



# **Ravitsemuspolitiikalla parempaa terveyttä**

Kuntien ravitsemuspolitiikka kansanterveyden edistäjänä

Vilma Lappalainen

Maisterintutkielma, politiikka ja viestintä

Valtiotieteellinen tiedekunta

Helsingin yliopisto

## **Tiivistelmä**

**Tiedekunta:** Valtiotieteellinen tiedekunta

**Koulutusohjelma:** Poliitiikan ja viestinnän maisteriohjelma

**Opintosuunta:** Poliitiikka ja organisaatiot

**Tekijä:** Vilma Lappalainen

**Työn nimi:** Ravitsemuspolitiikalla parempaa terveyttä – kuntien ravitsemuspolitiikka kansanterveyden edistäjänä

**Työn laji:** Maisterintutkielma

**Kuukausi ja vuosi:** Maaliskuu 2021

**Sivumäärä:** 70

**Avainsanat:** Terveyden edistäminen, ravitsemuspolitiikka, sosioekologinen malli

**Tiivistelmä:** Tarttumattomat taudit ovat Suomessa ja useissa muissa korkean tulotason maissa johtava syy terveysongelmille ja toimintakykyisten elinvuosien vähenemiselle. Ruokavalioon liittyvät riskit ja ruokavalioista välillisesti aiheutuvat ongelmat, kuten korkea verenpaine, ovat erityisen merkittäviä riskitekijöitä. Riskitekijöihin voidaan vaikuttaa ravitsemuspolitiikan kautta.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, miten suomalaisissa kunnissa edistetään terveellistä ravitsemusta ja miten nykytilannetta voitaisiin parantaa. Teoreettisena näkökulmana oli sosioekologinen lähestymistapa terveyden ja hyvän ravitsemuksen edistämiseen. Tutkielman aineisto koostui 75:stä satunnaisotannalla valitusta kunnallisesta hyvinvointikertomuksesta sekä viidestä haastattelusta. Aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin keinoin. Hyvinvointikertomuksista tarkasteltiin, miten laajasti ja millaisin toimenpitein kunnissa edistetään terveellistä ravitsemusta ja miten vaikuttavia käytetyt toimenpiteet sosioekologisen mallin näkökulmasta ovat. Haastatteluilla kartoitettiin, mitä haasteita ja hyviä käytäntöjä kunnissa oli terveellisen ravitsemuksen edistämiseen ja millaisia toiveita kunnilla olisi tilanteen parantamiseksi.

Tutkimuksen keskeinen tulos oli, että ravitsemuksen potentiaalia kansanterveyden edistäjänä ei kunnissa tunnusteta. Haasteita on sekä terveyden edistämisen toteuttamisessa että ravitsemuksen näkemisessä terveyden tärkeänä osatekijänä. Ongelmat liittyvät päätöksentekoprosessiin, tavoittavuuteen, resursseihin, kunnan johdon sitouttamiseen ja terveyden edistämisen juurruttamiseen. Suurin osa kunnista (60%) ei käytännössä huomioi ravitsemusta hyvinvointityössään. Osa kunnista kuitenkin huomioi ravitsemuksen laajasti ja näiden kuntien kehittämiä hyviä käytäntöjä tulisi levittää muihin kuntiin.

Johtopäätöksensä todettiin, että tilanteen parantamiseksi tärkeää olisi hyvinvointikoordinaattorien aseman vakiinnuttaminen ja maakunnallisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyön vahvistaminen. Kunnissa, joissa ravitsemusta edistetään jo laajasti voitaisiin parantaa terveyden edistämisen vaikuttavuutta toteuttamalla poliittiselle tasolle ja yhteisön tasolle kohdistettuja toimenpiteitä. Lisätutkimukselle terveyden edistämisen päätöksenteon prosesseista, paikallisen terveyden edistämisen toteutumisesta sekä toteutuksen haasteista on selkeästi tarvetta.

## Sisällysluettelo

<i>1 Johdanto: Ravitsemuspolitiikka Suomessa</i> .....	1
2 Kirjallisuuskatsaus: terveyden edistäminen teoriassa ja käytännössä.....	5
2.1 Terveyden edistämisen historia ja määritelmät.....	5
2.2 Terveyden poliittisuus ja onnistumisen edellytykset .....	8
2.3 Terveyspolitiikan päätöksenteko poliittisten virtausten mallin näkökulmasta .....	11
<i>3 Teoreettinen viitekehys: sosioekologinen lähestymistapa</i> .....	14
3.1 Terveyden determinantit ja ohjaukeinot.....	14
3.2 Ravitsemuksen determinantit.....	18
3.3 Ravitsemuksen ohjaukeinot.....	20
3.4 Yhteenveto: sosioekologinen lähestymistapa terveyden edistämiseen ja ravitsemukseen .....	24
<i>4 Aineisto ja menetelmät</i> .....	27
4.1 Hyvinvointikertomukset.....	27
4.2 Haastatteluaineisto .....	29
<i>5 Analyysi I: kuntien ravitsemuspolitiikan nykytila hyvinvointikertomusten valossa</i> .....	32
5.1 Ravitsemuksen huomioinnin laajuus .....	32
5.2 Taustatekijöiden merkitys ja käytetyt tietolähteet .....	35
5.3 Hyvinvointikertomuksissa esiintyneet ohjaukeinot.....	37
5.4 Ohjaukeinot sosioekologisessa viitekehyksessä.....	41
5.5 Hyvinvointikertomusten analyysin tulokset: terveellisen ravitsemuksen edistämisen nykytila kunnissa.....	44
<i>6 Analyysi II: kuntien ravitsemuspolitiikan haasteet ja hyvät käytännöt</i> .....	48
6.1 Ravitsemuksen ja terveyden edistämisen haasteet.....	48
6.2 Ravitsemuksen ja terveyden edistämisen hyvät käytännöt .....	52
6.3 Kuntien toiveet nykytilanteen parantamiseksi .....	58
6.4 Haastattelujen analyysin tulokset: miten kuntien terveyden edistämistä voitaisiin parantaa?.....	61
<i>7 Johtopäätökset ja keskustelu</i> .....	66
7.1 Johtopäätökset.....	66
7.2 Keskustelu.....	69
<i>8 Liitteet</i> .....	71
8.1 Liite 1. Satunnaisotannalla valitut kunnat ja niiden taustatiedot. ....	71
<i>9 Lähteet</i> .....	75

# 1 Johdanto: Ravitsemuspolitiikka Suomessa

Suomessa, kuten monissa muissakin länsimaissa, tarttumattomat taudit ovat johtava syy sekä ennenaikaisille kuolemille että toimintakykyisten elinvuosien vähenemiselle. Maailman terveysjärjestö WHO:n (World Health Organization) mukaan tarttumattomat taudit ovat maailman mittakaavassa valtava ongelma: ne aiheuttavat vuosittain yli 70% kuolemista globaalisti ja ovat syynä noin 85%:ssa ennenaikaisista kuolemista (WHO 2018). Tarttumattomien tautien neljä pääryhmää ovat valtimosairaudet, syövät, krooniset keuhkosairaudet sekä diabetes. Myös mielenterveyden ongelmat lasketaan usein tarttumattomien tautien ryhmäksi. Tautien ehkäisemisessä keskeistä on puuttua elintapatekijöihin jotka lisäävät sairauksien riskiä: huonoon ravitsemukseen, tupakointiin, liian vähäiseen liikuntaan ja alkoholin käyttöön. (Duodecim & Suomen Akatemia 2017.) Tässä tutkimuksessa keskitytään näistä riskitekijöistä ravitsemukseen ja sen potentiaaliin kansanterveyden edistäjänä. Ravitsemusta tarkastellaan erityisesti kuntien toiminnan näkökulmasta.

Kunnat ovat monesta syystä keskeinen toimija terveyden edistämisen toteuttamiseen Suomessa. Ensinnäkin, kunnilla on Suomessa laaja autonomia ja vastuu paikallisista olosuhteista ja terveyspolitiikan suuntaviivoista (Simonsen-Rehn ym. 2006). Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen onkin yksi kunnan lakiin perustuvista päätehtävistä (Terveydenhuoltolaki 2010/1326). Toiseksi, kunnilla on valtakunnallista päätöksentekotasoa paremmat mahdollisuudet osallistaa paikallisia ihmisiä ja organisaatioita päätöksenteossa. Paikalliset rakenteet mahdollistavat olemassaolevien yhteyksien hyödyntämisen ja madaltavat ihmisten kynnystä osallistua yhteisönsä kehittämiseen. (Jansson & Tillgren 2010.) Kolmanneksi, kunnat toteuttavat laajasti erilaisia peruspalveluita, joissa on mahdollisuuksia terveyden edistämiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Akateemisessa kirjallisuudessa on laajalti tunnistettu, että tarttumattomien tautien taustatekijöihin vaikuttamalla voidaan merkittävästi parantaa väestön terveyttä ja että kunnilla on elinympäristöjen ylläpitäjinä terveyden edistämässä erittäin tärkeä rooli. Tästä huolimatta

kuntien roolia terveyden edistämässä ja terveyserojen kaventamisessa on tutkittu vain vähän. (Collins & Hayes 2010.) Kirjallisuudessa on myös pitkään ollut taipumusta tarkastella terveyden edistämistä yksilö- tai ryhmätasolla poliittisen ja institutionaalisen näkökulman sijaan (Golden & Earp 2012, s. 364). Tässä tutkimuksessa täytetään tätä tietoaukkoa tarkastelemalla paikallistason politiikkatoimien merkitystä kansanterveydelle lähestyen aihetta ravitsemuspolitiikan ja sosioekologisen terveyden edistämisen mallin kautta.

Kansanterveys on yhteiskunnallinen ilmiö, johon voidaan merkittävästi vaikuttaa politiikalla ja politiikkatoimilla. Vaikka yksilöt tekevät omaan terveyteensä vaikuttavia valintoja, laajemmassa mittakaavassa kansanterveys muodostuu sen pohjalta, kuinka hyvin yhteiskunnassa huomioidaan terveys päätöksenteossa ja toteutetaan terveyttä edistäviä toimia. Terveyden huomioiminen politiikassa ja julkishallinnossa onkin yksi tärkeimmistä terveyden edistämisen keinoista. (Jackson ym. 2006.) Ravitsemus on hyvä esimerkki siitä, miten politiikkatoimien kautta voidaan vaikuttaa terveyteen. Yksilön ruokavalintoihin vaikuttaa henkilökohtaisten mieltymysten lisäksi laaja joukko erilaisia taustatekijöitä, kuten terveellisten ruokien hinta, saatavuus ja markkinointi. Taustatekijöihin voidaan vaikuttaa esimerkiksi maatalous- ja ruokapolitiikalla, terveyspolitiikalla ja kuluttajapolitiikalla. Nämä sektorirajat ylittävät toimenpiteet ovat *ravitsemuspolitiikkaa*, jonka tavoitteena on suojata ja edistää kansalaisten terveyttä, parantaa elämänlaatua ja vähentää sairauksia tukemalla terveyttä edistävää ruokavaliota ja elämäntapoja. (Ruokavirasto 2018.) Ruokavaliioon liittyvät riskit ovat Suomessa korkean verenpaineen ohella merkittävien riskitekijä elinvuosien ja toimintakykyisten elinvuosien menettämiselle (Institute of Health Metrics and Evaluation 2017), joten onnistuneella ravitsemuspolitiikalla voidaan saada aikaan merkittäviä kansanterveydellisiä parannuksia.

Kansallisen ravitsemuspolitiikan tavoitteet asetetaan Suomessa ravitsemussuosituksen avulla. Ravitsemussuosituksen toteuttamisesta ovat vastuussa pitkälti kunnat, joskin valtakunnallisia toimenpidesuosituksia voidaan antaa ja myös kolmannen sektorin toimijoilla voi olla merkittävä rooli suositusten toteuttamisessa. (Ruokavirasto 2018.) Kunnilla on joka tapauksessa vastuu kansalaistensa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä (Terveydenhuoltolaki 2010/1326) ja ravitsemuspolitiikka on keskeinen osa terveyden edistämisen politiikkaa. *Terveyden edistämislle*

ei ole yksittäistä yhtenäistä määritelmää, mutta tässä tutkimuksessa sillä tarkoitetaan toimintaa, jolla pyritään lisäämään väestön terveyttä ja toimintakykyä sekä vähentämään terveysongelmia ja väestöryhmien välisiä terveyseroja. Kuten ravitsemukseen, myös terveyteen vaikuttavat moninaiset yksilö- ja rakennetaso tekijät. Terveyttä edistetään vaikuttamalla näihin taustatekijöihin, kuten elintapoihin ja -oloihin, elämänhallintaan, elinympäristöön ja palveluiden saatavuuteen ja toimivuuteen. (Kuntaliitto 2017a.) Terveyden edistämällä voidaan paitsi kaventaa terveyseroja ja vaikuttaa kansansairauksien syihin, myös hillitä terveysongelmista aiheutuvia yhteiskunnallisia kustannuksia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020).

Terveydenedistämisaikajattelu juontaa juurensa 1970-80-luvuille ja erityisesti Maailman terveysjärjestö WHO:n Ottawan julkilausumaan. Julkilausumassa korostettiin, että kansojen terveyttä parantavan työn painopisteen tulisi jatkossa siirtyä tautien torjunnasta terveyden edistämisen kapasiteetin kasvattamiseen (WHO 1986). Julkilausuman myötä alettiin kansainvälisesti kiinnittää aiempaa enemmän huomiota siihen, miten sairauksia voitaisiin ehkäistä elinympäristöjä ja ihmisten elintapoja muokkaamalla sen sijaan, että keskityttäisiin pelkästään jo ilmenneiden sairauksien ja terveysongelmien hoitoon. Terveyden ymmärrettiin linkittyvän tiiviisti myös yhteiskunnan muihin osa-alueisiin ja terveyteen liittyvää tietoa alettiin tuottaa myös yhteiskunnallisesta ja käyttäytymistieteellisestä näkökulmasta. (Rimpelä 2010.)

Sekä ravitsemuspolitiikka että terveyden yleinen edistäminen ovatkin monialaisia kokonaisuuksia, joiden toteuttaminen vaatii eri toimialojen yhteistyötä ja terveyden asettamista keskiöön myös muilla politiikan ja hallinnon sektoreilla. Monet terveyden ja ihmisryhmien välisten terveyserojen taustatekijöistä eli *determinanteista* ovat terveyssektorin ulkopuolella, minkä vuoksi niistä johtuvien ongelmien ratkaisemiseen tarvitaan myös muiden kuin terveyssektorin osallistumista. (Bambra ym. 2005.) Suomessa kuntia on jo pitkään ohjattu sektorien väliseen yhteistyöhön terveyden edistämässä, mutta 2000-luvun alkupuolelle asti monissa kunnissa terveyden edistäminen rajoittui vähäisten voimavarojen takia lakisääteisten ehkäisevien palveluiden järjestämiseen (Melkas 2013).

Yksilön tasolla ruokatottumuksiin vaikuttavat henkilökohtaisten mieltymysten lisäksi ja taustalla erittäin moninaiset tekijät. Vaikuttavat tekijät voivat olla biologisia (esimerkiksi ikä, sukupuoli), kulttuurisia, sosioekonomisia (koulutus, tulotaso), psykologisia tai sosiokulttuurisia (normit, sosiaaliset verkostot). Myös kaupallisilla paineilla voi olla merkittävä vaikutus, erityisesti jos markkinan sääntely on vähäistä. Kaikki nämä taustatekijät yhdessä laajempien taustatekijöiden, kuten ruokateollisuuden ja globalisaation kanssa vaikuttavat yksilön ruokavalintojen mahdollisuuksiin. (Mozaffarian ym. 2018.) Jotta negatiiviset vaikutukset voidaan minimoida ja toisaalta positiiviset mahdollisuudet hyödyntää, tulee ravitsemuksen ja terveyden determinantit ottaa systemaattisesti huomioon eri hallintoasteiden päätöksenteossa.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan, millä tavoin Suomessa edistetään terveellistä ravitsemusta kuntatasolla ja millä tavoin väestön ravitsemusta voitaisiin kunnallisten politiikkatoimien avulla parantaa jatkossa entistä tehokkaammin. Tutkimuskysymyksiä ovat:

- Miten laajasti ja millä tavoin ravitsemus huomioidaan kuntien toiminnassa?
- Miten terveyden edistämistä ja erityisesti terveellisen ravitsemuksen edistämistä kuntatasolla voitaisiin parantaa?

Tutkimuksen aineistona ovat 75 kunnallista hyvinvointikertomusta ja viisi haastattelua. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastataan tutkimalla kuntien hyvinvointikertomusten kirjauksia ravitsemuksesta. Ohjauskeinojen jäsentelyssä hyödynnetään sosioekologista terveyden edistämisen lähestymistapaa (Stokols 1996; McLeroy ym. 1988), joka toimii tutkimuksen teoreettisena viitekehystenä. Toiseen tutkimuskysymykseen vastataan sekä hyvinvointikertomusten että haastatteluaineiston perusteella käyttäen menetelmänä laadullista sisällönanalyysia. Viimeistä kysymystä pohditaan sosioekologisen lähestymistavan näkökulmasta haastatteluaineiston perusteella. Sosioekologisen lähestymistavan ohella tutkimuksessa hyödynnetään John Kingdonin (2003) näkemystä päätöksentekoprosessien virtausmallista.

## **2 Kirjallisuuskatsaus: terveyden edistäminen teoriassa ja käytännössä**

Yhteiskunnallinen ja tieteellinen keskustelu terveystieteistä on laajalti keskittynyt terveydenhuollon toimintaan ja palvelujärjestelmään (Sihto 2015) tai yksilö- ja ryhmätason terveyden edistämiseen (Golden & Earp 2012). Tämän hetken merkittävimmät terveysongelmat ovat kuitenkin sellaisia, joihin voitaisiin tehokkaimmin puuttua terveyden edistämällä. Tämän vuoksi tulisi lisätä keskustelua terveyden edistämisen prosesseista ja rakenteista. Jotta terveyden edistämisen nykytilasta voidaan muodostaa kuva, on hyödyllistä suunnata katse terveyden edistämisen käsitteeseen ja historiaan. Historiakatsauksen lisäksi tässä kappaleessa tarkastellaan terveyden ja politiikan vuorovaikutusta - millä tavoin terveys on yhteiskunnallista sekä poliittista ja miten terveystieteitä harjoitetaan? Terveyden edistämisen päätöksenteon prosesseja hahmotetaan poliittisten virtausten mallin kautta, keskittyen erityisesti tämän tutkimuksen tutkimuskohteeseen eli terveelliseen ravitsemukseen ja sen edistämiseen kunnissa.

### **2.1 Terveyden edistämisen historia ja määritelmät**

Kansanterveys on parantunut 1800-luvulta nykypäivään päätähuimaavaa vauhtia. Nopean muutoksen taustalla on kolme asiaa: terveydenhuollon paraneminen, sosiaalisen ympäristön parantamiseen vaikuttaneet politiikkatoimet sekä terveyden edistämisen strategiat (Davies ym. 2013). Terveyden edistäminen (engl. health promotion) on ollut kasvava osa kansanterveyden eteen tehtävää työtä noin 1970-luvulta asti. Vuonna 1974 Kanadan terveystieteiden ministeri Marc Lalonde esitti raportissaan, että elinolojen parantaminen ja terveydenedistämistyö ovat kansanterveyden parantamiselle yhtä tärkeitä tai jopa tärkeämpiä kuin lääketieteellinen kehitys (Lalonde 1974). Raportti sai paljon kansainvälistä huomiota ja herätti keskustelua siitä, mitkä tekijät vaikuttavat ihmisten terveyteen (Davies ym. 2013, s. 12). Toinen merkittävä ulostulo oli Birminghamin yliopiston professori Thomas McKeownin (1979) argumentti siitä, että 1800-luvun lopulla radikaalisti laskeneet kuolleisuusluvut eivät olleet lääketieteellisen kehityksen ansiota, vaan johtuivat ensisijaisesti elinolojen ja ravitsemuksen paranemisesta. Nämä tapahtumat olivat merkittäviä terveyden edistämisen kansainväliselle valtavirtaistumiselle. Suomessa tosin terveyden edistäminen ja erityisesti ravitsemuspolitiikka olivat saaneet alkusysäyksen jo 1960-luvulla, kun osoitettiin, että suomalaisten tyypillinen ruokavalio oli sydänterveydelle



vahingollinen. Asiaan puututtiin jo vuonna 1972 aloittamalla Pohjois-Karjala-projekti, jossa muun muassa kehitettiin terveellisiä, paikallisten asukkaiden hyväksymiä tuotteita yhteistyössä teollisuuden kanssa. (Melkas 2013.)

Terveyden edistäminen sai merkittävää maailmanlaajuista huomiota vuonna 1986 Maailman terveysjärjestö WHO:n julistaessa Ottawan julkilausumassa, että kansojen terveyttä parantavan työn painopisteen tulisi jatkossa siirtyä tautien torjunnasta terveyden edistämiseen. Terveyden edistäminen määriteltiin julkilausumassa “prosessiksi, joka mahdollistaa sen, että ihmiset voivat yhä enemmän vaikuttaa omaan terveyteensä ja parantaa sitä” (WHO 1986, s. 1.) Painopisteen muutos terveydenhuollosta terveyden edistämiseen toi alalle paljon muutoksia. Ensinnäkin, terveyteen liittyvät konseptit ja terveyden edistäminen linkitettiin ensimmäistä kertaa myös muihin yhteiskunnan osa-alueisiin kuin terveyteen. Toiseksi, yhteiskunta- ja käyttäytymistieteet nousivat terveystieteiden rinnalle tuottamaan terveyteen liittyvää tietoa. Kolmanneksi, ihmisten ja yhteisöjen toimijuus nostettiin merkittäväksi tekijäksi kansanterveydelle. Neljänneksi, terveydenedistämistyötä harjoittavien instituutioiden ja yhteisöjen toimintakyvyn tutkimiseen ja vahvistamiseen alettiin kiinnittää huomiota. (Rimpelä 2010, s. 18.)

Terveyden edistämisen määritelmää on Ottawan julkilausuman jälkeen laajennettu moneen otteeseen, eikä yhtenäistä uutta määritelmää ole. WHO:n mukaan terveyden edistäminen koostuu sosiaalisista ja ympäristöllisistä interventioista, joiden tavoitteena on suojella yksilöiden terveyttä ja elämänlaatua puuttamalla huonon terveyden juurisyyhin. Keskeisiksi keinoiksi WHO katsoo hyvän terveystieteiden ja -hallinnan, terveyden “lukutaidon” eli kansalaisten terveystaidot sekä terveelliset kaupungit. (WHO 2016.)

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö (2019) asettaa terveyden edistämisen keskiöön terveyserojen kaventamisen ja toteaa terveyden edistämisen olevan kansanterveystyötä, jossa

“terveyttä ja hyvinvointia edistävillä toimenpiteillä vaikutetaan suoraan keskeisiin kansansairauksien syihin ja hillitään kustannuksia, jotka aiheutuvat terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä”.

Akateemisessa kirjallisuudessa terveyden edistämisen määritelmät myötäilevät WHO:n määritelmää ja perustuvat pitkälti Ottawan julkilausuman periaatteeseen siitä, että ihmisten kontrollia omasta terveydestään tulisi vahvistaa. Tätä näkemystä on kuitenkin täydennetty ja terveyden edistämiseksi on esitetty useita vaihtoehtoisia määritelmiä. Peter Howat kumppaneineen (2003, s. 84) on summannut keskustelua ja erilaisia määritelmiä todeten, että terveyden edistäminen on yhdistelmä

“kuluttajia osallistamalla suunniteltuja koulutuksellisia, organisatorisia, taloudellisia ja poliittisia toimenpiteitä, joiden tavoitteena on mahdollistaa yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen mahdollisuuksia hallita ja parantaa terveyttään muuttamalla asenteita, käytöstä sekä sosiaalisia ja ympäristöllisiä tekijöitä”.

Terveyden edistämisen keskeiset elementit tulevat hyvin esiin myös Kuntaliiton (2017a) määritelmässä:

“Terveyden edistämällä ymmärretään kaikkea sitä toimintaa, jonka tarkoituksena on terveyden ja toimintakyvyn lisääminen, terveysongelmien ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen. Se on tietoista vaikuttamista terveyteen ja hyvinvoinnin taustatekijöihin kuten elintapoihin ja elämänhallintaan, elinoloihin ja elinympäristöön sekä palvelujen toimivuuteen ja saatavuuteen.”

Nykyään vallitsee siis laajalti konsensus siitä, että terveyttä määrittävät tekijät eli kansanterveyden determinantit liittyvät enemmän ympäristöllisiin tekijöihin sekä työ- ja elinoloihin kuin varsinaiseen terveydenhuoltojärjestelmään (WHO 2020). Terveyden edistämiseksi keskitytään usein ihmisryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen, sillä se on tehokas tapa parantaa terveyttä koko väestön tasolla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL] 2017). Terveyden edistämällä voidaan siis samalla vähentää eriarvoisuutta. Toisaalta yhteiskunnallinen eriarvoisuus heijastuu myös terveyteen: sosioekonominen asema vaikuttaa esimerkiksi riskiin sairastua ja selvitä sairauksista. (Scheele ym. 2018.)

Näin on myös ravitsemuksen osalta. Yhteiskunnalliset erot esimerkiksi taloudellisesti kehittyneiden ja köyhempien valtioiden välillä vaikuttavat merkittävästi kansan ravitsemukseen ja tautitaakkaan. Taloudellisesti kehittyneissä valtioissa esimerkiksi aliravitsemus on lähinnä vanhinta väestöä koskeva ongelma, kun taas kehittyvissä valtioissa aliravitsemusta esiintyy edelleen laajemmin. Vauriissa valtioissa tarttumattomat taudit kuten ylipainoisuus, 2. tyypin diabetes sekä sydän- ja verisuonitaudit ovat johtavat syy terveyden elinvuosien menettämiselle, ja ravitsemus- ja liikkumistottumusten muutoksella on erittäin suuri merkitys näiden terveysongelmien yleistymiseen. Toisaalta tarttumattomat taudit ovat yhä kasvava ongelma myös kehittyvissä valtioissa, mikä johtaa niin sanottuun kaksoistaakkaan, koska myös aliravitsemus on edelleen merkittävä ongelma. (Wiseman 2018.)

Kansalaisten ravitsemusta voidaan parantaa ravitsemuksen määrittäjiin eli determinantteihin vaikuttamalla. Käytännössä terveellistä ravitsemusta edistetään ravitsemuspolitiikalla, jota Suomessa toteutetaan osana terveys-, ruoka- ja maatalouspolitiikkaa. Keskeisiä toimijoita ovat terveyspolitiikan osalta sosiaali- ja terveysministeriö ja ruokapolitiikan osalta maa- ja metsätalousministeriö. Myös kuluttajapolitiikka saattaa esimerkiksi verotuskysymyksissä vaikuttaa ravitsemukseen, jolloin myös työ- ja elinkeinoministeriö osallistuu ravitsemuspolitiikkaan. Keskeinen ravitsemuspolitiikan toteuttamiskeino Suomessa on ravitsemussuosituksien edistäminen. (Ruokavirasto 2018.) Vaikka on selvää, että terveyden edistämistoimet ravitsemukseen vaikuttamisen kautta voivat olla tehokkaita ja vaikuttavia, tämä ei tapahdu automaattisesti vaan vaatii vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointia niin etukäteen kuin interventtioiden toteuttamisen jälkeen. (Ståhl 2017.)

## **2.2 Terveyden poliittisuus ja onnistumisen edellytykset**

Politiikalla ja julkishallinnolla on merkittävä vaikutus terveyden edistämisen suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurantaan. Kansanterveys ei ole neutraali, vaan poliittinen asia: terveys jakautuu epätasaisesti, terveyden määrittäjiin voidaan vaikuttaa poliittisilla toimilla ja kansanterveyden parantaminen vaatii päämäärätietoista yhteiskunnallista edistämistä. Terveys on myös keskeinen osa kansalaisuutta ja ihmisoikeuksia. (Bambra ym. 2005.) Terveyttä voidaan

edistää yksilö- ja väestötason palveluiden avulla, mutta myös merkittävästi politiikkatoimilla. Poliittikatason terveyden edistämisen toteuttamisen on osoitettu olevan yksilöön kohdistuvaa terveyshaittojen ehkäisyä edullisempaa (Kiiskinen ym. 2008, s. 122). Onnistuneen terveyden edistämisen edellytyksiä ovat tieteellinen näyttö (Puska 2019), poliittinen sitoutuminen (Rotko ym. 2014), eri toimijoiden intressien yhteensovittaminen (Buse ym. 2012), riittävät resurssit (Gaarn ym. 2010) ja terveyden edistämisen poikkihallinnollisuus (Melkas 2013).

Terveyspolitiikan tulisi aina pohjautua tutkittuun tietoon ja tieteelliseen näyttöön. Käytännössä tieteellisen tiedon ja päätöksenteon välinen yhteys on kuitenkin monimutkainen. Suuri osa taudeista on perusteellisesti tutkittuja ja niiden *etiologia* eli kausaaliset riskitekijät ovat hyvin tiedossa. Myös monien yksittäisten interventiomenetelmien vaikutukset ovat tiedossa ja perustuvat vahvaan näyttöön. Kuitenkaan näiden näyttöjen perusteella ei voida suoraan määrittellä, miten esimerkiksi tietyn taudin kansallisen tai paikallisen tason ehkäisyohjelma tulisi toteuttaa. Mitä laaja-alaisemmasta interventiosta on kyse, sitä vaikeampaa vahvan näytön antaminen etukäteen on. Koska vahvaa evidenssiä laaja-alaisen ohjelman vaikuttavuudesta on hankala antaa, on lopullinen toteutus aina poliittisen prosessin tulos. (Puska 2019.)

Terveyspoliittisten toimenpiteiden toteutuminen riippuu aina myös yhteiskunnan laajemmista tavoitteista, ajankohtaisesta keinovalikoimasta ja esimerkiksi ravitsemuspolitiikan kohdalla ruokaketjua koskevista laajemmista tavoitteista (Ruokavirasto 2018).

Terveyttä edistävien toimenpiteiden edellytyksenä on poliittinen sitoutuminen. Sitoutuminen muodostuu halusta ryhtyä toimeen ja vaatii orientaation muutosta, poliittisten sopimusten tekemistä, resursointia sekä sidosryhmätyöskentelyä. Sitoutumisen seurauksena on loogisesti päätösten tekeminen, joka taas on edellytyksenä toimenpiteiden toteuttamiselle. (Rotko ym. 2014.) Jotta sitoutuminen olisi mahdollista, tulee taustalla olla tutkittua tietoa, johon perustuen terveydenedistämistä koskevia päätöksiä voidaan toteuttaa. Jotta tieto kulkee päättäjille, tulee olla toimijoita, jotka vievät terveyden edistämisen aatetta ja ehdotuksia toimenpiteistä eteenpäin kunnan johdolle. Tällaisia toimijoita kunnissa voivat olla esimerkiksi hyvinvointikoordinaattorit ja -suunnittelijat.

Terveyden edistämisen toteutumiseen vaikuttavat muutkin toimijat kuin julkisen hallinnon instituutiot. Esimerkiksi medialla voi olla oma roolinsa politiikkatoimien agendan muodostumisessa, ja yksityisen sektorin toimijoilla voi olla valtaa muotoilla kansanterveyden kysymyksiä itselleen edullisin tavoin. Julkinen sektori myös konsultoi usein ulkoisia toimijoita esimerkiksi kolmannelta sektorilta. Terveysalalla vaikutusvaltaisia yksityisen tai kolmannen sektorin toimijoita ovat esimerkiksi lääketieteen edustajat, lääkeyritykset sekä vakuutus- ja ruoka-alan yhtiöt. (Buse ym. 2012.) Kuntien kontekstissa keskeisiä sidosryhmiä voivat olla esimerkiksi yritykset, joilta kunta ostaa tuotteita tai palveluita, sekä eri väestöryhmiä ja toimijoita edustavat yhdistykset. Monenlaiset eri toimijat julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektorilla siis vaikuttavat siihen, millaiseksi terveysalan instituutiot, palvelut ja esimerkiksi rahoitusjärjestelmät muodostuvat. Näiden toimijoiden intressien yhteensovittaminen on olennaista terveyden edistämisen toteutumiseksi.

Haasteita toimivien strategioiden luomiselle asettavat risteävien intressien lisäksi muun muassa resurssien niukkuus. Resurssien niukkuus on tiiviisti yhteydessä poliittiseen sitoutumiseen, sillä kuntapäätäjillä on paljonkin valtaa päättää terveyden edistämisen resursseista. (Gaarn ym. 2010.) Terveyden edistämisen toteuttaminen rajallisilla resursseilla voikin vaatia erilaisia hankkeita ja teknisiä työkaluja, mutta myös rakenteellista ja hallinnollista kehitystä esimerkiksi keskinäisen vastuun luomisen muodossa (Rotko ym. 2014).

Terveyteen vaikuttavia päätöksiä tehdään niin ylikansallisella, EU-, kansallisella, alueellisella kuin kunnallisellakin tasolla. Terveyteen vaikuttavat paitsi terveystalouden, myös muiden politiikan sektorien päätökset. Koska vain keskusjohto voi johtaa ja ohjata yli sektorirajojen, tulee terveyden yhteiskunnallinen merkitys tunnustaa paitsi terveyshallinnossa, myös keskusjohdossa ja huolehtia siitä, että terveys huomioidaan kaikilla politiikan aloilla. Näin tulisi tapahtua hallinnon kaikilla eri tasoilla. Suomessa kunnilla on laaja toimivalta, mikä tarjoaa paikallistason poikkialueelliselle terveyden edistämiseksi hyvät mahdollisuudet. (Melkas 2013.) Eri sektorien osallistaminen terveyden edistämiseen luo myös mahdollisuuksia sosiaali- ja

terveydenhuollon kustannusten hallintaan, mikä on monille kunnille hyvin ajankohtainen haaste esimerkiksi kunnan väestörakenteen muuttuessa (Kiiskinen ym. 2008). Poikkihallinnollisuus tukee myös terveystieteellisen tutkimuksen edistämistä, sillä terveystieteellisen tutkimuksen omat voimavarat ovat niukat (Melkas 2013, s. 198).

Poikkihallinnollisen terveyden edistämisen haasteita ovat muiden muassa eri hallinnonalojen eriävät tavoitteet ja agendat, erilaiset työkulttuurit ja menettelytavat, johdon ja operationaalisten tasojen osaamisen vahvistaminen sekä luontaisen muutosvastaisuuden yli pääseminen. Koska terveyden edistäminen vaikuttaa kunnan kansalaisten elämän kaikkiin osa-alueisiin, terveyden edistämisen toteuttaminen edellyttää toimenpiteitä kunnan eri toimialoilla: kouluissa, päivähoitossa, kunnan vapaa-ajan keskuksissa, vapaa-ajan organisaatioiden tuessa, terveydenhuollossa, vanhustenhoidossa, kuntasuunnittelussa, sosiaalipalveluissa, mielenterveyden palveluissa ja niin edelleen. Toisaalta kuntatason terveyden edistämiseen vaikuttaa myös kansallinen päätöksenteko, sillä valtio voi ohjata terveystieteellisyttä muun muassa verotuksen, säännösten ja kieltojen avulla, esimerkiksi liittyen terveydelle haitallisten tuotteiden, kuten tupakan ikärajoja säättämällä. (Gaarn ym. 2010, s. 4-24.)

### **2.3 Terveystieteellisen päätöksenteko poliittisten virtausten mallin näkökulmasta**

Terveystieteellisen ja -hallinnon prosesseja tarkastellaan usein joko niin sanotun vaihemallin kautta tai John Kingdonin (2003) kehittämän poliittisten virtausten mallin kautta (Sihto 2015; Rotko ym. 2014; Strand ym. 2009). Vaihemalli lukeutuu rationalistisen politiikan tutkimusperinteeseen ja esittää politiikkaprosessin koostuvan tyypillisesti viidestä vaiheesta: ongelman määrittelystä, ratkaisuvaihtoehtojen pohdinnasta, lähestymistavan valinnasta, toimeenpanosta ja lopulta arvioinnista (Sihto 2015). Vaihemallissa politiikkaprosessin tavoitteeksi ymmärretään parhaan tutkimusevidenssin löytäminen ja sen implementoiminen käytännön politiikaksi. Terveyden edistämisen kontekstissa vaihemalli näkee keskeiseksi ongelmaksi joko selkeän tutkimusnäytön puutteen interventioiden pohjaksi tai haasteet evidenssin hyödyntämisessä käytännön politiikkatoimia laatiessa. (Carey & Crammond 2015.)

Vaihemallia on niin valtio-opillisen kuin terveystieteellisenkin tutkimuksen parissa kritisoitu siitä, että se ei vastaa päätöksentekoprosessien todellista, sekasortoista luonnetta (Carey Crammond 2015, s. 135). Tähän on kaksi keskeistä syytä. Ensinnäkin, päätöksentekoprosessin vaiheet eivät useinkaan etene lineaarisessa järjestyksessä. Esimerkiksi suomalaisia terveystieteiden kaventamisen hankkeita tutkittaessa havaittiin, että kolmesta tutkitusta alueesta minkään alueen interventioprosessit eivät edennyet tiettyssä järjestyksessä, vaan eri toimet etenivät vuorotellen, rinnakkain, vaihtelevassa järjestyksessä ja eri tahtiin (Rotko ym. 2014). Toiseksi, tutkimusnäytön puute on harvoin terveyden edistämisen ja terveystieteissä keskeinen päätöksenteon este tai ongelma (Carey & Crammond 2015). Tämä näkyy siinä, että tieteellisten tutkimusten tuottama tieto ei saatavuudestaan huolimatta johda säännönmukaisesti tutkimustiedon mukaiseen päätöksentekoon. (Hoeijmakers ym. 2007.) Sen sijaan haasteita on päätöksenteon prosessien ymmärtämisessä ja niiden kontekstissa toimimisessa.

Vaihtoehdon lineaariselle vaihemallille tarjoaa Kingdonin (2003) poliittisten virtausten päätöksenteon malli. Mallin keskiössä on pohdinta siitä, mikä saa tietyt asiat nousemaan päätöksentekijöiden kiinnostuksenkohteeksi ja säilyttämään asemansa siellä niin pitkään, että toimenpiteitä asian suhteen ehditään toteuttaa. Kingdonin mukaan politiikkatoimien konteksti muodostuu kolmesta "virtauksesta": ongelmien virtauksesta, politiikan virtauksesta ja politiikkatoimien virtauksesta. Virtausmallissa nämä ovat kaikki kohtuullisen itsenäisiä elementtejä, joissa kaikilla päätöksentekoon osallistuvilla on oma roolinsa. Kun virtaukset osuvat yhteen, muodostuu niin sanottu mahdollisuuden ikkuna, joka yhdistää kiinnostavan ongelman toteutettavissa olevaan ja poliittisesti mahdolliseen ratkaisuun. Näiden yhdistämiseen vaaditaan joku aktiivinen toimija, Kingdonin termein *sosiaalinen yrittäjä* (engl. social entrepreneur), joka tuo muut toimijat yhteen edistääkseen löytämänsä ratkaisun valitsemista. (Kingdon 2003.) Sektorirajat ylittävässä terveydenedistämistyössä sosiaaliset yrittäjät voidaan nähdä erityisen tärkeinä toimijoina, jotta terveyssektori ja muut hallinnon alat tai hallintokunnat voivat tehdä yhteistyötä (Strand ym. 2009).

Poliittisten virtausten mallin sovellutuksissa terveystieteeseen korostuu terveyden edistäminen poikkeuksellinen luonne. Esimerkiksi Carey ja Crammond (2015) tutkivat

haastattelututkimuksella terveyden edistämisen päätöksenteon haasteita ja havaitsivat niiden liittyvän pitkälti kommunikointiin eri hallintokuntien ja hallinnon tasojen välillä. Tutkimuksessa havaittiin myös, että terveysasioiden saaminen politiikan agendalle vaatii kommunikaation sopeuttamista hallinnon rakenteisiin ja toimijoiden keskenään erilaisiin normatiivisiin näkemyksiin. Hoeijmakers kumppaneineen (2007) tutkivat terveyden edistämisen prosesseja verkostanalyysin keinoin ja havaitsivat, että paikallistason terveystiikkaan osallistuvista toimijoista suurin osa ei pitänyt itseään keskeisenä terveyden edistämisen toimijana eikä terveyden edistämistä edustamansa organisaation tai hallintokunnan prioriteettina. Monet toimijoista osallistuivat siis terveystiittiseen päätöksentekoon edistääkseen edustamansa tahon intressejä, eivät edistääkseen kansanterveyttä. (Hoeijmakers ym. 2007.) Tulokset korostavat tarvetta terveyttä päätoimisesti edistäville toimijoille, kuten hyvinvointikoordinaattoreille.

Terveys on siis poliittista ja terveystiittinen päätöksenteko sekavaa ja ei-lineaarista (Carey & Crammond 2015). Terveyden edistämisen toteutuminen riippuu siitä, onko olemassa toimijoita, jotka huolehtivat terveyden edistämisen nostamisesta poliitikkojen kiinnostuksenkohteeksi muiden aiheiden, kuten terveydenhuollon, kilpaillessa poliitikkojen huomiosta ja kiinnostuksesta (Kingdon 2003; Strand ym. 2009). Toteutuakseen terveyden edistäminen edellyttää tieteellistä näyttöä (Puska 2019), poliittista sitoutumista (Rotko ym. 2014), intressien yhteensovittamista (Buse ym. 2012), resursseja (Gaarn ym. 2010) ja poikkihallinnollista yhteistyötä (Melkas 2013).



### **3 Teorettinen viitekehys: sosioekologinen lähestymistapa**

Terveyttä määrittävät tekijät eli terveyden determinantit sijaitsevat suurimmalta osin yksilön vaikutusvallan ulkopuolella. Tästä huolimatta terveyden edistämisen toimenpiteet ja interventiot kohdistuvat usein yksilöön. (Sallis ym. 2015.) Sosioekologinen lähestymistapa terveyteen alleviivaa rakenteellisten tekijöiden merkitystä terveyteen (Stokols 1996). Sosioekologinen terveyden edistämisen kirjallisuus tarkastelee, miten ympäristön eri tasot vaikuttavat siihen, millaiseksi yksilön terveys ja lopulta kansanterveys muodostuvat (Richard ym. 2011). Terveyteen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen on tärkeää, jotta voidaan arvioida, millaisia ohjauskeinoja terveyden edistämiseksi pitää toteuttaa. Tässä kappaleessa tarkastellaan terveyden ja ravitsemuksen determinantteja ja ohjauskeinoja sosioekologisen lähestymistavan näkökulmasta.

#### **3.1 Terveyden determinantit ja ohjauskeinot**

Terveyden edistämisessä on nähty sen yleistymisestä alkaen erilaisia suuntauksia ja trendejä. Usein erotellaan yksilön käytökseen vaikuttava suuntaus ja ympäristöjen kautta vaikuttava suuntaus. Sosioekologinen lähestymistapa näkee sekä yksilöllisten että ympäristöllisten tekijöiden olevan vaikuttavia ja korostaa yksilön käyttäytymisen ja eri ympäristöjen välistä vuorovaikutusta. (Golden & Earp 2012.)

Niin sanotut käyttäytymiskeskiset terveyden edistämisen interventiot pyrkivät edistämään terveyttä vaikuttamalla yksilön kognitiivisiin determinantteihin. Tällä tarkoitetaan yksilön vaikutusvallan piirissä olevia tekijöitä, kuten yksilön tietotasoa, asenteita, taitoja ja uskomuksia. Käyttäytymiskeskisen terveyden edistäminen voi sisältää esimerkiksi koulutusta ja ohjausta yksilöllisesti tai pienryhmissä. (Cohen ym. 2000, s. 146.) Haasteena käytöskeskisissä ohjelmissa on se, että vaikka henkilö olisi motivoitunut muuttamaan omaa käytöstä ja elintapojaan, hän toimii silti taloudellisten, sosiaalisten ja kulttuuristen rajoitusten alaisena, eikä terveyden edistämisen toimenpiteillä välttämättä siksi ole toivottua vaikutusta. Onnistumista rajoittaa myös se, jos henkilöllä ei itsellään ole motivaatiota muutokseen, tai jos ympäristö on epäedullinen muutoksen onnistumista kohtaan. (Stokols 1996.) Yksilöihin vaikuttaminen on myös hankalaa ja hintavaa, minkä takia käyttäytymiskeskiset interventiot keskittyvät usein korkean riskin ryhmiin

ja pyrkivät muuttamaan niihin kuuluvien yksilöiden käyttäytymistä riskittömämpään suuntaan esimerkiksi elintapoja muokkaamalla. Vaikutus kohdistuu tällöin vain suppeaan ihmisryhmään. (Cohen ym. 2000, s. 147.)

Näiden haasteiden vuoksi käyttäytymiskeskeisten interventioiden tulokset ovat monissa tapauksissa jättäneet parantamisen varaa, mikä on herättänyt toiveita ohjelmista, jotka tähtäävät yli yksilötason, laajempiin sosiaalisiin ja kulttuurillisiin ulottuvuuksiin (Richard ym. 2011). Ympäristökeskeiset, toisin sanoen *ekologiset* näkökulmat pyrkivät vastaamaan tähän tarpeeseen. Ympäristö vaikuttaa terveyteen monin tavoin. Yksinkertaisimmillaan ympäristö vaikuttaa terveyteen esimerkiksi ympäristömyrkkujen, tapaturmariskien ja patogeenisten tekijöiden eli taudinaiheuttajien, kuten virusten, leviämisen kautta. Ympäristökeskeisessä terveyden edistämisessä ympäristön kuitenkin ymmärretään vaikuttavan terveyteen huomattavasti tätä laajemmin. Ympäristö voi esimerkiksi tarjota terveyttä edistävää informaatiota, terveystalvueluita tai sosiaalista tukea hyvinvoinnin parantamiseksi. Ympäristökeskeisten näkökulmien teoreettinen anti on erityisesti siinä, että ne antavat laajan käsityksen tekijöistä, jotka voivat edistää tai estää ihmisten omia pyrkimyksiä terveempään toimintatapoihin. (Stokols 1996, s. 284-285.) Ympäristö siis vaikuttaa yksilöiden käytökseen ja yksilöt vaikuttavat ympäristöönsä. Seurauksena tästä kaikissa käyttäytymistiedettä hyödyntävissä politiikkatoimissa ja niiden suunnittelussa on pohdittava, halutaanko toimenpiteet kohdistaa yksilöön vai hänen ympäristöönsä, jotta käytökseen onnistuttaisiin vaikuttamaan. (Cohen ym. 2000.)

Käytännön terveyden edistämisen näkökulmasta ympäristökeskeisellä lähestymistavalla voidaan tunnistaa eri ympäristöjen vaikutuksia terveyteen ja sitä kautta kehittää monitasoisia ja tehokkaita terveyden edistämisen strategioita (Richard ym. 2011). Ekologinen perspektiivi auttaa päätöksentekijöitä arvioimaan yksittäisten politiikkatoimien laajempia vaikutuksia eri ympäristöjen välisten suhteiden kautta (Green ym. 1996). Ympäristön kautta tapahtuva terveyden edistäminen mahdollistaa myös käytöskeskeistä terveyden edistämistä laajempien vaikutusten saavuttamisen. Syynä on se, että yksilöihin vaikuttaminen on hankalaa ja usein kallista, kun taas ympäristön kautta vaikuttaessa voidaan vaikuttaa laajempaan joukkoon vähemmällä resursseilla. (Cohen ym. 2000, s. 147.)

Ympäristökeskeisten lähestymistapojen menestystä voi rajoittaa se, että niiden näkökulma on niin laaja, että sitä voi olla vaikea ymmärtää ja hyödyntää käytännön terveyden edistämisessä.

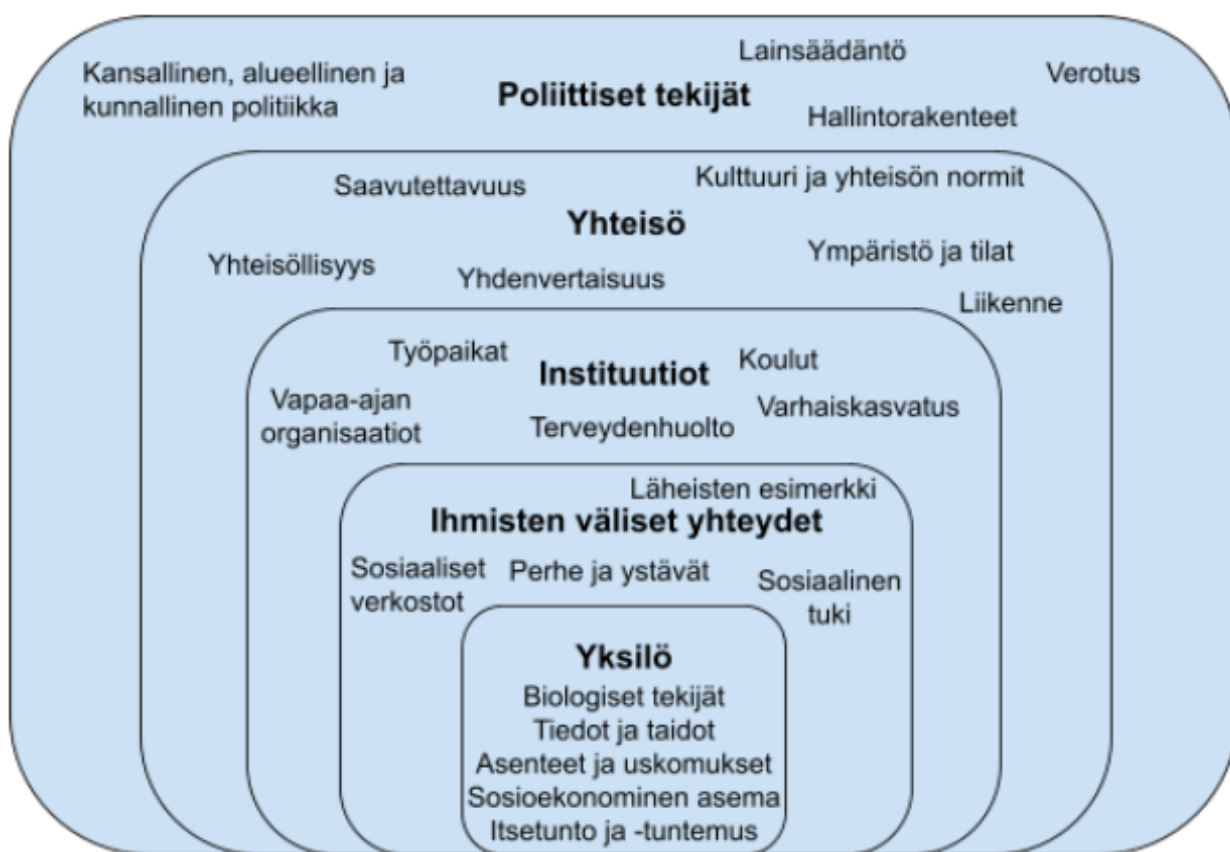
Ympäristökeskeistä lähestymistapaa on kritisoitu myös siitä, että se ei tarjoa selkeitä, testattavia hypoteeseja. Ekologiset lähestymistavat ovat tyypillisesti myös keskittyneet tarkasteltavissa olevaan käytökseen, eivätkä niinkään yksilöiden tai yksiköiden kokemuksiin tai arvoihin. (Green ym. 1996.) Näitä puutteita pyrkii korjaamaan *sosioekologinen* lähestymistapa.

Sosioekologinen lähestymistapa pohjaa hyvin pitkälti ekologiseen lähestymistapaan, ja termejä käytetäänkin joskus päällekkäisesti. Sosioekologiselle lähestymistavalle ominaista on sekä ympäristöjen keskinäisten vaikutusten että yksilön ja eri ympäristöjen välisen vuorovaikutuksen huomioiminen. Lähestymistapa huomioi ympäristöjen lisäksi yksilötason tekijät, kuten yksilön arvot, biologian ja opitut käytösmallit. Näitä yksilötason tekijöitä ei nähdä käytöskeskeisten mallien tapaan terveystyöskäytännöille ratkaisevina tekijöinä, mutta niiden tunnustetaan vaikuttavan siihen, millä tavoin ympäristöt vaikuttavat yksilön toimintaan. Sosioekologisen lähestymistavan mukaan ympäristöjen kautta ei voida täysin suoraviivaisesti vaikuttaa käyttäytymiseen tai väestöllisiin ilmiöihin: ympäristötekijät vaikuttavat ihmisten käytökseen ja esimerkiksi terveyteen, mutta vaikutukset ovat yksilöllisiä. (Stokols 1996, s. 283-287.)

Ympäristö on sosioekologisen näkemyksen mukaan monikerroksinen: instituutiot ja elinympäristöt ovat osa laajempia sosiaalisia ja taloudellisia rakenteita, jotka vaikuttavat yksilöihin eri tavoin yksilöllisistä tekijöistä riippuen (Golden & Earp 2012). Ympäristöjen konseptualisointi sosioekologisessa lähestymistavassa nojaa ekologisiin eli ympäristökeskeisiin malleihin. McLeroyin ja kumppaneiden (1988) ekologinen malli kuvaa käytökseen vaikuttavan ympäristön koostuvan viidestä tasosta: **yksilöllisistä** tekijöistä, **ihmisten välisistä yhteyksistä**, **instituutiotason** tekijöistä, **yhteisöistä** sekä **poliittisen tason** tekijöistä. Yksilötaso sisältää yksilön ominaisuuksia, kuten tietotason, asenteet ja elämäkokemukset. Ihmisten väliset yhteydet sisältävät yksilön verkostot, kuten ja ystävät. Instituutiotaso koostuu lähitason sosiaalisista instituutioista, kuten koulusta ja työpaikasta. Yhteisölliset tekijät ovat eri toimijoiden välisiä

suhteita ja verkostoja. Poliittisiin tekijöihin lukeutuvat eri tason poliittiset prosessit ja politiikkatoimet. (McLeroy ym. 1988.)

Käyttäytymiseen vaikuttaa siis ympäristön eri tasoihin sijoittuvia tekijöitä. Terveiden edistämisen kontekstissa näitä tekijöitä kutsutaan terveyden määrittäjiksi tai *determinanteiksi*. Determinantit voivat olla institutionaalisia, taloudellisia, sosiokulttuurisia tai ympäristöllisiä (Huynen ym. 2005). Terveiden determinanttien sijoittumista sosioekologisen mallin mukaisiin ympäristöihin on kuvattu kuviossa 1.



Kuvio 1. Sosioekologinen malli terveyden determinanteista (mukaillen McLeroy ym. 1988; Huynen ym. 2005).

Terveyttä voidaan edistää toteuttamalla *interventioita*, joilla vaikutetaan ympäristön eri tasojen determinanteihin. Yksilötason, ihmisten välisen tason ja instituutiotason interventiot ovat

yleisimpiä ja tutkituimpia (Golden & Earp 2012.) Mitä korkeamman determinantteihin ympäristötason determinantteihin interventiolla vaikutetaan, sitä merkittävämmät kansanterveydelliset vaikutukset interventiolla voi onnistuessaan olla. Mitä lähemmäs mennään yksilön välitöntä ympäristöä, sitä enemmän intervention onnistuminen riippuu yksilöiden omasta panoksesta. (Frieden 2010.) Kaikista vaikuttavimpia ovat interventiot, jotka kohdistetaan useammalle kuin yhdelle ympäristön tasolle (Golden & Earp 2012). Haasteena ylempiin ympäristön tasoihin kohdistettavissa interventioissa on niiden kompleksisuus ja niiden vaatima vahva poliittinen sitoutuminen (Green ym. 1996). Useampaan ympäristön tasoon kohdistuvissa interventioissa taas keskeisenä haasteena on eri hallintokuntien ja -tasojen välinen yhteistyö ja intervention vaikutusten arviointi. Monitasoisten interventioiden onnistumista tukee erityisesti huolellinen etukäteisarviointi sekä intervention kohteena olevan yhteisön tuki. (Paskett ym. 2016.)

Interventiot koostuvat yhdestä tai useammasta *ohjauskeinosta*, joilla yksilöiden käyttäytymistä pyritään ohjaamaan. Ohjauskeinot voivat intervention kohderyhmästä riippuen liittyä esimerkiksi terveellisten valintojen tukemiseen, riskitekijöiden minimoimiseen, terveyden seurantaan, terveellisten elämäntapojen ylläpitämiseen, sairauksien havaitsemiseen, sairaanhoitoon tai sairaudesta seuraavien terveyshaittojen minimoimiseen (Kumar & Preetha 2012). Käytännössä ohjauskeinot voivat olla toiminnallisia, taloudellisia tai lainsäädännöllisiä. Toimiva ohjauskeino perustuu tunnistettuihin syy-seuraussuhteisiin ja huomioi kohderyhmän; esimerkiksi sosioekonomisella asemalla on merkitystä sille, minkälaiset keinot mihinkin väestöryhmään toimivat parhaiten. (Erkkola ym. 2019, s. 107.)

Determinanttien tapaan myös ohjauskeinot voivat sijoittua ympäristön eri tasoille. Kuten determinantteja, myös ohjauskeinoja voidaan tarkastella joko terveyden näkökulmasta yleisesti tai tiettyyn terveyden osa-alueeseen syventyen. Seuraavassa alaluvussa tarkastellaan ravitsemuksen determinantteja ja mahdollisia ohjauskeinoja.

### **3.2 Ravitsemuksen determinantit**

Ravitsemukseen vaikuttavien osatekijöiden määrä on laaja. Osa näistä tekijöistä on samoja kuin terveyden yleiset determinantit, osa on nimenomaan ravitsemukselle ominaisia. Ravitsemuksen määrittäjiä voidaan tarkastella sen kautta, mitkä tekijät vaikuttavat yksilön ruokavalintoihin. Ruokamieltyymysten ohella ruokavalintoihin vaikuttavat esimerkiksi ikä, sukupuoli, kulttuuri, koulutus, tulotaso, henkilön terveydentila sekä tietotaso ruoan valmistamiseen ja ravintosisältöihin liittyen. Valintoihin on vaikutusta myös psykologisilla tekijöillä, kuten ruokaan ja terveyteen liittyvillä asenteilla, kannustimilla, motivaatiolla ja arvoilla. Ruokamieltyymysten taustalla saattavat vaikuttaa myös asiat, joille ihminen on varhaisessa elämänvaiheessa altistunut, kuten äidin raskaudenaikainen ruokavalio, vauva-ajan ruokinta sekä varhaislapsuuden ruokatottumukset. (Mozaffarian ym. 2018.) Läheisten ihmisen syömismalleilla ja esimerkillä on myös merkitystä, kuten myös esimerkiksi sillä, saako yksilö läheisiltä tarvitsemaansa tukea terveellisiin elämäntapoihin tai omien elintapojensa muuttamiseen (Story ym. 2008, s. 254). Laajempia sosiokulttuurisia ruokavalintoihin vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa perhe- ja yhteisönormit, sosiaaliset paineet, sosioekonominen asema, sosiaaliset verkostot, etninen tausta sekä elämäntapoihin ja rutineihin liittyvät tekijät kuten television katselu ja nukkuminen (Mozaffarian ym. 2018).

Yksilön fyysinen ympäristö vaikuttaa siihen, millaisia ruokia on saatavilla ja millaisia mahdollisuuksia terveelliseen syömiseen on tarjolla. Fyysinen ruokaympäristö koostuu esimerkiksi kodista, koulusta, työpaikasta, ravintoloista ja ruokakaupoista. (Story ym. 2008, s. 254-255.) Myös terveydenhuolto ja se, miten ravitsemus terveydenhuollossa huomioidaan voi merkittävästi vaikuttaa henkilön syömiseen ja ravitsemusterveyteen, samoin kuin esimerkiksi ruoka-apuohjelmat (Erkkola ym. 2019, s. 37). Ruokavalintoihin vaikuttaa myös niin sanottu informaatioympäristö, joka sisältää median ja esimerkiksi eri elintarvikkeiden markkinoinnin (Glanz ym. 2005, s. 331-332). Kuluttajan ruokavalintoihin vaikuttavat myös laajemmat kaupalliset paineet, kuten elintarvikepakkaukset, hinnat, markkinatilanne sekä sosiokulttuuriset käsitykset statuksesta ja siitä, mikä on yleisesti tavoiteltavaa (Mozaffarian ym. 2018; Story ym. 2008, s. 255). Kaikki nämä tekijät ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa kontekstuaalisten taustatekijöiden, kuten ruokateollisuuden kehityksen, globalisaation, maatalouspolitiikan ja -tuotannon, kansallisten ja kansainvälisten kauppasopimusten sekä ekosysteemin vaikutusten

kanssa. Säätelämättöminä nämä tekijät vaikuttavat hyvin voimakkaasti yksilön ruokavalintojen mahdollisuuksiin ja voivat luoda terveyden epätasa-arvoa. Tietoon perustuvalla päätöksenteolla negatiivisia vaikutuksia voidaan kuitenkin torjua ja ruokavalintoihin vaikuttajia tekijöitä voidaan hyödyntää ruokavalioiden, terveyden, hyvinvoinnin ja tasa-arvon tukemisessa. (Mozafarrian ym. 2018.)

Jotta ravitsemuksen determinantteja voitaisiin helpommin hahmottaa, voidaan niitä luokitella sosioekologisen mallin viitekehysten mukaisesti. Biologiset ja psykologiset tekijät sekä yksilön mieltymykset, tavat ja tietotaso ovat **yksilötason** ravitsemuksen determinantteja. Läheisten ihmisten esimerkki ja tuki sekä lähiverkoston ruokatottumukset ovat **ihmisten välisten yhteyksien tason** determinantteja. **Instituutiotason** determinantit muodostuvat pitkälti fyysisen ruokaympäristön toimijoista, kuten koulusta, työpaikasta ja ruokakaupoista. Myös terveydenhuolto voidaan katsoa ruokavalintoihin vaikuttavaksi instituutioksi. Toisaalta myös informaatioympäristö eli ruokaan ja ravitsemukseen liittyvä tiedonlevitys ja markkinointi sijoittuvat niin ikään instituutiotasolle. **Yhteisötasolle** sijoittuu paljon ravitsemuksen determinantteja: syömiseen liittyvät normit, ruokakulttuuri, ulkonäköihanteet, syrjintä ja naapuruston ominaispiirteet. Myös **poliittisen tason** determinantteja on paljon, selkeimpänä esimerkkinä eri tasojen (alueellinen, kansallinen, kansainvälinen ja ylikansallinen) ravitsemus- ja terveyspolitiikat, mutta myös maatalouspolitiikka- ja tuotanto, kauppasopimukset, verotus, ekosysteemien vaikutukset ja globalisaatio.

### 3.3 Ravitsemuksen ohjauskeinot

Jotta determinantteihin ja sitä kautta ihmisten ravitsemukseen ja terveyteen voitaisiin vaikuttaa, tulee pohtia, millä keinoin ravitsemusta voidaan ja halutaan ohjata. Koska ympäristö ohjaa ruokavalintoja joka tapauksessa, julkisessa päätöksenteossa ei tulisi niinkään keskittyä siihen, halutaanko ohjausta tehdä vai ei, vaan siihen, millä toimenpiteillä ohjausta halutaan tehdä (Erkkola ym. 2019). Toimenpiteitä voidaan sosioekonomista lähestymistapaa mukaillen luokitella sen mukaan, millä ohjauskeinolla ravitsemukseen pyritään vaikuttamaan ja sen mukaan, millä ympäristön tasolla keinot vaikuttavat.

Ohjauskeinoja ravitsemuksen ohjaamiseen ovat lainsäädäntö, fiskaaliset keinot, yleisen tietoisuuden lisääminen, yksilöllinen neuvonta ja ohjaus, ruokapalvelut, informaatio-ohjaus, epäterveellisten tuotteiden markkinoinnin rajoittaminen, yksilöiden “tuuppaaminen” terveellisempiin valintoihin ruokaympäristön muokkaamisen avulla, ruokakasvatus, pakkausmerkinnät, ruokajärjestelmän toimijoiden kannustaminen terveellisempien ruokien valmistamiseen, lääketieteelliset kertaluontoiset tai pitkäaikaisemmat interventiot sekä yhteiskunnallisiin taustatekijöihin vaikuttaminen (Sarlio-Lähteenkorva & Prättälä 2012; Sarlio 2019; Erkkola ym. 2019.) Nämä ohjauskeinot voivat vaikuttaa sosioekonomisen mallin mukaisesti yksilön lähiympäristössä, ihmisten välisten yhteyksien ympäristössä, instituutiotasolla, yhteisön tasolla tai poliittisen ympäristön tasolla. Ohjauskeinoilla vaikutetaan siihen, miten helppoa, hyväksyttävää, houkuttelevaa, saavutettavaa ja edullista terveellisesti syöminen on eri ihmisryhmissä (Erkkola ym. 2019; Turner ym. 2018).

Terveyttä parantavan ohjauskeinoon tai intervention tulisi aina pyrkiä vaikuttavuuteen.

Vaikuttavuudella tarkoitetaan tässä intervention tavoitteiden toteutumista ja muutoksen aikaansaamista. Myös kustannusvaikuttavuus on usein tärkeä elementti.

Kustannusvaikuttavuudesta puhuessa tarkoitetaan sitä, miten vaikutukset suhteutuvat rahallisiin kustannuksiin. (Ståhl 2017, s. 971.) Ohjauskeinojen vaikuttavuus vaihtelee sen mukaan, mitä mekanismeja ne hyödyntävät ja mille ympäristön tasolle keino suunnataan. Käytännössä mitä ylemmälle ympäristön tasolle ohjauskeinot ja interventiot sijoittuvat, sitä suurempi vaikuttavuuspotentiaali niillä on ja sitä vähemmän niiden onnistuminen vaatii yksilöiden panosta (Frieden 2010).

Poliittisella tasolla vaikuttaviksi todettuja ohjauskeinoja ovat lainsäädännölliset keinot, kuten ravitsemusväittämiä standardointi (Erkkola ym. 2019, s. 47) ja fiskaaliset keinot kuten hinta- ja veropolitiikka (Sarlio-Lähteenkorva & Prättälä 2012, s. 184). Myös ravintosisältömerkintöjen käyttäminen on todettu melko vaikuttavaksi ja edulliseksi ohjauskeinoksi (Erkkola ym. 2019). Pakollisista ravintoainemerkinnöistä ja ravitsemus- ja terveysväitteiden käytöstä säädetään laissa (Maa- ja metsätalousministeriön asetus elintarviketietojen antamisesta kuluttajille 2014/834). Ravintosisältömerkinnät voivat siis olla poliittisen tason ohjauskeino. Ravintosisältömerkintöjä



voidaan kuitenkin myös hyödyntää vapaaehtoisesti esimerkiksi kunnan ruokapalveluissa, jolloin kyseessä on yhteisö- tai instituutiotason ohjauskeino. Myös informaatio-ohjaus, kuten valtakunnalliset ravitsemussuositukset (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014) on poliittisen tason ohjauskeino ja itsessään tärkeä keino ravitsemuspolitiikan tavoitteiden määrittämiseen. Poliittisella tasolla syntyvät myös monet alemmilla tasoilla toteutettavat ohjauskeinot, kuten valtakunnalliset opetussuunnitelman perusteet (Opetushallitus 2014) ja varhaiskasvatussuunnitelman (Opetushallitus 2018) perusteet, joiden perusteella kouluissa ja varhaiskasvatuksessa toteutetaan esimerkiksi terveystiedon opetusta ja ruokakasvatusta.

Poliittiselle ympäristön tasolle sijoittuvat pääsääntöisesti myös yhteiskunnallisiin taustatekijöihin vaikuttavat ohjauskeinot. Eri ihmisryhmien väliset erot ravitsemuksen terveellisyydessä juontavat juurensa samoihin tekijöihin kuin muutkin terveyserot (Sarlio-Lähteenkorva & Prättälä 2012), joten terveyden yhteiskunnallisiin determinantteihin vaikuttamalla voidaan kaventaa eroja myös ravitsemuksessa ja näin parantaa koko väestön ravitsemusterveyttä. Esimerkiksi puuttamalla sosiaaliseen kaltevuuteen sosiaalipolitiikan keinoin sekä sosiaali- ja terveyspalveluissa voidaan vaikuttaa terveellisten elintapojen muodostumiseen (Scheele ym. 2018, s. 57-58) ja koulutukseen ja tulotasoon vaikuttamalla taas voidaan parantaa ihmisten mahdollisuuksia tehdä terveellisempiä ruokavalintoja (Erkkola ym. 2019, s. 45).

Yhteisön tasolle sijoittuvat erilaiset viestinnälliset ohjauskeinot, kuten tiedotuskampanjat. Kampanjoiden vaikuttavuudesta on vain rajallisesti näyttöä (Sarlio 2019, s. 324). Toisaalta suuri osa suomalaisista arvioi omat syömistottumuksensa todellista terveellisemmiksi, joten tietoisuuden lisääminen on tärkeää (Erkkola ym. 2019, s. 45). Joukkotiedotuskampanjoiden onnistumisen mahdollisuutta parantaa, jos tiedottamiseen käytetään useaa vaikutuskanavaa, kuten sosiaalista mediaa yhdistettynä televisioon, radioon ja painotuotteisiin (Erkkola ym. 2019, s. 59). Viestinnälliseksi keinoksi voidaan katsoa myös markkinointi ja sen rajoittaminen. Epäterveellisen ruoan markkinoinnin rajoittaminen on melko vaikuttava ohjauskeino erityisesti lasten ravitsemukseen vaikuttamiseen (Matthews 2008). Markkinointia voitaisiin rajoittaa tehokkaasti säännöksillä, mutta potentiaalia on myös yhteisö- ja instituutiotason toimenpiteillä. Esimerkiksi harrastuspaikoissa, julkisissa tiloissa tai työpaikoilla voidaan päättää vähentää epäterveellisten

tuotteiden markkinoinnin näkyvyyttä. Yhteisön tasolla voidaan myös sovitella yhteen ruokaympäristön eri toimijoiden mahdollisesti ristiriidassa olevia intressejä (Erkkola ym. 2019).

Instituutioympäristön tasolla keskeinen ohjauskeinomekanismi on niin sanottu tuuppaaminen, eli fyysisen ympäristön muokkaaminen sellaiseksi, että terveellisten ruokavalintojen tekeminen on kuluttajalle helpompaa ja houkuttelevampaa. Ruokaympäristön muokkaaminen ei välttämättä ole yhtä tehokasta kuin velvoittavat toimet, mutta ympäristön muokkaaminen voi olla poliittisesti helpompaa toteuttaa. Toisaalta ympäristöä muokkaamalla voidaan vaikuttaa kulutukseen ilman, että yksilöiden tarvitsee suuresti muuttaa omaa käyttäytymistään, mikä niin ikään parantaa onnistumisen mahdollisuuksia. (Sarlio 2019.) Ympäristön muokkaaminen on usein myös edullisempaa kuin ryhmä- tai yksilötason ohjaaminen (Cohen ym. 2000). Lupaavia tuloksia on saatu esimerkiksi fyysisen aktiivisuuden lisäämisestä kaupunkiympäristöä muokkaamalla (Cochrane & Davey 2008). Muokkaamisen vaikuttavuuteen vaikuttaa merkittävästi se, miten ruokaympäristön eri toimijat osallistuvat siihen. Jos eri toimijoilta tuleva viesti on samansuuntainen, vaikuttavuuden mahdollisuus kasvaa. Jos taas esimerkiksi valikoimapäätökset ja tuotesijoittelu lähettävät muun ympäristön kanssa ristiriidassa olevaa viestiä, ravitsemuksen edistämisen tavoitteita ei välttämättä saavuteta. (Erkkola ym. 2019.) Parhaimmillaan ympäristöä muokkaamalla voidaan joka tapauksessa tehdä terveellisistä valinnoista paitsi helppoja valintoja, myös ensisijaisia valintoja (Hawkes ym. 2015).

“Tuuppaamisen” lisäksi instituutiotasolla voidaan ohjata ravitsemusta ruokapalveluiden ja terveystalveluiden avulla sekä julkisten hankintojen terveellisyyteen panostamalla (Sarlio-Lähteenkorva & Prättälä 2012; Sarlio 2019). Suomessa ruoka- ja terveystalvelut ovat perinteisesti olleet universalistisia eli kaikille yhtäläisesti tarjolla. Tämän seurauksena palveluiden käyttö ohjauskeinona voi johtaa eri väestöryhmissä erilaisiin tuloksiin ja siten joko lisätä tai vähentää ravitsemuksen ja terveyden eriarvoisuutta. (Sarlio-Lähteenkorva & Prättälä 2012, s. 185.) Ruoka- ja terveystalveluiden käyttäjäkunta on hyvin laaja, esimerkiksi julkisia ruokapalveluita käyttää päivittäin noin kolmasosa suomalaisista. Ravitsemuksen ohjaaminen ruoka- ja terveystalveluiden ja julkisten hankintojen avulla voi siis hyvin toteutettuna olla hyvin

vaikuttavaa. (Sarlio 2019, s. 322.) Ruokapalvelujen onkin todettu tukevan vanhusten toimintakykyä ja psykososiaalista hyvinvointia (Valve ym. 2018).

Ihmisten välisten yhteyksien ympäristöä voidaan hyödyntää ravitsemuksen ohjaamiseen antamalla neuvontaa ja ohjausta sellaisille henkilöille, jotka työskentelevät tai viettävät aikaa intervention kohdejoukon parissa (Golden & Earp 2012, s. 366). Esimerkiksi lapsiin kohdistettavissa interventioissa voidaan hyödyntää perheen merkittävää vaikutusta. Ruokatottumukset muotoutuvat pitkälti jo lapsuudessa, jolloin tottumusten muodostumiseen vaikuttavat muun muassa perheen syömisrutiinit, vanhempien ja sisarusten ravitsemus sekä erilaiset vanhemmuustyylit. (Story ym. 2008, s. 254.) Omia ruokavalintoja verrataan muihin myös myöhemmissä elämänvaiheissa, jolloin ruokavalintoihin voivat esimerkiksi vaikuttaa myös muut läheiset ihmiset esimerkiksi työ- tai harrastusympäristössä (Higgs ym. 2019). Näin ollen esimerkiksi vertaistukiryhmien tai neuvontaryhmien ylläpitämisellä voidaan vaikuttaa laajemmankin ihmisjoukon ravitsemukseen. Tämäntyyppiset ohjauskeinot ovat usein melko helposti toteutettavissa ja siksi joissakin tilanteissa ainoa saatavilla oleva vaihtoehto. Neuvonta ei kuitenkaan ohjauskeinona ole tehokkaimmasta päästä, vaan ollakseen vaikuttavaa sen tulee olla toistuvaa ja huolellisesti toteutettua. (Frieden 2010, s. 592.)

Yksilötason ohjauskeinot voivat perustua niin ikään neuvontaan, jolloin vaikutus voi olla yksilötasolla merkittävä mutta väestötasolla pieni. Muitakin yksilötason ohjauskeinoja on. Terveystieteellisessä tutkimuksessa voidaan esimerkiksi toteuttaa kertaluontoisia tai pidempiaikaisia lääketieteellisiä interventioita ravitsemukseen vaikuttamiseksi. Yksilötasolla toteutettavat lääketieteelliset toimenpiteet ovat kuitenkin haastavia toteuttaa, sillä ne vaativat sitoutumista niin yksilöltä kuin terveydenhuolloltakin ja ovat usein hintavia. Onnistuessaan lääketieteellisten interventioiden vaikutukset voivat kuitenkin olla pitkäkestoisia. (Erkkola ym. 2019, s. 39.)

### **3.4 Yhteenveto: sosioekologinen lähestymistapa terveyden edistämiseen ja ravitsemukseen**

Yksilön käyttäytymiseen vaikuttavat yksilöllisten tekijöiden ohella sosiaaliset ja ympäristölliset määrittäjät. Terveyskäyttäytymisen kohdalla puhutaan terveyden determinanteista.

Determinantteihin voidaan vaikuttaa interventioilla, jotka koostuvat yhdestä tai useammasta

ohjauskeinosta. Ohjauskeinot voivat olla taloudellisia, toiminnallisia tai lainsäädännöllisiä. Ravitsemuksen kontekstissa ohjauskeinoilla vaikutetaan terveellisen ruoan saatavuuteen, saavutettavuuteen, houkuttelevuuteen, hyväksyttävyyteen, helppouteen ja edullisuuteen. (Erkkola ym. 2019; Turner ym. 2018). Ohjauskeinoja voidaan luokitella sosioekologisen viitekehyksen mukaisesti sen mukaan, millä ympäristön tasolla ne vaikuttavat.

Sosioekologisen lähestymistavan mukaan ympäristö on kerrostunut ja eri tason ympäristötekijät vaikuttavat terveyteen eri tavoin (Golden & Earp 2012). Ympäristön vaikutustasoja on viisi: yksilö, ihmisten väliset yhteydet, instituutiot, yhteisö ja poliittiset tekijät. Siihen, miten eri ympäristöjen determinantit vaikuttavat yksilön käyttäytymiseen vaikuttavat yksilölliset tekijät, kuten yksilön biologia ja tottumukset (Stokols 1996). Terveiden edistämistä on vaikeaa toteuttaa kaikilla ympäristön tasoilla samanaikaisesti, mutta useamman vaikutustason yhdistäminen auttaa terveysinterventioita menestymään. (Golden & Earp 2012.) Mitä korkeammalle tasolle interventio kohdistetaan, sitä vähemmän muutos vaatii yksilöiden omaa panosta ja sitä laajempi vaikutus interventiolla on väestön terveyteen (Frieden 2010).

Interventioiden tavoitteena on olla vaikuttavia eli saada aikaan toivottu muutos määritellyssä kohderyhmässä (Ståhl 2017). Vaikuttavia keinoja terveellisen ravitsemuksen edistämiseen ovat ainakin lainsäädännölliset keinot, fiskaaliset keinot ja ravintosisältömerkinnät (Erkkola ym. 2019). Myös epäterveellisten ruokien markkinoinnin rajoittaminen on melko vaikuttava keino etenkin lasten ravitsemuksen ohjaamiseen (Matthews 2008). Julkisten ruokapalveluiden merkityksestä ravitsemusterveyden edistäjänä on jonkin verran näyttöä (Valve ym. 2018). Vähemmän vaikuttavia mutta helpommin toteutettavissa olevia keinoja ovat tiedotuskampanjat ja yksilö- tai ryhmätason ohjaus- ja neuvontaryhmät (Frieden 2010). Niin sanottu tuuppaaminen eli ruokaympäristön muokkaaminen on potentiaalisesti vaikuttava ja kustannustehokas ravitsemuksen ohjauskeino, mutta sen onnistumista rajoittavat ruokaympäristön toimijoiden moninaisuus ja intressien ristiriidat. Yksilötasolla on mahdollista toteuttaa kertaluontoisia tai pitkäkestoisia lääketieteellisiä interventioita, joiden vaikutus on väestöllisesti rajallinen mutta ajallisesti pitkäkestoinen. (Erkkola ym. 2019.)

Sosioekologinen lähestymistapa ei anna valmiita vastauksia siihen, miten interventioita ja ohjelmia tulisi toteuttaa, mutta se voi auttaa ymmärtämään terveyskäyttäytymistä erilaisissa konteksteissa. (Golden & Earp 2012.) Lopulliset päätökset terveyden edistämisestä ovat aina poliittisen prosessin tulos (Puska 2019).

## 4 Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen analyysiosio on kaksiosainen, joten myös aineisto koostuu kahdesta erillisestä osasta. Analyysin ensimmäisessä osassa tutkitaan sitä, miten terveyden edistäminen kunnissa nykyisellään toteutuu ja miten ravitsemus on terveyden edistämisen alalajina huomioitu. Aineistona ovat valittujen kuntien hyvinvointikertomukset. Analysointimenetelmänä on laadullinen sisällönanalyysi, jonka avulla jaoteltiin hyvinvointikertomuksissa esiintyneet ravitsemuksen ohjauskeinot kategorioihin.

Analyysin toisessa osassa tutkitaan puolistrukturoidun teemahaastattelun keinoin sitä, miten kuntien terveyden ja ravitsemuksen parissa työskentelevät työntekijät kokevat terveyden ja terveellisen ravitsemuksen edistämisen nykytilan. Aineisto koostuu viidestä haastattelusta, jotka toteutettiin videopuheluiden välityksellä sellaisille työntekijöille, jotka kunnassa ovat keskeisessä asemassa terveellisen ravitsemuksen edistämässä. Haastateltavat olivat joko ravitsemuksen, ruokapalvelujen tai terveyden edistämisen asiantuntijoita. Haastatteluanalyysin tulosten merkitystä terveyden edistämiseksi laajemmin tarkastellaan luvussa Johtopäätökset ja keskustelu.

### 4.1 Hyvinvointikertomukset

Ensimmäisessä analyysiluvussa tarkastellaan, miten 75 kunnan hyvinvointikertomuksissa on huomioitu ravitsemusasiat ja terveellisen ravitsemuksen edistäminen. Tarkasteltavat kunnat valittiin satunnaisotannalla Manner-Suomen kuntien joukosta. Hyvinvointikertomuksista etsittiin ravitsemukseen liittyviä tavoitteita sekä toimenpiteitä, joita kunta on toteuttanut hyvän ravitsemuksen edistämiseksi. Tarkasteluun valittiin ensisijaisesti viimeisin saatavilla oleva laaja hyvinvointikertomus. Joissakin kunnissa tätä ei ollut saatavilla valtuustokaudelta 2017-2020, jolloin valittiin tarkasteluun vuosittainen hyvinvointiraportti, jos sellainen oli saatavilla. Hyvinvointikertomuksen laatiminen on kunnan lakisääteinen tehtävä ja vuonna 2019 94% kunnista ilmoitti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kyselyssä tehneensä kunnanvaltuuston hyväksymän hyvinvointikertomuksen (THL 2019a, s. 3). Kuntien hyvinvointikertomukset löytyivät Kuntaliiton ylläpitämältä hyvinvointikertomus.fi-sivustolta (Kuntaliitto 2015). Hyvinvointikertomukset, joita ei löytynyt kyseiseltä sivustolta etsittiin hakemalla Google-

hakukoneella hakusanoilla “(kunnan nimi) hyvinvointikertomus” tai pyydettiin tarvittaessa kunnalta sähköpostitse. Kunnat jaettiin asukasmääränsä mukaan kolmeen eri kokoluokkaan. Kustakin kokoluokasta valittiin satunnaisotannalla 25 kuntaa, jotta kuntien kokonaismääräksi saatiin 75. Osa kunnista on toteuttanut hyvinvointikertomuksen yhdessä muiden lähialueen kuntien kanssa.

Valikoituneista hyvinvointikertomuksista etsittiin ravitsemukseen ja elintapoihin liittyviä sisältöjä hakusanoilla ravitsem\*, ravin\*, ruok\* ja syö\*. Niistä hyvinvointikertomuksista, jotka olivat saatavilla vain ruotsinkielellä, etsittiin ravitsemusta koskevaa tietoa hakusanoilla näring\* ja mat\*. Hakusanalle syöm\* ei käytetty ruotsinkielistä vastinetta, koska hakusana ät\* olisi tuottanut liikaa ravitsemukseen liittymättömiä tuloksia. Koska ruotsinkieliset hakusanat olivat puutteellisempia, ruotsinkieliset kertomukset luettiin sanahaun lisäksi läpi etsien niistä mahdollista ravitsemusta koskevaa tietoa. On mahdollista, että sanahaun ulkopuolelle on jäänyt merkintöjä asioista, jotka välillisesti liittyvät ravitsemukseen. Esimerkiksi elintavoista puhuttaessa saatetaan viitata liikunnan ja unen ohella ravitsemukseen. Ravitsemukseen liittyvistä tavoitteista, toimenpiteistä ja mittareista puhuttaessa jonkin hakusanana käytetyn sanan käyttäminen on kuitenkin todennäköistä. Siksi käytettyjen hakusanojen puuttuminen tekstistä todennäköisesti tarkoittaa, että ravitsemusta ei joko ole huomioitu tai siihen liittyen ei ole määritetty riittävän täsmällisiä tavoitteita, toimenpiteitä tai mittareita.

Tarkastelluista kunnista 66 kunnan laajat hyvinvointikertomukset löytyivät netistä joko hyvinvointikertomus.fi -palvelusta tai Google -haulla. Yhden kunnan sivuilla ilmoitettiin, että kunnan ensimmäinen valtuuston hyväksymä hyvinvointikertomus julkaistaan keväällä 2021. Kahdeksan kunnan hyvinvointikertomuksia ei löytynyt hakukeinoilla, joten niitä tiedusteltiin kunnilta sähköpostitse. Näistä kunnista viisi lähetti hyvinvointikertomuksensa ja kolme ei. Näin ollen tarkasteltujen hyvinvointikertomusten lopullinen määrä oli 71. Aineistossa kolme kertomusta esiintyi kahdesti, koska ne oli toteutettu kuntien välisenä yhteistyönä. Näitä kertomuksia olivat Maskun ja Nousiaisen hyvinvointikertomus, Marttilan ja Liedon hyvinvointikertomus sekä Korsnäsin ja Kaskisen hyvinvointikertomus.

Kunnista kerättiin taustatiedoiksi asukasluvu, yli 64-vuotiaiden osuus kunnan väestöstä sekä taloudellinen huoltosuhde. Taloudellinen huoltosuhde kuvaa kunnan väestörakennetta kertomalla, kuinka monta työvoiman ulkopuolella olevaa ja työtöntä on yhtä työllistä kohti (Tilastokeskus 2020). Satunnaisotannalla valitut kunnat ja niiden taustatiedot on listattu liitteessä 1.

Taustatekijöitä tarkasteltiin sen osalta, poikkeavatko ravitsemuksen laajasti huomioineiden kuntien taustatekijät kaikkien kuntien keskiarvosta. Taustatekijöiden ohella tarkasteltiin, mitä ravitsemukseen liittyviä tietolähteitä hyvinvointikertomuksissa oli käytetty.

Hyvinvointikertomuksissa esiintyneet ravitsemukselliset toimenpiteet jaoteltiin seitsemään kategoriaan: neuvonta, ruokapalvelut, koordinointi ja osaaminen, terveyspalvelut, joukkotiedotus, ruokakasvatus sekä ruokaympäristön muokkaaminen. Kategoriat luotiin mukaillen aiempaa tutkimuskirjallisuutta (Sarlio-Lähteenkorva & Prättälä 2012; Sarlio 2019; Erkkola ym. 2019; Frieden 2010) sekä sen perusteella, mitä toimenpiteitä kunnissa oli ja ei ollut hyvinvointikertomusten mukaan toteutettu. Esimerkiksi lainsäädännöllisiä tai fiskaalisia ohjaukeinoja ei kunnissa ollut toteutettu, minkä vuoksi näitä ohjaukeinoja ei otettu mukaan omiksi kategorioikseen.

Tämän kategoriajaottelun lisäksi toimenpiteet sijoitettiin sosioekologisen mallin mukaisesti ympäristön eri tasolle eli yksilötasolle, ihmisten välisten yhteyksien tasolle, instituutiotasolle, yhteisön tasolle ja poliittisten tekijöiden tasolle. Sosioekologisten tasojen näkökulmasta tarkasteltiin toteutettujen toimenpiteiden potentiaalista vaikuttavuutta.

## **4.2 Haastatteluaineisto**

Toisen analyysiluvun aineisto koostuu viidestä haastattelusta. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina teemahaastatteluina. Haastattelujen kesto vaihteli 45 minuutista noin tuntiin. Haastattelujen tavoitteena oli saada tietoa kuntien tavoista edistää hyvää ravitsemusta ja terveyttä sekä koetuista haasteista ja toisaalta onnistumisista hyvän ravitsemuksen ja terveyden



edistämisessä. Haastateltavat työntekijät olivat joko terveyden edistämisen tai ruoka- ja ravitsemusalan ammattilaisia.

Haastattelut toteutettiin sellaisille kunnille, jotka hyvinvointikertomusten analyysin perusteella olivat huomioineet ravitsemuksen laajasti. Tarkoituksena oli haastatella kaksi ravitsemuksen laajasti huomioinutta kuntaa kustakin kolmesta kokoluokasta. Pienimmässä kokoluokassa oli kuitenkin vain yksi ravitsemuksen laajasti huomioinut kunta, minkä vuoksi kyseisen kokoluokan kunnista valittiin haastateltavaksi vain tämä yksi kunta. Suurimmassa kokoluokassa oli useampia ravitsemuksen laajasti huomioineita kuntia. Näistä kaikista laajimmin ravitsemuksen olivat huomioineet Tampere, Siilinjärvi ja Jämsä. Haastateltaviksi valittiin Siilinjärvi ja Jämsä, koska Tampere on lähes 240 000:lla asukkaallaan huomattavasti suurempi kuin suurin osa Suomen kunnista, joten tulokset eivät olisi olleet laajasti yleistettävästi muihin kuntiin. Haastatellut kunnat järjestyksessä suurimmasta pienimpään olivat Siilinjärvi, Jämsä, Lapinlahti, Urjala ja Savitaipale.

Haastateltaviksi valittiin kuntien työntekijöitä, joiden toimenkuvaan kuuluu terveyden tai terveellisen ravitsemuksen edistäminen. Kuntien erilaisten kokoluokkien ja hallintorakenteiden vuoksi haastatteluja tehtiin eri työtehtävissä työskenteleville henkilöille. Kunnat saivat vaikuttaa siihen, ketä haastateltiin. Toiveeksi kunnille esitettiin, että haastateltava henkilö tai haastateltavat henkilöt osaisivat kertoa terveellisen ravitsemuksen edistämisestä kunnassa. Haastateltavien ammattinimikkeitä olivat muun muassa hyvinvointikoordinaattori, palvelujohtaja, ruokapalvelupäällikkö ja ravitsemusterapeutti. Haastateltavat kunnat saivat päättää, osallistuuko haastatteluun yksi vai useampi henkilö. Kahdessa kunnassa haastatteluun osallistui yksi henkilö, kahdessa kunnassa kaksi henkilöä ja yhdessä kunnassa kolme henkilöä.

Haastatteluaineisto jaoteltiin kolmeen osaan. Ensimmäinen osa vastasi kysymykseen siitä, millaisia haasteita terveyden tai terveellisen ravitsemuksen edistämässä kunnassa oli havaittu. Toinen osa koostui vastauksista siihen, millaisia hyviä käytäntöjä terveyden tai terveellisen ravitsemukseen kunnassa oli kehitetty ja otettu käyttöön. Kolmas osa koostui haastateltavien

näkemyksistä siitä, miten terveyden edistämistä tai ravitsemusasioita voitaisiin kehittää entisestään.

Ensimmäinen osa, eli haasteet, luokiteltiin edelleen vastausten perusteella neljään kategoriaan: resurssien rajallisuus, tavoitavuus, päättäjien ja johdon sitouttaminen sekä terveyden edistämisen juurruttaminen kunnan arkeen. Kaikki haasteisiin liittyvät vastaukset sijoituivat kohtuullisen luontevasti näiden neljän kategorian alle. Samaa jaottelua hyödynnettiin toiseen ja kolmanteen osaan eli hyvien käytäntöjen ja kehittämissuositusten analysointiin. Tulosten tulkitsemiseen hyödynnettiin sosioekologista lähestymistapaa ja terveyden edistämisen kirjallisuutta (muun muassa Carey & Crammond 2015; Sihto 2015; Rotko ym. 2014; Heritage & Dooris 2009). Tuloksia tarkasteltiin soveltuvilta osin myös poliittisten virtausten mallin (Kingdon 2003) näkökulmasta.

Haastattelut toteutettiin syksyllä 2020 loka- ja joulukuun välisenä aikana. Haastattelut toteutettiin videopuhelun välityksellä, mutta haastateltavia ei vaadittu pitämään videotoimintoa päällä. Haastattelut nauhoitettiin. Haastattelurungon pääkysymykset oli päätetty etukäteen, mutta teemahaastattelun tyylin mukaisesti kysymysten järjestys ja tarkka muotoilu vaihtelivat haastattelujen etenemisen mukaan. Lisäksi haastateltujen annettiin nostaa esiin itseään mietityttäviä asioita aiheeseen liittyen. Haastatteluaineistosta analysoitiin sisältöä, ei siis esimerkiksi sanatonta viestintää tai puhetapaa. Haastatteluissa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä ja haastateltavilta pyydettiin lupa haastattelujen nauhoittamiseen.

## **5 Analyysi I: kuntien ravitsemuspolitiikan nykytila hyvinvointikertomusten valossa**

Tässä analyysiluvussa tarkastellaan hyvinvointikertomusten avulla, miten kunnissa toteutetaan ravitsemuspolitiikkaa ja siten edistetään terveyttä ravitsemuksen keinoin.

Hyvinvointikertomuksissa kuvattuja ravitsemuspoliittisia toimenpiteitä arvioidaan sosioekologisen lähestymistavan näkökulmasta. Aineistona on 75 satunnaisotannalla valitun Manner-Suomen kunnan hyvinvointikertomukset. Hyvinvointikertomukset luokitellaan sen mukaan, miten laajasti ravitsemus on niissä huomioitu ja kertomuksista tarkastellaan, millaisia ohjauskeinoja ravitsemukseen vaikuttamiseksi kunnissa on käytetty. Valittujen taustatekijöiden merkitystä ravitsemuksen huomioinnin laajuudelle arvioidaan. Hyvinvointikertomuksissa esiintyneitä ohjauskeinoja tarkastellaan sosioekologisen terveyden edistämisen näkökulmasta. Luvun lopussa esitetään johtopäätöksiä kuntien ravitsemuspolitiikan nykytilasta. Tulosten merkitystä jatkotutkimukselle ja terveyden edistämisen kehittämiseksi esitellään luvussa Keskustelu ja johtopäätökset.

### **5.1 Ravitsemuksen huomioinnin laajuus**

Hyvinvointikertomus on työkalu kuntien terveys- ja hyvinvointijohtamiseen. Kertomuksen tavoitteena on olla tiivis kuvaus kunnan hyvinvoinnista ja terveydestä sekä niiden edistämisestä. Hyvinvointikertomuksissa kuvataan kunnan toteuttamaa hyvinvointipolitiikkaa, kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia, väestöryhmien välisiä hyvinvointi- ja terveyseroja, terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden muutoksia, palvelujärjestelmän toimivuutta, ehkäisevän työn kustannuksia ja vaikutuksia sekä kunnan tavoitteita ja toimenpiteitä terveyden ja hyvinvoinnin suhteen. Laaja hyvinvointikertomus valmistellaan kerran valtuustokaudessa, minkä lisäksi tavoitteita ja toimenpiteitä voidaan päivittää vuosittain kunnan muun suunnittelun yhteydessä. (THL 2019b.)

Suurin osa hyvinvointikertomuksista oli jäsenetty niin sanotun elämänkaarimallin mukaan eli väestöryhmittäin. Kertomuksissa mainittuja väestöryhmiä olivat lapset, lapsiperheet, nuoret, nuoret aikuiset, työikäiset ja ikäihmiset. Kaikkien edellämainittujen väestöryhmien terveyttä ei

kuitenkaan jokaisessa hyvinvointikertomuksessa käsitelty erikseen, vaan esimerkiksi lapsia ja lapsiperheitä tai lapsia ja nuoria käsiteltiin osassa kertomuksista yhdistetysti. Elämänkaarimallin mukaisesti tehdyissä hyvinvointikertomuksissa oli väestöryhmien terveyden lisäksi tyypillisesti oma kohtansa kunnan elinvoiman käsittelylle sekä koko väestön terveydelle. Muita, harvemmin esiintyneitä tapoja jäsentää hyvinvointikertomus oli kertomuksen rakentaminen kuntastrategian painopisteiden ympärille sekä kertomuksen rakentaminen indikaattoritiedon perusteella nostettujen keskeisten haasteiden ympärille.

Ravitsemuksen osalta hyvinvointikertomuksissa painottuivat ikäihmisten ravitsemukseen liittyvät kysymykset, kuten aliravitsemuksen ehkäisy sekä ikäihmisten toimintakyvyn ja elämänlaadun tukeminen täysipainoisen ravitsemuksen kautta. Toimenpiteitä ikäihmisten ravitsemuksen parantamiseksi olivat muun muassa kotona asuvien ravitsemuspalveluiden parantaminen, ikäihmisten vajaaravitsemuksen systemaattinen seulominen, ikäihmisille suunnattu kirjallinen viestintämateriaali, ravitsemustyöryhmien perustaminen sekä ravitsemussuosittelun ja säännöllisten ateriavälien noudattaminen vanhuksille tarjottavissa aterioissa. Ikäihmisten ravitsemuksen lisäksi hyvinvointikertomuksissa kiinnitettiin laajasti huomiota lasten ja nuorten ravitsemukseen. Monissa hyvinvointikertomuksissa mainittiin haasteet lasten ja nuorten säännöllisten elintapojen ja terveellisten ravitsemustottumusten muodostumisessa ja ylläpidossa. Lasten ja nuorten ravitsemuksellisiin tavoitteisiin oli usein liitetty konkreettisia toimenpiteitä. Yleisimpiä toimenpiteitä olivat ravitsemussuosittelun noudattaminen kouluruokailussa, ravitsemusterapeutin palveluiden tarjoaminen oppilaille, ravitsemuspalvelujen työntekijöiden kouluttaminen ravitsemusohjauksen teemoista sekä ravitsemuskasvatus.

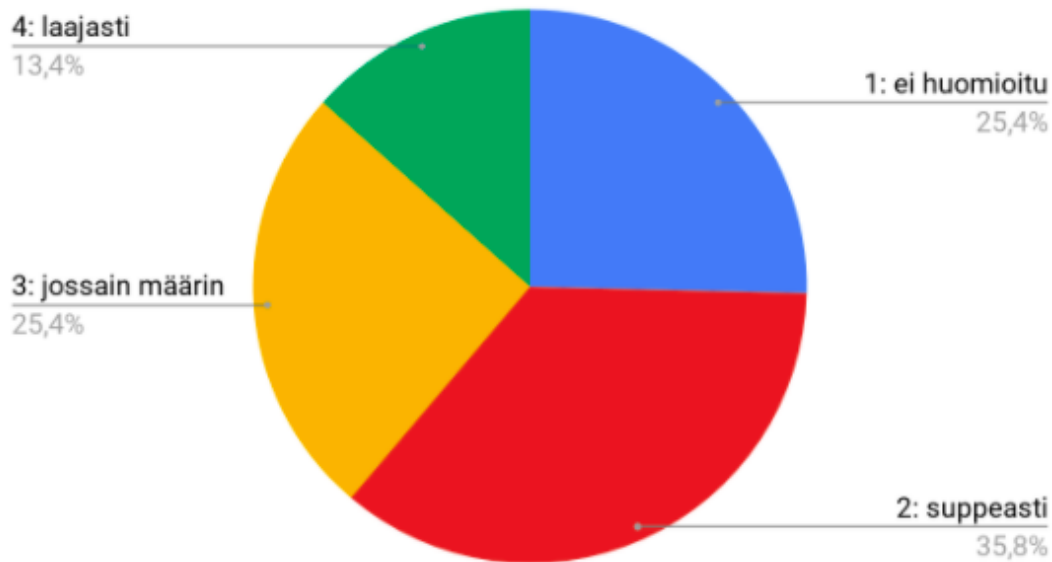
Työikäisten ravitsemukseen ei hyvinvointikertomuksissa kiinnitetty yhtä paljon huomiota kuin lasten, nuorten ja vanhusten ravitsemukseen. Kuitenkin ravitsemukseen liittyvillä toimenpiteillä tunnistettiin joissakin kunnissa olevan vaikutusta esimerkiksi työssä jaksamiseen ja työttömyyden pitkittymisen vähenemiseen. Joissakin kunnissa oli nostettu esiin lapsiperheiden hyvän ravitsemuksen tukeminen esimerkiksi Neuvokas perhe -elintapaohjausmenetelmällä, mutta näissä tavoitteissa ja toimenpiteissä painotus oli pitkälti lasten hyvinvoinnissa, minkä lisäksi rajaus lapsiperheisiin jättää esimerkiksi lapsettomat pariskunnat ja yksin asuvat pois kohderyhmästä.

Kunnat luokiteltiin neljään eri luokkaan sen mukaan, kuinka laajasti ravitsemus oli hyvinvointikertomuksessa huomioitu. Luokat ovat:

1. ravitsemusta ei huomioitu,
2. ravitsemus huomioitu suppeasti,
3. ravitsemus huomioitu jossain määrin ja
4. ravitsemus huomioitu laajasti.

Kunnat, joiden hyvinvointikertomuksessa ei ollut lainkaan ravitsemukseen liittyviä tuloksia hakusanoilla luokiteltiin luokkaan 1: ravitsemusta ei huomioitu. Kunnat, joiden hyvinvointikertomuksissa oli epäselviä mainintoja hakusanoilla ilman varsinaisia toimenpiteitä luokiteltiin luokkaan 2: ravitsemus huomioitu suppeasti. Luokkaan 3: ravitsemus huomioitu jossain määrin luokiteltiin ne kunnat, joiden hyvinvointikertomuksessa mainittiin ravitsemukseen liittyviä toimenpiteitä, mutta ravitsemusta ei mainittu omana tavoitekategoriana tai painopisteenä. Luokkaan 4: ravitsemus huomioitu laajasti luokiteltiin kunnat, joiden hyvinvointikertomuksissa ravitsemukseen liittyviä tavoitteita tai toimenpiteitä nostettiin koko kertomuksen painopisteiksi. Hyvinvointikertomusten jakauma näiden luokkien mukaisesti on kuvattu kuviossa 2.

### Ravitsemus huomioitu:



Kuvio 2. Ravitsemuksen huomioinnin laajuus kuntien hyvinvointikertomuksissa.

Yli 60 % hyvinvointikertomuksista ei siis sisältänyt konkreettisia ravitsemukseen liittyviä toimenpiteitä. Toisaalta yhteensä lähes 40 % kertomuksista sisälsi toimenpiteitä ja toimenpiteiden kirjo oli laaja.

### 5.2 Taustatekijöiden merkitys ja käytetyt tietolähteet

Kunnat, joiden hyvinvointikertomuksissa ravitsemus oli huomioitu laajasti, olivat kooltaan hyvin erilaisia keskenään. Parhaiten pärjänneiden kuntien asukasluvun mediaani oli 20 182, kun koko Suomen kunnittainen asukasluvun mediaani on 6066. Otannan parhaiten pärjänneet kunnat ovat siis asukasluvultaan keskimäärin suurempia kuin puolet Suomen kunnista. Kuitenkin, mukaan mahtui kuntia kaikista kolmesta kokoluokasta. Koko ei siis vaikuta olevan ainakaan ainoa määrittävä tekijä, vaan myös pienemmillä kunnilla on mahdollisuus huomioida ravitsemus laajalti kuntasuunnittelussaan.

Taloudellinen huoltosuhde ravitsemuksen laajasti huomioineissa kunnissa oli keskimäärin 151 (Kuntaliitto 2018), koko maan keskiarvon ollessa 133 (Tilastokeskus 2018). Koko maassa vuonna 2018 sataa työssäkäyvää henkilöä kohti oli siis 133 ei-työssäkäyvää henkilöä, kun taas ravitsemuksen laajalti huomioinneissa kunnissa työssäkäyvää henkilöä kohden oli keskimäärin 151 työvoiman ulkopuolista henkilöä. Tämäkään tuskin vaikuttaa merkittävästi ravitsemuksen huomioimiseen, sillä loogisempaa olisi, että ravitsemukseen huomiointiin olisi vähemmän resursseja kunnissa, joissa taloudellinen huoltosuhde on suuri ja enemmän ihmisiä työvoiman ulkopuolella.

Ravitsemuksen laajasti huomioivien kuntien väestörakennetta kartoitettiin selvittämällä yli 64-vuotiaiden osuus kunnan väestöstä. Kahdeksassa parhaiten pärjänneessä kunnassa 65-vuotiaita tai sitä vanhempia oli keskimäärin 26,9%, koko maan keskiarvon ollessa 21,8% (Kuntaliitto 2019). Tämä voi vaikuttaa ravitsemukseen huomiointiin niin, että ravitsemuksellisia keinoja käytetään erityisesti ikäihmisten hyvinvoinnin parantamiseen ja ravitsemus näkyy siksi hyvinvointikertomuksissa laajemmin muihin kuntiin verrattuna. Parhaiten ravitsemuksen huomioineita kuntia kuitenkin yhdisti ravitsemuksen merkityksen huomioiminen eri ihmisryhmien ja ikäluokkien terveyden ja hyvinvoinnin tukijana, ei pelkästään ikäihmisten terveyttä kohtentavana tekijänä. Myöskään ikärakenne ei siis suoraan näytä selittävän ravitsemuksen laajaa huomiointia hyvinvointikertomuksissa.

Hyvinvointikertomuksessa tulee kuvata terveyden ja hyvinvoinnin kehitystä eri väestö- ja sosiaaliryhmissä, joten kertomusten pohjana tulee olla tutkittua tietoa kunnan ja usein myös sen vertailualueiden väestöstä. Kuntalaisten hyvinvoinnin edistymiselle on olennaista, millainen painoarvo mitatuille tuloksille annetaan, millaisia johtopäätöksiä tehdään ja mitä toimintaa johtopäätöksistä syntyy tai ei synny. (THL 2018.) Se, mitä tietoa päätösten tueksi on saatavilla ja valitaan käyttää, vaikuttaa siis merkittävästi siihen, millaisiin ravitsemusta koskeviin asioihin puututaan ja millä tavoin. Hyvinvointikertomuksissa hyödynnettiin laajalti sekä valtakunnallista että paikallista dataa. Ylivoimaisesti eniten hyödynnetty tilastotiedon lähde oli

Kouluterveyskysely. Laadullisena tiedonlähteenä hyödynnettiin monessa kertomuksessa valtakunnallisia ravitsemus-, ruokailu- ja ravitsemushoitosuosituksia. Muita tutkimuksia ja suosituksia hyödynnettiin hajanaisesti eri kunnissa.

Kaiken kaikkiaan eri tietolähteitä käytettiin hyvinvointikertomuksissa laajasti ja luontevasti ja eri determinanttien yhteys terveyteen tunnistettiin laajalti. Ravitsemuksen determinantteja tunnistettiin hyvin niissä kertomuksissa, joissa ravitsemus huomioitiin ylipäänsä. Tämä viittaa siihen, että tietopohja terveyden edistämisestä on kunnissa melko hyvä ja mahdolliset haasteet eivät johdu ensisijaisesti indikaattoritiedon tai tieteellisen evidenssin puutteesta. Tieto tukee poliittisten virtausten mallia (Kingdon 2003; Carey & Crammond 2015) siten, että mahdolliset esteet terveyden edistämiseksi vaikuttavat olevan muualla kuin evidenssin puutteessa. Haasteet saattavat liittyä esimerkiksi rahallisten resurssien vähyyteen. Toisaalta ravitsemuksen laajasti huomioineissa kunnissa resursseja ei kuntien koon ja taloudellisen huoltosuhteen perusteella ole muita kuntia merkittävästi enempää. Tämä viittaa siihen, että ravitsemus ei syystä tai toisesta pääse kaikissa kunnissa politiikan agendalle, eli esteet sijaitsevat päätöksenteon prosesseissa.

### **5.3 Hyvinvointikertomuksissa esiintyneet ohjauskeinot**

Hyvinvointikertomuksissa esiintyneitä ravitsemuksellisia toimenpiteitä voidaan luokitella ohjauskeinokategorioittain sekä sosioekologisen lähestymistavan mukaisesti sen mukaan, mille ympäristön tasolle ne kohdistuvat. Ympäristön tasoihin luokittelun avulla voidaan arvioida käytettyjen keinojen potentiaalista vaikuttavuutta. Ympäristön tasoja on sosioekologisen mallin mukaan viisi: yksilö, ihmisten väliset yhteydet, instituutiot, yhteisö ja poliittiset tekijät (Stokols 1996). Näillä kaikilla tasoilla voidaan toteuttaa ravitsemuksen ohjauskeinoja terveellisen syömisestä saavutettavuuden, houkuttelevuuden, helppouden, edullisuuden ja hyväksyttävyyden parantamiseksi (Erkkola ym. 2019; Turner ym. 2018).

Toimenpiteitä ravitsemukseen vaikuttamiseksi mainittiin hyvinvointikertomuksissa yhteensä 87. Toimenpiteissä oli jonkin verran päällekkäisyyksiä: kun sisällöltään täysin keskenään samanlaisten toimenpiteiden kaksoiskappaleet poistettiin aineistosta, erilaisia toimenpiteitä oli yhteensä 76. Toimenpiteet luokiteltiin seitsemään ohjauskeinokategoriaan: **neuvonta**,



**ruokapalvelut, koordinointi ja osaaminen, terveystalvelut, joukkotiedotus, ruokakasvatus sekä ruokaympäristön muokkaaminen.**

Toimenpiteet sijoitettiin myös sosioekologisen mallin ympäristön tasoille niiden vaikuttavuuden arviointia varten. Sosioekologisen teorian mukaan mitä korkeammalle ympäristön tasolle ohjauskeinot kohdistetaan, sitä laajempi vaikutus niillä onnistuessaan on (Frieden 2010). Tehokkain tapa vaikuttaa ravitsemukseen ja sitä kautta väestön terveyteen on käyttää useamman ohjauskeinon yhdistelmää (Erkkola ym. 2019).

Käytetyimpiä ohjauskeinoja olivat neuvonta (22 toteutettua toimenpidettä) ja ruokapalvelut (19 toteutettua toimenpidettä). Neuvonta pitää sisällään yksilö- ja ryhmätason ravitsemuksen ohjauksen, sisältäen esimerkiksi koululaisille tarjottavat ravitsemusterapeutin palvelut ja pienryhmien elämäntapaohjauksen. Ruokapalvelut taas sisältävät kaikki julkisten ruokapalvelujen kautta toteutetut ravitsemukselliset toimenpiteet, esimerkiksi koululaisille tarjottavat välipalat, ikäihmisten ravitsemuspalvelujen kehittämisen ja julkisissa ruokahankinnoissa käytetyt standardit.

Melko paljon käytettyjä ohjauskeinoja olivat myös koordinointi ja osaaminen (13 toteutettua toimenpidettä) sekä terveystalvelut (12 toteutettua toimenpidettä). Koordinointi ja osaaminen ohjauskeinona pitää sisällään kunnan henkilöstön ravitsemusosaamisesta huolehtimisen sekä yhteistyön niin kunnan sisällä kuin ulkopuolisten toimijoidenkin kanssa. Toimenpiteitä tässä kategoriassa olivat muun muassa ravitsemusasioista vastaavan koordinaattorin palkkaaminen ja erilaiset työryhmät. Terveystalveluilla ravitsemusta voidaan ohjata esimerkiksi tietyn väestöryhmän, kuten ikäihmisten, ravitsemustilaa systemaattisesti seuraamalla. Erilaisten seulontojen ja seurantojen lisäksi terveystalvelut-ohjauskeino kattaa esimerkiksi ravitsemusasioiden erityishuomioinnin neuvolapalveluissa.

Harvemmin mainittuja ohjauskeinoja olivat joukkotiedotus (9 toteutettua toimenpidettä), ruokakasvatus (8 toteutettua toimenpidettä) ja ruokaympäristön muokkaaminen (3 toteutettua toimenpidettä). Joukkotiedotus pitää sisällään erilaiset tempaukset ja kampanjat, joilla pyritään lisäämään ihmisten tietoa tai taitoja ravitsemukseen liittyen. Ruokakasvatus-ohjauskeino sisältää ruokakasvatusta koskevat toimenpiteet, kuten Sapere-menetelmän käytön ja koululaisten kannustamisen kouluruokailuun opettajien esimerkin avulla. Ruokaympäristön muokkaaminen kattaa esimerkiksi tuotesijoittelun terveellisten valintojen helpottamiseksi. Ruokakasvatus on kirjattu osaksi varhaiskasvatuksen opetussuunnitelman perusteita, mutta tarkkaa tietoa siitä, miten ruokakasvatus varhaiskasvatuksessa ja muilla aloilla käytännössä toteutuu ei ole (Rantala ym. 2020, s. 27).

Edellämainittujen kategorioiden ulkopuolelle jäi Seinäjoella toteutettu Lihavuus laskuun - ohjelma ja siitä jalostettu Healthy Kids of Seinäjoki-malli, joka pyrkii muun muassa edistämään kuntien hyvinvointijohtamista ja terveyden edistämisen osaamista lasten ja nuorten ylipainon ja lihavuuden vähentämiseksi (Seinäjoen kaupungin hyvinvointikertomus 2017-2020). Kyseessä on laaja-alainen ohjelma, joka yhdistelee useampia ohjauskeinoja. Ohjauskeinokategoriat esimerkkeineen on kuvattu kuviossa 3.

<b>Ohjauskeino</b>	<b>Kuvaus</b>	<b>Esimerkkejä</b>	<b>Toimenpiteitä yhteensä</b>	<b>Uniikkeja toimenpiteitä</b>
Neuvonta	Ravitsemukseen liittyvä yksilö- ja ryhmäneuvonta	Koululaiset pääsevät läheteellä ravitsemusterapeutin vastaanotolle; kunnan ylläpitämät painonhallinta- ja elämäntaparyhmät	22	21
Ruokapalvelut	Julkisten ruokapalvelujen kautta toteutetut ravitsemukseen	Koululaisille tarjolla maksullinen tai maksuton välipala; ruokapalveluissa toteutettavat kyselyt; Sydänmerkki-kriteerien	19	15

	vaikuttavat toimenpiteet	noudattaminen koululounaissa		
Koordinointi ja osaaminen	Ruokaympäristön toimijoiden osaamisen ja yhteistyön vahvistaminen kunnan sisällä sekä kunnan ja ulkopuolisten toimijoiden välillä	Kuntaan resursoitu ravitsemusasioista vastaava koordinaattori; oppilaitos- ja tutkimusyhteistyö ravitsemusasioiden kehittämiseksi; kunnan sisäinen ruokakasvatus-ohjausryhmä	13	11
Terveyspalvelut	Ravitsemukseen liittyvät seulonnat ja seurannat, ravitsemuksen huomiointi myös muissa terveyspalveluissa kuin ravitsemusterapeutin vastaanotolla	Ikäihmisten ravitsemuskartoitukset; ikäihmisten vajaan ravitsemuksen ehkäisyn hoitopolun laatiminen; ravitsemus erityishuomiossa neuvoloissa	12	10
Joukkotiedotus	Terveellistä ravitsemusta edistävä viestintä, kampanjat ja tempaukset	Kouluissa toteutattavat ravitsemuksen teemapäivät; terveellisten ruokaohjeiden lisääminen kunnan nettisivuille	9	9
Ruokakasvatus	Ruokakasvatusta koskevat toimenpiteet	Terveellinen ravitsemus yhtenä varhaiskasvatuksen painopisteistä; ruokakasvatusmenetelmä Saperen käyttö; kouluruokailuun kannustaminen opettajien esimerkillä	8	6
Ruokaympäristön muokkaaminen	"Tuuppaaminen" eli fyysisen ruokaympäristön muokkaaminen sellaiseksi, että terveellisten valintojen	Salaatin ja kasvien sijoittaminen ensimmäiseksi koulun ruokalinjastolla; vain yhden lautasen käyttö lautasmallin	3	3

	tekeminen on helpompaa	noudattamisen helpottamiseksi		
Muu		Eri ohjauskeinoja yhdistelevä Lihavuus laskuun -ohjelma	1	1
<i>Yhteensä</i>			87	76

Kuvio 3. Ohjauskeinokategoriat ja toimenpiteiden määrät.

#### 5.4 Ohjauskeinot sosioekologisessa viitekehyksessä

Hyvinvointikertomuksissa mainitut toimenpiteet voidaan sijoittaa ohjauskeinokategorioittain sosioekologisen mallin mukaisesti ympäristön viidelle eri tasolle. Ohjauskeinoista hyvinvointikertomusten perusteella yleisin eli neuvonta tapahtuu yksilöllisesti tai korkeintaan pienryhmässä, joten sosioekologisesta näkökulmasta se sijoittuu yksilön tai ihmisten välisten yhteyksien tasolle. Suomalaisten tietoisuus oman ruokavalionsa terveellisyydestä on melko heikko (Erkkola ym. 2019, s. 45), joten tietotason nostaminen on tärkeää. Yksilötasolla neuvonnan vaikutukset voivatkin olla merkittäviä ja pitkäaikaisiakin. Yksilö- tai ryhmätason neuvonta ei kuitenkaan ole järin kustannustehokas keino, vaan se vaatii merkittävästi terveydenhuollon resursseja eikä väestötason vaikutus ole suuri. Neuvonta vaatii myös yksilöltä merkittävää sitoutumista. (Erkkola ym. 2019, s. 39.) Neuvonnan vaikuttavuutta ohjauskeinona voi kasvattaa sen kohdistaminen ennemminkin ryhmiin kuin yksilöihin, jolloin ryhmän jäsenet voivat saada tukea paitsi ammattilaiselta, myös toisiltaan (Story ym. 2008; Higgs ym. 2019). Vaikuttavuutta kasvattaa myös se, jos neuvontaa on mahdollisuus jatkaa säännöllisesti (Frieden 2010, s. 592).

Toiseksi yleisin ohjauskeino eli ruokapalvelut asettuu sosioekologiseen malliin sijoitettuna pääsääntöisesti instituutioiden tasolle. Ruokapalveluja toteutetaan yksilön lähiympäristön instituutioissa, kuten päiväkodeissa, kouluissa ja hoitokodeissa. Ruokapalveluilla voidaan todistetusti edistää terveellisemmän ruoan tarjontaa ja esimerkiksi tukea ikäihmisten toimintakykyä ja kotona asumista (Sarlio 2019; Valve ym. 2018). Julkisten ruokapalvelujen

ulkopuolelle jää kuitenkin merkittävä määrä väestöstä, noin kaksi kolmasosaa. Ulkopuolelle jäävät esimerkiksi työttömät. Ruokapalveluiden vaikutusta voitaisiinkin parantaa ja eriarvoisuutta vähentää palveluiden kattavuutta parantamalla. (Erkkola ym. 2019, s. 107-108.) Instituutiotasolla toteutettavien käytännön ruokapalveluiden lisäksi ruokapalveluita voitaisiin hyödyntää ihmisten välisten yhteyksien tason ohjauksena. Tällöin tulisi hyödyntää ruokapalvelujen roolia ravitsemusosaamisen ja ravitsemuslukutaidon vahvistajana ja painottaa, että ruokapalveluateriat voivat toimia mallina terveelliselle syömiselle myös kotona. (Ruokavirasto 2021.) Tämän tyyppisiä toimenpiteitä ei hyvinvointikertomuksissa kuitenkaan ollut mainittu.

Ohjauksenoista koordinointi ja osaaminen toteutuu usein yhteisön tasolla. Yhteisötaso kattaa ihmisten ja organisaatioiden muodostamat verkostot (McLeroy ym. 1988). Tämän kategorian ohjauksenoit olivat moninaisia. Hyvinvointikertomuksissa mainittiin muun muassa henkilökunnan kouluttaminen ravitsemusasioista sekä erilaisten oppimis- ja käsikirjamateriaalien tuottaminen henkilökunnalle kunnan eri toimialoilla. Sosioekologisen lähestymistavan mukaan yhteisötason ohjauksenoit ja interventiot ovat lähtökohtaisesti alempien tasojen interventioita vaikuttavampia, sillä ne voivat vaikuttaa laajempaan joukkoon olematta kuitenkaan yksilö- tai ryhmätason toimenpiteitä kalliimpia (Golden & Earp 2012). Koordinointi ja osaaminen ohjauksena voi kuitenkin tapahtua myös poliittisten tekijöiden ympäristötasolla. Esimerkiksi ravitsemusasioista vastaavan koordinaattorin palkkaaminen vaatii päättäjien tuen sille, että tällaiseen virkaan kannattaa käyttää kunnan rajallisia resursseja. Sosioekologisen lähestymistavan näkökulmasta poliittisiin tekijöihin vaikuttaminen on tehokas keino edistää terveyttä pitkällä aikavälillä. Haasteena on kuitenkin se, että poliittisen tason ohjauksenoit (mukaan lukien päätökset hyvinvointikoordinaattorien palkkaamisesta) vaikuttavuutta on hankalampaa arvioida kuin yksilö- tai ryhmätason terveyden edistämisessä (Kiiskinen ym. 2008, s. 116).

Ravitsemuksen ohjaaminen terveystalveilla tapahtuu ruokapalveluiten tapaan pääsääntöisesti instituutioympäristössä. Haasteena terveydenhuollossa toteutetulle ravitsemuksen ohjaukselle on sen vaatimat resurssit: jos esimerkiksi ravitsemuksen erityishuomiointi neuvoloissa vaatii terveydenhuollon ammattilaisilta heidän ydinosaamisensa lisäksi uutta, syvällisempää tietoa, täytyy resursseja kohdentaa esimerkiksi henkilökunnan uudelleen kouluttamiseen tai yhteistyöhön

ulkoisen toimijan kanssa. Suuret muutokset voivat myös aiheuttaa vastustusta terveydenhuollon yksiköissä. Terveydenhuollon erityisosaamiseen, tässä tapauksessa siis ravitsemukseen, panostaminen on kuitenkin pitkällä aikavälillä vaikuttava keino edistää laajojen ihmisryhmien ravitsemusta. (Kiiskinen ym. 2008, s. 114.)

Joukkotiedotusta voidaan käyttää ohjauskeinona ympäristön eri tasoilla, esimerkiksi instituutiotasolla kouluissa tai harrastusympäristöissä, tai yhteisön tasolla useissa kanavissa ja laajalle kohderyhmälle. Haasteena joukkotiedotuksessa ravitsemuksen ohjauskeinona on se, että pelkkä tiedottaminen jättää vastuun muutoksen tekemisestä pitkälti yksilölle. Joukkotiedotuksen vaikuttavuudesta ravitsemuksen ohjauskeinona onkin vain rajallisesti näyttöä (Sarlio 2019, s. 324). Toisaalta parhaassa tapauksessa joukkotiedotuskampanjoilla voidaan onnistua muuttamaan elämäntapoihin liittyviä yhteisönormeja, jolloin vaikutus olisi jo merkittävä (Frieden 2010, s. 593). Joukkotiedotuksen onnistumismahdollisuuksia parantaakin kampanjoinnin pitkäkestoisuus, eri viestintäkanavien käyttö ja viestinnän suuntaaminen oikealle kohderyhmälle. Kohderyhmän tavoittamisessa ja siten vaikuttavuuden kasvattamisessa voi auttaa kansalaisjärjestöjen kanssa tehtävä yhteistyö (Erkkola ym. 2019, s. 108).

Ruokakasvatuksella voidaan ohjata ravitsemusta monenlaisin toimenpitein, esimerkiksi ottamalla ravitsemusasiat varhaiskasvatuksen painopisteeksi tai kannustamalla kouluruokailuun opettajien esimerkillä. Ruokakasvatuksen kohderyhmää ovat erityisesti lapset ja nuoret, mikä tukee vaikutusten pitkäkestoisuutta, sillä ravitsemustottumukset muodostuvat pitkälti nuorella iällä (Story ym. 2008). Ruokakasvatus ohjauskeinona voi sijoittua monille eri sosioekologisen mallin ympäristön tasoille. Tarkastelluissa hyvinvointikertomuksissa ruokakasvatukselliset toimenpiteet sijoittuivat kuitenkin lähinnä instituutiotasolle ja yksittäisiin organisaatioihin, kuten varhaiskasvatukseen ja kouluihin. Sosioekologisen näkökulman mukaan laajempia vaikutuksia voitaisiin saavuttaa toteuttamalla toimenpiteitä ylemmillä ruokaympäristön tasoilla, kuten yhteisön tasolla eri toimijoiden yhteistyönä. Tämä taas todennäköisesti edellyttäisi kunnan päättäjien sitoutumista poliittisella tasolla. Toisaalta kouluissa ja varhaiskasvatuksessa toteuttavilla ohjauskeinoilla tavoitetaan lähes kaikki lapset ja nuoret, mikä parantaa ohjauskeinojen potentiaalia pienentää terveyseroja (Rantala ym. 2020, s. 129).

Fyysisen ruokaympäristön muokkaaminen sijoittuu usein sosioekologisen mallin instituutiotasolle. Hyvinvointikertomuksissa esiintyneet ympäristöä muokkaamisen ohjaukset sijoittuivat koulumaailmaan. Ruokaympäristön muokkaaminen on hyvinvointikertomusten perusteella melko epäsuosittu keino, vaikka ympäristön muokkaamisella voitaisiin yksilökeskeisiin toimenpiteisiin verrattuna vaikuttaa laajempaan joukkoon vähemmällä resursseilla (Cohen ym. 2000). Yksittäisten instituutioiden lisäksi ympäristöä voitaisiin muokata myös yhteisön tasolla eri toimijoiden yhteistyön kautta. Tämä vaatisi jossain määrin koordinoivaa resurssia, mutta pitkällä aikavälillä ruokaympäristön muokkaaminen olisi kuitenkin paitsi vaikuttava, myös kustannustehokas ravitsemuksen ohjaukset (Erkkola ym. 2019).

Poliittisen ympäristön tasolle sijoittuneita ravitsemuksellisia toimenpiteitä löytyi hyvinvointikertomuksista vain yksi: Seinäjoen Lihavuus laskuun -hanke. Lihavuus laskuun -ohjelma ja siitä jalostettu Healthy Kids -malli painottavat eri toimijoiden yhteistyötä lasten terveellisen syömisen ja liikunnan lisäämisen eteen (Seinäjoen kaupungin hyvinvointikertomus 2017-2020). Malli on poliittisen tason ohjaukset, koska sen suunnittelu ja käyttö on vaatinut vahvaa poliittista sitoutumista ja useiden toimijoiden sitouttamista. Vaikutukset heijastuvat poliittiselta tasolta alemmille ympäristön tasoille (Huynen ym. 2005). Alemmilla tasoilla heijastuu myös vahvasti valtiotason poliittiset päätökset: esimerkiksi ravitsemussuosittelun noudattaminen ruokapalveluissa oli yleinen ravitsemusta koskeva instituutiotason toimenpide, joka juontaa juurensa kansallisen tason ravitsemuspoliittisiin päätöksiin.

### **5.5 Hyvinvointikertomusten analyysin tulokset: terveellisen ravitsemuksen edistämisen nykytila kunnissa**

Tässä analyysikappaleessa tarkasteltiin sitä, miten laajasti ravitsemus on kunnissa hyvinvointikertomusten perusteella huomioitu, miten taustatekijät vaikuttavat huomioon laajuuteen, mitä ohjaukset hyvinvointikertomuksissa on mainittu ja miten käytetyt ohjaukset sijoittuvat sosioekologisen mallin viitekehykseen. Analyysin perusteella todettiin, että tarkastelluista kunnista noin 60% ei mainitse ravitsemusta hyvinvointikertomuksissaan

ollenkaan tai huomioi ravitsemuksen suppeasti. Noin 25% kunnista huomioi ravitsemuksen jossain määrin ja noin 13% huomioi ravitsemuksen laajasti eli on asettanut ravitsemukseen liittyviä tavoitteita yhdeksi tai useammaksi painopisteeksi hyvinvointikertomuksessaan. Erilaisia ohjauskeinoja ravitsemukseen vaikuttamiseksi oli yhteensä 76, joista suurin osa sijoittui sosioekologisen mallin kolmelle alimmalle ympäristön tasolle eli yksilötasolle, ihmisten välisten yhteyksien tasolle ja instituutiotasolle.

Tarkastelluista kunnista etsittiin taustatiedoksi kunnan asukasluku, taloudellinen huoltosuhde ja yli 64-vuotiaiden osuus kunnan väestöstä. Ravitsemuksen laajasti huomioineet kunnat eivät näiltä ominaisuuksiltaan eronneet merkittävästi muista kunnista. Yli 64-vuotiaiden osuus oli ravitsemuksen laajasti huomioineissa kunnissa keskiarvoa jonkin verran suurempi, mutta silti näissä kunnissa ravitsemus oli huomioitu laajasti eri ihmisryhmiä koskevana asiana, ei pelkästään ikäihmisten näkökulmasta. Valituilla taustatekijöillä ei siis havaittu olevan merkitystä ravitsemuksen laajuuden huomioinnille.

Terveellisen ravitsemuksen edistäminen ei hyvinvointikertomusten perusteella ole kunnissa kovin hyvällä mallilla. Ottaen huomioon ravitsemuksen merkityksen merkittävimmille kansansairauksille (Duodecim & Suomen Akatemia 2017), sen voisi kuvitella näkyvän laajemmin hyvinvointikertomuksissa, jotka ovat kuntien tärkein terveyden ja hyvinvoinnin johtamisen työkalu (THL 2019b). Tulokset ovat linjassa vuoden 2017 vastaavan tutkimuksen kanssa, jossa pienemmällä otannalla havaittiin, että 13% kunnista huomioi ravitsemuksen hyvinvointikertomuksissaan kattavasti ja 26% jossain määrin. Kyseisessä tutkimuksessa tarkastellut hyvinvointikertomukset olivat enimmäkseen valtuustokauden 2013-2017 hyvinvointikertomuksia, kun taas tässä tutkimuksessa tarkasteltiin pääosin valtuustokauden 2017-2021 kertomuksia. (Antikainen 2017.) Aineisto on siis ollut tutkimuksissa eri, joten voidaan päätellä, että tilanne ei ole merkittävästi edistynyt vuodesta 2017.

Terveys- ja hyvinvointipolitiikan pohjana on laaja tietopohja ja terveyden determinantit tunnistetaan kunnissa melko hyvin. Tämä viittaa siihen, että vaikka tietoa on, terveyden



edistäminen ravitsemuksen kautta ei syystä tai toisesta nouse tarpeeksi korkealle tärkeysjärjestyksessä. Poliittisten virtausten mallin näkökulmasta ongelma ei ole tiedossa ja tutkimusnäytössä, vaan tietoisuudessa ja päätöksenteossa. Vaikka tiettyjen keinojen toiminnasta ja vaikuttavuudesta olisi tietoa, tieto ei automaattisesti muunnu toimenpiteiksi, vaan päätöksenteko on aina moniulotteinen ja sekava prosessi (Carey & Crammond 2015). Ravitsemuksen vähäinen huomiointi hyvinvointikertomuksissa ei siis johtune saatavilla olevan tiedon puutteesta, mutta hyvinvointikertomusten perusteella on hankalaa sanoa, mihin politiikkaprosessin ulottuvuuteen ongelma liittyy.

Hyvinvointikertomuksissa mainitut ravitsemuksen ohjauskeinot luokiteltiin seitsemään kategoriaan, jotka olivat neuvonta, ruokapalvelut, koordinointi ja osaaminen, terveyspalvelut, joukkotiedotus, ruokakasvatus ja ruokaympäristön muokkaaminen. Yleisimmät ravitsemuksen ohjauskeinot eli neuvonta ja ruokapalvelut sijoittuvat sosioekologisessa mallissa suurelta osin kolmelle alimmalle tasolle eli yksilöiden, ihmisten välisten yhteyksien ja instituutioiden tasolle. Samalle tasolle sijoittuu melko yleinen ohjauskeino, terveyspalvelut. Ylempien ympäristön tasojen determinantteihin voi olla päätöksenteossa vaikeaa tarttua, kun käytännönläheisemmät determinantit vievät usein ensisijaisen huomion. Tämä voi muodostaa esteitä pitkäjänteiselle terveyden edistämiseksi. (Baum ym. 2013.) Pitkäjänteisyydestä olisi kuitenkin hyötyä, sillä tiedeyhteisössä on jo vuosikymmeniä ollut vahva näkemys siitä, että kansanterveyttä voidaan vaikuttavimmin parantaa nimenomaan elinolosuhteisiin puuttamalla ja laaja-alaisella terveyden edistämällä (Rimpelä 2010).

Osaaminen ja koordinointi oli melko yleinen ohjauskeino ja sijoittuu sosioekologisessa mallissa yhteisön ja poliittisten tekijöiden tasolle, mikä parantaa ohjauksen vaikuttavuutta (Golden & Earp 2012). Yhteisötason ja poliittisen tason ohjauskeinojen vaikutukset eivät välttämättä ole suoraviivaisia, joten niiden vaikuttavuutta voi olla hankala arvioida. Pitkällä aikavälillä näille tasoille sijoittuvien ohjauskeinojen käyttö on kuitenkin todennäköisesti kannattavaa ja vaikuttavaa. (Kiiskinen ym. 2008.) Eri hallintokuntien välinen yhteistyö ja koordinointi edistää myös monitasoista ravitsemuksen edistämistä (Mozaffarian ym. 2018), joten tämän kategorian ohjauskeinoja kannattaisi toteuttaa kunnissa laajemminkin. Koordinointi ja poikkihallinnollisuus

ovat kansanterveydelle ja terveyden edistämiseksi elintärkeitä paitsi ravitsemuksen, myös muiden terveyden osa-alueiden kohdalla (Melkas 2013).

Harvemmin esiintyneet ohjauskeinot joukkotiedotus, ruokakasvatus ja ruokaympäristön muokkaaminen sijoittuvat instituutio- ja yhteisötasolle ja niissä olisi paljon potentiaalia ravitsemuksen ja terveyden edistämiseen. Näitäkin ohjauskeinoja voidaan toki toteuttaa kunnissa toteuttaa vaikka toimenpiteitä ei olisikaan kirjattu hyvinvointikertomuksiin. Kirjaaminen tai kirjaamatta jättäminen kertoo kuitenkin siitä, kuinka merkittävänä osana terveystieteitä mitään ohjauskeinoja tai toimenpiteitä pidetään.

Ympäristön muokkaamiseen keskittyvien toimenpiteiden vähyys hyvinvointikertomuksissa kertoo siitä, että ruokaympäristön merkitystä väestön terveydelle ei ymmärretä tai sille ei anneta riittävästi painoarvoa. Näin on siitä huolimatta, että esimerkiksi nuorten ruokatottumukset ja ikäihmisten aliravitsemus aiheuttavat huolta monessa kunnassa. Tilanteissa, joissa tietyn ihmisryhmän syömiskäyttäytymisessä on tunnistettu haasteita, paras keino parantaa ravitsemusta on ruokaympäristön muokkaaminen (Cohen ym. 2000, s. 153). Ongelman koskiessa pienempää ihmisryhmää yksilö- tai ryhmätason ohjauskeinot, kuten neuvonta, voivat olla riittäviä. Koska kunnissa on tunnistettu selkeitä tiettyjä ikäryhmiä koskevia haasteita, voitaisiin läpileikkaavalla ruokaympäristön muokkaamisella saada aikaan laaja positiivinen terveystieteiden vaikutus.

Jotta ohjauskeinoilla voitaisiin entistä vaikuttavammin parantaa ihmisten ravitsemusta ja terveyttä, tulisi kunnissa panostaa terveystieteiden huomioon harkittuun päätöksentekoprosessiin ja poikkihallinnolliseen implementointiin. Vaikuttavampia interventioita voidaan toteuttaa kohdistamalla ohjauskeinoja sosioekologisen mallin ylimmille tasoille (Stokols 1996; Frieden 2010) ja yhdistelemällä eri tasoisia ohjauskeinoja (Golden & Earp 2012). Monitasoisten interventioiden tai ohjauskeinojen onnistunut toteutus edellyttää poikkihallinnollista koordinaatiota (Mozaffarian ym. 2018), joten lopulta ravitsemuksen ja terveyden edistämiseksi erittäin keskeinen elementti on eri toimijoiden välinen yhteistyö, niin kuntahallinnon sisällä kuin ulkopuolistenkin toimijoiden kanssa.

## **6 Analyysi II: kuntien ravitsemuspolitiikan haasteet ja hyvät käytännöt**

Tässä analyysiluvussa tarkastellaan haastatteluaineiston perusteella, millaisia haasteita, hyviä käytäntöjä ja toiveita kunnissa on terveyden edistämiseen ravitsemuksen kautta. Tuloksia tarkastellaan terveyden edistämisen ja sosioekologisen lähestymistavan kirjallisuuden lähtökohdista. Haasteiden, hyvien käytäntöjen ja haastateltavien toiveiden kautta vastataan kysymykseen siitä, miten kuntien työtä terveellisen ravitsemuksen edistämiseksi voitaisiin parantaa entisestään. Kunkin haasteen, hyvän käytännön ja toiveen esittelyn päätteeksi esitetään havainnollistavia sitaatteja haastatteluista.

### **6.1 Ravitsemuksen ja terveyden edistämisen haasteet**

Ravitsemuksen ja terveyden edistämisen haasteet voidaan haastattelujen perusteella jaotella neljään ryhmään: resurssien rajallisuus, tavoitavuus, päättäjien ja johdon sitouttaminen sekä terveyden edistämisen juurruttaminen kunnan arkeen. Haasteet koettiin melko samansuuntaisiksi kaikissa haastatelluissa kunnissa. Koetut haasteet myötäilevät aiempia tutkimustuloksia monialaisen terveyden edistämisen haasteista (Scheele ym. 2018; Gaarn ym. 2010).

Resurssien rajallisuus nousi esiin neljässä viidestä haastattelusta. Terveyden ja ravitsemuksen edistämiseksi haasteita asettaa niin rahallisten kuin ajallistenkin resurssien rajallisuus. Rahalliset resurssit vaikuttavat sekä suorasti että epäsuorasti. Suora vaikutus syntyy hankintojen kautta: esimerkiksi oppilaskohtainen raaka-ainemääräraha määrittää, kuinka laadukkaisiin raaka-aineisiin koululouissa voidaan panostaa. Epäsuora vaikutus syntyy taustatyöhön käytettyjen resurssien kautta. Yhdessä haastatelluista kunnista oli esimerkiksi jouduttu rakenteellisten ja taloudellisten muutosten myötä luopumaan ruokapalveluiden toiminnanohjausjärjestelmästä, jolla oltiin aiemmin voitu seurata ruokailuun liittyvää dataa, kuten ravintosisältötietoja.

*"...kun ruokapalveluiden kanssa yhteistyötä tekee niin siellä jatkuvasti ollaan tekemisissä talousasioiden kanssa. Haluttaisiin toteuttaa suosituksia vielä monipuolisemmin ja paremmin mutta siellä tulee eurot vastaan, valitettavasti. Sitten mietitään miten voitaisiin pienemmällä budjetillakin saada mahdollisimman hyvin toteutettua."*

Ajalliset resurssit vaikuttavat sekä terveyden ja ravitsemuksen edistämisen suunnittelutyöhön että sen toteutukseen. Suunnittelutyön tasolla eli yhteisötason ympäristössä aikapaine kohdistuu usein hyvinvointikoordinaattoriin, jonka tehtävä on varsinkin pienemmissä kunnissa monesti osa-aikainen tai toiseen toimenkuvaan yhdistetty. Kuten tämän tutkimuksen ensimmäisessä analyysiluvussa todettiin, suuri osa terveyden edistämisestä tapahtuu tällä hetkellä sosioekologisen mallin instituutiotasolla esimerkiksi ruokapalveluissa ja terveydenhuollossa. Näiden instituutioiden henkilöstö ei välttämättä näe terveyden edistämistä työnsä ensisijaisena tavoitteena, mikä voi hidastaa terveyden edistämisen toteutumista erityisesti aikarajoitteiden puitteissa (Scheele ym. 2018, s. 15). Haastatteluissa nousikin esiin huoli esimerkiksi terveydenhuollon henkilöstön jaksamisesta ja työajan riittävydestä terveyden ja ravitsemusterveyden edistämiseksi muun työn lomassa. Terveydenhuollon ja toisaalta myös terveyden edistämisen ammattilaisten työpaineen on aiemmissakin tutkimuksissa havaittu asettavan haasteita terveyden edistämisen toimeenpanolle kunnissa (Hakkala 2013, s. 106-107).

*"Ravitsemus on ihmisten työssä yksi osa-alue ja heillä on valtavan paljon kaikkea muuta. Että miten se aika riittäis. Ja paljon on aina muutosta ilmassa, aina jotain uutta tulee niin ettei mentäis silleen että väsyttäis kaikkeen siihen mitä tarjontaa on. Sais sitten sen motivaation heräteltyä niin vahvaksi että se oikeasti tulee käytäntöön asti."*

*"Että se ei tulisi ihmisille se tunne että taas tämä asia entisten päälle. Ettei tulis sitä tunnetta että aina vaan uutta vaatimusta. Vaan että tulis se kyky, mahdollisuus ja halu tarkastella että olisiko tässä toiminnassa jotain mitä voisın tehdä toisin."*

Ravitsemusta tai terveyttä koskevien toimenpiteiden tavoitavuus koettiin jonkinasteiseksi haasteeksi kaikissa viidessä haastatellussa kunnassa. Haasteita koettiin kunnasta riippuen olevan joko palveluiden tai viestinnän tai molempien tavoitavuudessa. Useammassa kunnassa kannettiin huolta siitä, miten voidaan tavoittaa ne henkilöt, jotka esimerkiksi ravitsemuksensa osalta tarvitsisivat apua kaikista eniten. Esimerkiksi ruokapalvelujen ulkopuolelle voi jäädä heikossakin kunnossa olevia vanhuksia, jotka eivät halua tai osaa hankkiutua ruokapalvelujen piiriin. Viestinnällisesti ongelma on niin ikään heikommassa asemassa olevien tavoittamisessa, sillä viestintä tavoittaa usein helpoiten ne, joilla on jo valmiiksi kiinnostusta ravitsemus- tai terveysasioihin. Ongelma on tyypillinen - ravitsemus on kytköksissä laajempaan terveyteen ja hyvinvointiin, jotka herkästi kasautuvat tietyille ihmisryhmille aiheuttaen väestöllisiä terveyseroja (Rotko ym. 2014). Koronakriisin ja siihen liittyvien rajoitustoimien koettiin vaikeuttaneen kohderyhmien tavoittamista entisestään.

*"Ollaan kokeiltu sitä, että ravitsemusterapeutti menisi vanhemmille puhumaan vanhempainiltaan, niin se osallistujamäärä on kuitenkin aina aika suppea. Ja sitten, niin kuin se totuus tässä on, niin niiden lasten vanhemmat puuttuu joiden siellä pitäisi olla. Niin en tiedä mikä olis sitten se semmoinen kanava."*

Kunnan johdon ja päättäjien sitoutuminen ravitsemuksen ja terveyden edistämiseksi koettiin haastatelluissa kunnissa tärkeäksi ja siinä nähtiin olevan jonkin verran haasteita. Jonkin tason haasteita johdon ja päättäjien sitouttamisessa tai kommunikoinnissa oltiin kohdattu neljässä kunnassa viidestä. Hyvä yhteys terveydenhuollon, ruokapalveluiden, hyvinvointikoordinaattoreiden sekä kuntajohdon kesken koettiin useammassa kunnassa olennaiseksi terveyden edistämisen kannalta. Johtamistyöllä onkin merkittävä rooli siinä, että työntekijät saadaan toimimaan yhteisten strategisten tavoitteiden eteen ja että muutokset vievät kunnan käytäntöjä parempaan suuntaan (Kuntaliitto 2017b). Valtuustojen vaihtumisen koettiin olevan jossain määrin merkittävää sille, miten terveellisen ravitsemuksen edistämistä kannattaa toteuttaa. Valtuustojen vaihtumisen koettiin vaikuttavan esimerkiksi siihen, miten ja millä näkökulmalla ravitsemukseen ja terveyteen liittyviä asioita kannattaa tuoda esiin.

*“Kun kuitenkin mietitään ruokaa niin sehän on hyvin henkilökohtainen tunteita herättävä asia, eihän se voi olla vaikuttamatta päättäjien suhtautumiseen näihin ravitsemusasioihin. Sitten vaan koittaa itse mieltää sen, että jokaisen henkilökohtaiset asiat vaikuttaa mutta mentäisiin asialinjalla ja saatais tunneasiat sinne taustalle jätettyä.”*

*“Se on vähän kuin perheessäkin että yhden ihmisen kanssa yhdellä tavalla ja toisen kanssa toisella tavalla jos halutaan vaikuttaa asioihin. Että samalla sapluunalla ei mennä joka tilanteessa.”*

*“Siinä on äärimmäisen tärkeätä, oli millaisista asioista tai mistä tahansa ikäryhmästä kyse niin se että ihmiset siellä johtavassa päättävässä asemassa -- sitoutuvat siihen asiaan. Että me toimijat voidaan täällä vaikka kuinka piipertää ja yrittää saada omaa ääntämme kuuluviin mutta jos esimerkiksi esimiestasolla ei siihen asiaan sitouduta niin on tosi vaikeaa saada asioita eteenpäin.”*

Terveyden edistämisen juurruttamiseen liittyvät haasteet koskevat haastattelujen perusteella kunnan sisäisiä rakenteita sekä sitä, miten hyvin terveyden edistämistä henkilöstön keskuudessa ymmärretään ja arvotetaan. Rakenteet voivat haastateltavien mukaan toimia haasteena tai mahdollistajana esimerkiksi tiedonkulussa henkilövaihdosten yhteydessä tai siirryttäessä hankeperusteisesta terveyden edistämisestä jokapäiväiseen terveydenedistämistyöhön. Esiin nousi huoli myös siitä, miten terveyden edistämisestä muistettaisiin pitää huolta myös suurten rakennemuutosten aikana ja toisaalta miten ravitsemuksen rooli saataisiin pysymään terveyden edistämisessä esillä. Henkilöstön motivaatiolla, tietotasolla ja innostuneisuudella koettiin olevan suuri merkitys. Tämä onkin monialaisessa terveyden edistämisessä keskeistä, vaikkakin rakenteiden tulee mahdollistaa terveyden edistäminen myös ilman yksittäisten henkilöiden valtavaa panosta (Gaarn ym. 2010).

*“Olen itsekin tehnyt laajemmasta näkökulmasta terveyden edistämisen hankkeita ja kehittämistyötä, niin monesti tuntuu että ravitseminen herkästi meinaa unohtua. Että miten se näkökulma saadaan sinne mukaan.”*

*“Sitä oikeesti odotettiin hankkeiden jälkeen että päästään hankkeesta eteenpäin ettei aina tehdä sitä hanketta vaan että jää se selkeämpi koordinaatio hankkeen jälkeiselle ajalle.”*

*“... että saa sen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen siihen arkeen, mikä on kunnan perustehtävä. Nimenomaan kuntalaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, et se on sitä mitä me tehdään, ja että me ymmärretään että me tehdään koko ajan sitä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.”*

Nämä neljä keskeistä haastetta (resurssit, tavoitavuus, johdon sitoutuminen, terveyden edistämisen juurruttaminen) ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa. Esimerkiksi juurruttamiseen vaikuttaa kunnan henkilöstön motivaatio, johon taas voivat vaikuttaa käytettävissä olevat ajalliset resurssit ja esihenkilöiden sitoutuminen. Scheeleä ja kumppaneita (2018) myötäillen voidaan todeta, että terveyden edistämisen toteuttaminen ei tapahdu itsestään, vaan vaatii paitsi näyttöä onnistumisista, myös huolellista etukäteisarviointia, tavoitteiden asettamista, ammattimaista henkilöstöä ja sidosryhmätyöskentelyä. Kuntatason päätöksenteko myös toimii aina laajemmissa, valtakunnallisen päätöksenteon asettamissa raameissa, mikä vaikuttaa terveyden edistämisen suunnitteluun ja toteutukseen (Gaarn ym. 2010).

## **6.2 Ravitsemuksen ja terveyden edistämisen hyvät käytännöt**

Haastatelluissa kunnissa oli kehitetty monenlaisia käytäntöjä ravitsemuksen ja terveyden edistämisen haasteisiin vastaamiseksi. Eniten hyviä käytäntöjä oli kehitetty ravitsemuksen ja terveyden edistämisen juurruttamiseen sekä tavoitavuuden parantamiseen. Myös johdon sitouttamiseen oli kaikissa kunnissa useampia toimintamalleja. Resurssien parantamiseen liittyviä toimenpiteitä tai käytäntöjä ilmeni haastatteluissa selkeästi vähiten.

Resurssien osalta haasteena on sekä aika että raha. Usein resurssien kehittäminen tai säästäminen vaikuttaa molempiin. Osassa haastatelluista kunnista hyödynnettiin esimerkiksi Kuntahankinnat-palvelua, jonka tarkoituksena on säästää kunnan omia resursseja kilpailutuksen ja sopimushallinnan saralla (Kuntahankinnat 2021). Kunnissa oli myös kehitetty keinoja henkilöstön motivointiin ja innostamiseen, jotta uusien toimintamallien käyttöönotto onnistuisi tarkoituksenmukaisesti. Motivoinnissa korostui henkilöstön osallistaminen. Myös hyvinvointikoordinaattorin rooli aikaresurssin hallinnassa nousi esiin. Yhdessä kunnassa korostettiin hyvinvointikoordinaattorin työn painottumista uusien projektien ja toimintamallien alkuvaiheeseen, jotta koordinaattorin työaikaa säästyä myös muuhun työhön.

Resursseihin vaikuttavat käytännöt vastaavat tämän tutkimuksen ensimmäisessä analyysiosiossa mainittua ohjauskeinoa “koordinointi ja osaaminen”. Käytännöt sijoittuvat sosioekologisessa mallissa yhteisön tasolle tai poliittisten tekijöiden tasolle (McLeroy ym. 1988). Toimenpiteet eivät siis kohdistu pelkästään tiettyihin instituutioihin, ryhmiin tai yksilöihin, vaan niillä vaikutetaan välillisesti ravitsemuksen ja terveyden edistämiseen resurssien riittävyyden varmistamisen kautta. Tästä seurauksena toimenpiteillä on potentiaalia vaikuttaa laajaan joukkoon ilman, että yksilöiltä vaaditaan suurta panosta esimerkiksi omien ravitsemustottumustensa muuttamiseen (Frieden 2010).

*"Kun tietää nämä muutoksen portaot ja tietää miten ihmiset käyttäytyvät kun asioita lähdetään tekemään, täytyy ensin osallistaa ihmiset siihen miettimiseen että itse hoksavat että tällaista olisi tarjolla ja tällä tavalla nyt tehdään, että mikä olisi se hyöty ja onko tästä nyt apua siihen. Että heidän motivointi siihen asiaanhan on semmoinen kaiken pohja että se lähtee juurtumaan."*

*"Koordinaattorin työtä on se, että mahdollisimman nopeasti saat itsesi näkymättömäksi ja tarpeettomaksi siinä sisällössä, olet kumppanina käynnistämässä ja seuraamassa ja välillä villitsemässä että miten se homma kannattaisi [tehdä], ja miltä se näyttää mihin tukea tarvitaan."*



Tavoittavuuden osalta haastatteluissa esiin tulleissa hyvissä käytännöissä korostuivat osallistaminen ja yhteistyö eri toimijoiden kanssa. Esimerkiksi seurakunnan ja järjestöjen kanssa tehty yhteistyö koettiin hyväksi ja niiden kautta uskottiin tavoitettavan ihmisiä laajasti, myös ihmisryhmistä jotka muuten olisivat hankalasti tavoitettavissa. Heikommassa asemassa olevien tavoittaminen onkin terveyden edistämisen kannalta tärkeää, sillä terveyserojen kaventaminen on tehokkaimpia keinoja parantaa koko väestön terveyttä (THL 2017). Osallisuuteen oli kunnissa panostettu esimerkiksi erilaisten oppilasryhmien ja kyselyiden avulla. Toisaalta tavoittavuuteen oli kehitetty myös käytännön palveluita, kuten sähköinen tukipalvelu diabeetikoille ja ylijäämäruokailu eläkeläisille ja työttömille.

Tavoittavuuteen liittyvät hyvät käytännöt olivat moninaisia ja niitä toteutettiin monilla eri sosioekologisen mallin tasoilla. Erityisesti yhteisötaso eli eri toimijoiden välinen yhteistyö korostui vastauksissa. Osallisuuden edistäminen eli ihmisten välisten yhteyksien välisellä tasolla vaikuttaminen sekä instituutio- ja yksilötason palvelut tukevat yhteisötason toimintojen vaikuttavuutta.

*“Kun on ravitsemusteemaisia tapahtumia niin ikääntyneethän siellä on monesti aktiivisimpia. Ja varsinkin jos järjestöjen kautta saa levitettyä tietoa niin sehän on mahtava reitti saada porukkaa innostumaan asiasta.”*

*“...eläkeläisille ja työttömille tää ylijäämäruokailu, mitä jää kouluilta niin on mahdollisuus käydä ruokailemassa. On saanut tosi hyvää vastaanottoa ja sitä on odotettu --se että tulee lähdettyä kotoa, tulee lähdettyä ulkoilemaan, liikkumaan, sitten siellä on se ruoka ja sitten niitä kavereita joista on tullu kavereita. Siellä on semmoinen iloinen puheensorina kun nämä henkilöt tulee syömään. Tämä on monin tavoin hyvinvointia tukeva asia.”*

Johdon sitouttamiseen liittyvät toimenpiteet vaihtelivat haastateltujen kuntien välillä melko paljon. Haastatteluissa kunnissa kommunikaatio kunnan ammatillisen ja poliittisen johdon

suuntaan vaikutti toimivan melko hyvin, vaikkakin esimerkiksi valtuustojen muutosten koettiin osassa kunnissa vaikuttavan merkittävästikin terveellisen ravitsemuksen edistämiseen. Kaikissa haastatelluissa kunnissa näin ei kuitenkaan koettu. Yleisin keino johdon sitouttamiseen oli vuorovaikutus johtoryhmän kanssa joko johtoryhmän kokouksiin osallistumisen tai erillisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmän muodossa. Kunnissa, joissa yhteistyö johtoryhmän kanssa oli vahvaa, oltiin toteutettu monenlaisia yhteistyökuvioita, esimerkiksi hyödynnetty ulkoisten toimijoiden tuottamia materiaaleja tietotason nostamiseen sekä pidetty niin kutsuttuja iltakouluja valtuutettujen kanssa. Toinen lähes kaikissa haastatteluisa esiin noussut keino oli ravitsemus- ja terveysasioihin liittyvän viestinnän mukauttaminen eri tilanteiden mukaan. Useammassa haastattelussa nousi esiin yksittäisten terveydestä tai ravitsemusasioista kiinnostuneiden valtuutettujen merkitys - tällöin kommunikaatio voi olla erilaista kuin asiasta vähemmän kiinnostuneiden valtuutettujen kanssa. Ravitsemusasioita voidaan markkinoida monella tavalla, esimerkiksi elinvoimanäkökulmasta korostaen lähiruoan merkitystä kunnan elinvoimaisuudelle ja toisaalta kuntalaisten terveydelle. Johdon tietotason ylläpitoa pidettiin kunnissa myös tärkeänä ja tähän hyödynnettiin työkaluna esimerkiksi erilaisten suositusten antamaa tietopohjaa ja hyvinvointikertomuksen sisältämiä indikaattoreita.

Sosioekologisen mallin näkökulmasta kunnan johdon ja ravitsemus- tai terveystalouden välinen yhteistyö on pitkälti yhteisö- ja poliittisen tason toimintaa: kyse on rakenteista. Parantamalla näitä rakenteita voidaan saada aikaan laajoja vaikutuksia, jotka heijastuvat alemmille ympäristön tasolle instituutioihin, ihmisten välisiin yhteyksiin ja yksilöihin (Huynen ym. 2005).

*"Hyvä pohja tämmöiselle toiminnalle, oli se sitten hyvä ravitsemus taikka mikä tahansa teemoista, on se just että lautakuntatasolla lautakunnan toimijat ja valtuutetut, luottamushenkilöt tuntee ja tietää nämä. Heidän kanssaan käydään sitä vuoropuhelua ja lähetetään tiedoksi ja käydään vaikka paikan päällä --. Minä jatkuvasti jaan näitä erilaisia asioita heille, että heillä on tieto että mitä täällä liikkuu ja mistä voi keskustella ja linjaa kunnan toimintoja. Niin heillä on se tausta siellä tietona että mitä tehdään."*

*“Olen siihen asiaan kiinnittänyt huomiota, että miten asia kannattaa markkinoida, jotta se päätöksenteossa menee lävitse. Tää on yks juttu, kaikki on kiinnostuneita siitä että meillä on työpaikkoja ja sellasta. Niin tää ei ole ollut vaikea tehtävä, vaikka talous on ollut tiukalla ja näin.”*

*“Siinä on varmaan se yksi hyvinvointikoordinaattorin tärkeimpiä työaloja, että linkittää ja keskustelee ja vie asioita johtoon ja hakee niitä haasteita ja ongelmakohtia --. Vaikka niitä yksittäisiä asioita kuten vanhusten aliravitsemusta, niin miten se vaikuttaa, miten se muuttuu rahaksi.”*

Viimeisimpänä ja keskimäärin eniten keskustelua herättäneenä aiheena olivat terveyden edistämisen juurruttamisen hyvät käytännöt. Terveyden pitkäjänteinen edistäminen pitää usein sisällään monenlaisia eri toimintamalleja, hankkeita ja suosituksia, esimerkkinä ravitsemuspuolella eri ikä- ja kohderyhmien valtakunnalliset ravitsemussuositukset (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014; Valtion ravitsemusneuvottelukunta, Opetushallitus & THL 2018). Suosituksia pidettiin haastatelluissa kunnissa jatkuvuutta ylläpitävänä tekijänä, mutta niiden juurruttamisessa ja jalkauttamisessa oltiin myös osassa kunnista koettu haasteita. Juurruttamisen onnistumisessa pidettiin tärkeänä henkilöstön kouluttamista, osallistamista ja motivointia. Myös rakenteelliset tekijät, kuten johtovastuun jakautuminen useammalle kuin yhdelle henkilölle, nousivat esiin. Terveyden edistämisen hankkeita pidettiin sellaisiin osallistuneissa kunnissa hyvinä. Useammassa tapauksessa hankkeiden jäljiltä oli jäänyt kuntien sisäisiä tai välisiä verkostoja, joissa terveyden edistämistyötä jatkettiin hankkeen päättymisen jälkeenkin.

Hyvinvointikertomuksen laadintaa ja seurantaan sekä maakunnallista yhteistyötä pidettiin kunnissa laajalti terveyden edistämisen käytäntöjen juurruttamisen kannalta tärkeänä. Henkilöstön osaamista ja motivaatiota terveyden edistämiseen ylläpidettiin osittain samoilla työkaluilla kuin kunnan johdon tietämystä. Myös hyvinvointikoordinaattorin rooli erilaisten yhteistöiden ja hankkeiden koordinoinnissa nähtiin tärkeäksi.

Sosioekologisen mallin näkökulmasta juurruttamista tapahtuu erityisesti yhteisö- ja instituutiotasolla. Kunnan toimijoiden välinen yhteistyö sijoittuu yhteisön tasolle, kun taas instituutioiden, kuten terveydenhuoltojärjestelmän sisällä tapahtuvat koulutukset ja esimerkiksi perehdytyskäytännöt tapahtuvat instituutioympäristön tasolla. Vaikuttamista voi tapahtua myös poliittisella tasolla, esimerkkinä institutionalisoitunut maakunnallinen yhteistyö ja vaikuttavien menetelmien seulominen. Toisaalta esimerkiksi hankkeista syntyneissä yhteistyöryhmissä terveyden edistämisen hyvät käytännöt voivat levitä myös ihmisten välisten yhteyksien tasolla, ilman ylemmältä tasolta tulevaa koordinoitua.

*"Menetelmiä kun monenlaisia vaikuttavia on eri ikäryhmille ja teemakohtaisesti, niin siellähän täytyy hakea toimijoilta että mikä on se tietotaso ja osaamisen taso ja mitä tukea sinne tarvitaan, tarvitaanko koulutusta, opastusta, ja sitä on järjestettävä."*

*"Meillä on seulottu maakunnassa näyttöön perustuvat vaikuttavat menetelmät monista tuhansista menetelmistä jotka vaikuttavat kun niitä käytetään järkevästi. Olen ollut sitä työtä itsekin tekemässä ja sitten tietysti sieltä näppärästi tulee tänne yhteen kuntaan ne asiat mitä jalkautetaan muuallekin ja niitä lähdetään tietysti yhdessä miettimään että siitä tulee sitten oman kunnan näköistä"*

*"Hyvinvointikoordinaattorin tehtävänä on tehdä sitä, tarttua haukkana kaikenlaisiin tukitoimintoihin ja kaikenlaiseen hallintokuntien yhteistyöhön ja -- ravitsemuksen osalta tietysti katsoa asiaa sitä kautta, että siellä on ikäihmisistä sitten lapsiin ajateltu."*

Terveyden ja hyvän ravitsemuksen edistämisen haasteisiin on siis kunnissa luotu monenlaisia ratkaisuja, jotka sijoittuvat kaikille eri ympäristön tasoille. Haastateltuja kuntia yhdistää se, että niillä on ylemmille ympäristön tasolle sijoittuvia hyviä, rakenteisiin vietyjä käytäntöjä, joilla terveyden edistämistä mahdollistetaan ja pidetään yllä. Kuntien työtä terveyden edistämässä

tukevat vahva maakunnallinen yhteistyö ja valtakunnallinen informaatio-ohjaus. Esimerkkinä valtakunnallisesta ja onnistuneesta informaatio-ohjauksesta ovat ravitsemussuosituksukset, joita kunnat hyödyntävät niin henkilöstön kuin kunnan johdonkin sitouttamiseen. Maakunnallisessa yhteistyössä esimerkiksi vaikuttavien elintapaohjauksen menetelmien seulominen vaikuttaa suoraan kunnan omaan hyvinvointityöhön. Onkin huomionarvoista, että haastateltujen kuntien maakunnissa eli Etelä-Karjalassa Pirkanmaalla ja Pohjois-Savossa on kaikissa tehty alueelliset hyvinvointikertomukset tai -suunnitelmat, joissa kaikissa on huomioitu ravitseminen vähintään jossain määrin (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2019; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2017; Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2017). Terveyden edistämistä ja sen juurtumista tukee se, jos kunnassa tai maakunnassa on hyvinvointikoordinaattori, joka pitää huolta terveyden edistämisen toteutumisesta ja monialaisesta yhteistyöstä.

### **6.3 Kuntien toiveet nykytilanteen parantamiseksi**

Kunnissa oli jo toteutettujen toimenpiteiden ja hyvien käytäntöjen lisäksi ideoita, miten kunnallisen terveyden edistämisen mahdollisuuksia voitaisiin entisestään parantaa, niin ravitsemuksen avulla kuin yleisestikin. Vastauksissa korostui monialaisen yhteistyön mahdollisuudet sekä poliittisen ohjauksen rooli. Sosioekologisesta näkökulmasta katsoen kunnissa siis uskottiin, että erityisesti yhteisötason ja poliittisen tason toimenpiteillä terveyden edistämistä voitaisiin parantaa entisestään.

Resurssien osalta tarve ja toive oli selkeä: laatua voitaisiin parantaa vähentämällä työntekijöiden aikapainetta sekä saamalla lisää rahaa hankintoihin, kuten kouluruokaan. Aikapaineen osalta varsinaisia ratkaisuehdotuksia ei kunnissa ollut, mutta motivointi katsottiin tärkeäksi työntekijöiden jaksamisen tukemiselle. Motivointia voi tukea se, että kunnassa määritellään itse, millainen ravitsemusta ja terveyttä koskeva tieto ja mitkä ohjaamismekanismit ovat juuri kyseiselle kunnalle sopivia ja relevantteja (Hakkala 2013, s. 106). Näin oltiin monissa haastatelluissa kunnissa tehty. Hankintojen ja kouluruoan osalta resurssit koettiin kuitenkin haastatelluissa kunnissa melko hyväksi. Yleinen näkemys oli, että lisärahalta voitaisiin parantaa kouluruoan ravitsemuksellista laatua entisestään.

*"Kyllähän se monipuolisuus siinä korostuisi jos sitä [raaka-ainerahaa] olis vähän enemmän. Ja vaihtelua ja kaikkea pystyisi saamaan. Mutta perus siinä, junnaa vähän peruselintarvikkeissa. Mutta minusta ihan hyvää ruokaa pystytään kuitenkin tekemään mutta ainahan sitä toivoisi sitten vähän sitä vaihtelua ja muuta. "*

*"...että saa sen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen siihen arkeen, mikä on kunnan perustehtävä. Nimenomaan kuntalaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, että se on sitä mitä me tehdään, ja että me ymmärretään että me tehdään koko ajan sitä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä."*

Tavoittavuuteen toivottiin nykyisten käytäntöjen lisäksi vielä parempaa kuntalaisten osallistamista. Paikallisten yhteisöjen osallistuminen onkin todettu keskeiseksi terveyden edistämisen elementiksi erityisesti paikallistasolla (Jansson & Tillgren 2010; Heritage & Dooris 2009). Paikallisen yhteisön, tässä tapauksessa kuntalaisten, osallistaminen voi paitsi tukea terveyden edistämisen tavoitteita, myös tukea demokratiaa ja toimia yhteisöä voimaannuttavana tekijänä (Heritage & Dooris 2009, s. 45-46).

*"Se kuntalaisten osallistaminen olis hirveen tärkeätä. -- Isoissa kaupungeissa on näitä ikäryhmittäisiä hyte-työryhmiä tai alaryhmiä, että pystyis vähän jakamaan niitä. Nimenomaan se, että saatais kuntalaisen ääni kuuluviin niin se olisi iso asia."*

Yhteydet kunnan poliittiseen ja ammatilliseen johtoon koettiin haastatelluissa kunnissa melko hyväksi. Kuitenkin vielä paremman yhteydenpidon ja terveyden edistämiseen sitouttamisen uskottiin olevan mahdollista. Niin sanotusti alhaalta ylöspäin suuntautuvalla innostamisella ja tiedon jakamisella koettiin kunnissa olevan merkitystä sille, miten terveyden edistäminen toteutuu. Näin ollen johdon sitouttaminen on tiiviisti yhteydessä myös siihen, minkä verran resursseja terveyden edistämiseen koordinoivalla ja toimeenpanevalla tasolla on.

Uusia yhdessä toimimisen tapoja ehdotettiin ja vaikutusten ennakoarviointia toivottiin lisättävän eri päätöksentekoelementeissä. Johdon sitoutuminen terveyden edistämiseen onkin terveyden edistämisen onnistumisen edellytys, jota terveys- ja ravitsemusalan ammattilaiset voivat tukea ammattitaidollaan asiantuntijaroolistaan käsin (Melkas 2013, s. 193). Erityisen tärkeää on päätöksentekijöiden rooli terveyden edistämisen poikkihallinnollisuudessa ja motivaatio terveysnäkömyksen sisällyttämisestä myös muille aloille kuin pelkkään terveystalouteen (Rotko ym. 2014).

*“Täytyisikin lähteä arvioimaan miten on edistytty ja pitäiskö tätä vahvistaa, eli päätösten ja vaikutusten ennakoarviointia. -- Ymmärsin että varsinkin lautakuntatasolla olisi sitä voinut enemmänkin käyttää. Siinä nimenomaan tulee monesta näkökulmasta katsottua päätökset, tai se talous on siellä mukana mutta se ei saisi olla ainoa ratkaiseva asia. Että avoimemmin erilaisia päätettäviä vaihtoehtoja tarkastellaan.”*

*“...näkisin että tämmöisiä niin sanottuja täsmäiskuja --, työpajoja tai jotain muuta nimenomaan tähän laajaankin hyvinvointikertomukseen. Mutta se, että paljon enemmän olisi mahdollisuuksia jos olisi enemmän aikaa tehdä ja se työaika olisi erilainen hyvinvointikoordinaattorin tehtävään.”*

Terveyden edistämisen juurruttamiseen oli haastatelluissa kunnissa kehitetty monenlaisia käytäntöjä. Jotta vielä tehokkaampi juurruttaminen olisi mahdollista, kaivattaisiin haastateltavien mukaan vahvempaa roolia myös kunnan ulkopuolisilta toimijoilta. Yhteisvastuullisuutta kaivattiin muun muassa harrastuspaikoilta ja kaupoilta ja yritysyhteistyön lisäämistä pidettiin toivottavana. Myös verotuksellista ohjaamista kaivattiin, samoin kuin ravitsemusasiantuntijoiden laajempaa osallistumista terveyden liittyvään kehittämistyöhön.

*“Toivoisin verotuksellista ohjausta terveelliseen ravitsemukseen, eli hedelmät vihannekset sun muut olisivat edullisempia ja se olisi kaikille mahdollista. Ja karkit, sipsit ja kovan rasvan jutut, sokeri ja teollinen valkoinen vehnä olisi verotettu niin että ne olisivat kalliimpia.”*

*“Kaupoissa on tietysti se miten tuotteet sijoitellaan. Nämä terveellisemmät välipalat ja tuoreet ruoka-aineet olisi helposti saatavilla. Ja sit karkit, jotka on ok silloin tällöin, että ne ei olis kassojen vieressä ja pienen lapsen silmien tasolla.”*

*"Toivoisin työterveyspuolelta, että pääsisin vielä enemmän sinne yritystenkin piiriin. Joitain luentoja ja [ravitsemuksen] teemapäiviä olen käynyt pitämässä mutta työnantajat ovat olleet vähän nihkeitä rahankäytön osalta tämän tyypiseen terveydenedistämistyöhön. Mutta toivottavasti tämänkin tyypinen edistyy."*

#### **6.4 Haastattelujen analyysin tulokset: miten kuntien terveyden edistämistä voitaisiin parantaa?**

Sekä haasteet että hyvät käytännöt kuntien hyvän ravitsemuksen ja terveyden edistämiseen voidaan haastattelujen perusteella jakaa neljään pääkategoriaan: resurssien rajallisuus, tavoittavuus, päättäjien ja johdon sitouttaminen sekä terveyden edistämisen juurruttaminen kunnan arjessa. Tässä analyysiluvussa tarkasteltiin, millaisia haasteita kunnissa oli esiintynyt, millaisia hyviä käytäntöjä kunnissa oli löydetty ongelmien ratkaisemiseksi sekä millaisia muutoksia kunnat itse toivoisivat terveyden edistämisen parantamiseksi. Näiden haasteiden, hyvien käytäntöjen ja ehdotusten perusteella voidaan etsiä ratkaisua siihen, miten voitaisiin parantaa terveyden edistämistä ja terveellisen ravitsemuksen edistämistä sekä haastateltujen kaltaisissa kunnissa, joissa nykytilanne on hyvä, että kunnissa, joissa nykytilanne jättää parantamisen varaa.

Ajallisten ja rahallisten resurssien niukkuus oli aiheuttanut haasteita neljässä viidestä haastatellusta kunnasta. Resurssit vaikuttavat terveyden edistämiseen sekä suorasti esimerkiksi hankintojen muodossa, että epäsuorasti suunnittelutyöhön käytettävissä olevien resurssien kautta. Huolena tai haasteena useissa haastatelluissa kunnissa oli se, miten työntekijät saadaan motivoitua näkemään terveyden edistäminen tärkeänä osana omaa työtä, ei ylimääräisenä työkuormana. Ratkaisuna ongelmaan oli kehitetty erilaisia koulutuksia ja perehdytyksiä sekä parannettu henkilöstön osallistamista terveyden tai ravitsemuksen edistämisen suunnittelussa.



Kuntien kehittämiä käytäntöjä työntekijöiden motivoimiseen, kouluttamiseen ja osallistamiseen tulisi levittää sellaisiin kuntiin, joissa terveyden edistäminen on heikkoa niukkojen resurssien vuoksi. Hyvinvointikoordinaattorin aktiivinen rooli tukee myös resurssien hallintaa.

Resurssit ovat tiiviisti yhteydessä terveyden edistämisen juurruttamiseen kunnan arkeen - juurruttamista hankaloittaa se, jos toimeenpanevan tason työntekijöillä on liian kiire uusien toimintamallien opetteluun (Hakkala 2013). Keskeisessä roolissa juurruttamisessa ja aikaresurssin hallinnassa on johtaminen. Hyvällä johtamisella työntekijät saadaan sitoutettua strategisiin tavoitteisiin ja muutosten läpivientiin (Kuntaliitto 2017b). Johtamisen ohella tärkeää on osallistaminen, niin henkilöstön kuin kuntalaistenkin tasolla. Tapoja osallistamiseen oli haastatelluissa kunnissa kehitelty erityisesti instituutiotasolla kouluissa (koululaisten osallistaminen ruokasuunnitteluun) ja terveydenhuollossa (terveydenhuollon ammattilaisten osallistaminen toimintamallien käyttöönoton suunnitteluun).

Johdon sitouttaminen ja päätöksentekijöiden kanssa tehtävä vuorovaikutus oli haastatelluissa kunnissa pitkälti hyvinvointikoordinaattorin hartioilla ja ravitsemusasioissa ruokapalvelupäällikön vastuulla. Sitouttaminen kytkeytyy resursseihin liittyviin haasteisiin, sillä molemmissa rooleissa työpöydällä on myös paljon muuta asiaa: hyvinvointikoordinaattori on usein pienemmissä kunnissa osa-aikainen tehtävä tai osa laajempaa työnkuvaa, ja ruokapalvelupäällikön päävelvollisuudet ovat yleensä muualla kuin terveyden edistämisen koordinoinnissa.

Poliittisen ja hallinnollisen johdon sitouttamisen merkitystä terveyden edistämiseksi voidaan tarkastella Kingdonin (2003) poliittisten virtausten mallin näkökulmasta. Kingdonin mukaan politiikkatoimien toteutuminen riippuu siitä, kohtaavatko normaalisti omalla painollaan toimivat ongelmat, politiikka ja varsinaiset politiikkatoimet toisensa. Mallin mukaan päätöksentekoprosesseissa, esimerkiksi terveyden edistämisen kontekstissa, keskeinen haaste ei ole evidenssin tulkitseminen ja muuttaminen käytännön toimiksi, vaan itse päätöksenteko ja se,

mitkä asiat nousevat päättäjien tietoisuuteen ja pysyvät siellä. (Kingdon 2003.) Tämän tutkimuksen haastattelut tukevat Kingdonin näkemystä: tietoa ravitsemuksen merkityksestä terveydelle ja terveyden edistämisen tärkeydestä kunnan perustarkoituksen toteuttamiselle on, mutta tarvitaan toimijoita, jotka nostavat näitä asioita päättäjien tietoisuuteen. Ratkaisuna ongelmaan haastatelluissa kunnissa on panostettu kommunikaatioväyliin terveyden ja ravitsemuksen parissa työskentelevien sekä kunnan johdon välillä. Käytännössä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä pitää esillä hyvinvointikoordinaattori, kun taas ravitsemusasioiden merkitystä terveyden edistämisen osana voi ylläpitää esimerkiksi ruokapalvelupäällikkö. Poliittisten virtausten mallin termistöä hyödyntäen hyvinvointikoordinaattorit ja ruokapalvelupäälliköt voidaan nähdä sosiaalisina yrittäjinä, jotka mahdollistavat ongelmien, politiikan ja politiikkatoimien kohtaamisen ja siten tukevat terveyden edistämisen prosessien etenemistä (Kingdon 2003). Sosiaalisten yrittäjien merkitystä terveyden edistämiseksi ovat alleviivanneet tutkimuksissaan myös esimerkiksi Strand ja Fosse (2011) sekä Ridde (2009).

Terveyden edistämiseen motivoituneiden työntekijöiden väyliä poliittisen ja hallinnollisen johdon kanssa tulisikin vahvistaa erityisesti kunnissa, joissa terveyden edistäminen on tällä hetkellä vähäistä. Yhteistyötä kunnan johdon kanssa voitaisiin vahvistaa ottamalla hyvinvointikoordinaattori mukaan johtoryhmään tai sopimalla säännöllisistä vierailuista johtoryhmässä. Valtuustojen kanssa yhteistyötä voidaan vahvistaa muun muassa pitämällä erillisiä terveysaiheisia tapahtumia, kuten iltakouluja. Ravitsemuksen huomioimista terveyden edistämässä ja päätöksenteossa voidaan vahvistaa ottamalla ruokapalvelupäällikkö tai ravitsemusterapeutti mukaan johtoryhmään tai osaan sen tapaamisista. Hyvinvointikoordinaattori on monissa kunnissa sijoitettu esimerkiksi terveyssektorille, mutta toimi voidaan sijoittaa myös kunnan keskushallintoon, mikä edistää monialaista terveyden ja hyvinvoinnin kehittämistyötä (THL 2019c). Vaikka kunnan johtoryhmät ovat vakiintunut kuntajohtamisen käytäntöön, niillä ei ole laissa vahvistettua asemaa (Kuntaliitto 2017c). Johtoryhmän ja eri toimialojen edustajien roolin virallistaminen lainsäädännöllä vahvistaisi poikkihallinnollista yhteistyötä, joka on onnistuneen terveyden edistämisen edellytys.

Haastatelluissa kunnissa oli havaittu, että terveys- ja ravitsemusasioita kannattaa “markkinoida” eri taustoista tuleville kunnanvaltuutetuille eri tavoin. Carey ja Crammond (2015) ovatkin tutkimuksessaan ehdottaneet, että terveyden edistämässä kiinnitettäisiin enemmän huomiota keskustelukulttuuriin ja sen merkitykseen terveysasioiden eteenpäin viennille politiikkaprosesseissa. Kunnissa oli siis orgaanisesti toimittu tämän ehdotuksen mukaisesti. Tämän lisäksi haastatelluissa kunnissa oli huomattu, että yksittäisten valtuutettujen kiinnostus terveys- tai ravitsemusasioihin saattoi vaikuttaa siihen, kuinka helppo näitä teemoja oli kullakin valtuustokaudella edistää. Myös tätä voidaan tulkita poliittisten virtausten mallin kautta: huomatessaan tiettyjen valtuutettujen kiinnostuksen esimerkiksi hyvinvointikoordinaattori voi havaita mahdollisuuden ikkunan ja hyödyntää sitä pyrkimällä tekemään yhteistyötä kyseisten valtuutettujen kanssa. Toisaalta sosiaaliset yrittäjät, kuten hyvinvointikoordinaattori tai ruokapäällikkö, tai miksei vaikka kunnan ravitsemusterapeutti, voivat luoda itse mahdollisuuden ikkunoita mukauttamalla viestintäänsä valtuutettujen kiinnostuksenkohteiden mukaan ja lisäämällä siten ravitsemus- ja terveysasioiden kiinnostavuutta valtuutettujen silmissä.

Hyvinvointikoordinaattoreiden ja muiden terveysalan piirissä toimivien henkilöiden kykyjä viedä asioita eteenpäin kunnan johtoon voitaisiin vahvistaa koulutuksilla ja toimialan ammattilaisten välistä yhteistyötä vahvistamalla. Kunnissa alueellinen, esimerkiksi maakunnan sisällä tapahtuva yhteistyö koettiin hyväksi, esimerkkinä maakunnalliset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmät. Maakunnalliset verkostot antavatkin hyvän mahdollisuuden tietojen ja taitojen vaihdolle. Maakunnallisten hyvinvointikoordinaattoreiden nimittäminen kaikkiin maakuntiin tukisi verkostoyhteistyön hedelmällisyyttä ja jatkuvuutta.

Tiivistettynä kuntien hyviä käytäntöjä terveyden edistämisen juurruttamiseen, osallistamiseen, resursointiin, johtamiseen ja johdon sitouttamiseen tulisi levittää muihin kuntiin vahvistamalla alueellista yhteistyötä esimerkiksi maakunnallisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmien muodossa. Niissäkin kunnissa, joissa terveyden edistäminen on hyvällä tasolla olisi tarvetta lisäresurssille, jotta kuntien ideoita voitaisiin toteuttaa ja saataisiin pitkällä aikavälillä tietoa siitä, millaisia vaikutuksia terveyden edistämiseen panostamisella on ollut.

Valtakunnallinen HYTE-kerroin eli terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toteutumisen

perusteella maksettava rahoitusosa voi toteutuessaan toimia toivottuna kannustimena terveyden edistämiseksi (THL 2020).

Terveyden edistämisen näkökulmaa tulisi erityisesti kunnille suunnatussa viestinnässä ja valtakunnallisessa ohjauksessa vahvistaa terveydenhuollon merkityksen korostamisen ohella. Ravitsemuksen merkitys terveyden edistäjänä tulisi laajemmin tiedostaa, sillä ravitsemus on merkittävä taustatekijä kaikissa tämän hetken merkittävimmissä kansansairauksissa (Duodecim & Suomen Akatemia 2017). Tämä edellyttää, että ravitsemuksen asiantuntijoita osallistuu ja osallistetaan terveyden edistämisen ohjelmien ja toimintamallien suunnittelussa. Jotta terveyden edistämistä voidaan juurruttaa kuntien arkeen, tulee panostaa henkilöstön osallistamiseen, hyvään johtamiseen sekä kuntajohdon sitouttamiseen. Näissä kaikissa koordinoivana ja eteenpäin vievänä voimana voi olla hyvinvointikoordinaattori, jonka rooli tulisi osa- tai kokoaikaisena kunnasta riippuen sisällyttää jokaisen kunnan henkilöstörakenteeseen.

## 7 Johtopäätökset ja keskustelu

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella, miten kunnissa edistetään terveellistä ravitsemusta, mitä haasteita terveyden ja ravitsemuksen edistämässä on ja miten kuntien terveyden ja ravitsemuksen edistämistä voitaisiin parantaa. Aineistona olivat 75 kunnan hyvinvointikertomukset ja viisi haastattelua. Tutkimuksen keskeisenä tuloksena oli, että ravitsemuksen potentiaalia kansanterveyden edistäjänä ei suurimmassa osassa tunnisteta. Tämä ei ole suoraan riippuvaista resursseista tai tutkimusnäytön puutteesta, vaan siitä, nousevatko ravitsemus ja terveyden edistäminen ylipäätään päätöksentekijöiden tietoisuuteen ja kiinnostuksen kohteeksi. Positiivisia esimerkkejä ravitsemuksen huomioinnista kuitenkin löytyy, ja näiden kuntien esimerkillä hyvää ravitsemusta ja terveyttä voitaisiin edistää nykyistä tehokkaammin myös muissa kunnissa. Yhteistä ravitsemuksen terveellisyyttä edistävälle kunnille oli terveyden ja ravitsemuksen edistämisen strateginen suunnittelu ja tiivis yhteydenpito kunnan johtoon. Havaittuja haasteita terveyden edistämässä olivat resurssit, tavoittavuus, johdon sitoutuminen ja terveyden edistämisen juurruttaminen kunnan arkeen. Laajan mittakaavan ratkaisuksi ongelmiin ehdotetaan tässä tutkimuksessa kunnallisten hyvinvointikoordinaattorien ja ravitsemusasiantuntijoiden roolin vahvistamista, kunnan johtoryhmän aseman virallistamista lainsäädännöllä sekä maakunnallisen yhteistyön vahvistamista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmien perustamisen muodossa.

### 7.1 Johtopäätökset

Tutkimuksessa havaittiin, että 60% kunnista ei huomioi ravitsemusta hyvinvointikertomuksissaan. Tämä kertoo siitä, että terveellisen ravitsemuksen edistämistä ei nähdä tärkeänä osana kunnan toimintaa. Päätöksentekijät eivät siis joko ole riittävän kiinnostuneita terveyden edistämisestä tai eivät tunnista ravitsemuksen potentiaalia terveyden edistämisen osa-alueena. Kunnan perustehtävä on kuitenkin tuottaa kansalaisilleen terveyttä ja hyvinvointia. Koska ravitsemus on yksi terveyden ja hyvinvoinnin peruspilari ja kansansairauksien merkittävä taustatekijä (Duodecim & Suomen Akatemia 2017), tulisi kunnissa pyrkiä ratkaisemaan haasteita, jotka estävät terveellisen ravitsemuksen edistämistä.

Hyvinvointikertomusten ja tarkasteltujen taustatekijöiden perusteella ongelma ei ole evidenssin puutteessa eivätkä kunnan demografia tai resurssit suoraan selitä, onko ravitsemusta huomioitu tai ei. Ongelma on siis päätöksentekoprosessissa, jota tässä tutkimuksessa tarkasteltiin poliittisten virtausten mallin näkökulmasta (Kingdon 2003). Kuntia, joissa ravitsemus oli huomioitu, yhdisti se, että niistä useimmissa oli hyvinvointikoordinaattori tai terveyden edistämisestä kiinnostunut ruoka-alan asiantuntija, jotka toiminnallaan tuovat ravitsemusta ja terveyden edistämistä kuntalaisten ja päättäjien tietoisuuteen. Poliittisten virtausten malli korostaa tällaisten “sosiaalisten yrittäjien” roolia asioiden nostossa päätöksenteon agendalle, ja tulos myötäilee aiempia havaintoja terveyden edistämisen prosesseista (Strand & Fosse 2011; Ridde 2009). Jotta ravitsemusta voidaan hyödyntää terveyden edistämisen keskeisenä osa-alueena, tuleekin siis saada kunnan päättäjät kiinnostumaan terveyden edistämisestä ylipäätään. Jotta tärkeyttä voitaisiin perustella päättäjille, on hyödyllistä olla paitsi kansainvälistä tutkimustietoa, myös tietoa siitä, millaisia terveyden edistämisen haasteita muissa kunnissa on ollut ja miten niitä on ratkottu.

Kunnissa, joissa ravitsemus oli vähintään jossain määrin huomioitu, oli monenlaisia eri toimenpiteitä terveellisen ravitsemuksen edistämiseksi. Toimenpiteet jaoteltiin seitsemään ohjauskeinokategoriaan. Käytetyimpiä ohjauskeinoja olivat neuvonta ja ruokapalvelut, melko usein käytettyjä ohjauskeinoja koordinointi ja osaaminen sekä terveystalvet, ja harvemmin käytettyjä ohjauskeinoja joukkotiedotus, ruokakasvatus ja ruokaympäristön muokkaaminen. Ohjauskeinoja tarkasteltiin sosioekologisen lähestymistavan näkökulmasta (Stokols 1996; McLeroy ym. 1988). Suurin osa käytetyistä ohjauskeinoista sijoittui sosioekologisen mallin kolmelle alimmalle ympäristötasolle: yksilötasolle, ihmisten välisten yhteyksien tasolle ja instituutiotasolle. Toteuttamalla kahden ylimmän ympäristötason, eli yhteisötason ja poliittisten tekijöiden tason toimenpiteitä voitaisiin saada aikaan laajoja kansanterveydellisiä vaikutuksia. Ylempiin ympäristön tasoihin vaikuttaminen vaatii kuitenkin monimutkaisia prosesseja ja niiden vaikutusten todentaminen voi olla alempien tasojen interventioita hankalampaa. Eri ympäristötasojen ohjauskeinoja yhdistelemällä voitaisiin myös saavuttaa vaikuttavia tuloksia (Erkkola ym. 2019; Mozaffarian ym. 2018).

Haastatteluilla haettiin syvempää ymmärrystä siihen, miten ja miksi jotkut kunnat onnistuvat terveellisen ravitsemuksen edistämässä. Haastattelujen tulokset tukevat aiempia havaintoja terveystalouden poikkeusolosuhteista ja sen tuomista haasteista, kuten koordinaatio-ongelmista ja haasteesta terveysasioiden saamisesta politiikan agendalle (Gaarn ym. 2010; Wiseman 2018). Haastateltuja kuntia yhdisti innostus terveyden ja hyvän ravitsemuksen edistämiseen, vahva verkostoyhteistyö ja terveys- ja ravitsemusasiantuntijoiden yhteydenpito kunnan johtoon. Keskeisiä haasteita terveyden edistämässä olivat resurssit, tavoitavuus, johdon sitoutuminen ja terveyden edistämisen juurruttaminen kunnan arkeen.

Haasteisiin oli kuitenkin keksitty ratkaisuja, ja näiden ratkaisujen levittäminen muihin kuntiin olisi keskeinen toimenpide terveyden ja ravitsemuksen edistämisen parantamiseksi koko Suomessa. Ratkaisuissa ja kuntien toiveissa terveyden edistämisen parantamiseksi korostui sosioekologisen mallin yhteisötason ja poliittisen tason toimenpiteiden tarve. Mitä korkeammalle sosioekologisen mallin tasolle ohjauskeinoja kohdistetaan, sitä vähemmän ravitsemuksen muuttaminen terveellisemmäksi vaatii yksittäisten ihmisten panosta ja sitä laajempi kansanterveydellinen vaikutus voidaan saavuttaa (Frieden 2010). Yhteisön ja poliittisen tason ohjauskeinot ja interventiot ovat monissa tapauksissa myös kustannustehokkaampia kuin alempiin ympäristötasoihin kohdistetut toimenpiteet (Cohen ym. 2000), joten ylempien tasojen toimia tulisi suosia ja ohjata niihin resursseja.

Tutkimuksen tuloksien perusteella voidaan antaa suosituksia siihen, miten terveyden edistämistä voitaisiin parantaa. Ensinnäkin tulisi vahvistaa terveyden edistämisen arvostusta kunnissa. Toiseksi tulisi pitää huolta siitä, että ravitsemusasiat huomioidaan terveyden edistämässä. Terveyden edistämisen vahvistamiseksi hyvinvointikoordinaattoreiden roolin tulisi olla valtakunnallisesti vakiintuneempi. Jokaisessa kunnassa tulisi olla osa- tai kokoaikainen hyvinvointikoordinaattori, jolla olisi väylä avoimeen yhteydenpitoon kunnan johdon kanssa. Hyvinvointikoordinaattori tulisi ottaa osaksi kunnan johtoryhmää tai sopia säännöllisestä osallistumisesta johtoryhmän kokouksiin. Johtoryhmän aseman virallistaminen lainsäädännössä edistäisi tätä tavoitetta.

Ravitsemuksen huomioimiseksi ravitsemusasiantuntijoilla tulisi olla vakiintunut rooli terveyden edistämisen verkostoissa, kuten maakuntien ja kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmissä. Panostamalla terveyden edistämiseen voidaan paitsi parantaa kansanterveyttä, myös säästää julkisen sektorin resursseja. Ravitsemus on avainroolissa länsimaisten sairaustaakan suurimpien ongelmien ratkaisemisessa, joten sen merkitystä terveyden edistämislle ei ole enää varaa sivuuttaa.

## **7.2 Keskustelu**

Tutkimuksen tulokset täyttävät tietoaukkoa siitä, huomioidaanko ravitsemusta kuntien päätöksenteossa ja miten nykytilannetta voitaisiin parantaa. Teoreettisilta lähtökohdiltaan tutkimus sijoittui samaan joukkoon muun muassa Friedenin (2010) ja Erkkolan ja muiden (2019) tekstien kanssa, tarkastellen terveyden edistämistä ja siihen liittyvää päätöksentekoa sosioekologisesta näkökulmasta. Käytännössä tutkimus antaa tietoa kuntien ravitsemuspolitiikasta ja ravitsemuksen roolista osana terveyden edistämisen politiikkaa. Aiempaa tutkimusta terveellisen ravitsemuksen edistämisestä tai edes terveyden edistämisestä kuntatasolla on niukasti (Collins & Hayes 2010; Jansson & Tillgren 2010), vaikka kunnilla on paljon mahdollisuuksia terveyden edistämisen toteuttamiseen ja väestön terveyserojen kaventamiseen.

Sosioekologinen lähestymistapa soveltui tutkimuksen viitekehikseksi melko hyvin. Näkemys ympäristön eri tasoista helpotti terveyden determinanttien ja niiden ohjauskeinojen kategorisointia. Tulokset myötäilivät aiempaa sosioekologisista lähtökohdista tehtyä terveyden edistämisen tutkimusta: tutkimus osoitti, että terveyden edistämisessä yleisimpiä ovat sosioekologisen mallin alemmille tasoille sijoittuvat ohjauskeinot, vaikka ylempien tasojen toimenpiteet voisivat olla vaikuttavampia. Tämä ilmeni niin, että hyvinvointikertomuksissa ilmaistut toteutetut toimenpiteet kohdistuivat pitkälti yksilöihin, ryhmiin tai instituutioihin, mutta haastateltavat kertoivat toivovansa yhteisötason ja poliittisen tason toimenpiteitä. Vastaavia havaintoja ovat esittäneet muun muassa Golden ja Earp (2012) sekä Sallis ja muut (2015).



Tutkimuksen aineisto oli rajallinen, mutta tutkimuskysymyksiin nähden riittävä. Haastateltavat kunnat valittiin sen perusteella, missä kunnissa ravitsemus oli hyvinvointikertomuksen perusteella huomioitu laajasti. Pienimmästä kokoluokasta tällaisia kuntia löytyi vain yksi, minkä vuoksi haastattelut painottuivat keski- ja suurikokoisten kuntien kokoluokkiin. Rajoitteena oli haastateltavien erilaiset asemat: osalla haastateltavista oli vahvempaa osaamista terveyden edistämisestä yleisesti, osalla erityisesti ravitsemuksen osalta. Osa haastateltavista kunnista myös sijoittui maantieteellisesti hyvin lähekkäin toisiaan, mikä rajaa tulosten alueellista kattavuutta. Alueellista kattavuutta oltaisiin voitu parantaa laajentamalla hyvinvointikertomusten otosta, jolloin laajasti ravitsemuksen huomioineita kuntia olisi voinut löytyä enemmän ja laajemmalta alueelta.

Tutkimuksen laajempaa antina oli terveyden edistämisen esteiden ja ratkaisujen kartoittaminen. Tässä tutkimuksessa esteitä ja ratkaisuja tarkasteltiin erityisesti kuntien ja ravitsemuksen näkökulmasta, mutta samoista lähtökohdista voitaisiin tarkastella myös esimerkiksi maakunnallisen tai kansainvälisen tason terveyden edistämistä. Olisi kiinnostavaa vertailla esimerkiksi eri EU-maiden terveyden edistämisen käytäntöjä ja niissä havaittuja haasteita. Toinen kiinnostava jatkotutkimuksen mahdollisuus olisi syvällisempi policy-analyttinen näkökulma terveyden edistämiseen. Tässä tutkimuksessa sivuttiin terveyden edistämisen päätöksentekoprosessia poliittisten virtausten mallin näkökulmasta, mutta ei syvennytty asiaan. Tarkempaa tietoa voitaisiin saada tekemällä haastattelemassa päätöksenteossa mukana olevia ja päätöksenteon ulkokehällä olevia toimijoita, kuten Carey & Crammondin (2015) tutkimuksessa. Tutkimusta terveyden edistämisen politiikkaprosesseista on olemassa jonkin verran (Breton & De Leeuw 2011), mutta tämän tutkimuksen perusteella ainakin kuntatasolla epäsuhta terveyden edistämisen tutkimusnäytön ja terveyden edistämisen toteuttamisen välillä on niin suuri, että päätöksentekoprosessien tutkimuksen lisäämiselle on tarvetta.

## 8 Liitteet

### 8.1 Liite 1. Satunnaisotannalla valitut kunnat ja niiden taustatiedot.

Kokoluokka	Kunta	Asukasluku	Taloudellinen huoltosuhte	Yli 64-vuotiaiden osuus väestöstä
<i>Pienimmän kokoluokan kunnat</i>	Kaskinen	1 246	180,4	39,9%
	Kinnula	1 620	211,8	31,0%
	Marttila	2 013	144,3	27,0%
	Vesanto	2 014	203,5	40,1%
	Korsnäs	2 077	127,9	28,0%
	Hirvensalmi	2 136	190,0	35,5%
	Kuhmoinen	2 206	217,9	42,9%
	Hyrnsalmi	2 271	218,5	38,7%
	Tuusniemi	2 477	207,3	34,5%
	Lapinjärvi	2 606	146,3	29,1%
	Konnevesi	2 627	170,6	32,5%
	Reisjärvi	2 718	165,8	26,0%
	Kaavi	2 893	222,5	33,7%
	Simo	2 988	193,1	31,7%
	Lappajärvi	2 996	179,3	33,3%
	Tervola	3 001	181,4	28,4%
	Toholampi	3 033	169,7	26,5%
	Merikarvia	3 067	190,8	34,2%
	Virolahti	3 109	166,0	31,0%
	Paltamo	3 273	198,7	32,1%
Pello	3 373	204,0	38,9%	

	Savitaipale	3 383	178,3	37,7%
	Rantasalmi	3 431	181,1	33,5%
	Uurainen	3 681	158,4	19,2%
	Kolari	3 846	135,8	26,3%
<i>Keskisuuren kokoluokan kunnat</i>	Ylitornio	3 918	194,0	36,4%
	Urjala	4 688	174,1	31,7%
	Nousiainen	4 715	116,4	19,4%
	Ilomantsi	4 857	223,1	38,3%
	Hankasalmi	4 875	188,0	30,1%
	Jokioinen	5 133	137,2	25,6%
	Siikalatva	5 231	177,4	30,0%
	Nakkila	5 329	160,5	27,4%
	Kangasniemi	5 356	189,2	36,3%
	Inkoo	5 386	125,7	24,6%
	Kannus	5 464	145,7	22,9%
	Mäntyharju	5 791	190,5	35,5%
	Vöyri	6 461	131,2	25,3%
	Kristiinankaupunki	6 486	156,9	35,0%
	Oulainen	7 288	163,8	25,3%
	Pudasjärvi	7 873	209,3	30,4%
	Hausjärvi	8 260	122,8	20,7%
	Pöytyä	8 276	143,2	24,8%
	Sodankylä	8 303	131,5	26,9%
	Laitila	8 588	125,2	23,7%
Karkkila	8 714	145,0	25,4%	

	Eurajoki	9 402	133,0	25,2%
	Lapinlahti	9 485	160,3	26,9%
	Masku	9 534	110,8	18,1%
	Alajärvi	9 562	177,6	27,2%
<i>Suurimman kokoluokan kunnat</i>	Sotkamo	10 336	144,4	25,9%
	Nivala	10 639	167,1	21,7%
	Pedersören kunta	11 081	115,8	18,0%
	Kankaanpää	11 286	159,3	26,2%
	Ilmajoki	12 269	131,7	21,4%
	Loimaa	15 875	158,0	29,4%
	Laukaa	18 903	147,3	19,5%
	Mustasaari	19 448	116,5	21,3%
	Lieto	19 994	112,4	18,9%
	Jämsä	20 182	171,0	30,2%
	Varkaus	20 466	184,7	29,5%
	Kurikka	20 678	158,0	28,9%
	Kemi	20 707	183,6	26,5%
	Sipoo	21 170	104,0	17,6%
	Iisalmi	21 368	154,2	25,4%
	Siilinjärvi	21 423	131,0	19,8%
	Tornio	21 602	151,9	22,6%
	Hollola	23 410	141,6	23,8%
	Raasepori	27 536	141,1	26,7%
	Riihimäki	28 793	130,4	21,5%
Nurmijärvi	42 993	110,9	16,3%	

	Järvenpää	43 711	109,4	17,6%
	Seinäjoki	63 781	123,6	19,4%
	Kouvola	82 113	156,7	27,3%
	Tampere	238 140	123,3	18,9%

## 9 Lähteet

Antikainen, Amma. (2017). *Ravitsemus terveydenedistämisen keinona: Ravitsemusasiat kuntien ja maakuntien hyvinvointikertomuksissa*. Itä-Suomen yliopisto, lääketieteen laitos.

Kandidaatintutkielma.

Bambra, C., Fox, D., & Scott-Samuel, A. (2005). Towards a politics of health. *Health Promotion International*, 20(2), 187-193.

Baum, F. E., Laris, P., Fisher, M., Newman, L., & MacDougall, C. (2013). “Never mind the logic, give me the numbers”: former Australian health ministers' perspectives on the social determinants of health. *Social Science & Medicine*, 87, 138-146.

Breton, E., & De Leeuw, E. (2011). Theories of the policy process in health promotion research: a review. *Health promotion international*, 26(1), 82-90.

Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making health policy*. Iso-Britannia: McGraw-hill education.

Carey, G., & Crammond, B. (2015). Action on the social determinants of health: views from inside the policy process. *Social science & medicine*, 128, 134-141.

Cochrane, T., & Davey, R. C. (2008). Increasing uptake of physical activity: a social ecological approach. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 128(1), 31-40.

Cohen, D. A., Scribner, R. A., & Farley, T. A. (2000). A structural model of health behavior: a pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level. *Preventive medicine*, 30(2), 146-154.

Collins, P. A., & Hayes, M. V. (2010). The role of urban municipal governments in reducing health inequities: A meta-narrative mapping analysis. *International Journal for Equity in Health*, 9(1), 13.

Davies, M., Macdowall, W. & Cragg, L. (2013) *Health Promotion Theory*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press.

Duodecim & Suomen Akatemia. (2017). *Painopiste preventioon. Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä*. <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2017/04/Konsensuslausuma-2017.pdf>, viitattu 23.01.2021.

Erkkola, M., Fogelholm, M., Konttinen, H., Laamanen, J. P., Mäenpää, E., Nevalainen, J., Nikula, H., Pirttilä, J., Uusitalo, L. & Saarijärvi, H. (2019). *Ruokaympäristön osatekijät ja ohjauskeinot*. Valtioneuvoston kanslia. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161760/VNTEAS\\_51\\_ROK-loppuraportti.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161760/VNTEAS_51_ROK-loppuraportti.pdf), viitattu 07.10.2020.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. *HYVINVOINTIKERTOMUS vuosittainen raportti 2019*. <https://www.pssh.fi/sairaanhoitopiiri/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistaminen/hyvinvointikertomus-ja-tilastot>, viitattu 14.12.2020.

Frieden, T. R. (2010). A framework for public health action: the health impact pyramid. *American journal of public health*, 100(4), 590-595.

Gaarn, A., Gundersen, I., Reinhold A. & Nielsen, A. (2010). *A Strategic Approach to Health Promotion Across Municipal Department*. <http://www.healthyregions.eu/healthyRegion/A%20Strategic%20Approach%20to%20Health%20Promotion%20Across%20Municipal%20Departments.pdf>, viitattu 17.04.2020.

Glanz, K., Sallis, J. F., Saelens, B. E., & Frank, L. D. (2005). Healthy nutrition environments: concepts and measures. *American journal of health promotion*, 19(5), 330-333.

Golden, S. D., & Earp, J. A. L. (2012). Social ecological approaches to individuals and their contexts: twenty years of health education & behavior health promotion interventions. *Health Education & Behavior*, 39(3), 364-372.

Green, L. W., Richard, L., & Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion. *American journal of health promotion*, 10(4), 270-281.

Hakkala, M. (2013). Kansallinen tieto-ohjaus ja kunnallinen toiminta. Teoksessa: Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*, 103-109.

Hawkes, C., Smith, T. G., Jewell, J., Wardle, J., Hammond, R. A., Friel, S., ... & Kain, J. (2015). Smart food policies for obesity prevention. *The Lancet*, 385(9985), 2410-2421.

Heritage, Z., & Dooris, M. (2009). Community participation and empowerment in Healthy Cities. *Health Promotion International*, 24(suppl\_1), i45-i55.

Higgs, S., Liu, J., Collins, E. I. M., & Thomas, J. M. (2019). Using social norms to encourage healthier eating. *Nutrition Bulletin*, 44(1), 43-52.

Hoeijmakers, M., De Leeuw, E., Kenis, P., & De Vries, N. K. (2007). Local health policy development processes in the Netherlands: an expanded toolbox for health promotion. *Health Promotion International*, 22(2), 112-121.

Huynen, M. M., Martens, P., & Hilderink, H. B. (2005). The health impacts of globalisation: a conceptual framework. *Globalization and health*, 1(1), 14.

Howat, P., Maycock, B., Cross, D., Collins, J., Jackson, L., Burns, S., & James, R. (2003). Towards a more unified definition of health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*, 14(2), 82-85.



Institute of Health Metrics and Evaluation. (2017.) *Finland*. <http://www.healthdata.org/finland>, viitattu 02.03.2020.

Jackson, S. F., Perkins, F., Khandor, E., Cordwell, L., Hamann, S., & Buasai, S. (2006). Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health promotion international*, 21(suppl\_1), 75-83.

Jansson, E. V., & Tillgren, P. E. (2010). Health promotion at local level: a case study of content, organization and development in four Swedish municipalities. *BMC Public Health*, 10(1), 455.

Kumar, S., & Preetha, G. S. (2012). Health promotion: an effective tool for global health. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 37(1), 5.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S., & Aromaa, A. (2008). Terveysten edistämisen mahdollisuudet. *Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja*, 1(2008).

Kingdon, J. W. (2003). *Agendas, alternatives, and public policies* (2. painos.). New York: Longman.

Kuntahankinnat. (2021). *Sopimukset*. <https://kuntahankinnat.fi/sopimukset#caption-tavarat-ja-palvelut>, viitattu 12.3.2021.

Kuntaliitto. (2015). *Sähköinen hyvinvointikertomus*. <https://www.hyvinvointikertomus.fi/#/welcome>, viitattu 17.04.2020.

Kuntaliitto. (2017a). *Terveysten edistäminen*. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/terveydenhuolto/terveyden-edistaminen>, viitattu 01.02.2021.

Kuntaliitto. (2017b). *Kuntajohtaminen*. <https://www.kuntaliitto.fi/osallistuminen-ja-vuorovaikutus/johtaminen-ja-kehittaminen/kuntajohtaminen>, viitattu 19.01.2021.

Kuntaliitto. (2017c). *Johtoryhmä*. <https://www.kuntaliitto.fi/johtoryhma>, viitattu 17.03.2021.

Kuntaliitto. (2018). *Elinvoimaindikaattori*. <https://www.kuntaliitto.fi/tilastot-ja-julkaisut/elinvoimaindikaattori>, viitattu 23.10.2020.

Kuntaliitto. (2019). *Kuntanavigaattori*. <https://www.kuntaliitto.fi/tilastot-ja-julkaisut/kuntanavigaattori>, viitattu 23.10.2020.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>, viitattu 04.03.2020.

*Maa- ja metsätalousministeriön asetus elintarviketietojen antamisesta kuluttajille 2014*. (16.10.2014/834). <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20140834>, viitattu 07.10.2020.

Matthews, A. E. (2008). Children and obesity: a pan-European project examining the role of food marketing. *European journal of public health*, 18(1), 7-11.

McKeown, T. (1979). *The role of medicine : dream, mirage, or Nemesis?* Oxford: Blackwell.

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly*, 15(4), 351-377.

Melkas, T. (2013). Terveys kaikissa politiikoissa—Health in All Policies (HiAP) 2013. Teoksessa: Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*, 187-199.

Mozaffarian, D., Angell, S. Y., Lang, T., & Rivera, J. A. (2018). Role of government policy in nutrition—barriers to and opportunities for healthier eating. *Bmj*, 361.

Opetushallitus. (2014.) *Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014*. Helsinki: Opetushallitus.

Opetushallitus. (2018.) *Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet 2018*. Helsinki: Opetushallitus.

Paskett, E., Thompson, B., Ammerman, A. S., Ortega, A. N., Marsteller, J., & Richardson, D. (2016). Multilevel interventions to address health disparities show promise in improving population health. *Health Affairs*, 35(8), 1429-1434.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. (2017.) *Pirkanmaan alueellinen hyvinvointikertomus*.  
[https://www.tays.fi/fi-fi-sairaanhoitopiiri/alueellinen\\_yhteistyö/Hyvinvoinnin\\_ja\\_terveyden\\_edistaminen/Alueellinen\\_hyvinvointikertomus](https://www.tays.fi/fi-fi/sairaanhoitopiiri/alueellinen_yhteistyö/Hyvinvoinnin_ja_terveyden_edistaminen/Alueellinen_hyvinvointikertomus), viitattu 14.12.2020.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. (2017.) *Alueellinen hyvinvointikertomus*.  
<https://www.psshp.fi/sairaanhoitopiiri/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistaminen/hyvinvointikertomus-ja-tilastot>, viitattu 14.12.2020

Puska, P. (2019). Vaikuttaako tiede politiikkaan? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 56(1).

Rantala, E., Martikainen, J., Lakka, T., Vanhatalo, S., Heiskanen, J., Väistö, J., ... & Harjumaa, M. (2020). *Suomalaisten lasten ja nuorten ruokaympäristö ja toimenpide-ehdotukset sen kehittämiseen terveyttä edistäväksi*.  
[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162156/VN\\_TEAS\\_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162156/VN_TEAS_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y), viitattu 21.03.2021.

Richard, L., Gauvin, L., & Raine, K. (2011). Ecological models revisited: their uses and evolution in health promotion over two decades. *Annual review of public health*, 32, 307-326.

Ridde, V. (2009). Policy implementation in an African state: an extension of Kingdon's Multiple-Streams Approach. *Public Administration*, 87(4), 938-954.

Rimpelä, M. (2010). Terveydenhoidosta terveyden edistämiseen. Teoksessa: Ståhl & Rimpelä (toim.) (2010), *Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*, 11-32.

Rotko, T., Hannikainen-Ingman, K., Murto, J., Kauppinen, T., & Mustonen, N. (2014). Terveyserojen kaventaminen käytännössä–alueellinen yhteistyö avuksi. *Yhteiskuntapolitiikka*, 79(1), 92-99.

Ruokavirasto. (2018). *Ravitsemuspolitiikka*. <https://www.ruokavirasto.fi/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/vrn/ravitsemuspolitiikka/>, viitattu 30.11.2020.

Ruokavirasto. (2021). *Ruokapalvelut*. <https://www.ruokavirasto.fi/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemuksella-hyvinvointia/ruokapalvelut/>, viirattu 24.02.2021.

Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. (2015). Ecological models of health behavior. *Health behavior: Theory, research, and practice*, 5(43-64).

Sarlio, S. (2019). Kestävää kehitystä ja terveyttä edistävä ravitsemus- ja ruokapolitiikka. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 56(4).

Sarlio-Lähteenkorva, S., & Prättälä, R. (2012). Voidaanko ravitsemuspolitiikalla kaventaa väestön ravitsemuksen sosioekonomisia eroja?. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 49(2).

Scheele, C. E., Little, I., & Diderichsen, F. (2018). Governing health equity in Scandinavian municipalities: The inter-sectorial challenge. *Scandinavian journal of public health*, 46(1), 57-67.

*Seinäjoen kaupungin hyvinvointikertomus 2017-2020*.  
<https://www.hyvinvointikertomus.fi/backend/api/document/attachment/8300575482.pdf>, viitattu 23.02.2021.

Sihto, M. (2015). Policy-analyttistä lähestymistapaa tarvitaan terveystieteiden tutkimuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 52(4).

Simonsen-Rehn, N., Øvretveit, J., Laamanen, R., Suominen, S., Sundell, J., & Brommels, M. (2006). Determinants of health promotion action: comparative analysis of local voluntary associations in four municipalities in Finland. *Health promotion international*, 21(4), 274-283.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2006). *Terveyden edistämisen laatusuositus*. [https://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus\\_1.pdf/adcbaf5-7cad-4e36-86bc-77fac9769466/terveydenlaatusuositus\\_1.pdf.pdf/terveydenlaatusuositus\\_1.pdf](https://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus_1.pdf/adcbaf5-7cad-4e36-86bc-77fac9769466/terveydenlaatusuositus_1.pdf.pdf/terveydenlaatusuositus_1.pdf), viitattu 20.01.2021.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2019). *Terveyden edistäminen*. <https://stm.fi/terveyden-edistaminen>, viitattu 24.01.2021.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020a.) *Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kannattaa*. <https://stm.fi/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-kannattaa>, viitattu 14.12.2020.

Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American journal of health promotion*, 10(4), 282-298.

Story, M., Kaphingst, K. M., Robinson-O'Brien, R., & Glanz, K. (2008). Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches. *Annu. Rev. Public Health*, 29, 253-272.

Strand, M., Brown, C., Torgersen, T. P., & Giaever, O. (2009). Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway. *Studies on social and economic determinants of population health*, 4.

Strand, M., & Fosse, E. (2011). Tackling health inequalities in Norway: applying linear and non-linear models in the policy-making process. *Critical Public Health*, 21(3), 373-381.

Ståhl, T. (2017). Terveyden edistämisen vaikuttavuus ja mittaaminen. *Duodecim*, 133(10), 971-973.

*Terveydenhuoltolaki 2010. 11-23 § (30.12.2010/1326)*  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L2>, viitattu 02.03.2020.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2017). *Hyvinvointi- ja terveysterojen kaventamisen perustelut*.  
<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/tavoitteet/kaventamisen-perustelut>, viitattu 17.04.2020.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2018). *Hyvinvointikertomus on johtamisen työkalu - mutta tehdäänkö tietoon perustuvia johtopäätöksiä?* <https://blogi.thl.fi/hyvinvointikertomus-on-johtamisen-tyokalu-mutta-tehdaanko-tietoon-perustuvia-johtopaatoksia/>, viitattu 19.10.2020.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2019a). *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohtossa - TEA 2019*.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138763/Tilastoraportti\\_Kuntajohto%202019\\_Final.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138763/Tilastoraportti_Kuntajohto%202019_Final.pdf?sequence=2&isAllowed=y), viitattu 17.04.2020.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2019b). *Kunnan hyvinvointikertomus*.  
<https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointijohtaminen-kunnassa/kunnan-hyvinvointikertomus>, viitattu 28.03.2020.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2019c). *Hyvinvointikoordinaattori kunnassa*.  
<https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointijohtaminen-kunnassa/hyvinvointikoordinaattori-kunnassa>, viitattu 17.03.2021.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2020). *HYTE-kerroin - kannustin kunnille*.  
<https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointijohtaminen-kunnassa/hyte-kerroin-kannustin-kunnille>, viitattu 17.03.2021.

Tilastokeskus. (2018). *Kuntien avainluvut*.

<https://www.stat.fi/tup/alue/kuntienavainluvut.html#?year=2020&active1=SSS>, viitattu 23.10.2020.

Tilastokeskus. (2020). Taloudellinen huoltosuhde.

[https://www.stat.fi/meta/kas/tal\\_huoltosuhde.html](https://www.stat.fi/meta/kas/tal_huoltosuhde.html), viitattu 09.10.2020.

Turner, C., Aggarwal, A., Walls, H., Herforth, A., Drewnowski, A., Coates, J., ... & Kadiyala, S. (2018). Concepts and critical perspectives for food environment research: A global framework with implications for action in low-and middle-income countries. *Global food security*, 18, 93-101.

Valve, R., Itkonen, S., Huhtala, M., Jämsén, P., Mertanen, E., Mäkeläinen, P., ... & Tuikkinen, R. (2018). *Ikäihmisten ruokapalvelut muuttuvassa toimintaympäristössä*.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161211/73-2018-Ikaihmisten%20ruokapalvelut%20muuttuvassa%20toimintaymparistossa.pdf>, viitattu 17.02.2021.

Valsta, L., Kaartinen, N., Tapanainen, H., Männistö, S., & Sääksjärvi, K. (2018). *Ravitsemus Suomessa-FinRavinto 2017-tutkimus*.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137433/Raportti\\_12\\_2018\\_netiti%20uusi%202.4.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137433/Raportti_12_2018_netiti%20uusi%202.4.pdf?isAllowed=y&sequence=1), viitattu 30.12.2020.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2014). *Terveyttä ruoasta - Suomalaiset*

*ravitsemussuositukset 2014*. [https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/julkaisut/ravitsemussuositukset\\_2014\\_fi\\_web\\_versio\\_5.pdf](https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/julkaisut/ravitsemussuositukset_2014_fi_web_versio_5.pdf), viitattu 02.03.2020.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta, Opetushallitus & Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. (2018).

*TERVEYTTÄ JA ILOA RUOASTA – varhaiskasvatuksen ruokailusuositus*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Wiseman, M. (2018). Introduction to Public Health Nutrition. Teoksessa: Buttriss ym. (toim.) *Public Health Nutrition*, 3-8.

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf), viitattu 17.04.2020.

World Health Organization. (2016). *Health Promotion. Q & A*. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/health-promotion>, viitattu 24.01.2021.

World Health Organization. (2018). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>, viitattu 23.01.2021.

World Health Organization. (2020). *Health Impact Assessment (HIA). The determinants of health*. <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>, viitattu 20.03.2020.