



Näyttöön perustuvien hyvien käytäntöjen työkalupakki

Väestölle suunnattu tiedotus,
päihde-ehkäisy kouluissa ja
varhainen puuttuminen
alkoholihaittojen vähentämiseksi





RARHA

REDUCING ALCOHOL RELATED HARM



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

- Otsikko: Näyttöön perustuvien hyvien käytäntöjen työkalupakki. Väestölle suunnattu tiedotus, päihde-
ehkäisy kouluissa ja varhainen puuttuminen alkoholihaittojen vähentämiseksi
- Toimittajat: Sandra Radoš Krnel, Janja Mišič
- Kirjoittajat: Sandra Radoš Krnel, Axel Budde, Wim van Dalen, Djoeke van Dale, Kirsten Vegt, Lidia Segura,
Jorge Palacio-Vieira, Paula Frango, Janja Mišič, Teja Rozman, Aleš Lamut
- Päiväys: Marraskuu 2016
- Julkaisija: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
www.thl.fi
www.rarha.eu
- Alkuteoksesta osin suomennettu.

Alkuteoksen julkaisija:
National Institute of Public Health
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenia
© National Institute of Public Health, Slovenia

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy



**Euroopan unionin
yhteisrahoittama**

Tämä julkaisu on tuotettu RARHA-hankkeessa (Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm), joka on saanut osarahoitusta Euroopan unionin terveysohjelmasta (2008–2013).

Julkaisussa ilmaistut mielipiteet ovat tuottajien omia ja ne ovat yksinomaan heidän vastuullaan; sisältö ei millään tavoin edusta Euroopan komission tai Kuluttaja-, terveys- ja elintarvikeasioiden toimeenpanoviraston tai minkään muun Euroopan unionin elimen kantoja. Euroopan komissio ja/tai toimeenpanovirasto ei ole vastuussa tähän julkaisuun sisältyvän tiedon käytöstä.

Sisällys

Johdanto	7
RARHA-hanke.....	7
Tiivistelmä	9
Hyvien käytäntöjen kerääminen ja arviointi	11
Toimintatyyppien rajaaminen ja esimerkkien kerääminen	11
Arviointikehikko.....	12
Suosituksia hyväksi käytännöiksi toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen	15
Käytä koeteltuja ja vaikuttavia viitekehyksiä.....	15
Tee taustatutkimus ja suunnittelu huolella.....	16
Suunnittele arviointi toiminnan kehittämisen rinnalla	17
Huolehdi tulosten laajasta levittämisestä.....	18
Vältä yleisimpiä virheitä	18
Lähteet	20

Johdanto

Tämä julkaisu sisältää keskeiset alkoholihaittojen ehkäisyn hyvien käytäntöjen tunnistamista ja soveltamista koskevat luvut teoksesta *Public awareness, school-based and early interventions to reduce alcohol related harm: A tool kit for evidence-based good practices*. Alkuteoksen julkaisi vuonna 2016 Slovenian kansanterveyslaitos NIJZ.¹

Pääpaino on toimintamuodoissa, joissa hyödynnetään tiedonantoa ja neuvontaa. Ehkäisevän päihdetyön menetelmiä on koottu lukuisissa EU-projekteissa ja tutkimuksissa. Konkreettisia, toimiviksi todettuja ja jättevästi kuvattuja malleja kaivataan kuitenkin edelleen. Vuosina 2014–2016 toteutetussa RARHA-hankkeessa (Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm²) koottiin partnerimaiden terveysviranomaisten ja kansanterveystoimijoiden ehdotusten pohjalta hyviksi havaittuja toimintamalleja kolmelta alueelta:

- varhainen puuttuminen,
- päihde-ehkäisy kouluissa,
- väestölle suunnattu tiedotus.

Haasteena on usein se, että hankkeiden ja niiden tulosten arviointi on kehittymätöntä tai jää tekemättä. RARHA-hankkeessa laadittiin arviointikehikko hyvien käytäntöjen tunnistamiseksi ja käytettiin sitä kansallisten asiantuntijoiden ehdottamien esimerkkien tarkasteluun. Rungas puolet ehdokkaista (26/43) hyväksyttiin hyvien käytäntöjen työkalupakkiin. Hyväksytyjen joukossa on kaksi esimerkkiä Suomesta: A-klinikkasäätiön verkkokurssi "Ota puheeksi alkoholi"³ (varhainen puuttuminen) sekä paikallista alkoholi-, tupakka- ja rahapelipolitiikkaa tukeva PAKKA-toimintamalli⁴ (väestölle suunnattu tiedotus).

Tässä suomenkielisessä lyhennyksessä julkaisussa on esitetty hyvien käytäntöjen arviointikehikko sekä suosituksia toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen.

Englanninkielinen työkalupakki sisältää myös hyväksytyjen hyvien käytäntöjen tiiviit kuvaukset: mitä, missä, miksi ja kenen toimesta sekä loogisen viitekehysten, toteutuksen ja arvioinnin peruspiirteet. Kuvaukset löytyvät myös hyvien käytäntöjen verkkotietokannasta *RARHA Good Practice Platform*.⁵ Tietokantaan on mahdollista ehdottaa lisää hyviä käytäntöjä. Ehdotuksiin sovelletaan samaa arviointikehikkoa kuin jo hyväksytyihin esimerkkeihin.

RARHA-hanke

Euroopan Unionin puoleksi rahoittamat Joint Action -hankkeet kokoavat jäsenvaltioita yhteistyöhön koko EU:n kannalta tärkeissä aiheissa. Vuosina 2014–2016 toteutettuun RARHA-hankkeeseen osallistivat EU-maiden lisäksi Islanti, Norja ja Sveitsi. Hankkeessa koottiin vertailukelpoista tietoa juomatavoista ja alkoholihaitoista, hahmotettiin yhteisymmärrystä alkoholinkäytön matalan riskitason määrittelystä ja koottiin haittojen vähentämistä tukevan viestinnän hyviä käytäntöjä. Hankkeen tuottaman tiedon ja työvälineiden toivotaan palvelevan haittoja vähentävän alkoholipolitiikan edelleen kehittämistä partnerimaissa ja EU-tasolla.

"Euroopalla ei ole varaa alkoholin käytöstä ihmisille, yhteiskunnalle ja taloudelle aiheutuviin haittoihin", totesi EU:n terveyskomissaari Vytenis Andriukaitis puheessaan RARHA-hankkeen konferenssissa

¹ Radoš Krnel S & Mišič J (eds.) (2016) *Public awareness, school-based and early interventions to reduce alcohol related harm. A tool kit for evidence-based good practices*. Ljubljana: National Institute of Public Health. Verkkoversio: <https://user-ucadpix.cld.bz/RARHA-ToolKit>

² www.thl.fi/rarha, www.rarha.eu

³ <http://www.otapuheeksi.fi/>

⁴ <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/ehkaisevan-paihde-tyon-menetelmat/verkko-pakka-ehkaisevaan-paihde-tyohon>

⁵ <http://rarha-good-practice.eu>

Lissabonissa lokakuussa 2016.⁶ Komissaari Andriukaitis tähdensi, että vaikuttavan alkoholipolitiikan välineet ovat jäsenvaltioiden käsissä: esimerkiksi alkoholiveron ja hintojen sääntely, mainonnan rajoittaminen, internet-kaupan sääntely ja laittoman kaupan torjunta, alkoholijuomien myyntipaikkojen ja -aikojen sääntely, ikärajan nostaminen ja rattijuopumuksen ehkäisy.

Komissaari Andriukaitis totesi, että myös valistuksella ja tiedotuksella on paikkansa alkoholipolitiikassa: ”Meidän on jatkettava alkoholitiedotusta: monet kansalaiset eivät ole tietoisia alkoholin riskeistä tai he ovat saaneet niistä harhaanjohtavaa tietoa.”

⁶ V. Andriukaitis. Speech in the final conference of the Joint Action on Reducing Alcohol-related Harm, Lisbon, 14 October 2016. http://ec.europa.eu/commission/2014-2019/andriukaitis/announcements/final-conference-joint-action-reducing-alcohol-related-harm-lisbon-14-october-2016_en

Tiivistelmä

“Mitä meidän pitäisi tehdä alkoholin suhteen?” kysyi Michael Marmot *British Medical Journal* –lehdessä vuonna 2004 (1). Usein siteeratussa pääkirjoituksessaan “Evidence based policy or policy based evidence?” Marmot viittasi siihen, että Isossa Britanniassa alkoholinkulutus oli lisääntynyt 30 vuodessa noin 50 prosenttia. Sitä vastoin Euroopassa keskimääräinen alkoholinkulutus oli vuonna 2012 alhaisimmillaan sitten vuoden 1961 (1, 2). Keskiarvot voivat kuitenkin kätkeä alleen vaihtelua. Vaikka lukemat ovat laskeutuneet suurimman kulutuksen maissa, joissakin alhaisen kulutuksen maissa ne ovat itse asiassa nousseet samalla 50 vuoden ajanjaksolla.

Huolimatta tästä Euroopan epidemiologisen kehityksen moninaisuudesta alkoholinkulutukseen liittyy yhteinen huolenaihe, joka saattoi yhteen myös RARHA-hankkeen (Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm) kumppanit. Euroopassa käytetään edelleen alkoholia enemmän kuin missään muualla maailmassa. Tällä tasolla alkoholin kulutukseen liittyy merkittäviä haittoja, minkä vuoksi on tarpeen tunnistaa tehokkaimmat tavat niiden vähentämiseksi. Juuri tämä tarve johti käsillä olevan työkalupakin kehittämiseen.

Työkalupakin ytimenä ovat kriteerit, joiden avulla arvioitiin siihen ehdotettujen toimintamallien tietopohjaa. Alkoholiongelmiin ehkäisyssä on kaksi ääripäätä ja niiden välissä laaja kuilu. Toisessa ääripäässä ovat ehkäisevään päihdetyöhön erikoistuneiden tutkijoiden odotukset; he harvoin tyytyvät muuhun kuin satunnaistettuihin ja kontrolloituihin kokeisiin. Toisessa ääripäässä on päihdetyön todellisuus, jossa suurinta osaa toimenpiteistä ei arvioida lainkaan. Kaventaaksemme tätä kuilua ja tarjotaksemme ammattilaisille ja päätöksentekijöille käytännön neuvoja olemme mukauttaneet luokitusjärjestelmää, jonka on alkuaan laatinut Hollannin kansanterveys- ja ympäristölaitos RIVM (3,4). Järjestelmässä luokitellaan toimintamalleja vaikuttavuutta koskevan näytön tasojen mukaan ja varmistetaan vähimmäisvaatimusten täyttyminen. Tätä mallia käyttäen pystyimme arvioimaan myös toimintamalleja, joihin ei liittynyt satunnaistettuja ja kontrolloituja kokeita. Käyttämällämme menetelmällä työkalupakkiin ehdotetuista 43:sta toimintamallista tuli hyväksytyiksi 26.

Joskus sama näyttö voi johtaa päätöksentekijät erilaisiin päätelmiin taustalla vaikuttavien arvojen vuoksi, kuten Marmot vakuuttavasti esitti. Tämän työkalupakin tarkoituksena on antaa päätöksentekijöille tietoa työkaluista, joilla voidaan arvioida saatavilla olevaa näyttöä.

Työkalupakkia varten valittiin kolme alkoholihaittojen ehkäisyn tyyppiä: varhainen puuttuminen, väestölle suunnattu tiedotus ja päihde-ehkäisy kouluissa.

Jotkut tutkijat (5, 6) suosittavat alkoholihaittojen vähentämiseen niin sanottuja “best buys” –toimenpiteitä: alkoholiveron nostaminen, alkoholin saatavuuden rajoittaminen ja alkoholimainonnan kieltäminen. Vaikka keskustelu alkoholin keskimääräisen kokonaiskulutuksen ja alkoholihaittojen tarkasta suhteesta jatkuu, on runsaasti näyttöä siitä, että alkoholiin pätee kysynnän laki: alkoholin kokonaiskysyntä laskee hintojen noustessa (vaatimaton hintajousto).

Arvioimistamme kolmesta toimintamallista varhaista puuttumista (esimerkiksi motivoiva haastattelu) on jo pitkään arvostettu enemmän kuin päihde-ehkäisyä kouluissa tai väestölle suunnattua tiedotusta, koska sen teho ja vaikuttavuus on todistettu kattavasti. Miksi sitten otimme mukaan toimintamalleja, joita pidetään toisinaan melko tehottomina verrattuna sääntelytoimiin?

RARHA on yhteishanke, johon osallistuvat EU-maat sekä Islanti, Norja ja Sveitsi. Verotus ja monet sääntelytoimet ovat kuitenkin kansallisten hallitusten käsissä olevia toimenpiteitä, joihin ei eurooppalaisessa yhteishankkeessa voi vaikuttaa. Lisäksi sidosryhmät arvostavat suuresti valistustyötä, niin kouluissa kuin väestölle suunnatun tiedotuksen kautta. Julkisella vallalla on eettinen velvollisuus valistaa kaikkia kansalaisia terveysriskeistä. Väestölle suunnattu tiedotus voi herättää julkista keskustelua ja auttaa valmistelevaan uusien politiikkojen täytäntöönpanoa. Vaikka toimintalinjan tehokkuus kokonaisuudessaan saattaa olla pienempi kuin sääntelytoimilla, yksittäisen toimenpiteen tehokkuus ei kuitenkaan määräydy sen mukaan, mihin tyyppiin se kuuluu (esimerkiksi päihde-ehkäisy kouluissa, väestölle suunnattu tiedotus, varhainen puuttuminen). Vaikka jonkin toimintalinjan yleisestä tehokkuudesta ei olisi kovin paljon näyttöä, yksittäinen toimenpide voi silti toimia hyvin (kuten työkalupakin esimerkeistä käy ilmi). Toisaalta taas menetelmä, jonka teho on osoitettu väestössä yleensä, saattaa olla vailla laajaa

näyttöä tehokkuudesta tietyissä väestöryhmissä; tämä koskee esimerkiksi mini-intervention (alkoholin riskikäyttöä vähentävä lyhytneuvonta) käyttöä kouluympäristössä (7). Väestölle suunnattujen tiedotuskampanjoiden vaikutus saattaa olla vähäinen, mutta niillä tavoitetaan paljon ihmisiä. Koulujen kautta on puolestaan helppo tavoittaa juuri oikea kohderyhmä ja päästä ”lähietäisyydelle”.

Toimiessamme monikansallisena ryhmänä olemme oppineet, että arvot, etiikka ja toimintaympäristö ovat kaikki tärkeitä eikä tehokkaassa alkoholihaittojen ehkäisyssä ole yhtä ainoaa, kaikille sopivaa toimintalinjaa. Epidemiologinen kehitys vaihtelee niin maiden välillä kuin sisälläkin, ja sama koskee arvojärjestelmiä ja kulttuureja. Tämä tulisi ottaa huomioon. Vähintään tämä työkalupakki auttaa valitsemaan arvioinnissa menestyneen tehokkaan toimintamallin ja ohittamaan huonommin menestyneet tehottomat vaihtoehdot.

Haluamme myös lisätä lukijoiden tietoisuutta arvojen merkityksestä alkoholihaittojen ehkäisyssä: arvot eivät estä rationaalista ajattelua vaan auttavat valitsemaan sopivan toimintamallin. Sama koskee toimintaympäristöä: alkoholipolitiikan suunnittelussa tulisi epidemiologiset erot ottaa huomioon.

Viime kädessä tässä työkalupakissa ei ole niinkään kyse sen määrittämisestä, mikä toimintamalli on ”paras” tietyssä kontekstissa. Tiede ei yksinkertaisesti voi päättää sitä meidän puolestamme. Tieteellinen lähestymistapa vain auttaa meitä erottamaan hyvän näytön huonosta.

Kuten rikoksia koskevassa lainsäädännössä, ankarimmat seuraamukset saattavat olla tehokkaimpia. Euroopan liberaaleissa demokratioissa julkisen vallan toimivalikoimaan tulisi kuitenkin sisältyä myös hienovaraisempia, muita kuin sääntelytoimia eikä päätöksiä tulisi perustaa ainoastaan tehokkuuden ja kustannustehokkuuden kaltaisiin tekijöihin. Michael Marmotin sanoin: ”Tutkimustulokset eivät asetu tyhjiin mieliin ja tee niiden puolesta päätöksiä. Tiede tavoittaa kiireisiä mieliä, jotka ovat muodostaneet vahvoja näkemyksiä siitä, miten asiat ovat ja miten niiden pitäisi olla” (1).

Jos tavoitteena on vähentää alkoholihaittoja, tulee kehittää kulttuurinen normi, jonka mukaan on normaalia juoda vain vähän, välttämällä humalaa ja toistuvaa humalajuomista. Tämän tavoitteen saavuttamiseen tarvitaan usean menetelmän yhdistelmää. Lait ja säännökset lähettävät väestölle vahvimmat viestit. Hinnat ja verot ovat vahvoja taloudellisia kannustimia, ja sama koskee markkinoinnin rajoittamista. Mediakampanjat (esimerkiksi rattijuopumuksen ehkäisemiseksi) puolestaan voivat useita vuosia toistettuina tukea terveyttä edistäviä normeja kiinnittämällä huomiota alkoholinkäytön kielteisiin terveydellisiin ja sosiaalisiin vaikutuksiin ja ongelmiin. Samoin normien asettaminen terveyst- ja sosiaalialan ammattilaisten antaman neuvonnan kautta on hyödyllistä, ja valistus voi toimia osana tällaista kokonaisstrategiaa. Lopuksi tarvitaan laadukasta alkoholiongelmiin hoitoa perheille, joissa joku juo liikaa. Ei siis ole mahdollista, että maa saavuttaisi tavoitteensa yhdellä ainoalla tehokkaalla menetelmällä. Tarvitaan yhdistelmä eri menetelmiä strategiassa, joka kattaa yhteiskunnan kaikki tasot. Kuten Babor totesi tunnetussa teoksessa *Alcohol: No Ordinary Commodity*: ”Niinpä toisiaan täydentävät toimintalinjat, jotka tähtäävät koko juomisympäristön muuttamiseen, tuottavat todennäköisemmin tulosta kuin yksittäiset toimenpiteet... Jos tavoitteena on suurin mahdollinen vaikutus väestötasolla, tarvitaan laaja-alaisia toimintamalleja.” (6)⁷

• • •

Toivomme, että tämä työkalupakki antaa välineitä, jotka auttavat tekemään alkoholihaittojen ehkäisyssä parhaaseen saatavilla olevaan näyttöön pohjautuvia päätöksiä, ja tekee samalla näkyväksi päätöksentekoa ohjaavat arvot ja kontekstit.

⁷ Ks. myös: Alkoholipolitiikan kuluttajaopas. Yhteenveto kirjasta *Alcohol: no ordinary commodity*. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:6. (<http://urn.fi/URN:ISBN:952-00-1539-6>)

Hyvien käytäntöjen kerääminen ja arviointi

RARHA-hankkeen yhden keskeisen työpaketin (Work Package 6) tavoitteena oli edistää EU:n alkoholi-strategian täytäntöönpanoa ja tukea jäsenvaltioita alkoholihaittojen vähentämisessä kokoamalla konkreettisia esimerkkejä jäsenvaltioissa toteutetuista hyvien käytäntöjen mukaisista toimintamalleista. Hyvät käytännöt antavat tärkeää tietopohjaa poliittisille päätöksille ja toimille alkoholiongelmien ehkäisyssä ja hoidossa sekä alkoholihaittojen vähentämisessä.

Lähtökohtana oli Maailman terveysjärjestön raportti *Alcohol in the European Union*, joka kertoo että tiedotustoimet ovat yleisiä alkoholihaittojen ehkäisyssä (8). Hyvien käytäntöjen mukaisia toimintamalleja on, mutta niitä varten ei ole yhteistä arviointikäytäntöä eikä niitä levitetä laajasti jäsenvaltioiden käyttöön. Joistakin toimintaympäristöistä hyvät käytännöt näyttävät puuttuvan. Lähtökohtia antoivat myös aiheeseen liittyvät EU:n terveysohjelman ja EU:n tutkimuspuiteohjelman tuella toteutetut hankkeet. Hyviä käytäntöjä on koottu osin EU:n rahoituksella useisiin julkaisuihin ja tietokantoihin. RARHA-hankkeessa haasteena oli parantaa hyvien toimintamallien saatavuutta ja hyödyllisyyttä kohderyhmien näkökulmasta. Tässä tapauksessa kohderyhmiä ovat ministeriöt, päätöksentekijät, kansanterveyden ammattilaiset, kansalaisjärjestöt sekä muut sidosryhmät ja ammattilaiset, jotka vastaavat alkoholipoliittisten toimenpiteiden suunnittelusta ja toteutuksesta.

• • •

RARHA-hankkeessa eurooppalaisena yhteistyönä toteutettu alkoholihaittojen ehkäisyn toimintamallien arviointi on ainutlaatuinen yritys kohentaa toiminnan laatua Euroopan maissa. Se on ensimmäinen askel kohti käytännön kokemusten jatkuvaa vaihtoa, jolla edistetään näyttöön perustuvien toimintamallien käyttöä alkoholihaittojen ehkäisyssä sekä ammattilaisten mahdollisuuksia hyödyntää käytettävissä olevaa teoriaan ja käytäntöön pohjautuvaa tietoa ja kokemuksia.

Toimintatyyppien rajaaminen ja esimerkkien kerääminen

EU:n kansallista alkoholipoliittikkaa ja toimintaa käsittelevässä komiteassa (Committee on National Alcohol Policy and Action, CNAPA) toimivia jäsenvaltioiden edustajia pyydettiin valitsemaan tärkeimmät tiedotusta hyödyntävät toimintatypit, joista hyviä käytäntöjä kerättäisiin. Valituiksi tulivat seuraavat kolme tyyppiä:

- 1. Varhainen puuttuminen** (alkoholin riskikulutuksen ja haitallisen kulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventiot).
- 2. Väestölle suunnattu tiedotus** (mukaan lukien verkkomedia, sosiaaliset verkostot ja käyttäytymisen muutosta edistävät verkkotyökalut).
- 3. Päihde-ehkäisy kouluissa** (tiedotus ja valistus).

RARHA-hankkeen partnereita pyydettiin suosittamaan kutakin toimintatyyppiä varten kansallinen asiantuntija, jolle hyvien käytäntöjen keruulomake lähetettiin. Lomake laadittiin hyödyntäen aiemmin esitettyjä hyvän käytännön määritelmiä. RARHA-hankkeen keruulomakkeella hyvä käytäntö määriteltiin seuraavasti:

”Hyvä käytäntö tarkoittaa ehkäisytoimintaa (toimenpide/toiminta/työmenetelmä/projekti/ohjelma/palvelu) joka on todetusti saavuttanut sille asetetut tavoitteet ja siten edistänyt alkoholihaittojen vähentämistä. Toiminta on arvioitu käytettävissä olevaa näyttöä koskevan systemaattisen katsauksen kautta JA/TAI asiantuntija-arvioiden kautta JA/TAI ainakin yhtä tulostavoitetta koskevan arvioinnin kautta. Toiminta on toteutettu todellisessa toimintaympäristössä siten, että on arvioitu myös käytännön toteutukseen liittyviä seikkoja ja mahdollisesti kustannus-vaikuttavuutta.”

Ehdotuksia hyväksi käytännöiksi saatiin 19 maasta. Vastaamatta jättämisen syynä oli yhteyshenkilöiden mukaan lähinnä se, että yllä esitettyä määritelmää vastaavia esimerkkejä ei löytynyt. Ehdotukset arviointiin käyttäen arviointikehikkoa, joka muokattiin Hollannissa käytössä olevan terveyden edistämisen hyvien käytäntöjen arviointijärjestelmän pohjalta.⁸ RARHAN arviointikehikko on kuvattu jäljempänä.

Eniten esimerkkejä ehdotettiin varhaisen puuttumisen toiminnasta, vähiten väestöviestinnästä. Väestöviestintäesimerkit kuitenkin läpäisivät arviointiseulan useammin kuin muut toimintatyytit. (Taulukko 1)

TAULUKKO 1. Ehdotetut ja hyväksytyt toimintamallit toiminnan tyyppin mukaan, lukumäärä.

	Varhainen puuttuminen	Väestöviestintä	Päihde-ehkäisy kouluissa	Yhteensä
Hylätyt	10	3	5	18
Hyväksytyt	11	7	8	26
Arvioidut ehdotukset	21	9	13	43
Hyväksytyt osuus %	52 %	78 %	62 %	59 %

Arviointikehikko

RARHA-hankkeen hyvien käytäntöjen arviointikehikossa on neljä arviointiulottuvuutta arviointikriteereineen (Taulukko 2):

- Toiminnan kuvaus
- Toiminnan toteutustapa
- Toiminnan teoriapohja
- Toiminnan arviointi.

⁸ Hollannin kansanterveys- ja ympäristölaitoksen (RIVM) käyttämä arviointijärjestelmä on kuvattu alkuteoksen liitteessä 3. Arvioinnin läpäisseet toimintaesimerkit julkaistaan hyvien käytäntöjen tietokannassa. Mikä tahansa toimija voi ehdottaa toimintamalliaan tietokantaan mutta julkista rahoitusta tutkimukseen tai toteutukseen saaneilla hankkeilla on tähän velvollisuus. Vuonna 2014 tietokannassa oli 1900 toimintamallia.

TAULUKKO 2: Arviointikriteerien yksityiskohtainen kuvaus

1.	Toiminta on hyvin kuvattu
ONGELMA	<ul style="list-style-type: none"> Riski tai teema on kuvattu kattavasti ja selkeästi (esim. ongelman luonne, vakavuus ja mahdolliset seuraukset).
TAVOITTEET	<ul style="list-style-type: none"> Tavoitteet on kuvattu selkeästi ja tarvittaessa jaettu pää- ja alatavoitteisiin.
KOHDERYHMÄ	<ul style="list-style-type: none"> Kohderyhmä on kuvattu selkeästi pohjautuen sille olennaisiin piirteisiin.
TOIMINTAMALLI	<ul style="list-style-type: none"> Toiminnan peruspiirteet on kuvattu (toistumistiheys, intensiteetti, kesto, toimien ajoitus, rekrytointimenetelmä ja toteutuspaikka).
2.	Toiminta on toteutettu todellisessa ympäristössä tai se on toteuttamiskelpoinen tai siirtokelpoinen
OSALLISTUJIEN TYYTYVÄISYYS	<ul style="list-style-type: none"> Toiminnalla on kohderyhmän hyväksyntä.
TOTEUTTAMISEN EDELLYTYKSET	<ul style="list-style-type: none"> Toiminnan kustannukset ja/tai sen toteutuksen edellyttämä työmäärä on eritelty ja esitetty avoimesti. Toimintaa toteuttavilta ammattilaisilta edellytetyt taidot ja ammatillinen koulutus on kuvattu. Lisäksi on täsmennetty, millaisia henkilöitä tarvitaan toiminnan tukemiseen ja miten tuki saadaan aikaan. Toteuttamissuunnitelma tai toimintasuunnitelma on laadittu. Saatavilla on käsikirja, jossa on konkreettinen kuvaus toiminnasta (soveltuviissa tapauksissa). Käytetyt menetelmät ja välineet ovat kasvatuksellisesti perusteltuja ja kattavasti kuvattuja.
3.	Toiminnalla on teoriapohja.
TEORIAPOHJA	<ul style="list-style-type: none"> Toiminta rakentuu hyvin perustellulle interventioteorialle tai yleisesti hyväksytyille ja näyttöön perustuville teorioille (esim. meta-analyysit, kirjallisuuskatsaukset tai hiljaista tietoa koskevat tutkimukset). Toimintamallin vaikuttavat osatekijät (tai tekniikat tai periaatteet) on määritetty ja perusteltu muutosmallin tai interventioteorian puitteissa tai aiempien tutkimustulosten pohjalta.
4.	Toimintaa on arvioitu.
ARVIOINTI	<ul style="list-style-type: none"> Arviointimenetelmä on kuvattu. Tulokset ovat mahdollisimman olennaisia tavoitteen, interventioteorian ja toiminnan kohderyhmän kannalta. Mahdolliset kielteiset vaikutukset on tunnistettu ja tuotu esiin. Poistumasta (keskeyttäneiden määrästä) on saatavilla tietoa.

Toiminnan vaikuttavuutta koskeva näyttö luokiteltiin jollekin neljästä tasosta sen mukaan, millaisia tutkimusasetelmia vaikutusten arviointiin oli käytetty. (Taulukko 3) Hyvän käytännön on täytettävä kaikki kriteerit jollakin seuraavista tasoista:

- Perustaso
- Alustava näyttö
- Hyvä näyttö
- Vahva näyttö

TAULUKKO 3: Vaikuttavuusnäytön tasot

PERUSTASO: TEOREETTISESTI PERUSTELTU	<ul style="list-style-type: none"> • Teoreettisesti perusteltu ja tulokset ovat myönteisiä (havainnoiva tai laadullinen tutkimus).
ALUSTAVA NÄYTTÖ VAIKUTTAVUUDESTA	<ul style="list-style-type: none"> • Perustason kriteerit täyttyvät. • Asetelmana on ennen–jälkeen-tutkimus ilman kontrolliryhmää.
HYVÄ NÄYTTÖ VAIKUTTAVUUDESTA	<ul style="list-style-type: none"> • Kaikki alustavan näytön kriteerit täyttyvät. • Toiminnan vaikuttavuutta on mitattu luotettavasti ja pätevästi käyttäen: <ul style="list-style-type: none"> – koeasetelmaa tai kvasikokeellista asetelmaa tai – toistettua tutkimusta, jonka kohteena on yksi henkilö (vähintään kuusi tapausta) ja jossa on perustaso- tai aikasarja-asetelma käyttäen yhtä tai useampaa perustasoa tai vaihtoehtoisia keinoja tai vertaillen sitä, miten toiminnan laajuus korreloi sen kanssa, miten laajasti tavoiteltuja tuloksia on saavutettu tai – vertaillen toiminnan vaikutuksia muihin tutkimuksiin, jotka koskevat tavanomaista tilannetta tai vastaavanlaiseen kohderyhmään kohdistettua vaihtoehtoista toimintaa.
VAHVA NÄYTTÖ VAIKUTTAVUUDESTA	<ul style="list-style-type: none"> • Kaikki hyvän näytön kriteerit täyttyvät. • Arvioinnissa on toteutettu vähintään kuusi kuukautta kestävä seuranta.

Suosituksia hyviksi käytännöiksi toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen

Vaikka alkoholihaittojen vähentämiseen on kehitetty suuri joukko erilaisia toimintatapoja, alkoholin riskikäyttö on edelleen merkittävä terveysongelma. Ehkäisevä työ on monitahoista ja edellyttää monialaista yhteistyötä. Vaikuttaviin toimintamalleihin pohjautuvat suositukset voivat auttaa päihde-ehkäisyn ammattilaisia valitsemaan, muokkaamaan tai kehittämään tehokkaampaa toimintaa. Seuraavassa esitellään pääperiaatteet ehkäisevien toimien kehittämiseksi ja levittämiseksi.

Käytä koeteltuja ja vaikuttavia viitekehysjä

Terveyshaittojen ehkäisyyn on kehitetty monenlaisia teorioita ja malleja. Silti vain muutamat ovat kestäneet ajan hammasta ja säilyneet käytössä nykytutkimuksessa (9). Terveysten edistämisen suunnittelussa on yhä haasteena sellaisen viitekehysten valitseminen, joka auttaisi saavuttamaan asetetut tavoitteet. Suunnittelumallit ovat laajempia kuin teorit, ja niihin sisältyy teoriapohja (10). Ne auttavat ehkäisevän työn ammattilaisista teorioiden valinnassa ja soveltamisessa. Toiminnan suunnittelussa tulisi myöskin ottaa huomioon innovatiivisuus uusien menetelmien, ideoiden tai tuotteiden suhteen (11). Näyttö vaikuttavuudesta on heikko monilla kansanterveyden alueilla, joten innovatiivisten toimintamallien kehittäminen on tärkeää. Terveysten edistävien toimien suunnittelussa yleisimmin käytetyt teorit, mallit ja viitekehyskäytännöt on esitetty seuraavassa.

Psykologiset teorit

Linke et al. (9) korostivat katsauksessaan seuraavia psykologian teorioita: yksilötasolla terveysuskomusmalli, perustellun toiminnan teoria ja suunnitellun käyttäytymisen teoria, vuorovaikutuksen tasolla sosiaalis-kognitiivinen teoria ja transteoreettinen muutosvaihemalli sekä ympäristötasolla sosioekologinen malli. Kokemusten perusteella yksilötason teorit sopivat paremmin kertaluonteisiin tai lyhytaikaisiin ongelmiin, kun taas vuorovaikutustason (ja luultavasti ympäristötason) teorit soveltuvat paremmin pitkäaikaisiin ongelmiin kohdistuvien toimien suunnitteluun.

Precede-Proceed (PPM)

Terveysten edistämisen Precede-Proceed -malli on ympäristötason toimintamalli. Siinä terveyskäyttämiseen vaikuttavat sekä yksilö- että ympäristötekijät (12). Mallin keskeisiä periaatteita on huomion kohdistaminen heti alussa pikemmin lopputulokseen kuin vaikuttamisen keinoihin. Malli ohjaa suunnitteluprosessia, joka alkaa toivotuista tuloksista ja etenee takaperin siihen, miten tavoite saavutetaan.

Planned Approach to Community Health (PATCH)

PATCH-mallin keskeisiä juonteita on yhteyksien rakentaminen paikallisyhteisön sisällä sekä paikallisyhteisön ja terveysministeriön, korkeakoulujen ja muiden organisaatioiden välille (13). Mallin tavoitteena on lisätä paikallisyhteisöjen aktiivista osallistumista, analysoida yhteisöjä kuvaavia tietoja, asettaa painopisteitä, suunnitella toimenpiteitä sekä toteuttaa ja arvioida kokonaisvaltaisia yhteisötason terveydenedistämistoimia, joilla pureudutaan keskeisiin terveysongelmiin.

Multilevel Approach to Community Health (MATCH)

MATCH on käytännönläheinen ja kokonaisvaltainen malli, jossa suunnittelun keskipisteessä on terveysvalistaja. Malli voidaan toteuttaa ilman laajaa paikallista tarvekartoitusta (13). Huomio keskittyy toteutukseen.

Intervention Mapping (IM)

Intervention Mapping -menetelmä antaa ohjeita ja työkaluja sellaisen teoriapohjan valintaan, joka voi auttaa ymmärtämään paremmin terveystyöskäytymistä ja sen muutoksia. Mallissa on kolme näkökulmaa: ympäristötason toimintamalli, kaikkien sidosryhmien osallistuminen sekä teorioiden ja näytön hyödyntäminen. IM ei sinänsä ole teoreettinen viitekehys, eikä sen toimivuutta ole vielä verrattu muihin terveydenedistämisen suunnittelukehityksiin (14).

Sosiaalinen markkinointi

Sosiaalinen markkinointi on toimintamalli, jossa sovelletaan markkinoinnin käsitteitä muuhun toimintaan, jotta voitaisiin vaikuttaa käyttäytymistapoihin siten, että se hyödyttää sekä yksilöitä että yhteisöjä (15). Sosiaalinen markkinointi hyödyntää terveyden edistämisen suunnittelussa uskomuksia, asenteita ja käyttäytymistä kokevaa tietoa, käyttäytymisteorioita sekä kokemusperäistä näyttöä siitä, mikä toimii ja mikä ei toimi käyttäytymisen muuttamisessa. Sosiaaliseen markkinointiin liittyy myös loppukäyttäjien, sidosryhmien ja yhteistyökumppaneiden osallistuminen sekä toivottua toimintaa edistävien tai ei-toivottua toimintaa rajoittavien kilpailevien ulkoisten tekijöiden analyysi.

Tee taustatutkimus ja suunnittelu huolella

Kun tarkastellaan erilaisia suunnittelumalleja ja aiempien ehkäisytoimien tuloksia koskevia tutkimustuloksia, yhtäläisyyksiä löytyy paljon. Pääviestit ovat enemmän tai vähemmän samat. Mitä elementtejä hyvien käytäntöjen kehittämisessä ja toteutuksessa on ainakin oltava?

1. Tarvekartoitus

Ennen alkoholihaittojen ehkäisytoiminnan kehittämistä on olennaisen tärkeää tehdä sosiaalinen, epidemiologinen sekä käyttäytymistapoja ja toimintaympäristöä koskeva tilanneanalyysi (12). Toisin sanoen on tunnistettava terveysongelma, käyttäytymiseen liittyvät riskitekijät sekä niitä määrittävät yksilö- ja ympäristötekijät riskialttiissa kohdeväestössä (16).

Lisäksi kohdeyleisöön on tutustuttava huolellisesti: on tutkittava kuluttajien kokemuksia, arvoja ja tarpeita (17). Terveyden edistäjät ajattelevat usein kapea-alaisesti vain terveyshyötyjä, mutta nämä eivät välttämättä ole kohdeyleisölle tärkeimpiä kannustimia (18). Niinpä kuluttajien analysoinnin yhteydessä tulisi laajemmin tunnistaa hyötyjä, jotka voisivat vedota kohdeyleisöön.

Tilanneanalyysia tarvitaan myös silloin, kun toteutetaan jo aiemmin kehitettyä toimintamallia. On tärkeää mukauttaa ehkäisytoiminta ympäristöön sopivaksi. Tällöin toimenpidettä ei toteuteta täsmälleen samalla tavalla kuin sen alkuperäistä versiota, mutta päämekanismi on kuitenkin sama.

2. Tavoitteiden ja päämäärien määrittely

Yleiset tavoitteet tai päämäärät sisältyvät jo hyvin tehtyyn analyysiin. SMART-menetelmä on hyvä väline selkeiden tavoitteiden ja päämäärien asettamiseen. Siinä tavoitteita ja päämääriä kuvaavat seuraavat ominaisuudet (19): 1) *Specific* eli täsmällinen (kohdenna toiminta tiettyyn alueeseen, johon halutaan parannusta); 2) *Measurable* eli mitattavissa oleva (määrittele vähintään alustavasti indikaattori edistymisen seurantaan); 3) *Assignable* eli vastuutaho on osoitettu (määrittele, kuka vastaa toteutuksesta); 4) *Realistic* eli realistinen (täsmennä, mitä tuloksia voidaan realistisesti saavuttaa käytettävissä olevilla resursseilla); 5) *Time-related* eli aikataulutettu (määrittele, milloin tulos tai tulokset voidaan saavuttaa).

3. Toteutussuunnitelma

Kun tilanneanalyysi on tehty ja kohdeväestö sekä tavoitteet ja päämäärät on määritelty, perusta on kunnossa toimintasuunnitelman laatimiselle. Seuraavassa vaiheessa hyödynnetään käyttäytymisen muuttamiseen liittyviä teoriapohjaisia menetelmiä ja käytännön strategioita sekä laaditaan niiden avulla oma toimintasuunnitelma kunkin tavoitteen saavuttamiseksi (10; 16). Teoriavetoisella toiminnalla on teoreettinen perustelu, täsmällinen tietopohja ja empiirisen tutkimuksen tuki (20).

Nation ja kumppanit määrittivät tutkimuksessaan yhdeksän tehokkaan toiminnan periaatetta (20). Tehokkaat toimintamallit olivat (a) kokonaisvaltaisia, (b) hyödynsivät erilaisia opetusmenetelmiä, (c) sisälsivät riittävän määrän vaikuttamista, (d) olivat teoriavetoisia, ja (e) antoivat mahdollisuuksia myönteiseen vuorovaikutukseen. Kaksi periaatetta liittyi erityisesti toiminnan sovittamiseen kohderyhmälle: toiminta oli (f) hyvin ajoitettua ja (g) sosiokulttuurisesti mielekästä. Lisäksi kaksi periaatetta liittyi toteutukseen ja arviointiin: (h) toimintaan sisältyi tulosarviointi ja (i) sitä toteutti hyvin koulutettu henkilöstö.

Joskus käytännöllisin ratkaisu on mukauttaa omaan käyttöön toiminta, joka on todettu vaikuttavaksi jossain toisessa maassa (tai kulttuurissa tai väestöryhmässä). On kuitenkin pidettävä mielessä, että vaikka toiminnan vaikuttavuudesta on näyttöä, sen onnistunut toteuttaminen ei ole itsestään selvää. Tulokset voivat tuottaa pettymyksen, jos toiminnalle on valittu toteuttajat, joilla ei ole tarvittavia taitoja. Koulutuksen järjestäminen antaa toiminnan toteuttajille mahdollisuuden harjoittaa taitojaan ja saada vastauksia kysymyksiinsä. Lisäksi toiminnan toteuttamista edistää herkkyyden, osaamisen, tuen saaminen ja ohjaus (20).

Suunnittele arviointi toiminnan kehittämisen rinnalla

Usein ajatellaan, että arvioinnin aika on vasta prosessin lopussa. Niinpä myös toiminnan suunnittelijat usein unohtavat miettiä arviointia ennen kuin toiminta lähestyy loppuaan (21). Toiminnan kehittäminen ja arvioinnin suunnittelu ovat kuitenkin vuorovaikutteinen prosessi. Arviointiryhmän tulisi valita sopiva arvioinnin tyyppi, määrittellä arvioinnin indikaattorit tavoitteiden ja päämäärien mukaan sekä täsmentää, mitä tietoa kerätään ja miten (1). Arviointiryhmällä tulisi siksi olla tarvittava asiantuntemus.

Arvioinnin eri tyypeillä on erilainen tarkoitus, joten ne soveltuvat eri vaiheisiin toiminnan kehittämisessä. Ennen toiminnan aloittamista tulisi tehdä **formatiivinen arviointi** (22). Sen tavoitteena on määrittää, ovatko toiminnan osa-alueet toteuttamiskelpoisia, soveltuvia ja mielekkäitä kohderyhmän kannalta. Muita tyyppejä ovat prosessin, vaikutusten ja tulosten arviointi. **Prosessiarvioinnissa** seurataan toimintaa sen varmistamiseksi, että toteutus suunnitelmaa noudatetaan ja annetaan korjaavaa palautetta muutostarpeista. Kyse on siis toteutuksesta, ei vaikuttavuudesta (sisäistä arviointia pidetään sopivampana). **Tulosarviointi** on tuloksia koskevan tiedon järjestelmällistä keräämistä ja analysointia, jossa arvioidaan, miten hyvin toiminnalle asetettuja tulostavoitteita on saavutettu (ulkoista arviointia pidetään sopivampana) (1).

Satunnaistettu kontrolloitu koe on tulosarvioinnin tyyppi, jossa tutkimushenkilöt tai luonnolliset ryhmät jaetaan satunnaisesti kontrolli- ja koeryhmiin. Kontrolli- tai vertailuryhmä koostuu henkilöistä, joihin koeryhmässä tapahtuneita muutoksia vertaillaan tuloksia arvioitaessa (1). Kontrolliryhmän jäsenet ovat pohjimmiltaan samankaltaisia kuin koeryhmän jäsenet, mutta heihin ei kohdisteta tutkittavaa toimintaa tai heihin kohdistetaan vaihtoehtoista toimintaa tai he osallistuvat toimintaan, joka ei liity päihde-ehkäisyyn. Kummassakin ryhmässä tietoa kerätään samoilla menetelmillä. Jos muutoksia tapahtuu ainoastaan koeryhmässä, on todennäköisempää, että ne johtuvat toiminnasta. Jos muutoksia tapahtuu molemmissa ryhmissä, ne eivät välttämättä liity toimintaan vaan saattavat johtua jostakin muusta, tuntemattomasta tekijästä.

Vaikutusarvioinnissa tarkastellaan sitä, onko toiminnalla saavutettu perimmäiset tavoitteet eli, onko tapahtunut haluttuja muutoksia käyttäytymisessä tai ympäristössä (näyttöä politiikkaa ja rahoitusta koskevan päätöksenteon perustaksi).

Huolellisen arvioinnin tyypillisimpiä esteitä on henkilöresurssien puute. Muita yleisiä esteitä ovat rahoituksen, asiantuntemustuen ja käytännön toteuttamismahdollisuuksien puute (1). **Sisäisen arvioinnin** toteuttaa henkilö tai työryhmä, joka on toiminnasta vastaavan tahon palveluksessa. **Ulkoisen arviointi**, jonka toteuttaa jokin muu organisaatio, kuten korkeakoulu tai konsulttitoimisto, voi olla ratkaisu henkilöresurssien puutteeseen mutta tulee kalliimmaksi. Ulkoinen arviointi on myös **riippumatonta** (tulokset saadaan riippumattomilta tutkijoilta, ei toiminnan kehittäjiltä).

Huolehdi tulosten laajasta levittämisestä

Koska levitystyö hankkeissa tehdään loppupuolella, on mahdollista, että kaikki resurssit on jo käytetty. Siksi on tärkeää sisällyttää levityskustannukset rahoitussuunnitelmaan. Tulosten levityksessä luodaan uutta ja toisinaan yleistettävissä olevaa tietoa, joka voi olla erittäin hyödyllistä terveyden edistämisen ammattilaisten ja paikallisyhteisön kannalta. Niinpä kun arvioitavat tiedot on kerätty ja analysoitu (1; 22), a) on päätettävä, pitäisikö toimintaa jatkaa, ja b) on laadittava muodollinen raportti, joka antaa taustatietoa arvioinnista.

Toimintaa tulisi jatkaa, jos jatkamiselle on vahvoja näyttöön pohjautuvia perusteita (1). Viime kädessä on toiminnan tilaajien ja rahoittajien vastuulla tunnistaa ja ylläpitää vaikuttavaa ja lupaavaa toimintaa. Strategian laatiminen rahoituksen turvaamiseksi voi parantaa taloudellisen pohjan kestävyyttä. Lisäksi toiminnan kehittäjien tulisi alusta asti tehdä yhteistyötä sidosryhmien ja päätöksentekijöiden kanssa. Jos näyttö ei anna perusteita toiminnan jatkamiselle, pitäisi tuloksia tarkastella huolellisesti sen selvittämiseksi, miksi tavoitteita ei saavutettu (1). Ensimmäisellä toteutuskerralla opitut asiat voivat antaa suuntaa toiminnan parantamiselle ja tukea muokatun toimintamallin kokeilemisestä.

Toiminnan päätyttyä tulisi siitä antaa tietoa relevanteille sidosryhmille (esimerkiksi osallistujille, tutkijoille ja/tai päihde-ehkäisy ammattilaisille). Huolellinen suunnittelu takaa sen, että oikeat kohdeyleisöt saavat olennaista tietoa sopivassa muodossa. On tärkeää tehdä levitettävästä sisällöstä ymmärrettävää sen käyttäjän kannalta.

Vältä yleisimpiä virheitä

Seuraavassa on listattu joukko tyypillisiä sudenkuoppia haittoja ehkäisevän ja terveyttä edistävän toiminnan suunnittelussa (18; 19; 21–32).

1. Kehittämistä tehdään ilman tarvittavaa osaamista ja asiantuntemusta

Toiminnan kehittäjillä tulisi olla osaamista ja asiantuntemusta päihde-ehkäisy periaatteista, teorioista ja käytännöistä, ja heidän tulisi olla koulutettuja ja/tai erikoistuneita ammattilaisia, joilla on julkisten instituutioiden tuki (koulutus-, terveys- ja sosiaalipalvelut), tai heidän tulisi työskennellä virallisesti hyväksytyissä tai tunnustetuissa laitoksissa tai kansalaisjärjestöissä.

2. Toiminnalta puuttuu viitekehys

Toiminta on vaikuttavampaa, jos siihen sisältyy vaikuttavia osia (tai tekniikoita tai periaatteita) ja muutosmallin tai interventioteorian viitekehys tai, jos se pohjautuu aiempaan tutkimukseen. Terveyden edistämisen suunnittelun haasteena on valita sopiva viitekehys asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.

3. Kohderyhmää ja sen alaryhmiä ei ole määritelty

Kohderyhmän täsmällisen määrittelyn jälkeen tulee tarkastella yksilöllisiä, kulttuurisia ja sosiodemografisia eroja ja sitä, miten ne ehkä heikentävät toimenpiteen vaikutuksia.

4. Tavoitteita tai päämääriä ei ole määritelty

SMART-menetelmä on hyvä tapa asettaa selkeitä tavoitteita ja päämääriä. Tavoitteen tai päämäärän määrittely on tehtävä myös silloin, kun aiotaan toistaa aiemmin toteutettu toimintamalli, koska eri tilanteet johtavat erilaisiin tavoitteisiin tai päämääriin.

5. Arviointi on riittämätöntä tai puuttuu kokonaan

Tavoitteiden ja päämäärien epäselvä kuvaus tekee myös arvioinnista epäselvää tai epäolennaista. Arviointi tulisi suunnitella samaan aikaan toiminnan kehittämisen kanssa, koska kehittäminen ja arviointi muodostavat vuorovaikutteisen prosessin. Arvioinnin eri tyypeillä on eri tarkoitus, joten ne soveltuvat eri vaiheisiin toiminnan kehittämisessä.

6. Eettinen näkökulma on unohtunut

Kun tavoitteena on muuttaa käyttäytymistä, mukaan lukien terveyden edistämiseksi, on otettava huomioon ihmisiin kohdistuvaan toimintaan liittyvät eettiset kysymykset. Hyvää tarkoittavalla toiminnalla voi olla myös haitallisia vaikutuksia.

7. Käytetään pelottelutaktiikkaa tai nollatoleranssia

Kouluissa toteutetussa päihde-ehkäisyssä painotettiin aiemmin tyypillisesti päihteiden käytön kielteisiä seurauksia ja nollatoleranssia. Psykologisten ja kasvatustieteellisten tutkimusten mukaan näistä voi olla pikemmin haittaa kuin hyötyä. Vaihtoehtoiset toimintamallit eivät tähtää rankaisemiseen vaan korostavat sosiaalisten, tiedollisten ja käyttäytymistaitojen kehittämistä, luonteen kasvatusta, kohdennettua tukea käyttäytymisen muuttamiseksi sekä ehkäisyytoimia, joilla parannetaan koulun ilmapiiriä.

8. Uusia viestintätekniikoita käytetään tehottomasti

Uusien viestintätekniikoiden käyttö ei ole koskaan aiemmin ollut yhtä tärkeää terveyden edistämässä, joten voidaan sanoa, että huonoin mahdollinen kanta sosiaaliseen mediaan on se, ettei kantaa oteta lainkaan. Sosiaalinen media on ketterä, edullinen ja mahdollisesti laajan yleisön saavuttava väline. Sitä on kuitenkin osattava käyttää oikein. Sosiaalisen median käyttö yksisuuntaisena viestintävälineenä on epäonnistumiseen tuomittu strategia. Jos kirjoitettu teksti kuulostaa esitteeltä, se vaatii vielä työstämistä. On oltava selvillä siitä, miksi sosiaalista mediaa käytetään, ja siihen on oltava oikeat resurssit ja taidot. Postauksia on tehtävä säännöllisesti ja ihmisille on annettava syy käydä verkkosivulla ja jakaa sitä. Maksulliseen mainontaan on panostettava ja on suunniteltava strategia yleisön mielenkiinnon ylläpitämiseksi ensimmäisen kampanjan jälkeen.

9. Levittäminen ei palvele tarkoitustaan

Toimintaa on pystyttävä toteuttamaan oikeassa elämässä, joten toimintamallien on oltava toteuttamis- ja siirtokelpoisia. Siksi toimintamalli sekä erityisesti toiminnan kustannukset ja kesto on kuvattava selkeästi. Ei ole järkevää käyttää resursseja julkaisuihin tai arviointeihin, jotka eivät ole käyttäjätavallisia (usein liian teknisen kielenkäytön takia) ja jotka eivät sen vuoksi palvele innovaation laajaa käyttöönottoa.

Tässä luvussa tarkasteltiin neljää laajasti määriteltyä aihealuetta, jotka olivat (a) teoriat ja mallit, (b) toiminnan suunnittelu ja toteutus, (c) toteutuksen arviointi sekä (d) levitys. Tärkeintä on olla tietoinen näiden osa-alueiden välisistä yhteyksistä.

Hyvä idea on vasta alkua monimutkaisessa ja sosiaalisesti vastuullisessa prosessissa. Päihde-ehkäisyyn liittyvän tieteen monisäikeisyys edellyttää monialaista yhteistyötä, joten ryhmän jäsenten valinta on keskeistä toiminnan kehittämisen haasteisiin vastaamisen kannalta (22). Toiminta-alueen monitahoisuuden vuoksi on tärkeää, että kehittämiseen osallistuvat ammattilaiset ovat

- tietoisia alan poliittisista toimintakehyksistä ja toiminnasta
- osallistuvat ja ovat sitoutuneet monialaiseen yhteistyöhön
- aktiivisia osallistujia omissa yhteisöissään niin reaali maailmassa kuin virtuaali maailmassakin (yhteydet tiedeyhteisöön ja verkostoihin)
- ajan tasalla (pitävät omaa ammattitaitoaan yllä kouluttautumisen ja itseopiskelun avulla)
- herkkiä ja noudattavat korkeita moraalivaatimuksia
- luovia ja innovatiivisia.

Hyvin valmisteltu toiminta ei takaa tavoitteiden saavuttamista. Vaikuttavuuden todennäköisyyden lisäämiseksi on prosessin alusta asti otettava huomioon myös laajempi ympäristö (politiikka, hinnoittelu, alkoholin käytön ympäristöjen muokkaaminen, alkoholin fyysisen saatavuuden sääntely, rattijuopumuksen ehkäisy, markkinoinnin rajoittaminen ja varhaisen puuttumisen palvelut).

Lähteet

- 1 Marmot, M. G. (2004). Evidence based policy or policy based evidence? *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7445), 906-907. doi:10.1136/bmj.328.7445.906 [doi].
- 2 European Commission. (2016). ECHI – European Core Health Indicators Average recorded adult (15+ years) per capita consumption (in litres of pure alcohol): 1961-2012. Retrieved from (14. 6. 2016) http://ec.europa.eu/health/alcohol/indicators/index_en.htm
- 3 Veerman, J. W., & van Yperen, T. A. (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty: a developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and program planning*, 30(2), 212-221. doi:10.1016/j.evp.2007.07.003 [pii].
- 4 Hamberg-van Reenen, H. H., van Dale, D., van Gils, P. F., & van den Berg, M. (2014). Good practice in the Field of Health Promotion and Primary Prevention, The Netherlands Country Review. *Chrodis*, Retrieved from (27. 7. 2016) <http://www.chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/07/150708Netherlands-CHRODIS-final-draft-correctie-voorwebsite2.pdf>
- 5 Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet (London, England)*, 373(9682), 2234-2246. doi:10.1016/S0140-6736(09)60744-3 [doi].
- 6 Babor, T. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy* (2nd ed.). Oxford; New York: Oxford University Press.
- 7 Carney, T., Myers, B. J., Louw, J., & Okwundu, C. I. (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance use among adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1):CD008969. doi(1), CD008969. doi:10.1002/14651858.CD008969.pub3 [doi].
- 8 WHO. (2012). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: World Health Organization (WHO).
- 9 Linke, S. E., Robinson, C. J., & Pekmezi, D. (2014) Applying psychological theories to promote healthy lifestyles. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 8(1), 4–14.
- 10 Crosby, R., & Noar, S. M. (2011) What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *Journal of Public Health Dentistry*, 71, 7–15.
- 11 McKean, E. (Eds.). (2005), in Brownson, R. C., Baker, E. A., Leet, T. L., Gillespie, K. N., & True, W. R. (2011). *Evidence-based public health*. New York: Oxford.
- 12 Green, L., & Kreuter, M. K. (2005), in Crosby, R., & Noar, S. M. (2011). What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *Journal of Public Health Dentistry*, 71, 7–15.
- 13 Sharma, M., & Romas, J. A. (2012). *Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- 14 Bartholomew, K., Parcel, G., Kok, G., & Gottlieb, N. (2001). *Intervention Mapping: Developing theory- and evidence-based health education programs*. Mountain View, CA: Mayfield.
- 15 European Centre for Disease Prevention and Control. *Social marketing guide for public health managers and practitioners*. Stockholm: ECDC; 2014.
- 16 Voogt, C. V., Poelen, E. A. P., Kleinjan, M., Lemmers, L. A. C. J., & Engels, R. C. M. E. (2014). The development of a web-based brief alcohol intervention in reducing heavy drinking among college students: an Intervention Mapping approach. *Health Promotion International*, 29(4), 669–679.
- 17 Gordon, R., McDermott, L., Stead, M., & Angus, K. (2006). The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What's the evidence? *Journal of the Royal Institute of Public Health*, 120, 1133–1139.
- 18 DeJong, W. (2002). The Role of Mass Media Campaigns in Reducing High-Risk Drinking among College Students. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 182–192.

- 19 Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), 35–36.
- 20 Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What Works in Prevention: Principles of Effective Prevention Programs. *American Psychologist*, 58(6/7), 449–456.
- 21 College Drinking Prevention. (2005). Steps for Effective prevention Planning and Evaluation. Retrieved from (23. 9. 2015) http://www.collegedrinkingprevention.gov/NIAACollegeMaterials/Handbook/Sect2_EffectiveSteps.aspx
- 22 Brownson, R. C., Baker, E. A., Leet, T. L., Gillespie, K. N., & True, W. R. (2011). Evidence-based public health. New York: Oxford.
- 23 Carter, S. M., Kerridge, I., Sainsbury, P., & Letts, J. K. (2012). Public health ethics: informing better public health practice. *New South Wales public health bulletin*, 23(5-6), 101-106. doi:10.1071/NB12066 [doi]
- 24 Backer, T. E. (2000). The Failure of Success: Challenges of Disseminating Effective Substance Abuse Prevention Programs. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 363–373.
- 25 Beck, J. (1998), in Wakefield, C., & Campaign, J. (2009). Don't Do It! Ineffective Prevention Strategies. Retrieved from (24. 7. 2015) http://www.cde.state.co.us/cdeprevention/pi_safedrugfree.htm
- 26 Boccanfuso, C., & Kuhfeld, M. (2011). Multiple responses, promising results: evidence-based, non-punitive alternatives to zero tolerance. Washington: Child trends.
- 27 Council of the European Union. (2015). Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union. Retrieved from (14. 10. 2015) <http://prevention-standards.eu/council-of-european-union-endorses-minimum-quality-standardsfor-drug-demand-reduction-interventions-in-the-eu/>
- 28 McDonnell, C. (2013). Developing a social media policy. Prevention in Action. Australian drug foundation. Alcohol & drug information. Retrieved from (10. 6. 2015) http://www.druginfo.adf.org.au/attachments/1060_PIANewsletterSM2013.pdf
- 29 Rechter, J. (2013). Harnessing the potential of social media for health promotion. Prevention in Action. Australian drug foundation. Alcohol & drug information. Retrieved from (10. 6. 2015) http://www.druginfo.adf.org.au/attachments/1060_PIANewsletterSM2013.pdf
- 30 Van Rooy, C. (2013). Lessons learned from a Facebook campaign. Prevention in Action. Australian drug foundation. Alcohol & drug information. Retrieved from (10. 6. 2015) http://www.druginfo.adf.org.au/attachments/1060_PIANewsletterSM2013.pdf
- 31 Wakefield, C. & Campaign, J. Don't Do It! Ineffective Prevention Strategies. Retrieved from (24. 7. 2015) http://www.cde.state.co.us/cdeprevention/pi_safedrugfree.htm
- 32 Westmaas, J. L., Gil-Rivas, V., & Cohen Silver, R. (2007). History and Methods: Designing and Implementing Interventions to Promote Health and Prevent Illness. In H. S. Friedman & R. Cohen Silver (Eds.), *Foundations of Health Psychology* (pp. 52–70). New York: Oxford.

