

**KERTTU PERTILÄ - PÄIVIKKI KOPONEN -
HEIKKI SUOMINEN**

TERVEYDEN EDISTÄMISEN STRATEGIAT KUNNALLISESSA POLITIIKASSA

ASIAKIRJOJEN SISÄLLÖN ANALYYSI 1985-1996

JOHDANTO

Kuntien perustehtävä on kuntalaisten hyvinvoinnin turvaaminen ja sitä tukevien palvelujen järjestäminen. Hyvinvointipalveluja rakennettiin Suomessa 1970- ja 1980-luvulla taloudellisen kasvun ja valtion yksityiskohdallisen suunnittelun, normiohjauksen ja valtionapujärjestelmän turvin. Uudistukset toteutettiin tavallisesti säätämällä niistä laeilla ja osoittamalla tehtävien hoitoon valtionosuus (KM 1993: 33). Hyvinvointipalvelujen suunnittelu perustui tehtäväkeskeiseen kasvuajatteluun, ei niinkään strategisten linjausten luomiseen.

Julkisen talouden kasvua seurasi lama 1990-luvun alussa. Kunnallista itsehallintoa korostavat uudistukset (mm. valtionosuusuu- distus, erityislainsäädäntöön perustuvan normiohjauksen vähentäminen ja kuntalaki) lisäsivät kuntien vastuuta palvelujen järjestämisessä. Näiden muutosten seurauksena strategisen ajattelun tarve kasvoi kunnallishallinnossa. Kuntalain (365/1995) määrittämät organisaatiouudistukset korostivat kunnanvaltuustoa strategisten päätösten tekijänä ja lisäsivät viranhaltijoiden päätöksentekovaltaa ja vastuuta. Taloudellisen laman aikana kuntien toiminta oli usein vuodesta kerrallaan selviytymistä. Talouden tervehdyttäminen painottui meno- ja tehokkuusstrategioihin, joilla tarkoitetaan menojen supistamista muuttamalla

palvelujen järjestämisen ja tuottamisen tapoja (Heikkilä 1993; Uusikylä 1993; Brommels 1995).

Kuntien tehtävät sosiaali- ja terveyspolitiikassa muuttuivat ja painoutuivat uudella tavalla. Muutosten vaikutuksia ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan strategioihin ei ole tutkittu. Strategia ymmärretään monella tavalla. Yhden käsityksen mukaan se on tietoisesti päätetty toiminnan suunta eli suunnitelma (Mintzberg 1988, 14). Strategisilla päätöksillä ohjataan organisaation pitkän aikavälin kehitystä. James B. Quinn (1988, 3) määrittelee strategian malliksi tai suunnitelmaksi, joka yhdistää organisaation tärkeät päämäärät, toimintapolitiikat ja toiminnot kokonaisuudeksi. Henry Mintzbergin (1978, 935) mukaan strategia voi olla myös toimintamalli toiminnan jatkuvassa virrassa. Strategisen ajattelun kehittyminen voidaan nähdä oppimisprosessina. Kun strategisia ratkaisuja vaativa tilanne tulee kohdalle, asianosaiset osaavat tulkita sen yhdenmukaisesti ja kykenevät vastaamaan siihen riittävän nopeasti ja yhdensuuntaisesti (Laine & Hulkkonen 1996). Arvioimme tässä tutkimuksessa kuntien terveyden edistämisen strategioita analysoimalla suunnittelu- ja seuranta-asiakirjoissa esiintyviä visioita, toimintaympäristön kuvausta, terveyden edistämisen päämääriä ja tavoitteita sekä toimintasuunnitelmia ja niissä ilmeneviä muutoksia.

Terveyden edistäminen ymmärretään tässä laajana, terveyden merkitystä korostavana terveyden tukemisena ja puolustamisena sekä terveystutkimusten nostamisena yksilöiden ja viranomaisten asialistoille tietoisien päätöksenteon kohteeksi. Terveyden edistäminen on prosessi, jolla pyritään lisäämään ihmisten mahdollisuuksia hallita ja parantaa terveyttään (WHO 1984; Ottawa Charter for..., 1986; ks. myös Ewles & Simnett 1995, 30).

Tämä terveyden edistämisen strategioita kuntien suunnittelu- ja seuranta-asiakirjoista analysoiva tutkimus on osa Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -kuntaprojektin (TK 2000 -kuntaprojekti) arviointia (Perttilä & al. 1995). Tutkimme, millaisen aseman terveyden edistäminen on saanut kuntien toiminta- ja taloussuunnitelmissa sekä toimintakertomuksissa. Miten toimintaympäristön muutos ja terveyden edistämisen strategisen ajattelun kehittyminen on kirjattu kuntasuunnitelmiin ja seurannan asiakirjoihin? Onko terveyden edistämisen merkitys muuttunut virallisissa asiakirjateksteissä vuosina 1985–1996?

AINEISTOT JA MENETELMÄT

Terveyden edistämisen merkitystä ja juonta haetaan sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin ja Suomen Kuntaliiton vuosina 1994–1996 toteuttamaan TK 2000 -kuntaprojektiin osallistuneiden kahden pienen ja kahden keskisuuren kunnan¹ suunnittelun ja seurannan asiakirjoista. Tutkimusaineistona olivat kuntasuunnitelmat, talousarviot (taloussuunnitelmat) ja toimintakertomukset (kunnalliskertomukset) vuosilta 1985, 1990, 1994 ja 1996 (yhteensä 32 asiakirjaa). Asiakirjojen julkai-

suuosien valintaa ohjasivat valtakunnallisen terveystieteellisen ohjelman, Terveyttä kaikille vuoteen 2000, julkaisemisen (STM 1986) ja TK 2000 -kuntaprojektin ajankohdat.

Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelma (STM 1986) velvoitti kuntia ottamaan aktiivisesti vastuuta väestön terveyden edistämisestä. Tästä syystä asiakirjojen analyysi aloitettiin sitä edeltävästä vuodesta 1985. Kuntien vuoden 1990 suunnittelu- ja seuranta-asiakirjat kuvaavat ajankohtaa, jolloin taloudellinen tilanne oli hyvä, joskin laman uhka oli havaittavissa. Vuonna 1994 kuntatalouden lama oli syvimmillään. Valtionosuusuudistus oli tullut voimaan edellisen vuoden alussa. TK 2000 -kuntaprojekti käynnistyi keväällä 1994. Tutkimukseen osallistuvien kuntien ylin johto oli hakeutunut aktiivisesti projektiin ja sitoutunut kirjallisesti terveyttä edistävän toiminnan tehostamiseen kunnassaan. Samanaikaisesti valmisteltiin uutta kuntalakiä, jossa kuntien itsehallinnon lisäämisellä tavoiteltiin kansalaisten vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä sekä alueellisten erityispiirteiden huomioon ottamista ja julkisten tehtävien paikallisen koordinoinnin parantamista (KM 1993: 33). TK 2000 -kuntaprojekti päättyi 1996. Kuntalain uudistus oli tullut voimaan edellisenä vuonna ja kuntien taloudellinen tilanne oli paranemassa.

Asiakirjoista etsittiin terveyden edistämistä kuvaavia ilmaisuja. Tutkimusmenetelmänä käytettiin sisällön analyysia (Downe-Wamboldt 1992; Berg 1995; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–9). Sisällön analyysin avulla voidaan järjestellä, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Analyysia tehdään joko aineistolähtöisesti (induktiivisesti) tai aikaisempaan tietoon perustuvaa luokittelua käyttäen (deduktiivisesti). Terveyden edistämisen ilmaisuja luokiteltiin aluksi Linda Ewlesin ja Ina Simnettin (1995) viitekehystä käyttäen. Käytetyt analyysiyksiköt olivat sanayhdistelmiä tai lauseita. Ewlesin ja Simnettin luokittelu ei kuitenkaan sellaisenaan soveltunut kuvaamaan kunnan eri hallinnonalojen ehkäisevää toimintaa (esim. sosiaali-, koulu- sekä osittain

¹TK 2000 -kuntaprojektiin osallistuivat Heinolan mlk, Kajaani, Kerava, Lapinlahti, Luoto, Pori ja Tampere. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan neljän ensiksi mainitun kunnan asiakirjoja. Tutkimuskuntien määrä rajattiin neljään, jolloin aineistoon voitiin ottaa samasta kunnasta useampien vuosien asiakirjoja.

nuoriso- ja vapaa-aikatoimen terveyttä edistäviä palveluja). Luokittelua muokattiin aineistosta nousevien tarpeiden mukaisesti 4-luokkaiseksi: 1. palvelujärjestelmän toiminta terveyden edistämiseksi, 2. yhteisöllinen toiminta, 3. terveyttä edistävä ympäristö ja 4. terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka. Näihin terveyden edistämisen pääluokkiin sijoitettuja ilmaisia analysoitiin edelleen strategisen ajattelun mukaan: toimintaympäristön kuvaus, asetetut päämäärät ja tavoitteet sekä niiden saavuttamiseksi sovitut menettelytavat ja keinot. Teksteissä piilossa olevia viestejä (Berg 1995, 176) etsittiin luokitteluvaiheen jälkeen tulkitsemalla terveyden edistämislle annettujen merkitysten ja strategisen ajattelun muutoksia eli "kielen kehitystä" asiakirjoissa 1985–1996.

TERVEYDEN EDISTÄMISEN KUVAAMINEN KUNTIEN SUUNNITTELU- JA SEURANTA- ASIAKIRJOISSA

Kunnat kuvasivat terveyden edistämistä asiakirjoissaan samansuuntaisesti. Tarkastelujakson alussa, 1980-luvun loppupuolella, terveyden edistämiseen viittaavasta toiminnasta puhuttiin yleensä toimialakohtaisena "ehkäisevänä työnä". Sosiaali- ja terveystoimessa painotettiin lakisääteisten ja valtakunnallisten ohjeiden mukaisten palvelujen järjestämistä. Terveydenhuollossa puhuttiin terveyskasvatuksesta ja neuvolatyöstä. Sosiaalitoimen suunnitelmissa toistui ilmaisut "sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen" tai "väestön sosiaalisen turvallisuuden ja toiminnan ylläpitäminen". Raittius-, nuoriso- ja liikuntatoimen terveyttä edistävä toiminta nimettiin usein terveyskasvatukseksi ja valistukseksi. Koulutoimen asiakirjoissa oli 1980-luvun lopulla niukasti terveyden edistämiseen viittavia ilmaisia.

Tarkastelujakson lopulla, 1990-luvun alkupuolella, ehkäisevän työn ilmaisut lisääntyivät ja "terveyden edistämisen" käsite otettiin käyttöön. Toiminta kohdistui usein terveyden

riskiryhmiin ja tavoitteet olivat yhteydessä toimintaympäristön muutoksiin (työttömyyden kasvu ja taloudellinen niukkuus). Sosiaalitoimen suunnittelukieleen tulivat "sosiaalisten ongelmien ja syrjäytymisen ehkäiseminen" ja "työttömyyden haittavaikutusten ehkäiseminen". Nuorisotoimessa korostettiin ongelmakäyttäytymisen vähentämistä ja ehkäisyä. Liikuntatoimi otti käyttöön "terveysliikunnan" käsitteen. Terveyden edistämisesä painotettiin yhteistyötä. Sitä toteutettiin yhä useammin projekteina, verkostoja rakentaen. Yhdellä hallinnonalalla kuvattu toimialojen välinen yhteistyö ei kuitenkaan näkynyt toisten hallinnonalojen suunnitelmissa ja/tai toimintakertomuksissa.

Taulukkoon 1 on koottu palvelujärjestelmien terveyttä edistävien toimintojen ilmaisia kuntien asiakirjoista 1980-luvun lopulta (tarkastelujakson alku, asiakirjat vuosilta 1985 ja 1990) ja 1990-luvun alusta (tarkastelujakson loppu, asiakirjat vuosilta 1994 ja 1996). Ilmaisut eivät poikkeaa paljon toisistaan tarkastelujaksoina. Tämä johtuu siitä, että terveyden edistämisen puhekäytännöt muuttuivat eri tahtiin eri kunnissa.

Yhteisöllisyyttä terveyden edistämisen muotona kuvattiin suunnittelu- ja seuranta-asiakirjoissa asukkaiden omatoimisuudella sekä kunnan, järjestöjen ja kuntalaisten yhteistoiminnalla. Asukkaiden mahdollisuuksia vaikuttaa omaan ja lähiyhteisön hyvinvointiin pyrittiin parantamaan järjestämällä asukasiloja, tiedotustilaisuuksia ja kunnan aluehallinnon kokeiluja. Tarkastelujakson alkupuolella huomiota kiinnitettiin haja-asutusalueiden elinvoimaisuuteen ja nuorison harrastustoimintaan. Kyläkouluja pidettiin maaseutukylien yhteisöllisen toiminnan keskuksina ja niiden lakkauttamisen ennakoitiin näivettävän kyliä. Nuoriso-, kulttuuri- ja vapaa-aikatoimen suunnitelmissa painotettiin tiedon välittämistä ja terveyttä edistävien elämäntapojen mahdollistamista.

Tarkastelujakson lopulla yhteisöllinen toiminta kuvattiin aidommin viranhaltijoiden, järjestöjen ja kuntalaisten tasavertaiseen

Taulukko 1. Palvelujärjestelmien terveyden edistämistä kuvaavat ilmaiset kuntien suunnittelu- ja seuranta-asiakirjoissa 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alussa

	terveydenhuollon käyttämät ilmaiset	sosiaalitoimen käyttämät ilmaiset	koulutoimen käyttämät ilmaiset	raittius-, nuoriso- ja vapaa-aikatoimen käyttämät ilmaiset
Vuosien 1985 ja 1990 asiakirjat	*terveysneuvonta *omavastuun ottaminen tervey- destä *ennalta ehkäisevi- en keinojen uudelleen arviointi *väestön terveyden- tilan ylläpitäminen ja edistäminen *terveyserojen vähentäminen *neuvonnassa huomio perhekes- keisyyteen *lääkäreiden työhön enemmän terveyskasvatusta	*väestön sosiaalisen turvallisuuden ja toimintakyvyn ylläpitäminen *sosiaalisten ongel- mien ehkäiseminen *lastensuojelussa painotetaan korjaa- van työn sijaan ehkäisevää työtä	*riittävät koulutilat vuoroluvun välttämiseksi *huomio oppilaan persoonallisuuden kasvuun	*herättää kuntalai- sia omatoimiseen ennaltaehkäisyyn liikunnalla *saada koululaiset omaksumaan terveet elämäntavat *lisätä tietoa päih- teiden käytön haitallisuudesta *vaikuttaa kasvu- ja kehitysedellytys- ten parantamiseen
Vuosien 1994 ja 1996 asiakirjat	*terveyden ja toimintakyvyn edistäminen *lastenneuvoloissa työ kohdistetaan erityistä tukea tarvitseville per- heille *vahvistetaan riskiryhmiin kuuluvien elämän hallintaa *tuetaan asukkai- den omatoimisuutta *vaikutetaan elinolosuhteisiin	*kuntalaisten hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen *tuetaan ihmisten selviytymistä *estetään ongel- mien syntymistä ja riskien toteutu- mista *työttömyyden haittavaikutusten ehkäiseminen *tuetaan omatoi- misuutta ja vapaehtoistyötä	*oppilaan kokonais- persoonallisuuden kehittämisen tukeminen *ympäristökasvatus *ruokailun merki- tyksen korostami- nen terveyden perustekijänä *siedettävän kokoiset oppilas- ryhmät	*terveysliikunta *ongelmakäyttäytymi- sen vähentäminen

kumppanuuteen perustuvana toimintana nuorison hyväksi. Terveyttä edistävä näkökulma tuli esille pitkäaikaistyöttömien nuorten elämänhallinnan vahvistamisessa, työpajatoiminnassa ja työllisyysprojekteissa. Säästöta-

voitteet vauhdittivat yhteisöllistä toimintaa. Asukkaiden kanssa yhdessä kohennettujen harrastustilojen ja kaupunginosa-alueiden siisteystalkoiden nähtiin lujittavan yhteisöllisyyttä ja yhteisvastuuta.

Ympäristön terveellisyys perustuu moniin laeilla vahvistettuihin valvontatehtäviin. 1980-luvun lopulla suunnittelu- ja seuranta-asiakirjoissa kuvattiin elintarvikkeiden valvontaa, jätehuoltoa, ongelmajätteiden käsittelyä, pohjavesien puhtaudesta huolehtimista, ilmansuojelua ja liikenteen päästöjen vähentämistä. Kuvaukset olivat teknisiä ja toistuvat lähes samansisältöisinä kaikkien kuntien asiakirjoissa.

Tarkastelujakson lopulla ympäristöasiat nimettiin entistä tärkeämmiksi väestön terveyteen vaikuttaviksi tekijöiksi. Useissa asiakirjoissa kunnan toiminnan tavoitteeksi kuvattiin ”viihtyisä, virikkeellinen, terveellinen ja turvallinen elinympäristö” tai ”ympäristöstä aiheutuvien terveyshaittojen ennakolta ehkäisy”. Vuonna 1994 voimaan tulleen ympäristövaikutusten arviointia koskevan lain (YVA-laki, 1994: 468) lisäksi korostettiin sosiaalisten ja terveysvaikutusten arvioinnin (SVA) tarpeellisuutta kaikessa suunnittelussa ja päätöksenteossa. 1990-luvulle oli ominaista kestävän kehityksen idean sisällyttäminen kaikkeen kunnalliseen suunnitteluun. Suoranaiseksi terveysongelmaksi nousivat huoneilman homeongelmat.

Taloudellinen lama vaikutti 1990-luvun yhteiskuntapoliittiseen, väestön hyvinvointia arvioivaan keskusteluun. Kaikissa suunnitelmissa puhuttiin pitkäaikaistyöttömien ja nuorten työttömien elämäntilanteen parantamisesta, aktiivisesta elinkeinopolitiikasta työllisyyden parantamiseksi ja asunnottomuuden haittavaikutusten ehkäisystä. Hyvinvoinnin ja terveyden näkökulma nousi välillisesti esille entistä useammin arvioitaessa taa-
jamien liikenneoloja, kehitettäessä haja-asutusalueiden palvelutasoa ja perusteltaessa kaupunki- tai kuntakuvan parantamista.

Terveyden edistämisen kieli kehittyi tarkastelujakson aikana terveydenhuollon ehkäisevästä työstä, terveyskasvatuksesta ja neuvolatyön kuvauksista ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia kuvaavaksi terveyden edistämiseksi. Terveyden edistämisen merkityksen laajeneminen toi eri hallinnonalojen

suunnitelmiin uusia, konkreettisia terveyden edistämisen tavoitteita ja toimintasuunnitelmia. Samalla suunnittelukieleen ilmaantui abstrakteja yleisen hyvinvoinnin parantamiseen pyrkiviä päämääriä, joihin vastaavia selvityksiä ei esiintynyt seuranta-asiakirjoissa.

TERVEYDEN EDISTÄMISEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA SEN MUUTOKSET

Tarkastelujakson alun suunnitelmissa kuntien kehittämisen visiot perustuivat täystyöllisyyteen ja taloudelliseen kasvuun, jolloin tarpeisiin vastattiin uusilla tehtävillä ja lisähenkilöstöllä. 1990-luvun suunnitelmat sisälsivät enemmän selviytymistä kuvaavia strategioita kuin tulevaisuuden visioita (vrt. Rauhala 1998, 130). Kuntien johdon arvokeskusteluissa, jotka koskivat palvelujen priorisointia ja painoalueiden määrittämistä, ehkäisevä työ esiintyi yhtenä tärkeimmistä. Esimerkiksi yhden kunnan suunnitelmassa puhuttiin ”sosiaalisesta oikeudenmukaisuudesta ja yksilön ja ympäristön kunnioittamisesta (huolenpito yksilön ja ympäristön terveydestä ja henkisestä hyvinvoinnista, elämän ilo ja myönteisyys)”. Toisen kunnan toiminta-ajatuksena oli 1994 ”edistää kaupunkilaisten hyvinvointia, turvallisuutta, terveyttä ja toimintakykyä”, ja siihen oli vuonna 1996 lisätty ”asukkaiden itsenäisen selviytymisen ja omatoimisuuden edistäminen”.

Vuosien 1985 ja 1990 kuntasuunnitelmissa ja toimintakertomuksissa kuvatut väestörakenteen muutokset (vanhusten suhteellisen osuuden kasvaminen verrattuna lapsiin), työttömyyden lievä kasvu ja toisaalta terveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilöstöpula antoivat viitteitä ehkäisevän työn kasvavasta tarpeesta. Yhden kunnan suunnitelmassa (1985) kuvattuja väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavia olosuhteita olivat muutto-
liikkeestä aiheutuva terveysneuvonnan kasvava tarve, oppilaiden sopeutumisvaikeuksien kasvaminen ja puutteellisten asumisolosuhteiden syrjäytymistä aiheuttavat ongel-

mat. Toisen kunnan suunnitelmissa (1990) kehittämisen painoalueiden perusteina olivat työttömyyden kasvu, väestön ikääntyminen ja ympäristöongelmien huomioon ottamisen välttämättömyys. Pienissä maaseutukunnissa nostettiin esille haja-asutusalueiden palvelujen köyhtyminen ja pienten kyläkoulujen oppilasmäärän väheneminen. Myös lasten ja nuorten ongelmien lisääntyminen ja erityisopetuksen tarpeen kasvaminen huolestuttivat.

1990-luvun alkupuolen kuntasuunnitelmissa painotettiin muutoksen välttämättömyyttä ja sen ymmärtämistä. Työttömyys heikensi toimeentuloa, toimeentulotuen tarve kasvoi ja kuntalaiset jakaantuivat hyvä- ja huono-osaisiin. Elinympäristön viihtyisyys sekä terveydellinen ja sosiaalinen turvallisuus tulivat entistä tärkeämmiksi. Yhdyskuntarakenne muuttui kuitenkin väestön hyvinvoinnin kannalta epäedullisemmaksi, esimerkkinä tästä mainittiin lähipalvelujen väheneminen.

Vuosien 1994 ja 1996 suunnitelmissa tehokkuuden tavoittelu oli kaiken suunnittelun perusta. Heikentynyt taloudellinen tilanne näkyi ongelmien lisääntyessä yhtäältä palvelujen kysynnän kasvamisena, toisaalta erityisesti ehkäisevää työtä tekevän henkilöstön voimavarojen supistuksina. Voimavarojen supistuksia ehkäisevästä työstä oli raportoitu terveysneuvonnassa, lääkärin ehkäisevässä työssä, kouluterveydenhuollossa, rintasyöpäseulonnassa, perhesuunnittelussa, kehitysvammahuollossa, kotihoidon palvelujen antamisessa ja koulujen kerhotoiminnassa. Henkilöstön väheneminen herätti vähitellen huolta henkilöstön jaksamisesta ja työkyvyn säilymisestä. Työstä poissaolojen havaittiin kasvaneen.

Sosiaalitoimen ja oppilashuollon työmäärän kuvattiin lisääntyneen ja vaikeutuneen. Myös erityispalvelujen tarve oli kasvanut. Päivähoidon tarve väheni työttömyyden kasvaessa. Päivähoito nähtiin merkittäväksi perheiden selviytymisen tukemisessa. Palvelurakennetta oli muutettu useissa kunnissa alueellista-

malla sosiaali- ja terveyspalvelut. Tällä oli pyritty muun muassa ihmisten omatoimisuuden ja omavastuun lisäämiseen. Opettajien lomautusten vaikutukset nähtiin kouluissa kielteisinä, etenkin heikommille ja hitaasti edistyville oppilaille.

Toimintaympäristön kuvaukset muuttuivat tarkastelujakson aikana itseään toistavista, vuosittain samanlaisina esiintyvistä kuvauksista ympäristön muutoksia selvittäviksi ja kuntalaisten hyvinvoinnin edellytyksiä etsiviksi. Suunnittelun lähtökohtana ei kuitenkaan kuvattu väestön hyvinvointia ja terveyttä, vaan enimmäkseen palvelujärjestelmän tilaa ja mahdollisuuksia toimia.

TERVEYDEN EDISTÄMISEN TAVOITTEET JA KEINOT

Kuntasuunnitelmien visiot ja päämäärät sisälsivät kuntalaisten hyvinvointia koskevia yleistavoitteita, esimerkiksi "kuntasuunnittelun yleistavoite perustuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja viihtyisyyden lisäämiseen", kunnan säilyttäminen "viihtyisänä, virikkeellisenä ja terveellisenä asuinympäristönä" tai pyrkimys "pitää yllä ja kehittää toimintoja, joilla tuetaan ihmisten selviytymistä, estetään ongelmien syntymistä ja riskien toteutumista". Väestön hyvinvoinnin parantaminen oli otettu tietoiseksi tavoitteeksi, vaikka päämääriä ei useinkaan täsmennetty toimintasuunnitelmiin.

Terveyden edistämisen strateginen suunnittelu oli suunnitelma-asiakirjojen mukaan jäsentymätöntä. Kun toimintaympäristön muutosta sekä väestön hyvinvointia ja terveyttä kuvattiin yleisellä tasolla huolenaiheina täsmentämättä tai kohdentamatta tarkemmin ongelman laajuutta, jäivät terveyden edistämisen tavoitteet usein irrallisiksi. Niiden toteutuminen oli myös vaikeasti osoitettavissa.

1980-luvun lopulla terveydenhuollon sekä sosiaali- ja koulutoimen suunnitelmissa esiintyvät terveyden edistämisen tavoitteet olivat seuraavanlaisia: monipuolinen fyysi-

sen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen, kansantautien ehkäisy, terveys-erojen vähentäminen, ehkäisevän lastensuojelutyön korostaminen, oppilaiden terveydentilan ylläpitäminen ja sopivan opiskeluympäristön luominen, erityisopetuksen järjestäminen sitä tarvitseville, vanhusten elämänlaadun parantaminen sekä päihdeongelmaisten toimintakyvyn ja sosiaalisen suoriutumisen parantaminen. Tavoitteisiin pyrittiin yleensä laajentamalla palveluja, lisäämällä henkilökuntaa ja kiinnittämällä huomiota asiaan. Seuraavassa esimerkkejä: "lisätään terveysneuvontaa ja sitä antavaa henkilöstöä", "lisätään ehkäisevää mielenterveystyötä", "korostetaan päihdetyössä ehkäisevää työtä", "kehitetään kasvatus- ja perheneuvolapalveluja" ja "lisätään koululaisten iltapäivähoitoa".

Tarkastelujakson loppupuolella terveyden edistämisen tavoitteet muuttivat luonnettaan. Yhtäältä korostettiin ihmisten omatoimisuuden ja vastuun lisäämistä ja toisaalta kunnan voimavarojen valikoivaa suuntaamista terveyden riskiryhmiin kuuluvien hyvinvoinnin parantamiseen. Seuraavassa esimerkkejä: selviytymisen tukeminen, syrjäytymisen ehkäisy ja pitkäaikaistyöttömyyden aiheuttamien vaikutusten lieventäminen. Keinoiksi esitettiin alueellisiin lähipalveluihin perustuvan toiminnan kehittämistä, rutiinitoiminnoista luopumista ja ehkäisevän työn kohdentamista riskiryhmiin. Jokaisessa kunnassa käynnistettiin eri hallinnonalojen yhteisiä terveyden edistämisen projekteja. Yhteistyökumppaneita haettiin kunnallisten toimijoiden lisäksi järjestöistä ja vapaaehtoisista. Henkilöstöä ei enää lisätty, vaan entistä useammin turvaututtiin selvityksiin ja yhteistyön kehittämiseen. Kasvavasta palvelujen tarpeesta pyrittiin selviytymään pienemmällä henkilöstön määrällä "toiminnan rationalisoinnin, tehostamisen, koulutuksen, yhteistyön ja verkostoitumisen keinoin". Tavoitteiden saavuttamista ei arvioitu hyvinvoinnin muutoksina tai terveyden edistymisenä vaan määrällisinä suoritteina ja järjestettyinä palveluina.

Yhteisöllisen toiminnan terveyttä edistävät

tavoitteet ja keinot olivat 1980-luvun lopulla väestön ja eräiden väestöryhmien asenteiden ja elämäntapojen muuttamista terveyttä arvostavaksi välittämällä tietoa, järjestämällä erilaisia tapahtumia, kuulemalla nuorten näkemyksiä ja järjestämällä nuorisotiloja nuorten käyttöön. Tarkastelujakson lopulla nuorisotoimen rooli korostui yhteisöllisen toiminnan innoittajana. Nuorten työllistäminen, elämäntapojen tukeminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen olivat keskeisiä tavoitteita. Yhteisöllinen terveyden edistäminen kunnan vastuuna oli mahdollisuuksien tarjontaa ja hyvien harrastusten halutuksi tekemistä erityisesti passiivisten nuorten joukossa. Kunta oli vastuullinen ja aktiivinen osapuoli toiminnassa, vaikka se yritti valtuuttaa vastuun ottamiseen nuoria itseään (empowerment-näkökulma, ks. Raeburn & Rootman 1998).

Yhteiskuntapolitiikkaa ei tiedostettu terveyttä edistävänä mahdollisuutena tai sitä ei kuvattu sellaisena 1980-luvun lopun suunniteluasiakirjoissa. Väestön hyvinvointiin selvimmin vaikuttavia päätöksiä oli halu turvata riittävä ja riittävän laadukas asuntokanta sekä asutuskeskuksissa että haja-asutusalueilla. Joukkoliikenteen kattavuudella pyrittiin kunnan eri alueiden tasapuolisuuteen ja alueiden elinkelpoisuuden turvaamiseen. Huolena oli työvoiman riittävyys.

1990-luvun alkupuolella väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttaneet yhteiskuntapolitiittiset kysymykset voimistuivat ja niihin otettiin kantaa kuntasuunnittelussakin. Merkittävimpiä yhteiskuntapolitiittisia terveyden edistämisen tehtäviä kunnassa oli luoda mahdollisuuksia uusien työpaikkojen syntymiselle, alentaa työttömyyttä ja ehkäistä työttömyydestä aiheutuvia terveyshaittoja. Kunnat pyrkivät käynnistämään elvyttäviä investointeja, edistämään yrittäjyyttä, työllistämään pitkäaikaistyöttömiä, vaikka lyhyiksi kausiksi, ja käynnistämään monenlaisia työttömien elämää helpottavia projekteja. Suunnitelmissa korostettiin hyvinvoivaa ja asukkaistaan välittävää kuntakuvaa. Imagoa rakennettiin yhdyskuntasuunnittelulla, parantamalla asu-

misolosuhteita ja investoimalla liikunnan harrastamiseen ja vapaa-ajan harrastusmahdollisuuksiin.

Terveyden edistämisen suunnitelmat muutuivat tarkastelujakson aikana terveydenhuollon tehtäväkeskeisestä ajattelusta moniammatillista osaamista ja yhteistyötä vaativiksi, yksilöä ja perhettä kokonaisvaltaisemmin tarkasteleviksi suunnitelmiksi. Yhteisöllisten ja yhteiskuntapoliittisten suunnitelmien perusteina ilmenivät entistä vahvemmin väestön hyvinvointiin vaikuttavat tekijät. Terveyden edistämisen toimintamalleja etsittiin käytännön työssä. Monet hyviksi havaituista toimintatavoista vahvistuivat vähitellen kunnan strategisiksi linjauksiksi.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulokset voidaan tiivistää seuraaviksi päätelmiksi:

1. Terveyden edistämisen kieli kehittyi tarkastelujakson 1985–1996 aikana terveydenhuollon ehkäisevästä työstä, terveystasvatuksesta ja neuvolatyön kuvauksesta ihmisten kokonaisvaltaista hyvinvointia kuvaavaksi terveyden edistämiseksi. Samalla kun terveyden edistämisen merkitys laajeni, päämäärät kirjattiin abstrakteina, ohjelmallisina tavoitteina. Suunnitelmista oli vaikea hahmottaa, mitä ylätasoinen tavoitteiden saavuttamiseksi aiottiin konkreettisesti tehdä, ketkä niistä olivat vastuussa ja millaisia tuloksia haluttiin saada aikaan.

2. Kuntasuunnittelun ja toiminnan seurannan asiakirjat muuttuivat vuosina 1985–1996 ”suunnitteluretoriikan” toistamisesta enemmän strategista ajattelua sisältäviksi ja kunnan muuttuvat olosuhteet huomioon ottaviksi toimintaa ohjaaviksi asiakirjoiksi.

3. Strategista suunnittelua ”ohjaava” taloudellinen niukkuus ja lama sekä vahvistivat että heikensivät terveyden edistämistä. Terveyden edistämisen sisältö laajeni, sen merkitys kasvoi kunnallisessa toiminnassa, lama pakotti eri hallinnonalat ja kunnan muut toimi-

jat yhteistyöhön ja kiinnitti huomiota ihmisten omaan ja yhteisvastuuseen. Samanaikaisesti kuntien säästö- ja supistamissuunnitelmat kohdistuivat usein ensimmäisenä ja voimakkaimmin ehkäisevään työhön kaikilla hallinnonaloilla, jolloin terveyden edistämisen ammatillisen osaamisen vahvistaminen ja uudentyypisten työmuotojen kehittäminen oli ongelmallista.

4. Terveyden edistämisen strateginen suunnittelu oli ontuvaa ja jäsentymätöntä. Toimintaympäristön kuvauksissa selvitettiin yleensä palvelujärjestelmän tilaa, harvemmin väestön hyvinvointia ja terveyttä. Terveyden edistämisen päämäärät ja tavoitteet olivat usein yleisiä pyrkimyksiä ja laajoja, vaikeasti konkretisoitavia tahdonilmaisuja. Toimintasuunnitelmat ja keinot olivat varsinkin tarkastelujakson alkupuolella usein vaatimattomia tavoitteisiin nähden. Tarkastelujakson lopulla terveyden edistämisen tavoitteita esiintyi useimpien hallinnonalojen suunnitelmissa aikaisempaa enemmän. Tavoitteissa painottuivat yhteisöllinen ajattelu ja väestön tarpeet. Keinoiksi esitettiin usein moniammatillisia projekteja, yhteistyötä ja verkostoitumista täsmentämättä tarkemmin toiminnan sisältöä. Toimintakerptomuksissa vastattiin heikosti siihen, miten toteutettujen toimenpiteiden avulla oli päästy tavoitteisiin vai oliko niihin ylipäätään päästy.

5. Väestön terveyteen vaikuttavina kunnan sisäisinä vahvuuksina kuvattiin seurantajakson alussa palvelujen toimivuutta ja saatavuutta sekä mahdollisuutta lisätä niitä tarpeen mukaan. Seurantajakson lopulla palvelujen toimivuuden ja saatavuuden kuvattiin heikentyneen ja asiakirjoissa korostuivat selviytymisen strategiat. Kuntaorganisaation sisäiseksi terveyden edistämisen heikkouksiksi luettiin sektorikohtaisen toimintamallin ristiriitaisuus suhteessa poikkihallinnollista osaamista vaativaan terveyden edistämiseen, ammatillisen osaamisen puutteet ja hallinnollisen vastuun epämääräisyys.

6. Terveyden edistämisen mahdollisuuksiksi mainittiin luonnon virkistyskäyttö, itsehoito ja omavastuu vähenevien palvelujen kor-

vaajana sekä eri hallinnonalojen laajeneva yhteistyö monialaista osaamista edellyttävän ehkäisevän työn voimavarana. Hyvinvoinnin uhkiksi kuvattiin työttömyys ja sen seuraukset, päiväkotien ja koulujen ryhmäkokojen kasvaminen, haja-asutusalueiden köyhtyminen sekä asunnottomuus ja puutteellinen asuminen. Henkilökunnan väheneminen kuvattiin uhkaksi palvelujen saatavuudelle sekä henkilöstön jaksamiselle, työkyvyn säilymiselle ja hyvinvoinnille.

7. Ympäristön terveellisyydestä oli huolehdittu lainsäädännön tuella koko seuranta-ajanjakson. Ympäristövaikutusten arviointi nousi YVA-lain myötä läpäisyperiaatteella huomioon otettavaksi kunnan kaikessa toiminnassa, ja suunnitelmiin ilmaantui pyrkimyksiä käynnistää sosiaalisten vaikutusten arviointi terveyteen vaikuttavien päätösprosessien yhteydessä. Ympäristökysymysten strateginen suunnittelu perustui yhä useammin poikkihallinnollisesti valmisteltuihin ja vastuutettuihin toimintaympäristön kuvauksiin (ympäristösuunnitelmiin). Ympäristökasvatus ja kestävä kehityksen periaatteiden sisäistäminen aloitettiin jo päiväkodissa.

8. Yhteisöllinen toiminta, yhteisvastuu, talkoohenki ja ihmisten omista tarpeista nouseva terveyden edistäminen vahvistuivat kunnassa samanaikaisesti, kun taloudellinen lama lisäsi väestön terveyseroja, aiheutti syrjäytymistä ja rajoitti kunnan mahdollisuuksia toimia. Ihmisten kuuleminen, osallisuus ja "empowerment" nousivat keskeisiksi käsitteiksi.

POHDINTA

Tutkimuskohteeksi valittavien asiakirjojen määrittämiseksi analysoitiin kahdesta kunnasta yhden vuoden ajalta valtuuston, hallituksen ja jokaisen lautakunnan pöytäkirjat (päätökset ja niiden perustelut liitteineen), joista etsittiin terveyden edistämisen ilmaisuja Ottawan luokituksen mukaan (Ottawa Charter for..., 1986). Analyysin kuluessa ha-

vaittiin, että kunnanvaltuuston, kunnanhallituksen ja lautakuntien pöytäkirjat eivät välitä kuvaa terveyden edistämisen todellisuudesta kunnallisessa päätöksenteossa. Esimerkiksi yhdessä kunnassa yhden vuoden aikana hallitus oli tehnyt 112 päätöstä, joista terveyden edistämiseen liittyviä oli 18. Näistä 14 oli terveelliseen ympäristöön liittyviä lupamenettelyyn kuuluvia lausuntoja. Loput neljä koskivat toimenpiteitä tupakoinnin lopettamiseksi koululaiskuljetuksen aikana, veteraanikuntoutusta, avohoidon kehittämissuunnitelmaa ja potilasruokailun uudelleen järjestämistä. Näistä kaksi viimeksi mainittua oli hallinnollisia päätöksiä. Päätöspöytäkirjat ovat teknisiä kuvauksia kunnallisesta päätöksenteosta. Niistä ei välity kunnan ylimmässä johdossa mahdollisesti käyty keskustelu terveyden edistämisestä.

Tutkimuskunnissa ei ollut voimassa olevia erillisiä kuntastrategioita, eikä hallinnonalojen toteuttamissuunnitelmia haluttu ottaa tutkimuskohteeksi, koska niiden sisältö on tarkoitettu ohjaamaan kunnassa operatiivista tasoa, ei ylintä johtoa. Toiminta- ja taloussuunnitelmat sekä toimintakertomukset kuvasivat asiakirjoista parhaiten kunnan ylimmän viranhaltija- ja luottamushenkilöjohdon näkemyksiä terveyden edistämisen strategioista ja painoalueista kunnassa.

Terveyden edistämisen toiminnan laajuus ja tietoisuus olivat tutkimuskunnissa todennäköisesti keskimääräistä kuntaa suurempia. TK 2000 -kuntaprojektilla ja kahdessa kunnassa toteutetulla Ehkäisevän sosiaalipolitiikan kuntaprojektilla (Pajukoski 1996) oli vaikutusta terveyden edistämisen sisältöön ja strategiseen ajatteluun tarkastelujakson loppupuolella. Projektit mainittiin suunnitelmissa ja toimintakertomuksissa ja niiden tavoitteet kirjattiin suunnitelmiin. Projektikunnissa valmisteltiin ja käynnistettiin koko kunnan toimintaa koskevia strategioita, joihin terveyden edistämisen näkökohdat sisältyivät. Neljä kuntaa valmisteli valtuustolle terveyden edistämisen toimintaohjelman.

Suunnittelu- ja seuranta-asiakirjoissa ku-

vattiin kunnallisen toiminnan toimintaympäristö ja suunnitelmiin vaikuttavat fyysiset ja rakenteelliset muutokset (väestörakenne, työllisyystilanne, asumisolosuhteet, ympäristöolosuhteet ja taloustilanteen kehittyminen) sekä hallinnonaloittain suunniteltu toiminta ja siihen käytettävissä olevat voimavarat. Terveyden edistäminen oli 1990-luvun suunnitelmissa nostettu tärkeäksi päämääräksi. Toimintakertomuksissa sen toteutumista oli kuitenkin kuvattu niukasti. Toimivatko kuntasuunnitelmat näin terveyden edistämistä muovaavana ja sen todellisuutta rakentavana välineenä, vai osoittiko suunnitelmatekstien ja käytännön toteutusten välinen ristiriita suunnitelmien olevan vain mielikuvien luomista?

Kuntasuunnittelun yleinen velvoite perustuu vuonna 1976 annettuun kunnallislakiin ja vuoden 1995 kuntalakiin (Ha 301). Edellisen kunnallislain (953/76) 13. §:n mukaan kunnalla tuli olla kunnanvaltuuston hyväksymä kunnan olojen kehittämistä, hallinnon ja talouden hoitamista sekä toimintojen sijoittamista varten kuntasuunnitelma. Vuoden 1995 kuntalain (365/95) mukaan talousarvio liitetään kiinteämmin pitkän aikavälin talous-suunnitteluun. Hyväksyessään talousarvion ja taloussuunnitelman valtuusto hyväksyy samalla kunnan talouden ja toiminnan tavoitteet (§ 65). Toimintakertomuksessa tulee esittää selvitys valtuuston asettamien toiminnan ja talouden tavoitteiden toteutumisesta (§ 69).

Uuden kuntalain (365/95) mukainen vaatimus selvityksestä valtuuston asettamien toiminnan ja talouden tavoitteiden toteutumisesta (§ 69) on aiheellinen. On kiinnostavaa nähdä, miten lainmukaiset tarkastuslautakunnat arvioivat terveyden edistämisen tavoitteiden onnistumista. Seuranta vaikeuttavat tuloksellisuuden käsitteen selkiytymättömyys ja vaikea osoittaminen sekä yleisesti hyväksytyjen hyvinvointi-indikaattoreiden puute (vrt. Rauhala 1998).

Strategisen ajattelun kehittymistä sanelivat 1990-luvun alkupuolella taloudelliset ehdot. Terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ sai

korkean aseman kunnallisten päättäjien arvokeskusteluissa, mutta selviytymisstrategioissa ne eivät sijoittuneet välttämättömien tehtävien joukkoon. Käytännössä yhdeksi selviytymisstrategiaksi muodostui ehkäisevästä työstä karsiminen, usein ensimmäisenä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta, neuvolatoiminnasta, leikkitoiminnasta, perhehoidosta, vammaisten ja vanhusten kotihoidon tuesta ja päihdehuollosta (Heikkilä 1993; Uusitalo & Staff 1997).

Terveyden edistämisen tavoitteet konkretisoituvat monelta osin eri hallinnonalojen työkäytännöissä ja eri ammattiryhmien ammatillisena osaamisena perustoiminnoissa. Tavoitteiden toteutumista on vaikea kuvata konkreettisesti kunnan toimintakertomuksessa, jos toiminta ei ole aiheuttanut rakenteellisia muutoksia, sisältänyt erillisiä hankkeita tai edellyttänyt erityisiä voimavaroja. Toimintakertomusten mukaan tehty arviointi terveyden edistämisen onnistumisesta kunnan päätöksenteossa voi näin jäädä liian yksipuoliseksi. Kun terveyden edistäminen on suunniteluasiakirjoissa nostettu kunnan painoalueeksi, sillä on mahdollisuus toteutua, mikäli hallinnollisessa vastuussa olevat ymmärtävät ehkäisevän toiminnan yhteydet käytännön operatiivisiin ratkaisuihin. Kuntasuunnitelmista ja toimintakertomuksista saatu kuva osoittaa, tiedostavatko päätöksentekijät terveyden edistämisen merkityksen kunnallisen toiminnan päämääränä. Asiakirjoihin kirjaaminen ei vielä osoita, miten sitä käytännössä toteutetaan.

Terveyden edistämisen kielenkäyttö laajeni seurantajakson aikana. Se tuli monimerkitykselliseksi mutta samalla vaikeammin suunnitelmissa hallittavaksi. Terveyden edistämisen käsite on tullut kuntasuunnitelmiin kansallisten ja kansainvälisten terveystoimintojen ohjelmien kautta. Ohjelmatasolla käsite on määritelty ideologisista lähtökohdista soveltuvaan globaalisti kaikkien käyttöön (WHO 1984). Kunnan toiminnassa ohjelmien tasolla puhuttu kieli irtaantuu arkielämästä ja jää merkityksettömäksi. Käytännössä jatkuva keskus-

telu ja terveyden edistämisen arviointi jäsen-
tavat sen sisältöä suhteessa ja erotuksena sa-
manaikaisesti laajenevaan ehkäisevän sosi-
aalipolitiikan käsitteeseen (ks. Rauhala
1998).

Terveyden edistämisen strategioiden kehityksen
kannalta olisi tärkeää, että kuntien

taloussuunnitteluun liitettäisiin kullekin hal-
linnonalalle ominaiset väestön hyvinvointia
kuvaavat indikaattorit, joilla terveyden edis-
tämisen toteutumista voitaisiin seurata. Näin
toimintakertomuksista voisi kehittyä yksi ter-
veyden edistämisen laadun arvioinnin väline.

KIRJALLISUUS

Berg, Bruce L.: *Qualitative research methods for the social sciences*. Boston: Allyn and Bacon, 1995 (1989)

Brommels, Mats: Contracting and political boards in planned markets. In: Saltman, Richard B. & Otter, Casten von (eds.): *Implementing Planned Markets in Health Care. Balancing Social and Economic Responsibility*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1995

Downe-Wamboldt, B.: Content analysis: method, applications and issues. *Health Care for Women International* 1992: 13, 313–321

Ewles, Linda & Simnett, Ina: *Promoting Health – A Practical Guide*. Scutary Press, 1992. Suomenos: *Terveyden edistämisen opas*. Keuruu: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, 1995

Heikkilä, Matti: Kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto talousahdingossa. Kriisejä ja selviämistästrategioita. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Hänninen, Sakari & Kosunen, Virpi & Mäntysaari, Mikko & Sallila, Seppo & Uusitalo, Hannu: *Hyvinvoinnin päätepysäkillä? Aineistoa hyvinvointipolitiikkaa ja lamaa koskevaan keskusteluun*. Raportteja 128. Stakes 1993

Komiteanmietintö 33: Kuntalaki. Kunnalliskomitean mietintö. Helsinki: Sisäasiainministeriö, 1993

Kunnallislaki 953:1976

Kuntalaki 365:1995

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa: Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1999): 1, 3–12

Laine, Kalle & Hulkkonen, Vesa: *Strategia. Aja-
tuksista tekoihin*. Helsinki: Edita, 1996

Mintzberg, Henry: Patterns in Strategy Formation. *Management Science* 24 (1978): 9

Mintzberg, Henry: Opening up the Definition of Strategy. In: Quinn, James Brian & Mintzberg, Henry & James, Robert M.: *The Strategy Process. Concepts, Contexts, and Cases*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall International, Inc., 1988

Ottawa Charter for Health Promotion. An Inter-

national Conference on Health Promotion, November 17–21, 1986

Pajukoski, Marja: Projektista käytäntöön. Ehkäisevän sosiaalipolitiikan kuntaprojektin hallinnollinen raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 8. Helsinki: Edita, 1996

Perttilä, Kerttu & Winell, Klas & Haverinen, Riitta & Lehto, Juhani & Mikkola, Taru: Seitsemän kuntaa terveyttä edistämässä. Raportti TK 2000-kuntaohjelman käynnistymisestä. Aiheita 29. Stakes 1995

Quinn, James Brian: Strategies for Changes. In: Quinn, James Brian & Mintzberg, Henry & James, Robert M.: *The Strategy Process. Concepts, Contexts, and Cases*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall International, Inc., 1988

Raeburn, John & Rootman, Irving: *People-Centred Health Promotion*. New York: John Wiley & Sons, 1998

Rauhala, Pirkko-Liisa: Onko keskustelu ehkäisevästä sosiaalipolitiikasta uutta Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 63 (1998): 2, 121–139

Sosiaali- ja terveysministeriö: *Terveyttä kaikille vuoteen 2000: Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma*. Helsinki: Valtion Painatuskeskus, 1986

Uusikylä, Petri: Sosiaali- ja terveydenhuollon säästöt ja paikallishallinnon politiikkaverkostot. S. 105–210. Teoksessa: Mattila, M. & Saukkonen, R. & Uusikylä, P.: *Hyvinvointivaltiosta kilpailuvaltion. Markkinat ja verkostot sosiaali- ja terveyspolitiikan ohjauksessa*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Helsinki 1993

Uusitalo, Hannu & Staff, Mikko (toim.): *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus*. Raportteja 214. Stakes 1997

WHO 1984: *Health Promotion: a WHO Discussion Document on the Concepts and Principles*. Reprinted: *Journal of the Institute of Health Education* 1985: 23, 1

YVA-laki, Laki ympäristövaikutusten arviointimenettelystä 1994:468.

ENGLISH SUMMARY

Kerttu Perttilä & Päivi Koponen & Heikki Suominen: Health promotion strategies in local politics: a content analysis of the documents in 1985–1996 (Terveystiedon edistämisen strategiat kunnallisessa politiikassa: asiakirjojen sisällön analyysi 1985–1996)

Content analysis of the planning documents and annual reports of a local authority in 1985–1996 revealed a clear shift from traditional "planning rhetoric" to a more strategic thinking and a focus on changing environmental conditions. The reasons for this shift lie in the economic recession and in the increased autonomy afforded to local municipalities. During the period under review the local authority assumed increasing responsibility for health promotion. Health promotion refers not only to preventive health care, but also to many administrative fields concerned with a healthy life and

supporting people who are at risk of losing their health.

Strategic planning for health promotion was still poorly organised and the objectives were rarely based on real changes in the welfare of the population. The means and action plans set out were often vague and modest when compared to the objectives. It was difficult to determine on the basis of the annual report whether or not the targets set had actually been reached. Neither the plans nor the annual reports of the local authority gave an accurate picture of how health promotion is carried out in practice. Instead, they tended to describe the views of management on the role of health promotion in local activities and total strategy. It is a challenging task indeed for inspection boards, founded in accordance with legislation on local authorities, to try and assess the success of health promotion on the basis of the objectives set.

KEY WORDS:

Health, health promotion, municipality, decision-making, strategies, content analysis, Health for All by the Year 2000