

Minna Uusitalo, Kerttu Perttilä, Kristiina Poikajärvi, Matti Rimpelä

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO)

Esitutkimusraportti

Aiheita 21/2003

ISBN 951-33-1421-9
ISSN 1236-9845

Stakes monistamo, Helsinki 2003

KUVAILULEHTI

Julkaisun päivämäärä

Tekijät Minna Uusitalo, Kerttu Perttilä, Kristiina Poikajärvi, Matti Rimpelä	Julkaisija Stakes	
Julkaisun nimi Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO). Esitutkimusraportti	Kustantaja Stakes	
Julkaisun sarja ja numero Aiheita 21/2003		
Tiivistelmä <p>Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO) -tutkimus- ja kehittämishankkeen tavoitteena on auttaa kuntia löytämään toimivat järjestelyt terveyden edistämisen aseman selventämiseksi ja toimeenpanorakenteiden vahvistamiseksi kuntien hallinnossa. Kuntaselvitykseen ja kokeiluvaiheeseen jakautuva hanke toteutetaan vuosina 2003 - 2006 yhteistyössä ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveysyksiköiden, lääninhallitusten ja hankkeeseen osallistuvien kuntien kanssa.</p> <p>Tämä kuntaselvityksen raportti perustuu 49 kunnan haastattelu- ja asiakirja-aineistoon. Ammattikorkeakoulujen opettajat haastattelivat kuntien johtavia luottamushenkilöitä ja johtavia viranhaltioita ja laativat haastatteluista raportit, jotka olivat tämän tutkimuksen osa-aineistona. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteiden huomioon ottamista selvitettiin 36 kunnan asiakirja-aineistosta.</p> <p>Johtavat luottamushenkilöt ja viranhaltijat arvioivat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen kunnissa kouluarvosanalla seitsemän. Kunnanvaltuuston hyväksymät laaja-alaiset hyvinvointiohjelmat tai -strategiat olivat harvinaisia. Suunnitelmallinen väestön hyvinvoinnin seurantajärjestelmä puuttui useimmista kunnista. Kuntien keskushallinnossa käsiteltiin hyvinvointiin liittyviä asioita usein vain talousarvion laadinnan yhteydessä, jolloin keskusteltiin henkilöstövoimavaroista. Kunnissa oli lukuisia yksittäisiin hyvinvointiteemoihin kohdistuvia strategia-, ohjelma- ja hankeasiakirjoja. Hyvinvointiteemoista useimmin nousivat esiin lasten ja vanhusten asiat.</p> <p>Vastuu väestön hyvinvoinnin edistämisestä oli määrittelemättä ja hajautui eri sektoreille ja tasoille. Kunnissa ei ollut terveyden edistämisen ohjaus-/johtoryhmiä eikä erillisiä terveyden edistämisen koordinaattoreita. Terveyskasvatuksen yhdyshenkilö oli lähes jokaisesta kunnasta, mutta heidän toimintaedellytyksensä olivat vaatimattomia. Johdolle suunnattua hyvinvointijohtamiseen liittyvää koulutusta oli vähän. Hyvinvoinnin edistämisen koulutusvastaavaa ei kunnissa oltu nimetty.</p> <p>Terveys 2015 -ohjelman tavoitteet esiintyvät toistaiseksi vähän kuntien suunnitelmissa. Ikäkausittaisista tavoitteista parhaiten olivat esillä lasten hyvinvointi, nuorten päihteiden käytön vähentäminen ja yli 75-vuotiaiden hyvinvoinnin parantaminen. Lasten henkisen hyvinvoinnin ja turvallisuuden kohentamista, huumeiden käytön ehkäisyä ja vanhusten kotihoidon tukemista painotettiin. Vähiten huomiota sai nuorten aikuisten miesten tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden vähentäminen.</p> <p>Tuloksista voidaan päätellä, että kuntien johdossa ollaan usein tietoisia väestön hyvinvointiongelmista, mutta resurssit hyvinvointihaasteisiin vastaamiseksi koetaan niukoiksi. Kuntien keskushallinnossa hyvinvointijohtamisen vastuut ovat tavallisesti määrittelemättä ja toimintarakenteet heikkoja ja hajanaisia. Väestön hyvinvointi ja terveyden edistäminen on kunnissa pääasiassa sosiaali- ja/tai terveystoimen sisäistä toimintaa. Terveys 2015 -ohjelma näkyy satunnaisesti kuntien toiminta- ja talousasiakirjoissa. Kunnat keskittyvät tuottamaan laadukkaita ja riittäviä hyvinvointipalveluja ja panostavat ensisijaisesti lasten, lapsiperheiden, nuorten ja vanhusten hyvinvointiin.</p>		
Avainsanat Hyvinvointijohtaminen, hyvinvointistrategia, terveyden edistäminen, johtaminen, rakenteet		
Muut tiedot (esim. elektroninen julkaisu tai verkkojulkaisun osoite) www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke		
ISSN 1236-9845	ISBN 951-33-1421-9	
Kokonaissivumäärä 85	Kieli Suomi	Hinta 19 e (sis. alv)
Jakaja ja myyjä Stakes, PL 220, 00531 Helsinki, puh (09) 3967 2140 tai (09) 3967 2141 tai automaatti (09) 3967 2308, faksi (09) 3967 2450		

TIIVISTELMÄ

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta Stakes käynnisti Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO)-tutkimus- ja kehittämishankkeen vuosiksi 2002-2005. Hankkeen tavoitteena on auttaa kuntia löytämään toimivat järjestelyt terveyden edistämisen aseman selventämiseksi ja toimeenpanorakenteiden vahvistamiseksi kuntien hallinnossa. Kuntaselvitykseen ja kokeiluvaiheeseen jakautuva hanke toteutetaan yhteistyössä ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveystieteiden, lääninhallitusten ja hankkeeseen osallistuvien kuntien kanssa.

Tämä kuntaselvitysraportti perustuu ammattikorkeakoulujen 49 kunnasta keräämään haastattelu- ja asiakirja-aineistoon. Ammattikorkeakoulujen opettajat haastattelivat kuntien johtavia luottamushenkilöitä ja johtavia viranhaltijoita ja laativat haastatteluista raportit, jotka olivat tämän tutkimuksen osa-aineistona. Haastatteluissa oli mukana kaksi terveydenhuollon kuntayhtymää ja yksi maakunta sekä Ålands hälso- och sjukvårdsområdet. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman huomioon ottamista selvitettiin 36 kunnan (yksi kuntayhtymä, 33 kuntaa) asiakirja-aineistosta (talousarviot 2001-2002, taloussuunnitelmat 2000-2004 sekä vuoden 2001 toimintakertomus).

Kunnissa oli hyväksytty lukuisia yksittäisiin hyvinvointiteemoihin kohdistuvia strategia-, ohjelma- ja hankeasiakirjoja. Kunnanvaltuuston hyväksymät laaja-alaiset hyvinvointiohjelmat tai strategiat olivat harvinaisia. Useimmissa kunnissa ei ollut suunnitelmallista väestön hyvinvoinnin seurantaa. Väestön hyvinvoinnin edistämisen vastuut olivat määrittelemättä ja hajautuivat eri sektoreille ja tasoille. Kuntien keskushallinnossa käsiteltiin hyvinvointiin liittyviä asioita useimmiten vain talousarvion laadinnan yhteydessä, jolloin keskusteltiin henkilöstövoimavaroista. Teemoista useimmiten nousivat esiin lasten ja vanhusten hyvinvointi.

Johtavat luottamushenkilöt ja viranhaltijat arvioivat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen kunnissa kouluarvosanalla seitsemän. Kunnissa ei ollut terveyden edistämisen ohjaus-/johtoryhmiä eikä erillisiä terveyden edistämisen koordinaattoreita. Terveyskasvatuksen yhdyshenkilö oli lähes jokaisessa kunnassa, mutta heidän toimintaedellytyksensä olivat vaatimatonta. Johdolle suunnattua hyvinvointijohtamiseen liittyvää koulutusta oli vähän. Hyvinvoinnin edistämisen koulutusvastaavaa ei kunnissa oltu nimetty.

Terveys 2015 -ohjelman tavoitteet esiintyvät toistaiseksi vähän kuntien suunnitelmissa. Ikäkausittaisista tavoitteista parhaiten olivat esillä lasten hyvinvointiin, nuorten päihteiden käytön vähentämiseen ja yli 75-vuotiaiden hyvinvoinnin parantamiseen liittyvät tavoitteet. Eniten painotettiin lasten henkisen hyvinvoinnin ja turvallisuuden kohentamista ja huumeiden käytön ehkäisyä ja vanhusten kotihoidon tukemista. Terveys 2015 -ohjelman tavoitteista sai vähiten huomiota nuorten aikuisten miesten tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden vähentäminen. Suomalaisten eliniän pidentämisen, terveyspalveluiden saatavuuden ja toimivuuden sekä väestön eriarvoisuuden vähentämisen toteutumiseksi kunnat pyrkivät tuottamaan ja kehittämään kilpailukykyisiä palvelujärjestelmiä niin palveluiden laadun, saatavuuden kuin tehokkuudenkin osalta.

Tämän kuntaselvityksen mukaan kuntien johdossa ollaan tietoisia väestön hyvinvointiongelmista, mutta resurssit hyvinvointihaasteisiin vastaamiseksi koetaan niukoiksi. Kunnat keskittyvät tuottamaan laadukkaita ja riittäviä hyvinvointipalveluja ja panostavat lasten, lapsiperheiden, nuorten ja vanhusten hyvinvointiin. Kuntien keskushallinnossa hyvinvointijohtamisen vastuut ovat tavallisesti määrittelemättä ja toimintarakenteet heikkoja ja hajanaisia. Väestön hyvinvointi ja terveyden edistäminen on kunnissa pääasiassa sosiaali- ja/tai terveystoimen sisäistä toimintaa. Terveys 2015 -ohjelma näkyy vain satunnaisesti kuntien toiminta- ja talousasiakirjoissa.

SISÄLLYS

JOHDANTO	8
Tausta.....	8
Tavoitteet.....	11
Työsuunnitelma.....	11
Käynnistyminen.....	12
ESITUTKIMUS - KUNTASELVITYS	15
Aineisto ja menetelmät.....	15
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen hallinto, organisaatio ja johtaminen haastattelujen perusteella.....	18
Väestön hyvinvoinnin seuranta ja arviointi.....	18
Hyvinvoinnin strategiat ja ohjelmat	22
Terveyden edistämisen koordinointi, johtaminen ja vastuunjako	26
Lasten ja nuorten terveyden edistäminen	32
Osaamisen kehittäminen	34
Terveys 2015 -ohjelman toimeenpano kunnassa	36
Haastateltavien itsearviointi.....	37
Terveys 2015 -ohjelman mukaiset tavoitteet kuntien asiakirjoissa	39
Hyvinvointihankkeet kunnissa	50
POHDINTA JA YHTEENVETO	52
Kuntaselvitys esitutkimuksena	52
Yhteenveto esitutkimuksen havainnoista ja kehittämistarpeista	54
Selvityksestä kehittämishankkeisiin	57
LÄHTEET	
LIITTEET	
Liite 1. Stakesin esitys Sosiaali- ja terveysministeriölle.....	60
Liite 2. TEJO-hankkeen toimintaprosessi (liitetaulukko 1)	66
Liite 3. Ammattikorkeakoulujen ja läänien yhdyshenkilöt vuonna 2002 (liitetaulukko 2 ja 3)	68
Liite 4. Kirje kunnanjohtajille.....	69
Liite 5. Kunnat, joissa tehtiin haastattelut ja joista koottiin haastatteluraportit (liitetaulukko 4).....	71
Liite 6. Haastattelulomake	72
Liite 7. Kunnat, joissa tehtiin asiakirja-analyysi (liitetaulukko 5).....	75
Liite 8. Asiakirja-analyysin kuntien asukasluvut (liitetaulukko 6)	76
Liite 9. Haastatteluissa mainitut hyvinvointihankkeet kunnissa (liitetaulukko 7).....	77
Liite 10. Keskeisiä käsitteitä	80
Liite 11. Hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen liittyviä lakeja.....	83

TAULUKOT

TAULUKKO 1.	Haastateltujen henkilöiden nimikkeitä.	16
TAULUKKO 2.	Kuntaselvitykseen osallistuneiden kuntien asukasmäärät. (n=49)	17
TAULUKKO 3.	Yleisimmin mainitut seurantakeinot väestön hyvinvoinnin ja terveyden seuraamisessa. (n=49)	19
TAULUKKO 4.	Haastateltavien näkemyksiä väestön hyvinvoinnin ja terveyden seurannan vastuuhenkilöistä kunnissa. (n=49).....	20
TAULUKKO 5.	Haastatteluissa mainittuja johtoryhmissä, hallituksessa ja valtuustossa käsiteltyjä hyvinvointiasioita. (n=49).....	23
TAULUKKO 6.	Haastatteluissa mainitut valmiit tai valmisteilla oleva hyvinvointistrategiat ja -ohjelmat. (n=49)	25
TAULUKKO 7.	Haastateltavien näkemyksiä väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuuhenkilöistä/tahoista. (n=49)	27
TAULUKKO 8.	Haastateltavien näkemyksiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisen kehittamisestä sekä toimipaikka ja täydennyskoulutuksesta vastaavista tahoista/henkilöistä. (n=49)	34
TAULUKKO 9.	Haastatteluissa mainittuja Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanoon liittyviä toimenpiteitä vuoden 2003 toiminta- ja taloussuunnitelmien valmistelussa. (n=49).....	36
TAULUKKO 10.	Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen arvioinnin väittämät.	37
TAULUKKO 11.	Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 1 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja vuosien 2001-2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002 talousarviossa ja vuosien 2002-2004 taloussuunnitelmassa. (n=36).....	40
TAULUKKO 12.	Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 2 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja vuosien 2001-2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002 talousarviossa ja vuosien 2002-2004 taloussuunnitelmassa. (n=36).....	42
TAULUKKO 13.	Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 3 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja vuosien 2001-2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002 talousarviossa ja vuosien 2002-2004 taloussuunnitelmassa. (n=36).....	43
TAULUKKO 14.	Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 4 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja vuosien 2001-2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002 talousarviossa ja vuosien 2002-2004 taloussuunnitelmassa. (n=36).....	45
TAULUKKO 15.	Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 5 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja vuosien 2001-2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002 talousarviossa ja vuosien 2002-2004 taloussuunnitelmassa. (n=36).....	46
TAULUKKO 16.	Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 6 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja vuosien 2001-2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002 talousarviossa ja vuosien 2002-2004 taloussuunnitelmassa. (n=36).....	47
TAULUKKO 17.	Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 7 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja vuosien 2001-2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002 talousarviossa ja vuosien 2002-2004 taloussuunnitelmassa. (n=36).....	49
TAULUKKO 18.	Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 8 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja vuosien 2001-2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002 talousarviossa ja vuosien 2002-2004 taloussuunnitelmassa. (n=36).....	50

KUVIOT

KUVIO 1.	Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisesta ja järjestelyistä annetun arvioinnin keskiarvot.	38
----------	--	----

JOHDANTO

Tausta

Terveyden edistämisen 1990-luvulla uudistunut toiminta-ajatus kiteytettiin Maailman Terveysjärjestön johdolla vuonna 1986 Ottawan asiakirjassa viideksi toimintalinjaksi (Rimpelä 1994, Vertio 2003):

1. Terveystavoitteiden yhdistäminen kaikkeen yhteiskuntapolitiikkaan
2. Terveyttä eristävän ympäristön aikaansaaminen
3. Terveyttä edistävä yhteisöllisyys
4. Terveyden edistämisen henkilökohtaiset taidot
5. Terveyttä edistävät terveystalvet

Ottawan asiakirja havainnollistaa terveyden edistämisen laajentumisen tautien ehkäisystä hyvinvoinnin rakentamiseen ja terveystalvetuista koko yhteiskuntapolitiikkaan. Terveyden edistämisen tulee olla suunnitelmallista ja jatkuvaa, näyttöön ja tutkimukseen perustuvaa. Terveyden edistämässä on samanaikaisesti useita eri tasoja yksilöiden arkielämästä kuntien ja valtioiden harjoittamaan yhteiskuntapolitiikkaan ja edelleen globaaliseen kestävään kehitykseen.

Suomessa terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ ovat kuuluneet terveydenhuollon vastuulle. Kansallisella tasolla ehkäisevästä työstä vastasivat lääkintöhallitus ja lääninhallituksissa lääninlääkärit, lääninterveysisaret ja lääninkätilöt. Jo 1880-luvulla perustettiin kuntiin paljolti ehkäisevään työhön keskittyneet terveydenhoitolautakunnat. Kunnanlääkäreiden virkatehtävät keskittyivät terveydenhoitoon aina 1970-luvun alun kansanterveystyön uudistamiseen saakka.

Myös useimmissa muissa maissa ehkäisevä työ oli pitkään julkisen terveydenhuollon keskeinen tehtävä. Kansainvälisessä kirjallisuudessa on vankka perinne "public health" ja "community health" -toimintalinjoissa ja myös niihin liittyvässä johtamisessa ja hallinnossa. Myös ensisijaisesti yksityiseen ammatinharjoittamiseen ja yritysmautoiseen sairaanhoitoon tukeutuvissa maissa public health/community health -tehtävät on osoitettu valtiolle tai aluehallinnolle. Käytännössä tämä on merkinnyt selvästi kahtiajakautunutta järjestelmää, jossa erikseen on ollut terveyden suojelemaan ja ehkäisevään työhön - siis modernissa mielessä terveyden edistämiseen - ja erikseen sairaanhoitoon eriytyneet professiot ja hallinnolliset rakenteet.

Kansanterveystyötä uudistettaessa 1960-luvulla alettiin Suomessa rakentaa kansainvälisestikin melko omaleimaista kokonaisuutta. Kansanterveystalvet yhdistettiin terveyden suojelemaan ja muu ehkäisevätyö perussairaanhoitoon. Kun yhtäältä pyrittiin yhdistämään, jouduttiin toisaalla eriyttämään, sillä lukuisat kunnat olivat liian pieniä kantamaan vastuuta kansanterveystyöstä. Riittävän suuren yksikkökoon saavuttamiseksi kansanterveystyön tehtävät siirrettiin kuntien yhdessä muodostamalle ja kuntien omasta hallinnosta eriytyvälle hallintorakenteelle, jota viime vuosina on kutsuttu kansanterveystyön kuntayhtymäksi.

Kansainvälisen perinteen mukaiset public health/community health -tehtävät siirtyivät kansanterveystalvet voimaantullessa kansanterveystyön tehtäviksi. Kunnissa johtamisvastuu keskittyi asianomaiselle lautakunnalle ja kansanterveystyön johtavalle/vastaavalle yllilääkärille sekä johtavalle hoitajalle.

Vaikka kansanterveystyön uudistamista valmisteltaessa, uuden lain perusteluissa ja sen tulkinnoissa 1970-luvulla korostettiin terveyden edistämistä ja ehkäisevää työtä, keskeisimmäksi haasteeksi tuli sairaanhoidon järjestäminen. Terveystalvet verkoston rakentaminen koko

maahan oli käytännössä sairaanhoidon vastaanottotilojen, vuode-osastojen, laboratorioiden ja muiden sairaanhoitoon liittyvien tilojen suunnittelua, rakentamista ja käyttöönottoa.

Vahva valtionhallinnon ohjaus ja sen toteuttamisen mahdollistava valtionosuusjärjestelmä pelkistivät kuntien omien ja niiden yhteisten terveyskeskusten johtamisen paljolti rakentamiseen sekä henkilöstö- ja taloushallintoon. Valtakunnalliset suunnitelmat ja niiden toimeenpanoa koskevat lääkintöhallituksen ohjeet antoivat selvät suuntaviivat ehkäisevän työn ja erityisesti ehkäisevien palvelujen järjestämiseen. Valtionohjauksessa kiinnitettiin varsin vähän huomiota kuntien kansanterveystyön johtamiseen siinä laaja-alaisessa mielessä, mitä kansanterveystyön perusteluissa tarkoitettiin ja mihin nopeasti vahvistuva kansainvälinen public health/community health -toimintalinja oli etenemässä.

Terveyskeskusten ehkäisevistä palveluista ja yleisemmin terveyskasvatuksesta annettiin yksityiskohtaisia ohjekirjeitä 1970-80-lukujen vaihteessa. Ehkäisevien palvelujen rinnalla pyrittiin vahvistamaan myös hallinnollisia rakenteita suosittamalla terveyskeskuksille terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden¹ nimeämistä ja eri sektorit kattavien terveyskasvatuksen neuvottelukuntien perustamista. Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden tehtävänä oli kehittää terveyden edistämistä eri sektoreiden välisenä yhteistyönä ja vahvistaa valtakunnallisten kansanterveysohjelmien toimeenpanoa kunnissa.

Samanaikaisesti terveyskeskusten perussairaanhoidon ongelmat alkoivat vaatia yhä enemmän johtamisen ja hallinnon voimavaroja. Terveyskeskusverkoston rakentaminen aloitettiin maalaiskunnista. Poliittinen tahto kansanterveystyön vahvistamiseen heikkeni siinä vaiheessa, kun edessä oli suurten kaupunkien perusterveydenhuollon rakentaminen. Voimavarat suhteessa haasteisiin jäivät pieniksi. Samanaikaisesti valtionohjauksen kritiikki kasvoi ja kunnille vaadittiin yhä enemmän itsenäisyyttä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Terveydenhuollon yksikköjen johtamisessa siirryttiin vähitellen ammattiryhmittäin eriytyneisiin johtamisrakenteisiin (lääkärit ja hoitohenkilökunta). 1980-luvun loppupuolella johtamisen voimavaroja sitoutui myös nopeasti kasvaneeseen lääkäripulaan ja sen ratkaisuksi omaksutun väestövastuuperiaatteen soveltamiseen sekä sosiaali- ja terveystoimen yhteistyön vahvistamiseen erityisesti vanhustenhuollossa.

Kritiikki terveydenhuollon byrokratiaa ja valtionohjausta kohtaan kasvoi 1980-luvun lopussa. 1990-luvun alussa valtion normi- ja voimavaraohjaus purettiin pääosin, jolloin kunnille tuli vastuu hyvinvointipalveluiden järjestämisestä ja paikallisesta terveyspolitiikasta. Kuntien taloudellinen lama nopeutti muutosta. Kun vielä erikoissairaanhoidon valtionosuudet siirtyivät suoraan kunnille, terveyskeskusten johdon voimavarat alkoivat yhä enemmän kulua taloushallintoon ja yhteistyöhön erikoissairaanhoidon kanssa.

Valtion normiohjauksen rinnalle tuli jo 1980-luvulla informaatio-ohjausta. Terveyttä Kaikille vuoteen 2000 -kansanterveysohjelmassa (STM 1986, STM 1993) korostettiin eri hallinnonalojen yhteistyötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä ja vastuuta väestön terveydestä osoitettiin kaikille hallinnonaloille. Terveydenhuollon roolia korostettiin asiantuntijana ja terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden ja neuvottelukunnan roolia tiedon välittäjänä, kehittäjänä ja koordinaattorina kansanterveystyön toteuttamisessa.

Kunnissa perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyötä kehitettiin alueellisen väestövastuun toiminta-ajatuksella. Sisällöllisesti tämä merkitsi väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta monia myönteisiä asioita, kuten yhteistyön tiivistymistä eri hallinnonalojen välillä ja perhekeskeisyyden korostamista. Suurten kuntien ja kuntayhtymien sisällä aluevastuun korostuminen samalla hajautti hallintoa alueille, jolloin kunnan keskushallinnon tasolla tervey-

¹ Katso liite 10.

den edistämisen kehittäminen ja johtaminen heikkenivät. Samanaikaisesti taloudellinen lama pakotti kuntia tekemään säästöpäätöksiä ja supistamaan henkilökuntaa. Terveiden edistämisen ja ehkäisevän työn kehittämisestä vastuussa olevien johtavien hoitajien virkoja lakkautettiin ja ehkäisevän työn ylläkkäreiden tehtäväkuvia muutettiin väestövastuupainotteisiksi. Myös terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden toimintaa supistettiin ja neuvottelukuntia lakkautettiin.

Nämä poiminnat muutamista terveyden edistämisen johtamisen haasteista kolmen vuosikymmenen aikana osoittavat, että kunnissa ja terveyskeskuksissa on jäänyt varsin vähän mahdollisuuksia keskittyä kansanterveyden edistämisen perustehtäviin siinä mielessä, mitä kansanterveystyöllä lain 1. §:ssa tarkoitettiin: "Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen" (Kansanterveyslaki 66/1977, 1 § 1. momentti).² Modernin terveyden ja vielä laajemmin hyvinvoinnin edistämisen johtamisen haaste on tullut kunnissa ajankohtaiseksi vasta 1990-luvulla ja siksi on ymmärrettävää, että perinteet hyvinvoinnin johtamisen käytännöissä ja rakenteissa ovat edelleen ohuita.

1970-luvulla kansanterveyden edistäminen oli näkyvästi esillä ammattihenkilöstön koulutuksen kehittämisessä ja tiedepolitiikassa. Terveidenhuoltotutkimusta arvioitiin ja sen vahvistamisen suuntaviivoja hahmoteltiin useissakin muistioissa ja ohjelmissa. Suomi tuli kansainvälisesti tunnetuksi kansantautien epidemiologisen tutkimuksen ja ehkäisyohjelmien menestystarinoista. Tässä mielessä Suomea on usein kutsuttu kansanterveystyön mallimaaksi.

Tutkimuksen ja koulutuksen arvioinneissa todetaan, että Suomessa on erityisiä haasteita hyvinvointisektoreiden ja terveydenhuollon johtamisen tutkimus- ja kehittämistyössä ja koulutusohjelmissa. Osaksi tähän saattaa olla syynä terveyden edistämisen koulutuksen hajoaminen yliopistoissa useille eri laitoksille. Kansanterveystieteen ja terveystieteen laitokset ovat keskittyneet kansantautien tutkimukseen, yleislääketieteen laitokset painottavat yleislääkärin työn keskeisiä kysymyksiä ja hoitotieteen laitoksilla tutkitaan hoitotyön teoriaa ja käytäntöjä. Kun pienen maan rajalliset voimavarat jakautuvat useisiin yliopistoihin ja tutkimuslaitoksiin, varsinaista hyvinvoinnin edistämisen, kansanterveystyön ja ehkäisevien palvelujen johtamisen ja hallintorakenteiden tutkimus- ja kehittämistyötä on ollut erittäin vähän.

Kerttu Perttilä tutki 1990-luvun alussa muutamien kuntien johdon käsityksiä terveydestä ja terveyden edistämisestä. Terveiden edistäminen nähtiin tärkeänä ja kannatettavana tehtävänä, mutta sen toteuttamiseen hallinnonalojen välisenä yhteisvastuuna ei ollut käytännössä edellytyksiä. Vastuu terveyden edistämisen johtamisesta ei kuulunut tietoisesti kenellekään (Perttilä 1999).

Vuonna 2000 julkaistussa selvityksessä "Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt ja terveyden edistäminen" (Pirskanen & Pietilä 2000) todettiin, että terveyden edistämisen johtamisen järjestelyt ovat vaihtelevia eri kunnissa ja voimavarat useimmiten niukkoja. Tutkijat esittivät, että kuntiin tulisi rakentaa uusi terveyden edistämisen infrastruktuuri, joka ottaisi paikallisen vastuun terveyden edistämisen johtamisesta. Selvityksen mukaan kunnan- ja terveyskeskuksen johdon rinnalle tarvitaan toimijoita eri toimialoilta ja henkilö, joka koordinoi ja suunnittelee poikisektoriaalista terveyden edistämistä.

Yhteenvedon viime vuosikymmenien kehityksestä voidaan todeta, että hyvinvoinnin edistämisen johtamisessa ja hallinnossa yleensä ja erityisesti terveyden edistämisen johtamisessa ja hallinnossa kunnat, seutukunnat ja maakunnat ovat varsin valmistautumattomina joutuneet kohtaamaan monia uusia haasteita. Vakiintuneet rakenteet ja käytännöt, osaaminen, koulutus ja myös tutkimus ja informaatiojärjestelmät rakentuivat 1990-luvulle saakka vahvaan valtioneuhjaukseen ja kuntien toteuttamisvastuuseen perustuvassa ympäristössä. Muutamassa vuodessa myös stra-

² Katso liite 11.

tegisin johtamisen vastuu siirtyi kunnille ja samalla taloudelliset vaikeudet pakottivat leikkaamaan johtamisen, tutkimus- ja kehittämistyön ja koulutuksen voimavaroja. Kolmen vuosikymmen kuluessa kansanterveystyössä kehittyneet terveyden edistämisen johtamiskäytännöt ja rakenteet heikkenivät samalla, kun kuntien strateginen hyvinvointivastuu kasvoi. Terveyskeskusten johtamisen voimavarat kuuluivat entistä enemmän talous- ja henkilöstöhallintoon ja sairaanhoidon järjestämiseen.

Luovuttaessaan "Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt ja terveyden edistäminen" -selvityksen sosiaali- ja terveysministeriölle 18.5.2000 Stakes samalla teki esityksen tutkimus- ja kehittämishankkeeksi, jonka tavoitteena on auttaa eri kokoisia kuntia löytämään toimivat järjestelyt terveyden edistämisen toimeenpanorakenteen vahvistamiseksi ja tämän alueen aseman selventämiseksi kunnallisessa hallinnossa (liite 1). Syksyllä 2002 sovittiin Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin tulossopimusneuvotteluissa tämän hankkeen ("Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO)-tutkimus- ja kehittämishanke") toteuttamisesta vuosina 2002-2005.

Tavoitteet

Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO)-hankkeessa selvitetään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista ja johtamisrakenteita kunnissa ja autetaan eri kokoisia kuntia löytämään toimivat järjestelyt terveyden edistämisen johtamisen ja toimeenpanorakenteiden vahvistamiseksi.

Yksityiskohtaisemmat tavoitteet ovat:

1. Selvittää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista ja johtamisrakenteita kunnissa.
2. Selvittää millaista tietoa kunnissa käytetään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisessa ja kehittää Terveys 2015 -ohjelman toteuttamista tukevaa informaatio-ohjausta.
3. Kehittää yhteistyössä pilottikuntien kanssa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista ja johtamisrakenteita ja valmistella niitä koskevia suosituksia eri kuntatyypeille.
4. Vahvistaa ja tukea kunnan johtotehtävissä olevien osaamista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisessa yhteistyössä ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen asianomaisten laitosten kanssa.

Työsuunnitelma

Terveyden edistämisen johtaminen on ensisijaisesti verkostojohtamista, joka edellyttää vastuun jakamista hallinnonalojen välillä. Johtaminen sinänsä edellyttää vaikuttavuutta ja tehokkuutta samalla tavalla kuin minkä tahansa tulosalueen johtaminen. Toimintaan kuuluu tarpeiden arviointia, suunnittelua, prioriteettien asettamista, päätösten tekemistä, organisointia ja asioiden koordinoimista. Hyviin tuloksiin pääsemiseen tarvitaan toimivia tietojärjestelmiä, väestön terveyden ja sen muutosten seurantaan sekä tehtyjen päätösten vaikutusten arviointia, toimivia hallinnollisia rakenteita, voimavaroja ja johtamista (Simnett 1997). Moniulotteiseksi asian tekee se, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on käsitteenä moniselitteinen ja tehtäväalueena laaja. Vastuu jakaantuu useille hallinnonaloille ja jokaisen hallinnonalan päätöksillä on vaikutuksia toisten hallinnonalojen toimintaan. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinointi edellyttää taitoja luoda ja ylläpitää eri ammattiryhmien ja kuntalaisten välisiä verkostoja sekä kykyä tunnistaa kanavat, joita pitkin asioita voi viedä eteenpäin. Onnistuneeseen tulokseen vaikuttavat

olennaisesti ihmiset itse omilla päätöksillään. Julkisen hallinnon tehtävänä on luoda mahdollisuuksia ja välittää tietoa.

TEJO-hanke toteutetaan verkostoyhteistyönä, jossa käytännön toimijoina ovat ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveystyöyksiköt, lääninhallitukset ja Stakes yhteistyössä hankkeeseen osallistuvien kuntien kanssa. Hanke jakaantuu esitutkimuksena tehtävään kuntaselvitykseen (tämä raportti) sekä tutkimusosion sisältävään kehittämiskokeiluun.

Syksyllä 2003 valmistuvan esitutkimuksen pohjalta käynnistetään terveyden edistämisen rakenteita ja johtamista tutkivia ja kehittäviä kokeiluja yhdessä tai kahdessa erikokoisessa kunnassa ja kahdessa tai kolmessa seutukunnassa. Hankkeessa etsitään uudenlaisia ratkaisuja johtaa ja koordinoita hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä poikkihallinnollisena toimintana. Erityistä huomiota kiinnitetään terveystieteiden ja terveyskasvatustieteiden tehtävien ja toimenkuvien suunnitteluun ja ajanmukaistamiseen. Kehittämiskokeiluja tuetaan kunnissa terveyden edistämisen johtamiseen liittyvällä menetelmä- ja prosessikoulutuksella.

TEJO-hankkeen taustakehikkona käytetään Terveys 2015 -kansanterveysohjelmaa ja sen toteuttamista kunnissa. Eri yhteiskuntapolitiikan lohkoja koskevana ohjelmana Terveys 2015 edellyttää toteuttamissuunnitelman jaksottamista pidemmälle aikavälille, esimerkiksi valtuustokausittain, kunnan/seutukunnan johdon valmistelemaa hyvinvointistrategiaa ja siihen liittyvää vaihtoehtojen ennakoitua (ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi, terveystieteiden arviointi), terveyden edistämisen seurantainstrumenttien käyttöön ottamista ja kunnan terveyden edistämisen laatu- ja järjestelmän rakentamista. Kunnan hyvinvointitilanteen kuvaamisessa on hyvä ottaa käyttöön kunnan hyvinvointikertomus ja sen seurantaindikaattorit. TEJO-hankkeen aikana järjestetään näistä aiheista kunnille valtakunnallista ja paikallista koulutusta. Kunnille tarjotaan lisäksi mahdollisuutta osallistua Sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin ja Virtuaaliammattikorkeakoulun yhdessä suunnittelemaan Terveys 2015 -koulutukseen (10 ov), joka toteutetaan verkko-opetuksena. Opintokokonaisuus on suunniteltu ammattikorkeakoulujen perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen soveltuvaksi.

TEJO-hankkeeseen sisältyy esitutkimuksen lisäksi tutkimusosio terveyden edistämisen johtamisen rakenteista ja prosesseista. Arvioitavia aihealueita ovat mm. hyvinvointitarpeiden tunnistaminen, suunnittelu, päätöksenteko, päätösten toimeenpano ja toteutuminen, voimavarat ja niiden kohdentaminen, käytettävissä oleva tietopohja sekä seuranta ja arviointi.

Hankkeen etenemistä tuetaan ja seurataan Stakesin vuosittain järjestämässä työkokouksissa, jotka ovat tarkoitettu ammattikorkeakouluille, läänien edustajille ja kunnille. Kuntakohtaisia työkokouksia järjestetään erilaisilla kokoonpanoilla tarpeen mukaan. Hanketta ja sen tuloksia esitellään valtakunnallisissa, alueellisissa ja paikallisissa koulutustilaisuuksissa (esim. TERVE - SOS, Terve Kunta -päivät) ja työkokouksissa. Teemoja ja tuloksia esitetään myös ammattilehdissä ja tieteellisissä julkaisuissa. TEJO-hanketta osana Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanoa käsitellään ja seurataan myös Kansanterveyden neuvottelukunnan paikallistoiminnanjaostossa sekä Terveys 2015 -ohjelman nettisivuilla (<http://www.terveys2015.fi>).

Käynnistyminen

TEJO-hankkeen verkostoyhteistyö käynnistyi Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin järjestämällä yhteistyökokouksilla, joita järjestettiin lääninhallitusten ja ammattikorkeakoulujen kanssa (liite 2, liitetaulukko 1). Sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallitusten tulossopimuksissa 2002 määriteltiin yhdeksi lääninhallituksen tehtäväksi tehdä tunnetuksi Terveys 2015 -ohjelmaa

alue- ja paikallistasolla ja tehdä yhteistyössä Stakesin kanssa selvitys siitä, miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen hallinnollinen vastuu on kunnissa järjestetty.

Yhteistyö ammattikorkeakoulujen kanssa käynnistettiin Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanoon liittyen. Ammattikorkeakoulujen tehtävänä on koulutustehtävänsä lisäksi harjoittaa ammattikorkeakouluopetusta palvelevaa sekä työelämää ja aluekehitystä tukevaa soveltavaa tutkimus- ja kehitystyötä (Ammattikorkeakoululaki 351/2003, 4 § 1. momentti) Ammattikorkeakoulujen tulee vahvistaa työelämäyhteistyötä ja kehittää aktiivista rooliaan osana alueellista ja valtakunnallista kehittämisstrategiaa tavoitteena elinkeino- ja muun työelämän kehittäminen sekä väestön hyvinvoinnin ja työllisyyden parantaminen. Osa ammattikorkeakouluista on toiminut erittäin aktiivisesti kuntayhteistyössä myös hyvinvointisektorilla ja ammattikorkeakoulujen terveystieteen verkosto on laatinut oman terveystieteen strategiansa.

Tältä pohjalta ammattikorkeakouluilta kysyttiin halukkuutta osallistua Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanoa edistävään yhteistyöhön Stakesin, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön sekä lääninhallitusten kanssa. Ensimmäinen työkokous järjestettiin syksyllä 2001, johon osallistui edustajat kaikista 24:stä sosiaali- ja terveystieteen opetusta antavasta ammattikorkeakoulusta, Opetusministeriöstä ja Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöstä. Kokouksen tuloksena päätettiin käynnistää yhteistyö Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen -hankkeessa sekä perustettiin yhdysopettajaverkostoja keskeisten hyvinvointiteemojen ympärille. Samalla käynnistettiin Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanoa edistävän virtuaaliopintokokonaisuuden suunnittelu.

TEJO-hanke on edennyt yhteisenä prosessina läänien ja ammattikorkeakoulujen yhdyshenkilöiden sekä Stakesin ja Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön edustajien kanssa. Hankkeen työsuunnitelma jaksotettiin kahteen osaan.

1. Esitutkimus - Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen, jonka tuloksia kuvataan tässä raportissa.
2. Tutkimus- ja kehittämishanke muutamassa kunnassa ja seutukunnassa esitutkimuksen pohjalta (2003-2005).

Esitutkimus tehtiin lääninhallitusten ja ammattikorkeakoulujen sopimissa kunnissa haastattelututkimuksena ja asiakirja-analyyseinä. Ammattikorkeakoulut tekivät haastatteluteemojen mukaiset raportit kukin omista kunnistaan sekä yhteenvedot sovituista kuntien asiakirjoista teemana Terveys 2015 -ohjelman mukaisten tavoitteiden esiintyvyys asiakirjoissa. Tämä esitutkimusraportti muodostuu edellä mainittujen aineistojen analyysistä ja yhteenvedosta.

Ensimmäisen vuoden aikana TEJO-hankkeessa järjestettiin kuusi työkokousta, joissa keskusteltiin ja sovittiin hankkeen etenemissuunnista, toimintatavoista ja aikatauluista. Tämän lisäksi järjestettiin erillisiä tutkijaseminaareja, ruotsinkielisten edustajien kokoontumisia sekä pienempien valmisteluryhmien kokoontumisia (www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke).

Hankkeen kehittämiskokeilut käynnistyvät esitutkimuksen pohjalta laaditun tarkennetun työsuunnitelman käsittelyllä Stakesin, ammattikorkeakoulujen ja läänien työkokouksessa syyskuussa 2003. Yhdessä hyväksytty työsuunnitelma lähetetään esiselvitykseen osallistuneille kunnille tarjouksena osallistua TEJO-hankkeen jatko-työskentelyyn. Työsuunnitelma sisältää hankkeeseen osallistumisen kriteerit ja eri osapuolien osallistumisen edellytykset (kuntien, Stakesin, ammattikorkeakoulujen ja lääninhallitusten osuudet kuvattuina) sekä hankkeeseen sisältyvän alustavan koulutus- ja tutkimussuunnitelman.

TEJO-hankkeen sisältöä käsitellään tarkemmin lokakuun lopussa 2003 järjestettävässä työkokouksessa, jonne kutsutaan ammattikorkeakoulujen ja läänien yhdyshenkilöiden lisäksi niiden kuntien edustajat, jotka ovat kiinnostuneita osallistumaan jatko-työskentelyyn. Kunnat vastaavat

yhteistyötarjoukseen sitovasti kaupunginjohtajan ja kunnan hallituksen puheenjohtajan allekirjoittamalla kirjeellä joulukuun puoliväliin mennessä. Syksyn aikana käynnistetään koulutusten suunnittelu ja toteutus ammattikorkeakoulujen kanssa sekä laaditaan tarkennettu tutkimussuunnitelma. Kehittämiskokeilut käynnistyvät asteittain vuoden 2004 alussa. TEJO tutkimus- ja kehittämishankkeen suunnitelma esitellään Terve Kunta -päivillä tammikuussa 2004.

ESITUTKIMUS - KUNTASELVITYS

Aineisto ja menetelmät

Esitutkimuksena tehdyn kuntaselvityksen aineisto muodostuu haastattelu- ja asiakirja-aineistosta. Kuntaselvityksiä ilmoitettiin tekemään 20 ammattikorkeakoulua, joista 19 hankki aineistot ja teki haastattelut. Selvitystyö käynnistettiin syksyllä 2002 kunkin ammattikorkeakoulun toiminta-alueella. Lääninhallituksen yhdyshenkilö ja ammattikorkeakoulun yhdysopettaja (liite 3, liitetaulukko 2 ja 3) valitsivat selvityksen kohteeksi kunkin ammattikorkeakoulun alueelta 1-3 kuntaa. Kuntaselvitys pyrittiin toteuttamaan erilaisissa kunnissa. Valintakriteereinä olivat; kunnan koko (iso/pieni kunta), oliko kunnassa johtava hoitaja vai ei sekä kuului kunta terveydenhuollon kuntayhtymään vai oliko kunnassa järjestetty oma terveydenhuolto. Stakes lähetti kunnanjohtajille hanketta koskevan informaatiokirjeen (liite 4), jossa pyydettiin kunnan suostumusta haastatteluihin. Samalla kuntaa pyydettiin lähettämään haastatteluja varten tarvittava tausta-aineisto alueen ammattikorkeakoulun yhdysopettajalle, joka otti yhteyttä haastateltaviin.

Haastatteluaineistot

Kuntahaastattelut toteutettiin ammattikorkeakoulun opettajan johdolla. Joissakin haastatteluissa oli mukana myös opiskelijoita. Haastateltavina oli kuntien luottamushenkilöitä ja johtavia viranhaltijoita. Johtavista viranhaltijoista haastateltiin kunnanjohtaja, perusturvajohtaja tai sosiaali- ja terveysjohtaja (terveydenhuollon kuntayhtymään kuuluvissa kunnissa haastateltiin sosiaali- ja terveysjohtajan lisäksi kuntayhtymän johtava lääkäri ja johtava hoitaja), kunnansihteeri tai suunnittelupäällikkö ja kunnan terveyden edistämisen koordinaattori/terveysuunnittelija (mikäli sellainen oli kunnan keskushallinnossa). Johtavista luottamushenkilöistä haastateltiin kunnanhallituksen puheenjohtaja ja perusturvalautakunnan tai sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja (taulukko 1).

Haastatteluraportteja on 19 ammattikorkeakoulusta, yhteensä 41. Raportteihin sisältyy 49 kunnan viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden haastattelut. Mukana on kaksi terveydenhuollon kuntayhtymää ja yksi maakunta (7 kuntaa) sekä Ålands hälsö och sjukvårdsområdet kuvaus (liite 5, liitetaulukko 4). Haastateltavia oli haastatteluissa mukana yli 254 kpl, kaikissa raporteissa ei kerrottu haastattelujen eikä haastateltavien kokonaislukumäärää eikä haastateltujen nimikkeitä. Viranhaltijoita haastatteluissa oli 158 kpl ja luottamushenkilöitä 75, sen lisäksi Kainuussa haastateltiin yhteensä 21 henkilöä, joita ei raportissa eroteltu erikseen luottamushenkilöiksi ja viranhaltijoiksi.

Haastattelujen teemat käsittelivät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita ja johtamista (liite 6). Haastatteluissa tarkasteltiin mm. terveyden edistämisen koordinoitua ja organisoitua kunnassa, väestön hyvinvoinnin ja terveyden kehityksen seuranta- ja arviointimenetelmiä, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevaa päätöksentekoa sekä kunnissa valmistettuja hyvinvointipoliittisia strategioita ja ohjelmia. Lisäksi tarkasteltiin kuntien toiminta- ja taloussuunnitelmista esiintyviä Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteiden mukaisia tavoitteita ja toimenpiteitä kunnissa.

Haastattelut toteutettiin 1.11.2002-31.1.2003 välisenä aikana ja raportoitiin yhteisen raportointirungon mukaisesti. Osa haastatteluista tehtiin yksilöhaastatteluina, osa ryhmähaastatteluina ja osa puhelinhaastatteluina. Osa haastatteluista oli perehtynyt aiheeseen etukäteen, osa ei. Haastattelulomake oli monen haastattelijan ja haastatellun mielestä liian laaja ja moniselitteinen, mikä aiheutti ongelmia haastattelutilanteissa. Yleisesti haastattelupyyntöihin oli kunnissa suh-

tauduttu positiivisesti ja haastatteluajat olivat järjestyneet hyvin. Enemmistön mukaan haastattelut olivat sujuneet hyvin ja ongelmitta.

Kustakin kunnasta tehtiin yksi yhteisraportti. Viimeiset kuntakohtaiset raportit valmistuivat huhtikuussa 2003. Yhteisraportin lisäksi yhdysopettajia pyydettiin lähettämään kunnan organisaatiokaavio sekä haastateltavakohtaiset muistiinpanot mahdollista tarkistamista varten. Joillakin alueilla oli sovittu, ettei kenenkään henkilökohtaisia vastauksia lähetetä, joten näiltä alueilta nämä dokumentit puuttuvat.

TAULUKKO I. Haastateltujen henkilöiden nimikkeitä.

	HAASTATELTAVAT	LUKUMÄÄRÄ
1	HALLINTOJOHTAJA	3
2	HALLINTOLAKIMIES, HALLINTOSIHTTEERI, ERITYISAVUSTAJA, KANSLISTI	4
3	HYVINVOINTIALUEEN ALUEJOHTAJA	1
4	JOHTAVA HOITAJA/HALLINTO YLIHOITAJA/YLIHOITAJA/VASTAAVA TERVEYDENHOITAJA	15
5	JOHTAVA LUOTTAMUSHENKILÖ	3
6	JOHTAVA VIRANHALTIJA	3
7	JOHTAVA YLILÄÄKÄRI	8
8	KAUPUNGIN/KUNNANJOHTAJA/APULAISKAUPUNGINJOHTAJA	25
9	KAUPUNGIN-/KUNNANSIHTTEERI	10
10	KEHITTÄMIS/KOULUTUSJOHTAJA/PÄÄLLIKKÖ, KEHITTÄMISKONSULTTI, SUUNNITTELUPÄÄLLIKKÖ/JOHTAJA, KAUPUNGIN SUUNNITTELIJA	8
11	KUNNAN/KAUPUNGIN HALLITUKSEN PJ	19
12	KUNNAN/KAUPUNGIN VALTUUSTON PJ	5
13	PERUSPALVELUOSASTON JOHTAJA/PERUSTURVAJOHTAJA, PERUSHOIDON PÄÄLLIKKÖ	4
14	PERUSTURVALAUTAKUNNAN PJ/PERUSPALVELULAUTAKUNNAN PJ	7
15	SAIRAANHOITOPIIRIN HALLINTOJOHTAJA	1
16	SAIRAANHOITOPIIRIN HALLITUKSEN PJ	1
17	SOSIAALI- JA/TAI TERVEYSJOHTAJA, SOSIAALITYÖN/TERVEYDENHUOLLON JOHTAJA	15
18	SOSIAALI JA/TAI TERVEYSLAUTAKUNNAN PJ.	15
19	SOSIAALISIHTTEERI	3
20	TERVEYSVALVONNAN JOHTAJA	1
21	TERVEYSVIRASTON TOIMISTUSJOHTAJA	1
22	TUTKIMUSSIHTTEERI	1

Asiakirja-analyysi

Aineisto koostuu hankkeessa mukana olevien ammattikorkeakoulujen asiakirja-aineistoraporteista. 19 ammattikorkeakoulusta 16 toimitti raporttinsa Stakesille. Aineisto muodostuu 33 kunnasta ja yhdestä kuntayhtymästä, johon kuuluu kolme kuntaa (n=36). (Liite 7-8, liitetaulukko 5 ja 6.) Aineisto sisältää asiakirja-analyysin

- 1) vuoden 2001 talousarviosta ja vuosien 2001-2003 taloussuunnitelmasta
- 2) vuoden 2001 toimintakertomuksesta
- 3) vuoden 2002 talousarviosta ja vuosien 2002-2004 taloussuunnitelmasta.

Ammattikorkeakoulut kokosivat mainituista asiakirjoista yhteenvertaeraportit, joiden perusteella tämä analyysi on tehty. Yhteenvertaeraporteista analysoitiin Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden

esiintyvyyttä kuntien asiakirjoissa. Tarkoituksena oli selvittää, miten Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden mukaiset sisällöt näkyvät kuntien suunnitelmissa ja toimenpiteissä.

Asiakirja-analyysia luettaessa tulee huomioida, että Terveys 2015 -ohjelma on julkaistu vasta toukokuussa 2001, jolloin tarkasteltavista asiakirjoista ei voi löytää suoranaisia viittauksia ohjelman tavoitteisiin. Analyysissä tarkastellaankin sitä, näkyykö kuntien asiakirjoissa Terveys 2015 -tavoitteiden suuntaisia sisältöjä ja niihin liittyviä toimenpidesuunnitelmia. Ammattikorkeakoulujen edustajat ovat käyneet asiakirjat läpi ja kirjoittaneet niiden pohjalta vapaamuotoisen yhteenvetoraportin. Raporttien muoto, laajuus ja sisällöt vaihtelevat. Tuloksia arvioitaessa on huomattava, että määrälliset arviot ovat vain suuntaa antavia. Tulkintaa on tehty kahdessa vaiheessa, ensimmäisen kerran ammattikorkeakoulujen edustajat asiakirjoja lukiessaan ja raportteja laatiessaan, toisen kerran näistä raporteista Stakesissa yhteenvetoanalyysiä tehtäessä.

Kuntaselvitykseen osallistuneet kunnat

Suurin osa selvitykseen osallistuneista kunnista on pieniä tai keskisuuria kuntia. Alle 5000 asukkaan kuntia on 16 ja alle 10 000 asukkaan kuntia 27. Yli 100 000 asukkaan kaupunkeja mukana on kaksi. (Taulukko 2). Kunnista reilu puolet on muuttotappiokuntia (28 kpl) ja reilu kolmannes muuttovoitto kuntia (19 kpl). Työttömyys mainitaan ongelmaksi joka kolmannessa kunnassa. 19 kuntaa kuuluu terveydenhuollon kuntayhtymään ja 30 ei kuulu. Raporttien mukaan 32 kunnassa on johtava hoitaja, kuudessa kunnassa vastaava ylihoitaja tai ylihoitaja, kahdeksassa kunnassa vastaava osastonhoitaja tai vastaava hoitaja. Hoitotyön johtaja on kolmessa ja terveydenhuollon johtaja yhdessä kunnassa. Muutamissa kunnissa on mainittu olevan useita hoitotyön johtajia. Johtava lääkäri, ylilääkäri tai terveysjohtaja on jokaisessa kunnassa. Ammattitaitoisesta henkilökunnasta on jonkin verran pulaa. Joka kolmannessa raportissa on maininta lääkäripulasta. Mainintoja hoitohenkilökuntapulasta on vähemmän.

TAULUKKO 2. Kuntaselvitykseen osallistuneiden kuntien asukasmäärät. (n=49)

HAASTATTELURAPORTIN ANTANEIDEN KUNTIEN ASUKASLUVUT	KUNTIEN LUKUMÄÄRÄ
1. Alle 3000	7
2. 3001-5000	9
3. 5001-10 000	11
4. 10 001-20 000	8
5. 20 001-50 000	7
6. 50 001-100 000	5
7. Yli 100 001	2
Yhteensä	49

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen hallinto, organisatio ja johtaminen haastattelujen perusteella

Väestön hyvinvoinnin seuranta ja arviointi

Haastatteluaineiston raporteista noin joka toisessa (19 kpl) on maininta, että kunnissa ei ole systemaattista väestön hyvinvoinnin ja terveyden kehittymisen seurantajärjestelmää eikä yhdesäkään kunnassa ole varsinaista hyvinvointitilinpitojärjestelmää.³ (Taulukko 3.) Lähes kaikki haastatellut luettelivat kuitenkin useita seurannan keinoja, joita kunnissa käytetään. Kolmessa haastatteluraportissa mainitaan, että osa haastatelluista oli epävarmoja tai ei tiennyt, miten väestön hyvinvointia ja sen kehitystä seurataan kunnassa. Yhdessä kunnassa ei ollut järjestetty minkäänlaista seurantajärjestelmää.

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden kehityksen seuranta ja arviointi on kunnissa perustunut suurelta osin valtakunnallisiin tilastoihin. Niihin viitattiin seurannan tietolähteinä 18 raportissa. Stakesin, Kelan ja Tilastokeskuksen laatimat tilastot ovat haastateltavien mukaan kunnissa hyödyllisiä seurantatietolähteitä. Käytössä ovat myös työvoimahallinnon työllisyys- ja työttömyys-tilastot.

Kuntakohtaista hyvinvointiin liittyvää tietoa kerätään ja tilastoidaan jonkin verran alueellisesti (maakunnat ja läänit, 10 kpl). Raporteissa mainitaan mm. asiakaskäyntitilastot (17) sekä hoitopäivätilastot/hoitovuorokausitilastot ja hoidon kuormittavuustilastot (5) sekä sairastavuus-, elinikä- ja kuolleisuustilastot (16). Palvelutarjonnan laatu (4) ja asiakastyytyväisyys (7) mainittiin mittaushaasteena yhteensä 11 raportissa. Kolmessa kunnassa on tehty kuntakyselyjä tai palvelukyselyjä, joiden avulla palveluja kehitetään kuntalaisten tarpeiden suuntaisesti. (Taulukko 3).

Väestön hyvinvointia ja terveyttä kuvaavia tietoja kerätään myös kuntayhtymissä (6 kpl) ja sairaanhoitopiireissä (6 kpl). Neljän raportin mukaan näitä tietoja kerätään terveyskeskuksissa. Esimerkiksi Korpilahden-Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymässä kehitetään parhaillaan potilashallinnon tietojärjestelmää, joka tulee helpottamaan tilastointia ja seuranta. Toisena esimerkkinä on Kainuun sairaanhoitopiirin ja terveyskeskusten laatuhanke, jossa kehitetään Kainuun alueelle laatumittareita ja kriteerejä. Kunnat kokivat ongelmaksi sen, että kuntayhtymien keräämät tiedot eivät ole riittävästi peruskuntien päätöksentekijöiden käytettävissä.

Lasten (11 kpl), koululaisten (12 kpl) ja nuorten (9 kpl) hyvinvoinnista kootaan tietoa neuvoloissa, päivähoidossa, koulutoimissa ja kouluterveydenhuollossa. Vanhustenhuollon tilastointi on myös aktiivista (13 kpl). Henkilöstön hyvinvointia seurataan viidessä kunnassa. Muiden väestöryhmien hyvinvoinnin seurannasta ei esiinny mainintoja. Kunnissa seurataan mm. päihitteiden käyttöä (8 kpl), asumisoloja (asumistilastot, asunnottomat, 4 kpl) ja pitkäaikaissairauksia (6 kpl). Väestön hyvinvointia kuvaavaa tietoa saadaan lisäksi erilaisista projekteista (7 kpl). Riihimäen raportissa tuodaan esille ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt yhtenä päättäjien tietolähteenä. Kymmenessä raportissa on yleinen maininta siitä, että eri hallintokunnat keräävät itsenäisesti toimialueeltaan tilastotietoja.

Hyvinvoinnin ja terveyden kehityksen seuranta ja raportointi on painottunut enemmän terveydenhuollon menokehityksen seurantaan. Seurannan tärkeimpiä asiakirjoja ovat kunnan ja sen eri

³ Katso liite 10.

toimialojen toiminta- ja taloussuunnitelmat sekä toimintakertomukset. Nämä mainitaan noin joka toisessa raportissa (18 kpl).

TAULUKKO 3. Yleisimmin mainitut seurantakeinot väestön hyvinvoinnin ja terveyden seuraamisessa. (n=49)

	SEURANTAKEINO	MAININTOJEN LUKUMÄÄRÄ
1	toiminta- ja taloussuunnitelmat (eri toimialojen ja kunnan yleinen)	18
2	valtakunnalliset tilastot, esim. Stakesin tilastot	18
3	asiakaskäyntitilastot	17
4	sairastavuus-, elinikä- ja kuolleisuustilastot	16
5	vanhusten palveluihin liittyviä tilastoja	13
6	kouluterveydenhuoltoon/koululaisten terveydentilaan liittyviä tilastoja	12
7	lasten hyvinvointiin liittyviä tilastoja	11
8	alueelliset tilastot (läänit)	10
9	eri hallintokuntien laatimat omat tilastot	10
10	nuorten hyvinvointitilastot	9
11	päihdehuoltotilastot (alkoholi/huumeet/tupakka)	8
12	asiakastyytyväisyystilastot	7
13	Kelan tilastot	7
14	projektien/ohjelmien/hankkeiden/kampanjoiden tuotoksena tehdyt tilastot	7
15	kuntayhtymän laatimat tilastot	6
16	pitkäaikaissairauksien tilastot	6
17	päivähoidon laatimat tilastot	6
18	sairaanhoitopiirin laatimat tilastot	6
19	henkilöstön hyvinvoinnin seuranta	5
20	hoitovuorokaudet, kuormitus, kustannukset jne.	5
21	neuvolan tekemät tilastot	5
22	Tilastokeskuksen tilastot	5
23	väestökehitystilastot	5
24	asumistilastot, asunto-olotilastot, asunnottomien tilastot	4
25	hyvinvointiselvitykset/selonteot	4
26	lastensuojelutapaustilastot/lastenhuolto	4
27	palvelutarjonnan tilastot (terveys, kulttuuri, vapaa-aika)	4
28	terveyskeskuksien laatimat tilastot	4
29	työvoimahallinnon laatimat tilastot (työllisyys, työttömyys)	4
30	kunta/palvelukyselyt	3
31	laatuhankeet ja niihin liittyvät tilastot	3
32	seulonta- ja määräaikaistarkastuksiin liittyvät tilastot	3
33	terveystilastot	3
34	ei järjestelmällistä seurantasysteemiä	19

Hyvinvointiselonteot

Neljässä haastatteluraportissa mainitaan, että kunnissa valmistellaan tai on valmisteltu koko kunnan väestöä koskeva hyvinvointiselonteko tai hyvinvointiselvitys.⁴ Keuruulla on valmisteilla hyvinvointiselonteko, jossa on käsitelty hyvinvointimittaristoon liittyviä asioita. Kuopiossa kootaan hyvinvointiselonteko kerran valtuustokaudessa ja Mikkelissä on tehty hyvinvointipoliittinen selvitystyö eli hyvinvointiselvitys, jonka pohjalta on alkamassa hyvinvointistrategiatyö ja arviointimittariston kehittäminen. Myös Vuolijoella on tehty paikallinen hyvinvointiselvitys, Vuolijokelaisten hyvinvointiselonteko.

Suppeampia, tiettyyn väestöryhmään kohdistuvia hyvinvointiselvityksiä on tehty paljon. Lasten ja nuorten hyvinvointiselontekoja on tehty mm. Raahessa, Oulussa, Kauniaisissa, Kajaanissa,

⁴ Katso liite 10.

Kiihtelysvaarassa, Kemissä, Lahdessa ja Lappeenrannassa. Lasten ja nuorten hyvinvointipoliittisia ohjelmia ollaan valmistelemaan tai on valmisteltu Savitaipaleella, Suomussalmella, Toijalassa ja Vammalassa. Muuramessa kehitetään lasten- ja nuorten hyvinvoinnin seurantajärjestelmää ja Kuhmossa henkilöstön hyvinvoinnin kartoitusta. Hyvinvointipalveluiden mittareita kehitetään Lapinlahdella, Kuopiossa ja Sotkamossa, terveystoimen raportointijärjestelmää Taipalsaarassa. Seutukuntien ja maakuntien tekemiä hyvinvointiin liittyviä selvityksiä kuvataan Hattulan, Joensuun ja Perniön raporteissa.

Seurantavastuu

Hyvinvointia kuvaavien asioiden käsittely on jakaantunut laajalle ja monen viranhaltijan vastuulle (taulukko 4). Kymmenessä haastatteluraportissa mainitaan, että kunnan sisällä ei kukaan koordinoitusti vastaa hyvinvoinnin seurantajärjestelmien ylläpidosta ja kehittämisestä. Lähes jokaisen raportin mukaan (40 kpl) seurantajärjestelmistä vastaa yleisesti sosiaali- ja/tai terveystoimi sekä sen viranhaltijat. Seurantajärjestelmä on annettu mm. sosiaalijohtajan, sosiaali- ja terveysjohtajan, perusturvajohtajan tai johtavan lääkärin tehtäväksi. Kunnan keskushallinto vastaa seurannasta 14 raportin mukaan. Esimerkiksi viiden haastatellun mielestä hyvinvoinnin seuranta kuuluu kaupunginjohtajan tehtäviin ja suunnittelutehtävissä olevat (suunnittelupäällikkö, suunnittelusihteeri sekä suunnittelutoimiston tai kehittämistoimiston henkilöt) on nimetty neljässä tapauksessa hyvinvoinnin seurantajärjestelmistä vastuullisiksi.

Kahdessa raportissa on vastuuhenkilöksi mainittu terveyskasvatuksen tai terveyden edistämisen yhdyshenkilö. Kuntayhtymät on määritelty vastuullisiksi tahoiksi kuudessa raportissa ja kahdessa kunnassa seurantavastuu on sairaanhoitopiirillä. Luottamushenkilöorganisaatiosta vastuullisiksi on nimetty lautakunnat (sosiaali- ja/tai terveyslautakunta 9 kpl), luottamushenkilöt yleensä (1 kpl), kunnan hallitus (4 kpl) tai valtuusto (1 kpl). Lisäksi raporteissa mainitaan, että eri toimialat ja toimialueiden johtajat vastaavat itsenäisesti hyvinvoinnin seurannasta.

TAULUKKO 4. Haastateltavien näkemyksiä väestön hyvinvoinnin ja terveyden seurannan vastuuhenkilöistä kunnissa. (n=49)

	KUKA ON VASTUUSSA SEURANNASTA	MAININTOJEN LUKUMÄÄRÄ
1	sosiaali- ja/tai terveystoimi (sosiaali- ja/tai terveystoimen johtaja, perusturvajohtaja, sosiaalisihteeri, sosiaalisuunnittelija, terveystoimen johtaja, terveystoimen toiminnanjohtaja, johtava lääkäri)	40
2	luottamuselimet (lautakunnat, hallitus, valtuusto, luottamushenkilöt)	15
3	keskushallinto (kaupungin/kunnanjohtaja, kehittämisjohtaja/päällikkö, suunnittelusihteeri, suunnittelupäällikkö, suunnittelutoimisto, kamreeri, talous- ja suunnittelusihteeri)	14
4	kuntayhtymä, sairaanhoitopiiri	8
5	johtava hoitaja, hoitotyön johtaja, terveydenhoitaja	7
6	muut kunnan toimialueet/viranhaltijat (laatusuunnittelija, tietohuoltopäällikkö, tietokeskus, vapaa-aikajohtaja, ympäristökeskus)	5
7	toimialueet itse	3
8	muut (Folkhälsan, Röda Korset, läänit)	3
9	terveyskasvatuksen/terveyden edistämisen yhdyshenkilö	2
10	ei koordinoitusti kukaan	10

Raportointi

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seuranta tuottaa kuntiin tilastoja ja kirjallisia raportteja, joita käytetään suunnittelun ja päätöksenteon pohjana. Noin joka toisessa haastatteluraportista mainitaan seurantaselvitysten menevän lautakuntien käyttöön (18 kpl). Seurannasta raportoidaan lisäksi kunnan hallitukselle (11 kpl) ja valtuustolle (12 kpl), kunnan johtoryhmälle (4 kpl), luottamushenkilöille (8 kpl) sekä eri hallintokunnille ja hallintokuntien johtoryhmille (11 kpl).

Tarkastuslautakunta

Kunnan valtuuston asettaman tarkastuslautakunnan tehtävänä on taloudellisten tavoitteiden lisäksi arvioida kunnan toiminnallisten tavoitteiden toteutumista (Kuntalaki 365/1995, 71 § 2. momentti). Kahdeksassa raportissa tarkastuslautakunnan toiminta ja siellä käsitellyt asiat ovat jääneet vieraksi ainakin osalle haastatelluista. Yleisesti ottaen kuntien tarkastuslautakunnissa käsitellään vain vähän hyvinvointiasioita (17 kpl). Yleisimmin käsitellyt asiat ovat liittyneet talouteen.

Eniten tarkastuslautakunnat ovat käsitelleet vanhustyön tilannetta ja vanhusten hoidon laatua (12 kpl), lasten (7 kpl) ja nuorten (5 kpl) hyvinvoinnin tilaa sekä perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden toimivuutta ja resursointia (17 kpl). Päihdehuolto (3 kpl) ja työntekijöiden työssä jaksaminen (6 kpl) on mainittu joissakin raporteissa. Yleistä keskustelua hyvinvoinnista ja terveyden edistämisestä on käyty neljän raportin mukaan.

Tarkastuslautakunnat ovat tuoneet esille sen, että hyvinvoinnin seurantaan ja arviointiin pitää kehittää uusia, tehokkaita, toimintaa ja vaikuttavuutta kuvaavia mittareita. Tarkastuslautakunnan työtä vaikeuttaa se, että hyvinvointiohjelmissa tai hallinnonalakohtaisissa toteutussuunnitelmissa ei ole selkeästi määrällisesti tai laadullisesti määriteltyjä hyvinvointitavoitteita. Yhdessä raportissa on maininta, että kuntayhtymän tarkastuslautakunta kiinnittää huomiota palvelurakenteen ja palveluita arvioivien mittareiden kehittämiseen.

Muutokset toiminta- ja taloussuunnitelmissa vuodesta 2002 vuoteen 2003

Yli puolessa (21 kpl) raporteissa kerrotaan, että vuoden 2003 toiminta- ja taloussuunnitelmissa ei ole olennaisia muutoksia edelliseen vuoteen verrattuna. Haastatteluraportteissa toistuu maininta, että vuoden 2003 suunnitelmat pitää tehdä edellisvuotta niukemmassa määrärahakehkeyksessä. Heikentynyt talous nähdään määrääväksi tekijäksi suunnitelmia tehtäessä yhdeksässä raportissa.

Suunnitteluasiakirjojen mukaan vanhustyön resursoinnissa on tapahtunut eniten muutoksia. Kunnat ovat vuonna 2003 panostaneet enemmän vanhustyön kehittämiseen ja vanhusten kotona selviytymiseen (14 kpl). Myös henkilöstövoimavaroihin on kiinnitetty edellisvuotta enemmän huomiota (8 kpl), samoin henkilöstön työssä jaksamiseen ja työhyvinvointiin (4 kpl). Peruspalveluiden kehittäminen ja niiden laatu on nostettu esiin noin joka kolmannessa raportissa (14 kpl).

Lasten hyvinvointiasioihin panostetaan entistä enemmän (10 kpl) mm. lisäämällä päivähoitopalveluja (3 kpl) ja kehittämällä lastensuojelua ja lastenhuoltoa (4 kpl). Nuorten hyvinvointiin (6 kpl) satsataan edellisvuotta enemmän kehittämällä kouluterveydenhuoltoa ja oppilashuoltoa (9 kpl) sekä opiskelijaterveydenhuoltoa (3 kpl). Perhetyötä kehitetään kuuden kunnan suunnitelmien mukaan. Yksittäisistä toimintasektoreista päihdetyö saa vuoden 2003 suunnitelmissa edellisvuotta enemmän resursseja (5 kpl). Muutamissa kunnissa on kiinnitetty huomiota erityisesti ennaltaehkäisevään työhön, terveyden edistämiseen ja hyvinvointistrategioihin (5 kpl). Hyvinvoinnin arviointimittaristoa kehitetään kuudessa kunnassa ja neljä kuntaa on kirjannut vuoden 2003 suunnitelmiin yhteistyön vahvistamisen yli hallinto- ja kuntarajojen hyvinvointiasioissa.

Vain kolmessa haastatteluraportissa mainitaan, että vuoden 2003 suunnitelmissa toiminnan tavoitteiden pohjana on Terveys 2015 -ohjelma. Muurlan ja Salon raporteissa on mainittu, että Salon seudun kansanterveystyön kuntayhtymän taloussuunnitelmaan on sisällytetty Terveys 2015 -ohjelman tavoitteita ja tavoitteille on asetetut mittarit seuranta varten. Rantasalmen raportissa kerrotaan, että Savonlinnan perusterveydenhuollon kuntayhtymän suunnitelmissa on otettu huomioon Terveys 2015 -ohjelman painopisteet.

Yhteenveto

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seuranta on monessa kunnassa epäsäännöllistä ja hajanaista. Luottamushenkilöillä ja johtavilla virkamiehillä ei ole selvää käsitystä minkälaista väestön hyvinvointiin liittyvää tietoa kunnan eri sektoreilla kerätään ja miten se on sovellettavissa käytäntöön. Haastateltujen luottamushenkilöiden ja virkamiesten hyvinvoinnin seurantaan liittyvät tiedot ovat toisistaan poikkeavia. Väestön hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden ja tehtyjen päätösten terveydellisten vaikutusten arviointi koetaan kunnissa vaikeaksi.

Tarkastuslautakunnan rooli kunnan organisaatiossa on vieras usealle haastateltavalle. Haastateluissa käy ilmi, että tarkastuslautakunnan taloudellisen tarkastuksen painopistettä pitäisi laajentaa myös toiminnallisen tarkastuksen suuntaan. Yhteensä yhdeksässä raportissa kritisoitiin tarkastuslautakunnan taloudellista painotusta. Toiveena olisi, että kuntien tavoitteet saataisiin konkreettisemmiksi ja laadullisten tavoitteiden arviointiin kehitettäisiin sopivia mittareita. Joensuun raportissa nousee esiin ehdotus, että tarkastuslautakunta tekisi kertomukseensa hyvinvointiarvion siitä, miten kansalaisten hyvinvointi on menneen vuoden aikana kehittynyt. Tarkastuslautakunnan valtaan tai vastuuseen ei kuitenkaan haluta muutosta.

Hyvinvoinnin strategiat ja ohjelmat

Asioiden käsittely kunnan keskushallinnossa

Hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen liittyviä asioita käsitellään kunnan keskushallinnossa, johtoryhmässä, hallituksessa ja valtuustossa melko laaja-alaisesti (taulukko 5). Ainoastaan kahden kunnan haastateltavat eivät osanneet nimetä yhtään keskushallinnossa käsiteltyä hyvinvointiin liittyvää asiaa. Kahdeksassa raportissa osa haastatelluista ei tiennyt, onko hallintoelimissä käsitelty hyvinvointiasioita tai he eivät muistaneet sellaisia asioita käsitellyn.

Toiminta- ja taloussuunnitelman laadinta on prosessi, jonka aikana keskustellaan hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen liittyvistä asioista. Tämä on mainittu noin joka kolmannessa raportissa. Selkeänä kärkikolmikkona johtoryhmän, hallituksen ja valtuuston asialistoilla on lasten, nuorten ja vanhusten hyvinvointiin liittyvät asiat. Muutamassa kunnassa myös perheiden hyvinvointi on nostettu asialistoille. Työikäisten hyvinvointi on ollut esillä keskushallinnon asialistoilla työssä jaksamisen, TYKY-toiminnan ja lisähenkilöstön palkkauksen muodossa. Riittävät sekä laadukkaat perus- ja hyvinvointipalvelut kaiken ikäisille on kuntien yleisiä tavoitteita.

Teemakohtaisina kokonaisuuksina keskushallinnossa on keskusteltu päihdehuollon ja kouluterveydenhuollon kehittämistä. Kolmessa kunnassa kouluterveydenhuoltoon ollaan lisäämässä henkilökuntaa. Myös ympäristöterveydenhuolto, ympäristö- ja kaavoitusasiat, turvallisuus sekä liikenne kysymykset saavat jonkin verran huomiota. Asumisesta, asunto-oloista ja asunnottomien tilanteesta on keskusteltu joissakin valtuustoissa. Yhteistyön lisääminen eri hallintokuntien ja kuntien välillä on myös keskusteluttanut joitakin hallituksia ja valtuustoja. Muina asiakokonaisuuksina nousevat esille hyvinvointipalveluihin liittyvät investoinnit ja rakennushankkeet, kuten vanhainkodin rakentaminen, terveyskeskuksen laajentaminen tai liikuntapaikkojen kunnostaminen.

TAULUKKO 5. Haastatteluissa mainittuja johtoryhmissä, hallituksessa ja valtuustossa käsiteltyjä hyvinvointiasioita. (n=49)

HYVINVOINTIASIOIDEN KÄSITTELY	MAININTOJEN LUKUMÄÄRÄ
JOHTORYHMÄSSÄ	
1. budjettiasioita	14
2. hyvinvointia/terveyden edistämistä yleisesti	14
3. vanhusten palveluita/vanhustyön asioita	13
4. lasten hyvinvointiasioita	11
5. henkilöstöhyvinvointia/resursointia	7
6. päihdetyötä/päihdeasioita	7
7. kouluterveydenhuolto	6
8. hyvinvointiohjelmiä/selvityksiä/selontekoja	5
9. nuorten hyvinvointiasioita	5
10. rakennusprojekteja/investointeja/hankintoja	5
11. palveluita yleisesti/palvelurakenteiden toimivuutta	4
12. ympäristöä/kaavoitusta/turvallisuutta/liikennettä	4
13. liikuntapaikkoihin/liikuntaan liittyviä asioita	2
14. asuntoasioita/asunnottomien asioita	1
15. perheiden hyvinvointiasioita	1
HALLITUKSESSA	
1. budjettiasioita	16
2. vanhusten palveluita/vanhustyön asioita	12
3. lasten hyvinvointiasioita	11
4. hyvinvointia/terveyden edistämistä yleisesti	10
5. päihdetyötä/päihdeasioita	8
6. henkilöstöhyvinvointia/resursointia	7
7. nuorten hyvinvointiasioita	6
8. palveluita yleisesti/palvelurakenteiden toimivuutta	6
9. kouluterveydenhuolto	5
10. ympäristöä/kaavoitusta/turvallisuutta/liikennettä	4
11. hyvinvointiohjelmiä/selvityksiä/selontekoja	3
12. perheiden hyvinvointiasioita	2
13. rakennusprojekteja/investointeja/hankintoja	2
14. asuntoasioita/asunnottomien asioita	1
15. Terveys 2015 -ohjelmaa	1
16. yhteistyötä yli hallintokuntien/kuntarajojen	1
VALTUUSTOSSA	
1. budjettiasioita	16
2. vanhusten palveluita/vanhustyön asioita	15
3. hyvinvointia/terveyden edistämistä yleisesti	12
4. henkilöstöhyvinvointia/resursointia	10
5. lasten hyvinvointiasioita	9
6. nuorten hyvinvointiasioita	8
7. palveluita yleisesti/palvelurakenteiden toimivuutta	6
8. päihdetyötä/päihdeasioita	6
9. kouluterveydenhuolto	5
10. rakennusprojekteja/investointeja/hankintoja	5
11. ympäristöä/kaavoitusta/turvallisuutta/liikennettä	4
12. asuntoasioita/asunnottomien asioita	3
13. hyvinvointiohjelmiä/selvityksiä/selontekoja	3
14. yhteistyötä yli hallintokuntien/kuntarajojen	3
15. liikuntapaikkoihin/liikuntaan liittyviä asioita	2
16. perheiden hyvinvointiasioita	1

Raporteissa todetaan, että keskushallinnossa käydyt yleiset keskustelut käydään vain periaatetasolla eivätkä ne johda käytännön toimintaan. Hyvinvointiasioita on tarkemmin käsitelty hyvinvointiohjelmien ja/tai -selvitysten käsittelyn yhteydessä sekä toimialakohtaisia linjauksia tehtäessä (sosiaali- ja terveydenhuollon strategiat, terveydenhuollonstrategiat sekä palvelu- ja laatu-strategiat). Vain yhdessä haastatteluraportissa mainitaan, että kunnan hallituksessa on käsitelty Terveys 2015 -kansanterveys-ohjelmaa (Kajaani).

Kuntayhtymien edustajat ovat tuoneet haastatteluissa esiin, että kuntayhtymien hallinto saa vain satunnaisesti tietoa kuntien päättävien elimien päätöksistä. Tämä asia on kirjattu kolmen kunnan raporttiin. Yhteistyötä tulisi tiivistää ja yhdestä raportista löytyykin toivomus, että kuntien johdoryhmissä tulisi olla mukana kuntayhtymän edustaja. Kuntayhtymien hallintoelimityksissä hyvinvointiasioita käsitellään kuntien tavoitteen budjettien laadinnan yhteydessä. Mainittuja asioita ovat päihdetyö (4 kpl), koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto (1 kpl) sekä perhetyö (1 kpl). Muita käsiteltyjä hyvinvointiin liittyviä asioita ovat olleet työntekijöiden koulutus ja henkilöstön riittävyys (3 kpl).

Hyvinvointistrategiat ja -ohjelmat

Usean kunnan raportissa kerrotaan, että kunnassa ei ole varsinaisia hyvinvointistrategioita⁵, mutta hyvinvointiasiat sisältyvät kunnan muihin strategioihin ja ohjelmiin. Talousarviot nähdään joissakin kunnissa hyvinvointipoliittisina ohjelmina. Niitä kuvataan kuntien hyvinvointitoimintaa ohjaavina asiakirjoina seuraavasti.

"...kuntastrategia on kunnan hyvinvointi-poliittinen strategia, sillä se kokonaisuudessaan pyrkii kunnan hyvinvoinnin edistämiseen, se on kunnan ylin ohjelma."

"...että meillä ei hyvinvointi ja terveys sellaisella isolla kyltillä kulje, vaan kaikki on upotettu näihin (muihin) strategioihin sisään".

"...hoidetaan kuntalaisten hyvinvointia jokapäiväisessä toiminnassa (...), että olisi lähdetty siitä papereita laatimaan. Hyvinvoinnin linjaus on sisäänrakennettu olemassa oleviin toimintoihin, ei laadittu kirjallista erillistä ohjelmaa."

"...miten hyvinvointipoliittinen strategia eroaa kaupungin strategiasta, minkä tavoitteena on se, että kaupunkilaisille saataisiin mahdollisimman paljon hyvinvointia?"

Lähes kaikissa selvitykseen osallistuneissa kunnissa osattiin nimetä kunnassa laadittuja tietyn väestön osan tai toimialan hyvinvointistrategioita tai hyvinvointiin liittyviä ohjelmia (taulukko 6). Kunnan yleisen kuntastrategian (5 kpl) sekä sosiaali- ja/tai terveystoimen strategioiden (11 kpl) sanotaan ohjaavan hyvinvointityötä. Kahdestatoista kunnasta löytyy varsinaisia, hyvinvointistrategian nimellä kulkevia strategioita ja 24 kunnasta hyvinvoinnin nimellä kulkevia ohjelmia tai selvityksiä (yht. 36 kpl). Muutkin esille tulleet strategiat ja ohjelmat liittyvät läheisesti hyvinvointiin. Vain yhdestä kunnasta mainitaan, että siellä ei ole laadittu eikä siellä ole valmis-teilla hyvinvointistrategioita.

Yleisimpiä teemakohtaisia strategioita ovat vanhus- ja päihdestrategiat. Vanhuksiin liittyviä strategioita on 33 kunnassa ja päihdestrategioita 31 kunnassa. Avohoidon ja kotipalvelun kehittämissuunnitelmia löytyy runsaasti (10 kpl). Vanhusten hyvinvointia kehitellään myös erilaisilla palvelutalohankkeilla ja niihin liittyvillä strategioilla (8 kpl). Muita yleisimpiä sosiaali- ja terveydenhuollon erillisstrategioita ovat mielenterveyspalveluja (15 kpl) ja kehitysvammahuoltoa ohjaavat strategiat (14 kpl).

Lasten (28 kpl) ja nuorten (27 kpl) hyvinvointi on esillä useiden kuntien strategioissa ja poliittisissa ohjelmissa, samoin perheiden hyvinvointi (7 kpl) ja päivähoiton järjestäminen (8 kpl). Koululaisten hyvinvointiin vaikuttavat koululaisten hyvinvointistrategiat (4 kpl) sekä koulutoimen järjestämistä ohjaavat strategiset linjaukset, kuten perusopetuksen ja esiopetuksen kehittämishuonekavat (4 kpl). Yhden kunnan turvallisuusohjelmassa on kiinnitetty huomiota myös työ-

⁵ Katso liite 10.

paikka- ja koulukiusaamiseen. Työikäisten ja työpaikka hyvinvointiin liittyviä strategioita ja ohjelmia on yhdeksässä kunnassa.

Yleisillä palvelustrategioilla (17 kpl) on pyritty varmistamaan peruspalveluiden saatavuutta, toimivuutta ja riittävyttä. Palveluiden laatua kehitetään laatustrategioilla (7 kpl). Strategioiden avulla on pyritty etsimään keinoja myös syrjäytymisen estämiseen ja ongelmien varhaiseen tunnistamiseen (7 kpl).

Ympäristön hyvinvointi, ympäristön suojelu, kaavoitusasiat ja yleinen elinympäristön turvallisuus on kirjattu 16 kunnassa strategiaksi ja ohjelmaksi. Työllisyyspolitiikasta (5 kpl) ja asumispolitiikasta (7 kpl) on erillisstrategia melko monessa kunnassa, samoin elinkeinopolitiikasta (5 kpl). Lisäksi kunnat vahvistavat väestön hyvinvointia terveyttä edistävillä liikuntaohjelmilla (5 kpl).

TAULUKKO 6. Haastatteluissa mainitut valmiit tai valmisteilla oleva hyvinvointistrategiat ja -ohjelmat. (n=49)

	VALMIIT/VALMISTEILLA OLEVA STRATEGIAT JA OHJELMAT	MAININTOJEN LUKUMÄÄRÄ
1	hyvinvointiohjelmat/selonteot/strategiat	36
2	vanhuspoliittiset strategiat/ohjelmat	33
3	päihdetyön strategiat/ohjelmat	31
4	lasten hyvinvointiin liittyvät strategiat/ohjelmat	28
5	nuorten hyvinvointiin liittyvä strategiat/ohjelmat	27
6	palveluiden tasoon liittyvät strategiat/ohjelmat	17
7	ympäristöstrategia/ympäristönsuojelustrategiat, turvallisuus-/kaavoitus-/liikennestrategiat	16
8	mielenterveysstrategiat/ohjelmat	15
9	vammais-/kehitysvammastrategiat/ohjelmat	14
10	sosiaali- ja/tai terveystoimen kehittämissstrategiat/ohjelmat	11
11	avohoidon ja kotipalvelun kehittämissstrategiat/ohjelmat	10
12	henkilöstöstrategiat/ohjelmat, henkilöstönhyvinvointistrategiat, henkilöstön koulutusstrategia	9
13	hyvinvointistrategiat sisältyvät muihin kunnan strategioihin	8
14	palveluasumisen/palvelutalojen/palvelukeskuksien strategiat/ohjelmat	8
15	päivähoidon strategiat/ohjelmat	8
16	asumisen strategia/asuntopolitiikka	7
17	laatustrategiat/ohjelmat	7
18	perhepoliittiset strategiat/ohjelmat	7
19	syrjäytymisen ehkäisy/varhaisen puuttumisen strategiat/ohjelmat	7
20	elinkeinopoliittiset strategiat/ohjelmat	5
21	kuntaprofiili/kuntastrategia	5
22	liikuntaan liittyvät kehittämissstrategiat/ohjelmat	5
23	työllistämisen- ja työttömyysstrategiat/ohjelmat	5
24	koululaisten/koulujen hyvinvointistrategiat/ohjelmat	4
25	perusopetuksen/esiopetuksen kehittämissstrategiat/ohjelmat	4
26	lihavuuden ehkäisy- ja hoitostarategiat	2
27	maahanmuuttajiin kohdistuvat strategiat/ohjelmat	2
28	Stakesin laatimat strategiat/ohjelmat	2
29	ei ole hyvinvointiin liittyviä strategioita/ohjelmia	1

Ketkä osallistuvat strategioiden valmistelutyöhön?

Strategiat ja ohjelmat laaditaan yleensä kunnan keskushallinnon johdolla. Laadintaan osallistuvat sosiaali- ja/tai terveystoimi (31 kpl) sekä kuntien viranhaltijat yleensä (29 kpl) ja erityisesti sosiaali- ja/tai terveystoimen johtajat (9 kpl). Poliittisista päättäjistä mukana ovat aktiivisesti lautakunnat (27 kpl), kunnan hallitus (22 kpl) sekä kunnan valtuusto (29 kpl). Kunnan johtoryhmä mainitaan joskus erikseen (4 kpl). Yleisenä kuvauksena on, että kukin hallintokunta laatii itse oman alueensa strategiat ja ohjelmat (17 kpl). Sosiaali- ja terveystoimen lisäksi aktiivisemmin hyvinvointistrategioiden laatimiseen osallistuvat koulutoimi (17 kpl), nuorisotoimi (10 kpl), tekninen sektori (8 kpl), vapaa-aikatoimi (8 kpl), kulttuuritoimi (4 kpl) sekä liikuntatoimi (3 kpl) ja päivähoitotoimi (3 kpl). Lautakunnista eniten mukana ovat sosiaali- ja/tai terveyslautakunta (13 kpl) sekä perusturvalautakunta (4 kpl). Neljässä kunnassa hyvinvointistrategioita valmistelle hyvinvointityöryhmä (Kajaani, Sotkamo, Vuolijoki, Hyrynsalmi).

Terveydenhuollon kuntayhtymät eivät aina osallistu kuntien hyvinvointistrategioiden laadintaan. Kuntayhtymät mainitaan seitsemässä raportissa ja sairaanhoitopiirit kahdessa raportissa. Johtavat lääkärit tai ylilääkärit valmistelevat strategioita neljän ja johtavat hoitajat tai ylihoitajat kahden raportin mukaan. Kolmas sektori ja järjestöt osallistuvat strategiatyöhön jonkin verran (9 kpl), samoin poliisi (5 kpl) ja seurakunnat (7 kpl). Joidenkin kuntien strategiatyöhön osallistuvat myös ammattikorkeakoulut (4 kpl) ja seutukunnat (3 kpl).

Yhteenveto

Kunnissa on laadittu erilaisia väestön hyvinvointiin liittyviä strategioita ja ohjelmia. Hyvinvointistrategioiden järjestelmällinen prosessointi, toteutuksen seuranta ja arviointi jäävät haastatteluraporteissa vähäiselle huomiolle. Ehkä strategioiden monilukuisuuden ja hajanaisuuden tähden monet haastateltavista tiesivät strategioista vain pääpiirteisen sisällön, eivät tarkempia tavoitteita. Kunnissa olisi tarve koota yhteen strategiat ja ohjelmat esimerkiksi säännöllisesti päivitettäväksi hyvinvointiohjelmaksi.⁶ Haastateltujen mielestä on tärkeää, että strategiat ja ohjelmat pysyvät "arjen tasolla", eivätkä muutu liian juhlaviksi, jolloin niiden käytäntöön soveltaminen heikkenee.

Parhaiten hyvinvointiin liittyvistä strategioista ja ohjelmista on perillä sosiaali- ja terveystoimi ja strategiatyöhön osallistuneet. Tiedon välitys ja tiedon kulku eri hallinnon alojen ja kunnan hallinnon tasojen välillä koetaan yleisesti ongelmaksi.

Talous on vahvasti esillä kuntien päätöksenteon asialistoilla. Hyvinvointiasioita käsitellään talouden kannalta toiminta- ja taloussuunnitelmien yhteydessä. Hyvinvointistrategioiden laatimiseen ei yleensä ole käytetty lisäresursseja. Strategia- ja ohjelmatyö on osa tavanomaista luottamushenkilö- ja virkatyötä. Osa haastatelluista kritisoi kuitenkin strategiatyöhön käytettyjen resurssien vähyyttä. Strategia- ja projektityö ovat antoisia, mutta samalla tavallinen rutiinistyö kärsii ja työstressi lisääntyy.

Terveyden edistämisen koordinointi, johtaminen ja vastuunjako*Vastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä*

Useammassa kuin joka toisessa raportissa (24 kpl) todetaan, että terveyden edistämisestä kokonaisvastuussa olevaa henkilöä ei ole nimetty eikä kirjattu kunnan asiakirjoihin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on muutaman raportin mukaan niin laaja asia, ettei siihen voi nimetä yhtä henkilöä tai hallintoelintä vastuulliseksi. Useissa kunnissa vastuu kuitenkin nimetään joillekin tahoille.

⁶ Katso liite 10.

Noin joka toisessa raportissa (18 kpl) on kuvattu, mihin vastuuhenkilön vastuu on kirjattu. Kymmenessä kunnassa vastuu on kirjattu johtosääntöön, kolmessa kunnassa erilaisiin kunnan strategioihin ja kolmessa kunnassa hallintosääntöön tai -asetukseen. Kuntayhtymän vastuut on kirjattu yhtymän perustamissopimukseen tai yhtymän johtosääntöön. Yksittäisinä mainintoina kuvataan vastuuasiat kirjatuiksi eri viranhaltijoiden tehtäväkuvauksiin, lautakuntien asiakirjoihin, kuntien asiakirjoihin, paikallisiin kehittämissuunnitelmiin sekä työryhmämuistioihin. Hyvinvointivastuita on kirjattu myös erilaisiin toimintasuunnitelmiin ja toimintakertomuksiin. Joidenkin kuntien osalta vastuunjako perustuu ministeriön ohjeisiin ja lakiin.

Vastuu väestön hyvinvoinnista ja terveyden edistämisestä on yleisesti ottaen sosiaali- ja terveystoimen viranhaltijoilla. Sosiaali- ja terveystoimen eri viranhaltijat ja tahot saavat yhteensä 90 mainintaa. Johtavista viranhaltioista useimmiten vastuulliseksi nimetään perusturvajohdaja, sosiaali- ja/tai terveystoimen johtaja, terveysosaston ja perheosaston johtaja sekä sosiaalisihteri. Myös kuntien ja kaupunkien keskushallinto saa paljon mainintoja (33 kpl). Keskushallinnosta mainitaan mm. kaupunginjohtaja, apulaiskaupunginjohtaja, kaupunginsihteri ja hallintosihteri. (Taulukko 7.)

Poliittisia päättäjiä ja luottamuselimiä pidetään myös usein vastuun kantajina hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kysymyksissä (yht. 59 kpl). Kunnan valtuusto ja kunnan hallitus mainitaan olevan kokonaisvastuussa joissakin kunnissa ja samoin kunnan johtoryhmä. Vastuullisiksi lautakunniksi nimetään yleisimmin sosiaali- ja terveyslautakunta, perusturvalautakunta ja terveyslautakunta. Yksittäisinä mainintoina esiintyvät sosiaali-, vapaa-aika-, liikunta- ja sivistyslautakunnat. Joidenkin kuntien osalta kerrotaan, että vastuuta hyvinvoinnin asioista kantaa kukin hallintokunta ja toimisektori erikseen (11 kpl). Muutamassa kunnassa vastuun kantajaksi on nimetty hyvinvoinnin tai terveyden edistämisen työryhmä.

TAULUKKO 7. Haastateltavien näkemyksiä väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuuhenkilöistä/tahoista. (n=49)

	VASTUUHENKILÖT	MAININTOJEN LUKUMÄÄRÄ
1	sosiaali- ja terveystoimi (johtava lääkäri, ylilääkäri, sosiaali- ja/tai terveysjohtaja, perusturvajohdajat, perheosaston johtaja, terveysosaston johtaja, sosiaalisihteri, johtoryhmät, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmät)	90
2	luottamuselimet (luottamushenkilöt, sosiaali- ja/tai terveys-, perusturva-, vapaa-aika-, liikunta- ja sivistyslautakunnat, hallitus, valtuusto)	59
3	keskushallinto (kaupungin/kunnanjohtaja, apulaiskaupunginjohtaja, johtoryhmä, kaupungin/kunnansihteri, hallintosihteri, suunnittelutoimisto)	33
4	kuntayhtymä (kuntayhtymän johtoryhmä, hallitus, valtuusto), sairaanhoitopiiri	21
5	johtava hoitaja, johtava ylihoitaja, ylihoitaja, vastaava hoitaja/terveydenhoitaja	13
6	toimisektorit ovat itse vastuussa	11
7	muut (terveysvalvonnan johtaja, vapaa-aikajohtaja, sivistystoimenjohtaja, lääninlääkäri)	5
8	lääni (läninhallitus)	2
9	ei ole määritelty/kirjattu virallisesti	24

Kuntayhtymät ja sairaanhoitopiirit nimetään vastuullisiksi tahoiksi 21 kunnassa. Kuntayhtymäsä vastuu on nimetty kuntayhtymän johtoryhmälle sekä kuntayhtymän hallitukselle ja valtuustolle. Terveystoimen henkilöstölle kuuluu myös iso osa väestön hyvinvointivastuusta, useimmiten mainitaan johtavat lääkärit ja ylilääkärit, aika usein myös johtavat hoitajat ja yli-

hoitajat sekä vastaavat hoitajat tai terveydenhoitajat. Myös läänin lääkäri ja lääninhallitus saa muutamia yksittäisiä mainintoja.

Terveyskasvatus

Operatiivisella tasolla terveyskasvatuksen johtamis-, kehittämis- ja toimeenpanovastuu nimitään useimmin sosiaali- ja terveysjohtajille, sosiaalijohtajille, johtaville lääkäreille sekä johtaville hoitajille. Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöillä on kehittämisvastuuta, joissakin terveyskasvatukseen liittyvissä asioissa myös johtamis- ja toimeenpanovastuuta. Kehittämis- ja toimeenpanovastuut sijoittuvat myös työntekijätasolle, kunkin alueen henkilöstölle. Terveyskasvatuksen johtamisesta, kehittämisestä ja toimeenpanosta vastaa useimmin sosiaali- ja/tai terveystoimi.

Ehkäisevät palvelut

Ehkäisevien palveluiden vastuu jakautuu suurelta osin samojen henkilöiden ja hallintotasojen kesken kuin vastuu terveyskasvatuksesta. Kuitenkin eri sektoreiden erikoisalojen johtajat ja työntekijät nimetään myös vastuullisiksi. Esimerkiksi ravitsemuskasvatukseen liittyviä asioita johtavat, kehittävät ja toimeenpanevat ravitsemusterapeutit, ruokahuoltopäälliköt, perheosaston päälliköt, koulut sekä neuvolat.

Seksuaalikasvatuksen johtaminen, kehittäminen ja toimeenpano on johtavien sosiaali- ja terveystoimen ja terveydenhuollon johtavien viranhaltijoiden lisäksi perheosaston päällikön, kouluterveydenhuollon, koulutoimen sekä lasten neuvoloiden vastuulla. Perhekasvatukseen osallistuvat niin ikään perheosaston päällikkö, perhetyöntekijä ja kouluterveydenhuolto.

Äitiysneuvolatyön, lastenneuvolatyön ja perhesuunnittelupalveluiden vastuuta kantaviksi tahtoiksi johtavien viranhaltijoiden, johtavien lääkäreiden, johtavien hoitajien ja johtavien hallintoelinten lisäksi on nimetty perheosaston päällikkö, neuvolat ja terveydenhoitajat. Kouluterveydenhuollossa taas koulutoimi, kouluterveydenhuolto, perheosaston päällikkö ja koulukuraattori ovat vastuunjakajia.

Opiskelijaterveydenhuollossa johtamis-, kehittämis- ja toimeenpano vastuuta kantavat johtavat sosiaali- ja terveydenhuollon viranhaltijat ja hallintoelimet, mutta myös rehtorit, perheosaston päällikkö ja opiskelijaterveydenhoitajat. Oppilashuollon yksittäiset vastuunjakajat ovat koulutoimi, koulut, rehtorit, kuraattori, sivistystoimenjohtaja, johtava psykologi, koululääkäri, neuvolat, perheosaston päällikkö ja oppilashuoltoryhmät.

Suun terveydenhuollossa vastuunjako on selkein. Siinä vastuu johtamisesta, kehittämisestä ja toimeenpanosta kuuluu vastaavalle hammaslääkärille. Muita vastuullisia henkilöitä ovat johtavien viranhaltijoiden ja hallintoelinten lisäksi suuhygienistit ja terveysosaston päällikkö.

Työterveyshuollon vastuun jakaa työterveysasema, terveysosaston päällikkö, työterveyslääkäri, työterveyshoitaja, psykologi ja fysioterapeutit. Lastensuojelun osalta vastuunkantajiksi on nimetty sosiaalisihteri, kehittämisspäällikkö, perheosaston päällikkö, sosiaalityön johtaja, päivähoitotoimi ja neuvolat. Näiden lisäksi vastuuta kantavat myös sosiaali- ja terveystoimi, terveydenhuoltosektori, terveyskeskus sekä kunnan ja kuntayhtymän hallintoelimet

Ehkäisevän mielenterveyden vastuu on jaettu vastaavalle psykologille, psykiatrian ylilääkärille, sairaanhoitajille ja perheosaston päällikölle. Vastuullisia toimialoja ovat sosiaali- ja terveystoimen lisäksi nuorisotoimi ja koulutoimi. Nuorisotoimi sekä vapaa-aikatoimi vastaavat ehkäisevästä nuorisotyöstä.

Ehkäisevän päihdetyön johtamis-, kehittämis- ja toimeenpanovastuuta kantavat A-klinikat, koulutoimi, nuorisotoimi, sekä vapaa-aikatoimi sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi. Toimialan

omista viranhaltijoista vastuullisiksi on nimetty vastaava sosiaaliterapeutti, perheosaston päällikkö, psykiatrian ylilääkäri, sosiaalityöntekijät ja psykologi. Kasvatus- ja perheneuvolan oman alan vastuunjakajia ovat psykiatrian ylilääkäri, perheosaston päällikkö, psykologi, neuvolat ja koulutoimi.

Terveyden edistämisen johto- ja ohjausryhmä

Selvitykseen osallistuneissa kunnissa ei ole nimetty sektorirajoja ylittäviä johto- tai ohjausryhmiä, joissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asioita käsiteltäisiin. Seitsemässä kunnassa on terveyden edistämisen johtoryhmän tai ohjausryhmän kaltaisia ryhmiä ja kuudessatoista kunnassa terveyden edistämisen asioita koordinoi hyvinvoinnin, terveyden edistämisen tai terveystasvatuksen työ- tai yhteistyöryhmä.⁷

Johtoryhmän tai ohjausryhmän kaltaiset ryhmät koostuvat pääasiassa sosiaali- ja terveystoimen johtavista viranhaltijoista, johtavista lääkäreistä ja ylilääkäreistä sekä johtavista hoitajista ja ylihoitajista. Joidenkin kuntien ohjausryhmään kuuluu terveydenhoitajia, fysioterapeutti sekä yksityisen ja kolmannen sektorin edustajia. Ryhmät ovat kunnan valtuuston tai hallituksen nimeämiä tai ne on nimetty terveydenhuoltosektorin sisällä. Perustaminen on kirjattu kunnassa johtosääntöön ja kuntayhtymissä kuntayhtymän johtosääntöön. Ryhmät kokoontuvat tiheimmillään kerran viikossa ja harvemmillään pari kertaa vuodessa. Puheenjohtajana toimivat johtavat lääkärit, perusturvalautakunnan puheenjohtaja tai terveystoimen johtaja. Sihteerin tehtäviä hoitaa hallintosihteerin, talouspäällikkö, ylihoitaja tai koulutus- ja kehittämispäällikkö. Ryhmissä käsitellään yleisiä hallinnointiin liittyviä asioita (talousarvion laadinta, budjetin valmistelu ja toimintasuunnitelmien laadinta). Muina käsiteltävinä asioita mainittiin mm. terveellinen ravitsemus, liikunnan tehostaminen, väestövastuun toteuttaminen, lääkäripulan aiheuttamat kysymykset sekä eri väestöryhmien terveydenhuolto.

Hyvinvoinnin, terveyden edistämisen ja terveystasvatuksen työryhmät ovat moniammatillisia ja poikkisektoriaalisia, mutta kuitenkin vain sosiaali- ja terveystoimen sisällä toimivia yhteistyöryhmiä. Niiden jäsenistö koostuu johtavista viranhaltijoista, eri toimialojen työntekijöistä, lääkäreistä ja hoitajista. Työryhmissä on edustajia myös kuntien keskushallinnosta, kuntayhtymistä sekä yhdistyksistä ja järjestöistä. Yhteistyöryhmissä puheenjohtajana toimii terveystasvatuksen yhdyshenkilö, johtava lääkäri, ylilääkäri, ylihoitaja tai kaupunginjohtaja. Sihteerinä on terveydenhoitaja, kouluterveydenhoitaja, terveyden edistämisen yhdyshenkilö, fysioterapeutti tai suunnittelutoimiston edustaja. Työryhmät on nimitetty kaupungin hallituksessa tai esimerkiksi perusturvalautakunnassa. Ryhmissä käsitellään terveyden edistämiseen ja terveystasvatuksen liittyviä asioita, järjestetään tapahtumia, koulutusta ja teemapäiviä. Myös terveellinen ravitsemus, liikunnan tehostaminen sekä sairauksien ja tapaturmien ennaltaehkäisy kuuluvat työryhmien asialistoille. Ryhmät kokoontuvat säännöllisesti tai 2-5 kertaa vuodessa. Työryhmät tekevät yhteistyötä myös poliisin, urheiluseurojen, opettajien ja vapaaehtoisjärjestöjen kanssa.

Kunnissa, joissa ei ole erillisiä ohjausryhmiä tai työryhmiä, hyvinvointiasioista huolehtii kunnan johtoryhmä (5 kpl), terveystasvakeskus ja sen johtoryhmä (4 kpl), lautakunnat (9 kpl), kuntayhtymä ja sen johtoryhmä (6 kpl), kunnan eri viranhaltijat (9 kpl) tai hallintokunnat johtoryhmineen (15 kpl). Sosiaali- ja/tai terveystoimi, sen lautakunnat ja johtoryhmät mainitaan useimmin. Yhdeksässä raportissa terveyden edistämisen johtoryhmän mahdollisesti hoitamia asioita ei ole kohdennettu minkään tahon asiaksi. Kolmessa raportissa osa haastatelluista piti johto- tai ohjausryhmän perustamista tarpeellisenä.

Terveyden edistämisen suunnittelija

⁷ Katso liite 10.

Kaikkia hallintoaloja palveleva terveystuunnittelija⁸ löytyy yhden selvitykseen osallistuneen kunnan keskushallinnossa (terveyden edistämisen suunnittelijan virkanimikkeellä suunnittelu- toimistossa, sosiaali- ja terveystoimen alaisuudessa Kuopiossa). Seitsemässä raportissa osa haastatelluista ei tiennyt tai ei ollut varma, löytyykö kunnasta terveyden edistämisen suunnittelijaa. Kuuden kunnan raportissa todetaan, että erillistä terveyden edistämisen suunnittelijan virkaa ei kunnassa pidetä tarpeellisenä. Pienissä kunnissa nähdään, ettei terveystuunnittelijaa tarvita erikseen ja toisaalta terveystuunnittelijan tehtävät sisältyivät muiden viranhaltijoiden tehtäviin.

"Haastatellut eivät pitäneet sitä (terveystuunnittelijan virkaa) kovin tärkeänäkään, työtä pitäisi tehdä enemmän suorittavalla tasolla (...) suunnittelutyö tapahtuisi pöydän takana. Pitäisi jalkautua."

"...kaupungin keskushallinnossa ei ole suunnittelijaa, eikä erillistä sen nimistä tarvita."

"Määritely ylihoitajan tehtäväksi, joten erillistä suunnittelijaa ei tarvita."

"Kunnan pieni koko nähtiin perusteena, ettei tällaista erillistä tehtävää/virkaa kunnassa olisi."

"...ei ole, eikä kukaan haastatelluista pitänyt sitä tarpeellisenakaan. Perusteluina oli kunnan pieni koko ja enemmän pitäisi saada työntekijöitä kuin suunnittelijoita."

"...noin X asukkaan kunnassa ei ole tarvetta erilliselle terveyden edistämisen suunnittelijalle vaan terveyden edistäminen eli ns. ennalta ehkäisevä työ on osa kunkin tulosalueen normaalia työtä. Tämän kokoisen kunnan johto muodostuu kokonaisuudessaankin 2-3 johtavasta viranhaltijasta. Tämän tyyppisiä suunnittelijoita ei voi olla. (...)... ennaltaehkäisevä työ pitäisi olla itsestään selvä osa normaalia tulosalueen ja tulosyksikön työtä eikä "terveyden edistämistä" pitäisi nähdä ehkä vähän vanhanaikaisestikin erillisenä työnä, jossa keskushallinnossa on oma suunnittelijansa. Kun kunnan tavoitteena on tuottaa hyvinvointia, niin voidaan nähdä myös niin päin, että sosiaali- ja terveystoimi ovat sinällään välineitä tähän "terveyden edistämiseen", eivät arvo sinänsä."

Terveyden edistämisen suunnittelijan tehtäviä kunnissa hoitavat johtava hoitaja (3 kpl), ylihoitaja tai vastaava osastonhoitaja (2 kpl). Myös johtava ylilääkäri, ylilääkäri ja hoitotyön johtaja tekevät terveyden edistämisen suunnittelutyötä (3 kpl). Kunnan viranhaltijoista suunnittelutyötä tekevät kaupunginjohtaja (2 kpl), vapaa-aikasihteeri/ohjaaja (3 kpl), sosiaalijohtaja ja sosiaalis sihteeri (yhteensä 4 kpl). Myös valistussihteeri, kamreeri, psykologi, perusturvaosaston päällikkö, hallintojohtaja, työsuojelupäällikkö ja lääninlääkäri nimettiin yksittäisinä terveyden edistämisen suunnittelua toteuttavina työntekijöinä. Muutamissa kunnissa terveystuunnittelijan rooli on suunnittelupäälliköllä (2 kpl), suunnittelu- ja taloussihteerillä sekä sosiaali- ja terveystoimen suunnittelijoilla (2 kpl). Hallinnollisesti terveyden edistämisen suunnittelusta vastaavat kuntien johtoryhmät, sosiaali-, terveys- ja vapaa-aikalautakunnat sekä sosiaali- ja/tai terveystoimi. Myös kuntayhtymien hallinto osallistuu terveyden edistämisen suunnitteluun muutamassa kunnassa.

Joissakin kunnissa on tunnustettu terveyden edistämisen koordinoinnin ja suunnittelun tarve ja kunnissa on kiinnostusta mahdollisen terveyden edistämisen suunnittelijan palkkaamiseen. Yhdessä kunnassa on vireillä hanke, jonka avulla saataneen terveydenhuollon kuntayhtymään tai

⁸ Katso liite 10.

seutukuntaan yhteinen koordinaattori tai suunnittelija (Alavus). Toisessa kunnassa on taas kaavailtu johtavan hoitajan ja osaston hoitajien tehtäviin terveyden edistämisen suunnittelijan tehtäviä. Haastatteluisissa oli käynyt ilmi, että terveyden edistämisen suunnittelija voitaisiin palkata "esimerkiksi EU-rahalla".

Terveyskasvatuksen yhdyshenkilö

Terveyskasvatuksen yhdyshenkilö löytyy lähes jokaisesta selvitykseen osallistuneesta kunnasta tai kuntayhtymästä.⁹ Vain kahdessa kunnassa ja yhdessä kuntayhtymässä ei ole yhdyshenkilöä. Viidessä kunnassa tai kuntayhtymässä ei ole virallisesti nimettyä terveyskasvatuksen yhdyshenkilöä, 23 raportissa osa haastateltavista ei tiennyt, onko kunnassa terveyskasvatuksen yhdyshenkilöä.

Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt ovat pääasiassa terveydenhoitajia (15 kpl) tai kouluterveydenhoitajia (6 kpl). Myös osastonhoitajat (8 kpl), ylihoitajat (5 kpl) ja johtavat hoitajat (5 kpl) toimivat terveyskasvatuksen yhdyshenkilönä. Yhdyshenkilön tehtävistä huolehtivat monilla virkanimikkeillä olevat viranhaltijat, kuten johtavat lääkärit, ylilääkärit, sairaanhoitajat, henkilöstöpäällikkö, vapaa-aikasihteeri tai -ohjaaja, kehittämiskonsultti, nuoriso-ohjaaja, raittiussihteeri, A-klinikan sosiaaliterapeutti tai terveyden edistämisen suunnittelija.

Useimmiten terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt ovat koulutukseltaan terveydenhoitajia (21 kpl), sairaanhoitajia (4 kpl) tai terveystieteiden maistereita (4 kpl). Kuusi terveyskasvatuksen yhdyshenkilöä on hankkinut pätevyyttä täydennyskoulutuksilla ja lisäkoulutuksilla. Neljän raportin mukaan terveyskasvatuksen yhdyshenkilö toimii kuntayhtymässä. Sosiaali- ja/tai terveystoimen alaisuudessa yhdyshenkilö toimii yhdeksässä kunnassa.

Yleensä terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt toimivat oman työnsä ohella ja tekevät yhdyshenkilön töitä osa-aikaisena (19 kpl). Osa-aikaisuus tarkoittaa joko puolta työajasta tai muutamaa tuntia viikosta. Kokopäiväisiä terveyskasvatuksen yhdyshenkilöitä on kuudessa kunnassa. Seitsemässä raportissa sanotaan, ettei yhdyshenkilön työaikaa ole määritelty. Terveyskasvatuksen yhdyshenkilön työnkuva koostuu terveyden edistämistyön koordinoinnista ja suunnittelusta lähinnä sosiaali- ja terveystoimen sisällä. Yhdyshenkilöt toimivat kontaktihenkilöinä eri toimialojen välillä ja pitävät yhteyksiä esimerkiksi järjestöihin. He keräävät valistusmateriaalia ja laativat mm. hoito-ohjeita. Tiedotustoiminta ja koulutusten järjestäminen kuuluu monen terveyskasvatuksen yhdyshenkilön työhön. Yhdyshenkilö on mukana hyvinvointiin liittyvissä projekteissa ja erilaisten hyvinvointiryhmien toiminnassa, mutta he eivät yleensä osallistu kunnissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiseen suunnitteluun tai yhteisten hyvinvointiasioiden koordinointiin.

Yhteenveto

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuu on kunnissa jaettu operatiivisen tason viranhaltijoille ja ylemmän tason päättävälle hallintoelimille. Kahdeksassa raportissa osa haastatelluista pystyy nimeämään vastuuhenkilön ja asiakirjan, mihin vastuunjako on kirjattu, kun taas samojen kuntien toiset haastatellut kertovat, että vastuuhenkilöä ei ole nimetty tai kirjattu mihinkään. Tämä osoittaa, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuu on kunnissa hajallaan. Jos vastuulliseksi toimijaksi on nimetty poliittinen päätöksentekoeelin, esimerkiksi lautakunta, se osoittaa, ettei hyvinvointivastuuta ole virallisesti määritelty kunnassa.

Terveyden edistämisen asiat eivät ole keskeisesti esillä kuntien hallinnossa, mutta päättäjät ovat tietoisia siitä, että kuntalaisten hyvinvointi vaikuttaa myös kunnan talouteen. Erään kunnan luottamushenkilöiden mukaan "ennalta ehkäisy on halpaa ja kannattavaa ja siihen tulisi kunnan johdossa ja hallinnossakin enemmän panostaa".

⁹ Katso liite 10.

Terveyden edistämistä pidetään yleisesti tärkeänä asiana. Se nähdään laaja-alaisena, monialaisena ja poikkeittieteellistä asiantuntijuutta hyödyntävänä kokonaisuutena. Joidenkin kuntien raporteissa todetaan, että moniammatillista yhteistyötä korostavassa toiminnassa ei toimintaa haluta pilkkoa, vaan kukin viranhaltija tuo oman asiantuntemuksensa mukaan toiminnan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Tämä voi olla perustelu sille, miksi kuntien terveyden edistämisen vastuu on niin hajallaan. Raporteissa on korostettu, että terveyden edistämisen vastuuta ei voida antaa viranhaltijalle vaan vastuu pitäisi olla laajemmin määritelty maakuntahallinnolle, perusturvalautakunnalle tai kunnanhallitukselle.

Muutamissa raporteissa terveyden edistäminen nähdään laajana kuntalaisten kokonaisyhyvinvointia edistävänä palveluna, joka sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi ympäristön ja rakentamisen. Joissakin kunnissa terveyden edistäminen nähdään vain terveystoimen ja sosiaalitoimen tehtävänä. Joissakin se nähdään niin suppeana, ettei siihen kannata perustaa ohjaus- tai johtoryhmää. Yleisesti terveyden edistäminen liitetään sosiaali- ja terveystoimen lisäksi nuoriso-, koulu-, päivähoito-, liikunta- ja vapaa-aikatoimeen. Terveyden edistämisen käsitteiden selkeä määrittely nähdään olennaisena toimintaa selkiyttävänä asiana. Se toisi terveyden edistämistoimintaan lisää läpinäkyvyyttä, jota varsinkin luottamushenkilöt kaipaavat.

Lasten ja nuorten terveyden edistäminen

Neuvolatoiminnan kehittäminen

Lapsiperheiden neuvolatoiminnan kehittäminen on sisällynyt useiden kuntien vuoden 2003 toiminta- ja taloussuunnitelmien valmisteluun (21 kpl). Neuvolatoiminnasta on käyty valmistelujen aikana keskusteluja 15 kunnassa. Kahdessatoista raportissa mainitaan ettei lapsiperheiden neuvolatoimintaan kohdisteta erityisiä toimenpiteitä. Kehittämistoiminnan esteeksi sanotaan resurssien puute (5 kpl) tai neuvolatoiminnan sanotaan olevan nykyisellään riittävää (2 kpl). Joissakin kunnissa esiintyi ristiriitaa luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden vastausten välillä neuvolatoiminnan kehittämisestä.

Neuvolatoimintaa kehitetään usein projektien avulla. Useissa neuvoloissa on meneillään mm. varhaisen vuorovaikutuksen kehittämisen ohjelma (13 kpl). Perheneuvolatoiminnan kehittäminen, kasvatuseuvonta ja vanhemmuuden tukeminen on mainittu kehittämiskohteina yhdeksässä raportissa. Kuntiin on perustettu myös hyvinvointineuvoloita (3 kpl) ja kehitetty alue-, ryhmä- ja vanhusneuvoloita (yhteensä 3 kpl). Ainoastaan yhdessä raportissa mainitaan suoranaisesti lastenneuvolatoiminnan kehittäminen.

Neuvolapalveluja kehitetään myös henkilöstöä kouluttamalla (5 kpl). Yhdessä kunnassa neuvolahenkilöstölle on järjestetty työnohjausta ja lisähenkilökuntaa on palkattu neljässä kunnassa. Raporteista löytyy suunnitelmia yhteistyön kehittämisestä mm. lastenneuvoloiden, sosiaalityön, koulutoimen ja päivähoidon kanssa. Naapurikuntien kanssa tehtävää alueellista yhteistyötä kehitetään yhdeksässä kunnassa ja neuvolatoiminnan fyysisiä puitteita korjataan rakennushankkeilla kolmessa kunnassa.

Peruskoulujen oppilashuollon ja kouluterveydenhuollon tehostaminen

Oppilashuoltoon ja kouluterveydenhuoltoon liittyviä asioita on pohdittu vuoden 2003 toiminta- ja taloussuunnitelmien valmistelun yhteydessä monissa kunnissa (13 kpl). Kuudessa raportissa sanotaan, että kouluterveydenhuolto tai oppilashuolto ei saa vuoden 2003 valmisteluissa erityistä huomiota. Kouluterveydenhuolto pysyy ennallaan eikä supistuksia sillä alueella tehdä neljän raportin mukaan. Supistustoimet ja resurssien puute haittaavat toiminnan tehostamista neljässä kunnassa. Kahdessa kunnassa osa haastatelluista ei tiennyt onko kouluterveydenhuollon

toiminnan tehostaminen vuoden 2003 suunnitelmissa mukana vai ei. Kuntayhtymät vastaavat kouluterveydenhuollosta ja oppilashuollosta kolmessa kunnassa.

Henkilökuntatilanne (16 kpl) on useimmin esille nostettu aihe oppilas- ja kouluterveydenhuollon kysymyksissä. Kymmenessä kunnassa on palkattu tai on suunnitteilla palkata lisää terveydenhoitajia ja neljässä kunnassa on lisätty kuraattorin virkoja. Myös lääkäreiden (3 kpl) ja psykologien (3 kpl) virkoja on lisätty. Yksittäisinä mainintoina löytyy erityislasten ryhmäavustajan, erityisopettajan, iltapäiväkerhon ohjaajan, koulunkäyntiavustajan, nuoriso-ohjaajan ja sosiaalityöntekijän virkojen tai toimien lisäykset.

Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen koulujen sisällä ja eri sektorien yli on osaltaan tehostamassa kouluterveydenhuoltoa (7 kpl). Kouluterveydenhuollon ja oppilashuollon keskinäisen yhteistyön kehittäminen mainitaan kolmessa kunnassa. Myös kodin ja koulun välistä yhteistyötä tehostetaan (3 kpl).

Koululaisten päihteiden käyttöön (huumeet, alkoholi, tupakka) on kiinnitetty joissakin kunnissa erikseen huomiota (5 kpl). Suunnitteilla on tehostaa ennaltaehkäisevää työtä, ehkäistä koululaisten syrjäytymistä ja kehittää toimintamalleja, joilla pyritään koululaisten ongelmien varhaiseen havaitsemiseen ja ongelmien nopeaan korjaamiseen (3 kpl). Iltapäiväkerhotoiminnan tehostamisen mainitsee kolme kuntaa.

Yhdessä kunnassa on vuoden 2003 suunnitelmissa laatia koululaisten terveyteen liittyvä terveystyöohjelma ja yhdessä kunnassa on jo tehty kouluterveysohjelma. Kunnat valmistelivat ohjelmat kehittämissuunnitelmina (3 kpl) ja tekevät koululaisiin liittyviä tutkimuksia (3 kpl). Kehittämistyöhön liittyviä sisällöllisiä mainintoja ovat mm. koulukiusaaminen, kuolemantapaukset, maahanmuuttajalasten erityisongelmat, pinnaaminen, tapaturmien ehkäisy, työrauhan ylläpitäminen, varkaudet ja väkivaltaisuus.

Ammatillisten oppilaitosten opiskelijahuollon ja opiskelijaterveydenhuollon tehostaminen

Opiskelijaterveydenhuoltoon ja opiskelijahuoltoon liittyvät tehostamistoimet vuoden 2003 suunnitelmia valmisteltaessa ovat olleet vähäisiä (4 kpl). Kymmenessä raportissa ei ole huomioitu opiskelijaterveydenhuoltoa lainkaan. Muutamassa raportissa sanotaan, että opiskelijaterveydenhuolto on yhdistetty kouluterveydenhuoltoon (3 kpl) ja joissakin selvitykseen osallistuneissa kunnissa ei ole lainkaan opiskelijaterveydenhuoltoa (6 kpl). Kahdessa kunnassa opiskelijaterveydenhuollon sanotaan olevan nykyisellä tasolla riittävän. Muutamien kuntien opiskelijaterveydenhuoltoa pitäisi kehittää, mutta säästötoimet estävät kehittämissuunnitelmat (3 kpl). Kuntayhtymät vastaavat kahden kunnan opiskelijaterveydenhuollosta ja yhden kunnan osalta siitä vastaa maakuntahallitus ja sairaanhoitopiiri.

Vuoden 2003 suunnitelmia laadittaessa eniten on keskusteltu henkilöstöresursseista (5 kpl). Terveystyöohjelmajaresursseja on lisätty samoin kuin sairaanhoitajia. Muutamissa kaupungeissa (Helsingissä, Lahdessa ja Lappeenrannassa) on ammattikorkeakoulujen opiskelijaterveydenhuoltoon kiinnitetty erityistä huomiota. Näissä kaupungeissa koetaan, että ammattikorkeakoulujen opiskelijat ovat välinputoajia. Ammattikorkeakoulut ja ammattikorkeakoulujen oppilaskunnat ovat myös itse kiinnittäneet asiaan huomiota.

Yhteistyöntarve on tiedostettu opiskelijaterveydenhuollossa. Kuntien välisen, oppilaitosten välisen ja eri ammattikuntien välisen yhteistyön tehostaminen mainitaan joidenkin kuntien suunnitelmissa (3 kpl). Yksittäisinä kehittämiskohteina raporteissa mainitaan mielenterveyspalveluiden ja A-klinikkatoiminnan kehittäminen mm. huumeetesteiksi varten (2 kpl).

Yhteenveto

Kunnissa on panostettu jonkin verran aiempaa enemmän lasten ja nuorten terveyden edistämiseen, erityisesti kouluterveydenhuoltoon ja lapsiperheiden hyvinvointiin. Kaikissa selvitykseen osallistuneissa kunnissa ei ole ammatillisia oppilaitoksia ja siksi opiskelijahuolto ja opiskelija-terveydenhuolto ei sisälly toimintaan.

Osaamisen kehittäminen

Toimipaikka- ja täydennyskoulutuksen vastuuhenkilöt

Kunnissa tai kuntayhtymissä ei ole selkeästi nimettyä vastuuhenkilöä, joka vastaisi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisen kehittämisestä ja henkilökunnan kouluttamisesta. Raporteista löytyy yhteensä 51 eri virkanimekettä tai hallintoelintä, joille vastuu haastatteluissa nimettiin. Kymmenessä raportissa sanotaan selkeästi, että virallisesti kehittämisvastuuta kantavaa tahoja ei ole. Neljässä raportissa osa haastatelluista ei tiennyt, kuka on kunnassa vastuuhenkilö koulutusasioissa tai onko kunnassa vastuuhenkilöä lainkaan. (Taulukko 8.)

Yleisesti raporteissa kerrotaan, että vastuu koulutusasioista kuuluu toimialueille ja kullekin hallintokunnalle. Vastuussa ovat pääasiassa toimialueiden johtajat ja viranhaltijat.

"...jokainen työntekijä vastaa omasta osaamisesta ja sen kehittämisestä. Hallintokuntien esimiehet vastaavat omalla sektorillaan henkilöstönsä toimipaikka- ja täydennyskoulutuksesta."

TAULUKKO 8. Haastateltavien näkemyksiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisen kehittämisestä sekä toimipaikka ja täydennyskoulutuksesta vastaavista tahoista/henkilöistä. (n=49)

	VASTUUHENKILÖT/-TAHOT KEHITTÄMISESSÄ JA KOULUTUKSESSA	MAININTOJEN LUKUMÄÄRÄ
1	hallintokunnat/toimialueet itse ja niiden viranhaltijat	42
2	sosiaali- ja/tai terveystoimi (johtava lääkäri, johtava ylilääkäri, ylilääkäri, sosiaali- ja/tai terveystoimen johtaja, perusturvajohtaja, perushoidon päällikkö, terveyskeskus, terveyskeskuksen johtoryhmä, toimialan johtoryhmä, terveysvirasto, sosiaalisihteri)	40
3	keskushallinto (kaupungin/kunnanjohtaja, johtoryhmä, henkilöstöosasto/toimisto, henkilöstöpäällikkö, henkilöstösihteri, taloussihteri, kehittämisspäällikkö, koulutuskeskus, koulutus-päällikkö, koulutus/kehittämisryhmä)	30
4	luottamuselimet (lautakunnat, valtuusto, hallitus)	23
5	johtava hoitaja, ylihoito, vastaava hoitaja, osastonhoitaja, hoitotyön johtaja	17
6	kuntayhtymä (johtoryhmä, hallitus, kuntayhtymän kehittämis/koulutus-päällikkö), sairaanhoitopiiri (johtoryhmä, hallitus)	13
7	muut (ammattikorkeakoulu, Stakes, nuorisotoimi, yhteistyötoimikunta, työsuojelupäällikkö)	5
8	terveyskasvatuksen yhdyshenkilö	2
9	läänin/maakunnan hallitus	2
10	ei keskitetysti kukaan	10
11	ei osaa sanoa, ei tiedä	4

Koulutusvastuu nimetään useimmin sosiaali- ja terveystoimelle ja sen johtavista viranhaltijoista sosiaali- ja terveysjohtajalle, sosiaalijohtajalle ja perusturvajohtajalle. Myös johtavat hoitajat, ylihoitajat, osastonhoitajat, terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt, johtavat lääkärit ja ylilääkärit vastaavat terveyden edistämisen koulutuksesta ja kehittämisestä.

Melko monessa kunnassa on vastuulliseksi nimetty yleisesti kuntien keskushallinto (30 kpl) ja luottamuselimet (23 kpl). Kaupunginjohtajat ja muut johtavat keskusjohdon virkamiehet vastaa-

vat koulutuksesta. Samoin muutamia mainintoja saa henkilöstöosasto/toimisto. Kunnista löytyy koulutuskeskuksia, koulutusryhmiä ja kehittämissyryhmiä sekä koulutus- ja kehittämisspäälliköitä, joille kehittämissvastuu on haastatteluissa nimetty. Kaupungin hallitus, valtuusto ja kaupungin johtoryhmä ovat osaltaan järjestämässä henkilöstön toimipaikka- ja täydennyskoulutusta. Lautakunnat mainitaan myös usein. Vastuuta kantavia lautakuntia ovat perusturvalautakunta, sosiaalilautakunta sekä sosiaali- ja terveyslautakunta, terveyslautakunta ja koululautakunta.

Kuntayhtymien ja sairaanhoitopiirien johtoryhmät ja hallitukset vastaavat henkilöstön lisäkoulutuksesta 13 kunnassa. Myös terveystakeskukset ja terveystakeskusten johtoryhmät järjestävät täydennyskoulutusta.

Täydennyskoulutuksen järjestäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen täydennyskoulutusta järjestetään kuntien johdolle vaihtelevasti. Lähes puolessa selvitykseen osallistuneista kunnista ei ole järjestetty erityistä hyvinvointiin liittyvää koulutusta (24 kpl). Resurssien puute estää koulutuksiin osallistumisen, vaikka niitä on runsaasti tarjolla viiden raportin mukaan. Neljässä kunnassa todetaan, että koulutuksiin saa osallistua vapaasti oman mielenkiinnon mukaan. Muutamat haastateltavat (3 kpl) toivovat lisää koulutusmahdollisuuksia samalla, kun yhden kunnan haastattelussa moititaan luottamushenkilöiden vähäistä osallistumista koulutustilaisuuksiin. Joidenkin kuntien haastateltavat ovat antaneet ristiriitaisia vastauksia koulutustarjonnasta (3 kpl) ja kuudessa raportissa mainitaan, etteivät kaikki haastatellut olleet tietoisia mahdollisista hyvinvointiin liittyvistä koulutuksista.

Terveydenhuollon ja sosiaalitoimen koulutus- ja kehittämisspäiviä ja -tilaisuuksia on järjestetty 17 kunnassa ja saman aihealueen seminaareja sekä erilaisia valtuustoseminaareja on järjestetty 13 kunnassa. Hyvinvointi tai terveyden edistäminen ilmenee koulutusten nimissä neljässä kunnassa ja kuntayhtymässä (Kajaani, Mikkeli, Riihimäki ja Taivalkoski), koulutusta on järjestetty esimerkiksi terveyden edistämisestä ja maaseudun hyvinvoinnista. Kuntayhtymien henkilöstölle on järjestetty ennaltaehkäisevän työn malliin liittyvää koulutusta ja hyvinvointistrategiakoulutusta. Työhyvinvointikoulutusta ja työssä jaksamisen koulutusta on järjestetty kuudessa kunnassa. Hyvinvointi ja terveyden edistämisen seminaareja on järjestetty neljässä kunnassa (Tammi-saari, Keuruu, Mikkeli ja Rantasalmi). Terveys 2015 -ohjelmasta on järjestetty koulutusta kahdella paikkakunnalla (Kajaani ja Vammala).

Koulutukset liitetään usein projektien (6 kpl), ohjelmien (5 kpl) sekä tapahtumien ja messujen yhteyteen (5 kpl). Esimerkiksi Terve Kunta -päivät nimetään neljässä kunnassa koulutustilaisuudeksi ja Kansallinen terveysprojekti kahdessa kunnassa. Myös strategiatyön yhteydessä annetaan erilaisia koulutuksia (3 kpl).

Muita mainittuja koulutusaiheita olivat mm. johtamiseen liittyvä koulutus kuntien johdolle (11 kuntaa) ja laatu-koulutus (4 kuntaa). Koulutusta on järjestetty myös lasten (4 kpl), nuorten (2 kpl) ja vanhusten (4 kpl) hyvinvointiin liittyen. Myös kehitysvamma-asiat (2 kpl), mielenterveyspalvelut (2 kpl) ja päihdeasiat (5 kpl) ovat olleet koulutustilaisuuksien aiheina.

Muutamassa kunnassa kunnan henkilöstö on osallistunut kuntayhtymien järjestämään koulutukseen (4 kpl), aiheina mm. varhainen vuorovaikutus, päihdeasiat ja laatu. Terveystakeskukset mainitaan kolmessa raportissa koulutusten järjestäjinä (3 kpl). Lisäksi kuntien päättäjät osallistuvat läänien (5 kpl) ja Stakesin (4 kpl) järjestämiin koulutuksiin.

Yhteenveto

Laajasti kunnan henkilöstölle ja/tai johdolle tarkoitettua hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koulutusta ei kunnissa ole varsinaisesti järjestetty. Edellä esitellyt koulutukset ovat lähinnä terveystoimen, sosiaalitoimen sekä terveydenhuollon sisällä tapahtuvaa. Muille sektoreille ja luottamushenkilöille ei tällaista koulutusta juurikaan ole järjestetty.

Terveys 2015 -ohjelman toimeenpano kunnassa

Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden toimeenpano ei ole kunnissa ollut aktiivista. Reilussa puolessa selvitykseen osallistuneessa kunnassa sanotaan Terveys 2015 -tavoitteiden olevan kunnan toiminnan ja strategioiden taustalla, mutta niitä ei ole kirjattu erikseen näkyviin. Tavoitteet ovat esimerkiksi talousarvioiden ja toiminta- ja taloussuunnitelmien pohjana. 16 kunnassa Terveys 2015 -tavoitteiden mukaisia toimia ei ole järjestetty eikä ohjelman tavoitteista ole kunnan johdossa käyty keskustelua, eikä niitä ole selkeästi käsitelty. Osalle haastatelluista Terveys 2015 -ohjelma tai sen tavoitteet olivat tuntemattomia tai haastateltava ei tiennyt, miten tavoitteita on kunnassa toimeenpantu (16 kpl). Terveys 2015 -ohjelma on luottamushenkilöille vieras, eikä se ole kovin tuttu viranhaltijoillekaan. (Taulukko 9.)

Terveys 2015 -ohjelman tavoitteita toteutetaan kunnissa erilaisten hankkeiden, ohjelmien ja projektien avulla (8 kpl). Joitakin kuvauksia ohjelman toteutuksesta liittyy lapsiin ja lapsiperheisiin (6 kpl), vanhuksiin (5 kpl) sekä päihdetyöhön (3 kpl). Kuntayhtymä osallistuu Terveys 2015 tavoitteiden toteuttamiseen neljässä kunnassa.

TAULUKKO 9. Haastatteluissa mainittuja Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanoon liittyviä toimenpiteitä vuoden 2003 toiminta- ja taloussuunnitelmien valmistelussa. (n=49)

	TERVEYS 2015 -OHJELMAN TOIMEENPANO	MAININTOJEN LUKUMÄÄRÄ
1	ohjaa taustalla kunnan strategioita, toimintaa ja valintoja, on kunnan suunnitelmien pohjana	32
2	ei ole käsitelty Terveys 2015 -tavoitteita, suoranaisesti niiden mukaisia toimia ei ole	16
3	ei tietoa, miten Terveys 2015 -tavoitteita on toimeenpantu, tuntematon asia haastateluille	16
4	Terveys 2015 toimeenpantu projektien tai ohjelmien avulla	8
5	lapsiperheiden ja lasten osalta 2015 -tavoitteita toteutettu	6
6	vanhusten osalta 2015 -tavoitteita toteutettu	5
7	toteutus kuntayhtymän vastuulla	4
8	päihdetyön osalta 2015 -tavoitteita toteutettu	3
9	ennaltaehkäisyn ja syrjäytymisen estämisen osalta 2015 -tavoitteita toteutettu	2
10	nuorten osalta 2015 -tavoitteita toteutettu	1
11	perustettu Terveys 2015 -ohjelman toteuttamiseen työryhmä	1

Yhteenveto

Terveys 2015 -ohjelma ja sen tavoitteet ovat kunnissa yllättävän vieraita. Osa haastatelluista ei tunne ohjelmaa lainkaan ja osalle sen tarkempi sisältö on vieras. Terveys 2015 -tavoitteiden sanotaan olevan kunnissa suunnitelmien ja päätösten perustana, mutta konkreettisia toimenpiteitä tavoitteiden toteuttamiseksi ei löydy.

Haastateltavien itsearviointi

Selvitykseen osallistuneita kuntien päättäjiä pyydettiin arvioimaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista ja niihin liittyviä järjestelyjä kunnissa. Arvioitavat väittämät selviävät taulukosta 10.

TAULUKKO 10. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen arvioinnin väittämät.

HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN JOHTAMISEN JA JÄRJESTELYN ARVIOINTI
1. Hyvinvointistrateginen johtaminen
2. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden kehityksen seuranta
3. Hyvinvointia ja terveyttä koskevien tavoitteiden sisällyttäminen kuntasuunnitelmiin
4. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen käytännön järjestelyt
5. Kunnan johtoryhmän valmiudet valmistella ja toteuttaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista kunnassa
6. Luottamushenkilöiden kiinnostus hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen kunnan tehtävänä
7. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen erityisesti osoitetut voimavarat
8. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tuloksellisuus
9. Terveys 2015 –ohjelman toimeenpano käynnistyminen vuoden 2002 aikana

Kaikkien arviointi yhteensä

Luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden antamien arviointien mukaan kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen saa kokonaiskeskiarvoksi 7,2 eli hyvinvointijohtaminen kokonaisuudessaan on hyvän ja tyydyttävän rajoilla. Parhaiten toteutuu väittämä kuusi, luottamushenkilöiden kiinnostus hyvinvointijohtamisen asioihin. Toiseksi parhaiten toteutuu väittämä kolme ja kahdeksan. Selkeästi viimeiseksi sijoittuu Terveys 2015 -ohjelman toimeenpano kunnassa. (Kuvio 1.)

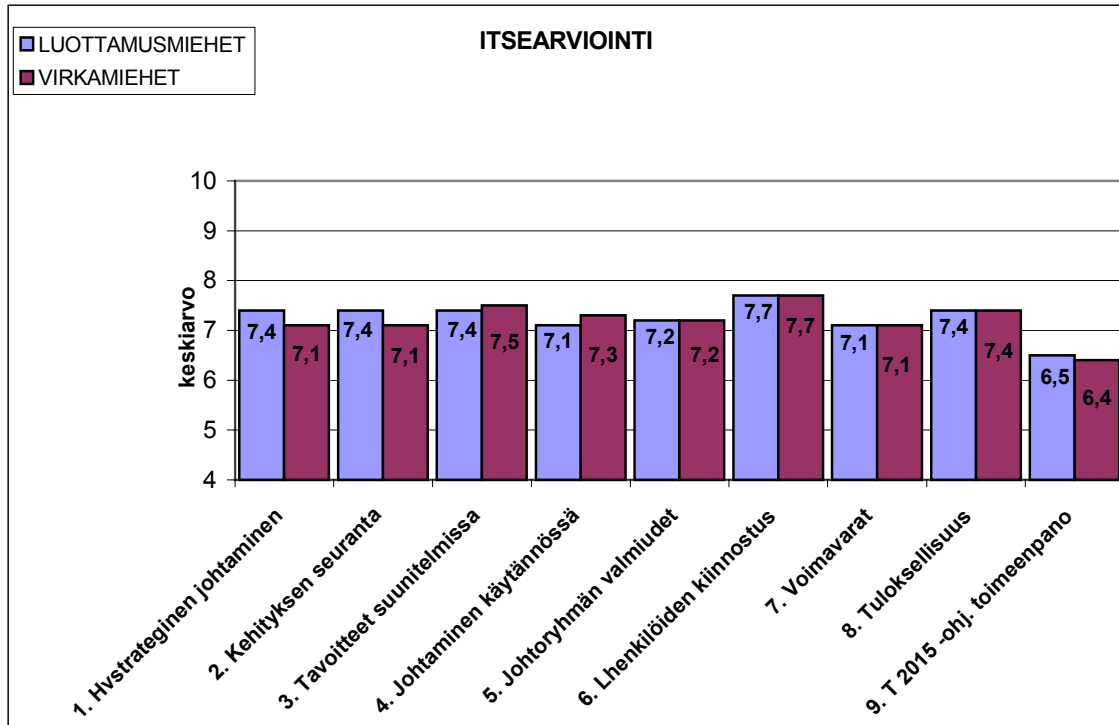
Luottamushenkilöiden arviointi

Luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden arviot ovat kaikkien väittämien kohdalla melko saman tasoisia. Luottamushenkilöiden antamien arvosanojen keskiarvot vaihtelevat 7,7 ja 6,5 välillä ja arvosanojen yhteiseksi keskiarvoksi tulee 7,2. Korkeamman keskiarvon saa luottamushenkilöiden oma kiinnostus hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista kohtaan. Toiseksi parhaan keskiarvon saa väitteet numerot yksi, kaksi, kolme ja kahdeksan. Terveys 2015 –ohjelman toimeenpanon käynnistymisen kunnassa vuonna 2002 -väittämä saa selkeästi huonoimmat arviot.

Viranhaltijoiden arviointi

Viranhaltijoiden antamien arvosanojen keskiarvot yltävät lähes samoihin kuin luottamushenkilöiden arviot. Keskiarvot jäävät kaikki alle kahdeksan ja vaihtelevat 6,4 ja 7,7 välillä. Hyvinvointi ja terveyden edistäminen kunnissa kaiken kaikkiaan saa viranhaltijoilta keskiarvoksi 7,2. Parhaimman keskiarvon luottamushenkilöiden tavoin saa viranhaltijoilta väite kuusi, luottamus-

henkilöiden kiinnostus hyvinvointijohtamiseen liittyviin asioihin. Toiseksi parhaan keskiarvon saa väite kolme. Kolmanneksi sijoittuu hyvinvoinnin tuloksellisuus. Huonoimman arvosanan saa luottamushenkilöiden tavoin Terveys 2015 -ohjelman toimeenpano kunnassa.



KUVIO 1. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisesta ja järjestelyistä annetun arvioinnin keskiarvot.

Kuntakohtaiset arviot

Kuntakohtaisesti arvioita tarkasteltaessa keskiarvot vaihtelevat 8,1 ja 6,2 välillä. Arviot jäävät siis hyvän ja tyydyttävän tasolle, painottuen tyydyttävän suuntaan. Parhaat keskiarvot antaa Kauniaisten (8,1), Kiihtelysvaaran (8,1), Vaasan (8,1) ja Lapinlahden (8,0) päättäjät. Muiden kuntien arviot jäävät alle kahdeksan. Huonoimmat arvosanat eli alle 6,5 keskiarvon antaa Vuolijoen (6,2), Polvijärven (6,3), Dragsfjärdin (6,4), Hyrynsalmen (6,4), Loviisan (6,4) ja Pernajan (6,4) päättäjät. Tyydyttäviä eli alle seitsemän keskiarvoja saa yhteensä 17 kuntaa.

Luottamushenkilöiden arvioinnit kunnittain

Luottamushenkilöiden kuntakohtaiset keskiarvot vaihtelevat 8,4 ja 6,0 välillä. Yli kahdeksan tai tasan kahdeksan keskiarvoja luottamushenkilöt antavat itselleen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisesta kahdeksassa kunnassa. Parhaimmat arvosanat luottamushenkilöiltä saa Muuramen (8,4), Alavuden (8,3) ja Tammisaaren (8,2) päättäjät. Kuutosella alkavia keskiarvoja saa reilut kolmasosa kunnista (yhteensä 19 kpl). Keskiarvoltaan 6,5 tai sitä alhaisemman arvioinnin antaa viisi kuntaa Polvijärvi (6,0), Vuolijoki (6,2), Hyrynsalmi (6,4), Kuopio (6,4) ja Toijala (6,5).

Viranhaltijoiden arvioinnit kunnittain

Kuntakohtaisesti arvioituna viranhaltijat antavat huonoimpia arvosanoja enemmän kuin luottamushenkilöt hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisesta. Keskiarvoltaan 6,5 tai sitä

alhaisempia arviointeja viranhaltijoilta saa kymmenen kuntaa. Keskiarvoltaan heikoimpia ovat Vuolijoki (6,2), Loviisa (6,2), Pernaja (6,2) Sund (6,3) ja Varkaus (6,3). Alle seitsemän keskiarvoa saa yhteensä 19 kuntaa. Hyvän keskiarvon saa vain neljä kuntaa, Kauniainen (8,8), Kiihtelysvaara (8,1), Taivalkoski (8,1) ja Riihimäki (8,0).

Yhteenveto

Kaikki päättäjien arvioinnit jäävät melko alhaisiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen suhteen, hyviä arvosanoja on vähän tyydyttäviin verrattuna. Luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden arvioinnit ovat toisiinsa verrattuina tasaisia. Neljän väittämän kohdalla keskiarvo on täysin sama ja suurin erotuskin on vain 0,3 numeroa. Suurin ero kohdistuu väittämiin yksi ja kaksi.

Kuntien sisällä luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden mielipiteet eroavat enemmän. Eniten eroavat mielipiteet Muuramessa (1,9 numeroa), KauniAISissa (1,5 numeroa), Kuopiossa (1,5 numeroa), Tammisaassa (1,3 numeroa), Joensuussa (1,3 numeroa), Taipalsaassa (1,2 numeroa) ja Hattulassa (1,1 numeroa). Yhden numeron ero löytyy vielä Alavudelta ja Sundista. Yksimielisyyttäkin päättäjien kesken kuntien sisältä löytyy. Kymmenessä kunnassa päättäjien antamat arvioinnit ovat keskiarvoiltaan saman suuruisia, 0,1-0,3 numeron erolla löytyy 14 kuntaa.

Terveys 2015 -ohjelman mukaiset tavoitteet kuntien asiakirjoissa

1. TAVOITE

LASTEN HYVINVOINTI LISÄÄNTYY, TERVEYDENTILA PARANEE JA TURVATTOMUUTTEEN LIITTYVÄT OIREET JA SAIRAUDET VÄHENEVÄT MERKITTÄVÄSTI.

Talousarviot ja taloussuunnitelmat

Terveys 2015 -ohjelman mukaista ensimmäistä tavoitetta pyritään talousarvioiden ja taloussuunnitelmien mukaan toteuttamaan viranomaisten poikkihallinnollisella yhteistyöllä. Yhteistyössä ovat mukana mm. sosiaalityö, perhetyö, päivähoido, liikuntatoimi, erityisnuorisotyö, mielenterveystyö, lastenneuvolatoiminta, kouluterveydenhuolto ja opetustoimi. Yhteistyön kautta parannetaan lasten hyvinvointia, lastensuojelua sekä lasten ja nuorten mielenterveystyötä. Kunnat haluavat turvata ja kehittää lapsiin ja nuoriin kohdistuvat hyvät peruspalvelut ja hyvinvointipalvelut resurssiensa puitteissa. Näin lisätään lasten, koululaisten ja nuorten elämänhallintaa sekä estetään lasten ja heidän perheidensä syrjäytymistä. (Taulukko 11.)

Lasten henkinen hyvinvointi on vahvasti esillä talousarvioraporteissa. Lasten hyvinvointia parannetaan siirtämällä sosiaali- ja lastensuojelutyössä sekä koulutoimessa voimavaroja ja työskentelyn painopistealueita ennaltaehkäisevään työhön ja ongelmien varhaiseen puuttumiseen (esimerkiksi koulukiusaamisen osalta). Perhetyön kehittämistä ja perheiden kasvatustyön tukemista pidetään tärkeänä lasten hyvinvoinnin edistäjänä. Lasten päivähoidon ja erityispäivähoidon kehittäminen nostetaan esille noin joka toisessa raportissa. Tätä kautta turvataan lasten tasapainoinen kasvu ja kehitys. Huomiota on kiinnitetty edelleen erityisopetuksen ja varsinkin esiopetuksen kehittämiseen. Myös lasten kanssa työskentelevän henkilöstön työhön sitoutuminen, työssä jaksaminen ja koulutustarpeet on huomioitu.

Konkreettisempina lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämisen keinoina nousevat esiin lasten ja nuorten vapaa-aikatoiminnan sekä erityisnuorisotyön kehittäminen. Esimerkiksi yökahvilatoiminnan käynnistämisestä löytyy mainintoja. Huomiota on kiinnitetty myös liikunta- ja leikki- paikkojen kuntoon ja lisätarpeeseen. Lasten ja nuorten omien vaikuttamismahdollisuuksien li-

sääminen koettiin hyväksi tavaksi lisätä lasten ja nuorten hyvinvointia, esimerkiksi käynnistämällä nuorisovaltuuston toiminta.

Toimintakertomus

Toimintakertomusraporteissa on käsitelty edellä esitettyjä suunnitelmia melko suppeasti. Kunnat keskittyvät pitämään lasten hyvinvointiin liittyvät palvelut lain edellyttämällä tasolla ja samalla resursoimaan ja kohdentamaan palvelut niin, että ne vastaavat oman kunnan lasten ja lapsiperheiden tarpeita.

Talousarvio- ja taloussuunnitelmaraporteissa lasten hyvinvointia on suunniteltu kehitettävän erilaisten hankkeiden ja hyvinvoinnin seurantaselvitysten avulla, mutta toimintakertomuksissa käy ilmi, että osa hankkeista on käynnistynyt heikosti. Moniammatillinen yhteistyö eri viranomaisten kesken on todettu hyödylliseksi lasten hyvinvoinnin kannalta. Yhteistyön ja resurssien kohdentamisen avulla on esimerkiksi lastensuojelutapaukset saatu vähenemään. Perhetyötä ja lasten kasvatustukea on lisätty. Lasten syrjäytymisvaarat on tunnistettu paremmin ja tavoite ongelmien varhaisesta puuttumisesta on toteutunut hyvin. Konkreettisina toimenpiteinä lasten turvattomuuden vähentämiseksi kunnat ovat lisänneet resursseja lastensuojelutyöhön, perhetyöhön, erityispäivähoitoon, varhaiskuntoutukseen, kouluterveydenhuoltoon ja oppilashuoltoon.

Esiopetuksen kehittäminen ja erityisopetuksen lisääminen ovat osa lasten hyvinvoinnin parantamista. Kouluissa on kiinnitetty huomiota lasten hyvinvoinnin edistämiseen kehittämällä yhteistyökeinoja kodin, koulun sekä eri terveys- ja sosiaaliviranomaisten kanssa. Kasvatusyhteistyöhankkeiden, oppilastyöryhmien ja neuvottelukuntien avulla on konkreettisesti pyritty puuttumaan kouluikäisten lasten ja heidän perheidensä ongelmiin.

TAULUKKO 11. Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 1 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja vuosien 2001–2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002 talousarviossa ja vuosien 2002–2004 taloussuunnitelmassa. (n=36)

TOIMET LUOKITELTUNA	Kuntien lukumäärä		
	TA/TS 2001-2003	TK 2001	TA/TS 2002-2004
1. Yhteistyöverkoston luominen viranomaisten kesken.	6	6	4
2. Voimavarojen suuntaaminen ennaltaehkäisevään työhön ja ongelmien varhaiseen puuttumiseen.	10	6	4
3. Lasten mielenterveytyksen lisäresursointi ja kehittäminen.	8	4	3
4. Perhetyön, neuvolatoiminnan ja kasvatusneuvonnan lisäresursointi ja kehittäminen.	16	22	12
5. Nuorisotyön ja erityisnuorisotyön lisäresursointi ja kehittäminen.	7	7	9
6. Päivähoidon ja erityispäivähoidon lisäresursointi ja kehittäminen.	15	16	13
7. Esiopetuksen lisäresursointi ja kehittäminen.	4	4	7
8. Erityisopetuksen lisäresursointi ja kehittäminen.	5	4	4
9. Lastensuojelun lisäresursointi ja kehittäminen.	7	9	6
10. Kouluterveydenhuollon/oppilashuollon lisäresursointi ja kehittäminen.	7	9	4
11. Liikunta- ja vapaa-aikatoimeen lisäresursointi ja kehittäminen.	6	7	7
12. Lasten elämänhallinnan edistäminen.	5	5	8
13. Lasten ja lapsiperheiden syrjäytymisen tunnistaminen ja estäminen.	8	7	10
14. Lasten/nuorten omien vaikuttamismahdollisuuksien lisääminen.	2	2	3
15. Lasten kanssa työskentelevän henkilöstön työssä jaksaminen.	2	2	2
16. Koulukiusaamisen poistaminen.	3	2	2

Yhteenveto

Asiakirjaraporteissa on kiinnitetty huomiota lasten henkiseen terveyteen. Kunnissa ollaan tietoisia lasten ja nuorten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä ongelmista ja ne on otettu huomioon asiakirjoissa. Varsinkin lasten turvattuuteen ja henkiseen hyvinvointiin on kiinnitetty erityistä huomiota.

Aineistoa analysoitaessa huomio kiinnittyy siihen, että panokset ja resurssit kohdistuvat vahvasti ongelmalasten ja heidän perheidensä ongelmien hoitamiseen. Ei-syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin parantaminen ja terveyden edistäminen jää vähemmälle huomiolle.

2. TAVOITE

NUORTEN TUPAKOINTI VÄHENEETÄ SITEN, ETTÄ 16-18-VUOTIAISTA ALLE 15 % TUPAKOI; NUORTEN ALKOHOLIN JA HUUMEIDEN KÄYTTÖÖN LIITTYVÄT TERVEYSONGELMAT KYETÄÄN HOITAMAAN ASIANTUNTEVASTI EIVÄTKÄ NE OLE YLEISEMPIÄ KUIN 1990-LUVUN ALUSSA.

Talousarviot ja taloussuunnitelmat

Talousarvio- ja taloussuunnitelmaraporteissa nuorten tupakoinnin ja päihteiden käytön vähentämistä koskeva tavoite kohdistuu usein huumeiden käytön vähentämiseen. Useassa raportissa todetaan, että huumeet ovat tai niistä on tulevaisuudessa tulossa suuri ongelma nuorten keskuudessa. Suunnitelmat päihdestrategian luomisesta osoittavat, että kunnat haluavat luoda järjestelmällisesti huumeiden vastaisia toimintamalleja ohjaamaan ja yhdenmukaistamaan päihdetyötä. (Taulukko 12.)

Talousarvio- ja taloussuunnitelmaraporteissa painotetaan huumeiden käytön ennaltaehkäisyä ja päihdeongelmiin riittävän ajoissa puuttumista. Yleisesti korostetaan huumeopotilaiden hoitopalvelujen tehostamista ja kehittämistä. Päihdetyön kapasiteetin nostaminen ja siinä työskentelevän henkilöstön määrän lisääminen sekä päihdetyötä koskevien suunnitelmien laatiminen yhteistyössä eri viranomaisten kanssa on kirjattu useaan raporttiin. Yhteistyöhön osallistujia ovat kunnasta riippuen koulutoimi, kouluterveydenhuolto, sosiaalitoimi, nuorisotyö ja erikoisnuorisotyö sekä terveystoimissa mielenterveyspalvelut. Yli kuntarajojen menevää yhteistyötä toteutetaan monella paikkakunnalla. Tärkeää näiden kaikkien osa-alueiden toiminnassa on nuorten elämänhallinnan edistäminen ja syrjäytymisen ehkäisy.

Päihteiden vastaisessa työssä painotetaan nuorten omien voimavarojen ja resurssien vahvistamista vastustaa päihteitä. Kunnat työskentelevät huumeita vastaan tarjoamalla nuorille vaihtoehtoisia toimintamalleja, riittävästi huumetietoa sekä asennekasvatusta. Huomiota raporteissa kiinnitetään erityisnuorisotyön resursointiin ja nuorisotyön uusien toimintatapojen kehittämiseen.

Myös vanhempia pyritään aktivoimaan huumeiden vastaiseen työhön. Kunnissa on suunnitelmia nuorten kanssa työskentelevälle henkilökunnalle sekä nuorille ja heidän vanhemmilleen suunnatusta päihteiden käyttöön ja erityisesti huumeisiin liittyvästä tiedotuksesta ja valistuksesta. Nuorten perheille tarjotaan perhetukea, kasvatustukea ja neuvontaa.

Toimintakertomus

Kunnat ovat tehneet ennaltaehkäisevää päihdetyötä. Nopean puuttumisen malli huumetyössä koetaan hyväksi tavaksi vastustaa huumeiden leviämistä ja huumeipalvelujen resursointiin ja kehittämiseen on panostettu. Kunnat kehittävät päihdetyöhön suuntautuneita mielenterveyspalveluita, A-klinikoita, nuorisovastaanottopalveluita, kuntoutuskoteja, työpajoja ja esimerkiksi ”matalan kynnyksen” vastaanottoja.

Useat kunnat ovat laatineet päihdetyötä ohjaavan päihdestrategian. Nuoret halutaan mukaan huumeiden vastaiseen työhön. Esimerkiksi nuorisovaltuuston perustamisella lisätään nuorten omia vaikuttamismahdollisuuksia ja päihteiden vastainen työ saadaan samalla lähemmäksi nuoria.

Eri viranomaisten välisellä yhteistyöllä on saatu hyviä kokemuksia. Moniammatillinen yhteistyö, joka ulottuu yli kuntarajojen, edesauttaa laajemmin alueellista huumeiden vastaista työtä. Yhteistyössä on järjestetty nuorille ja heidän vanhemmilleen tiedotus- ja valistustilaisuuksia, jotta nuoret ja heidän vanhempansa tiedostaisivat huume- ja päihdeongelman sekä päihteiden käyttöön liittyvät vaarat. Kunnat ovat resursoineet ja kehittäneet erityisnuorisotyötä päihdeongelmien kasvaessa. Vaihtoehtoisten, päihdeettömien vapaa-aikaharrasteiden kehittäminen nuorille on ollut yksi konkreettinen keino ehkäistä nuorten päihteiden käyttöä.

Suoranaisesta nuorten tupakoinnin vähentämisestä on maininta vain muutamissa raporteissa. Esimerkiksi yhdessä toimintakertomusraportissa kerrotaan, että viranomaiset seuraavat tupakkalain toteutumista ravintoloissa. Huumetestausta toteutetaan yhden kunnan kouluissa.

TAULUKKO 12. Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 2 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja vuosien 2001-2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002 talousarviossa ja vuosien 2002-2004 taloussuunnitelmassa. (n=36)

TOIMET LUOKITELTUNA	Kuntien lukumäärä		
	TA/TS 2001-2003	TK 2001	TA/TS 2002-2004
1. Päihdetyötä yhteistyössä eri viranomaisten kesken yli kuntarajojen.	7	5	6
2. Ennaltaehkäisevä päihdetyö/raittiustyö, varhainen puuttuminen nuorten ongelmiin.	8	8	8
3. Nuorten/vanhempien neuvonta tupakan ja päihteiden haitoista, asennekasvatus.	6	5	3
4. Vaihtoehtoisten toimintamallien tarjoaminen, vapaa-aikatoiminnan kehittäminen.	3	4	2
5. Kuntalaisten omaehtoisen toiminnan tukeminen.	1	1	1
6. Vanhempien tuki ja perhetuki.	4	2	3
7. Nuorten kanssa työskentelevälle henkilöstölle huumeekoulutusta.	2	2	2
8. Kouluterveydenhoidon lisääminen.	1		
9. Erikoisnuorisotyön resursointi ja kehittäminen.	2	4	3
10. Tupakkalain toteutumisen seuranta.		1	
11. Nuorten tupakoinnin ja päihteiden käytön ennaltaehkäisy ja vähentäminen.	2	2	1
12. Huumepalveluiden monipuolistaminen, sis. mielenterveyspalvelut.	8	8	6
13. Huumetestaus kouluissa.	1	1	
14. Päihdetyön painottuminen huumeisiin.	1		4
15. Nuorten vaikuttamismahdollisuuksien lisääminen.	2	4	2
16. Nuorten syrjäytymisen estäminen ja elämänhallinnan lisääminen.	7	4	8
17. Päihdetyöstrategian tai toimintamallin luominen.	4	7	4

Yhteenveto

Kuntien huomio kohdistuu vahvasti huumeisiin ja niiden käytön ehkäisyyn. Useassa raportissa puhutaan pelkästään päihteistä ja huumeista eikä nuorten tupakoinnista ja sen vähentämisestä. Toisaalta voidaan ajatella, että päihdevalistukseen sisältyy myös tupakka ja sen vaarat.

Kunnat ovat aktiivisin toimin ehkäisseet nuorten päihteiden käyttöä ja lisänneet resursseja päihdeongelmaisten hoitoon. Tavoite nuorten tupakoinnin vähenemisestä ei toteudu yhtä hyvin.

3. TAVOITE

NUORTEN AIKUISTEN MIESTEN TAPATURMAINEN JA VÄKIVALTAINEN KUOLLEISUUS ALENEE KOLMANNEKSELLA 1990-LUVUN LOPUN TASOSTA.

Talousarviot ja taloussuunnitelmat

Terveys 2015 -ohjelman kolmanteen tavoitteeseen liittyvää toimintaa esiintyy aineistossa varsin vähän. Välillisesti tähän tavoitteeseen kytkeytyviä toimenpiteitä voidaan kuitenkin raporteista löytää. Nuorten miesten hyvinvoinnin lisäämiseen ja pahoinvoinnin poistamiseen esitetään yleisimpänä toimenpiteenä päihdetyön sekä mielenterveyspalveluiden resursointia ja kehittämistä. Näiden palvelusektorien katsotaan edesauttavan nuorten miesten tapaturmien ja väkivaltaisten kuolemien ehkäisyä. Kunnat pyrkivät tukemaan nuorten aikuisten elämänhallinnan ja itsenäisyyden kehittymistä sekä estämään nuorten syrjäytymistä parantamalla koulutusmahdollisuuksia ja työllisyyttä. (Taulukko 13.)

Toimintakertomus

Välillisesti nuorten miesten tapaturmaisia ja väkivaltaisia kuolemia vähentävinä toimenpiteinä raportoidaan päihdehuollon ja mielenterveyspalveluiden kehittäminen. Nuorten aikuisten elämänhallintaa on edistetty ja syrjäytymistä ehkäisty. Nuorille on saatu työpaikkoja ja niihin on pyritty palkkaamaan erityisesti pitkäaikaistyöttömiä. Nuoria aikuisia on onnistuttu aktivoimaan lisäämällä kouluttautumiskohteita ja käynnistämällä esimerkiksi työpajatoimintaa.

TAULUKKO 13. Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 3 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja vuosien 2001-2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002 talousarviossa ja vuosien 2002-2004 taloussuunnitelmassa. (n=36)

TOIMET LUOKITELTUNA	Kuntien lukumäärä		
	TA/TS 2001-2003	TK 2001	TA/TS 2002-2004
1. Mielenterveyspalveluiden resursointi ja kehittäminen.	3	5	6
2. Painotus ennaltaehkäisevään mielenterveystyöhön.	2	2	2
3. Päihdehuollon resursointi ja kehittäminen.	7	7	7
4. Ehkäistään nuorten syrjäytyminen ja edistetään elämänhallintaa.	6	6	7
5. Huomio turvallisiin liikennejärjestelyihin.	2	2	2
6. Liikuntapaikkojen turvallisuus.	2	2	1
7. Kunnan kouluttautumismahdollisuuksien ja työllisyyden parantaminen.	4	6	4
8. Tapaturmien ehkäisy valistamalla ja tiedottamalla.		1	
9. Onnettomuuksien ehkäisy tarkastustoiminnan kautta, esim. palotarkastukset.	1	1	1

Yhteenveto

Terveys 2015 -ohjelman kolmannen tavoitteen toteutumista edellyttäviä toimenpiteitä ei raporteista suoranaisesti löytynyt. Edellä kerrotut toimenpiteet liittyvät välillisesti nuorten aikuisten miesten tapaturmien ja väkivaltaisten kuolemien ehkäisyyn, mutta ne eivät ole kohdennettu vain nuorille aikuisille miehille vaan yleensä kaikille kuntalaisille. Kunnissa ollaan kuitenkin tietoisia nuorten aikuisten ongelmista, nuorten aikuisten työttömyydestä, syrjäytymisvaarasta ja nuorten aikuisten pahoinvoinnista. Toimenpiteet näiden ongelmien korjaamiseksi sisältyvät laajempiin kehittämistoimiin, kuten päihdehuollon tai mielenterveyspalvelujen kehittämiseen.

4. TAVOITE

TYÖIKÄISTEN TYÖ- JA TOIMINTAKYKY JA TYÖELÄMÄN OLOSUHTEET KEHITTYVÄT SITEN, ETTÄ NE OSALTAAN MAHDOLLISTAVAT TYÖELÄMÄSSÄ JAKSAMISEN PIDEMPÄÄN JA TYÖSTÄ LUOPUMISEN NOIN KOLME VUOTTA VUODEN 2000 TASOA MYÖHEMMIN.

Talousarviot ja taloussuunnitelma

Työikäisten hyvinvointiin, työ ja toimintakykyyn on kiinnitetty talousarvio- ja taloussuunnitelmaraporteissa kohtuullisen paljon huomiota. Lähes puolet analyysiin osallistuneista kunnista ovat raportoineet työikäisten TYKY-toiminnasta ja sen tärkeydestä. Kunnat ovat kiinnostuneita oman henkilökuntansa hyvinvoinnista ja jaksamisesta. Useissa raporteissa on mainintoja työntekijöiden kouluttamisesta, ammattitaidon lisäämisestä ja työn kehittämisestä. Kunnat haluavat tarjota henkilöstölleen kouluttautumismahdollisuuksia ja samalla antaa heille mahdollisuuden kehittää työtään ja kehittyä työssään. Lisäksi henkilöstöhallinnon ja henkilöstöjohtamisen keinoja pyritään kehittämään työikäisten hyvinvointia edistävään suuntaan. (Taulukko 14.)

Henkilöstön työssä jaksamiseen ja työn kuormittavuuteen on kiinnitetty runsaasti huomiota, samoin henkilökunnan lisäpalkkaustarpeeseen. Tärkeä keino henkilökunnan hyvinvoinnin lisäämiseksi on huolehtia henkilöstöresurssien riittävydestä myös lomien aikana. Suunnitelmissa panostetaan työllisyyden parantamiseen, kuntouttavan työtoiminnan kehittämiseen ja työrajoitteisten henkilöiden työllistämiseen. Näin ehkäistään työikäisten syrjäytymistä ja varmistetaan, että työikäiset viihtyvät ja pysyvät kunnan asukkaina.

Kunnissa parannetaan työikäisten työ- ja toimintakykyä monipuolisesti, työntekijöiden psyykkiset, sosiaaliset ja fyysiset seikat huomioonottaen. Huomiota kiinnitetään työyhteisön ilmapiiriin sekä henkilöstön työviihtyvyyteen, työoloihin ja työtyytyväisyyteen. Samalla henkilöstölle tarjotaan fyysisen hyvinvoinnin parantamiseen liittyviä keinoja kuten kuntoilu- ja liikuntamahdollisuuksia.

Toimintakertomus

Toimintakertomusraporteista käy ilmi, että kuntien aktiivisin keino parantaa työikäisten hyvinvointia on ollut TYKY-toiminnan toteuttaminen ja kehittäminen. TYKY-toimintaan sisältyy tässä kaikki työkykyä ylläpitävä toiminta kuten virkistystoiminta, kehityskeskustelut, työnohjaus jne. Yhteistyössä eri viranomaistahojen kanssa työikäisille on järjestetty kuntoilu- ja liikuntakampanjoita, joiden tarkoituksena on ollut edistää työikäisten liikunnallista aktiivisuutta.

Useassa kunnassa on tehty toimenpiteitä työllisyyden lisäämiseksi ja työttömyyden vähentämiseksi. Huomiota on kiinnitetty erityisesti nuorten työikäisten ja yli 55-vuotiaiden työllistymiseen. Konkreettisenä työikäisten työ- ja toimintakyvyn edistämiseen liittyvänä toimenpiteenä voidaan mainita mm. lisähenkilökunnan ja sijaishenkilökunnan palkkaaminen. Henkilöstöhallintaa ja henkilöstöjohtamista on kehitetty mm. luomalla kuntaan henkilöstöstrategia.

Yhteenveto

Työikäisten työ- ja toimintakyky ja työelämän olosuhteiden kehittäminen sekä työssä jaksamisen edistäminen esiintyvät melko monissa raporteissa. Kuntien oman henkilökunnan osalta tähän asiaan on kiinnitetty huomiota, mutta työikäisten hyvinvointiin tai työ- ja toimintakykyyn liittyviä koko kuntaa koskevia mainintoja ei raporteissa juurikaan esiinny. Raportteihin on kirjattu yleinen hyvinvointipalvelujen laatu ja saatavuus tavoite, joka luonnollisesti koskee kaikkien työikäisten hyvinvoinnin edistämistä.

Työikäisten hyvinvointiin ja työssä jaksamiseen liittyvät asiat ovat olleet parin viime vuoden aikana paljon esillä yleisessä keskustelussa, vuoden 2002 talousarviokaudella henkilöstön työssä jaksamiseen on kiinnitetty enemmän huomiota kuin vuoden 2001 talousarviokaudella. Erityisesti raporteissa mainitaan opetustoimen, päivähoidon ja perusterveydenhuollon henkilöstön jaksaminen ja hyvinvoinnin edistäminen. Keski-ikäitään vanheneva henkilökunta ja väestö tarvitsevat huolenpitoa sekä työssä jaksamisen edistämisen toimia enemmän kuin ennen.

TAULUKKO 14. Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 4 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja vuosien 2001-2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002 talousarviossa ja vuosien 2002-2004 taloussuunnitelmassa. (n=36)

TOIMET LUOKITELTUNA	Kuntien lukumäärä		
	TA/TS 2001-2003	TK 2001	TA/TS 2002-2004
1. Kuntoilu- ja liikuntaprojektit yhteistyössä eri viranomaisten kanssa.	3	5	1
2. Työterveydenhuollon kehittäminen ja säännölliset työterveystarkastukset.	2	1	
3. Huomio työntekijöiden työssä jaksamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin.	6	4	8
4. Työntekijöiden osaaminen, kouluttaminen ja työn kehittäminen.	6	2	8
5. TYKY-toiminnan kehittäminen.	13	8	14
6. Vapaa-aikaharrastusmahdollisuuksien kehittäminen kunnassa.	2	2	1
7. Lisähenkilökunnan palkkaaminen.	4	3	7
8. Työpaikan viihtyisyyteen ja työoloihin panostaminen.	3	2	2
9. Huomio työyhteisön toimivuuteen ja työilmapiiriin.	3	1	5
10. Työturvallisuuden ja työympäristön turvallisuuden huomioiminen.	2	1	2
11. Työn mielekkyyden ja mielenkiintoisuuden lisääminen, työtyytyväisyys.	2	1	3
12. Työttömyyden poistaminen, kuntouttava työtoiminta, työtä työrajoitteisille.	9	5	5
13. Henkilöstöhallinnon ja -johtamisen kehittäminen.	3	3	4
14. Syrjäytymisen estäminen.	4	2	3
15. Kehittämisen painopiste ikääntyvään työvoimaan.	2	1	3

5. TAVOITE

YLI 75-VUOTIAIDEN KESKIMÄÄRÄISEN TOIMINTAKYVYN PARANEMINEN JATKUU SAMANSUUNTAISENA KUIN VIIMEISEN 20 VUODEN AJAN.

Talousarviot ja taloussuunnitelmat

Yleisin toimenpide tämän tavoitteen toteutumiseksi on vanhuksille suunnatun avohoidon, koti-hoidon ja kotisairaanhoidon kehittäminen ja toiminnan laajentaminen. Vanhusten sairaalahoito-jaksot lyhenevät ja laitoshoitopaikat vähenevät jolloin vanhustyön painopiste siirtyy vanhusten kotona asumisen tukemiseen. Lisääntynyt vanhusten kotihoito lisää myös kotipalveluiden sekä ruoka- ja siivouspalveluiden tarvetta. Lisäämällä omaishoidon tukipalveluja halutaan myös edesauttaa vanhusten kotona asumista. Raporteissa on mainintoja laitoshoitopaikkojen vähentämisestä, mutta samalla halutaan kiinnittää huomiota jäljelle jäävän laitos- ja pitkäaikaishoidon laatuun. Varsinkin vanhustyössä työskentelevän henkilökunnan hyvinvointiin ja lisäresursointiin on kiinnitetty erityistä huomiota. Muutamit kunnat ovat laatineet vanhuspoliittisia ohjelmia tai suunnitelmia linjaamaan vanhustyön kehittämistä. (Taulukko 15.)

Vanhuksille suunnattujen vaihtoehtoisten asumismuotojen (palvelutalojen, palvelukeskuksien, palveluasuntoloiden) kehittäminen on kirjattu useaan raporttiin. Myös lyhytaikaisten kuntoutu-shoitopaikkojen tarpeen lisääntyminen on otettu huomioon. Vanhusten palvelurakenteen toimivuutta ja hoitoketjun saumatonta sujuvuutta ilman jonotusaikoja on pidetty tärkeänä. Yli 75-vuotiaiden fyysisen toimintakyvyn, henkisen hyvinvoinnin ja elämänhallinnan edistämiseksi kunnat ovat kehittäneet erilaista ikäihmisten päivätoimintaa ja liikuntapalveluja. Vanhusten kotona asumista pyritään tukemaan käynnistämällä asiointitaksitoimintaa ja ikäihmisten vaikuttamismahdollisuuksia on haluttu lisätä perustamalla kuntiin vanhusneuvostoja.

Toimintakertomus

Yli 75-vuotiaiden toimintakyvyn parantamistavoitteen toteutumiseksi selkeimmin esille nousevat avohoidon (kotihoitoon ja kotisairaanhoidon) sekä kotipalvelutoiminnan kehittäminen. Myös vanhusten aktiivisuuden lisäämiseksi ja elämänhallinnan edistämiseksi on toteutettu monia toimenpiteitä, esimerkkeinä liikuntapalveluiden ja päivätoiminnan järjestäminen, vanhusneuvoston perustaminen sekä veteraanikuntoutuksen tukeminen. Erilaisten vaihtoehtoisten asumispalveluiden, palvelutalojen ja palvelukeskusten kehittämisestä on talousarvio- ja raportteissa merkintöjä, mutta toimintakertomusraportteihin tämäsuntaisia toimenpiteitä ei oltu kirjattu.

Kunnat ovat laatineet vanhuspoliittisia suunnitelmia ja vanhusstrategioita. Vanhustyön palvelurakenteita ja hoitoketjuja on pyritty kehittämään joustavaksi ja saumattomaksi. Myös vanhustyössä olevan henkilökunnan hyvinvoinnin, jaksamisen ja ammattitaidon kehittämiseen liittyviä toteutettuja toimenpiteitä toimintakertomuksista löytyy.

TAULUKKO 15. Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 5 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja vuosien 2001-2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002 talousarviossa ja vuosien 2002-2004 taloussuunnitelmassa. (n=36)

TOIMET LUOKITELTUNA	Kuntien lukumäärä		
	TATS 2001-2003	TK 2001	TATS 2002-2004
1. Kehitetään vanhustyötä ja laaditaan kuntaan vanhuspoliittinen ohjelma/suunnitelma/strategia.	3	2	2
2. Ikäihmisten vaikuttamismahdollisuuksien lisääminen, vanhusneuvoston perustaminen.	2	2	2
3. Vanhustyön palvelurakenteen hoito- ja kuntoutusketjun kehittäminen saumattomaksi ja joustavaksi yhteistyössä eri viranomaisten kanssa.	7	2	8
4. Vanhusten päivätoiminnan kehittäminen.	3	6	2
5. Vanhuksille suunnattujen liikunta- ja kuntoutuspalveluiden kehittäminen, liikunta ja ulkoiluprojektit.	6	7	7
6. Vanhusten elämänhallinnan tukeminen yhteistyössä eri viranomaisten kanssa.	1	2	3
7. Vanhusten kotona asumisen tukeminen.	6	9	9
8. Vanhuksille suunnatun kotipalvelun lisäresursointi ja kehittäminen.	13	16	12
9. Vanhuksille suunnatun avohoidon, kotihoitoon ja kotisairaanhoidon lisäresursointi ja kehittäminen.	15	17	13
10. Palvelukeskusten/palvelutalojen, palveluasuntojen ja lyhytaikaisten kuntoutuspaikkojen lisääminen ja kehittäminen.	14	6	5
11. Vanhusten laitoshoidon ja pitkäaikaishoidon lisäresursointi ja kehittäminen.	3	2	6
12. Huomio vanhustyön henkilöstön riittävyyteen, koulukseen ja työssä jaksamiseen, henkilöstösuunnitelman laatiminen.	2	2	1
13. Omaishoitajien tukemisen kehittäminen.	3		1
14. Veteraanikuntoutuksen tukeminen.	1	2	
15. Asiointitaksitoiminnan käynnistäminen ja ylläpito.	2	1	1

Yhteenveto

Kuntalaisten keskimääräinen keski-ikä kasvaa, joten kuntien on panostettava entistä enemmän iäkkäämpien kuntalaisten palveluihin. Erityisesti on panostettu vanhusten kotona selviytymisen edellytyksien tehostamiseen. Avohoito, kotihoito, kotisairaanhoido ja kotipalvelu ovat yleisempiä keinoja edistää vanhusten toimintakykyä ja kotona selviytymistä. Vanhustyön eri sektorien saumaton yhteistyö on usein mainittu tavoite vanhusten hyvinvoinnin edistämässä.

Laitosmaista vanhustyötä halutaan selkeästi vähentää ja kehittää kodinomaisia vanhustyön palveluja. Avohoidon ja erilaisten palvelukeskusten kehittäminen antaa vanhuksille mahdollisuuden elää kotona tai kodinomaisessa ympäristössä pidempään. Kunnissa on kiinnitetty huomiota myös vanhusten aktiivisuuden parantamiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen mm. liikunta-aktiiviteettien tai päivätoiminnan kautta.

6. TAVOITE

SUOMALAINEN VOI ODOTTAA ELÄVÄNSÄ TERVEENÄ KESKIMÄÄRIN KAKSI VUOTTA KAUEMMIN KUIN VUONNA 2000.

Talousarviot ja taloussuunnitelmat

Hyvien, asiakaslähtöisten, kuntalaisten tarpeiden mukaisten, laadukkaiden terveys- ja hoitopalveluiden tuottaminen edesauttaa yleisellä tasolla tämän tavoitteen saavuttamista. Päätökset hyvinvointiohjelmien¹⁰ laatimisesta vahvistavat suunnitelmien toteutumista. (Taulukko 16.)

Ennaltaehkäisevätyö ja terveysneuvonta nähdään keinoksi tuottaa laajaa ja kokonaisvaltaista hyvinvointia. Terveystarkastukset, seulontatutkimukset ja erilaiset terveyttä edistävät teemaryhmät (laihdutus- ja verenpaineryhmät) ovat osa ehkäisevää työtä. Terveysedistämisen toimenpiteinä mainitaan kuntalaisia liikkumaan motivoivat kampanjat sekä fyysisen ympäristön terveellisyteen ja turvallisuuteen sekä juomaveden laatuun huomiota kiinnittävät toimenpiteet. Työssä jaksamisen edistäminen tähtää myös tämän tavoitteen saavuttamiseen.

Toimintakertomus

Toimintakertomusraporteissa mainittuja toimenpiteitä ovat hyvien ja laadukkaiden terveys-, neuvonta- ja hoitopalveluiden toteuttaminen yhteistyössä eri viranomaisten kanssa. Muutamat kunnat ovat laatineet hyvinvointiohjelman suunnitelmien toimeenpanoa varten. Toimintakertomusten mukaan eri ikäisten liikunta-aktiivisuuden lisäämisessä on onnistuttu. Kunnat ovat kiinnittäneet suunnitelmien mukaisesti huomiota kunnan fyysiseen ympäristöön ja sen turvallisuuteen. Toimenpiteitä on tehty esimerkiksi urheilupaikkojen ja liikennejärjestelyjen turvallisuuden parantamiseksi ja juomaveden laadun varmistamiseksi.

TAULUKKO 16. Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 6 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja vuosien 2001–2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002 talousarviossa ja vuosien 2002–2004 taloussuunnitelmassa. (n=36)

TOIMET LUOKITELTUNA	Kuntien lukumäärä		
	TA/TS 2001-2003	TK 2001	TA/TS 2002-2004
1. Hyvinvointiohjelman laatiminen.	3	2	4
2. Kehitetään lisää terveydenhuollon ennaltaehkäisevää työtä ja terveyskasvatusta.	8	3	7
3. Luodaan koko väestölle kattavat ja laadukkaat neuvonta-, terveys- ja hoitopalvelut yhteistyössä eri viranomaisten kanssa.	11	8	12
4. Toteutetaan väestöön kohdistuvat terveystarkastukset ja seulontatutkimukset.	2		2
5. Luodaan kuntaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä ja turvallisuutta edistävä ympäristö	5	6	8
6. Perustetaan erilaisia terveyttä edistäviä teemaryhmiä, esim. laihdutus-, verenpaineryhmiä.	2	1	2
7. Edistetään ihmisten työssä jaksamista.	3		5
8. Liikunta-aktiiviteettien lisääminen kaikissa ikäryhmissä.	9	8	6

¹⁰ Katso liite 10.

Yhteenveto

Kuntien toimenpiteet Terveys 2015 –ohjelman kuudennen tavoitteen suomalaisten terveyden edistämiseksi ja eliniän pidentämiseksi ovat monen kunnan kohdalla melko yleisiä hyvinvointipalveluiden kehittämistoimia. Tämä tavoite on laaja ja kattaa kunnan kaikki palvelusektorit ja siksi tämän tavoitteen toteuttamisen toimenpiteitä on vaikea asiakirjoista nostaa erikseen esille. Asiakirjaraporteissa on kuitenkin selkeästi havaittavissa se, että kunnat haluavat panostaa hyviin terveys-, neuvonta ja hoitopalveluihin sekä terveelliseen elinympäristöön ja sitä kautta ennaltaehkäistä sairauksia, edistää terveyttä ja pidentää kuntalaisten elinikää.

7. TAVOITE

SUOMALAISTEN TYYTYVÄISYYS TERVEYSPALVELUJEN SAATAVUUTEEN JA TOIMIVUUTEEN SEKÄ KOETTU OMA TERVEYDENTILA JA KOKEMUKSET YMPÄRISTÖN VAIKUTUKSISTA OMAAN TERVEYTEEN SÄILYVÄT VÄHINTÄÄN NYKYISELLÄ TASOLLA.

Talousarviot ja taloussuunnitelmat

Suunnitelmien mukaan kuntalaisten tyytyväisyyttä terveyspalveluihin pyritään lisäämään tuottamalla ja kehittämällä tehokkaita ja laadukkaita palveluja ja parantamalla palvelujen saataavuutta. Tavoitteena on vähintään lakisääteiset hyvinvointipalvelut, jotka toimivat joustavasti ja ovat saatavissa ilman liian pitkiä jonotusaikoja. Joissakin kunnissa ollaan siirtymässä omalääkärijärjestelmään.

Hyvinvointipalvelujen tuottamiseen haetaan uusia muotoja. Kunnan omien palvelujen lisäksi suunnitelmiin sisältyy ostopalveluja yksityiseltä sektorilta tai palvelujen tuottamista yhdessä naapurikuntien kanssa. Hyödyntämällä tietotekniikkaa palvelujen järjestämisessä halutaan lisätä tehokkuutta ja palvelujen saavutettavuutta, samalla lisätään kuntalaisten valinnanvapautta. (Taulukko 17.)

Huolehtiminen henkilöstön hyvinvoinnista ja työssä jaksamisesta on eräs keino säilyttää terveys vähintään nykyisellä tasolla. TYKY-toiminnan kehittäminen ja henkilöstön kouluttaminen tuo ammattitaitoista henkilökuntaa ja parantaa palveluiden laatua. Kuntalaisten mielipiteet halutaan saada kuuluville. Tärkeänä laadunmittarina käytetään asiakastytyväisyysmittauksia. Kuntalaisten tyytyväisyyttä palveluihin parannetaan myös tiedottamalla palvelujen tarjonnasta.

Ympäristön terveyttä edistäviin näkökohtiin kiinnitetään huomiota mm. ympäristöterveydenhuollon, rakennusvalvonnan, kaavoituksen, elintarvikevalvonnan, talousvesivalvonnan, ympäristönsuojelun sekä palo- ja pelastustoimen suunnitelmissa.

Toimintakertomus

Kuvaukset kilpailukykyisistä, laadukkaista ja tehokkaista hyvinvointipalveluista vastaavat tavoitteen seitsemän toteuttamiseen. Ennaltaehkäisevän työn ja terveystasvatuksen avulla on vaikutettu kuntalaisten terveyden pysymiseen nykyisellä tasolla. Henkilöstön TYKY-toimintaan ja työssä jaksamiseen on panostettu. Asiakastytyväisyysmittausten tulokset ovat ohjanneet palvelujen kehittämistä.

Terveys 2015 –ohjelman tavoitetta seitsemän toteutetaan huolehtimalla kunnan ympäristön hyvinvoinnista. Turvallisen, puhtaan ja viihtyisän elinympäristön kehittämiseen ja edistämiseen on kiinnitetty huomiota. Kunnat ovat toimissaan pyrkineet edistämään kuntalaisten elinoloja, terveyttä ja viihtyvyyttä lisäämällä esimerkiksi liikuntaharrastusmahdollisuuksia. Myös onnettomuusriskien vähentämiseen on kiinnitetty huomiota rakentamalla turvallisia liikennejärjestelyjä sekä kehittämällä palo- ja pelastustoimintaa.

Yhteenveto

Tavoitteen seitsemän toteuttamiseen liittyvät kysymykset painottuvat kunnissa terveystalouden laadukkuuteen, tehokkuuteen ja riittävyteen. Asiaa tarkastellaan sekä käyttäjien että henkilöstön näkökulmasta. Ympäristön terveysvaikutukset ovat suunnittelussa ja raportoinnissa esillä. Kunnat haluavat luoda asukkaalleen hyvän, puhtaan, turvallisen ja viihtyisän elinympäristön.

TAULUKKO 17. Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 7 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja vuosien 2001-2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002 talousarviossa ja vuosien 2002-2004 taloussuunnitelmassa. (n=36)

TOIMET LUOKITELTUNA	Kuntien lukumäärä		
	TA/TS 2001-2003	TK 2001	TA/TS 2002-2004
1. Kilpailukykyinen palvelujärjestelmä saatavuuden, laadun ja tehokkuuden suhteen.	20	15	20
2. Palveluiden tuottaminen vaihtoehtoisten tuottamismallien avulla.	6	2	2
3. Hyvinvointipoliittisen ohjelman laatiminen.	1	1	1
4. Tietotekniikan kehittäminen tarkoituksena hoidon, toiminnan tehokkuuden ja laadun parantaminen sekä palveluiden saannin helpottaminen.	3	1	2
5. Omalääkärijärjestelmän toteuttaminen kunnassa.	2	1	2
6. Hoitohenkilöstön ja johdon/esimiesten kouluttaminen ja työn kehittäminen.	4	1	3
7. Henkilöstön TYKY -toiminnan kehittäminen ja työssä jaksamisen edistäminen.	9	5	7
8. Ennaltaehkäisevän työn lisääminen ja kehittäminen esim. merkittävien kansantautien, päihdehuollon ja mielenterveyshäiriöiden osalta.	12	10	14
9. Asiakastytyväisyyssmittaukset palveluiden käyttäjille.	4	3	4
10. Kuntalaisten tiedottaminen, valinnan- ja vaikuttamismahdollisuuksien lisääminen.	3	1	2
11. Liikuntapalveluiden lisääminen ja kehittäminen.	6	6	7
12. Onnettomuusriskien vähentäminen.	2	3	2
13. Luodaan kuntaan fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti turvallinen, puhdas ja viihtyisä elinympäristö.	15	8	12

8. TAVOITE

TAVOITTEISIIN PYRITÄÄN MYÖS SITEN, ETTÄ ERIARVOISUUS VÄHENEÄ JA HEIKOIMASSA ASEMASSA OLEVIA VÄESTÖRYHMIÄ HYVINVOINTI JA SUHTEELLINEN ASEMA PARANEVAT. TÄLLÖIN TAVOITTEENA ON SUKUPUOLTEN, ERI KOULUTUSRYHMIEN JA AMMATTIRYHMIEN VÄLISTEN KUOLLEISUUSEROJEN PIENENTYMINEN VII-DENNEKSELLÄ.

Taloussuunnitelma

Kuntalaisten eriarvoisuutta pyritään vähentämään ja heikommassa olevien asemaa parantamaan panostamalla erityisryhmien tuki-, neuvonta-, kriisi- ja kuntoutuspalveluihin. Erityisryhmillä tässä tarkoitetaan mm. kehitysvammaisia, mielenterveyspotilaita, pitkäaikaistyöttömiä, päihteiden väärinkäyttäjää ja asunnottomia. Raporteissa on panostettu erityisryhmien asuntoloiden ja välimuotoisten asumispalveluiden kehittämiseen. Laadukkaat ja oikein kohdennetut yleiset sosiaali-, terveys- ja toimeentulopalvelut ovat eriarvoisuudenkin vähentämistyön perusteena. (Taulukko 18.)

Työttömyyden poistaminen ja työllisyyden lisääminen on keskeinen keino vähentää väestöryhmien eriarvoisuutta. Erityisryhmien elämänhallinnan kohentamiseksi on suunniteltu koulutusmahdollisuuksien lisäämistä ja työllistämisyksiköiden perustamista kehitysvammaisille, pitkäaikaistyöttömille tai asunnottomille.

Talousarvioraporteissa korostuvat kuntien tarjoamien liikunta-, kulttuuri- ja vapaa-
aikaharrastusten tasapuolisuus. Monipuolisia harrastusmahdollisuuksia luodaan niin, että ne
ovat kaikkien kuntalaisten käytettävissä ja saavutettavissa. Myös erityisryhmien kuten vaikea-
vammaisten, tarpeet halutaan huomioida harrastus- ja kulttuuritarjonnassa.

Toimintakertomus

Kunnat ovat toiminnassaan panostaneet laadukkaiden sosiaali-, terveys- ja toimeentulopalvelui-
den kehittämiseen. Resursseja on kohdennettu erityisryhmien tuki- ja kuntoutuspalvelujen ke-
hittämiseen. Kunnat ovat poistaneet työttömyyttä ylläpitäviä rakenteita ja niistä johtuvaa jäyk-
kyyttä sekä lisänneet työpaikkoja koulutuksen, projektitoiminnan ja elinkeinopoliittisin keinoin.
Toimenpiteet ovat edistäneet samalla ihmisten elämänhallintaa ja estäneet syrjäytymistä.

Useissa kertomuksissa todetaan yksilöllisten ongelmien kasautuvan. Tästä syystä sosiaalityön
painopistettä on siirretty ennaltaehkäisevään toimintaan ja yksilöllisistä ongelmista ja tarpeista
lähtevään sosiaalityöhön.

TAULUKKO 18. Kuntien toimenpiteitä tavoitteen 8 toteuttamisessa vuoden 2001 talousarvioissa ja
vuosien 2001-2003 taloussuunnitelmissa, vuoden 2001 toimintakertomuksessa sekä vuoden 2002
talousarviossa ja vuosien 2002-2004 taloussuunnitelmassa. (n=36)

TOIMET LUOKITELTUNA	Kuntien lukumäärä		
	TATS 2001-2003	TK 2001	TATS 2002-2004
1. Hyvät ja laadukkaat sosiaali-, terveys ja toimeentulopalvelut kaikille.	10	13	16
2. Kehitetään tuki-, kuntoutus- ja erityispalveluja myös erityisryhmille, kuten työllistämisyksiköitä, kriisipalveluja, neuvonta- ja tukipalveluja.	17	9	14
3. Yksilöllisten erityissuunnitelmien laatiminen sosiaalityön pitkäaikaisasiakkaille itsenäisen selviytymisen edistämiseksi.	2	2	
4. Asuntoloiden ja välimuotoisten asumispalveluiden kehittäminen erityisryhmille.	5	2	2
5. Sosiaalityön painopistettä siirretään ennaltaehkäisevään suuntaan.	6	3	6
6. Liikunta- ja kulttuuripalveluja tasapuolisesti eri osissa kuntaa ja myös erityisryhmille ja vaikeavammaisille.	1	1	4
7. Työttömyyden vähentäminen.	7	6	5
8. Koulutusmahdollisuuksien lisääminen.	2		2
9. Heikoimmassa osassa elävien syrjäytymisen estäminen ja elämänhallinnan tukeminen moniammatillisena yhteistyönä.	7	5	9

Yhteenveto

Kunnat kiinnittävät huomiota väestöryhmien eriarvoisuuteen ja heikoimmassa asemassa olevien
väestöryhmien hyvinvoinnin kohentamiseen. Raporttien sisällöissä korostuvat työttömien ja
syrjäytymisvaarassa olevien, erityisryhmien sekä lasten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin paran-
taminen. Keinoina käytetään yleisiä sosiaalitoimen toiminta- ja tukimuotoja, mielenterveystyö-
tä, päihdehuoltoa ja erityisnuorisotyötä.

Hyvinvointihankkeet kunnissa

Haastateltavat nimesivät kunnissa meneillään olevia hyvinvointiin liittyviä hankkeita runsaasti
(liite 9, liitetaulukko 7). Lapsiin liittyviä hankkeita mainitaan 13 raportissa, koululaisiin liittyviä
hankkeita seitsemän ja nuoriin liittyviä 16. Vanhuksiin ja vanhusten palveluihin liittyviä hank-

keita löytyy eniten (22 kpl). Päihdetyöhön ja huumeisiin liittyviä hankkeita kuvattiin 14 kpl. Perheiden hyvinvointiin liittyviä hankkeita oli kahdeksassa kunnassa ja kehitysvammaisten hyvinvointiin liittyviä hankkeita neljässä kunnassa. Henkilöstön hyvinvointiin ja työssä jaksamiseen liittyviä hankkeita oli meneillään seitsemässä kunnassa. Myös syrjäytymistä pyritään estämään hankeyhteistyöllä (5 kpl).

Kunnista löytyy paljon erilaisia yhteistyö verkostoja. Kunnassa eri hallinnonaloilta, eri ammattiryhmien edustajat kuuluvat hyvinvointiasioiden yhteistyöverkostoihin (35 kpl). Ulkopuolisia yhteistyökumppaneita ovat seutukunnat ja naapurikunnat (26 kpl), kolmas sektori (13 kpl), vapaaehtoiset (9 kpl), seurakunnat (7 kpl) sekä seurakunnat, järjestöt ja yhdistykset (20 kpl).

Verkostojäsenenä mainitaan sairaanhoitopiirit (12 kpl), erikoissairaanhoito ja keskussairaalat (8 kpl), kuntayhtymät (8 kpl), maakunnat ja läänit (7 kpl), ammattikorkeakoulut (5 kpl), oppilaitokset ja koulutusyksiköt (7 kpl) sekä yliopistot ja korkeakoulut (6 kpl). Kunnista löytyy osamiskeskustoja sekä tutkimus- ja kehittämiskeskustoja, joiden kanssa tehtyä yhteistyötä pidetään tärkeänä (7 kpl). Myös poliisi (5 kpl) ja työvoimaviranomaiset (6 kpl) kuuluvat kuntien yhteistyöverkostoihin.

Yhteenveto

Hyvinvointiprojekteja ja verkostoja pidetään kunnissa tarpeellisina ja hyödyllisinä. Yhteistyötä kuvataan yhtäältä sujuvana ja säännöllisenä, päivittäiseen työhön liittyvänä. Toisaalta joissakin kunnissa kaivataan enemmän verkostoitumista ja yhteistyötä eri tahojen kanssa.

Hankkeiden runsaslukuisuus ja hajanaisuus koetaan toisinaan ongelmaksi. Hankkeita tulisi koordinoita, seurata ja arvioida enemmän, ulkopuolinen auditointi nähtäisiin hyödylliseksi. Henkilöstöressurssien rajallisuutta pidettiin tiiviin verkosto- ja hankeyhteistyön esteenä. Kunnissa korostetaan hyvin selvästi julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyön tärkeyttä hyvinvointipalvelujen tuotannossa ja kustannusten jaossa. Liitteenä luettelo mainituista meneillään olevista hyvinvointihankkeista (liite 9, liitetaulukko 7).

POHDINTA JA YHTEENVETO

Kuntaselvitys esitutkimuksena

Kuntien hyvinvointipolitiikkaa ja terveyden edistämisen johtamista ja rakenteita on jossakin määrin selvitetty aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. STM 1996, Perttilä 1999, Pirskanen ja Pietilä 2000, Ståhl 2003, Kinnunen & Kostamo-Pääkkö 2003). Hyvinvointi-intressistä lähtevän kuntajohtamisen tutkimus- ja kehittämistyön terminologia on kuitenkin vielä varsin vaihtelevaa. Hyvinvoinnin edistämisen nykytilanne oli laajasta näkökulmasta katsottuna hankkeen käynnistyessä selvittämättä. Esitutkimuksen tarkoituksena oli sekä selkiyttää terminologiaa että kuvata kuntien ja kuntayhtymien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen ja koordinoinnin tilaa ja kehittämistarpeita ja luoda pohjaa käynnistettäville kehittämiskokeiluille. Tämä tutkimus- ja kehittämishanke ja niin myös esitutkimus kohdistuvat hyvinvoinnin edistämisen johtamiseen ja rakenteisiin paikallisesti ja alueellisesti, jolloin kunta on luonnollinen tutkimuksen yksikkö.

Suomalainen kuntarakenne ja kuntien tehtävät ovat kansainvälisessä vertailussa varsin oma-oleimaisia. Tästä seuraa, että muissa maissa tehtyä paikallisen ja alueellisen hyvinvoinnin edistämisen tutkimusta ei voi suoraan soveltaa Suomeen johtamisen ja sen rakenteiden näkökulmasta. Kun yhtäältä korostetaan kuntien omaleimaisuutta, on toisaalta huomattava, että monet muissa maissa tehdyn "public health/community health/health promotion" -toimintojen johtamisen ja rakenteiden tutkimus- ja kehittämistyön tulokset ovat ajankohtaisia myös Suomessa ja tarjoavat tukea laajemmin ymmärretyyn hyvinvoinnin edistämisen johtamisen ja rakenteiden kehittämiseksi. Muiden maiden järjestelmiin ja niistä kertyneisiin kokemuksiin sekä kansainväliseen kirjallisuuteen palataan tässä tutkimus- ja kehittämishankkeessa myöhemmin.

Vuonna 1995 voimaan tulleessa Kuntalaissa korostettiin kuntien vastuuta kuntalaisten hyvinvoinnista. Kuntien tulee pyrkiä edistämään kuntalaisten hyvinvointia ja kestäväää kehitystä (Kuntalaki 365/1995, 1 § 3. momentti).¹¹ Hieman aikaisemmin valtion normiohjaus oli purettiin ja kunnille oli tullut varsin laaja vastuu paikallisesta hyvinvointipolitiikasta ja hyvinvointipalveluista, siis myös strategisesta johtamisesta ja kehittämisestä. Kuntien itsehallinto hyvinvointipolitiikassa ei kuitenkaan ole rajaton. Kuntien tulee ottaa huomioon kansalliset tavoitteet ja erityislaissa tarkemmin vahvistetut toimintalinjat. Viime kädessä tärkeimmät mahdollistajat ja rajoittajat ovat kunnan käytettävissä olevat voimavarat, siis taloudelliset voimavarat ja henkilöstö.

Kuntajohtamisen ja sen rakenteiden tutkimus on ollut Suomessa vireää jo pitkään ja erityisesti viime vuosina, kun kuntien haasteet ja toimintaympäristö ovat nopeasti muuttuneet. Paikallisen ja alueellisen hyvinvointipolitiikan näkökulmasta kuntajohtamisen tutkimusta on kuitenkin niukasti. Se keskittyy edelleen pääosin hallinnonalojen sisäiseen johtamiseen, kuten sivistys-, sosiaali- ja terveysjohtamiseen. Johdannossa esitetyt poiminnat kansanterveysjohtamisen ajankohtaisista kysymyksistä ja painotuksista ovat jossakin määrin yleistettävissä muillekin hallinnonaloille. Hallinnon ja johtamisen tutkimus on suuntautunut enemmän palvelutuotantoon ja sen talouteen kuin hallinnonalan rooliin ja vaikutuksiin kuntalaisten hyvinvoinnin kehityksessä.

"Hyvinvointijohtaminen" on sekä suomalaisissa kunnissa asiana, että myös johtamistutkimuksen terminologiassa uusi haaste. Tämän tutkimus- ja kehittämishankkeen valmistelussa ja käynnistyessä on alkanut tuntua yhä luontevammalta ottaa käyttöön uusi hyvinvointijohtamisen kä-

¹¹ Katso liite 11.

site, jota on alustavasti luonnehdittu seuraavasti: "Hyvinvointijohtamisella tarkoitetaan kunnan strategista johtamista ja valittujen strategioiden toimeenpanoa väestön hyvinvoinnin ja alueen kestäväen kehityksen näkökulmista. Käytännössä hyvinvointijohtaminen tuo kuntasuunnitteluun ja kunnan keskushallintoon hyvinvoinnin haasteet tasavertaisesti taloushaasteiden rinnalle."¹²

Aikaisempi paikallisen ja alueellisen hyvinvointipolitiikan johtamisen terminologia on ollut hallinnonalakeskeistä. Vain hyvinvointivaltion tasolla on puhuttu yleisemmistä vastuista ja tehtävistä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysjohtamisen koulutusohjelmissa on jossakin määrin pyritty ylittämään sektorirajoja, mutta edelleen viitataan tiettyihin hallinnonaloihin. Kun puhutaan kunnan hyvinvointijohtamisesta, korostetaan yleistä ja jakamatonta vastuuta kuntalaisten hyvinvoinnista ja kestävästä kehityksestä. Hyvinvointijohtaminen on siis enemmän kuin yksittäisten hyvinvointipalveluihin keskittyneiden hallinnonalojen johtamisen yhdistelmä.

Hyvinvointijohtaminen voidaan ymmärtää myös erittäin laajana tehtävänä, joka kattaa kaikki kunnan toiminnat. Tässä hankkeessa ehdotetaan kuitenkin rajatumpaa sisältöä, jossa hyvinvointijohtamisella tarkoitetaan sitä johtamisen näkökulmaa, jossa erityisesti otetaan huomioon kuntalaisten hyvinvoinnin ylläpitämisen ja edistämisen tarpeet.

On erikseen korostettava, että tässä vaiheessa hyvinvointijohtamisen luonnehdinta ja muut liitteessä 10 esitetyt käsitteihahmotelut on tarkoitettu keskustelun virikkeeksi. Vain harvoin päädytään yksiselitteiseen ja yksimieliseen määrittelyyn. Tärkeämpää on saavuttaa tämän hankkeen sisällä konsensus terminologiassa ja vähitellen ehkä laajemminkin vakiinnuttaa tutkimuksessa, kehittämisessä, koulutuksessa ja käytännön arjessa toimivaksi koettua kieltä.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO) -hankkeessa on alusta alkaen pyritty rakentamaan laajaa yhteistyötä. Hanke on toteutettu yhteistyössä STM:n, lääninhallitusten sosiaali- ja terveystoimien ja useimpien ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveysyksiköiden kanssa. Ammattikorkeakoulut kattavat alueellisesti hyvin koko Suomen. Niiden tehtävänä on osallistua oman alueensa kehittämiseen. Uudessa ammattikorkeakoululaissa puhutaankin erityisesti aluekehitystehtävästä (Ammattikorkeakoululaki 351/2003, 4 § 1. momentti). Useimmilla sosiaali- ja terveysalan yksiköillä on jo lukuisia yhteistyöhankkeita kuntien kanssa. Esitutkimuksen toteuttaminen yhteistyössä ammattikorkeakoulujen kanssa antoi lyhyessä ajassa mahdollisuuden saada selvitykseen erilaisia kuntia eri puolelta Suomea. Samalla tuettiin aluekehitystehtävää vahvistamalla paikallista yhteistyötä ammattikorkeakoulujen ja hyvinvointipolitiikkaa toteuttavien kuntien kesken. Lisäksi ammattikorkeakoulut tutustuivat entistä paremmin oman alueensa kuntien hyvinvointihaasteisiin ja niistä nouseviin kehittämis- ja koulutustarpeisiin.

Kuntaselvityksen aineistot saatiin 49 kunnasta. Aineisto on maantieteellisesti varsin kattava ja se on koottu erikokoisista kunnista ja kuntayhtymistä. Haastattelijoina toimivat ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveysalan opettajat, joissakin tapauksissa opiskelijoiden kanssa. Ammattikorkeakoulujen työryhmät paneutuivat tehtävään huolellisesti. Selvityksen laajentaminen suurempaan kuntajoukkoon tuskin muuttaisi olennaisesti keskeisiä tuloksia silloin, kun tarkastellaan kuntien keskimääräistä tilannetta. Toisaalta on huomattava, että yksityiskohdissa kuntien välillä on suuria eroja, eikä tämän tutkimuksen tuloksia voi suoraan soveltaa tietyn kunnan tilanteeseen perehtymättä ensin paikallisiin oloihin.

Haastattelujen teemat käsittelivät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuuta, johtamista ja koordinaatiota kunnassa, väestön hyvinvoinnin ja terveyden seuranta, hyvinvointiasioiden käsittelyä kunnan päätöksenteossa ja virallisissa asiakirjoissa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämi-

¹² Katso liite 10.

sen koulutusta ja resursointia palvelujärjestelmässä sekä Terveys 2015 -kuntaohjelman toimeenpanoa kunnassa.

Haastatteluilla pyrittiin saamaan yleiskuva kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisesta ja toimeenpanorakenteista. Menetelmänä haastattelu sopi tiedonkeruuseen hyvin, kun kyseessä oli sekä luottamushenkilöitä että viranhaltijoita eri hallinnonaloilla ja päätöksenteon tasoilla koskettavasta monimuotoisesta ilmiöstä. Haastattelun teemoja ei pyritty määrittämään yksiselitteisiksi, vaan tavoitteena oli pohtia niitä yhdessä haastateltavien kanssa ja keskustelun kuluessa tarvittaessa täsmentää tarkemmin. Näin päästiin keskustelemaan kunnan johdon kanssa laajemmin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikallisesta merkityksestä ja johtamisen problematiikasta.

Melko avoin haastattelumenetelmä ei varmistanut vertailukelpoista aineistoa kaikista kunnista. Yksittäisen ammattikorkeakoulun osalta haastatteluja saattoi tehdä usea eri henkilö. Tämä yhteenvetoraportti perustuu 41 osaraporttiin. Yksittäiset numerot ja jakautumat eivät välttämättä kuvaa oikein todellista tilannetta. Taulukoita on luettava suuntaa antavina ja ilmiökentän moninaisuutta kuvaavana.

Varsin pian haastattelujen alettua havaittiin, että moniin johtamisen kannalta olennaisiin kysymyksiin saatiin saman kunnan sisälläkin eri haastateltavilta erilaisia vastauksia. Ensisijaisena selityksenä eivät voi olla menetelmän puutteet. Todennäköisempää on, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen on sekä käsitteenä, että toiminnallisena haasteena ja arkisena käytäntönä epäselvää ja siksi luottamushenkilöt ja viranhaltijat tulkitsevan oman kuntansa tilanteen eri tavoin.

Tiivis yhteistyö ammattikorkeakoulujen kesken hankkeen valmistelussa ja toteuttamisessa on rakentanut yhteistä perustaa sekä tutkimus- ja kehittämishankkeelle, että hyvinvointijohtamisen koulutukselle. Kaiken kaikkiaan hankkeen toiminta-ajatus - laajan yhteistyön rakentaminen ammattikorkeakoulujen ja kuntien kanssa - on osoittautunut ensimmäisen vuoden kuluessa erittäin onnistuneeksi.

Yhteenveto esitutkimuksen havainnoista ja kehittämistarpeista

Yleisellä tasolla terveyden edistäminen nähdään kunnissa tärkeäksi tehtäväksi. Terveys ja sen edistäminen koetaan kunnissa tärkeäksi arvoksi, jonka tulisi ohjata päätöksentekoa ja toimintaa. Tämän arvon toteutuminen kuntien strategioissa, toiminta- ja taloussuunnitelmissa ja erityisesti sen konkretisoituminen eri hallinnonalojen toiminnaksi on vielä kesken. Vasta sitten, kun hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen liitetään osaksi kunnan toiminnan ja talouden suunnittelua ja kytketään kunnan talousarvion laadintaan, hyvinvointistrategioista tulee vakavasti otettavaa kunnallispolitiikkaa.

1. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisvastuut odottavat määrittelyä

Muodollisesti hallinnollinen ja toimeenpanovastuu määritellään kunnan johtosäännössä ja muissa hallinnollisissa asiakirjoissa. Joissakin kunnissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuu oli kirjattu virallisiin asiakirjoihin kuten kuntastrategiaan, toimintasuunnitelmiin, viranhaltijoiden tehtäväkuvauksiin ja kehittämisohjelmiin.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuu osoitetaan kunnissa useimmiten johtaville viranhaltijoille ja johtaville luottamushenkilöille. Viime kädessä kunnanjohtaja on vastuussa kunta-laisten hyvinvoinnista. Hyvinvointivastuun katsotaan kuuluvan myös poliittisille päättäjille; valtuustolle, hallitukselle ja lautakunnille. Täsmennystä pyydettyä useimmat haastatellut osoittivat vastuun terveystoimeen tai yhdistettyyn sosiaali- ja terveystoimeen. Toisaalta korostettiin yhteistyötä: Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuu perustuu kunkin viranhaltijan ammatilliseen asiantuntemukseen ja päätöksentekoon. Näin vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä sisältyy eri hallinnonalojen palveluihin, eikä sitä voi erottaa eri ammattihenkilöiden vastuusta. Mielenkiintoinen tulos oli se, että haastatteluissa tuli harvoin eteen tilanteita, joissa haastateltava olisi itse todennut kantavansa päävastuuta. Mieluummin vastuu osoitettiin jollekin toiselle osapuolelle (luottamushenkilöt viranhaltijoille ja päinvastoin).

Hyvinkin vaihtelevat tulkinnat ja vastaukset osoittavat, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuun määrittely on epäselvää. Kunnissa ei ole yhteistä käsitystä siitä, mitä hyvinvoinnilla ja terveyden edistämällä toimintana ja sen johtamisella erikseen ymmärretään kunnan toiminnassa.

2. Terveiden edistämisen johtaminen on hajaantunut

Eri hallinnonaloja yhdistäviä ja sektorirajoja ylittäviä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johto- tai ohjausryhmiä ei kunnissa juurikaan ole. Tällaiseksi ryhmäksi mainitaan usein kunnan johtoryhmä, joka tosiasiallisesti harvoin keskittyy hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamiskysymyksiin yli sektorirajojen. Monissa kunnissa kansanterveystyö on siirretty kuntayhtymille, joiden vuoropuhelu peruskuntien muiden sektoreiden kanssa näyttää vähäiseltä.

Terveyden edistämisen asioita käsitellään kunnissa erilaisissa johto- ja työryhmissä. Joissakin kunnissa on terveyden edistämisen johtoryhmiä. Ne ovat tavallisesti valtuuston tai hallituksen nimeämiä ja koostuvat pääasiassa sosiaali- ja terveystoimen johtavista viranhaltijoista. Muutamissa kunnissa on hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työ- tai yhteistyöryhmiä, jotka toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä, mutta joihin kuuluu myös muiden sektoreiden viranhaltijoita. Niissä kunnissa, joissa erillisiä työryhmiä ei ole, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kysymyksiä kerrotaan käsiteltävän joko kunnan johtoryhmässä, terveyskeskuksen johtoryhmässä, lautakunnassa tai kuntayhtymän johtoryhmässä. Käsiteltävät asiat liittyvät hallintointiin (budjetti, toimintasuunnitelma, väestöryhmien terveydenhuolto) tai väestön terveyden edistämiseen ja terveystasvatukseen (projektit, tapahtumat, teemapäivät, koulutus).

Johtavat lääkärit, joille kansanterveystyön kokonaisvastuu kuuluu, saattavat vaihtua usein, eikä johtajuus pitkän aikavälin terveyden edistämisen asioissa ole päällimmäisenä heidän tehtävissään. Perinteisesti ehkäisevän työn suunnittelu ja organisointi ovat olleet johtavien hoitajien vastuualuetta. Pienissä kunnissa ei useinkaan ole johtavaa hoitajaa vaan hoitotyötä johtaa vastaava terveydenhoitaja oman asiakastyönsä ohella. Tähän tehtäväkuvaan ei yleensä kuulu osallistuminen poikkihallinnolliseen terveyden edistämisen suunnitteluun tai kunnan strategiatyöhön.

3. Yhdyshenkilöiden työ nähdään tärkeäksi, mutta toimintamahdollisuuksia on vähän

Kaikkia hallinnonaloja palvelevia terveyden edistämisen suunnittelijoita ei kunnissa ole. Isommissa kunnissa tunnistetaan terveyden edistämisen koordinoinnin ja suunnittelun tarve ja tarkemman tutkailun jälkeen terveyden edistämisen suunnittelua löydetään monien ammattiryhmien tehtävistä.

Terveyskasvatuksen yhdyshenkilö, jonka toimi sijoittuu terveystoimen sisälle, on lähes jokaisessa kunnassa tai kuntayhtymässä. Useimmiten yhdyshenkilöt ovat terveydenhoitajia, jotka toimivat tässä tehtävässä oman terveydenhoitajatyönsä ohella. Heidän työnsä saattaa sisältää terveyden edistämisen projektiluonteista yhteistyötä muiden hallinnonalojen kanssa, mutta ei varsinaisesti osallistumista peruskunnassa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiseen suunnitteluun tai yhteisten toimintojen koordinointiin.

4. Väestön hyvinvoinnista ja terveyden kehityksestä kaivataan seurantatietoa

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden kehityksen suunnitelmallinen seuranta ja arviointi ovat perustuneet pääasiassa valtakunnallisista lähteistä saatavaan tietoon. Suunnitelmallinen ja jatkuva hyvinvointitiedon käyttö kunnallisessa päätöksenteossa on vielä vaatimatonta. Omaa kuntaa koskeva hyvinvointitilinpitojärjestelmä on harvinainen. Pienemmissä kunnissa tietojen hakemiseen ja jalostamiseen tarvittavaa osaamista ei juuri ole.

Luottamushenkilöillä ei ole selvää käsitystä siitä, millaista hyvinvointitietoa kunnassa on saatavissa tai millainen on väestön hyvinvoinnin tila. Myös käsitykset väestön hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä ovat epämääräisiä. Päätösten vaihtoehtoisia hyvinvointivaikutuksia ei ennakoita eikä arvioida.

Hyvinvointia ja terveyttä kuvaavan seurantatiedon raportointi kunnan johtoryhmälle ja luottamushenkilöille kuuluu tavallisesti perusturvajohtajan tai johtavan ylilääkärin tehtäviin. Käytännössä raportointi painottuu enemmän terveydenhuollon menokehitykseen ja palvelujen käytön kuvaamiseen kuin väestön hyvinvointitilanteen seurantaan ja arviointiin. Terveydenhuollon kuntayhtymiin kuuluvissa kunnissa peruskuntien luottamushenkilöiden mahdollisuus seurata väestön hyvinvoinnin kehittymistä on heikkoa.

5. Hyvinvointistrategioiden ja -ohjelmien valmistelu on käynnistynyt vilkkaasti

Lähes kaikissa kunnissa on osallistuttu joko teemakohtaisten erillisstrategioiden ja -ohjelmien tai kunnan hyvinvointistrategioiden ja -ohjelmien valmisteluun (vrt. Kinnunen & Kostamo-Pääkkö 2003). Pääasiassa teemakohtaiset ohjelmat ovat päihde-, vanhusten- tai lasten ja nuorten hyvinvoinnin strategioita. Pienten kuntien kuntastrategiat ja visiot nähdään sinänsä toimivina hyvinvointistrategioina.

Hyvinvointistrategioiden toteutumisen seurannasta ja arvioinnista ei ole mainintoja raporteissa. Hyvinvointiasioita käsitellään toiminta- ja taloussuunnitelmissa talouden kannalta, mutta hyvinvointistrategioissa taloudellinen tarkastelu jää vähäiseksi, eikä strategioita ole sidottu näkyvästi taloussuunnitteluun. Terveydenhuollon kuntayhtymien osallistuminen peruskuntien strategia-työhön vaikuttaa vähäiseltä.

6. Tarkastuslautakunnat arvioivat niukasti hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista

Kuntien valtuustojen asettamien tarkastuslautakuntien tehtävänä on menojen lisäksi seurata toiminnallisten tavoitteiden toteutumista kunnassa. Tarkastuslautakunnat eivät yleensä ole kiinnittäneet huomiota kuntalaisten hyvinvointiasioihin. Syynä tähän voi olla se, ettei hyvinvointi-

tavoitteita ole kuvattu riittävän selkeästi kunnan talous- ja toimintasuunnitelmassa eikä hallinnonalojen toimeenpanosuunnitelmissa.

7. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma tuttu terveystoimelle mutta ei kuntajohdolle

Terveys 2015 -ohjelma on tuttu useimmille terveystoimen johtaville viranhaltijoille, luottamuselimissä sitä on käsitelty harvoin. Luottamushenkilöt ja kunnan yleisjohto eivät yleensä tunteneet ohjelman tavoitteita. Kansallinen terveysthanke tunnettiin huomattavasti paremmin.

8. Terveystoimen edistämisen koulutus pääasiassa vain terveystoimessa

Koulutuksen järjestäminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä on vaihtelevaa. Joissakin kunnissa on ollut yhdessä eri hallintokunnille tarkoitettuja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seminaareja. Täydennyskoulutusta järjestetään enimmäkseen terveystoimen sisällä. Muualla järjestettävään koulutukseen osallistumista estää usein koulutusmäärärahojen riittämättömyys. Luottamushenkilöillä ei ole mahdollisuutta tai kiinnostusta osallistua hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seminaareihin.

Kunnissa ja kuntayhtymissä ei yleensä ole nimettyä koulutuksesta vastuussa olevaa henkilöä, joka vastaisi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisen kehittämistä ja henkilökunnan kouluttamisesta. Suurissa kaupungeissa on omat koulutusorganisaatiot, pienemmissä kunnissa vastuu nimetään johtaville viranhaltijoille, erityisesti sosiaali- ja terveyssektorille. Koulutus on usein sidoksissa projekteihin, kehittämishankkeisiin tai strategiatyöhön, eikä näin ollen ole mitenkään järjestelmällistä.

Selvityksestä kehittämishankkeisiin

Esitutkimus selvensi käsityksiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen haasteita ja rakenteita kunnissa. Esitutkimuksen kokemukset laajasta yhteistyöverkostosta olivat rohkaisevia. Myös hankkeen seuraava vaihe perustetaan Stakesin, ammattikorkeakoulujen, lääninhallitusten ja kuntien väliseen yhteistyöhön. Keskeinen tavoite on tukea kuntia uudistamaan johtamista ja toimeenpanorakenteita niin, että käytettävissä olevilla voimavaroilla voidaan entistä tehokkaammin ja tuloksellisemmin edistää väestön terveyttä.

Hankkeeseen osallistuvien kuntien ja seutukuntien tulee sitoutua yhteistyöhön ja yhteisesti sovittuihin kehittämistyön kriteereihin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen ja rakenteiden kehittämistä tuetaan koulutusohjelmalla, johon sisältyy sekä valtakunnallista että alueellista koulutusta. Koulutuksen järjestävät Stakes, ammattikorkeakoulut ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot.

Terveyden edistämisen johtaminen muodostuu samoista elementeistä kuin kunnallisen toiminnan johtaminen yleensä. Olennainen uusi haaste on hyvinvointi- ja terveystavoitteiden huomiointiin ottaminen sekä kunnan yleisjohtossa, että kunkin hallinnonalan sisällä. Terveyden edistämisen suunnittelu, organisointi, vaihtoehtojen arviointi, strategisten päätösten tekeminen ja toimeenpano sekä toiminnan seuranta ja arviointi koskettavat myös kuntaorganisaation ulkopuolisia toimijoita kuten järjestöjä, koulutusyksiköitä ja elinkeinoelämää.

Kehittämishankkeen keskeisimpänä sisältöalueena on Terveys 2015 -kansanterveysohjelman toteuttaminen kunnissa. Ohjelman tavoitteiden toteuttaminen ja seuranta tulisi jaksottaa valtuustokausittain vuoteen 2015 saakka. Tavoitteiden määrittely, toteutumisen seuranta ja arviointi tulisi yhdistää vuosittain kunnan talous- ja toimintasuunnitteluun sekä kuntakertomukseen.

ja kuntatarkastukseen. Erityisenä haasteena on ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin ja ennakoinnin (IVA) menetelmiin perehtyminen ja niiden käyttöön ottaminen. Terveiden edistämisen laaturjestelmän luominen kuntaan varmistaa hyvinvointitavoitteiden toteutumisen seurannan.

Kehittämishankkeen kuntaprojektit käynnistyvät alkukartoituksella, jossa kuvataan nykyiset toimintakäytännöt ja johtamisjärjestelmät sekä myös voimavarat ja osaaminen. Kehittämishanke saattaa edellyttää kunnissa hallinnollisia, organisatorisia tai toiminnallisia muutoksia. Keskeistä on, että kunnassa on henkilö, joka johtaa toimintaa ja koordinoi toiminnan kehittämistä yli hallinnonrajojen. Uudenlaisten käytäntöjen ja työmenetelmien haltuun ottamista tuetaan koulutuksella ja vertaisoppimisella.

Kehittämishankkeet käynnistyvät vuoden 2004 alussa. Vuoden 2005 loppuun mennessä kokeilukunnat/seutukunnat ovat uudistaneet terveyden edistämisen johtamista ja sen toimeenpanorakenteita. Kuntaprojekteista saadut kokemukset tiivistetään kansallisiksi suosituksiksi vuoden 2006 alussa. Saman vuoden aikana keskitytään kehittämishankkeen loppuraportointiin ja arviointitutkimukseen. Tämän jälkeenkin kuntien ja alueiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista seurataan suunnitelmallisesti. Hankkeen etenemisestä ja kokemuksista välitetään tietoa hankkeen kotisivuilla (www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke) sekä valtakunnallisissa seminaareissa ja koulutustilaisuuksissa.

LÄHTEET

Ammattikorkeakoululaki 351/2003, www.finlex.fi.

Haveri, A. 2002. Kuntien uusi johtaminen - suuntaviivoja tulevaisuuteen. Kunnallistieteellinen aikakausikirja 2002:2:223-226.

Kansanterveyslaki 66/1977, www.finlex.fi.

Kinnunen, P. & Kostamo-Pääkkö, K. (toim.) 2003. Alueelliset hyvinvointistrategiat. Oulun kaupungin painatuskeskus.

Kuntalaki 365/1995, www.finlex.fi.

Perttilä, K. 1999. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Stakes Tutkimuksia 103. Gummerus Kirjapaino Oy.

Pirskanen, M. & Pietilä, A-M. 2000. Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt ja terveyden edistäminen. Stakes Aiheita 11/2000. Stakesin monistamo.

Rimpelä, M. 1994. Terveyden edistäminen ja terveystieteellinen tutkimus - poimintoja kansainvälisestä kirjallisuudesta. Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti 1994. Supplementti; Terveystieteellisen tutkimuksen vuosikirja 1993. 1994:31:5-22.

Simnett, I. 1997. Managing health promotion, developing healthy organizations and communities. Willey.

STM 1986. Terveyttä kaikille vuoteen 2000: Suomen terveystieteiden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus.

STM 1993. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1993:2. Libris Oy.

STM 1996. Terveyden edistäminen kunnassa. Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -kuntaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1996:15. Oy Edita Ab.

STM 1999. Ympäristön vaikutusten arviointi. Ihmisiin kohdistuvat terveydelliset ja sosiaaliset vaikutukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 1999:1. Oy Edita Ab.

STM 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Edita Prima Oy.

Ståhl, T. 2003. Liikunnan toimintapolitiikan arviointia terveyden edistämisen kontekstissa. Sosiaalisen tuen, fyysisen ympäristön ja poliittisen ympäristön yhteys liikunta-aktiivisuuteen. Jyväskylän yliopisto.

Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy.

www.stakes.fi/sva/

LIITE 1



STAKES
SOSIAALI- JA TERVEYSALAN
TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISKESKUS
Siltasaarencatu 18, PL 220, 00531 Helsinki
Puhelin (09) 39 671, Telefaksi (09) 761 307
Internet: <http://www.stakes.fi/>

18.5.2000

Sosiaali- ja terveysministeriö
Perusturvaministeri Osmo Soininvaara

Viite: STM/EHO:n kirje terveystasvatuksen yhdysenkilöille/19.5.1997

TERVEYDEN EDISTÄMISEN ASEMA JA YHDYSHENKILÖT KUNNISSA

Vuonna 1997 sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes sopivat, että Stakes huolehtii kuntien terveystasvatuksen yhdysenkilöiden asioista. Stakes on järjestynyt yhdysenkilöille useita työkokouksia valtakunnallisesti ja yhteistyössä lääninhallituksen kanssa alueellisesti. Yhdysenkilöverkoston nykytilaa on selvitetty nyt julkistettavassa selvityksessä (Pirskanen M, Pietilä ATM: *Terveystasvatuksen yhdysenkilöt ja terveyden edistäminen*. Stakes/Aiheita 11/2000). Selvityksen yhteenveto sekä johtopäätökset ja suositukset ovat liitteenä.

Selvityksen mukaan terveystasvatuksen yhdysenkilöiden toimintaedellytyksissä on suuria puutteita. Useimmissa kunnissa on nimetty yhdysenkilö, mutta lähes puolet heistä arvioi, että voimavarat ovat vähentyneet vuoteen 1995 verrattuna. Useimmiten yhdysenkilön tehtäviä hoiti terveydenhoitaja muiden tehtäviensä ohessa. Vain joka kymmenennen toiminimike oli yhdysenkilö tai vastaava. Selvityksen mukaan kunnissa odotetaan sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin tai lääninhallituksen kannanottoja terveyden edistämisen ja yhdysenkilötoiminnan kehittämisen tueksi.

Tämän selvityksen lisäksi terveyden edistämisen yhteistyön ja koordinoinnin ajankohtaisia kysymyksiä kunnissa on selvitetty myös useissa Stakesin tutkimus- ja kehittämishankkeissa kuten Terve Kunta -verkostossa, Terveyden edistämisen kuntastrategiat -hankkeessa ja Lasten ja nuorten terveyden edistäminen -hankkeessa. Tutkimustulokset yhdessä näissä hankkeissa kertyneiden kokemusten kanssa antavat aiheen kiinnittää laajemmin huomiota terveyden edistämisen asemaan kunnissa.

Ehkäisevä terveydenhuolto on ollut tärkeä osa kunnallista perusterveydenhuoltoa. Kansanterveysuudistamisessa 1970-luvun alussa kuntien tehtävät laajenivat sairaanhoitoon ja monille muille perusterveydenhuollon alueille, mutta ehkäisevää terveydenhuoltoa pidettiin edelleen tärkeänä alueena, jolla oli erikoistunut johtonsa useimmissa kunnissa. Terveystasvatukselta tuettiin Lääkintöhallituksen 1978 antamalla ohjeella, jossa suositeltiin kunnille terveystasvatuksen yhdysenkilöiden nimeämistä ja terveystasvatuksen neuvottelukunnan perustamista koordinoimaan ehkäisevää työtä kunnan alueella.

Kun suositus vahvistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa suunnitelmissa, lähes kaikissa kunnissa nimettiin terveyskasvatuksen yhdyshenkilö ja asetettiin paikallinen terveyskasvatuksen yhteistyöelin.

1990-luvun alussa terveyskasvatuksen ja ehkäisevän työn asema kunnissa muuttui nopeasti. Valtakunnallisesti terveyden edistäminen tuli keskeisimmäksi toiminta-ajatuksiksi. Kuntien vastuut ja mahdollisuudet omaleimaiseen toimintaan lisääntyivät samalla kun keskitetty valtakunnallinen ohjaus väheni. Kunnissa alettiin soveltaa perusterveydenhuoltoon väestövastuuta. Käytännössä tämä merkitsi erikoistuneiden ehkäisevien palvelujen integroimista laaja-alaiseen väestövastuuseen perusterveydenhuoltoon. Kuntien talousvaikeudet vaativat supistamaan menoja ja leikkaukset kohdistuivat usein myös ehkäisevien palvelujen voimavaroihin. Näin ehkäisevän terveydenhuollon tehtäviin nimetyt viranhaltijat vähenivät asiakastyöstä ja terveyskeskusten johdosta. Samalla terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden työaika supistettiin.

Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöverkoston rakentamisen yhtenä tavoitteena oli tukea valtakunnallisten ohjelmien toteutumista koko maassa. Yhdyshenkilöt toimivat myös paikallisina terveyskasvatuksen asiantuntijoina. Yhdyshenkilöverkoston heikentyessä mahdollisuudet valtakunnallisten ohjelmien toteuttamiseen koko maassa ovat kaventuneet ja samalla monissa kunnissa on niukasti terveyden edistämisen asiantuntemusta omien paikallisten ohjelmien valmisteluun ja toteuttamiseen.

Kunnallisen terveydenhuollon toiminnan ja johtamisen järjestelyt ja myös terveyden edistämisen haasteet ovat 2000-luvun alkaessa monilta osin toisenlaiset kuin 1970-luvun lopussa, jolloin esitykset terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiksi ja terveyskasvatuksen neuvottelukunniksi kunnissa kiteytyivät. Kun valtakunnalliset suositukset ovat puuttuneet, kunnat ovat päätyneet hyvinkin erilaisiin ratkaisuihin. Joissakin, usein suurehkoissa kunnissa, on terveyden edistämisen johtaminen ja koordinointi järjestetty omaan yksikköönsä (esim. Pori, Turku, Vantaa). Muutamissa kunnissa terveyden edistämistä koordinoimaan ja hallinnollisia esityksiä valmistelemaan on perustettu terveyssuunnittelijan tai vastaavan kokopäiväinen tehtävä keskushallintoon (esim. Kuopio). Toisaalta Suomessa on lukuisia - usein pienempiä - kuntia, joissa terveyden edistämisen asema ja koordinointi on sisällytetty yleisiin hallintotehtäviin ilman erityistä resursointia ja erikoistunutta osaamista. Näin useissa kunnissa terveyden edistämisen hallinnollinen kokonaisvastuu on määrittelemättä eikä kunnassa tosiasiallisesti ole lainkaan terveyden edistämiseen erikoistuneita viranhaltijoita.

Uuden vuosituhannen alkaessa kunnissa on kasvavaa kiinnostusta selkiyttää terveyden edistämisen ja laajemminkin hyvinvoinnin edistämisen strategioita. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2000 - 2003 on suositeltu paikallisten hyvinvointipoliittisten ohjelmien laatimista osana kuntasuunnittelua. Stakesin tekemän selvityksen mukaan suurimassa osassa kunnista on hyväksytty tai ollaan valmistelemaan ohjelmia joillakin hyvinvointipoliittikan osa-alueilla, useimmiten vanhus- ja päihdepolitiikassa. Runsaassa kolmanneksessa kunnista on hyväksytty tai valmisteltavana yleisempi hyvinvointipoliittinen ohjelma ja noin joka neljännessä kunnassa lapsipoliittikkaan liittyvä selonteko tai ohjelma.

Tässä tilanteessa kunnat etsivät toimivia menettelyjä terveyden edistämisen hallintoon ja toteuttamiseen. Pienten kuntien kannalta tilanne on keskimääräistä haastavampi paitsi voimavarojen niukkuuden myös hallinnon erilaisten järjestelyjen vuoksi: Terveydenhuoltoa toteutetaan eri tasoissa kuntayhtymissä, mutta muut hallintokunnat ovat kunkin kunnan omina toimintoina. Suuremmissa kunnissa on helpompaa löytää toimivia menettelyjä hallintokuntien rajat ylittävään yhteistyöhön.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000 - 2003 korostetaan paikallisen hyvinvointipoliittikan vahvistamista ja ongelmien estämistä ajoissa. Kunnissa tulisikin olla toi-

miva terveyden edistämisen infrastruktuuri eli määrittää kuka johtaa terveyden edistämistä ja ketkä ovat toimijat ks. Liite 1). Kunnan ja terveyskeskuksen johdon tukena tarvitaan terveyden edistämiseen perehtynyt asiantuntija, joka koordinoi ja valmistelee toimintoja ja yhteistyötä sekä sosiaali- ja terveyssektorin sisällä että eri hallintokuntien välillä.

Edellä olevan perusteella Stakes esittää sosiaali- ja terveysministeriölle, että

yhteistyössä kuntien kanssa käynnistetään monivuotinen tutkimus- ja kehittämishanke, jonka tavoitteena on auttaa eri kokoisia kuntia löytämään toimivat järjestelyt terveyden edistämisen toimeenpanorakenteen vahvistamiseksi ja tämän alueen aseman selventämiseksi kunnallisessa hallinnossa. Tutkimus ja kehittämishankkeen tueksi asetetaan valtakunnallinen asiantuntijaryhmä, johon kutsutaan keskeisten tahojen edustajat.

Pääjohtaja


Vappu Taipale

Tulosaluejohtaja


Sirpa Taskinen

TIEDOKSI Lääninhallitukset
Terveyskeskukset
Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt

LIITE Pirskanen M, Pietilä A-M: *Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt ja terveyden edistäminen*. Stakes/Aiheita 11/2000. Raportin yhteenveto, sekä johtopäätökset ja suositukset



Ehkäisevän sosiaali- ja
terveyspolitiikan osasto

19.5.1997

Hyvä terveystieteiden yhdyshenkilö

Viite

Asia

Ensimmäiset terveystieteiden yhdyshenkilöt nimettiin terveystieteiden
1970-luvun alkupuolella lääkintöhallituksen "Ohjeita terveystieteiden tehostamisesta
terveystieteiden" pohjalta. Lääkintöhallituksen vuonna 1978 antamien uusien terveystieteen
tehostamista koskevien ohjeiden mukaan myös sairaalat nimesivät terveystieteiden
yhdyshenkilön. Terveystieteiden yhdyshenkilöitä oli vuonna 1980 tehdyn erillisluottamuksen
mukaan 213. Tänäpäivänä sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön osoiterekisterin mukaan yhdyshenkilöitä on
terveystieteiden 260 ja sairaaloissa 140. Näin 1970-luvulla luotiin kattava verkosto, joka on
ollut avainasemassa terveystieteiden ja terveyden edistämisen koordinoimisessa ja kehittämi-
sessä kunnissa, terveystieteiden 260 ja sairaaloissa.

Lääkintöhallituksen terveystieteen toimiston aloittaessa toimintansa keväällä 1977 oli toimin-
nan sisällöllinen pääpaino aluksi tupakoinnin vähentämisessä. Erilliset ohjekirjeet annettiin pian
myös ravitsemustieteiden tehostamisesta ja ihmisen ja sukupuolikasvatuksesta. Kaikkiin näihin paino-
alueisiin liittyi laaja alueellinen koulutus ja syventävää koulutusta, kehittämi- ja kokeilutoi-
mintaa, tiedotusta, aineistoja, tutkimuksia ja selvityksiä. Yhdyshenkilöt osallistuivat aktiivisesti
koulutukseen, seurasivat alojen kehitystä, valittivat tietoa ja aktivoivat työyhteisöjään toimin-
taan.

Omaksi "instituutiokseen" kehittyivät vähitellen yhdyshenkilöiden omat koulutus- ja neuvotte-
lupäivät, joita on pidetty vuosittain. Aivan ensimmäiset koulutuspäivät järjesti Terveystieteen
keskus yhteistyössä lääkintöhallituksen ja Suomen Terveydenhoitajaliiton kanssa vuonna
1976 Helsingissä. Päiviin osallistui lähes sata yhdyshenkilöä. Opintopäivillä tutustuttiin terve-
ystieteiden silloiseen tilaan ja pohdittiin terveystieteiden yhdyshenkilön tehtäväkenttä ja
työn ongelma-alueita.

Ongelmallisimpana yhdyshenkilöt kokivat asemansa epämääräisyyden terveystieteiden orga-
nisaatiossa. Toimenkuvaa ei ollut, eikä myöskään tehtäväkenttä ollut määritetty. Täydennys-
koulutustarve koettiin suureksi, koulutusta toivottiin terveystieteiden suunnitteluun, sisältö-
alueisiin, menetelmiin ja tiedotustoimintaan liittyvistä kysymyksistä. Yhdyshenkilö todettiin
välttämättömäksi kunnan terveydenhuoltotyössä, mutta hänen toimintamahdollisuuksiaan olisi
parannettava vahvistamalla hänen asemansa organisaatiossa ja takaamalla hänen toiminnalleen
riittävät voimavarat.

Lääkintöhallituksen terveystieteen toimiston perustamisen jälkeen se huolehti koulutuspäivien
järjestämisestä. Vuosien mittaan koulutus- ja neuvottelupäivillä on käsitelty yhteiskunta-, terve-
ys-, sosiaali- ja ympäristöpoliittisia aiheita, terveyden edistämistä, kansanterveyttä, terveystieteen
suunnittelua, järjestämistä, toteuttamista, johtamista, seuraamista, arviointia, arvoja,
etiikkaa, kansantaloudellista merkitystä, sisältöjä, tutkimusta, koulutusta, menetelmiä, aineisto-
ja, eri ikäryhmiä, valtakunnallisia ohjelmia Kokemuksellisia ja elämyksellisiä päiviäkin on
pidetty, muun muassa Elämäniloa terveyteen, Enemmän elämää vuosiin ja Työniloa - iloa työ-
hön -teemoilla. Keskeistä on ollut myös yhdyshenkilön toimenkuvan pohtiminen ja kehittämi-
nen. Päivillä on lisäksi otettu kantaa ja annettu julkilausumia. Päivien paras anti on luultavasti

kuitenkin ollut toisten yhdyshenkilöiden kohtaaminen ja heidän kanssaan keskusteleminen, tuen saanti toisilta usein kovin hankalilta tuntuviin ongelmiin sekä uusien ideoitten ja keinojen saanti.

Yhteisten koulutuspäivien lisäksi yhdyshenkilöt ovat voineet osallistua mittavaan terveystieteiden täydennyskoulutukseen, jota lääkintöhallitus/sosiaali- ja terveyshallitus/sosiaali- ja terveysministeriö on järjestänyt yhteistyössä yliopistojen täydennyskoulutusyksiköiden ja muiden tahojen kanssa.

Yhdyshenkilöiden työstä on tehty joitakin selvityksiä ja tutkimuksia. Niissä ovat toistuneet samat piirteet kuin mikä koulutustilaisuuksissa on välittynyt: yhdyshenkilöt ovat yleensä innostuneita työstään, pitävät sitä tärkeänä, näkevät sen mahdollisuudet ja haluavat tehdä sitä täysipainoisesti - mutta mahdollisuuksia, tähän ei läheskään kaikilla ole. Yhdyshenkilön tehtävät hoitetaan yleensä muiden tehtävien ohessa, jolloin niille jää usein niukasti aikaa, mikä turhauttaa ja stressaannuttaa. Edelleen myös asema organisaatiossa on epäselvä mikä saattaa heikentää toimintamahdollisuuksia. Toisaalta, jos toimintamahdollisuudet ovat hyvät (esim. kokopäivätyö), saadaan todella hienoja tuloksia aikaan ja koetaan työniloa!

Terveydenhuollon hallinto on muuttunut kolmen vuosikymmenen kuluessa monella tavalla. Terveystieteiden asema hallinnossa on myös elänyt oman elämänsä lääkintöhallituksen terveystieteiden toimiston perustamisesta 1.4.1977, lyhyen sosiaali- ja terveyshallitusvaiheen kautta terveystieteen toimintaympäristönsä siirtymiseen sosiaali- ja terveysministeriön ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan osaston ehkäisevän terveyspolitiikan tulosryhmään 1.9.1992.

Tänä päivänä organisaatioiden toiminnalle on leimallista jatkuva muutos. Niinpä sosiaali- ja terveysministeriönkin tehtäväkenttää tarkastellaan jälleen uudelleen. Toimintaa kehitetään siten, että ministeriö keskittyy ydintehtäviinsä valtioneuvoston esikuntana. Ministeriön vastuulla on hallinnonalansa eri lohkojen strateginen ohjaus ja johtaminen. Operatiivinen ohjaus pyritään antamaan muiden organisaatioiden tehtäväksi.

Tämän mukaisesti ministeriö on luopumassa myös terveyden edistämisen operatiivisista tehtävistä. Se on antanut Stakesin tehtäväksi kunnallisen terveyden edistämisen kehittämisen yhdessä kuntien kanssa - jota työtä myös Iäninhallitukset tekevät - ja Terveyden edistämisen keskuksen tehtäväksi (entinen Terveystieteiden keskus) järjestöjen toteuttaman terveyden edistämisen koordinaation.

Ministeriö muutti viime vuonna myös tupakkalain mukaisen määrärahan käyttösuunnitelman valmistelua siten, että Stakes valmistelee kuntien ja kuntayhtymien hanke-ehdotukset, Terveyden edistämisen keskus puolestaan järjestöjen hanke-ehdotukset ja ministeriö ainakin toistaiseksi muut hankkeet. Ministeriö päättää määrärahojen käytöstä vahvistamalla niiden käyttösuunnitelman. Hyväksytyistä hankkeista toteuttajan kanssa hankesopimuksen tekee se taho, joka on asian valmistellut. Näin Stakesin ja Terveyden edistämisen keskuksen asemaa terveyden edistämässä ja terveystieteiden toiminnassa on vahvistettu. Tähän liittyen Stakes on muuttanut omaa organisaatiotaan perustamalla Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ryhmän.

Stakes toimii yhteistyössä kuntien ja kuntayhtymien kanssa lukuisissa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä terveyden edistämisen, kuten Terve kunta -kehittämishankkeissa. Stakes myös järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille koulutusta. Tässä toimintaympäristössä terveystieteiden yhdyshenkilöille tiedottaminen ja heidän koulutuksensa voidaan hoitaa parhaiten. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes ovat sopineet, että Stakes huolehtii terveystieteiden yhdyshenkilöihin liittyvistä asioista.

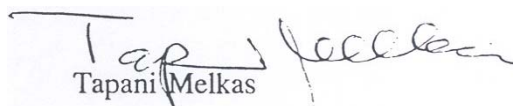
Hyvät terveystieteiden yhdyshenkilöt: ehkäisevällä politiikalla pyritään luomaan edellytyksiä ja mahdollisuuksia ihmisten terveydelle ja hyvinvoinnille eli tavoitteena on terveyttä, elämänhallintaa ja itsenäistä selviytymistä tukevien olosuhteiden ja ympäristöjen luominen, ihmisten työt ja toimintakyvyn edistäminen ja elämänlaadun ja elämänhallinnan parantaminen. Tätä työtä olette Te, terveystieteiden yhdyshenkilöt tehneet innostuneina ja ammattitaidolla kuluneina vuosina. Siitä Teille lämmin kiitos!

Tänään ehkäisevä työ on yhtä tärkeä, ehkä tärkeämpikin kuin aikaisemmin, koska monia ihmisryhmiä uhkaa uudenlainen syrjäytyminen. Toivomme, että jaksatte edelleen tehdä arvokasta työtänne ihmisten terveyden hyväksi - myös huolehtimalla itsestänne, omasta jaksamisestanne ja elämänlaadustanne!

Kiitämme Sinua hyvästä yhteistyöstä ja toivotamme Sinulle hyvää jatkoa!

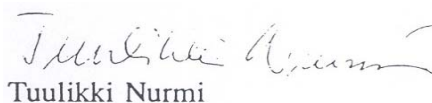
Kaunista, rentouttavaa kesää!

Neuvotteleva virkamies



Handwritten signature of Tapani Melkas in black ink. The signature is written in a cursive style. Below the signature, the name 'Tapani Melkas' is printed in a standard font.

Erikoissuunnittelija



Handwritten signature of Tuulikki Nurmi in black ink. The signature is written in a cursive style. Below the signature, the name 'Tuulikki Nurmi' is printed in a standard font.

LIITE 2

LIITETAULUKKO I. TEJO-hankkeen toimintaprosessi.

2001	TEJO -HANKKEEN TOIMINTAPROSESSI
30.11.2001	I kokous ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveystieteiden ja Stakesin kanssa. Mukana STM ja OPM. Päätettiin käynnistää yhteistyö Terveys 2015 -ohjelman puitteissa Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen -hankkeessa (TEJO). Päätettiin luoda yhdysopettajaverkosto tietyille kehittämisalueille (päihteet, kouluterveys, tapaturmat, seksuaaliterveys ja ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi). Päätettiin käynnistää Terveys 2015 -virtuaaliopintokokonaisuuden valmistelu (ammattikorkeakoulut, STM, Stakes).
2002	
21.3.2002	Työkokous teemalla ammattikorkeakoulujen osallistuminen Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanoon. Käsitellyssä terveyden edistämisen jatkotutkimukset. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen -hanke esillä.
25.3.2002	Työkokous lääninhallitusten sosiaali- ja terveystieteiden edustajille. Mukana STM. Kokouksessa käsiteltiin mm. Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanoa sekä TEJO -hanketta.
10.4.2002	Ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveystieteiden, STM:n ja Stakesin työkokous teemana verkko-opetus (Terveys 2015 -toimeenpanon tuki). Keskusteltiin ammattikorkeakoulujen halukkuudesta osallistua Terveys 2015 -verkko-opintokokonaisuuden valmistamiseen. Opintokokonaisuus toteutetaan virtuaaliammattikorkeakoulun toimesta. Opintojaksot pilotoidaan syksyn 2003 aikana ja ne ovat valmiina vuoden 2003 loppuun mennessä.
14.5.2002	Läänit ilmoittivat yhdyshenkilöt TEJO -hankkeeseen.
27.5.2002	Läänien ja ammattikorkeakoulujen yhdyshenkilöiden I yhteiskokous. Valmisteltiin hankesuunnitelmaa.
19.-20.8. 2002	I suunnitteluryhmän kokous (läänin edustaja ja ammattikorkeakoulujen edustajat). Valmisteltiin kuntahaastattelujen runko. Keskusteltiin tutkimusseminaarien käynnistämisestä.
29.8.2002	Kirje ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveystieteiden johtajille. Sivot ilmoittautumiset hankkeeseen 13.9. mennessä ja yhdyshenkilöiden varmistaminen.
23.9.2002	Työkokous (ammattikorkeakoulut ja läänit). Haastattelurunkojen muokkaus, kuntien valintakriteerit, hankkeen aikataulus 2002-2003. Käynnistettiin tutkimusseminaarit.
lokakuu 2002	Läänien ja ammattikorkeakoulujen edustajat valitsivat selvityskunnat.
16.10.2002	Kirje kuntien/kaupunkien johtajille. Kirje lääninhallitusten ja ammattikorkeakoulujen yhdyshenkilöille.
marras-joulukuu 2002	Kuntahaastattelut & kirjallisten dokumenttien hankinta (ammattikorkeakoulut).
25.11.2002	Työkokous (ammattikorkeakoulut ja läänit). Tilannekatsaus, hankkeen jatkosuunnittelu ja raportointi. Hankkeen kotisivut Stakesin palvelimelle. Ammattikorkeakoulukohtaiset kotisivut.
19.12.2002	Kirje ammattikorkeakoulujen yhdyshenkilöille. Raportointilomake ja ohjeet. Palautus 31.1.2003
2003	
17.1.2003	Asiakirja-aineiston raportointi 15.3. mennessä Hankkeen kotisivut Stakesin palvelimella. www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke . Ammattikorkeakoulujen kotisivut (9/20).
22.-23.1.2003	Terve Kunta -päivät. Sessio Kunnat Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanijoina. Posterit TEJO -hankkeesta. Ammattikorkeakoulujen posterit.
31.1.2003	Haastattelujen kuntakohtaiset raportoinnit Stakesiin.
15.3.2003	Asiakirja-aineiston raportoinnit Stakesiin.
18.-19.3.2003	Työkokous. Tilannekatsaus ja jatkotyöskentelyn suunnittelu. 19.3. mukana neuvotteluissa OPM ja ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveystieteiden johtajat.

2003	TEJO -HANKKEEN TOIMINTAPROSESSI JATKUU
huhtikuu 2003	Yhteisraportin luonnos haastatteluista valmis (viivästyy).
huhti-kesäkuu 2003	Kuntapalautteet (ammattikorkeakoulut ja/tai läänit) mikäli kunnat haluavat.
10.5.2003	Ammattikorkeakoulut tekevät yhteistyössä kuntien kanssa alustavan esityksensä kuntakokeiluiksi 27.5. kokousta varten.
27.5.2003	Työkokous. Kirjallisten dokumenttien analysoinnin valmistelu.
22.9.2003	Työkokous. Kokeilujen suunnittelu.
30.-31.10.2003	Työkokous. Mukana kuntien edustajia, amk:n yhdyshenkilöt ja läänien yhdyshenkilöt. Aiheena kuntapilotoitien työsuunnitelma.
syksy 2003	Läänien koulutustilaisuuksissa hankkeen käsittelyä.
2004-2005	Kuntakokeilut käynnistyvät. Kokeilut käynnissä.
2006	Hankkeen arviointi ja raportointi - suositukset.

LIITE 3

LIITETAULUKKO 2. Ammattikorkeakoulujen yhdyshenkilöt vuonna 2002.

AMK	yhdyshenkilö	virkanimike	email
Arcada	Carola Wärnä	yliopettaja	carola.warna@arcada.fi
Diak	Paula Koistinen	yliopettaja	paula.koistinen@mail.diak.fi
Etelä-Karjalan amk	Kaija Heikura-Kansanen	lehtori	kaija.heikura-kansanen@mail.scp.fi
Hämeen amk	Ulla Peltonen	lehtori	ulla.peltonen@hamk.fi
Högskolan på Åland	Helena Byfält	rektor	helena.byfalt@avi.aland.fi
Jyväskylän amk	Leena Liimatainen	yliopettaja	leena.liimatainen@jypoly.fi
Kajaanin amk	Sirkka-Liisa Niskanen	yliopettaja	sirkka-liisa.niskanen@mail.kajak.fi
Kemi-Tornion amk	Lea Kovero	projektisuunnittelija/lehtori	lea.kovero@tokem.fi
Keski-Pohjanmaan amk	Marja-Liisa Hiironen	kehittämispäällikkö	marjaliisa.hiironen@cop.fi
Mikkelin amk/Savonlinna	Leena Uosukainen	tutkijayliopettaja	leena.uosukainen@mikkeli.amk.fi
Oulun amk	Lea Rissanen	yliopettaja	lea.rissanen@oamk.fi
Pirkanmaan amk	Jouni Tuomi	yliopettaja	jouni.tuomi@piramk.fi
Pohjois-Karjalan amk	Raija Nurminen	yliopettaja	raija.nurminen@ncp.fi
Pohjois-Savon amk	Ingrid Antikainen	lehtori	ingrid.antikainen@pspt.fi
Seinäjoen amk	Eija Kyrölahti	yliopettaja	eija.kyrolahti@seamk.fi
Stadia	Päivi Haarala	tutkintovastaava	paivi.haarala@stadia.fi
Svenska yrkeshögskolan	Anna-Lena Nieminen	forskningsassistent	anna-lena.nieminen@syh.fi
Turun amk	Ulla Wiirilinna	koulutus-päällikkö	ulla.wiirilinna@turkuamk.fi
Vaasan amk	Hans Frantz	vs. yliopettaja	hans.frantz@puv.fi
Yrkeshögskolan Sydväst	Ingrid Holmérus-Nilsson	överlärare	ingrid.holmerus-nilsson@sydvast.fi

LIITETAULUKKO 3. Läänien yhdyshenkilöt vuonna 2002.

lääni	yksikkö	yhdyshenkilö	email	virkanimike
Etelä-Suomi	Helsinki	Pirjo Laaksonen	pirjo.laaksonen@eslh.intermin.fi	lääninpsykologi
	Hämeenlinna	Liisa Rantamaa	liisa.rantamaa@eslh.intermin.fi	ylitarkastaja
	Kouvola	Kirsi-Marja Karjalainen	kirsi-marja.karjalainen@eslh.intermin.fi	ylitarkastaja
Länsi-Suomi	Turku	Hanna Lintula	hanna.lintula@slh.intermin.fi	terveydenhuollon tarkastaja
	Vaasa	Maija-Liisa Ijäs	maija-liisa.ijas@slh.intermin.fi	terveydenhuollon tarkastaja
	Tampere	Sinikka Piekkola	sinikka.piekkola@slh.intermin.fi	terveydenhuollon tarkastaja
Itä-Suomi	Jyväskylä	Päivi Lifflander	paivi.lifflander@slh.intermin.fi	terveydenhuollon tarkastaja
	Mikkeli	Marja Hyvärinen	marja.hyvarinen@slh.intermin.fi	terveydenhuollon tarkastaja
	Kuopio	Ritva Makkonen	ritva.makkonen@slh.intermin.fi	terveydenhuollon tarkastaja
Oulu	Joensuu	Sirkka Jakonen	sirkka.jakonen@slh.intermin.fi	terveydenhuollon tarkastaja
	Oulu	Tytti Tuulos	tytti.tuulos@olh.intermin.fi	terveydenhuollon tarkastaja
Lappi	Rovaniemi	Riitta-Liisa Paasivirta	riitta-liisa.paasivirta@lh.intermin.fi	terveydenhuollon tarkastaja

Arvoisa kunnanjohtaja

HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN PAIKALLISET RAKENTEET JA JOHTAMINEN KUNNASSA

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa on monen eri toimialan tehtävä. Sosiaali- ja terveysministeriön Terveys 2015 - kansanterveysohjelma korostaa tätä yhteistyötä. Stakes on käynnistänyt 2002 ministeriön tuella tutkimus- ja kehittämishankkeen, jonka tavoitteena on auttaa eri kokoisia kuntia löytämään toimivat järjestelyt terveyden edistämisen toimeenpanorakenteen vahvistamiseksi ja selvittää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista ja johtamisrakenteita kunnissa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen -hankkeen kuntaselvitystyö toteutetaan syksyn 2002 aikana Stakesin, lääninhallitusten ja ammattikorkeakoulujen yhteistyönä. Lääninhallitukset ovat yhdessä ammattikorkeakoulujen yhdysopettajien kanssa valinneet tutkimuskunnat. Ammattikorkeakoulun yhdysopettaja tulee ottamaan teihin yhteyttä lokakuussa haastatteluajkojen varaamiseksi.

Kuntaselvityksessä on tarkoitus haastatella johtavia viranhaltijoita ja luottamushenkilöitä. Johtavista viranhaltijoista haastateltavina ovat kunnanjohtaja, perusturvajohtaja tai sosiaali- ja terveysjohtaja (terveydenhuollon kuntayhtymään kuuluvissa kunnissa haastatellaan sosiaalijohtajan lisäksi kuntayhtymän johtava lääkäri ja johtava hoitaja), kunnansihteeri tai suunnittelupäällikkö ja kunnan terveyden edistämisen koordinaattori/terveys suunnittelija, mikäli sellainen on kunnan keskushallinnossa. Johtavista luottamushenkilöistä haastateltavina ovat kunnanhallituksen puheenjohtaja ja perusturvalautakunnan tai sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja. Haastatteluajankohta on marras-joulukuussa 2002 ja haastatteluun kuluu aikaa noin tunti haastateltavaa kohti. Haastatteluteemat löytyvät liitteestä 1.

Haastattelujen alustavia tuloksia esitellään Stakesin ja Kuntaliiton valtakunnallisilla Terve Kunta -päivillä 22.-23.1.2003 Helsingissä. Tutkimukseen sisältyy myös kunnan virallisten asiakirjojen analyysi. Pyydämme teitä ystävällisesti toimittamaan ammattikorkeakoulun yhdysopettajalle (yhteystiedot alla) marraskuun puoleenväliin mennessä seuraavan taustamateriaalin:

1. kunnan visio ja strategia
2. kunnan toimintaorganisaatio (organisaatiokaavio)
3. kunnan toiminta- ja taloussuunnitelma 2001 ja 2002 ja toimintakertomus 2001
4. sosiaali- ja terveystoimen toimintasuunnitelma 2001 ja 2002 ja toimintakertomus 2001

5. kunnan tarkastuslautakunnan toimintakertomus
2001 hyvinvointiohjelmat/strategiat hyvinvoinnin ja
terveyden edistämisen alueella tämän
valtuustokauden ajalta

Hanketta koskeviin tiedusteluihin vastaa Stakesissa hankkeen
koordinaattori

Kristiina Poikajarvi p. 040 515 6035,
email: kristiina.poikajarvi@stakes.fi tai
kehittämispäällikkö Kerttu Perttilä (09) 3967 2318,
email: kerttu.perttila@stakes.fi.

Kiitämme etukäteen myönteisestä suhteutumisesta tutkimukseen.

Tulosaluejohtaja

Sirpa Taskinen

Kehittämispäällikkö

Kerttu Perttilä

LIITTEET Haastatteluteemat
Ammattikorkeakoulujen ja lääninhallitusten
yhdyshenkilöt

LIITE 5

LIITETAULUKKO 4. Kunnat, joissa tehtiin haastattelut ja joista koottiin haastatteluraportit. (n=49)

HAASTATELURAPORTTIEN KUNNAT, KUNTAHTYMÄT JA MAAKUNNAT	
1	ALAVUS
2	HATTULA
3	HELSINKI
4	JOENSUU
5	KANGASLAMPI
6	KAUNIAINEN
7	KEMI
8	KEURUU
9	KIIHTELYSVAARA
10	KUOPIO
11	LAHTI
12	LAPINLAHTI
13	LAPPEENRANTA
14	LIPERI
15	MIKKELI
16	MUURAME
17	MUURLA
18	NÄRPIÖ
19	ORAVAINEN
20	OULU
21	PERNIÖ
22	POLVIJÄRVI
23	RAAHE
24	RANTASALMI
25	RIIHIMÄKI
26	SALO
27	SAVITAIPALE
28	TAIPALSAARI
29	TAIVALKOSKI
30	TAMMISAARI
31	TOIJALA
32	VAASA
33	VAMMALA
34	VARKAUS
35	YLITORNIO
MAAKUNTA: KUNNAT	
36	KAINUU: Hyrynsalmi
37	Kajaani
38	Kuhmo
39	Paltamo
40	Sotkamo
41	Suomussalmi
42	Vuolijoki
KUNTAYHTYMÄT: KUNNAT	
43	KEMIÖNSAARI: Dragsfjärd
44	Kemiö
45	Västanfjärd
46	LOVIISAN SEUTU: Loviisa
47	Pernaja
48	ÅHS: Maarianhamina
49	Sund

LIITE 6

HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN PAIKALLISET RAKENTEET JA JOHTAMINEN KUN- NASSA

Haastatteluteemat

1. Kenellä viranhaltijalla/millä taholla kunnassa on vastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuudesta, siihen liittyvästä asioiden valmistelusta ja toimintojen kehittämisestä? (Kysytään johtavilta viranhaltijoilta.)

- onko määritelty
- milloin ja mihin se on kirjattu
- missä asemassa/tehtävässä ko. henkilö on kunnassa (toimipaikka, asema organisaatiossa)

2. Miten terveyden edistämisen koordinointi kunnassa on järjestetty (kunnan johdossa vai terveystoimessa)

Onko kunnassa nimetty terveyden edistämisen johto-/ohjausryhmä?

Jos on

- missä nimetty (esim. lautakunta, johtoryhmä)
- mihin kirjattu
- keitä siihen kuuluu
- kuka toimii puheenjohtajana
- kuka toimii sihteerinä
- kuinka usein se on kokoontunut tämän vuoden aikana
- mitä asioita se on käsitellyt tämän vuoden aikana (esimerkkejä)

Onko kunnan keskushallinnossa terveyden edistämisen suunnittelija tai vastaava?

Jos on

- mitkä hänen tehtävänsä ovat
- mikä käytettävissä oleva työaika (kokopäivätoiminen/osa-aikainen tms.)
- sijoituspaikka

Onko kunnassa terveystoiminnan yhdyshenkilö?

Jos on

- mikä sijaintipaikka (esim. terveystoimi)
- mitkä hänen tehtävänsä ovat
- paljonko työaika käytettävissä/viikko (täysi-/osa-aikainen)
- koulutus

3. Miten väestön hyvinvoinnin ja terveyden kehitystä kunnassa seurataan?

- mitä tietoja kerätään?
- miten raportoidaan ja kenelle?
- kuka vastaa seurantajärjestelmän kehittämisestä ja ylläpidosta?

4. Milloin viimeksi on käsitelty hyvinvoinnin/terveyden edistämiseen liittyvää asiaa?

- kunnan johtoryhmässä
- mikä tämä asia oli
- mitä siitä päätettiin

- kunnanhallituksessa
- mikä tämä asia oli
- mitä siitä päätettiin

- valtuustossa
- mikä tämä asia oli
- mitä siitä päätettiin

5. Onko kunnassa valmisteltu/hyväksytty/toimeenpantu hyvinvointipoliittisia/strategisia ohjelmia?

Valmiit/toimeenpanossa olevat ohjelmat/strategiat

- mitä ne ovat
- mitkä sektorit ja organisaatiot osallistuiivat valmisteluun
- missä päätöksentekoelementeissä ne käsiteltiin
- mitkä ovat keskeiset tavoitteet
- miten ne on resursoitu
- miten ja kuinka usein tavoitteiden toteutumista seurataan
- miten ohjelmaa on käytetty hyväksi kunnan toiminnassa

Valmisteilla olevat ohjelmat/strategiat

- mitä ne ovat
- ketkä osallistuvat valmisteluun

6. Onko kunnan tarkastuslautakunnassa vuoden 2002 aikana kiinnitetty huomiota hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyviin asioihin?

Jos on, mihin asioihin ja millaisin kannanotoin?

7. Miten vuoden 2003 toiminta- ja taloussuunnitelman valmistelussa esillä olevat seuranta-tiedot ja tavoitteet mahdollisesti muuttuvat vuoden 2002 toiminta- ja taloussuunnitelmassa olevista?

8. Onko vuoden 2003 toiminta- ja taloussuunnitelman valmistelussa erityisesti esillä seuraavia asioita koskevia tavoitteita ja toimenpiteitä:

- Terveys 2015 -ohjelman toimeenpano kunnassa
- Peruskoulujen oppilashuollon/kouluterveydenhuollon tehostaminen
- Ammatillisten oppilaitosten opiskelijahuollon/opiskelijaterveydenhuollon tehostaminen
- Lapsiperheiden neuvolatoiminnan kehittäminen

9. Millaisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen merkittäviä hankkeita ja verkostoja kunnassa on?

Merkittävimmät hankkeet

Merkittävät yhteistyöverkostot

- Keitä/mitä organisaatioita yhteistyöryhmiin/verkostoihin kuuluu
- Miten verkostot toimivat

10. Kuka vastaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisen kehittämisestä ja henkilöstön toimipaikka- ja täydennyskoulutuksesta kunnassa?

11. Millaista koulutusta kunnan johdolle on järjestetty viimeisen vuoden aikana (väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyen)?

12. Ehkäisevien palvelujen johtaminen, kehittäminen, toimeenpano, resursointi

Palvelu	Kenellä			Käytettävät resurssit 2002 Henkilötyövuodet lääkärit/muut
	Johtamisvastuu	Kehittämistä vastuu	Toimeenpano	
Terveyskasvatus yleisesti				
Ravitsemuskasvatus				
Seksuaalikasvatus				
Perhekasvatus				
Äitiysneuvolatyö				
Lastenneuvolatyö				
Perhesuunnittelupalvelut				
Kouluterveydenhuolto				
Opiskelijaterveydenhuolto				
Oppilashuolto				
Suun terveydenhuolto				
Työterveyshuolto				
Lastensuojelu				
Ehkäisevä mielenterveystyö				
Ehkäisevä nuorisotyö				
Ehkäisevä päihdetyö				
Kasvatus- ja perheneuvola				

Viimeinen kysymys esitetään haastattelutilanteessa. Ei postiteta etukäteen.

13. Millaisen arvosanan antaisit hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisesta ja järjestelyistä kunnassanne, kun käytettävissä on peruskoulujen arvosteluasteikko 4 (hylätty)-10 (erittäin hyvä)

Hyvinvointistrateginen johtaminen yleisesti	
Väestön hyvinvoinnin ja terveyden kehityksen seuranta	
Hyvinvointia ja terveyttä koskevien tavoitteiden sisältyminen kuntasuunnitelmaan	
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen käytännön järjestelyt	
Kunnan johtoryhmän valmiudet valmistella ja toteuttaa Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista kunnassa	
Luottamushenkilöiden kiinnostus hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen kunnan tehtävänä	
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen erityisesti osoitetut voimavarat	
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tuloksellisuus	
Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanon käynnistyminen vuoden 2002 aikana	

LIITE 7

LIITETAULUKKO 5. Kunnat, joissa tehtiin kuntakohtaiset asiakirjaraportit. (n=36)

ASIAKIRJA-ANALYYSIN KUNNAT	
1	ALAVUS
2	HELSINKI
3	JOENSUU
4	KAUNIAINEN
5	KEMI
6	KEURJU
7	KIIHTELYSVAARA
8	KUOPIO
9	LAHTI
10	LAPINLAHTI
11	LAPPEENRANTA
12	LIPERI
13	LOVIISA
14	MAARIANHAMINA
15	MIKKELI
16	MUURAME
17	MUURLA
18	ORAVAINEN
19	OULU
20	PERNAJA
21	PERNIÖ
22	POLVIJÄRVI
23	RAAHE
24	RANTASALMI
25	SALO
26	SAVITAIPALE
27	SUND
28	TAIPALSAARI
29	TAIVALKOSKI
30	TAMMISAARI
31	TOIJALA
32	VAMMALA
33	YLITORNIO
KUNTAYHTYMÄ: KUNNAT	
34	KEMIÖNSAARI: Kemiö
35	Dragsfjärd
36	Västanfjärd

LIITE 8

LIITETAULUKKO 6. Asiakirja-analyysin kuntien asukasluvut. (n=36)

ASIAKIRJA-ANALYYSIN KUNTIEN ASUKASLUVUT	KUNTIEN LUKUMÄÄRÄ
1. Alle 3000	5
2. 3001-5000	7
3. 5001-10 000	9
4. 10 001-20 000	5
5. 20 001-50 000	4
6. 50 001-100 000	4
7. Yli 100 001	2
Yhteensä	36

LIITE 9

LIITETAULUKKO 7. Haastatteluissa mainitut hyvinvointihankkeet kunnissa. (n=49)

	MERKITTÄVÄT HANKKEET	MAININTOJEN LUKUMÄÄRÄ
1	Alavus 2005	1
2	Alko	1
3	Alkoholivalistus -hanke	1
4	Alle 10-vuotiaiden hyvinvoinnin edistämisen yhteistyömallin kehittäminen	1
5	Alli -projekti	1
6	Alueellinen siosaalityöntekijän päivystys-hanke	1
7	Aslak -projekti	1
8	Asukastaloverkosto -hanke	1
9	Asutopolitiittiset hankkeet	1
10	Avita -projekti	1
11	Botnia -projekti	1
12	Dehko (valtakunnallinen diabeteshanke)	1
13	Erikoissairaanhoidon uudelleen järjestely -hankkeet	1
14	ESR-hankkeet	1
15	Etelä-Pohjanmaan strategia -hanke	1
16	Etelä-Suomen ikälaatu -hanke	2
17	Etsin -hanke	1
18	Eu-hankkeet	2
19	Fostran för framtiden -projekti	1
20	Harava -projekti	1
21	Henkilöstöpolitiittiset ohjelmat/henkilöstöhyvinvointiohjelmat	3
22	Hyvinvoinnityrittäjyys -hanke	1
23	Hyvinvointiohjelma -seutukunnallinen hanke	1
24	Hyvä terveys -hanke	1
25	I form för livet	1
26	Iki-hyvä Päijät-Häme -projekti	1
27	Ikä Laatu -hanke	1
28	It- hanke	1
29	It's my future -projekti	1
30	Itse -hanke	1
31	Itsetunto -hanke	1
32	Jyty -hanke	1
33	Järjestöprojekti	1
34	Kaksi elämää -projekti	1
35	Kansantautien ennaltaehkäisy -hanke	2
36	Kaseva -vanhusprojekti	1
37	Kasvatustukihankkeet	1
38	Kasvukeskus -hanke	1
39	Kaupungin henkilöstön hyvinvoinnin kartoitus -hanke	1
40	Kehitysvammahuollon kehittämiseen liittyviä hankkeita	3
41	Keula 2002-2003	1
42	Kimppa -projekti	1
43	Klaari-Helsinki	1
44	Klubi-talo -projekti	1
45	Kolmet -hanke	2
46	Kotiuttamisprojekti	1
47	Kotona koko elämä -hanke	1
48	Kouluikäisten hyvinvointiin liittyviä hankkeita	2
49	Kouluterveystutkimuksen pilottihanke	1
50	Kunnossa kaiken ikää -hanke	1
51	Kuntouttava työote -hanke	1
52	Kuusikuntien yhteinen terveydenhuollon kehittäminen/terv. edistämishanke	1
53	Kärkulla projektet	1
54	Laatuprojekti/hanke	7
55	Lapsiin ja nuoriin liittyvät projektit/ohjelmat moniammatillisena työryhmänä	4
56	Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden kehittämishanke	1
57	Leva -projekti	1
58	Lihavuuden ehkäisy ja hoito -hanke	2
59	Liikennekoulutus-, kasvatus- ja tiedotusohjelma/hanke	1
60	Lähiöhankkeet	2

	HYVINVOINTIHANKKEET JATKUU	LUKUMÄÄRÄ
61	Löydä timantti -projekti	1
62	Mestari - kisälli -hanke	1
63	Mielekäs elämä -hanke	1
64	Mielenterveystyön hanke	1
65	Mimosel	3
66	Moisiovaara -projekti	1
67	Muurame kaiken ikää -hanke	1
68	Myötätuuleen -hanke	1
69	Må bra i Oravais	1
70	Neurolatyon kehittämishanke	1
71	Nuorisotalo -hanke	1
72	Nuorten hyvinvointiin liittyviä hankkeita/ohjelmia	5
73	Nuorten osaamiskeskus -hanke	1
74	Nuorten terveysasema -hanke	1
75	Nupo	1
76	Nupopake -projekti	1
77	Omalle oksalle -projekti	1
78	Osallisuushanke	1
79	Osteoporoosi -hanke	1
80	Otte -projekti	1
81	Palko -kotiuttamisprojekti	1
82	Palveleva Polvijärvi -hanke	1
83	Panosta työnhakuun -projekti	1
84	Peltosaariprojekti	1
85	Perenna -hanke	1
86	Peres -projekti	2
87	Perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisy -projekti	1
88	Perheiden hyvinvointiin liittyvät hankkeet	4
89	Peruspalvelut 2001 -hanke	1
90	Preventiohanke	1
91	Päihdesäätiön perustamishanke	1
92	Päihteettömät naiset -hanke	1
93	Päihteisiin liittyvät hankkeet	10
94	Päivähoidon kehittämissuunnitelma -hanke	1
95	Rajat ovat rakkautta -hanke	6
96	Rakennushankkeet	6
97	Rikoskierre seis	1
98	Sakke -hanke	1
99	Sastamalan perusturvahanke	1
100	Seksuaalivalistus -hanke	1
101	Seudullinen lasten ja nuorten palvelujen seutuhanke	1
102	Seutukannallinen kehittämishanke (esim. sosiaali- ja perusterveydenhuolto)	3
103	Seutuyhteistyöhankkeet tautien ehkäisyssä ja terveyden edistämisessä	1
104	Sokora -projekti	1
105	Sosiaalityön kehittämishanke	2
106	SoTe -selvitys	1
107	Sundrörelsen	1
108	Suunnitteluhankkeet sairaanhoitopiiriin kanssa	2
109	Syrjäytymisen ehkäisy -hankkeet	5
110	Nuorten terveysasema -hanke	1
111	Sysäys -projekti	1
112	Terve ja Osaava Pohjanmaa -hanke	1
113	Terve ja turvallinen kaupunki -hanke	1
114	Terve kunta -hanke	2
115	Terve Kuopio -hanke	1
116	Terveyden edistäminen kouluissa -hanke	1
117	Terveydenhuollon -hanke	1
118	Terveys 2015 -verkostoprojekti	1
119	Terveysnetti	2
120	Terveyttä edistävät sairaalat -hanke	1
121	Tietoverkko hankkeet	1
122	Topakka -projekti	1
123	Toppila -hanke	1
124	Tulava -projekti	1
125	Tuloksellisuuden takuu -hanke	1

	HYVINVOINTIHANKKEET JATKUU	LUKUMÄÄRÄ
126	Turvallisuushankkeet	5
127	Turvapojun hankkeet	1
128	Tuto -projekti	1
129	TYKY -hanke	2
130	Työttömyyden poistamishankkeet/työllisyshankkeet	4
131	Työtä lähelle -hanke	1
132	Uskalla toimia hanke	1
133	Vanhempainkoulu -malli	1
134	Vanhushuoltoprojekti	1
135	Vanhusten hyvinvointiin liittyviä hankkeita (palvelujen kehittäminen/kotihoito/avohoito)	10
136	Vanhusten palveluopashanke	1
137	Vapa -projekti	1
138	Varhaisen vuorovaikutuksen koulutushanke	3
139	Varpu -projekti/hanke	4
140	Vartu -hanke	1
141	Vasso -hanke	1
142	Vatu -hanke	1
143	Vauva/perhe projekti	1
144	Vavo -projekti	1
145	Veppi -hanke	1
146	Vesihanke	1
147	Vety -hanke	1
148	Virkistys- ja vapaa-aikahankkeet	1
149	Vuolijokelaisten hyvinvointiselonteko	1
150	Väestövastuun kehittäminen	1
151	Västra Nylands 2003-2004	1
152	Ydinkunta-palvelukunta -hanke	1
153	Yhteistyön lisäämishankkeet	3
154	Ympäristöhankkeet	1

LIITE 10**KESKEISIÄ KÄSITTEITÄ**

Tämän esitutkimuksen valmistelussa ja toteuttamisessa havaittiin, että TEJO-hankkeen kannalta keskeinen käsitteistö on suomenkielessä vakiintumatonta. Monet keskustelussa esiintyvät sanat ovat melko uusia eikä niiden sisällöstä ja merkityksestä ole yhteisesti sovittuja käytäntöjä.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen ja toimeenpanorakenteiden kannalta keskeisiä käsitteitä on määritelty useissa kansainvälisissä sanastoissa ja oppikirjoissa. Suomalainen kunnallishallinto on kuitenkin monella tavalla ainutlaatuista ja kansainväliset määrittelyt eivät sellaisenaan sovi Suomeen.

Seuraavassa hahmotellaan alustavasti muutamia Stakesin Kuntien hyvinvointistrategiat -ryhmän kuntahankkeissa omaksutuista käsitteistä. On erityisesti korostettava, että nämä luonnehdinnat ovat *aivan alustavia ja että tarvitaan vielä laajaa keskustelua* ennen käsitteiden sisällön ja merkityksen tarkempaa määrittelyä.

Hyvinvointijohtaminen

Kuntalain (365/1995) 1§:n 3 mom:n mukaan kunnan tulee pyrkiä edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa kestävästä kehitystä. Hallituksen esityksen perusteluissa todetaan, että "...kunnan keskeisimpiä tehtäviä on asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen ja sen edellyttämistä palveluista huolehtiminen käytettävissään olevilla voimavaroilla." Perusteluissa huomautetaan erityisesti, että sosiaalisen ja taloudellisen hyvinvoinnin turvaaminen voidaan nähdä myös kuntien itsehallinnon rajoituksena, koska kansalliset tavoitteet menevät kuntien ja kansalaisten itsehallinnon edelle. Esimerkiksi Arto Haveri (2002) on korostanut, että itseohjautuvassa kunnassa johtamisen tärkein kysymys ei ole se, miten järjestää palvelut, vaan siitä, miten maksimoida laajasti kunnan asukkaiden hyvinvointi, mikä pitää sisällään erilaisia asioita elinkeinoista ympäristökysymyksiin ja sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen.

Tämä lyhyt tarkastelu osoittaa, että melko tuoreessa kuntalaissa kunnalla on asetettu laaja-alainen velvollisuus huolehtia kuntalaisten hyvinvoinnista ja ottaa tässä toiminnassaan huomioon myös kansalliset hyvinvointitavoitteet. Melko pitkään vakiintuneen käytännön mukaan kuntasuunnittelu ja kuntien keskushallinto on ensisijaisesti keskittynyt huolehtimaan kuntien taloudesta. Hyvinvointikysymykset ovat kuuluneet ensisijaisesti sosiaali- ja terveystoimen ja sivistystoimen hallinnonaloille. 1990-luvulla alettiin puhua sosiaali- ja terveysjohtamisesta, kun pyrittiin tarkastelemaan aikaisempaa laajemmin kuntien hyvinvointipolitiikkaa ja toimintaa väestönsä hyvinvoinnin edistämiseksi. Uudessa kuntalaissa määriteltyjen tehtävien näkökulmasta sosiaali- ja terveysjohtamisen käsittekin pelkistää tehtävät kahdelle hallinnonalalle.

Hyvinvointijohtamisella tarkoitetaan kunnan strategista johtamista ja valittujen strategioiden toimeenpanoa väestön hyvinvoinnin ja alueen kestävä kehityksen näkökulmista. Käytännössä hyvinvointijohtaminen tuo kuntasuunnitteluun ja kunnan keskushallintoon hyvinvoinnin haasteet tasavertaisesti taloushaasteiden rinnalle. Kuten hallituksen esityksen perusteluissa todettiin, hyvinvoinnin edistämiseen pyritään käytettävissä olevilla voimavaroilla. Hyvinvointijohtamisen erityisenä tehtävänä onkin saattaa nämä voimavarat mahdollisimman tehokkaasti ja vaikuttavasti käyttöön kuntalaisten hyvinvoinnin ja alueen kestävä kehityksen edistämiseksi.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen

Hyvinvoinnin/terveyden edistämisen johtaminen on hyvinvointijohtamisen laajasta kentästä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategisen osaamisen tuomiseen kunnan johtamiseen, kuntalaisten hyvinvoinnin/terveyden seurantaan, hyvinvointitilinpäiden kehittämiseen ja sen

hyödyntämiseen, kunnan ja eri hallinnonalojen hyvinvointi/terveystavoitteiden valmisteluun ja yhteensovittamiseen sekä niiden saavuttamisen arviointiin, sekä eri hallinnonaloilla valmisteltavien päätösten ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakointiin ja arviointiin.

Hyvinvointitilinpito

Hyvinvointitilinpidoilla tarkoitetaan kunnan väestön hyvinvointi- ja terveystilanteesta pääosin vuosittain tai nopeammin päivitettäviä tietoja. Hyvinvointitilinpidoilla on kunnassa sama tehtävä kuin taloustilinpidoilla. Hyvinvointitilinpidoista voidaan puhua silloin, kun eri lähteistä tulevaa tietoa kerätään suunnitelmallisesti ja jatkuvasti. Hyvinvointitilinpitoon kertyy ns. aikasarjatietoja, joiden perusteella voidaan päätellä, mihin suuntaan väestön hyvinvointi yleensä ja terveys ovat kehittyneissä ja millaista tämä kehitys on eri väestöryhmissä.

Hyvinvointiselonteko/selvitys/kertomus

Hyvinvointiselonteolla/selvityksellä/kertomuksella tarkoitetaan kunnassa kuntasuunnittelun ja eri hallinnonalojen asiantuntijoiden yhdessä laatimaa katsausta kuntalaisten hyvinvoinnin ja hyvinvoinnin edistämistästrategioiden ja toimintojen kehitykseen ja nykytilaan sekä näitä selittäviin prosesseihin ja taustatekijöihin. Hyvinvointiselontekoon/selvitykseen/kertomukseen voi toteutuneen kehityksen tutkimisen ja selittämisen lisäksi myös sisältyä tulevaisuuden ennakointia eri strategiavaihtoehdoilla. Se täsmentää kunnan asukkaiden keskeiset hyvinvointitarpeet ja arvioi viime vuosina toteutuneen toiminnan ja käytettävissä olevien voimavarojen suhdetta näihin tarpeisiin ja antaa näin kunnan johtaville viranhaltijoille ja luottamushenkilöille mahdollisimman hyvän tietoperustan hyvinvointistrategian valmistelua varten. Erityinen hyvinvointiselonteko/selvitys/kertomus voidaan tehdä määräajoin, esimerkiksi kerran valtuustokaudessa. Sen välttämättömänä edellytyksenä on, että kunnassa on toimiva hyvinvointitilinpito.

Hyvinvointistrategia

Hyvinvointistrategialla tarkoitetaan sitä suunnitelmallisesti ja harkiten huolellisen valmistelun jälkeen valittua toimintalinjaa, jolla kunta pyrkii mahdollisimman tuloksellisesti ja tehokkaasti edistämään asukkaidensa hyvinvointia. Hyvinvointistrategia voi sisältyä kuntastrategiaan tai olla valtuuston erikseen hyväksymä asiakirja. Kunnan hyvinvointistrategian tulisi perustua hyvinvointikertomuksessa täsmennettyihin hyvinvointi- ja terveystarpeisiin. Hyvinvointistrategiassa määritellään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen päämäärät kunnassa sekä valitaan mahdollisista vaihtoehdoista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toiminnan suunta. Strategiassa myös täsmennetään lähivuosien tavoitteet ja niiden saavuttamiseksi tarvittavat voimavarat, osaamisen ja rakenteet. Hyvinvointistrategisen suunnittelun perustana on kunnassa yleinen strategiaosaaminen ja sitä tukevat rakenteet: Kunnan tulee tunnistaa toimintansa terveet ytimet, pystyä kuvaamaan halutut tavoitteet määrällisesti ja laadullisesti sekä sovittaa yhteen yhteiskunnallinen vastuu ja taloudellinen tehokkuus.

Hyvinvointiohjelma

Hyvinvointiohjelmalla tarkoitetaan kunnan hyväksymän hyvinvointistrategian toimeenpano-ohjelmaa, joka voi sisältyä kunnan ja eri hallinnonalojen vuosittaisiin toiminta- ja taloussuunnitelmiin. Hyvinvointiohjelman valmistelu ja hyväksyminen edellyttävät, että valtuusto on sitä ennen hyväksynyt kunnan hyvinvointistrategian.

Terveyden edistämisen johtoryhmä/ohjausryhmä

Terveyden edistämisen johtoryhmällä/ohjausryhmällä tarkoitetaan eri hallinnonalojen ja kuntasuunnittelun yhteistyöryhmää, jonka jäsenet ovat kunkin alueen johtoryhmätasolta. Ryhmän tehtävänä on erityisesti sopia, ohjata ja koordinoita terveyden edistämisen valmistelua ja toimeenpanoa kunnan hyvinvointistrategian kokonaisuuden näkökulmasta ja varmistaa, että eri hallinnonalat toimivat yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi.

Terveyssuunnittelija

Kunnan terveyssuunnittelijan tehtävänä on ylläpitää ja kehittää kunnan hyvinvointitilinpitoa sekä valmistella hyvinvointikertomusta väestön terveyden seurannan ja edistämisen näkökulmista. Terveyssuunnittelija kerää tietoja, arvioi ja raportoi kunnan keskushallinnolle terveyden kehityksestä ja heidän terveystarpeistaan sekä terveyden edistämistoiminnan toteutumisesta, tehokkuudesta ja tuloksista koko kunnassa ja eri hallinnonaloilla. Terveyssuunnittelijan tulee osata ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin ja ennakkoinnin menetelmät ja toimia tämän alueen metodisena asiantuntijana kunnassa. Terveyssuunnittelija toimii kunnan keskushallinnossa ja on osa kunnan strategista johtoa.

Terveyskasvatuksen yhdyshenkilö

Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt nimettiin terveystieteiden keskuksiin 1970-luvun alussa lääkintöhallituksen ohjeiden mukaisesti. Myös sairaalat nimesivät terveyskasvatuksen yhdyshenkilöitä lääkintöhallituksen vuonna 1978 antaman uusitun "Terveyskasvatuksen tehostaminen" ohjekirjeen jälkeen. Näin luotiin kattava yhdyshenkilöverkosto, jonka toimenkuvaan kuului lääkintöhallituksen ohjeiden mukaan terveyskasvatuksen asiantuntijana toimiminen, terveyskasvatuksen ohjaaminen ja yhteensovittaminen sekä osallistua terveyskasvatustoiminnan suunnittelu, seurantaan ja arviointiin. Terveyskasvatuksen yhdyshenkilön tehtäviin kuuluu toimia terveyskasvatuksen yhteistyöryhmän sihteerinä ja valmistella asiat yhteistyöryhmälle. Yhdyshenkilön tulee tehdä yhteistyötä alueensa alue- ja keskussairaaloiden kanssa ja hoitaa toimenkuvansa mukaan yhteyksiä muihin terveyskasvatukseen osallistuviin tahoihin. Sairaaloissa toimivien yhdyshenkilöiden tehtävinä mainittiin lisäksi osallistuminen toimipaikkakoulutuksen järjestämiseen ja tiedottamiseen. (Pirskanen & Pietilä 2000.)

Ihmisiin kohdistuva vaikutusten arviointi

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) on prosessi, jonka tarkoituksena on arvioida ennalta monitieteellisesti hankkeen, suunnitelman, ohjelman tai päätöksen toteuttamisesta aiheutuvia merkittäviä vaikutuksia, jotka kohdistuvat ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. IVA sisältää sekä sosiaalisten vaikutusten arvioinnin (SVA) että terveysvaikutusten arvioinnin (TVA). (www.stakes.fi/sva/)

Terveysvaikutusten arviointi

Hankkeen tai toiminnan aiheuttamien ihmisten terveyteen kohdistuvien vaikutusten tunnistamista ja arviointia. (STM 1999)

HYVINVOINTIIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEEN LIITTYVIÄ LAKEJA**Suomen perustuslaki 731/1999****19 §**

Oikeus sosiaaliturvaan

Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon.

Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella.

Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Julkisen vallan tehtävänä on edistää jokaisen oikeutta asuntoon ja tukea asumisen omatoimista järjestämistä.

Kansanterveyslaki 66/1972**1 § 1. momentti**

Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen.

5 § 1. ja 2. momentti

Kunnan on pidettävä huolta kansanterveystyöstä sen mukaan kuin tässä laissa tai muutoin säädetään tai määrätään.

Kunnat voivat yhdessä huolehtia kansanterveystyöstä perustamalla tätä tehtävää varten kuntayhtymän. Kunta voi toisen kunnan kanssa sopia myös siitä, että tämä hoitaa osan kansanterveystyön toiminnoista.

14 §

Kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee: (3.8.1992/746)

1) ylläpitää terveysneuvontaa, johon luetaan kansanterveydellinen valistustyö, raskauden ehkäisyneuvonta siihen sisältyen, ja kunnan asukkaiden yleisten terveystarkastusten järjestäminen;

2) järjestää kunnan asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus; (21.3.1997/248)

2 a) ottaen huomioon, mitä mielenterveyslaissa (1116/90) on säädetty, järjestää kunnan asukkaiden tarvitsemat sellaiset mielenterveyspalvelut, jotka on tarkoituksenmukaista antaa terveyskeskuksessa; (14.12.1990/1117)

3) huolehtia sairaankuljetuksen järjestämisestä sekä järjestää ja ylläpitää lääkinnällinen pelastustoiminta sekä paikallisiin olosuhteisiin nähden tarvittava sairaankuljetusvalmius, lukuun ottamatta sairaankuljetukseen tarvittavien ilma-alusten sekä kelirikkokelpoisten ja vastaavanlais-

ten erityiskulkuneuvojen hankintaa ja ylläpitoa siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään; (26.11.1993/1051)

4) ylläpitää hammashuoltoa, johon luetaan valistus- ja ehkäisytoiminta sekä kunnan asukkaiden hampaiden tutkimus ja hoito; (21.12.2000/1219)

5) ylläpitää kouluterveydenhuoltoa, johon luetaan kunnassa sijaitsevien perusopetusta ja lukio-koulutusta antavien koulujen ja oppilaitosten terveydellisten olojen valvonta sekä niiden oppilaiden ja opiskelijoiden terveydenhoito sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus, niin kuin viimeksi mainitusta asetuksella tarkemmin säädetään; (21.8.1998/647)

6) ylläpitää kunnan alueella sijaitsevien asetuksessa säädettävää muuta kuin 5 kohdassa tarkoitettua koulutusta järjestävien oppilaitosten opiskelijoille näiden kotipaikasta riippumatta opiskelijaterveydenhuoltoa, johon luetaan oppilaitosten terveydellisten olojen valvonta, opiskelijan terveydenhoito ja sairaanhoito sekä hammashuolto; yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden terveydenhoito ja sairaanhoito sekä hammashuolto voidaan kuitenkin kunnan suostumuksella järjestää myös muutoin sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymällä tavalla; (21.8.1998/647)

7) tuottaa kunnan alueella sijaitsevissa työ- ja toimipaikoissa työskenteleville työntekijöille työnantajan järjestettäväksi työterveyshuoltolain 12 §:ssä tai muissa säädöksissä säädettyjä ja niiden nojalla määrättyjä työterveyshuoltopalveluja; (21.12.2001/1385)

8) järjestää kunnan alueella toimiville yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville soveltuvin osin työterveyshuoltolain 12 §:ssä ja sen nojalla annetuissa säännöksissä tai määräyksissä tarkoitettua työterveyshuoltoa; (21.12.2001/1385)

9) järjestää seulontaa ja muita joukkotarkastuksia siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään; sekä (21.3.1997/248)

10) järjestää kiireellinen avosairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen hammashoito, potilaan asuinpaikasta riippumatta. (21.3.1997/248)

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989

3 §

Kunnan, joka on kotikuntalain mukaan henkilön kotikunta, on huolehdittava siitä, että henkilö saa 1 §:n 2 momentissa tarkoitettua tarpeellisen erikoissairaanhoidon tämän lain mukaisesti. Tämän velvoitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään.

Sama velvollisuus kunnalla on kiireellisissä tapauksissa sellaisen henkilön erikoissairaanhoitoon, jolla ei ole Suomessa kotipaikkaa.

Henkilön kotikunnalla tai kunnalla, josta henkilö on, tarkoitetaan jäljempänä sitä kuntaa, joka 1 ja 2 momentin mukaan on velvollinen huolehtimaan hänen erikoissairaanhoitonsa järjestämisestä. Kunnan asukkaalla tarkoitetaan jäljempänä henkilöä, jonka erikoissairaanhoidosta kunta on 1 ja 2 momentin mukaan velvollinen huolehtimaan.

Kuntalaki 365/1995

1 § 3. momentti

Kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävää kehitystä alueellaan.

2 §

Kunta hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa ja sille laissa säädetyt tehtävät. Kunnille ei saa antaa uusia tehtäviä tai velvollisuuksia taikka ottaa pois tehtäviä tai oikeuksia muuten kuin säätämällä siitä lailla.

Kunta voi sopimuksen nojalla ottaa hoitaakseen muitakin kuin itsehallintoonsa kuuluvia julkisia tehtäviä.

Kunta hoitaa sille laissa säädetyt tehtävät itse tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa. Tehtävien hoidon edellyttämiä palveluja kunta voi hankkia myös muilta palvelujen tuottajilta.