistämisen keskus.

STM:n valtionavustukset sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeille kohdennetaan STM:n hakuoppaassa mainituille painopistealueille. Ehkäisevän työn osalta oppaassa on mainittu erikseen kriteerit, jotka ovat ehtona valtionavustuksen myöntämiselle. STM:n oppaita 2004:15.

⁷⁹ Haastattelut RAY:ssä 5.10.2004, 18.10.2004 ja 5.11.2004.

Ehkäisevä toiminta on määritelty useissa RAY:n toimintaa suuntaavissa dokumenteissa: tavoitteena on estää terveyttä haittaavien ongelmien syntyminen tai vaikeutuminen, suurten kansanterveysongelmien ehkäisy, terveyden edistäminen sekä ehkäisevän toiminnan kokeilu- ja kehittämistoiminnan tukeminen. Ehkäisevän toiminnan määritelmäkysymyksissä RAY:ssä tukeudutaan pitkälti esim. Kansanterveyslaitoksen asiantuntijoiden määritelmiin. Hankeharkinnan lähtökohtana on aina itse hankehakemus sekä sen arvioiminen, miten hyvin hakemus noudattaa RAY:n strategiaa sekä yleisiä valtakunnallisia sosiaali- ja terveystieteellisiä linjauksia. RAY pitää tärkeänä lähtökohtana myös järjestöjen omaa vahvaa substanssiasiantuntemusta.

Hankkeiden ja projektien tavoiteasettelussa pidetään keskeisenä konkreettisten päämäärien asettamista ja täsmentämistä. Selkeiden tavoitteiden ja mittareiden asettaminen on RAY:n mukaan ongelmallista juuri ennaltaehkäisevissä hankkeissa, mutta näitä kysymyksiä pohditaan aina hankekohtaisesti. Projektikauden lyhyys vielä osaltaan vaikeuttaa mitattavien tavoitteiden asettamista. Hakemuksissa on jopa havaittavissa eräänlaista ylivarovaisuutta ja suunnitelmat tehdään ns. varman päälle. RAY kuitenkin viestittää, että RAY-rahoitus on myös riskirahoitusta.

Kokeilu- ja kehittämistoiminnalle ja sen tukemiselle on asetettu suhteellisen selkeitä tavoitteita useissa RAY:n avustustoimintaa koskevissa dokumenteissa. Kokeilu- ja kehittämistoiminnan tulee uudistaa toimintamuotoja, luoda paikallisia ja alueellisia palvelustrategioita sekä olla luonteeltaan innovatiivista. RAY:n taholta kuitenkin korostettiin, että virallisen palvelujärjestelmän hyödyttäminen RAY-avustusten kautta ei ole yksiselitteistä. Toisaalta hankkeet eivät myöskään saisi jäädä irrallisiksi, jolloin niiden vaikuttavuus on heikompi. RAY toivoo kokeilu- ja kehittämishankkeille aina myös jonkinlaista mallintamista ja jatkuvuutta, jolloin niiden tuloksia päästään hyödyntämään.

Projektin resurssianalyysi käsittää hankkeen voimavaratarpeiden määrittelyn ja konkretisoinnin. Resurssianalyysin osalta RAY:n dokumenteissa on korostettu projektien resurssien ja aikataulutuksen realistisuutta sekä hankkeen toteutuksen kannalta riittävän osaamisen varmistamista. RAY:n avustusosastolla on hankkeiden resurssianalyysin yhteydessä pohdittu taloudellisen panostuksen tarkoitukseenmukaisuutta sekä koko hankkeen kustannustehokkuutta. Tässä

yhteydessä pidetään keskeisenä priorisointia. Projektien tiedollisten ja taidollisten resurssien riittävyttä arvioidaan RAY:ssa pitkälti kyseisen toimijan kokemuksen kautta ja tietyt nimet toimivat pitkälti myös referenssinä.

RAY-avustuksilla rahoitettavien projektien *tuloksia ja tuloksellisuutta tulee seurata* ja seurattavat asiat tulisi huomioida jo hanke-suunnitelmassa. RAY:n taholta tuotiin esille, että ulkopuolinen arviointi on selvästi lisääntynyt. RAY on korostanut, että arviointi tulisi aina suunnitella projektin alkuvaiheessa.

Projektien tulokset tulisi aina voida hyödyntää joko yksittäisen asiakasryhmän tai yleisempään käyttöön. RAY:ssä ei ole rakennettu yksityiskohtaisia kriteereitä hyödynnettävyydelle, vaan ne katsotaan aina hankekohtaisesti. Hankkeen jatkuvuus ja kantavuus tulisi suunnitella jo hakemusvaiheessa.

4.3 AVUSTUSVALMISTELUN KRITEREIDEN KÄYTÄNNÖN SOVELTAMINEN

Seuraavassa hankekohtaisessa tarkastelussa selvitetään tapauskohtaisesti, miten RAY on käytännössä soveltanut avustusharkinnan periaatteita esittäessään avustuksia suurten kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtääville projekteille. Tapaukset on valittu siten, että ne edustavat mahdollisimman hyvin keskeisiä kansansairauksien ennaltaehkäisyyn alueella toteutettavia hankkeita ja alan valtakunnallisia järjestöjä. Tarkasteluun valitut hankkeet edustavat myös ns. suuria kansansairauksia, kuten sydän- ja verisuonisairauksia, tuki- ja liikuntaelinsairauksia, diabetesta, mielenterveysalaa sekä syöpäsairauksia. Havainnot perustuvat RAY:n avustusosastolla syksyllä 2004 tehtyihin haastatteluihin sekä hankkeita koskeviin hakemusasiakirjoihin.

4.3.1 Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi

Hakemuksen perusteluja

Suomen Sydänliitto ry (aik. Suomen Sydäntautiliitto ry) esitti vuonna 1997 RAY:lle projektirahoitusta hankkeelle, jonka tavoitteena on

kehittää ohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi. Perusteluina tuotiin esille, että sydän- ja verisuonisairaudet ovat edelleen suurin yksittäinen kuolinsyy ja keskeinen työkyvyttömyyden aiheuttaja Suomessa. Kokonaiskuolleisuus sydäntauteihin on lisääntynyt ja sairastavuus tapahtuu pääsääntöisesti eläkeiässä. Hakemuksessa mainittiin myös, että sydän- ja verisuonisairauksista aiheutuvat inhimilliset ja taloudelliset kustannukset ovat mittavia. Ennaltaehkäisyn näkökulmasta katsottiin, että kyseinen terveysongelma on nykytiedoilla ja -taidoilla melkein kokonaan ehkäistävässä. Ratkaisut edellyttävät hakemuksen mukaan terveysnäkökulman toteuttamista kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa.

Perusteluna uuden ohjelman tarpeellisuudelle tuotiin esille, että aikaisemmat kansalliset sydän- ja verisuoniterveyttä edistävät ohjelmakokonaisuudet eivät enää ole tiedon eivätkä toimijoiden osalta ajan tasalla. Kyseiseen ajankohtaan on sisältynyt useita rakennemuutoksia mm. sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä kunta- ja lääni-tasolla, minkä seurauksena on vaikeaa löytää vastuu- ja toteuttajatahoja, jotka aikaisemmissa ohjelmaesityksissä oli selkeästi osoitettu. Samoin tutkimustieto on karttunut ja sen seurauksena on valmistunut uusia toimenpidesuosituksia sydäntautien ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. Perinteisen terveyskasvatuksen ohella tärkeäksi sydämen terveyttä edistäväksi tekijäksi on noussut elinympäristön vaikutus terveyteen. Hakemuksen mukaan on tarvetta toimenpideohjelmalle, joka perustuu ajantasaiseen tietoon, on kohdennettu koko väestölle ja joka tähtää suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseen. Projektikuvaus on liitteenä 1.

RAY:n avustusosaston hanketta puoltavia perusteita

Kansansairauksien ennaltaehkäisyn näkökulmasta sydänterveyden edistämisessä on ollut selkeästi tarvetta laajalle ohjelmatoiminnalle. Laajuuden osalta on RAY:ssä kiinnitetty huomiota ohjelmaan liittyvien suositusten suureen määrään. Mittavan suosituskokonaisuuden vieminen kentälle käytännön arkeen on suuri haaste. Hankehakemuksen tavoitteistossa on RAY:n mukaan asianmukaisesti määritelly ohjelman tarve- ja hyötytekijät.

RAY:ssä on korostettu innovatiivisten hankkeiden tärkeyttä. Kyseisessä Sydänliiton ohjelmassa on ollut innovatiivisia elementtejä (Sydänmerkin käyttöönotto), mutta pääosin ohjelma on ollut melko perinteinen vaikuttamiseen ja valistukseen tähtäävä kokonaisuus.

RAY:n taholta tuotiin esille, että myös uudet sukupolvet tarvitsevat sydänterveyden edistämiseen liittyvää informaatiota, jolloin aika ajoin on ns. sosiaalinen tilaus laajoille ohjelmakokonaisuuksille.

Hankkeelle on myönnetty raha-automaattivustusta yhteensä 1,5 milj. euroa.

4.3.2 Naisen sydämen terveys

Hakemuksen perusteluja

Suomen Sydänliitto ry haki vuonna 2001 projektiavustusta hankkeelle Naisen sydänsairauden tunnistaminen ja hoitoonohjaus. Projektin tavoitteena oli lisätä naisten tietoisuutta mahdollisuudesta sairastua sepelvaltimotautiin sekä vaaratekijöistä, oireiden varhaisesta tunnistamisesta ja nopeasta hoitoon hakeutumisesta. Pääkohderyhmänä mainittiin suuret ikäluokat. Tavoitteena on myös parantaa terveydenhuollon ammattihenkilökunnan tietämystä naisten sepelvaltimotaudin erilaisuudesta, oireiden tunnistamisesta, diagnosoinnista, hoidosta ja kuntoutuksesta. Päämääränä on kiinnittää ammattihenkilökunnan huomiota hoidon ja kuntoutuksen sekä lääkkeiden määräämisen ja käytön ominaispiirteisiin ja eroihin eri sukupuolilla. Hakemuksen perusteluna esitettiin, että suuret ikäluokat ovat tulossa sydän- ja verisuonitautien sairastuvuusikään ja naisten osuus sairastuneista kasvaa. Naisten sydän- ja verisuonitaudit ovat oireiltaan usein epätyypillisiä, joten naisten sairausriskiä ja oireita ei tunnisteta ajoissa. Hoito viivästyy, komplikaatioita on enemmän ja kuntoutumisessa on ongelmia. Projektikuvaus on liitteenä 2.

RAY:n avustusosaston hanketta puoltavia perusteita

RAY:ssä on katsottu, että Naisen sydämen terveys – projekti kuuluu selkeästi ennaltaehkäisevän toiminnan alueelle. Hankkeella ei pyritä vaikuttamaan varsinaiseen palvelujärjestelmään, vaan kohderyhmään eli naisväestöön sekä terveydenhuollon ammattihenkilökuntaan. Vaikka kohderyhmä on selkeästi spesifi, ovat valitut toimintamuodot aika perinteisiä eli pääpaino on valistustyypisessä toiminnassa. Keskeisenä perusteena RAY:n taholla mainittiin hankkeen yleinen tarpeellisuus ja tarkoituksenmukaisuus.

Projektin ensimmäiselle osiolla (vuodet 2002–2004) on myönnetty RAY-avustusta yhteensä 231 000 euroa.

4.3.3 Pieni päätös päivässä

Hakemuksen perusteluja

Suomen Diabetesliitto ry esitti vuonna 2000 RAY-rahoitusta projektille, jonka tavoitteena on sydänterveyden edistäminen ja aikuistyyppin diabeteksen ehkäisy. Projektiselosteessa päämääränä mainittiin yksilön ja yhteiskunnan hyvinvoinnin lisääminen sydän- ja verisuonitautisairastavuutta ja aikuistyyppin diabeteksen esiintymistä vähentämällä. Väestötasolla tämä tarkoittaa tunnettujen vaaratekijöiden ehkäisyä ja/tai tason alentamista. Projektin tavoitteena on luoda ja levittää vertaisryhmätoimintamalli, joka tukee yksilön elämäntapamuutosta sekä kehittää ja tuottaa materiaalia ja koulutusta terveydenhuollon ammattihenkilöstön elämäntapaneuvonnan ja laihdutusryhmien tueksi. Tarkoitus on lisätä koko väestön tietämystä sydän- ja verisuonisairauksien ja aikuistyyppin diabeteksen vaaratekijöistä ja niiden ehkäisymahdollisuuksista.

Hakemuksen perusteluna tuotiin esille sydän- ja verisuonisairauksien merkittävä kuormittavuus julkiselle terveydenhuoltojärjestelmälle. Tilanteen katsottiin pahenevan aikuistyyppin diabeteksen epidemialuonteisen yleistymisen myötä, sillä tautiin liittyy sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöiden kasauma. Hanke-esityksen mukaan projekti tukee terveydenhuollon tavoitteita suurten kansansairauksien ehkäisyssä sekä pyrkimyksiä kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Projektikuvaus on liitteenä 3.

RAY:n avustusosaston hanketta puoltavia perusteita

RAY:n mukaan hankkeesta löytyi selkeitä ennaltaehkäiseviä elementtejä ja projekti on melko konkreettinen ja enemmän ihmisten arkeen menevä hanke. Sydänliiton laaja sydänterveysohjelma on ns. kattohanke; tässä hankkeessa tavoiteasettelua on kyetty täsmentämään. RAY:n mukaan vertaisryhmätoiminta on uudempi tapa toimia ja esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen ennaltaehkäisyssä tarvitaan erilaisia lähestymistapoja. RAY:ssä pidettiin merkittävänä myös sitä, että kahden järjestön hankkeet kohtasivat ja

voitiin rakentaa yhteistä hanketta sydän- ja diabeteskysymyksen ympärille.

Projektille on myönnetty vuosille 2001–2003 RAY-avustusta 650 000 euroa.

4.3.4 Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma

Hakemuksen perusteluja

Suomen Diabetesliitto ry on vuonna 1998 esittänyt rahoitusta hankkeelle, jonka tavoitteena on luoda diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (Dehko-ohjelma).

Projektin perusteluna esitettiin huolestuminen tyypin 2 diabeteksen nopeasta yleistymisestä. Suomessa on vuonna 2000 ollut 160 000 tyypin 2 diabeetikkoa. Heidän määränsä arvioidaan kasvavan jopa 70 prosentilla vuoteen 2010 mennessä. Tyypin 2 diabetes on vakava sairaus, joka voi aiheuttaa useita hoidoltaan kalliita lisäsaureuksia. Tyypin 2 diabeteksen rajua yleistymistä edesauttavat virheelliset ruokailutottumukset, vähentynyt fyysinen aktiivisuus ja näiden vuoksi yleistynyt lihavuus. Lisäksi sairaudelle altistavia perintötekijöitä on väestöstämme noin kolmasosalla.

Vuonna 2001 tehdyssä jatkorahoitushakemuksessa mainittiin, että vuonna 2000 on hyväksytty laajan yhteistyön tuloksena Dehkon toimenpideohjelma. Toimenpideohjelman suosituksissa esitetyt avaintoimenpiteet liittyvät tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä väestö- ja riskiryhmästrategioiden luomiseen, diabeetikkojen hoidon kehittämisessä hoidon tehokkaampaan organisointiin, henkilökunnan koulutukseen sekä hoidon yhtenäisen laatu- ja seurantajärjestelmän kehittämiseen. Hakemuksessa korostettiin, että kuntien terveydenhuollon päättäjät ovat projektin erityisenä kohteena. Tavoitteena on osoittaa tyypin 2 diabeteksen vakavuus, sen hoidon vahva kustannus-hyöty-suhde sekä ehkäisyyn tähtäävien toimien välttämättömyys. Julkiseen talouteen liittyvänä tavoitteena mainitaan, että projektin onnistunut toteuttaminen säästää kuntien terveydenhuollon kustannuksia. Projektikuvaukset ovat liitteenä 4 ja 5.

RAY:n avustusosaston hanketta puoltavia perusteita

RAY:ssä diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelmaa pidetään hyvin keskeisenä palvelujärjestelmää kehittäväenä hankkeena ja siinä on myös kansainvälinen elementti. Varsinkin omana hankkeena käynnistetty tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn toimintamallin kehittäminen (projekti C 17) pilottihankkeena tulee RAY:n käsityksen mukaan kehittämään konkreettisesti palvelujärjestelmää.

RAY on myöntänyt avustuksia diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon tehostamiseen tähtääville hankkeille vuoteen 2005 mennessä:

- Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisprojekti 1,2 milj. euroa (C 13 ja AK 8)
- Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteutettavuuden ja toimintamallien kehittämiseen (C 17, myöh. D2D toimeenpanohanke) 830 000 euroa.

Tässä yhteydessä tarkastuksessa kiinnitettiin huomiota D2D-hankkeen kolmesta eri avustustyypistä muodostuvaan julkiseen rahoitukseen. Hanke saa päärahoituksen RAY-avustuksista, mutta hanke on saanut tukea myös Terveiden edistämisen määrärahasta ja lisäksi STM:n kansallisen terveysthankkeen hankerahoituksesta. Kaikissa on kyse harkinnanvaraisista valtionavustuksista, jotka ohjautuvat hankkeelle saman hallinnonalan eri momenteilta. Samaa hanketta on arvioitu eri valtionavustusmenettelyjen kautta ja kussakin järjestelmässä on erilaiset arviointimenettelyt.

4.3.5 Mielenterveyden kulmakivet

Hakemuksen perusteluja

Suomen Mielenterveysseura ry on vuonna 1999 esittänyt RAY-avustusta Mielenterveyden kulmakivet – nimiselle projektille. Projektin tavoitteena mainittiin mielenterveystilanteen yleinen selvittäminen. Mielenterveysseuran avustushakemuksen mukaan Suomessa on tehty useita erilaisia selvityksiä mielenterveystilanteesta, mutta tarvetta on edelleen kokonaisselvitykselle ja analysoidulle kokonaisohjelmalle. Tavoitteena pidettiin yhtenäisen, yhdenvertaisen ja saumattoman sekä portaittaisen hoidon ja seurannan takaavan

hoitomallin luominen Suomeen. Hakemuksessa tuotiin esille, että ns. hyviä hoitokäytäntöjä on olemassa, mutta niitä ei missään vaiheessa ole evaluoitu kokonaisuohjelmaksi. Ohjelmalla pyritään mielenterveyshoidon tehostamiseen toteuttamalla konkreettisia parannusehdotuksia. Tavoitteena oli myös eri yhteistyötahojen tehostettu toiminnan koordinointi. Vuonna 2000 tehdyssä jatkorahoitusesityksessä projektin tavoitteet olivat muuttuneet. Nyt tavoitteena oli mielenterveyden painoarvon lisääminen yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja julkisuuden kautta mielenterveys-käsitteeseen vaikuttaminen sekä kansalaisnäkökulman vahvistaminen kuntiin laadittavissa mielenterveysohjelmissa. Projektikuvaus on liitteenä 6.

RAY:n avustusosaston hanketta puoltavia perusteita

RAY korostaa, että mielenterveyden edistämiseen liittyvät asiat ovat selkeästi painopisteenä RAY:n useilla tulosalueilla. Mielenterveyden kulmakivet -hanke edustaa RAY:n mukaan hyvin ehkäisevää mielenterveystyötä ja sen aloittamisaikana tämällyyppiselle hankkeelle oli sosiaalinen tilaus. Koska kunnissa ei ole riittävästi omia kehittämisresursseja mielenterveysalalla, on kolmannen sektorin kehittämispanos olennainen lisävoimavara. Vaikka samanaikaisesti oli käynnissä valtakunnallinen Mielekäs Elämä -projekti ja ehkä joitakin päällekkäisyyksiä saattoi ilmetä, pidettiin RAY:ssä eri toimijoiden hankkeita tarpeellisina. Mielenterveystyö haluttiin saada kokonaiskoordinoinnin kohteeksi ja systemaattisemmin esille.

Projektille on myönnetty vuosille 2000–2002 raha-automaattivavustusta 470 738 euroa. Hanke on saanut jatkoa Mielenterveystalkoiden muodossa.

4.3.6 Tules-projekti

Hakemuksen perusteluja

Suomen Reumaliitto ry esitti vuonna 1999 RAY-rahoitusta hankkeelle, jonka tarkoituksena oli Kansainvälisen TULES-vuosikymmenen käynnistäminen Suomessa. Projektin päämääränä on lisätä tietoisuutta tuki- ja liikuntaelinsairauksien (tule-sairaudet) yhteiskunnalle aiheuttamasta kasvavasta taakasta, mahdollistaa potilaiden aktiivinen osallistuminen heidän hoitoaan koskeviin päätök-

siin, pyrkiä parantamaan tule-sairauksien tuntemusta sekä edistää tehokasta ehkäisyä ja hoitoa. Hakemuksen liitteenä olevissa perusteluissa todettiin, että tuki- ja liikuntaelinsairauksilla on olennainen vaikutus yksilöiden toimintakykyyn ja elämän laatuun. Tule-sairauksista aiheutuvat kustannukset ovat mittavat. Reumaliitto katsoi, että kokonaisvaltainen torjuntatyö on pitkälti toteuttamatta, vaikka virallisissa suunnitelmissa tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat huomattava kansansairausryhmä. Projektikuvaus on liitteenä 7.

RAY:n avustusosaston hanketta puoltavia perusteita

RAY:ssä on pidetty tärkeänä myös tuki- ja liikuntaelinsairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäviä hankkeita, mutta suurten hankekokonaisuuksien kohdalla RAY:ssä pyritään tulevaisuudessa yhä tarkempaan priorisointiin. RAY:n mukaan tässä hankkeessa on toimintamalli ollut aika perinteinen ja kustannukset kohtalaisen suuria. Projektin tavoitteet ovat melko yleisellä tasolla.

Tules-hankkeelle on myönnetty RAY-avustusta vuodesta 2000 alkaen yhteensä 1 228 000 euroa.

4.3.7 Syöpäseulontojen vaikuttavuuden arviointi

Hakemuksen perusteluja

Suomen Syöpäyhdistyksen koordinoiman syöpäseulontojen vaikuttavuuden arvioinnin perustavoitteena on osoittaa, että kansanterveystyönä toteutettava syöpäseulonta vähentää vaaraa kuolla seulotaviin syöpiin. Hyvin toteutettu seulonta on vähentänyt kohdunkaulan syövän ilmaantuvuutta ja siihen kuolleisuutta 1990-luvun alkuun mennessä 80 %. 1990-luvun puolivälissä ilmaantuvuus on kuitenkin suurentunut seulonnan kohteena olevissa nuorissa ikäryhmissä. Vuoden 1999 toiminta-avustushakemuksessa todettiin, että arviointitoiminnan päämääränä on löytää syyt ja aikaansaada korjaus siihen, että kohdun kaulaosan syöpä on kääntynyt nousuun. Syöpäyhdistyksen mukaan ongelma on saatavissa hallintaan osallistumisaktiivisuutta ja seulonnan peittävyyttä lisäämällä sekä kiinnittämällä huomiota eri seulontavaiheiden jatkuvaan laadunvarmistukseen. Samoin seurataan syöpäjärjestöjen mammografiaseulontojen

vaikuttavuutta ja raportoidaan tuloksista. Toiminnon kuvaus on liitteenä 8.

RAY:n avustusosaston hanketta puoltavia perusteita

RAY on pitänyt perusteltuna syöpäseulontojen vaikuttavuuden arvioinnin tukemista kohdennettuna toiminta-avustuksena, sillä avustuksilla voidaan tukea myös tutkimustyyppistä kansansairauksien ennaltaehkäisyä tukevaa toimintaa. Seulontojen vaikuttavuuden arviointityössä pidetään yllä alan viimeisintä tutkimustietoa.

Suomen Syöpäyhdistyksen hanke Syöpäseulontojen vaikuttavuuden arviointi on saanut kohdennettua toiminta-avustusta vuodesta 1999 ja vuoden 2005 avustus on ollut 154 000 euroa.

4.3.8 Yhteenvetoa kriteereiden käytännön soveltamisesta

Haastattelujen yhteydessä saatiin informaatiota lähinnä yleisistä suuntaviivoista, joiden avulla hankevalintaa suoritetaan. RAY:n taholta tuotiin esille yhdistyksen niukat henkilöstöresurssit ja sen asettamat rajoitukset avustusvalmistelun ja järjestöohjauksen yksityiskohtaisuudelle. Avustusvalmistelussa ei ollut käytännössä mahdollisuuksia mennä kovin yksityiskohtaiselle tasolle. Yksittäisellä avustusvalmistelijalla ei ole myöskään mahdollisuuksia kattavaan projektin jälkiseurantaan. RAY:ssä joudutaan myös arvottamaan keskenään hyvinkin samantyyppisiä hankkeita.

RAY:n taholta korostettiin, että valmistelussa huomioidaan myös järjestöjen aikaisemmista kehittämishankkeista saatu kokemus, alueen substanssiosaaminen, hyvä sidosryhmäverkosto, alueellinen näkökulma sekä järjestöjen voimavarakysymykset. Tässä harkinnassa avustusvalmistelijalla on keskeinen rooli, sillä valmistelijalla on usein hyvinkin pitkä alueen tuntemus. Asiantuntijalausuntojen käyttöä avustusharkinnan tukena on joskus pohdittu, muuta tois-taiseksi niitä ei ole RAY:n avustusosastolla käytössä.

RAY:n käyttämissä perusteluissa korostuivat melko yleiset luonnehdinnat hankkeista kuten sosiaalinen tilaus, yleinen tarpeellisuus ja tarkoituksenmukaisuus. Ilmeni myös, että hankehakemuksia ei oltu systemaattisesti arvioitu kaikkien niiden projektkriteereiden osalta, jotka on mainittu RAY:n hakuoppaissa. RAY on voimakkaasti korostanut hankkeiden innovatiivisuutta keskeisenä kriteeri-

nä, mutta kyseiset hankkeet painottuivat perinteisiin valistuksen ja viestinnän menetelmiin. Haastatteluissa nousi myös esille kriittisiä kohtia eräistä hankkeista, mutta niillä ei ollut merkitystä esim. hankkeen jatkorahoitukseen. Järjestöjen autonomian kunnioitus nousi vahvasti esille.

4.3.9 Kansanterveysjärjestöjen näkökulma hankevalinnan perusteisiin

Kansanterveysjärjestöt katsoivat, että RAY on onnistunut hankkeiden priorisoinnissa yleisesti ottaen hyvin ja todettiin, että hankevalinta ei ole helppo tehtävä. Kun hankevalintaa arvioitiin kansansairauksien merkittävyyden näkökulmasta, pidettiin valinnan lopputulosta korkeintaan tyydyttävänä. Aikuistyyppin diabeteksen nousemista painopisteeksi pidettiin tärkeänä; ongelmallisena pidettiin taas ehkäisevän päihdetyön ja mielenterveystyön tukemisen hajautumista liian monelle eri toimijalle. Toisaalta tuotiin esille, että ennaltaehkäisevästä otteesta huolimatta projekteja on ollut vaikea saada esille.

RAY:n käytettävissä olevat rajalliset resurssit tunnustettiin, mikä vaikuttaa osaltaan siihen, että RAY ei perustele tekemiään avustusesityksiä. Arviointien lisäämisen ja kehittämisen toivottiin tuovan lisäarvoa hankkeiden valintaan. Järjestöt toivat julki, että RAY-avustuksista käydään kovaa kilpailua, mutta kilpailu voi myös edesauttaa laadukkaiden projektien seuloutumista. Toisaalta järjestöpuolella on koettu epätietoisuutta siitä, millaisia hankkeita toivotaan ja mitä RAY:n piirissä arvostetaan. Raha-automaattiyhdistyksestä puuttuva hankkeiden asiantuntijakäsittely tuotiin myös esille ja katsottiin, että selkeä kriteeristö ja asiantuntijaverkoston käyttö voisivat edesauttaa hankkeiden priorisointia.⁸⁰

Järjestöjen taholta on myös kritisoitu innovatiivisuuden ylikorostunutta vaatimusta RAY:n avustuskriteerinä varsinkin kansansai-

⁸⁰ *Haastattelut: Suomen Sydänliitto, Suomen Diabetesliitto, Suomen Reumaliitto, Suomen Mielenterveysseura ja Suomen Syöpäyhdistys. Myös sosiaali- ja terveysministeriön taholla on pidetty tärkeänä, että valmisteluvaiheessa käytettäisiin ulkopuolista asiantuntemusta ja ns. avattaisiin avustustoimintaa enemmän ulospäin yhteiskuntaan.*

rauksien ennaltaehkäisyn kohdalla. Tehokkaatkin toimintamuodot päättyvät RAY:n rahoittaman innovatiivisuusprojektin päättyessä, sillä järjestöillä on harvoin resursseja vakiinnuttaa kehitetty ja tuloksekas malli valtakunnalliseksi toiminnaksi. Sydänliiton taholta on tuotu esille, että jatkuvan innovatiivisuuden vaatimuksen rinnalle avustusperusteeksi tulisi ottaa kehitettyjen kustannustehokkaiden ja toimivien mallien pitkäjänteinen soveltaminen.

4.4 JOHTOPÄÄTÖKSET

Avustusten valmistelussa niukat voimavarat

RAY:n avustusvalmistelussa huomio kiinnittyi avustusosaston niukkaan resursointiin. Vuosittaiset hakemusmäärät ovat mittavia ja esimerkiksi järjestöjen kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtääviä projektianomuksia käsittelee kaksi avustusvalmistelijaa. RAY:ssä ei ole myöskään käytössä projektianomusten asiantuntijakäsittelyä. Kun ottaa huomioon kansansairauksien ennaltaehkäisyn RAY:n keskeisenä painoalueena olisi hakemusten asiantuntija- ja lausuntokäsittelyn kehittäminen perusteltua.

STM:n edustaja on jäsenenä avustuksia valmistelevassa työryhmässä, mutta hän ei ota kantaa yksittäisiin avustuskohteisiin. Tilanetta ei voida pitää tyydyttävänä siitä näkökulmasta, että STM:llä on yleinen ohjaus- ja valvontavollisuus RAY:n avustustoiminnan suuntaamiseen. Ohjaussuhdetta selkiyttäisi, mikäli yksinoikeudella harjoitetulle rahapelitoiminnalle olisi määritelty selkeä omistajapoliittinen kehys.

Avustusten suuntaamiseen enemmän koordinointia

RAY-avustusten suuntaamista koskevat linjaukset eri dokumenteissa ovat sanamuodoltaan hyvin yhdenmukaisia ja suuntaamistavoitteet ovat yleisellä tasolla. Tämä koskee myös tulossopimuksen kansansairauksien ennaltaehkäisyä koskevia määritelmiä, jotka noudattavat valtion talousarviossa ja RAY:n strategiassa olevia sanamuotoja. Siten tulossopimuksen tarkempi avustusharkintaa ohjaava vaikutus jää epäselväksi.

RAY:ssä on viime vuosina pyritty saamaan perinteisten ohjelmien rinnalle laajaan vaikuttavuuteen tähtääviä kehittämishankkeita, joissa olisi järjestösektorin lisäksi julkisen ja yksityisen sektorin toimijoita. Tavoitteena on ollut aikaansaada ohjelmakokonaisuuksia yhteiskunnallisesti merkittävien sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien ehkäisemiseksi. RAY-avusteisten hankkeiden ongelmana on pidetty niiden rajallista vaikuttavuutta. Tässä kehittämistyössä on RAY:n taholta korostettu järjestöjen vetovastuuta. Tavoitteen suuntaisesti ei kuitenkaan ole edistytty ja esimerkiksi vuoden 2005 projektiesitykset olivat vielä hyvin järjestökeskeisiä.

RAY:n avustusten suuntaamistavoitteita voidaan pitää osin ristiriitaisina. Toisaalta halutaan korostaa laajaan vaikuttavuuteen tähtääviä projekteja ja yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa, mutta samanaikaisesti korostetaan järjestöjen vetovastuuta.

RAY:n rahoittamien ennaltaehkäisevien projektien osalta olisi tarpeen kehittää koordinoivaa käsittelyä, jossa RAY:n lisäksi olisi mukana STM, Kansanterveyslaitos, Stakes ja Kuntaliitto. Näin voitaisiin paremmin varmistaa valtakunnallisten painopisteiden huomioiminen, asiantuntijatahojen mukanaolo sekä yhteistoiminta kuntasektorin ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kanssa. Edellä mainittujen elementtien huomioiminen parantaisi projektien vaikuttavuuden edellytyksiä.

Avustusperusteena varsinkin kansansairauksien ennaltaehkäisyn näkökulmasta tulisi myös huomioida kehitettyjen kustannustehokkaiden ja toimivien mallien pitkäjänteinen soveltaminen.

Julkistettujen arviointikriteereiden puuttuminen avustusharkinnan läpinäkyvyyttä heikentävä tekijä

RAY:ssä ei ole käytössä dokumentoitua ja julkista avustusharkinnan kriteeristöä. Avustusvalmistelun kriteerit ovat hajallaan eri asiakirjoissa kuten strategia-asiakirjassa, avustusten hakuoppaassa, RAY:n avustustiedotteissa ja koulutustilaisuuksien esityksissä. Nämä kriteerit olisi tarpeen koota yhdeksi selkeäksi avustusvalmistelun kriteeristöksi, joka tulisi julkistaa. RAY-avustukset ovat kuitenkin julkisista budjettivaroista myönnettäviä harkinnanvaraisia valtionavustuksia, joiden valmistelu ja myöntäminen tulisi tapahtua yleisesti tiedossa olevien ja julkistettujen kriteereiden perusteella. RAY ei myöskään perustele päätöksiä. Valmistelukriteeristön kehittäminen voisi tuoda välineistöä myös päätösten perustelemisen tueksi.

Tarkastuksessa selvitettiin RAY:n käyttämiä arviointiperusteita tarkastukseen valittujen kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävien projektien osalta. Tässä tarkastelussa ilmeni, että kyseisiä hankkeita ei ollut arvioitu systemaattisesti kaikkien niiden kriteereiden mukaisesti, jotka on mainittu esim. RAY:n projektioppaassa.

Hankeharkinnassa korostui ensijaisesti käsite yleinen tarpeellisuus ja tarkoituksenmukaisuus sekä sosiaalinen tilaus. Näitä kriteereitä voidaan pitää liian yleisinä, jotta ne voisivat ohjata valmistelua löytämään hyvät hankkeet. Toisaalta perusteluissa nousi esille hankekohtainen harkinta. Tarkastuksessa ilmeni myös eräisiin hankkeisiin liittyviä kriittisiä kohtia, joista huolimatta RAY puolsi hankkeelle projektiavustusta. Hankeharkintaa leimasi siten dokumentoitujen selkeiden kriteereiden puuttuminen sekä käytettyjen kriteereiden väljyys.

RAY:n avustusvalmistelu ei täytä läpinäkyvyyden kriteereitä. Nykyinen toimintatapa ei myöskään takaa sitä, että kaikki hakemukset käsiteltäisiin yhdenmukaisessa ja läpinäkyvässä valmisteluprosessissa. Mikäli käytössä olisi selkeät ja dokumentoidut kriteeristöt, ne hyödyttäisivät myös järjestöjä siinä vaiheessa, kun ne suunnittelevat kehittämishankkeita ja valmistelevat avustushakemuksia. Kriteeristö voisi toimia ns. hyvän hankkeen indikaattorina ja sen avulla RAY viestisi järjestöille, mitkä ovat hyvän projektin laatuvaatimukset.

5 RAY-HANKKEIDEN TULOKSELLISUUS

5.1 TERVEYDEN EDISTÄMISEN JA ENNALTAEHKÄISYN LÄHTÖKOHDISTA, KEINOISTA JA VAIKUTTAVUUDESTA

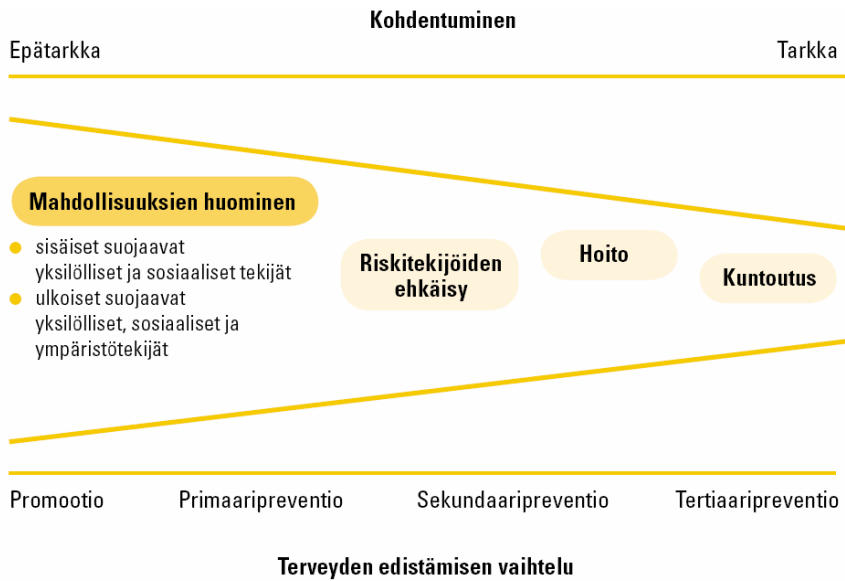
Terveyden edistämisen tavoitteena on vahvistaa yksilön ja yhteisön voimavaroja ja parantaa kansanterveydellisiä edellytyksiä, jolloin terveyden edistäminen on keino terveyden aikaansaamiseksi ja ylläpitämiseksi. Terveys nähdään ominaisuutena, toimintakyknä, voimavarana, tasapainona tai kyknä selviytyä ja suoriutua. Terveyden edistämisessä on erilaisia lähestymistapoja; mahdollisuuksien luomista, muutokseen tähtäävää toimintaa sekä terveyttä suojaavien ja vahvistavien tekijöiden ylläpito jo saavutetulla tasolla. Tällöin terveyden edistäminen tarkoittaa samanaikaisesti yksilöön ja yhteiskuntaan suunnattua toimintaa.⁸¹

Seuraavassa kuviossa on esitetty terveyden edistämisen kokonaisuus, johon kuuluvat mahdollisuuksien luominen, riskitekijöiden ehkäisy, hoito ja kuntoutus. Mahdollisuuksien luominen on selkiytymättömin ja siitä saatu näyttö heikointa. Riskitekijöiden ehkäisy sekä erityisesti hoito ja kuntoutus ovat tarkkarajaisempia ja niiden vaikuttavuudesta on mahdollista saada vahvempaa näyttöä.⁸²

Tämän tarkastuksen kohteena olevat RAY-rahoitteiset projektit ovat painottuneet useimmissa tapauksissa riskitekijöiden ehkäisyn alueelle, osassa on mukana sairauden varhaisen toteamisen ja hoidon elementtejä.

⁸¹ *Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Pirjo Koskinen-Ollonqvist, Antti Peltto-Huikko ja Päivi Rouvinen-Wilenius (toim.) Terveyden edistämisen keskus.*

⁸² *Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 3/2005.*



Kuvio 2. Terveyden edistämisen promotiivinen ja preventiivinen näkökulma.⁸³

Terveyden edistäminen sisältää promotiivisen ja preventiivisen lähestymistavan. Promootio tarkoittaa vaikuttamista ennen ongelmien ja sairauksien syntyä. Promootionäkökulmasta terveyden edistämisen tehtävänä on ylläpitää ja vahvistaa terveyttä suojaavia tekijöitä. Nämä tekijät ovat sellaisia, jotka suodattavat riskien vaikutusta yksilöihin ja yhteisöihin. Promotiivinen lähestymistapa perustuu voimavaraperusteiseen terveystieteeseen. Preventiivinen lähestymistapa tarkoittaa sairauksien ehkäisyn näkökulmaa ja on usein ongelmälähtöistä. Preventioon sisältyy primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventio. Primaaripreventio on sairauksia ehkäisevää toimintaa ja sairauksien riskitekijöiden vähentämistä. Sekundaariprevention avulla estetään sairauksien paheneminen vähentämällä riskitekijöiden vaikutusta. Tertiaariprevention tarkoituksena on lisätä toimintakykyisyyttä sekä vähentää olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen pahenemista.

⁸³ *Lähde: Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 3/2005.*

Terveyden edistämisen keinoja

Terveyden edistämiseen liittyy usein pyrkimys ihmisten käyttäytymisen muuttamiseen. Muutos halutaan saada aikaan asenteisiin vaikuttamalla tai ympäristöä muokkaamalla, jolloin luodaan ihmisille paremmat mahdollisuudet itse tehdä terveytensä kannalta parempia valintoja. Tähän näkökulmaan liittyy mm. Suomen terveystalouden eräs tavoite vaikuttaa terveyden epätasa-arvoiseen jakautumiseen eri väestöryhmien kesken. Terveys 2015-ohjelman tavoitteena on myöskin vähentää keskeisten kansansairauksien esiintyvyyttä ja niistä aiheutuvaa hoidon tarvetta.⁸⁴ Terveyden edistämisen erilaisia dimensioita voidaan kuvata myös seuraavalla tavalla.

Terveyden edistämisen strategiat				
Yksilö- keskeinen lähestymis- tapa	←————→			Väestö- lähtöinen lähestymis- tapa
Esim. riski- ryhmien seulonnat	Terveys- neuvonta ja tietojen ja taitojen kehittämi- nen	Terveys- viestintä	Yhteisö- lähestymis- tavat	Terveyttä edistävien rakenteiden ja ympäris- töjen luo- minen

Kuvio 3. Terveyden edistämisen lähestymistapoja.

Edellä olevassa kuviossa mainituista strategioista terveystalouden viestintä sekä tietojen ja taitojen kehittäminen kuuluu tyypillisesti kansanterveysjärjestöjen keskeisimpiin toimintatapoihin.

⁸⁴ *Terveys 2015-ohjelmasta on toisaalta todettu, että se ei sisällä erityisiä terveystaloudellisia päämääriä tai rakenteellisia ehdotuksia. Tätä asiantilaa on pidetty epätavallisena eurooppalaisessa toimintaympäristössä. Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämissuositukset. Maailman terveysjärjestön (WHO) asiantuntijaryhmän arviointiraportti. STM:n selvityksiä 2002:18. Sosiaali- ja terveystalouden ministeriö.*

Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt terveysviestinnän työkaluksi, jota käytetään terveysinformaation välittäjänä ja jonka päämääränä on edistää terveyttä. Terveysvalistus voidaan erottaa terveysviestinnästä, jolloin terveysvalistus on tavoitteellista terveyden edistämiseen pyrkivää joukkoviestintää. Terveysvalistus on osa terveysviestintää, joka puolestaan on osa joukkoviestintää.⁸⁵

Tyypillisesti terveysvalistusta toteutetaan erilaisten kampanjoiden avulla. Terveysviestinnän merkityksestä ja tuloksellisuudesta on keskusteltu niin suomalaisten kuin kansanvälisten asiantuntijoiden piirissä. Terveysviestintää koskevien tutkimusten lähtökohtana on ollut tarve selvittää terveyskampanjoiden onnistumista, kampanjajansanomien vastaanottoa ja vaikutuksia. Lukuisista tutkimuksista huolimatta ei kuitenkaan tiedetä, millaisella terveysvalistuksella tai -neuvonnalla voitaisiin parhaiten vaikuttaa ihmisten terveystietoon, -asenteisiin ja -käyttäytymiseen. Vaikutusten selvittäminen kuluu mittaamisen ongelmaan, sillä kampanjoiden vaikutuksia on vaikea erottaa muista terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä. Tästä huolimatta julkaistaan tutkimuksia, joissa terveyskampanjoiden osoitetaan onnistuneen. On epäilty, että kampanjoiden vaikutuksia yliarvioidaan, sillä julkaisukäytäntö suosii positiivista vaikutusta osoittavia tutkimuksia. Yliarvioinnin syy voi olla myös siinä, että vaikuttavuutta arvioivat kampanjoiden tuottajat, joille kampanjan onnistumisen osoittaminen voi olla poliittisesti tai taloudellisesti tärkeää.⁸⁶ Terveysvalistuksen vaikutusten tehokkuuden selvittämisen taustalla on siten usein tarve perustella, että julkisin varoin rahoitettava kampanja lisää terveyttä.⁸⁷

Terveysviestinnän yhä käytetympiä toimintamuotoja on Internetin kautta välitettävä viestintä. Esimerkiksi kansanterveysjärjestöjen verkkosivuilla on laajoja tiedotusaineistoja esim. sydän- ja verisuonisairauksien, syöpäsairauksien ja aikuistyyppin diabeteksen

⁸⁵ *Johdatus terveysviestintään –oppimateriaali.* Sinikka Torkkola. Tampereen yliopisto, tiedotusopin laitos.

⁸⁶ *Tähän ilmiöön liittyy järjestöjen tarve olla julkistamatta projektin negatiivisista tuloksista kertovaa arviointiraporttia.* Haastattelu RAY:ssä 3.10.2005.

⁸⁷ *Sinikka Torkkola. Terveysviestintä kaipaa uutta suuntaa. Promo 32. Terveyden edistämisen lehti, huhtikuu 2/2004.*

Median uhka ja valistuksen toivo. Sinikka Torkkola. STT:n artikkelipalvelu, huhtikuu 2004.

ehkäisystä. Monilla kampanjoilla on lisäksi omat verkkosivustot. Internetin käytön merkitystä terveysviestinnässä on käsitelty keväällä 2005 valmistuneessa tutkimuksessa, jossa selvitettiin suomalaisten näkemyksiä tärkeimmistä ja luotettavimmista lähteistä terveyteen liittyvän tiedon hankkimisessa. Tutkimuksessa todettiin, että naiset ja nuoret luottavat Internetiin ja että Internet tavoittaa koulutetut ja aktiiviset henkilöt. Siten terveystietoa etsivät Internetistä erityisesti ne suomalaiset, jotka käyttävät myös muita tietolähteitä aktiivisemmin ja monipuolisemmin. Tulosten mukaan terveysviestintä ei nykykeinoin tavoita niitä, joiden terveyttä haluttaisiin eniten edistää.⁸⁸

Terveyden edistämisen vaikuttavuuden tutkimus

WHO:n arviointiryhmä on raportissaan tarkastellut Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikkaa. Ryhmä otti arvioissaan kantaa myös alan tutkimustiedon hyödyntämiseen. Se totesi, että Suomen viranomaiset, tutkimuslaitokset, yliopistot ja järjestöt tuottavat runsaasti tietoa terveydestä, terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja terveyden edistämisestä, mutta tämän tiedon mahdollisuuksia ei hyödynnetä riittävästi. Arviointiryhmä havaitsi, että keskeiset toimijat eivät ole kehittäneet esimerkiksi toimivia ja koordinoituja tietojärjestelmiä eikä mekanismeja, jotka auttaisivat käytännön työtä terveyden edistämässä. Huomiota kiinnitettiin myös tietoteknologian alikäyttöön terveyden edistämässä.⁸⁹

Myös suomalaisessa terveystaloustieteen bibliografiassa on todettu, että terveyden edistämisen vaikuttavuutta on Suomessa tutkittu suhteellisen niukasti.⁹⁰

⁸⁸ *Terveys, viestintä ja kansalaiset. Terveysviestintäraportti, osa II, tutkimustulokset.* <http://www.health.fi>. Kun viihde kiinnostaa, mutta terveys ei. Promo 38. Terveyden edistämisen keskus.

⁸⁹ *Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämissuhteet. Maailman terveysjärjestön (WHO) asiantuntijaryhmän arviointiraportti. STM:n selvityksiä 2002:18. Sosiaali- ja terveysministeriö.*

⁹⁰ *Esimerkiksi suomalaisessa terveystaloustieteen bibliografiassa todetaan, että vähän tutkittuja alueita ovat mm. ihmisten terveystietoisuus ja terveyden edistämisstrategiat. Suomalaisen terveystaloustieteen bibliografia. Hennamari Mikkola (toim.). Terveystaloustieteen seura ry. Helsinki 2001.*

Eräänä osoituksena tutkimustarpeesta on STM julistanut vuoden 2004 lopulla haettavaksi osallistumisen tutkimushankkeeseen, jonka tarkoituksena on selvittää terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn vaikuttavuutta sairauksien epidemiologiaan ja mortaliteettiin, terveystaloudelliseen ja työ- ja toimintakykyyn. Terveyden edistämällä ja sairauksien ehkäisemisellä saavutettavat kustannushyödyt tullaan myös kartoittamaan. Ministeriö pitää ongelmallisena tiedon sirpaleisuutta sekä tiedon puutetta terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn terveys-, kustannus- ja muista hyödyistä. STM pitää kuitenkin lähtökohtana, että panostukset terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn ovat yleensä monin kerroin pienempiä, kuin palveluista aiheutuvat kustannukset.⁹¹ Tutkimushanketta ollaan parhaillaan käynnistämässä.

Suomen Akatemialla oli vuosina 2001–2004 terveyden edistämisen tutkimusohjelma (TERVE). Tutkimusohjelman taustamuistiossa on todettu, että terveyden edistämisen tutkimuksen eräänä tavoitteena on arvioida terveyden edistämisen keinojen vaikuttavuutta sekä luoda tieteellisesti perusteltu keinovalikoima. Sen lisäksi, että tutkimus pyrkii etsimään terveyden determinantteja ja keinoja terveyden saavuttamiseksi, kohdistuu se myös terveyden edistämisen menetelmiin ja niiden vaikutusten arviointiin. Taustamuistiossa katsotaan terveyden edistämisen päämääräksi mm. sellaisia mitattavissa olevia tekijöitä kuin terveen eliniän piteneminen, odotettavissa olevan elämänlaadun paraneminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen.⁹²

Terveyden edistämisen tutkimusohjelman taustamuistiossa nostetaan esille alan tutkimukseen liittyviä ongelmia. Esimerkiksi vaikuttavuuden tutkimisen ja arvioinnin kannalta aikadimensio ja toiminnan laajuus muodostuvat ongelmiksi. Suhteellisen lyhyissä ja pienissä interventiotutkimuksissa tulospittareiksi valitut päättilat saattavat osoittaa vaikuttavuutta. Kun tällaisten tutkimusten tuloksia siirretään oikeaan elämään, toiminnan vaikutukset voivat näkyä ihmisten terveydentilassa vasta vuosien ja vuosikymmenten kuluttua. Etenkin laajoihin väestöryhmiin liittyvissä toimitissa suoraa syyseuraussuhdetta on usein hankala todentaa pitävästi. Näytön merki-

⁹¹ <http://www.stm.fi/Resource.phx/ajank/kilpai/tukekehitt.htm>

⁹² Suomen Akatemian Terveyden edistämisen tutkimusohjelma (TERVE). Ohjelmamuistio. Helsinki 2000.

tyksen korostaminen on osaltaan vaikuttanut siihen, että laajojen kokonaisuuksien arvioinnin sijaan on paneuduttu yksittäisten interventioiden arviointiin. Toisaalta tutkimusohjelmassa korostetaan, että Suomessa on perinteisesti hyvät edellytykset väestöpohjaiselle tutkimukselle. Ohjelman pyrkimyksenä on edistää tutkimuksen ja käytännön suhdetta.⁹³

Tutkimusohjelman arviointi julkistettiin syksyllä 2005. Kansainvälinen arviointiryhmä totesi, että tutkimusohjelma onnistui suhteellisen hyvin saavuttamaan tavoitteensa. Ohjelman tavoitteita pidettiin kuitenkin osin epärealistisina, sillä ohjelman kesto oli melko lyhyt. Osalla hankkeista oli löyhä yhteys terveyden edistämiseen. Arviointiryhmä toi esille, että terveyden edistämisen tutkimuksen alue on Suomessa vielä kehittymätöntä.⁹⁴

STM:n taholta on todettu, että tutkimusohjelman hankkeet eivät palvele suoraan käytännön työtä. Akatemian ohjelmaa on pidetty tärkeänä, mutta sillä tuskin vaikutetaan välittömästi terveystalouden suuntaamiseen.⁹⁵

Terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisyyn tähtääviä tutkimushankkeita on vireillä useissa sektoritutkimuslaitoksissa (KTL, Stakes, Työterveyslaitos), yliopistoissa, UKK-instituutissa ja lisäksi Suomi osallistuu EU:n kansanterveysohjelmien toteuttamiseen. Stakesin yhteydessä toimiva terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö (FinOhta) on julkaissut arviointeja liittyen mm. sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisyyn.

STM:n taholta on tuotu esille, että varsinainen tutkimuspolitiikka on opetusministeriön vastuulla, mistä seuraa, että ministeriö ei koordinoi terveyden edistämistä tai kansansairauksien ehkäisyä koskevaa tutkimusta. STM ohjaa tutkimusta siltä osin, kuin se tapahtuu ministeriön tulosohjaamissa laitoksissa, kuten Kansanterveyslaitoksessa ja Stakesissa. Kansanterveyslaitoksen roolia terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyn menetelmien tutkimuksessa ollaan vahvistamassa. Kokonaisuudessaan Suomessa ei kuitenkaan tutkita riittävästi terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyn mene-

⁹³ Suomen Akatemian Terveyden edistämisen tutkimusohjelma (TERVE). Ohjelmamamuiotio. Helsinki 2000.

⁹⁴ Health Promotion Research Programme 2001-2004 (TERVE). Evaluation Report. Academy of Finland. Publications of The Academy of Finland 9/05.

⁹⁵ Haastattelu sosiaali- ja terveysministeriössä 4.10.2005.

telmiä.⁹⁶ Tutkimuksen alueella prioriteetteina ovat hoitoon liittyvät asiat.

5.2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA ENNALTAEHKÄISY SEKÄ NÄYTÖN VAATIMUKSET

Terveydenhuollossa ja lääketieteessä on jo pitkään vallinnut suuntaus, jonka mukaan käytettäviltä hoitomenetelmiltä vaaditaan näyttöä vaikuttavuudesta (Evidence Based Medicine). Kliinisen lääketieteen ohella on toimenpiteiden vaikuttavuudesta ja näyttöön perustuvista ohjelmista keskusteltu terveyden edistämisen asiantuntijoiden piirissä. Tässä yhteydessä on tuotu esille, että ohjelmien rahoittajat vaativat rahoituksen vastineeksi yhä useammin tietoa ohjelmien toteutumisesta ja niiden merkityksestä.

Tuloksellisuusvaatimukset ovat johtaneet siihen, että terveyden edistämistoimilta ja ennaltaehkäisyyn tähtääviltä ohjelmilta on ryhdytty edellyttämään näyttöön perustuvaa toimintaa, jolloin ohjelman toteutuksen suunnittelun yhteydessä tulisi selvittää, mitkä interventiot tai interventioiden yhdistelmät ovat tutkimustietojen valossa osoittautuneet tehokkaiksi. Näyttöä vaaditaan terveysohjelmiin ohjattujen varojen käytön tuloksellisuudesta sekä terveyden edistämistoimien käytännön tuloksellisuudesta. Toisaalta terveyden edistämisen asiantuntijoiden piirissä näyttöön perustuva toiminta nähdään erilaisena kuin perinteisessä kliinisessä lääketieteessä, sillä usein monitieteiset terveyden edistämishjelmat ja niiden arviointi edellyttävät myös monimuotoisia menetelmiä. Terveyden edistämistoimenpiteen yhteys terveydentilaan (health outcomes) on usein monimutkainen ja vaikea jäljittää, mikä aiheuttaa todellisia ongelmia toimenpiteiden evaluoinnille. Nämä evaluoinnit pyrkivät käyttämään sosiaalisia ja terveydellisiä vaikutuksia onnistumisen mittarina. Esim. tupakoinnin osalta tiedetään, että sillä on merkittävä vai-

⁹⁶ *Nykyisten tietolähteiden ja niiden hyödyntämisen puutteellisuuksien on arveltu hankaloittavan väestön terveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehityksen kuvaamista. Olemassa olevia tilastolähteitä ja tietorekistereitä sekä väestötutkimuksia olisi kyettävä hyödyntämään nykyistä tehokkaammin. Arpo Aromaa, Jussi Huttunen, Seppo Koskinen ja Juha Teperi teoksessa Suomalaisten terveys. Duodecim, KTL ja Stakes.*

kutus terveyteen, mutta vähemmän tiedetään, miten erityyppiset terveyden edistämisen interventiot (terveyskasvatus, terveysneuvonta, sosiaalisten olosuhteiden muutokset, ympäristölliset rajoitukset, hintapolitiikka) tai yksilölliset päätökset vaikuttavat tupakoinnin lopettamiseen.⁹⁷

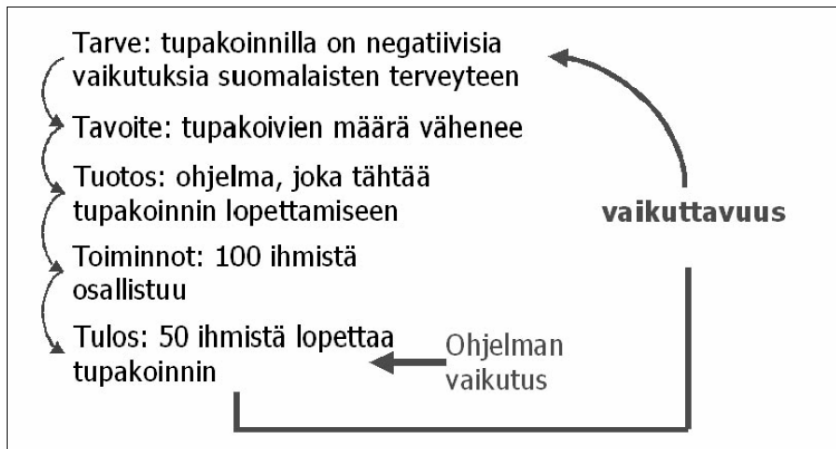
Terveysvaikutusten mittaamisessa ja arvioinnissa terveyden edistäjät, epidemiologit ja kliinikot ovat kiistelleet siitä, mitkä ovat asianmukaisia tieteellisiä menetelmiä. Cochrane-menetelmä on muodostunut näyttöön perustuvan kliinisen lääketieteen standardiksi. Monien terveyden edistämisen asiantuntijoiden piirissä se on torjuttu, koska heidän mukaansa kontrolloidut, satunnaistetut koejärjestelyt eivät sovellu terveyden edistämisen käytännön työmenetelmien arviointiin. Kuitenkin monissa maissa tietoon perustuvasta terveyden edistämisestä on tullut kansanterveyden toimijoiden tavoite. Halutaan kehittää yhteisesti sovittuja menetelmiä erilaisten terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn toimintojen tehokkuuden mittaamiseksi. Laajasta alan tutkimuskirjallisuudesta vain noin viisi prosenttia käsittelee sitä, mikä todellisuudessa voisi saada aikaan positiivisen muutoksen.⁹⁸

Kansanterveyslaitoksessa tutkitaan näyttöön ja teoriaan perustuvia terveyden edistämisen menetelmiä ja käytännön sovelluksia kehitetään Päijät-Hämeen alueella Ikihyvä tutkimus- ja kehittämissankkeissa.

Seuraava kuvio havainnollistaa tiivistetysti terveyttä edistävän ohjelman perusasetelmaa, jossa projektin ongelmalähtökohta, terveyskäyttäytymistä koskeva tavoite, interventio ja tulos muodostavat loogisen kokonaisuuden.

⁹⁷ Don Nutbeam: *Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. Health Promotion International*; 13.1-27-43. Oxford University Press 1998.

⁹⁸ Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämissuhteet. Maailman terveysjärjestön (WHO) asiantuntijaryhmän arviointiraportti. *STM:n selvityksiä 2002:18. Sosiaali- ja terveysministeriö.*



Kuvio 4. Vaikuttavuuden muodostumista kuvaava ketju.⁹⁹

Keskustelu terveysohjelmien tuloksellisuudesta ja näytön vaatimuksesta koskettaa myös järjestöjen ennaltaehkäiseviä projekteja ja tuloksellisuusvaatimusta on korostettu myös RAY:ssä. Vaikuttavuutta pidetään myös tärkeänä avustuskriteerinä. Koska RAY-avustukset ovat julkisia avustuksia, niihin kohdistuu samoja tuloksellisuus- ja vaikuttavuusodotuksia kuin muuhunkin julkisrahoitteiseen toimintaan.¹⁰⁰

5.3 TERVEYDEN EDISTÄMISEEN JA ENNALTAEHKÄISYYN TÄHTÄÄVÄN OHJELMAN KOMPONENTIT

Suoritettavan tarkastuksen viimeisen osion tehtävänä on selvittää käsiteltävänä olevien RAY-hankkeiden projektiominaisuuksia sekä projektien tuloksellisuutta. Hankkeiden projektiominaisuuksia karotettiin projektihakemusten ja niiden liiteaineistojen perusteella. Projektihakemuksista selvitettiin, miten niissä on kuvattu projektin

⁹⁹ Lähde: Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämisessä. Pirjo Koskinen-Ollonqvist, Antti Peltto-Huikko ja Päivi Rouvinen-Wilenius (toim.) Terveyden edistämisen keskus.

¹⁰⁰ Avustusinfo syyskuu 2004. RAY.

tarpeellisuus, strategiset lähtökohdat, projektin toteuttaminen, kohderyhmät sekä projektin tavoiteltavat tulokset ja vaikutukset. Projektien tuloksellisuutta selvitettiin niistä annettujen selvitysten ja arviointien perusteella. Tämän tarkastelun perusteella muodostettiin kuva hankkeiden ominaisuuksista ja tuloksista sekä hankkeiden tuloksellisuuteen vaikuttavista elementeistä. Projektin komponenttien asianmukaisuus nähdään siten projektin vaikuttavuuden edellytyksenä.

Näistä projektien ominaisuuksista ja elementeistä muodostuvaa kokonaisuutta voidaan kuvata myös käsitteellä *looginen viitekehys* (Logical Framework). Se on erityisesti Euroopan komission piirissä käytettävä hankkeiden suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin projektityökalu.¹⁰¹ Yhdysvalloissa ja Kanadassa lähestymistavan yhteydessä käytetään käsitettä Program Logic Model (PLM). Mallin mukaisia sovelluksia on rakennettu niin julkisen hallinnon kuin myös kolmannen sektorin organisaatioille.¹⁰² Terveystieteiden ja ennaltaehkäisevä toiminta ovat olleet mittavan sovellustyön kohteena. Myös RAY:n uusi opas *Arvioiva ajattelu projektitoiminnassa* viittaa projektin ohjauksen työvälineiden käytössä loogiseen viitekehykseen.

Looginen viitekehys on valittu projektiominaisuuksien selvittelyn lähtökohdaksi sen vuoksi, että mallin mukaiset projektin peruselementit ilmentävät samalla yleispätevästi laadukkaan projektin osatekijöitä. Projektin elementit muodostavat kokonaisuuden, jonka kaikilla osatekijöillä on merkitys, kun arvioidaan projektien vaikuttavuuden edellytyksiä.

Loogisen vaikutusketjun mukainen ohjelmakehikko on kuvattu seuraavassa kaaviossa (kuvio seuraavalla sivulla):

¹⁰¹ Ks. *Manual Project Cycle Management. European Commission. March 2001. Evaluating EU Expenditure programmes. A guide. Ex post and intermediate evaluation. January 1997. European Commission.*

¹⁰² *USA:ssa on laajassa käytössä opas, jota käytetään amerikkalaisen Kellogin säätiön rahoittamien ohjelmien ja projektien arviointiin. W.K. Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide. Kanadassa Toronton yliopiston yhteydessä toimiva Terveystieteiden edistämisen tutkimuskeskus on laatinut opaita terveyden edistämiseen tähtävien projektien tueksi. <http://www.thcu.ca/>*

Tilanne		Toimeenpano - Panokset - Tuotokset				Tulokset - Vaikutukset		
Tavoiteltava tilanne	Tarvittava toiminta	Oppimiseen liittyvät tarpeet	Panokset	Toiminnot	Osallistuminen	Lyhyen tähtäimen tulokset	Keskipitkän tähtäimen tulokset	Pitkän tähtäimen vaikutus
Sosiaalinen	Käytettyminen	Tietoisuus	Henkilöstö	Kokoukset	Asiakkaat	Oppiminen	Toiminta	Terveydentila
Taloudellinen	Käytännöt	Tieto	Vapaaehtoiset	Työryhmät	Kuluttajat			
Ympäristöllinen	Päätökset	Asenteet	Aika	Neuvonta	Kansalaiset			
Terveydellinen	Toimintapolitiikat	Mielipiteet	Raha	Koulutus				
Myöävaikutaneet tekijät		Motivaatio	Teknologia	Viestintä		Indikaattorit	Indikaattorit	Indikaattorit
Tilanneanalyysi		Prosessiarviointi				Vaikuttavuusarviointi		

Kuvio 5. Looginen viitekehys ennaltaehkäisevässä toiminnassa.

Looginen viitekehys on yksinkertaistettuna graafinen kuvaus ohjelmasta ja sen eri osatekijöistä. Se kuvaa projektin eri osatekijöiden kuten ohjelman resurssien, toimintojen, tuotosten ja vaikutusten välisiä suhteita. Mallissa kytketään havaittu ongelma (situation, needs) interventioon (inputs/output) sekä toivottuihin vaikutuksiin (outcomes, impact). Loogista vaikutusketjua on alun perin käytetty eniten arvioinnin työvälineenä, mutta yhä enemmän on korostettu mallin hyödyllisyyttä myös ohjelman suunnitteluvaiheessa. Mallissa korostuu arviointielementin liittäminen ohjelmaan jo sen suunnitteluvaiheessa, jolloin projektin toteutuksen seurannalle on samalla kehitetty työkalut. Projektin suunnittelun yhteydessä on tarpeen tarkasti määrittellä, mikä on se tilanne, johon esim. ennaltaehkäisevällä projektilla halutaan vaikuttaa ja millainen tilanne on silloin, kun ohjelman toivottavat tulokset saavutetaan. Lisäksi tulee selvittää esim. millaiset muutokset (esim. terveyskäyttäytyminen) ovat tarpeen, jotta ohjelman tavoitteet voidaan saavuttaa, millaisia tietoja tai taitoja tarvitaan, jotta esim. elintavoissa tapahtuisi muutoksia ja mitä toimintoja tarvitaan, jotta saadaan aikaan edellytyksiä esim. uuden tiedon omaksumiselle.

Projektin lyhyen aikavälin tuloksia esim. terveystiedotusohjelmassa on mm. kohderyhmän/asiakkaiden tietojen ja taitojen lisääminen sekä yleensä ennaltaehkäisevän ohjelman näkyvyys esim. tiedotusvälineissä. Seuraavan asteen tulos on jo esim. riskiryhmään kuuluvien henkilöiden osallistuminen ennaltaehkäisevään toimintaan sekä valmius muuttaa terveystietoisuutta. Pitkän aikavälin vaikutus ilmenee muutoksina terveystietoisuudessa ja esim. sairastavuuden muutoksina. Ohjelman tavoiteltavat vaikutukset voivat kohdistua myös useille eri tahoille esim. yksilöihin, perheisiin, riskiryhmiin, koko väestöön tai muihin toimijoihin ja organisaatioihin.

Mallin käytön hyödyllisyyttä projektien suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa on perusteltu monin tavoin. On tuotu esille, että viitekehysten laatiminen jo valmiista suunnitelmasta auttaa hankkeen eri osien arvioinnissa ja sen avulla on helppo tarkistaa tavoitteiden väliset yhteydet ja mahdolliset riskit sekä tavoitteiden mitattavuus. Mallin avulla on mahdollista luokitella hankkeen tavoitteet, niveltää ne toisiinsa sekä selvittää hankkeen menestymisen edellytyksiä. Loogisen viitekehysten käyttö auttaa identifioimaan projektin toimenpiteiden, tuotosten ja tulosten välisiä syy-yhteyksiä ja suunnitteluvaiheessa määrittelemään, miten tavoitteiden saavuttaminen todennetaan. Viitekehys tarjoaa siten analyttisen ja syste-

maattisen välineen arvioida ohjelman tavoitteita, tarkastella ohjelman asianmukaisuutta sekä identifioida ohjelman toteutuksen ydin-osat. Näistä osista muodostuu projektin hankelogiikka. Mallia on suositeltu myös projektien rahoitusta koskevan päätöksenteon tueksi, sillä sen avulla päätöksentekijöiden on helpompaa arvioida ohjelman tavoitteita ja lähtökohtia.

Projektien toteutukseen tulisi aina liittyä myös tilivelvollisuuden elementti, jonka mukaan toteuttaja on vastuussa hankkeen tuloksellisesta ja tehokkaasta toteutuksesta. Tässä yhteydessä on tärkeätä selvittää ohjelman toteutuksen hyötyjä (asiakkaat ja rahoittajat), miten resursseja on käytetty ja mitä tavoitteita on saavutettu.¹⁰³

Tiivistetysti voidaan todeta, että ennaltaehkäisevässä hankkeessa tarve kuvaa lähtötilannetta ja projektin tavoite nousee tarpeesta. Tavoitteena on, että pystytään vastaamaan projektin alkuvaiheessa ilmaistuun tarpeeseen. Tuotos on väline, jolla tavoitteeseen pyritään. Toiminnot liittyvät tuotoksen eli välineen toteuttamiseen. Tulos syntyy, kun toimintojen onnistuessa asioihin tulee muutoksia. Muutokset voivat olla positiivisia tai negatiivisia. Vaikutus eli esimerkiksi terveydentilan muutos on sama kuin tulos. Vaikuttavuus syntyy, kun suhteutetaan aikaansaatu tulos/vaikutus alun tarpeeseen. Se vastaa kysymykseen, miten panoksilla on saatu aikaan tavoitteiden suuntaisia vaikutuksia.¹⁰⁴

¹⁰³ *Logic models to enhance program performance. Ellen Taylor-Powell, Ph.D. Evaluation Specialist. University of Wisconsin-Extension-Cooperative Extension. <http://www.uwex.edu/ces/pdande/index.html>*

Yhdysvaltojen liittovaltion tarkastusvirasto (General Accounting Office, GAO) on suositellut loogisen viitekehyksen käyttöä mm. liittovaltion virastojen ohjelmien (esim. terveysvalistuskampanjat) arvioinnissa. Program Evaluation. Strategies for Assessing How Information Dissemination Contributes to Agency Goals. Report for Congressional Committees. United States General Accounting Office. September 2002.

¹⁰⁴ *Ks. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Pirjo Koskinen-Ollonqvist, Antti Pelto-Huikko ja Päivi Rouvinen-Wilenius (toim.) Terveyden edistämisen keskus.*

5.4 VALITTUJEN RAY-PROJEKTIN HANKEOMINAISUUKSIEN ARVIOINTI

Seuraavassa tarkastellaan seitsemän RAY-projektin hankeominaisuuksia ja yhden ennaltaehkäisevän toiminnon elementtejä. Hankkeet ovat samoja, joiden osalta luvussa 4 selvitettiin ennaltaehkäisevien projektien RAY-avustusten myöntämismenettelyjä. Tarkastelun tietoperustana on käytetty RAY:lle toimitettuja avustushakemuksia sekä niiden mukana olleita suunnitteluasiakirjoja.

Seuraava kuvio ilmentää niitä osioita, joiden mukaisesti projektien elementtejä on luokiteltu ja tarkasteltu¹⁰⁵:

Tilanneanalyysit Projektin strategia			Toimeenpano Panokset ja tuotokset		
Tavoiteltava tilanne	Tarvittava toiminta	Oppimiseen liittyvät tarpeet	Resurssit	Toiminnat	Osallistuminen

5.4.1 Tilanne- ja tarveanalyysit

Sosiaali- ja terveystieteiden järjestön suunnitteleman projektin lähtökohdiana on yleensä havaittu tarve tai ongelma, mistä nousee projektin tarkoitus. Kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävissä projekteissa on kuvattu yleensä jonkin kansanterveydellisen ongelman paheneminen. Ongelmakuvauksen yhteydessä määritellään usein esim. väestöryhmät tai riskiryhmät, joita ongelma koskee ja jotka hyötyisivät ohjelman toimenpiteistä.

Esimerkiksi Suomen Reumaliiton *Tules-projektissa* tuodaan esille tuki- ja liikuntaelinsairauksista aiheutuvat mittavat kustannukset. Suomen Mielenterveysseuran *Mielenterveyden kulmakivet* -projektin lähtökohdiana tuodaan esille mielenterveysongelmien suu-

¹⁰⁵ Tarkastuksessa käytetty kehikko on sovellus yleisestä loogisen viitekehiksen mallista. Lähde: University of Wisconsin-Extension, Program Development and Evaluation.
<http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evallogicmodel.html>

ri kansantaloudellinen merkitys, joka ilmenee tärkeimpänä yksittäisenä työkyvyttömyyden aiheuttajana. *Mielenterveyden kulmakivet*-projektin perusteluissa pidetään ongelmana, että mielenterveys ymmärretään usein suppeasti ja sairauslähtöisesti, kun taloudellisesti järkevää olisi tehdä mielenterveyttä edistävää työtä. *Sydänliiton toimenpideohjelma* suomalaisten sydän- ja verisuonitautien edistämiseksi tuo esille, että sydän- ja verisuonisairaudet ovat edelleen väestömme suurin kuolleisuuden ja tärkeä ennenaikaisen työkyvyttömyyden aiheuttaja. Sydänliiton *Naisen sydämen terveys*-projektin perusteluissa tuodaan esille, että suuret ikäluokat ovat tulossa sydän- ja verisuonitautien sairastuvuusikäen ja naisten osuus sairastuneista kasvaa. *Syöpäseulontojen vaikuttavuuden arviointiin* liittyvässä toiminta-avustushakemuksessa on Suomen Syöpäyhdistys tuonut esille, että kohdun kaulaosan syöpä on kääntynyt nousuun oltuaan 30 vuoden ajan vähenemässä.

Tilannearvioissa voidaan myös esittää skenaarioita siitä, mitä tapahtuu, ellei mitään toimenpiteitä tehdä ongelman ratkaisemiseksi. Esimerkiksi aikuistyyppin diabeteksen osalta on esitetty arvioita, että pahimpien ennusteiden mukaan vuonna 2010 Suomessa olisi noin 300 000 diabeetikkoa, joka merkitsisi sairauden aiheuttamien kokonaiskustannusten merkittävää nousua. Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteistä projektia *Pieni päätös päivässä* perustellaan sillä, että sydän- ja verisuonisairaudet kuormittavat edelleen tuntuvasti terveydenhuoltoa ja että tilanne pahenee aikuistyyppin diabeteksen epidemialuonteisen yleistymisen myötä.

Tarkastuksen kohteina olevien projektien tarpeet on hakemuksissa kuvattu siten, että niissä korostuu selkeästi tarve kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävälle hankkeelle.

5.4.2 Projektien strategiset lähtökohdat

Projektien strategiat ilmaisevat lähestymistavat, joilla vaikutetaan olosuhteisiin tai syihin, jotka puolestaan ovat projektin taustalla. Ne ovat yleisiä menetelmiä tai prosesseja, joita käytetään projektin tavoiteltavien tulosten aikaansaamiseksi. Projektin tai ohjelman strategiassa on kyse projektin taustalla olevasta rationaliteetista.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Ks. *Manual Project Cycle Management. European Commission. March 2001.*

Projektien lähtökohtien selvittämisen yhteydessä voidaan esittää esim. tuloksia siitä, mikä on toiminut aikaisemmin vastaavissa hankkeissa (ns. hyvät käytännöt), joiden perusteella esitetään oletuksia projektin tuloksellisuuden edellytyksistä. Projektin strategisten komponenttien esittämisen yhteydessä olisi olennaista tuoda esille, onko projektissa käytettävän menetelmän tai toimintatavan taustalla esimerkiksi alan tutkimus- ja arviointitietoa. Tällöin tulisi esittää viittauksia käytettävän menetelmän tuloksellisuuteen ja vaikuttavuuteen (näyttö). Virheelliset oletukset saattavat vaikuttaa siihen, että projektin tavoitteita ei saavuteta.

Syöpäseulontojen vaikuttavuuden arviointihankkeessa tuotiin selkeästi esille, että toiminnan taustalla on tutkimustuloksia, joiden mukaan kohdunkaulan syövän ilmaantuvuutta voidaan vähentää kattavalla seulonnalla, jolla löydetään taudin varhaisvaiheet. Arviointitoiminnan päämääränä on löytää syyt ja aikaansaada korjaus siihen, että kohdunkaulan syöpä on kääntynyt nousuun.

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisprojektille on valittu kolme selkeää strategista toimintalinjaa (väestöstrategia, korkean riskin strategia sekä varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia), joita perustellaan suomalaisilla ja alan kansainvälisillä tutkimustuloksilla.

Pieni päätös päivässä-projektin strategiana on vaikuttaa väestötasolla sydän- ja verisuonitautien tunnettuihin vaaratekijöihin kehittämällä vertaisryhmätoimintaa, kouluttamalla terveydenhuollon ammattihenkilöstöä elämäntapaneuvonnan tukitoimintaan ja lisäämällä väestön tietämystä vaaratekijöistä sekä ehkäisymahdollisuuksista.

Naisen sydämen terveys projektin strategiana on herättää naiset, terveydenhuollon ammattilaiset ja yhteiskunnalliset vaikuttajat tiedostamaan naisen sepelvaltimotaudin erityispiirteet.

Reumaliiton *Tules-projektin* strategiana on välillinen vaikuttaminen, herättäminen ja verkostoituminen.

Sydänliiton toimenpideohjelman strategialähtökohta ei ollut kovin selkeästi formuloitu. Ohjelmaan sisältyvät suositukset koskivat ravitsemusta, liikuntaa, kansalaisten oman vastuun kehittämistä, tupakoinnin vähentämistä, psyykkisten ja sosiaalisten vaaratekijöiden

vähentämistä sekä lasten ja nuorten tukemista omaksumaan sydän- ja verisuoniterveyttä edistäviä elämäntapoja. Ohjelman painopiste suunnattiin erityisesti ravitsemukseen liittyviin kysymyksiin.

Kaikkien projektien hakemuksissa oli tuotu esille hankkeessa käytettäviä strategioita, mutta vain harvassa oli perustellut taustaolettamukset valitun toimintalinjan toimivuudesta ja tuloksellisuudesta, viittauksia tutkimustuloksiin tai koettuihin hyviin käytäntöihin. Kun kyse oli ennaltaehkäisevistä hankkeista, olisi kaikissa projektisuunnitelmissa ollut tarpeellista esittää perusteluja, miksi hakemuksissa esitettävillä keinoilla uskotaan päästävän ennaltaehkäisevän hankkeen tavoitteeseen eli mitkä interventiot voisivat terveysongelmaan vaikuttaa ja millä tavoin.

5.4.3 Tavoiteltavat tulokset ja vaikutukset

Ennaltaehkäisevän projektin tavoiteltavat tulokset ja vaikutukset voivat olla lyhyen tähtäimen ja keskipitkän tähtäimen tuloksia tai pitkän aikavälin vaikutuksia. Projektin tavoiteasettelussa vastataan kysymykseen, mitä tapahtuu ohjelman toteutuksen jälkeen eli siinä realisoituvat ohjelmalle asetetut tavoitteet. Tavoiteasettelun yhteydessä tulee määritellä esim. ennaltaehkäisyyn tähtäävän ohjelman tavoiteltavat ja toivottavat vaikutukset esim. tiettyyn väestöryhmään tai riskiryhmään. Hyvälle tavoitteelle on annettu myös tunnusmerkkejä. Sen tulee kuvata tavoitetilaa siten, että kuvataan muutosta enemmän kuin toimintaa. Muutostilan kuvaus on olennainen erityisesti ennaltaehkäisevissä terveyshankkeissa. Hyville tavoitekuvauksille on annettu myös kriteereitä ja tässä yhteydessä käytetään usein termiä SMART.¹⁰⁷

Hyvän tavoitteen tulee olla selkeä ja yksilöity sekä mitattavissa, jolloin voidaan arvioida tavoitteen saavuttamisen astetta. Tavoitteen tulee olla yhteensopiva projektin lopullisen päämäärän kanssa. Realistisuus on tavoitteiden keskeinen ominaisuus, sillä niiden tulee ol-

¹⁰⁷ SMART=*specific, measurable, appropriate, realistic, timed*. Esim. Euroopan Unionin komissio ja terveyden edistämiseen tähtäävien ohjelmien yhteydessä määritelmää on käytetty Kanadassa. Myös RAY:n julkaisemassa oppaassa *Arvioiva ajattelu projektitoiminnassa* (s. 16) on määritelty onnistuneen projektin tavoitteenasettelu kriteereillä, jotka ovat lähes identtiset kansainvälisesti käytetyn SMART-kriteeristön kanssa.

la uskottavia ja realistisiin tavoitteisiin on projektin toteuttajien helpompaa myös sitoutua. Realistisuuteen liittyy myös tavoitteiden toteutettavuus siten, että ne voidaan toimeenpanna esitettävillä työmenetelmillä ja toimintatavoilla sekä käytettävissä olevilla resursseilla.

Seuraavassa tarkastelussa on käsiteltävänä olevien RAY-projektien tavoitteistoja koskevasta informaatiosta selvitetty, miten niistä ilmenee edellä mainittuja onnistuneen tavoiteasettelun tunnusmerkkejä. Luokittelun ja sisällön analyysin informaatiopohjana on käytetty RAY:lle tehtyjä avustushakemuksia, niiden liitteaineistoja sekä avustusta hakeneissa järjestöissä tehtyjä haastatteluja.

Projektien päämäärät

Projektin päämäärät kuvaavat yleensä pitkän aikavälin lopullista tavoitetilaa ja johtuen käytännöllisistä rajoituksista, niiden saavuttamista ei projektin aikana yleensä kyetä mittaamaan. Terveiden edistämiseen liittyvän hankkeen päämäärä on yleensä pitkän aikavälin tavoite, joka kuvaa esim. hyvinvointia ja terveydentilaa, työkykyä tai elämänlaatua. RAY:n opas kuvaa, että projektin päämäärä on yleensä luonteeltaan väljä kehittämistavoite, kuten terveyden edistäminen, huono-osaisuuden vähentäminen tai toimintakyvyn ylläpitäminen¹⁰⁸.

Tarkastuksen kohteena olevissa projekteissa oli useita lopullisen päämäärään muotoon asetettuja tavoitteita.

Sydänliiton *Naisen sydämen terveys*-ohjelman päämääräksi mainitaan terve sydän koko elämäksi, naisten sepelvaltimotautiin sairastumisen ehkäisy ja terveyden eriarvoisuuden vähentäminen.

Reumaliiton avustushakemuksessa kansainvälisen *Tulesvuosikymmenen* käynnistämiseksi ei hahmotettu yhtä selkeää koko hankkeen päämäärää, vaan esitettiin viisi eri vuosille ajoitettua tavoitetta.

Diabetesliiton *Dehko-ohjelman* päämääränä tuodaan esille diabeteksen hoidon tason parantaminen, diabeteksen lisäsairauksien ehkäisy ja tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy.

Mielenterveysseuran *Mielenterveyden kulmakivet*-projektin avustushakemuksessa mainitaan, että on käynyt ilmi selvä tarve

¹⁰⁸ *Arvioiva ajattelu projektitoiminnassa. RAY 2004.*

mielenterveyden painoarvon lisäämiseen yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja julkisuuden kautta mielenterveys-käsitteeseen vaikuttamiseen sekä kansalaisnäkökulman vahvistamiseen.

Sydänliiton toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi on asettanut päämääräksi suomalaisen ikävakioidun sydän- ja verisuonisairastavuuden ja -kuolleisuuden saamisen eteläeurooppalaiselle tasolle.

Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteinen projekti *Pieni päätös päivässä* on asettanut päämääräksi yksilön ja yhteiskunnan hyvinvoinnin lisäämisen sydän- ja verisuonisairastavuutta ja aikuistyyppin diabeteksen esiintymistä vähentämällä. Projektiselosteen mukaan väestötasolla tämä tarkoittaa tunnettujen vaaratekijöiden ehkäisyä ja/tai tason alentamista.

Tarkastuksen kohteena olevien projektien hakemuksissa ilmaistut päämäärät olivat luonteeltaan vaihtelevia. Osa oli yleisluonteisia hyvinvointiin liittyviä ilmaisuja. Esimerkiksi *Mielenterveyden kulkumakivet-projekti* asetti tavoitteeksi vahvistaa ja tukea kansalaisten ja yhteisöjen mielenterveyttä ja psyykkistä hyvinvointia. Eräissä hankkeissa oli asetettu melko selkeitä ja konkreettisia päämääriä. *Dehkon D2D-hankkeessa* tavoitteena on juurruttaa aikuistyyppin diabeteksen ehkäisy terveydenhuollon pysyväksi toiminnaksi aloittamalla diabeteksen seulonta.

Tavoiteasettelua olisi jäntevöittänyt, mikäli ennaltaehkäisevän projektin tavoitteet olisi selkeästi luokiteltu erikseen lopullista päämäärää kuvaaviin ja kyseisen projektin konkreettisiin tavoitteisiin.

Tavoitteiden konkreettisuus ja selkeys

Projektin tavoitteet tulisi johtaa hankkeelle asetetusta lopullisesta päämäärästä, jolloin niissä operationalisoidaan kyseisen projektin päämäärä. Konkreettisista tavoitteista pitäisi ilmetä, mitä halutaan tapahtuvan asiantiloissa, jotta päämäärän suuntaan voidaan edetä.

Useissa tarkastetuissa projekteissa oli havaittavissa selkiintymättömyyttä tavoitteiden asettelua. Tavoitteet ja keinot olivat usein sekaantuneet. Esimerkiksi *Pieni päätös päivässä* -projekti sydänterveyden edistämiseksi ja aikuistyyppin diabeteksen ehkäisemiseksi määritteli tavoitteekseen luoda ja kehittää vertaisryhmätoimintamalli, joka tukee yksilön elämäntapamuutosta ja kehittää ja tuottaa materiaalia ja koulutusta terveydenhuollon ammattihenkilöön elämäntapaneuvonnan ja laihdutusryhmien tueksi. Nämä mainitut tavoitteet ovat pi-

kemminkin keinoja projektin tavoitteen saavuttamiseksi. Projektin tavoitteeksi mainittiin väestön tietämyksen lisääminen sydän- ja verisuonisairauksien ja aikuistyyppin diabeteksen vaaratekijöistä ja niiden ehkäisymahdollisuuksista. Vaikka tavoitteessa onkin ilmaistu muutostila, johon pyritään, voidaan tavoitetta pitää väljänä ja yleisenä. Siten sen saavuttamista tai tavoitteen suuntaista kehitystä on tämän projektin puitteissa vaikea arvioida.

Myös Reumaliiton *Tules-projektin* tavoiteasettelut ovat luonteeltaan yleisiä. Projektin tavoitteena on mm. lisätä tietoisuutta tuki- ja liikuntaelinsairauksien yhteiskunnalle aiheuttamasta kasvavasta taakasta ja pyrkiä parantamaan tuki- ja liikuntaelinsairauksien tunte-
musta sekä edistää tehokasta ehkäisyä ja hoitoa. Myös *Tules-projektin* tavoitteistoissa oli sekaannusta toisaalta päämäärien, tavoitteiden ja keinojen välillä.

Tavoitteiden yleisyys leimasi myös Mielenterveysseuran *Mielenterveyden kulmakivet*-projektia. Tämän hankkeen pitkän aikavälin tavoitteena oli mielenterveyden painoarvon lisääminen yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja julkisessa keskustelussa sekä vaikuttaa asenteisiin. Samoin pitkällä aikavälillä tuli vahvistaa ja tukea kansalaisten ja yhteisöjen mielenterveyttä ja psyykkistä hyvinvointia. Lyhyen aikavälin tavoitteissa taas ilmaistiin asiantiloja, jotka ovat luonteeltaan pikemminkin keinoja ja välineitä: konsulttikuntien laaja-alaiset mielenterveysohjelmat, paikallisten mielenterveysseurojen keinot ehkäisevään työhön ja valtakunnalliset suositukset mielenterveyden kulmakiviin.

Sydänliiton toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi on kirjannut päätavoitteeksi suomalaisten ikävakioidun sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden saamisen nykyiselle eteläeurooppalaiselle tasolle. Tavoite edellyttää sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden puolittumista nykyisestä (tavoite asetettu 1998). Sydänliiton toimenpideohjelman tavoite on konkreettinen, mutta tavoitteen osalta ei tuotu esille ajankohtaa, johon mennessä sen toivotaan saavutettavan.

Naisen sydämen terveys -projektin tavoitteet olivat osin suhteellisen selkeät. Osa tavoitteista oli muotoiltu melko yleisellä tasolla. Päämääräksi oli asetettu terve sydän koko elämäksi ja tavoitteena on ollut ehkäistä naisten sairastumista sepelvaltimotautiin ja vähentää terveyden eriarvoisuutta. Projektin tavoitteena on mm. lisätä naisten tietoisuutta mahdollisuudesta sairastua sepelvaltimotautiin

sekä taudin vaaratekijöistä ja parantaa terveydenhuollon ammattihenkilökunnan tietämystä naisen sepelvaltimotaudin erilaisuudesta.

Syöpäyhdistyksen *syöpäseulontojen vaikuttavuuden arviointitoiminnon* tavoite on määritelty hyvin konkreettisesti myös seurannan ja mitattavuuden suhteen. Viiden vuoden aikajänteellä tavoitteena on nostaa kohdunkaulansyövän seulonnan osallistumisprosentti 71 prosentista 80 prosenttiin sekä saattaa kaikki kansanterveysasetuksen edellyttämät ikäryhmät seulontakutsujen piiriin.

Diabetesliiton *D2D-toimeenpanohankkeen* tavoitteena on mm. löytää väestöstä ainakin 25 % korkean diabetesriskin omaavista henkilöistä ja käynnistää heillä diabetesta sekä sydän- ja verisuonisairauksia ehkäisevät toimenpiteet. Osatavoitteet ovat myös tarkkoja, sillä esim. vuoden 2005 loppuun mennessä on tarkoitus seuloa 50 000 henkilöä. Toisaalta mainitut tavoitteet kuvaavat intervention toteuttamista, jonka jälkeen voidaan arvioida intervention vaikutusta kohderyhmän tiettyihin riskitekijöihin.

Suurten kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävien projektien tavoiteasettelu oli useissa hankkeissa yleisellä tasolla. Suunnitelmiin tulisi saada lisää selkeyttä ja tarkkuutta sekä huomion kiinnittämistä sellaisten tavoitteistojen määrittelyyn, joiden saavuttamista voidaan projektin kulun aikana seurata ja projektin päätyttyä arvioida. Merkille pantavaa oli myös, että useimmat projektit¹⁰⁹ eivät olleet asettaneet välitavoitteita tai aikaan sidottuja tavoitteita. Useista projekteista puuttui kytkentä, mihin konkreettisiin asioihin kyseisen projektin toimenpiteillä vaikutetaan. Tavoitteiden epätarkkuus on leimannut useimpia ohjelmia.¹¹⁰

Tavoitteiden seurattavuus ja mitattavuus

RAY:lle tehtävässä projektiselosteessa on osio, jossa järjestön tulee selvittää, miten projektin etenemistä seurataan ja vaikuttavuutta ar-

¹⁰⁹ Poikkeuksena on Diabetesliiton Dehko-hanke ja Syöpäyhdistyksen syöpäseulontojen vaikuttavuuden arviointia koskeva toiminto.

¹¹⁰ Tarkastuksen havainnot ovat samansuuntaisia niiden päätelmien kanssa, joita Kari Hippi esitti lisensiaatintutkimuksessaan. Hippi totesi, että rahoittajien pitäisi edellyttää entistä tarkempia projektisuunnitelmia ja konkreettisiin tavoitteisiin tähtääviä projekteja. Kari Hippi. Päihdevalistusprojektisuunnitelmien arviointia (STM:n ja RAY:n vuonna 1998 rahoittamat projektit). Turun yliopisto/sosiaalipolitiikan laitos. Maaliskuu 2001.

vioidaan. Hakuoppaassa todetaan lyhyesti, että kyseisessä kohdassa kuvataan, kuka projektia arvioi ja miten arviointia on tarkoitus toteuttaa.¹¹¹ RAY:n projektihallintaoppaassa todetaan seurannasta, että se on olennainen osa projektin kokonaisuutta ja se on huomioitava jo projektin suunnitteluvaiheessa. Projektin tuloksellisuus on mahdollista varmistaa vain, jos sitä seurataan koko projektin ajan. Lisäksi seurannan yhteys selkeään tavoiteasetantaan tuodaan julki.

¹¹²

Tarkastuksen kohteena olevista projektiselosteista selvitettiin, miten projektin tavoitteiden toteutumista aiotaan seurata ja millaisia indikaattoreita on suunniteltu käytettäväksi.

Reumaliiton *Tules-hankkeen* projektiselosteessa todetaan, että ulkopuolinen arvioijataho seuraa hankkeen toteutusta ja arvioi tulokset. Lisäksi arviointia on tarkoitus suorittaa yhdellä gallup-kyselyllä, asiantuntijahaastatteluin sekä vastuuhenkilöiden raportoinnilla. Selosteessa mainitaan, että seurataan tiettyjä tunnuslukuja ja tuotetaan väli- ja loppuraportit. Seurattavia tunnuslukuja ei kuitenkaan mainita. Projektin tuloksellisuuden näkökulmasta olisi ollut olennaista tuoda esille, mitkä ovat toivottavat konkreettiset tulokset ja miten niiden toteutumista arvioidaan. Projektiselosteen liitteessä todetaan hankkeen erästä osa-alueesta, että gallup-kyselyllä on tarkoitus selvittää, onko kansalaisilla havaintoja Tulesvuosikymmenestä ja onko tieto vaikuttanut omiin terveysvalintoihin.

Mielenterveyden kulmakivet-projektin seuranta on tarkoitus suorittaa työryhmien palautteilla, kuntatason työpajojen kautta, kuntatason mielenterveyden konsensuskokousten avulla, väliraportoinnilla sekä media-analyysillä julkisesta mielenterveyskeskustelusta. Lisäksi mainitaan, että projektilla on oma arviointisuunnitelma, jossa arvioidaan toteutuneita tavoitteita suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Selosteen mukaan projektin vaikuttavuutta arvioidaan sekä määrällisesti että laadullisesti. Siinä ei mainittu kuitenkaan, mitkä ovat tavoitteisiin liittyviä indikaattoreita.

Sydänliiton *Naisen sydämen terveys*-projektissa arvioinnin osoittimina mainitaan tuotettavan aineiston levinneisyys ja käyttö, toimijaverkoston koko ja järjestetyt tilaisuudet sekä koulutustilaisuuksien

¹¹¹ RAY-avustusten hakuopas. RAY.

¹¹² Projektihallinnan opas. RAY.

määrät. Arviointiin on tarkoitus liittää ulkopuolinen tiedotusseuranta sekä hoitokäytännön tai henkilökunnan tietotason muutoksia otoksina selvittäviä pienimuotoisempia arviointitutkimuksia. Siten seurannan on ollut tarkoitus selvittää suunnitellun toiminnan toteutuminen sekä vaikutuksia tietotason muutoksiin.

Sydänliiton ja Diabetesliiton *Pieni päätös päivässä*-projektissa vertaisryhmäohjaajista on tarkoitus laatia rekisteri ja arvioida ryhmien toimintaa mm. kyselyiden avulla. Ryhmiin osallistuvien henkilöiden vaaratekijöiden tason muutoksia tullaan seuraamaan. Terveystieteiden laihdutusohjelmaa arvioidaan osallistujapalautteen kautta ja koulutetuista kootaan rekisteri, jonka avulla voidaan seurata laihdutusryhmien perustamista, toimintaa ja ryhmätoiminnan tuloksellisuutta. Viestinnän onnistumista seurataan saadun mediajulkisuuden kautta sekä kohderyhmiltä kerättävän palautteen kautta. Verkkopalvelun käyttöä seurataan ja analysoidaan. Järjestöjen omaa toimintaa prosessiarvioidaan systemaattisesti. Toiminnan yksilötason vaikuttavuutta voidaan arvioida varsinaisesti vasta muutamien vuosien kuluttua. Koko projektista tilataan ulkopuolinen kokonaisarviointi.

Sydänliiton toimenpideohjelmaa (suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi) varten on laadittu arviointisuunnitelma, jonka mukaan keskeistä on toimenpideohjelman toteuttamisprosessin ja siihen sisältyvien osaprojektien arviointi. Suunnitelmassa tuodaan esille, että toteutuksen vaikuttavuuden arviointi on erittäin vaikeaa lyhyellä kolmen vuoden aikajänteellä. Arviointikysymykset liittyvät pääasiassa prosessiarviointiin. Saavutettavien tulosten kohdalla mainitaan vain yksi indikaattori (mitattavissa olevat muutokset terveystietoisuudessa), joka liittyy projektin varsinaiseen tavoitteeseen. Sydänliiton toimenpideohjelman laajuus ja suosittelun suuri määrä on väistämättä heijastanut myös vaikeudessa saattaa tavoitteita mitattavaan muotoon. Myös järjestön käytettävissä olevat resurssit ovat toimineet rajoitteena.

Diabetesliiton D2D-toimeenpanohankkeessa seurataan järjestelmällisesti ohjelman toteutusta mukana olevissa sairaanhoitopiireissä ja kunnissa. Tavoitteena on seurata, miten ehkäisyohjelman korkean riskin strategia ja varhaisen hoidon strategia on toteutunut. Lisäksi toimeenpanohankkeelle laaditaan kriteeristö, jonka avulla hankkeen etenemistä seurataan. Seuranta varten on kehitetty mm. dokumentaatio-ohje.

Kaikkiin ennaltaehkäiseviin projekteihin sisältyi seurantaa, mutta pääosa seurantasuunnitelmista keskittyi suunniteltavien toimintojen, kuten tilaisuuksien, koulutuksen ja viestintäkampanjoiden toteuttamisen selvittämiseen. Seuranta oli suunnitelmissa siten keskittynyt tuotos-puoleen. Suunnitelmiin oli joissakin tapauksissa sisällytetty mainintoja siitä, miten toiminnan tuloksia tullaan seuraamaan. Seurantasuunnitelman puutteet voidaan nähdä seurauksena osin epätarkasta tavoiteasettelusta. Mikäli tavoitteet on asetettu yleisellä tasolla, on tämä vaikeuttanut selkeiden seurantamittareiden asettamista.

Tavoitteiden realistisuus

Realististen tavoitteiden asettaminen projektille rakentuu arviolle siitä, mitä käytettävissä olevilla resursseilla on asetettujen tavoitteiden suhteen mahdollista saavuttaa ja mitkä ovat asiantiloja, joihin esimerkiksi kansanterveysjärjestöllä on mahdollisuuksia vaikuttaa.

Projektien tavoitteiden analyysissä ilmeni, että päämäärät olivat usein melko abstraktisia ja tavoitteet asetettu hyvin korkealle, mistä seurasi tiettyä uskottavuuden puutetta. Nämä havainnot koskivat Reumaliiton *Tules-projektia* ja *Sydänliiton toimenpideohjelmaa*. Tavoitteiden epärealistisuutta oli nähtävissä projekteissa, joissa rakennettiin hyvin laaja-alaista ja kattavaa toimintaohjelmaa, kuten Mielenterveysseuran *Mielenterveyden kulmakivet-projekti* (ensimmäisen vuoden avustushakemus) ja *Sydänliiton toimenpideohjelma*. Toisaalta on myös esimerkkejä onnistuneesta laaja-alaisesta toimintaohjelmasta. Diabetesliiton *Dehko-projektissa* on onnistuttu rakentamaan hyvinkin laaja toimenpideohjelma, jonka toteutus on käynnissä ja etenee hankkeelle laadittujen suunnitelmien mukaisesti. Tavoitteita analysoitaessa huomio kiinnittyi myös siihen, että järjestö ei suunnitelmissaan ole määritellyt, mitkä ovat ylipäänsä järjestöjen vaikutuspiirissä olevia asioita ja mikä on se alue, jolla järjestö voi realistisesti tietyn projektin avulla toimia ja vaikuttaa.

Projektien suunnitelmia analysoitaessa huomio kiinnittyi eräisiin tavoitekuvauksiin. Mielenterveysseura on ilmoittanut *Mielenterveyden kulmakivet-projektin* ensimmäisen vuoden avustushakemuksessa, että projektin tavoitteena on yhtenäisen, yhdenvertaisen ja saumattoman, portaittaisen hoidon ja seurannan takaavan hoitomallin luominen Suomeen. Lisäksi mainitaan, että tavoitteena on mielen-terveyshoidon tehostaminen. Projektiselosteesta puuttuvat kuitenkin maininnat siitä, millä keinoin näinkin kunnianhimoisia tavoitteita

kyetään järjestön toimesta viemään eteenpäin. Seuraavan vuoden avustushakemuksesta nämä tavoitteet oli jätetty pois. Suomen Mielenterveysseuran edustajien haastattelussa todettiin, että ensimmäinen projektisuunnitelma oli liian mittava¹¹³. Huomio kiinnittyy tässä yhteydessä RAY:n hankevalmisteluprosessiin, joka läpäisee näinkin epärealistiset hankesuunnitelmat.

Sydänliiton toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi on laajan konsensustyöskentelyn tulos. Konsensuskokouksen tavoitteena oli aikaansaada nykytietoon pohjautuva käytännön toimenpideohjelma, jossa toimijoina olisivat yhteiskunnan eri tahot. Toimenpideohjelma hyväksyttiin konsensuskokouksessa vuonna 1997. Ohjelman kohderyhmänä oli koko väestö ja se sisälsi yhteensä 118 suositusta eri sydän- ja verisuoniterveyden aihealueilta (ravitseminen, liikunta, psyykkiset ja sosiaaliset vaaratekijät, tupakka jne.). Toimenpideohjelmassa huomio kiinnittyi suositusten suureen lukumäärään ja siihen, että osa suosituksista oli suunnattu alueille, joihin järjestön käytettävissä olevilla voimavaroilla on rajoitetut mahdollisuudet vaikuttaa. Esimerkkinä mainittakoon ohjelman elintarvikepolitiikan keinot, joissa oli useita EU:n maatalouspolitiikkaan liittyviä suosituksia. Sydänliiton taholta on todettu, että järjestön resurssit eivät olleet riittäviä näin suuren hankkeen asettamiin vaatimuksiin. Liitto myös oletti, että julkinen taho olisi lähtenyt voimakkaammin mukaan ja että STM nimeäisi työryhmän koordinoimaan ohjelmaa. Ministeriö kuitenkin vetäytyi hankkeesta ja Sydänliitto ryhtyi ohjelman toimeenpanoon.¹¹⁴

Naisen sydämen terveys -projekti oli asettanut tavoitteekseen ehkäistä naisten sairastumista sepelvaltimotautiin sekä vähentää terveyden eriarvoisuutta. Mainitut tavoitteet ovat kuitenkin luonteeltaan paremminkin projektin lopullisia pitkän aikavälin tavoitteita ja osin yleisiä hyvinvointipoliittisia päämääriä. Projektin vaikuttavuutta näihin lopullisiin päämääriin ja pitkän aikavälin tavoitteiden toteutumiseen on kuitenkin vaikeata todentaa. Realistisena voidaan pitää tavoitetta, jonka mukaan ohjelmalla pyritään herättämään naisia ja terveydenhuollon ammattilaisia tiedostamaan naisten valtimotaudin erityispiirteet.

¹¹³ Haastattelu Suomen Mielenterveysseurassa 28.4.2005.

¹¹⁴ Haastattelu Suomen Sydänliitossa 22.4.2005.

5.4.4 Projektien toteuttaminen

Tuotokset ovat ohjelman toteuttamisesta seuraavia välittömiä aikaansaannoksia ja esim. ihmisiä, joita ohjelmalla saavutetaan. Projektien toiminnoilla operationalisoidaan projektin tavoitteita. Ennaltaehkäisevän projektin toteutuksessa realisoituvat ne interventiot, jotka on sisällytetty projektin strategiaosioon.

Kuvailemalla ohjelman tuotokset muodostetaan samalla yhteydet tilanneanalyysistä ohjelman tavoiteltaviin vaikutuksiin. Tuotokset voidaan jakaa vielä kahteen osa-alueeseen, toimintoihin ja osallistumiseen. Ennaltaehkäisevän projektin toimintoihin voi sisältyä esim. terveysneuvontaa, koulutusta, ryhmätoimintaa ja tiedotusta. Osallistumisella pyritään tavoittamaan esimerkiksi potilaita tai terveydenhuollon ammattilaisia.

Koulutus oli useimmissa tapauksissa keskeisin toteutus- ja toimintatapa. Naisen sydämen terveys -projektissa, Pieni päätös päivässä -projektissa ja Reumaliiton Tules -hankkeessa toteutettiin ammattihenkilökunnan koulutusprojekteja. Myös Dehko-projektissa lisätään diabetestietoutta kaikilla terveydenhuollon sektoreilla koulutuksen ja täydennyskoulutuksen avulla.¹¹⁵

Ryhmätoiminta toimintamuotona oli mainittu vain Diabetesliiton ja Sydänliiton Pieni päätös päivässä -projektissa, jossa mainittiin vertaisryhmätoiminnan kehittäminen sekä Diabetesliiton Dehko-projektissa.

Seulontaan liittyviä toimintoja on vain Diabetesliiton Dehkon toimeenpanohankkeessa, jossa on yksilöitynä vuosikohtaisena tavoitteena seuloa vuoden 2005 loppuun mennessä 50 000 ihmisen diabetesriski. Syöpäjärjestöjen syöpäseulontojen vaikuttavuuden arviointi-hankkeessa varsinainen seulontatehtävä kuuluu kansanterveysasetuksen perusteella kunnille, mutta seulontojen vaikuttavuus-

¹¹⁵ *Voimakasta panostamista koulutukseen on myös kritisoitu. Sydänliiton projektin arviointiin liittyvässä kyselyssä eräs vastaaja halusi tietää, mitkä ovat sellaiset keinot, joita ei vielä sydän- ja verisuoniterveyteen liittyvän koulutuksen kehittämisessä olisi käytetty. Suuri osa vastaajista piti koulutusta sinänsä tärkeänä, mutta osin se alkaa jo olla "loppuun kaluttu luu". Kyselyyn vastaajat kokivat, että koulutusta on jo nyt riittävästi tarjolla eikä uusien koulutusmuotojen kehittämistä näin ollen tarvita. Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi. Projektin arviointi.*

den arviointitehtävä on annettu Syöpäyhdistykselle. Syöpäyhdistys pyrkii vaikuttamaan kuntiin niin, että kaikki seulontaikäiset osallistuisivat mahdollisimman kattavasti järjestettäviin seulontatutkimuksiin.

Uusien toimintamallien ja hoitokäytäntöjen kehittäminen toimintatapana on korostuneimmin esillä Diabetesliiton Dehko-hankkeessa, jonka tavoitteena on luoda perusterveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon toimintamalleja tyyppin 2 diabeteksen sekä siihen läheisesti liittyvien sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden vallitsevuuden vähentämiseksi. Toimintamallin kehittämisestä on ollut kyse myös Suomen Mielenterveysseuran Mielenterveyden kulmakivet -projektissa. Siinä toimintamuotona on ollut kuntien mielenterveyspoliittisten ohjelmien laatiminen, kuntakartoitukset ja pilottiseurojen toiminnan kehittäminen.

Viestintä ja tiedon jakaminen oli toimintamuotona mukana kaikissa projektiselosteissa. Sydänliiton toimenpideohjelma suomalaisten sydänterveyden edistämiseksi määritteli suosituksissaan mm. keskeisimmät viestinnät keinot muuttaa suomalaisten ravitsemusta niin, että se johtaa suomalaisten sydän- ja verisuonisairauksien vähentämiseen. Reumaliiton Tules-projektin tavoitteena on lisätä tietoisuutta tuki- ja liikuntaelinsairauksien yhteiskunnalle aiheuttamasta kasvavasta taakasta. Viestintä on ollut Naisen sydämen terveysprojektin päätoimintamuoto. Projektin aikana on järjestetty tiedotustilaisuuksia, yleisötilaisuuksia, osallistuttu messuille sekä lääkäripäiville. Pieni päätös päivässä-projektissa organisoitiin koko väestöön kohdistettu viestintäkampanja.

Valistusmateriaalin tuottaminen oli mukana kaikissa projektiselosteissa. Aineistoa on tuotettu mm. terveydenhuollon ammattilaisille, jotka omassa asiakastyössään sitten käyttävät järjestöjen valmistamia aineistoja. Perinteisten kirjallisten ja sairausryhmäkohtaisten ehkäisymateriaalien lisäksi yhä useammat järjestöt ovat valmistaneet viestinnän tueksi projektikohtaisia Internet-sivustoja.¹¹⁶

Tarkastuksen kohteena olevissa ennaltaehkäisevissä projekteissa keskeisimpiä toteutusmuotoja oli ammattihenkilöstön koulutus, valistusaineistojen tuottaminen ja levittäminen sekä viestintä. Vain harvassa projektissa esiintyi riskiryhmien seulontaa, ryhmätoimintaa sekä toimintamallien ja hoitokäytäntöjen kehittämistä. Innova-

¹¹⁶ Näin mm. Naisen sydämen terveys- ja Pieni päätös päivässä-projekti.

tiivisia lähestymistapoja oli siten niukalti painopisteen ollessa perinteisissä viestintään ja valistukseen painottuvissa lähestymistavoissa.

5.4.5 Projektien kohderyhmät

Ennaltaehkäisevän toiminnon ja intervention kohderyhmä on joukko ihmisiä, perheitä, organisaatioita tai muita selkeitä yksiköitä. Kohderyhmä voidaan määritellä *varsinaiseksi kohderyhmäksi*, joka esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien ehkäisyn alueella on riskiryhmään kuuluva henkilö. *Välillisen kohderyhmän* edustaja on tyypillisesti terveydenhuollon ammattihenkilö, joka omalla toiminnallaan pyrkii vaikuttamaan esim. riskiryhmään kuuluvan henkilön elintapoihin.

Välilliseen kohderyhmään vaikuttaminen oli tarkastetuissa projektiselosteissa yleisin ja siinä erityisesti terveydenhuoltoalan henkilöstö. Muita välillisiä kohderyhmiä oli julkinen palvelujärjestelmä sekä kunnallinen ja valtiollinen päättäjätaso. Esimerkiksi Mielen-terveysseuran Mielen-terveyden kulmakivet-projektissa tavoitteena oli mm. kuntien mielen-terveysohjelmien aikaansaaminen.

Tarkastelun kohteena olleissa projekteissa huomio kiinnittyi voimakas kohdentuminen *terveydenhuollon ammattihenkilöstöön*. Samaan aikaan toimintojen kohteena oli vähäisemmässä määrin varsinaisen kohderyhmä eli jonkin kansansairauden riskiryhmä. Riskiryhmään kuuluvat tai muutoin valitut erityiset kohderyhmät (esim. lapset) oli huomioitu ammattihenkilöstön ohella Sydänliiton Naisen sydämen terveys-projektissa, Diabetesliiton Dehko-projektissa, Reumaliiton Tules-projektissa sekä Sydänliiton ja Diabetesliiton Pieni päätös päivässä-projektissa.

Koko väestö oli huomioitu sellaisissa projekteissa, joissa yhtenä toimintamuotona oli esimerkiksi joukkotiedotusvälineissä toteutettu tiedotuskampanja. Diabetesliiton Dehko-projektissa ja Reumaliiton Tules-hankkeessa on keskeisenä toimintamuotona ollut väestökampanjan toteuttaminen. Kansansairauteen jo *sairastuneet henkilöt* oli kohderyhmänä huomioitu eräissä hankkeissa. Diabetesliiton Dehko-projektin eräs painoalue on diabetekseen sairastuneiden hyvän hoidon tason turvaaminen ja Reumaliiton Tules-projektin yhtenä tavoitteena on tuki- ja liikuntaelinsairaiden osallistuminen hoidon suunnitteluun ja hoitoa koskeviin päätöksiin.

Julkiseen palvelujärjestelmään vaikuttamisessa ilmeni vahvasti kolmannen sektorin ns. etujärjestöluonne. Projektien tavoitteena on

ollut edistää tiettyyn sairausryhmään kuuluvia ennaltaehkäiseviä toimia tai parantaa jo sairastuneiden henkilöiden terveystalvveluja. Reumaliiton Tules-projektissa pyritään vaikuttamaan julkiseen palvelujärjestelmään organisoimalla terveyskeskusyhdyshenkilöverkostoa. Syöpäyhdistys pyrkii vaikuttamaan siihen, että kohdun kaulaosan syövän seulonnan peittävyys saadaan korkeammaksi. Diabetesliiton Dehko-projektissa on mukana sekä perusterveydenhuolto että erikoissairaanhoido. Päätöksentekijätaso oli mainittu kohderyhmänä kaikissa projekteissa.

Järjestöjen ennaltaehkäisevien projektien painotus ammattihenkilökuntaan vaikuttamiseen väestöön vaikuttamisen ollessa useimmin välillistä on ymmärrettävää tilanteessa, jossa järjestöltä puuttuu sellainen luonnollinen kontaktipinta, joka on esimerkiksi kunnallisella terveydenhuoltojärjestelmällä tai työterveyshuollolla. Toisaalta voidaan pohtia sitä, onko RAY-avustusten käyttäminen julkisen palvelujärjestelmän henkilöstön kouluttamiseen nykyisessä laajuudessa tarkoituksenmukaista. Kunnan terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutus kuuluu eittämättä kansanterveyslain perusteella kunnan tehtäviin. RAY-avustuksilla eräissä tapauksissa melko voimakkaastikin subventoidut koulutukset viestivät siitä, että osasta koulutuksen kustannuksista vastaakin järjestösektori. Tilannetta ei voida pitää asianmukaisena RAY-avustusten perustarkoituksen kanssa. Kuntien ja järjestöjen tehtävien rooleja on pidetty epäselvinä ja tehtävänjakoon on toivottu selkeyttä. Toisaalta on korostettu kuntien ja järjestöjen yhteistyön lisäämistä, mutta samalla painotettu, ettei yhteistyö voi enää olla sitä, että järjestö tuottaa kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvaa palvelua RAY-avustuksella¹¹⁷.

5.5 PROJEKTtien tuloksia koskeva selvitysraportointi ja arviointi

5.5.1 RAY:n avustustoiminnan arvioinnin lähtökohdat ja normiperusta

RAY:n avustustoiminnan arvioinnilla on erilaisia funktioita ja lähtökohtia riippuen valitusta arviointitehtävästä. RAY:n avustustoi-

¹¹⁷ *Avustusstrategian reunaehdoja. RAY. Avustusinfo. Kesäkuu 2005.*

minnan piirissä olevat eri toimijat tuottavat ja tarvitsevat erilaista arviointitietoa. Arvioinneilla pyritään yleensä kolmeen päätarkoitukseen: tilivelvollisuuden täyttämiseen, kehittämistyön edistämiseen tai uuden tiedon tuottamiseen.

RAY:n avustustoimintaa koskeva arviointitieto voidaan jaotella arviointitiedon käyttäjän ja arvioinnin funktion mukaan seuraavasti:

- RAY:llä tulee itsellään olla ajantasaista avustustoimintaa koskevaa arviointitietoa (avustustoiminnan suuntaaminen, kehittämisfunktio)
- RAY:n tulee välittää informaatiota avustustoiminnan tuloksellisuudesta STM:lle (tilivelvollisuusfunktio)
- RAY:n toimeksiannosta suoritetaan toimialakohtaisia arviointeja (kehittämisfunktio, avustustoiminnan suuntaaminen)
- kansanterveysjärjestöjen omia projekteja koskeva itsearviointi (kehittämisfunktio)
- kansanterveysjärjestöjen selvitysraportointi RAY:lle (tilivelvollisuusfunktio)
- kansanterveysjärjestöjen projekteja koskeva ulkoinen arviointi (tilivelvollisuusfunktio ja kehittämisfunktio)

RAY:n avustustoiminnan arviointivelvollisuus perustuu avustuslain säännöksiin. Avustuslain mukaan RAY:n on seurattava myönnettyjen avustusten käytön tuloksellisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta sekä niiden vaikutuksia mm. kilpailuun ja eri väestöryhmien asemaan. Avustuksia myönnettäessä kiinnitetään entistä suurempaa huomiota siihen, miten vaikuttavuuteen liittyvät seikat on huomioitu hankkeiden suunnitelmissa.

Avustuslain 19 §:n mukaan avustuksen saajan on seuraavan vuoden huhtikuun loppuun mennessä tehtävä rahapeliyhteisölle kullakin vuodelta selvitys (myöhemmin ns. vuosiselvitys) avustuksen käytöstä. Selvitykseen on liitettävä tilinpäätös, tilintarkastuskertomus, tuloksellisuutta koskevat selvitykset sekä muut tarpeelliset selvitykset. Selvitykset annetaan avustuskohtaisesti erillisillä lomakkeilla. RAY:n ohjeen mukaan on erityisesti selvitettävä, mitä avustettavassa toiminnassa, projektissa tai hankkeessa saatiin aikaiseksi ja miten avustushakemuksessa esitetyt tavoitteet saavutettiin. Lisäksi projektien väli- ja loppuraportit tulee toimittaa RAY:lle selvitysasiakirjojen mukana.

RAY suosittelee, että suurissa projekteissa teetetään ulkopuolinen arviointi. Suuri projekti on sellainen, jonka avustukset ovat eri vuosina yhteensä 500 000 euroa. Lisäksi tuodaan esille, että ulkopuolisen arvioijan tulee olla avustuksen saajasta riippumaton.¹¹⁸ Arviointihankinta tulee myös kilpailuttaa, sillä hankintalaki koskee hankintoja, joissa vähintään 50 % katetaan julkisella rahoituksella.¹¹⁹ Arvioinnista on sanottu, että se on suunnitelmallisen toiminnan kulmakivi, jolloin arviointi pitäisi suunnitella jo projektin alkuvaiheessa. RAY on pyrkinyt edistämään järjestöjen arviointiosaamista ja vuoden 2004 lopulla on julkistettu opas *Arvioiva ajattelu projektitoiminnassa*. Oppaan laatiminen on ollut haasteellinen tehtävä, sillä projektit muodostavat laajan kirjon erikokoisia ja erityyppisiä hankkeita tieteellisistä tutkimusprojekteista pienimuotoisiin kokeiluhankkeisiin.¹²⁰

Seuraavassa tarkastellaan, miten arviointivelvollisuus todentuu kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävien hankkeiden vuosiselvityksissä ja ulkoisissa arviointiraporteissa. Vuosiselvityksistä tarkastelun kohteena ovat Naisen sydämen terveys- ja Pieni päätös päivässä-projektit sekä syöpäseulontojen vaikuttavuus-toimintoa koskeva raportointi. Muiden kansansairauksien ennalta ehkäisyyn tähtäävien projektien (Mielenterveyden kulmakivet, Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi, Tules-projekti ja Diabeteksen ehkäisyohjelma) tuloksellisuutta tarkastellaan tehtyjen ulkopuolisten arviointien perusteella. RAY:lle toimitettujen raporttien lisäksi järjestöiltä saatiin täydentävää informaatiota projektien tuloksista. Täydentäviä aineistoja olivat haastattelut sekä kirjalliset selvityspyynnöt.

Vuosiselvitysten osalta huomio kiinnitettiin siihen, miten niistä välittyy kuva projektille asetettujen tavoitteiden toteutumisesta, missä on onnistuttu ja miltä osin tavoitteita ei ehkä ole saavutettu. Selvityksistä kartoitettiin, vastaako tuloksia koskeva informaatio avustushakemuksessa esitettyjä tavoitteita. Kansanterveysjärjestöi-

¹¹⁸ Tulkintaohjeita. Laki raha-automaattivastuksista (1056/2001). Valtioneuvoston asetus eräistä raha-automaattivastuksiin sovellettavista määräajoista (1170/2001). RAY.

¹¹⁹ Avustusinfo. Syyskuu 2004. RAY.

¹²⁰ Avustusinfo syyskuu 2004. RAY. *Arvioiva ajattelu projektitoiminnassa*. RAY. 2004.

hin (Diabetesliitto, Sydänliitto ja Syöpäyhdistys) lähetettiin erillinen kirjallinen selvityspyyntö, jonka tarkoituksena oli tuottaa lisäinformaatiota erityisesti avustetun toiminnan tuloksellisuuden näkökulmasta.

Arviointiraporttien tarkastelussa on huomio kiinnitetty siihen, miten niistä välittyy kuva projektin tuloksista ja aikaansaannoksista. Kartoituksessa selvitettiin myös, onko arvioinneissa tuotu esille projektien mahdollisia heikkouksia ja vahvuuksia. Lisäksi selvitettiin, onko ulkoinen arviointi kilpailutettu ja onko arvioinnin toteuttaja ollut projektiin nähden riippumaton taho. Arvioinneista selvitettiin myös, missä määrin niihin on sisältynyt projektin kustannusvaikuttavuuteen liittyviä näkökohtia tai tilivelvollisuuden toteutumiseen liittyviä elementtejä. Tarkastelussa kiinnitettiin huomiota myös arviointien hyödyntämiseen. Arviointiraportteja täydentävää tuloksellisuusinformaatiota kerättiin haastatteluilla, jotka suoritettiin Sydänliitossa, Mielenterveysseurassa ja Reumaliitossa. Diabetesliitosta toimitettiin kirjallisesti täydentävää tietoa.

5.5.2 Pieni päätös päivässä -projekti

Vuosiselvityksestä välittyvä informaatio

Diabetesliitto on keväällä 2004 antanut RAY:lle selvityksen Pieni päätös päivässä -projektin tuloksista. Selvitykseen on liitetty Diabetesliiton ja Sydänliiton erillinen toimintakertomus. Projektin tavoitteena oli lisätä suomalaisten edellytyksiä vaikuttaa elämäntapoihinsa jakamalla tietoa, edistämällä käytännön taitoja ja mahdollisuuksia ryhmätoiminnan avulla. Selvityksessä todetaan tuloksena, että painonhallintaryhmien koulutukseen osallistui 381 terveydenhuollon ammattilaista. Koulutustilaisuuksia järjestettiin 19. Projektissa valmistettiin painonhallinnan materiaali ja käynnistettiin ohjaajien verkkopalvelu. Painonhallinkursseista valmistui tuote ja molemmat järjestöt jatkavat terveydenhuoltoon suuntautuvaa koulutusta. Maalikkovetoisen vertaisryhmätoiminnan (ns. ITE-ryhmät) ohjaajakoulutukseen osallistui 216 henkilöä ja ryhmiä syntyi noin kolmekymmentä. Lisäksi valmistettiin uusi ohjaaja- ja osallistujamateriaali. Viestintäkampanjasta todettiin, että sen näkyvyys oli tehdyn media-seurannan perusteella hyvä. Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteistyö vahvistui projektin aikana. Ulkopuolista arviointia ei ole toteutettu,

vaikka projektin avustussumma on ollut 650 000 euroa. Diabetesliitosta saadun selvityksen mukaan arviointi tullaan toteuttamaan vuoden 2005 aikana.

Kyselystä saatu lisäinformaatio

RAY:lle annetussa vuosiselvityksessä on raportoitu pääasiassa projektin tuotoksista eli koulutusten järjestämisestä ja aineistojen valmistamisesta. Koska selvityksestä ei saatu toiminnan tuloksellisuuteen liittyvää tarpeellista informaatiota, lähetettiin tarkastuksen aikana Diabetesliittoon erillinen kysely, jonka avulla pyrittiin selvittämään ohjaajakoulutuksen ja ohjaajien toiminnan sekä vertaisryhmätoiminnan tuloksellisuutta. Lisäksi tiedusteltiin, miten projektin toimeenpanossa on huomioitu aikuisväestö, jolla on sydän- ja verisuonisairauksien sekä aikuistyyppin diabeteksen vaaratekijöitä. Ryhmätoiminnan osalta pyydettiin tietoja siitä, onko seurattu ryhmiin osallistuneiden henkilöiden vaaratekijöiden tason muutoksia. Projektin tärkeänä sidosryhmänä on mainittu mm. kunnallinen terveydenhuolto. Tältä osin pyydettiin selvitystä, miten nämä tahot ovat konkreettisesti sitoutuneet hankkeeseen.

Diabetesliiton vastauksessa kerrottiin tehdyistä prosessiarvioinneista ja keväällä 2005 aloitetusta painonhallintaohjelman toimivuuden ja tuloksellisuuden selvittämisestä. Projektin kolmannen vaiheen arviointi voisi liiton mukaan kohdistua painonhallintaryhmäläisiin, jolloin voitaisiin selvittää, kuinka paljon ryhmiin osallistujia on ja mitä ryhmiin osallistujille on tapahtunut. Diabetesliitto tuo kuitenkin esille, että tähän arviointiin ei projektin puitteissa ollut resursseja. Painonhallintaryhmätoiminnan tuloksellisuudesta ei voitu antaa tietoja, koska seurantatuloksia ei projektissa ole systemaattisesti kerätty. Vastauksen mukaan ryhmien tuloksellisuuden arviointi olisi niin iso projekti, että se pitäisi suunnitella tämän projektin jatkoksi erikseen. Tietoa ei ole myöskään kerätty ryhmiin osallistuneiden määristä, sillä tähän seurantaan ei ollut resursseja. Myöskään vertaisryhmätoimintaan osallistuneiden määriä ei osattu kertoa. Tietoa oli vain ohjaajakoulutukseen osallistuneiden lukumääristä. Vastauksessa tuotiin esille, että tämän projektin tulostavoitteena oli oikeastaan painonhallintaryhmätoiminnan edistäminen työmuotona terveydenhuollossa ja työterveyshuollossa niin, että metabolista oireyhtymää potevien avunsaantimahdollisuudet paransivat maassamme. Kunnallisen terveydenhuollon ja työterveyshuol-

lon konkreettinen sitoutuminen tarkoittaa saadun vastauksen mukaan sitä, että nämä tahot lähettivät hoitohenkilökuntaansa painonhallintaryhmän ohjaajakoulutuksiin. Selvityksessä viitattiin lisäksi Diabetesliiton Dehko-hankkeen D2D-projektiin (tyypin 2 diabeteksen ehkäisyprojekti) viiden sairaanhoitopiirin alueella, joiden osalta Kansanterveyslaitos tekee seurantaan painonhallintaryhmien toimien vaikuttavuudesta elintapoihin.

ITE-ryhmätoiminta oli selvityksen mukaan vakiintunut tiettyjen sydänpiirien toiminta-alueelle.

Diabetesliitto on RAY:lle antamassaan selvityksessä todennut, että oleellisia eroja ei ollut suhteessa tavoitteisiin. Vuonna 2000 jätetyssä avustushakemuksessa tuotiin kuitenkin esille, että ryhmien toimintaa ja osallistujien vaaratekijöiden tason muutoksia seurataan. Erillisessä selvityksessä on todettu, että noin vuosi koulutukseen osallistumisesta arvioidaan seurantalomakkeella ryhmiin osallistuneiden vaaratekijöiden tasoa. Diabetesliitolla ei kuitenkaan ollut resursseja kyseisiin seurantoihin. Vaikka jatkoseuranta tyrehtyi projektin päättymiseen vuoden 2003 lopulla, tuli itse toiminnasta kummankin liiton normaalia toimintaa.

RAY:lle toimitetuista selvityksistä eikä tarkastuksen aikana tehdystä lisäselvityksestä saatu informaatiota projektin tuloksellisuudesta suhteessa sen varsinaiseen kohderyhmään eli aikuisväestöön, jolla on sydän- ja verisuonisairauksien ja aikuistyyppin diabeteksen riskitekijöitä. Projektin pääkohderyhmä olikin käytännössä terveydenhuollon ammattilaiset, vaikka projektiselosteessa ensimmäisenä kohderyhmänä mainitaan aikuisväestö, jolla on sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöitä. Tavoitetta selvennettiin vasta tarkastuksen yhteydessä saadussa selvityksessä.

5.5.3 Naisen sydämen terveys-projekti

Vuosiselvityksestä välittyvä informaatio

Naisen sydämen terveys-projektin tuloksellisuudesta on vuoden 2005 vuoselvityksessä mainittu, että ohjelman edetessä ovat sen tavoitteet täsmentyneet ja konkretisoituneet. Ohjelman ensimmäisessä vaiheessa (2002-2004) tavoitteena oli ehkäistä naisten sairastumista sepelvaltimotautiin. Uudet kansainväliset ehkäisy- ja hoitosuosituksset ovat laajentuneet kattamaan myös valtimotaudin (sepelvaltimo-

tauti, aivohalvaus ja alaraajavaltimotauti) ehkäisyn. Selvityksen mukaan Naisen sydän-ohjelma seuraa kansainvälisiä suosituksia ja hyödyntää niitä Suomeen soveltuvin osin. Ohjelman tavoitteena on ehkäistä myös terveyden eriarvoisuutta.

Vuoden 2004 keskeisimpänä tuloksena mainittiin verkkosivuston ja Naisen sydän-ohjelman valmistuminen. Terveydenhuollon ammattilaisille suunnattiin koulutusaineisto. Aiheesta Nainen ja sydän on pidetty lukuisia esityksiä, järjestetty tapahtumia ja julkaistu artikkeleita. Ohjelman tiedotuspiikit olivat valtakunnalliset Lääkäripäivät ja kaksi tiedotustilaisuutta. Sydänliitto on seurannut mm. verkkosivujen käyntimääriä. Ohjelmalla on myös lehdistöseuranta.

Kyselystä saatu lisäinformaatio

Suomen Sydänliittoon lähetetyllä kyselyllä pyydettiin lisätietoja, miten on toimittu varsinaisen kohderyhmän suuntaan, mitä tuloksia on saavutettu ja onko naisten sydänsairauksiin liittyen selvitetty hoitokäytännön ja henkilökunnan tietotason muutoksia. Sydänliiton selvityksen mukaan kohderyhmät on saavutettu suunnitelmien mukaisesti. Verkkosivustot ovat keskeinen osa ohjelman toteutusta ja sivustot ovat saaneet myönteisen vastaanoton. Vuonna 2004 käyntejä sivuilla oli lähes 100 000. Lisäksi lähes kaikki valtakunnalliset terveyst-, aikakausi- ja naistenlehdet ovat kirjoittaneet asiasta. Mediatapahtumat ovat lisänneet kävijämääriä verkkosivuilla.

Selvityksessään Sydänliitto tuo esille, että tietotaso naisten sepelvaltimotaudista on parantunut naisten ja terveyden ammattilaisten parissa. Tässä yhteydessä viitattiin tehtyihin kyselyihin ja terveydenhuollon ammattilaisten tietotason kartoituksiin. Projektissa valmistetun tiedotusaineiston menekki on ollut suurta, mutta sen vaikutusta on vaikea arvioida, sillä sitä käytetään pääsääntöisesti koulutuksen ja terveysneuvonnan tukena.

Naisen sydämen terveys-hankkeen osalta huomio kiinnittyy tavoitemäärittelyiden erilaisuuteen, kun verrataan keskenään projektihakemusta ja vuosiselvitystä. Näissä dokumenteissa tavoitemäärittelyjen tulisi olla yhdenmukaisia. Vuosina 2001 ja 2002 tehdyissä hakemuksissa tavoitteena on lisätä naisten tietoisuutta mahdollisuudesta sairastua sepelvaltimotautiin, parantaa terveydenhuollon ammattihenkilökunnan tietämystä naisen sepelvaltimotaudin erilaisuudesta sekä kiinnittää ammattihenkilökunnan huomiota hoidon ja kuntoutuksen sekä lääkkeiden määräämisen ja käytön ominaispiir-

teisiin. Vuonna 2005 annetun vuosiselvityksen mukaan ohjelman ensimmäisen vaiheen tavoitteena oli ehkäistä naisten sairastumista sepelvaltimotautiin. Lisäksi tuotiin esille tavoite ehkäistä terveyden eriarvoisuutta. Näiden tavoitteiden suuntaisesta etenemisestä ei kuitenkaan ole mainintaa vuosiselvityksessä. Selvityksessä tuodaan esille, että naisen valtimotaudin ehkäisyn suuntaviivoja ja hoitosuosituksia ei ole tuotettu erikseen Suomeen, koska Euroopan Kardiologinen seura kartoittaa parhaillaan tilannetta Euroopassa ja tulee esittämään suositukset jatkotoimista.

5.5.4 Syöpäseulontojen vaikuttavuuden arviointi

Vuosiselvityksestä välittyvä informaatio

Suomen Syöpäyhdistys on antanut vuoden 2005 vuosiselvityksessä informaatiota toiminnan keskeisimmistä tuloksista. Sen mukaan kohdunkaulaosan syövän seulonnan peittävyys on vuoden 2003 rekisteritietojen perusteella ollut erinomaista. Kutsujen peittävyys oli 96 %. Osallistumisaktiivisuus seulontatutkimuksiin oli 73 %, mutta 30-vuotiailla vain 60 %. Selvityksen mukaan nuorten osallistumisaktiivisuuden nostaminen on edelleen keskeistä. Vuoden 2003 tietojen perusteella rintasyöpäseulonnan peittävyys ja osallistumisaktiivisuus ovat säilyneet erinomaisina. Suolistosyövän seulontaohjelma käynnistyi satunnaistetussa asetelmassa noin 5000 näytteen kapasiteetilla.

Kyselystä saatu lisäinformaatio

Suomen Syöpäyhdistykseen lähetettiin erillinen selvityspyyntö syöpäseulontojen vaikuttavuuden arviointiin liittyvästä toiminnasta ja sen tuloksellisuudesta.¹²¹ Selvityksen mukaan kohdunkaulasyövän ilmaantuvuus laski merkittävästi aina 1990-luvulle asti, jonka jälkeen ilmaantuvuus nousi 1990-luvun alussa ja on sittemmin vakiintunut. Nousu johtui pääasiassa nuorten parissa ilmenneestä ilmaantuvuuden noususta. Nykyään luvut eivät enää kasva ja yli

¹²¹ Suomen Syöpäyhdistyksen vastaus lisäinformaatiota koskevaan tiedusteluun 30.5.2005.

40-vuotiailla tilanne on pikemminkin tasaantunut. Tilanne on muutoin hyvin hallinnassa, mutta 30–39 (25-)vuotiailla ilmaantuvuus on edelleen korkealla tasolla.

Valtakunnallinen osallistuminen seulontoihin on edelleen 72 % ja suurin osa kunnista kutsuu asetuksessa edellytetyt ikäryhmät. Tilanne voisi Syöpäyhdistyksen mukaan olla huonompi, ellei Syöpäyhdistyksen yhteydessä toimiva *Joukkotarkastusrekisteri* olisi puuttunut esim. kutsupalvelun muutoksiin muistuttaen henkilökohtaisen kutsun merkityksestä. Kuitenkin tilanne on huono juuri nuorissa ikäryhmissä eikä muutosta parempaan ole vielä havaittavissa. Ongelma on kuitenkin tiedostettu. Joukkotarkastusrekisteri osallistuu säännöllisesti valtakunnallisiin ja alueellisiin koulutustilaisuuksiin. Osallistumisaktiivisuuden nostamiseksi on alkamassa kampanja vuoden 2005 syksyllä. Sen toivotaan edistävän kaikkien seulontakäisten naisten osallistumista, mutta erityishuomio kohdistetaan nuorimpiin seulottaviin ikäryhmiin.

Syöpäyhdistys tuo esille, että kunnissa on lisätty kutsuttavien määrää ja seulontaan pyritään kutsumaan ainakin asetuksen mukaiset ikäryhmät. Seulontojen toteuttamisessa on vieläkin paljon tietämättömyyttä johtuen päättäjien suuresta määrästä. Lisäksi kuntien heikentynyt talustilanne on mahdollisesti hidastanut seulontojen kehittämistä, mutta ei toistaiseksi vaikuttanut lakisääteisen osan toteuttamiseen. Rintasyövän seulontatietojen mukaan vuonna 2003 suurin osa kunnista seulo 50–59-vuotiaita, osa myös 60–69-vuotiaita. Paksusuolen syöpäseulonnat on käynnistänyt jo yli 90 kuntaa.

Syöpäyhdistys ilmoitti, että arviointitoiminta on toteutunut tavoitteiden mukaisesti. Kotimaisten julkaisujen lisäksi arvioinnista on julkaistu lukuisia kirjoituksia kansainvälisissä tieteellisissä julkaisuissa. Vastauksessa oli mukana viitelista artikkeleihin. Seulontojen tilastointi on myös parantunut: vuonna 2003 436 kuntaa 446:sta ilmoitti kohdunkaulaosan syövän seulonnat ja 420 rintasyövän seulonnat. Lisäksi uudet tilastot on saatettu keväällä 2005 Internetiin kaikkien nähtäville¹²².

Syöpäyhdistyksen välittämästä selvitysinformaatiosta välittyä hyvin kuva toiminnan tuloksellisuudesta ja tietosisältö vastaa avustushakemuksessa esitettyjä toiminnan tavoitteita. Seurannan toteu-

¹²² www.syoparekisteri.fi

tusta ja vaikuttavuuden arviointia edesauttaa vahva tilastointijärjestelmä (väestö-, kutsu-, seulonta-, sairastuvuus- ja kuolleisuustiedot) sekä Syöpäyhdistyksen yhteydessä toimiva Joukkotarkastusrekisteri.

5.5.5 Mielenterveyden kulmakivet-projekti

Mielenterveyden kulmakivet -projektin arviointisuunnitelma laadittiin joulukuussa 2000; hanke aloitettiin saman vuoden aikana. Arviointi tilattiin Terveyden edistämisen keskukselta.¹²³ Arviointitarjous pyydettiin kolmelta eri taholta. Arvioinnin lähtökohtana ja viitekehysenä mainittiin yksilötason voimaannuttaminen ja arviointiraportti valmistui maaliskuussa vuonna 2003.¹²⁴

Arviointiasiakirjan pääaineisto muodostuu kertoelmatyyppisestä projektin kulun selvittämisestä. Taustana ja viitekehysenä on tuotu esille mm. mielenterveyden yhteiskunnallinen arvo sekä mielenterveys suomalaisena kansansairautena ja työkyvyttömyyden aiheuttajana. Raportissa on myös määritelty käsite mielenterveyden edistäminen. Se on yleiskäsite ja sateenvarjo, joka kattaa laajan valikoiman strategisia lähestymistapoja ja yleisesti hyväksytyjä periaatteita.

Arviointiraportissa on katsaus arviointitutkimuksen pääsuuntauksiin. Raportissa on keskitytty prosessin arviointia sekä projektin arviointia koskevien suuntausten esittelyyn.

Seuraavassa tarkastellaan projektin tuloksia lähtien raportissa määritellyistä lyhyen aikavälin tavoitteista. Lyhyen aikavälin tavoitteet ovat erillistavoitteita, joiden kautta pyritään kohti pitkän aikavälin tavoitteita. Ensimmäinen lyhyen aikavälin tavoite on ollut laaja-alainen, poikkihallinnollinen, kunnan omille mielenterveyden kulmakiville perustuva mielenterveysohjelma. Ohjelman painopiste on ollut mielenterveyden edistämisessä ja ongelmien ja häiriöiden ehkäisemisessä.

¹²³ *Terveyden edistämisen keskus oli toimijana hankkeen yhdessä osaprojektissa.*

¹²⁴ *Mielenterveyden kulmakivet. Näkökulmia ja käytäntöjä mielenterveyden edistämiseen, ongelmien ja häiriöiden ehkäisyyn. Suomen Mielenterveysseura.*

Projektin kuntaosion tulokset

Hankkeessa oli mukana neljä ns. konsulttikuntaa: Hämeenlinna, Inari, Ylistaro ja Salo. Kolmeen ensimmäiseen kuntaan laadittiin mielenterveysohjelma, mutta Salossa työ jäi kesken. Kuntien mielenterveysohjelmaluonnokset esiteltiin Mielenterveyden konsensuskokouksessa vuonna 2002. Arviointiraportissa todetaan, että kuntaosiossa tärkeintä on ollut mielenterveysohjelman laatimiseksi tarvittavan prosessin käynnistäminen ja käynnissä pito, uusien toimijoiden mukaan saaminen ja yhteisen viitekehyksen rakentaminen. Kolmessa kunnassa tavoite saavutettiin. Lisäksi tuotiin esille, että seuraava askel on ohjelman käytännön sovellus, josta päättävät kunnat.

Kunnan mielenterveysohjelma voidaan pikemminkin nähdä toiminnan tuotoksena ja välineenä kunnan mielenterveystyön edistämässä. Kun tavoitteeksi on asetettu konkreettisen asiakirjatuotteen aikaansaaminen, on tavoitteen todentaminen ongelmatonta. Tällöin on mitattu vasta tuotoksen aikaansaamista. Tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden todentaminen edellyttäisi seuranta esim. siitä, miten ohjelmia käytetään vuotuisessa kuntasuunnittelussa tai hallintokuntien toiminta- ja taloussuunnittelussa sekä palveluiden kehittämisessä. Mielenterveysseurassa tehdyssä haastattelussa tiedusteltiin, miten mielenterveysohjelmien toteuttamista on seurattu, sillä kyseinen seuranta on projektin toimintokaaviossa ollut mukana. Mielenterveysseuran edustajat toivat esille, että ohjelmien toteuttamista on seurattu. Esimerkiksi Hämeenlinna on päivittämässä omaa ohjelmaansa ja alueen seutukuntaan on valmisteilla mielenterveysuunnitelma. Inarissa ohjelma ei eräiden kitkatekijöiden vuoksi mennyt luottamusmieskäsittelyyn. Siten vain kahden kunnan ohjelmat on käsitelty poliittisella päätöksentekotasolla. Kuntien mielenterveysohjelmien laadinnassa pyrittiin ns. bottom-up-työskentelyyn eli saamaan kuntalaiset mukaan prosessiin. Kuitenkin kuntalaisten mukaan saaminen oli ongelmallista ja päädyttiin malliin, jossa kuntalaisia edusti joukko järjestöjä.¹²⁵ Kansalaisnäkökulma osallistuminen todentui siten järjestöjen kautta, jolloin osallistumisen malli ei

¹²⁵ *Samalla tavoin esim. kuntien sosiaali- ja terveyslautakunnissa kuntalaisia edustavan puolueiden asettamat ja valtuuston nimeämät luottamushenkilöt.*

periaatteessa eronnut nykyisestä kunnallisdemokraattisesta toimintatavasta.

Mielenterveyden kulmakivet-projektin vaikutuksia muiden kuntien mielenterveyspoliittisten ohjelmien sekä hyvinvointipoliittisten ohjelmien laadintaan on vaikea luotettavasti arvioida, sillä samaan aikaan oli käynnissä valtakunnallinen STM:n käynnistämä Mielekäs Elämä-ohjelma¹²⁶ sekä Stakesin koordinoima mittava Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kuntastrategiat-kokonaisuus. Kuntastrategioiden keskeinen kehittämiskohde on ollut kuntien laaja-alaisten hyvinvointiohjelmien rakentaminen ja seurantaan tukevan hyvinvointikertomuksen sekä indikaattoreiden kehittäminen. Lisäksi STM ja Kuntaliitto antoivat vuonna 2001 mielenterveyspalvelujen laatusuosituksen, jossa suositellaan, että kunnat laatisivat mielenterveystyötä varten kokonaissuunnitelman. Mielekäs Elämä-hankkeessa valmistettiin vielä julkaisu Tienviittoja kunnan mielenterveystyön suunnitelman laatimiseen. Lääninhallitusten tehtävänä on ollut seurata ja koordinoita mielenterveyspalvelujen kokonaissuunnitelmien laadintaa kunnissa. Vuonna 2002 tehdyn kyselyn mukaan 35 kunnassa suunnitelma oli laadittu ja kolmasosassa se oli tekeillä.¹²⁷

Mielenterveyden kulmakivet-projektin kuntaosio on ollut selkeästi päällekkäinen samaan aikaan käynnissä olevien valtakunnallisten ohjelmien kanssa ja voidaan pohtia, onko RAY-avustuksen käyttö ollut tarkoituksenmukaista samanlaiseen toimintokokonaisuuteen, jota on toisaalla ohjattu STM:stä ja Stakesista.

Paikallisten mielenterveysseurojen toiminnan kehittäminen

Projektin eräänä tavoitteena oli kehittää keinoja ja ideoita edistävään ja ehkäisevään työhön paikallisten mielenterveysseurojen toimesta. Mukana oli seitsemän paikallista mielenterveysseuraa: Lohja, Mikkeli/Ristiina, Pyhäselkä, Oulu, Jyväskylä, Vakka-Suomi ja Kangasniemi. Raportointi keskittyi lähinnä järjestettyjen tilaisuuk-

¹²⁶ *Mielekäs Elämä-ohjelman päätavoite on täsmälleen sama kuin Mielenterveyden kulmakivet-projektissa eli mielenterveyden painoarvon ja näkyvyyden lisääminen.*

¹²⁷ *Mielekäs Elämä! – ohjelman loppuraportti. Tuula Immonen, Irma Kiikkala ja Juha Ahonen (toimi.) STM:n julkaisuja 2003:8.*

sien luettelointiin eikä arviointiraportista ilmene, miten pilottimielenterveysseurojen toiminta on eronnut seurojen normaalista toiminnasta. Kaikki pilottiseurat eivät tuottaneet loppuraporttia. Arviointiraportissa tuodaan esille, että ongelmat pilottimielenterveysseurojen toiminnassa liittyivät resurssien rajallisuuteen ja siihen, että paikoin visiointityö koettiin hankalaksi. Päätelmänä todettiin, että kehityshankkeet ja uudet innovoinnit vaativat vapaaehtoistyössä omanlaisensa lähestymistavan.¹²⁸ Mielenterveysseurassa tehdyssä haastattelussa seuran edustajat toivat esille, että vapaaehtois pohjalta on vaikeaa aikaansaada säännöllistä projektitoimintaa. Paikalliset seurat ovat kuitenkin toimineet verkostojen rakentajina ja edistäneet paikallisella tasolla yhteyksiä päättäjiin. Varsinaisia uusia toimintamalleja ei resurssien puitteissa ollut mahdollista kehittää.¹²⁹

Konsensus-menettelyn tulokset

Mielenterveyden kulmakivet-projektin eräs keskeinen työskentelymuoto oli konsensus-menettely, jonka tavoitteena oli valtakunnan tasolla linjoittaa kuntien mielenterveyspolitiikkaa mielenterveyden kulmakivien avulla ja esitellä hyviä toimintakäytäntöjä ja seurantamenetelmiä mielenterveyden edistämiseen ja ongelmien ehkäisyyn. Tavoitteena oli myös koota kansalaisnäkemyksiä ja –kokemuksia mielenterveydestä ja ottaa kuntalaiset/kansalaiset mukaan konsensuskokouksen mielenterveyspoliittiseen työskentelyyn. Konsensuskokouksen tuli suositella projektityöskentelyn aikana löytyneitä hyviä seurantamenetelmiä ja indikaattoreita mielenterveyden edistämiseen ja ongelmien ehkäisyyn ja esitellä konsulttikuntien mielenterveyspoliittiset ohjelmat ja seurantamalliehdotukset ja pilottiseurojen työn tulokset. Tavoitteena oli antaa valtakunnalliset, konsensus-paneelin hyväksymät suositukset mielenterveyden kulmakivistä. Mielenterveyden konsensuskokous pidettiin syksyllä 2002 ja osanottajia oli noin 200.

Mielenterveyden konsensus-lausuman tarkoituksiksi määriteltiin huomion kiinnittäminen mielenterveyttä edistäviin ja tukeviin tekijöihin kunnassa ja tunnistaa mielenterveyden uhat ja haasteet. Kon-

¹²⁸ *Mielenterveyden kulmakivet. Näkökulmia ja käytäntöjä mielenterveyden edistämiseen, ongelmien ja häiriöiden ehkäisyyn. Suomen Mielenterveysseura.*

¹²⁹ *Haastattelu Suomen Mielenterveysseurassa 28.4.2005.*

sensus-lausuman päämääränä haluttiin tuoda esille keinoja ja menettelytapoja, joilla luodaan pohjaa asukkaiden hyvälle mielenterveydelle ja ehkäistään ongelmia ja häiriöitä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Konsensuskokouksen paneeli antoi kulmakiviksi muotoillut suositukset, jotka käsittelevät lasten ja nuorten turvallisen kasvun ja kehityksen turvaamista sekä yhteisöllisyyden ja osallisuuden vahvistamista. Suositukset koskivat myös fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista ympäristöä, riittävään perusturvaan ja mielenterveyden peruspalveluihin.¹³⁰ Tarkoituksena on, että konsensuskokouksen seurantakokous arvioi syksyllä 2005 vuonna 2002 annettujen suositusten toteutumista. Raportissa todettiin kuitenkin, että vaikutuksia väestöön pystytään arvioimaan vasta tulevaisuudessa, jos mielenterveysohjelmia ryhdytään soveltamaan laajasti ja niiden vaikutuksia seuraamaan.¹³¹

Mielenterveysseurassa tehdyssä haastattelussa käsiteltiin projektin konsensus-menettelyn merkitystä ja roolia. Haastattelussa nousi esille kysymys siitä, mikä lisäarvo Mielenterveysseuran järjestämällä konsensus-paneelilla on ollut ja mikä erottaa konsensuskokouksen suositukset muista hyvinvointi- ja terveystoiminnallisista tavoitteista.¹³²

Seuran edustajat katsoivat, että mahdollista päällekkäisyyttä ei nähdä vaarana, sillä mielenterveysasioita pitää viedä eteenpäin mahdollisimman monen tahon keinoin. Projektin eräänä päätavoitteena oli mielenterveysasioiden painoarvon lisääminen yhteiskunnassa. Mielenterveyteen liittyvät asiat ovat seuran edustajien näemyksen mukaan nousseet esille yleisessä keskustelussa, mutta asioita ei ole viety riittävän konkreettiselle tasolle. Kuntien terveysjohtajat arvostavat mielenterveyttä edistävää ja ehkäisevää työtä, mutta ongelmana on keinojen ja osaamisen puuttuminen.

¹³⁰ Ks. sivut 60-90 julkaisusta *Mielenterveyden kulmakivet. Näkökulmia ja käytäntöjä mielenterveyden edistämiseen, ongelmien ja häiriöiden ehkäisyyn. Suomen Mielenterveysseura.*

¹³¹ Raportissa ei laadittu arviota itse suositusten sisällöstä, toteutettavuudesta ja seurattavuudesta. Sydänliiton toimenpideohjelman arvioinnissa tarkasteltiin suositusten sisältöä, toteutusta ja seuranta.

¹³² Esimerkiksi *Terveys 2015, STM:n strategiat ja Mielekäs Elämä-ohjelman tavoitteet.*

Kokoavia havaintoja projektin tuloksista

Arviointiraportin loppuosiossa vastattiin tiivistetysti kysymykseen saavutettiiniko välittömät ja pitkän aikavälin tavoitteet. Kuntaosion tavoitteeksi oli asetettu mielenterveysohjelmien valmistuminen ja tämä tavoite saavutettiin kolmessa kunnassa.¹³³ Paikallisissa mielenterveysseuroissa tavoitteena oli kehittää ja luoda kansalaistointoja alueen väestön mielenterveyden tueksi. Raportin mukaan tässä osiossa tavoitteet saavutettiin osittain. Mielenterveyden konsensus-kokoukselle asetetut tavoitteet saavutettiin raportin mukaan erinomaisesti ja asiantuntijaryhmät antoivat omat perustelunsa mielenterveyden kulmakiviin.

Mielenterveyden kulmakivet-projektin edellä mainitut lyhyen aikavälin tavoitteet ovat kuitenkin luonteeltaan erilaisten tuotosten aikaansaamista (kuntien mielenterveysohjelmat, konsensuskokouksen suosituslausumat) ja vasta näiden tuotosten konkretisoinnilla käytäntöön voidaan päästä alkuun pitkän aikavälin tavoitteiden suuntaisesti. Toisaalta projektille asetetut pitkän aikavälin tavoitteet ovat luonteeltaan niin yleisiä hyvinvointipoliittisia päämääriä, että toteutetun projektin vaikutuksia näiden päämäärien toteutukseen on ilmeisen mahdotonta arvioida¹³⁴. Arviointiraportissa tunnustetaan, että pitkäkestoisten tavoitteiden onnistumisen arviointi on tässä vaiheessa vaikeaa.

Projekti oli asettanut toiseksi päätavoitteeksi vahvistaa ja tukea kansalaisten ja yhteisöjen mielenterveyttä ja hyvinvointia ja erityisesti etsiä mielenterveyttä tukevia ja häiriöitä ehkäiseviä keinoja käytännön työhön. Tavoitteiden suuntaista kehitystä ei ollut mahdollista raportoida, vaan todettiin häiriöiden ehkäisyn olevan jatkuva prosessi, jota tulee pitää käynnissä ja vahvistaa.

Aiemmassa tarkastelussa analysoitiin RAY-avusteisten projektien tavoitteistoja ja todettiin, että ne ovat voittopuolisesti määritelty niin yleisellä tasolla, että niiden toteutumista on lähes mahdoton todentaa. Tämä havainto tehtiin myös Mielenterveyden kulmakivet-

¹³³ *Kuitenkin vain kahdessa kunnassa, Hämeenlinnassa ja Ylistarossa, ohjelma vietiin luottamusmieskäsittelyyn.*

¹³⁴ *Näitä päämääriä ovat mm. lisätä mielenterveyden painoarvoa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja julkisessa keskustelussa ja vaikuttaa asenteisiin sekä vahvistaa ja tukea kansalaisten ja yhteisöjen mielenterveyttä ja psyykkistä hyvinvointia.*

projektin kohdalla ja tavoitteiden yleisyys heijastuu myös tämän projektin arviointiraportissa.

Arviointiraportissa tuotiin esille myös projektin toteutukseen liittyneitä ongelmia. Itse mielenterveys-käsitteen sairauslähtöisyys muodosti haasteen samoin kuin projektin painopistealue eli mielenterveyden edistäminen ja ongelmien ja häiriöiden ehkäiseminen. Projektin alkuvaiheessa Mielenterveysseuran yhteistyökumppanit pitivät tavoitteita melko epämääräisinä ja niiden strukturointi sekä konkretisointi osoittautui vaativaksi tehtäväksi. Projektin eräs keskeinen haaste oli monitoimijuus, joka näyttäytyi useina erilaisina osioina, joilla kuitenkin oli yhteinen päämäärä. Yhteistyökumppaneita oli näin ollen paljon ja esimerkiksi tiedonkulku tuotti ajoittain ongelmia. Raportista ilmeni itse arvioinnin toteuttamiseen liittyviä ongelmia. Arviointiryhmän ja projektiryhmän keskusteluja ei systemaattisesti dokumentoitu, mikä heikensi keskustelujen hyödyntämistä.¹³⁵

Arviointiraportissa ei käsitelty lainkaan projektin ensimmäisen vuoden hankehakemuksen tavoitteita eikä selvitetty, mistä syystä projektin tavoitteistot muuttuivat merkittävästi. Hankkeen ensimmäisessä avustushakemuksessa tavoitteena mainittiin mielenterveystilanteen yleinen selvittäminen ja yhtenäisen, yhdenvertaisen ja saumattoman, portaittaisen hoidon ja seurannan takaavan hoitomallin luominen Suomeen.

Arviointiraportista välittyi selkeä kuva vain yhden osatoiminnan tuloksista eli kolmen kunnan mielenterveyspoliittisten ohjelmien laadinnasta. Muiden tavoitteiden osalta tulokset kuvataan arviointiraportissa epäselvillä sanamuodoilla. Projektin toinen tavoite oli mielenterveyden edistäminen ja ongelmien sekä häiriöiden ehkäisy. Näiden osalta todettiin ehkäisyn olevan jatkuva prosessi, jota täytyy pitää käynnissä ja vahvistaa. Mielenterveyden konsensuskokouksen tavoitteiden kerrottiin toteutuneen erinomaisesti, mutta konkreettisia tuloksia ei mainittu.

Mielenterveysseuran taholta on haluttu korostaa, että lyhyiden projektien vaikuttavuuden seuraaminen on ongelmallista, sillä usein koko toiminta-aika sitoutuu vahvasti verkoston rakentamiseen ja tavoitteiden konkretisointiin.

¹³⁵ *Mielenterveyden kulmakivet. Näkökulmia ja käytäntöjä mielenterveyden edistämiseen, ongelmien ja häiriöiden ehkäisyyn. Suomen Mielenterveysseura.*

5.5.6 Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi

Sydänliiton toimenpideohjelma käynnistyi vuoden 1997 konsensuskokouksen jälkeen 1998 alussa. Ohjelma poikkesi aiemmista lähinnä sepelvaltimotaudin ehkäisyyn tähtäävistä suosituksista siinä, että toimenpiteiden pääpaino oli niissä toimissa, joilla terveydenhuollon ulkopuoliset tahot voivat edistää sydänterveyttä kehittämällä elinympäristöä siten, että terveyteen tähtäävät valinnat helpottuvat. Toimenpidesuosituksia oli ohjelmassa kaikkiaan 118.¹³⁶ Toimenpideohjelmasta on laadittu kaksi arviointiraporttia. Ensimmäinen arviointi keskittyi ohjelman prosessin arviointiin. Toisen arvioinnin tavoitteena oli muodostaa kuva ohjelman saavutuksista.

Ensimmäinen arviointiraportti

Projektin arvioinnin toteuttamiseksi perustettiin syksyllä 1998 professori Aulikki Nissisen johtama arviointiryhmä, jonka tehtäväksi kirjattiin täyttää RAY:n erityisehto, antaa tietoa jo prosessin aikana toimintojen kehittämiseksi ja oikein suuntaamiseksi sekä saada soveltavaa kokemusta muiden vastaavien prosessien arvioimiseksi.¹³⁷ Arvioinnissa keskityttiin siten prosessien arviointiin. Vaikutusten arviointia voitiin toteuttaa vain rajoitetusti keskittyen lyhyen aikavälin muutoksiin kuten ohjelman tunnettuuteen, toimintojen toteutumiseen, käsityksiin eri toimenpiteiden vaikutuksista sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseen ja sydänmerkin vaikutukseen ostoskäyttäytymiseen. Yleisarviona ryhmä kiinnitti huomiota neljään kohtaan. Toimenpidesuositusten suuri määrä koettiin ongelmalliseksi ja toteuttamisen kannalta vaikeaksi tavoittaa. Suositukset olivat lisäksi laajuudeltaan, konkreettisuudeltaan ja muilta ominaisuuksiltaan hyvin eritasoisia. Arvioinnissa todettiin, että suositusten tulisi olla selkeitä, jotta ne ohjaisivat toimintoja ja johtaisivat tavoitteelliseen toimintaan.

Selvänä puutteena pidettiin arvioinnin aloittamista vasta ohjelman käynnistämisen jälkeen ja tavoitteiden osittaista epätarkkuutta.

¹³⁶ Ks. projektikuvaus liitteessä 1.

¹³⁷ Tämä arviointi kilpailutettiin. Suomen Sydänliitosta saatu tieto keväällä 2005.

Raportin mukaan arviointisuunnitelma tulisi laatia samanaikaisesti toimintaohjelman suunnittelun kanssa.

Arvioinnissa tuotiin selkeästi esille kireästä aikataulusta ja resursseista johtuvat rajoitukset. Sydän- ja verisuoniterveyttä koskevan toimenpideohjelman päämäärän "saattaa suomalaisten ikävaki-
oitu sydän- ja verisuonisairastavuus ja -kuolleisuus eteläeurooppalaiselle tasolle" saavuttaminen vaatii pitkä ajan toteutuakseen.¹³⁸ Siksi vastaavanlaisiin päämääriin pyrkivien ohjelmien arvioinneissa joudutaan keskittymään toisaalta lähtökohtiin, prosesseihin ja lyhyen aikavälin tuloksiin. Raportissa otettiin kantaa myös aikuisväestön terveyskäyttäytymisen muutoksia koskevien tutkimustulosten käyttöön, kun arvioidaan ohjelman mahdollisia vaikutuksia. Raportissa todettiin, että tutkimustulosten käyttö arvioinnissa on kyseenalaista, koska yhteiskunnassa toteutettavien eri toimintojen vaikutusten erottaminen on mahdotonta.¹³⁹

Ohjelman tunnettuus arvioitiin heikoksi, sillä kuntien terveysjohtajille suunnatun kyselyn perusteella todettiin, että yli puolet johtajista joko ei tuntenut ohjelmaa lainkaan tai oli kuullut siitä, mutta ei tuntenut tarkemmin. Sydänmerkin tunsivat noin puolet johtajista. Arvioinnissa selvitettiin myös mielipiteitä erilaisten toimenpiteiden tärkeydestä sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi. Tupakointiin, ravitsemusneuvontaan ja liikuntaan kohdentuvia suosituksia pidettiin useimpien mielestä tärkeimpinä. Melko vähän annettiin painoarvoa koulutukselle ja koko väestön osalta joukkoruokailulle.

Toinen arviointiraportti

Prosessiarvioinnin jälkeen toimenpideohjelman johtoryhmä kutsui professori Antti Reunasen tekemään arvioinnin, johon toivottiin sisällytettävän alustavia näkemyksiä ohjelman suositusten toteutumisi-

¹³⁸ *Sydänliiton taholta on todettu, että laajojen koko väestöön kohdistuvien hankkeiden muutosvaikutuksia ei ole mahdollista nähdä muutaman vuoden kestä-
vissä projekteissa.*

¹³⁹ *Tässä viitataan mm. Kansanterveyslaitoksen keräämään tutkimusaineistoon
Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) 1978-
2004.*

sesta sekä suuntaviivoja ohjelman jatkokehittämistä varten. Arvio valmistui helmikuussa 2003.¹⁴⁰ Arviointia ei kilpailutettu.¹⁴¹

Arviointi kohdentui ohjelman lähtökohtiin, sisältöön, alkuvuosien toteuttamistapaan ja tuloksiin. Arviointiraportti on varsin seikkaperäinen sisältäen seuraavat osa-alueet:

- kuvaus projektin lähtötilanteesta
- katsaus verenkiertoelinterveyden kehitykseen Suomessa
- sydänterveyden kehityksen taustatekijät
- toimenpideohjelman tausta
- toimenpideohjelman muotoutuminen
- ohjelman toteuttaminen.

Laajasta arvioinnista kartoitettiin ne elementit ja tekijät, joilla on merkitystä ohjelman tuloksellisuuden näkökulmasta.

Toimenpideohjelma koostui kaikkiaan 118 suosituksesta, joista suurin osa (61) koski ravintoa. Liikuntaa koski 13 suositusta, tupakointia 13, psykososiaalisia vaaratekijöitä 8, lasten ja nuorten terveyden edistämistä 10, kansalaisten omaa vastuuta 2 ja muita näkökohtia 11 suositusta. Ohjelman toteuttamista varten muodostettiin kuusi työryhmää: *joukkoruokailu-, järjestö-, koulutus-, liikunta-, symboli- ja viestintäryhmä*. Muodostettujen työryhmien konkreettisine tavoitteina oli ensisijaisesti laatia toimivat ohjeet työpaikkaruokailulle, suunnitella joukkoruokailun seurantajärjestelmä, kehittää ruoka-aineiden symbolimerkintä ja laatia vapaa-ajan liikuntaa edistävät paikalliset suositukset.

Projektin prosessiarvioinnin ohella myös tämä arviointi piti ohjelman 118 suositusta jopa toivottoman suurena määränä. Vaikka tavoitteena on nähtävästi ollut laatia mahdollisimman kattava ohjelma, olisi arvioijan mukaan ollut tarpeen laatia toteuttamisen tärkeysjärjestys. 118 suosituksesta vain noin 11 suositusta oli toteutunut tai edennyt pitkälle. Noin kolmenkymmenen suosituksen osalta

¹⁴⁰ Antti Reunanen. *Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi – Arvio toteutuksesta. Suomen Sydänliiton julkaisuja 2003:1.*

¹⁴¹ Suomen Sydänliitosta saadun selvityksen mukaan vaikeutena oli löytää korkeatasoinen asiantuntija, joka ei jo tuolloin olisi ollut jollain tavalla mukana Sydänliiton toiminnassa. Prof. Reunanen on tunnettu sydän- ja verisuonisairauksien asiantuntija ja ansioitunut tutkija.

oli tapahtunut edullista kehitystä, mutta lopuissa kehitystä ei mainittavasti tapahtunut. Arvioinnissa todettiin, että valtaosa suosituksista, jotka eivät toteutuneet, sijoituivat toiminta-alueille, joilla vaikutusmahdollisuudet olivat vähäiset. Tällaisiin kuuluivat erityisesti lainsäädäntöön ja elintarvikepolitiikkaan kuuluvat suositukset. Suositusten yleispiirrettä pidettiin melko kirjavana ja mittasuhteiltaan vaihtelevina. Suosituksiin olisi ollut tarpeen liittää maininta pääasiallisesta toteuttajatahosta.

Työryhmien toiminta

Raportissa käytiin perusteellisesti läpi ohjelman työryhmien toiminta ja arviointiin näiden toiminnan tuloksellisuutta. Seuraavaan katsaukseen työryhmien toiminnan tuloksellisuudesta on arvioinnin tuottamaa informaatiota täydennetty Sydänliitossa tehdyllä haastattelulla.¹⁴²

Joukkoruokailutyöryhmä laati joukkoruokailua koskevan oppaan ja järjesti aiheesta useita koulutustilaisuuksia. Päätelmissä todettiin kuitenkin, että toistaiseksi puuttuu tarkka tietämys suositusten noudattamisesta käytännössä. Suunniteltu seurantajärjestelmä jäi vielä toteuttamatta. Sittenmin on joukkoruokailun seurantajärjestelmän kehittämisestä suoritettu työnjako Kansanterveyslaitoksen ja Sydänliiton kesken ja seurantajärjestelmän perusta on luotu.¹⁴³

Järjestötyöryhmä toimi lähinnä keskustelun ja aloitteiden herättäjänä, joten varsinaisia konkreettisia tuotoksia ei syntynyt.

Koulutustyöryhmän osalta arvostelua herätti ryhmän kokoonpano, josta puuttuivat opetushallinnon edustajat. Ryhmän toimenpiteet rajoittuivat lähinnä keskustelu- ja havainnointitasolle, mutta vaikuttavuustaso ei yltänyt tavoiteltuun. Useita jatkokoulutustilaisuuksia terveydenhuollon henkilöstölle kuitenkin järjestettiin. Osin työ on jatkunut siten, että yhteistyökumppaneiden kanssa on laadittu ammattilaisille tarkoitettuja sydänterveyden opetussisältöjä.

Liikuntatyöryhmän toimesta laadittiin kuntia ja perusterveydenhuoltoa varten Terveysliikunnan paikalliset suositukset. Toistaiseksi puuttuu kuitenkin tietoja, miten suositukset ovat vaikuttaneet pai-

¹⁴² Haastattelu Suomen Sydänliitossa 22.4.2005. Haastattelussa käsiteltiin mm. sydänohjelman työryhmien suositusten seurannan nykytilaa.

¹⁴³ Sama

kallisella tasolla liikuntaa edistävien toimenpiteiden toteuttamisessa ja kansalaisten liikuntaharrastusten lisääjänä. Vaikka kuntien toimenpanoa ei ole seurattu, on Sydänliittoon omaehtoisesti ilmoitettu, että paikalliset suositukset on tehty noin 20 kunnassa. Ohjelman aikana perustettu liikuntaverkosto kokoontuu edelleen pari kertaa vuodessa.¹⁴⁴

Symbolityöryhmä oli työryhmistä ensimmäinen, joka lopetti toimintansa päästyään tavoitteeseensa kahden vuoden työskentelyn jälkeen. Ryhmän työn tuloksena kehitettiin Sydänmerkkijärjestelmä, joka oli tarkoitettu elintarvikkeille, jotka täyttivät rasva-, suola- ja eräissä tapauksissa kuitupitoisuuden kannalta sydänterveyteen tähtäävät suositukset. Arviointiraportissa tuodaan esille, että symbolityöryhmän toiminnan tavoite oli ryhmistä konkreettisin ja tarkimmin rajattu, mikä myötävaikutti tavoitteen toteutumiseen. Merkin tunnettuutta on sittemmin seurattu mm. gallupkyselytutkimuksella. Näiden tulosten mukaan lähes puolet aikuisväestöstä tuntee merkin. Kuitenkin tiedot siitä, miten kuluttajat ovat hyödyntäneet merkkiä elintarvikevalinnoissaan, ovat alustavia eikä niiden pohjalta ole vielä mahdollista tehdä päätelmiä Sydänmerkkijärjestelmän vaikuttavuudesta. Sydänmerkki koskee tällä hetkellä 218 tuotetta ja merkki tunnistetaan hyvin.¹⁴⁵

Viestintätyöryhmän aloitteesta toteutettiin kyselyt kunnanvaltuutetuille. Vastausprosentti jäi varsin vaatimattomaksi (14 %). Vastauksista kuitenkin ilmeni, että tärkeimpiä sydänterveyden vaaratekijöitä ei tunnistettu, suurella osalla valtuustoryhmiä ei ollut terveydenedistämishjelmaa ja terveyden edistämistä ei koettu yhteiseksi päämääräksi, vaan sen arveltiin kuuluvan vain terveydenhuollon sektorille. Viestintäryhmä järjesti useita koulutustilaisuuksia.

Lasten terveysfoorumi toimi järjestöjen yhteistyö- ja keskustelufoorumina ja yhteistyössä tuotettiin materiaalia lasten vanhempien ja päiväkotien käyttöön. Aineistojen tarkoitus on ohjata lapsia terveisiin elintapoihin.

Arviointiraportissa todettiin, että toimenpideohjelman 118 suosituksesta 52 oli sellaisia, jotka eivät luontevasti kuuluneet minkään työryhmän toimialueeseen. Huomiota kiinnitettiin siihen, että tupakoinnin ehkäisy jäi painopistealueiden ulkopuolelle, sillä sitä katsot-

¹⁴⁴ Haastattelu Suomen Sydänliitossa 22.4.2005.

¹⁴⁵ Sama

tiin edistettävän muiden toimijoiden piirissä. Myöskään lihavuuden ehkäisy ja painonhallinta eivät alun perin kuuluneet merkittävinä piirteinä suosituksiin. Kuitenkin näiden tekijöiden merkitys on tullut yhä selvemmäksi esimerkiksi aikuistyyppin diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän syytekijöinä.¹⁴⁶

Arviointiin sisältyi myös katsaus ohjelman aikana tapahtuneeseen sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden kehitykseen ja sairastuvuuteen. Siinä todettiin, että sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden ja sairastuvuuden kehitys väestötasolla on hidasta eikä neljän vuoden kestoisen toimenpideohjelman aikana voi olettaa tuottavan kovin mainittavia muutoksia. Katsauksen tietopohjana käytettiin Kansanterveyslaitoksen FINRISKI-tutkimuksia. Näiden perusteella todettiin, että verenpainetta lukuunottamatta verenkiertoelinsairauksien vaaratekijöiden pitkään jatkunut suotuisa kehitys on tasoittunut ja kääntynyt eräin osin jopa huonompaan suuntaan.

Jatkotoimenpiteet

Raportin pohdinta-osiossa on varsin selkeästi osoitettu ohjelman ongelmakohdat sekä esitetty suosituksia jatkotoimenpiteitä varten. Seuraavassa käsitellään eräitä olennaisia havaintoja ohjelmakokonaisuudesta ja sen toimeenpanosta. Huomiota kiinnitettiin siihen, että ohjelmasta puuttui täysin aikamääre, jonka kuluessa ohjelman päätavoite "suomalaisten ikävakioidun sydän- ja verisuonisairastuvuuden ja -kuolleisuuden saaminen nykyiselle eteläeurooppalaiselle tasolle" tulisi saavuttaa. Lausumaa pidettiin myös jossain määrin epätarkkana, sillä kuolleisuustietojen mukaan eteläeurooppalaiset maat eivät ole täysin yhtenäisiä.

Arvioinnissa toimenpideohjelman konsensuslähtöisen työskentelyn ongelmana pidettiin hyvien ehdotusten ja suositusten suurta määrää sekä hyvin liberaalia suhtautumista kaikkiin esityksiin. Suositusten suuri määrä ja ohjelman laajuus oli vaikuttamassa ohjelman uskottavuuteen. Lisäksi osa suosituksista oli laadittu niin pyöreästi, että käytännön toteutus ja konkretisointi muodostuu ongelmaksi. Suosituksen toteuttajataho jäi myös usein epäselväksi. Jatkossa ohjelmasta tulisi karsia sellaiset suositukset, joihin ei käytettävissä

¹⁴⁶ Arvioinnissa viitataan Sydänliiton ja Diabetesliiton yhteiseen Pieni päätös päivässä-projektiin, joka tähtää näiden vaaratekijöiden vähentämiseen.

olevien keinoin juurikaan voida vaikuttaa. Suositusten osalta tulisi laatia myös selkeä priorisointisuunnitelma.

Ohjelmassa ovat lapset ja nuoret saaneet paljon huomiota, sillä verenkiertoelinten sairauksien vaaratekijät määrättyvät jo varhaisessa kehitysvaiheessa. Kuitenkin suomalaisten ikääntyessä verenkiertoelinsairauksien painopiste tulee kuitenkin yhä enemmän siirtymään ikääntyneeseen väestönosaan, mutta tälle alueelle suuntautuvia suosituksia ei ohjelmassa ollut lainkaan.

Arviointiraportissa kiinnitettiin huomiota siihen, että toimenpideohjelman toteuttaminen jäi käytännössä kokonaan kolmannen sektorin eli Sydänliiton koordinoimaksi ja toteuttamaksi. Käytännön toimintaa varten palkattiin ainoastaan kaksi päätoimista henkilöä. Toimintaa johti johtoryhmä. Toteuttamisorganisaatio oli siten hyvin kevyt ja sen mahdollisuus toteuttaa koko toimenpideohjelma oli rajallinen. Toimenpideohjelma toteutti siten Suomessa omaksuttua käytäntöä, jonka mukaan merkittävä osa terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä on toiminnallisesti kolmannen sektorin järjestöjen hoitamaa.¹⁴⁷ Arvioijan mukaan toiminnan tulisi kuitenkin olla kiinteässä yhteydessä terveydenhuollon keskus- ja paikallishallintoon. Toteutetussa ohjelmassa yhteistyö päätöksentekijöiden kanssa ei ulottunut kaikilta osin riittävälle tasolle.

Arvioinnin jälkeen Sydänliitossa ryhdyttiin päivittämään ja uudistamaan toimenpideohjelmaa. Keväällä 2005 julkistettiin uusi toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005-2011. Tavoitteena oli laatia vaikuttava ja käytännönläheinen toimintasuunnitelma.¹⁴⁸

Yhteenvetona voidaan todeta, että Sydänliiton toimenpideohjelman (1998-2003) tuloksellisuuden edellytyksiä on heikentänyt ohjelman laajuus sekä siihen nähden alimitoitettut voimavarat. Ohjelma sisälsi yli 100 suositusta, joista lähes puolet oli sellaisia, jotka eivät luontevasti kuuluneet minkään Sydänliiton työryhmän toimialueeseen. Ohjelman toimeenpanossa tärkeänä toimijana olivat Sy-

¹⁴⁷ *Myös Suomen Sydänliitossa tehdyssä haastattelussa sivuttiin STM:n jättäytymistä sivuun ohjelman toteutusvaiheessa. Tämän nähtiin ilmentävän sosiaali- ja terveysministeriössä samaan aikaan vahvistunutta linjaa korostaa kokonaisvaltaista terveyden edistämisen näkökohtaa ns. sairauskohtaisen tai ongelmalähtöisen lähestymistavan sijaan.*

¹⁴⁸ *Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005-2001. Suomen Sydänliiton julkaisuja 2005:1.*

dänliiton työryhmät, joiden toiminnassa oli vaihtelua. Osalla oli hyvinkin konkreettisia kehittämistehtäviä (Sydänmerkki-työryhmä), osassa työryhmiä ei ollut muita aktiviteetteja kuin kokousten ja koulutusseminaarien pitäminen. Ohjelmaa koskeva viestintä ei ilmeisesti ollut tavoittanut kohderyhmiä, sillä esimerkiksi kuntatasolla ohjelman tunnettuus oli vähäistä. Toimenpideohjelma sisälsi kuitenkin useita erityisesti kuntasektorille kohdentuvia suosituksia (päivähoito, koulut, oppilaitokset, liikuntatoimi), mikä olisi edellyttänyt kuntien vahvaa myötävaikutusta toimeenpanossa.

5.5.7 Tules-projekti

Suomen Reumaliiton Tules-vuosikymmen 2000–2010 projektin¹⁴⁹ käynnistymistä ja toimeenpanoa on arvioitu Terveyden edistämisen keskuksen arviointipalvelun toimesta. Arviointiraportti on valmistunut keväällä 2003.¹⁵⁰ Arvioinnista ei järjestetty tarjouskilpailua.

Tules-vuosikymmenen ensimmäisten vuosien käynnistymistavoitteena on ollut kansallisen verkoston luominen ja hankkeen julkistaminen siten, että kansalaiset saavat tietoa tuki- ja liikuntaelinten kunnan merkityksestä ja että yksittäisen kansalaiset saavat lisää tietoa terveysvalintojensa perustaksi. Tavoitteena oli myös alan tuoreimman tutkimustiedon esille nostaminen sekä edellytysten luominen yhteisen teeman läpiviemiseksi.

Arvioinnin alussa todetaan, että sen tarkoituksena on ollut käynnistysvaiheelle asetettujen tavoitteiden koetun onnistumisen arviointi. Arvioinnin ensisijaisena tehtävänä on ollut selkiyttää hankkeen kokonaisuutta sekä määritellä sen kehittämistä vaativia aineksia. Johdannossa tuodaan esille, että arvioinnissa keskitytään kertomuksellisen arvioinnin tekemiseen ja tästä syystä arvioinnin ulkopuolelle jäivät taloudelliset arvioinnin mittarit. Raportin mukaan arvioinnin pääpaino on tavoitteiden ja prosessien onnistumisen kuvauksessa.

Arviointiraportti on laaja kokonaisuus, jossa käsitellään projektin taustaa ja lähtökohtia, tavoitteita ja toimintaa sekä projektin rakennetta. Raportissa tuodaan esille myös Terveyden edistämisen kes-

¹⁴⁹ *Projektia koskeva hankekuvaus on liitteenä 7.*

¹⁵⁰ *Suomen Reumaliitto ry. Tules-vuosikymmen 2000-2010. Arviointiraportti 2000-2002. Terveyden edistämisen keskus ry/Arviointipalvelu.*

kuksessa käytössä olevat terveyden edistämisen hankkeiden laatu-kriteerit, mutta mainitaan, että nämä eivät muodosta arvioinnille erityistä viitekehystä.¹⁵¹

Tules-vuosikymmen-hankkeen toteutumista on arviointiraportissa tarkasteltu projektin päätavoitteiden näkökulmasta: väestön tiedon lisääminen, verkostojen luominen, Tules-tutkimuksen esille-tuominen sekä edellytysten luominen yhteisen teeman läpiviemiseksi. Arvioinnissa on myös valotettu eri tahojen näkemyksiä hankkeesta ja sen tulevaisuudesta. Lopuksi on annettu kehittämisehdotuksia.

Projektin käynnistystavoitteiden toteutuminen

Projektin ensimmäisten toimintavuosien tuloksia on selvitetty dokumenttiaineistojen perusteella ja päädytty toteamaan, että verkoston luomiseen ja väestön tietoisuuden lisäämiseen liittyviä toimintoja on ollut selvästi nähtävissä sekä vuosittain tarkentuviissa toimissa. Terveysvalintoihin ja ennaltaehkäisyyn liittyen arvioija kaipasi kuitenkin tarkempaa ja konkreettisempaa näkymistä, samoin tutkimuksen esille tuomiseen liittyvästä tavoitteesta. Kaikkia suunniteltuja toimintoja, kuten seminaareja ei järjestetty, vaan osa siirtyi myöhempään ajankohtaan. Samoin suunniteltu Tules-tutkimuspankki siirtyi toteutettavaksi myöhemmin. Projektin alkuvaiheessa tuli myös käynnistää kansallisen kehittämisohjelman laatiminen, mutta sen etenemisestä ei raportin valmistumisaikaan saatu informaatiota. Reumaliitossa tehdyssä haastattelussa tuli esille, että kansallinen kehittämisohjelma on keväällä 2005 ollut edelleenkin valmisteluvaiheessa.

Väestön tietoisuuden lisääminen tuki- ja liikuntaelinsairauksista ja niiden yhteiskunnalle aiheuttamasta kasvavasta taakasta on ollut yksi Tules-projektin keskeisimpiä tehtäviä. Arviointiraportin mukaan hankkeesta ei vielä väestötasolla tiedetä riittävästi eikä väestö-

¹⁵¹ Tässä yhteydessä on tarpeen tuoda esille, että RAY-hankkeena Tules-vuosikymmen projektia ei alun perin hakemusvaiheessa ole arvioitu mainituilla kriteereillä, jotka ovat käytössä Terveyden edistämisen keskuksen koordinoimissa hankkeissa.

tason tiedottaminen ole ollut kovin tehokasta.¹⁵² Julkisuudessa hanketta ei noteerattu riittävästi. Siten väestön tiedon lisäämisessä onnistuttiin vain osittain. Esimerkiksi liiton järjestämiin tilaisuuksiin tulee yleensä vain valikoitu joukko ihmisiä. Tiedon välityksen hyötyyn perinteisin menetelmin on kuitenkin uskottu vahvasti. Verkostoituminen käynnistyi melko hitaasti eikä yhteistyö levinnyt koulutustilaisuuksien ulkopuolelle.

Tuki- ja liikuntaelinsairauksia koskevan tutkimuksen esille tuominen kohtasi myös ongelmia. Julkisuudessa ei perustutkimuksen tuloksista keskusteltu paljon ja epäiltiin, että tuki- ja liikuntaelinsairaudet jäävät muiden suurten kansansairauksien varjoon.

Arvioinnissa tarkasteltiin myös edellytysten luomista yhteisen teeman läpiviemiseksi. Tärkeimpänä edellytyksenä tuotiin esille riittävä rahoitus ja resurssit.¹⁵³ Tässä yhteydessä tuotiin esille myös vapaaehtoistyöhön liittyvät haasteet. Henkilöiden asiantuntemus ja kokemus on tässä suhteessa vaihtelevaa. Hankkeessa tarvittaisiin lisäksi uusia ideoita ja menetelmätapoja jatkoa suunniteltaessa. Painopiste on ollut terveydenhuollon ammattihenkilöstön koulutuksessa, mutta tätä pidettiin riittämättömänä ajatellen väestön tietoisuuden lisäämistä. Hankkeessa mukana olevat terveyskeskushyödyshenkilöt toivoivat, että tavallinen kansalainen hyötyisi hankkeesta.

Projektin jatkokehittäminen

Arvioinnin yhteenvedossa käsiteltiin projektin tulevan kehittämisen alueita. Huomiota on kiinnitetty mm. projektin ylätason tavoitteiden selkiintymättömyyteen sekä tehtävien ja tiedonvälityksen puutteellisuuksiin verkostojen rakentamisessa. Hanke on aikataulutettu neljään erilliseen vaiheeseen, mutta niiden tarkemmat sisällöt ovat vielä määrittelemättä. Raportissa korostettiin sitä, että Tulesvuosikymmenen ollessa laaja ja pitkäkestoinen hanke, olisi erityisen tärkeää luoda kokonaisarviointisuunnitelma ja sille kehikko. Tämä edellyttää itse hankkeen tavoitteiden konkretisoimista sekä myös

¹⁵² *Aiemmin käsitelty Sydänliiton toimenpideohjelma kohtasi samoja heikkoon tunnettavuuteen liittyviä ongelmia.*

¹⁵³ *Mainittakoon, että Reumaliiton Tules-projekti on saanut RAY-avustusta vuodesta 2000 lähtien noin 1,2 milj. euroa.*

niiden saattamista realistisemmalle pohjalle. Kehittämisehdotuksissa painotettiin koko kymmenen vuoden aikajänteen tavoitteiden ja toimintojen määrittelyä. Myös mitattavuuden tärkeyttä korostettiin.

Haastattelun tuottama lisäinformaatio

Suomen Reumaliitossa tehdyssä tarkastushaastattelussa selvitettiin projektin nykytilannetta ja hankkeen ohjelmalogiikkaa.¹⁵⁴ Reumaliiton edustajat totesivat, että projektin neljä ensimmäistä vuotta painottuivat verkoston rakentamiseen, minkä jälkeen lähdettiin toteuttamaan osahankkeita. Alun toteutus sisälsi kansalaisvaikuttamista painoalueisiin kuuluvien sairauksien (esim. nivelrikko, osteoporosi) ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Terveystieteiden henkilöstölle järjestettiin koulutusta, joka on ollut joko kokonaan maksutonta tai sitten voimakkaasti subventoitua.¹⁵⁵ Arviointiraportti antoi järjestölle eväitä siihen, mihin projektissa kannattaa keskittyä ja esim. tavoitteiden epärealistisuus on tiedostettu paremmin. Projektiin liittyvä sairaustyypin kirjo on hyvin laaja, mikä muodostaa erityisen haasteen.

Haastattelussa käsiteltiin myös projektin kuntayhteyksiä, jotka ovat terveyskeskusten varassa. Muita suoria kuntayhteyksiä projektissa ei ole. Pääosin yhteys kuntiin on epäsuoraa ja toteutuu kuntien terveystoimen henkilöstön osallistumisena Reumaliiton järjestämään koulutukseen.

Kansallinen kehittämisohjelma on edelleen valmistelussa ja Reumaliiton edustajien mukaan ohjelman olisi pitänyt olla valmiina ennen Tules-vuosikymmenen käynnistymistä. Toisaalta liiton edustajat korostivat, että samoihin aikoihin oli valmisteilla muita isoja ohjelmia, jotka hakivat RAY-avustusta. Tämä asiantila osaltaan heikensi Reumaliiton ohjelman läpimenomahdollisuuksia.

¹⁵⁴ *Haastattelu Suomen Reumaliitossa 4.5.2005.*

¹⁵⁵ *Tässä yhteydessä sivuttiin myös RAY-avustusten tehtävää: onko tarkoituksenmukaista, että avustusvaroilla kustannetaan sitä koulutusta, joka kuuluisi kuntien terveysviranomaisille.*

Kokoavia havaintoja projektin tuloksellisuudesta

Yhteenvetona Reumaliiton Tules-projektista voidaan todeta, että hanke on pääosin vielä käynnistymisvaiheessa, vaikka projekti on alkanut jo vuonna 2000 ja RAY-avustusta myönnetty jo yli 1 milj. euroa.

Reumaliiton taholta on tuotu esille toivomus, että RAY kohdentaisi isojen hankkeiden suunnitteluun erillisen yksivuotisen projektiaavustuksen. Näin voitaisiin liiton mukaan tehostaa hankesuunnittelua.

Kokonaisuudessaan arviointiraportista heijastui projektin puutteellinen suunnittelu, jota arvioinnilla pyrittiin osin paikkaamaan. Arvioinnissa tuotiin esille, että koko vuosikymmenen tavoitteet ja toiminnot tulee määritellä. Nämä perusasiat olisi pitänyt selkiyttää heti projektin alkuvaiheessa. Raportissa mainittiin, että joillekin yleisille tavoitteille oli mahdollista löytää sisältö arvioinnin kulussa. Se, että arvioinnin aikana on projektin tavoitteita pyritty täsmentämään, on osoitus projektisuunnitelman heikkouksista. Huomio kiinnittyy raportin loppuosan mainintaan siitä, että tavoitteet olisivat pääasiallisesti toteutuneet, joskin niissä oli vielä parantamisen varaa. Itse raportista kuitenkin välittyi kuva, että tavoitteiden saavuttamisessa on ollut huomattaviakin puutteita useimmilla osalualueilla (verkostojen rakentaminen, tiedottaminen, koko hankkeen strukturointi).

Reumaliiton Tules-projektin lähtöasetelmassa ilmenee eräs perusongelma, joka tuli esille myös Sydänliiton toimenpideohjelman toimeenpanossa. Sekä Reumaliitto että Sydänliitto olisivat toivoneet ministeriöltä vahvempaa kumppanuutta ja mukanaoloa. Reumaliitto oli esittänyt STM:lle, että Suomessa olisi tarve kansalliselle ohjelmalle, joka keskittyisi tuki- ja liikuntaelinsairauksien ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen. STM:n taholta on selkeästi viestitetty, että ministeriö ei ryhdy koordinoimaan ns. sairauslähtöisiä ohjelmia. Tältä osin maassamme on ministeriön mukaan selkeä työnjako, jonka mukaan kansanterveysjärjestöt vastaavat ns. ongelmälähtöisistä projekteista¹⁵⁶.

¹⁵⁶ *Haastattelu sosiaali- ja terveysministeriössä 23.9.2005. Myös Dehkon väliarvioinnissa on tuotu esille ministeriön torjuva suhtautuminen ns. ongelmälähtöisiin terveysohjelmiin.*

Koska julkinen sektori ei ole lähtenyt sairaus-lähtöisten laajojen ohjelmien käynnistämiseen, on kolmas sektori RAY-avustusten tukemana ottanut tämän tehtävän hoitaakseen. Laajojen järjestövetoisten hankkeiden suunnittelussa, organisoinnissa ja toimeenpanossa on kuitenkin ollut merkittäviä ongelmia (Sydänliiton toimenpideohjelma ja Reumaliiton Tules-projekti). Kolmannelle sektorille on ikään kuin liukunut sellaisia tehtäviä, joiden hoitamiseen niillä resurssiensa puolesta ei ole mahdollisuuksia. Toisaalta RAY:n taholta on aktiivisesti pyritty laajojen ohjelmien käynnistämiseen.

5.5.8 DEHKO-ohjelman toimeenpano

Diabetesliiton diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisprojekti käynnistyi vuonna 2000. RAY-avustusten piirissä on nykyään kaksi projektia: Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisprojekti eli Dehko (vuosille 2000-2010) ja Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteutettavuuden ja toimintamallien kehittäminen (Dehkon ns. 2D-hanke eli D2D). Viimeksi mainittu hanke saa projektirahoitusta, mutta varsinainen Dehko-ohjelma on siirtynyt kohdennettujen toiminta-avustusten piiriin. Dehkoa koskeva väliarviointi on valmistunut vuonna 2003¹⁵⁷ ja viimeisin D2D-hanketta koskeva raportti ilmestyi vuoden 2005 alussa. Seuraavassa katsauksessa käsitellään molempien raporttien tuottamaa tulostuloinformaatiota projektin etenemisestä. Projektikuvaukset ovat liitteissä 4 ja 5.

Dehkon väliarvioinnin lähtökohtia

Dehkon väliarvioinnin tarkoituksena oli analysoida Dehkon valmisteluvaihe ja sen ensimmäinen toteutusvaihe, arvioida ohjelman tulokset ja vaikutukset, tarkastella ohjelman yhteiskunnallista vaikuttavuutta sekä tehdä päätelmiä ja laatia toimenpide-ehdotuksia tulevaisuutta ajatellen. Arviointi perustui kirjallisen dokumentaation analyysiin, avainhenkilöiden ja sidosryhmien edustajien haastatteluihin, case-analyysseihin sekä arviointitiimin ja sen jäsenten asiantuntijakokemukseen. Mainittakoon, että arvioinnissa otettiin huo-

¹⁵⁷ *Dehko – väliarviointi. Pertti Ahonen, Arja Rimpelä, Sirpa Tapaninen, Klaus af Ursin ja Sirpa Vilmi. Dehko-raportti 2003:5. Diabetesliitto.*

mioon Sydänliiton kokemukset sydän- ja verisuoniterveyden edistämishjelmasta ja sen toimeenpanosta tehty arviointi. Arviointityötä on siten esimerkillisesti hyödynnetty toisen projektin suunnittelussa ja toteutuksessa.

Arviointitiimi toi esille, että Dehko on erittäin tarpeellinen laajan kohdealueensa kehikkona ja toimintamallina ja että ohjelma liittyy luontevasti valtakunnalliseen Terveys 2015 –kansanterveysohjelmaan ehkäisy painotuksellaan sekä omavoimaistaessaan/valtaistaessaan diabeetikkoja. Arvioijat katsoivat, että Dehko palvelee hyvin maamme terveydenhuoltoa ja muita diabeteksen hoidon ja ehkäisyn tahoja. Projektin aikana on diabetestietoisuus lisääntynyt terveydenhuollon henkilöstön, päättäjien, riskiryhmien ja yleensä kansalaisten keskuudessa. Ohjelma on myös jännevöittänyt terveydenhuollon käytäntöjä ehkäisyn ja diabeteksen varhaisen toteamisen alueilla. Arvioijat totesivat käytettävissä olevien lääketieteellisten näyttöjen perusteella, että Dehko tuottaa toteutuksen jatkuessa huomattavaa sekä taloudellista että terveydellistä lisäarvoa.

Dehkoa pidettiin toimeenpanoltaan vaativana ohjelmana. Ohjelman kriittinen kohta on raportin mukaan terveydenhuollon organisaatioiden sitoutuminen ohjelman toimenpiteisiin.¹⁵⁸ Arviointiraportissa otettiin kantaa myös ohjelman painopisteisiin. Siten tyypin 2 diabeteksen hoidon, varhaisen toteamisen ja ehkäisyn kehittäminen on noussut ohjelman tärkeimmäksi painoalueeksi. Arviointitiimi katsoi, että Dehkon toimenpiteiden tavoite-keino – suhteet on pääpiirteissään määritelty johdonmukaisesti ja perustellulla tavalla. Vaikuttaminen kuntatasolla on Dehkon kannalta hyvin tärkeää toimintaa.

Dehkon jatkokehittäminen

Arviointiraportissa tuotiin esille myös joitakin Dehkoon liittyviä kehittämistarpeita. Ohjelman käynnistymisessä ja toimeenpanossa arveltiin olevan alueellisia eroja. Itse ohjelman toteutuksen näkökulmasta riskitekijöinä pidettiin lääkekorvausjärjestelmän kehitystä,

¹⁵⁸ *Sama ongelma on ollut nähtävissä muissakin suurissa järjestövetoisissa ennaltaehkäisyyn tähtäävissä hankkeissa. On tuotu esille, että diabetesohjelmalta puuttuu kuntapäättäjien tuki. Kuitenkin terveydenhuollon ammattilaiset toteuttavat diabetesohjelmaa innokkaasti. Kuntalehti 14/2005.*

perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rakenteellista kehitystä sekä maan yleistä taloudellista, poliittista ja sosiaalista kehitystä. Dehkon sisäinen riskitekijä liittyy jatkuvuuden turvaamiseen ohjelman koko toimeenpanoajan.¹⁵⁹

Väliarvioinnin hetkellä ei ollut vielä käytettävissä tietoja Dehkon vaikutuksista sen keskeisimpiin vaikuttamisen kohteisiin eli diabetekseen liittyvän sairastavuuden vähenemiseen. Arvioinnin tulosten perusteella katsottiin kuitenkin, että Dehkon etenemissuunta on ohjelman tavoitteiden näkökulmasta oikea.

Arviointitiimi antoi väliraportissa suosituksia projektin jatkokehittelyä varten. Dehkoa tulisi kehittää siten, että vahvistetaan edelleen verkottumista, hyvien käytäntöjen synnyttämistä, vertailuarviointia (benchmarking), askeltaen etenevää oppivaa toimintatapaa ja näyttöön perustuvan tiedon käyttöä. STM:n ja sen hallinnon roolia ja osallisuutta Dehkon toteutuksessa tulisi täsmentää ja syventää. Samalla Dehkon roolia suhteessa Terveys 2015 – kansanterveysohjelman toimeenpanoon tulisi selkeyttää. Arviointitiimi otti kantaa myös alan ammattiosaamisen kehittämiseen ja suositteli PD-tyyppisen, pidempikestoisen koulutuksen kehittämistä ja yhteistyön tiivistämistä ammattikorkeakoulujen ja terveydenhoito-oppilaitosten kanssa. Projektin etenemisessä merkittävä vastuu jää perusterveydenhuollon yksiköille, mikä edellyttää Dehkon kehittämistä näiden yksiköiden tukemiseksi. Siten myös kuntiin ja kuntapäätäjiiin kohdistuvaa vaikuttamista tulisi tehostaa. Kuntapäätäjille oli toimitettu laaja tietopaketti, mutta aineisto ei parhaalla mahdollisella tavalla saavuttanut tarkoitustaan.¹⁶⁰ Myös työterveyshuollon kanssa tehtävää yhteistyötä tulisi kehittää nykyistä jäsentyneemmäksi ja tehokkaammaksi lähtien työterveyshuollon omista kehittämissprikimyksistä. Ohjelman toimeenpanossa kertyneitä hyviä tuloksia lueteltiin yli 20, joista keskeisimpiä oli perusterveydenhuollon uuden toimin-

¹⁵⁹ *Muissakin isoissa usean vuoden kestävässä hankkeissa on ilmennyt jatkuvuuden liittyviä epäilyjä ja pohdintaa siitä, miten pitkälle uuden ohjelman alkuinnostus kantaa.*

¹⁶⁰ *Tässä yhteydessä tulee huomioida, että RAY-projektit ovat lisänä nykyisessä hyvin mittavassa kuntiin kohdistuvassa projektitoiminnassa. Kunnissa on havaittavissa jo selvää projektiväsymystä. Ks. Palvelujärjestelmä toimivaksi. Seutukunnallisten kehittämishankkeiden ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämiskokeilujen arviointi. Petri Virtanen ja Jarkko Tonttila. STM:n selvityksiä 2005:7.*

tamallin kehittäminen terveyskeskuksille, paikallisten Dehko-ohjelmien laatiminen, pysyvien diabetestiimien luominen, diabeetikoiden ja riskiryhmien ryhmätoiminnat, tietojärjestelmien kehittäminen ja terveydenhuoltohenkilöstön koulutus.

Lopuksi arvioijat toteavat, että Dehkon yleinen tuloksellisuus- ja vaikuttavuusennuste on hyvä ja ohjelmassa on edetty systemaattisesti asetettujen tavoitteiden suuntaan.

Dehkon nivelyminen terveystalouteen

Raportissa käsiteltiin laajasti myös Dehkon nivoutumista terveystalouteen. Pohjana käytettiin suoritettuja haastatteluja. Niistä välittyi näkemys, että STM sekä Stakes ovat torjuneet aktiivisen roolin suhteessa ns. tautikohtaisiin ohjelmiin, vaikka esim. aikuistyyppin diabetes näyttäytyy hyvin monimuotoisena. Katsottiin, että tällaisessa tilanteessa vetovastuu on käytännössä liukunut järjestöille.¹⁶¹ Toisaalta haastatteluissa arvosteltiin STM:n koordinoimaa Terveys 2015 -ohjelmaa. Sen katsottiin turhaan vierastavan keskeisten kansantautien mainitsemista.

Raportin haastatteluosiossa sivuttiin myös käytössä olevia ennaltaehkäisytoimintatapoja. Vaikka käytössä olisi mahdollisimman kattava kliininen evidenssi, niin sen laajakaan levittäminen ei sellaisenaan riitä saamaan aikaan tarkoitettuja terveyttä edistäviä muutoksia. Esimerkiksi terveyden edistäminen ns. sosiaalisella markkinoinnilla ei kenties kohtaa niitä, jotka kokevan informaation syyllistävänä, uhkaavaksi tai ainakin epämiellyttäväksi. Neuvonnan ja ohjauksen tulisi olla riittävän yksilöllistä, ennen kuin ihmiset tosiasiassa muuttavat käyttäytymistään.¹⁶²

Dehkon eteneminen

Väliarvioinnin jälkeen on koko Dehkon etenemistä selvitetty Diabetesliiton julkaisussa¹⁶³ sekä huhtikuussa 2005 RAY:lle jätetyssä

¹⁶¹ Sama huomio koskee myös Sydänliiton toimenpideohjelmia ja Reumaliiton Tules-projektia.

¹⁶² Keskustelussa on nostettu esille tarve myöskin riskiryhmille räätälöityistä erillisistä ohjelmista. Suomen Lääkärilehti 41/2002.

¹⁶³ Dehko etenee 2005-2007. Diabetesliitto.

vuosiselvityksessä. Näiden selvitysten mukaan Dehko toteutus on puolivälissä ja tavoitteet ovat yhtä täsmennystarvetta lukuunottamatta yhä voimassa ja realistisia.¹⁶⁴ Kaikkien ohjelman 25 eri toimenpide-esitysten osalta ollaan liikkeellä. Osa on jo toteutunut, osa on vaiheessa 2 ja osassa kehitystyö on meneillään. Toimenpiteiden jatkoesityksessä on huomioitu tehty väliarviointi, minkä seurauksena on pidetty tarpeellisena tehostaa mm. kuntiin vaikuttamista, voimakkaampaa kiinnittymistä Terveys 2015-ohjelmaan, tutkijoiden integrointia Dehkon toteutukseen, benchmarking-järjestelmän kehittämistä ja kansainvälisen vuorovaikutuksen lisäämistä. Dehko toimenpide-esityksissä vuosiksi 2005-2007 on käyty järjestelmällisesti läpi hankkeen kaikki avaintoimenpiteet, arvioitu toteutustilanne, esitetty tarvittavat jatkotoimenpiteet ja määritelty toimijat.

Dehkon D2D- hankkeen toteutus

Seuraavassa katsauksessa tarkastellaan Dehkon osahankkeen, ns. D2D-hankkeen tuloksia. Hanke saa omaa projektirahoitusta RAY:ltä ja se käynnistyi itsenäisenä hankkeena vuonna 2003. Projektia toteutetaan seuraavien sairaanhoitopiirien alueella: Keski-Suomi, Etelä-Pohjanmaa, Pirkanmaa ja Pohjois-Pohjanmaa. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri liittyi hankkeeseen vuonna 2005. Tämän D2D-hankkeen tavoitteena on aikuistyyppin diabeteksen ilmaantuvuuden ja valtimotaudin riskitekijöiden vähentäminen, oireettoman diabeteksen tunnistaminen sekä uusien toimintamallien ja käytäntöjen kehittäminen perusterveydenhuollossa ja työterveys- huollossa. Tarkoituksena on myös ohjelman toteutettavuuden, vaikuttavuuden ja kustannusten arviointi sekä väestön tietoisuuden lisääminen diabeteksestä ja väestöstrategian tukeminen. Tavoitteet asetettiin sellaisiksi, että niiden toteutuminen on arvioitavissa myös tieteellisesti.¹⁶⁵ Kansanterveyslaitos arvioi hankkeen päätyttyä, miten järjestelmällinen ehkäisy on vaikuttanut tyyppin 2 diabeteksen ilmaantuvuuteen hankealueilla.

¹⁶⁴ Täsmennettävänä kohtana mainitaan esitys kolmiportaisesta diabetesrekisteristä erillisrekisterin, joka nykytilanteessa ei näytä perustellulta.

¹⁶⁵ Dehkon 2D-hanke (D2D) valtakunnan tasolla vuonna 2004. Raportti 26.1.2005. Timo Saaristo. Valtakunnallinen koordinaattori. Suomen Diabetesliitto.

Projektisuunnitelman mukaan vuoden 2004 loppuun mennessä olisi tullut arvioida yhteensä 30 000 henkilön diabetesriski. Raportissa ei tarkkoja lukuja tavoitteen saavuttamisesta ollut, koska korkean riskin henkilöiden tiedot olivat vielä toimipaikoissa. Vuonna 2003 pelkästään Tampereella oli arvioitu 4000 henkilön diabetesriski aikuisväestön terveystarkastuksissa. Syksystä 2004 lähtien seulonta, diagnostiikka ja interventiot painonhallintaryhmissä käynnistyivät kaikilla hankealueilla. Hankkeessa oli mukana 135 kuntaa, 90 terveystieteiden keskuksia ja useita yksityisiä työterveysasemia. Ongelmia on ilmennyt tietojen siirtämisessä terveydenhuollosta Kansanterveyslaitokseen, sillä STM:n tiedonsiirtoon tarvittava lupa myönnettiin vasta helmikuussa 2005.

Diabetesliitosta syksyllä 2005 saadun selvityksen mukaan vuoden 2004 loppuun mennessä arvioitiin jo 48 000 henkilön diabetesriski. Seulonnassa löydetyistä korkean riskin henkilöistä on ohjattu interventioon keskimäärin 35 %. Liitto arvioi, että vuoden 2005 loppuun mennessä diabetesriskin osalta seulotaan vähintään 60 000–70 000 henkilöä.

Vuonna 2004 valmistui D2D-hankkeen vaikuttavuuden arviointisuunnitelma. Vaikuttavuuden arviointiin liittyen tehtiin prosessikysely ja aloitettiin terveystaloustieteellinen tutkimus. Viestinnän tueksi hankkeelle suunniteltiin oma tunnus, jota levitettiin julisteina ja ohjelmalehtisinä koko maahan. Huhtikuussa 2004 kaksi kuukautta käynnistymisen jälkeen aikuisväestön terveystieteellisen tutkimuksen tulosten mukaan 14 % miehistä ja 23 % naisista oli kuullut diabeteksen ehkäisyhankkeesta.

Yhteenvetona Dehkön D2D-hankkeen toteutuksen osalta voidaan todeta, että hankkeella on useita vahvoja elementtejä, joilla on olennainen merkitys tuloksellisuuden edellytysten näkökulmasta. Hanketta varten on laadittu perusteellinen suunnitelma sisältäen mm. aikataulusuunnitelman, kustannussuunnitelman sekä tiedotusosion. Suunnitelmassa on huomioitu myös hankkeen mahdolliset riskit ja laadittu varautumissuunnitelmat. Myös dokumentoinnista, arkistoinnista sekä tiedonkeruusta on suunnitelma. Hankesuunnitelman ydinosan muodostaa ehkäisyohjelman toteuttamisen toimintaohje, jonka mukaisesti hankkeeseen sitoutuneet terveystieteelliset keskuksien ja työterveyshuollon yksiköt toteuttavat riskiryhmien seulonnan ja intervention. Myös vaikuttavuuden arviointia varten on tehty suunnitelma ja mukana on myös terveystaloustieteellinen näkökulma.

5.6 VUOSISELVITYSTEN JA ARVIOINTIEN HYÖDYNTÄMINEN RAY:SSÄ

Avustuslain 21 §:n mukaan RAY:n on sopivalla tavalla seurattava myönnettyjen avustusten käytön tuloksellisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. RAY toteuttaa vuosittain muutamia joihinkin avustuskokonaisuuksiin keskittyviä arviointeja. Lisäksi RAY arvioi määräajoin avustusten tarpeellisuutta ja kehittämistarpeita.¹⁶⁶ Kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävistä kehittämishankkeista ei tällaista kokonaisarviointia ole RAY:n toimeksiannosta suoritettu.

RAY:ssä ei ole systemaattisesti käytetty esimerkiksi järjestöjen hankekohtaisia arviointeja avustusvalmistelun tukena. Poikkeuksena on ollut Sydänliiton toimenpideohjelman ja Dehkon väliarviointi, joita käytettiin uuden ns. valtimo-ohjelman valmistelussa. RAY katsoo, että hankekohtaiset arvioinnit palvelevat ensisijassa järjestöjen omaa kehittämistyötä ja toimivat sisäisenä oppimisprosessina. Tili-velvollisuuden elementti ei tullut tässä yhteydessä esille. RAY:n roolina järjestöjen hankekohtaisissa arvioinneissa on ollut tarjota neuvontaa ja ohjausta. Muutoin RAY:n taholta on kunnioitettu järjestöjen autonomiaa.

Myöskään vuosiselvitysten sanallista informaatiota esimerkiksi projektien tuloksista ei ole RAY:ssa nykyisten resurssien puitteissa mahdollista perusteellisemmin koostaa ja analysoida. Käytössä olevaa projektirekisteriä pyritään kehittämään niin, että siihen päivitetäisiin kehittämisprojekteista myös toiminnallista informaatiota.

Vuosiselvitysten ja arviointien hyödyntämisen osalta Raha-automaattiyhdistykseltä tiedusteltiin, mitä mahdollisuuksia olisi kehittää eräänlaista rekisteriä hyvistä ja tuloksellisista hankkeista. RAY:n mukaan nykyistä projektirekisteriä on mahdollista kehittää tähän suuntaan, mutta ongelmaksi nousee se, millä kriteereillä jokin hanke voidaan luokitella hyväksi hankkeeksi. Toisaalta voidaan todeta, että RAY:llä tulee olla avustusvalmistelun tukena ns. hyvän ja tuloksellisen hankkeen peruskriteeristö. Tällaiseen tietopohjaan tarvitaan informaatiota tuloksellisesti toteutetuista hankkeista sekä myös palautetta negatiivisista kokemuksista. Kriittisten arviointien

¹⁶⁶ *Tulkintaohjeita. Laki raha-automaattiavustuksista (1056/2001) ja Valtioneuvoston asetus eräistä raha-automaattiavustuksiin sovellettavista määräajoista (1170/2001). RAY.*

saamisessa on kuitenkin ollut ongelmia. RAY on toivonut järjestöiltä tietoa myös mahdollisista epäonnistumisista, mutta tätä informaatiota ei RAY:lle ole toimitettu¹⁶⁷.

RAY:n arviointipäällikön haastattelussa tuli esille RAY:n niukat arviointiresurssit.¹⁶⁸ Arviointien laajempi hyödyntäminen vaatisi enemmän resursseja ja lisävoimavarat toisivat uusia ja laajempia näkökulmia arviointiin. STM:n taholta on edellytetty RAY:n lisäävän resursseja avustustoiminnan arviointiin ja toivottu, että arviointi kohdennettaisiin voimakkaammin suurempiin toiminnallisiin avustettaviin kokonaisuuksiin. Tällöin esimerkiksi avustusten käytön valvontatoiminnot olisi tarpeen kohdentaa tulosalue- ja toimintoluokkakokonaisuuksiin.

Kokonaisuudessaan RAY-avustusten arviointiin olisi tarpeellista kehittää koordinoivaa otetta.

5.7 JOHTOPÄÄTÖKSET RAY- HANKKEIDEN PROJEKTIOMINAISUUKSISTA JA TULOKSISTA

Projektien suunnittelussa ja tavoiteasettelussa puutteita

Kaikkien ennaltaehkäisevien projektien päämääräksi oli hankahakemuksissa asetettu muutoksen aikaansaaminen. Muutos oli usein ilmaistu pitkän aikavälin päämääränä, jota toisaalta ei kuitenkaan ole käytännössä mahdollista todentaa suhteellisen lyhyen projektin toteuttamisen jälkeen. Projektien tavoitteet olivat usein pitkän aikavälin vaikuttavuustavoitteita, mutta projektien suunnitelmat eivät sisältäneet elementtejä, joilla pitkällä aikavälillä voitaisiin arvioida tavoitteiden toteutumista. Monissa projekteissa tavoitteet olivat yleisiä hyvinvointipoliittisia päämääriä, mutta projektin vaikutuksia näiden asiantilojen suhteen on lähes mahdoton arvioida.

¹⁶⁷ RAY:n edustajille on suullisesti kerrottu tehdyistä kriittisistä loppuraporteista, jotka on ns. hyllytetty järjestön toimesta. Näiden on pelätty vaikuttavan järjestön tulevaan RAY-avustukseen. Haastattelu 3.10.2005 RAY.

¹⁶⁸ Arviointitehtävää hoitaa arviointipäällikkö eikä muita omia resursseja ole käytettävissä. Haastattelu 3.10.2005 RAY.

Havainnot osoittivat, että tavoitteet olivat usein epärealistisia. Projekteissa oli useissa tapauksissa havaittavissa yksittäisten toimenpiteiden ja hyvin yleisten ja kunnianhimoisten päämäärien välinen kuilu.

Projektien tavoitteet oli usein asetettu toimintotasolle tai lopullisen päämäärän tasolle. Lyhyen tähtäimen tai keskipitkän aikavälin tavoitteistot olivat jääneet vähäisemmälle huomiolle. Tavoiteasettelun ongelmat ilmenivät myös selvitysraportoinnissa ja ulkoisessa arvioinnissa. Projekteissa oli asetettu äärimmäisen vähän mitattavia tai aikaan sidottuja tavoitteita, vaikka useiden projektien hankekemuksissa esiintyi seurantamittareiden kehittäminen. Tämä on johdannut ongelmiin projektien toteutuksessa ja seurannassa. Kaikkein onnistuneimpia hankkeita tai projektin osia olivat ne, joiden tavoiteasettelu oli selkeää ja spesifiä.

Ennaltaehkäisyyn tähtäävien hankkeiden suunnittelussa olisi hyvä tiedostaa myös ne rajoitukset, joita alan kirjallisuudessa on esitetty terveyden edistämiseen tähtäävän projektin vaikuttavuudesta. Esimerkiksi terveyskampanjoiden vaikutuksia on vaikea erottaa muista terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä. Siten olisi tarpeen, että esim. RAY-avustuksilla tuettavien projektien suunnittelussa keskityttäisiin sen tarkasteluun, mikä on tämän kyseisen, usein suhteellisen lyhyen, projektin mahdollinen kontribuutio keskipitkän aikavälin tavoitteiden näkökulmasta. Projektin päämäärän asettamisen jälkeen tulisi päämääriä täsmentää tavoitteiden asettamisella ja selvittää, miten juuri tässä projektissa edistetään kansansairauksien ennaltaehkäisyyn liittyviä päämääriä. Ennaltaehkäisevissä projekteissa tulisi pyrkiä mahdollisimman konkreettisten osatavoitteiden asettamiseen.

Tämän pohjalta tulisi sitten määritellä, onko valitulla tavalla ja osatavoitteiden toteuttamisella mahdollista edetä lopullisen päämäärän suuntaan. Projektin päämäärän, tavoitteiden ja keinojen tulisi siten optimitilanteessa muodostaa looginen kokonaisuus. Tämä edellyttäisi selkeyttä ja spesifisyyttä projektin tavoiteasetteluun, mikä edistäisi myös mitattavien tavoitteiden asettamista. Ilman mittareita ja seurantaa ei projektien tuloksellisuutta ole ylipäänsä mahdollista selvittää.

Kansanterveysjärjestöille olisi hyötyä projektisuunnittelun työkalujen kehittämisestä ja käytöstä.

RAY-projektit ja näytön vaatimukset

Projektihakemuksissa projektin tarpeellisuus kansansairauksien ennaltaehkäisyn näkökulmasta oli yleensä kuvattu selkeästi ja liitteissä oli mukana hyvinkin laajoja tilanneanalyysyjä. Sen sijaan näistä tarveanalyysistä johdettavat kyseisen projektin strategiset lähtökohdat eivät aina ilmenneet selkeästi projektiselosteista.

Ennaltaehkäisyyn tähtävällä toiminnalla on parhaat onnistumisen mahdollisuudet, jos toiminta perustuu tutkimustietoon ja ongelman kannalta relevantteihin menetelmiin. Tässä yhteydessä myös projektien osalta on tuotu esille näytön vaatimus. Projektien toteuttamisen kuvaamisessa keskityttiin tapahtumien, koulutusten ja organisoitavan viestinnän kuvaamiseen, mutta vähemmän selvitetiin näiden käytännön toimintojen oletettuja vaikutusmekanismeja suhteessa projektin tavoitteisiin ja lopulliseen päämäärään. Tutkimustuloksia käytettiin harvoin valitun toimintatavan perustelemisessa.

Toisaalta tulee pohdittavaksi, missä määrin RAY:n rahoittamilta ennaltaehkäiseviltä projekteilta tulee edellyttää ns. evidence based-vaatimusta, jolloin valitut strategiat perustellaan tutkimuksilla osoitetulla näytöllä. Tätä vaatimusta tulee tarkastella erityisesti niissä tapauksissa, joissa kyse on valtakunnallisesta sekä RAY-avustuksen määrän kannalta merkittävän kokoluokan hankkeesta. Diabetesliiton Dehko-ohjelma on onnistunut esimerkki tällaisesta hankkeesta.

Rahoituksesta päättävällä taholla tulisi olla käytössään rekisteröityä ja evaluoitua tietoa siitä, millaiset ennaltaehkäisevät ohjelmat ovat vaikuttavia suurten kansansairauksien ennaltaehkäisyssä. Tieto olisi tarpeen sellaisessa muodossa, että se olisi esim. järjestöjen ja muiden käytännön toteuttajien käytettävissä projektien suunnitteluvaiheessa.

Projektien toteutuksen pääpaino ammattihenkilökunnan koulutuksessa

Projektien toteutuksessa huomio kiinnittyi pitäytyminen hyvinkin vakiintuneissa toimintatavoissa, kuten koulutuksessa ja viestinnässä. Innovatiivisten toimintatapojen kehittäminen oli vähäistä. Vain harvassa projektissa oli esimerkiksi ryhmätoimintaa, riskiryhmien seulontaa tai uusien toimintamallien kehittämistä.

Ennaltaehkäisevissä projekteissa on toimittu pitkälti vakiintuneiden toimintatapojen mukaan ja uskottu esim. perinteisen terveysviestinnän vaikuttavuuteen. Terveysviestinnän kehittämisen ja tuloksellisuuden kannalta haasteena pidetään, miten viestinnällä saavutetaan ne ihmiset, jotka tietoa eniten tarvitsisivat. Toisaalta on tuotu esille, että terveysneuvonta ja ohjaus tulisi olla riittävän yksilöllistä toivottavien vaikutusten aikaansaamiseksi. Järjestöjen viestintä tarkastetuissa projekteissa oli pääsääntöisesti yleisinformaatiota. Kansanterveysjärjestöjen toimesta ei kuitenkaan ole mahdollista mennä yksilöllisen neuvonnan suuntaan, vaan tämä tehtävä kuuluu luontevasti perusterveydenhuollolle tai työterveyshuollolle. Tarvetta olisi monipuolisemmalle keinovalikoimalle, mutta järjestöjen ns. luonnollisen kontaktipinnan vähäisyys rajoittaa käytännössä esimerkiksi riskiryhmiin suunnattavaa toimintaa. Dehkon D2D-hanke on kuitenkin hyvä esimerkki projektista, joka kohdennetaan koko väestöön sekä riskiryhmiin. Tässä hankkeessa julkinen terveydenhuolto on mukana vahvana toimijana.

Kun projektien päätoimintamuotoja oli koulutus ja viestintä, vaikutti tämä asetelma myös pääkohderyhmän määräytymiseen. Pääkohderyhmä oli siten ammattihenkilökunta ja vain poikkeustapauksissa konkreettisen toiminnon kohteena oli jonkin kansansairauden riskiryhmä, kuten esimerkiksi esim. diabetesriskin omaavat henkilöt. Laajana ryhmänä väestöä tosin lähestyttiin tiedotuskampanjoilla. Kun toiminnoissa keskityttiin terveydenhuollon ammattihenkilöstön koulutukseen, olisi projektien seurantaosioihin pitänyt sisältyä maininnat siitä, miten seurataan koulutuksen vaikutusta henkilökunnan tietoihin ja taitoihin ja miten se on soveltanut koulutuksessa saatua uutta tietoa käytännön ennaltaehkäisevässä työssä.

RAY-avusteisen toiminnan voimakas suuntautuminen terveydenhuoltohenkilökunnan koulutukseen nostaa esille kysymyksen RAY-avustuksen tarkoituksenmukaisesta käytöstä. RAY-avusteinen koulutus on ollut eräissä tapauksissa maksutonta tai vahvasti subventoitua. Kunnan terveydenhuoltohenkilöstön koulutus kuuluu kuitenkin kunnan tehtäviin.

Eri toimijoiden roolit selkiintymättömiä

Kaikissa tarkastetuissa ennaltaehkäisevissä projekteissa kuntasektori oli keskeinen toimija, jonka myötävaikutuksella RAY-projektin tavoitteita käytännössä realisoidaan. Kunnat oli mainittu yhteistyö-

tahona kaikissa projektihakemuksissa. Kunnan osallistuminen projekteihin oli vaihtelevaa. Eräissä hankkeissa kunta oli aktiivisemmin, useassa taas passiivisena toimijana. Passiivinen rooli ilmeni hankkeissa, joissa kunnan viranhaltijoille tai luottamusmiehille lähetettiin esim. kampanjamateriaalia (Sydänliiton toimenpideohjelma) sekä niissä projekteissa, jossa terveystoimen henkilökuntaa osallistui järjestöjen koulutustilaisuuksiin (Pieni päätös päivässä, Tules-projekti). Aktiivinen rooli oli nähtävissä esimerkiksi Mielen-terveyden kulmakivet-projektissa, jossa kunnan ja järjestön edustajat työstivät yhteistyössä kunnan mielenterveyspoliittista ohjelmaa. Ehkä mittavin kuntasektorin osallistuminen on nähtävissä Dehko-projektissa, jossa on mukana viisi sairaanhoitopiiriä.

Järjestövetoisen projektin pidempiaikaiseen vaikuttavuuteen liittyy kuitenkin monia ongelmia. Tarkastettujen projektien kohdalla ilmeni, että määräaikainen projektirahoitus on pulmallinen varsinkin projektin seurannan näkökulmasta. Projekti jää tavallaan kesken, kun seurantaan ja tuloksellisuuden selvittämiseen ei kiinnitetty riittävästi huomiota. Raha-automaattivastuuksilla rahoitettavien projektien eräänä keskeisenä tavoitteena on kuitenkin juurruttaa projektien aikana kehitettyjä hyviä käytäntöjä tai toimintatapoja esim. kuntien terveydenhuoltoon. Mikäli kuntasektorilla on projekteissa passiivisempi rooli, on sitoutumista projektin tavoitteiden toteuttamiseen vaikeata edellyttää. RAY-projektit ovat lisänä nykyisessä mittavassa sosiaali- ja terveydenhuollon projektitoiminnassa, jota rahoitetaan mm. kansallisen terveyshankkeen ja sosiaalialan kehittämishankkeen määrärahoilla. Kuntien sitoutumiseen vaikuttaa myös lähtöasetelma; kunnat eivät aina mielellään lähde mukaan järjestövetoiseen hankkeeseen. Kuntasektorilla ei RAY-projekteja tunnettu kovin hyvin. RAY:n taholla tulisi pohtia, miten RAY-hankeet nousevat esille muusta hyvin mittavasta projektimassasta, jota hallinnoidaan esim. STM:n toimesta. Toisaalta ilmiö viestii myös siitä, että hankekehittäminen kaipaisi parempaa koordinaatiota koko STM:n hallinnonalalla.

Kolmannen sektorin toteuttamalla ennaltaehkäisevällä projektilla on toisaalta selkeitä etuja. Kansanterveysjärjestö kykenee erillisen projektirahoituksen avulla keskittymään tiettyyn kansanterveydelliseen ongelma-alueeseen, kun taas kunnan tehtäviin kuuluu koko ennaltaehkäisevän toiminnan kirjo, kuten neuvolatoiminta, koulu-terveydenhuolto, rokotukset ja seulonnat. Tässä yhteydessä tulee kuitenkin huomioda ennaltaehkäisevän toiminnan luonne ja sen

vaatima pitkäjänteisyys, jolloin projektirahoituksena toteutettava hanke edellyttää sen kytkemistä muuhun ehkäisevään toimintaan.

Käytäntö on johtanut siihen suuntaan, että ns. ongelma- ja sairauslähtöiset projektit ovat kansanterveysjärjestöjen vetovastuulla. Järjestöille on liukunut osin sellaisia tehtäviä, joiden hoitamiseen niillä ei resurssiensa puolesta ole mahdollisuuksia. Kansanterveysjärjestöillä on kuitenkin rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa laajalaisesti julkisiin terveydenhuoltopalveluihin. Laajojen järjestöveitoisten hankkeiden suunnittelussa, organisoinnissa ja toimeenpanossa on ollutkin ongelmia.

RAY-projektien suunnittelussa olisi selvitettävä, mikä on kuntasektorin tai yksittäisten kuntien realistinen mahdollisuus lähteä aidosti mukaan kehittämishankkeeseen. Ei voida pitää riittävänä lähes kaikissa hakemuksissa olevaa maininta, että kunnat ovat ao. hankkeelle tärkeä sidosryhmä. Järjestöjen tulee jo projektin valmisteluvaiheessa suunnitella kunnan osallistuminen hankkeeseen ja olla yhteydessä mahdollisiin kuntatason yhteistyökumppaneihin. RAY-projektien suunnittelussa tulisi huolellisesti selvittää, miten hankkeessa kehitetyt käytännöt saadaan osaksi normaalia päivittäistä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa.

Kolmannen sektorin vetovastuulla oleviin projekteihin liittyy vielä pulmia, jotka ovat luonteenomaisia järjestöjen koordinoimille hankkeille. Koska kansanterveysjärjestöt ovat kansalaisjärjestöjä, niiden toiminnassa on mukana vapaaehtoistyöntekijöitä, jotka työskentelevät projekteissa oman toimensa ohella ilman korvausta. Tarkastuksessa tuli esille, että vapaaehtoistoiminnan pohjalle rakentuva projektin osio ei edennyt suunnitelmien mukaisesti. Vapaaehtoistoiminnassa ei ollut totuttu strategiseen työhön ja pitkäjänteisyyttä vaativaan toimintaan. Vapaaehtoistoiminnan varaan ei ole tarkoituksenmukaista suunnitella pitkäjänteistä sitoutumista vaativaa ennaltaehkäisevää toimintaa.

Tuloksellisuuden todentamisen ongelmat ennaltaehkäisevissä projekteissa

Selvitykset ja arvioinnit välittivät tietoa pääasiassa toteutuneista tuotoksista ja toiminnoista, mutta itse halutun muutoksen suunnasta raportoitiin hyvin niukasti. Näin ollen raportoinnin välityksellä ei ollut mahdollista saada informaatiota siitä, onko ennaltaehkäisevillä projekteilla ollut tavoitteiden suuntaisia vaikutuksia. Tuloksellisuus-

den selvittämisen puuttumista selitettiin osin niukoilla resursseilla. Avustushakemuksiin projektin tuloksellisuuden selvittäminen oli kuitenkin sisällytetty.

Ennaltaehkäisevien hankkeiden osalta olisi tarpeen kehittää ja täsmentää projektien tavoiteasettelua siihen suuntaan, että hankkeiden toteutuksesta olisi mahdollista saada informaatiota lyhyen tai keskipitkän aikavälin tuloksellisuudesta ja keskittyä tämän aikajänteen tavoiteasetteluun ja seurantaindikaattoreiden kehittämiseen. Kuitenkin tuloksellisuuden todentamiselle on edellytyksiä sellaisissa hankkeissa, joissa on selkeät ja realistiset tavoiteasettelut, tavoitteiden saavuttamista kuvaavat indikaattorit sekä suunnitelmallinen seurantainformaation kerääminen.

RAY on todennut, että projektien toteutus ja seuranta ovat järjestöjen vastuulla. RAY:llä ei resurssiensa puolesta ollut mahdollisuuksia analysoida esimerkiksi vuosiselvitysten sanallista informaatiota projektien tuloksista. Toisaalta RAY:llä tulisi olla koottua tietoa hyvistä ja tuloksellisista projekteista, jota käytetään avustusvalmistelussa, avustusten suuntaamisessa sekä myös järjestöjen ohjauksessa.

RAY:n tulisi panostaa enemmän voimavaroja projektien tuloksellisuuden seurantaan ja arviointiin. Tämä on edellytys sille, että RAY kykenee avustusvalmistelussa identifioimaan sellaiset hankkeet, joilla on parhaat tuloksellisuuden edellytykset. Tällaisen seurannan kautta voisi muodostua tietopohja ns. hyvistä käytännöistä, joka osaltaan edistäisi kansanterveysjärjestöjen projektisuunnittelua.

Taloudellinen näkökulma puuttui lähes kaikista arvioinneista ja vain yhdessä hankkeessa on mukana terveystaloustieteellinen arviointi. Avustustoiminnassa on kiinnitettävä voimakkaammin huomiota vastinetta avustusvaroille -näkökulmaan. Useiden projektien tulokset jäivät melko vaatimattomiksi, kun tuloksia suhteutetaan projektin saamiin avustuksiin. Valtaosa projektien aikaansaannoksista oli erilaisia tuotoksia kuten koulutustilaisuuksia, viestintäkampanjoita ja aineistojen tuottamista.

6 TARKASTUSVIRASTON KANNANOTOT

Tarkastuksessa on selvitetty RAY-avustuksia koskevaa ohjausjärjestelmää kansansairauksien ennaltaehkäisyssä, RAY-avustusten valmistelu- ja myöntämisprosesseja sekä sitä, miten käytännön avustusvalmistelussa on painotettu valintakriteerinä kansansairauksien ennaltaehkäisyä. Tarkastuksessa on selvitetty tapaustarkastelujen kautta ennaltaehkäisevien hankkeiden projektiominaisuuksia, tuloksellisuutta ja tuloksellisuuden edellytyksiä.

Kolmannen sektorin rooli kansansairauksien ennaltaehkäisyssä selkiintymätön

Ennalta ehkäisevä terveydenhuolto kuuluu kansanterveyslain perusteella kunnan tehtäviin ja vapaaehtoisuuden perusteella järjestettävästä toiminnasta vastaavat kolmannen sektorin toimijat mm. Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamina. Tarkastuksessa havaittiin kuitenkin, että ennaltaehkäisevän toiminnan tehtäviä on liukunut yhä enemmän kolmannelle sektorille. Monin paikoin terveyden edistäminen on järjestöjen varassa.

Kolmas sektori ei näin ollen ole enää pelkkä täydentävä tekijä kansansairauksien ennaltaehkäisyssä, vaan yhä voimakkaammin aloitteentekijä. Käytäntö on johtanut siihen suuntaan, että ns. ongelma- ja sairauslähtöiset projektit ovat usein kansanterveysjärjestöjen vetovastuulla. Tarkastuksessa ilmeni, että kaikissa tapauksissa järjestöillä ei kuitenkaan ollut resurssiensa puolesta mahdollisuuksia toteuttaa tuloksellisesti laajoja toimintaohjelmia. Käytännössä järjestöillä on rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa julkisiin terveydenhuoltopalveluihin.

Tarkastusvirasto toteaa, että kansanterveysjärjestöjen koordinoimisiin projekteihin liittyy useita huomiota vaativia näkökohtia, kun päämääränä pidetään projektien vaikuttavuutta. Kaikissa tarkastetuissa projekteissa kuntasektori oli keskeinen toimija, jonka myötävaikutuksella RAY-projektin tavoitteita käytännössä realisoidaan. Kunnat oli mainittu yhteistyötahoina kaikissa projektihakemuksissa. mutta kunnan varsinainen osallistuminen hankkeeseen oli vaihtele-

vaa. RAY-projektien suunnittelussa olisi huolellisesti selvitettävä, mikä on kuntasektorin tai yksittäisen kunnan realistinen mahdollisuus lähteä aidosti mukaan kehittämishankkeeseen. Ei voida pitää riittävänä lähes kaikissa RAY-hakemuksissa olevaa mainintaa, että kunnat ovat hankkeelle tärkeä sidosryhmä.

Tarkastettujen projektien kohdalla ilmeni, että määräaikainen projekti on ongelmallinen varsinkin projektin seurannan näkökulmasta. Projekti jää tavallaan kesken, kun seurantaan ja tuloksellisuuden selvittämiseen ei kiinnitetä riittävästi huomiota. Projektien keskeisenä tavoitteena on kuitenkin juurruttaa hankkeen aikana kehitettyjä hyviä toimintakäytäntöjä esimerkiksi kuntien terveydenhuoltoon. Varsinkin ennaltaehkäisyyn tähtäävä projekti vaatii toiminnan luonteeseen kuuluvaa pitkäjänteisyyttä, jolloin projektirahoituksena toteutettava hanke edellyttää sen kytkemistä muuhun ehkäisevään toimintaan. Tällöin tulee kiinnittää erityistä huomiota jo kehitettyjen kustannustehokkaiden ja toimivien mallien pitkäjänteiseen soveltamiseen.

Projektien suunnittelussa tulee huomioida myös nykyinen tilanne, jossa RAY-hankkeet ovat lisänä nykyisessä varsin mittavassa muussa sosiaali- ja terveydenhuollon projektitoiminnassa. Tarkastuksen aineistosta ilmeni, että kuntasektorilla ei RAY-projekteja tunnettu kovin hyvin. Tarkastusviraston mukaan ilmiö viestii myös siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon hanketoiminta kaipaisi parempaa koordinaatiota koko terveydenhuollon kentässä.

RAY-avustuksia koskeva tulosohejaus ei ole toimiva

Raha-automaattiyhdistyksen ja sosiaali- ja terveysministeriön välisissä tulossopimuksissa on korostettu avustusten suuntaamista ehkäisevään toimintaan ja tuotu esille, että avustuksia lisätään suurten kansansairauksien ja elämäntapoihin liittyvien ongelmien ehkäisyyn. Tulostavoitteet ovat lähinnä avustustoiminnan suuntaamiseen liittyviä tavoitteita, jolloin sopimuksesta puuttuvat täsmällisemmät toiminnalliset tavoitteet. Raha-automaattiyhdistys ei raportoi kattavasti sosiaali- ja terveysministeriölle asetettujen tulostavoitteiden toteutumisesta tulossopimuksen jaottelun mukaisesti. Ohjaussuhdetta selkiyttäisi, jos yksinoikeudella harjoitetulle rahapelitoiminnalle olisi määritelty omistajapoliittinen kehys.

Tarkastusvirasto katsoo, että ministeriön ja Raha-automaattiyhdistyksen välistä tulossopimusmenettelyä tulisi kehit-

tää siihen suuntaan, että tulossopimuksen tavoitteistot olisivat yksilöidympiä ja seurattavia.

Eduskunta käsittelee Raha-automaattiyhdistyksen avustustoimintaa valtion talousarvion yhteydessä. RAY-avustuksia koskevissa talousarvion perusteluissa korostuu voimakkaasti painotus ongelmia ehkäisevään toimintaan ja kansansairauksien ennaltaehkäisyyn. Talousarvioasetuksen 65 §:n mukaan ministeriön tulee antaa selvitys hallinnonalalle siirtomenoihin myönnettyjen määrärahojen vaikuttavuudesta. Eduskunnalle annettavan tilakertomuksen ja nyttemmin uusimuotoisen tilinpäätöskertomuksen tietosisältö ei kuitenkaan kuvaa varsinaista RAY-avusteista toimintaa esim. painopistealueilla. Tarkastusvirasto katsoo, että nykyiset ohjaus- ja raportointimenettelyt eivät tuota informaatiota avustustoiminnan tuloksellisuudesta.

Avustusten suuntaamistavoitteessa ei onnistuttu

Raha-automaattiyhdistyksessä on viime vuosina pyritty saamaan perinteisten ohjelmien rinnalle laajaan vaikuttavuuteen tähtäviä kehittämishankkeita, joissa olisi järjestösektorin lisäksi julkisen ja yksityisen sektorin toimijoita. Tavoitteena on ollut aikaansaada ohjelmakokonaisuuksia yhteiskunnallisesti merkittävien sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien ehkäisemiseksi. Tavoitteen suuntaisesti ei kuitenkaan ole edistytty ja esimerkiksi vuoden 2005 projektiesitykset olivat vielä hyvin järjestökeskeisiä.

Raha-automaattiyhdistyksen avustusten suuntaamistavoitteita voidaan pitää osin ristiriitaisina. Toisaalta halutaan korostaa laajaan vaikuttavuuteen tähtäviä projekteja ja yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa, mutta samanaikaisesti korostetaan järjestöjen vetovastuuta. Kuntasektorilla on havaittavissa jo huomattavaa projektiväsymystä, mikä osaltaan vaikuttaa osallistumiseen yhteisiin kehittämishankkeisiin. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan aitoja kuntien ja järjestöjen yhteisiä hankkeita ei ole riittävässä määrin syntynyt.

Kansanterveyslaitoksen yhteydessä toiminut sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmä on esittänyt, että RAY-rahoituksen painopistettä tulisi suurissa kansansairauksissa siirtää laajojen ja pitkäkestoisten ohjelmien rahoitukseen. Tarkastusvirasto pitää ehdotusta oikeansuuntaisena. Samalla pitää kuitenkin huolehtia tuloksellisen toteuttamisen kannalta ohjelmien kunnollisesta suunnittelusta ja sen vaatimasta riittävästä asiantuntemuksesta. So-

siaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla tulisi ottaa myös koordinoitavastuuta suurten kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävistä ohjelmista. Kansansairauksien yhä kasvavan taloudellisen merkityksen vuoksi niiden ennaltaehkäisyyn tulee valtakunnallisella tasolla kiinnittää enemmän huomiota. Vastuuta käytännön ehkäisyytöstä ei tule siirtää yksinomaan kolmannen sektorin toimijoille, vaan sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulee kantaa toiminnan koordinointi- ja ohjausvastuu.

RAY:n avustusvalmistelua, hankevalinnan kriteeristöä ja seurantaan tulee kehittää

Raha-automaattiyhdistyksen avustusvalmistelussa huomio kiinnittyi avustusosaston niukkaan resursointiin ja suuriin vuosittaisiin hakemääriin. Hankkeiden suuren määrän vuoksi Raha-automaattiyhdistyksellä ei ole ollut mahdollisuuksia yksityiskohtaiseen ohjaukseen eikä projektien jälkiseurantaan. Raha-automaattiyhdistyksessä ei ole myöskään käytössä projektihakemusten asiantuntijakäsittelyä. Tarkastusvirasto katsoo, että Raha-automaattiyhdistyksessä tulisi harkita hakemusten lausunto- ja asiantuntijakäsittelyn käyttöönottoa. Kun ottaa huomioon kansansairauksien ennaltaehkäisyn yhdistyksen keskeisenä painoalueena, olisi hakemusten asiantuntijakäsittelyn kehittäminen perusteltua. Myös kasvava arviointitoiminta edellyttää voimavaroja niiden tulosten hyödyntämiseen.

Sosiaali- ja terveysministeriön edustaja on jäsenenä avustuksia valmisteleavassa työryhmässä, mutta hän ei ota kantaa yksittäisiin avustuskohteisiin. Ministeriöllä on kuitenkin yleinen ohjaus- ja valvontavelvollisuus Raha-automaattiyhdistyksen avustustoiminnan suuntaamiseen.

Raha-automaattiyhdistyksessä ei ole käytössä dokumentoitua ja julkista avustusharkinnan kriteeristöä. Avustusvalmistelun kriteerit ovat hajallaan eri asiakirjoissa, kuten strategia-asiakirjassa, avustusten hakuoppaassa, yhdistyksen avustustiedotteissa ja koulutustilaisuuksien esityksissä. Nämä kriteerit olisi tarpeen koota yhdeksi selkeäksi avustusvalmistelun kriteeristöksi, joka tulisi julkistaa. RAY-avustukset ovat kuitenkin julkisista budjettivaroista myönnettäviä harkinnanvaraisia valtionavustuksia, joiden myöntäminen tulisi tapahtua yleisesti tiedossa olevien ja julkistettujen kriteereiden perusteella.

Tarkastuksessa selvitettiin Raha-automaattiyhdistyksen käyttämiä arviointiperusteita tarkastukseen valittujen kansansairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävien projektien osalta. Tarkastuksen perusteella voidaan todeta, että hankeharkinnassa korostui ensijaisesti käsite yleinen tarpeellisuus ja tarkoituksenmukaisuus sekä sosiaalinen tilaus. Näitä kriteereitä voidaan pitää liian väljinä, jotta ne voisivat ohjata valmistelua löytämään tuloksellisuuden edellytykset täyttävät hankkeet.

Selkeä ja dokumentoitu kriteeristö hyödyttäisi myös järjestöjä siinä vaiheessa, kun ne suunnittelevat kehittämishankkeita ja valmistelevat avustushakemuksia. Tarkastusviraston mukaan kriteeristö voisi toimia ns. hyvän hankkeen indikaattorina ja sen avulla Raha-automaattiyhdistys viestisi järjestöille, mitkä ovat hyvän projektin laatuvaatimukset.

Projektien suunnittelussa ja tavoiteasettelussa puutteita

Kaikkien ennaltaehkäisevien projektien päämääräksi oli hankehakemuksissa asetettu muutoksen aikaansaaminen. Muutos oli usein ilmaistu pitkän aikavälin päämääränä, jota toisaalta ei kuitenkaan ole käytännössä mahdollista todentaa suhteellisen lyhyen projektin toteuttamisen jälkeen. Projektien tavoitteet oli asetettu toimintotasolle tai lopullisen päämäärän tasolle. Lyhyen tähtäimen tai keskipitkän aikavälin tavoitteistot olivat jääneet vähäisemmälle huomiolle. Tavoitteet olivat paikoin myös epärealistisia. Tavoiteasettelun ongelmat ilmenivät myös selvitysraportoinnissa ja ulkoisessa arvioinnissa. Mitattavia tai aikaan sidottuja tavoitteita oli asetettu äärimmäisen vähän, vaikka useiden projektien hankehakemuksissa esiintyi seurantamittareiden kehittäminen. Tarkastuksessa ilmeni, että kaikkein onnistuneimpia hankkeita tai projektin osia olivat ne, joiden tavoiteasettelu oli selkeää ja spesifiä. Ennaltaehkäisevissä projekteissa tulisi pyrkiä mahdollisimman konkreettisten osatavoitteiden asettamiseen. Kansanterveysjärjestöille olisi hyötyä projektisuunnittelun työkalujen kehittämisestä ja käytöstä.

Projektien toteutuksessa pitäydytty vakiintuneissa toimintatavoissa

Ennaltaehkäisyyn tähtäävien projektien toteutuksessa on pitäydytty hyvinkin vakiintuneissa toimintatavoissa, kuten koulutuksessa ja

viestinnässä. Innovatiivisten toimintatapojen kehittäminen oli vähäistä. Vain harvassa projektissa oli esimerkiksi ryhmätoimintaa, riskiryhmien seulontaa tai uusien toimintamallien kehittämistä. Tutkimustuloksiin viitattiin niukasti valittua toimintatapaa perusteltaessa.

Järjestöjen viestintä tarkastetuissa projekteissa oli pääsääntöisesti yleisinformaatiota, jota toteutettiin erilaisilla kampanjoilla ja lehdistökirjoittelulla. Terveysviestinnän tuloksellisuuden kannalta haasteena on niiden väestöryhmien saavuttaminen, jotka tietoa eniten tarvitsisivat, mutta joita tutkimusten mukaan ei kuitenkaan tavoiteta nykyisen terveystiedon keinoin. Tässä yhteydessä on tuotu esille, että terveysneuvonta ja ohjaus tulisi olla riittävän yksilöllistä toimittavien vaikutusten aikaansaamiseksi. Kansanterveysjärjestöjen toimesta ei kuitenkaan ole mahdollista mennä yksilöllisen neuvonnan suuntaan, vaan tämä tehtävä kuuluu luontevasti perusterveydenhuollolle tai työterveyshuollolle. Tarkastusvirasto katsoo, että tarvetta olisi monipuolisemmalle keinovalikoimalle, mutta järjestöjen ns. luonnollisen kontaktipinnan vähäisyys rajoittaa käytännössä esimerkiksi riskiryhmiin suunnattavaa toimintaa. Dehkon D2D-hanke on kuitenkin hyvä esimerkki projektista, joka kohdennetaan koko väestöön sekä riskiryhmiin. Tässä hankkeessa kunnallinen terveydenhuolto on mukana vahvana toimijana.

Kun projektien päätoimintamuotoja oli koulutus ja viestintä, vaikutti tämä asetelma myös pääkohderyhmän määräytymiseen. Pääkohderyhmä oli siten ammattihenkilökunta ja vain poikkeustapauksissa konkreettisen toiminnon kohteena oli jonkin kansansairauden riskiryhmä, kuten esimerkiksi diabetesriskin omaavat henkilöt. Laajana ryhmänä väestöä tosin lähestyttiin tiedotuskampanjoilla. RAY-avusteisen toiminnan voimakas suuntautuminen terveydenhuoltohenkilökunnan koulutukseen nostaa esille kysymyksen RAY-avustuksen tarkoituksenmukaisesta käytöstä; RAY-avusteinen koulutus on ollut eräissä tapauksissa maksutonta tai vahvasti subventoitua. Tarkastusvirasto katsoo, että kunnan terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksen rahoitus kuuluu kuntasektorille.

Ennaltaehkäisevien projektien tuloksellisuuden todentaminen ongelmallista

Valtaosa projektien aikaansaannoksista oli erilaisia tuotoksia, kuten koulutustilaisuuksia, viestintäkampanjoita ja aineistojen tuottamista.

Selvitykset ja arvioinnit välittivät pääasiassa tietoa toteutuneista tuotoksista ja toiminnoista, mutta itse halutun muutoksen suunnasta raportoitiin hyvin niukasti. Raportoinnin välityksellä saatiin rajoitusti informaatiota siitä, onko ennaltaehkäisevillä projekteilla ollut tavoitteiden suuntaisia vaikutuksia. Tuloksellisuuden selvittämisen puuttumista selitettiin osin vähäisillä resursseilla. Avustushakemuksiin projektin tuloksellisuuden selvittäminen oli kuitenkin sisällytetty. Tarkastuksen perusteella voidaan todeta, että ennaltaehkäisevissä hankkeissa kansanterveysjärjestön oma kontribuutio on voimakkaimmillaan projektin toiminto- ja tuotos-alueella, mutta vaikutusmahdollisuudet supistuvat, mitä pidemmälle mennään tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden suuntaan. Tällöin kansanterveysjärjestöjen tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat kuntien terveydenhuolto-organisaatiot sekä työterveyshuolto, joiden sitouttamisen onnistuminen on tärkeä projektin vaikuttavuuden edellytys.

Ennaltaehkäisevien hankkeiden tavoiteasettelua olisi tarpeen kehittää siten, että hankkeiden lyhyen tai keskipitkän aikavälin tuloksellisuudesta olisi mahdollista saada informaatiota ja keskittyä tämän aikajänteen tavoiteasetteluun ja seurantaindikaattoreiden kehittämiseen. Tuloksellisuuden todentamiselle on kuitenkin edellytyksiä silloin, kun hankkeessa on selkeät ja realistiset tavoiteasettelut, tavoitteiden saavuttamista kuvaavat indikaattorit sekä suunnitelmallinen seurantainformaation kerääminen.

Taloudellinen näkökulma puuttui lähes kaikista ennaltaehkäisevien hankkeiden arvioinneista ja selvityksistä vain yhdessä hankkeessa on mukana terveystaloustieteellinen arviointi. Kuitenkin useiden hankkeiden hakemuksissa oli esitetty perusteluna tietyn kansansairauden yhteiskunnalle aiheuttama taloudellinen rasitus. Eräiden projektien tulokset jäivät melko vaatimattomiksi, kun tuloksia suhteutetaan projektin saamiin avustuksiin ja alkuperäisiin tavoitteisiin. Raha-automaattiyhdistyksen avustustoiminnassa onkin kiinnitettävä enemmän huomiota vastinetta avustusvaroille - näkökulmaan.

Arviointien ja vuosiselvitysten tuottamaa informaatiota hyödynnettävä systemaattisemmin

Raha-automaattiyhdistyksen taholta on todettu, että projektien toteutus ja seuranta ovat järjestöjen vastuulla eikä sillä resurssiensa puolesta ole mahdollisuuksia analysoida esimerkiksi vuosiselvitys-

ten informaatiota projektien tuloksista. Tässä yhteydessä tuli korostuneesti esille kansanterveysjärjestöjen autonomia suhteessa Raha-automaattiyhdistykseen. Kansanterveysjärjestöt raportoivat vuosiselvityksissä toiminnan tuloksista, mutta tätä informaatiota ei yhdistyksessä systemaattisesti hyödynnetä. Autonomian korostaminen on osaltaan vaikuttanut tuloksellisuusinformaation puutteelliseen käyttöön ja hyödyntämiseen. Samalla tavoin Raha-automaattiyhdistys korostaa autonomista asemaa suhteessa sosiaali- ja terveysministeriön tulosohjaukseen ja -raportointiin, mikä ilmenee käytännössä puutteellisena raportointina toiminnan tuloksista.

Raha-automaattiyhdistys pitää kuitenkin tuloksellisuutta eräänä keskeisenä avustusten myöntämisperusteena. Tarkastusvirasto katsoo, että Raha-automaattiyhdistyksellä tulisi olla koottua tietoa hyvistä ja tuloksellisista projekteista, jota hyödynnetään avustusten suuntaamisessa, avustusvalmistelussa sekä myös järjestöjen ohjauksessa. Tällaisen seurannan kautta voisi muodostua tietopohja ns. hyvistä käytännöistä, joka osaltaan edistäisi myös kansanterveysjärjestöjen projektisuunnittelua. Raha-automaattiyhdistyksen tuleekin panostaa enemmän voimavaroja projektien tuloksellisuuden systemaattiseen seurantaan ja arviointiin.

LÄHTEET

1. Lait, asetukset ja muut normit

Arpajaislaki 1047/2001.

Hallituksen esitys (HE 197/1999 vp) Eduskunnalle arpajaislaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

Hallituksen esitys (HE 75/2001 vp) Eduskunnalle arpajaislaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi annetun hallituksen esityksen (HE 197/1999 vp) täydentämisestä.

Hallituksen esitys (HE 96/2005 vp) Eduskunnalle kansanterveyslain muuttamisesta.

Kansanterveysasetus (802/1992).

Kansanterveyslaki (66/1972).

Laki raha-automaattiavustuksista 1056/2001.

StVL 4/2001 vp - HE 75/2001 vp. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausunto 4/2001 vp. Hallituksen esitys arpajaislaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi annetun hallituksen esityksen (HE 197/1999 vp) täydentämisestä.

Valtioneuvoston asetus Raha-automaattiyhdistyksestä 1069/2001.

Valtioneuvoston asetus eräistä raha-automaattiavustuksiin sovellettavista määräajoista 1070/2001.

2. Muut kirjalliset lähteet

Ahonen Pertti, Rimpelä Arja, Tapaninen Sirpa, af Ursin Klaus, ja Vilmi Sirpa. Dehko – väliarviointi. Dehko-raportti 2003:5. Diabetesliitto.

Arvioiva ajattelu projektitoiminnassa. RAY 2004.

Avustusinfo syyskuu 2004. RAY.

Dehko etenee 2005-2007. Diabetesliitto.

Dehkon 2D-hanke (D2D) valtakunnan tasolla vuonna 2004. Raportti 26.1.2005. Timo Saaristo. Suomen Diabetesliitto.

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000-2010. Diabetesliitto. Tampere 2000.

European Heart Journal (1998)19. Health promotion for coronary heart disease: past, present and future.

Evaluating EU Expenditure programmes. A guide. Ex post and intermediate evaluation. January 1997. European Commission.

Hallituksen kertomus valtiovarain hoidosta ja tilasta vuonna 2003, annettu eduskunnalle vuoden 2004 valtiopäivillä. Helsinki 2004.

Hanketukiopas. Kansalaisjärjestöjen terveyden edistämisen ohjelmatyö. Terveyden edistämisen keskus.

Health Promotion Research Programme 2001-2004 (TERVE). Evaluation Report. Publications of The Academy of Finland 9/05.

Heikkilä Matti, Kautto Mikko, Teperi Juha. Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005.

Heiskanen Tarja, Lyytikäinen Merja, Aaltonen Katriina, Salonen Kristina. Mielenterveyden kulmakivet. Näkökulmia ja käytäntöjä mielenterveyden edistämiseen, ongelmien ja häiriöiden ehkäisyyn. Suomen Mielenterveysseura.

Helsingin Sanomat 11.1.2004. Lihominen vaarantaa terveyden ja talouden.

Helsingin Sanomat 10.11.2005. Voimavaroja myös kansantautien hoitoon.

Hippi Kari. Päihdevalistusprojektisuunnitelmien arviointia (STM:n ja RAY:n vuonna 1999 rahoittamat projektit). Lisensiaatintutkimus. Turun yliopiston/sosiaalipolitiikan laitos. Maaliskuu 2001.

Järjestöt sosiaali- ja terveystalitiikan toimijoina – Kansalaisjärjestötoiminnan strategia. Monisteita 2003:4. STM.

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 2002:3. STM.

Kun viihde kiinnostaa, mutta terveys ei. Promo 38. Terveysten edistämisen keskus.

Koskinen-Ollonqvist Pirjo, Peltö-Huikko Antti, Rouvinen-Wilenius Päivi (toim.). Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Terveysten edistämisen keskus.

Logic Model Development Guide. W.K. Kellogg Foundation. <http://www.wkkf.org/Pubs/Tools/Evaluation/Pub3669.pdf>

Logic models to enhance program performance. Ellen Taylor-Powell, Ph.D. Evaluation Specialist. University of Wisconsin-Extension-Cooperative Extension. <http://www.uwex.edu/ces/pdande/index.html>

Manual Project Cycle Management. European Commission. March 2001. http://europa.eu.int/comm/europeaid/evaluation/methods/PCM_Manual_EN-march2001.pdf

Mielekäs Elämä! – ohjelman loppuraportti. Tuula Immonen, Irma Kiiikkala ja Juha Ahonen (toimi.) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:8.

Miilunpalo, Seppo ja Laitakari Jukka. Normiohjauksen väheneminen, lama ja terveyskasvatuksen järjestämistä koskevat muutokset terveyskeskuksissa. Suomen Lääkärilehti 13/1996.

Mikkola Hennamari (toim.). Suomalaisen terveystaloustieteen bibliografia. Terveystaloustieteen seura ry. Helsinki 2001.

Myllymäki Arvo, Tetri Eija. RAY kansalaispalvelujen rahoittajana. Kunnallisanalan kehittämissäätiön julkaisuja, nro 32.

Narikka, Jouko (toim.). Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö käytännössä. Pieksämäki 2001.

Nutbeam Don. Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. Health Promotion International; 13.1-27-43. Oxford University Press 1998.

Nylander, Ståhle, Nenonen. 2003. Informaatio-ohjauksesta tietoin-
tensiiviseen vuorovaikutukseen. Yhteiskuntapolitiikka 68.

Program Evaluation. Strategies for Assessing How Information Dissemination Contributes to Agency Goals. Report for Congressional Committees. United States General Accounting Office. September 2002.

Projektihallinnan opas. RAY.

RAY-avustusten hakuopas. RAY.

RAY:n avustustoiminnan suuntaviivat ja painoalueet. Avustusstrategia 2002-2007. RAY.

Reunanen Antti. Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi – Arvio toteutuksesta. Suomen Sydänliiton julkaisuja 2003:1.

Rimpelä Matti. Terveiden edistäminen/ehkäisevät palvelut terveyskeskuksissa. Nykytila ja kehittämishaasteet. PM 13.10.2003. Stakes.

Rimpelä, Matti, Ollila Eeva (toim.). Näkökulmia 2000-luvun terveyspolitiikkaan. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja. Stakes. Aiheita 8/2004.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO) 2000–2003. Julkaisuja 1999:16. STM.

Sosiaali- ja terveystietokertomus 2002. STM:n julkaisuja 2002:11.

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:3.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonala vuonna 2003.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:15.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Raha-automaattiyhdistyksen avustustoiminnan tulossopimus vuodeksi 2003.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Raha-automaattiyhdistyksen sopimus avustustoiminnan tulostavoitteista vuosille 2004–2007.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Raha-automaattiyhdistyksen sopimus avustustoiminnan tulostavoitteista vuosille 2005–2008.

Suomen Akatemian Terveiden edistämisen tutkimusohjelma (TERVE). Ohjelmamuistio Helsinki 2000.

Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämissuositukset. Maailman terveysjärjestön (WHO) asiantuntijaryhmän arviointiraportti. STM. Helsinki 2002.

Suomen Reumaliitto ry. Tules-vuosikymmen 2000-2010. Arviointiraportti 2000-2002. Terveiden edistämisen keskus ry/Arviointipalvelu.

Suunnitelma Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi. Projektisuunnitelma 2003-2007. Dehkon 2D-hanke (D2D). Suomen Diabetesliitto. Jyväskylä 2004.

Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2005.

Terveyden edistämisen suunnitelma vuodelle 2005. STM. Helsinki 10.1.2005.

Terveysbarometri 2005. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisu- ja 7/2005.

Terveys, viestintä ja kansalaiset. Terveysviestintäraportti, osa II, tutkimustulokset. <http://www.health.fi>

Terveyden edistäminen/ehkäisevät palvelut terveyskeskuksissa: Nykytila ja Kehittämishaasteet. PM/13.10.2003/Matti Rimpe- lä/Stakes.

Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Julkaisuja 2001:4. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi. STM. Julkaisuja 1997:27.

Torkkola Sinikka. Johdatus terveystieteen –oppimateriaali. Tampereen yliopisto, tiedotusopin laitos.

Torkkola Sinikka. Terveystieteen kaipaava uutta suuntaa. Promo 32. Terveyden edistämisen lehti. Huhtikuu 2/2004.

Torkkola Sinikka. Median uhka ja valistuksen toivo. STT:n artikke- lipalvelu. Huhtikuu 2004.

Tulkintaohjeita. Laki raha-automaattivastuksista (1056/2001). Val- tioneuvoston asetus eräistä raha-automaattivastuksiin sovellettavista määräajoista (1170/2001). RAY.

Valtion talousarviot 2003, 2004 ja 2005.

Valtion tilinpäätöskertomus vuodelta 2004. Osa I ja II. Helsinki 2005.

Virtanen Petri, Karjalainen Kirsi, Mäkinen Anna-Kaisa, Mäkelä Outi ja Ahonen Pertti. Miten sosiaali- ja terveysalan järjestöjen ti-
linterkiovastuu toteutuu? Selvitys järjestöjen saamista RAY:n toimin-
ta-avustuksista. Avustustoiminnan raportteja 7. RAY 2003.

Virtanen Petri ja Tonttila Jarkko. Palvelujärjestelmä toimivaksi.
Seutukunnallisten kehittämishankkeiden ja terveydenhuollon palve-
lujärjestelmän kehittämiskokeilujen arviointi. STM:n selvityksiä
2005:7.

3. Julkaisemattomat lähteet

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Raha-automaattiyhdistyksen so-
pimus avustustoiminnan tulostavoitteista vuosille 2004–2007. Pe-
rusteluosa vuoden 2004 avustuskehikolle. RAY/avustusosasto. PM
11.4.2003.

Sosiaali- ja terveysministeriön arvio Raha-automaattiyhdistyksen
toiminnasta vuonna 2004. Kannanottolausunto 28.4.2005.

Arvioinnin osa-alueet. Laitos: RAY/avustustoiminta. Sosiaali- ja
terveysministeriöstä keväällä 2004 saatu kopio.

4. Haastattelut

Sosiaali- ja terveysministeriö 17.3.2004, 22.4.2004 ja 23.9.2005

Valtiovarainministeriö 18.6.2004

Kansanterveyslaitos 16.3.2004.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 18.3.2004.

Raha-automaattiyhdistys 30.4.2004, 5.10.2004, 18.10.2004,
5.11.2004 ja 3.10.2005.

Suomen Diabetesliitto 14.6.2004.

Suomen Sydänliitto 11.6.2004 ja 22.4.2005.

Suomen Reumaliitto 23.9.2004 ja 4.5.2005

Suomen Mielenterveysseura 19.8.2004 ja 28.4.2005.

Suomen Syöpäyhdistys 16.6.2004.

LIITTEET

Liite 1: Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi

Projekti	Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi. Ensimmäisessä avustushakemuksessa vuonna 1997 projektin nimi oli Ohjelma valtakunnallisten sepelvaltimotaudin ehkäisysopimusten toteuttamiseksi. (C23)
Toteuttaja	Suomen Sydänliitto ry.
RAY-avustus	1 546 400 euroa (1998-2003)
Projektin tavoitteet ja päämäärät sekä perustelut	Toimenpideohjelman tavoitteena on edistää sydämen terveyttä tukevien olosuhteiden luomista ja terveellisten vaihtoehtojen valitsemista sekä parantaa yhteisöjen ja yksilöiden mahdollisuutta vaikuttaa sydän- ja verisuoniterveyden lisääntymiseen. Toimenpideohjelman tavoitteena on sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden puolittaminen nykyisestä (1998).
Projektin toteuttamistapa	Ohjelman osa-alueet ovat tiedotus, koko väestöön kohdennettu terveyden edistämistoiminta, erityisryhmiin suunnattu terveystieteiden kasvatus, yhteistyö terveydenhuollon, koulujen, joukkoruokailun, elintarviketuotannon ja -teollisuuden kanssa sekä koulutus. Ohjelma toteutetaan neljässä vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa tuotetaan konsensuspaneelin ja -kokouksen yhteistyönä esitys toimenpideohjelmaksi (1997). Toisessa vaiheessa julkistetaan lopullinen esitys toimenpideohjelmaksi, järjestetään koulutusta sekä luodaan ja vahvistetaan yhteyksiä kaikkien niiden tahojen kanssa, joiden on mahdollista edistää ja tukea sydän- ja verisuoniterveyttä. Kolmannen vaiheeseen sisältyy koko väestöön suunnattu tiedotuskampanja sekä kampanjat sydänystävällisistä elintarvikkeista ja ruokapaikoista. Neljännessä vaiheessa arvioidaan jatkotoimenpiteiden tarvetta ja erityisryhmiin (lapset, nuoret, ikääntyneet, syrjäytyneet) kohdennettujen terveystieteiden kasvatusohjelmien toteuttamista.

Projektin kohde-ryhmät	Koko väestö
Projektin sidosryhmät ja yhteistyötahot	Projektiselosteen liitteessä on mainittu lukuisia yhteistyötahoja, joita ovat mm. sosiaali- ja terveysministeriö, Helsingin kaupunki, Tehy, SAK, Suomen Kuntaliitto, henkilöstöruokailua tarjoavat yritykset, UKK-instituutti, Diabetesliitto, Suomen Kuntourheiluliitto, Reumaliitto, Keuhkovammaliitto, Suomen Syöpäyhdistys, Terveiden edistämisen keskus, sydänpiirit ja -yhdistykset sekä lääninhallitukset.
Projektin pääasialliset tuotokset	Ohjelman käytännön toteuttamisen käynnistysvaiheen (3-5 vuotta) aikana tuotetaan varsinaisen toimenpideohjelma-julkaisujen lisäksi sen eri aihealueisiin liittyvää lisämateriaalia. Kehitetään ja tarvittaessa toteutetaan kokonaan uutta sydänterveyden edistämiseen liittyvää koulutusta. Samoin kehitetään eri alojen yhteistyötä kokemuksen saamiseksi laajaan yhteistyöhön perustuvan toiminnan toteuttamisesta niin paikallisella kuin valtakunnallisella tasolla. Toteutetaan laaja väestötason tiedotuskampanja. Varmistetaan toimenpideohjelman suositusten käytännön toteuttaminen seuraavien kymmenen vuoden aikana.
Projektin etene- misen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi	Hankkeen 18.6.1998 päivätyssä arviointisuunnitelmassa todetaan, että arvioinnin tarkoituksena on täyttää RAY:n erityisehto, antaa tietoa jo prosessin aikana siihen sisältyvien toimintojen kehittämiseksi ja toimenpiteiden oikein suuntaamiseksi sekä saada sovellettavaa kokemusta muiden vastaavien prosessien arvioimiseksi. Arvioinnin toteuttamiseksi perustettiin syksyllä 1998 professori Aulikki Nissisen johtama arviointiryhmä. Ryhmä on raportoinut projektin toteutuksesta. Toimenpideohjelman johtoryhmä kutsui keväällä 2002 professori Antti Reunan tekemään uuden arvion, johon sisällytettiin alustavia näkemyksiä ohjelman suositusten toteuttamisesta. Lisäksi tuli antaa suosituksia ohjelman jatkokehittämisestä. Tämä arvio on julkaistu Suomen Sydänliiton julkaisusarjassa 2003:1.

Liite 2: Naisen sydämen terveys

Projekti	Naisen sydänsairauden tunnistaminen ja hoitoonohjaus (C 40)
Toteuttaja	Suomen Sydänliitto ry.
RAY-avustus	231 000 euroa (vuosina 2002-2004)
Projektin tavoitteet ja päämäärät sekä perustelut	Lisätä naisten tietoisuutta mahdollisuudesta sairastua sepelvaltimotautiin sekä vaaratekijöistä, oireiden varhaisesta tunnistamisesta ja nopeasta hoitoon hakeutumisesta (pääkohderyhmänä suuret ikäluokat). Parantaa terveydenhuollon ammattihenkilökunnan tietämystä naisen sepelvaltimotaudin erilaisuudesta, oireiden tunnistamisesta, diagnosoinnista, hoidosta ja kuntoutuksesta. Kiinnittää ammattihenkilökunnan huomiota hoidon ja kuntoutuksen sekä lääkkeiden määräämisen ja käytön ominaispiirteisiin ja eroihin eri sukupuolilla. Suuret ikäluokat ovat tulossa sydän- ja verisuonisairauksien sairastuvuusikäen ja naisten osuus sairastuneista kasvaa. Naisen sydän- ja verisuonitauti on oireiltaan usein epätyypillinen, joten naisten sairausriskejä ja oireita ei tunnisteta ajoissa. Hoito viivästyy, komplikaatioita on enemmän ja kuntoutumisessa on ongelmia. Tietoa näistä on lisättävä.
Projektin toteuttamistapa	Kohderyhmäikäisille naisille suunnattu tiedotusprojekti ja ammattihenkilökunnan koulutusprojekti. Ohjelma toteutetaan rinnakkain valtakunnallisena ja sydänpiirialueittain niin, että piirien paikallistuntemusta voidaan hyödyntää verkottumisessa, tiedottamisessa ja ammattihenkilökunnan kouluttamisessa. Ohjelmassa käytetään osittain aiemmista Sydänliiton ohjelmista saatua terveystieteiden ja riskinarvioinnin tietoja.
Projektin kohde-ryhmät	Keski-ikäiset ja sitä vanhemmat naiset, erityisesti ns. suuriin ikäluokkiin kuuluvat sekä terveydenhuoltohenkilöstö.
Projektin sidosryhmät ja yhteistyötahot	Naisvaltaisten alojen ammattijärjestöt, muut naisjärjestöt, kansalais- ja työväenopistot, naisvaltaisten alojen täydennys- ja aikuiskoulutuskeskukset. Terveystieteiden ja hoitajaliitto, Sairaanhoidajaliitto, Ensihoidoyhdistys, Kardiologinen Seura, Kunnallislääkärit ja Sydänpiirit.
Projektin pääasialliset tuotokset	Kootaan naisten sepelvaltimotautia koskeva kirjallisuuskatsaus. Selvitetään eri toimijatahojen näke-

	<p>mykset ja muodostetaan niistä yhtenäinen ohjelmalinja. Valmistetaan tiedotusaineisto, jota välitetään terveydenhuollon, apteekkien, naisverkostojen, järjestöjen, aikuiskoulutuskeskusten, työväen- ja kansalaisopistojen, tiedotusvälineiden kautta sekä erilaisilla messuilla ja naisten tapahtumissa. Naisten omatoimista riskin arviointia ja oireiden tarkkailua varten tehdään myös internetiin sopivaa aineistoa. Suunnitellaan ja järjestetään teematapahtumia ja yleisöluentoja yhteistyössä yhteiskunnan eri aloilla toimivien keskeisten naisverkostojen ja naisvaltaisten alojen ammattijärjestöjen kanssa, joilla puolestaan on heijastusvaikutuksia ympäristöönsä. Järjestetään koulutusmateriaalia ja – tilaisuuksia yhteistyössä lääketieteellisten yhdistysten kanssa.</p>
<p>Projektin etenemisen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi</p>	<p>Prosessiarviointi säännöllisissä ohjausryhmän kokouksissa ja ohjelman toteutumisen vertaaminen kirjattuun ohjelmalinjaan. Arvioinnin osoittimina huomioidaan tuotettavan aineiston levinneisyys ja käyttö, toimijaverkoston koko ja järjestetyt tilaisuudet sekä koulutusilaisuuksien määrät. Arviointiin liitetään ulkopuolinen tiedotusseuranta sekä hoitokäytännön tai henkilökunnan tietotason muutoksia otoksina selvittäviä pienimuotoisempia arviointitutkimuksia.</p>

Liite 3: Pieni Päätös Päivässä

Projekti	Pieni Päätös Päivässä: Sydänterveyden edistämiseen sekä aikuistyyppin diabeteksen ehkäisemiseen (C 15)
Toteuttaja	Suomen Diabetesliitto ry ja Suomen Sydänliitto ry
RAY-avustus	650 000 euroa (vuosina 2001–2003)
Projektin päämäärät, tavoitteet sekä perustelut	Päämääränä on yksilön ja yhteiskunnan hyvinvoinnin lisääminen sydän- ja verisuonisairastavuutta ja aikuistyyppin diabeteksen esiintymistä vähentämällä. Väestötasolla tämä tarkoittaa tunnettujen vaaratekijöiden ehkäisyä ja/tai tason alentamista. Projektin tavoitteena on luoda ja levittää vertaisryhmätoimintamalli, joka tukee yksilön elämäntapamuutosta sekä kehittää ja tuottaa materiaalia ja koulutusta terveydenhuollon ammattihenkilöstön elämäntapaneuvonnan ja laihdutusryhmien tueksi. Tavoitteena on myös lisätä väestön tietämystä sydän- ja verisuonisairauksien ja aikuistyyppin diabeteksen vaaratekijöistä sekä niiden ehkäisymahdollisuuksista. Projektia perusteltiin sillä, että sydän- ja verisuonisairaudet kuormittavat edelleen tuntuvasti terveydenhuoltoa. Tilanne pahenee tyyppin 2 diabeteksen epidemialuonteisen yleistymisen myötä, sillä tautiin liittyy sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöiden kasauma. Sydän- ja verisuonisairaudet sekä tyyppin 2 diabetes ovat ehkäistävissä elintavoin. Projekti tukee terveydenhuollon tavoitteita suurten kansansairauksien ehkäisyssä sekä pyrkimyksiä kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja.
Projektin toteuttamistapa	Projektissa on kolme toisiaan tukevaa kokonaisuutta. Vertaisryhmätoiminnan kehittämisen avulla luodaan valtakunnallisesti vakiintuva toimintamalli. Aluksi tuotetaan ryhmätoiminnassa tarvittavaa aineistoa, suunnitellaan ohjaajakoulutus sekä käynnistetään paikallisten vastuuhenkilöiden rekrytointi ja koulutus. Näitä seuraavat ryhmäohjaajien koulutustilaisuudet, joiden osanottajat käynnistävät paikalliset vertaisryhmät. Toinen kokonaisuus liittyy elämäntapaneuvontaan ja laihdutusryhmätoimintaan. Tässä osiossa tuotetaan materiaalia ja koulutusta sekä kehitetään toimintamalleja, joilla terveydenhuollon ammattihenkilöstö voi toteuttaa toimi-

	<p>vaa laihdutusryhmätoimintaa. Koulutus ja toimintamalli oppimateriaaleineen arvioidaan käytännön toiminnassa. Projektissa toteutetaan 2001 täsmäviestintäkampanja, joka suuntautuu tyyppin 2 diabeteksen korkean riskin yksilöihin. Diabetesyhdistyksissä tehdään hakevaa toimintaa diagnosoimattomien tyyppin 2 diabeetikoiden saamiseksi hoidon piiriin. 2002 toteutetaan laaja tiedotuskampanja, joka suuntautuu toisaalta terveydenhuoltoon, toisaalta koko väestöön. Internetiin luodaan sekä terveydenhuollon henkilöstölle että yksityishenkilöille sopiva verkkopalvelukokonaisuus.</p>
Projektin kohde-ryhmät	<p>Aikuisväestö, jolla on sydän- ja verisuonisairauksien ja tyyppin 2 diabeteksen vaaratekijöitä sekä alakohderyhmänä diagnosoimattomat aikuistyyppin diabeetikot (vertaisryhmätoiminta, hakeva toiminta). Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon henkilöstö sekä diabetes- ja sydänyhdistykset (elämäntapaohjaus ja laihdutusryhmätoiminta). Kohteena on myös koko väestö, jolloin viestinnän keinoin pyritään vaikuttamaan vaaratekijöihin ja rohkaisemaan väestöä omaan vastuunottoon.</p>
Projektin sidosryhmät ja yhteistyötahot	<p>Avaintoimijoita projektissa ovat Diabetesliiton ja Sydänliiton omat järjestöorganisaatiot. Sidosryhmiä ja yhteistyötahoja ovat mm. kunnallinen ja yksityinen terveydenhuolto, työterveyshuolto, kunnan liikuntatoimi, UKK-instituutti, Suomen Lihavuus-tutkijat, Suomen Laihdutusohjaajat sekä liikuntajärjestöt.</p>
Projektin pääasialliset tuotokset	<p>Vuonna 2001 tuotetaan vertaisryhmätoiminnan perusmalli aineistoinen sekä laihdutusryhmätoiminnan aineisto ja koulutusmalli. Samoin valmistetaan tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyä ja varhaista diagnosointia tukevat aineistot, tiedotuskampanjan materiaalit sekä verkkopalvelun ensimmäinen kokonaisuus. Vuonna 2002 järjestetään vertaisryhmien ohjaajakoulutustilaisuuksia ja varsinainen vertaisryhmätoiminta useilla eri paikkakunnilla. Järjestetään elämäntapaneuvontaa ja laihdutusryhmätoimintaa koskevaa koulutusta sekä koko väestölle suunnattava tiedotus. Vuonna 2003 on vertaisryhmätoiminta laajentunut suureen osaan maata. Terveydenhuollon koulutusta järjestetään tarpeen mukaan ja terveydenhuollon laihdutusryhmät ovat</p>

	toiminnassa. Verkkopalvelun kolmas vaihe on saatu päätökseen.
Projektin etenemisen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi	<p>Vertaisryhmäohjaajista laaditaan rekisteri ja ryhmien toimintaa seurataan ja arvioidaan kyselyin. Ryhmiin osallistuvien henkilöiden vaaratekijöiden tason muutoksia seurataan.</p> <p>Terveystieteiden laitoksen laihdutusohjelmaa arvioidaan osallistujapalautteen kautta ja koulutettuihin kootaan rekisteri, jonka avulla voidaan seurata laihdutusryhmien perustamista, toimintaa ja ryhmätoiminnan tuloksellisuutta.</p> <p>Viestinnän onnistumista seurataan saadun mediajulkisuuden kautta sekä kohderyhmiltä kerättävän palautteen kautta. Verkkopalvelun käyttöä seurataan ja analysoidaan.</p> <p>Järjestöjen omaa toimintaa prosessiarvioidaan systemaattisesti. Toiminnan yksilötason vaikuttavuutta voidaan arvioida varsinaisesti vasta muutamien vuosien kuluttua (esim. Kansanterveyslaitoksen aikuisväestön terveystietäytymistutkimus). Koko projektista tilataan ulkopuolinen kokonaisarviointi.</p>

Liite 4: Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma, Dehko

Projekti	Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma, Dehko 2000-2010 (C 13, siirtynyt vuonna 2004 kohdennetuksi toiminta-avustukseksi, projektin koodi vuonna 2005 on AK 8)
Toteuttaja	Suomen Diabetesliitto ry
RAY-avustus	C 13 -kohteena myönnetty vuosina 2002–2003 yht. 550 000 euroa. AK 8-kohteena myönnetty vuosina 2004–2005 yht. 705 000 euroa.
Projektin päämäärät, tavoitteet sekä perustelut	Dehkon (2000-2010) päämääränä on diabeteksen hoidon tason parantaminen sekä diabetekseen liittyvien lisäsairauksien ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisy. Projektin onnistunut toteuttaminen parantaa diabeetikoiden elämänlaatua ja säästää terveydenhuollon kuluja. Perusteluna esitettiin myös, että diabeteksen hoito-organisaatio on vanhentunut, mm. perusterveydenhuollossa on väestövastuun myötä ilmennyt ongelmia. Tavoitteena on laatia uusi toimenpideohjelma, jossa kehitetään uusia toimintamalleja ja jolla vaikutetaan terveydenhuollon toimintaan ja edelleen hoitotuloksiin. Diabeetikoiden oma rooli omahoidossa on avainkysymys. Tavoitteena on kehittää diabetesyhdistysten toimintaa terveydenhuollon tueksi. Tavoitteena on laatia valtakunnallinen seurantajärjestelmä hoitotulosten ja hoidon laadun seuraamiseksi. Tyypin 2 diabeteksen ja sen komplikaatioiden voimakasa lisääntyminen tulee olemaan terveydenhuollon suurimpia ongelmia. Tavoitteena on ehkäistä sairauden puhkeaminen tehokkaalla valistuksella.
Projektin toteuttamistapa	Ohjelma etenee kolmessa vaiheessa siten, että ensimmäinen vaihe keskittyi toimenpideohjelman valmisteluun ja hyväksymiseen konsensuskokouksessa 19.1.2000 ja toiseen vaiheeseen toimenpideohjelman tiedotus, markkinointi ja koulutus. Tässä vaiheessa käynnistetään myös diabeetikkojen hoitoa ja hoitotasapainoa koskevan lähtötilanteen kartoitus sekä selvitetään mahdollisuudet diabeteksen hoidon valtakunnallisen seurantajärjestelmän luomiseen. Kolmannessa vaiheessa aloitetaan tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma ja esitetään jatkotoimenpiteet Dehkon toimenpideohjelman eteenpäin viemiseen.

Projektin kohde-ryhmät	Kunnat ja kunnallisen terveydenhuollon päättäjät, diabeetikoita hoitava terveydenhuoltohenkilöstö, väestövastuu- ja työterveyslääkärit, työterveyshoitajat, työkäinen väestö, diabetesyhdistysten hallitukset, toimintaryhmät ja liiton jäsenistö.
Projektin sidosryhmät ja yhteistyötahot	Kansanterveyden neuvottelukunnan sydän- ja diabetessaosto, Sydänliitto, Suomen Jalkojenhoitajien ja Jalkaterapeuttien liitto, Ravitsemusterapeuttien yhdistys, Duodecim-seura, hoitoväline- ja lääketeollisuus sekä tietoteknologiayritykset.
Projektin pääasialliset tuotokset	Toimenpideohjelma diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi – konsensus-julkaisu, diabeteksen hoitotulosten ja hoidon laadun seurantajärjestelmä, malli diabeettisten jalkakomplikaatioiden ehkäisystä ja hoidosta, Diabetes-lehden erikoisnumerot vastasairastuneille, raportit diabetesyhdistysten ja terveyskeskusten yhteistyön kehittymisestä, tyypin 2 diabeteksen ehkäisykampanjan materiaali jatkuvaan käyttöön, raportti suomalaisten diabeetikoiden hoitotasapainon poikkileikkaustutkimuksesta ja raportti koko Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämishjelmasta 1998–2001.
Projektin etenemisen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi	Ohjelman lähtötilannetta koskeva tutkimustieto koostaa arvioinnin pohjaksi. Ohjelman jakautuessa kolmeen vaiheeseen suoritetaan kunkin vaiheen toiminnasta ja tuloksista itsearviointi. Suoritetaan hoitojärjestelyjä koskevien selvitysten vertailu. Tehdään kysely ohjelman vaikutuksista diabeetikoita hoitavalle terveydenhuoltohenkilöstölle. Järjestetään vuotuiset yhteistyökokoukset sairaanhoitopiirien diabetestyöryhmien kanssa. Uusitaan suomalaisten diabeetikoiden hoitotasapainoa koskeva poikkileikkaustutkimus. Suoritetaan kansainvälinen vertailu yleiseurooppalaisen St. Vincentin ohjelman työryhmissä. Dehko toimenpideohjelman toteutus ja tulokset arvioidaan kunkin vaiheen päättyessä. Ensimmäisen osuuden lopussa tehdään toteutuksen kokonaisarviointi ja 8-10 vuotta myöhemmin arvioidaan ohjelman vaikuttavuus lähtötilanteeseen verrattuna. Arviointi toteutetaan osittain itse ja osittain ulkopuolisena arviointina. Hanketta varten on laadittu yksityiskohtainen arviointisuunnitelma.

Liite 5: Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteutettavuuden ja toimintamallin kehittäminen

Projekti	Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteutettavuuden ja toimintamallin kehittäminen (C 17) 2003-2007
Toteuttaja	Suomen Diabetesliitto ry
RAY-avustus	Myönnetty 830 000 euroa vuodesta 2003
Projektin päämäärät, tavoitteet sekä perustelut	Projektin tavoitteena on testata Dehko-ohjelmaan liittyvän tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteutettavuutta ja vaikuttavuutta käytännössä sekä luoda toimintamalleja, joiden avulla tyypin 2 diabeteksen ja siihen väistämättä liittyvien sydän- ja verisuonisairauksien ja muiden lisäsairauksien ehkäisyä tulee perusterveydenhuollossa terveyskeskusten ja työterveydenhuollon pysyvää toimintaa. Viiden sairaanhoitopiirin alueella toteutettavan Dehkon 2D-hankkeen avulla on tarkoitus jalkauttaa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma koko maahan. Ehkäisyn tavoitteena on pysäyttää tyypin 2 diabeteksen voimakas kasvu, joka on suurimpia yksilöä ja yhteiskuntaa uhkaavia terveysvaaroja. Hankealueilla asuu 1,5 miljoonaa ihmistä.
Projektin toteuttamistapa	Projekti keskittyy seuraaviin tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmassa kuvattuihin strategioihin: korkean riskin strategiaan eli niihin henkilöihin, joilla tyypin 2 diabeteksen riski on korkea sekä varhaisen diagnoosin ja hoidon strategiaan. Myös ehkäisyohjelman väestöstrategiaa eli koko väestölle suunnattavia toimia ryhdytään toteuttamaan toimeenpanohankkeen alueella käytettävissä olevin voimavaroin. Projektin aikataulusuunnitelman mukaan vuoden 2003 loppuun mennessä on hoitopaikoissa arvioitu 5000 ihmisen diabetesriski ja heistä 2000 on ohjattu interventioon. Vuonna 2004 tavoitteena on ollut arvioida 30 000 ihmisen diabetesriski ja heistä 15 000 on ohjattu interventioon. Vuonna 2005 on projektin alusta lähtien arvioitu 50 000 ihmisen diabetesriski ja 25 000 on ohjattu interventioon. Projektin loppuun mennessä on tavoitteena seuloa 100 000 ihmisen diabetesriski ja ohjata 50 000 interventioon.

Projektin kohde-ryhmät	Suuren diabetesriskin omaavat henkilöt ja tyypin 2 diabetesta tietämättään sairastavat henkilöt. Suuren diabetesriskin henkilöihin kuuluvat ne, joilla on metabolinen oireyhtymä vaaratekijäkasautumiseen, jotka saavat riskitestissä 15 pistettä tai enemmän, jotka ovat sairastaneet raskausdiabeteksen sekä ne, joilla on jo todettu diabeteksen esiaste.
Projektin sidosryhmät ja yhteistyötahot	Toimeenpanohanke toteutetaan laajana yhteistyöhankkeena, jossa päätoimijoina ovat viisi sairaanhoitopiiriä, terveyskeskukset ja työterveydenhuolto sekä Diabetesliitto ja Sydänliitto jäsenjärjestöineen. Sidosryhmiin kuuluu lisäksi muita kansanterveys-, liikunta- ja sosiaalijärjestöjä paikallisyhdistyksiin, terveydenhuollon ammattijärjestöjä, tutkimuslaitoksia ja viranomaisia.
Projektin pääasialliset tuotokset	Projektin kolmen ensimmäisen vuoden aikana luodaan perusterveydenhuoltoon ja työterveydenhuoltoon toimintamalleja tyypin 2 diabetekseen sekä siihen läheisesti liittyvien sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöiden vallitsevuuden vähentämiseksi. Toimintamallit julkaistaan raportteina kaikkien sairaanhoitopiirien käyttöön. Toimeenpanohankkeen etenemisestä ja vuotuisista tuloksista raportoidaan koko terveydenhuollon sidosryhmien, yhteistyökumppanien ja terveydenhuollon päättäjien käyttöön. Koulutusmateriaalia henkilökunnalle ja sekä elämäntapaohjaukseen liittyvää materiaalia kehitetään toimeenpanohankkeen kokemusten pohjalta. Projektin vaikuttavuutta selvittävistä tuloksista syntyy raportteja kuntien ja terveydenhuollon päättäjien käyttöön.
Projektin etenemisen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi	FINRISKI-väestötutkimusten perusteella kehitetyn riskitestin avulla voidaan tavoittaa arviolta 20-25 % henkilöistä, joilla on erityisen korkea alttius sairastua tyypin 2 diabetekseen. Vuoden 2005 loppuun mennessä on tavoitteena seuloa 50 000 henkilöä ja ohjata henkilöitä erilaisiin interventiomuotoihin. Projektissa tullaan arvioimaan ehkäisyn ja mallin toteutettavuutta, kustannuksia ja vaikutuksia tätä varten käyttöön otettavia mittareita käyttäen. Toimintamallien jalkautumista koko perusterveydenhuoltoon ja työterveydenhuoltoon tullaan mittaamaan eri arviointimenetelmien avulla.

Liite 6: Mielen terveyden kulmakivet

Projekti	Mielen terveyden kulmakivet (C 53)
Toteuttaja	Suomen Mielen terveysseura ry.
RAY-avustus	470 738 euroa (2000-2002)
Projektin päämäärät, tavoitteet sekä perustelut	<p>Vuonna 1999 jätetyssä hakemuksessa on projektin tavoitteeksi mainittu mielen terveyden tilanteen yleinen selvittäminen. Suomessa on tähän mennessä tehty erilaisia selvityksiä mielen terveyden tilanteesta. Niissä ei kuitenkaan ole missään kokonais selvitystä eikä analysoitua toimintaohjelmia. Tavoitteena on yhtenäisen, yhdenvertaisen ja saumattoman, portaittaisen hoidon ja seurannan takaavan hoitomallin luominen Suomeen. Hyviä hoitokäytäntöjä on jo olemassa, mutta niitä ei ole evaluoitu kokonaisohjelmaksi. Toisena tavoitteena on mielen terveyden hoidon tehostaminen konkreettisia parannusehdotuksia toteuttamalla. Analyysin pohjalta pyritään löytämään selkeä toimenpiteiden ohjelma. Pyritään eri yhteistyötahojen tehostettuun toiminnan koordinointiin. Mielen terveyden kehittämistä tapahtuu sairaanhoitopiireissä, mutta keskinäinen yhteistyö on vasta hakemassa muotojaan.</p> <p>Vuonna 2000 jätetyssä hakemuksessa projektin päämäärä ja tavoitteet olivat muuttuneet seuraavasti: Monien mielen terveyden tilanne- ja mielen terveyspalveluselvitysten pohjalta on käynyt ilmi selvä tarve mielen terveyden painoarvon lisäämiseen yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja julkisuuden kautta mielen terveyskäsitteeseen vaikuttamiseen. On tarve kansalaisnäkökulman vahvistamiseen kuntiin laadittavissa mielen terveysohjelmissa. Näihin tavoitteisiin pyritään seuraavasti: Yhtenäisen, saumattoman, hyvän mielen terveyden ketjun luominen ja testaaminen kuntatasolla yhteistyössä konsulttikuntien kanssa (Hämeenlinna, Inari, Salo, Ylistaro). Ketju toimii perustana kuntien mielen terveyspoliittisille ohjelmille. Paikallisesti toteutetaan kohderyhmittäisiä mielen terveyttä edistäviä ja kansalaisten sekä kuntatason omaa aktiivisuutta lisääviä kokeiluja (7 pilottimielen terveysseuraa). Mielen terveyden verkkopohjaisen tieto-taitokeskuksen rakentaminen seuran kotisivujen yhteyteen. Mielen terveyden konsensuskokouksen järjestäminen 2002.</p>

Projektin toteut- tamistapa	Hanke muodostuu kuudesta osa-alueesta, joita ovat tiedonkeruu, koulutuskartoitus, mielenterveyspoliittisen ohjelman laatiminen pilottikunnille, konsensuskokous, mielenterveyspoliittinen konsensuslausuma ja Internet-palvelukartan laatiminen.
Projektin kohde- ryhmät	Neljä konsulttikuntaa, kunnan työntekijät poikkialinnollisesti, muut kuntatason toimijat ja kuntalaiset. Seitsemän pilottimielenterveysseuraa, paikalliset yhteistyötahot ja alueen väestö. Lisäksi mainitaan media, sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijat sekä potilas- ja omaisryhmät.
Projektin sidos- ryhmät ja yhteis- työtahot	Eduskunta, ministeriöt, kunnat, Kuntaliitto, lääninhallitukset, sairaanhoitopiirit, terveyskeskukset, tutkijat, yliopistot, Stakes, KTL ja Mielekäs elämä-projekti.
Projektin pääasi- alliset tuotokset	Hyvän mielenterveyden ketjut eli toimintamalli kuntalaisten mielenterveyden hoitamisesta kuntatasolla. Tähän sisältyy kansalaisten oma mielenterveyden tietotaito ja vaikuttaminen, mielenterveyden edistäminen, ongelmien ehkäisy sekä laadukkaat palvelut. Lisäksi tuotoksina mainitaan mielenterveyspoliittisen ohjelman laatiminen konsulttikuntiin, mielenterveyden verkkopohjainen tietotaitokeskus, valtakunnallinen mielenterveyden konsensuskokous, aineistoja ja kansalaisjournalismikokeilu.
Projektin etene- misen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi	Etenemistä seurataan työryhmien palautteilla, kuntatason työpajojen kautta, kuntatason mielenterveyden konsensuskokouksilla, väliraportoinnilla sekä media-analyysillä julkisesta mielenterveyskeskustelusta. Projektille on laadittu oma arviointisuunnitelma, jossa arvioidaan toteutuneita tavoitteita suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Lisäksi arvioidaan projektin toteutumista prosessina. Projektin vaikuttavuutta arvioidaan sekä määrällisesti että laadullisesti.

Liite 7: Kansainvälisen Tules-vuosikymmenen käynnistäminen Suomessa

Projekti	Kansainvälisen Tules-vuosikymmenen käynnistäminen Suomessa (C 31)
Toteuttaja	Suomen Reumaliitto ry
RAY-avustus	1 228 000 euroa vuodesta 2000 alkaen
Projektin päämäärät, tavoitteet sekä perustelut	<p>Hankkeen tavoitteet on johdettu kansainvälisen Tules-vuosikymmenen tavoitteista. Ensimmäisen vuoden käynnistystavoitteena on kansallisen verkoston luominen Tules-vuosikymmenelle niin, että se pohjaa laaja-alaiseen tutkimustyöhön, moniammatillisuuteen ja kansalaistoimintaan. Tavoitteena on julkistaa vuosikymmen niin, että kansalaiset tietävät toiminnan käynnistyvän ja virittyvät ajattelemaan tuki- ja liikuntaelinten kunnon merkitystä. Tules-tutkimuksen ja alan tuoreinta tietoa tuodaan esille herättäen keskustelua kansallisen tutkimuksen nykytilasta. Vuosikymmenen ensimmäinen jakso käynnistetään niin, että yksittäiset ihmiset saavat tietoa terveysvalintojensa perustaksi ja kokevat hyötyvänsä siitä. Tavoitteena on edellytysten luominen yhteisen teeman läpiviemiseksi. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat merkittävä kansansairausryhmä. Torjuntatyötä on toteutettu vain osittain. Laaja kansainvälinen vuosikymmen antaa perusteet hankkeelle.</p>
Projektin toteuttamistapa	<p>Hanke etenee tietoisuuden lisäämisestä koulutus- ja muihin interventioihin. Painoalueena projektin alussa ovat lapset ja nuoret. Hankkeen ohjausryhmänä on Tules-liiga. Yhdistysten nimeämät tulesringit koordinoivat paikallisia toimintoja. Terveyskeskusten ja muiden vastaavien yksiköiden toivotaan nimeävän vuosikymmenen yhdyshenkilöt. Luodaan projektille kansallinen verkosto. Toteutetaan Tules-päivät ja käynnistetään läänikohtaiset sidosryhmäseminaarit.</p>
Projektin kohderyhvät	<p>Suuri yleisö, tuki- ja liikuntaelinsairauksia potevat, yläasteikäiset oppilaat ja lasten vanhemmat, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, tutkijat ja päättäjät.</p>
Projektin sidosryhmät ja yhteistyötahot	<p>Tules-liigan jäsenyhteisöt, eduskunnan tulesryhmä, Työterveyslaitos, Kansanterveyslaitos, opetus- ja terveysviranomaiset valtakunnallisella ja</p>

	paikallisella tasolla.
Projektin pääasialliset tuotokset	Tules-vuosikymmen toteutetaan neljässä jaksossa: I jakso 2000-2003, II jakso 2004-2006, III jakso 2007-2009, IV jakso 2010. Kolmesta jaksosta tuotetaan väliraportti ja viimeisenä vuotena tehdään loppuraportti. Aineistoja tuotetaan painetussa, sähköisessä ja verkkomuodossa. Viestiä välitetään yhteiskunnallisen mainonnan keinoin. Kampanja-aineistoksi tuotetaan mm. yleisesite, aihekohtaisia esitteitä, tv-tietoisku ja julisteita.
Projektin etenemisen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi	Ulkopuolinen arvioijataho seuraa hankkeen toteutusta ja arvioi tulokset. Lisäksi arviointia suoritetaan yhdellä Gallup-kyselyllä, etukäteen sovituin asiantuntijahaastatteluin sekä vastuuhenkilöiden raporttien avulla. Samoin seurataan tiettyjä tunnuslukuja. Tuotetaan väli- ja loppuraportit.

Liite 8: Syöpäseulontojen vaikuttavuuden arviointi

Projekti /toiminto	Syöpäseulontojen vaikuttavuuden arviointi (AK 5)
Toteuttaja	Suomen Syöpäyhdistys ry.
RAY-avustus	Kohdennettu toiminta-avustus (vuodesta 1999), keskimäärin 155 000 euroa vuodessa.
Projektin/ toiminnon päämäärät, tavoitteet sekä perustelut	Löytää syyt ja aikaansaada korjaus siihen, että kohdun kaulaosan syöpä on nyt (v. 1999) oltuaan 30 vuotta vähenemässä, kääntynyt nousuun. Koska ao. potilaista paranee vain 60 %, saattaa tämän ehkäisyyn pettäminen johtaa vuosittain kymmeniin kuolemiin. Kohdun kaulaosan syöpää ehkäisevän seulonnan peittävyys tulee saada mahdollisimman suureksi ja seulontatestien luotettavuus laadullisesti varmaksi. Suurin osa Suomessa saadusta kohdunkaulansyövän ilmaantuvuudesta johtuu joukkotarkastusjärjestelmästämmme. Korjaamalla puutteet seulontojen peittävydessä erityisesti nuorissa kohdeikäryhmissä voidaan vaikuttaa ao. syövän ilmaantuvuuden vähenemiseen.
Toimintoa koskevat tulostavoitteet	Seulontojen tilastointi saatetaan kaikkien kuntien osalta valtakunnallisesti peittäväksi ja laaditaan joukkotarkastusjärjestelmämmme vaikuttavuuden arvioimisesta ja laadunvalvonnasta 2-3 tieteellistä suomenkielistä julkaisua. Viiden vuoden aikajännteellä tavoitteena on nostaa kohdunkaulansyövän seulonnan osallistumisprosentti nykyisestä (1999) 71 prosentista 80 prosenttiin. Samoin tavoitteena on saattaa kaikki kansanterveysasetuksen edellyttämät ikäryhmät seulontakutsujen piiriin. Vuonna 2000 peittävyyttä pyritään parantamaan vastaavasti muutamalla prosenttiyksiköllä.
Toimintoa koskevien tavoitteiden seuranta	Tavoitteiden saavuttamista seurataan seulontojen vuositilastoilla sekä muulla pikaisesti tarvittavalla tiedolla, joka johtaa seulonnassa havaittujen puutteiden ja ongelmien korjaamiseen. Joukkotarkastusrekisterin seuranta on jatkuvaa ja useita uusia julkaisuja on tulossa niin suomalaiselle yleisölle ja asiantuntijoille kuin kansainväliselle tiedeyhteisölle. Toiminnan vaikuttavuutta vähentyneinä syöpätapausta- ja syöpäkuolemamäärinä seurataan myös syöpä- ja kuolemansyytilastosta.

Vuodesta 2002 lukien ilmestyneet toiminnantarkastuksen tarkastuskertomukset

- 20/2002 Ympäristönsuojelun edistämisasiavustukset
- 21/2002 Riista- ja kalatalouden tutkimuslaitoksen tuloksellisuusraportointi
- 22/2002 Korkeakoulun osallistuminen teknologian siirtotoimintaan
korkeakoulun tutkimustulosten ja innovaatioiden siirtäminen yritysten hyödynnettäväksi
- 23/2002 Matkailun yritystuet
- 24/2002 Näennäisviljely
tavanomaisen viljelytavan valvonnan ongelmat
- 25/2002 Ulkopuolinen rahoitus yliopistojen tulosohjauksen näkökulmasta
esimerkkinä Jyväskylän yliopisto
- 26/2002 Kapiteeli Oy:n perustaminen – osa valtion kiinteistöstrategiaa
- 27/2002 Radanpidon taloudellisuus ja rataverkolla tapahtuva kilpailu
- 28/2002 EU-rahoituksen toteutuminen ohjelmakauden 1995 – 1999 rakennerahastohankkeissa
- 29/2002 Alueelliset taidetoimikunnat
- 30/2002 Ympäristölupien valvonta
erityisesti ilmansuojelun kannalta
- 31/2002 Maa- ja metsätalousministeriön luonnonvarastrategia ja porotalous
- 32/2002 Yliopistojen hankintatoimi
- 33/2002 Häätäkeskusten perustaminen
- 34/2002 Paikallisen poliisitoimen resurssointi
- 35/2002 Raha-automaattiyhdistyksen tuottojen tuloutus valtiolle
- 36/2002 Uudet palkkausjärjestelmät valtionhallinnossa
- 37/2002 Maataloustuen tavoitteet ja vaikutukset
tulotuen talousarvioperustelujen ja vaikuttavuuden arviointia
- 38/2002 Valtion erityisrahoitustoiminta
Finnvera Oyj
Suomen Teollisuussijoitus Oy

- 39/2002 Lääninhallitusten myöntämä ESR-rahoitus kehittämis- ja koulutushankkeisiin
- 40/2002 Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma *ohjelman toteutus ja vaikutus kunnissa*
- 41/2002 Liikennesuoritteiden ohjailu
- 42/2003 Lähialueyhteistyöhankkeet
- 43/2003 Monitoimimurtajien hankinta ja kaupallinen toiminta
- 44/2003 Laki yritystoiminnan tukemisesta – Pk-yritysten kehittämishankkeet
- 45/2003 Suomen valtion maksuliikehankinta
- 46/2003 Tulosohjaus Suomen kahdenvälisessä kehitysyhteistyössä
- 47/2003 Määrärahojen alueellinen jakaminen
- 48/2003 Yhteiskunnallista erityistehtävää toteuttavien valtion-yhtiöiden omistajaohjaus
- 49/2003 Verohallinnon systeemityön ja atk- konsultointipalvelujen hankinnat
- 50/2003 Puolustushallinnon tukitoimintojen ulkoistamisen tila helmikuussa 2003
- 51/2003 Sektoritutkimustoiminnan ohjaus ja rahoitus sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön hallinnonalalla
- 52/2003 Valtiovarainministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 53/2003 Vesihuollon tukeminen
valtion osallistuminen vesihuollon järjestämiseen
- 54/2003 Raja- ja merivartioiden rekrytointi ja koulutus
- 55/2003 Siviilipalvelus
- 56/2003 Tutkijakoulujen toiminta
- 57/2003 Alueelliset kuljetustuet
- 58/2003 Tilastokeskuksen palveluhankinnat
- 59/2003 Fyysinen tietoturvallisuus sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön hallinnonalalla
- 60/2003 Joukkoliikennepalvelujen hankinnat
- 61/2003 Pelastustoimen kehittämishanke
- 62/2003 Valtakunnansyyttäjänviraston toiminta
- 63/2003 Maatilarakentamisen ja konehankintojen tukeminen
- 64/2003 Arktisen keskuksen näyttelytoiminta
- 65/2003 Ministeriöiden ohjaus eräissä Kansaneläkelaitoksen toimeenpanemissa sosiaaliturvaetuuksissa
- 66/2003 Ympäristötukien vaikuttavuus
energiatuet ympäristönsuojelun välineenä

- 67/2004 Säteilyn käytön valvonta
- 68/2004 Henkilöstön hankinta valtionhallinnossa
- 69/2004 Tuoteturvallisuusvalvonta
- 70/2004 Lentolisäjärjestelmä ja yhteyslentotoiminta Puolustusvoimissa
- 71/2004 Lasten ja nuorten psykiatrian valtionavustusmenettely
- 72/2004 Finpro ry:n toiminta
- 73/2004 Hansel Oy:n rakennejärjestelyt ja yhtiö osana valtion hankintatoimen strategiaa
- 74/2004 Ulkomaalaisviraston toiminta
lähinnä toimintaprosessien näkökulmasta tarkasteltuna
- 75/2004 Geodeettisen laitoksen toiminta
- 76/2004 Viranomaistoiminta harmaan talouden ja talousrikollisuuden torjunnassa
- 77/2004 Korruptio; riski kahdenvälisen kehitysyhteistyön tuloksellisuudelle
- 78/2004 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 79/2004 Oikeusministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 80/2004 Valtion ydinjätehuoltorahasto
- 81/2004 Kansanopistojärjestelmä
- 82/2004 Innovatiivisten toimien alueelliset ohjelmat
- 83/2004 Valtion liikelaitoksia koskeva tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 84/2004 Resurssien käytön tuottavuuden hallinta
- 85/2004 Alkoholivalvonta
- 86/2004 Tutkimus- ja kehittämistoiminta liikenne- ja viestintäministeriössä
- 87/2004 Jäteverotus
- 88/2004 Valtionavustuslain ohjausvaikutus
- 89/2004 Paikalliset toimintaryhmät maaseudun kehittäjinä
- 90/2004 Kansallisen metsäohjelman toimeenpano
- 91/2004 Luonnonmukaisen tuotannon tukeminen
- 92/2005 EU:n jäsenvaltioiden tarkastusvirastojen rinnakkais-tarkastus rakennerahastojen jäljitysketjusta mukaan lukien 5 %:n tarkastusvelvollisuus
- 93/2005 Kihlakunnanvirastojen ja poliisin erillisyyksiköiden toimilatahankkeet
- 94/2005 Nuorisotoiminnan tukeminen

- 95/2005 Senaatti-kiinteistöjen kiinteistöhoitopalvelujen hankinnat
Puitesopimus
- 96/2005 Asiantuntijapalveluiden käyttö puolustushallinnossa
- 97/2005 Työvoimakoulutuksen työllisyysvaikutukset
- 98/2005 Verosaatavien perinnän tehokkuus
- 99/2005 Korruption vastaisten mekanismien soveltamista käytännön kehitysyhteistyössä
- 100/2005 Hirvikannan säätelyjärjestelmä
- 101/2005 Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta
- 102/2005 Valtion asuntorahaston ulkoinen varainhankinta vuosina 1998 – 2003
- 103/2005 Ammatillisen koulutuksen kannustusraha
- 104/2005 Asuntomarkkinatiedon tuottaminen ja hyödyntäminen
kuntien asuntomarkkinaselvitykset asumisen tarjontatukien suuntaamisessa
- 105/2005 Puolustusministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 106/2005 Keksintötoiminnan edistämiseen myönnettyjen valtionavustusten käyttö
- 107/2005 Ympäristöministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 108/2005 Terveystieteellisen tutkimuksen erityisvaltionosuus
- 109/2005 Työvoimatoimistojen tehtävät työttömyysetuuksien hallinnoinnissa ja valvonnassa
- 110/2005 Ulosoton tietojärjestelmähanke
- 111/2005 Suomen ja Venäjän välinen velkakonversio
- 112/2005 Työllistämistukien työllisyysvaikutukset
- 113/2005 Maatalouden ympäristötuen erityistuet
- 114/2005 Maanmittauslaitoksen maanmittaustoimitukset
- 115/2005 Kuntien harkinnanvaraisten rahoitusavustusten myöntäminen ja käyttö
- 116/2005 Työhyvinvointi valtionhallinnossa
- 117/2006 Raha-automaattivastukset kansansairauksien ennaltaehkäisyyn

Valtiontalouden tarkastusvirasto
Annankatu 44, PL 1119
00101 HELSINKI
Puhelin (09) 4321
Telekopio (09) 432 5820
Kotisivu <http://www.vtv.fi>

ISSN 1238-0296