

**KUNNAN VIRANHALTIJOIDEN JA VALTUUTETTUJEN NÄKEMYKSIÄ
HYVINVOINTIKERTOMUKSESTA**

Sari Pentikäinen

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

Syksy 2014

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Sari Pentikäinen (2014). Kunnan viranhaltijoiden ja valtuutettujen näkemyksiä hyvinvointikertomuksesta. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, terveyskasvatuksen pro gradu – tutkielma, 59 s., 2 liitettä.

Tutkimuksessa kartoitettiin yhden kunnan viranhaltijoiden ja valtuutettujen näkemyksiä hyvinvointikertomuksesta, joka on työväline kuntien hyvinvointipolitiikan suunnitteluun, seurantaan ja arviointiin. Tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten hyvinvointikertomus tunnetaan viranhaltijoiden ja valtuutettujen keskuudessa, miten hyvinvointikertomus näkyy toimialojen ja valtuutettujen työssä ja miten sen käyttöä johtamisen ja päätöksenteon työkaluna voitaisiin kehittää.

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluin. Tutkimusta varten haastateltiin kesäkuussa 2013 neljä viranhaltijaa ja viisi kunnanvaltuutettua, jotka kaikki olivat samasta noin 20 000 asukkaan kunnasta. Haastatellut viranhaltijat olivat eri hallinnonaloilta. Luottamushenkilöistä kaksi oli ensimmäisen kauden valtuutettuja ja kolme henkilöä oli vähintään toisella valtuustokaudellaan. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Hyvinvointikertomus tunnettiin viranhaltijoiden ja valtuutettujen keskuudessa pääosin hyvin. Haastateltavat näkivät hyvinvointikertomuksen väestön hyvinvoinnin kuvaajana, joka kertoo kuntalaisten hyvinvoinnin vahvuuksista ja toisaalta ongelmista. Hyvinvointikertomuksen koettiin tarjoavan hallinnonalojen palvelujen suunnitteluun työkalun, joka ohjaa asiakaslähtöisyyteen, auttaa resurssien suuntaamisessa sekä kannustaa ennaltaehkäisevään työhön ja henkilöstön hyvinvoinnin kehittämiseen. Hyvinvointikertomuksen nähtiin tuovan ymmärrystä suunnittelun ja päätöksenteon taustalle ja sitä oli käytetty esimerkiksi perusteluna päätöksille. Lautakunnilla nähtiin olevan tärkeä rooli hyvinvointikertomuksen käytäntöön viemisessä. Tärkeimmiksi kehittämiskohteiksi hyvinvointikertomuksen käyttöä ajatellen haastateltavat kokivat paremman jalkauttamisen henkilöstön ja kuntalaisten pariin sekä hyvinvointikertomuksen pohjalta tehtävät konkreettiset toimenpiteet, joita seurataan ja arvioidaan. Lisäksi toivottiin asennemuutosta, jotta toimintatapoja voitaisiin muuttaa, eikä tyydyttäisi vanhojen rutiinien toistamiseen.

Hyvinvointikertomuksen tunnistettiin ohjaavan palvelujen suunnittelua asiakaslähtöisyyteen, ennaltaehkäisevään työhön sekä omaehtoisen hyvinvoinnista huolehtimisen mahdollistamiseen. Haasteena tulevaisuutta ajatellen ovat riittävän konkreettiset toimenpiteet eri hallinnonaloilla, jotta hyvinvointitavoitteet voidaan saavuttaa. Toimien vaikuttavuutta tulee myös arvioida aiempaa huolellisemmin sekä edistää eri hallinnonalojen yhteistyötä kunnan terveyttä edistävässä toiminnoissa.

Avainsanat: hyvinvointi, johtaminen, hyvinvointikertomus, kunnat, terveyden edistäminen

ABSTRACT

Sari Pentikäinen (2014). The perceptions of municipal officials and councillors of the local health report. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 59 pp., 2 appendices.

This study examined the perceptions of municipal officials and local councillors of the local health report in a municipality in Finland. The health report is a tool for planning, monitoring and evaluating local health policies. The aim of the study was to gain more knowledge on how well-known the health report is among municipal officials and local councillors, how it is exploited and what should be done in order to develop the application of the health report as a tool for health policy.

The data used in this study consisted of nine personal thematic interviews, which were carried out in June 2013. Four of the subjects were municipal officials and five of them were councillors in the municipality of approximately 20 000 residents. All the officials represented different areas of responsibility. Two of the councillors were in their first four-year term in the municipal council and three councillors were at least in their second term in the council. The data was analyzed using qualitative content analysis.

The local health report was mainly well-known among municipal officials and councillors. The subjects found that the health report described the strengths and weaknesses of health status among local population. According to the subjects the health report is a tool that guides areas of responsibility to acknowledge customer orientation, assists allocating resources and guides to preventive activities and promotes employee well-being. The health report had given new understanding for planning and decision making and it had been used as a guideline for decisions. The subjects found that the municipal boards have a key role in implementing the health report into practice. They also considered the following themes to be the main issues for development: the improvement of information sharing of the health report among staff and residents, more concrete actions and more thorough monitoring and evaluation of the actions. Additionally, an attitudinal change was hoped in order to develop the course of action instead of repeating old routines.

The subjects thought that the health report guides to better customer orientation, preventive activities and to enable people to increase their health in the service planning process. The main challenges for the future are concrete actions across different areas of responsibility in order to achieve the health objectives as well as evaluating the effectiveness of actions more thoroughly. Additionally, intersectoral co-operation in municipal health promotion should be increased.

Key words: well-being, health report, management, municipality, health promotion

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	1
2. TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN	3
2.1 Terveyssektorin toimista laaja-alaiseen yhteistyöhön	4
2.2 Terveys 2015 – kansanterveysohjelma terveyspolitiikan ohjaajana	7
2.3 Terveiden eriarvoisuuden kasvu haasteena	9
3. KUNTA TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄJÄNÄ	11
3.1 Kunnan hyvinvointijohtaminen	11
3.2 Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen kunnan eri toimialoilla	14
4. INDIKAATTORITIEDON HYVINVOINTIJOHTAMISEN TUKENA	18
4.1 Hyvinvointikertomus hyvinvointitiedon kokoajana	18
4.2 Kuntakohtaiset indikaattorit	20
4.3 Tiedon käyttö päätöksenteossa	26
4. TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TARKOITUS	29
5. TUTKIMUSAINEISTO JA –MENETELMÄT	30
5.1 Tutkimusaineisto	30
5.2 Aineiston analyysi	30
6. TULOKSET	32
6.1 Hyvinvointikertomus kertoo väestön hyvinvoinnista	32
6.2 Työkalu päätöksentekoon ja toimialojen palvelujen suunnitteluun	34
6.3 Hyvinvointikertomuksen käytön kehittäminen	36
7. POHDINTA	42
7.1 Luotettavuus	42
7.2 Eettisyys	44
7.3 Yhteenvedo tutkimustuloksista	44
7.4 Jatkotutkimusaiheet	47
LÄHTEET	49
LIITTEET	

1. JOHDANTO

Kuntien tulee edistää asukkaiden hyvinvointia alueellaan (Kuntalaki 1995) ja huomioida terveysnäkökohdat kaikessa päätöksenteossa (Terveydenhuoltolaki 2010). Strategisessa suunnittelussa tulee asettaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet, määrittää niitä tukevat toimenpiteet sekä nimetä vastuutahot. Lisäksi kuntien tulee seurata asukkaiden hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä jokaisessa väestöryhmässä (Terveydenhuoltolaki 2010).

Terveys ja hyvinvointi voidaan määritellä eri tavoin. Maailman terveysjärjestö (World Health Organization 2009) korostaa terveyttä voimavarana. Allardt (1976) esitti ensimmäisenä hyvinvoinnin koostuvan muistakin kuin aineellisista resursseista. Pietilä (2010) näkee terveyden yhtenä hyvinvoinnin osatekijänä ja Dodge ym. (2012) ymmärtävät hyvinvoinnin tasapainotilana yksilön voimavarojen ja hänen kokemiensa haasteiden välillä.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen käsitteitä käytetään usein rinnakkain (Perttilä ym. 2009). Terveyden edistäminen on toimintaa, joka edistää yksilön mahdollisuuksia hallita ja parantaa terveyttään (World Health Organization 2009). Väestön terveyden edistäminen edellyttää eri politiikan alojen yhteistyötä, koska terveyttä määrittävät useat eri tekijät (World Health Organization 2011). Kuntien toiminnassa terveyden edistäminen näkyy sitoutumisena, joka ulottuu kunnan kaikkiin toimintoihin (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006).

Kunnan hyvinvointijohtaminen nostaa hyvinvoinnin haasteet kuntasuunnittelussa tasavertaisesti taloushaasteiden rinnalle (Uusitalo ym. 2003). Päätöksenteon tueksi ja seurannan avuksi tarvitaan paikallista hyvinvointitietoa (Perttilä & Uusitalo 2007), jota voidaan koostaa terveyden ja hyvinvoinnin indikaattoreiden avulla (Nutbeam 1998). Hyvinvointitieto auttaa ohjaamaan resursseja ja suunnittelemaan kuntalaisten tarpeita vastaavia palveluita (Luck ym. 2006).

Tutkimustietoa hyvinvointitiedon käytöstä kunnissa on kuitenkin melko vähän (Toikko & Zechner 2014). Tehtyjen tutkimusten mukaan haasteena kuntien hyvinvointijohtamisessa on se, ettei hyvinvointitieto ja sen pohjalta tehtävät johtopäätökset kytkeydy kunnissa talouden ja toiminnan suunnitteluun (Uusitalo ym. 2003; Perttilä & Uusitalo 2007). Lisäksi tavoitteiden toteutumista seurataan ja arvioidaan heikosti (Perttilä & Uusitalo 2007) ja raportoinnin on

havaittu olevan puutteellista tai se on tavoittanut vain sosiaali- ja terveystoimen (Wilskman ym. 2008).

Tieto kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä kootaan hyvinvointikertomukseen, joka on uudehko työväline kuntien hyvinvointipolitiikan suunnitteluun, seurantaan ja arviointiin. Hyvinvointikertomus kuvaa väestön hyvinvoinnin ja terveyden nykytilannetta ja siihen johtanutta kehitystä sekä tulkitsee vahvuuksia ja uhkaavia tekijöitä (Perttilä ym. 2004). Toimiva hyvinvointikertomus tunnistaa kuntalaisten tarpeet, ohjaa käytännön työtä, auttaa toiminnan priorisoinnissa ja tukee päätöksentekoa (Hätönen 2013).

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kartoittaa yhden kunnan viranhaltijoiden ja valtuutettujen näkemyksiä hyvinvointikertomuksesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa hyvinvointikertomuksen tunnettuudesta sekä siitä, miten hyvinvointikertomus näkyy tällä hetkellä toimialojen ja valtuutettujen työssä, ja millaiseksi työkaluksi se koetaan. Lisäksi tavoitteena on selvittää, miten hyvinvointikertomuksen käyttöä johtamisen ja päätöksenteon työkaluna voitaisiin kehittää.

2. TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN

Hyvinvoivan kuntalaisen käsite esiintyy usein kuntien strategioissa. Mutta mitä terveydellä ja hyvinvoinnilla oikeastaan tarkoitetaan? Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on ollut politiikan painopisteenä kauan, mutta hyvinvoinnille ei kuitenkaan ole yksiselitteistä määrittelyä (Schrank 2013).

Maailman terveysjärjestö (World Health Organization, WHO) on määritellyt perusasiakirjassaan terveyden olevan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, ei pelkästään sairauden tai vaivan puuttumista (World Health Organization 1948). Määritelmää kohtaan on kuitenkin esitetty kritiikkiä sen epärealistisuudesta. Saraccin (1997) mukaan Maailman terveysjärjestön määritelmä tarkoittaa onnea, ei terveyttä. Hän näkee terveyden yksinkertaisesti sairauden tai vaivan puutteena korostaen terveyttä ihmisen perusoikeutena (Saracci 1997). Bircher (2005) puolestaan huomioi määritelmässään muuttuvat terveystarpeet henkilön ikään, kulttuuriin ja vastuuseen suhteutettuna. Maailman terveysjärjestö on täydentänyt perusasiakirjassa esitettyä terveyden määritelmää vuoden 1986 Ottawan julistuksessa korostaen terveyttä voimavarana, ei elämän päämääränä (World Health Organization 2009).

Hyvinvointi käsitteenä ja ilmiönä on laaja ja ajassa muuttuva. Hyvinvointi voidaan jakaa objektiiviseen, mitattavissa olevaan ulottuvuuteen sekä subjektiiviseen, ihmisten omiin arvioihin pohjautuvaan käsitykseen hyvinvoinnista. Objektiivista tietoa hyvinvoinnista saadaan tilastoista ja rekistereistä esimerkiksi tarkastelemalla palkkatuloja. Subjektiivista tietoa voidaan kerätä kyselyiden avulla (Veenhoven 2007). Kurkinen (2004, 30) on lisännyt tähän vielä normatiivisen ulottuvuuden, jolla tarkoitetaan yhteiskunnan lakien ja politiikan näkemystä siitä, mikä hyvinvoinnissa on tärkeää ja mikä on tavoiteltava hyvinvoinnin taso.

Hyvinvoinnin katsottiin pitkään koostuvan vain aineellisista resursseista, kunnes Erik Allardt (1976, 9) toi esiin käsitteen monisäikeisyyden. Hän katsoi hyvinvoinnin olevan riippuvainen tarpeentyydytyksen asteesta luokitellen tarpeet kolmeen perusluokkaan: elintasaan (*having*), yhteisyyssuhteisiin (*loving*) ja itsensä toteuttamiseen (*being*). Jokaiseen luokkaan liittyy useita osatekijöitä. Tyydytty tarve voidaan nähdä resurssina, joka auttaa henkilöä muiden tarpeiden tyydyttämisessä (Allardt 1976, 36, 38).

Subjektiivinen hyvinvointi nähdään usein onnellisuutena (Diener 2000, Papavlassopoulos & Keppler 2011). Diener (2000) näkee subjektiivisen hyvinvoinnin osatekijöiksi tyytyväisyyden

omaan elämään ja tyytyväisyyden elämän tärkeillä osa-alueilla sekä useat myönteiset ja vähäiset negatiiviset tuntemukset. Papavlassopoulos ja Keppler (2011) esittävät näkökulman odotettavissa olevan eliniän yhteydestä hyvinvointiin. He näkevät Dienerin (2000) tavoin subjektiivisen hyvinvoinnin olevan henkilökohtaista onnellisuutta, mutta toteavat onnellisuutta tuottavien tekijöiden olevan yksilökohtaisia. Kaikki ihmiset haluavat kuitenkin myönteisiä tunteita, jotka kestävät pitkään. Tämän perusteella subjektiivinen hyvinvointi ja pitkäikäisyys ovat onnellisen elämän kaksi ulottuvuutta, ja eliniän odotteen lisääminen on varmin tapa lisätä hyvinvointia (Papavlassopoulos ja Keppler 2011). Dodge ym. (2012) puolestaan tulkitsevat hyvinvoinnin tasapainotilaksi yksilön voimavarojen ja hänen kokemiensa haasteiden välillä.

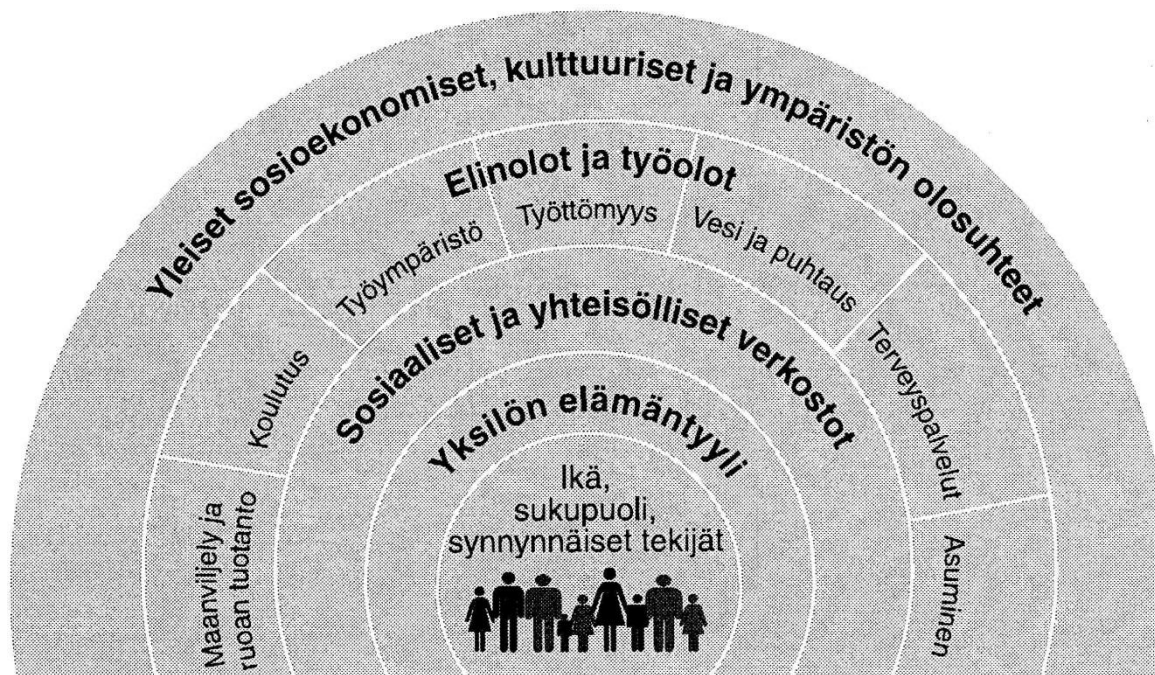
Perttilän ym. (2004, 23) tutkimuksessa kuntien viranhaltijat ja luottamushenkilöt näkivät hyvinvoinnin kokonaisvaltaisena, suhteellisena ja subjektiivisesti koettavana. Hyvinvoinnin nähtiin määrittävän ihmisen omasta arvomaailmasta lähtien, suhteessa ympäröivään maailmaan. Sosiaalisten suhteiden nähtiin rakentavan hyvinvointia ja osallistumisen poistavan yksinäisyyttä (Perttilä ym. 2004, 23).

2.1 Terveyssektorin toimista laaja-alaiseen yhteistyöhön

Väestön terveyteen vaikutetaan terveyttä määrittävien tekijöiden eli terveyden determinanttien kautta (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006). Dahlgren ja Whitehead (1991) ovat jakaneet terveyttä määrittävät tekijät viiteen kategoriaan (kuva 1). Eri kategorioiden tekijät ovat yhteydessä toisiinsa. Esimerkiksi työ- ja elinolot sekä sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot voivat vaikuttaa yksilön liikunta-aktiivisuuteen sekä päihteiden käyttöön (Wismar ym. 2006). Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi on siis vaikutettava niin yksilö-, yhteisö- kuin yhteiskunnallisiin tekijöihin. Mitä ulommaksi kuvan 1 kehällä mennään, sitä pienemmät ovat yksittäisen ihmisen vaikutusmahdollisuudet kun taas kunnan ja yhteiskunnan vaikutus kasvaa (Tieto päätöksenteon tukena 2011).

Terveyden edistämisessä terveyttä lähestytään yhtä aikaa yksilön ja yhteisön näkökulmasta, minkä takia yhteiskunnallinen päätöksenteko on terveyden kannalta tärkeä mekanismi (Vertio 2003, 29). Maailman terveysjärjestö (World Health Organization 2009) on määritellyt Ottawan julistuksessa vuonna 1986 terveyden edistämisen toiminnaksi, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia hallita ja parantaa terveyttään. Myös Vertio (2003, 29) korostaa terveyden edis-

tämistä toimintana, jolla luodaan yksilöille paremmat mahdollisuudet oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimiseen. Välittömänä tarkoituksena ei esimerkiksi ole muuttaa ihmisten käyttäytymistä (Vertio 2003, 29). Kunnassa tehtävillä päätöksillä on suuri vaikutus esimerkiksi kuntalaisten elin- ja työoloihin, joten kunta voi mahdollistaa väestön terveyttä ja hyvinvointia monin eri tavoin (Valtioneuvoston periaatepäätös 2001).



KUVA 1. Terveydentilaa määrittävät tekijät (Dahlgren & Whitehead 1991, suom. Palosuo ym. 2004)

Terveydenhuoltolaissa (2010) terveyden edistämisellä tarkoitetaan yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden ylläpitäminen ja parantaminen, terveysongelmien ehkäiseminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Terveyden edistämiseen kuuluu voimavarojen kohdistaminen terveyttä edistävällä tavalla (Terveydenhuoltolaki 2010).

Terveyssektorin vaikutusmahdollisuus moniin terveyden determinantteihin on heikko, minkä takia terveyden edistäminen edellyttää useiden eri politiikan alojen yhteistyötä (World Health Organization 2011). Lalonde (1974) esitti ensimmäisten joukossa näkemyksen, että terveys

rakentuu ensisijaisesti terveydenhuollon ulkopuolella. Myös Suomen terveystaloudessa tarve terveydenhuollon ulkopuolella tehtäville toimenpiteille havaittiin 1970-luvulla, kun terveydenhuoltoon panostaminen ei vaikuttanut myönteisesti etenkin miesten kuolleisuuteen tai odotettuun elinaikaan (Melkas 2013). Maailman terveysjärjestö toi laaja-alaisen terveystalouden vahvasti esiin Alma-Atan julistuksessa (World Health Organization 1978) ja globaalissa Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä – ohjelmassa (World Health Organization 1981), joissa lähtökohtana oli terveyden edistäminen perusterveydenhuoltoa ja sektoreiden välistä yhteistyötä kehittämällä.’

Ottawan julistuksessa vuonna 1986 jäsenettiin laaja-alainen terveyden edistäminen viideksi kokonaisuudeksi: 1) terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen 2) terveellisen ympäristön aikaansaaminen 3) yhteisöjen toiminnan tehostaminen 4) henkilökohtaisten taitojen kehittäminen 5) terveystalouksien uudistaminen (World Health Organization 2009). Kunnan toimintaan sovellettuna tämä tarkoittaa terveyden edistämiseen sitoutumista kaikilla toimialoilla niin suunnittelussa, päätöksenteossa kuin toimeenpanossa, sekä päätösten terveysvaikutusten ennakoarviointia. Asuin- ja luonnonympäristöjen terveellisyttä tulee edistää huomioimalla terveystalouksien kohdat myös suunnittelussa ja kaavoituksessa, jolloin esimerkiksi kevyen liikenteen verkosto rakennetaan toimivaksi ja eri väestöryhmien tarpeet huomioidaan. Kunta voi tukea eri yhteisöjen omatoimista terveydestä huolehtimista ja edistää terveellisten toimintamallien omaksumista esimerkiksi kotona ja kouluissa. Koulutuksen ja terveystalouden avulla kunta pystyy edistämään kuntalaisten kykyä tehdä oman ja ympäristön terveyden kannalta suotuisia päätöksiä. Kun kunnan kaikilla toimialoilla huomioidaan terveystalouksien kohdat, kaikki perustaloukset ovat terveyttä edistäviä (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, Paronen & Nupponen 2011)

Eri politiikan alojen mahdollisuuksien tiedostaminen terveyden edistämässä ei kuitenkaan automaattisesti johda käytännön toimiin. Ziglio ym. (2000) kuvaavat Ottawan julistuksen jälkeisiä toimia ja edistymistä päätöksenteoksi ja innottomiksi. Leppo (2010) ja Melkas (2013) näkevät Suomen 1980-luvun laaja-alaisen terveystalouden haasteina olleen valmistelun asiantuntijakeskeisyyden, minkä takia asiakirjat jäivät etäisiksi. Päätöksentekijöitä ei sitoutettu toimintaan (Leppo 2010, Melkas 2013).

2.2 Terveys 2015 – kansanterveysohjelma terveystalouden ohjaajana

Suomen terveystaloutta 2000-luvulla on linjannut Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, jota edelsi vuonna 1986 aloitettu Terveystä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelma (Valtioneuvoston periaatepäätös 2001). Ohjelmien taustalla on ollut Maailman terveysjärjestön ”Terveystä kaikille” (Health for All)- politiikka. Terveys 2015 – ohjelman tavoitteena on terveyden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen (Valtioneuvoston periaatepäätös 2001).

Terveys 2015- ohjelman toteutuksen lähtökohtana on ”Terveys kaikissa politiikoissa” - periaate (Health in All Policies, HiAP), joka kehittyi Suomen terveystaloudessa neljän vuosikymmenen aikana nouden terveystaloudeksi Euroopan Unionin puheenjohtajuuskaudella vuonna 2006 (Melkas 2013). Periaatteen ydinajatuksena on edistää terveyttä vaikuttamalla niihin terveyden determinantteihin, joihin terveyssektorin vaikutusmahdollisuudet ovat rajalliset (Sihto ym. 2006).

Terveys 2015- ohjelmasta tehdyssä valtioneuvoston periaatepäätöksessä (2001) sitoutetaan kunnat, elinkeinoelämä ja järjestöt toimimaan ohjelman tavoitteiden suuntaisesti. Kunnilla on keskeinen rooli ohjelman toteuttamisessa, koska kunnan palvelut koskettavat kaikkia kuntalaisia elämänsä eri vaiheissa. Kuntien tehtävänä onkin vahvistaa edellytyksiä kuntalaisten terveyden edistymiselle vastasyntyneistä ikääntyneisiin asti. Tämä edellyttää toimia arkielämän keskeisissä toimintaympäristöissä, kuten kodeissa, kouluissa, työelämässä, vapaa-ajan ympäristöissä, liikenteessä ja julkisissa palveluissa. Kunnan toiminnassa kansalaisten terveys tulee ottaa valintoja ohjaavaksi periaatteeksi (Valtioneuvoston periaatepäätös 2001).

Terveys 2015 -ohjelman toteuttamisen tukemiseksi on julkaistu lukuisia eri laatusuosituksia, kuten Mielenterveyspalvelujen laatusuositus (2001), Päihdepalvelujen laatusuositukset (2002), Suomalaiset ravitsemussuositukset (2005) ja Terveystalouden edistämisen laatusuositus (2006). Laatusuositusten tehtävänä on auttaa kuntia hyvien toimintakäytäntöjen kehittämisessä, suunnittelussa ja toiminnan arvioinnissa (Terveys 2015-kansanterveysohjelman 2012).

Suomessa on 2000-luvulla toteutettu runsaasti erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden hallinnonalojen vastuulla olevia kehittämisohjelmia ja hankkeita (taulukko 1), jotka ovat olleet Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden mukaisia (Terveys 2015-kansanterveysohjelman 2012). Ohjelmista suuri osa on painottunut yksilötasolle enemmän

TAULUKKO 1. 2000-luvulla toteutettuja kansallisia kehittämisohjelmia

Ohjelma	Päätavoitteet
<i>Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO (2000–2010)</i>	Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja diabeteksen hoidon kehittäminen
<i>Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (2001–2007)</i>	Terveyspalvelujen saatavuuden parantaminen kaikille kansalaisille heidän tarpeitaan vastaavasti
<i>Kansallinen sosiaalialan kehittämishanke (2003–2007)</i>	Väestön hyvinvoinnin edistäminen, syrjäytymisen ehkäiseminen ja sosiaalisen turvallisuuden vahvistaminen
<i>Hyvinvointi 2015 –ohjelma (osana Sosiaalialan kehittämishanketta)</i>	Varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisyn tehostaminen sekä ihmisten sosiaalisen turvallisuuden ja toimeentulon parantaminen
<i>Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistäminen (2003-2009)</i>	Nuorten tupakoinnin vähentäminen
<i>Alkoholiohjelma (2004-2011)</i>	Alkoholin kokonaiskulutuksen vähentäminen, riskikäytön ja siitä aiheutuvien haittojen sekä alkoholin lasten hyvinvoinnille aiheuttaminen haittojen vähentäminen
<i>Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta (2004–2007)</i>	Huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta huumeiden torjuminen ja huumeista aiheutuvien haittojen vähentäminen
<i>Sisäisen turvallisuuden ohjelma (2004-)</i>	Rikosten ja onnettomuuksien vähentäminen, kodin turvallisuuden parantaminen sekä suuronnettomuuksien, ympäristötuhojen ehkäiseminen
<i>Suomalainen Sydänohjelma (2006-2011)</i>	Sydän- ja verisuoniterveyden edistäminen, varhaisen diagnosoinnin ja suositusten mukaisen hoidon toteutumisen edistäminen
<i>Kansallinen TULE-ohjelma (2005-2009)</i>	Tuki- ja liikuntaelinten oireiden, sairauksien ja vammojen ehkäisyn ja hoidon edistäminen
<i>Kansallinen väkivallan vähentämisohjelma (2006-2008)</i>	Väkivaltaisuuksien, väkivaltatapauksien ja niiden vaikutusten vähentäminen
<i>Kansallinen allergiaohjelma (2008-2018)</i>	Allergiaoireiden ehkäiseminen ja hoidon kehittäminen
<i>Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (2008-2011)</i>	Sosioekonomisten väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen
<i>Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE (2008-2011)</i>	Hyvinvoinnin ja terveyden lisääminen, terveyserojen kaventaminen, syrjäytymisen vähentäminen
<i>Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (2009-2015)</i>	Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen

kuin kunnan rakenteiden kehittämiseen. Toisaalta esimerkiksi Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste) yhtenä osa-alueena oli luoda kuntiin terveyden edistämisen johtamisjärjestelmä. Tähän liittyen kehitettiin muun muassa poikkihallinnollisia hyvinvointijohtamisen rakenteita ja malleja sekä työkaluja päätöksenteon tueksi (Terveys 2015 – kansanterveysohjelman 2012).

Terveys 2015- kansanterveysohjelman väliarvioinnin (2012) mukaan vuoteen 2010 mennessä myönteistä kehitystä oli muun muassa eliniän odotteessa sekä terveiden ja toimintakykyisten vuosien määrässä. Kielteisestä kehityksestä kertovat muun muassa köyhien lapsiperheiden määrän kasvu sekä se, etteivät kuolleisuuserot olleet pienentyneet väestöryhmien välillä (Terveys 2015- kansanterveysohjelman 2012).

2.3 Terveyden eriarvoisuuden kasvu haasteena

Terveyden epätasainen jakautuminen asettaa haasteen terveyden edistämiseksi (Marmot 2005). Maailman terveysjärjestön (World Health Organization 2014) määritelmän mukaan terveyserot ovat vältettävissä olevia eroja terveydessä eri väestöryhmien ja eri maiden välillä. Whitehead ja Dahlgren (2007) puolestaan määrittävät terveyden tasa-arvon tilanteeksi, jossa jokaisella olisi mahdollisuus saavuttaa täysi terveyst potentiaalinsa eikä kukaan olisi epäedullisessa asemassa sosiaalisen aseman tai sosiaalisen ympäristön takia.

Suomen perustuslain (1999) mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia eikä ketään saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan iän, sukupuolen, mielipiteen, uskonnon, vakaumuksen, kielen, terveydentilan tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Eriarvoisuuden vähentäminen ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin parantaminen ovat tavoitteena Terveys 2015 -ohjelmassa (Valtioneuvoston periaatepäätös 2001) sekä pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa (Valtioneuvosto 2011).

Terveyserot ovat systemaattisia eri sosiaaliryhmissä. Epäedullisimmassa asemassa olevilla on huonompi terveys ja korkeampi kuolleisuus kuin paremman sosioekonomisen aseman omaavilla (Whitehead & Dahlgren 2007). Terveyserojen kaventamiseksi tulee vaikuttaa terveyden sosiaalisiin determinantteihin (Marmot 2005). Terveyden sosiaaliset determinantit tarkoittavat niitä oloja, joihin ihmiset syntyvät, joissa he elävät ja työskentelevät, ja joihin voidaan vaikuttaa eri politiikan toimilla (World Health Organization 2014). Suomessa sosioekonomiseen

asemaan liittyvä terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuus on kasvanut samalla kun tuloerot ja suhteellinen köyhyys on lisääntynyt (Vaarama ym. 2010).

Terveyserojen kaventamiselle on useita perusteita. Terveyserojen esiintymistä voidaan pitää epäoikeudenmukaisena, koska ne johtuvat esimerkiksi eroista koulutus- ja työmahdollisuuksissa, ja eroihin voidaan vaikuttaa järkeenkäyvillä toimilla (Woodward 2000, Marmot 2008). Terveyseroihin johtavat elinolot, kuten päihteiden väärinkäyttö ja väkivaltaisuus, ovat haitallisia koko yhteisölle (Woodward 2000). Suomessa vuonna 2008–2011 toteutetussa Kansallisessa terveyserojen kaventamisen ohjelmassa (2008) terveyserojen kaventamista perusteltiin myös palvelujen riittävyyden turvaamisella ja kustannusten hillitsemisellä.

Maailman terveysjärjestön asettama komissio (The Commission on Social Determinants of Health, CSDH) on esittänyt kolme toimenpidelinjaa, joita toteuttamalla terveyseroja voidaan kaventaa: 1) elinolojen parantaminen 2) vallan, rahan ja resurssien epätasaiseen jakautumiseen puuttuminen 3) ongelman mittaaminen ja ymmärtäminen sekä toimien vaikutuksien arvioiminen (World Health Organization 2008). Kunnat voivat päätöksillään vaikuttaa useimpiin terveyseroja muokkaaviin tekijöihin, kuten elinympäristöön, elinoloihin, perheiden hyvinvointiin, terveyttä edistäviin elintapoihin sekä palvelujen laatuun ja saatavuuteen. Kuntien tulee seurata väestöryhmien välisiä terveyseroja, ja arvioimalla ennakkoon päätösten terveysvaikutuksia eri väestöryhmien kannalta voidaan ehkäistä terveyserojen kasvua (Kansallinen terveyserojen kaventamisen ohjelma 2008).

Kunnissa terveyserojen kaventamisen haasteet vaihtelevat, kun verrataan suuri kaupungeja pieniin kaupunkiin ja maaseutuun. Suurissa kaupungeissa sosiaaliset ongelmat voivat kasaantua, ja toisaalta pienissä kaupungeissa ja maaseudulla väestökato ja vinoutunut ikärakenne voivat johtaa palvelujen köyhtymiseen ja sitä kautta yhteisöllisyyden ja terveellisiä elintapoja tukevien mahdollisuuksien köyhtymiseen (Kansallinen terveyserojen kaventamisen ohjelma 2008).

3. KUNTA TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄJÄNÄ

Kunnan toiminnassa terveyden edistäminen näkyy kaikkiin toimintoihin ulottuvana sitoutumisena (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006). Sosiaali- ja terveystalouden sekä yksilön terveystalouden lisäksi terveyden edistäminen on kunnassa toimintaa, jolla pyritään kehittämään taloudellisia, sosiaalisia ja ympäristöön liittyviä olosuhteita terveyttä ja hyvinvointia edistäviksi (Perttilä ym. 2009).

Terveys 2015-ohjelman toteutusta kunnissa tukee Terveyden edistämisen laatusuositus (2006), jossa terveyttä edistävä toiminta kunnan tehtävänä on jäsennetty Ottawan julistusta soveltaen kuudeksi toimintalinjaksi: 1) Terveyden edistämisen toimintapolitiikka ja johtaminen 2) Terveyttä edistävät elinympäristöt 3) Terveyttä edistävä yhteistyö ja osallistuminen 4) Terveyden edistämisen osaaminen 5) Terveyttä edistävät palvelut 6) Terveyden edistämisen seuranta ja arviointi (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006).

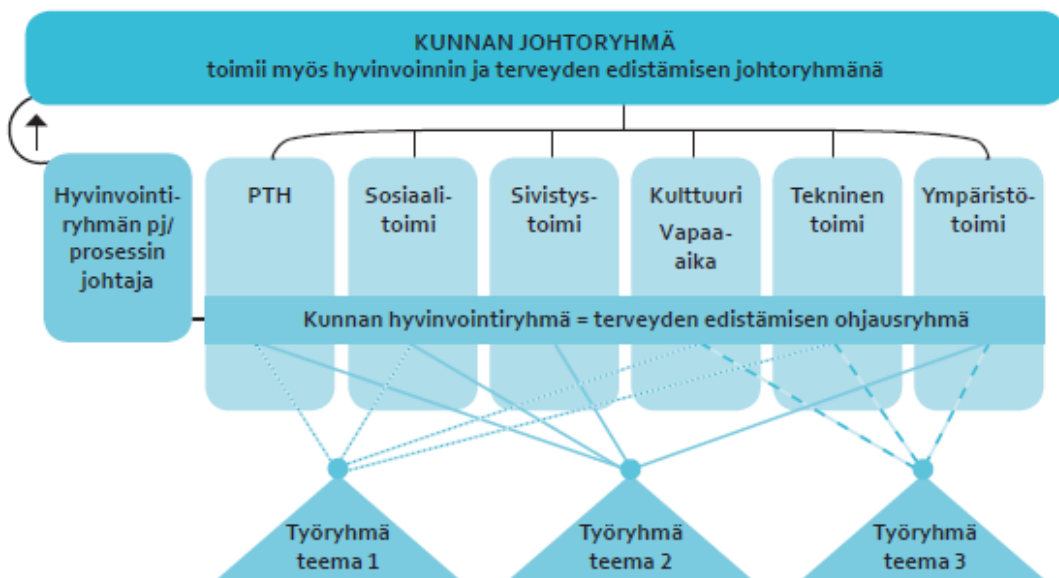
3.1 Kunnan hyvinvointijohtaminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen koostuu samoista elementeistä kuin muiden kunnallisten toimintojen johtaminen. Uusitalo ym. (2003) ovat määritelleet hyvinvointijohtamisen olevan kunnan strategista johtamista ja valittujen strategioiden toimeenpanoa väestön hyvinvoinnin ja alueen kestävä kehityksen näkökulmista. Käytännössä hyvinvointijohtaminen nostaa hyvinvoinnin haasteet kuntasuunnitteluun tasavertaisesti taloushaasteiden rinnalle (Uusitalo ym. 2003).

Terveyden edistämisen laatusuosituksessa (2006) ohjeistetaan kirjaamaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet kuntastrategiaan tai erilliseen hyvinvointistrategiaan. Strategiatyöskentely auttaa hahmottamaan haasteet ja mahdollisuudet. Strategian toteutus tapahtuu käytännön toiminnassa, minkä takia hallinnonalojen ja yksiköiden omien tavoitteiden ja toimintojen tulee pohjautua strategiaan (Asikainen 2013). Strategiassa esitetyt terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet tulee myös konkretisoida hallinnonalojen omiin suunnitelmiin (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006).

Perttilä (1999, 126–127) korostaa, että jos terveys nähdään suppeasti vain sairauden puuttumisena ja fyysisenä sekä psyykkisenä hyvinvointina, terveystieteiden näkökohdat eivät todennäköisesti nouse kunnallisessa päätöksenteossa strategisen suunnittelun ja ylimmän johdon päätöksenteon kysymyksiksi. Jos terveys sen sijaan ymmärretään laajasti hyvinvoinnin lisäksi myös toimintakykyisyytenä ja kokemuksena elämänhallinnasta ja terveydestä, johon fyysisellä, kulttuurisella ja yhteiskunnallisella ympäristöllä on merkitystä, terveystieteiden näkökohdat myös todennäköisesti nousevat kunnan ylimmän johdon päätöksenteon kysymyksiksi, joihin otetaan kantaa koko kuntaa koskevassa strategisessa suunnittelussa (Perttilä 1999, 126–127).

”Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa” - julkaisussa (2010) esitetään hyvinvointijohtamisen malli (kuva 2), joka on kehitetty TEJO-kehittämishankkeissa (Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen, TEJO). Mallin mukaan kunnassa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmänä toimii kunnan johtoryhmä tai laajennettu johtoryhmä. Tämä on luontevaa, koska hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on kaikkien toimialojen tehtävä. Johtoryhmän lisäksi voi olla erillinen toimialojen vastuuhenkilöistä koostuva hyvinvointiryhmä. Sen jäsenistä puheenjohtaja ja mahdollisesti joku muu jäsen kuuluvat myös johtoryhmään. Hyvinvointiryhmän jäseniksi voidaan kutsua myös paikallisten koulutusorganisaatioiden ja järjestöjen edustajia (Johtaminen tukee hyvinvoivaa kuntaa 2010).



KUVA 2. Kunnan hyvinvointijohtamisen malli, PTH = perusterveydenhuolto (Johtaminen tukee hyvinvoivaa kuntaa 2010, 17).

Perttilä (1999) jakaa kunnan hallinto-organisaatiossa terveyden edistämisen toimijat luottamushenkilöihin, johtaviin viranhaltijoihin ja ammattiryhmien edustajiin. Terveyden edistämisen toimintamuotoja ovat terveyden edistämisen mahdollistaminen (strateginen taso), palvelujärjestelmien vastuu (hallinnollinen vastuu terveyden edistämisestä) sekä ammatillinen osaaminen (terveyden edistämisen perustoiminnot). Terveyden edistämisen vastuu, osaamisen vaatimukset ja tekemisen tavat ovat erilaiset riippuen siitä, onko kyse kunnan ylimmästä poliittisesta ja viranhaltijajohdosta, hallinnonalojen operatiivisesta johdosta tai eri ammattiryhmien perustoiminnoista (Perttilä 1999, 107–109).

Kuntien hyvinvointijohtamisessa on tutkimusten mukaan useita haasteita. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisvastuu on kunnissa epäselvä ja hajaantunut (Uusitalo ym. 2003, Poikajärvi & Perttilä 2006, Tukia ym. 2011). Hyvinvointistrategioita valmistellaan poikkihallinnollisesti, mutta ne eivät ohjaa talouden ja toiminnan suunnittelua (Uusitalo ym. 2003, Perttilä & Uusitalo 2007). Toteutumista seurataan ja arvioidaan heikosti (Perttilä & Uusitalo 2007), minkä lisäksi raportointi on puutteellista tai tavoittaa vain sosiaali- ja terveystoimen (Wilskman ym. 2008).

Kunnan hyvinvointitehtävissä valtion ohjaustapaa muutettiin 1990-luvun puolivälissä informaatio-ohjauksen suuntaan normi- ja resurssiohjauksen sijaan (Stenvall & Syväjärvi 2006, 13). Informaatio-ohjauksen käsite on väljä ja sillä tarkoitetaan esimerkiksi ohjelmia ja strategisia asiakirjoja, tiedon välittämistä, raportteja ja suosituksia (Hansson 2002, 15). Informaatio-ohjaukseen siirtymisessä on nähty haasteita, koska se ei sido kuntia (Hakkala 2013). Ohjelmien ja suositusten noudattamatta jättämiseen ei liity oikeudellisia tai taloudellisia seurauksia (Hansson 2002, 15).

Simonsen-Rehn ym. (2012) toteavat tutkimuksessaan, ettei terveyden edistäminen ole kuntopoliitikkojen asialistalla ensisijaisena toimintana, tai ettei terveyden edistämisen toimia ole konkretisoitu kuntien talous- ja toimintasuunnitelmaan. Vaikuttavuuden näkökulmasta poliitikot arvioivat tärkeimmiksi terveyden edistämisen tavoitteiksi ikäihmisten terveyden ja elämänlaadun edistämisen sekä perusterveydenhuollon toimivuuden (Simonsen-Rehn ym. 2012).

3.2 Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kunnan eri toimialoilla

Terveydenhuoltolain (2010) mukaan kunnan eri toimialojen tulee tehdä yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Terveydenhuollon rooli on perinteisesti keskittynyt sairauksien hoitoon (Marmot ym. 2008). Terveydenhuoltolaki (2010) velvoittaa kunnat järjestämään asukkailleen sairaanhoitopalvelut mukaan lukien suun terveydenhuolto, kotisairaanhoidon sekä mielenterveys- ja päihdetyö.

Jo vuoden 1986 Ottawan julistuksessa (World Health Organization 2009) painotettiin terveydenhuollon roolia myös terveyden edistämiseksi. Terveydenhuoltolain (2010) velvoittamia toimia kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ovat terveydenhuollon osalta esimerkiksi terveysneuvonta, seulonnat, neuvolapalvelut sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Marmot ym. (2008) näkevät terveydenhuollon olevan johtavassa asemassa huolehtimassa siitä, että kaikkien sektoreiden toimet edistävät terveyttä. Myös Terveyden edistämisen laatusuosituksessa (2006) suositetaan, että kunnissa terveyspalvelujen asiantuntijat ovat kehittämässä eri hallinnonalojen henkilöstön osaamista terveyden edistämisen osalta.

Perusterveydenhuollon lisäksi kunnan toimialoja ovat sosiaali-, sivistys-, kulttuuri- ja vapaa-aika- sekä ympäristö- ja tekninen toimi. Terveys kaikissa politiikoissa – ajattelutavan mukaisesti myös näiden toimialojen tulee edistää kuntalaisten terveyttä ja tehdä yhteistyötä tavoitteen suunnassa, mihin velvoittaa myös Kansanterveyslaki (2005). Terveydenhuolto- ja kansanterveyslain lisäksi monissa muissa laeissa annetaan kunnille veloitteita kuntalaisten terveyden edistämiseksi.

Kouluikäisen väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi kouluilla on merkittävä rooli. Perusopetuslain (1998) mukaan opetus tulee järjestää oppilaiden ikäkausien ja edellytykset huomioiden siten, että se edistää oppilaiden tervettä kasvua ja kehitystä. Koululaiset saavat tarvittavat tiedot, taidot ja asenteelliset valmiudet terveyttä edistävien tottumusten omaksumiseen, minkä lisäksi kouluterveydenhuolto ja oppilashuolto vastaavat oppilaiden terveystarpeisiin (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 29). Kouluikäisten fyysisen aktiivisuuden edistämiseksi on kehitetty valtakunnallinen Liikkuva koulu -ohjelma, jolla on pyritty lisäämään aktiivisuutta koulupäivään ja sen välittömään yhteyteen. Ohjelmaa on toteutettu kunnissa eri puolilla Suomea (Liikkuva koulu 2012).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen peruskoulujen terveydenedistämistä aktiivisuudesta tekemän selvityksen (Wiss ym. 2014) mukaan vuonna 2013 koulukuraattori tai sosiaalityöntekijä oli saatavilla 91 prosentissa kouluista. Lähes kaikissa tutkimukseen osallistuneissa kouluissa seurattiin koulukiusaamisen yleisyyttä. Hieman alle puolessa kouluista oli havaittu fysikaalisiin altisteisiin, kuten meluun tai valaistukseen liittyviä puutteita. Sisäilmaan tai muihin biologisiin altisteisiin liittyviä puutteita ilmoitti noin joka kolmannes kouluista. Myös oppilaiden osallisuutta tutkittiin. Useimmiten oppilaat pääsevät osallistumaan esimerkiksi kouluruokailun suunnitteluun ja arviointiin, järjestyssääntöjen laatimiseen sekä koulun tilojen ja piha-alueiden suunnitteluun (Wiss ym. 2014).

Hyypä ja Mäki (2003) painottavat sosiaalisen osallistumisen edistämistä keinona lisätä väestön terveyttä ja hyvinvointia. Osallistavan yhteiskunnan rakentaminen ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden lisääminen on myös yksi Euroopan Unionin strategian tavoitteita (Eurooppa 2020 -strategia 2010). Terveyden edistämisen laatusuositus (2006) ohjaa kuntia tukemaan yhteisöjä esimerkiksi tarjoamalla tiloja ja myöntämällä avustuksia. Kuntalaisten osallisuutta voidaan edistää asukastapaamisten, yleisötilaisuuksien ja asiakaspalautteiden avulla (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006). Kuntien kulttuuritoimintaa koskeva laki velvoittaa kunnat edistämään, tukemaan ja järjestämään kulttuuritoimintaa kunnassa (Laki kuntien kulttuuritoiminnasta 1992). Osallistumisen sosiaaliseen, kulttuuriseen tai uskonnolliseen toimintaan vapaa-ajalla on todettu pidentävän elinikää erityisesti suomalaisilla keski-ikäisillä miehillä (Hyypä ym. 2006).

Liikunnan edistäminen on ollut osa hyvinvointipolitiikkaa 1990-luvun alusta. Tällöin vahvistunut tutkimusnäyttö liikunnan terveyshyödyistä teki siitä hyväksytyin keinon sekä terveyden edistämiseksi että sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa (Fogelholm ym. 2007, 71). Liikuntalaki (1998) velvoittaa kunnat luomaan edellytykset kuntalaisten liikunnalle. Tämä tarkoittaa liikuntapaikkojen tarjoamista, liikunnan järjestämistä erityisryhmät huomioiden, kansalaistoininnan tukemista sekä paikallista ja alueellista yhteistyötä (Liikuntalaki 1998). Hakamäen ym. (2014) selvityksen mukaan yleisimmin kunnat järjestävät kohdennettuja liikuntaryhmiä ikääntyneille ja työikäisille. Lasten ja nuorten harjoitusvuorot olivat maksuttomia reilusti yli puolessa kunnista, mutta maksuttomuus oli vähentynyt vuodesta 2012. Useimmat kunnat seuraavat säännöllisesti liikuntapaikkojen kävijämääriä, urheiluseuratoimintaan osallistuvien määrää, sekä kuntalaisten tyytyväisyyttä liikuntapaikkoihin ja -palveluihin. Sen sijaan kuntalaisten liikunta-aktiivisuuden seuranta oli vähäistä. Joka neljännessä kunnassa ei ollut vielä

poikkihallinnollista työryhmää, jossa käsiteltäisiin liikunnan edistämistä. (Hakamäki ym. 2014).

Suomalaisten eniten käyttämiä liikuntapaikkoja ovat kevyenliikenteenväylät ja luontoympäristö eli ulkoilualueet ja -reitit (Suomi ym. 2012, 71). Tutkimusten mukaan sekä luonnossa liikkumisella (Pretty ym. 2007) että vehreässä ympäristössä asumisella (de Vries ym. 2003) on havaittu olevan positiivinen yhteys koettuun terveyteen. Kuntalaisten suosituimmat liikuntapaikat voivat olla osittain tai kokonaan liikuntatoimen aktiivisten toimenpiteiden ulkopuolella, koska kevyenliikenteenväylät ja ulkoilualueet ovat usein teknisen toimen ja ympäristötoimen alaisuudessa (Suomi ym. 2012, 71). Tämä korostaa eri sektoreiden osuutta kuntalaisten liikunnan mahdollistajina. Hakamäen ym. (2014) selvityksen mukaan tiivistä yhteistyötä liikuntatoimen ja teknisen toimen välillä tehtiin noin puolessa kunnista.

Elinympäristön terveellisyyttä voidaan Hentilän ja Joki-Korpelan (2006, 5) mukaan lähestyä kolmesta eri näkökulmasta. Tärkeää on poistaa tai vähentää välittömiä terveyden uhkia, esimerkiksi liikenteen päästöjä. Lisäksi määritetään välilliset terveyteen vaikuttavat tekijät, kuten stressaava mutta ei kuulovaurioita aiheuttava melu. Nämä tukevat myös kolmatta näkökulmaa, jonka mukaan terveellinen elinympäristö on paitsi turvallinen ja viihtyisä, se auttaa myös ylläpitämään ja edistämään terveyttä esimerkiksi liikuntaan aktivoinnin kautta (Hentilä & Joki-Korpela 2006, 5). Euroopan unionin (2014) kolmas terveystoimen toimintaohjelma painottaa terveille elintavoille myönteisen elinympäristön tärkeyttä osana terveyden edistämistä.

Asukkaiden liikkumisen edellytykset tulee turvata jo maankäytön suunnittelussa ja kaavoituksessa (Suositukset liikunnan edistämiseksi 2010, 18). Maankäyttö- ja rakennuslain (1999) mukaan alueiden käytön suunnittelun tavoitteena on edistää terveellisen, turvallisen, viihtyisän ja sosiaalisesti toimivan sekä eri väestöryhmien tarpeet tyydyttävän elin- ja toimintaympäristön luomista (Maankäyttö- ja rakennuslaki 1999). Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (2007) todetaan, että arvioitaessa kaavoituksen vaikutuksia tulee huomioida myös ihmisten elinoloihin ja elinympäristöön sekä turvallisuuteen ja terveyteen liittyvät vaikutukset.

Vaarala (2011, 3) on todennut kaavoituksen olevan tärkein suunnitteluvaihe kävelyä ja pyöräilyä suosivan yhdyskunta- ja palveluverkon aikaansaamisessa. Liikunnan olosuhteiden edistämiseksi kaavoitusprosessissa Hentilä & Joki-Korpela (2006, 15) korostavat sujuvaa tiedonkulkua kunnan liikuntatoimen, katu- ja vihersuunnittelijoiden sekä maankäyttöyksikön välillä.

Maankäytön suunnittelun aikajänne on pitkä, ja säännöllinen vuoropuhelu on tärkeää (Hentilä & Joki-Korpela 2006, 15).

Pucher ja Buehler (2008) nostavat Hollannin, Tanskan ja Saksan esiin kävely- ja pyöräilykulttuurin edistämisen esimerkkeinä. Pyöräilyn turvallisuutta ja houkuttelevuutta on kyseisissä maissa lisätty esimerkiksi tekemällä pyöräilijöille omat kaistat ja oikoreittejä autoteihin nähden, sijoittamalla keskustoihin ja metroasemille valaistuja ja videovalvottuja pyöräparkkeja, alentamalla merkittävästi autojen nopeusrajoituksia asuinalueilla, järjestämällä poliisin pitämää koulutusta koululaisille sekä suunnittelemalla erityisiä ajoharjoitteluratoja lapsille (Pucher & Buehler 2008).

4. INDIKAATTORITIEDO HYVINVOINTIJOHTAMISEN TUKENA

Terveyden mittari eli indikaattori kuvaa yhtä tai useampaa terveyteen liittyvää tekijää yhteisön tai yhteiskunnan tasolla (Savola & Koskela-Ollonqvist 2005, 91). Mittareiden avulla voidaan kuvata nykytilannetta ja tapahtuneita muutoksia sekä määritellä terveyseroja ryhmien välillä (Nutbeam 1998). Parrishin (2010) mukaan ihanteellinen väestön hyvinvoinnin mittari kuvaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia, mutta Thacker ym. (2006) korostavat valinnan riippuvan myös käyttötarkoituksesta. Mittari voi vaihdella riippuen esimerkiksi siitä, halutaanko selvittää intervention vaikutuksia vai suunnata terveystaloutta (Thacker ym. 2006). Käyttötarkoituksen lisäksi mittarin valintaan vaikuttaa se, mitä terveyttä määrittäviä tekijöitä yhteisössä arvostetaan eniten (Etches ym. 2006).

Tietoa terveydestä ja hyvinvoinnista saadaan usein eri tavoin. Perinteisesti tietoa on kerätty kyselyiden avulla ja hallinnollista tietoa saadaan esimerkiksi käyttäjätalustoista (Etches ym. 2006). Terveydenhuoltosektorin tuottamaa tietoa ovat muun muassa tieto asukkaiden terveydentilasta ja hoitoon pääsystä, terveystaloutten käytöstä, terveystalouttymisesta ja riskitekijöistä sekä kuolleisuudesta (Luck ym. 2006). Tilastotiedon lisäksi olisi tärkeää saada tietoa henkilön itse kokemasta hyvinvoinnista ja terveydestä (Parrish 2010).

Terveyden ja hyvinvoinnin taso sekä jakautuminen väestöryhmien kesken syntyy monimutkaisesta verkostosta, johon liittyvät kulttuuriset, ympäristölliset, sosiaaliset, ekonomiset ja geneettiset tekijät (Parrish 2010). Kunnan päätökset vaikuttavat suoraan väestön elinympäristöön ja elinoloihin. Tämän takia hyvinvointijohtamisessa on tärkeää huomioida yksilöiden hyvinvointia kuvaavien mittareiden lisäksi myös yhteisölähtöiset mittarit, jotka kuvaavat esimerkiksi elinympäristön terveellisyyttä (Tieto päätöksenteon tukena 2011). Toiminnan kehittämiseksi tarvitaan tietoa myös kunnan terveyttä edistävän työn laadusta (TEA Viisari 2014).

4.1 Hyvinvointikertomus hyvinvointitiedon kokoajana

Kunnan hyvinvointia ja terveyttä sekä terveyseroja kuvaavat indikaattorit kootaan hyvinvointikertomukseen, joka toimii kunnissa hyvinvointipolitiikan suunnittelun, seurannan ja arvioinnin työvälineenä. Kertomus kuvaa nykytilannetta sekä siihen johtanutta kehitystä ja tulkitsee kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin vahvuuksia ja uhkaavia tekijöitä (Perttilä ym. 2004).

Hyvinvointikertomuksen tekevät kunnan pysyvien rakenteiden toimijat, eli kunnan hyvinvointiryhmä ja johtoryhmä, tai muut vastaavat kunnassa toimivat ryhmät. Oleellista on poikihallinnollisuus eli edustajia tulee olla eri hallinnonaloilta (Sähköinen hyvinvointikertomus 2013).

Hyvinvointikertomus on uudehko hyvinvointijohtamisen työväline, jonka kehittäminen alkoi 2000-luvun alussa sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön aloitteesta (Perttilä ym. 2004). Tuolloin todettiin tarve jäsentää hajanaista hyvinvointitietoa. Perttilän ym. (2004) mukaan kuntakohtainen hyvinvointia koskeva raportointi painottui palvelujen käyttötietoihin ja käyttömenoihin kertoviin lukuihin. Suunnittelutyöhön tarvittiin kokonaiskuvaa kunnan hyvinvointitilanteesta. Lisäksi tarvittiin toteutetun hyvinvointipolitiikan systemaattista seuranta- ja raportointia (Perttilä ym. 2004).

Hyvinvointikertomuksen tekeminen muuttui lakisääteiseksi uudistuneen Terveydenhuoltolain (2010) myötä. Terveydenhuoltolaki (2010) velvoittaa kunnat seuraamaan asukkaiden hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä jokaisen väestöryhmän osalta. Terveyden ja hyvinvoinnin osalta tulee asettaa tavoitteet ja kuvata niitä tukevat toimenpiteet sekä osoittaa ne kuntakohtaisilla terveys- ja hyvinvointiosoittimilla. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tulee nimetä vastuutahot (Terveydenhuoltolaki 2010).

Terveydenhuoltolaki (2010) ei kuitenkaan kerro suoraan, mitä tietoa hyvinvointikertomukseen tulee sisällyttää. Karvonen ja Kauppinen (2009) pitävät tärkeänä hyvinvoinnin näkemistä moniulotteisena ilmiönä, kuten esimerkiksi Allardt (1976) on esittänyt. Johansson (2002) on luokitellut hyvinvoinnin ulottuvuuksiksi taloudelliset resurssit, työllisyyden ja työolot, koulutuksen ja koulutusmahdollisuudet, asumisen, terveyden ja terveydenhoidon saatavuuden, perheen ja sosiaaliset suhteet, turvallisuuden, poliittiset resurssit ja osallistumisen sekä kulttuurin ja vapaa-ajan. Kunnilla on siis kuitenkin oikeus päättää, mikä on oleellista tietoa hyvinvoinnin kannalta ja miten se kootaan hyvinvointikertomukseksi (Zechner 2014).

Hyvinvointikertomuksessa käytettävien mittareiden tulisi kuitenkin kuvata muutosta joko absoluuttisesti tai suhteellisesti (Thacker ym. 2006). Mittareiden tulee olla valideja eli mitata haluttua asiaa (Etches ym. 2006, Parrish 2010). Lisäksi mittareiden tulee olla luotettava mittauksen toistettavuuden osalta sekä olla vertailukelpoisia eri ympäristöissä. Mittareiden tulee myös reagoida herkästi suuriin politiikan linjauksiin (Thacker ym. 2006, Parrish 2010). Tär-

keää on myös se, että mittarit ovat helposti käyttäjien ymmärrettävissä (Etches ym. 2006, Parrish 2010).

Kuntapäättäjät ovat toivoneet hyvinvointikertomuksen olevan riittävän tiivis ja lyhyt, mutta kuitenkin ohjaavan työn suunnittelua ja osoittavan luottamushenkilöille työn tulokset. Hyvinvointikertomuksen tulisi myös osoittaa, missä on parantamisen varaa ja mitkä asiat puolestaan ovat hyvin (Perttilä ym. 2004, 24). Hätönen (2013) on määritellyt hyvän hyvinvointikertomuksen tunnistavan kuntalaisten tarpeet, ohjaavan käytännön työtä, auttavan toiminnan priorisoinnissa, tukevan päätöksentekoa sekä linjaavan kunnan edistävän ja ehkäisevän työn.

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (Kaste) yhtenä tavoitteena on saada tieto ja tietojärjestelmät asiakkaiden ja ammattilaisten tueksi (Kaste 2012a). Toimenpidetasolla tämä tarkoittaa tietovarantojen ja -järjestelmien hyödyntämisen tukemista. Kuntia tuetaan hyvinvointikertomuksen laatimisessa ja kannustetaan arvioimaan päätösten vaikutuksia eri väestö- ja ikäryhmiin. Hyvinvointia, terveyttä ja palveluja koskevan tiedon kansallista, alueellista ja paikallista hyödyntämistä edistetään johtamisessa (Kaste 2012b).

4.2 Kuntakohtaiset indikaattorit

Tässä luvussa esitellään väestön hyvinvoinnin ja terveyden indikaattoreita vertaamalla kahta väestömäärältään erilaista kuntaa sekä keskenään että koko maahan nähden. Kunta A on noin 100 000 asukkaan kunta ja kunnassa B on noin 20 000 asukasta. Indikaattorit on poimittu taulukossa 2 esitellyistä, kuntakohtaisia indikaattoritietoja tarjoavista tietopankeista.

TAULUKKO 2. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin tietopankkeja.

Tietokanta (ylläpitäjä)	Kuvaus	Tietojen saatavuus
<i>AvoHILMO</i> (<i>Terveyden ja hyvinvoinnin laitos</i>)	Tiedot perusterveydenhuollon avohoidon palvelujen käytöstä	Kunta, alue, koko maa
<i>Findikaattori</i> (<i>Tilastokeskus ja valtioneuvoston kanslia</i>)	Terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä indikaattoreita yhteiskunnan tasolta	Koko maa
<i>Hyvinvointikompassi</i> (<i>Terveyden ja hyvinvoinnin laitos</i>)	Hyvinvoinnin ja terveyden sekä sosiaali- ja terveystalouden avainindikaattorit, väestön rakennetta ja muutosta kuvaavat tunnusluvut	Kunta, sairaanhoitopiiri, maakunta, koko maa
<i>SOTKANet</i> (<i>Terveyden ja hyvinvoinnin laitos</i>)	Tilastotietoja suomalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä aihealueittain	Kunta, seutukunta, maakunta, koko maa, (Pohjoismaat, Euroopan maat joidenkin indikaattoreiden osalta)
<i>TEAvisari</i> (<i>Terveyden ja hyvinvoinnin laitos</i>)	Kuntien terveydenedistämisen aktiivisuutta (TEA) mittaava vertailutietojärjestelmä, jossa terveydenedistämisen aktiivisuutta on mitattu neljällä osa-alueella (perusterveydenhuolto, oppimisyhteisöt, liikunta, kuntajohto).	Kunta, alue
<i>Terveyspuntari</i> (<i>Kansaneläkelaitos</i>)	Alueellisten sairastavuuserojen vertailu vuositasona.	Kunta, seutukunta, maakunta, alue, koko maa,
<i>Terveytemme.fi</i> (<i>Terveyden ja hyvinvoinnin laitos</i>)	Keskeisiä tilasto- ja seurantatietoja väestön terveydestä ja hyvinvoinnista väestöryhmittäin iän, sukupuolen ja koulutuksen mukaan	Alueittain, väestöryhmittäin.

Taulukossa 3 kuvataan kuntien A ja B väestörakennetta. Väestön ikärakenteen tunteminen on tärkeää, sillä mitä vanhempi väestö, sitä enemmän on esimerkiksi kroonisia sairauksia (Thacker ym. 2006). Suomen väestön ikärakenne muuttuu lähitulevaisuudessa siten, että lasten ja nuorten määrä vähenee ja työikäinen väestö supistuu samalla kun ikääntyneiden määrä kasvaa. Muutoksen taustalla ovat eliniän piteneminen ja alhainen syntyvyys. Kehityksen myötä pienemmän työikäisen väestön on kannettava vastuuta työelämän ulkopuolella olevista ja sen toimeentulosta (Parjanne 2004, 13, 18).

TAULUKKO 3. Väestörakennetta kuvaavia lukuja (SOTKANet).

Indikaattori (vuosi 2013)	Koko maa	Kunta A 100 000 as.	Kunta B 20 000 as.
<i>0 - 6-vuotiaat, % väestöstä</i>	7,8	7,2	5,9
<i>7 - 15-vuotiaat, % väestöstä</i>	9,7	9	8,6
<i>16 - 24-vuotiaat, % väestöstä</i>	10,9	13,6	10,1
<i>25 - 64-vuotiaat, % väestöstä</i>	52,2	52,1	50,9
<i>65 - 74-vuotiaat, % väestöstä</i>	10,9	9,9	13
<i>75 vuotta täyttäneet, % väestöstä</i>	8,5	8,1	11,5
<i>Kuntien välinen nettomuutto / 1 000 as.</i>	3,3	9,6	-6
<i>Syntyneiden enemmyys</i>	6662	185	-109

Kuntien A ja B osalta huomataan, että kunnan B väestöstä huomattavasti suurempi osa on yli 65-vuotiaita kuin kunnassa A. Myös koko maahan verrattuna ikääntyneiden määrä on suuri. Ikärakenteen taustalla on se, että kunnassa B kuolee väestöä enemmän kuin syntyy. Lisäksi kunnassa on hieman muuttotappiota. Parjanteen (2004, 42) mukaan palvelujen saatavuus vaarantuu etenkin vanhusvoittoisilla muuttotappioalueilla, kun kuntien talouden heikentyessä tarvitaan kuitenkin paljon hoito- ja hoivapalveluja. Tilastojen mukaan kunnan A tilanne on myönteisempi ja ikärakenne vastaa suurin piirtein koko maan tilannetta. Lisäksi kuntaan muuttaa lisää asukkaita ja syntyneitä on enemmän kuin kuolleita.

Kuntalaisten koulutusta, toimeentuloa ja elinoloja kuvaavia tietoja on koottu taulukkoon 4. Matala sosioekonominen asema on yhteydessä lisääntyneeseen kuolleisuuteen riippumatta siitä, käytetäänkö mittarina koulutusta, ammattiryhmää tai tulotaso (Mackenbach ym. 2003). Sosioekonominen asema voi vaikuttaa yksilön terveyskäyttäytymiseen monin tavoin. Koulutus lisää mahdollisuuksia hankkia tietoa terveellisistä elämäntavoista ja tarjoaa mahdollisuu-

den kouluruokaan opiskeluaikana. Hyvätuloiset henkilöt voivat ostaa haluamiaan palveluita ja välineitä, mikä mahdollistaa esimerkiksi itselle mielekkään liikunnan harrastamisen. Työssäkäyvät voivat syödä työpaikkaruokalassa ja käyttää työterveyshuollon palveluja (Prättälä 2009).

TAULUKKO 4. Koulutusta, toimeentuloa ja elinoloja kuvaavia tietoja (SOTKANet).

Indikaattori (vuosi 2012)	Koko maa	Kunta A 100 000 as.	Kunta B 20 000 as.
<i>Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä</i>	10,8	8	10,2
<i>Koulutustasomittain</i>	345	373	301
<i>Kunnan yleinen pienituloisuusaste</i>	14,3	16,1	18,6
<i>Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 18 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä</i>	3	3,9	5,7
<i>Työttömät, % työvoimasta</i>	9,8	10,3	16,4
<i>Pitkäaikaistyöttömät, % työttömistä</i>	24,2	25	30,8
<i>Ahtaasti asuvat lapsiasuntokunnat, % kaikista lapsiasuntokunnista</i>	29,2	27,9	28,5
<i>Poliisin tietoon tulleet henkeen ja terveyteen kohdistuneet rikokset / 1000 asukasta</i>	7,5	8,8	11,6
<i>Poliisin tietoon tulleet omaisuusrikokset / 1000 asukasta</i>	43,8	47,2	44,4

Sekä kunnassa A että B koulutuksen ulkopuolelle jääneitä 17–24-vuotiaita on koko maan keskiarvoa vähemmän, mikä on kuntalaisten hyvinvoinnin kannalta myönteinen asia. Koulutaso mitattuna perusasteen jälkeisen koulutuksen keskimääräisellä pituudella on kunnassa A koko maan tasoa korkeampi kun taas kunnassa B väestön koulutustaso jää koko maan keskiarvosta. Toimeentulon osalta molempien vertailukuntien tilanne on koko maan keskiarvoa heikompi, sillä yleinen pienituloisuusaste on korkeampi ja esimerkiksi pitkäaikaisesti toimeentulotukea saaneita 18–24-vuotiaita on koko maan keskiarvoa enemmän. Kunnan B tilanne on hyvinvoinnin kannalta vielä haastavampi kuin kunnassa A, sillä myös työttömien määrä on suuri ja heistä pitkäaikaistyöttömiä on lähes joka kolmas.

Kuntien A ja B väestön kuolleisuudesta, terveydentilasta ja työkyvystä on tietoja taulukossa 5. Thackerin ym. (2006) mukaan kuolleisuutta on käytetty indikaattorina vuosisatojen ajan ja kuolinsyiden jaottelun mukaan on voitu vertailla eri tautien vaikutusta väestön kuolleisuuteen.

Nykyään mitataan usein ennenaikaisten kuolemien takia menetettyjä elinvuosia (PYLL, potential years of life lost). Menetettyjen elinvuosien laskemista varten asetetaan kuvitteellinen elinikä (esimerkiksi 75 vuotta). Mikäli henkilö menehtyy ennen asetettua rajaa, erotuksena jääneet vuodet kuvaavat menetettyjä elinvuosia (Thacker ym. 2006).

TAULUKKO 5. Terveystilaa kuvaavia lukuja (SOTKANet, Terveyspuntari).

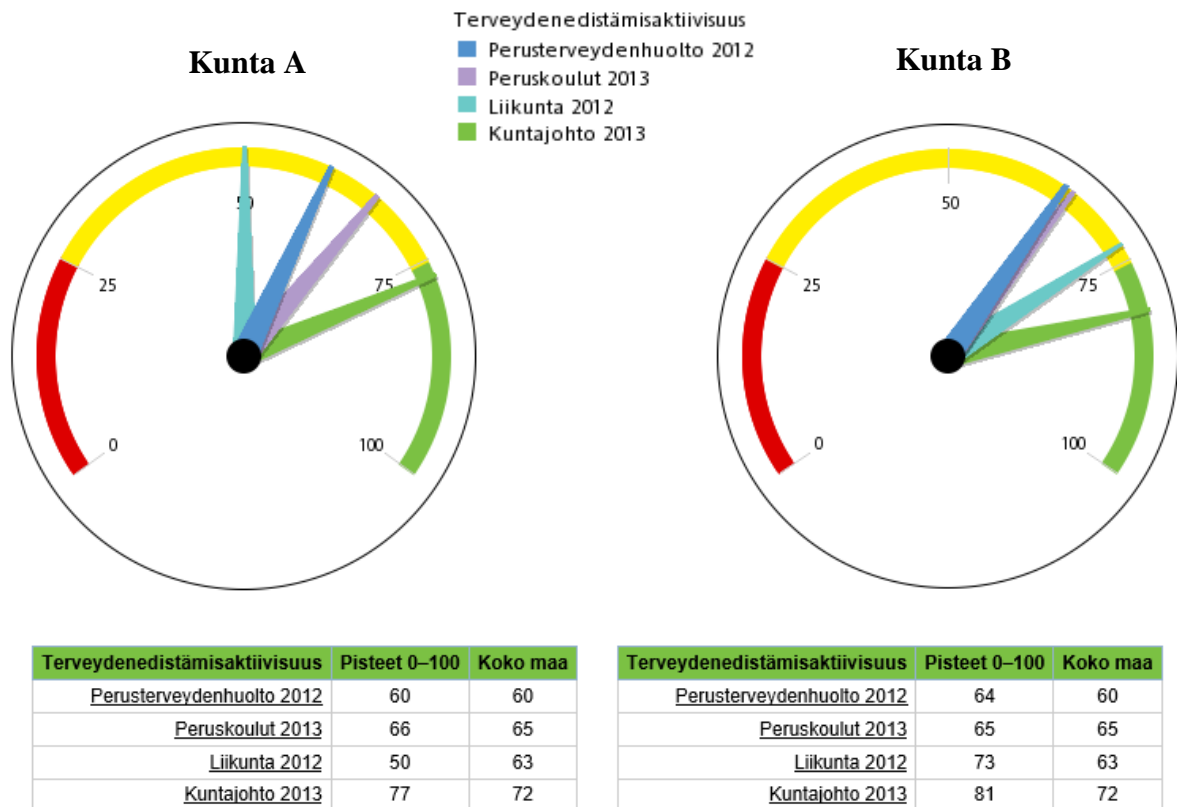
Indikaattori (vuosi 2012)	Koko maa	Kunta A 100 000 as.	Kunta B 20 000 as.
<i>Kuolleisuus / 100 000 asukasta</i>	955	955	1335
<i>Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0 - 80 vuotta / 100 000 asukasta</i>	6957	7141	10627
<i>Diabeteksen esiintyminen suhteessa koko maan väestön keskiarvoon</i>	100	101,3	121,3
<i>Verenpainetaudin esiintyminen suhteessa koko maan väestön keskiarvoon</i>	100	122,3	127,9
<i>Psykoosien esiintyminen suhteessa koko maan väestön keskiarvoon</i>	100	136,4	119,2
<i>Työkyvyttömyyseläkettä saavat, % 16 - 64-vuotiaista</i>	7,1	8,4	11,8

Kunnassa B kuolleisuus on selvästi koko maan keskiarvoa suurempi, mihin vaikuttanee esimerkiksi kunnan ikääntyvä väestö (vrt. taulukko 3). Myös ennenaikaisten kuolemien takia menetettyjä elinvuosia on kunnassa B huomattavasti koko maan keskiarvoa ja kuntaa A enemmän. Kansantaudeista diabetes on kunnassa B huomattavasti yleisempää kuin kunnassa A, mutta psykoosien osalta tilanne on päinvastainen. Työkyvyttömyyseläkettä saavien määrä on molemmissa kunnissa koko maan keskiarvoa suurempi.

Mittareiden käytössä on tärkeää pyrkiä kattavuuteen, jotta tulokset eivät ole harhaanjohtavia. Esimerkiksi itsemurhat eivät ole yleisimpien kuolinsyiden joukossa, mutta niiden takia menetetään paljon elinvuosia. Eri sairauksia kuvaavat luvut taas eivät kerro esimerkiksi ennaltaehkäisevän työn olemassaolosta (Thacker ym. 2006).

Kuntien terveydenedistämisasiivisuutta kuvaavassa TEAviisari-palvelussa on mahdollista seurata, miten laadukasta kuntien terveyttä edistävä toiminta on paitsi perusterveydenhuollon, myös kuntajohdon, liikunnan ja peruskoulujen osalta. Kuntien A ja B terveydenedistämisasiivisuus esitetään kuvassa 2. Jokaisen osa-alueen pisteet muodostuvat eri ulottuvuuksista,

jotka mittaavat esimerkiksi strategiatason sitoutumista terveyden edistämiseen, toiminnan vastuun määrittelyä ja toimeenpanoa sekä resurssien riittävyyttä (TEAvisari 2014). Kuvasta 2 on huomattavissa, että kuntien A ja B terveydenedistämistäktiivisyys on melko samalla tasolla lukuun ottamatta liikuntaa, jonka osalta kunnan B tilanne on huomattavasti parempi.



KUVA 2. Kuntien A ja B terveydenedistämistäktiivisyys eri osa-alueilla (TEAvisari 2014)

Etches ym. (2006) tuovat esiin myös kartat hyvinvointitiedon koostamisen välineenä (Etches ym. 2006). Esimerkkinä karttapohjan käyttämisestä hyvinvointitiedon koostamisessa on Rovaniemellä vuonna 2014 toteutettu asukaskysely, jossa asukkaat saivat merkitä paikkakunnan karttaan hyvinvointinsa kannalta myönteisiä ja kielteisiä paikkoja. Kyselyn avulla saatiin kuntalaisten kokemuksia asuin- ja viheralueiden viihtyvyydestä sekä kulttuuri- ja liikuntapaikkojen käytöstä. Lisäksi selvitettiin, millaisia reittejä ja kulkuvälineitä asukkaat käyttävät. Myös koetusta turvallisuudesta kysyttiin (Miten koet asuinympäristösi 2014). Rikollisuuden on todettu olevan yhteydessä koettuun hyvinvointiin siten, että erityisesti asukkaiden kokema ri-

kosten uhka on haitta terveydelle ja hyvinvoinnille (Chandola 2001; Pearson & Breetzke 2013).

Myös osallisuuden ja sosiaalisten suhteiden merkityksen terveyteen on havaittu olevan suuri, mutta näiden tekijöiden mittaaminen on haastavaa (Thacker ym. 2006). TEAviisarissa kuntalaisten osallisuus on yksi terveydenedistämisasiaktiivisuuden ulottuvuus, joka kuvaa esimerkiksi kuntalaisten mahdollisuutta osallistua toiminnan kehittämiseen ja arviointiin (TEAviisari 2014).

4.3 Tiedon käyttö päätöksenteossa

Nykytilanteen realistinen arvio on strategisen ajattelun perusta (Kuntaliitto 2013). Suunnittelun ja päätöksenteon pohjaksi kunnassa tarvitaan tietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydentilasta. Perttilä ja Uusitalo (2007) vertaavat hyvinvointitiedon tarvetta talousseurannassa käytettävän tiedon tarpeeseen, jolloin tiedon tulisi ohjata päätöksenteossa ja auttaa seurannassa. Päätäjät tekevät hyvinvointitiedon pohjalta poliittisia linjauksia, ohjaavat resursseja sekä suunnittelevat ja arvioivat toimintoja. Hyvinvointitieto auttaa myös suunnittelemaan asiakkaiden tarpeita vastaavia palveluja (Luck ym. 2006).

Tietoa tarvitaan päätöksentekoa edeltävässä vaiheessa, varsinaisessa päätöksenteossa sekä päätöksien toimeenpanossa. Eri tietolähteistä saatavan tiedon avulla valtuutetut voivat arvioida kunnassa kehittämisen tarpeessa olevia asioita ja nostaa niitä asialistalle (Askim 2007). Päätöksenteon valmisteluvaiheessa on tärkeää saada arvioivaa tietoa siitä, millaisia vaikutuksia vaihtoehtoisilla päätöksillä on. Päätösten toimeenpanoa pitää seurata sekä arvioida saatavilla olevan tiedon avulla, tuottavatko valitut keinot toivottuja muutoksia (Junnila 2012).

Terveyden edistämisen näkökulmasta olisi tärkeää arvioida mahdollisten päätösten vaikutuksia ennakkoon, eli toteuttaa ennakkoarviointia. Ennakkoarviointi on lakisäätteistä ympäristövaikutusten (YVA) osalta hankkeissa, joista saattaa aiheutua merkittäviä haitallisia ympäristövaikutuksia. Tällaisia hankkeita ovat esimerkiksi moottoritiet ja isot teollisuuslaitokset. Ympäristövaikutuksilla tarkoitetaan esimerkiksi välittömiä tai välillisiä vaikutuksia ihmisten elinoloihin ja terveyteen, rakennettuun ympäristöön tai luonnon monimuotoisuuteen (Tuomisto 2007).

Ennakoarvioinnin lakisääteisyys koskee kuitenkin vain ympäristövaikutuksia, eikä siis ulotu kaikkeen päätöksentekoon. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) on työkalu terveysnäkökohtien huomioimiseen eri sektoreiden kaikessa päätöksenteossa. Terveiden edistämisen kannalta tärkeää olisi erityisesti arvioida, miten vaikutukset kohdistuvat eri väestöryhmiin. Tällöin kunnallisella päätöksenteolla voitaisiin vaikuttaa myös terveyseroihin. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi päätöksenteossa ei kuitenkaan ole lakisääteistä, ja käytännössä ennakoarvioinnin käyttö päätösten valmistelussa paikallisella tasolla on satunnaista (Kauppinen ym. 2009).

Tutkimustietoa päätöksenteossa tapahtuvasta tiedonkäytöstä ja sitä edistävästä tekijöistä on jonkin verran. Jussila (2012) on tutkinut, miten kansanedustajat hyödyntävät sosiaalipoliittista tutkimustietoa eduskuntatyössä. Tulosten mukaan tiedonkäyttöä edistäviä tekijöitä ovat tutkimuksen ajankohtaisuus ja merkittävyys, selkeät toimenpide-ehdotukset ja tiivistelmä. Kansanedustaja käyttää tietoa todennäköisemmin, jos tutkimus tukee hänen ajamaansa politiikkaa ja on kirjoitettu hänen äidinkielellään. Lisäksi tiedonkäytön kannalta on eduksi, jos kansanedustaja on saanut tietoa tutkimuksesta tiedotteista, seminaareista tai mediasta (Jussila 2012, 41).

Kunnan luottamushenkilöt käyttävät Askimin (2007) mukaan tietoa eri tavoin ja eri tilanteissa. Luottamushenkilö voi käyttää tietoa strategisesti retorisenä keinona silloin, kun tieto tukee hänen poliittista kantaansa. Toisaalta tiedon voi sivuuttaa, jos se on ristiriidassa henkilön poliittisen kannan kanssa (Askim 2007). Myös Stenvall ja Syväjärvi (2006, 26) ovat havainneet paikallisten päättäjien haluavan käyttää tietoja silloin, kun he kokevat sen poliittisesti tarkoituksenmukaiseksi. Luottamushenkilö voi myös käyttää tietoa naamioidusti: tieto voi herättää hänessä jonkin poliittisen idean, jonka hän esittää omana ajatuksenaan. Toisaalta, kun jotkut valtuutetut käyttävät tietoa päämäärätietoisesti, jotkut voivat hyödyntää tietoa tiedostamattaan (Askim 2007).

Kunnan luottamushenkilöiden päätöksenteossa käyttämän tiedon alkuperää on selvitetty Niirasen ym. (2013) tutkimuksessa. Tulosten mukaan luottamushenkilöt jakautuvat kolmeen ryhmään. Pieni osa luottamushenkilöistä käytti pääasiassa vain esittelijältä tulevaa tietoa ja osa hankki jonkin verran tietoa esimerkiksi keskustelujen avulla esittelijältä saatavan tiedon lisäksi. Osa luottamushenkilöistä käytti laajaa vertailevaa tietoa päätöksiä tehdessään ja vaikutuksia pohtiessaan. Samassa tutkimuksessa selvitettiin myös, millaista tietoa päätöksissä hyödynnetään eniten. Tulosten mukaan luottamushenkilöiden päätökset perustuvat ennen kaikkea

kunnan taloutta koskevaan tietoon, toimielinten esittelyteksteihin sekä tietoon päätösten vaikutuksista kuntalaisille. Myös asukaslähtöisyyteen liittyvä tieto on tärkeä päätöstenteon tietoperusta (Niiranen ym. 2013, 40, 57).

Tutkimustieto siitä, miten paljon poliitikot hyödyntävät tietoa päätöksenteossa, ei ole yksimielistä. Furubo (2004) toteaa poliittisten päätösten perustuvan enemmän arvoihin kuin arviointitietoon. Adams (2004) on havainnut virkamiehien käyttävän tietoa sattumanvaraisesti ja pinnallisesti, eivätkä he ehdi paneutua kunnolla saatavilla oleviin selvityksiin. Myös Niirasan ym. (2013, 61) tutkimuksessa luottamushenkilöt toivoivat ehtivänsä valmistautua syvällisemmin ja voivansa käyttää enemmän tutkimustietoa päätöksenteossa. Askim (2007) puolestaan on havainnut norjalaisten kunnanvaltuutettujen hyödyntävän heille tarjottua tietoa etenkin silloin, kun kyse on monimutkaisilta tuntuvista asioista. Tutkimuksen mukaan tietoa hyödynnettiin eniten vanhustenhoidosta, hallinnollisia asioista ja koulutuksesta vastaavilla toimintasektoreilla (Askim 2007).

Österlundin (2009) sosiaalijohtajien tiedonkäyttöä selvittäneen tutkimuksen mukaan kuntien sosiaalijohtajien työssä painottuu talouteen liittyvä tieto, jolloin hyödynnetään tilasto- ja vertailutietoja. Hyvinvointitiedon käyttö oli vähäistä. Tutkija arveli tämän johtuvan siitä, että asiat tehdään niin kuin ennenkin eikä uusille perusteille ole tarvetta, koska päättäjätäkään eivät niitä kaivanneet (Österlund 2009, 51).

4. TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa yhden kunnan viranhaltijoiden ja kunnanvaltuutettujen näkemyksiä hyvinvointikertomuksesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten hyvin kunnan hyvinvointikertomus tunnetaan, miten hyvinvointikertomus näkyy eri toimialoilla ja luottamushenkilöiden työssä, sekä miten hyvinvointikertomuksen käyttöä hyvinvointijohtamisen työkaluna voitaisiin edelleen kehittää.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten hyvin kunnan viranhaltijat ja valtuutetut tuntevat hyvinvointikertomuksen?
2. Miten hyvinvointikertomus näkyy viranhaltijoiden ja valtuutettujen työssä? Millaiseksi työkaluksi hyvinvointikertomus koetaan?
3. Miten hyvinvointikertomuksen käyttöä voitaisiin kehittää?

5. TUTKIMUSAINEISTO JA –MENETELMÄT

5.1 Tutkimusaineisto

Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastatteluin. Haastattelukysymykset on esitetty liitteessä 1. Haastattelun teemoja olivat hyvinvointikertomuksen tunnettuus, näkyvyys ja hyödyntäminen toimialoilla ja päätöksenteossa sekä hyvinvointikertomuksen käytön kehittäminen.

Tutkimusta varten haastateltiin yhdeksän vapaaehtoista henkilöä, joista neljä oli viranhaltijoita ja viisi kunnanvaltuutettuja. Kaikki haastateltavat olivat samasta, noin 20 000 asukkaan kunnasta. Haastatellut viranhaltijat olivat eri toimialoilta, joita ei aineiston pienen koon ja haastateltavien anonymiteetin vuoksi kuvata tässä tarkemmin. Luottamushenkilöiden valinnassa huomioitiin haastateltavien poliittinen tausta suhteessa valtuuston edustukseen siten, että suurimmasta puolueesta oli kaksi haastateltavaa, muista yksi. Valtuutetuista kaksi oli ensimmäisen kauden (uusia) valtuutettuja ja kolme henkilöä kaksi kautta tai enemmän valtuutettuina toimineita (vanhoja). Haastatelluista kuului kaupunginhallitukseen kaksi henkilöä, joista toinen oli uusi ja toinen vanha valtuutettu.

Tutkimusluvut informaatiokirjeineen lähetettiin toukokuussa 2013 kuudelle viranhaltijalle ja kuudelle valtuutetulle, joista neljä viranhaltijaa ja kaksi valtuutettua palautti tutkimusluvan pyydettyyn aikaan mennessä. Koska valtuutettujen määrä oli vähäinen, lähetettiin tutkimuslupa informaatiokirjeineen vielä viidelle valtuutetulle. Heistä kolme palautti tutkimusluvan pyydettyyn aikaan mennessä, jolloin haastateltavia oli viranhaltijat huomioiden yhteensä yhdeksän. Teemahaastattelut toteutettiin kesäkuussa 2013.

5.2 Aineiston analyysi

Aineistonkeruun jälkeen teemahaastatteluaineisto litteroitiin. Aineistoa kertyi 43 sivua, kun fonttina oli Arial ja fonttikokona 12. Riviväli oli 1. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, joka on Tuomen ja Sarajärven (2009, 91) mukaan laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Huolellisen aineiston sisältöön perehtymisen jälkeen aineistosta etsittiin tutkimuskysymysten kannalta olennaisia ilmauksia, jotka pelkistettiin kuvaamaan alkuperäistä ilmausta. Analyysiyksikkönä oli lause tai lauseen osa. Tämän jälkeen samaa tarkoittavat käsitteet yhdistettiin samaan alaluokkaan ja annettiin luokalle sen sisältöä kuvaava nimi. Alaluokkia edelleen yhdistämällä muodostettiin pääluokat (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Analyysin

etenemistä pelkistetyistä ilmauksista ala- ja pääluokkien muodostamiseen havainnollistetaan taulukossa 6.

TAULUKKO 6. Esimerkki analyysin etenemisestä pääluokan muodostukseen

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Pääluokka
”ettei vaan että esimiehet tietää”	Tiedottaminen henkilöstölle	Huolellisempi jalkauttaminen ja tiedottaminen	HYVINVOINTI-KERTOMUKSEN KÄYTÖN KEHITTÄMINEN
”kun on tällainen isompi raportti niin tuota ottaa sieltä tiettyjä teemoja ja jollakin tavalla levittää työyhteisöissä sitten ihmisille”	Linkittäminen työyhteisöjen toimintaan		
”sieltä arjen ja niitten käytännön toimenpiteitten kautta et jokainen vastuualue tavallaan hoksais sen oman potentiaalinsa ja sen oman niinku vaikuttavuuden tässä kokonaisuudessa”	Jokaisen toimialan vaikuttavuuden tiedostaminen ja toimenpiteet	Konkreettiset toimenpiteet	
”täytyy olla semmoset konkreettiset toimenpiteet sen saatujen tulosten pohjalta, joilla parannetaan, joita sitten pystytään seuraamaan”	Konkreettiset toimenpiteet perustuen tietoon		
”nääh tällaiset kertomukset on helposti sitä että siinä kuvailaan tavallaan olemassa olevaa tilannetta ja sitten semmonen analysointi että onks tässä nyt tehty hyvin vai huonosti niin sitä analyysiä ehkä ei oo riittävästi ”	Toiminnan arviointi puutteellista	Toiminnan vaikuttavuuden arviointi	
”silloin kun lähetään tämä lopettamaan ja uutta alottamaan niin pystyis silloin sanomaan että näihin on niinku painotettu ja sanos että nyt on menny käyristössä tähän suuntaan, että siitä tulis jotakii konkreetti-aa”	Tulosten muuttaminen konkreettisiksi		
”valitettavasti ni tota jauhetaan jotain vanhoja asioita kuin että mentäis eteenpäin”	Takerrutaan vanhoihin asioihin	Asennemuutos	
”strategiat on nähty vähän semmosena hyllyyn jäävänä pölyttyvänä tavarana”	Strategiat nähty hyllyyn jäävänä tavarana		

6. TULOKSET

Tulososassa kuvataan hyvinvointikertomuksen tunnettuutta, näkyvyyttä ja käyttöä työkaluna toimialojen ja valtuutettujen työssä sekä hyvinvointikertomuksen käytön kehittämiseksi esitetyjä toimenpiteitä. Lisäksi tämän tutkimuksen tuloksia peilataan havaintoihin, joita on noussut esiin muissa aiheeseen liittyvissä tutkimuksissa.

Tutkimusaineistosta poimituista alkuperäisilmauksista tehtyjä pelkistyskappaleita kertyi 153 kappaletta. Pelkistyskappaleista muodostui 14 alaluokkaa, jotka yhdistettiin edelleen kolmeen pääluokkaan. Pääluokat olivat 1) tieto väestön hyvinvoinnista 2) työkalu päätöksentekoon ja toimialojen palvelujen suunnitteluun ja 3) hyvinvointikertomuksen käytön kehittäminen. Tutkimuskysymyksiin peilattuna jokainen pääluokka vastaa yhteen tutkimuskysymykseen. Tuloksia on havainnollistettu haastateltavien puheesta poimituilla suorilla lainauksilla (V = viranhaltija, L = luottamushenkilö).

6.1 Hyvinvointikertomus kertoo väestön hyvinvoinnista

Hyvinvointikertomuksen sisältöineen nähtiin tarjoavan tietoa väestön hyvinvoinnista, sillä se kertoo väestön hyvinvoinnin vahvuudet ja ongelmakohdat ja esittää toimenpiteitä tilanteen kehittämiseksi. Toisaalta esiin nousi väestön vastuu oman hyvinvointinsa edistäjänä.

Hyvinvointikertomus ja sen sisältö pääpiirteittäin tunnettiin sekä viranhaltijoiden että kunnanvaltuutettujen keskuudessa hyvin. Kaikki neljä haastateltua viranhaltijaa sekä neljä viidestä valtuutetusta olivat tietoisia hyvinvointikertomuksesta. Yksi valtuutettu kertoi, ettei ole kuullut hyvinvointikertomuksesta eikä tiedä siitä mitään.

Haastateltavat kokivat hyvinvointikertomuksen ennen kaikkea väestön hyvinvoinnin kuvaajana, joka kertoo kuntalaisten hyvinvoinnin vahvuuksista ja toisaalta myös väestön terveysongelmista. Hyvinvointikertomukseen on haastateltavien mukaan koottu tiivistetysti kuntalaisten sairaudet ja terveyden kannalta haitalliset elintavat.

”tähän nyt on varmastikin kiteytetty se tietous mikä meillä on ehkä hajanaisemmin, on tunnistettu nämä meidän ongelmat” (V2)

”tietysti siellä on ne myönteisetkin asiat tuotu esille” (V2)

”tää kuvaa meidän kuntalaisten selviämistä” (L1)

”no minusta se kertomuksen pääluonne on se että siinä kuvataan mahdollisimman monipuolisesti tätä kaupunkilaisten hyvinvointia” (L2)

Yksi haastatelluista valtuutetuista kuvasi hyvinvointikertomuksen sisältöä nimeten myös indikaattoreita.

”muistaakseni 2007 kuulin ensimmäisen kerran tästä pyll-indeksistä” (L1)

Zechner (2014) korostaa, että vaikka hyvinvointikertomuksen lähtökohta on positiivinen, kertomuksissa keskitytään usein hyvinvointivajeiden kuvaamiseen. Monet indikaattorit kuvaavat oikeastaan hyvinvoinnin vajetta. Hyvinvointikertomus siis tavoittelee pitkälti hyvinvoinnin ja huono-osaisuuden havaitsemista, jolloin näihin asioihin voidaan puuttua (Zechner 2014).

Tässä tutkimuksessa haastateltavat huomioivat hyvinvointikertomuksen nostavan esiin myös kuntalaisten hyvinvoinnin vahvuuksia, jotka liittyivät lähinnä siihen, miltä osin esimerkiksi sairastavuus on valtakunnan tasoon nähden alhaista. Toisaalta hyvinvointikertomuksen tiedostettiin sisältävän toimenpiteitä, joilla hyvinvoinnin vajauksiin voidaan puuttua.

”pohdittu toimenpiteitä millä näitä voitais niinku paikata ja edistää myönteisempään suuntaan tätä väestön terveyden kehittymistä, ja hyvinvoinnin kehittymistä ”(V4)

”sitten jäntevämmin yritetty myöskin sitä vastuutusta ja jatkotoimenpiteitä näille asioille että ne mittarit sitten kehittyisi myönteisempään suuntaan” (V2)

Väestön hyvinvoinnista saatavan tiedon ja tehtävien toimenpiteiden lisäksi haastateltavien näkemyksissä korostui kuntalaisen vastuu oman hyvinvointinsa edistäjänä. Tähän liittyi ajatus siitä, ettei yhteiskunta voi määrätä ihmisiä voimaan hyvin, vaan myös yksilön tulisi olla aloitteellinen ja pitää huolta itsestään ja lähipiiristään. Toisaalta huomioitiin kaupungin rooli olla mahdollistamassa yksilöiden aktiivisuutta.

”ei yhteiskunta voi kaikkia asioita määrätä ihmisen elämässä vaan kyllä siinä pitää niinku omakin vastuu olla” (L3)

”kaupungilla pitäis olla valmius edistää sitä ihmisten omatoimisuutta” (L2)

Myös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmassa kansalaisten oma rooli terveytensä edistämisessä nähdään keskeisenä, sillä ihmiset voivat edistää terveyttään esimerkiksi harrastamalla liikuntaa, syömällä terveellisesti ja lopettamalla tupakoinnin. Palveluiden toimivuus on kuitenkin tärkeää, koska ihmiset tarvitsevat tietoa ja tukea päätöksensä perusteiksi (Valtioneuvoston periaatepäätös 2001).

6.2. Työkalu päätöksentekoon ja toimialojen palvelujen suunnitteluun

Hyvinvointikertomuksen koettiin ohjaavan asiakaslähtöisyyteen, ennaltaehkäisevään työhön ja henkilöstön hyvinvoinnin huomioimiseen. Hyvinvointikertomus auttaa haastateltavien mukaan resursoinnin ohjauksessa, tuo lisää ymmärrystä päätöksentekoon sekä tuo esiin monialaista näkökulmaa. Lautakunnilla on tärkeä rooli hyvinvointikertomuksen käytäntöön viemisessä.

Haastateltavat näkivät hyvinvointikertomuksen nostavan asiakkaan tarpeet palvelujen suunnittelun lähtökohdaksi, mikä ohjaa asiakaslähtöiseen toimintatapaan.

”tässä suunnataan asiaa silleen et lähdetään asiakaslähtöisesti pohtimaan palvelujen tuottamista” (L2)

Hyvinvointikertomus koettiin resursoinnin ohjaajana, joka auttaa suuntaamaan käytössä olevat voimavarat oikein. Lisäresursseja hyvinvointikertomuksessa esitettyihin toimenpiteisiin ja painopistealueisiin ei kuitenkaan ollut saatu.

”resurssit on rajalliset, niin osataan suunnata oikein” (L1)

Kunnan hyvinvointijohtamisessa haasteeksi on nähty se, ettei talousarviovuoteen keskittyvä päätöksenteko ja päätösten vaikutukset pitkällä aikavälillä kohtaa (Niiranen ym. 2013, 60). Myös Tarkiaisen (2014) tutkimuksessa resurssien niukkuus nähtiin viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden näkökulmasta onnistuneen hyvinvointijohtamisen uhkana.

Tässä tutkimuksessa ennaltaehkäisevää työtä haluttiin painottaa, mutta haasteeksi koettiin resurssien riittävyys ja toisaalta epäselvyys ennaltaehkäisevän työn vaikutuksista.

”tätä ennaltaehkäisevää puolta on haluttu pitää yllä” (V2)

”sitä on vaikea analysoida ja selvittää että mikä se ennaltaehkäisevän toiminnan vaikutus on” (L2)

Hyvinvointikertomus ohjaa haastateltavien mukaan ennaltaehkäisevään työhön sekä huomiomaan henkilöstön hyvinvoinnin. Viranhaltijat toivat esiin konkreettisia toimenpiteitä, joita on toteutettu työhyvinvoinnin edistämiseksi.

” tokihan sitten on tämä sisäilma-asia joka on myöskin terveyteen liittyvä asia niin se-hän on tapetilla ja meillä on tähän kaupunkiin oikein perustettu oikein tällainen sisäilmatyöryhmä” (V3)

”työtahti on aika kiivas ettei jaksa ni sit on mahollista ollu olla ja meillä on tälläki hetkellä sellasia henkilöitä jotka tekee osa-aikaisesti” (V1)

Mahdollisuuksien luominen työhön osallistumiseen ja työurien pidentäminen ovat myös hallitusohjelman keskeisiä tavoitteita (Valtioneuvosto 2011). Henkilöstön hyvinvointi on kunnan toiminnan kannalta tärkeää, koska työssään hyvinvoivat yksilöt haluavat ponnistella organisaation hyväksi ja ovat voimakkaasti sitoutuneita ammattiinsa (Strandman 2009, 188). Perttilän ym. (2009) mukaan kunnan tehtävänä on tukea työntekijöiden ammattitaidon kehittymistä ja luoda edellytykset työntekijöiden terveyttä edistävälle työlle.

Haastateltavat kokivat hyvinvointikertomuksen liittyvän kaikkeen päätöksentekoon ja tuovan lisää ymmärrystä suunnittelun ja päätöksenteon taustalle. Hyvinvointikertomusta on haastateltavien mukaan hyödynnetty päätöksenteossa esimerkiksi kannanotoissa ja päätösten perusteluna, eli päämäärätietoisesti tukemaan poliittista kantaa (vrt. Askim 2007; Jussila 2012, 41).

”hyvinvointikertomusta on minusta käytetty tällasena, perusteluna joillekin päätöksille” (L2)

Valtuutetut näkivät lautakuntien olevan avainasemassa hyvinvointikertomuksen käytäntöön viemisessä, sillä valtuuston kokouksissa asioiden käsittelyyn ei enää käytetä paljoa aikaa.

”lautakunnat mun mielestä on avainasemassa sitten kun ne miettii kuitenkin sitä käytännönläheisyyttä vielä tarkemmin” (L5)

”et se on tuolla valtuustossa kun siellä ne asiat on kumminkii vähän niinku tälleen pam, ne on siellä lautakunnissa tehty” (L4)

Myös Niirasen ym. (2013) tutkimuksen mukaan lautakuntatasolla korostuu luottamushenkilöiden yhteistyö toiminnallisen johdon kanssa, jolloin asioita valmistellaan ja käydään vuoropuhelua. Valtuustotasolla luottamushenkilöt eivät kykene perehtymään asioihin kovin syvästi (Niiranen ym. 2013).

Haastateltavat totesivat hyvinvointikertomuksen ylittävän hallintokuntarajat ja sen huomiointista eri hallinnonaloilla pidettiin tärkeänä. Kunnan tuottamilla palveluilla nähtiin olevan selkeä rooli kuntalaisten terveyden edistämisessä. Toisaalta kunnan tehtäväksi nähtiin myös mahdollistaa kuntalaisten omaehtoinen terveydestä huolehtiminen. Toimiva yhdyskuntarakenne ja palvelujen sijoittuminen asuinalueisiin nähden tuli esille.

”ei tästä voi irrottaa mitään hallinnonala” (L1)

”uimahalli on mielestäni erittäin tärkeä hyvinvointipalvelu, samoin kuin nämä liikuntapaikat kaikki” (L2)

”palvelujen saatavuus ja niiden sijoittuminen sitten näihin, sanotaan nyt semmoseen asuntoalueisiin ja muihin nähen että miten lähellä ne palvelut sijaitsee tietysti niitä alueita missä pääosa kuntalaisista asuu” (V1)

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nähtiin viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden toimesta laaja-alaisena, kaikkia hallinnonaloja koskettavana tehtävänä (vrt. World Health Organization 2011), johon hyvinvointikertomus ohjaa. Terveyden edistämisen laatusuosituksessa (2006) esitetyt terveyden edistämisen toimintalinjat olivat esillä esimerkiksi elinympäristöjen, yhteistyön ja palvelujen osalta. Kunnan tulee mahdollistaa hyvinvointia ja terveyttä tukevat ratkaisut sekä tarjota mahdollisuuksia sosiaalisten suhteiden luomiseen, liikuntaan ja terveelliseen ravintoon (vrt. Kaste 2012a).

6.3 Hyvinvointikertomuksen käytön kehittäminen

Hyvinvointikertomuksen käyttöön ja hyödyntämiseen liittyvistä haasteista muodostui oma pääluokka. Keskeisiksi kehittämistarpeiksi nähtiin hyvinvointikertomuksen huolellisempi jalkauttaminen henkilöstön ja kuntalaisten pariin, riittävän konkreettiset toimenpiteet, parempi toiminnan vaikuttavuuden arviointi sekä asennemuutos strategioita kohtaan.

Hyvinvointikertomuksen huolellisempi jalkauttaminen ja tiedottaminen tuli esiin sekä henkilöstön että kuntalaisen näkökulmasta. Tarpeelliseksi nähtiin henkilöstön tietämys ja ymmärrys hyvinvointikertomuksesta ja sen näkymisestä työssä. Jalkauttamiseen liittyen painotettiin henkilöstön osalta tiedottamista, joka kulkee kaikkiin hallinnonaloihin.

”vahvemmin tää ois pitäny jalkauttaa” (V4)

”on tällainen isompi raportti niin tuota ottaa sieltä tiettyjä teemoja ja jollakin tavalla levittää se työyhteisöissä sitten ihmisille niin siellähän voi ottaa viikoittain tai onko kuukausittain tai näin niin jotkut painopistealueet joita painotetaan ja halutaan” (V3)

”ettei vaan että esimiehet tietää” (L1)

”ehkä niinku vahvemminkin tuoda henkilöstölle sitä näkövinkkeliä et mistä pitää tarkastella näitä asioita” (V4)

Hyvinvointikertomuksen jalkauttaminen henkilöstön pariin on tärkeää, koska strategian toteutus tapahtuu käytännön toiminnassa (Asikainen 2013). Kunnan eri toimialojen henkilöstön tulee olla selvillä terveyden edistämisen tavoitteista (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 23). Perttilä (1999, 108–109) korostaa viranhaltijoiden roolia terveyden edistämisen operatiivisessa johtamisessa ja strategioiden toimeenpanossa.

Toisaalta myös kuntalaisen olisi tärkeää tietää, miten hyvinvointikertomus näkyy asukkaiden arjessa.

”varsinkin kuntalaiset kokee sen että kun tehdään ja käytetään voimavaroja ja aikaa niin sit kyseenalaistetaan että mitäs myö hyödytään siitä ja mitä se tarkoittaa niinku meidän kohalla” (L5)

Tiedottaminen kuntalaisten suuntaan on tärkeää, koska asiakkaina he voivat hyvinvointitiedon avulla arvioida julkisten varojen käyttöä ja palvelujen oikeaa kohdentumista (Toikko & Zechner 2014). Osallisuus on osa demokratiaa ja sen yksi muoto on tieto-osallisuus, joka tarkoittaa kuntalaisten oikeutta tiedon saamiseen ja tuottamiseen. Tieto-osallisuutta voidaan toteuttaa helposti esimerkiksi tiedottamisen, kuntalaisten kuulemisen ja kyselyihin vastaamisen avulla (Valtioneuvoston selonteko 2002).

Haastateltavat kaipasivat hyvinvointikertomuksen käytön kehittämiseksi myös konkreettisia toimenpiteitä, joiden toteutumista seurataan. Toimenpiteiden suunnitteluun ja toteutukseen haluttiin mukaan kaikkia hallinnonaloja, joiden toivottiin huomaavan omat mahdollisuutensa kuntalaisten terveyden edistämisessä.

”työtä tän hyvinvointikertomuksen etteen on tehty monta vuotta, mut sitten niitä toimenpiteitä ei kuitenkaan niinku sillä lailla seurata mitenkään” (V4)

”sieltä arjen ja niitten käytännön toimenpiteitten kautta et jokainen vastuualue tavallaan hoksais sen oman potentiaalinsa ja sen oman niinku vaikuttavuuden tässä kokonaisuudessa” (V2)

Myös aiemmissa tutkimuksissa on noussut esiin strategioiden ja ohjelmien toimeenpanon vaikeus kunnan toiminnassa. Esteeksi on todettu esimerkiksi tavoitteiden saavuttamista tukevien konkreettisten keinojen puute (Linnanmäki ym. 2008, Lindfors ym. 2010) ja se, etteivät kuntien hyvinvointiin liittyvät tavoitteet ole muuttuneet toimenpiteiksi tai vaikuttaneet taloussuunnitteluun (Uusitalo ym. 2003, Perttilä & Uusitalo 2007). Kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden operationalisoinnissa, resursoinnissa ja toteutuksen seurannassa on vielä kehittämistä (Uusitalo ym. 2007).

Poikkihallinnollisuuden toteutuminen on havaittu haasteeksi esimerkiksi Tarkiainen (2014) tutkimuksessa. Jokaisella hallinnonalalla on oma historiansa ja kulttuuriset käytännöt, jotka eivät muutu hetkessä (Tarkiainen 2014). Tässä tutkimuksessa poikkihallinnolliseen yhteistyöhön suhtauduttiin kuitenkin myönteisesti ja monialaista näkökulmaa toivottiin kehitettävän. Esiin tuli myös terveydenhuollon asiantuntijuus, jota voitaisiin jakaa eri toimialoilla (vrt. Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 26).

”vois olla sellaisia infojuttuja sitten ihan terveydenhuollon ammattilaisten toimesta tänne eri hallintokuntiinkin” (V1)

”ne ei ois niinku yksittäisiä ratkaisuja mitkä niinku tehdään vain yhestä näkövinkkelistä vaan et siinä huomioitais niinku monialaisesti ne päätökset” (V4)

Yksi haastateltavista nosti esiin myös kunnan johtoryhmän roolin ja kaipasi lisää aktiivisuutta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamiseen.

”tässähän pitäisi kaupungin johtoryhmän olla myöskin semmonen vetovastuullinen ohjausryhmä mut ehkä siellä se on jäänyt vielä vähemmälle huomiolle” (V2)

Myös Tarkiaisen (2014) tutkimuksessa hyvinvointikertomus todettiin hyväksi työkaluksi, jonka käyttö on kuitenkin vielä puutteellista. Tämän taustalla nähtiin olevan se, ettei hyvinvointijohtaminen ollut vielä riittävästi mukana strategisessa työssä (Tarkiainen 2014). Suositellussa hyvinvointijohtamisen mallissa (kuva 2) kunnan johtoryhmä toimii hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmänä, jonka vastuulla on hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strateginen suunnittelu ja kehittäminen sekä toimeenpano. Johtoryhmä vastaa myös hyvinvointikertomuksen tekemisestä ja hyödyntämisestä (Johtaminen tukee hyvinvoivaa 2010). Tukian ym. (2011) terveyden edistämistä kunnissa selvittäneen tutkimuksen mukaan lähes joka kolmanneksessa vastanneista kunnista kunnan johtoryhmä toimi myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmänä.

Konkreettisten toimenpiteiden jatkoksi toivottiin huolellisempaa toiminnan vaikuttavuuden arviointia. Tällöin osattaisiin paremmin arvioida tehdystä työstä saatua hyötyä. Arviointitiedon puute yhdistettiin hyvinvointikertomukseen ja sen kaltaisiin raportteihin. Toiminnan vaikuttavuuden arvioinnin ollessa puutteellista koettiin, että tehdään paljon asioita, joiden todellista merkitystä ei tunneta.

”näähän tällaiset kertomukset on helposti sitä että siinä kuvaillaan tavallaan olemassa olevaa tilannetta ja sitten semmonen analysointi että onks tässä nyt tehty hyvin vai huonosti niin sitä analyysiä ehkä ei oo riittävästi” (L2)

”silloin kun lähetään tämä lopettamaan ja uutta aloittamaan niin pystyis silloin sanomaan että näihin on niinku painotettu ja sanos että nyt on mennä käyristöissä tähän suuntaan, että siitä tulis jotakii konkretiaa” (V3)

Kuntaliiton (2006) mukaan arviointi on kunnan palvelujen ja toiminnan kehittämisväline. Arvioinnilla osoitetaan, onko jokin asia hyvin vai huonosti, hyödyllinen vai hyödytön, arvokas vai arvoton (Kuntaliitto 2006). Myös Lindforsin ym. (2010) tutkimuksessa nousi esiin tiedonpuute vaikuttavista toimintakäytännöistä, minkä myötä kuntajohdon oli hankala nimetä konkreettisia keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Junnilan (2012) mukaan päätösten vaikuttavuuden arviointi on haasteellista, koska esimerkiksi väliin tulevia muuttujia on sitä enemmän, mitä pidempi aika toimeenpanosta on kulunut.

Tarkemman arviointitiedon lisäksi erityisesti yksi haastateltava toivoi hyvinvointikertomuksen koostavan vielä laajemmin tietoa hyvinvoinnin mittareista eri hallinnonaloilta sekä huomioivan myös kuntalaisten kokemukset ja työntekijöiden asiantuntijuuden hyvinvointikertomuksen tietolähteinä.

”sitä vois tietysti laajentaa et ehkä enemmän ottaa kantaa esimerkiksi ihmisten työllistymiseen ja asumisolosuhteisiin ja liikenneolosuhteisiin ja sitten kaikkiin näihin aikuisväestön palveluihin” (L2)

”mun mielestä siellä pitäis olla seurantatietoa myöskin asiakkailta eli kuntalaisilta kysytään eri palvelujen osalta että onko ne tyytyväisiä niihin vai ei ole” (L2)

”työntekijät kuitenkin on minun mielestä monessa mielessä niitä parhaita asiantuntijoita näkemään että mikä se todellinen tarve on, koska niillä on kosketuspinta niihin asiakkaisiin ja ne saa suoraa palautetta, mitä pitäis vain voida entistä paremmin hyödyntää” (L2)

Myös Toikka ja Zechner (2014) toteavat, että asiakkaiden kokemus hyvinvoinnista ja palveluista puuttuu hyvinvointikertomuksista. Kokemuksellisen hyvinvointitiedon kerääminen ei ole systemaattista eikä sen yhdistämistä muuhun tiedonkeruuseen ole kehitetty (Toikka & Zechner 2014). Tietoa tuotetaan enemmän objektiivisesta kuin subjektiivisesta hyvinvoinnista (vrt. Veenhoven 2007).

Kehittämiskohteeksi nähtiin myös asennemuutos, joka liittyi sekä strategioihin että toimintatapoihin. Strategioiden koettiin olevan asiakirjoja, jotka eivät ole lopulta muuttuneet käytännön toimenpiteiksi. Toimintavoista suurimmaksi haasteeksi nousi aiemmin tehtyyn takertuminen sen sijaan, että uudistettaisiin ja katsottaisiin eteenpäin.

”strategiat on nähty vähän semmosen hyllyyn jäävänä pölyttyvänä tavarana” (V2)

”loppujen lopuks ne talousarvion suunnitelmat perustuu aika pitkälle semmoseen et tehdään niinku ennenkin” (L2)

”valitettavasti ni tota jauhetaan jotain vanhoja asioita kuin että mentäis eteenpäin ja osattais nähdä niinku nämä kokonaisuudet” (L1)

Strandman (2009, 117) näkee jatkuvan niukkuudesta ja supistamisesta puhumisen syöneen kuntaorganisaatioiden työmotivaatiota ja johtaneen ajatukseen strategioiden tarpeettomuudesta. Perttilän (1999, 111) mukaan taloudellisen epävarmuuden ja niukkuuden myötä kuitenkin esimerkiksi ennaltaehkäisevä työ nähdään enemmän asennetta kuin taloudellisia resursseja vaativana. Myönteisen asenteen merkitys tuli esille myös tässä tutkimuksessa kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä edistävien asioiden toteuttamisessa.

”monikaan asia siellä ei oo että maksas paljon, se on vaan siitä tahdosta kiinni että halutaan tehdä” (V3)

7. POHDINTA

7.1 Luotettavuus

Hyvinvointikertomus on vähän tutkittu aihe, minkä takia tässä tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tavoitteena oli saada monipuolisesti tietoa siitä, millaisia näkemyksiä yhden kunnan viranhaltijoilla ja valtuutetuilla on hyvinvointikertomuksesta (vrt. Denzin & Lincoln 2011). Hirsjärvi ym. (2008, 157,160) kuvaavat kvalitatiivista tutkimusta kokonaisvaltaiseksi tiedonhankinnaksi, jossa keskitytään löytämään tai paljastamaan tosiasioita, ei todentamaan jo olemassa olevia totuuksia.

Tutkimuksessa haastateltiin neljää viranhaltijaa ja viittä kunnanvaltuutettua, joita pyydettiin osallistumaan tutkimukseen lähettämällä informaatiokirje (liite 2), jonka ohessa oli tutkimuslupa allekirjoitettavaksi. Ensimmäisten informaatiokirjeiden perusteella vain kaksi valtuutettua ilmoitti haluavansa osallistua tutkimukseen ja siksi kirjeitä lähetettiin uudelleen eri henkilöille. Valtuutettujen halukkuuteen osallistua tutkimukseen saattoi vaikuttaa esimerkiksi se, jos heillä oli samaan aikaan kiireisiä asioita päätöksentekoon liittyen. Haastateltavien valinta tehtiin harkiten, jotta mukaan saataisiin luottamushenkilöistä erilaisen valtuustokokemuksen ja puolueustan omaavia henkilöitä. Myös viranhaltijoita pyydettiin haastateltavaksi kunnan eri toimialoilta, jotta tietoa saataisiin mahdollisimman monen alan näkökulmasta. Tällainen tarkoituksenmukainen osallistujien valitseminen on yleistä laadullisessa tutkimuksessa (vrt. Hirsjärvi ym. 2008, 160).

Teemahaastattelu soveltui aineistonkeruumenetelmäksi, koska aihe on vähän tutkittu. Osallistujat pystyivät kertomaan vapaasti ajatuksiaan aiheesta mutta kuitenkin heidän kanssaan puhuttiin edes jossain määrin samoista asioista. Teemahaastattelun runko auttoi myös aloittelevaa tutkijaa haastatteluiden tekemisessä. Luotettavuuden parantamiseksi ennen varsinaisia haastatteluja suoritettiin esihaastattelu, jonka avulla arvioitiin myös haastattelukysymysten (liite 1) soveltuvuutta tähän tutkimukseen. Yksilöhaastattelun vaihtoehdoksi olisi voinut ajatella ryhmähaastattelua, jossa ryhmä olisi saattanut stimuloida mielipiteitä. Jos viranhaltijoita ja valtuutettuja olisi haastatellut samassa ryhmässä, heidän välilleen olisi voinut syntyä hyväkin vuoropuhelua hyvinvointikertomuksesta (vrt. Eskola & Suoranta 2008, 96).

Jokainen teemahaastattelu nauhoitettiin, minkä lisäksi tutkija kirjoitti muistiinpanoja haastattelujen aikana. Litterointi tapahtui siinä vaiheessa, kun kaikki haastattelut oli tehty. Litterointi suoritettiin ilman erityismerkkejä, koska analyysin kohteena ei ollut kieli tai hienosyinen vuorovaikutus (vrt.. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Haastattelut litteroitiin sanatar-kasti puhekieltä noudattaen ja mukaan otettiin merkitykselliset tunneilmaisut, kuten nauru. Pois jätettiin kuitenkin yksittäiset äännähdykset ja selvästi kontekstiin liittymätön puhe.

Tutkimusaineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Eskola ja Suoranta (2008, 215) pitävät analyysin kattavuutta yhtenä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä. Kattavuus tarkoittaa sitä, ettei tulkintoja perusteta aineistosta tehtyihin satunnaisiin poimintoihin (Eskola & Suoranta 2008, 215). Sisällönanalyysin avulla aineistojen analyysi tapahtui systemaattisesti ja tutkittavasti ilmiöstä saatiin hyvä kokonaiskuva. Luotettavuuden kannalta on tärkeää muistaa, että aineisto on koottu rajatusta tapauksesta (Eskola & Suoranta 2008, 215).

Alkuperäisilmauksia pelkistettäessä oli haastavaa pohtia, vastaako pelkistys haastateltavan tarkoittamaa merkitystä. Pelkistysten yhdistäminen alaluokkiin ei myöskään ollut yksiselitteistä. Aineiston analyysin osalta on toisaalta tärkeää huomioida, että laadullisessa tutkimuksessa tuloksista ei ole olemassa yhtä oikeaa tulkintaa vaan mahdollisten merkitysten tarkastelu tapahtuu aina tutkijan oman kehyksen läpi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140).

Eskola ja Suoranta (2008, 211) kuvaavat laadullisen tutkimuksen uskottavuudella sitä, miten hyvin tutkijan tekemä käsitteellistäminen ja tulkinta vastaavat tutkittavien käsityksiä. Uskottavuuden kannalta tulkinnat olisi voinut viedä haastateltavien luettavaksi, mutta toisaalta Eskola ja Suoranta (2008, 211) toteavat, että tutkittavat voivat olla sokeita kokemukselleen tai tilanteelleen. Tämän tutkimuksen aihe ei kuitenkaan ollut esimerkiksi raskaita kokemuksia käsittelevä, joten haastateltavat olisivat saattaneet pystyä arvioimaan tulkintoja luotettavastikin.

Vahvistuvuus kuvaa Eskolan ja Suorannan (2008, 212) mukaan sitä, että tehdyt tulkinnat saavat tukea toisista tutkimuksista, jotka ovat tarkastelleet samaa ilmiötä. Tämä täyttyi hyvin etenkin hyvinvointikertomuksen käytön kehittämisen osalta, sillä esimerkiksi terveyden edistämisen toimia ja hyvinvointitiedon käyttöä kunnissa selvittäneissä tutkimuksissa on saatu hyvin samansuuntaisia tuloksia.

Työn tekemisen taustalla on tarve hyvinvointikertomuksen käyttöä koskevalle tutkimukselle. Ajatus tutkimuksen toteuttamisesta sai alkunsa kyseessä olevan kunnan viranhaltijoilta, jotka

kokivat tärkeäksi ja tarpeelliseksi, että työkaluna uudehkon hyvinvointikertomuksen käyttöä ja merkitystä selvitettäisiin. Tutkijalla ei ole sitoumuksia poliittiseen päätöksentekoon.

7.2 Eettisyys

Tutkittavia informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta ja sisällöstä lähettämällä informaatiokirje, jonka mukana oli tutkimuslupa. Halutessaan osallistua tutkimukseen henkilö palautti postitse allekirjoitetun tutkimusluvan yhteystietoineen. Tämän jälkeen tutkimuksen tekijä oli puhelimitse yhteydessä haastateltavaan haastatteluajan sopimiseksi. Tutkittaville kerrottiin informaatiokirjeessä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että he voivat perua osallistumisensa tai kieltää haastatteluaineiston käytön syytä ilmoittamatta missä vaiheessa tutkimusta tahansa (vrt. Christians 2011).

Paikka teemahaastattelua varten valittiin kunkin haastateltavan toiveen mukaan. Viranhaltijoille sopivin haastattelupaikka oli useimmiten työhuone kun taas valtuutettujen haastattelut tehtiin vaihtelevissa paikoissa. Tila oli joka tapauksessa rauhallinen, jotta haastattelut voitiin toteuttaa ilman keskeytyksiä.

Tutkimusta tehdessä on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) esittämää hyvää tieteellistä käytäntöä ja toimittu rehellisesti, avoimesti ja huolellisesti. Tutkittavien anonymiteetin vuoksi tuloksissa ei mainita toimialaa, koska kyseessä on pieni aineisto. Muiden tutkijoiden julkaisuihin on viitattu asianmukaisesti ja lähdeviitteet on merkitty huolellisesti (vrt. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

7.3 Yhteenveto tutkimustuloksista

Tulosten mukaan hyvinvointikertomus tunnettiin viranhaltijoiden ja valtuutettujen keskuudessa melko hyvin. Yksi valtuutetuista kuitenkin kertoi, ettei ollut kuullutkaan asiasta. Tämän perusteella voisi päätellä, että valtuutettujen tieto hyvinvointikertomuksesta perustuu ehkä enemmän heidän omaan aktiivisuuteen aineistoihin perehtymisessä sen sijaan että hyvinvointikertomus olisi ollut säännöllisesti esillä valtuusto- ja lautakuntatyöskentelyssä.

Haastateltavat tiedostivat hyvinvointikertomuksen sisältävän koostetusti tietoja kuntalaisten hyvinvoinnin vahvuuksista ja toisaalta kehittämistarpeista, joihin tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Tulosten perusteella hyvinvointikertomus on tutkimuksen kohteena olleessa kunnassa vastannut sille asetettuun tavoitteeseen tarjota tiivistetty hyvinvointikuva, joka mahdollistaa keskustelun hyvinvoinnin kokonaistilanteesta, uhkista ja vahvuuksista (vrt. Perttilä ym. 2004).

Hyvinvointikertomus ohjaa tämän tutkimuksen mukaan palvelujen suunnittelua asiakaslähtöisyyden ja ennaltaehkäisevän työn huomioimiseen, mikä on linjassa kansallisten tavoitteiden kanssa. Asiakaskeskeisyys ja ehkäisevien palvelujen saatavuus on nostettu Suomen sosiaali- ja terveystieteiden strategiassa keskeiseen osaan. Strategian mukaan lähtökohtana ovat asiakaskeskeiset, saavutettavat, yhdenvertaiset ja vaikuttavat palvelut (Sosiaalisesti kestävä Suomi 2011). Julkisten palveluiden on todettu tarjoavan erilaisille asiakkaille samanlaisia palveluja kun taas asiakaslähtöisyydessä on kyse yksilöiden erilaisiin tarpeisiin sopivien palvelujen tuottamisesta (Toikka & Zechner 2014).

Kuntien tiukassa taloustilanteessa on myönteistä, että hyvinvointikertomuksen nähtiin auttavan resurssien ohjaamisessa asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Niirasen ym. (2013, 58) tutkimuksessa luottamushenkilöt kokivat kuntatalouden yhdeksi vaikeimmista asioista luottamustehtävässään. Tässä tutkimuksessa etenkin viranhaltijoiden puolelta nousi toisaalta esiin tahtotilan merkitys terveyttä edistävän toiminnan toteuttamisessa. Aina kyse ei ole vain resurssista, vaan myös halu tehdä asioita tilanteen parantamiseksi ja kyky löytää vaihtoehtoisia ratkaisuja vie eteenpäin.

Lautakunnilla nähtiin olevan tärkeä rooli hyvinvointikertomuksen viemisessä käytäntöön. Niirasen ym. (2013) mukaan luottamushenkilöiden ja toiminnallisen johdon yhteistyö on tiivistä juuri lautakuntatasolla. Perttilä (1999, 108–109) puolestaan painottaa johtavien viranhaltijoiden hallinnollista vastuuta terveyden edistämisen operatiivisesta johtamisesta. Lautakuntatyöskentely lienee näin ollen oiva ympäristö hyvinvointikertomuksen käytäntöön viemisen suunnittelulle, kun mukaan otetaan sopivasti eri hallinnonalojen yhteistyötä.

Hallinnonalojen välisen yhteistyön kehittämiseksi on tärkeää, että eri alojen käsitykset ovat yhtenevät kunnan terveyttä edistävän toiminnan osalta. Lindforsin ym. (2010) tutkimuksen mukaan suurtenkin kaupunkien johtavien toimihenkilöiden ja luottamushenkilöiden käsitykset

terveyden edistämisestä kunnan tehtävänä ovat hyvin erilaiset. Yhteisen näkemyksen saavuttaminen on edellytys toimivalle yhteistyölle.

Hyvinvointikertomuksen käytön kehittämiseksi kaivattiin tässä tutkimuksessa konkreettisia toimenpiteitä ja niiden huolellista seurantaa. Terveiden edistämisen laatusuositus (2006) kehottaa kuntia asettamaan mitattavissa olevat terveyden edistämisen tavoitteet ja vahvistamaan niitä kuntastrategiassa ja kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa. Lisäksi yhteiset tavoitteet konkretisoidaan jokaisen hallinnonalan suunnitelmissa tehtäviksi, joiden toteutumista seurataan ja arvioidaan (Terveiden edistämisen laatusuositus 2006). Niemi (2009) korostaa, että strategiassa voi olla paljon asioita, jotka eivät koskaan muutu käytännön toimiksi. Tämän takia strategia tulisi olla esillä, kun tehdään toiminnallisia linjauksia ja resursointia (Niemi 2009).

Kehittämistoiveena hyvinvointikertomuksen käyttöä ajatellen oli myös asennemuutos kunnan johtamisessa, jotta väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet voitaisiin saavuttaa. Kunnallisen päätöksenteon ja strategioiden toteuttamisen nähtiin osittain juuttuneen entisiin, tuttuihin toimintamalleihin. Vastaavaa on havainnut myös Österlund (2009, 51), jonka mukaan hyvinvointitiedon käyttö on vähäistä, eivätkä päättäjätkään kaivanneet uusia perusteita, kun asiat tehdään kuten ennenkin. Kunnan terveyttä edistävän työn laatua olisi tärkeää arvioida esimerkiksi TEA-viisarin avulla, jolloin kehitystä voitaisiin myös seurata.

Kun päätöksenteon koetaan perustuvan entisiin toimintamalleihin, on aiheellista kysyä, johtaako hyvinvointikertomuksen sisältämä hyvinvointitieto käytännön toimiin kuntalaisten hyvinvoinnin edistämiseksi. Terveiden edistämisen laatusuosituksen (2006) mukaan tieto paikallisesta ja seudullisesta hyvinvoinnista on yksi terveyttä ja hyvinvointia edistävän toimintapolitiikan lähtökohdista. Rationaalisessa päätöksenteossa hyödynnetään informaatiota, jolloin ollaan tietoisia eri vaihtoehdoista ja tehdään päätös olemassa olevan tiedon perusteella (Zechner 2014).

Toisaalta voidaan myös pohtia, onko luotettavaa hyvinvointitietoa riittävästi tarjolla päätöksentekoa varten. Niemi (2009) korostaa, että kunnissa tarvittaisiin nykyistä paljon enemmän tietoa terveyttä edistävän työn vaikuttavuudesta sekä vaihtoehtokustannuksista, joita aiheutuu, jos terveyden edistämiseen ei panosteta. Linnanmäki ym. (2008) kuitenkin painottavat, ettei keinoja koskevan evidenssin puute saa johtaa siihen, ettei mitään yritetä. Toimeenpanon kannalta keskeistä on poliittinen tahto ja toimijat, joilla on kyky ja voima aikaansaada toivot-

tuja muutoksia (Linnanmäki ym. 2008). Myös Niemi (2009) toteaa terveyden edistämiseen satsauksen olevan aina jossain määrin strateginen valinta, joka tehdään ainakin osittain vajaavaisen tiedon pohjalta.

Tässä tutkimuksessa hyvinvointikertomuksen toivottiin sisältävän enemmän paitsi arviointitietoa, myös asiakkailta saatua, kokemuksiin perustuvaa hyvinvointitietoa. Kokemuksellinen tieto on tärkeää, koska se monipuolistaa kuvaa väestön hyvinvoinnin tilasta ja auttaa osallistamaan asukkaita palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin (vrt. Toikka & Zechner 2014). Haasteena on se, että asiakkaiden kertomat kokemukset hyvinvoinnista ja käyttämistään palveluista on hankala esittää tilastoina ja yleistyksinä, joita päätöksenteossa hyödynnetään (Toikka & Zechner 2014).

Hyvinvointikertomuksen tekemiseen ei ole olemassa yhtä yhteistä kaavaa, vaan kunnat voivat itse päättää, millaista hyvinvointitietoa ne haluavat omaan hyvinvointikertomukseen sisällyttää. Samalla määrittäytyy se, millaisista asioista hyvinvoinnin nähdään kyseisessä kunnassa muodostuvan, eli nähdäänkö hyvinvointi esimerkiksi enemmän elintasona vai elämänlaatuna (Zechner 2014). Joka tapauksessa hyvinvointikertomuksen tulisi sisältää niin tilastollista kuin kokemuksellista hyvinvointitietoa kaikilta toimialoilta.

Päätöksentekoa varten hyvinvointitieto on tärkeää muokata riittävän yksinkertaiseen muotoon. Tarkiainen (2014) tutkimuksessa päättäjien omaksuttavana olevat asiakokonaisuudet nähtiin monimutkaisina ja tietomäärä valtavana. Tämän takia tarvitaan yksinkertaistuksia ja esimerkkejä, jotka on helppo omaksua (Tarkiainen 2014). Tämä asettaa myös hyvinvointikertomuksen tekijöille haasteen, jotta hyvinvointitieto saadaan helposti ymmärrettävään muotoon ja osaksi kunnan hyvinvointijohtamista.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimustietoa hyvinvointikertomuksesta on vähän (Toikka & Zechner 2014). Tässä tutkimuksessa kartoitettiin yhden kunnan viranhaltijoiden ja valtuutettujen näkemyksiä hyvinvointikertomuksesta. Jatkossa aihetta voisi tutkia useamman kunnan osalta käyttäen määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Esimerkiksi laajalla kyselyaineistolla saataisiin kattavampi yleiskuva aiheesta ja tulosten yleistäminen olisi mahdollista.

Viranhaltijat ja luottamushenkilöt kaipasivat enemmän terveyden edistämisen toimenpiteitä ja tulosten seuranta. Jatkossa voisi tutkia, onko hyvinvointikertomuksen osalta kunnissa laadittu esimerkiksi toimeenpanosuunnitelma ja jos on, miten toimeenpano on onnistunut. Myös hyvinvointikertomuksen jalkauttamista henkilöstön keskuuteen voisi tutkia, koska tässä tutkimuksessa kertomuksen epäiltiin helposti jäävän vain johtajien tietoisuuteen. Lisäksi tulevaisuudessa tutkimuksissa voisi keskittyä vielä tarkemmin selvittämään sitä, miten tietoisesti ja tavoitteellisesti viranhaltijat ja luottamushenkilöt hyödyntävät hyvinvointikertomukseen koostettua hyvinvointitietoa. Tällä hetkellä tutkittua tietoa hyvinvointitiedon käytöstä ei ole riittävästi.

LÄHTEET

- Adams, D. 2004. Usable Knowledge in Public Policy. *Australian Journal of Public Administration* 1, 29–42.
- Allardt, E. 1976. *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia*. Porvoo: WSOY.
- Asikainen, J. 2009. Miten luodaan ja toteutetaan toimiva kuntastrategia. Teoksessa A. Haveri, K. Majoinen & A. Jäntti (toim.) *Haastava kuntajohtaminen*. Helsinki: Kuntaliitto.
- Askim, J. 2007. How do politicians use performance information? An Analysis of the Norwegian Local Government Experience. *International Review of Administrative Sciences* 73, 453–472.
- Bircher J. 2005. Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy* 8, 335–41.
- Chandola, T. 2001. The fear of crime and area differences in health. *Health & Place* 7 (2), 105–116.
- Christians, C. G. 2011. Ethics and politics in qualitative research. Teoksessa N. Denzin, Y. Lincoln (toim.) *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 4. painos. London: Sage Publications Ltd, 61–77.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Viitattu 7.1.2014. http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/EUR_ICP_RPD414%282%29.pdf
- Denzin N., K. & Lincoln, Y., S. 2011. Introduction. *The Discipline and Practice of Qualitative Research*. Teoksessa N. Denzin & Y. Lincoln (toim.) *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 4.painos. London: Sage Publications Ltd, 1–16.
- de Vries, S., Verheij, R. A., Groenewegen, P. P. & Spreeuwenberg, P. 2003. Natural environments – healthy environments? An exploratory analysis of the relationship between greenspace and health. *Environment and Planning A* 35, 1717–1731.
- Diener, E. 2000. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *The American Psychologist* 55 (1), 34–43.
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. 2012. The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2 (3), 222–235.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 8.painos. Tampere: Vastapaino.
- Etches, V., Frank, J., Di Ruggiero, E. & Manuel, D. 2006. Measuring population health: a review of indicators. *Annu Rev Public Health* 27, 29–55.

- Euroopan unioni 2014. Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus 282/2014, unionin kolmannen terveystalan toimintaohjelman perustamisesta (2014–2020). Viitattu 9.12.2014.<http://old.eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2014:086:0001:0013:FI:PDF>
- Eurooppa 2020 -strategia 2010. Älykkään, kestävän ja osallistavan kasvun strategia. Euroopan komissio. Bryssel. Viitattu 9.12.2014. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:FI:PDF>
- Fogelholm, M., Paronen, O. & Miettinen, M. 2007. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystilaston tila ja kehittyminen 2006. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2007:1. Viitattu 31.5.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3824.pdf&title=Liikunta___hyvinvointipoliittinen_mahdollisuus_fi.pdf
- Furubo, J.-E. 2003. The Role of Evaluations in Political and Administrative Learning and the Role of Learning in Evaluation Praxis. Viitattu 12.1.2014. <http://www.oecd.org/gov/budgeting/43494640.pdf>
- Hakamäki, P., Aalto-Nevalainen, P., Niemi, N. & Ståhl, T. 2014. Terveystietä edistävä liikunta kunnissa vuosina 2010–2014: Liikunta-aktiivisuuden seurannassa on parantamisen varaa. *Liikunta & Tiede* 51(5), 4–10.
- Hakkala, M. 2013. Kansallinen tieto-ohjaus ja kunnallinen toiminta. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.) *Terveystieteiden perusta ja käytännöt. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos*, 103–108. Viitattu 11.1.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-814-8>.
- Hansson, A.-I. 2002. Selvitys sosiaali- ja terveystieteiden ohjauksesta ja valvonnasta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen työryhmämuistioita 2002:8. Viitattu 12.1.2014. http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/pava_trm/pava_trm.pdf
- Hentilä, H.-L. & Joki-Korpela, L. 2006. Liikunta osaksi yhdyskuntasuunnittelua. Projektiraportti. Oulun yliopisto, arkkitehtuurin osasto, yhdyskuntasuunnittelun laboratorio. Julkaisu C99. Oulu. Viitattu 2.8.2014. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514281225/isbn9514281225.pdf>
- Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Hyypä, M., T., Mäki, J., Impivaara, O. & Aromaa, A. 2006. Leisure participation predicts survival: a population-based study in Finland. *Health Promotion International* 21 (1), 5–12.
- Hyypä, M., T. & Mäki, J. 2003. Social participation and health in a community rich in

- stock of social capital. *Health Education Research* 18(6), 770–779.
- Hätönen, H. 2013. Hyvinvointikertomus monimuotoisen tiedon kokoajana. Esitelmä 29.10.2013. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen päivä. Yhdessä tehden - terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen mahdollisuudet, Helsinki. Viitattu 13.1.2014. <http://www.slideshare.net/THLfi/hyvinvointikertomus-monimuotoisen-tiedon-kokoajana>
- Johansson, S. 2002. Conceptualizing and measuring quality of life for national policy. *Social Indicators Research* 58, 13–32
- Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa 2010. Tukiaineistoa kuntajohdolle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 14.1.2014. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b719dda6-d5dc-4133-86ef-ebfbd4d1ae05>
- Junnila, M. 2012. Tutkimustiedon kysynnän ja tarjonnan kohtaaminen. Teoksessa S. Hänninen & M. Junnila (toim.) *Vaikuttavatko politiikkatoimet? Sosiaali- ja terveydenhuolto vaikuttavuusarvioinnin kohteena*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 124–132. Viitattu 24.8.2014. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90840/URN_ISBN_978-952-245-527-7.pdf?sequence=1
- Jussila, H. 2012. Päätöksenteon tukena vai hyllyssä pölyttymässä? Sosiaalipoliittisen tutkimustiedon käyttö eduskuntatyössä. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 121. Kelan tutkimusosasto, Helsinki. Viitattu 8.6. 2014. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/35919/Tutkimuksia121.pdf?sequence=1>
- Kansallinen terveyserojen kaventamisen ohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Viitattu 7.1.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3702.pdf&title=Kansallinen_terveyserojen_kaventamisen_toimitaohjelma_2008__8211_2011_fi.pdf
- Kansanterveyslaki 2005. 14/25.11.2005.
- Karvonen, S. & Kauppinen, T. 2009. Kuinka Suomi jakautuu 2000-luvulla? Hyvinvoinnin muuttuvat alue-erot. *Yhteiskuntapolitiikka* 74(5), 467–486.
- Kaste 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.
- Kaste 2012b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012 – 2015. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20.
- Kauppinen, T., Nelimarkka, K. & Ståhl, T. 2009. Sosiaalisten ja terveysvaikutusten ennakoarvioinnin kehittäminen Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (2), 158–166.
- Kuntalaki 1995. 1, 13, 27/17.3.1995.

- Kuntaliitto 2013. Elävän kuntastrategian kulmakivet. USO2-verkostoprojektin kehittämisaloi-
te. Viitattu 11.1.2014. <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutisia/2013/elavan%20kuntastrategian%20kulmakivet/USO2%20EI%C3%A4v%C3%A4n%20kuntastrategian%20kulmakivet.pdf>
- Kurkinen J. 2004. Raahen seudun hyvinvointi. Kansalaisten kokemuksia hyvinvoinnista ja palveluista. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja 11/2004. Oulu: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus.
- Laki kuntien kulttuuritoiminnasta 1992. 1/ 3.8.1992.
- Lalonde, M. 1974. A New Perspective on the Health of Canadians. A working Document. Minister of National Health and Welfare. Viitattu 7.1.2014. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Leppo, K. 2010. Rakenteellisesta terveystaloudesta HiAP:iin: mikä muuttui Suomessa 1970–2010? Teoksessa T. Ståhl & A. Rimpelä (toim) Terveystalouden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, 35–44.
- Liikkuva koulu 2012. Ohjelman pilottivaiheen 2010-2012 loppuraportti. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisu 261. Viitattu 2.8.2014. http://www.liikkuvakoulu.fi/filebank/15-Liikkuvakoulu_loppuraportti_web.pdf
- Liikuntalaki 2/18.12.1998.
- Lindfors, P., Rigodd, A.-M. & Rimpelä, M. 2010. Terveystalouden edistäminen kunnan tehtävänä : kuntajohdon tulkintoja. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 38, 1/10.
- Linnanmäki, E., Palosuo, H. & Koskinen, S. 2008. Toimintaohjelmalla terveyttä kaikille. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, pääkirjoitus 45(2), 95–97.
- Luck, J., Chang, C., Brown, E. R. & Lumpkin, J. 2006. Using local health information to promote public health. *Health Aff (Millwood)* 25(4), 979–91.
- Maankäyttö- ja rakennuslaki 1999. 5/ 5.2.1999.
- Mackenbach, J., P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Reid, A., Hemström, O., Valkonen, T. & Kunst, A., E. 2003. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int. J. Epidemiol.* 32 (5), 830–837.
- Marmot, M. 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 372, 1661–1669.
- Marmot, M. 2005. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365, 1099–1104.
- Melkas, T. 2013. Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development. *Scandinavian Journal of Public Health* 41(Suppl 11), 3–28.

- Mielenterveyspalvelujen laatusuositus 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:19. Viitattu 12.1.2014. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf>
- Miten koet asuinympäristösi – Karttapohjainen kysely rovaniemeläisten hyvinvoinnista 2014. Rovaniemen kaupunki, Lapin yliopisto, Rovaniemen ja Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Viitattu 1.8.2014. <http://www.rovaniemi.fi/loader.aspx?id=7a81108d-8b89-47dd-9984-b27c801dfdb4>
- Niemi, S. 2009. Terveyden edistäminen yleishallinnossa. Teoksessa S. Hänninen & M. Junnila (toim.) Vaikuttavatko politiikkatoimet? Sosiaali- ja terveydenhuolto vaikuttavuusarvioinnin kohteena. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 24–25. Viitattu 24.8.2014. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90840/URN_ISBN_978-952-245-527-7.pdf?sequence=1
- Niiranen, V., Joensuu, M. & Martikainen, M. 2013. Millä tiedolla kuntia johdetaan? Kunnallisan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 74. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätiö.
- Nutbeam, D. 1998. Health Promotion Glossary. *Health Promotion International* 13 (4), 349–364.
- Palosuo, H., Sihto, M., Keskimäki, I., Koskinen, S., Lahelma, E., Manderbacka, K. & Prättälä, R. 2004. Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:12. Helsinki.
- Papavlassopoulos, N. & Keppler, D. 2011. Life Expectancy as an Objective Factor of a Subjective Well-Being. *Social Indicators Research* 104(3), 475–505.
- Parjanne, M.-L. 2004. Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:18. Helsinki.
- Paronen, O. & Nupponen, R. 2011. Terveyden ja liikunnan edistäminen. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) *Terveysliikunta*. Helsinki: Duodecim, 186–196.
- Parrish, R. G. 2010. Measuring population health outcomes. *Prev Chronic Dis* 7(4), A71.
- Pearson, A., L. & Breetzke, G., D. 2013. The Association Between the Fear of Crime, and Mental and Physical Wellbeing in New Zealand. *Social Indicators Research*. doi: 10.1007/s11205-013-0489-2
- Perttilä, K., Hakamäki, P., Hujanen, T. & Ståhl, T. 2009. Terveyden edistäminen kunnan toimintana. Teoksessa K. Perttilä, P. Hakamäki, T. Hujanen & T. Ståhl (toim.) *Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa*. TEVA-hankkeen väliraportti terveyden-

edistämisen taloudellisesta arvioinnista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 8/2009, 11–12. Viitattu 20.8.2014. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9c078431-6be6-4c41-ab57-16a14f74432c>

Perttilä, K. & Uusitalo, M. 2007. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa - rakenteet ja johtaminen kehittämisen haasteena. Teoksessa K. Perttilä & M. Uusitalo (toim.) Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003–2005. Helsinki: Stakes, 21–25. Viitattu 13.1.2014. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76701/R4-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>

Perttilä K, Orre S, Koskinen S, Rimpelä M. 2004 Kuntien hyvinvointikertomus. Hankkeen loppuraportti. Aiheita 7/2004. Helsinki: Stakes. Viitattu 13.1.2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193843>

Perttilä, K. 1999. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 103. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Perusopetuslaki 1998. 3/ 21.8.1998.

Perustuslaki 1999. 6/11.6.1999.

Pietilä A-M. 2010. Terveyden edistämisen lähtökohtia - katsaus kirjan ydinsisältöihin. Teoksessa A.-M. Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro, 10–14.

Poikajärvi, K. & Perttilä, K. 2006. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien ja luottamushenkilöjohdon kyselystä 2004. Työpapereita 4/2006. Helsinki: Stakes.

Pretty, J., Peacock, J., Hine, R., Sellens, M. South, N. & Griffin, M. 2007. Green Exercise in the UK Countryside: Effects on Health and Psychological Well-Being, and Implications for Policy and Planning. *Journal of Environmental Planning and Management* 50 (2), 211–231.

Prättälä, R. 2009. Socio-economic Health Inequalities: Determining Factors And How They Have Changed. *Health Behaviour*. Introduction. Teoksessa Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Kostiainen, E., Prättälä, R. Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M. & Linnanmäki, E. (toim.) Health inequalities in Finland. Trends in Socioeconomic Health Differences 1990–2005. Ministry of Social Affairs and Health Publications 2009:9. Helsinki, 128–130.

- Pucher, J. & Buehler, R. 2008. Making Cycling Irresistible: Lessons from The Netherlands, Denmark and Germany. *Transport Reviews* 28 (4), 495–528.
- Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen oppaita 2002:3. Viitattu 12.1.2014. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/paihdepalv.pdf>
- Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 31.5.2014. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>
- Savola, E. & Koskela-Ollonqvist, P. 2005. Terveystieteiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveystieteiden edistämisen keskuksen julkaisuja – sarja 3/2005. Helsinki: Terveystieteiden edistämisen keskus.
- Saracci R. 1997. The World Health Organization needs to reconsider its definition of Health. *British Medical Journal* 314, 1409–10.
- Schrank, B., Riches, S., Coggins, T., Tylee, A. & Slade, M. 2013. From objectivity to subjectivity: conceptualization and measurement of well-being in mental health. *Neuropsychiatry* 3(5), 525–534.
- Sihto, M., Ollila, E. & Koivusalo, M. 2006. Principles and challenges of Health in All Policies. Teoksessa T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (toim.) *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 3–40.
- Simonsen-Rehn, N., Laamanen, R., Brommels, M. & Suominen, S. 2012. Determinants of effective health promotion actions in local contexts: a study of the perceptions of municipal politicians. *International Journal of Public Health* 57, 787–795.
- Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen strategia 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2011:1. Viitattu 31.5.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-14357.pdf
- Stenvall, J. & Syväjärvi, A. 2006. Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Valtiovarainministeriö. Hallinnon kehittämissosasto. Tutkimuksia ja selvityksiä -sarja 3/2006. Helsinki: Valtiovarainministeriö.
- Strandman, K. 2009. “Se vain ilmestyi” - Vuorovaikutukseen perustuva strategian viestintä kuntaorganisaatiossa. Lapin yliopisto. *Acta Electronica Universitatis Lapponiensis* 49.
- Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon 2005. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Viitattu 11.1.2014. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.fin.pdf>

- Suomi, K., Sjöholm, K., Matilainen, P., Glan, V., Nuutinen, L., Myllylä, S., Pavelka, B., Vetenranta, J., Vehkakoski, K. & Lee, A. 2012. Liikuntapaikkapalvelut ja väestön tase-arvo. Seurantatutkimus liikuntapaikkapalveluiden muutoksista 1998–2009. Opetus- ja kulttuuriministeriön veikkausvoittovaroista kustantama julkaisu. Viitattu 2.8.2014. <https://www.jyu.fi/sport/laitokset/liikunta/liikuntapaikkapalvelutjatasaarvo>
- Suosituksien liikunnan edistämiseksi kunnassa 2010. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön esitteitä 2010:3. Viitattu 31.5.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-11817.pdf
- Sähköinen hyvinvointikertomus 2013. Viitattu 23.1.2013 <http://83.145.194.160/~indik446/ci/>
- Tarkiainen, A. 2014. Näkökulmia hyvinvointijohtamiseen ja hyvinvointitiedon tuottamiseen – Tapaus Joensuu. Teoksessa M. Zechner (toim.) Hyvinvointitieto: kokemuksellista, hallinnollista ja päätöksentekoa tukevaa? Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja A. Tutkimuksia 15, 95–118.
- TEAvisari 2014. Mikä on TEA? Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.8.2014. <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/teaviisari/mika-on-tea>
- Terveystieteiden edistämisen laatusuositus 2006. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2006:19. Viitattu 13.1.2014. <http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>
- Terveystieteiden edistämisen politiikkaohjelma 2007. Hallituksen periaatepäätös 5.12.2007. Viitattu 9.12.2014. <http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>
- Terveystietolaki 2010. 3, 11, 12/30.12.2010.
- Terveystieteiden 2015 – kansanterveysohjelman väliarviointi 2012. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2012:4. Helsinki. Viitattu 12.1.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26108.pdf
- Thacker, S. B., Stroup, D. F., Carande-Kulis, V., Marks, J. S., Roy, K. & Gerberding, J. L. 2006. Measuring the Public's Health. Public Health Rep. 121(1), 14–22.
- Tieto päätöksenteon tukena 2011. Tukiaineisto kuntajohdolle. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.6.2014. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/5278d0b0-a59c-4a4e-a852-a82ac5f93899>
- Toikko, T. & Zechner, M. 2014. Johdanto. Teoksessa M. Zechner (toim.) Hyvinvointitieto: kokemuksellista, hallinnollista ja päätöksentekoa tukevaa? Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja A. Tutkimuksia 15, 3–8.
- Tukia, H., Lehtinen, N., Saaristo, V. & Vuori, M. 2011. Väestön hyvinvoinnin ja

- terveyden edistäminen kunnassa – Peruseraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuomisto, J. Ihmisyhteisöjen rakentaminen ympäristöön terveellisellä ja kestäväällä tavalla. Teoksessa H. Mussalo-Rauhamaa, W. Paile, J. Tuomisto & H. S. Vuorinen (toim.) Ympäristöterveys. Helsinki: Duodecim, 187–221.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 1.6.2014. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Uusitalo, M., Ståhl, T., Perttilä, K. & Rimpelä, M. 2007. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntien suunnittelu- ja seuranta-asiakirjoissa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 3, 295–309.
- Uusitalo, M., Perttilä, K., Poikajärvi, K. & Rimpelä, M. 2003. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO). Aiheita 21/2003. Helsinki: Stakes.
- Vaarala, R. 2011. Kävely ja pyöräily kaavoituksessa. Liikenneviraston tutkimuksia ja selvityksiä 51/2011. Helsinki: Liikennevirasto. Viitattu 2.8.2014. http://www2.liikennevirasto.fi/julkaisut/pdf3/lts_2011-51_kavely_ja_pyoraily_web.pdf
- Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. 2010. Yhteenveto. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 278–286. <http://www.thl.fi/documents/10531/103429/Teema%202010%2011.pdf>
- Valtioneuvosto 2011. Hallitusohjelma 22.6.2011. Helsinki.
- Valtioneuvosto 2007. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 5.12.2007. Viitattu 11.1.2014. <http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>
- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015- kansanterveysohjelmasta 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki. Viitattu 11.1.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf
- Veenhoven R. 2007. Subjective measures of well-being. Teoksessa M. McGillivray (toim.) Measuring Human Well-being. Concept and Measurement. New Hampshire: Palgrave/McMillan, 214–239.
- Vertio H. 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi.

- Whitehead, M. & Dahlgren, G. 2007. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health.
- Wilskman, K., Ståhl, T., Muurinen, S. & Perttilä, K. 2008. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007. Stakesin työpapereita 16/2008. Helsinki.
- Wismar, M., Lahtinen, E., Ståhl, T., Ollila, E. & Leppo, K. 2006. Introduction. Teoksessa T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (toim.) Health in All Policies. Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- Wiss, K., Saaristo, V., Ståhl, T., Peltonen, H. & Laitinen, K. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa 2013. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 9.12.2014.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116167/URN_ISBN_978-952-302-232-4.pdf?sequence=1
- Woodward, A. & Kawachi I. 2000. Why reduce health inequalities? *Journal of Epidemiology & Community Health* 54, 923–929.
- World Health Organization 2014. Social Determinants of Health. Key Concepts. Viitattu 6.1.2014
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- World Health Organization 2011. Intersectoral Action on Health: A Path for Policy-Makers to Implement Effective and Sustainable Intersectoral Action on Health. Discussion Paper. First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control (Moscow, 28-29 April 2011). Viitattu 4.1.2014
http://www.who.int/nmh/publications/ncds_policy_makers_to_implement_intersectoral_action.pdf
- World Health Organization 2009.. Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences. Geneva: WHO. Viitattu 6.1.2014.
http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf
- World Health Organization 2008. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health. Final Report. Viitattu 10.1.2014.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization 1981. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Viitattu 4.1.2014. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>

- World Health Organization 1978. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Viitattu 4.1.2014.
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- World Health Organization 1948. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. Viitattu 1.1.2013.
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Zechner, M. 2014. Mitä hyvinvointikertomus kertoo hyvinvoinnista? Teoksessa M. Zechner (toim.) Hyvinvointitieto: kokemuksellista, hallinnollista ja päätöksentekoa tukevaa? Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja A. Tutkimuksia 15, 9–31.
- Ziglio, E., Hagard, S. & Griffiths, J. 2000. Health promotion development in Europe: achievements and challenges. *Health Promotion International* 15 (2), 143–154.
- Österlund, K. 2009. Hyvinvointitiedon käyttö sosiaalihoitajan työssä. Tampereen yliopisto. Hyvinvointipalvelujen järjestämisen maisteriohjelma. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 8.6.2014.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81256/gradu04041.pdf?sequence=1>

TEEMAHAASTATTELUN KYSYMYKSET

Viranhaltijat	Luottamushenkilöt
TEEMA: <i>Tunnettuus</i>	<i>Tunnettuus</i>
- Millainen käsitys Teillä on hyvinvointikertomuksen sisällöstä?	- Millainen käsitys Teillä on hyvinvointikertomuksen sisällöstä?
TEEMA: <i>Näkyvyys ja hyödyntäminen</i>	<i>Näkyvyys ja hyödyntäminen</i>
- Miten hyvinvointikertomus näkyy tämän hallinnonalan toimintojen suunnittelussa?	- Millaisissa tilanteissa hyvinvointikertomus on ollut esillä kunnanvaltuutetun työssä?
- Näkyykö hyvinvointikertomus ja siinä olevat toimenpide-ehdotukset tämän hallinnonalan päivittäisissä toiminnoissa?	- Oletteko itse kunnanvaltuutettuna hyödyntänyt hyvinvointikertomusta?
TEEMA: <i>Käytön kehittäminen</i>	<i>Käytön kehittäminen</i>
- Millaiset toimenpiteet olisivat tarpeellisia, jotta hyvinvointikertomuksen käyttöä voitaisiin kehittää? Millaisia haasteita on?	- Millaiset toimenpiteet olisivat tarpeellisia, jotta hyvinvointikertomuksen käyttöä voitaisiin kehittää? Millaisia haasteita on?

16.5.2013

TUTKIMUSTIEDOTE

Hyvä kirjeen vastaanottaja

Olen tekemässä pro gradu - opinnäytetyönäni tutkimusta kunnan työikäisten hyvinvointikertomuksesta. Teen opinnäytteen Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitokselle. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa, millä tavoin kunnan luottamushenkilöt ja eri hallinnonalojen viranhaltijat hyödyntävät hyvinvointikertomusta työssään. Tutkimuksessa tarkastellaan hyvinvointikertomuksen tunnettuutta, tämänhetkistä näkyvyyttä työssä sekä sitä, miten hyvinvointikertomuksen käyttöä voitaisiin kehittää.

Pyydän Teitä haastateltavaksi tutkimukseeni. Osallistumisenne on tärkeää, koska Teillä on arvokasta tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta. Aineisto kerätään yksilöhaastatteluin touko-kesäkuussa 2013. Haastattelu nauhoitetaan tutkimuskäyttöä varten ja opinnäytetyön valmistuttua äänite tuhoetaan. Osallistuminen on vapaaehtoista ja haastateltava voi halutessaan kieltää aineiston käytön syytä ilmoittamatta. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti ja tulokset raportoidaan siten, ettei yksittäistä haastateltavaa voi tunnistaa.

Ohessa on kirjallinen suostumuslomake, jonka voitte postittaa allekirjoitettuna postituskuorissa (pe 31.5.2013 mennessä). Olen Teihin puhelimitse yhteydessä saatua suostumuslomakkeenne.

Annan mielelläni puhelimitse tai sähköpostilla lisätietoja tutkimuksesta, jota ohjaa professori Marita Poskiparta. Tutkimuksen tekemiselle olen saanut luvan kunnan sivistysjohtajalta.

Ystävällisin terveisin

Sari Pentikäinen

terveyskasvatuksen opiskelija

(puhelinnumero ja sähköpostiosoite)

TUTKIMUSLUPA

Olen saanut tietoa kunnan työkäisten hyvinvointikertomusta koskevasta tutkimuksesta ja minulla on ollut mahdollisuus esittää tutkimuksen tekijälle lisäkysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voin kieltäytyä haastattelusta tai kieltää aineiston käytön milloin tahansa ja syytä ilmoittamatta. Haastatteluaineisto käsitellään luottamuksellisesti.

Suostun osallistumaan tutkimukseen

Paikka ja aika

_____ . ____ . ____ . 2013

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Puhelinnumero
